

# **Projekt změn léčebného provozu Porodnicko-gynekologické kliniky v souladu s platnými úhradovými mechanismy**

Bc. Michaela Štachová

---

Diplomová práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky  
Ústav managementu a marketingu  
akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela ŠTACHOVÁ**  
Osobní číslo: **M100289**  
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**  
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Projekt změn léčebného provozu  
Porodnicko-gynekologické kliniky v souladu  
s platnými úhradovými mechanismy**

Zásady pro vypracování:

### Úvod

#### I. Teoretická část

- Na základě dostupných literárních zdrojů prezentujte základní poznatky z managementu ve zdravotnictví.

#### II. Praktická část

- Proveďte analýzu současné úrovně řízení Porodnicko - gynekologické kliniky.
- Na základě výsledků analýzy navrhnete projekt změn léčebného provozu Porodnicko - gynekologické kliniky v souladu s platnými úhradovými mechanismy.
- Zhodnoťte projekt z hlediska jeho implementace do praxe.

### Závěr

Rozsah diplomové práce: **70 stran**  
Rozsah příloh:  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

GLADKIJ, I. a kol. Management ve zdravotnictví. 1. vydání. Praha: Computer Press, 2003, 392 s. ISBN 80-7226-996-8.

PORVAZNÍK, J. a LADOVÁ, J. Celostní management. 4. vyd. Bratislava: Iris, 2010, 490 s. ISBN 978-80-89256-48-8.

ŠKRLA, P. a ŠKRLOVÁ, M. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

ZLÁMAL, J. Marketing ve zdravotnictví. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2002, 98 s. ISBN 978-80-7013-5603-7.

Vedoucí diplomové práce: **doc. MUDr. Marek Lubušský, Ph.D.**

Datum zadání diplomové práce: **22. února 2013**

Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2013**

Ve Zlíně dne 22. února 2013

  
prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková  
*děkanka*



  
Ing. Pavla Staňková, Ph.D.  
*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- odevzdáním bakalářské/diplomové 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<sup>1</sup>;
- bakalářská/diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému,
- na mou bakalářskou/diplomovou 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<sup>2</sup>;
- podle § 60<sup>3</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;

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

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

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

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

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

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

- podle § 60<sup>4</sup> odst. 2 a 3 mohou užit své dílo – bakalářskou/diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské/diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské/diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že:

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

Ve Zlíně 2.5.2013



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

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

## **ABSTRAKT**

Předmětem diplomové práce na téma "Projekt změn léčebného provozu Porodnicko-gynekologické kliniky v souladu s platnými úhradovými mechanismy" je analýza provozu Porodnicko-gynekologické kliniky, jejímž výsledkem bude projekt změn této kliniky v souladu s platnými úhradovými mechanismy.

Tato diplomová práce je rozdělena na dvě části. První část je teoretická a zahrnuje základní poznatky z managementu ve zdravotnictví. Druhá část se zabývá analýzou současnou úrovní řízení Porodnicko-gynekologické kliniky a navržením vhodného projektu změn léčebného provozu této kliniky v souladu s platnými úhradovými mechanismy.

Klíčová slova:

Zdravotní péče, Regulační mechanismy, Soukromé pojištění, DRG systém

## **ABSTRACT**

The thesis on the topic "Project changes of medical care operations at the OBGYN department accordance with current reimbursement mechanisms" are traffic analysis OBGYN department, the project will result in changes to the clinic with current reimbursement mechanisms.

This thesis is divided into two parts. The first part is theoretical and involves basic knowledge of healthcare management. The second part analyzes the current level management OBGYN department and proposing suitable project changes in the operations of this medical clinic accordance with current reimbursement mechanisms.

Keywords:

Health Care, Reimbursement Mechanism, Private Insurance, DRG system

## Poděkování

Děkuji Doc. MUDr. Marek Lubušký, PhD. za odborné vedení práce, poskytování rad, za trpělivý a vlídný přístup při vypracování této diplomové práce a Porodnicko-gynekologické klinice, která mi umožnila zpracovat určitá data.

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

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ</b> .....	<b>13</b>
1.1 SYSTÉM VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ .....	13
1.2 FUNGOVÁNÍ SYSTÉMU VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ .....	14
1.2.1 Struktura výdajů na zdravotnické služby v České republice .....	14
1.2.2 Smluvní vztah zdravotní pojišťovny se zdravotnickým zařízením .....	15
1.2.3 Poskytování zdravotní péče .....	15
<b>2 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA ÚHRADOVÝCH MECHANISMŮ</b> .....	<b>17</b>
2.1 CHARAKTERISTIKA DRG SYSTÉMU .....	21
2.1.1 Lůžková péče.....	22
2.1.2 Změny zdravotní péče v DRG systému .....	22
2.1.3 Úhradová jednotka v DRG systému.....	23
2.1.4 Produkce lépe hrazených jednotek namísto méně výhodně hrazených .....	23
2.1.5 Předmět úhrady.....	24
2.1.6 Zásadní výhody DRG systému.....	25
<b>3 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ</b> .....	<b>26</b>
3.1 FORMY VLASTNICTVÍ ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ.....	27
3.1.1 Zdravotnická zařízení vlastněná státem.....	27
3.1.2 Nestátní zdravotní zařízení .....	27
3.2 EKONOMIKA ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ .....	27
3.2.1 Produkční funkce ve zdravotnictví.....	28
<b>4 STRATEGICKÉ ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>29</b>
4.1 PLÁNOVÁNÍ .....	29
4.2 STRATEGICKÉ PLÁNOVÁNÍ .....	29
4.3 VIZE, POSLÁNÍ A STRATEGICKÉ CÍLE .....	30
4.4 KONCEPCE STRATEGICKÉHO MANAGEMENTU .....	30
4.5 STRATEGICKÉ PLÁNOVÁNÍ .....	31
4.5.1 Průběh strategického plánování .....	32
4.6 STRATEGICKÉ CÍLE .....	32
4.7 HODNOCENÍ A KONTROLA .....	33
4.8 STRATEGICKÉ ROZHODOVÁNÍ .....	33
4.9 KONTROLA STRATEGICKÉHO ŘÍZENÍ .....	34
<b>5 ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI</b> .....	<b>35</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>36</b>
<b>6 ANALYTICKÁ ČÁST SLEDOVÁNÉHO PRACOVIŠTĚ</b> .....	<b>37</b>



6.1	ŘÍZENÍ PRACOVISTĚ.....	37
6.2	VIZE, POSLÁNÍ A STRATEGICKÉ CÍLE PORODNICKO-GYNEKOLOGICKÉ KLINIKY .....	38
6.2.1	Vize.....	38
6.2.2	Poslání.....	38
6.2.3	Strategické cíle .....	38
6.3	ORGANIZAČNÍ ČLENĚNÍ KLINIKY .....	38
<b>7</b>	<b>ZÁSADY HOSPODAŘENÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE .....</b>	<b>40</b>
<b>8</b>	<b>REGULAČNÍ MECHANISMUS .....</b>	<b>41</b>
8.1	REGULAČNÍ POPLATKY VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	41
8.2	REGULAČNÍ POPLATKY A EKONOMIKA.....	42
<b>9</b>	<b>VYHLÁŠKA Č. 475 .....</b>	<b>43</b>
9.1	VÝŠE ZÁKLADNÍ SAZBY .....	43
<b>10</b>	<b>DEFINICE 4 DIAGNÓZ PODLE IR-DRG SYSTÉMU .....</b>	<b>45</b>
10.1	POROVNÁNÍ VYBRANÝCH DRG SKUPIN ZA OBDOBÍ 2010-2012.....	46
10.2	POROVNÁNÍ DRG KÓDŮ ZA 2010 A 2012.....	48
10.3	ROK 2012 A PRŮMĚRNÁ DÉLKA HOSPITALIZACE NA PORODNICKO- GYNEKOLOGICKÉ KLINICE.....	49
10.4	ANALÝZA KONKURENCE.....	50
10.4.1	Struktura Porodnicko-gynekologické kliniky AB.....	50
10.4.2	Srovnání .....	51
10.5	SWOT ANALÝZA.....	52
<b>11</b>	<b>PROJEKTOVÁ ČÁST .....</b>	<b>54</b>
11.1	VYTVOŘENÍ JEDNOTNÉ ZÁKLADNÍ SAZBY .....	54
11.1.1	Základní sazba x zdravotní pojišťovny.....	55
11.2	ANALÝZA PROSTŘEDÍ PORODNICKO-GYNEKOLOGICKÉ KLINIKY .....	55
11.3	STRATEGICKÉ CÍLE PORODNICKO-GYNEKOLOGICKÉ KLINIKY .....	56
11.4	SCHÉMA STRATEGIE PORODNICKO-GYNEKOLOGICKÉ KLINIKY .....	57
11.5	OPATŘENÍ K NAPLNĚNÍ STRATEGICKÝCH CÍLŮ .....	58
11.5.1	Zkrácení délky hospitalizace pod celorepublikový průměr u vybraných diagnóz.....	58
11.5.2	Možnost tzv. "ambulatních porodů" .....	59
11.5.3	Zvýšení počtu plánovaných SC před akutními.....	60
11.5.4	Zpoplatnění některých služeb .....	62
11.6	SHRUTÍ AKČNÍCH PLÁNŮ.....	62
11.7	RIZIKOVÁ ANALÝZA .....	63
11.8	ZHODNOCENÍ PROJEKTU .....	63
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>65</b>

<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>66</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>70</b>

## ÚVOD

Zdravotní péče, systém veřejného zdravotního pojištění a v neposlední řadě taky úhradová vyhláška jsou v dnešní době velmi používanými výrazy, avšak málo z nás se o tuhle problematiku zajímá, spíše to necháváme na lidech, kteří se pohybují ve zdravotní sféře pouze po teoretické stránce, ale ta praktická jim zůstává skryta.

České zdravotnictví prochází krizí, která se neustále prohlubuje. Všude v nemocnicích se "šetří", jak to jen jde, ale potřebné prostředky například pro navýšení platů stále nejsou. Položme si tedy otázku, kam finance unikají? Šetříme na nesprávném místě? Nebo je náš systém poskytování zdravotní péče neefektivní?

Ve zdravotnictví se pohybují již pár let na pozici porodní asistentky a několikrát jsem si musela všimnout, jak neefektivně využíváme zdravotní péči nebo naopak jak zatěžujeme zdravotnický systém zbytečnými léčebnými procesy na Porodnicko-gynekologické klinice. Proto jsem se rozhodla nahlédnout do této problematiky, pochopit systém zdravotní péče v souladu s platnými úhradovými mechanismy a snažit se zamyslet nad určitými problémy a vymyslet pro ně vhodné řešení tak, aby vše bylo řešitelné jak po teoretické stránce, tak samozřejmě i po té praktické. K tomu všemu je důležité znát charakteristiku úhradových mechanismů, současnou úroveň řízení Porodnicko-gynekologické kliniky a taky data, jež souvisí s poskytováním zdravotní péče. V neposlední řadě bych tu zařadila vyhlášku č. 475/2012 Sb. " Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013" tzv. "Úhradová vyhláška" + vyhláška č. 467/2012 Sb. "Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů" tzv. "Sazebník výkonů", které z daným problémem souvisí a do jisté míry ji ovlivňují.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

## 1.1 Systém veřejného zdravotního pojištění

Tento sociální model byl založen Otto von Bismarckem. V rámci tohoto modelu se vzájemně doplňuje veřejný a privátní sektor.

Charakteristickými znaky pro systém veřejného zdravotního pojištění jsou:

- existence zdravotních pojišťoven,
- zdravotní pojišťovny provádí úhradu poskytnuté zdravotní péče,
- pojištěnec hradí pojistné v závislosti na svých příjmech a dostává zdravotní péči dle svých potřeb,
- platba pojistného za osoby bez příjmu je realizovaná státem (např. nezaměstnaní lidé, důchodci apod.),
- zdravotní péče je garantovaná státem,
- zdravotnická zařízení primární péče jsou v soukromém vlastnictvím,
- v rámci systému dochází ke značné stimulaci spotřeby léčiv - nezbytná kontrola preskripce,
- komplikovaný a nepřehledný systém úhrad,
- velký počet zdravotních pojišťoven.

V rámci tohoto systému bývá jednoznačně nastavena role státu a veřejných institucí. Cílem je zajištění dostupnosti zdravotní péče. Stát v rámci systému zdravotního pojištění na sebe přebírá odpovědnost za dostupnou a kvalitní zdravotní péči pro své obyvatele.

[ING. KAREL ŠATERA, Ph.D., MBA. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6.)

Problematickým faktem je především to, že v rámci sociální solidarity přibližně 10 % pacientů spotřebuje finanční prostředky na svoji léčbu přijaté od 75 % účastníků systému.

Dlouhodobě se podíl výdajů na zdravotnictví v rámci těchto systémů pohybuje ve výši 12 % HDP. Neustále se však hovoří o možnosti změn v rámci standartu - co je zdravotní pojišťovnou hrazeno a co již není.

[ING. KAREL ŠATERA, Ph.D., MBA. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6.]

## 1.2 Fungování systému veřejného zdravotního pojištění

Veřejné zdravotní pojištění je druh zákonného povinného pojištění, na jehož základě je plně nebo částečně hrazena zdravotní péče poskytnutá pojištěnci. V České republice poskytují toto pojištění Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR a zaměstnanecké (oborové) zdravotní pojišťovny.

[ING. KAREL ŠATERA, Ph.D., MBA. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6.]

V České republice působí v současné době tyto zdravotní pojišťovny:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR - 111
- Vojenská zdravotní pojišťovna - 201
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra - 211
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví- 207
- Revírní bratrská pokladna - 213
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna - 205
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda - 209

### 1.2.1 Struktura výdajů na zdravotnické služby v České republice

Zdravotnické služby jsou hrazeny:

- z veřejného zdravotního pojištění
- v souladu se Zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

- v souladu s platnými úhradovými vyhláškami a seznamy výkonů
- z ostatních veřejných zdrojů - z rozpočtu Ministerstva zdravotnictví
- ze soukromých zdrojů
- přímé platby pacientů
- soukromé pojištění

### 1.2.2 Smluvní vztah zdravotní pojišťovny se zdravotnickým zařízením

Zdravotní pojišťovny uzavírají s pojištěnci smlouvy za účelem poskytování zdravotní péče. Tato uzavřená smlouva mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí rámcovou smlouvou. Každá rámcová smlouva je předkládána Ministerstvu zdravotnictví, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění, a poté je vydá jako vyhlášku. (Šatera, 2010)

Platba zdravotnickému zařízení probíhá podle Seznamu zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, které vydává Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Výše úhrady je stanovena na základě výsledků dohodovacího řízení. V případě, že nedojde k dohodě v rámci tohoto řízení, jsou stanoveny ceny úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví. (Šatera, 2010)

Zdravotnické zařízení zasílá zdravotní pojišťovně pravidelné po skončení kalendářního měsíce nebo čtvrtletí fakturu společně s výkony. Zdravotní pojišťovna provede revizi zaslaných dat a následně uhradí zdravotnickému zařízení oprávněnou částku. (Šatera, 2010)

### 1.2.3 Poskytování zdravotní péče

Ze zdravotního pojištění se hradí tyto formy zdravotní péče:

- ambulantní a ústavní léčebná péče,
- pohotovostní a záchranná služba,
- preventivní péče,
- dispenzární péče,

- odběr tkání nebo orgánů, které jsou určeny k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi,
- poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotní techniky a stomatologických výrobků,
- potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- lázeňská péče a péče v odborných dětských léčebnách,
- závodní preventivní péče,
- doprava nemocných a náhrada cestovních nákladů,
- posudkovou činnost,
- prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva, včetně dopravy,

Zdravotní péči můžeme rozlišovat taky na plně hrazenou ze zdravotního pojištění, částečně hrazenou ze zdravotního pojištění a zdravotní péči nehrazenou.



