

VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY

ROČNÍK LXIII

ČERVEN 1994

ČÍSLO 1-2

355.72.007.2:355.64:368.03

ÚSKALÍ TRANSFORMACE VOJENSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

MUDr. Květoslav LIPÁR, CSc.
Vojenská zdravotní pojišťovna, Praha

V posledních třech letech se zásadním, ale také obtížně předvídatelným způsobem promítá do činnosti vojenského zdravotnictví celý komplex faktorů, které podstatným způsobem ovlivňují postup prací na formaci cílového stavu systému zdravotnického zabezpečení vojsk. Postupně se přece jenom daří vytyčovat cesty k dosažení cílového stavu, vymezovat etapy, ve kterých bude postupně ke změnám docházet, včetně nalézání nejvhodnějších prostředků k provedení transformace vojenského zdravotnictví.

Zavedením zdravotního pojištění vyvstala naléhavá potřeba najít způsob jak skloubit požadavek velení armády na zajištění vysoké kvality zdravotnického zabezpečení vojsk v míru a za branné pohotovosti státu s novými ekonomickými podmínkami, v nichž začínají pracovat vojenská zdravotnická zařízení.

Pro činnost každého vojenského zařízení má rozhodující význam počet osob, kterým poskytuje zdravotní péči. Ve spádových oblastech vojenských nemocnic došlo právě vlivem vojenských faktorů k výraznému poklesu počtů vojáků v činné službě, který se přímo promítl do výkonnosti vojenských zdravotnických zařízení.

V roce 1991 bylo v pěti vojenských nemocnicích Praha, Plzeň, České Budějovice, Brno, Olomouc vyšetřeno 1 360 000 ambulantních pacientů, z toho jich prošlo vyšetřením v Ústřední vojenské nemocnici Praha 38,6 %, ve VN Plzeň 17,3 %, ve VN České Budějovice 16,4 %, ve VN Brno 14,1 % a ve VN Olomouc 13,6 %.

Z celkového počtu léčených na lůžku, tj. z 37 795, jich bylo hospitalizováno v Ústřední vojenské

nemocnici 33,4 %, ve VN Plzeň 19,8 %, ve VN České Budějovice 18,6 %, ve VN Brno 13,9 % a ve VN Olomouc 14,3 %.

Ve srovnání s rokem 1987 klesl počet ambulantních návštěv vojáků z povolání v jednotlivých vojenských nemocnicích o 20-30 % a počet hospitalizací o 20-42 %. U vojáků základní služby klesl počet ambulantních návštěv o 22-42 % a počet hospitalizací klesl o 29-44 %.

Pro snadnější orientaci lze nejvýznamnější faktory ovlivňující systém zdravotnického zabezpečení vojsk rozřadit do čtyř oblastí: vojenské, ekonomické, zdravotní legislativy a sociální.

K nejzávažnějším vojenským faktorům patří změna vojenské doktríny a operačního použití armády, reorganizace druhů vojsk a služeb (jejíž součástí je i reorganizace vojenského zdravotnictví), výstavba systému vojenské logistiky a snižování početního stavu vojsk.

Ve spádu vojenských nemocnic se v roce 1993 nacházelo kolem 132 000 vojáků v činné službě a občanských zaměstnanců (dále příslušníků armády). Z toho ve spádu VN České Budějovice 14 000, ve spádu VN Plzeň 17 000, VN Brno 21 000, VN Olomouc 24 000 a ve spádu Ústřední vojenské nemocnice 56 000 příslušníků. Na tento poměrně nízký počet zabezpečovaných osob připadá 2700 nemocničních lůžek ve vojenských nemocnicích AČR, včetně posádkových nemocnic.

Tento počet lůžek byl vyprojektován na počty bývalé federální armády a je zatím armádou i nadále udržován. Pro srovnání v České republice v roce 1992 připadalo na 1000 obyvatel 8,2 lůžka.

