



VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V BRNĚ

BRNO UNIVERSITY OF TECHNOLOGY



**FAKULTA PODNIKATELSKÁ
ÚSTAV FINANCÍ**

FACULTY OF BUSINESS AND MANAGEMENT
INSTITUTE OF FINANCES

ANALÝZA SYSTÉMU ÚHRAD Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČR

ANALYSIS OF THE REIMBURSEMENT SYSTEM OF PUBLIC HEALTH INSURANCE IN THE
CZECH REPUBLIC

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

BACHELOR'S THESIS

AUTOR PRÁCE

AUTHOR

RADKA ČERNÁ

VEDOUCÍ PRÁCE

SUPERVISOR

JUDr. Ing. JAN KOPŘIVA

BRNO 2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Černá Radka

Daňové poradenství (6202R006)

Ředitel ústavu Vám v souladu se zákonem č.111/1998 o vysokých školách, Studijním a zkušebním řádem VUT v Brně a Směrnicí děkana pro realizaci bakalářských a magisterských studijních programů zadává bakalářskou práci s názvem:

Analýza systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění v ČR

v anglickém jazyce:

Analysis of the Reimbursement System of Public Health Insurance in the Czech Republic

Pokyny pro vypracování:

Úvod

Vymezení problému a cíle práce

Teoretická východiska práce

Analýza problému a současná situace

Vlastní návrhy řešení, přínos návrhů řešení

Závěr

Seznam použité literatury

Přílohy

Seznam odborné literatury:

DURDISOVÁ, J. Ekonomika zdraví. 1. vydání,

Praha : Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.

DOLANSKÝ, H. Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb. 1. vydání, Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9.

DOLANSKÝ, H. Veřejné zdravotnictví. 1. vydání, Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2008. 223 s. ISBN 978-80-7248-494-9.

NĚMEC, J. Principy zdravotního pojištění. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1

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

Vedoucí bakalářské práce: JUDr. Ing. Jan Kopřiva

Termín odevzdání bakalářské práce je stanoven časovým plánem akademického roku 2011/2012.

L.S.

Ing. Pavel Svirák, Dr.
Ředitel ústavu

doc. RNDr. Anna Putnová, Ph.D., MBA
Děkan fakulty

V Brně, dne 17.05.2012

Abstrakt

Bakalářská práce popisuje otázku systému veřejného zdravotního pojištění v České republice. V analytické části jsou aplikovány teoretické poznatky na příkladu konkrétního zdravotnického zařízení – Masarykova onkologického ústavu v Brně. Závěrem jsou zhodnoceny současné ukazatele ovlivňující úhradu a dopad možných změn v souvislosti s reformou ve zdravotnictví.

Abstract

The Bachelor's thesis describes the topic of public health insurance in the Czech Republic. In the analytical part of the work a theoretical knowledge is applied to a specific example of a hospital - Masaryk Memorial Cancer Institute in Brno. Finally the current indicators, affecting reimbursement and the impact of possible changes in the context of the reform in health care system, are assessed.

Klíčová slova

veřejné zdravotní pojištění, pacient – pojištěnec, zdravotnické zařízení, zdravotní pojišťovny

Keywords

public health insurance, patient – policyholder, medical equipment, health insurance

Bibliografická citace

ČERNÁ, R. *Analýza systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění v ČR*. Brno: Vysoké učení technické v Brně, Fakulta podnikatelská, 2012. 61 s. Vedoucí bakalářské práce JUDr. Ing. Jan Kopřiva

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem ve své práci neporušila autorská práva (ve smyslu Zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském a o právech souvisejících s právem autorským).

V Brně dne 31. května 2012

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu své práce JUDr. Ing. Janu Kopřivovi, za vedení a praktické připomínky. Mé poděkování dále patří spolupracovníkům z Masarykova onkologického ústavu za ochotu a trpělivost při konzultacích nezbytných k tvorbě této práce. Také děkuji Mgr. Radku Polícarovi za vypracování oponentského posudku. V neposlední řadě děkuji své rodině za všeobecnou podporu při studiu.

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 9 |
| 1. TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1.1 VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V ČR | 10 |
| 1.1.1 POJEM..... | 10 |
| 1.1.2 HISTORIE VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ..... | 11 |
| 1.1.3 PRÁVNÍ RÁMEC | 13 |
| 1.2 ÚČASTNÍCI ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ..... | 18 |
| 1.2.1 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY | 19 |
| 1.2.2 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ | 22 |
| 1.2.3 PLÁTCI ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ | 24 |
| 1.2.4 POJIŠTĚNCI | 26 |
| 2. ANALYTICKÁ ČÁST | 29 |
| 2.1 SPECIALIZOVANÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ – MOÚ | 29 |
| 2.1.1 HISTORIE ZZ | 29 |
| 2.1.2 ZÁKLADNÍ INFORMACE O SUBJEKTU | 30 |
| 2.1.3 STATUT SPECIALIZOVANÉHO CENTRA | 34 |
| 2.2 SYSTÉM PLATEB ZA ZDRAVOTNÍ PÉČI | 35 |
| 2.2.1 ÚHRADY ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ..... | 37 |
| 2.2.2 DALŠÍ ZDROJE FINANCOVÁNÍ..... | 41 |
| 2.3 ZJIŠTĚNÁ FAKTA (GRAFY, TABULKY)..... | 44 |
| 3. VLASTNÍ NÁVRH ŘEŠENÍ..... | 48 |
| 3.1 UKAZATELE OVLIVŇUJÍCÍ ÚHRADU | 48 |
| 3.2 DOPAD SOUČASNÝCH ZMĚN | 54 |

| | |
|----------------------|----|
| ZÁVĚR | 56 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ..... | 60 |
| SEZNAM TABULEK | 60 |
| SEZNAM GRAFŮ | 60 |
| SEZNAM ZKRATEK | 61 |

ÚVOD

Bakalářská práce nazvaná „Analýza systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění v ČR“ je věnována velmi specifické problematice systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění v České republice a to ve specializovaném zdravotnickém zařízení. Systém českého zdravotnictví je v současné době jedním z palčivých témat, kdy stále častěji každý občan našeho státu slyší o nutnosti zdravotnické reformy. Autor této práce má možnost čerpat z dlouholetých zkušeností získaných ve specializovaném zdravotnickém zařízení jakým je Masarykův onkologický ústav, který je jediným onkologickým centrem s celostátní působností a získal si své renomé i v zahraničí.

Ke zdárnému chodu zdravotnického zařízení patří zabezpečit plynulé financování od plátců zdravotní péče – zdravotních pojišťoven, analyzovat nejdůležitější faktory ovlivňující následné vyúčtování plateb za kalendářní rok, zajistit maximální možné předání dat zdravotním pojišťovnám a udržovat veškeré smluvní vztahy nutné k uznání úhrad. Pro vyhodnocení všech ukazatelů a zpracování návrhové části s představením možných dopadů současných změn, budou dlouholeté zkušenosti velkým přínosem.

Teoretická část práce je věnována vysvětlení pojmu veřejné zdravotní pojištění, jeho historii, přibližuje současný právní rámec a účastníky zdravotního pojištění. Analytická část se věnuje popisu zdravotnického zařízení s výjimečným postavením v českém zdravotnictví. Přesto, že je v organizaci poskytována velmi nákladná péče, daří se v posledních letech hospodařit s vyrovnaným hospodářským výsledkem.

Závěrem by měl být zhodnocen současný vývoj a návrh možných variant změn, které by byly přínosem pro uvedenou organizaci.

Cílem práce je vypracování dokumentu, který popisuje systém financování zdravotní péče a navrhuje, jakým způsobem by měla analyzovaná organizace postupovat v souladu s podmínkami pro dosažení maximálních možných úhrad z veřejného zdravotního pojištění.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V ČR

V České republice existuje systém veřejného zdravotního pojištění, který je nazýván systémem s více zdravotními pojišťovkami a byl zaveden roku 1992. Jedná se o druh zákonného pojištění, na jehož základě je za určitých podmínek hrazena pojištěncům péče a to buď plně, nebo částečně v rozsahu a kvalitě poskytované péče pro pojištěnce všech zdravotních pojišťoven. Tento rámec je stanoven zákonem č. 48/1997 Sb., který vymezuje rozsah takto hrazené péče a působnost zdravotních pojišťoven. Veřejné zdravotní pojištění je hlavní zdroj financování zdravotní péče poskytované na území ČR.

1.1.1 POJEM

Veřejné zdravotní pojištění v České republice vychází z evropských tradic a je založené na principu veřejných služeb. Do systému zdravotního pojištění vstupují občané našeho státu povinně. *„Má podobu povinného pojištění pro všechny osoby s trvalým pobytem na území České republiky nebo pro osoby, které trvalý pobyt na území České republiky nemají, ale jsou zaměstnány u zaměstnavatele se sídlem na území České republiky.“¹*

Systém zdravotního pojištění lze rozdělit na dvě základní formy:

- Povinné veřejné zdravotní pojištění
- Smluvní pojištění – komerční

Poskytování zdravotní péče je převážně hrazeno z povinného zdravotního pojištění, komerční (smluvní) zdravotní pojištění je pouze doplňující formou.

¹ DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 2005. s. 194

Základní principy veřejného zdravotního pojištění jsou:

- *„Solidarita*
- *Jasně vymezení kompetencí, práv a povinností (stát, zdravotní pojišťovna, pojištěnec, poskytovatel zdravotní péče)*
- *Svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení*
- *Svobodná volba zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejné zdravotního pojištění*
- *Stejná dostupnost poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce*
- *Transparentní nakládání s veřejnými prostředky*
- *Ekonomická rovnováha mezi příjmy a výdaji“²*

1.1.2 HISTORIE VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Základ pro sociální a zdravotní politiku první Československé republiky vzniká ve druhé polovině 19. století, kdy dochází k založení řady podpůrných, závodních a živnostenských pokladen. Výraznou změnou v systému zdravotní péče o obyvatelstvo a postavení lékaře a lékárníka ve společnosti bylo zakotvení rakouského sociálního zákonodárství v 80. letech 19. století, kdy bylo přijato několik významných zákonů, např. Zákon o povinném nemocenském pojištění z roku 1888. Podobné zákony byly uplatňovány v souvislosti s politickými a sociálními změnami evropské civilizace.

V době vzniku samostatné Československé republiky v roce 1918 dochází k vytvoření nových podmínek pro řešení zdravotnických problémů nového státu, ale zároveň je nutné řešit problém s dalším vývojem sociálního a nemocenského pojištění. Bylo nutné zareagovat na složitý zdravotní stav populace a změnit systém péče o zdraví obyvatel. Již roku 1919 byly přijaty zákony rozšiřující povinnost pro všechny pracující za mzdu a na rodinné příslušníky přímých pojištěnců. V tomto období existovaly první svazy

² SLÁMA, P. Veřejné zdravotní pojištění [on-line]. 2009 [2011-11-20].

nemocenských pojišťoven a v roce 1931 je v nich soustředěno 311 pojišťoven. V době mezi světovými válkami patřila Československá republika z titulu nemocenských dávek a úrovně léčebné péče mezi přední státy Evropy.

K další zásadní změně dochází roku 1948 vydáním zákona č. 99/1948 Sb., o národním pojištění. Do jednotného systému zdravotního a nemocenského pojištění je připojeno také důchodové pojištění a došlo k zestátnění nemocnic, léčebných ústavů, zdravotnického průmyslu a distribuce léčiv. Pojistné bylo získáváno od pojištěnců a jejich zaměstnavatelů na účely hrazení zdravotní péče. Pokud někdo nebyl pojištěn, musel si léčbu po ošetření uhradit.

V roce 1951 prošel systém zdravotního pojištění zásadní reformou. Zdravotní péče se stává pro občana bezplatnou, nedochází k přímým platbám a je financována pouze z daní cestou státního rozpočtu. Tato reforma přináší neekonomické zacházení se zdroji a v 70. a 80. letech se zdravotnictví začíná potýkat s nedostatkem finančních prostředků. Ke změně dochází až po převratu v roce 1989, během následujícího roku jsou stanoveny návrhy na nový systém zdravotnictví a jeho financování.

Od roku 1992 nastává období, kdy je zdravotní péče hrazena výkonovým způsobem, což znamená, že jednotlivé výkony jsou oceněny bodovými hodnotami v závislosti na mzdových, režijních a materiálových kalkulacích, přičemž úhrada výkonů je realizována na základě stanovené hodnoty bodu pro jednotlivá úhradová období. Velice brzy se projeví negativa a zneužitelnost tohoto systému – poskytování nadbytečné péče, vykazování neprovedené péče apod. Odezvou na tyto problémy byly zásadní změny v roce 1997, které byly přínosné především z hlediska snížení objemu nadbytečné péče a tedy i snížení úhrad. Zásadní byl přechod z výkonové úhrady na paušální – předem dohodnutý objem péče s, tzv. risk koridory.