## 2 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA ÚHRADOVÝCH MECHANISMŮ

Mechanismus úhrad je značně rozsáhlou a komplikovanou záležitostí. Patří zde:

### **Kapitační platba**

Tato forma úhrady je určena praktickým lékařům pro dospělé a praktickým lékařům pro děti. Tito lékaři registrují své pacienty. Praktický lékař obdrží každý měsíc kapitační platbu od zdravotní pojišťovny za registrované pacienty. Výše kapitační platby se odráží od počtu registrovaných pacientů, věkovou strukturou registrovaných pacientů a rozsahem ordinačních hodin praktického lékaře. Kapitační platba se proplácí i v případě, že pojištěnec v daném kalendářním měsíci praktického lékaře nenavštívil. (Šatera, 2010)

Kapitační platba je jistým příjmem zdravotnického zařízení, která umožňuje plánovat výši budoucích příjmů. Redukuje objem administrativy spojené s vyúčtováním, ale znevýhodňuje lékaře v méně lidnatých oblastech.

Praktický lékař může provádět vybrané výkony, které nejsou zahrnuty v kapitační platbě. Zdravotní pojišťovna tyto výkony následně uhradí dle počtu vykázaných bodů. Hodnota bodu je stanovena na 1,05 Kč. V případě, že praktický lékař využívá formu výkonové úhrady i kapitační platby, je tato úhrada nazývána jako kapitačně výkonová platba.

[ING. KAREL ŠATERA, Ph.D., MBA. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6.]

### **Platba za ošetrovací den**

Tato forma úhrady je používána v případě poskytování péče při hospitalizaci pacienta v odborném léčebném ústavu, léčebně dlouhodobě nemocných, zařízení hospicového typu.

Základní jednotkou jsou náklady pacienta na jeden den ošetření dle kategorie ústavního zařízení. Tato částka je garantována zdravotní pojišťovnou. Stanovena může být buď pro jednu odbornost, nebo pro každou diagnózu.

Při kalkulaci této úhrady musí být zahrnuty tyto položky: přímo spotřebovaný materiál, náklady na úklid, náklady na pořízení prádla, doprava pacientů, odpisy vybavení

zdravotnického zařízení, správní režie, provozní režie a výkony běžně prováděné na daném oddělení nebo v rámci dané diagnózy.

V nemocnicích se taky často provádí tzv. paušální platba. Znamená to, že zdravotní pojišťovna hradí nemocnici v rámci stanoveného období (např. pololetí) paušální platbu stanovenou na základě počtu ošetřených pojištěnců v referenčním období. V případě, že dojde k nárůstu počtu ošetřených pacientů, může zdravotní pojišťovna tuto skutečnost zvážit a navýšit tak nemocnici úhradu. (Šatera, 2010)

### **Platba za výkon**

V rámci tohoto typu úhradu je uhrazena vždy konkrétní jednotlivá položka zdravotní péče. Jednotlivým výkonům je přiřazen počet bodů a vyjádření v Kč - stomatologická péče.

Hodnota bodu je vždy určena pro příslušnou odbornost nebo daný typ zdravotnického zařízení. V současné době se hodnota bodu pohybuje od 0,9 do 1,1 Kč. Tento typ úhrady využívá především ambulantní část - ambulantní specialisté, ambulance nemocnic.

Zdravotnické zařízení obdrží celkovou část ve finančním vyjádření jako počet bodů vynásobený hodnotou bodu. (Šatera, 2010)

Tento model byl plně využíván v první polovině devadesátých let minulého století. Zdravotnická zařízení výrazným způsobem vykazovala nadbytečnou zdravotní péči s cílem získání maximální úhrady. V rámci systému veřejného zdravotního pojištění byly během let nastaveny regulační mechanismy, které se snaží minimalizovat poskytování nadbytečně zdravotní péče.

[ING. KAREL ŠATERA, Ph.D., MBA. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6.]

Tento typ úhrady motivuje lékaře k výkonům, odměňuje je na základě množství vykonané práce a zároveň vede k neúměrnému nárůstu výkonů a tím spojených výdajů. Příjem lékaře je tedy závislý na nemocnosti pacientů, u kterých ale může docházet k vykazování výkonů, které však nebyly provedeny.

### Úhrada dle DRG - platba za diagnózu

DRG je zkratka anglického názvu *Diagnosis Related Group*. DRG je klasifikační systém, který zařazuje případy hospitalizace na základě tzv. atributů případu do DRG skupin.

[*Úvod do DRG* [online]. [cit. 2013-03-19]. Dostupné z: <http://drg.nrc.cz/uvoddrg.html>]

V České republice se tato metoda testuje od roku 1997. V současnosti je některým nemocnicím realizován tento typ úhrady spolu s paušální platbou. Tento způsob úhrady stanovuje platbu za konkrétní diagnózu a je určen pro ústavní péči pacienta. Zdravotnické zařízení prodělává v případě, že se u pacienta objeví komplikace a jeho léčení je dražší než stanovená hodnota. (Šatera, 2010)

Pojmy, které souvisí s DRG systémem:

Atributy- klinické a demografické znaky pacienta, které slouží pro zařazení případů v DRGs klasifikacích,

Average Length of Stay (ALOS)- střední hodnota délky hospitalizace; v kontextu s DRG je myšlena střední délka hospitalizace ve skupině DRG,

Báze DRG- je střední úroveň v klasifikaci DRG. Pojem "báze DRG" vychází z užívaného výrazu "base group", což je někdy překládáno jako "základní skupina"; výraz "báze" je ale užíván častěji,

Case mix- suma relativních vah případů- pro definovanou jednotku (např. nemocnici, kraj, ČR) a období (např. rok). Pojem case mix, znamená skladbu nebo sestavu hospitalizačních případů,

Case mix index- je suma relativních vah případů dělená počtem případů léčených v určitém období. Hodnota vyjadřuje index průměrné spotřeby zdrojů na jeden případ. Synonymum pro tento výraz je průměrná relativní váha,

Complication & Comorbidity- komplikace a přidružená nemoc; v kontextu DRG jde o komplikace a přidružené nemoci případu. Přidružená nemoc existuje při přijetí, kdežto komplikace vznikají až po přijetí,

Číselník relativních vah- tabulka obsahující parametry DRG skupin platné pro určité období,

DRG markery- kódované informace potřebné pro správnou klasifikaci případů (správnou funkci grouperu) předávané ve stejném rozhraní jako výkony (ze seznamu výkonů s bodovými hodnotami),

Grouper- počítačový program, který podle vstupních informací o hospitalizačním případě odvozuje jeho zařazení do skupiny DRG,

High Trim Point- horní mez doby léčení, do které se případ z hlediska DRGs považuje za případ standardní. Je stanoven některou z více možných statistických metod, nebo je stanoven expertně,

Length of Stay- délka jednotlivé hospitalizace; v kontextu s DRG je myšlena délka případu podle definice metodiky DRG,

Low trim point- dolní mez doby léčení nebo nákladů na léčení, od které se případ z hlediska DRGs považuje za případ standardní,

Relativní váha DRG skupiny- index popisující míru obvyklých nákladů na péči poskytnuté pacientům dané DRG skupiny. Tento index souvisí do jisté míry s klinickou složitostí případu. Stanovuje se obvykle pro určité období z reálných dat předchozích období,

Relativní váha DRG případu- index popisující míru obvyklých nákladů na péči poskytnuté pacientům dané DRG skupiny. Je dána relativní váhou příslušné DRG skupiny, do které je případ zařazen,

Vstupní věta případu- souhrn údajů v ustáleném rozhraní, na základě kterých grouper případ zařadí do DRG skupiny. Nejvýznamnějšími údaji vstupní věty jsou:

- hlavní diagnóza případu,
- vedlejší diagnózy,
- kritické výkony, obvykle operační,
- věk v den přijetí,
- hmotnost novorozence,
- délka pobytu,
- způsob propuštění,

Výstupní věta případu- souhrn údajů v ustáleném rozhraní, na jejichž základě grouper případ zařadil do DRG skupiny, a dále údaje o výsledku grupování. Výstupní věta případu=vstupní věta+ výsledná DRG skupina+ údaje o chybách,

Základní sazba- představuje dohodnutou nebo arbitrárně stanovenou sazbu používanou v systému DRGs pro stanovení úhrady za péči poskytnutou případu s relativní váhou=1,

Zařazení (Zagrupování)- postup, při kterém je konkrétní případ hospitalizace zařazen do DRG skupiny. Zařazení probíhá na základě hlavního algoritmu a atributů případu.

## 2.1 Charakteristika DRG systému

DRG je klasifikační a úhradový systém patřící mezi tzv. casemixové systémy, pro něž je charakteristické, že zařazují do stejných klasifikačních tříd pacienty s podobnými klinickými vlastnostmi, a především s podobnými obvyklými náklady.

Za pacienty zařazené do jedné třídy je stanovena stejná výše úhrady. Této úhradě se někdy říká případový paušál, přičemž "případem" se myslí jedna hospitalizace konkrétního pacienta (Casemixové systémy pro ambulantní pacienty existují, ale v ČR se nepoužívají). Nemocnice tedy za pacienty zařazené do jedné třídy dostává stejnou platbu bez ohledu na to, jak draze či levně léčí, jak mnoho či málo pacienta vyšetřuje, zda pacient strávil více dnů na intenzivní péči nebo byl hospitalizován jen na standardním lůžku. To platí striktně pro jednu nemocnici).

Různé nemocnice mohou dostávat zejména v období, kdy se DRG platební systém zavádí za pacienty zařazené do identické DRG skupiny, poněkud odlišnou platbu. Používaný úhradový systém totiž přiznává větší úhradu za stejný stav těm nemocnicím, v nichž v minulosti byly úhrady vyšší. Je to sice výrazný rys platebního mechanismu, ale z hlediska předmětu našeho zájmu, tedy motivací poskytovatele, nemá větší význam.

DRG systém byl vytvořen pro Českou republiku v letech 2003 až 2004. Poprvé byl pro úhrady případový paušál DRG použit v roce 2008, a to pro několik desítek DRG skupin které se jevily jako zvláště vhodné pro tento typ úhrady. V roce 2009 byl počet těchto skupin rozšířen (pro množinu těchto DRG tříd se vžil pojem "DRG alfa"), takže úhrada případovým paušálem představuje podle typu nemocnice zhruba 40 až 70 % veškeré úhrady lůžkové péče.

[Co se změnilo po zavedení DRG systému v České republice. *MEDICAL TRIBUNE CZ* [online]. 2009 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/15709>]

### 2.1.1 Lůžková péče

Nemocnice musí čelit zvýšeným nárokům na platy lékařů. Zvýšení DPH bude mít ze všech segmentů nejvyšší dopad právě na nemocnice. Dále taky úhradová vyhláška počítá s růstem financí nemocnicím o cca 2-3 %; lůžková zařízení by tedy měly růst rychleji než segment zdravotní péče jako celek.

Segment lůžkové péče bude členěn do tří složek - každá se specifickým způsobem hrazení:

#### 1) Složka hrazená systémem DRG

- v průměru cca 75-80 % péče

#### 2) Úhrada nezařazená do systému DRG

- v průměru cca 10-15 % péče

#### 3) Individuálně sjednaná složka úhrady

- v průměru cca 10-15 % péče

### 2.1.2 Změny zdravotní péče v DRG systému

Různé platební systémy, tedy i DRG motivační mechanismy mohou vést k několika změnám. Může to být změna v realitě poskytované péče. Při těchto změnách dostává pacient jiný obsah péče (např. jiné výkony nebo jiné léky), jinou formu péče (např. ambulantní formu namísto hospitalizační) nebo může být poskytnutá péče jinak strukturovaná v čase (např. může být zkrácena délka hospitalizace při stejném obsahu péče nebo je péče jinak článkována, např. chemoterapie se poskytne formou opakované jednodenní péče namísto jedné hospitalizace).

Dalším typem je zdánlivá změna v realitě poskytované péče. Zde nejde o skutečnou změnu v realitě (obsah, strukturu a formu) poskytované péče. Stejný produkt je "prodáván" v jiném obalu a pod jiným označením. Můžeme to přirovnat k šikovnému marketingovému triku, který hraničí s podvodem, nebo skutečně podvodem je. DRG úhradový systém vytváří poměrně široké pole, na němž se mohou úspěšně uplatňovat pokusy vykazovat ("a tedy prodávat") stejnou péči jako lépe hrazený produkt.

[Co se změnilo po zavedení DRG systému v České republice. *MEDICAL TRIBUNE CZ* [online]. 2009 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/15709>]

### 2.1.3 Úhradová jednotka v DRG systému

Úhradovou jednotkou v DRG systému je hospitalizační případ. Je přirozenou snahou poskytovatele nabídnout více hospitalizačních případů, zejména těch, u nichž je příznivá úhrada. Tato úloha ale není vždy snadno řešitelná legitimním způsobem, protože je pro nemocnici obtížné získat větší segment trhu. Místo toho má poskytovatel dvě možnosti, jak zvýšit počet hospitalizačních případů.

První je hospitalizování pacientů, jejichž stav nevyžaduje nutně hospitalizaci, tedy snížení prahu pro příjem u některých stavů. To se může vyskytovat u nechirurgických pacientů, a to zejména v nemocnicích, jejichž kapacity nejsou plně využity.

Druhým způsobem může být rozdělení jedné hospitalizace na dva nebo více nemocničních pobytů.

Z hlediska typu změn může jít o skutečné změny, kdy je např. poskytnuto více diagnostických procedur a monitoringu při "nadbytečné" hospitalizaci, nebo o zdánlivé změny, např. při rozdělení jedné hospitalizace na dva pobyty.

