

**Expertní stanovisko ke studii proveditelnosti  
a modelu financování projektu**

**Nová krajská Baťova nemocnice Zlín-Malenovice**



**Květen 2019**

**Zpracovatel:** CETA – Centrum ekonomických a tržních analýz, z.ú., Jungmannova 26/15, 110 00, Praha 1, Česká republika

**Kontaktní osoby:** doc. Ing. Jiří Schwarz, CSc., Ing. Aleš Rod, Ph.D., Ing. Michael Fanta

# Obsah

<b>EXECUTIVE SUMMARY</b> .....	<b>4</b>
<b>1. ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>2. STRUKTURA A FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE VE ZLÍNSKÉM KRAJI</b> .....	<b>10</b>
2.1. ZÁKONNÝ RÁMEC FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ .....	10
2.2. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V POROVNÁNÍ SE ZAHRANIČÍM.....	11
2.3. HOSPODAŘENÍ NEMOCNIC.....	12
2.4. STRUKTURA ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ (NEMOCNIC) VE ZLÍNSKÉM KRAJI.....	16
<b>3. ARGUMENTY K INVESTIČNÍMU ZÁMĚRU</b> .....	<b>18</b>
3.1. KLASIFIKACE ARGUMENTŮ .....	18
3.2. PŘÍKLADY VEŘEJNÝCH INVESTIC DO NEMOCNIČNÍCH ZAŘÍZENÍ .....	19
<b>4. ANALÝZA RIZIK STUDIE PROVEDITELNOSTI</b> .....	<b>22</b>
4.1. ANALÝZA RIZIK .....	22
4.2. DOPADOVÁ ANALÝZA .....	23
4.3. METODOLOGIE ANALÝZY RIZIK.....	24
4.4. POSOUZENÍ JEDNOTLIVÝCH LOKALIT.....	25
4.5. DEFINICE TYPU ZAŘÍZENÍ.....	28
<b>5. ANALÝZA UDRŽITELNOSTI MODELU FINANCOVÁNÍ</b> .....	<b>31</b>
5.1. BENCHMARKING.....	31
5.2. INVESTIČNÍ NÁKLADY .....	32
5.3. ZAJIŠTĚNÍ FINANČNÍCH PROSTŘEDKŮ.....	33
5.4. VÝNOSY .....	35
5.5. EKONOMICKÁ ANALÝZA FINANCOVÁNÍ .....	36
<b>6. ZÁVĚR</b> .....	<b>38</b>

## Executive summary

- **Podoba úhrad představuje pro zdravotnická zařízení zásadní omezení při projekci institucionálních příjmů.** Obě stěžejní proměnné, tj. počet poskytnutých úkonů a výše úhrad za tyto úkony, jsou při tvorbě běžného rozpočtu organizace neznámými veličinami.
  - Ekonomický provoz veřejných zdravotnických zařízení je do značné míry závislý na rozhodnutí veřejných institucí, protože zdravotní pojišťovny poskytují úhrady pouze a jenom na základě zákonů a vyhlášek. Zdroje místní samosprávy nejsou v tomto ohledu natolik významné, aby mohly flexibilně vykryvat změny mezi predikcí a realitou.
  - **Předpokládaný vývoj výnosů zdravotnických zařízení v rámci předloženého investičního záměru predikuje nadměrné hodnoty růstu příjmů od zdravotních pojišťoven.** Projekce průměrné finanční náhrady za pacienta od zdravotních pojišťoven počítá až do roku 2028 s růstem výše této náhrady každoročně o 5 %. Dle Zdravotnických ročenek Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR ale během let 2010-2017 rostla celková výše finančních výdajů na zdravotnictví (z rozpočtů zdravotních pojišťoven) ročně průměrně pouze o 3,11 %.
  - **Krajské nemocnice mají velmi omezené možnosti, jak dosáhnout na soukromé prostředky na úhradu zdravotní péče,** přičemž se nejedná o velké částky, které jsou navíc historicky velmi často součástí stínové ekonomiky ve zdravotnictví.
  - Kraje disponují velmi omezenými možnostmi k zajištění neměnnosti podmínek (tj. právních a ekonomických, včetně např. změn úhradové vyhlášky) z období investičního rozhodnutí do období zahájení provozu. **Předložená dokumentace přitom predikuje příznivý vývoj a neměnnost podmínek až do roku 2028 bez důkladné analýzy rizik.**
  - Způsob financování zdravotní péče, konkrétně existence a nastavení výdajových paušálů, je již dlouhou dobu kritizován ze strany menších a středních nemocnic. V této oblasti s velkou pravděpodobností dojde k podstatným změnám.
- **Vysoké zadlužení spojené pouze s jedním projektem může potlačit nezbytnou investiční aktivitu v ostatních klíčových oblastech.** Při takto vysoké míře zadlužení je bezpečnější investovat do různých oblastí, čímž se diverzifikuje investiční riziko.
  - **Investiční záměr opomíjí úvahu o ekonomické stabilitě nemocnic v souvislosti s udržitelností financování projektu z krajského rozpočtu** a dalšími mandatorními výdaji, plánovanými investicemi, ale také dalšími nutnými investicemi v ostatních socioekonomických oblastech.

- V roce 2019 činily investiční výdaje 12,47 % z celkových výdajů kraje (11,971 mld. Kč). Investice do oblasti zdravotnictví se v uplynulých letech pohybovaly mezi 200 a 300 miliony Kč. Investiční záměr ve výši 6,567 mld. Kč bez DPH bez patřičné koncepce představuje **vysoké zatížení krajské rozpočtové soustavy**.
- Záměr navrhovatele pracuje s tezí, že cizí (úvěrové) zdroje ve výši cca 38 % celkové výše investice budou dojednány až po zahájení projektu. **To je z pohledu strategie vyjednávání velmi rizikové s ohledem na možné navýšení nákladů, neboť každé finanční instituci musí být zřejmé, že bez úvěru projektový záměr nebude realizován.**
- **Argumenty proponentů, a také argumenty oponentů mají různý stupeň významnosti.** Proto je nezbytné, aby před rozhodnutím o investičním záměru byly předložené argumenty podrobně analyzovány zejména proto, že ve veřejném sektoru existují analogické příklady, upozorňující na reálná rizika spojená s investicí do zdravotnictví tohoto rozsahu.
  - **Nemocnice Klatovy.** Původní rozpočet byl 940 milionů Kč, konečný účet pak více než 1,5 miliardy Kč. Navýšení nákladů o více než 50 % bylo způsobeno změnami projektu na základě hlasování zastupitelstva. Jednalo se například o stavbu heliportu, či dispozice jednotlivých pavilonů.
  - **Nemocnice Domažlice.** Projekt z roku 2002 počítal s cenou 800 milionů Kč, přičemž konečná cena byla 925 milionů Kč (+ 15,6 %). V průběhu prací došlo k zásadním změnám zadání, což mělo za následek významné zvýšení nákladů.
  - **Pavilon psychiatrie v Táboře.** Projekt nového pavilonu psychiatrie v Táboře byl původně plánován s rozpočtem 100 milionů Kč. Nárůst nákladů však způsobil, že stavba byla nakonec v roce 2018 vysoutěžena za 166 milionů (+ 66 %), a je otázkou, zda-li toto zvýšení ceny je konečné.
  - **Přístavba polikliniky v Motole.** Rekonstrukce polikliniky byla původně plánována na 276 milionů Kč, v roce 2018 byl dodatkem ke smlouvě zvýšen rozpočet stavby na 312 milionů Kč (+ 13 %). Opět není jisté, že půjde o konečnou cenu.
- **Prezentace a předložená studie proveditelnosti nové nemocnice v lokalitě Zlín-Malenovice je značně subjektivní. Dokumentace je zaměřená výhradně na daný projekt** a neposkytuje širší souvislosti moderního budoucího komplexního řešení zdravotní péče ve Zlínském kraji.
  - **Chybí zejména jasná definice objektivních kritérii,** dle kterých jsou rizika oceněna, jako i samotná použitá škála. To má za následek, že jednotlivá rizika není možné srovnat, respektive hrozí nebezpečí srovnávání „jablek s hruškami“.

- Ve studii proveditelnosti chybí analýza rizik podle standardně uznávaných metodik. Nedostatečná analýza rizik nejenže podřívá věrohodnost objektivního posouzení záměru, ale může být v budoucnu zdrojem negativních šoků, které projekt vyvolá.
- **Model financování stojí na nejistých základech.** Investiční náklady vycházejí z velmi optimistického scénáře a abstrahují od možných komplikací, které by měly být zohledněné v neutrálním, případně i v pesimistickém scénáři.
  - **Aktuální nabídky jednotlivých finančních institucí jsou indikativní.** Je běžné, že indikativní nabídky sice poskytují cenovou informaci ve fázi přípravy projektu, ale při hlubší analýze rizik se obvykle úvodní indikativní nabídky významně liší. Podobné scénáře však projekt nediskutuje. Jen změna úrokové sazby o 0,1 % představuje roční náklad úroků ve výši 30 milionů Kč, tedy více než 10 % současných investic do krajského zdravotnictví.
  - Jednotlivé položky investičního plánu vykazují v téměř každé oblasti pozitivní vývoj, přičemž absentuje analýza méně optimistických alternativ. To zvyšuje rizika negativních šoků, jež budou muset být v budoucnu sanována.
  - **Poskytnutý model kalkuluje výnosy velmi zjednodušeně** a nebere přitom důsledně v potaz makroekonomická, socioekonomická ani jiná rizika. Finanční plán např. kalkuluje stabilní ekonomický růst reálného HDP mezi lety 2019 až 2026 na 2,6 %, což lze považovat za málo realistický předpoklad, minimálně s ohledem na plánování cash-flow v jednotlivých letech.
  - **Není zřejmé, nakolik jsou reálná data o výkonnosti jednotlivých variant.** Varianta I (nová nemocnice) zvládne v roce 2028 oproti Variantě II navíc o 71 218 ambulantních vyšetření, 532 porodů, a 3 148 CM případů. To vše však s pouhým rozdílem 62 zaměstnanců navíc.
  - **Přehnaná očekávání ve věci výkonů nové nemocnice zkreslují projekci vysokých výnosů,** resp. nestandardně rychle rostoucího hospodářského výsledku. Varianta I slibuje od roku 2023 do roku 2028 přibližně 2,5 násobně vyšší výsledek hospodaření – to výrazně zvyšuje cash flow projektu se záměrnou favorizací Varianty I ve výsledném hodnocení.
  - Finanční zabezpečení projektu výstavby nové krajské nemocnice má navíc z 13 % (celkem 1,047 mld. Kč) zajistit rozpočet stávající KNTB a z 49 % (3,898 mld. Kč) rozpočet Zlínského kraje. **Kalkulovat s čerpáním těchto finančních prostředků do roku 2025 bez aplikace jakýchkoliv citlivostních scénářů je krajně nezodpovědné,** protože do takto vzdáleného časového horizontu nesahají ani makroekonomické predikce renomovaných mezinárodních institucí.

