

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA EKONOMICKÁ**

Bakalářská práce

Vybrané problémy financování konkrétní nemocnice

Selected issues in financing of a concrete hospital

Andrea Kejzarová

Plzeň 2012

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta ekonomická
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Andrea KEJZAROVÁ**
Osobní číslo: **K09B0163K**
Studijní program: **B6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Podniková ekonomika a management**
Název tématu: **Vybrané problémy financování konkrétní nemocnice**
Zadávající katedra: **Katedra financí a účetnictví**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Vymezte základní specifika zdravotnictví a principy jeho financování v ČR.
2. Charakterizujte postavení a fungování nemocnic na trhu zdravotnických služeb.
3. Proveďte rozbor vybraných oblastí financování konkrétní nemocnice.
4. Zhodnoťte řešenou problematiku.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: **50 - 80 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- **GLADKIJ, I. a kol.** *Management ve zdravotnictví.* Brno: Computer Press, 2005. ISBN 80-7226-996-8
- **JANEČKOVÁ, H.; HNILICOVÁ, H.** *Úvod do veřejného zdravotnictví.* Praha: Portál, s. r. o., 2009. ISBN 978-80-7367-592-9
- **NĚMEC, J.** *Principy zdravotního pojištění.* Praha: GRADA, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1
- **OCHRANA, F.; PAVEL, J.; VÍTEK, L. a kol.** *Veřejný sektor a veřejné finance.* Praha: GRADA, 2010. ISBN 978-80-2473-22-82
- *Úhradová vyhláška MZ ČR.*

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Pavlína Hejduková**
Katedra financí a účetnictví

Datum zadání bakalářské práce: **31. srpna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **2. prosince 2011**



Doc. Dr. Ing. Miroslav Plevný
děkan



Prof. Ing. Lilia Dvořáková, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. srpna 2011

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Vybrané problémy financování konkrétní nemocnice“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce za použití pramenů uvedených v příložené bibliografii.

V Plzni dne 4. 5. 2012

.....

Andrea Kejzarová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Ing. Pavlíně Hejdukové, Ph.D. ,za odborné vedení práce a cenné rady, bez kterých by tato práce v této podobě nevznikla.

Obsah

Úvod.....	8
<i>I. Teoretická část</i>	9
1 Základní specifika zdravotnictví	9
1.1 Definice zdravotnictví a zdravotní péče.....	9
1.2 Trh zdravotnických služeb	11
2 Financování zdravotnictví v České republice	13
2.1 Zdravotní pojišťovny	14
2.1.1 Přerozdělování finančních prostředků v rámci zdravotního pojištění.....	15
2.2 Veřejné rozpočty	16
2.3 Domácnosti	16
2.4 Problémy financování zdravotnictví	17
3 Nemocnice a jejich postavení v systému zdravotnictví ČR	20
3.1 Podmínky fungování nemocnic	22
<i>II. Praktická část</i>	24
4 Karlovarská krajská nemocnice a. s.	24
4.1 Obecně o nemocnici.....	24
4.2 Financování nemocnice Karlovy Vary	27
4.3 Systémy financování nemocnice pojišťovnamí	30
4.3.1 Globální rozpočty.....	30
4.3.2 Péče hrazená podle seznamu výkonů.....	30
4.3.3 Individuálně smluvně sjednané složky úhrady.....	32
4.3.4 Platby za případ při využití klasifikačního systému DRG (Diagnosis Related Group).....	32

5 Úhradové vyhlášky a DRG v nemocnici Karlovy Vary.....	34
5.1 Úhradové vyhlášky a jejich změny a rozdíly v letech 2010 - 2012	34
5.1.1. Úhradová vyhláška v roce 2010.....	34
5.1.2. Úhradová vyhláška v roce 2011.....	37
5.1.3. Úhradová vyhláška v roce 2012.....	38
5.2 Dopady úhradových vyhlášek v KKN a. s.	44
5.3 Problémy při plánování úhrad za poskytnutou péči.....	47
5.4 Vybrané cíle DRG systému	50
6 Dopady a zhodnocení.....	58
7 Závěr.....	61
8 Seznam tabulek	64
9 Seznam obrázků a grafů.....	65
10 Seznam použitých zkratk	66
11 Seznam použité literatury	67
Monografie.....	67
Internet.....	67
Další zdroje	68
12 Seznam příloh.....	69

Úvod

Se vzrůstající sociální úrovní obyvatelstva za posledních několik desítek let vzrůstají také možnosti lékařského oboru. Vědní medicína spolu s novými lékařskými postupy, technologiemi a léky mohou dnes zachránit daleko více lidských životů, než tomu bylo možné před 20 lety. Dochází k expanzi nových lékařských metod ve všech oborech zabývajících se snahou uzdravit nemocného pacienta. Vznikají nové lékařské přístroje, nové léky a lékaři pracují často s moderním počítačově řízeným vybavením. Je jasné, že spolu s kvalitou péče roste i ekonomická náročnost jednotlivých částí zdravotního systému. I v řadě vyspělých západoevropských zemí je problematika financování zdravotní péče problémem, který je často úzce spjat s politickým klimatem dané země. Je jasné, že finanční prostředky využívané ve zdravotnictví musejí být čerpány a vynakládány pokud možno co nejefektivněji. Nemocniční zařízení patří díky svým rozsáhlým možnostem, počtem zaměstnanců a prováděných lékařských zákroků k jednomu z pilířů našeho zdravotnictví.

I. Teoretická část

V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy mající souvislost se zdravotnictvím v České republice a poskytováním zdravotní péče, s důrazem na jednoho z možných poskytovatelů této péče, nemocnice. Dále jsou zde popsány základní zdroje jejich financování.

1 Základní specifika zdravotnictví

Jak je uvedeno v Listině základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky, „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.”

To jen dokumentuje, jak velkou hodnotou je zdraví a jeho ochrana pro každého člověka a také pro celou společnost.

Zdraví ovlivňují spousta proměnných, jako jsou dědičné předpoklady, sociální, kulturní a ekonomické podmínky. Na zdraví člověka působí také jeho životní styl nebo chování a stav životního prostředí. Ke zdraví přispívá podstatnou měrou také poskytovaná zdravotní péče, v širším významu zdravotnictví dané společnosti.

1.1 Definice zdravotnictví a zdravotní péče

Zdravotnictví je možné definovat různým způsobem: (Gladkij a kolektiv, 2003, str. 26)

1. z hlediska národohospodářského

Zdravotnictví je jedním z odvětví národního hospodářství produkující zdravotnické služby, které se svým rozsahem dotýká každého člena společnosti.

2. z hlediska organizačně institucionálního

Zdravotnictví je chápáno jako soustava zdravotnických zařízení (ve smyslu poskytovatelů zdravotní péče) a institucí.

„Žádná typologie zdravotnických institucí nemůže být rigidní, protože jejím účelem je napomáhat řešit praktické problémy. Musí proto v čase akceptovat nové skutečnosti a nové úkoly společnosti. Každá typologie je proto účelová“. (Gladkij a kolektiv, 2003, str. 46):

Příklady takových typologií zdravotních institucí jsou:

a) Jednoduchá typologie zdravotních institucí:

- ambulantní a lůžkové instituce,
- preventivní, kurativní rehabilitační instituce,
- instituce pro akutní a chronickou léčbu,
- instituce vzniklé na bázi medicínských oborů,
- instituce pro primární, sekundární a terciální léčbu.

b) Dvojměrná typologie zdravotnických institucí podle:

- posloupnosti kontaktů – instituce primární, sekundární, terciální,
- naléhavosti – instituce pro léčbu urgentní, akutní, následnou a chronickou,
- místa poskytování – instituce pro léčbu v domácnosti, ambulanci, nemocnici a v ústavech,
- činnosti – instituce provádějící činnosti léčebné, podpůrné nebo správní a řídicí.

3. z hlediska funkčního

Zdravotnictví je systémem péče o zdraví, neboli souhrnem všech aktivit, které společnost vykonává k prevenci a léčbě nemocí, k zachování a rozvoji fyzické a duševní zdatnosti, pracovní schopnosti, k prodloužení života a zabezpečení zdravého vývoje nových generací.

Zdravotní péče je definována zákonem č. 372/2011 o zdravotních službách, v aktuálním znění, jako:

a) soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem:

- předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu (dále jen „nemoc“),
- udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,
- udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,
- pomoci při reprodukci a porodu,
- posuzování zdravotního stavu,

b) preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky za účelem podle písmene a).

Zákon o zdravotních službách také definuje formy zdravotní péče:

- ambulantní péče,
- jednodenní péče,
- lůžková péče,
- zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

1.2 Trh zdravotnických služeb

Trh zdravotnických služeb z různých důvodů nemůže fungovat pouze na principu volného trhu, jeho průběh by měl být regulován státem. Potřebu státních regulací vysvětlují zejména následující faktory, které ovlivňují trh zdravotnických služeb (Barták, 2010, str.25)

- Poptávka po zdravotnických službách je v podstatě nepředvídatelná. Není možné předem jistě určit množství nemocných, kteří budou vyhledávat v daném období zdravotní služby. Důležitou roli zde hraje informovanost pacienta, se kterou je poptávání služeb spjato. Zároveň poptávka po těchto službách je podmíněna potřebami a ty jsou vlastně neomezené. Zdravotnictví si tak dokáže generovat poptávku po svých produktech.

Poptávka je ovlivněna (Barták, 2010, str. 31):

- demografickým složením obyvatelstva,
 - zdravotním stavem obyvatelstva,
 - historickými a kulturními zvyklostmi,
 - nabídkou zdravotních služeb.
- Chování lékařů bývá často vedeno jinými motivy, než je ekonomická prosperita zdravotnického zařízení. Lékař se často rozhoduje spíše ve prospěch pacienta, eticky.
 - Informovanost o produktech tohoto trhu je značně asymetrická. Pacient nemá vyčerpávající informace o možnostech léčebných postupů nebo o technologických

novinkách v daném oboru. V podstatě není možnost srovnání těchto služeb. To je způsobeno subjektivním vnímáním zdravotních služeb a také s tím, že každý pacient je vlastně originál.

- Nabídka je omezená. V první řadě množstvím kvalifikovaného personálu, který není možné nahradit.
- Cena zdravotních služeb. Zdravotní služby potřebují hlavně lidé starší a nemocní, kteří by většinou neměli možnost tyto služby platit. Je proto nutný princip solidarity, který může fungovat pouze v regulovaném systému. Navíc, přestože zdraví patří mezi nejcennější hodnoty každého člověka, mnozí nejsou ochotní za zdravotnické služby platit. Naopak dobře se daří i některým odvětvím zdravotních služeb, kde si pacient hradí ošetření sám, například různé kosmetické úpravy.
- Zájem společnosti. Existují případy, kdy užívání zdravotních služeb můžeme definovat, jako užitek pro celou společnost, jako v případech očkování nebo léčby infekčních onemocnění.

Základním principem fungování jakéhokoliv ekonomického trhu je vybalancování příjmů a výdajů. To platí i pro zdravotnictví, v užším pohledu pro provozování zdravotnických zařízení, ve smyslu poskytovatelů zdravotní péče. Přesto má tento obor oproti ostatním ekonomickým systémům určitá specifika.

Velmi významnou roli zde hraje vztah mezi ekonomikou a **etikou**. Na tu je ve zdravotnictví kladen mnohem větší důraz než v jiných oborech. Denně je tak řešen problém rozsahu péče, kterou je možné pacientovi v rámci daného zařízení poskytnout a kterou už nikoliv. Děje se tak na úrovni manažerské, kdy vedení má k dispozici omezené množství prostředků, na jejichž vhodné alokaci je závislá jejich efektivita. Zároveň je etika součástí rozhodování lékaře, kdy řeší, jakou léčbu indikovat konkrétnímu pacientovi. Tuto otázku lékař řeší nejenom na základě svých odborných znalostí, ale také řeší personální, přístrojové i kapacitní možnosti svého pracoviště a v neposlední řadě je svazován nařízeními a doporučeními pragmaticky ekonomickými.

Povinností každého zdravotnického pracovníka je neprodlené poskytnutí první pomoci každému, kdo je ohrožen na životě, nebo je vážně ohroženo jeho zdraví. Z toho vyplývá, že za určitých okolností zdravotní zařízení nesmí odepřít lékařskou péči, přestože tato může být nákladná a jiná alokace zdrojů by mohla být efektivnější.

Ve zdravotnictví je také vysoká míra odpovědnosti za dosažený výsledek. Nejenom etická, ale každé pochybení také nese možnost tvrdých sankcí, a to finančních nebo i trestně právních.

V souvislosti s tvorbou strategií v rámci zdravotní politiky jsou porovnávány čtyři základní parametry, které by v optimálním případě měly být vybalancovány. Jsou jimi kvalita, regionální dostupnost, ekvita a ekonomická efektivita zdravotní péče. (Němec, 2008, str. 216 - 219)

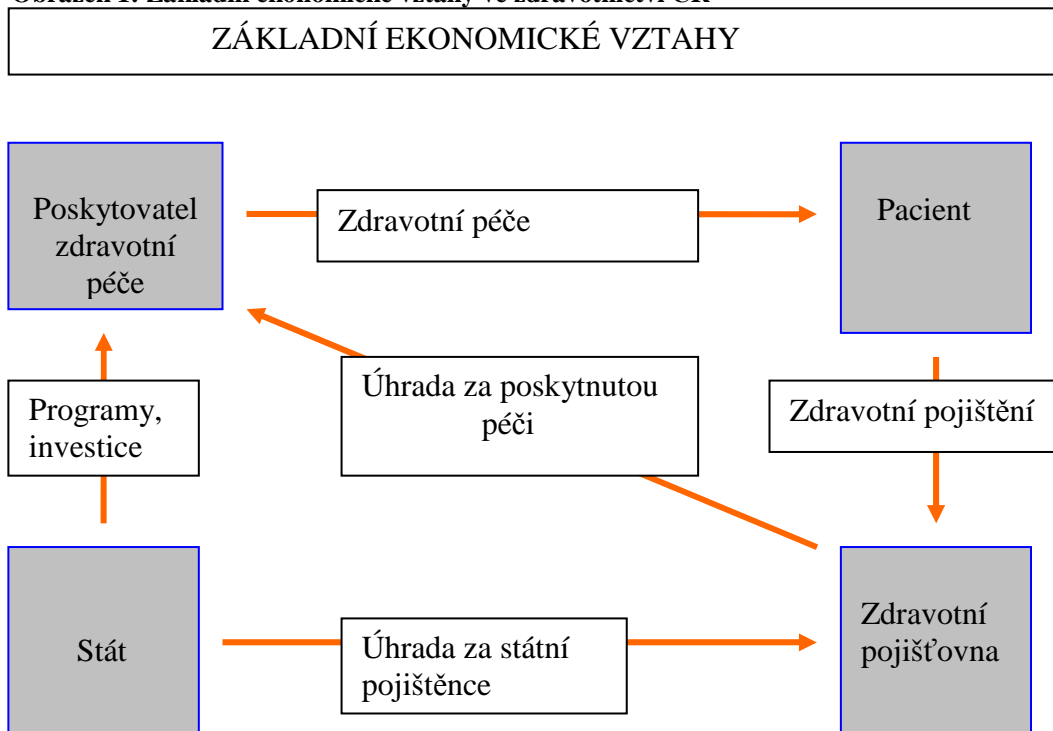
2 Financování zdravotnictví v České republice

V České republice existují tři hlavní zdroje financování zdravotní péče (ČSÚ, 2012):

- zdravotní pojišťovny (veřejné zdravotní pojištění),
- veřejné rozpočty (státní rozpočet, místní rozpočty),
- domácnosti.

Každý ze zdrojů financování má svoji specifickou úlohu.

Obrázek 1: Základní ekonomické vztahy ve zdravotnictví ČR



2.1 Zdravotní pojišťovny

Největší zdroj v České republice tvoří zdravotní pojišťovny, které dle dat Českého statistického úřadu pokrývají téměř 75 % veškerých zdravotnických výdajů.

Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní instituce, jejichž úkolem je hradit náklady zdravotní péče plně nebo částečně na základě smluv, které uzavírají a každoročně obnovují se zdravotnickými zařízeními. (Janečková, Hnilicová, 2009, str. 137)

Jejich příjmy plynou z veřejného zdravotního pojištění, kterého je povinně účastna každá osoba s trvalým pobytem v České republice, tj. zaměstnanec a osoba samostatně výdělečně činná a osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území České republiky. Ze zdravotního pojištění jsou vyňaty osoby, které nemají trvalý pobyt na území České republiky a jsou činné v České republice pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit, nebo pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území České republiky a osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině a neplatí pojistné.

Plátcem části pojistného za své zaměstnance je také zaměstnavatel.

U některých pojištěnců je plátcem pojistného stát prostřednictvím státního rozpočtu. Tito pojištěnci jsou definováni § 7, zákona č.48/1997 Sb.

Hlavní zásadou veřejného zdravotního pojištění je solidarita (bohatých s chudými a zdravých s nemocnými) a rovnost přístupu ke zdravotní péči.