Tabulka 1

**Počet lůžek na 1000 příslušníků armády
ve vojenských nemocnicích Armády
České republiky v roce 1993**

Vojenská nemocnice	Počet příslušníků armády ve spádu	Počet lůžek na 1000 příslušníků armády
Č. Budějovice	14 000	28,5
Plzeň	17 000	23,5
Brno	21 000	19
Olomouc	24 000	16,6
Praha	26 000	14,2

Tabulka 2

**Odhad optimalizace lůžkového fondu
ke klesajícím počtům armády
v rozmezí let 1993-1996**

Složení armády	Rok	Počet příslušníků armády	Počet lůžek na 1000 příslušníků armády	Počet lůžek skutečný/ optimální
Voj. v činné službě a obč. zaměstnanci	1993	132 000	20,4	2700 / 1100
Voj. v činné sl.	1993	97 000	27,8	2700 / 808
Voj. v činné sl.	1996	65 000	41,5	2700 / 540

Na jedno lůžko ve vojenských nemocnicích připadá v současné době 48,8 příslušníků armády, přesněji 55 osob, neboť skutečný počet rozvinutých lůžek je vzhledem k neustále probíhajícím rekonstrukcím v průměru o 300 lůžek menší. Pro srovnání, na jedno lůžko v civilním zdravotnictví připadá 120 obyvatel.

Přibližně 21,5 příslušníka armády připadajícího na jedno lůžko, tj. 44 % ze 48,8 příslušníků armády, by muselo být neustále léčeno na lůžku, aby v průběhu roku byla lůžka ve vojenských nemocnicích plně vytížená. Vycházíme při tom z průměrné doby hospitalizace, která se pohybuje ve vojenských nemocnicích kolem 17 dnů. Vyžadovalo by to 9krát vyšší nemocnost příslušníků armády, než je nemocnost ostatního obyvatelstva, která se pohybuje kolem 4,7 %.

Vydeme-li z ukazatele 120 obyvatel na jedno lůžko v České republice, pak na léčebné zabezpečení 132 000 příslušníků armády by dostačovalo 1100 nemocničních lůžek, tj. o 40 % méně, než je současný stav. K zabezpečení početně největší spádové oblasti, kterou je spád Ústřední vojenské nemocnice s 56 000 příslušníky armády, by dostačovalo mít rozvinuto místo plánovaných 800 lůžek jen 460 lůžek.

Vydeme-li z předpokladu, že od roku 1996 bude mít armáda 65 000 vojáků v činné službě, pak připadne na jedno nemocniční lůžko 23 vojáků. Přihlédneme-li ke koeficientu počtu nemocničních lůžek na 1000 obyvatel (8,2), bude dostačovat pro celou armádu 540 lůžek. Tyto jednoduché kalkulace dokumentují, že příslušníci armády nejsou s to plně zatížit kapacitu vojenských nemocnic a pro armádu nebude ekonomicky výhodné financovat ze svého rozpočtu tento rozsáhlý lůžkový fond.

Optimalizovat lůžkový fond vojenských nemocnic je možné několika způsoby. Je možné snížit počet lůžek ve vojenských nemocnicích tak, aby odpovídal početnímu stavu vojsk. Prakticky by to znamenalo redukovat stávající lůžkový fond o 2700 lůžkách až o 80 %. Dosáhlo by se toho redukcí počtu vojenských nemocnic na 1-2 a ostatní by mohly být navrženy k zařazení do privatizace.

Druhým možným způsobem je zachovat vojenské nemocnice ve stávajících posádkách pro jejich výhodné geografické rozmístění pokrývající celorepublikově dislokovaná vojska a přebudovat je na 100lůžkové nemocnice. Oba způsoby neřeší uchování potřebné kvalifikace vojenských lékařů, kterým by výkon odborné praxe v úzkém diagnostickém spektru snížil jejich odbornou erudici.

