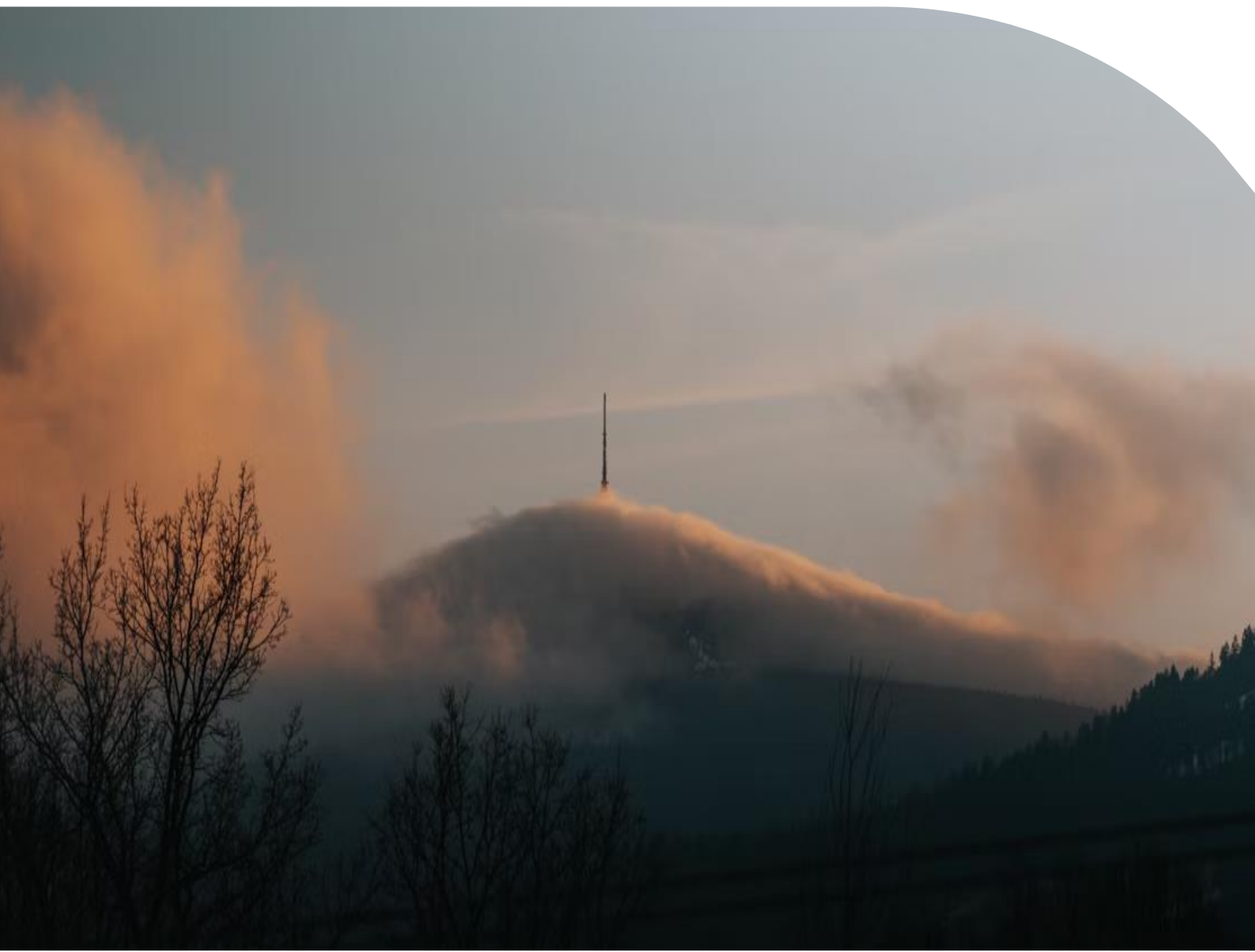


Analýza současného stavu řízení zdravotnických zařízení s návrhem optimalizace vlastnické struktury a systému řízení krajských nemocnic

Připraveno pro Liberecký kraj

28.01.2026



Manažerské shrnutí

1.	Úvod manažerského shrnutí	2
2.	Stručné shrnutí průběhu zakázky.....	2
3.	Kontext řízení zdravotnictví v Libereckém kraji a klíčová zjištění z analýz.....	3
4.	Návrh cílového uspořádání a klíčová doporučení	10
5.	Implementace navrženého cílového modelu.....	15
6.	Analýza rizik a mitigace	16
7.	Závěr manažerského shrnutí	18

1. Úvod manažerského shrnutí

Předkládané manažerské shrnutí přináší hlavní závěry z realizované zakázky „Analýza současného stavu řízení zdravotnických zařízení v Libereckém kraji s návrhem optimalizace vlastnické struktury a systému řízení krajských nemocnic“. Jeho cílem je poskytnout zadavateli věcně podložený a srozumitelný přehled výsledků a doporučení a vymezit klíčové implikace pro řízení krajské nemocniční sítě.

2. Stručné shrnutí průběhu zakázky

Zakázka byla zaměřena na komplexní posouzení současného stavu řízení krajských nemocnic v Libereckém kraji, včetně srovnání s modely řízení v ostatních krajích České republiky, a na vyhodnocení možných variant dalšího organizačního a vlastnického uspořádání nemocniční sítě. Cílem zakázky nebylo vytvořit strategii nebo koncepci rozvoje zdravotnictví v Libereckém kraji, ale poskytnout věcně podložené podklady pro rozhodování kraje o tom, jakým způsobem dlouhodobě posílit říditelnost, stabilitu a funkční provázanost zdravotní a zdravotně-sociální péče v regionu.

Práce na zakázce probíhala od září 2025 do ledna 2026 v několika na sebe navazujících krocích. V první fázi byla zpracována **analytická část**, zaměřená na:

- popis výchozí pozice Libereckého kraje a jeho nemocniční sítě,
- analýzu vlastnického a řídicího uspořádání krajských nemocnic,
- vyhodnocení ekonomických a personálních charakteristik nemocnic,
- vyhodnocení ukazatelů v oblasti poskytované péče (produkce a kvalita),
- identifikaci strukturálních faktorů, které nelze krátkodobě změnit, ale je nutné s nimi při řízení systému pracovat.

Současně byla provedena **mezikrajská komparace**, která porovnávala přístupy k řízení nemocničních sítí v krajích České republiky z hlediska modelu organizace a vlastnictví nemocnic (decentralizovaný, holdingový, integrovaný) i z hlediska praktických zkušeností, přínosů a limitů jednotlivých řešení. Cílem nebylo hledat nejlepší model v obecné rovině, ale posoudit přenositelnost zkušeností do specifických podmínek Libereckého kraje.

Nedílnou součástí jsou také **analytická východiska**, která prostřednictvím analýzy sekundárních dat a informací (v rámci desk research) přinesla základní obecné poznatky zkoumané problematiky a kontextové informace.

Analytické výstupy byly doplněny o **doplňková šetření a expertní panel**, které sloužily k ověření závěrů analýz, upřesnění praktických dopadů jednotlivých variant a k identifikaci klíčových rizik spojených s jejich implementací.

Na základě syntézy všech zjištění byla zpracována **návrhová a implementační část**, která:

- vymezuje doporučený cílový model uspořádání nemocniční sítě v Libereckém kraji,
- porovnává variantu plné integrace krajské nemocniční sítě a holdingového uspořádání nemocnic,
- identifikuje dílčí opatření realizovatelná bez ohledu na zvolenou organizaci nemocniční sítě,
- navrhuje principy a fáze implementace včetně klíčových rozhodovacích bodů,
- identifikuje hlavní rizika a navrhuje způsoby jejich mitigace.

Pro transparentní interpretaci výsledků byla zpracována samostatná kapitola **metodologie**, která popisuje použité metody, zdroje dat a klíčová východiska pro správné čtení a porovnávání výsledků v čase i mezi regiony. Projekt vycházel z kombinace kvantitativních analýz a kvalitativních šetření. Těžiště práce tvořila analýza ekonomických ukazatelů, provozních charakteristik a produkce a kvality poskytované péče, založená na veřejně dostupných informacích a oficiálních statistikách (zejména ÚZIS ČR), doplněných o data krajských nemocnic a výstupy z doplňkových kvalitativních šetření.

