

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií



Diplomová práce

Financování podniktví v České republice

Bc. Denisa Kubíková

© 2017 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozněekonomická fakulta

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Denisa Kubíková

Veřejná správa a regionální rozvoj

Název práce

Financování porodnictví v České republice

Název anglicky

Funding of Obstetrics in the Czech Republic

Cíle práce

Cílem diplomové práce je zhodnotit financování lůžkové péče, konkrétně v oboru porodnictví v České republice. V rámci práce bude zhodnocen vývoj a také struktura výdajů na tuto péči. Ve zvoleném zdravotnickém zařízení poskytujícím péči při porodu bude zkoumána a vyhodnocena výhodnost zajišťování této péče pro zdravotnické zařízení na základě uzavřeného smluvního vztahu s VZP.

Metodika

Pro zpracování literární rešerše bude využita metoda studia odborné literatury. Informace budou získávány nejen z českých materiálů, ale i zahraničních. Aktuální informace budou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Významným zdrojem dat je databáze Českého statistického úřadu, Úřadu zdravotnických informací a statistiky ČR a Všeobecné zdravotní pojišťovny. Využita bude metoda deskripce, komparace, analýzy a syntézy.

Doporučený rozsah práce

60 – 80 stran

Klíčová slova

DRG, casemix, lůžková péče, poplatky, porod, porodnictví, úhrada, veřejné zdravotní pojištění, Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, zdravotnictví

Doporučené zdroje informací

- ARNOLDOVÁ, Anna. Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 350 s. Aktuální legisla va. ISBN 978-80-247-3724-9
- BARTÁK, Miroslav. Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
- MACH, Jan. Univerzita medicínského práva. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 232 s. ISBN 978-80-247-5113-9.
- NĚMEC, Jiří. Principy zdravotního pojištění. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
- PLEVOVÁ, Ilona. Management v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3871-0.
- VILÁŠEK, Josef, Miloš FIALA a David VONDRÁŠEK. Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. stole . Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2014, 189 s. ISBN 978- 80-246-2477-8.
-

Předběžný termín obhajoby

2017/18 ZS – PEF (únor 2018)

Vedoucí práce

Ing. Dana Stará, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra ekonomických teorií

Elektronicky schváleno dne 22. 11. 2017

doc. PhDr. Ing. Lucie Severová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 23. 11. 2017

Ing. Mar n Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 27. 11. 2017

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Financování porodnictví v České republice" 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 použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 29.listopadu 2017 _____

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Ing. Daně Staré, Ph.D. za vedení diplomové práce, důležité rady a vstřícnost, které si velice vážím.

Financování porodnictví v České republice

Souhrn

Podíl nákladů na lůžkové zdravotní služby, včetně porodnictví, v České republice tvoří významnou část celkových výdajů na zdravotnictví v ČR. Akutní lůžková péče tvoří majoritní část v poskytování lůžkových zdravotních služeb. Téměř celá akutní lůžková péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, které se řídí především zákonem č. 48/1997 Sb. a prováděcími vyhláškami Ministerstva zdravotnictví ČR. Zdravotní pojišťovny a jednotliví poskytovatelé zdravotních služeb v segmentu akutní lůžkové péče musí hledat mechanismy, které vedou k vyrovnané finanční bilanci a pokud možno na straně poskytovatelů i k zisku. Početně největší skupinu případů hospitalizací v akutní lůžkové péči tvoří zdravotní služby v oboru porodnictví a péče o novorozence. Finanční bilance a pravidla pro úhrady v této skupině mohou významně ovlivnit celkovou finanční bilanci jak poskytovatelů, tak i celého systému veřejného zdravotního pojištění. Efektivitu a finanční bilanci je proto nutné neustále měřit a vyhodnocovat.

Klíčová slova: DRG, Casemix, lůžková péče, poplatky, porod, porodnictví, úhrada, veřejné zdravotní pojištění, Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, zdravotnictví,

Funding of obstetrics in the Czech Republic

Summary

The share of costs of bedside health services, including obstetrics, represents a significant part of the total healthcare expenditure in the Czech Republic. Acute bed care forms the majority of the provision of the bedside health services. Almost all acute bed care is covered by public health insurance, which is primarily governed by Act No. 48/1997 Coll. and implementing decrees by the Ministry of Health in the Czech Republic. Health insurers and individual healthcare providers in the acute care segment need to look for mechanisms that lead to a balanced financial balance and, where possible, on providers site to get profit. The most numerous cases of hospitalization in acute care are health care services in the field of obstetrics and nursing care. Financial balances and payment policies in this group can significantly affect the overall financial balance at providers and also at the entire public health insurance system. Efficiency and financial balance need to be continually measured and evaluated.

Keywords: inpatient health care, standardization, classification of diseases, DRG, point system, insurance company, State Department of Health

Obsah

1	Úvod	13
2	Cíl a metodika práce.....	14
3	Teoretická východiska lůžkové zdravotní péče.....	17
3.1	Lůžková péče	17
3.1.1	Poskytovatelé lůžkové péče.....	17
3.1.2	Historie zdravotnických zařízení	22
3.1.3	Mezinárodní charakteristika a popis klasifikace nemocí (MKN) a všech zdravotních výkonů včetně porodní péče	26
3.2	Financování lůžkové péče včetně porodní a její formy	27
3.2.1	Naplňování rozpočtu pro financování lůžkové péče	33
3.2.2	Zdravotně pojistný plán	34
3.2.3	Modely úhrad akutní lůžkové péče.....	35
3.2.4	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	37
3.2.5	Klinické kódování, výběr a tabulační seznamy u lůžkové péče	39
3.2.6	Legislativní změny v oblasti financování lůžkové péče.....	40
3.3	Klasifikační systém DRG (Diagnosis-related group)	44
3.3.1	Klasifikace DRG	45
3.3.2	Relativní váhy pro určení průměrných výdajů za lůžkovou zdravotní péči	47
3.3.3	Úhrada zdravotních služeb výkonovým způsobem	51
4	Vlastní zpracování	57
4.1	Vývoj lůžkového fondu souvisejícího s výdaji na lůžkovou péči.....	57
4.1.1	Lůžkový fond v gynekologii a porodnictví	58
4.1.2	Lékaři a zdravotní sestry ve zdravotnickém systému celkem a počet lékařů a zdravotních sester v porodnictví	63
4.1.3	Vývoj počtu porodů v ČR.....	65
4.2	Výdaje státu a zdravotních pojišťoven na zdravotní lůžkovou péči	69
4.2.1	Výdaje na lůžkovou péči podle hlavních zdrojů financování	72

4.2.2	Výdaje na lůžkovou péči podle druhu poskytovatele a druhu poskytované lůžkové péče	75
4.2.3	Výdaje na zdravotní péči podle míry inflace s dopadem na platby státu za státní pojištěnce	78
4.3	Struktura pojištěnců v ČR 2016	80
4.4	Porovnání nákladů a příjmů standardizované nemocnice s reálnou nemocnicí stejného typu u VZP ČR v letech 2014-2016.....	83
4.4.1	Porovnání nákladů a příjmů u porodů standardizované nemocnice s reálnou nemocnicí stejného typu u VZP ČR spojených s porody v letech 2014-2016	85
4.4.2	Porovnání nákladů a příjmů ostatních nákladných Bází DRG standardizovaných nemocnic s reálnou nemocnicí stejného typu u VZP ČR spojených s porody v letech 2014-2016.....	91
5	Výsledky a diskuze.....	104
6	Závěr	107
7	Seznam použitých zdrojů	109
8	Přílohy.....	I

Seznam tabulek

Tabulka 1	Poskytovatelé lůžkové péče v ČR dle jejího druhu	18
Tabulka 2	Rozdělení zdravotnických zařízení dle konkrétních poskytovatelů lůžkové péče	20
Tabulka 3	Základní typy forem úhrad zdravotní lůžkové péče	34
Tabulka 4	Seznam zdravotních pojišťoven.....	37
Tabulka 5	Vývoj plateb za státní pojištěnce v ČR.....	43
Tabulka 6	Průměrná délka hospitalizace pro jednotlivé obory – délka využití lůžkové péče	54
Tabulka 7	Lůžkový fond zdravotnictví dle regionů ČR a jeho využití v letech 2009 – 2015	57
Tabulka 8	Počet standardních lůžek v gynekologicko-porodnické péči dle typu zdravotnického zařízení v letech 2009-2016	60

Tabulka 9 Počet lůžek jednotky intenzivní péče v gynekologicko-porodnické péči dle typu zdravotnického zařízení v letech 2009-2016	61
Tabulka 10 Vývoj četnosti porodů v % dle věku rodiček v ČR v letech 1970, 1980, 1990, 2000, 2010-2015	62
Tabulka 11 Porovnání počtu porodů s kapacitou lůžek v přepočtu na lůžkodny v ČR v letech 2010-2015.....	63
Tabulka 12 Počet vaginálních porodů pojištěnců VZP ČR v letech 2013-2016	66
Tabulka 13 Počet porodů císařským řezem za VZP ČR v letech 2013-2016.....	67
Tabulka 14 Zdravotnická zařízení s největším počtem porodů v ČR s rozdělenými vaginálními porody a porody císařským řezem za VZP ČR v letech 2013-2016.....	68
Tabulka 15 Náklady na zdravotní péči v ČR podle zdrojů financování v mil. Kč v letech 2010-2014	69
Tabulka 16 Úhrady VZP ČR za lůžkovou péči 2010-2013 (tis. Kč).....	70
Tabulka 18 Výdaje na zdravotní lůžkovou péči v České republice podle druhu poskytované péče v letech 2010-2014 (v mil. Kč).....	75
Tabulka 19 Celkové výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a zdrojů financování v roce 2014 (v mil. Kč).....	76
Tabulka 20 Výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a typu poskytovatele v roce 2014 (v mil. Kč).....	77
Tabulka 21 Porovnání míry inflace a skutečného zvýšení platby státu v letech 2013–2015	78
Tabulka 22 Počet pojištěnců v ČR 2016.....	81
Tabulka 23 Počet státních pojištěnců v ČR v roce 2016	82
Tabulka 24 Náklady na porod císařským řezem a vaginální porod u konkrétní okresní nemocnice typu B	85
Tabulka 25 Náklady na porod císařským řezem a vaginální porod zprůměrované ze všech nemocnic lokalizovaných na území ČR typu B.....	86
Tabulka 26 Průměrný věk rodičích žen za VZP na území ČR za jednotlivé Báže DRG v letech 2014-2016.....	87
Tabulka 27 Porovnání nákladů okresní nemocnice v závislosti na počtech porodů Báže DRG – 1463 za VZP ČR v letech 2014-2016.....	90
Tabulka 28 Porovnání nákladů okresní nemocnice v závislosti na počtech porodů Báže DRG – 1460 za VZP ČR v letech 2014-2016.....	90
Tabulka 29 Náklady na výkony spojené s rakovinou dělohy u konkrétní okresní nemocnice typu B za VZP ČR v letech 2014-2016	91
Tabulka 30 Náklady na velké výkony spojené s rakovinou dělohy zprůměrované ze všech nemocnic lokalizovaných na území ČR typu B za VZP ČR v letech 2014-2016	92

Tabulka 32 Náklady na poruchy příjmu potravy zprůměrované ze všech nemocnic lokalizovaných na území ČR typu B za VZP ČR v letech 2014-2016	94
Tabulka 33 Náklady na mozkové příhody u konkrétní okresní nemocnice typu B za VZP ČR v letech 2014-2016	95
Tabulka 34 Náklady na mozkové příhody zprůměrované ze všech nemocnic lokalizovaných na území ČR typu B za VZP ČR v letech 2014-2016	96
Tabulka 35 Náklady na velké výkony replantace dolních končetin a jejich kloubů u konkrétní okresní nemocnice typu B za VZP ČR v letech 2014-2016	97
Tabulka 37 Náklady na výkony na slezině u konkrétní okresní nemocnice typu B za VZP ČR v letech 2014-2016	99
Tabulka 38 Náklady na výkony na slezině zprůměrované ze všech nemocnic lokalizovaných na území ČR typu B za VZP ČR v letech 2014-2016	99
Tabulka 39 Náklady na výkony pro infekční a parazitární nemoci u konkrétní okresní nemocnice typu B za VZP ČR v letech 2014-2016	100
Tabulka 40 Náklady na výkony pro infekční a parazitární nemoci zprůměrované ze všech nemocnic lokalizovaných na území ČR typu B za VZP ČR v letech 2014-2016	101
Tabulka 41 Náklady na Kraniotomii, velké výkony na páteři, kyčlí a končetin při mnohačetném závažném traumatu u konkrétní okresní nemocnice typu B za VZP ČR v letech 2014-2016.....	102
Tabulka 42 Náklady na Kraniotomii, velké výkony na páteři, kyčlí a končetin při mnohačetném závažném traumatu zprůměrované ze všech nemocnic lokalizovaných na území ČR typu B za VZP ČR v letech 2014-2016	103

Seznam grafů

Graf 1 Zobrazení standardizovaných ošetrovacích dnů a standardizovaných nákladů na ošetrovací den	48
Graf 2 Počet lůžek akutní, následné a dlouhodobé zdravotní péče	58
Graf 3 Počty lůžek gynekologicko-porodnických pracovišť dle regionů v ČR v letech 2009-2016	59
Graf 4 Počty lékařů a sester v gynekologické péči oproti celkovému stavu v ČR v letech 2009-2015	64
Graf 5 Počet porodů v ČR v letech 2006 - 2015.....	65
Graf 7 Výdaje státního rozpočtu na veřejné zdravotní pojištění – platba státu 2009–2016 (v mld. Kč)	79
Graf 8 Měsíční platba státu na 1 pojištěnce 2009–2016 (v Kč/měs./os.)	80

Graf 9 Porovnání CMI a vnitřních nákladů mezi okresní nemocnicí typu B a ostatními nemocnicemi stejného typu u Porodu císařským řezem za VZP ČR v letech 2014-2016	88
Graf 10 Porovnání CMI a vnitřních nákladů mezi okresní nemocnicí typu B a ostatními nemocnicemi stejného typu u vaginálního porodu za VZP ČR v letech 2014-2016.....	89
Graf 11 Průměrný věk pojištěnců a procentuální podíl pojištěnců mladších 18 let u poruchy příjmu potravy za VZP ČR v letech 2014-2016	94

1 Úvod

Právo na bezplatné zdravotní služby v České republice zaručuje ústava. Vzhledem k demografickému vývoji obyvatel v ČR, prodlužování střední délky života a pokroku medicíny za posledních 25 let, dochází k neustálému tlaku na zvyšování nákladů na zdravotní služby v České republice. Pro stabilitu systému veřejného zdravotního pojištění, ze kterého je majoritně zdravotní péče hrazena je nutné neustále hledat optimální pravidla a modely financování zdravotních služeb. Důležitým subjektem v poskytování zdravotních služeb je poskytovatel akutní lůžkové péče, který je základním pilířem v poskytování zdravotních služeb jak v základnách, tak i specializovaných zdravotních službách. Tato práce se zaměří na modelaci finanční bilance poskytovatele akutních služeb se zaměřením na nákladovou část s cílem najít jevy, které ovlivňují finanční rovnováhu poskytovaných služeb. Početně největší skupinu případů hospitalizací v akutní lůžkové péči tvoří zdravotní služby v oboru porodnictví a péče o novorozence. Kdy je veřejně diskutováno, zda jsou porody císařským řezem upřednostňované nad vaginálními porody, zda nemocnice tento typ porodů vykonává kvůli vysoké ziskovosti. Z medicínského pohledu tato skupina tvoří homogenní část poskytovaných služeb, a proto je ideálním vzorkem pro stanovení výběru služeb pro finanční modelaci bilance příjmů a výdajů poskytovatele akutní lůžkové péče. Jako datový základ pro modelace a optimalizace byla zvolena data Všeobecné zdravotní pojišťovny vzhledem k dominantnímu postavení na trhu zdravotního pojištění v České republice. Data vychází z dokladů, které jsou předávány poskytovateli zdravotních služeb zdravotním pojišťovnám pro účel vyúčtování poskytnuté zdravotní péče. Zdrojem dat jsou anonymizovaná agregovaná data Všeobecné zdravotní pojišťovny z dokladů vyúčtování akutní lůžkové péče. Práce je zaměřena na modele ekonomicko-medicínských ukazatelů akutní lůžkové péče se zaměřením na porodnictví a péči novorozence a bude analyzovat jednotlivé diference mezi příjmy založenými na úhradě dle systému DRG a simulovanými výdaji modelovanými dle výkonového systému. Dále se porovnává vlastní ekonomická efektivita vybraného poskytovatele vůči průměrným ekonomicko-medicínským ukazatelům srovnatelných poskytovatelů akutní lůžkové péče.

2 Cíl a metodika práce

Cílem diplomové práce je zhodnotit financování lůžkové zdravotní péče, konkrétně v oboru porodnictví v České republice. V rámci práce bude zhodnocen vývoj a také struktura výdajů na tuto péči. Ve zvoleném zdravotnickém zařízení poskytujícím péči při porodu bude zkoumána a vyhodnocena výhodnost zajišťování této péče pro zdravotnické zařízení na základě uzavřeného smluvního vztahu s VZP ČR.

Pro splnění cíle je využita rešerše odborné literatury. Informace jsou získávány nejen z českých materiálů, ale i zahraničních. Aktuální informace jsou čerpány ze zákonných a podzákonných norem, které definují pravidla pro úhradu péče ze všeobecného zdravotního pojištění, odborných časopisů a internetových zdrojů. Významným zdrojem dat je databáze Českého statistického úřadu, Úřadu zdravotnických informací a statistiky ČR a interní materiály Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Rešerše obsahuje důležité informace o lůžkové péči, kde jsou blíže specifikováni poskytovatelé lůžkové péče. Následně je popsán historický vývoj zdravotní péče, poskytovatelů a financování zdravotní péče. Dále je charakterizována Mezinárodní klasifikace nemocí a všech zdravotních výkonů v ČR včetně porodní péče, kdy je nutné vysvětlit, jak tato charakteristika souvisí s financováním lůžkové zdravotní péče související s porodnictvím.

Po uvedení systému a struktury tvořícím lůžkovou péčí a části související s porodnictvím, je v práci dále vysvětleno financování lůžkové péče. Kdy je popsán na základě informací od Ministerstva zdravotnictví ČR a knižních zdrojů princip naplňování rozpočtu ve zdravotnictví, zároveň jak a kdo vytváří zdravotně pojistný plán a modely úhrad lůžkové péče. Dále na základě informací z internetových zdrojů plynoucích od Všeobecné zdravotní pojišťovny a dalších knižních publikací jsou uvedeny informace týkající se činnosti Všeobecné zdravotní pojišťovny. Jsou zde vysvětleny základní pojmy pro vyúčtování poskytnuté zdravotní péče.

U klasifikačního systému DRG, který standardizuje náklady na lůžkovou péči dle vyhlášky č. 134/1998, jsou popsány výpočty nákladů na lůžkovou péči. Zároveň pro lůžkovou péči je nutné uvést i průměrné počty ošetřovacích dnů u jednotlivých oborů, které dávají základní parametry pro výpočty nákladovosti lůžkové péče.

Na základě podkladových materiálů o využití a výpočtech relativních vah, jsou zde popsány vztahy mezi nákladovostí pro jednotlivé DRG skupiny. Kde jsou zobrazeny vzorce pro výpočty relativních vah. A nakonec tato část teoretické práce uvádí, jak se hradí lůžková péče výkonovým způsobem.

Druhá část této práce je založena na získaných datech od VZP ČR vyžádaných a vybraných přímo pro tuto práci. Kdy je zde hodnoceno využití lůžkového fondu v celém zdravotnictví v ČR. Je zde poukázáno na snižování počtu lůžek a zároveň vypočítáno procentuální využití lůžek za období 2009 až 2016. Dále práce pokračuje s rozdělením těchto lůžek na akutní, následnou a dlouhodobou zdravotní lůžkovou péči, kdy porodnictví patří do akutní lůžkové péče. Tyto rozdělené počty lůžek jsou vyčísleny pro roky 2009 až 2016, kde je blíže vidět vývoj počtu lůžek za jednotlivé druhy lůžkové péče.

Dále jsou zde na základě získaných dat od VZP ČR zobrazeny počty lůžek v gynekologii, tedy zároveň porodnictví, kdy lůžka na porodnictví a gynekologii se nerozdělují, a proto je nutné uvádět celý obor gynekologie. Zpracováním ekonomicko-medicínských ukazatelů je zde rozdělen lůžkový fond dle krajů ČR od roku 2009 do roku 2016. Tímto je sledována komparace počtu lůžek mezi jednotlivými roky. Tento fond lůžek gynekologie je následně rozdělen na počty lůžek ve fakultních nemocnicích a ostatních nemocnic dle krajů. Zároveň jsou zobrazeny komparace mezi počty lůžek gynekologie mezi jednotkami intenzivní péče a standardních lůžek za jednotlivé typy nemocnic. Práce na základě dat z ÚZIS pokračuje vyčíslením počtu zdravotnického personálu za zdravotnictví celkem a za gynekologii a porodnictví mezi roky 2006 až 2015, kdy hodnotí vývoj počtu zdravotnického personálu a personálního zajištění tohoto segmentu péče. Nedílnou součástí hodnocení je pohled na vývoj personálních kapacit. Zároveň je zhodnocen vývoj počtu porodů v ČR a poměrovost vaginálních porodů a porodů císařským řezem ve spojitosti s VZP ČR mezi lety 2013 a 2016, kdy je následně vybrán seznam pěti nemocnic s nejvyššími počty porodů v ČR a porovnán počet vaginálních porodů a porodů císařským řezem. Pro zobrazení nákladů na lůžkovou zdravotní péči mezi roky 2010 a 2014 jsou použita data ze zdravotnických účtů ČR, VZP ČR a nejvyššího kontrolního úřadu ČR. Tyto náklady jsou rozděleny dle poskytovatelů, zdrojů financování a úhrad dle VZP ČR se zaměřením na porody. Následně ze stejných zdrojů dat jsou zobrazeny výdaje na zdravotní lůžkovou péči dle druhu poskytované péče a zdrojů financování dle druhu péče. Pro vysvětlení vývoje nákladů na lůžkovou zdravotní je dle dat z Českého

statistického úřadu vyčísleny změny míry inflace mezi roky 2013 až 2015. Zároveň jsou zobrazeny vývoje celkových nákladů státu a měsíčních plateb za jednoho státního pojištěnce v ČR včetně zobrazení počtů pojištěnců za celou ČR s rozdělením dle zdravotních pojišťoven a krajů a následně je zobrazena struktura státních pojištěnců za rok 2016 dle dat získaných od Ministerstva zdravotnictví ČR.

Pro výpočet nákladů a příjmů standardních bez fakultních nemocnic generovaných z výkonů dle jednotlivých modelově vybraných Bází DRG jsou použita data ze 128 nemocnic typu B, které jsou na území ČR (seznam nemocnic viz. příloha 1). Dle těchto dat poskytnutých od VZP ČR jsou modelově vypočítávány náklady a příjmy za jednu konkrétní anonymizovanou nemocnici a zároveň jsou porovnávány tyto náklady a výdaje se zprůměrovanými náklady a výdaji ostatních nemocnic uvedených v příloze 1 této práce. Na základě těchto výpočtů a porovnání je zjišťováno, zda jsou porody ziskové či ztrátové, včetně ostatních vybraných Bází DRG zda jsou taktéž ztrátové nebo ziskové se zhodnocením, kde je problém ztrátovosti u těchtoází.

3 Teoretická východiska lůžkové zdravotní péče

Akutní lůžková péče tvoří největší část nákladů na zdravotní služby v ČR. Početně největší skupinu případů hospitalizací v akutní lůžkové péči tvoří zdravotní služby v oboru porodnictví a péče o novorozence. Finanční bilance a pravidla pro úhrady v této skupině mohou významně ovlivnit celkovou finanční bilanci jak poskytovatelů, tak i celého systému veřejného zdravotního pojištění.

3.1 Lůžková péče

Čevela (2015, s. 26) popisuje lůžkovou péči „*Lůžková péče je zdravotní péčí, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu. Sem patří i porodní péče.*“

Zdravotní pojišťovny hradí zdravotní péči smluvním zdravotnickým zařízením, tedy těm zařízením, se kterými mají uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. V souladu s § 11, odst. 1, písm. b) a d) zákona č. 48/1997 Sb., má pojištěnec právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud k jejímu poskytnutí zvolí lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví, resp. zdravotnické zařízení (dále jen ZZ), kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. Toto omezení neplatí v případě čerpání nutné a neodkladné zdravotní péče, kterou je příslušná pojišťovna povinna uhradit i ZZ, se kterým nemá uzavřenou smlouvu. Neodkladnou zdravotní péčí je i porodní péče. Zde je nutné v případě rychle probíhajícího porodu použít nejbližší ZZ.

3.1.1 Poskytovatelé lůžkové péče

Porodní péče spadá do akutní lůžkové péče, tedy ji zajišťují Fakultní nemocnice a standardní nemocnice. Všichni výše uvedení poskytovatelé mohou provozovat lůžkovou péči. Všichni se řídí pravidly a zákony určenými státem, ministerstvem zdravotnictví a pojišťovnami, které také zasahují do kalkulací výdajů na lůžkovou zdravotní péči.

Tabulka 1 Poskytovatelé lůžkové péče v ČR dle jejího druhu

Poskytované zdravotní služby	Název druhu zdravotnického zařízení
Akutní lůžkové péče	Fakultní nemocnice
Akutní lůžkové péče	Nemocnice
Následná a dlouhodobá péče	Nemocnice následné péče
Následná a dlouhodobá péče	Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)
Následná a dlouhodobá péče	Léčebna tuberkul.a respir.nemocí (TRN)
Následná a dlouhodobá péče	Psychiatrická léčebna
Následná a dlouhodobá péče	Rehabilitační ústav
Následná a dlouhodobá péče	Ostatní odborné léčebné ústavy
Následná a dlouhodobá péče	Dětská psychiatrická léčebna
Následná a dlouhodobá péče	Ostatní dětské odborné léčebné ústavy
Následná a dlouhodobá péče	Dětská ozdravovna
Následná a dlouhodobá péče	Hospic
Následná a dlouhodobá péče	Další lůžkové zařízení

Zdroj: vlastní zpracování, data VZP (2016)

Druhy zařízení lůžkové péče dle charakteristiky poskytované péče

Podle Arnoldové (2012, s. 70) je poskytovanou lůžkovou péčí „*Akutní lůžková péče standardní: poskytována pacientovi s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí, nebo za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně, za účelem včasné léčebné rehabilitace, Akutní lůžková péče intenzivní: poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat.*“

Jarošová (2013, s. 68) uvádí v jakých případech je využita lůžková péče, což se týká i porodní péče „*Je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, ke zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; dále pacientovi, který je částečně nebo úplně závislý na podpoře základních životních funkcí. A dlouhodobá lůžková péče je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; dále též pacientovi s poruchou základních životních funkcí.*“

Lůžková péče se dělí na čtyři podskupiny, kdy Intenzivní akutní lůžková péče, akutní lůžková péče a následná lůžková péče zajišťují i porodní péči. Dále je zde uvedená dlouhodobá lůžková péče, která se nezabývá porodní péčí, ale patří do rozdělení lůžkové zdravotní péče.

Dle Čevely (2015, s. 26) je **intenzivní akutní lůžková péče** poskytována klientovi v případě náhlého kolapsu nebo náhlého ohrožení základní životní funkce. Tuto péči lze poskytnout i v případě, že reálně předpokládáme tyto již zmíněné zdravotní stavy. V případě porodů se také využívají jednotky intenzivní péče. **Akutní lůžková péče standardní** je poskytována klientovi s chronickou nemocí, která se náhle zhoršila, nebo u klienta vzniklo náhle nové onemocnění. Dále lze poskytnout péči klientovi po provedení zdravotního zákroku, který se neprovádí ambulantně. Posledním důvodem pro poskytnutí standardní akutní lůžkové péče je navazující léčebná rehabilitace po zdravotním zákroku, rekonvalescence po porodu císařským řezem či vaginálním porodu apod.

Stejným rozdělením dále pak pokračuje i Čeledová (2010, s.73), která následuje Čevelovy definice. **Následná lůžková péče** se poskytuje klientovi se základní diagnózou, kterou se podařilo stabilizovat na úroveň neohrožující klientův život. Dále je poskytnuta v případě náhlé nemoci či zhoršení chronické nemoci a tento zdravotní stav musí být doléčen nebo vyžaduje následnou léčebně rehabilitační péči. V rámci této péče se i poskytuje klientům s přístrojově podporovanými životními funkcemi následná intenzivní péče.

Kupka (2014, s.43) uvádí, že **dlouhodobá lůžková péče** se poskytuje klientům s nevyléčitelnými diagnózami (chorobami, dysfunkcemi, apod.), které bez neustálé odborné zdravotní péče zhoršují zdravotní stav klienta. Pokud má klient dlouhodobou poruchu základních životních funkcí, spadá do této skupiny a zároveň i do intenzivní ošetrovatelské péče.

Tabulka 2 Rozdělení zdravotnických zařízení dle konkrétních poskytovatelů lůžkové péče

ZZ poskytující porodní péči	ZZ bez poskytování porodní péče
fakultní nemocnice	psychiatrické léčebny
nemocnice akutní péče a léčebny dlouhodobě nemocných	léčebny tuberkulózy
ostatní odborné léčebné ústavy s lůžkovou péčí a ozdravovny odborných léčebných ústavů a další lůžková zařízení	nemocnice následné péče
	hospic
	rehabilitační ústavy

Zdroj: vlastní zpracování, Burda a Šolcová (2016)

Dle Kasalové-Daňkové (1989, s.56) je **fakultní nemocnice** zdravotnické zařízení, které je řízeno centrálními orgány ČR. Slouží nejen k lůžkové péči, ale i jako vzdělávací zařízení. Její pracoviště jsou odborná s výukovými základnami lékařských a farmaceutických fakult. Slouží také k rozšiřování vzdělávání lékařů a farmaceutů. Lůžková oddělení se nazývají také jako kliniky. Právě zde se vyskytují hlavní porodní kliniky pro větší města a jejich blízké okolí. Zastiňují také ambulantní péči, lůžkovou akutní péči, intenzivní péči a péči ve specializovaných a vysoce specializovaných oborech. Někdy mohou poskytovat i následnou ošetrovatelskou péči.

Arnoldová (2012, s.259) definuje **ostatní odborné léčebné ústavy** s lůžkovou péčí a **ozdravovny odborných léčebných ústavů** a další **lůžková zařízení**. Ostatní odborné léčebné ústavy s lůžkovou péčí poskytují úzce zaměřenou specializovanou lůžkovou péči z vybraných lékařských oborů. Tím jsou myšleny například porodní domy, kliniky plastické chirurgie a kliniky reprodukční medicíny. Ozdravovny a odborné léčebné ústavy poskytují lůžkovou péči dětem zdravotně oslabeným nebo dětským pacientům v rekonvalescenci, za odborného využití klimatických podmínek a potřebné životosprávy.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (1994, s.6) rozděluje lůžkovou péči dle poskytovatelů na **nemocnice akutní péče a Léčebny dlouhodobě nemocných**. Nemocnice akutní lůžkové péče jsou popisovány jako zdravotnická zařízení lůžkové péče. Poskytují ambulantní péči a péči akutní lůžkovou i následnou ošetrovatelskou ve specializovaných i vysoce specializovaných odděleních. Léčebny dlouhodobě nemocných jsou jako odborné léčebné zdravotnické ústavy lůžkové péče.

Zde se poskytuje zdravotní péče nejčastěji dlouhodobě nemocným a starým pacientům. Tato zařízení jsou určena pro poskytování specializované lůžkové péče se zaměřením na ošetrovatelskou a rehabilitační péči.

Mezi další poskytovatele lůžkové péče patří i **porodní domy**.

Dle Štromerové (2017) nejsou porodní domy v České republice zatím moc známé a především nejsou ani rozšířené. V této době je budoucí matky teprve objevují. Porodní dům má poskytovat profesionální zdravotní péči v domácím prostředí. Vedou je zkušené porodní asistentky, které spolupracují s lékařem, ten ale nemusí být přítomen přímo u porodu.

Porodní domy dle Hájka (2014, s. 202) musí být vybaveny porodními sály. Celou provozní dobu musí být přítomen lékař. Personál porodního domu pečuje o budoucí matku a provádí ji celým procesem, tedy od početí až do porodu. Poskytuje i psychickou podporu po celou dobu těhotenství a i po porodu. Porodní sestry v tomto případě mohou poskytnout za poplatek i nadstandartní služby, jako je docházení za těhotnou až domů. Zároveň jí následně asistují u porodu. Tento typ poskytované služby je pro těhotné a pak rodící ženy velmi uklidňující a komfortní. Samozřejmě poskytované služby nad rámec porodu a standartních služeb jsou hrazené pacientkami.

