

**Projekt nákladovosti a výnosnosti akutní lůžkové
péče pomocí úhradového mechanismu IR DRG
v Nemocnici Kyjov, p. o.**

Bc. Karel Bulín

Diplomová práce
2005



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta managementu a ekonomiky

Ústav managementu

akademický rok: 2004/2005

Rozsah práce: 70 stran

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

dle doporučení vedoucího diplomové práce

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Karel BULÍN

Studijní program: N 6208 Ekonomika a management

Studijní obor: Management a marketing

Téma práce: Projekt nákladovosti a výnosnosti akutní lůžkové péče pomocí úhradového mechanismu IR DRG v Nemocnici Kyjov, p. o.

Vedoucí diplomové práce: doc. Ing. Josef Hurta, CSc.

Ústav podnikové ekonomiky

Datum zadání diplomové práce: 7. března 2005

Termín odevzdání diplomové práce: 13. května 2005

Zásady pro vypracování:

1. Provedte literární průzkum pramenů a formulujte podstatu a zásady klasifikačního a úhradového mechanismu IR DRG.
2. Provedte analýzu současného systému úhrad za poskytnutou zdravotní péči v Nemocnici Kyjov, p. o.
3. Navrhněte projekt zdokonalení systému úhrad za poskytnutou zdravotní péči v Nemocnici Kyjov, p. o.
4. Popište přínosy projektu pro praxi a charakterizujte možnosti jeho realizovatelnosti.

Ve Zlíně dne 7. března 2005

doc. PhDr. Václav Nováček, CSc.

děkan



Ing. Pavla Staňková, Ph.D.

ředitel ústavu

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou stanovení nákladů na jednotlivé případy, které jsou dávány do poměru k očekávaným úhradám (výnosům od zdravotních pojišťoven).

V teoretické části se zaměřuji na popis současných systémů úhrad, koncepci klasifikačního a úhradového mechanismu IR DRG, která je doplněna metodikou sestavení nákladů na případ.

Praktická část je věnována systému financování českého zdravotnictví a aplikaci současných úhradových mechanismů v Nemocnici Kyjov, p. o. Úhrady, které jsou doplněny o nedostatky současných úhrad, jsou počítány za dvě srovnatelná období, tj. za 1. pololetí 2003 a 1. pololetí 2004.

Projektová část se zabývá analýzou paušální i výkonové úhrady za poskytnutou zdravotní péči, která je vysvětlena na dvou modelových příkladech z praxe. Na diagnostické skupině IR DRG 05423 „Srdeční arytmie a poruchy vedení s MCC“ je vysvětlena metodika stanovení nákladů a očekávaných výnosů na případ včetně posouzení efektivity sledované IR DRG skupiny. Následuje aplikace úhradového mechanismu IR DRG na datech za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004 včetně jeho srovnání se současnými systémy úhrad.

ABSTRACT

Diploma Work is depicting the problem of cost setting for appropriate cases which are compared with expected payments (profits from insurance companies).

In the theoretical part I mainly depict the present payments systems, the conception of classification and payment of IR DRG mechanism which is supplied with cost setting methodology for a certain case.

The analytical part is devoted to the financing system of the Czech Health Service and the application of present payment mechanisms in Nemocnice Kyjov, p. o. The payments are counted for two comparable periods i. e. for the first half-year 2003 and the first half-year 2004 which are completed with the imperfections of the present payments systems.

Project part shows the analysis of lump and performance settlement for given health care which is explained in two model examples from practice. The methodology of setting costs and expected profit for one case including the estimation of effectiveness of tested IR DRG groups showed on the example of diagnostic group IR DRG 05423 “Cardiac arrhythmia and failures in linking with MCC”. Then the application of IR DRG payments mechanism follows with data for given health care in the first half-year 2004 including its comparing with present payments systems.

Chtěl bych poděkovat paní Ing. Drahomíře Zapletalové, která mi zprostředkovala zpracování diplomové práce v Nemocnici Kyjov, p. o. Dále bych chtěl poděkovat Ing. Igoru Kalixovi, Ing. Josefu Vokurkovi, pracovnícím OZP a finanční účtárny Nemocnice Kyjov, p. o. za poskytnutí podkladů pro výpočet úhrad za poskytnutou zdravotní péči a dat potřebných k výpočtu nákladů a výnosů diagnosticko–terapeutické skupiny IR DRG 05423. Mé poděkování patří také Doc. Ing. Josefu Hurtovi, CSc. za odborné vedení a konzultace při zpracování diplomové práce.

OBSAH

OBSAH	6
ÚVOD.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1 CÍL PRÁCE	11
2 FORMY SOUČASNÝCH ÚHRAD ZA POSKYTNUTOU ZDRAVOTNÍ PÉČI	12
2.1 ÚHRADA ZDRAVOTNÍ PÉČE PAUŠÁLNÍ ÚHRADOU	12
2.1.1 Paušální sazba hospitalizační	12
2.1.2 Paušální sazba ambulantní	13
2.1.3 Paušální sazba za zdravotní dopravu	13
2.1.4 Paušální sazba za jiné zdravotní výkony	13
2.1.5 Metodika výpočtu celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči	13
2.1.6 Metodika výpočtu úhrady při regulaci preskripce ZUM, ZUL	16
2.1.7 Metodika výpočtu skutečné celkové úhrady	17
2.1.8 Metodika výpočtu finančního vypořádání	18
2.2 ÚHRADA ZDRAVOTNÍ PÉČE PODLE SEZNAMU VÝKONŮ	19
2.2.1 Metodika výpočtu celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči	19
2.3 KOMBINOVANÁ ÚHRADA S PLATBOU ZA DIAGNÓZU	22
2.3.1 Metodika výpočtu celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči	23
3 KONCEPCE KLASIFIKAČNÍHO A ÚHRADOVÉHO MECHANISMU IR DRG.....	28
3.1 VÝVOJ KLASIFIKAČNÍHO A ÚHRADOVÉHO MECHANISMU IR DRG	28
3.2 KONSTRUKCE IR DRG	28
3.3 GROUPOVÁNÍ	31
3.3.1 Algoritmus groupování	32
3.4 ÚHRADOVÝ MECHANISMUS IR DRG	33
4 NÁKLADY NA JEDNOTLIVÉ PŘÍPADY	38
4.1 STANDARDY NÁKLADOVÝCH STŘEDISEK	38
4.1.1 Standardní lůžková stanice	39
4.1.2 Jednotka intenzivní péče	39
4.1.3 Anesteziologicko – resuscitační oddělení a oddělení anestézie	40
4.1.4 Operační sály	40
4.1.5 Standardy správních provozů	40
4.2 METODIKA ALOKACE NÁKLADŮ NA PŘÍPAD	41
II. ANALYTICKÁ ČÁST	47
5 PŘEDSTAVENÍ NEMOCNICE KYJOV, P. O.....	48
6 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ.....	52
7 PROCES ZPRACOVÁNÍ AGENDY ZA POSKYTNUTOU ZDRAVOTNÍ PÉČI PRO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	56

7.1	OBECNÁ CHARAKTERISTIKA NIS TREE.....	56
7.2	ZPRACOVÁNÍ AGENDY ZA POSKYTNUTOU ZDRAVOTNÍ PÉČI V SEGMENTU LŮŽKOVÁ PÉČE	57
8	SOUČASNÉ SYSTÉMY ÚHRAD ZA POSKYTNUTOU ZDRAVOTNÍ PÉČI	65
8.1	VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR.....	65
8.1.1	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003.....	65
8.1.2	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004.....	69
8.2	VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR.....	70
8.2.1	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003.....	70
8.2.2	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004.....	73
8.3	HUTNICKÁ ZAMĚSTNANECKÁ POJIŠŤOVNA.....	75
8.3.1	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003.....	75
8.3.2	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004.....	76
8.4	OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA	77
8.4.1	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003.....	77
8.4.2	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004.....	79
8.5	ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR	80
8.5.1	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003.....	80
8.5.2	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004.....	82
8.6	REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA.....	84
8.6.1	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003.....	84
8.6.2	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004.....	86
8.7	ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA METAL – ALIANCE	87
8.7.1	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003.....	87
8.7.2	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004.....	88
8.8	ČESKÁ NÁRODNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA	90
8.8.1	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003.....	90
8.8.2	Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004.....	91
8.9	NEDOSTATKY SOUČASNÝCH SYSTÉMŮ ÚHRAD ZA POSKYTNUTOU ZDRAVOTNÍ PÉČI.....	92
8.9.1	System paušálních úhrad.....	92
8.9.2	System výkonových úhrad	94
III.	PROJEKTOVÁ ČÁST.....	96
9	DŮVODY PROJEKTU.....	97
10	FINANCOVÁNÍ LŮŽKOVÉ PÉČE.....	98
10.1	KONCEPCE FINANCOVÁNÍ AKUTNÍ LŮŽKOVÉ PÉČE V ČR	98
10.2	KONCEPCE CONTROLLINGU	99
10.2.1	SWOT analýza koncepce controllingu.....	101
10.3	ANALÝZA ÚHRAD ZA POSKYTNUTOU ZDRAVOTNÍ PÉČI.....	103
10.3.1	Analýza paušální úhrady u VZP ČR (1. pololetí 2004 a 1. pololetí 2002)	103

10.3.2	Analýza výkonové úhrady u HZP (1. pololetí 2004 a 1. pololetí 2003)	110
11	NÁKLADY A VÝNOSY DIAGNOSTICKO–TERAPEUTICKÉ SKUPINY IR DRG 05423.....	113
11.1	VÝPOČET TARIFŮ	116
11.2	NÁKLADY NA KONKRÉTNÍ PŘÍPADY	118
11.2.1	Krátký outlier	119
11.2.2	Inlier	121
11.2.3	Inlier (délka hospitalizace větší než průměrná délka hospitalizace dané IR DRG skupiny)	123
11.2.4	Souhrnný přehled za IR DRG 05423 – Srdeční arytmie a poruchy vedení s MCC.....	125
12	SYSTÉM ÚHRAD ZA POSKYTNUTOU ZDRAVOTNÍ PÉČI V 1. POLOLETÍ 2004	130
12.1	VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR.....	130
12.2	VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR.....	131
12.3	HUTNICKÁ ZAMĚSTNANECKÁ POJIŠŤOVNA	133
12.4	OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA	134
12.5	ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR	136
12.6	REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA.....	137
12.7	ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA METAL ALIANCE	139
12.8	ČESKÁ NÁRODNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA	140
12.9	ZHODNOCENÍ ÚHRAD POMOCÍ SYSTÉMU IR DRG SE SOUČASNÝMI ÚHRADOVÝMI MECHANISMY.....	142
12.10	FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SROVNÁNÍ MEZI SKUTEČNOU ÚHRADOU ZA 1. POLOLETÍ 2004 A ÚHRADOU PODLE IR DRG.....	143
12.10.1	Paušální úhrada	143
12.10.2	Výkonová úhrada	143
12.10.3	Kombinovaná úhrada s platbou za diagnózu	144
12.10.4	IR DRG úhrada	144
12.11	KRITÉRIA ÚSPĚCHU	145
12.12	RIZIKA PROJEKTU	146
13	DISKUZE	148
	ZÁVĚR.....	149
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	152
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	155
	SEZNAM OBRÁZKŮ	157
	SEZNAM TABULEK.....	158
	SEZNAM PŘÍLOH.....	162

ÚVOD

Obecným problémem zdravotnictví je rozpor mezi rychle rostoucí technickou úrovní zdravotnictví a tím i rychle rostoucími výdaji, ale pomaleji rostoucími zdroji pro jejich pokrytí. Poněvadž zdroje určené pro zdravotnictví jsou stanoveny procentem HDP, musí se finanční prostředky plynoucí do zdravotnictví efektivně využívat.

Na začátku 90. let minulého století bylo naše zdravotnictví postaveno před problém, jak hradit poskytnutou zdravotní péči. Péče byla hrazena výkonovým systémem, protože bylo nutné popsat a ocenit jednotlivé výkony, které jsou součástí diagnostického a léčebného procesu. Jelikož se zdravotnická zařízení snažila „šroubovat“ objem výkonů (zvyšování objemu vykázaných bodů, příp. spotřeby zvláště účtovaného materiálu a léčivých přípravků), došlo k zavedení paušálních úhradových systémů, které měly stabilizovat finanční situaci zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven.

Jelikož se výše paušální úhrady stanovila z objemu úhrad předcházejícího období, došlo k situaci, kdy každé zdravotnické zařízení má u každé zdravotní pojišťovny stanovenou jinou hodnotu bodu (za obdobný výkon obdrží každý poskytovatel jinou úhradu).