Zakázka probíhala v období procesu institucionální změny související s fúzí nemocnic v Libereckém kraji. Většina srovnávacích dat je však dostupná se zpožděním a v době zpracování se vztahovala zejména k rokům 2015–2024. Závěry proto vycházejí primárně z datového obrazu nemocniční sítě Libereckého kraje před dokončením fúze a je nutné je takto interpretovat.

3. Kontext řízení zdravotnictví v Libereckém kraji a klíčová zjištění z analýz

3.1. Role kraje v řízení zdravotnictví

V oblasti zdravotnictví vystupuje **kraj v několika rolích současně**. Je zřizovatelem a spoluvlastníkem části nemocniční sítě, významným aktérem při zajišťování dostupnosti akutní i návazné péče a současně koordinátorem zdravotnického systému v území, kde **část klíčových nástrojů leží mimo jeho přímou kontrolu**. Přestože dostupnost hrazených zdravotních služeb je primárně nastavována prostřednictvím smluvní politiky zdravotních pojišťoven, kraj nese odpovědnost za stabilitu a udržitelnost vlastních zdravotnických zařízení, jejich investiční rozvoj a rozvoj sociálních služeb. A právě sociální a zdravotně-sociální segment v praxi zásadně ovlivňuje průchodnost lůžkové péče a tím i efektivní fungování krajského zdravotnického systému.

Zdravotnictví i sociální oblast patří v České republice mezi sektory, kde se dlouhodobě uplatňuje princip **decentralizace řízení**, tedy přenašeni části odpovědností a rozhodovacích pravomocí z centrální úrovně státu na úroveň krajů. Tento přístup je funkční a žádoucí, protože umožňuje přizpůsobovat organizaci a strukturu péče specifickým potřebám jednotlivých regionů. Současně však platí, že ani kraj není homogenním celkem. Uvnitř krajů existují výrazně odlišné spádové oblasti s rozdílnými demografickými, geografickými i personálními podmínkami. Efektivní řízení proto musí kombinovat **systémový přístup na úrovni kraje se zachováním lokální autonomie** tam, kde je funkční, a se systematickou koordinací aktérů v regionu.

V tomto kontextu se role kraje v oblasti zdravotních služeb soustředí zejména na:

- vymezení cílového modelu nemocniční sítě a rolí jednotlivých zařízení,
- nastavení jednotných pravidel, standardů a řídicích mechanismů napříč sítí,
- koordinaci investic, rozvoje kapacit a struktury poskytované péče,
- systematickou práci s daty, vyhodnocování výkonu systému a včasnou identifikaci rizik,
- aktivní řízení návaznosti mezi akutní, následnou, dlouhodobou a sociální péčí.

Z těchto souvislostí vyplývá, že **volba organizačního a vlastnického uspořádání nemocniční sítě není samoučelným cílem, ale nástrojem**, prostřednictvím něhož má kraj možnost naplnit svou koordinační roli a dlouhodobě řídit rozvoj zdravotních a zdravotně-sociálních služeb v podmínkách omezených kapacit a sdílené odpovědnosti.

3.2. Syntéza zjištění z analýzy organizace a řízení nemocničních sítí

Analýzy potvrzují, že způsob řízení nemocniční sítě je v jednotlivých krajích výrazně odlišný a že žádný model organizace krajské nemocniční sítě není univerzálně správný či nesprávný. Rozhodující je, zda zvolený model odpovídá **strukturálním podmínkám kraje** a zda je doplněn **funkčními řídicími nástroji**.

Z analýzy vzešla řada zjištění, vypovídajících o rozdílech mezi jednotlivými kraji v organizaci a řízení nemocničních sítí. Nejvýznamnější z nich, které výrazně ovlivňují krajské zdravotnické systémy, jsou následující:

Přítomnost fakultní nemocnice

Základním strukturálním faktorem je přítomnost fakultní nemocnice, která zásadně ovlivňuje roli kraje v řízení zdravotnictví. Kraje s fakultní nemocnicí mají zpravidla fragmentovanější systém, protože klíčová část specializované a vysoce specializované péče je řízena státem mimo přímý vliv kraje. Příkladem je především hl. m. Praha, kde se vyskytuje hned několik fakultních nemocnic, nebo Jihomoravský kraj se dvěma fakultními nemocnicemi v Brně, ale samozřejmě i další kraje, jako je Královéhradecký, Olomoucký nebo Plzeňský kraj atd.

Liberecký kraj fakultní nemocnici nemá, a proto nese vyšší odpovědnost za organizaci, stabilitu a rozvoj nemocniční sítě. Do stejné skupiny patří například Jihočeský, Pardubický, Karlovarský nebo Zlínský kraj a kraj Vysočina. V těchto regionech se ukazuje potřeba silnější koordinační role kraje, jasného vymezení rolí nemocnic a aktivního řízení návaznosti péče. Specifické postavení má Středočeský kraj, který i když nedisponuje vlastní fakultní nemocnicí, je výrazně ovlivněn silnou vazbou na Prahu.

V analýzách a návrzích bylo proto v některých dílčích částech pracováno pouze se skupinou krajů bez fakultní nemocnice (a bez výrazné koncentrace vysoce specializovaných center v regionu). Toto vymezení je v textu vždy explicitně uvedeno. Důvodem je zachování srovnatelnosti, protože přítomnost fakultní nemocnice zásadně mění strukturu a náročnost poskytované péče, spádovost a migrační toky pacientů, personální situaci i investiční a ekonomické parametry. Bez tohoto oddělení by porovnání částečně odráželo rozdíly dané nadregionální rolí fakultních pracovišť, nikoli skutečné rozdíly ve fungování a říditelnosti krajských nemocničních sítí.

Modely vlastnictví a organizace nemocniční sítě

V České republice se uplatňují tři základní modely uspořádání nemocničních sítí, resp. v jednotlivých krajích vždy převládají prvky jednoho z těchto modelů:

- plně integrovaný model s jedním právním subjektem,
- holdingový či koncernový model se samostatnými právními subjekty,
- decentralizovaný model bez jednotné řídicí struktury.

Komparace ukazuje, že většina krajů bez fakultní nemocnice směřuje k vyšší míře koordinace, typicky prostřednictvím integrovaného nebo holdingového uspořádání. Naopak v krajích s fakultní nemocnicí nebo se silným soukromým sektorem se častěji uplatňují decentralizovanější modely.

Vznikem KNL+ došlo v Libereckém kraji k integraci hlavní části krajské nemocniční péče do jednoho subjektu, avšak krajská síť jako celek zůstává vlastnický i institucionálně neuzavřená. Vedle KNL+ působí v kraji další nemocnice mimo jednotný řídicí rámec. Liberecký kraj, ať již na něj pohlížíme jako na částečně integrovaný, nedisponuje nástroji odpovídajícími plně koordinované krajské síti.

Srovnání hospodářských výsledků napříč kraji zároveň potvrzuje, že mezi mírou integrace nemocniční sítě a ekonomickými výsledky neexistuje jednoduchý ani přímočarý vztah. Nákladová rentabilita, platební disciplína i zadluženost vykazují výrazný rozptyl nejen mezi jednotlivými modely, ale i uvnitř nich.

Ukazuje se, že integrované uspořádání samo o sobě není zárukou lepšího hospodaření a nevylučuje vznik nákladového či cash-flow napětí. Vedle toho holdingové a koncernové modely vykazují v průměru stabilnější hospodářské výsledky a decentralizované modely vykazují největší rozptyl, a to od velmi dobrých výsledků Zlínského kraje až po nižší rentabilitu a napětí v závazcích na Vysočině, kde však nemocnice fungují jako příspěvkové organizace s odlišnou logikou hospodaření. Specifickým příkladem je Olomoucký kraj, který jako celek působí decentralizovaně, nicméně významná část péče je zde poskytována soukromými subjekty organizovanými v holdingových strukturách, což může přispívat k vyšší ekonomické stabilitě, kterou kraj jako celek reálně vykazuje.

