

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií



Diplomová práce

Problematika financování nemocniční péče ČR

Markéta BENEŠOVÁ

© 2014 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Katedra ekonomických teorií

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Benešová Markéta

Provoz a ekonomika

Název práce

Problematika financování nemocniční péče ČR

Anglický název

Problems of Financing of Hospital Care in Czech Republic

Cíle práce

Cílem práce bude zhodnotit vývoj výdajů na péči nemocniční a jejich podíl na výdajích celkových na zdravotnictví ČR, popř. na zdravotní péči. Bude vyhodnoceno hospodaření nemocnic veřejných, pod "přímým" vlivem státu a ostatních. Bude zhodnoceno hospodaření konkrétního vybraného zdravotnického subjektu, dopady změn ve zdravotnictví na jeho provozování a budou navržena opatření pro docílení úspor a možného zlepšení ekonomické situace. Součástí práce je také zhodnocení vlivu státu a zdravotních pojišťoven na financování nemocniční péče.

Metodika

Pro zpracování literární rešerše bude využita metoda studia odborné literatury. Budou využity informace z českých i zahraničních materiálů. Podkladová data budou získávány především z Ústavu zdravotnických informací a statistiky a Českého statistického úřadu. Pro zpracování budou důležité také informace a data vybraného zdravotnického zařízení. Bude využita metoda deskripce, komparace a analýzy.

Harmonogram zpracování

získání podkladových materiálů ke zpracování literární rešerše a k pochopení řešené problematiky, práce na literární rešerši, zjištění dostupnosti potřebných dat: 12/2012 – 05/2013
zpracování literární rešerše (udělení prvního zápočtu): 06/2013 – 09/2013
zpracování praktické části práce, formulování výsledků a závěrů: 10/2013 – 12/2013
dokončování práce a poslední úpravy (udělení druhého zápočtu): 01/2014 – 02/2014
finální úprava práce a odevzdání (udělení třetího zápočtu): 03/2014
konzultace s vedoucím práce: průběžně v závislosti na potřebě studenta

Rozsah textové části

65-75 stran

Klíčová slova

DRG, financování nemocnic, ministerstvo zdravotnictví, náklady oddělení, úhradová vyhláška, výdaje státního rozpočtu, zdravotnictví, zdravotní pojišťovny

Doporučené zdroje informací

BERNHARD, A., K.. Medical liability in Europe. European centre of Tort and Insurance Law. 1.vyd. Berlín: Walter de Gruyter, 2011. 704s. ISBN978-3-11-026016-8

DRBAL, C. Budoucnost zdraví a zdravotnictví. 1.vyd. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2008. 65 s. ISBN80-86729-39-7

KOŽENÝ, P., NĚMEC, J., KÁRNÍKOVÁ, J., LOMÍČEK, M. Klasifikační systém DRG. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-2701-1

MAAYTOVÁ, A. Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivity. 1.vyd. Praha: WOLTERS Kluwer, 2012. 110s. ISBN978-80-7357-912-8

OECD. Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům. 1.vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 96s. ISBN80-86625-18-4

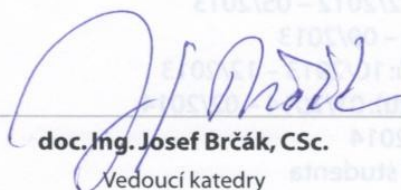
ŠEDO, J. DRG v praxi 2012. 1.vyd. Praha: Galén, 2012. 97s. ISBN978-80-7262-950-3

Vedoucí práce

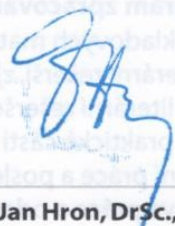
Stará Dana, Ing., Ph.D.

Termín odevzdání

březen 2014


doc. Ing. Josef Brčák, CSc.
Vedoucí katedry




prof. Ing. Jan Hron, DrSc., dr. h. c.
Děkan fakulty

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Problematika financování nemocniční péče ČR" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autora uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.



V Praze dne 10.března 2014

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Daně Staré, která jako moje vedoucí práce byla pro mě velkou oporou a vždy mi velmi pomohla a poradila při nesnázích a problémech, na které jsem při psaní mé diplomové práce narazila. Dále pak děkuji Markétě Svitákové a Tomáši Chalupovi, kteří mi pomohli utřídit a sesbírat důležitá interní data potřebná pro diplomovou práci, kterou jsem zpracovala v Thomayerově nemocnici.

Problematika financování nemocniční péče ČR

Souhrn

V České republice (ČR) jsou nemocnice financovány vícezdrojově a největší část do systému financování nemocniční péče jde ze zdravotních pojišťoven prostřednictvím systému povinného zdravotního pojištění. Finanční situace pojišťoven je dlouhodobě nevyrovnaná, a jelikož financování zdravotní péče se neřeší systémově, jsou pojišťovny nuceny k přehodnocení hospodaření dle aktuálně vybíraného pojistného a k omezování na stránce výdajové, což se nejvíce odráží právě v omezování plateb nemocnicím. Nejenom pojišťovny mají záporný rozpočet, ale také nemocnice, které se zejména kvůli nižším platbám z pojišťoven stále více potýkají s nevyrovnáním rozpočtem, a to především největší nemocnice v ČR, které poskytují komplexní a neodkladnou péči. Problém udržitelné finanční stability v systému zdravotnictví je již dlouhá léta diskutován, ovšem stále se nepodařilo vytvořit nový koncept pro zlepšení organizace financování zdravotní péče. Ministři MZ se střídali, ale žádný nepřinesl komplexní řešení pro zlepšení finanční situace ve zdravotnictví. Jednou z úspěšně zavedených reforem jsou jednoznačně Julínkovy regulační poplatky. Situace se nadále průběžně zhoršuje, přičemž v roce 2013 došlo ke kumulaci více vlivů, což uvedlo nemocnice do finanční propasti, kterou je nutné neprodleně řešit.

Klíčová slova

DRG, financování nemocnic, Ministerstvo zdravotnictví, náklady oddělení, zdravotní pojišťovny, úhradová vyhláška, výdaje státního rozpočtu, zdravotnictví

Problems of funding hospital care in the Czech Republic

In the Czech Republic the hospitals are funded from multiple resources. Most of the hospital care funding is coming from the health insurance companies within the compulsory medical insurance system. The financial status of insurance companies has been unbalanced for a long time and since the whole organization of financing the health care has not been implemented in a systemic way the insurance companies are compelled to reconsider their approach to economy and make it dependent upon the actually collected insurance premiums and upon the limitation of the expenditures which is reflected mostly in the limitation of payments to the hospitals. Unbalanced negative budgets cause difficulties not only in insurance companies but also in hospitals, especially due to low payments from the insurance companies they have to cope with unbalanced budgets, which is especially the case in the biggest hospitals providing a complex and urgent care. The problem of sustainable financial stability within the system of medical care has been discussed for many years, nevertheless no new concept has been created for an improvement of the medical care funding. The Ministers of Health took turns, but none of them has brought a complex solution for an improvement of the financial situation in medical services. One of the reforms introduced with success are, unequivocally, Julínek's regulation fees. The situation continues to get worse there being more accumulation tendencies in 2013, which led the hospitals to a deeper financial chasm which has to be solved forthwith.

Keywords

DRG, hospital funding, Ministry of Health, costs of separate wards, health insurance companies, payment decree, state budget expenditure, medical care

Obsah

1	ÚVOD.....	8
2	CÍL PRÁCE A METODIKA.....	9
3	VÝCHODISKA FINANCOVÁNÍ NEMOCNIČNÍ PÉČE.....	10
3.1	Zdravotnický systém v ČR.....	10
3.2	Organizace zdravotních služeb v ČR.....	11
3.3	Reforma zdravotnictví v ČR v roce 2008	14
3.4	Zdravotnická zařízení lůžkové péče v ČR	14
3.5	Financování zdravotní lůžkové péče v nemocnicích v ČR.....	16
3.5.1	Zdravotní pojišťovny v ČR	18
3.5.1.1	Veřejné zdravotní pojištění ČR	20
3.5.1.2	Ostatní zdravotní pojišťovny v ČR.....	21
3.5.2	Regulační poplatky jako příjem nemocnic v ČR	23
3.5.3	Další příjmy nemocnic v ČR.....	25
3.5.3.1	Platby nemocnicím v ČR za cizí státní příslušníky	26
3.5.3.2	Studie a granty jako specifické příjmy nemocnic ČR	28
3.6	Úhradová vyhláška v ČR.....	29
3.7	Úhradové mechanismy zdravotní péče v ČR.....	31
3.7.1	DRG	31
3.7.2	Ostatní úhradové mechanismy	35

3.8	Úhrada lůžkové péče v ČR	36
3.9	Zaúčtování hospitalizačního případu dle DRG	37
3.10	Ústavní stížnost na úhradovou vyhlášku.....	38
4	FINANCOVÁNÍ VYBRANÉHO ZDRAVOTNICKÉHO SUBJEKTU	40
4.1	Charakteristika vybraného zdravotnického subjektu	40
4.2	Zdravotní péče v ČR	41
4.3	Zajištění a financování lůžkové péče v ČR.....	48
4.4	Financování nemocniční péče v ČR	50
4.5	Zdravotní pojišťovny jako plátcí nemocniční péče v ČR	54
4.6	Analýza výnosů a nákladů TN a vybraného oddělení	56
4.7	Struktura příjmů mimo zdravotní pojišťovnu TN a vybraného oddělení	66
4.8	Porovnání vývoje hospodaření TN s největšími nemocnicemi v Praze.....	68
4.9	Dodržování regulačních opatření dle úhradové vyhlášky v TN a vybraného oddělení.....	70
4.10	Modelový výpočet konkrétního případu hospitalizace na urologickém oddělení TN.....	75
5	VÝSLEDKY A DISKUZE.....	79
6	ZÁVĚR.....	84
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	89
8	PŘÍLOHY	93

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Působnost složek státní správy ve zdravotnictví v ČR	13
Tabulka2: Síť zařízení ústavní péče dělená dle druhu poskytované zdravotní péče v ČR	15
Tabulka 3: Způsob úhrady pojišťoven za lůžkovou péči v ČR k 1.1.2013	17
Tabulka 4: Pojišťovny v ČR a číselná označení k 1.1.2013	22
Tabulka5: Regulační poplatky v nemocnicích v ČR 2013	24
Tabulka 6: Způsoby úhrad za cizí státní příslušníky v nemocniční péči v ČR 2013	26
Tabulka 7: Celkové výdaje na zdravotnictví v ČR v období 2007-2012 (mil. Kč)	41
Tabulka 8: Vývoj HDP v ČR v období 2005-2012 (mld. Kč.)	43
Tabulka 9: Vývoj inkasovaného DPH v ČR v období 2008 - 2012 (mil. Kč)	44
Tabulka 10: Vývoj sazby DPH v ČR v období 1993 – 1.3.2014 (%)	44
Tabulka 11: Minimální vybírané měsíční zdravotní pojistné v ČR v roce 2013 (Kč)	45
Tabulka 12: Vývoj údajů o zdravotním pojistném státních pojištěnců ČR v období 2008-2012	46
Tabulka 13: Průměrné náklady na jednoho pojištěnce dle věku v ČR v roce 2010 (Kč)	47
Tabulka 14: Hospodářský výsledek nemocnic v ČR k 31.12.2012 dle zřizovatele (mil. Kč)	52
Tabulka 15: Vybrané ukazatele nemocniční péče v ČR v období 2007 – 2012	53
Tabulka 16: Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven v ČR v období 2007-2011 (v mil. Kč)	54
Tabulka 17: Náklady na 1 pojištěnce v ČR v období 2010-2011 (Kč)	55
Tabulka18: Výnosy Thomayerovy nemocnice v období 2005-2012 (tis. Kč)	56
Tabulka 19: Vývoj vybraných výnosových položek TN v poměru k celkovým výnosům v období 2006-2012(%)	58

Tabulka 20:Náklady TN v období 2005-2012 (tis. Kč).....	59
Tabulka 21: Vývoj vybraných nákladových položek v poměru k celkovým nákladům v TN období 2006-2012(%).....	61
Tabulka 22: Náklady urologického oddělení TN v období 2006-2012 (tis. Kč).....	61
Tabulka 23: Vývoj vybraných nákladových položek v poměru k celkovým nákladům v období urologického oddělení TN 2006-2012 (%).....	62
Tabulka 24: Výnosy urologického oddělení TN v období 2006-2012 (tis. Kč).....	63
Tabulka 25:Vývoj vybraných výnosových položek v poměru k celkovým výnosům v období na urologickém oddělení TN 2006-2012 (%).....	64
Tabulka 26: Vliv příjmů z jiných zdrojů mimo ZP v TN v období 2008-2012 (Kč).....	66
Tabulka 27: Rozdělení příjmů mimo ZP na urologickém oddělení v období 2008-2012 (Kč)....	67
Tabulka 28: HV po zdanění vybraných nemocnic v Praze v období 2008 - 2012 (Kč).....	68
Tabulka 29: Limity stanovené TN pro maximální úhrady dle úhradové vyhlášky pro rok 2013.	70
Tabulka 30: Plnění stanovených rozpočtů dle úhradové vyhlášky v TN v období 2008-2012	71
Tabulka 31: Limity dle pojišťoven rozpočet a skutečnost v období 1/2013-7/2013- Alfa.....	72
Tabulka 32: Limity dle pojišťoven: Rozpočet a skutečnost v období 1/2013-7/2013 - Beta.....	72
Tabulka 33: Limity dle pojišťoven, rozpočet a skutečnost v období 1/2013-7/2013 - Gama	73
Tabulka 34: Plnění rozpočtů dle úhradové vyhlášky v TN Urologie v období 2008-2012.....	74
Tabulka 35: Souhrnné výsledky simulačních výpočtů pro TN v roce 2013 (Kč)	78

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Modelové stanovení relativní váhy konkrétního příkladu v systému DRG	37
Graf 2: Změna tržeb ve vybraných odvětvích v ČR v období 2007- 2011 (v %).....	43
Graf 3: Rozložení lůžkové péče v ČR v roce 2012 a celkem lůžek 106414(%).....	48
Graf 4: Rozdělení financí z MZČR na lůžkovou péči na rok 2012 (v mil. Kč).....	49
Graf 5: Financování nemocniční péče v ČR v roce 2012 – rozpočet celkem 131 142 (mil. Kč) .	50
Graf 6: Rozdělení nemocnic dle zřizovatele a počtu lůžek v ČR pro rok 2012 (legenda – počet nemocnic).....	51
Graf 7: Struktura nákladů nemocnic dle zřizovatele v ČR k 31.12.2012 (%)	52
Graf 8: Vývoj HV jednotlivých oddělení v TN v období 2006-2012 (mil.Kč)	64
Graf 9: Vývoj HV po zdanění vybraných nemocnic v Praze v období 2008 – 2012 (Kč)	69

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Software TN intranet Medea – Revírní bratrská pojišťovna.....	75
Obrázek 2: Software TN intranet Medea - samoplátce.....	76
Obrázek 3 : Software Grouper v TN – účet jednotlivého případu.....	77

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Nemocnice v ČR a v Praze k 1.1.2013.....	93
Příloha 2: Nemocnice Hlavní město Praha k 1.1.2013	94
Příloha 3: Oddělení TN a počet lůžek.....	95
Příloha 4 : Výdaje na zdravotnictví dle typu financování vybraných zemí EU 2011 (%).....	96

1 ÚVOD

Financování zdravotnictví a nemocnic především je žhavým a důležitým tématem, kterým je nutno se vážně zabývat. Snahou je tento resort co nejvíce stabilizovat a snažit se narovnat rozdíly mezi příjmy a výdaji. Financování nemocnic je zabezpečeno především ze zdrojů zdravotních pojišťoven, což v žádném případě nepostačuje pokrýt výdaje nemocnic. Pravidla pro financování jsou stanovena v úhradové vyhlášce vydávané každý rok MZ. Dalším zdrojem financování jsou od roku 2008 soukromé výdaje díky regulačním poplatkům, ale ani tak se nedaří pokrýt veškeré výdaje. Zavedení spoluúčasti pacienta, tzv. regulační poplatky, situaci nezlepšily, a proto se stále čeká na další reformní změny, které systém financování zdravotní péče nutně potřebuje. Nicméně se zatím nedaří koncepčně vytvořit přijatelný návrh, který by situaci řešil.

Úhradová vyhláška pro rok 2013 byla nastavena přísně s velkým množstvím regulačních omezení. Za poslední dva roky se nakumulovala řada faktů, která neúprosně navyšují náklady poskytovatelům zdravotní péče, kteří nemají šanci tyto náklady ve větším měřítku ovlivnit. Situace ke konci roku 2013 došla tak daleko, že Asociace Českých a Moravských nemocnic (AČMN) uspořádala tiskovou konferenci, kde uvedla, že situace v poskytování zdravotní péče v nemocnicích je kritická. Od 1.1.2014 byl na základě rozhodnutí Ústavního soudu zrušen výběr regulačního poplatku za hospitalizaci, což bude mít další dopad na hospodaření nemocnic. Pojišťovny přislíbily finanční kompenzaci, je však otázkou, do jaké výše bude pokrývat tento výpadek.

2 CÍL PRÁCE A METODIKA

Cílem práce bude zhodnotit vývoj výdajů na péči nemocnic a jejich podíl na výdajích celkových na zdravotnictví ČR popř. na zdravotní péči. Ze zdrojů MZ a Českého statistického úřadu (ČSÚ) budou porovnána data o hospodaření pojišťoven a vliv jejich hospodaření na financování nemocnic v ČR. Bude vyhodnoceno hospodaření nemocnic veřejných, pod „přímým“ vlivem státu a ostatních. Dále bude také analyzován dopad zavedení spoluúčasti pacientů na zdravotní péči zavedením regulačních poplatků. Zhodnoceno bude zavedení nového systému vykazování zdravotní péče systémem DRG a dopady úhradové vyhlášky pro rok 2013. Podrobné srovnání proběhne pro konkrétní vybraný zdravotnický subjekt, u kterého budou navržena opatření pro docílení úspor a možného zlepšení ekonomické situace. Součástí práce bude také zhodnocení vlivu státu a zdravotních pojišťoven na financování nemocniční péče. Závěrem budou vyhodnoceny vlivy všech zúčastněných subjektů ve financování nemocnic a bude navrženo možné řešení analyzované situace v systému.

Pro zpracování literární rešerše bude využita metoda studia odborné literatury. Budou využity informace z českých i zahraničních materiálů. Podkladová data budou získávána především z Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) a ČSÚ. Dále budou využita data Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) a informace z MZ zejména ohledně úhradové vyhlášky. Pro zpracování praktické části budou důležité také informace a data vybraného ekonomického zařízení Thomayerovy nemocnice (TN) a dále jednoho konkrétního oddělení. Pro zpracování ekonomické situace a vlivu úhradové vyhlášky budou využita data ekonomického oddělení, oddělení controllingu, oddělení grantů a studií a v neposlední řadě data z oddělení DRG. Bude využita metoda deskripce, komparace a analýzy.

3 VÝCHODISKA FINANCOVÁNÍ NEMOCNIČNÍ PÉČE

3.1 Zdravotnický systém v ČR

„V podmínkách tržního hospodářství se výměna protihodnot uskutečňuje pomocí peněz. Tyto výměny probíhají na všech druzích trhů na základě poptávky a nabídky. Tato pravidla však neplatí ve zdravotnickém systému a to hned z několika důvodů.“ (Zlámal & Bellová, 2013, str. 17). „Zdraví člověka a lidu není klasické zboží, výše nabídky je omezená různými faktory (úhradová vyhláška, technické vybavení pracoviště), nejistota výsledku, chování samotného pacienta ovlivňuje často výsledek, postavení zdravotních pojišťoven jako dominantního plátce (omezení konkurence) a role státu. Zdravotnický systém v ČR je vymezen právními normami, včetně pravidel pro správu, řízení a financování.“ (Potůček, 2005, str. 331) „Na zdravotní systém v ČR, ale i ve světě, lze v podstatě pohlížet ze dvou pohledů. Na jedné straně je to soubor institucí a činností v nich probíhajících, jejichž účelem a cílem je zlepšovat zdravotní stav občanů například formou prevence nebo okamžitým lékařským zásahem. Na straně druhé jde o zajišťování optimálního chodu zdravotnických zařízení z hlediska organizace činností a finančního zajištění.“ (ČPZP, Způsoby úhrad zdravotní péče, 2012)

Odbornou zdravotnickou péči poskytují lékaři a střední zdravotnický personál. Tyto služby jsou poskytovány v rámci samostatných praxí (obvykle ambulancí), nebo jsou poskytovány prostřednictvím zaměstnanců zdravotnických zařízení. Chování zdravotní péče jako specifického odvětví národního hospodářství vykazuje odlišné charakteristiky oproti jiným producentům: Absence konkurence prostřednictvím reklamy, cena, výrazná nejistota výsledku, praxe vázána na licenci a atestaci lékaře. (Maaytová, 2012, str. 27)

„Zdravotnictví je významným sektorem národního hospodářství s rostoucím podílem výdajů i produkce na Hrubém domácím produktu (HDP).“ (Dostál, 2012, str. 12)

„Zdravotnictví je poměrně komplikovanou strukturou, složenou ze značného množství součástí se složitými vzájemnými vztahy.“ (Potůček, 2005, str. 331) „Zdravotní péče je poskytována za účelem zlepšit zdraví obyvatel, dalším cílem je dosáhnout a udržet důvěryhodný a fungující

system zdravotní péče. V ČR je zdravotnictví odborně na dobré úrovni a zdravotnický personál je celosvětově uznáván. Největší problém ve zdravotnictví v ČR je v systému financování. Nejzásadnější změny byly provedeny po revoluci 1989, kdy proběhla transformace státem řízeného zdravotnictví. Nejdůležitější provedenou změnou bylo zavedení povinného zdravotního pojištění, privatizace zdravotnických zařízení a důslednější propojení výše úhrad a poskytnuté služby.“ (Malina, 2013, str. 18)

Celkové výdaje na zdravotnictví rostou, a to nejenom v ČR, ale rostoucí trend výdajů je celosvětovým problémem. Jedním z mnoha důvodů je technologický pokrok, lobby farmaceutických firem a rostoucí věk dožití a s tím vyšší nemocnost. Nutností je najít funkční model financování, který bude udržovat systém zdravotnictví funkční. Nevyhnutelnou součástí modelu bude spoluúčast pacientů. Je jen otázkou, do jaké míry a v jaké formě bude do modelu zapracována. Spoluúčast pacienta v ČR již několikátým rokem spolufinancuje systém zdravotní péče, ale na konci roku 2013 je jisté, že tento model financování je neefektivní a nepostačí k pokrytí rostoucích výdajů.

„V současnosti patří k hlavním tématům ve zdravotnictví racionální využívání technologií k diagnostice a léčbě, zamezení plýtvání a zatěžování pacientů nadbytečnými výkony, neadekvátní léčbou a nadměrným užíváním léků. Reakcí na nárůst nákladů je také zavádění různých typů regulací. Patří k nim redukování obsahu poskytované péče, zavádění různých forem spoluúčasti, restriktivní léková politika a zavádění limitů pro hrazení nákladných terapií. Zvyšuje se také zájem sledovat ekonomickou efektivnost zdravotnických služeb.“ (Janečková, 2009, str. 83)

3.2 Organizace zdravotních služeb v ČR

Provozovatelé zdravotní péče se dělí na soukromé a veřejnoprávní poskytovatele zdravotní péče, přičemž dominantní zabezpečení komplexní zdravotní péče zajišťují veřejnoprávní instituce. „Z hlediska druhu poskytování zdravotní péče v ČR se v zásadě dá péče rozdělit na primární (ambulantní), kterou poskytují převážně soukromí poskytovatelé za účelem zisku, dále

sekundární (nemocniční), tuto zdravotní péči poskytují především veřejnoprávní poskytovatelé nikoliv za účelem zisku, ale za účelem poskytovat komplexní zdravotní péči, a poslední je terciální (vysoce specializovaná např. transplantační program) a tuto péči poskytují taktéž převážně veřejnoprávní poskytovatelé.“(Jarošová, 2007, str. 21)„Organizační uspořádání se přeměnilo z centralizovaného systému (řízeného státem) na decentralizovaný. Řada zdravotnických zařízení je soukromých a některé, zejména ty největší, jsou pod přímým vedením státu často ve správě MZ. Decentralizované služby jsou flexibilnější a zodpovědnější v řízení i v ekonomické stabilitě.“ (Potůček, 2005, str. 331)“V ČR fungovalo až do roku 1992 centrálně řízené zdravotnictví.“ (Maaytová, 2012, str. 47)„Navzdory všem snahám odstátnit a decentralizovat poskytování zdravotní péče v ČR zůstává v ČR zachována významná úloha státu vyplývající z Ústavy ČR a Listiny základních práv a svobod.“ (Janečková, 2009, str. 127)

„Medicína je i přes značný pokrok zatížena značnou neurčitostí a rozhodnutí lékařů významně ovlivňují rozsah spotřeby zdravotnických služeb a s nimi vynaložených výdajů. Pro optimalizaci spotřeby a výdajů je nutná úzká spolupráce všech zúčastněných.“ (Potůček, 2005, str. 340)

„Stát si skrze MZ dosud ponechává přímou kontrolu nad fakultními nemocnicemi a některými odbornými léčebnými ústavami a vědecko-výzkumnými ústavami s celostátní působností, jako jsou IKEM, Masarykův onkologický ústav v Brně aj. Státem pověřená centra mají oprávnění používat při léčbě pacientů nejnákladnější a nejnovější léčiva.“ (Janečková, 2009, str. 155)

Stát je na základě Ústavy ČR a Listiny základních práv a svobod povinen zajistit péči všem občanům ve stejné kvalitě a rozsahu, proto si nechává ve své působnosti největší nemocnice v ČR. Poskytování takto rozsáhlé a komplexní péče však s sebou přináší problémy ufinancovatelnosti systému, a to se týká zejména největších nemocnic. Stát nemůže zrušit neziskové obory a nemůže krýt stále se zvyšující nároky nemocnic. Proto je snahou zapojit všechny zúčastněné subjekty do efektivnějšího hospodaření, a to pacienty (regulační poplatky) a poskytovatele (úhradová vyhláška).

„V současnosti se ve zdravotnickém systému setkáváme se třemi propojenými prvky: Pacient, poskytovatel a plátce.“ (Jarošová, 2007, str. 15)Plátcem je pojišťovna, ale také pacient, který se však jako plátce objevil až po reformě ve zdravotnictví od 1.1.2008.

„Zdravotnický systém jako celek není dostatečně transparentní, chybí potřebná právní regulace finančního prostředí a není odpovídající etická úroveň společnosti.“ (Dostál, 2012, str. 11), „Zdravotnický systém funguje na systému především veřejného zdravotního pojištění. Není pravda, že konkurenční alokací soukromých zdrojů ve zdravotnictví dojde časem ke zlepšení pro všechny, jako je tomu na jiných trzích. Důvodem je především fakt, že zdraví lidu není zboží a neplatí zde tedy klasické zákony nabídky a poptávky.“ (Dostál, 2012, str. 12)

Tabulka 1: Působnost složek státní správy ve zdravotnictví v ČR

Úroveň státní správy	Oblast působnosti
Stát	<ul style="list-style-type: none"> • oblast zdravotního pojištění (postavení pojišťoven, úhrady léčebných postupů) • oblast zdravotní péče a zdravotní situace – monitoring, • oblast legislativy (zdravotní politika, legislativní rámec, „úhradová vyhláška“), • oblast lékové politiky (kontrola a schvalování léčiv, klinické zkoušení léčiv), • vzdělávání a výzkum (postgraduální vzdělávání, podíl na financování výzkumu), • mezinárodní
Kraj	<ul style="list-style-type: none"> • koncipování a uplatňování krajské zdravotní politiky (nákup speciálních zdravotnických služeb, zřízení a provozování speciálních zdravotnických zařízení, tvorba programů dotovaných regionem, registrace zdravotnických zařízení • monitoring a analýzy zdravotní situace v kraji.
Obce a města	<ul style="list-style-type: none"> • podpora a rozvoj komunitní péče, • zřizovatelská funkce u svých nestátních zdravotnických zařízení, • garance dostupnosti zdravotní péče v obci a pro její obyvatele, • organizace pohotovostních služeb na území obce.

Zdroj: Vlastní zpracování, informace: JAROŠOVÁ, Úvod do komunitního ošetřovatelství, str. 17

V ČR má v organizaci veřejnoprávních zdravotních služeb dominantní úlohu stát a orgány státní správy.