1.1.3 PRÁVNÍ RÁMEC

Systém veřejného zdravotního pojištění je upravován právními předpisy, zejména:

- Zákony
- Nařízení vlády a vyhláškami

Ty jsou pak doplňovány dalšími řídicími dokumenty, jejichž pramenem je např. Věstník MZ.

Zákon č. 48/1997 Sb.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů je právní předpis, který vymezuje základní ustanovení a zásady veřejného zdravotního pojištění, práva a povinnosti pojištěnců, zdravotních pojišťoven, placení pojistného a zajišťování poskytování zdravotní péče a její úhrady.

„Tento zákon zpracovává příslušné předpisy Evropských společenství a upravuje

a) veřejné zdravotní pojištění (dále jen "zdravotní pojištění"),

b) rozsah a podmínky poskytované zdravotní péče,

c) způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění.“³

V rámci aktuální novelizace tohoto zákona ze závěru roku 2011 (zákon č. 298/2011 Sb.) je nově definována „nadstandardní péče“, kdy pojištěnec bude hradit rozdíl mezi cenou hrazenou z veřejného zdravotního pojištění a nadstandardní péčí.

³§ 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ze dne 7. 3. 1997, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 425/2011 Sb.

Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012 je nazývána jako „úhradová“, definuje způsob úhrad a regulací za poskytnutou zdravotní péči pro období jednoho kalendářního roku nebo pololetí, stanovuje referenční období a výši úhrady v jednotlivých segmentech zdravotních služeb. Stanovuje hodnotu bodu při výkonovém způsobu úhrady.

V jednotlivých přílohách jsou pak stanoveny přesné parametry pro finanční vyhodnocení poskytnuté péče, stejně jako termín, do kdy mají zdravotní pojišťovny povinnost provést vypořádání – vyhodnocení sledovaného období.

Vyhláška č. 134/1998 Sb.

Vyhláška, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, definuje základní pravidla pro vykazování zdravotní péče hrazené z v. z. p., zdravotnické výkony a jejich bodové ohodnocení pro jednotlivé autorské odbornosti. Vyhláška má dvě části, v první části „textové“ je osm kapitol, které obsahují vysvětlení základních pojmů používaných v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, obecná pravidla pro jejich vykazování, vymezuje náplň klinických vyšetření a další pravidla pro jednotlivé odbornosti a možné kombinace výkonů. Stanovuje podmínky pro ústavní péči, typy ošetrovacích dnů pro standardní, intenzivní či následnou péči, řeší úhradu nepřímých nákladů a úhradu dopravy s náhradami cestovních nákladů.

Druhá část „Seznam zdravotních výkonů“ obsahuje přehled výkonů po autorských odbornostech. Popisuje obsah výkonu jako informace o nositeli výkonů, frekvenčním omezení, bodové hodnotě a jiném.

Vyhláška č. 618/2006 Sb.

Vyhláška, kterou se vydávají rámcové smlouvy, stanovuje pravidla a je podkladem pro uzavírání smluv mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami za účelem úhrady zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Zákon č. 551/1991 Sb.

Tímto zákonem se zřizuje Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, je vymezena právní úprava postavení pojišťovny, její hospodaření, organizační struktura a orgány pojišťovny. Obsahuje podmínky kontroly nad činností pojišťovny prováděnou Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí.

V souladu s tímto zákonem je úkolem VZP spravovat, aktualizovat a rozvíjet informační systém, tj. pro smluvní zdravotnická zařízení je vydávána Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR a číselníky v datovém rozhraní VZP ČR.

Zákon č. 280/1992 Sb.

Zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách řeší vznik, činnost a zánik všech zdravotních pojišťoven, kromě Všeobecné zdravotní pojišťovny. Vymezuje druhy zaměstnaneckých pojišťoven, jejich postavení, organizační strukturu a orgány, hospodaření s vlastním majetkem a majetkem jí svěřeným.

Zákon č. 592/1992 Sb.

Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění upravuje způsob výpočtu a úhradu pojistného, jeho kontrolu, evidenci a přerozdělování, stanovuje povinnosti VZP ČR zřídit pro tento účel zvláštní účet a další povinnosti s jeho vedením.

Zákon č. 372/2011 Sb.

Zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) je upraven vztah pacienta a poskytovatele zdravotních služeb. Pacient nemusí být vždy plátcem veřejného zdravotního pojištění - pojištěncem.

Vyhláška č. 70/2012 Sb.

Vyhláška o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek, definuje rozsah a četnost preventivních prohlídek v oboru praktický lékař pro dospělé, v oboru praktický lékař pro děti a dorost, pro obor stomatologie a gynekologie a porodnictví.

Vyhláška č. 92/2012 Sb.

Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

Vyhláška č. 99/2012 Sb.

o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Věstník MZ – částka 7/2008

Věstník Onkologická péče v České republice specifikuje podmínky personální, materiálně technické a organizační, které jsou nutné pro zajištění komplexní onkologické péče ve zdravotnických zařízeních se statutem Komplexního onkologického centra, Dětského onkologického centra a Hematoonkologického centra.

Věstník MZ – částka 1/2009

Standard při poskytování a vykazování výkonů screeningu kolorekta v České republice obsahuje „*obecná ustanovení pro organizované, kontinuální a vyhodnocované úsilí o časný záchyt zhoubných nádorů kolorekta prováděním preventivních vyšetření.*“⁴

Věstník MZ – částka 4/2010

Doporučený standard pro poskytování screeningu karcinomu prsu a provádění diagnostické mamografie v České republice. „*Záměrem screeningového programu je zaručit ženám v České republice kvalifikovaná screeningová vyšetření prsu na pracovištích splňujících kritéria moderní specializované, efektivní a komplexní mamární diagnostiky.*“⁵

⁴ Věstník MZ – částka 1/2009.

⁵ Věstník MZ – částka 4/2010.

Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR

Metodika je připravována „v součinnosti se zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče.“⁶ a změny jsou prováděny v návaznosti na platné legislativní předpisy. Metodika definuje typy dokladů pro předávání vyúčtování zdravotní péče a pravidla, která jsou závazná pro zdravotnická zařízení i zdravotní pojišťovny. Součástí Metodiky jsou pravidla pro předávání dokladů, seznam číselníků a vzory tiskopisů.

Datové rozhraní VZP ČR

Datové rozhraní udává formu číselníků pro předávání dat mezi pojišťovnami a zdravotnickými subjekty. Je rozděleno na tři části:

- Datové rozhraní VZP ČR – číselníky
- Datové rozhraní VZP ČR – individuální doklady
- Datové rozhraní VZP ČR – speciální rozhraní

DRG a Grouper 009.2012

DRG je zkratka anglického názvu *Diagnosis Related Group*. Anglický název bývá překládán jako „skupiny vztažené k diagnóze“, nicméně anglická terminologie je v ČR zažitá. DRG se používá jako označení pro klasifikační systém typu case-mix zařazující případy hospitalizace do nákladově a klinicky podobných skupin, tzv. DRG. Případ je označení pro akutní hospitalizaci s časově souvislým pobytem nemocného v jedné nemocnici. Informace sloužící ke správnému zařazení do příslušné DRG jsou součástí Metodiky pro kódování diagnóz pro využití klasifikačního systému, Metodiky sestavení případu a další.

DRG je klasifikačním systémem, tedy nástrojem který vytváří omezený počet klinicky a ekonomicky homogenních skupin případů (DRG) a umožňuje porovnávat relativní náročnost na zdroje (aproximovanou výší nákladů) u případů, zařazených do těchto skupin. Pro správné zařazení do konkrétní DRG skupiny je využíván Grouper a definiční manuál. Kultivací systému je pověřeno Národní referenční centrum. Sdělením

⁶ Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR. [on-line], 2010 [cit. 2012-05-03]

ČSÚ je ke konci roku oznámena platná verze pro rok následující. Pro rok 2012 je platná verze 009.2012 a vydává ji ministerstvo zdravotnictví ČR.

„Možnosti využití DRG jsou mimo jiné:

- *financování lůžkové péče - existuje mnoho možností využití DRG při financování, od pevné platby za případ zařazený do konkrétní DRG, až po vytváření rozpočtů založených na měření produkce pomocí DRG*
- *nástroj pro řízení nemocnice - přidaná hodnota DRG pro řízení nemocnice je v přístupu k poskytované péči přes srovnatelnou klinicky a ekonomicky srovnatelnou jednotku - případ hospitalizace zařazený do DRG skupiny*
- *nástroj pro komunikaci v rámci i mimo nemocnice - DRG představuje jazyk, který umožní lépe komunikovat pracovníkům rozdílného zaměření (např. ekonomům s lékaři) ve složitém prostředí nemocnice při poskytování lůžkové péče*
- *nástroj pro měření produkce*
- *nástroj využitelný v systému měření kvality“⁷*

1.2 ÚČASTNÍCI ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

K přímým účastníkům smluvních vztahů v rámci systému veřejného zdravotního pojištění patří:

- Zdravotní pojišťovny
- Pojištěnci - pacienti
- Plátcí zdravotního pojištění

Zdravotnická zařízení

⁷ Národní referenční centrum. [on-line]. 2012 [2012-05-04].

1.2.1 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Zdravotní pojišťovny jsou právnické osoby, které jsou povinny zajistit a uhradit zdravotní péči svým pojištěncům. Jejich existence a činnost se řídí těmito zákony:

- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

Vznik zdravotní pojišťovny

„K zahájení činnosti musí zdravotní pojišťovna získat povolení Ministerstva zdravotnictví, navíc se musí zavázat, že do jednoho roku od svého vzniku musí mít minimálně 50 tis. pojištěnců.“⁸

ORGANIZAČNÍ STRUKTURA A ORGÁNY ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Všeobecná zdravotní pojišťovna

„Organizační strukturu pojišťovny tvoří Ústředí, regionální pobočky a další klientská pracoviště. Regionální pobočky a klientská pracoviště jsou organizačními složkami Pojišťovny.“⁹

Zaměstnanecké pojišťovny

„Organizační strukturu, postavení správní a dozorčí rady a ostatních orgánů zaměstnanecké pojišťovny upraví statut, který schvaluje Ministerstvo zdravotnictví.“¹⁰

⁸ DOLANSKÝ, H., Veřejné zdravotnictví. 2008. s. 182

⁹ § 12 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰ § 9 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

Statutárním zástupcem je ředitel, kterého jmenuje a odvolává Správní rada VZP nebo zaměstnanecké pojišťovny.

Nejvyšším orgánem ZP je správní rada rozhodující v zásadních otázkách její činnosti, nejvyšším kontrolním orgánem je dozorčí rada dohlížející na hospodaření v souladu s pravidly a dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů pojišťovny.

Rozhodčí orgán má funkci rozhodce ve sporech týkajících se snížení záloh na pojistné, penále, vracení přeplatku na pojistném a sporného placení pojistného.

Přehled zdravotních pojišťoven

V současné době má pojištěnec výběr z osmi zdravotních pojišťoven a je oprávněn změnit zdravotní pojišťovnu jednou za dvanáct měsíců vždy k prvnímu lednu následujícího kalendářního roku. Přihlášku je nutné podat šest měsíců před požadovaným dnem změny. Bezpochyby správným trendem je slučování ZP, v letošním roce je ohlášena fúze VoZP a ZP MV ČR.

Aktuální seznam ZP:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (111)
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (201)
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207)
- Zdravotní pojišťovna Škoda (209)
- Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky (211)
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (213)
- Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE (217)

Povinnost zajistit zdravotní péči plní zdravotní pojišťovny „prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřely na základě výběrového řízení smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče (stane se tzv. smluvním zdravotním zařízením).