Třetím způsobem je změnit hospodaření nemocnic tak, aby armáda kryla ze svého rozpočtu pouze ty činnosti vojenských nemocnic, které jsou v jejím zájmu, zbytek finančních prostředků by si nemocnice získala poskytováním zdravotní péče pojištěncům Všeobecné zdravotní pojišťovny a jiných zdravotních pojišťoven.

Hlavním problémem v oblasti ekonomické je změna financování zdravotní péče a z ní vyplývající potřeba plánovitě ekonomizace vojenských zdravotnických zařízení. Ke změně financování zdravotní péče došlo v armádě náhlým způsobem, na který nebyla připravena ani vojenská zdravotnická zařízení, ani Vojenská zdravotní pojišťovna ČR.

Zdravotnická správa GŠ v srpnu roku 1991 vypracovala informační zprávu pro ministra obrany ČSFR, pana Dobrovského, v níž mu navrhla dvě varianty řešení zdravotní péče v ČSA.

První varianta vycházela z tehdy platného ekonomického modelu a předpokládala plné krytí potřeb vojenského zdravotnictví z rozpočtu FMO. Rozpočtové krytí by se vztahovalo pouze na vojáky v činné službě, ale už vůbec ne na další kategorie osob léčené ve vojenských zdravotnických zařízeních v zájmu vojenské správy, jako jsou např. občanskí zaměstnanci a vojenští důchodci.

Druhá varianta předpokládala aplikovat do armády systém zdravotního pojištění a vybudovat Vojenskou zdravotní pojišťovnu. Podnět na velení armády ke zřízení Vojenské zdravotní pojišťovny byl předložen půl roku předtím, než byla zahájena činnost Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR.

Ministr Dobrovský si vyžádal další doplňující údaje a k celému návrhu se vyjadřoval i ekonomický úsek FMO. Konečné rozhodnutí z úrovně ministra obrany

bylo učiněno 7. února 1992. Ministr uložil připravit návrh právní úpravy o zdravotní péči v ČSA včetně jejího financování. Uložil zpracovat návrh zásad zákona Federálního shromáždění ČSFR o zdravotní péči v Československé armádě a o Vojenské zdravotní pojišťovně, včetně návrhu prováděcích předpisů. Návrh měl být zpracován do 15. dubna 1992, kdy mělo být zahájeno meziresortní připomínkové řízení. Souběžně mělo být zpracováno paragrafované znění návrhu zákona pro případ, že z časových důvodů bude nutno požádat o upuštění od předložení zásad zákona.

Po jednání zdravotnické správy GŠ s legislativním oddělením kanceláře ministra obrany bylo pro krátkost času přikročeno k vypracování návrhu zákona v paragrafovém znění. V součinnosti se správou právní služby FMO bylo v nové verzi návrhu zákona dbáno na respektování záměrů ČR a SR a zákon byl koncipován tak, aby nebyl v rozporu s právem Evropského společenství.

Tento zákon měl pro tehdejší federální armádu stanovit jednoznačná pravidla poskytování zdravotní péče pro její příslušníky, protože obě národní republiky právě v otázkách péče o zdraví obyvatel začaly prosazovat odlišné koncepce. Velení armády nechtělo připustit, aby při dočasném pobytu vojáka na území jedné z republik byl rozsah poskytované zdravotní péče republikovými předpisy omezen.

Návrh zákona byl autorským kolektivem zpracován tak, že si vybíral z platných právních norem obou republik ta ustanovení, která potřebám armády nejvíce vyhovovala. Návrh zákona uváděl, že zřizovatelem Vojenské zdravotní pojišťovny je armáda, která z ní chtěla vybudovat vojenský peněžní ústav, který by financoval všechny služby a činnosti vykonávané vojenskými a civilními zdravotnickými zařízeními ve prospěch příslušníků armády. Při založení měla Vojenská zdravotní pojišťovna dostat od armády základní kapitál ve výši 350 000 000 Kčs. Rozkazem ministra obrany ČSFR bylo zřízeno Pracoviště pro přípravu Vojenské zdravotní pojišťovny se sídlem v Bratislavě, které začalo připravovat samostatný Zdravotní řád a metodiku bodového hodnocení zdravotních výkonů, včetně výkonů souvisejících se zdravotnickým zabezpečením vojenské práce, výcviku vojsk a s preventivním dozorem nad činností vojsk. Prostřednictvím svého útvaru si tak armáda chtěla zajistit rozhodující vliv na činnost vojenského zdravotnictví.