„Společenská solidarita je hodnota, která znamená vědomí jednoty a vůli nést její následky. Ve vztahu ke zdraví a zdravotnictví solidarita představuje důležitou hodnotu, která vytváří vzájemnou podporu obyvatel či pojištěnců v případě poruchy zdraví, při níž náklady péče jsou záměrně poskytovány solidárně napříč celou společností. A to tak, aby bylo zajištěno, že všichni členové společnosti v případě nezbytné potřeby obdrží péči, jakou potřebují nebo v rozsahu, jak je v dané společnosti nebo její části určeno.“ (Gladkij a kolektiv, 2003, str. 3)

Veřejné zdravotní pojištění financuje veškerou zdravotní péči garantovanou zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění. Zde je uvedeno, že ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat

nebo zlepšit jeho zdravotní stav. Rozsah zdravotní péče, který je stanoven tímto zákonem je uveden v příloze A.

V zásadě lze říci, že zdravotní pojišťovny kryjí většinu výdajů na zdravotní péči, ostatní zdroje financování mají pak spíše doplňkovou úlohu.

V současné době provádí veřejné zdravotní pojištění na území České republiky osm zdravotních pojišťoven, které jsou vyjmenovány v příloze B.

Volba pojišťovny je dána svobodným rozhodnutím pacienta. Podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v aktuálním znění, je možné měnit zdravotní pojišťovnu jednou za 12. měsíců, k 1. lednu následujícího roku. Přihlášku ke změně zdravotní pojišťovny je pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinen podat vybrané zdravotní pojišťovně nejpozději 6 měsíců před požadovanou změnou a lze podat pouze jednu; k případným dalším přihláškám se již nepřihlíží, a to ani tehdy, jsou-li podány ve stanovené lhůtě.

Narozené dítě se automaticky stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna jeho matka v den jeho narození. Změnu zdravotní pojišťovny může jeho zákonný zástupce uskutečnit teprve po přidělení rodného čísla dítěti, při dodržení stanovených podmínek.

2.1.1 Přerozdělování finančních prostředků v rámci zdravotního pojištění

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, řeší mimo jiné také přerozdělování pojistného. To je důležité pro zachování solidarity mezi jednotlivými pojišťovnami.

Jak již bylo zmíněno, v České republice působí osm zdravotních pojišťoven. Tyto pojišťovny mají různou strukturu svých pojištěnců, tzv. pojistný kmen. K přerozdělování dochází proto, aby nebyly znevýhodněny ty pojišťovny, které mají ve svém pojistném kmeni více pojištěnců, za které platí pojistné stát. To se týká nejvíce osob starších 60 let, u kterých se zároveň předpokládají nejvyšší náklady na léčbu.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky zřizuje pro účely přerozdělování zvláštní účet, který vede odděleně od ostatních účtů, které spravuje.

K přerozdělování pojistného se používají nákladové indexy podle věku a pohlaví pojištěnce. Ty jsou rozděleny do 18 věkových skupin, vždy po pěti letech až po skupinu 85 let a více.

Z tohoto účtu je také placena péče o zvlášť nákladné pacienty, tedy takové, jejichž léčba za daný rok měla vyšší hodnotu než jeden milión korun, jedná-li se o pacienty pojišťovny, která platí produkci nemocnice výkonově. Od roku 2012 je úhradovou vyhláškou, tedy v rámci úhrady systémem DRG, proplácení nákladného pacienta zrušeno.

2.2 Veřejné rozpočty

Dalším zdrojem financování zdravotnictví jsou veřejné rozpočty, které dle údajů Českého statistického úřadu pokrývají asi 9 % veškerých zdravotnických výdajů (z toho státní rozpočet asi 5% a místní rozpočty 4%). Úloha veřejných rozpočtů spočívá hlavně ve financování specifických činností, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Jsou to výdaje na vědu, vzdělávání zdravotnických pracovníků, preventivní programy, činnost hygienických stanic, ale také na provoz institucí státní zdravotní správy, Ministerstva zdravotnictví, Státního zdravotního ústavu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Veřejné rozpočty mohou také vstupovat jako tvůrci investic a podpůrných programů.

2.3 Domácnosti

Přímé výdaje domácností jsou třetím zdrojem financování zdravotní péče, které dle údajů Českého statistického úřadu pokrývají asi 15 % veškerých zdravotnických výdajů. Přímé výdaje domácností jsou též doplňkovým zdrojem financování, jejich význam však postupně roste.

V převážné většině případů si domácnosti platí léky, ať už se jedná o doplatky u předepsaných léčiv, či platby plných cen u volně prodejných léků. Mezi další výdaje spojené s hrazením zdravotnické péče patří prostředky zdravotnické techniky, kde nejvýraznější podíl mají platby za dioptrické brýle.

Od roku 2008 také přibyly regulační poplatky za ošetření u lékařů, za pobyt v nemocnici, za položky na receptech v lékárnách či návštěvu pohotovosti.

Významný podíl výdajů domácností představují též platby za nadstandardní služby u stomatologů.

Další, méně významné, jsou platby za lázně, nadstandardně vybavené pokoje v nemocnicích a platby za různá potvrzení především u praktických lékařů.

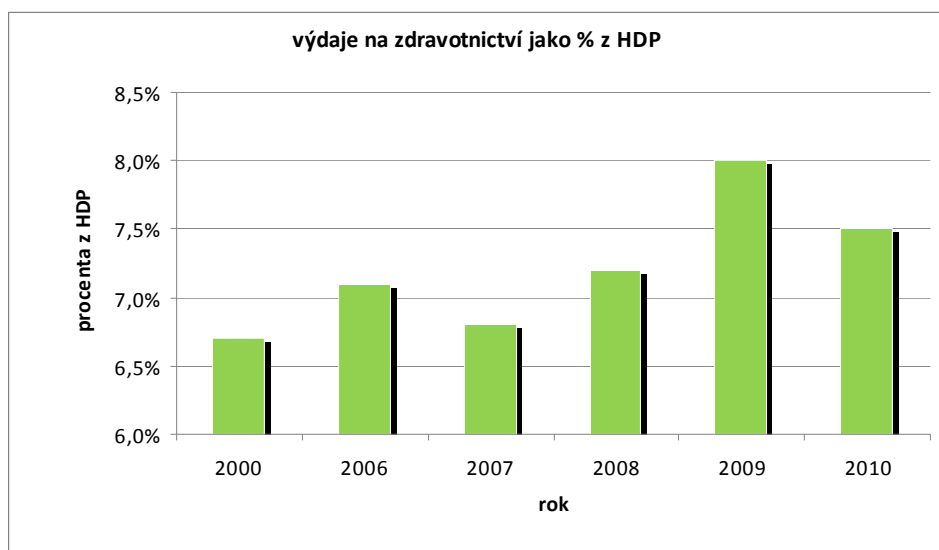
Součástí systémů zdravotní péče v České republice je i zcela soukromý sektor, který poskytuje zdravotní péči nikoli na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou, ale pouze za přímé platby pacientů. (Janečková, Hnilicová, 2009, str. 26). Zde jsou poskytovány především služby estetické medicíny.

Kromě těchto tří základních zdrojů financování existují v České republice ještě další zdroje financování, které však mají momentálně zanedbatelný význam a dle údajů Českého statistického úřadu v souhrnu tvoří 1,4 % celkových výdajů na zdravotnictví. Těmito zdroji jsou: cestovní zdravotní připojištění, podniky v tom případě, že část preventivní péče pro zaměstnance hradí samy nebo neziskové organizace.

2.4 Problémy financování zdravotnictví

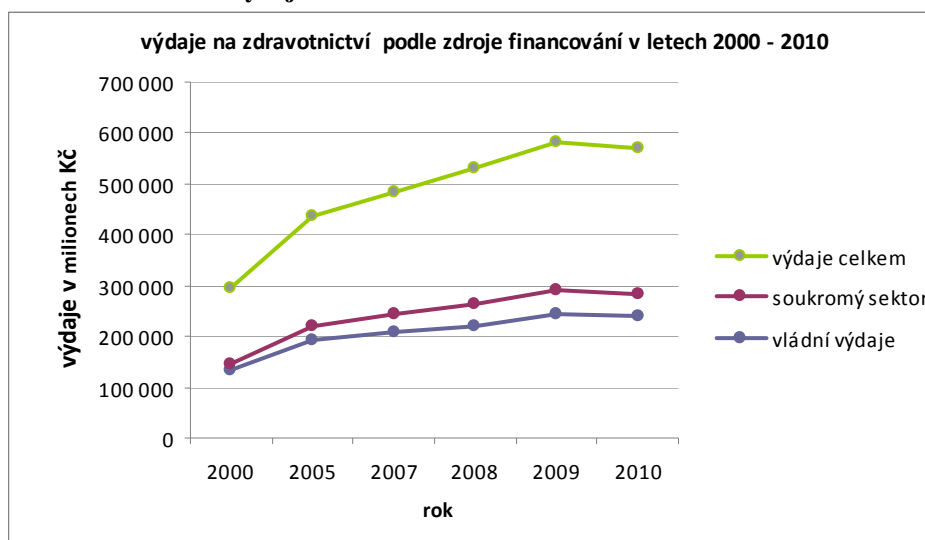
Výdaje na zdravotnictví, které jsou do této oblasti směřovány z veřejných i soukromých zdrojů, se každoročně zvyšují (jak ukazují obrázky 1 a 2) a výše těchto částek řadí zdravotnictví mezi významné odvětví ekonomiky.

Obrázek 2: Výdaje na zdravotnictví ČR jako % z HDP v letech 2000 – 2009



Zdroj: data ČSÚ, Výsledky zdravotnických účtů 2000 – 2009, 2011

Obrázek 3: Celkové výdaje na zdravotnictví ČR v letech 2000 – 2009



Zdroj: data ČSÚ, Výsledky zdravotnických účtů 2000 – 2009, 2011

Přestože výdaje na zdravotnictví podle všech hodnotících hledisek rostou, hlavním problémem zdravotnictví zůstává nedostatek financí. Hlavními příčinami této skutečnosti jsou:

- a) Výběr pojistného zdravotními pojišťovny, jako dominantními plátcí zdravotní péče, klesá. To je způsobeno zvýšenou nezaměstnaností v důsledku světové ekonomické krize a jejích projevů v ekonomice. Tento trend je zřejmý již od roku 2009.
- b) Zároveň se ale náklady na diagnostiku a léčbu zvyšují. Důvodem stále vyšších nákladů jsou následující příčiny:
 - vývoj nových technologií. Tím, že jsou ve zdravotnictví vyvíjeny a vzápětí využívány nové, dražší, přístroje, materiály a léky, se diagnostické metody a zdravotní péče při stejné diagnóze oproti předešlým obdobím výrazně zkvalitňují, ale také zdražují. Je možné s nadsázkou říci, že technologický vývoj je neustále několik kroků před finančními možnostmi kteréhokoliv zdravotního systému.
 - vývoj demografické struktury obyvatelstva. Je známo, že lidé se, i vlivem kvalitnější zdravotní péče, dožívají vyššího věku.

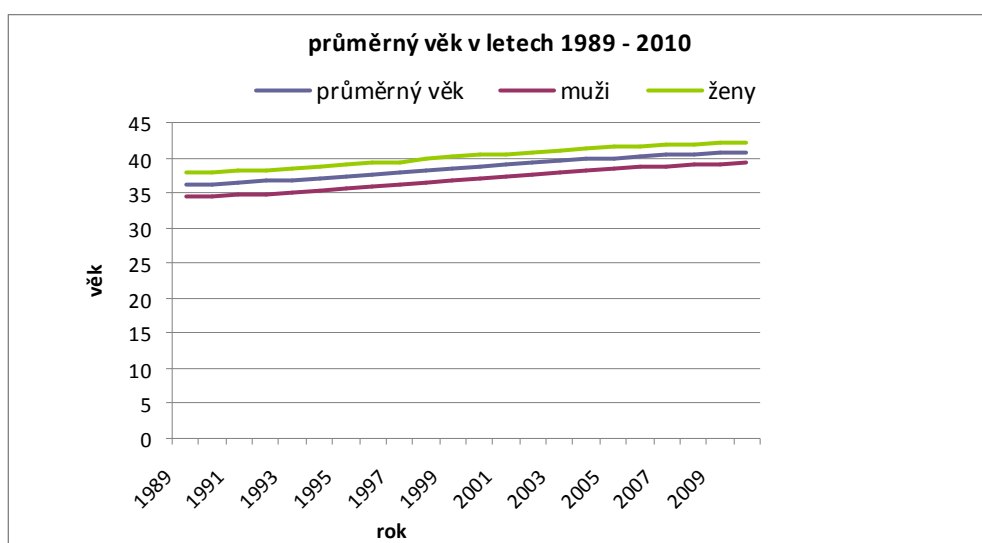
Dlouhodobě dochází k populačnímu stárnutí. Počet osob ve věku 65 let a více převyšuje počet dětí v České republice již od roku 2006.

Index stáří, což je počet osob ve věku 65 let a více na 100 dětí do 15 let, dosáhl v roce 2010 hodnoty 107,8. (tedy se zvýšil oproti hodnotě 107,0 v roce 2009).

Růst průměrného věku v České republice v letech 1989 – 2010 je ukázán na obrázku č. 4. Průměrný věk činil v roce 2010 u mužů 39,3 let a u žen 42,3 let.

(ÚZIS, Zdravotnictví ČR ve statistických údajích 2010, Praha 2011)

Obrázek 4: Průměrný věk obyvatelstva ČR v letech 1989 - 2010



Zdroj: ČSÚ, Zdravotnictví ČR 2010 ve statistických údajích, 2011

Roste tedy výrazně podíl starších lidí ve společnosti a je na místě předpokládat, že starší lidé budou více využívat služeb zdravotnických zařízení. Také fakt, že dnes jsou možnosti vyléčit dříve neléčitelné choroby, či alespoň zajistit vyšší kvalitu života a jeho prodloužení nemocným, jednoznačně indikuje mnohem vyšší náklady na léčbu a následné ošetření.

- hodnotové důvody. Lidé jsou čím dál lépe informováni a jejich zdravotní gramotnost roste. Jsou si vědomi, že svým vlastním přičiněním mohou ovlivnit kvalitu života, která souvisí se zdravím. Nezřídka tak ze své vůle vyhledávají různá vyšetření a tím rostou i nároky na zdravotní péči.

Jako příklad lze uvést nepovinné preventivní vyšetření na okultní krvácení do stolice, které může odhalit počínající stadium rakoviny tlustého střeva. Toto

vyšetření zdravotní pojišťovny plně hradí všem svým pojištěncům nad 50 let. Na vyšetření probíhá rozsáhlá informační kampaň v tisku i v televizi, do níž je zapojeno mnoho osobností známých z veřejného života. Díky těmto informacím se zvýšil zájem o preventivní vyšetření.

Přestože tato vyšetření prvotně přináší zvýšené náklady, při včasném záchytu tohoto onemocnění je následná léčba méně nákladná a s vysokou nadějí na úspěch.

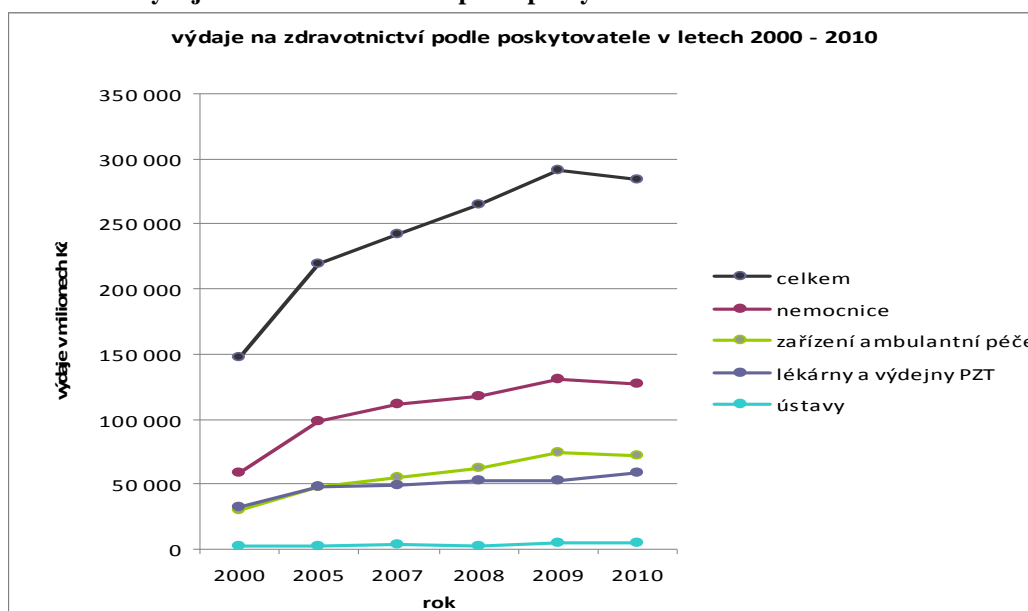
3 Nemocnice a jejich postavení v systému zdravotnictví ČR

Nemocnice jsou taková zdravotnická zařízení, která poskytují ambulantní a lůžkovou základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči, jejíž součástí jsou i nezbytná preventivní opatření. (Barták , 2010, str. 67)

Pro péči o pacienty se závažnými onemocněními jsou, v porovnání s ostatními poskytovateli, nejlépe personálně a technologicky vybaveny. Na lůžkových odděleních nemocnic je zabezpečena nepřetržitá lékařská a ošetrovatelská péče.