Celkově tak analýza potvrzuje, že institucionální model není sám o sobě determinantem hospodářského výsledku, ale vytváří rámec, v němž se teprve uplatňuje kvalita řízení, koordinace a práce s náklady a investicemi.

Existence krajské strategie zdravotnictví

Krajský zdravotnický systém musí průběžně reagovat na demografické změny, personální limity, vývoj medicíny a technologií i na tlak na návaznost péče. **Strategie je proto nezbytným řídicím rámcem**, který umožňuje kraji vymezit cílový model péče, určit priority a promítnout je do implementace (zejména do investic a řízení změn) tak, aby kraj jednal proaktivně, nikoli jen reaktivně.

Realizovaná komparace ukazuje, že mezi kraji existují výrazné rozdíly v tom, zda disponují ucelenou a vymahatelnou strategií řízení nemocniční sítě. Některé kraje mají strategii zpracovanou jako skutečný nástroj řízení systému, který vymezuje cílový model sítě, role nemocnic, kapacitní rámec i investiční priority a je přímo využíván při rozhodování. Tento přístup je patrný zejména u Pardubického kraje, Ústeckého kraje a Kraje Vysočina.

Liberecký kraj má zpracovanou Zdravotní politiku a navazující akční plány, které jsou kvalitní zejména v oblasti veřejného zdraví a prevence, nejsou však koncipovány jako strategie řízení nemocniční sítě a nevymezují cílový model sítě, role jednotlivých nemocnic ani dlouhodobé investiční a kapacitní priority.

V omezeném a strukturálně srovnatelném souboru krajů bez fakultní nemocnice dostupná data tento význam strategie potvrzují. Celkový hospodářský výsledek se mezi kraji výrazně neliší (často jde o marginální přebytky), zatímco rozdíly se projevují především v jednotkových ukazatelích nákladové náročnosti, jako jsou náklady na ošetrovací den či na standardní lůžko. Relativně příznivější hodnoty se častěji objevují u krajů, které mají strategii zpracovanou jako řídicí nástroj s jasnou vazbou na cílový model sítě, implementaci a investiční disciplínu. Pro Liberecký kraj to posiluje potřebu doplnit stávající strategický rámec o strategii zdravotních služeb a nemocniční sítě, která ukotví role nemocnic, návaznost péče, personální a investiční priority i způsob jejich realizace.

Vztah mezi centrální a lokální úrovní řízení a fungování orgánů nemocnic

Komparace krajů potvrzuje, že funkční řízení nemocniční sítě **vyžaduje jasné oddělení strategické a operativní roviny**. Toto oddělení je běžné nejen v decentralizovaných systémech, ale také v integrovaných, holdingových a koncernových modelech. V integrovaných modelech je typické, že centrální úroveň řídí strategii, investice a standardy, zatímco lokální úroveň zajišťuje každodenní provoz a klinické řízení jednotlivých pracovišť. Například v Pardubickém kraji či v Ústeckém kraji funguje centrála jako společné rozhodovací centrum, ale jednotlivé nemocnice/areály mají zřetelně identifikovatelné lokální vedení. Podobně i v Karlovarském kraji je při jednom IČ zachována lokální řídicí vrstva obou areálů. V holdingových a koncernových modelech (např. Jihočeský, Královéhradecký či Plzeňský kraj) je oddělení rolí ještě výraznější. Centrála zde nastavuje rámec a koordinuje klíčové oblasti, zatímco každá nemocnice si udržuje vlastní management a odpovědnost za provoz v místě.

V Libereckém kraji je po integraci KNL+ řízení výrazně centralizované na úrovni jedné společnosti. Jednotlivé areály nemají (vzhledem k formě integrace) samostatné statutární orgány, ale ani plnohodnotné lokální vedení s jasně vymezenou odpovědností. Toto nastavení posiluje jednotnost rozhodování, ale současně omezuje schopnost reagovat na místně specifické provozní, personální a spádové podmínky. Ve srovnání s většinou integrovaných a holdingových modelů v jiných krajích je proto dělba mezi centrální a lokální úrovní v Libereckém kraji méně vyvážená.

Formální uspořádání orgánů krajských nemocnic je v České republice u akciových společností převážně srovnatelné (valná hromada, představenstvo, dozorčí rada, často s částí dozorčí rady volenou zaměstnanci). Rozdíly mezi kraji nespočívají v existenci orgánů, ale v tom, jak je jejich prostřednictvím prosazována krajská strategie a jak je do řízení promítána lokální perspektiva jednotlivých pracovišť, typicky právě skrze jasné vymezení rolí centrální a lokální úrovně a stabilní mechanismy, které zabraňují dominanci perspektivy jednoho zařízení nad zbytkem sítě.

3.3. Syntéza zjištění z analýzy výkonnosti nemocnic

Pro doplnění institucionálních a řídicích faktorů o praktický pohled na fungování nemocničních sítí byla provedena mezikrajská komparace vybraných ukazatelů výkonnosti. Cílem nebylo hodnotit jednotlivé kraje, ale porozumět tomu, jak se rozdíly v řízení a koordinaci promítají do stability systému.

Migrace pacientů

Migrační saldo pacientů se mezi kraji významně liší podle toho, zda v regionu působí fakultní nemocnice. Přítomnost fakultní nemocnice a koncentrace vysoce specializované péče zásadně mění spádovost a toky pacientů, a proto nejsou migrační ukazatele mezi kraji s fakultní nemocnicí a bez fakultní nemocnice přímo srovnatelné.

Pro základní interpretaci byly proto porovnávány kraje bez fakultní nemocnice, u nichž se odlivové chování předpokládá, ale přesto se mezi nimi objevují výrazné rozdíly. Nejvyšší podíl odlivu je dlouhodobě patrný zejména v Pardubickém a Karlovarském kraji, zatímco Jihočeský kraj se blíží vyšší míře soběstačnosti. Liberecký kraj se v tomto srovnání pohybuje

ve středním pásmu odlivu a současně se odlišuje tím, že část odlivu je v řadě let kompenzována přílivem pacientů z jiných regionů, takže migrační saldo vychází v porovnání s dalšími kraji vyrovnaněji. Na opačném pólu stojí například Ústecký kraj, kde se kombinuje vysoký odliv s nízkým přílivem a migrační saldo je výrazněji záporné.

Závěrem platí, že migrace není pouze daností vyplývající z absence fakultní nemocnice. Přestože část odlivu pacientů je strukturálně očekávatelná, **migrační saldo se ukazuje jako citlivý indikátor kapacitní a organizační stability sítě**, tedy jako jev, který lze do určité míry ovlivňovat kvalitou řízení kapacit, udržením klíčových programů a zejména funkční návazností péče.

Ekonomické výsledky nemocnic

Analýza hospodářských výsledků potvrzuje, že mezi mírou integrace nemocniční sítě a ekonomickou výkonností neexistuje přímý kauzální vztah. Integrované, holdingové i decentralizované modely vykazují široký rozptyl výsledků, a to jak mezi kraji, tak uvnitř jednotlivých modelových skupin. Institucionální uspořádání se proto neukazuje jako determinant hospodářského výsledku, ale spíše jako rámec, v němž se uplatňuje kvalita řízení, koordinace a práce s náklady a investicemi.

Integrované modely dosahují spíše nižší nákladové rentability (cca 0,5–1,7 %), což ilustrují například Pardubický a Ústecký kraj, kde se kombinuje vysoký podíl osobních nákladů s investiční zátěží. Karlovarský kraj sice vykazuje kladný výsledek, avšak současně extrémní podíl pohledávek po splatnosti. Liberecký kraj, který se ve sledovaném období nacházel v přechodové fázi mezi integrací a decentralizací, spadá se svou nákladovou rentabilitou (1,6 %) do středního pásma, při současném tlaku osobních nákladů a vyšší odpisové zátěži.

Holdingové a koncernové modely v průměru vykazují stabilnější hospodaření a lepší platební disciplínu, kdy například Jihočeský a Královéhradecký kraj dosahují rentability kolem 4,5–4,7 % při minimálním podílu závazků po splatnosti. Plzeňský kraj v koncernovém uspořádání vykazuje velmi vysokou rentabilitu, kterou je však nutné interpretovat s ohledem na investiční cyklus a jednorázové faktory.