- **Nedílnou součástí studie proveditelnosti tohoto typu** by kromě analýzy projektových rizik **měla být detailní dopadová analýza**, zahrnující možné negativní externality v případě realizace projektu.
  - **Studie proveditelnosti také postrádá důkladný odhad socioekonomických nákladů a výnosů nutného sloučení obou nemocnic** v případě výstavby nové nemocnice v lokalitě Zlín-Malenovice. Spojení těchto zdravotnických zařízení bude nejen časově, ale také finančně a personálně velmi náročné, s ohledem na šetrné stěhování pacientů, nemocničního vybavení a s tím souvisejících komplementů.
  - **Chybí také detailnější analýza dopadů pro ostatní zdravotnická zařízení**, včetně dostupnosti a kvality lékařské péče v jiných městech nebo komfortu pacienta, zejména v souvislosti s cestováním. Výstavba nové nemocnice bezpochyby ovlivní finanční výkonnost ostatních nemocnic ve Zlínském kraji.
- **Charakteristickým rysem této studie proveditelnosti je její subjektivita.** Jen na několika místech lze nalézt objektivní a měřitelná kritéria nebo argumenty založené na konkrétních datech. V těchto částech však paradoxně dochází k rozporům v interpretaci jednotlivých čísel (předpokládaný nárůst porodů ve finanční projekci oproti predikovanému negativnímu demografickému vývoji).
- **Rizika výběru lokalit nejsou dostatečně definována a vyhodnocena.** U aktuálního areálu KNTB jsou vytýkána řešitelná rizika, s nimiž si moderní stavebnictví umí poradit. U Malenovic není věnována dostatečná pozornost rizikům nové stavební lokality (kritická povolení, archeologický průzkum, výkup pozemků, dobudování dopravní infrastruktury, napojení na technickou infrastrukturu, nutnost nové přečerpávací stanice a vodojemu, úprava horkovodu, hrozba hlukové stěny, nutná změna územního plánu...).

# 1. Úvod

Investiční záměry infrastrukturního typu představují zásadní výzvy pro kompetentní ekonomické analýzy a prognózy. S ohledem na skutečnost, že v procesu přípravy investičního záměru je pracováno se statickými předpoklady a výhledy proměnných, s jejichž pomocí nelze postihnout všechny možné scénáře budoucího vývoje v době realizace a zahájení plného provozu, která projektů tohoto typu překračuje horizont jak politického, tak občas i ekonomického cyklu, je pro kvalifikované rozhodnutí nezbytná velmi pečlivá analýza všech rizik, která se mohou objevit. Respektovat princip předběžné opatrnosti je při analýze proveditelnosti a při tvorbě modelu financování s požadavkem na jeho dlouhodobou udržitelnost nezbytné.

Problematika investic ve veřejném sektoru zabírá v učebnicích ekonomie veřejného sektoru významné místo, a to hned ze tří důvodů: Za prvé, jedná se o projekt, který má sloužit veřejnosti a je financován z prostředků, jejichž oportunitní náklady nese právě veřejnost (tj. daňoví poplatníci). Za druhé, k prosazení rozhodnutí o uvolnění prostředků na realizaci konkrétního projektu využívají zájmové skupiny argument tzv. veřejného zájmu, přičemž tento vágní termín je obvykle definován nejvlivnější (nejlépe organizovanou) zájmovou skupinou. Za třetí, existuje zásadní problém s definicí efektivnosti ve veřejném sektoru – zatímco při projektech v soukromém sektoru se výhodnost projektu odvíjí v konečném důsledku od jednoduše uchopitelného a interpretovatelného ukazatele, kterým je zhodnocení investice ve formě zisku (vyjádřeno např. ukazatelem poměru P/E), tak ve veřejném sektoru lze u realizovaných projektů relativně dobře kalkulovat vstupy v podobě vynaložených nákladů (jakkoliv příklady z praxe ukazují, že právě reálný odhad nákladů je největší slabinou investičních projektů ve veřejném sektoru), ale už o poznání méně lze rigorózně určit výstupy (přínosy) realizované investice.

Všechny tři důvody by měly být jednoznačným důvodem, aby byl každý projekt důkladně naplánován a evaluován, nejlépe pomocí vhodného benchmarku a reálných kalkulací srovnávající realizaci s nulovou variantou, případně s alternativami sledujícími stejný cíl.

Některé typy infrastrukturních staveb, jako například právě výstavba nového krajského zdravotnického zařízení na zelené louce, mohou skýtat i další úskalí, jež je nutné analyzovat – například centralizace služeb s vysokou přidanou hodnotou a neparetoefektivní posuny v dostupnosti primární péče v celém regionu, negativní externality z výstavby a z provozu na okolí, na poskytovatele stejné nebo srovnatelné služby, kteří pravděpodobně budou reagovat změnami svého chování, zahrnující budoucí investiční rozhodnutí.

Jelikož reflektování výše uvedených skutečností je netriviální, byl skupinou zastupitelů Zlínského kraje iniciován vznik tohoto expertního stanoviska. Jeho cílem není normativně rozhodnout, jestli by investiční záměr stavby nové krajské Baťovy nemocnice ve Zlíně-Malenovicích měl být realizován, či nikoliv, ale poskytnout kritický pohled na veřejně publikované materiály se zaměřením na studii proveditelnosti a finanční model investice, zda osobám odpovědným za rozhodnutí o uskutečnění navrhované investice poskytují hodnověrné a relevantní argumenty pro racionální a zodpovědné politické rozhodnutí s nezpochybnitelnými ekonomickými důsledky pro hospodaření kraje.

## 2. Struktura a financování zdravotní péče ve Zlínském kraji

### 2.1. Zákonný rámec financování zdravotnictví

Listina základních práv a svobod garantuje občanům České republiky právo na ochranu zdraví a právo na bezplatnou zdravotní péči. Tyto silně znějící garance jsou však již v Listině omezeny ustanovením, že podmínky, za kterých bude zdravotní péče poskytována, stanoví zákon<sup>1</sup>.

Mezi nejdůležitější zákony regulující zdravotnictví patří zákon o veřejném zdravotním pojištění (zák. č. 48/1997 Sb.). Tato norma stanovuje osobní rozsah, vznik a zánik zdravotního pojištění, dále práva a povinnosti pojištěnců a plátců pojistného, podmínky poskytování služeb hrazených ze všeobecného zdravotního pojištění. Popisuje regulaci cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, definuje činnosti a kontrolu zdravotních pojišťoven a sítí poskytovatelů zdravotních služeb. Vedle toho zákon rozděluje zdravotní výkony na hrazené, nehrazené nebo hrazené za určitých podmínek. Pro jakýkoliv projekt ve zdravotnictví představuje tento zákon zásadní dokument, jehož jakákoliv úprava může podstatně ovlivnit proměnnou definující příjmy zdravotnických zařízení, a tím i celý investiční záměr a jeho obchodní model. Krajská zastupitelstva nedisponují účinnými nástroji k možnosti ovlivnit tento faktor (viz dále).

Zákon o pojistném na veřejné zdravotní pojištění (zák. č. 592/1992 Sb.) je předpisem, který řeší administrativu a způsob placení pojištění. Podobně jako v předchozím případě, i tento zákon definuje mantinely financování zdravotní péče v České republice. V souvislosti s tím byla zákonem o Všeobecné zdravotní pojišťovně (zák. č. 551/1991 Sb.) zřízena VZP jako samostatná právnická osoba se specifickým postavením ve srovnání s ostatními zdravotními pojišťovnami (mj. například všichni „státní“ pojištěnci jsou klienty VZP). Ostatní pojišťovny jsou regulovány (ne však zřizovány) zákonem o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zák. č. 372/2011 Sb.) reguluje fungování zdravotnických zařízení, stanovuje práva a povinnosti pacientů a nařizuje specifické postupy v některých oblastech (týkající se například zacházení s orgány, těly zemřelých aj.). Zákon č. 284/2018 Sb. upravil zákony č. 96/2004 Sb., resp. č. 95/2004 Sb. a definuje podmínky k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a upravuje požadavky na vzdělání, akreditace a podmínky výkonu těchto povolání,

---

<sup>1</sup> V této souvislosti lze uvést například spory u Ústavního soudu ČR ohledně regulačních poplatků ve zdravotnictví či zrušení regulace nadstandardní péče.

stejně jako nelékařská povolání ve zdravotnictví. Zákon o léčivech (zák. č. 378/2007 Sb.) pak reguluje všechny oblasti týkající se farmaceutik, ostatní zdravotní pomůcky jsou zahrnuty pod zákon o zdravotnických prostředcích (zák. č. 268/2014 Sb.).

Vedle zákonných předpisů upravuje podmínky hrazení zdravotní péče celá řada podzákonných předpisů (vyhlášek). Tou klíčovou je tzv. úhradová vyhláška. Jedná se o právní předpis, jenž je zveřejňován ve sbírce zákonů a definuje výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezení ve zdravotnictví, a tím i objem finančních prostředků, které míří do odvětví zdravotnictví v České republice z veřejných zdrojů. Úhradovou vyhlášku publikuje Ministerstvo zdravotnictví ČR dle zákona o veřejném zdravotním pojištění. Každoroční jednání o podobě úhradové vyhlášky definuje stěžejní příjmový kanál zdravotnických zařízení, přičemž v roce 2019 byla poprvé výsledkem jednání mezi zdravotními pojišťovny a poskytovateli zdravotní péče.

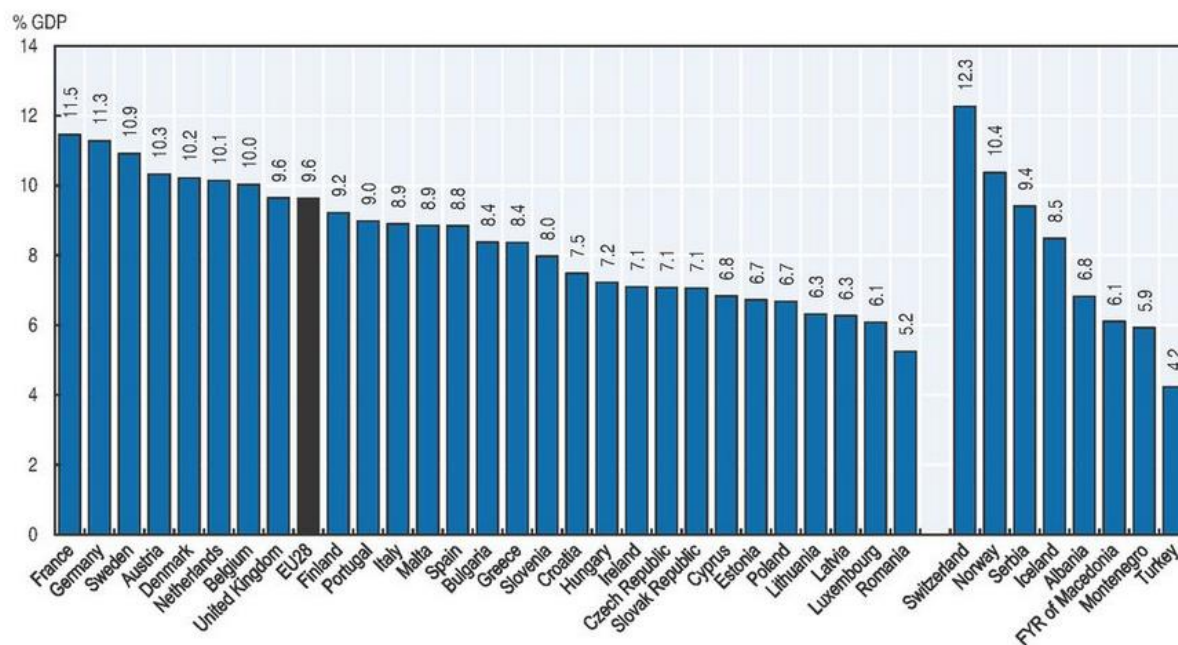
Ze stručné definice předpisu je patrné, že podoba úhrad představuje pro zdravotnická zařízení zásadní omezení při projekci institucionálních příjmů, jelikož obě stěžejní proměnné, tj. počet poskytnutých úkonů a výše úhrad za tyto úkony, jsou při tvorbě běžného rozpočtu organizace neznámými veličinami, natož při projektování investičního záměru s časovým horizontem výstavby v řádu let, resp. splácení úvěrové pozice v řádu desítek let (viz dále). Kraje nemají žádnou možnost zajistit, že se institucionální uspořádání a legislativní podmínky, za jejichž účinnosti dochází k rozhodnutí o investici, v budoucnu naprosto zásadně nezmění.