Cílem je hradit akutní lůžkovou péči pomocí klasifikačního (casemixového) systému, který umožňuje přesně vymezit typy případů léčených ve zdravotnickém zařízení včetně srovnání jednotlivých poskytovatelů mezi sebou.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CÍL PRÁCE

Hlavní cíl

- Stanovení nákladů a očekávaných výnosů na jednotlivé hospitalizace pomocí klasifikačního a úhradového mechanismu IR DRG, což by mělo přispět ke stabilitě financování lůžkových zdravotnických zařízení (lůžková péče bude hrazena na základě stejných podmínek pro všechna zdravotnická zařízení)
 - ⇒ Zhodnocení klasifikačního a úhradového mechanismu IR DRG pro potřeby daného LZZ na údajích za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004
 - adresná platba za hospitalizaci (co se léčí, jak se léčí, jaké jsou náklady léčby, kvalita léčby)
 - stejná výše úhrady za stejné hospitalizační případy, ať jsou poskytnuty v jakémkoli zdravotnickém zařízení (klasifikace do stejné IR DRG skupiny, kde jsou stanoveny jednotné parametry pro úhradu péče)
 - ⇒ Zlepšení průhlednosti financování akutní lůžkové péče
 - ⇒ Zlepšení rozborů jednotlivých variant úhrad

Sekundární cíle:

- Trvalé sledování nákladů na případ včetně srovnání s ostatními zdravotnickými zařízeními

2 FORMY SOUČASNÝCH ÚHRAD ZA POSKYTNUTOU ZDRAVOTNÍ PÉČI

Tato kapitola se zabývá různými způsoby úhrad zdravotní péče na základě smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a konkrétním lůžkovým zařízením. Podle § 2 odst. 1 zákona č. 532/2002 Sb. je možné provádět úhrady lůžkovým zařízením:

- a) paušální sazbou
- b) podle seznamu výkonů
- c) kombinovaným způsobem s platbou za diagnózu

2.1 Úhrada zdravotní péče paušální úhradou

Lůžkové zdravotnické zařízení v Kyjově poskytuje zdravotní péči v těchto segmentech:

- a) akutní lůžková péče
- b) ambulantní péče
- c) zdravotní doprava
- d) jiná péče

Pro každý výše uvedený segment se počítá paušální sazba, která vychází z objemu poskytnuté zdravotní péče daného zdravotnického zařízení v referenčním období (tj. srovnatelné období minulého roku), která byla zdravotní pojišťovnou uznána.

Každá níže uvedená paušální sazba zahrnuje:

- a) počet bodů na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce¹
- b) paušální sazbu na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v Kč za zvlášť účtovaný materiál, zvlášť účtované léčivé přípravky a za lékový paušál

2.1.1 Paušální sazba hospitalizační

- používá se k úhradě akutní lůžkové péče vykazované na hospitalizačních účtech

¹ unikátně ošetřený pojištěnec = jeden pojištěnec bez ohledu na to, kolikrát lůžkové zařízení vykázalo na tohoto pojištěnce ve sledovaném časovém období (pololetí) zdravotní péči

⇒ touto sazbou jsou hrazeny příslušné výkony komplementu²

2.1.2 Paušální sazba ambulantní

- používá se k úhradě ambulantní péče vykazované na ambulantních účtech

⇒ touto sazbou jsou hrazeny příslušné výkony komplementu

2.1.3 Paušální sazba za zdravotní dopravu

- používá se k úhradě výkonů zdravotní dopravy

2.1.4 Paušální sazba za jiné zdravotní výkony

- používá se k úhradě jiných výkonů zdravotní péče, pokud je lůžkovým zařízením poskytována

⇒ touto sazbou jsou také hrazeny výkony komplementu pro jiná zdravotnická zařízení

2.1.5 Metodika výpočtu celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči

Výpočet PUB_t se skládá ze dvou fází:

1. fáze – výpočet individuální úhrady za 1 bod za období $t - 1$:

$$IVUB_{t-1} = \frac{CU_{t-1} - ZUM, ZUL_{t-1}^*}{CPB_{t-1}} \quad (1)$$

$IVUB_{t-1}$ = individuální úhrada za 1 bod za období $t - 1$

CU_{t-1} = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči za období $t - 1$

ZUM, ZUL_{t-1}^* = zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky za období $t - 1$, který byl příslušnou zdravotní pojišťovnou uznán k úhradě

CPB_{t-1} = celkový počet bodů za provedené výkony ve všech segmentech péče za období $t - 1$

² komplement = RTG; CT; mikrobiologická, biochemická a hematologická laboratoř; patologie

2. fáze – výpočet paušální úhrady za 1 bod na období t :

PUB_t se získá jedním ze tří níže uvedených výpočtů:

- a) jestliže $IVUB_{t-1} < 0,89$ Kč, pak $PUB_t = 0,89$ Kč
- b) jestliže $IVUB_{t-1} \in \langle 0,89 \text{ Kč}; 1,00 \text{ Kč} \rangle$, pak $PUB_t = IVUB_{t-1} + 0,01$ Kč
- c) jestliže $IVUB_{t-1} \in \langle 1,00 \text{ Kč}; \infty \rangle$, pak $PUB_t = IVUB_{t-1}$

3. fáze – výpočet průměrného počtu bodů na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v jednotlivých segmentech:

$$PB_{UOP}P_{t-1} = \frac{CPB_{t-1}}{CP_{UOP}P_{t-1}} \quad (2)$$

$PB_{UOP}P_{t-1}$ = průměrný počet bodů na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče za období $t-1$

CPB_{t-1} = celkový počet bodů za poskytnuté výkony v daném segmentu péče za období $t-1$

$CP_{UOP}P_{t-1}$ = celkový počet unikátně ošetřených pojištěnců v daném segmentu péče za období $t-1$

4. fáze – výpočet paušální sazby za výkony na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v jednotlivých segmentech:

$$PS_{V UOP}P_t = PB_{UOP}P_{t-1} \times PUB_t \quad (3)$$

$PS_{V UOP}P_t$ = paušální sazba za výkony na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období t

$PB_{UOP}P_{t-1}$ = průměrný počet bodů na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče za období $t-1$

PUB_t = paušální úhrada za bod (hodnota bodu) na období t

5. fáze – výpočet paušální sazby za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v jednotlivých segmentech:

$$PS_{ZUM, ZUL UOP}P_t = \frac{CU_{ZUM, ZUL}P_{t-1}}{CP_{UOP}P_{t-1}} \quad (4)$$

$PS_{ZUM, ZUL UOP}P_t$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období t

$CU_{ZUM, ZUL}P_{t-1}$ = celková úhrada zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v daném segmentu péče za období $t - 1$ ³

$CP_{UOP}P_{t-1}$ = celkový počet unikátně ošetřených pojištěnců v daném segmentu péče za období $t - 1$

6. fáze – výpočet paušální úhrady na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v jednotlivých segmentech:

$$PU_{UOP}P_t = PS_{UOP}P_t + PS_{ZUM, ZUL UOP}P_t \quad (5)$$

$PU_{UOP}P_t$ = paušální úhrada na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období t

$PS_{UOP}P_t$ = paušální sazba za výkony na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období t

$PS_{ZUM, ZUL UOP}P_t$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období t

7. fáze – výpočet celkové úhrady v jednotlivých segmentech:

$$CUP_t = PU_{UOP}P_t \times CP_{UOP}P_t \quad (6)$$

CUP_t = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v daném segmentu péče za období t

$PU_{UOP}P_t$ = paušální úhrada na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období t

$CP_{UOP}P_t$ = celkový počet unikátně ošetřených pojištěnců v daném segmentu péče za období t

³ v segmentu lůžková péče je celková úhrada ZUM, ZUL navýšena o celkovou úhradu lékového paušálu

8. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům:

$$CU_t = CULP_t + CUAP_t + CUZD_t + CUJP_t \quad (7)$$

CU_t = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči ve všech segmentech péče za období t

$CULP_t$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče za období t

$CUAP_t$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu ambulantní péče za období t

$CUZD_t$ = celková úhrada za poskytnuté výkony v segmentu zdrav. doprava za období t

$CUJP_t$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu jiná péče za období t

2.1.6 Metodika výpočtu úhrady při regulaci preskripce ZUM, ZUL

1. fáze – porovnání paušální sazby (tj. průměrné úhrady) za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky:

$$IPS_{ZUM, ZUL UOP\ t / t - 1} = \frac{PS_{ZUM, ZUL UOP} P_t}{PS_{ZUM, ZUL UOP} P_{t - 1}} \quad (8)$$

$IPS_{ZUM, ZUL UOP\ t / t - 1}$ = index paušální sazby za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce za období t a $t - 1$

$PS_{ZUM, ZUL UOP} P_t$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období t

$PS_{ZUM, ZUL UOP} P_{t - 1}$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období $t - 1$

2. fáze – výpočet malusu (příp. bonusu) při regulaci preskripce zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v jednotlivých segmentech:

a) *výpočet malusu:*

$$M_{ZUM, ZUL}P_t = 0,65 \times CP_{UOP}P_t \times (PS_{ZUM, ZUL UOP}P_t - 1,05 \times PS_{ZUM, ZUL UOP}P_{t-1}) \quad (9)$$

$M_{ZUM, ZUL}P_t$ = malus při regulaci preskripce zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v daném segmentu péče za období t

$CP_{UOP}P_t$ = celkový počet unikátně ošetřených pojištěnců v daném segmentu péče za období t

$PS_{ZUM, ZUL UOP}P_t$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období t

$PS_{ZUM, ZUL UOP}P_{t-1}$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období $t - 1$

b) *výpočet bonusu:*

$$B_{ZUM, ZUL}P_t = 0,40 \times CP_{UOP}P_t \times (PS_{ZUM, ZUL UOP}P_{t-1} - PS_{ZUM, ZUL UOP}P_t) \quad (10)$$

$B_{ZUM, ZUL}P_t$ = bonus při regulaci preskripce zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v daném segmentu péče za období t

$CP_{UOP}P_t$ = celkový počet unikátně ošetřených pojištěnců v daném segmentu péče za období t

$PS_{ZUM, ZUL UOP}P_{t-1}$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období $t - 1$

$PS_{ZUM, ZUL UOP}P_t$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období t

2.1.7 Metodika výpočtu skutečné celkové úhrady

$$SCU_t = CU_t + U_{ZUM, ZUL}NR_t - \Sigma M_{ZUM, ZUL}P_t + \Sigma B_{ZUM, ZUL}P_t \quad (11)$$

SCU_t = skutečná celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči ve všech segmentech péče za období t

CU_t = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči ve všech segmentech péče za období t

$U_{ZUM, ZUL}NR_t$ = úhrada zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků za období t , které ZP hradí nad rámec paušální sazby ZUM, ZUL

$M_{ZUM, ZUL}P_t$ = malus při regulaci preskripce zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v daném segmentu péče za období t

$B_{ZUM, ZUL}P_t$ = bonus při regulaci preskripce zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v daném segmentu péče za období t

2.1.8 Metodika výpočtu finančního vypořádání

$$FV_t = SCU_t - PZ_t \quad (12)$$

FV_t = finanční vypořádání za období t

SCU_t = skutečná celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči ve všech segmentech péče za období t

PZ_t = pololetní záloha za poskytnutou zdravotní péči v období t (tj. součet měsíčních záloh, které zaplatila příslušná ZP lůžkovému zdravotnickému zařízení)

$$PZ_t = \Sigma MZ_t \quad (13)$$

PZ_t = pololetní záloha za poskytnutou zdravotní péči v období t

MZ_t = měsíční záloha za poskytnutou zdravotní péči v období t (měsíční záloha se vypočítá podle následujícího vzorce)

$$MZ_t = 1,08 \times \frac{SCU_{t-1}}{6} \quad (14)$$

MZ_t = měsíční záloha za poskytnutou zdravotní péči v období t

SCU_{t-1} = skutečná celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči ve všech segmentech péče za období $t - 1$

Výsledkem vypořádání mohou být následující situace:

- a) jestliže $SCU_t < 1,08 \times SCU_{t-1}$, pak LZZ poskytlo zdravotní péči v nižším finančním objemu, než kterou ZP uhradila šesti stejnými měsíčními zálohami
 $\Rightarrow$ vzniká pohledávka ZP (resp. závazek LZZ)
- b) jestliže $SCU_t = 1,08 \times SCU_{t-1}$, pak LZZ poskytlo zdravotní péči v takovém finančním objemu, kterou ZP uhradila šesti stejnými měsíčními zálohami
- c) jestliže $SCU_t > 1,08 \times SCU_{t-1}$, pak LZZ poskytlo zdravotní péči ve vyšším finančním objemu, než kterou ZP uhradila šesti stejnými měsíčními zálohami
 $\Rightarrow$ vzniká závazek ZP (resp. pohledávka LZZ) [5; vlastní práce]

2.2 Úhrada zdravotní péče podle seznamu výkonů

Tento způsob úhrady se uplatňuje pouze u lůžkových zařízení, kde:

- objem poskytované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění vykazuje výrazně kolísavý objem, tzn. objemy vykázané zdravotní péče v jednotlivých měsících referenčního období⁴ se alespoň v jednom případě lišily o více než 25 %
- není možné stanovit paušální sazbu za referenční období z důvodu malého počtu ošetřených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny za referenční období
- se v průměru za kalendářní čtvrtletí neúčtuje konkrétní zdravotní pojišťovně více než 300 000 Kč

Na základě dohody smluvních stran lze tento způsob úhrady použít i v případě vyššího objemu vyúčtování, ale musí být splněna podmínka výrazně kolísavého objemu poskytované zdravotní péče.