Návrh zákona prošel vnitroresortním připomínkovým řízením, které ho zdokonalilo, a ke konci léta roku 1992 byl předložen k meziresortnímu připomínkovému řízení. Bylo to v období, kdy se vedoucí politické síly již dohodly na rozpadu federace a zahájily přípravné práce na dělení majetku, federálních orgánů a ústředních organizací. S vědomím, že na území České republiky je garantem zdravotní péče ministerstvo zdravotnictví ČR, toto nechtělo připustit, aby návrh zákona byl předkládán federální vládě v připraveném rozsahu, zahrnujícím celkem 83 paragrafů. Meziresortní připomínkové řízení zásadním způsobem ovlivnilo

strukturu předloženého návrhu zákona. Proto byl vypracován nový, podstatně zkrácený návrh zákona, který byl vládě ČSFR předložen k projednání dne 19. října 1992 v souladu s jejím harmonogramem zabezpečení legislativních úkolů.

K jeho projednání však došlo až v listopadu, to jest v době, kdy veškeré úsilí federální vlády a Federálního shromáždění bylo zaměřeno na urychlené a bezproblémové rozdělení federace. V tomto období se již nedalo očekávat jiné rozhodnutí federální vlády, než jaké učinila, tj. že postoupila návrh zákona republikovým vládám k využití. Vláda České republiky rozhodla, že vznikající Armáda České republiky se bude řídit zákony platnými na území České republiky, a odmítla schválit navrhovaný zákon.

Po předložení návrhu zákona federální vládě bylo navrženo ministru obrany ČSFR, panu Andrejčákovi, aby dal souhlas se zřízením pracoviště pro přípravu Vojenské zdravotní pojišťovny Armády České republiky. Ten s návrhem souhlasil a svým rozkazem č. 51 z 8. prosince 1992 pracoviště v Praze zřídil.

Vzhledem k přijetí ústavního zákona o zániku federace dne 25. listopadu 1992 byl úsekem ekonomického řízení FMO vypracován návrh zákona ČNR o zřízení Armády České republiky, Vojenské zdravotní pojišťovny a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Zdravotnická správa GŠ byla v této fázi tvorby zákona jen odborným konzultantem. Zákon byl Českou národní radou schválen 21. prosince 1992 a je uveden ve Sbírce zákonů pod pořadovým číslem 15/1993 a pod názvem "O Armádě České republiky a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů".

Vynaložené úsilí bylo korunováno úspěchem a Vojenská zdravotní pojišťovna ČR mohla být zřízena. V § 7 zákona ČNR č. 15/1993 Sb., kterým se mění zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách je v § 25 první zmínka o Vojenské zdravotní pojišťovně v tomto znění: zaměstnanecká pojišťovna ministerstva vnitra České republiky a Vojenská zdravotní pojišťovna mohou upravit ve svém statutu práva a povinnosti vyplývající z § 4 a 10 tohoto zákona odchýlně.

Tehdy málokdo tušil, jaké problémy vojenskému zdravotnictví způsobí skutečnost, že zakladatelem Vojenské zdravotní pojišťovny se stalo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a ne Federální ministerstvo obrany.

Zdravotnická správa GŠ vypracovala v závěru roku 1992 nařízení náčelníka generálního štábu Čs. armády č. 35/1992, které upřesňovalo postup při uzavírání smluv mezi vojenskými zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami. Nařízení nabylo účinnosti dne 28. prosince 1992.