Tím se stávají nemocnice nejvýznamnějšími a také nejnákladnějšími poskytovateli zdravotnických služeb. To je zřejmé také z dat na obrázku č. 5, kde jsou znázorněny výdaje na zdravotnictví podle druhů poskytovatelů zdravotní péče.

Obrázek 5: Výdaje na zdravotnictví ČR podle poskytovatele v letech 2000 – 2010



Zdroj: ČSÚ, Výsledky zdravotnických účtů 2000 – 2009, 2011

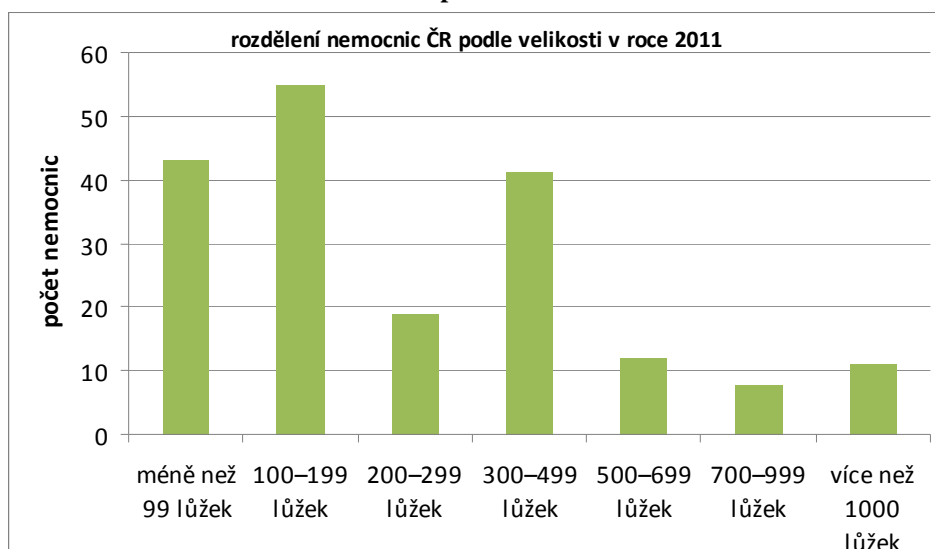
Nemocnice jsou zařízení různé velikosti, mající různé organizačně právní postavení a různé zřizovatele.

Nemocnice je možné podle rozsahu lůžkového fondu zhruba rozdělit na

- malé (do 300 lůžek)
- střední (300 až 600 lůžek)
- velké (nad 600 lůžek).

(Ivan Gladkij a kolektiv, Management ve zdravotnictví, 2003, str. 51)

Obrázek 6: Rozdělení nemocnic v ČR podle velikosti lůžkového fondu



Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 5/2012, 2012, strana 9

Většina nemocnic byla zprivatizována nebo byla alespoň odstátněna a převedena pod správu kraje nebo obce. (Janečková, Hnilicová, 2009, str. 144)

Nemocnice v České republice jsou děleny na

- státní,

Jedná se o nemocnice, u kterých je zřizovatelem stát a to prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví (fakultní nemocnice), Ministerstva obrany (vojenské nemocnice), nebo Ministerstva spravedlnosti (nemocnice fungující v rámci vazební věznice).

- nestátní.

Jedná se o veřejné nemocnice, jejichž zřizovatelem jsou kraje nebo obce, a které jsou obvykle provozovány jako příspěvkové organizace. Zřizovatelem nestátní soukromé

nemocnice mohou být soukromé společnosti a církve. Nemocnice mohou podnikat ve formě různých obchodních společností. (v. o. s. , komanditní společnost, s. r. o. , a. s.)

Je zajímavé, že co se týká vlastnictví nemocnic, v České republice existují také privátní nemocnice se stoprocentním podílem veřejného (např. krajského nebo obecního) majetku. Tato zařízení nelze tedy jednoznačně považovat za soukromé společnosti ani za veřejné nemocnice. (Janečková, Hnilicová, 2009, str. 157)

3.1. Podmínky fungování nemocnic

Na trhu zdravotnických služeb mohou dle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách působit pouze nemocnice oprávněné k poskytování zdravotnických služeb.

Udělení oprávnění k poskytování zdravotnických služeb znamená, že daný subjekt splňuje všechny zákonem stanovené podmínky pro provoz.

Místem udělení oprávnění jsou krajské úřady, v jejichž správním obvodu je dané zdravotnické zařízení. Jsou-li zřizovateli nemocnic Ministerstvo vnitra, Ministerstvo obrany nebo Ministerstvo spravedlnosti, oprávnění jsou udělována na těchto ministerstvech.

Žádá-li o udělení oprávnění právnická osoba, je povinna ustanovit odborné zástupce, kteří odborně řídí poskytování zdravotních služeb. Odborný zástupce je v tomto případě osoba způsobilá k samostatnému výkonu povolání lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta nebo k výkonu zdravotnického nelékařského povolání bez přímého vedení a odborného dohledu (např. klinický psycholog). (zákon č.372/2011 Sb., v aktuálním znění, o zdravotní péči)

Dále je nutné splnění následujících podmínek:

a) množství a struktura personálu

Ve zdravotnických zařízeních, nemocnice nevyjímaje, mohou pracovat pouze oprávnění zdravotničtí pracovníci. Podmínky a členění těchto pracovníků do určitých skupin jsou dány zákonem. (zákon 95/2004 Sb., v aktuálním znění, o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a zákon 96/2004 Sb., v aktuálním znění, o

podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče)

U každé ze skupin zdravotnických pracovníků je přesně vymezen rozsah činností, které mohou tito pracovníci vykonávat.

Dále Ministerstvo zdravotnictví stanovuje vyhláškou množství a strukturu personálního vybavení oddělení nemocnice tak, aby byla zajištěna kvalitní péče. Jsou definovány přesné požadavky podle jednotlivých odborností. (Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb)

b) technické a věcné vybavení

Pro všechna oddělení lůžkové i ambulantní péče je vyhláškou ministerstva zdravotnictví stanoven rozsah a množství technického vybavení pro jednotlivé odbornosti. (Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče)

Také nasmlouvání některých zdravotnických výkonů je podmíněno ze strany pojišťovny určitým přístrojovým vybavením daného oddělení.

II. Praktická část

V této práci jsou analyzovány systémy financování zdravotní péče v nemocnici Karlovy Vary. Dominantním plátcem je pro tuto nemocnici Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, která provedené služby hradí čistě ve smyslu úhradových vyhlášek. Tato práce se proto zaměřuje na rozbor konkrétních úhradových vyhlášek a analýzu plateb za zdravotní péči v systému DRG, včetně hodnocení dopadů tohoto klasifikačního systému.

4 Karlovarská krajská nemocnice a. s.

Karlovarská krajská nemocnice je v rámci Karlovarského kraje největším a nejvýznamnějším poskytovatelem ambulantní i lůžkové zdravotní péče. Také působí jako regionální centrum v řadě oborů. Jedná se o oddělení kardiologie, traumatologie, gastroenterologie, diabetologie, oddělení TRN, onkologie či infekční oddělení.

4.1 Obecně o nemocnici

Karlovarská krajská nemocnice a. s.

Tato společnost vznikla v roce 2006 fúzí nemocnic v Karlových Varech, Sokolově a Chebu. Na základě Smlouvy o pronájmu části podniku ze dne 30. 11. 2010 došlo od 1. 1. 2011 k pronájmu nemocnice Sokolov firmě Nemos Sokolov s.r.o.

KKN a. s. je v současné době tvořena dvěma subjekty, nemocnicí v Karlových Varech a nemocnicí v Chebu.

Hlavním předmětem podnikání KKN a. s. je:

poskytování ambulantní a lůžkové zdravotní péče v oblasti preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, lékárenské a pohotovostní, včetně prodeje krve a krevních derivátů mezi zdravotnickými zařízeními. (Výroční zpráva KKN a. s. , 2010)

Jedná se o akciovou společnost, jejímž jediným akcionářem je Karlovarský kraj.

Nemocnice Karlovy Vary

V rámci praktické části práce jsou hodnocena data nemocnice Karlovy Vary. Tato nemocnice je jedním ze subjektů KKN a. s. .Rozsahem péče a velikostí lůžkového fondu se jedná o největšího poskytovatele lůžkové akutní péče v Karlovarském kraji.

Kapacita nemocnice Karlovy Vary je 505 lůžek akutní péče, z toho 49 lůžek na odděleních intenzivní péče a ARO.

V nemocnici Karlovy Vary jsou poskytovány služby ve 13 klinických oborech:

oddělení anesteziologicko - resuscitační (ARO),

- interní oddělení,
- kardiologické oddělení,
- chirurgické oddělení,
- neurologické oddělení,
- ortopedické oddělení,
- gynekologicko - porodnické oddělení,
- dětské oddělení,
- urologické oddělení,
- oddělení plicní (TRN),
- kožní oddělení,
- oddělení ušní, nosní, krční (ORL),
- infekční oddělení.

V nemocnici Karlovy Vary je v provozu v 7 oddělení komplementu:

- oddělení klinické biochemie a hematologie,
- oddělení radiodiagnostické (RDG),
- oddělení transfuzní,

- oddělení nukleární medicíny,
- oddělení rehabilitace,
- oddělení patologické anatomie,
- oddělení lékařské mikrobiologie.

Mezi další služby poskytované pacientům patří:

- lékárna,
- oddělení klinické psychologie,
- oční ambulance,
- lékařská služba první pomoci (LSPP) dětská,
- lékařská služba první pomoci (LSPP) pro dospělé,
- lékařská služba první pomoci (LSPP) stomatologická.

V nemocnici Karlovy Vary je zaměstnáno 756,8 zaměstnanců (Jedná se o průměrný přepočtený stav zaměstnanců v roce 2011),

z toho:

- lékaři a ostatní VŠ: 129,6
- střední zdravotničtí pracovníci: 416,8
- nižší zdravotnický a pomocný personál: 176,7

V roce 2011 bylo v nemocnici Karlovy Vary hospitalizováno 23 726 pacientů, z toho bylo provedeno 775 porodů.

4.2 Financování nemocnice Karlovy Vary

Nemocnice Karlovy Vary, jako ekonomický subjekt, je financována z různých zdrojů. Nejvýznamnější z nich jsou:

- tržby za služby, které jsou placeny přímo, například léčení samoplátců, nebo platby za nadstandardní služby,

Jedná se o platby nepojištěných občanů České republiky. Často jde o pacienty, kteří se odhlásili z veřejného pojištění z důvodu pobytu v cizině a v zahraničí se k placení zdravotního pojištění nepřihlásili. Dále je možné vyžádat různé nadstandardní služby, administrativní výkony, nebo zdravotní výkony, které pojišťovna nehradí a ceny takových výkonů musí být uvedeny v oficiálním ceníku zdravotních služeb nemocnice. (Příloha C) Od roku 2012 je možné si u několika pomůcek zdravotní techniky vybrat jejich ekonomicky náročnější variantu, kdy pacient při jejich výběru doplácí částku, která převyšuje cenu hrazenou zdravotní pojišťovnou. Zřídka se také stává, že pacienti žádají vyšetření, která vzhledem k jejich zdravotnímu stavu nejsou hodnocena jako potřebná.

- tržby za vybrané regulační poplatky,

Od roku 2008 jsou v rámci reformy zdravotnictví vybírány na ambulancích i lůžkových odděleních nemocnice regulační poplatky. Od těchto poplatků jsou osvobozeni pacienti po předložení dokladu o hmotné nouzi, nebo přesně stanovené skupiny pacientů. (např. děti do věku 18 – ti let na odborných ambulancích, nebo pacienti vyšetřovaní na základě soudního rozhodnutí) Regulační poplatek pacient platí pouze v případě, že je provedeno a vykázáno klinické vyšetření lékařem. Vybírání poplatků je dané zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

- tržby od komerčních pojišťoven za ošetření cizinců,

Neodkladné ošetření občanů ze států Evropské unie je hrazeno z pojistek evropského pojištění jejich domovských zemí. Dále se jedná o platby komerčních pojišťoven, u kterých si občané platí zdravotní připojištění při pobytu v zahraničí. Takové pojištění mohou mít založeno v zemi, ze které cestují, nebo využívají služeb komerčních pojišťoven na území České republiky. V nemocnici Karlovy Vary je dlouhodobě problém se získáváním úhrad za ošetření z pojišťoven na území bývalého Sovětského Svazu. Od těchto plátců přicházejí úhrady často se značným zpožděním, přestože jsou

vždy kontaktováni již při příjmu jejich pojištěnce k ošetření a požaduje se okamžité písemné zaslání garance úhrady.

- příspěvek od Karlovarského kraje na provoz lékařské služby první pomoci, pro dospělé pacienty i pro děti,

Karlovarský kraj proplácí provoz pohotovostní služby v oborech všeobecné lékařství, dětské lékařství a stomatology. Tato oddělení jsou provozována v odpoledních hodinách a ve dnech pracovního klidu. Výkony poskytnuté na těchto odděleních se vykazují odděleně na zvláštních IČZ.

- tržby veřejné části ústavní lékárny,

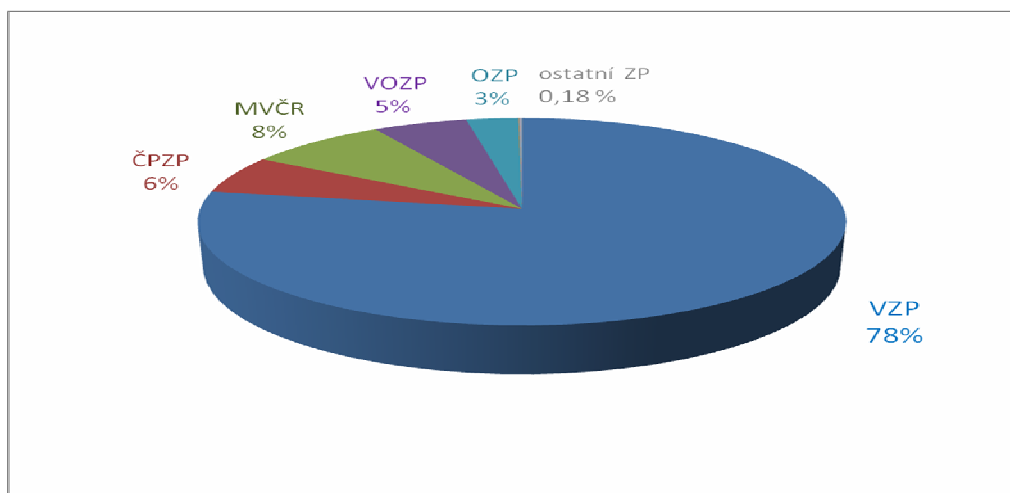
V rámci nemocnice Karlovy Vary je provozována lékárna, jejíž provoz je rozdělen na dvě části. Ústavní, kde se vydávají léčivé přípravky na oddělení nemocnice a jedná – li se o ZUM nebo ZULP, jsou poté vykazovány jednotlivým pojišťovnám v rámci poskytované péče. Druhá, veřejná část lékárny slouží pacientům vydáváním léčivých přípravků na recepty, nebo prodejem volně prodejných léčiv a preparátů.

- tržby od zdravotních pojišťoven za zdravotní péči. Tyto platby nemocnici jednoznačně převyšují význam ostatních zdrojů financování.

Nejvýznamnějším plátcem je pro nemocnici Karlovy Vary Všeobecná zdravotní pojišťovna. Ta se podílí na výnosech nemocnice za zdravotní péči 78 procenty.

Podíly ostatních pojišťoven, jako plátců zdravotní péče, jsou znázorněny v následujícím grafu č. 7. Seznam zdravotních pojišťoven je uveden v příloze B.

Obrázek 7: Podíl jednotlivých zdravotních pojišťoven na výnosech nemocnice v r. 2011



Zdroj: vlastní zpracování, 2012

Pro výpočet výše úhrad v roce 2012 bylo Ministerstvem zdravotnictví předpokládáno, že všechny pojišťovny přistoupí na úhradu za zdravotní péči podle úhradové vyhlášky.

Do konce roku 2011 byly obě nemocnice KKN a. s. , tedy nemocnice v Karlových Varech a Chebu, hodnoceny společně, zdravotní péče byla vykazována pod společným IČZ. Tento systém nebyl zcela spravedlivý a objektivní. Proto vedení KKN a.s. vyjednalo se všemi zdravotními pojišťovnami oddělení obou nemocnic. Každá nemocnice teď vyazuje pod samostatným IČZ a vykazovaná data jsou hodnocena odděleně. To ale přineslo nemalé komplikace zdravotním pojišťovnám při hodnocení dat referenčního období. Není totiž známa jednoznačná metodika, jak správně rozdělit úhrady za společné období. Není možné dělit úhradu pomocí hodnot bodů za výkony, protože hospitalizační péče je většinou hrazena pomocí systému DRG. Není možné rozdělit tyto úhrady pouze pomocí systému DRG. Zde totiž vůbec není jasné, které případy náleží jednoznačně které z nemocnic. Jedná se případy DRG ukončené v nemocnici Cheb, v průběhu kterých byl pacient přeložen na oddělení intenzivní péče v Karlových Varech, kde bylo na jeho léčbu vynaloženo mnoho finančních prostředků a po zlepšení zdravotního stavu byl doléčen opět v nemocnici Cheb. Podle logiky DRG úhrada za takový případ náleží nemocnici, kde byl případ ukončen, přestože v nemocnici, která vykazovala vyžádanou péči, bylo investováno více finančních prostředků. Ani opačný případ, kdy nemocnice Karlovy Vary ukončuje hospitalizaci, jejíž část proběhla v nemocnici Cheb, nejde pomocí DRG jednoznačně vyhodnotit.