Decentralizované modely vykazují i v těchto ukazatelích největší rozptyl výsledků, a to od velmi dobré rentability ve Zlínském kraji po nižší stabilitu na Vysočině, kde nemocnice fungují jako příspěvkové organizace. Specifickým příkladem je Olomoucký kraj, kde velmi dobré ekonomické výsledky mohou souviset s vysokou mírou vnitřní integrace části péče v soukromém sektoru.

Celkově se ukazuje, že ekonomická stabilita nemocniční sítě je méně dána formálním modelem uspořádání a více schopností koordinovat systém, řídit personální a investiční náklady a tlumit výkyvy mezi jednotlivými zařízeními.

Produkce péče, struktura a case mix (DRG)

Rozdíly mezi kraji nejsou dány pouze objemem hospitalizací, ale především strukturou a náročností poskytované péče. Nejvyšší hodnoty dosahují samozřejmě kraje s fakultní nemocnicí a koncentrací vysoce specializované péče (např. hl. m. Praha, Královéhradecký kraj).

Současně však existují výrazné rozdíly i mezi kraji bez fakultní nemocnice. V této srovnatelné skupině se Liberecký kraj vyznačuje relativně vyšší náročností poskytované péče a dosahuje hodnot case mixu srovnatelných s některými kraji s fakultní nemocnicí (např. Plzeňský či Olomoucký kraj). Naproti tomu Jihočeský, Pardubický, Karlovarský, Zlínský kraj a Vysočina vykazují nižší hodnoty, což odráží větší podíl spádově řešené náročné péče mimo region. Tyto rozdíly nelze vysvětlit samotným modelem vlastnictví či integrace, ale řízením návaznosti péče, což koresponduje také s výsledky analýzy migrace pacientů.

Analýza potvrzuje, že struktura produkce a její vývoj souvisí především s existencí nástrojů řízení sítě. Kraje, které systematicky koordinují rozvoj klinických programů a návaznost péče, dokážou stabilizovat strukturu péče. V prostředích s omezenou koordinací naopak dochází k postupnému oslabování některých programů, změnám case mixu a následnému růstu migrace pacientů.

Provozní ukazatele a obložnost lůžek

Obložnost lůžek se mezi kraji významně liší, ale sama o sobě nevysvětluje rozdíly ve výkonnosti nemocničních sítí ani v migraci pacientů. Analýza neprokazuje jednoduchý vztah mezi mírou centralizace řízení a obložností standardních akutních lůžek. Integrované kraje bez fakultní nemocnice mohou vykazovat nižší obložnost, zatímco decentralizované či smíšené systémy se často pohybují kolem republikového průměru nebo nad ním. Obložnost se tak jeví spíše jako výsledek kombinace kapacitního nastavení, struktury péče a návaznosti na následnou a sociální oblast než jako přímý důsledek organizačního modelu.

U integrovaných krajů bez fakultní nemocnice, zejména v Pardubickém a Ústeckém kraji, je patrná výrazně nižší obložnost standardních lůžek (cca 46–47 %), což signalizuje existenci kapacitní rezervy v akutní péči. Holdingové kraje bez fakultní nemocnice vykazují diferencovanější obraz. Jihočeský kraj a Vysočina se pohybují přibližně kolem republikového průměru (cca 55 %), zatímco Zlínský kraj dosahuje jedné z nejvyšších obložností standardních lůžek (cca 62 %). V decentralizovaných či smíšených krajích bez fakultní nemocnice, jako je Liberecký kraj (cca 55 %) nebo Středočeský kraj (cca 60 %), se obložnost pohybuje spíše ve vyšších hodnotách, přičemž u Středočeského kraje je nutné zohlednit silný vliv Prahy a metropolitní spádovost.

Citlivějším ukazatelem provozního napětí je obložnost intenzivní péče. Vyšší obložnost JIP se objevuje v Libereckém kraji (kolem 61 %) a v krajích s fakultní nemocnicí, kde se běžně pohybuje v rozmezí přibližně 61–68 %. Vysoká obložnost JIP zde neznamená vyšší efektivitu, ale často signalizuje omezenou rezervu systému, zejména pokud je kombinována s personálními limity a slabou návazností následné péče. Provozní napětí tak vzniká souběhem kapacitních, personálních a organizačních faktorů, nikoli samotnou mírou centralizace řízení.

Celkově analýza ukazuje, že model řízení vytváří rámec, v němž lze s kapacitami pracovat, ale skutečná obložnost lůžek je výsledkem širšího strukturálního nastavení systému. Klíčová je schopnost aktivně řídit tok pacientů, návaznost péče a personálně udržitelnou kapacitu, nejen samotná formální organizační struktura.

Personální charakteristiky

Personální dostupnost zdravotnických pracovníků představuje strukturální omezení napříč regiony a je výrazně ovlivněna celkovou atraktivitou kraje a existencí akademického zázemí. Nejvýznamnějším faktorem vyšších personálních kapacit je opět přítomnost fakultní nemocnice, která koncentruje specializovanou péči, výuku a výzkum a přitahuje personál z nadregionálního spádového území.

Z tohoto důvodu nelze personální kapacity krajů s fakultní nemocnicí a bez ní interpretovat v jednom srovnávacím rámci. Pro analyticky korektní hodnocení je relevantní porovnávat především kraje bez fakultní nemocnice, kam patří i Liberecký kraj. V této skupině se neprokazuje přímý vztah mezi modelem řízení nemocniční sítě (integrovaný, holdingový, decentralizovaný) a absolutními personálními kapacitami. Rozdíly jsou výrazněji ovlivněny velikostí regionu, spádovými vazbami, strukturou poskytované péče a historickým vývojem sítě než samotným organizačním uspořádáním.

Model řízení se však promítá do personální stability nepřímo. Kraje s vyšší mírou koordinace jsou schopny lépe sdílet personální kapacity, zvládat dočasné výpadky, organizovat zastupitelnost a snižovat zranitelnost sítě při odchodu jednotlivých klíčových pracovníků. Decentralizované systémy jsou v tomto ohledu citlivější.

Liberecký kraj se v porovnání s ostatními kraji bez fakulní nemocnice nejeví jako personálně výrazně znevýhodněný a jeho hlavní výzvou není absolutní nedostatek pracovníků, ale dlouhodobá udržitelnost systému v podmínkách stárnutí personálu a omezených možností nahrazování vysoce specializované péče vlastními kapacitami.

3.4. Klíčové faktory ovlivňující fungování krajské nemocniční sítě

Na základě výše uvedených analýz byly popsány rozdíly ve fungování a výsledcích nemocničních sítí (migrace, ekonomika, struktura produkce, kapacity, personál) a rozdíly v tom, jak jsou sítě v jednotlivých krajích uspořádány a řízeny. Z těchto empirických zjištění byly následně odvozeny klíčové faktory, které mají rozhodující dopad na stabilitu a říditelnost krajské nemocniční sítě. Tyto determinanty představují hlavní vstupy pro volbu cílového uspořádání sítě a pro návrh implementačních kroků.