Štromerová (2017) uvádí, že v České republice existuje jeden porodní dům jmenující se U Čápa. Porodní dům U čápa nacházející se v Praze je nezisková a dobrovolnická, obecně prospěšná společnost, která je registrována jako první porodní dům v České republice. Kdy má každá těhotná žena možnost mít přirozený porod, o což porodní domy usilují. Svou činnost zaměřuje na podporu zdravého těhotenství a přirozeného porodu, které může proběhnout dle přání matky.

Porodní dům U Čápa (2017) má i svůj ceník na některé služby, které jsou hrazeny pacientkou. Tedy konkrétně třiceti minutová těhotenská poradna má poplatek 250 Kč, hodinová individuální konzultace v těhotenství stojí 400 Kč, individuální předporodní kurzy trvající po jedné hodině stojí 400 Kč, skupinové předporodní kurzy, které jsou na celý den stojí 1500 Kč, hodinový individuální předporodní kurz stojí 500 Kč, péče porodní asistentky během 1. doby porodní, kdy cena zahrnuje telefonické konzultace na počátku porodu a odbornou péči PA v domácím prostředí klientky 4000 Kč, Doprovod

porodní asistentky k porodu do nemocnice včetně společného přejezdu do porodnice a společného pobytu v porodnici na porodním sále během porodu za 6500 Kč. Péče porodní asistentky během porodu v domácím prostředí klientky včetně administrativních úkonů spojených s porodem a jednu kontrolní návštěvu následující den po porodu za 8 000 Kč. Příjezd porodní asistentky po porodu placenty stojí 6000 Kč, kdy obsahuje kontrolu a ošetření matky a novorozence v domácím prostředí klientky, administrativní úkony a jednu kontrolní návštěvu následující den po porodu. Vyžádané návštěvy na jednu hodinu či konzultace po porodu na stejnou dobu stojí 500 Kč.

3.1.2 Historie zdravotnických zařízení

První důkazy o zdravotnické péči. Jako prvními zdokumentovanými institucemi, kde se mohly poskytovat léky, popisuje Ackerknecht (1982, s.79-96) středověké egyptské chrámy. Ve starověkém Řecku byly chrámy věnované léčiteli-bohovi Asklepiosovi, známý jako Asclepieia. Fungovaly jako centra lékařské rady, prognóz a léčení. Asclepius, chrám zasvěcený bohu lékařství Asklépiovi na řeckém ostrově Kósu v Egejském moři, sloužil ke zlepšení zdravotního stavu pacienta. Pravděpodobně byl zde vyučen i slavný řecký lékař Hippokratés. Instituce vytvořené speciálně pro péči o nemocné se také objevily brzy v Indii. Fa Xian, čínský buddhistický mnich, který cestoval po celé Indii, zaznamenal ve svém spisu, že hlavy rodin zabývající se obchodem, vytvořily ve městských domech dávky pro charitu a lékařství. Všichni chudí a strádající v zemi, sirotci, vdovci a bezdětné muže, zmrzačené lidi, mrzáky a všem, kteří jsou nemocní, mohou jít do těch domů, které jsou opatřeny každým druhem pomoci, a kde lékaři mohou zkoumat jejich onemocnění. Dostanou zde jídlo a léky, které jejich situace vyžaduje. Pokud se pacient i jiná strádající osoba cítí díky pomoci ústavu lépe, může jej opustit.

Wujastykem (2009, s.139) se zmiňuje o Encyklopedii Charakasamhita (Kompendium Charaka) byla napsána sanskrtem. Popisuje budovu nemocnic, kdy je odhaduje na období mezi 100 př.n.l. a 150. rokem n.l. . Podle něj popis od mnicha Fa Xian, je jedním z prvních záznamů Občanského nemocničního systému na světě. A spolu s Caraka popisem toho, jak by měla být klinika vybavena, ukazuje, že Indie může být první místo na světě, kde se vytvořil první organizovaný kosmopolitní systém institucionálně založený na zdravotnictví. Podle Mahavamsa, starobylé kroniky sinhálské hodnosti, napsané

v šestém století našeho letopočtu králem Srí Lanky Pandukabhaya (vládl 437 př.n.l. do roku 367 př.n.l.), měli ležící možnost mít domácí péči anebo mohli být v jedné z nemocnic, které byly postavené v různých částech země. Toto je nejstarší doložitelná dokumentace, která dokazuje, že v této době existovaly instituce speciálně zaměřené na péči o nemocné kdekoliv na světě. Nemocnice Mihintale je nejstarší na světě. Ruiny starých nemocnic na Srí Lance stále existují, najdeme je v Mihintalu, Anuradhapuru, a v Medirigiriya.

Prioreschi (2001, s.39) uvádí, že Římané postavili budovy tzv. valetudinaria pro péči o nemocné otroky, válečníky a vojáky kolem 100 př.n.l. a mnohé z nich byly identifikovány později archeology. Zatímco jejich existence se považuje za prokázanou, jsou zde určité pochybnosti o tom, zda byly rozšířeny tak, jak se dříve lidé domnívali, na základě dispozic budov či jejich pozůstatků a nebraly se takové ohledy na archeologické nálezy lékařských nástrojů a jiných zdravotnických pomůcek.

Středověká Evropa

Dle Prioreschi (2010, s.79) středověké nemocnice v Evropě následovaly podobný byzantský vzor. Byla to náboženská společenství, s péčí poskytovanou mnichy a mniškami. Starý francouzský termín pro nemocnice je Hotel-Dieu, "hostel Boží". Některé z nich byly připojeny ke klášterům, jiné byly nezávislé a měly svá vlastní obhospodařování, obvykle z majetku, který zajistil příjmy z jeho produkce. Některé nemocnice byly multifunkční, zatímco jiné byly založeny pro zvláštní účely, jako jsou nemocnice pro postižené leprou nebo jako útočiště pro chudé a poutníky. Ne všechny se staraly o nemocné.

Ackerknecht (1982, s.129-136) se zmiňuje o první španělské nemocnici, založenou katolickým biskupem Masonem v 580 n.l. v Méridě, byla navržena jako hostinec pro cestující (většinou poutníků do svatyně Eulalia Mérida), stejně jako nemocnice pro občany a místní zemědělce. Farmy v té době „sponzorovaly“ nemocnice formou jídla, kterým mohly nasycit své pacienty a hosty. Již v této době se začali rozlišovat pacienti na více či méně nemocné. Ti pak byli hospitalizováni v oddělených místnostech s lůžky. Normani přinesli s sebou jejich nemocniční systém v roce 1066. Spojením s tradiční

držbou půdy a zvyků se staly novým trendem dobročinné domy, které byly odlišné od anglických klášterů a francouzských nemocnic. Zde se již nedávala žádná almužna, ale dobročinné domy se dotovaly velkoryse šlechtou a panstvem. Nemocnice Svatého Ducha je nejstarší dochovanou nemocnicí v Polsku a také jedinou v Evropě. Katolická církev založila poprvé nemocnice v západní Evropě v průběhu 8. století. První polské nemocnice byly stanoveny v průběhu 13. století a byly pod vedením různých náboženských řádů. Každá nemocnice měla připojenou faru a kostel. Existují zajímavé legendy kolem života nemocnic.

Stabiňská (2014, s.97) uvádí, že *„Při prohlídce nově postavené budovy, si Polská královna Jadwiga všimla na konci chodby osamělého pacienta. Vedle něj na stěně visel kříž. Viděla, že nikdo neměl zájem pomoci chudákovi a tak se sama královna rozhodla obvézat jeho tělo ve jménu Božího milosrdenství. Náhle se rány uzdravily, a když panovnice požádala o jeho jméno, muž se jen usmál a okamžitě zmizel. Královna Jadwiga do konce svého života prohlašovala, že to byl sám Ježíš Kristus.“*

Časná moderní osvícená Evropa

Dle Ackerknechta (1982, s.178) se v Evropě středověké pojetí křesťanské péče vyvinulo v průběhu šestnáctého a sedmnáctého století do světské jednoty. Po rozpuštění klášterů v roce 1540 od krále Jindřicha VIII církev náhle přestala být zastáncem nemocnic a to pouze přímou peticí od občanů Londýna, byly nemocnice St Bartoloměje, St Thomas je a St Mary of Bethlehem (blázinec) dotovány přímo "korunou". To byl první příklad světské podpory poskytnuté pro zdravotnické instituce.

Rosen (2015, s. 67-75) píše o Dobrovolném hnutí nemocnice, které začalo na počátku 18. století, kdy nemocnice založené v Londýně v roce 1710 a 1720, včetně Westminsterké nemocnice (1719), byly podporované soukromou bankou C. Hoare & Co a Guy nemocnice (1724) byla financovaná bohatým obchodníkem Thomasem Guyem. Ostatní nemocnice se objevily v Londýně a jiných britských městech za další století, mnoho nemocnic bylo placeno ze soukromých fondů bohatých lidí. Nemocnice Svatého Bartoloměje se otevřela v Londýně v roce 1730. Tyto nemocnice představovaly bod zvratu ve fungování institucí. Začaly se vyvíjet od základní péče o nemocné a staly se tak centrem lékařské inovace, objevování a místem pro vzdělávání a odbornou přípravu budoucích lékařů. Nemocnice se změnily z pouhých domovů, sloužících jako útočiště, na složité instituce

pro poskytování medicíny a péče o nemocné. Charita v Berlíně byla založena v roce 1710 pruským králem Frederickem v závislosti na vypuknutí epidemie. Koncept dobrovolných nemocnic se rozšířil i v koloniální Americe. Bellevue Hospital Center bylo otevřeno v roce 1736; Pennsylvania nemocnice byla otevřena v roce 1752, New York nemocnice v roce 1771, a Massachusetts General Hospital roku 1811. Když Vienna General Hospital byla otevřena v roce 1784 (okamžitě se stala největší světovou nemocnicí), lékaři získali nové zařízení, které se postupně vyvinulo v jednoho z nejvíce významných výzkumných center. Další Osvícená éra charitativní inovace byla lékárna. Ta vydávala chudým léky zdarma.

Dle Hájka (2014, s. 1-3) v **17. století** vznikla první porodnice a to Vlašský špitál na Menším Městě pražském. Po více jak sto padesáti letech provozu se porodnice zpopularizovala. Přijímala až tisíc rodiček ročně a to vedlo v roce 1787 ke vzniku porodnice a nalezince u kostela sv. Apolináře v Novém Městě pražském. Od této doby se porodnictví začalo brát jako vědní obor a začalo se i vyučovat. Tedy 18. století bylo přelomové období pro rozkvět porodnictví jako zdravotnického oboru.

V **19. století** Anglický lékař Percival (2014, s.203) sepsal komplexní systém lékařského chování, "Lékařská etika, nebo kodex institutů a příkázání, adaptovaný na profesionální chování lékařů a chirurgů" (1803), který nastavil standard pro mnoho učebnic. V polovině 19. století, nemocnice a lékaři začali být více profesionální s reorganizací vedení nemocnice za doprovodu více byrokratických a administrativních linií. Zákon Lékárnici 1815 byl povinný pro studenty medicíny, kdy museli během svých studií absolvovat půlroční praxi v nemocnici jako součást svého vzdělávání. V 19. století se zároveň začaly i na menších městech zakládat porodnice. Do této doby ženy rodily doma za přítomnosti porodní báby.

Florence Nightingale byla Rosenem (2015, s.92) uvedena jako průkopník moderního ošetrovatelství během krymské války. Chtěla jít příkladem v soucitu s pacienty, v péči o pacienty a zavést nemocniční administraci. První oficiální výcvikový program zdravotních sester nesl název Slavík. Byla to škola pro zdravotní sestry, otevřena v roce 1860. Jejím posláním bylo školení zdravotních sester pro práci v nemocnicích, pro práci s chudými a učit je. Nightingale byla nápomocná v reformě povahy nemocnice, zlepšením hygienických standardů a změnou image nemocnice, kdy se na rozdíl od místa, kam šel

nemocný umřít, změnila na instituci, zaměřenou na zotavení a léčení. Ona také zdůraznila význam statistických měření pro stanovení úspěšnosti daného zákroku a propagovala administrativní reformu v nemocnicích. Ke konci 19. století se moderní nemocnice začala modifikovat na různé veřejné a soukromé systémy nemocnic. Roku 1870 nemocnice více než ztrojnásobily svůj původní průměrný příjem 3000 pacientů. V kontinentální Evropě byly nové nemocnice postaveny a zahajovaly fungování z veřejných prostředků. National Health Service, hlavní poskytovatel zdravotní péče ve Spojeném království, byl založen v roce 1948. Základní lékařská věda se rozšířila a specializace pokročila kupředu. Navíc, první kliniky na světě jako dermatologie, oční, ušní, nosní a krční byly založeny ve Vídni.

3.1.3 Mezinárodní charakteristika a popis klasifikace nemocí (MKN) a všech zdravotních výkonů včetně porodní péče

Klasifikaci nemocí lze definovat jako soustavu kategorií, do kterých jsou zařazovány chorobné jevy podle zavedených kritérií. V současné době je platná MKN-10, která byla schválena Mezinárodní konferencí o desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí v roce 1989 a přijata 43. Světovým zdravotnickým shromážděním. Hlavní inovací v desáté revizi je použití alfanumerického kódovacího schématu, jednoho písmene a tří číslic při čtyřmístné klasifikaci. Zdravotní výkony jsou obsaženy v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, pro jeho vydání byla použita vyhláška č. 134/1998 Sb. Při kódování výkonů se používá schéma pěti číslic.

Vývoj používání klasifikace nemocí mezinárodně

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky v Mezinárodní klasifikaci nemocí (2008, s.2-3) zaznamenává počátek klasifikace nemocí už od osmnáctého století. Verze klasifikací se postupem času rozšiřovaly. Začínaly u příčin smrtí a odtud se modifikovaly na nejen smrtelné nemoci. Toto rozsáhlejší rozlišování se začalo uvádět až v roce 1948. V roce 1975 mezinárodní konference schválila další okruhy nemocí, tělesných postižení, lékařské výkony a invaliditu.

World Health Organization (2008, s.10) v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů udává, že přípravy, které byly rozsáhlé,

se také zaobíraly radikálními posouzeními, vhodností uspořádání struktur MKN, ke statistické klasifikaci nemocí a ostatních zdravotních potíží. Tím mohla být nápomocna i širokým a rozdílným potřebám evidování údajů o zdravotnické péči a o mortalitě. Zkoumány byly i kroky stabilizace kódovacích systémů, aby se minimalizovaly nedostatečné informace u následujících revizí. To vedlo k dalšímu probírání možností na zlepšení obsahu u jednotlivých kapitol MKN.

Také v novém znění struktur klasifikací dle VZP (2009) vyplynulo, že jedna klasifikace nedokáže pojmout i extrémní požadavky. Díky tomu se vytvořil koncept skupiny klasifikací, které měly jádro tvořené hlavní MKN, sloužící k pokrytí potřeb klasických statistik úmrtnosti a nemocnosti, synchronizované s potřebami více či méně podrobnými nebo odlišnými klasifikacemi, které jsou pokryty v jiných skupinách. U posuzování alternativních modelů struktur MKN v kooperaci s centry SZO vyšlo najevo, že každý model neměl uspokojivé vlastnosti a neměl ani jeden lepší výhody oproti stávající struktuře, tak, aby je mohl nahradit.

Mezinárodní klasifikace nemocí ale neměla jen své příznivce. Burci (2004. s.133) krátce vyzdvihuje klady MKN a stručný průběh jeho aplikování. *„Zvláštní porady věnované hodnocení deváté revize potvrdily, že ačkoli někteří potenciální uživatelé považovali současnou strukturu MKN za nevhodnou, existovalo velké množství spokojených uživatelů, kteří soudili, že má mnoho silných stránek a přes všechny zřejmé nebo zdánlivé rozpory si přáli pokračování v její existující formě. Zkoumaly se i rozdílné způsoby alfanumerického značení, které by přinesly lepší vyváženost mezi kapitolami a poskytly dostatečný prostor pro budoucí dodatky a změny bez narušení kódů. Rozhodnutí o těchto záležitostech připravila cestu k úspěšnému uspořádání kapitol pro desátou revizi.“*

3.2 Financování lůžkové péče včetně prodní a její formy

Němec (2008, s.17-18) uvádí subjekty financující lůžkovou zdravotní péči. Těmi jsou stát, který přispívá na tuto péči z veřejného státního rozpočtu, systémy zdravotních pojišťoven, které jsou veřejné anebo soukromé. V České republice je celá síť poskytovatelů zdravotní péče a to stát, kraj, obec, zařízení patřící fyzické osobě a zařízení patřící právnické osobě. Zdravotní péče se od sebe liší podle typu zařízení, buď jsou veřejná nebo soukromá

zdravotnická zařízení s lůžkovou péčí. Jedná se tedy o státní nebo nestátní zdravotnická zařízení. Dále pak lůžková nebo ambulantní (u ambulantní péče pacient dochází pravidelně do zdravotnického zařízení). U smluvního a nesmluvního zdravotnického zařízení je zásadní rozdíl. U nesmluvního zdravotnického zařízení je hrazena pouze akutní a neodkladná péče. Dalšími aktéry přispívající na lůžkovou zdravotní péči jsou komory, asociace a různé nadace.

Český systém úhrad za standardní poskytnutou zdravotní péči je pro občany velice výhodný. Neohlíží se na sociální postavení občana. Zdravotní péče je poskytnuta každému občanovi bez ohledu na výši příjmů nebo velikosti majetku. Existují zde i ziskové a neziskové instituce, které se navzájem doplňují. Primární péči poskytuje smluvní lékař, který dostane finanční kompenzaci ze strany ZP, nebo nesmluvní, který obdrží platbu přímo od pacienta.

Jak Ivanová (2005, s.68-75) uvádí, stát nechává přímo Ministerstvo zdravotnictví ČR regulovat náklady na zdravotnictví celkově. Z hlediska vlastnictví zdravotnických zařízení jako jsou například nemocnice, začínají skutečně zásadně převažovat soukromá vlastnictví těchto jednotek. Regulují se počty lůžek v těchto zařízeních, upravuje se výše zdravotního pojištění, mění se příspěvky na léky, upravují se ceníky za poskytnutou péči apod.

Kabátek (2015, s.30) ve zkratce popisuje způsoby úhrad zdravotní péče ve Zdravotně pojistném plánu. *„Způsob úhrady péče jednotlivým poskytovatelům je dle vyhlášky 475/2012 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb, vyhláška 376/2011 Sb. některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dalším zákonem stanovených způsobem utváření právních a ekonomických vztahů mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami je dohodovací řízení (pocházející z 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění). Účastníci v dohodovacím řízení jsou zástupci VZP a ostatních zdravotních pojišťoven, příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotních zařízení, profesních organizací zřízených zákonem, odborných vědeckých společností a zájmových sdružení pojištěnců“*

Formy financování lůžkové zdravotní péče

Fungování zdravotních systémů a změny v legislativách

Dle Strnada (2008, s.32) doposud nikde neexistuje ideální zdravotnický systém vyhovující všem lidem zahrnutým v koloběhu zdravotní péče, protože je velice těžké vyhovět všem účastníkům jak z pohledu zájmů, tak z pohledu potřeb.

Němec (2008, s.58) upozorňuje na problém budoucnosti v péči o lidské zdraví, které je stále nákladnější. Příčinou je stárnutí lidské populace. Zároveň mají lidé vyšší nároky na zdravotní péči, chtějí lepší standardy, úroveň, přístup a co nejefektivnější léčbu. Celá lůžková péče je obrazem úrovně zdravotních zařízení. Konceptí celé lůžkové péče jsou podmínky ovlivněné makroekonomicky v každé zemi, tedy i v České republice. Zároveň nároky na prostředí a poskytované služby se nejen v porodnictví navyšují.

Drbal (2005, s.22) také dělí financování lůžkové péče na tržní, Beveridgeovský a Bismarckovský. U tržního typu má každý pacient možnost si vybrat zdravotnické zařízení i lékaře a zdravotní péče je zde garantována státem. Bohužel je tento typ velice nákladný a v České republice s nevyužívá. Je ale běžný v USA. Bismarckovský typ, zde je péče opět garantována státem. Uplatňuje princip solidarity. Lékař je zodpovědnou osobou za kvalitu a i rozsah zdravotní lůžkové péče. Právě tento typ využívá Česká republika. Je velkou výhodou pro pacienty, že tento typ zaručuje dostupnost zdravotní péče, ať lůžkové či jiné, pro všechny občany země. A Beveridgeovský typ má základy v sociálních a demokratických kruzích. Opět je zdravotní péče (tedy i lůžková) garantována státem bezplatně pro všechny občany. Jen nenutí nebo spíše nemotivuje občany pravidelně o své zdraví pečovat.

Jak plyne z těchto základních vysvětlení jednotlivých typů zdravotní péče, mají společný cíl a tím je kvalitní zdravotní péče dostupná všem občanům konkrétní země, tedy i rodičkám.

Durdisová (2005, s.161) uvádí, že zdroje prostředků pro financování zdravotní lůžkové péče v České republice jsou založeny na principu pluralitního zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že se Česká republika na tento princip zaměřuje, získává tímto zdroje pro financování zdravotní lůžkové péče z více zdrojů.

Dle Ochrany (2010, s.72) jsou ve světě uváděny dva modely, které se od sebe liší z pohledu příjmu finančních zdrojů pro lůžkovou péči a celého zdravotnického systému. Rozděluje financování zdravotní péče na přímou a nepřímou. Tedy přímé úhrady

od pacientů s poskytnutou péčí a nepřímé úhrady od pojišťoven. Rozdíl mezi těmito typy financování lůžkové péče je v tom, zda existuje nebo neexistuje zprostředkovatel. U přímého financování lůžkové péče, ale i celé zdravotní péče, je právě pacient přímým plátcem za poskytnuté služby. Například u porodu v porodním domě se částečně finančně podílí i těhotná matka/rodička. Finanční transakce probíhá pouze napřímo mezi zdravotnickým zařízením a pacientem, kterému péče byla poskytnuta. V případě nepřímého financování pacient není přímým plátcem za jemu poskytnutou zdravotní péči. Ale figuruje zde subjekt zprostředkovávající úhradu za péči. Je to takzvaný správce peněžních prostředků. Tím je myšlena zdravotní pojišťovna. Česká republika má více zdrojů pro financování lůžkové zdravotní péče a zdravotní péče jako celku. Zdroji jsou zdravotní pojišťovny, stát čerpající ze státního rozpočtu a přímé platby od jiných organizací (sbírky, domácnosti, a další jiné organizace)

Ústavním zákonem č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. byla vyhlášena listina základních práv a svobod, která v čl. 31 uvádí a Vilášek (2014, s.120) se s tím ztotožňuje. *„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“* Tak zní ustanovení, dle kterého lze vyvodit, jakým způsobem dochází v České republice k financování zdravotnictví. Veřejné zdravotní pojištění sice není jediným zdrojem na úhradu zdravotní péče, ale tvoří nejvýznamnější část výdajů na zdravotnictví z hlediska podílu na celkových výdajích. (Zákon č. 2/1993, hl. 4, čl. 31) V prvorepublikovém systému zdravotnictví bylo zdravotní pojištění součástí pojištění nemocenského. V období po roce 1989, kdy se v rámci přebudování státního zdravotnictví předkládaly návrhy na novou podobu systému, vznikla prvně myšlenka o oddělení zdravotního a nemocenského pojištění.

Dle zákona č. 48/1997 sb. musí být každá osoba pojištěna u zdravotní pojišťovny, která má trvalý pobyt v České republice. Avšak není pravidlem, že si zdravotní pojištění každý občan České republiky platí sám. Za děti, důchodce a nezaměstnané přispívá platbami do zdravotního systému stát. Za zaměstnance platí část zdravotního pojištění zaměstnavatel, část hradí zaměstnanec ze své mzdy. Dále povinně platí zdravotní pojištění všechny osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) i osoby bez zdanitelných příjmů

(OBZP). Pokud si občan nevybere sám svou zdravotní pojišťovnu, je mu pak automaticky přiřazena Všeobecná zdravotní pojišťovna. Platby na zdravotní pojištění odcházejí do zdravotních pojišťoven, nikoliv do státní kasy. Vybrané finance se přerozdělují jednotlivým pojišťovnám podle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury a podle mimořádně nákladných pojištěnců, tj. pojištěnců s úhradou péče od 300 000 Kč za rok.

Výše pojistného stanovuje Zákon č. 48/1997, §4, §7. Jeho výše je určena 13,5 % z vyměřeného mzdového základu. Každý plátce ZP musí částku vykalkulovat a pravidelně odvádět za každé období, v tomto případě každý kalendářní měsíc.

Dle zákona č. 592/1992, §4 (vydání 61–80) má povinnost hradit zdravotní pojištění právě zaměstnavatel. Ten pravidelně strhává 4,5 % z pojistné částky zaměstnanci ze mzdového základu a následně odvádí pojistné vč. zbylých 9 %. Tato kompletní částka 13,5 % je zaslána na účet zdravotní pojišťovny, u níž je zaměstnanec registrován. Stát hradí pojistné za občany, kteří nejsou zaopatřeni, tím jsou na mysli děti, osoby žijící z dávek z důchodového pojištění a za občany, kteří jsou nezaměstnaní. Každý občan má vždy nárok na výběr své zdravotní pojišťovny, která má následně povinnost hradit výlohy za zdravotní péči, která je povinně pacientovi poskytnuta v případě jeho potřeby. To, jaké výlohy hradí pojišťovna, je uvedeno v regulích každé zdravotní pojišťovny. Jednotlivé zdravotnické výkony plně hrazené nebo částečně se mohou mírně lišit dle nastavených nadstandardů každé ZP. Jinak jsou základní specifika stanovená státem a pojišťovna nemůže žádné z těchto státem stanovených specifikací rušit.

Zákon č. 592/1992 byl zlomovým pro vznik nových zdravotních pojišťoven. Až do tohoto roku 1992 existovala pouze jedna pojišťovna, a to Všeobecná zdravotní pojišťovna, která byla státním orgánem. V průběhu roku 1992 vznikalo velké množství různých zaměstnaneckých pojišťoven.

Zákonem č. 280/1992, §1 vznikly další pojišťovací instituce. Díky tomu se vytvořila konkurence pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu.

Gladkij (2003, s.211) uvádí, že nejen Zdravotní pojišťovny se podílejí na financování zdravotní lůžkové péče a ostatní zdravotní péče. Figuruje zde i stát jako veřejný zdroj se státním rozpočtem. V České republice jsou aktivní jak státní, tak i místní rozpočty. Není

zde jen myšleno zabezpečení občanů, kteří nejsou schopni své zdravotní pojištění hradit, ale z veřejného rozpočtu jsou hrazeny i výlohy za zdravotní péči, která není hrazena zdravotními pojišťovnami. Jsou to konkrétně příspěvky na výzkum a vývoj. Dále pak činnost Ministerstva zdravotnictví a jeho zdravotnických institucí, Státního zdravotního ústavu apod.

Dle VZP ČR (2008) Odlišnou formou spoluúčasti domácností na financování zdravotnictví jsou také regulační poplatky, které byly zavedeny novelou k zákonu o veřejném zdravotním pojištění v roce 2008. Tehdy přešly v platnost poplatky za návštěvu u lékaře (30 Kč), za každý léčivý přípravek předepsaný na receptu (30 Kč), za den pobytu v nemocnici (60 Kč) a za poskytnutí pohotovostní služby (90 Kč).

MZ ČR (2015) počátkem roku 2015 zrušilo všechny regulační poplatky kromě povinnosti pacienta hradit 90 Kč za poskytnutí pohotovostní služby.

Formy financování zdravotnictví, lze shrnout do dvou základních již zmiňovaných skupin nepřímého a přímého financování zdravotní péče vč. lůžkové zdravotní péče.

Nepřímé financování, kdy pacient není přímým plátcem, ale zdravotní službu financuje rodina nebo jiná osoba. Je zde několik forem, které k této skupině dle VZP ČR (2008, s.12) Nepřímé financování zdravotní péče financování patří: *„veřejné rozpočty, buď státní, nebo místní (municipální), veřejné pojištění, jinak řečeno povinné pojištění, dobrovolné pojištění, pojištění zaměstnanecké, charita, zahraniční pomoc nebo dobročinnost“*.

Přímé financování je v podobě plateb od příjemce služeb, kromě placení pojistného. Nebo na bázi alespoň spoluúčasti na financování.

V Komparacích systémů financování zdravotní péče, kde se autorka Sedřová (2006, s.5-14) zmiňuje o možných formách finanční spoluúčasti pacientů na nejen lůžkovou péči, je v České republice stále se častěji vyskytující případ. Většinou je to určité procentní podílení se na platbě, která se vypočítává z celkové ceny konkrétního výkonu. Další možností je spoluúčast na platbě, v tomto případě pacient uhradí stanovenou pevnou částku za výkon či jinou zdravotnickou službu. Další možným financování zdravotnické služby je úhrada pacientem v plné výši. Tedy celých 100%. Toto se týká pouze služeb, které standardně pojišťovny nehradí. Poslední variantou je podílení se formou balancované

platby, která je vypočítaná na bázi rozdílu mezi částkou hrazenou pojišťovnou a cenou poskytovatele.

3.2.1 Naplňování rozpočtu pro financování lůžkové péče

Zdroje finančních prostředků státu pro zdravotnictví v ČR jsou tvořeny ze dvou složek. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2014) uvádí procentuální složení naplnění fondů lůžkové zdravotní péče. První je tvořena z 84 % z veřejných prostředků státu, všech úrovní správy, tedy krajů a obcí, a veřejnoprávního pojištění. Druhá složka je ze zbylých 16 % tvořena ze soukromého sektoru jako jsou dobrovolné a dobročinné organizace, spoluúčasti pacienta, darů, zaměstnavatelů, lokálních a cizích zdrojů (cizími zdroji se rozumí zahraniční zdroje).

Dle Vepřeka (2010) lze **získat finanční prostředky na lůžkovou péči** od vlády, buď od centrální nebo od regionální a místní, nezávislých veřejných institucí nebo správy sociálního zabezpečení, od soukromé neziskové, ale i od ziskové pojišťovny a v neposlední řadě také od poskytovatele zdravotní péče. V České republice se na získání finančních prostředků podílí stát, zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotní péče. Stát získává prostředky především na výběru přímých a nepřímých daní. U zdravotních pojišťoven jsou to získané finance ze zákonného zdravotního pojištění a poskytovatelé v některých případech zdravotní péče, tedy i u lůžkové péče získávají finance přímo od přímých plátců, jinak řečeno od pacientů, jež měli nad rámec hrazené péče zdravotní pojišťovnou poskytnutou zdravotní péči.

Vepřek (2010) rozděluje i **charakter získaných peněz**. Těmi jsou daně, které rozdělujeme na přímé a nepřímé, povinné sociální a zdravotní pojištění anebo zdravotní daně, shodné se sociálním a zdravotním pojištěním, ale vybírá je stát. Dobrovolné soukromé zdravotní pojištění, kdy se výše pojistného určuje na základě rizika, ať už na základě individuálního nebo skupinového. A nakonec jsou charakterem získaných plateb i již zmiňované přímé platby, granty a dary.

Tabulka 3 Základní typy forem úhrad zdravotní lůžkové péče

Pevný plat (Salary)	Vede obvykle k šetrnosti a ke snížení kvality péče, k poklesu výkonů a snižuje celkové náklady.
Podle počtu pacientů (Capitation)	Podněcuje zájem o zdraví občanů a vede k posílení prevence a zdravotní výchovy.
Podle výkonů (Free-for-service)	Zavádí se obvykle pomocí sazebníku. Vede k růstu nadbytečných výkonů a k celkovému zvyšování výdajů.
Podle případů (Casepayment)	Např. DRGs, přiblíží se k typu diagnózy, stupni rozvoje nemocí, ovlivnitelnosti symptomů a výsledků léčby. Vlastní realizace je obtížná a nákladná.
Úhrada za návštěvu	Jde o paušál za jednu návštěvu pacienta.
Úhrada za ošetrovací den (Daily charge)	Využívá se zejména k úhradě hospitalizace, může vést k prodloužení pohybu pacienta v nemocnici.
Úhrada za dohodnutou práci (Flat-rate, bonus payment)	Například za očkování daného rozsahu.
Rozpočet (Global payment)	Je určena výše peněžních prostředků, které lze použít, určitá míra volnosti je například ve struktuře výdajů.