Při jednáních o způsobu financování s jednotlivými pojišťovnami se ukázalo, že pojišťovny nejsou softwarově připraveny na takové dělení dat referenčních období. Proto mnoho pojišťoven zvolilo kombinované způsoby úhrady.

Jak již bylo uvedeno, čistě ve smyslu úhradové vyhlášky je v nemocnici Karlovy Vary financována zdravotní péče pouze ze strany Všeobecné zdravotní pojišťovny.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna hradí péči ve smyslu úhradové vyhlášky, s vyloučením jedné z částí úhrady, individuálně smluvně sjednané složky úhrady. Tyto výkony jsou placeny podle svého zařazení do skupin DRG.

U Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra České republiky je uzavřen úhradový dodatek, který udává úhradu podle úhradové vyhlášky, limity pro regulace ale uvádí v bodech podle Seznamu výkonů.

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a ve stavebnictví hradí zdravotní péči na základě uzavřeného úhradového dodatku na globální paušál s regulacemi na výkonnost v bodech.

Vojenská zdravotní pojišťovna, zdravotní pojišťovna Škoda, Revírní bratrská pokladna a zdravotní pojišťovna Metal Aliance hradí poskytnutou zdravotní péči výkonovým způsobem na základě uzavřených dohod.

4.3 Systémy financování nemocnice pojišťovnami

Jak bylo již řečeno, pro nemocnici Karlovy Vary jsou nejvýznamnějšími plátcí zdravotní péče zdravotní pojišťovny.

Na základě individuálních smluv s jednotlivými zdravotními pojišťovnami je nemocnicím propláceno poskytování zdravotních služeb. Jednotlivé pojišťovny mohou využít různých systémů proplácení a tyto jsou ve smlouvách přesně definovány.

V současné době je pro výpočet úhrad pro nemocnici v Karlových Varech užíváno všech dále uvedených systémů v různých kombinacích a každá z osmi zdravotních pojišťoven, se kterými je smluvně ujednána úhrada za zdravotní péči upřednostňuje jiný systém úhrad.

4.3.1 Globální rozpočty (paušály)

Nemocnice dostávají roční finanční rozpočet na pokrytí nákladů souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Tím je nastaveno maximum prostředků, které nemocnice může vydat. Zároveň pojišťovna definuje podmínky, které mají zaručit určitou kvalitu a rozsah péče. Výše globálního rozpočtu také zohledňuje inflaci nebo změnu struktury poskytované péče.

4.3.2 Péče hrazená podle seznamu výkonů

Tento typ úhrady je součtem následujících položek:

- Platby za výkon

Pro výpočet hodnoty výkonů jsou k dispozici každoročně vydávané seznamy výkonů s bodovými hodnotami, dané vyhláškou č.134/1998 Sb. , kde je mimo jiné popsán obsah

výkonu, jeho možná omezení při vykazování, délka jeho trvání, nebo možnost vykazovat s ním i zvlášť účtovatelné léčivé přípravky, nebo materiál. Každý výkon je zde ohodnocen počtem bodů. Ke každému výkonu je dále připočítávána platba nepřímých nákladů – režie, také v bodech. Pro jejich výpočet jsou dané minutové režijní sazby podle odborností, které se vynásobí s časem výkonu. Cena bodu je určena úhradovou vyhláškou pro daný rok.

Pojišťovna proplácí pouze ty výkony, které jsou pro dané pracoviště nasmlouvané. Seznamy nasmlouvaných výkonů jsou součástí smluv mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnami. Seznamy těchto výkonů se mohou pro každou pojišťovnu lišit.

Tento způsob financování se využívá hlavně k proplácení ambulantní péče.

- Platby za ZUM a ZULP

Pro každý výkon je toutéž vyhláškou přesně definována možnost vykazání zvlášť účtovaného materiálu (ZUM) nebo zvlášť účtovaného léčivého přípravku (ZULP), které nejsou hrazeny v rámci výkonu, nebo ošetrovacího dne. Seznamy těchto ZUM a ZULP jsou aktualizovány zdravotními pojišťovnami, které zároveň definují, za jakých podmínek budou proplaceny. Rozlišují, zda jde o výkony ambulantní nebo hospitalizační, nebo některé mohou být vázány na konkrétní odbornosti.

- Platby za ošetrovací den

Jedná se o platbu za každé obsazené lůžko. Aby se předešlo záměrnému prodlužování délky hospitalizace, u oddělení neintenzivní péče se výše platby snižuje se zvyšujícím se počtem dní dané hospitalizace.

Ke každému ošetrovacímu dni se dále vykazuje kategorie pacienta. Ta udává, jak vysoká je náročnost ošetrovatelské péče daného pacienta a každá kategorie je ohodnocena počtem bodů, která se připočítává k platbě za ošetrovací den.

Dále se přiřazuje platba režijních nákladů v bodech pro každý ošetrovací den. Režie je jednotná pro celé zdravotnické zařízení.

- Platby za lékový paušál

Ke každému ošetrovacímu dni je připočtena částka za přímo spotřebované léčivé přípravky. Její výše je stanovena na základě smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou.

4.3.3 Individuálně smluvně sjednané složky úhrady

Na základě zvláštních smluv mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením dochází k platbě za určité výkony a hospitalizaci s nimi spojenou ve formě tzv. balíčků. Je přesně stanovena maximální úhrada za ně. Jedná se např. o ortopedické výkony, jako jsou totální endoprotézy kyčle nebo kolena, nebo platby za jednodenní chirurgii.

4.3.4 Platby za případ při využití klasifikačního systému DRG (Diagnosis Related Group)

Jde o zařazení každé hospitalizace do skupiny, která obsahuje klinicky a nákladově podobné případy. Pro každou skupinu je stanovena cena úhrady, která by měla pokrýt náklady spojené s hospitalizací.

Do skupin jsou hospitalizace řazeny podle hlavní diagnózy.

Hlavní diagnóza je definována jako stav, který (dle Metodiky DRG): :

- byl primárně odpovědný za potřebu hospitalizace v daném zařízení,
- je diagnostikovaný, tj. vyhodnocený po všech vyšetřeních na konci případu akutní lůžkové péče.

Důležité pro zařazení případu do skupiny DRG jsou za určitých podmínek i vedlejší diagnózy. Ty jsou kódovány, pokud ovlivňují léčbu pacienta takovým způsobem, že je potřebný kterýkoliv z uvedených faktorů (dle Metodiky DRG):

- klinické vyšetření,
- terapeutický zásah nebo léčba,
- diagnostické výkony
- zvýšená ošetrovatelská péče
- monitorování

Popisují-li vedlejší diagnózy takové komplikace, nebo komorbidity, které by ztěžovaly léčbu diagnózy základní, tím posouvají hospitalizaci do jiné skupiny – s vyšší úhradou. Seznam vedlejších diagnóz, které zvyšují váhu případu je definován Ministerstvem zdravotnictví.

Diagnózy se kódují v souladu s Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize – MKN-10.

Dále se vyhodnocuje:

- délka hospitalizace,
- porodní váha v případě porodů
- věk (je-li menší než 28 dní při příjmu pacienta)
- od roku 2012 hodnota vykázaných ZUM a ZULP

Vliv na zařazení případu do skupin mají také tzv. kritické výkony (jedná se o nákladově významné operační výkony) nebo markery DRG (jedná se o kódy, které se vykazují jako výkony ale nesou pouze doplňující informaci k výkonu). Také seznamy těchto výkonů jsou dány ministerstvem zdravotnictví.

Jednotlivé hospitalizace jsou tak rozděleny do skupin, kterými je popisován podobný způsob léčby a tím i podobné náklady na tuto léčbu.

V České republice se aplikací tohoto úhradového mechanismu zabývá Národní referenční centrum. Vytváří potřebné metodiky DRG a také jsou zde každoročně aktualizovány relativní váhy případů podle údajů z referenčního období. Relativní váhou případu se rozumí index přiřazený ke každé skupině DRG, který popisuje míru obvyklé spotřeby zdrojů na péči poskytnutou pacientům. Při výpočtech se vychází z reálných nákladů na případy jednotlivých DRG v českých nemocnicích:

v Národním referenčním centru se shromažďují údaje, tzv. K-dávky, o datech vykázaných pojišťovnám ze všech nemocnic v České republice a 30 vybraných nemocnic také zasílá informace o svých veškerých nákladech.

V České republice je využívána varianta IR-DRG verze 1.2. a Česká republika je jedinou zemí na světě, kde se tato verze DRG používá.

Ta obsahuje 28 diagnostických kategorií (MDC), většina z nich je vytvořena podle orgánových systémů. Ty se dále dělí na 321 základních DRG skupin (bází). Většina

z nich se dále dělí na tři podtřídy, které vyjadřují složitost případu (přítomnost komplikujících vedlejších diagnóz). Kód případu je pěti místný.

Tím, že pravidla zařazování do jednotlivých skupin jsou jednoznačně dána, je systém DRG vhodný také ke sledování a hodnocení nemocniční péče, popřípadě pro srovnávání péče mezi jednotlivými nemocnicemi.

5 Úhradové vyhlášky a DRG v nemocnici Karlovy Vary

V této kapitole jsou popsány jednotlivé úhradové vyhlášky, na jejichž základě byla hodnocena úhrada za lůžkovou i akutní péči v letech 2010 a 2011, a podle které bude hodnocena tato péče v roce 2012. Jedná – li se o úhradě za lůžkovou péči ve smyslu úhradové vyhlášky, je tím vlastně míněna klasifikace hospitalizačních případů systémem DRG. Vzhledem k tomu, že hospitalizační případy tvoří většinu z úhrad vyplácených pojišťovnou nemocnici v Karlových Varech, bude v této práci věnována pozornost možnostem, které vyplývají z tohoto systému a podporují poskytovatele zdravotní péče k vyšší efektivitě hospitalizační léčby.

5.1. Úhradové vyhlášky a jejich změny a rozdíly v letech 2010 - 2012

V této kapitole jsou stručně popsány hlavní postupy, dané vyhláškami a platnými pro konkrétní rok, pro výpočet úhrad za zdravotní péči poskytovanou zdravotnickým zařízením ústavní péče (s výjimkou zdravotní péče poskytované v odborných léčebných ústavech, v léčebnách dlouhodobě nemocných, ve ZZ vykazujících ošetrovací den 005 podle seznamu výkonů (ošetřovatelská lůžka) a ve zdravotnických zařízeních hospicového typu).

5.1.1. Úhradová vyhláška v roce 2010

V roce 2010 bylo stanoveno financování zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 471/2009 Sb.

Referenčním obdobím¹ byl rok 2008.

Pro r. 2010 úhrada zahrnovala:

- a) individuálně smluvně sjednanou složku úhrady (balíčky)
- b) paušální složku úhrady za hospitalizační péči
- c) úhradu formou případového paušálu
- d) ambulantní složku úhrady

- 2010 - individuálně smluvně sjednané složky úhrady

Úhrada byla za vyjmenované hospitalizační případy, jejichž výše úhrady byla dána individuální domluvou mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnou (tzv. balíčky).

Jednalo se o některé skupiny vztažené k diagnóze (např. totální endoprotézy, kardiostimulátory), nebo léčivé přípravky vykázané na specializovaných pracovištích.

Pojišťovna hradila tuto péči podle vykázaných výkonů, maximálně však do výše stanovené domluvou. Při překročení objemu vykázané péče nevznikal nárok na zvýšení úhrady.

- 2010 - paušální složka úhrady za hospitalizační péči

Úhrada za hospitalizace kromě vyjmenovaných skupin (viz. ad a)) a kromě případů alfa (viz. ad c)).

Bylo vyžadováno splnění dvou podmínek: CM² 98% referenčního období a 95% počtu případů³.

Úhrada byla poté rovna 105,2% úhradě roku 2008.

Pokud nejsou splněny podmínky, byla úhrada snížena o takový počet procentních bodů, který odpovídal vyšší z obou hodnot, o které nebylo podmínek dosaženo.

¹ Produkce nemocnice v daném roce je porovnávána s minulým, tzv. referenčním obdobím. Pro porovnávání obou období je produkce referenčního roku přepočítána s použitím pravidel, které platí pro aktuální rok.

² Case – mix (CM) je součet relativních vah všech případů ukončených v daném období v jedné nemocnici.

³ Počtem případů je počet ukončených hospitalizací – případů DRG.

- 2010 - úhrada formou případového paušálu (alfa)

Jednalo se o úhradu hospitalizačních případů, jejíž skupina, po zařazení podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze (DRG), spadala do skupin DRG vyjmenovaných v příloze č. 10. vyhlášky (tzv. případy alfa⁴). Zde byly uvedeny vybrané skupiny a jejich relativní váha.

Pro úhradu byl nejprve vypočítán redukovaný case - mix a ten byl vynásoben základní sazbou⁵ vypočítanou pro úhradu případů alfa.

Redukovaný CM se vypočetl:

- Pokud byl CM_{alfa2010} vyšší než 115% referenčního období, potom CM_{red} se rovnal 115% CM_{alfa2008} .
- Pokud byl CM_{alfa} v rozmezí 105% až 115% referenčního období a zároveň počet případů byl nižší než 98% referenčního období, potom CM_{red} je CM_{alfa2008} , který byl snížen o takový počet procentních bodů, o který nebylo dosaženo 98% počtu případů referenčního období.
- Pokud nenastala ani jedna z výše uvedených podmínek, CM_{red} byl roven CM_{2010} .

- 2010 - ambulantní složka úhrady

Pojišťovna uhradila skutečnou hodnotu výkonů podle seznamu výkonů, pokud součet úhrad vypočtených podle bodů byl v rozmezí 105% - 109% hodnoty referenčního období.

Pokud byl součet úhrad vyšší než 109% součtu hodnot referenčního období, pojišťovna uhradila 109% úhrady roku referenčního (2008).

Pokud byl součet úhrad v rozmezí 100% - 105% součtu hodnot referenčního období, potom pojišťovna uhradila 105% úhrady roku 2008.

⁴ Alfa DRG – skupina DRG bází, definovaných úhradovou vyhláškou, vybraných pro relativně vysokou nákladovou homogenitu a relativně nízkou manipulovatelnost jako DRG báze vhodné pro přímou úhradu pomocí DRG. (Bulletin DRG 2009, Národní referenční centrum, 2009, str.3) Alfa DRG je používána pouze v ČR.

⁵ Základní sazba (ZS) vyjadřuje doporučenou výši úhrady za jednotku relativní váhy. ZSref, tj. celostátní základní sazba, která je stanovena v úhradové vyhlášce (rok 2010 = 24 615 Kč, v roce 2011 se neuvádí, rok 2012 = 29 500 Kč).

Pokud byl součet úhrad nižší než 100% součtu hodnot referenčního období, potom se úhrada krátila o stejný počet procentních bodů, o který nebylo dosaženo 100% hodnoty úhrady roku 2008.

5.1.2. Úhradová vyhláška v roce 2011

V roce 2011 bylo stanoveno financování zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 396/2010 Sb.

Referenčním obdobím byl rok 2009.

Pro tento rok úhrada zahrnovala:

- a) úhradu za ústavní péči
- b) úhradu za ambulantní péči

- 2011 - úhrada za ústavní péči

Úhrada za ústavní péči byla hrazena paušální úhradou ve výši 98% celkové úhrady náležející zdravotnickému zařízení v referenčním období, tj. v r. 2009. Bylo vyžadováno splnění dvou podmínek: CM 94% referenčního období a 94% počtu případů.

Pokud nebylo dosaženo daných podmínek, úhrada se krátila o vyšší z hodnot procentních bodů, o který nebylo dosaženo limitu.

V příloze č. 9 této vyhlášky byly vyjmenovány skupiny vztažené k diagnóze (DRG) s jejich indexy (relativními vahami).

Do úhrady za ústavní péči nebyla započítána úhrada za léčivé přípravky a potraviny, které byly vykázány v rámci specializovaných center. Úhrada byla definována smluvně mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnou.

V této úhradové vyhlášce se také počítalo s úhradou zdravotní péče mimo paušál za tzv. mimořádně nákladného pacienta. Jde o proplacení nákladů na péči o pacienta, která v celkovém součtu, přepočtená podle seznamu výkonů, přesáhla hodnotu 1 miliónu Kč.

Nad rámec paušálu byl také hrazen výkon 09563 (výkon pohotovostní ústavní služby) podle seznamu výkonů, s hodnotou bodu 1 Kč.

