

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**



## **MASTER OF BUSINESS ADMINISTRATION**

**Vysoká škola ekonomie a managementu**

info@vsem.cz / www.vsem.cz

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

## NÁZEV DIPLOMOVÉ PRÁCE/TITLE OF THESIS

Komparace financování zdravotní péče v letech 2013-2014

## TERMÍN UKONČENÍ STUDIA A OBHAJOBA (MĚSÍC/ROK)

říjen/2015

## JMÉNO A PŘÍJMENÍ / STUDIJNÍ SKUPINA

Ing. Bc. Eva Vavřinová / MBA 32

## JMÉNO VEDOUCÍHO DIPLOMOVÉ PRÁCE

Doc. Ing. Stanislav Klazar, Ph. D.

## PROHLÁŠENÍ STUDENTA

Odevzdáním této práce prohlašuji, že jsem zadanou diplomovou práci na uvedené téma vypracovala samostatně a že jsem ke zpracování této diplomové práce použila pouze literární prameny v práci uvedené. Jsem si vědoma skutečnosti, že tato práce bude v souladu s § 47b zák. o vysokých školách zveřejněna, a souhlasím s tím, aby k takovému zveřejnění bez ohledu na výsledek obhajoby práce došlo. Prohlašuji, že informace, které jsem v práci užila, pocházejí z legálních zdrojů, tj. že zejména nejde o předmět státního, služebního či obchodního tajemství či o jiné důvěrné informace, k jejichž použití v práci, popř. k jejich následné publikaci v souvislosti s předpokládanou veřejnou prezentací práce, nemám potřebné oprávnění.

Datum a místo: 10. 8. 2015 Pardubice

## PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych tímto poděkovala vedoucímu diplomové práce, za metodické vedení a odborné konzultace, které mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

## SOUHRN

### 1. Cíl práce:

Cílem této práce je komparace úhradových vyhlášek upravujících financování zdravotní péče v České republice pro roky 2013 a 2014. Na základě provedeného výzkumu je cílem práce nalezení odpovědi na hlavní výzkumnou otázku, zda je pro poskytovatele zdravotních služeb z hlediska ekonomického výhodnější úhradová vyhláška pro rok 2014. Dílčím cílem bylo nalezení takových vstupních parametrů, které by jednotlivým poskytovatelům zajistily minimálně stejnou výši úhrady jako v referenčním období.

### 2. Výzkumné metody:

- a) komparace
- b) modelace

### 3. Výsledky výzkumu/práce:

Na základě provedených modelací a následné komparace bylo zjištěno, že pro většinu poskytovatelů je vyhláška pro rok 2014 ekonomicky výhodnější. Z celkového počtu 27 835 komparovaných poskytovatelů je ekonomická výhoda dosažena u 67,8 %. Bylo zjištěno, že jako obecný princip pro dosažení minimálně stejné úhrady jako v referenčním období je vhodná varianta shodné průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce ve sledovaných obdobích.

### 4. Závěry a doporučení:

Doporučení byla vytvořena pro poskytovatele zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny a tvůrce úhradové vyhlášky. Provedená komparace může mít pro tyto skupiny velký význam jako argumentační podpora při vzájemných jednáních. Dále přináší bližší pohled na provázanost celého systému financování zdravotní péče v ČR a současně nabízí i určitá řešení, jakým způsobem mohou být modifikovány parametry v následujících obdobích. Důraz je zde kladen především na předvídatelnost způsobu výpočtu a díky tomu také potlačení snahy deformovat data.

## KLÍČOVÁ SLOVA

Zdravotní péče, úhradová vyhláška, poskytovatelé zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny, systémy financování zdravotní péče, unikátní ošetřený pojištěnec, hodnota bodu.

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

## SUMMARY

### 1. Main objective:

The main aim of this study is to compare reimbursement ordinances governing the financing of health care in the Czech Republic for the years 2013 and 2014. The main aim (on the basis of research work) is to answer the key question of whether for the providers of healthcare services in economic terms is more favorable reimbursement ordinance for the year, 2014. A secondary aim was to find those input parameters that guarantee to individual providers at least the same amount as payment in the reference period.

### 2. Research methods:

- a) comparison
- b) modeling

### 3. Result of research:

Based on the modeling and subsequent comparison, it was found that for most providers is the reimbursement ordinance for the year 2014 economically. Of the 27,835 these compares providers the economic advantage is reached at 67.8%. It was found that as a general principle to achieve at least the same payment as the reference period is the most suitable form of the same average payment per unique treated insured in the given time periods.

### 4. Conclusions and recommendation:

The recommendations were developed for healthcare providers, health insurance companies and creator of reimbursement regulations. The comparison can be of great importance to these groups as argumentative support for mutual negotiations. It also brings closer look at the coherence of the whole system of health care financing in the Czech Republic and also offers some solutions how can be modified parameters in subsequent periods. Emphasis is put on the predictability and thus also suppressing efforts to distort data.

## KEYWORDS

Health care, reimbursement ordinance, providers of healthcare services, healthcare insurance companies, system of health care financing, unique treated insured, value of the item.

## JEL CLASSIFICATION

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Vysoká škola ekonomie a managementu  
Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:	Eva Vavřinová
Studijní program:	Master of Business Administration (MBA)
Studijní obor:	Master of Business Administration
Studijní skupina:	MBA 32
Název DP:	Komparace financování zdravotní péče v letech 2013-2014
Zásady pro vypracování (stručná osnova práce):	1 Úvod 2 Cíl a metodika 3 Literární rešerše 3.1 Způsob financování zdravotní péče v ČR 3.2 Legislativní a ekonomické souvislosti financování zdr. péče 3.3. Úhradové vyhlášky 2013, 2014 a jejich parametry 4 Analytická / praktická část 4.1 Modelace dopadů financování v jednotlivých segmentech 4.2 Komparace výsledků modelací roku 2013 a 2014 5 Doporučení 6 Závěr
Seznam literatury: (alespoň 4 zdroje)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vyhláška č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013. In: Sběrka zákonů. 31. 12. 2012. ISSN 1211-1244.</li><li>• Vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013. In: Sběrka zákonů. 23. 12. 2013. ISSN 1211-1244.</li><li>• ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. <i>Ekonomika zdravotnictví</i>. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005.</li><li>• OECD. Health care policies Available at SSRN: <a href="http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm">http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm</a>.</li></ul>
Harmonogram	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zpracování cílů a metodiky do 30. 04.2015</li><li>• Zpracování teoretické části do 31. 05.2015</li><li>• Zpracování analytické části do 01. 08.2015</li><li>• Finální verze 01. 09. 2015</li></ul>
Vedoucí práce:	Doc. Ing. Stanislav Klazar, Ph.D.

Prof. Ing. Milan Žák, CSc.  
rektor

V Praze dne 8.7.2015 (15. 1. 2015)

Prof. Ing.  
Milan  
Žák CSc.

Digitálně podepsal Prof. Ing. Milan Žák CSc.  
DN: c=CZ, cn=Prof. Ing. Milan Žák CSc., o=Vysoká škola ekonomie a managementu, s.p.a., stle=řřřřřř, serialNumber=ICA-10940169, serialNumber=DCCZ  
113308764  
Datum: 2015.07.08 15:51:32 +0200

Vysoká škola ekonomie a managementu  
info@vsem.cz / www.vsem.cz

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

## Obsah:

1 Úvod	str. 11
2 Cíle a metodika	str. 13
2.1 Definování cílů	str. 13
2.2 Metodika zpracování dat	str. 14
2.2.1 Výběr výzkumné metody	str. 14
2.2.2 Metodika – popis postupu zpracování	str. 14
3 Teoretická část	str. 16
3.1 Zdravotnictví ve vztahu k ekonomické teorii	str. 16
3.2 Způsob financování zdravotní péče v ČR	str. 17
3.2.1 Zákon o veřejném zdravotním pojištění	str. 17
3.2.2 Zákon o pojistném na veřejné zdravotní pojištění	str. 18
3.2.3 Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR	str. 19
3.2.4 Zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších ZP	str. 20
3.2.5 Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami	str. 20
3.2.6 Schématický model veřejného zdravotního pojištění v ČR	str. 21
3.3 Systémy zdravotní péče ve světě	str. 22
3.3.1 Model s více zdravotními pojišťovnami	str. 22
3.3.2 Model s jednou zdravotní pojišťovnou	str. 22
3.3.3 Tržní model	str. 23
3.3.4 Státní model (Semaškův)	str. 23
3.4 Úhradové vyhlášky 2013, 2014 a jejich parametry	str. 23
3.4.1 Parametry vyhlášky č. 475/2012 Sb.	str. 24
3.4.2 Parametry vyhlášky č. 428/2013 Sb.	str. 28
3.5 Ústavní soud – nález k úhradové vyhlášce 2013	str. 31
4 Analytická část	str. 33
4.1 Poskytovatelé akutní lůžkové péče	str. 33
4.2 Poskytovatelé následné lůžkové péče	str. 35
4.3 Praktičtí lékaři	str. 38

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

4.4 Ambulantní specializovaná péče	str. 38
4.4.1 Ambulantní specializovaná péče s výkonovou úhradou	str. 38
4.4.2 Ambulantní specializovaná péče s úhradou dle výpočetního vzorce	str. 39
4.5 Gynekologická péče	str. 51
4.6 Poskytovatelé domácí péče	str. 59
4.7 Ostatní poskytovatelé hrazených služeb	str. 65
4.8 Shrnutí analytické části	str. 66
5 Doporučení	str. 68
6 Závěr	str. 70
Literatura	str. 72

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

## Seznam zkratek:

CM	Case mix
ČR	Česká republika
DRG	Diagnosis Related Group
DVO	Dílčí výzkumná otázka
HB	Hodnota bodu
HC	Home care (domácí péče)
HDP	Hrubý domácí produkt
HVO	Hlavní výzkumná otázka
ICB	Individuální cena bodu
IPU	Individuální paušální úhrada
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NASKL	Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře
OD	Ošetřovací den
OLÚ	Odborný léčebný ústav
PSOD	Paušální sazba za ošetřovací den
SHB	Sestupná hodnota bodu
SUKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SZV	Seznam zdravotních výkonů
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
UOP	Unikátní ošetřený pojištěnec
ÚS	Ústavní soud
ZP	Zdravotní pojišťovna (pojišťovny)



# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

## Seznam tabulek:

Tabulka 1 Výpočet referenčních bodů	str. 24
Tabulka 2 Hodnoty bodu v závislosti na certifikaci	str. 27
Tabulka 3 Stanovení hodnot PSOD v letech 2011 – 2014	str. 35
Tabulka 4 Komparace úhrad poskytovatelů následné lůžkové péče	str. 36
Tabulka 5 Komparace úhrad – pro OD 00026	str. 36
Tabulka 6 Komparace úhrad pro OD 00027 - 00029	str. 37
Tabulka 7 Úhrada 2013 při konstantním vývoji poskytované péče	str. 40
Tabulka 8 Úhrada 2014 při konstantním vývoji poskytované péče	str. 40
Tabulka 9 Úhrada 2013 při změně par. body akt	str. 41
Tabulka 10 Úhrada 2014 při změně par. body akt	str. 42
Tabulka 11 Úhrada 2013 při změně par. UOP akt	str. 43
Tabulka 12 Úhrada 2014 při změně par. UOP akt	str. 44
Tabulka 13 Úhrada 2013 při změně par. – přímá úměrnost	str. 46
Tabulka 14 Úhrada 2014 při změně par. – přímá úměrnost	str. 46
Tabulka 15 Úhrada 2013 při změně par. varianta A	str. 48
Tabulka 16 Úhrada 2013 při změně par. varianta B	str. 48
Tabulka 17 Úhrada 2014 při změně par. varianta A	str. 49
Tabulka 18 Úhrada 2014 při změně par. varianta B	str. 50
Tabulka 19 Gynekologie úhrada při konstantním vývoji poskytované péče	str. 52
Tabulka 20 Gynekologie úhrada při změně par. body akt 2013,2014 var. A	str. 53
Tabulka 21 Gynekologie úhrada při změně par. body akt 2014 var. B	str. 53
Tabulka 22 Gynekologie úhrada při změně par. UOP 2013, 2014 var. A	str. 54
Tabulka 23 Gynekologie úhrada při změně par. UOP 2014 var. B	str. 54
Tabulka 24 Gynekologie úhrada – přímá úměrnost 2013,2014 var. A	str. 55
Tabulka 25 Gynekologie úhrada – přímá úměrnost 2014 var. B	str. 56
Tabulka 26 Gynekologie - nepřímá úměrnost předpoklad 1	str. 57
Tabulka 27 Gynekologie - nepřímá úměrnost předpoklad 2	str. 58
Tabulka 28 HC – úhrada při konstantním vývoji parametrů	str. 60
Tabulka 29 HC – úhrada 2013 při změně par. body akt	str. 60

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Tabulka 30 HC – úhrada 2014 při změně par. body akt	str. 61
Tabulka 31 HC – úhrada 2013 při změně par. UOP akt	str. 61
Tabulka 32 HC – úhrada 2014 při změně par. UOP akt	str. 62
Tabulka 33 HC – úhrada 2013 při změně par. – přímá úměrnost	str. 62
Tabulka 34 HC – úhrada 2014 při změně par. – přímá úměrnost	str. 63
Tabulka 35 HC – úhrada 2013 při změně par. var. A, B	str. 64
Tabulka 36 HC – úhrada 2014 při změně par. var. A, B	str. 65
Tabulka 37 Souhrn odpovědí na HVO	str. 66

## Seznam grafů:

Graf 1 Komparace 2013 a 2014 při změně par. body akt	str. 42
Graf 2 Komparace 2013 a 2014 při změně par. UOP akt	str. 45
Graf 3 Komparace 2013 a 2014 při změně par. – přímá úměrnost	str. 47
Graf 4 Komparace 2013 a 2014 – varianty A, B	str. 50
Graf 5 Gynekologie – komparace variant přímé úměrnosti	str. 56

## Seznam obrázků

Obrázek 1 Ukázka zpracování výkonů v sazebníku	str. 20
Obrázek 2 Schéma veřejného zdravotního pojištění v ČR	str. 21

## 1 Úvod

Tématem diplomové práce je financování zdravotní péče v České republice. Konkrétně se jedná o způsoby financování použité v jednotlivých úhradových vyhláškách v letech 2013 - 2014. Téma financování poskytnuté zdravotní péče je ve všech zemích světa jedním z velmi diskutovaných témat, je možné ho tedy beze sporu považovat za stále aktuální. Náklady na zdravotní péči vykazují neustálý růst a v současné době dosahují v České republice více jak 200 mld. korun ročně. Zároveň v posledních několika letech proběhlo v rámci financování výše uvedené péče mnoho zásadních změn. V roce 2013 došlo k průlomovému rozhodnutí (nálezu) Ústavního soudu, který zneplatnil k 31. 12. 2014 úhradovou vyhlášku pro rok 2013. Na základě toho musely být v úhradové vyhlášce pro rok 2014 po 5 letech upraveny parametry pro výpočty úhrad jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb. Právě kvůli této významné změně byly vybrány pro komparaci financování zdravotní péče roky 2013 a 2014.

Hlavním cílem diplomové práce je provedení komparace úhradových vyhlášek platných pro rok 2013 a 2014, konkrétně se bude jednat o komparaci parametrů pro jednotlivé skupiny poskytovatelů zdravotních služeb. Práce bude zaměřena na ambulantní segment poskytovatelů. Na základě provedeného srovnání pak bude možné zodpovědět otázku, zda jsou opravdu nově nastavené parametry úhradové vyhlášky pro rok 2014 významně odlišné od parametrů, které obsahovala vyhláška pro rok 2013. Provedená komparace by tedy měla přinést odpověď na otázku, zda byly naplněny předpoklady toho, že bude nově vytvořený mechanismus úhrad zdravotní péče v ČR v souladu s jejím ústavním pořádkem. Východiskem pro výzkumnou část práce bude předpoklad, že díky nově nastaveným pravidlům došlo ke změně a výsledky vyúčtování jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb se díky nově nastaveným výpočtům změní, přičemž změna, která nastala, by měla přinést užitek (vyšší zisk) především na straně poskytovatelů hrazených služeb. Kromě hlavního cíle práce je nutné určit také symbolický popř. aplikační cíl práce. Symbolický cíl práce by měl představovat význam uvedené problematiky, tedy v tomto případě financování zdravotní péče, pro společnost. Symbolickým cílem práce je tedy přínos tématu pro českou společnost. Tím by mohl být bližší pohled na financování jednotlivých skupin poskytovatelů hrazených služeb, který by snížil asymetričnost informací mezi pojištěnci, poskytovateli a pojišťovny. K dalším cílům práce, které by měly být definovány, patří také aplikační cíl práce. Ten by měl přinést odpovědi na otázky, jak může být prakticky diplomová práce využita, pro koho by mohla být primárně určena. Aplikačním cílem práce je tedy specifikovat skupiny, které by mohly práci využít k dalším účelům. V tomto případě by těmito skupinami mohli být zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb atd. Bližší specifikace všech cílů včetně zpracování hlavních výzkumných otázek je uvedena v kapitole 2 Cíle a metodika.

Diplomová práce je logicky členěna do několika částí. Nejdříve jsou stanoveny základní a dílčí cíle práce. Současně jsou v této části stanoveny také hlavní a dílčí výzkumné otázky, na které jsou v praktické části hledány odpovědi. Zároveň s tímto je stanovena

metodika, které bude následně aplikována v praktické části práce. Teoreticko-metodologická část práce zkoumá několik základních aspektů. V úvodu je nastíněn systém financování zdravotní péče v ČR. Jsou zde představeny základní právní normy, které upravují systém financování a zároveň jsou zde představeny i základní systémy zdravotní péče ve světě. V posledních částech teoreticko-metodologické práce jsou interpretovány tzv. úhradové vyhlášky pro rok 2013 a 2014. Konkrétně se jedná o vyhlášku č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013 a vyhlášku č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014. Současně je zde také uveden nálezn Ústavního soudu ČR k vyhlášce č. 475/2012 Sb. V praktické části práce je provedena komparace výše uvedených vyhlášek. Přesný postup zpracování dat je popsán v kapitole 2 Cíle a metodika. Dalším oddílem praktické části práce jsou vyvozená doporučení, na které navazuje závěr.

## 2 Cíle a metodika

V této kapitole jsou blíže specifikovány cíle diplomové práce a zároveň nastíněny hlavní výzkumné otázky. Současně je zde popsána metodika, tedy postup zpracování práce, kde jsou blíže upřesněny jednotlivé metody, které jsou v práci použity.

### 2.1 Definování cílů

Vymezení předmětu zkoumání je dáno tématem práce, kterým je komparace financování zdravotní péče v letech 2013 a 2014. Hlavním cílem této práce je provedení této komparace. S tímto cílem úzce souvisí i hlavní výzkumná otázka práce (HVO), která je formulována následovně: „Je změna parametrů v úhradové vyhlášce pro rok 2014 obecně ekonomicky výhodnější pro poskytovatele zdravotních služeb a přináší vyšší úhradu od zdravotních pojišťoven?“ Do komparace budou vzaty jednotlivé segmenty poskytovatelů zdravotních služeb, které jsou popsány a definovány v předmětných úhradových vyhláškách v jejich přílohách. Z komparace bude vyloučen segment akutní lůžkové péče. Tento segment vzhledem ke složitým výpočtovým vzorcům, významným vazbám na předcházející období a současně také velké individualitě jednotlivých poskytovatelů nelze dostatečně zobecnit, aby z dané komparace mohly být vyvozovány obecné závěry. U tohoto segmentu nebude tedy proveden výzkum, ale bude zde provedena pouze slovní komparace parametrů úhradových vyhlášek. Mimo základního (hlavního) cíle je součástí práce také cíl dílčí, které přináší odpověď na dílčí výzkumnou otázku. Tímto dílčím cílem je najít optimální parametry pro poskytovatele zdravotních služeb, které jim zajistí minimálně stejnou výši úhrady za jimi poskytnuté hrazené služby jako v referenčním období (popř. v předcházejícím roce). Dílčí výzkumná otázka (DVO) je tedy formulována následovně: „Jaký je optimální poměr poskytnutých hrazených služeb zajišťující stejnou výši úhrady jako v referenčním období (popř. v roce předcházejícím)?“

V souvislosti se stanoveným hlavním a dílčím cílem je vytyčen také aplikační cíl práce. Aplikační cíl práce by měl, jak již bylo řečeno v úvodu, specifikovat skupiny, které by mohly využít závěry práce. První takovou skupinou by mohli být poskytovatelé hrazených služeb, kteří by výsledky komparace mohli použít jako argumentační podporu ke svým námitkám k vyúčtování poskytnutých zdravotních služeb. Zároveň by výzkum mohl být použit pro případné soudní spory k předmětnému vyúčtování. Hlavní a dílčí výzkumná otázka tento aplikační cíl podporují. Druhou skupinou, jež by mohla výsledky výzkumu použít, je příslušná zdravotní pojišťovna, která by mohla výsledky využít pro svůj prospěch. Kromě aplikačního cíle práce je nutné určit také symbolický cíl práce. Tento cíl by měl určit význam práce pro společnost, tedy dát odpověď na otázku, jak je práce pro společnost důležitá a co jí může přinést. Provedená komparace by mohla přinést cenné informace pro tvůrce úhradových vyhlášek, tj. Ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZ ČR), zda změny, které byly provedeny ve způsobu financování poskytnutých zdravotních služeb v roce 2014, byly efektivní a zda tímto krokem došlo k souladu s ústavním pořádkem ČR. Díky těmto poznatkům může

MZ ČR koncipovat a případně upravovat parametry v úhradových vyhláškách pro následující období. Druhou skupinou jsou pojištěnci, kdy práce může pomoci snížit asymetričnost informací, které o způsobu financování zdravotní péče tyto osoby mají.

## 2.2 Metodika zpracování dat

V této subkapitole je popsána zvolená metoda pro praktickou část diplomové práce a současně podrobně popsán i postup zpracování práce.

### 2.2.1 Výběr výzkumné metody

Pro řádné zpracování výzkumného šetření je nutné nejdříve zvolit výzkumnou metodu pro jeho realizaci, tedy rozhodnout, zda bude použit kvalitativní či kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkum je zaměřen především na testování hypotéz. (Disman, 2000) V tomto výzkumu existují dva postupy indukce a dedukce. Pro diplomové práce, kdy je postupováno od teoretické části, tj. obecně formulovaného problému, je vhodnější postup dedukce. Na základě těchto obecných principů jsou pak formulovány hypotézy, které jsou následně testovány a ověřuje se jejich platnost. Proti tomuto je postaven kvalitativní výzkum, který je založen na intenzivním dlouhodobějším kontaktu výzkumníka s danou problematikou a je postaven na jeho integrovaném pohledu na předmět výzkumu. (Hendl, 2005) Pro praktickou část práce byl vybrán kvantitativní výzkum. Konkrétně byla zvolena metoda srovnávání - komparace. Ke komparaci je možné přistoupit ze dvou úhlů pohledu. Prvním z nich je pohled, který zkoumá, jak se daný objekt chová v odlišných prostředích, druhý pohled zkoumá, jak se chovají různé objekty ve stejném prostředí. V této diplomové práci je pro komparaci použit první z nich. Je zkoumáno, jak se daný objekt, v tomto případě vyúčtování poskytnuté zdravotní péče jednotlivých segmentů poskytovatelů hrazených služeb, bude chovat za různých podmínek, které budou dále specifikovány. Jedná se o synchronní komparaci, kdy je zvolen konkrétní čas a předmět výzkumu je analyzován v daném stavu. (Říchová, 2005) Při zpracování komparace budou data porovnávána pomocí absolutního rozdílu. Vzhledem k tomu, že půjde i o časové srovnání, může se absolutní rozdíl nazvat i absolutním přírůstkem, který nabývá kladných nebo záporných hodnot.

### 2.2.2 Metodika – popis postupu zpracování

V praktické části práce je zpracováno srovnání úhradových vyhlášek pro období 2013 a 2014. V práci bude využita metoda modelace. Nejdříve budou zpracovány na základě parametrů a vzorců z úhradové vyhlášky modelace dopadu úhrad pro jednotlivé segmenty poskytovatelů zdravotních služeb pro rok 2013, následně bude stejným způsobem zpracován rok 2014. Všechna získaná data poté budou srovnávána. Základními parametry výzkumu jsou: počet bodů v referenčním a hodnoceném období, počet unikátních ošetřených pojištěnců v referenčním a hodnoceném období. Hodnota základního parametru počtu bodů pro segment poskytovatelů ambulantních služeb nabývá hodnoty 1 000 000 bodů a hodnota základního parametru unikátních ošetřených

pojištěnců má hodnotu 1 000. Tyto hodnoty mohou dle zkušeností autora diplomové práce odpovídat skutečným hodnotám vykazovaným poskytovateli zdravotních služeb. Jednotlivé parametry výpočtů budou proporcionálně měněny v pětiprocentních změnách. Bližší specifikace parametrů výpočtu je uvedena v praktické části práce, kde je jasně dáno, jaké parametry byly v daném výpočtu považovány za konstantní, a které z nich se měnily. V oblasti poskytovatelů lůžkové péče, jejichž úhrada poskytnutých hrazených služeb probíhá formou paušální úhrady za ošetrovací den, bude stanovena hodnota ošetrovacího dne pro kategorii pacienta 1 za rok 2011 ve výši 1 000 Kč, přičemž tato se pro každou další kategorii bude zvyšovat o 100 Kč, tj. u kategorie pacienta 5 bude hodnota 1 400 Kč. Na základě takto stanoveného základního parametru budou následně dopočteny hodnoty ošetrovacích dnů pro roky 2013 a 2014 tak, aby odpovídaly parametrům vyhlášky. Počty ošetrovacích dnů v jednotlivých kategoriích pacientů budou považovány za konstantní pro obě porovnávaná období a jejich hodnoty budou přesně vymezeny v praktické části práce.