*Smlouvy se nevyžadují při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče. Ve lhůtách, které jsou uvedeny v těchto smlouvách, jsou pak pojišťovny povinny uhradit zdravotnickým zařízením poskytnutou zdravotní péči. Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů ČR.*¹¹

Fondy ZP

Pojišťovny vytváří a spravují tyto fondy:

- Základní fond
- Rezervní fond
- Provozní fond
- Sociální fond
- Fond majetku
- Fond reprodukce majetku

Pojišťovny mohou dále vytvářet fond pro úhradu závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče nebo fond prevence, tj. péče, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Základní fond

*„Základní fond zdravotního pojištění je tvořen především platbami pojistného a slouží k úhradě zdravotní péče zdravotnickým zařízení a dále ke krytí nákladů na činnost pojišťovny, jejichž výše je právní normou regulována.“*¹²

Rezervní fond

„Rezervní fond je tvořen převodem části zůstatku základního fondu zdravotního pojištění tak, aby jeho minimální výše dosahovala 1,5 % průměrných ročních výdajů

¹¹ SLÁMA, P. Veřejné zdravotní pojištění [on-line]. 2009 [2011-11-20]. ¹² DOLANSKÝ, H., Veřejné zdravotnictví, 2008. s. 182

¹² DOLANSKÝ, H., Veřejné zdravotnictví, 2008. s. 182

*základního fondu zdravotního pojištění vždy za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.*¹³

1.2.2 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ

Poskytovatelé zdravotnických služeb, mohou mít rozličnou právní formu a vlastníkem může být stát nebo jeho samosprávná jednotka, ale mohou mít také vlastníka soukromého. Zdravotní služby poskytují právnické i fyzické osoby ve zdravotnických zařízeních, nebo pokud je to nezbytně nutné, pak na místě, kde to stav pacienta vyžaduje.

Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění

„Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud

- a) odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejím poskytnutím dosaženo, a je pro pojištěnce přiměřeně bezpečná,*
- b) je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy,*
- c) existují důkazy její účinnosti vzhledem k účelu jejího poskytování.*¹⁴

Z pohledu úhrad z veřejného zdravotního pojištění jsou zdravotní služby členěny:

- a) „léčebnou péči ambulantní a ústavní (včetně diagnostické péče, rehabilitace, péče o chronicky nemocné a zdravotní péče o dárce tkání nebo orgánů související s jejich odběrem),*
- b) pohotovostní a záchrannou službu,*
- c) preventivní péči,*
- d) dispenzární péči,*

¹³ DOLANSKÝ, H., Veřejné zdravotnictví, 2008. s. 182

¹⁴ § 13 odstavec 1, zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

- e) odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření),
- f) poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků,
- g) potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- h) lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách,
- i) závodní preventivní péči,
- j) dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů,
- k) dopravu žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa, do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů,
- l) dopravu zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,
- m) dopravu odebraných tkání a orgánů,
- n) posudkovou činnost,
- o) prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu, včetně dopravy.¹⁵

Rozsah a úhrada poskytované zdravotní péče

Zdravotní péče je poskytována ve smluvně sjednaném rozsahu se zdravotními pojišťovnami a lze kombinovat různé typy péče – ambulantní, ústavní nebo ostatní typy. Tento rozsah je stanoven Přílohou č. 2 k rámcovým smlouvám, na jejichž základě zdravotnické zařízení dokládá odbornost, způsobilost, personální, technické a přístrojové vybavení pracoviště.

Jakým způsobem bude hrazena péče je dáno úhradovými (cenovými) dodatky s jednotlivými zdravotními pojišťovnami pro příslušné období. Buď se jedná o úhradu výkonovým způsobem, kdy je úhrada dle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami přepočítána stanovenou hodnotou za bod z úhradové vyhlášky nebo cenového dodatku, nebo jsou zdravotnickému zařízení stanoveny paušální zálohy s konečným vyúčtováním.

¹⁵ § 13 odstavec 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Péče nehrazená ze zdravotního pojištění

Zákonem o veřejném zdravotním pojištění jsou vyjmenovány výkony, které nejsou hrazeny a pokud lze zdravotní péči poskytnout v ekonomicky náročnější variantě, hradí rozdíl mezi základní variantou a ekonomicky náročnější variantou pojištěnec sám. Ekonomicky náročnější varianta zdravotní péče je takto označena ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví a nelze upřednostňovat pojištěnce, který si ji zvolí.

Od roku 2008 hradí pojištěnci regulační poplatky, které jsou příjmem zdravotnického subjektu.

1.2.3 PLÁTCI ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Možnost čerpat prostředky veřejného zdravotní pojištění na zdravotní péči je podmíněna úhradou pojistného.

Plátcem pojistného se stávají:

- Stát
- Zaměstnavatelé – zaměstnanec
- Osoby samostatně výdělečně činné
- Osoby bez zdanitelných příjmů s trvalým pobytem na území ČR

Výše pojistného

Výše pojistného je stanovena § 2 zákona č. 592/1992 Sb. o pojistném na v. z. p., ve znění pozdějších předpisů:

„1) Výše pojistného činí 13,5 % vyměřovacího základu za rozhodné období.

2) Výši pojistného je jeho plátce povinen si sám vypočítat. Pojistné se zaokrouhluje na celé koruny směrem nahoru.“¹⁶

¹⁶§ 2 odstavec 1 a 2 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Stát jako plátce pojistného

V případě, že stát platí pojistné, jsou prostředky zdravotním pojišťovnám poukazovány ze státního rozpočtu. Tato skupina představuje více než 50 % populace České republiky a osoby, za které je plátcem pojistného stát jsou vyjmenovány v § 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. Jedná se například o uchazeče o zaměstnání, ženy na mateřské nebo rodičovské dovolené, nezaopatřené děti, poživatele důchodů z důchodového pojištění. Pokud mají tyto osoby příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti, je plátcem pojistného stát a zároveň tyto osoby.

Vyměřovací základ pro minimální výši pojistného na kalendářní měsíc je stanoven zvláštním právním předpisem a jeho výši může vláda vždy do 30. června změnit svým nařízením s účinností k 1. lednu následujícího roku.

Zaměstnavatel a zaměstnanec jako plátce pojistného

Zaměstnavatel je povinen odvést pojistné za svého zaměstnance ve výši 2/3 pojistného a zároveň odvádí 1/3 pojistného přímou srážkou ze mzdy nebo platu u zaměstnance, i bez jeho souhlasu. Pojistné je hrazeno za jeden kalendářní měsíc a je splatné v prvních 20-ti dnech následujícího měsíce.

Pojistné se odvádí na účet zdravotní pojišťovny, u které je zaměstnanec pojištěn.

Osoby samostatně výdělečně činné

U OSVČ je vyměřovací základ stanovené procento příjmu z podnikání a z jiné samostatně výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení s tím, že platí zálohy na pojistné alespoň v minimální zákonné výši a to i v případě, že vykazuje ztrátu. Pro rok 2012 je minimální měsíční záloha na pojistné 1 697 Kč.

Osoby bez zdanitelných příjmů

Pokud osoba – pojištěnec nespadá do žádné z předchozích skupin v daném kalendářním měsíci, má povinnost uhradit pojistné v částce 1 080 Kč, kdy vyměřovacím základem je minimální mzda ve výši 8 000,-.

Odvod pojistného při souběhu

Při souběhu příjmů se odvod pojistného řídí § 13 zákona č. 592/1992 Sb. o pojistném na v. z. p., ve znění pozdějších předpisů:

„Má-li pojištěnec současně více příjmů podle §3 nebo 3a, odvádí se ze všech těchto příjmů.“¹⁷

1.2.4 POJIŠTĚNCI

Pojištěnec je fyzická osoba, která platí nebo je za ni státem hrazeno pojištění zdravotní pojišťovně, za které má nárok na zákonem vymezenou zdravotní péči. Jedná se o osoby trvale se zdržující na území ČR:

1. Všichni občané, kteří mají na území ČR trvalý pobyt a jejich nezletilé děti, včetně cizinců s trvalým pobytem na území ČR; jedná se o cizince, kteří mají povolení k trvalému pobytu.
2. Zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem v ČR, včetně cizinců bez trvalého pobytu na území ČR.
3. Děti, které se narodily cizincům s trvalým pobytem, včetně dětí narozených cizincům, kteří o trvalý pobyt již požádali.
4. Děti - cizinci svěřené do náhradní výchovy.
5. Azylantí - jsou oprávněni k trvalému pobytu na území České republiky po dobu platnosti rozhodnutí o udělení azylu.
6. Cizinci s vízem za účelem dočasné ochrany nebo za účelem strpění pobytu.

¹⁷ § 13 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Práva a povinnosti pojištěnce vymezují § 11 a 12 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Práva pojištěnce

Pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny, výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví, výběr dopravní služby, na zdravotní péči bez přímé úhrady, právo na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, právo na výběr varianty poskytnutí zdravotní péče dle § 13 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, právo podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče, na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku, právo na uhrazení částky přesahující limit pro regulační poplatky a na časovou a místní dostupnost zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Pokud má pojištěnec za to, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče, může se obrátit na Českou lékařskou komoru, Českou stomatologickou komoru nebo Českou lékárnickou komoru či jinou profesní organizaci, požádat svoji zdravotní pojišťovnu o přezkum nebo se obrátit na příslušný orgán státní správy, který provedl registraci zdravotnického zařízení.

Povinnosti pojištěnce

K základním povinnostem pojištěnce patří povinnost platit pojistné, pokud není plátcem stát a oznamovací povinnost. Dále má povinnost sdělit v den nástupu do zaměstnání, u které ZP je registrován a oznámit do osmi dnů změnu zdravotní pojišťovny, poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu, podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám, dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí, nepoškozovat vědomě vlastní zdraví, prokazovat se platným průkazem pojištěnce při poskytování zdravotní péče, oznámit do osmi dnů příslušné ZP ztrátu či poškození průkazu pojištěnce, vrátit do osmi dnů příslušné ZP průkaz pojištěnce při zániku zdravotního pojištění, změně zdravotní pojišťovny a při dlouhodobém pobytu v zahraničí, oznámit změny jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla do 30 dnů od změny, při změně ZP předložit nově zvolené zdravotní pojišťovně doklad o výši záloh na pojistné, jde-li o OSVČ, hradit zdravotnickému zařízení regulační poplatky a uhradit zdravotnickému zařízení, popř. jinému poskytujícímu subjektu rozdíl mezi

cenou a výší úhrady ze zdravotního pojištění podle § 13 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

2. ANALYTICKÁ ČÁST



Obr. č. 1: Logo MOÚ¹⁸

2.1 SPECIALIZOVANÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ – MOÚ

Masarykův onkologický ústav je státní příspěvková organizace zřízená Ministerstvem zdravotnictví ČR a je samostatným právním subjektem. Jak je uvedeno ve zřizovací listině, je MOÚ zdravotnické zařízení typu ústavní péče poskytující léčebně preventivní péči v souladu se zákonem č. 20/1066 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Má statut Komplexního onkologického centra a na jednom místě soustřeďuje všechny nezbytné medicínské obory pro zajištění komplexní onkologické péče, která zahrnuje prevenci, epidemiologii, diagnostiku s nejmodernějšími přístroji, jednotlivé modalitiny protinádorové léčby a rehabilitaci. Je to pracoviště s pre- i postgraduální výukou lékařů a zdravotníků a s osvětovou činností zaměřenou na širokou veřejnost.

2.1.1 HISTORIE ZZ

Masarykův onkologický ústav - specializované komplexní onkologické centrum, jehož počátek historie spadá do druhé poloviny 20. let minulého století, vzniká jako Dům útěchy, jehož cílem je být rezortním komplexním protirakovinovým centrem v naší republice s diagnostikou, léčbou, vědecko-výzkumnou a pre- i postgraduální výukovou činností. „*Od samého počátku své existence se tak ústav snažil poskytovat komplexní onkologickou péči a vzhledem k tomu, že měl nadregionální charakter, částečná centralizace onkologických nemocných vytvářela rovněž vhodné podmínky pro vědecké bádání*“.¹⁹

¹⁸ MOÚ Brno. 2009 [cit. 2012-05-04].

¹⁹ *Minulost a tradice MOÚ*. [on-line]. 2010 [cit. 2012-05-02].

V poválečném období došlo k přejmenování léčebny a k zásadním změnám dochází v roce 1954, kdy je ústav reorganizován a vytváří se nový pohled na komplexnost onkologické péče. Do popředí je postavena role diagnostiky s novými přístroji, rozšiřuje se onkologická operativa a prosazují se moderní chemoterapie.

Ve druhé polovině osmdesátých let dochází k narušení rozvoje ústavu, kdy byla zásadně změněna orientace léčebné části a následně dochází k začlenění pod Institut medicínského výzkumu. Po listopadu 1989 prosazují zaměstnanci osamostatnění a od 1. 1. 1991 zahajuje své působení Masarykův onkologický ústav.