[Co se změnilo po zavedení DRG systému v České republice. *MEDICAL TRIBUNE CZ* [online]. 2009 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/15709>]

### 2.1.4 Produkce lépe hrazených jednotek namísto méně výhodně hrazených

Nemocnice může zcela legitimně nabízet a produkovat skutečně více hospitalizací v určité DRG skupině, která je pro ni výhodná z hlediska úhrad a reálných nákladů a zároveň omezit počet hospitalizačních případů v DRG skupinách pro ni nevýhodných. Pokud by různé nemocnice byly ekonomicky efektivní v rozdílných oblastech, vedlo by to k určitému přerozdělování péče, což by bylo spojeno s vyšší mírou specializace nemocnic.

Mnohem častějším a pro DRG velmi typickým jevem, je stav, kdy nemocnice ve skutečnosti poskytují stejnou péči, ale vykazují ji jinak (pro sebe výhodněji), takže dochází ke změně spektra diagnóz a DRG skupin. Tento fenomén je s implementací DRG do úhrad tak úzce spojen a je tak masivní, že se stal předmětem samotného zkoumání a tématem mnoha zahraničních a samostatných prací a publikací.

Protože je nemocniční případ zařazován automaticky softwarem zvaným DRG grouper na základě kódů diagnóz, je globálně tento jev nazýván jako "overcoding", tedy zařazování pomocí kódů, které popisují stav jako závažnější (za účelem vyšší úhrady), než odpovídá skutečnosti.

[Co se změnilo po zavedení DRG systému v České republice. *MEDICAL TRIBUNE CZ* [online]. 2009 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/15709>]

### 2.1.5 Předmět úhrady

Předmětem úhrady je snížení nákladů na jednotku v ekonomicky racionálním přístupu. V DRG systému je touto jednotkou klasifikovaný případ hospitalizace a motivace poskytovatele je, aby poskytl co nejméně péče při stále ještě přijatelném výsledku.

Snížení nákladů lze dosáhnout řadou způsobů, které nelze sami o sobě hodnotit jako žádoucí nebo nežádoucí (v souladu se zájmy pacienta nebo naopak); většinou pak mohou být jak v souladu s vyšší kvalitou a efektivitou, tak mohou vést za určitých okolností k nižší kvalitě péče.

Zkrácení průměrné doby pobytu (v jednotlivých DRG skupinách) je typickým očekávaným a v řadě zemí pozorovatelným jevem. Paušální úhrada za DRG hospitalizační případ zůstává totiž stejná i při kratší době hospitalizace, pokud se délka nezkrátí pod tzv. dolní mezní bod (low trim point- LTP). Dolní mezní bod stanovujeme statistickou metodou pro každou DRG skupinu. I zvýšení počtu překladů, případně tendence překládat nákladnější pacienty do zařízení vyššího typu je dalším možným způsobem, jak získat celou úhradu a snížit náklady.

Nižší využívání lůžek intenzivní péče je dalším z možných způsobů jak snížit náklady hospitalizace. V České republice by tento trend byl převážně žádoucí, protože lůžka intenzivní péče byla v minulých dvou desetiletích nadužívána- byl to způsob, jak získat od zdravotní pojišťovny vyšší úhradu.

Provedení menšího počtu výkonů během hospitalizace může vést k celkové redukci výkonů. Tato motivace ale má smíšenou povahu z hlediska kvality péče. Na jedné straně může vést k žádoucímu omezení nadbytečných výkonů, na druhé straně by mohla vést k suboptimální péči.



Zavedením DRG úhrad vede k tomu, že všechna vyšetření, u nichž je to možné, jsou provedena ambulantně, a to buď před uskutečněním hospitalizace (např. vstupní nebo předoperační vyšetření) nebo po jejím skončení (tzv. kontrolní vyšetření). Plátce pak hradí péči vlastně dvakrát- jednou prostřednictvím případového paušálu a podruhé formou ambulantní platby.

[Co se změnilo po zavedení DRG systému v České republice. *MEDICAL TRIBUNE CZ* [online]. 2009 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/15709>]

### **2.1.6 Zásadní výhody DRG systému**

1) Spravedlnost - stejná úhrada za stejnou službu - cílový stav

Ukončení neustávajících argumentů ohledně spravedlivosti současného úhradového systému (větší nemocnice vs. menší nemocnice, Fakultní nemocnice vs. krajské nemocnice atd.)

2) Měřitelnost - porovnání produktivity a efektivnosti rozsahu a kvality péče

3) Transparentnost - prevence korupčního prostředí díky jasnému vymezení ceny a zdravotní služby

4) Efektivita - DRG tlačí nejen na ekonomickou výkonnost, ale i na kvalitu prováděné péče a napomáhá odhalení skutečné efektivity hospodaření jednotlivých poskytovatelů.

### 3 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ

V rámci České republiky došlo k výrazným změnám v síti zdravotnických zařízení v polovině 90. let minulého století. Vláda svým usnesením č. 137/1993 Sb. přijala opatření k privatizaci zdravotnických zařízení. Pro potřeby privatizace byla zdravotnická zařízení členěna na: ZZ volně privatizovatelná ZZ vázaně privatizovatelná, ZZ neprivatizovatelná.

#### **Zdravotnická zařízení volně privatizovatelná**

Jednalo se o zdravotnické zařízení určené k privatizaci, kde nebylo nutné regulovat strukturu a rozsah poskytované zdravotní péče. Zdravotnické zařízení nemělo v regionu monopolní postavení a bylo povinno poskytovat zdravotní péči v rámci všeobecného zdravotního pojištění ve spádové oblasti a plnilo povinnosti v rámci úkolů státní správy v oblasti zdravotní péče např. posuzování způsobilosti ke studiu, prohlídky branců apod.

#### **Zdravotnická zařízení vázaně privatizovatelná**

Tato zařízení měla v regionu monopolní postavení. Smluvně byl upraven závazek poskytovat určitý minimální rozsah péče požadované struktury. Nový nabyvatel mohl poskytovat samozřejmě vyšší rozsah zdravotní péče bez omezení a musel poskytovat zdravotní péči v rámci veřejného zdravotního pojištění

#### **Zdravotnická zařízení neprivatizovatelná nebo zatím neprivatizovaná**

Jedná se především o zařízení s jedinečným charakterem: poskytování vysoce specializované zdravotní péče a vědecko-výzkumným charakterem. V České republice se jedná především o fakultní nemocnice. Dále jsou to některá zařízení pro výkon státní správy ve zdravotnictví - např. Státní ústav pro kontrolu léčiv.

[ING. KAREL ŠATERA, Ph.D., MBA. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6.]

K 31. 12. 2012 bylo v České republice evidováno 188 nemocnic s celkovým počtem 58 832 lůžek (v tom 49 181 lůžek bylo vyčleněno pro akutní péči, 7 460 lůžek pro následnou péči a 2 191 lůžek pro novorozence). Dlouhodobý trend ve snižování počtu lůžek pokračoval i v roce 2012. Oproti roku 2011 došlo u nemocnic k poklesu o 1 504 lůžek, tj. o 2,6 %. Průměrná ošetřovací doba na jednoho pacienta činila 6,9 dne, oproti roku 2011 tak došlo ke snížení o 0,3 dne. (www.uzis.cz, 2012)

### 3.1 Formy vlastnictví zdravotnického zařízení

V České republice můžeme rozlišit tyto formy vlastnictví ZZ:

- státní zdravotnická zařízení - zařízení ve vlastnictví státu
- veřejná zdravotnická zařízení - vlastníkem je kraj nebo město
- soukromé zdravotnické zařízení - vlastníkem je soukromý zdravotní objekt

Nejčastější právní formy zdravotnických zařízení jsou fyzické osoby (zejména ambulantní ZZ), obchodní společnosti, akciové společnosti, společnost s ručením omezeným, příspěvková organizace nebo organizační složka státu.

#### 3.1.1 Zdravotnická zařízení vlastněná státem

V České republice jsou fakultní nemocnice umístěny v Praze, Brně, Ostravě, Hradci králové a Olomouci. Zřizovatelem těchto institucí je Ministerstvo zdravotnictví. Fakultní nemocnice vystupují v obchodně závazkových vztazích pod vlastním jménem a na vlastní odpovědnost. Organizační složka státu je přímo napojena na státní rozpočet. Její příjmy a výdaje jsou příjmy státního rozpočtu.

V minulosti se vedla významná diskuse o možnosti privatizace těchto zařízení. Zatím opět převažuje názor, že by si stát měl tato zařízení ponechat ve svém vlastnictví.

#### 3.1.2 Nestátní zdravotní zařízení

V České republice se jedná o většinu zdravotnických zařízení. Nestátním zařízením se rozumí jiné ZZ, než ZZ státu. \provozovat nestátní zařízení může fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. V nestátních ZZ lze poskytovat ambulantní i ústavní péči, včetně poskytování prostředků zdravotnické techniky a dopravní zdravotnické služby sloužící k přepravě nemocných.

### 3.2 Ekonomika zdravotnického zařízení

Každé ZZ, každý vlastník nebo zřizovatel ZZ by měl mít zájem na efektivním hospodaření svého zařízení.

V České republice existuje v oblasti zdravotní politiky značná nejednotnost. To se projevuje také v oblasti ekonomiky ZZ. Jaké jsou příčiny tohoto stavu:

- Benevolentní přístup státu k problematice zdravotní problematiky - nejasné nastavení pravidel apod.,
- Rozdílný přístup ke zdravotní politice v rámci jednotlivých regionů,
- Neexistence poptávky ze strany státu po důkladných analýzách hospodaření jednotlivých subjektů ve zdravotnictví a vyhození nápravných či preventivních opatření na základě těchto analýz,
- Časté změny úhradových mechanismů - tvorba úhradových vyhlášek,
- Nedostatečné využívání nástrojů účetnictví pro potřeby ZZ a zřizovatelů.

Jedním z nedostatečně využívaných nástrojů pro realizaci zdravotní politiky je samotné účetnictví. S rychlým rozvojem nástrojů účetnictví je možné v rámci ZZ využít účetnictví mimo jiné k řízení nákladů, vedení manažerského účetnictví, tvorbě finančních analýz pro potřeby zřizovatelů a managementu.

[ING. KAREL ŠATERA, Ph.D., MBA. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6.]

### 3.2.1 Produkční funkce ve zdravotnictví

Často je dnes vedle finanční analýzy zdravotnických zařízení diskutována problematika tzv. Produkční funkce. Produkční funkcí se rozumí veškeré činnosti, které přímo či nepřímo souvisí s poskytováním zdravotních služeb. Vstupy produkční funkce tvoří především lidské zdroje, léčiva, zdravotnický materiál, přístroje, zdravotní výkony, počty návštěv pacientů, počty ošetrovacích dnů.

Produkce ZZ je transformací vstupů na výstupy a výsledky. Zde je nezbytné především stanovit s jakými náklady je dosaženo stanovených efektů. Není možné tedy využít pouze finanční analýzu. ZZ poskytuje především službu ve veřejném zájmu, a proto je tato situace složitější.

[ING. KAREL ŠATERA, Ph.D., MBA. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6.]

## 4 STRATEGICKÉ ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

S pojmem strategické řízení se dnes setkáváme stále častěji i v oblasti zdravotnictví. Tento pojem je zejména využíván především v oblasti managementu. Management chápeme jako vedení podniku - např. nemocnice a soubor technik řízení a organizování podniku.

### 4.1 Plánování

Plánování je z prvních manažerských funkcí. Jde o proces vytváření plánu (podnikatelského, strategického, marketingového, výrobního, inovačního apod.), tedy vymezení cíle podnikatelských aktivit, cest, které k němu vedou a způsob kontroly k jeho dosažení.

Nejčastější podoba podnikatelského plánu je písemný dokument, může jít také o ústně nebo pouze myšlenkově sdílenou dohodu.

Proces tvorby plánů má v podstatě tři fáze - analýzu relevantních údajů, rozhodování o optimální podobě plánu a jeho implementaci.

[Strategické řízení zdravotnických zařízení. [online]. 2012 [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: <http://www.perspektivykvality.cz/res/data/000147.pdf>]

### 4.2 Strategické plánování

Pro podnik může být klíčové strategické plánování, které by mělo předcházet všem dalším dílčím podnikovým procesům

Strategické plánování - zahrnuje zejména stanovení:

- Vize - jak má podnik na trhu vypadat ve strategickém výhledu
- Poslání - mise- komu a čemu sloužit
- analýzu pozice (SWOT analýza)
- analýzu možností rozvoje a vytvoření konkurenčních výhod
- stanovení soustavy cílů (cíle celé organizace a jejich součástí)
- stanovení postupů vedoucích k dosažení těchto cílů
- stanovení mechanismů a prověření strategie
- kontroly jejího plnění

### 4.3 Vize, poslání a strategické cíle

Strategické plánování zahrnuje zejména stanovení:

- Poslání (mise) - vytváří orientaci pro stanovení oblasti podnikání a pro sjednocující filozofii organizace, jak se v ní uplatnit.
- Vize - představa budoucího podniku, navazuje na poslání, vize je obvykle stručným vyjádřením představy, kam se chce organizace ve své oblasti podnikání dostat.
- Strategické cíle - obvykle se vymezují jak pro organizaci jako celek, tak i pro hlavní obory či organizační jednotky a funkcionální oblasti podmiňující její rozvoj. Tyto cíle je nutné navzájem sladit. Soustava strategických cílů je především záležitostí vrcholového vedení firmy.

### 4.4 Koncepce strategického managementu

Strategie instituce je zaměřena na budoucnost, vizi a poslání instituce, z čehož vychází definice strategických cílů. Strategické cíle musí být v zájmu zřizovatelů, zaměstnavatelů, regionu a pacientů.

System strategického řízení vyžaduje systematické hodnocení průběhu strategických operací, periodickou inovaci strategických operací (aktivit naplňující vizi a strategické cíle), simulaci důsledků medicínských a ekonomických změn, systematickou kontrolu, cashflow a výledovky.

Strategie:

- Typická práce s nejistotou,
- Klade důraz na silné vůdcovství,
- Změny v instituci by měly předcházet změnám ve vnějším prostředí.

V rámci ekonomiky zdravotnictví nacházíme tři typy manažerů:

- Manažer první linie - výkon každodenních úkolů - nezbytné zajistit komunikaci mezi provozními pracovníky (sestry, lékaři) a vrcholovým vedením (např. nemocnice),

- Střední management - koordinace výkonné a operativní činnosti, zabývá se získáváním a předáváním informací (primář oddělení apod.),
- vrcholový manažer - tvorba vize, koncepce, strategického plánování, vytváření změn organizačních struktur (ředitel nemocnice, vrchní sestra apod.)