Předpokládaný vývoj výnosů zdravotnických zařízení v rámci předloženého investičního záměru predikuje nadměrně prorůstové hodnoty růstu příjmů od zdravotních pojišťoven, jejichž tempo růstu ovšem neodpovídá skutečnému tempu růstu z uplynulých let (viz dále). Předložená dokumentace tak díky nadhodnoceným výnosovým položkám budí dojem uměle namodelované situace tak, aby eliminovala jakékoliv pochybnosti o funkčnosti a spolehlivosti finančního modelu.

## **2.2. Financování zdravotní péče v porovnání se zahraničím**

Podle údajů OECD vydává Česká republika na zdravotnictví 7,1 % HDP, což je výrazně pod průměrem Evropské unie (9,6 %). Navíc ve srovnání se západními zeměmi významně vyšší podíl úhrad poskytnuté zdravotní péče hradí stát, respektive zdravotní pojišťovny z povinného zdravotního pojištění (82 %). To je z pohledu provozovatele zdravotnického zařízení rizikový faktor: Vzhledem k tomu, že pojišťovny poskytují úhrady pouze a jenom na základě zákonů a vyhlášek, jsou veřejná zdravotnická zařízení zprostředkovaně závislá na politických rozhodnutích, resp. správních rozhodnutích veřejných institucí.

**Graf č. 1: Výdaje na zdravotnictví v poměru k HDP**



Zdroj: OECD.

Soukromé výdaje na zdravotní péči jsou v České republice realizovány primárně v oborech, které stát financuje relativně nižšími sazbami (př. stomatologie) nebo vůbec (př. většiny úkonů v oboru estetické a plastické chirurgie). Další podstatnou částí soukromých výdajů ve zdravotnictví, které jsou ovšem příjmem zdravotnických zařízení jen v omezené míře, tvoří doplatky za léky.

Veřejná zdravotnická zařízení, jako například krajské nemocnice, mají jen velmi omezené možnosti, jak dosáhnout na soukromé prostředky. Tím asi nejrozšířenějším způsobem jsou doplatky za nadstandartní služby (výběr lékaře, nemocničního pokoje s nadstandardem apod.). Nejedná se však o velké částky, navíc tyto transakce tradičně bývají součástí stínové ekonomiky ve zdravotnictví. V anglosaských zemích nemocnice získávají značné prostředky z darů, mecenášství, což je v českém zdravotnictví marginálním jevem.

### 2.3. Hospodaření nemocnic

V České republice v roce 2017 existovalo podle dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) celkem 135 nemocnic. Jejich vlastnická struktura je uvedena v následující tabulce.

**Tabulka 1: Nemocnice podle zřizovatele**

Zřizovatel	Počet zařízení
Ministerstvo zdravotnictví ČR	19
Kraj	49
Obec, město	19
Círky a ostatní právnické osoby <sup>2</sup>	45
Ostatní centrální orgány	3

Zdroj: ÚZIS

Z těchto údajů je zřejmé, že krajské nemocnice hrají ve zdravotním systému zásadní úlohu. Tyto nemocnice tvoří v mnoha krajích, včetně Zlínského, páteř veřejného zdravotnictví. Bohužel společně s městskými nemocnicemi se jedná o zařízení s největšími problémy s hospodařením.

**Tabulka 2: Vývoj nákladů a výnosů nemocnic podle zřizovatele v mil. Kč**

Nemocnice <i>Hospital</i>	Rok <i>Year</i>	Počet PZS <sup>1)</sup> <i>Number of PHS <sup>1)</sup></i>	Náklady <i>Costs</i>	Výnosy <i>Revenues</i>	Hospodářský výsledek <i>Economic outcome</i>	Nákladová rentabilita v % <sup>2)</sup> <i>Profit to cost ratio in % <sup>2)</sup></i>
MZ	2014	19	63 995	64 682	686	1,1
MH	2015	19	67 335	67 781	446	0,7
	2016	19	70 990	71 061	71	0,1
	2017	19	75 270	75 435	165	0,2
Krajské	2014	51	47 198	47 765	567	1,2
<i>Regional</i>	2015	49	48 730	48 905	175	0,4
	2016	49	50 583	50 258	-325	-0,6
	2017	49	56 248	56 162	-85	-0,2
Obecní a městské	2014	19	5 822	5 873	51	0,9
<i>Municipal and city</i>	2015	18	7 098	7 074	-24	-0,3
	2016	18	7 394	7 370	-24	-0,3
	2017	19	7 713	7 618	-95	-1,2
Řízené jinou práv. osobou, církevní	2014	46	14 665	15 426	761	5,2
<i>Managed by other legal entity, ecclesiastical</i>	2015	46	15 101	14 853	-248	-1,6
	2016	41	14 451	14 725	274	1,9
	2017	45	17 062	17 402	339	2,0

Zdroj: Ekonomické výsledky nemocnic ÚZIS, 2017

<sup>2</sup> Z toho jsou 3 nemocnice církevní.

Kromě ekonomických výsledků samotných stojí za zmínku hlavně tempo růstu nákladů a výnosů, respektive zvyšující se rozdíl v efektivnosti hospodaření mezi státními a krajskými nemocnicemi.

**Tabulka 3: Vývoj výnosů nemocnic dle zřizovatele v mil. Kč**

Nemocnice <i>Hospitals</i>	Rok <i>Year</i>	Počet PZS <sup>1)</sup> <i>Number of PHS <sup>1)</sup></i>	Výnosy celkem <i>Revenues total</i>	z toho / o.w.		
				Výnosy od ZP <i>Revenues from HIC</i>	Výnosy z prodaného zboží <i>Revenues from sold goods</i>	Provozní dotace  <i>Operating subsidies</i>
MZ <i>MH</i>	2014	19	64 682	53 464	4 145	1 213
	2015	19	67 781	56 380	4 462	899
	2016	19	71 061	59 833	4 525	407
	2017	19	75 435	63 603	4 726	634
Krajské <i>Regional</i>	2014	51	47 765	39 236	3 576	1 028
	2015	49	48 905	40 552	3 799	842
	2016	49	50 258	41 756	4 006	1 141
	2017	49	56 162	45 253	4 389	1 261
Obecní a městské <i>Municipal and city</i>	2014	19	5 873	4 950	338	179
	2015	18	7 074	5 963	474	192
	2016	18	7 370	6 172	535	293
	2017	19	7 618	6 268	525	423
Řízené jinou práv. osobou, církevní <i>Managed by other legal entity, ecclesiastical</i>	2014	46	15 426	12 371	594	15
	2015	46	14 853	12 715	687	5
	2016	41	14 725	12 331	704	22
	2017	45	17 402	14 007	795	120
Řízené ostatními centrálními orgány <i>Managed by other central organs</i>	2014	3	3 090	2 076	94	485
	2015	3	3 263	2 278	105	546
	2016	3	3 535	2 300	116	728
	2017	3	3 923	2 369	262	863
Celkem <i>Total</i>	2014	138	136 836	112 096	8 746	2 919
	2015	135	141 876	117 888	9 527	2 483
	2016	130	146 949	122 393	9 886	2 591
	2017	135	160 540	131 500	10 698	3 301

<sup>1)</sup> Zahřnutý PZS - právnické osoby, které odevzdaly výkaz E (MZ) 6-02 o ekonomice PZS

Zdroj: Ekonomické výsledky nemocnic ÚZIS, 2017

Způsob financování zdravotní péče, konkrétně existence a nastavení výdajových paušálů, je dlouhou dobu kritizován ze strany menších a středních nemocnic. V této oblasti pravděpodobně dojde k podstatné změně, neboť Ministerstvo zdravotnictví ČR plánuje v tomto a následujícím roce znovu přehodnotit celý systém úhrad v rámci projektu DRG restart. Vedle toho skupina senátorů podala ústavní stížnost na poslední úhradovou vyhlášku, která podle nich znevýhodňuje menší nemocnice. Pokud by Ústavní soud ČR této stížnosti vyhověl, patrně by poskytl vládě nějaký čas na změnu. Z tohoto hlediska se není třeba obávat kritického scénáře, ale tato stížnost se může stát katalyzátorem zásadních změn v systému financování.

Jak bylo zmíněno výše, české nemocnice jsou závislé na platbách zdravotních pojišťoven. To se týká všech nemocnic bez ohledu na zřizovatele či formu právnické osoby. Příjmy mimo zákonem vymezených plateb (tj. dotace a platby od pojišťoven) se pohybují v rádech jednotek procent. Zajímavé je, že nemocnice vlastněné nestátními zřizovateli mají tyto příjmy nejnižší. Důvodem je pravděpodobně fakt, že zvláště církevní instituce se obvykle zaměřují na péči o sociálně slabé členy společnosti a paliativní péči, jejichž finanční situace poskytuje omezený prostor pro generování vlastních zisků. Jednotliví zřizovatelé vedle toho mohou také svým nemocnicím poskytovat investiční dotace, které jsou zvláště u fakultních nemocnic poměrně vysoké.

**Tabulka 4: Výnosy nemocnic od pacientů mimo zdravotní pojištění**

Zřizovatel	Občané ČR		Cizinci	
	V mil. Kč	% výnosů	V mil. Kč	% výnosů
MZ	512	0,8	247	0,4
Kraj	407	0,9	190	0,4
Obce a města	101	1,6	16	0,2
Právnická osoba	328	2,2	136	0,9
Ost. centr. orgány	42	1,6	16	0,6
Celkem	1390	1	605	0,4

*Zdroj: Ekonomické výsledky nemocnic 2017, ÚZIS*

Na základě těchto údajů lze konstatovat, že elektivní procedury ve veřejných zdravotních zařízeních ČR jsou značně minoritní záležitostí. Na druhou stranu 1-2 % výnosů zdravotnického zařízení může představovat bod zvratu mezi černými a červenými čísly v hospodářském výsledku. U nemocnic zřizovaných obcemi a právnickými osobami tyto příjmy tvoří násobně větší část rozpočtu, stále se však jedná o velmi malé částky ve srovnání s platbami

zdravotních pojišťoven. Jestliže bude řádně hospodařící zdravotnické zařízení diverzifikovat výnosy plynoucí ze soukromých zdrojů, musí nabídnout nadstandardní (vysoce konkurenční) péči ve srovnání s ostatními zdravotnickými zařízeními v regionu. Tento faktor však předjímá "stahování" odborníků z regionu do jednoho zařízení, což vytváří nežádoucí tlak na dostupnost zdravotní péče (viz dále).