Tabulka: Klíčové faktory s rozhodujícím dopadem na fungování systému nemocniční sítě

Faktor	Význam pro fungování sítě	Vazba na zjištění
Přítomnost fakulní nemocnice a vysoce specializovaných center	Strukturální rámec a spádovost systému	Přítomnost center zásadně ovlivňuje spádovost, migraci pacientů, personální atraktivitu nemocnic i koncentraci náročné péče. Tento faktor nelze změnit organizačním rozhodnutím, ale způsob řízení sítě ovlivňuje, jak efektivně se s jeho dopady pracuje.
Existence a vymahatelnost krajské strategie	Základní předpoklad říditelnosti	Bez jasné a vymahatelné strategie se řízení sítě posouvá k ad hoc rozhodování. Strategie je klíčová zejména v krajích bez fakulní nemocnice, kde kraj nese vyšší odpovědnost za stabilitu péče.
Controlling, reporting a dostupnost dalších řídicích nástrojů	Říditelnost a kontrola fungování sítě	Funkční controlling, reporting, závazné standardy, investiční plánování a řízení toku pacientů jsou jedním z nejsilnějších faktorů stability provozu a dosažených plánovaných výsledků.
Jasně rozdělení rolí mezi centrální a lokální úroveň řízení nemocnic	Vyvážení strategie a každodenního provozu	Centrální úroveň by měla primárně řídit strategii, investice a kapacitní rámec, lokální vedení pak každodenní provoz. Nejasné rozdělení kompetencí vede k přetížení nemocnic, oslabení koordinace a k neefektivnímu vyjednávání.
Reálně provozovaná kapacita akutní a následné péče	Průchodnost systému	Limitem krajského zdravotnického systému není formální počet lůžek, ale jejich personálně udržitelná kapacita. Nedostatečná návaznost následné a sociální péče blokuje akutní provoz.
Dostupnost a udržitelnost zdravotnického personálu	Provozní limit systému	Personál je základem pro rozvoj i stabilitu zdravotnického systému a jeho nedostatek přímo ovlivňuje kapacitu nemocnic. V kontextu demografického vývoje je hlavním problémem stárnutí zdravotnického (především nelékařského) personálu. Koordinované řízení zvyšuje schopnost sdílení a zastupitelnosti napříč sítí.

Vedle výše uvedených faktorů byly identifikovány i další, které samy o sobě nedeterminují výsledky zdravotnického systému, ale vytvářejí podmínky pro jeho řízení. Jedná se o:

- **Způsob organizace nemocniční sítě** (decentralizovaný, holdingový, integrovaný), který nevytváří sám o sobě lepší výsledky, ale nastavuje institucionální podmínky, v nichž se síť řídí. Určuje zejména míru koordinace, vymahatelnost společných pravidel a transakční náklady změn.
- **Forma vlastnictví nemocnic** (veřejné, smíšené, soukromé), u které analýzy neprokazují přímý vztah s ekonomickými či provozními výsledky nemocničních sítí. Forma vlastnictví se však do fungování systému promítá nepřímo, a to prostřednictvím investiční politiky a ochoty nést náklady změn.

4. Návrh cílového uspořádání a klíčová doporučení

Návrhová část se zaměřuje na to, jakým způsobem by měl Liberecký kraj nastavit vlastnictví, řízení a dohled nad nemocniční sítí tak, aby byl schopen dlouhodobě zajistit její stabilitu, říditelnost a dostupnost péče v podmínkách omezených kapacit a absence fakultní nemocnice. Návrhy zahrnují:

- doporučený cílový model vlastnictví a řízení nemocniční sítě,
- nastavení systému kontroly a dohledu nad jejím fungováním,
- nastavení systému řízení a governance,
- soubor klíčových opatření, která jsou nezbytná vždy, bez ohledu na zvolený organizační model.

4.1. Návrh cílového modelu vlastnictví a řízení

Na základě realizovaných analýz je jako doporučené cílové uspořádání krajské nemocniční sítě v Libereckém kraji navrženo **hybridní holdingové uspořádání**¹, které zahrnuje nejen část nemocniční sítě integrované v rámci KNL+, ale také zařízení stojící mimo tento celek. Navržené řešení respektuje roztržštěnou vlastnickou strukturu i rozdílné právní formy jednotlivých zařízení a vychází z premisy, že říditelnost sítě není podmíněna existencí jednoho právního subjektu, ale je dána především nastavením governance a účinných řídicích nástrojů.

Přínosy hybridního holdingového uspořádání se soustředí do dvou linií, které korespondují s rolí kraje v oblasti krajského zdravotnického systému:

- **posílení říditelnosti krajské nemocniční sítě jako celku**, které není podmíněno vlastnickým sjednocením a lze je do určité míry zajistit i smluvním ukotvením spolupráce,
- **optimalizace fungování a nákladové efektivity nemocnic**, které kraj přímo vlastní či ovládá.

Model umožňuje obě linie propojit v jednom institucionálním rámci, kdy na jedné straně vytváří nástroje pro strategickou koordinaci sítě napříč různými vlastníky a právními formami, na straně druhé umožňuje u krajských nemocnic systematicky využít úspory z rozsahu prostřednictvím sdílení a standardizace podpůrných činností.

¹ Hybridní model umožňuje začlenit různé právní formy dotčených organizací.

Navržené uspořádání vychází z jasného oddělení strategické a provozní roviny řízení:

- centrální úroveň odpovídá za strategii sítě, strukturu péče, investice, kapacitní plánování, standardy, reporting a koordinaci návaznosti péče,
- lokální úroveň nese odpovědnost za každodenní provoz nemocnic, jejich personální řízení, kvalitu a bezpečnost péče.

Klíčovým prvkem modelu je **centrální řídicí entita (mateřská společnost)**, která není poskytovatelem zdravotních služeb a plní roli manažera celé sítě mezi krajem a jednotlivými nemocnicemi. Jejím úkolem je řídit síť v oblastech, kde je jednotný postup nezbytný, aniž by byla zatažena do operativního řízení jednotlivých pracovišť.

V holdingovém modelu si **jednotlivé nemocnice/areály** zachovávají právní subjektivitu a vlastní management, ale fungují v rámci jednotného strategického a řídicího rámce.

Jako základní dceřiné společnosti jsou navrhovány zejména:

- Nemocnice Liberec, a. s.,
- Nemocnice Česká Lípa, a. s.,
- Nemocnice Turnov, a. s.,
- Nemocnice Frýdlant, a. s.

MMN, a. s. je v této variantě uvažována jako plnohodnotná součást skupiny, což předpokládá dohodu akcionářů a úpravy governance.

Léčebna respiračních nemocí Cvikov, p. o. může být zapojena bez změny právní formy, zejména prostřednictvím závazného reportingu, strategického a kapacitního rámce a vybraných sdílených služeb.

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o. může být do sítě zapojena smluvně, při plném respektu k autonomii zřizovatele, zejména v oblastech strategického plánování, návaznosti péče a koordinace kapacit.

Součástí navrženého modelu je vytvoření **samostatných servisních společností**, které nejsou poskytovateli zdravotních služeb a zajišťují vybrané podpůrné a investiční činnosti. Cílem je oddělit neklinické funkce od zdravotnického provozu, profesionalizovat jejich řízení, zvýšit transparentnost nákladů a snížit provozní a investiční rizika.

Typicky se jedná o oblasti správy majetku a investic, technických a provozních služeb, IT a digitalizace, nákupu, logistiky a zásobování a vybraných administrativních a metodických agend.

Hybridní holdingové uspořádání je v podmínkách Libereckého kraje institucionálně i politicky průchodnější než plná integrace. Umožňuje postupné posilování integrace bez skokových zásahů do vlastnických vztahů a bez nutnosti plošně měnit právní formy nemocnic.