2.2.1 Metodika výpočtu celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči

1. fáze – výpočet úhrady provedených výkonů v jednotlivých segmentech:

⁴ referenční období = srovnatelné období minulého roku

např. pro 1. pololetí 2004 je referenčním obdobím 1. pololetí 2003

$$U_V P_t = CPBP_t \times HB_t \quad (15)$$

$U_V P_t$ = úhrada provedených výkonů v daném segmentu péče za období t

$CPBP_t$ = celkový počet bodů za provedené výkony, které LZZ vykazalo v daném segmentu péče za období t

HB_t = hodnota bodu (úhrada za bod) za období t

2. fáze – výpočet úhrady zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků, které byly spotřebovány při provedených výkonech v jednotlivých segmentech:

$$U_{ZUM, ZUL} P_t = V_{ZUM, ZUL} P_t \quad (16)$$

$U_{ZUM, ZUL} P_t$ = úhrada zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v daném segmentu péče za období t

$V_{ZUM, ZUL} P_t$ = zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky, které LZZ vykazalo v daném segmentu péče za období t a který byl uznán příslušnou ZP

3. fáze – výpočet celkové úhrady v jednotlivých segmentech (součet úhrady provedených výkonů a úhrady spotřebovaného ZUM, ZUL):

$$CUP_t = U_V P_t + U_{ZUM, ZUL} P_t \quad (17)$$

CUP_t = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v daném segmentu péče za období t

$U_V P_t$ = úhrada provedených výkonů v daném segmentu péče za období t

$U_{ZUM, ZUL} P_t$ = úhrada zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v daném segmentu péče za období t

Následující tabulka (Tab. 1) přehledně znázorňuje výpočet úhrady za provedené výkony, za spotřebovaný zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky i celkové úhrady v jednotlivých segmentech. Zdravotní doprava vykazuje pouze výkony (ZUM, ZUL neúčtuje).

Tab. 1. Algoritmus výpočtu celkové úhrady v členění za provedené výkony a spotřebovaný ZUM, ZUL [vlastní práce]

Segment	Úhrada provedených výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v jednotlivých segmentech
Lůžková péče	$U_{VLP_t} = CPBLP_t \times HB_t$	$U_{ZUM, ZULLP_t} = V_{ZUM, ZULLP_t}$	$CULP_t = U_{VLP_t} + U_{ZUM, ZULLP_t}$
Ambulantní péče	$U_{VAP_t} = CPBAP_t \times HB_t$	$U_{ZUM, ZULAP_t} = V_{ZUM, ZULAP_t}$	$CUAP_t = U_{VAP_t} + U_{ZUM, ZULAP_t}$
Zdravotní doprava	$U_{VZD_t} = CPBZD_t \times HB_t$	x	$CUZD_t = U_{VZD_t}$
Jiná péče	$U_{VJP_t} = CPBJP_t \times HB_t$	$U_{ZUM, ZULJP_t} = V_{ZUM, ZULJP_t}$	$CUJP_t = U_{VJP_t} + U_{ZUM, ZULJP_t}$

4. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům:

$$CU_t = CULP_t + CUAP_t + CUZD_t + CUJP_t \quad (18)$$

CU_t = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči ve všech segmentech péče za období t

$CULP_t$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče za období t

$CUAP_t$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu ambulantní péče za období t

$CUZD_t$ = celková úhrada za poskytnuté výkony v segmentu zdrav. doprava za období t

$CUJP_t$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu jiná péče za období t [5; vlastní práce]

V příloze č. P I je uvedena metodika přechodu od platby za výkony k úhradě zdravotní péče paušální úhradou. Z výše uvedené metodiky úhrady poskytnuté zdravotní péče pomocí seznamu výkonů (výkonová úhrada) je vidět, že při přechodu na paušální úhradu:

- by byla stanovena hodnota bodu ve výši 0,90 Kč/b ($PUB_t + I$), protože $IVUB_t$ je rovna hodnotě bodu ve výši 0,89 Kč/b (obecně platná hodnota bodu při výkonové úhradě)
 $\Rightarrow$ např. HZP by při úhradě poskytnuté zdravotní péče v 1. pololetí 2004 pomocí paušální úhrady měla stanovenou individuální hodnotu bodu ve výši 0,89 Kč/b, tzn. paušální hodnota bodu na 1. pololetí 2004 by činila 0,90 Kč/b
- u zdravotní pojišťovny, která hradila poskytnutou zdravotní péči výkonově s hodnotou bodu vyšší než 0,89 Kč/b s uplatněním regulačních mechanismů, by byla stanovena

paušální úhrada bodu ve výši $0,89 \text{ Kč/b}$, příp. vyšší než $0,89 \text{ Kč/b}$ ($\text{PUB}_t + 1$), protože IVUB_t by byla nižší než $0,89 \text{ Kč/b}$, příp. vyšší než $0,89 \text{ Kč/b}$ (záleží na velikosti regulační srážky)

⇒ např. OZP by při úhradě poskytnuté zdravotní péče v 1. pololetí 2004 pomocí paušální úhrady měla stanovenou paušální úhradu bodu ve výši $0,89 \text{ Kč/b}$ (individuální hodnota bodu by činila $0,87 \text{ Kč/b}^5$), i když byla hodnota bodu v 1. pololetí 2003 $0,95 \text{ Kč/b}$ (způsobeno výší regulační srážky 220 523,63 Kč, takže došlo ke snížení individuální hodnoty bodu o $0,08 \text{ Kč/b}^6$)

- u zdravotní pojišťovny, která hradila poskytnutou zdravotní péči výkonově s hodnotou bodu $0,89 \text{ Kč/b}$ s uplatněním regulačních mechanismů, by byla stanovena paušální úhrada bodu ve výši $0,89 \text{ Kč/b}$ ($\text{PUB}_t + 1$, tj. minimální hodnota bodu pro paušální úhradu), protože IVUB_t by byla nižší než $0,89 \text{ Kč/b}$

⇒ např. VoZP ČR by při úhradě poskytnuté zdravotní péče v 1. pololetí 2004 pomocí paušální úhrady měla stanovenou paušální úhradu bodu ve výši $0,89 \text{ Kč/b}$, protože individuální hodnota bodu by činila $0,8807 \text{ Kč/b}$

2.3 Kombinovaná úhrada s platbou za diagnózu

Tento systém úhrad umožňuje zahájit proces zavedení platby za diagnózu, protože by všechna zdravotnická zařízení měla možnost se s tímto systémem seznámit a naučit se jak klasifikaci pacientů, tak dodržování všech nezbytných pravidel nutných pro fungování. Ve vyhlášce č. 532/2002 Sb. je sice uveden pojem kombinovaná úhrada s platbou za diagnózu, ale metodický postup již není přiložen.

Proto zástupci zdravotních pojišťoven zpracovali návrh úhrady za diagnózu, který byl předložen zástupcům lůžkových zdravotnických zařízení na *Dohodovacím řízení o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče na 1. pololetí 2004*. Jelikož zástupci LZZ raději přijali nedohodu (tzn. že poskytnutá péče by měla být hrazena na základě vyhlášky

⁵ $\text{IVUB}_{1.\text{pol.}03} = \text{hodnota bodu}_{1.\text{pol.}03} - \text{snížení individuální hodnoty bodu}$

$(\text{IVUB}_{1.\text{pol.}03} = 0,95 \text{ Kč/b} - 0,08 \text{ Kč/b} = 0,87 \text{ Kč/b})$

⁶ $\text{snížení individuální hodnoty bodu} = 220\,523,63 \text{ Kč} / 2\,757\,035,00 \text{ b} = 0,08 \text{ Kč/b}$

vydané MZd ČR), vedli zástupci pojišťoven jednání se zástupci AČMN, které vyústilo v podpis navrhovaného systému úhrad.

Realizace kombinované úhrady za diagnózu je vázána na následující podmínky:

- LZZ bude vykazovat kromě standardních dávek i tzv. hospitalizační věty
- všechny segmenty jsou z 95 % hrazeny paušální úhradou a z 5 % výkonovou úhradou

2.3.1 Metodika výpočtu celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči

1. fáze – výpočet paušální složky úhrady v jednotlivých segmentech:

$$U_{PS}P_t = 0,95 \times CUP_{t-1} \quad (19)$$

$U_{PS}P_t$ = paušální složka úhrady za poskytnutou zdravotní péči v daném segmentu péče za období t

CUP_{t-1} = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v daném segmentu péče za období $t - 1$

Paušální složka úhrady bude:

- navýšena o 2 % za podmínky, že LZZ ošetří minimálně 90 % unikátně ošetřených pojištěnců za všechny segmenty ve srovnání s obdobím referenčním (tj. srovnatelné období minulého roku)
- krácena o procento, o které nebyl naplněn stanovený limit unicitních pojištěnců
- upravena, jestliže dojde ke změně kapacity LZZ

2. fáze – výpočet výkonové složky úhrady v jednotlivých segmentech:

a) *výpočet úhrady za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče*

- výpočet IR DRG úhrady hospitalizací, u kterých jsou stanoveny relativní váhy případu (výpočet po jednotlivých diagnosticko–terapeutických skupinách):

$$UH_{DRG\ t} = \Sigma SP \times RV_{DRG\ t} \times ZS_t \quad (20)$$

$UH_{DRG\ t}$ = úhrada za hospitalizaci pacienta klasifikovaného do příslušné diagnostické skupiny za období t

SP = standardizovaný případ, existují tři typy případů:

- ⇒ pokud je pacient hospitalizován mezi minimální a maximální délkou hospitalizace, pak $SP = 1,00$ – jedná se o inliera
- ⇒ pokud je pacient hospitalizován kratší dobu než je minimální délka hospitalizace, pak $SP < 1,00$ – jedná se o krátkého outliera
- ⇒ pokud je pacient hospitalizován delší dobu než je maximální délka hospitalizace, pak $SP > 1,00$ – jedná se o dlouhého outliera

$RV_{DRG\ t}$ = relativní váha⁷ (casemix) příslušného případu za období t

ZS_t = základní sazba za období t

Tímto způsobem jsou vypočítány úhrady za případy v dané IR DRG skupině. Celkovou IR DRG úhradu hospitalizací, získáme součtem úhrad za jednotlivé IR DRG skupiny.

$$CUH_{DRG\ t} = \sum UH_{DRG\ t} \quad (21)$$

$CUH_{DRG\ t}$ = celková úhrada za hospitalizace všech klasifikovaných pacientů za období t

$UH_{DRG\ t}$ = úhrada za hospitalizaci pacienta klasifikovaného do příslušné diagnostické skupiny za období t

- výpočet úhrady za případy, které je možno klasifikovat pomocí IR DRG, ale zatím nejsou stanoveny relativní váhy (tj. náročnost na finanční zdroje):
 - ⇒ případy jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu 0,91 Kč/b a spotřebovaný ZUM, ZUL je hrazen v plné výši

$$ULP_t = CPBLP_t \times HB_t + U_{ZUM, ZUL}LP_t \quad (22)$$

ULP_t = úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče za období t

$CPBLP_t$ = celkový počet bodů za poskytnuté výkony v segmentu lůžková péče za období t

HB_t = hodnota bodu (úhrada za bod) za období t

⁷ vyjadřuje náročnost na čerpání zdrojů

$U_{ZUM, ZUL}LP_t$ = úhrada zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v segmentu lůžková péče za období t