V rámci managementu je vykonáváno těchto 5 činností: Plánování, organizování, personální zajištění, vedení, kontrola. Při výkonu těchto manažerských funkcí jsou kladeny požadavky na 4 E:

- Effectiveness - účelnost - výkon správných věcí,
- Efficiency - účinnost - provádění věcí správným způsobem,
- Economy - hospodárnost - provádění věcí s minimálními náklady,
- Equity - odpovědnost - dělat věci dle práva.

#### 4.5 Strategické plánování

Je využíváno pro zasazení instituce (systému) do existujícího prostředí a její vedení k vytyčeným cílům v budoucnosti. je řízeno vrcholovým vedením organizace a vytváří politiku organizace. Jedná se o uspořádaný a systematický postup, pomocí něhož plánuje instituce svou budoucnost. Účelem strategického plánování je zajištění životaschopnosti organizace při změně vnějšího prostředí a při pochopení současných i budoucích možností instituce v závislosti na těchto změnách. V rámci strategického plánování je nezbytné:

- a) Hodnotit vnější prostředí - ekonomická výkonnost, právní úprava,
- b) Hodnotit vnitřní prostředí - procesy v rámci instituce,
- c) Stanovit poslání, cíle a záměry instituce,
- d) Realizovat cíle a provádět hodnocení.

Hodnocení vnějšího prostředí:

- Oblast příjemců zdravotní péče,
- Oblast poskytovatelů zdravotní péče,
- Oblast změn ve zdravotnických službách v regionu,
- Oblast nových poskytovatelů zdravotní péče v regionu,

- Snaha o vytvoření kvalitativních a kvantitativních analýz okolí.

Hodnocení vnitřního prostředí:

- Sběr primárních a sekundárních dat v organizaci,
- Finanční rozbor, informace o produktivitě, osobní data - data nutno získávat v časové řadě několik let.

Pro zhodnocení vnějšího a vnitřního prostředí je nezbytné vypracovat SWOT analýzu - přehled slabých a silných stránek instituce, příležitostí a ohrožení

#### 4.5.1 Průběh strategického plánování

vyjádření poslání instituce na základě vnitřních dat. Jedná se o vyjádření hodnot, filozofie organizace, organizace konkrétních služeb, které např. zdravotnické zařízení poskytuje pacientům, dále hodnoty a vize mající význam pro principy, kterými se organizace řídí. Vize znamená představu manažerů, jak bude instituce (zdravotnické zařízení) vypadat v budoucnosti. Vize musí být inspirativní a musí mít konkrétní představu.

#### 4.6 Strategické cíle

Musí být popsány vždy jasně, vyjadřují změnu, kterou chceme uskutečnit, jsou orientovány výsledkově. Musí být měřitelné (SMART):

- Specific
- Measurable (měřitelný)
- Achievable (dosažitelný)
- Result oriented (realistický, orientovaný na výsledek)
- Time framed (časově vymezený)

Strategické cíle formulují cíle, kterých má být během strategického období dosaženo. Tyto cíle zaměřujeme směrem k majitelům (zřizovatelům), k zákazníkům (klientům), k zaměstnancům, k regionu.



## 4.7 Hodnocení a kontrola

Součástí strategického řízení je také hodnocení a kontrola. Strategické řízení je ovlivněno souborem sdílených názorů, hodnot, chování a očekávání. manažer vytváří kulturu, která v rámci zdravotní instituce znamená např. orientaci na služby zákazníkům - pacientům, průběžné zlepšování kvality zdravotnického zařízení, péči o zaměstnance a orientaci na klíčové prvky - lékaři, organizaci procesů apod.

V teorii jsou následující faktory chápány jako ovlivňující úspěch zdravotnického zařízení či oddělení:

- Hodnoty a vize ředitele ZZ - 80 %,
- Jasný strategický plán ZZ - 75 %,
- Finanční zázemí ZZ - 85 %,
- Kultura organizace - 95 %.

Nebezpečí pro strategické řízení je nezáměr o strategii instituce, snaha pouze o výkon a snaha o vlastní prospěch.

V rámci personálního řízení je především snaha o vytváření dynamického souladu mezi počtem a strukturou pracovních míst a počtem a strukturou pracovníků organizace, dále snaha o optimální využití pracovních sil v instituci, personální a sociální rozvoj pracovníků, vytváření systému hodnocení postaveném na faktorech rozhodujících pro úspěch instituce a odměňování k vytváření postojů a chování, které odpovídá posláním a strategii instituce.

## 4.8 Strategické rozhodování

Je důležité nezbytné rozhodnutí přijmout, a také ho realizovat. Jedná se o proces, kdy se z několika variant řešení vybírá jediná varianta. Rozhodování je vázáno vždy na určitý cíl.

Rozhodování probíhá vždy v podmínkách:

- Jistoty (známe veškeré informace, které potřebujeme k rozhodnutí - např. ceny dané technologie u jednotlivých dodavatelů,

- Rizika (nejistoty) - jev může nastat s určitou pravděpodobností (např. předpokládaný počet pacientů v ZZ za rok, předpokládané využití lůžkového fondu, předpokládaný zisk, předpokládaný vývoj cen léků apod.),
- Neurčitosti.

#### **4.9 Kontrola strategického řízení**

Proces soustavného sledování stavu plnění úkolů, cílů a plánů organizace a provádění takových kroků, které povedou k požadovanému výsledku. Kontrola zprostředkovává zpětnou vazbu.

Předpoklady účinného kontrolního systému:

- Vymezení žádoucího stavu - stanovit strategický plán,
- Schopnost manažera poznávat a hodnotit skutečnost,
- Schopnost manažera realizovat změny,
- Zaměření kontroly na podstatné věci,
- Odhalovat včas odchylky od skutečného stavu, poskytovat informace pro manažera pro strategické rozhodnutí,
- Neprovádět duplicitní kontrolu,
- Poznatky kontroly uveřejňovat,
- Přijímat nápravná opatření,
- Provádět hodnocení kontrolního systému.

## 5 ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

V první části teorie se můžeme setkat s pojmem veřejné zdravotní pojištění, jak tento systém funguje, jaké máme typy pojišťoven, dále co patří do výdajů zdravotní péče. K tomuto tématu existuje mnoho literatury, protože jsou to vesměs studijní materiály. Já jsem čerpala nejvíce ze skript, kde mi to přišlo hodně dobře zpracované a srozumitelné.

Další část se zaměřuje na úhradové mechanismy, jejich charakteristiku a popis. DRG systém, který je v dnešní době aktuálním tématem je popsán podrobněji. K pochopení DRG systému mi sloužil slovník pojmů související s tímhle systémem, který je rovněž součástí této kapitoly. Bez něj by nebylo možné pochopit celou problematiku DRG systému. Informace o DRG systému jsem čerpala převážně z webových stránek nebo z intranetu naší Porodnicko-gynekologické kliniky, kde se mi zdálo, že je systém DRG popsán srozumitelně. Ostatní literatura mi přišla až moc odborná a hlavně nepřehledná.

Poslední část teorie tvoří rozdělení zdravotnických zařízení, strategické řízení ve zdravotnictví a její plánování, vize, cíle a rozhodování. Literatury najdeme celkem dost, protože tyto informace jsou hodně důležité při zakládání firmy nebo v našem případě zdravotnického zařízení.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 ANALYTICKÁ ČÁST SLEDOVÁNÉHO PRACOVIŠTĚ

Porodnicko-gynekologická klinika nemocnice XY poskytuje ústavní a ambulantní léčebnou péči v oboru porodnictví a gynekologie. Plní funkci zařízení nejvyššího typu pro oblast jednoho nejmenovaného kraje a přilehlých částí okolních krajů, a to zejména poskytováním specializované péče vybraným pacientům. Pro spádovou oblast poskytuje konzultační služby regionálním zařízením, pro samotné město a přilehlé okolí plní funkci městské nemocnice.

Porodnicko-gynekologická klinika je klinickou základnou pro výuku studentů zdejší Lékařské fakulty a akreditovaných magisterských studijních programech všeobecného a zubního lékařství a fyzioterapie, dále bakalářských studijních programech fyzioterapie, ošetrovatelství a porodní asistence. Účastní se i na studiu postgraduálním v rámci přípravy lékařů k atestaci v oboru. [23]

### 6.1 Řízení pracoviště

Porodnicko-gynekologickou kliniku řídí přednosta kliniky, který je přímo podřízen řediteli nemocnice. Zaměstnanci nelékařského a ošetrovatelského zaměření jsou podřízeni vrchní sestře, která je dále podřízena manažerovi pro ošetrovatelskou péči.

Kolegium kliniky je poradním orgánem přednosta kliniky a schází se jednou za 1-3 měsíce dle aktuální potřeby. V kolegiu kliniky se projednávají: strategie pracoviště, zásadní otázky léčebné, pedagogické a výzkumné činnosti, personální otázky, komplexní rozbor činnosti kliniky, ekonomické hospodaření kliniky. Ranní porada kliniky se koná na Porodnicko-gynekologické klinice v 7,15 hod. Na poradě předávají lékaři informace o průběhu služby, informace o hospitalizovaných pacientkách, ambulantních vyšetřeních. Porady se zúčastňuje i zástupce novorozeneckého oddělení, který referuje o stavu dětí na jejich oddělení. Přednosta kliniky informuje o operačním programu a určí rozpis lékařů na operační sál.

Dalším poradním orgánem kliniky je provozní porada, která je poradou všech zaměstnanců kliniky, kterou svolává a vede vedoucí zdravotnického pracoviště. Koná se nejméně 1 x za 2 měsíce. Náplní je problematika léčebné péče, ošetrovatelská péče, pedagogické a vědecko-výzkumné činnosti, aktuální problematika provozu kliniky dotýkající se celého kolektivu. Zápis z porady zpracovává vrchní sestra kliniky. [23]

## **6.2 Vize, poslání a strategické cíle Porodnicko-gynekologické kliniky**

### **6.2.1 Vize**

Poskytovat komplexní péči pacientům v mnoha oborech, disponovat moderními technologiemi a využívat moderní léčebné metody. V neposlední řadě hrát taky důležitou roli na poli vědy a výzkumu a také v oblasti vzdělávání lékařů i nelékařských zdravotnických profesionálů.

### **6.2.2 Poslání**

Posláním Porodnicko-gynekologické kliniky nemocnice XY je léčit pacienty komplexně a s pomocí nejmodernějších léčebných postupů.

### **6.2.3 Strategické cíle**

- Zvýšení porodnosti nad 2000 porodů/rok a udržení statutu perinatologického centra
- Snižování počtu možných komplikací jak u vaginálních porodů, tak i u porodů císařským řezem
- Zvýšení spokojenosti pacientů
- Zvýšení kvality služeb
- Rozvíjení gynekologické robotické chirurgie
- Minimální invazivní léčba onko-gynekologických onemocnění
- Vybudovat centrum léčby endometriosisy

## **6.3 Organizační členění kliniky**

Porodnicko-gynekologická klinika se člení na tři složky - ambulantní, lůžkovou a administrativní část. Ambulantní část kliniky představuje samostatný úsek, poskytující služby v režimu podle příjmových dnů v oboru porodnictví, gynekologie a dalších nádstavbových oborů. Ambulantní složka se dělí na všeobecnou ambulanci a speciální poradny.

Lůžková část Porodnicko-gynekologické kliniky poskytuje hospitalizační péči v oboru porodnictví a gynekologie. Kapacita kliniky je 72 lůžek na dvou lůžkových odděleních,

dalších pět lůžek se nachází na tzv. jednotce intermediální péče, která dříve měla funkci jednotky intenzivní péče. Avšak kvůli redukci jednotlivých lůžek na oddělení slouží od roku 2012 jako tzv. dospávací pokoj. Těchto pět lůžek v bezprostřední blízkosti operačních sálů poskytuje pacientkám hlavně časnou pooperační péči.

Operační část se skládá ze dvou sálů, na kterých je provedeno za rok cca 1200 tzv. "velkých operací", včetně porodnických a radikálních z důvodu malignit a více než 300 "menších" operativních výkonů. Miniinvazivní laparoskopické a hysteroskopické operace dnes zaujímají plnou třetinu operativy kliniky. Od roku 2009 se zde taky provádí robotem asistovaná chirurgie.

Gynekologickou část tvoří jedno oddělení, které vzniklo spojením oddělení konzervativní gynekologie a operační gynekologie. V současné době disponuje 35 lůžky a zahrnuje diagnostiku a léčbu rizikových těhotenství, zánětlivých, onkologických a jiných ženských onemocnění. Druhá část tohoto oddělení je určena pro hospitalizaci a přípravu pacientek k operaci.

Do porodnické části patří porodní sál a oddělení šestinedělí. Na porodním sále je sedm porodnických boxů, což odpovídá požadavkům spádové oblasti. Porodní boxy jsou moderně vybaveny a všechny splňují požadavky na intenzivní perinatologickou péči. Tři boxy slouží současně jako porodnická JIP, kde se hospitalizují ženy, zhruba od 24. týdne těhotenství, u kterých hrozí předčasný porod. Oddělení šestinedělí má 23 míst a jeden nadstandardní pokoj se samostatným sociálním zařízením.

K administrativní složce patří sekretářka kliniky, které vykonávají současně povinnosti dokumentační pracovnice a referentky pro styk se zdravotními pojišťovny. [23]

## 7 ZÁSADY HOSPODAŘENÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Zdravotní péče je základní hospodářskou jednotkou této nemocnice. Za účelem přesnějšího plánovacího a účetního sledování se může dále členit na hospodářská střediska.

Cílem zdravotnického pracoviště v oblasti ekonomiky je zajištění efektivního hospodaření vyjadřovaného formou zisku jako rozdílu výnosů a nákladů. Základním plánovacím nástrojem je Rozpočet zdravotnického pracoviště plánovacího období jednoho roku. Základním hodnotícím nástrojem hospodaření je měsíční a roční účetní uzávěrka.

Za plnění ekonomických ukazatelů zdravotnického pracoviště odpovídá vedoucí zdravotnického pracoviště a vedoucí nižších organizačních útvarů. K zajištění efektivního uplatňování ekonomických nástrojů uplatňují vedoucí pracovníci zdravotnického pracoviště při léčebném procesu vždy současně: zásady vyhlášené při zadání rozpočtu na příslušné plánovací období, pravidla hospodárnosti s úsporností při volbě postupů léčebné péče, zásady regulace plánované léčebné péče a postupy naplňující zásady, že léčebný proces má svoji ekonomickou stránku.