Od 1. ledna 1993 se vojenské zdravotnictví ocitlo v nezáviděníhodné situaci. Zatímco civilní zdravotnická zařízení již rok zkušebně účtovala zdravotní výkony Všeobecné zdravotní pojišťovně, stála všechna vojenská zdravotnická zařízení, včetně posádkových ošetřoven, v otázkách účtování výkonů před zcela neznámým

jevem. Ekonomové Federálního ministerstva obrany, kteří v souladu s tehdy platnou plánovací metodikou sestavovali již v létě roku 1992 návrh rozpočtu na rok 1993, v závěrečném shonu způsobeném dělením federální armády opomněli včas reagovat na novou skutečnost, kterou byl vznik Vojenské zdravotní pojišťovny ČR, a nevydali pokyny, které by zpochybnilly rozpočtový způsob hospodaření vojenských zdravotnických zařízení. První informaci o výši přidělených rozpočtových prostředků na rok 1993 obdržela zdravotnická správa GŠ v závěru měsíce února. Přidělené limity dosáhly 25 % úrovně roku 1992 bez započtení vlivu daně z přidané hodnoty, cla apod. Důsledkem bylo, že v závěru druhého čtvrtletí roku 1993 se všechna vojenská zdravotnická zařízení dostala do platební neschopnosti.

Všeobecnou nespokojenost vojenských zdravotníků zvyšovala i Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, která nijak nespěchala s uzavíráním smluv, a u vojenských nemocnic tak učinila až na příkaz správní rady.

Nebývalo v armádě zvykem, aby velitelé divizí žádali ministra obrany o finanční pomoc na nákup obvažového materiálu a základních léčiv pro útvarové ošetrovny k zajištění výcviku vojsk ve výcvikových prostorech a na střelnicích.

Finanční starosti, v nichž již rok pracovala civilní zdravotnická zařízení, s plnou silou dolehla v roce 1993 i na vojenská zdravotnická zařízení. Teprve rozhodnutím kolegia ministra obrany ČR z června 1993, které provedlo přehodnocení rozpočtu, byly vojenskému zdravotnictví uvolněny omezené finanční prostředky k zabezpečení nezbytného provozu zdravotnických zařízení do konce roku 1993.

Největším problémem současné doby je právní nejistota, v níž se nacházejí vojenská zdravotnická zařízení. Jejím konkrétním projevem je nemožnost opřít se o přesně definovaný způsob financování a hospodaření. Pro současnou ekonomiku vojenských zdravotnických zařízení je charakteristické prolínání rozpočtového hospodaření s tržním hospodařením. Rozpočtové hospodaření zajišťuje Ministerstvo obrany ČR a je ve srovnání s minulými léty značně redukováno. Pro tržní prvky hospodaření zatím ekonomický úsek Ministerstva obrany ČR nestanovil kritéria s dlouhodobou platností. Za takovéto situace žádný z náčelníků vojenských zdravotnických zařízení nemůže vytvořit realitě odpovídající finanční plán. Zdravotnická zařízení netrpělivě čekají, zda a kdy se jim podaří uhradit dlužné částky za dodávky materiálu a služeb vyžádané k zajištění péče o nemocné. Narůstá nespokojenost s liknavou úhradou od zdravotních pojišťoven. Neznalost správného účtování způsobila až 30% ztráty v účtech předkládaných zdravotním pojišťovnám za první čtvrtletí roku 1993. Absence nemocničního informačního systému prakticky vylučuje dohledání chybně vyhotovených účtů, které zdravotní pojišťovny nepřijaly.

