

Vývoj systému úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění ČR v průběhu let 2010-2014

Tomáš Křupka

Bakalářská práce
2015



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: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tomáš Křupka**
Osobní číslo: **M120255**
Studijní program: **B6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management a ekonomika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Vývoj systému úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění ČR v průběhu let 2010–2014**

Zásady pro vypracování:

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Srovnajte vývoj pravidel financování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění v ČR v letech 2010–2014 a určete úlohu státu.

II. Praktická část

- Modelujte na vykázaných výkonech poskytovatelů zdravotní péče vybraných segmentů vývoj úhrad dle platných právních norem pro jednotlivé roky 2010–2014.
- Interpretujte výsledky zjištěné modelací.
- Zhodnoťte politiku státu při regulaci nákladů ve zdravotnictví hrazených z veřejného zdravotního pojištění v letech 2010–2014 a navrhněte možné způsoby dalších řešení současné situace.

Závěr

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

Seznam odborné literatury:

KOŽENÝ, Pavel et al. Klasifikační systém DRG. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 206 s. ISBN 978-80-247-2701-1.

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. Úvod do veřejného zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

BUSSE, Reinhard. Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. 1st ed. Maidenhead, England: Open University Press, 2011, 458 p. ISBN 978-0335-245-57-4.

Vedoucí bakalářské práce: prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.
Ústav managementu a marketingu
Datum zadání bakalářské práce: 16. února 2015
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2015

Ve Zlíně dne 16. února 2015

prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková
děkanka



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


PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE**Prohlašuji, že**

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové/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 obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové/bakalářské práce bude uložen na elektronickém nosiči v příruční knihovně Fakulty managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou/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. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen přípouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové/bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na diplomové/bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze diplomové/bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 30.4.2015


.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

V období 2010 až 2014 byla situace kolem financování zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění dost nepřehledná. Rozhodl jsem se udělat si pořádek v protichůdných tvrzeních a zjistit skutečný stav za pomoci modelací, dedukce, indukce a trendové analýzy. Obzvláštní pozornost jsem věnoval regulačním poplatkům, u kterých jsem chtěl zjistit jejich efekt na výši nákladů za zdravotní péči. Z trendové analýzy jsem však nezjistil žádný pozitivní vliv na snížení nákladů. Dále jsem zkoumal, zda stát, zdravotní pojišťovny a poskytovatelé plní svou úlohu a co vše ovlivňuje financování ze systému veřejného zdravotního pojištění. Bohužel jsem zjistil mnoho nedostatků. Stát nejedná efektivně. Měl by se snažit stabilizovat celý systém, ale někdy k jeho nestabilitě naopak přispívá. Zdravotní pojišťovny nevyužívají nástrojů, které jim dávají informace, jež mají k dispozici. Z modelací vybraných segmentů zdravotní péče jsem potvrdil závěry ústavního soudu o restriktivním dopadu vyhlášky č. 475/2012, která upravovala financování roku 2013. Závěrem jsem si dovilil navrhnout několik doporučení směřujících k získání kontroly nad systémem.

Klíčová slova: zdravotnictví, zdravotní péče, zdravotní pojišťovna, financování zdravotní péče, úhradové mechanismy, regulační poplatky, veřejné zdravotní pojištění

ABSTRACT

In the period from 2010 to 2014, the situation around financing of health services from the public health insurance was quite unclear. I decided to sort out the conflicting claims and see the real state using reshaping, deduction, induction, and trend analysis. I have paid particular attention to the regulatory fees. I wanted to find out about their effect on costs of health care. Using the analysis of the trend, however, I revealed no positive effect on the reduction of costs. Furthermore, I examined whether the State, health insurance companies and providers fulfil their task and what influences the funding from the public health insurance system. Unfortunately, I have found many deficiencies. The State is not efficient. The State should try to stabilize the entire system, but on the contrary, it sometimes even contributes to its instability. Health insurance companies do not use the tools which provide them with the information available. Based on reshaping of the selected segments of health care, I have confirmed the conclusions of the Constitutional Court about the restrictive impact of regulation No. 475/2012 which regulated the financing in 2013. Finally,

I attempted to propose several recommendations aimed at the acquisition of control over the system.

Keywords: public health, health care, health insurance company, health care financing, tender mechanisms, regulatory fees, public health insurance

Rád bych zde poděkoval svému vedoucímu práce, jímž je prof. MUDr. Jaroslav Slaný CSc., za cenné rady a maximální vstřícnost a ochotu při tvorbě mé práce.

Motto:

„Bez správných informací nelze činit správné závěry.“

Zdroj: autor

OBSAH

ÚVOD.....	10
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE.....	12
I TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 ZPŮSOB URČOVÁNÍ PRAVIDEL A JAK JE FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE NÁSLEDNĚ PROVÁDĚNO	14
1.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC.....	14
1.2 DOHODOVACÍ ŘÍZENÍ.....	16
1.3 PŘIPOMÍNKOVÉ ŘÍZENÍ	17
1.4 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	18
1.5 POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	19
1.5.1 Výběrové řízení	19
1.5.2 Členění poskytovatelů hrazených služeb	20
1.5.3 Tvorba sítě poskytovatelů zdravotních služeb	20
1.6 ÚLOHA STÁTU	21
1.7 WHO – SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE	22
1.8 ZDRAVÍ 2020 - NÁRODNÍ STRATEGIE OCHRANY A PODPORY ZDRAVÍ A PREVENCE NEMOCÍ	22
1.9 ÚZIS	23
1.9.1 Registry a Informační systémy NZIS.....	24
1.9.1.1 Národní registry	24
1.9.1.2 Informační systémy orgánů ochrany veřejného zdraví.....	24
1.9.1.3 Informační systémy z datových souborů ČSÚ	25
1.9.1.4 Informační systém z datových souborů ČSSZ.....	25
1.10 ORGANIZAČNÍ SCHÉMA ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU.....	26
2 CO JE DRG A JEHO KULTIVACE V PROSTŘEDÍ NAŠEHO SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ	27
2.1 CO JE DRG.....	27
2.2 VZNIK DRG	27
2.3 IMPLEMENTACE NA ČESKÉ PODMÍNKY.....	28
2.3.1 Specifika českých podmínek.....	28
2.3.2 NRC.....	29
2.4 SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI A STANOVENÍ PRIORIT PRO PRAKTICKOU ČÁST	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
3 ÚHRADY V JEDNOTLIVÝCH LETECH 2010-2014	33
3.1 POSKYTOVATELÉ LŮŽKOVÉ PÉČE	33
3.2 POSKYTOVATELÉ V OBORU VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ.....	38
3.3 POSKYTOVATELÉ V OBORU SPECIALIZOVANÉ AMBULANTNÍ PÉČE	41
3.3.1 Úhradové mechanismy.....	41
3.3.2 Vnitřní lékařství – interna, odbornost 101	43
3.3.3 Interpretace výsledků pro PZS2	44
3.3.4 Otorinolaryngologie – odbornost 701	44
3.3.5 Interpretace výsledků pro PZS3	45

3.4	POSKYTOVATELÉ V OBORU ZUBNÍHO LÉKAŘSTVÍ	46
3.5	POSKYTOVATELÉ AMBULANTNÍ PÉČE VE VYJMENOVANÝCH ODBORNOSTECH	48
3.5.1	Patologická anatomie - odbornost 807	48
3.5.2	Interpretace výsledků pro PZS4	50
3.5.3	Laboratoř klinické cytologie - odbornost 817	51
3.5.4	Interpretace výsledků	51
4	KONCEPCE ZDRAVOTNÍ POLITIKY STÁTU.....	52
4.1	ROK 2013 A NÁLEZ ÚSTAVNÍHO SOUDU - PŘEDPIS Č. 396/2013 SB.	53
4.2	REGULAČNÍ POPLATKY	54
4.2.1	Vliv zavedení regulačních poplatků na snížení nákladů za zdravotní péči.....	54
4.2.2	Interpretace zjištěných výsledků	58
4.3	SÍŤ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ V PRAXI.....	58
4.4	KOREKTNOST ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN	60
4.5	KAM SMĚRUJE ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ V DALŠÍCH LETECH.....	61
4.5.1	Plnění vládního programového prohlášení.....	61
4.5.2	Národní strategie elektronického zdravotnictví	62
	ZÁVĚR	63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
	SEZNAM CITOVANÝCH PRÁVNÍCH NOREM.....	66
	SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	67
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	69
	SEZNAM OBRÁZKŮ	71
	SEZNAM TABULEK.....	72
	SEZNAM GRAFŮ	73
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Vybral jsem si téma týkající se systému financování našeho zdravotnictví z veřejného zdravotního pojištění. Toto téma mi přišlo ve vybraných letech dost aktuální a poutavé. Střetávaly se zde rozdílné názory všech zúčastněných stran a někdy byly až neúměrně vyrocené. A i když všechny strany interpretovaly stejnou skutečnost, vycházely různé výsledky a to dokonce i v případech, které se daly vyčíslit. Chtěl bych tedy poskytnout nezúčastněný pohled na nastalou situaci a zkusit alespoň částečně zjistit, kde je podle mého názoru větší míra pravdivosti výkladu a nakolik je situace efektivní s přihlédnutím na nutnost udržení dostatečné kvality péče. Jsem přesvědčen, že část pravdy budou mít nejspíš zástupci poskytovatelů zdravotní péče, část zástupci zdravotních pojišťoven a jistě i tvůrce trhu, tedy stát především prostřednictvím ministerstva zdravotnictví. Má práce je tedy určena všem těmto zúčastněným stranám, jako další názor či pohled na nepřehlednou situaci v oblasti financování zdravotní péče v ČR. Období 2010-2014 jsem si vybral, protože je to období po celosvětové hospodářské krizi, která se již plně přelila do naší ekonomiky a vyvolal tak velký tlak na snižování nákladů i v oblastech, ve kterých k tomu dříve nebyla politická ani společenská vůle. Chtěl bych rozebrat role jednotlivých zúčastněných stran a to, jakou měrou a výsledkem se podílejí na vývoji a stavu nejen našeho zdravotnictví, ale především způsobu jeho financování. A zda plní svou úlohu tak, jak by obyčejný člověk platící zdravotní pojištění od nich očekával a vyžadoval. Nechci po dokončení své bakalářské práce tvrdit, že to je jediný pravdivý a objektivní pohled, ale rád bych poskytl své postřehy a případné možnosti řešení zjištěných nedostatků či chyb. Stejně tak bych hned na úvod rád zdůraznil, že má práce nebude podávat všeobsahující pohled na situaci v celé oblasti. To ani v rámci rozsahu mé práce není možné, protože na každou část by šlo vypracovat samostatnou práci. Já jen podám základní výklad a vysvětlení rozdílů hrazení péče v jednotlivých segmentech a provedu modelaci úhrad pro různé poskytovatele zdravotní péče v jednotlivých letech.

Ve své teoretické části bych chtěl osvětlit, jakými pravidly se financování řídí, jakým způsobem jsou tato pravidla nastavována, a v praktické části bych se věnoval tomu, jak ve skutečnosti byla nastavená pravidla aplikována. Dále bych se chtěl v obecné rovině věnovat právě systému DRG, který je postupně aplikován a kultivován i v ČR, protože podle mne při správném nastavení může pomoci ozdravit systém akutní lůžkové péče zatížený řadou chyb a zkusit se podívat i na historii a budoucnost tohoto systému. Rád bych také

prozkoumal další aspekty, které tvorbu pravidel ovlivňují, mám především na mysli vliv globalizace.

Ve své praktické části budu na datech jednoho roku u zástupců vybraných segmentů modelovat úhrady tak, jak by probíhaly v různých letech dle platných právních norem. Na datech jednoho roku právě proto, aby se dalo porovnat, jak se projeví změny v systému úhrad v jednotlivých letech při stejném základním souboru výkonů. Tedy jak by se vyvíjely úhrady při stejném počtu ošetřených pojištěnců a stejné frekvenci i spektru výkonů. Z toho vyplývá, že budu muset nejdřív údaje přepočítat vždy na sazebníky ze seznamu zdravotních výkonů platných pro jednotlivé roky a následně je implementovat do úhradových mechanismů aktuálních v jednotlivých letech. Rád bych vyjádřil závěr, jakého výsledku bylo těmito změnami dosaženo, nakolik to bylo v záměru spolutvůrců těchto změn a zda nešlo dosáhnout lepšího výsledku či zvolit jiný způsob realizace změn. Taktéž bych se chtěl podívat na to, zda koncepce ministerstva zdravotnictví je vedena kontinuálním způsobem v delším časovém horizontu, než je jen volební období či změna na postu ministra zdravotnictví.

Ve svých modelacích se nebudu věnovat regulačním opatřením na vyžádanou péči, přebrané léky, ZUMy a ZULPy, i když tato složka tvoří rozsáhlou a nedílnou součást každého vyúčtování. Jedná se o specifickou oblast, která je upravována u každého poskytovatele zvlášť a hodně přitom záleží na skutečnosti, jak moc byl naplněn zdravotně pojistný plán konkrétních zdravotních pojišťoven a také na schopnosti poskytovatelů obhájit si vyžádanou péči a léky.

V neposlední řadě rozeberu dlouho diskutované regulační poplatky s platností od 1. 1. 2015 již zrušené a jak se jejich zavedení projevilo na následném objemu čerpané zdravotní péče.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Téma jsem si vybral, protože je mi oblast zdravotnictví blízká a v posledních pár letech jsou patrné snahy o reformy. Především v období po příchodu celosvětové krize, kdy vystal tlak na snižování nákladů a větší hospodárnost ve veřejném sektoru. Cílem mé práce bude prozkoumat, jak se tato skutečnost promítla do úhradových mechanismů vybraných segmentů a zkusím prozkoumat, jestli jednotlivé subjekty plní svědomitě svou úlohu. Především stát, který je pro mne tvůrcem tohoto trhu a garantem dostupnosti zdravotní péče. Pro modelaci svých výpočtů jsem si vybral, co do objemu péče, významné segmenty zdravotní péče. Budu provádět modelace za období 2010 až 2014.

Jako další bod mé práce rád prozkoumám často diskutované regulační poplatky. Pro zjištění jejich efektivity použiji metodu trendové analýzy. Při své práci dále využiji základní metody indukce a dedukce a především již zmíněné modelace.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZPŮSOB URČOVÁNÍ PRAVIDEL A JAK JE FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE NÁSLEDNĚ PROVÁDĚNO

Na úvod své práce bych chtěl vymezit právní rámec, který oblast zdravotnictví spravuje a určit úlohy hlavních subjektů ovlivňujících poskytování zdravotní péče populaci. Za nejdůležitější považuji stát, především prostřednictvím MZ ČR a výborů Poslanecké sněmovny, zdravotní pojišťovny a poskytovatele zdravotní péče a podle toho budu svou práci členit a zkoumat.

1.1 Legislativní rámec

Oblast úhrad ve zdravotnictví určuje rozsáhlý systém propojených právních norem. Zde bych zmínil četné novelizace mnohých z nich uskutečněné v roce 2012. Nejedná se o výčet všech právních norem upravujících tuto problematiku, uvedu zde pouze ty, podle mne nejdůležitější:

- zákon č. 1/1993 Sb., Ústava ČR
- zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod
- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu; tento zákon byl k 1. 4. 2012 zrušen zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů
- vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy
- vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 592/1992 Sb., České národní rady o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci
- vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb

- vyhláška č. 100/2012 Sb., o předepisování zdravotnických prostředků a o podmínkách zacházení s nimi
- vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě
- vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách

jako další zasahují do systému vyhlášky, které mají platnost pouze rok a stanovují hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezení:

- pro rok 2010: Vyhláška č. 471/2009 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010
- pro rok 2011: Vyhláška č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011
- pro rok 2012: Vyhláška č. 425/2011 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012
- pro rok 2013: Vyhláška č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013
- pro rok 2014: Vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014

a dále systém upravují vyhlášky vydávající seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami:

- pro rok 2010: Vyhláška č. 472/2009 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
- pro rok 2011: Vyhláška č. 397/2010 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

- pro rok 2012: Vyhláška č. 411/2011 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
- pro rok 2013: Vyhláška č. 467/2012 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
- pro rok 2014: Vyhláška č. 421/2013 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

1.2 Dohodovací řízení

Tvorba zdravotní politiky se dotýká oblasti ovlivňované hledisky různých zájmových skupin, především státu, zdravotních pojišťoven a různých profesních seskupení. Nejčastější forma nalezení konsenzu jsou výbory Poslanecké sněmovny a tzv. dohodovací řízení mezi zástupci poskytovatelů, zdravotních pojišťoven a MZČR. (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 119)

Dohodovací řízení je zákonem určený způsob tvorby právních a ekonomických vztahů mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb. Institut dohodovacího řízení je obligatorně stanoven v § 17 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Dohodovacího řízení o stanovení seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami se účastní zástupci:

- Všeobecné zdravotní pojišťovny a ostatních zdravotních pojišťoven
- příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení
- profesních organizací zřízených zákonem
- odborných vědeckých společností
- zájmových sdružení pojištěnců

V případě dohody je seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami předkládán Ministerstvu zdravotnictví k posouzení souladu s platnými právními předpisy, a zda je v souladu s veřejným zájmem. (MZČR, 1997, s. 1192)

Dohodovacího řízení o hodnotách bodů a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění se účastní zástupci všech zdravotních pojišťoven a oprávnění zástup-

ci poskytovatelů zdravotních služeb. Svolavatel, určený jednacím řádem, je povinen předat výsledky jednání do 60 dnů před skončením platnosti cen bodů a výše úhrad, včetně regulačních mechanismů hrazené zdravotní péče, platných pro předchozí období. (MZČR, 1997, s. 1193)

Pokud nedojde v nějakém segmentu k dohodě, musí MZ ČR vyhotovit svou verzi vyhlášky. Na verzi této vyhlášky může začít pracovat, jakmile se o nedohodě dozví, je to časově náročné a z toho důvodu začalo ministerstvo uvažovat o zrušení dohodovacího řízení s připomínkou, že možnost dohody mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče by tím nebyla nijak dotčena, jen by se to nedělo v rámci těchto dohodovacích řízení, ale v konkrétních jednáních tak, jak to bylo možné doposud. (MZČR, ©2013)

1.3 Připomínkové řízení

Na základě věcného návrhu, jehož předkladatelem je ministerstvo zdravotnictví a po projednání výbory poslanecké sněmovny (především výbor pro zdravotnictví), se text dává do připomínkového řízení, které je interní a externí. Interní připomínkové řízení je meziresortní a vyjadřují se k němu jednotlivé ministerstva. Externí připomínkování se pak provádí rozesláním textu účastníkům dohodovacího řízení, popřípadě se k němu ve lhůtě mohou vyjádřit i jiné subjekty. Zpracovatel návrhu následně může jednotlivé návrhy zapracovat do textu schvalované vyhlášky, ale nemusí. Pokud chceme, aby byla připomínkám věnována pozornost, musíme dodržet několik zásad.

Zásady připomínkování:

- připomínky musí být v samostatném dokumentu (nelze připomínkovat do připomínkovaného textu předpisu)
- připomínky by měly být vedeny obecně nebo ke konkrétnímu ustanovení
- musí být přesně lokalizováno místo, které připomínkujeme
- připomínka musí být též řádně zdůvodněna
- připomínka musí být označena jako zásadní nebo obecná (zásadní připomínkou se musí ministerstvo zabývat)
- lze připomínkovat pouze návrh předpisu, nikoliv důvodovou zprávu

(ANČR, ©2015)

1.4 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou zřízeny na základě zákona jako veřejnoprávní instituce, jejichž úkolem je hradit plně nebo částečně náklady na zdravotní péči. A to sice zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Tyto zákony upravují činnost zdravotních pojišťoven. Jako další zákon upravující povinnosti bych zmínil 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a to především § 42 Kontrola a § 46 Síť zdravotnických zařízení, ke kterým se vrátím ve své praktické části. Tento zákon také přesně stanovuje rozsah zdravotní péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 137)

Seznam registrovaných zdravotních pojišťoven:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna
- Vojenská zdravotní pojišťovna
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- Oborová zdravotní pojišťovna
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
- Revírní bratrská pokladna - zdravotní pojišťovna
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

U zdravotních pojišťoven bych se zmínil v teoretické části pouze o VZP ČR, jedná se o největší zdravotní pojišťovnu mající v současné době kolem 6 mil. klientů, která má oproti ostatním pojišťovnám specifické postavení, jednak se řídí jiným zákonem a jednak je výhradním správcem některých agent ovlivňujících všechny účastníky veřejného zdravotnictví.

VZP je správcem registru pojištěnců všech pojišťoven a na jejím zvláštním účtu se soustřeďují výběry pojistného (tzv. fond zdravotního pojištění). VZP je povinna ze zákona jej spravovat a vést na základě zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění odděleně od ostatních svých účtů a fondů. Pravidla hospodaření s tímto účtem jsou stanovena ve vyhlášce č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu. Tyto prostředky jsou následně přerozdělovány podle nákladových indexů pro 18 věkových skupin a dále je z tohoto účtu hrazena i zvlášť nákladná zdravotní péče stano-

vená jako třicetinásobek průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v kalendářním období. Účelem takto stanovených pravidel je zamezení pochopitelných praktik zdravotních pojišťoven s cílem kumulace výhodných klientů, a aby byl zachován princip solidarity bohatých s chudými. (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 134-135)

1.5 Poskytovatelé zdravotních služeb

V této části bych pro lepší představu rozčlenil poskytovatele do logických celků podle druhů poskytované péče a mechanismů, na jejichž základě se vypočítává hodnota úhrady poskytnuté péče. A popsal bych způsob, jakým se poskytovatel může zapojit do sítě zdravotnických zařízení.

1.5.1 Výběrové řízení

Aby se poskytovatel zdravotních služeb mohl zapojit do sítě zdravotnických zařízení, musí projít výběrovým řízením a následně získat smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Návrh na vyhlášení výběrového řízení podává zdravotní pojišťovna nebo poskytovatel zdravotních služeb a vyhlašuje jej krajský úřad s místní příslušností. U lůžkové a lázeňské léčebně rehabilitační péče řízení vyhlašuje Ministerstvo zdravotnictví.