- výpočet úhrady za případy, které jsou označeny jako extramurální péče:
 - ⇒ úhrada za extramurální péči bude odečtena z úhrady LZZ, které si tuto péči vyžádá
 - ⇒ péče je hrazena výkonově s hodnotou bodu 0,89 Kč/b a spotřebovaný ZUM, ZUL je hrazen v plné výši

$$U_{E}LP_t = CPB_{E}LP_t \times HB_{E t} + U_{ZUM, ZUL}LP_{E t} \quad (23)$$

$U_{E}LP_t$ = úhrada extramurální péče, která byla poskytnuta v segmentu lůžková péče za období t

$CPB_{E}LP_t$ = celkový počet bodů za extramurální péči, která byla poskytnuta v segmentu lůžková péče za období t

$HB_{E t}$ = hodnota bodu pro extramurální péči za období t

$U_{ZUM, ZUL}LP_{E t}$ = úhrada zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků za extramurální péči, které byly poskytnuty v segmentu lůžková péče za období t

- b) výpočet úhrady za poskytnutou zdravotní péči v ostatních segmentech (ambulantní péče, zdravotní doprava, jiná péče)**

$$UP_t = CPBP_t \times HB_t + U_{ZUM, ZUL}P_t \quad (24)$$

UP_t = úhrada za poskytnutou zdravotní péči v daném segmentu péče za období t

$CPBP_t$ = celkový počet bodů za poskytnuté výkony v daném segmentu péče za období t

HB_t = hodnota bodu (úhrada za bod) za období t

$U_{ZUM, ZUL}P_t$ = úhrada zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v daném segmentu péče za období t

3. fáze – výpočet celkové úhrady v jednotlivých segmentech (tj. součet 95%⁸ paušální složky úhrady a 5% výkonové složky úhrady)

a) *výpočet celkové úhrady v segmentu lůžková péče*

$$\mathbf{CULP_t = U_{PSLP_t} + 0,05 \times (CUH_{DRG_t} + ULP_t - U_{ELP_t})} \quad (25)$$

$CULP_t$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče za období t

U_{PSLP_t} = paušální složka úhrady za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče za období t

CUH_{DRG_t} = celková úhrada za hospitalizace všech klasifikovaných pacientů za období t

ULP_t = úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče za období t

U_{ELP_t} = úhrada extramurální péče, která byla poskytnuta v segmentu lůžková péče za období t

b) *výpočet celkové úhrady v ostatních segmentech*

$$\mathbf{CUP_t = U_{PSP_t} + 0,05 \times UP_t} \quad (26)$$

CUP_t = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v daném segmentu péče za období t

U_{PSP_t} = paušální složka úhrady za poskytnutou zdravotní péči v daném segmentu péče za období t

UP_t = úhrada za poskytnutou zdravotní péči v daném segmentu péče za období t

4. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům:

$$\mathbf{CU_t = CULP_t + CUAP_t + CUZD_t + CUJP_t} \quad (27)$$

CU_t = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči ve všech segmentech péče za období t

⁸ jsou-li splněny podmínky pro navýšení, pak činí paušální složka úhrady 96,90 % celkové úhrady referenčního období (tj. srovnatelné období minulého roku)

$CULP_t$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče za období t

$CUAP_t$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu ambulantní péče za období t

$CUZD_t$ = celková úhrada za poskytnuté výkony v segmentu zdrav. doprava za období t

$CUJP_t$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu jiná péče za období t
[13]

3 KONCEPCE KLASIFIKAČNÍHO A ÚHRADOVÉHO MECHANISMU IR DRG

3.1 Vývoj klasifikačního a úhradového mechanismu IR DRG

Systém DRG začal vznikat v USA na univerzitě v Yale v šedesátých letech, v sedmdesátých letech byl zkoušen a v osmdesátých letech se začal používat k úhradě nemocniční péče. V současnosti je jediným klasifikačním nástrojem, který umožňuje měřit a objektivizovat produkci LZZ včetně možnosti porovnávat jednotlivá LZZ mezi sebou. To umožňuje získat managementům nemocnic, zdravotních pojišťoven a státní správě informace o počtech nemocných a jejich náročnosti na finanční zdroje v souvislosti s jejich diagnózami a léčbou. [10]

Takto získané údaje jsou základem pro stanovení výše základní sazby a parametrů jednotlivých IR DRG skupin, které mohou ovlivnit výši úhrady (např. průměrná délka hospitalizace, minimální a maximální délka hospitalizace, relativní váha dané IR DRG skupiny ...).

3.2 Konstrukce IR DRG

Celosvětovým trendem je hradit akutní lůžkovou péči na základě nákladové klasifikace onemocnění, tzv. *DRG*, která seskupuje nákladově a klinicky blízká onemocnění do skupin. Systém umožňuje zjistit jaké pacienty, s jakou mírou složitosti a komplikací, jak dlouho a s jakým výsledkem (zisk / ztráta) nemocnice léčí.

V r. 2002 vybralo Ministerstvo zdravotnictví pro úhradu akutní lůžkové péče v ČR systém „*IR DRG*“.

IR DRG (International Refined Diagnosis Related Groups) je casemixový hospitalizační systém, který umožňuje mezinárodní srovnání bez ohledu na použitý způsob kódování (jednotlivé země mohou využívat IR DRG s vlastními diagnostickými a výkonovými kódy). Systém navíc obsahuje vylepšení diagnostických skupin pomocí odstupňování závažnosti jednotlivých hospitalizací:

- bez CC

⇒ tzn. absenci komplikací nebo souběhu onemocnění

- s CC
 - ⇒ při léčení hospitalizačního případu se komplikace nebo průvodní onemocnění projeví
- s MCC
 - ⇒ komplikace nebo souběh onemocnění byly zásadní, tzn. že výrazným způsobem ovlivnily zásadní parametry (čerpání prostředků, délku hospitalizace)

Všechny hlavní diagnózy jsou rozděleny do 25 základních diagnostických skupin, které se označují jako hlavní diagnostické kategorie (Major Diagnostic Categories). Obecně je každá MDC vytvořena tak, aby odpovídala hlavnímu orgánovému systému (např. respiračnímu, oběhovému, trávicímu ...). Ne však všechny nemoci nebo poruchy mohou být přiřazeny do MDC na bázi orgánového systému, proto byl vytvořen určitý počet zbytkových MDC (např. infekční a parazitární nemoci, nemoci a poruchy myeloproliferativní a špatně diferencované nádory).

Seznam MDC skupin klasifikačního systému IR DRG

MDC 00: PreMDC

MDC 01: Nemoci a poruchy nervové soustavy

MDC 02: Nemoci a poruchy oka

MDC 03: Nemoci a poruchy ucha, nosu, úst a hrdla

MDC 04: Nemoci a poruchy dýchací soustavy

MDC 05: Nemoci a poruchy oběhové soustavy

MDC 06: Nemoci a poruchy trávicí soustavy

MDC 07: Nemoci a poruchy hepatobiliární soustavy a pankreatu

MDC 08: Nemoci a poruchy muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání

MDC 09: Nemoci a poruchy kůže, podkožních tkání a prsu

MDC 10: Nemoci a poruchy endokrinní, metabolické a nutriční

MDC 11: Nemoci a poruchy ledvin a urologického traktu

MDC 12: Nemoci a poruchy mužské reprodukční soustavy

- MDC 13: Nemoci a poruchy ženské reprodukční soustavy
- MDC 14: Těhotenství, porod a šestinedělí
- MDC 15: Novorozenci a choroby způsobené v perinatálním období
- MDC 16: Nemoci a poruchy krve, krvetvorných orgánů a poruchy imunologické
- MDC 17: Nemoci a poruchy myeloproliferativní a špatně diferencované nádory
- MDC 18: Infekční a parazitární nemoci (systémové nebo nespecifikované lokalizace)
- MDC 19: Nemoci a poruchy duševní
- MDC 20: Užívání alkoholu, léků, drog a jimi způsobené organické mentální poruchy
- MDC 21: Zranění, otravy a toxické účinky léků (drog)
- MDC 22: Popáleniny
- MDC 23: Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami
- MDC 24: HIV
- MDC 25: Mnohočetná traumata
- MDC 88: Nezařaditelné do DRG
- MDC 99: Chybné DRG

Každá MDC je složena z IR DRG skupin, které jsou členěny na skupiny:

- léčebné (přítomnost numerického znaku „3“ nebo „4“ na třetím znaku řetězce kódu IR DRG)
- chirurgické (přítomnost numerického znaku „0“ nebo „1“ na třetím znaku řetězce kódu IR DRG)

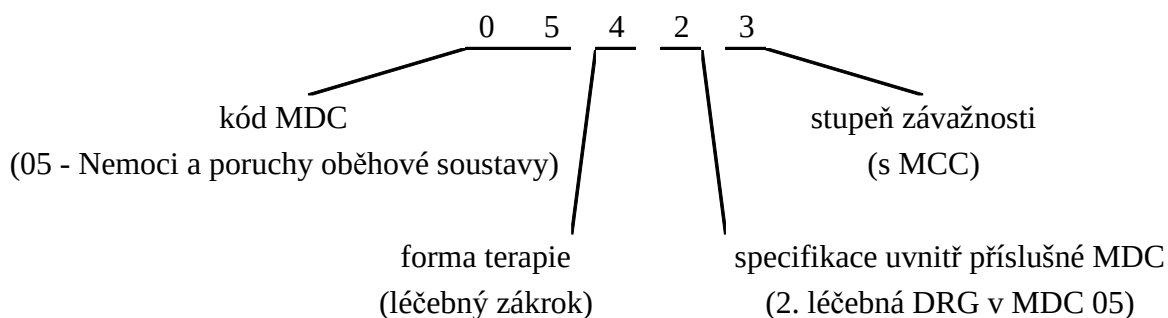
Grouper (třídící program) obsahuje v současnosti 636 IR DRG skupin, které jsou uvedeny v tzv. „Číselníku IR DRG s relativními váhami“. Každá IR DRG skupina má stanoveny následující charakteristiky:

- relativní váhu, tj. náročnost na finanční zdroje
- průměrnou délku hospitalizace

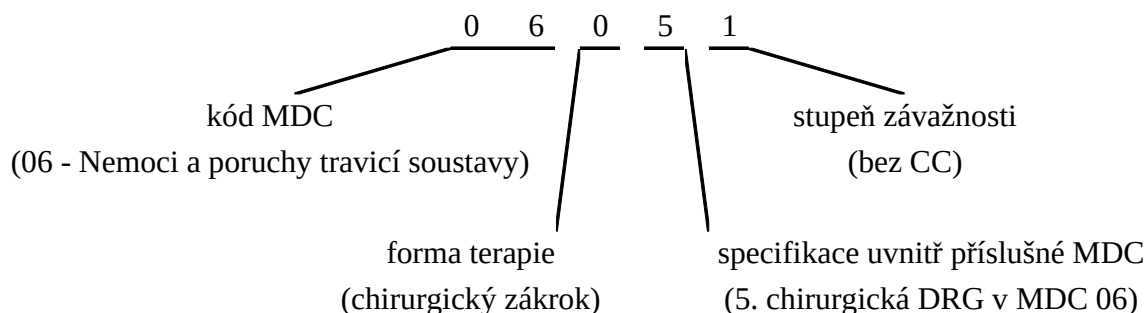
- dolní a horní mezní bod⁹

Do jedné IR DRG skupiny jsou zařazeni nemocní, jejichž diagnózy a zdravotní výkony jsou klinicky, příp. ekonomicky obdobné, nemocní mají stejnou prognózu, stejné náklady na léčbu.

Na následujících příkladech bude popsána struktura kódu IR DRG.



Obr. 1. Struktura kódu IR DRG 05423 – Srdeční arytmie a poruchy vedení s MCC



Obr. 2. Struktura kódu IR DRG 06051 – Výkony na apendixu bez CC

3.3 Groupování

Podkladem pro klasifikaci pacienta v systému IR DRG je podrobně zpracovaná agenda o každém hospitalizovaném pacientovi (provedené výkony, spotřebované léčivé přípravky, hospitalizační účet atd.), kterou musí zpracovávat každé zdravotnické zařízení a na jejímž

⁹ dolní mezní bod = minimální délka hospitalizace, za kterou LZZ obdrží úhradu ve výši *relativní váha* krát *základní sazba*. Pokud by byla hospitalizace kratší než dolní mezní bod (tj. krátký outlier), tak by došlo ke krácení úhrady – převod krátkého outlieru na inliera

horní mezní bod = maximální délka hospitalizace, za kterou LZZ obdrží úhradu ve výši *relativní váha* krát *základní sazba*. Pokud by byla hospitalizace delší než horní mezní bod (tj. dlouhý outlier), tak by došlo k navýšení úhrady – převod dlouhého outlieru na inliera

základě zdravotní pojišťovna po provedené revizi uhradí poskytnutou zdravotní péči. Jelikož se charakteristiky pacienta omezují na informace, které jsou již dnes běžně LZZ vykazovány, je zajištěno široké použití klasifikačního mechanismu IR DRG.

