

Komparace správy neziskových nemocnic v USA (Kalifornie), ve Velké Británii a v České republice[#]

Tomáš Ježek^{*}

1 Úvod

Diskuse o reformě zdravotnictví v České republice je zatížena předsudky jak vůči ziskovému, tak vůči neziskovému postavení nemocnic. Cílem této stati je ukázat neziskové nemocnice a jejich správu v praxi zdravotnictví vyspělých zemí (Kalifornie a Velká Británie) jako variantu právního a ekonomického postavení nemocnic, pro níž se svobodně rozhodli zakladatelé, resp. vlastníci nemocnic, která stojí rovnocenně vedle nemocnic zaměřených na dosahování zisku. Na základě analýzy posavení neziskových nemocnic v Kalifornii, Velké Británii a v České republice předložíme Principy správy neziskových nemocnic, které jsou modifikací Principů správy společností OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development).

Principy správy společností vypracované ve výzkumném oddělení OECD ve variantách pro různé třídy společností (akciové – kótované a nekótované na burze, vlastněné státním) /4/,5/ jsou nejprve souborem empirických pozorování praxe členských zemí. Následně z nich vznikla doporučení ve formě principů, jak zobecněnou praxi mnoha členských zemí posunout žádoucím směrem. Jsou výsledkem rozsáhlé diskuse expertů členských zemí a pracovníků výzkumného oddělení na půdě OECD.

Studium právních forem nemocnic, jejich cílových funkcí a postupů v oblasti správy, (corporate governance) ve společnostech, které neprošly obdobím socialistického centrálního řízení, ukazuje, že **tyto institucionální charakteristiky zde nejsou výsledkem státního řízení, nýbrž produktem evoluce a svobodného rozhodování vlastníků, resp. zakladatelů nemocnic v mezích obecně platných zákonů, které vymezují prostor pro svobodné podnikání.** Vláda (stát v nepřesné terminologii) jako jeden z mnoha vlastníků může, ale nemusí dávat přednost neziskové podobě nemocnic.

2 Správa neziskových nemocnic v Kalifornii

V Americké asociaci nemocnic je řada různých typů nemocnic včetně nemocnic zaměřených na zisk, církevních neziskových nemocnic, okresních a dalších státních neziskových nemocnic. Nemocnice zaměřené na zisk jsou soukromě vlastněné nebo jsou součástí větších organizací zaměřených na zisk. Církevní nemocnice jsou ve vlastnictví církví, které je také provozují. Ostatní **neziskové nemocnice jsou ve vlastnictví nejružnějších organizací.** Některé z nich jsou obecní nemocnice založené jako neziskové korporace s cílem

[#] Článek vznikl v rámci výzkumného projektu Grantové agentury ČR (GAČR) č. 402/07/0563 Nová teorie správy společností (corporate governance) pro neziskový sektor a její aplikace na vybrané instituce v ČR

^{*} Doc. Ing. Tomáš Ježek, CSc., VŠE v Praze, Fakulta národohospodářská

sloužit místní komunitě. Praktikující lékaři zakládají neziskové nemocnice zejména pro svoji klinickou komunitu.

Eldenburg, Hermalin, Weisbach a Wosinska /1/ studovali otázky, které jsou předmětem zájmu naší studie podniknuté v rámci GAČR, na rozsáhlém vzorku **kalifornských nemocnic**.

Všimli si nejprve toho, že ačkoli správě organizací je věnováno obrovské kvantum literatury, její drtivá většina se týká firem zaměřených na zisk a téměř nic nenalézáme o správě neziskových organizací. Vzhledem k tomu, že neziskové organizace jsou významnými poskytovateli služeb na mnoha trzích, včetně trhu zdravotnických služeb, shledávají tuto situaci velmi zvláštní, která potřebuje vysvětlení. Nedostatek pozornosti věnované neziskovým organizacím je podle nich nejspíše důsledkem faktu, že **neziskové organizace nemívají jediný cíl, jako organizace zaměřené na maximalizaci zisku**. Stávající ekonomická teorie není podle nich dobře vybavena ke studiu správy organizací, které mají mnohačetné cíle na rozdíl od těch, které mají cíl jen jeden. Správa neziskových nemocnic je tak nutně košatější, protože zájem majitelů je roztržštěný mezi mnoho cílů a osobní zájem na zisku, ať už jednotlivých osob jako majitelů, podílníků nebo akcionářů, zcela chybí. Zájem na zisku je a musí být suplován košatými pravidly správy organizace.

Právě vzhledem k tomu, že neziskové organizace mívají typicky mnoho cílů, jejich rozhodování se podobá rozhodování spotřebitele. Jak neziskové organizace, tak spotřebitelé volí celou množinu cílů (zboží a služby v případě spotřebitele, různé druhy chování v případě neziskových organizací), která podléhá omezení (rozpočtové omezení v případě spotřebitele, křivka výrobních možností v případě neziskových organizací). Avšak na rozdíl od spotřebitele **nezisková organizace nemá jediného rozhodovatele, rozhodovatelů bývá mnoho**. Rada ředitelů (board of directors) neziskové organizace definuje preference a management rozhoduje tak, že maximalizuje cíl, tj. funkci užitku definovanou preferencemi. Rada ředitelů motivuje management prostřednictvím své politiky odměňování, služebního postupu a v krajním případě hrozbou propuštění tak, aby bylo jeho rozhodování konzistentní s preferencemi. Za předpokladu, že se management bude chtít vyhnout sankcím a dostávat odměny, lze skutečně mít za to, že bude sledovat preference rady ředitelů. Tento jednoduchý vztah je však komplikován dvěma okolnostmi.

Za první je management obvykle schopen definovat si sám soubor proveditelných alternativ, které budou výsledkem sebereflexe jeho silných a slabých stránek. Směry rozvoje, které se nabízejí nemocnici, jejíž management je silný např. v kontrole nákladů, ale slabší v řízení lidských zdrojů, se budou nejspíše lišit od směrů rozvoje nemocnice, jejíž management má silné a slabé stránky v opačném poměru.

Za druhé, rada ředitelů není jednotným jednajícím, nýbrž je složena z mnoha jednajících osob, které mají obvykle různé preference. Rozhodování rady ředitelů bude tudíž odrážet preferenční funkce jejich jednotlivých členů.