Vyhlašovatel, tedy ve většině případů krajský úřad, zřizuje výběrovou komisi s těmito účastníky:

- zástupce krajského úřadu či Ministerstva zdravotnictví, tedy zástupce vyhlášovatele
- zástupce příslušné profesní organizace
- zástupce zdravotní pojišťovny
- odborník na druh zdravotní péče, kterou chce uchazeč poskytovat

Ve lhůtě určené vyhlášovatelem, ne kratší než 30 dní, se přihlásí všichni uchazeči o poskytování zdravotních služeb. Vyhlašovatel pozve následně všechny uchazeče splňující přihlašovací podmínky na výběrové řízení. Komise po posouzení určí pořadí uchazečů a zdravotní pojišťovna následně přihlíží při uzavírání smluv k těmto výsledkům. Pokud uchazeč úspěšně projde výběrovým řízením a konečné stanovisko komise je doporučující, může požádat zdravotní pojišťovnu o uzavření smlouvy na poskytování zdravotní péče. Pojišťovna nemá povinnost smlouvu uzavřít, ale zároveň nemůže uzavřít smlouvu s poskytovatelem, který nebyl doporučen komisí.

1.5.2 Členění poskytovatelů hrazených služeb

V tomto bodě podrobněji rozdělím poskytovatele do kategorií, jak jsou členění v úhradových vyhláškách, aby si bylo možno udělat obrázek o tom, jaké služby jsou z veřejného zdravotního pojištění hrazeny. Následně bych se u některých z nich v praktické části zastavil a provedl modelace úhrad (názvy kódu číselných označení odborností jsou uvedeny v příloze č. 3 – seznam odborností).

Poskytovatelé:

- lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče (paliativní a symptomatická léčba osob v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu)
- praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost
- specializované ambulantní péče v odbornostech 903, 905, 919 a 927
- v odbornostech 603 a 604
- oboru zubního lékařství
- ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 822 a 823, dále v práci budu uvádět jako vyjmenované odbornosti
- ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925
- ambulantní péče v odbornostech 902 a 917
- zdravotnické záchranné služby, poskytovatelé přepravy pacientů neodkladné péče, zdravotnická dopravní služba a poskytovatelé pohotovostní služby
- ozdravovny a lázeňsko-léčebná rehabilitační péče

(MZČR, 2013, s. 7174)

1.5.3 Tvorba sítě poskytovatelů zdravotních služeb

V části popisující zdravotní pojišťovny jsem již zmínil § 46 Síť zdravotnických zařízení ze zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, který dává za povinnost zdravotním pojišťovnám zajistit svým pojištěncům poskytování hrazených služeb, včetně jejich místní a časové dostupnosti.

Co je místní a časová dostupnost určuje Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Toto nařízení obsahuje ve své příloze č. 1 dojezdovou dobu vyjadřující místní dostupnost hrazených služeb a v příloze č. 2 jsou uvedeny lhůty časové dostupnosti plánovaných hrazených služeb. (MZČR, 2012, s. 3986-3991)

1.6 Úloha státu

Veřejné zdravotnictví je obor řešící problematiku zdraví společnosti jako celku. Využívá přitom poznatky různých vědních disciplín jako je věda o řízení, ekonomika, právo, filozofie, etika, psychologie, sociologie, demografie, statistika a informatika. Cílem je určit determinanty zdraví a zlepšit zdraví obyvatelstva (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 14). Významným zdrojem informací ve veřejném zdravotnictví je tak Národní zdravotnický informační systém NZIS, který shromažďuje potřebné informace (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 38).

Současným trendem ve vývoji zdravotnictví je růst nákladů a snaha o jejich regulaci jak ve světě, tak i v ČR. Tento růst je způsoben prudkým technologickým pokrokem ve zdravotnictví a větší dostupností drahých technologií a léků. Tím dochází k prodlužování lidského života a zvyšování počtu lidí ve vyšších věkových skupinách, nákladnějších na vykázanou zdravotní péči. (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 83)

Úlohou státu je zde prostřednictvím zdravotní politiky pečovat o zdraví obyvatelstva, tato je součástí programů politických stran. Strategické cíle jsou vyjádřeny ve vládních programech, jejichž platnost přesahuje funkční období vlády, která jej schválila. Zdravotní politika je dosahována prostřednictvím nástrojů zdravotní politiky:

- legislativa, právní dokumenty
- financování zdravotní péče
- tvorba sítě poskytovatelů zdravotní péče
- vzdělávání zdravotnických pracovníků
- sběr informací a práce s nimi
- podpora vědy a výzkumu
- léková politika

(Janečková a Hnilicová, 2009, s. 117-118)

Ve své práci se budu blíže věnovat financování zdravotní péče, tvorbě sítě poskytovatelů zdravotních služeb a sběru informací a následné práci s nimi.

V současné době zůstává v ČR zachována významná úloha státu vyplývající z Ústavy ČR a Listiny základních práv a svobod, protože stát z nich má určenou povinnost zajistit každému občanu kvalitní a dostupnou zdravotní péči. Vláda se ke své povinnosti přihlásila též formou vládního programu nazvaného Dlouhodobý program zlepšování zdravotního

stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (Zdraví 21) (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 127). Na tento program navazuje pak program Zdraví 2020.

1.7 WHO – Světová zdravotnická organizace

WHO je režijní a koordinační orgán pro zdraví v rámci systému Organizace spojených národů. Je zodpovědný za vedení a koordinaci zdravotní politiky v globálním měřítku, řídí program výzkumu v oblasti zdraví, nastavuje normy a standardy, formuluje zdravotní politiku, poskytuje technickou podporu jednotlivým zemím, monitoruje a hodnotí trendy v oblasti péče o zdraví. (WHO, ©2015)

Podle WHO je dobře fungující systém závislý na vyváženosti uspokojení zdravotních potřeb a společenských očekávání v těchto oblastech:

- zlepšení zdravotního stavu jednotlivců, rodin a komunit
- vymezení faktorů ohrožujících lidské zdraví
- ochrana populace před finančními důsledky onemocnění
- zajištění rovného přístupu k péči orientované na lidi
- zajištění možnosti spolupodílení se na rozhodnutích ovlivňujících jejich zdraví a systém zdravotnictví (WHO, ©2010)

Data, která WHO analyzuje, za ČR předává ÚZIS.

1.8 Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí

Zdraví 2020 - Strategie ochrany zdraví a prevence nemocí vychází z principů programu Světové zdravotnické organizace Zdraví 2020, který staví do popředí zájem o zlepšení zdraví a životní pohody obyvatelstva, odstraňování nerovností v oblasti poskytování zdravotní péče a posílení role veřejného zdravotnictví. Úkolem je vytvořit udržitelný zdravotní systém, založený na kvalitě, dostupnosti a rovnocenném postavení všech účastníků.

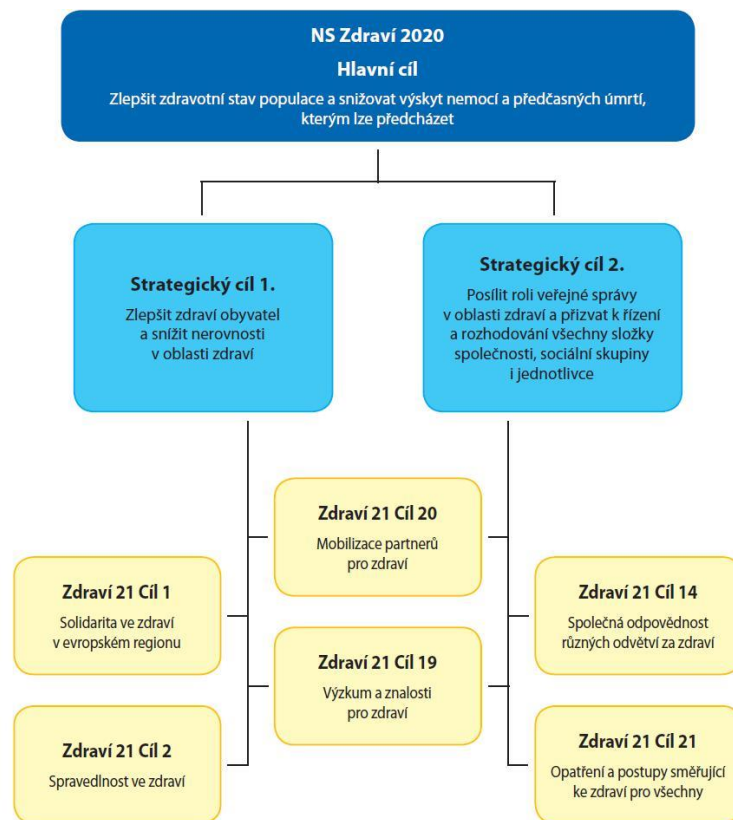
Hlavním cílem tohoto programu je zlepšit zdravotní stav populace a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet.

Jako strategické cíle tohoto programu byly vybrány:

- Strategický cíl 1: zlepšit zdraví obyvatelstva a snížit nerovnosti v oblasti zdraví

- Strategický cíl 2: posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jednotlivce (MZČR, 2014, s. 16)

Pro lepší přehled přikládám obrázek návaznosti strategických cílů NS Zdraví 2020 na cíle Zdraví 21.



Obrázek 1. Návaznost strategických cílů NS Zdraví 2020 (MZČR, 2014, s. 17)

1.9 ÚZIS

Systém vedení zdravotní politiky může fungovat pouze pokud ti, kteří o něm rozhodují, mají k dispozici správné informace v potřebném množství a čase. Tento systém by měl zahrnovat velké množství informací o zdravotních rizicích a životním prostředí, ale i o financování zdravotní péče, přehled o spotřebě jednotlivých druhů zdravotní péče, spotřebě léčiv, dostupnosti poskytovatelů zdravotních služeb a v neposlední řadě i o kvalitě této péče. (Barták, 2012, s. 29)

V ČR tyto informace zpracovává Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) zřízený v roce 1960 ministerstvem zdravotnictví, tento ústav spravuje národní zdravotnický informační systém (NZIS) definovaný v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a

podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) v § 70 odst. 1. ÚZIS vykonává svou činnost na základě zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů a na základě kompetenčního zákona je součástí státní statistické služby. Ústav se zavázal dodržovat Kodex evropské statistiky, jehož cílem je zajištění kvality a důvěryhodnosti dat poskytovaných těmito statistickými službami. (ÚZIS, ©2015)

Úkolem spravovaných registrů je sledovat příčiny, vývoj a důsledky nejen závažných onemocnění, ale i důsledky v sociální sféře a dopady na ekonomickou situaci. Dalším úkolem je provádění statistických a vědeckých zpracování dat registrů zaměřených na analýzy zdravotního stavu obyvatelstva a využívání zdravotní péče pro zkvalitnění a zlepšení zdraví populace. (ÚZIS, ©2015)

1.9.1 Registry a Informační systémy NZIS

1.9.1.1 Národní registry

- Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS)
- Národní onkologický registr (NOR)
- Národní registr hospitalizovaných (NRHOSP)
- Národní registr reprodukčního zdraví (NRRZ)
- Národní registr kardiovaskulárních operací a intervencí (NRKOI)
- Národní registr kloubních náhrad (NRKN)
- Národní registr nemocí z povolání (NRNP)
- Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD)
- Národní registr úrazů (NRU)
- Národní registr osob trvale vyloučených z dárcovství krve (NROVDK)
- Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství (NRPTV)

kromě výše zmíněných národních registrů spravuje ÚZIS další registry a také informační systémy jako:

1.9.1.2 Informační systémy orgánů ochrany veřejného zdraví

- Informační systém infekčních nemocí (IS IN)
- Registr pohlavních nemocí (RPN)
- Registr tuberkulózy (RTBC)

1.9.1.3 Informační systémy z datových souborů ČSÚ

- Informační systém Bilance obyvatel
- Informační systém Narození (IS NAR)
- Informační systém Zemřelí (IS ZEM)

1.9.1.4 Informační systém z datových souborů ČSSZ

- Informační systém Pracovní neschopnost (IS PN)

Pro mou práci je relevantní právě Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS). Do zmíněného registru jsou zapisována data předaná prostřednictvím formulářů, které vyplňují poskytovatelé zdravotních služeb každý rok. S nástupem nového ředitele v květnu 2014 v ÚZIS dochází k mnoha změnám ve způsobu sbírání těchto dat. Mnohá data vyžadovaná ve výkazech jsou nadbytečná a dochází ke zbytečnému zatěžování zdravotnického terénu, zejména sadou klinických výkazů bez zpětné vazby k poskytovatelům a systém objektivní validace dat je nefunkční. (ÚZIS, ©2015)

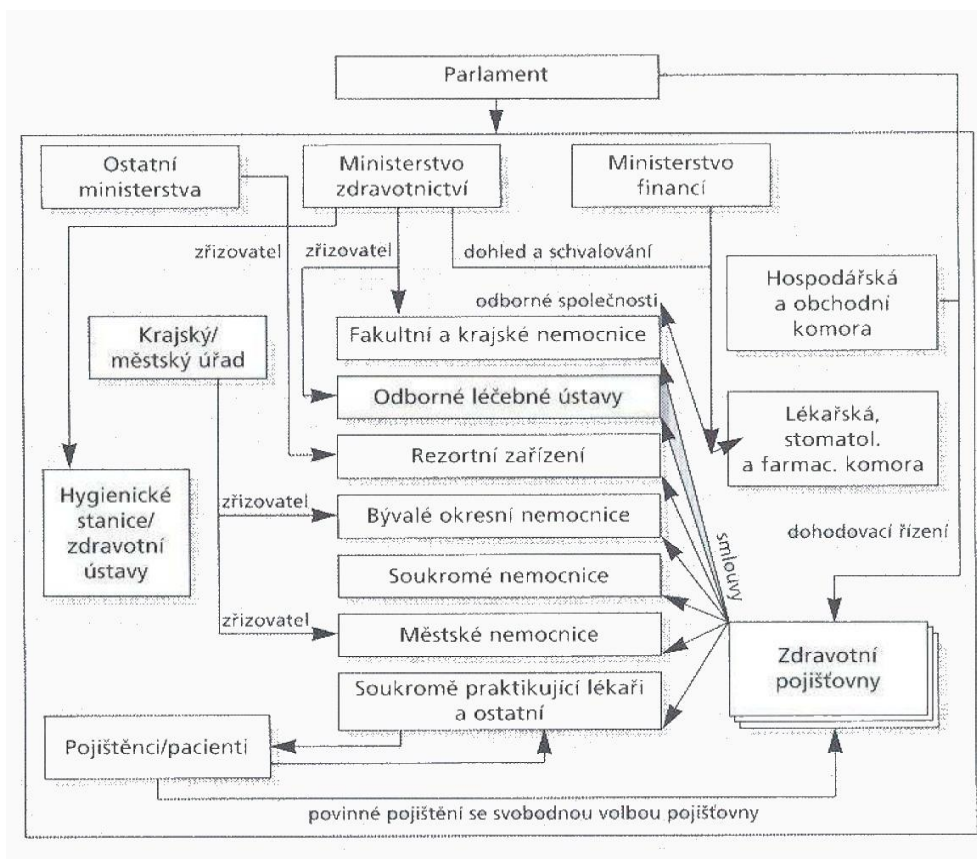
Přikládám pro ilustraci formulář pro vyhledávání poskytovatelů zdravotní péče s vyhledanými lékaři odbornosti diabetologie zlínského kraje, okresu Kroměříž. Proč jsem si vybral zmíněnou odbornost, blíže vysvětlím ve své praktické části v kapitole síť zdravotnických zařízení.

Vyhledat		Zrušit filtr		
VÝSLEDKY VYHLEDÁVÁNÍ				
Kraj	Okres	Adresa	Název	
Zlínský kraj	Kroměříž	Holešov, Palackého 492/62	Diahaza s.r.o.	✕ 🔍 📍
Zlínský kraj	Kroměříž	Hulín, Tyršova 799	Diahaza s.r.o.	✓ 🔍 📍
Zlínský kraj	Kroměříž	Hulín, Nábřeží 1314	MUDr. Miloslav Páleníček, Odborná interní ordinace	✓ 🔍 📍
Zlínský kraj	Kroměříž	Chropyně, Komenského 39	Diahaza s.r.o.	✓ 🔍 📍
Zlínský kraj	Kroměříž	Kroměříž, Tovačovského 437/20	MUDr. Miloslav Páleníček, Odborná interní ordinace	✕ 🔍 📍
Zlínský kraj	Kroměříž	Kroměříž, Svatopluka Čecha 2698/8	MUDr. Miloslav Páleníček, Odborná interní ordinace	✓ 🔍 📍
Zlínský kraj	Kroměříž	Kroměříž, Komenského náměstí 372/14	LUNACOR s.r.o. - Ambulance kardiologie	✕ 🔍 📍
Zlínský kraj	Kroměříž	Kroměříž, Velké náměstí 106/49	DIAMEDICA s.r.o.	✕ 🔍 📍

Obrázek 2. Diabetologie z NZIS (ÚZIS, ©2015)

1.10 Organizační schéma zdravotnického systému

Rád bych zde uvedl schéma, které podrobněji ukazuje na jednotlivé vazby mezi všemi účastníky v komplikovaném systému zdravotnictví. Je z něj velice dobře vidět, jak stát může provádět svou zdravotní politiku a jaké subjekty vstupují do komplikovaného systému, jakým veřejné zdravotnictví v ČR je.



Obrázek 3. Organizační schéma zdravotnického systému ČR (Gladkij, 2003, s.55)

2 CO JE DRG A JEHO KULTIVACE V PROSTŘEDÍ NAŠEHO SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ

2.1 Co je DRG

DRG je zkratka z anglického výrazu Diagnosis Related Groups a jedná se o systém case-mixové klasifikace skupin vztažených k příbuzné diagnóze a slouží k optimalizaci alokace zdrojů. (Kožený et al., 2010, s. 15-16)

2.2 Vznik DRG

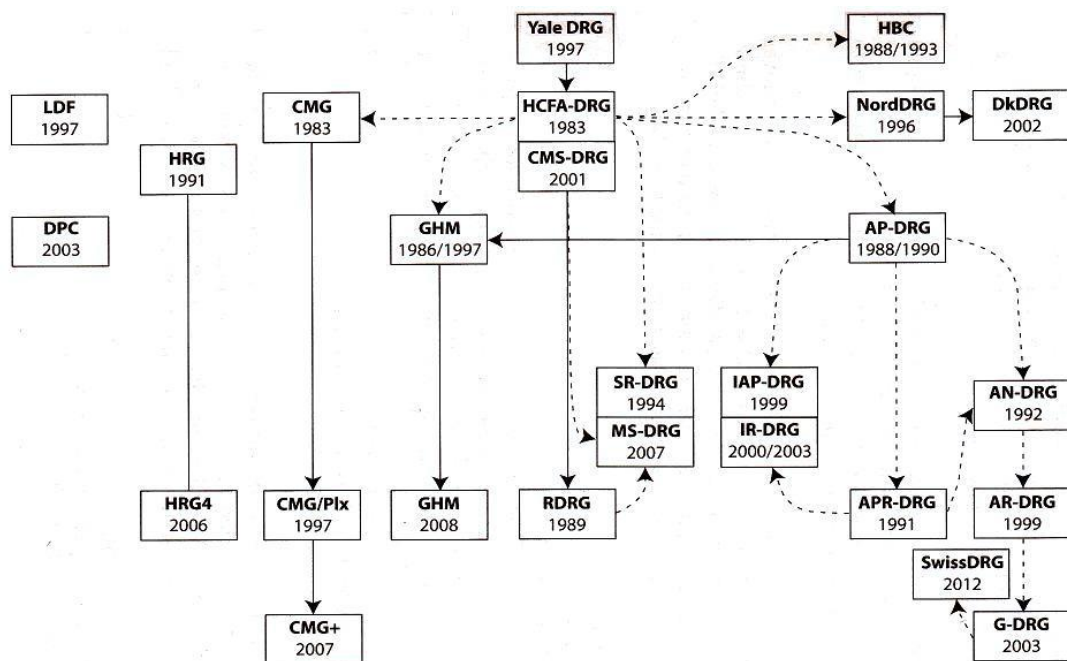
O první pokusy klasifikace takovýchto případů se pokusila Florence Nightingalová roku 1852 s cílem porovnat náklady a efektivitu léčebných postupů různě nemocných pacientů. (Kožený et al., 2010, s. 15)

Jako další v historii se tímto tématem zabýval Dr. Eugen Codman, který upozorňoval ve své zprávě adresované Philadelphia County Medical Society roku 1913 na nutnost vyhotovování zpráv v nemocnicích na základě klasifikačního systému z důvodu možného porovnávání výsledků léčby v různých institucích. Bohužel nenašel u svých kolegů pochopení. A tak jeho myšlenku začal rozvíjet až profesor Yalské university Robert Fetter se svými kolegy koncem 60. let. Z důvodu neúměrného růstu nákladů na zdravotní péči byl v USA zaveden systém Medicare v roce 1965, který se postupně vyvinul také díky pokroku IT technologií (nutnost zpracování obrovských souborů dat) v systém DRG. Tento systém obsahoval v roce 1973 54 hlavních diagnostických kategorií a 333 konečných skupin. První originální uznaná verze byla vyvinuta právě na Yalské univerzitě a měla označení HCFA-DRG. Tento systém čítal 23 tříd obsahujících 470 skupin, a ačkoliv byl původně program Medicare vyvinut jako manažerský nástroj pro zjištění efektivity, účelnosti a hospodárnosti poskytované péče, přerodil se v roce 1983 v uzákoněný platební systém. Správnost snahy o vytvoření takového systému se prokazuje tím, že hned další rok na setkání pořádaném francouzským ministrem zdravotnictví přistupuje k vytvoření obdobného systému dalších pět evropských zemí: Francie, Belgie, Irsko, Nizozemí a Portugalsko a v roce 1987 již 15 zemí přistupuje k PCSI, tedy k úmluvě vzájemné výpomoci při budování použitelného systému klasifikací pacienta. (Wiley, 2011, s. 3-5)

V ČR se začíná s experimentem vývoje takového systému vhodného pro naše podmínky od roku 1996. A roku 2003 založily všechny zdravotní pojišťovny spolu se Sdružením sou-

kromých nemocnic ČR organizaci Národní referenční centrum pro zavádění systému DRG do našeho prostředí. Později se přidávají i ostatní profesní sdružení poskytovatelů akutní lůžkové péče a v témže roce ministerstvo smluvně zajistilo pro Českou republiku klasifikační systém IR-DRG. (Kožený et al., 2010, s. 9)

Potřeba neustálého vývoje ústila v objevování nových a nových systémů DRG lišících se od sebe vždy nějakým novým postřehem přispívajícím k dokonalejší identifikaci skupin a procedur k nim přiřazených. Pro lepší ilustraci přikládám následující obrázek.