Pro možnou další interpretaci dat a případné ověření výsledků výzkumu je také nutné dopředu stanovit, které faktory budou brány v potaz, a které faktory budou z modelace vyloučeny. Jak již bylo výše uvedeno, z komparace bude vzhledem k silným vazbám na referenční období vyloučen segment poskytovatelů akutních lůžkových služeb, neboť výsledky vzhledem k různým referenčním obdobím nelze zobecnit. Pro poskytovatele v segmentu následné lůžkové péče – léčebny dlouhodobě nemocných a odborné léčebné ústavy (dále jen „LDN“, „OLÚ“) bude stanovena hodnota paušální sazby za ošetrovací den pro jednotlivé kategorie pacientů a dále budou stanoveny také počty vykázaných ošetrovacích dnů v jednotlivých kategoriích. Kromě uvedených faktorů bude zároveň také pomínuta možnost dohody poskytovatele zdravotních služeb s příslušnou zdravotní pojišťovnou na odlišném způsobu vyúčtování poskytnutých hrazených služeb pro dané období. Tuto dohodu umožňují jak předmětné úhradové vyhlášky, tak zároveň ve vazbě na zdravotně pojistné plány jednotlivých pojišťoven i zákon č. 48/1997 Sb. To znamená, že pro výpočty budou vzaty do úvahy pouze výpočtové vzorce obsažené v předmětných vyhláškách. Dalším parametrem, který je nutné předem definovat, je parametr referenčního počtu bodů. Vzhledem k tomu, že při výpočtu referenčního počtu bodů se těmito body rozumí body přepočtené dle platného seznamu výkonů k 1. lednu běžného (hodnoceného) období, bude se pro výzkum považovat seznam výkonů za konstantní neměnnou veličinu, aby tak mohla být zachována kontinuita výpočtů. Současně také nebude předmětem práce komparace segmentů poskytovatelů mezi sebou navzájem. Vzhledem ke koncepci úhradových vyhlášek a nastavených vzorců má na celkovou úhradu jednotlivých segmentů vliv stanovená hodnota bodu. Rozdíly v úhradách mezi jednotlivými segmenty poskytovatelů hrazených služeb (především v ambulantní úhradě) jsou tedy přímo úměrné nastavené hodnotě bodu.

## 3 Teoretická část

V této části práce je postupně představen způsob financování zdravotní péče v ČR, tedy konkrétní systém, který je v rámci ČR použit. Dále jsou zde představeny systémy financování, které je možné najít v okolních zemích. Vzhledem k tomu, že je nutné zasadit zdravotní péči a její financování také do makroekonomických a dalších souvislostí, jsou zde uvedeny základní legislativní a ekonomické aspekty, které financování zdravotní péče přímo či nepřímo ovlivňují. Poslední oddíl teoretické části práce tvoří představení úhradových vyhlášek pro daná období dle jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotních služeb, včetně nálezu Ústavního soudu k úhradové vyhlášce pro rok 2013.

### 3.1 Zdravotnictví ve vztahu k ekonomické teorii

Dříve než bude představen systém financování zdravotní péče jako takový, je nutné vymezit zdravotnictví ve vztahu k ekonomické teorii a definovat, co je vlastně zdraví. V rámci teorií zdraví, zdravotnictví a zdravotnických systémů je možné nalézt nepřeberné množství definic zdraví. V následující části budou uvedeny dvě z nich. Dle jedné ze zvolených definic je zdraví zvláštní kategorií, která nemá povahu statku, není předmětem koupě nebo prodeje na trhu. (Rektořík a kol., 2007) Za zdraví je dle další definice možné považovat určitý soubor či souhrn schopností člověka, díky nimž je tento poté schopen vyrovnat se s nároky vnějšího a vnitřního prostředí, aniž by byly narušeny jeho životní funkce. (Durdisová, 2005) Dle uvedených definic nelze zdraví považovat za statek. Jak je na tom zdravotnictví? Je nutné si tedy položit otázku, zda je možné podívat se na zdravotnictví z ekonomického pohledu – jedná se v tomto případě o trh?

Z ekonomického pohledu dochází ve zdravotnictví ke klasickému střetu nabídky a poptávky. Nabídku tvoří poskytovatelé zdravotních služeb a poptávku tvoří občané, kteří jejich služby poptávají. Je nutné však také zahrnout další subjekty, které do tohoto vztahu vstupují. Prvním z nich jsou zdravotní pojišťovny a druhým je stát jako regulátor. Pro dobře fungující trh jsou dány základní podmínky, kterými jsou firmy maximalizující zisk, homogenní komodity, velké množství prodávajících, přímo platící spotřebitelé, kteří disponují dobrými informacemi. (Stiglitz, 1997) Zdravotnický trh většinu z těchto podmínek nesplňuje. Použitelnost ekonomie ke studiu zdravotní péče zkoumá Feldstein (2002). Autor se zde zabývá myšlenkou použití ekonomických kritérií pro zhodnocení zdravotnických systémů a snaží se nalézt odpověď na otázku, která kritéria by měla daná společnost použít pro splnění základních předpokladů zdravotní péče. Takový zdravotní systém, který hodnotí ekonomickou efektivnost spotřeby a produkce, bude zcela jistě záviset na volbě kritéria uspokojení preferencí pacientů jakožto spotřebitelů, stejné kritérium bude také při redistribuci služeb. Co se týká poskytování zdravotních služeb, zde bude bráno v potaz kritérium nejnižší ceny. (Feldstein, 2002) Obecně lze tedy dovést, že je možné zdravotnictví dávat do souvislostí s ekonomickou teorií, ale nelze pro něj vzhledem k jeho specifičnosti použít



všechny parametry a je zcela jistě nutná opatrnost při predikci dopadů a hodnocení výsledků.

Zdravotnictví je nedílnou součástí národního hospodářství, jehož základním makroekonomickým ukazatelem je hrubý domácí produkt (dále jen „HDP“). Jednotlivé státy jsou posuzovány dle podílu svých výdajů na zdravotnictví k HDP na jednoho obyvatele. Za dobrou úroveň jsou považovány výdaje ve výši 9%, ke kterým se ČR blíží. (Zlámal, Bellová; 2013) Vzhledem k tomu, že výše pojistného na všeobecné zdravotní pojištění je určena jako částka, kterou občané ČR odvádí daným procentem ze mzdy, je výše objemu peněz, které do zdravotnictví vstupují, přímo závislá na růstu ekonomiky. V období krize jsou příjmy pojišťoven nízké, takže může docházet k problémům s úhradou poskytnutých hrazených služeb smluvním partnerům. Naopak při příznivém vývoji ekonomiky plyne do zdravotnictví víc finančních prostředků, které mohou být použity například na specializované vysoce inovativní a účelné způsoby léčby.

## 3.2 Způsob financování zdravotní péče v ČR

Systém zdravotní péče je velmi složitý mechanismus, který je v ČR upraven několika základními právními normami, které budou v této části diplomové práce představeny. Jedná se o zákon o veřejném zdravotním pojištění, zákon o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně, zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách a vyhláška, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení platné pro rok 2013 a 2014 budou specifikovány v následující části práce.

### 3.2.1 Zákon o veřejném zdravotním pojištění

Základní legislativní úpravu tvoří zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. V tomto zákoně je upraven systém zdravotního pojištění, jsou zde uvedeny podmínky, za kterých jsou hrazeny zdravotní služby a také jejich rozsah. Skládá se celkem ze 13 částí. Základní ustanovení upravují osobní rozsah zdravotního pojištění, tj. vymezují osoby, které jsou pojištěny dle tohoto zákona. Jde o osoby, jež mají na území ČR trvalý pobyt, nebo o osoby, které jsou zaměstnány u zaměstnavatele, který má na území ČR sídlo či trvalý pobyt. Zároveň je zde upraven vznik a zánik zdravotního pojištění. V další části zákona jsou určeni plátcí pojistného, kterými jsou pojištěnci (ti jsou zde v dalších paragrafech blíže specifikováni), zaměstnavatelé a stát. Dále je zde uzákoněna povinnost platit pojistné, které lze platit pouze zdravotní pojišťovně, je zde také určena výše a způsob jeho placení. V následujících dvou oddílech jsou pravena práva a povinnosti plátců pojistného a pojištěnců. K nejdůležitější povinnosti plátců pojistného patří oznamovací povinnost (do 8 dnů od předmětné změny ve zdravotním pojištění). Oznamovací povinnost pojištěnce má stejné parametry jako u plátců. K dalším povinnostem

pojištěnce patří hradit pojistné příslušné zdravotní pojišťovně, součinnost při poskytování zdravotních služeb, prokazovat svou příslušnost k pojišťovně atd. K právům pojištěnce patří právo na výběr zdravotní pojišťovny 1x ročně vždy k 1. lednu následujícího kalendářního roku, právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb, právo na místní a časovou dostupnost těchto služeb, na poskytnutí informací atd. Jeden z oddílů specifikuje také sankce. Část specifikuje podmínky, za kterých může ukládat příslušná zdravotní pojišťovna sankce za nesplnění povinností, které jsou dány pojištěncům a plátcům. Zároveň však obsahuje specifikaci pokut, které může obdržet zdravotní pojišťovna od MZ ČR za neplnění svých povinností. Mezi tyto patří povinnost zajistit pro své pojištěnce poskytnutí hrazených služeb. Přitom je nutné, aby byla dodržena jak místní, tak časová dostupnost. Aby tuto legitimní povinnost plnila, uzavírá s poskytovateli zdravotních služeb smluvní vztahy. Přičemž zákon vymezuje situace a podmínky, pro které je a není nutné před uzavřením smluvního vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou konání výběrového řízení a kdo se tohoto řízení účastní. K právům pojišťovny je možné přiřadit právo provádět kontroly využívání a poskytování hrazených služeb.

Velmi důležitou součástí daného zákona je oddíl určující podmínky poskytování hrazených služeb. Zde jsou specifikovány podmínky, za kterých může být zdravotní péče poskytována. Je zde vyjmenována ta zdravotní péče, která je dle zákona hrazena a zároveň také ta, která hrazena být nemůže. V této části zákona je také uvedeno, jakým způsobem je péče hrazena. Je zde legitimně dáno, že Ministerstvo zdravotnictví stanovuje vyhláškou seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a zároveň je dáno, jakým způsobem jsou stanoveny hodnoty bodu a výše úhrad. Ty jsou primárně dohodovány pojišťovnami a profesními sdruženími v rámci dohodovacích řízení. V případě, že k dohodě dojde a je v souladu s platnými právními předpisy, pak znění dohody Ministerstvo zdravotnictví ČR („dále jen MZ ČR“) vydá jako vyhlášku, pokud k dohodě nedojde, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad a regulační omezení MZ ČR vyhláškou. Je zde také uzákoněna možnost dohody poskytovatele a příslušné zdravotní pojišťovny, což je však podmíněno dodržením zdravotně pojistného plánu této pojišťovny. Obecně lze poskytnuté hrazené služby dělit na část ambulantních služeb a část lůžkových služeb. Kromě poskytování hrazených služeb se zákon věnuje také regulaci cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely – oddíl pojednává o tom, jaké úkoly má v rámci zdravotního systému ČR Státní ústav pro kontrolu léčiv („dále jen SUKL“). Hlavní náplní SUKLu je registrování nových léčivých přípravků, dále stanovení jejich maximální úhrady, zveřejňování informací (např. číselníků).

### 3.2.2 Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

K dalším právním normám, kterými je upraven systém zdravotního pojištění v ČR je zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění. Zákon se skládá ze tří oddílů, kdy první z nich je dělen do 4 částí a druhý a třetí oddíl obsahují změny souvisejících zákonů a účinnost. Jak již bylo uvedeno ve větě předcházející, první oddíl je dělen na 4 části. První dvě části tvoří pojistné a penále. Je zde určena výše pojistného

na zdravotní pojištění, která v ČR představuje 13,5 % vyměřovacího základu za daný kalendářní měsíc, který představuje rozhodné období. Pojistné je nutné platit v české měně na účet zdravotní pojišťovny. Dlužné pojistné je dlužník povinen uhradit, přičemž promlčecí doba je 10 let od vzniku závazku vůči příslušné zdravotní pojišťovně (dále jen „ZP“). Výše penále je určena ve výši pěti setin procenta dlužné částky pojistného. Penále je povinna platit i ZP, pokud do určeného data nevrátila přeplatek na pojistném.

Jednou z velmi důležitých částí daného zákona je oddíl přerozdělování pojistného. Tato část obsahuje jasný popis podmínek a způsobů, za kterých je přerozdělováno pojistné ze zvláštního účtu, který byl zřízen za tímto účelem. K přerozdělení se používají nákladové skupiny pojištěnců (celkem 18 skupin po 5 letech, díky nimž se získávají nákladové indexy). Ty se stanovují jako podíl průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v dané skupině (skupina je tvořena dle věku a pohlaví) a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce, kterým je v tomto případě žena ve skupině 15-20 let, na kterou byly náklady stanoveny za kalendářní rok. Z průměrných nákladů na pojištěnce jsou přitom odečteny části vynaložených prostředků na tzv. nákladné pojištěnce. ZP jsou povinny přeplatky na vybraném pojistném odvádět na zvláštní účet, pokud naopak vybrané pojistné nedosahuje nárokované výše, pak správce účtu musí této ZP poukázat finanční prostředky rovnající se rozdílu, na který má nárok. Dále je tento účet používán k tomu, aby jednotlivým ZP byly hrazeny nákladné hrazené služby. Poslední část tvoří ustanovení společná, přechodná a závěrečná, která popisují kontrolu placení pojistného, zde se stanovuje, kdo je k této kontrole oprávněn a jakým způsobem probíhá. Dále jsou vyjmenovány ustanovení o povinné mlčenlivosti, povinnostech plátců pojistného, počítání času, doručování, vedení evidence plátců apod.

### 3.2.3 Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR

Vzhledem k tomu, že v systému veřejného zdravotního pojištění mohou dle zákona č. 48/1997 Sb. figurovat jako příjemce pojistného a zároveň plátce poskytnutých hrazených služeb svým pojištěncům pouze zdravotní pojišťovny, je nutné upravit jejich právní formu, a především jejich činnosti a hospodaření. Jedním ze dvou zákonů, které výše uvedené skutečnosti upravují je zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Na základě toho zákona je zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen „VZP ČR“) jako zvláštní právní forma zdravotní pojišťovna.

VZP ČR je právnickou osobou, vystupuje v jednáních svým jménem, nabývá práv a povinností a odpovídá za své jednání v rámci vytvořených vztahů. Hospodaří s vlastním majetkem. Příjmy pojišťovny tvoří platby pojistného, pokut, vlastní zdroje a výdaje představují platby poskytovatelům zdravotních služeb za poskytnutou zdravotní péči, ostatním ZP na základě smluv o finančním vypořádání, náklady na činnost pojišťovny. Pojišťovna musí tvořit zdravotně pojistný plán, který je ve stanovených termínech předkládám ke schvalování a kontrole Poslanecké sněmovně Parlamentu. Činnost VZP ČR podléhá kontrole MZ ČR v součinnosti s Ministerstvem financí (dále jen „MF ČR“). Kromě hospodaření je v zákoně dána také organizační

struktura pojišťovny včetně jejích orgánů, kterými jsou správní a dozorčí rada, a vymezení jejich kompetencí.

### 3.2.4 Zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

Druhým ze zákonů, který upravuje podmínky a činnosti pojišťoven v rámci veřejného zdravotního pojištění je zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Jsou zde tedy taxativně vymezeny druhy zaměstnaneckých pojišťoven. Tyto pojišťovny mohou provádět veřejné zdravotní pojištění pouze na základě povolení, o kterém rozhoduje MZ ČR po vyjádření MF ČR. V žádosti o toto povolení se subjekt zavazuje ke splnění podmínky „nepodkročitelného“ počtu pojištěnců – tj. do jednoho roku od svého založení dosáhnout minimálního počtu 100 000 pojištěnců. Zároveň je také před podáním žádosti tento subjekt povinen složit kauci ve výši 100 mil. Kč. Ostatní ustanovení tohoto zákona jsou obdobného znění jako v zákoně o VZP ČR.

### 3.2.5 Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

Jednou z nejzásadnějších právních norem v oblasti ocenění poskytnutých zdravotních služeb je vyhláška MZ ČR č. 134/1998, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Tato vyhláška obsahuje všechny výkony včetně bodových hodnot seřazených dle jednotlivých odborností a zároveň také textovou část, která poskytuje návod, pravidla a podmínky, za jakých má být poskytnutá zdravotní péče vykazována. V obecných pravidlech pro vykazování lze nalézt základní pravidla, dle kterých mohou být vykazovány dané výkony zdravotní pojišťovně, dále výklad základních pojmů jako jsou autorská odbornost, frekvenční omezení, omezení místem, kategorie výkonů či nositelé výkonů včetně indexů jednotlivých zdravotnických pracovníků. V dalších textových oddílech jsou popsány způsoby vykazování klinických vyšetření, přičemž je zde popsán i obsah, který by měl být při jejich vykazování naplněn. (SZV, 2015) Kromě těchto pravidel jsou zde i pravidla pro vykazování dalších výkonů, ošetřovacích dnů, kategorií pacienta apod.

Obrázek 1 Ukázka zpracování výkonů v sazebníku

<b>09133</b>	<b>SEDIMENTACE ERYTROCYTŮ</b> Píštěl k odběru krve. Kategorie: P – hrazen plně OF: 1/1 týden OM: A – pouze ambulantně – agregován do OD Čas výkonu: 5 Body: 12	<table border="1"><thead><tr><th>Nositel</th><th>INDX</th><th>Čas</th></tr></thead><tbody><tr><td>S2</td><td>2</td><td>5</td></tr></tbody></table> ZUM: ne ZULP: ne	Nositel	INDX	Čas	S2	2	5
Nositel	INDX	Čas						
S2	2	5						
<b>09135</b>	<b>UZ VYŠETŘENÍ POUZE JEDNOHO ORGÁNU V NĚKOLIKA ROVINÁCH</b> Při funkční diagnostice, i když se daný orgán vyšetřuje vícekrát, počítá se pouze jednou. Podmínkou výkonu je obrazová dokumentace. Výkon nelze vykázat při vyšetření prsu. Kategorie: P – hrazen plně OF: 1/1 den OM: SA – pouze na spec. prac. ambulantně – ag. do OD Čas výkonu: 15 Body: 103	<table border="1"><thead><tr><th>Nositel</th><th>INDX</th><th>Čas</th></tr></thead><tbody><tr><td>L2</td><td>2</td><td>15</td></tr></tbody></table> ZUM: ne ZULP: ne	Nositel	INDX	Čas	L2	2	15
Nositel	INDX	Čas						
L2	2	15						

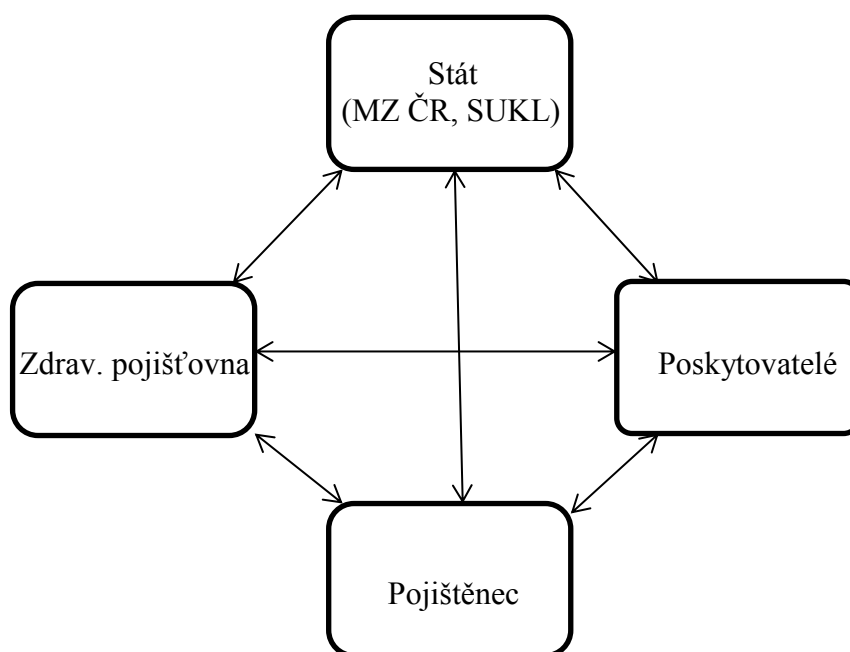
Zdroj: SZV (2015)

Vyhláška je pravidelně novelizována tak, aby v ní zařazené výkony byly v souladu s nově zavedenými postupy v oblasti léčby i v souladu s technologickým vývojem v oblasti přístrojového a technického vybavení.

### 3.2.6 Schématický model veřejného zdravotního pojištění v ČR

Pro lepší představu o skutečném fungování veřejného zdravotního pojištění v ČR je součástí teoretické části práce také jeho schématický model, který naznačuje jednotlivé souvislosti a zároveň také vazby mezi jeho účastníky. Z níže uvedeného schématu vyplývá, že základními subjekty, které do vazeb vstupují, jsou pojištěnci, poskytovatelé hrazených služeb, jednotlivé zdravotní pojišťovny a také stát (především tedy Ministerstvo zdravotnictví ČR), který zde působí v roli regulátora trhu.

Obrázek 2 Schéma veřejného zdravotního pojištění v ČR



Zdroj: vlastní zpracování

Ze schématu je patrné, že existují mezi všemi subjekty vzájemné vazby. Stát jako regulátor trhu ovlivňuje zdravotní pojišťovny (pojistné, úhrady), poskytovatele (systém vzdělávání, registrace), pojištěnce (odvody do systému zdravotního pojištění). Zdravotní pojišťovny a poskytovatelé uzavírají smlouvu o poskytování hrazených služeb, na základě které jsou vypořádávány platby za poskytnuté hrazené služby. Pojištěnci se registrují u zdravotních pojišťoven, které následně hradí za jim poskytnutou péči, a současně se registrují, popř. volí svého ošetřujícího lékaře, který jim poskytuje zdravotní služby.

## 3.3 Systémy zdravotní péče ve světě

V úvodu teoretické části byl představen systém financování zdravotní péče v rámci ČR. Vzhledem k odlišnosti ekonomických, legislativních, politických a dalších podmínek v okolních zemích, existují také odlišné způsoby financování zdravotní péče. V diplomové práci budou představeny 4 základní z nich, tak jak je uvádí Zlámal, Bellová (2013).

### 3.3.1 Model s více zdravotními pojišťovnami

Za tvůrce tohoto modelu je považován pruský kancléř Otto von Bismarck, proto se tento model také často nazývá Bismarckovský. Bismarck v roce 1883 zavedl povinné průběžně financované pojištění pro námezdní dělníky. Tento model byl pak následně rozšiřován na další skupiny osob a také se jím nechaly inspirovat další státy, jako například Rakousko – Uhersko v podobě Taafeho sociálních reforem. Jak již vyplývá ze samotného názvu modelu, je pro něj typická existence několika zdravotních pojišťoven a zdravotní pojištění je v tomto systému povinné. Typickým představitelem tohoto systému je Německo. Zlámal a Bellová uvádějí, že zde existuje sedm zdravotních pojišťoven a výše pojistného je na úrovni 13 % příjmu, o tuto částku se však rovným dílem dělí zaměstnanec a zaměstnavatel. Je zde možné také soukromé nepovinné pojištění, které má několik podob. Úhrada poskytnutých hrazených služeb je odlišná v lůžkové a specializované ambulantní péči. Lůžková péče je převážně hrazena sazbou za den, zatím co ambulantní složka úhrady je hrazena převážně výkonovým způsobem, tedy platbou za jednotlivé provedené výkony. Zajímavostí tohoto zdravotnického systému je striktní oddělení ambulantní a lůžkové péče. V nemocnicích není až na některé výjimky poskytována ambulantní péče. Tento model je s různými obměnami typický pro většinu států v Evropě – např. Rakousko, Francii, Nizozemí, Belgii, Polsko, Maďarsko, ČR apod.