Ekonomické zásady a pravidla jsou vydány formou norem nemocnice, dále formou dispozic vedoucích zaměstnanců ekonomického úseku v souladu s organizačním řádem nemocnice. [23]



## 8 REGULAČNÍ MECHANISMUS

Jak již bylo zmíněno, u některých zdravotních pojišťoven docházelo k neadekvátním nárůstům výdajů, které byly spojeny s vykazováním neopodstatněné zdravotní péče pojištěncům. Proto provádí pojišťovny kontroly ve zdravotnických zařízeních v rámci informačního systému (vykázání konkrétního výkonu příslušným zdravotnickým zařízením). Zdravotní pojišťovny rovněž mohou uplatnit regulační mechanismy dané platnou úhradovou vyhláškou. (Šatera, 2010)

Zdravotní pojišťovna má za úkol vždy za příslušné pololetí roku srovnat počet ošetřených pacientů s hodnotou vykázané zdravotní péče se stejným obdobím předešlého roku. Pokud se stane, že částka vykázané zdravotní péče v tomto období je zvýšena nad stanovenou hodnotu, dochází k uplatnění regulace neboli snížení hodnoty bodu u výkonů vykázaných nad tuto hranici.

Ve zdravotnických zařízeních dochází také ke sledování objemu předepsaných zdravotnických prostředků, objemu předepsaných léčivých přípravků na recept, objemu indukované zdravotní péče. Pokud se stane, že i tyto hodnoty jsou překročeny podle stanovených limitů, může zdravotní pojišťovna uplatnit regulaci vůči zdravotnickému zařízení. Zdravotnické zařízení může požádat zdravotní pojišťovnu o zmírnění přijatých opatření v rámci regulace. Další činnost, kterou zdravotní pojišťovna vykonává je, že provádí zdravotnickému zařízení bonifikace. Platí to ale pouze v případě, když zdravotnické zařízení tyto limity nepřekračuje nebo dosahuje nižších dohodnutých hodnot. Nikdy by ale neměla být bonifikace na úkor kvality poskytované péče pacientům.

(Šatera, 2010)

### 8.1 Regulační poplatky ve zdravotnictví

Povinnost hradit regulační poplatky ve zdravotnictví byla stanovena od 1.1. 2008 novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění. Od 1.4. 2009 došlo ke značnému omezení těchto regulačních poplatků. Ve společnosti se neustále vedou diskuse o opodstatnění tohoto opatření, možnosti zhoršení přístupu vybraných skupin obyvatel ke zdravotní péči a možnosti úpravy nastaveného systému.

## 8.2 Regulační poplatky a ekonomika

Podle "Souhrnného hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění" (MZ ČR, MF ČR) docházelo v období 2007 - 2011 k nárůstům celkové sumy úhrad veřejného zdravotního pojištění. Celkové náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči se od roku 2011 zvýšily o 21% a dosáhly 211 891 mil. Kč.

Podle zjištění ČSÚ přesáhlo v období 2008 - 2010 inkaso regulačních poplatků ve zdravotnictví každoročně 5,5 mld. Kč, konkrétně se částky pohybovaly v rozmezí od 5 571 mil. Kč do 5 780 mil. Kč. Výši inkasa regulačních poplatků za rok 2011 lze předpokládat srovnatelnou s předcházejícími roky.

Je pravděpodobné, že v případě nezavedení regulačních poplatků by si udržení systému financování zdravotnictví vyžadovalo jiné dodatečné zdroje.

(www.uzis.cz, 2011)

## 9 VYHLÁŠKA Č. 475

Úhradová vyhláška č. 475 je vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013.

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle §17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb.

[Česká Republika. Vyhláška č. 475. In: *Sbírka zákonů*. Praha, 2012.]

Navrhovaná úhradová vyhláška pokračuje v narovnávání cen, zejména v oblasti akutní lůžkové péče, a to nejen mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, ale i mezi úhradami jednotlivých zdravotních pojišťoven. Ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím úhradové vyhlášky vyjadřuje potřebu vytvořit stabilitu v oblasti financování zdravotních služeb.

Porodnicko-gynekologická klinika nejmenované nemocnice XY, která je předmětem této diplomové práce, se týkají v této vyhlášce § 4 a § 7. Tyto paragrafy jsou citovány v příloze diplomové práce.

### 9.1 Výše základní sazby

Jak již bylo řečeno, v oblasti lůžkové péče je většina zdravotní péče hrazena formou DRG, která vyjadřuje míru komplikovanosti a náročnosti na konkrétní případ. Ke všem výkonům, spadajícím do systému DRG, je přiřazena tzv. váha, která v podobě indexu vyjadřuje náročnost a komplikovanost daného případu.

Vyhláška MZ ČR pro rok 2012 stanovuje postup pro výpočet základní sazby alfa (ZS<sub>alfa</sub>), která je pro rok 2012 tvořena ze:

- 75 % individuální základní sazbou nemocnice - její výše se odvíjí od historických mechanismů úhrad a s nimi svázaného individuálního přístupu jednotlivých nemocnic
- 25 % celostátní základní sazbou, stanovenou dle podle vyhlášky

Mechanismus vytváření individuální základní sazby stanovuje úhradová vyhláška MZ ČR, která obsahuje přesný postup pro její výpočet, a ten je pro všechny nemocnice stejný. Ze zjištění, která má Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen VZP) k dispozici, vyplývá, že právě VZP hradí ZSalfa vypočtenou důsledně dle úhradové vyhlášky MZ ČR, a tedy mnohem vyšší než jiné zdravotní pojišťovny. Za situace, kdy některé zdravotní pojišťovny nehradí důsledně dle úhradové vyhlášky, se odvíjejí výrazné rozdíly mezi úhradami jednotlivých pojišťoven za stejné zdravotní výkony i stejnou délku hospitalizace. Vzhledem k tomu, že VZP ČR stále hradí zdravotní péči za největší objem pojištěnců (cca 60 % z 10,5 mil. pojištěnců), má tento způsob úhrady negativní dopad na financování zdravotní péče v porovnání s jinými zdravotními pojišťovnami.

VZP se dlouhodobě snaží prosadit, aby všechny zdravotní pojišťovny hradily povinně stejnou základní sazbu a stejnou zdravotní péči. V rámci tzv. dohodovacího řízení k úhradám zdravotní péče pro rok 2013 předložila VZP ČR návrh, aby u vybraných DRG skupin, zahrnujících homogenní případy, které jsou po ekonomické i medicínské stránce nezpochybnitelně podobné (např. porody, operace žlučníku, operace kýly atd.), byla stanovena jednotná základní sazba pro všechny nemocnice v ČR a zároveň povinnost úhrady v této výši všemi zdravotními pojišťovnami.

[VZP navrhuje sjednotit výše základních sazeb co nejdříve. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. 2012 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/aktuality/>]

Dá se říci, že české zdravotnictví, i přes v minulosti zavedená opatření ministerstva trpí určitou mírou podfinancování, ale především nízkou efektivitou, proto regulace tak, jak ji stanovuje navrhovaná vyhláška je oproti roku 2012 restriktivnější a snaží se zabraňovat nepotřebné nadprodukci péče.

## 10 DEFINICE 4 DIAGNÓZ PODLE IR-DRG SYSTÉMU

Na Porodnicko-gynekologické klinice se nejčastěji můžeme setkat s hospitalizacemi hrozících předčasných porodů nebo potratů, s porody vaginální cestou nebo císařským řezem a gynekologickými problémy týkající se ženského pohlavního ústrojí. Tyto skupiny můžeme dále rozdělovat na další podskupiny, podle toho, jestli u nich nastaly komplikace nebo nenastaly, zda se k primárnímu onemocnění nepřidalo sekundární apod.

V této části diplomové práce bych se chtěla věnovat problematice hospitalizace předčasných porodů a potratů, vaginálními porody a porody císařským řezem, u kterých se můžeme setkat s tím, že zdravotní péče je neefektivní a s tím souvisí i to, že doba hospitalizace se začíná u některých případů prodlužovat, namísto toho, aby se zkracovala.

V tabulce budeme pracovat s pojmy jako Casemix (dále jen CM), který se vypočítá vynásobením počtu hospitalizací a relativní váhy příslušné IR-DRG skupiny. Definici nalezneme v teoretické části diplomové práce. V některých případech může být do této skupiny zahrnut tzv. "časový outlier", který nám relativní váhu hospitalizačního případu sníží (délka hospitalizace je kratší než "low trim point", LTP) nebo zvýší (délka hospitalizace je delší než "high trim" point, HTP).

Další pojem, který je velmi důležitý, je relativní váha příslušné IR-DRG skupiny, která popisuje náklady na péči poskytnutou pacientům, samozřejmě s přihlédnutím k tomu, zda je pacient inlier (délka hospitalizace je v rozmezí mezi HTP a LTP).

Průměrná délka hospitalizace (ALOS) odpovídající celorepublikovému průměru, se nachází vždy mezi LTP a HTP. Jakmile přesáhne délka hospitalizace ALOS a nedosáhne HTP, dochází k tomu, že náklady na zdravotní péči takového pacienta se zvyšují, avšak relativní váha takového hospitalizačního případu zůstává stejná a zdravotní péči poskytujeme se ztrátou.

## 10.1 Porovnání vybraných DRG skupin za období 2010-2012

Porovnání DRG skupin za 2010-2012														
2010			2011			2012			Váha DRG	LTP	HTP	Alos	Název	
poč.	CM	? dnů	poč.	CM	? dnů	poč.	CM	? dnů						
359	360,4	7,3	406	406,2	6,9	372	365,6	6,3	0,980	2	22	7,5	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC	
199	272,7	13,9	227	280,6	11,1	251	304,0	9,0	1,150	3	26	8,7	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC	
4	7,9	22,5	12	17,5	11,8	30	46,3	14,9	1,250	3	28	9,3	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC	
1 252	557,7	5,3	1 200	533,0	5,4	934	411,0	5,3	0,440	2	16	5,3	VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC	
149	75,7	6,5	91	49,4	7,4	391	190,3	5,3	0,480	2	17	5,8	VAGINÁLNÍ POROD S CC	
			1	0,5	5,0	15	8,1	5,3	0,480	2	17	5,8	VAGINÁLNÍ POROD S MCC	
153	56,0	11,8	140	63,3	15,2	118	42,0	10,9	0,270	2	16	5,4	HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC	
9	5,5	23,8	7	3,2	16,6	18	8,2	14,9	0,400	3	23	7,7	HROZÍCÍ POTRAT S CC	
						2	0,8	10,5	0,400	3	23	7,7	HROZÍCÍ POTRAT S MCC	
137	34,0	6,6	153	39,8	6,5	121	29,8	6,1	0,230	1	13	4,2	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	
20	7,0	8,9	7	2,4	9,0	11	4,0	8,2	0,340	2	19	6,2	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	
			1	0,6	4,0	3	1,3	10,0	0,420	2	21	7,1	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	

Tabulka č. 1 - Porovnání DRG skupin za 2010-2012

V tabulce si můžeme všimnout, že v roce 2012 bylo hospitalizováno celkem 372 žen, které rodily císařským řezem bez komplikací (bez CC). Průměrná republiková délka u této IR-DRG skupiny je 7,5 dnů, u nás na Porodnicko-gynekologické klinice činí 6,3; což vlastně značí, že jsme pod republikovým průměrem a pro nás to znamená výhodnou situaci.

Stejně to ale není u císařských řezů s komplikacemi (dále jen s CC), tam už můžeme vidět, že délka hospitalizace se u nás zvýšila na 9,0 dnů a měla by být 8,7 dnů. Ten samý případ se nám objevuje i u porodů císařským řezem s MCC, kde je délka hospitalizace v průměru 14,9 dnů.

Co se týče vaginálních porodů bez komplikací, těch bylo v roce 2012 934 s průměrnou délkou hospitalizace u nás 5,3 dnů, která se zároveň rovná i celorepublikovému průměru, který činí taktéž 5,3 dnů. Stejná situace nastává i u vaginálních porodů s CC a MCC, kde délka hospitalizace u nás se pohybuje pod ALOS.

Další případy, které nás budou zajímat jsou hrozící potraty a předčasné porody (v tabulce se nachází pod IR-DRG bází "jiné předporodní diagnózy"), které jak už vidíme v tabulce, jsou ztrátovou skupinou, u nichž délka hospitalizace v roce 2012 několikanásobně převyšuje ALOS, čili můžeme říct, že tyto případy hospitalizace jsou pro nás z hlediska nákladů

na zdravotní péči nevýhodné a měli bychom se zamyslet nad tím, proč se u těchto diagnóz natolik převyšuje délka hospitalizace.

Modře jsou vyznačeny v tabulce ty roky, u nichž je zaznamenán nejvyšší počet hospitalizačních případů zařazených do příslušné IR-DRG báze za období 2010-2012. Císařských řezů bylo tedy nejvíce v roce 2012, vaginálních porodů a hrozících potratů bylo naopak nejvíce v roce 2010 a v roce 2011 "vedly" případy hrozících předčasných porodů.

## 10.2 Porovnání DRG kódů za 2010 a 2012

Porovnání DRG dle kódů za 2010 a 2012												
2010			2012			Váha DRG	LTP	HTP	Alos	Název	Rozdíly	
poč.	CM	ø dnů	poč.	CM	ø dnů						Hosp	CM
359	360,4	7,3	372	365,6	6,3	0,980	2	22	7,5	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC	13	5
199	272,7	13,9	251	304,0	9,0	1,150	3	26	8,7	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC	52	31
4	7,9	22,5	30	46,3	14,9	1,250	3	28	9,3	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC	26	38
1 252	557,7	5,3	934	411,0	5,3	0,440	2	16	5,3	VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC	-318	-147
149	75,7	6,5	391	190,3	5,3	0,480	2	17	5,8	VAGINÁLNÍ POROD S CC	242	115
			15	8,1	5,3	0,480	2	17	5,8	VAGINÁLNÍ POROD S MCC	15	8
153	56,0	11,8	118	42,0	10,9	0,270	2	16	5,4	HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC	-35	-14
9	5,5	23,8	18	8,2	14,9	0,400	3	23	7,7	HROZÍCÍ POTRAT S CC	9	3
			2	0,8	10,5	0,400	3	23	7,7	HROZÍCÍ POTRAT S MCC	2	1
137	34,0	6,6	121	29,8	6,1	0,230	1	13	4,2	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	-16	-4
20	7,0	8,9	11	4,0	8,2	0,340	2	19	6,2	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	-9	-3
			3	1,3	10,0	0,420	2	21	7,1	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	3	1

Tabulka č. 2 - Porovnání DRG skupin za 2010 a 2012

V tabulce číslo dvě můžeme vidět, že v roce 2012 bylo o 13 porodů císařským řezem bez CC více než v roce 2010. Stejně je to i s porody císařským řezem v IR-DRG skupinách s CC a MCC - v obou je jich více v roce 2012 než v roce 2010.

Vaginální porody bez CC naopak v roce 2012 klesly o 318 dnů hospitalizací, naopak vzrostl počet vaginálních porodů ve skupinách s CC (+242) a MCC (+15).