Zdroj: Jarošová (2013, s.82)

Financování akutní lůžkové péče (nemocnice – základní shrnutí)

Dle Koženého (2010, s.143) základním systémem, který slouží k financování je DRG, který je v České republice zaveden od roku 2003 až 2004. Zařazuje do stejných kvalifikačních tříd pacienty s podobnými klinickými vlastnostmi a s podobnými obvyklými náklady. Pacienti mají stejně stanovenou výši úhrady, pokud jsou zařazeni do stejné kategoričké třídy. Takový druh úhrady se nazývá případový paušál, to znamená, že to je jedna hospitalizace jednoho konkrétního pacienta. Tedy za pacienty, kteří jsou zařazeni do konkrétní třídy, nemocnice dostane platbu patřící k určené třídě. Sazby za třídy jsou paušalizované. Výše sazby je určena na základě reportů z předešlého roku konkrétní nemocnice. Tzv. reporty zobrazují kolik finančních prostředků nemocnice dostala v předešlém roce. Sazby vycházejí ze skutečnosti, že 75% celkových nákladů jsou tvořeny fixními náklady. Fixní náklady nemají žádnou vazbu na počet pacientů.

3.2.2 Zdravotně pojistný plán

Zdravotně pojistný plán se používá k účelu rozpočtování u zdravotních pojišťoven. Respektive je to rozpočet, který slouží jako vodítka k hospodaření zdravotní pojišťovny

v každém jednotlivém roce. Tento plán si sestavují všechny zdravotní pojišťovny sami. Při jeho tvorbě musí brát ohledy na termíny, které jsou stanovené pro předložení návrhů státního rozpočtu a státního závěrečného účtu. Zdravotně pojistný plán musí schválit Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí. Ti takový předložený návrh posuzují z pohledu správnosti kompatibility s právními předpisy a zároveň kompatibilitu s veřejným zájmem. Pokud Ministerstvo zdravotnictví České republiky shledá návrh zdravotně pojistného plánu nekompatibilním s právními předpisy anebo veřejnými zájmy, vrátí návrh zpět navrhovateli, tedy zdravotní pojišťovně k přepracování. Vzorovým případem, kdy se návrh vrátí zpět je, když pojišťovna zapomene vzít v úvahu vývoj mezd a nezapočte je do plánů na příjmy. Z nich se vypočítává výše odvodu pojistného i na lůžkovou péči.

Dle Bartáka (2010, s.153) se zdravotně pojistný plán zaměřuje na plánované příjmy a výdaje, které se člení u zdravotních pojišťoven na jednotlivé fondy. Zdravotně pojistný plán předpokládá i vývoj struktury pojištěnců, plán obsahující provozní náklady, informace o hrazených službách, které jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, se zaměřením na rozsah těchto služeb, zároveň i jakým způsobem jsou prostředky zajištěny a jak jsou dostupné a nabízené a soustavu poskytovatelů, se kterými má zdravotní pojišťovna smlouvu zaměřující se na poskytování a úhrady služeb.

Pokud Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí shledá, že dokument není v rozporu s veřejným zájmem a právními předpisy, pak jej předloží vládě. Návrh následně schválí na základě návrhu vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky. Pokud navržený zdravotně pojistný plán schválí, pak ho musí povinně zdravotní pojišťovna zveřejnit na svých webových stránkách pro veřejnost. Ta si pak může kdykoliv zjistit, jak se mění výše výdajů či jaká je síť poskytovatelů zdravotních služeb.

3.2.3 Modely úhrad akutní lůžkové péče

Z hlediska počtu hospitalizací

Pravidla pro úhradu zdravotní péče za celou dobu novodobé historie (od roku 1992) vždy upravoval stát především prostřednictvím ministerstva zdravotnictví, a to formou vyhlášek

MZČR¹, které určovaly ceny a v případě nedohody zdravotních pojišťoven s poskytovateli zdravotní péče i pravidla pro úhrady, zpravidla v konkrétním kalendářním roce.

Dle ÚZIS (2005) byl do roku 1997 výkonový systém úhrady zdravotní péče. Tento model úhrady motivoval poskytovatele zdravotní péče k co největšímu vykazování výkonů a zvláště účtovaných materiálů. Výkonnost narůstala jak počtem hospitalizací, tak délkou hospitalizací, ale současně také nárůstem výkonů a použitých materiálů. Zdravotnická zařízení vykazovala pojišťovnám objemy péče, které byly nad možnostmi příjmů pojišťoven i nadreálným růstem ekonomiky. Tento trend se v roce 1997 prudce obrátil díky zavedení globální paušální sazby. Příčinou zavedení tohoto opatření byl deficit mezi příjmy a výdaji pojišťoven. Princip globální paušální sazby spočíval v zaštitování úhrady zdravotnickému zařízení na úrovni úhrad minulého roku navýšeného např. o koeficient inflace za lehce dosažitelné podmínky výrazně snížené minimální výkonnosti zdravotnického zařízení. Podrobněji bude popsán v další části práce.

V dalším období došlo k dohodám v rámci dohodovacích řízení mezi pojišťovnami a poskytovateli. Zdravotnická zařízení byla opět motivována ke zvýšení počtu hospitalizací. Touto motivací byla sestupná sazba za platbu za ošetřovací den. Zdravotnická zařízení v tomto období uměle překládala pojištěnce na pracoviště jiných odborností tak, aby maximalizovala průměrnou úhradu za ošetřovací den tím, že překladem na další oddělení jiné odbornosti získala nejvyšší úhradu za další dny hospitalizace, protože první ošetřovací dny na jiném oddělení byly hrazeny v nejvyšší sazbě. Došlo tedy ke snížení délky hospitalizace ale k nárůstu počtu hospitalizací. Počet hospitalizací byl měřen za jednotlivé odbornosti. Tento systém však opět skončil deficitem mezi příjmy a výdaji a v roce 2005 dokonce vedl k zavedení nucené správy VZP. V dalším období opět došlo k paušalizaci plateb a konečně v roce 2007 k zavedení alespoň částečné úhrady dle systému DRG, kde byla platba za případový paušál bez ohledu na to, na kolika odděleních byl pacient hospitalizován (v rámci jednoho zdravotnického zařízení).

¹ Úhradové vyhlášky MZ: č.187/2000Sb., č.487/2000 Sb., č.211/2001 Sb., č.251/2002 Sb., č.50/2005 Sb., č.550/2005 Sb., č.101/2006 Sb., č.619/2006 Sb., č.383/2007 Sb., č.464/2008 Sb., č.471/2009 Sb., č.396/2010 Sb., č.46/2011 Sb., č.425/2011 Sb.

3.2.4 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Vančurová a Láchová (2014, s.51) V roce 1995 bylo na území České republiky dokonce i 27 pojišťoven, z nichž i některé ještě ten rok neustály tvrdé konkurenční prostředí a zanikly. Dalším důvodem jejich zániků bylo slučování některých z nich. I přes tuto velkou konkurenci, měla Všeobecná zdravotní pojišťovna své prvenství v počtu pojištěnců, které si zcela drží až do dnes. V roce 2016 existuje 7 zdravotních pojišťoven, při čemž je víc jak polovina občanů přihlášena u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Ta ve své zprávě z roku 2015 uvádí, že má zaregistrováno přibližné 60 % pojištěnců z celkového počtu pojištěných v ČR. Neustále se snaží díky různým zvýhodňujícím programům pojištěnce udržet a zároveň získat nové. V ČR působí (k listopadu 2017) i nadále 7 zdravotních pojišťoven, jejichž seznam je uveden v tabulce 4.

Tabulka 4 Seznam zdravotních pojišťoven

Kód pojišťovny	Název zdravotní pojišťovny
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
201	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
205	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
207	Oborová zdravotní poj. zam. bank, poj. a stav.
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
211	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
213	Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna

Zdroj: vlastní zpracování, data MZ ČR (2016)

Pojišťovnou s nejdelsí působností ze všech zdravotních pojišťoven v České republice je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, která byla ze začátku státním podnikem a až následně se vymanila ze státního vlastnictví. Což otevřelo dveře vzniku dalších zdravotních pojišťoven, které jsou vždy pod dozorem Ministerstva zdravotnictví ČR.

Kabátek (2016, s.16-17) uvádí, že Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky v roce 2015 je představována (dále jen VZP ČR) jako největší zdravotní pojišťovna v České republice díky velkému množství klientů, kteří činí dohromady 6,2 miliónů. Existence VZP ČR sahá až do dvacátého století, kdy od roku 1992 patří k základním pilířům zdravotnického systému v ČR. Je partnerem renomovaných odborných

sdužení a uznávaným členem Mezinárodní asociace neziskových zdravotních a nemocenských pojišťoven (Association Internationale de la Mutualité).

Ve své výroční zprávě VZP ČR 2015, uvádí že Bez ohledu na sociální postavení svých klientů, platí pojišťovna zdravotní péči čerpanou na území České republiky a v zemích EU – pomáhá řešit jakoukoli zdravotní situaci. Dbá na to, aby nebyla porušována lidská, patientská a pojištěnecká práva klientů. VZP ČR je schopna hradit i ty nejnáročnější zdravotnické úkony.

VZP ČR se zaměřuje vedle zdravotní péče na zdravotní programy a další preventivní akce, jejichž cílem je předcházet vzniku závažných onemocnění; dává důraz na prevenci a zdravý životní styl.

Dle Němce (2008, s.52-59) je základním posláním veřejného zdravotního pojištění, a tedy i VZP ČR zajištění poskytnutí zdravotní péče svým pojištěncům. Za tímto účelem VZP ČR vybírá pojistné od svých pojištěnců na straně příjmové. Na straně výdajové kontrahuje síť poskytovatelů zdravotní péče, kteří poskytují zdravotní péči na základě smlouvy

o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi smluvními zdravotnickými zařízeními (dále SZZ) a VZP ČR. Při své činnosti se VZP ČR řídí především zákony:

- Zákon 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.

Na základě výše uvedených zákonů byly vypracovány metodiky pro poskytování a úhradu, vyúčtování, regulace, revizní a kontrolní činnost a další činnosti, které jsou součástí smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče s poskytovateli zdravotní péče.

Struktura nákladů na zdravotní péči v roce 2015

Ve výroční zprávě VZP ČR Kabátek (2016, s.50) je hospodaření Pojišťovny sledováno prostřednictvím účetně oddělených fondů Pojišťovny a činností, kterými (v souladu se zákonem č. 551/1991 Sb.) jsou Základní fond zdravotního pojištění, Provozní fond, Fond reprodukce majetku, Sociální fond, Rezervní fond a dále fondy a činnosti, které zákon umožňuje a kterými jsou Fond prevence, Ostatní zdaňované činnosti.

Základní činností VZP ČR je provádění veřejného zdravotního pojištění. Tato základní činnost je dle Kabátka (2015, s. 1) finančně naplňována prostřednictvím Základního fondu zdravotního pojištění (ZFZP). Hlavním zdrojem příjmové strany tohoto fondu jsou příjmy z výběru a přerozdělování pojistného. Hlavní výdaje tohoto fondu tvoří náklady na zajištění úhrady zdravotní péče poskytovatelům zdravotní péče.

3.2.5 Klinické kódování, výběr a tabulační seznamy u lůžkové péče

Kódování vyjadřuje záznam, který je pořízen u běžného lékařského zápisu o pacientovi a jeho zdravotním stavu. Tedy o nálezech, diagnózách, následné léčbě a odůvodnění využitých zdravotnických služeb. To všechno se převádí do kódovaného formátu, který má alfanumerický charakter. Takto vykázané kódy odpovídají standardizovanému popisu, který je národně i mezinárodně uznáván.

Přepis klasifikace do kódu musí být přesný a smysluplný. Takto přepsaná klasifikace udává jasně dané informace, které lze i zpětně posoudit a vyhodnotit. Slouží především k vykazování provedené lékařské práce, k vyúčtování nákladů na poskytnutou zdravotní péči, k následným statistickým analýzám, k hodnocení kvality, manažerským potřebám a v neposlední řadě i k výkonnosti.

Kódování

Každá země má své rozdělení pracovních náplní. Například v USA, Austrálii, Kanadě a Velké Británii mají na kódování diagnóz a výkonů profesionální kodéry. V České republice, ale i ve Skandinávii je tato činnost přidělena ve většině nemocnic přímo ošetřujícím lékařům, kteří veškerou dokumentaci uzavírají.

Dle Šupšákové (2017, s.183-185) lékaři jsou těmi správnými osobami, které mají v náplni práce i kódování. Mohou správně kódy zapisovat a následně vykazovat pojišťovně. Právě oni znají svého pacienta nejlépe a zamezují tím vzniku chyb, které by pak mohly mít nejen negativní finanční dopad, ale i záznam o zdravotní historii pacienta by neodpovídal skutečnosti, což může mít v budoucnu i fatální následky. Na druhou stranu se mohou objevit chyby v zapisování kódů, kdy se pojišťovny setkávají s vykázanými výkony, které ve skutečnosti nebyly provedeny, nebo výkon byl skutečně proveden, ale pacient si jej sám

uhradil. Toto se týká například umělého přerušení těhotenství nebo sterilizace. V případě kódování diagnóz se často revizní pracovníci pojišťoven setkávají s kódováním údajů anamnestických, nevyšetřovaných, diagnóz nepotvrzených a neléčených, nebo pro jejich vykazání nebyl nalezen podklad v předložené zdravotnické dokumentaci.

VZP (2015) uvádí, že k zavádění nových kódů nejsou lékaři nijak motivováni k jejich nastudování a používají zúžené spektrum kódů. Tento názor je i sdílen Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Profesionální kodéři mohou mít nedostatečnou přípravu a nedostatečné znalosti ve zdravotních diagnózách, popisech zákroků a podobně. Pokud ale kodér má příslušné vzdělání a dobře se ve zdravotnickém světě orientuje, je motivován k učení se nových kódů, může být tato činnost velice přínosná pro celkové vykazování zdravotní péče zdravotním pojišťovnám.

3.2.6 Legislativní změny v oblasti financování lůžkové péče

Dle vyhlášky č. 258/1992 byla od začátku druhého pololetí roku 1992, po dohodovacím řízení mezi MZ ČR, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, zástupci smluvních zdravotnických zařízení, Českou lékařskou komorou, Českou stomatologickou komorou a zástupci odborných vědeckých společností, vydána první vyhláška, platící i v roce 2017, §1 č. 258/1992 MZ, která definovala seznam zdravotních výkonů, kdy dle tohoto §1 vyhlášky č. 258/1992

„(1) Zdravotní pojišťovny hradí smluvním zdravotnickým zařízením náklady potřebné zdravotní péče podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen "seznam"), který je uveden v příloze, která je součástí této vyhlášky.

(2) Seznam obsahuje zdravotní výkony hrazené zdravotními pojišťovnami plně nebo částečně a zdravotní výkony jimi nehrazené, kódy výkonů, jejich názvy, bodové hodnocení a podmínky pro poskytnutí úhrady za provedené výkony prostřednictvím zdravotních pojišťoven.

(3) Bodové hodnoty zdravotních výkonů obsažené v seznamu vyjadřují průměrné vlastní náklady na příslušný výkon. Tyto vlastní náklady zahrnují přímé mzdy, prvotní režii

a správní režii včetně odbytové. Přímý materiál není zahrnut do vlastních nákladů, je v seznamu uveden odděleně a vyjádřen v Kč.“

Dle Dohnala (2014, s.123-125) byl tento první model financování založen na definici a kalkulaci jednotlivých výkonů a nákladů na ošetrovací den. Kalkulace výkonu byla členěna na část, která obsahovala přímé mzdy, prvotní režii a správní režii. Tato část kalkulace byla vyjádřena v bodech. Další část tvořil přímý materiál na výkon, který nebyl zahrnut do vlastních nákladů výkonu a byl vyjádřen v Kč. Celý systém byl řízen jednotnou hodnotou bodu, která měla systém regulovat. Předpokládalo se, že pokud dojde k přebytku nebo deficitu financí za určené období (čtvrtletí, rok), v dalším období se změní hodnota bodu tak, aby se dosáhlo vyrovnaného rozpočtu. Tento model byl jednoduchý a průhledný, ale nepočítal s několika událostmi, které se začátkem devadesátých let odehrály. Aby se nastartoval proces privatizace zdravotnických zařízení, měly zdravotní pojišťovny kontraktační povinnost vůči všem zdravotnickým zařízením, která splňovala podmínky pro poskytování zdravotní péče. Další skutečností byla nejednoznačně definovaná pravidla pro revizní činnost a téměř nulová zkušenost revizních pracovníků pojišťoven. Hlavní slabinou tohoto modelu však bylo určení hodnoty bodu jako politické téma. Přesto, že zdravotnická zařízení generovala nárůsty v počtech bodů v rozporu s tempem růstu ekonomiky a příjmů pojišťovny, hodnota bodu neklesala a v některých obdobích naopak rostla. Hodnotu bodu určovalo MZ. Celý systém skončil v roce 1997 v hlubokém deficitu.

V roce 1997 byla novelizována pravidla pro hrazení zdravotní péče a vznikl zákon č.48/1997 Sb. Paragraf 17 zákona č.48/1997 stanovuje pravidla pro vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče. Odstavec 5 tohoto paragrafu stanovuje, že Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, s označením variant zdravotní péče podle § 13. Od tohoto okamžiku byl definován výkonový systém, který s drobnými modifikacemi přetrvává s výjimkou financování lůžkové péče dodnes. Tento systém vykazování se v akutní lůžkové péči používá pro stanovení relativních vah u financování metodou případového paušálu, který vychází z metody financování formou DRG. V akutní lůžkové péči byla zavedena poprvé sestupná úhrada vzhledem k délce hospitalizace u vybraných odborností, s výjimkou intenzivní péče. Model bude stručně popsán v další samostatné kapitole. Metodické opatření č. 12/1998 věst. MZ, Koncepce následné lůžkové péče metodický návod č. 14/1998 věst. MZ, Požadavky na zajišťování lůžkové zdravotní péče.

Dle Koženého (2010, s. 23-25) dalším milníkem byla aplikace systému DRG do úhrad akutní lůžkové zdravotní péče. Tento systém je převzatý z USA a v ČR se upravoval a kultivoval již od roku 2005 v různých pilotních projektech a variantních modelech úhrad. Stručný popis tohoto modelu bude uveden v další samostatné kapitole.

Dle VZP (2013) od 1. ledna 2014 byla zrušena povinnost hradit regulační poplatek za poskytování lůžkové péče ve výši 100 Kč podle ustanovení § 16a odst. 1 písm. f) zákona č. 48/1997Sb., o veřejném zdravotním pojištění, které nabylo účinnosti od 31. prosince 2013. Tento poplatek se zrušil i u porodní péče.

MZ ČR (2016) v posledních letech zavedlo navýšení platů a mezd lékařů, sester a dalšího zdravotnického personálu, a to nejen v přímo řízených nemocnicích MZČR (fakultní nemocnice), ale i v krajských a dalších nemocnicích. Toto má za cíl především přispět k personální stabilizaci českého zdravotnictví, zabránit odchodu zdravotníků mimo zdravotnický sektor, případně do ciziny. Navýšení platových tarifů je navázáno na vyšší úhradu za poskytnutou péči od zdravotních pojišťoven prostřednictvím tzv. „úhradové vyhlášky“ a na navýšení plateb za státní pojištěnce, mezi které patří děti do 15 let, nezaopatřené děti starší 15 let, důchodci, osoby na mateřské dovolené, příjemci rodičovského příspěvku, uchazeči o zaměstnání v evidenci úřadu práce, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi, osoby závislé na péči jiné osoby a i pečující osoby, konající službu v ozbrojených silách a povolání k vojenskému cvičení, ve výkonu zabezpečené detence, trestu nebo vazby, osoby pečující o dítě do 7 let nebo o dvě do 15 let, osoby důchodového věku nebo invalidní ve třetím stádiu, osoby bez zdanitelných příjmů - příjemci dávek nemocenského pojištění, osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnou službu, osoby mladistvé, umístěné ve školních zařízeních pro výkon, žadatelé o mezinárodní ochranu, dočasnou ochranu, strpění pobytu, příjemci penze z doplňkového penzijního spoření a manželé nebo registrovaní partneři, kteří jsou státními zaměstnanci vyslaní do zahraničí.

Platby za tyto státní pojištěnce a jejich vývoj jsou v tabulce 5.

Tabulka 5 Vývoj plateb za státní pojištěnce v ČR

Rok	Platba v Kč/osoba/měsíc	Platba v mld. Kč
1993	229	16,883
1994	194	13,402
1995	194	13,302
1996	220, od 1.7. 270	16,436
1997	270	18,362
1998	287, od 1.7. 392	23,390
1999	392	27,256
2000	392	27,464
2001	392, od 1.7. 439	29,030
2002	439	30,561
2003	467	32,493
2004	476	33,407
2005	481	33,969
2006	513, od 1.2. 560, od 1.4. 636	42,998
2007	680	47,194
2008	677	47,728
2009	677	47,404
2010	723	52,099
2011	723	52,997
2012	723	52,867
2013	723, od 1.11. 787	53,676
2014	787, od 1.7. 845	59,867
2015	845	60,944
2016	870	62,254

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR (2017)

MZ ČR (2017) od roku 1993 platby za pojištěnce velice mírně navyšují. V roce 2017 je platba státu na jednoho pojištěnce 920,-Kč, v příštím roce se ještě o 49,-Kč zvýší. Celkově tak bude stát v roce 2018 za své pojištěnce odvádět částku 69,3 miliardy korun.

Dle vlády České republiky (2016) za společného prohlášení Rady Asociace krajů vyplývá, že všechny veřejné nemocnice postupují v odměňování zdravotnických pracovníků stejně, bez ohledu na právní formu. Od 1. 1. 2015 byly pracovníkům ve zdravotnictví navýšeny platové tarify o 5 %. (skutečný příjem se pracovníkům

ve zdravotnictví zvýšil průměrně o 6 %). Od 1. 1. 2016 byly tarifní platy pracovníků ve zdravotnictví navýšeny rovněž o 5 %.

MZ ČR (2017) od 1. 1. 2017 došlo k navýšení tarifních platů zdravotnických pracovníků o 10 %. Od 1. července 2017 budou mít vyšší mzdy všechny sestry u lůžka ve směnném provozu o 2000 korun, a to bez ohledu na to, zda pracují ve státní nebo soukromé nemocnici. Úhradová vyhláška pro rok 2018 by měla zajistit finanční prostředky na další navýšení tarifních platů zdravotníků o 10 % od 1. 1. 2018. Vláda chce navýšit platy o 10 % tři roky po sobě. Paušální sazby se pro lůžkovou péči v roce 2017 zvedly o 6,2 %, oproti roku 2016 (nemocnicím se zasílá paušál a ten se v roce 2017 o 6,2 % zvedl).

Vyhláška č. 348/2016 Sb. Ministerstva zdravotnictví ČR (2016) uvádí, že u porodů a HIV byla nastavena minimální základní sazba na 27000,-Kč, v roce 2016 byla základní sazba 24000, tato úhrada je vyčleněná z úhrady formou případového paušálu. Pro vysoce specializovaná centra je stanovena minimální základní sazba 33500,-Kč. Tato centra jsou asi 4 ve fakultních nemocnicích, tyto nemocnice mají současně statut centra vysoce specializované onkogynekologické péče, centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centra vysoce specializované kardiovaskulární péče, centra vysoce specializované traumatologické péče, centra vysoce specializované onkologické péče a hematoonkologické péče s transplantační jednotkou.

VZP ČR (2017) udává ve svých interních směrnících, že oproti roku 2016 je zmírněný práh pro úhradu nadprodukce. Pojišťovny hradí nadprodukcí nad 103 %, v roce 2016 hradily nadprodukcí nad 107 %, tzn. že v tomto roce pojišťovny nehradily péči, která byla od 101 % až do 107 %, v roce 2017 je hranice snížena - pojišťovny nehradí od 101 % do 103 %. Od roku 2017 platí, že pokud nemocnice neplní produkční podmínky v lůžkové části, může tento výpadek v lůžkové části produkce nahradit v ambulantní části, tzn. že pokud neplní produkci v lůžkové části, mohou o to více vykázat na ambulantní péči.

3.3 Klasifikační systém DRG (Diagnosis-related group)

Pro ocenění příjmové části finanční bilance v této práci je požito ocenění hospitalizačních případů metodou DRG. Dle MZ ČR (2015) je "Diagnosis-related group" systém klasifikace klinických případů, který se skládá přibližně z 500 skupin. Tyto skupiny jsou tzv. Báze DRG, pod které patří další skupiny. Každá Báze DRG má tři skupiny,

které se nazývají případy bez komplikací, s komplikacemi a s mnohačetnými komplikacemi.

3.3.1 Klasifikace DRG

Kožený (2010, s. 19) popisuje zkratku DRG odvozením od anglického názvu *Diagnosis Related Group*, v překladu název znamená *Skupiny vztažené k diagnóze*. Vzhledem k tomu, že tento systém pochází z USA a zainteresované osoby si na tento název v ČR zvykli, pak se ponechala i zkratka a dále se nepřekládala.

Němec (2008, s.78-84) uvádí, že DRG je systém pro klasifikaci, který slouží k zařazování případů hospitalizace na bázi atributů případu do DRG skupin. DRG systém může znamenat jádro klasifikace, jako základní algoritmus pro zařazování vč. definovaného manuálu. Dále DRG systém může být chápán jako okruh materiálů, který zahrnuje definiční manuál, číselník s relativními vahami a materiály obsahující metodiku a číselníky s definovanými pojmy, které se používají k práci s DRG. Z konkrétních metodik se používají kódování diagnóz pro využití IR-DRG, sestavení případu hospitalizace, přiřazení Relativní váhy k případu hospitalizace. Z číselníků tu je především DRG číselník s markery a následným využitím v systému IR-DRG. DRG je nástroj obsahující omezený počet klinických a ekonomických stejnorodých skupin případů. Umožňuje porovnávání relativních náročností ku zdrojům u případů řazených do skupin. Využívá se pro měření produkce, měření kvality, pro komunikaci v rámci nemocnice i mimo ni, komunikace je pak usnadněna při propojení mezi lékaři a ekonomy, DRG souží tedy i jako jazyk. Je nástrojem pro řízení nemocnice jako celku. A v neposlední řadě slouží pro financování lůžkové péče.

Kožený (2010, s. 159) tento klasifikační systém zakládá na limitovaném počtu DRG skupin. Každý konkrétního případ nemocného se následně řadí právě do těchto skupin. Cílem skupin je, aby jejich počet byl co nejnižší a co nejprehlednější. Kritériem pro zařazení nemocného do skupiny je jeho diagnóza nebo určený/vykonaný zdravotní výkon. Nelze mít pro každou diagnózu nebo výkon samostatnou skupinu, tedy skupiny obsahují i více diagnóz. V některých případech jsou obsaženy v jedné skupině i desítky diagnóz. Samozřejmě nebylo možné ani reálně jakoukoliv diagnózu přiřadit do libovolné

skupiny. Vše musí mít řád. Tedy jednotlivé diagnózy přiřazené do jedné skupiny musí mít něco společného. Vznikly dvě zásadní kritéria : musí mít zcela stejný způsob léčby a náklady na léčbu se nesmí téměř lišit.

Raiter a Stejskalová (2005) aktuálně používaný DRG systém skládají z 25 základních kategorií pro diagnostiku, jsou to takzvané nadskupiny, které se následně rozvětvují do 941 podskupin. Pro to abychom mohli správně vykazovat, je povinné uvádět tyto údaje: základní diagnóza, vedlejší diagnózy, výkony, které plánujeme nebo jsme již vykonali, délka hospitalizace, základní údaje o pacientovi (v některých případech se pacient pojmenovává jako „klient“). Uvádí se jméno, věk, pohlaví apod.

Výše uvedené údaje jsou sepisovány v každém zdravotnickém zařízení pro zdravotní pojišťovny a na jejich základě se vytvářejí vyúčtování.

Dle MZ ČR (2005) *„Rozčlenění případů do DRG skupin by samo o sobě velký význam nemělo. Možností využití systému je však několik – nejen, že dává do souvislosti diagnózy nemocných a náklady na jejich léčbu, ale může sloužit jako nástroj pro hodnocení nemocniční péče a přímou úhradu lůžkovým zdravotnickým zařízením, díky němu lze také objektivněji srovnávat kvalitu zdravotní péče, produkci zdravotní péče a její nákladovost. Výsledky lze porovnávat mezi jednotlivými zařízeními a provádět vyhodnocení využitelné ve financování nemocniční péče, plánování, tvorbě rozpočtu atp.“*

Celkové výstupy/vyhodnocení systému DRG se dají využít v kompletním celku zdravotnictví (na všech úrovních). Na úrovni managementu nemocnice, jejich zřizovatelů, odborných společností, institucí s celorepublikovou působností, orgánů státní správy a samozřejmě i samotní plátců zdravotní péče mohou tyto výsledky využívat.

MZ ČR (2017) Způsob, jakým zařazujeme jednotlivé případy do skupin je uveden v manuálu definující DRG. Pro usnadnění se dnes využívá speciální software takzvaný Grouper, který dokáže automaticky, po zadání všech údajů, zařadit nemocného do konkrétní skupiny. Tento program je ve většině případů propojen s informačním systémem nemocnice. Takto integrovaný systém připravuje veškerá potřebná data zdravotním pojišťovnám.

3.3.2 Relativní váhy pro určení průměrných výdajů za lůžkovou zdravotní péči

Kožený (2010, s. 173) Relativní váhu zobrazuje jako bezrozměrné číslo vyjadřující vztah vzájemných průměrných nákladů u jednotlivých DRG skupin. Vyjadřuje, kolikrát jsou u případů průměrné náklady na léčení, klasifikuje se do dané skupiny a porovnává, zda jsou náklady větší nebo menší než u nákladů zvolených u referenční DRG skupiny nebo se porovnávají průměrné náklady v souboru u všech navrhovaných případů. Relativní váhy se stanovují především na určité období z dat, která jsou reálná. Tím jsou myšleny náklady na případy hospitalizace v předchozím období. K postupu pro výpočet konkrétní verze Relativní váhy nebo vah je udáván v odpovídající verzi Metodiky výpočtu Relat.V. Výstupem výpočtu je již zmiňovaný Číselník relativních vah.

Další index dle Koženýho (2010, s.184) je popisován poměrným číslem, které zobrazuje obvyklé náklady na péči poskytnutou pacientovi určité DRG, je **Relativní váha DRG případu**. K tomu, aby se mohly konkrétně vyčíslit náklady na poskytnutou péči, se používá **Číselník relativních vah**. Ten má podobu dokumentu obsahující číselníky pro jednotlivé DRG. Najdeme zde název a kód DRG skupiny, hodnotu relativní váhy, ALOS což je pacientova průměrná délka pobytu, hodní a dolní trim-point a případně i další informace o nákladech nebo množství případů v DRG. Trim-point se zobrazuje v délce pobytu (LOS) a jeho rozpětí, které může být buď obvyklé či přiměřené. Trim-point ohraničuje LOS. Můžeme tedy vidět hodní trip-point nebo dolní trim-point.

Metodika přiřazení relativní váhy (RV) k případu hospitalizace

Němec (2008, s.89) pro přiřazení RV u konkrétního případu musí mít vstupní parametry.

