

Hodnocení systému financování nemocnic v České republice

Jaroslav Fojtík

Bakalářská práce
2014

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav regionálního rozvoje, veřejné správy a práva
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jaroslav FOJTÍK**
Osobní číslo: **M09211**
Studijní program: **B6202 Hospodářská politika a správa**
Studijní obor: **Veřejná správa a regionální rozvoj**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Hodnocení systému financování nemocnic
v České republice**

Zásady pro vypracování:

Úvod

I. Teoretická část

- Představte systémy financování činnosti nemocnic.
- Charakterizujte problémy financování činnosti nemocnic.

II. Praktická část

- Analyzujte vybrané charakteristiky financování činnosti nemocnic v České republice.
- Syntetizujte poznatky analýzy vybraných charakteristik financování činnosti nemocnic v České republice.
- Navrhněte možnosti zlepšení financování činnosti nemocnic v České republice.

Závěr

Rozsah bakalářské práce: cca 40
Rozsah příloh:
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

GETZEN, Thomas, E. *Health economics and financing*. 4. vyd. Hoboken, N.J.: Wiley, 470 s. ISBN 978-0-470-46901-9.

MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.

MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 978-80-247-0585-0.

ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 206 s. ISBN 978-80-7013-429-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jiří Novosák, Ph.D.**
Ústav regionálního rozvoje, veřejné správy a práva
Datum zadání bakalářské práce: **17. února 2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **16. května 2014**

Ve Zlíně dne 3. února 2013

prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková
děkanka



doc. RNDr. Oldřich Hájek, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému,
- na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²;
- podle § 60³ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;

¹ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

- (1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.
- (2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.
- (3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

² zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

- (3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

³ zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

- (1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

- podle § 60⁴ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské/díplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že:

- jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně a použité informační zdroje jsem citoval;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně

15.5.2014



⁴ zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

- (2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.
- (3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce představuje systém financování nemocnic v České republice, zaměřuje se na slabá místa tohoto systému, představuje předpokládaný vývoj, analýzu vybraných faktorů financování a snaží se ukázat možné návrhy řešení, ke zlepšení systému i financování zdravotní péče samotné.

Klíčová slova: nemocnice, financování, Česká republika, úhradové mechanismy

ABSTRACT

The bachelor thesis is introducing the system of financing hospitalst in the Czech Republic. It is focused on weak places of this system and trying to give expected development. The bachelor thesis includes the analysis of chosen factors of financing a it is struggling show posible proposals to make better and high-quality health care.

Keywords: hospitals, financing, Czech Republic, payment mechanisms

Rád bych poděkoval vedoucímu své Bakalářské práce Mgr. Jiřímu Novosákovi, Ph.D, za cenné připomínky a rady při tvorbě. Dále bych rád poděkoval řediteli nemocnice Karviná-Ráj ing. Petru Kovaříkovi za poskytnutá data a Mgr. Daně Strakošové za informace z praxe.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 SYSTÉM FINANCOVÁNÍ NEMOCNIC V ČR	11
1.1 SUBJEKTY SYSTÉMU FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	11
1.2 ZDROJE FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	12
1.2.1 Všeobecné zdravotní pojištění	12
1.2.2 Spoluúčast pacientů	13
1.3 ÚHRADOVÉ MECHANISMY.....	13
1.3.1 DRG v České republice	16
2 PROBLÉMY FINANCOVÁNÍ NEMOCNIC.....	18
2.1 SOUČASNÁ SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE.....	18
2.1.1 Úhradové vyhlášky	18
2.2 NEDOSTATEK FINANČNÍCH PROSTŘEDKŮ V SYSTÉMU FINANCOVÁNÍ.....	21
2.2.1 Demografický vývoj obyvatel v České republice	21
2.2.2 Výběr zdravotního pojištění	22
2.3 NEEFEKTIVNÍ VYUŽÍVÁNÍ FINANČNÍCH ZDROJŮ	24
II PRAKTICKÁ ČÁST	26
3 HODNOCENÍ SYSTÉMU FINANCOVÁNÍ	27
3.1 SYSTÉM VÝBĚRU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	27
3.2 NESTABILNÍ PROSTŘEDÍ.....	27
3.3 SLOŽITÝ SYSTÉM ÚHRAD	29
3.3.1 Zavádění klasifikace podle DRG v ČR a jeho přínos.....	32
3.4 ROZDÍLY V ÚHRADÁCH.....	35
3.5 ANALÝZA EFEKTIVITY VYUŽÍVÁNÍ FINANČNÍCH PROSTŘEDKŮ NEMOCNIC	36
3.5.1 Nemocnice v ČR.....	36
3.5.2 Náklady nemocnic	38
3.5.3 Výnosy nemocnic	41
4 STRATEGIE ZLEPŠENÍ SYSTÉMU FINANCOVÁNÍ NEMOCNIC	44
STRATEGICKÝ CÍL 1: V OBLASTI FINANCOVÁNÍ PÉČE.....	44
STRATEGICKÝ CÍL 2: V EKONOMICKÉ OBLASTI.....	48
ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	52
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	53
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	54
SEZNAM TABULEK	56
SEZNAM PŘÍLOH	57

ÚVOD

Jako téma bakalářské práce jsem si vybral hodnocení systému financování nemocnic v České republice, a to z důvodu, že zdravotnictví a celkově péči o zdraví považuji za velmi důležitou hodnotu života v naší společnosti. Ve zdravotnictví, potažmo v nemocnicích, je zaměstnána velká část populace a zdravotnictví, jako takové, tvoří značný podíl na HDP České republiky. Zdravotnictví neustále prochází poměrně velkými změnami, což má dopad na všechny obyvatele a jako obor je zdravotnictví značně dynamické a specifické, což má vliv na ekonomiku a financování nemocnic. Skrze fakt, že zdravotnictví je dosti široký pojem, rozhodl jsem se ve své práci zaměřit na české nemocnice, protože je považuji za velmi významného činitele v tom oboru, ne-li nejvýznamnějšího. Ve své práci se snažím zaměřit na problematiku financování nemocnic, protože v současné době je to téma hojně diskutované a má na kvalitu a rozvoj nemocnic a potažmo zdravotnictví jako celku největší podíl. Ve zkratce by se dalo říci, že peněz na financování ubývá, ale nároky a výdaje se neustále zvyšují. Proto bude nutné do budoucna efektivně vyřešit problémy spojené s financováním nemocnic, abychom i jako Česká republika byli konkurenceschopní na mezinárodním trhu zdravotnictví, který se bude podle mého názoru v nejbližší době významně rozvíjet, a abychom byli schopni nabídnout dostupnou a kvalitní zdravotní péči každému občanovi České republiky.

V teoretické části, se zaměřuji na představení a charakteristiku současné situace financování nemocnic. Tento proces, byť má jádro podobné, je složitější a působí na něj mnohem více faktorů, ať už ekonomických či sociálních, než na proces financování klasických výrobních podniků, což v mých očích činí tuto problematiku zajímavější.

Praktická část se věnuje analýze vybraných charakteristik financování českých nemocnic, a snažím se představit návrhy na zlepšení, způsob a náročnost jejich realizace, i když vím, že nedílnou součástí těchto návrhů musí být politický souhlas, konsensus a zájem, což v našich podmínkách není vždy úplně zřejmé a jednoduché.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SYSTÉM FINANCOVÁNÍ NEMOCNIC V ČR

Podle Bartáka (2010, str. 97) ve světě existuje několik modelů financování péče o zdraví. Tyto modely se mohou lišit jak ve výběru prostředků na financování zdravotní péče, jejich přerozdělení tak i v poskytování péče samotné. V každém daném státě často převažuje jeden dominantní systém. Tento dominantní systém ovšem může být doplňován systémem jiným. Například ve státě, kde převažuje financování z veřejného zdravotního pojištění nebo z daňových výnosů, bývá často možnost využít doplňujícího soukromého zdravotního pojištění k úhradám za nadstandartní péči, péči v zahraničí apod.

Ve své práci se zaměřuji na financování v České republice.

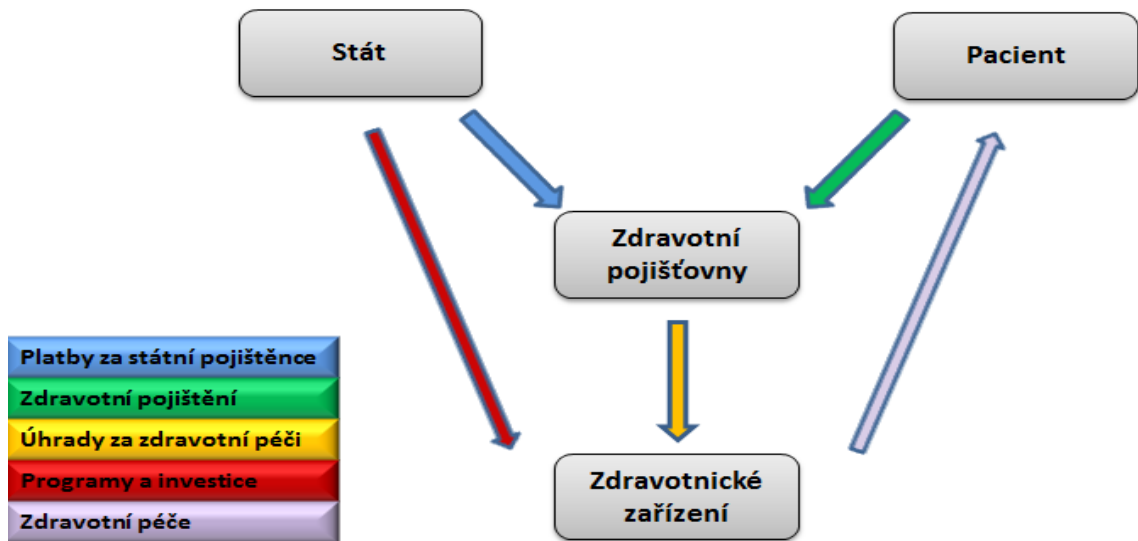
1.1 Subjekty systému financování zdravotní péče

Mezi základní subjekty vstupující do finančních vztahů v nemocnicích patří čtyři elementární skupiny.

- Pacienti
- Zdravotní pojišťovny
- Poskytovatelé zdravotní péče (nemocnice)
- Stát

Podle Durdisové (2005, str. 94) Mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče byl z historického hlediska přímý vztah, kdy pacienti lékařům za své služby poskytovali úplatu. Teprve na konci devatenáctého století do tohoto vztahu vstupují další subjekty, které vytváří předěl mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče, tím, že centralizují finance a tyto dále přerozdělují mezi zdravotnická zařízení.

Do procesu financování mohou vstupovat státní, popřípadě regionální rozpočty, které reprezentují politiku vlády a legislativu zdravotnictví a popřípadě, také samotní pacienti. V Evropě je zdravotní péče a zdravotnictví chápáno jako předpoklad společenského růstu země a právo na zdravotní ošetření je v Evropě garantováno. Státy do procesu financování nemocnic vstupují také v pozici jakéhosi správce hřiště, protože je třeba právně nastavit mantinely, aby nedocházelo k neúměrnému navyšování cen, snižování kvality, odmítání nebonitních pacientů apod.



Obr. 1 Grafické znázornění systému financování zdravotní péče v ČR (Dudrisová, 2005)

1.2 Zdroje financování zdravotní péče

Forma financujících subjektů může být soukromá nebo veřejnoprávní. V České republice jsou dominantním financujícím subjektem zdravotní pojišťovny. V současnosti (2014), zde působí 7 zdravotních pojišťoven, z nichž dle posledních údajů z roku 2012 má většinový podíl 59,3% všech pojištěnců Všeobecná zdravotní pojišťovna. (ÚZIS, 2014)

1.2.1 Všeobecné zdravotní pojištění

V České Republice je zaveden systém veřejného zdravotního pojištění povinného pro všechny občany České republiky.

Podle Dudrisové, (2005, str. 101) tento systém vychází z principu solidarity mezi občany a skrze povinné platby se na tomto systému podílí zaměstnavatelé povinnými odvody, čímž platí část pojistného za své zaměstnance a stát, který platí pojistné za ekonomicky neaktivní obyvatele. Prostředky, které takto přichází do systému, jsou separovány od státního rozpočtu České Republiky, spadají do fondu všeobecného zdravotního pojištění, který je spravován Všeobecnou Zdravotní Pojišťovnou. Tyto prostředky nejsou považovány za zdaniitelné položky a tím pádem jsou osvobozeny od daňového zatížení a snižují příjmy státního rozpočtu České Republiky.

Mezi plátce pojistného můžeme zahrnout pojištěnce (např. osoby samostatně výdělečně činné, zaměstnavatele (platí za své zaměstnance) a stát (platí pojistné za děti, důchodce, ženy na mateřské dovolené, osoby ve vazbě či výkonu trestu).

Zaměstnavatel hradí 9% z vyměřovacího základu za svého zaměstnance, ten potom ze svého příjmu odvádí zbývající 4,5%. (Šatera, 2012, str. 40)

1.2.2 Spoluúčast pacientů

Podle Durdisové (2005, str. 134) finanční spoluúčast pacientů a její zakomponování do Českého systému financování péče je historicky velmi složitá. V této oblasti v letech minulých došlo k určitému posunu, nicméně, i přesto, že opatření byla teoreticky rozpracována, ne vždy jsou politicky průchodné. Tento aspekt vede k zamyšlení, jakým způsobem pacient péči přijímá a vnímá. Jestli jako sociální službu státu, nebo jako kvalitně poskytnou službu, za kterou si připlácí. Argumenty pro finanční spoluúčast pacientů jsou v podstatě neměnné, a fungují tak, že pacientovi připomínají hodnotu služby, které se mu dostává, a podle mě nejdůležitější faktor, zavádí spoluúčast jako zodpovědnost pacienta za své zdraví a tím pádem přináší větší míru prevence. Prevence je vždy levnější než následné hašení požáru a mělo by na ní být vynakládáno větší množství finančních prostředků.

Finanční spoluúčast na nezdravotnických výkonech

Na základě Durdisové (2005, str. 135) se jedná o případy, kdy není poskytována zdravotní péče v pravém slova smyslu. Spíše jde o nezdravotnické výkony a případy typu, platba za pobyt v nemocnici. V takovýchto případech v podstatě není poskytována odborně způsobilá lékařská péče a pacient nemusí platit výdaje spojené s běžným životem, které se v době pobytu stávají náklady nemocnice. Na druhou stranu, je toto opatření dvojsečné v případech kdy pacient prokazatelně nemá dostatek finančních prostředků na provedení lékařské péče. Tomuto pacientovi by samozřejmě měla být péče poskytnuta, nicméně by měla být hrazena ze systému sociální podpory, nikoli z finančních prostředků nemocnic. Mezi další příklady v této oblasti můžeme zařadit poplatky za potvrzení, posudky, případně také dopravu.

1.3 Úhradové mechanismy

Na financování nemocnic v České republice působí 3 hlavní úhradové mechanismy, jejichž podíl se v průběhu let mění. V podstatě jde o typ procesu, kterým jsou finanční prostředky přerozdělovány mezi nemocnice za strany ZP. Jsou to:

- Výkonový systém úhrad (Platba za výkon)
- Paušální systém úhrad (Ambulantní složka)
- DRG (Diagnosis Related Group)

Po roce 1993 až do roku 1997 byly nemocnice financovány **výkonovým systémem úhrad**. Jedná o systém, kdy je nemocnicím proplacena částka, přesně za ty výkony, které provede pacientovi.

Podle Durdisové (2005, str. 126) tím, že se jedná o jednotlivou poskytnutou zdravotní péči, je ohodnocena přímo, nebo pomoci bodů. Hodnota bodu je stejná pro zdravotnická zařízení stejného typu se stejným rozsahem poskytované péče. Platba, kterou potom účtuje poskytovatel zdravotní pojišťovně je součinem bodové hodnoty jednotlivého zákroku a hodnoty bodu. Za přijatelný se obecně považuje seznam zdravotních výkonů do 2000 položek a využití tohoto systému je dnes zejména u praktických lékařů a specialistů, popřípadě v nemocnicích u složitých výkonů, které mají většinou vysoké, individuální náklady a nelze je zařadit do podobné skupiny zákroků.

Výhody	Nevýhody
Přesná struktura a množství poskytnuté péče	Administrativní, časová a technická náročnost
Flexibilita, schopnost přizpůsobit se změnám	Nadhodnocení výkonů, smyšlené výkony
Snadná kontrola poskytnuté péče	

Podle Bartáka (2010, str. 97) vzhledem k faktu, že v českých nemocnicích docházelo k umělému nadhodnocování poskytnuté péče a smyšleným výkonům, byly nemocnice od roku 1997 financovány **paušální platbou**.

Jedná se o způsob financování, kdy má nemocnice k dispozici určitý balík peněz, za které provádí zdravotní výkony podle svého uvážení, a tak vždycky dostane daný určitý obnos finančních prostředků.

Tento systém vychází z dlouhodobého objemu úhrad, které jsou poskytovány zdravotnickému zařízení. Paušální platby mohou být prováděny za rok, čtvrtletí, měsíc apod. a vychází z předešlého období.

Výhody	Nevýhody
Lehký výpočet úhrad dle minulých období	Neflexibilní, nereflexuje změny struktury péče
Přehlednost, predikce výnosů	Nerozlišuje mezi složitým a snadným případem
	V delším časovém horizontu dochází k deformaci*
	Podhodnocení zdravotních výkonů

Podle Bartáka (2010, str. 100) za nevýhodu tohoto systému je považováno, že navýšení plateb na základě tohoto systému může být provedeno pouze procentuálně na základě období minulých.