Počty hrozících potratů ve skupině bez CC v roce 2012 klesly o 35 případů hospitalizací, ale pro změnu zase stoupl počet hrozících potratů ve skupině s CC (+9) a MCC (+2) na rozdíl od roku 2010, kde se např. hrozící potrat s MCC nevyskytl vůbec.

Počet hrozících předčasných porodů nám v roce 2012 klesnul o 16, dokonce i ve skupině hrozících předčasných porodů s CC a to o 9, naopak zase stoupl počet hrozících předčasných porodů s MCC o 3 případy.



### 10.3 Rok 2012 a průměrná délka hospitalizace na Porodnicko-gynekologické klinice

rok 2012										
2012			Váha DRG	LTP	HTP	Alos	Název	Dnů hosp.		
poč.	CM	ø dnů						ALOS	FN	
372	365,6	6,3	0,980	2	22	7,5	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC	2 771	2 344	
251	304,0	9,0	1,150	3	26	8,7	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC	2 179	2 259	
30	46,3	14,9	1,250	3	28	9,3	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC	280	447	
934	411,0	5,3	0,440	2	16	5,3	VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC	4 960	4 950	
391	190,3	5,3	0,480	2	17	5,8	VAGINÁLNÍ POROD S CC	2 280	2 072	
15	8,1	5,3	0,480	2	17	5,8	VAGINÁLNÍ POROD S MCC	86	80	
118	42,0	10,9	0,270	2	16	5,4	HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC	642	1 286	
18	8,2	14,9	0,400	3	23	7,7	HROZÍCÍ POTRAT S CC	139	268	
2	0,8	10,5	0,400	3	23	7,7	HROZÍCÍ POTRAT S MCC	15	21	
121	29,8	6,1	0,230	1	13	4,2	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	508	738	
11	4,0	8,2	0,340	2	19	6,2	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	68	90	
3	1,3	10,0	0,420	2	21	7,1	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	21	30	

Tabulka č. 3 - Rok 2012

V tabulce číslo 3 budeme srovnávat průměrnou délku hospitalizací (tzv. "počet lůžkodnů") v ČR v závislosti na hospitalizacích na Porodnicko-gynekologické klinice.

Co se týče porodů císařským řezem bez CC, jsme pod celorepublikovým průměrem s číslem 2344, naopak porody císařským řezem s CC nám přesahují tento průměr (ALOS ukazuje počet 2179, kdežto na Porodnicko-gynekologické klinice máme 2259 případů těchto hospitalizací). Dalším problémem jsou porody císařským řezem s MCC, u kterých je průměrná délka hospitalizace jednou tolik než by měl být celorepublikový průměr.

Vaginální porody ve všech třech bázích mají průměrnou délku na Porodnicko-gynekologické klinice kratší než je celorepublikový průměr. U vaginálních porodů s CC je průměrná délka hospitalizace 4950 dnů (ALOS činí 4960), vaginální porody s CC jsou zastoupeny v počtu 2072 dnů (ALOS činí 2280) a vaginální porody s MCC mají průměrný počet dnů hospitalizace 80 (ALOS činí 86).

Diagnózy hrozících potratů (bez CC, s CC a MCC) jak si můžeme všimnout, mají na porodnicko-gynekologické klinice nejdelší průměrnou délku hospitalizace. Stejně je to i s diagnózami hrozících předčasných porodů. Dalo by se tedy říct, že takové dvě báze jsou asi největším "problém", co se týče počtu dnů hospitalizace na porodnicko-gynekologické klinice. Pokud se nad tím zamyslíme, zjistíme,

že když se nám prodlužuje délka hospitalizace nad celorepublikový průměr, zvyšují se současně náklady, které již nejsou hrazeny.

Do nákladů můžeme zařadit stravu pacienta, léky, různá vyšetření (v našem případě např. ultrazvuk, interní předoperační vyšetření, anesteziologické vyšetření apod.)

## 10.4 Analýza konkurence

Porodnicko-gynekologická klinika AB (pro zachování anonymity) je taky Perinatologickým centrem pro změnu Moravskoslezského kraje. Poskytuje špičkovou péči těhotným ženám, s normálním i komplikovaným průběhem těhotenství a porodu. Součástí centra je i novorozenecké oddělení s dokonale vybavenou jednotkou intenzivní péče. Podrobný audit, který byl zde proveden v roce 2012 rozhodl o tom, že zmiňované Perinatologické centrum dosáhlo nejlepších výsledků v péči o novorozence v České republice.

### 10.4.1 Struktura Porodnicko-gynekologické kliniky AB

Tato klinika se skládá z odborných ambulancí (pro rizikové a patologické těhotenství, ambulance prenatální diagnostiky, onkologická ambulance, centrum onkologické prevence, urogynekologická ambulance, ambulance dětské gynekologie) a lůžkové části, kterou tvoří porodní sál, oddělení rizikového a patologického těhotenství, oddělení šestinedělí, operační gynekologie, onkogynekologické oddělení, oddělení jednotky intenzivní péče a operační sály.

Porodní pokoje jsou moderně vybaveny, rodička může využít během porodu gymnastické míče, masážní pomůcky, křesla, CD přehrávače, aroma-lampy. Přímo v prostorách porodního sálu je k dispozici i vlastní operační sál pro případné provedení císařského řezu. V případě zájmu a po předchozí konzultaci s lékařem oddělení neonatologie je umožněn "ambulantní porod" s odchodem domů již v den porodu.

### 10.4.2 Nabídka služeb a cenová dostupnost

*Tabulka č. 4 - ceník poskytovaných služeb*

Ultrazvukový screening I. trimestr	950 Kč
Umělé přerušování těhotenství na vlastní žádost	3500 Kč

<b>Zpráva odborného lékaře - 10 min</b>	135 Kč
<b>Jedna doprovodná osoba u porodu</b>	0 Kč
<b>Druhá další doprovodná osoba u porodu</b>	350 Kč
<b>Použití Entonoxu - porodnické analgezie</b>	900 Kč
<b>Přítomnost doprovodu na operačním sále v průběhu císařského řezu</b>	900 Kč

### 10.4.3 Srovnání

Porodnicko-gynekologická klinika AB Moravsko-slezského kraje na rozdíl od naší kliniky, poskytuje lůžkovou péči i pro onkogynekologická onemocnění se speciálně vyčleněným lůžkovým oddělením. Jinak ambulantní trakt této Porodnicko-gynekologické kliniky zůstává totožný s naším, akorát se domnívám, že u nás jsou jednotlivé ambulance uloženy přehledněji než ve zmiňované Porodnicko-gynekologické klinice.

Co se týče porodních sálů, vybavení máme vesměs stejné až na aroma-lampy, které nelze používat z důvodu přívodu kyslíku na porodním boxe. Velkou výhodou Porodnicko-gynekologické kliniky AB bych viděla vlastní operační sál pro císařské řezy přímo v prostorách porodního sálu. Na naší klinice totiž nemáme vyčleněný takový sál a pokud se jedná o akutní císařský řez, musíme rodičku přepravit z porodního sálu (2. patro) na operační sál (1. patro) a to někdy za podmínek dost složitých (vyblokování obou výtahů, popřípadě obsazenost obou operačních sálů). V takovýchto situacích jde o minuty, které se ale u nás bohužel načítají díky neexistenci operačního sálu přímo na porodním sále. Na rozdíl od této kliniky nezaplatňujeme více osob u porodu, i když tato situace je spíše výjimečná. U porodu bývá pouze partner rodičky nebo její příbuzný.

Dalším pokrokem na Porodnicko-gynekologické klinice AB bych viděla zavedení tzv. "ambulantních porodů", které jsou na naší klinice možné pouze na základě podpisu negativního reversu a ponechání dítěte na novorozeneckém oddělení.

## 10.5 SWOT ANALÝZA

Na základě dostupných informací je provedena SWOT analýza silných a slabých stránek Porodnicko-gynekologické kliniky a hrozeb a příležitostí vnějšího okolí.

Tabulka č. 5 - SWOT analýza

Silné stránky (Strengths)	Slabé stránky (Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Statut Perinatologického centra</li> <li>- Poskytování zdravotních služeb na vysoké úrovni</li> <li>- Vysoce kvalifikovaní pracovníci</li> <li>- Edukační pracovníci zaměřeni na poskytování informací v oblasti gynekologie a porodnictví</li> <li>- Postupná modernizace budovy a pracovišť</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stará budova Porodnicko-gynekologické kliniky</li> <li>- Délka hospitalizací u hrozících potratů je delší než celorepublikový průměr</li> <li>- Někdy neefektivní využití zdravotní péče</li> </ul>
Příležitosti (Opportunities)	Hrozby (Threats)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Důvěryhodnost pracoviště díky profesionálnímu týmu a kvalitně poskytované zdravotní péči</li> <li>- Poptávka po ambulantní péči</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nejednotnost základní sazby mezi pojišťovnami a nemocnicemi</li> <li>- Nárůst patologií v těhotenství</li> <li>- Klesající porodnost</li> </ul>

### Silné stránky:

Na základě SWOT analýzy můžeme tedy říct, že mezi opravdu silné stránky Porodnicko-gynekologické kliniky platí to, že má statut Perinatologického centra, čili má schopnost vykonávat vysoce specializovanou péči. Pracují zde vysoce kvalifikovaní pracovníci, kteří jsou zapojeni do programu celoživotního vzdělávání. Účastní se různých odborných seminářů či konferencí a svou práci vykonávají dle platných doporučených postupů a samozřejmě s ohledem na celkový stav pacientky, jak po stránce psychické, tak po stránce léčebné.

Velkým přínosem bych viděla edukační pracovníky, kteří se starají o informovanost pacientek v oblasti porodnictví a gynekologie.

V současnosti probíhá na Porodnicko-gynekologické klinice modernizace vnitřní části budovy, týkající se zejména přestavby starých prostor na novější s moderním vybavením,

přesuny některých pracovišť a zajištění tak většího soukromí (např. ambulance porodního sálu oddělena od lůžkové části porodních sálů).

#### Slabé stránky:

Co opravdu neprospívá naší klinice je stará budova, v níž sídlíme. I přesto že dochází k neustálým modernizacím vnitřní části Porodnicko-gynekologické kliniky, stále se nám nedaří zmodernizovat zevnějšek budovy, který dělá hodně na první dojem.

Co se týče samotného provozu Porodnicko-gynekologické kliniky, můžeme si všimnout i v předchozích tabulkách, že délka hospitalizací u diagnóz hrozících potratů a jiných předporodních diagnóz je delší než celorepublikový průměr, to může souviset s neefektivním využíváním zdravotní péče u těchto diagnóz, a ze zvýšenými náklady na jednotlivé případy hospitalizace.

#### Příležitosti:

Mnoho pacientek se rádo vrací na kliniku s důvěrou, že budou v "nejlepších rukách" (např. po předchozí zkušenosti). Domnívám se, že je to díky tomu, že na Porodnicko-gynekologické klinice pracuje opravdu profesionální tým zdravotnických i nezdravotnických pracovníků, kteří napomáhají k dobré pověsti pracovišti.

V poslední době dochází k poptávce po ambulantní péči. To znamená, že některé typy pacientek upřednostňují ambulantní sledování svých potíží před případnou hospitalizací, samozřejmě pokud to jejich celkový stav dovoluje.

#### Hrozby:

Největším problémem současného zdravotnictví bych viděla v nejednotnosti základní sazby u pojišťoven a nemocnic. Dochází totiž k tomu, že za určitý výkon nám pojišťovna zaplatí určitou částku, která se ale liší u jednotlivých pojišťoven a taky nemocnic. Proto si můžeme položit otázku, proč za výkon, který se provádí v X nemocnicích dostanu třeba menší částku než třeba sousední nemocnice?

Další problém bych viděla v nárůstu patologií v těhotenství a tím přibývání hospitalizací. S tím souvisí i pokles porodnosti. Předpokládá se, že zatímco v roce 2008 se narodilo v České republice 120 tisíc dětí, počítá se s tím, že za patnáct let se narodí už jen 70 tisíc dětí.

## 11 PROJEKTOVÁ ČÁST

Diplomová práce je zaměřena na vypracování projektu změn léčebného provozu Porodnicko-gynekologické kliniky v souladu s platnými úhradovými mechanismy.

V analytické části byla provedena SWOT analýza a porovnání s jinou Porodnicko-gynekologickou klinikou, kde můžeme vidět silné a slabé stránky našeho pracoviště a taky příležitosti a možné hrozby vnějšího okolí. Na základě porovnání s jinou klinikou můžeme nalézt vhodná řešení určitých problémů.

K tomu, abychom dosáhly naplnění cílů tohoto projektu je třeba:

- zaměřit se na vytvoření jednotné základní sazby,
- analyzovat prostředí Porodnicko-gynekologické kliniky,
- Stanovit strategické cíle kliniky,
- Vytvořit schéma strategie,
- Akční plány,
- Časová, nákladová a riziková analýza.

### 11.1 Vytvoření jednotné základní sazby

Základní myšlenkou by mělo být, že za stejnou službu by měla být poskytnutá stejná úhrada, což se o našem zdravotnictví říct nedá. Největším problémem je to, že případy zařazené do stejných DRG skupin nejsou vlastně stejné. A pokud nejsou stejné případy, nejsou stejné ani služby poskytnuté v souvislosti s léčbou. Různé služby pak mohou generovat různé náklady.

K tomu, aby byla úhrada spravedlivá, musí být správně nastaven systém DRG. Jednoduché případy jsou většinou popsány dobře a hrazeny výhodně větší riziko hrozí ale u specializované péče. Největším problémem je tedy to, že v jedné skupině je více kritických výkonů a její úhrada je pak dána průměrem nákladů. U pracovišť vyššího typu jsou zastoupeny náročnější výkony a pak dochází k tomu, že průměrná úhrada nepokryje reálné náklady. Naopak, pracoviště nižšího typu na tomto způsobu úhrady vydělávají.

Řešením by bylo, kdyby se jedna skupina rozdělila na více podskupin s odpovídající úhradou. Lze pokračovat až do stavu, že každý výkon bude samostatně ve skupině.

Dalším problémem je, že ačkoliv je stanovena hodnota bodu pro jednotlivé IR-DRG skupiny, není jednotná základní sazba mezi pojišťovnami ani mezi nemocnicemi. Příkladem může být to, že za porod císařským řezem dostane Porodnicko-gynekologická klinika cca částku 30 000 Kč, ale jinde v nemocnici pojišťovna zaplatí ještě jednou tolik za stejně provedený výkon. A částky se též liší i u pojišťoven (některá platí za stejný výkon více a jiná méně). Proto by měla úhradová vyhláška řešit sjednocení základní sazby jak pro všechny nemocnice, tak pro pojišťovny.