Tedy **vstupní informace**, které se pojí například pro vyjádření RV hospitalizačního případu, jsou Číselník RV verze 012 a Informace o hospitalizačním výkonu. **Relativní váhy DRG skupin** je nutné si z Číselníku RV, pro hospitalizační případ konkrétně z číselníku označeném jako 009 2012, vybrat následující údaje :

RV – Relativní váha určité skupiny (Zde platí vzorec $RV = RV_{Ios} + RV_{mat}$)

RV_{Ios} – Relativní váha určité skupiny, která nezahrnuje náklady na materiál

RV_{mat} – Relativní váha určené skupiny zahrnující právě náklady na materiál

ALOS – střední délku ošetřovací doby

AMAT – střední hodnotu pro náklady na materiál

TLTP – spodní mez délky doby pro ošetření

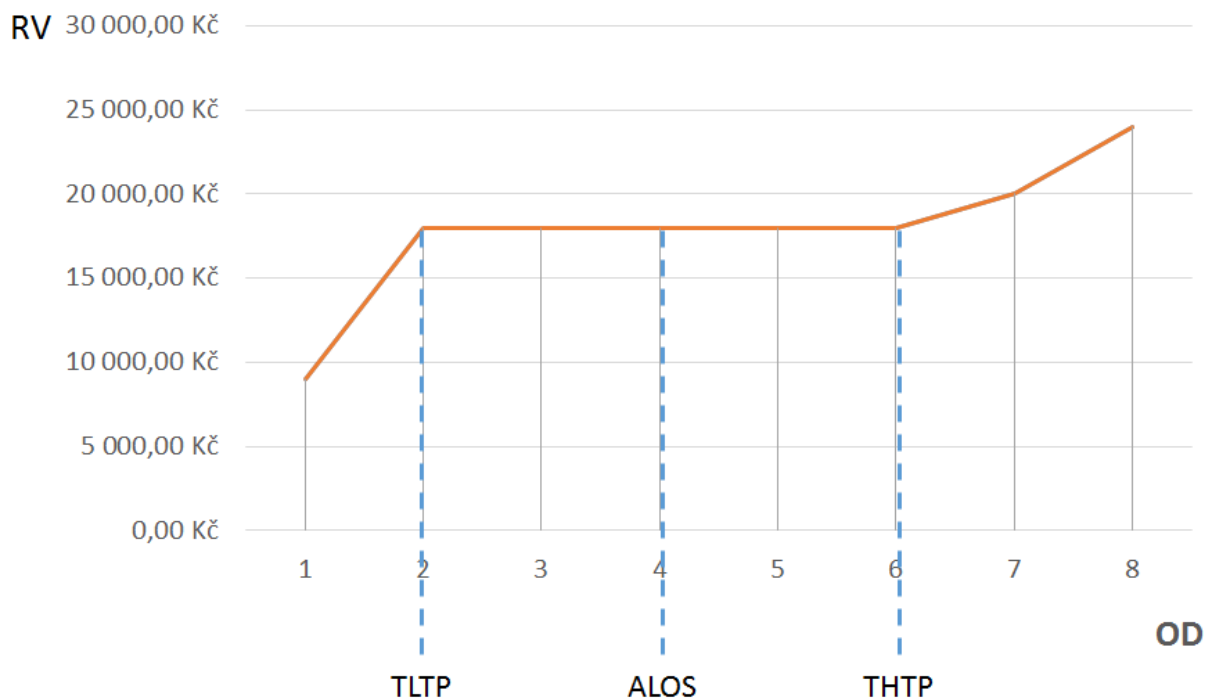
THTP – horní mez délky doby pro ošetření

MLTP – spodní mez pro náklady na použitý materiál

MHTP – horní mez pro náklady na použitý materiál

Všechny tyto údaje jsou nezbytné pro výpočet RV, a tedy velice záleží na správném výběru těchto hodnot.

Graf 1 Zobrazení standardizovaných ošetřovacích dnů a standardizovaných nákladů na ošetřovací den



Zdroj: Vlastní tvorba na základě definice průměrného počtu ošetřovacích dnů a jejich spodní a horní limitní délky ošetřovacích dnů.

graf 1 znázorňuje základní informace o nákladech na jednotlivé ošetrovací dny (OD) stanovené ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR), včetně znázornění střední délky ošetrovací doby a horní a dolní meze ošetrovacích dnů. Pokud u konkrétního případu je pacient déle hospitalizován, než je uvedená horní hranice ošetrovací doby, pak zdravotnické zařízení dostává uhrazené jednotlivé OD pomocí koeficientu. Tedy za každý den navíc, který je nad standart délky ošetrovacích dnů, mají pojišťovny nižší výdaje na lůžkovou péči.

Dalšími údaji potřebnými k výpočtu RV jsou **Informace o hospitalizačním případě** :

Mašek (2014, s.2) neopomíná uvést, že *“kód diagnosticko-terapeutické skupiny, do které byl případ/výkon přiřazen, délka hospitalizace, materiálové náklady případu – tedy položky, které jsou zvlášť účtované v ZUM a ZULP. ZUM – Zvlášť účtovaný zdravotnický materiál, který lze zvlášť účtovat k výkonu, pokud byl odůvodněně při výkonu spotřebován. ZULP – Zvlášť účtovaný léčivý přípravek, který lze zvlášť účtovat k výkonu, pokud byl odůvodněně při výkonu spotřebován“*.

Dalším výpočtem je **výpočet RV u konkrétního případu**. Zde se vzorec dle Koženýho (2008) liší. Takto jsou vozce uleženy v systému Grouper, který při kódování z těchto vzorců vychází.

$$RV_{prep} = RV_{Ios_{prep}} + RV_{mat_{prep}} \quad (1)$$

Pro výpočet $RV_{Ios_{prep}}$, což je konkrétní hospitalizační případ, se odvozuje od RV_{Ios} konkrétní diagnosticko-terapeutické skupiny konkrétního zařazeného případu a závisí na délce hospitalizace.

LOS – Délka pobytu (též LOS od anglického Length Of Stay) je v případech hospitalizací definována jako datum propuštění - datum přijetí + 1 (propuštěním může být i překlad na lůžko následné péče nebo úmrtí)

$$RV_{Ios_{prep}} = RV_{Ios} \quad (2)$$

Relativní váha skupiny je rovna $RV_{Ios_{prep}}$, pokud LOS je $> / =$ dolní mez pro délku ošetrovací doby (TLTP) a zároveň $LOS < / =$ horní mez pro délku ošetrovací doby

$$RV_{Ios_{prep}} = RV_{Ios} \times KI_{os_{RV}} \quad (3)$$

Tento případ se objevuje pokud, je délka hospitalizace u konkrétní DRG: $LOS < TLTP$, případně $LOS > THTP$

V tomto případě $RV_{Ios_{prep}}$ vyjadřuje přepočtenou dílčí RV dané diagnosticko-terapeutické (D-T) skupiny, RV_{Ios} vyjadřuje dílčí RV D-T skupiny a $KI_{os_{RV}}$ je koeficientem pro úpravu relativní váhy.

Pro výpočet hodnot $KI_{os_{RV}}$ Mašek (2014) uvádí vztah

$$KI_{os_{RV}} = LOS / TLTP \quad (4)$$

Používá se v případě, že délka hospitalizace $< TLTP$ pro danou diagnosticko-terapeutickou skupinu

LOS – Skutečná délka hospitalizace

$$KI_{os_{RV}} = 1 + [(LOS - THTP) / ALOS] \times 0,6 \quad (5)$$

Používá se u případu, kdy délka hospitalizace $> THTP$ pro danou diagnosticko-terapeutickou skupinu.

Výpočet $RV_{mat_{prep}}$

Stanovení $RV_{mat_{prep}}$ konkrétního hospitalizačního případu je odvozován od Relativních vah RV_{mat} diagnosticko-terapeutické skupiny, k ní je přiřazen v návaznosti na materiálové náklady případu.

Dále MAT:

$$RV_{mat_{prep}} = RV_{mat} \quad (6)$$

RV = relativní váze skupiny. Pokud jsou materiálové náklady u konkrétního případu $> / =$ Dolní mezí pro materiálové náklady ($MLTP$) a zároveň $< / =$ Horní mez pro materiálové náklady ($MHTP$)

$$RV_{mat_{prep}} = RV_{mat} \times K_{mat_{RV}} \quad (7)$$

Zde se v Grouperu používá koeficient pro úpravu RV Materiálové náklady $< MLTP$, případně $> MHTP$

3.3.3 Úhrada zdravotních služeb výkonovým způsobem

Pro modelaci nákladů na poskytované zdravotní služby tato práce vychází z historického výkonového systému založeném na vyhlášce MZ ČR č.134/1998 Sb. se zaměřením na úhradu akutní lůžkové péče. To znamená na popis kalkulace výkonů, zvláště účtovaných materiálů a léčiv a ošetřovacích dnů na standardních a intenzivních lůžkách.

Kalkulace výkonu

Na základě vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR paragraf 17 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, byl stanoven seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly vykazování.

Dle interních směrnic VZP ČR (2012) původně (od roku 1992) byly výkony kalkulovány tak, že kalkulace byla rozdělena na: „*průměrné vlastní náklady na příslušný výkon vyjádřené v bodech (BODY) Tyto vlastní náklady zahrnují přímé mzdy, prvotní režii a správní režii včetně odbytové; přímý materiál nezahrnutý do vlastních nákladů v Kč (PMAT); zvláště účtovaný zdravotnický materiál, který lze zvláště účtovat k výkonu, pokud byl odůvodněně při výkonu spotřebován v Kč (ZUM). Pozn.: Podskupinou tohoto materiálu jsou zvláště účtované léky (ZULP); lékový paušál v Kč (LP).*“

Dle VZP ČR (2012) se skládala úhrada za hospitalizaci z úhrady za výkony ošetřovacích dnů, vlastních výkonů, zvláště účtovaného materiálu a lékového paušálu:

úhradu za vlastní výkony v době hospitalizace (s výjimkou výkonů agregovaných do ošetřovacího dne) vypočítává

$$\text{Úhrada VK} = \text{SUMAVK}(\text{BODYVK} * \text{HB} + \text{PMATVK}) + \text{ZUM} \quad (8)$$

Kde SUMAVK je součet za jednotlivé výkony

BODYVK je počet bodů za konkrétní výkon

HB je hodnota bodu v Kč/bod

ZUM je cena zvláště účtovaného materiálu v Kč

Ošetřovací dny (OD)

Ošetřovací dny (dále jen OD) se vykazují při hospitalizaci pacienta na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení nebo při pobytu pacienta ve stacionáři, nebo při jednodenní péči na lůžku.

MV ČR (2009, s.7754) uvádí, že „V jeden kalendářní den je možno vykázat pro jednoho pojištěnce nejvýše jeden OD. Den přijetí k hospitalizaci a den ukončení hospitalizace se vykazují jako jeden OD. OD je vykazován podle odbornosti oddělení, které OD vykazuje.“

Ve výkonu OD je zahrnutodle vyhlášky č. 421/2016 Sb.:

1. veškeré vizity lékařů
2. „činnost zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti (dále jen ZPSZ), zdravotnických pracovníků nelékařských profesí, zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti (dále jen ZPBD), zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (dále jen ZPOD) pokud nemají vlastní zdravotní výkony MV ČR (2009, s.7755)“
3. administrativní činnost mimo činnost zahrnutou v jiných výkonech;
4. organizační činnost vedoucích pracovníků;
5. ústavní pohotovostní služba.

Dle Koženého se i v roce 2017 do výkonu OD zohledňují (2010, s. 63) :

6. „správní jednotka (kromě OD resuscitační a intenzivní péče);
7. přímo spotřebovaný zdravotnický materiál;l
8. přímo spotřebované léčivé přípravky (pouze OD resuscitační, intenzivní a intermediární péče, péče poskytované ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu a spinálních jednotek);
9. jednoúčelové přístroje (pouze OD resuscitační, intenzivní a intermediární péče a spinálních jednotek);
10. Ve výkonech OD, mimo OD resuscitační a intenzivní péče, není zahrnuta resuscitační a intenzivní péče.“

K výkonu OD se dle Ministerstva zdravotnictví připočítává (2015) úhrada výkonů sloučených do jednoho ošetrovacího dne – dle odborností (jedinou výjimkou je jednodenní péče na lůžku); úhrada léčivých přípravků přímo spotřebovaných (kromě ošetrovacího dne resuscitační, intenzivní a intermediární péče, péče poskytované ve specializovaných lůžkových typech zařízení, jako je hospicový typ); úhrada části nepřímých nákladů zdravotnického zařízení lůžkového typu.

Dle MZ ČR (2015) se výkony sloučené do výkonu ošetrovacího dne zdravotní pojišťovna neuhradí v ten den, kdy je pacient hospitalizován, a to ani lůžkovým zdravotnickým zařízením, kde je pacient hospitalizován, ani jiným zdravotnickým zařízením. V případě, že zdravotnické zařízení požaduje provedení výkonu sloučeného do ošetrovacího dne od jiného zdravotnického zařízení, uvede do žádosti o provedení výkonu, že se jedná o hospitalizovaného pacienta. Vyžádaný výkon uhradí vyžadující zdravotnické zařízení tomu zdravotnickému zařízení, které výkon provedlo ve výši odpovídající úhradám z veřejného zdravotního pojištění.

Úhrady za výkony sloučené do ošetrovacího dne

Kožený (2010, s.176-178) ke každému ošetrovacímu dni na standardním lůžku připočte platbu za výkony sloučené do ošetrovacího dne podle odbornosti, ve které byl ošetrovací den vykázán. Platba za výkon sloučený s ošetrovacím dnem je závislý na konkrétní diagnóze. Sazba je dána dle stelných pravidel jako u ošetrovacího dne. Když je vykazován ošetrovací den patřící k sestupným sazbám, je potom cena nebo hodnota úhrady za ten sloučený výkon určena dle konkrétních ošetrovacích dnů.

Úhrada přímo spotřebovaných léčivých přípravků

Dle VZP ČR (2015) jevýše úhrady přímo spotřebovaných léčivých přípravků k ošetrovacímu dni (lékový paušál k OD) stanovena na základě smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou. Tím je myšleno, že každá pojišťovna může používat jiný koeficient k výpočtu konkrétního bodu, tedy hodnota jednoho bodu může být nižší či vyšší, než má jiná zdravotní pojišťovna.

Průměrná délka hospitalizace

VZP ČR (2012) ke každému oboru přidává určenou průměrnou délku hospitalizace. Ta má vždy dané malé odchylky, které jsou zde protože ke každému oboru spadají další zdravotní úkony a ty se mezi sebou liší dle obtížnosti rekonvalescence. Rekonvalescence a její obtížnost je spojená s nutností pobytu ve zdravotnickém zařízení.

Tabulka 6 Průměrná délka hospitalizace pro jednotlivé obory – délka využití lůžkové péče

Obor	SDH	O-	O+
alergologie a klinická imunologie	13	2	2
anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína (ARO)	6	2	2
Dermatovenerologie	18	2	2
Foniatrie	19	2	2
rehabilitační a fyzikální medicína	23	5	5
Geriatric	24	3	3
Gynekologie a porodnictví	7	1	1
Chirurgie	9	2	2
vnitřní lékařství	12	3	2
Kardiochirurgie	8	1	8
Kardiologie	8	1	1
klinická hematologie	14	4	4
klinická onkologie	12	2	12
Neurochirurgie	11	2	2
Neurologie	14	4	4
nukleární medicína	11	2	2
Oftalmologie	8	2	1
ortopedická protetika	19	3	3
Ortopedie	12	3	2
otorinolaryngologie a audiologie	6	1	1
dětské lékařství	7	2	2
plastická chirurgie	10	3	2
popáleninová medicína	14	2	2
infekční lékařství	11	3	3
Psychiatrie	30	7	5
radiační onkologie	15	2	6
Revmatologie	26	7	5
stomatologie, orální a maxillofaciální chirurgie	8	1	1
pneumologie a ftizeologie	19	6	4
úrazová chirurgie	9	2	2
Urologie	9	3	2

Zdroj: Interní směrnice VZP ČR. Praha (2015)

Vysvětlivky k tabulce:

SDH průměrná délka hospitalizace

O- maximální možná odchylka v počtu ošetrovacích dní směrem dolů

O+ maximální možná odchylka v počtu ošetrovacích dní směrem nahoru

Základem pro standardizaci doby lůžkové péče, je nutné určit průměrnou délku hospitalizace, včetně minimální délky a délky maximální. Díky této tabulce lze lépe hlídat výdaje na lůžkovou péči, protože zdravotnická zařízení vědí, jak dlouho pacienta mohou mít na lůžku a kolik v takovémto rozsahu mohou dostat v úhradě. Protože pokud by přesáhli standardně uvedený rozsah počtu dní u lůžkové péče, je to pro pojišťovny více než nutná doba, která neohrožuje zdraví pacienta, v této fázi již není nutný každodenní či hodinový zásah zdravotnického personálu a díky tomu pojišťovny mají nižší výdaje na tuto péči. Takto nastavené průměrné délky hospitalizací platí i v roce 2017.

Zvlášť účtovaný materiál vykazovaný k ošetrovacím dnům = ZUM

Sbírka zákonů ČR (2009) , uvádí, že zvlášť účtovaný materiál může i nemusí být použit během ošetrovacího dne. Je to materiál, který není nutný ke konkrétnímu výkonu. Tedy například více použitých tamponů nebo u porodu to může být hygienická vložka poskytnuta matce novorozeněte. Vše má ale své mantinely, a proto jsou všechny výkony standardizovány, a to včetně potřebného materiálu k výkonu.

Zvlášť účtovaný léčivý přípravek vykazovaný k ošetrovacím dnům = ZULP

Dle MZ ČR (2015) má opět zvlášť účtovaný léčivý přípravek stejně jako zvlášť účtovaný materiál své hranice a jeho použití musí být prokazatelně zdůvodněno. ZULP má pravidla, která jsou velice rozsáhlá. Tedy berme to opět jako nad rámec standardizovaného ošetrovacího dne spadajícího ke konkrétnímu výkonu.

Výkony vykazované spolu s ošetrovacími dny

MV ČR (2009, s.7770) Výkony uskutečněné v ošetrovací den se vykazují spolu s ním. Pokud ale je výkon udělán ambulantně, pak není možné jej započítat do ošetrovacího dne a spadá to již do jiné skupiny financování zdravotní péče.

V seznamu výkonů s bodovými hodnotami Jan Mach Označují se A, což znamená pouze ambulantně anebo ambulantně sloučené do ošetrovacího dne, SA znamená jen specializovaném ambulantním pracovišti anebo opět ambulantně specializované pracoviště sloučené do ošetrovacího dnu.

S ošetrovacím dnem resuscitační a intenzivní péče není možné také vykazovat výkony vypsané níže v seznamu, i když by byly udělány v jiném zdravotním zařízení, ani pokud byly provedeny jiným pracovištěm než resuscitačním a oddělením intenzivní péče. Tedy v Seznamu zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami definují postupy (2014, s.47): „*drenáž hrudníku, endotracheální intubace ne pro anestézii, endotracheální odsávání, enterální výživa, forsírovaná diuréza, invazivní monitorování, kanylace centrální žíly, kanylace periferní žíly včetně infúze, kanylace plicnice a měření tlaku v zaklínění, kardioverse, komplexní metabolické sledování, masivní objemové náhrady a přetlaková transfúze, měření srdečního výdeje bioimpedancí, oxygenoterapie, pulzní symetrie, punkce hrudníku, punkce perikardu, punkce trachey se zavedením kanyly, terapeutická laváž GIT, udržování tělesné teploty, zavedení gastrické sondy, zavedení intrajejunální sondy, zavedení katétru pro intraarteriálníperfúzi, zavedení močového katétru a zavedení Sengstagenovy sondy*“.

Dále pak nesmí být vykazováno do ošetrovacího dne v případě resuscitační a jednotky intenzivní péče provedeny jednotkou intenzivní zdravotné péče a resuscitačním pracovištěm, kromě těchto úkonů v v Seznamu zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami definují postupy (2014 ,s. 55): „*kardiopulmonální resuscitace, anestézie u neodkladných operačních výkonů, tracheostomie, kontinuální venózní hemofiltrace, akutní peritoneální dialýza, akutní hemodialýza, chronická hemodialýza, hemofiltrace, hemodiafiltrace, bezacetátovábiofiltrace, plazmaferéza membránová, hyperbarická oxygenoterapie v přetlakové hyperbarické komoře, podpurná léčba vzdušným lůžkem. Výkony: specializovaná hematologická léčba nemocných s allogenní transplantací kostní dřeně, specializovaná hematoonkologická léčba nemocných na specializovaných pracovištích, včetně autologní transplantace kostní dřeně, transplantace allogenní kostní dřeně, transplantace autologní kostní dřeně, rozmrazení a aplikace do centrálního žilního katétru na specializovaných hematologických pracovištích, výkony parenterální výživy k výkonům OD intenzivní péče o pacienta s TISS body do 29 bodů, převaz rány metodou VAC.*“

4 Vlastní zpracování

4.1 Vývoj lůžkového fondu souvisejícího s výdaji na lůžkovou péči

Vývoj počtu lůžek vždy souvisí s vývojem zdravotnictví a aktuální politikou. Zároveň tento počet je obvykle spojen s úsporami, které jsou nutné pro udržení nákladů na zdravotní lůžkovou péči.

Tabulka 7 Lůžkový fond zdravotnictví dle regionů ČR a jeho využití v letech 2009 – 2015

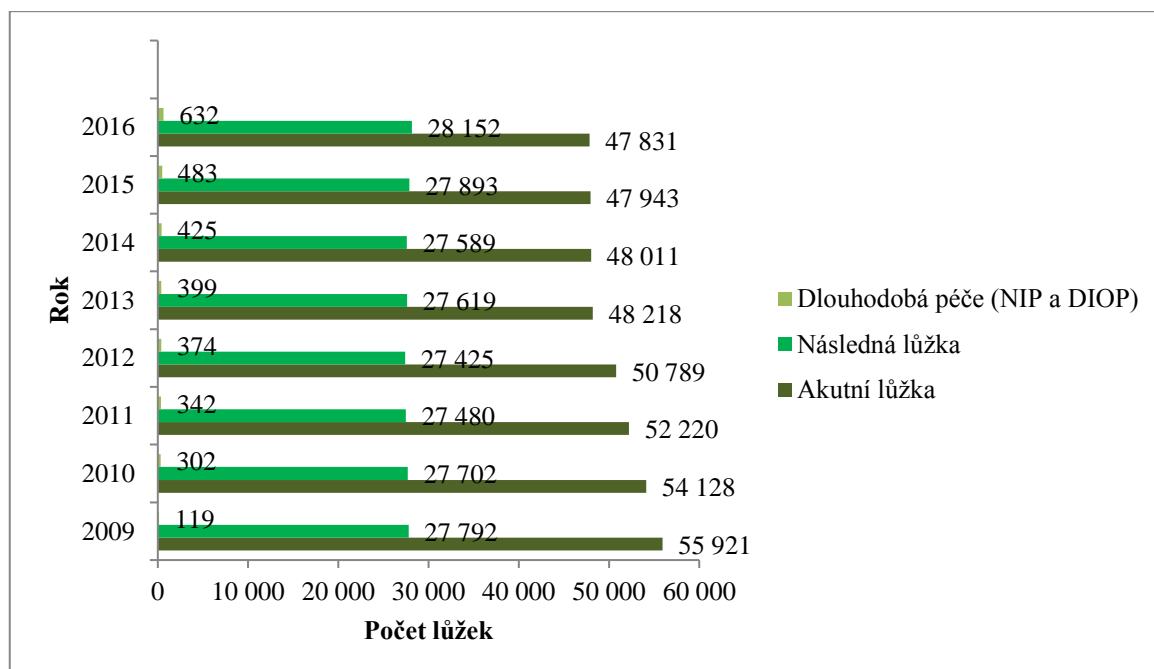
Kraj	Rok							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
01 - Hlavní město Praha	13 104	12 767	12 328	12 056	11 670	11 724	11 784	11 737
02 - Středočeský kraj	7 874	7 986	7 805	7 841	7 480	7 460	7 506	7 558
03 - Jihočeský kraj	4 514	4 315	4 170	4 143	3 984	3 956	3 980	3 983
04 - Plzeňský kraj	5 373	5 149	5 179	4 997	4 795	4 795	4 793	4 685
05 - Karlovarský kraj	1 993	1 964	1 789	1 784	1 776	1 810	1 767	1 902
06 - Ústecký kraj	6 622	6 284	6 251	6 100	5 951	5 882	5 881	5 881
07 - Liberecký kraj	2 922	2 912	2 826	2 838	2 733	2 718	2 696	2 703
08 - Královéhradecký kraj	4 337	4 249	4 164	4 036	4 083	4 071	4 072	4 167
09 - Pardubický kraj	3 902	3 885	3 834	3 818	3 734	3 728	3 758	3 758
10 - Vysočina	5 016	4 807	4 721	4 671	4 433	4 402	4 404	4 410
11 - Jihomoravský kraj	9 208	9 144	8 705	8 576	8 393	8 348	8 327	8 405
12 - Olomoucký kraj	5 158	4 980	4 871	4 794	4 660	4 641	4 674	4 671
13 - Moravskoslezský kraj	9 370	9 254	9 011	8 708	8 583	8 573	8 740	8 807
14 - Zlínský kraj	4 486	4 436	4 388	4 226	3 961	3 917	3 937	3 948
Celkem	83 879	82 132	80 042	78 588	76 236	76 025	76 319	76 615
Počet využitých lůžek	62 070	60 778	59 231	58 941	57 177	58 539	57 239	56 695
Nevyužití lůžek v %	26	26	26	25	25	23	25	26

Zdroj: vlastní zpracování, data VZP (2017)

Počet využitých lůžek je každým rokem nižší. Ale v roce 2015 a 2016 byla snaha navýšit celkový počet lůžek, kdy ale reálné využití bylo nižší než v roce 2014. V roce 2015 se oproti roku kterému počet lůžek navýšil o 294 lůžek. V roce 2016 bylo navýšení o dalších 296 lůžek. nemá, vřdyt' se zvyšuje. Byl snižován do roku 2014. Je to díky tomu, že je snaha snižovat počet ošetrovacích dnů na nezbytně nutnou dobu hospitalizace, což je spojené se snižováním výdajů pojišťoven na zdravotní lůžkovou péči a zdravotnictví celkově. Tyto kratší délky hospitalizací jsou také zapříčiněny vyspělejším

zdravotnictvím, které umožňuje některé zákroky vykonávat ambulantně. Čímž výdaje na lůžkovou zdravotní péči jsou regulovány.

Graf 2 Počet lůžek akutní, následné a dlouhodobé zdravotní péče



Zdroj: vlastní zpracování, data ÚZIS (2016)

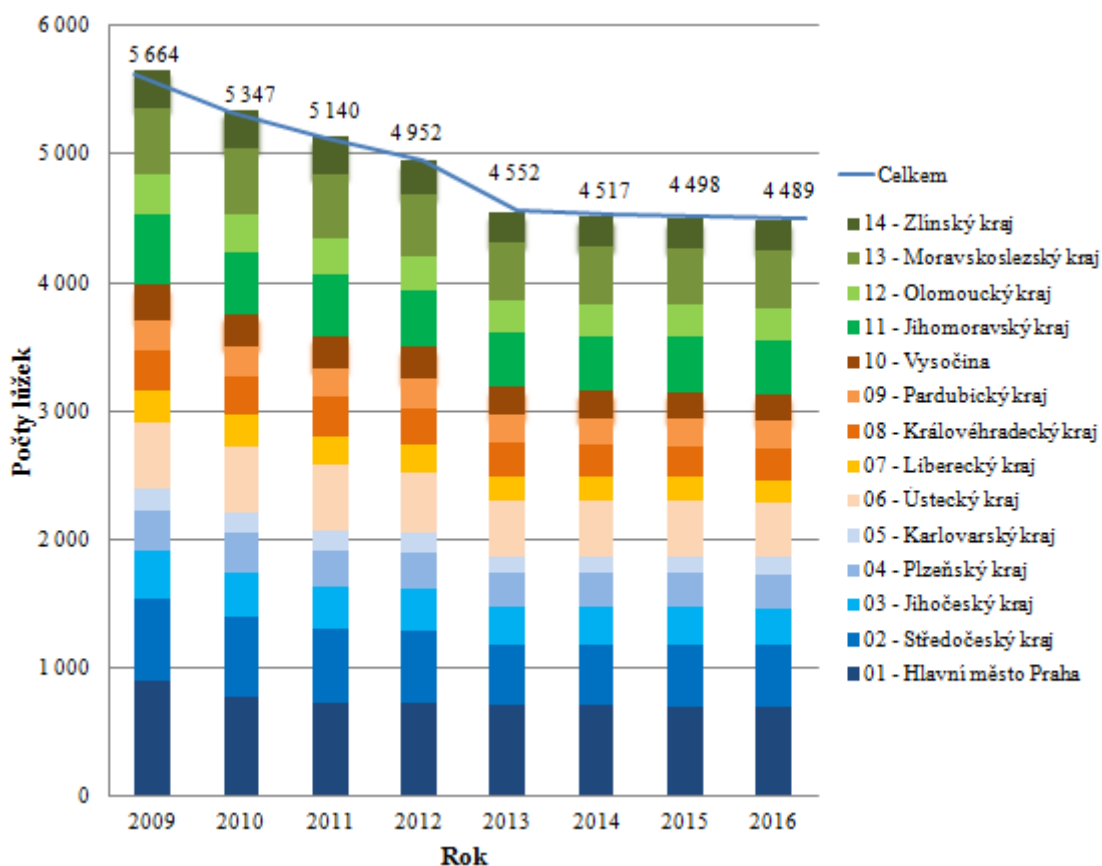
Vzhledem k tomu, že je největší počet lůžek v Akutní lůžkové péči, kam patří jak lůžka intenzivní péče, tak i lůžka standardní péče, je tato zdravotní péče nejvíce nákladnou. Následná lůžková zdravotní péče vykazuje mezi rokem 2009 a 2016 navýšení o 360 lůžek, tedy 1,3% nárůst těchto lůžek. Od roku 2012 mají následná lůžka stoupavý charakter v počtech lůžek. Dlouhodobá péče své počty od roku 2009 navyšuje. Konkrétně mezi roky 2009 a 2016 je navýšení o 513 lůžek. Akutní lůžková péče, která zahrnuje i gynekologii a porodnictví má klesavou tendenci. Mezi roky 2009 a 2016 je snížen stav o 8090 lůžek, tedy o 14,5 %.

4.1.1 Lůžkový fond v gynekologii a porodnictví

Lůžkový fond v České republice se vyvíjí dle nastavení MZ ČR. Souvisí to jak s demografickým vývojem společnosti, tak s prevalencí a incidencí v jednotlivých skupinách nemocí a způsobem léčby, kdy je třeba reagovat na tyto nové skutečnosti optimalizací lůžkového fondu v jednotlivých oborech. Počty lůžek mají klesající i rostoucí tendenci, v závislosti na každém typu lůžkové zdravotní péče. Důležitou roli zde hraje

i personální zabezpečení poskytovaných služeb. Lůžka v gynekologii se nerozdělují na porodní a ostatní část. Tedy není možné určit počet lůžek určených pouze k porodům.

Graf 3 Počty lůžek gynekologicko-porodnických pracovišť dle regionů v ČR v letech 2009-2016



Zdroj: Vlastní zpracování, data VZP (2017)

V grafu 3 je zobrazen počet lůžek celkově za celou gynekologicko-porodnickou péči v České republice. Tedy se jedná o součet všech lůžek jak ve Fakultních nemocnicích, tak i v ostatních menších nemocnicích. Počet lůžek se v roce 2016 snížil o 1175 lůžek ve srovnání s rokem 2009. To znamená snížení počtu o 20,7 % lůžek na gynekologicko-porodnické lůžkové péči. Největší počet lůžek na této péči je dlouhodobě v Hlavním městě Praha.

Tabulka 8 Počet standardních lůžek v gynekologicko-porodnické péči dle typu zdravotnického zařízení v letech 2009-2016

Rok	Typ zdravotnického zařízení	
	Počet lůžek v gynekologii	
	Fakultní nemocnice	Standardní nemocnice
2009	1743	3779
2010	1497	3705
2011	1464	3534
2012	1387	3437
2013	1329	3103
2014	1329	3065
2015	1325	3048
2016	1322	3044

Zdroj: Vlastní zpracování, data VZP (2017)

Tabulka 8 se zaměřuje na standardní lůžka ve fakultních a standardních nemocnicích. Počet lůžek ve fakultních nemocnicích se v roce 2016 snížil o 421 lůžek v porovnání s rokem 2009, tj. snížení o 24,2 %. V letech 2013 a 2014 je vidět, že stav standardních lůžek zůstal stejný a od této doby se snižují pouze o 3-4 lůžka ročně. Počet standardních lůžek v gynekologicko-porodnické péči ve standardních nemocnicích se snížil v roce 2016 oproti roku 2009 o 735 lůžek, tj. o 19,5 %. I zde je vidět, že počty lůžek se nedají redukovat tak, jako v předchozích letech, kdy největší redukce za zkoumaná léta 2009 až 2016 proběhla mezi roky 2012 a 2013, kdy se meziročně stav počtu lůžek snížil o 9,1 %. Fakultní nemocnice v roce 2009 zaujímaly 31,6% část v gynekologicko-porodnickém lůžkovém fondu, v roce 2016 tato část lůžek činila 30,3 %.