Vzniká zde tedy riziko, že s každým dalším obdobím, bude odchylka od skutečných nákladů větší a nebude přesně reflektovat komplikovanost zdravotních zákroků. U tohoto systému se může stát, že reálně poklesne kvalita zdravotní péče, vyplývající z nedodržování obsahu jednotlivých zdravotnických výkonů, léčebného nebo operačního postupu, záměny zdravotnického materiálu nebo léčiv a odhalit, popřípadě pokutovat tyto nedostatky, lze pouze při konkrétní kontrole. Tento systém neumí reagovat na změny tržních cen v kratším časovém horizontu, a pokud dojde k reakci, jde o změnu procentuální, která nemusí odpovídat realitě.

Při této formě platby v České republice docházelo každým rokem k deformacím systému v tom smyslu, že došlo k navýšení plateb, ale snížení poskytované péče a tento rozdíl se každým dalším rokem prohluboval. Proto bylo nutné, hledá nový systém úhrad. Jako možné řešení se ukázal **systém DRG** fungující v západní Evropě.

Systém DRG vznikl ve Spojených státech amerických, kde byl také v roce 1983 zaveden. Později začal být testován také v evropských státech a od roku 2012 je to také dominantní způsob úhrad v českých nemocnicích.

Systém staví na předpokladu, že náklady na léčbu stejných diagnóz by měly být podobné ve všech nemocnicích a vytváří tedy skupiny pacientů, kde jsou zařazovány jednotlivé druhy nemocí. Tyto skupiny byly vytvořeny na základě dlouhých diskuzí a konsensů medicínských odborníků, lékařů a představitelů jednotlivých zdravotních oborů.

V jednotlivých skupinách se potom zařazují pacienti dle typu léčby (medikamentózně, operativně), primární diagnózy, věku, pohlaví a komplikací. Systém, ve kterém jsou pacienti zařazováni do skupin, dle těchto faktorů se odborně nazývá Case mix.

Výše platby pro nemocnici je dána vzorcem:

$$\text{Cena diagnostické skupiny} = \text{specifická váha DRG} \times \text{základní sazba DRG}$$

(Zlámala a Bellová, 2013, str. 95)

Specifická váha se podle Zlámala a Bellové (2013, str. 96) vyznačuje finanční náročnost jednotlivých skupin založených na průměrných nákladech a základní sazba DRG je úhrada jednoho případu.

Tento systém při výpočtech úhrad bere v potaz také průměrnou dobu léčení a dává hranice pro minimální a maximální dobu potřebnou pro léčení pacienta v dané skupině.

Jednou z nevýhod tohoto způsobu úhrad je, kromě jeho poměrné technické náročnosti, etický a morální pohled na ekonomiku a péči o zdraví.

Tento systém se na zdravotnické zařízení dívá jako na ekonomický subjekt a pacienta se snaží standardizovat. Tento problém ovšem provází víceméně veškeré ekonomické procesy v nemocnicích a managementy by je měli mít vždy na vědomí.

DRG soustředí pacienty s podobnou diagnózou a podobnými náklady na léčbu do jedné diagnostické skupiny se nejčastěji používá v lůžkové péči. Výši této úhrady ovlivňují ještě tzv. komordity, což je současný výskyt další diagnózy a určení, co je hlavní, a co vedlejší diagnózou. Pokud uvedeme příklad, mohlo by se jednat o případ, kdy následkem diabetu došlo k amputaci končetiny, pokud diabetes nebyl v dokumentaci uveden, úhrada za amputaci bude nižší. V tomto systému existují pacienti, kteří jsou nezařaditelní do skupiny, pro tyto pacienty je péče vyúčtována zvlášť na základě skutečně provedených výkonů.

Výhody	Nevýhody
Stejně platební podmínky pro pacienty stejné skupiny	Náročnější na kvalitu pracovníků*
Rozlišuje mezi jednoduššími a složitějšími případy	Potřebuje svoji kultivaci*

Podle Bartáka (2010, str. 101) systém DRG je mnohem náročnější na kvalitu pracovníků, protože může dojít k nesprávnému zařazení a tím ke ztrátě v objemu finančních prostředků. Nevýhoda spočívá v práci se samotným indexem a jeho správným nastavením na jednotlivé případy. Toto správné nastavení je neustálý proces, který potřebuje svoji kultivaci a potřebuje v časovém horizontu reagovat na změny, které mají vliv na úhrady, jako například změna nákladů na nákup materiálu, nebo změn platových podmínek pracovníků.

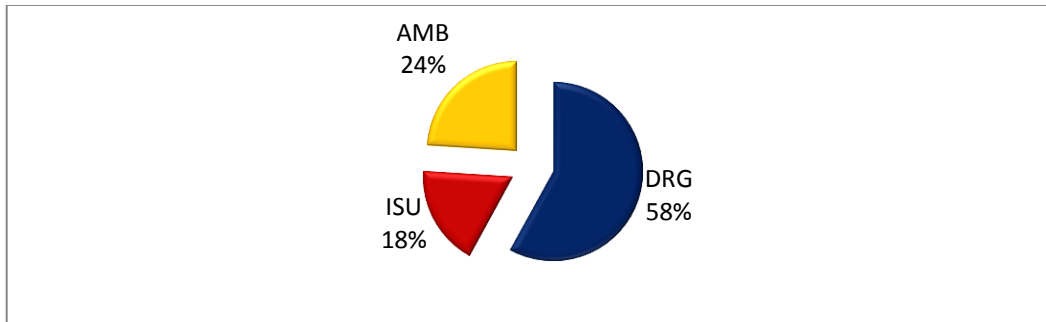
1.3.1 DRG v České republice

Na podzim roku 1997 zavedla VZP pilotní projekt DRG, kterého se účastnilo 19 nemocnic a tyto byly financovány 50:50 systémem DRG a paušální platbou. Tento projekt skončil v roce 1999 s příznivým ohlasem těchto nemocnic, ekonomickou výnosnost se však nepodařilo potvrdit, skrze rozdílnou hodnotu základních sazeb, které vycházeli z historického hlediska. V roce 2000 vyhlásila VZP druhou fázi pilotního projektu, do které bylo zahrnuto 60 nemocnic s cílem získání potřebných dat, zpětné vazby a vytvoření obecných pravidel pro správné kódování (nastavení základních sazeb a relativních vah jednotlivých zákroků). Zavádění způsobu hrad DRG není jednoduchou záležitostí. Podle Hodyce (2007, str. 30) například ve Španělsku zavádění trvalo 10 let.

Zavedení nepomáhá také nestabilní politická situace a různé názory ministerstva zdravotnictví a jejich ministrů v čase.

V současné době je systém DRG dominantním systémem plateb.

Na Obrázku 2 vidíme celkový podíl jednotlivých způsobů úhrad za veškerou péči Všeobecné zdravotní pojišťovny.



Obr. 2 Podíl jednotlivých složek úhrad v roce 2012 VZP (Ambrožová, 2010)

- *AMB – Ambulantní složka úhrad*
- *ISU – Individuální složka úhrad*
- *DRG*

2 PROBLÉMY FINACOVÁNÍ NEMOCNIC

Problémů, které se týkají financování nemocnic je spousta, a je také hodně faktorů, které tento proces ovlivňují. Zaměřuji se na ty problémy, které jsou dle mého názoru významnější a lépe uchopitelné.

2.1 Současná situace v České republice

VZP, která registruje, největší procento pojištěnců stále dělá rozdíly v základních sazbách pro jednotlivé nemocnice, a navíc nechce tyto platby za péči zveřejnit. VZP nechce smlouvy s nemocnicemi odtajnit ani po existenci pravomocných rozsudků, které říkají, že jde o veřejné peníze a ne o ochranu obchodního tajemství.

Mluvčí pojišťovny Oldřich Tichý se vyjádřil, že VZP nebude zveřejňovat detaily smluv s jednotlivými poskytovateli zdravotní péče, tedy ani podrobnosti týkající se výše plate.

Podle ředitele VZP Zdenka Kabátka si sazby nevymysleli oni jako pojišťovna, nýbrž jsou dány legislativou. Je to vlastně zakonzervovaná historická výkonnost každé nemocnic.

Stabilitu do systému financování nepřineslo také zrušení regulačního poplatku za pobyt v nemocnici, které činilo 100Kč/den na základě nálezu Ústavního soudu, což celkově sníží příjem všech nemocnic v roce 2014 o 2,1 mld. Kč.

Podle důvodové zprávy k úhradové vyhlášce (2014) nemocnice přišly o případný další významný příjem zrušením možnosti přímé platby pojištěnců za ekonomicky náročnější varianty léčby (tzv. nadstandardy).

Na základě predikcí ministerstva financí se počítá s navýšením výběru pojistného v roce 2014 o 4,1 mld. Kč a navýšení plateb za státní pojištěnce ve výši 4,7 mld.

2.1.1 Úhradové vyhlášky

Za obecný účel bychom mohli považovat snahu zajistit pro pojištěnce nejlepší kvalitu zdravotních služeb, co možná nejehospodárnějším způsobem. Peníze a navýšení, která plynou do systému, by měly směřovat k efektivně se chovajícím poskytovatelům zdravotní péče, výměnou za větší objem poskytnuté péče, která by byla vyvážána z neefektivně hospodařících zařízení.

Smysl můžeme spatřovat také ve snaze rozdělit získané finanční prostředky ze zdravotního pojištění, co možná nejspravedlivěji mezi poskytovatele péče.

Problémem se zde stává stejný typ kontraktu a úhradového mechanismu, jak pro obrovskou fakultní nemocnici, tak pro místního malého poskytovatele péče pro pár pojištěnců, malé regionální zdravotní pojišťovny.

Od roku 2008 se mohou, poskytovatelé péče individuálně dohodnou se zdravotní pojišťovnou jinak než je v úhradové vyhlášce, pokud přitom ovšem respektují zajištění dostupnosti služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Úhradová vyhláška 2013

Zejména předposlední, úhradová vyhláška pro rok 2013 byla velmi diskutovaná, byla přijata poměrně pozdě a se spoustou námitek od lékařů a české lékařské komory, která dokonce podala návrh na zrušení této vyhlášky k Ústavnímu soudu. Důvodem podání toho návrhu bylo snížení plateb na 94 % předchozího roku u nemocnic a na 98 % u ambulancí. Vyhláška také nezohledňuje růst DPH a cen energií. Další problém je v tom, že při překročení nasmlouvaných limitů péče, uhradí pojišťovny nemocnicím pouze část peněz. Tato část by se měla rovnat 30% řádné běžné úhrady. Situace, která z toho vyvstává, je velice nepříjemná pro všechny zúčastněné v procesu přerozdělování. Jsou nemocnice, kterým chybí peníze na péči a ty jsou nuceny porušit zákon a přestat péči poskytovat, v dobrém případě prodlouží čekací doby a péči budou muset částečně hradit ze svého. Svým způsobem tak dojde k určité diskriminaci pacientů pravidelně platících zdravotní pojištění.

Další problém vyvstává při úhradě za neodkladnou péči. Tu je povinen poskytnout každý poskytovatel zdravotní péče a je odborně a psychicky náročnější než běžná zdravotní péče. U těchto výkonů došlo nepochopitelně ke snížení plateb o 25%.

Jako nepředvídatelnost této vyhlášky je označováno to, že lékaři a nemocnice se až v polovině roku 2014 dovědí, jaké budou skutečné úhrady od jednotlivých zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny totiž pravidelně vysílají své revizní lékaři, kteří často seškrtávají platby za výkony. (Medical Tribune, 2013)

Jako další ohrožení pro pacienty je považována podfinancování úhradové vyhlášky. Zákon č. 48/1997 Sb. v par. 13 odstavci 1 zaručuje zdravotní péči na úrovni dostupných poznatků lékařské vědy. Toto ustanovení tím pádem, zejména nemocnice, nebudou schopny naplnit, protože nebudou mít dostatek finančních prostředků na finančně náročnou moderní léčbu.

Úhradová vyhláška 2014

Podle Advanced Institute úhradová vyhláška pro rok 2014 nebyla tak vehementně diskutována jako její předchůdkyně, a to zejména z důvodu, že poskytovatelům zdravotní péče přináší větší objem finančních prostředků.

Ministerstvu zdravotnictví se touto úhradovou vyhláškou poprvé povedlo částečně přiblížit základní sazby mezi nemocnicemi a přitom neohrozit specializovaná zdravotnická zařízení. Ministerstvo tuto situaci vyřešilo pomocí zavedení koeficientů specializace, které umožňují zmenšit rozdíly v základních sazbách mezi jednotlivými nemocnicemi a mezi zdravotními pojišťovnami.

Nový systém úhrad tak vlastně funguje jako rozpočet vycházející z produkce jednotlivé nemocnice v referenčním období, oceňované a klasifikované podle DRG ve spolupráci s uměle vytvořeným koeficientem specializace.

Vedle hlavního cíle navýšení plateb pro poskytovatele zdravotní péče, bylo při tvorbě této vyhlášky snaha ministerstva zachovat systém DRG, který se používá ve většině evropských zemí, a přiblížení rozdílů základních sazeb mezi nemocnicemi. Rozdíly mezi sazbami lze pojmově ze dvou různých důvodů. První důvod je systematický a jedná se o rozdíl mezi specializovanými a méně specializovanými poskytovateli zdravotní péče. Rozevírání tohoto rozdílu v základních sazbách se snaží vyřešit koeficient specializace. Vedle tohoto systematického rozdílu, existují také poměrně značné rozdíly mezi základní sazbou podobně specializovaných nemocnic, které nejsou ničím zdůvodněné. Částečně je rozdíl způsoben historickou situací, vývojem úhradových vyhlášek a tím, že nemocnice byly po novém miléniu placeny na základě výsledků z 90 let, popřípadě na základě toho, jak se individuálně se zdravotní pojišťovnou dohodli.

Úhradová vyhláška tedy často řeší problémy, které sama zapříčinila v letech minulých.

České zdravotnictví bez úhradové vyhlášky?

Při zrušení úhradové vyhlášky, podle Advance Institute (2014), panují obavy ze snížení dostupnosti poskytované péče. Na druhé straně panuje také názor, že neodůvodněné rozdíly v úhradách a dostupnost péče by pomohl místo úhradové vyhlášky řešit nově vytvořený regulační úřad, který by hlídal dostupnost péče pro pojištěnce a také by sledoval finanční zdraví zdravotních pojišťoven. K lepší dostupnosti a financování by také vedla větší konkurence mezi ZP.

Pokud se podíváme za hranice, zjistíme, že na Slovensku byla zrušena úhradová vyhláška z roku na rok. Nedošlo ke zhroucení úhrad případně k horší dostupnosti péče. Úhrady, víceméně zůstali nezměněny a poskytovatelé se se zdravotními pojišťovnami dohodli. Později dokonce, v globále, si poskytovatelé vynutili navýšení úhrad. Při zrušení úhradové vyhlášky by nevalil ani zavedený systém DRG, na Slovensku se plánuje přechod na německý systém DRG. Německo ostatně vůbec nemá úhradovou vyhlášku a platby jsou kolektivně vyjednávány.

2.2 Nedostatek finančních prostředků v systému financování

Když se podíváme na vývoj nákladů a výnosů všech nemocnic v České republice, můžeme spatřit jejich vzrůstající trend. (graficky znázorněno v dalších kapitolách)

Zejména v nákladových položkách můžeme očekávat jejich vzrůstající charakter i nadále, a to vzhledem k novějším technologiím, zdravotnickým přístrojům i metodám používaných při poskytování zdravotní péče. Náklady na tuto moderní zdravotní péči bude těžké neustále financovat, vzhledem k vývoji demografické strukturu obyvatelstva.

Při pohledu na celkovou ekonomickou situaci obyvatel České republiky (míra nezaměstnanosti, průměrná mzda), nelze v budoucnu předpokládat výrazné navyšování příjmů za zdravotní pojištění, a tím pádem hrozí riziko podfinancování a omezení poskytované zdravotní péče.

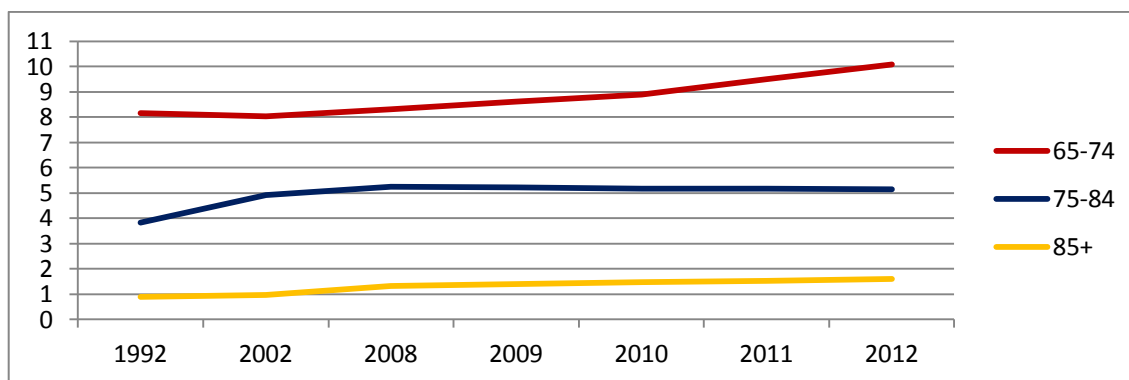
2.2.1 Demografický vývoj obyvatel v České republice

V České republice dochází dlouhodobě ke stárnutí populace. Toto stárnutí má vliv zejména na budoucnost financování. Z dlouhodobého vývoje lze predikovat stav budoucí, kdy se budou zvedat průměrné náklady na ošetření jednoho pacienta.