Obě tyto okolnosti povedou k tomu, že rada ředitelů, alespoň většina jejích členů, si bude přát jmenování takových osob, které sdílejí její preference, a manažeři si zase budou přát jmenování takových osob, které preferují činnosti, v nichž management vyniká. V míře, ve které se radě ředitelů i managementu daří ovlivňovat proces jmenování, se bude složení rady ředitelů časem posouvat podle preferencí jejích členů. A dále, v míře, ve které mají různé typy neziskových nemocnic různé preference, budou faktory, které rozhodují o tom, zda management, zejména výkonný ředitel, ve funkci zůstane, nebo odejde, v různých neziskových nemocnicích různé. Takovéto rozdíly budou nejstálější mezi těmi typy neziskových nemocnic, v nichž jsou preference představenstva nejspíše fixní, jako když rada ředitelů státní nemocnice preferuje přínosy pro komunitu obyvatel, a rada ředitelů nemocnice zaměřené na zisk preferuje zisk. Takže u některých typů neziskových nemocnic v Kalifornii

je možné pozorovat stálý vztah mezi určitou charakteristikou výkonnosti a tím, zda si výkonný ředitel svou funkci udrží nebo ne. Avšak u jiných typů neziskových nemocnic mohou být preference proměnlivější. Jejich chování pak může být více ovlivněno výslednou bilancí vztahů mezi preferencemi rady ředitelů a schopnostmi managementu. U těchto typů neziskových nemocnic je pak třeba očekávat více změn ve složení rady ředitelů jako odpověď na charakteristiky manažerských schopností.

Cíl nemocnice je nejčastěji funkcí mnoha různých faktorů. Některé z těchto faktorů jsou důležité ve všech nemocnicích, jako je např. snaha o ekonomickou životnost nemocnice nebo o kvalitu péče o pacienty. Navíc některé neziskové nemocnice, jako jsou církevní nebo státní nemocnice, hodnotí vysoko charitativní péči, nebo alespoň cítí povinnost ji poskytovat. Univerzitní nemocnice přikládají větší váhu výzkumu a výuce lékařů než jiné nemocnice. Bohužel, ani teorie, ani pozorování však neumožňují přiřadit těmto faktorům přesnou váhu. Přece je však pravděpodobné, že rozdíly mezi nemocnicemi různých typů ohledně vah přiřazovaných různým faktorům jejich cílových funkcí jsou systematické.

Co tedy lze očekávat ohledně charakteristik rad ředitelů a cílů v různých typech neziskových nemocnic? Rady ředitelů církevních nemocnic tvoří členové církve, laici a zdravotnický personál. Jejich cíle pravděpodobně zahrnují mimo jiné poskytování rozumně vysoké kvality péče, udržování ziskové marže, která umožňuje investovat do zařízení a technologie a poskytovat charitativní péči a programy ve prospěch komunity.

Další kalifornské neziskové nemocnice jsou často organizovány různými komunitami nebo skupinami lékařů. Nemocnice, které organizuje skupina lékařů, mají pravděpodobně jiné cíle než ostatní neziskové nemocnice. V jejich radách ředitelů je větší podíl lékařů. Tyto neziskové nemocnice přikládají větší váhu investicím do zařízení a technologií než charitativním službám. Spřízněným klinikám poskytují služby se slevou. Jsou-li ziskové marže rozumné, kontrola nákladů nemusí pro ně být tak důležitá.

Okresní nemocnice jsou v Kalifornii částečně dotované z daní, členové jejich rad ředitelů jsou voleni a všechny schůze rad ředitelů jsou veřejné. V důsledku toho může mít kontrola nákladů vysokou prioritu. Daňoví poplatníci očekávají výměnou za dotace z daní nižší sazby za zdravotnické služby. Pro tyto neziskové nemocnice může být proto obtížnější udržovat rozumné ziskové marže. Rozhodování o platu výkonného ředitele se děje na veřejné schůzi a vede k jeho relativně nižší odměně a k dalším rozpočtovým omezením, jímž výkonný ředitel v těchto neziskových nemocnicích podléhá.

Jmenování do rady ředitelů státních nemocnic je typicky v rukou aktivistů komunity nebo jejich politických spojenců, kteří očekávají, že nemocnice bude komunitě poskytovat velký objem neplacených služeb, jako je charitativní péče. Města a okresy poskytují těmto neziskovým nemocnicím velké dotace, takže ziskové marže mohou být relativně nevýznamné, i když změny fiskálních tlaků na okresy a města mohou jejich velikost rychle změnit. Lékaři nebývají v těchto radách ředitelů významně zastoupeni, většinou působí navíc ještě ve fakultních a jiných nemocnicích.

Rady ředitelů kalifornských nemocnic bývají početné a jsou v nich velmi rozmanité typy osob, jako jsou členové vedení univerzity, vedoucí představitelé komunity a podnikatelé. Pedagogické a výzkumné poslání těchto neziskových nemocnic vede k požadavku na financování investic do vybavení a technologie, vysoké ziskové marže se rovněž vysoko hodnotí. Kromě toho ostatní nemocnice jim často posílají komplikované případy charitativní péče a jelikož komplikované případy dávají příležitost k praktické výuce, tyto neziskové nemocnice budou hodnotit charitativní péči výše než ostatní typy nemocnic.

3 Správa neziskových nemocnic ve Velké Británii

Nadační fondy Národní zdravotní služby (NHS-National Health Service) jsou nejnovějším typem fondů ve Velké Británii. Jsou zřizovány v rámci zákona z roku 2003 „O zdravotní a sociální péči“ jako nezávislé „Veřejně prospěšné korporace“. Nově vzniklý typ nadačního fondu poskytuje fondům větší volnost v jednání včetně zeslabeného řízení ze strany státu a většího přístupu k půjčkám na kapitálové investice. Žádost o statut nadačního fondu Národního zdravotní služby musí být doložena tzv. tříhvězdičkovým statutem získaným z ročního ratingu výkonnosti, který provádí nezávislý inspekční orgán - Komise zdravotní péče. Dozor nad nadačními fondy Národního zdravotní služby provádí nezávislý regulátor nazvaný Monitor, který pracuje na základě oceňování rizika. **Monitor je první úrovní správy.** Rating rizika pro každý nadační fond, zahrnující finance, správu a mandatorní služby, je otevřený pro veřejnost a je publikován na webových stránkách Monitoru.

Nadační fondy přitahují pozornost kvůli zvláštnostem uspořádání své správy. Každý nadační fond musí nejprve identifikovat „komunitu členů“ složenou z jednotlivců, kteří v obvodě žijí, z pacientů a zaměstnanců. Členové dostávají pravidelné informace o svém fondu a jsou konzultováni o plánech na další rozvoj. Nicméně hlavním privilegiem členů nadačního fondu je, že mohou volit a sami být voleni do **výboru guvernéřů, který je druhou úrovní správy.** Nadační fondy mají jistou flexibilitu ohledně velikosti a složení svého výboru guvernéřů. Každý výbor guvernéřů však musí mít většinu guvernéřů volených členy kurie veřejnosti, alespoň jednoho guvernéra, který reprezentuje místní fondy primární péče Národního zdravotní služby, alespoň jednoho guvernéra, který reprezentuje místní správní autority v obvodu, alespoň tři guvernéry reprezentující zaměstnance a, je-li to možné, také jednoho guvernéra, který reprezentuje místní univerzitu. Hlavní úlohou výboru guvernéřů je strategické plánování organizace.