3.3 Reforma zdravotnictví v ČR v roce 2008

Dlouho diskutovanou reformu zdravotnictví se podařilo uskutečnit v roce 2008 panu ministru Julínkovi. I když šlo o pouze částečnou úpravu financování zdravotní péče a neřeší systém financování zdravotnictví komplexně, přestože je často označováno jako průlomová reforma v systému financování zdravotní péče v ČR.

„Reforma byla zahájena přijetím zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů č. 261/2007Sb., jehož součástí bylo též zavedení spoluúčasti pacientů na financování zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění, tzv. regulačních poplatků. Reforma vstoupila v platnost 1.1.2008. Byl zde taky stanoven ochranný limit, nad který pojišťovny vracely za zaplacené třicetikorunové regulační poplatky (5 tisíc a 2,5 tisíc vybrané skupiny viz dále). Druhým významným výstupem zdravotnické reformy byl návrh nové legislativní úpravy poskytování zdravotní péče (nové terminologie, posiluje postavení pacienta, právo na volbu lékaře i zařízení, právo nahlížet do dokumentace, zavádí národní registry lékařů, nelékařských zdravotních pracovníků a poskytovatelů zdravotní péče). Reforma také zavedla tzv. nadstandardní péči neboli poskytování modernějších, šetrnějších a zároveň nákladnějších variant léčby. Tato část reformy byla v roce 2013 ústavním soudem zrušena. Dále byla zavedena generická substituce (záměna), což znamenalo, že lékárny mohou lék nahradit jiným za podmínky přítomnosti stejné účinné látky a stejné lékové formy.“ (Janečková, 2009, str. 165)

Reforma pomohla k dočasné stabilizaci a zpomalení rychlého růstu výdajů ve zdravotnictví. Přesto náklady na zdravotní péči stále rostou a zdroje financování se spíše omezují, což vede k destabilizaci.

3.4 Zdravotnická zařízení lůžkové péče v ČR

Zdravotní lůžková péče je definována zákonem jako zdravotní péče, kterou není možno poskytnout ambulantně a pacient musí být hospitalizován. Největší část lůžkové péče poskytují

nemocnice, ale je nutné mít na zřeteli, že do lůžkové péče patří také rehabilitační ústavy, ústavy následné péče, dlouhodobá intenzivní péče, dlouhodobá ošetrovatelská péče, hospice, lázně a ozdravovny. Zřizovatelem nemocnic v ČR jsou MZ, kraj, obec, statutární orgán, (Ministerstvo obrany, Ministerstvo spravedlnosti aj.), církev a právnická osoba (p.o.). (Jarošová, 2007, str. 17)

Tabulka2: Síť zařízení ústavní péče dělená dle druhu poskytované zdravotní péče v ČR

Druh zařízení ústavní péče	Druh poskytované zdravotní péče
Nemocnice fakultní	zdravotnická lůžková péče a zároveň vzdělávací zařízení zřízené centrálními orgány ČR
Nemocnice akutní péče	poskytuje péči lůžkovou, ambulantní péči i následnou péči
Nemocnice následné péče	ošetrovací péče v návaznosti na akutní péči
Psychiatrické léčebny	psychiatrická léčba
Léčebny dlouhodobě nemocných	dlouhodobá ošetrovatelská péče
Léčebny tuberkulózy a respiračních onemocnění	léčba respiračních nemocí
Rehabilitační ústavy	léčba onemocnění pohybového aparátu
Ostatní odborné léčebné ústavy	speciální zařízení např. kliniky reprodukční medicíny
Ozdravovny	zdravotně oslabeným nebo dětským pacientům
Hospice	léčba je paliativní v konečných stádiích nemoci

Zdroj: Vlastní zpracování, informace: JAROŠOVÁ, Úvod do komunitního ošetrovatelství, str.17

“K 31.12.2012 bylo v ČR evidováno 188 nemocnic s celkovým počtem 58832 lůžek.”(ÚZIS, 2010)

3.5 Financování zdravotní lůžkové péče v nemocnicích v ČR

„V ČR je financování zdravotní péče jako celku tedy i nemocniční lůžkové péče založeno na principu sociální solidarity, kdy prostřednictvím povinného veřejného zdravotního pojištění a sociálního pojištění je tvořena finanční rezerva jako zdroj pro potřebu zdravotní či sociální péče.“ (Janečková, 2009, str. 132)

„Od roku 1997 jsou nemocnice financovány paušální sazbou. Její výše je stanovena na základě skutečnosti z předcházejícího období. Vychází z předpokladu, že řada nákladů v nemocnici je fixních, a tedy není ovlivněna počtem pacientů. Od roku 2004 se souběžně začal používat systém DRG (Diagnosis Related Group-neboli skupiny vztažené k diagnóze viz dále). Může také sloužit (a původně také měl sloužit) jako informační nástroj a pro hodnocení nemocniční péče. Lze díky němu objektivněji srovnávat kvalitu zdravotní péče.“ (Duková & Duka, 2013, str. 181)

„Po roce 1990 ČR opustila tzv. centrálně řízený systém financování a postupně přešla na pluralitní systém, kde se k financování využívá více zdrojů.“ (Ochrana, 2010, str. 131)

„Financování nemocnic je tedy vícezdrojové, a pokud není zařízení soukromé, vždy jeho největší část tvoří platby od pojišťoven. Pacienti svěřují své finanční prostředky státu (v podobě daní) a zdravotním pojišťovnám a očekávají v případě potřeby adekvátní léčbu. Existuje několik základních způsobů, jak plátcí (zdravotní pojišťovny) hradí poskytovatelům (zdravotnickým zařízením) zdravotní péči, kterou od nich dostávají pacienti za své, předem placené pojistné. V nemocniční péči jde o způsob ve formě rozpočtu (odvíjí se od historických výdajů), platbu dle hospitalizačního případu vztaženého k diagnóze (DRG – Diagnosis Related Group), platbu za nakoupené plánované výkony (předem vyjednané s pojišťovnou podmínky) a platbu za lůžkoden (lůžka následné péče).“ (Janečková, 2009, str. 130) V nemocnicích jde většinou o kombinaci výše uvedeného, přičemž v posledních letech se přechází na DRG.

„Český systém zdravotní péče ze zdravotního pojištění striktně odděluje roli plátce a poskytovatele. Plátcům není dovoleno vlastnit či ovládat poskytovatele zdravotní péče. Jejich vztah je teoreticky přísně smluvní.“ (Bernhard, 2011, str. 102) „Ve vyspělejších státech se mimo jiné osvědčuje oprávnění veřejnoprávních pojišťoven vlastnit a provozovat v regulované míře

zdravotnická zařízení. Pojišťovny jsou schopny lépe ověřovat nezbytnost nákladů na péči.“ (Skřivánková-Bošková, 2012, str. 22)

„Zdravotní pojišťovny zabezpečují financování lůžkové péče (součástí je nemocniční péče), ambulantních zařízení, léků, nákladů na léčení v zahraničí, lázeňské péče, dopravy a záchranné služby. Zdravotní pojišťovny plní i kontrolní a regulační funkci (kontrola poskytnuté péče a dodržování smluvních a platebních podmínek).“ (Ochrana, 2010, str. 133)

„Dalšími zdroji pro nemocniční péči jsou přímé platby, regulační poplatky, dotace od zřizovatele, granty, studie, zisky ze služeb a jiné. Dalším možným zdrojem jsou finance z veřejných rozpočtů, avšak většinou plní funkci doplňkového zdroje. Neposledním zdrojem jsou výdaje domácností (regulační poplatky, samoplátci), které v poslední době pokrývají stále vyšší procento výdajů na zdravotní péči.“ (Malina, 2013, str. 46)

Tabulka 3: Způsob úhrady pojišťoven za lůžkovou péči v ČR k 1.1.2013

Druh zdravotnického lůžkového zařízení	Způsob úhrady poskytnuté péče
Nemocnice	Hrazeno kombinovaným způsobem dle úhradové vyhlášky
Odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných	Paušální sazba za jeden hospitalizační den
Hospic	Výkonový způsob úhrady - hodnota bodu 0,90 Kč
Dlouhodobá intenzivní/ošetrovatelská péče	Výkonový způsob úhrady – hodnota bodu 1 Kč
Lázně a ozdravovny	V cenách sjednaných k 31.12.2010

Zdroj: Vlastní zpracování, informace a data: JAROŠOVÁ, Úvod do komunitního ošetrovatelství, str.17

V posledních letech stoupá význam vedlejších plátců do systému financování zdravotní lůžkové péče, přičemž dominantní postavení v této složce má spoluúčast pacientů především díky poplatkům za hospitalizaci a dalším regulačním poplatkům. Ani tato spoluúčast zavedení v roce 2008 systém financování zdravotní péče nestabilizovala a propad mezi příjmy a výdaji se nadále zvyšoval. Je jisté, že spoluúčast pacienta je nevyhnutelná, ale je třeba ji řádně zpracovat do

konceptu financování zdravotní péče. Nutné je zmínit, že Ústavní soud zrušil od 1.1.2014 výběr regulačního poplatku za hospitalizaci a je otázkou, zda budou pojišťovny schopny tento výpadek uhradit. Nezanedbatelnými zdroji jsou také finance prostřednictvím dotací, grantů a studií, jsou však většinou omezeny na daný účel.

3.5.1 Zdravotní pojišťovny v ČR

„Po roce 1989 velice rychle docházelo k reformě ve zdravotnictví. Cílem reformy byla liberalizace zdravotnictví a zavedení všeobecného systému zdravotního pojištění, který zde existoval již za první republiky. Postupně docházelo k privatizaci a rozvoji soukromého sektoru ve zdravotnictví především v ambulantní péči. Lůžkové části se privatizovaly méně a zůstaly pod správou státní správy, kraje či obce.“ (Malina, 2013, str. 48)

„Statutární zdravotní pojištění bylo v České Republice znovu zavedeno v roce 1992. Jeho legislativní základ tvoří zákony č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, a konečně zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Všechny zákony byly od svého vzniku několikrát novelizovány. Český systém statutárního zdravotního pojištění je postaven na několika základních principech. Především je veřejné zdravotní pojištění povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území České republiky a pro všechny cizince pracující u zaměstnavatele se sídlem v České republice. Neexistuje tedy možnost z tohoto systému vystoupit, ale je možné pojištění přerušit při déletrvajícím pobytu v cizině, a to při splnění určitých podmínek. Sazba zdravotního pojistného z vyměřovacího základu je pevná (13,5%) a určená zákonem. V konstrukci zdravotního pojistného je uplatňován princip solidarity bohatších s chudšími. V případě zaměstnanců se o platbu zdravotního pojistného dělí zaměstnanec se zaměstnavatelem 1:2. Od roku 2008 je stanoven strop vyměřovacího základu i pro zaměstnance a nad tento strop se již pojistné neplatí. Za některé skupiny osob platí pojistné stát, jsou to takzvaní státní pojištěnci (děti, poživatelé důchodu i předdůchodu, žadatelé

o zaměstnání, matky na mateřské dovolené, osoby závislé na péči jiné osoby), avšak stát platí za tyto osoby podstatně méně, spíše jde o formu dotace.“ (Němec, 2008, str. 191)

„Zákon o veřejném zdravotním pojištění by měl počítat s přehodnocováním sazby pojistného s cílem vyrovnané bilance pojišťovny a s přehodnocením plateb státu za tzv. státní pojištěnce.“(Skřivánková-Bošková, 2012, str. 16)

„V rámci systému poskytování zdravotní péče nedostává pojištěnec přímo finance, ale je za něj proplácena poskytnutá zdravotní péče. Pojištěnci je tak poskytován tzv. naturální sociální transfer. Rozsah proplácených úkonů je však z důvodu zachování stability systému omezen a v některých případech je vyžadována finanční spoluúčast. Od 1.1. 2008 jsou součástí systému i regulační poplatky, které jsou však příjmem jednotlivých zdravotnických zařízení.“ (Ochrana, 2010, str. 162)

„Příjemcem prostředků zdravotního pojištění je každá jednotlivá zdravotní pojišťovna. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP ČR) je správcem veřejných prostředků získaných na základě zákona 592/1992 Sb.“(Duková & Duka, 2013, str. 179). Všechny pojišťovny nahlásí státu, kolik mají státních pojištěnců, a ten pak provede platbu zdravotního pojištění na účet VZP. Pojišťovna VZP pak provede dle nahlášených údajů z pojišťoven přepočítání a vyplatí pojišťovnám příslušnou výši zdravotního pojištění, někdy se po přepočtu může také stát, že pojišťovna musí peníze vrátit. (VZP, 2013)

Zdravotní pojištění se nevztahuje na osoby:

- které nemají na území ČR trvalý pobyt a jsou činné v ČR pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit,
- které nemají sídlo na území ČR,
- které jsou v pracovně právním vztahu uzavřeném podle cizích právních předpisů,
- které se zdržují dlouhodobě a nepřetržitě v cizině (nejméně 6 měsíců), jsou v cizině zdravotně pojištěny a učinily o této skutečnosti prohlášení a neplatí pojistné. (ČPZP, Zdravotní pojištění, 2013, str. 5)

3.5.1.1 Veřejné zdravotní pojištění ČR

„VZP ČR je největší pojišťovnou v ČR a řídí se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. VZP ČR zahájila svou činnost v roce 1992. Další právní úpravou upravující pojistné je zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění a další právní úpravy. VZP ČR je zřízena zákonem ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, dnem 1. 1. 1992. V čele VZP ČR stojí ředitel, kterého jmenuje a odvolává rada VZP ČR. Ředitel je statutárním orgánem VZP ČR a jedná jejím jménem. Ve VZP ČR je správní rada, dozorčí rada a výbor pro audit. Do správní rady a dozorčího orgánu jsou členové nominováni vládou a část je volena poslaneckou sněmovnou.“ (Malina, 2013, str. 48)

„Platbou pojistného za tzv. státní pojištěnce vzniká fond zdravotního pojištění, který se soustřeďuje na zvláštním účtu VZP ČR, která je povinna jej vést odděleně. Fond slouží k financování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění na základě přerozdělování (zachování solidarity), který provádí VZP ČR na základě podkladů jednotlivých pojišťoven pod dozorem dozorčích orgánů VZP ČR.“ (Janečková, 2009, str. 134)

„Účelem přerozdělování je vyrovnat rozdíly, které jsou mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami jak na straně solventnosti plátců, tak na straně výše nákladů na úhradu zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění. Přerozdělování pojistného má za úkol udržet určitou míru solidarity pojištěnců s vysokými příjmy s pojištěnci s nižšími příjmy a dále pojištěnců zdravých s pojištěnci nemocnými.“ (VZP, 2013)

„Zákon č. 592/92 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění – s účinností od 1. 1. 1993 zavádí do praxe mechanismus přerozdělování v ČR. Kritériem přerozdělování je zde počet a věk pojištěnců. Cílem takto nastaveného přerozdělování bylo, aby se zabránilo zvýhodňování některé pojišťovny, způsobeného kumulací výhodných klientů. Kritériem pro přerozdělování byla stanovena nákladovost pojištěnců dle věku a pohlaví. Další legislativní normou upravující nově přerozdělování je vyhláška č. 644/2004, o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu (platnost od 1. 1. 2005). Nákladná péče je v úhradách zohledňována, a to pomocí nákladových

indexů, které zohledňují věk a pohlaví. Tato nákladná péče je hrazena prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění a zavedením fondu sdílení rizika. Tento fond pomáhá jednotlivým pojišťovněm lépe se vyrovnávat s extrémně nákladnými pojištěnci.“ (VZP, 2013)

„Správce účtu (VZP ČR) vypočte do 3 měsíců od převzetí vyúčtování celkové částky, na které mají jednotlivé zdravotní pojišťovny nárok, a porovná je s celkovou výší jim poskytnutých měsíčních zálohových plateb. Zjistí-li správce účtu rozdíl mezi nároky a výší zálohových plateb větší než 0,01 %, vypořádá tento rozdíl. K výpočtům se dojde součtem pojištěnců v každé skupině podle věku a pohlaví a vynásobí indexy těchto skupin.“ (ČPZP, Zdravotní pojištění, 2013, str. 169)

Pokud má jedna pojišťovna takto dominantní postavení a řídí ve své podstatě financování ostatních pojišťoven, nabízí se otázka, zda je nutné mít tolik pojišťoven a nebylo by efektivní mít pojišťovnu jen jednu centrální anebo pojišťoven méně.

3.5.1.2 Ostatní zdravotní pojišťovny v ČR

„Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní instituce, jejichž činnost se řídí zákonem č.51/1991Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně a č. 280/1992Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách.“ (ČPZP, Zdravotní pojištění, 2013, str. 169).

„Mezi zdravotními pojišťovnami dochází k přerozdělování příjmů. Míra přerozdělování se značně prohloubila a v roce 2005 došlo k přechodu na 100% přerozdělování pojistného na základě věku a pohlaví pojištěnců. Zajištění systému veřejného pojištění v ČR je založeno na několika mechanismech.“ (Němec, 2008, str. 192) „Prvním z mechanismů zajištění je tvorba fondů. Zdravotní pojišťovny vytváří a spravují tyto fondy: Základní fond, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond reprodukce majetku a popřípadě další jako fond prevence a jiné. Rezervní fond tvoří pojišťovny ve výši 1,5 % průměrných ročních výdajů, přičemž průměr se bere za poslední 3 kalendářní roky. Každá zdravotní pojišťovna má nárok na náhradu části

nákladů na zvlášť nákladnou péči o pojištěnce. Další formou zajištění je povinnost státu poskytnout Všeobecné zdravotní pojišťovně finanční návratnou výpomoc ve výši 50% prokázaného finančního deficitu z důvodu zvýšeného rozsahu poskytovaných hrazených služeb. O finanční pomoci rozhoduje vláda na návrh ministra zdravotnictví po dohodě s ministrem financí.“ (Němec, 2008, str. 193)

„Orgány pojišťovny jsou Správní rada a Dozorčí rada. Prostřednictvím těchto orgánů je zajištěna účast pojištěnců, pojišťovny, zaměstnavatelů pojištěnců a státu na řízení zdravotní pojišťovny. Členové orgánů jsou voleni nebo jmenováni na funkční období čtyř let. Správní rada rozhoduje o schválení zdravotně pojistného plánu, schválení účetní závěrky, jmenování a odvolání ředitele pojišťovny, schválení objemu úhrad poskytovatelům, použití prostředků rezervního fondu a další. Správní radu tvoří 10 členů jmenovaných vládou a 20 členů volených poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR. Dozorčí rada dohlíží na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů a na celkové hospodaření. Dozorčí radu tvoří 3 členové, které na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví jmenuje vláda, dále 10 členů volených poslaneckou sněmovnou parlamentu ČR. Kontrolu činnosti pojišťovny provádí Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s ministerstvem financí.“ (PSČR, 2013).

Tabulka 4: Pojišťovny v ČR a číselná označení k 1.1.2013

Číselné označení	Název pojišťovny
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
201	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
205	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
207	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
211	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky
213	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

Zdroj: Vlastní zpracování, data: JAROŠOVÁ, Úvod do komunitního ošetřovatelství, str.17

„Zdravotní péči uhrazují zdravotní pojišťovny na základě smluv s poskytovateli zdravotní péče. Základní atributy těchto smluv jsou dány takzvanými rámcovými smlouvami, které jsou výsledkem určité formy kolektivního vyjednávání (dohodovací řízení) mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci asociací poskytovatelů zdravotní péče. Výsledek dohodovacího řízení musí schválit Ministerstvo zdravotnictví, která posoudí dokument z hlediska souladu s právními předpisy a pak ji oficiálně vydá. Pokud k dohodě nedojde, pak Ministerstvo zdravotnictví určí ceny zdravotní péče samo opět prostřednictvím úhradové vyhlášky.“ (ČPZP, Zdravotní pojištění, 2013, str. 18)

3.5.2 Regulační poplatky jako příjem nemocnic v ČR

„Regulační poplatky jsou platné od 1.1.2008. Ti, kdo musí platit tyto poplatky, jsou občané ČR, účastníci veřejného zdravotního pojištění (zákonní zástupci), občané jiných států EU, kteří čerpají zdravotní péči na území ČR, tedy nejen turisté, ale i občané s bydlištěm v ČR a děti, jejichž rodič/živitel pracuje v zahraničí.“ (Arnoldová, 2012, str. 262)

Regulační poplatky jsou příjmem nemocnice, která regulační poplatky vybrala.

„Poskytovatel je povinen použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací. Výši vybraných regulačních poplatků jsou nemocnice povinny hlásit zdravotní pojišťovně. Poskytovatel je povinen regulační poplatek vybrat, jak je uvedeno v zákoně. Při zjištění porušení této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto poskytovateli uložit pokutu až do výše 1 000 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Opakované udělení pokuty poskytovateli je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb bez výpovědní lhůty.“ (ČPZP, Zdravotní pojištění, 2013, str. 17)

„Nutno zmínit, že od roku 2008 došlo k několika změnám ve struktuře vybíraných regulačních poplatků. V roce 2008 byly regulační poplatky za hospitalizaci ve výši 60 Kč – do 1.12.2011, za

recept se platilo za každou položku léku – do 1.1.2012 a v neposlední řadě nutno zmínit, že z placení hospitalizace byli vyjmuti novorozenci, a to hned zpočátku k 1.8.2008.“ (ČPZP, Zdravotní pojištění, 2013, str. 16)

Tabulka5: Regulační poplatky v nemocnicích v ČR 2013

Výše poplatku v Kč	Druh zpoplatněné zdravotní služby
30 Kč	za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření (praktický lékař, gynekologie, stomatologie, specializovaná ambulantní péče a návštěvní služba lékaře v oboru všeobecné praktické lékařství)
30 Kč	za návštěvu klinického logopeda či psychologa
30 Kč	za recept, na jehož základě došlo k výdeji prvního z předepsaných léčiv
90 Kč	za pohotovostní ošetření mezi 17 – 7 hod. všední dny a v sobotu, neděli a ve svátek a neplatí se, pokud dojde k hospitalizaci/přijetí
100 Kč	za hospitalizační den (první a poslední den se počítá jako jeden) od 1.1.2014 zrušen

Zdroj: Vlastní zpracování, data: JAROŠOVÁ, Úvod do komunitního ošetřovatelství, str.17

Regulační poplatky nehradí nemocnicím pojištěnci z dětských domovů, výchovných domovů, zdravotně postižení, při ochranných či povinných léčeních, při léčení infekčních onemocnění, pokud je pojištěnec v hmotné nouzi, při posuzování způsobilosti k odběru tkání a pojištěnci z domova pro seniory, pacienti při hemodialýze, při lůžkové péči o novorozence, při vyšetření lékařem poskytovatele transfúzní služby při odběru krve, plazmy či kostní dřeně a děti do dovršení 18 let věku. (Arnoldová, 2012, str. 266) (ČPZP, Zdravotní pojištění, 2013, str. 16)

„Zdravotnické zařízení je povinno na žádost pacienta vystavit doklad o výši zaplacených regulačních poplatků s razítkem a podpisem osoby, která poplatky přijala. Dle zákona je stanoven limit na výši zaplacených regulačních poplatků ve výši 30 Kč a započitatelných doplňků na léčiva za kalendářní rok. Udětido 18 let a osob starších 65 let je stanoven limit2500

Kč a u ostatních 5000 Kč. Nad tento limit jsou pojišťovny nuceny doplatit převyšující rozdíl.“ (Arnoldová, 2012, str. 267)

Zavedení regulačních poplatků bylo revoluční změnou v systému dosavadního systému financování a dnes je jisté, že spoluúčast pacienta je nutnou součástí financování systému a je jen otázkou, jak je efektivně koncepčně zpracovat. Pro nemocnice byl dominantním příjmem regulační poplatek za hospitalizaci ve výši 100 Kč, který byl bohužel od 1.1.2014 zrušen, což bude mít významný dopad na hospodaření nemocnic.

3.5.3 Další příjmy nemocnic v ČR

Dalšími příjmy nemocnice mohou být přímé platby od pacientů. Pokud nastane situace, že pacient nemá uzavřené zdravotní pojištění s žádnou zdravotní pojišťovnou v ČR (např. **cizinec bez průkazu pojištění**) je povinen uhradit poskytnutou péči v hotovosti nebo bezhotovostně v souladu s předpisy každé zdravotní instituce.

Dalším přímým zdrojem jsou **nadstandardní úkony**- vyplnění formulářů aj. dle sazebníku daného pracoviště (vyplnění úrazových pojistek, vyplnění formulářů pro školní účely aj.).

Dále jsou to platby za **nadstandardní pokoje**. Tedy nikoliv služby, ale pouze za vybavení pokoje a jeho využívání. Sazba je dle sazebníku pracoviště.

Další možností jsou **sponzorské dary**, a to finanční i hmotné, vždy jde o příjem daného pracoviště do rozpočtu. Nezanedbatelnou položkou jsou také **investiční a provozní dotace** od zřizovatele.

Nezanedbatelnými zdroji příjmů jsou také klinické **studie a granty**.

3.5.3.1 Platby nemocnicím v ČR za cizí státní příslušníky

Nemocnice se často setkává s pacienty cizí státní příslušnosti, které ošetřuje akutně i plánovaně, ale systém úhrady za takto poskytnutou péči je poněkud komplikovanější a záleží na řadě faktorů. V zásadě se nemocnice může setkat s několika případy, které jsou uvedeny v tabulce níže, a dle jednotlivého případu pak vykazuje poskytnutou zdravotní péči.

Tabulka 6: Způsoby úhrad za cizí státní příslušníky v nemocniční péči v ČR 2013

Stav cizince v ČR	Povinnost poskytovatele
cizinec má potvrzení o registraci vydaný pojišťovnou v ČR	poskytovatel nahlásí příslušné pojišťovně péči o jejího pojištěnce a péči vykáže výkonově
cizinec má průkaz, který dočasně nahrazuje Evropský průkaz zdravotního pojištění nebo má přímo Evropský průkaz zdravotního pojištění	poskytovatel vyplní tiskopis k tomu určený a péči vykáže výkonově
cizinec nemá žádný průkaz	při hospitalizaci se požádá vybraná pojišťovna (vybere sám cizinec nebo poskytovatel) o vystavení dočasného Evropského průkazu zdravotního pojištění, vykáže se péče výkonově, ale pojišťovna proplatí péči, pouze pokud je cizinec ve své zemi pojištěn a může dojít k vzájemnému vypořádání mezi pojišťovnami
cizinec se prokáže formulářem E112	vycestoval za specifickou péčí, a tudíž by mělo být předem dohodnuto nejen s poskytovatelem, ale i s pojišťovnou (limit hlášení 30000Kč), opět se vykazuje výkonově
cizinec zde bydlí a disponuje českým průkazem pojištěnce	stejně jako u občanů ČR

Zdroj: Vlastní zpracování, data:(CMU, 2013)

V EU platí evropský průkaz zdravotního pojištění, což je bezplatná karta, s níž vám bude během dočasného pobytu v kterékoliv z 28 zemí EU, na Islandu, v Lichtenštejnsku, Norsku a Švýcarsku (státy Evropského hospodářského prostoru) poskytnuta nezbytná lékařská péče ve státním lékařském zařízení, a to za stejných podmínek a za stejnou cenu (v některých zemích zdarma)

jako lidem pojištěným v dané zemi (Poskytování zdravotní péče v rámci Evropské unie je upraveno nařízením EP a Rady č. 883/04 a 987/09. (CMU, 2013)

„Mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení jsou postaveny na jiných principech, než dosud platné Dohody o bezplatné zdravotní péči sjednané před rokem 1989. Zatímco na základě předrevolučních dohod platí péči poskytovanou občanům smluvních států na území ČR Ministerstvo zdravotnictví ČR, nově sjednávané Smlouvy o sociálním zabezpečení jsou postaveny na principu pojištění. To znamená, že péči poskytovanou cizímu pojištěnci na území ČR hradí jeho zahraniční pojišťovna. Českému zdravotnickému zařízení ji však v první fázi uhradí česká zdravotní pojišťovna, která si později takto vzniklé náklady s cizí pojišťovnou vypořádá. V současné době platí Smlouvy o sociálním zabezpečení s Černou Horou, Chorvatskem, Makedonií, Srbskem a Tureckem.“ (CMU, 2013)

„Dále však ČR uzavřela bilaterální dohody s dalšími zeměmi mimo EU, podle kterých se vzájemně poskytuje bezplatná nutná a neodkladná zdravotní péče osob z těchto států. V tomto případě jde o turisty, diplomaty a cizí státní občany. Seznam mezinárodních smluv o péči o cizí státní příslušníky je vyvěšen na webu Ministerstva zdravotnictví a je aktualizován.“ (MZCR, Mezinárodní bilaterální smlouvy, 2013)

„Zdravotní pojišťovny ČR poskytují takzvané výpomocné hrazení nákladů, což znamená hrazení nákladů zdravotní péče poskytovateli ve státě pobytu nebo bydliště místní smluvní pojišťovnou, přestože jde o pojištěnce jiného státu. Pojišťovna ve státě léčení v zásadě dočasně přebírá roli zahraniční pojišťovny dané osoby. Náklady posléze vyúčtuje národnímu styčnému orgánu, který je uplatní ve státě pojištění. V konečné fázi jsou takto výpomocně vynaložené náklady výpomocné pojišťovně uhrazeny.“ (MZCR, Mezinárodní bilaterální smlouvy, 2013)

„V ČR je styčný orgán pro oblast zdravotního pojištění cizinců „CMU“, které mají web, kde jsou vyvěšeny aktuální informace. Mimo jiné také sleduje počty ošetřených cizinců a celkové výdaje na ošetření. Každoročně vydává ročenku s podrobnou analýzou. Dle těchto údajů bylo v roce 2012 ošetřeno 100 355 cizinců, z toho největší podíl tvoří občané Slovenské republiky a Německé republiky.“ (MZCR, Mezinárodní bilaterální smlouvy, 2013)

Azylantům je dle zákona č. 48/1997 Sb. poskytována zdravotní péče bezplatně.