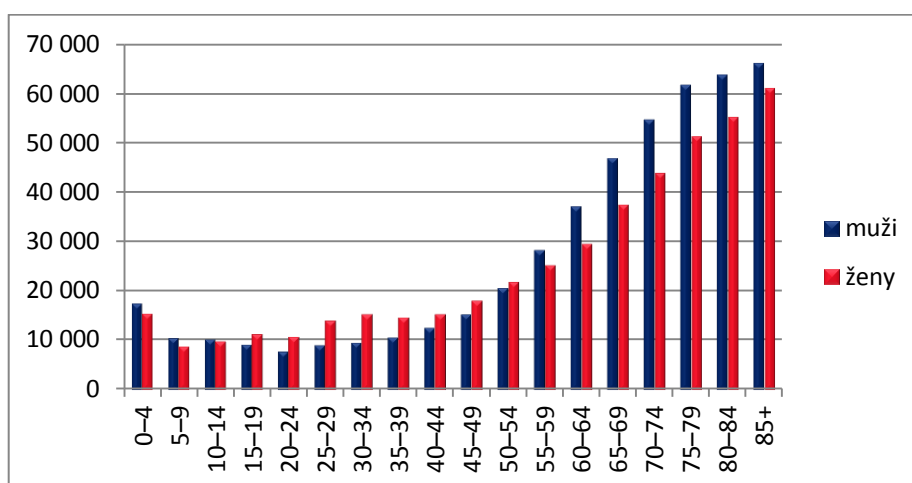
Tab. 1 Vývoj průměrného věku obyvatel ČR (ČSÚ, 2012)

2007	2008	2009	2010	2011	2012
40,3	40,5	40,6	40,8	41,1	41,3

V Tabulce č. 1 výše, vidíme zjevné postupné navyšování průměrného věku obyvatel České republiky. Tento trend se předpokládá i do následujících let. Z Obrázku 3 níže, můžeme vidět, že se každým rokem zvedá podíl osob na 65 let. Pokud tyto údaje srovnáme s Obrázkem 4, který zachycuje průměrné náklady na léčbu pacienta dle věku, potvrdíme si znepokojivý trend, který se týká stálého růstu nákladů spojeného s fenoménem stárnutí populace.



Obr. 3 Vývoj podílu obyvatel ve věku nad 65 let v ČR (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)



Obr. 4 Náklady na zdravotní péči 1 pojištěnce podle věku (ÚZIS, 2012)

2.2.2 Výběr zdravotního pojištění

V návaznosti na vzrůstající trend nákladů za zdravotní péči a věkové struktury obyvatel, musí logicky docházet také k navyšování výnosů. Tyto výnosy jsou zajištěny zejména navyšováním předepsaného pojistného za státní pojištění. Je to v podstatě nejjednodušší způsob zásahu státu do systému financování nemocnic. Níže v Tabulce č. 2 vidíme vzrůstající trend celkového výběru pojistného. V podstatě tedy dochází k situaci, že občané si zdravotní péči platí dvakrát, poprvé ze svého povinného zdravotního pojištění a podruhé navyšováním plateb ze státu, který musí potřebné finanční prostředky najít v jiném segmentu, za který platí občané daně.

Tab. 2 Vývoj výběru zdravotního pojištění (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)

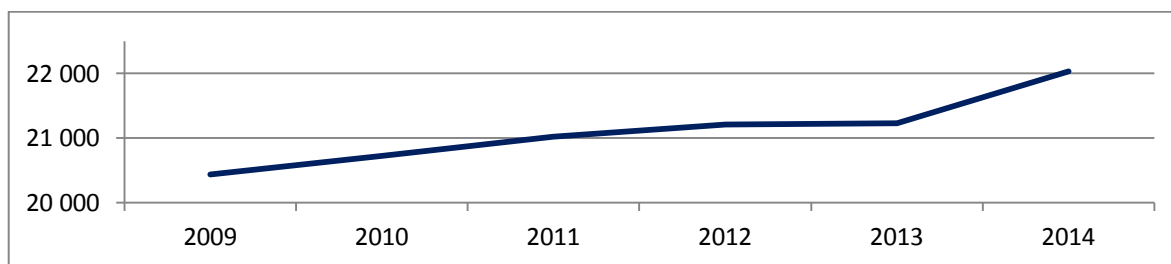
V mil. Kč	2008	2009	2010	2011	2012
Předepsané pojistné celkem	161 629	163 221	162 862	167 642	170 129

Tabulka č. 3, níže, zřetelně dokládá tvrzení o postupném navyšování plateb ze strany státu. Pokud převedeme údaje do absolutních hodnot jenom navýšení plateb z roku 2011 až 2012, které bylo nejmírnější, znamenalo navýšení o 1,65 mld. Kč (letos se predikuje 4,7mld. Kč).

Tab. 3 Vývoj podílu zdravotního pojištění placeného státem (ÚZIS, 2012,)

Platby zdravotním pojišťovnám v %	2008	2009	2010	2011	2012
zdravotní pojištění placené státem	47,2	49,2	52,5	52,7	52,9

Veškeré tyto aspekty se projevují v celkových nákladech na zdravotní péči jednoho pojištěnce v České republice. Jak vidíme z Obrázku 5 níže, mají opět vzrůstající charakter. K největšímu nárůstu dochází mezi lety 2013-2014, což je způsobeno zejména zvýšením sazby DPH, růstem všech ostatních nákladů a zhoršující se demografickou situací. Vzrůstající charakter je předpokládán i nadále.



Obrázek 5 Vývoj celkových průměrných nákladů na 1 pojištěnce (ÚZIS, 2014, vlastní zpracování)

Moderní a nákladnější technologie ve zdravotnictví

Dalším aspektem, který souvisle zvyšuje náklady na poskytovanou zdravotní péči, jsou nové a moderní technologie. Nové přístroje na nová oddělení si vyžadují vysoké investice, ovšem nabízí širší škálu možných vyšetření a zkracují dobu nutnou k pobytu ve zdravotnických zařízeních. Tyto investice se musí finančně vrátit, proto lze, ze strany poskytovatelů zdravotní péče očekávat snahu o navýšení spoluúčasti.

Poplatky v nemocnicích

V roce 2013 zrušil Ústavní soud stokorunový poplatek za pobyt v nemocnici, z důvodu, že pro některé skupiny obyvatel má tzv. rdousící efekt. V návaznosti na toto rozhodnutí, Rusnokův kabinet schválil novelu zahrnující poplatek za pobyt v nemocnici 60 korun a osvobození od dětí. Do konce roku už ji však poslanecká sněmovna nestihla projednat, takže se v současnosti neplatí nic.

Dle prohlášení ministra Německa znamená tato situace výpadek 2,1 mld. Kč ročně pro nemocnice, což už v tak složité situaci financování není optimistické. Dorovnání tohoto výpadku by mělo proběhnout formou navýšení plateb za státní pojištěnce a mělo by být dorovnáno ve dvou fázích. První v červenci 2014, druhá v říjnu 2014, což dokládá tvrzení odstavce výše.

Takovéto nestabilní podmínky a chování zúčastněných subjektů nedává systému stabilitu, aby se mohl plánovaně a logicky rozvíjet a stávat se efektivním. Výpadky jsou postupně dorovnávány ze strany státu, který musí peníze hledat v jiných segmentech. Časem by se mohlo dojít do fáze, kdy už nebude z čeho brát.

2.3 Neefektivní využívání finančních zdrojů

Neefektivní využívání finančních zdrojů je další dlouhodobý problém celkově v celém segmentu zdravotnictví. Je způsoben zejména vedením jednotlivých nemocnic a jejich ředitelů, kteří jsou orientováni spíše na výnosovou stránku než nákladovou jak je tomu u výrobních podniků. Snahou je spotřebovat všechny výnosy, aby nedošlo ke snížení plateb v dalším roce. V níže uvedených grafech můžeme sledovat, že pokud nerostou výnosy, nerostou také náklady, pokud, ale dojde k výnosovému skoku, tyto finance jsou okamžitě spotřebovány.

Předpokladem pro zlepšení, je stav, kdy se nemocnice budou muset mnohem více centralizovat a specializovat, a to jak v druzích poskytované péče, tak v nákladových položkách. Případnou velkou úsporou bych spatřoval v centrálních nákupech zdravotní techniky a prostředků krajských nemocnic, případně ve slučování některých oddělení a slučování nezdravotních částí, jako například stravovací provozy.

Průhlednější veřejné zakázky

Každý z nás je každodenním svědkem podezřelých informací vztahujících se k veřejným zakázkám, nákupu služeb, předražených projektů, propojování veřejného zájmu se zájmem korporací a firem. Toto všechno bohužel neminulo ani oblast zdravotnictví, pod kterou spadají také nemocnice samotné.

Tyto nekalé praktiky sice nemají přímý vliv na financování nemocnic jako takové, ale mají velký vliv na objem finančních prostředků, které přitékají do nemocnic přes zdravotní pojišťovny, dotace, dary apod.

Čím větší je únik peněz ze systému a čím víc vzniká podezřelých a netransparentních projektů, tím méně prostředků dostanou nemocnice a tím méně bude kvalitní péče poskytovaná pojištěncům, kteří si poctivě platí pojistné po celý aktivní život.

Elektronické aukce

Jde o nový systém soutěžení výběrových řízení, postupně zaváděný do zdravotnictví, který by mohl vyřešit spoustu úniků finančních prostředků a do výběrových řízení vnést více světla. Tyto e-aukce jsou schopny ušetřit až 15% nákladů. Jednotlivý uchazeči o výběrové řízení mezi sebou soutěží a kdo přihodí nejnižší cenu, stává se výhercem výběrového řízení a získává zakázku. Pokud by se nemocnicím povedlo do těchto aukcí svěřit třicet procent svých nákupů, tak při uvažování 15% úspory bychom mluvili o miliardách, které by se nemocnicím vrátili. Rozhodující faktorem je tedy vůle udělat nákup úsporně.

Nově se veškerá příslušná dokumentace k veřejným zakázkám zveřejňuje na internetu. Dále zaměstnanci, podílející se na procesu výběrového řízení nesmějí pro uchazeče o výběrové řízení provozovat žádnou činnost za úplatu. Jako další je připravován systém referenčních cen, který by měl být schopen odhalit podezřelé veřejné zakázky.

Kongresová turistika

Součástí reformy zdravotnického systému by měla být také opatření pro zamezení tzv. kongresové turistiky. V podstatě jde o situaci, kdy lékař na náklady farmaceutických firem vyjíždí na drahé dovolené pod záštitou kongresového sjezdu, hromadného školení a na oplátku předepisuje léky právě té, či oné farmaceutické společnosti. Novým pravidlem se stává, že státem řízené nemocnice nesmějí přijímat sponzorské dary od dodavatelů. Zejména jde o účelové dary, například pro určitá oddělení, ostatní dary musí nemocnice zveřejňovat na internetu.

Zapojení pacienta do prevence

V současnosti v podstatě neexistuje celistvý program prevence pacientů. Prevence je schopna snižovat a zefektivňovat náklady na zdravotní péči, ještě než dojde k léčbě samotné. Existuje hodně myšlenek, které zatím nevešly v praxi. Jedná se například o snížení pojistného pojištěncům, kteří pravidelně navštěvují preventivní prohlídky u lékařů, snížení pojistného pro nekuřáky, popřípadě nahrazení regulačních poplatků speciální daní, která by zatížila prodej cigaret. Tento výnos by mohl být přerozdělován mezi zdravotnická zařízení.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 HODNOCENÍ SYSTÉMU FINANCOVÁNÍ

3.1 Systém výběru zdravotního pojištění

Systém výběru zdravotního pojištění je v ČR zaběhnutý, vcelku přehledný a existují příslušná data, na základě, kterých se dá predikovat jeho vývoj. Negativa spatřuji v, až příliš velké solidaritě systému, spočívající ve velkém rozdílu plateb za státní pojištěnce a platby pojistného od zaměstnavatelů.

- Minimální vyměřovací základ OSVČ - 1752,-Kč
- Platba za státní pojištěnce - 845,-Kč
- Vyměřovací základ zaměstnance s průměrným platem – 3496,-Kč

Vzhledem k faktu, že velké procento státních pojištěnců jsou lidé v důchodovém věku, kojenci apod., jejichž péče je nejdražší a platby ze strany státu, za její pojištěnce jsou nejnížší, způsobuje tato situace problémy zejména VZP, která registruje nejvíce státních pojištěnců. Zaměstnanci mají spíše tendenci registrovat se u zaměstnaneckých pojišťoven. Procentuálně navíc existuje trend navyšování podílu pojistného za státní pojištěnce, uvedený v Tabulce č., což je způsobeno celkovou ekonomickou situací (HDP, nezaměstnanost) Z tohoto důvodu *se dlouhodobě náklady na péči nerovnali jejich výnosům* a nemocnice musely hospodářský výsledek dohánět doplňkovými činnostmi jako je pronájem prostor nebo prodej zboží a minimalizace vlastních nákladů.

Řešení

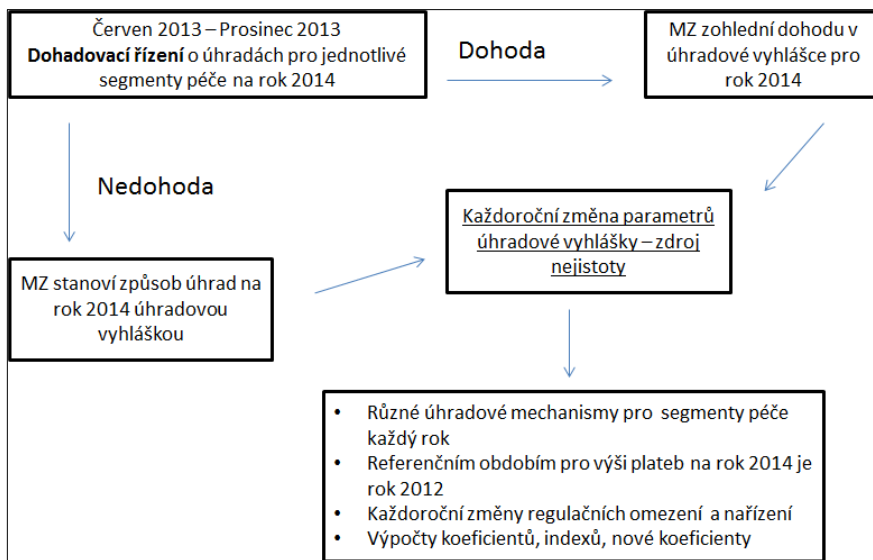
Nelze předpokládat navýšení plateb za státní pojištěnce, proto stát a některé pojišťovny zavádí systém DRG, fungující v Evropských zemích, jako nástroj reflektující skutečné náklady na tzv. hospitalizační případ a jako motivující prvek pro vedení nemocnic hospodařit efektivně.

3.2 Nestabilní prostředí

Obrovským přínosem pro systém financování nemocnice a pro nemocnice samotné by bylo stabilní prostředí, ve kterém mohou nemocnice rozvíjet svoji činnost.

Každoročně probíhá dohádovací řízení, kterého se účastní svaz zdravotních pojišťoven, asociace nemocnic a MZ. Dohadují se způsoby a parametry úhrad jednotlivých segmentů zdravotní péče (lůžková péče, následná, akutní, gynekologie, oční apod.). Pokud dojde k dohodě, MZ tuto zohlední v úhradové vyhlášce pro příští rok.

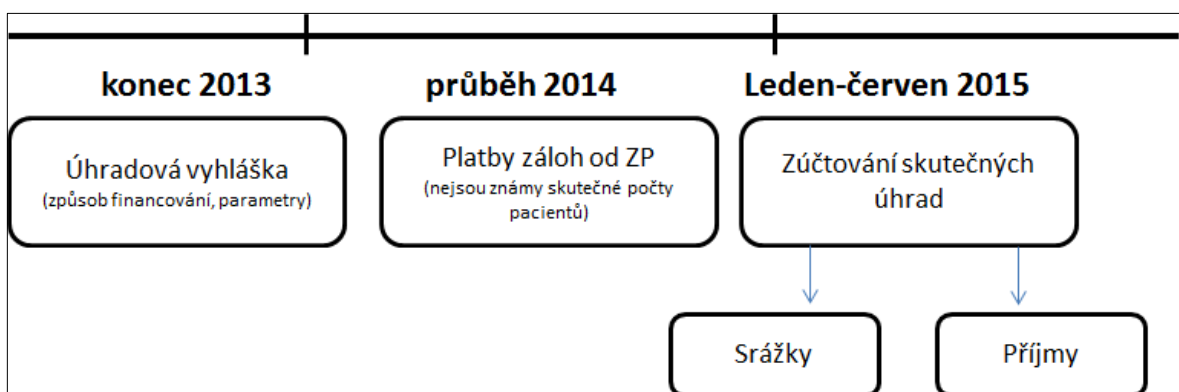
Pokud k dohodě nedojde, nastaví MZ parametry a způsob financování samo. Většinou se jedná o procentuální navýšení plateb oproti referenčnímu období, ovšem násobené mnohými koeficienty. Problém je také, že referenční období pro rok 2014 je rok 2012. Vzhledem k dynamice oboru může být odchylka nákladů a faktorů ovlivňujících financování během dvou let značná.



Obr. 6 Proces tvorby úhradových parametrů (vlastní zpracování)

Poskytovatel zdravotní péče a zdravotní pojišťovna se mohou dohodnout individuálně jinak, pokud respektují příslušné legislativní předpisy.