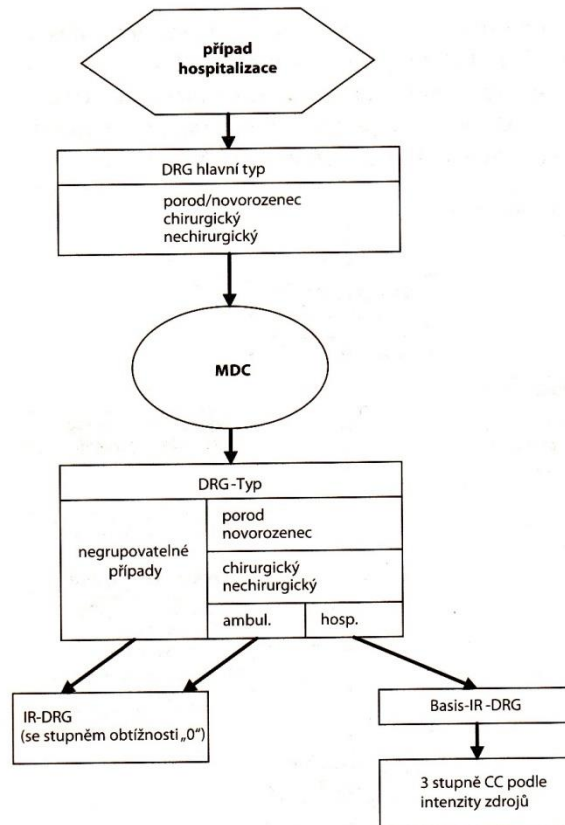
Obrázek 4. Vývoj klasifikačního systému DRG k roku 2007 (Kožený et al., 2010, s. 19)

2.3 Implementace na české podmínky

2.3.1 Specifika českých podmínek

Při zavádění klasifikačního systému v evropských zdravotních systémech vyvstal problém, nešlo plně aplikovat americký systém, protože ve většině zemí byly odlišné způsoby kódování zdravotních výkonů a jiná klasifikace diagnóz. V ČR, stejně jako v mnoha dalších evropských zemích, na doporučení WHO byla již dříve přijata MKN-10. Pokusy s využitím různých převodníků selhaly, a proto byl využit jiný systém DRG nazývaný IR-DRG, který umožňuje využívat vlastní systém kódování výkonů a diagnóz na základě

MKN-10 více přizpůsobitelný národním specifikům jednotlivých evropských zemí, viz obrázek č. 5.



Obrázek 5. Princip členění IR-DRG (Kožený et al., 2010, s. 55)

2.3.2 NRC

Podle § 20 písm. f) Občanského zákoníku bylo dne 2. 9. 2003 jako zájmové sdružení právnických osob založeno Národní referenční centrum. Zakládajícími členy byly všechny zdravotní pojišťovny v České republice a Sdružení soukromých nemocnic České republiky. Později přistoupily Asociace nemocnic ČR, Sdružení ambulantních specialistů a Asociace krajských nemocnic. Dne 28. 11. 2007 došlo mezi členy NRC a ministerstvem zdravotnictví k dohodě o další společné činnosti a byly schváleny nové Stanovy NRC, které od 1. 1. 2008 počítají s rozšířenou činností, pružnějším řízením a koordinací v rozhodování o záležitostech týkajících se NRC. Především pak o výstavbě informační infrastruktury, která bude nápomocna zavedení systému DRG do úhradových mechanismů s oporou v zákoně tak, aby byly naplněny cíle existence NRC. Mezi tyto cíle především patří podpora sektoru akutní lůžkové péče v průběhu zavádění DRG jako úhradového mechanismu,

školení a certifikace v oblasti kódování DRG. K tomu by měla být nápomocna právě úzká spolupráce mezi NRC a MZ. (NRC, ©2014)

K 1. 1. 2015 je rozvojem klasifikačního systému DRG pověřen Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Národní referenční centrum dále pokračuje ve svých aktivitách a ukončuje řešení pouze tohoto projektu a členy jsou k tomuto datu již jen zdravotní pojišťovny. (NRC, ©2015)

V současné době NRC provádí činnosti v následujících oblastech:

- sběry dat
- dekubity
- podpora systematizace přístrojů
- registr referenčních hodnot
- ukazatele kvality
- VILP (vysoce inovativní léčivé přípravky)

(NRC, ©2015)

2.4 Shrnutí teoretické části a stanovení priorit pro praktickou část

Z posbíraných dat mi vyplynulo následující zjištění. V posledních letech v dohodovacích řízeních k úhradové vyhlášce, mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb ve většině segmentů, nedocházelo k dohodě. Výjimku převážně tvořili zástupci poskytovatelů pracovišť primární péče, jako jsou praktičtí lékaři, gynekologové a stomatologové (tyto segmenty mají významný vliv na to, u které pojišťovny bude pacient zaregistrován a tak není vůle ze strany zdravotních pojišťoven k jejich usměrňování tak velická, jak v jiných segmentech). Na řadu tak přichází stát, který formou úhradových vyhlášek stanovuje pravidla úhrad podle svého nejlepšího uvážení. Na to, aby se mohl správně rozhodnout a stanovit pravidla vyváženě s ohledem na zajištění kvalitní a dostatečné zdravotní péče v místě i čase, jak se zavázal v programovém vyjádření vlády, potřebuje kvalitní a spolehlivé informace, které mu zajišťují převážně dvě organizace a to NRC a ÚZIS. Na základě těchto informací a předkládaných návrhů ze stran zdravotních pojišťoven a zástupců poskytovatelů zdravotních služeb se pak vytvoří platná úhradová vyhláška pro následující rok. Popřípadě se zapracuje na novelizaci platných právních norem.

Z vypracování teoretické části jsem si udělal všeobecný přehled o fungování celého systému. Počínaje organizací WHO, snažící se o zkvalitnění péče o zdraví a hledající nová řeše-

ní v celosvětovém měřítku, přes orgány státní správy zavázané programovým vyjádřením naplňovat převzaté cíle od WHO, přes zdravotní pojišťovny povinné zajistit péči pro své pojištěnce až po poskytovatele zdravotních služeb, kteří samotný cíl svou prací naplňují. Víme tedy, jak celek funguje teoreticky, to jak se některé kroky naplňují v praxi, rozeberu v další části mé práce.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 ÚHRADY V JEDNOTLIVÝCH LETECH 2010-2014

Pro určování způsobu a výpočtu úhrad v jednotlivých letech budu využívat výhradně zákonem a vyhláškami stanovených mechanismů. Ty se občas rozcházejí se skutečnými úhradami od zdravotních pojišťoven, protože poskytovatel a pojišťovny mají právo se smluvně dohodnout i na jiném znění dodatku smlouvy, než je uvedeno ve vyhláškách o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Bohužel v praxi není vždy právo chápáno jako právo, ale jako jednostranně daná povinnost akceptovat znění návrhu dodatku od zdravotní pojišťovny a vztahy všech účastníků nejsou v rovině partnerství, ale nadřazenost x podřazenost. V kapitole „korektnost zdravotních pojišťoven“ lépe vysvětlím vztahy mezi třemi subjekty na trhu zdravotních služeb a to sice stát zastoupený MZ ČR, zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb, protože tyto někdy nefungující vztahy deformují konečnou výši úhrad.

Pro modelace budu užívat výhradně data VZP, jedná se o největší zdravotní pojišťovnu s největším objemem čerpané zdravotní péče, dá se tedy předpokládat, že podá nejméně zkreslující pohled s ohledem na spektra nasmlouvaných výkonů. V průběhu sledovaných let došlo ke změně určování referenčního období u některých segmentů zdravotní péče. Do roku 2012 včetně, byla během roku dvě hodnocená i referenční období a zúčtování se provádělo pololetně (výjimkou byla lůžková péče, která měla roční zúčtovací období v celém hodnoceném období). Od roku 2013 je hodnocené období i referenční pouze jedno, a to celý rok.

3.1 Poskytovatelé lůžkové péče

Ve své práci zkoumám péči u poskytovatelů zdravotnických zařízení ústavní péče s výjimkou péče poskytnuté v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, zařízeních hospicového typu a zařízeních vykazujících ošetrovací den č. 00005. Podrobný přehled úhradových mechanismů je uveden v příloze č. 2. Je z něj patrné, jak je komplikovaný systém úhrad u ústavní péče a velmi obtížné jej pochopit bez několikaletého zkoumání. Nechci tvrdit, že je to záměrem, ale bohužel tomu tak je a ministerstvo svými úhradovými vyhláškami ke zjednodušení nepřispívá. Chápu, že se celý systém vyvíjí a musí se upravovat, ale každý rok naprosto odlišný způsob výpočtu DRG ve mne vyvolává

spíš dojem, jako by tvůrci nechtěli dát zdravotním pojišťovnám a poskytovatelům zdravotní péče čas na pochopení tohoto systému (o skutečnosti, že se na systému pro české podmínky pracuje od roku 1996 a od roku 2003 se začleňuje do úhradových mechanismů už ani nemluví, i když si myslím, že času bylo dost). Úhrady pro poskytovatele ústavní péče se skládají ze tří složek:

- individuálně smluvně sjednaná složka úhrady
- lůžková péče
- ambulantní péče
- do roku 2011 byla ještě zvlášť vyčleněna částka za mimořádně nákladné pojištění

Individuálně sjednaná složka obsahuje taxativní výčet kódů, které se nasmlouvají individuálně a v případě, že se zařízení dohodne se zdravotní pojišťovnou jinak, může tato složka obsahovat i jiné kódy.

Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní péče včetně odborností 603 a 604, péče poskytnutou praktickými lékaři v odbornostech 001 a 002, zdravotní péči poskytnutou zubními lékaři, péči ve vyjmenovaných odbornostech, zdravotní dopravu, LSPP a péči v odbornostech 902, 911, 914, 921, 925. Ambulantní složku úhrady pak tvoří součet úhrad za jednotlivé odbornosti, za stejných podmínek jako u privátní ambulantní péče. Pouze v roce 2013, v bodě 6.10 příslušné vyhlášky, se objevilo zastropování na 101 % součtu péče v jednotlivých odbornostech referenčního období roku 2011 a v roce 2014 v bodě 5.10 příslušné vyhlášky omezení na 105 %. Podle mého názoru zcela neoprávněné omezení, protože tímto způsobem se v ambulantní části projeví dvojí limitování. Za prvé podle pravidel jako u privátní ambulantní péče, která se limituje náklady na 1 UOP a za druhé na celkovou péči. Při takto nastavených mantinelech si nemyslím, že by mohlo zařízení překročit druhý limit. Jediný případ, kdy by se to mohlo stát, je podle mne ukončení smlouvy jiného poskytovatele privátní ambulantní péče a přesun jeho péče do ústavní ambulantní. První omezení by zůstalo beze změny, protože s nárůstem přesunutě péče by se přesunuli víceméně i UOP, ale mohlo by se to následně projevit na celkovém objemu ambulantní péče a zařízení by se mohlo dostat nad 101 % respektive o rok později nad 105 %. Vzhledem ke skutečnosti, že tento stav by nezpůsobilo zdravotnické zařízení, ale zdravotní pojišťovna regulací sítě zdravotnických zařízení, tak mi to přijde značně nespravedlivé.

V další části bych se chtěl věnovat úhradám za lůžkovou péči a systému DRG. Během let, kdy pracuji v oblasti veřejného zdravotnictví, jsem vysledoval skutečnost, že úhradová vyhláška se vždy velice podobá návrhu vyhlášky, vytvořenému pro dohodovací řízení pojišťovnou VZP. Tato pojišťovna také jako jediná neměla při implementaci vyhlášky do úhradových procesů větší problémy. Některé zdravotní pojišťovny dokonce ještě v roce 2012 nabízely lůžkovým zařízením výkonový způsob úhrady, aby se tak vyhnuly systému plateb založenému na DRG.

Proto bych se u tohoto segmentu zastavil u problému, který je snadné pochopit a dobře jej vystihuje článek v Lidových novinách ze dne 10. října 2013 s názvem „Stát šidí některé nemocnice“. V některých bodech s autory výroků uvedených v článku musím nesouhlasit a uvedu i proč, a dále článek doplním o údaje roku následujícího. Ale nejdříve k faktům v něm uvedeným.

Je zde přehledný výčet individuálních základních sazeb u největší zdravotní pojišťovny a ukázaný vliv zavedení přibližovacího koeficientu v roce 2012. Velice hezky ukazuje největší chybu tohoto systému, a tou je obrovský rozdíl u různých poskytovatelů ve výši těchto sazeb. Nemohl bych přijmout fakt, bez špatného pocitu, že Kroměřížská nemocnice (žiji v Kroměříži) dostala za určitý balík svých výkonů díky jiné individuální základní sazbě 200 mil. Kč (částka není dle skutečnosti, je jen ilustrativní) a Ústav hematologie a krevní transfuze Praha by dostal za naprosto stejný balík výkonů skoro 400 mil. Kč. A to již byl zaveden přibližovací koeficient, který podle mne v tomto roce svou úlohu správně neplnil. (Lidové_noviny, 2013)

V roce následujícím už svou úlohu začal částečně plnit. U některých poskytovatelů byly rozdíly v roce 2013 oproti 2012 markantní. Např. již zmíněný Ústav hematologie a krevní transfuze Praha klesl z hodnoty 54 707 Kč na pouhých 39 074 Kč. Což jistě tomuto zařízení způsobilo nemalé potíže. Bohužel u Kroměřížské nemocnice došlo z 27 795 Kč k poklesu na 27 640 Kč, tedy k přiblížení u ní nedošlo. (AČMN, ©2014)

V již zmíněném článku z Lidových novin jsou uváděny dva důvody pro tak velké rozdíly. První důvod mají být dobré vztahy s pojišťovnou. Když jsem se s těmito údaji setkal před léty poprvé, tak jsem si tyto rozdíly vysvětloval jako neuvěřitelně dobré vyjednávací schopnosti s VZP. I když u některých poskytovatelů tato fakta budila přesvědčení o korupci, nikdy jsem nezaznamenal důkazy, že by tomu tak bylo. Jako druhý důvod v článku uvádí, že takový ústav v minulosti příliš léčil. Nechápu, jak autor výroku dospěl

k takovému závěru, podle mne by přílišná léčba neměla na individuální cenu bodu takový vliv, protože se vypočítává jako poměr referenčních úhrad vůči referenčním bodům. Tudíž kdyby příliš léčili, měli by sice vysoké úhrady, ale stejně tak by měli i vysoké referenční body a poměr by zůstal zachován. Skutečný důvod podle mne je spíš v tom, že si ústavy s vysokými hodnotami bodu dovedly nasmlouvat různé, velice dobře ohodnocené balíčkové ceny na některé výkony a ty pak deformovaly vzorec ve prospěch vyššího nárůstu úhrad, než jaký by vyplýval z nárůstu normálně ohodnocených bodů.

Dále ve zmíněném článku autor uvádí výrok poradce ministra Pavla Vepřeka, že některé nemocnice si našly v systému kličku, jak na novém systému vydělat a to sice vykazováním doprovodných komplikací diagnóz, které mají vliv na klasifikaci případu. Tato informace je podle mne nepřesná. Systém DRG, který se u nás od roku 2003 NRC snaží zavádět, byl původně vytvořen pro možnost porovnání efektivnosti takovýchto ústavů. Nebyl vytvořen pro určování úhrad, to se z něj stalo až časem. Uvádím to proto, že v sobě právě díky klasifikačnímu systému skrývá obrovský potenciál právě pro odhalování takového účelového kódování (vykazování komplikací tak, aby byl z případu větší výnos). Této skutečnosti si byla a je vědoma právě zdravotní pojišťovna VZP, která díky projektu KEP (klinicko-ekonomický profil) má nad systémem dokonalou kontrolu.

V následující tabulce jsem se rozhodl rozebrat jednu DRG bázi z dat roku 2012 a zkusím tak částečně ukázat na jednu z možností využití KEPů. V první části tabulky jsou uvedeny průměry pro jednotlivé typy nemocnic včetně republikových a v druhé části údaje mnou vybraného poskytovatele PZS0 (porovnávám jej s typem nemocnice B, protože patří do této skupiny). Můj poskytovatel provedl celkem 195 výkonů 0543 - angina pectoris a bolest na hrudníku. V porovnání s ostatními nemocnicemi typu B značně překročil čas strávený na sále, dále RDG a ZULPy, oproti tomu nevykázal žádný ZUM. Toto jsou signály, které by měl zkoumat management nemocnice a revizní oddělení zdravotních pojišťoven. Proč nejsou ZUMy? Nejsou špatně vykazovány? Nebo administrativní pracovník pořizující výkony je nevykazuje? Proč je tak vysoký čas na sále, je lékař pomalý, nebo jeden vysoce problematický případ zkreslil statistiku? Při zkoumání těchto srovnávání se jistě vyrojí spousta otázek a problémů, nemusí to být důkaz nepravosti, je to zatím jen signál k prozkoumání a tak by měl být chápán.

Když s uplatňováním KEPů začala VZP a pořádala konference pro zástupce nemocnic, nedovedli většinou tito zástupci pochopit skutečnost, že to není výsledek revizní činnosti, ale informační systém pro všechny zúčastněné a hlavně pro management nemocnic, který

pak na základě takových porovnání může odhalit spoustu chyb k odstranění. Důvod, proč VZP prováděla v této oblasti osvětu, a spolupřádala konference věnované vysvětlení podstaty KEPů zástupcům nemocnic, byl prozaický, šlo jim podle mne o to, aby systém ozdravily nemocnice samy a pojišťovna nemusela věnovat čas a peníze na revizní pracovníky. V tom nevidím problém a přínos KEPů je pro mne výlučně pozitivní.

Následuje tabulka se statistickými výstupy ze získaných republikových dat a dat PZS0.

parametr	A-PRU	A-MIN	B-PRU	B-MIN	S-PRU	S-MIN	CR-PRU	CR-MIN	PZS0		
HOSP(ks)	758	758	7 720,00	7 720,00	63	63	8 541,00	8 541,00	HOSP	202,00	
SAL(min)	0,31	0	0,02	0	5,07	0	0,09	0	SAL	0,10	500,00%
JIP(dni)	0,5	0,02	0,37	0	0,38	0	0,38	0	JIP	0,09	24,32%
ODD(dni)	3,89	1,51	3,77	1,94	2,11	0,4	3,77	1,51	ODD	4,04	107,16%
VYK(body)	3 029,39	2 068,84	2 156,24	1 035,47	3 943,95	1 655,50	2 246,91	1 035,47	VYK	2 484,43	115,22%
LAB(body)	4 555,96	3 651,98	3 505,82	22	5 142,92	1 345,70	3 611,09	22	LAB	2 625,56	74,89%
RDG(body)	544,92	243,53	337,81	0	634,55	86	358,38	0	RDG	705,18	208,75%
ZULP(Kč)	453,74	111,23	358,07	0	477,21	7,31	367,44	0	ZULP	832,55	232,51%
ZUM(Kč)	719,71	0	10,52	0	46,6	0	73,72	0	ZUM	0,00	0,00%
vek	66,25	61,59	65,79	54,93	67,53	64,71	65,85	54,93	vek	64,97	
cmi	0,47	0,43	0,46	0,42	0,45	0,43	0,46	0,42	cmi	0,47	
% bez cc	50,92	42,37	50,49	19,04	63,49	0	50,62	19,04	% bez cc	47,69	
% s cc	35,88	19,56	39	19,6	26,98	21,42	38,63	19,56	% s cc	40,51	
% s mcc	13,19	7,35	10,5	0	9,52	0	10,73	0	% s mcc	11,79	
% preklda- du	3,16	0	15,94	0,88	14,28	0	14,79	0	% preklda- du	13,33	
% umrti	0,52	0	0,23	0	0	0	0,25	0	% umrti	0,99	

Tabulka 1. DRG baze 0543 - angina pectoris a bolest na hrudníku

Abych se tedy vrátil k tomu, co pan Vepřek měl do článku uvést o zneužívání systému účelovým kódováním.

Kontrolu nad nemocnicemi má vykonávat podle mne zdravotní pojišťovna a ta může snadno zabránit případům, že by se našli poskytovatelé s úmyslem vykazovat komplikace a obohatit se tak. KEPy totiž zkoumají také právě podíl případů % bez cc, % s cc a % mcc (viz tabulka č. 1). Tedy % případů bez komorbidit a komplikací, % s komorbiditami a komplikacemi a % se závažnou komplikací či komorbiditou. Pokud by právě % s cc nebo % s mcc byly vysoko nad průměrem při reprezentativním vzorku případů, bude to jasný signál pro kontrolu ze strany zdravotní pojišťovny. Stejně tak není pravda, jak měl do článku uvést právník z Platformy zdravotních pojištěnců Ondřej Dostál, že neexistuje způ-

sob potrestání takových praktik. Pokud by se jednalo o účelové kódování, musela by nemocnice pracně měnit zdravotnickou dokumentaci, což není většinou úplně jednoduché a stopy takových kroků se musí pracně zametat a myslím si, že se vždy dají dohledat. Navíc by pracoviště s vysokým % mcc mohlo působit dojmem, že špatně léčí a komplikace samo způsobuje a konkrétní oddělení by pak mohlo mít kontrolu i na kvalitu poskytované péče a to bych už považoval za větší problém.