3.5.3.2 Studie a granty jako specifické příjmy nemocnic ČR

Nemocnice je hospodářský subjekt, který má hospodařit se svými prostředky co nejefektivněji. Pokud je vytvořen zisk, je použit k rozvoji organizace. Proto vedle poskytování léčebné péče poskytuje i další služby, za které jí plynou vedlejší příjmy z hospodářské činnosti. Jsou to nejčastěji pronájem prostor a prodej služeb (např. jídelna, prádelna, lékárna aj.).

Mimo tyto výše uvedené zdroje plynou nemocnici příjmy ještě dále z dotací od zřizovatele (investiční nebo provozní), sponzorské dary (hmotné, finanční), granty a klinické studie.

Klinické studie se týkají výzkumu léčiv, jejichž cílem je stanovení optimální dávky a prokázání jejich účinnosti a bezpečnosti. Zadavatelem je většinou farmaceutická firma, která vyvíjí a testuje nový lék. Testování před klinickými zkouškami musí projít standardními předepsanými zkouškami v laboratořích a na zdravých dobrovolnících. Provádějí je řádně vyškolení pracovníci s příslušnou kvalifikací a zkušenostmi v souladu s legislativními podmínkami. Klinická studie musí být předem schválena po odborné i etické stránce SÚKL (Státní ústav kontroly léčiv) a Etickou komisí. Farmaceutická firma nebo vědecké pracoviště požádá příslušné pracoviště o povolení klinické studie. Zadavatel dodá podklady pro klinickou studii v podobě jasně definovaného protokolu. Zadavatel taktéž zajistí veškerý spotřební materiál a eventuálně i specifické technické vybavení pro potřeby klinického hodnocení. Obdobně je jasně definováno provedení a financování komplementárních vyšetření, která jsou zpravidla prováděna centrálně mimo zdravotnické zařízení a jsou hrazena z rozpočtu studie. Během klinické studie se vede dodaná dokumentace, kde se vyhodnocují účinky léčiv. Pacienti jsou plně informováni, podepisují souhlas a až po ukončení studie a vyhodnocení výsledků je zaplácena provedená práce a platba je rozdělena spolupodílejícím se pracovníkům a pracovišti, kde studie probíhala v poměru 50:50.

Další možnosti finančních zdrojů jsou pro oddělení granty. Granty (někdy také projekty) jsou vyhlašovány různými agenturami a ve své podstatě se dají rozdělit na národní a nadnárodní. Národní jsou například Grantová agentura České republiky, ČEZ aj. a nadnárodní jsou například Norské fondy, fondy z EU a další. Grant, nebo-li projekt, je veřejně vyhlášen, jsou zadána

kritéria, mohou se do výběrového řízení přihlásit všichni, kdo splňují předepsané podmínky. Po uzavření přihlášek se vybere z přihlášených dle kritérií několik institucí, kterým je grant poskytnut spolu s finančními prostředky na realizaci. Granty jsou možností, jak získat na pracoviště nemalé finanční prostředky. Například Thomayerova nemocnice (TN) každoročně získá několik grantů, z jejichž prostředků se financuje obnova či provoz jednotlivých pracovišť. V roce 2009 získala Thomayerova nemocnice z Norských fondů 19 milionu Kč na přístrojové vybavení k rychlé diagnostice tuberkulózy plicní i urogenitální. V roce 2012 bylo v TN řešeno celkem devět výzkumných projektů financovaných IGA (mezinárodní grantová agentura) MZČR, šest vědeckých projektů jiných českých grantových agentur a dva projekty financované ze zahraničí. Celkově bylo na vědecké projekty v roce 2012 vynaloženo (profinancováno) 7,5mil Kč. Dále byly realizovány tři projekty OPPA (Operační program Praha Adaptabilita – financován z Evropského sociálního fondu (ESF) – financuje vzdělávání, lidské zdroje a školy s cílem zlepšit život Pražanům) a jeden projekt OPVK (Operační program vzdělávání pro konkurenceschopnost v období 2007-2013 – financuje ESF prostřednictvím Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy).

3.6 Úhradová vyhláška v ČR

„Na základě zmocnění obsaženého v § 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. (dále jen zákon) vydává MZ vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro příslušný kalendářní rok (dále jen úhradová vyhláška).“ (MZCR, Úhradová vyhláška, 2013)

„Dle statistických dat se podmínky financování zdravotnictví nadále zhoršují. Dle modelace MZ budou příjmy veřejného zdravotního pojištění v roce 2013 o 3,3 miliardy nižší než v roce 2012. K udržení bilanční rovnováhy systému veřejného zdravotního pojištění je nutné dodržet rovnost

příjmů a výdajů. Vyhláška pro rok 2013 je restriktivnější než v roce 2012 a snaží se zabránit nadprodukcí nepotřebné péče. Základní parametr výše úhrad pro rok 2013 je sazba 98 % referenčního období, což je rok 2011 s výraznou degesí nad tento objem. Druhým parametrem je koeficient zohledňující regionální změnu počtu pojištěnců jednotlivých zdravotnických pojišťoven (koeficient v přílohách úhradové vyhlášky).“ (MZCR, Úhradová vyhláška, 2013)

„V oblasti akutní lůžkové péče se použije složený způsob úhrady, a to z individuálních složek úhrady (tzv. balíčky vyčleněné z DRG, které se smluvně dohodnou na výši úhrady mezi poskytovatelem a pojišťovnou, další část individuální úhrady představuje úhrada léčivých přípravků v centrech specializované péče), úhrady za případový paušál DRG, úhrady za péči vyjmutou ze systému úhrady za případový paušál a úhrady za ambulantní péči.“ (MZCR, Úhradová vyhláška, 2013)

„Každý rok probíhá takzvané dohodovací řízení, kde se poskytovatelé a zřizovatele sejdou se zdravotními pojišťovnami a dohodují podmínky úhrad pro další období. V roce 2012 probíhalo dohodovací řízení, které skončilo 21.8.2012. V segmentu lůžkové péče a ani v segmentu ambulantní péče nebylo však dosaženo dohody mezi poskytovateli a pojišťovnami, proto úhradovou vyhlášku vydalo Ministerstvo zdravotnictví, která vyšla ve sbírce zákonu k 31.12.2012. Celostátní technická základní sazba byla stanovena na 29 500 Kč a cílem je do 4 let tuto sazbu nastavit pro všechna zařízení. Byl nastaven systém přibližování o 25% každý rok.“ (MZCR, Úhradová vyhláška, 2013)

Celostátní technická základní sazba je finanční obnos, který by měl provozovatel zdravotní péče obdržet při relativní váze (individuálně vypočtená hodnota případu) ve výši 1,00. V současné době mají poskytovatele různé individuální základní sazby, dle kterých dostávají úhrady za poskytnutou péči. Za zcela stejné výkony u různých poskytovatelů jsou jiné výše úhrad. MZ chce docílit, aby za stejné výkony o stejných nákladech dostávali poskytovatelé od všech pojišťoven stejné úhrady.

3.7 Úhradové mechanismy zdravotní péče v ČR

„Zatímco financování zdravotní péče vypovídá o způsobu získávání finanční prostředků, pojem úhradové mechanismy označuje způsob, jakým jsou konkrétně hrazeny finanční prostředky za zdravotní péči poskytovatelům těchto služeb.“ (Malina, 2013, str. 49) Základním hlediskem pro rozdělení mechanismů úhrady je předmět úhrady, což v nemocniční péči může být spotřeba materiálu a léků nebo objem poskytnuté péče (jeden dílčí výkon, návštěva v ambulanci, jeden den pobytu nebo celý pobyt v nemocnici). Úhrady lze takto rozdělit na platby za jednotlivý výkon, platby za komplex výkonů, kapitační platby, rozpočet. (Němec, 2008, str. 87)

Způsoby financování zdravotní péče se již řadu let upravují se snahou tento systém co nejlépe ekonomicky stabilizovat. V posledních letech se hodně diskutuje zavedený systém vykazování zdravotní péče DRG.

3.7.1 DRG

„DRG bylo v ČR plošně využito poprvé v roce 2007. Konkrétně byl zvolen International – Refined Diagnosis Related Group (IR-DRG), tj. skupina vztažená k diagnóze, který byl částečně adaptován na podmínky českého zdravotnictví. V 90. letech byla platba za výkon (někdy také tzv. bodový systém) a pak v roce 1997 tzv. paušální úhrady. Úhrada v aktuálním období se srovnávala s některým z předchozích období a navýšení či snížení se pohybovalo v jednotkách procent. Jelikož však náklady na zdravotní péči neúprosně rostly a pojišťovny by nemohly udržet financování tímto tempem, byl vyvinut nový systém na základě přísné klasifikace diagnóz, hospitalizačních dnů a komplikací a také značné restriktce a omezení v objemu poskytnuté zdravotní péče.“ (Šedó, 2012, str. 15)

V roce 2009 byl využíván systém DRG, pak v roce 2011 byl používán systém paušální platby, ale od roku 2012 se opět zdravotní péče začíná platit systémem DRG, výkonu a diagnóze

komplikací vyskytnuvších se při hospitalizaci. Proto letos je větší problém s přepočtem úhrad, kdy referenčním obdobím je právě rok 2011.

„DRG klasifikuje případ na základě hlavní diagnózy do jedné z 25 hlavních diagnostických kategorií (MDC Major Diagnostic Categories). Hlavní kategorie se dále dělí na celkem 319 DRG bází.“ (Němec, 2008, str. 87) Každá báze se pak obvykle dělí na tři DRG skupiny podle komplikovanosti případu.

Systém zařazování případů do jednotlivých DRG skupin je dosti složitý, a proto byl vyvinut software pod názvem Grouper, který usnadňuje zdravotnickým zařízením vykazovat zdravotní péči v systému DRG pro pojišťovny. Licenci na používání softwaru má Ministerstvo zdravotnictví a po obdržení licence jej může poskytovatel zdravotní péče využívat. Tento systém vyžaduje zadávání jednotlivých případů přímo pod čísla jednotlivých diagnóz, zadává se i spotřebovaný materiál, délka hospitalizace, věk pacienta atd. a Grouper zařadí případ do příslušné DRG báze s příslušnou relativní váhou. Licence je poskytována bezplatně a smí být používána pouze k vykazování zdravotní péče a musí být dodržovány podmínky licence pod hrozbou pokuty 50 tisíc Kč. (MZCR, Způsoby úhrad zdravotní péče, 2013)

Řada nemocnic má vnitřní informační systém automaticky s Grouperem propojen a uživatel pracuje v systému, který dobře zná a nemusí zaměstnance školit pro nový software.

Základní pojmy, které v systému DRG jsou používány jsou: již zmíněné **MDC**, relativní váha (**RV**), Case mix (**CM**), základní sazba (**ZS**), **Average length of stay(ALOS)** – průměrná délka hospitalizace, dále **LTP**-Low Trim Point a **http** Half Prim Point, neboli dolní a horní mez hospitalizace a nakonec **ZÚM**, **ZÚLP** (zvláště účtovaný materiál a zvláště účtované léčivé přípravky).

- Úhradová vyhláška pro rok 2013 rozděluje hospitalizační případy dle náročnosti do segmentů **Alfa, Beta a Gama**. Tyto segmenty jsou hrazeny různě, Alfa se hradí přes DRG systém a Beta, Gama výkonově (bodově ohodnoceno).
- **Relativní váha** je bezrozměrné číslo, které vyjadřuje průměrnou nákladovost konkrétní DRG skupiny ve srovnání s ostatními skupinami. Relativní váhy jsou normovány

a vyjadřují tedy relativní nákladovost DRG skupiny oproti teoretické skupině s relativní váhou 1. Relativní váhy pro rok 2013 vypočítalo Národní referenční centrum na základě skutečných nákladů několika referenčních nemocnic.

- **Case mix** je součtem RV jednotlivých hospitalizačních případů.
- **Základní sazba** je váženým průměrem technické základní sazby (TZS) a individuální základní sazby (IZS).
- **Individuální základní sazba (IZS)** je vypočtena dle referenční výše úhrad referenční produkce (celková úhrada dělená celkovou produkcí)
- **Technická základní sazba (TZS)** je stanovena v úhradové vyhlášce pro rok 2013 ve výši 29500Kč.
- **ALOS** je dána u každé DRG skupiny v rozmezí od do (dolní a horní mez) a udává se ve dnech. Pokud se jakkoliv délka hospitalizace vymkne rozmezí ALOS, je pak hrazena poměrně nižší či vyšší relevantní váhou.
- Průměrná úhrada za **ZÚM a ZÚLP** je opět dána pro každou DRG skupinu v rozmezí od do a udává se v Kč. Pokud se náklady na ZÚM, ZÚLP vymknou rozmezí, průměrné úhrady pak jsou hrazeny poměrně nižší či vyšší relativní váhou.

Výsledné relativní váhy všech případů určitého zdravotnického zařízení se sečtou = Case-Mix (CMI) a násobí se takzvanou individuální základní sazbou (IZIS); výsledná hodnota je částka, která by měla být pojišťovnou zaplacená za vykonanou zdravotní péči. (Šedó, 2012, str. 17)

Ovšem tímto výpočet končí, pouze pokud hospitalizace splňuje předepsaná kritéria ohledně délky hospitalizace a spotřebovaného materiálu a léčebných prostředků. Pokud nikoliv, výpočet se komplikuje, a proto se opět využívá softwaru, který upraví relativní váhu dle kritérií, která jsou přesně definována v definičním manuálu vydávaném Národním referenčním centrem (NRC). (Šedó, 2012, str. 17)

Základem úspěšného a efektivního využívání systému DRG je přesné a pravdivé kódování jednotlivých případů. Je však otázkou, zda se tak bude dít, pokud je ze stran zdravotních pojišťoven a státu nastaven systém úhrad závislý na regulačních omezeních v poskytování zdravotní péče pomocí výkaznictví přes DRG.

„Celková úhrada za lůžkovou akutní péči se vypočte jako objem produkce (tzv. casemix) vynásobený hodnotou jednotky produkce tzv. základní sazbou. Vzhledem k finanční situaci se stanovuje horní limit na výpočet **redukovaného casemixu** (CM_{red}), a to jako minimum z následujících možností:

- objem produkce měřený dle produkce v rámci systému DRG v hodnoceném období,
- objem produkce měřený podle produkce v rámci systému DRG v referenčním období násobený koeficientem 0,95 a koeficientem přechodu pojištěnců,
- objem produkce měřený dle produkce v rámci systému DRG v hodnoceném období vynásobený změnou průměrné vážnosti případu v referenčním období a počtem případu v hodnoceném období.“ (Šedó, 2012, str. 17)

Zdravotní pojišťovny a poskytovatelé provedou tento výpočet a vyberou nejnižší hodnotu tzv. redukovaného casemixu (CM_{red}). Tato hodnota se pak vynásobí základní sazbou a výsledkem je úhrada, kterou poskytovatel obdrží. V zájmu stability financování byl zaveden risk-koridor, kdy celková úhrada spočtená podle předchozí věty nemůže klesnout pod 102 % a nemůže překročit 107 % redukovaného casemixu násobeného individuální základní sazbou. (MZCR, Způsoby úhrad zdravotní péče, 2013)

Ambulantní složka úhrady obsahuje také dolní i horní risk - koridor. Ten stanoví, že za dodržení určitých podmínek neklesne poskytovateli úhrada pod 94% a nepřekročí 101% úhrady v referenčním období. Hodnota bodu pro zvláštní ambulantní péči je stejná jako v roce 2012, a to 0,95 Kč. Limit úhrady zvláštní ambulantní péče poskytované ve zdravotnických zařízeních, po jehož překročení je bod hrazen degresní sazbou, je stejný, a to 100 %. U ambulantních služeb se snižuje hranice pro uplatnění snížené hodnoty bodu ze 100 % na 98 % referenčního období (v zájmu regulace nadprodukce). (MZCR, Grouper definiční materiál pro rok 2013, 2013)

3.7.2 Ostatní úhradové mechanismy

Úhradové mechanismy v ČR se neustále vyvíjí a zdokonalují, přičemž je v posledních letech definuje a řídí úhradová vyhláška MZČR. Poslední léta se snaží úhradový mechanismus sjednotit přes úhradový mechanismus DRG, který se zatím nejvíce používá v nemocniční péči, pro ostatní druhy zdravotní péče se využívají jiné metody.

„Úhradové mechanismy využívané v ČR:

- **Platba za výkon** – platba za provedený výkon a bodové ohodnocení výkonu. Dochází k ní mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnou bez účasti pacienta nebo s jeho finanční účastí např. regulační poplatky.
- **Platba za diagnózu (DRG)** – dochází k platbě za soubor služeb u jednoho pacienta za jednu epizodu nemoci a ošetření.
- **Platba za ošetrovací den** – podle kategorie nemocného se hradí náklady na terapii jednoho pacienta za jeden den.
- **Kapitační platba** – platba za registrovaného pacienta bez ohledu na to, zda došlo k léčbě. Tento způsob je odstupňován podle věku a pohlaví pacienta. Kapitační platba je vhodná především pro praktické lékaře.
- **Účelový paušál** – je roční platbou lékaři nebo nemocnici na provoz, zařízení, nezbytné investice apod. Je odstupňován dle specializace lékaře, počtu lůžek a kategorie nemocnice.
- **Bonifikace** – účelově vázaná platba, zahrnuje odměnu za dosažení určitého cíle ekonomického nebo medicínského. Jedná se o takzvaný doplňkový typ financování.“ (Duková & Duka, 2013, str. 181)

Většina nemocniční péče je v roce 2013 hrazena podle úhradové vyhlášky MZ (DRG, výkony s bodovými hodnotami, hospitalizační den- lůžka následné péče), zbytek je hrazen paušálně.

Úhradová vyhláška je velmi kritizovaným dokumentem ze strany poskytovatelů zdravotní péče a v roce 2013 skončil tento dokument u Ústavního soudu ČR.

3.8 Úhrada lůžkové péče v ČR

„Úhrada lůžkové péče pomocí případového paušálu v roce 2013 je ovlivněna objemem a skladbou skutečně poskytnutých hrazených služeb. Zohledňuje se produkce referenčního období, technická základní sazba, která je jednotná pro všechny poskytovatele i zdravotní pojišťovny, individuální základní sazba, která se stanoví na základě hodnot v referenčním období pro jednotlivé poskytovatele zdravotních služeb a smluvní zdravotní pojišťovnu, přechody pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami, změnami struktury hospitalizovaných pojištěnců a změnami počtu hospitalizovaných pojištěnců dle případového paušálu. Novinkou je také nastavení horního limitu na výpočet redukovaného casemixu (CM_{red}), který je omezen 95% produkce referenčního období.“ (MZCR, Grouper definiční materiál pro rok 2013, 2013).

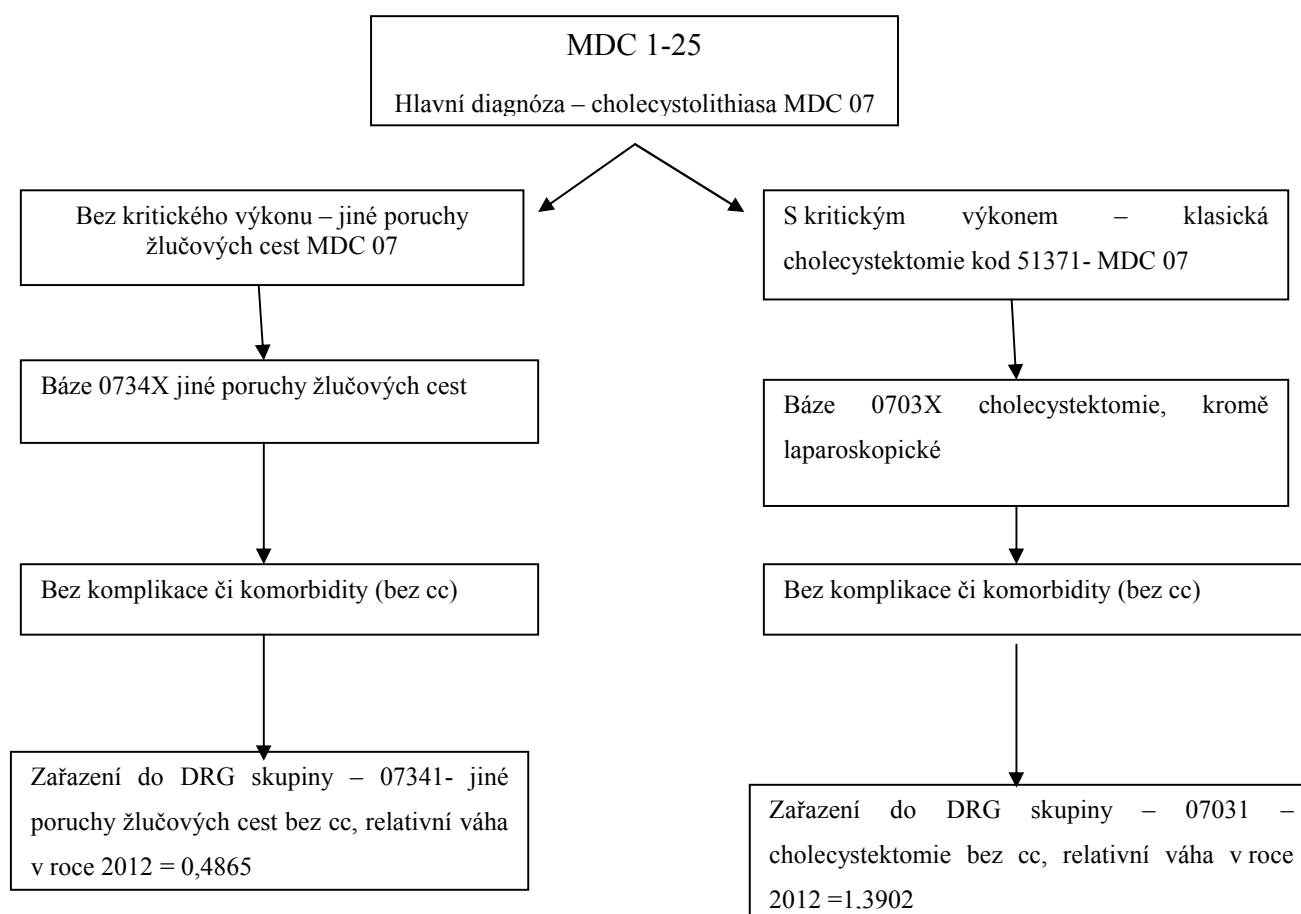
„Na celkovou úhradu je aplikován tzv. risk koridor, který zajistí, že úhrada žádnému poskytovateli lůžkových zdravotnických služeb neklesne pod 102% celkové úhrady při stejném objemu péče jako v referenčním období.“ (MZCR, Grouper definiční materiál pro rok 2013, 2013)

Lůžková následná péče je hrazena prostřednictvím hodnoty ošetřovacích dnů jako v minulých letech – 100%. (MZCR, Grouper definiční materiál pro rok 2013, 2013)

3.9 Zaúčtování hospitalizačního případu dle DRG

Nyní bude přiblížen systém DRG, který je velmi diskutován a který je nyní využíván k vykazování nemocniční péče pro pojišťovny.

Graf 1: Modelové stanovení relativní váhy konkrétního příkladu v systému DRG



Zdroj: Vlastní zpracování, data: (Šedó, 2012)

Pro lepší představu je zde modelován ukázkový příklad správného zařazení do jednotlivých DRG skupin a stanovení konečné relativní váhy dle komplikací a při hospitalizaci bez komplikací. Při

TS 29500 dle úhradové vyhlášky by za tyto dva průběhy hospitalizací (berme v úvahu, že neznáme ovlivňující data délky hospitalizace ZUM, ZULP aj.) byly sumy tyto: 0,4865 x 29 500, 1,3902 x 29500 tedy 14 351,75 Kč a 41 010,90 Kč (druhá suma je 2,85 krát vyšší!!). Dle jednotlivých variant je dobře vidět, jak je důležité dobře zařadit hospitalizační případ dle DRG a získat správnou RV.

3.10 Ústavní stížnost na úhradovou vyhlášku

Dne 25.3.2013 podalo 39 senátorů k Ústavnímu soudu návrh na zrušení tzv. Úhradové vyhlášky, který na podkladě Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN), vypracovala Česká lékařská komora (ČLK).

Jako hlavní důvody jsou uvedeny nerovnost, nepředvídatelnost (netransparentnost) a neufinancovatelnost. Nerovností se míní redukce úhrad za péči o náročné pacienty. Podle vyhlášky za identickou péči obdrží stejný poskytovatel odměnu ve výši pouze 30% řádné běžné úhrady, která nestačí pokrýt vstupní náklady, pokud tento poskytovatel překročí objem smlouvené péče. Překročit jej bude muset často, má-li postupovat lege-artis. Dalším projevem je pokles úhrad za neodkladnou péči, kterou je povinen poskytnout každý poskytovatel a je zpravidla nepoměrně dražší, avšak je ohodnocena o 25% méně než zcela stejné zdravotní výkony, které nejsou neodkladnou péčí. Jako další důvod se uvádí nepředvídatelnost a netransparentnost. Poskytovatel zdravotních služeb se dozví až v pololetí roku 2014, jaké jsou skutečné ekonomické výsledky a jaká bude skutečná úhrada od ZP. Instrukce však nemůže svým jednáním nijak ekonomickou situaci ovlivnit. Vyhláškou jsou dány regulační limity na počty ošetřených, na počty diagnóz, limity na léky aj. Výše uvedené limity však nemůže poskytovatel ovlivnit při poskytování péče lege-artis. Posledním uváděným důvodem je neufinancovatelnost. Zatímco zákon č.48/1997 Sb. v paragrafu 13 odstavec 1 zaručuje pojištěncům zdravotní péči na úrovni dostupných poznatků lékařské vědy, ve skutečnosti takovou péči nemohou všechny instituce poskytnout kvůli vysokým nákladům, nedostatku finančních prostředků i kvůli regulacím

v úhradové vyhlášce. Zatímco ceny vstupů včetně DPH se zvýšily, úhrada poskytovatelům se snižuje, omezuje a reguluje. Navrhovatelé zastávají názor, že MZ ČR vydáním úhradové vyhlášky porušilo zákon svévolí a libovůlí a porušilo zároveň zásady předvídatelnosti práva. MZ ČR úhradovou vyhláškou pro rok 2013 snížilo úhradu téměř ve všech segmentech, přičemž bylo předvídatelné, že v roce 2013 náklady provozovatelů jistě porostou ať už v důsledku růstu DPH nebo navýšením dalších složek nákladů (energie, osobní náklady aj.). (ACMN, 2013)

Ústavní soud mimo již zmíněnou problematiku projednával zákonnost dalších aspektů v systému poskytování zdravotní péče v ČR. Nálezem Ústavního soudu ze dne 2. 7. 2013 zrušil část zákona o veřejném zdravotním pojištění. Ústavní soud zrušil regulační poplatky za hospitalizační den ve výši 100 Kč, což bude mít nemalý dopad do systému financování nemocnic. Dále zrušil rozdělení péče na standardní a nadstandardní, a to zejména proto, že podmínky stanovuje pouze podzákonný předpis – vyhláška. Také zde zdůrazňuje, že pacient je na slabší straně a lékař by měl vždy hájit zdraví pacienta a poskytnout adekvátní léčbu ze systému veřejného zdravotního pojištění. Poslední část Ústavního nálezu se týká sankcionování poskytovatelů zdravotních služeb ze strany pojišťoven, kdy provozovatele jsou v nevýhodném postavení a sankční postihu není pro provozovatele nijak vyváжено. (Holcát, 2013)

4 FINANCOVÁNÍ VYBRANÉHO ZDRAVOTNICKÉHO SUBJEKTU

4.1 Charakteristika vybraného zdravotnického subjektu

Za zdravotnický subjekt byla vybrána Thomayerova nemocnice, se sídlem Praha 4, Vídeňská 800. Zřizovatelem je MZ. V říjnu letošního roku 2013 oslavila Thomayerova nemocnice 85 let od svého založení. Nemocnice byla založena již roku 1928 původně jako ústav sociální péče Masarykovy domovy. Ve své době patřily k velmi dobře a kvalitně vybavenými zařízením. Zařízení po druhé světové válce sloužilo již jako nemocnice, která měla vlastní kotelnu, kuchyni, pekárnu, řeznictví, chladicí box, skleníky, ovocné sady, chov vepřů i hovězího dobytka, dokonce i bazén k rehabilitaci. Lůžková kapacita v roce 1938 byla přibližně 3250 lůžek a počet všech zaměstnanců byl 480. V době druhé světové války sloužily jako vojenský lazaret. Po druhé světové válce byly předány do péče československého podplukovníka MUDr. Gustava Košťála, který provozoval již nemocniční péči. K 30.6.2013 bylo v TN 1179 lůžek včetně LDN, celkem 2 348 zaměstnanců, z toho 436 lékařů, 4 zubaři, 21 farmaceutů, 1 111 zdravotních sester (porodních asistentek, záchranářů, laborantů), 14 psychologů, logopedů, absolventů přírodních věd, 73 specialistů, 330 zdravotníků pod dohledem (sanitářů, zdravotničtí asistenti), 253 THP a 106 dělníků.