V průběhu uplynulých let došlo k rozšíření a modernizaci a dá se říci, že záměr zakladatelů dnes naplňují moderní léčebná, diagnostická a vědecko-výzkumná pracoviště s řadou špičkových odborníků, disponujících s nejmodernějším technickým vybavením a 252 lůžky akutní péče.

2.1.2 ZÁKLADNÍ INFORMACE O SUBJEKTU

| | |
|-------------------|---|
| Název a sídlo: | Masarykův onkologický ústav, Žlutý kopec 7, Brno 656 53 |
| Právní forma: | příspěvková organizace zřizovaná MZ ČR |
| IČO: | 00209805 |
| Počet pracovníků: | 850 |
| IČZ: | 72 931 000 |

Pracoviště Žlutý kopec

Hospitalizační, ambulantní a diagnostická péče je soustředěna v prostorách hlavního sídla MOÚ na Žlutém kopci do následujících pavilonů:

- Masarykův pavilon
- Švejdův pavilon
- Bakešův pavilon
- Wernerův pavilon PET centrum

Detašované pracoviště

Svou činnost vykonává také ve 4 detašovaných pracovištích:

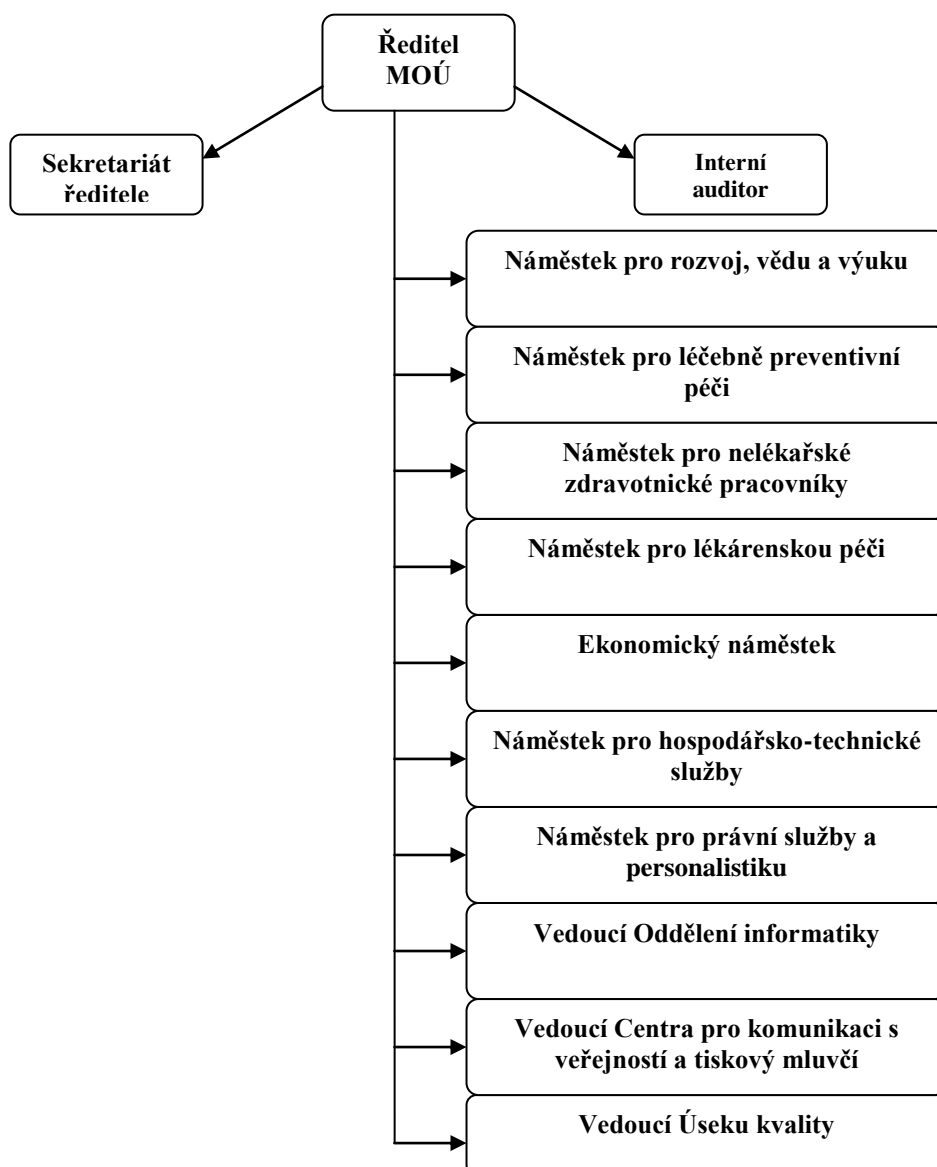
- Ambulance obecné onkologie Poliklinika Zahradníková
- Ambulance obecné onkologie v Nemocnici Boskovice
- Klinika komplexní onkologické péče – ambulance a stacionář ve FN U SV. ANNY
- Klinika radiační onkologie – zevní radioterapie II - detašované pracoviště ve FN U SV. ANNY

MOÚ je v současné době držitelem dvou certifikátů kvality a to SAK ČR a mezinárodní JCI, je držitelem certifikátu ISO 9001 pro pracoviště Ústavní lékárny a ISO 15189 pro zdravotnické laboratoře. Nově vlastní certifikát ISO 27000 – systém managementu bezpečnosti informací.

Ostatní činnosti

- provozování ústavní lékárny včetně poskytování lékařské péče i pro veřejnost,
- konziliární činnost,
- odborná publikační činnost,
- výkony ekonomické, provozní, technické, investiční, administrativní a další odborné činnosti v rozsahu potřebném pro naplnění účelu svého zřízení,
- edukační činnost.

Obr. č. 2: Základní organizační struktura MOÚ



Zdroj: *Organizační řád MOÚ – interní dokument.*

Smluvní vztah se ZP

Vzhledem k typu prováděné zdravotní péče je velmi nutné mít korektní vztahy s plátcí zdravotnických služeb – zdravotními pojišťovnami.

Smluvní vztahy jsou v současné době uzavřeny rámcovými smlouvami se všemi zdravotními pojišťovnami (platné do 31. 12. 2012) a pro každý rok jsou uzavírány úhradové dodatky na vlastní mantinely financování.

Každé smluvní zdravotnické zařízení má přiděleno ICŽ – identifikační číslo zdravotnického zařízení. K rámcové smlouvě jsou smluvně dány Přílohou č. 2 jednotlivá pracoviště, která identifikuje IČP – identifikační číslo pracoviště a jejich součástí je personální, technické a přístrojové vybavení nutné k provozu pracoviště. IČP je identifikátorem v dokladech předávaných zdravotním pojišťovám. Pro názornost uvádím přehled pracovišť MOÚ v Příloze č. 1

Strategie a cíle

MOÚ je jediným onkologickým centrem s celostátní působností. Svým zařazením do sítě třinácti Komplexních onkologických center dává garanci kvalitní, špičkové a velmi nákladné zdravotní péče na základě nejnovějších poznatků medicíny. Usiluje také o vedoucí pozici v oblasti vědy, výzkumu a vzdělávání v onkologii. Prioritou Masarykova onkologického ústavu je trvalé zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče. Pacient je brán především jako partner.

Stanovené strategické cíle pro následující období:

1. dlouhodobá finanční stabilita,
2. udržení vysoké kvality poskytovaných služeb,
3. změna organizační kultury,
4. rozvoj týmové spolupráce,
5. podpora nových vědecko-výzkumných a vzdělávacích projektů,
6. podpora prevence nádorových onemocnění,
7. reorganizace zdravotní péče – přesun lůžkové péče do ambulantní,
8. optimalizace čekacích dob,
9. komplexní informační podpora pro řízení, klinickou praxi a výzkum,
10. elektronizace procesů

Zdroje financování

MOÚ jako příspěvková organizace hospodaří s peněžními prostředky získanými hlavní činností a s peněžními prostředky přijatými ze státního rozpočtu pouze v rámci

finančních vztahů stanovených zřizovatelem. Hlavními zdroji přijatých peněžních prostředků jsou platby od zdravotních pojišťoven.

Dále příspěvková organizace hospodaří s prostředky svých fondů, s prostředky získanými jinou činností, s peněžními dary od fyzických a právnických osob, s peněžními prostředky poskytnutými ze zahraničí a s peněžními prostředky poskytnutými z rozpočtů územních samosprávných celků a státních fondů, včetně prostředků poskytnutých České republice z rozpočtu Evropské unie, z finančních mechanismů a přijatých příspěvkovými organizacemi z Národního fondu.

Majetek

MOÚ hospodaří s dlouhodobým nehmotným a hmotným majetkem, který dosahuje výše 1.300 mld. Kč. Je řádně využíván, plánovitě zhodnocován a obměňován. S nemovitostmi nejsou spojena žádná věcná břemena. Průměrné stáří budov je 28 let, procházejí postupně opravami a rekonstrukcemi. Dlouhodobý majetek je odepisován lineární metodou dle stanoveného odpisového plánu. Daňové odpisy pro účely přiznání k dani z příjmů právnických osob se vypočítávají podle § 31 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů.

MOÚ pořizuje nové investice na základě dlouhodobě sestavovaného Plánu investic v ročním objemu tvorby Fondu rozvoje investičního majetku. Výrazným zdrojem pro pořízení investic jsou dotace ze strukturálních fondů EU, dotace z Ministerstva zdravotnictví ČR, grantových agentur a účelových darů od fyzických nebo právnických osob.

2.1.3 STATUT SPECIALIZOVANÉHO CENTRA

Komplexní centra jsou pracoviště, která poskytují vysoce specializovanou péči, v případě onkologie jsou dána Věstníkem MZ 7/2008 centra pro dětskou onkologii, hematoonkologii a onkologii. Specializovaná centra mají uzavřeny Zvláštní smlouvy se zdravotními pojišťovnami a na základě individuálních smluv mohou předepisovat léky, které jsou označeny symbolem „S“, tj. jejich podání nebo předpis je vázán na centra

(dle vyhlášky č. 376/2011 Sb.). Z důvodu nákladnosti jsou centra omezena objemem stanoveného počtu léčených pacientů a úhrad. Jde o velmi hlídaný segment, pro který jsou samostatně definované zálohy v rámci předběžných měsíčních plateb. Specializovaná centra jsou široký pojem – jedná se např. o revmatologická centra, centra pro léčbu bolesti, roztroušené sklerózy a další. V rámci každého centra jsou smluvně sjednány a metodicky upraveny diagnostické skupiny pro jednotlivé léky. Každým rokem je složitě smlouváno, jakým způsobem a do jaké výše budou nákladné léky hrazeny.

2.2 SYSTÉM PLATEB ZA ZDRAVOTNÍ PÉČI

Výnosy z veřejného zdravotního pojištění patří mezi základní a majoritní příjmy zdravotnického zařízení, z toho důvodu je nutné dodržovat základní pravidla nutná k uznání vykázané zdravotní péče a následné úhrady ze strany zdravotních pojišťoven.

Standardním úhradovým obdobím je kalendářní rok, pro který se stanovuje způsob úhrady vyhláškou. Tato vyhláška stanoví referenční období nutné pro porovnání a vyhodnocení úhrady.

Vykazování péče

Zdravotnické zařízení zpracovává data k vyúčtování prostřednictvím svého nemocničního informačního systému. Pro každý druh péče jsou Metodikou dány typy dokladů:

- Doklad typu 01 – Vyúčtování výkonů v ambulantní péči
- Doklad typu 02 – Vyúčtování výkonů v ústavní péči
- Doklad typu 03 - Zvlášť účtované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky
- Doklad typu 06 – Poukaz na vyšetření/ošetření (vyžádaná péče)
- Doklad typu 10 – Recept
- Další typy

Doklady jsou v současné době předávány v datovém rozhraní na elektronických nosičích nebo cestou zabezpečeného Portálu zdravotních pojišťoven. Doklady jsou předávány do 10. dne následujícího měsíce s vystavenými fakturami, jejichž splatnost je dána rámcovou smlouvou.