Vzhledem ke skutečnosti, že od roku 2012 se do úhradové vyhlášky dostal mechanismus na trestání podobných činů (viz příloha č. 2), byly by takové podvody dost nákladné pro nemocnici. Jde o fakt, že pokud by při kontrole byly zjištěny takové snahy o účelové kódování, byly by výsledky revize vztaženy na celou bázi a sankce by činila až trojnásobek částky, o kterou by se poskytovatel nesprávným kódováním chtěl obohatit. Což se také v roce 2014 při vyúčtování roku 2013 stalo u mnoha nemocnic v celé republice. Nerozumiím tedy výroku, že nemocnicím za to nic nehrozí, když tresty jsou vysoké a jasné. V tomto bodě stát svou úlohu rozhodně nezanedbal.

Důvod, proč jsem si vybral tento článek, byl ten, že se mi na jeho textu povede objasnit většinu toho, co jsem chtěl k tomuto segmentu napsat. Závěrem bych už jen podotkl, že pokud se klasifikační systém využije k tomu, k čemu byl vytvořen, dovede podle mne hodně pomoci se získáním kontroly nad lůžkovou péčí prostřednictvím nástrojů jako je KEP a jemu podobných.

3.2 Poskytovatelé v oboru všeobecné praktické lékařství

Pro poskytované služby tohoto segmentu se v průběhu vybraných let používal neměnný způsob úhrad a to především formou kombinované kapitačně výkonové platby a kombinované kapitačně výkonové platby s dorovnáním kapitace. Hlavní rozdíl v obou variantách je ten, že kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace je uplatňována u poskytovatelů s rozložením registrovaných pacientů v jiném poměru, než je celorepublikový průměr. Konkrétně u zdravotních pojišťoven, kde je menší stav registrovaných pojištěnců než je 70 % celostátního průměru, dorovnání jde ze zdrojů konkrétní pojišťovny a to až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na zmíněný celostátní průměr.

Pravidla určovala vždy příloha č. 2 časově příslušné vyhlášky, která stanovila způsob výpočtu kapitační platby jako počet přepočtených pojištěnců vynásobený základní sazbou, jež je daná vyhláškou podle splněných kritérií. Kapitační část tvoří většinu z částky, jež

poskytovatel od pojišťovny dostane zaplacenou a já ji chápu jako platbu za to, že pacient je registrován u poskytovatele a ten ji dostane uhrazenou bez ohledu na to, zda pacient jeho služby čerpá či nikoliv. Na tuto kapitační část úhrady jsou vázány výkony, které je poskytovatel povinen poskytnout a nejsou nijak jinak hrazeny (kapitační výkony vyjmenované v časově příslušné vyhlášce). K této části poskytovatel dostane zaplacenou i tu část za výkony, které nejsou zahrnuty mezi již zmíněné kapitační výkony. V tabulce uvádím hodnoty bodů ve vybraných letech, kterými se násobily počty mimokapitačně hrazených výkonů, u kterých je vidět minimální změna v jejich výši:

účel platby	2010	2011	2012	2013	2014
mimokapitační výkony	1,05 Kč	1,08 Kč	1,08 Kč	1,08 Kč	1,08 Kč
neregistrovaní pacienti	1,05 Kč	1,08 Kč	1,08 Kč	1,08 Kč	1,08 Kč
vyjmenované kódy	1,10 Kč	nejsou	nejsou	1,10 Kč	1,10 Kč
návštěvní služba	0,91 Kč	0,90 Kč	0,90 Kč	0,90 Kč	0,90 Kč

Tabulka 2. Hodnota bodu u PZS1

Zdravotní pojišťovny také některým poskytovatelům přiznávají bonifikace, převážně za skutečnost, že průměrné náklady na 1 unikátního pojištěnce jsou pod republikovým průměrem, na základě bilančního průměru počtu ošetřovaných pojištěnců ve více nákladové skupině, navýšení platby na základě poskytované preventivní péče, navýšení za splnění akreditace při účasti zaškolování nových praktických lékařů nebo bonusy za umístění pracoviště ve více znečištěných oblastech apod. Zdravotní pojišťovny se v těchto případech snaží více vyjít vstříc poskytovatelům, protože se jedná o pracoviště prvotního kontaktu s případnými budoucími klienty pojišťovny, tedy že lékař může ovlivnit výběr zdravotní pojišťovny pojištěncem.

Výše kapitační platby se vypočítávají podle následující tabulky věkových indexů:

věková skupina	index	věková skupina	index
0 - 4 roky	3,91	45 - 49 let	1,10
5 - 9 let	1,70	50 - 54 let	1,35
9 - 14 let	1,35	55 - 59 let	1,45
15 - 19 let	1,00	60 - 64 let	1,50
20 - 24 let	0,90	65 - 69 let	1,70
25 - 29 let	0,95	70 - 74 let	2,00
30 - 34 let	1,00	75 - 79 let	2,40
35 - 39 let	1,05	80 - 84 let	2,90
40 - 44 let	1,05	85 a více let	3,40

Tabulka 3. Věkové skupiny s indexy (MZČR, 2009, s. 7622)

Ve své práci jsem zkoumal vývoj úhrad na poskytovateli odbornosti 002, tedy praktický lékař pro děti a dorost (dále PZS1). V průběhu zvoleného období nedošlo ke změně věkových indexů a skupin a ani jsem neobjevil významnou změnu v hodnotách bodů jím vykázaných výkonů. Jediný vliv na výši úhrady tak zůstal ve změnách u minutové režie, stanovené pro každou odbornost zvlášť vyhláškou 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů a mírná změna v hodnotě bodů. Výsledek viz následující tabulka č. 4.

Vzhledem ke zjištěným skutečnostem nemá význam u toho segmentu, hrazeného v letech 2010 a 2011 dle § 4 a v letech následujících dle § 5 příslušné vyhlášky, počítat změny v úhradách, protože za 5 let byly změny minimální a odehrávaly se pouze v individuálně sjednaných podmínkách mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli hrazených služeb.

ODB	002	2010		2011		2012		2013		2014	
UOP	268	režie=2,75		režie=2,78		režie=2,82		režie=2,87		režie=2,96	
kód	FV	body	celkem	body	celkem	body	celkem	body	celkem	body	celkem
01040	7	202,50	1 418	203,40	1 424	204,60	1 432	206,10	1 443	208,80	1 462
01150	20	60,00	1 200	60,00	1 200	60,00	1 200	60,00	1 200	60,00	1 200
02021	27	691,75	18 677	693,70	18 730	696,30	18 800	699,55	18 888	705,40	19 046
02022	236	481,75	113 693	483,10	114 012	484,90	114 436	487,15	114 967	491,20	115 923
02032	80	429,00	34 320	430,20	34 416	431,80	34 544	433,80	34 704	437,40	34 992
02033	1	166,25	166	166,70	167	167,30	167	168,05	168	169,40	169
02125	61	167,25	10 202	167,70	10 230	168,30	10 266	169,05	10 312	170,40	10 394
09115	31	56,50	1 752	56,80	1 761	57,20	1 773	57,70	1 789	58,60	1 817
09117	26	62,50	1 625	62,80	1 633	63,20	1 643	63,70	1 656	64,60	1 680
09119	23	24,75	569	24,90	573	25,10	577	25,35	583	25,80	593
09123	15	18,50	278	18,68	280	18,92	284	19,22	288	19,76	296
09133	13	13,75	179	13,90	181	14,10	183	14,35	187	14,80	192
09543	10	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
Celkem			184 078		184 605		185 307		186 185		187 765

Tabulka 4. Změny v hodnotách bodu u PZS1

3.3 Poskytovatelé v oboru specializované ambulantní péče

K modelaci úhrad v tomto segmentu jsem si vybral dva poskytovatele s odborností vnitřní lékařství – interna (dále PZS2) a otorinolaryngologie (dále PZS3). V tomto segmentu v průběhu let došlo k několika změnám v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Změny takového charakteru nejsou příliš časté a podle mne na ně mělo vliv mimo jiné zrušení časového regulačního omezení KORKO – korekční koeficient. Každý výkon má v seznamu zdravotních výkonů určen čas, který je k jeho provedení zapotřebí. Suma všech časů pak tvořila určitý časový fond potřebný k provedení celého objemu péče a na základě nositelů výkonů, ze kterých se zjišťoval počet odpracovaných hodin, pak bylo určeno, kolik výkonů mohlo být proplaceno vzhledem k maximálnímu možnému odpracovanému času, přesný mechanismus výpočtu upravoval §41 Informační centrum v odstavcích 6 až 9 (nebudu podrobně vysvětlovat způsob výpočtu, vzhledem ke zrušení tohoto paragrafu).

Znám případ lékaře, který byl tímto opatřením vysoce poškozován jen proto, že překročil přepočtený počet nositele výkonů, kvůli špatně nastaveným časovým hodnotám v seznamu zdravotních výkonů. Díky většímu množství výkonů pak docházelo k situaci, že měl příliš mnoho z nich plynoucího času, který neodpovídal korekčnímu koeficientu. Naštěstí koncem roku 2011, konkrétně k datu 1. 10. 2011, bylo toto opatření zrušeno. KORKO se zpracovávalo vždy čtvrtletně a čísla vypočítávalo informační centrum, jehož správcem byla VZP. Skutečnost, že tyto výkony nad limit vypočtený z korekčního koeficientu některé pojišťovny odmítaly zahrnout do referenčních dat, udělala v následujících letech problém zdravotním pojišťovnám při výpočtu referenčních hodnot. Vyhláška totiž určovala, že za referenční počet pro výpočet objemu plně hrazené péče se bere objem všech bodů nehrazených sestupnou sazbou. Tedy podle mého názoru se musely započítat i tyto výkony. V některých případech tak úhrady významně vzrostly a jejich proplácení se zdravotní pojišťovny bránily. Tvůrce úhradové vyhlášky zjevně nepočítal s podobnou situací.

3.3.1 Úhradové mechanismy

Kromě změny v seznamu zdravotních výkonů se objevují změny i v úhradových mechanismech. Při svých modelacích provedu propočty na stejný balík provedených výkonů a pro možnost zjištění regulačních mantinelů úhradového vzorce, provedu modelaci na možnost nárůstu či poklesu průměrných nákladů na 1 unikátního pojištěnce o 20 %. Tím se projeví všechny aspekty tohoto vzorce. V tabulce č. 5 a 6 jsou uvedeny výkony dle platné-

ho seznamu zdravotních výkonů, na kterých modelace dat, z dávek určených VZP za tyto poskytovatele, budu provádět.

Vzorce:

- pro rok **2010, 2011 a 2012** byla hodnota bodu 1,02; vzorec pro výpočet objemu péče hrazené plně byl:

$$P_{Bro} * \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}};$$

P_{Bro} = celkový počet referenčních bodů

PO_{Pho} = počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období

PO_{Pro} = počet unikátních pojištěnců v referenčním období

pro péči poskytnutou nad vypočtený objem plně hrazené péče platí hodnota bodu 0,30 Kč

- pro rok **2013** byla hodnota bodu 1,02 a platný vzorec:

$$P_{Bro} * \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}} * 0,98;$$

P_{Bro} = celkový počet referenčních bodů

PO_{Pho} = počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období

PO_{Pro} = počet unikátních pojištěnců v referenčním období

pro péči poskytnutou nad vypočtený objem plně hrazené péče platí hodnota bodu 0,30 Kč

- pro rok **2014** byla hodnota bodu 1,02 a platný vzorec:

$$HBred = FS + VS$$

FS ... fixní složka úhrady (0,3 Kč)

VS ... variabilní složka úhrady

$$VS = (HB - FS) * \min \left\{ 1; \frac{\frac{PBref}{UOPref}}{\frac{PBho}{UOPho}} \right\}$$

HB ... hodnota bodu

P_{Bref} ... počet referenčních bodů

P_{Bho} ... počet bodů hodnoceného období

UO_{Pref} ... počet unikátních pojištěnců v referenčním období

UO_{Pho} ... počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období

Zde mi to nedá, abych nepřidal svůj komentář směrem k bývalému ministru zdravotnictví MUDr. Martinu Holcátovi, MBA. Pan ministr v rozhovoru ze dne 12. 8. 2013 uvedl mimo jiné, že jeho analytický tým musí „pod trestem smrti“ zajistit, aby vyhláška byla jednoduchá a srozumitelná, protože současná vyhláška je příliš komplikovaná. Dokonce uvedl, že v republice se najde maximálně pět až deset lidí, kteří ji doopravdy rozumí. Řekl doslova, že einsteinovská matematika zkrátka podle něj do vyhlášek nepatří. (Zlatohlávek, ©2013)

Chápu, že měl na mysli především ústavní péči, viz příloha č. 2, ale v tomto segmentu ke zjednodušení také rozhodně nepřispěl.

3.3.2 Vnitřní lékařství – interna, odbornost 101

U této odbornosti, a mnou zkoumaného poskytovatele, došlo v seznamu zdravotních výkonů ke změně u výkonů 11022 – cílené vyšetření internistou a 17129 – neinvazivní ambulantní monitorování krevního tlaku. Protože zásah byl směrem dolů a dost významný, předpokládám, že tvůrce úhrad dospěl k závěru, že úhrady tomuto segmentu jsou příliš vysoké a je nutno přehodnotit seznam zdravotních výkonů. Působí to na mne dojmem, že se jedná o důsledek zrušení korekčního koeficientu a tím k nárůstu placené péče.

ODB 101		2010		2011		2012		2013		2014	
UOP 1173		režie=2,75		režie=2,78		režie=2,82		režie=2,87		režie=2,96	
kód	FV	body	celkem	body	celkem	body	celkem	body	celkem	body	celkem
09135	4	166,25	665	166,70	667	167,30	669	168,05	672	169,40	678
09511	252	33,75	8 505	33,90	8 543	34,10	8 593	34,35	8 656	34,80	8 770
09543	1890	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
11022	1891	430,00	813 130	431,20	815 399	432,80	818 425	327,10	618 546	329,80	623 652
11111	178	122,50	21 805	122,80	21 858	123,20	21 930	123,70	22 019	124,60	22 179
17129	106	529,50	56 127	531,00	56 286	533,00	56 498	535,50	56 763	334,00	35 404
17215	115	576,75	66 326	578,10	66 482	579,90	66 689	582,15	66 947	586,20	67 413
17261	1889	975,00	1 841 775	976,20	1 844 042	977,80	1 847 064	979,80	1 850 842	983,40	1 857 643
89517	170	825,75	140 378	827,10	140 607	828,90	140 913	831,15	141 296	835,20	141 984
Celkem			2 948 711		2 953 884		2 960 781		2 765 741		2 757 721

Tabulka 5. Změny v hodnotách bodu u PZS2

Již z tabulky č. 5 je patrné, že zásah v seznamu zdravotních výkonů u těchto dvou kódů způsobil významný pokles v počtu bodů za stejný objem péče. U některých poskytovatelů, s jiným spektrem nasmlouvaných výkonů, byl pokles dokonce ještě významnější, protože u této odbornosti většinu výkonů tvoří kódy 11022 a 11023. Zatímco mnou modelovaný

poskytovatel měl nasmlouvané kódy odbornosti 107 (17129, 17215 a především 17261) a právě 17261 u něj dělá hlavní objem péče a změna u cíleného vyšetření internistou nemá, díky tomuto kódu, takový podíl na objemu jím vykazované péče.

v Kč odb 101	2010		2011		2012		2013		2014	
	bez omezení	podle vzorce	bez omezení	podle vzorce	bez omezení	podle vzorce	bez omezení	podle vzorce	bez omezení	podle vzorce
100% AvgUOP	3 007 685	3 007 685	3 012 962	3 012 962	3 019 997	3 019 997	2 821 056	2 764 635	2 812 875	2 812 875
80% AvgUOP	2 406 148	2 406 148	2 410 369	2 410 369	2 415 997	2 415 997	2 256 845	2 211 708	2 250 300	2 250 300
120% AvgUOP	3 609 222	3 184 608	3 615 554	3 190 195	3 623 996	3 197 643	3 385 267	2 927 260	3 375 451	3 137 183
ztráty	424 614		425 359		426 352		458 007		238 267	

Tabulka 6. Modelace úhrad pro PZS2

3.3.3 Interpretace výsledků pro PZS2

Po provedení modelace je vidět, že v roce 2014 by PZS2 dostal 2 812 875 Kč za stejný balík výkonů jako v roce 2010, kde by byl ohodnocen 3 007 685 Kč, tedy o 194 810 Kč méně i přes skutečnost, že minutová režie je každým rokem vyšší. Pokud by poskytovatel snížil 20 % průměry na 1 UOP, nebyl by nijak bonifikován. Při vzrůstu průměrů o 20 % by byl trestán sníženou úhradou, jejíž výše je v řádku ztráty. Pro mne překvapivé zjištění bylo, že ztráta v roce 2014 je nižší, než by byla bez změny úhradového vzorce, alespoň pro variantu nárůstu průměrů na 1 UOP o 20 %. Nejhorší situace byla ovšem v roce 2013, kde se projevil značně restriktivní dopad úhradové vyhlášky a úhrada při zachování stejného objemu péče jako v roce 2010 by byla pouhých 2 764 635 Kč, což je o 243 050 Kč méně.

3.3.4 Otorinolaryngologie – odbornost 701

Z tabulky č. 7 vykazovaných výkonů u PZS3 jsem provedl modelace úhrad v jednotlivých letech, podle platných úhradových vzorců. V následné tabulce č. 8 jsem přehledně zobrazil výsledky, včetně modelací pro 20% pokles i nárůst průměrů na 1 unikátního pojištěnce.

ODB 701		2010		2011		2012		2013		2014	
UOP 1497		režie=3,30		režie=3,33		režie=3,38		režie=3,44		režie=3,55	
kód	FV	body	celkem	body	celkem	body	celkem	body	celkem	body	celkem
09511	303	318,00	96 354	318,60	96 536	319,60	96 839	320,80	97 202	323,00	97 869
09543	2552	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
09555	811	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
71022	2443	237,00	578 991	237,60	580 457	238,60	582 900	231,80	566 287	234,00	571 662
71023	470	119,00	55 930	119,30	56 071	119,80	56 306	116,40	54 708	117,50	55 225
71111	1111	84,50	93 880	84,95	94 379	85,70	95 213	86,60	96 213	88,25	98 046
71131	3236	56,00	181 216	56,30	182 187	56,80	183 805	57,40	185 746	58,50	189 306
71313	2057	205,00	421 685	205,60	422 919	206,60	424 976	207,80	427 445	210,00	431 970
71317	2623	209,00	548 207	209,60	549 781	210,60	552 404	211,80	555 551	214,00	561 322
71511	1237	39,50	48 862	39,65	49 047	39,90	49 356	40,20	49 727	40,75	50 408
71533	73	48,50	3 541	48,65	3 551	48,90	3 570	49,20	3 592	49,75	3 632
71544	6	98,00	588	98,30	590	98,80	593	99,40	596	100,50	603
71563	34	44,50	1 513	44,65	1 518	44,90	1 527	45,20	1 537	45,75	1 556
71580	17	163,00	2 771	163,60	2 781	164,60	2 798	165,80	2 819	168,00	2 856
71614	120	92,00	11 040	92,30	11 076	92,80	11 136	93,40	11 208	94,50	11 340
71621	78	81,00	6 318	81,30	6 341	81,80	6 380	82,40	6 427	83,50	6 513
71663	35	133,50	4 673	133,95	4 688	134,70	4 715	135,60	4 746	137,25	4 804
73017	693	39,50	27 374	39,65	27 477	39,90	27 651	40,20	27 859	40,75	28 240
73019	2051	133,00	272 783	133,60	274 014	134,60	276 065	135,80	278 526	138,00	283 038
73027	754	53,00	39 962	53,30	40 188	53,80	40 565	54,40	41 018	55,50	41 847
74022	648	290,50	188 244	291,25	188 730	292,50	189 540	231,80	150 206	234,00	151 632
74023	275	172,50	47 438	172,95	47 561	173,70	47 768	116,40	32 010	117,50	32 313
Celkem			2 631 367		2 639 894		2 654 105		2 593 423		2 624 180

Tabulka 7. Změny hodnot bodu u PZS3

v Kč	2010		2011		2012		2013		2014	
odb 701	bez omezení	podle vzorce	bez omezení	podle vzorce	bez omezení	podle vzorce	bez omezení	podle vzorce	bez omezení	podle vzorce
100% AvgUOP	2 683 994	2 683 994	2 692 692	2 692 692	2 707 187	2 707 187	2 645 291	2 592 386	2 676 664	2 676 664
80% AvgUOP	2 147 195	2 147 195	2 154 154	2 154 154	2 165 750	2 165 750	2 116 233	2 073 909	2 141 331	2 141 331
120% AvgUOP	3 220 793	2 841 876	3 231 230	2 851 086	3 248 625	2 866 433	3 174 350	2 744 879	3 211 996	2 985 267
ztráty	378 917		380 145		382 191		429 471		226 729	

Tabulka 8. Modelace úhrad pro PZS3

3.3.5 Interpretace výsledků pro PZS3

Z výsledné tabulky je patrné, že při zachování stejného objemu péče by PZS3 v roce 2014 dostal 2 676 664 Kč, což je o něco méně, než kolik by dostal v roce 2010 (2 683 994 Kč). Pokud by PZS3 snížil průměr na 1 UOP, nebyl by nijak kladně ohodnocen. V případě, že by mu průměry na 1 UOP vzrostly, byl by trestán ve výši zobrazené v tabulce č. 8, řádek

ztráty. Ztráty jsou vypočteny oproti variantě bez omezení tak, jako by byl placen za provedené výkony bez jakýchkoliv limitů. Stejně jako u PZS2 je ztráta při nárůstu průměrů na 1 UOP v roce 2014 nižší, než by byla při zachování stejných úhradových mechanismů předchozích let.

Pokud bych tedy závěry svých zjištění zobecnil, tak mohu říci, že výsledkem uplatňování úhradových mechanismů z úhradové vyhlášky znamená v tomto segmentu patrný pokles restriktivního efektu z roku 2013 v roce 2014.

3.4 Poskytovatelé v oboru zubního lékařství

Tento segment je svým způsobem dost specifický, v seznamu zdravotních výkonů jsou uvedeny kódy, které má poskytovatel vykazovat s bodovými hodnotami i režií. Ve skutečnosti jsou ale úhrady prováděny podle úhradových vyhlášek. V každém roce má tento segment svou přílohu, která přesně stanovuje kolik korun, za výkony poskytovatel dostane a ve vybraném období došlo jen k pár změnám, které nemají nijak podstatný vliv na výši úhrad.