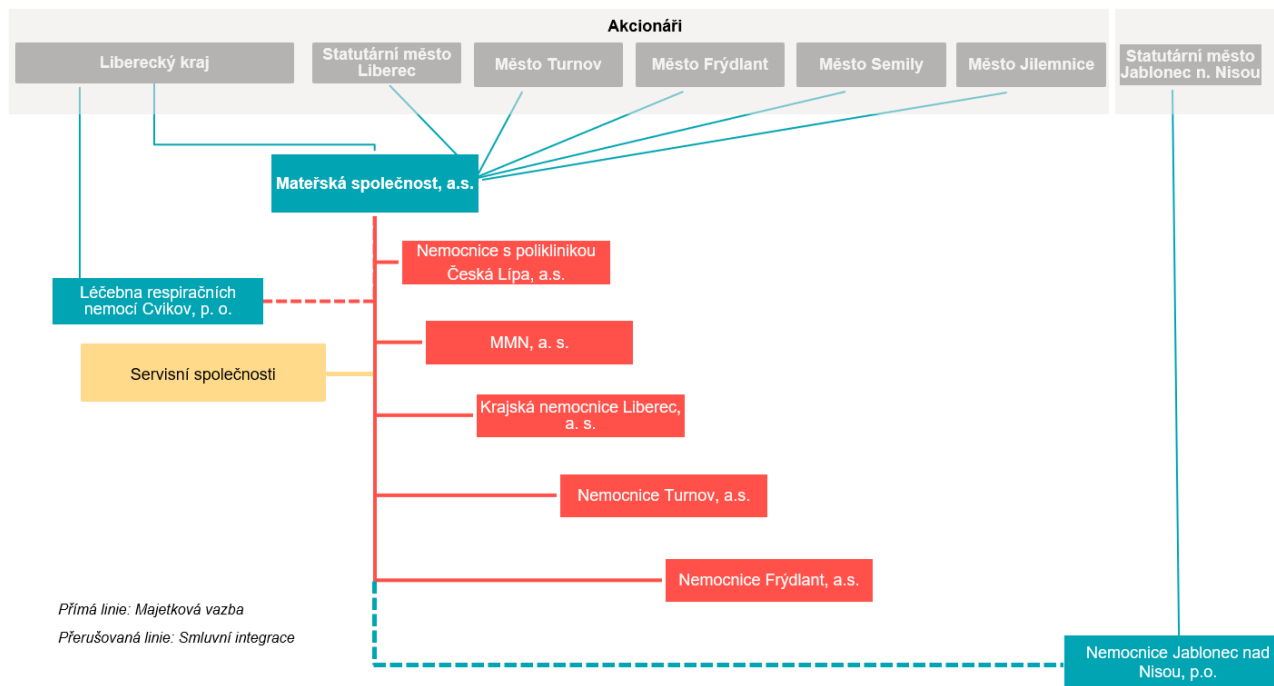
Model tak vytváří předpoklady pro:

- vyšší říditelnost krajské nemocniční sítě,
- lepší koordinaci investic, kapacit a struktury péče,
- stabilnější ekonomické řízení,
- systematickou práci s personálními riziky a návazností péče.

Současně platí, že přínosy nejsou automatické. Model vyžaduje kvalitní governance, jednotný reporting, jasné rozdělení kompetencí a důslednou implementaci. Je rovněž závislý na dlouhodobé shodě akcionářů a na schopnosti udržet jednotná pravidla řízení v čase.

Schéma znázorňuje navržené hybridní holdingové uspořádání krajské nemocniční sítě. Oddělené zobrazení Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o., a přerušovaná linka zdůrazňují, že strategická koordinace a spolupráce v rámci sítě není podmíněna vlastnickým sjednocením, ale je založena na smluvním ukotvení vztahů.

Schéma: Hybridní holdingové uspořádání krajské nemocniční sítě



Orgány společností odpovídají standardnímu uspořádání akciových společností dle platné právní úpravy. Navržené parametry se soustředí na jejich velikost, způsob jmenování a vymezení kompetencí tak, aby bylo zajištěno efektivní oddělení vlastnické, řídicí, kontrolní a provozní roviny a posílena říditelnost nemocniční sítě jako celku.

Tabulka: Základní parametry orgánů společností v holdingovém uspořádání nemocniční sítě

Úroveň / orgán	Kdo jmenuje / odvolává	Doporučený počet členů	Základní role
Valná hromada (akcionáři)	Akcionáři dle vlastnické struktury	–	Vlastnická a strategická
Dozorčí rada mateřské/dceřiné společnosti	Valná hromada (akcionářská část, odborníci) a zaměstnanci (zaměstnanecká část)	9-11	Dohledová a kontrolní
Představenstvo mateřské společnosti	Valná hromada mateřské společnosti	3-5	Výkonné řízení sítě
Představenstva dceřiných společností	Valná hromada dceřiné společnosti	3	Lokální exekutiva
Krajská koordinační platforma (neformální orgán)	Zřizuje kraj (usnesením / rozhodnutím rady)	13	Strategicko-odborná koordinace

Výhody holdingové uspořádání ve srovnání s plnou integrací části nemocniční sítě do jednoho právního subjektu jsou vnímány především v těchto oblastech:

- Vyváženější uspořádání sítě: Podporuje model rovnocenných nemocnic ve skupině, nikoli menších pracovišť vnímaných jako pobočky dominantního areálu.
- Menší riziko dominance největší nemocnice: Strukturálně odděluje řízení sítě od řízení největší nemocnice (u plné integrace je to také možné, ale organizačně citlivější).
- Průchodnější změna: Umožňuje postupnou implementaci bez skokových zásahů do vlastnických vztahů a právních forem; plná integrace je méně reverzibilní a transakčně náročnější.
- Různé tempo a hloubka integrace: Umožňuje postupovat diferencovaně podle připravenosti jednotlivých nemocnic (včetně smluvního zapojení), bez zásahu do celé struktury.
- Jasnější oddělení síťových a lokálních rozhodnutí: Přehledněji odděluje síťová rozhodnutí (role, kapacity, investice) od řízení jednotlivých nemocnic a posiluje prokazatelnou vyváženost.
- Vyšší stabilita při změnách vedení: Rozkládá řízení mezi více úrovní a snižuje citlivost systému na změny politického a vrcholového managementu, která může být u jednoho právního subjektu výraznější.
- Vyšší odolnost vůči problémům jedné nemocnice: Provozní či reputační problém jedné nemocnice se nepřenášá automaticky na celý systém.
- Čitelnější ekonomika nemocnic: Samostatné subjekty usnadňují srovnání výkonu a omezují neformální křížové dotování; u plné integrace je k tomu nutný velmi silný vnitřní controlling.
- Flexibilita do budoucna: Umožňuje korekce rolí nemocnic, vstup či výstup subjektů a úpravy majetkových vazeb bez nutnosti rozpouštět jeden integrovaný celek.

4.2. Návrh systému kontroly a dohledu nad fungováním nemocniční sítě

Navržený model řízení nemocniční sítě vyžaduje jednotný, předvídatelný a institucionálně ukotvený systém kontroly a dohledu. Ten se neopírá pouze o ekonomický controlling, ale kombinuje monitoring dostupnosti a kvality péče, řízení klíčových rizik, dohled nad hospodařením a hodnocení plnění strategických cílů.

Klíčovým nástrojem je **jednotný reporting a controlling**, založený na jedné metodice a porovnatelných datech napříč nemocnicemi a areály. Různé úrovně řízení pracují s rozdílnou mírou detailu, vždy však vycházejí ze stejného datového základu. Tím se předchází nejednotným interpretacím a posiluje transparentnost řízení.

Systém reportingu je víceúrovňový:

- **strategický reporting** pro Liberecký kraj poskytuje agregovaný přehled o dostupnosti péče, migraci pacientů, personální stabilitě a ekonomické udržitelnosti systému,
- **reporting pro dozorcí radu** slouží k výkonu dohledu nad hospodařením, řízením rizik a plněním strategie,
- **manažerský reporting** podporuje operativní řízení představenstva a vedení nemocnic,
- **veřejný reporting** zajišťuje transparentní komunikaci základních informací o fungování krajské nemocniční sítě.

Reporting není samoučelným výkaznictvím, ale součástí **opakujícího se kontrolního cyklu**, který propojuje operativní řízení, dohled a strategické rozhodování vlastníka a umožňuje včasnou eskalaci významných odchylek a rizik.

Součástí systému je také **hodnocení plnění strategických cílů**. Krajská strategie zdravotní a zdravotně-sociální péče je hodnocena prostřednictvím strategických indikátorů stavu systému (např. dostupnost, migrace, návaznost péče,

personální udržitelnost), zatímco strategie krajem řízených nemocnic jsou hodnoceny pomocí výkonnostních ukazatelů navázaných na odpovědnosti jejich managementu.

Klíčovou roli v systému kontroly a dohledu plní **dozorčí rada**, která propojuje reporting s vyvozováním odpovědnosti managementu a řízením rizik. V případě rozhodnutí kraje může být část **variabilní složky odměňování managementu** navázána na plnění strategických cílů, a to způsobem, který podporuje dlouhodobou stabilitu systému a nevytváří tlak na krátkodobou optimalizaci.

4.3. Klíčová doporučení nad rámec navrženého organizačního modelu

Samotná změna organizačního a vlastnického uspořádání není zárukou zlepšení. Rozhodující je, zda kraj a řízené nemocnice zavedou funkční strategii, datové řízení, pravidla návaznosti, řízení rizik a další opatření, která jsou níže shrnuta v rozdělení na doporučení na úrovni Libereckého kraje a na doporučení na úrovni nemocnic.