Pro praktickou část bylo vybráno Urologické oddělení, které je v pavilonu B4. Urologické oddělení má standardní oddělení, ambulantní část a péči na JIP. Dále disponuje dvěma moderně vybavenými sály. Počet standardních lůžek je 30, z toho 6 lůžek nadstandardních a 4 lůžka intenzivní péče. Odbornou péči zajišťuje tým lékařů, který pracuje nepřetržitě. Pracují na ambulancích, na oddělení, na JIP i na sále. Dále lékaři chodí na konziliární vyšetření na vyžádání jakéhokoliv pracoviště nemocnice, na nutné vyšetření pacienta pro urologické potíže. V roce 2010 proběhla rozsáhlá rekonstrukce sálu a výstavba zcela nového oddělení JIP. Po renovaci je oddělení JIP moderně vybaveným pracovištěm, kde byl také vybudován zvláštní box pro infekční pacienty. Modernizace sálu byla velmi potřebná a posunula oddělení urologie dopředu. Na moderně vybavených sálech s využitím moderních technologií a s kompletním RTG zázemím se provádějí operace na vysoké odborné úrovni. Spektrum prováděných otevřených operací je

kompletní včetně náročných onkologických operací (včetně náhrad močového měchýře po jeho radikálním odstranění, radikálním odstranění prostaty a včetně rekonstrukcí močové trubice). Na operačních sálech jsou rovněž prováděny laparoskopické operace prostaty, ledvin, nadledvin a celého močového traktu. Pro rok 2014 je plánována další rekonstrukce, tentokrát standardního oddělení. Nejprve byl analyzován stav financování celého zdravotnictví v ČR od roku 2006 se zaměřením na financování lůžkové péče v ČR dle dostupných dat z ČSÚ. Nakonec bylo zanalyzováno financování vybraného pracoviště.

4.2 Zdravotní péče v ČR

Výdaje do zdravotnictví vyjádřené jako podíl z Hrubého domácího produktu (HDP) se podařilo v posledních letech snížit a tempo růstu zpomalit. Ve vyjádření v absolutních číslech v posledním roce 2012 opět rostou.

Tabulka 7: Celkové výdaje na zdravotnictví v ČR v období 2007-2012 (mil. Kč)

Položky výdajů	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Veřejné výdaje	206 565	218 719	243 692	243 281	242 408	246 018
<i>z toho rozpočtové výdaje resortů a územních orgánů</i>	22 851	21 439	26 034	20 781	16 863	15 647
<i>Poměr zastoupení výdajů státu a územních orgánů k celku</i>	9,45%	8,10%	8,93%	7,19%	5,84%	5,35%
<i>z toho zdravotní pojišťovny</i>	183 713	197 280	217 658	222 500	225 545	230 371
<i>poměr zastoupení zdravotní pojišťovny na výdajích k celku</i>	75,90%	74,50%	74,60%	76,90%	78,10%	78,70%
Soukromé výdaje	35 370	45 801	47 954	45 754	46 376	46 719
<i>poměr zastoupení soukromých výdajů k celku</i>	14,61%	17,31%	16,44%	15,80%	16%	16%
Výdaje celkem	241 935	264 520	291 646	289 035	288 784	292 737
Podíl z HDP	6,6 %	6,9 %	7,8 %	7,7 %	7,6 %	7,63 %

Zdroj: Vlastní výpočty a zpracování, data: ČSÚ

Růst výdajů v poměru k HDP byly nejvyšší v letech 2008 a 2009, kdy se odrazil vliv uzákonění spoluúčasti pacienta, a tím se zvýšily výdaje soukromé, které však další roky již klesají. Poslední roky lze pozorovat zvyšující se podíl výdajů zdravotních pojišťoven v poměru k celkovým výdajům za zdravotní péči.

Zvyšující se výdaje na zdravotní péči, kterou nejvíce hradí zdravotní pojišťovny, způsobily, že se většina pojišťoven potýká s nedostatkem financí, mají negativní hospodářský výsledek a zdravotní péči musí hradit z rezervních fondů. Mimo jiné také z tohoto důvodu vydalo Ministerstvo zdravotnictví restriktivnější úhradovou vyhlášku pro rok 2013, která měla docílit úspor, což se nepodařilo, a i když pojišťovně na jedné straně pomohla, na straně druhé dostala řadu zdravotnických organizací do finanční tísně.

Pro rok 2013 byla MZ vydána restriktivnější úhradová vyhláška s cílem snížit výdaje na zdravotní péči. Tohoto cíle se dosáhnout nepodařilo a navíc úhradová vyhláška dostala řadu nemocnic do finanční krize.

Dle dat z ÚZIS (příloha č. 4) jsou výdaje ekonomicky vyspělých zemí na zdravotní péči ve vyjádření k poměru HDP vyšší než v méně vyspělých zemích. Průměr zemí EU tvoří výdaje do zdravotní péče 9% z HDP. Například Slovensko přispívá do zdravotnického systému z HDP 9 %, Velká Británie 9,6%, Německo a Francie 11,6 % a Česká Republika 7,6 %, což je ve srovnání s okolními státy nejméně.

Podíl soukromých výdajů, veřejných rozpočtů a výdajů ze zdravotního pojištění je v okolních státech značně rozdílný. Například ve Slovensku, které má systém zdravotní péče obdobný jako ČR je rozdělení celkových výdajů do zdravotnictví následovně: 7 % veřejné rozpočty, 67 % zdravotní pojištění a 24 % soukromé výdaje. Oproti ČR má silnější zastoupení soukromých výdajů i výdajů ze státního rozpočtu. V některých státech existuje systém zdravotního připojištění, které také do jisté míry hradí část výdajů ve zdravotní péči a může být do budoucna jednou z možností řešení problému ve financování (Německo 10%, Francie 14% - příloha č.5). (ÚZIS)

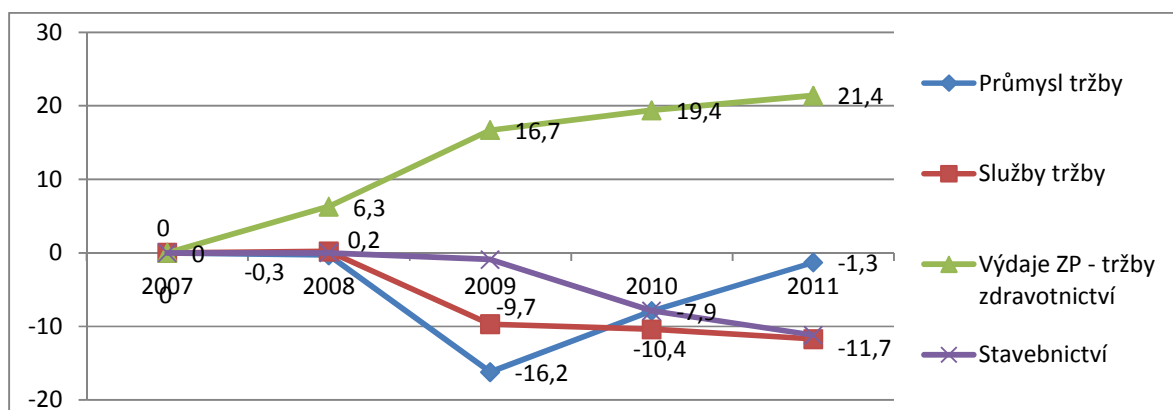
Tabulka 8: Vývoj HDP v ČR v období 2005-2012 (mld. Kč.)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
HDP	3 116	3 353	3 663	3 848	3 739	3 775	3 808	3 844
Meziroční změna %		7,6	9	5	-2,9	0,9	0,8	0,9

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty, data ČSÚ

V tabulce je vidět, že tvorba HDP v roce 2009 klesla a dále již mírně opět stoupá, což je obraz proběhlé hospodářské krize, která se dotkla všech segmentů trhu. Ve zdravotnictví se krize promítla trochu jinak než v ostatních segmentech a na grafu je vidět oproti ostatním segmentům rostoucí tržby ve zdravotnictví, což jsou vlastně rostoucí výdaje plátců do systému, tedy rostoucí výdaje pojišťoven. Rostoucí výdaje pojišťoven a klesající příjmy způsobily pojišťovnám problémy v hospodaření.

Graf 2: Změna tržeb ve vybraných odvětvích v ČR v období 2007- 2011 (v %)



Zdroj: Vlastní zpracování, data: MZ ČR (výdaje na zdravotnictví rostou)

Zdravotnictví je specifický segment, který se chová jinak než ostatní segmenty národního hospodářství. Zde je vidět, že výdaje na zdravotní péči zdravotním pojišťovnám rostou bez ohledu na proběhlou krizi v ČR v roce 2009, která postihla ostatní segmenty trhu v ČR, jak je patrné z grafu.

Tabulka 9: Vývoj inkasovaného DPH v ČR v období 2008 - 2012 (mil. Kč)

Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
DPH	239 782	255 190	253 612	269 548	275 393	278 231	308 461
Meziroční změna %		6,40	-0,62	6,28	2,16	1,03	10,80

Zdroj: Vlastní zpracování, data: MF ČR

Tabulka ukazuje absolutní údaje o výběru DPH. Odráží se v ní proběhlá ekonomická krize v ČR 2009, kdy klesla spotřeba obyvatelstva, a tím i výběr DPH. Vláda zvedá sazbu DPH s cílem získat víc peněz do státního rozpočtu, ale výběr se příliš nezvýšil a sekundárně působí nemocnicím značné zvýšení nákladů se zvedáním cen materiálu i služeb. V posledním aktuálním roce se podařilo inkasovat o 10% větší DPH než v roce 2012. Nutné je dodat, že nedoplatky na DPH se také zvyšují. V roce 2013 je nedoplatek ve výši 96 mil., což je částka nakumulovaná za poslední leta (rok 2013 činí 14 mil. Kč nedoplatku.)

Tabulka 10: Vývoj sazby DPH v ČR v období 1993 – 1.3.2014 (%)

Období	Základní sazba	Snížená sazba
1.1.1993 – 31.12.1994	23%	5%
1.1.1995 – 31.12.2004	22%	5%
1.1.2004 – 31.12.2007	19%	5%
1.1.2008 – 31.12.2009	19%	9%
1.1.2010 – 31.12.2011	20%	10%
1.1.2012 – 31.12.2012	20%	14%
1.1.2013 – 1.3.2014	21%	15%

Zdroj: Vlastní zpracování, data MF

V roce 2009 došlo k prvním většímu nárůstu DPH, a to zejména ve snížené sazbě, v níž mají nemocnice mnoho materiálu, který často kupují. Další navyšování provádí stát každý rok, což

v souvislosti s omezováním úhrad prostřednictvím úhradové vyhlášky způsobuje nemocnicím velké problémy.

Dominantním zdrojem financování nemocniční péče je systém veřejného zdravotního pojištění, do kterého se odvádí povinné odvody dle zákona. Za osoby bez zdanitelných příjmů platí stát. Ten ovšem platí v nesrovnatelně menší výši, než platí ostatní plátcí (tabulka níže), a poslední 4 roky 2010-2014 nebyla sazba za státní pojištěnce upravována ani o úroveň inflace.

Tabulka 11: Minimální vybírané měsíční zdravotní pojistné v ČR v roce 2013 (Kč)

Druh pojištěnce	Výše odvodu na zdravotní pojistné
Státní pojištěnec	723 787 (od 1.11.2013)
Zaměstnanec	1080 (do 31.7.2013) 1148 (od 1.8.2013, což je 13,5 % z minimální mzdy 8 500 Kč) 3244(dle průměrné mzdy 2.čtvrtletí 2013)
OSVČ	1748
Osoba bez zdanitelných příjmů	1080(platné do 31.7.2013) 1148 (od 1.8.2013)

Zdroj: Vlastní zpracování, data VZP

Z tabulky je patrné, že zdravotní pojištění leží nejvíce na bedrech OSVČ a zaměstnanců. Naopak stát platí za své pojištěnce nejméně, a to pouhých 723 Kč. Na konci roku 2013 schválil senát navýšení odvodu státu za státní pojištěnce o 64 Kč, což zvýší příjem do systému o více než 400 miliónů Kč. Toto navýšení sice přinese další finance, ale ani zdaleka nepostačí na pokrytí deficitu pojišťoven a druhotně nemocnic. Dále musíme vzít v úvahu, že zaměstnanec neodvádí vždy minimální odvod, ale vždy dle výše platu. V roce 2013 je uvedená průměrná mzda ve výši 24 953 Kč, pak je tedy odvod v průměru ve výši 3244 Kč. Maximální vyměřovací základ byl stanoven jako 72 násobek průměrné mzdy, což v roce 2013 činilo 1 809 864 Kč, tedy maximální záloha měsíční činila 20 361 Kč. Dále pro porovnání výdajů státu na zdravotní pojištění takzvaných státních pojištěnců v ČR byla sestavena data pro vývoj inflace v posledních letech, která však nebyla do plateb za státní pojištěnce nijak zohledněna.

**Tabulka 12: Vývoj údajů o zdravotním pojištění státních pojištěnců ČR
v období 2008-2012**

Míra inflace v %	Rok	Odváděné pojistné	Počet státních pojištěnců v mil.	Celkový počet pojištěnců v mil.	Poměr státní/celkem pojištěnců
6,3	2008	25% ze základu (2 050) = 677 Kč	5,8	10,36	55,98%
1	2009	25% ze základu (2 050) = 677 Kč	6	10,38	57,80 %
1,5	2010	723 Kč	6,07	10,4	58,36%
1,9	2011	723 Kč	6,08	10,41	58,41%
3,3	2012	(723 Kč do 1.11.2013)787 Kč	6,1	10,41	58,59%

Zdroj: Vlastní zpracování, data ČSÚ, MF, ČLK, VZP ročenky

Pravidelnou každoroční valorizaci plateb za státní pojištěnce do systému veřejného zdravotního pojištění zastavil nejprve Topolánkův zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů a dále takzvaný Janotův balíček platný od 1.1. 2010. Výše odvodu za státní pojištěnce se zvýšila méně, než původně měla, a to přesně z 677 Kč na 723 Kč (původně mělo být 786 Kč). Od této doby se výše platby za státní pojištěnce nijak neupravovala a nezohledňovala se výše inflace, která vlastně reálnou hodnotu odváděného pojištění snižovala, a to až do 1.11.2013. V letech předcházejících byla vždy provedena valorizace plateb s ohledem na ekonomickou stabilitu a vývoj inflace. Tento výpadek během posledních 4 let způsobil nemalý problém v systému financování. Na konci roku 2013 bylo schváleno zvýšení odvodu pojistného za státní pojištěnce, a to o 64 Kč, což zvýší příjem pojišťovněm měsíčně o více než 400 miliónů Kč.

Tabulka 13: Průměrné náklady na jednoho pojištěnce dle věku v ČR v roce 2010 (Kč)

Věková skupina	Muži	Ženy	Věková skupina	Muži	Ženy
0-4	17 598	15 443	45-49	15 314	18 072
5-9	10 496	8 800	50-54	20 694	21 888
10-14	10 306	9 842	55-59	28 326	25 188
15-19	9 241	11 279	60-64	37 182	29 514
20-24	7 755	10 782	65-69	46 945	37 454
25-29	9 049	13 978	70-74	54 735	43 829
30-34	9 612	15 357	75-79	61 813	51 229
35-39	10 620	14 715	80-84	63 923	55 175
40-44	12 645	15 276	85+	66 213	61 045
PRŮMĚR	20 646	22 427			

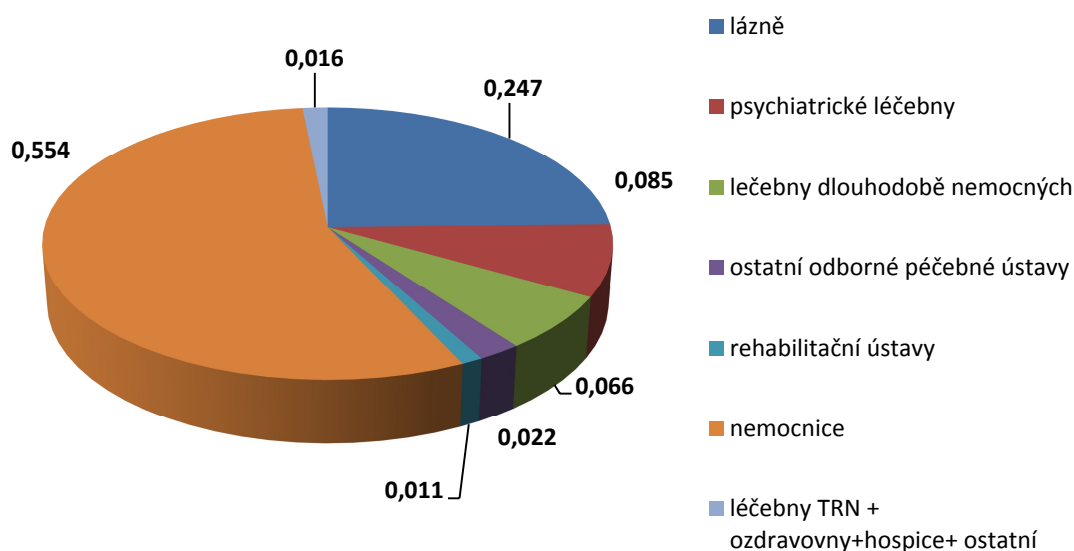
Zdroj: Vlastní zpracování, data ÚZIS 2010

Dle dat ÚZIS bylo vyhodnoceno, že nejnákladnější péče je o pacienty do 5 let a dále ve věku od 55 let a výše. Za tyto skupiny pacientů platí většinou zdravotní pojištění do systému veřejného zdravotního pojištění stát. V porovnání mezi jednotlivými věkovými skupinami je patrné, že nejméně nákladní pacienti jsou ve věku 20-24 let. Tato věková skupina je většinou již v pracovním věku a odvádí tak do systému veřejného zdravotního pojištění 13,5 % ze svých příjmů (respektive 4,5% a 9 %). Zde je také prokázán systém solidarity v systému veřejného zdravotního pojištění, jelikož se stoupajícím věkem také stoupá nemocnost a potřeba zdravotní péče. Jak bylo uvedeno dříve, státních pojištěnců je 6,1 miliónů a odvod za tyto většinou nejnákladnější pacienty je velmi nízký a bylo by vhodné najít zdroje v rozpočtu k jeho navýšení. Proto se také vláda ČR rozhodla k prodlužování věku odchodu do důchodu a tím zmírnila rostoucí nesoulad mezi odvodem do systému veřejného zdravotního pojištění a jeho spotřebou.

4.3 Zajištění a financování lůžkové péče v ČR

Lůžková péče v ČR zahrnuje lázně, psychiatrické léčebny, léčebny dlouhodobě nemocných, rehabilitační ústavy, léčebny plicní, ozdravovny, hospice a nemocnice. V roce 2012 měla celkem 106 414 lůžek, z toho největší počet patří nemocnicím.

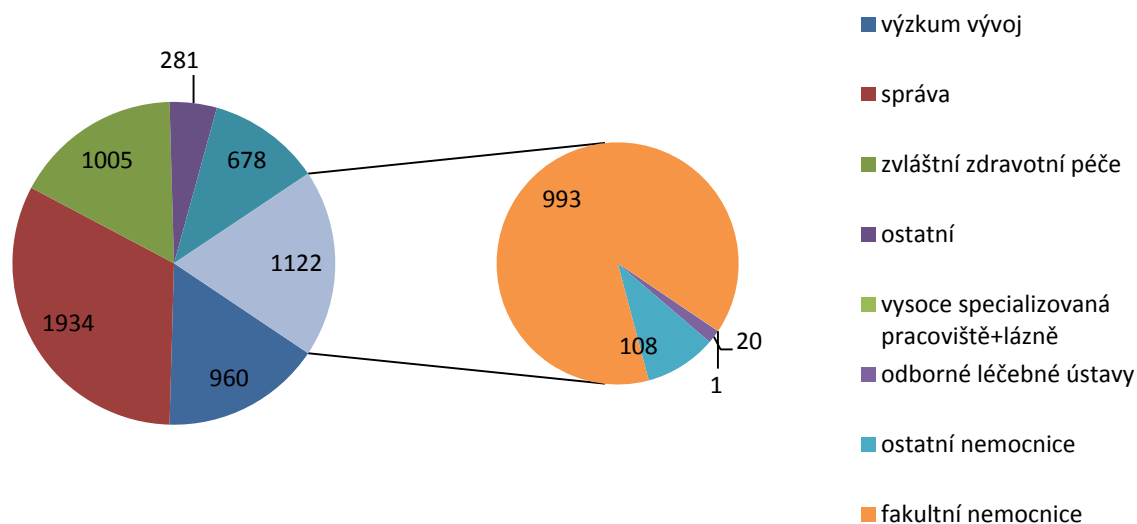
Graf 3: Rozložení lůžkové péče v ČR v roce 2012 a celkem lůžek 106414(%)



Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty, data UZIS

Na spektru rozdělení lůžkové péče je vidět, že největší podíl zaujímají nemocnice, a to celkem 58832 lůžek. Na druhém místě v počtu lůžek jsou lázně s celkovým počtem lůžek 26280. Na třetím místě jsou psychiatrické léčebny s počtem lůžek 9 044. Dále následují lůžka následné péče s 6920 lůžky. Ostatní složky lůžkové péče mají přibližně 5000 lůžek. Nemocnice pokrývají největší počet lůžek z celkové lůžkové péče, a proto jsou zde problémy financování nejvíce patrné a nejlépe demonstrovatelné. Rozložení nemocnic v ČR je zobrazené v příloze číslo jedna.

Graf 4: Rozdělení financí z MZČR na lůžkovou péči na rok 2012 (v mil. Kč)



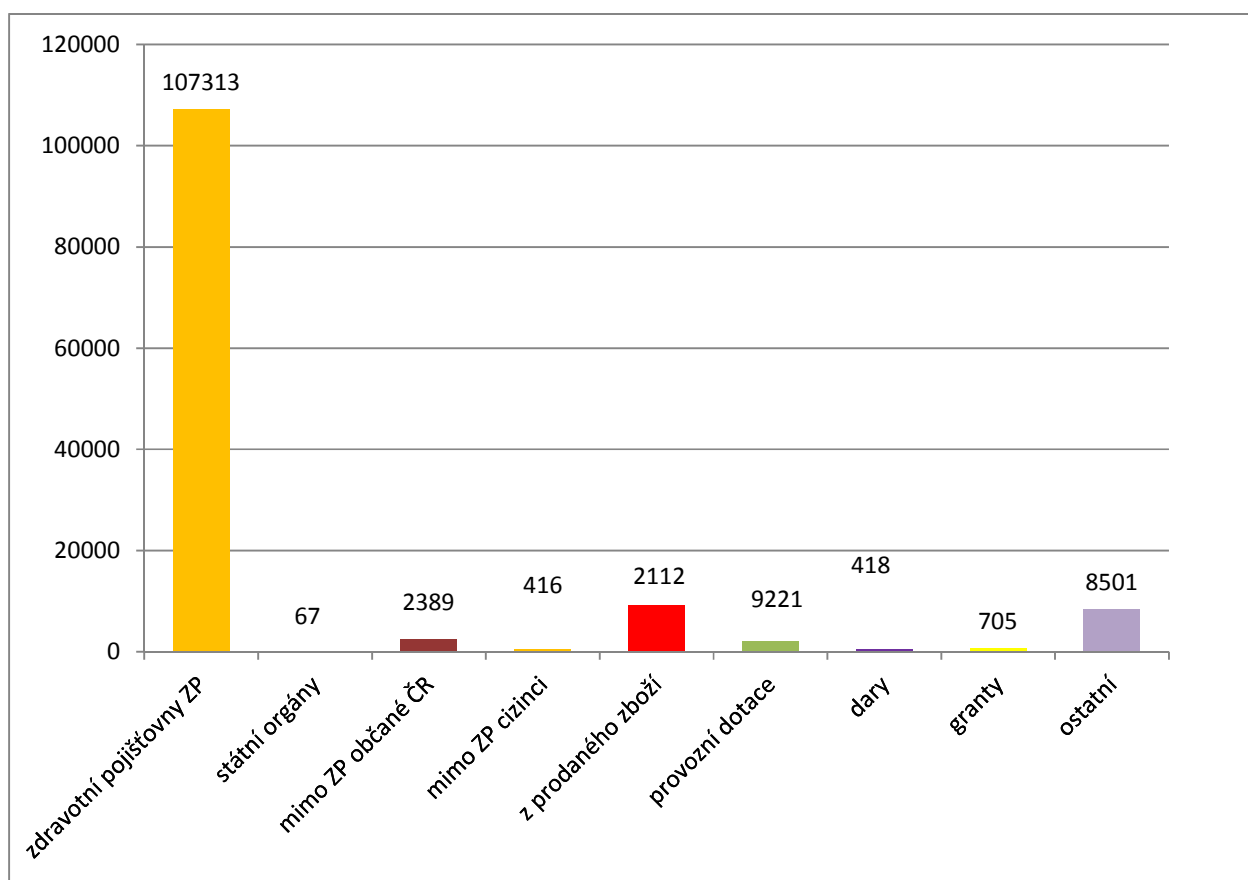
Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty, data MZ

Z celkového rozpočtu ČR bylo v roce 2012 na MZČR přerozděleno 5 992 mil. Kč a do systému zdravotnictví přesně 5 979Kč a do ústavní péče bylo přerozděleno 1 122 mil. Kč, což je 18,76 % z celkových výdajů na zdravotnictví. Nejvíce prostředků z MZ ČR na zdravotnictví je vynakládáno do správy, a to až 32,34%. Z grafu č. 4 je patrné, že největší objem financí na ústavní péči směřuje do fakultních nemocnic, do ostatních nemocnic jde podstatně méně. Jedním z důvodů je, že MZ ČR provozuje největší a nejnákladnější nemocnice (příloha číslo 2). I když v posledních letech celkové výdaje z MZ ČR na zdravotnictví klesají, je jistě ještě prostor k úsporám, například zda nelze šetřit také na správě MZ ČR.