### 3.3.2 Model s jednou zdravotní pojišťovnou

Typickým představitelem tohoto modelu je Velká Británie. Model bývá často spojován s ministerským předsedou Beveridgem, a také bývá nazýván jako model národní zdravotní služby National health service. (Zlámal, Bellová; 2013) V rámci modelu se díky reformě vyvinula specifická role pro praktické lékaře tzv. „gatekeeping“. Praktičtí lékaři mimo poskytování primární péče zajišťují i další péči u ambulantních specialistů, se kterými mají uzavřeny dohody o péči, na základě které jim poskytují úhradu za provedené služby z prostředků, jež dostanou za tímto účelem od britského ministerstva zdravotnictví. (Kulatý stůl, 2009) Kromě poskytnutých zdravotních služeb, kdy za hlavní pilíř jsou dle Zlámala a Bellové považováni rodinní lékaři, je ve Velké Británii kladen důraz na prevenci, která je řízena centrálně.

### 3.3.3 Tržní model

Model je typický pro USA - hlavním znakem tohoto modelu je dobrovolnost pojištění, přičemž je sjednáván předem stanovený rozsah služeb, na které má pojištěnec nárok. Vzhledem k dobrovolnosti a současně také finanční náročnosti pojištění existuje v USA velká skupina osob, která není zdravotně pojištěna. Jak uvádějí Zlámal a Bellová nepojištěných je více jak 50 miliónů lidí, což představuje asi jednu šestinu obyvatel USA. Existují zde programy pro nemajetné a seniory a invalidy – Medicare a Medicaid. Medicare je program pro seniory nad 65 let a invalidy, a je jedním z největších zdravotních programů v USA. Zahrnuje v sobě platby za nemocniční péči, ambulantní péči a léky. Program je financován na základě daně ze mzdy, která je odváděna v rámci daně na sociální zabezpečení. Pokrytí péče však není plné, např. pobyt v nemocnici se hradí pouze na 60 dní a poté max. 100 dní po ukončení hospitalizace, kdy je pacient ošetřován v domácím prostředí. Medicaid je program pro velmi chudé obyvatele – jde o více programů, které jsou spravovány jednotlivými státy, které také mají v gesci stanovování podmínek pojištění. (Fried, 2006) Program se dotýká především rodin s dětmi, které mají velmi nízké příjmy.

### 3.3.4 Státní model (Semaškův)

Dříve byl tento model typický pro země tzv. východního bloku, v současné době je tento model pouze v několika málo zemích. Typickým současným představitelem tohoto modelu je Kuba. Tento model je postaven na daňové povinnosti obyvatel a redistribuce finančních prostředků jsou realizovány pomocí státního rozpočtu.

## 3.4 Úhradové vyhlášky 2013, 2014 a jejich parametry

V této podkapitole teoretické části jsou postupně představeny parametry jednotlivých úhradových vyhlášek pro rok 2013 a 2014 dle jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotních služeb. Vzhledem k tomu, že samotný výzkum bude zahrnovat především poskytovatele ambulantních služeb, při rozboru parametrů úhradových vyhlášek bude právě těmto poskytovatelům věnován větší prostor. Nejdříve budou představeny obecné parametry shodné pro obě vyhlášky, tedy především segmenty poskytovatelů, kterých se tyto zákonné normy týkají. V úhradových vyhláškách je možné nalézt způsob úhrady pro tyto segmenty poskytovatelů:

- 1) smluvní poskytovatelé lůžkové péče
- 2) smluvní poskytovatelé zdravotních služeb v oboru praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost
- 3) smluvní poskytovatelé specializované ambulantní péče
- 4) smluvní poskytovatelé v oboru gynekologie a porodnictví
- 5) smluvní poskytovatelé vyjmenovaných odborností (tzv. komplement a radiodiagnostika)
- 6) smluvní poskytovatelé v oboru domácí péče
- 7) smluvní poskytovatelé v oboru rehabilitace

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

- 8) smluvní poskytovatelé zdravotní záchranné služby, zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a lékařské pohotovostní služby v oboru zubní lékařství
- 9) smluvní poskytovatelé lázeňské léčebné rehabilitační péče a ozdravovny

Mimo určení segmentů poskytovatelů zdravotních služeb je v obecných pravidlech úhradových vyhlášek specifikováno referenční období. Pro rok 2013 je referenčním obdobím rok 2011 a pro rok 2014 je referenčním obdobím rok 2012. Dalším obecným parametrem, který je nutné znát, je parametr hodnocené období – ten je vždy totožný s rokem, pro který je příslušná vyhlášky určena. Ve výpočtových vzorcích, které předmětné vyhlášky obsahují, se vyskytují ještě následující parametry – referenční body, unikátní pojištěnec. Referenčními body se rozumí vykázané a uznané body za referenční období, které jsou přepočtené dle aktuálního seznamu výkonů platnému k 1. lednu hodnoceného (aktuálního) období. Pro lepší názornost je příklad výpočtu referenčních (přepočtených) bodů uveden v následující tabulce.

Tabulka 1 Výpočet referenčních bodů

období	body za výkon	počet výkonů	body celkem	přepočtené body
referenční	100	10	1000	1500
aktuální	150	7	1050	1050

Zdroj: vlastní výzkum

Současné nebyly tyto body hrazeny ve snížené hodnotě bodu (pokud není u příslušného segmentu stanoveno jinak). Unikátní ošetřený pojištěnec (dále jen „UOP“) – jedná se o pojištěnce ZP, který byl v dané odbornosti minimálně jednou ošetřen a do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se zahrnuje pouze jednou za stanovené období bez ohledu na to, kolik ošetření bylo provedeno v daném období. Jednotlivé úhradové vyhlášky zároveň stanovují termíny, do kdy musí být vyúčtování za předmětné období provedeno (týká se poskytovatelů, kteří nemají výkonový způsob úhrady či kapitační platbu). U poskytovatelů akutní lůžkové péče je dán termín do 180 dní po skončení hodnoceného období, u ostatních poskytovatelů zdravotních služeb je to do 120 dní.

### 3.4.1 Parametry vyhlášky č. 475/2012 Sb.

V úvodu této části práce byly představeny obecné parametry a segmenty, kterých se vybrané úhradové vyhlášky týkají. Dále již budou blíže specifikovány výpočty úhrad jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotních služeb dle vyhlášky č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013.

**Poskytovatelé akutní lůžkové péče (nemocnice)** – úhrada pro tento typ poskytovatelů je složena z několika částí. Celková úhrada v sobě zahrnuje složky: individuálně sjednanou složku úhrady, úhradu formou případového paušálu, úhradu vyčleněnou z úhrady formou případového paušálu a ambulantní složku úhrady. Do individuálně



sjednané složky úhrady se zahrnuje úhrada za tzv. centrová léčiva u poskytovatelů, kteří mají se ZP sjednanu zvláštní smlouvu, dále za kardiostimulátory a kardiovertery, vybrané skupiny totálních endoprotéz. Druhou součástí celkové úhrady je úhrada formou případového paušálu (tzv. alfa). Ta se vypočítá jako součin redukovaného case mixu (dále jen „CM“) a základní sazby. Přičemž redukovaný CM je podmíněn funkcí minima a vychází buď z CM případů referenčního roku nebo aktuálního období. Základní sazba zase vychází z individuální základní sazby daného poskytovatele, která má vazbu na úhradu v referenčním období. Třetí složkou úhrady je úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu tzv. gamma a beta, která je stanovena přes individuální cenu bodu (dále jen „ICB“), která je do stanoveného limitu úhrady násobena koeficientem 1,05 v případě gamma a 1,07 v případě beta. Poslední složku úhrady tvoří ambulantní složka úhrady. Ta je stanovena dle stejných parametrů, které mají dané segmenty ambulantních poskytovatelů v předmětné vyhlášce. Celkový objem ambulantní složky hrady je však limitován a to konkrétně ve výši celkové úhrady ambulantní složky v referenčním období, která je násobena koeficientem 1,01 a současně koeficientem přechodu pojištěnců, který je dán pro každý kraj ČR. Kromě celkové úhrady stanovuje vyhláška také regulační omezení. Pro poskytovatele akutních lůžkových služeb se jedná o dva typy regulací. První je omezení na úhradu formou případového paušálu – obecně řečeno se jedná o revize DRG bází a druhé je omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky.

**Poskytovatelé následné lůžkové péče** - jedná se o léčebny dlouhodobě nemocných, odborné léčebné a rehabilitační ústavy, psychiatrické léčebné ústavy apod. – pro tyto poskytovatele je vyhláškou dána úhrada formou paušální sazby za jeden den hospitalizace (dále jen „PSOD“). Výše úhrady pro jednotlivé typy ošetřovacích dnů a jednotlivé kategorie pacientů je stanovena z referenčního období, konkrétně ve výši 100% hodnoty dané PSOD.

**Poskytovatelé zvláštní lůžkové péče** – jedná se o poskytovatele hospicového typu a poskytovatele zdravotně sociálních služeb (domovy pro seniory). Pro poskytovatele hospicového typu je úhrada stanovena ve výši 0,90 Kč za bod. Úhrada je výkonová dle vykázané a pojišťovnou uznané péče. Poskytovatelé zdravotně sociálních služeb mají základní hodnotu bodu ve stejné výši, tedy 0,90 Kč. Tato hodnota se však hraje pouze do meze objemu péče, který je spočten jako součin počtu bodů vykázaných a uznaných v referenčním období a podílu počtu unikátních ošetřených pojištěnců v hodnoceném období k počtu unikátních ošetřených pojištěnců v referenčním období. Nad tuto vypočtenou mez jsou vykázané a uznané body hrazeny se sníženou hodnotou bodu ve výši 0,40 Kč.

**Segment poskytovatelů praktického lékařství pro dospělé a praktického lékařství pro děti a dorost** – v tomto segmentu je úhrada ve většině případů stanovena formou kombinované kapitačně výkonové platby. Kapitační platba – česky řečeno „platba na hlavu“. Skládá se ze základní kapitační platby, která se pohybuje v rozmezí 47 Kč až 50 Kč na kalendářní měsíc – v závislosti na tom, zda jde o odbornost 001 (praktický lékař pro dospělé) nebo odbornost 002 (praktický lékař pro děti a dorost) a zároveň také

na dalších parametrech, kterými jsou počet pracovních dní týdně, počet pracovních hodin týdně, dostupnost ordinační doby min. do 18 hodin a možnost objednání pacientů. Tato základní kapitační platba je poté násobena přepočteným počtem pojištěnců. Přepočtený počet pojištěnců je veličina, která vychází ze spektra zaregistrovaných pojištěnců u daného poskytovatele – praktického lékaře u příslušné ZP a indexů věkových skupin. Vyhláškou je každý pojištěnec dle svého věku zařazen do určité skupiny, které je přiřazen index vyjadřující poměr nákladů na pojištěnce dané věkové skupiny k vybrané věkové skupině (skupině 15-19 let). Přepočtený počet pojištěnců se tedy zjistí součtem součinů počtu pojištěnců v jednotlivých věkových skupinách a indexů. Mimo kapitační platby se hradí také výkony, které nejsou zahrnuty do kapitační platby v případě, že jsou poskytovatelem vykázány a ZP uznány. Hodnoty bodu se pro tyto výkony pohybují od 0,90 Kč za bod pro výkony dopravy a návštěvní službu až po 1,08 popř. 1,10 Kč za výkony očkování. Mimo kombinované kapitační platby existuje ještě kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace (pro lékaře, kteří mají přepočtený počet pojištěnců nižší než 70 % celostátního průměrného počtu, přičemž dorovnání může být poskytnuto do 90 % celostátního průměrného počtu. Regulační omezení se vztahují na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech včetně odbornosti 902 (fyzioterapie).

**Poskytovatelé specializované ambulantní péče** – většina poskytovatelů je hrazena se základní hodnotou bodu 1,02 Kč do meze objemu péče, který se vypočte jako součin počtu bodů v referenčním období (počítají se pouze ty referenční body, které byly vykázány a uznány a nebyly uhrazeny ve snížené hodnotě bodu), koeficientu 0,98 a podílu počtu unikátních ošetřených pojištěnců v hodnoceném období k počtu unikátních ošetřených pojištěnců v referenčním období. Nad tuto mez jsou vykázané body hrazeny ve snížené hodnotě bodu ve výši 0,30 Kč. Výjimkou, kdy se snížená hodnota nepoužije, je situace při ošetření méně než 100 unikátních ošetřených pojištěnců na úvazek 1,0 (tj. 30 hodin týdně) a péči poskytnuté zahraničním pojištěncům. U ambulantní specializované péče jsou tři typy regulačních mechanismů: regulace na zvlášť účtované léčivé přípravky (dále jen „ZULP“) a zvlášť účtovaný materiál (dále jen „ZUM“), regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, regulace na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech. Některé odbornosti (případně taxativně vyjmenované výkony jednotlivých odborností) jsou hrazeny výkonově s hodnotami bodu od 0,68 Kč u výkonů operací katarakt, lineárního urychlovače až po hodnotu bodu 1,08 Kč pro poskytovatele psychoterapie, klinické psychologie apod.

**Poskytovatelé v oboru gynekologie a porodnictví** – hodnota bodu pro tento segment péče je 1,06 Kč. Segment je limitován maximální výší úhrady, která se vypočte jako součin počtu ošetřených unikátních pojištěnců, průměrné úhrady za zdravotní výkony v referenčním období (včetně ZUM, ZULP) a koeficientu 0,98. Pojišťovny zohlední nárůsty nákladů v případě nárůstu těhotných a nárůstu průměrných nákladů na ZUM, ZULP, pokud souvisí se změnou úhrady nebo spektra ošetřených pojištěnců. Regulační

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

mechanismy jsou na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.

**Poskytovatelé hrazených služeb komplementu (laboratorní odbornosti), radiodiagnostiky (odb. 809) a screeningu** - v tomto segmentu péče existuje opět několik různých variant úhrady včetně odlišných hodnot bodu obdobně jako u ambulantní specializované péče. Screeningová pracoviště provádějící screening děložního hrdla nebo mamografický screening jsou hrazena výkonově s hodnotou bodu 1,03 Kč. Ostatní odbornosti mají určenu mez objemu, do které jsou hrazeny s danou hodnotou bodu, nad tuto mez jsou pak hrazeny v sestupné hodnotě bodu. Mez objemu se přitom vypočte jako 98 % referenčního počtu bodů (zde se počítají všechny vykázané a uznané body, přepočtené dle aktuálního SZV) vynásobených podílem počtu unikátních ošetřených pojištěnců v hodnoceném období k počtu unikátních ošetřených pojištěnců v referenčním období. Hodnota bodu meze objemu je pro odbornost 809 stanovena na 1,05 Kč s výjimkou výkonů CT a magnetické rezonance, které jsou ve vyhlášce taxativně vymezeny a jsou hrazeny s HB 0,67 Kč, sestupná hodnota bodu je stanovena na 0,37 Kč. U laboratorních odborností vstupuje do hodnot bodu další kritérium, kterým je certifikace ISO ČSN 15189 nebo NASKL II. Podle toho, zda je či není poskytovatel držitelem jednoho z výše uvedených certifikátů, je mu stanovena HB. Blíže specifikace HB je uvedena v tabulce.

Tabulka 2 Hodnoty bodu v závislosti na certifikaci

odbornost	hodnoty bodu (HB)	
	certifikované	necertifikované
816, 817	0,50 Kč	0,40 Kč
ostatní laboratorní odbornosti	0,70 Kč	0,55 Kč

Zdroj: Vyhláška (2012)

SHB je shodná jako v odbornosti 809. Vzhledem k tomu, že se v případě laboratorních odborností a radiodiagnostiky jedná o péči vyžádanou ostatními odbornostmi, není zde regulační mechanismus. Uvedené odbornosti nemohou předepisovat léčivé přípravky, ani zdravotnické prostředky.

**Poskytovatelé domácí péče** - pro tento segment poskytovatelů je opět zaveden mechanismus meze objemu péče, která je stanovena jako 105% součinu počtu referenčních bodů a podílu ošetřených unikátních pojištěnců hodnoceného k referenčnímu období. Do uvedeného objemu jsou výkony hrazeny s HB 1 Kč, nad tento objem 0,70 Kč. V tomto segmentu jsou hrazeny také výkony dopravy v návštěvní službě, které jsou hrazeny dle vykázání ve výši 0,90 Kč.

**Rehabilitace** – mechanismus úhrady je obdobný jako u poskytovatelů domácí péče (odb. 925) s tím, že HB je 0,80 Kč, SHB je 0,40 Kč a mez objemu péče je vypočtena pouze jako 98 % podílu. HB pro přepravu v návštěvní službě je shodná s odborností domácí péče včetně mechanismu úhrady.

**Segment zdravotnické dopravní služby** – důležitým parametrem, který má v tomto segmentu vliv na HB je parametr nepřetržitého provozu. Pokud daný poskytovatel poskytuje hrazené služby v nepřetržitém provozu, pak HB je 0,95 Kč, v opačném případě je to 0,85 Kč. Rozdíl je také v SHB, kde u nepřetržitého provozu je hodnota 0,55 Kč, jinak 0,45 Kč. Stejně jako u předchozího segmentu je i pro tento vypočtena mez objemu péče. Velký rozdíl je však v parametru ošetřených pojištěnců. Zatímco u všech předchozích segmentů poskytovatelů se jednalo o unikátní ošetřené pojištěnce, v případě zdravotnických dopravních služeb se jedná o přepravené pojištěnce, přičemž do tohoto počtu se započítávají všichni převezení pojištěnci ve stejném počtu, v jakém byli za dané období na základě příkazu ke zdravotnímu transportu převezení. Mez objemu se pak vypočte jako 98 % referenčního počtu bodů vynásobený podílem převezeného počtu pojištěnců v hodnoceném období k referenčnímu počtu převezených pojištěnců.

Ve vyhlášce jsou obsaženy ještě další segmenty poskytovatelů jako je například segment stomatologie, zdravotnická záchranná služba apod. Vzhledem k tomu, že tyto segmenty jsou hrazeny výkonovým způsobem úhrady, budou v diplomové práci pominuty.

### 3.4.2 Parametry vyhlášky č. 428/2013 Sb.

Pro rok 2014 byla vypracována v návaznosti na nález Ústavního soudu úhradová vyhláška č. 428/2013 Sb., která v některých segmentech poskytovatelů hrazených služeb změnila výrazně koncepci výpočtu výsledné úhrady poskytnuté péče.

**Poskytovatelé akutní lůžkové péče** – obdobně jako v roce 2013 je složena celková úhrada z několika složek. Skládá se z individuálně smluvně sjednané složky úhrady, úhrady formou případového paušálu a ambulantní složky úhrady. Individuální smluvně sjednaná složka úhrady se skládá z úhrady za centrová léčiva, kardiostimulátory a kardiovertery. Celková úhrada formou případového paušálu v sobě poprvé zahrnuje složku individuální paušální úhrady (dále jen „IPU“), kdy celková paušální úhrada se spočte jako součin IPU a funkce minima čísla jedna nebo podílu redukovaného CM a CMdrg2012. Od vypočteného součinu je následně odečtena extramurální péče hodnoceného období. Výpočet IPU může probíhat ve třech variantách, kdy úhrada se pohybuje v rozmezí 97% paušální úhrady roku 2012 až 150% této úhrady. Vždy je však nutné násobit dané procento úhrady koeficientem změny podílu počtu pojištěnců příslušné ZP v daném kraji (dále jen „KPP“). Tyto koeficienty jsou součástí úhradové vyhlášky a tvoří její přílohu č. 12. Ambulantní složka úhrady se spočte dle totožných parametrů pro jednotlivé segmenty, maximálně do součinu 105% výše úhrady za ambulantní složku v roce 2012 vynásobené KPP. Pro ambulantní složku úhrady je stanoven samostatný koeficient, který je pro jednotlivé kraje stanoven v příloze č. 14 této vyhlášky. Druhy regulačních omezení jsou opět dva, jedná se o regulaci na úhradu formou případového paušálu a druhou skupinou je regulace na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky.

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

**Poskytovatelé následné lůžkové péče** – pro rok 2014 je výše PSOD diferencovaná. Pro typ ošetrovacího dne 00026 má hodnotu 130 % PSOD referenčního období, pro typy ošetrovacích dnů 00027-00029 má hodnotu 115 %, pro ostatní typy ošetrovacích dnů je stanovena na 105 % hodnoty referenčního období.

**Poskytovatelé zvláštní lůžkové péče** – pro poskytovatele této péče hospicového typu je stanoven výkonový způsob úhrady, kde HB je ve výši 0,90 Kč. Pro poskytovatele zdravotně sociálních služeb je stanovena výsledná hodnota bodu (dále jen „HBred“), která se vypočte jako součet fixní a variabilní složky úhrady. Variabilní složka úhrady (dále jen „VS“) se vypočte jako rozdíl HB stanovené pro tento segment (0,90 Kč) a fixní složky úhrady (dále jen „FS“), která je stanovena na 0,40 Kč. Tento rozdíl je násoben funkcí minima, která vypočítá jako násobek menší ze dvou čísel, buď čísla 1 (potom VS je rovna 0,5 a HB red je 0,90 Kč) nebo čísla, které zjistíme průměrným počtem bodů na UOP referenčního období dělený průměrným počtem bodů na UOP v aktuálním období.

**Poskytovatelé praktického lékařství pro dospělé a pro děti a dorost** – parametry pro tento segment jsou téměř totožné s parametry tohoto segmentu z vyhlášky č. 475/2012 Sb. Odlišný je pouze regulační mechanismus na vyžádanou péči, do kterého se kromě vyžádané péče ve vyjmenovaných odbornostech započítávají také vykázané kódy CRP a INR.

**Poskytovatelé ambulantní specializované péče** – opět jsou taxativně vyjmenovány odbornosti, které jsou hrazeny výkonovým způsobem. Hodnoty bodu v jednotlivých odbornostech jsou shodné s HB dle vyhlášky č. 475/2012 Sb., zcela se však mění způsob výpočtu výsledné úhrady u odborností, které nejsou spočteny výkonovým způsobem úhrady. Výsledná hodnota bodu – HBred se stanoví jako součet VS a FS. Hodnota FS je 0,30 Kč a max. HB je 1,02 Kč. VS se obdobně jako u poskytovatelů zdravotně sociálních služeb vypočte jako součin rozdílu HB a FS a funkce minima z čísla jedna nebo poměru průměrného počtu bodů na unikátního pojištěnce v referenčním období k hodnocenému období. Pro hodnocené období je také nově definován unikátní ošetřený pojištěnec, kdy za unikátního ošetřeného pojištěnce se nepovažuje ten, na kterého byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon 09513 (telefonická konzultace ošetrovacího lékaře pacientem). Zároveň vyhláška obsahuje tzv. „vyvíňovací odstavec“, na základě kterého může poskytovatel zdravotních služeb odůvodnit nezbytnost poskytnutí péče u těch pojištěnců, na které vykázal v hodnoceném období více bodů než je jeho referenční průměr. Pokud poskytovatel ošetří v hodnoceném období méně než 100 unikátních ošetřených pojištěnců (přepočteno na 30hodinovou týdenní ordinační dobu), poté se vzorec pro výpočet HBred nepoužije a všechny výkony jsou hrazeny v maximální hodnotě bodu platné pro danou odbornost (popř. pro daný výkon). Regulační mechanismy jsou obdobné jako v úhradové vyhlášce pro rok 2013.

**Segment gynekologické péče** – v tomto segmentu nedošlo ke změnám, vyhláška akceptovala výsledky dohodovacího řízení plátců a poskytovatelů. Úhrada probíhá ve stejném režimu a dle stejných parametrů, které byly použity v předchozí úhradové vyhlášce, včetně vypořádání regulačních mechanismů. Do ošetřeného počtu pojištěnců v hodnoceném období se nezahrnují pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony 09511 (minimální kontakt lékaře s pacientem) a 09513 (telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem). Pojišťovna může zohlednit poskytovateli navýšení průměrných nákladů spojených s nárůstem těhotných pojištěnek a zvýšených nákladů na ZUM a ZULP.

**Komplement a radiodiagnostika, screening** – také pro tento segment se změnil mechanismus výpočtu výsledné úhrady. Maximální hodnoty bodu v jednotlivých odbornostech zůstaly ve stejné výši, fixní složky byly stanoveny ve stejné výši jako sestupná hodnota bodu v předchozí vyhlášce. Vzorec pro výpočet HBred je shodný se vzorcem pro ambulantní specializovanou péči. I pro laboratorní odbornosti je ve vyhlášce možnost odůvodnit vyšší počet bodů konkrétního pojištěnce oproti průměru. Regulační omezení nejsou.

**Poskytovatelé domácí péče** – výpočet výsledné úhrady je založen na HBred, která se spočte dle obdobného vzorce jako u předchozích poskytovatelů, hodnoty bodu pro výkony a dopravu se nemění, fixní složka má hodnotu 0,70 Kč. Oproti ostatním segmentům je do vzorce zakomponován ještě koeficient 1,05, kterým se násobí (navyšuje) poměr průměrů počtu bodů na unikátního ošetřeného pojištěnce referenčního období k hodnocenému. Do unikátního počtu pojištěnců v aktuálním období se nezahrnují ti pojištěnci, na které byl vykázán pouze kód 09513 (telefonická konzultace lékařem). Pokud poskytovatel ošetří méně než 50 unikátních pojištěnců v referenčním období, tak se HBred rovná maximální HB. Vyvíňovací odstavec lze použít i pro tento segment poskytovatelů zdravotní péče.