Výbor guvernéřů též jmenuje předsedu a neexekutivní členy **rady ředitelů, která je třetí úrovní správy.** Členové z řad veřejnosti mohou být jmenováni jako neexekutivní členové rady ředitelů, což znamená, že mohou být zastoupeni ve všech třech úrovních správy. Exekutivní členové rady ředitelů jsou jmenováni na základě výsledků veřejné soutěže.

Kritické analýzy se zaměřovaly na uspořádání správy v nadačních fondech. Podle nich uspořádání zamlžuje konfiguraci principál – agent (pán – správce), neboť vytváří soubor vztahů, které nejsou koherentní a navzájem jsou v konfliktu. Konkrétně jsou tyto vztahy narušeny možnostmi, aby se zaměstnanci stali členy nadace, dále tím, že rady ředitelů nesou rizika rozhodování, která se vymykají jejich kontrole a zároveň jsou rozpočtovým omezením izolovány od důsledků svých rozhodnutí a konečně konfliktem zájmů, neboť rady ředitelů jednají zároveň jako prostředníci centrální regulace a lokálních uživatelů služeb.

Ve Velké Británii, kde se v sektoru veřejně obchodovaných akciových společností zrodil pojem správy společností (Corporate Governance), se v rámci Národní zdravotní služby zrodil rovněž pojem **Clinical Governance – správa klinik.** Termín správa klinik se tam používá zhruba od roku 1995 k označení systémového přístupu k zachování a zdokonalování kvality péče o pacienta v rámci systému zdravotnictví. Je obvykle definován jako „rámec, v němž jsou organizace Národní zdravotní služby zodpovědné za soustavné zdokonalování kvality svých služeb a ochranu vysokých standardů péče prostřednictvím vytváření prostředí, v němž bude vzkvétat excelence v klinické péči.“ /3/. Tato definice obsahuje tři klíčové atributy správy klinik: prokazatelně vysoký standard péče, transparentní zodpovědnost a soustavná dynamika zdokonalování.

Správa klinik neukládá povinnost zachovávat a zdokonalovat kvalitu péče žádné konkrétní struktury, systému nebo procesu kromě toho, že na úrovni rady ředitelů Nadačního fondu musí být stanovena celková odpovědnost za správu kliniky a že každý Nadační fond musí vypracovávat výroční zprávu o správě kliniky a informovat v ní o kvalitě péče a jejím zachování. Různá klinická oddělení mají kromě toho povinnost aplikovat principy správy klinik na místní podmínky struktur, procesů, rolí a odpovědností.

Správa klinik má tyto prvky:

- vzdělávání a výcvik
- audit kliniky
- efektivnost kliniky
- výzkum a vývoj
- otevřenost
- řízení rizik

Vzdělávání a výcvik – má se za to, že je nadále nepřijatelné, aby se kterýkoli pracovník kliniky nezúčastňoval kontinuálního vzdělávání, neboť obsah vzdělání velmi rychle zastarává. Povinností Nadačních fondů Národní zdravotní služby je pečovat o soustavný profesionální rozvoj pracovníků, kteří mají zároveň povinnost soustavně aktualizovat své znalosti.

Audit kliniky – auditem kliniky se rozumí revize výkonu kliniky, jejímž výsledkem je pak zjemňování klinických postupů a poměřování výkonu kliniky s dohodnutými standardy. Jde o cyklický proces zdokonalování kvality klinické péče.

Efektivnost kliniky – je to míra, do jaké fungují konkrétní opatření. Je užitečná sama o sobě, ale její význam roste navíc tím, že prověřuje, zda jsou samotná opatření vhodná a zda odpovídají hodnotě vynaložených peněz.

Výzkum a vývoj – nástroji na podporu zavádění výsledků výzkumu do praxe jsou kritické vyhodnocování literatury, management projektů a formulace směrnic a implementačních strategií.

Otevřenost – chabý výkon a chabé postupy nalézáme za dveřmi, které zůstávají zavřené. Procesy, které jsou otevřené vůči veřejnému přezkoumávání a zároveň zajišťují důvěrnost pacientům i personálu kliniky, jsou podstatnou součástí zabezpečování kvality. Otevřené postupy a diskuse o problémech správy kliniky by měly být charakteristickým rysem rámce správy. Každá organizace, která říká, že poskytuje vysoce kvalitní péči, musí ukázat, že slouží potřebám obyvatel. Vyhodnocování potřeb zdraví a porozumění problémům a aspiracím komunity vyžaduje spolupráci mezi organizacemi Národní zdravotní služby, zdravotnickými odděleními veřejné správy, místními autoritami a zdravotními radami komunit.

Řízení rizik – se rozpadá na následující tři složky rizik:

- *rizika pacientů*. Vyhovění zákonným nařízením napomáhá minimalizovat rizika pacientů. Kromě toho se musí rizika pacientů minimalizovat pravidelnou revizí systému a zejména auditem kritických událostí a poučováním se ze ztížností. Rovněž standardy lékařské etiky jsou klíčové pro zachovávání bezpečnosti a blahobytu pacientů a veřejnosti;
- *rizika lékařů a sester*. Zaměstnanci kliniky musí být imunizováni proti infekčním chorobám, musí pracovat v bezpečném prostředí a musí se jim dostávat pomoci při

udržování jejich kvalifikace na aktuální úrovni. Je to důležitou součástí zabezpečování kvality;

- *rizika organizace*. Chabá kvalita ohrožuje každou organizaci. Kromě toho, že organizace musí snižovat rizika pacientů a rizika lékařů a sester, musí snižovat svá vlastní rizika tím, že bude vysoce náročným zaměstnavatelem.

Systém správy klinik má podporu i mimo Velkou Británii. Nezisková skupina The Trent Accreditation Scheme, která akredituje britské nemocnice, zakládá svůj systém na principech správy klinik britské Národní zdravotní služby a aplikuje ho též na nemocnice v Hong Kongu a na Maltě.

Pojem správy klinik má řadu paralel s mnohem známějším pojmem **správy společnosti**, protože se vztahuje k těm strukturám, systémům a procesům, které zajišťují kvalitu, zodpovědnost a náležité řízení aktivit organizace při poskytování jejích služeb. Správa klinik se však týká pouze těch aspektů práce organizací poskytujících zdravotní a sociální péči, které se váží k poskytování péče pacientům a k pečovatelnosti. Pojem se však netýká ostatních podnikatelských procesů organizace, pokud nemají přímý vliv na poskytování péče. Právě proto vzniknul širší pojem **Integrated Governance - integrovaná správa nemocnic** /4/, který spojuje povinnosti organizací plynoucí ze správy společnosti a ze správy klinik.