Dalším aspektem stojícím za uvedením je časová posloupnost, kdy se skutečně nemocnice dovědí, s jakým obnosem peněz hospodařili.



Obrázek 7 Časový průběh zúčtování mezi nemocnicemi a ZP (vlastní zpracování)

Tyto skutečnosti vedou téměř k nemožnosti plánovat svůj rozvoj. Pokud nemocnice nezná skutečnou výši výnosů, může jenom s tíží plánovat investice.

- Provozní investice (zateplení, světla na operačních sálech, rozvody atd.)
- Investice na inovace (nákup moderních přístrojů, stavba PET center atd.)

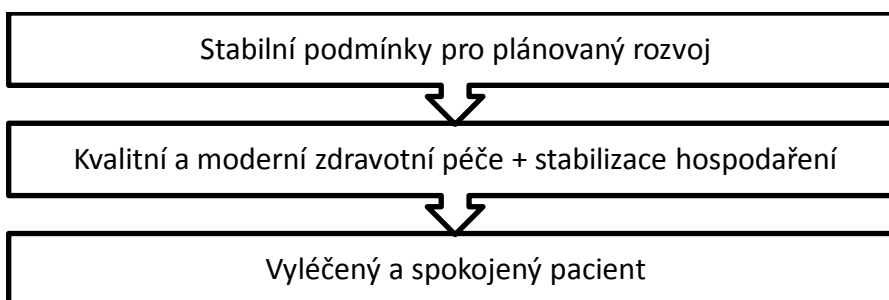
V konečném důsledku má jít vždy o kvalitně poskytnutou péči za pomocí moderních technologií a postupů.

Návrh řešení

Stabilizovat parametry úhradové vyhlášky na delší časové období, zejména v oblasti koeficientů, výpočtů úhradových vzorců pro jednotlivé segmenty péče a regulačních omezení. V případě procentuálního navýšení výnosů, nebo změny hodnot bodů oproti referenčnímu období, by nemocnice byly schopny poměrně přesně určit své výnosy, jelikož by znali skutečné výnosy z minulých období při stejném výpočtu.

Doporučení nemocnicím sdružovat se do asociací a účastnit se dohodovacích řízení s maximálním cílem dohodnout se se ZP, protože v konečném důsledky nemusí být v zájmu, jak zdravotních pojišťoven, tak nemocnic provádět úhrady na základě úhradové vyhlášky.

Případný přínos navrhovaných řešení



Obr. 8 Znázornění předpokládaného vlivu řešení (vlastní zpracování)

3.3 Složitý systém úhrad

Do procesu úhrad vstupují vlivy na úhradové mechanismy z minulosti, nastavené sazby a hodnoty bodu podle minulých období a stávající smlouvy o úhradách se ZP.

V tomto složitém systému úhrad se nelehce pořizují data a sleduje skutečná nákladovost léčby pacientů.



Obr. 9 Srovnání způsobu letošních úhrad s minulými (vlastní zpracování)

Vybraný příklad výpočtu úhrady

Podle úhradové vyhlášky (2014) pro stanovení maximální úhrady v ambulantní péči, se nově pro rok 2014 zavádí koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné ZP. Výsledný vzorec pro výpočet vidíme na Obrázku 10

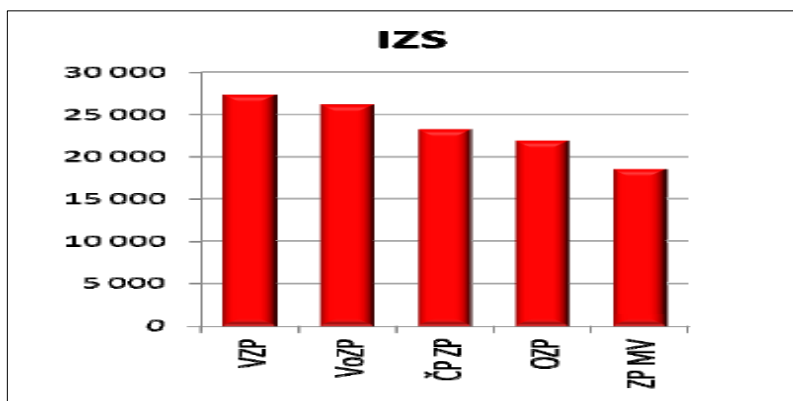
$$\dot{U}hr_{amb_{max}} = \dot{U}hr_{amb_{2012}} * 1,05 * Kp_p$$

Obr. 10 Výpočet maximální úhrady ambulantní péče pro rok 2014 (Úhradová vyhláška, 2014)

Tab. 4 Vážené změny pojištěnců (Úhradová vyhláška, 2014)

Index vážené změny počtu pojištěnců mezi 1.1.2014 a 1.1.2012								
kraj / ZP	VZP ČR	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZP ČR	MV	RBP
Hlavní město Praha	0,960	1,106	1,777	1,005	1,000	1,057		1,000
Jihočeský	0,991	1,021	1,141	1,054	1,000	1,051		1,000
Jihomoravský	0,976	1,201	1,055	1,011	1,000	1,049		1,007
Karlovarský	0,962	1,164	1,070	1,087	1,000	1,037		1,000
Kraj Vysočina	0,996	1,161	1,034	1,147	1,000	1,043		1,000
Královohradecký	0,978	1,055	1,052	1,144	1,035	1,059		1,000
Liberecký	0,990	1,104	1,037	1,151	1,106	1,070		1,000
Moravskoslezský	0,931	1,059	1,027	1,079	1,000	1,066		1,054
Olomoucký	0,967	1,084	1,022	1,078	1,000	1,077		0,939
Pardubický	0,985	1,109	1,064	1,167	1,000	1,058		1,000
Plzeňský	0,967	1,209	1,013	1,069	1,000	1,052		1,000
Středočeský	1,006	1,182	1,031	1,079	1,015	1,073		1,000
Ústecký	0,981	1,195	1,043	1,017	1,000	1,062		1,000
Zlínský	0,986	1,161	1,043	1,038	1,000	1,077		1,016

V mediích se možná dovíme, že došlo k navýšení plateb na 105%, o výše zmíněném koeficientu, už ovšem nikdo nemluví. V Moravskoslezském kraji je největší odliv pojištěnců od VZP, proto se musí maximální úhrada na úrovni 105% vynásobit indexem 0,931, čímž v podstatě nedojde ze strany VZP k navýšení plateb. Ke skutečnému dorovnání výpadku už nedojde vzhledem k rozdílným individuálním základním sazbám jednotlivých pojišťoven uvedených na Obrázku 11. VZP má základní sazby dlouhodobě nejvyšší.



Obr. 11 Průměrné základní sazby ZP v Kč (Horák, 2012)

Konkrétní vývoj úhradových mechanismů uvádím na datech VZP jako dominantní zdravotní pojišťovny a protagonisty DRG.

Tab. 5 Vývoj úhradových mechanismů VZP (Horák, 2012)

2007	Globální paušální sazba + centra se ZS + MNP
2008	Paušální úhrada (hosp., amb.) + centra se ZS + MNP + TEP
2009	Paušální úhrada (hosp.) + DRG + Amb. + centra se ZS + MNP + ISU
2010	Paušální úhrada (hosp.) + DRG + Amb. + centra se ZS + MNP + ISU
2011	Paušální úhrada (hosp., amb.) + centra se ZS + MNP
2012	DRG alfa + úhrada vyčleněná z DRG (beta) + Amb. + Centra se ZS + ISU
2013	DRG alfa + úhrada vyčleněná z DRG (beta a gama) + Amb. + Centra se ZS + ISU

Od roku 2012 je DRG je jako hlavní klasifikační mechanismus v úhradové vyhlášce pro hospitalizační péče. DRG se jeví jako dobrý mechanismus sblížující výnosy pro podobné nemocnice za hospitalizační případ (diagnózu).

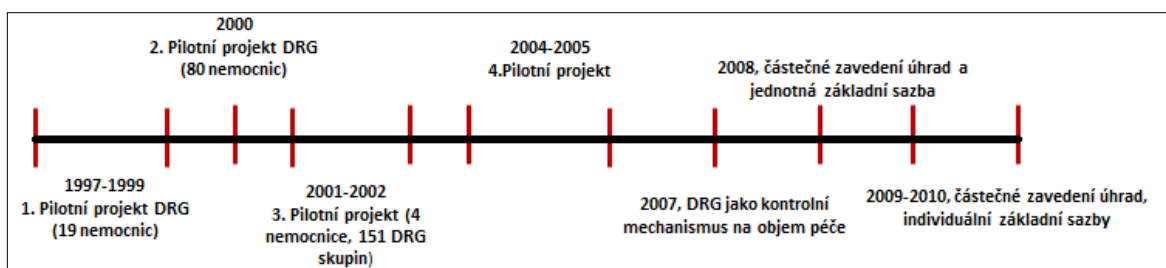
3.3.1 Zavádění klasifikace podle DRG v ČR a jeho přínos

- *Motivace chovat se efektivně*

Podle důvodové zprávy k úhradové vyhlášce (2014) v devadesátých letech byly nemocnice placeny paušálními platbami, kdy ve srovnání s předchozím rokem musely nemocnice vykázat například 90% bodů a obdržely 105% příjmů. V takovémto systému neexistuje motivační prvek, pokud se bavíme o skupinách pacientů s podobnými náklady, lze lépe najít pod či nad financované segmenty péče, popřípadě může DRG sloužit k porovnání mezi nemocnicemi navzájem, kdy nemocnice mohou zjistit, že určitou skupinu pacientů ošetřují draž, a management může hledat příčiny.

Používaný DRG systém má 25 hlavních diagnostických kategorií (nadskupin), které jsou dále členěny do cca 1000 podskupin.

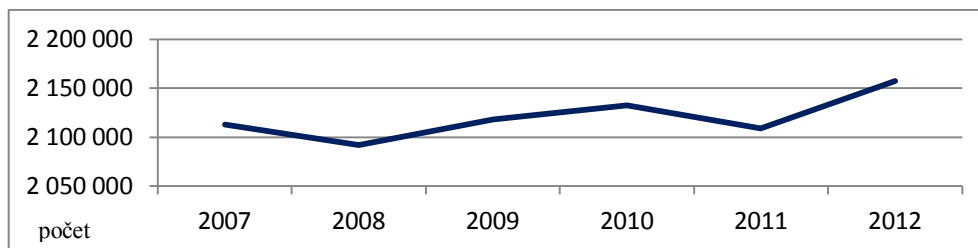
Na Obrázku 12 vidíme časovou řadu postupného zavádění úhradového mechanismu DRG v České republice.



Obr. 12 Časová řada zavádění DRG ze strany VZP (vlastní zpracování)

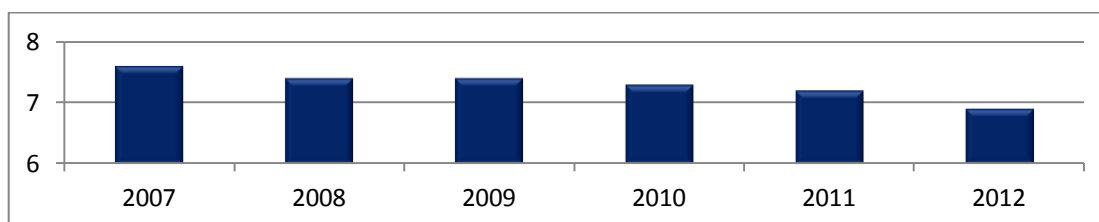
Pokud se podíváme na vývoj základních ukazatelů o léčení od doby zavádění DRG vidíme posun do optimálnějších hodnot ve všech ukazatelích. Jak bylo řečeno v teoretické části systém DRG by měl vést ke zkrácení ošetrovací doby, což spatřujeme na Obrázku 14. Zkracování ošetrovací doby je na každý pád pozitivní vývoj, protože vede k větší kapacitě nemocnic a lepšímu využití struktury nemocničních lůžek.

Systém DRG působí jako motivační úhradový mechanismus a základ transparentního financování. Výsledky zavádění DRG se snažím porovnat s ukazateli konkrétní nemocnic Karviná-Ráj a tím potvrdit obecný trend.



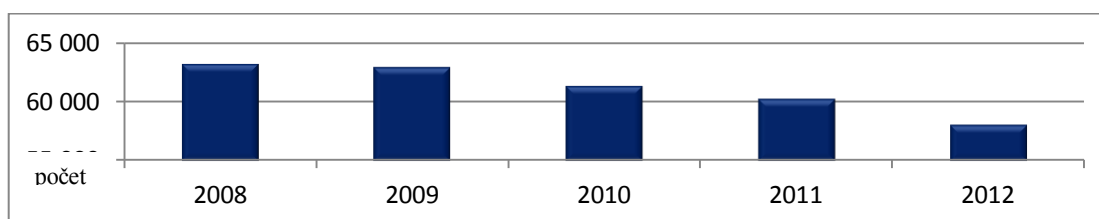
Obr. 13 Vývoj počtu hospitalizací (ÚZIS, 2014, vlastní zpracování)

Vývoj počtu hospitalizovaných pacientů je dlouhodobě zhruba na stejné výši, k zdatelnému navýšení došlo mezi roky 2011 a 2012. Tento vzrůst je spojen právě se zaváděním systému DRG, který díky svým vlastnostem snižuje dobu léčení a umožňuje hospitalizovat více pacientů za stejné časové období.



Obr. 14 Vývoj průměrné ošetrovací doby ve dnech (ÚZIS, 2014, vlastní zpracování)

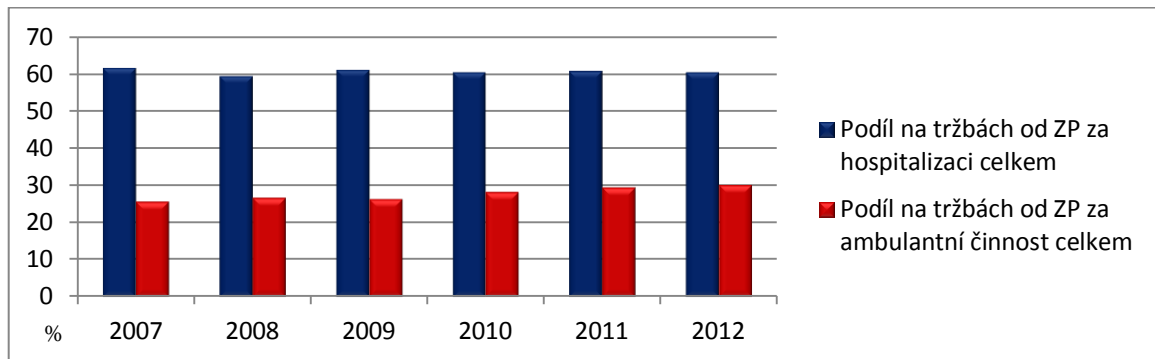
Dalším pozitivním trendem, který souvisí se zaváděním DRG je snižování počtu lůžek v nemocnicích. Tento trend souvisí se snahou nemocnic chovat se efektivně a při stejné platbě za skupinu ošetřit co možná největší počet pacientů. Tato snaha je podobná výrobním podnikům, které se snaží optimalizovat své vnitřní procesy, aby mohli vyrobit co největší počet statků. Snižování počtu lůžek není způsobeno pouze úhradovým mechanismem DRG, nicméně od doby zavedení je trend podstatně výraznější.



Obr. 15 Vývoj počtu lůžek v českých nemocnicích (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)

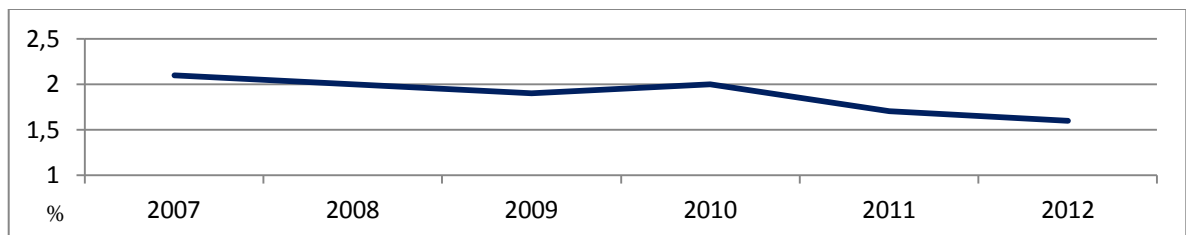
DRG vedlo také ke zvýšení podílu tržeb za ambulantní činnost nemocnic. Na Obrázku 16 vidíme zcela zřetelně tento trend. Je způsoben snahou nemocnice ošetřit pacienta, v co možné nejkratší době dané charakteristikou DRG, proto dochází k efektu, kdy nemocnice pacientovu péči rozdělí např. na dvě ambulantní návštěvy, místo tří dnů na lůžkové péči.

V praxi potom dochází k tomu, že za jeden případ je nemocnici uhrazena jednak základní sazba za případ podle klasifikace DRG a dále v individuální složce úhrad jsou uhrazeny dvě návštěvy ambulantní péče dle nasmlouvaných hodnot bodu.