**Fyzioterapie** – i v tomto případě se jedná o úhradu pomocí HBred. Vzorec pro výpočet je shodný s poskytovateli ambulantní specializované péče. Hodnota bodu je stanovena na 0,80 Kč a fixní složka úhrady je ve výši 0,40 Kč. Doprava je hrazena výkonově s HB 0,90 Kč. Také zde existuje možnost poskytovatelů odůvodnit překročení průměrných nákladů referenčního období. Obdobně jako u poskytovatelů domácí péče je HBred rovna maximální hodnotě bodu v případě, že daný poskytovatel zdravotních služeb ošetřil v referenčním období méně než 50 unikátních pojištěnců.

**Poskytovatelé dopravních služeb** – hodnota bodu u dopravců v nepřetržitém provozu, ani u dopravců, kteří nemají nepřetržitý provoz, se od vyhlášky platné pro rok 2013 nezměnila. Způsob výpočtu prošel stejnou změnou jako u předcházejících segmentů. Pro výpočet se tedy využije vzorec pro HBred, který se skládá ze součtu variabilní a fixní složky úhrady. Fixní složka úhrady je ve výši 0,55 Kč (pro poskytovatele poskytující dopravní služby v nepřetržitém provozu), resp. 0,45 Kč. Opět je zde změna

v názvu unikátních pojišťenců, jedná se o převezené pojištěnce. V segmentu dopravy je také možné využití odstavce o odůvodnění nezbytnosti poskytnutí hrazených služeb.

## 3.5 Ústavní soud – nález k úhradové vyhlášce pro rok 2013

Velmi důležitým dokumentem pro úpravu financování zdravotních služeb pro rok 2013 se stal nález pléna Ústavního soudu (dále jen „ÚS“) č. 19/2013. Nález obsahuje rozhodnutí pléna ÚS k návrhu na zrušení úhradové vyhlášky č. 475/2012, který předložila skupina 39 senátorů. (Nález Pl. ÚS 19/2013, 2013) V rámci tohoto dokumentu bylo rozhodnuto o zrušení předmětné vyhlášky ke dni 31. 12. 2014 a zároveň se uvádí, že je tato v rozporu s Ústavou České republiky a Listinou základních práv a svobod, konkrétně čl. 1 odst. 1 Ústavy a čl. 1 a čl. 26 odst. 1 Listiny. Skupina navrhovatelů shledává vyhlášku ústavně nekonformní. ÚS ve svém nálezu vyslovuje souhlas s tím, že uvedený právní předpis byl vydán a publikován v souladu právními předpisy – konformním způsobem. Současně také potvrzuje skutečnost, že konkrétní výše úhrad se musí odvíjet od celkové (předpokládané) výše příjmů v systému zdravotního pojištění, ale zároveň také reflektovat kritérium veřejného zájmu a rozsahu hrazených služeb. Naproti tomu vyslovilo plénum názor, že ačkoli limitace výše úhrad je efektivnějším nástrojem než jiné kontrolní mechanismy na hospodárné vynakládání finančních prostředků, nemůže samotné stanovení výše úhrad za poskytnutou zdravotní péči zcela abstrahovat od možnosti, že stanovený limit bude v důsledku nutnosti poskytnout zdravotní péči (např. hromadné havárie, epidemie apod. a nebude se tedy jednat o její nadužívání či plýtvání) navýšen. (Tempus Medicorum, 2014) Jako nejzásadnější se v posuzování uvedené otázky jeví absence jakéhokoliv dorovnání či kompenzace pro objektivní příčiny překročení stanovené limitace.

Dalším sporným bodem předmětné úhradové vyhlášky bylo rozdílné stanovení výše hodnoty bodu pro poskytovatele, kteří mají s příslušnou zdravotní pojišťovnou podepsanou smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb a poskytovateli, kteří tuto smlouvu podepsanu nemají, tedy tzv. nesmluvními poskytovateli. Vyhláška č. 475/2012 stanovuje, že hodnota bodu pro nesmluvní poskytovatele je stanovena jako 75 % hodnoty bodu smluvních poskytovatelů. V tomto bodě příslušný soud zkoumal, zda je takto koncipovaný způsob úhrady v souladu s právním pořádkem ČR, konkrétně, zda není porušen princip rovnosti. V tomto případě shledal, že právo porušeno bylo, byť vycházel z rozhodnutí ÚS, že rovnost může být relativní nikoli absolutní. Posledním řešeným problémem byly regulační srážky za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, vyžádanou péči a zvláště účtované léčivé přípravky a zvláště účtovaný materiál. Ústavní soud se zabíral především zásadou předvídatelnosti a shledal, že je tato zásada porušena. (Nález Pl. ÚS 19/2013, 2013) V závěru tedy nález shrnuje, že předmětná vyhláška je v oblasti regulačních srážek v rozporu s principem předvídatelnosti, zákazu svévole, principu rovnosti a práva podnikat. V oblasti limitace úhrad poskytnutých hrazených služeb je v rozporu s právem podnikat a stejně tak je tomu i v případě stanovení hodnoty bodu pro nesmluvní poskytovatele. Na základě uvedených skutečností byla předmětná vyhláška ke dni 31. 12. 2014 zrušena. Ústavní soud však potvrdil, že i protiústavnost vyhlášky nebrání tomu, aby byla aplikována.

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

V teoretické části práce byly shromážděny podklady, které přináší základní pohled na problematiku financování zdravotní péče v ČR. Je zde představena základní legislativa související se systémem poskytování zdravotních služeb a jejich úhradou. Současně jsou zde nastíněny základní principy úhrad komparovaných období, které budou využity v analytické části práce při modelování dopadů předmětných vyhlášek. Zároveň díky užití popsaných principů bude možné odpovědět na hlavní a dílčí výzkumné otázky. Mimo již výše specifikovaného teoretická část práce přináší také pohled na jednotlivé typy zdravotnických systémů ve světě. Samotný systém zdravotní péče je také uveden do makroekonomických souvislostí.



## 4. Analytická část práce

Náplní praktické části práce je provedení komparace úhradových vyhlášek předmětných období na základě provedených modelací výsledné úhrady po jednotlivých segmentech poskytovatelů. V jednotlivých subkapitolách této části jsou uvedeny bližší specifikace metodiky, předpokladů, ze kterých bylo v provedených modelacích vycházeno, konstanty a hodnoty jednotlivých parametrů.

### 4.1 Poskytovatelé akutní lůžkové péče

Jak již bylo uvedeno v kapitole 2 Cíle a metodika, u akutní lůžkové péče bude provedena pouze slovní komparace. Vzorce použité pro výpočet hospitalizační složky úhrady jsou závislé na úhradách a poskytnuté zdravotní péči předcházejících období, přičemž existují velké rozdíly v parametrech u jednotlivých poskytovatelů. Modelaci výpočtu by tedy nebylo možné zobecnit a nebylo by možné zodpovědět hlavní a dílčí výzkumné otázky. Obecně lze uvést, že v případě obou vyhlášek můžeme úhradu rozdělit do tří základních skupin. Jedná se o hospitalizační složku úhrady, ambulantní složku úhrady a individuálně sjednanou složku úhrady. Ve všech třech složkách došlo mezi roky 2013 a 2014 ke změnám.

V oblasti ambulantní složky úhrady je možné konstatovat, že principiálně zůstala zachována skutečnost, že ambulantní složka se vypočítá dle stejného výpočtového vzorce jako u ambulantní specializované péče. Rozdíl mezi roky je dán především ve změně výpočtového vzorce pro ambulantní specializovanou péči. Tedy, že v roce 2014 již není sestupná hodnota bodu, ale vypočítává se hodnota bodu redukovaná, která je součtem fixní a variabilní složky bodu. Mnohem větší vliv na celkovou úhradu v ambulantní složce úhrady má tzv. risk koridor. Poskytovatelé akutní lůžkové péče mají objem ambulantní péče v obou letech shora omezen, tedy zalimitovanou úhradu na produkci. To znamená, že pokud výpočet, který je proveden dle srovnatelných parametrů a vzorců platných v dané úhradové vyhlášce překročí uvedený horní risk koridor, výše úhrady za ambulantní složku úhrady je rovna hornímu risk koridoru. Co to tedy může znamenat pro poskytovatele? V roce 2013 je celková úhrada za ambulantní složku rovna úhradě za rok 2011 vynásobené koeficientem přechodu pojištěnců a dále 101 %. Pokud bude uvažováno, že koeficient přechodu pojištěnců je roven jedné a objem úhrady za rok 2011 je roven 100 mil. Kč, pak bude maximální úhrada za ambulantní složku úhrady činit 101 mil. Kč. V roce 2014 je výpočet maximální úhrady za ambulantní složku vypočten jako 105 % úhrady za rok 2012 vynásobený koeficientem přechodu pojištěnců. V případě, že koeficient přechodu pojištěnců bude opět roven jedné a hodnota výsledné úhrady za rok 2012 bude rovna výši výsledné úhrady za rok 2011 (tedy 100 mil. Kč), potom maximální úhrada bude ve výši 105 mil. Kč. Podle zvolených parametrů je pro všechny poskytovatele, jejichž produkce je vyšší než horní risk koridor (platný pro rok 2013) výhodnější v ambulantní složce úhrady vyhláška pro rok 2014, neboť jim díky svým parametrům přináší vyšší zisk od zdravotních pojišťoven. Pro ostatní poskytovatele by dopady vyhlášek pro obě období měly být srovnatelné. Existují však případy, kdy může být úhrada od pojišťoven vyšší

dle výpočtových vzorců pro rok 2013. V této úhradové vyhlášce je totiž zakomponován také tzv. dolní risk koridor, který zaručuje poskytovateli při splnění daných podmínek, kterými jsou v tomto případě procentní poměry počtu bodů a unikátních ošetřených pojištěnců. Dolní risk koridor pro rok 2013 se vypočte jako 94 % úhrady roku 2011 vynásobený koeficientem přechodu pojištěnců. Za použití stejných výchozích předpokladů jako pro výpočet horního risk koridoru, tedy koeficient přechodu pojištěnců roven jedné a hodnota úhrady roku 2011 rovna 100 mil. Kč, pak hodnota dolního risk koridoru bude rovna 94 mil. Kč. Pokud poskytovatel naplní hodnotu min. 98 % bodů referenčního období a 98 % unikátního počtu pojištěnců a jeho výsledná úhrada vypočtená dle výpočtových vzorců je nižší než 94 mil. Kč (např. 86 mil. Kč), pak podle vyhlášky pro rok 2013 dostane uhrazeno celých 94 mil. Kč. Oproti tomu dle vyhlášky pro rok 2014 dostane uhrazeno pouze vypočtených 86 mil. Kč. V tomto případě je tedy vyhláška pro rok 2013 pro poskytovatele výhodnější. Ve většině případů je však výsledkem vyúčtování hodnota na úrovni horního risk koridoru. Proto lze vyvodit závěr, že srovnatelná nebo výhodnější úhrada pro poskytovatele v ambulanci složce úhrady je ta, která je vypočtena dle principů úhradové vyhlášky pro rok 2014.

Individuální smluvně sjednaná složka úhrady je druhou částí úhrady akutní lůžkové péče. Vyhlášky tuto péči vyčleňují z hospitalizační složky úhrady a umožňují plátcům a poskytovatelům uzavření dohody. Zároveň je zde však stanoven způsob úhrady, pokud k dohodě nedojde. Vyhláška pro rok 2013 má oproti roku 2014 širší spektrum DRG bází, které mohou mít dohodnut způsob úhrady. Mohlo by se tedy zdát, že je pro poskytovatele výhodnější. Na druhou stranu je zde v případě nedohody výpočet úhrady za jednotlivé skupiny roven 50 % počtu případů vynásobených průměrnou úhradou na případ v dané skupině v roce 2012. Oproti tomu má vyhláška pro rok 2014 omezené množství skupin, ke kterým je možné sjednat individuální způsob úhrady, ale v případě nedohody je úhrada koncipována jako minimum z počtu případů v hodnoceném období vynásobené průměrem na případ v roce 2013 nebo 75 % úhrady za dané skupiny v roce 2013. Z hlediska úhrady je tedy vyhláška č. 428/2013 (platná pro rok 2014) pro poskytovatele akutních lůžkových služeb finančně výhodnější. Omezené množství skupin, které jsou v této vyhlášce zařazeny do individuální smluvně sjednané složky úhrady, nemusí nutně znamenat pro poskytovatele nevýhodu. Zpětné zařazení vybraných skupin do paušální (hospitalizační) úhrady může pro poskytovatele přinést větší možnost efektivní alokace těchto služeb tak, aby byla dodržena jejich časová dostupnost dle nařízení vlády - předpis č. 307/2012 o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.

V hospitalizační složce úhrady došlo v posuzovaných vyhláškách ke změně. V roce 2013 byla hospitalizační složka úhrady rozčleněna do 3 samostatně posuzovaných částí. První byla úhrada formou případového paušálu, druhou a třetí úhrada z něj vyčleněná. Pro rok 2014 jsou všechny tyto složky součástí úhrady formou případového paušálu. Na základě těchto parametrů se zdá být pro poskytovatele výhodnější úhradová vyhláška platná pro rok 2014. Z hlediska sledování a alokace poskytovaných hrazených služeb je pro poskytovatele jednodušší sledovat pouze jeden budget namísto tří různých. Ostatní veličiny vstupující do výpočtu hospitalizační složky úhrady nelze dostatečně zobecnit,

aby z nich mohly být vyvozovány závěry. Tato situace je dána vysokou provázaností výpočetních vzorců s referenční úhradou.

## 4.2 Poskytovatelé následné lůžkové péče

Jak již bylo uvedeno v teoretické části práce, základním parametrem pro výpočet úhrady poskytovatelů následné lůžkové péče je paušální sazba za ošetřovací den. Pro modelaci dopadů jednotlivých vyhlášek byla použita jako výchozí konstanta hodnota PSOD pro jednotlivé kategorie pacientů. Hodnoty PSOD 2011 se pohybují v rozmezí od 1 000 Kč do 1 400 Kč. Následně jsou dopočteny hodnoty jednotlivých PSOD pro roky 2012, 2013 a 2014. Rok 2012 znamenal pro poskytovatele hrazených služeb nárůst hodnoty PSOD o 5 % oproti roku 2011. Dopočty roku 2013 a 2014 jsou pak provedeny dle průměrných úhradových vyhlášek. Jednotlivé stanovené hodnoty jsou uvedeny v tabulce paušálních sazeb.

Tabulka 3 Stanovení hodnot PSOD v letech 2011-2014

kategorie pacienta	hodnota PSOD 2011	hodnota PSOD 2012	hodnota PSOD 2013	hodnota PSOD 2014	hodnota PSOD 2014 typ OD 00026	hodnota PSOD 2014 typ OD 00027-00029
1	1 000	1 050	1 000	1 103	1 365	1 208
2	1 100	1 155	1 100	1 213	1 502	1 328
3	1 200	1 260	1 200	1 323	1 638	1 449
4	1 300	1 365	1 300	1 433	1 775	1 570
5	1 400	1 470	1 400	1 544	1 911	1 691

Zdroj: vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky je patrné, že hodnoty PSOD velmi významně ovlivňují celkovou úhradu poskytovatelů. Mezi roky 2011 a 2013 nedošlo ke změně výše hodnoty PSOD, tedy konkrétně hodnota pro rok 2013 byla spočtena jako 100 % úhrady roku 2011. Oproti tomu hodnota pro rok 2012 byla o 5 % vyšší než v roce 2011 a z této dále byla vytvořena navýšením dalších 5 % (resp. 15 či 30 %) hodnota jednotlivých paušálních sazeb platných pro rok 2014. Pokud tedy poskytovatel hrazených služeb dosáhne v roce 2014 v jednotlivých kategoriích stejného počtu ošetřovacích dní jako v roce 2013, pak se jeho úhrada oproti roku 2013 zvýší. Procentuální navýšení celkových úhrad je zobrazeno v následujících tabulkách. Pro modelaci výpočtu byl zvolen PZS, který disponuje lůžkovou kapacitou rovnající se počtu 100 lůžek. Maximální možný počet, kterého je tedy schopen dosáhnout je 36 500 ošetřovacích dnů. Tento počet bude rozdělen mezi jednotlivé kategorie pacientů v procentním poměru 40 % pro kategorii 1, 40 % pro kategorii 2, 10 % pro kategorii 3, 8 % pro kategorii 4 a 2 % pro kategorii 5. Pro modelový výpočet bude pro zjednodušení počítáno se 100% obložeností, i když v praxi jí jednotliví poskytovatelé nedosahují. Následující tabulka je

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

komparací poskytovatelů, u kterých bylo navýšení hodnot paušálních služeb v roce 2014 rovno 5 % vůči referenčnímu období.

Tabulka 4 Komparace úhrad poskytovatelů následné lůžkové péče

kategorie pacienta	počet OD	PSOD 2013	PSOD 2014	úhrada 2013	úhrada 2014	procentní rozdíl 2014/2013
1	14 600	1 000	1 103	14 600 000	16 096 500	10,25 %
2	14 600	1 100	1 213	16 060 000	17 706 150	10,25 %
3	3 650	1 200	1 323	4 380 000	4 828 950	10,25 %
4	2 920	1 300	1 433	3 796 000	4 185 090	10,25 %
5	730	1 400	1 544	1 022 000	1 126 755	10,25 %
suma:	36 500			39 858 000	43 943 445	

Zdroj: vlastní výzkum

Celkové navýšení u těchto poskytovatelů hrazených služeb bylo tedy v úhradové vyhlášce pro rok 2014 10,25 % proti roku 2013. K dosažení stejné úhrady jako v předchozím období tedy stačilo uvedeným poskytovatelům poskytnout necelých 90 % služeb. Je nutné však uvedený výpočet brát jako prostou komparaci dvou úhradových vyhlášek. Pro skutečný dopad na zisk poskytovatele bychom museli srovnat také náklady, které v daném období vynaložil na poskytování hrazených služeb a propojit to také s makroekonomickými ukazateli např. mírou inflace.

V další tabulce je stejným způsobem zpracován dopad obou vyhlášek pro poskytovatele, kteří poskytují péči v ošetrovací dnu 00026 – tento typ ošetrovacího dne se vykazuje na lůžkách dětských psychiatrických odborných léčebných ústavů.

Tabulka 5 Komparace úhrad – pro OD 00026

kategorie pacienta	počet OD	PSOD 2013	PSOD 2014	úhrada 2013	úhrada 2014	procentní rozdíl 2014/2013
1	14 600	1 000	1 365	14 600 000	19 929 000	36,50 %
2	14 600	1 100	1 502	16 060 000	21 921 900	36,50 %
3	3 650	1 200	1 638	4 380 000	5 978 700	36,50 %
4	2 920	1 300	1 775	3 796 000	5 181 540	36,50 %
5	730	1 400	1 911	1 022 000	1 395 030	36,50 %
suma:	36 500			39 858 000	54 406 170	

Zdroj: vlastní výzkum

V této skupině poskytovatelů je změna hodnoty ošetrovacích dnů nejvyšší, rozdíl mezi oběma lety je 36,5 %. Poskytovatelům hrazených služeb tedy pro dosažení stejné úhrady za poskytnutou péči stačí 64 % produkce.

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Poslední z tabulek u poskytovatelů následné lůžkové péče se týká těch z nich, kteří své hrazené služby poskytují v rámci ošetrovacích dnů 00027-00029, kdy ošetrovací den 00027 se vykazuje na lůžkách dětských rehabilitačních odborných léčebných ústavů, ošetrovací den 00028 se vykazuje na lůžkách dětských odborných léčebných ústavů TRN, ošetrovací den 00029 je určen pro ostatní dětské odborné léčebné ústavy.

Tabulka 6 Komparace úhrad pro OD 00027-00029

kategorie pacienta	počet OD	PSOD 2013	PSOD 2014	úhrada 2013	úhrada 2014	procentní rozdíl 2014/2013
1	14 600	1 000	1 208	14 600 000	17 629 500	20,75 %
2	14 600	1 100	1 328	16 060 000	19 392 450	20,75 %
3	3 650	1 200	1 449	4 380 000	5 288 850	20,75 %
4	2 920	1 300	1 570	3 796 000	4 583 670	20,75 %
5	730	1 400	1 691	1 022 000	1 234 065	20,75 %
suma:	36 500			39 858 000	48 128 535	

Zdroj: vlastní výzkum

Z modelových dat uvedených v tabulce vyplývá, že i v tomto případě je velký rozdíl mezi úhradou v roce 2013 a roce 2014. Pro poskytovatele představuje úhradová vyhláška č. 428/2013 příznivější podmínky pro výslednou úhradu poskytnutých hrazených služeb.

Celkově lze shrnout, že pro poskytovatele poskytující hrazené služby v oblasti následné lůžkové péče je úhradová vyhláška platná pro rok 2014 finančně výhodnější, pokud tedy bude vzata v potaz pouhá výše úhrady komparovaná s výší úhrady pro rok 2013. Minimální procentní výše navýšení úhrady je 10,25 %, maximální je 36,5 %. Z principu výpočtu úhrady pro daný segment a uvedených modelových výpočtů vyplývá, že při zachování spektra a především objemu poskytnutých hrazených služeb bude úhrada za rok 2014 vyšší než za rok 2013. V případě, že by předmětem zkoumání byl skutečný dopad na poskytovatele, bylo by nutné uvést předmětné úhradové vyhlášky do makroekonomických souvislostí a zkoumat také nákladovou stránku. Kromě hlavní výzkumné otázky, která ověřuje výhodnost úhrad dle vyhlášky č. 428/2013 (platné pro rok 2014), je položena také dílčí výzkumná otázka, která zkoumá, jaké parametry jsou nutné pro dosažení minimálně stejného objemu úhrady jako v předcházejících obdobích. Z výše uvedených modelací vyplývá, že díky nastaveným parametrům vyhlášky pro rok 2014 všem poskytovatelům stačí 90 % produkce předcházejícího období, aby dosáhli minimálně stejného zisku.

## 4.3 Praktičtí lékaři

Tento segment poskytovatelů vykazuje velkou stabilitu v oblasti úhradových mechanismů. Obě předmětné vyhlášky poskytují lékařům téměř totožný způsob úhrady. Nelze tedy zcela jasně zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, která z vyhlášek je pro poskytovatele výhodnější. Parametry, od kterých je odvislá výše úhrady, jsou především počet registrovaných pojištěnců zařazených dle věkových skupin. Vzhledem k tomu, že se mezi roky 2013 a 2014 nezměnila výše kapitální sazby, stává se přepočtený počet pojištěnců jediným ukazatelem, který ovlivňuje konečnou výši kapitace. Druhou složku úhrady představuje výkonová platba za mimokapitační výkony. Ani v této oblasti nedošlo k výrazným změnám. Závěrem lze tedy říci, že pokud se danému poskytovateli nezmění během uvedených let přepočtený počet pojištěnců a současně nedojde ke změně v počtu a vykazování výkonů mimo kapitaci, pak celková úhrada v obou sledovaných obdobích bude totožná. Na hlavní výzkumnou otázku v tomto segmentu nelze tedy odpovědět kladně, neboť žádná z vyhlášek v tomto případě není pro poskytovatele výhodnější. Na dílčí výzkumnou otázku, která má najít optimální parametry, aby byla zajištěna minimálně stejná úhrada jako v referenčním období bylo již výše odpovězeno, tedy pokud bude poskytovatel dosahovat stejného přepočteného počtu pojištěnců a vykazovat stejný objem mimokapitačních výkonů, dosáhne minimálně stejné úhrady.

## 4.4 Ambulantní specializovaná péče

Jak již bylo uvedeno v teoretické části práce, v tomto segmentu došlo mezi roky 2013 a 2014 k významné změně při výpočtu výsledné úhrady za poskytnuté hrazené služby. Tato změna se týká těch poskytovatelů, kteří nejsou hrazení výkonovou úhradou. V následující části práce budou poskytovatelé ambulantní specializované péče rozděleny do dvou skupin – první skupinu tvoří poskytovatelé s výkonovým způsobem úhrady a druhou skupinu poskytovatelé, kterým je výsledná úhrada spočtena dle výpočetního vzorce předmětné vyhlášky.

### 4.4.1 Ambulantní specializovaná péče s výkonovou úhradou

U poskytovatelů, kteří mají dle předmětných vyhlášek č. 475/2012 a č. 428/2013 stanoven výkonový způsob úhrady, ovlivňuje hodnotu výsledné úhrady hodnota bodu a počet vykázaných výkonů v daném období. Vzhledem k tomu, že hodnoty bodu pro tento segment poskytovatelů hrazených služeb jsou shodné v obou předmětných vyhláškách, výše výsledné úhrady je tedy přímo závislá na počtu vykázaných a pojišťovnou uznaných výkonech za dané období. Pro tento typ poskytovatelů jsou tedy dopady obou vyhlášek stejné. Pokud poskytovatel vykáže za hodnocené období stejný počet bodů vykázaných a uznaných v referenčním období, dosáhne minimálně stejného zisku jako v předcházejícím období.