Integrovaná správa nemocnic je především koordinačním principem. Jeho smyslem není nahradit správu klinik nebo správu financí nebo jakoukoli jinou oblast správy. Spíše osvětluje jejich životní důležitost, vzájemnou závislost a provázanost. Koncept integrované správy nemocnic byl ve Velké Británii vyvinut ke zjednodušení složitého systému správy organizací, které jsou součástí Národní zdravotní služby. Integrovaná správa nemocnic zastřešuje všechny přístupy ke správě v rámci Národní zdravotní služby. Sjednocuje principy jednotlivých odpovědností organizace a postupně se posouvá směrem k procesu senzitivity na jediné riziko zasahující veškeré cíle Nadačního fondu. Integrovaná správa nemocnic podléhá koordinované inspekci a je podporována koordinovaným sběrem informací.

Integrovaná správa nemocnic obsahuje řadu deseti úkolů směřujících ke zdokonalení a racionalizaci způsobu, jímž organizace Národní zdravotní služby fungují.

1. Revidovat a ujasnit účel a cíl organizace;
2. Zavést roční strategický cyklus podnikání;
3. Zavést integrovaný systém ujišťování, že systém funguje tak, jak má;
4. Posunout se směrem k rozhodování na základě srozumitelných informací;
5. Zavést účelnou a úspornou strukturu výborů s jasně stanovenými úkoly, delegací pravomocí a informačními povinnostmi;
6. Ustavit posílený výbor pro audit, který by prověřoval veškeré činnosti Nadačního fondu;
7. Ustavit efektivní podpory výboru ředitelů;
8. Ustavit procesy, které by zajišťovaly schopnost výboru ředitelů sledovat účel organizace prostřednictvím výběru, motivace a kontroly jednotlivých členů výboru ředitelů;
9. Schválit a aplikovat etické principy výboru ředitelů;
10. Získávat jednotlivé exekutivní a neexekutivní členy výboru ředitelů s cílem ustavit soudržný výbor ředitelů.

4 Správa a řízení neziskových nemocnic v České republice

Většina nemocnic – příspěvkových organizací v České republice není novým zařízením, nýbrž pokračující organizací s určitou historií, vývojem, strukturou majetku, práv a povinností a tedy i s „balíkem“ minulých zátěží. Souhrnně lze o současné právní formě neziskové nemocnice jako příspěvkové organizace říci, že je **historicky přežilá a čeká na nevyhnutelnou transformaci do nějaké moderní formy neziskové nemocnice nebo obchodní společnosti**. V obou případech dalšího možného vývoje v uvedených směrech musí jít o zásadní transformaci vztahů se státním, resp. veřejným rozpočtem obdobně tak, jak to proběhlo u státních podniků v 90. letech. Vesměs kladné zkušenosti s fungováním téměř stovky nemocnic, jejichž zřizovatelem jsou soukromé osoby, ukazují, že „odříznutí“ nemocnic od veřejných rozpočtů nejen neohrožuje kvalitu ani kvantitu poskytovaných zdravotnických služeb, nýbrž je jim ku prospěchu.

Historická přežilost nemocnic jako příspěvkových organizací je spojena právě s úlohou, kterou ve fungování neziskových nemocnic jako příspěvkových organizací, ať už státních či nestátních, hrají veřejné rozpočty. Paralelní financování neziskových nemocnic jako příspěvkových organizací z veřejných rozpočtů a zároveň z pojišťoven je nutně mimořádně netransparentní. Obecně každé rozpočtové financování je nevyhnutelně spojeno s politickým rozhodováním o užití zdrojů a tudíž nevyhnutelně vystaveno zájmovým tlakům, konfliktům a kompromisům sevřeným do časového horizontu volebního cyklu. Ačkoli Evropská unie může při „hlídání“ makroekonomické stability eurozóny nahlížet na veřejné zdravotní pojišťovny jako na součást veřejných rozpočtů, z mikroekonomického hlediska způsobu rozhodování o alokaci zdrojů jde o dva zcela odlišné světy – svět politického rozhodování a svět ekonomické racionality a kalkulace.

Na postavení nemocnic jako příspěvkových organizací, ať už státních či nestátních, platí veškeré hlavní kritické poznatky, které byly svého času formulovány ohledně hospodaření státních podniků v rámci systému centrálního plánování:

1. Státní podniky měly namísto zájmu na minimalizaci nákladů zájem náklady maximalizovat. Úroveň spotřeby zdrojů v daném období byla totiž základem pro přiděl zdrojů v následujícím období;

2. Státní podniky nemohly nést v důsledku napojení na státní rozpočet konečnou odpovědnost za své hospodaření. Pro jejich chování byl proto typický tzv. morální hazard, tj. systematické zneužívání možnosti přenést konečnou odpovědnost za vlastní špatné hospodaření na někoho jiného, konkrétně na státní rozpočet;

3. Státní podniky neměly zájem na dobrých hospodářských výsledcích, protože centrální orgány (ministerstva, plánovací úřad) měly volnost měnit podle své potřeby parametry jejich hospodaření;

4. Centrální orgány byly při svém řízení závislé na informacích, které produkovaly státem řízené podniky.

Výčet jednotlivých ekonomických distorzí zabudovaných do postavení nemocnic jako příspěvkových organizací ukazuje, že jsou to vesměs hrubé prohřešky proti Principům správy veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízení, jak jsou uvedeny níže v 5. subkapitole.

- a) nemocnice hospodaří podle § 28, odst.1 zákona č. 250/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů /8/ nejen s peněžními prostředky získanými vlastní činností, nýbrž také s peněžními prostředky přijatými z rozpočtu svého zřizovatele;
- b) zřizovatel může podle § 28, odst. 4 zákona č. 250/2000 Sb. nemocnici uložit odvod do

svého rozpočtu, jestliže její plánované výnosy překračují její plánované náklady nebo jestliže jsou její investiční zdroje větší než jejich potřeba užití podle rozhodnutí zřizovatele;