Pro vyplňování dokladů používá ZZ číselníky distribuované v největší míře VZP. Zdravotnické zařízení má se zdravotními pojišťovnami uzavřeny Rámcové smlouvy, ve kterých je zakotveno, že ZP poskytuje k zajištění jednotných podmínek metodiku, pravidla pro vyhodnocování dokladů, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané VZP k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče – nově zdravotnických služeb. Ze strany VZP je ZZ obdrží cestou portálu nebo e-mailové komunikace množství číselníků, které slouží k následnému vyúčtování veškeré zdravotní péče, např.:

- VYKONY – číselník zdravotních výkonů
- LEKY – číselník hromadně vyráběných léčivých přípravků
- NLEKY – číselník nemocničních léčivých přípravků (hrazených za hospitalizace)
- IVLP – číselník individuálně připravovaných léčivých přípravků, výrobků transfuzních stanic a radiofarmak
- PZT – číselník zdravotnických prostředků

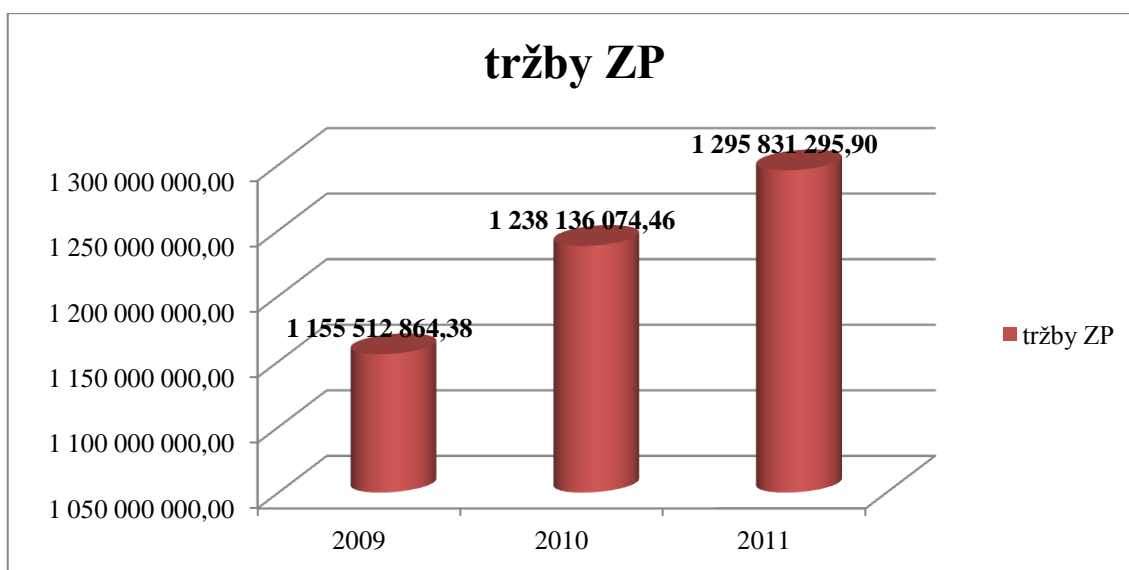
Po zpracování dokladů zdravotními pojišťovnami obdrží zdravotnické zařízení zúčtovací zprávy k jednotlivým předaným fakturám společně s informací o odmítnutých dokladech. Chybné doklady jsou po opravě nově zasílány zdravotním pojišťovnám. Mezi nejčastější chyby patří pojištěnec jiné zdravotní pojišťovny nebo nepovolený souběh výkonů.

2.2.1 ÚHRADY ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Masarykův onkologický ústav je financován z veřejného zdravotního pojištění dvěma způsoby:

1. úhrada formou předběžných měsíčních plateb (zálohové platby)
2. výkonovým způsobem úhrady

Graf č. 1: Tržby ze zdravotního pojištění v letech 2009 – 2011



Zdroj: *Data organizace*

Úhrada formou předběžných měsíčních plateb

Zdravotnickému zařízení jsou koncem měsíce ledna sděleny ze strany zdravotních pojišťoven v souladu s úhradovou vyhláškou částky předběžné měsíční úhrady. Pokud jsou stanovené zálohy nedostačující, je nutné zahájit jednání plátce a poskytovatele zdravotní péče podpořené argumenty a podklady.

Uvedeným způsobem je hrazeno 95 % poskytované péče. Úhradová vyhláška, případně jednotlivé úhradové dodatky pak ujasňují termín, do kdy je zdravotní péče za kalendářní rok vyúčtována, v současné době je termín do 180 dnů po skončení hodnoceného období.

Během sledovaného období jsou vyhodnocovány ukazatele nutné pro uznání úhrady v plné výši. Při změně objemu zdravotní péče může jak zdravotnické zařízení, tak zdravotní pojišťovna zahájit jednání ohledně změny výše záloh, ale jedná se o komplikovaná jednání s dlouhodobým horizontem.

Výkonový způsob úhrady

Výkonově na základě seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami je v MOÚ sjednána úhrada v případě

- *zdravotní pojišťovny ŠKODA (ZP 209) – objem unikátních ošetřených pojištěnců je méně než 50*
- *screeningové mamografie*
- *pacientů z jiných členských států EU*
- *screeningové kolonoskopie*

Péče je hrazena v souladu s platnou úhradovou vyhláškou bez omezení.

Pokud je tímto způsobem hrazena zdravotní péče pro danou ZP, může být zdravotnické zařízení regulováno na objem preskripce, tj. předepisovaných léků a zdravotnických prostředků.

Hospitalizační péče a klasifikační systém DRG

Hospitalizační péče v MOÚ je poskytována na 252 lůžkách akutní péče, z toho je 16 lůžek intenzivní péče. Z pohledu úhrad tvoří asi 28 %. V roce 2007 vstoupil do úhrad lůžkové péče klasifikační systém DRG, který měl zpočátku spíše roli regulačního mechanismu. DRG systém zařazuje jednotlivé hospitalizační případy do DRG skupin se stanovenými relativními váhami, které určují relativní náklady případu. Úhradová vyhláška nastavuje základní sazbu, která se násobí relativní vahou (průměr je 1). „*Vlastní klasifikace neprobíhá manuálním způsobem na základě vyhledávání příslušné DRG skupiny podle atributů případu v definičním manuálu, ale je úkolem programu –*

*grouperu. Grouper na základě zadání atributů případu určí automaticky k případu DRG skupinu nebo vydá zprávu o chybě ve vstupních údajích.*²⁰ Z hlediska úhrady podle systému DRG hraje roli pro zařazení do správné DRG skupiny uvedení správné hlavní a vedlejších diagnóz společně s kritickými výkony, které popisují hospitalizační případ jako celek.

Za hospitalizační péči jsou vykazovány doklady, jejichž náležitosti jsou vstupními údaji a jejich hodnota je dána:

- typem ošetrovacího dne – OD nebo TISS
- výkony, provedené v době hospitalizace, které lze vykázat
- vykázanými zvlášť účtovanými léčivými a materiálem
- ošetrovatelskou kategorií
- lékovým paušálem

Ambulantní a diagnostická péče

V rámci zařízení ústavní péče jsou poskytovány především ambulantní specializované služby a stejně tak diagnostická péče. Pokud nejsou pro smluvní odbornost stanoveny speciální úhradové podmínky, jako např. pro mamografický screening, jsou pro vyhodnocení stanoveny podmínky dle úhradové vyhlášky nebo jednotlivými úhradovými dodatky. Diagnostická péče zahrnuje vyšetření na pracovištích laboratorního komplementu a oddělení radiologie nebo nukleární medicíny. Některé typy vyšetření jsou velmi nákladné.

Hlavními ukazateli v ambulantním segmentu je sledování unikátně ošetřených pojištěnců a bodová produkce pro jednotlivé odbornosti a zdravotní pojišťovny.

²⁰ KOŽENÝ, P., NĚMEC, J., KÁRNÍKOVÁ, J., LOMÍČEK, M., *Klasifikační systém DRG*. 2010. s. 145.

Centrová léčba - platba za léky podávané ve specializovaném centru

V MOÚ je smluvně sjednáno 15 léčivých přípravků s ročním objemem (rok 2011) cca 300 mil. Kč, který činí čtvrtinu veškeré úhrady od zdravotních pojišťoven. Jednotlivé léky jsou zařazeny do diagnostické skupiny, která udává, o jaký typ onemocnění se jedná:

- NOV - nádory ovárií
- NHK - nádory hlavy a krku
- NKO - nádory kolorekta
- NLE - nádory ledvin
- NPR - nádory prsu
- NPL - nádory plic
- GIS – gastrointestinální stromální tumor
- SAR - sarkomy měkké tkáně
- NHC - hepatocelulární karcinom
- NZA - nádory žaludku

Pro kontrolu ze strany zdravotnického zařízení i zdravotní pojišťovny byl dohodnut postup evidence ekonomicky nákladných pacientů. Pacienty zařazené do léčby u VZP a dalších 3 zdravotních pojišťoven., má ZZ povinnost hlásit v rámci tzv. Evidence nákladných pojištěnců. Jedná se o měsíční nebo kvartální hlášení. V průběhu roku je důležité jednat se zdravotními pojišťovnami, pokud nejsou stanovené zálohy v dostatečné výši. K vyúčtování a obhajobě úhrady pak dochází v rámci ročního vyúčtování. V případě majoritní VZP nejsou celoroční jednání výjimkou, často dochází k uzavření úhradových dodatků koncem roku.

Preskripce

Pojem preskripce zahrnuje předepisování léků a zdravotnických prostředků. Léky jsou předepisovány na recept a zdravotnické prostředky na poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku. Objem preskripce je regulován v souladu s úhradovou vyhláškou – např. pro rok 2012 je při překročení 98% referenčního období (rok 2010) srážka ve výši 40 % z překročení, což znamená, že si ZZ musí hlídat objem

předepsaných léčiv a poukazů. Jedná se o pravidelně analyzovanou oblast a cestou lékové komise jsou následně lékaři informováni.

Preskripce jako taková je hrazena na základě fakturace ústavní lékárny směrem do ZP.

2.2.2 DALŠÍ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

Za poskytnuté zdravotní služby má MOÚ také příjem v rámci péče pro samoplátce, za preventivní prohlídky za úhradu a regulační poplatky.

Samoplátci

Jedná se o skupinu pacientů, kteří mají zájem o konzultační služby případně o léčbu v MOÚ a jsou to buď cizinci, nebo i občané ČR s tím, že úhradu této péče nelze hradit z veřejného zdravotního pojištění.

System je nastaven interním Metodickým pokynem, kdy pacient po objednání k vyšetření skládá určenou zálohu a po ukončení péče dochází k celkovému vyúčtování. Snahou je vždy s těmito pacienty, případně doprovodem úzce komunikovat, průběžně informovat o dosažených nákladech a zajistit návaznost jednotlivých vyšetření.

V rámci MOÚ se nejedná o zásadní příjem, úhrada komplexní péče je finančně náročná. Často jsou využívány konzultační služby, tj. zhodnocení stavu dle přinesené dokumentace.

Část výkonů je zkalkulována a zapracována do platných ceníků MOÚ, přičemž některé specifické výkony jsou hrazeny na základě skutečně vykázaných výkonů a jejich bodového ohodnocení, kdy hodnota bodu je stanovena ve výši 1,12 Kč.

Tab. č. 1: Přehled tržeb za samoplátce v MOÚ za období 2008 - 2011

| 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-------------|-------------|--------------|--------------|
| 751 126,86 | 484 379,03 | 1 562 721,86 | 2 521 992,12 |

Zdroj: *Data organizace*

Hrazené preventivní onkologické prohlídky

MOÚ nabízí v posledních letech „Preventivní onkologický program pro každého“, který nabízí preventivní prohlídky za úhradu ve dvou variantách.

Preventivních prohlídky za úhradu jsou nabízeny lidem, kteří vnímají své zdraví tak, že jsou ochotni investovat do něj určitý obnos.

MOTTO: „Důležitější než onemocnění léčit, je jim přecházet“

Hlavním důvodem vzniku Preventivního onkologického programu pro každého, který ústav vypracoval, byl záchyt zhoubných nádorů v časném, plně vyléčitelném stadiu. Je určen samoplátcům – cena je 4.400,- Kč a zahrnuje základní vyšetření (komplexní vyšetření onkologem, vyšetření krve a moče, pulmoprevence, GIT prevence, gynekoprevence a prevence interních chorob). Šanci tak mají všichni, kteří se o své zdraví aktivně zajímají.

Preventivní onkologický program pro každého nabízí spektrum výkonů – „balíček“ vyšetření. Pokud klient absolvuje prohlídku s negativním nálezem, je pravděpodobné, že k danému datu netrpí nádorovým onemocněním. Je nabízen ve dvou variantách:

- Preventivní onkologický program pro každého, který zahrnuje základní a jednotné spektrum vyšetření zaměřené na diagnostiku nejčastějších onkologických diagnóz a trvá cca 1,5 hodiny.
- Individualizovaná rozšířená preventivní prohlídka – jedná se o variantu individuální, každému zájemci lékař sestavuje spektrum vyšetření samostatně, na základě jeho rodinné a osobní anamnézy, pohlaví a věku – je tzv. „šita přímo na míru“

Cena u první nabízené varianty je 4.400,- Kč. Historicky prošla vývojem, kdy na počátku byla oceněna částkou 2.500,- Kč. Jednalo se o startovací cenu a již v krátkosti se ukázalo, že je tato cena ztrátová.