## 4.4.2 Ambulantní specializovaná péče s úhradou dle výpočetního vzorce

Úhrada u tohoto segmentu poskytovatelů závisí na několika veličinách. Údaji, které budou vstupovat do provedených modelací, jsou: referenční počet bodů, počet bodů v hodnoceném období, počet unikátních ošetřených pojištěnců v referenčním období a počet ošetřených unikátních pojištěnců v hodnoceném období. Aby mohly být modelace dopadů vyhlášek za předemná období provedeny, je nutné stanovit základní parametry a předpoklady, z kterých bude vycházeno. Nejdříve budou stanoveny hodnoty počtu bodů a počet unikátních ošetřených pojištěnců za referenční období. Tato čísla budou považována za konstanty, které jsou vstupními hodnotami pro obě vyhlášky, aby zjištěné výsledky mohly být komparovány. Výchozí hodnotou v počtu bodů za referenční období bude 1 mil. bodů. V obou případech bude uvažováno, že všechny body v referenčním období byly uhrazeny v plné hodnotě bodu. Počet unikátních ošetřených pojištěnců v referenčním období bude stanoven na 1 000 UOP. Pro zjednodušení modelace bude předpoklad nulových úhrad za ZUM, ZULP a to jako v referenčním tak hodnoceném období. Pro jednotlivá sledovaná období budou při výzkumu použity následující výpočtové vzorce:

- a) rok 2013 – vypočte se jako součet úhrady za body do stanovené meze hrazené v plné hodnotě bodu a úhrady za body nad stanovenou mez hrazené v sestupné hodnotě bodu. Výpočet stanovené meze proběhne dle uvedeného vzorce:

$$MEZ = PBref * (POPho/POPref) * 0,98$$

kde:

PBref            počet bodů v referenčním období  
POPho           počet ošetřených unicitních pojištěnců v hodnoceném období  
POPref           počet ošetřených unicitních pojištěnců v referenčním období

- b) rok 2014 – vypočte se jako úhrada vykázaných a uznaných bodů v hodnoceném období vynásobených HBred dle vzorce

$$HBred = VS + FS$$

kde:

HBred hodnota bodu redukována

VS            variabilní složka úhrady

FS            fixní složka úhrady

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

kde:

HB            hodnota bodu stanovená dle vyhlášky

PBref           počet bodů v referenčním období

PBho           počet bodů v hodnoceném období

UOPref          počet unikátních ošetřených pojištěnců v referenčním období

UOPho          počet unikátních ošetřených pojištěnců v hodnoceném období

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Jednotlivé modelace budou rozděleny do několika částí, kdy v každé z nich nejdříve bude proveden výpočet dle úhradové vyhlášky pro rok 2013 a následně pak pro rok 2014. Celkem bude v práci modelována úhrada pro 5 předpokládaných modelových situací:

- 1) zachování konstantního vývoje – parametry referenčního a aktuálního období jsou shodné
- 2) změna parametru počtu bodů v hodnoceném období, ostatní parametry nezměněny
- 3) změna parametru unikátního počtu pojištěnců v hodnoceném období, ostatní parametry nezměněny
- 4) změna parametru unikátního počtu pojištěnců v hodnoceném období a současně změna parametru počtu bodů v hodnoceném období – lineární funkce přímé úměrnosti
- 5) změna parametru unikátního počtu pojištěnců v hodnoceném období a současně změna parametru počtu bodů v hodnoceném období – nepřímá úměrnost

Prvním předpokladem, ze kterého lze vycházet, je konstantní vývoj, tedy zjednodušeně řečeno zachování stejných parametrů jako v referenčním období. Vzhledem k tomu, jakým způsobem jsou vzorce pro výpočet koncipovány, by měl být naplněn předpoklad, že díky omezujícímu koeficientu 0,98 pro výpočet meze v roce 2013 by pro poskytovatele hrazených služeb měla být výhodnější vyhláška pro rok 2014.

Tabulka 7 Úhrada v roce 2013 při konstantním vývoji poskytované péče

	body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	mez	hodnota do meze	body pro shb	úhrada shb	celkové vyúčtování
2013	1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	980 000	999 600	20 000	6 000	1 005 600

Zdroj: vlastní výzkum

Na základě předpokladu, že všechny body byly v referenčním období hrazeny v plné hodnotě bodu, lze odvodit úhradu referenčního období. Vzhledem k tomu, že i v roce 2011, který je referenčním obdobím pro rok 2013, byla hodnota bodu rovna 1,02 Kč, výsledná úhrada za rok 2011 byla rovna 1,020 mil. Kč. Pokud se porovná uvedená hodnota s celkovým vyúčtováním roku 2013, je patrné, že je zde rozdíl asi 1,5 %. V následující tabulce bude provedena modelace pro rok 2014.

Tabulka 8 Úhrada v roce 2014 při konstantním vývoji poskytované péče

	body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	funkce minima vzorce	VS	HBred	celkové vyúčtování
2014	1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	1	0,72	1,02	1 020 000

Zdroj: vlastní výzkum



# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Z uvedené modelace vyplývá, že při konstantním vývoji je díky parametrům nastaveným v úhradové vyhlášce pro rok 2014 úhrada shodná s úhradou v roce 2011 i v roce 2012 a je o necelých 1,5 % vyšší než v roce 2013. Na základě provedené komparace lze dovést, že v případě konstantního vývoje je pro poskytovatele hrazených služeb ekonomicky výhodnější vyhláška pro rok 2014, která jim díky svým parametrům garantuje vyšší úhradu. Nutné je také nalézt odpověď na dílčí výzkumnou otázku diplomové práce, tedy specifikovat podmínky, za kterých dosáhne poskytovatel hrazených služeb minimálně stejnou úhradu jako v referenčním období. Pro rok 2014 je jednoznačné, že pokud poskytovatel dosáhne stejné produkce (počtu bodů a unikátních ošetřených pojištěnců) jako v referenčním období, jeho úhrada od zdravotních pojišťoven bude stejná s referenčním obdobím. Pro rok 2013 musí dojít ke změně minimálně jednoho z parametrů. Takovou změnou by mohla být například změna počtu bodů v hodnoceném období. Pokud by daný poskytovatel vyprodukoval v hodnoceném období o 50 000 bodů více (tj. navýšení 5 %), potom by úhrada dosáhla 1 020 600 Kč, což by odpovídalo dosažené úhradě v referenčním období.

Druhým předpokladem, pro který je tvořena modelace dopadu do úhrad, je změna počtu bodů v aktuálním období. Ostatní parametry potřebné pro výpočet zůstanou nezměněny. Modelace bude provedena pro rozmezí produkce mezi 80 % - 120 %, kdy interval změny je stanoven na 5 %.

Tabulka 9 Úhrada 2013 při změně par. body akt

body ref	UOP ref	body akt	Body akt/ref v %	UOP akt	mez	hodnota do meze	body pro shb	úhrada shb	celkové vyúčtování
1 000 000	1 000	800 000	80 %	1 000	980 000	816 000	0	0	816 000
1 000 000	1 000	850 000	85 %	1 000	980 000	867 000	0	0	867 000
1 000 000	1 000	900 000	90 %	1 000	980 000	918 000	0	0	918 000
1 000 000	1 000	950 000	95 %	1 000	980 000	969 000	0	0	969 000
1 000 000	1 000	1 000 000	100 %	1 000	980 000	999 600	20 000	6 000	1 005 600
1 000 000	1 000	1 050 000	105 %	1 000	980 000	999 600	70 000	21 000	1 020 600
1 000 000	1 000	1 100 000	110 %	1 000	980 000	999 600	120 000	36 000	1 035 600
1 000 000	1 000	1 150 000	115 %	1 000	980 000	999 600	170 000	51 000	1 050 600
1 000 000	1 000	1 200 000	120 %	1 000	980 000	999 600	220 000	66 000	1 065 600

Zdroj: vlastní výzkum

Dle provedené modelace je možné zjistit, že pokud byl počet bodů v hodnoceném období nižší než 98% referenčního období, pak jsou poskytovateli uhrazeny všechny body s HB 1,02 Kč. Nad 98% je určité procento bodů nad stanovenou mez hrazeno v sestupné hodnotě bodu. Úhrada referenčního období je 1,02 mil. Kč. Této a vyšší hodnoty dosáhne poskytovatel při bodové produkci 105 % referenčního období a vyšší. Druhým hodnoceným obdobím je rok 2014, který v případě použití stejného předpokladu přináší následující výsledky.

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

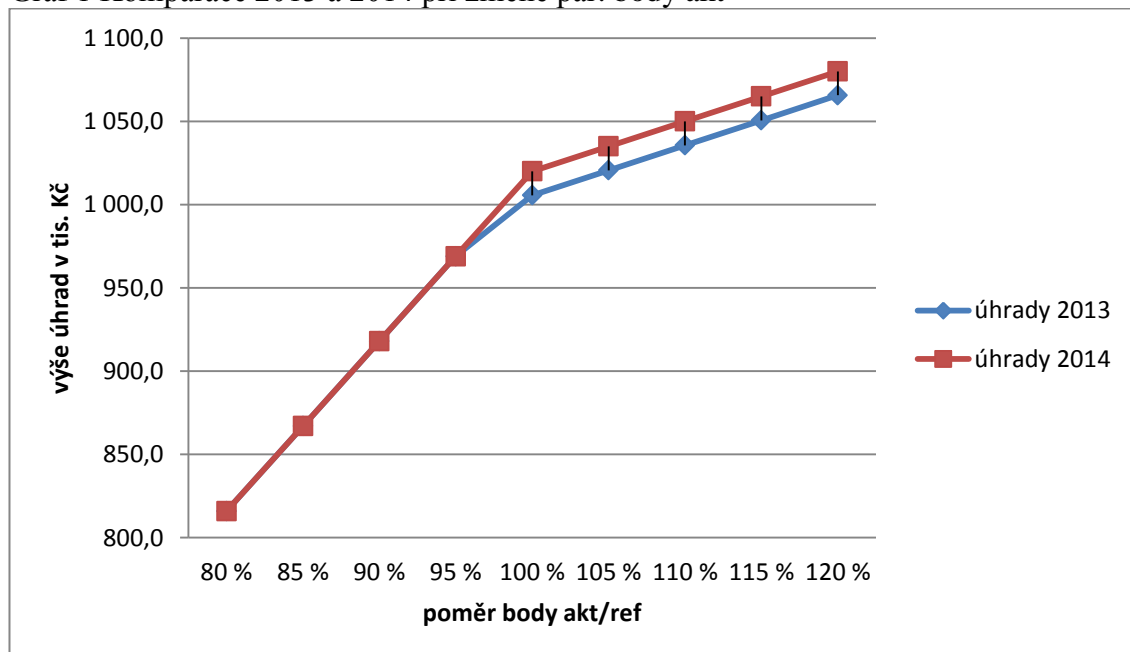
Tabulka 10 Úhrada 2014 při změně par. body akt

body ref	UOP ref	body akt	Body akt/ref v %	UOP akt	funkce minima vzorce	VS	HBred	celkové vyúčtování
1 000 000	1 000	800 000	80 %	1 000	1,00	0,72	1,02	816 000
1 000 000	1 000	850 000	85 %	1 000	1,00	0,72	1,02	867 000
1 000 000	1 000	900 000	90 %	1 000	1,00	0,72	1,02	918 000
1 000 000	1 000	950 000	95 %	1 000	1,00	0,72	1,02	969 000
1 000 000	1 000	1 000 000	100 %	1 000	1,00	0,72	1,02	1 020 000
1 000 000	1 000	1 050 000	105 %	1 000	0,95	0,69	0,99	1 035 000
1 000 000	1 000	1 100 000	110 %	1 000	0,91	0,65	0,95	1 050 000
1 000 000	1 000	1 150 000	115 %	1 000	0,87	0,63	0,93	1 065 000
1 000 000	1 000	1 200 000	120 %	1 000	0,83	0,60	0,90	1 080 000

Zdroj: vlastní výzkum

Dle dat v tabulce je možné zjistit, že v případě vyššího počtu bodů než 100 % referenčního období již vstupuje do úhrady hodnota bodu redukovaná, tedy na poskytovatele dopadne regulace daná výpočtovým vzorcem v podobě redukované hodnoty bodu. Při 100% a vyšší produkci je úhrada rovna nebo vyšší referenčnímu období. Porovnání výše úhrad jednotlivých let je provedeno graficky.

Graf 1 Komparace 2013 a 2014 při změně par. body akt



Zdroj: vlastní výzkum

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Na základě grafického zobrazení je patrné, že do 95 % poměru počtu bodů v hodnoceném období k referenčnímu období jsou úhrady v roce 2013 a 2014 shodné. Nad tento poměr je úhrada vypočtená dle parametrů vyhlášky platné pro rok 2014 vyšší. Z této komparace je tedy možné dovodit závěr, že v případě změny počtu bodů v hodnoceném období za jinak konstantních podmínek minimálně stejně výhodná nebo výhodnější úhradová vyhláška pro rok 2014.

Třetím předpokladem, kterým se bude výzkum v případě ambulantní specializované péče zabývat, je předpoklad změny počtu unikátních ošetřených pojištěnců v hodnoceném období. Parametr počtu bodů v hodnoceném období je shodný s parametrem počtu bodů v referenčním období. Stejně jako v předcházející části bude interval každé změny představovat 5 %. Parametry úhradové vyhlášky pro rok 2013 stanovují mez objemu péče. Předpoklad je, že nižší počet pojištěnců povede ke snížení meze, do které jsou body hrazeny v sestupné sazbě, a o to vyšší bude počet bodů hrazených v sestupné hodnotě bodu. Oproti tomu vyšší procento unikátních ošetřených pojištěnců vůči referenčnímu období znamená navýšení vypočtené meze objemu péče, do které probíhá úhrada v HB 1,02 Kč. Z uvedeného vyplývá, že úhrada, kterou obdrží v roce 2013 poskytovatel hrazených služeb, by měla stoupat se stoupajícím počtem unicitních ošetřených pojištěnců. K dosažení minimálně stejné hodnoty jako v referenčním období opět bude nutné vzhledem ke koeficientu 0,98, kterým je násoben vzorec pro výpočet meze, dosáhnout hodnoty UOP vyšší než 100 % hodnoty referenčního období. V opačném případě bude vždy úhrada nižší. Zároveň také z výpočtového vzorce vyplývá, že změna počtu UOP (snížení jejich počtu) v hodnoceném období má na změnu výše úhrady velký vliv, neboť na rozdíl od počtu bodů v hodnoceném období přímo vstupuje do výpočtu meze objemu péče. Na druhou stranu zvýšení počtu UOP proti referenčnímu období pouze zvedá výši meze, ale nebude přinášet poskytovatelům hrazených služeb vyšší úhradu. Výše uvedené skutečnosti budou v následující modelaci ověřovány.

Tabulka 11 Úhrada 2013 při změně par. UOP akt

body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	UOP akt/ref v %	mez	hodnota do meze	body pro shb	úhrada shb	celkové vyúčtování
1 000 000	1 000	1 000 000	800	80 %	784 000	799 680	216 000	64 800	864 480
1 000 000	1 000	1 000 000	850	85 %	833 000	849 660	167 000	50 100	899 760
1 000 000	1 000	1 000 000	900	90 %	882 000	899 640	118 000	35 400	935 040
1 000 000	1 000	1 000 000	950	95 %	931 000	949 620	69 000	20 700	970 320
1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	100 %	980 000	999 600	20 000	6 000	1 005 600
1 000 000	1 000	1 000 000	1 050	105 %	1 029 000	1 020 000	0	0	1 020 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 100	110 %	1 078 000	1 020 000	0	0	1 020 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 150	115 %	1 127 000	1 020 000	0	0	1 020 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 200	120 %	1 176 000	1 020 000	0	0	1 020 000

Zdroj: vlastní výzkum

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Z uvedeného výsledku je patrné, že při 105 % UOP je již mez objemu vyšší než počet bodů v poskytovatelem vykázaných a pojišťovnou uznaných dávkách, proto je úhrada realizována pouze v nesestupné hodnotě bodu. Hraníční hodnotou, od které je úhrada konstantní, tedy ve výši 1 020 000 Kč, je 102,1 % UOP. Do této procentní změny je úhrada roku 2013 vždy nižší, než kterou poskytovatel dosáhl v referenčním období. Výsledky také potvrzují hypotézu, že snížení počtu UOP v roce 2013 má na úhradu z ekonomického dopadu pro poskytovatele hrazených služeb příznivější vliv než snížení počtu bodů. Parametry úhradové vyhlášky pro rok 2014 již do výpočtového vzorce zahrnují jak UOP v hodnoceném období, tak počet bodů hodnoceného období. Změna počtu bodů, která byla modelována v předcházejícím druhém předpokladu, znamenala stejnou úhradu v roce 2013 i 2014 do 95 % počtu bodů referenčního období. Změna parametru UOP v hodnoceném období by měla přinést díky nastaveným parametrům stejný efekt, ale tento by se měl projevit při přírůstku unikátů v hodnoceném období.

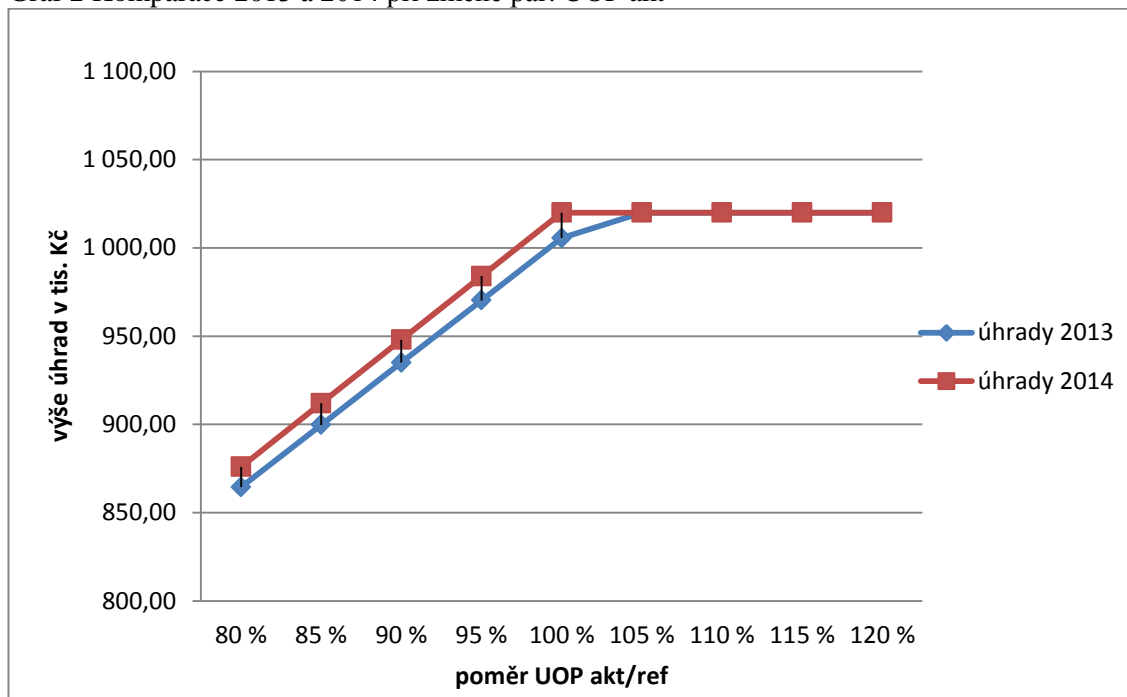
Tabulka 12 Úhrada 2014 při změně par.UOP akt

body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	UOP akt/ref v %	funkce minima vzorce	VS	HBred	celkové vyúčtování
1 000 000	1 000	1 000 000	800	80 %	0,80	0,58	0,88	876 000
1 000 000	1 000	1 000 000	850	85 %	0,85	0,61	0,91	912 000
1 000 000	1 000	1 000 000	900	90 %	0,90	0,65	0,95	948 000
1 000 000	1 000	1 000 000	950	95 %	0,95	0,68	0,98	984 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	100 %	1,00	0,72	1,02	1 020 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 050	105 %	1,00	0,72	1,02	1 020 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 100	110 %	1,00	0,72	1,02	1 020 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 150	115 %	1,00	0,72	1,02	1 020 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 200	120 %	1,00	0,72	1,02	1 020 000

Zdroj: vlastní výzkum

Provedené výpočty pro rok 2014 dokládají stanovené předpoklady. Pokud je počet UOP v hodnoceném období vyšší nebo roven 100 % UOP v referenčním období, pak je úhrada pro rok 2014 ve stejné výši jako v referenčním období. Pokud je počet UOP hodnoceného období nižší než 100 %, pak je úhrada vypočtena dle vzorce s HB redukovanou. Porovná-li se provedená modelace s výpočty roku 2014 pro druhý předpoklad, pak snížení počtu UOP v hodnoceném období (za jinak stejných podmínek) přinese poskytovateli vyšší úhradu než v případě snížení počtu bodů v hodnoceném období a naopak vyšší počet UOP v hodnoceném období přinese nižší úhradu. Srovnání výsledků jednotlivých procentních změn v letech 2013 a 2014 je v následujícím grafu.

Graf 2 Komparace 2013 a 2014 při změně par. UOP akt



Zdroj: vlastní výzkum

Z provedené grafické komparace jsou patrné vyšší úhrady zdravotních pojišťoven v roce 2014 v případech, kdy je počet UOP daného období nižší nebo roven 105 % počtu UOP referenčního období, nad touto hranicí je úhrada obou srovnávaných období shodná. Na hlavní výzkumnou otázku lze odpovědět, že pro poskytovatele hrazených služeb je z ekonomického hlediska výhodnější úhradová vyhláška pro rok 2014, neboť jim zaručuje minimálně stejnou nebo vyšší úhradu než úhradová vyhláška pro rok 2013. Pro zajištění minimálně stejné úhrady, kterou poskytovatel obdržel za zdravotní služby v referenčním období, je nutné v roce 2013 navýšit počet UOP v hodnoceném období o více jak 2%, zatím co v roce 2014 stačí poskytovateli stejný počet UOP jak v hodnoceném, tak referenčním období. I toto porovnání s dosažením minimálně stejné úhrady jako v referenčním období vyznívá ve prospěch úhradové vyhlášky pro rok 2014.

Čtvrtým předpokladem, který je podroben zkoumání, je současná změna parametru počtu bodů a parametru unikátního počtu pojištěnců, přičemž změna bude kopírovat lineární funkci přímě úměrnosti, tedy v případě pětiprocentního snížení počtu bodů dojde v modelaci také k pětiprocentnímu snížení počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období. Stejně jako v předcházejících předpokladech bude počítáno s pětiprocentními změnami. Pro rok 2013 je předpoklad, že vzhledem k parametrům výpočetního vzorce – koeficientu pro výpočet meze ve výši 0,98, bude část poskytnutých služeb uhrazena v sestupné hodnotě bodu, zatím co při výpočtu roku 2014 by vzhledem k nastaveným parametrům měla být péče vždy uhrazena v hodnotě bodu

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

1,02 Kč. Na základě této úvahy by tedy ve všech případech, které budou pro tento předpoklad modelovány, mělo dojít k vyšší úhradě v roce 2014.

Tabulka 13 Úhrada 2013 při změně par. – přímá úměrnost

body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	Body akt/ref a UOP akt/ref	mez	hodnota do meze	body pro shb	úhrada shb	celkové vyúčtování
1 000 000	1 000	800 000	800	80 %	784 000	799 680	16 000	4 800	804 480
1 000 000	1 000	850 000	850	85 %	833 000	849 660	17 000	5 100	854 760
1 000 000	1 000	900 000	900	90 %	882 000	899 640	18 000	5 400	905 040
1 000 000	1 000	950 000	950	95 %	931 000	949 620	19 000	5 700	955 320
1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	100 %	980 000	999 600	20 000	6 000	1 005 600
1 000 000	1 000	1 050 000	1 050	105 %	1 029 000	1 049 580	21 000	6 300	1 055 880
1 000 000	1 000	1 100 000	1 100	110 %	1 078 000	1 099 560	22 000	6 600	1 106 160
1 000 000	1 000	1 150 000	1 150	115 %	1 127 000	1 149 540	23 000	6 900	1 156 440
1 000 000	1 000	1 200 000	1 200	120 %	1 176 000	1 199 520	24 000	7 200	1 206 720

Zdroj: vlastní výzkum

Z výše uvedené modelace vyplývá, že při předpokladu lineární funkce přímé úměrnosti jsou vždy poskytnuté zdravotní služby částečně hrazeny v sestupné hodnotě bodu. Dále z modelace plyne skutečnost, že změna obou parametrů (lineární funkce přímé úměrnosti) směrem dolů má vždy výraznější dopad do úhrady než pouhá změna jednoho z parametrů.