Tabulka 9 Počet lůžek jednotky intenzivní péče v gynekologicko-porodnické péči dle typu zdravotnického zařízení v letech 2009-2016

Rok	Typ zdravotnického zařízení	
	Počet lůžek v gynekologii	
	Fakultní nemocnice	Standardní nemocnice
2009	90	52
2010	91	54
2011	91	51
2012	83	45
2013	83	37
2014	83	40
2015	85	40
2016	83	40

Zdroj: Vlastní zpracování, data VZP (2017)

Tabulka 9 je zaměřená na počty lůžek v gynekologicko-porodnické péči na jednotce intenzivní péče. Kdy v gynekologii jsou minimálně využívány, co se týče porodů a zároveň standardních nemocnic. Celkem bylo v roce 2016 123 lůžek jednotky intenzivní péče. Kdy ve standardních nemocnicích nejsou pravidlem a jsou spíše rozmístěny v nemocnicích, kam je dobrá dojízdnost z okolních nemocnic, kde lůžko na JIP není k dispozici. V porovnání let 2009 a 2016 se počet lůžek na JIP pro porody snížil o 12. Od roku 2014 se počet lůžek již nezměnil. Fakultní nemocnice mají oproti ostatním nemocnicím vyšší počet lůžek pro porody a to celkem 83 lůžek v roce 2016. Od roku 2012 byl ve fakultních nemocnicích počet 83 lůžek JIP na gynekologii nezměněn. Pouze v roce 2015 byl ve fakultních nemocnicích pokus navýšit počet lůžek JIP na gynekologii o 2 lůžka. Stejně tak standardní nemocnice mají od roku 2014 počty lůžek JIP v gynekologické péči stabilizované. Nejvyšší podíl lůžek gynekologicko-porodnické péče na jednotce intenzivní péče byl ve fakultních nemocnicích v roce 2013 69,2%.

Tabulka 10 Vývoj četnosti porodů v % dle věku rodiček v ČR v letech 1970, 1980, 1990, 2000, 2010-2015

Rok	Věk rodiček										
	-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+	neudáno	celkem porodů
1970	0,02	13,49	50,31	24,87	7,93	2,71	0,64	0,03	0,00	0,00	147865
1980	0,01	11,53	44,64	28,91	11,54	2,94	0,39	0,01	0,00	0,03	153801
1990	0,01	14,08	44,84	27,03	9,99	3,50	0,53	0,01	0,00	0,00	130564
2000	0,02	4,91	31,89	41,35	16,01	4,99	0,80	0,03	0,00	0,00	90610
2010	0,01	2,85	13,19	30,89	37,44	13,83	1,72	0,07	0,00	0,00	117153
2011	0,02	2,81	12,83	30,27	37,03	14,99	1,95	0,08	0,01	0,00	108673
2012	0,01	2,81	12,73	29,89	36,36	15,96	2,15	0,09	0,00	0,00	108576
2013	0,01	2,64	12,53	29,76	35,45	17,03	2,49	0,10	0,00	0,00	106751
2014	0,01	2,48	12,14	29,71	35,16	17,70	2,67	0,12	0,00	0,00	109860
2015	0,01	2,35	12,18	29,65	34,57	17,92	3,19	0,13	0,00	0,00	110764

Zdroj: vlastní zpracování, data ÚZIS (2017)

Četnost porodů dle věku rodiček se od roku 1970 výrazně změnil. V roce 1970 bylo nejvíce rodiček mezi věkem 20 až 24 let z 50,31 %, nejméně rodiček bylo ve věku nižším než 14 let a starších 50 let. V roce 2015 je nevyšší četnost porodů u rodiček ve věku mezi 30 až 34 let s 34,57% částí. Rodiček s věkovým rozmezím 20 až 24 let se od roku 1970 snížil, v roce 2015 počet rodiček činil jen 12,18%, kdy se tento procentuální podíl určuje od roku 2011. Nejvyšší podíl rodiček ke konci roku 2015 tvořil věkové rozmezí 30 až 34 let, který se od roku 1970 výrazně zvýšil. Postupem času přibývají rodičky od 30 do 49 let. Naopak počet rodiček pod 24 let klesá. Rodicích žen mezi věkem 25 až 29 let mírně narůstá, ale procentuální podíl má nižší změnu než u ostatních věkových rozhraní. V roce 1970 byl 24,87% podíl rodiček s věkem 25-29 let, v roce 2015 byl podíl 29,65%.

Tabulka 11 Porovnání počtu porodů s kapacitou lůžek v přepočtu na lůžkodny v ČR v letech 2010-2015

Rok	Počet porodů	Počet porodů přepočtené na lůžkodny	Počet lůžek	Počet lůžkodnů	Využití lůžek v %
2010	117153	937224	5347	1951655	48,0
2011	108673	869384	5140	1876100	46,3
2012	108576	868608	4952	1807480	48,1
2013	106751	854008	4552	1661480	51,4
2014	109860	878880	4517	1648705	53,3
2015	110764	886112	4498	1641770	54,0

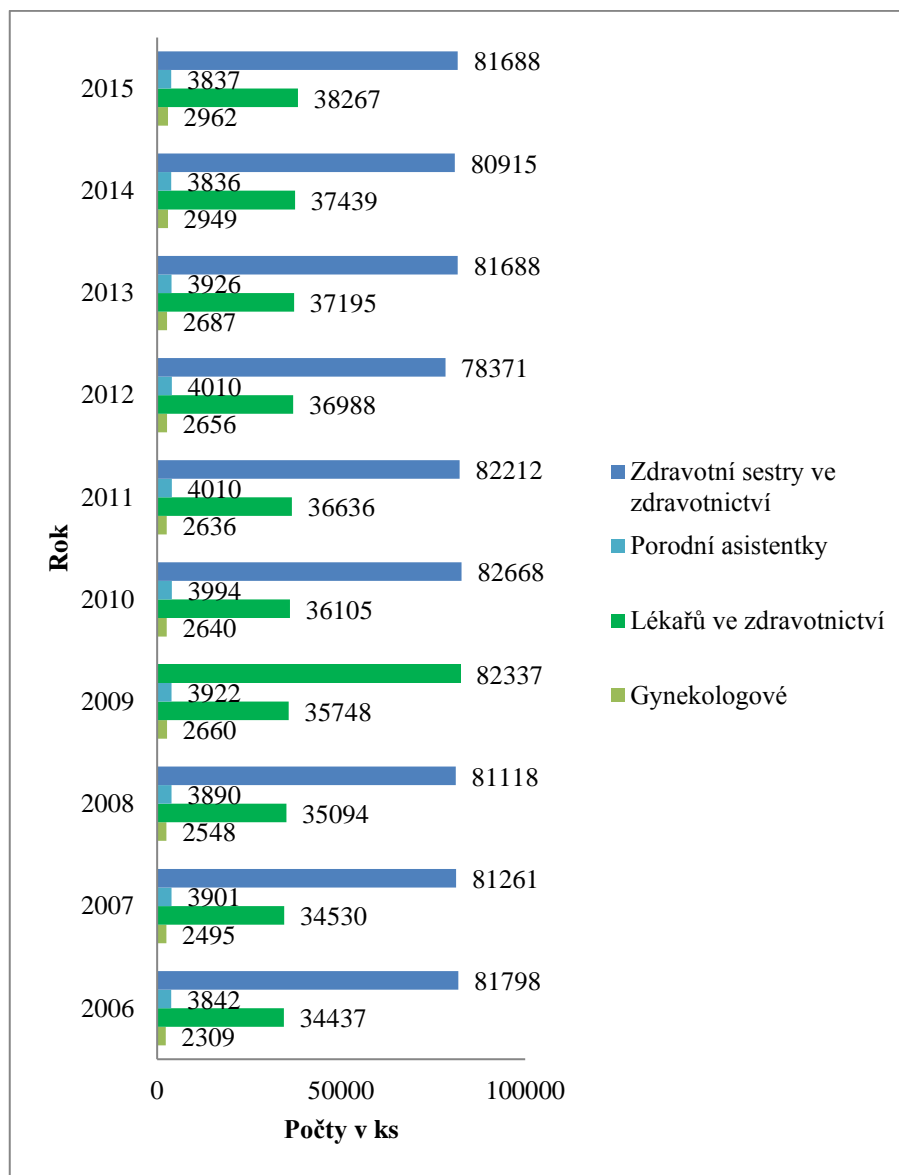
Zdroj: vlastní zpracování, data VZP (2017), ÚZIS (2017)

V případě, že je počet porodů vynásoben počtem lůžkodnů, v tomto případě 8 lůžkodnů, které jsou dle tabulky 6 horní hranicí ve standardu délky hospitalizace, a počet lůžek je vynásoben 365 dní v roce, pak nám vyjde využití těchto gynekologicko-porodnických lůžek v procentech. Dle tabulky 11 je evidentní, že využití těchto lůžek se navyšuje v závislosti na snižování počtů gynekologicko-porodnických lůžek. V roce 2015 je využití lůžek o 6% vyšší než v roce 2010, kdy využití lůžek bylo 48%. Z toho plyne, že pro porodnictví je stále dostatek lůžek.

4.1.2 Lékaři a zdravotní sestry ve zdravotnickém systému celkem a počet lékařů a zdravotních sester v porodnictví

Nedílnou součástí lůžkové zdravotní péče jsou lékaři a zdravotní sestry, kterým patří 60% nákladů z přijatých plateb od zdravotních pojišťoven.

Graf 4 Počty lékařů a sester v gynekologické péči oproti celkovému stavu v ČR v letech 2009-2015



Zdroj: Vlastní zpracování, data ÚZIS (2006-2015)

Při pohledu na vývoj počtu zdravotních sester celkem ČR a zdravotních sester s klasifikací lokalizovaných v porodnictví, je vidět mírný pokles. Mezi roky 2006 a 2015 byl nejvyšší počet zdravotních sester v celém zdravotnictví ČR v roce 2010, kdy jejich počet činil 82668. Od tohoto období klesl počet zdravotních sester k roku 2015 o 980 osob, tedy snížení počtu sester o 1,8 %. Co se týče celkového počtu lékařů, je zde naopak rostoucí tendence. Od roku 2006 se počet lékařů ve zdravotnictví v ČR k roku 2016 zvýšil celkem o 3830 osob, tedy v tomto případě nárůst

lékařů ve zdravotnictví v ČR o 11,1 %. Počet porodních asistentek se od roku 2006 snížil, kdy v roce 2015 jich bylo o 5 osob méně, což činí 0,1% snížení stavu porodních asistentek. Nejvyšší počet porodních asistentek byl v letech 2011 a 2012, kdy jejich celkový počet činil 4010 osob. V roce 2015 bylo o 653 gynekologů více než v roce 2006, tedy o 28,3 % více. Největší počet gynekologů byl v roce 2015, a to 2962 osob.

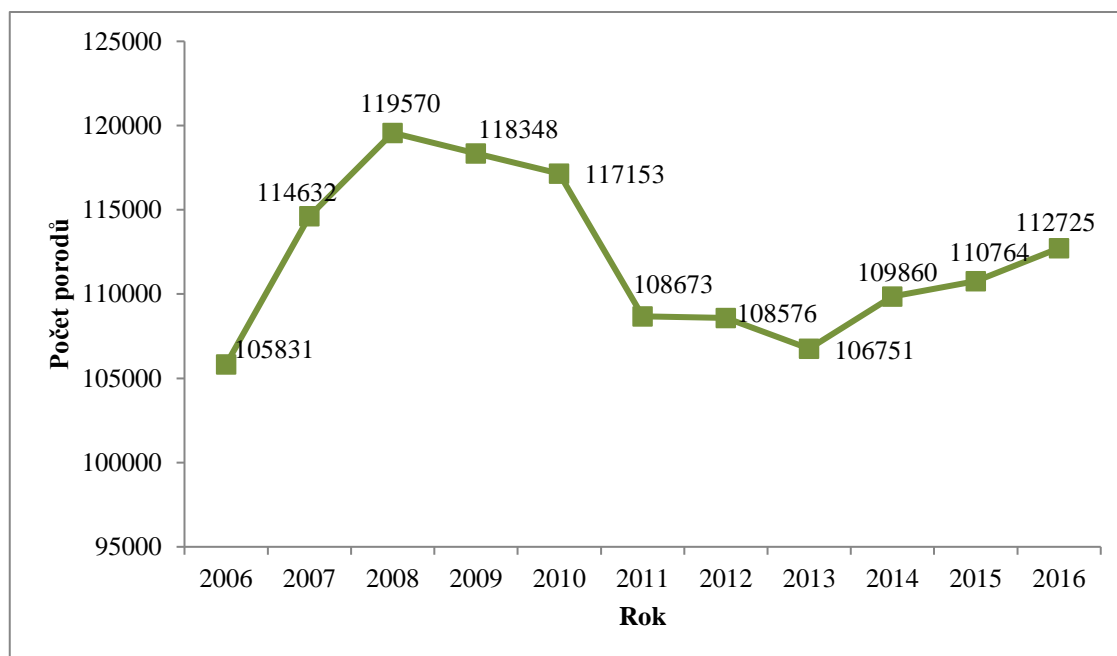
4.1.3 Vývoj počtu porodů v ČR

Počty porodů jsou v této části práce počítány za živě narozené děti. Je zde vyčíslen vývoj počtu narozených dětí za celou ČR a za VZP ČR. Dále pak vývoj počtu narozených dětí dle typů porodů patřící pod jednotlivé báze DRG.

4.1.3.1 Vývoj počtu porodů v ČR

Počty porodů jsou pro ČR směrodatným ukazatelem natality z environmentálního pohledu, kdy tato data se dlouhodobě sbírají. V této kapitole je zvoleno dostupné rozmezí od roku 2006 do roku 2016, kdy je zobrazen počet živě narozených dětí.

Graf 5 Počet porodů v ČR v letech 2006 - 2015



Zdroj: Vlastní zpracování, data ÚZIS (2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)

Počet porodů od roku 2006 má kolísavou tendenci. Mezi roky 2006 a 2016 je rozdíl v počtech porodů, konkrétně je zde navýšení o 6894 porodů. Nejvyšší počet živě narozených dětí byl v roce 2008, kdy oproti roku 2016 jich bylo o 6845 více. Oproti roku 2006, kdy bylo porodů nejméně, se narodilo v tomto nejsilnějším roce 2008 o 13739 dětí více.

4.1.3.2 Vývoj počtu porodů za VZP ČR

Ve vývoji počtu porodů pojištěnců VZP ČR jsou zohledněny porody za jednotlivé typy výkonů. Je zkoumán vývoj počtu porodů dle údajů VZP ČR dostupných za roky 2013 až 2016.

Tabulka 12 Počet vaginálních porodů pojištěnců VZP ČR v letech 2013-2016

Počet porodů vaginálně za VZP	2013	2014	2015	2016
63119 - VEDENÍ PORODU VAGINÁLNĚ - HLAVIČKOU	40052	39680	40456	41916
63120 - VEDENÍ PORODU VAGINÁLNĚ - HLAVIČKOU PORODNÍ ASISTENTKOU PŘI SUPERVIZI LÉKAŘEM	0	192	244	324
63121 - VEDENÍ PORODU KONCEM PÁNEVNÍM NEBO POROD DVOJČAT	434	403	400	473
Celkový součet	40486	40275	41100	42713

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které VZP poskytla pro účel této diplomové práce

Dle údajů VZP ČR je počet vaginálních porodů dlouhodobě vyšší než počet porodů císařským řezem. Od roku 2013 do roku 2016 počet vaginálních porodů vzrostl o 2227 výkonů, tedy o 5,5 % četnější vaginální porody. Výkon 63120, vedení porodu vaginálně – hlavičkou porodní asistentkou při supervizi lékařem, byl zaveden až v roce 2014. Proto v roce 2013 byl počet těchto výkonů 63120 nulový. Nejvíce bylo standardních vaginálních porodů, kdy plod byl rozen hlavičkou napřed. Naopak nejméně bylo porodů v přítomnosti pouze porodní asistentky s počtem 324, kdy u těchto porodů je lékař k dispozici pouze v případě náhlých komplikací.

Tabulka 13 Počet porodů císařským řezem za VZP ČR v letech 2013-2016

Počet porodů Císařským řezem za VZP	2013	2014	2015	2016
63125 - VEDENÍ PORODU VAGINÁLNĚ - UKONČENÍ CÍSAŘSKÝM ŘEZEM	6407	6179	6113	5969
63127 - SECTIO CAESAREA	7687	7989	8275	8074
63129 - SECTIO CESAREA A STERILIZACE	341	389	405	431
63131 - SECTIO CESAREA S NÁSLEDNOU HYSTEREKTOMIÍ (S NEBO BEZ ADNEXEKTOMIE)	24	29	23	32
Celkový součet	14459	14586	14816	14506

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které VZP poskytla pro účel této diplomové práce

Tabulka 11 zobrazuje porody císařským řezem za VZP ČR, jež jsou z velké části tvořeny právě porody, které díky náhlým komplikacím jsou ukončeny neplánovaně císařským řezem. Konkrétně v roce 2016 bylo za VZP ČR ukončeno císařským řezem 5969 porodů, tedy 41,1% podíl vaginálních porodů ukončených císařským řezem. Plánovaných císařských porodů je ale vyšší počet než neplánovaných porodů císařským řezem. V roce 2016 jich bylo 8074 a v porovnání stejného roku 2016 o 2,4 % porodů císařským řezem bylo více než v roce 2013. Naopak nejnižší podíl porodů císařským řezem byl ukončen odstraněním dělohy. Pokud je porovnán celkový počet vaginálních porodů a celkový počet porodů císařským řezem, je stále více vaginálních porodů. Zároveň při zaměření se na císařské řezy plánované, tvoří jejich podíl na celkovém počtu porodů za rok 2016 pouze 14 % z celkových 57220 porodů za VZP ČR.

Pokud je sečten z tabulky 12 celkový počet porodů vaginálně a z tabulky 13 celkový počet porodů císařským řezem za VZP ČR, pak v roce 2016 byl každý 4. porod ukončen císařským řezem. V roce 2013 byl tento podíl stejný, tedy po mírném zaokrouhlení každý 4. porod byl ukončen císařským řezem.

Tabulka 14 Zdravotnická zařízení s největším počtem porodů v ČR s rozdělenými vaginálními porody a porody císařským řezem za VZP ČR v letech 2013-2016

Název	typy půrodů	2013	2014	2015	2016
Fakultní nemocnice Brno	Císařským řezem	233	189	227	210
	vaginální porod	3052	3008	2995	3018
Ústav pro péči o matku a dítě	Císařským řezem	560	578	587	551
	vaginální porod	2198	2114	2097	2152
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	Císařským řezem	535	703	713	750
	vaginální porod	1918	2011	1982	1976
Fakultní nemocnice v Motole	Císařským řezem	340	361	433	415
	vaginální porod	1394	1462	1539	1564
Fakultní nemocnice Plzeň	Císařským řezem	420	406	421	380
	vaginální porod	1252	1309	1291	1187

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které VZP poskytla pro účel této diplomové práce

Největší poměr porodů císařským řezem má Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, kdy tento poměr činí 38% pro rok 2016, to znamená, že zaokrouhleně každý 4. porod, provedený v této nemocnici, končí císařským řezem. Nejnižší procentuální podíl má FN Brno a to celkem 6,9%. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze si drží dlouhodobě vysoký procentní podíl v porodech císařským řezem. Porody císařským řezem nejsou nejvýhodnější pro nemocnice, ale zároveň mohou být rychlejší, než aby rodící žena čekala na chvíli, kdy je dostatečně připravena k vaginálnímu porodu. Zároveň je porod císařským řezem výhodný z pohledu amortizace přístrojů, kdy právě nakoupené přístroje používané na tento typ porodu jsou díky vyúčtované amortizaci postupně spláceny. Amortizace přístrojů je zahrnuta poměrnou částí ve 40 % uhrazené částky za výkon. Zbýlých 60% uhrazené částky za výkon tvoří mzdy.

4.2 Výdaje státu a zdravotních pojišťoven na zdravotní lůžkovou péči

Zdravotní pojišťovny pokrývají náklady na zdravotní péči ze dvou třetin z celkových nákladů. Mají v České republice postavení, z pohledu financování zdravotní péče, klíčové. Příjmy plynou z veřejného zdravotního pojištění, které je povinně hrazeno za každou osobu, která má trvalý pobyt v České republice. Solidarita a rovnost k přístupu ke zdravotní péči jsou hesla zobrazující zdravotního pojištění v ČR. Veřejné zdravotní pojištění pokrývá kompletní zdravotní péči, které je udáváno zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Dále pak zdravotní pojišťovny provozují vlastní programy preventivní péče a zároveň pokrývají náklady na provoz vlastních organizací.

Tabulka 15 Náklady na zdravotní péči v ČR podle zdrojů financování v mil. Kč v letech 2010-2014

Systém zdrojů financování zdravotní péče	2010	2011	2012	2013	2014
1 Veřejné zdroje	288 768	291 272	294 861	297 412	296 641
1.1 Veřejné rozpočty	56 879	56 935	56 934	59 058	62 013
1.1.1 Státní rozpočet	48 835	47 692	47 028	49 315	52 485
1.1.2 Místní rozpočty	8 044	9 243	9 906	9 743	9 528
1.2 Zdravotní pojišťovny	231 889	234 337	237 927	238 354	234 628
2 Soukromé zdroje bez přímých plateb domácností	9 217	9 205	9 110	9 202	10 668
2.1 Soukromé pojištění	427	477	520	475	537
2.2 Neziskové organizace	7 888	7 820	7 719	7 726	7 757
2.3 Závodní preventivní péče	901	908	871	1 001	2 374
3 Domácnosti	41 867	42 275	43 634	42 247	43 102
Celkový součet	339 852	342 753	347 605	348 860	350 411

Zdroj: vlastní zpracování, data ČSÚ 2016, Zdravotnické účty ČR 2010-2014

Náklady na zdravotní péči každoročně narůstají. Pokud je brán procentuální nárůst v roce 2014 oproti roku 2013, pak největší meziroční nárůst výdajů měla závodní preventivní péče, která je financována ze soukromých zdrojů bez přímých plateb domácností. U výdajů z veřejných rozpočtů a u výdajů domácností také došlo u zdravotní péče k nárůstu. Více než dvou třetinový podíl na celkových výdajích na zdravotní péči měly mezi rokem 2010 a 2014 zdravotní pojišťovny. Ty jsou následovány státním rozpočtem, který tvoří patnácti procentní podíl na nákladech za zdravotní péči. Dále jsou s dvanácti procentním podílem domácnosti. Podrobnější rozklad nákladů na zdravotní péči především lůžkové péče jsou v níže uvedených tabulkách.

Tabulka 16 Úhrady VZP ČR za lůžkovou péči 2010-2013 (tis. Kč)

Typ zdravotní péče		2010	2011	2012	2013
1.	Ústavní péče celkem	75 923 886	76 932 668	76 595 619	73 531 274
1.1.	Nemocnice	69 549 860	70 588 772	70 310 987	67 646 883
1.1.1.	Ambulantní péče	18 923 472	18 915 895	18 500 966	16 947 614
1.1.2.	Akutní lůžková péče	44 154 768	44 137 088	43 589 154	41 492 435
	- Porodnictví	682 150	657 040	654 621	660 448
1.1.3.	Následná péče začleněná v nemocnicích	2 656 029	2 778 661	2 967 081	2 996 583
1.1.4.	Ostatní	39 286	25 561	72 604	62 972
1.1.5.	Centra	3 776 305	4 731 567	5 181 182	6 147 279
1.2.	Odborné léčebné ústavy	4 332 049	4 213 977	4 156 579	3 998 822
1.3.	Léčebny dlouhodobě nemocných	1 562 464	1 626 875	1 617 249	1 387 112
1.4.	Ošetrovatelská lůžka	379 489	400 548	404 329	396 866
1.5.	Hospic	100 024	102 496	106 475	101 591
	Lůžková péče celkem	53 184 823	53 259 645	52 840 867	50 373 409

Zdroj: vlastní zpracování, zdroj dat: interní data VZP ČR 2017

Všeobecná zdravotní pojišťovna díky svému nejvyššímu podílu co by do počtu pojištěnců, hradí téměř jednu čtvrtinu nákladů na lůžkovou péči. Její náklady na lůžkovou péči od roku 2013 kolísavě stoupla o 3,5 miliardy Korun. Však nejnižší sumu úhrad za lůžkovou péči měla v roce 2013. V roce 2010 měla VZP ČR náklady na porody 682 150 tis Kč, bylo to způsobeno vysokým počtem porodů (dle Grafu15), který byl celkově za celou ČR 117 153.

Tabulka 17 Úhrady VZP ČR za lůžkovou péči 2014-2016 (tis. Kč)

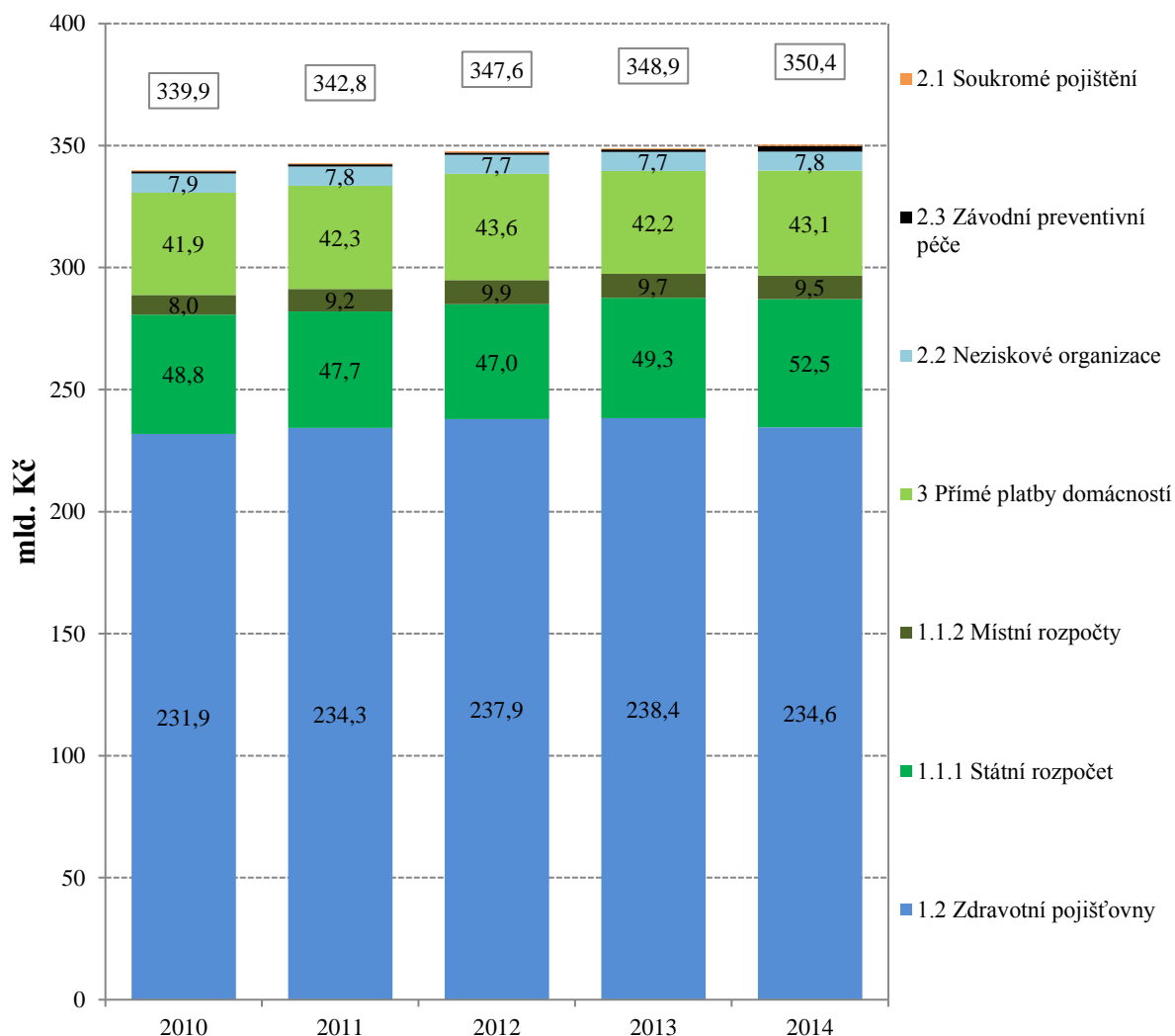
Typ zdravotní péče		2014	2015	2016
1.	Ústavní péče celkem	77 295 941	79 876 313	83 298 964
1.1.	Nemocnice	70 437 392	72 799 235	76 007 642
1.1.1.	Ambulantní péče	17 226 438	17 409 586	17 979 238
1.1.2.	Akutní lůžková péče	42 587 582	44 546 236	45 776 924
	- Porodnictví	726 287	735 383	756 533
1.1.3.	Následná péče začleněná v nemocnicích	3 568 341	3 578 819	3 488 432
1.1.4.	Ostatní	36 433	63 361	64 425
1.1.5.	Centra	7 018 598	7 201 233	8 698 623
1.2.	Odborné léčebné ústavy	4 622 024	4 742 690	4 858 980
1.3.	Léčebny dlouhodobě nemocných	1 655 790	1 706 932	1 736 186
1.4.	Ošetrovatelská lůžka	471 731	514 932	569 972
1.5.	Hospic	109 004	112 524	126 184
	Lůžková péče celkem	53 014 472	55 202 133	56 556 678

Zdroj: vlastní zpracování, interní data VZP ČR 2017

Takto výrazné navýšení nákladů vede zároveň i ke snižování počtů lůžek. Díky tomu se náklady dají, i když nijak markantně, regulovat. Nejvyšší výdaje na lůžkovou péči jsou na Akutní lůžkovou péči. Ty se navýšili od roku 2010 o 1,5 miliardy. Pokud ale je porovnán rok 2013 a 2016, pak zde je nejvyšší výkyv výdajů a to o 4,3 miliardy, což velmi výrazně zasáhlo pojišťovny. Při zaměření na Hospicovou lůžkovou péči, zde jsou dlouhodobě nejnižší výdaje, které se drží do 126 miliónů Korun. Což je z celkové lůžkové péče pouhá jedna pětina procenta z celkových nákladů na lůžkovou zdravotní péči. Náklady na porodní péči se VZP ČR v roce 2016 od roku 2014 zvýšily o 30 246 tis Kč. Navýšení nákladů bylo na základě většího počtu porodů u rodiček, které byly registrovány u VZP ČR.

4.2.1 Výdaje na lůžkovou péči podle hlavních zdrojů financování

Graf 6 Výdaje na zdravotní péči vč. lůžkové v ČR podle hlavních zdrojů financování v letech 2010 - 2014 (mld. Kč)



Zdroj: vlastní zpracování, data Nejvyšší kontrolní úřad 2015

Státní rozpočet na zdravotní péči stoupl meziročně o 3 miliardy Kč. Financování specifických činností zastřešují úlohu státního rozpočtu a veřejného rozpočtu, které nejsou financovány z veřejného zdravotního pojištění. Především se jedná o výdaje na výzkum a vývoj ve zdravotnickém sektoru, programy zaměřující se na preventivnost a osvět, kampaně, vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, financování činností hygienických

stanic, částečně také výdajů na investiční projekty a přímé dotace pro zdravotnická zařízení, která zřizuje ministerstvo zdravotnictví společně s kraji, městy a s obcemi.

Nová metodika ve výdajích na zdravotnictví nově připočítává i dlouhodobou sociální péči. Dlouhodobá sociální péče má v sobě zahrnuté výdaje za sociální služby. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách upravuje vymezení sociálních služeb. Na úhradě nákladů, které jsou spojeny se sociální péčí jsou nejvíce podporující veřejné rozpočty. Veřejné rozpočty zároveň financují i správu rezortu zdravotnictví. Tím je konkrétně myšleno Ministerstvo zdravotnictví, odbor zdravotnictví u jednotlivých krajských úřadů, Státní zdravotní ústav, Státní ústav pro kontrolu léčiv a Ústav zdravotnických informací a statistiky.³

Výdaje na zdravotní péči, které jsou financované veřejnými rozpočty, v letech od 2010 do 2012 se výdaje pohybovaly kolem necelých 57 miliard Korun českých. U výdajů státního rozpočtu probíhala stabilizace u zdravotnictví ve sledovaném období, v prvních třech letech souvisela s úsporami finančních prostředků. Následující rok se výdaje z veřejných rozpočtů navýšily o 2 miliardy. V roce 2014 výrazně vzrostly výdaje o 3,2 miliardy Kč, tedy celkové výdaje stouply na 62 miliard Kč.

Výdaje domácností v jejich případě sem spadají přímé platby nebo spoluúčast při úhradě lůžkové zdravotní péče, která pochází z jiných finančních zdrojů. Domácnosti ve většině případů platí nadstandardní zákroky spojené s lůžkovou péčí či nadstandardní lůžkovou zdravotní péčí a ambulantně užívané léky, tedy léky, které si mohou zakoupit v lékárně, doplácí buď jen s doplatky, nebo plnou cenu za léky bez předpisu, dále pak za terapeutické pomůcky. Významně se podílí na výdajích domácností taktéž platby za nadstandardní služby a materiál. Dále pak jsou zahrnuty do výdajů i lázeňské pobyty, které nejsou až tak významnou položkou. Konkrétně se opět jedná, stejně jako u již zmiňované lůžkové péče, o nadstandardní pokoje. V obou případech sem spadají i různá potvrzení od lékařů, převážně však u praktických, kteří si tyto platby regulují a stanovují sami dle legislativy.