- 2011 – úhrada za ambulantní péči

Úhrada za ambulantní péči byla vypočtena jako celkové množství vykázaných a pojišťovnou uznaných bodů za jednotlivé zdravotní výkony podle seznamu bodů, vynásobené hodnotou bodu. Bylo vyžadováno splnění dvou podmínek: zdravotnické zařízení vykáže alespoň 95% bodů referenčního období a 95% počtu ošetřených unicitních pacientů r. 2009.

Pokud nebylo dosaženo daných podmínek, úhrada se krátila o vyšší z hodnot procentních bodů, o který nebylo dosaženo limitu.

Unicitním pojištěncem se, dle této vyhlášky, rozuměl jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny, ošetřený zdravotnickým zařízením v dané odbornosti alespoň jedenkrát, přičemž nebylo rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané.

5.1.3. Úhradová vyhláška v roce 2012

V roce 2012 je stanoveno financování zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 425/2011 Sb.

Referenčním obdobím je rok 2010.

Úhrada pro zdravotnická zařízení ústavní péče zahrnuje:

- a) individuálně smluvně sjednanou složku úhrady
- b) úhradu formou případového paušálu
- c) úhradu vyčleněnou z úhrady formou případového paušálu
- d) ambulantní složku úhrady

- 2012 - individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

Úhrada je za vyjmenované hospitalizační případy, jejichž výše úhrady je dána individuální domluvou mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnou (tzv. balíčky).

- jedná se o některé skupiny vztažené k diagnóze (např. totální endoprotézy kyčle, kardiostimulátory)

Pojišťovna hradí tuto péči podle vykázaných výkonů, maximálně však do cenové výše stanovené domluvou. Při překročení objemu vykázané péče nevzniká nárok na zvýšení úhrady.

- léčivé přípravky vykázané na specializovaných pracovištích.

Výše úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se stanoví ve výši 98% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období. Počet unikátních pojištěnců se může zvýšit o 110% počtu referenčního období.

- 2012 - úhrada formou případového paušálu

Rozsah skupin, které patří do skupiny alfa, se v tomto roce výrazně zvětšil. Jedná se o přibližně 75 - 80% hospitalizací. Jejich seznam včetně indexů je uveden v příloze č. 10. vyhlášky. Pro tuto skupinu případů je definováno několik možností:

a) Pokud CM je vyšší než 105% roku referenčního a zároveň počet případů je vyšší než 103% roku referenčního, potom úhrada za nemocniční péči je 105% CM 2012 vynásobená ZS.

b) Pokud CM je nižší než 105% roku referenčního a zároveň počet případů oproti roku referenčnímu je o 2% nižší, než počet procent CM, nemocnice získá za takovou péči úhradu vynásobením CM roku 2012 a základní sazby. Tedy platbu přesně za takové množství, které v roce 2012 vykazala.

c) V případě nedodržení rozdílu mezi růstem CM a počtem případů o 2% mohou nastat dvě další varianty:

- poměr CM k roku referenčnímu je nižší nebo roven 105%. V takovém případě je $CM_{\text{alfa}2012}$ snížen o takový počet procentních bodů, o jaký byl převyšena 2% rozdíl mezi poměrem CM a poměrem počtu případů. Ten se poté násobí základní sazbou.

- CM je oproti referenčnímu období navýšen o více než 105%. V takovém případě pojišťovna při výpočtu výše úhrady počítá pro rok 2012 s $CM_{\text{alfa}2010}$ zvýšeným o 5%. Ten se poté násobí základní sazbou.

- 2012 - úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu (tzv. beta)

Jedná se o skupinu případů, které jsou popisovány jako skupiny, které mají malou četnost v produkci nemocnic a v rámci každé skupiny je velká rozdílnost nákladů v jednotlivých nemocnicích. Tyto skupiny DRG jsou uvedeny v příloze č. 11 vyhlášky.

Jedná se např. o transplantace, léčbu polytraumat a popálenin, nebo výkony onkologie.

Tato péče je hrazena výkonově.

- Bude – li vykázáno v bodech (a po připočítání ZUM, ZULP a lékového paušálu) stejné množství jako v referenčním období, je hodnota bodu pro výpočet úhrady a úhrada ZUM, ZULP a lékového paušálu navýšena o 7%.
- Bude – li vykázána péče v intervalu od 100% do 103% hodnoty referenčního období, hodnota bodu je navýšena o 3,5%. Také úhrada ZUM, ZULP a lékového paušálu je navýšena pouze o 3,5%. Tj. je hrazena pouze z 50%.
- Zvýší – li se objem vykázané péče nad 103% oproti referenčnímu období, tato péče nebude uhrazena.

- 2012 - ambulantní složka úhrady

Tato péče je hrazena výkonově. Jsou zde ale nastaveny podmínky úhrady.

- Pokud ZZ vykáže celkovou hodnotu za výkony ambulantní služby nižší než 98% celkové úhrady referenčního období a zároveň ošetří nejméně 100% unicitních pojištěnců, potom bude pojišťovnou proplacena úhrada za ambulantní péči ve výši 98% úhrady roku 2010.
- Pokud ZZ ošetří méně unicitních pojištěnců, úhrada bude snížena o takovou hodnotu procentních bodů, o jakou nebylo dosaženo 100% referenčního období.

Zvlášť je zdravotnickému zařízení proplacen výkon 09563 – výkon ústavní pohotovostní služby, pro který je stanovena hodnota bodu 0,91 Kč.

- 2012 – regulační omezení

Pojišťovna má nově možnost ukládat sankce na tzv. **upcoding** případů DRG. Tím je nerespektování metodických pravidel vykazování a tím neoprávněné klasifikování případu do skupiny s vyšší relativní vahou.

- a) Při cíleném šetření jsou kontrolovány konkrétní případy dle výběru pojišťovny. Při zjištění upcodingu se snižuje úhrada za péči ve výši trojnásobku hodnoty rozdílu mezi neoprávněně vykázaným a skutečným provedeným.
- b) Při náhodném šetření jsou kontrolovány případy jednotlivé báze⁶ DRG. Dopady jsou poté uplatňovány na všechny případy z této báze.

Mohou nastat dvě možnosti:

- je prověřeno méně než 5% případů dané báze DRG (minimálně 10 případů). Při zjištění upcodingu je hodnota úhrady celé báze je snížena na 20% a vynásobena koeficientem $(CM_{\text{před šetřením}} - CM_{\text{po šetření}}) / CM_{\text{před šetřením}}$.

(pro pochopení tohoto mechanismu je uváděn příklad, kdy při zjištění upcodingu o 20% v dané bázi je snížena úhrada celé báze o 3,4%.)

- je prověřeno více než 5% případů dané báze (minimálně 30 případů). Při zjištění upcodingu je hodnota snížena na 80% a vynásobena koeficientem $(CM_{\text{před šetřením}} - CM_{\text{po šetření}}) / CM_{\text{před šetřením}}$.

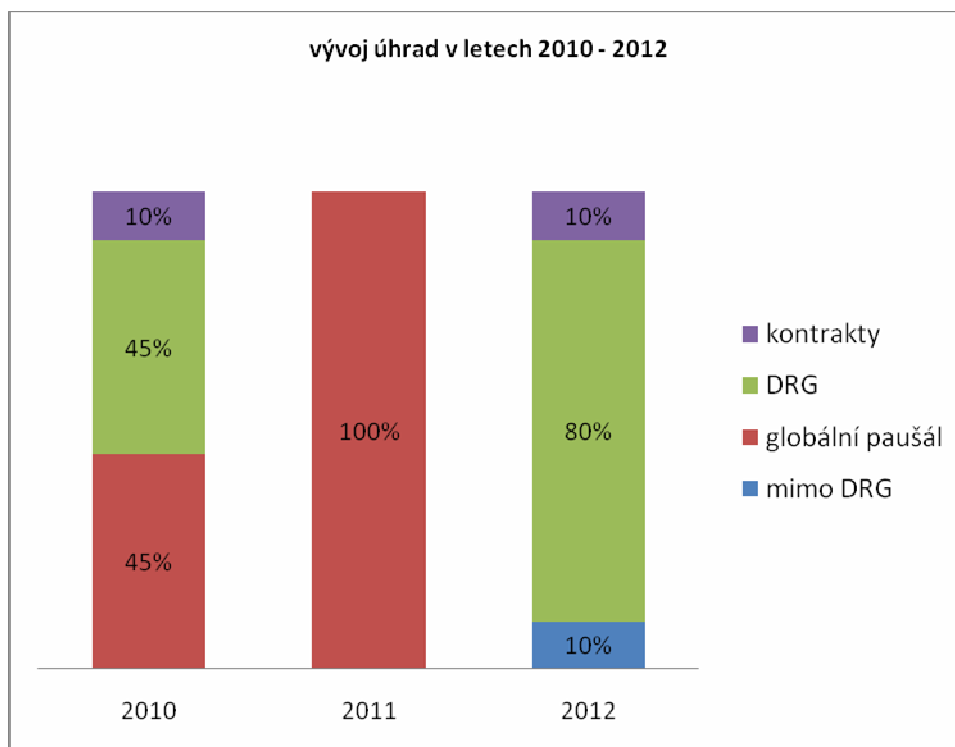
(pro pochopení tohoto mechanismu je uváděn příklad, kdy při zjištění upcodingu o 20% v dané bázi je snížena úhrada celé báze o 13,6%.)

1. Změny v úhradových vyhláškách u akutní lůžkové péče

Změny v rozložení mechanismů úhrad za akutní lůžkovou péči podle úhradových vyhlášek jsou znázorněny v následující tabulce.

⁶ Báze DRG je střední úroveň v klasifikaci DRG. Agreguje DRG skupiny bez CC, s CC a s MCC (viz Complication & Comorbidity). Báze je dána prvními 4 (YYYYx) znaky z pěti číselného kódu DRG. Pojem „báze DRG“ vychází z užívaného výrazu „base group“, což je někdy překládáno jako „základní skupina“; výraz „báze“ je ale užíván častěji. Jen cca deset bází se dále nedělí podle CC (DRG skupiny pak mají „0“ jako poslední znak kódu); ostatní báze se dále štěpí podle přítomnosti CC/MCC (výsledná skupina DRG má jako poslední znak kódu „1“ nebo „2“ nebo „3“) (Bulletin DRG 2009, Národní referenční centrum, 2009, str.4)

Obrázek 8: Vývoj úhrad podle úhradových vyhlášek v letech 2010 – 2012



Zdroj: data firmy Advance Consulting, 2012

- V roce 2011 bylo využito systému DRG pouze jako nástroje pro kontrolu produkce nemocnice a pro definování limitů úhrad. Jinak se v podstatě jednalo o úhradu paušální.
- Zásadní změnou v systému DRG v roce 2012 byl rozpad relativních vah případu DRG na 2 části:
 - podle délky pobytu
 - podle ceny materiálu.

Důvodem je skutečnost, že v případě použití nákladných materiálů není možné zajistit spravedlivé proplacení takového případu pouze pomocí hodnoty relativní váhy, vypočtené na základě hlavní diagnózy a délky případu. V případě, že náklady na materiál (podle vykázaných ZUM a ZULP) překročí hodnotu materiálového inliera⁷, je hodnota relativní váhy za materiálovou složku zvýšena o 95%. Dopad léčby materiálově

⁷ Dolní trim - point je ve výši 1/3 průměrné hodnoty materiálu (AMAT) a horní je jejím trojnásobkem.

nákladného pacienta je pouze zmírněn, protože skutečné náklady tímto uhrazeny nejsou. Zároveň poskytovatel péče není motivován k používání dražších materiálů.

- V roce 2012 nově není pojišťovny proplácen nad rámec úhrady za péči mimořádně nákladný pojištěnec, tedy takový, jehož hospitalizace, hodnocena podle seznamu výkonů, je dražší než 1 milion Kč. To má být také zmírněno zvýšenou úhradou za materiálového outliera.
- V roce 2012 je nově zavedena skupina případů, která je vyčleněna z úhrady formou případového paušálu – tzv. skupina beta. Případy spadající do této skupiny byly v minulých obdobích hodnoceny systémem DRG.

Ve všech sledovaných letech se v rámci úhrad lůžkové péče sledují dva základní ukazatelé:

- počet hospitalizovaných pacientů
- case - mix nemocnice.

Na základě naplnění těchto podmínek jsou poté platby redukovány – systému DRG je v rámci úhrad použito pouze pro výpočet regulací úhrad. Nejedná se tedy o „čisté“ DRG, kdy by nemocnice dostala zapláceno za každého léčeného pacienta. (tzv. peníze za pacientem).

Výjimku tvoří pouze úhrada části skupiny alfa 2012, kdy se v jedné z možných variant.(za podmínky zvýšení hodnoty CM maximálně do 105% referenčního období a zároveň zvýšení počtu případů o dva procentní body méně než zvýšení CM), jedná o čisté DRG, kdy case – mix je vynásoben základní sazbou.

2. Změny v úhradových vyhláškách u ambulantní odborné péče

V roce 2011 začala být nově posuzována ambulantní péče pomocí limitu splnění počtu ošetření unicitních pacientů. Při nesplnění limitu v jejich počtu může být nemocnici uhrazeno méně než v referenčním roce, přestože provede péči ve vyšší hodnotě než v referenčním období.

5.2 Dopady úhradových vyhlášek v KKN a. s.

V předcházející kapitole (5.1) jsou stručně popsány mechanismy úhradových vyhlášek v letech 2010, 2011 a 2012. V této kapitole jsou popsány jejich dopady na výši úhrad za zdravotní péči v nemocnicích KKN a. s. v roce 2010 a předpokládané dopady úhradové vyhlášky v roce 2011.

Vyúčtování je členěno podle jednotlivých skupin, které jsou v úhradových vyhláškách pro daný rok popisovány.

Dopad úhradové vyhlášky 2010:

- 2010 - vyúčtování individuálně smluvně sjednaných složek úhrady

Údaje o provádění „balíčků“ jsou průběžně sledovány. Primáři oddělení mají informace o množství výkonů, které jsou s pojišťovnou nasmlouvané a zároveň jsou průběžně informováni o počtu již provedených výkonů. Je tedy plně v kompetenci oddělení provést takové množství zákroků, aby limit nebyl ani překročen a zároveň aby nebylo množství nižší, než je povoleno. Pokud je provedeno zákroků více, pojišťovna tuto péči neproplatí. Pokud je provedeno zákroků méně, pojišťovna je oprávněna snížit limity ve smlouvách na další období.

V roce 2010 byla smlouvou definována nejen maximální cena, ale i maximální počet jednotlivých typů výkonů. V tomto roce nemocnice překročila množství některých druhů nasmlouvaných výkonů a tím nedosáhla úhrady za veškerou provedenou péči v řádu statisíců korun.

Stejně principy platí i při úhradách léčivých přípravků vykázaných na specializovaných pracovištích. V případě nemocnice Karlovy Vary se jedná o specializované centrum biologické léčby pro Crohnovu chorobu a Ulcerósní kolitidu. Údaje o pacientech a jejich léčbě v „centrech“ musí být pro pojišťovnu přesně evidovány.

Problémy nastaly vzhledem k tomu, že úhradový dodatek pro specializované centrum (a nejen pro ně) nebyl znám již od začátku roku. Běžná praxe je taková, že tyto smlouvy jsou podepisovány zpětně. V případě, kdy se nejedná o jednorázové výkony, ale pacient přijatý k léčbě zůstává v programu i několik let, je potom období, kdy nejsou zcela vyjasněna pravidla velmi rizikové. Není jasné, mohou-li být přijati noví pacienti, včasné

zahájení léčby je zároveň jedním z předpokladů úspěšné (a méně ekonomicky náročné) léčby. V roce 2010 navíc v tomto období informovala odborná lékařská společnost vedoucí lékaře center o zvýšení limitů ohledně množství pacientů. Pojišťovna ale nastavila svá pravidla, zcela bez ohledu na mínění odborné společnosti. Pacienty, kteří jsou přijati do programu, z něj nelze zpětně vyloučit, prvotně z etických důvodů a také finanční prostředky, které byly do té doby vynaloženy, by z hlediska účinku léčby byly zcela neefektivní. V rámci napjatého rozpočtu na tyto léčivé přípravky, kdy poté bylo nutné několika pacientům aplikovat zdvojené dávky, byl limit pro úhradu centrových léků překročen. Přestože proběhla nesčetná jednání, pojišťovna péči poskytnutou nad limit (v řádu sta tisíc Kč) neproplatila.

- 2010 – vyúčtování paušální složky za hospitalizaci

V roce 2010 nebyla splněna jedna z podmínek paušální úhrady za hospitalizace, počet případů (95 % referenčního období). Bylo vykázáno o 4 % počtu případů méně. Tím byla razantně redukována úhrada za tuto složku, v hodnotě 16,5 miliónu Kč.

Problém v roce 2010 spočíval zřejmě hlavně v tom, že KKN a. s. byla před pronájmem nemocnice Sokolov, kde před koncem roku začaly přípravy na osamostatnění. Několik oddělení bylo na čas uzavřeno z důvodu malování. Tím se přišlo o možnost zvýšení počtu hospitalizačních případů.