4.4 Financování nemocniční péče v ČR

V ČR je aktuálně 188 nemocnic, které disponují s 58 953 lůžky. Struktura rozložení v ČR je vidět na mapě nemocnic v ČR v příloze číslo dva. Financování nemocnic je jednou z neproblematictějších oblastí financování zdravotnictví v ČR.

Graf 5: Financování nemocniční péče v ČR v roce 2012 – rozpočet celkem 131 142 (mil. Kč)

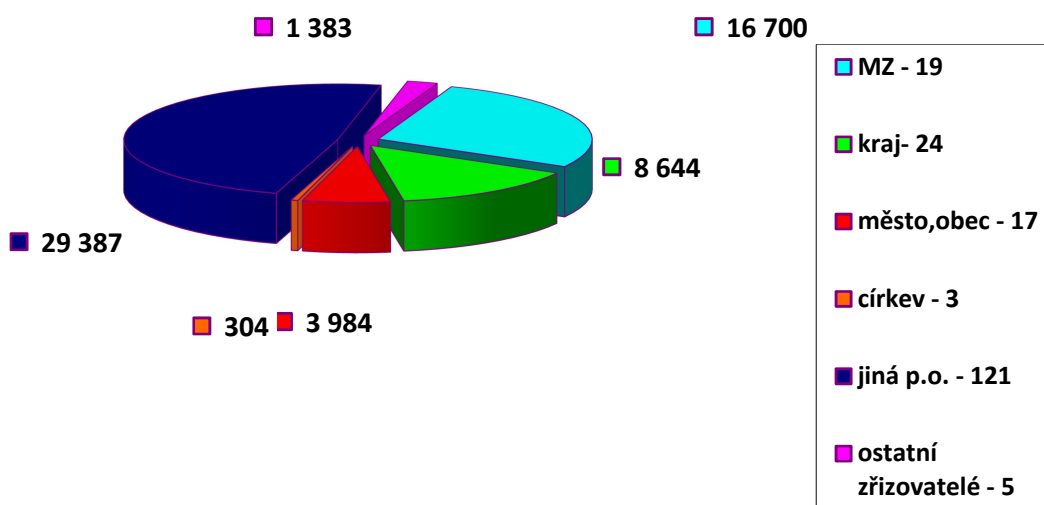


Zdroj: Vlastní zpracování, data ÚZIS

Pro představu byl použit graf, který ukazuje, v jakém poměru se rozdělují finance v nemocnicích. V roce 2012 bylo v nemocnicích profinancováno celkem 131 142 mil. Kč. Z grafu je patrné, že zdravotní pojištění je v ČR zcela dominující a pokrývá více jak 80% výdajů na nemocniční péči. Zdravotní pojištění hradí největší část zdravotní péče a přes snahu

pojišťoven šetřit v systému poskytování zdravotní péče, náklady každoročně rostou, a však pojišťovně se v posledních letech nedaří tyto rostoucí náklady pokrýt. Ostatní zdroje financování nemocniční péče jsou spíše doplňkové. Například však zisky z prodeje, dotace, granty, studie a samoplátci se stávají oblastí, kde se nemocnice snaží získat další možné zdroje financování.

Graf 6: Rozdělení nemocnic dle zřizovatele a počtu lůžek v ČR pro rok 2012
(legenda – počet nemocnic)



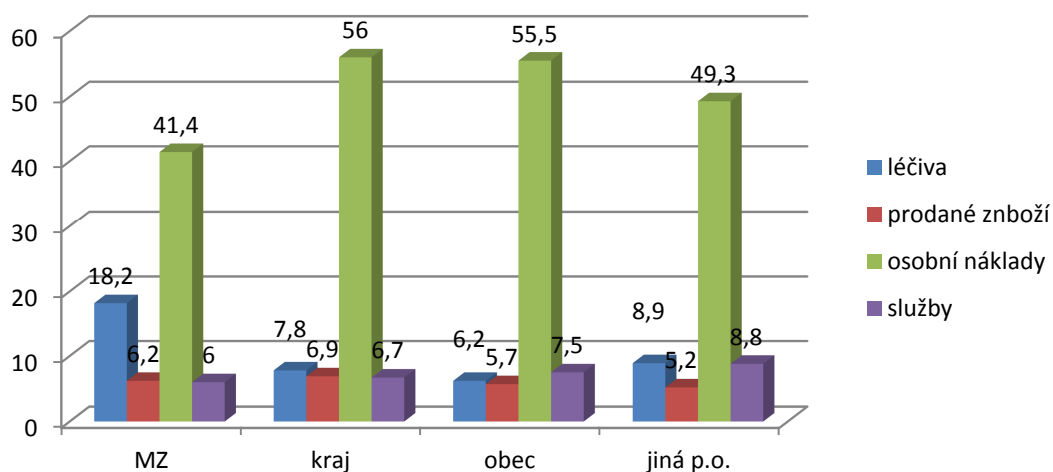
Zdroj: Vlastní zpracování, data: ČSÚ

Dle grafu je patrné, že většina nemocnic je soukromých pod vedením jiné právnické osoby a mají v průměru na jedno zařízení 243 lůžek. Na druhé straně jsou nemocnice pod správou státu, krajů, obcí a církve. Zde je v průměru na jednu nemocnici 470 lůžek. Nemocnice pod správou státu a krajů jsou největší nemocnice s komplexní zdravotní péčí, aby stát zajistil v dostatečném rozsahu obyvatelstvu dostupnou zdravotní péči.

V celé ČR je k 31.12.2012 188 nemocnic, z toho v Praze je dle ČSÚ 27 zařízení lůžkové péče. Struktura rozložení nemocnic je graficky znázorněna v příloze číslo 1. V Praze jsou 4 fakultní nemocnice, 15 nemocnic akutní péče a konečně nemocnic následné péče je 8 (dle přílohy číslo 2). V roce 2012 došlo k několika změnám, kdy mimo jiné Thomayerova nemocnice a nemocnice

Bulovka přestaly být fakultními a staly se z nich nemocnice akutní péče. Cílem je mít fakultní nemocnice zaštitěné lékařskými fakultami, které budou zároveň sloužit jako školicí centra.

Graf 7: Struktura nákladů nemocnic dle zřizovatele v ČR k 31.12.2012 (%)



Zdroj: Vlastní zpracování data ÚZIS

Dle grafu je vidět, že nejvyšší náklady jsou ve všech nemocnicích na osobních nákladech a následují náklady na léky a materiál. Osobní náklady jsou složkou, která se nedá téměř ovlivnit a každoročně roste, přičemž v roce 2011 došlo i k plošnému zvýšení mezd díky akci, děkujeme-odcházíme“. Na léčiva nejvíce vydávají nemocnice pod přímým řízením MZ, jelikož MZ zřizuje výzkumné a vědecké ústavy a velké nemocnice v ČR. Léčiva jsou další diskutovanou oblastí, kde by se mohlo uspořit, avšak je zde velký tlak lobbistických skupin a podmínky úhrad jsou dány úhradovou vyhláškou.

Tabulka 14: Hospodářský výsledek nemocnic v ČR k 31.12.2012 dle zřizovatele (mil. Kč)

Zřizovatel	MZ	Kraj	Obec	Jiná právnická osoba	Ostatní
Hospodářský výsledek	180	21	-52	285	-34

Zdroj: Vlastní zpracování, data ÚZIS

Z tabulky je patrné, že nejlepší ekonomickou stabilitu souhrnně vykazují nemocnice soukromé, kde zřizovatelem je jiná p.o. Menší nemocnice pod správou jiné p.o. si mohou vybrat lukrativní obory a ztrátovým oborům se vyhnou, což velké nemocnice pod správou státu, krajů a obcí nemohou. Dále je nutné mít na zřeteli, že příspěvkové organizace hospodaří nikoliv s cílem zisku, ale s cílem vyrovnaného rozpočtu.

Tabulka 15: Vybrané ukazatele nemocniční péče v ČR v období 2007 – 2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Počet ošetrovacích dnů v nemocnicích celkem bez následné péče (v tis.)	14 725,8	14 031,66	13 910,35	13 507,1	12 963,03	12 732,43
Meziroční změna v %		95,29	99,14	97,10	95,97	98,22
Hospitalizovaní (v tis.)	2 148,52	2 122,64	2 120,75	2 109,84	2 086,83	2 136,33
Meziroční změna v %		98,80	99,91	99,49	98,91	102,37
Počet nemocnic	192	192	191	188	189	188
Lůžka celkem	63 662	63 263	62 992	62 219	60 336	58 832
Vývoj změny lůžek meziročně v %		99,37	99,57	98,77	96,97	97,51
Průměrná doba hospitalizace (dny)	7,1	6,9	6,9	6,9	6,8	6,7

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty, data ÚZIS

Už od roku 2007 klesají počty ošetrovacích dnů a zároveň stoupají počty hospitalizací a dále dochází k poklesu lůžek, což je důkazem využití lůžkového fondu s vyšší efektivitou. Počet ošetrovacích dnů v meziroční změně mírně klesá. Průměrná délka hospitalizace neustále klesá. Otázkou je, zda je to stále v zájmu vyšší efektivity poskytované péče anebo pod tlakem restriktivních a limitních omezení.

4.5 Zdravotní pojišťovny jako plátcí nemocniční péče v ČR

Zdravotní pojišťovny jsou dominantním plátcem nemocniční péče a v posledních letech se potýkají také s rostoucími náklady, které se dlouhodobě nedaří pokrýt příjmy.

Tabulka 16: Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven v ČR v období 2007-2011 (v mil. Kč)

		2007	2008	2009	2010	2011
Příjmy	Státní pojištěnci	47789	47159	49204	52473	52960
	Ostatní pojištěnci	152003	160266	159536	160309	164682
	Ostatní příjmy	2821	3659	3183	2318	2294
	Celkem příjmy	202808	211360	212199	215615	220391
Meziroční změna			4,22%	0,40%	1,61%	2,22%
Výdaje	Zdravotní péče	179527	193528	210033	214373	217653
	Provozní náklady	5771	6689	8219	7716	7343
	Celkem výdaje	185610	200592	218630	222500	225547
	Meziroční změna		8,07%	8,99%	1,77%	1,37%
Saldo		17198	10768	-6431	-6934	-5156

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty, data ÚZIS

Pojišťovnám se v posledních letech příliš nedaří vyrovnaně hospodařit, a proto jsou nuceny zavádět úsporná opatření, která se v roce 2013 projevila v restriktivní úhradové vyhlášce a velmi se odrazila na financování nemocniční péče.

Dle tabulky č. 16 je patrné, že v roce 2009 přesáhly výdaje zdravotních pojišťoven příjmy a dostaly se do negativního salda, které trvá doposud, a pojišťovnám se nedaří rozpočet vyrovnat. Negativní hospodářský výsledek byl dorovnáván z rezervního fondu, který byl vytvářen v letech kladného hospodářského výsledku. Dle odhadu MZ na další období činí za rok **2012** příjmy 229 732,8 mil. Kč a výdaje 231 270,7 mil. Kč, což je **opět negativní saldo -1 537,9 mil. Kč**. Na další rok 2013 je očekávaný příjem 220 458,7 mil. Kč. (Nosek, 2013) V roce 2013 byla

poskytnutá MF návratná finanční pomoc, tzv. předsunutá platba, ve výši 4 mld. Kč, kterou dostaly pojišťovny ke krytí schodku mezi příjmy a výdaji, která je splatná v měsíci listopadu a prosinci 2013. Na konci roku 2013 je však jasné, že se pojišťovny dostaly do kritické finanční situace a největší pojišťovna v ČR VZP žádá stát, přesněji MZ, o návratnou půjčku 2,5 miliardy Kč.

Senát ČR v říjnu roku 2013 schválil zvýšený odvod za státní pojištěnce s platností již od měsíce listopadu, což přinese do pojišťoven měsíčně cca kolem 400 miliónů, avšak propad je mnohem vyšší.

Tabulka 17: Náklady na 1 pojištěnce v ČR v období 2010-2011 (Kč)

	2010	2011
Lůžková péče	10 769	10 875
Z toho nemocnice	9 910	10 001

Zdroj: Vlastní zpracování, data ÚZIS

Náklady na jednoho pojištěnce neustále rostou a pojišťovny se musí s tímto vývojem vyrovnat, a i když se navyšuje na stránce příjmové od plátců zdravotního pojištění, stále to nestačí k pokrytí výdajů na nemocniční péči. Jak již bylo zmíněno, od listopadu 2013 došlo k navýšení odvodu pojistného za státní pojištěnce o 64 Kč, což v součtu přinese okolo 400 miliónů Kč do pojišťoven každý měsíc. Jak je však vidět z tabulky č. 17, náklady na péči na jednoho pacienta rostou a pojišťovny již nezvládají pokrýt veškeré náklady. Je nutné zvýšit spoluúcast pacienta a zvyšovat odvod za státního pojištěnce a tím posílit příjmovou stránku pojišťoven.

4.6 Analýza výnosů a nákladů TN a vybraného oddělení

Thomayerova nemocnice se snaží udržet vyrovnaný rozpočet a úhradová vyhláška pro rok 2013 a další faktory ji uvedly v posledním roce 2013 do finančních problémů. Dle vývoje vybraných nákladových a výnosových položek byly analyzované důležité oblasti, které je nutno lépe řídit, koordinovat a tím zlepšit hospodaření jako celku.

Tabulka18: Výnosy Thomayerovy nemocnice v období 2005-2012 (tis. Kč)

Název	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tržby od pojišťovny	1 228 542	1 386 749	1 486 910	1 663 359	1 693 545	1 723 957	1 729 455
<i>Meziroční změna</i>		12,88%	7,22%	11,87%	1,81%	1,80%	0,32%
Tržby mimo pojišťovny	107 488	64 480	139 265	156 699	151 473	150 271	159 094
<i>Meziroční změna</i>		-40,01%	115,98%	12,52%	-3,34%	-0,79%	5,87%
Tržby z prodeje ÚL	184 397	153 470	165 076	176 425	153 558	141 916	133 634
<i>Meziroční změna</i>		-17,77%	7,56%	6,87%	-12,96%	-7,58%	-5,84%
Dotace	44809	45 622	44 428	52 671	55 775	54 261	62807
<i>Meziroční změna</i>		1,81%	-2,62%	18,55%	5,89%	-2,71%	15,75%
Granty včetně spolupříjemců	4 956	8 581	14 605	7 119	4 472	6 990	5 272
<i>Meziroční změna</i>		73,14%	70,20%	-51,26%	-37,17%	56,29%	-24,57%
Výnosy celkem	2 186 370	1 978 964	2 163 698	2 386 378	2 346 142	2 371 964	2 425 052
<i>Meziroční změna</i>		-9,49%	9,33%	10,29%	-1,69%	1,10%	2,24%

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty, data TN

Je zde vidět celkový vývoj vybraných výnosových položek Thomayerovy nemocnice v letech 2006-2012. V tabulce je dobře patrný dopad významných změn, které v uplynulých letech proběhly, jako je například dopad vykazování systémem DRG a vliv zavedení spoluúčasti v roce 2008. Tržby od pojišťoven se od roku 2007 absolutně navyšují, avšak procentuálně pouze o jednotky procent. Tržby od pojišťoven se v roce 2013 omezují a v tomto roce hradí pojišťovny za stejný objem péče méně než v roce 2012. Jelikož jsou tržby od pojišťoven zcela dominantním zdrojem, je toto snižování příjmů financí pro nemocnici zásadním problémem. Tržby mimo pojišťovny jsou od roku 2008 se zavedením regulačních poplatků významným zdrojem finančních příjmů nemocnic. Poslední roky je patrné snižování sumy této skupiny příjmů a je nutné podotknout, že ústavní soud zrušil poplatky za hospitalizační den (regulační poplatek 100Kč), což bude mít určitý dopad do dalších let, kdy dojde k poklesu těchto příjmů. Tržby z ústavní lékárny jsou také nemalým zdrojem finančních příjmů, bohužel v posledních letech se tento zdroj příjmů snižoval také kvůli omezování preskripce ze stran pojišťoven, kdy nemocnici je dán limit na předepisování léčiva, dalším důvodem je pravděpodobně šetření populace. Dalším zdrojem příjmů jsou dotace, kterou může poskytnout zřizovatel, MZ nebo jiný správní orgán. Například v roce 2006 dostala nemocnice nevratnou dotaci na oddlužení ve výši okolo 340 000 tis. Kč, která nemocnici pomohla vrátit se do kladného hospodářského výsledku, jenž se ovšem každý rok snižuje a v roce 2013 se dostala do hlubokého záporného čísla. Granty a studie jsou taktéž nezanedbatelným zdrojem příjmů nemocnic, které v celkové sumě značně meziročně kolísají. Dotace jsou relativně stabilní. V posledním hodnoceném období (rok 2012) došlo ke změně účtování odpisů, proto se celková výše výnosů musela očistit o tento vliv odpisů z dotací.

Nejvíce klesaly tržby z prodeje léků v Ústavní lékárně, což je dáno menším objemem prodeje a zvýšením sazby DPH. Velmi důležitou složkou jsou příjmy od pojišťoven, které sice každoročně rostou ovšem o velmi malé procento, které nekryje rostoucí výdaje. Objem skutečně zaplacený z pojišťoven je však jiný, jelikož zde není vidět dopad doúčtování, které probíhá v prvním pololetí následujícího roku a neuznaná péče je strhnuta jako penále. V roce 2013 byla Thomayerově nemocnici podle stanovených limitů strhnuta úhrada vykázané péče v roce 2012 v celkové výši 50 mil. Kč, což bude mít tragický dopad na hospodářský výsledek roku 2013.

V součtu celkové výnosy v předešlých letech téměř vždy rostou a dle meziroční změny docházelo vždy k několikaprocentnímu nárůstu vyjma let 2007 a 2010. Důvodem poklesu v roce 2007 je rok 2006, kdy došlo k umělému navýšení výnosů z dotace na oddlužení, a v roce 2010 poklesly tržby z dotací i tržby z ústavní lékárny a také poklesly tržby z regulačních poplatků.

Tabulka 19: Vývoj vybraných výnosových položek TN v poměru k celkovým výnosům v období 2006-2012(%)

Druh výnosu	2006	2008	2010	2012
Tržby od pojišťovny	56,19%	68,72%	72,18%	71,32%
Tržby mimo pojišťovnu (studie, nadstandardy, samoplátci)	4,92%	6,44%	6,46%	6,56%
Tržby ostatní tržby z prodeje ÚL	8,43%	7,63%	6,55%	5,51%
Dotace	2,05%	2,05%	2,38%	2,59%
Granty	0,23%	0,68%	0,19%	0,22%

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

Při vyjádření procentuálního zastoupení jednotlivých výnosových položek k celkovým výnosům v jednotlivých obdobích je opět vidět dominantní postavení pojišťoven. Dále je však vidět narůstající podíl tržeb mimo pojišťovny, kam patří tržby z ústavní lékárny studie, nadstandardy a samoplátci. Další položky výnosů v procentuálním zastoupení k celkovým výnosům jsou pod 3%. Jsou to dotace a granty a i zde dochází meziročně k nárůstu zastoupení z celkového objemu výnosů.

Tabulka 20:Náklady TN v období 2005-2012 (tis. Kč)

Název	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Spotřeba materiálu bez léků, z toho SZM	119102	125853	127152	136997	144746	125175	133258
<i>Meziroční změna</i>		5,67%	1,03%	7,74%	5,66%	-13,52%	6,46%
Spotřeba léků bez centrových léků		116 324	119 248	125 752	120 504	101 852	87 405
<i>Meziroční změna</i>			2,51%	5,45%	-4,17%	-15,48%	-14,18%
Prodané zboží ÚL	156 264	126 974	142 105	154 005	131 402	118 954	107 763
<i>Meziroční změna</i>		-18,74%	11,92%	8,37%	-14,68%	-9,47%	-9,41%
Spotřeba energií	69 628	64 353	82 084	99 222	75 532	87 360	91 240
<i>Meziroční změna</i>		-7,58%	27,55%	20,88%	-23,88%	15,66%	4,44%
Služby bez kuchyně	150 868	117 699	144 001	180 483	158 974	128 975	134 526
<i>Meziroční změna</i>		-21,99%	22,35%	25,33%	-11,92%	-18,88%	4,3%
Osobní náklady	855 958	881 562	948 718	1 004 624	1 060 243	1 101 924	1 170 337
<i>Meziroční změna</i>		2,99%	7,62%	5,89%	3,31%	3,93%	6,21%
Odpisy	94 963	99 333	97 005	113 964	116 501	142 579	144 080
<i>Meziroční změna</i>		4,60%	-2,34%	17,48%	2,23%	22,38%	1,05%
Náklady celkem	1 891 280	1 972 627	2 155 398	2 385 347	2 344 507	2 359 957	2 423 991
<i>Meziroční změna</i>		4,30%	9,27%	10,67%	-1,71%	0,66%	2,71%

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

Výdaje na spotřebu zdravotnického materiálu neustále rostou, pouze v roce 2011 došlo k poklesu. Na spotřebě se odráží zejména vliv zvyšování sazeb DPH. Spotřeba léků je velmi diskutována a snahou je tento sektor nákladů podřídit přísné kontrole s cílem minimalizovat tyto náklady. Zvláště účtované do nákladů jsou takzvané centrové léky, které jsou nákladné a nemocnice má s vybranou pojišťovnou na tyto centrové léky individuální smlouvy s limity. V nákladových položkách „spotřeba léků“ je vidět, že se daří náklady snižovat a omezovat,

i když na druhé straně spotřeba centrových léků mírně roste. Zejména právě centrové léky tvoří největší část z celkových nákladů na spotřebu léků. Náklady na prodané léky v ústavní lékárně klesají. Náklady na energii vykazují nepravidelné výkyvy, které byly dány změnou vytápění TN, která v roce 2008 začala teplo nakupovat a již ho nevyráběla, dále v roce 2009 došlo u tepla ke změně přenosového média z páry na vodu, a tím došlo v roce 2010 k úspoře. Náklady na služby v TN každoročně rostou, kromě roku 2010, kdy došlo k postupnému odprodeji kuchyně. Důležitým aspektem rostoucích nákladů je beze sporu rostoucí DPH. Nejvýznamnějším sektorem nákladů jsou osobní náklady, které každoročně rostou kvůli daným tarifům a v některých letech v důsledku navyšování mezd. V osobních nákladech se odrazil vliv akce roku 2009 „děkujeme, odcházíme“ a následné zvýšení tarifních platů a v roce 2010 došlo k několika procentnímu navýšení mezd prostřednictvím memoranda. Významnou položku tvoří odpisy, což jistě odráží vliv provedených rekonstrukcí. Na osobních nákladech se podařilo TN ušetřit v roce 2012 i 2013 zrušením vyplácení memoranda (zvýšení mezd po akci „děkujeme, odcházíme“ v %). Odpisy jsou každoročně téměř ve stejné výši, pouze v roce 2011 došlo k 20% nárůstu, což bylo způsobeno rekonstrukcí některých pracovišť, například hrudní chirurgie a oddělení urologie, dále například v roce 2010 byla dokončena rekonstrukce radiologického oddělení spolu se zakoupením lineárního urychlovače, celková suma činila 80 miliónů Kč, přičemž 43 miliónů Kč bylo hrazeno z Evropských strukturálních fondů a zbytek hradila TN. V součtu jednotlivých nákladů jsou pak celkové náklady v čase neustále rostoucí a po vyjádření meziroční změny dochází každoročně k několikaprocentnímu nárůstu. Pouze v roce 2010 došlo k poklesu celkových nákladů TN, a to díky snížení nákladů na energie, což bylo důsledkem změny vytápění a dále snížením nákladů na kuchyni odprodáním firmě EUREST. Také je nutné zmínit, že v roce 2012 přestala být Thomayerova nemocnice fakultní nemocnicí, čímž jí byly sníženy dotace od zřizovatele MZ.

Tabulka 21: Vývoj vybraných nákladových položek v poměru k celkovým nákladům v TN období 2006-2012(%)

Druh nákladu	2006	2008	2010	2012
Spotřeba ZM	6,30%	5,90%	6,17%	5,50%
Spotřeba léků		5,53%	5,14%	3,61%
Služby	7,98%	6,68%	9,80%	8,46%
Osobní náklady	45,26%	44,02%	45,22%	48,28%

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

V letech 2006 až 2012 se jednotlivé položky spotřeby v TN drží stabilně v poměru k celkovým nákladům a nejvíce se navyšuje položka osobní náklady. V ostatních nákladových položkách se daří Thomayerově nemocnici objem nákladů snižovat.

Tabulka 22: Náklady urologického oddělení TN v období 2006-2012 (tis. Kč)

Název	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Urologie spotřeba mater. bez léků z toho SZM	2703,601	2921,389	3373,11	5071,10	6180,246	6258,082	5390,578
<i>Meziroční změna</i>		8,06%	15,46%	50,34%	21,87%	1,26%	-13,86%
Spotřeba léků	1 996,00	2 715,98	2 535,67	2 484,21	2 597,89	2 000,53	2 020,49
<i>Meziroční změna</i>		36,07%	-6,64%	-2,03%	4,58%	-22,99%	1,00%
Služby	3 782,06	3 052,96	4 735,06	4 652,47	5 387,99	4 441,88	4 190,33
<i>Meziroční změna</i>		-19,28%	55,10%	-1,74%	15,81%	-17,56%	-5,66%
Osobní náklady	21 862,2	21 844,5	21 726,1	22 339,5	24 032,6	25 724,4	27 081,6
<i>Meziroční změna</i>		-0,08%	-0,54%	0,64%	2,06%	7,04%	5,28%
Odpisy	2 262,73	2 493,86	2 488,28	3 132,13	3 564,10	3 697,53	3 761,92
<i>Meziroční změna</i>		10,21%	-0,22%	25,88%	13,79%	3,74%	1,74%
Náklady celkem	38 458,1	39 327,1	42 247,7	46 450,4	49 193,6	49 405,4	50 624,2
<i>Meziroční změna</i>		2,26%	7,43%	9,95%	5,91%	0,43%	2,47%

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

Na oddělení urologie se spotřeba zdravotnického materiálu každoročně zvyšovala, pouze v roce 2012 se podařilo náklady na spotřebu zdravotnického materiálu snížit. Spotřeba léků i přes rostoucí ceny a DPH se daří držet na stejné úrovni, což ukazuje na dobrý management oddělení, který kontroluje preskripci léčiv. V nákladové položce „služby“ dochází každý rok k několikaprocentní úspoře, což je při stoupajících cenách jistě také úspěchem managementu oddělení. Pouze v roce 2010 došlo k navýšení nákladů na služby, což bylo dáno rekonstrukcí operačních sálů a oddělení JIP. Odpisy se zvýšily nejvíce v roce 2009 a 2010, kdy probíhala příprava i samotná rekonstrukce sálu a oddělení JIP, odepisují se pořízené přístroje a vybavení zakoupené k proběhlé rekonstrukci. Největší položku nákladů tvoří osobní náklady, které stejně jako v celé TN, každoročně stoupají. Nárůst v roce 2009 byl očištěn o mimořádné navýšení, které bylo dáno ředitelskými odměnami ve výši 262 427Kč a navýšením tarifů ve výši 936 000Kč. Dále osobní náklady každoročně o několik procent rostou. Na osobních nákladech se podařilo TN ušetřit v roce 2012 i 2013 zrušením vyplácení memoranda. V posledním sledovaném roce se podařilo docílit úspor v oblasti spotřeby materiálu (-13%) a také v oblasti služeb (-5%). Je tedy nezbytné se zaměřit na spotřebu zdravotnického materiálu, i když je nutno říci, že díky narůstajícím cenám nebude snadné tyto náklady snížit. Dále je nutné hlídat náklady na služby, které také rostou rychlejším tempem, a to přísným dodržováním výběrových řízení.

V celkovém součtu náklady každoročně rostou a dle meziroční změny dochází každý rok o nárůst v řádu několika procent.

Tabulka 23: Vývoj vybraných nákladových položek v poměru k celkovým nákladům v období urologického oddělení TN 2006-2012 (%)

Druh nákladu	2006	2008	2010	2012
Spotřeba ZM	10,59%	12,41%	16,54%	14,79%
Spotřeba léků	5,19%	6,00%	5,28%	3,99%
Služby	9,83%	11,21%	10,95%	8,28%
Osobní náklady	56,85%	52,57%	48,85%	53,50%

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

Z porovnání průměrných nákladů za jednotlivá období tvoří největší položku osobní náklady, na kterou připadá okolo 50% z celkových nákladů urologického oddělení. Pouze v roce 2010 došlo k úspoře, a to díky omezenému provozu z důvodu rekonstrukce. Dalšími skupinami nákladů jsou služby, které mají okolo 10% z celkových nákladů a v posledním období se podařilo náklady i snížit. Spotřeba léků z pohledu procenta celkovým nákladům se daří v posledních letech snižovat a stejně tak i spotřeba zdravotnického materiálu.