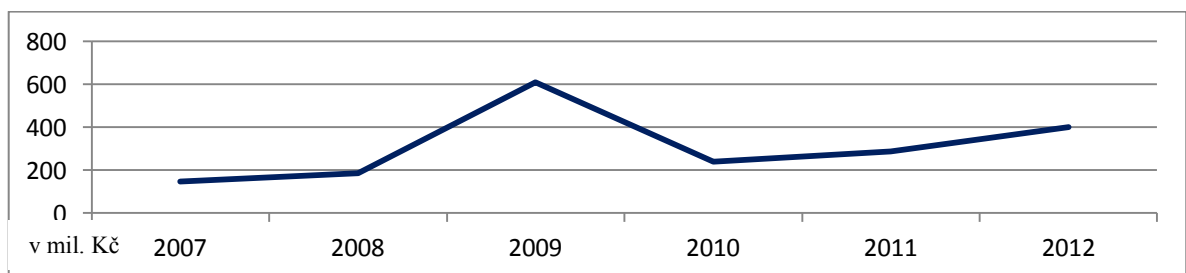
Obr. 16 Vývoj podílu ambulantní a lůžkové péče (ÚZIS, 2014, vlastní zpracování)

Celkově toto efektivní chování managementu nemocnic vycházející z motivačního prvku DRG vede podle Grafu č. 17 níže k možnosti menšího podílu dotací od svých zřizovatelů, což je pozitivní trend, který má vliv pro každého občana platícího pravidelně daně.



Obr. 17 Vývoj podílu dotací od zřizovatelů na výnosech (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)

Veškeré tyto aspekty mají dále vliv na celkový HV, který se od roku 2009 postupně stabilizoval a vykazuje vzrůstající charakter. Výsledné HV je samozřejmě ovlivněno spoustou jiných faktorů, ale vzhledem k tomu, že většina příjmů jde přes ZP a systém DRG, považují jej za jednu z nosných zdí stabilizace celkového HV nemocnic.



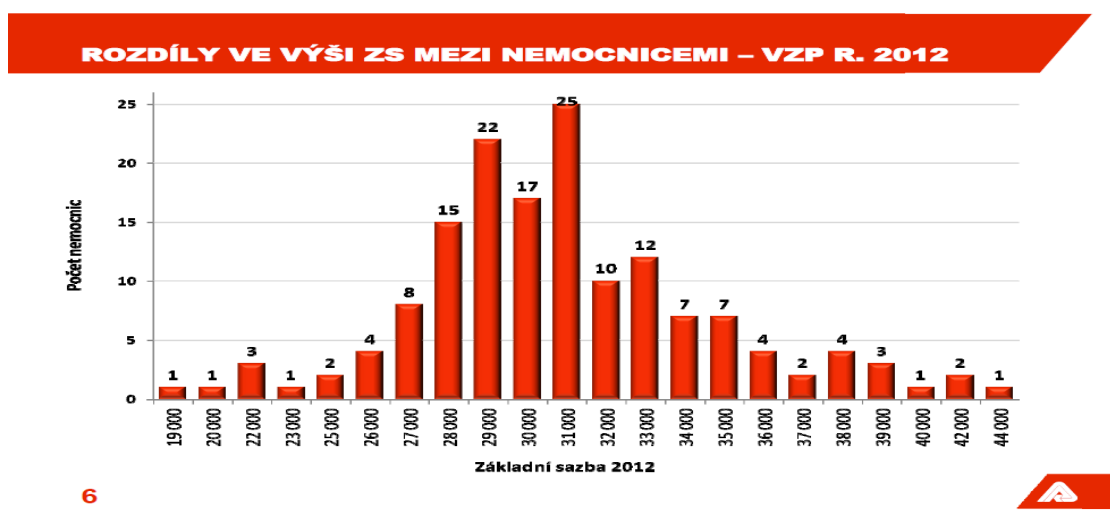
Obr. 18 Vývoj hospodářského výsledku všech nemocnic ČR (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)

3.4 Rozdíly v úhradách

Rozdíly úhrad vyplývají zejména z

- Nerovných podmínek v úhradách mezi pojišťovnami
- Nejednotné výše základní sazby

V Příloze č. 2 uvádím základní sazby z roku 2012 zveřejněné VZP v Lidových novinách. Z této přílohy je zjevné, že rozdíly mezi základními sazbami jsou až dvojnásobné.



Obrázek 19 Rozdíly v základních sazbách mezi nemocnicemi v tis. Kč (Horák, 2012)

Na Obrázku č. 20 vidíme rozdíly v základních sazbách. Jelikož není možné sazby sjednotit z roku na roku, protože by došlo k situaci, že některé nemocnice by musely přestat poskytovat své služby a na druhé straně by některé získali neúměrné finanční prostředky. Řešení je tedy ve sjednocování základních sazeb ze strany pojišťoven směrem ke konkrétní nemocnici. Mělo by tak dojít ke snížení základních sazeb VZP, která je má v současnosti nejvyšší a zároveň navýšení u ostatních pojišťoven.

V roce 2012 byla individuální základní sazba částečně nahrazena technickou individuální sazbou, která je vypočtena z referenčních dat zaslaných nemocnicemi národnímu referenčnímu centru, které tyto data vyhodnocuje, spravuje, určuje průměry a referenční hodnoty.

3.5 Analýza efektivity využívání finančních prostředků nemocnic

3.5.1 Nemocnice v ČR

Nemocnice jsou jedním z nejvýznamnějších poskytovatelů zdravotní péče.

Nemocnice v České republice jsou zřízeny jako obchodní společnosti nebo jako příspěvkové organizace. Zřizovateli může být stát, kraje, obce i právnické osoby.

Obchodní společnosti

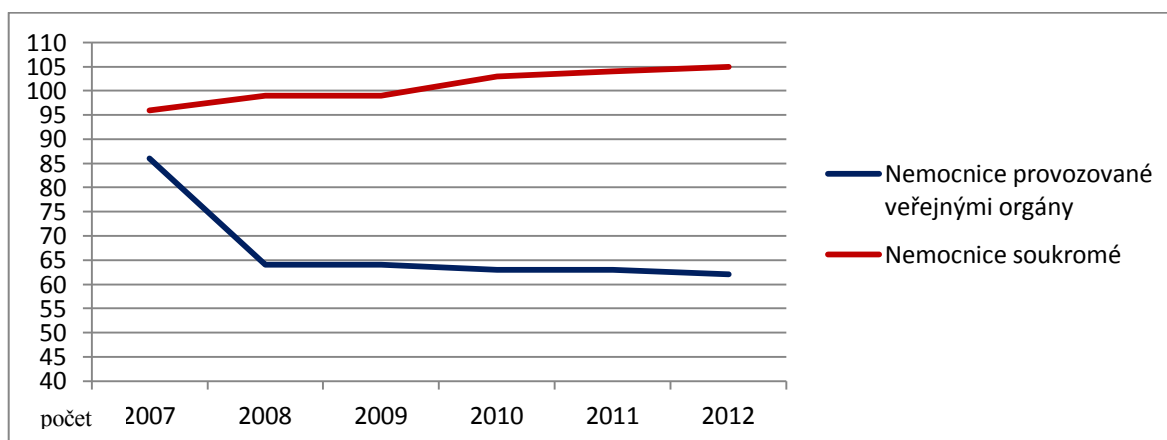
Nemocnice, jako obchodní společnosti, se mohou se nacházet ve formě společností s ručním omezeným, či akciových společností. Forma a.s. má své výhody i své nevýhody. Mezi nevýhody patří zejména vlastní odpovědnost a těžší získávání kapitálu.

V této právní formě se v České republice vyskytují hlavně firmy farmaceutického průmyslu a firmy spojené s distribucí zdravotnického materiálu. Hojně se tato forma vyskytuje u středních a větších nemocnic České republiky. (Ekonomika Zdravotnictví Jaroslav Zlámal)

Ve formě a.s. se také přirozeněji a lépe reaguje na případné změny v oboru, popřípadě se lépe inovuje a zavádí nové myšlenky. Nemocnice jako soukromé společnosti nejsou nuceny se chovat dle veřejného práva pro veřejné instituce, tím pádem je jejich jednání a reakce většinou rychlejší a efektivnější. (Bellová a Zlámal, 2013, str. 62)

Příspěvkové organizace

Zakladatelé zřizují příspěvkové organizace jako právnické osoby s přesně vymezeným předmětem činnosti. Tento zakladatel vybavuje organizace majetkem a jmenuje statutární orgány. Typicky bývají zakladatelem stanoveny rozpočty a maximální limity výdajů.



Obrázek 20 Vývoj počtu nemocnic podle formy zřízení (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)

Na Obrázku 20 můžeme jasně spatřovat postupné změny ve formálních zřízeních nemocnic. Je zde vidět jasný posun směrem do soukromého sektoru. Na níže uvedených Tabulkách a Grafech uvidíme, že soukromé nemocnice mají větší HV, lepší nákladovou rentabilitu a pokud, jsou ve formě soukromých subjektů, mají otevřenější ruce při svém působení na trhu.

Počet nemocnic zůstává víceméně stejný, k roku 2012 jich nejvíce (105), bylo zřízeno právníckými osobami.

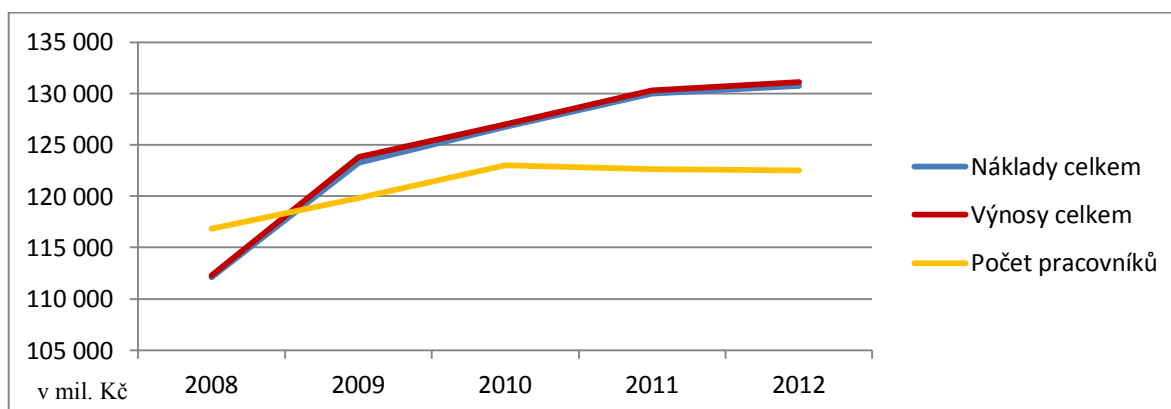
Tab. 6 Základní statistické údaje o nemocnicích v ČR

v mil. Kč	2009	2010	2011	2012
Počet nemocnic	163	166	167	167
Náklady	123 235	126 750	130 005	130 742
Výnosy	123 845	126 989	130 292	131 141
Hospodářský výsledek	610	239	287	400
Pracovníci celkem	119 840	122 993	122 628	122 538
Průměrná měsíční mzda celková	25 889	26 762	28 202	29 165
Průměrná mzda lékařů	48 213	49 841	56 787	59 677

Zdroj: ÚZIS, 2012, vlastní zpracování

Na Obrázku 21 vidíme, že od roku 2008 mají náklady i výnosy pravidelně stoupající charakter. Na linii označující počet pracovníků, ale vidíme jasnou stagnaci, a vzhledem k faktu, že osobní náklady na pracovníky tvoří cca. 50% všech nákladů nemocnic, je zde vidět zřetelná snaha nemocnic nenavyšovat své osobní náklady, což je vzhledem k vzrůstajícímu trendu platových podmínek, jediná možnost jak udržet osobní náklady na přijatelné úrovni. K optimalizacím v oblasti osobních nákladů dochází zejména na nezdravotnických pozicích. Platy zaměstnanců tedy rostou, ale dochází ke stagnaci celkového počtu pracovníků.

Největší nárůst mezd lékařů je zjevný mezi roky 2010 a 2011, kdy z průměrných 49 841 stoupl na 56 787 Kč, což bylo způsobeno akcí „Děkujeme, odcházíme“.



Obrázek 21 Vývoj celkových nákladů a výnosů nemocnic (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)

Tabulka 7 Vývoj HV nemocnic podle typu

Hospodářský výsledek (mil. Kč)	2009	2010	2011	2012
Státní	348	265	231	180
Krajské	-39	-59	-67	21
Městské	-12	10	-26	-52
Řízené PO	311	20	148	285

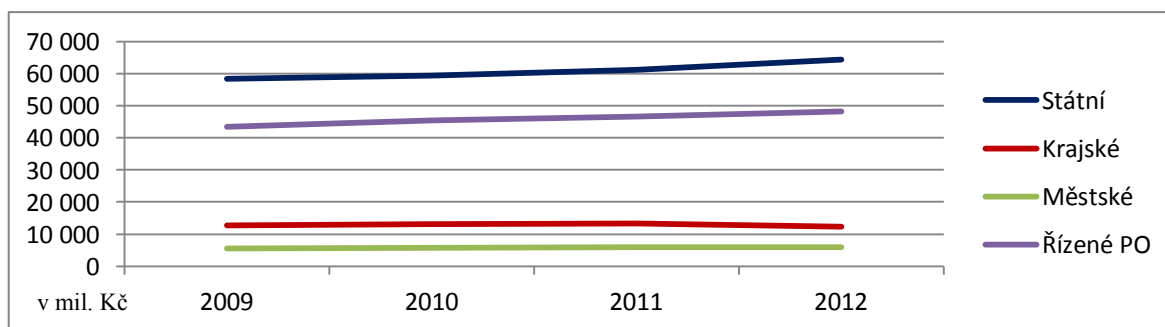
Zdroj: ÚZIS, 2012, vlastní zpracování

Na konci roku 2012 skončilo 29 % nemocnic hospodaření se ztrátou, na druhou stranu téměř třetina z těchto 29 % skončila se záporným saldem do 5 mil. Kč, což je hodnota, se kterou se dá pracovat a postupně ji snižovat. Avšak nemocnice jako celek vykázaly k 31. 12. 2011 kladný výsledek hospodaření ve výši 400 mil. Kč, což je meziroční navýšení o 122 mil. Kč.

Poprvé od roku 2009 celkově skončili s kladným hospodářským výsledkem také nemocnice zřizované krajem. U nemocnic zřizovaných ministerstvem zdravotnictví dochází od roku 2009 k opačnému efektu, a to postupnému snižování hospodářského výsledku.

3.5.2 Náklady nemocnic

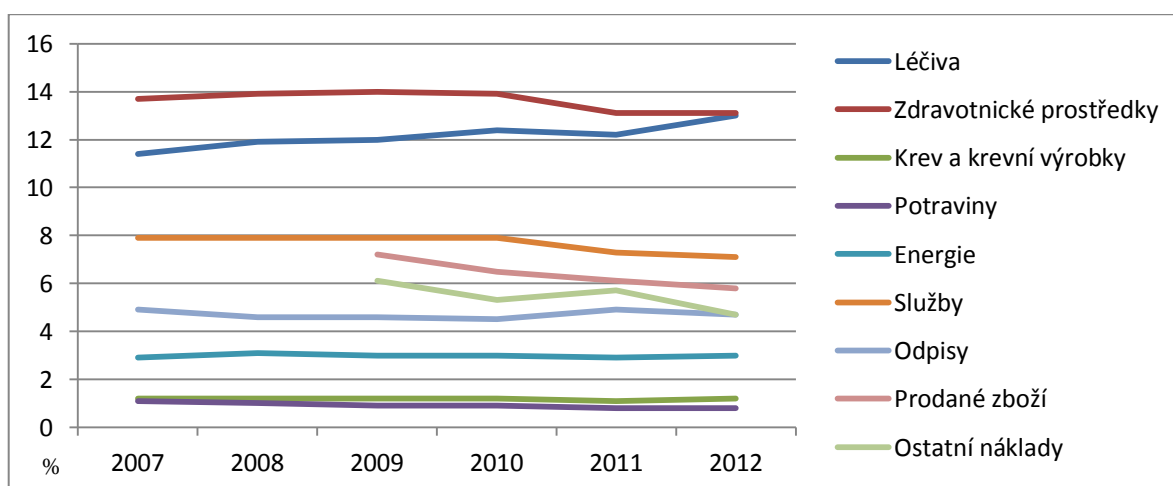
Od roku 2009 se postupně růst nákladů nemocnic pomalým tempem zpomaluje viz. Obrázek 21, což je obecně možné považovat za prospěšný trend a omezení plýtvání finančních prostředků. Na druhou stranu může snižování nákladů znamenat snížení objemu či kvality poskytované zdravotní péče. V roce 2012 dosáhly celkové náklady nemocnic hodnotu 130,74 mld. Kč. Dlouhodobě tvoří zhruba polovinu těchto nákladů nemocnice státní, tj. nemocnice zřizované Ministerstvem zdravotnictví nebo dalšími orgány na jejich úrovni, viz. Obrázek 22. Jedná se zejména o fakultní nemocnice. Celkové náklady jsou velkou měrou tvořeny náklady osobními, které dosáhly v roce 2012 46, 5 % všech nákladů nemocnic. (Ekonomické výsledky nemocnice 2012)



Obrázek 22 Vývoj celkových nákladů podle typu nemocnic (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)

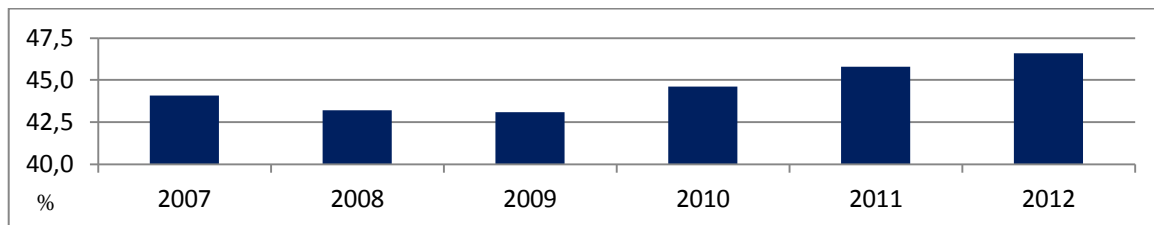
Z Obrázku 22, který zachycuje náklady nemocnic podle typu nemocnic, lze vyčíst, že zhruba polovina všech nákladů nemocnic v ČR je tvořena náklady nemocnic zřizovaných státem, potažmo ministerstvem zdravotnictví. Jedná se zde zejména o fakultní nemocnice a je logické, že jejich náklady jsou vyšší, skrze to, že provádí ty nejsložitější, ať už ambulantní nebo lůžkové zdravotní výkony a také svým zázemím se řadí k velkým institucím. Další zhruba polovinu nákladů spotřebují nemocnice zřizované právnickými osobami. Tento objem nákladů je ovšem způsoben počtem nemocnic, které jsou zřízeny právnickou osobou, takto zřízených nemocnic je zhruba pětikrát tolik co nemocnic zřízených ministerstvem zdravotnictví.