³ Ze státního rozpočtu jsou rovněž hrazeny platby na zdravotní pojištění za nevýdělečně činné skupiny obyvatelstva (děti do ukončení jejich povinné školní docházky, studenty do 26 let, osoby na mateřské a rodičovské dovolené, osoby, které pobírají některý z důchodů, uchazeče o zaměstnání, pokud jsou v evidenci úřadu práce atd.). Konečným zdrojem financování zdravotní péče (ať již lůžkové, ambulantní či jiné) o tyto osoby jsou většinou zdravotní pojišťovny, které jsou primárním příjemcem těchto finančních prostředků. Tyto prostředky jsou dle metodiky SHA alokovány do zdrojů zdravotních pojišťoven, které s nimi dále hospodaří

S touto možností, přibylo poplatků u lékařů za jednotlivé služby, jako jsou ošetření, recepty v lékárnách, za hospitalizaci v nemocnicích a ostatních lůžkových zařízeních. Lůžková péče byla spolufinancována domácnostmi mezi roky 2008 a 2013. Od prvního ledna roku 2014 tento poplatek byl zrušen. Byl problémovým poplatkem, který sociálně slabí a lidé bez domova nedokázali platit. Proto, že lůžková péče je velice nákladná, měly by se poplatky za pobyt na lůžku vrátit.

Výdaje na zdravotnictví dle druhu péče.

Pohled na problematiku ze strany druhu zdravotní péče je dalším z možností zobrazení nákladů. Část, která je větším podílem vynakládaným zdravotní péče, jsou individuální potřeby jednotlivců. Pojem zdravotní péče zahrnuje i služby zaměřující se na zlepšení zdravotního stavu jedinců a efektivitu systému zdravotnictví. Tímto jsou myšleny především některá stanoviska uplatňována u posuzování preventivní péče a správa systému zdravotní péče v rezortu zdravotnictví a zdravotních pojišťoven. Spotřeba zdravotní péče může mít dva způsoby. Buď individuální, nebo kolektivní. Vzhledem k tomu, že jednotlivci vlastní svůj zdravotní stav, většina využívání zdravotních služeb se vztahují k soukromému využívání. Individuální spotřeba obsahuje klasické postupy léčebného procesu. Tím je stanovení diagnózy, vytvoření plánu léčby, vystavení předpisu léku nebo terapie, diagnostika a lékařské hodnocení, provedení léčby a hodnocení výsledků. U osobní zdravotní péče je pro změnu zahrnuto léčebná, rehabilitační, dlouhodobá zdravotní péče a zároveň služby, které podporují tyto péče, jako jsou laboratoře, zobrazovací metody a doprava pacientů. A v poslední řadě zde figurují lék a terapeutické pomůcky.

Nová metodika od roku 2013 pro výpočet výdajů na lůžkovou zdravotní péči, obsahuje i doplňkové položky. Ty umožňují hlubší analýzu zdravotní politiky a alokaci zdrojů. Do analýzy výdajů na zdravotní péči byly přidány výdaje na dlouhodobou sociální péči a část činností, které podporují zdraví, jako jsou například kontroly hlučnosti, znečištění ovzduší a vody.

4.2.2 Výdaje na lůžkovou péči podle druhu poskytovatele a druhu poskytované lůžkové péče

Tabulka 18 Výdaje na zdravotní lůžkovou péči v České republice podle druhu poskytované péče v letech 2010-2014 (v mil. Kč)

Druh péče	2010	2011	2012	2013	2014
1 Léčebná péče	136 695	137 047	137 546	139 827	135 346
1.1 Lůžková léčebná péče	56 170	55 747	54 386	53 434	52 416
1.2 Denní léčebná péče	5 238	5 137	5 185	5 333	5 561
1.3 Ambulantní léčebná péče	75 101	75 979	77 798	80 875	77 191
1.4 Domácí léčebná péče	186	183	177	186	179
2 Rehabilitační péče	13 663	13 719	13 544	13 510	13 498
2.1 Lůžková rehabilitační péče	6 615	6 508	6 149	6 075	6 221
2.3 Ambulantní rehabilitační péče	7 049	7 211	7 395	7 435	7 277
3 Dlouhodobá zdravotní péče	35 787	37 006	37 077	38 590	44 029
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	29 841	30 761	30 864	31 914	37 056
3.2 Denní dlouhodobá zdravotní péče	1 480	1 486	1 444	1 496	1 640
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	4 466	4 759	4 770	5 180	5 333
Celkem	339 852	342 753	347 605	348 860	350 411

*ZP = zdravotní pojištění

Zdroj: ČSÚ 2016, Zdravotnické účty ČR (2010 – 2014), vlastní zpracování

Léčebná lůžková péče zabírá z celkové léčebné péče 38,7 %. Tato lůžková léčebná péče zaujímá nejvyšší podíl nákladů na lůžkovou péči. Zároveň se náklady na tuto lůžkovou léčebnou péči postupně snižovaly.

Tabulka 19 Celkové výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a zdrojů financování v roce 2014 (v mil. Kč)

	Věřejné zdroje	Státní rozpočet	Místní rozpočty	Zdravotní pojišťovny	Soukromé zdroje	Soukromé pojištění	Neziskové organizace	Závodní péče	Domácnosti	Celkový součet
1 Léčebná péče	124 988	1 859	2 587	120 542	522	522			13 336	138 846
1.1 Lůžková léčebná péče	51 210	1 634	2 245	47 331	508	508			698	52 416
2 Rehabilitační péče	10 498			10 498					3 000	13 498
2.1 Lůžková rehabilitační péče	3 934			3 934					2 287	6 221
3 Dlouhodobá zdravotní péče	40 553	26 398	35	14 120					76	40 629
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	33 480	20 936	35	12 509					76	33 556
Celkový součet	296 642	52 485	9 528	234 628	10 668	537	7 757	2 374	43 102	350 411

Zdroj: Zdravotnické účty (2010-2014), vlastní zpracování

V roce 2014 nejvyšší výdaje na lůžkovou péči zdravotní pojišťovny. Ty vydaly na celkově na zdravotní péči dohromady 234, 6 miliard Korun. Konkrétně na lůžkovou zdravotní péči bylo vydáno zdravotními pojišťovnami 27 % z 234,6 miliard Korun. Ze státního rozpočtu bylo pouze odečtena částka 52,5 miliard Korun. Z toho pouhých 22,6 miliard Korun bylo na lůžkovou zdravotní péči. V porovnání s výdaji zdravotních pojišťoven je přičinění na výdajích státu na lůžkovou péči velice malé. Přesto není podílení se nejnižší. Tím je soukromé pojištění.

Tabulka 20 Výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a typu poskytovatele v roce 2014 (v mil. Kč)

HC x HP	Nemocnice	Lůžkové zařízení LTC*)	Zařízení ambulantní péče	Poskytovatelé doplňkových služeb	Lékárny	Poskytovatelé preventivních programů	Správa systému zdravotní péče	Ostatní odvětví	Ostatní poskytovatelé	Celkový součet
1 Léčebná péče	84 186	15	51 512	444	51	8			2 629	138 846
1.1 Lůžková léčebná péče	51 852	0	35	20		0			509	52 416
1.4 Domácí léčebná péče	12	2	156	0	0				9	179
2 Rehabilitační péče	8 350	1 063	3 821	5	23	0			236	13 498
2.1 Lůžková rehabilitační péče	6 156	52	0	2					11	6 221
3 Dlouhodobá zdravotní péče	11 457	21 979	1 613	5				5 462	113	40 629
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	11 382	21 953	143	4					74	33 556
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	59	26	1 460	1				3 848	39	5 433
Celkový součet	139 571	23 067	67 353	12 947	54 124	3 133	11 498	21 570	17 149	350 411

Zdroj: vlastní zpracování, Zdravotnické účty (2010-2014)

*) Dlouhodobá péče = LTC – Long - term care

Zhodnocování plateb za státní pojištěnce s ohledem na růst průměrné mzdy a míru inflace.

Stát zvýšil své platby 1. 10. 2010, 1. 11. 2013, 1.7.2014, 1.1.2016 na zdravotní pojištění u skupiny obyvatel, která je vybrána dle zákona. V roce 2015 stát ze státního rozpočtu vydal na tyto platby o 12,27 miliard Kč více než v roce 2009. Za roky 2011 až 2014 se příjmy veřejného zdravotního pojištění navýšily o 10 miliard Kč. Velký vliv na platby státu má míra nezaměstnanosti, také výše vyměřovacího základu minimální mzdy a míra inflace. Pokud se porovnává míra inflace, za poslední tři roky 2013 až 2015, pak procentuální navýšení se stále zvyšuje, ale navyšování plateb státu jsou stále vyšší nežli je inflace. Informace o změnách v systému veřejného zdravotního pojištění jsou zveřejňovány představiteli vlády. Touto informací bylo, že jejich finančními následky

budou platby státu vyrovnávány navyšováním plateb. Například v roce 2013 nastala první vlna zrušení regulačních poplatků. Rok 2014 přinesl zrušení poplatků za hospitalizaci a rok 2016 zaznamenává zvýšení platů ve zdravotnictví. Rok 2017 plánuje další navýšení platů ve zdravotnictví. Navýšení státní platby je ospravedlňováno jako rychlé řešení akutního stavu českého zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví pravidelně zpracovává a předkládá vládě České republiky i poslanecké sněmovně ČR informace o stavu veřejného zdravotního pojištění.

4.2.3 Výdaje na zdravotní péči podle míry inflace s dopadem na platby státu za státní pojištěnce

Inflace je nedílnou součástí ekonomického vývoje České republiky. Jeho vývoj ovlivňuje hodnotu Koruny a tím i ceny za lůžkovou péči.

Tabulka 21 Porovnání míry inflace a skutečného zvýšení platby státu v letech 2013–2015

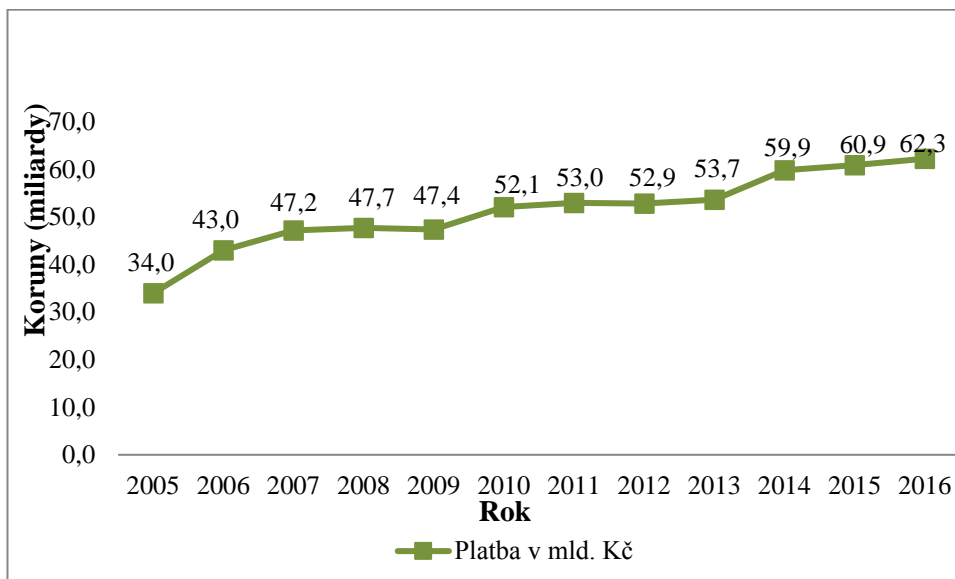
Rok	Míra inflace (v %)	Meziroční navýšení platby státu (v %)	Meziroční navýšení platby státu (v mld. Kč)
2013	1,4	1,53	0,8
2014	0,4	11,53	6,2
2015	0,3	1,79	1,1

Zdroj: Český statistický úřad, SZÚ (2013–2015), návrh SZÚ (2015), vlastní zpracování

Vývoj inflace v ČR dle tabulky 21 je posledních letech rostoucí. Tím se odvíjejí i výše pojistného za státní pojištěnce. To je například vyrovnávání zrušení regulačních poplatků⁴ nebo navýšení mezd zaměstnanců ve zdravotnickém sektoru za nekoncepční řešení.

⁴ Zrušení tzv. regulačních poplatků s výjimkou poplatku za pohotovostní služby uzákonila s účinností od 1. 1. 2015 novela č. 256/2014 Sb. zákona o veřejném zdravotním pojištění ze dne 22. 10. 2014.

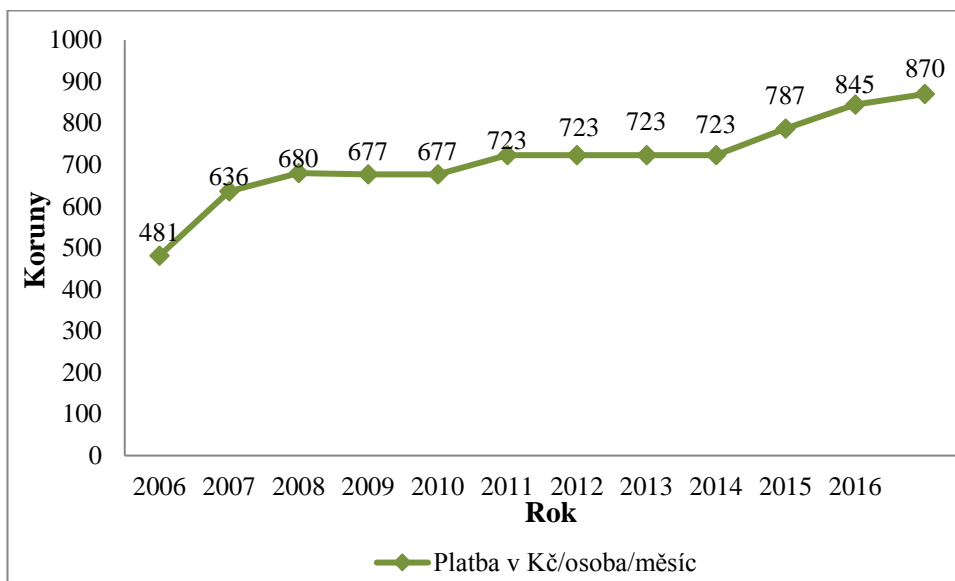
Graf 7 Výdaje státního rozpočtu na veřejné zdravotní pojištění – platba státu 2009–2016 (v mld. Kč)



Zdroj: vlastní zpracování, SZÚ (2005–2016), návrh SZÚ (2016).

Měsíční příjmy zdravotní pojišťovny na jednoho pojištěnce průměrně v roce 2015 byly 2020 Kč. Z toho Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR získala 2182 Kč a zaměstnanecké zdravotní pojišťovny 1804 Kč na každého pojištěnce. Meziroční nárůsty plateb za státní pojištěnce dle tabulky 21 skutečně odpovídá vývoji inflace v ČR. Toho je důkazem graf 8, kdy mezi roky 2013 a 2014 skutečně nárůst nákladů o 11,5 %.

Graf 8 Měsíční platba státu na 1 pojištěnce 2009–2016 (v Kč/měs./os.)



Zdroj: vlastní zpracování, SZÚ (2006–2016), návrh SZÚ (2016)

Dle grafu 8 měsíční platba státu na jednoho pojištěnce byla 845 Kč v roce 2015. Od prvního ledna 2016 činily platby 870 Kč a od 1.1.2017 se navýšily o 50 Kč na pacienta tedy na 920 Kč⁵.

4.3 Struktura pojištěnců v ČR 2016

Struktura pojištěnců v České republice je tvořena státními pojištěnci a pojištěnci, kteří jsou zaměstnaní, tedy odvody na zdravotní pojištění za ně odvádí zaměstnavatel nebo v případě osob samostatně výdělečně činných, si zdravotní péči hradí sami.

⁵ Nařízení vlády č. 181/2016 Sb., o stanovení vyměřovacího základu u osoby, za kterou je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění stát, s účinností od 1. 1. 2017.

Tabulka 22 Počet pojištěnců v ČR 2016

Počet pojištěnců u jednotlivých zdravotních pojišťoven dle krajů v ČR k 1.1.2016								
	VZP ČR	VOZP ČR	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZP MV ČR	RBP	Celkem za kraj bez Stát. poj.
Hlavní město Praha	701920	68520	11456	267095	918	131606	730	1182245
Středočeský kraj	701838	68457	162699	125505	98249	137400	281	1294429
Jihočeský kraj	380126	85536	33029	30514	33	94167	77	623482
Plzeňský kraj	317429	53371	59166	39596	47	84459	47	554115
Karlovarský kraj	188612	23071	26368	14683	23	30489	49	283295
Ústecký kraj	542328	59706	54801	44153	252	104203	1605	807048
Liberecký kraj	317833	43125	11511	19972	6471	35434	70	434416
Královéhradecký kraj	312326	52514	33207	24990	33721	88124	75	544957
Pardubický kraj	346894	38384	33943	22520	309	66107	171	508328
Kraj Vysočina	367012	20370	48452	14134	44	54030	282	504324
Jihomoravský kraj	644649	87896	114999	49964	58	229332	22975	1149873
Olomoucký kraj	247686	61752	220268	19544	60	70784	8203	628297
Zlínský kraj	361294	16752	64046	16898	27	59426	59691	578134
Morevskoslezský kraj	377045	20051	352189	29578	105	93386	333113	1205467
Kraj není znám	111136	1361	4467	5094	1555	4681	5485	133779
Celkem za Zdravotní p.	5918128	700866	1230601	724240	141872	1283628	432854	10432189

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR (2017), vlastní zpracování

V roce 2016 bylo více jak deset miliónů pojištěnců. Všichni musí být registrováni pod jednou z vybraných zdravotních pojišťoven. V případě úplně nové registrace pojištěnce se automaticky řadí pod VZP ČR, pokud si nový pojištěnec jinak nezvolí. Dle tabulky 20 má největší počet pojištěnců VZP ČR a nejmenší počet pojištěnců má Zdravotní pojišťovna Revírní zdravotní pokladna.

Tabulka 23 Počet státních pojištěnců v ČR v roce 2016

Státní pojištěnci dle kategorií 2016		Počet
A	dítě do 15 let	1 689 557
B	nezaopatřené dítě starší 15 let	590 933
C	důchodce	2 857 090
E	osoba na mat. dovolené, příjemce rodič. příspěvku	309 199
G	uchazeč o zaměstnání v evidenci úřadu práce	352 487
H	pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi	1 731
I	závislé na péči jiné osoby a pečující osoby	40 034
J	konající sl.v ozbroj.silách a povoláné k voj.cvičení	0
K	ve výkonu zabezp.detence, trestu nebo vazby	20 456
L	pečující o dítě do 7 let nebo o dvě do 15 let	27 853
N	osoba důchodového věku nebo invalidní ve třetím st.	7 185
O	osoba bez zdan. příjmů - příjemce dávek nem. poj.	10 373
T	osoby vykonávající dlouhodobou dobrovol. službu	17
U	osoby mladistvé, umístěné ve škol. zař. pro výkon ...	751
V	žadatelé o mez.ochranu,dočas.ochrana,strpění pobytu	1 352
M	příjemci penze z doplňkového penzijního spoření	1 191
W	manželé nebo reg.pártněři stát.zam.vyslaných do zahraničí	214
celkem		5 910 423

Zdroj:vlastní zpracování, MZ ČR (2017)

Z porovnání mezi Tabulkou 22 a Tabulkou 23 je znám poměr státních pojištěnců oproti výdělečně činným pojištěncům v České republice v roce 2016. Kdy Státní pojištěnci tvoří 56,7% z celkového počtu pojištěnců. Státními pojištěnci jsou i matky na rodičovské dovolené a matky nebo těhotné na mateřské dovolené, které ale netvoří největší podíl státních pojištěnců. Tím jsou důchodci tvořící 48,3% podíl všech státních pojištěnců a děti do 15 let tvoří 28,6% podíl státních pojištěnců. To znamená, že na jedno dítě do 15 let připadají zaokrouhleně 2 důchodci. Na matky na mateřské dovolené, které tvoří pouhých 5,2% podíl, připadá 10 důchodců.

4.4 Porovnání nákladů a příjmů standardizované nemocnice s reálnou nemocnicí stejného typu u VZP ČR v letech 2014-2016

Každá nemocnice je označena konkrétním typem. Níže budou porovnány nemocnice typu B. Tedy standardní nemocnice s širokým zaměřením na různorodé operace s lůžkovou péčí.

Níže uvedené tabulky zobrazují reálné hodnoty, které se každoročně zasílají nemocnicím a dalším lůžkovým zařízením, kde jsou uvedeny výdaje na lůžkovou péči vč. koeficientů pro výpočet plateb. Tyto hodnoty jsou použity pro porovnání nákladů a příjmů nemocnic. Výpočty se zaměří na porody různého typu včetně používaných materiálů apod. a jiné více či méně náročné Baze DRG typické pro nemocnice typu B, kdy bude vypočteno, zda je průměrný CMI podhodnocen nebo nadhodnocen.

Jsou zde evidovány všechny nemocnice typu B, tedy tzv. okresní nemocnice s lůžkovou péčí. Z těchto nemocnic je vybrána jedna konkrétní okresní nemocnice, která je porovnána s průměrem vytvořeným ze všech ostatních. Pro výpočty jsou použita data z celkem 128 nemocnic typu B.

Tabulky výkazů nákladů na konkrétní zdravotnické výkony

Pro výpočet sloupce „Průměrné náklady konkrétní okresní nemocnice“, byly použity veškeré sloupce od PRŮM_SAL do PRUM_ZUM, kdy sloupec průměrného CMI bude použit pro modelaci příjmové části.

Kdy:

PRUM_SAL je průměrně strávený čas na sále, hodnoty jsou uváděny v minutách a hodnota jedné minuty je 100 Kč/min.

PRUM_JIP zobrazuje průměrný počet dní strávených na jednotce intenzivní péče, kdy hodnoty jsou uváděny v počtech dnů a hodnota jednoho dne je 15000 Kč/den

PRUM_ODD je průměrný počet dnů strávených na standardním lůžku, kdy hodnota jednoho bodu, tedy dnu je 2500 Kč/den.

PRUM_VYK jsou výkony, které byly poskytnuty během ošetření a jsou uváděny v bodech, kdy hodnota jednoho bodu je 1 Kč.

PRUM_LAB jsou laboratorní testy, které se uvádějí opět v bodech a hodnota jednoho bodu je 0,70 Kč

PRUM_RDG jsou různé zobrazovací metody, tedy například rentgen nebo CT. Hodnoty jsou uvedeny v bodech a hodnota jednoho bodu je 1 Kč.

PRUM_ZULP jsou zvlášť účtované léčivé přípravky, které jsou podány nad rámec standardního případu. Zde čísla představují přímo Koruny, tedy se nijak hodnoty nepřepočítávají.

PRUM_ZUM je zvlášť účtovaný materiál. Ten je stejně jako PRUM_ZULP uveden v korunách, tedy není nutné hodnoty ničím násobit. Zvlášť účtovaný materiál je materiál opět použitý nad rámec standardního případu. Můžou to být navíc použité obvazy, tampóny a jiný spotřební materiál.

CMI je Case Mix Index, v praxi se používá spíše jen Case Mix, kdy udává závažnost případu a zároveň dle něj se vypočítává konkrétní částka, kterou zdravotnické zařízení, v tomto případě nemocnice, dostane za vykonanou konkrétní Bází DRG. Hodnota 1,0 = 28000 Kč.

Konkrétní vzorec u „Průměrné náklady konkrétní okresní nemocnice“ vypadá takto:

$$\mathbf{PRUM_SAL * 100 \text{ Kč/min} + PRUM_JIP * 15000 \text{ Kč} + PRUM_ODD * 2500 \text{ Kč} + PRUM_VYK * 1 \text{ Kč} + PRUM_LAB * 0,7 \text{ Kč} + PRUM_RDG * 1 \text{ Kč} + PRUM_ZULP + PRUM_ZUM = \text{Průměrné náklady konkrétní nemocnice na jednotlivou Bází DRG.} \quad (9)$$

*Průměrný CMI se vypočte = CMI*28000 Kč.*

(10)

U CMI jsou vždy zhodnoceny případy bez komplikací, s komplikacemi a s mnohačetnými komplikacemi.

U Báze DRG Akutního infarktu myokardu je průměrné CMI nižší než <1,0, což vypovídá, že náročnost tohoto výkonu je nízká a konkrétní nemocnice měla především zákroky bez komplikací.

4.4.1 Porovnání nákladů a příjmů u porodů standardizované nemocnice s reálnou nemocnicí stejného typu u VZP ČR spojených s porody v letech 2014-2016

Pro zjištění modelových nákladů a příjmů u nemocnic typu B, jsou použity modelové ceny pro kalkulace nákladů a příjmů za tyto nemocnice. Pro správné uchopení bylo nutné ceny sjednotit a porovnat mezi sebou jednotlivé roky 2014-2015, které obsahují data od VZP ČR, která je poskytla pro tyto výpočty a stanovila hodnoty bodů pro vytvoření této modelové situace.

Tabulka 24 Náklady na porod císařským řezem a vaginální porod u konkrétní okresní nemocnice typu B

báze DRG	Rok	PRUM_SAL _{zz}	PRUM_JIP _{zz}	PRUM_ODD _{zz}	PRUM_VYK _{zz}	PRUM_LAB _{zz}	PRUM_RDG _{zz}	PRUM_ZULP _{zz}	PRUM_ZUM _{zz}	CMI _{zz}	Průměrné nákl. konkrétní okresní nem.	CMI modelově uhrazeno	Rozdíl= nadhodnocené CMI/podhod. CMI
1460 - Porod císařským řezem	2014	71,7	0,0	6,0	7 845,1	1 291,5	0,0	380,7	0,0	1,4	31300	39200	7900
1460 - Porod císařským řezem	2015	78,1	0,0	6,2	6 879,1	1 311,3	0,0	491,5	0,0	1,4	31599	39200	7601
1460 - Porod císařským řezem	2016	80,9	0,0	6,5	7 280,5	1 320,7	104,7	236,7	7,4	1,4	32894	39200	6306
1463 - Vaginální porod	2014	3,9	0,0	4,5	5 568,2	142,0	5,3	182,8	0,0	0,9	17496	25200	7704
1463 - Vaginální porod	2015	5,8	0,0	4,3	5 612,3	121,9	0,0	179,5	0,0	0,9	17207	25200	7993
1463 - Vaginální porod	2016	6,1	0,0	4,3	5 725,0	160,2	2,3	214,0	0,0	0,9	17413	25200	7787

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

V tabulce 24 je vidět průměrný náklad konkrétní nemocnice typu B, tedy střední velikosti. Kdy se porovnává tento průměrný náklad s průměrným CMI, tedy průměrný Case Mix, kolik bylo modelově průměrně zdravotní pojišťovnou nemocnici zapláceno.

V případě porodů, jak císařským řezem nebo i vaginální, je okresní nemocnice velmi prosperující a Báze DRG je mírně nadhodnocena. Na druhou stranu je zde možnost díky zisku vykrýt jiné níže zmíněné Báze DRG. Okresní nemocnice by se měla více zaměřovat právě na porody těchto typů.

Tabulka 25 Náklady na porod císařským řezem a vaginální porod zprůměrované ze všech nemocnic lokalizovaných na území ČR typu B

báze DRG	Rok	PRUM_SAL _{TN}	PRUM_JIP _{TN}	PRUM_ODD _{TN}	PRUM_VYK _{TN}	PRUM_LAB _{TN}	PRUM_RDG _{TN}	PRUM_ZULP _{TN}	PRUM_ZUM _{TN}	CMI _{TN}	Průměrné náklady standardní nemocnice	CMI realně uhrazeno	Rozdíl nadhodnocen CMI/podhodnocené
1460 - Porod císařským řezem	2014	80,8	0,4	6,3	7 855,0	1 565,5	21,6	643,3	11,4	1,5	39457	42000	2543
1460 - Porod císařským řezem	2015	80,2	0,3	6,0	7 751,7	1 510,4	14,7	580,8	9,7	1,4	36934	39200	2266
1460 - Porod císařským řezem	2016	80,3	0,3	5,9	7 767,8	1 490,7	18,7	611,6	13,0	1,4	36735	39200	2465
1463 - Vaginální porod	2014	6,4	0,0	4,5	5 665,8	417,6	4,3	262,2	2,7	0,9	18117	25200	7083
1463 - Vaginální porod	2015	6,3	0,0	4,4	5 753,2	406,0	3,2	259,0	3,1	0,9	17933	25200	7267
1463 - Vaginální porod	2016	6,5	0,0	4,3	5 805,5	415,7	4,2	254,6	2,5	0,9	17758	25200	7442

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Pokud jsou porovnány tabulka 24 a tabulka 25, kdy Tabulka 25 zobrazuje průměr všech okresních nemocnic lokalizovaných na území ČR., je vidět, že i zde je průměrný CMI velice mírně nadhodnocen a to o 0,25 hodnoty bodu průměrného CMI. Jsou zde téměř stejné příjmy jako u okresní nemocnice. Tedy porody jsou všeobecně velmi dobře zvládnuté Báze DRG ze strany nemocnic a proto by se měly tyto Báze DRG i nadále vykonávat a neustále se zlepšovat v kvalitě poskytnutých služeb.

Tabulka 26 Průměrný věk rodičích žen za VZP na území ČR za jednotlivé Báže DRG v letech 2014-2016

báze DRG	Rok	%PP_VEK18	Průměrný věk
1460 - Porod císařským řezem	2014	0,4	30,2
1460 - Porod císařským řezem	2015	0,6	30,4
1460 - Porod císařským řezem	2016	0,5	30,6
1463 - Vaginální porod	2014	0,9	29,2
1463 - Vaginální porod	2015	0,8	29,4
1463 - Vaginální porod	2016	0,9	29,4

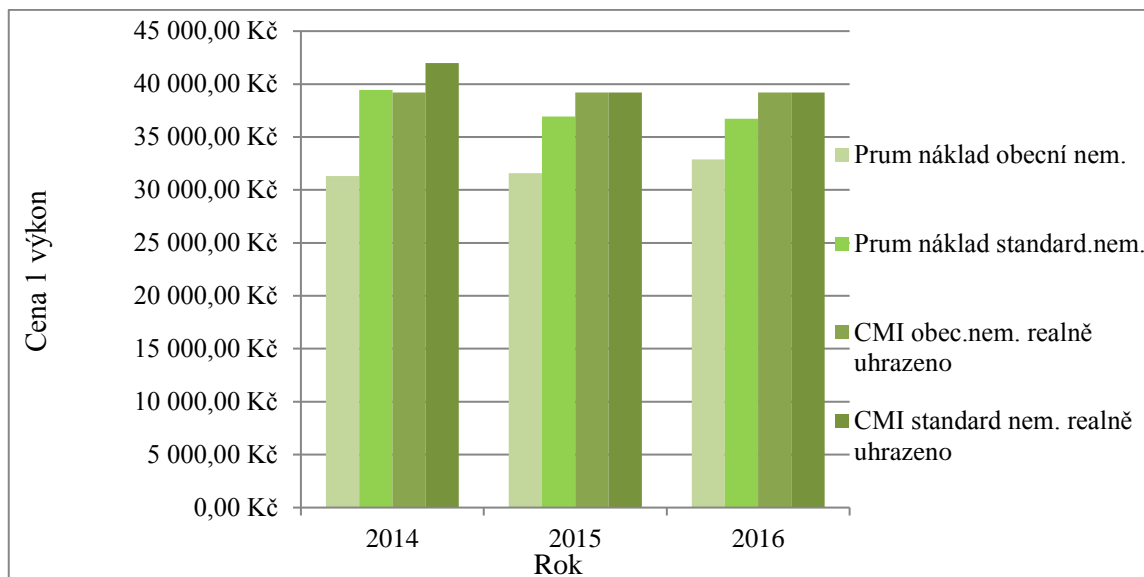
Zdroj: vlastní zpracování, zdroj číselných údajů pro výpočty: Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Císařský řez se od ostatních operací velice liší. Je to zkomplikované především tím, že plod nesmí dostat dávku narkózy v takové míře jako jeho matka. To se docílí tím, že celá operace musí proběhnout co nejrychleji. Tak rychle, než se látka dostane i do krevního oběhu dítěte. Tedy u všech těchto porodů je nutné mít porodní sál perfektně připravený. Není zde čas na přípravu během podané narkózy. Průměrně pacientka stráví 80 minut na sále a v nemocnici pobývá 6 dní. Pacientky mají v průměru 30 let. Pouze necelé procento průměr 0,5 % pacientek jsou ve věku do 18 let.