Také v nemocnici Karlovy Vary je každý rok uzavíráno pracoviště gynekologicko - porodního oddělení v období letních prázdnin. V tomto období, kdy si většina pracovníků vybírá podstatnou část své dovolené, není oddělení schopno pokrýt provoz potřebným množstvím odborného personálu. Pacientky jsou v tomto období přijímány k hospitalizacím v okolních nemocnicích, což také snižuje konečný počet případů.

- 2010 – vyúčtování případového paušálu ve skupině DRG alfa

V roce 2010 byla úhradovou vyhláškou dána možnost zvýšit úhradu za tuto skupinu oproti referenčnímu období až o 15% (bez regulací za počty případů)! Vzhledem k tomu, že tato skupina byla zastoupena v produkci hospitalizací přibližně 45%, možnost zlepšit finanční situaci nemocnice pomocí zvýšené úhrady od pojišťovny byla veliká.

Pro toto navýšení nebyla splněna základní podmínka ($CM_{\text{alfa}2010}$ vyšší než 115% referenčního roku). Tím, že bylo splněno 108% CM referenčního období a 99% referenčního období v počtu případů, nemocnice byla hrazena v „čistém“ DRG, tedy skutečně provedený CM násobený základní sazbou. Nebylo tedy dosaženo onoho maximálního zvýšení o 15%, nemocnice byla ale ohodnocena podle skutečně provedených hospitalizací, bez regulací.

V případě vykázání CM v hodnotě 115% referenčního období mohla nemocnice dostat uhrazeno od pojišťovny asi o 14 miliónů Kč více.

Je pravděpodobné, že nemocnice měla možnost v roce 2010 zvýšit úhradu za tuto skupinu pouze zvýšením kvality vykazování. V tomto roce sice proběhlo několik školení, jak postupovat správně při výběru hlavních a vedlejších diagnóz v rámci kódování případu DRG a byly stanoveny osoby, které mají vést a kontrolovat kódování na jednotlivých odděleních (tzv. kóděři). Práce těchto kódérů ale nebyla nijak kontrolována, prakticky záleželo pouze na nich, jak a jestli vůbec budou tuto činnost provádět. Protože lékaři nepovažovali tuto činnost za nijak důležitou, správnému kódování se téměř nikdo nevěnoval.

Za extramurální péči skupiny alfa (výkony provedené jiným zdravotnickým zařízením v době hospitalizace) byla v roce 2010 provedena srážka z úhrady v řádu statisíců korun.

- 2010 – vyúčtování ambulantní složky úhrady

Tím, že v roce 2010 byla vykázána péče zhruba na úrovni roku referenčního, pojišťovna uhradila za ambulantní péči 105% úhrady roku 2008.

Předpokládaný dopad úhradové vyhlášky v roce 2011

V roce 2011 byla zdravotní péče poskytnutá nemocnicí hodnocena paušálně, hodnotilo se pouze splnění podmínek úhrady za ambulantní a hospitalizační péči. Přestože vyúčtování roku 2011 ještě není k dispozici, již teď je možné výši úhrady predikovat na základě rozborů vlastních dat nemocnice.

- 2011- předpoklad úhrady za hospitalizační péči

V oblasti lůžkové péče byly obě podmínky splněny, nemocnici by měla být uznána částka ve výši 98% úhrady v roce 2009.

Tím, že v roce 2011 nebyla úhradovou vyhláškou definována skupina DRG alfa, v tomto období nebude srážena extramurální péče.

Vzhledem k tomu, že pojišťovny jsou oprávněny revidovat data od poskytovatelů zdravotní péče i zpětně (až 5 let), je možné, že této možnosti využijí k eventuelnímu snížení case – mixu nemocnice. To by však nemělo výši úhrady výrazněji ohrozit, protože hodnoty obou základních podmínek byly mírně překročeny.

- 2011 – předpoklad úhrady za ambulantní péči

Nemocnice bude krácena v úhradě za ambulantní péči. V tomto segmentu péče nebylo dosaženo jedné z podmínek plné úhrady a to počtu bodů za výkony. Podle předběžných rozborů vlastních dat se předpokládá srážka v hodnotě několika milionů.

Mimo tyto paušální platby byla hodnocena pouze spotřeba léčivých přípravků ve specializovaném centru biologické léčby pro Crohnovu chorobu a Ulcerózní kolitidu. V dodatku o úhradě zdravotní péče s pojišťovnou byly pro rok 2011 stanoveny maximální limity úhrady, bez rozlišení počtu pacientů zařazených k léčbě. Tyto limity vycházely z období roku 2010, kdy pojišťovna neuznala k proplacení všechny vykázané léčivé přípravky. Proto byly i limity pro rok 2011 nižší, než bylo potřeba pro léčbu všech potřebných pacientů. Nemocnici tedy stejně jako v roce 2010 bude uznána nižší úhrada za „centrové“ léčivé přípravky, než byly skutečně aplikovány. Ztráta prostředků za tento druh poskytované péče již bude nižší než v roce 2010, lékaři tohoto oddělení byly nuceni přesně evidovat hodnotu aplikovaných léčivých přípravků a do programu přijímat nové pacienty pouze po zvážení, zda náklady na jejich léčbu nepřekročí stanovený limit.

5.3 Problémy při plánování úhrad za poskytnutou péči

Jedním z nástrojů, jak získat maximální možnou úhradu za objem poskytnuté péče, je stanovení plánů poskytované péče. Tyto plány jsou předávány primářům jednotlivých

oddělení. Je zde uvedeno množství případů DRG a jejich relativní váhy, počet unicitních pacientů, ceny ZUM nebo počty bodů, které by mělo dané oddělení provést, aby byly naplněny podmínky stanovené úhradovou vyhláškou. Tyto plány vycházejí z dat referenčního období. Samozřejmě po zdravotnících nelze požadovat přesné naplnění tohoto plánu, jde spíše o průběžné informování oddělení a zároveň monitorování výkonnosti na odděleních (ve smyslu plnění podmínek pro výpočet úhrad).

Při stanovení plánu poskytované péče pro rok 2012 naráží management nemocnice na mnohé problémy, které možnost plánování výrazně ztěžují.

1. Extramurální péče

Jedná se o zdravotní péči vykázanou jiným poskytovatelem (poskytovatel zdravotní péče s odlišným IČZ) v době hospitalizace na žádost oddělení, kde je pacient hospitalizován. Hodnota takových výkonů a ZUM, které spadají do skupin DRG alfa, je proplacena provádějícímu zařízení a dále zpětně při vyúčtování stržena z úhrady žádajícího zařízení. Navíc, provádějí-li se na žádost nemocnice výkony, které jsou označovány jako kritické (tedy zvyšují relativní váhu případu), jsou v pojišťovně zahrnuty k hospitalizačnímu případu, během kterého bylo vyžádané ošetření provedeno. Jedná se například o specializovaná vyšetření na pracovištích, která nejsou v žádajících nemocnicích k dispozici (v Karlových Varech je to případ hemodialýzy či magnetické rezonance), nebo dokonce operační výkony, které nemocnice nemá s pojišťovnami nasmlouvané. Ty s sebou navíc nesou ve většině případů také vysoké materiálové náklady.

Tato skutečnost přináší nemocnici nemalé obtíže při plánování úhrad za zdravotní péči. Žádající nemocnice nemá možnost přesného výpočtu CM, což je jeden z důležitých ukazatelů v systému úhrad pomocí DRG. Zvláště nepříjemnou se tato skutečnost stává v roce 2012, kdy při překročení poměru CM ve srovnání s poměrem počtu případů o více než 2% dochází k regulacím úhrady.

Dále dochází k nepředvídatelným srážkám z úhrady za zdravotní péči ze strany pojišťovny a vzhledem k tomu, že v roce 2012 je hodnoceno 80% zdravotní péče ve skupině DRG alfa, jsou předpokládány srážky v řádu miliónů korun.

Momentálně není zavedena spolupráce mezi nemocnicemi, kdy by se o vykazování vyžádaných vyšetření navzájem informovaly. Proto začínají nemocnice vyjednávat se zdravotními pojišťovnami, zda by bylo možné dostávat průběžné informace o datech, která jsou do pojišťoven již odeslána.

2. Počet hospitalizací a unicitních pacientů

Problémem je také plnění další podmínky definované úhradovou vyhláškou, a to počtu hospitalizačních případů i ambulantních unicitních pacientů. Kromě předem plánovaných operací je téměř nemožné diktovat oddělením počty pacientů, kteří budou hospitalizováni. Také nelze při ošetření na ambulancích preferovat pacienty, kteří přicházejí v daném roce do ambulance poprvé.

Nemocnice Karlovy Vary se, jako většina nemocnic v České republice, také potýká s nedostatkem zdravotnického personálu, zvláště lékařů. Ambulance tedy mnohdy ani nemohou ošetřovat více pacientů.

3. Hodnota case -mixu

Výše CM, dalšího důležitého ukazatele zdravotní péče a úhrady za ni, souvisí také s kvalitou vykazování, tedy s kódováním případů DRG. V nemocnici Karlovy Vary byli na každém hospitalizačním oddělení určeni lékaři, kteří odpovídají za správné zakódování hlavní i vedlejších diagnóz a také za úplnost vykázaných dat. Tito lékaři prošli školeními a mají k dispozici veškeré materiály, které se DRG týkají. Správným zakódováním informací o hospitalizaci může dojít k výrazným změnám v hodnotách relativních vah. Zároveň jsou kóděři upozorňováni na nebezpečí upcodingu. Dá se totiž předpokládat, že pojišťovny v tomto roce budou využívat možnosti stanovené úhradovou vyhláškou a to cílená šetření vykázaných dat. Při zjištění nesrovnalostí mezi vykázanými daty a zdravotnickou dokumentací je pojišťovna oprávněna ukládat sankce.

4. Sankce

Sankcí za upcoding jsou nově definovány úhradovou vyhláškou pro rok 2012.

Zjistil-li v minulých letech revizní lékař pochybení ve vykázání případu, hodnota relativní váhy daného případu se snížila na hodnotu, která korelovala s daty obsaženými ve zdravotní dokumentaci.

Možné regulace za upcoding v roce 2012 jsou výše popsány v kapitole 5.1. , která se věnuje rozboru úhradových vyhlášek. Při zjištění rozporů může být nemocnici výrazně krácena úhrada za celou bázi případů DRG. To může pro nemocnici znamenat ztrátu v řádech statisíců korun.

Nejen v souvislosti se sankcemi je kritizován fakt, že v České republice neexistuje nezávislý arbitr, který by objektivně vykládal, nebo posuzoval správnost vykázaných dat. V případě, že nemocnice při regulacích nesouhlasí s odůvodněním pojišťovny, není možné se odvolat na výklad problému k nějaké všeobecně uznávané autoritě.

5. Regulace za preskripci

Další finanční ztrátou nemocnice je srážka úhrady za překročenou preskripci lékařů nemocnice. Jedná se o léčivé přípravky, které jsou předepisovány lékaři ambulantí nemocnice na recepty, a pacient si je sám vyzvedává v jím zvolené lékárně.

Nemocnice jako celek nesmí překročit určitý finanční obnos za předepsané léky na recept. Při výpočtu limitu vycházejí pojišťovny z údajů z referenčního období.

Překročí-li nemocnice tento limit (98% referenčního období), je v roce 2012 snížena úhrada nemocnici o 40% tohoto překročení.

5.4 Vybrané cíle DRG systému

Ze zhodnocení vývoje úhradových vyhlášek a jejich dopadů na úhrady za zdravotní péči v nemocnici (úhrada za daný rok je vlastně modifikací úhrady předminulého roku) je zřejmé, že finance proudící do nemocnice ze zdravotních pojišťoven jsou omezeny, je dosaženo určité horní hranice a vzhledem k ekonomickému vývoji společnosti není předpoklad, že se tyto úhrady budou v dalších letech výrazně zvyšovat.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky v tiskové zprávě z 22. srpna 2011 uvádí, že vzhledem k tomu, že od roku 2009 dochází k poklesu výběru pojistného na

všeobecné zdravotní pojištění, rozdíl mezi vybraným pojistným a platbami zdravotnickým zařízením byl dokrýván z rezerv zdravotních pojišťoven.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky tak v roce 2009 doplatila z rezerv 7,1 miliardy korun, v roce 2010 doplatila 6,8 miliardy korun a pro rok 2011 bylo odhadováno přibližně 5 miliard korun. Tím byly rezervy pojišťovny vyčerpány.

Dále je v tomto dokumentu uvedeno, že příjmy z plánovaného přerozdělení zůstatků na fondech zdravotních pojišťoven (cca 3 miliardy korun) budou použity z větší části na úhrady zdravotní péče roku 2011. Na stejnou úhradu zdravotnickým zařízením pro rok 2012, která byla v roce 2011 (bez jakéhokoliv navýšení), by byla potřeba dalších 5 miliard korun. Na úhradu povinného očkování, které od ledna 2012 hradí zdravotní pojišťovny, bude potřeba dalších cca 650 milionů korun (údaje jsou pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu České republiky, celkem jde v systému o téměř 1 miliardu korun). Naproti tomu budou k dispozici přibližně 2 miliardy korun očekávaných zvýšených příjmů v příštím roce.

Naopak náklady nemocnice se v souvislosti s výše popsány skutečnostmi, jako je vývoj nových technologií pro diagnostiku i léčbu nebo stárnutí populace, neustále zvyšují.

Jedním z řešení je využít možností, které jsou nabízeny v rámci financování hospitalizací klasifikačním systémem DRG. Prostřednictvím tohoto systému je v KKN a.s. hodnocena většina hospitalizací.

Zjednodušeně se dá říci, že pro každý hospitalizační případ, zařazený do skupiny dle hlavní diagnózy a kódů kritických výkonů, je jednoznačně stanovena výše úhrady. Ta je vypočítána jako hodnota relativní váhy vynásobená základní sazbou. Pro výpočet úhrady tedy není podstatná struktura péče, kterou nemocnice pacientovi poskytla.

Z toho vyplývá, jaké možnosti systém DRG nabízí poskytovateli zdravotních služeb, ke snížení nákladů na léčbu (na rozdíl od úhrady bodovým systémem).

1. Snížení nákladů na intenzivní péči:

- DRG nemotivuje k bezdůvodným hospitalizacím na odděleních resuscitační a intenzivní péče. Tato péče je nákladná, ale není v úhradě systémem DRG nijak zohledněna. Mělo by být cílem nemocnice tuto péči poskytovat pouze v nutných případech a v případě zlepšení stavu pacienty přeložit na oddělení lůžkové péče.

Tabulka 1: Poměr dní na intenzivních lůžkách k celkovému množství ošetrovacích dní

rok 2009	8,77%
rok 2010	8,95%
rok 2011	9,06%

Zdroj: vlastní zpracování, 2012

V tabulce je porovnáno vykázané množství ošetrovacích dní na odděleních intenzivní péče v porovnání s celkovým množstvím vykázaných ošetrovacích dní v nemocnici Karlovy Vary.

Z tabulky vyplývá, že počet dní na lůžkách intenzivní péče se v nemocnici Karlovy Vary vzhledem k celkovému počtu dní na lůžku nijak nesnížil.

Příčin může být několik,

- restrukturalizace lůžek se v nemocnici Karlovy Vary netýkala lůžek s intenzivní péčí.
- ani v minulých obdobích nebyvalo zvykem na těchto odděleních léčit pacienty déle, jen kvůli zisku bodů.
- personál není poučený o fungování DRG systému.

2. DRG tlačí na zkracování délky hospitalizací.

Délka pobytu je v DRG systému je jedním z parametrů, který výrazně ovlivňuje výši úhrady prostřednictvím hodnoty relativní váhy. V číselníku relativních vah je uvedena u každé skupiny DRG průměrná délka hospitalizace pro tuto skupinu (ALOS), která je statisticky vypočítaná a také tzv. trim - pointy⁸.

⁸ Pro konkrétní DRG skupinu bývá stanoveno určité rozpětí délky pobytu (LOS), které je považováno za „obvyklé“ či „přiměřené“. Případy spadající do tohoto rozmezí se nazývají inlier

Cílem nemocnice je tedy délka hospitalizace, která je v intervalu LOS (obvyklá délka případu) a nejlépe taková, která je pod úrovní ALOS (statisticky vypočtená průměrná délka případu). Proti zneužití tohoto systému, který by tlačil na „nedolčení“ pacientů je fakt, že při propuštění pacienta v době před LOS (tzv. dolní outlier) je úhrada za takový případ razantně snížena⁹.

Pro posouzení těchto ukazatelů je vybrána skupina bází DRG alfa, které měly v 1. čtvrtletí 2012 nejvyšší četnost.