Čeho si lze všimnout z Tabulky č. 7 je hospodářský výsledek. Vzhledem k faktu, že nemocnice zřizované krajem se poprvé od roku 2009 jako celek dostali do zisku, zůstává jediná skupina nemocnic (Obecní a městské) v letošním roce se záporným hospodářským výsledkem. Nemocnice zřizované krajem byly dlouhodobě ve ztrátě a tyto rozdíly nedoplácel nikdo jiný než zřizovatel, potažmo lidé ze svých daní. Velký propad hospodářského výsledku do záporných hodnot můžeme spatřit také u nemocnic zřízených právnickými osobami v roce 2008. Toto výrazné snížení, bylo způsobeno ekonomickou krizí, která zasáhla západní ekonomiky a neminula také české soukromé nemocnice. Nicméně je vidět, že tyto nemocnice dokázaly krizi přestát, najít lék, snížit náklady a stát se efektivnější a tak hned v roce 2009 opět jako celek generovaly zisk. (Ekonomické výsledky nemocnice 2012)



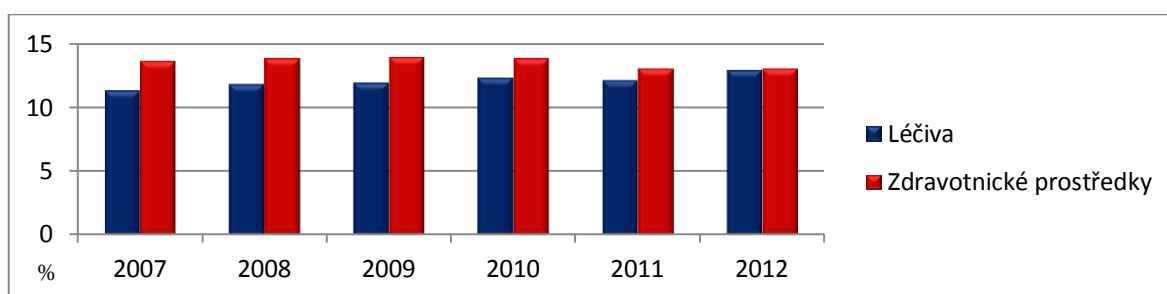
Obr. 23 Vývoj nákladů všech nemocnic podle jejich struktury (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)

Na Obrázku 23 vidíme vývoj struktury nákladů od roku 2007 do roku 2012. Nejvýraznější je nárůst v nákladech na léčiva, nejvýraznější snížení můžeme sledovat u nákladů na zdravotnické prostředky, služby a prodané zboží.



Obrázek 24 Vývoj podílu osobních náklad všech nemocnic v % (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)

Z Obrázku 24 je patrný procentuální růst osobních nákladů, tyto náklady představují výdaje spojené se mzdou pracovníků včetně povinných státních odvodů. Mezi další významné položky nákladů patří výdaje na léčiva a zdravotnické prostředky, tyto dohromady tvořili v roce 2012 26,1 % veškerých výdajů nemocnic.



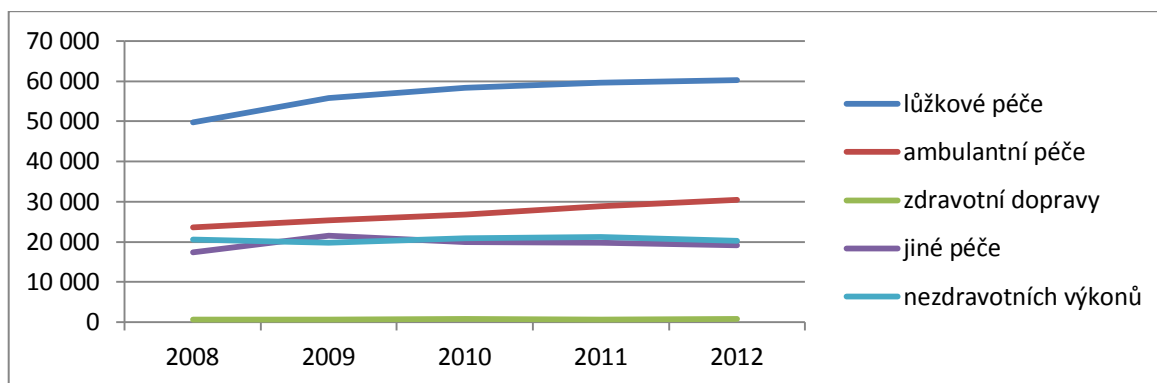
Obr. 25 Vývoj nákladů na léčiva a energie všech nemocnic v ČR (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)

Na Obrázku 25 je zjevné navyšování nákladů na léčiva, což je náklad, ze strany nemocnic těžko ovlivnitelný, cena léků je tvořena trhem a souvisle v letech stoupá. Snížení těchto nákladů by mohlo způsobit vytvoření nové sazby DPH, která by zahrnovala právě léčiva. Snížování nákladů na zdravotnické prostředky je určitě vítaný trend, protože se jedná o náklad ovlivnitelný chováním nemocnice. K dalšímu snížení těchto nákladů povedou výše zmíněné elektronické aukce a centrální výběrová řízení na zdravotní prostředky stejných zřizovatelů.

Spotřeba energií tvoří dlouhodobě zhruba 3% nákladů nemocnic. Jedná se náklad, který je ze strany nemocnic těžko ovlivnitelný.

Pro zdravotnická zařízení se stejným zřizovatelem bych doporučil pořádat výběrová řízení na nákup zdravotnického materiálu a techniky a nákup silové části elektřiny pro nemocnice stejného zřizovatele za účelem dosažení úspor z rozsahu.

Pozitivní trend se ukazuje také u ostatních nákladů, jedná se například o náklady na tiskopisy, pohonné hmoty ať už sanitních či hospodářských vozidel, nákladů na údržbu majetku apod.



Obr. 26 Vývoj nákladů všech nemocnic podle druhu péče v mil. Kč (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)

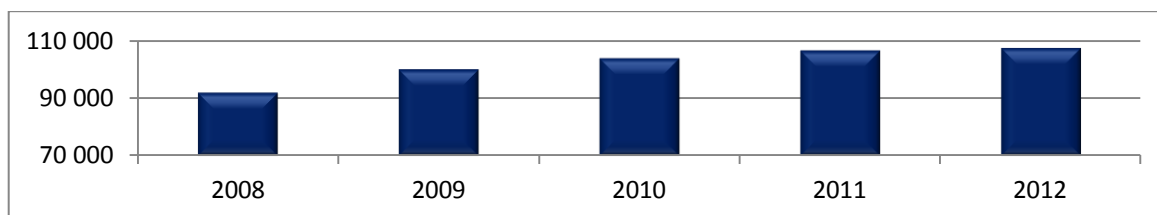
Dlouhodobě nejvyšší, jsou náklady na lůžkovou péči. Nárůst je patrný, zejména z roku 2011 na rok 2012. V současné medicíně, kdy jsou nemocnice dovybavovány moderními technologiemi, trvají zdravotní zákroky podstatně kratší dobu a je tím pádem možné snižovat počet lůžek a průměrné ošetřovací dobu, což vede k úspoře v nákladech. Navýšení nákladů na lůžkovou a ambulantní péči je dorovnáno výrazným snížením nákladů na nezdravotní výkony.

3.5.3 Výnosy nemocnic

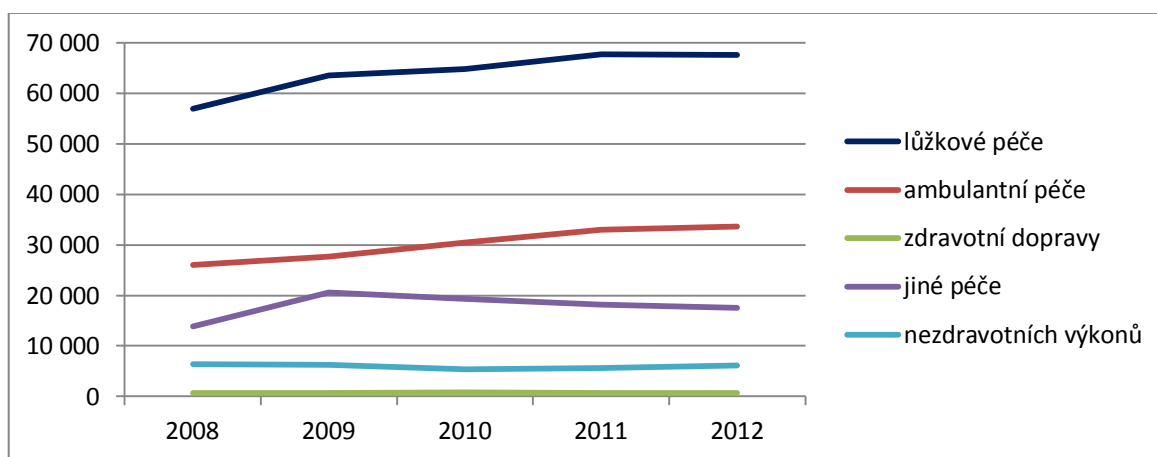
Výnosy nemocnic podle Ekonomických výsledků nemocnic (2012) v posledních letech vykazují velice podobný vývoj jako náklady. Celkové výnosy v roce 2012 dosáhly hodnoty 131,14 mld. Kč. Nejdůležitějším zdrojem financování nemocnic jsou platby od ZP, které činily v roce 2012 v průměru 81,8 % celkových výnosů nemocnic a tento údaj je srovnatelný s rokem 2011. Další položkou, která se podílí na financování činnosti nemocnic, jsou regulační poplatky zavedené v roce 2008, aktualizované v roce 2011 a částečně opět zrušené v roce v lednu 2014. I takovéto změny ztěžují ekonomické chování nemocnic, které mají jako každý ekonomický subjekt zájem na stabilním prostředí, ve kterém vykonávají svoji činnost. Časté změny nejsou prospěšné také pro vnímání poskytované péče pacientem. Na výnosech se podílí také územní rozpočty.

V České republice se největší měrou na výnosech českých nemocnic podílí platby od zdravotních pojišťoven. Pokud se nemocnice nedohodnou s pojišťovnou jinak tyto platby probíhají na základě úhradové vyhlášky, která je vydávána každoročně.

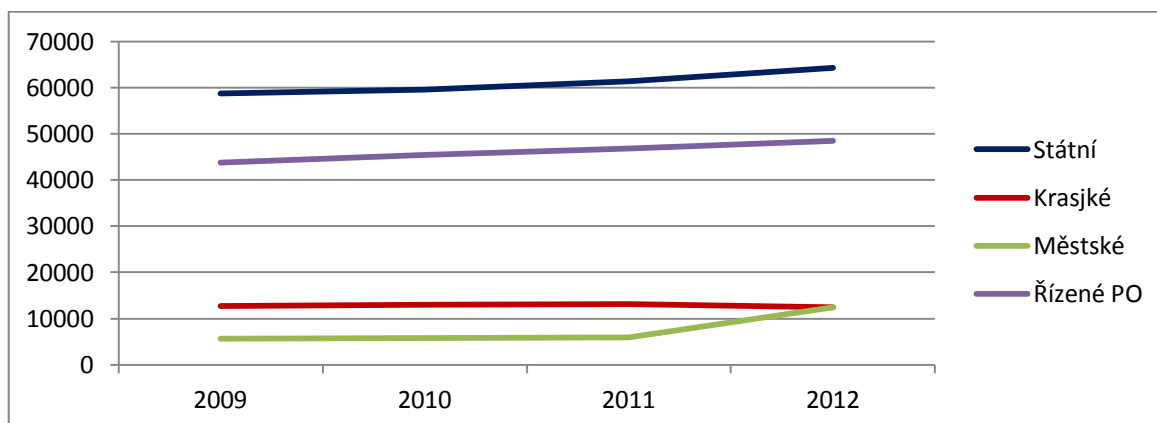
Na Obrázku 27, níže, sledujeme vývoj výnosů právě od ZP, kde dochází k jejich každoročnímu navyšování, procentuální poměr ovšem zůstává na hodnotě mezi 81-82% všech výnosů.



Obr. 27 Vývoj celkových výnosů od ZP všech nemocnic (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)



Obr. 28 Vývoj výnosů všech nemocnic podle druhu (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)



Obr. 29 Vývoj celkových výnosů podle typu nemocnic (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)

Z výše uvedené Obrázku 29 vyplývá, že celkové výnosy mají nejvyšší nemocnice zřízené ministerstvem zdravotnictví a nemocnice zřízené právnickou osobou. Důvody vyšších výnosů v podstatě kopírují důvody vyšších nákladů uvedené výše.

Z těchto celkových výnosů připadá podstatné procento na výnosy z lůžkové péče viz.

Obrázek 28, což je logické, protože zdravotní výkony spojené s lůžkovou péčí jsou obecně náročnější a delšího časového charakteru, čili také výnosy z těchto služeb jsou vyšší. Obecně je, ale možné předpokládat snížení těchto výnosů, z toho důvodu, obecného trendu a snahy snižovat počet lůžek a tím se přiblížit mezinárodní situaci, kde počet lůžek dosahuje nižších hodnot. Další fakt spojený se snahou snižovat počet lůžek je, ten že technologie a vybavení zdravotních zařízení se postupem času zkvalitňuje a tím dochází také ke snížení doby potřebné k léčení pacienta. Zachování a zároveň zvyšování výnosů za ambulantní péči je způsobeno snížením ošetřovací doby a přechodem pacientů v některých výkonech z lůžkové péče do ambulantní. Tomuto trendu se věnují výše, protože je způsobem také přechodem na úhradový mechanismus DRG.

4 STRATEGIE ZLEPŠENÍ SYSTÉMU FINANCOVÁNÍ NEMOCNIC

Tato kapitola představuje návrh strategie na zlepšení systému financování nemocnic v České republice. Vizi této strategie je zajistit stabilní prostřední pro činnost nemocnic, ustálit a kultivovat úhradové parametry a zefektivnit využívání finančních prostředků.

Na vizi navazuje formulace dvou klíčových strategických cílů:

Strategický cíl 1: V oblasti financování péče

Pro naplnění strategického cíle byl definován následující komplex dílčích opatření, která jsou založena na závěrech předchozí analýzy.

Opatření 1.1: Zhodnotit přínosy zveřejnění smluv mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami včetně úhradových dodatků a informací o kvalitě nemocnic ve vazbě na systém DRG

V současné době můžeme být svědky tlaku zejména na zdravotní pojišťovny, aby zveřejnily smluvní vztahy uzavřené s poskytovateli zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny už dnes podléhají kontrolám NKÚ, MZ nebo veřejného ochránce práv.

Výhody: Tlak na nemocnice a zdravotní pojišťovny, aby vytvářeli rovnocenné prostředí a chovali se ekonomicky efektivně. Lepší přístup k datům o poskytované zdravotní péči.

Nevýhody: Hodnocení nekvalifikovanými osobami, dezinterpretace a špatný výklad informací,

1. Způsob realizace – Debata všech zúčastněných subjektů (asociací nemocnic, svazu zdravotních pojišťoven, ministerstva zdravotnictví, soukromých poskytovatelů) se zvážením všech důsledků na dopad zveřejnění.

2. Odhad nákladů realizace – Náklady na realizaci jsou v podstatě zanedbatelné, problém je možné řešit na každoročním dohodovacím řízení, které probíhá od června každý měsíc se zástupci všech zúčastněných subjektů.

3. Časový odhad

K závazné dohodě by mělo dojít do konce roku 2014.

Opatření 1.2: Pokračovat v klasifikaci zdravotních výkonů na základě DRG a jeho stálá kultivace včetně aktualizace seznamu výkonů

DRG potřebuje neustálý vývoj a kultivaci, za to, nabízí relativně přesný odraz nákladovosti a spravedlnosti v oblasti úhrad. Kultivovat je zapotřebí také samotné skupiny a podskupiny samotného DRG, aby jeho záběr byl co nejširší a působil jednoduše a intuitivně.

Výhody: Přesnější a širší data, výnosy za péči odpovídající nákladům

Nevýhody: Náklady spojené s technickou náročností DRG, práce NRC a náklady na podporu dobrovolnosti odesílání dat ze strany nemocnice.

1. Způsob realizace

Tvorba strategie proškolení technických zástupců nemocnic na úhrady přes DRG, aby nedocházelo ke špatnému vykazování péče a tvorba konceptu kultivace DRG, představení vize a cílů od státu, potažmo MZ.

Zájem ze strany nemocnic, školení pro své zaměstnance, pořádání konferencí spojených se systémem úhrad.