Oblast zdravotní legislativy je především charakterizována chyběním některých důležitých zákonů (zákon

o zdravotnických pracovnících, zákon o zdravotnických zařízeních) a koncepční neujasněností cílového modelu zdravotnictví. Je patrně velmi obtížné v současných podmínkách připravit jakékoli normativní akty, o čemž svědčí i vládou opakovaně nepřijetí závažných dokumentů, jakým např. byl návrh zásad dlouhodobé strategie Národního programu zdraví a návrh statutu Národní rady zdraví nebo privatizační program vypracovaný Ministerstvem zdravotnictví ČR. Tyto skutečnosti vedly k odvolání z funkce ministra Loma. Zatím nelze odhadnout, jak se do činnosti vojenských zdravotnických zařízení promítnou další legislativní opatření připravovaná Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Jde o tak závažná další ekonomická opatření, jakým je např. zavedení finanční spoluúčasti pacienta na zdravotní péči, a to různými formami. Např. půjde o spoluúčast na pojištění určitou procentní sazbou, kterou pacient bude platit z ceny jakéhokoli výkonu, nebo o spoluplatbu, při níž pacient zaplatí pevnou a předem určenou částku pokaždé, kdy navštíví lékaře, nebo balancovanou platbu, kdy pacient hradí rozdíl mezi aktuální cenou služby a částkou, kterou hradí pojišťovna či někdo jiný, nebo o platbu za výlučný, tj. pojišťovnou vůbec nehraný výkon. Přitom se vychází z principu, že je věci občana, zdali se pro tyto případy připojistí, či nikoli.

Počítá se též s placením tax, jako je např. taxa hospitalizační nebo s registračním poplatkem. Taxy se mají stát příjmem zdravotnického zařízení. Jak tyto formy úhrady budou řešeny u vojáků základní služby, zůstává zatím velkou neznámou.

Administrativní náročnost současného vykazování činnosti je terčem kritiky zdravotníků. Nedá se očekávat, že připravovaný přechod na platbu za diagnózu, tzv. DRG (Diagnosis Related Group) tuto náročnost sníží. Proto nezbytnou podmínkou úspěšné ekonomizace je zavedení výpočetní techniky a prosazení integrovaných informačních systémů ve vojenských zdravotnických zařízeních, a to na všech úrovních poskytování zdravotní péče. Vynaložené prostředky na nákup výpočetní techniky se rychle vrátí, neboť ve velmi krátké době sníží zatím vysokou ztrátovost z chybného účtování zdravotních výkonů.

Sociální oblast je charakterizována ztrátou důvěry vojenských zdravotníků v získání jistoty, že budou moci dosáhnout v armádě za výhodných finančních podmínek a dobrého sociálního zajištění odpovídající odbornou kariéru.

Tyto nálady vyvolávají připravovaná a částečně již prováděná opatření a útlumové programy přijímané pro vojenské zdravotnické školství, lázeňskou a rekreační péči, zablokování přechodu na platové tarify státních zaměstnanců České republiky, zablokování možnosti přechodu mladých vojáků z povolání z funkce útvarového lékaře na odbornou funkci do vojenské nemocnice, neustálé kritizování činnosti armády v hromadných sdělovacích prostředcích apod.

Důsledkem je přetrvávající vysoká odchodovost vojenských lékařů, farmaceutů a středních zdravotnických

pracovníků, kterou u mladých důstojníků urychluje lepší finanční odměňování v civilním zdravotnictví za stejný rozsah vykonané odborné práce.

Armáda prochází obdobím přerodu, jehož součástí je personální očista a nové technické vyzbrojení a po jehož ukončení se stane stabilizovanou součástí státu a spolehlivým partnerem ostatních evropských armád. Součástí této nové armády by měla být i dobře fungující zdravotnická služba.

V současné době se vytváří koncepce vojenského zdravotnictví, která by měla jasně formulovat cílový stav systému zdravotnického zabezpečení vojsk. Nepodaří-li se co nejdříve zastavit odchod kvalifikovaných zdravotnických pracovníků, nebude mít nová armáda dostatek zdravotnických pracovníků k zabezpečení vojenského výcviku a dalších speciálních činností. Bylo by potřebné využít i zákonem daných možností a dosáhnout personální stabilizace zásadním nárůstem příjmů, např. přiznáním horní hranice osobního hodnocení, případně zavedením preferenčních příplatků.