Pro druhou variantu je sestaven ceník vycházející z vlastních kalkulací, kdy základem pro výpočet cen jsou kalkulační listy zdravotních výkonů z veřejného zdravotního

pojištění a jejich bodového ohodnocení. Ceny v obou variantách jsou bez DPH, vzhledem k tomu, že tyto služby jsou od daně osvobozeny.

Tab. č. 2: Přehled výnosů z preventivních prohlídek v MOÚ za období 2008 - 2011

| 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 5 884 924,07 | 8 619 971,84 | 7 607 544,21 | 7 884 942,00 |

Zdroj: *Data organizace*

Regulační poplatky

V lednu 2008 jsou zavedeny na základě legislativy regulační poplatky, což dosud ve zdravotnictví nebylo. Jejich zavedení mělo mít za účel omezení plýtvání a nadměrného využívání zdravotní péče. Pro jednotlivé poplatky byly nastaveny jako identifikátor kódy výkonů s nulovou hodnotou, které zdravotním pojišťovnám po vykázání sdělují, že byl poplatek uhrazen, případně je pacient osvobozen od platby.

Typy regulačních poplatků:

- *Regulační poplatek ve výši 30,- Kč* – platí se za návštěvu lékaře v případě provedení klinického vyšetření nebo jako poplatek za recept
- *Regulační poplatek ve výši 100,- Kč* – platí se za každý den hospitalizace s vazbou na vykázaný ošetrovací den (metodika říká, že první a poslední den hospitalizace se sčítá). Do 1. 12. 2011 byl tento poplatek ve výši 60,- Kč.
- *Regulační poplatek ve výši 90,- Kč* – platí se za pohotovostní službu. V MOÚ není vybírán, protože nejsou zajišťovány pohotovostní služby.

Vybrané regulační poplatky jsou příjmem zdravotnického zařízení a jsou použity na modernizaci ústavu a nákup přístrojů. Jak byly prostředky investovány je každoročně zveřejněno v prostorách MOÚ.

Tab. č. 3: Přehled výnosů MOÚ za regulační poplatky v letech 2008 – 2011

| 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------|--------------|-----------|-----------|
| 9 113 945 | 9 748 834,42 | 9 734 616 | 9 617 128 |

Zdroj: *Data organizace*

2.3 ZJIŠTĚNÁ FAKTA (GRAFY, TABULKY)

Hlavní principy úhrad akutní lůžkové péče pro rok 2012 vychází z „úhradové vyhlášky“ č. 425/2011 Sb, o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012. Referenčním – porovnávacím obdobím je ukončený rok 2010, přepočítaný na aktuální podmínky (navýšení bodové hodnoty výkonů).

Akutní lůžková péče se člení do čtyř základních skupin:

- a. Úhrada za vyjmenované skupiny, které jsou hrazeny smluvními balíčkovými cenami – balíčková úhrada a léčba v rámci specializovaného centra
- b. Paušál podle DRG ALFA – Přílohou č. 10 „úhradové vyhlášky“ jsou definovány skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace a hrazeny formou případového paušálu
- c. Paušál podle DRG BETA – Přílohou č. 11 „úhradové vyhlášky“ jsou definovány skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace vyčleněné z úhrady podle případového paušálu a jejich úhrada je realizována výkonovým způsobem
- d. Ambulantní úhrada v lůžkovém zdravotnickém zařízení

Při porovnávání jednotlivých období je nutné rozlišovat dva základní režimy:

1. Benchmarking – srovnání jednotlivých následujících období z pohledu trendů a ukazatelů. Režim srovnání nahlíží na případy za podmínek každého sledovaného období (zařazení a ocenění případů hospitalizace příslušným grouperem)
2. Úhradový – srovnání dvou období (sledované – aktuální a referenční) na základě sestavení, zařazení a ocenění dle aktuálního grouperu s relativními vahami, např. rok 2012 má stanovené referenční období rok 2010 a pro srovnání těchto období se použije grouper a relativní váhy pro rok 2012.

Pro hospitalizační segment jsou z pohledu trendů analyzovány ukazatele uvedené v tabulce č. 4.

Tab. č. 4: Porovnání parametrů poskytnuté akutní lůžkové péče v MOÚ v letech 2009 – 2011

| Ukazatele | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------------|----------------|----------------|----------------|
| Počet případů | 8 477 | 8 946 | 9 116 |
| Casemix | 9 320,69 | 10 845,21 | 10 492,90 |
| Body | 248 979 865,00 | 284 563 222,00 | 287 426 606,00 |
| ZUM/ZULP | 78 672 319,42 | 80 233 493,84 | 74 078 298,00 |
| Průměrný casemix | 1,10 | 1,21 | 1,15 |
| Průměrné body | 29 371,22 | 31 808,99 | 31 529,90 |
| Průměrná oš.doba | 9,98 | 9,97 | 8,98 |
| Počet lůžek | 276 | 276 | 252 |

Zdroj: *Data organizace*

Z průměrných ukazatelů je patrné, že i vzhledem k nižšímu počtu lůžek je v posledních letech v MOÚ narůstající trend u hospitalizačních případů, casemix indexu a celkové bodové produkce. Růst casemix indexu je dosažen vlivem kvalitnějšího vykazování hlavních a vedlejších diagnóz. K poklesu dochází v případě zvláště účtovaných léčiv a materiálu, který je částečně daný revizí úhradových cen. Pozitivním trendem je zkracující se průměrná ošetřující doba.

Pro ambulantní segment byly nově v roce 2011 nejdůležitějšími parametry úhrady počty unikátních ošetřených pojištěnců a bodová produkce pro jednotlivé odbornosti, tj. nutnost dosažení v rámci ambulantní péče 95 % bodů za výkony a 95% počtu UOP za

všechny odbornosti celkem. Z tabulky č. 5 vyplývá, že v případě některých zdravotních pojišťoven stále dochází k meziročnímu nárůstu.

Tab. č. 5: Srovnání UOP celkem za odbornosti dle zdravotních pojišťoven v letech 2009 - 2011

| ZP | UOP 2009 | UOP 2010 | UOP 2011 |
|--------------|----------|----------|----------|
| 111 VZP | 33 745 | 33 566 | 32 580 |
| 201 VOZP | 3 006 | 3 194 | 3 111 |
| 205 ČPZP | 1 991 | 1 991 | 1 964 |
| 207 OZP | 2 449 | 2 499 | 2 508 |
| 209 ŠKODA | 19 | 16 | 27 |
| 211 ZP MV ČR | 8 304 | 8 656 | 8 620 |
| 213 RBP | 735 | 713 | 734 |
| 217 ZP M-A | 1 576 | 1 643 | 1 712 |

Zdroj: *Data organizace*

Z tabulky č. 6 je patrný nárůst ambulantní bodové produkce, který byl především ovlivněn zprovozněním lineárního urychlovače V. na Oddělení radiační onkologie v roce 2010 a obměnou lineárního urychlovače I. na stejném pracovišti, na kterém je vykazována nákladnější péče, než bylo u původního přístroje. Uvedené navýšení bylo předmětem samostatně sjednané úhrady za uvedenou péči. Ambulantní péče má v MOÚ dlouhodobě narůstající trend ve všech ambulantních odbornostech a nejvýraznější je to u zdravotních pojišťoven VZP, ČPZP, ZP MV ČR a ZP M-A.

Tab. č. 6: Porovnání ambulantní bodové produkce v letech 2009 - 2011

| body 2009 | body 2010 | body 2011 |
|-------------|-------------|-------------|
| 613 439 543 | 691 948 560 | 712 720 360 |

Zdroj: *Data organizace*

V rámci ambulantního segmentu je zajímavá úhrada za preventivní vyšetření mamografický screening, která je hrazena výkonovým způsobem a jedná se o nejčastější screeningové vyšetření a také velmi důležité z pohledu časného záchytu onemocnění.

Tab. č. 7: Přehled úhrad ZP za mamografický screening v letech 2009 – 2011

| MASC 2009 | MASC 2010 | MASC 2011 |
|----------------|---------------|---------------|
| 110 035 006,75 | 14 860 748,60 | 13 689 034,56 |

Zdroj: *Data organizace*

Preskripce měla v letech 2009 – 2011 sestupnou tendenci vzhledem k procesované revizi úhradových cen Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Revizí prošla k dnešnímu dni většina léčiv. Vlivem nárůstu pacientů došlo u některých zdravotních pojišťoven k překročení preskripce, které měla za následek srážku.

Tab. č. 8: Vyhodnocení preskripce v letech 2009 – 2011

| Preskripce | 2009 | 2010 | 2011 |
|----------------------|----------------|----------------|----------------|
| Celkový objem | 168 933 034,22 | 154 574 915,34 | 147 433 525,24 |
| Vyhodnocení – srážka | 3 980 821,39 | 1 132 338,93 | 1 476 931,96 |

Zdroj: *Data organizace*

V souvislosti s úhradami léčby v rámci specializovaného centra dochází každoročně k nárůstu počtu léčených pacientů a tím i úhrad od zdravotních pojišťoven. U většiny pojišťoven je trend stále se navyšující, ale u některých ZP dochází střídavě k poklesu či nárůstu. Nárůst je meziročně ovlivněn zařazováním nových léků do specializovaných center a diagnostických skupin – u již zařazeného léku je možnost podání v nové indikaci.

Tab. č. 9: Přehled úhrad za léčbu v rámci specializovaného centra v letech 2009 - 2011

| Léky-centra 2009 | Léky-centra 2010 | Léky-centra 2011 |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| 297 143 178,29 | 303 306 116,08 | 307 257 960,78 |

Zdroj: *Data organizace*

3. VLASTNÍ NÁVRH ŘEŠENÍ

Z doposud uvedeného vyplývá, že zdravotní péče hrazena formou paušálních plateb je v majoritní většině vyhodnocena zpětně po skončení sledovaného období, proto je nutné průběžně analyzovat úhradové ukazatele. Poskytnutá zdravotní péče je analyzována v měsíčních intervalech s cílem obhájení úhrad od zdravotních pojišťoven.

3.1 UKAZATELE OVLIVŇUJÍCÍ ÚHRADU

V roce 2012 budou vyhodnocovány úhradové ukazatele za porovnávací (rok 2010) a sledované období (rok 2012).

Hospitalizační segment

V letošním roce dochází z hlediska úhrad k velkým změnám z pohledu využití DRG oproti minulým obdobím. Je velmi důležité sledování dle jednotlivých zdravotních pojišťoven a jednotlivých skupin – individuálně smluvně sjednaná složka úhrady, DRG ALFA a DRG BETA. V tabulce č. 9 je přehled za období 1. čtvrtletí roku 2012 a z tabulky vyplývá i způsob, jakým jsou počty hospitalizačních případů a casemix indexů sledovány. Z uvedených dat je patrné, že v případě ZP 201, 211 a 217 dochází k výraznému nárůstu ve skupině DRG ALFA, což z pohledu úhradové vyhlášky není žádoucí. U skupiny DRG BETA je nutné sledování vzhledem k možnému krácení v závislosti na překročení risk koridoru a to sledováním těchto případů výkonovým způsobem. Vyjmenované skupiny tvoří minimální podíl na objemu hospitalizační péče a je nutné vyhodnocování na základě posouzení individuálních ujednání s jednotlivými ZP. V prostředí specializovaného ústavu je nepředvídatelné, jaké budou typy hospitalizačních případů, ale většinou je pokles ve skupině DRG ALFA znatelný v době uzavření chirurgického oddělení při čerpání dovolených a je omezena operativa. Hodnocení dat by mělo důkladně proběhnout v měsíci září.