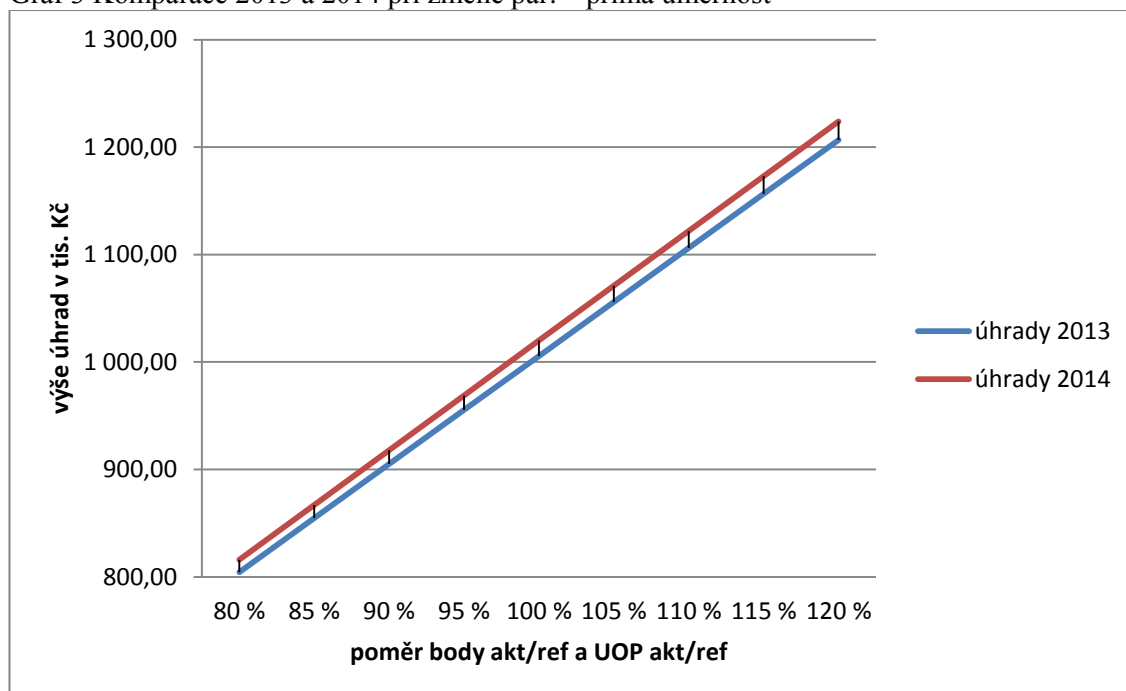
Tabulka 14 Úhrada 2014 při změně par. – přímá úměrnost

body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	Body akt/ref a UOP akt/ref	funkce minima vzorce	VS	HBred	celkové vyúčtování
1 000 000	1 000	800 000	800	80 %	1,00	0,72	1,02	816 000
1 000 000	1 000	850 000	850	85 %	1,00	0,72	1,02	867 000
1 000 000	1 000	900 000	900	90 %	1,00	0,72	1,02	918 000
1 000 000	1 000	950 000	950	95 %	1,00	0,72	1,02	969 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	100 %	1,00	0,72	1,02	1 020 000
1 000 000	1 000	1 050 000	1 050	105 %	1,00	0,72	1,02	1 071 000
1 000 000	1 000	1 100 000	1 100	110 %	1,00	0,72	1,02	1 122 000
1 000 000	1 000	1 150 000	1 150	115 %	1,00	0,72	1,02	1 173 000
1 000 000	1 000	1 200 000	1 200	120 %	1,00	0,72	1,02	1 224 000

Zdroj: vlastní výzkum

Výpočty potvrzují hypotézu, že v případě lineární funkce přímé úměrnosti na změnu obou parametrů je celková úhrada pro poskytovatele zdravotních služeb v roce 2014 vždy vyšší než při stejných změnách v roce 2013. V porovnání se dvěma předcházejícími předpoklady v roce je snížení obou parametrů pro poskytovatele méně výhodné než pouhé snížení parametru UOP. Pokud se oba parametry mění směrem nahoru, pak je předpoklad lineární funkce přímé úměrnosti pro poskytovatele výhodnější.

Graf 3 Komparace 2013 a 2014 při změně par. – přímá úměrnost



Zdroj: vlastní výzkum

Grafické zobrazení potvrzuje již výše uvedenou skutečnost ekonomicky výhodnějšího výpočtu dle parametrů vyhlášky pro rok 2014. Rozdíl mezi úhradou v roce 2014 a 2013 je ve všech modelových variantách tohoto výpočtu 1,43 %. Druhou zkoumanou skutečností jednotlivých výpočtů je dosažení minimálně stejné úhrady jako v referenčním období. Pro rok 2014 je z výsledků zřejmé, že je to v případě stejné produkce jako v referenčním období a vyšší. V případě roku 2013 díky koeficientu 0,98 nestačí ani stejná produkce referenčního období, produkce by musela v hodnoceném období dosáhnout 101,43 %.

Posledním zkoumaným předpokladem v oblasti ambulantní specializované péče je předpoklad změny obou parametrů, kdy tato změna nebude v přímé úměrnosti. Pro modelaci budou použity 2 varianty. První varianta (varianta A) změny počtu bodů v 5% intervalech, kterým bude odpovídat změna počtu UOP, kdy změna počtu UOP bude vždy o 2 % nižší než změna počtu bodů a druhá varianta (varianta B) změny počtu bodů v 5% intervalech, kterým bude odpovídat změna počtu UOP, kdy změna počtu UOP

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

bude vždy o 2 % vyšší než změna počtu bodů. Nejdříve bude pro každou variantu provedena modelace roku 2013, následně roku 2014 a jejich komparace.

Tabulka 15 Úhrada 2013 při změně par. varianta A

	body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	mez	hodnota do meze	body pro shb	úhrada shb	celkové vyúčtování
1	1 000 000	1 000	800 000	820	803 600	816 000	0	0	816 000
2	1 000 000	1 000	850 000	870	852 600	867 000	0	0	867 000
3	1 000 000	1 000	900 000	920	901 600	918 000	0	0	918 000
4	1 000 000	1 000	950 000	970	950 600	969 000	0	0	969 000
5	1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	980 000	999 600	20 000	6 000	1 005 600
6	1 000 000	1 000	1 050 000	1 030	1 009 400	1 029 588	40 600	12 180	1 041 768
7	1 000 000	1 000	1 100 000	1 080	1 058 400	1 079 568	41 600	12 480	1 092 048
8	1 000 000	1 000	1 150 000	1 130	1 107 400	1 129 548	42 600	12 780	1 142 328
9	1 000 000	1 000	1 200 000	1 180	1 156 400	1 179 528	43 600	13 080	1 192 608

Zdroj: vlastní výzkum

Data v tabulce říkají, že v případě snížení počtu bodů, ale nižšího snížení počtu UOP jsou vykázány a uznané dávky proplaceny v plné hodnotě bodu. K úhradě v minimálně stejné výši jako v referenčním období se poté nejvíce blíží varianta 103 % počtu bodů a 101 % UOP. Úhrady jsou minimálně stejné nebo vyšší než v případě pouhé změny parametru body akt. Při srovnání s dalšími modelacemi již tato výhoda není. Druhou variantou výpočtu je případ, kdy hodnota změny UOP je vždy o 2 % vyšší než změna parametru body akt.

Tabulka 16 Úhrada 2013 při změně par. varianta B

	body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	mez	hodnota do meze	body pro shb	úhrada shb	celkové vyúčtování
1	1 000 000	1 000	800 000	780	764 400	816 000	35 600	10 680	826 680
2	1 000 000	1 000	850 000	830	813 400	867 000	36 600	10 980	877 980
3	1 000 000	1 000	900 000	880	862 400	918 000	37 600	11 280	929 280
4	1 000 000	1 000	950 000	930	911 400	969 000	38 600	11 580	980 580
5	1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	980 000	999 600	20 000	6 000	1 005 600
6	1 000 000	1 000	1 050 000	1 070	1 048 600	1 069 572	1 400	420	1 069 992
7	1 000 000	1 000	1 100 000	1 120	1 097 600	1 119 552	2 400	720	1 120 272
8	1 000 000	1 000	1 150 000	1 170	1 146 600	1 169 532	3 400	1 020	1 170 552
9	1 000 000	1 000	1 200 000	1 220	1 195 600	1 219 512	4 400	1 320	1 220 832

Zdroj: vlastní výzkum



# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Dle dosažených výsledků je v modelaci úhrad pro rok 2013 varianta B v osmi z devíti případů pro poskytovatele výhodnější než varianta A, v jednom případě (při produkci na úrovni referenčního období) jsou hodnoty stejné. Dosažení minimálně stejné úhrady jako v referenčním období je při 101% počtu bodů a 103% počtu UOP hodnoceného období v porovnání s referenčním obdobím. Komparace s ostatními modelacemi roku 2013 dle jednotlivých předpokladů vyznívá ve prospěch varianty B především vůči předpokladu změny počtu bodů akt a také při změně počtu obou parametrů v přímé úměrnosti. V následujících dvou tabulkách jsou uvedeny dopady obou variant pro rok 2014.

Tabulka 17 Úhrada 2014 při změně par. varianta A

	body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	funkce minima vzorce	VS	HBred	celkové vyúčtování
1	1 000 000	1 000	800 000	820	1,00	0,72	1,02	816 000
2	1 000 000	1 000	850 000	870	1,00	0,72	1,02	867 000
3	1 000 000	1 000	900 000	920	1,00	0,72	1,02	918 000
4	1 000 000	1 000	950 000	970	1,00	0,72	1,02	969 000
5	1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	1,00	0,72	1,02	1 020 000
6	1 000 000	1 000	1 050 000	1 030	0,98	0,71	1,01	1 056 600
7	1 000 000	1 000	1 100 000	1 080	0,98	0,71	1,01	1 107 600
8	1 000 000	1 000	1 150 000	1 130	0,98	0,71	1,01	1 158 600
9	1 000 000	1 000	1 200 000	1 180	0,98	0,71	1,01	1 209 600

Zdroj: vlastní výzkum

Z provedených výpočtů je patrné, že v případě, že počet bodů daného období roste rychleji než počet UOP (tj. průměrná úhrada na unitivního ošetřeného pojištěnce v daném období roste), tak je celková hodnota bodu redukována, tedy dopadne na hodnotu bodu omezení výpočetním vzorcem. Pokud se provede porovnání obou variant A pro oba roky, je výpočet pro rok 2014 minimálně stejně výhodný nebo výhodnější.

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

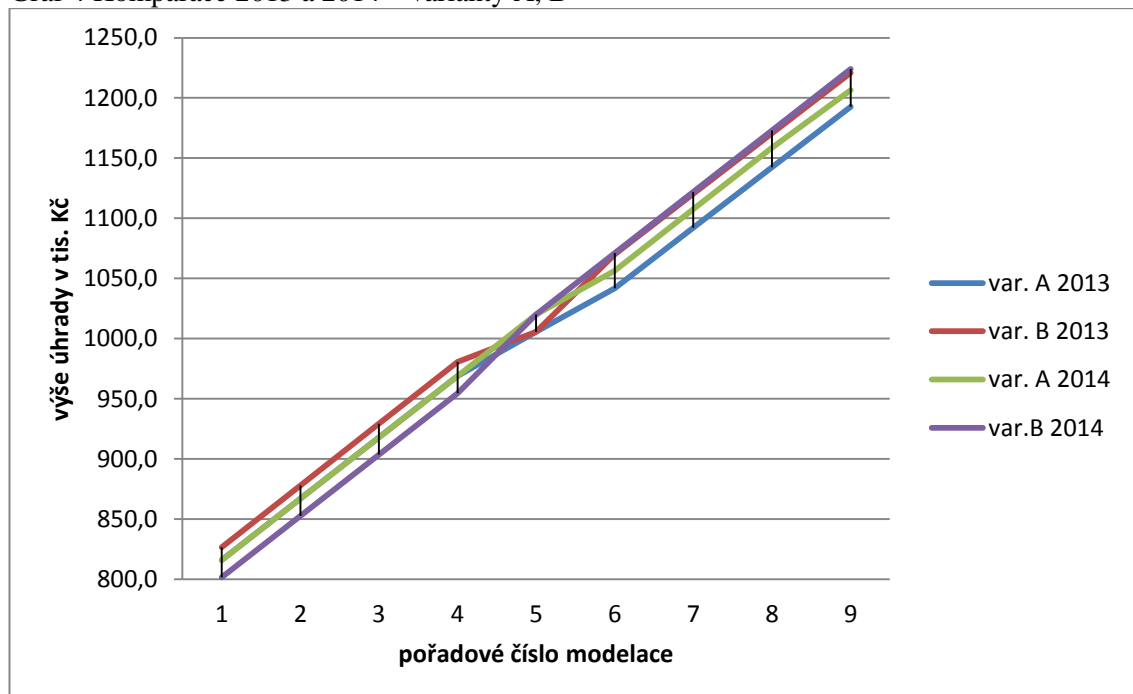
Tabulka 18 Úhrada 2014 při změně par. varianta B

	body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	funkce minima vzorce	VS	HBred	celkové vyúčtování
1	1 000 000	1 000	800 000	780	0,98	0,70	1,00	801 600
2	1 000 000	1 000	850 000	830	0,98	0,70	1,00	852 600
3	1 000 000	1 000	900 000	880	0,98	0,70	1,00	903 600
4	1 000 000	1 000	950 000	930	0,98	0,70	1,00	954 600
5	1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	1,00	0,72	1,02	1 020 000
6	1 000 000	1 000	1 050 000	1 070	1,00	0,72	1,02	1 071 000
7	1 000 000	1 000	1 100 000	1 120	1,00	0,72	1,02	1 122 000
8	1 000 000	1 000	1 150 000	1 170	1,00	0,72	1,02	1 173 000
9	1 000 000	1 000	1 200 000	1 220	1,00	0,72	1,02	1 224 000

Zdroj: vlastní výzkum

Vzhledem ke stejnému výpočetnímu vzorci, by v roce 2014 měla platit pro obě varianty stejná pravidla, což výsledky zjištěné v obou variantách potvrzují. I ve variantě B pro rok 2014 je v případě rostoucího průměru na jednoho pojištěnce hodnota bodu redukována. Ke srovnání všech variant je použit následující graf.

Graf 4 Komparace 2013 a 2014 – varianty A, B



Zdroj: vlastní výzkum

Dle grafického znázornění se jako nejvýhodnější jeví varianta B pro rok 2013, která je v porovnání se všemi variantami ve většině výstupů nejvýše. Ze srovnání variant B pro jednotlivá období lze zjistit, že v některých případech je pro poskytovatele finančně výhodnější varianta B pro rok 2013. Ve srovnání variant A již platí, že je výpočet pro rok 2014 pro poskytovatele srovnatelný nebo výhodnější.

Celkově je možné shrnout, že v případě poskytovatelů ambulantní specializované péče jsou výpočty pro rok 2014 pro zařízení ekonomicky srovnatelné nebo výhodnější. Toto pravidlo neplatí pouze v případě, kdy dojde v hodnoceném období k současné změně parametrů počtu bodů a unikátních ošetřených pojištěnců, přičemž změna počtu pojištěnců je o 2 % vyšší než procentní změna počtu bodů. Dalším zkoumaným faktorem, který vychází z dílčího výzkumného cíle, je nalezení parametrů, které zaručují poskytovatelům hrazených služeb minimálně stejnou úhradu jako v referenčním období. Jako snáze realizovatelná se tato skutečnost na základě provedených výpočtů jeví pro rok 2014. Pro dosažení stejného zisku tady totiž stačí dosažení stejných parametrů jako v referenčním období. V roce 2013 je součástí výpočetního vzorce koeficient, jehož použití znamená při stejných parametrech snížení úhrady o 1,5 %.

## 4.5 Gynekologická péče

Poskytovatelé hrazených služeb v gynekologii mají pro obě období zcela odlišný způsob úhrady od poskytovatelů ambulantní specializované péče. V obou hodnocených obdobích je výpočet realizován dle stejného principu výkonovým způsobem úhrady s hodnotou bodu 1,06 Kč, tato úhrada je však zastropována pomocí výpočtového vzorce:

$$\text{POPzpo} \times \text{PUROo} \times 0,98$$

kde:

POPzpo      počet UOP v dané odbornosti v hodnoceném období

PUROo      průměrná úhrada za zdravotní výkony včetně ZULP, ZUM na jednoho UOP v dané odbornosti v referenčním období

Na první pohled je vzorec obou zkoumaných období stejný, do výpočtu vstupují stejné parametry. V jednom z parametrů však lze nalézt odlišný výklad, který pak může zcela zásadním způsobem změnit úhradu. Pro rok 2014 je ve výkladu parametru POPzpo zakomponována podmínka, že se do tohoto počtu nezahrnou ti pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony 09513 a 09511. Pro výzkum budou opět použity základní předpoklady – prvním z nich je úhrada v referenčním období, která je stanovena na 1 060 000 Kč. Dalšími parametry je počet bodů vykázaných a uznaných v referenčním období, který je stanoven na 1 mil. bodů a počet UOP v referenčním období je stanoven na 1000. Z těchto základních parametrů se následně odvodí parametr PUROo, který je v tomto případě 1000 Kč. Parametry počet bodů a UOP budou procentuálně měněny

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

v 5% změnách. Nejdříve budou zpracovány parametry pro období roku 2013, poté 2014 a následně budou zjištěné výsledky modelací komparovány. Pro rok 2014 budou vytvořeny dvě varianty výpočtů. První varianta (varianta A) bude vycházet z předpokladu, že se v dávkách, které poskytovatel v hodnoceném období vykáže, nenachází žádný pojištěnec, na kterého by byly vykázány pouze výkony minimálního kontaktu nebo telefonické konzultace. Druhá varianta (varianta B) předpokládá, že v hodnoceném období bylo 1 % pojištěnců, na které byly vykázány pouze výkony 09511 a 09513. Stejně jako u poskytovatelů ambulantních specializovaných služeb budou modelace vycházet z několika předpokladů:

- 1) zachování konstantního vývoje – parametry referenčního a aktuálního období jsou shodné
- 2) změna parametru počtu bodů v hodnoceném období, ostatní parametry nezměněny
- 3) změna parametru unikátního počtu pojištěnců v hodnoceném období, ostatní parametry nezměněny
- 4) změna parametru unikátního počtu pojištěnců v hodnoceném období a současně změna parametru počtu bodů v hodnoceném období – lineární funkce přímé úměrnosti
- 5) změna parametru unikátního počtu pojištěnců v hodnoceném období a současně změna parametru počtu bodů v hodnoceném období – nepřímá úměrnost

Prvním předpokladem je zachování konstantního vývoje. Pro lepší přehlednost jsou data roku 2013 i data pro obě varianty roku 2014 umístěna v jedné tabulce.

Tabulka 19 Gynekologie úhrada při konstantním vývoji poskytované péče

rok	body dávky	UOP	hodnota dávky	max. úhrada	úhrada
2013	1 000 000	1 000	1 060 000	1 060 000	1 060 000
2014 var. A	1 000 000	1 000	1 060 000	1 060 000	1 060 000
2014 var. B	1 000 000	990	1 060 000	1 049 400	1 049 400

Zdroj: vlastní výzkum

Z provedené modelace vyplývá, že pokud jsou zachovány stejné parametry počtu bodů a UOP jako v referenčním období, tak je dosaženo stejné úhrady. V ani jedné z variant výpočtu pro rok 2014 není možné říci, že jsou parametry výhodnější. Naopak v případě varianty B lze konstatovat, že pokud v roce 2014 bude minimálně jeden unikátní ošetřený pojištěnec, na kterého vykáže poskytovatel minimální kontakt nebo telefonickou konzultaci, bude vypočtená úhrada vždy nižší než v roce 2013 a poskytovatel nemůže v tomto směru nikdy dosáhnout na stejnou výši úhrady jako v referenčním období. Vzhledem ke zkušenosti autora práce je předpoklad minimálně jednoho takového pojištěnce v datech poskytovatelů velmi reálný, a proto ve většině vyúčtování roku 2014 bude výpočet probíhat dle varianty B. Lze tedy tvrdit, že v tomto případě není pro poskytovatele znění úhradové vyhlášky pro rok 2014 výhodou.

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Druhým předpokladem, ze kterého se v modelacích vychází, je změna počtu bodů v hodnoceném období. Vzhledem k charakteru vzorce, který je aplikován pro maximální úhradu, lze dovodit, že pokud bude hodnota bodů nižší než v referenčním období, bude nižší úhrada, pokud bude vyšší, budou zařízení limitována maximální úhradou, která odpovídá úhradě v referenčním období. Díky nastaveným parametrům bude úhrada roku 2013 a var. A roku 2014 totožná, rozdíl bude představovat varianta B pro rok 2014, kde by měla v případě limitace max. úhradou být vždy úhrada nižší.

Tabulka 20 Gynekologie úhrada při změně par. body akt 2013,2014 var. A

body dávky	Body akt/ref v %	UOP	hodnota dávky	max. úhrada	úhrada
800 000	80 %	1 000	848 000	1 060 000	848 000
850 000	85 %	1 000	901 000	1 060 000	901 000
900 000	90 %	1 000	954 000	1 060 000	954 000
950 000	95 %	1 000	1 007 000	1 060 000	1 007 000
1 000 000	100 %	1 000	1 060 000	1 060 000	1 060 000
1 050 000	105 %	1 000	1 113 000	1 060 000	1 060 000
1 100 000	110 %	1 000	1 166 000	1 060 000	1 060 000
1 150 000	115 %	1 000	1 219 000	1 060 000	1 060 000
1 200 000	120 %	1 000	1 272 000	1 060 000	1 060 000

Zdroj: vlastní výzkum

Vzhledem k tomu, že hodnoty roku 2013 a 2014 při variantě A vycházejí stejné, je použita pro obě období pouze jedna tabulka.

Tabulka 21 Gynekologie úhrada při změně par. body akt 2014 var. B

body dávky	Body akt/ref v %	UOP	hodnota dávky	max. úhrada	úhrada
800 000	80 %	990	848 000	1 049 400	848 000
850 000	85 %	990	901 000	1 049 400	901 000
900 000	90 %	990	954 000	1 049 400	954 000
950 000	95 %	990	1 007 000	1 049 400	1 007 000
1 000 000	100 %	990	1 060 000	1 049 400	1 049 400
1 050 000	105 %	990	1 113 000	1 049 400	1 049 400
1 100 000	110 %	990	1 166 000	1 049 400	1 049 400
1 150 000	115 %	990	1 219 000	1 049 400	1 049 400
1 200 000	120 %	990	1 272 000	1 049 400	1 049 400

Zdroj: vlastní výzkum

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Z provedených modelací je na základě srovnání potvrzena hypotéza, že pokud jsou dávky vyúčtovány výkonovým způsobem úhrady, je celkový finanční dopad ve všech sledovaných obdobích a variantách stejný. Rozdíl je v případě limitace maximální úhradou. Tam je v případě varianty B pro rok 2014 úhrada nižší a poskytovatel nemá možnost dosáhnout ani na minimálně stejnou úhradu jako v referenčním období. Pro poskytovatele jsou tak parametry úhradové vyhlášky méně výhodné.

Třetím předpokladem je změna počtu UOP v hodnoceném období při zachování konstantního počtu bodů. Pro roky 2013 a rok 2014 var. A bude vytvořena společná tabulka, neboť parametry vstupující do výpočtu jsou pro obě tato období shodná.

Tabulka 22 Gynekologie úhrada při změně par. UOP 2013, 2014 var. A

body dávky	UOP	UOP akt/ref v %	hodnota dávky	max. úhrada	úhrada
1 000 000	800	80 %	1 060 000	848 000	848 000
1 000 000	850	85 %	1 060 000	901 000	901 000
1 000 000	900	90 %	1 060 000	954 000	954 000
1 000 000	950	95 %	1 060 000	1 007 000	1 007 000
1 000 000	1 000	100 %	1 060 000	1 060 000	1 060 000
1 000 000	1 050	105 %	1 060 000	1 113 000	1 060 000
1 000 000	1 100	110 %	1 060 000	1 166 000	1 060 000
1 000 000	1 150	115 %	1 060 000	1 219 000	1 060 000
1 000 000	1 200	120 %	1 060 000	1 272 000	1 060 000

Zdroj: vlastní výzkum

Pokud se budou komparovat tabulky pro uvedená období (2013,2014 var. A) pro druhý a třetí předpoklad, lze dospět k závěru, že jsou totožné, poskytovatel je vždy omezen na stejnou výši úhrady buď díky hodnotě dávek, nebo maximální úhradě.

Tabulka 23 Gynekologie úhrada při změně par. UOP 2014 var. B

body dávky	UOP	UOP akt/ref v %	hodnota dávky	max. úhrada	úhrada
1 000 000	792	80 %	1 060 000	839 520	839 520
1 000 000	841	85 %	1 060 000	891 460	891 460
1 000 000	891	90 %	1 060 000	944 460	944 460
1 000 000	940	95 %	1 060 000	996 400	996 400
1 000 000	990	100 %	1 060 000	1 049 400	1 049 400
1 000 000	1 039	105 %	1 060 000	1 101 340	1 060 000
1 000 000	1 089	110 %	1 060 000	1 154 340	1 060 000
1 000 000	1 138	115 %	1 060 000	1 206 280	1 060 000
1 000 000	1 188	120 %	1 060 000	1 259 280	1 060 000

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky je patrné, že se opět potvrdil předpoklad nižší úhrady proti roku 2013 a variantě A pro rok 2014 a to až do hodnoty 105 % UOP. Nad tento objem už je hodnota stejná a v tomto případě může poskytovatel dosáhnout minimálně stejné úhrady jako v referenčním období. Ani v jednom z modelovaných předpokladů obou let však zatím nemohl poskytovatel dosáhnout úhradu vyšší než v referenčním období.