- c) podle § 28, odst.5 zákona č. 250/2000 Sb. lze vztah rozpočtu nemocnice k rozpočtu zřizovatele během roku měnit v neprospěch příspěvkové organizace, i když jen ze závažných důvodů;
- d) zdrojem investičního fondu nemocnice jsou podle § 31, odst.1 zákona č. 250/2000 Sb. odpisy prováděné podle plánu schváleného zřizovatelem, investiční dotace z rozpočtu zřizovatele, investiční příspěvky ze státního fondu, výnosy z prodeje majetku, pokud to zřizovatel připustí, a převody z rezervního fondu ve výši povolené zřizovatelem;
- e) zdroje investičního fondu lze podle § 31, odst.2, písmeno c) zákona č. 250/2000 Sb. použít k odvodu do rozpočtu zřizovatele, pokud to zřizovatel uložil;
- f) zdroje investičního fondu podle § 31, odst. 2, písmeno d) zákona č. 250/2000 Sb. lze použít též k posílení zdrojů určených na financování údržby a oprav nemovitého majetku ve vlastnictví zřizovatele, který používá nemocnice; takto použité prostředky se z investičního fondu převádějí do výnosů (!!!) nemocnice;
- g) zde tedy dochází k vážné distorzi v podobě povinného zkreslení informace o výnosech nemocnice. Vzniká tudíž potřeba dvojího vykazování, neboť management nemocnice potřebuje znát nezkrácenou informaci o výnosu nemocnice;
- h) fond odměn je podle § 32, odst. 1 zákona č. 250/2000 Sb. tvořen ze zlepšeného hospodářského výsledku nemocnice. Zejména zde se plně projevuje distorze uvedená v bodě 4 výše;
- i) podle § 34, odst. 2 zákona č. 250/2000 Sb. je nemocnice oprávněna přijímat na sebe závazek ručitele jen na základě předchozího souhlasu zřizovatele, a to jen, jde-li o ručení za dlužníka, jímž je sám zřizovatel nebo jím zřízená nebo založená právnická osoba;
- j) podle § 35 zákona č. 250/2000 Sb. nesmí nemocnice nakupovat cenné papíry.

Statutárním orgánem nemocnice - příspěvkové organizace je ředitel. Další strukturu a linii řízení jednotlivých oddělení a úseků upravuje organizační řád nemocnice. Vedoucí pracovníci byli do roku 2006 jmenováni. Od roku 2007 se dle nového zákoníku práce na vedoucí pracovníky příspěvkové organizace statut jmenování nevztahuje – kromě ředitele. Od roku 2007 mají vedoucí pracovníci příspěvkových organizací pracovní smlouvu. Ředitel příspěvkové organizace je jmenován do funkce zřizovatelem. Ten mu stanovuje výši platu a systém jeho odměňování - ukazatele, za které je mu přiznána odměna. Těmito ukazateli jsou většinou výsledek hospodaření, poměr pohledávek a závazků, počet stížností apod.

Tento „ukazatelový“ přístup k řízení v rámci jedné hierarchické struktury je typickým znakem centrálního plánování. Opakované pokusy různě přesouvat pravomoci uvnitř jedné hierarchické struktury jsou obvykle motivovány snahou vlastníka nalézt takovou hierarchickou strukturu a jí odpovídající soubor ukazatelů, aby jednotky na různých stupních řídicí hierarchie byly co nejvíce motivovány přispívat k plnění cílů vlastníka, tj. státu. Je zřejmé, že odpovědnost takto řízené jednotky může být odpovědností vždy jen za plnění ukazatelů, nikdy však nemůže být tou poslední a nepřenositelnou odpovědností za celkový výsledek, jakou může nést jen vlastník. Hospodářský výsledek jednotky fungující uvnitř hierarchické struktury řízení bude vždy záviset na nastavení zvoleného ukazatele a jednotka bude tudíž významnou část svého úsilí nevyhnutelně vynakládat na vyjednávání o úrovni a podobě ukazatele s nadřízeným stupněm hierarchie. Takovéto vztahy uvnitř řídicí hierarchie jsou zcela nevyhnutelné, o jejich existenci a podobě dostatečně svědčí letitá zkušenost s centrálním plánováním v naší zemi.

Příspěvková organizace hospodaří s majetkem vlastním a majetkem svěřeným jí zřizovatelem. Majetek svěřený do správy příspěvkové organizace zřizovatelem je specifikovaný ve zřizovací listině, je oddělen v účetnictví a není daňově odepisován. Majetek svěřený do správy může být majetek nemovitý, který zřizovatel vložil do příspěvkové organizace, nebo majetek pořízený z prostředků zřizovatele, pokud zřizovatel neurčí, aby příspěvková organizace takto pořízený majetek zařadila do svého majetku. Je zřejmé, že termín vlastní majetek je zde spojen se zcela odlišným pojmem ve srovnání s pojmem vlastní majetek, jak je určen ustanoveními soukromého práva, kde jejich konečným smyslem je, aby z řízení vlastního majetku byly vyloučeny všechny osoby kromě vlastníka. Pojem vlastní majetek, jak se vyskytuje v účetnictví neziskových příspěvkových nemocnic, nic takového neobsahuje.

Specifikum příspěvkových organizací je také v účetnictví. Organizace tvoří povinně fondy (dle vyhlášky č. 505/2002 Sb., v platném znění a dle Českých účetních standardů platných pro jednotky účtující dle vyhlášky č. 505/2002 Sb.). Fondy jsou tvořeny z odpisů majetku (investiční fond), z procenta přidělů z objemu vyplacených hrubých mezd (fond kulturních a sociálních potřeb), z bezúplatně nabytého majetku, ze zlepšeného hospodářského výsledku a z peněžních darů. Fondy se pak používají na pořízení investičního majetku, oběžného majetku a na kulturní a sociální potřeby zaměstnanců v souladu s platnými právními předpisy. Zvláštností účtování o fondech je, že pokud příslušné fondy nejsou kryty peněžními prostředky, tento rozdíl se zúčtovává do výnosů a hospodářský výsledek je tedy ovlivněn směrem nahoru. O této zjevné ekonomické distorzi plynoucí z právní formy příspěvkové organizace jsme pojednali výše v bodě f). Účetní i daňový zisk nemocnice tedy nemusí nutně znamenat likviditu organizace a zaručit její platební schopnost. Jak bylo uvedeno výše, zřizovatel může také příspěvkové organizaci uložit, aby odvedla část svých zdrojů do rozpočtu zřizovatele (§ 28, odst. 4 zákona č. 250/2000 Sb./8/). Tato pravomoc zřizovatele nejlépe dokládá nevhodnost právní formy příspěvkové organizace pro neziskové nemocnice a potřebu nalézt adekvátní formu právní subjektivity neziskové nemocnice odpovídající osvědčeným zvyklostem v zemích Evropské unie.