Seznam příloh upravující úhrady tohoto segmentu:

- pro rok 2010 se jednalo o přílohu č. 11 příslušné vyhlášky
- pro rok 2011 se jednalo o přílohu č. 10 příslušné vyhlášky
- pro rok 2012 se jednalo o přílohu č. 12 příslušné vyhlášky
- pro rok 2013 se jednalo o přílohu č. 13 příslušné vyhlášky
- pro rok 2014 se jednalo o přílohu č. 11 příslušné vyhlášky

Úhradové vyhlášky neobsahují žádné vzorce pro výpočet objemu péče hrazené plně a se-
stupnou sazbu, žádná regulační opatření ze vzorce plynoucí a ani nejsou uplatňovány na
výkony restrikce za zvýšení průměru na jednoho unikátního pojištěnce. Jediný důvod,
zmíněný ve vyhlášce, opravňující zdravotní pojišťovny ke snížení plateb, je případné pře-
kročení zdravotně pojistného plánu.

Segment je víceméně řešen vztahy stomatologické komory se zdravotními pojišťovnami,
s nimiž mají poskytovatelé uzavřenu smlouvu.

Jediná změna, kterou jsem u tohoto segmentu zaznamenal, je ve skutečnosti pozitivního
efektu bonifikací na kvalitu poskytované péče. K ilustraci bych použil ukazatele k hodno-
cení kvality a efektivity hrazených služeb za rok 2013. Jedná se o údaje VZP.

Ukazatel	Název ukazatele	Váha v %
UK_1	Podíl pojištěnců s alespoň jednou preventivní prohlídkou na počtu ošetřených pojištěnců	20
UK_2	Podíl pojištěnců se 2 preventivními prohlídkami na počtu ošetřených pojištěnců	10
UK_3	Počet výkonů 00921 na počet UOP v roce 2012	8
UK_4	Index opakování výkonu 00921 v letech 2007 až 2012	50
UK_5	Výplně a endodoncie s následnou extrakcí u dočasného chrupu	6
UK_6	Výplně a endodoncie s následnou extrakcí u stálého chrupu	6

Tabulka 9. Ukazatele kvality a efektivity v segmentu stomatologie

Na základě těchto údajů se vypočítá scoring a poskytovatelům, kteří získají hodnocení 80 a více, se přiznává nenároková částka bonifikací. U poskytovatelů s příliš nízkým scoringem naopak hrozí kontrola ze strany revizního oddělení zdravotní pojišťovny.

Na podporu svého vyjádření o pozitivním efektu na kvalitu péče přikládám tabulku s údaji získanými z webu české stomatologické komory.

Skupina scoringu	Interval scoringu	Rok 2012			Rok 2013		
		Počet IČP	Podíl (%)	Kumulace %	Počet IČP	Podíl (%)	Kumulace %
A	(90;100>	56	0,9	0,9	102	1,7	1,7
B	(80;90>	683	11,3	12,2	945	15,7	17,4
C	(70;80>	1 952	32,2	44,3	2 207	36,6	54,0
D	(60;70>	1 483	24,4	68,8	1 517	25,2	79,2
E	(50;60>	1 202	19,8	88,6	844	14,0	93,2
F	(40;50>	548	9,0	97,6	329	5,5	98,7
G	(30;40>	123	2,0	99,6	69	1,1	99,9
H	(0;30>	22	0,4	100,0	9	0,1	100,0
Celkem		6 069	100,0		6 022	100,0	

Tabulka 10. Vliv ukazatelů a bonifikací na efektivitu

Z údajů je vidět, že podíl bonifikovaných poskytovatelů stoupl z 12,2 % na 17,4 %, zatímco počet nejhůře hodnocených (G a H) klesl z 2,4 % na 1,2 %. Myslím si tedy, že takové nástroje by neměly chybět u žádného segmentu a ne jen u poskytovatelů primární péče.

3.5 Poskytovatelé ambulantní péče ve vyjmenovaných odbornostech

Péče v tomto segmentu v průběhu sledovaného období prošla několika výraznými změnami. Na rozdíl od specializované ambulantní péče v roce 2010 nebyla péče limitována průměry na 1 UOP, ale celkovým objemem péče poskytnuté v referenčním období, tento mechanismus vstupuje do úhradového vzorce až v roce 2011. Je to jednoznačně krok správným směrem. Bohužel rok 2013 je přinejmenším pro mnou vybrané poskytovatele významně restriktivní. Snížení objemu plně hrazené péče na 98 % způsobil přesun části péče do objemu hrazeného sestupnou sazbou a spolu se snížením sestupné hodnoty bodu se jistě musí projevit významně na poklesu celkové úhrady. Jakou měrou, doufám, uvidíme na modelaci odbornosti 807.

3.5.1 Patologická anatomie - odbornost 807

Nejdříve provedu souhrn úhradových mechanismů v letech sledovaného období a následně provedu výpočty, které shrnu do přehledné tabulky.

Vzorce a úhradové mechanismy:

- **v roce 2010** se péče hradila hodnotou bodu 0,70 Kč a nad 100 % objemu referenčních bodů hodnotou bodu 0,36 Kč
- **v roce 2011** byla hodnota bodu 0,70 Kč a péče. Nad 100 % objemu referenčních dat se hradila hodnotou bodu 0,40 Kč

Tento objem se vypočte:

$$P_{Bro} * \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}};$$

P_{Bro} ... celkový počet referenčních bodů

PO_{Pho} ... počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období

PO_{Pro} ... počet unikátních pojištěnců v referenčním období

- **v roce 2012** byla hodnota bodu 0,67 Kč a v případě, že zdravotnické zařízení neprokáže, že v hodnoceném období je držitelem certifikátu NASKL II nebo ISO ČSN 15189 je hodnota bodu stanovena na 0,52 Kč. Nad 100 % objemu se péče hradila 0,40 Kč v případě prokázání certifikace NASKL II nebo ISO ČSN 15189, bez certifikace 0,20 Kč

Poskytovatel, s jehož daty budu provádět modelace úhrad, nebyl držitelem certifikace. Text úhradové vyhlášky s tímto dodatkem byl znám až po vydání a to byl ještě mírnější než při-

pomínkový text úhradové vyhlášky. Poskytovatel byl tedy nucen zahájit proces o získání certifikačního osvědčení a získal jej koncem března. Zúčtování se v tomto roce provádělo pololetně. Tedy v tomto roce byla dvě hodnocená období, březen spadá do prvního hodnoceného období, všechny zdravotní pojišťovny uznaly po rozporování vyúčtování, že text úhradové vyhlášky se dá vykládat tak, že stačí někdy v hodnoceném období získat certifikát a poskytovatel bude mít nárok na zvýšenou platbu v celém hodnoceném období. Pouze VZP odmítla takový výklad a odmítla zaplatit plně. Pro své výpočty, budu kalkulovat s faktem, jako by byl držitel po celou dobu.

Platný vzorec pro výpočet objemu plně hrazené péče byl:

$$P_{Bro} * \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}}$$

- **v roce 2013** byla hodnota bodu 0,70 Kč a v případě, že zdravotnické zařízení neprokáže, že v hodnoceném období je držitelem certifikátu NASKL II nebo ISO ČSN 15189 je hodnota bodu stanovena na 0,55 Kč. Nad 100 % objemu se péče hradila 0,37 Kč

Platný vzorec pro výpočet objemu plně hrazené péče byl:

$$P_{Bro} * \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}} * 0,98$$

- **v roce 2014** se podle mne projevil vliv VZP na text platné úhradové vyhlášky a předchozí text o osvědčení se změnil na „v případě, že poskytovatel získal osvědčení v průběhu hodnoceného období, aplikuje se ustanovení ode dne získání osvědčení“

$$HB_{red} = FS + VS$$

FS ... fixní složka úhrady (0,37 Kč)

VS ... variabilní složka úhrady

$$VS = (HB - FS) * \min \left\{ 1; \frac{PB_{ref}}{PB_{ho}}, \frac{UO_{Pref}}{UO_{Pho}} \right\}$$

HB ... hodnota bodu 0,70 Kč bez NASKL II 0,55 Kč

PBref ... počet referenčních bodů

PBho ... počet bodů hodnoceného období

UOPref ... počet unikátních pojištěnců v referenčním období

UOPho ... počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období

ODB	807	2010		2011		2012		2013		2014	
UOP	3695	režie=2,75		režie=2,78		režie=2,82		režie=2,87		režie=2,96	
kód	FV	body	celkem	body	celkem	body	celkem	body	celkem	body	celkem
87127	2656	52,75	140 104	52,90	140 502	53,10	141 034	53,35	141 698	53,80	142 893
87129	1750	52,75	92 313	52,90	92 575	53,10	92 925	53,35	93 363	53,80	94 150
87131	890	119,25	106 133	119,70	106 533	120,30	107 067	121,05	107 735	122,40	108 936
87133	39	172,00	6 708	172,60	6 731	173,40	6 763	174,40	6 802	176,20	6 872
87213	10	376,50	3 765	377,40	3 774	378,60	3 786	380,10	3 801	382,80	3 828
87215	6969	161,50	1 125 494	162,40	1 131 766	163,60	1 140 128	165,10	1 150 582	167,80	1 169 398
87217	3958	164,50	651 091	165,40	654 653	166,60	659 403	168,10	665 340	170,80	676 026
87219	30	156,75	4 703	157,50	4 725	158,50	4 755	159,75	4 793	162,00	4 860
87223	20	309,75	6 195	311,22	6 224	313,18	6 264	315,63	6 313	320,04	6 401
87225	22	421,00	9 262	422,92	9 304	425,48	9 361	428,68	9 431	434,44	9 558
87235	15	101,25	1 519	101,70	1 526	102,30	1 535	103,05	1 546	104,40	1 566
87433	344	36,25	12 470	36,34	12 501	36,46	12 542	36,61	12 594	36,88	12 687
87435	131	165,00	21 615	165,60	21 694	166,40	21 798	167,40	21 929	169,20	22 165
87439	359	232,50	83 468	233,64	83 877	235,16	84 422	237,06	85 105	240,48	86 332
87447	284	653,50	185 594	656,20	186 361	659,80	187 383	664,30	188 661	672,40	190 962
87511	255	113,75	29 006	114,14	29 106	114,66	29 238	115,31	29 404	116,48	29 702
87517	4156	277,50	1 153 290	278,40	1 157 030	279,60	1 162 018	281,10	1 168 252	283,80	1 179 473
87523	1400	449,50	629 300	451,00	631 400	453,00	634 200	455,50	637 700	460,00	644 000
87525	360	450,50	162 180	452,00	162 720	454,00	163 440	456,50	164 340	461,00	165 960
87613	3885	341,00	1 324 785	342,80	1 331 778	345,20	1 341 102	348,20	1 352 757	353,60	1 373 736
Celkem			5 748 993		5 774 780		5 809 163		5 852 142		5 929 505

Tabulka 11. Změny hodnot bodu u PZS4

v Kč	2010		2011		2012		2013		2014	
odb 807	bez omezení	podle vzorce	bez omezení	podle vzorce	bez omezení	podle vzorce	bez omezení	podle vzorce	bez omezení	podle vzorce
100% AvgUOP	4 024 295	4 024 295	4 042 346	4 042 346	3 892 139	3 892 139	4 096 499	4 057 875	4 150 654	4 150 654
80% AvgUOP	3 219 436	3 219 436	3 233 877	3 233 877	3 113 711	3 113 711	3 277 200	3 277 200	3 320 523	3 320 523
120% AvgUOP	4 829 154	4 438 223	4 850 815	4 504 328	4 670 567	4 356 872	4 915 799	4 490 934	4 980 784	4 589 437
ztráty		390 931		346 487		313 695		424 865		391 347

Tabulka 12. Modelace úhrad PZS4

3.5.2 Interpretace výsledků pro PZS4

Jak jsem předpokládal, je ve výsledcích vidět první změna v roce 2011 snížením případné ztráty z titulu růstu průměrů na 1UOP. V roce 2012 je vidět pokles úhrad způsobený sniže-

nou hodnotou bodu a v roce 2013 markantní zvýšení případné ztráty v porovnání s výkonným způsobem výpočtu úhrady. Způsobená změna oproti ztrátě předchozího roku je víc jak 35 % a to ještě v případě, že si poskytovatel této odbornosti již zajistil certifikaci potřebnou k vyšší hodnotě bodu. Jako jediné vysvětlení této skutečnosti mne napadá, že tvůrce úhradové vyhlášky dospěl k závěru, že tato péče byla v předchozích letech nadhodnocena a je zapotřebí to napravit.

3.5.3 Laboratoř klinické cytologie - odbornost 817

Tuto odbornost jsem si vybral, protože se jedná o odbornost vykazující pouze kódy preventivních vyšetření a je to tedy svým způsobem jiný druh úhrad, než jaký je aplikován na ambulantní specialisty i vyjmenované odbornosti. Na tuto péči nejsou stanovené žádné regulační opatření, což mi přijde logické u všech preventivních vyšetření, jediné omezení u těchto výkonů je časové, neboli frekvenční (v případě kódu 95198 je nárok na úhradu jednou za 11 měsíců na 1 UOP). Jejich cílem a smyslem je předejít vyšším nákladům v budoucnu a proto je snahou každé zdravotní pojišťovny podporovat taková vyšetření. Některé zdravotní pojišťovny dokonce samy rozesílají pozvánky na screeningová vyšetření.

3.5.4 Interpretace výsledků

V celém zkoumaném období měla tato laboratoř hodnotu bodu 1,03 a jediná změna, která se na výši úhrad projevuje, je růst minutové režijní sazby. Dokonce ani zastropování v roce 2013 se této odbornosti nedotklo, je to další důkaz toho, že si všechny strany uvědomují význam těchto vyšetření na snížení budoucích nákladů.

ODB	817	2010		2011		2012		2013		2014	
UOP	5425	režie=2,75		režie=2,78		režie=2,82		režie=2,87		režie=2,96	
kód	FV	body	celkem	body	celkem	body	celkem	body	celkem	body	celkem
95198	5425	206,25	1 118 906	206,70	1 121 348	207,30	1 124 603	208,05	1 128 671	209,40	1 135 995
95199	35	206,25	7 219	206,70	7 235	207,30	7 256	208,05	7 282	209,40	7 329
Celkem			1 126 125		1 128 582		1 131 858		1 135 953		1 143 324

Tabulka 13. Změny hodnot bodu u PZS5

4 KONCEPCE ZDRAVOTNÍ POLITIKY STÁTU

Při studiu problematiky financování českého zdravotnictví jsem dospěl k závěru, že ucelená koncepce neexistuje a jednotlivé odhlasované strategie se naplňují jen ve vyjádřeních politiků. Důkazem jsou vyjádření nových ministrů zdravotnictví, kdy každý napadá práci předchozího.

Největší problém zdravotnictví tedy vidím v nejednotnosti postupů, v napravování chyb na špatných místech nebo špatnými způsoby (dále popíši situaci roku 2013 a provedu trendovou analýzu regulačních poplatků, coby důkaz chybného zásahu státu do problematiky financování veřejného zdravotnictví), pomalé práci některých organizačních složek státu a přílišné administrativní zátěži na poskytovatele zdravotních služeb. I podle vyjádření nového ředitele ÚZIS je administrativní zátěž na zdravotnická zařízení ze strany ústavu neúměrná a některé vyžadované informace jsou zbytečné, proto přistoupil k zásadní redukci obsahu ze zákona povinných hlášení.

Napравování chyb na špatných místech nebo špatnými způsoby, by šlo podpořit spoustou příkladů. Já bych zde spíš uvedl můj osobní pohled na systém, než abych jmenoval jednotlivé příklady. Vzhledem ke snahám o snížení nákladů zdravotní péče bych situaci rozhodně neřešil nastavováním limitů objemu péče a zaváděním restriktivních mechanismů do vyhlášek. Zdravotní pojišťovny mají dokonalé nástroje na kontrolu systému, nebo mají dostatek informací, aby kontrolu získat mohly. Stát by se tedy podle mne neměl snažit získat kontrolu nad vykazovanou péčí poskytovateli, měl by se více zajímat o zdravotní pojišťovny a jejich hospodaření i s ohledem na jejich vykonávanou revizní činnost a praktiky, které používají. Doložil bych vyjádřením mluvčího jedné menší zdravotní pojišťovny v televizních novinách na Nově dne 2. 2. 2015. Na mne působilo dojmem, že se mluvčí snaží poukázat na fakt, jak se poskytovatelé snaží obohatit, kde se dá a jen díky revizní činnosti pojišťovny se je daří držet v mezích únosnosti. Jako příklad uvedl opakované vykazování operace slepého střeva a vyjmutí dělohy u muže. Já sám bych o takových úsměvných příkladech rozhodně nemluvil, protože se podle mě jedná o překlepy. Informační systém zpracovávající dávky s výkony od poskytovatelů má v sobě zabudované základní automatické kontroly (nebo by rozhodně měl mít a doufám, že je má u každé zdravotní pojišťovny) minimálně na frekvence výkonů a na vylučitelné skutečnosti. Proto si myslím, že zabývat se překlepy, které odchyťává automatický systém (minimálně v případě vyjmutí dělohy u muže) a snažit se přitom vzbudit zdání funkční revizní činnosti, není na místě a po-

zornost by se měla věnovat příkladům skutečného podvádění ze strany poskytovatelů, pokud nějaké takové odhalí.

Jako důkaz nejednotnosti postupů uvedu regulační poplatky zavedené v roce 2008 následně postupně rušené, až byly v roce 2015 zrušeny úplně a rozhodl jsem se analyzovat jejich efekt o něco níže. Mohl bych zde dále uvést navýšení úhrad lůžkovým zařízením na platy lékařů, které nenápadně z úhradových vzorců vymizelo (povinnost zvýšené platy platit ovšem nezmezelo), stejně tak jako navýšení na personální vybavení poskytovatelů hrazené péče, nebo vyčlenění úhrad zvlášť nákladné zdravotní péče u ústavních zařízení, které se také vytratilo.

Jako důkaz pomalé práce bych mohl uvést implementaci DRG do úhradových mechanismů ústavní péče. Podle mého názoru 7 let adaptace DRG, než se začalo zavádět do systému, by bylo ještě přijatelné, ale aby pak vzniklo po 14 letech v roce 2010 něco, co se musí tak diametrálně lišit v letech dalších, mi už v pořádku nepřijde. Smyslem fungování systému by mělo být, aby každý přesně věděl, jak to funguje, co je jeho povinností a co mu to přinese. Jenom tak se každý subjekt může plně věnovat své hlavní činnosti a komunikace mezi všemi subjekty nebude váznout.

4.1 Rok 2013 a nález ústavního soudu - předpis č. 396/2013 Sb.

Při sledování výsledků zjištěných z jednotlivých modelací úhrad, jsem dospěl k závěru, že rok 2013 byl skutečně významně restriktivní a v některých segmentech zdravotní péče skoro likvidační. Nejhorší dopad měl podle mne v oblasti lůžkové péče u některých nemocnic, kde se sešlo několik negativních dopadů v jednom roce. Např. snížení relativní váhy u některých DRG kódů, zabudované limity ve vzorcích, vestavěné koeficienty, jejichž jediný účel je snížení hodnoty a vymizení úhrad na dojednané zvýšení platů lékařů. Tyto kroky snížily u některých zařízení úhrady až pod 85 % v porovnání s referenčním rokem. Takže mne nepřekvapilo, když podalo k ústavnímu soudu 39 senátorů návrh na zrušení vyhlášky č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013. Ústavní soud si byl vědom, že nelze úhradovou vyhlášku zrušit, protože by nebyl platný právní předpis upravující způsob financování hrazených služeb a vzniklá situace by mohla způsobit ještě větší škody, než jaké způsoboval současný stav. Přesto souhlasil s tvrzením navrhovatele, že vyhláška porušuje článek 1, pro obsah svévole a porušení zásady předvídatelnosti, která je základem právního státu a článek 79 odstavec 3, protože ministerstvo vytvořením překombinovaného způsobu výpočtu úhrad (14 vzorců

a 45 proměnných u lůžkové péče) překročilo rámec zákonného zmocnění vyplývajícího ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Další problém ústavní soud spatřoval v rozptylu výše úhrad u jednotlivých poskytovatelů, které se pohybovalo, podle údajů Asociace českých a moravských nemocnic, v rozmezí 80 % - 101 % výše předběžných úhrad roku 2012 a to i za skutečnosti, že struktura a rozsah péče zůstal nezměněn.

Další porušení ústavní soud spatřoval v článku 26 odstavec 1 a článku 28 Listiny základních práv a svobod, protože vyhláška úhrady snižuje, přestože náklady na provoz prokazatelně rostou. Důsledkem je pak nedostatečné ohodnocení lékařů a zdravotnického personálu navzdory jejich stejně odvedené práci, jako v letech předchozích.

K této problematice se následně vyjádřilo ministerstvo a zdravotní pojišťovny. Z vyjádření ministerstva jsem si vzal přesvědčení, že pokud systém nefunguje jak má, tak zaplatit musí všichni, včetně těch kteří nemají moc tento systém ovlivnit a je v souladu s veřejným zájmem, přenést ztráty na poskytovatele zdravotních služeb. Ve výsledku to bohužel může způsobit, že nemocnice budou uzavírat ztrátová oddělení a sníží se tak dostupnost zdravotní péče.

Logickým závěrem tedy bylo zrušení vyhlášky ke dni 31. 12. 2014, vzhledem k faktu že úhradová vyhláška se týká roku 2013 a vyúčtování tohoto roku by mělo být hotovo do pololetí 2014, jedná se o krok spíš symbolický a ústavní soud jej interpretoval jako jasný signál ministerstvu, že nemůže takovým způsobem postupovat při tvorbě úhradových vyhlášek.

4.2 Regulační poplatky

Regulační poplatky spolu s ročními limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva byly zavedeny od 1. ledna 2008 novelou zákona č. 48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění.