Čtvrtý předpoklad je přímá úměrnost, tedy současná změna obou parametrů, kdy procentní změny jsou stejné jak pro počet bodů, tak pro počet UOP. Vzhledem k tomu, že v předcházejících variantách byl měněn pouze jeden parametr, mohla úhrada dosáhnout pouze maximálně stejné úhrady jako v referenčním období. V případě navýšení obou parametrů hodnoceného období (jak bodů, tak UOP) by mělo dojít k posunutí meze a současně ke zvýšení hodnoty dávek, proto by mělo dojít k tomu, že poskytovatelé dosáhnou na úhradu vyšší než v referenčním období.

Tabulka 24 Gynekologie úhrada – přímá úměrnost 2013,2014 var. A

body dávky	UOP	Body akt/ref a UOP akt/ref	hodnota dávky	max. úhrada	úhrada
800 000	800	80 %	848 000	848 000	848 000
850 000	850	85 %	901 000	901 000	901 000
900 000	900	90 %	954 000	954 000	954 000
950 000	950	95 %	1 007 000	1 007 000	1 007 000
1 000 000	1 000	100 %	1 060 000	1 060 000	1 060 000
1 050 000	1 050	105 %	1 113 000	1 113 000	1 113 000
1 100 000	1 100	110 %	1 166 000	1 166 000	1 166 000
1 150 000	1 150	115 %	1 219 000	1 219 000	1 219 000
1 200 000	1 200	120 %	1 272 000	1 272 000	1 272 000

Zdroj: vlastní výzkum

Provedená modelace potvrzuje skutečnost, že v případě vyššího počtu bodů ve srovnání s referenčním obdobím a současně stejného procentního nárůstu počtu UOP mají poskytovatelé v roce 2013 a roce 2014 – var. A možnost dosáhnout vyšší úhrady než v referenčním období. Při výpočtu výsledné úhrady je výpočet založen na funkci minima, která vybírá menší ze dvou hodnot – hodnota dávky a hodnota maximální úhrady. Z uvedené tabulky vyplývá, že v případě lineárního poklesu či nárůstu bodů a UOP jsou obě tyto hodnoty shodné. Teoreticky se tento předpoklad jeví pro poskytovatele jako nejvýhodnější, neboť mu jsou vždy provedené výkony uhrazeny ve stanovené hodnotě bodu 1,06 Kč. Prakticky je pro poskytovatele hrazených služeb však velmi těžké dosáhnout uvedeného předpokladu. V oblasti gynekologie by to mohlo znamenat, že by v daném období lékař prováděl např. pouze kontrolní vyšetření gynekologem a to každé své pacientce ve stejné frekvenci. Potom by každá nová pacientka, kterou by ošetřil stejným způsobem, znamenala vyšší úhradu. Tato situace je však pouze hypotetická, neboť poskytovatelé hrazených služeb mají nasmlouváno celé spektrum výkonů a výkony z tohoto spektra jsou vykazovány dle zdravotního stavu

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

pacientů. V následující tabulce je provedena modelace přímé úměrnosti také pro variantu B roku 2014. Zde je vzhledem k počtu UOP předpoklad nižší úhrady než pro rok 2013 a 2014 variantu A.

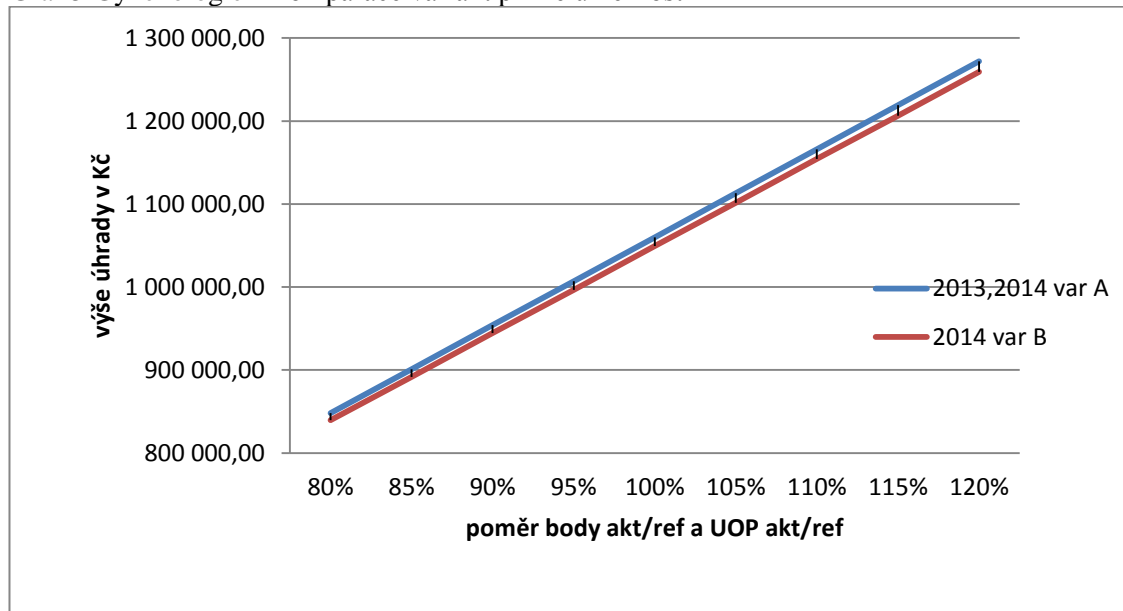
Tabulka 25 Gynekologie úhrada – přímá úměrnost 2014 var. B

body dávky	UOP	Body akt/ref a UOP akt/ref	hodnota dávky	max. úhrada	úhrada
800 000	792	80%	848 000	839 520	839 520
850 000	841	85%	901 000	891 460	891 460
900 000	891	90%	954 000	944 460	944 460
950 000	940	95%	1 007 000	996 400	996 400
1 000 000	990	100%	1 060 000	1 049 400	1 049 400
1 050 000	1 039	105%	1 113 000	1 101 340	1 101 340
1 100 000	1 089	110%	1 166 000	1 154 340	1 154 340
1 150 000	1 138	115%	1 219 000	1 206 280	1 206 280
1 200 000	1 188	120%	1 272 000	1 259 280	1 259 280

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky potvrzují předpoklad nižší úhrady v případě varianty B pro rok 2014, i když i v tomto případě je poskytovatelům hrazených služeb zajištěna možnost vyšší úhrady než v referenčním období, kdy mezníkem je 101 % počtu bodů a stejné procento UOP. Pro bližší posouzení rozdílů variant je zpracováno grafické zobrazení.

Graf 5 Gynekologie – komparace variant přímé úměrnosti



Zdroj: vlastní výzkum

Výsledkem grafického zobrazení jsou dvě přímky. Rozdíl jednotlivých variant je 1 %, což odpovídá procentu UOP, na které byly v hodnoceném období vykázány pouze výkony 09511 a 09513, tedy výkony minimálního kontaktu a telefonické konzultace.



# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Posledním předpokladem, který je však z hlediska praxe nejvíce pravděpodobný, je předpoklad změny obou parametrů, přičemž jejich procentní změna je různá. Stejně jako v ambulantní specializované péči budou zkoumány dva typy předpokladů. V prvním z nich bude změna UOP vždy o 2 % nižší než procentní změna počtu bodů. Data pro rok 2013 i 2014 jsou sloučena do jedné tabulky.

Tabulka 26 Gynekologie - nepřímá úměrnost předpoklad 1

varianty	body dávky	UOP	hodnota dávky	max. úhrada	úhrada
2013, 2014 var. A	800 000	820	848 000	869 200	848 000
	850 000	870	901 000	922 200	901 000
	900 000	920	954 000	975 200	954 000
	950 000	970	1 007 000	1 028 200	1 007 000
	1 000 000	1 000	1 060 000	1 060 000	1 060 000
	1 050 000	1 030	1 113 000	1 091 800	1 091 800
	1 100 000	1 080	1 166 000	1 144 800	1 144 800
	1 150 000	1 130	1 219 000	1 197 800	1 197 800
	1 200 000	1 180	1 272 000	1 250 800	1 250 800
2014 var. B	800 000	812	848 000	860 720	848 000
	850 000	861	901 000	912 660	901 000
	900 000	911	954 000	965 660	954 000
	950 000	960	1 007 000	1 017 600	1 007 000
	1 000 000	990	1 060 000	1 049 400	1 049 400
	1 050 000	1 020	1 113 000	1 081 200	1 081 200
	1 100 000	1 069	1 166 000	1 133 140	1 133 140
	1 150 000	1 119	1 219 000	1 186 140	1 186 140
	1 200 000	1 168	1 272 000	1 238 080	1 238 080

Zdroj: vlastní výzkum

Stejně jako v předcházejícím předpokladu mají v případě změny obou parametrů poskytovatelé možnost dosáhnout vyšší úhrady než v referenčním období. Opět je pro ně výhodnější varianta výpočtu roku 2013 a varianta A roku 2014. Ve druhém předpokladu je změna UOP vždy o 2 % vyšší než procentní změna počtu bodů. V následující tabulce budou opět zkompletovány výpočty pro všechny varianty. Předpokladem je, že stejně jako u přímé úměrnosti v případě změny obou parametrů bude možné dosažení vyšší úhrady než referenčních 1 060 000 Kč.

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Tabulka 27 Gynekologie – nepřímá úměrnost předpoklad 2

varianty	body dávky	UOP	hodnota dávky	max. úhrada	úhrada
2013, 2014 var. A	800 000	780	848 000	826 800	826 800
	850 000	830	901 000	879 800	879 800
	900 000	880	954 000	932 800	932 800
	950 000	930	1 007 000	985 800	985 800
	1 000 000	1 000	1 060 000	1 060 000	1 060 000
	1 050 000	1 070	1 113 000	1 134 200	1 113 000
	1 100 000	1 120	1 166 000	1 187 200	1 166 000
	1 150 000	1 170	1 219 000	1 240 200	1 219 000
	1 200 000	1 220	1 272 000	1 293 200	1 272 000
2014 var. B	800 000	772	848 000	818 320	818 320
	850 000	822	901 000	871 320	871 320
	900 000	871	954 000	923 260	923 260
	950 000	921	1 007 000	976 260	976 260
	1 000 000	990	1 060 000	1 049 400	1 049 400
	1 050 000	1 059	1 113 000	1 122 540	1 113 000
	1 100 000	1 109	1 166 000	1 175 540	1 166 000
	1 150 000	1 158	1 219 000	1 227 480	1 219 000
	1 200 000	1 208	1 272 000	1 280 480	1 272 000

Zdroj: vlastní výzkum

Data vypovídají, že stanovená hypotéza o vyšší úhradě byla správná. Nižší hodnoty parametru UOP zapříčinily nižší úhradu. Pokud je poskytovatel limitován hodnotou dávek, pak není mezi variantami rozdíl – v tomto případě od 105 % počtu bodů výše.

V případě celkového pohledu na segment gynekologické péče lze zjistit, že zásadním parametrem pro výpočet celkové úhrady je parametr počet UOP v roce 2014. Zde totiž došlo oproti vyhlášce pro rok 2013 ke změně jeho výkladu a do počtu UOP nejsou zahrnuti ti pojištěnci, na které byl vykázan pouze kód 09511 a 09513. Pokud má tedy poskytovatel minimálně jednoho takového pojištěnce v hodnoceném období, je pro něj vyhláška pro rok 2014 méně výhodná než výpočet provedený za stejných parametrů v roce 2013. Pro výpočet průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce jsou v referenčním období zařazeni všichni UOP a dochází zde tak k určité disproporcionalitě ve výpočtu. Za splnění určitých podmínek může poskytovatel dosáhnout minimálně stejné úhrady jako v referenčním období, podle výsledků modelace jsou (za podmínky použití varianty B roku 2014) pro rok 2013 tyto podmínky mírnější.

## 4.6 Poskytovatelé domácí péče

Další segmentem poskytovatelů hrazených služeb, pro který budou vytvářeny modelace dle parametrů jednotlivých úhradových vyhlášek, je segment poskytovatelů domácí péče. V tomto segmentu došlo k obdobným změnám ve výpočtovém vzorci jako u ambulantní specializované péče, ale má na rozdíl od tohoto segmentu nepatrně odlišné vstupní parametry pro výpočet, proto je nezbytné provést modelové výpočty. Modelové výpočty budou provedeny dle následujících výpočtových vzorců:

- a) rok 2013 – vypočte se jako součet úhrady za body do stanovené meze hrazené v plné hodnotě bodu (1 Kč) a úhrady za body nad stanovenou mez hrazené v sestupné hodnotě bodu (0,70 Kč). Výpočet stanovené meze proběhne dle uvedeného vzorce:

$$MEZ = PBref * (POPho/POPref) * 1,05$$

kde:

PBref	počet bodů v referenčním období
POPho	počet ošetřených unicitních pojištěnců v hodnoceném období
POPref	počet ošetřených unicitních pojištěnců v referenčním období

- b) rok 2014 – vypočte se jako úhrada vykázaných a uznaných bodů v hodnoceném období vynásobených HBred dle vzorce

$$HBred = VS + FS$$

kde:

HBred	hodnota bodu redukována
VS	variabilní složka úhrady
FS	fixní složka úhrady (0,70 Kč)

$$VS = (HB - FS) * \min\{1; (1,05 * (PBref/UOPref) / (PBho/UOPho))\}$$

kde:

HB	hodnota bodu stanovená dle vyhlášky
PBref	počet bodů v referenčním období
PBho	počet bodů v hodnoceném období
UOPref	počet unikátních ošetřených pojištěnců v referenčním období
UOPho	počet unikátních ošetřených pojištěnců v hodnoceném období (nezapočítávají se ti UOP, na které byly vykázán pouze kód 09513 – telefonická konzultace)

Při výpočtech bude pomínuta doprava v návštěvní službě, kterou poskytovatelé domácí péče vykazují. Současně také nebude na rozdíl od gynekologické péče počítáno se snížením počtu UOP kvůli kódu 09513, neboť tento kód by neměl být vykazován. Základními parametry bude počet bodů v referenčním období a počet UOP v referenčním období, které budou nabývat hodnot 1 mil. bodů a 1 000,- UOP. Stejně

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

jako u předcházejících segmentů (ambulanti specializované a gynekologické péče) bude zkoumáno pět základních předpokladů (str. 40 a str. 52).

Prvním předpokladem je dosažení stejné produkce jako v referenčním období. Na základě vzorců pro jednotlivá období by v obou obdobích měla být úhrada shodná s referenčním obdobím a pro tento případ by neměl být mezi jednotlivými vyhláškami žádný rozdíl.

Tabulka 28 – HC – úhrada při konstantním vývoji

	body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	mez	hodnota do meze	body pro shb	úhrada shb	celkové vyúčtování
2013	1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	1 050 000	1 000 000	0	0	1 000 000
	body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	funkce minima vzorce	VS	HBred	celkové vyúčtování	
2014	1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	1,00	0,30	1,00	1 000 000	

Zdroj: vlastní výzkum

Hypotéza byla naplněna, hodnoty pro oba dva sledované roky jsou shodné a v případě stejné produkce zajišťují i stejnou úhradu jako v referenčním období. V roce 2013 zajišťuje koeficient 1,05 vyšší hodnotu meze a stejnou funkci plní i v roce 2014, kdy zajišťuje vyšší hodnotu při funkci minima výběru hodnoty vzorce a čísla 1.

Druhým zkoumaným předpokladem je změna parametru počet bodů v hodnoceném období, přičemž všechny ostatní parametry zůstanou zachovány. Opět budou změny parametrů v 5 %. Data budou modelována pro každé období zvlášť.

Tabulka 29 HC – úhrada 2013 při změně par. body akt

body ref	UOP ref	body akt	Body akt/ ref	UOP akt	mez	hodnota do meze	body pro shb	úhrada shb	celkové vyúčtování
1 000 000	1 000	800 000	80 %	1 000	1 050 000	800 000	0	0	800 000
1 000 000	1 000	850 000	85 %	1 000	1 050 000	850 000	0	0	850 000
1 000 000	1 000	900 000	90 %	1 000	1 050 000	900 000	0	0	900 000
1 000 000	1 000	950 000	95 %	1 000	1 050 000	950 000	0	0	950 000
1 000 000	1 000	1 000 000	100%	1 000	1 050 000	1 000 000	0	0	1 000 000
1 000 000	1 000	1 050 000	105%	1 000	1 050 000	1 050 000	0	0	1 050 000
1 000 000	1 000	1 100 000	110%	1 000	1 050 000	1 050 000	50 000	35 000	1 085 000
1 000 000	1 000	1 150 000	115%	1 000	1 050 000	1 050 000	100 000	70 000	1 120 000
1 000 000	1 000	1 200 000	120%	1 000	1 050 000	1 050 000	150 000	105 000	1 155 000

Zdroj: vlastní výzkum

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

V plné hodnotě bodu jsou uhrazeny dávky do 105 % UOP, poté již vstupuje do výpočtu mez objemu péče, díky které je část bodů hrazena v sestupné hodnotě. Z provedené modelace je patrné, že koeficient 1,05, který je obsažen ve výpočetním vzorci, způsobí zvednutí meze, do které jsou dávky hrazeny v plné hodnotě bodu. V následující tabulce je provedena modelace pro rok 2014. Vzhledem k tomu, že do výpočtového vzorce vstupuje i parametr body akt, mělo by dojít v případě vyššího počtu bodů než 105 % k úhradě přes hodnotu bodu redukovanou.

Tabulka 30 HC – úhrada 2014 při změně par. body akt

body ref	UOP ref	body akt	Body akt/ref	UOP akt	funkce minima vzorce	VS	HBred	celkové vyúčtování
1 000 000	1 000	800 000	80 %	1 000	1,00	0,30	1,00	800 000
1 000 000	1 000	850 000	85 %	1 000	1,00	0,30	1,00	850 000
1 000 000	1 000	900 000	90 %	1 000	1,00	0,30	1,00	900 000
1 000 000	1 000	950 000	95 %	1 000	1,00	0,30	1,00	950 000
1 000 000	1 000	1 000 000	100 %	1 000	1,00	0,30	1,00	1 000 000
1 000 000	1 000	1 050 000	105 %	1 000	1,00	0,30	1,00	1 050 000
1 000 000	1 000	1 100 000	110 %	1 000	0,95	0,29	0,99	1 085 000
1 000 000	1 000	1 150 000	115 %	1 000	0,91	0,27	0,97	1 120 000
1 000 000	1 000	1 200 000	120 %	1 000	0,88	0,26	0,96	1 155 000

Zdroj: vlastní výzkum

Pokud se porovnají všechny výsledky, je patrné, že od 110% vstupuje do výpočtu hodnota bodu redukována v roce 2014 a současně také snížená hodnota bodu pro rok 2013. Dopady jsou v obou letech shodné. V obou případech jak v roce 2013 lze dosáhnout minimálně stejné úhrady jako v referenčním období, pokud se body rovnají nebo jsou vyšší než 100% referenčního počtu bodů a nedojde ke změnám v UOP.

Třetím předpokladem, který bude prozkoumán, je změna počtu UOP v hodnoceném období. Data pro každé období budou modelována zvlášť.

Tabulka 31 HC – úhrada 2013 při změně par. UOP akt

body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	UOP akt/ref	mez	hodnota do meze	body pro shb	úhrada shb	celkové vyúčtování
1 000 000	1 000	1 000 000	800	80 %	840 000	840 000	160 000	112 000	952 000
1 000 000	1 000	1 000 000	850	85 %	892 500	892 500	107 500	75 250	967 750
1 000 000	1 000	1 000 000	900	90 %	945 000	945 000	55 000	38 500	983 500
1 000 000	1 000	1 000 000	950	95 %	997 500	997 500	2 500	1 750	999 250
1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	100 %	1 050 000	1 000 000	0	0	1 000 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 050	105 %	1 102 500	1 000 000	0	0	1 000 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 100	110 %	1 155 000	1 000 000	0	0	1 000 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 150	115 %	1 207 500	1 000 000	0	0	1 000 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 200	120 %	1 260 000	1 000 000	0	0	1 000 000

Zdroj: vlastní výzkum

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Data dokladují, že do 100 % objemu působí na data výpočetní vzorec a část objemu poskytnuté zdravotní péče je uhrazena v sestupné hodnotě bodu.

Tabulka 32 HC – úhrada 2014 při změna par. UOP akt

body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	UOP akt/ref	funkce minima vzorce	VS	HBred	celkové vyúčtování
1 000 000	1 000	1 000 000	800	80 %	0,84	0,25	0,95	952 000
1 000 000	1 000	1 000 000	850	85 %	0,89	0,27	0,97	967 750
1 000 000	1 000	1 000 000	900	90 %	0,95	0,28	0,98	983 500
1 000 000	1 000	1 000 000	950	95 %	1,00	0,30	1,00	999 250
1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	100 %	1,00	0,30	1,00	1 000 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 050	105 %	1,00	0,30	1,00	1 000 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 100	110 %	1,00	0,30	1,00	1 000 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 150	115 %	1,00	0,30	1,00	1 000 000
1 000 000	1 000	1 000 000	1 200	120 %	1,00	0,30	1,00	1 000 000

Zdroj: vlastní výzkum

I v případě úhrady roku 2014 vstupuje do výpočtu funkce minima, a pokud je počet UOP v hodnoceném období nižší než v referenčním za jinak stejných podmínek, je výpočet proveden za pomoci hodnoty bodu redukované. Dle předpokladu jsou hodnoty pro obě období shodné a vzhledem k limitaci počtem bodů v hodnoceném období na 1 mil. bodů, není možné pro poskytovatele dosáhnout vyšší úhrady než v referenčním období.

Předposledním zkoumaným předpokladem je přímo úměrná změna obou parametrů, kdy změna probíhá opět v intervalech 5 %.

Tabulka 33 HC – úhrada 2013 při změně par. – přímá úměrnost

	body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	mez	hodnota do meze	body pro shb	úhrada shb	celkové vyúčtování
80 %	1 000 000	1 000	800 000	800	840 000	800 000	0	0	800 000
85 %	1 000 000	1 000	850 000	850	892 500	850 000	0	0	850 000
90 %	1 000 000	1 000	900 000	900	945 000	900 000	0	0	900 000
95 %	1 000 000	1 000	950 000	950	997 500	950 000	0	0	950 000
100 %	1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	1 050 000	1 000 000	0	0	1 000 000
105 %	1 000 000	1 000	1 050 000	1 050	1 102 500	1 050 000	0	0	1 050 000
110 %	1 000 000	1 000	1 100 000	1 100	1 155 000	1 100 000	0	0	1 100 000
115 %	1 000 000	1 000	1 150 000	1 150	1 207 500	1 150 000	0	0	1 150 000
120 %	1 000 000	1 000	1 200 000	1 200	1 260 000	1 200 000	0	0	1 200 000

Zdroj: vlastní výzkum

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Z výsledků vyplývá, že v případě přímé úměrnosti jsou v případě úhradové vyhlášky pro rok 2013 poskytovatelům všechny body hrazeny v nesestupné hodnotě bodu. Poskytovatelé mohou při vyšším počtu bodů a UOP v hodnoceném období dosáhnout také vyšší úhrady než v referenčním období. Implicitně by také výsledky vypočtené dle vyhlášky pro rok 2014 měly být spočteny v hodnotě bodu nikoli v hodnotě bodu redukované a hodnoty by měly být opět shodné s rokem 2013.

Tabulka 34 HC – úhrada 2014 při změně par. – přímá úměrnost

	body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	funkce minima vzorce	VS	HBred	celkové vyúčtování
80 %	1 000 000	1 000	800 000	800	1,00	0,30	1,00	800 000
85 %	1 000 000	1 000	850 000	850	1,00	0,30	1,00	850 000
90 %	1 000 000	1 000	900 000	900	1,00	0,30	1,00	900 000
95 %	1 000 000	1 000	950 000	950	1,00	0,30	1,00	950 000
100 %	1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	1,00	0,30	1,00	1 000 000
105 %	1 000 000	1 000	1 050 000	1 050	1,00	0,30	1,00	1 050 000
110 %	1 000 000	1 000	1 100 000	1 100	1,00	0,30	1,00	1 100 000
115 %	1 000 000	1 000	1 150 000	1 150	1,00	0,30	1,00	1 150 000
120 %	1 000 000	1 000	1 200 000	1 200	1,00	0,30	1,00	1 200 000

Zdroj: vlastní výzkum

Dle předpokladů jsou všechny výpočty hrazeny v maximální hodnotě bodu a výsledky obou sledovaných období jsou shodné. Poskytovatelé současně mohou dosáhnout vyšší úhrady než v referenčním období.

Posledním zkoumaným předpokladem je současná změna parametrů body akt a UOP v hodnoceném období. Postup výpočtu bude shodný jako u poskytovatelů specializované ambulantní péče. Pro modelaci budou použity 2 varianty. První varianta (varianta A) změny počtu bodů v 5 % intervalech, kterým bude odpovídat změna počtu UOP, kdy změna počtu UOP bude vždy o 7 % nižší než změna počtu bodů a druhá varianta (varianta B) změny počtu bodů v 5 % intervalech, kterým bude odpovídat změna počtu UOP, kdy změna počtu UOP bude vždy o 7 % vyšší než změna počtu bodů. Procento změny UOP je zvoleno záměrně vyšší než koeficient 1,05, protože v případě nižšího zvoleného procenta by mezi variantami ani roky nebyl žádný rozdíl. Aby bylo dosaženo větší přehlednosti, budou data sloučena pro obě modelované varianty do jedné tabulky. Nejdříve bude provedena modelace roku 2013, následně roku 2014 a jejich komparace.