Vaginální porod. V některých případech porodů se přistupuje k instrumentálnímu porodu, který ulehčuje porod novorozence. Tím je myšlen klešťový porod anebo na podobném principu jako klešťový porod, kdy se plod pod tlakem vytáhne. U této Báže DRG je průměrný věk rodiček 29 let. Počet rodiček do věku 18 let je ve vyšším procentu než u Báže DRG 1460 a to necelé jedno procento, průměr je 0,9 %.

Císařské porody jsou vykonávány u starších žen s průměrným věkem 30 let a vaginální porody jsou častější u mladších žen s průměrným věkem 29 let.

Graf 9 Porovnání CMI a vnitřních nákladů mezi okresními nemocnicí typu B a ostatními nemocnicemi stejného typu u Porodu císařským řezem za VZP ČR v letech 2014-2016



Zdroj: vlastní zpracování, zdroj číselných údajů pro výpočty: Ekonomicko-medické ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Vnitřní náklady na porody císařským řezem se v roce 2016 snížily oproti roku 2015 o 14%, oproti roku 2014 se snížili jen o 11,3%. Je to dáno tím, že každý rok jsou je jiný počet porodů tohoto charakteru a zároveň je každý porod jinak komplikovaný či je bez komplikací. Nemocnice na porodech císařským řezem dlouhodobě má zisk a je vhodné, aby se na typ těchto porodů specializovala. Protože rozdíl CMI oproti vnitřním nákladům výhodný právě pro nemocnici.

Markery používané k porodu císařským řezem mohou standardně být: 63125, 63127, 63129, 63131

Každý marker má svůj název, v převážné většině i stručnou poznámku k výkonu, kategorii, omezení místem, čas výkonu a body.

Například: 63125, 63123

Vedení porodu vaginálně – Ukončení císařským řezem

Přistoupení k císařskému řezu je při komplikovaném vaginálním porodu, který dále standardně nepostupuje. Nelze kombinovat výkony „porod vaginálně“ a „císařský řez“

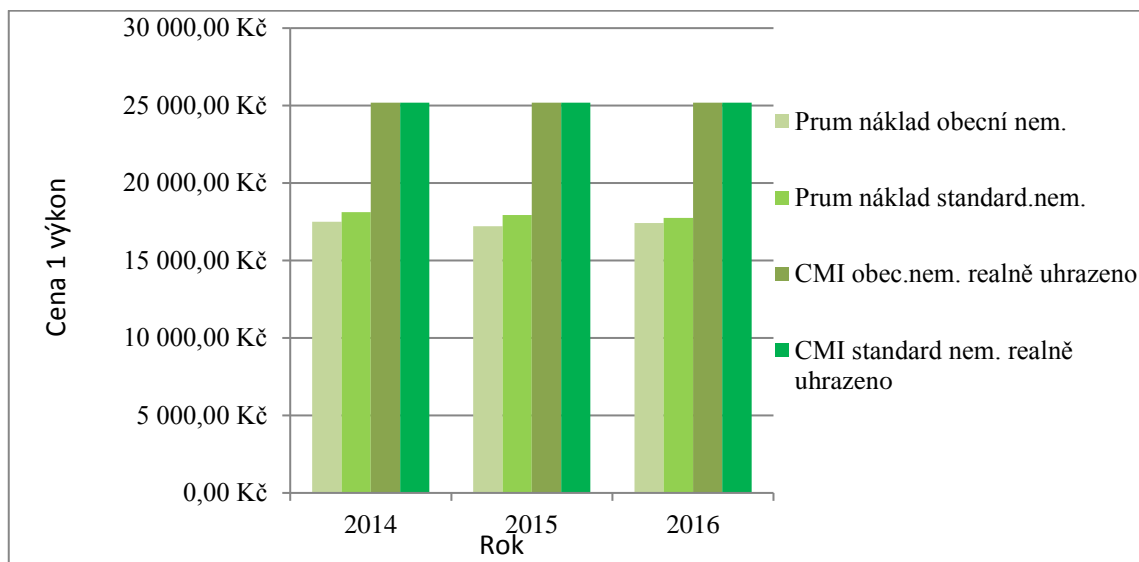
Kategorie: P- hrazen plně

OM: H – pouze při hospitalizaci

Čas výkonu v minutách: 480

Body: 3307, kdy hodnota bodu v tomto modelovém případě je 1 Kč.

Graf 10 Porovnání CMI a vnitřních nákladů mezi okresní nemocnicí typu B a ostatními nemocnicemi stejného typu u vaginálního porodu za VZP ČR v letech 2014-2016



Zdroj: vlastní tvorba, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Náklady na vaginální porod se v roce 2016 zvýšily oproti roku 2015 o 206 Kč, tedy o 0,58 %, oproti roku 2014 jsou ovšem o 83 Kč nižší. Náklady vždy průměrně meziročně kolísají, je to opět dáno právě konkrétními případy a jejich komplikacemi. Tedy rok 2015 zobrazuje, že v tomto období byly spíše porody bez komplikací a tudíž byly i nižší náklady. Rozdíl CMI oproti vnitřním nákladům je výhodný pro nemocnici.

Markery používané k porodu císařským řezem mohou standardně být: 63119, 63120, 63121, 63123, 63133, 63135, 63137, ...

Tabulka 27 Porovnání nákladů okresní nemocnice v závislosti na počtech porodů Báže DRG – 1463 za VZP ČR v letech 2014-2016

Báže DRG	rok	PP	vnitřní náklady	CMI	Zisk nemocnice
1463 - Vaginální porod	2014	375	6 560 887,50	9 450 000,00	2 889 112,50
1463 - Vaginální porod	2015	324	5 575 110,12	8 164 800,00	2 589 689,88
1463 - Vaginální porod	2016	303	5 276 272,32	7 635 600,00	2 359 327,68

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Pojišťovna umí velice dobře regulovat výdaje na porody. Bohužel se počet vaginálních porodů snižuje. Což přináší v roce 2016 oproti roku 2014 nižší zisky celkově o 529 784,82 Kč na těchto porodech.

Tabulka 28 Porovnání nákladů okresní nemocnice v závislosti na počtech porodů Báže DRG – 1460 za VZP ČR v letech 2014-2016

Báže DRG	rok	PP	vnitřní náklady	CMI	Zisk nemocnice
1460 - Porod císařským řezem	2014	101	3 161 284,85	3 959 200,00	797 915,15
1461 - Porod císařským řezem	2015	108	3 412 639,08	4 233 600,00	820 960,92
1462 - Porod císařským řezem	2016	95	3 124 910,05	3 724 000,00	599 089,95

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Také u tabulky 28 se snížil počet porodů císařským řezem, které neklesly tak markantně jako u vaginálních porodů, ale zároveň přinášely dobré zisky. Oproti roku 2014 měla okresní nemocnice v roce 2016 o 198 825,20 Kč menší zisk. V porovnání let 2016 a 2015 je zde větší propad a to o 221 870,97 Kč.

4.4.2 Porovnání nákladů a příjmů ostatních nákladných Bází DRG standardizovaných nemocnic s reálnou nemocnicí stejného typu u VZP ČR spojených s porody v letech 2014-2016

Tyto náklady a příjmy jsou vypočítávány ve stejném modelovém módu jako porody, kdy opět VZP ČR doporučila vstupní hodnoty bodů pro porovnatelné výpočty mezi jednotlivými roky a sjednocení všech těchto nemocnic typu B. Tyto jednotlivé Báže DRG jsou počítány pro zjištění, zda porody jsou skutečně výhodnější oproti jiným modelovým Bázím DRG nebo jejich výhodnost je stejná či nižší. Pokud budou stejně výhodné porody jako ostatní zvolené Báže DRG, pak nebude nutné apelovat na zaměření se na porody u nemocnic typu B pro získání vyšších zisků.

Tabulka 29 Náklady na výkony spojené s rakovinou dělohy u konkrétní okresní nemocnice typu B za VZP ČR v letech 2014-2016

báze DRG	Rok	PRUM_SAL ^{zz}	PRUM_JIP ^{zz}	PRUM_ODD ^{zz}	PRUM_VYK ^{zz}	PRUM_LAB ^{zz}	PRUM_RDG ^{zz}	PRUM_ZULP ^{zz}	PRUM_ZUM ^{zz}	CMI ^{zz}	Průměrné nákl. konkrétní okresní nem.	CMI modelově uhrazeno	Rozdíl= nadhodnocené CMI/podhod. CMI
1302 - Výkony na děloze a adnexech pro maligní onemocnění na ovariích a adnexech	2014	140,0	0,0	5,0	8 001,0	0,0	0,0	121,3	9 261,7	2,0	43884	56000	12116
1302 - Výkony na děloze a adnexech pro maligní onemocnění na ovariích a adnexech	2015										0	0	0
1302 - Výkony na děloze a adnexech pro maligní onemocnění na ovariích a adnexech	2016	90,0	0,0	6,5	4 044,0	57,0	0,0	38,7	6 210,8	2,6	35583	72800	37217

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Vhledem k tomu co zobrazuje tabulka 29, je v tomto případě pro nemocnici typu B méně časté provádět operace rakoviny, tedy maligní onemocnění na děloze. Tento typ operací a lůžkové péče je finančním přínosem pro nemocnici. Je to způsobeno i tím,

že se nevyužívají u těchto operací zobrazovací metody, jako je například rentgen, ale spíše se využívají laboratorní testy, které mají v případech s nepotvrzenou jistou diagnózou, potvrdit či vyvrátit diagnózu zhoubného nádoru. Nemocnice by měla svou specializaci zaměřit na maligní diagnózy tohoto typu.

Tabulka 30 Náklady na velké výkony spojené s rakovinou dělohy zprůměrované ze všech nemocnic lokalizovaných na území ČR typu B za VZP ČR v letech 2014-2016

báze DRG	Rok	PRUM_SAL _{TN}	PRUM_JIP _{TN}	PRUM_ODD _{TN}	PRUM_VYK _{TN}	PRUM_LAB _{TN}	PRUM_RDG _{TN}	PRUM_ZULP _{TN}	PRUM_ZUM _{TN}	CMI _{TN}	Průměrné náklady standardní nemocnice	CMI reálně uhrazeno	Rozdíl nadhodnocen CMI/podhodnocen CMI
1302 - Výkony na děloze a adnexech pro maligní onemocnění na ovarích a	2014	111,0	1,6	8,9	8 566,1	7 293,4	826,1	1 946,3	3 308,1	2,5	77102	70000	-7102
1302 - Výkony na děloze a adnexech pro maligní onemocnění na ovarích a	2015	107,2	0,9	8,2	7 366,2	6 297,6	398,7	1 120,5	5 920,4	2,7	63934	75600	11666
1302 - Výkony na děloze a adnexech pro maligní onemocnění na ovarích a adnexech	2016	118,4	1,1	7,5	7 930,3	6 868,5	455,8	1 228,3	3 408,6	2,3	64921	64400	-521

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Při zaměření se na výsledky u Tabulky 30 je vidět, že jiné nemocnice u této Báze DRG měly v posledním roce 2016 méně náročné výkony, přesto byl pro ně průměrný CMI podhodnocen. Ostatní nemocnice měly oproti konkrétní nemocnici vyšší počet ošetrovacích dnů. Zde by pouze stačilo snížit počet ošetrovacích dnů o jeden den. Průměrný Case Mix tímto není nijak výrazně podhodnocen, zde by stačilo navýšit maximálně o 0,1 bodu. Přesto by mělo být nejprve více prozkoumáno, proč konkrétní nemocnice má nižší náklady, než průměr všech ostatních nemocnic typu B.

Tabulka 31 Náklady na poruchy příjmu potravy u konkrétní okresní nemocnice typu B za VZP ČR v letech 2014-2016

báze DRG	Rok	PRUM_SAL _{zz}	PRUM_JIP _{zz}	PRUM_ODD _{zz}	PRUM_VYK _{zz}	PRUM_LAB _{zz}	PRUM_RDG _{zz}	PRUM_ZULP _{zz}	PRUM_ZUM _{zz}	CMI _{zz}	Průměrné nákl. konkrétní okresní nem.	CMI modelově uhrazeno	Rozdíl= nadhodnocené CMI/podhod. CMI
1938 - Poruchy příjmu potravy	2014	0,0	0,0	9,0	5 640,0	11 857,0	2 118,0	391,2	0,0	2,1	38949	58800	19851
1938 - Poruchy příjmu potravy	2015	0,0	0,0	2,0	1 046,0	2 933,0	0,0	0,0	0,0	0,8	8099	22400	14301
1938 - Poruchy příjmu potravy	2016	0,0	0,0	2,0	1 049,0	4 829,0	0,0	0,0	0,0	0,8	9429	22400	12971

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Poruchy příjmu potravy byly vybrány díky své medializaci. Zároveň nemocnice typu B nejsou v převážné většině specializované na tento typ Báze DRG a pojištěnce zde hospitalizují v případech selhání organismu. Přesto jsou pro nemocnici málo nákladné a nenáročné, protože zde nejsou využity položky SÁL, JIP a ZUM. CMI zároveň ale očekává vyšší náročnost tohoto ošetření a délky pobytu. Tato konkrétní okresní nemocnice dle průměrného CMI a jiných ostatních nevyužitých položek měla případy převážně bez komplikací.

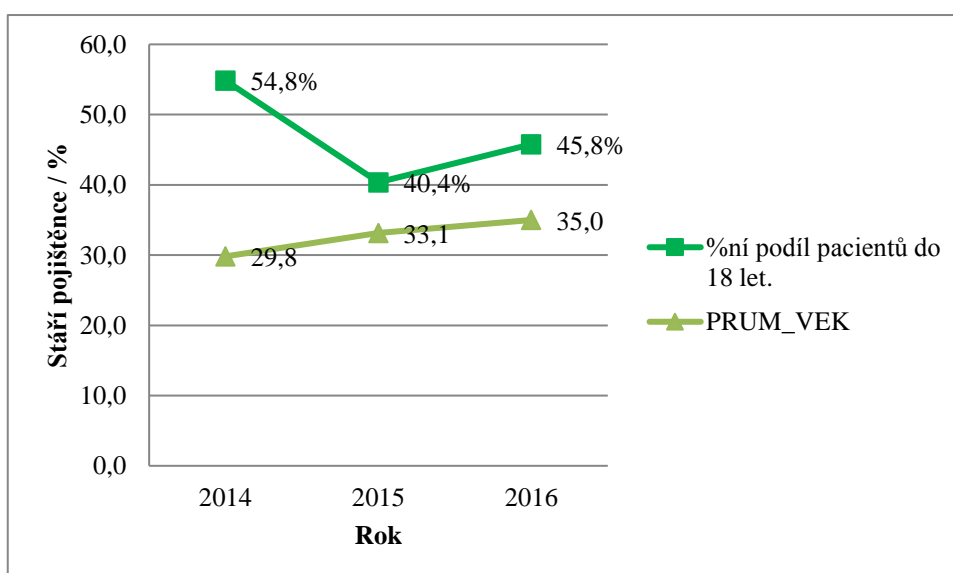
Tabulka 32 Náklady na poruchy příjmu potravy zprůměrované ze všech nemocnic lokalizovaných na území ČR typu B za VZP ČR v letech 2014-2016

báze DRG	Rok	PRUM_SAL _{TN}	PRUM_JIP _{TN}	PRUM_ODD _{TN}	PRUM_VYK _{TN}	PRUM_LAB _{TN}	PRUM_RDG _{TN}	PRUM_ZULP _{TN}	PRUM_ZUM _{TN}	CMI _{TN}	Průměrné náklady standardní nemocnice	CMI reálně uhrazeno	Rozdíl nadhodnocené CMI/podhodnocené
1938 - Poruchy příjmu potravy	2014	0,4	0,4	6,9	2 354,1	2 859,3	850,0	74,1	205,8	1,5	28776	42000	13224
1938 - Poruchy příjmu potravy	2015	1,2	1,2	7,5	3 068,4	2 914,5	951,6	458,1	270,2	1,6	43658	44800	1142
1938 - Poruchy příjmu potravy	2016	0,3	0,9	9,9	3 933,5	3 445,5	539,5	188,8	261,4	1,6	45615	44800	-815

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Dle posouzení průměru nemocnic typu B, jsou zde výskyty výkonů s komplikacemi. Kdy průměrný CMI moc nepočítá se výkony na sálech a dlouhým pobytem na standardním lůžku. Na delší lůžkovou péči by se měly zaměřovat jiná specializovaná zařízení.

Graf 11 Průměrný věk pojištěnců a procentuální podíl pojištěnců mladších 18 let u poruchy příjmu potravy za VZP ČR v letech 2014-2016



Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Je vidět, že tento zdravotní problém je velmi častý u pacientů mladších osmnácti let. Zároveň při průměrném věku, je z Grafu 11 vidět, že se tento problém netýká pouze pacientu v dospívajícím věku, ale i pacientů starších třiceti let.

Tabulka 33 Náklady na mozkové příhody u konkrétní okresní nemocnice typu B za VZP ČR v letech 2014-2016

báze DRG	Rok	PRUM_SAL ^{zz}	PRUM_JIP ^{zz}	PRUM_ODD ^{zz}	PRUM_VYK ^{zz}	PRUM_LAB ^{zz}	PRUM_RDG ^{zz}	PRUM_ZULP ^{zz}	PRUM_ZUM ^{zz}	CMI ^{zz}	Průměrné nákl. konkrétní okresní nem.	CMI modelově uhrazeno	Rozdíl= nadhodnocené CMI/podhod. CMI
0134 - Cévní mozková příhoda s infarktem	2014	0,3	0,6	7,9	3 702,7	1 609,9	2 741,6	621,5	27,4	1,1	37000	30800	-6200
0134 - Cévní mozková příhoda s infarktem	2015	0,0	0,4	8,7	3 973,8	1 469,3	2 683,4	752,5	101,1	1,0	36289	28000	-8289
0134 - Cévní mozková příhoda s infarktem	2016	0,0	0,5	8,7	3 789,8	1 281,3	2 364,6	646,8	2,7	1,0	36951	28000	-8951
0533 - Akutní infarkt myokardu	2014	0,2	1,4	4,6	2 572,8	2 675,0	441,2	345,2	416,0	0,7	38168	19600	-18568
0533 - Akutní infarkt myokardu	2015	0,0	1,3	4,6	2 736,5	3 159,7	449,8	440,6	0,0	0,7	36839	19600	-17239
0533 - Akutní infarkt myokardu	2016	0,0	1,1	5,1	2 881,0	3 213,3	508,8	589,1	0,0	0,6	35478	16800	-18678

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Vzhledem k tomu, že průměrný CMI je u cévní mozkové příhody s infarktem hodnota 1,0, pak to znamená, že v roce 2015 a 2016 neměli v nemocnici případy s mnohačetnými komplikacemi. Pokud by se hodnota přehoupla přes >1,0, pak by to znamenalo, že je konkrétní Báze DRG náročnější na výkonech a zároveň, mohl průměrný CMI být ovlivněn mnohačetnými komplikacemi u jednotlivých případů. Pokud se porovná „CMI průměrný příjem“ a „prům.nákl.reálné nemocnice“, pak je vidět, že CMI je podhodnocen.

Tabulka 34 Náklady na mozkové příhody zprůměrované ze všech nemocnic lokalizovaných na území ČR typu B za VZP ČR v letech 2014-2016

báze DRG	Rok	PRUM_SAL _{TN}	PRUM_JIP _{TN}	PRUM_ODD _{TN}	PRUM_VYK _{TN}	PRUM_LAB _{TN}	PRUM_RDG _{TN}	PRUM_ZULP _{TN}	PRUM_ZUM _{TN}	CMI _{TN}	Průměrné náklady standardní nemocnice	CMI reálně uhrazeno	Rozdíl nadhodnocené CMI/podhodnocen
0134 - Cévní mozková příhoda s infarktem	2014	1,1	1,5	6,9	4 019,1	2 475,3	3 391,6	1 432,8	35,8	1,1	50472	30800	-19672
0134 - Cévní mozková příhoda s infarktem	2015	1,1	1,5	6,8	3 967,8	2 432,0	3 611,2	1 602,1	30,9	1,1	50524	30800	-19724
0134 - Cévní mozková příhoda s infarktem	2016	0,1	1,5	6,6	4 017,5	2 564,8	3 534,9	1 948,1	29,3	1,1	50335	30800	-19535
0533 - Akutní infarkt myokardu	2014	0,1	1,5	4,5	2 458,8	4 443,1	414,0	469,3	36,7	0,6	40249	16800	-23449
0533 - Akutní infarkt myokardu	2015	0,1	1,4	4,5	2 537,3	4 192,9	386,6	433,0	11,9	0,6	38564	16800	-21764
0533 - Akutní infarkt myokardu	2016	0,1	1,3	4,3	2 713,9	4 189,4	383,9	476,6	26,5	0,6	36793	16800	-19993

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Tabulka 34 zobrazuje reálné náklady a příjmy nemocnic, které jsou stejného typu, tedy i podobné velikosti, lokalizované na území České republiky. Tedy lze konstatovat, že mohou uvádět jakýsi standart/ průměr, který lze snadno porovnávat s konkrétní nemocnicí, která je uvedena v tabulce 33.

I tabulka 34 zobrazuje výsledný rozdíl mezi reálnými náklady a reálnými příjmy nemocnic, které při jejich porovnání s jistotou potvrzují tvrzení, že je CMI podhodnocen a Ministerstvo zdravotnictví by mělo přehodnotit tvorbu výše CMI, pro to aby nemocnice typu B neměly problémy s vyrovnáním nákladů.

Tabulka 35 Náklady na velké výkony replantace dolních končetin a jejich kloubů u konkrétní okresní nemocnice typu B za VZP ČR v letech 2014-2016

báze DRG	Rok	PRUM_SAL _{zz}	PRUM_JIP _{zz}	PRUM_ODD _{zz}	PRUM_VYK _{zz}	PRUM_LAB _{zz}	PRUM_RDG _{zz}	PRUM_ZULP _{zz}	PRUM_ZUM _{zz}	CMI _{zz}	Průměrné nákl. konkrétní okresní nem.	CMI modelově uhrazeno	Rozdíl= nadhodnocené CMI/podhod. CMI
0804 - Velké výkony replantace dolních končetin a jejich kloubů	2014	131,3	1,5	12,1	10 268,9	1 998,1	418,1	2 528,3	28 644,2	3,1	109138	86800	-22338
0804 - Velké výkony replantace dolních končetin a jejich kloubů	2015	130,1	1,5	11,8	10 248,3	2 162,4	622,6	2 194,8	27 191,1	3,1	106780	86800	-19980
0804 - Velké výkony replantace dolních končetin a jejich kloubů	2016	133,5	1,7	12,0	10 955,1	2 546,8	431,6	2 402,0	24 560,5	3,1	108982	86800	-22182

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Replantace dolních končetin a jejich kloubů, jak název napovídá, jsou výměny například kyčelních kloubů, kolen, a další operace dolních končetin spojené s plastickou a rekonstrukční chirurgií. Tento typ operací je typickým pro nemocnice typu B. Průměrné náklady na celý zákrok včetně další lůžkové péče jsou opět vyšší než Case Mix, což pro nemocnici znamená minimálně snížit počet dnů hospitalizace. Pokud by se zkrátila hospitalizace na jednotce intenzivní péče o jeden den, tedy by se snížily náklady o 15 000 Kč. Následně snížit náklady na zvlášť účtovaný materiál a zkrátit pobyt na lůžku, mohly by se náklady minimálně vyrovnat s průměrným CMI. Tabulka 36 ale může toto tvrzení vyvrátit.

Tabulka 36 Náklady na velké výkony replantace dolních končetin a jejich kloubů zprůměrované ze všech nemocnic lokalizovaných na území ČR typu B za VZP ČR v letech 2014-2016

báze DRG	Rok	PRUM_SAL _{TN}	PRUM_JIP _{TN}	PRUM_ODD _{TN}	PRUM_VYK _{TN}	PRUM_LAB _{TN}	PRUM_RDG _{TN}	PRUM_ZULP _{TN}	PRUM_ZUM _{TN}	CMI _{TN}	Průměrné náklady standardní nemocnice	CMI reálně uhrazeno	Rozdíl nadhodnocené CMI/podhodnocené CMI
0804 - Velké výkony replantace dolních končetin a jejich kloubů	2014	129,9	1,3	9,1	10 743,2	1 642,5	466,8	1 755,4	36 519,9	3,1	105875	86800	-19075
0804 - Velké výkony replantace dolních končetin a jejich kloubů	2015	127,9	1,2	9,1	10 819,7	1 686,3	445,2	1 806,5	37 405,0	3,1	105197	86800	-18397
0804 - Velké výkony replantace dolních končetin a jejich kloubů	2016	127,1	1,2	9,0	10 872,2	1 696,6	437,8	1 783,3	38 090,6	3,1	105582	86800	-18782

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Pokud se porovná tabulka 35 a 36, kdy tabulka 36 zobrazuje zprůměrované náklady a příjmy nemocnic za velké výkony týkajících se replantací dolních končetin a výměn kloubů, je viditelné, že průměrný CMI je podhodnocen a měl by být minimálně o 0,5 bodu navýšen. Nemocnice tímto bude mít náklady a příjmy vyrovnané.

Tabulka 37 Náklady na výkony na slezině u konkrétní okresní nemocnice typu B za VZP ČR v letech 2014-2016

báze DRG	Rok	PRUM_SAL _{zz}	PRUM_JIP _{zz}	PRUM_ODD _{zz}	PRUM_VYK _{zz}	PRUM_LAB _{zz}	PRUM_RDG _{zz}	PRUM_ZULP _{zz}	PRUM_ZUM _{zz}	CMI _{zz}	Průměrné nákl. konkrétní okresní nem.	CMI modelově uhrazeno	Rozdíl= nadhodnocené CMI/podhod. CMI
1601 - Výkony na slezině	2014										0	0	0
1601 - Výkony na slezině	2015										0	0	0
1601 - Výkony na slezině	2016	260,0	9,0	5,0	8 457,0	9 545,0	2 694,0	3 967,8	0,0	3,6	195300	100800	-94500

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Výkony na slezině jsou zřídka vyskytující se v této nemocnici. Zároveň je pro ni velice nákladná. Přesto, že je průměrný CMI vysoký, jeho hodnota činí 3,6, i tak je nemocnice silně v tomto ohledu neprosperující. Je to dáno i nízkou četností těchto výkonů.

Tabulka 38 Náklady na výkony na slezině zprůměrované ze všech nemocnic lokalizovaných na území ČR typu B za VZP ČR v letech 2014-2016

báze DRG	Rok	PRUM_SAL _{TN}	PRUM_JIP _{TN}	PRUM_ODD _{TN}	PRUM_VYK _{TN}	PRUM_LAB _{TN}	PRUM_RDG _{TN}	PRUM_ZULP _{TN}	PRUM_ZUM _{TN}	CMI _{TN}	Průměrné náklady standardní nemocnice	CMI reálně uhrazeno	Rozdíl nadhodnocené CMI/podhodnocené CMI
1601 - Výkony na slezině	2014	110,0	5,3	8,3	8 776,2	8 958,8	3 401,8	9 415,1	2 112,8	3,5	141227	98000	-43227
1601 - Výkony na slezině	2015	103,6	4,8	5,7	7 866,4	7 823,0	2 606,6	8 146,4	813,5	3,7	121519	103600	-17919
1601 - Výkony na slezině	2016	113,9	5,0	7,7	11 407,4	9 063,9	3 157,5	11 926,7	2 806,8	3,7	141283	103600	-37683

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Pokud se porovnají tabulky 37 a 38, je evidentní, že neúměrně vysoké náklady konkrétní nemocnice jsou zapříčiněny velice dlouhým časem stráveným na sále. A to dokonce o 2,28krát více než standardně ostatní nemocnice stejného typu vykazují. Zároveň je zde vysoká hodnota ZULP (zvláště účtovaného materiálu), což může naznačovat, že konkrétní nemocnice měla výkon s mnohačetnými komplikacemi. Což ale na druhou stranu vyvracuje průměrný CMI, který zobrazuje náročnost výkonu. Tedy z toho lze vyvodit, že konkrétní okresní nemocnice je nezkušená a neumí tento typ Báze DRG vykonávat a proto by se jí neměla věnovat. Zároveň je průměrný CMI podhodnocený a MZ ČR by jej mělo přehodnotit.

Tabulka 39 Náklady na výkony pro infekční a parazitární nemoci u konkrétní okresní nemocnice typu B za VZP ČR v letech 2014-2016

báze DRG	Rok	PRUM_SAL _{zz}	PRUM_JIP _{zz}	PRUM_ODD _{zz}	PRUM_VYK _{zz}	PRUM_LAB _{zz}	PRUM_RDG _{zz}	PRUM_ZULP _{zz}	PRUM_ZUM _{zz}	CMI _{zz}	Průměrné nákl. konkrétní okresní nem.	CMI modelově uhrzeno	Rozdíl= nadhodnocené CMI/podhod. CMI
1801 - Výkony pro infekční a parazitární nemoci	2014	91,3	4,1	13,1	12 536,1	9 672,8	1 192,1	11 696,7	1 268,0	4,2	136844	117600	-19244
1801 - Výkony pro infekční a parazitární nemoci	2015	20,0	12,0	6,0	6 381,0	10 605,0	174,0	28 815,1	0,0	5,9	239794	165200	-74594
1801 - Výkony pro infekční a parazitární nemoci	2016										0	0	0

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Do této Báze DRG spadají například Salmonelóza, cholera, tuberkulóza a jiné nemoci, které jsou nakažlivé či přenosné. Nemocnice typu B, mají velice vysoké náklady na jejich léčbu, dle CMI jsou zároveň tyto léčby i náročné a v neposlední řadě i nevýhodné z pohledu nákladů a příjmů od pojišťoven. Tato onemocnění nejsou pro tento typ nemocnice obvyklá. Zároveň je dobré, aby se nemocnice touto Bází DRG zabývala opravdu jen v kritických případech bez možnosti relokalizace pojištěnce.

Tabulka 40 Náklady na výkony pro infekční a parazitární nemoci zprůměrované ze všech nemocnic lokalizovaných na území ČR typu B za VZP ČR v letech 2014-2016

báze DRG	Rok	PRUM_SAL _{TN}	PRUM_JIP _{TN}	PRUM_ODD _{TN}	PRUM_VYK _{TN}	PRUM_LAB _{TN}	PRUM_RDG _{TN}	PRUM_ZULP _{TN}	PRUM_ZUM _{TN}	CMI _{TN}	Průměrné náklady standardní nemocnice	CMI reálně uhrazeno	Rozdíl nadhnocené CMI/podhnocené CMI
1801 - Výkony pro infekční a parazitární nemoci	2014	82,1	5,6	14,6	13 287,0	11 138,9	3 112,2	10 701,3	4 050,4	4,5	167658	126000	-41658
1801 - Výkony pro infekční a parazitární nemoci	2015	88,0	5,2	14,9	13 160,9	10 686,3	2 881,8	10 959,4	3 342,6	4,6	161875	128800	-33075
1801 - Výkony pro infekční a parazitární nemoci	2016	78,1	5,0	13,0	12 287,4	11 364,3	2 584,4	11 558,4	3 044,6	4,5	152740	126000	-26740

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Onemocnění spadající pod tuto Bázi DRG, které se musí řešit v drtivé většině operativně a zároveň vyžadují pobyt na jednotce intenzivní péče a následnou péči na lůžku, jsou pro všechny nemocnice typu B velmi nákladné. V tomto oboru není výhodné tyto výkony vykonávat. Přesto, že průměrný CMI začíná na hodnotě 4,5, stále to nestačí na pokrytí nákladů a nemocnice by měly případně přehodnotit o délku pobytu na JIP a zároveň spotřebu zvláště účtovaných léčivých přípravků tedy ZULP.