Doporučení na úrovni Libereckého kraje

- Zpracovat a schválit **Strategii zdravotní a zdravotně-sociální péče** Libereckého kraje jako řídicí rámec pro role nemocnic, kapacity, investice, personál a návaznost péče (nikoliv pouze koncepční dokument).
- Zřídit trvalou **Krajskou koordinační platformu** pro řízení systému (zdravotní a sociální oblast), která převádí strategii do návrhů a rozhodnutí (kapacity, průchodnost, personální rizika, postup vůči pojišťovnam).
- Smluvně **ukotvit závaznost krajské strategie** ve vztahu k městům–spoluvlastníkům a dalším partnerům.
- Integrovat **plánování zdravotních a sociálních kapacit** (cílit zejména na kapacity, které odblokovávají akutní lůžka, jako jsou pobytové, odlehčovací, terénní služby, domácí podpora).
- Nastavit krajský **rámec návaznosti péče** včetně pravidel návratové větve po vysoce specializované péči mimo kraj.
- Zřídit **společné datové zázemí** (datové centrum/úložiště) jako infrastrukturu pro bezpečný provoz, dostupnost dat a jednotný reporting.
- Zřídit krajský **rámec spolupráce se školami** (SŠ/VOŠ/VŠ) pro personální stabilitu zdravotní a zdravotně-sociální péče.

Doporučení na úrovni zdravotnických zařízení v přímém vlivu Libereckého kraje

- Zpracovat a schválit **Strategii rozvoje a řízení krajských nemocnic** jako prováděcí dokument krajské strategie (role areálů, sdílení kapacit, návaznost, cíle rozvoje).
- Zavést **víceletý investiční plán** (investiční generel) s prioritizací podle role zařízení v síti a reálných personálních a kapacitních limitů.
- Oddělit **řízení nemocniční sítě od lokálního řízení areálů** (kompetence, odpovědnosti, reporting po lokalitách).
- Zavést **jednotný controlling a reporting** (jedna metodika, porovnatelnost) pro kraj, dozorčí radu, představenstvo i lokální management.
- Přesunout důraz z „výsledku hospodaření“ na „řízení rizik“.
- Centralizovat a **standardizovat kybernetickou bezpečnost** v souladu s NIS2 a nastavit jednotný systém implementace a dohledu.
- Nastavit **jednotný rámec komunikace a řízení změny nemocniční sítě** a její organizace (konzistentní sdílení, práce se středním managementem, sledování dopadů na personál).
- Centralizovat a **vyčlenit podpůrné činnosti** tam, kde to dává smysl (oddělení neklinických agend, transparentnost nákladů, profesionalizace investic a provozu dle zvoleného modelu).

5. Implementace navrženého cílového modelu

Implementace navrženého cílového modelu nepředstavuje jednorázový organizační krok, ale postupný proces řízení změny. Implementace má proto dvě paralelní roviny:

- **Zavádění klíčových řídicích opatření**, která jsou nezbytná pro stabilitu a říditelnost systému bez ohledu na zvolené uspořádání nemocniční sítě, a to zejména v oblasti strategického řízení, práce s daty a controllingu, řízení kapacit, návaznosti mezi akutní, následnou, dlouhodobou a sociální péčí, personální politiky a koordinovaného investičního plánování.
- **Postupné institucionální ukotvení holdingového uspořádání** jako cílového rámce řízení nemocniční sítě, který umožňuje uvedená řídicí opatření dlouhodobě prosazovat, ukotvit je v systému governance a zvýšit jejich vymahatelnost.

Zvolený holdingový model umožňuje fázovanou implementaci, která odděluje posilování řídicích nástrojů od případných právních změn. Tento přístup minimalizuje provozní rizika, zachovává kontinuitu poskytované péče a umožňuje ověřovat funkčnost navržených kroků v praxi ještě před jejich institucionálním zakotvením. Implementace tak není chápána jako skoková reorganizace, ale jako řízený proces, v němž na sebe jednotlivé kroky navazují v logickém sledu a vytvářejí postupně stabilní rámec fungování nemocniční sítě.

Na tomto základě je implementace strukturována do postupných fází, které kombinují zavádění klíčových řídicích opatření s jejich následným institucionálním ukotvením v rámci holdingového uspořádání.

Fáze 1: vytvoření a ověření řídicího rámce sítě

Cílem první fáze je zavést klíčové řídicí nástroje tak, aby kraj získal reálnou schopnost sítí řídit ještě před institucionálními změnami. Jde zejména o nastavení pravidel, datové a řídicí infrastruktury a základních mechanismů koordinace napříč nemocnicemi a návaznými segmenty.

Hlavní výstupy první fáze zahrnují:

- vymezení rolí a odpovědností v síti a nastavení jednotných pravidel řízení,
- zavedení jednotné práce s daty, controllingu a reportingu včetně pravidelného vyhodnocování rizik,
- zahájení koordinace kapacit v akutní a intenzivní péči a nastavení nástrojů pro řízení průchodnosti systému,
- nastavení pravidel návaznosti péče včetně vazby na následnou, dlouhodobou a sociální oblast,
- zahájení koordinovaného investičního plánování v návaznosti na roli nemocnic a personální možnosti sítě,
- nastavení síťových principů personální politiky, sdílení kapacit a zastupitelnosti v klíčových odbornostech.

Smyslem této fáze je ověřit, že zavedené nástroje fungují v praxi, jsou akceptovány jednotlivými aktéry a umožňují kraji předvídatelné a uplatnitelné řízení sítě. Pokud se řídicí rámec v této fázi neosvědčí, není účelné přistupovat k jeho institucionálnímu ukotvení.

Fáze 2: institucionální ukotvení holdingového uspořádání

Cílem druhé fáze je formálně ukotvit holding jako nástroj, který zvýší vymahatelnost společných pravidel a stabilizuje řízení sítě. Nejde o centralizaci každodenního provozu, ale o jasné vymezení kompetencí a odpovědností a o ukotvení centrálních funkcí tam, kde je jednotné řízení nezbytné.

Hlavní výstupy druhé fáze zahrnují:

- formální ustavení centrální řídicí entity holdingového typu s jasně definovanými pravomocemi,
- ukotvení governance vztahů mezi krajem, centrální úrovní a jednotlivými nemocnicemi,
- smluvní a organizační nastavení vztahů i s ohledem na víceakcionářskou strukturu,
- institucionální přenos vybraných strategických a podpůrných funkcí na centrální úroveň, zejména v oblasti dat, controllingu, investic a standardů.

Výsledkem je stabilní rámec, ve kterém lze společná pravidla dlouhodobě prosazovat a řídit síť jako celek bez skokové fáze nemocnic do jednoho právního subjektu.

Fáze 3: stabilizace, rozvoj a rozhodnutí o dalším směřování

Cílem třetí fáze je dlouhodobá stabilizace systému a řízení jeho rozvoje na základě měřených výsledků. Tato fáze je zaměřena na průběžné vyhodnocování dopadů zavedených nástrojů, úpravy nastavení a strategické rozhodnutí o tom, zda je holding dlouhodobým cílem, nebo zda jsou splněny podmínky pro další prohlubování integrace.

Hlavní výstupy třetí fáze zahrnují:

- stabilizaci fungování holdingu a vyhodnocení dopadů na ekonomiku, personální stabilitu, koordinaci péče a návaznost,
- řízený rozvoj struktury péče a rolí nemocnic, včetně optimalizace návaznosti na následnou a sociální oblast,
- strategické rozhodnutí o dalším směřování integrace na základě výsledků a připravenosti systému.

Implementace navrženého cílového modelu je koncipována jako postupný proces, který je v jednotlivých fázích ukončován jasně vymezenými milníky, které představují kontrolní body pro vyhodnocení dosaženého stavu a slouží jako rozhodovací momenty, v nichž má kraj možnost potvrdit další postup, upravit tempo nebo rozsah implementace, případně reagovat na identifikovaná rizika.