Tabulka 24: Výnosy urologického oddělení TN v období 2006-2012 (tis. Kč)

Název	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tržby od pojišťovny	28 972,7	29 998,9	31 384,1	36 196,8	31 629,5	32 541,1	35 025,5
<i>Meziroční změna</i>		103,54%	104,62%	115,33%	87,38%	102,88%	107,63%
Tržby mimo pojišťovny	549,15	1 067,88	5 085,99	4 482,50	3 641,13	3 365,55	2 639,80
<i>Meziroční změna</i>		194,46%	476,27%	88,13%	81,23%	92,43%	78,44%
Granty včetně spolupříjemců	0	0	0	813	849,08	848,18	335,00
<i>Meziroční změna</i>					104,44%	99,89%	39,50%
Výnosy celkem	30 571,1	31 327,4	36 960,8	41 573,3	36 687,5	37 295,4	38 894,5
<i>Meziroční změna</i>		102,47%	117,98%	112,48%	88,25%	101,66%	103,39%

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

Tržby od pojišťoven každoročně rostou, pouze v roce 2010 je dle tabulky vidět propad, což je dáno omezením provozu z důvodu rekonstrukce operačních sálů a oddělení JIP v období března až září 2010. Tržby mimo pojišťovny každoročně o několik procent klesají, pouze v roce zavedení regulačních poplatků je patrné až pětinasobné navýšení tohoto příjmu. Dle průměrného meziročního procentuálního nárůstu mají nejvyšší právě tržby mimo pojišťovny, což je ovlivněno zmíněným nárůstem roku 2008. Další významnou položkou příjmů jsou granty, které jsou na urologickém oddělení účtovány od roku 2009, první roky příjmy z těchto zdrojů stoupaly, nicméně v roce 2012 byl již zaznamenán pokles. Granty, jak je patrné v tabulce č. 24, jsou nezanedbatelnou položkou hospodaření a je zde ještě prostor k získávání dalších grantů z různých zdrojů. Na urologii je nyní v běhu jeden náš grant a na dalším grantu se spolupodílíme. V součtu výnosy každoročně stoupaly, vyjma roku 2010, kdy na oddělení probíhala zmíněná rekonstrukce.

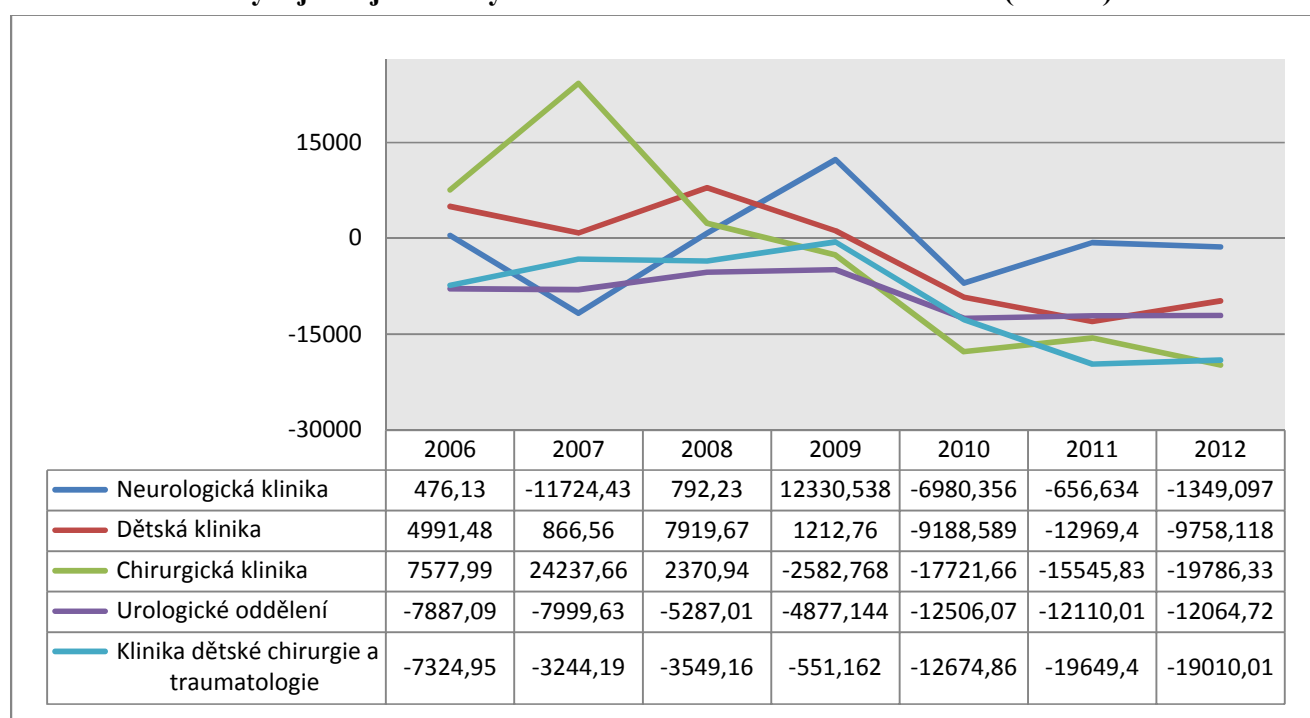
Tabulka 25: Vývoj vybraných výnosových položek v poměru k celkovým výnosům v období na urologickém oddělení TN 2006-2012 (%)

Druh výnosu	2006	2008	2010	2012
Tržby od pojišťovny	94,77%	84,91%	86,21%	90,05%
Tržby mimo pojišťovnu	1,80%	13,76%	9,92%	6,79%
Granty			2,31%	1,91%

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

Z tabulky č. 25 je dobře vidět vyjádření procentuálního zastoupení jednotlivých položek k celkovým výnosům. Platby od zdravotních pojišťoven pokrývají okolo 90% všech výnosů, a proto je důležité zaměřit se na dodržování regulačních opatření úhradové vyhlášky s cílem získat od pojišťovny maximum a minimalizovat případné penalizace. Dále je důležité využívat možnosti získání finančních zdrojů z grantů a studií, které je možno získat zvýšenou aktivitou pracoviště v získávání těchto příležitostí.

Graf 8: Vývoj HV jednotlivých oddělení v TN v období 2006-2012 (mil.Kč)



Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

Dle grafu č. 8 je vidět, že propad v hospodaření zaznamenávají všechny kliniky v TN. Je nutné přiřadit zodpovědnost za dílčí výsledky hospodaření na jednotlivá pracoviště s ohledem na jejich náročnost. V porovnání je vidět, že mezi 5 největšími klinikami v TN jsme aktuálně na třetím místě s negativním VH – 12 065 mil. Kč za rok 2012. Při sledování v čase je však vidět že negativní výsledek hospodaření se nám daří snižovat, dá se tedy říci, že v ročním vyhodnocení jsme poslední dva roky v pozitivní bilanci.

Z předběžných výsledků a vývoje hospodaření pro rok 2013 je dobře patrné, že propad bude katastroficky obrovský a k 30.9.2013 byl VH -114 mil. Kč. Urologické oddělení si stojí mezi ostatními klinikami velmi dobře, daří se jí poslední období dodržovat rozpočet a splňovat stanovené limity pro maximální úhrady poskytnuté zdravotní péče.

4.7 Struktura příjmů mimo zdravotní pojišťovnu TN a vybraného oddělení

Pro podrobnější analýzu byly rozebrány zdroje příjmů mimo příjmů od pojišťovny s cílem určit položky významně se podílející na financování pracoviště a určit na které oblasti je třeba se zaměřit.

Tabulka 26: Vliv příjmů z jiných zdrojů mimo ZP v TN v období 2008-2012 (Kč)

Tržby mimo ZP TN	2008	2009	2010	2011	2012
Samoplátcí	20 097 341	25 808 514	25 053 919	21 207 610	24 712 458
<i>Podíl na tržbách</i>	2,97%	3,57%	3,84%	3,27%	3,55%
Klinické studie	11 082 789	12 082 422	12 410 876	10 842 316	7 303 442
<i>Podíl na tržbách</i>	1,64%	1,67%	1,90%	1,67%	1,05%
Nadstandard	6 291 165	7 524 796	8 513 343	8 444 082	7 534 276
<i>Podíl na tržbách</i>	0,93%	1,04%	1,30%	1,30%	1,08%
Regulační poplatky	30 446 844	30 661 597	29 780 160	29 412 833	37 463 578
<i>Podíl na tržbách</i>	4,50%	4,24%	4,56%	4,54%	5,39%
Granty	14 605 343	7 082 012	15 980 129	14 052 340	14 320 016
<i>Podíl na tržbách</i>	2,16%	0,98%	2,45%	2,17%	2,06%
Tržby z prodeje ÚL	165 076 840	176 425 240	153 558 840	141 916 810	133 634 360
<i>Podíl na tržbách</i>	24,39%	24,40%	23,53%	21,90%	19,21%
Dotace provozní	44428266	52671821	55775378	54261733	131872069
<i>Podíl na tržbách</i>	6,56%	7,28%	8,55%	8,37%	18,96%
Výnos mimo ZP	676 787 750	723 019 270	652 596 958	648 006 848	695 604 189
<i>Meziroční změna</i>		6,83%	-9,74%	-0,70%	7,35%

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

Dle tabulky je vidět, že v celé TN jsou významnými příjmy tržby z prodeje ústavní lékárny (ÚL), tržby z dotací, a také významným zdrojem příjmů jsou regulační poplatky. Nárůst regulačních poplatků je dán vyšší efektivností využití lůžkového fondu a také zvýšeným výběrem za hospitalizační den od 1.12. 2011 ve výši 100 Kč oproti předešlým 60 Kč. Dále však je nutné podotknout, že rostoucí význam v posledních letech mají také samoplátcí a TN by mohla tuto

složku příjmů navýšit vhodným marketingem. Od 1.1.2014 je 100Kč poplatek za hospitalizaci zrušen.

Studie a granty tvoří významnou položku v celé TN, které spolu tvoří v roce 2012 necelých 3,1% z celkových tržeb mimo pojišťovnu. Je zde prostor k navyšování tohoto zdroje při zvýšené pozornosti a snaze přihlásit se do více grantů s cílem zlepšit finanční situaci pracoviště. Nedílnou součástí studií a grantů je mít na pracovišti dostatečný počet kvalifikovaných pracovníků, kteří se budou moci grantům věnovat a odborně je vést. Dále pro podrobnější analýzu zdrojů financování poskytované zdravotní péče v TN bylo vybráno urologické oddělení a data byla sestavena pro období 2006-2012.

Tabulka 27: Rozdělení příjmů mimo ZP na urologickém oddělení v období 2008-2012 (Kč)

Tržby mimo ZP urologie	2008	2009	2010	2011	2012
Samoplátci	203 029,6	224 331,1	103 054,8	136 495,5	133 178,9
<i>Podíl na tržbách</i>	3,64%	4,17%	2,04%	2,87%	3,44%
Klinické studie	3 852 730,3	2 862 532,1	2 117 208,7	1 615 458,4	564 258
<i>Podíl na tržbách</i>	69,09%	53,24%	41,86%	33,98%	14,58%
Nadstandard	349 203,60	347 880,10	351 821,80	393 094,20	351 932,00
<i>Podíl na tržbách</i>	6,26%	6,47%	6,96%	8,27%	9,10%
Regulační poplatky	828 180	840 060	882 360	986 460	1 400 810
<i>Podíl na tržbách</i>	14,85%	15,62%	17,44%	20,75%	36,21%
Granty		743 000	782 000	782 000	743 000
<i>Podíl na tržbách</i>		13,82%	15,46%	16,45%	19,20%
Výnos mimo ZP	5 576 648,6	5 376 454,6	5 057 988,6	4 754 342,7	3 868 969,8
<i>Meziroční změna</i>		-3,59%	-5,92%	-6%	-18,62%

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

Oproti nemocnici jako celku je zde vidět dominantnost jiných skupin zdrojů. Pro jednotlivé oddělení, zde urologické oddělení, jsou dominantními zdroji mimo zdravotní pojišťovny, granty a studie, kde oddělení v rámci své aktivity získává finanční prostředky pro specializovanou činnost nad rámec běžně poskytované nemocniční péče. Dále je významným zdrojem příjem za regulační poplatky stejně jako v celé TN. Nárůst regulačních poplatků je dán vyšší efektivností

využití lůžkového fondu a také zvýšeným výběrem za hospitalizační den od 1.12. 2011 ve výši 100 Kč oproti předešlým 60 Kč. V součtu se však výnos mimo ZP v roce 2010 oproti roku 2009 propadl o necelých 6 %. Celkové tržby každý rok klesají a v roce 2012 dokonce téměř o 20 % a v roce 2013 bude propad ještě vyšší. Možný sektor, kde by se daly tržby navýšit, jsou studie a granty, a to zvýšeným zájmem a aktivitou se do těchto projektů hlásit.

4.8 Porovnání vývoje hospodaření TN s největšími nemocnicemi v Praze

Pro lepší demonstraci současné situace všech českých nemocnic bylo vybráno několik největších nemocnic v Praze jako plnohodnotných konkurentů Thomayerovy nemocnice a byla sestavena data jejich hospodářského výsledku za poslední léta.

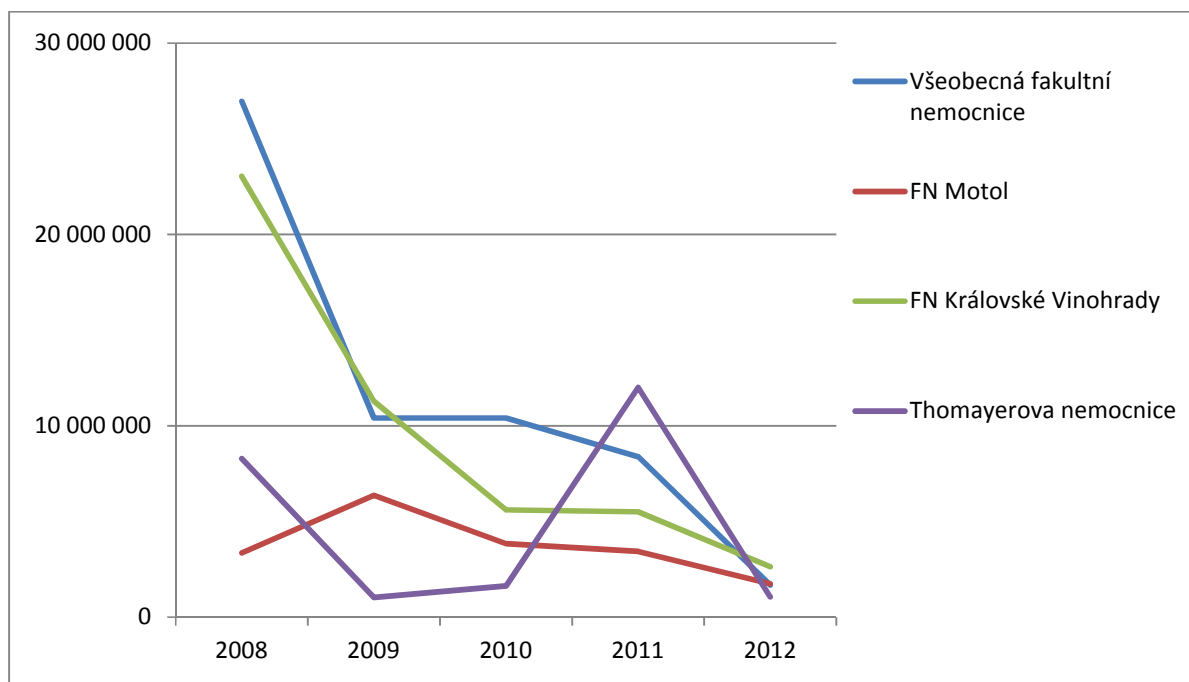
Tabulka 28: HV po zdanění vybraných nemocnic v Praze v období 2008 - 2012 (Kč)

Vybrané nemocnice ČR	Lůžkový fond 2012	2008	2009	2010	2011	2012
Všeobecná fakultní nemocnice	1539	26 963 000	10 404 000	10 404 000	8 385 026	1 682 289
<i>Meziroční změna</i>			61,41%	0%	-19,41%	-79,94%
<i>z toho náklady</i>		6 443 846 000	6 892 702 000	6 798 337 000	6 719 152 532	6 839 045 692
<i>Meziroční změna</i>			7%	1%	-1%	2%
FN Motol	2189	3 351 000	6 376 000	3 855 000	3 444 000	1 739 180,00
<i>Meziroční změna</i>			90%	-40%	-11%	-50%
<i>z toho náklady</i>		6 160 334 000	6 409 823 000	6 439 712 000	6 826 595 000	7 167 908 000
<i>Meziroční změna</i>			4%	0%	6%	5%
FN Královské Vinohrady	1110	23 055 000	11 288 000	5 604 000	5 505 000	2 638 000
<i>Meziroční změna</i>			-51%	-50%	-2%	-52%
<i>z toho náklady</i>		3 014 748 000	3 390 080 000	3 480 619 000	3 569 619 000	3 519 982 000
<i>Meziroční změna</i>			12%	3%	3%	-1%
TN	1179	8 300 000	3 476 000	1 635 750	1 270 000	1 061 000
<i>Meziroční změna</i>			-58%	53%	-22,35%	-16,5%
<i>z toho náklady</i>		2 155 397 000	2 385 347 000	2 344 506 000	2 359 956 000	2 423 991 000
<i>Meziroční změna</i>			11%	-2%	1%	3%

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty, data výroční zprávy jednotlivých nemocnic

Pro demonstraci vývoje ekonomické situace nemocnic v ČR byly vybrány 4 nemocnice a sestavena data o výsledku hospodaření v několika posledních letech. Pro lepší představu je přidán také graf vývoje.

Graf 9: Vývoj HV po zdanění vybraných nemocnic v Praze v období 2008 – 2012 (Kč)



Zdroj: Vlastní zpracování

V grafu č. 9 je dobře patrný negativní vývoj hospodaření všech vybraných nemocnic, což je výsledkem působení řady faktorů (DPH, úhradová vyhláška, osobní náklady a další), které se léta kumulují a v roce 2013 se díky velmi restriktivní úhradové vyhlášce stala situace již kritickou. Asociace českých a moravských nemocnic podala stížnost k Ústavnímu soudu na takzvanou úhradovou vyhlášku, která je pro řadu nemocnic v roce 2013 téměř likvidační. Ústavní soud uznal, že úhradová vyhláška je protiústavní, avšak vykonatelnost rozsudku oddálil na rok 2014, čímž nechal v platnosti stávající vyhlášku a probíhající krizi v nemocnicích nevyřešil. TN vykazala za rok 2013 HV ztrátu 150 000 000Kč. Další vývoj je nejistý a od 1.1.2014 je navíc zrušen výběr poplatků za hospitalizaci, která byla významným příjmem nemocnic, a pojišťovny pravděpodobně nebudou schopny v plné míře tento výpadek dohradit.

4.9 Dodržování regulačních opatření dle úhradové vyhlášky v TN a vybraného oddělení

Zdravotní pojišťovny kontrolují velmi přísná různá kritéria, od kterých se pak odvíjí platby v dalších obdobích. Dle DRG klasifikace jde o takzvané diagnózy alfa, beta a gama. Nemocnice si bedlivě sleduje výskyt těchto diagnóz, i když jejich výskyt nemůže dost dobře ovlivnit. Statistika a metodika se řídí dle úhradové vyhlášky a rok od roku se mění. Například diagnózy gama jsou poprvé v roce 2013, v roce 2012 byly poprvé diagnózy beta a v roce 2010 nebyly ani beta ani gama, ale byly non alfa diagnózy. Je proto dosti složité pro nemocnice i další zdravotnická zařízení vést statistické údaje, jelikož data jsou nesourodá a v čase se špatně porovnávají. Pro rok 2013 jsou stanoveny limity dle platné úhradové vyhlášky tak, aby došlo od pojišťoven k finančnímu plnění bez regresivních sazeb a srážek. Pokud se poskytovatel zdravotních služeb vychýlí ze stanovených limitů, je platba ekvivalentně snížena dle úhradové vyhlášky, nebo není zaplácena vůbec. Při výjimečných situacích je možné dojednat s pojišťovnou individuálně navýšení.

Tabulka 29: Limity stanovené TN pro maximální úhrady dle úhradové vyhlášky pro rok 2013

Regulace	Minimálně % roku 2011	Maximálně % roku 2011
Počet případů hospitalizace alfa	95	100
Součet RV hospitalizace alfa	95	100
Počet případů hospitalizace beta	100	107
Body z hospitalizací beta	100	107
Součet RV beta	100	107
Počet případů gama	100	105
Body za hospitalizace gama	100	105
Součet RV hospitalizací gama	100	105

Zdroj: Vlastní zpracování, zdroj „úhradová vyhláška“

Tabulka 30: Plnění stanovených rozpočtů dle úhradové vyhlášky v TN v období 2008-2012

Položka / rok	2008	2009	2010	2011	2012
Body ambulanti skutečnost	449 773 407	510 563 717	549 893 426	562 123 746	572 921 584
Body ambulanti rozpočet	429 880 263	495 532 572	495 835 209	491 717 975	544 324 971
<i>body ambulanti splnění</i>	105%	103%	111%	114%	105%
Body hospitalizační skutečnost	653 118 926	720 318 789	732 687 955	697 253 756	666 318 463
Body hospitalizační rozpočet	671 053 022	665 727 287	661 132 747	682 637 775	736 082 178
<i>body hospital. splnění</i>	97%	108%	111%	102%	91%
Počet URČ skutečnost	296 590	309 071	313 654	309 499	310 180
Počet URČ rozpočet		326 249	327 470	294 704	317 951
<i>počet URČ splnění</i>		95%	96%	105%	98%
Počet hospitalizací skutečnost	34 228	34 793	33 162	33 544	29 941
Počet hospitalizací rozpočet	32 175	32 175	30 890	32 188	32 384
<i>počet hospitalizací splnění</i>	106%	108%	107%	104%	92%
Součet RV skutečnost	31 732,00	33 987,30	24 998,14	26 587,07	26 334,32
Součet RV rozpočet	30 478,00	30 948,00	20 813,85	29 850,65	29 699,32
<i>součet RV splnění</i>	104%	110%	120%	89%	89%

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

Pro rok 2013 říká úhradová vyhláška, že Casemix pro úhradu je stanoven na maximálně 95 % hodnoty 2011, přičemž musí být splněny počty případů (nesmí být menší více jak o 5%), jinak bude casemix ještě krácen. Proto je evidentní, že nemocnice dostane ve značné míře menší finanční prostředky než v roce 2012, kdy byla také díky DRG mírná nadprodukce zdravotní péče oproti roku 2011. Proto nemocnice hlídá stanovená kritéria v úhradové vyhlášce, aby měla orientační přehled o budoucích platbách od pojišťoven. V tabulce č.30 je již uveden rozpočet TN dle přepočtu z tabulky č. 29, a to na maximální možnou úhradu, tedy na limity maxima. Dále je přepočítáno, jak se daří tyto limity naplňovat za celou TN. Pojišťovny hradí dle úhradové vyhlášky do tohoto maxima plnou úhradu za poskytnutou péči a nad tento limit je již hrazena degresní sazbou dle výpočtu z úhradové vyhlášky. Regulační opatření se daří dodržovat téměř ve všech letech zpětně. V roce 2012 již nebyly naplněny nastavené limity u hospitalizačních bodů a součtu RV. Body hospitalizační kopírují počet hospitalizací, což odpovídá efektivnímu využití lůžkového fondu. Pokles součtu RV v posledních dvou letech je dán také změnou vykazování.

Tabulka 31: Limity dle pojišťoven rozpočet a skutečnost v období 1/2013-7/2013- Alfa

Pojišťovna	111	201	205+217	207	209	211	213	Celkem
Počet případů hosp.alfa -rozpočet	17552	1492	662	5604	127	3267	35	28739
Skutečnost	11154	885	375	3293	97	1977	27	17808
Rozpočet	10239	870	386	3269	74	1905	20	16764
ROZDÍL	915	15	-11	24	23	72	7	1044
Součet RV hospitalizací alfa rozpočet	16374,53	1328,2	694,54	4265,15	115,22	2763,91	24,77	25566,33
Skutečnost	10423,82	902,71	523,85	2481,23	149,74	1791,78	26,85	16299,98
Rozpočet	9551,81	774,79	405,15	2488	67,21	1612,28	14,45	14913,69
ROZDÍL	872,01	127,92	118,7	-6,77	82,53	179,5	12,4	1386,29

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

Jednotlivé pojišťovny jsou označeny čísly a pro každou pojišťovnu se sledují limity odděleně, jelikož každá pojišťovna hodnotí plnění pouze za své pojištěnce. Rozpočty nemocnice jsou opět stanoveny na horní hranici možného plnění pojišťovnou pro maximální možnou úhradu.

Tabulka 32: Limity dle pojišťoven: Rozpočet a skutečnost v období 1/2013-7/2013 - Beta

Pojišťovna	111	201	205+217	207	209	211	213	Celkem
Počet případů Beta rozpočet	1164	103	36	213	1	165	0	1682
Skutečnost	521	27	14	93	23	63	0	741
Rozpočet	679	60	21	124	1	96	0	981
ROZDÍL	-158	-33	-7	-31	22	-33	0	-240
Body hospitalizace Beta rozpočet	15503941	1914724	532459	2813209	4523	2391872	0	23160728
Skutečnost	8723584	826944	266482	2226062	292003	710262	0	13045337
Rozpočet	9043966	1116922	310601	1641039	2638	1395258	0	13510424
ROZDÍL	-320382	-289978	-44119	585023	289365	-684996	0	-465087
Součet RV hospitalizací Beta rozpočet	1279,96	128,46	55,66	229,98	0,93	199,87	0	1894,86
Skutečnost	549,72	30,47	10,88	119,73	19,5	54,85	0	785,15
Rozpočet	746,64	74,93	32,47	134,15	0,54	116,59	0	1105,33
ROZDÍL	-196,92	-44,46	-21,59	-14,42	18,96	-61,74	0	-320,18

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

Z tabulky je vidět složitost a náročnost sledování dat. Největší problémy má TN s plněním limitů v Beta. Pokud se do konce roku nepodaří diagnózy beta navýšit na stanovený rozpočet a nemocnice nesplní minimálně stanovené limity, budou kráceny úhrady od pojišťoven. Doučtování probíhá až v roce 2014 a lze tedy již nyní předpokládat, že při doučtování v roce 2014 za péči roku 2013 dojde k penalizaci, což bude pro nemocnici další finanční problém.

Tabulka 33: Limity dle pojišťoven, rozpočet a skutečnost v období 1/2013-7/2013 - Gama

Pojišťovna	111	201	205+217	207	209	211	213	Celkem
Počty případů hospitalizace Gama rozpočet	823	73	63	221	14	131	2	1326
Skutečnost	471	39	35	122	6	86	3	762
Rozpočet	480	42	37	129	8	77	1	774
ROZDÍL	-9	-3	-2	-7	-2	9	2	-12
Body za hospitalizace Gamma rozpočet	12503941	1914724	532459	2813209	4523	2391872	0	23160728
Skutečnost	12127822	974294	992864	2599160	217879	2282072	24913	19219004
Rozpočet	9043966	1116 922	310601	1641039	2638	1395258	0	13510424
ROZDÍL	3083856	-142628	682263	958121	215241	886814	24913	5708580
Součet RV hospitalizace Gamma rozpočet	751,99	75,47	81,54	186,27	14,28	116,81	1,2	1227,55
Skutečnost	340,67	26,26	26,29	84,22	4,36	59,43	1,96	543,19
Rozpočet	438,66	44,024	47,56	108,66	8,33	68,14	0,7	716,07
ROZDÍL	-97,99	-17,764	-21,27	-24,44	-3,97	-8,71	1,26	-172,88

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

V této tabulce jsou vyčísleny limity pro diagnózy gama a je vidět, že se také zde nedaří plnit stanovené limity, proto je předpoklad, že platby budou poníženy, a to systémem doučtování v prvním pololetí 2014. Ovšem není v silách nemocnice tyto počty nějak ovlivnit.