Tabulka 41 Náklady na Kraniotomii, velké výkony na páteři, kyčli a končetin při mnohačetném závažném traumatu u konkrétní okresní nemocnice typu B za VZP ČR v letech 2014-2016

báze DRG	Rok	PRUM_SAL _{zz}	PRUM_JIP _{zz}	PRUM_ODD _{zz}	PRUM_VYK _{zz}	PRUM_LAB _{zz}	PRUM_RDG _{zz}	PRUM_ZULP _{zz}	PRUM_ZUM _{zz}	CMI _{zz}	Průměrné nákl. konkrétní okresní nem.	CMI modelově uhrazeno	Rozdíl= nadhodnocené CMI/podhod. CMI
2501 - Kraniotomie, velký výkon na páteři, kyčli a konč. při mnohočetném závažném traumatu	2014	110,0	1,0	14,0	10 108,0	1 544,0	3 022,0	121,3	22 476,5	4,8	97809	134400	36591
2501 - Kraniotomie, velký výkon na páteři, kyčli a konč. při mnohočetném závažném traumatu	2015	75,0	3,0	14,5	10 232,5	2 224,5	5 586,0	3 350,1	8 770,6	4,8	118246	134400	16154
2501 - Kraniotomie, velký výkon na páteři, kyčli a konč. při mnohočetném závažném traumatu	2016	60,0	2,5	6,5	9 282,0	4 542,0	2 615,0	7 403,6	8 646,3	4,8	90876	134400	43524

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Kraniotomie, jinak řečeno operativní otevření lebky, velké výkony na páteři, kyčlích a končetinách při mnohočetném závažném traumatu, tedy úrazy vzniklé při nehodách, nikoliv plánované operace, jsou výkony, které tato nemocnice velice dobře zvládá. Je to dáno i tím, že průměrný CMI je nízké oproti průměrnému CMI uvedeném v Tabulce 27. Zároveň hospitalizace na jednotce intenzivní péče je krátká, což také ukazuje, že výkony byly převážně bez mnohačetných komplikací. U této Báze DRG je průměrné CMI nadhodnocené, což je tomu důkazem i níže uvedený průměr z ostatních nemocnic typu B.

Tabulka 42 Náklady na Kraniotomii, velké výkony na páteři, kyčli a končetin při mnohačetném závažném traumatu zprůměrované ze všech nemocnic lokalizovaných na území ČR typu B za VZP ČR v letech 2014-2016

báze DRG	Rok	PRUM_SAL _{TN}	PRUM_JIP _{TN}	PRUM_ODD _{TN}	PRUM_VYK _{TN}	PRUM_LAB _{TN}	PRUM_RDG _{TN}	PRUM_ZULP _{TN}	PRUM_ZUM _{TN}	CMI _{TN}	Průměrné náklady standardní nemocnice	CMI reálně uhrazeno	Rozdíl nadhodnocené CMI/podhodnocen
2501 - Kraniotomie, velký výkon na páteři, kyčli a konč. při mnohočetném závažném traumatu	2014	130,3	3,0	11,7	12 054,4	4 187,9	3 388,5	4 300,3	18 348,1	5,6	128303	156800	28497
2501 - Kraniotomie, velký výkon na páteři, kyčli a konč. při mnohočetném závažném traumatu	2015	121,8	3,7	10,3	11 825,0	5 364,8	3 716,6	4 946,8	19 123,0	5,7	136797	159600	22803
2501 - Kraniotomie, velký výkon na páteři, kyčli a konč. při mnohočetném závažném traumatu	2016	143,8	2,7	11,8	12 963,2	4 133,6	4 220,5	6 618,4	18 400,6	5,8	129476	162400	32924

Zdroj: vlastní zpracování, data Ekonomicko-medicínské ukazatelé, které za anonymní nemocnici poskytla VZP pro účel této diplomové práce

Při zaměření na průměrný CMI u průměru všech nemocnic je skutečně nadhodnocen, přesto, že náklady obsahují i vysoké částky u ZULP a ZUM i tak stále jsou přijaté platby od pojišťoven k prospěchu nemocnice, protože náklady jsou 129 476 Kč a platba od pojišťovny je 162 400 Kč, tedy pro rok 2016 měly průměrně nemocnice zisk 32 924 Kč.

5 Výsledky a diskuze

Porodnictví patří pod lůžkovou zdravotní péči, kterou nelze provádět ambulantně. Je nutné ji poskytovat v rámci nepřetržitého provozu. Tato péče je hrazena zdravotními pojišťovnami. Mezinárodní charakteristika a popisy klasifikací nemocí jsou nutné pro nastavení mantinelů pro vykazování a tím pádem i pro regulaci výdajů na jednotlivé lůžkové péče. V mezinárodním prostředí jsou tyto klasifikace funkční již od 18. století. Verze byly postupem času rozšiřovány od smrti až po ostatní vyléčitelné nemoci, které jsou zaznamenány s největším rozkvětem v půlce 20. století. Subjekty, které financují lůžkovou zdravotní péči jsou stát, který přispívá z veřejného státního rozpočtu a zdravotní pojišťovny ať už soukromé nebo veřejné. V ČR je celá síť poskytovatelů zdravotní lůžkové péče. Konkrétně pro gynekologii a porodnictví to jsou fakultní nemocnice, Nemocnice akutní péče a ostatní odborné léčebné ústavy s lůžkovou péčí. Dalšími malými aktéry přispívajícími na lůžkovou zdravotní péči, tedy i porodnictví jsou pacienti, komory, asociace a nadace. Probíhá regulace počtů lůžek, upravuje se výše zdravotního pojištění a upravují se ceny za poskytnutou lůžkovou péči. Veřejné zdravotní pojištění musí mít každý občan s trvalým pobytem v ČR. Zdroje pro financování lůžkové péče jsou z veřejných prostředků států všech úrovní správy krajů a obcí a veřejnoprávního pojištění. Druhá složka tvoří zbytek a tím je soukromý sektor, jako jsou dobrovolné a dobročinné organizace, spoluúčasti pacienta, darů, zaměstnavatelé, lokální a cizí zdroje (zahraniční). Zdravotní pojišťovny získávají finanční prostředky ze zákonného povinného zdravotního pojištění. Základním systémem pro financování lůžkové péče je DRG systém, který je v ČR funkčně od roku 2003. Díky němu lze co nejpřesněji dle standardizovaných tabulek určit náklady a získat tak finance od pojišťoven. Pravidla pro úhradu lůžkové péče vždy upravuje stát prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví ČR převážně formou vyhlášek, které upravují ceny za poskytnutou péči a pravidla pro úhrady. V rámci lůžkové péče a jejich ošetřovacích dnů se apeluje na dodržování limitů pro délku hospitalizace, která motivuje zdravotnická zařízení maximalizovat zisky a zároveň minimalizovat výdaje na lůžkovou péči. Nejen limity pro jednotlivé případy na počty "lůžkodnů" jsou cíleně vytvořeny pro co nejefektivnější vykazování a minimalizaci výdajů na tuto péči. Ale existují spousty vzorců pro výpočty nákladů zdravotnických zařízení na lůžkovou péči s co nejvyšší přesností na použití materiálů, výkonů a podobně, které také eliminují výdaje zdravotních pojišťoven.

Co se týče využití lůžkového fondu, je jeho procentuální využití téměř stejné. V roce 2009 činil lůžkový fond 83 879 lůžek, kdy využití činilo v přepočtu na lůžkodny jen 62070 lůžek, tedy z toho vyplývalo 26% nevyužití lůžkového fondu. Pro poslední zkoumaný rok 2016 bylo o 7264 lůžek méně, kdy využití bylo opět v přepočtu na počty lůžek 56695 a opět bylo generováno 26% nevyužití tohoto lůžkového fondu. Z celkového počtu lůžek bylo v roce 2009 55921 lůžek akutní péče, kam patří i porodnictví a po průběžném snižování jeho fondu, v roce 2016 bylo generováno 47831 lůžek akutní péče. Akutní lůžková péče oproti dlouhodobé péči a následné péče zaujímala v roce 2016 62,4% podíl z celkového fondu lůžek v České republice. Konkrétně lůžkový fond v gynekologii, která nerozděluje lůžka na porodní a ostatní využití, v roce 2009 měla 5664 lůžek a v roce 2016 jich bylo o 1175 méně. Ve fakultních nemocnicích se počty standardních lůžek v porovnání let 2009 a 2016 snížil o 421 lůžek. V roce 2016 činil celkem tento fond 1322 lůžek. Fakultní nemocnice mají nejvyšší počty lůžek v Hlavním městě Praha. U ostatních nemocnic byl stav ke konci roku 2016 3044 standardních lůžek. Kdy Středočeský a Moravskoslezský kraj měli nejvyšší počet těchto standardních lůžek. U jednotek intenzivní péče je fond lůžek nízký v porovnání se standardními lůžky. V roce 2009 bylo celkem ve fakultních nemocnicích 52 lůžek na JIP a v roce 2016 se tento stav snížil na 40. U standardních nemocnic se lůžka na jednotkách intenzivní péče určených pro obor gynekologie také snížil. Od roku 2009, kdy lůžek JIP bylo 90, do roku 2016 se fond snížil o 7,8 %. Lékařů v porodnictví je v roce 2015 více než v roce 2009, kdy jejich nárůst znamenal v porovnání těchto let 28,28%. Je evidentní, že procentuální využití gynekologicko-porodních lůžek se navyšuje v závislosti na snižování počtů těchto lůžek. V roce 2015 je využití lůžek o 6% vyšší než v roce 2010, kdy v roce 2010 využití lůžek bylo 48%. Z toho plyne, že pro porodnictví je stále dostatek lůžek. Porodních asistentek je v roce 2016 o 0,13 % méně. Počty porodů v ČR jsou od roku 2013 vyšší, kdy v roce 2016 bylo 112725 porodů. VZP ČR má více porodů vaginálních nežli porodů císařským řezem, kdy porody císařským řezem v roce 2016 zaujímaly 25,3% podíl. Tento podíl porodů se mezi roky 2013 a 2016 udržuje v podobné výši. Porody císařským řezem jsou dlouhodobě nejvíce vykonávány, a i poměrově nejvyššími oproti porodům vaginálním ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Nelze ale stanovit závěr, že tato nemocnice pouze upřednostňuje porody císařským řezem nebo vyhoví těhotným ženám v jejich požadavku na císařský řez či je jen opravdovým specialistou na porody císařským řezem.

Náklady VZP ČR na lůžkovou zdravotní péči činily v roce 2016 45,78 miliard Kč, kdy porodnictví tvořilo 1,65% podíl nákladů této lůžkové péče. Tento podíl nákladů na porodnictví se udržuje na podobných procentních podílech bez vyšších výkyvů. Zdravotní pojišťovny mají nejvyšší výdaje na lůžkovou péči, tedy i na porodnictví, nejnižší výdaje na tuto péči mají soukromé pojišťovny. Výdaje na lůžkovou péči vč. porodnictví dle druhu poskytovatele je lůžková léčebná péče, která oproti denní a ambulantní péči zaujímá 38,7% podíl za léčebnou péči. Dle zdrojů financování lůžkové péče mají nejvyšší výdaje zdravotní pojišťovny a to 120 miliard Kč v roce 2014. Ve stejném roce nejvíce nákladnými na lůžkovou péči byly nemocnice. Inflace zasahuje do výše nákladů za státní pojištění, kdy například v porovnání let 2013 a 2014 skutečně náklady státu na zdravotní pojištění byly navýšeny o 11,5 % stejně jako inflace mezi těmito roky vzrostla o 11,5 %. Největší počet pojištěnců v ČR má VZP ČR, která má u sebe registrováno 56,7 % populace v ČR. Státní pojištěnci tvoří 56,7% část všech pojištěnců v ČR. Náklady na porody jakéhokoliv typu jsou v letech 2014 až 2016 nižší než příjmy od pojišťovny. Což znamená, že jsou výhodné pro zkoumané nemocnice typu B. Průměrný věk rodiček se pohybuje mezi 29 a 31 lety. Věk rodiček se dlouhodobě mírně zvyšuje, kdy porodů u žen mladších 19 let se postupně snižuje, a naopak matek starších 35 let se zvyšuje. V porovnání nákladovosti porodů císařským řezem a vaginálních porodů jsou vaginální porody méně nákladné a zároveň vykazují vyšší zisk nežli porody císařským řezem, které jsou téměř o 1/3 nákladnější než vaginální porody. Nemocnice tedy generují výrazně vyšší zisky u vaginálních porodů. Ziskovost u ostatních zkoumaných Bází DRG je generována pouze u poruch příjmu potravy a u kraniotomiích, velkých výkonů na páteři, kyčlích a končetinách při mnohačetném závažném úrazu. Nákladovost u výkonů na děloze je u konkrétní zkoumané nemocnice nižší než příjmy, tedy generuje zisk, ale oproti ostatním zkoumaným nemocnicím stejného typu je tento výkon nevýhodný pro roky 2014 a 2016, kdežto rok 2015 byl ziskový. Z ostatních zkoumaných Bází DRG nejsou generovány zisky, ale ztráty. Těmito ztrátovými bázemi jsou cévní mozkové příhody s infarktem, velké výkony u replantací dolních končetin, výkony na slezině a výkony u infekčních a parazitárních nemocí. Tyto uvedené ztrátové výkony mají podhodnocený CMI a zároveň jsou zde vysoké náklady na JIP, ZUM a ZULP. Tedy z toho vyplývá, že některé výkony jsou schopné svými generovanými zisky alespoň částečně vykryt ztrátové výkony, které by se měly přehodnotit pro jejich vyrovnání nákladů a příjmů.

6 Závěr

Úhrada zdravotní lůžkové péče je velice rozsáhlé téma. Pro rok 2017 se řídí Úhradovou vyhláškou č. 348/2016 Sb., kterou vydává Ministerstvo zdravotnictví. Od 1. 10. 2012 funguje v Česku 7 zdravotních pojišťoven. Po vzniku nových zdravotních pojišťoven, vznikalo konkurenční prostředí pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu, která doposud byla takzvaným monopolem na českém zdravotně-pojistném trhu. Zároveň od této chvíle byla možnost neustále zdokonalovat systém úhrad lůžkové zdravotní péče a celkově celého zdravotního systému. Přicházela neustále nová pravidla a zákony týkající se lůžkové zdravotní péče. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky si ale i tak doposud udržela své dominantní postavení v ČR. Zároveň díky tomu má možnost zasahovat do zdravotnického systému, i když je regulována státem.

Lůžkový fond v ČR je dlouhodobě snižován. Největší počet je akutních lůžek, kam patří o lůžka gynekologie, která nejsou nijak rozdělována na gynekologické zákroky a na porodnictví, kdy lůžka gynekologie zaujímají 9% část u lůžek akutní péče. Tato procentuální část je dlouhodobě udržována na podobné výši. Využití gynekologicko-porodnické péče se navyšuje v souvislosti se snižováním počtu lůžek. V roce 2015 je stav využití těchto lůžek 54 %, kdy oproti roku 2010 je toto využití o 6% vyšší. Dle zkoumané sestavy zdravotnického personálu se zaměřením na lékaře a zdravotní sestry je k roku 2015 mírný pokles počtu porodních asistentek naopak gynekologů je o 653 více než v roce 2009. Počty porodů jsou mezi roky 2006 až 2016 kolísavě mezi 106 000 a 119 tisíci. Porody císařským řezem jsou méně četné než vaginální porody, kdy jejich část se pohybuje mezi roky 2013 až 2015 pouze okolo 25 %. Tímto je vyvráceno, že porody císařským řezem nejsou čím dál více upřednostňované nad vaginálními porody, a dokonce i ze 41 % jsou porody císařským řezem neplánovaně uskutečněny kvůli komplikacím při vaginálním porodu. Celkově porody zaujímají mezi roky 2010 až 2016 kolem 1,7% část nákladů na lůžkovou péči za VZP ČR.

Při porovnání nákladů a příjmů nemocnic typu B, je model nákladovosti vybraných výkonů přinášející zisk v případě porodů. U ostatních oborů tento model ukázal, že náklady jak u konkrétní nemocnice, tak i v případě průměru všech nemocnic typu B, generují převážně ztrátu a proto, pokud by došlo na doporučení managementu zkoumané konkrétní anonymizované nemocnice, pak doporučení by znělo rozvíjet porodnictví.

To znamená zvýšit počty porodů tak, aby dosáhli většího zisku pro pokrytí ztráty u ostatních oborů anebo pro vlastní zisk a rozvoj nemocnice. Pro rozvoj nemocnice mohou získané prostředky zaměřit právě na oddělení gynekologie, díky čemuž by více toto oddělení zatraktivňovali pro budoucí rodičky a tím získali více pacientek a i zvýšili počet porodů.

7 Seznam použitých zdrojů

Seznam literatury

ACKERKNECHT, Erwin H. A Short History of Medicine. 4. Maryland: Johns Hopkins University Press, 1982. ISBN 0-8018-2726-4.

ARNOLDOVÁ, Anna. Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení. Praha: Grada, 2012. Aktuální legislativa. ISBN 978-80-247-3724-9.

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

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. Ošetrovatelská péče 2. díl: Pro obor ošetrovatel. Praha: Granada, 2016. ISBN 9788024753348.

BURCI, Gian Luca a Claude-Henri VIGNES. World Health Organization. New York: Kluwer Law International, 2004. ISBN 90-411-22737.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČEVELA, Rostislav. Sociální a posudkové lékařství. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2938-4.

DRBAL, Ctibor. Česká zdravotní politika a její východiska. Praha: Galén 1.vyd. 2005. ISBN 80-7262-340-0

DOHNAL, František. Studijní texty k dějinám farmacie. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2608-6.

DURDISOVÁ, Jaroslava, Ekonomika Zdraví. Praha: Oeconomica 1.vyd. 2005. ISBN 80-245-0998-9.

EZ Centrum. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 2014. Olomouc: Garamon s.r.o., 2014. ISBN 978-80-905236-1-6.

GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví. Praha: Computer Press, 2003. ISBN 978-80-7226-996-9.

GLADKIJ, Ivan a Ladislav STRNAD. Zdravotní politika – zdraví - zdravotnictví. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 80-244-0500-8.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH, Karel MARŠÁL a a kol. Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání. 3. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

JANEČKOVÁ, Hana. Úvod do veřejného zdravotnictví. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.

JAROŠOVÁ, Darja a Ilona PLEVOVÁ. Management v ošetrovatelství: studijní opora. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-304-0.

JONSEN, Albert R. A short history of medical ethics. New York: Oxford University Press, c2000, xi, 153 s. ISBN 01-951-3455-9.

KOŽENÝ, Pavel. Klasifikační systém DRG: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2701-1.

KUPKA, Martin. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

MAAYTOVÁ, Alena. Veřejné finance. Praha: VŠEM, 2012. ISBN 978-80-86730-90-5.

MAREK, Josef. Farmakoterapie vnitřních nemocí. 4., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4726-397.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259

Mgr. Martin Kupka Ph.D. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4250-0.

NĚMEC, Jiří. Principy zdravotního pojištění. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1.

O'CONNOR Margaret Paliativní péče: pro sestry všech oborů. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.

OCHRANA, František, Jan PAVEL, Leoš VÍTEK a kolektiv. Veřejný sektor a veřejné finance. Praha: Grada, 2010. ISBN 987-80-247-3228-2.

PERCIVAL, Thomas. Medical Ethics. 2. United Kingdom: Cambridge University Press, 2014. ISBN 978-1-108-06722-5.

Petr Tomáš, Marková Eva, kolektiv. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

Plinio Prioreschi. A History of Medicine: Roman medicine. Omaha: Horatius Press, 2001. ISBN 1-888456-03-5.

ROSEN, George.. A History of Public Health. 3. New York: Johns Hopkins University Press, 2015. ISBN 978-1-4214-1601-4.

Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami: aktualizované znění .. Olomouc: EZ Centrum s.r.o., 2014. ISBN 978-80-905236-1-6.

STABIŇSKA, Jadwiga. Svatá Hedvika z Anjou: královna a patronka Polska. Vyd. 1. Olomouc: Refugium Velehrad-Roma, 2014, 191 s. Prameny spirituality. ISBN 978-80-7412-158-6.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0062-0.

Tomáš Raiter, Dita Stejskalová. Strategický marketing zdravotnických zařízení. Praha: Professional Publishing, 2005. ISBN 978-80-864-197-32

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ: Instrukční příručka. Praha: World Health Organization, Geneva, 1993, Czech Edition , Praha, 1996, 1996. ISBN 80-901856-4-9.

VANČUROVÁ, Alena a Lenka LÁCHOVÁ. Daňový systém ČR 2014. 12. Praha: VOX, 2014. ISBN 978-80-874-8023-6.

VILÁŠEK, Josef, Miloš FIALA a David VONDRÁŠEK. Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století. str.120, Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2477-8.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ. Paliativní medicína, druhé přepracované a doplněné vydání. 2. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-0279-7.

WUJASTYK, Dominik. Mathematics and medicine in Sanskrit. Helsinki: Motilal Banarsidass Publishers, 2009. ISBN 978-81-208-3246-6.

Zdravotnická statistika: Rodička a novorozenec 2014-2015. Praha: ÚZIS, 2017. ISBN 978-80-7472-160-1. ISSN 1213-2683.

Zákony a vyhlášky evidované v České republice

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY. O veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (48/1997 Sb.) - seznam odstavců. In: . Praha, 1997, 01.04.1997, 48/1997 Sb.

Úhradové vyhlášky MZ: č.187/2000Sb., č.487/2000 Sb., č.211/2001 Sb., č.251/2002 Sb., č.50/2005 Sb., č.550/2005 Sb., č.101/2006 Sb., č.619/2006 Sb., č.383/2007 Sb., č.464/2008 Sb., č.471/2009 Sb., č.396/2010 Sb., č.46/2011 Sb., č.425/2011 Sb

Vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: 258/1992 Sb.. Česká republika, 1992, číslo 55 (1. 6. 1992).

Zdravotnická statistika. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1994. ISBN 1211-0515.

Interní směrnice pojišťovny

VZP ČR. Interní směrnice VZP: Úhrada za ošetřovací dny. Praha, 2012.

VZP ČR. Interní směrnice: Úhrady OD. 2. Praha, 2012.

VZP ČR: Interní reporty směrnice VZP: lůžkové fondy. Praha, 2017

VZP ČR: Interní směrnice VZP: Pravidla lůžkové zdravotní péče. Praha, 2016

VZP ČR. Nepřímé financování zdravotní péče: interní dokument. Praha, 2013

VZP ČR: Představení VZP. Wwww.vzp.cz [online]. 2015 [cit. 2015-08-03].

Elektronické zdroje

Česká průmyslová pojišťovna. Zdravotně pojistný plán na rok 2016 [online]. , 62 [cit. 2016-10-16]. Dostupné z: http://www.cpzp.cz/doc/ZPP_2016.pdf

doc. PhD r. Darja JAROŠOVÁ , Ph.D . Organizace a řízení zdravotnictví: Český systém zdravotnictví[online].In:. 2007 [cit. 2016-10-10]. Dostupné z: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-MCzTs2VCikJ:www.primat.cz/moje-materialy/detail/151243%3FseoId%3Doslif%26do%3Ddownload+%&cd=2&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>

DRG: Co je DRG? Národní referenční centrum [online]. Praha, 2008 [cit. 2015-12-29]. Dostupné z: <http://www.nrc.cz/cinnosti/drg/co-je-drg/drg-pro-laiky>

Financování zdravotnictví [online]. In: . 2008, s. 18 [cit. 2015-12-30]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1456/jaro2006/CN../financovani_zdravotnictvi.pdf

Ing. Petr Mašek, (Bc. Martin Mejzr-revize 2014). Metodika přiřazení RV k případu hospitalizace 012[online]. 2014(2), 6 [cit. 2016-09-04]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicke-materialy-pro-rok_2418_1058_3.html

KABÁTEK, Zdeněk. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. ZDRAVOTNĚ POJISTNÝ PLÁN VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČESKÉ REPUBLIKY PRO ROK 2015. In: [Http://docplayer.cz/](http://docplayer.cz/) [online]. Praha, 2014 [cit. 2016-10-10]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/4890322-Zdravotne-pojistny-plan-vseobecne-zdravotni-pojistovny-ceske-republiky-pro-rok-2015.html>

KASALOVÁ-DAŇKOVÁ, Šárka. Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR. In: ÚZIS ČR [online]. [cit. 2015-08-03]. ISBN 978-80-7280-900-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. MZCR [online]. Praha, 2015 [cit. 2015-12-22]. Dostupné z:

file:///C:/Users/Tom%C3%A1%C5%A1/Downloads/Vypracov%C3%A1n%C3%AD_pravidel_pro_tvorbu_metodik_pro_jednotliv%C3%A9_druhy_zdravotn%C3%ADch_sluc%C5%BEeb.pdf

Ministerstvo zdravotnictví ČR. Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. Praha, 2017 [cit. 2017-09-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/grouper-a-definicni-manual-pro-rok-2017_12857_1068_3.html

Ministerstvo zdravotnictví: Ošetřovací dny [online]. Praha, 1998 [cit. 2016-10-16]. Dostupné z: www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=6930&typ..5.%20Osetrovaci%20dny

MUDr. Petr Tůma, Ing. Pavel Kožený, Ph.D. Co se změnilo po zavedení DRG v České republice [online]. , 4 [cit. 2016-10-14]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/15709>

MUDr. Zuzana Roithová, MBA. 134 Vyhláška Ministerstva zdravotnictví: podle § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb. [online]. Praha, 1998 [cit. 2016-10-16]. Dostupné z: <http://www.bodnik.cz/seznam/134/kap5.html>

Následná a dlouhodobá lůžková péče. VZP.cz [online]. Praha, 2015 [cit. 2015-12-30]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/zdravotnicka-zarizeni-a-specializovana-centra/nasledna-a-dlouhodobaluzkova-pece>

Pojišťovna - třetí ročník lyceum: Slovníček pojmů. Pojišťovna - třetí ročník lyceum [online]. 2011 [cit. 2016-09-04]. Dostupné z: <http://moodle.zshk.cz/mod/page/view.php?id=3026>

Porodní dům U Čápa: Ceník. Porodní dům U čápa, o.p.s. [online]. Praha [cit. 2017-11-14]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/PDS/Cenik.html>

Radka Sedřová. KOMPARACE SYSTÉMŮ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR A VYBRANÝCH ZEMÍCH EU[online]. Brno, 2006 [cit. 2016-10-10]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1451/podzim2013/bp1167/um/CR_FINACOVANI/ZS_scan_orig.pdf. Masarykova univerzita.

Sbírka zákonů České republiky. In: . Praha: MV ČR, 2009, ročník 2009, Vydání 151–156.

UZIS: Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. 2013, 2013(9) [cit. 2017-09-28].

Ústav zdravotnických informací a statistiky [online]. Praha, 2012, 2014 [cit. 2015-12-22].

Dostupné z: www.uzis.cz

Vaginální porod [online]. Praha, 2013 [cit. 2016-11-05]. Dostupné z:

<https://www.modrykonik.cz/vaginalni-porod/>

VEPŘEK, Mudr. Pavel. Jak se vyvíjelo a jak funguje financování zdravotnictví. In:

Medical Tribune [online]. 2010 [cit. 2015-12-30]. Dostupné z:

[http://www.tribune.cz/clanek/18074-jak-se-vyvijelo-a-jak-funguje-financovani-](http://www.tribune.cz/clanek/18074-jak-se-vyvijelo-a-jak-funguje-financovani-zdravotnictvi)

[zdravotnictvi](http://www.tribune.cz/clanek/18074-jak-se-vyvijelo-a-jak-funguje-financovani-zdravotnictvi)

Výroční zpráva VZP ČR. VZP ČR [online]. [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

<http://www.vzp.cz/uploads/document/vyrocnizprava-2014-web.pdf>

8 Přílohy

Příloha 1

Seznam nemocnic (128 nemocnic) použitých pro výpočty typu B, VZP ČR(2016):
Nem.Mil.sester sv.K.Boromej.v Praze, Nemocnice Na Františku, Revmatologický ústav, OB klinika a.s., Ústav pro péči o matku a dítě, VS ČR - VV Praha Pankrác – NsP, MEDITERRA s.r.o., Národní ústav duševního zdraví, KARDIOLOGIE NA BULOVICE, s.r.o., ORTO - REHA, s.r.o., GynCentrum, spol.s r.o., Centrum léčby pohybového aparátu, s.r.o., Vršovická zdravotní a.s., Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., JESSENIA a.s. - Rehabilitační Nem.Beroun, NH Hospital a.s. - Nemocnice Hořovice, Oblastní nemocnice Kladno, a.s., Nemocnice Slaný, Oblastní nemocnice Kolín, a.s., Městská nemocnice Čáslav, Nemocnice Mělník, Nemocnice Neratovice, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a. s., Klinika Dr. Pírka s. r. o., Nemocnice Nymburk s.r.o., Městská nemocnice Městec Králové a.s., PP Hospitals, s.r.o., Nemocnice Říčany, a.s., Nemocnice Na Pleši s.r.o., MEDITERRA - Sedlčany, s.r.o., Oblastní nemocnice Příbram, a.s., Masarykova nemocnice v Rakovníku, Nemocnice Český Krumlov, a.s., Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., Nemocnice Pelhřimov, příspěvková org., Nemocnice Písek, a.s., Nemocnice Prachatice, a.s., Nemocnice Strakonice, a.s., Nemocnice Tábor, a.s., Domažlická nemocnice, a.s., Karlovarská krajská nemocnice a.s., NEMOS PLUS s.r.o., Karlovarská krajská nemocnice a.s.-Cheb, Klatovská nemocnice, a.s., Nemocnice Sušice obecně prospěšná společnost. PRIVAMED a.s., Mulačova nemocnice s. r. o., Nemocnice u Sv. Jiří s. r. o., Stodská nemocnice, a.s., Rokycanská nemocnice, a.s., NEMOS SOKOLOV s.r.o., Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s., Krajská zdravotní, a.s.-Nemoc.Děčín, o.z., Lužická nem. a polikl., a.s. – nemocnice, Krajská zdravotní, a.s.-Nem.Chomutov, o.z., Nemocnice Kadaň, s.r.o., Nemocnice Jablonec n. N., p.o., Nemocnice Tanvald s. r. o., NEMOCNICE FRÝDLANT s.r.o., Městská nemocnice v Litoměřicích, Podřipská nemocnice s polikl. s.r.o., Nemocnice Žatec, o.p.s., Krajská zdravotní, a.s.-Nemoc.Most, o.z., Krajská zdravotní, a.s.-Nemocnice Teplice, VITA, s.r.o. - Městská nemocnice Duchcov, Nemocnice Havlíčkův Brod, přísp. org., První privátní chirurgické centrum s.r.o., Nemocnice Pk, a.s. – Chrudim, Oblastní nemocnice Jičín a.s., Oblastní nemocnice Náchod, a.s., Nemocnice Pk, a.s. – Pardubice, Nemocnice s poliklinikou v Semilech, Masarykova Městská nemocnice v Jemnici, Krajská nemocnice Liberec, a.s. – Turnov, Ústav chirurgie ruky a plast. Chirurgie, Nemocnice Pk, a.s. – Svitavy, Nemocnice Pk, a.s. – Litomyšl, Oblastní

nemocnice Trutnov, a.s., Městská nemocnice, a.s., Česko-německá horská nem.Krkonoše s.r.o., Nemocnice Pk, a.s. - Ústí nad Orlicí, Nemocnice Blansko, Nemocnice Boskovice s.r.o., Vojenská nemocnice Brno, Vězeňská služba, ČR Vazební věznice ÚVZD, Nemocnice Milosrdných bratří, SurGal Clinic s.r.o., Úrazová nemocnice v Brně, Nemocnice Ivančice, příspěvková organiz., Nemocnice Tišnov, příspěvková organizace, Nemocnice Břeclav, příspěvková organizace, Městská nemocnice Hustopeče, Nemocnice TGM Hodonín, příspěvková org., Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace, Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, Kroměřížská nemocnice a.s., Středomoravská nemocniční a.s., Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace, Uherskohradištská nemocnice a.s., Nemocnice Vyškov, příspěvková organizace, Nemocnice ATLAS, a.s., Nemocnice Znojmo, příspěvková organizace, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o., Nemocnice sv. Zdislavy, a. s., Podhorská nemocnice, a. s., SZZ Krnov, příspěvková organizace, Nemocnice ve Frýdku-Místku, přísl. organ., Nemocnice Třinec, příspěvková organizace, Nemocnice Podlesí a.s., CNS – Centrum Třinec s.r.o., Nemocnice s poliklinikou Karviná – Ráj, Bohumínská městská nemocnice, a.s., Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o., Karvinská hornická nemocnice a.s., Nemocnice Český Těšín a.s., Nemocnice Nový Jičín a.s., Městská nemocnice v Odrách, p.o., Bílovecká nemocnice, a.s., Vojenská nemocnice Olomouc, Slezská nemocnice v Opavě, příspěv. org., Městská nemocnice Ostrava, Vítkovická nemocnice a.s., Nemocnice Hranice a.s., Šumperská nemocnice a. s., Vsetínská nemocnice a.s., Nemocnice Valašské Meziříčí a.s., ORTHES, spol. s r.o., JESENICKÁ NEMOCNICE, spol. s r.o.