Hlavním odběratelem poskytovaných služeb nemocnice – příspěvkové organizace jsou zdravotní pojišťovny. Vztah se zdravotními pojišťovnami a tedy podmínky poskytování péče a úhrady za péči jsou upraveny smlouvou (smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče a dále úhradové dodatky). Smlouvy jsou uzavírány v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění vyhlášek, které vydává ministerstvo zdravotnictví. Vzhledem k měnícímu se systému úhrad od zdravotních pojišťoven a vzhledem k dřívějším ekonomickým problémům nemocnic řada z nich si s sebou nese určitou zátěž ve formě dluhu, který má nejčastěji podobu závazků po lhůtě splatnosti. Tím je výrazně ovlivněn i okruh dodavatelů a systém a kvalita vztahů s nimi. Řada dodavatelů má nemocnici – příspěvkovou organizaci tzv. v hrsti, protože ta dodavatelům dluží nemalé sumy za dodávky, u kterých již proběhl termín splatnosti a nemocnice tak čerpá dodavatelský úvěr splácený kontinuálními odběry od věřitele. Tento dlužní vztah (a platební nekázeň) k dodavatelům je pak rizikem při změně právní formy nemocnice.

V pracovně právních vztazích se nemocnice - příspěvkové organizace v oblasti odměňování řídí zákonem č. 143/1992 Sb., o platu, ve znění nařízení vlády. Tento zákon a vládní nařízení jsou většinou hlavním impulsem ke změně právní formy nemocnic. Vláda svým nařízením ukládá minimální nárůst mezd zaměstnanců příspěvkové organizace bez ohledu na výši a nárůst úhrad od zdravotních pojišťoven a na další cenové vlivy působící na činnost nemocnice.

Nemocnice - příspěvkové organizace mohou mít v konkurenčním boji se soukromými nemocnicemi jednu výhodu, totiž dotace od zřizovatele ať již ve formě provozních dotací na

činnost nemocnice, nebo ve formě investičních dotací na přístrojové vybavení nebo stavební investice. Nemocnice - příspěvková organizace tak může mít snadnější přístup k finančním prostředkům. To je však ve zřejmém rozporu s níže uvedenými Principy správy veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízení, zejména s principem I.D, podle kterého neziskové nemocnice musí působit v prostředí konkurence, zejména pokud jde o přístup k financování. Vztahy s ostatními subjekty trhu včetně ostatních nemocnic musejí být postaveny na čistě komerčním základě. A obdobně, pokud zřizovatel (veřejnoprávní subjekt) investuje nebo dotuje svou organizaci, pak se na tento transfer peněžních prostředků nevztahuje zákon o veřejné podpoře. To jen dokládá, že zákon pohlíží na nemocnice – příspěvkové organizace jako na majetek státu a že tudíž stát, stejně jako každý jiný vlastník, může převádět svůj majetek z jedné své organizační složky do druhé, což samozřejmě není veřejnou podporou, nýbrž pouhou interní transakcí mezi organizačními složkami jednoho vlastníka.

5 Principy správy veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízení (dále jen neziskových nemocnic)

K níže uvedeným principům správy neziskových nemocnic jsme dospěli **modifikací Principů OECD, které tato organizace doporučuje pro správu a řízení státních podniků /6/**. Ty jsou pak odvozeny od základního dokumentu, jímž jsou Principy správy a řízení společností OECD určené pro akciové společnosti, s jejichž akciemi se obchoduje na veřejných trzích /5/.

5.1 Právní a regulatorní rámec pro neziskové nemocnice

Právní a regulatorní rámec pro neziskové nemocnice musí zajistit rovné podmínky na všech trzích, na nichž neziskové nemocnice vstupují do konkurence s ostatními subjekty trhu, aby nedocházelo k distorzím trhu.

- A. Neziskové nemocnice nesmí být vyňaty z působnosti obecných zákonů a regulatorních ustanovení.
- B. Zainteresované strany musí mít možnost domoci se efektivní náhrady, mají-li za to, že jejich práva byla poškozena.
- C. Právní a regulatorní rámec musí umožňovat dostatečnou flexibilitu přizpůsobování kapitálové struktury neziskových nemocnic jako podmínku dosahování jejich cílů.
- D. Neziskové nemocnice musí působit v prostředí konkurence, zejména pokud jde o přístup k financování. Vztahy s ostatními subjekty trhu včetně ostatních nemocnic musejí být postaveny na čistě komerčním základě.

5.2 Právnícké osoby, fyzické osoby, orgány státu a orgány samosprávy jednající jako vlastníci (dále jen „zřizovatelé“ – stát, kraj nebo obec, jiné právnícké nebo fyzické osoby - § 2 zákona č.245/2006 Sb.)

Zřizovatelé musí jednat jako aktivní vlastníci neziskové nemocnice, formulovat svou jasnou a konzistentní politiku a zajistit, aby správa neziskové nemocnice byla vykonávána transparentně, s jasně formulovanou odpovědností a s náležitou profesionalitou a efektivností.

- A. Zřizovatelé neziskové nemocnice se nesmí angažovat v jejím každodenním řízení, musí jí poskytovat dostatek operativní samostatnosti, aby mohla dosahovat svých cílů.

- B. Zřizovatelé musí umožnit orgánům neziskové nemocnice – radě ředitelů a dozorčí radě (řediteli, zástupci ředitele a dozorčí radě podle § 6, odst 1 zákona č. 245/ 2006 Sb.), aby nesly odpovědnost za výkon svých povinností a musí respektovat jejich nezávislost.
- C. Výkon vlastnických práv vůči neziskové nemocnici musí být jasně vymezen.
- D. Zřizovatelé musí svá práva vůči neziskové nemocnici vykonávat s ohledem na její vnitřní organizační strukturu.

Mezi základní vlastnické funkce zřizovatelů patří, kromě povinností uvedených v § 12 zákona č. 245/2006 Sb., ještě:

1. zavést transparentní a dobře strukturovaný proces jmenování rady ředitelů a dozorčí rady neziskové nemocnice (ředitele, zástupce ředitele a dozorčí rady podle § 6, odst.1 zákona č. 245/2006 Sb.) a aktivně se jmenování účastnit,
2. zavést systém zveřejňování informací umožňující pravidelný monitoring a hodnocení činnosti neziskové nemocnice,
3. udržovat systematické vztahy s externím auditorem,
4. zajistit, aby systém odměňování rady ředitelů a dozorčí rady (ředitele, zástupce ředitele a dozorčí rady podle § 6, odst.1 zákona č.245/2006 Sb.) podporoval jejich dlouhodobý zájem na činnosti neziskové nemocnice a byl motivující pro kvalifikované profesionály.

Komentář.