Tabulka 2: Vývoj průměrné délky pobytu v letech 2010 - 2012 u vybraných bází DRG v porovnání s průměrnou délkou případu (ALOS) danou pro rok 2012

báze	název	ALOS	2010	2011	2012	LTP	HTP
0134	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM	11,3	9,8	8,0	4,9	4,0	34,0
0308	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH	4,6	4,8	4,9	5,1	2,0	14,0
0333	EPIGLOTITIS, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH	5,3	5,2	5,6	5,4	2,0	16,0
0441	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU	7,4	9,3	8,7	6,1	2,0	22,0
0532	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	6,1	4,7	3,0	4,8	2,0	18,0
0535	SRDEČNÍ SELHÁNÍ	8,1	7,7	5,6	6,0	3,0	24,0
0542	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ	6,6	5,5	4,5	5,2	2,0	20,0
0608	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI KÝLE	6,6	6,4	5,1	5,4	2,0	20,0
0637	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA	5,3	4,8	4,8	5,7	2,0	16,0
0638	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU	5,9	6,0	5,3	5,4	2,0	18,0
1304	DĚLOŽNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU	7,4	8,1	7,3	6,5	3,0	22,0
1463	VAGINÁLNÍ POROD	5,6	7,1	6,7	8,5	2,0	17,0

Zdroj: vlastní zpracování, 2012

Data jsou porovnávána se stejnými bázemi DRG v minulých letech a přepočítána grouperem platným pro rok 2012. Byly vybrány případy ze skupiny alfa vykázané VZP nemocnicí Karlovy Vary.

Z tabulky vyplývá, že doba ošetření se opravdu u daných bází DRG případů snižuje. Barevně jsou označeny hodnoty, které jsou vyšší než průměrná doba hospitalizace (ALOS). Průměrné délky v jednotlivých letech nevybočují z mantinelů mezi

a délky pobytu ohraničující toto rozmezí se nazývají horní trim – point (**HTP**) a dolní trim – point (**LTP**) Případy hospitalizace spadající mimo toto rozmezí se nazývají outlier. (Bulletin DRG 2009, Národní referenční centrum, 2009, str. 4)

⁹ Vzorec pro výpočet: $RV \text{ případu krátkého outliera} = \frac{LOS}{LTP} * RV \text{ případu inliera}$

trim - pointy. Ačkoliv by se tak mohlo zdát, že zde se projevila schopnost DRG motivovat ke kratším hospitalizacím a tím k úsporám, vysvětlení není tak jednoznačné. Také na základě tabulky č. 3 (průměrný počet nákladů a cena ZUM na 1 případ) je možné dokázat, že přestože je hospitalizace kratší, v některých případech bývá během ní provedeno více výkonů a podány dražší léky. To může souviset s vývojem nových technologií a léčivých přípravků, díky kterým se doba hospitalizace také zkracuje.

3. Snížení objemu péče a spotřeby léčivých přípravků a zdravotního materiálu

Pro posouzení těchto ukazatelů je vybrána skupina bází DRG, které měly v 1. čtvrtletí 2012 nejvyšší četnost.

Data jsou porovnávána se stejnými bázemi DRG v minulých letech a přepočítána grouperem (softwarové vybavení pro výpočet zařazení případů DRG) platným pro rok 2012. Byly vybrány případy skupiny DRG alfa.

V tabulkách je uveden vývoj průměrných hodnot objemu výkonů vykázaných v rámci těchto případů a průměrná cena za vykázané množství ZUM a ZULP. Jak již bylo uvedeno, cílem nemocnice je snižovat tyto hodnoty a tím i náklady na jednotlivé případy při zachování stejné hodnoty úhrady.

Cílem nemocnice by mělo být provádění pouze nezbytných vyšetření a výkonů a také snižování hodnoty léků a materiálu.

Tabulka 3: Vývoj průměrných hodnot objemu výkonů v bodech a ceny za ZUM a ZULP ve vybraných případech DRG

Báze	název	průměrný počet bodů na případ		průměrná cena ZUM na případ	
		2011/2010	2012/2011	2011/2010	2012/2011
0134	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM	144%	70%	63%	53%
0308	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH	87%	95%	92%	81%
0333	EPIGLOTITIS, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH	37%	95%	9%	131%
0441	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU	185%	93%	176%	141%
0532	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	66%	96%	4%	124%
0535	SRDEČNÍ SELHÁNÍ	57%	94%	2%	47%
0542	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ	50%	94%	44%	19%
0608	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI KÝLE	46%	107%	12%	21%
0637	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA	43%	97%	11%	33%
0638	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU	71%	100%	69%	49%
1304	DĚLOŽNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU	118%	102%	57%	135%
1463	VAGINÁLNÍ POROD	106%	100%	71%	74%

Zdroj: vlastní zpracování, 2012

Z vývoje indexů je vidět, že v nemocnici Karlovy Vary se u nejčteněji vykazovaných bází případů nepodařilo jednoznačně snížit ani jednu ze sledovaných kategorií.

S objemem bodů, který je vykázán v rámci případu DRG souvisí další z ukazatelů:

4. množství vyžádané (intramurální) péče

- měl by být vyvíjen tlak na to, aby se během hospitalizace eliminoval počet zbytečných vyšetření komplementem¹⁰ (např. laboratorní vyšetření, zobrazovací metody – RDG, ONM) vlastní nemocnice. Tato vyšetření jsou placena v rámci úhrady za danou hospitalizaci. Na zařazení do skupiny DRG a tím na výši úhrady ale nemají žádný vliv.

Tabulka 4: Množství vyžádané péče porovnané s předchozím obdobím

oddělení	2010/2009	2011/2010
hematologická laboratoř	109%	106%
mikrobiologická laboratoř	105%	88%
OKB	107%	107%
ONM	124%	123%
OTS	100%	95%
patologická laboratoř	104%	106%
RDG	93%	117%
rehabilitace	103%	87%
Celkem	103%	102%

Zdroj: vlastní zpracování, 2012

Tato tabulka ukazuje vývoj množství vykázané vyžádané péče hodnocené počtem bodů za výkony. Žadatelé jsou hospitalizační oddělení vlastní nemocnice. Výkony jsou přepočítány sazebníkem výkonů platným pro rok 2012.

Z tabulky vyplývá, že cíl, snížit náklady v rámci hospitalizačního případu, v těchto obdobích prozatím nemocnice jako celek plní.

¹⁰ Pracoviště společných vyšetřovacích složek. Jedná se o laboratorní a přístrojová pracoviště, která poskytují specializované služby všem oddělením (jde převážně o podporu diagnostiky) (Gladkij a kolektiv, 2003, str. 3)

Tak jako v případě jiných vyšetření lékařem je velmi těžké naplánovat a regulovat počet výkonů. Jednotlivá oddělení jsou managementem informována o potřebě snižovat počet vyšetření, která nejsou nezbytně nutná.

V případě laboratorních vyšetření někdy dochází k situacím, že stejné vyšetření je v jeden den požadováno několikrát. To se stane v případě, že pacient projde při příjmu k hospitalizaci několika ambulancemi. Tím, že není systém požadovaných vyšetření online, lékař nemá informace o vyšetření, které bylo již žádáno. Tak mohou být v některých případech prováděna nadbytečná laboratorní vyšetření.

5. Tlak na zkvalitnění léčby

V systému DRG nejsou většinou výrazně lépe ohodnoceny případy s komplikacemi v porovnání se stejnými případy bez komplikací. To znamená, že pro nemocnici je výhodnější předcházet v maximálním rozsahu všem komplikacím a pokud to je možné udělat vše pro to, aby vůbec nenastaly. Nemocnice by proto měla přijmout účinná opatření proti vzniku komplikací v průběhu hospitalizace. Jako jedna z možností je uváděno přijetí standardů při léčbě určitých onemocnění, která jsou v současné době vypracovávána např. Národní referenční centrum, které spolupracuje s odbornými společnostmi. Dalšími způsoby jsou třeba hygienické zásady nemocnice, nebo přijetí bezpečnostních opatření, která by zamezila zranění v době hospitalizace. To se týká hlavně pádů starších pacientů.

Míru komplikací udává poslední číslo pěti místného kódu DRG následujícím způsobem: xxx1, tj. DRG bez CC, je skupina nejnižšího stupně závažnosti, tedy bez Definičním manuálem uznaných komplikací či přidružených onemocnění.

xxx2, tj. DRG s CC, je skupina středního stupně závažnosti s komplikací nebo přidruženým onemocněním, které ovlivňují náklady nebo délku hospitalizace.

xxx3, tj. DRG s MCC (Major CC), je skupina nejvyššího stupně závažnosti s významnou komplikací nebo přidruženým onemocněním, které výrazně ovlivňují náklady nebo délku hospitalizace. (Bulletin DRG 2009, Národní referenční centrum, 2009, str. 4)

Pro hodnocení výskytu a vývoje počtu komplikací je zvoleno opět 12 nejčetnějších DRG bází 1. čtvrtletí roku 2012.

Tabulka 5: poměrný výskyt komplikací a komorbidit k celkovému množství případů v bázi v roce 2010

báze	název	bez cc	s cc	s mcc
0134	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM	32%	33%	35%
0308	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH	22%	77%	1%
0333	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH	67%	26%	7%
0441	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU	42%	36%	22%
0532	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	41%	32%	27%
0535	SRDEČNÍ SELHÁNÍ	34%	32%	33%
0542	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ	41%	32%	28%
0608	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ KÝLE	65%	25%	9%
0637	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA	52%	35%	13%
0638	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU	47%	35%	19%
1304	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEM.	51%	36%	14%
1463	VAGINÁLNÍ POROD	55%	40%	5%

Tabulka 6: poměrný výskyt komplikací a komorbidit k celkovému množství případů v bázi v roce 2011

báze	název	bez cc	s cc	s mcc
0134	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM	29%	47%	24%
0308	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH	69%	24%	7%
0333	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH	57%	34%	9%
0441	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU	40%	40%	19%
0532	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	58%	42%	0%
0535	SRDEČNÍ SELHÁNÍ	39%	32%	29%
0542	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ	43%	38%	20%
0608	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ KÝLE	85%	13%	2%
0637	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA	50%	35%	15%
0638	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU	46%	38%	16%
1304	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEM.	71%	27%	2%
1463	VAGINÁLNÍ POROD	48%	43%	10%

Tabulka 7: poměrný výskyt komplikací a komorbidit k celkovému množství případů v bázi v 1. čtvrtletí roku 2012

báze	název	bez cc	s cc	s mcc
0134	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM	50%	38%	13%
0308	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH	60%	40%	0%
0333	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH	60%	32%	8%
0441	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU	47%	32%	21%
0532	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	40%	33%	27%
0535	SRDEČNÍ SELHÁNÍ	32%	36%	32%
0542	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ	42%	42%	17%
0608	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ KÝLE	89%	9%	2%
0637	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA	55%	34%	10%
0638	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU	51%	32%	16%
1304	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEM.	70%	26%	4%
1463	VAGINÁLNÍ POROD	50%	50%	0%

Zdroj tabulek 5,6,7: vlastní zpracování, 2012

Z údajů je vidět, že obecně se poměry případů zvyšují ve prospěch méně komplikovaných případů.

Tato data ale nemají jednoznačnou výpovědní hodnotu. DRG systém totiž nerozlišuje mezi komplikacemi, které vznikají během hospitalizace a komorbiditami, se kterými pacient již k hospitalizační léčbě přichází a které tuto léčbu činí náročnější. Jako typickým příkladem komorbidity je uváděn pacient s těžkým diabetem. Přestože je takový pacient přijat k léčbě zcela jiného onemocnění, jeho léčbu diabetes ztěžuje (např. těžce se hojící rány). Proto se toto onemocnění vykazuje jako vedlejší diagnóza (jedná se o diagnózu, která zvyšuje nároky na ošetrovatelskou péči).

6. Zvýšení počtu ošetřených a hospitalizovaných pacientů:

Motivace vychází jednak z definice redukcí úhrad v úhradové vyhlášce, kde jednou ze sledovaných podmínek jsou počty případů. Neošetří – li tedy nemocnice přibližně stejný počet pacientů jako v referenčním období, úhrada za péči je krácena. Naopak, při vyšším množství hospitalizovaných pacientů, lze získat navýšení úhrady.

Při vyšším množství hospitalizací je možné dosáhnout vyššího CM, což je druhá podmínka při výpočtu úhrady uvedená úhradovými vyhláškami.

Výjimkou byl rok 2011, kdy (jak vyplývá ze znění úhradové vyhlášky) bylo pro nemocnici výhodné hospitalizovat maximálně 94% pacientů roku 2009. Všechny případy, které přesahovaly toto množství, byly vlastně léčeny na náklady nemocnice.

Nemocnice má v systému DRG motivaci pacienta léčit, ne odmítat. V důsledku boje o pacienta je nemocnice nucena tlačit na zvýšení kvality léčby. Také je kladen důraz na dobrou komunikaci s pacienty, vybudování příjemného prostředí pro léčbu atd. .

6 Dopady a zhodnocení

Bylo by jistě ideální, kdyby v případě potřeby léčby nebo diagnostiky onemocnění, bylo možné poskytnout péči, která by odpovídala všem nejnovějším poznatkům vědy a techniky. To není zcela možné, vzhledem k prudkému vývoji technologií. Nákupy moderních přístrojů znamenají pro nemocnici vysoké finanční zatížení. Dávno před odpisem nákladů za takové zařízení je již na trhu další, modernější a efektivnější.

Nemocnice tak potřebuje stále více peněz na zajištění léčby, která by nezaostávala za léčbou v ostatních vyspělých zemích a tím si udržela svoji schopnost konkurence na trhu.

Je jasné, že nemocnice nemůže spoléhat na zvýšení plateb za péči z veřejného pojištění, protože prostředky pojišťoven jsou omezeny a není předpoklad, že by se tato skutečnost v blízké době výrazně změnila. Prioritou nemocnic je proto zefektivnit vynakládání prostředků na zdravotní péči.

Jedním ze způsobů, jak snížit náklady na léčbu, je využít možností, které dává systém DRG. Fungování DRG bylo stručně v této práci popsáno. Uvádí se, že při správném pochopení tohoto systému dochází ke snížení nákladů tím, že se v první řadě sníží doba hospitalizace a změní struktura poskytované péče.

Na datech nemocnice se tento efekt příliš neprojevil. Přestože se doba hospitalizace opravdu krátí, hodnota provedených výkonů a podaných léčivých přípravků se výrazně nesnižuje.

K lepší orientaci by v nemocnici Karlovy Vary jistě přispěly hlubší a přesnější informace o nákladech na léčbu rozpočítané přímo na jednotlivé případy DRG. Optimální by bylo, kdyby hned při kódování případu do nemocničního informačního systému bylo možné vidět předběžný hospodářský výsledek. To by jistě bylo srozumitelnější, lékaři by si mohli lépe udělat vlastní úsudek o tom, jak je jejich práce ohodnocena.

Také by bylo zcela jasné, které případy jsou pro nemocnici výhodné a které nikoliv. Tím by se mohla také účinněji naplánovat strategie nemocnice při poskytování zdravotní péče.

Podmínkou správného vykazování zdravotní péče tak, aby bylo možné využít možností k získání odpovídající úhrady za péči, je cílené proškolení zdravotního personálu. Oproti platbě přepočítané seznamem výkonů je platba na základě systému DRG pro lékaře méně čitelná. Při platbě za body bylo jasné stanovené, že bude uhrazeno přesně to, co bylo vykázáno. V systému DRG jsou případy hrazeny průměrnými, statisticky

vypočítanými částkami. To v lékařích vyvolává pocit, že případy nejsou propláceny spravedlivě. Také pokyn dodržovat výši case – mixu není pro lékaře zcela jednoznačný.

V nemocnici Karlovy Vary jsou pravidelně školeni lékaři (tzv. kóděři), kteří jsou zodpovědní za vykazování případů na odděleních. Ti by poté měli o nových poznatcích informovat své kolegy. V praxi se tak ale příliš neděje, lékaři jsou zaměstnání spíše nároky, které na ně klade vzdělávání v rámci jejich odbornosti. Je tedy úkolem managementu nemocnice motivovat k zájmu o informace o možnostech, jaké dávají mechanismy úhrad a podporovat vzdělávání co nejširšího počtu zaměstnanců.

Se systémem DRG souvisí i další možnost snižování nákladů na zdravotní péči v nemocnici a tou je snížení cen všech přípravků, léků nebo materiálu (tedy nejenom ZUM a ZULP), které jsou v nemocnici v rámci léčby spotřebovány. To je možné uskutečnit pomocí jejich promyšleného centrálního objednávání. V praxi je hojně užívaný systém, kdy každé velké oddělení (zvláště operační obory) objednává léky a materiál zvlášť a každé u jiné dodavatelské společnosti, podle toho, jak je osloven vedoucí oddělení zástupci jednotlivých firem. Takový postup objednávání je vysoce neefektivní, nehledě na možné zneužití ve prospěch osobního zájmu. Pro nemocnici je výhodnější, jestliže jsou objednávky vyřizovány centrálně. Vzhledem k množství, které je takto požadováno, lze využít ve prospěch nemocnice různé množstevní a cenové bonusy.

Obzvláště výrazné mohou být takové úspory v oblasti prostředků zdravotnické techniky a implantačních materiálů.

V nemocnici Karlovy Vary je tato problematika řešena a vedení nemocnice jí věnuje značnou pozornost. Byl zaveden nový objednávkový informační systém a objednávání je plně v díku pracovníků obchodního oddělení. Ti samozřejmě musí úzce spolupracovat s primáři oddělení, aby objednávaný materiál vyhovoval nejenom v rámci nejnižší ceny, ale aby také splňoval nároky zdravotníků pro splnění co nejlepších služeb pacientům.