4.2.1 Vliv zavedení regulačních poplatků na snížení nákladů za zdravotní péči

Pomocí trendové analýzy (lintrend a polynomičtý trend) bych chtěl provést porovnání očekávaných hodnot se skutečnými. V roce 2008 byly zavedeny regulační poplatky a rád bych zjistil, jakým způsobem se jejich zavedení projevilo na výdajích za zdravotní péči.

Provedu tedy předpověď toho, jak by se výdaje měly v letech 2008 a 2009 vyvíjet, kdyby nedošlo k zavedení regulačních poplatků, a následně to porovnáím se skutečnými hodnotami zjištěnými v těchto letech. Za jinak stejných podmínek by se zavedení poplatků mělo projevit tak, že skutečné hodnoty by měly být nižší, než ty očekávané. Protože trend zvyšování nákladu v letech 2000 - 2007 byl bez vlivu těchto poplatků. Měl by tedy být zmírněn zavedením poplatků, pokud poplatky měly smysl.

U lůžkové péče došlo bohužel ke změně metodiky vedení statistik a údaje před rokem 2004 jsou neporovnatelné. Provedu tedy předpověď pouze z dat 2004 až 2007. Následně graficky znázorním vývoj podle lineárního trendu a polynomického trendu a srovnám s křivkami skutečného vývoje. Veškeré údaje čerpám z analýz zdravotní péče na stránkách ČSÚ.

Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR v mil.								
Roky	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Lůžková péče	-	-	-	-	69 376	70 772	75 353	78 705
Amb.péče	33 078	34 320	37 421	40 260	43 810	46 444	50 559	58 355
Léky a PZT	37 953	43 030	46 996	52 544	57 468	60 973	58 689	59 942
Výdaje ZP	115 068	127 246	141 203	150 850	163 330	170 093	174 200	183 713
Celkové výdaje za péči	146 110	160 685	178 108	194 283	209 270	218 774	226 810	241 935

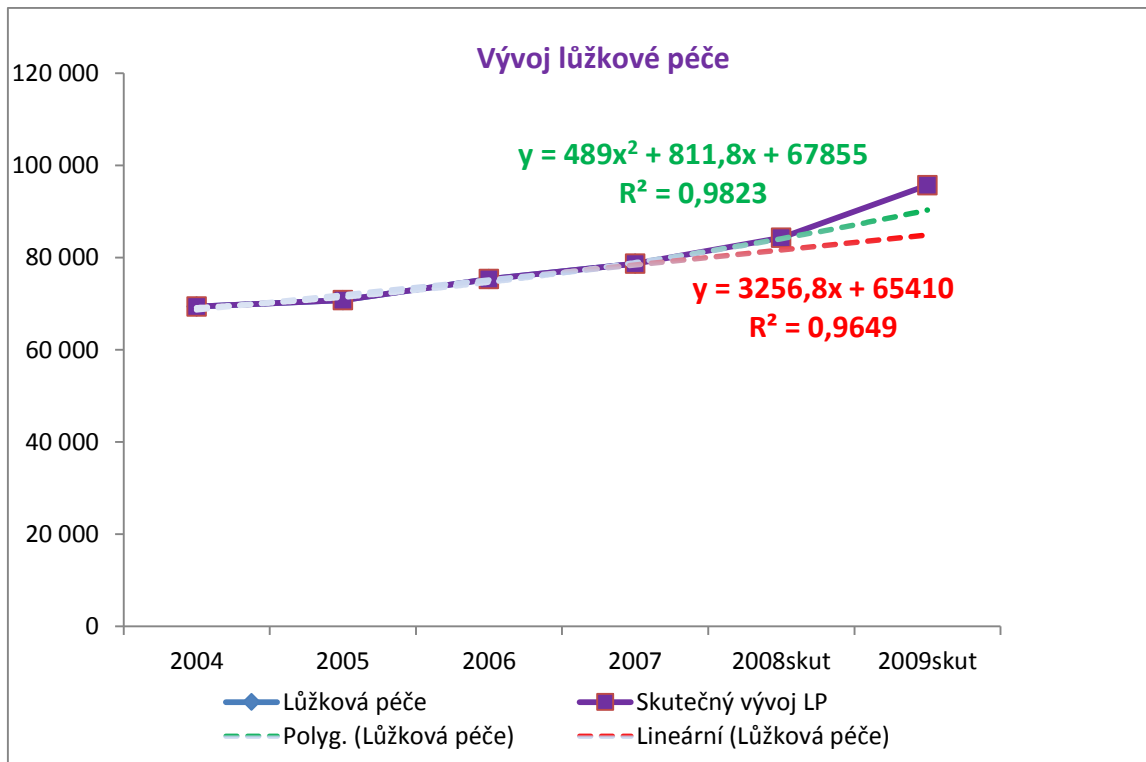
Tabulka 14. Celkové výdaje na zdravotní péči (ČSÚ, ©2011)

V tabulce č. 14 jsou veškeré údaje, ze kterých jsem vycházel při zjišťování trendu v jednotlivých segmentech a následující tabulce č. 15 jsem porovnal údaje roku 2008 a 2009 z dat ČSÚ spolu s údaji vyplývajícími z trendové analýzy.

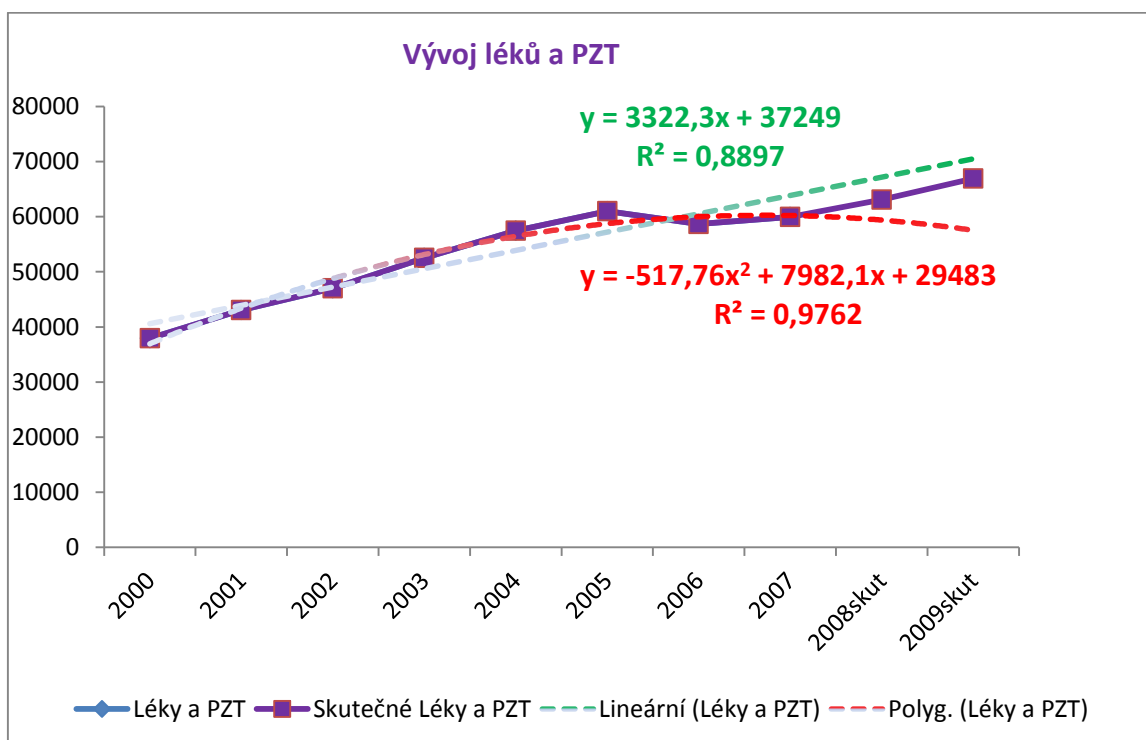
v mil.	2008 očekávané	2009 očekávané	2008 skutečné	2009 skutečné
Lůžková péče	81 694	84 950	84 297	95 750
Amb. péče	58 500	61 937	67 394	81 159
Léky a PZT	67 150	70 472	63 062	66 929
Výdaje ZP	196 843	206 539	197 280	227 469
Celkové výdaje za péči	257 982	271 534	264 520	301 457

Tabulka 15. Porovnání očekávaných a skutečných hodnot

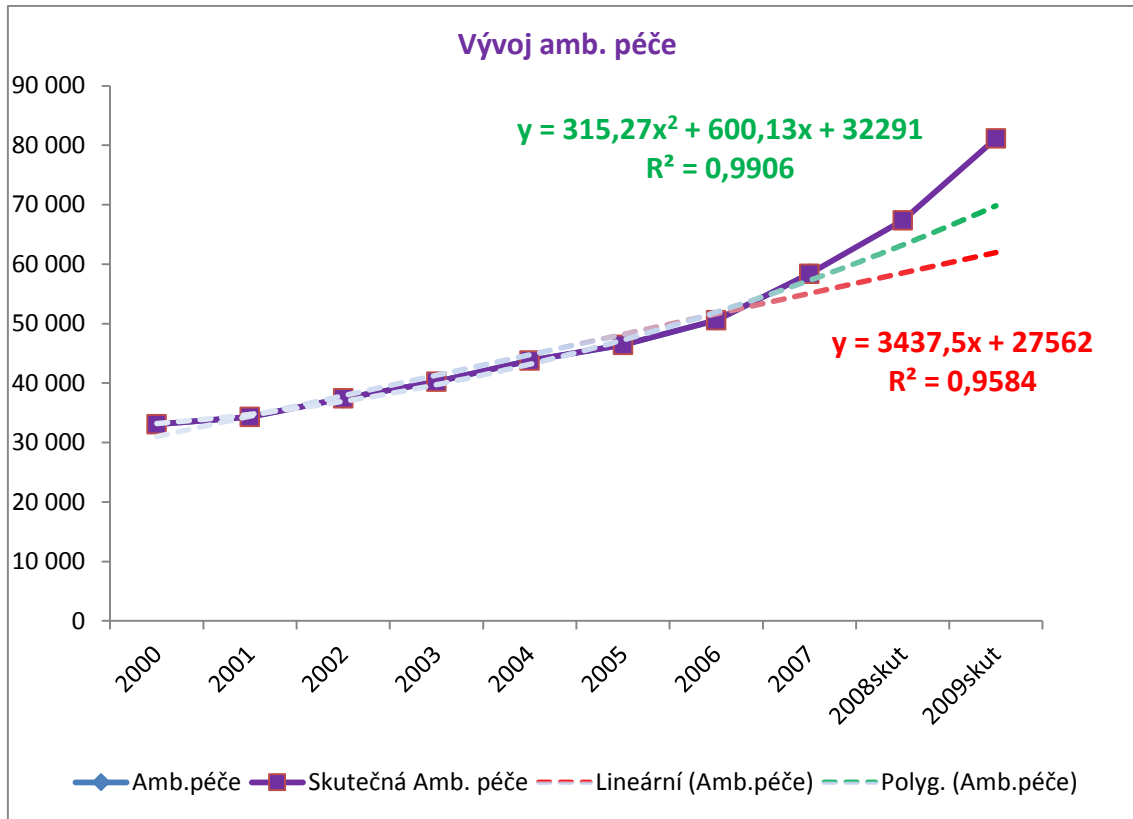
Pro snadnější čitelnost a přehled jsem tyto údaje zanesl do grafů č. 1–4.



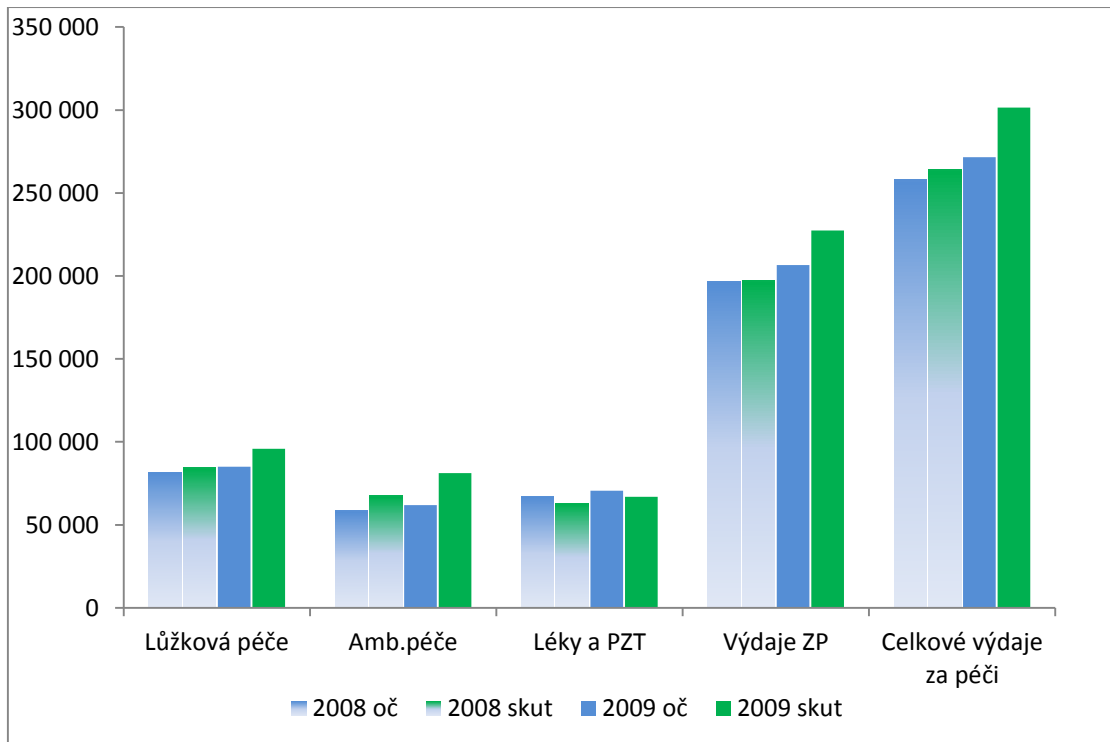
Graf 1. Vývoj lůžkové péče



Graf 2. Vývoj léků a PZT



Graf 3. Vývoj ambulantní péče



Graf 4. Porovnání skutečných a očekávaných hodnot

4.2.2 Interpretace zjištěných výsledků

Ze zjištěných výsledků je patrné, že skutečné náklady na zdravotní péči byly ještě vyšší i se zavedením regulačních poplatků, než údaje vyplývající z lintrendu růstu. Regulační poplatky tedy buď neměly žádný či dokonce negativní efekt na celkovou výši zdravotní péče, nebo zabránily ještě podstatně vyššímu, skokovému, nárůstu zdravotní péče, ke kterému nevidím z vývoje let minulých opodstatnění. Výjimku tvoří pouze Léky a PZT, u kterých je skutečnost pod očekávanými hodnotami z lineárního trendu. Tyto hodnoty jsou ale příliš vysoké, jelikož dlouhodobý trend ukazoval nárůst i přes vývoj posledních čtyř let, kde je zřetelně vidět stagnace neopodstatňující z kratšího hlediska tak vysoké hodnoty. A z polynomického vývoje dokonce vyplývá, že jsou skutečné údaje nad očekávanými. Proto bych si troufl říci, že ani u léků a PZT nevidím žádný čitelný vliv na výši celkových výdajů na zdravotní péči. Jediným efektem by tedy bylo, že došlo ke změně ve struktuře zdrojů, ze kterých se zdravotní péče hraří. Tedy nárůst výdajů soukromého sektoru, konkrétně nákladů domácností při nesnížení vládních výdajů a to bych předpokládal, že cílem nebylo.

4.3 Síť zdravotnických zařízení v praxi

V této kapitole bych se chtěl vyjádřit ke způsobu tvorby sítě zdravotnických zařízení. Bohužel musím konstatovat, že stát na tuto funkci rezignoval a delegoval povinnost na zdravotní pojišťovny, které mají povinnost zajistit místní a časovou dostupnost zdravotní péče. Stanovil sice ve svém nařízení, co znamená místní a časová dostupnost, ale ve skutečnosti je podle mne toto nařízení naprosto zbytečné, dojezdové doby jsou tak dlouhé, že ani nelze tyto podmínky nesplnit. Nedovedu si představit, že s angínou a vysokými horečkami bych měl jet z Kroměříže do Zlína, nebo do Olomouce ke svému praktickému lékaři (obě města by splnila dojezdovou vzdálenost). Vše je tedy na uvážení a smluvní politice zdravotních pojišťoven. Hlavní problém tak nastává při uzavírání smluv s novými poskytovateli zdravotních služeb. Protože není přesně definováno jak hustá má síť být, je nový poskytovatel odkázán na benevolenci zdravotních pojišťoven, nebo své schopnosti smlouvu si vyjednat. Této situace by mohlo být využito ke korupci. Při zjišťování hustoty sítě zdravotní pojišťovny vychází z dat poskytovaných ÚZIS, zde bych se dostal k obrázku č. 2, u kterého jsem v teoretické části slíbil podrobnější komentář. Při studování stránek ÚZIS a seznamu zdravotnických zařízení jsem si náhodně vybral odbornost 103 diabetologie a hned na první pohled mne zarazilo jedno jméno poskytovatele, u kterého jsem si byl jist, že péči v této

odbornosti nemá nasmlouvanu. Rozhodl jsem se tedy blíže porovnat údaje uváděné v seznamu smluvních poskytovatelů u VZP a údajů ÚZIS.

DIAMEDICA s.r.o.	Diabetologie	Velké náměstí 106/49	Kroměříž	Pospíšilová Dita
Diahaza s.r.o.	ordinace diabetologie	Palackého 492/62	Holešov	Hasalová Zapletalová Jitka
Lunacor s.r.o.	ordinace diabetologie	Komenského nám. 372/14	Kroměříž	Vlčková Dagmar
ENDEA s.r.o.	ordinace diabetologie	náměstí Míru 3287	Kroměříž	Fialová Svatava

Tabulka 16. Údaje ze seznamu smluvních partnerů VZP pro odb. 103 k 1. 4. 2015

Vyhledat
Zrušit filtr

VÝSLEDKY VYHLEDÁVÁNÍ

Kraj	Okres	Adresa	Název	
Zlínský kraj	Kroměříž	Holešov, Palackého 492/62	Diahaza s.r.o.	✕ 🔍 📍
Zlínský kraj	Kroměříž	Hulín, Tyršova 799	Diahaza s.r.o.	✓ 🔍 📍
Zlínský kraj	Kroměříž	Hulín, Nábřeží 1314	MUDr. Miloslav Páleníček, Odborná interní ordinace	✓ 🔍 📍
Zlínský kraj	Kroměříž	Chropyně, Komenského 39	Diahaza s.r.o.	✓ 🔍 📍
Zlínský kraj	Kroměříž	Kroměříž, Tovačovského 437/20	MUDr. Miloslav Páleníček, Odborná interní ordinace	✕ 🔍 📍
Zlínský kraj	Kroměříž	Kroměříž, Svatopluka Čecha 2698/8	MUDr. Miloslav Páleníček, Odborná interní ordinace	✓ 🔍 📍
Zlínský kraj	Kroměříž	Kroměříž, Komenského náměstí 372/14	LUNACOR s.r.o. - Ambulance kardiologie	✕ 🔍 📍
Zlínský kraj	Kroměříž	Kroměříž, Velké náměstí 106/49	DIAMEDICA s.r.o.	✕ 🔍 📍

Tabulka 17. Údaje o poskytovatelích podle ÚZIS pro odb. 103 k 1. 4. 2015

Při porovnání údajů docházím k několika nesrovnalostem. Endea s.r.o. má smlouvu od 1. 4. 2014 a v seznamu není, zatímco MUDr. Miloslav Páleníček je uveden třikrát, bohužel vůbec smlouvu s VZP na tuto odbornost nemá a má jen jedno pracoviště (nikoliv tři) v jiné odbornosti. V tuto chvíli mne napadá myšlenka, jak moc se dá věřit údajům získaným z ÚZIS a přitom tento ústav poskytuje informace kromě naší státní správy i mezinárodním institucím. Netvrdím, že je to chyba úředníků v této organizaci a ani nehledám, čím je to chyba. Pro mne je hlavní fakt, že to nefunguje správně. Údaje by měly být správné, jsou poskytovány zdravotním pojišťovnám a ministerstvu zdravotnictví, které na základě těchto informací tvoří nejen úhradové vyhlášky, ale i strategie zdravotní politiky. A trochu mám obavy z toho, jak se zhostí kultivace DRG, kterou ústav převzal od NRC.

4.4 Korektnost zdravotních pojišťoven

O fungování státu a jeho působení v oblasti financování zdravotní péče jsem se již zmínil a rád bych ještě rozebral, jaký vliv má jeho činnost, nebo nečinnost na zdravotní pojišťovny. Kontrola činnosti zdravotních pojišťoven je podle mne nedostatečná. Nestačí se jen tvářit, že rozumím zdravotně pojistnému plánu zdravotních pojišťoven předkládaným každoročně ke schválení a delegovat své povinnosti na zdravotní pojišťovny. Ty této skutečnosti potom mohou zneužívat a z moci síly diktovat své podmínky poskytovatelům. Nedá mi, abych neuvedl pár příkladů takového chování. Začnu asi tím nejhrubějším porušením rovnosti mezi pojišťovnou a poskytovatelem. Blíží se konec platnosti rámcových smluv, které zajišťují poskytovatelům jistotu, že jim musí pojišťovna zaplatit péči i za předpokladu, že se nedohodnou na dodatku smlouvy uzavíraném každý rok (pokud se nedohodnou, musí pojišťovna zaplatit podle podmínek v úhradových vyhláškách). Mělo by být jasné, že poskytovatel vykazující i operativu nemá každý rok stejné průměry na 1 UOP, protože číslo deformuje počet vysoce nákladných pojištěnců, kteří musí být operováni, a ten je samozřejmě každý rok jiný. To ostatně vyhláška chápe a zohledňuje, bohužel jedna menší zdravotní pojišťovna to odmítá dlouhodobě pochopit a i přes nesouhlas poskytovatele a i přes skutečnost, že musí platit podle úhradové vyhlášky, protože není podepsaný dodatek jdoucí výrazně nad rámec úhradové vyhlášky, platí podle své varianty nepodepsaného dodatku. A nyní se pojišťovna rozhodla využít skutečnosti končící platnosti rámcových smluv a poslala dopis s upozorněním, že poskytovatel dosud nepodepsal dodatky za období 2012, 2013 a 2014, které považují za korektní a žádají o jejich podepsání s tučně napsaným dovětkem, že nepodepsání cenových ujednání může mít negativní dopad na vzájemný smluvní vztah. Víím, že poskytovatel by to mohl řešit soudní cestou a vyhrál by a pojišťovna by musela všechny roky doplatit, ale většina lékařů nechce řešit soudní spory a nechce jít do konfliktu se zdravotní pojišťovnou, chce léčit.