Mimo jiné je důležité pro hodnocení také obložnost a délka hospitalizace. Délka hospitalizace sama o sobě ovlivňuje výslednou relevantní váhu případu. Průměrná ošetrovací dobu TN za rok 2011 = 7,67 dne, 73,1% využití lůžek (obložnost) a 493 830 ambulantních ošetření a za rok 2012 průměrná ošetrovací doba = 7,53 dne, 75,5% využití lůžek a 482 825 ambulantní ošetření.

Tabulka 34: Plnění rozpočtů dle úhradové vyhlášky v TN Urologie v období 2008-2012

Položka / rok	2008	2009	2010	2011	2012
Body ambulanti skutečnost	7 889 689	9 228 570	11 102 520	9 003 376	7 366 349
Body ambulanti rozpočet	7 617 745	8 678 658	8 930 673	8 981 771	11 161 878
<i>body ambulanti splnění</i>	104%	106%	124%	100%	66%
Body hospitalizační skutečnost	15 914 248	19 098 490	20 615 153	19 735 724	20 058 761
Body hospitalizační rozpočet	16 191 660	15 914 248	15 914 248	18 143 566	20 615 153
<i>body hospitalizační splnění</i>	98%	120%	130%	109%	97%
Počet URČ skutečnost	6 983	6 921	7 448	7 358	7 218
Počet URČ rozpočet		7 701	7 701	6 644	7 522
<i>počet URČ splnění</i>		90%	97%	111%	96%
Počet hospitalizací skutečnost	1 480	1 521	1 637	1 683	1 698
Počet hospitalizací rozpočet		1 340	1 382	1 445	1 692
<i>počet hospitalizací splnění</i>		114%	118%	116%	100%
Součet RV skutečnost	1 562,00	1 700,55	1 634	1 491,89	
Součet RV rozpočet	1 681,65	1 357,00	1 272	1 397,00	
<i>součet RV splnění</i>	93%	125%	128%	107%	
Součet Beta skutečnost					315 938,00
Součet Beta rozpočet					301 553,00

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

Na urologickém oddělení lze také vidět problém s dodržováním stanoveného rozpočtu, a to zejména v posledním roce 2012, kdy došlo k především k nedosažení bodů v ambulanti péči, dále došlo k poklesu v hospitalizačních bodech a URČ. Největší problémy jsou s plněním stanovených limitů bodů ambulanti péče. Každé oddělení je specifické a každé plní limity poněkud odlišně. Celá nemocnice v součtu pak vykazuje jiné hodnoty. Finance jsou však přerozdělovány dle plnění každého oddělení individuálně s cílem rozdělovat finance dle dodržování rozpočtů a vykázané zdravotní péče.

Pro rok 2013 platí jiná pravidla a omezení než v roce předcházejícím 2012, a tato pravidla, jak již bylo řečeno, jsou mnohem restriktivnější s cílem dosáhnout finančních úspor v systému. Proto jsou všechna data bedlivě statisticky hlídána, i když ovlivněna být téměř nemohou. Jsou sledována, aby organizace věděla, jak na tom je, a mohla orientačně odhadovat, zda při doúčtování v roce 2014 nebude penalizována. Zúčtování roku 2013 proběhne v roce 2014 dle provedených úkonů (s ohledem na úhradovou vyhlášku).

4.10 Modelový výpočet konkrétního případu hospitalizace na urologickém oddělení TN

Pro modelový příklad jsou vybrány 2 konkrétní hospitalizační případy a jsou propočítány úhrady od zdravotních pojišťoven (VZP, OZP, Revírní bratrská pojišťovna) a za samoplátce. Pro výpočet modelových případů je využit software Grouper, který vypočte výslednou RV. Dle SW Grouper bude vzata výsledná RV a pro násobena základní sazbou (ZS). Tím bude získána velmi orientačně suma, která by měla nemocnici za daný případ inkasovat. Thomayerova nemocnice má základní sazbu složenou z 50% z technické sazby (29 500Kč) a z 50% z individuální sazby, kterou si dohodla v dohodovacím řízení s jednotlivými pojišťovnami (VZP – 36 568 Kč a OZP – 26 873 Kč).

Tedy základní sazba Thomayerovy nemocnice k RV 1,00 je pro VZP 33034 Kč a pro OZP 28186,50 Kč. Revírní bratrská pojišťovna je jediná pojišťovna, která platí TN přes hodnotu bodu ve výši 0,90Kč.

REVÍRNÍ BRATRSKÁ

Obrázek 1: Software TN intranet Medea – Revírní bratrská pojišťovna

Typ	IČP	Název	Odb	NS	ZP	Datum	Počet	Kód	Název	Dg
02	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	12.06.2013	2,00	00602	OD TYPU 02 - PRO NEMOCNICE	N40
02	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	12.06.2013	0,00	00880	ROZLIŠENÍ VYKÁZANÉ HOSPIT.	N40
02	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	12.06.2013	1,00	76021	KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ UROLOGI	N40
02	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	13.06.2013	1,00	76255	PUNKČNÍ BIOPSIE PROSTATY	N40
02	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	14.06.2013	1,00	76022	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ UROLOGE	N40
03	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	12.06.2013	0,30	0096414	GENTAMICIN LEK 80 MG/2 ML	C61
03	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	13.06.2013	0,30	0096414	GENTAMICIN LEK 80 MG/2 ML	C61
03	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	14.06.2013	0,30	0096414	GENTAMICIN LEK 80 MG/2 ML	C61
06	04005295	ARO - anestezie	708	25351	111	12.06.2013	1,00	78022	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ ANESTEZI	C61
06	04005295	ARO - anestezie	708	25351	111	13.06.2013	2,00	78023	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ ANES	C61
06	04005295	ARO - anestezie	708	25351	111	13.06.2013	1,00	78121	KAPNOMETRIE PŘI ANESTEZII	C61
06	04005295	ARO - anestezie	708	25351	111	13.06.2013	1,00	78988	ANESTEZIE S TRACHEÁLNÍ INT	C61
06	04005295	ARO - anestezie	708	25351	111	13.06.2013	1,00	78999	ZAJIŠTĚNÍ DÝCHACÍCH CEST P	C61
06	04005318	Mikrobiologické oddělení	802	63061	111	14.06.2013	1,00	82015	KVANTITATIVNÍ KULTIVAČNÍ VY	C61

Mikrobiologické oddělení KVANTITATIVNÍ KULTIVAČNÍ VYŠETŘENÍ MOČI

Kategorie 1: 1 K2: 1 K3: 0 K4: 0 K5: 0 Paušál: 240,00

Body za výkon: 12,977 Body za oš.dry: 2,496 Body za kategorii: 75 Celkem Bodů: 15,548

Cena za ZUM: 87,27 Cena za PMA: 0,00 Jednotkový paušál: 120,00 Cena za body: 13,993,20

Zobrazit hodnoty podle: aktuálních hodnot v řádcích hlaviček dokladů Cena celkem: 14.320,47

Cena bodu: 0,90

Seřadit podle: Typ doklad NS Datum Tisk: Normální S mezisoučtem

Zdroj: Vlastní zpracování

Pro modelový výpočet je vybrán pacient hospitalizovaný na urologickém oddělení TN ve dnech 12.6. – 14.6.2013 s diagnózou N40 – zbytnění prostaty. Byla zde provedena punkční biopsie prostaty v celkové anestézii a další následná vyšetření krve a odběru vzorku, jak je ukázáno na účtu pacienta na obrázku č. 1 výše. Veškeré výkony jsou dle úhradové vyhlášky oceněny v bodech, což se vykáže ve vnitřním softwarovém programu.

V tomto případě je pacient pojištěn u pojišťovny č. 213 – Revírní bratrská pojišťovna. Tato pojišťovna má s nemocnicí smlouvu o úhradě za péči v systému úhrad za body a hodnota bodu je stanovena na 0,90 Kč.

Nemocnice za ošetření tohoto pacienta vyúčtovala celkem **15 548bodů**, a proto inkasuje od pojišťovny za body **13 993,20 Kč** a po přičtení paušální úhrady a platby za **ZUM 14.320,47 Kč** a pacient zaplatí poplatky za hospitalizaci ve výši 100Kč za den, v tomto případě poplatek činí za dva dny **200 Kč za hospitalizaci**. Dohromady tedy nemocnice získá do rozpočtu **14 520,47 Kč**.

Obrázek 2: Software TN intranet Medea - samoplátce

Typ	IČP	Název	Odb	NS	ZP	Datum	Počet	Kód	Název	Dg
02	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	12.06.2013	2,00	00602	OD TYPU 02 - PRO NEMOCNICE	N40
02	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	12.06.2013	0,00	00880	ROZLIŠENÍ VYKÁZANÉ HOSPIT.	N40
02	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	12.06.2013	1,00	76021	KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ UROLOGI	N40
02	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	13.06.2013	1,00	76255	PUNKČNÍ BIOPSIE PROSTATY	N40
02	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	14.06.2013	1,00	76022	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ UROLOGE	N40
03	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	12.06.2013	0,30	0096414	GENTAMICIN LEK 80 MG/2 ML	C61
03	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	13.06.2013	0,30	0096414	GENTAMICIN LEK 80 MG/2 ML	C61
03	04005485	Urologie - lůžková část	7F6	27021	111	14.06.2013	0,30	0096414	GENTAMICIN LEK 80 MG/2 ML	C61
06	04005295	ARD - anestezie	708	25351	111	12.06.2013	1,00	78022	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ ANESTEZI	C61
06	04005295	ARD - anestezie	708	25351	111	13.06.2013	2,00	78023	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ ANES	C61
06	04005295	ARD - anestezie	708	25351	111	13.06.2013	1,00	78121	KAPNOMETRIE PŘI ANESTEZII	C61
06	04005295	ARD - anestezie	708	25351	111	13.06.2013	1,00	78988	ANESTÉZIE S TRACHEÁLNÍ INT	C61
06	04005295	ARD - anestezie	708	25351	111	13.06.2013	1,00	78999	ZAJIŠTĚNÍ DÝCHACÍCH CEST P	C61
06	04005318	Mikrobiologické oddělení	802	63061	111	14.06.2013	1,00	82015	KVANTITATIVNÍ KULTIVAČNÍ VY	C61

Urologie - lůžková část OD TYPU 02 - PRO NEMOCNICE TYPU 3, (KATEGORIE 6)

Kategorie 1: 1 K2: 1 K3: 0 K4: 0 K5: 0 Paušát: 240,00

Body za výkon: 12.977 Body za oš.dny: 2.496 Body za kategorie: 75 Celkem Bodů: 15.548

Cena za ZUM: 87,27 Cena za PMA: 0,00 Jednotkový paušát: 120,00 Cena za body: 31.096,00

Zobrazit hodnoty podle: aktuálních hodnot v řádcích hlaviček dokladů Cena celkem: 31.423,27

Cena bodu: 2,00 **Přepočítat**

Seřadit podle: Typ doklad NS Datum Tisk: Normální S mezisoučtem Tisk účtu Tisk dokladu Tisk uznání dluhu Zavřít

Zdroj :Vlastní zpracování

SAMOPLÁTCE

Zde je pro modelový výpočet nasimulován stejný případ, tedy opět pacient hospitalizovaný na urologickém oddělení TN ve dnech 12.6. – 14.6.2013 s diagnózou N40 – zbytnění prostaty, avšak nyní jde o samoplátce. Během hospitalizace byla provedena punkční biopsie prostaty v celkové anestézii a další následná vyšetření krve a odběru vzorku. V tomto případě není klient pojištěn u žádné pojišťovny, a proto vyšetření bylo provedeno na jeho vlastní účet. Nemocnice za ošetření tohoto klienta inkasuje částku ve výši **31 096 Kč za body** a po přičtení ZUM a paušálu je **konečná cena 31423,27 Kč**.

Hodnota bodu v případě nepojištěných klientů je v TN stanovena na **2 Kč/bod**. Regulační poplatek ve výši 100 Kč/den za hospitalizaci se v tomto případě nehradí.

Pokud by **samoplátce** byl ošetřen ve stejné diagnóze akutně se stejným průběhem, pak se úhrada bude opět počítat přes body. **Hodnota bodu v tomto případě je 1,12 Kč**. Pak by samoplátce zaplatil za vykázané body **17 741,03 Kč**. Regulační poplatek ve výši 100 Kč/den za hospitalizaci se v tomto případě také nehradí.

Obrázek 3 : Software Grouper v TN – účet jednotlivého případu

The screenshot displays the 'Účet DRG' (DRG Account) window in the Grouper software. It contains the following information:

- Identifikace pacienta a případu:** ČP: 5606110169, Příjmení a jméno: Foft Jan. Ing, Pohlaví: Muž, Věk: 57(let), Platce: 111, Od: 12.06.2013, Do: 14.06.2013, Oddělení: URO-1(2), Případ: 280626.
- Diagnózy:** F Dg N40, Název Zbytnění prostaty - hyperplasia prost.
- Úřející výkony:** Empty table with columns F, Datum, Výkon, Počet, Název.
- Zařazení do DRG:** ONEMOCNĚNÍ A PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, 12311. PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, K, ALFA. ALFA Příloha 10 (2013). A diagram shows a path from LTP (1) to ALOS (3) to HTP (10) with a score of 3, and from MLTP (0) to AMAT (206) to MHTP (618) with a score of 1. The total score is 87.27.
- Náklady a Výnosy:** OD a Kat: 1.801,00 Kč, RV in: 0,25720 Kč, Oper. sály: 40,00 Kč, RV in (bez CC): 0,25720 Kč, ZULP: 87,27 Kč, RV (bez CC): 0,25720 Kč, ZUM: 0,00 Kč, Sazba: 0,00 Kč. Celkem: 13.620,27 Kč, HV: -13.620,27 Kč, -100,00 %.
- Buttons:** Aktuální zařazení, Varianty zařazení, Další diagnózy, Zavřít, Potvrdit, Blokovat, Ověřit, Zařadit, Tisk, Detail.

Zdroj: Vlastní zpracování

POJIŠTĚNEC VZP, OZP

A jako poslední je do programu Grouper nasimulován pacient opět s diagnózou zbytnění prostaty. Byl hospitalizován na tři dny a během hospitalizace byla provedena punkční biopsie při celkové anestézii, což případ zařadilo do příslušné DRG skupiny a výsledná relevantní váha tohoto případu byla 0,25720. Thomayerova nemocnice má základní sazbu složenou z 50% z technické sazby (29 500 Kč) a z 50% z individuální sazby, kterou si dohodla v dohodovacím řízení s jednotlivými pojišťovnami. Tedy základní sazba Thomayerovy nemocnice **k RV 1,00 je pro VZP 33 034 Kč a pro OZP 28 186,50 Kč**. Potom za tento konkrétní případ bude uhrazeno od **VZP 8496,34 Kč a od OZP 7249,56 Kč**.

Tabulka 35: Souhrnné výsledky simulačních výpočtů pro TN v roce 2013 (Kč)

Pojišťovna	Vypočtená výše úhrady za poskytnutou péči
VZP	8496,34
OZP	7249,57
Revírní bratrská pojišťovna	14 320,47
Samoplátce plánovaně	31 096
Samoplátce – akutní péče	17 741,03

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty

Tabulka č. 35 ukazuje, že nejvyšší úhrada je od pacienta samoplátce ošetřeného plánovaně. Dále je zde vidět, že nejvyšší úhrada je od Revírní bratrské pojišťovny. Dále platba za vykázanou zdravotní péči je od VZP vyšší než za identickou vykázanou zdravotní péči od OZP. Pro nemocnici by bylo výhodnější přijímat pacienty samoplátce nebo pacienty od pojišťovny VZP, což ve skutečnosti není možné.

5 VÝSLEDKY A DISKUZE

Financování zdravotní péče v ČR

I přesto, že se v ČR každý rok daří navyšovat HDP (s výjimkou roku 2009), v procentuálním vyjádření celkové výdaje na zdravotní péči v poměru k celkové výši HDP již několikátým rokem klesají. Může to být důsledkem úsporných opatření všech zúčastněných – vlády, pojišťoven, klientů a nemocnic. Tato úhradová vyhláška svůj primární cíl naplnila, ale uvedla systém financování zdravotní péče, zejména financování nemocnic do značných potíží.

Poměr soukromých výdajů, veřejných rozpočtů a výdajů ze zdravotního pojištění je značně nevyrovnaný a oproti vybraným státům (příloha č. 4) hradí do systému financování zdravotní péče největší podíl v ČR zdravotní pojišťovny. Například na Slovensku, které má systém zdravotní péče obdobný jako ČR, má silnější zastoupení soukromé výdaje i výdaje ze státního rozpočtu. V některých státech existuje **systém smluvního zdravotního připojištění**, které také do jisté míry hradí část výdajů ve zdravotní péči a může být **do budoucna jednou z možností řešení problému v ČR**. Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů ve vybraných státech je zobrazen v příloze č. 4 a jsou zde dobře patrné **rozdíly v poměru zastoupení veřejných, soukromých zdrojů**, ale i významný podíl soukromého pojištění v některých státech.

Proběhlá **ekonomická krize v roce 2009** v ČR měla dopad na všechny segmenty trhu národního hospodářství a ve všech odvětvích kromě zdravotnictví docházelo k poklesu tržeb. Zdravotnictví vykazuje dlouhodobě stoupající tržby, sekundárně výdaje. Dopad hospodářské krize měl negativní dopad na zaměstnanost, což vedlo ke sníženému výběru do systému veřejného zdravotního pojištění, proto jsou také **pojišťovny nuceny provádět úsporná opatření**.

Za poslední roky došlo k opakovaným zvedáním sazby DPH, a to jak snížené sazby, tak základní sazby, což se v nákladových položkách nemocnic značně odrazilo. **V roce 2008 vstoupila v platnost novela zákona, která zavedla takzvané regulační poplatky**, které měly za úkol, za prvé omezit spotřebu zdravotnických služeb, a tím sekundárně snížit náklady. Za druhé měla přinést zdravotnickým zařízením další zdroj financí. První předpoklad se nenaplnil, omezení

využívání zdravotních služeb mělo pouze krátkodobý efekt. Druhý cíl byl naplněn, ale tento nový zdroj příjmů **nedokázal kompenzovat zvyšující se deficit v systému financování nemocnic.**

Dominantním plátcem zdravotních služeb jsou **zdravotní pojišťovny**, které vybírají povinné zdravotní pojistné a proplácí poskytovatelům vykázanou zdravotní péči. Výběr zdravotního pojistného je dlouhodobě nevyrovnaný a pojišťovny již několik let hradí negativní bilanci z rezervních fondů. V roce 2013 některé z nich nemají žádné rezervy a žádají stát o bezúročnou půjčku nebo o odkup nedobytných pohledávek. Na počátku roku 2013 byla státem poskytnuta předsunutá platba ve výši 4 miliardy, ale ani tuto předsunutou platbu pravděpodobně nebudou moci zdravotní pojišťovny splatit. Na konci roku **2013** je jasné, že **pojišťovny jsou ve finanční tísní** a největší pojišťovna VZP žádá stát o půjčku. Je třeba navýšit odvod zdravotního pojistného za takzvané státní pojištěnce, které nebylo poslední čtyři roky upravováno. Stát odváděl za státní pojištěnce čtyři roky 723 Kč měsíčně, a při tom největší počet nejnákladnějších pacientů je právě ve skupinách věku do 5 let a ve věku 65 +, a počet těchto především státních pojištěnců, je přibližně 6 miliónů. V roce 2013 byla schválena novela o zvýšení odvodu zdravotního pojištění za státní pojištěnce, přesně o 64 Kč, která do systému přinese měsíčně o 400 milionů Kč více, a to již od listopadu 2013.

Nemocniční péče je součástí takzvané lůžkové péče, která má v ČR kolem 106 tisíc lůžek, z toho nemocniční péče zaujímá kolem 55% z lůžkové péče. K 31.12.2012 bylo v ČR 188 nemocnic, z toho 27 v Praze. **Mezi zřizovateli má dominantní postavení stát** prostřednictvím MZ, krajů, obcí a ostatních správních orgánů. Při porovnání nemocnic dle počtu lůžek má v součtu **nejvyšší počet lůžek nemocnice pod správou jiné právnické osoby**, jde zejména o jednodenní chirurgii, plastiku, estetiku a další specifické obory. Tyto subjekty jsou primárně řízeny s cílem dosahování zisku. **Na druhém místě jsou nemocnice pod správou MZ. Tyto nemocnice poskytují komplexní péči a patří mezi největší v ČR.** MZ je zřizovatel stejně jako kraj a obec a provozuje nemocnice jako neziskové organizace, které hospodaří s cílem vyrovnaného rozpočtu. MZ každoročně rozděljuje ze svého rozpočtu finanční prostředky do ústavní péče nemocnic, zejména prostřednictvím investičních a provozních dotací. Z celkového

rozpočtu MZ v roce 2012 šlo do ústavní péče přibližně 19 %. Nejvíce MZ vydává do správy a administrativy a to celých 32 % z celkového rozpočtu.

Nejvýraznější problémy ve financování zdravotní péče pociťují její největší poskytovatelé, tedy nemocnice. **Hospodaření nemocnic se potýká s problémy** dlouhodobě rostoucích nákladů a omezování příjmů. Dominantním plátcem za poskytnuté zdravotní služby jsou zdravotní pojišťovny, které hradí více jak 80% všech nákladů. Zdravotní pojišťovny v poslední době nestačí pokrýt rostoucí náklady a samy se potýkají s finančními problémy nevyrovnaného rozpočtu. Nezanedbatelnou částkou se stávají také příjmy mimo zdravotní pojišťovny. Jde zejména o samoplátce, granty, studie a dotace. Náklady v posledních letech rostly nesrovnatelně rychleji než výnosy, mezi nejvyšší patří osobní náklady (navýšení tarifů a akce „děkujeme, odcházíme“), náklady na léky a služby (zvyšování DPH). Spolu s restriktivní úhradovou vyhláškou a nedostatkem peněz ve zdravotních pojišťovnách se v roce 2013 situace nemocnic stala kritickou. Dle ACMN nejsou nemocnice schopny hradit své závazky a reálně hrozí omezení poskytované péče. **Nemocnice se snaží snížit nákladové položky tam, kde jsou schopny je ovlivnit.** Osobní náklady tvoří téměř 50 % z celkových nákladů, bohužel tyto náklady nelze nijak ovlivnit, jsou dány **tarify a každoročně tak rostou** o několik procent. Další významnou položkou je spotřebovaný materiál. Zde se však odráží **zvedání DPH** a to několikrát po sobě, proto dochází neustále i při omezování spotřeby k nárůstu těchto nákladů. Nemocnice zvyšují svoji efektivitu, a to především zkracováním průměrné ošetrovací doby. K jednotlivým hospitalizačním případům jsou stanovena rozmezí hospitalizačních dnů v limitu od minima do maxima, která ovlivňují výslednou RV a tím úhradu za hospitalizační případ. Při kratší délce hospitalizace klesá také úhrada od pojišťoven. Nemocnice může teoreticky zrušit ztrátovou oblast zdravotní péče, ovšem prakticky jí to musí zřizovatel povolit. Velké nemocnice mají za zřizovatele stát, a ten musí poskytovat komplexní zdravotní péči. Nemocnice má velmi málo možností, jak ovlivňovat a minimalizovat své náklady, jelikož výši poskytnuté péče ani její rozsah není schopna ovlivnit. **Úhradová vyhláška dostala řadu nemocnic do značných finančních potíží.** Dle úhradové vyhlášky **pro rok 2013** je dáno, že za stejnou výši vykázané péče, jako v referenčním období, **bude nemocnici uhrazeno maximálně 98% její výše.** Pokud

by úhradová vyhláška kopírovala alespoň inflaci a byla nastavena stejná jako v roce 2012, takto vážná situace by nenastala.

Financování nemocniční péče v TN

V Thomayerově nemocnici se od roku 2008 vykazuje zdravotní péče **systemem DRG**. Tento systém má být spravedlivější a přehlednější a má systém úhrad stabilizovat. Výše úhrad zdravotní péče je dána takzvanou úhradovou vyhláškou. Úhradová vyhláška pravidelně vydávaná MZ je každý rok jiná a aktuálně definuje nově hodnocené parametry. Její použití v praxi je velmi náročné z důvodu každoroční změny rozsáhlého textu, využíváním různorodých veličin a náročnosti výpočtů. **Výpočet objemu poskytované péče a následně úhrad** je velmi složitý pomocí mnoha dalších mezi výpočtů a pomocných koeficientů. MZ dává k dispozici **software Grouper**, který pomáhá ve výpočtu RV, která pak dalším výpočtem určí výslednou úhradu za jednotlivý případ. Každá pojišťovna má k dispozici softwarové vybavení, které složité propočty a úpravy provádí. Nemocnice zasílají vyúčtování každý měsíc dle aktuálně poskytnuté zdravotní péče. **Pojišťovny však platí zálohově** a doučtování probíhá až následující rok po vyúčtování veškeré poskytnuté péče za celé hodnocené období. Dle splněných limitů a vykázané péče je v prvním pololetí následujícího roku provedeno doučtování. Nemocnice tak velmi dlouho neví, jak bude její poskytnutá péče uhrazena.

Hospodářský výsledek Thomayerovy nemocnice se v časové řadě postupně snižoval díky rostoucím nákladům a snížení příjmů. Největší problém nastal **v roce 2013** a k 31.12.2013 je **výsledek hospodaření -150 miliónů Kč**. Thomayerova nemocnice se dostala do kritické situace, kdy je velmi obtížně schopna dostát svým závazkům. Výnosy v Thomayerově nemocnici každoročně rostly o několik procent, kromě roku 2010, kdy se projevilo omezení provozu z důvodů rozsáhlejších rekonstrukcí. **Pro rok 2013 bylo dáno úhradovou vyhláškou snížení plateb od pojišťoven**, což mělo obrovský dopad na hospodářský výsledek a druhý velký vliv na propad mělo právě zmiňované doučtování zdravotních pojišťoven za předcházející období, kde bylo penalizováno nesplnění objemu poskytnuté péče. **Důležitým druhem výnosu jsou granty a studie**, které mohou do budoucna mít ještě větší podíl na financování pracoviště a v posledních

letech zaujímaly nezanedbatelnou část výnosu. Bohužel veškeré finanční prostředky z grantů jsou určeny na vědeckou činnost, pro niž byl grant schválen nikoliv na krytí nákladů poskytované zdravotní péče v TN. Příjmy ze studií jsou prvotně zasílány na ředitelství nemocnice, kde jsou v určitém poměru rozděleny na část pro organizaci a část pro pracoviště, kde jsou následně rozděleny pro jednotlivé pracovníky zúčastněné ve studii. Část výdajů je dána pouze na předem definované oblasti, které jsou ve studii schváleny. Jde zejména o materiál potřebný k provádění studie. Problémem při studii je zapojení pracovníků (lékaři, sestry, administrativní pracovníci), kteří musí studii věnovat svůj čas, který by primárně měli věnovat péči o pacienty. **Náklady v Thomayerově nemocnici rostou meziročně o několik procent s výjimkou roku 2010, kdy se podařilo nejvíce ušetřit na službách** díky odprodeji kuchyně a úspoře na energii. Nejproblematictějším sektorem rostoucích nákladů jsou osobní náklady, které každoročně stoupají díky tarifním tabulkám. V roce 2012 TN zrušila vyplácení memoranda, a tak nepatrně na těchto nákladech ušetřila.

Při sledování limitu objemů poskytované péče dle úhradové vyhlášky se Thomayerově nemocnici a také vybranému oddělení nedaří naplňovat limity stanovené v úhradové vyhlášce u Beta DRG diagnóz a Gama DRG diagnóz. Tyto požadavky však není schopen nikdo ovlivnit, pokud se má péče poskytovat lege artis v adekvátním rozsahu a kvalitě a správně kódovat. **Při sledování konkrétního pracoviště, urologického oddělení,** bylo analýzou zjištěno, že **dominantními výnosy jsou příjmy od pojišťoven a dalšími významnými příjmy z tržeb mimo pojišťovny jsou regulační poplatky, samoplátci, granty a studie (dle výše tržeb v tomto pořadí).** A právě zde má pracoviště možnost získávat další zdroje financí. Z nákladových položek jsou nejvýznamnější, stejně jako v celé TN, osobní náklady a následují náklady na materiál a služby.