#### 2.4. Struktura zdravotnických zařízení (nemocnic) ve Zlínském kraji

Základ nemocničního systému ve Zlínské kraji tvoří čtyři nemocnice vlastněné krajem. Všechny krajské nemocnice mají společné představenstvo od roku 2017.

Zlínská nemocnice T. Bati má asi 40 % akutních lůžek z celé disponibilní kapacity v regionu. To platí i o personálním zabezpečení. Výše uvedená čísla indikují, že realizace investičního záměru a s ní související otevření nového zařízení může personálně kanibalizovat jednotlivá zařízení, především nemocnici v Kroměříži a nemocnici "na Vsetíně".

**Tabulka 5: Počet zaměstnanců a lůžek v krajských nemocnicích**

Instituce	Počet zaměstnanců	Počet lůžek
Krajská nemocnice T. Bati	2311	934
Uherskohradištská nemocnice	1370	609
Kroměřížská nemocnice	797	386
Vsetínská nemocnice	664	344

*Zdroj: Výroční zprávy nemocnic*

Ve Zlínském kraji působí ještě dvě malá zdravotnická zařízení, jedná se však spíše o polikliniky s malým počtem lůžek. Městská nemocnice Slavičín, která byla dříve detašovaným interním oddělením nemocnice T. Bati ve Zlíně, disponuje kapacitou 51 lůžek. Městská nemocnice s poliklinikou Uherský Brod má 93 zaměstnanců a 90 lůžek a je zařízením s léčbou dlouhodobě nemocných. Vedle těchto zdravotnických zařízení existuje ve Valašském Meziříčí nemocnice provozovaná společností AGEL (471 zaměstnanců), EUC klinika Zlín (68 lůžek, chirurgie a gynekologie) a Nemocnice Milosrdných bratří s Poliklinikou Vizovice (LDN). Ve Zlínském kraji se nachází 5 nemocničních zařízení, nebudou-li se brát v úvahu obě městské nemocnice a LDN ve Vizovicích, přičemž Zlínský kraj má bezmála 600 tisíc obyvatel a relativně kompaktní geografický tvar.

Zásadní otázky v diskusi o budování nového zdravotnického zařízení se týkají následujících oblastí: kvality a dostupnosti zdravotní péče v okresních městech, centralizace služeb

s vysokou přidanou hodnotou v novém zdravotnickém zařízení, dopravní dostupnosti, a především také ekonomické stability nemocnic a udržitelnosti financování projektu z krajského rozpočtu v souvislosti s dalšími mandatorními výdaji, plánovanými ale i dalšími nutnými investicemi v ostatních socioekonomických oblastech. Výdaje krajského rozpočtu nad očekávaný rámec, nebo naopak snížení předpokládaných příjmů rozpočtu by mohlo kraj uvrhnout do velkých finančních potíží, které by byly obtížně řešitelné, jelikož většina krajských výdajů je mandatorní povahy a kraje tak obvykle nedisponují velkými finančními rezervami, které je možné rychle realokovat (viz dále).

### 3. Argumenty k investičnímu záměru

Investiční záměr vybudování Nové krajské Nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně inicioval rozsáhlou veřejnou debatu, v níž se objevují různé argumenty. Ty stěžejní shrnuje následující kapitola.

#### 3.1. Klasifikace argumentů

Argumenty zastánců budování nové nemocnice:

- Zlepšení odbornosti péče: Nová nemocnice bude centralizovat nejlepší dostupnou odbornost v regionu. V novém zařízení by tak mělo dojít ke spojení vysoké odbornosti personálu a moderních technologií vyústující do zvýšené kvality poskytované péče.
- Úspory z rozsahu: Větší nemocnice si bude moci dovolit zakoupit kvalitnější přístroje, a tím přispět k lepší léčbě.
- Centralizace odbornosti: V případě schopnosti nemocnice nabídnout lepší mzdové, pracovní a kariérní podmínky, mohl by se omezit odchod zdravotního personálu do Prahy, či zahraničí.
- Technologické úspory: Nová nemocnice může v dlouhodobém horizontu znamenat úsporu provozních nákladů jednotlivých zařízení.
- Kvalita prostředí: Nová nemocnice zajistí vyšší komfort pro pacienty, například nižší počet lůžek na pokojích, lepší internetové připojení, defaultní nastavení zařízení na moderní technologie, atd.

Argumenty odpůrců budování nové nemocnice:

- Odliv odborníků z okresů: Projekt velké krajské nemocnice nepochybně povede k „odlivu mozků“ z okresních měst, což povede ke zhoršení péče v menších nemocnicích s pravděpodobnými negativními dopady na starší a sociálně slabší část obyvatel, pro kterou bude problém cestovat za kvalitní péčí do Zlína.
- Zhoršení preventivní péče: Nelze vyloučit ohrožení principů udržitelného zdravotnictví, jako třeba zhoršení preventivní péče. Občané budou méně ochotní absolvovat specializovaná vyšetření, která budou znamenat nutnost cesty do Zlína.
- Snížení dostupnosti: Hrozí snížení dostupnosti péče, velká nemocnice dost možná nebude mít stejné kapacity jako několik malých, zvláště pokud dojde k omezení přesčasů zdravotnického personálu. Zvýšená dojezdová vzdálenost je zvláště

problematická v oblasti porodnictví, mohlo by dojít ke zvýšení počtu porodů mimo nemocnice, případně k předčasné hospitalizaci budoucích matek, což by přineslo další náklady.

- Společenské náklady: Rezidenční pouto k „vlastní“ nemocnici je u obyvatel poměrně silné, zrušení místní nemocnice může vést k dalšímu oslabení menších sídel a dalšímu důvodu pro přesun do velkých měst.
- Utopené náklady: Průběžné investice do zařízení v okresních městech budou mít charakter utopených investic a zhorší se ukazatele rentability a návratnosti.
- Náklady správy starých budov: Méně využitý nebo nevyužitý majetek představuje nákladovou položku veřejných financí.

Je evidentní, že obě skupiny argumentů mají různý stupeň významnosti. Proto je nezbytné, aby před rozhodnutím o záměru byly všechny tyto argumenty velmi podrobně analyzovány, a to zejména proto, že ve veřejném sektoru existují analogické příklady, které upozorňují na vysoká rizika předloženého projektu.

### **3.2. Příklady veřejných investic do nemocničních zařízení**

Následující příklady indikují vysokou míru rizik spojenou s veřejnými investicemi ve zdravotnictví.

- **Nemocnice Klatovy**

O stavbě Klatovské nemocnice bylo rozhodnuto v roce 2008 po krajských volbách (ještě před nástupem nové krajské rady). Původní rozpočet byl 940 milionů Kč. Konečný účet pak více než 1,5 miliardy Kč. Toto obrovské zvýšení nákladů bylo způsobeno změnami projektu vyvolanými hlasováním zastupitelstva. Jednalo se například o stavbu heliportu, či dispozice jednotlivých pavilonů. Kvůli nesrovnalostem v čerpání dotací vyměřilo Ministerstvo financí ČR Plzeňskému kraji pokutu ve výši skoro 800 milionů Kč, později sniženou na necelých 100 milionů Kč. Tuto pokutu nakonec po odvolání zrušil krajský soud.

Nemocnice navíc od začátku provozu potřebuje pravidelné finanční injekce z krajského rozpočtu na pokrytí nákladů. Za vše svědčí fakt, že v posledních letech nemocnice ve výročních zprávách v řádku "Ostatní provozní výnosy" vykazuje částky převyšující 100 milionů Kč, což není zcela standardní.

- **Nemocnice Domažlice**

Ke značnému prodražení došlo i u stavby další nemocnice v Plzeňském kraji, konkrétně v Domažlicích. Projekt z roku 2002 počítal s cenou 800 milionů Kč. Konečná cena byla 925 milionů Kč, i když je pravda, že se stavby dotklo zvýšení DPH.

Důvody vyšší ceny jsou podobné jako u nemocnice v Klatovech, došlo ke změnám v zadání, například bylo rozhodnuto o zvýšení počtu lůžek v nemocnicích. To mělo za následek stavební úpravy, za které si stavební firma nepřekvapivě naúčtovala peníze.

- **Další příklady ze zdravotnictví**

Prodražování se netýká pouze miliardových zakázek, například projekt nového pavilonu psychiatrie v Táboře byl původně plánován s rozpočtem 100 milionů Kč. Nárůst nákladů však způsobil, že stavba byla nakonec v roce 2018 vysoutěžena za 166 milionů, a je otázkou, zda-li toto zvýšení ceny bude konečné.

Tyto problémy se týkají i státních nemocnic, například rekonstrukce a přístavba polikliniky v Motole byla původně plánována na 276 milionů Kč, v roce 2018 byl dodatkem ke smlouvě zvýšen rozpočet stavby na 312 milionů Kč. Opět není jisté, že půjde o konečnou cenu.

Mezi velkými investičními záměry ve zdravotnictví v uplynulých letech je paradoxně těžší najít příklady staveb, které byly dokončeny včas a za plánovanou cenu. Za tento stav mohou obě strany, jak zadavatelé, tak stavební firmy. Zadavatelé mají tendenci (často spojenou se střídáním politických reprezentací po skončení volebního cyklu) měnit realizované projekty, což s sebou přináší dodatečné náklady. Stavební firmy často účtují velké částky na vícepracích, což je následkem toho, že většina veřejných zakázek je přidělena nejnižší (alespoň počáteční sklon rozhodování) cenové nabídce. Navíc působí i externí faktory, prakticky nulová nezaměstnanost u nás zvyšuje cenu práce, což v konečném důsledku dopadá na zadavatele staveb. Většina zadavatelů navíc rozpočty plánuje příliš optimisticky, často se předpokládá trvalý růst ekonomiky a nejsou očekávány žádné hospodářské výkyvy. V neposlední řadě při plánování veřejných projektů dochází systematicky k jistému typu neefektivnosti, který ekonomická teorie definuje jako stav, kdy reprezentanti veřejného sektoru rozhodují o „cizích penězích“ alokovaných do projektu určeného pro „cizí osoby“, což zvyšuje pravděpodobnost neefektivní minimalizace nákladů a volby nástrojů, jak jich dosáhnout.

Lze konstatovat, že veřejné zakázky velkého rozsahu jsou nesmírně problematické z hlediska dodržování původně plánovaného rozpočtu. O to důkladněji by mělo probíhat finanční plánování a oponentní řízení a v souladu s principem předběžné opatrnosti by měl rozpočet počítat s možnými změnami projektu v procesu jeho realizace.

## 4. Analýza rizik studie proveditelnosti

Následující kapitola popisuje analýzu rizik, spojených se studií proveditelnosti investičního záměru výstavby nové krajské Baťovy nemocnice ve Zlíně-Malenovicích.

### 4.1. Analýza rizik

Prezentace a studie proveditelnosti nové nemocnice v lokalitě Zlín-Malenovice je zaměřená výhradně na daný projekt a neposkytuje širší souvislosti komplexního řešení budoucí moderní zdravotní péče ve Zlínském kraji, což je u projektu takového rozsahu jedním z klíčových kritérií pro vyhodnocení záměru.