Mezi běžně sbírané údaje o pacientovi, na jejichž základě provádí klasifikační systém IR DRG zařazení do příslušné diagnosticko–terapeutické skupiny, patří:

- hlavní diagnóza
- vedlejší diagnóza
- věk
- pohlaví
- váha (u novorozenců)
- stav při propuštění

3.3.1 Algoritmus groupování

Každý hospitalizační případ prochází systémem groupování tak, že se nejprve validuje s obsahem MDC, které nejsou orgánově vymezeny, příp. jsou stanovena jiná kritéria pro akceptování MDC¹⁰ (tj. kroky 1 až 3). Pokud nebyl případ zatříděn do třetího kroku (jedná se o převážnou část groupovaných dat), nastupuje validace kódu základní diagnózy s obsahem orgánově vymezených MDC. Po přiřazení základní diagnózy k určité MDC pokračuje validace po jednotlivých IR DRG skupinách v přiřazené MDC, tj. detailnější přiřazení případu k IR DRG¹¹. Na základě zatříděné hospitalizace, se mohou provádět srovnávací analýzy jak mezi jednotlivými zdravotnickými zařízení, tak jinými státy (pouze s těmi, kde je také implementován klasifikační systém IR DRG).

¹⁰ jedná se o MDC 15 – Novorozenci a choroby způsobené v prenatálním období, kde neprobíhá zatřídění podle diagnózy a kódu výkonu, ale podle věku ve dnech a porodní váhy

¹¹ začlenění do DRG s léčebným nebo chirurgickým zákrokem včetně míry komplikací či souběhu onemocnění

Algoritmus grouperu je rozložen do pěti funkčních kroků:

- 1 Konfrontace věku pacienta s obsahem *MDC 15 – Novorozenci a choroby způsobené v prenatálním období*. Pokud je akceptován věk do 8 dnů, tak se připojuje pole „porodní váha“, která rozhoduje o přiřazení do některé IR DRG z MDC 15. Zároveň dochází ke konfrontaci s kódem DRG 99989, tj. základní diagnóza neplatná jako propouštěcí diagnóza.
- 2 Pokud je pacientův věk větší než 8 dnů a případ nebyl označen DRG 99989 (pokud by došlo k zatřídění do dané IR DRG skupiny, tak by byl případ z dalšího procesu groupování vyloučen), testuje systém možnost přiřadit případ do některé diagnostické skupiny MDC 00.
- 3 Systémové testování dat na obsah jednotlivých skupin *MDC 25 – Mnohočetná traumata*.
- 4 Hospitalizační případy se klasifikují podle vymezené diagnózy orgánově do některé ze zbývajících MDC.
- 5 Specifikace závažnosti (0 – specifikace se nevymezuje, 1 – bez CC, 2 – s CC, 3 – s MCC).[11], [13]

3.4 Úhradový mechanismus IR DRG

V horizontu několika let bude lůžková péče plně hrazena podle IR DRG na základě seznamu *diagnosticko–terapeutických skupin* (tzv. *Číselník IR DRG*), kde bude mít každá IR DRG skupina stanoveny následující údaje:

- *relativní váha* (casemix případu) – tj. hodnota, která vyjadřuje průměrnou náročnost jednotlivých IR DRG skupin na finanční zdroje
- *ALOS* (average length of stay) – tj. průměrná délka hospitalizace v IR DRG skupině
- *dolní mezní bod* – vyjadřuje minimální délku, po kterou by měl být pacient hospitalizován. Pokud bude doba hospitalizace kratší než dolní mezní bod, jedná se o tzv. *krátkého outliera*.

$$SP_{ko} = \frac{DH}{ALOS} \quad (28)$$

SP_{KO} = standardizovaný případ (převod krátkého outliera na inliera)

DH = počet dní hospitalizace¹²

$ALOS$ = průměrná délka hospitalizace dané IR DRG skupiny

- *horní mezní bod* – vyjadřuje maximální dobu, po kterou by měl být pacient hospitalizován. Pokud bude doba hospitalizace delší než horní mezní bod, jedná se o tzv. *dlouhého outliera*.

$$SP_{DO} = \left(\frac{DH - HBR}{ALOS} \right) \times 0,6 \quad (29)$$

SP_{DO} = standardizovaný případ (převod dlouhého outliera na inliera)

DH = počet dní hospitalizace

HBR = horní mezní bod (maximální délka hospitalizace dané IR DRG)

$ALOS$ = průměrná délka hospitalizace dané IR DRG skupiny

1. fáze – výpočet celkové úhrady v segmentu lůžková péče:

- výpočet IR DRG úhrady hospitalizací, u kterých jsou stanoveny relativní váhy případu (výpočet po jednotlivých diagnosticko–terapeutických skupinách):

$$UH_{DRG\ t} = \Sigma SP \times RV_{DRG\ t} \times ZS_t \quad (30)$$

$UH_{DRG\ t}$ = úhrada za hospitalizaci pacienta klasifikovaného do příslušné diagnostické skupiny za období t

SP = standardizovaný případ

$RV_{DRG\ t}$ = relativní váha (casemix) příslušného případu za období t

ZS_t = základní sazba za období t

Tímto způsobem jsou vypočítány úhrady za případy v dané IR DRG skupině. Celkovou IR DRG úhradu hospitalizací, získáme součtem úhrad za jednotlivé IR DRG skupiny.

¹² první a poslední den hospitalizace se počítají s polovičními náklady, ostatní dny hospitalizace s plnými náklady, tzn. že délka hospitalizace je o jeden den kratší ve srovnání s počtem dnů hospitalizace

$$CUH_{DRG\ t} = \sum UH_{DRG\ t} \quad (31)$$

$CUH_{DRG\ t}$ = celková úhrada za hospitalizace všech klasifikovaných pacientů za období t

$UH_{DRG\ t}$ = úhrada za hospitalizaci pacienta klasifikovaného do příslušné diagnostické skupiny za období t

- výpočet úhrady za případy, které je možno klasifikovat pomocí IR DRG, ale zatím nejsou stanoveny relativní váhy (tj. náročnost na finanční zdroje):

⇒ případy jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu 0,91 Kč/b a spotřebovaný ZUM, ZUL je hrazen v plné výši

$$ULP_t = CPBLP_t \times HB_t + U_{ZUM, ZUL}LP_t \quad (32)$$

ULP_t = úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče za období t

$CPBLP_t$ = celkový počet bodů za poskytnuté výkony v segmentu lůžková péče za období t

HB_t = hodnota bodu (úhrada za bod) za období t

$U_{ZUM, ZUL}LP_t$ = úhrada zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v segmentu lůžková péče za období t

- výpočet úhrady za případy, které jsou označeny jako extramurální péče:

⇒ úhrada za extramurální péči bude odečtena z úhrady LZZ, které si tuto péči vyžádá

⇒ péče je hrazena výkonově s hodnotou bodu 0,89 Kč/b a spotřebovaný ZUM, ZUL je hrazen v plné výši

$$U_{ELP_t} = CPB_{ELP_t} \times HB_{E\ t} + U_{ZUM, ZUL}LP_{E\ t} \quad (33)$$

U_{ELP_t} = úhrada extramurální péče, která byla poskytnuta v segmentu lůžková péče za období t

CPB_{ELP_t} = celkový počet bodů za extramurální péči, která byla poskytnuta v segmentu lůžková péče za období t

$HB_{E\ t}$ = hodnota bodu pro extramurální péči za období t

$U_{ZUM, ZUL}LP_t$ = úhrada zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků za extramurální péči, která byla poskytnuta v segmentu lůžková péče za období t

- výpočet celkové úhrady v segmentu lůžková péče:

$$CULP_t = CUH_{DRG_t} + ULP_t + U_{E}LP_t \quad (34)$$

$CULP_t$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče za období t

CUH_{DRG_t} = celková úhrada za hospitalizace všech klasifikovaných pacientů za období t

ULP_t = úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče za období t

$U_{E}LP_t$ = úhrada extramurální péče, která byla poskytnuta v segmentu lůžková péče za období t

- 2. fáze** – výpočet celkové úhrady v ostatních segmentech (ambulantní péče, zdravotní doprava, jiná péče):

$$CUP_t = CPBP_t \times HB_t + U_{ZUM, ZUL}P_t \quad (35)$$

CUP_t = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v daném segmentu péče za období t

$CPBP_t$ = celkový počet bodů za poskytnuté výkony v daném segmentu péče za období t

HB_t = hodnota bodu (úhrada za bod) za období t

$U_{ZUM, ZUL}P_t$ = úhrada zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v daném segmentu péče za období t

- 3. fáze** – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům:

$$CU_t = CULP_t + CUAP_t + CUZD_t + CUJP_t \quad (36)$$

CU_t = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči ve všech segmentech péče za období t

$CULP_t$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče za období t

$CUAP_t$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu ambulantní péče za období t

$CUZD_t$ = celková úhrada za poskytnuté výkony v segmentu zdrav. doprava za období t

$CUJP_t$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu jiná péče za období t
[6], [13], [vlastní práce]

4 NÁKLADY NA JEDNOTLIVÉ PŘÍPADY

Standard o vedení účetnictví vychází ze zákonů č. 563/1991 Sb.; č. 568/1992 Sb. a metodického návodu MZd ČR „*Jednotné použití účtové osnovy pro zdravotnická zařízení*“, který obsahuje doporučené analytické členění nákladových syntetických účtů. Jedná se především o správné rozlišení nákladů na materiál podle sortimentu (léky, krev, krevní deriváty, krevní výrobky a spotřební zdravotnický materiál).

4.1 Standardy nákladových středisek

Jako samostatná nákladová střediska je nutné vyčlenit minimálně následující typy provozů:

- standardní lůžkové stanice
- JIP
- lůžka následné péče
- ambulance
- operační sály
- zobrazovací komplement (radiodiagnostické oddělení, CT, endoskopie ...)
- laboratorní komplement (klinická biochemie, transfúzní oddělení ...)
- ústavní lékárna
- režijní střediska (administrativní, technologická a provozní)
- vlastní výroba

Nákladovým střediskem nemůže být ustanovena organizační jednotka, u které není LZZ schopno správně a přímo alokovat převážnou část níže uvedených nákladových položek:

- náklady na léky
- náklady na krev
- náklady na spotřební zdravotnický materiál
- osobní náklady
- přístrojové náklady

Zbývající nákladové položky se alokují přímo na produktivní střediska pomocí účtů páté třídy – Náklady nebo nepřímo pomocí účtů sedmé třídy – Vnitropodnikové zúčtování nákladů (tj. náklady režijních středisek).

Nezbytnou podmínkou správné alokace nákladů je korespondence spotřeby zdrojů na nákladovém středisku s prováděnými výkony evidovanými na tomto středisku.

4.1.1 Standardní lůžková stanice

Některá oddělení (primariáty) se obvykle skládají z několika lůžkových stanic. Aby byla každá stanice definována jako samostatné nákladové středisko, musí být splněny následující předpoklady:

- staniční sestra (příp. jiná odpovědná osoba) příslušné lůžkové stanice bude samostatně objednávat a přejímat materiál na obchodních střediscích (ústavní lékárna – léky a spotřební zdravotnický materiál, sklad ostatního materiálu) a takto vzniklé náklady budou správně alokovány v účetnictví
- vlastní tým sester pro třísměnný provoz
- přesná alokace osobních nákladů na příslušná nákladová střediska
- osobní náklady pracovníků, kteří nepracují pouze na tomto středisku, budou alokovány kvalifikovaným propočtem podle podílu spotřeby lidských zdrojů na jednotlivých střediscích

4.1.2 Jednotka intenzivní péče

Každá JIP, která splňuje níže uvedené podmínky, musí být definována jako samostatné nákladové středisko:

- samostatný provoz
- minimálně pět lůžek (stanoveno vyhláškou MZd ČR)
- odpovědný vedoucí lékař, který je pověřen kontrolou a řízením nákladů daného střediska
- staniční sestra, která je pověřena:
 - ⇒ objednávat a přejímat materiál na obchodních střediscích

- ⇒ kontrolou a řízením nákladů daného střediska
- vlastní tým sester ve všech směnech

4.1.3 Anesteziologicko – resuscitační oddělení a oddělení anestézie

Nutné standardy ARO a oddělení anestézie:

- považovat lůžkové ARO a anestézii za samostatná nákladová střediska
- správná alokace nákladů na lůžkové oddělení a anestézii
- vymezení nákladů anestézie vůči provozu operačního sálu
- náklady na materiál a léky související s podáváním anestézie, osobní náklady anesteziologů a anesteziologických sester a odpisy anesteziologické zdravotnické techniky jsou alokovány na středisko anestézie

4.1.4 Operační sály

Centrální operační sál je provozní jednotkou, která musí splňovat konkrétní provozní, technologické a technické podmínky (např. speciální prostorové uspořádání, zóny zajištění sterilního prostředí, využití speciálních technologií ...). Používá jej více primariátů k provádění léčebných intervenčních výkonů.