Zákon /8/ stanovuje jako orgány neziskové nemocnice ředitele, zástupce ředitele a dozorčí radu, což je ve srovnání se strukturou orgánů jiných neziskových organizací, ale také společností zaměřených na dosahování zisku, velmi neobvyklé. Nejen společnosti zaměřené na zisk, ale také jiné neziskové organizace v ČR i v zemích EU a v USA mají v čele radu ředitelů (správní radu nebo představenstvo – slovní označení se může lišit) a dozorčí radu. Ředitel, resp. jeho zástupce bývají jako součást exekutivy podřízeni radě ředitelů, resp. dozorčí radě. Tím, že podle zákona má zřizovatel (vlastník) jmenovat jako orgán neziskové nemocnice ředitele, může snadno docházet k porušení principu II.A a II.B : vlastník (zřizovatel) se totiž jmenováním ředitele velmi těsně svazuje s každodenním řízením neziskové nemocnice a dostává se do vleku požadavků operativního řízení. Značně se tím omezuje i nezávislost ředitele, resp jeho zástupce. Nežádoucí svázanost vlastníka (zřizovatele) s ředitelem je nejvíce patrná z hlediska principu II.D.4., kdy má vlastník podle zákona utvářet systém odměňování ředitele tak, aby podporoval jeho dlouhodobý zájem.

5.3 Vztahy se zainteresovanými stranami

Politika výkonu vlastnických práv vůči neziskovým nemocnicím musí plně respektovat odpovědnost nemocnic vůči zainteresovaným stranám (stakeholders). Zřizovatelé musí požadovat, aby je neziskové nemocnice informovaly o svém vztahu k zainteresovaným stranám.

- A. Zřizovatelé musí uznávat a respektovat práva stran zainteresovaných na neziskových nemocnicích zakotvená v zákonech nebo ve vzájemných smlouvách.
- B. Rada ředitelů a dozorčí rada (ředitel a dozorčí rada podle § 6, odst. 1 zákona č.245/2006 Sb. /7/) neziskové nemocnice musí mít povinnost vytvořit, zavést a uveřejnit program dodržování vnitřního etického kodexu.

Komentář.

Ve srovnání s organizacemi působícími v jiných sektorech trhu, zejména s podniky, které poskytují standardní soukromé statky, jsou vztahy nemocnic, včetně neziskových nemocnic, se zainteresovanými stranami významně složitější. Stejně jako jiné subjekty trhu

sice musí uznávat a respektovat práva svých zaměstnanců, práva zastupovaná orgány ochrany životního prostředí, práva věřitelů, odběratelů a dodavatelů, dodržovat soubor předpisů státní správy, avšak na rozdíl od nich se musejí vyrovnat s právy pacientů, kteří bývají navíc dobře organizovanou zainteresovanou stranou. Kromě pacientů jako velmi specifické zainteresované strany jsou tu ještě pojišťovny, organizace lékařů a sester a lékařské fakulty jako další velmi silné zainteresované strany.

Rozpoznání významu a postavení jednotlivých zainteresovaných stran je pro správné nastavení pravidel správy neziskových nemocnic klíčově důležité. I přes to, že v segmentu akciových společností, které poskytují standardní soukromé statky, jsou vztahy akciové společnosti k zainteresovaným stranám podstatně jednodušší a přehlednější. Dlouho přetrvávaly a stále mezi některými ekonomy přetrvávají mylné představy, že akciová společnost má pracovat ve prospěch zaměstnanců, nikoli akcionářů, že tedy zaměstnanci nejsou pouze jednou ze zainteresovaných stran, nýbrž mají být postaveni ne-li přímo výše, tak alespoň na roveň akcionářům. Pravidla správy neziskových nemocnic musejí dožadista velmi citlivě respektovat práva pacientů, pacientům však musí zůstat postavení zainteresované strany, stejně jako jsou zainteresovanou stranou zákazníci podniků, které poskytují standardní soukromé statky. Ukazuje se, že hlavním problémem správného nastavení pravidel správy neziskových nemocnic bude proto vyváženost vztahů mezi četnými jednotlivými zainteresovanými stranami a nedopusťte, aby kterákoliv z nich získala dominantní postavení, které náleží výlučně zřizovatelům (majitelům).

5.4 Průhlednost a zveřejňování

Neziskové nemocnice se musí řídit nejvyššími standardy transparentnosti podle Principů správy společností OECD /5/.

- A. Zřizovatel nemocnice musí vytvořit konzistentní systém zveřejňování informací o neziskové nemocnici a každoročně publikovat výroční zprávu o nemocnici.
- B. Nezisková nemocnice musí zavést účinné postupy pro interní audit a zavést funkci interního auditora, který je monitorován přímo radou ředitelů (ředitelem podle § 6, odst. 1 zákona č. 245/2006 Sb.) a zodpovídá se rovněž přímo radě ředitelů (řediteli).
- C. Nezisková nemocnice se musí každoročně podrobovat externímu auditu podle mezinárodních standardů pro audit
- D. Nezisková nemocnice musí účtovat podle mezinárodních účetních standardů.
- E. Nezisková nemocnice musí zveřejňovat podstatné informace o všech věcech, jak jsou uvedeny v Principech správy společností OECD / 5 /. Příklady těchto informací jsou:
 - 1. Jasné vyhlášení cílů neziskové nemocnice a jejich plnění;
 - 2. Podstatné faktory rizik, jimž je nezisková nemocnice vystavena, a opatření přijatá proti nim;
 - 3. Všechny významné transakce se spřízněnými stranami.

Účtování podle mezinárodních účetních standardů je v České republice zatím předepsáno pouze pro společnosti, s jejichž akciemi se obchoduje na veřejném trhu, výhledově v nedaleké budoucnosti se však má rozšířit obecně na všechny subjekty spadající pod působnost zákona o účetnictví. Neziskové nemocnice by s tím měly počítat a připravovat se na to. V této souvislosti je významné, že účtování podle mezinárodních účetních standardů si neklade za cíl sloužit potřebám vybírání daní, nýbrž podávat co nejvěrnější a pravdivý obraz o hospodaření účetní jednotky a dosáhnout tak co nejvyšší transparentnosti a srovnatelnosti v mezinárodním měřítku. To je v nejvyšším zájmu neziskových nemocnic, neboť to otevírá cestu k jejich financování při minimálních nákladech.

Dosáhnout toho, aby neziskové nemocnice, ať už státní či nestátní, přijaly princip, že musí zveřejňovat všechny své transakce se spřízněnými stranami, bude nepochybně velmi obtížné. Pravděpodobně však ne více, než je to obtížné u akciových společností poskytujících standardní soukromé statky. Přijetí tohoto obecného principu a jeho zabudování do norem chování jak akciových společností, tak neziskových nemocnic je však velmi důležité pro jejich důvěryhodnost a tudíž pro minimalizaci nákladů na jejich financování. Nedůvěra investorů a věřitelů vzbuzovaná neprůhledností transakcí, když mnohé z nich nasvědčují tomu, že jsou to transakce se spřízněnými stranami, totiž přiměje investory a věřitele k tomu, aby cenu poskytovného kapitálu zvýšili o rizikovou prémii.