Studie by samozřejmě neměla mít ambici nahradit krajskou koncepci zdravotnictví, měla by však být s ní úzce propojena. To není snadné, pokud samotná koncepce není dostatečně sofistikovaná. Otázkou zůstává, zda by neměla být nejdříve hotová samotná koncepce, a pak s přihlédnutím k jejímu obsahu a schválené strategii otevřená diskuse, jakými projekty tuto koncepci naplnit. Bez aktuální koncepce není možné jednotlivá kritéria, přínosy, či negativní dopady nového projektu nemocnice objektivně vyhodnotit. Současná diskuze by se měla v první řadě důkladně zaměřit na tvorbu a schválení nové koncepce krajského zdravotnictví a následně se přesunout k debatě o možnostech jejího plnění, mezi které výstavba nové krajské nemocnice bezpochyby také patří. Bez této debaty dochází k tzv. efektu západky, tedy že utracením prostředků na investiční záměr je de facto determinována budoucí strategie kraje (jakmile projektová investice zapadne do systému, je nemožné ji zastavit a prostředky realokovat).

Dokumenty, které jsou momentálně k dispozici,<sup>3</sup> se snaží odůvodnit realizaci tohoto projektu popisováním pozitivních vlivů, chybí však detailnější pohled na rizika a možné negativní dopady. Z těchto důvodů vyznívá samotný dokument tendenčně a do značné míry diskvalifikuje samotný projekt.

V oblasti rizik se studie proveditelnosti výhradně soustředí na analýzu projektových rizik a nepoužívá žádnou ze standardně užívaných metodik. I když se odvolává na projektové řízení dle standardu PRINCE2,<sup>4</sup> část týkající se řízení rizik v rámci projektu je od tohoto standardu

---

<sup>3</sup> K dispozici autorskému kolektivu CETA.

<sup>4</sup> PRINCE2 (PRojects IN Controlled Environments) je metodika pro projektové řízení vyvinutá britskou vládou, která se pro své široké uplatnění stala globálním standardem (aktivně ji využívá řada mezinárodních organizací, např. NATO). Z hlediska odvětví se nejčastěji využívá ve stavebnictví, vládním sektoru a komunikačních technologiích. Strukturu této metodiky tvoří čtyři základní elementy – principy, témata, procesy a přízpůsobení

hodně vzdálená. Chybí zejména jasná definice objektivních kritérií, dle kterých jsou rizika oceňována, jako i samotná uplatněná škála rizik. To má za následek, že jednotlivá rizika není možné srovnat, respektive může dojít k matoucímu srovnávání „jablek s hruškami“.

Studie proveditelnosti také konstatuje, že v některých analyzovaných oblastech nebyly poskytnuty podklady, data a informace, jejichž rozsah a vypovídající hodnota by umožnily validní posouzení. Ve stejné kapitole se tento důležitý fakt zároveň bagatelizuje. Samozřejmě i pro oblasti, pro které nebyla dostupná relevantní data, by měla být východiska řádně popsána, a předpoklady, ze kterých studie vychází, jasně definovány, aby bylo možné posouzení jejich relevantnosti. Bez jejich dostatečného poznání není možné konstatovat, že tyto informace nemají významný negativní dopad na projekt samotný. Tím samozřejmě znemožňují objektivní rozhodnutí o realizaci projektu.

## **4.2. Dopadová analýza**

Nedílnou součástí tohoto typu studie by kromě analýzy projektových rizik měla být detailní dopadová analýza, zahrnující možné negativní externality v případě, že se projekt realizuje (vliv na kvalitu péče, dostupnost personálu, vliv na ostatní zařízení v kraji, dostupnost jednotlivých úkonů...). Některé z nich jsou s tímto projektem bezesporu spojeny, i kdyby pravděpodobnost jejich vzniku nebyla 100 %. Zejména kritéria pozitivních přínosů ve studii proveditelnosti jsou úzce definována v prospěch podnikatelského záměru a nereflektují konflikt se zájmem veřejným.

Být nemocnicí první volby pro pacienty Zlínského kraje je dobré pro danou nemocnici/projekt, chybí však detailnější analýza, co by to znamenalo pro ostatní zařízení, pro dostupnost a kvalitu lékařské péče v jiných městech nebo komfort pacienta, zejména v souvislosti s cestováním. Také komfort 5\* služeb definovaný jako klíčový faktor úspěchu projektu postrádá detailnější reflexi a analýzu souvislostí. Neméně tendenční je i snaha přilákat kvalitní personál z regionu, následkem čeho může být významný pokles kvality zdravotnických služeb v jiných lokalitách kraje.

Prezentace a studie proveditelnosti také postrádá odhad nejen společenských, ale také finančních nákladů a výnosů nutného sloučení obou nemocnic v případě výstavby nové nemocnice v lokalitě Zlín-Malenovice. Spojení těchto objektů bude nejen časově, ale také finančně a personálně velmi náročné, s ohledem na šetrné stěhování pacientů, nemocničního

---

metodiky prostředí projektu. Zdroj: Máchal,P.,Kopečková,M.,Presová,R.: Světové standardy projektového řízení: pro malé a střední firmy, Grada Publishing Praha (2015), ISBN 978-80-247-5321-8.

vybavení a s tím souvisejících komplementů. Tato skutečnost a z ní plynoucí rizika nejsou v předložené dokumentaci důkladně zvažována, přičemž tyto socioekonomické náklady je třeba alespoň částečně kvantifikovat a kalkulovat s nimi v souhrnných nákladových položkách investičního plánu.

### 4.3. Metodologie analýzy rizik

Významným charakteristickým prvkem celé studie proveditelnosti je její subjektivita. Jen na několika místech je snaha nastínit objektivní a měřitelná kritéria nebo argumenty založené na konkrétních datech. V těchto případech paradoxně dochází k rozporům v interpretaci jednotlivých čísel (předpokládaný nárůst porodů ve finanční projekci v rozporu s predikovaným negativním demografickým vývojem).

U mnohých kapitol se také nabízí možnost aplikovat různé scénáře (např. optimistický/ neutrální/ pesimistický), aby bylo možné jednoznačně posoudit propagovaná čísla v kontextu objektivní reality.

Obrázek 1: Analýza rizik

### 13. ANALÝZA RIZIK

Identifikované riziko	Oblast	Předěpodobnost	Dopad	Riziko
1 Časová náročnost investičního záměru	investiční	pravděpodobná	těžký	SILNÉ
2 Výkupy pozemků	investiční	mírně- pravděpodobná	mírný	STŘEDNÍ
3 Komplikace spojená s realizací archeologického průzkumu	projektová	mírně- pravděpodobná	mírný	STŘEDNÍ
4 Zvýšené náklady spojené s technickou infrastrukturou	investiční	velice- pravděpodobná	mírný	SILNÝ
5 Nesoulad s územním plánem	projektová	ne-pravděpodobný	těžký	STŘEDNÍ
6 Udržení CAPEX nákladů investiční akce	finanční	pravděpodobná	těžký	SILNÉ
7 Organizační dis-kontinuita v řízení investiční akce	projektová	pravděpodobná	kritický	VELMI SILNÉ
8 Pokles daňových příjmů ZK	finanční	mírně- pravděpodobná	mírný	STŘEDNÍ
9 Nedostatek finančních prostředků pro realizaci	finanční	mírně- pravděpodobná	mírný	STŘEDNÍ
10 Dodatečné změny požadavků investora	investiční	mírně- pravděpodobná	těžký	SILNÉ
11 Výběr nekvalitního dodavatele	projektová	mírně- pravděpodobná	mírný	STŘEDNÍ
12 Nedodržení termínu stávby, nedostatečná koordinace stavebních prací	projektová	pravděpodobná	těžký	SILNÉ
13 Navýšení cen vstupů	finanční	pravděpodobná	těžký	SILNÉ
14 Napojení na samostatný zdroj pitné vody – dva řady	projektová	pravděpodobná	kritický	VELMI SILNÉ
15 Neschopnost KNTB splácet nájem Zlínskému kraji	finanční	mírně- pravděpodobná	těžký	SILNÉ
16 Aktuální nesouhlas správce komunikace I/49 s napojením na dešťovou kanalizaci	projektová	mírně- pravděpodobná	mírný	STŘEDNÍ
17 Nejistota spojená s projektem „výstavby na zelené louce“	projektová	pravděpodobná	těžký	SILNÉ
18 Personální situace KNTB	projektová	mírně- pravděpodobná	mírný	STŘEDNÍ
19 Konkurence (stávající nebo vstup nového poskytovatele)	investiční	ne-pravděpodobný	těžký	STŘEDNÍ

Zdroj: Analýza rizik investičního záměru

Pro odstranění subjektivity by měla být stanovena měřitelná kritéria hodnocení rizik (finanční dopad, reputační dopad, požadována úroveň rozhodování,...), která jsou pak aplikovaná na

identifikovaná rizika (např. pokles tempa růstu HDP a s tím spojený pokles příjmů do krajského rozpočtu, nepříznivý demografický vývoj a snížení porodnosti, zvýšení úrokových sazeb atp.). Samotná identifikace rizik by měla proběhnout v co nejširším plénu, včetně zapojení odpůrců projektu. Po identifikaci všech inherentních rizik, by měl být jasně určen způsob jejich mitigace (ošetření). Všechny akční plány musí být dostatečně specifické, měřitelné, realisticky dosažitelné, relevantní a jasně definované v čase (S.M.A.R.T.).

#### **4.4. Posouzení jednotlivých lokalit**

V úvodu studie proveditelnosti je analyzována aktuální situace, zejména s ohledem na kapacitu a druhy poskytované péče, její dostupnost, počet a rozmístění výjezdnicích stanic záchranné služby, personální zabezpečení nebo pravidel vzájemné spolupráce v rámci sítě krajských nemocnic Zlínského kraje. Tyto aspekty však nejsou definovány pro cílový stav po realizaci (kterékoli) varianty projektu a je velmi obtížné určit, zda a nakolik je tento projekt naplňuje v jednotlivých variantách. Projekt takového významu by měl jasně pojmenovat přínosy pro všechny odpovídající oblasti, a to nejen u jedné prosazované varianty, ale pro všechny zvažované scénáře. Prezentovaná studie posuzuje zejména proveditelnost jedné předvolené varianty a dále již neuvažuje možné alternativy pro dosažení podobných cílů. Pro výběr nejvhodnější varianty je potřebné objektivně interpretovat výsledky analýz uvedených ve studii proveditelnosti (demografická, geografická, SWOT analýza...), které v současnosti spíše favorizují flexibilnější řešení než centralizaci a vybudování velké moderní nemocnice. Diverzifikace odborné péče mezi více pracovišť totiž – z pohledu uživatelů – přináší nesporné benefity, jako snížení dojezdové vzdálenosti, vyšší možnost uplatnění lékařského personálu nebo eliminace rizika v případě mimořádných událostí. Faktor je o to silnější, když si uvědomíme, že stávající zdravotnická zařízení v uplynulých letech byla a s pomocí krajských investic stále jsou významně modernizována. Toto však není ve studii diskutováno.