2. Odhad nákladů realizace

Náklady na realizaci určitě nebudou zanedbatelné. U nemocnic vstoupí do procesu faktor, že investice na poskytování péče samotné mají prioritu. Způsob realizace by dle odhadu by způsobil navýšení celkových ostatních nákladů nemocnic o 1%, což podle dat z roku 2012 představuje cca. 76,3 mil. Kč. Pro jednu nemocnici v průměru 450 tis. Kč. Tyto vynaložené prostředky se mohou nemocnici vrátit během 1-2 let, minimální ve snížení srážek ze strany zdravotních pojišťoven.

3. Časová náročnost

Jedná se o neustálý proces, k systematickému uchopení strategie kultivace by mělo dojít do konce roku 2015.

Opatření 1.3 Zvýšit počet nemocnic a rozšířit strukturu nemocnic odesílající referenční data do Národního referenčního centra.

Vzhledem k dobrovolnosti poskytování dat, lze uvažovat o zvýhodnění nemocnic, které tyto data poskytují. (NRC vypočítává na základě poskytnutých hodnot, relativní váhy, indexy apod.)

Výhody: Větší objem dat vedoucí k lepší struktuře a výpočtu relativních vah, hodnot a indexů)

Nevýhody: Investice do tvorby programu na zvýhodnění nemocnic poskytujících referenční data

1. Způsob realizace

Ze strany MZ zhodnotit způsob zvýhodnění a prvků motivujících nemocnice odesílat data. Vytvořit a implementovat tento program.

2. Náklad realizace

Náklady vyplývající z poskytnutého zvýhodnění ze strany státu. Přesné náklady nelze odhadnout, na způsob zvýhodnění je potřeba hlubší analýzy.

3. Časová náročnost

Průběh roku 2014 by měl být využit pro tvorbu programu, rok 2015 využít pro zkušební provoz, implementaci a konzultace s nemocnicemi. Od roku 2016 opatření uvést v platnost.

Opatření 1.4: Stabilizace úhradových mechanismů, způsobů a parametrů

Situace se mění každý rok. Základní parametry a způsoby úhradové vyhlášky by měli být ustálenější pro delší časové období, je samozřejmě nutné reflektovat stávající situaci, výpočty úhrad by se neměly zásadně měnit.

Výhody: Lepší plánování investic nemocnic, předpokládaný vývoj výnosů odpovídající skutečnosti, lepší ekonomická efektivita.

Nevýhody: Je složité dojít ke konsensu všech subjektů. Častá obměna ministrů zdravotnictví, neexistující strategie rozvoje zdravotnictví v delším časovém období, což řešení přitěžuje.

1. Způsob realizace

Debata, koordinace zdravotních pojišťoven, nemocnic a státu v komunikaci. Snaha o dohodu v dohodovacím řízení, aby MZ stanovovala úhrady pro menší procento péče.

2. Náklady na realizaci

S tímto opatřením nejsou spojeny žádné významné náklady, hrozby nejsou ve finančních prostředcích.

3. Časová náročnost

Časově nejnáročnější opatření je zapotřebí dlouhé, široké a intenzivní diskuze. Dospění do optimálních hodnot by se mohlo uskutečnit a zároveň realizovat v roce 2017.

Úvaha nad dopady

- Lépe měřitelné výstupy včetně jejich struktury
- Lepší evidence a přehled o zdravotních výkonech jak v nemocnicích, tak ve ZP
- Identifikace ziskových a ztrátových skupin pacientů a důvodů ztrátovosti
- Férovější a transparentnější prostředí, ve kterém nemocnice působí
- Lepší predikce výnosů budoucích období
- Menší srážky revizních lékařů na základě správného procesu vyúčtování a zařazování pacientů do případových skupin
- Lepší sběr dat
- Ekonomická návratnost opatření

Strategický cíl 2: V ekonomické oblasti

Opatření uvedená v této kapitole se zakládají na základě analýzy v kapitolách předešlých.

Opatření 2.1: Nastavení vícezdrojového financování nemocnic

V situaci kdy nelze předpokládat navyšování plateb ani zvýšení výběru pojistného by se nemocnic měly orientovat také na doplňkovou činnost za účelem navýšení výnosů.

Výhody: Větší nezávislost na špatném stavu ekonomiky a na výši plateb od ZP. Získání zdrojů pro rozvoj.

Nevýhody: Bez potřebných finančních prostředků je složité investovat do nových zdrojů financování za situace, kdy je potřeba prioritně investovat do poskytování péče samotné.

1. Způsob realizace

Lepší využití stávajících prostor a pronájem některých prostor i objektů nemocnice soukromým poskytovatelům, popřípadě jiným zájemcům. Léčba přeshraničních pacientů na základě nové legislativy EU.

2. Náklady realizace

Přínosem by měl být změněný poměr struktury výnosů ve prospěch výnosů z vlastní činnosti. Celkové navýšení výnosů dle mého odhadu může činit kolem 3%. Celkové náklady spojené s realizací odhaduji v navýšení kolem 1,5%.

3. Časová náročnost

Jedná se dlouhodobý způsob chování nemocnic, které podle výše uvedených analýz v posledních letech vykazují zlepšení ekonomických ukazatelů a základních ukazatelů o léčení. V procesu by se mělo neustále pokračovat.

Opatření 2.2: Minimalizace nákladů

Díky systému DRG jsou nemocnice schopny lépe zjistit skutečné náklady na péči a přehledně vyúčtovat na ZP. Díky tomu mohou také optimalizovat náklady na jednotlivé hospitalizační případy. Nemocnice mohou dále pokračovat v trendu snižování zejména nezdravotnických nákladů.

Výhody: Snížení nákladů obecně vede k většímu HV a možnosti rozvoje a konkurenceschopnosti. Ušetřené náklady se mohou investovat do komfortu poskytování péče pro cílové pacienty.

Nevýhody: Většina konkrétních kroků pro snížení nákladů vyžaduje prvotní investici v nemalé výši.

1. Způsob realizace

Průběžně sledovat vývoj produkce jednotlivých oddělení a segmentů zdravotní péče, tento vývoj analyzovat a reagovat na něj. Sloučení stravovacích provozů stejného zřizovatele navzájem blízkých nemocnic a detašovaných pracovišť a rozvoz stravy z jednoho místa, případně nabízet dále. Nákup informačních softwarů na řízení dopravní zdravotní služby, na vyúčtovávání zdravotní péče. Centrální výběrová řízení stejného zřizovatele na nákup energií, praní prádla, úklidu, nákup léků, zdravotnického materiálu, elektronické recepty, optimalizovat počet lůžek.

2. Náklady na realizaci

Výše uvedená opatření mohou celkově přinést úsporu ve výši až 10% celkových nákladů, velice záleží na typu nemocnice, zřízení, spádové oblasti atd. Průměrnou návratnost odhaduji na 5 let u jednotlivých opatření.

3. Časová náročnost

Časová náročnost tohoto opatření je velice rozličná. Výběrová řízení se dají pořádat každoročně, od orku 2014 dál. Některá opatření vyžadují podrobnější analýzu a vyhledání kapitálu pro investici. Optimalizovaný stav na základě těchto opatření může nastat kolem roku 2018.

Opatření 2.3: Zlepšení komunikace nemocnic směrem ven

Široká veřejnost má malé ponětí o celkovém systému financování a stavu nemocnic v ČR. Tato problematika dostává stále více prostoru v médiích a je vhodné správně interpretovat a vysvětlit procesy.

Výhody: Informovaný pacient, lepší PR nemocnic, zpětná vazba, větší důvěra pacientů

Nevýhody: Možnost záměrné manipulace s veřejným míněním.

Způsob realizace: Meetingy, odborné články, besedy v televizi, marketingové akce

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo hodnocení systému financování nemocnic včetně způsobu přerozdělování finančních prostředků a hodnocení jakým způsobem jsou tyto prostředky využívány, včetně návrhů na zlepšení a formulace kroků k jejich realizaci. Hodnocení tohoto systému není jednoduché, protože velká část informací a dat souvisejících s financováním nemocnic je stále neveřejná a není zřetelná snaha ze strany zúčastněných subjektů tyto procesy zprůhlednit. Mezi hlavní problémy patří rozdíly základních sazeb a hodnot bodů úhradových mechanismů pro jednotlivé nemocnice. Někde jsou tyto rozdíly způsobeny vysokou specializací poskytovatele zdravotní péče, jinde jsou tyto rozdíly nezdůvodněné a sazby jsou součástí smluv a úhradových dodatků mezi zdravotními pojišťovnami a nemocnicemi, které jsou neveřejné. V nejbližších letech by mělo být jednoznačným cílem zveřejnění těchto smluv, protože se jedná o subjekty financované z veřejného zdravotního pojištění a dále přibližování těchto základních sazeb až po vytvoření sazby jednotné. Jako velice pozitivní vnímám, stále ještě zavádění, úhradového mechanismu DRG, který vede k optimálnějším hodnotám v základních ukazatelích o péči, motivuje managementy nemocnic chovat se efektivně a hojně se osvědčil v ostatních evropských státech. Tento cíl stěžuje fakt, že je potřeba širokého konsensu, jak ze strany zdravotních pojišťoven a nemocnice, ale také ze strany státu a občanů, jako jakýchsi správců hřiště.

Práce se dále zaměřuje na neefektivní využívání získaných finančních zdrojů, sleduje trendy výnosových a nákladových položek, tyto rozebírá a nabízí návrhy ke zlepšení, včetně zamyšlení nad dopady.

Díky práci samotné jsem se dozvěděl opravdu hodně, o tom jakým způsobem fungují nemocnice v České republice, jaké jsou vztahy mezi jednotlivými subjekty, co nemocnice trápí a jak by se jim dalo pomoci, protože efekt to bude mít zejména pro pacienty, kteří zdravotní péči přijímají.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BARTÁK, Miroslav, 2010, *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
- [2] BOROVSÝ, Juraj a Věra DYNTAROVÁ, 2012, *Ekonomika zdravotnických zařízení*. 2., přeprac. vyd. V Praze: České vysoké učení technické, 129 s. ISBN 978-80-01-05055-2.
- [3] DURDISOVÁ, Jaroslava, 2005, *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- [4] GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*., 2003, Vyd. 1. Brno: Computer Press, xii, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- [5] ŠATERA, Karel, 2012, *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Vyd. 2., upr. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 125 s. ISBN 978-80-7454-135-3.
- [6] ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ, 2013, *Ekonomika zdravotnictví*. Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8.
- [7] HODYC, Daniel. *DRG systém v ČR*. Praha, 2007. Dostupné z: http://www.vse.cz/vskp/show_file.php?soubor_id=11514. Diplomová práce. Vyšoká škola ekonomická v Praze.
- [8] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické výsledky nemocnic 2012*. 2012. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-vysledky-nemocnic>
- [9] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012*. 2012. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-vysledky-nemocnic>

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

- [1] AMBROŽOVÁ, Marcela. DRG 2010. In: Konference DRG 2010 [online]. 2010 [cit. 2014-05-15]. Dostupné z:http://www.nrc.cz/system/files/2010/11/ambrozova_prezentace_pdf_23582.pdf
- [2] HORÁK, Pavel. DRG. In: *Prezentace DRG 2012* [online]. 2012 [cit. 2014-05-15]. Dostupné z:http://www.nrc.cz/system/files/2012/11/horak_drg_konference_drg_2012_pdf_65732.pdf
- [3] Parametry úhradové vyhlášky pro rok 2014. In: Základní parametry úhradové vyhlášky pro rok 2014 [online]. 2013 [cit. 2014-05-15]. Dostupné z:http://www.mzcr.cz/dokumenty/zakladni-parametry-uhradove-vyhlasky-pro-rok-2014-_8427_1.html
- [4] Česká republika od roku 1989 v číslech. In: *Vybrané demografické údaje* [online]. 2012 [cit. 2014-05-15]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr_od_roku_1989
- [5] Úhradová vyhláška ministra Hegera. In: *Medical Tribune* [online]. 2013 [cit. 2014-05-17]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/28904-uhradova-vyhlaska-ministra-hegera>
- [6] Ekonomické informace ve zdravotnictví. In: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012 [online]. 2012 [cit. 2014-05-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>
- [7] HROBONĚ, Pavel. Potřebujeme úhradovou vyhlášku?. In: *Advance Healthcare* [online]. 2014 [cit. 2014-05-15]. Dostupné z: <http://www.advanceinstitute.cz/newsletter?id=340>
- [8] Česká republika. Zákon o veřejném zdravotním pojištění. In: č. 48/1997 Sb. 1997. Dostupné z: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/>
- [9] Rušení poplatků za pobyt v nemocnici byla chyba, *ČT24* [online]. 2014 [cit. 2014-05-15]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz:8001/ct24/domaci/266802-ruseni-poplatku-za-pobyt-v-nemocnici-byla-chyba-pripustil-babis/>
- [10] http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c428/2013-sb-o-stanoveni-hodnot-boduvyse-uhrad-hrazenych-sluzeb-a_8581_11.html

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ZP	Zdravotní pojišťovna/y.
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna.
KA	Nemocnice Karviná-Ráj
HV	Hospodářský výsledek
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MRVS	Moravskoslezský kraj
NRC	Národní referenční centrum

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Grafické znázornění systému financování zdravotní péče v ČR (Dudrisová, 2005).....	12
Obr. 2 Podíl jednotlivých složek úhrad v roce 2012 VZP (Ambrožová, 2010)	17
Obr. 3 Vývoj podílu obyvatel ve věku nad 65 let v ČR (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)	22
Obr. 4 Náklady na zdravotní péči 1 pojištěnce podle věku (ÚZIS, 2012)	22
Obrázek 5 Vývoj celkových průměrných nákladů na 1 pojištěnce (ÚZIS, 2014, vlastní zpracování)	23
Obr. 6 Proces tvorby úhradových parametrů (vlastní zpracování)	28
Obrázek 7 Časový průběh zúčtování mezi nemocnicemi a ZP (vlastní zpracování)	28
Obr. 8 Znázornění předpokládaného vlivu řešení (vlastní zpracování)	29
Obr. 9 Srovnání způsobu letošních úhrad s minulými (vlastní zpracování).....	30
Obr. 10 Výpočet maximální úhrady ambulantní péče pro rok 2014 (Úhradová vyhláška, 2014).....	30
Obr. 11 Průměrné základní sazby ZP v Kč (Horák, 2012).....	31
Obr. 12 Časová řada zavádění DRG ze strany VZP (vlastní zpracování).....	32
Obr. 13 Vývoj počtu hospitalizací (ÚZIS, 2014, vlastní zpracování).....	33
Obr. 14 Vývoj průměrné ošetřovací doby ve dnech (ÚZIS, 2014, vlastní zpracování)	33
Obr. 15 Vývoj počtu lůžek v českých nemocnicích (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)	33
Obr. 16 Vývoj podílu ambulantní a lůžkové péče (ÚZIS, 2014, vlastní zpracování).....	34
Obr. 17 Vývoj podílu dotací od zřizovatelů na výnosech (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)	34
Obr. 18 Vývoj hospodářského výsledku všech nemocnic ČR (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)	34
Obrázek 19 Rozdíly v základních sazbách mezi nemocnicemi v tis. Kč (Horák, 2012)	35
Obrázek 20 Vývoj počtu nemocnic podle formy zřízení (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)	36
Obrázek 21 Vývoj celkových nákladů a výnosů nemocnic (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)	37
Obrázek 22 Vývoj celkových nákladů podle typu nemocnic (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)	38

Obr. 23 Vývoj nákladů všech nemocnic podle jejich struktury (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)	39
Obrázek 24 Vývoj podílu osobních náklad všech nemocnic v % (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)	40
Obr. 25 Vývoj nákladů na léčiva a energie všech nemocnic v ČR (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)	40
Obr. 26 Vývoj nákladů všech nemocnic podle druhu péče v mil. Kč (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)	41
Obr. 27 Vývoj celkových výnosů od ZP všech nemocnic (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)	42
Obr. 28 Vývoj výnosů všech nemocnic podle druhu (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování).....	42
Obr. 29 Vývoj celkových výnosů podle typu nemocnic (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)	42