Tab. č. 10: Srovnání CM za MOÚ dle ZP a typu úhrady za období 1-3/2012

| ZP | Typ úhrady | Referenční období 1-3/2010 | | Porovnávané období 1-3/2012 | | Procentuální hodnota porovnávaného období k referenčnímu | |
|-----|------------|----------------------------|---------------|-----------------------------|---------------|--|---------------|
| | | Casemix | Počet případů | Casemix | Počet případů | Casemix | Počet případů |
| 111 | ALFA | 858,90 | 696 | 976,62 | 722 | 113,71% | 103,74% |
| | BETA | 674,26 | 687 | 703,31 | 751 | 104,31% | 109,32% |
| | VYJSK | 13,16 | 39 | 14,95 | 46 | 113,57% | 117,95% |
| 201 | ALFA | 42,57 | 47 | 86,08 | 77 | 202,22% | 163,83% |
| | BETA | 66,75 | 69 | 56,26 | 64 | 84,27% | 92,75% |
| | VYJSK | 4,17 | 8 | 0,80 | 3 | 19,11% | 37,50% |
| 205 | ALFA | 50,93 | 40 | 67,24 | 48 | 132,01% | 120,00% |
| | BETA | 32,43 | 25 | 44,52 | 42 | 137,29% | 168,00% |
| | VYJSK | 0,27 | 1 | 0,78 | 2 | 291,91% | 200,00% |
| 207 | ALFA | 67,91 | 52 | 59,66 | 45 | 87,85% | 86,54% |
| | BETA | 40,51 | 40 | 42,73 | 54 | 105,50% | 135,00% |
| | VYJSK | 1,48 | 5 | 2,19 | 5 | 148,32% | 100,00% |
| 209 | ALFA | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | | |
| | BETA | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | | |
| | VYJSK | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | | |
| 211 | ALFA | 177,50 | 168 | 287,79 | 196 | 162,14% | 116,67% |
| | BETA | 127,67 | 141 | 169,98 | 182 | 133,14% | 129,08% |
| | VYJSK | 5,24 | 15 | 2,16 | 8 | 41,32% | 53,33% |
| 213 | ALFA | 14,56 | 17 | 18,49 | 22 | 126,98% | 129,41% |
| | BETA | 25,56 | 20 | 30,09 | 28 | 117,74% | 140,00% |
| | VYJSK | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | | |
| 217 | ALFA | 18,22 | 18 | 68,51 | 43 | 376,08% | 238,89% |
| | BETA | 48,59 | 34 | 43,16 | 41 | 88,83% | 120,59% |
| | VYJSK | 0,80 | 3 | 0,82 | 3 | 102,72% | 100,00% |

Zdroj: *Data organizace*

Ambulantní segment

Zdravotní služby poskytované v rámci ambulantního segmentu jsou sledovány s ohledem na regulační mechanismy nastavené pro rok 2012. Pro ambulantní odbornosti jsou dle příloh úhradové vyhlášky dány podmínky úhrady. Pro jednotlivé odbornosti je

stanovena hranice výpočtem poměru UOP za hodnocené a referenční období a následně násobené počtem uznaných bodů za referenční období. Možný nárůst je v případě lineárního navyšování UOP a zároveň bodové produkce. Pokud je limit překročen, péče poskytnutá nad tento objem je hrazena se sníženou hodnotou bodu. V MOÚ jsou data sledována dle jednotlivých odborností a vykázané bodové produkce, jak je uvedeno v tabulce č. 10 a 11.

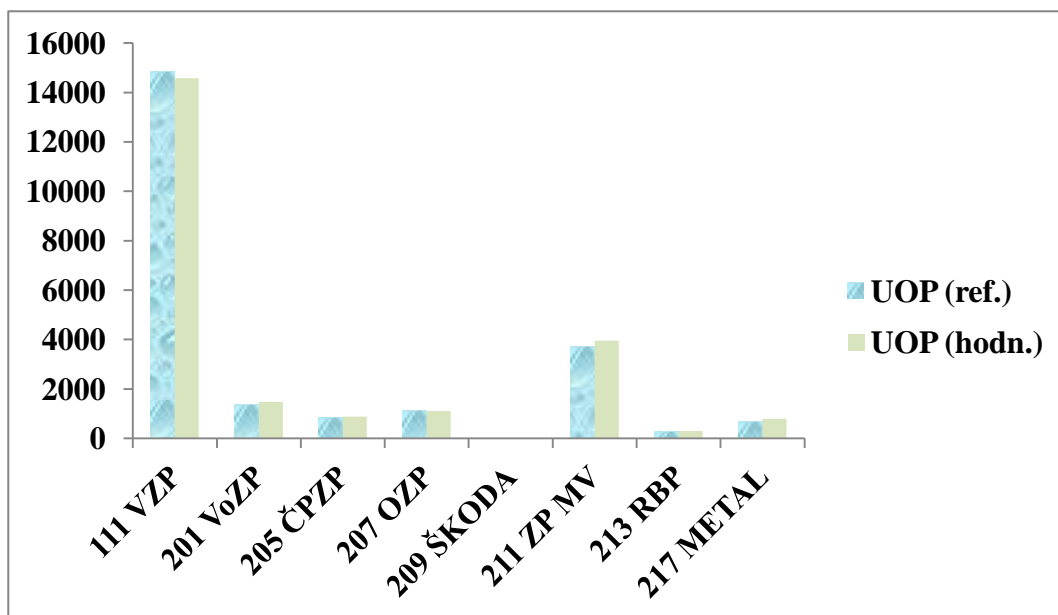
Tab. č. 11: Srovnání UOP dle odbornosti za období 1. čtvrtletí 2012

| odbornost | UOP (ref.) | UOP (hodn.) | % |
|-----------|------------|-------------|------|
| 001 | 104 | 148 | 142% |
| 101 | 1 333 | 1 312 | 98% |
| 105 | 798 | 1 025 | 128% |
| 201 | 1 002 | 1 110 | 111% |
| 202 | 215 | 302 | 140% |
| 205 | 57 | 50 | 88% |
| 208 | 413 | 518 | 125% |
| 209 | 583 | 565 | 97% |
| 402 | 11 446 | 12 061 | 105% |
| 403 | 4 111 | 4 094 | 100% |
| 407 | 1 548 | 1 679 | 108% |
| 501 | 1 697 | 1 611 | 95% |
| 506 | 31 | 58 | 187% |
| 603 | 2 620 | 2 126 | 81% |
| 701 | 231 | 276 | 119% |
| 706 | 1 975 | 1 963 | 99% |
| 708 | 199 | 705 | 354% |
| 801 | 9 697 | 10 512 | 108% |
| 807 | 1 316 | 1 422 | 108% |
| 809 | 8 748 | 8 646 | 99% |
| 816 | 644 | 798 | 124% |
| 901 | 146 | 176 | 121% |
| 902 | 1 080 | 1 232 | 114% |

Zdroj: *Data organizace*

V grafickém znázornění je vidět rozložení dle zdravotních pojišťoven.

Graf č. 2: Grafické znázornění srovnání UOP dle ZP



Zdroj: *Data organizace*

Na většině pracovišť dochází k překročení bodové produkce, ale při podrobnějším porovnání není tento nárůst kopírován také navyšováním UOP na jednotlivých odbornostech. U odbornosti 105 dochází k výraznému navýšení vzhledem k navýšení úvazků lékařů za 1,0 na 2,0. Odůvodněné navýšení je u patologické laboratoře a genetické laboratoře – jsou zde prováděna speciální vyšetření nutná k indikaci nákladné léčby.

Tab. č. 12: Srovnání bodové produkce za období 1-4/2012 vůči roku 2010

| odbornost | rok 2010 | 1-4/2012 | plnění v % |
|-----------|-------------|------------|---------------|
| 001 | 127 487 | 53 440 | 42% |
| 101 | 7 883 678 | 2 623 954 | 33% |
| 105 | 3 777 779 | 1 961 594 | 52% |
| 201 | 1 202 341 | 449 384 | 37% |
| 202 | 355 650 | 179 612 | 51% |
| 205 | 3 488 | 0 | 0% |
| 208 | 3 274 764 | 1 242 114 | 38% |
| 209 | 924 623 | 351 856 | 38% |
| 402 | 24 848 527 | 8 645 778 | 35% |
| 403 | 280 170 469 | 91 556 985 | 33% |
| 407 | 81 350 657 | 28 625 179 | 35% |
| 501 | 2 952 697 | 952 349 | 32% |
| 603 | 4 820 975 | 1 507 925 | 31% |
| 701 | 446 843 | 178 474 | 40% |
| 706 | 4 371 617 | 1 371 671 | 31% |
| 708 | 16 861 169 | 6 587 163 | 39% |
| 801 | 74 768 258 | 25 437 409 | 34% |
| 807 | 32 720 783 | 12 464 258 | 38% |
| 809 | 93 487 056 | 32 502 191 | 35% |
| 816 | 41 602 432 | 19 509 094 | 47% |
| 901 | 1 566 624 | 718 664 | 46% |
| 902 | 14 430 643 | 5 293 766 | 37% |

Zdroj: *Data organizace*

Léčba v rámci specializovaného centra

Ekonomicky nákladná léčba je každoročně předmětem mnoha jednání s jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Dle tabulky č. 11 lze konstatovat, že v této oblasti je opět navyšující se trend, který je každoroční. Ve skupině onkologických centrových léků jsou dva preparáty, na kterých jsou pacienti dlouhodobě léčeni (několik let), což se dá přirovnat k nárůstům pacientů v chronických centrech. Navíc přibývají nově schválené indikace (podmínky podání léčby) nebo léky, které v referenčním období nebyly na trhu. Za období 1. čtvrtletí 2012 překračuje MOÚ o 2 % vůči všem zdravotním pojišťovnám, pokud jsou výsledky srovnávány se 100 % roku 2010. S většinou ZP je stanovena záloha dle tohoto období a v případě, že limit nebude dostačující, je ZZ

povinnou upozornit na tuto skutečnost a zahájit jednání. S VZP jsou podmínky sjednávány individuálními dodatky, které dosud ZZ neobdrželo. Z toho důvodu jsou sledovány dle úhradové vyhlášky počty UOP v jednotlivých diagnostických skupinách, protože je možný nárůst na 110 % počtu z referenčního období.

Tab. č. 13: Vývoj spotřeby léků v rámci specializovaného centra za období

1. čtvrtletí 2012

| ZP | Vykázáno v období 1-3/2012 | Roční limit ZP (100% roku 2010) | % limit/čerpání |
|---------------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------|
| 111 | 53 853 578,96 | 202 091 208,24 | 27% |
| 201 | 4 525 635,18 | 13 273 851,97 | 34% |
| 205 | 3 783 007,22 | 12 476 849,22 | 30% |
| 207 | 2 812 264,67 | 11 111 703,86 | 25% |
| 209 | 0,00 | 0,00 | |
| 211 | 11 423 544,70 | 43 920 340,23 | 26% |
| 213 | 2 071 655,34 | 8 931 231,12 | 23% |
| 217 | 3 006 061,20 | 9 339 266,26 | 32% |
| Celkem | 81 475 747,27 | 301 144 450,90 | 27% |

Zdroj: *Data organizace*

Preskripce

Pro předpis léčivých přípravků a zdravotnických prostředků je stanovena možná celková úhrada ve výši 98 % referenčního období (rok 2010). Pokud dojde k překročení, je ZZ sražena částka ve výši 40 % z dosaženého překročení.

Z tabulky č. 12 vyplývá trend nárůstu, který je částečně dán nárůstem DPH a u vybraných položek jsou dána doporučení lékové komise.

Tab. č. 14: Sledování preskripce dle jednotlivých ZP za období 1-3/2012

| pojišťovna | 98 % roku 2010 | Limit na leden - březen 2012 | Vyčerpáno za 1-3/ 2012 | % srovnání 1-3/12 |
|-------------------|----------------|---------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| 111 VZP | 105 937 412,39 | 26 484 353,10 | 27 212 028,85 | 103% |
| 201 VoZP | 8 169 082,51 | 2 042 270,63 | 2 556 657,30 | 125% |
| 205 ČPZP | 3 435 244,02 | 858 811,00 | 1 153 487,42 | 134% |
| 207 OZP | 6 438 069,22 | 1 609 517,31 | 1 806 478,56 | 112% |
| 209 ŠKODA | 6 222,82 | 1 555,71 | 25,94 | 2% |
| 211 ZP MV | 21 525 876,18 | 5 381 469,05 | 6 602 703,35 | 123% |
| 213 RBP | 1 635 429,16 | 408 857,29 | 674 710,14 | 165% |
| 217 ZP M-A | 3 373 398,34 | 843 349,58 | 1 463 938,37 | 174% |
| celkem ZP | 150 520 734,65 | 37 630 183,66 | 41 470 029,93 | 110% |

Zdroj: Data organizace

3.2 DOPAD SOUČASNÝCH ZMĚN

Rok 2012 přináší z pohledu úhrad pro zařízení akutní lůžkové péče opět výrazné změny. Princip současné úhrady lůžkové péče je podobný, jako byl v letech 2009 a 2010. Do úhrad vstupuje výkonový způsob dle jednotlivých složek – DRG ALFA, DRG BETA a vyjmenovaných skupin. Dochází k poklesu relativních vah ve srovnání roku 2012 vůči 2010, který je cca 20 %. Existují tři varianty pro navýšení úhrady dle DRG ALFA:

- Maximální – PP > 103% a zároveň CM > 105% - **CM = 105%**
- Střední – PP = 100 % a podaří se zvýšit CM o nejméně 2% - **CM =102%**
- Minimální - PP = 100 % a nepodaří se zvýšit CM oproti 2010 tj. **CM =100%**

V případě DRG BETA je maximální úhrada stanovena do výše 103 % s plnou hodnotou ICB, při překročení je krácena o 50 %. Vyjmenované skupiny tvoří velmi malou skupinu hospitalizací v MOÚ, které jsou sledovány dle podepsaných úhradových dodatků s jednotlivými ZP.