Jako další příklad bych pro změnu zvolil jednu z největších zdravotních pojišťoven, ani ty se nechovají vždy korektně. Poskytovatel převzal praxi po svém předchůdci, který si nedělal hlavu se správným vykazováním výkonů. Rozhodl se tedy dát vše do pořádku. Ve svém spektru výkonů neměl nasmlouvaný (podle vyjádření lékařské komory) základní kód, bez něhož ani nešlo praxi řádně provádět. Protože předchozí lékař výkon nenasmlouval, tak ho ani nevykazoval a pojišťovna ho nemusela platit, proto se jí nelíbilo jeho nasmlouvaní jeho nástupci a odmítla to. Protože se však jedná o základní kód, tak dospěla k závěru, že jej bohužel bude muset nasmlouvat, ale našla jinou cestu. Nabídla poskytovateli, že mu výkon

přidá do jeho spektra výkonů a může jej vykazovat, ale nedostane jej zaplacený v plné výši, pouze v sestupné sazbě. V praxi se taková skutečnost formuluje slovy „poskytovatel bere na vědomí, že pokud vlivem nového výkonu dojde k navýšení průměrných nákladů na 1 UOP (což je logické, že k tomu dojde), nepoužije se zohlednění dle úhradové vyhlášky na dané období, týkající se navýšení na nově nasmlouvané zdravotní výkony nad rámec standardní úhrady“.

Našla by se spousta dalších případů, ale pro ilustraci skutečnosti pokrívování vztahů mezi ZP a poskytovateli to myslím stačí.

4.5 Kam směřuje české zdravotnictví v dalších letech

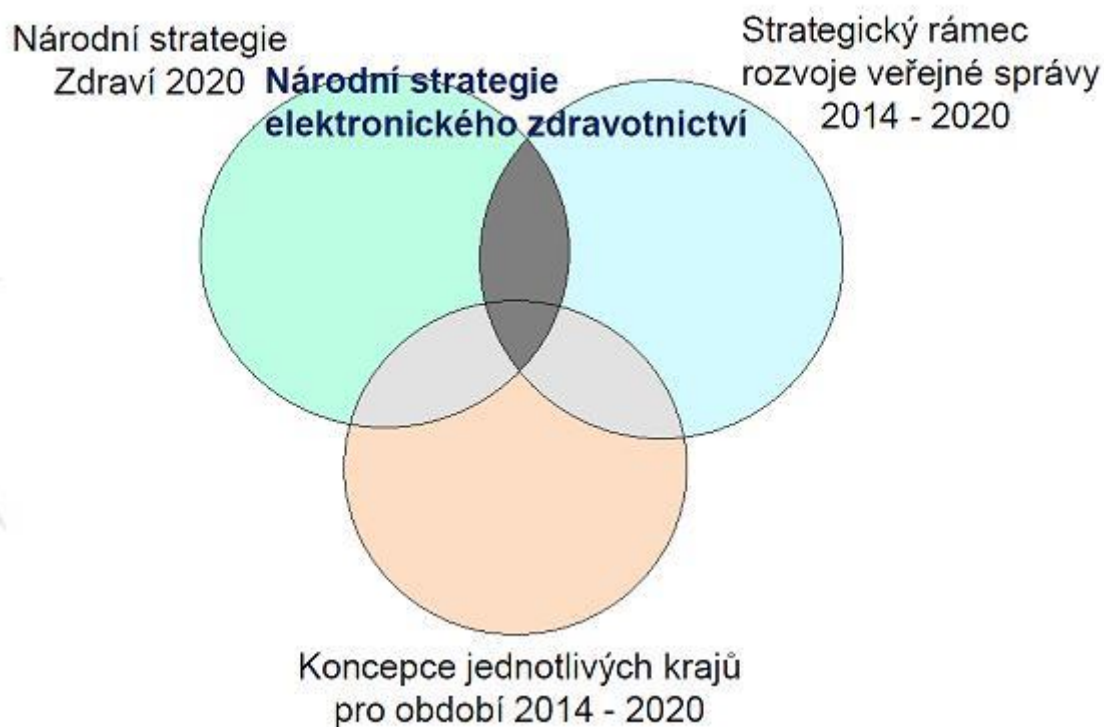
4.5.1 Plnění vládního programového prohlášení

Vláda se ve svém Programovém prohlášení zavázala k zavedení stabilního a čitelného systému úhrad pro všechny typy zdravotních služeb tak, aby odpovídal průměrným nákladům.

- Proto pro následující období naplánovala aktualizace seznamu zdravotních výkonů (pro rok 2015 již např. provedla zpětné navýšení počtu bodů u dříve snížených výkonů internistů). V některých případech mělo předchozí snížení opravdu vážný dopad na úhrady.
- Jako další bod plánuje vláda pokračovat ve sblížení úhrad v oblasti lůžkové péče. Z toho důvodu byly převedeny práce na kultivaci systému DRG do organizace zřízené státem, tedy Ministerstvem zdravotnictví, aby mělo plně pod kontrolou tento systém (jak jsem již zmínil výše, od NRC pod ÚZIS). Z prohlášení nového ředitele ÚZIS věřím, že by informační systém mohl začít fungovat správně.
- Pro otázku vyšší transparentnosti nakládání s veřejnými finančními zdroji se ministerstvo rozhodlo vyzvat zdravotní pojišťovny ke zveřejňování smluv s poskytovateli zdravotních služeb. Jako první se zavázala VZP a podle vyjádření ministerstva se další zdravotní pojišťovny postupně k výzvě přidávají, bohužel s podmínkou vyjádření souhlasu ze strany poskytovatelů. To se nelíbí ministerstvu, protože pokud nebude systém zveřejňování kompletní, nebude možnost relevantního srovnávání. Z toho důvodu Ministerstvo zdravotnictví začalo pracovat na legislativním zapracování povinného zveřejňování smluv do patřičných zákonů o zdravotních pojišťovnách.

4.5.2 Národní strategie elektronického zdravotnictví

Na prvním setkání týmu složeném pro tvorbu strategie bylo dohodnuto, že soustava cílů NS elektronického zdravotnictví bude zaměřena na podporu vládního programu Zdraví 2020. Toto považuji spíše za formální vyjádření, nedovedu si představit, že by tomu mělo být jinak. Pro lepší představu předkládám obrázek vlivů zasahujících do tvorby takového systému. Uvedení této strategie do praxe bude mít nepochybně výrazný pozitivní vliv na získání kontroly nad systémem veřejného zdravotnictví, protože přístup k validním informacím je nutný pro správné fungování a rozhodování. Bez správných informací se nedá správně rozhodovat. Pro ilustraci přikládám obrázek č. 6 získaný z prezentace umístěné na webu MZ ČR. V tomto obrázku Ing. Norbert Schellong zobrazuje prolínání NS s dalšími aktivitami eGovernment.



Obrázek 6. Národní strategie elektronického zdravotnictví

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo udělat si obrázek o fungování systému a prozkoumat úlohu jednotlivých účastníků systému. Tedy jak svou úlohu plní stát, zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotní péče. Modelacemi zjistit, jak je to s vývojem úhrad v sledovaném období 2010 – 2014. Bohužel z mých zjištění docházím k závěrům, že systém naprosto nefunguje. Je roztržštěný do mnoha různých zájmů, bez možnosti dohody na podle mne nejdůležitějším zájmu, kterým je zvyšování kvality zdraví občanů ČR. Primární cíl by měl být zdraví a na tom by se měli shodnout všichni účastníci systému a hledat způsob, jak to technicky zajistit. Stát zde podle mne selhává v několika bodech. Nedovede zajistit validní informace, na jejichž základě by se mohl správně rozhodovat, některé své úlohy deleguje na zaujaté subjekty (tvorba sítě poskytovatelů hrazených služeb) a neprovádí dostatečnou kontrolu zdravotních pojišťoven. Nemá kontrolu nad systémem a bohužel některými kroky systém přímo destabilizuje (viz vyhláška č. 475/2012 Sb.), nebo případ zavedení a následné rušení regulačních poplatků.

Zdravotní pojišťovny nevyužívají svých možností pro regulaci objemu péče, místo toho vyvíjejí nepřiměřený tlak na Ministerstvo zdravotnictví, které má za ně zajistit snižování nákladů ve zdravotnictví. A v některých případech zneužívají nepřehledného systému ve svůj prospěch nebo dokonce jednají neeticky.

Bohužel ani poskytovatelé nejsou úplně bez viny, měli by svědomitě vyplňovat povinná hlášení pro orgány státní správy a nepohlížet na ně jen jako na další administrativní zátěž a byrokracii ze strany státu. Trochu to komplikují situace, kdy jsou tyto jejich námitky oprávněné.

Z těchto zjištění mi vyplývají následující doporučení. Stát by měl zapracovat na kvalitním systému získávání informací a skutečně se jimi řídit. Zde vidím snahu o nápravu. Změny slibované ředitelem ÚZIS dávají naději, stejně tak jako přesun agendy kultivace DRG pod správu „doufám nového“ ÚZIS. NS elektronického zdravotnictví by mohla stavu také prospět. Stejně jako podpora zavádění indikátorů kvality. Jako poslední doporučení bych viděl nutnost vyšší kontroly nad zdravotními pojišťovnami, přece jen nakládají s veřejnými zdroji. Zdravotní pojišťovny by naopak měly snižovat náklady na hrazenou zdravotní péči funkční revizní činností a ne nečistými praktikami vůči poskytovatelům. Existuje již funkční systém, který se dá dále rozvíjet, mám na mysli klinicko-ekonomické profily. Stejně tak by podobné mechanismy mohly být zavedeny i pro ambulantní část hrazených slu-

žeb, něco jako ambulantně-ekonomické profily. Popřípadě pracovat na možnosti vykonávání společné revizní práce jedním pracovníkem pro všechny pojišťovny a v neposlední řadě rozšíření již užívaných indikátorů kvality poskytované péče do všech segmentů zdravotní péče. Jsem přesvědčen, že za pomoci průhledného a nezpochybnitelného způsobu financování hrazených služeb si zdravotní pojišťovny dovedou poskytovatele vychovat k efektivnímu, účelnému a hospodárnému způsobu poskytování zdravotních služeb samy, bez potřeby tak velkého zásahu ze strany státu. A stát by svou energii měl věnovat výchově zdravotních pojišťoven, aby k takovému chování měly vůli.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTÁK, Miroslav, 2012. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7357-984-5.

BUSSE, Reinhard et al., 2011. *Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Vyd. 1. Maidenhead, England: Open University Press. ISBN 978-03-3524-557-4.

GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-7226-996-8.

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ, 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-592-9.

KOŽENÝ, Pavel et al., 2010. *Klasifikační systém DRG*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2701-1.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2014. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Vyd. 1. Praha: Geoprint s.r.o. ISBN 978-80-85047-47-9.

SEZNAM CITOVANÝCH PRÁVNÍCH NOREM

MZČR. (28. březen 1997). Sbírka zákonů. *Zákon č. 48/1997 Sb.*

MZČR. (30. prosinec 2009). Sbírka zákonů. *Vyhláška č. 471/2009 Sb.*

MZČR. (17. prosinec 2010). Sbírka zákonů. *Vyhláška č. 396/2010 Sb.*

MZČR. (23. prosinec 2011). Sbírka zákonů. *Vyhláška č. 425/2011 Sb.*

MZČR. (31. prosinec 2012). Sbírka zákonů. *Vyhláška č. 475/2012 Sb.*

MZČR. (29. srpen 2012). Sbírka zákonů. *Narřízení vlády č. 307/2012 Sb.*

MZČR. (13. prosinec 2013). Sbírka zákonů. *Vyhláška č. 428/2013 Sb.*

MZČR. (23. prosinec 2013). Sbírka zákonů. *Vyhláška č. 428/2013 Sb.*

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

AČMN. (©2014). Které nemocnice léčí nejlevněji? *Acmn.cz* [online]. [cit. 2015-03-05].

Dostupné z: <http://www.acmn.cz/>

ANČR. (©2015). Pravidla připomínkování. *Ancr.cz* [online]. [cit. 2015-03-20]. Dostupné

z: <http://www.ancr.cz/wp-content/uploads/2013/04/PRAVIDLA-PŘIPOMÍNKOVÁNÍ.pdf>

ČSÚ. (©2011). Výsledky zdravotnických účtů. *Czso.cz* [online]. [cit. 2014-12-28].

Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/p/260005-14>

Lidové_noviny. (©2013). Stát šidí některé nemocnice. *Pnsp.cz* [online]. [cit. 2015-03-02].

Dostupné z: <http://www.pnsp.cz/files/novinky/aktualne/stat-sidi-nektere-nemocnice-2-pdf-1383131996.pdf>

MZČR. (©2013). Problematika dohodovacího řízení v denním tisku. *Mzcr.cz* [online]. [cit.

2015-03-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/problematika-dohodovaciho-rizeni-v-dennim-tisku_7525_2778_1.html

NRC. (©2015). Činnosti. *Nrc.cz* [online]. [cit. 2015-03-15]. Dostupné z:

<http://www.nrc.cz/cinnosti>

NRC. (©2015). Ukončení kultivace DRG v NRC. *Nrc.cz* [online]. [cit. 2015-04-02].

Dostupné z: <http://www.nrc.cz/aktualne/novinky/ukonceni-kultivace-drg-v-nrc>

NRC. (©2014). Základní informace. *Nrc.cz* [online]. [cit. 2014-11-21]. Dostupné z:

<http://www.nrc.cz/o-nrc/zakladni-informace>

ÚZIS. (©2015). Oznámení o změnách v resortním statistickém zjišťování za rok 2014 a o

zpřístupnění nového Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb. *Uzis.cz*

[online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/content/oznameni-zmenach-resortnim-statistickem-zjistovani-za-rok-2014-zpristupneni-noveho-narodniho-registr>

ÚZIS. (©2015). NRPZS. *Eregpublicsecure.ksrzis.cz* [online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné

z: <https://eregpublicsecure.ksrzis.cz/Registr/NRPZS/ZdravotnickeZarizeni?clean=True>

ÚZIS. (©2015). O nás. *Uzis.cz* [online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné z:

<http://www.uzis.cz/nas>

WHO. (©2015). About WHO. *Who.int* [online]. [cit. 2015-03-03]. Dostupné z:

<http://www.who.int/about/en/>

WHO. (©2010). WHO. *Who.int* [online]. [cit. 2015-03-12]. Dostupné z:
http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf

Zlatohlávek, R. (©2013). Einsteinovská matematika do vyhlášek nepatří. *Zdravi.e15.cz*
[online]. [cit. 2015-01-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/einsteinovska-matematika-do-vyhlasek-nepatri-471516>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AČMN	Asociace českých a moravských nemocnic
ANČR	Asociace nemocnic ČR
AvgUOP	Průměr na 1 UOP
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČSÚ	Český statistický úřad
DRG	Diagnosis Related Groups
FV	Frekvence výkonů
IR-DRG	International Refined - Diagnosis Related Groups
KEP	Klinicko-ekonomický profil
LSPP	Lékařská služba první pomoci
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NASKL	Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře
NRC	Národní referenční centrála
NS	Národní strategie
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
ODB	Odbornost
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
PZS	Poskytovatel zdravotních služeb (dříve ZZ – zdravotnické zařízení).
PZS0	Poskytovatel zdravotních služeb – lůžková péče
PZS1	Poskytovatel zdravotních služeb – všeobecné lékařství
PZS2	Poskytovatel zdravotních služeb – vnitřní lékařství (interna)
PZS3	Poskytovatel zdravotních služeb – otorinolaryngologie
PZS4	Poskytovatel zdravotních služeb – patologická anatomie

PZS5	Poskytovatel zdravotních služeb – laboratoř patologie
PZT	Prostředky zdravotnické techniky
RBP	Revírní bratrská pokladna – zdravotní pojišťovna
UOP	Unikátní pojištěnec
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZP	Zdravotní pojišťovny
ZPMV	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna škoda
ZULP	Zvlášť účtované léčebné prostředky
ZUM	Zvlášť účtovaný materiál

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Návaznost strategických cílů NS Zdraví 2020 (MZČR, 2014, s. 17)	23
Obrázek 2. Diabetologie z NZIS (ÚZIS, ©2015)	25
Obrázek 3. Organizační schéma zdravotnického systému ČR (Gladkij, 2003, s. 55)	26
Obrázek 4. Vývoj klasifikačního systému DRG k roku 2007 (Kožený et al., 2010, s. 19)	28
Obrázek 5. Princip členění IR-DRG (Kožený et al., 2010, s. 55)	29
Obrázek 6. Národní strategie elektronického zdravotnictví	62

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. DRG baze 0543 - angina pectoris a bolest na hrudníku	37
Tabulka 2. Hodnota bodu u PZS1	39
Tabulka 3. Věkové skupiny s indexy (MZČR, 2009, s. 7622)	40
Tabulka 4. Změny v hodnotách bodu u PZS1	40
Tabulka 5. Změny v hodnotách bodu u PZS2	43
Tabulka 6. Modelace úhrad pro PZS2	44
Tabulka 7. Změny hodnot bodu u PZS3	45
Tabulka 8. Modelace úhrad pro PZS3	45
Tabulka 9. Ukazatele kvality a efektivity v segmentu stomatologie	47
Tabulka 10. Vliv ukazatelů a bonifikací na efektivitu.....	47
Tabulka 11. Změny hodnot bodu u PZS4	50
Tabulka 12. Modelace úhrad PZS4.....	50
Tabulka 13. Změny hodnot bodu u PZS5	51
Tabulka 14. Celkové výdaje na zdravotní péči (ČSÚ, ©2011)	55
Tabulka 15. Porovnání očekávaných a skutečných hodnot	55
Tabulka 16. Údaje ze seznamu smluvních partnerů VZP pro odb. 103 k 1. 4. 2015	59
Tabulka 17. Údaje o poskytovatelích podle ÚZIS pro odb. 103 k 1. 4. 2015	59

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Vývoj lůžkové péče	56
Graf 2. Vývoj léků a PZT	56
Graf 3. Vývoj ambulantní péče	57
Graf 4. Porovnání skutečných a očekávaných hodnot	57

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Seznam odborností

Příloha 2. Změny ve výpočtu úhrad ústavní péče

PŘÍLOHA 1: SEZNAM ODBORNOSTÍ

KÓD ODBORNOSTI	NÁZEV ODBORNOSTI
001	všeobecné praktické lékařství
002	praktické lékařství pro děti a dorost
014	klinická stomatologie
015	ortodoncie
101	vnitřní lékařství - interna
102	angiologie
103	diabetologie
104	endokrinologie
105	gastroenterologie
115	gastroenterologie - skupina 1
106	geriatrie
116	medicína dlouhodobé péče
107	kardiologie
117	kardiologie - skupina 1
108	nefrologie
109	revmatologie
110	klinická osteologie
128	pracoviště hemodialýzy
201	rehabilitační a fyzikální medicína
202	hematologie
203	infekční lékařství
204	tělovýchovné lékařství
205	pneumologie a ftizeologie
215	pneumologie a ftizeologie - skupina 1
206	klinická farmakologie
207	alergologie a klinická imunologie
208	lékařská genetika
209	neurologie
210	dětská neurologie
222	transfúzní lékařství
301	dětské lékařství
302	dětská kardiologie
312	dětská kardiologie - skupina 1
303	dorostové lékařství
304	neonatologie
305	psychiatrie
306	dětská a dorostová psychiatrie
308	návykové nemoci
309	sexuologie
401	pracovní lékařství
402	klinická onkologie

403	radiační onkologie
413	radiační onkologie - skupina 1
404	dermatovenerologie
405	dětská dermatologie
406	korektivní dermatologie
407	nukleární medicína
501	chirurgie
511	chirurgie - skupina 1
521	chirurgie - skupina 2
531	chirurgie - skupina 3
502	dětská chirurgie
512	dětská chirurgie - skupina 1
522	dětská chirurgie - skupina 2
532	dětská chirurgie - skupina 3
503	úrazová chirurgie (traumatologie)
513	úrazová chirurgie (traumatologie) - skupina 1
523	úrazová chirurgie (traumatologie) - skupina 2
533	úrazová chirurgie (traumatologie) - skupina 3
504	cévní chirurgie
514	cévní chirurgie - skupina 1
524	cévní chirurgie - skupina 2
534	cévní chirurgie - skupina 3
505	kardiochirurgie
515	kardiochirurgie - skupina 1
525	kardiochirurgie - skupina 2
535	kardiochirurgie - skupina 3
506	neurochirurgie
516	neurochirurgie - skupina 1
526	neurochirurgie - skupina 2
536	neurochirurgie - skupina 3
507	hrudní chirurgie
517	hrudní chirurgie - skupina 1
527	hrudní chirurgie - skupina 2
537	hrudní chirurgie - skupina 3
601	plastická chirurgie
611	plastická chirurgie - skupina 1
621	plastická chirurgie - skupina 2
631	plastická chirurgie - skupina 3
602	popáleninová medicína
612	popáleninová medicína - skupina 1
622	popáleninová medicína - skupina 2
632	popáleninová medicína - skupina 3
603	gynekologie a porodnictví
613	gynekologie a porodnictví - skupina 1

623	gynekologie a porodnictví - skupina 2
633	gynekologie a porodnictví - skupina 3
604	dětská gynekologie
614	dětská gynekologie - skupina 1
624	dětská gynekologie - skupina 2
634	dětská gynekologie - skupina 3
605	orální a maxilofaciální chirurgie
615	orální a maxilofaciální chirurgie - skupina 1
625	orální a maxilofaciální chirurgie - skupina 2
635	orální a maxilofaciální chirurgie - skupina 3
606	ortopedie
616	ortopedie - skupina 1
626	ortopedie - skupina 2
636	ortopedie - skupina 3
607	ortopedická protetika
701	otorinolaryngologie
711	otorinolaryngologie - skupina 1
721	otorinolaryngologie - skupina 2
731	otorinolaryngologie - skupina 3
702	foniatrie
704	dětská otorinolaryngologie
714	dětská otorinolaryngologie - skupina 1
724	dětská otorinolaryngologie - skupina 2
734	dětská otorinolaryngologie - skupina 3
705	oftalmologie
715	oftalmologie - skupina 1
725	oftalmologie - skupina 2
735	oftalmologie - skupina 3
706	urologie
716	urologie - skupina 1
726	urologie - skupina 2
736	urologie - skupina 3
707	dětská urologie
717	dětská urologie - skupina 1
727	dětská urologie - skupina 2
737	dětská urologie - skupina 3
708	anesteziologie a intenzivní medicína
728	anesteziologie a intenzivní medicína - skupina 2
709	urgentní medicína
710	algeziologie - léčba bolesti
697	algeziologie - léčba bolesti - skupina 1
720	paliativní medicína
780	hyperbarická a letecká medicína
801	klinická biochemie

802	lékařská mikrobiologie
804	lékařská parazitologie
805	lékařská virologie
806	mamografický screening
807	patologická anatomie
808	soudní lékařství
809	radiologie a zobrazovací metody
810	radiologie a zobrazovací metody - skupina 1
812	laboratoř farmakologie a toxikologie léčiv
813	laboratoř alergologická a imunologická
814	laboratoř toxikologická
815	laboratoř nukleární medicíny
816	laboratoř lékařské genetiky
817	laboratoř klinické cytologie
818	laboratoř hematologická
819	laboratoř pro universální výkony
822	laboratoř lékařské mykologie
823	laboratoř patologie
901	klinická psychologie
902	fyzioterapeut
903	klinická logopedie
904	jiný zdravotnický pracovník
905	zřakový terapeut
910	psychoterapie
911	všeobecná sestra
913	všeobecná sestra v sociálních službách
914	psychiatrická sestra
916	nutriční terapeut
917	ergoterapeut
919	adiktolog
921	porodní asistentka
925	sestra domácí zdravotní péče
927	ortoptista
931	dětská psychologie
949	jiný zdravotnický pracovník s úplným středním odborným vzděláním
999	univerzální mezioborové výkony

PŘÍLOHA 2: ZMĚNY VE VÝPOČTU ÚHRAD ÚSTAVNÍ PÉČE

Rok 2010 - (MZČR, 2009, s. 7609-7619)

úhrada v roce 2010 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, paušální složku úhrady za hospitalizační péči, úhradu formou případového paušálu a ambulantní složku úhrady

A) individuálně sjednaná složka úhrady

patří sem přímo vyhláškou vyjmenované drg kódy, může zde být zahrnuta i jiné péče, na které se zařízení se zdravotní pojišťovnou dohodnou.