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Tabulka 35 HC – úhrada 2013 při změně par. – var. A, B

	body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	mez	hodnota do meze	body pro shb	úhrada shb	celkové vyúčtování
2013 var. A	1 000 000	1 000	800 000	870	913 500	800 000	0	0	800 000
	1 000 000	1 000	850 000	920	966 000	850 000	0	0	850 000
	1 000 000	1 000	900 000	970	1 018 500	900 000	0	0	900 000
	1 000 000	1 000	950 000	1 020	1 071 000	950 000	0	0	950 000
	1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	1 050 000	1 000 000	0	0	1 000 000
	1 000 000	1 000	1 050 000	980	1 029 000	1 029 000	21 000	14 700	1 043 700
	1 000 000	1 000	1 100 000	1 030	1 081 500	1 081 500	18 500	12 950	1 094 450
	1 000 000	1 000	1 150 000	1 080	1 134 000	1 134 000	16 000	11 200	1 145 200
	1 000 000	1 000	1 200 000	1 130	1 186 500	1 186 500	13 500	9 450	1 195 950
2013 var. B	1 000 000	1 000	800 000	730	766 500	766 500	33 500	23 450	789 950
	1 000 000	1 000	850 000	780	819 000	819 000	31 000	21 700	840 700
	1 000 000	1 000	900 000	830	871 500	871 500	28 500	19 950	891 450
	1 000 000	1 000	950 000	880	924 000	924 000	26 000	18 200	942 200
	1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	1 050 000	1 000 000	0	0	1 000 000
	1 000 000	1 000	1 050 000	1 120	1 176 000	1 050 000	0	0	1 050 000
	1 000 000	1 000	1 100 000	1 170	1 228 500	1 100 000	0	0	1 100 000
	1 000 000	1 000	1 150 000	1 220	1 281 000	1 150 000	0	0	1 150 000
	1 000 000	1 000	1 200 000	1 270	1 333 500	1 200 000	0	0	1 200 000

Zdroj: vlastní výzkum

Data v tabulce naznačují, že v případě většího rozdílu v parametrech mezi body akt a UOP akt než je hodnota koeficientu – tedy min. 5%, není v určitých případech hrazena poskytnutá zdravotní péče plně a dochází k jejímu omezení sestupnou hodnotou bodu. Jak již bylo uvedeno, v případě, že by rozdíl mezi těmito parametry byl nižší, pak by výsledkem byla úhrada poskytovateli v plné hodnotě bodu, obdobně jako v případě přímé úměrnosti. Z tohoto lze odvodit, že koeficient určující mez sestupnosti je jedním z klíčových prvků výpočetního vzorce. V následující tabulce budou obdobným způsobem zpracována data také pro rok 2014. Vzhledem k tomu, že ve všech ostatních variantách došlo mezi roky 2013 a 2014 ke stejným výsledným úhradám, lze předpokládat, že obdobným způsobem dopadne i varianta nepřímé úměrnosti a data budou znovu shodná.



# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Tabulka 36 HC – úhrada 2014 při změně par. – var. A, B

	body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	funkce minima vzorce	VS	HBred	celkové vyúčtování
2014 var. A	1 000 000	1 000	800 000	870	1,00	0,30	1,00	800 000
	1 000 000	1 000	850 000	920	1,00	0,30	1,00	850 000
	1 000 000	1 000	900 000	970	1,00	0,30	1,00	900 000
	1 000 000	1 000	950 000	1 020	1,00	0,30	1,00	950 000
	1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	1,00	0,30	1,00	1 000 000
	1 000 000	1 000	1 050 000	980	0,98	0,29	0,99	1 043 700
	1 000 000	1 000	1 100 000	1 030	0,98	0,29	0,99	1 094 450
	1 000 000	1 000	1 150 000	1 080	0,99	0,30	1,00	1 145 200
	1 000 000	1 000	1 200 000	1 130	0,99	0,30	1,00	1 195 950
2014 var. B	body ref	UOP ref	body akt	UOP akt	funkce minima vzorce	VS	HBred	celkové vyúčtování
	1 000 000	1 000	800 000	730	0,96	0,29	0,99	789 950
	1 000 000	1 000	850 000	780	0,96	0,29	0,99	840 700
	1 000 000	1 000	900 000	830	0,97	0,29	0,99	891 450
	1 000 000	1 000	950 000	880	0,97	0,29	0,99	942 200
	1 000 000	1 000	1 000 000	1 000	1,00	0,30	1,00	1 000 000
	1 000 000	1 000	1 050 000	1 120	1,00	0,30	1,00	1 050 000
	1 000 000	1 000	1 100 000	1 170	1,00	0,30	1,00	1 100 000
	1 000 000	1 000	1 150 000	1 220	1,00	0,30	1,00	1 150 000
	1 000 000	1 000	1 200 000	1 270	1,00	0,30	1,00	1 200 000

Zdroj: vlastní výzkum

Předpoklad shodnosti dat byl potvrzen. V obou variantách a analogicky vzhledem ke shodě dat i obou sledovaných obdobích může poskytovatel dosáhnout minimálně stejného výsledku a při splnění určitých podmínek dosáhnout i vyšší úhrady než v referenčním období.

Při shrnutí všech zjištěných výsledků v segmentu domácí péče lze dospět ke zjištění, že pro poskytovatele v tomto segmentu není mezi jednotlivými vyhláškami rozdíl, neboť přináší stejnou úhradu.

## 4.7 Ostatní poskytovatelé hrazených služeb

Dalšími poskytovateli hrazených služeb jsou poskytovatelé fyzioterapie, dopravních zdravotních služeb a poskytovatelé vyžádané péče (tj. laboratorního komplementu a radiodiagnostiky). Pro tyto poskytovatele lze použít závěry, které byly zjištěny

v případě ambulantní specializované péče. Parametry, které jsou obsaženy v jednotlivých úhradových vyhláškách pro rok 2013 a rok 2014 jsou stejné jako pro segment ambulantních specialistů. Odlišné jsou pouze hodnoty bodu, které však výsledky výzkumu neovlivňují a závěry lze aplikovat i pro tyto segmenty.

## 4.8 Shrnutí analytické části

Pro provedení shrnutí provedené komparace je nutné vymezit, jakým způsobem budou zjištěné skutečnosti interpretovány. V jednotlivých segmentech budou porovnávány všechny výsledky pro dané období. Mohou nastat následující případy:

- v daném segmentu se vyskytují změny pouze pozitivní (ve prospěch roku 2014) – výstupem bude odpověď na HVO „ANO“
- v daném segmentu se vyskytují změny pouze negativní (v neprospěch roku 2014) – výsledkem bude odpověď na HVO „NE“
- v daném segmentu se vyskytují změny pouze neutrální (rok 2013 a 2014 se shodují) - výsledkem bude odpověď na HVO „NE“
- v daném segmentu se vyskytují změny pozitivní a neutrální - výsledkem bude odpověď na HVO „ANO“
- v daném segmentu se vyskytují změny negativní a neutrální – výsledkem bude odpověď na HVO „NE“
- v daném segmentu se vyskytují změny pozitivní, negativní a neutrální – zde budou neutrální změny pominuty a výsledkem bude odpověď na HVO „ANO“ resp. „NE“ podle toho, která ze změn bude převažující. V případě shody počtu pozitivních a negativních změn bude výsledkem odpověď „NE“

Pro lepší názornost je vyhodnocení jednotlivých poskytovatelů hrazených zdravotních služeb uvedeno v souhrnné tabulce.

Tabulka 37 Souhrn odpovědí na HVO

segment	výsledky modelací			odpověď na HVO
	pozitivní	neutrální	negativní	
následná lůžková péče	15	0	0	ANO
praktičtí lékaři	0	vždy	0	NE
ambulantní spec. péče	25	12	4	ANO
gynekologická péče	0	45	24	NE
komplement, RTG	25	12	4	ANO
dopravní zdravotní služby	25	12	4	ANO
fyzioterapie	25	12	4	ANO
domácí péče	0	41	0	NE

Zdroj: vlastní výzkum

Z uvedené tabulky vyplývá, že u většiny poskytovatelů je odpověď na hlavní výzkumnou otázku kladná, tedy vyhlášku pro rok 2014 lze obecně považovat za ekonomicky výhodnější pro poskytovatele zdravotních služeb a přináší vyšší úhradu od zdravotních pojišťoven. Aby bylo možné data zdokumentovat také na číslech, je důležité vědět, jaký poměr poskytovatelů z jejich celkového počtu představují ti poskytovatelé, pro které je vyhláška výhodnější. Pro výzkum budou použita data výroční zprávy VZP ČR za rok 2013. (VZP ČR, 2014) Data o počtech lékařů v jednotlivých odbornostech lze považovat vzhledem k tržnímu podílu a široké smluvní síti pojišťovny za vypovídající. Celkový počet poskytovatelů zdravotních služeb k 31. 12. 2013 byl dle uvedeného pramene 36 094. Z tohoto počtu bylo vzato do komparace celkem 27 835 poskytovatelů (tedy asi 77 %). Z komparovaných poskytovatelů odpovědělo kladně na HVO celkem 18 874 PZS, což představuje 67,8 % komparovaných poskytovatelů a 52,3 % celkového počtu smluvních poskytovatelů dané zdravotní pojišťovny. I z tohoto důvodu lze odvodit závěr, že je úhradová vyhláška pro poskytovatele zdravotních služeb ekonomicky výhodnější.

Jako velmi nevýhodná se jeví vyhláška pro rok 2014 pro poskytovatele gynekologické péče. Dopad na tyto poskytovatele nebyl v žádné z 69 variant (modelací) výpočtu pozitivní. Jak již bylo řečeno, práce porovnávala pouze dané úhradové vyhlášky a neřešila dohody, které mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli existují. Segment gynekologické péče měl pro obě sledovaná období odlišný způsob úhrady, kdy do celkové úhrady vstupovaly ještě další složky úhrad jako bonifikace za nově zaregistrované pacientky nebo provedené preventivní prohlídky.

Kromě odpovědi na HVO byla součástí komparace také snaha najít odpověď na dílčí výzkumnou otázku (DVO), tj. najít optimální poměr poskytnutých hrazených služeb, který by poskytovateli zajistil minimálně stejnou úhradu jako v referenčním období. Vzhledem k odlišným parametrům byla DVO zodpovězena u každé modelace zvlášť. Nejčastější variantou bylo dosažení stejné produkce jako v referenčním období, proto by jako obecný princip mohla fungovat varianta stejné průměrné úhrady na jednoho pojištěnce. Bližší specifikace a doporučení budou uvedena v následující části práce.

## 5 Doporučení

Na základě provedeného výzkumu a výstupů, které přinesla komparace úhradových vyhlášek pro rok 2013 a 2014 jsou v této kapitole zpracována jednotlivá doporučení. Nejdříve je však nezbytně nutné vymezit subjekty, kterým mohou doporučení sloužit. Níže uvedená doporučení jsou naplněním aplikačního cíle práce. Ten, jak již bylo uvedeno v kapitole 2 Cíle a metodika, má za cíl specifikaci skupin, které mohou práci využít. Doporučení budou vytvořena pro tyto skupiny:

- a) poskytovatele zdravotních služeb
- b) zdravotní pojišťovny
- c) Ministerstvo zdravotnictví

První skupinou, pro kterou budou vytvořena doporučení, jsou poskytovatelé zdravotních služeb. Ti mohou na základě provedených modelací snadněji pochopit způsob financování platný pro jejich segment. První doporučení souvisí s DVO, kdy bylo zjištěno, že v mnoha případech zachování stejné produkce znamená minimálně stejnou úhradu jako v referenčním období. Z čistě ekonomického pohledu by vyššího zisku mohl poskytovatel dosáhnout v případě zachování průměrné úhrady na UOP a zvýšením produkce. Tento pohled však nemůže být brán v potaz jako jediný možný, neboť poskytovatelé se řídí etickým kodexem a měli by především ošetřovat své pacienty „lege artis“. Pro poskytovatele je důležité, že každá z úhradových vyhlášek obsahuje parametry referenčního období, tj. vychází z referenčních hodnot daného poskytovatele. Na tento faktor by poskytovatelé měli brát zřetel a uvědomit si, že si svojí produkcí v hodnoceném období současně tvoří referenční data pro budoucí období. Poskytovatel by si tedy v případě nějakého nestandardního chování mohl deformovat hodnoty pro následující období. Výstupy modelací mohou poskytovatelé použít jako argument pro jednání se zdravotními pojišťovnami a případné smírčí jednání či soudní spory týkající se úhrady předmětného období. Poskytovatel může argumentovat, že dle provedeného výpočtu nemá možnost díky nastaveným parametrům tvořit zisk apod. Samostatnou kapitolou, která v rámci analytické části nebyla řešena, nicméně nesmí být opomenuta, jsou tzv. vyvíňovací odstavce v úhradové vyhlášce pro rok 2014. Ty dávají poskytovateli možnost na zohlednění, jak již bylo blíže specifikováno v teoretické části práce.

Druhou skupinou, pro kterou jsou tvořena doporučení na základě výstupů analytické části práce, jsou zdravotní pojišťovny. Ty mohou dané výstupy využít pro jednání s poskytovateli zdravotních služeb. Provedené modelace mohou pomoci pracovníkům pojišťovny na uvedených příkladech vysvětlit poskytovatelům systém úhrad v jejich segmentu pro dané období z mnoha úhlů pohledu. Za velmi důležitý lze označit celkový souhrn analytické části. Doporučení pro pojišťovnu je využít tento souhrn jako argumentační podporu, na konkrétních datech demonstrovat výhody pro daný segment poskytovatelů, současně také představit konkrétní dopady pro danou pojišťovnu na základě jejích dat (v souhrnu byly představeny výstupy pouze pro jednu pojišťovnu,

nicméně dle provedeného popisu získání výstupů je pro ostatní zdravotní pojišťovny snadné vytvořit si výstupy vlastní). Pro pojišťovny je také vhodné zjištění skutečnosti propojit s náklady, které na daný segment vynakládají a dále s nimi pracovat. Zdravotní pojišťovny však musí vzít do úvahy také dohody, které v případě jednotlivých segmentů s poskytovateli uzavřely, neboť v diplomové práci byl tento způsob úhrady pomínut. I porovnání výhod a nevýhod dohod oproti modelacím provedených dle úhradových vyhlášek může sloužit jako argumentační podpora např. pro podpis navrženého úhradového dodatku. Vzhledem k tomu, že úhradová vyhláška pro rok 2015 je obdobného znění jako v roce 2014, lze data analogicky (s úpravou parametrů) použít i pro následující období.

Posledním subjektem, kterého se doporučení týkají, je Ministerstvo zdravotnictví ČR, které je tvůrcem úhradových vyhlášek. Pokud dochází ve způsobu financování ke každoročním změnám, financování a úhrady jsou pro poskytovatele nepřehledné, často se pak snaží přizpůsobovat dané úhradové vyhlášce a dochází tak k deformaci jejich dat. Doporučením pro tvůrce je tedy zachování jednoho základního principu výpočtu v daném segmentu pro delší období. Je pochopitelné, že při tvorbě vyhlášky musí MZ ČR reagovat na vývoj ekonomiky, neboť financování poskytnutých zdravotních služeb je od tohoto vývoje odvislé. Reakce však nemusí spočívat ve změně výpočtového vzorce. Vzhledem k tomu, že z modelací mnoha segmentů poskytovatelů vyplynula velká závislost na koeficientu, který je součástí výpočtového vzorce, může být právě tento koeficient využit jako regulace při vazbě na vývoj ekonomické situace v ČR. Díky využití koeficientu se pak tvůrce vyhne disproporcionalitám, které vznikají v případě, že referenční období a jeho parametry mají jiný výklad než stejné parametry v hodnoceném období. Klasickým příkladem této disproporcionality je např. ve vyhlášce pro rok 2014 počet UOP v segmentu gynekologické péče v hodnoceném období, kdy se do tohoto počtu nezahrnuli ti UOP, na které byl vykázan pouze kód minimálního kontaktu nebo telefonické konzultace lékařem.

## 6 Závěr

Hlavním cílem diplomové práce bylo provedení komparace úhradových vyhlášek upravujících financování zdravotní péče v ČR v roce 2013 a 2014 ve snaze nalézt za pomoci provedeného výzkumu odpověď na hlavní a dílčí výzkumnou otázku. Hlavní výzkumnou otázkou byla v této práci odpověď (resp. posouzení), zda je změna parametrů v úhradové vyhlášce pro rok 2014 ekonomicky výhodnější pro poskytovatele zdravotních služeb a přináší poskytovatelům vyšší úhradu od pojišťoven.

Při komparaci byly u jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb modelovány dopady výsledků úhrad vyúčtování poskytnutých zdravotních služeb. Při modelování dat byla snaha zachytit všechny reálné varianty. Ve většině modelovaných segmentů se vycházelo z pěti základních předpokladů. Mezi tyto specifické předpoklady patřilo: zachování stejné produkce v referenčním a hodnoceném období, změna pouze jednoho z parametrů, které vstupují do výpočtu nebo změna obou parametrů vstupujících do výpočtu, a to jak v lineární přímé úměrnosti, tak i za jiných podmínek, přičemž změny parametrů byly vždy prováděny na datech hodnoceného období. Tyto předpoklady nemohly být použity v případě poskytovatelů následné lůžkové péče, kde je nastaven zcela odlišný způsob financování poskytnuté zdravotní péče. Zde byly porovnávány změny hodnot paušální sazby za ošetrovací den a modelovány dopady při stanoveném počtu ošetrovacích dní v jednotlivých kategoriích.

V kapitole 4.8 byla vyhodnocena hlavní výzkumná otázka. Vyhodnocení probíhalo vždy na jednotlivé segmenty poskytovatelů zvlášť podle stanovených pravidel. Každému z provedených modelovaných výsledků v daném segmentu byla přidělena váha jedna a každý výsledek zaručoval pouze jednu možnou odpověď na hlavní výzkumnou otázku, kdy změny parametrů obsažené v úhradové vyhlášce pro rok 2014 mohly být buď ekonomicky pozitivní, neutrální nebo negativní. Bylo stanoveno šest základních kritérií, která generovala odpovědi ano nebo ne na hlavní výzkumnou otázku u jednotlivých segmentů poskytovatelů hrazených služeb.

Podle získaných odpovědí bylo zjištěno, že u pěti z osmi hodnocených (komparovaných) segmentů byla odpověď na otázku kladná, tedy vyhláška pro rok 2014 je pro tyto segmenty výhodnější a přináší vyšší úhradu od zdravotních pojišťoven. Aby však bylo možné data skutečně vyhodnotit, zjištěná fakta bylo nutné propojit s reálnými počty poskytovatelů, na které v daném segmentu změna dopadá. Pro posouzení byla použita data zdravotní pojišťovny (konkrétně Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR). Do komparace vstoupily více jak tři čtvrtiny všech poskytovatelů zdravotních služeb. Po vyhodnocení dat a jejich propojení s objemy poskytovatelů bylo zjištěno, že téměř pro sedmdesát procent poskytovatelů z komparovaného vzorku je vyhláška pro rok 2014 ekonomicky výhodnější a současně tato skutečnost platí i pro více jak polovinu všech poskytovatelů v rámci ČR. Vzhledem k počtu poskytovatelů, kteří vstoupili do komparace, lze takto vyvozené závěry považovat za relevantní.

Dílčí výzkumnou otázkou bylo hledání odpovědi na dílčí výzkumnou otázku, kdy snahou bylo najít takové parametry produkce poskytnuté zdravotní péče, které by poskytovatelům zajistily minimálně stejnou výši úhrady za tyto služby jako v referenčním období. Mezi jednotlivými segmenty poskytovatelů byly velké rozdíly. Jako nejčtenější byl vyhodnocen parametr zachování stejné produkce v hodnoceném období jako v referenčním a to především dle parametrů úhradové vyhlášky pro rok 2014. Pro poskytovatele zdravotních služeb je však dosažení stejné produkce v referenčním a hodnoceném období spíše v teoretické rovině, neboť u většiny poskytovatelů dochází mezi jednotlivými roky ke změnám. Příčin může být několik např. změna příslušnosti pacientů ke zdravotní pojišťovně, nová inovativní léčba přinášející vyšší náklady na jednoho pacienta, změna spektra nasmlouvaných výkonů, demografické změny a s nimi související vyšší náklady apod.

Mimo hlavního cíle práce byl zvolen také aplikační cíl práce. Tento cíl souvisí úzce s doporučeními, která byla zformulována v kapitole 5. Aplikační cíl hledá možnosti praktického využití práce, tedy subjekty, kterým je práce určena. V tomto případě se jedná o tři základní typy subjektů. Primárním subjektem, jak již může být patrné ze znění hlavní a dílčí výzkumné otázky, jsou poskytovatelé zdravotních služeb. Dalšími subjekty jsou pak zdravotní pojišťovny a Ministerstvo zdravotnictví ČR. Hlavním způsobem využití práce může být argumentační podpora při jednáních zejména mezi poskytovatelem a pojišťovnami. Práce může poskytnout návod, jak by mohly být jednotlivé parametry úhradových vyhlášek pro následující období modifikovány tak, aby úhrada byla pro poskytovatele předvídatelná. Velmi důležitým krokem by měla být snaha zachovat výpočetní vzorce pro jednotlivé segmenty poskytovatelů zdravotních služeb ve stejném znění po delší časové období. Každoroční změna parametrů, které vstupují do úhrad, je pro poskytovatele i plátce velmi problematická. Stejný vzorec obsahující stejné vstupní parametry, který je pouze násoben koeficientem (ten by regulátor mohl stanovit dle aktuálního ekonomického vývoje v ČR) a v souvislosti s tím i celková úhrada za dané období, bude pro všechny subjekty vstupující na trh veřejného zdravotního pojištění transparentní.

Kromě již uvedených cílů byl stanoven i cíl symbolický, který měl řešit význam diplomové práce pro společnost. Na toto může být nahlíženo z několika úhlů pohledu. První význam by tato práce mohla mít pro pacienty, resp. pojištěnce, kteří jsou součástí systému veřejného zdravotního pojištění, a dle názoru autora na ně nejvíce dopadá nedokonalost trhu v podobě asymetrických informací. Díky této práci se pojištěnci mohou blíže seznámit se způsobem financování zdravotní péče v ČR, mají možnost na modelacích vidět skutečné dopady jednotlivých vyhlášek na úhradu poskytnuté péče. Dalším významem práce v rámci společnosti je možnost jejího užití jako podpůrného studijního materiálu pro výuku v oborech financování zdravotnictví, ekonomiky zdravotnictví apod. Práce může přinést studentům bližší pohled na jednotlivé aspekty, které musí být při financování zdravotní péče vzaty v úvahu.

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

## Literatura

Disman M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-246-0139-7

Durdisová J. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9

Feldstein P. J. *Health care economics*. 5th ed. Clinton Park: Delmar, 2002. 627 s. ISBN 0-7668-0699-5

Hendl J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2

*Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb.* Sbírka zákonů ČR. 2012, částka 110, ISSN 1211-1244.

*Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR*. Praha: leden 2009. ISBN-978-80-254-3776-6

Rektořík J. a kol. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. Praha: Express s.r.o., 2007. 309 s. ISBN 978-80-86929-29-3

Říchová B. *Komparativní metoda v politologii*. In: Dvořáková V. a kol. *Komparace politických systémů I*. Praha: VŠE, 2005. s. 5-35.

*Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 2015*. Olomouc: EZ Centrum s.r.o., 2015. 623 s. ISBN 978-80-905236-2-3

Stiglitz J. E. *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha: Grada, 1997. 664 s. ISBN 80-7169-454-1

Tempus Medicorum. *Regulační omezení úhrad a nálezy Ústavního soudu*. Praha: Europrint, a.s., červenec/srpen 2014. s. 23-25. ISSN 1214-7524.

*Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*. Sbírka zákonů ČR. 1998, částka 46, ISSN 1211-1244.

*Vyhláška č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013*. Sbírka zákonů ČR. 2012, částka 178, ISSN 1211-1244.

*Vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014*. Sbírka zákonů ČR. 2013, částka 167, ISSN 1211-1244.



# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

*Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.* Sbírka zákonů ČR. 1997, částka 16, ISSN 1211-1244.

*Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.* Sbírka zákonů ČR. 1991, částka 104, ISSN 1211-1244.

*Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.* Sbírka zákonů ČR. 1992, částka 58, ISSN 1211-1244.

*Zákon č. 592/1992 Sb, o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.* Sbírka zákonů ČR. 1992, částka 119, ISSN 1211-1244.

Zlámal J., Bellová J. *Ekonomika zdravotnictví.* Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8

## Internetové zdroje

Fried B. J. *Přehled uspořádání a financování systému zdravotní péče v USA.* Sborník z konference Zahraněční zkušenosti při financování zdravotnictví. Podzim 2006. online. cit. 2009-11-05, dostupné na: <http://www.financovanizdravotnictvi.cz>

*Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České Republiky za rok 2013.* 2014. online. cit. 2015-07-27, dostupné na: <https://www.vzp.cz/uploads/document/vyrocnizprava-vzp-2013-pdf.pdf>