Podobná situace nastává i u srovnání lokalit, které by měly být posouzeny vzhledem k cílovému řešení budoucí nemocnice KN Zlín. Cílová kritéria nejsou nikde definována a studie se nepřilíživě objektivně snaží porovnat jednotlivé lokality. Analýza lokalit je hodně povrchní a srovnává atributy, které jsou nesrovnatelné. Navíc v samotném srovnání, u lokality Malenovice, chybí určení rizik, kterým se paradoxně studie věnuje v jiných částech textu, čímž opět sklouzává ke zkreslenému hodnocení. Součástí studie by měla být detailnější analýza vlastnické struktury pozemků v plánované lokalitě, jakož i analýza přístupů v případě nesouhlasu majitelů

s odprodejem (z dostupných informací se zdá, že rizika spojená s výkupem jsou momentálně eliminována)..

## Obrázek 2: Posouzení lokality 1

Tabulka 16 Lokalita 1: Malenovice u Zlína - Vyhodnocení

Výhody lokality	Zápory lokality
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veškerá hromadná doprava v místě.</li> <li>• Výborná dopravní návaznost na UHN a KMN.</li> <li>• Dostatečná plocha pro zvažovaný záměr.</li> <li>• Bez omezení z hlediska protipovodňových opatření.</li> <li>• Prostor pro výstavbu není stísněný a lze provést dokonalé osazení objektu a dokonalé připojení na dopravní infrastrukturu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lokalita není zažitá mezi občany.</li> <li>• Pozemky jsou ve vlastnictví různých fyzických a právnických osob.</li> <li>• Výškové omezení maximálně čtyřmi nadzemními podlažími.</li> </ul>

Zdroj: Studie Vyhodnocení lokalit pro KN Zlín.

Na straně jedné jsou u aktuálního areálu KNTB vytýkána řešitelná rizika (hluk, prach...), která moderní stavebnictví umí překonat, na straně druhé, u Malenovic není věnována dostatečná pozornost rizikům nové lokality (zejména potřebě několika kritických povolení, archeologickému průzkumu, výkupu pozemků, dobudování dopravní infrastruktury, napojení na technickou infrastrukturu, nutnosti nové přečerpávací stanice a vodojemu, úpravě horkovodu, hrozbě hlukové stěny, nutná změně územního plánu...).

Všechna tato fakta se nepochybně projeví v nákladech, jak finančních, tak i časových, a mohou významně ovlivnit závěry studie proveditelnosti. Jejich opomenutí je významným rizikovým prvkem analýzy.

### Obrázek 3: Vyhodnocení lokality 2

Tabulka 17 Lokalita 2: Současný areál KNTB - Vyhodnocení

Výhody lokality	Zápory lokality
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hromadná doprava v místě výstavby.</li><li>• Stávající areál by měl vše na jednom místě.</li><li>• Lokalita je zažitá mezi občany.</li><li>• Veškeré pozemky jsou ve vlastnictví KNTB.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vzdálenější poloha od UHN a KMN.</li><li>• Výškové omezení maximálně čtyřmi nadzemními podlažními a nutností zachování pavilonového členění a stávajícího parku.</li><li>• Nutnost realizace protipovodňových opatření při výstavbě.</li><li>• Stísněný prostor pro stavební činnost mající vliv na chod nemocnice (riziko zdravotních komplikací z důvodu vysoké prašnosti).</li><li>• Výstavba obchvatu Zálešné v bezprostřední blízkosti nemocničního areálu a z ní plynoucí negativní dopady na míru hluku a prašnosti.</li></ul>

Zdroj: Studie Vyhodnocení lokalit pro KN Zlín.

Lokalita číslo 4, Jižní Svahy se na první pohled jeví dostatečně atraktivní, zejména kvůli vyřešenému vlastnictví (vlastnictví statutárního města Zlín).

### Obrázek 4: Vyhodnocení lokality 4

Tabulka 18 Lokalita 4: Jižní Svahy - Vyhodnocení

Výhody lokality	Zápory lokality
<ul style="list-style-type: none"><li>• Neexistují omezení z hlediska protipovodňových opatření.</li><li>• Prostor pro výstavbu není stísněný a je možnost provést dobré osazení objektu a připojení na dopravní infrastrukturu.</li><li>• Pozemky jsou ve vlastnictví statutárního města Zlín.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lokalita není zažitá mezi občany.</li><li>• Výškové omezení maximálně čtyřmi nadzemními podlažními.</li><li>• Z hlediska dopravní obslužnosti je zde absence vlakového spojení. V zimním období lze očekávat zhoršenou sjízdnost kvůli charakteru terénu.</li><li>• Lokalita je součástí občanského vybavení v centru části sídliště.</li><li>• Kontinuální provoz letecké záchranné služby představuje zvýšení hladiny hluku v obytné zástavbě.</li></ul>

Zdroj: Studie Vyhodnocení lokalit pro KN Zlín.

Definované zápory lokality jsou sice početné, ale plně se zde projevuje nekonzistence v hodnocení rizik a absence objektivních kritérií pro hodnocení rizik (viz předchozí subkapitola).

Na první pohled se citovaná rizika zdají být hodně nízká, a proto závěr, že varianta realizace investičního záměru v lokalitě Jižní Svahy je méně výhodná než lokalita Malenovice u Zlína, se jeví jako značně překvapivý.

Celá pasáž pojednávající o výběru vhodné lokality by měla být dopracována a finálně vybraná lokalita jasně a detailně odůvodněná. Jednotlivé argumenty by měly být založeny na faktech a číslech a prostor pro subjektivní hodnocení by měl být co nejvíce omezen. Tyto základní obecné atributy kladené na srovnávání jednotlivých lokalit dokument nespĺňuje.

#### **4.5. Definice typu zařízení**

Studie proveditelnosti a dostupné související dokumenty pracují s předdefinovaným typem zařízení, který reflektuje požadavky odborné skupiny lékařů – Lékařské rady projektu. Lékařská rada projektu vychází jak z vlastních zkušeností, tak ze strategického dokumentu, tj. Integrované strategické koncepce pro řízení zdravotnictví a rozvoj zdravotních služeb ve Zlínském kraji, který byl schválen Zastupitelstvem Zlínského kraje na zasedání dne 26. června 2013 usnesením č. 0139/Z06/13.

Tento dokument byl však schválen před více než 6 lety a jeho současná hodnota je diskutabilní až sporná. Také v jiné části studie proveditelnosti je vyzdvihován rychlý vývoj a rychlé změny ve zdravotnictví, které nejsou v tomto dokumentu reflektovány. Opětovně se tedy projevuje chybějící koncepce zdravotnictví celého kraje, a proto není možné posoudit relevantnost požadavku Lékařské rady projektu. Navíc nominace do této Lékařské rady nejsou a nebyly předmětem širší diskuse, což může vyvolat podezření o účelovosti jejího složení.

Lékařská rada projektu také doporučuje:

- *Získání statutu Letecké záchranné služby pro Zlínský kraj.*
- *Pro Vsetínskou nemocnici, a.s. vybudovat magnetickou rezonanci, doporučuje požádat o vznik „Iktového centra“, rozšířit spektrum traumatologické péče, rozšířit spektrum rehabilitační medicíny.*
- *Pro ostatní nemocnice Zlínského kraje zachovat statut sekundárních poskytovatelů zdravotní péče s udržením „nejlepších“ regionálních lékařských odborností.*

Výše uvedené požadavky jsou ve studii uvedené bez širšího odůvodnění a není zřejmé, zda jsou založeny na faktických datech. Tyto požadavky jsou velmi významné i z pohledu budoucí koncepce zdravotnictví celého Zlínského kraje, ale je tu zřejmý i přesah do nadregionální úrovně prostřednictvím potřeby Letecké záchranné služby. A nakonec, a to je velmi důležité,

tyto požadavky vstupují i do studie proveditelnosti bez toho, aniž byly řádně validovány a vysvětleny. Podobně byly definovány i klíčové programy v nové nemocnici.

Předpokládaný nový rozsah nemocnice KNTB (klíčové programy):

- *Kardiovaskulární centrum*
  - *pravostranné srdeční katetrizace s termodilučním měřením srdečního výdeje, kvantifikace zkratů, měření plicní hypertenze*
  - *implantace ICD (defibrilátorů)*
  - *zahájení strukturálních intervenčních výkonů katetrizační metodou na srdci (uzávěry zkratů, uzávěry ouška levé síně, v delším časovém horizontu katetrizační implantace chlopní - TAVI)*
- *Iktové centrum*
  - *status centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče (intervenční radiologický tým)*
  - *rozšíření specializovaných poraden*
- *Perinatologické centrum*
  - *Centrum prenatální diagnostiky (molekulární cytodiagnostiky)*
  - *Family Center Care*
- *Onkogynekologické centrum*
  - *Robotizovaná operativa*
- *Traumatologické centrum*
  - *Garance multioborové a intenzivní péče*
- *Komplexní onkologické centrum*
  - *Simulační MR*
  - *3 LINAC (rozbor konkurence)*

Výše uvedený rozsah nemocnice patří spíše do koncepční části dokumentu o zdravotní péči v daném regionu, kde je možné tyto požadavky rozpracovat a patřičně odůvodnit, mimo jiné i s ohledem na ostatní zdravotnická zařízení ve Zlínském kraji, dostupnost odborného personálu, potřeby pacientů atd.

Lékařská rada také stanovila pravidla, kdy lze očekávat transport pacienta na vyšší pracoviště – NKBN. Jak však samotná studie proveditelnosti uvádí, tyto principy bohužel nebyly validovány a detailně rozpracovány za přítomnosti dotčených vedoucích pracovníků všech

nemocnic Zlínského kraje. Opět se jedná o jedno z témat pro koncepční dokument, který by studie proveditelnosti neměla za žádnou cenu suplovat, ba ani nahrazovat.

S přihlédnutím k velikosti kraje i demografické struktuře, je na místě otázka, jaký typ nemocnice a zda vůbec je nová nemocnice nezbytná pro zabezpečení efektivní a klientsky přívětivé zdravotní péče. Odpověď na tuto otázku není jednoduchá, ale je kritická pro posouzení tak rozsáhlé investice do nové KNTB s ohledem na fungování a roli ostatních zdravotnických zařízení v kraji/regionu. Zásadním cílem by mělo být takové řešení, které nejeftivněji naplňuje potřeby obyvatel a reaguje na aktuální výzvy a trendy ve zdravotnictví. Uvedená analýza současného stavu sítě nemocnic Zlínského kraje jasně pojmenovává výzvy a trendy v zdravotnictví, např.:

- *Potřeba lépe reagovat na požadavky pacientů, na celkové změny ve zdravotních potřebách obyvatelstva*
- *Široké využití nové medicínské technologie; včetně komunikačních a informačních technologií*
- *Koncepčně řešit nedostatek pracovní síly*
- *Reagovat na čím dál přísnější regulaci v oblasti zdravotní péče a zdraví*
- *Zvyšovat transparentnost a efektivněji řešit problém vysoké finanční náročnosti dostupných zdravotnických technologií.*

Nelze než souhlasit, že tyto změny je potřebné řešit koncepčně a aplikací moderních metod. Avšak prezentovat novou nemocnici na zelené louce jako nejvhodnější řešení je přinejmenším sporné a určitě nekoncepční.