Souběžně s tím je třeba co nejdříve vytvořit legislativní podmínky pro získávání absolventů lékařských a farmaceutických fakult k smluvní práci v armádě a vyřešit jejich odbornou průpravu. K odstranění monopolu Vojenské zdravotní pojišťovny ČR nad financováním zdravotní péče o příslušníky armády je potřebné vypustit v novele zákona o Armádě České republiky povinnost vojáků v činné službě a žáků vojenských škol být u ní pojištěni.

Je potřebné připravit a provést odbornou a ekonomickou transformaci vojenských zdravotnických zařízení a převést je na nové formy hospodaření, a to buď na příspěvkové, nebo neziskové organizace, jejichž zakladatelem by bylo Ministerstvo obrany ČR. Vzhledem k tomu, že zákon o zřízení neziskových právnických osob je teprve ve fázi tvorby návrhu, jedinou formou, na kterou lze transformovat vojenská zdravotnická zařízení, je forma příspěvkové organizace.

K tomu bude potřebné vydat rozkaz ministra obrany ČR o zřízení vojenských nemocnic jako příspěvkových organizací. V něm se uvede funkcionář, kterého ministr pověřuje výkonem funkce jejich řízení za zřizovatele, vymezí se majetek, dá se pokyn příslušným funkcionářům armády k vydání statutu, k úpravě tabulek počtů, k převedení a smluvnímu stanovení majetku, k němuž má zřizovaná organizace právo hospodaření.

Pro každou vojenskou nemocnici se zhotoví zřizovací listina, která jí vymezí základní účel a předmět činnosti, stanoví statutární orgány, majetek a dobu, na kterou je zřizována. Součástí zřizovací listiny jsou seznamy

objektů k bezplatnému využívání, organizační struktura nemocnice, seznam materiálu převáděného bezúplatně do práva hospodaření nové organizace.

Dalším významným dokumentem jsou ekonomické rozvahy. Ty obsahují podrobný rozpočet na první a druhé pololetí roku, zatížení rozpočtu na obranu, podrobný popis výdajů na mzdy, materiál, služby a výdaje nevýrobní povahy, údržbu a opravy materiálu apod. Uvede se rozpis výdajů na činnost z prostředků AČR, výnosy z činnosti příspěvkové organizace, vyčíslení příspěvku na provoz. Náklady příspěvkové organizace po účtových skupinách a výnosy z činnosti příspěvkové organizace.

Provede se vyhodnocení ekonomické rozvahy se závěrem, že zřízením příspěvkové organizace dochází ke snížení náročnosti na rozpočet AČR v určité výši Kč.

Obsahem statutu vojenské nemocnice jsou základní ustanovení, předmět činnosti, finanční hospodaření, personální zabezpečení a pracovněprávní vztahy občanských zaměstnanců, závěrečné ustanovení s datem nabytí účinnosti statutu.

K zpracování těchto ekonomických rozvah nemají vojenské nemocnice potřebné odborníky, a proto velení zdravotnické správy GŠ rozhodlo, že budou tabulkově posíleny o čtyřčlennou skupinu s předurčením pro přípravu těchto dokumentů.

Z uvedeného vyplývá, že transformace vojenských zdravotnických zařízení je složitým, ale nezbytným procesem na cestě k jejich prosperitě.

Souhrn

Jsou analyzovány nejdůležitější faktory z oblasti vojenské, zdravotní, ekonomické a sociální, které ovlivňují proces odborné a ekonomické transformace zdravotnických zařízení Armády České republiky. V závěru jsou uvedeny základní dokumenty, které je potřebné připravit pro schvalovací proces.

Klíčová slova: Lůžkový fond; Financování zdravotní péče; Vojenská zdravotní pojišťovna ČR; Transformace vojenských zdravotnických zařízení.

Do redakce došlo 24. 6. 1993