Podmínky úhrady ambulantní složky byly do letošního roku u zařízení akutní lůžkové péče součástí přílohy pro ústavní péči. Parametry pro uznání ambulantní úhrady byly

nastaveny na 95 % počtu bodů oproti referenčnímu období a přepočtené dle seznamu výkonů k 1. 1. 2011. Druhým parametrem bylo ošetření alespoň 95 % počtu UOP za všechny odbornosti celkem. V roce 2012 jsou dány podmínky úhrady pro jednotlivé odbornosti. U některých odborností, kde je úhrada výkonovým způsobem, dochází k poklesu hodnoty bodu, např. mamografický screening z 1,10 Kč na 1,00 Kč Regulace preskripce má stejná pravidla jako v minulém období.

Změna a to zásadní nastává u stanovení podmínek úhrady léků v rámci specializovaných center. Vyhláška připouští možný nárůst na 110 % UOP dle diagnostické skupiny vynásobený průměrnou úhradou na 1 UOP v dané skupině, ale vzhledem k tomu, že v minulosti byly úhrady sjednávány s ohledem na objem v minulém roce, se jedná o krok zpět. Povolovaný nárůst pokrývá objem již navýšený v roce 2011 a v letošním roce bude problém s financováním této péče, pokud nebude možný vyjednávací prostor

Pokud by nebyly naplněny všechny ukazatele nutné k uznání úhrady, bude to znamenat pro zdravotnické zařízení ztráty, které nejsou žádoucí. Ze strany zdravotních pojišťoven dochází ke stále častějším kontrolám vykazování zdravotní péče. V současné době probíhá kultivace Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (Vyhláška č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů) a všechny odborné společnosti by měly provést revizi výkonů v rámci svých odborností. U většiny výkonů jsou v platnosti kalkulační listy zpracované v roce 1998 a dnes již neodpovídají skutečnosti.

Vzhledem k výše uvedeným mantinelům, které vychází z aktuální úhradové vyhlášky pro rok 2012, která se významně liší od vyhlášky v roce předchozím, bylo nutno pro aktuální rok zcela zásadně změnit sledované produkční ukazatele po jednotlivých komoditách úhrad a po jednotlivých ZP, které jsou také ovlivněny uzavřenými aktuálními úhradovými dodatky.

ZÁVĚR

Předložená analýza přibližuje základní principy úhrad z veřejného zdravotního pojištění a poskytuje informace o specializovaném zařízení pro akutní lůžkovou péči.

České zdravotnictví prochází v současné době množstvím změn, které prozatím vyvolávají v některých případech smíšené pocity. Do jedné roviny je zde postavena snaha poskytnout co nejvíce efektivní péče pro každého pacienta, přičemž je zveřejňováno množství negativních dopadů na celkovou ekonomickou situaci zdravotnictví. Jsou hledány možné úspory, které se většinou týkají provozních nákladů a nutně dopadají na chod zdravotnického zařízení jako poskytovatele zdravotnických služeb.

MOÚ je zařízení, které klade velký význam na kvalitu a spokojenost pacientů, je zde poskytována velmi nákladná léčba a péče, která má nadstandardní charakter. Masarykův onkologický ústav dlouhodobě hospodaří s vyrovnaným hospodářským výsledkem a jeho snahou je hospodařit tak i nadále, přestože oblast zdravotnictví je předmětem zásadních legislativních změn a probíhající reformy. Zdravotní pojišťovny jako plátce jsou velmi důležitými partnery, se kterými je nutné dodržovat korektní vztahy. Ústav má stanoveny cíle, jejichž splnění by mělo být základem pro budoucí postavení jak z ekonomického pohledu, tak z pohledu zdravotnického zařízení, které si chce udržet značku kvalitního poskytovatele zdravotnických služeb.

Analytická část práce hodnotí všechny ukazatele nutné pro uznání úhrad od jednotlivých zdravotních pojišťoven a možnosti dalších zdrojů financování ústavu. Data lze vždy sledovat z pohledu trendů, ale nejdůležitější je srovnávání na základě pravidel „úhradové vyhlášky“ pro sledované období. Již nyní z analyzovaných údajů vyplývá nutnost zahájení jednání s některými zdravotními pojišťovnami, a to vzhledem k markantním nárůstům péče ve všech segmentech – hospitalizačním, ambulantním, preskripce i specializované centrové péče. Zcela jistě je pro zdravotnické zařízení problematické zpětné vyhodnocování poskytnutých zdravotnických služeb a proto je

důležité, pokud to lze, držet se stanovených mantinelů a limitů, v případě nárůstů jednat a cíleně zdůvodnit navýšení, které se promítne následným finančním dorovnáním.

Závěrem lze konstatovat, že systém úhrad poskytované léčebně-preventivní péče na MOÚ je důsledně sledován, vrcholový a střední management Masarykova onkologického ústavu je pravidelně seznamován se závěry a vytváří doporučení v této oblasti, se kterými jsou seznamováni pravidelně všichni zaměstnanci.

ZDROJE

Knihy

- 1) DOLANSKÝ, H., *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1. vydání, Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9.
- 2) DOLANSKÝ, H., *Veřejné zdravotnictví*. 1. vydání, Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 223 s. ISBN 978-80-7248-494-9.
- 3) DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*. 1. vydání, Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- 4) KOŽENÝ, P., NĚMEC, J., KÁRNÍKOVÁ, J., LOMÍČEK, M., *Klasifikační systém DRG*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-2701-1.
- 5) NĚMEC, J., *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

Zákony a vyhlášky

- 6) Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ze dne 7. 3. 1997, ve znění pozdějších předpisů.
- 7) Vyhláška č. 425/2011 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012 ze dne 15. 12. 2011.
- 8) Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ze dne 2. 6. 1998, ve znění pozdějších předpisů.
- 9) Vyhláška č. 70/2012 Sb. o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek ze dne 29. 2. 2012.
- 10) Vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy ze dne 20. 12. 2006.
- 11) Vyhláška č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče ze dne 26. 3. 2012.

- 12) Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb ze dne 22. 3. 2012.
- 13) Vyhláška č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění ze dne 1. 12. 2011
- 14) Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky ze dne 6. 12. 1991, ve znění pozdějších předpisů.
- 15) Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách ze dne 28. 6. 1992, ve znění pozdějších předpisů.
- 16) Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění ze dne 20. 11. 1992, ve znění pozdějších předpisů.
- 17) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ze dne 6. 11. 2011
- 18) Věstník MZ – částka 7/2008, Onkologická péče v České republice ze dne 5. 12. 2008
- 19) Věstník MZ – částka 1/2009, Standard při poskytování a vykazování výkonů screeningu nádorů kolorekta v České republice
- 20) Věstník MZ – částka 4/2010, Doporučený standard pro poskytování screeningu karcinomu prsu a provádění diagnostické mamografie v České republice
- 21) Zákon č. 298/2011 Sb

Internetové zdroje

- 22) SLÁMA, P., Veřejné zdravotní pojištění, Hospodaření zdravotnických subjektů, Informační systémy ve zdravotnictví.[on-line]. 2009 [2011-11-20]. Dostupné z: <http://usm.lf1.cuni.cz/download/vzp.pdf>Minulost a tradice MOÚ. [on-line]. 2010 [cit. 2012-05-02]. Dostupné z: <http://www.mou.cz/cz/minulost-a-tradice-mou/article.html?id=147>
- 24) Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR, Datové rozhraní VZP ČR.[on-line]. 2010 [cit. 2012-05-03]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/vyuctovani-zdravotni-pece/metodika-vyuctovani-aktualni-stav>
- 25) Masarykův onkologický ústav, [on-line]. 2009 [2012-05-04]. Dostupné z: <http://www.mou.cz/>

- 26) Národní referenční centrum, [on-line]. 2012 [2012-05-04] Dostupné z:
<http://www.nrc.cz/cinnosti/drg/co-je-drg/uvod-do-drg>

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|--|----|
| Obr. č. 1: Logo MOÚ..... | 29 |
| Obr. č. 2: Základní organizační struktura MOÚ dle interních dokumentů..... | 32 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tab. č. 1: Přehled tržeb za samoplátce v MOÚ za období 2008 - 2011 | 41 |
| Tab. č. 2: Přehled výnosů z preventivních prohlídek v MOÚ za období 2008 - 2011 ... | 43 |
| Tab. č. 3: Přehled výnosů MOÚ za regulační poplatky v letech 2008 – 2011 | 44 |
| Tab. č. 4: Porovnání parametrů poskytnuté akutní lůžkové péče v MOÚ v letech 2009 – 2011 | 45 |
| Tab. č. 5: Srovnání UOP celkem za odbornosti dle zdravotních pojišťoven v letech 2009 - 2011 | 46 |
| Tab. č. 6: Porovnání ambulantní bodové produkce v letech 2009 - 2011 | 46 |
| Tab. č. 7: Přehled úhrad ZP za mamografický screening v letech 2009 – 2011..... | 47 |
| Tab. č. 8: Vyhodnocení preskripce v letech 2009 – 2011..... | 47 |
| Tab. č. 9: Přehled úhrad za léčbu v rámci specializovaného centra v letech 2009 - 2011 | 47 |
| Tab. č. 10: Srovnání CM za MOÚ dle ZP a typu úhrady za období 1-3/2012 | 49 |
| Tab. č. 11: Srovnání UOP dle odbornosti za období 1. čtvrtletí 2012..... | 50 |
| Tab. č. 12: Srovnání bodové produkce za období 1-4/2012 vůči roku 2010..... | 52 |
| Tab. č. 13: Vývoj spotřeby léků v rámci specializovaného centra za období..... | 53 |
| Tab. č. 14: Sledování preskripce dle jednotlivých ZP za období 1-3/2012 | 54 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|---|----|
| Graf č. 1: Tržby ze zdravotního pojištění v letech 2009 – 2011..... | 37 |
| Graf č. 2: Grafické znázornění srovnání UOP dle ZP | 51 |

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|----------|---|
| ATC | Anatomicko-terapeuticko-chemické skupiny |
| CM | Casemix |
| ČPZP | Česká průmyslová zdravotní pojišťovna |
| ČSÚ | Český statistický úřad |
| DRG | Diagnosis related group – skupiny vztažené k diagnóze |
| DRG ALFA | Skupiny vztažené k diagnóze dle Přílohy č. 10 úhradové vyhlášky |
| DRG BETA | Skupiny vztažené k diagnóze dle Přílohy č. 11 úhradové vyhlášky |
| DPH | Dan z přidané hodnoty |
| IČZ | Identifikační číslo zdravotnického zařízení |
| ICB | Individuální cena bodu |
| JCI | Joint commission international |
| MOÚ | Masarykův onkologický ústav |
| MZ | Ministerstvo zdravotnictví |
| OD | Ošetřovací den |
| OZP | Oborová zdravotní pojišťovna |
| PP | Počet případů |
| RBP | Revírní bratrská pokladna |
| SAK | Spojená akreditační komise |
| TISS | Ošetřovací den resuscitační nebo intenzivní péče o pacienta |
| UOP | Unikátní ošetřený pojištěnec |
| v. z. p. | Veřejné zdravotní pojištění |
| VZP | Všeobecná zdravotní pojišťovna |
| VOZP | Vojenská zdravotní pojišťovna |
| VYJSK | Vyjmenované skupiny |
| ZP | Zdravotní pojišťovny |
| ZP ŠKODA | Zdravotní pojišťovna ŠKODA |
| ZP MV ČR | Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky |
| ZP M-A | Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance |
| ZZ | Zdravotnické zařízení |