5.5 Odpovědnost rady ředitelů a dozorčí rady neziskové nemocnice (ředitelé a dozorčí rady podle § 6, odst. 1 zákona č.245/2006 Sb.)

Rada ředitelů a dozorčí rada neziskové nemocnice musí mít nezbytnou autoritu, kompetence a objektivitu, aby mohly plnit svoji funkci strategického vedení neziskové nemocnice a monitorování managementu. Musí jednat čestně a za svoji činnost se zodpovídat zřizovateli.

- A. Rada ředitelů a dozorčí rada musí mít jasný mandát a poslední (nepřenositelnou) odpovědnost za výkonnost nemocnice. Rada ředitelů a dozorčí rada musí být plně odpovědné zřizovateli a musí jednat v nejlepším zájmu neziskové nemocnice.
- B. Rada ředitelů a dozorčí rada musí vykonávat svoji funkci monitoringu managementu a strategického vedení nemocnice podle cílů, které stanovil zřizovatel.
- C. Dozorčí rada musí být složena tak, aby si mohla utvářet nezávislý úsudek.
- D. U větších neziskových nemocnic se doporučuje ustavit výbory specializované na audit a odměňování.
- E. Rada ředitelů a dozorčí rada musí každoročně vyhodnocovat výkonnost neziskové nemocnice.

Princip V. dokládá, jak je významné, aby vrcholným orgánem neziskové nemocnice byla rada ředitelů složená z neexekutivních členů a nikoli exekutivní ředitel, jak to postuluje zákon č.245/2006 Sb.v § 6, odst.1. Platí to jak pro jednoúrovňovou správu, typickou pro anglosaské země, tak pro dvouúrovňovou správu s dozorčí radou, která převažuje v kontinentální Evropě. Kdyby byl vrcholným orgánem neziskové nemocnice exekutivní ředitel, nebylo by možné, aby vykonával funkci monitoringu managementu, neboť by byl jeho součástí (princip V.B.). Stejně tak by nemohlo vést k objektivním poznatkům, kdyby exekutivní ředitel vyhodnocoval výkonnost neziskové nemocnice, kterou sám řídí (princip V.E).

6 Závěr

Stat' ukázala neziskové nemocnice v praxi zdravotnictví Kalifornie a Velké Británie jako jednu z rovnocenných variant, pro níž se rozhodli zakladatelé, resp. vlastníci nemocnic. Na vzorku kalifornských neziskových nemocnic citovaní autoři ukázali, že neziskové organizace nemají jediný cíl a jediného rozhodovatele, že rady ředitelů jsou obvykle velmi početné a složené z různorodých osob a že neziskové nemocnice bývají ve vlastnictví nejrozličnějších organizací.

Nadační fondy Národní zdravotní služby jsou nejnovějším typem fondů ve Velké Británii. Pracují na neziskovém principu a přitahují pozornost kvůli zvláštnostem uspořádání své správy. V rámci Národní zdravotní služby se zrodil pojem Clinical Governance – správa klinik. Týká se však pouze těch aspektů práce organizací poskytujících zdravotní a sociální

péči, které se váží k poskytování péče pacientům a k pečovatelům. Netýká se ostatních podnikatelských procesů organizace, pokud nemají přímý vliv na poskytování péče. Proto vzniknul širší pojem Integrated Governance - integrovaná správa nemocnic, který spojuje povinnosti organizací plynoucí ze správy společnosti jako podnikatelské jednotky a ze správy klinik.

Současná právní forma neziskových nemocnic v České republice jako příspěvkových organizací je historicky přežila a čeká na nevyhnutelnou transformaci do nějaké moderní formy neziskové nemocnice nebo obchodní společnosti. Historická přežilost je spojena s úlohou, kterou ve fungování neziskových nemocnic jako příspěvkových organizací, ať už státních či nestátních, hrají veřejné rozpočty.

Předložené Principy správy veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízení (neziskových nemocnic) jsou modifikací Principů OECD, které tato organizace doporučuje pro správu státních podniků.

Literatura

- [1] Eldenburg, L., Hermalin, B.E., Weisbach, M.S., Wosinska, M., Hospital Governance, Performance Objectives, and Organizational Form, NBER Working Papers Series, Cambridge, MA, April 2001, Working Paper 8 201
- [2] Eeckloo, K., Delesie, L., Vleugels, A., Where is the Pilot? The Changing Shapes of Governance in the European Hospital Sector, The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, březen 2007
- [3] Scally, G., Donaldson, L.J., Clinical Governance and the drive for Quality improvement in the new NHS in England, BMJ, July 4, 1998
- [4] The Integrated Governance Handbook, UK Department of Health, 2006
- [5] OECD Principles of Corporate Governance 2004, OECD, Paris 2004
- [6] OECD Guidelines on Corporate Governance of State-Owned Enterprises, OECD, Paris 2005
- [7] Zákon č. 245/2006 Sb. o veřejných neziskových ústavních zařízeních a o změně některých zákonů, jak vyplývá ze změn provedených nálezem Ústavního soudu č. 483/ 2006 Sb.
- [8] Zákon č. 250/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů
- [9] Zákon č. 218/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla).

Komparace správy neziskových nemocnic v USA (Kalifornie), ve Velké Británii a v České republice

ABSTRAKT

Stat' představuje neziskové nemocnice a jejich správu v praxi zdravotnictví Kalifornie a Velké Británie jako rovnocennou variantu právního a ekonomického postavení nemocnic vzhledem k nemocnicím zaměřeným na dosahování zisku. Na základě analýzy postavení neziskových nemocnic v Kalifornii, Velké Británii a v České republice jsou předloženy Principy správy neziskových nemocnic, které jsou modifikací Principů správy společností OECD. Praxe českých nemocnic jako příspěvkových organizací je porovnána s jednotlivými Principy správy neziskových nemocnic.

Klíčová slova: neziskové nemocnice, nemocnice zaměřené na zisk, správa nemocnic

Confrontation of management of nonprofit hospital in the USA (California), GB, in the Czech Republic

ABSTRACT

Nonprofit hospitals and their corporate governance in health care systems of California and Great Britain are shown as an equivalent variant to the legal and economic status of for-profit hospitals. The analysis of legal and economic statuses of nonprofit hospitals in California, Great Britain and the Czech Republic are summarized in Principles of Corporate Governance of Nonprofit Hospitals based on OECD Principles of Corporate Governance. The practice of Czech hospitals financed by public budgets is measured by its compliance with particular Principles.

Key words: nonprofit hospitals, for-profit hospitals, corporate governance

JEL classification: H750