Každé oddělení využívající COS má ve své organizační struktuře nákladové středisko „OS – operační sál“, na které se alokují náklady lékařů – operatérů, ale kompletní náklady na léky a spotřební zdravotnický materiál, přístrojové odpisy a přístrojová údržba jsou dohodnutým klíčem rozpouštěny z centrálního operačního sálu na nákladové středisko OS příslušného oddělení.

4.1.5 Standardy správních provozů

Vlastnosti režijního střediska

- nevykazuje žádné výkony ani zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky zdravotním pojišťovnám
- vykazuje v účetnictví veškeré náklady (příp. výnosy) na nákladových (resp. výnosových) účtech, aby byly zajištěny úplné informace o jeho hospodaření

- vnitropodnikové „zúčtování“ nákladů a výnosů režijního střediska je následným krokem, který by neměl zrušit původní informaci o spotřebě nákladů daného střediska

V zásadě rozlišujeme tři druhy režijních středisek:

- administrativní (ředitelství, ekonomický odbor, odbor controllingu, právní odbor ...)
- technologická a provozní (prádelna, kuchyně, úklid ...)
- speciální servisní střediska – provádějí řadu speciálních odborných činností včetně výroby pro produktivní střediska (ústavní lékárna, transfúzní oddělení, tkáňová banka, sterilizace, doprava ...) [15]

4.2 Metodika alokace nákladů na případ

1. fáze – rozpočítání nákladů režijních středisek na produktivní střediska podle osobních nákladů:

- náklady režijních středisek jsou před rozpouštěním na produktivní střediska očištěny o náklady na vedlejší činnost, protože ale nejsou identifikovatelné ve finančním účetnictví, odečítají se přímo výnosy z vedlejší činnosti

$$RE_{PS} = ON_{PS} \cdot \frac{CN_{RS} - VVC_{RS}}{\sum ON_{PS LZZ}} \quad (37)$$

RE_{PS} = režie na konkrétní produktivní středisko

ON_{PS} = osobní náklady konkrétního produktivního střediska

CN_{RS} = součet celkových nákladů všech režijních středisek

VVC_{RS} = součet výnosů z vedlejší činnosti všech režijních středisek¹³

$ON_{PS LZZ}$ = osobní náklady všech produktivních středisek daného LZZ

Pokud působí v rámci oddělení režijní nákladové středisko (např. sekretariát), rozpočítají se tyto náklady na produktivní střediska v rámci daného oddělení.

¹³ tj. veškeré výnosy kromě výnosů za poskytnutou zdravotní péči, dotací, darů a vnitropodnikových výnosů

$$\mathbf{LRE}_{\text{NSO}} = \mathbf{ON}_{\text{NSO}} \cdot \frac{\mathbf{CN}_{\text{RSO}} - \mathbf{VVC}_{\text{RSO}}}{\mathbf{ON}_{\text{PSO}}} \quad (38)$$

$\mathbf{LRE}_{\text{NSO}}$ = lokální režie příslušného nákladového střediska oddělení (př. intermediál)

$\mathbf{ON}_{\text{NSO}}$ = osobní náklady příslušného nákladového střediska oddělení (př. intermediál)

$\mathbf{CN}_{\text{RSO}}$ = součet celkových nákladů všech režijních středisek příslušného oddělení

$\mathbf{VVC}_{\text{RSO}}$ = součet výnosů z vedlejší činnosti všech režijních středisek příslušného oddělení

$\mathbf{ON}_{\text{PSO}}$ = osobní náklady všech produktivních středisek daného oddělení (př. lůžkové interní oddělení)

2. fáze – rozdělení nákladů a výnosů jednotlivých produktivních středisek:

- *Fixní náklady (FN)*

⇒ náklady na energii (EN), odpisy (OD), opravy (OP), služby (SL), ostatní materiál (OSM), tj. např. kancelářské potřeby, čisticí prostředky, instalační materiál ..., ostatní náklady (OSN), tj. náklady, které nelze přiřadit podle předcházejících účetních druhů

⇒ režie (RE), tj. náklady režijních středisek, které zajišťují odborné činnosti pro produktivní střediska (např. ústavní lékárna, transfúzní oddělení ...)

⇒ lokální režie (LRE), tj. náklady režijních středisek, které provádějí činnosti v rámci daného oddělení (např. administrativní úsek oddělení)

$$\mathbf{FN} = \mathbf{EN} + \mathbf{OD} + \mathbf{OP} + \mathbf{SL} + \mathbf{OSM} + \mathbf{OSN} + \mathbf{RE} + \mathbf{LRE} \quad (39)$$

- *Variabilní náklady*

⇒ Osobní náklady (ON) se skládají ze mzdových nákladů (MZ), sociálního a zdravotního pojištění (SZP) a ostatních osobních nákladů (OOS)

$$\mathbf{ON} = \mathbf{MZ} + \mathbf{SZP} + \mathbf{OOS} \quad (40)$$

⇒ Spotřeba zdravotnických prostředků (ZPR) se skládá ze spotřeby léčiv (LE), krve a krevních derivátů (KR), spotřebního zdravotnického materiálu (SZM), tj. např. laboratorní materiál, obvazový materiál, kardiostimulátory ...

$$\mathbf{ZPR = LE + KR + SZM} \quad (41)$$

3. fáze – výpočet tarifů jednotlivých produktivních středisek (pro každé nákladové středisko):

- *výpočet tarifů pro produktivní střediska – lůžková oddělení*

⇒ počet ošetrovacích dnů > 0 a body za výkony > 0

– *tarif hotelové složky na jeden ošetrovací den (cena lůžkodne)*

$$\mathbf{T_{HS} = \frac{FN - VVC}{OSD} + \frac{ON + ZPR - ZUM, ZUL}{BODY + BODY_OSD} \times \frac{BODY}{OSD}} \quad (42)$$

T_{HS} = tarif hotelové složky na den

FN = fixní náklady

VVC = výnosy z vedlejší činnosti (tj. výnosy kromě výnosů za poskytnutou zdravotní péči, dotací, darů a vnitropodnikových výnosů)

OSD = počet ošetrovacích dnů

ON = osobní náklady

ZPR = spotřeba zdravotnických prostředků

ZUM, ZUL = spotřeba zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků

BODY = objem bodů za provedené výkony

BODY_OSD = body za ošetrovací den a kategorii pacienta

– *tarif na 1 bod výkonu*

$$\mathbf{T_{PV} = \frac{ON + ZPR - ZUM, ZUL}{BODY + BODY_OSD}} \quad (43)$$

T_{PV} = tarif na 1 bod provedeného výkonu

ON = osobní náklady

ZPR = spotřeba zdravotnických prostředků

ZUM, ZUL = spotřeba zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků

BODY = objem bodů za provedené výkony

BODY_OSD = body za ošetrovací den a kategorii pacienta

- *výpočet tarifů pro ambulance a komplement*

⇒ počet ošetrovacích dnů = 0 a body za výkony > 0

– *tarif na 1 bod výkonu*

$$T_{PV} = \frac{FN - VVC + ON + ZPR - ZUM, ZUL}{BODY} \quad (44)$$

T_{PV} = tarif na 1 bod provedeného výkonu

FN = fixní náklady

VVC = výnosy z vedlejší činnosti

ON = osobní náklady

ZPR = spotřeba zdravotnických prostředků

ZUM, ZUL = spotřeba zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků

BODY = objem bodů za provedené výkony

- *výpočet tarifů operačních sálů*

⇒ počet bodů za výkony > 0

– *tarif na 1 bod výkonu*

$$T_{PV} = \frac{ON + ZPR - ZUM, ZUL}{BODY} \quad (45)$$

T_{PV} = tarif na 1 bod provedeného výkonu (při operačním zákroku)

ON = osobní náklady

ZPR = spotřeba zdravotnických prostředků

ZUM, ZUL = spotřeba zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků

BODY = objem bodů za provedené výkony

– *tarif na 1 minutu pobytu na operačním sále*

$$T_{ov} = \frac{FN - VVC}{MINUTY ANESTEZIE} \quad (46)$$

T_{OV} = tarif na minutu operačního výkonu

FN = fixní náklady

VVC = výnosy z vedlejší činnosti

$MINUTY\ ANESTEZIE$ = součet všech anesteziologických výkonů na operačním sále

⇒ počet bodů za výkony = 0

– *tarif na 1 minutu pobytu na operačním sále*

$$T_{ov} = \frac{FN - VVC + ON + ZPR - ZUM, ZUL}{MINUTY\ ANESTEZIE} \quad (47)$$

T_{OV} = tarif na minutu operačního výkonu

FN = fixní náklady

VVC = výnosy z vedlejší činnosti

ON = osobní náklady

ZPR = spotřeba zdravotnických prostředků

ZUM, ZUL = spotřeba zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků

$MINUTY\ ANESTEZIE$ = součet všech anesteziologických výkonů na operačním sále

4. fáze – výpočet nákladů na konkrétní případ:

- *náklady na hotelovou složku* (N_{HS}) – jsou to náklady spojené s pobytem pacienta při hospitalizaci. Jedná se o celý komplex nákladů, kdy se eviduje doba čerpání daného terminálu (oddělení – nákladového střediska) pro daného pacienta a je stanovena cena terminálu za jednotku času (cena za lůžkoden)

$$N_{HS} = T_{HS} \times \text{počet dní na oddělení} \quad (48)$$

Podmínky pro výpočet:

- ⇒ první a poslední den hospitalizace se počítají s polovičními náklady, ostatní dny hospitalizace s plnými náklady
- ⇒ pokud je pacient přeložen na jiné nákladové středisko (jak v rámci daného oddělení, tak mezi jednotlivými odděleními daného LZZ), tak v den překladi

se počítá hotelová složka jako průměr obou tarifů (jak původního, tak nového nákladového střediska)

- *náklady na výkony – vyšetření* (N_{PV}) – jsou to náklady za jednotlivá vyšetření během hospitalizace. Jedná se o laboratorní a přístrojová vyšetření (biochemie, hematologie, nukleární medicína, mikrobiologie, imunologie, radiodiagnostika ...), kde každé vyšetření má *sazebníkem zdravotních výkonů MZd ČR* stanoveno počet bodů, příp. zda se eviduje zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky

$$N_{PV} = T_{PV} \times \text{objem vykázaných bodů na daný případ} \quad (49)$$

- *náklady na operační výkon* (N_{OV}) – jsou to náklady spojené jak s léčebným intervenčním výkonem (operací), tak s pobytem pacienta na operačním sále

$$N_{OV} = T_{OV} \times \text{počet minut anestezie} + T_{PV} \times \text{objem bodů za oper. zákrok} \quad (50)$$

- *náklady na ZUM, ZUL* ($N_{ZUM, ZUL}$) – eviduje se přímo v Kč na konkrétního pacienta. Jedná se o léky, radiofarmaka, medicínské plyny, krev, umělé tělesné náhrady a implantáty, ortopedické pomůcky, kompenzační pomůcky, ostatní zdravotnický materiál

5. fáze – výpočet celkových nákladů (CN) na konkrétní případ: [14]

$$CN = N_{HS} + N_{PV} + N_{OV} + N_{ZUM, ZUL} \quad (51)$$

II. ANALYTICKÁ ČÁST

5 PŘEDSTAVENÍ NEMOCNICE KYJOV, P. O.

Na okrese Hodonín působí dvě lůžková zdravotnická zařízení (Nemocnice Kyjov, p. o. a Nemocnice TGM Hodonín, p. o.), která poskytují zdravotní péči v segmentech akutní lůžková péče, ambulantní péče, zdravotní doprava a jiná péče. Zřizovatel vymezil každé nemocnici oblast pro poskytování zdravotní péče.

- *Nemocnice Kyjov, p. o.* – poskytuje zdravotní péči 100 tisícům obyvatel okresu Hodonín. V oborech chirurgie, interní, ARO, dětské a gynekologie – porodnictví poskytuje zdravotní péči spolu s Nemocnicí TGM Hodonín, p. o., v ostatních oborech, které jsou uvedeny níže, zajišťuje ústavní péči samostatně. Dále nemocnice provádí mammografický screening (akreditované pracoviště).
- *Nemocnice TGM Hodonín, p. o.* – poskytuje zdravotní péči obyvatelům jižní části okresu Hodonín (tj. cca 62 tisíc obyvatel) v oborech chirurgie, interní, ARO, dětské a gynekologie – porodnictví.