6. Analýza rizik a mitigace

Implementace cílového modelu (zavádění řídicích opatření a jejich postupné institucionální ukotvení v holdingovém rámci) je komplexní změna s dopady do personální stability, provozní kontinuity, governance, datového prostředí i finanční udržitelnosti. Úspěch závisí na tom, zda Liberecký kraj bude rizika řídit průběžně a systematicky, nikoli až ex post.

Rizika jsou posuzována z hlediska dopadu na pacienta a kvalitu péče, na provozní stabilitu a efektivitu a na schopnost kraje síť dlouhodobě řídit.

Rizika jsou navázána na rozhodovací milníky a kontrolní cyklus (reporting, dohled, eskalace), aby bylo možné včas rozpoznat odchylky a aktivovat nápravná opatření.

Tabulka: Identifikovaná rizika a návrhy jejich mitigace

Oblast rizika	Riziko (co se může stát)	Dopad	Návrh mitigace
Governance a rozhodování	Rozostření odpovědností mezi krajem, centrálou a nemocnicemi/areály, zpomalení rozhodování, paralýza operativy	provoz, říditelnost	Rozhodovací matice (centrální vs. lokální); delegace pravomocí s limity a lhůtami; standardizovaná kontaktní místa pro pacienty
Řízení změny a důvěra	Fluktuace klíčových lidí, pasivní rezistence, zhoršení spolupráce napříč sítí, přetížení podpůrných týmů	pacient, provoz	Řízení změny jako samostatný program (komunikace, zapojení, práce se středním managementem); včasné varovné signály (fluktuace, přesčasů, incidenty) a rychlá reakce
Strategie a shoda aktérů	Strategie pouze „na papíře“, návrat k ad hoc rozhodování a investicím	říditelnost, provoz	Převod strategie do implementačního portfolia (projekty, vlastníci, termíny, KPI); vazba na investiční plán
Personální konkurence mezi areály	V holdingovém uspořádání mohou personálně samostatné nemocnice soutěžit o stejné zaměstnance. Hrozí přesuny personálu mezi společnostmi, oslabení menších nebo perifernějších pracovišť a prohlubování personálních nerovnováh v síti.	pacient, provoz	Skupinová HR strategie; koordinovaný nábor v rámci celé sítě; transparentní pravidla mobility zaměstnanců; sdílený interní trh práce v rámci skupiny; sledování dopadů na kritická pracoviště.
Rozdílné pracovní podmínky a personální nejistota	Při zachování samostatných zaměstnavatelů mohou vznikat rozdíly v odměňování, benefitech, pracovních režimech a personálních pravidlech u stejných profesí.	provoz, říditelnost	Postupná harmonizace základních pracovních podmínek, odměňování a benefítů; skupinové minimální standardy; transparentní komunikace změn; víceletý plán harmonizace; průběžné sledování fluktuace a přesčasů.
Omezená mobilita, duplicity a oslabení funkcí	Personální samostatnost nemocnic může komplikovat rychlé sdílení kapacit při výpadcích, špičkách nebo reorganizaci péče. Současně hrozí vznik duplicit některých funkcí mezi společnostmi nebo naopak oslabení vybraných podpůrných a odborných činností.	pacient, provoz, říditelnost	Dohody o sdílení personálu a služeb v rámci skupiny; jasné vymezení funkcí a odpovědností mezi společnostmi; nastavení smluvních vztahů uvnitř skupiny; společné vzdělávání a rotace pracovníků; plán krizového posilování týmů.
Harmonizace mezd a pravidel	Rychlý růst fixních nákladů bez změny provozního modelu, tlak na rozpočet	provoz, říditelnost	Etapizace harmonizace (kritické profese a největší nerovnosti); víceletý finanční plán dopadů; provázání se sjednocením pravidel práce v jednotlivých nemocnicích (přesčasů, směny, zastupitelnost); transparentní komunikace

Oblast rizika	Riziko (co se může stát)	Dopad	Návrh mitigace
Data a reporting	Paralelní reporting, ruční sběr, neporovnatelná data, ztráta důvěry a zpožděné řízení	řiditelnost, provoz	Jednotná metodika KPI; datová governance (definice, vlastnictví, validace); postupné zavádění reportingu; jednotná IT architektura
Centralizace podpory	Výpadky podpůrných funkcí (ekonomika, HR, nákup, IT), dvojkolejnost procesů, chybovost, zhoršení provozu	pacient, provoz	Fázovaná centralizace; dočasné posílení centrálních týmů; plán kontinuity provozu
Reputace a očekávání	Reputační riziko a oslabení podpory pro další kroky	řiditelnost	Řízení očekávání; viditelné milníky a „quick wins“; jednotná komunikace incidentů; posílení patientské navigace; pravidelné informování stakeholderů
Kultura a spolupráce areálů	Napětí mezi centrum vs. periferie, existence výjimek, slabá spolupráce, formální integrace bez jednoty procesů	provoz, pacient	Jasně role areálů v síti; minimální standardy; prostor pro lokální specifika; mezi-areálové odborné týmy; rotace/stáže; aktivní práce s konflikty
Školy, praxe, dlouhodobý nábor	Dlouhodobé neobsazování profesí (zejména následná/dlouhodobá a sociální péče) a z toho vyplývající přetížení akutní péče	pacient, provoz	Krajský rámec spolupráce mezi školami a poskytovateli; plán kapacit praxí podle potřeb území; podpora mentorů; rotace studentů i do návazných segmentů; vazba praxí na nábor a adaptační programy
Dlouhodobá odolnost bez ESG rámce	Slabé řízení dlouhodobých tlaků (energie, investiční dluh, personál), reputační zranitelnost, nárazové zavádění metodik	řiditelnost	Pragmatický ESG rámec jako součást controllingu (z počátku alespoň omezená sada relevantních ukazatelů); napojení na investiční a provozní rozhodování; jasná odpovědnost a auditní stopa
Investiční špičky a obnova technologií	Jednorázové nákupy přístrojové techniky nemocnic vytvoří vlnu dosluhování a tlak na rozpočet i provoz	provoz, řiditelnost	Řízení životního cyklu technologií (registr, plán obnovy 5–10 let); posouzení dopadů dotovaných nákupů; rozložení investic v čase

7. Závěr manažerského shrnutí

Z provedených analýz vyplývá, že pro Liberecký kraj není klíčovým rozhodnutím samotná volba formálního modelu uspořádání nemocniční sítě (decentralizovaný, holdingový či integrovaný), ale schopnost dlouhodobě řídit nemocniční síť jako funkční systém v prostředí bez fakultní nemocnice, s omezenými personálními kapacitami a s demografickým vývojem, který předpokládá silnou vazbu mezi akutní, návaznou a sociální péčí. Model vlastnictví a organizace vytváří pouze rámec, ale o výsledcích rozhoduje kvalita strategie, vymahatelnost pravidel, práce s daty a schopnost koordinovat kapacity, investice, personál a návaznost péče napříč segmenty.

Jako nejvhodnější cílové uspořádání je navrženo hybridní holdingové řešení, které je v podmínkách Libereckého kraje průchodné vzhledem k víceakcionářské struktuře i rozdílným právním formám zařízení a zároveň umožňuje posílit koordinaci tam, kde je nezbytná (strategie sítě, investice, kapacity, standardy, reporting, návaznost péče). Klíčové je, aby navržené uspořádání bylo doplněno jasným řízením (oddělení strategické a provozní roviny, vymahatelné kompetence) a jednotným systémem kontroly a dohledu založeným na porovnatelných datech a opakujícím se kontrolním cyklu.

Implementace je proto koncipována jako postupná a řízená změna, která nejprve zavádí a ověřuje řídicí nástroje v praxi, a teprve následně je institucionálně ukotvuje v holdingové struktuře. Tento postup minimalizuje provozní rizika, umožňuje průběžně vyhodnocovat dopady a vytváří prostor pro korekce na základě jasných milníků. Úspěch celé změny pak bude podmíněn aktivním řízením rizik, zejména v oblasti governance, personální stability, datového prostředí, centralizace podpůrných funkcí a komunikace změny a dlouhodobou shodou klíčových aktérů na společných pravidlech řízení nemocniční sítě.