Dle modelového příkladu, který demonstruje úhradu hospitalizačního případu **dle DRG pro tři pojišťovny a pro samoplátce, vychází jako ekonomicky nejefektivnější ošetřovat zejména pacienty Revírní bratrské pojišťovny a samoplátce,** což je nereálné a nemocnice nemůže toto nijak ovlivnit. Lze říci, že toto tvrzení platí u všech hospitalizačních případů, jelikož výsledná relevantní váha je vždy stejná, ale liší se pouze individuální sazby jednotlivých pojišťoven.

6 ZÁVĚR

Zdravotní péče je v České republice založena na systému solidarity, kdy všichni z povinného zdravotního pojištění financují zdravotní péči aktuálně nemocným a předpokládají, že v případě potřeby bude také v maximální výši a kvalitě poskytnuta i jim samotným. Dlouhodobě se ve statistikách projevuje nárůst nákladů na zdravotní péči, což je dáno nejenom demografickým vývojem, ale také technologicko-vědeckým pokrokem, a rovněž i neefektivním hospodařením zdravotnických institucí, což je vidět v tabulkách, kde instituce pod vedením jiné právnické osoby mají lepší hospodářský výsledek než instituce pod vedením státních orgánů. Stát je povinen zajistit komplexní zdravotní péči v určitém rozsahu a kvalitě, proto si ve své působnosti ponechal největší nemocnice. V posledních letech se diskutuje o nutnosti reformy ve zdravotnictví, která je nutná pro stabilizaci a pro nadále udržitelný provoz a rozvoj zdravotní péče v ČR, tu se však stále nedaří vytvořit. **V roce 2008 byla schválena spoluúčast pacienta na zdravotní péči, která krátkodobě finanční situaci ve zdravotnictví zlepšila**, nikoliv však vyřešila. Krátkodobě platila takzvaná nadstandardní léčba, kterou si pacient připlácel. Ta však byla záhy Ústavním soudem zrušena. V ČR se téměř každý rok daří navyšovat HDP, ale v procentuálním vyjádření celkové výdaje na zdravotní péči v poměru k celkové výši HDP již několikátým rokem klesají. **Země EU dávají průměrně 9% HDP do zdravotní péče a ČR dává přes rostoucí HDP pouze 7,6%.**

V současné době je snaha sjednotit a zprůhlednit systém financování všech zdravotnických služeb. Pro tento cíl byl vybrán **systém DRG**, který pochází z USA a původně měl sloužit pro statistické údaje. V ČR se používal ze začátku také pro statistické údaje, ale postupně byl přetvořen na systém vykazování poskytnuté péče, na jehož podkladě jsou propláceny vykonané zdravotní služby. **Systém umožňuje nastavit jednotné sazby pro stejné úkony a výkony a porovnávat instituce dle provedených služeb a sekundárně narovnat výše úhrad za stejné úkony.** Systém, pokud bude správně nastaven, bude spravedlivější, co se týče prováděných a následně zaplacených služeb. Na straně druhé bude snaha poskytovatelů o nadprodukcii s cílem získat od zdravotních pojišťoven co nejvyšší obnos financí. Beze sporu **nevýhodou je značná**

neprůhlednost systému DRG, jeho komplikovanost a nenávaznost dat v letech. Je otázkou, proč tomu tak je a komu tento systém vyhovuje. Nemocnicím způsobuje jisté potíže, administrativa se zavedením každého nového předpisu či vyhlášky roste a nesourodost vykazovaných dat znemožňuje sledování vývoje v čase. Na základě výše uvedeného na podnět AČMN podala ČLK dne 25. 3. 2013 žádost Ústavnímu soudu o zrušení tzv. úhradové vyhlášky. **Ústavní soud** uznal stížnost jako oprávněnou a **zrušil úhradovou vyhláškou**, avšak s odkladem platnosti na konec roku 2014, tudíž kritizovaná úhradová vyhláška platí i nadále.

Pojišťovny si téměř nekonkurují a systém všeobecného zdravotního pojištění státních pojištěnců se uskutečňuje přes jedinou největší pojišťovnu VZP (zvláštní účet). Při dohodovacích řízeních stojí VZP jako dominantní plátec na trhu zdravotních služeb a ostatní pojišťovny se podle ní řídí. I když má některé sazby za poskytovanou péči výhodnější, mají na druhé straně méně klientů a větší riziko nákladné péče. Cílem MZ je zejména prostřednictvím úhradové vyhlášky (DRG) sjednotit platby za výkony pro všechny zdravotní pojišťovny. Pak se ale nabízí otázka, **zda je potřeba mít více pojišťoven** a zda by nebylo jednodušší, transparentnější a levnější mít pouze pojišťovnu jednu.

Celá řada nákladových položek nemocnice je fixních a nelze je snižovat – nájemné, energie, teplo a do jisté míry i osobní náklady. Při zachování stávajícího rozsahu péče si poskytovatel zdravotní péče nemůže dovolit omezovat personální vybavení, které je mimo jiné dle vyhlášky o zdravotní péči jasně stanoveno. Další vliv na růst nákladů mělo nařízení ministra zdravotnictví Hegera v roce 2011 díky akci „děkujeme odcházíme“, díky němuž došlo k navýšení tarifních platů sester i lékařů a také došlo k příslibu růstu mezd v dalších letech. Nemocnice se snaží na tomto segmentu nákladů šetřit, například ve vybrané nemocnici došlo ke zrušení vyplácení memoranda. Další možností jak lze ušetřit je bezesporu zrušení ztrátové oblasti zdravotní péče. Zrušení vybrané oblasti péče může uskutečnit instituce, která není pod vedením státu, což nemocnice v drtivé většině jsou. Stát má povinnost zajistit dostupnost veškeré zdravotní péče v plném rozsahu, a proto nemocnice musí provozovat i neziskové obory. Další možností je otevřít nový dynamický obor pro zvýšení příjmů, avšak pokud bude nemocnice chtít otevřít nový obor a poskytovat další zdravotní péči s cílem získat finanční prostředky, musí brát v úvahu náklady na její zavedení a provoz i to, zda ji péči smluvní pojišťovny uznají a budou hradit.

Finanční situace většiny nemocnic v ČR a vybrané nemocnice se ve sledovaných letech zhoršuje a v roce 2013 se stala již krizovou. Dle AČMN v pololetí roku 2013 mají nemocnice ztrátu 2 miliardy Kč a v druhé polovině se propad ještě prohloubí. Své platby odkládají, ale dodavatelé již nejsou ochotni dávat materiál a léky na dluh. Jedním **z důvodů této krizové situace je úhradová vyhláška pro rok 2013**, za niž je zodpovědný náměstek MZ pro zdravotní pojištění Petr Nosek, která omezuje péči ve svém objemu a omezuje i finanční prostředky, což v kombinaci se stále rostoucími náklady uvádí nemocnice do finanční pasti. Příčinou krizové situace je dále růst DPH a také fakt, že většina materiálu a léků v nemocnicích byla přesunuta ze snížené sazby DPH do vyšší, a proto je dopad zvýšení DPH velmi znatelný.

Dopad všech výše zmíněných vlivů má za následek nemalé finanční problémy v hospodaření nemocnic. Dne 29.8.2013 na tiskové konferenci na **zasedání krizového štábu AČMN** byli občané upozorněni na neudržitelnou situaci, kdy nejsou nemocnice schopny platit své závazky včas a reálně hrozí omezení poskytované zdravotní péče. Ze zákona mají nemocnice povinnost u akutního pacienta poskytnout neodkladnou péči, avšak na konferenci uvedli možnost, že situace dojde tak daleko, že nemocnice nebudou moci zákon naplňovat. AČMN poslala ministrovi zdravotnictví otevřený dopis, kde žádala odvolání náměstka pro zdravotní pojištění Petra Noska, který je zodpovědný za úhradovou vyhlášku pro rok 2013. MZ žádosti vyhovělo a ministr zdravotnictví náměstka pro zdravotní pojištění 21.9.2013 odvolal. **Ústavní soud zrušil úhradovou vyhlášku s platností konec roku 2014. Pojišťovny tak budou rok 2013 účtovat podle zatím stále platné úhradové vyhlášky.** Na základě rozhodnutí ústavního soudu byly od 1.1.2014 zrušeny regulační poplatky za hospitalizační den.

Ministr zdravotnictví Martin Holcát v závěru roku 2013 jednal s AČMN a se zástupci pojišťoven s cílem vyřešit kritickou finanční situaci nemocnic a vyjednal možnost navýšení zálohových plateb nemocnicím a snížení regulačních omezení dle individuálních prokazatelně nutných navýšení. Jak situace bude fungovat reálně, ukáže nastávající období, kdy řada nemocnic bude o toto navýšení a omezení regulací žádat.

DOPORUČENÍ

- V dalším období bude třeba nemocnicím navýšit úhrady, aby byly schopny platit své závazky (dotace, úhradová vyhláška, spoluúčast pacienta, granty, studie).
- Efektivní výběr veřejného zdravotního pojištění
- Systém plateb za poskytnutou zdravotní péči – DRG (vyrovnat platby za stejné výkony, zefektivnit, zjednodušit)
- **Je třeba přehodnotit odvod pojistného za státní pojištěnce** do systému všeobecného zdravotního pojištění pojištěnce pro stabilizaci hospodaření zdravotních pojišťoven. **Poslední navýšení proběhlo 1.11. 2013, a to přesně o 64 Kč**, avšak tento nárůst, který byl proveden po čtyřleté stagnaci, je nedostatečný. Stát má přibližně 6 miliónů pojištěnců, a tak i toto malé navýšení **přinese měsíčně přes 400 miliónů** do pojišťoven. Další možností, po které pojišťovny volají, je odkup nedobytných pohledávek státem nebo bezúročná půjčka.
- Na některé zboží, materiál či léky znovu zavést sníženou sazbu DPH.
- **Spoluúčast pacienta** je hodně diskutovanou oblastí, kde je nutné vybalancovat finanční zátěž na obyvatelstvo. V sousedních zemích má spoluúčast mnohem dominantnější postavení než v ČR, například ve Slovensku tato složka tvoří 24 % s celkového rozpočtu financování zdravotní péče.
- V okolních zemích se také můžeme nechat inspirovat **zavedením soukromého zdravotního připojištění**, které by mohlo být dalším příjmem do systému zdravotnictví.
- Nezbytnou součástí bude **kontrola na stránce výdajové tedy zefektivnění hospodaření celého systému**, tedy začít šetřit na všech úrovních. Pro nemocnici je důležité dodržovat stanovené finanční rozpočty přepočtené na jednotlivá oddělení a motivovat všechny pracovníky k šetření materiálu a léčiv. Ohodnocovat pracoviště kde se limity rozpočtu budou dařit dodržovat a další motivační prvky pro všechny zainteresované pracovníky

dle jejich kompetencí a pravomocí. Důležité je přesně kódovat veškeré výkony a předcházet tak penalizacím za špatné výkaznictví.

Je zřejmé, že s vědeckotechnologickým pokrokem, rostoucím počtem stárnoucích obyvatel a s růstem absolutního počtu obyvatel ČR budou náklady na zdravotní péči růst. Pojišťovny se nedaří rostoucí náklady pokrývat, a proto je nevyhnutelná spoluúčast pacientů. Od 1.1.2014 byly **zrušeny regulační poplatky 100 Kč** za den hospitalizace, což bude mít také obrovský finanční dopad na nemocnice, které jsou již nyní v těžké finanční situaci. Na konci roku 2013 došlo k intervenci České národní banky na devizovém trhu s cílem oslabit korunu, což se podařilo. I tento fakt bude mít sekundárně dopad na financování nemocnic, jelikož se zdraží některé zboží, přístroje, léky a služby.

Rok 2014 bude klíčovým rokem, kdy nemocnice, pojišťovny a stát budou muset najít cestu ven ze vzniklé krize a najít systémové řešení, které systém nejenom jednorázově zachrání, ale i trvale stabilizuje. Úhradová vyhláška je pro rok 2014 méně restriktivní, ale opět je stanovena tak, že nepokryje nemocnicím veškeré náklady. Spoluúčast pacientů je stále v ČR minimální a je nevyhnutelné posílení této složky, jinak se sektor zdravotních služeb nestabilizuje. Důležité je také zpřísnit a zefektivnit kontrolu na všech úrovních zdravotnického systému a motivovat všechny zúčastněné subjekty k šetření.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Tištěné dokumenty:

ARNOLDOVÁ. Anna. *Sociální zabezpečení I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2012. 350. s. ISBN 978-80-247-3724-9

BARTÁK. M. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8

BERNHARD. A. Koch. *Medical liability in Europe. European centre of Tort and Insurance Law*. Berlín: Walter de Gruyter, 2011. 704s. ISBN978-3-11-026016-8

ČPZP. *Zdravotní pojištění*. 1.vydání. Praha: Sagit, 2013. 192s. ISBN 978-80-7208-973-4

DRBAL. Ctibor. *Budoucnost zdraví a zdravotnictví*. Praha:Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2008. 65s. ISBN 80-86729-39-7

DOLEŽAL. Adam a Tomáš. *Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví I*. 1.vydání. Praha:Wolters Kluwer ČR a.s., 2011. 262s. ISBN 978-80-7357-676-9

DOSTÁL. O. a kol. *Návrh zdravotní reformy*, 1.vydání. Praha: CESTA, 2012. 19s. ISBN 978-80-905134-1-9

DUKOVÁ. I. DUKA. M. *Sociální politika*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. 200s. ISBN 978-80-247-3880-2

IVANOVÁ. K. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1.vydání. Praha:Grada Publishing a.s., 2005. 248s. ISBN 80-247-1212-1

JANEČKOVÁ. Hana a kol. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1.vydání. Praha:Portál s.r.o., 2009. 296s. ISBN 978-80-7367-592-9

JAROŠOVÁ. Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1.vydání. Praha:Grada Publishing a.s., 2007. 99s. ISBN 978-80-247-2150-7

- KOŽENÝ. Pavel a kol. *Klasifikační systém DRG*.1.vydání. Praha:Grada Publishing a.s., 2010. 208s. ISBN 978-80-247-2701-1
- MAAYTOVÁ. Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. 1.vydání. Praha:WOLTERS Kluwer, 2012. 110s. ISBN 978-80-7357-912-8
- MALINA. A. *Úvod do veřejného zdravotnictví pro nelékaře*, 1.vydání. Praha:Institut postgradualního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013. 65s. ISBN 978-80-87023-29-7
- MÁTL.O. a kol. *Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR*. 1.vydání. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009. 45s. ISBN 978-80-85047-36-3
- MÁTL. O. a kol. *České zdravotnictví v roce 2050*. 1.vydání. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009. 45s. ISBN 978-80-85047-38-7
- NĚMEC. Jiří. *Principy zdravotního pojištění*, 1.vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 240s. ISBN 978-80-247-2628-1
- OECD. *Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům*.1.vydání. Kostelec nad Černými lesy:Institut zdravotní politiky a ekonomiky,2004.96s.ISBN 80-86625-18-4
- OCHRANA. F. *Veřejný sektor a veřejné finance*.1.vydání. Praha:Grada Publishing a.s., 2010. 261s. ISBN 978-80-247-3228-2
- POTŮČEK. M. a kol. *Veřejná politika*. 1.vydání. Praha :Sociologické nakladatelství SLON , studijní texty 35.svazek, 2005. 65s. ISBN 80-86429-50-4
- SKŘIVÁNKOVÁ – BOŠKOVÁ. V. *Proč transformace zdravotnictví kulhá*. 1.vydání. Praha:Repromedia Praha s.r.o., 2012. 59s. ISBN 978-80-260-2865-9
- ŠEDO. Jiří. *DRG v praxi2012*. 1.vydání. Praha:Galén, 2012. 97s. ISBN 978-80-7262-950-3
- VOSTATEK. J. *Zdravotní pojištění a zabezpečení*. Praha: PRESS Servis s.r.o., 9-2010. ISSN 1213-6050

VURM. V. a kol. *Vybrané kapitoly veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1.vydání. Praha:TRITON, 2007. 80s. ISBN 978-80-7254-997-9

ÚZIS. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*. 1.vydání. Praha:ÚZIS, 2010. 52s. ISBN 978-80-7280-900-4

ZLÁMAL. Jaroslav. BELLOVÁ. Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. 1.vydání. Brno : NCO a NZO, 2013. 249s. ISBN 978-80-7013-551-8

Internetové zdroje:

ACMN. *Stížnost k ústavnímu soudu*. [on line]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.acmn.cz/>>

CMU. *Smluvní státy*. [on line]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.cmu.cz/prozdravotnickazarizeni/smluvnistaty>>

ČSUČR. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky*. [on line]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z WWW:<<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-jako-soucast-narodni-ekonomiky-2011>>ISBN 978-80-7472-066-6

ČPZP. *Způsoby úhrad zdravotní péče*. [on line]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.cpzp.cz/clanek/3632-0-Zpusoby-uhrad-zdravotni-pecce-na-rok-2013.html>>

HOLCÁT. Martin. *Nález ústavního soudu ze dne 20. července 2013*. [on line]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z WWW:<<http://www.usoud.cz>>

KOUBEK. M. *Zdravotnictví krize ekonomická i etická*. [on line]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html>>

MZČR. *Úhradová vyhláška*. . [on line]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/vyhlaska-c475/2012-sb_7260_999_3.html>

MZČR. *Přehled platných mezinárodních bilaterálních smluv v gesci Ministerstva zdravotnictví ČR.* [on line]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/Unie/obsah/mezinarodni-bilateralni-smlouvy_2580_8.html>

MZČR. *Způsoby úhrad zdravotní péče.* [on line]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.cpzp.cz/clanek/3632-0-Zpusoby-uhrad-zdravotni-pecce-na-rok-2013.html>>

MZČR. *Způsoby úhrad zdravotní péče.* [on line]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/grouper-a-definicni-material-pro-rok-2013_7277_1068_3.html>

MZČR. *Důvodová zpráva.* [on line]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/vyhlaska-c475/2012-sb_7260_999_3.html>

NOSEK. *Sdružení občan.* [on line]. [cit. 2013-11-20]. Dostupné z WWW: <http://www.sdruzeniobcan.cz/files/nosek_cerge2012_12.pdf>

NRC. *DRG v úhradové vyhlášce.* [on line]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.nrc.cz/cinnosti/drg/drg-v-uhradove-vyhlasce>>

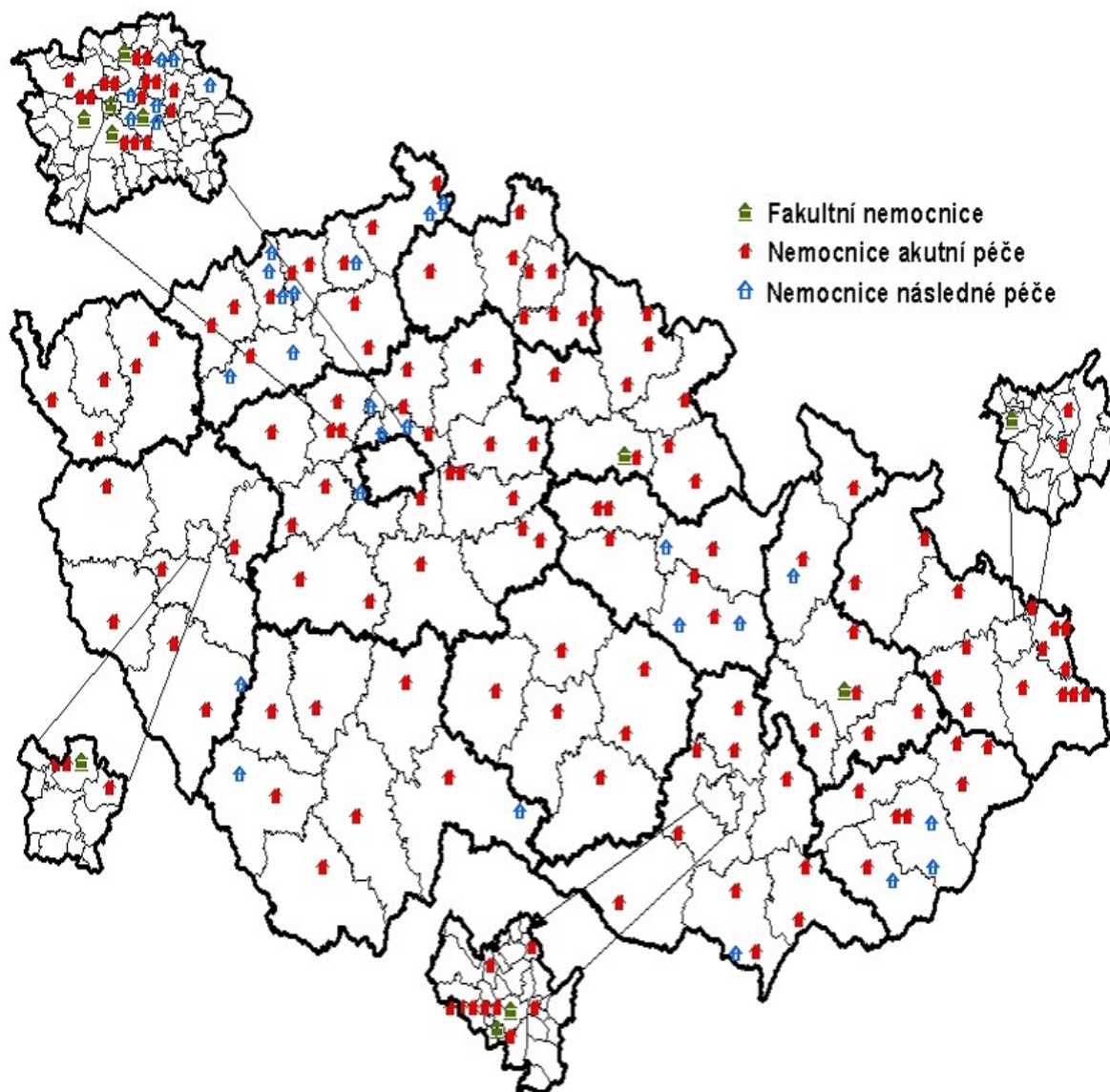
ÚZIS ČR, *Lůžková péče.* [on line]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pecce>> ISBN 978-80-7472-037-6

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky.* [on line]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>> ISBN 978-80-7472-083-3

ÚZIS ČR. *Tisková zpráva k vydání publikace OECD „Health at a glance 2013“.* [on line]. [cit. 2014-02-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/tiskova-zprava-vydani-publikace-oecd-health-glance-2013>>

8 PŘÍLOHY

Příloha 1: Nemocnice v ČR a v Praze k 1.1.2013



Zdroj: www.uzis.cz

Příloha 2: Nemocnice Hlavní město Praha k 1.1.2013

Druh nemocnice	Název	Zřizovatel
Fakultní nemocnice :	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	MZ
	Ústřední Vojenská fakultní nemocnice	MZ
	Všeobecná Fakultní nemocnice v Praze	MZ
	Fakultní nemocnice v Motole	MZ
Nemocnice akutní péče :	Nemocnice Na Františku	obec, město
	Nemocnice Milosrdných sester sv. K. Boromejského	Církev
	Revmatologický ústav	MZ
	Ústav hematologie a krevní transfúze	MZ
	VS ČR, Věžnice Pankrác-Nemocnice s poliklinikou	Ostatní centrální orgány
	Ústav pro péči o matku a dítě	MZ
	Nemocnice Na Bulovce	MZ
	Kardiologie Na Bulovce	Jiná p.o.
	Mediterra s.r.o. Rehabilitační klinika Malvazinky	Jiná p.o.
	Nemocnice Na Homolce	MZ
	Thomayerova nemocnice – TN	MZ
	Institut klinické a experimentální medicíny	MZ
	Psychiatrické centrum Praha	MZ
	Centrum léčby pohybového aparátu, s.r.o	Jiná p.o.
	Gyn Centrum, spol. s.r.o	Jiná p.o.
Nemocnice následné péče:	Dopravní zdravotnictví a.s., Nemocnice s poliklinikou	Jiná p.o.
	Nemocnice sv. Alžběty spol s.r.o.	Jiná p.o.
	SDI s.r.o. Nemocnice na Žižkově	Jiná p.o.
	Městská nemocnice následné péče	Kraj Jiná p.o.
	Poliklinika prosek a.s. – následná lůžková péče	Jiná p.o.
	Vršovická zdravotní a.s.	Jináp.o.
	ETOILE CZ a.s. – Oddělení dlouhodobé intenzivní péče	Jináp.o.
	Léčebně rehabilitační středisko Chvaly	Církev
Ostatní	léčebny pro dlouhodobě nemocné (11, jsou většinou při nemocnicích fakultní a akutní péče), odborné léčebné ústavy (1-Thomayerova nemocnice), Hospic (1 – Štrasburk-jináp.o.) a další lůžková zařízení (1 – ISCARE I.V.F. a.s. – jináp.o.)	Štrasburk – jiná p.o. ISCARE- jiná p.o. TN – MZ

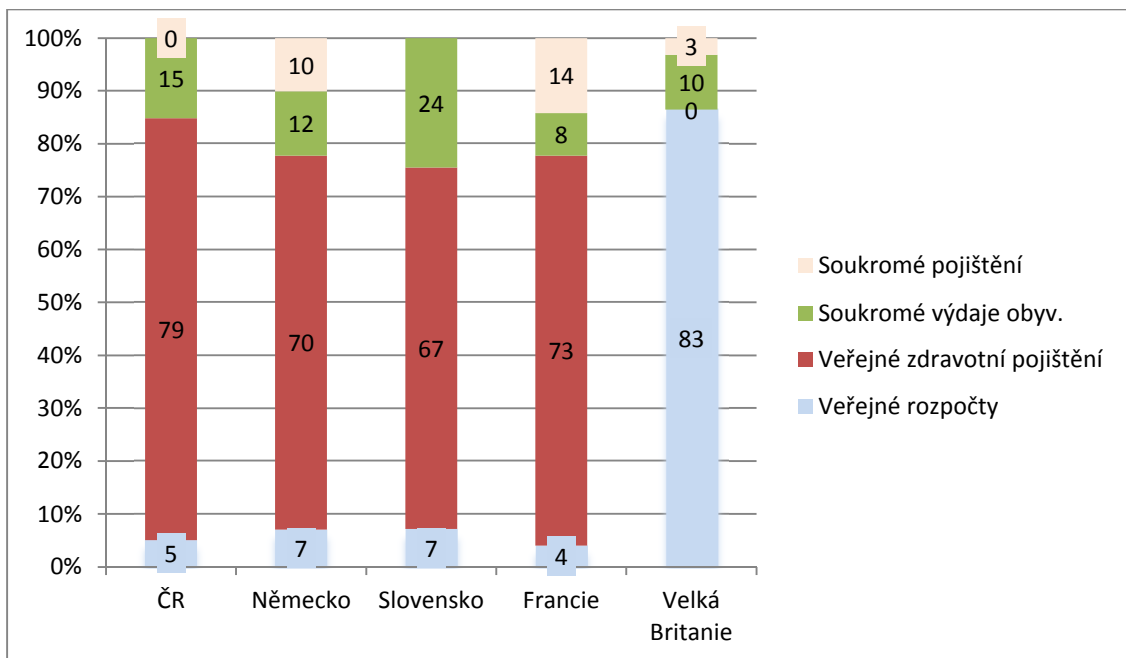
Zdroj: Vlastní zpracování, data: ÚZIS

Příloha 3: Oddělení TN a počet lůžek

<u>ODDĚLENÍ</u>	<u>LŮŽKA ODDĚLENÍ</u>	<u>LŮŽKA NA JIP</u>
Anesteziologicko-resuscitační klinika 1. LF UK / TN	-----	12
Dětská neurologie	30	-----
Dětská psychiatrie	30	-----
Dětské centrum s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií	140	3
Gynekologicko-porodnické oddělení	15	5
Chirurgická klinika 1. LF UK	101	8
Infekční oddělení	8	-----
Interní oddělení - pavilon A 4 B3	138	8
Urologické oddělení	30	4
Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a TN	48	9
Neurologické oddělení	49	7
Novorozenecké oddělení	65	9
Oční oddělení	5	-----
Oddělení Geriatrie a následné péče	240 + 8 akutní geriatrie	-----
Oddělení hrudní chirurgie	16	-----
Oddělení ušní, nosní, krční	21	-----
Onkologická klinika 1. LF UK	20	4
Pediatrická klinika IPVZ 1.LF UK	44	9
Pneumologická klinika 1. LF UK	58	3
Revmatologické a rehabilitační oddělení	32	-----

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha 4 : Výdaje na zdravotnictví dle typu financování vybraných zemí EU 2011 (%)



Zdroj: Vlastní zpracování, data: Health at a Glance 2013, Tisková zpráva OECD- www.uzis.cz