Obě výše jmenovaná LZZ zajišťují ambulantní péči a segment jiná péče (tj. výkony komplementu pro jiná zdravotnická zařízení – např. počítačová tomografie, magnetická rezonance, mammografický screening ...). Služby nemocnic dále využívají pacienti na základě svobodné volby lékaře.

Zřizovatelem nemocnic byl do 31. 12. 2002 Okresní úřad Hodonín, k 01. 01. 2003 došlo k přechodu zřizovatelských funkcí pod Krajský úřad Jihomoravského kraje. Nemocnice jako příspěvkové organizace se při svém hospodaření a nakládání s majetkem řídí zákonem č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích a zákonem č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech.

Myšlenka vybudovat nemocnici v Kyjově se datuje od r. 1908, kdy byl obecním zastupitelstvem složen základní fond ve výši 20 000 Kč. Zeměměřičské práce probíhaly v letech 1933 – 1934, ale se stavbou nemocnice se začalo až v r. 1939. Nemocnice byla začleněna pod OÚNZ Hodonín, po delimitaci od 01. 01. 1991 funguje jako samostatný subjekt, od 01. 09. 1997 se stala nemocnicí okresního typu.

Nemocnice Kyjov, p. o. má následující strukturu:

- *Lůžková oddělení*
 - ⇒ interní oddělení, infekční oddělení, TRN, dětské oddělení, chirurgické oddělení, ARO, ortopedické oddělení, urologické oddělení, ORL, oční oddělení, kožní oddělení, onkologické oddělení, gynekologicko – porodnické oddělení, rehabilitační oddělení, neurologické oddělení.
- *Odborné ambulance a poradny*
 - ⇒ algesiologická, chirurgická (včetně cévní, koloproktologické, traumatologické), dětská (včetně diabetologické, hepatální, kardiologické, nefrologické, rizikové, LSPP), gynekologická (včetně dětské), hematologická, infekční (včetně hepatální, tropické choroby), interní (včetně kardiologické), kožní, logopedická, neurologická (včetně EEG, EMG, dětské), oční (včetně dětské, diabetologické), onkologická, ORL, ortopedická (včetně traumatologie pohybového aparátu), rehabilitace, revmatologická, stomatologická (včetně stomatochirurgické), TRN (včetně alergologické, kalmetizace), urologická (včetně endoskopické), závodní.
- *Transfúzní oddělení a hematologie*
- *Oddělení klinické biochemie*
- *Radiodiagnostické oddělení s CT*
- *Oddělení nukleární medicíny*
- *Mikrobiologie*
- *Patologicko – anatomické oddělení*
- *Ústavní lékárna*

Nemocnice Kyjov, p. o. provozuje i 75 lůžek následné péče, převážně na detašovaném pracovišti ve Veselí nad Moravou, kde je umístěno 60 lůžek následné péče.

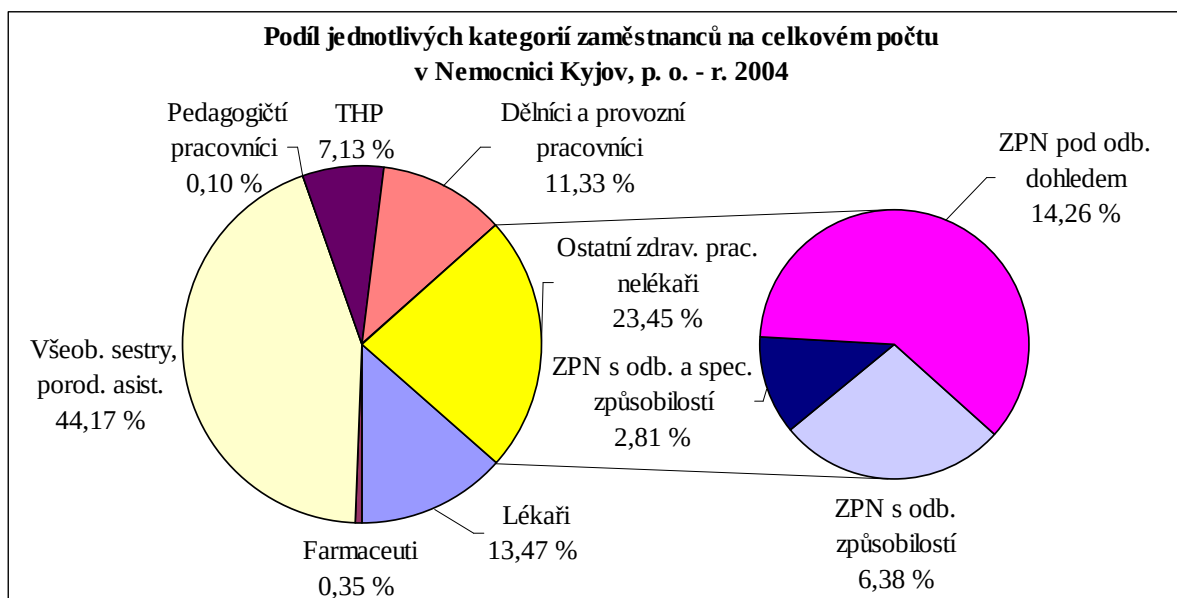
Finanční obrát nemocnice se pohybuje kolem 450 mil. Kč ročně. Hospodaření nemocnice již 14 let osciluje kolem vyrovnaného hospodářského výsledku se ztrátou nebo ziskem maximálně 4 % ročního obrátu. V r. 2001 byla dokončena výstavba nového chirurgického pavilonu (včetně centrální sterilizace), rekonstrukce budovy „Medicíny katastrof“ (lékárna,

kožní oddělení a odborné ambulance) a 01. 12. 2002 byly otevřeny nové prostory stravovacího provozu, které splňují přísné hygienické podmínky. [16], [17]

Následující tabulka (Tab. 2) znázorňuje vývoj počtu zaměstnanců a průměrných mezd v r. 2003 a 2004 včetně podrobného členění, která je doplněna grafem (Obr. 3) vyjadřující strukturu jednotlivých kategorií zaměstnanců na jejich celkovém počtu v r. 2004.

Tab. 2. Vývoj počtu zaměstnanců a průměrných mezd v r. 2003 a 2004

Kategorie zaměstnanců	2003		2004		Prep. počet zaměstnanců 2004/2003	Průměrné výdělky 2004/2003
	Přep. počet zaměstnanců	Průměrné výdělky	Přep. počet zaměstnanců	Průměrné výdělky		
Lékaři	103,15	28 021 Kč	115,78	28 766 Kč	12,24 %	2,66 %
Farmaceuti	2,00	30 407 Kč	3,00	27 681 Kč	50,00 %	- 8,97 %
Všeob. sestry, porod. asist.	394,35	14 828 Kč	379,64	14 886 Kč	- 3,73 %	0,39 %
Ostatní zdrav. prac. nelékaři	212,58	12 849 Kč	201,53	12 723 Kč	- 5,20 %	- 0,98 %
- ZPN s odb. způsobilostí	58,89	17 385 Kč	54,84	17 486 Kč	- 6,88 %	0,58 %
- ZPN s odb. a spec. způsobilostí	26,13	14 886 Kč	24,13	14 832 Kč	- 7,65 %	- 0,36 %
- ZPN pod odb. dohledem	127,56	10 338 Kč	122,56	10 176 Kč	- 3,92 %	- 1,57 %
Pedagogičtí pracovníci	0,00	0 Kč	0,88	11 961 Kč	x	x
THP	57,89	14 563 Kč	61,25	14 929 Kč	5,80 %	2,51 %
Dělníci a provozní pracovníci	37,95	9 978 Kč	97,39	8 881 Kč	156,63 %	- 10,99 %



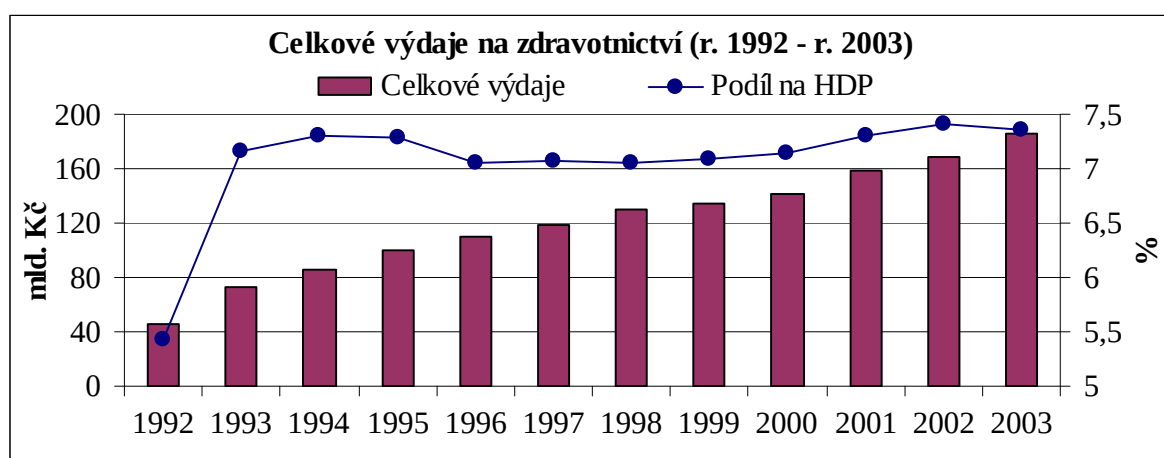
Obr. 3. Podíl jednotlivých kategorií zaměstnanců na celkovém počtu v Nemocnici Kyjov, p. o. v r. 2004

Přepočtený evidenční počet zaměstnanců k 31. 12. 2004 činil 859,47. V r. 2004 došlo k poklesu průměrného výdělku v Nemocnici Kyjov o 1,08 % (v absolutním vyjádření o 170,69 Kč ve srovnání s r. 2003) na 15 612,81 Kč. K největšímu nárůstu průměrného

výdělku došlo u lékařů o 2,66 % (v absolutním vyjádření o 745,00 Kč) na 28 766,00 Kč ve srovnání s r. 2003. Největší propad průměrného výdělku zaznamenali dělníci a provozní pracovníci, který činil cca 11 % (v absolutním vyjádření 1 097,00 Kč) na 8 881,00 Kč oproti r. 2003.

6 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ

V druhé polovině 90. let minulého století (tj. období, kdy byly přijaty „úsporné ekonomické balíčky“) došlo k poklesu HDP věnovaného na zdravotnictví, ale od r. 1998 dochází k postupnému zvyšování podílu HDP určeného na zdravotnictví. Podíl celkových zdrojů na zdravotnictví na HDP vzrostl z 5,42 % v r. 1992 na 7,36 % v r. 2003 (podíl veřejných výdajů vzrostl z 5,17 % v r. 1992 na 6,73 % v r. 2003 a podíl soukromých výdajů vzrostl z 0,25 % v r. 1992 na 0,63 % v r. 2003), což dokládá následující obrázek (Obr. 4)



Obr. 4. Celkové výdaje na zdravotnictví od r. 1990 do r. 2003 [12]

Graf (Obr. 4) znázorňuje procento HDP určené na zdravotnictví. Do r. 1992 bylo naše zdravotnictví financováno pouze ze státního rozpočtu (v r. 1992 se stali všichni občané ČR pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, ale ZP hospodařila v daném roce s prostředky přidělenými ze státního rozpočtu). Od r. 1993 se uplatňuje vícezdrojové financování (vznik ZP, které vybírají pojistné). Skok podílu HDP v r. 1993 byl způsoben přechodem na všeobecné zdravotní pojištění. Podíl celkových výdajů na zdravotnictví k hrubému domácímu produktu se pohybuje obvykle kolem 7 %, např. v r. 2003 to bylo 7,36 %, což je srovnatelné s Finskem, Maďarskem či Španělskem. Zaostáváme však za průměrem Evropské unie, která před vstupem kandidátských států dosahovala 8,9 % HDP věnovaného na zdravotnictví (průměr tehdejších členských zemí).