## 5. Analýza udržitelnosti modelu financování

Následující část textu se zabývá analýzou udržitelnosti modelu financování.

### 5.1. Benchmarking

U projektu tak velkého rozsahu je překvapivé, že chybí detailnější srovnání s projekty podobné komplexity, které by mohly sloužit pro objektivní posouzení očekávání vyplývajících z této studie proveditelnosti, a přinesly by hodnotné informace zastupitelům odpovědným za finální schválení. Studie sice uvádí, že některé nákladové kapitoly jsou zpracovány dle „benchmarku“ obdobných investičních akcí, národních sazebníků aj., v neprospěch projektu však je, pokud tyto nejsou nikde specifikovány, citovány a uvedeny v podkladové dokumentaci.

Srovnávání např. předpokládaných cen s jednoduchou (méně komplexní) výstavbou jednoho pavilonu, může působit mylným dojmem, i když je stanovená určitá rezerva. Navíc odhadovaná cena se odvíjí od cen roku 2018, což v kontextu dramatického zvyšování stavebních nákladů (5 % za poslední rok) je báze značně podhodnocená pro výstavbu, která má začít v roce 2021. Studie proveditelnosti uvádí tyto průměrné jednotkové náklady (na m<sup>3</sup>), je však nemožné určit, zda jsou realistické a zda již zohledňují inflaci v nejbližších letech:

**Tabulka 6: Srovnání nákladů na m<sup>3</sup> obestavěného prostoru**

Vybrané převažující účely prostor	Základní rozpočtové náklady Kč/m <sup>3</sup>
Komerční prostory - Shell	5 100
Ambulance	9 500
Zákrokové sály	10 500
Operační sály	25 000
Lůžková oddělení	9 700
Jednotka ARO	19 000
Laboratoře	12 000

*Zdroj: Prezentace investičního záměru.*

Poměrně jednoduchý benchmark: Aktuálně budovaná nemocnice nové generace v nedaleké Bratislavě, počítá s investicí 240 miliónů EUR, tj. cca 6 miliard Kč pro kapacitu 400 lůžek. Reálná výše nákladů na jedno lůžko je tedy řádově vyšší než u studie proveditelnosti pro NKTB na zelené louce. Takovéto srovnání je samozřejmě hodně zjednodušené, jasně však poukazuje

na potřebu detailněji a objektivně analyzovat daný projekt a poskytnout lepší informace pro rozhodování o jeho případné implementaci.

## 5.2. Investiční náklady

Jak bylo naznačeno v předchozím textu, investiční náklady vycházejí z hodně optimistického scénáře a abstrahují od možných komplikací, které by měly být zohledněné v neutrálním, případně i v pesimistickém scénáři. Celkově je ve studii možné pozorovat nedostatečnou averzi k rizikům, která se s typem takovéto investice téměř s jistotou objeví. Je zarážející, že rizika jsou v tomto ohledu spíše zlehčována.

Cena pozemních objektů byla již částečně zhodnocena v předchozí kapitole. Vzhledem k velikosti stavby (objem) je potřebné si uvědomit, že i relativně malá změna průměrné ceny za m<sup>2</sup> či m<sup>3</sup> stavby bude mít zásadní dopad do celkových nákladů hlavní stavby vzhledem k celkové ploše 102.915 m<sup>2</sup>, resp. obestavenému prostoru hlavní stavby a ostatních staveb 560.536 m<sup>3</sup>. Dalším významným faktorem je inflace, která by se měla jasně odrážet v jednotlivých číselných hodnotách a vstupovat jako další z faktorů do jednotlivých variant scénářů. Studie počítá rovněž se sdruženými investicemi s dalšími institucemi, není však vůbec jasné, zda jsou tyto investice v zájmu daných institucí a zda je vůbec budou realizovat. Tlak na realizaci projektu je zároveň tlakem na vynaložení finančních prostředků, které mají významné náklady obětované příležitosti.

Některé nákladové položky vzbuzují významné otazníky a není jasné, jak byla daná výše určena a co přesně tyto položky zahrnují.

**Obrázek 5: Výňatek z rozboru investičních nákladů**

16	VRN celkem					45 000 000
17	Interiérové zařízení (mobilář mimo ZT, identifikace)			1,0% hlavního objektu		38 696 040
18	Projektové řízení a náklady související (TDI)					201 600 000
19	Projektová dokumentace pro DUR, DSP, DPS					260 000 000
20	ICT / HW					116 000 000
21	Zdravotnická technika					750 000 000
22	Vynětí ze zemědělského půdního fondu					25 000 000
23	Vypořádání zbývajících pozemků					70 738 800
22	Rezerva					100 000 000
	Celkem bez DPH					6 567 090 352
	Celkem s DPH					7 946 179 326

*Zdroj: Rozbor investičních nákladů.*

Zejména odhady položky č. 20 a 21 (na ICT/ HW a zdravotnickou techniku) je potřebné detailně odůvodnit a ukázat, co přesně se za těmto položkami skrývá. Kromě požadovaných detailů by tyto položky měly být podpořeny závazkem jednotlivých dodavatelů. V současné studii jsou

tyto položky jednou z největších neznámých, přičemž se jedná o téměř pětinu celkových hrubých nákladů projektu. Podobné vyčíslení bez odůvodnění je neakceptovatelné.

Vzhledem na nákladovou náročnost celého projektu působí i stanovená rezerva jako významně podhodnocena. Bylo by potřebné jasně definovat, co by měla daná rezerva pokrýt a kde jsou zahrnuta další rizika. Je evidentní, že s ohledem na celkovou investovanou částku je kvantifikace rizik (ideálně pesimistickým scénářem) a tomu odpovídající rezerva jako jeden z klíčových prvků, o něž by se měla případná realizace opírat, zcela nedostatečná.

Dlouhodobé investiční projekty mohou být navíc silně ovlivněny vnějšími ekonomickými a politickými vlivy, které následně výrazně komplikují plnění finančního plánu investice. Příklad: Libereckému kraji výrazně zkomplikovalo investiční aktivitu skokové navýšení mezd pracovníků v dopravě a zdravotnictví legislativně nařízené vládou. Z úspor, které kraj plánoval investovat, musí ročně nejprve vyplatit na mzdách částku ve výši 129 mil. Kč. K finanční kompenzaci od státu v takovém případě nedochází a kraj musí rozdíl ve mzdách hradit ze svého rozpočtu. I s takovýmito nečekanými vlivy je třeba kalkulovat při dlouhodobé investiční aktivitě.

### **5.3. Zajištění finančních prostředků**

U daného projektu je určitě vhodné užít vícezdrojové financování vhodnou kombinací vlastních zdrojů a bankovních půjček. Vzhledem k velikosti a významu projektu je nutné vyjasnit postoj vlády České republiky a možnosti, kterými by se mohl státní rozpočet podílet na financování realizace projektu. V případě, že neexistuje tato záruka, vzbuzuje regionální politický tlak na realizaci projektu pochybnosti a poukazuje na potřebu další veřejné diskuze.

Finanční prostředky ve výši 6,567 mld. Kč bez DPH (7,946 mld. Kč s DPH) jsou složeny ze tří zdrojů: rozpočtu Zlínského kraje, rozpočtu KNTB a.s. a zdrojů třetích stran. Samotný kraj se bez kofinancování neobejde. Položka Zlínského kraje reflektuje rozpočtový záměr a pokud bude tento schválen, dostupnost těchto finančních prostředků bude zřejmá. Zdroje nemocnice (KNTB a.s.) jsou determinovány obchodními plány a predikcemi hospodaření, které se v realitě mohou lišit, proto není jisté, že kumulované zdroje ve výši 1,047 mld. Kč mezi lety 2023 a 2025 budou nakonec poskytnuty. Úvěrový zdroj ve výši 3 mld. Kč bude využit mezi lety 2022 a 2024. Navrhovatelé argumentují indikativními (tj. nezávaznými) nabídkami finančních institucí, přičemž konstatují, že úvěrové financování bude řešeno až v průběhu výstavby podle aktuální finanční potřeby. S ohledem na fakt, že úvěr tvoří cca 38 % nákladů celého projektu, je velmi diskutabilní, zda jednání o investičních prostředcích po zahájení výstavby je z pohledu

vyjednávací strategie vhodným krokem, je-li navíc evidentní, že bez úvěru nebude kraj schopen investici realizovat. Spoléhat se na konkurenci mezi finančními institucemi není samospasitelné, jelikož při hodnocení rizik a dalších skutečností budou zřejmě tyto instituce uvažovat velmi podobně.

#### Obrázek 6: Nabídky peněžních ústavů

**Nabídky peněžních ústavů na zajištění cizích zdrojů při financování výstavby nové budovy krajské nemocnice**

kritéria	EIB	ČS a.s.	Unicredit Bank	Raiffeisen BANK	ČSOB
úvěrový limit	3 mld.	3 mld.	3 mld.	*3 mld.	*1,5 - 3 mld.
délka splácení	10 - 20 let	7 let	max 20 let	max 20 let	10 - 15 let
zajištění	bez	bez	bez	podmínky	bez
úroková sazba	1,5 - 2,5 %	2,11 - 2,34 %	2,94 - 3,19 %	3,15 - 3,25 %	3,01 - 3,5 %
polatky:					
zpracování úv.	0	0	25 tis. Kč	700 tis. Kč	380 tis. Kč
správa úv.	0	0	0	500 Kč	0
nečerpání úv.	0	0,1%	0,1%	není uveden	není uveden
způsob čerpání	tranše (100 mil. Kč)	dle faktur	tranše (50 mil. Kč)	dle faktur	dle faktur
kovenanty:	ukazatele EIB		ROK pod 60 %	proinvestování vlastních zdrojů	doložení zdrojů KNTB

*Zdroj: Prezentace investičního záměru.*

Aktuální nabídky jednotlivých finančních institucí jsou indikativní. Je zcela běžné, že indikativní nabídky mají především otevřít dveře jednání o projektu a při detailní analýze rizik se budou úvodní indikativní nabídky v realitě významně lišit, neboť součástí vypracování indikativní nabídky není komplexní analýza všech projektových rizik, které jsou u infrastrukturních veřejných staveb významné a mají vliv na finální poskytnuté podmínky financování. Totéž platí o jakémkoli časovém posunu v realizaci projektu, kdy jej ovlivní zvyšující se úrokové sazby a averze k riziku. Podobné scénáře však projekt nediskutuje.

Vysoká půjčka spojená pouze s jedním projektem může potlačit nezbytnou investiční aktivitu v ostatních klíčových oblastech. V ostatních krajích při takto vysokých půjčkách investují do celé řady různých oblastí, čímž diverzifikují investiční rizika. Pokud Zlínský kraj otevře úvěrovou pozici na tento projekt, je možné, že tím sníží úvěruschopnost jiných budoucích projektů (s vyšší budoucí prioritou).