B) paušální složka úhrady ($PU_{hosp2010}$)

$$PU_{hosp2010} = \left[PU_{hosp2008} - (CM_{alfa2008} * IZS_{alfa2008}) \right] * Kn$$
$$PU_{hosp2008} = V_{hosp} * ICB_{ref} + ZUM_{hosp} + ZULP_{hosp} + LP_{hosp} + KP_{hosp}$$
$$ICB_{ref} = U_{ref} / B_{ref}$$
$$IZS_{alfa2008} = \left[(V_{alfa} * ICB_{ref}) + ZUM_{alfa} + ZULP_{alfa} + LP_{alfa} + KP_{alfa} \right] / CM_{alfa2008}$$

C) úhrada formou případového paušálu ($PU_{drg2010}$)

$$PU_{drg2010} = CM_{red} * ZS_{alfa2010}$$
$$CM_{red} = CM_{alfa}$$

2 výjimky:

a) $CM_{red} = CM_{alfa} * 1,15 \rightarrow$ pro případ, že poměr $CM_{alfa2010} / CM_{alfa2008} > 1,15$

b) $CM_{red} = CM_{alfa} * (PP_{alfa} + 0,02) \rightarrow$ pro případ, že poměr $CM_{alfa2010} / CM_{alfa2008}$

je v intervalu od 1,05 do 1,15 a zároveň $PP_{alfa} < 0,98$

$$ZS_{alfa2010} = \left[IZS_{alfa2008} * (1 - K_p) + (ZS_{ref} * K_p) \right] * Kn_{alfa}$$

na úhradu částky vyplývající z úhradových vzorců mají ještě vliv body 3.3, 3.4 a 3.5 přílohy č. 1 této vyhlášky, které upravují možné varianty poměru CM a PP.

D) ambulantní složka úhrady

ambulantní složka je upravena v bodě 5 přílohy č. 1. Mechanismy jsou stejné jako u soukromých ambulantních poskytovatelů až na pár výjimek blíže v tomto bodě specifikovaných. Na jejich základě vyjdou v jednotlivých odbornostech úhrady, jež se sečtou a za předpokladu, že budou v intervalu od 105 % do 109 % $U_{amb2008}$ se péče uhradí ve vypočtené částce.

$U_{amb2008}$ se stanovuje následujícím způsobem

$$U_{amb2008} = V_{amb2008} * ICB_{ref} + ZUM_{amb2008} + ZULP_{amb2008} + KP_{amb2008}$$

pro případ, že by vypočtené úhrady byly menší než 105 % $U_{amb2008}$ se použije vzorec

$$U_{amb2010} = U_{amb2008} * 1,05$$

a v případě přesáhnutí 109 % $U_{amb2008}$ se použije vzorec

$$U_{amb2010} = U_{amb2008} * 1,09$$

E) tato vyhláška obsahuje i možnost navýšení úhrady zdravotnickému zařízení v případě přesáhnutí požadavků na personální vybavení v souvislosti se zvýšením kvality ošetrovatelské péče (NÚ₂₀₁₀):

$$NÚ_{2010} = PPS_{2010} * 30\ 000\ Kč * Kp_p$$

PPS_{2010} ...přepočtený počet všeobecných sester

Kp_p ...koeficient podílu počtu pojištěnců u zdravotní pojišťovny

Rok 2011 - (MZČR, 2010, s. 5269-5273)

v tomto roce se výpočet podstatně zjednodušil a stanovil se na 98 % celkové úhrady referenčního období, kterým je rok 2009. Aby zařízení mělo nárok na výplatu těchto 98 %, musí v hospitalizační části dosáhnout 94 % PP a CM hodnoceného období oproti referenčnímu. V ambulantní části musí naplnit alespoň 95 % počtu UP a stejně tak i objemu vykázané a pojišťovnou uznané péče.

I v tomto roce zůstává navýšení úhrady za přesazení požadavků na personální vybavení (NÚ₂₀₁₁):

$$NÚ_{2011} = PPS_{2011} * 30\ 000\ Kč * Kp_p$$

PPS_{2011} ...přepočtený počet všeobecných sester

Kp_p ...koeficient podílu počtu pojištěnců u zdravotní pojišťovny

Rok 2012 - (MZČR, 2011, s. 5509-5518)

úhrada se v roce 2012 znovu vrací ke komplikovanějším způsobům výpočtu a zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, úhrada formou případového paušálu, úhradu z případového paušálu vyčleněnou a ambulantní složku úhrady.

A) individuálně sjednaná složka úhrady

zde jsou přímo vyhláškou vyjmenované drg kódy stejně jako v roce 2010 řešené nasmlouvanými balíčky zdravotní péče

B) úhrada formou případového paušálu ($PU_{drg2012}$)

$$PU_{drg2012} = CM_{red} * ZS_{2012}$$

CM_{red} se stanovuje podle následujících podmínek:

a) pokud $CM_{alfa2012}/CM_{alfa2010}$ je větší než 1,05 a zároveň $PP_{alfadrg}$ je větší než 1,03

$$CM_{red} = CM_{alfa2010} * 1,05$$

b) pokud $CM_{alfa2012}/CM_{alfa2010}$ je menší nebo roven 1,05 a zároveň poměr

$$CM_{alfa2012}/CM_{alfa2010} \text{ není větší než } (PP_{alfadrg} + 0,02)$$

$$CM_{red} = CM_{alfa2012}$$

c) pokud nejsou splněny podmínky bodu a) nebo b) a pokud poměr

$$CM_{alfa2012}/CM_{alfa2010} \text{ je vyšší než } (PP_{alfadrg} + 0,02)$$

1) je-li $CM_{alfa2012}/CM_{alfa2010}$ menší nebo roven 1,05

$$CM_{red} = CM_{alfa2012}$$

2) je-li $CM_{alfa2012}/CM_{alfa2010}$ větší než 1,05

$$CM_{red} = CM_{alfa2010} * 1,05$$

$$ZS_{2012} = [IZS_{2010} * (1 - Kp) + (ZS_{ref} * Kp)] * Kn$$

$$IZS_{2010} = U_{all2010} / CM_{all2010}$$

C) úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu

patří sem úhrada, která není zahrnuta v případovém paušálu a je shrnuta v příloze č. 11 a hodnota bodu se stanovuje ve výši $ICB_{ref} * 1,07$ do limitu $LIM PU_{bedadrg2012}$

$$LIM PU_{bedadrg2012} = \left[\begin{array}{l} (V_{betadrg2010} * ICB_{ref}) + ZUM_{betadrg2010} + ZULP_{betadrg2010} \\ + LP_{betadrg2010} + KP_{betadrg2010} \end{array} \right] * 1,07$$

pro úhradu bodů nad tento limit se použije vypočet $ICB_{ref} * 1,07 * 0,5$

ZUM. ZULP, LP a KP nad limit se také hradí 50 %

do celkové výše

$$\text{MAX PU}_{\text{betadrg 2012}} = \text{LIM PU}_{\text{betadrg 2012}} * 1,03$$

D) ambulantní složka úhrady

úhrada za ambulantní péči se vypočte jako součet úhrad pro jednotlivé odbornosti tak, jak soukromých ambulantních poskytovatelů, dle příslušných příloh vyhlášky. Jsou zde pouze zvlášť vyčleněny dva případy.

ZZ má součet úhrad nižší než 98 % úhrad v referenčním období při dosažení 100 % objemu bodů a 100 % počtu unikátních pojištěnců

$$UV_{\text{amb 2012}} = U_{\text{amb 2010}} * 0,98$$

ZZ nedosáhlo na 100 % bodů, nebo 100 % počtu ošetřených unikátních pojištěnců. Potom se výsledná úhrada sníží o stejné %, jako nebylo dosaženo u většího rozdílu z obou možností

E) navýšení úhrady zdravotnickému zařízení v případě přesáhnutí požadavků na personální vybavení v souvislosti se zvýšením kvality ošetrovatelské péče je již zrušeno.

Regulační omezení

Zde musím zmínit, že dochází k zavádění represivního mechanismu proti účelovému kódování a to:

$$((CM_{\text{přvodní}} - CM_{\text{revidovaný}}) * ZS_{2012} * 3$$

a mechanismus proti chybnému vykazování, zjištěném při náhodném šetření (klinický audit). Zjištěné vyčíslené nedostatky jsou uplatněny jako regulace na celou DRG bazi a to podle dvou možností:

revize statisticky méně významné počty případů příslušné DRG baze :

(méně než 5 % případů, minimálně 10 případů v rámci DRG baze)

$$(((CM_{\text{přvodní}} - CM_{\text{revidovaný}}) / (CM_{\text{přvodní}})) * \sum CM_{\text{baze}} * ZS_{2012} * 0,2$$

revize statisticky významného počtu případů DRG příslušné baze:

(více než 5 % případů, minimálně 30 případů v rámci DRG baze)

$$\left(\frac{CM_{přivodni} - CM_{revidovaný}}{CM_{přivodni}} \right) * \sum CM_{baze} * ZS_{2012} * 0,8$$

Rok 2013 - (MZČR, 2012, s. 6261-6272)

A) individuálně sjednaná složka úhrady

patří sem přímo vyhláškou vyjmenované drg kódy, může zde být zahrnuta i jiné péče, na které se zařízení se zdravotní pojišťovnou dohodnou.

B) úhrada formou případového paušálu ($PU_{drg2013}$)

I.

$$PU_{drg2013} = CM_{red} * ZS_{2013}$$

$$CM_{red} = \min \left\{ CM_{alfa2011} * 0,95 * Kp_p; CM_{alfa2013}; (CM_{alfa2013})^a * (1,05 * PP_{alfa2013} * \frac{CM_{alfa2011}}{PP_{alfa2011}})^{(1-a)} \right\}$$

$$ZS_{2013} = \left\{ (1 - Kp) * (0,8 * IZS_{2011} + 0,2 * \frac{\sum_{i=1}^n IZS_{i,2011} * CM_{i,alfa2011}}{\sum_{i=1}^n CM_{i,alfa2011}}) + (Kp * TZS) \right\}$$

n...počet pojišťoven

i...zdravotní pojišťovna

$$IZS_{2011} = \frac{U_{all2011}}{CM_{all2011}}$$

II.

pokud se pojišťovny a poskytovatelé nedohodnou do 30. června 2013 na výpočtu uvedeném v bodě I., budou použity následující výpočty:

$$ZS_{2013} = [IZS_{2011} * (1 - Kp) + (TZS * Kp)]$$

$$CELKPU_{drg} = \max \left\{ \min [1,07 * CM_{red} * IZS_{2011}; CM_{red} * ZS_{2013}]; 1,02 * CM_{red} * IZS_{2011} \right\}$$

C) úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu

gammadrg2013 ... údaje podle klasifikace přiřazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce

betadrg2013 ... údaje podle klasifikace přiřazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce

$$LIMPU_{gammadr\ 2013} = \left[(V_{gammadr\ 2011} * ICB_{ref}) + ZUM_{gammadr\ 2011} + \right. \\ \left. + ZULP_{gammadr\ 2011} + LP_{gammadr\ 2011} + KP_{gammadr\ 2011} \right] * 1,05 * Kp_p$$

$$ICB_{ref} = U_{ref} / B_{ref}$$

Pro hrazené služby nad rámec vypočteného limitu se stanoví hodnota bodu ve výši

$$(ICB_{ref} * 1,07) * 0,5$$

Stejně tak ZUM, ZULP, LP a KP se násobí koeficientem 0,5. Pouze do výše

$$MAX\ PU_{gammadr\ 2013} = LIM_{gammadr\ 2013} * 1,05$$

$$LIM\ PU_{betadr\ 2013} = \left[(V_{betadr\ 2011} * ICB_{ref}) + ZUM_{betadr\ 2011} + \right. \\ \left. + ZULP_{betadr\ 2011} + LP_{betadr\ 2011} + KP_{betadr\ 2011} \right] * 1,07 * Kp_p$$

$$ICB_{ref} = U_{ref} / B_{ref}$$

Pro hrazené služby nad rámec vypočteného limitu se stanoví hodnota bodu ve výši

$$(ICB_{ref} * 1,07) * 0,5$$

Stejně tak ZUM, ZULP, LP a KP se násobí koeficientem 0,5. Pouze do výše

$$MAX\ PU_{gammadr\ 2013} = LIM_{gammadr\ 2013} * 1,15$$

D) ambulantní složka úhrady

úhrada za ambulantní péči se vypočte jako součet úhrad pro jednotlivé odbornosti tak, jak soukromých ambulantních poskytovatelů, dle příslušných příloh vyhlášky. Jsou zde dvě varianty.

Zařízení má součet úhrad vyšší než 101 % úhrad v referenčním období, potom se úhrada stanoví dle vzorce:

$$UV_{amb\ 2013} = U_{amb\ 2011} * 1,01 * Kp_p$$

Pokud je součet pod 94 % úhrad v referenčním období a zdravotní pojišťovnou uznaný počet bodů za ambulantní péči v hodnoceném období bude nejméně 98 % počtu bodů za ambulantní péči poskytnutou v referenčním období vynásobené koeficientem Kp_p a poskytovatel zároveň ošetří alespoň 98 % unikátních pojištěnců vynásobených koeficientem Kp_p v porovnání s referenčním obdobím, určí se výsledná úhrada takto:

$$UV_{amb\ 2013} = U_{amb\ 2011} * 0,94 * Kp_p$$

Pokud nebude dosaženo 98 % podle předchozích podmínek, sníží se úhrada o stejné %, jako nebylo dosaženo 100% hodnoty. Počítá se s nižší z obou hodnot.

Regulační omezení:

Pokud ZP zjistí odchylky od pravidel vykazování a kódování podle Klasifikace, díky kterému došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupin s vyšší relativní váhou, sníží se CM v této výši:

a) revize 1 případu:

$$(CM_{přivodni} - CM_{revidovaný}) * 3$$

b) statisticky méně významný počet případů příslušné DRG base:

$$((CM_{přivodni} - CM_{revidovaný}) / CM_{přivodni}) * \sum CM_{base} * 0,2$$

c) statisticky významný počet případů příslušné DRG base:

$$((CM_{přivodni} - CM_{revidovaný}) / CM_{přivodni}) * \sum CM_{base} * 0,8$$

Rok 2014 - (MZČR, 2013, s. 7177-7185)

A) individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

Jedná se služby uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce (dále vyjmenované baze). Pokud nedojde mezi pojišťovnou a poskytovatelem k dohodě do 30. 4. 2014, dostane poskytovatel zaplacenou úhradu ve výši vypočtené takto:

$$\dot{U}HR_{zz}^{ho} = \min \left(\sum_{i=1}^n \left\{ PP_{i,zz}^{ho} * \frac{\dot{U}HR_{i,zz}^{2013}}{PP_{i,zz}^{2013}} \right\}; 0,75 * \sum_{i=1}^n \dot{U}HR_{i,zz}^{2013} \right)$$

$\dot{U}HR_{zz}^{ho}$... maximální úhrada

$PP_{i,zz}^{ho}$... počet případů, kde n je počet vyjmenovaných bazí

$\dot{U}HR_{i,zz}^{2013}$... celková úhrada za rok 2013, kde n je počet vyjmenovaných bazí

$PP_{i,zz}^{2013}$... počet případů za rok 2013, kde n je počet vyjmenovaných bazí

Celková výše úhrad za vyjmenované baze všem poskytovatelům v souhrnu za zdravotní pojišťovnu musí činit minimálně 85 % hodnot roku 2013.

$$\sum_{zz=1}^q \dot{U}HR_{i,zz}^{ho} \geq 0,85 * \sum_{zz=1}^q \dot{U}HR_{i,zz}^{2013}$$

Maximální výše úhrad pro léčivé přípravky dle bodu 2.2 se stanoví takto:

$$Uhr_{\max} = 12 * \frac{Uhr_{i,2013}}{M_{i,2013}}$$

i ... počet onemocnění dle bodu 2.2.1

$M_{i,2013}$... součet měsíců kdy byla léčba i poskytována každému jednotlivému pojištěnci v roce 2013

$Uhr_{i,2013}$... úhrada v roce 2013 za onemocnění i

$$Uhr_{\max} = \sum_{i=1}^n \left(0,98 * 12 * \frac{Uhr_{i,2013}}{M_{i,2013}} * UOP_{i,2013} * 1,08 \right)$$

i ... počet onemocnění dle bodu 2.2.2

$M_{i,2013}$... součet měsíců kdy byla léčba i poskytována každému jednotlivému pojištěnci v roce 2013

$Uhr_{i,2013}$... úhrada v roce 2013 za onemocnění i

Pro onemocnění neuvedená v bodech 2.2.1 a 2.2.2 se stanoví úhrada:

$$Uhr_{\max} = \sum_{i=1}^n \left(0,98 * 12 * \frac{Uhr_{i,2013}}{M_{i,2013}} * UOP_{i,2013} * 1,02 \right)$$

i ... počet onemocnění dle bodu 2.2.3

$M_{i,2013}$... součet měsíců kdy byla léčba i poskytována každému jednotlivému pojištěnci v roce 2013

$Uhr_{i,2013}$... úhrada v roce 2013 za onemocnění i

B) úhrada formou případového paušálu

obsahuje hrazené služby uvedené v příloze č. 10 a hradí se až do výše CELK $PU_{drg,2014}$ za podmínek uvedených v bodě 3.4 podle vzorců:

$$CELKPU_{drg,2014} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red}}{0,97 * Kp_p * CM_{drg,2012}} \right\} * IPU - EM_{2014}$$

IPU ... individuální paušální úhrada

$$IPU = \min \left\{ 1,5 * Kp_p * PU_{drg,2012}; \max \left\{ 0,97 * Kp_p * PU_{drg,2012}; KS - CM_{p,2012} * TZS * Kp_p - Úhr_{14} \right\} \right\}$$

$$KS - CM_{p,2012} = \sum_{i=1}^n Ks_{p,i} * CM_{drgi,2012}$$

$$CM_{red} = \min \left\{ CM_{drg,2014}; (CM_{drg,2014})^{0,2} * \left(1,05 * PP_{drg,2014} * \frac{CM_{drg,2012}}{PP_{drg,2012}} \right)^{0,8} \right\}$$

C) ambulantní složka úhrady

Úhrada za ambulantní péči se vypočte jako součet úhrad pro jednotlivé odbornosti tak, jak soukromých ambulantních poskytovatelů, dle příslušných příloh vyhlášky do maximální

výše $Úhr_amb_{max} = Úhr_amb_{2012} * 1,05 * Kp_p$

Regulační omezení

Pokud ZP zjistí odchylky od pravidel vykazování a kódování podle Klasifikace, díky kterému došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupin s vyšší relativní váhou, sníží se CM v této výši:

a) revize jednotlivého případu:

$$(CM_{přivodní} - CM_{revidovaný}) * 2$$

b) statisticky méně významný počet případů příslušné DRG base:

$$((CM_{přivodní} - CM_{revidovaný}) / CM_{přivodní}) * \sum CM_{base} * 0,2$$

c) statisticky významný počet případů příslušné DRG base:

$$((CM_{přivodní} - CM_{revidovaný}) / CM_{přivodní}) * \sum CM_{base} * 0,8$$