### **11.1.1 Základní sazba x zdravotní pojišťovny**

Dlouhodobě dochází k migraci pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami a omezování úhrady z hlediska nárůstu zdravotní péče. Výsledkem je různá základní sazba u stejné nemocnice pro různé zdravotní pojišťovny. V praxi to vypadá tak, že zdravotní pojišťovny s odlivem klientů a tím poklesem příjmů, platí za ty s vyššími příjmy (příviv pojištěnců) a stávají se ještě chudšími.

Pokud by přišlo na přiblížení základní sazeb bez zavedení příplatků, bude docházet k přesunu finančních prostředků mezi zařízeními.

Dopady se u velkých nemocnic (jako v našem případě) budou pohybovat ve výši stovek mil. korun. Meziročně půjde zhruba o stejný objem, který bude použit na navýšení platů lékařů a sester. Bude nutné hledat úspory a kompenzace. Výsledkem může být postupné omezování ztrátových DRG skupin (čekací doby), snížení standardu pro materiál nebo zdravotnické prostředky.

## **11.2 Analýza prostředí Porodnicko-gynekologické kliniky**

Analýza prostředí Porodnicko-gynekologické kliniky byla provedena na základě SWOT analýzy. Hlavním problémem asi všech Porodnicko-gynekologických pracovišť je nejednotná základní sazba mezi nemocnicemi a pojišťovnami, kterou popisují výše.

Dále si můžeme všimnout, že pro oblast gynekologie a porodnictví je největší hrozbou nárůst patologií v těhotenství a s tím související snižování porodnosti, která je pro tuto oblast vlastně nezbytná.

Co se týče příležitostí, zde můžeme zařadit postupnou modernizaci budovy Porodnicko-gynekologické kliniky a poptávku po ambulantní péči, kam bych zařadila i možnost "ambulantního porodu".

### 11.3 Strategické cíle Porodnicko-gynekologické kliniky

Je potřeba, aby strategické cíle Porodnicko-gynekologické kliniky odpovídaly tzv. SMART analýze:

S - specifický (specific) - navrhované řešení by mělo být přesně popsáno,

M - měřitelný (measurable) - znamená, že navržené řešení bylo úspěšně realizováno,

A - akceptovatelný (Agreed) - řešení musí odpovídat potřebám svého příjemce,

R - realistický (realistic) - řešení musí být skutečně dosažitelné,

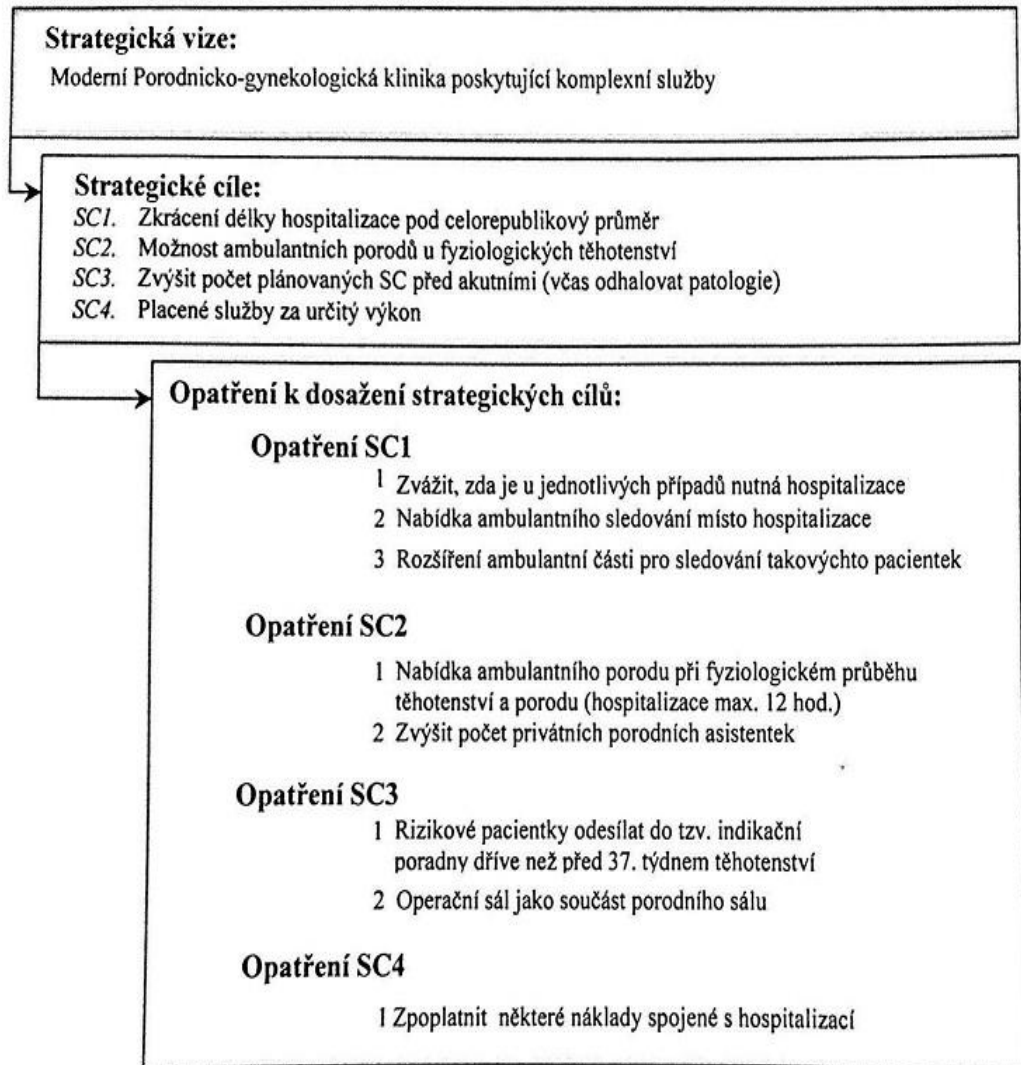
T - timed (definovaný v čase) - řešení musí být zakotveno v určité časovém horizontu.

Na základě teoretických a analytických poznatků bych doporučila Porodnicko-gynekologické klinice zkrátit dobu hospitalizace u jednotlivých IR-DRG skupin, zajištění možnosti ambulantních porodů, snížení počtu akutních císařských řezů a zpoplatnit služby za určité výkony.



## 11.4 Schéma strategie Porodnicko-gynekologické kliniky

Tabulka č. 6 - Schéma strategie



## 11.5 Opatření k naplnění strategických cílů

### 11.5.1 Zkrácení délky hospitalizace pod celorepublikový průměr u vybraných diagnóz

#### Hrozící potraty

Diagnóza hrozících potratů je velmi široký pojem. Patří zde krvácení, špinění, tlaky v podbřišku apod. do ukončeného 23. týdne těhotenství. Těhotenství lze někdy léčbou zachránit (hospitalizace, cerlage, léky proti krvácení aj.). Je na lékaři rozhodnout, v jaké míře potrat skutečně hrozí, zda je nutná hospitalizace apod.

Na porodnicko-gynekologické klinice se stává, že lékař často určí, aby pacientka zůstala hospitalizována, samozřejmě s jejím souhlasem. Jenomže tato hospitalizace obnáší klidový režim a v některých případech léky proti krvácení. Klidový režim by měla mít ale žena zajištěný už doma a taktéž léky např. proti krvácení předepsané třeba při ambulantním nebo pohotovostním vyšetření. Nebo je tu taky možnost, že žena přijde s nějakým akutním problémem týkající se této diagnózy a zůstane hospitalizována pouze na jeden den a druhý den jde domů. Z hlediska ekonomického, naše klinika si vykáže diagnózu hrozícího potratu a další náklady jsou minimální. Pokud by ale zůstala déle než dva dny, náklady jsou zase vyšší a nepokryjí sazbu, kterou my jako klinika za pacientku dostaneme.

#### Jiné předporodní diagnózy

Do jiných předporodních diagnóz zařazujeme hrozící předčasné porody, které se projevují krvácením, špiněním, kontrakcemi, infekcemi a přidruženými onemocněními (preeklampsie, anémie, diabetes apod.) od 24. týdne do 37. týdne těhotenství

Pokud lékař rozhodne o hospitalizaci, většinou se u takových žen zahajuje tzv. tokolýza, laicky řečeno tlumení předčasného porodu, se kterým souvisí aplikace kortikoidů injekčně, které jsou ve dvou dávkách aplikovány těhotné s rozestupem 24 hodin a slouží k dozrání plic ještě nenarozeného dítěte, tak aby bylo připraveno, pokud by porod nastal. Tokolýza se může podle doporučených postupů podávat do 33+6 týdne těhotenství, později už ne. Aplikována má být max. 48 hodin, protože má mnoho vedlejších účinků. Jenomže se stává, že porod se nám v tak nízkém týdnu těhotenství nepodaří zadržet, proto žena zůstává na tokolýze mnohem déle. Ve většině případů, se nám ale podaří předčasný porod utlumit a poté by pacientka mohla domů, jenže většinou zůstává ještě o pár dní déle, proto se nám

u těchto případů prodlužuje délka hospitalizace. Přičemž další dny už s pacientkou se nic významného neděje, má pouze klidový režim, popřípadě léky, které může mít zase doma, tak jak již bylo zmíněno u hrozících potratů. Pokud tedy zůstává pacientka o něco déle, klinika pro ni vlastně slouží jako "hotel", dostává stravu, léky, nocleh a pokud u ní nejsou nějaké významné komplikace, prakticky se s ní už nic významného neděje. Ano je pravda, že za svůj pobyt si každý den platí 100 Kč za hospitalizaci, ale tato částka nepokrývá ani zdaleka náklady s hospitalizací spojené.

*Tabulka č. 7 - Opatření k dosažení cílů 1*

<b>Cíl:</b>	Zkrácení délky hospitalizace u vybraných diagnóz
<b>Současný stav:</b>	Délka hospitalizace delší než celorepublikový průměr
<b>Řešení:</b>	Nabídka ambulantního sledování namísto hospitalizace Rozšíření ambulantní části pro takové pacientky Zaškolení nového lékaře (pokud by bylo potřeba)
<b>Náklady:</b>	Pouze při přijetí nového lékaře - hrubá mzda lékaře bez atestace - 18 790 Kč
<b>Termín realizace:</b>	Září - Prosinec 2013

### 11.5.2 Možnost tzv. "ambulatních porodů"

U vaginálních porodů ať už jsou s nějakými komplikacemi, nebo nejsou, se s průměrnou délkou hospitalizace stále vejde do celorepublikového průměru. Což je pro naši kliniku samozřejmě dobře, i když stále můžeme něco vylepšovat. Po vaginálních porodech bez komplikací je u nás žena hospitalizována cca 3 dny. Výhodnější pro nás z hlediska nákladů by bylo, kdyby žena porodila dítě doma, u nás na klinice placentu, my bychom si mohli vykázat porod a žena šla po dvou hodinách, které jsou nejrizikovější, domů. Taková pacientka pro naši kliniku neznamená žádné náklady, co se týče porodu, mezi něž patří například - epidurální analgezie, injekce, strava apod. Dostali bychom za ni pouze sumu za vaginální porod, která v současné době činí cca 11 000 Kč.

V této částce ale nejsou zahrnuty všechny náklady, které se samotného porodu a následné hospitalizace týkají.

A proto, že vím, že málokterá žena by chtěla porodit doma dítě a na klinice pouze placentu, byla bych pro zavedení ambulantních porodů, kdy žena přijde porodit na porodnicko-gynekologickou kliniku a v okamžiku, kdy porodí, jí nabídneme, že může za dvě hodiny po porodu domů a tím zkrátíme průměrnou délku hospitalizace a náklady s tím spojené.

*Tabulka č. 8 - Opatření k dosažení cílů 2*

<b>Cíl:</b>	Možnost tzv. "ambulantních porodů".
<b>Současný stav:</b>	Hospitalizace u vaginálních porodů probíhá tři dny (bez komplikací), pokud chce žena odejít domů dříve, dítě musí nechat na Novorozeneckém oddělení a sama podepisuje tzv. "negativní revers".
<b>Řešení:</b>	Nabídka ambulantního porodu při fyziologickém průběhu těhotenství a porodu.  Předchozí konzultace s neonatologem a porodníky.  Vytvoření nového informovaného souhlasu s "ambulantním porodem".  Důležitá role privátních porodních asistentek.
<b>Náklady:</b>	Náklady spojené s vytvořením a tiskem nových informovaných souhlasů souvisejících s "ambulantním porodem".
<b>Termín realizace:</b>	Září 2013 - listopad 2013.

### 11.5.3 Zvýšení počtu plánovaných SC před akutními

Porody císařským řezem můžeme na porodnicko-gynekologické klinice zahrnout do dvou kategorií, a to buď plánované, nebo akutní, které se dále můžou rozdělovat s komplikacemi viz tabulky (s CC, s MCC), a nebo bez komplikací. Pro nás jsou výhodnější plánované císařské řezy, u kterých si žena vyřídí předoperační a anesteziologické vyšetření u svého praktického lékaře a tím nám ušetří náklady ve smyslu odběrů apod.

V tabulce si můžeme všimnout, že na porodnicko-gynekologické klinice jsou císařské řezy bez CC, pod celorepublikovým průměrem a zároveň pod HTP, bohužel císařské řezy s CC a MCC jsou na tom přesně naopak. Je pochopitelné, že pokud máme nějaké komplikace, délka hospitalizace se nám prodlouží. Co ale s tím? Ze své praxe vím, že více komplikací a přidružených onemocnění vzniká právě akutním císařskými řezy. Je třeba dříve rozpoznávat patologie, které nám ulehčí práci v tom, že císařské řezy budou převážně plánované a samozřejmě v neposlední řadě bychom se měly snažit snižovat počty císařských řezů tzv. na přání, kterých v poslední době přibývalo.

*Tabulka č. 9 - Opatření k dosažení cílů 3*

<b>Cíl:</b>	Zvýšení počtu plánovaných SC před akutními.
<b>Současný stav:</b>	Nárůst počtu akutních SC.
<b>Řešení:</b>	Rizikové pacientky posílat do tzv. "indikační poradny" již v 35. týdnu těhotenství.  Předoperační vyšetření provádět u praktického lékaře a s dostatečným předstihem (14 dní před plánovaným SC).
<b>Náklady:</b>	Náklady spojené s vyšetřením v "indikační poradně".
<b>Termín realizace:</b>	Leden 2013

*Tabulka č. 10 - Opatření k dosažení cílů 4*

<b>Cíl:</b>	Vybudování operačního sálu na porodním sále
<b>Současný stav:</b>	Operační sál v 1. patře určený nejen pro císařské řezy
<b>Řešení:</b>	Vybudovat operační sál sloužící jen pro císařské řezy s dostupností přímo na porodní sále
<b>Náklady:</b>	Náklady spojené s vytvořením operačního sálu a vybavením cca 1 000 000 Kč
<b>Termín realizace:</b>	Rok 2014 - 2015

### 11.5.4 Zpoplatnění některých služeb

Při analýze konkurence jsme si mohli všimnout, že jiná Porodnicko-gynekologická klinika zpoplatňuje některé služby, kterými tak částečně pokrývá náklady spojené s určitou diagnózou. Proto by naše klinika měla zavést podobný systém.