## 5.4. Výnosy

Investiční model počítá s pozitivním vývojem v jednotlivých oblastech a vyznívá hodně optimisticky. Jednotlivé položky vykazují téměř v každé oblasti pozitivní vývoj, přičemž opět chybí analýza různých méně optimistických alternativ, která by postulovala, že si investor uvědomuje možná rizika navrhované strategie financování a je připraven tato rizika eliminovat. Jak bylo uvedeno výše, výnosy zdravotnických zařízení jsou spojené s vysokým stupněm rizika, jelikož jsou součinem dvou proměnných – počtu případů a cen dle sazebníku úhrad. Kalkulace kontinuálního meziročního růstu případů i úhradových sazeb bez patřičné analýzy nepůsobí věrohodně. Projekce průměrné finanční náhrady za pacienta od zdravotních pojišťoven počítá až do roku 2028 s růstem výše této náhrady každoročně o 5 %. Dle Zdravotnických ročenek Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR ovšem během let 2010-2017 rostla celková výše finančních výdajů na zdravotnictví (z rozpočtů zdravotních pojišťoven) ročně průměrně pouze o 3,11 %.

Jelikož významná část výnosů navázaná na úhrady od pojišťoven je značně nejistá, mělo by být součástí dokumentace posouzení relevantních veřejných institucí, že prognózovaný vývoj je v souladu se strategiemi a výhledy těchto institucí.

### Obrázek 7: Investiční model

Klíčové předpoklady investičního modelu

Value driver	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
<b>OTEVŘENÍ (06/2024)</b>													
<b>Výkony</b>													
Tržby celkem		5 536	5 100	5 013	5 180	5 311	5 487	5 628	5 793	5 967	6 325	6 641	6 774
roční změna		-6,8%	-2,9%	-2,9%	2,9%	2,9%	2,9%	2,9%	2,9%	3,0%	5,0%	2,0%	0,0%
Základní sazba		29 832	32 363	33 483	36 204	38 015	39 015	41 911	44 007	46 207	48 517	50 943	53 491
roční změna		9,2%	3,5%	3,5%	8,1%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%
ČM případy		28 392	29 730	32 485	32 411	32 411	32 411	32 411	32 411	33 222	34 883	36 627	37 380
roční změna		4,7%	9,3%	-0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	5,0%	5,0%	2,0%	0,0%
Základní sazba		31 441	33 367	35 480	38 810	40 750	42 788	44 927	47 174	49 532	52 009	54 609	57 340
roční změna		6,1%	6,3%	6,3%	9,4%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%
<b>Počet ambulantních vyšetření</b>		608 630	630 508	651 258	670 706	677 504	684 279	691 122	698 033	715 484	751 258	788 821	804 597
roční změna		3,6%	3,3%	3,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	2,5%	5,0%	5,0%	2,0%
Průměrná platba od zdrav. pojišťoven/vyšetření		760	759	790	812	836	861	887	914	941	969	998	1 028
roční změna		-0,2%	4,1%	2,7%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%
<b>Počet hospitalizací - úhrada za lůžko den</b>		2 041	2 002	2 100	2 100	2 100	2 100	2 100	2 100	2 100	2 183	2 206	2 206
roční změna		-1,9%	4,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%	2,0%	0,0%
Průměr na hospitalizaci		46 147	48 970	49 147	56 776	59 615	62 596	65 726	69 012	72 463	76 086	79 690	83 884
roční změna		6,1%	0,4%	15,5%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%
<b>Hotovostní platby (% z tržeb od zdravotních pojišťoven)</b>		0,51%	0,40%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	1,50%	1,75%	2,00%
<b>Růst tržeb - lékárna</b>		15,7%	12,5%	8,7%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	25,0%	5,0%	0,0%
<b>Marže - lékárna</b>		16,7%	16,7%	16,6%	16,6%	16,6%	16,6%	16,6%	16,6%	16,6%	16,6%	16,6%	16,6%

Zdroj: Prezentace investičního záměru.

Jak bylo zmíněno výše, jedná se o úhrady, které jsou výstupem politického rozhodnutí, tj. výstupem spojeným s vysokou mírou nepredikovatelnosti a významnými riziky. Z tohoto důvodu je jeho systematické kvantitativní nebo cenové nadhodnocování nežádoucí.

Poskytnutý model kalkuluje výnosy velmi zjednodušeně a nebere přitom důsledně v potaz makroekonomická, socioekonomická ani jiná rizika (viz dále). V odhadu výnosů projektu zcela

chybí testování a analýza jednotlivých scénářů, které by postihovaly výše uvedená rizika. Podobný způsob odhadu výnosů by mírnou úpravou vstupních parametrů hypoteticky umožňoval kalkulaci libovolné výše výnosů, což neodráží standardy používané v ekonomické analýze ani negeneruje dostatečné argumenty pro ekonomické vyvážení rizik podstoupených při realizaci záměru.

## **5.5. Ekonomická analýza financování**

Předložené dokumenty determinují vysoká rizika udržitelnosti financování, a to jak na straně výnosů, tak na straně nákladů. Je tomu tak především proto, že provedená analýza nedostatečně reflektuje ekonomický cyklus a dynamicky se vyvíjející hospodářství. Zdravotnictví podobně jako jiná odvětví reaguje na změny makroekonomických indikátorů různým způsobem, proto je nezbytné věnovat této analýze velkou pozornost. V případě projektu proveditelnosti nové krajské nemocnice se tak, bohužel, nestalo.

Finanční plán kalkuluje stabilní ekonomický růst reálného HDP mezi lety 2019 až 2026 na 2,6 %. Jedná se o absurdní předpoklad, jímž nelze podložit odpovědný investiční záměr v řádu miliard Kč z peněz daňových poplatníků. Číslo je sice na úrovni průměrného růstu ekonomiky v posledních 20 letech, ale makroekonomické prognózy reflektující riziko zpomalení ekonomiky i hodnoty poklesu ekonomiky v uplynulých krizových obdobích a obdobích recese jsou varováním, že by se tak vysoká míra optimismu nemusela vyplatit.

Zásadním nedostatkem projektu je nedostatečná objektivita posuzování jednotlivých variant. Projevuje se nejen při výběru lokality, ale také ve finančních ukazatelích. Projekty jsou standardně hodnoceny alespoň 4-5 lety provozní fáze po ukončení financování. Varianta II (rekonstrukce) je hodnocena pouze do doby jejího financování, což zkrusluje celkové porovnání výhodnosti obou variant. Není také zřejmé, nakolik jsou reálná data o výkonnosti jednotlivých variant. Varianta I (nová nemocnice) zvládne v roce 2028 oproti Variantě II navíc o 71 218 ambulantních vyšetření, 532 porodů, a 3 148 CM případů. To vše však s pouhými 62 zaměstnanci navíc. Pokud se jedná o věrohodné údaje, svědčí mimo jiné o velké produkční mezeře stávajícího zařízení, jíž by bylo možné odstranit lepším managementem.

V důsledku přehnaných očekávání od výkonů nové nemocnice je málo realistická projekce vysokých výnosů spojená s nestandardně rychle rostoucími výsledky hospodaření. Varianta I slibuje od roku 2023 do roku 2028 přibližně 2,5 násobně vyšší výsledek hospodaření, což výrazně zvyšuje cash flow projektu a díky tomu je výsledné hodnocení variant jasně pro Variantu I.

Finanční zabezpečení projektu výstavby nové krajské nemocnice má navíc z 13 % (celkem 1,047 mld. Kč) zajistit rozpočet stávající KNTB a z 49 % (3,898 mld. Kč) rozpočet Zlínského kraje. Kalkulovat s čerpáním těchto finančních prostředků do roku 2025 bez aplikace jakýchkoliv citlivostních scénářů je krajně nezodpovědné, protože do takto vzdáleného časového horizontu nesahají ani makroekonomické predikce renomovaných mezinárodních organizací. Příjem těchto rozpočtů může být v budoucnu ovlivněn celou řadou vnějších vlivů, které ovlivní příjmové strany těchto rozpočtů, a tedy také finanční příspěvky do investičního projektu, nehledě na vývoj dalších mandatorních výdajů rozpočtu a dalších nutných investic do ostatních socioekonomických oblastí.

Analýza explicitně zmiňuje položky nezahrnuté do finančního modelu, jejichž vyjmutí je prezentováno jako uplatnění principu předběžné opatrnosti (všechny jsou prezentovány jako budoucí pozitivní faktory). Je však možné předpokládat, že některé z nich (např. „centralizace nemocnic ZL – pozitivní vliv na straně výnosů i nákladů“ nebo „zvýšení produktivity medicínských zaměstnanců a nemedicínských zaměstnanců nad rámec úrovně uvažované v investičním modelu“ atd.) budou nabíhat a minimálně v prvních letech implementace budou generovat vysoké náklady řízení a oportunitní náklady, čímž ohrozí prezentované pozitivní ekonomické dopady.

## 6. Závěr

Finanční plán nové krajské Baťovy nemocnice ve Zlíně-Malenovicích neodpovídá standardům, které jsou na podobné investiční projekty kladeny. Klíčové nedostatky je možné rozdělit do tří hlavních skupin:

- **Nedostatečná analýza rizik:** Projekt nedostatečně analyzuje rizika spojená s realizací investičního záměru. Při sledování preferované varianty nadhodnocuje benefity plynoucí z realizace, nedostatečně analyzuje, až bagatelizuje rizika preferované varianty, nedostatečně vyhodnocuje alternativní scénáře. Z některých prezentovaných údajů jsou činěny nepřiměřené závěry, které zvýhodňují preferovaný investiční záměr. Projektu chybí deklarovaná vládní podpora, tj. příslib garantovaných rozpočtových prostředků.
- **Absence scénářů vývoje:** Projekt opomíjí základní analýzu scénářů v doporučené formě závazného respektování opatrnostního principu. Prezentované nákladové položky jsou nedostatečně vysvětlené a chybí jim test, resp. doklad reálnosti (např. závazek zadavatele). Prezentované výnosy nejsou podrobeny kritické analýze, která vyplývá z logického omezení plánování výnosů v současném českém zdravotnictví (vysoká míra nejistoty).
- **Nereálné ekonomické předpoklady:** Ekonomická analýza projektu není provedena v adekvátním rozsahu a hloubce, proto předložená dokumentace trpí zásadním deficitem relevantních informací pro přijetí kvalifikovaného rozhodnutí o investičním záměru. Projekt pracuje s nerealistickými ekonomickými předpoklady, nereflektuje průběh a dopady ekonomického cyklu, demografické faktory ani další obvyklé charakteristiky, principy a postupy standardně obsažené ve studiích proveditelnosti k projektům podobného rozsahu a významu. Projektu chybí citlivostní analýza změny vstupních parametrů, na základě které je možné kvantifikovat rizika a vytvořit adekvátní projektovou rezervu.
- **Subjektivita v přístupu k investičním variantám:** V téměř celé studii proveditelnosti lze jen na několika málo místech nalézt objektivní hodnocení založená na měřitelných kritériích (např. finanční dopad, reputační dopad, požadována úroveň rozhodování,...), nebo argumenty založené na konkrétních a dohledatelných datech. Předložené dokumenty budí dojem umělé favorizace vybrané investiční varianty v podobě výstavby nové krajské nemocnice.

- Na základě provedené analýzy předložené dokumentace a studie proveditelnosti, z níž vyplynuly závažné nedostatky dané nedostatečnou úvahou o socioekonomických dopadech ve Zlínském kraji spolu s nadhodnoceným investičním modelem, CETA nedoporučuje přechod k realizační fázi projektu, nýbrž důkladnou redefinici stávající studie proveditelnosti.