Jako další možnost nemocnic, jak zvýšit své finanční příjmy, je uváděn komerční pronájem momentálně neobložených lůžek. Na tato lůžka je možné krátkodobě umístit například pacienty, kteří potřebují celodenní ošetrovatelskou péči a jejich rodiny tak

mohou řešit akutní situace, např. v době dovolených. Jde o to, že na oddělení, kde jsou tato krátkodobě neobsazená lůžka k dispozici, musí být k dispozici množství personálu, které odpovídá počtu nasmlouvaných lůžek. Není tedy problém se o takové pacienty postarat, aniž by to omezovalo řádný provoz na odděleních a zefektivnilo by se tím využití zvláště středního a nižšího zdravotního personálu. Uvádí se, že v nemocnicích, které tuto službu poskytují, je o ni veliký zájem.

7 Závěr

Cílem bakalářské práce je analýza systémů financování v nemocnici Karlovy Vary se zaměřením na konkrétní úhradové vyhlášky a platby za zdravotní péči v systému DRG, včetně hodnocení dopadů tohoto klasifikačního systému.

První část stručně definuje termíny zdravotnictví a zdravotní péče. Pozornost je věnována trhu zdravotnických služeb. Ten se odlišuje od jiných trhů v ekonomickém systému tím, že je regulován státem. Jsou popsány důvody, které zdůvodňují nutnost zásahů státu, má – li být tento trh efektivní.

Ve druhé části práce jsou popsány hlavní principy financování zdravotnictví v České republice, které je možné popsat jako vícezdrojové. Platby za zdravotní péči probíhají nepřímo hrazením péče z veřejného zdravotního pojištění a tato forma je z hlediska objemu finančních prostředků zcela dominantní. Důležitý je princip solidarity, na kterém je celý systém zdravotního pojištění postaven. Další nepřímou platbou je financování těch částí zdravotnictví, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, jako např. financování vědy, vzdělávání, ale i provoz institucí státní zdravotní správy. Náklady na přímé platby za zdravotní péči nesou domácnosti. Jedná se např. o platby za nadstandardní poskytnutou péči, doplatky na léky nebo platby regulačních poplatků.

Ve třetí části je popsáno postavení nemocnic na trhu zdravotnických služeb. Nemocnice jsou z hlediska objemu a struktury poskytnuté péče jednoznačně nejvýznamnějšími poskytovateli a hodnoceno náklady na jejich financování také nenákladnějšími.

Množství a hustota sítě nemocnic, stejně jako ostatních poskytovatelů zdravotní péče v daném regionu, je dána zdravotní politikou státu a zdravotních pojišťoven.

Značná část je věnována popisu jednotlivých systémů financování nemocnic. Každá z pojišťoven může zvolit pro financování péče v nemocnicích jiný způsob, nebo jejich

kombinaci. Jedná se o platbu systémem globálního paušálu, výkonovou platbu podle Seznamu výkonů, individuální platbu za předem dohodnuté skupiny výkonů nebo léků, nebo platbu pomocí klasifikačního systému DRG. Význam posledního z vyjmenovaných systémů od roku 2007, kdy byl poprvé využit k výpočtům úhrad za hospitalizační péči, neustále roste.

V praktické části práce jsou analyzovány úhradové vyhlášky v letech 2010, 2011 a 2012 v akutní lůžkové péči a vývoj, kterým v tomto období prošly. Každá z těchto vyhlášek představuje zcela jiné postupy při výpočtu úhrad za lůžkovou péči.

V roce 2010 byla úhrada rozdělena mezi úhradu systémem DRG a paušálovou platbu.

V roce 2011 byla péče hrazena čistě paušálně.

V roce 2012 je většina péče hrazena systémem DRG.

Další část práce rozebírá dopady úhradových vyhlášek na financování z veřejného pojištění v Karlovarské krajské nemocnici a. s. . Protože ve sledovaném období, v letech 2010, 2011 a 2012, byla financována zdravotní péče ve smyslu úhradových vyhlášek pouze ze strany Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, jsou v praktické části hodnocena data vykázaná této zdravotní pojišťovně. Zároveň se jedná o dominantního plátce, který se podílí na výnosech nemocnice téměř z 80 - ti procent, a proto je v důsledku možné vyhodnocení těchto rozborů zevšeobecnit na všechna data nemocnice.

V praktické části jsou také provedeny rozborů problémů, které komplikují stanovení plánu ošetření. Jedná se o předem neznámé finanční hodnoty, které jsou při vyúčtování zdravotní péče (tedy až v druhé polovině následujícího roku) strženy z úhrad za zdravotní péči. Jsou to srážky za extramurální péči nebo za překročení preskripce. Další problémy při stanovení plánu vycházejí z omezené možnosti předpovědět počet ošetřených pacientů a rozsah péče, která bude potřeba k jejich léčbě.

Protože tok financí proudící z veřejného pojištění prostřednictvím zdravotních pojišťoven je omezený, nemocnice jsou nuceny zefektivnit činnosti v rámci zdravotní péče při zachování výší plateb od pojišťoven. K tomuto cíli je možné využít principů, které nabízí klasifikační systém DRG. Jedná se o snížení doby hospitalizace, snížení objemu vyžádané (intramurální) péče, snížení objemu výkonů a ceny ZUM a ZULP

v rámci jednotlivých případů. Splnění těchto ukazatelů by vedlo k vyšší efektivitě poskytnuté zdravotní péče.

V praktické části práce je analyzován vývoj těchto ukazatelů na datech nemocnice Karlovy Vary. Přestože na základě vyhodnocení těchto principů DRG nelze říci, že by se zdravotní péče stávala efektivnější, vyhodnocení není zcela jednoznačné.

To souvisí zvláště s rozvojem nových, nákladnějších technologií pro léčbu a diagnostiku. V průběhu tohoto období došlo k nasmlouvání řady nových výkonů v souvislosti se zaváděním nových metod. Také ceny léků a prostředků zdravotnické techniky se v souvislosti s jejich vývojem zvyšují. To potvrzuje nepřímo také skutečnost, že doba hospitalizace se v nemocnici v Karlových Varech jednoznačně snižuje.

Přestože nemocnice Karlovy Vary se potýká s některými nedostatky, léčba pacientů je na dobré úrovni. Lékaři upřednostňují léčbu pacienta v jeho prospěch a dbají na to, aby byly splněny všechny postupy vedoucí k uzdravení pacienta. Cílem vedení nemocnice je sladit tyto protichůdné přístupy k léčbě, tedy čistě lékařsky etický a ekonomický. Při dobré vůli všech zúčastněných a ochotě komunikovat a dělat drobné kompromisy, nakonec zvítězí dobro pacienta.

8 Seznam tabulek

Tabulka 1: Poměr dní na intenzivních lůžkách k celkovému množství ošetrovacích dní	52
Tabulka 2: Vývoj průměrné délky pobytu v letech 2010 - 2012 u vybraných bází DRG v porovnání s průměrnou délkou případu (ALOS) danou pro rok 2012	53
Tabulka 3: Vývoj průměrných hodnot objemu výkonů v bodech a ceny za ZUM a ZULP ve vybraných případech DRG.....	54
Tabulka 4: Množství vyžádané péče porovnané s předchozím obdobím.....	55
Tabulka 5: poměrný výskyt komplikací a komorbidit k celkovému množství případů v bázi v roce 2010	57
Tabulka 6: poměrný výskyt komplikací a komorbidit k celkovému množství případů v bázi v roce 2011	57
Tabulka 7: poměrný výskyt komplikací a komorbidit k celkovému množství případů v bázi v 1. čtvrtletí roku 2012	57

9 Seznam obrázků a grafů

Obrázek 1: Základní ekonomické vztahy ve zdravotnictví ČR	13
Obrázek 2: Výdaje na zdravotnictví ČR jako % z HDP v letech 2000 – 2009	17
Obrázek 3: Celkové výdaje na zdravotnictví ČR v letech 2000 – 2009	18
Obrázek 4: Průměrný věk obyvatelstva ČR v letech 1989 - 2010.....	19
Obrázek 5: Výdaje na zdravotnictví ČR podle poskytovatele v letech 2000	20
Obrázek 6: Rozdělení nemocnic v ČR podle velikosti lůžkového fondu.....	21
Obrázek 7: Podíl jednotlivých zdravotních pojišťoven na výnosech nemocnice v roce 2011	28
Obrázek 8: Vývoj úhrad podle úhradových vyhlášek v letech 2010 – 2012	42

10 Seznam použitých zkratek

CM	case - mix
ČR	Česká republika
DRG	skupiny příbuzných diagnóz, nebo klasifikační systém
HDP	hrubý domácí produkt
IČZ	identifikační číslo zařízení
KKN a. s.	Karlovarská krajská nemocnice a. s.
NRC	Národní referenční centrum
ZULP	zvlášť účtovaný léčivý přípravek
ZUM	zvlášť účtovaný materiál

11 Seznam použité literatury

Monografie

1. BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8
2. GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2005. ISBN 80-7226-996-8.
3. JANEČKOVÁ, H. , HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s. r. o., 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
4. NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: GRADA, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1
5. OCHRANA, F., PAVEL, J., VÍTEK, L. a kol. *Veřejný sektor a veřejné finance*. Praha: GRADA, 2010. ISBN 978-80-2473-22-82

Internet

ÚZIS. [online] Praha: *Zdravotnictví ČR ve statistických údajích 2010*, 2011. [cit. 2012-03-12] Dostupné na WWW: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-2010-statisticky-udajich>

KKN a. s. . *Výroční zpráva KKN a. s. za rok 2010*. [online] Karlovy Vary, 2011. [cit. 2012-03-20] Dostupné na WWW: <http://www.kkn.cz/soubory/kestazeni/819cz/vyrocnizprava-2010.pdf>

ČSÚ. [online] Praha: *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 – 2010*, 2012. [cit. 2012-04-28] Dostupné na WWW: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CD003F9985/\\$File/330612k1.doc](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CD003F9985/$File/330612k1.doc)

ÚZIS. [online] Praha: *Aktuální informace č. 5/2012* , 2012. [cit. 2012-04-12] Dostupné na WWW: www.uzis.cz/system/files/05_12.pdf

VZP. [online] Praha: *VZP k úhradám v roce 2012*, 2011. [cit. 2012-04-01] Dostupné na WWW: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/aktuality/vzp-k-uhradam-na-rok-2012>

Další zdroje

Úhradová vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 471/2009 Sb., In: *Sbírka zákonů*, Česká republika. 2009, částka 150

Úhradová vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 396/2010 Sb., In: *Sbírka zákonů*, Česká republika. 2010, částka 142

Úhradová vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 425/2011 Sb. In: *Sbírka zákonů*, Česká republika. 2011, částka 148

Zákon č. 48/1997 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 372/2011 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
Bulletin DRG 2009, Praha: Národní referenční centrum, 2009, 48 s.

12 Seznam příloh

- A Rozsah zdravotní péče garantované zákonem č. 48/1997 Sb.
- B Seznam zdravotních pojišťoven na území České republiky
- C Ceník nemocnice Karlovy Vary (ukázka)

Příloha A

Rozsah zdravotní péče garantované zákonem č. 48/1997 Sb. , o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Veřejné zdravotní pojištění financuje veškerou zdravotní péči garantovanou zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění. Zde je uvedeno, že ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav. Zdravotní péče hrazená v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem zahrnuje:

- a) léčebnou péči ambulantní i ústavní,
- b) pohotovostní a záchrannou službu,
- c) preventivní péči,
- d) dispenzární péči,
- e) odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi,
- f) poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků,
- g) potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- h) lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách,
- i) závodní preventivní péči,
- j) dopravu nemocných a náhradu cestovních výdajů,
- k) dopravu žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa, do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů,
- l) dopravu zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,
- m) dopravu odebraných tkání a orgánů,
- n) posudkovou činnost,
- o) prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu, včetně dopravy.

Dále jsou hrazeny zdravotnické služby související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem. Tuto službu hradí zdravotnická pojišťovna, kterou o to požádá zdravotnické zařízení na základě identifikačních údajů pojištěnce.

Ze zdravotního pojištění se pojištěncům též uhradí částka, kterou vynaložili na nutné a neodkladné léčení, jehož potřeba nastala v cizině a to do výše stanovené pro úhradu takové péče na území České republiky.

Příloha B

Seznam zdravotních pojišťoven na území České republiky

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP)

Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (VoZP)

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČZP)

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP)

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ)

Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky (ZPMV)

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBZP)

Zdravotní pojišťovna METAL - ALIANCE (ZP M-A)

Příloha C

Ceník nemocnice Karlovy Vary (ukázka)

Ceník zdravotnických služeb (v Kč) platný od 1.3.2012				
Poř. číslo	Oddělení	Označení služby	Cena včetně DPH	Poznámka
1.	KKN a.s.	Česko samoplátci	1,00 Kč za bod	
2.	KKN a.s.	cizinci samoplátci – akutní výkony	1,12 Kč za bod	
3.	KKN a.s.	cizinci – neakutní (smluvní, plánované) výkony	3,00 Kč za bod	
4.	KKN a.s.	doprovod pacienta	300	
5.	KKN a.s.	strava pro doprovod – snídaně strava pro doprovod – oběd strava pro doprovod – večeře strava pro doprovod – celý den	41,00 93,00 73,00 207,00	
6.	KKN a.s.	doprovod dítěte v nemocnici (dítě nad 6 let) bez stravy	300	
7.	KKN a.s.	doprovod dítěte v nemocnici (dítě nad 6 let) se stravou	507	
8.	KKN a.s.	odběr žilní krve při podezření z požití nebo podání návykové, psychotropní nebo jiné látky pro zaměstnavatele vč. laboratorního vyšetření -- v pracovní době Po-Pá 7,00-17,00	765	
9.	KKN a.s.	odběr žilní krve při podezření z požití nebo podání návykové, psychotropní nebo jiné látky pro zaměstnavatele vč. laboratorního vyšetření - Po-Pá 17,00-7,00, So, Ne, svátky	945	
10.	ORL	aplikace náušnic 1x	300	
11.	ORL ambulance	aplikace inhalačního analgetika ENTONOX	300	
12.	Gynekologie	interrupce do 8 týdne těhotenství	3 000	
13.	Gynekologie	interrupce nad 8 týden těhotenství	4 000	
14.	Gynekologie	interrupce do 8 týdne těhotenství včetně histologického zpracování materiálu	3 250	
15.	Gynekologie	interrupce nad 8 týden těhotenství včetně histologického zpracování materiálu	4 250	
16.	Gynekologie	vypsání receptu na postkoitální antikoncepci	200	
17.	Gynekologie	předporodní kurz	50	
18.	Gynekologie	Wi-Fi připojení (za pobyt)	80	
19.	Gynekologie	pásky na CTG	70	
20.	Gynekologie	balíček pro otce u porodu	40	
21.	Gynekologie	pořízení videozáznamu na vlastní kazetu	105	
22.	Gynekologie /RDG	pořízení obrazové informace na CD – médium	105	
23.	Gynekologie /RDG	snímek pořízený ze sona	105	

Abstrakt

Kejzarová, A. *Vybrané problémy financování konkrétní nemocnice*. Bakalářská práce. Plzeň: Fakulta ekonomická ZČU v Plzni, 71 stran, 2012

Klíčová slova: financování zdravotnictví, úhrady za zdravotní péči, nemocnice, DRG systém

Cílem práce je popsat financování nemocnic ve smyslu úhradových vyhlášek, které vydává každý rok Ministerstvo zdravotnictví České republiky. V teoretické části jsou popsána specifika trhu zdravotnických služeb a podmínky fungování nemocnic na tomto trhu. Dále práce pojednává o systémech financování, které mohou zdravotní pojišťovny v České republice zvolit pro výpočty úhrad za zdravotní péči v nemocnicích. V praktické části jsou vysvětleny části úhradových vyhlášek pro roky 2010, 2011 a 2012, které se týkají služeb poskytovatelů ústavní péče a jejich dopady na úhrady za zdravotní péči v Karlovarské krajské nemocnici a. s. . Na konkrétních datech nemocnice v Karlových Varech je analyzován stupeň vyplnění očekávaných dopadů systému DRG na strukturu a dobu trvání hospitalizačních případů.

Abstract

Kejzarová, A. *Selected issues in financing of a concrete hospital*. Bachelor's thesis. Plzeň: The Faculty of Economics University of West Bohemia, 71 pp., 2012

Key words: financing of health care system, reimbursement of health care, hospital, DRG system

The aim of the thesis is to describe the financing of hospitals in terms of the reimbursement regulations issued by Ministry of Health of the Czech Republic every year. The theoretical part delineates the specifics of the health service market and the conditions for the functioning of hospitals in this market. The thesis further describes the systems of financing that health insurance companies in the Czech Republic can choose for their hospital health care reimbursement calculations. The practical part explains those parts of the reimbursement regulations valid for 2010, 2011 and 2012 which concern institutional health care providers and also their impact on the health care reimbursements in the Karlovy Vary regional hospital (Karlovarská krajská nemocnice a.s.). Based on concrete data of the Karlovy Vary hospital, the degree of fulfilment of the expected impacts of the DRG system on the structure and duration of hospitalizations is analysed.