*Tabulka č. 11 - Opatření k dosažení cílů 5*

<b>Cíl:</b>	Zpoplatnění epidurální analgezie při vaginálním porodu
<b>Skutečný stav:</b>	Epidurální analgezie bez poplatku
<b>Řešení:</b>	Stanovit cenu epidurální analgezie Informovat pacientky o této skutečnosti Přidat do ceníku na webových stránkách a do edukačních materiálů
<b>Náklady:</b>	Náklady pro pacientky 1500 Kč - 3000 Kč při výběru epidurální analgezie
<b>Termín realizace:</b>	Červen 2013 - září 2013

### 11.6 Shrnutí akčních plánů

Na základě výše uvedených akčních plánů se bude Porodnicko-gynekologická klinika snažit redukovat délku hospitalizace pod celorepublikový průměr u diagnóz hrozících potratů a jiných předporodních diagnóz, což je asi největším úkolem této kliniky.

Dále se Porodnicko-gynekologická klinika pokusí zavést tzv. "ambulantní porody" s maximální délkou hospitalizace 12 hodin, ale po předchozí konzultaci s neonatologií a porodníky a pouze v případě fyziologického průběhu těhotenství a porodu. Důležité je u těchto porodů vytvořit zvlášť informovaný souhlas, který informuje o všech možných rizicích a následných opatřeních, kterých bude muset žena přijmout.

Co se týče císařských řezů je potřeba snížit počty akutních SC, protože jak už bylo zmíněno výše, akutní SC sebou nesou více komplikací a komplikacemi se taky prodlužuje délka hospitalizace. Jenže akutním SC se v dnešní době nevyhneme, můžeme sice snížit její počet,

ale nikdy jej nesnížíme na hodnotu nula. Proto by bylo vhodné v rámci Porodnicko-gynekologické kliniky, konkrétně porodního sálu, vybudovat operační sál pro potřeby akutních císařských řezů a tím alespoň minimalizovat rizika s tím spojené. Tento sál by byl vždy dostupný pro potřeby císařských řezů a nenavyšoval by se tak čas při převozu pacientky na operační sál o patro níž (nemluvně o vyblokováných výtazích apod.)

V neposlední řadě by bylo vhodné zpoplatnit epidurální analgezii při vaginálním porodu, která se v dnešní době bere jako určitý nadstandard při porodu a v různých nemocnicích je zpoplatněna taktéž.

### **11.7 Riziková analýza**

K tomu, abychom mohli zrealizovat strategické plány, je potřeba splnit určené cíle a přijmout jednotlivá opatření. Dále je nutné provádět kontroly, zda opatření, která provádíme se neodchylují od původního plánu a zda není nutné přijmout jiné řešení apod.

Mezi největší rizika bych viděla nárůst komplikací při ambulantním sledování pacientek s diagnózou hrozících potratů a žen s hrozícím předčasným porodem. Proto je velmi důležité vybrat okruh pacientek, u nichž je možné ambulantní sledování a u kterých je riziko vzniku komplikací minimální.

Dalším rizikem bych viděla zvýšení počtu císařských řezů tzv. na přání a tím zastínění vaginálních porodů, které pokud probíhají fyziologicky jsou lepším řešením jak pro matku tak i pro dítě. U žen panuje strach z jakýchkoliv komplikací týkající se vaginálního porodu, avšak si sami neuvědomují rizika, které sebou obnáší císařský řez a následná rekonvalescence.

Co se týče zpoplatnění epidurální analgezie, může Porodnicko-gynekologická klinika počítat s odlivem pacientek do jiných porodnic, kde je tato služba bezplatná. Tato částka by měla být ve srovnání s jinými klinikami na stejné úrovni a nebo dokonce nižší, tak aby příliš "neodrazovala". Další skutečnost, která nás může uklidnit je ta, že hodně žen se této metody bojí a proto víc jak polovina vaginálních porodů probíhá bez epidurální analgezie.

### **11.8 Zhodnocení projektu**

Realizace projektu se začíná pomalu rozbíhat, alespoň co se týče snižování délky hospitalizace u vybraných diagnóz. Většina zaměstnanců je obeznámena se situací

týkající se hospitalizace hrozících potratů a předčasných porodů, proto se většina z nich snaží najít vhodná řešení, ke snížení délky hospitalizace a nákladů s tím spojených.

Zrealizování "ambulantních porodů" bude chtít ještě čas, s tím, že by měla být veřejnost o téhle skutečnosti lépe informována. Zejména z toho důvodu, že "ambulantní porod" nelze nabídnout ženě, která má přidružené onemocnění (diabetes mellitus, hypertenze apod.), jsou kontraindikace ze strany dítěte a jejíž porod neprobíhal fyziologicky nebo vznikly komplikace těsně po porodu. Pokud je umožněn "ambulantní porod", důležitou roli pak hrají privátní porodní asistentky, které rodičku navštěvují doma a provádí edukaci. Myslím si, že v současné době jich není tolik, ale prozatím by tento počet měl stačit k rozvoji "ambulantních porodů" a následné péči a předcházení vzniku komplikací.

Snižování počtu akutních císařských řezů probíhá v současnosti pomocí tzv. "indikační poradny", kde rozhoduje přednosta kliniky, primář nebo vedoucí lékař porodních sálů o ukončení těhotenství buď císařským řezem nebo vaginální cestou. Rizikové pacientky navštěvují poradnu již od 37. týdne těhotenství a ve většině případů, pokud mají indikaci k SC, vyřizují si předoperační vyšetření u svého praktického lékaře, čímž snižují náklady na naši kliniku.

Výstavba vyčleněného operačního sálu na porodním sále je zatím realizovatelná až v budoucnu. V současnosti totiž probíhá modernizace vnitřní části budovy a jednotlivých pracovišť. To stejné se týká i zpoplatnění epidurální analgezie, kterou u nás na Porodnicko-gynekologické klinice braly pacientky jako samozřejmost. Myslím si, že je nejvhodnější nejprve seznámit z touto skutečností veřejnost, popsat se na názory a poté pomalu zavést zpoplatnění této služby.



## ZÁVĚR

Celá diplomová práce byla zaměřena na změny léčebného provozu Porodnicko-gynekologické kliniky. Hlavním problémem nejen Porodnicko-gynekologické klinik bych viděla nejednotnou základní sazbu u pojišťoven a nemocnic, která by měla pro všechny stejná a se lišit mezi pojišťovny nebo nemocnicemi. Jednoduše řečeno, pokud provedu určitý výkon, který má přidělenou relativní váhu, dostanu za něj stejnou platbu v nemocnici X nebo Y a částka bude rovněž stejná u všech zdravotních pojišťoven.

V analytické části můžeme nalézt informace o Porodnicko-gynekologické klinice, porovnání s jinou Porodnicko-gynekologickou klinikou, SWOT analýzu, strategické cíle a navrhovaná opatření, která vedou k dosažení těchto cílů.

Další část popisuje současnou úroveň řízení porodnicko-gynekologické kliniky, kde je provedena analýza průměrné délky hospitalizace u vybraných IR-DRG skupin a porovnání s celorepublikovým průměrem. V další části můžeme najít srovnání určitých IR-DRG skupin v letech 2010-2012, zejména to, která DRG báze má nejvyšší počet pacientek v daném roce, která naopak nižší. Z toho jasně vyplývá, že ve sledovaném období se počty císařských řezů zvyšují, naopak počty vaginálních porodů se snižují.

Velmi diskutabilním tématem jsou IR-DRG skupiny "Jiné předporodní diagnózy" a "Hrozící potraty", jejichž průměrná délka hospitalizací je vyšší než celorepublikový průměr, proto jsou zde navrženy řešení, jak snižovat délku hospitalizace a náklady s tím spojené. S největší pravděpodobností nejde ale snižovat délku hospitalizace u případů, kde jsou nějaké komplikace, proto je potřeba se zaměřit na případy, u nichž jde výrazně zkrátit délku hospitalizace nebo naopak není hospitalizace vůbec nutná.

V projektové části nalezneme možná řešení stanovených cílů a taky rizika při zhodnocení tohoto projektu do praxe a jeho možnou realizaci.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] ARMSTRONG, Michael. Řízení lidských zdrojů. 10. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 800 s. ISBN 978-80-247-1407-3.
- [2] DRUCKER, Peter, Ferdinand, 2001. *Výzvy managementu pro 21. Století*. Vyd. 1. Praha: Management Press. ISBN 80-7261-021-X.
- [3] GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Computer Press, 2003, 392 s. ISBN 80-7226-996-8.
- [4] GLADKIJ, Ivan., STRNAD, Ladislav, 2002. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0500-8.
- [5] MADAR, Jiří, et al. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*, 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
- [6] MATAIDES, Alexandr at all, 2006. *Manažerstvo kvality: história, koncepty, metody*. Bratislava: Epos 2006, ISBN 8080576564.
- [7] MEFFERT, Heribert. *Marketing a management*. 1. vyd. Praha 1: Grada Publishing, spol. s. r. o., 1996 ISBN 80-7169-329-4.
- [8] PORVAZNÍK, J. a LADOVÁ, J. *Celostní management*. 4. vyd. Bratislava: Iris, 2010, 490 s. ISBN 978-80-89256-48-8.
- [9] SMEJKAL, V., RAIS, K. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006 ISBN 80-247-1667-4
- [10] SOUČEK, Zdeněk. *Firma 21. století*. 1. první. [s.l.] : Professional Publishing, 2005, 258 s. ISBN 80-86419-88-6.
- [11] SOUČEK, Zdeněk, BURIAN, Jan, 2006. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. Vyd. 1. Praha: Professional Publishing. ISBN 80-86946-18-5.
- [12] ŠATERA, K., Ph.D., MBA. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6.
- [13] ŠKRLA, P. a ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8
- [14] VEBER, J. a kol. *Management, základy, prosperita, globalizace*. 1. vyd. Praha: management press, 2003 ISBN 80-7261-029-5

- [15] VEBER, Jaromír at all. 2011. *Základy – moderní manažerské přístupy – výkonnost a prosperita*. Vyd.2. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-200-0.
- [16] ZLÁMAL, J. *Marketing ve zdravotnictví*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2002, 98 s. ISBN 978-80-7013-5603-7

## INTERNETOVÉ ZDROJE

- [17] Co se změnilo po zavedení DRG systému v České republice. *MEDICAL TRIBUNE CZ* [online]. 2009 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/15709>
- [18] Česká Republika. Vyhláška č. 475. In: *Sbírka zákonů*. Praha, 2012.
- [19] *Hospitalizovaní v nemocnicích v ČR 2011* [online]. 2012 [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>
- [20] Strategické řízení zdravotnických zařízení. [online]. 2012 [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: <http://www.perspektivykvality.cz/res/data/000147.pdf>
- [21] *Úvod do DRG* [online]. [cit. 2013-03-19]. Dostupné z: <http://drg.nrc.cz/uvoddrg.html>
- [22] VZP navrhuje sjednotit výše základních sazeb co nejdříve. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. 2012 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z <http://www.vzp.cz/poskytovatele/aktuality>

## OSTATNÍ ZDROJE

- [23] Interní materiály Porodnicko-gynekologické kliniky

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Aj.	A jiné
Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
CC	Complication & Comorbidity
CM	Casemix
ČSÚ	Český statistický úřad
DRG	Zkratka anglického názvu <i>Diagnosis Related Group</i> .
HTP	High trim point (horní mez doby léčení)
JIP	Jednotka intenzivní péče
LTP	Low trim point (dolní mez doby léčení)
MCC	Major Complication & Comorbidity
MF	Ministerstvo financí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
Např.	Například
SC	Sectio Caesaera - císařský řez
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZZ	Zdravotnické zařízení

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1. Porovnání DRG skupin za 2010-2012.....	36
Tabulka 2. Porovnání DRG skupin za 2010/2012.....	38
Tabulka 3. Rok 2012.....	39
Tabulka 4. Ceník poskytovaných služeb.....	50, 51
Tabulka 5. SWOT analýza.....	52
Tabulka 6. Schéma strategie.....	57
Tabulka 7. Opatření k dosažení cílů 1.....	59
Tabulka 8. Opatření k dosažení cílů 2.....	60
Tabulka 9. Opatření k dosažení cílů 3.....	61
Tabulka 10. Opatření k dosažení cílů 4.....	61
Tabulka 11. opatření k dosažení cílů 5.....	62

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Vyhláška č. 475/2012 Sb.

Příloha č. 2: Vyhláška č. 467/2012 Sb.

## **PŘÍLOHA P I: VYHLÁŠKA Č. 475/2012**

Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013.

"Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle §17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb.

### § 1

Tato vyhláška stanoví pro rok 2013 hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb, poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a dále hrazených služeb poskytovaných pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb, a regulační omezení pro způsoby úhrady uvedené v § 3 až 17, poskytované

- a) smluvními poskytovateli lůžkové péče, včetně poskytovatelů zvláštní lůžkové péče podle § 22a zákona
- b) smluvními poskytovateli zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství  
a smluvními poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost
- c) smluvními poskytovateli specializované ambulantní péče, včetně poskytovatelů  
hemodialyzační zdravotní péče a ortoptické zdravotní péče
- d) smluvními poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603, 604 podle seznamu  
výkonů s bodovými hodnotami
- e) smluvními poskytovateli zdravotních služeb v oboru zubního lékařství
- f) smluvními poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 221, 801, 802, 804, 805, 806  
807, 808, 809, 812 až 819, 820, 822 a 823 podle seznamu výkonů
- g) smluvními poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925  
podle seznamu výkonů

- h) smluvními poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů
- i) smluvními poskytovateli zdravotnické záchranné služby, smluvními poskytovateli zdravotnické dopravní služby, smluvními poskytovateli lékařské pohotovostní služby a smluvními poskytovateli pohotovostní služby v oboru zubní lékařství
- j) smluvními poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovnami,
- k) v rámci neodkladné péče nesmluvních poskytovatelů zdravotních služeb

#### § 4

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou péče poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče, poskytovateli vykazujícími ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v přílohách č. 1, 9 až 12, 14 a 15 k této vyhlášce.

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče, poskytovateli vykazujícími ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, hrazené paušální sazbou za jeden den hospitalizace nebo podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

#### § 7

Pro ambulantní péči poskytovanou poskytovateli ambulantní zdravotní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 4 k této vyhlášce.



## **PŘÍLOHA P II: VYHLÁŠKA Č. 467/2012**

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.

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č.245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369//2011 Sb.