SEZNAM TABULEK

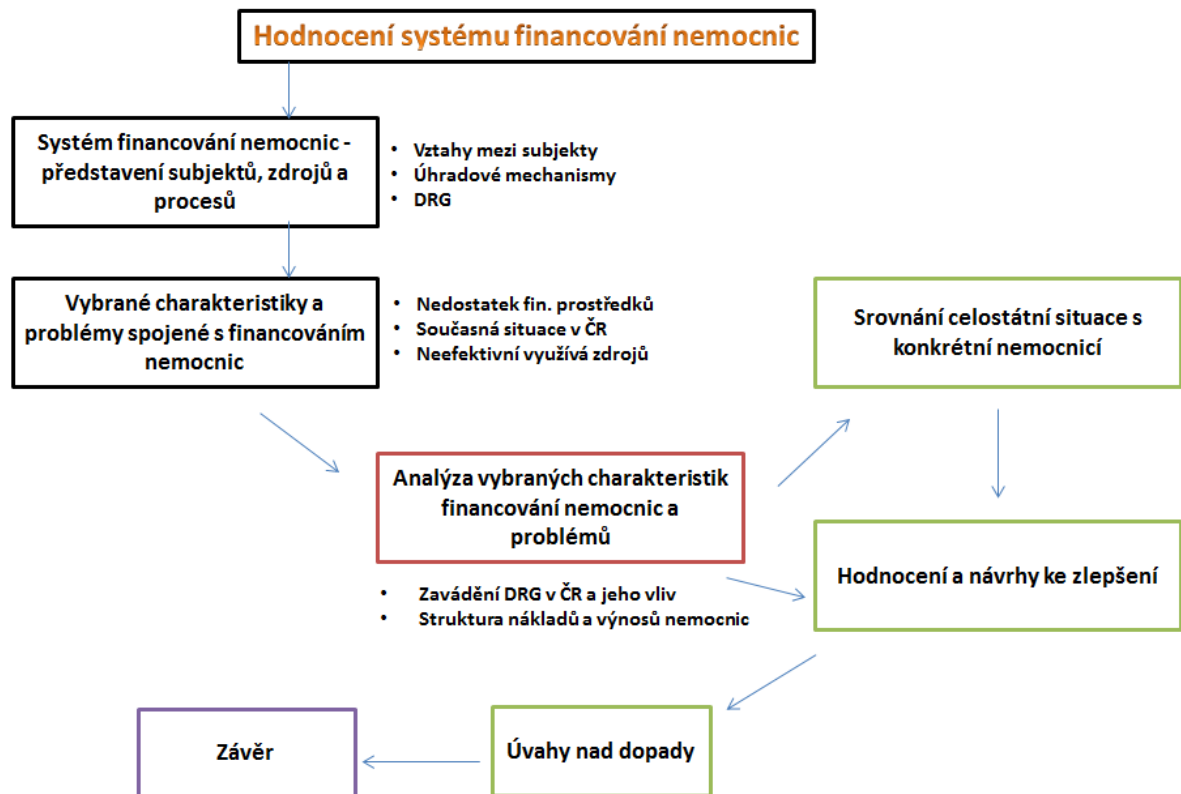
Tab. 1 Vývoj průměrného věku obyvatel ČR (ČSÚ, 2012)	21
Tab. 2 Vývoj výběru zdravotního pojištění (ÚZIS, 2012, vlastní zpracování)	22
Tab. 3 Vývoj podílu zdravotního pojištění placeného státem (ÚZIS, 2012,).....	23
Tab. 4 Vážené změny pojištěnců (Úhradová vyhláška, 2014)	30
Tab. 5 Vývoj úhradových mechanismů VZP (Horák, 2012).....	31
Tab. 6 Základní statistické údaje o nemocnicích v ČR	37
Tabulka 7 Vývoj HV nemocnic podle typu	38

SEZNAM PŘÍLOH

P. I Grafické znázornění bakalářské práce

P. II Rozdíly v základních sazbách nemocnic

PŘÍLOHA P I: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE



PŘÍLOHA P II: ROZDÍLY V ZÁKLADNÍCH SAZBÁCH NEMOCNIC

Velký přehled nemocnic – Rozdíly v tom, kolik jim platí největší pojišťovna, jsou více než dvojnásobné

	základní sazba 2012	změna oproti 2010
Ústav hematologie a krevní transfuze Praha	54 707	-3630
U Sv. Jiří, Plzeň	43 447	-859
Hořovice, NH Hospital	41 999	-449
Milosrdných sester, Praha	41 133	-290
Revmatologický ústav, Praha	41 129	-299
FN Motol	39 949	+1
Karvinská hornická nemocnice Úřarová, Brno	39 840	+28
Úřarová, Brno	39 156	+97
Všeobecná FN, Praha	38 775	+291
Český Těšín	38 266	+416
Rehamedica	37 722	+550
Podolí	37 373	+635
FN Thomayerova	36 799	+777
FN Hradec Králové	36 657	+812
Na Homolce, Praha	36 538	+841
Semily	36 085	+953
FN Ostrava	35 964	+983
Na Františku, Praha	35 921	+993
FN Plzeň	35 787	+1026
Nemos, Ostrov	35 257	+1157
Uherské Hradiště	35 121	+1190
SurGal Clinic, Brno	35 109	+1192
FN Královské Vinohrady	34 929	+1237
IKEM, Praha	34 829	+1261
Blansko	34 807	+1266
CKTCH Brno	34 779	+1274
Bilovec	34 753	+1325
FN Olomouc	34 387	+1371
Český Brod	34 292	+1394
Hranice	34 226	+1410
Ivančice	34 111	+1439
Bohumín	33 987	+1464
Hustopeče	33 961	+1475
Tanvald	33 790	+1517
Kardiologie na Bulovce	33 347	+1621
Most	33 324	+1632
Frydlant	33 169	+1671
Městská nem., Ostrava	33 041	+1697
České Budějovice	33 008	+1710
Český Krumlov	32 992	+1713
FN Na Bulovce	32 983	+1715
Vltavice	32 861	+1746
Jihlava	32 792	+1763
Liberec	32 650	+1798
FN Brno	32 604	+1822
Mulačova nemocnice, Plzeň	32 521	+1830
Karviná - Ráj	32 198	+1909
Privamed, Plzeň	32 151	+1921
Chrudim	32 047	+1946
Pisek	32 043	+1947
Železniční nem., Praha	32 039	+1949
Břeclav	31 946	+1971
Vrchlabí	31 814	+2004
Svitavy	31 750	+2020
Vrchlabí	31 650	+1995
Prachatice	31 552	+2068
Ústav pro matku a dítě, Praha	31 543	+2070
Ústí nad Labem	31 445	+2095
Institut onkol. a Rehab. Na Plešči	31 287	+2134
Miáďa Bolešlav	31 259	+2141
Děčín	31 227	+2148
Třebíč	31 224	+2149
Klatovy	31 072	+2187
Jihlava	31 033	+2196
Masarykův onkologický ústav, Brno	30 982	+2208
Toplice	30 963	+2213
Havířov	30 941	+2218
Stod	30 876	+2234
Třinec	30 874	+2235
Privamed, Rakovník	30 867	+2237
Česká Lípa	30 836	+2245
Rumburk	30 622	+2297
Paroubice	30 596	+2303
Bobovice	30 538	+2318
FN v úv. Anny, Brno	30 473	+2333
Kolín	30 402	+2352

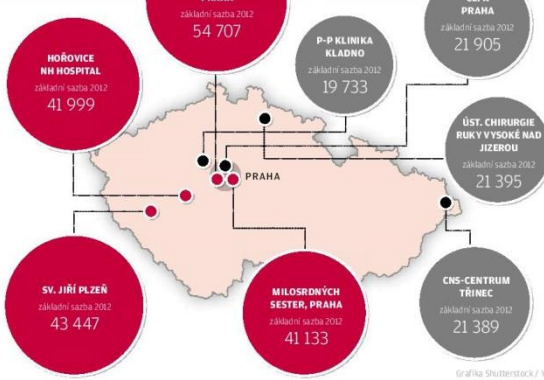
Kolik od VZP dostává vaše nemocnice

Ústaje v korunách



Pojišťovny neplatí všem nemocnicím za léčbu stejně. Rozdíly jsou i více než dvojnásobné.

Důvod: každá nemocnice má od pojišťovny určenou jinou „individuální základní sazbu“. To je číslo, kterým se násobí platba za každý jednotlivý výkon. Některé nemocnice mají toto číslo vyšší – buď mají dobré vztahy s pojišťovnou, nebo v minulosti příliš léčily.



Stát šidí některé nemocnice

Dokončení ze strany 1

Nespravedlivý systém, v rámci kterého dostává každá nemocnice za stejnou operaci jinou odměnu, se navíc podle lékařů nikterak neprojevuje na kvalitě péče o pacienta. Lidé dokonce nejsou v „behařičích“ nemocnicích ani spokojenější. Dokládají to výsledky celostátní soutěže „Nemocnice CR“, kterou každoročně pořádá HealthCare Institut. V loňském roce skončila na vítězném stupínku Nemocnice Kadaň, přestože je v seznamu individuálních sazeb od pojišťovny na samém chvostu – v seznamu 150 nemocnic je se svou platbou 22,5 tisíce korun čtrnáctá od konce.

„Na to, jak jsou lidé v nemocnici spokojeni, peníze skutečně nemají vliv“, mluví ředitel kaňadské nemocnice Josef Mašek a pokračuje: „Pacienti totiž v soutěži nehodnotí, jakými léky je zdravotníci léčili, ale jak vlivně se k nim chovali a jestli jim vše pořádně vysvětlili. Takové věci samozřejmě pořádkem levně“, říká.

S penězi navíc by přesto celou řadu věcí vylepšil. „Investovali by-

chom samozřejmě do pomůcek, do bezpečnosti pacientů a také do drahých přístrojů, abychom si udrželi alespoň ten základní standard. To jsou i v případě malé nemocnice, jako je to naše, milionové částky“, uzavřel.

Dobré vztahy s pojišťovnou nahradí vymyšlené komplikace
Ministerstvo zdravotnictví s nespravedlivým systémem nesouhlasí. Zmínit se ho ale stále nedá. Vedení resortu si sice naplánovalo, že během pěti let platby nemocnicem sjednotí, podle zdravotníků se ale nic z toho prozatím nedomá. „Dva roky je tu sice nastavený nový trend, v rámci kterého se přibližuje individuální sazba nemocnic k sazbě průměrné, ale celou smlouvu ponekval vymazala nová úhradová vyhláška. Ta obsahuje třeba i takové restriky, které nám přejdou směrem proti tomuto vyrovnání“, říká Josef Mašek z kadaňské nemocnice.

Podle ředitelky semské nemocnice Aleny Kuželové navíc změny doprovázejí zmatky. „Sazby se

možná srovnávají, problém je ale v tom, že do teď nevíme, za kolik vlastně letos některé výkony děláme. Rok pozvolna končí, ale stále to nemáme s pojišťovnou vyjednané“, zhodnotila Kuželová.

Některé nemocnice si navíc opět našly klíčků, jak na novém systému platby vydělat: aby přežily, jezdí mnohem více peněz, vykazují nejrizikovější komplikace diagnost.

„Obilněným trikem je třeba léčit staršího pacienta kromě jeho vlastní nemoci také kvůli nedostatku hemoglobinu. Zatímco v USA může lékař vyžádat léčbu anémie jen po transfuzi krve, u nás stačí malinko zhoršit krevní obraz – a je to,“ vysvětluje poradce ministerstva zdravotnictví Pavel Vepřek.

Podle právníka Ondřeje Dostálky z Platformy zdravotních pojišťoven, která dohlíží na práva pacientů, za to nemocnicím navíc nic nehrozí. Stát totiž nenastavil jasná pravidla. „U nás je to naprosto chaos. Nemáme jednoznačně dáno, kolik korun a za jakých podmínek budeme platit, protože ministerstvo se nic nemanámo vydat,“ zhodnotil Dostál.

Nemocnice, které hospodí s nižšími platbami od pojišťoven, šetří hlavou na provozu. „Zatímco fakultní nemocnice zaplatí za služby jako prani prádla či úklid denně kolem 1200 korun, krajské nemocnice 1230 korun a léčebny dlouhodobě nemocných si vystačí s 570 korunami na den,“ přibližuje šéf České lékařské komory Milan Kubek.

Nespravedlivý systém plateb nemocnicím se podle lékařů nikterak neprojevuje na kvalitě péče o pacienta



Platba nepokryje ani náklady

Proč nám pojišťovna platí za stejnou péči méně peněz? Asi má na různé nemocnice různý metr, odhaduje ředitel Podřípské nemocnice s poliklinikou v Roudnici nad Labem Tomáš Krajník.

VERONIKA RODRIGUEZ
LN Pojišťovna platí za stejné léčení každé nemocnici jinou částku. Kolik dostává vaše nemocnice?
Podle informací, které zveřejnila Asociace českých a moravských nemocnic, dostáváme od VZP platbu nejvíce individuální základní sazbu. Například v roce 2011 byla tato naše sazba 18 229 korun.

LN Co to znamená v praxi? Kolik korun vám pojišťovna zaplatí třeba za operaci slepého střeva?

Pokud budu mluvit o nekomplikovaném laparoskopickém výkonu slepého střeva, dostaneme od pojišťovny v průměru 14 až 15 tisíc korun, přičemž skutečný náklad je kolem 17 až 18 tisíc. To ukazuje, že tato platba nekryje ani skutečné náklady. Asi i proto je v současnosti tak kritická situace v celém zdravotnictví a hrozí krach většiny nemocnic, které poskytují akutní péči.

LN Máte představu, jak jsou na tom ostatní nemocnice v okolí?
Pokud vycházíme z modelového případu a zmíněných individuálních základních sazeb, jsou naše platby za výkony oproti dvěma okolním nemocnicím o 39 až 42 procent nižší. Oproti horovické nemocnici je pak sazba dokonce o 133 procent menší. Personální, materiální a ostatní náklady jsou přitom pro všechny nemocnice stejné. To vytváří nerovné podmínky.

LN Čím si rozdíly vysvětlujete?
Samotné mě je nás zajímalo, proč to tak je. Jestli to nemůže být tím, že platí jiný metr na různé nemocnice podle poskytovatele. My jsme například soukromá nemocnice. Říkají také, že se to počítá z historie, existuje na to určitý vzorec. Jemně – tento vzorec má dvě střížky a je dost speciální, do výpočtu vstupuje spousta aspektů.

LN Odráží se nižší sazba v péči o pacienta?
V péči se to rozhodně odrazit nemůže. Je to vždy definovaná a musí být plně zajištěna, bez ohledu na úhradovou vyhlášku. Zpětná vazba od našich pacientů je proto velmi příznivá. Co ale současná situace vůbec nedovoluje, je investovat do nemocnice, zejména zhoršuje ekonomická situace nemocnic. Definovaná provoz z jiných zdrojů nemocnic už je téměř nemožné. Navíc se to nedá dělat donekonečna.

LN Ministerstvo zdravotnictví tvrdí, že se postupně snaží rozdíly mezi sazbami vyrovnat. Jak se mu to daří?
Vzhledem k tomu, že individuální základní sazby jsou dle pojišťoven nevěřející informací – přestože se jedná o veřejné prostředky – nejsem schopen to posoudit. Můžu mluvit pouze o vývoji naší sazby. A tam se jakékoliv vyrovnávání sazeb neprojevuje, ba naopak.

LN Takže jste se nepolepšili?
Platba od pojišťovny je regulována podle referenčního období, momentálně se odvíjí od situace před dvěma lety. Většina případů se ale rok od roku přesouvá do nižších kategorií úhrady, kterou nečísle překročí. Stejně je postavena i úhradová vyhláška, ačkoliv roste DPH. Takže ošetření pacienta v rodnické nemocnici vyjde pojišťovny stále o deset levně než v nemocnicích v okolí.

	základní sazba 2012	změna oproti 2010
Karlovarská krajská nem.	30 386	+2355
Valašské Meziříčí	30 356	+2362
Brandýs nad Labem	30 301	+2376
Středomoravská nemocniční	30 233	+2393
Znojmo	30 156	+2412
Nové Město na Moravě	30 147	+2413
Tišnov	30 091	+2428
Sedčany	30 046	+2439
Neratovice	29 849	+2487
Krnoh	29 786	+2503
Jeseník	29 754	+2521
Kladno	29 704	+2524
Tábor	29 697	+2525
Fryčkův-Místek	29 693	+2526
Vyškov	29 622	+2543
Mariánské Lázně	29 609	+2546
Příbram	29 588	+2552
Slaný	29 493	+2575
Clinicum, Praha	29 457	+2583
Milosrdných sestř., Brno	29 445	+2586
Nymburk	29 233	+2617
Benešov	29 263	+2612
Chomutov	29 224	+2621
Rýmařov	29 161	+2657
Rokycany	29 097	+2673
Dvůr Králové	28 964	+2705
Sušice	28 962	+2706
Beroun, Jeseňná	28 948	+2709
Opava	28 934	+2712
Duchcov	28 924	+2715
Litoměřice	28 786	+2749
Čáslav	28 779	+2751
Ústí nad Orlicí	28 752	+2758
Rychnov nad Kněžnou	28 669	+2777
Ústřední vojenská nemoc., Praha	28 628	+2788
Šumperk	28 620	+2790
Vojenská nem., Olomouc	28 549	+2808
Vojenská nem., Brno	28 473	+2826
Jablonec nad Nisou	28 465	+2828
Kyjov	28 460	+2829
Příbram	28 438	+2835
Telčiv	28 373	+2850
Ortels, Rožnov p. Radhoštěm	28 343	+2858
Ričany	28 250	+2889
Havlíčkův Brod	28 227	+2887
Mělník	28 173	+2900
Žilina	28 171	+2901
Trutnov	27 960	+2953
Gynocentrum Praha	27 944	+2956
Vsetín	27 896	+2968
Kroměříž	27 795	+2993
Náchoď	27 714	+3013
Atlas, Zlín	27 713	+3013
Jindřichův Hradec	27 706	+3015
Litomyšl	27 561	+3050
Jičín	26 977	+3194
Hodonín	26 977	+3194
Vazební věznice Brno	26 836	+3229
Ústav leteckých zdravotníků Praha	26 787	+3241
Strakonice	26 718	+3258
Kadaň	26 552	+3299
Dr. Pírka, Miáďa Bolešlav	26 428	+3329
Městec Králové	26 334	+3353
Sv. Zdislava, Velké Meziříčí	25 881	+3452
Domážice	25 325	+3600
Nový Jičín	24 726	+3748
Vězeňská nemocnice Praha	24 195	+3879
BMI Chirurgie, Brno	23 116	+4145
Žatec	22 684	+4250
Roudnice nad Labem	22 520	+4291
CLPA, Praha	21 905	+4442
Ústav chirurgie ruky, Vysoké n. Jizerou	21 395	+4568
CNS-Centrum Třinec	21 389	+4569
P-P Klinika Kladno	19 733	+4977