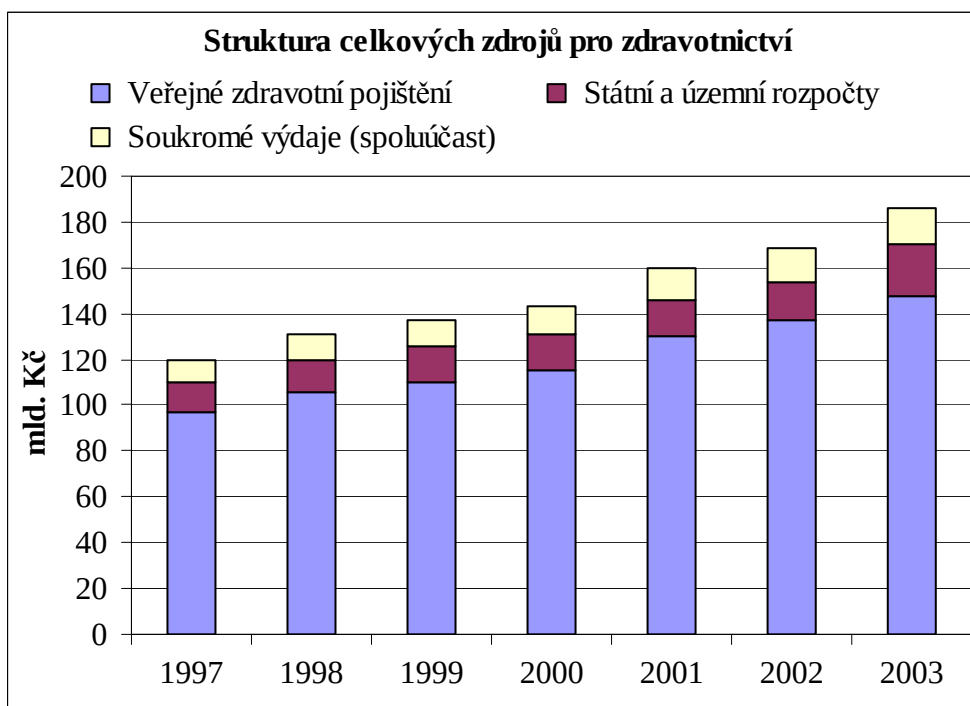
Obr. 5. Struktura výdajů na zdravotnictví v r. 1997 [12]



Obr. 6. Struktura výdajů na zdravotnictví v r. 2003 [12]

Grafy (Obr. 5 a Obr. 6) znázorňují podíl jednotlivých zdrojů na celkových výdajích určených na zdravotnictví. Z grafů je zřejmé, že:

- výdaje z veřejného zdravotního pojištění (příjmy ZP od svých pojištěnců, příp. státu za „státní pojištěnce“) tvoří cca 80 % všech zdrojů
- výdaje ze státního rozpočtu (včetně rozpočtů krajů a obcí) představují přibližně 11,5 % celkových zdrojů, které jsou vyčleněny na zdravotnictví
- soukromé výdaje (spoluúčast) se pohybuje kolem 8,5 %



Obr. 7. Struktura celkových zdrojů pro zdravotnictví [12]

Graf (Obr. 7) přehledně znázorňuje vývoj jednotlivých zdrojů určených pro zdravotnictví. Dále graf ilustruje, že dochází k růstu výdajů na zdravotnictví při zachování vzájemného poměru mezi základními zdroji financování. V r. 2003 stoupl podíl veřejných rozpočtů o 2,27 % (potřeba sanace zadlužených zdravotnických zařízení).

Celkové výdaje na zdravotnictví vzrostly oproti r. 2002 o 17,8 mld. Kč a dosáhly v r. 2003 v absolutním vyjádření 186,4 mld. Kč, tj. nárůst o 10,56 % vzhledem k r. 2002. Veřejné výdaje dosáhly výše 170,4 mld. Kč, tj. o 10,58 % více než v předchozím roce. Podobný nárůst zaznamenaly i soukromé výdaje na zdravotnictví, které představovaly 16,0 mld. Kč.

Tab. 3. Srovnání jednotlivých složek výdajů na zdravotnictví v r. 2002 a 2003 [12; vlastní práce]

Druh výdaje	2002		2003		Změna výdajů 2003/2002
	mld. Kč	Struktura	mld. Kč	Struktura	
Veřejné výdaje	154,10	91,40 %	170,40	91,42 %	10,58 %
- veřejné zdravotní pojištění	137,50	81,55 %	147,80	79,30 %	7,49 %
- státní a územní rozpočty	16,60	9,85 %	22,60	12,12 %	36,14 %
Soukromé výdaje	14,50	8,60 %	16,00	8,58 %	10,34 %
Celkem	168,60	100,00 %	186,40	100,00 %	10,56 %

Tabulka (Tab. 3) dokládá, že:

- veřejné výdaje, tj. výdaje systému veřejného zdravotního pojištění a výdaje veřejných rozpočtů, činily 91,42 % celkových výdajů na zdravotnictví
⇒ z veřejného zdravotního pojištění pochází převážná část (tj. 79,30 %) celkových výdajů na zdravotnictví (díky finanční výpomoci hospodařily zdravotní pojišťovny s mírným kladným saldem + 124 mil. Kč (VZP ČR – 76 mil. Kč a zaměstnanecké pojišťovny + 200 mil. Kč)
- výdaje státního a územních rozpočtů činily 12,12 % celkových výdajů na zdravotnictví a oproti r. 2002 vzrostly o 36,14 % (v absolutním vyjádření o 6,0 mld. Kč), což bylo způsobeno mimořádnými náklady na oddlužení zdravotnických zařízení a finanční injekcí do pohledávek zdravotních pojišťoven za neplatiči zdravotního pojištění
- soukromé výdaje vzrostly o 1,5 mld. Kč (tj. o 10,34 %) oproti předchozímu roku a tvořily 8,58 % celkových výdajů na zdravotnictví

7 PROCES ZPRACOVÁNÍ AGENDY ZA POSKYTNUTOU ZDRAVOTNÍ PÉČI PRO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Cílem kapitoly je vysvětlit proces získávání dat za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče. Tato data slouží jako podklad pro sestavení případu hospitalizace, na jehož základě provede ZP úhradu LZZ. Obdobným způsobem jsou získána data za poskytnutou zdravotní péči v segmentech ambulantní péče, zdravotní doprava a jiná péče.

Zároveň takto zpracovaná data slouží k vytváření statistik za jednotlivá oddělení LZZ (struktura provedených výkonů, počet ošetřených pacientů, struktura pacientů podle ZP, počet vykázaných bodů, počet vykázaných ZUMů a ZULů, složitost prováděných výkonů ...) a k zjišťování nákladovosti poskytovaných výkonů.

7.1 Obecná charakteristika NIS TREE

Pro neustále se zvyšující nároky na zdravotní dokumentaci se LZZ rozhodlo k implementaci NIS TREE (nemocniční informační systém TREE), jehož tvůrcem je společnost PROSOFT Kroměříž, s. r. o. Tato firma se již 14 let zabývá tvorbou informačních systémů pro zdravotnictví a je tedy schopna nabídnout svým potenciálním zákazníkům NIS vytvořený na základě individuálních požadavků konkrétního nemocničního zařízení.

NIS TREE je koncipován modulárně (jednotlivé moduly lze používat i jako samostatné aplikace) a v současné době obsahuje následující moduly:

- ambulantní modul
- lůžkový modul
- oddělení pro styk s pojišťovnou
- přijímací kancelář
- ústavní lékárna
- stravovací provoz

Výhodou tohoto NIS je vedení zdravotnické dokumentace o každém ošetřeném nebo hospitalizovaném pacientovi v elektronické podobě, která umožňuje získat veškeré informace o provedených výkonech na kterémkoliv oddělení.

Jelikož LZZ disponuje 250 obslužnými stanicemi, je nutné se před zahájením práce do systému přihlásit prostřednictvím příjmení, jména a hesla.

Správce NIS přiděluje každému uživateli:

- přístup k datům oddělení (u oddělení, která jsou členěna na stanice se uděluje přístup po stanicích)
- právo spouštět programové moduly, které jsou uživateli správcem povoleny

7.2 Zpracování agendy za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče

Ke zpracování agendy za poskytnutou hospitalizační zdravotní péči slouží *lůžkový modul*, který je určen k zápisu, prohlížení a tisku zdravotní dokumentace hospitalizovaných pacientů (chorobopisy, účet za hospitalizaci, žádanky na vyšetření včetně jejich výsledků).

Při práci s lůžkovým modulem je možné zvolit jednu ze dvou možných variant přístupu k dokumentaci. První způsob *Pacient pro lékaře* předpokládá identifikaci pacienta (výběr z kartotéky) a rozsáhlejší prohlídku nebo zápis údajů zvoleného pacienta. Druhý způsob označovaný jako *Hospitalizovaní pacienti* předpokládá současnou práci s údaji právě hospitalizovaných pacientů.

1. fáze – identifikace pacienta

Nutnou podmínkou pro zpracování zdravotní dokumentace je identifikace pacienta, která se provádí z *registru všech pacientů*, kteří jsou v NIS zaznamenáni. Registr sdílí všichni účastníci sítě a výběr pacienta lze provést následujícími způsoby (kritérii):

- a) příjmení a jméno
- b) ročník narození
- c) rodné číslo
- d) pro segment akutní lůžková péče je definován i výběr ze seznamu hospitalizovaných pacientů daného oddělení

Pokud není požadovaný pacient v registru nalezen, je nutné provést identifikaci pacienta do registru.

2. fáze – sestavení případu hospitalizace

Po zvolení konkrétního pacienta se zobrazí obrazovka (Obr. 8), která nabízí uživateli různé funkce.

Pacient: X Y		01.01.1961 Kyjov, Bučovická 154
Poj:111		611111/1111
Chorobopis	Vysetreni	
1. Vyber chorobopisu	21. Biochemicke	40. Plan
2. Osobni udaje	22. Hematologicke	41. Pokoj-luzko
3. Prijem-titulni list	23. Mikrobiologicke	42. Denni program
4. Nynejsi onemocneni	24. RTG - vysetreni	43. Dieta
5. Anamneza	25. Ultrazvuk	44. Kategorie-Rezim
6. Status praesens	26. Radioizotopove	45. Medikace
7. Dg.zaver pri prijmu	27. CT	46. Prijem sestry
	28. Histologicke	47. Tisk 1.dekursu
9. Operacni protokol	29. Konziliarni	48. Teplota
10. Endoskopicky protokol	30. Vysetreni nukl.med.	49. Aktualni dg.
11. Propousteci zprava	31. Isoserol.vysetreni	50. Prubeh hosp.
12. Propusteni-tit.list	32. Spec.oborova vys./vykony	51. Dekurs
13. Ucet jineho odd.	33. Ostatni vys.(zad.,nalez)	52. Trvani p.nesch.
14. Tisk	34. Ostatni vys.(volny text)	53. Doporuceni (do
15. Ucet za hosp.		54. Status pri prop
16. Naklady		
17. Neschopenka		
18. Recept	38. Vysled. po uzavreni chor.	58. Zaznamy laborat
19. Jina dokumentace	39. Vysled. pred hospitaliz.	

Obr. 8. Obrazovka pacient X Y pro lékaře

Tento modul umožňuje sestavování chorobopisu konkrétního pacienta. Při příjmu se sestavuje příjmová dokumentace, která je průběžně doplňována provedenými výkony a laboratorními vyšetřeními (včetně možnosti archivovat rentgenové snímky), průběhem hospitalizace, atd. Součástí modulu je také elektronické posílání žádanek na vyšetření (biochemie, RTG, CT, konziliární ...) včetně zpětného zasílání výsledků provedených vyšetření.

Pro vykazování poskytnuté zdravotní péče se volí nabídka *Účet za hospitalizaci*, kde se zpracovávají provedené výkony pro účely úhrady od ZP.

Luzkovy ucet X Y - 111 - Vseobecna zdravotni pojistovna				
Datum	Kod	Odb	Poc	Nazev
17.04.2004	01702	101	1	CILENE ZAMERENE VYSETRENI KARDIOLOGEM
17.04.2004	01101		1	KOMPLEXNI VYSETRENI INTERNISTOU
17.04.2004	00880		0	ROZLISENI VYKAZANE HOSP. JAKO: = NOVA
Hosp. od: 17.04.2004 do: 03.05.2004 (17 dni)				

Obr. 9. Obrazovka znázorňující lůžkový účet pacienta X Y

Ze znázorněného lůžkového účtu je vidět, že pacient byl přijat 17. dubna 2004 (je vykázan kód 00880, příp. kód 00881 při propuštění pacienta – tyto kódy jsou vloženy automaticky

při založení, příp. uzavření chorobopisu) a dále jsou vykázány provedené výkony. Dále se eviduje *kategorie pacienta* (tj. ohodnocení pacienta, 1 – soběstačný, ..., 5 – imobilní), *příslušnost ke stanici oddělení* (např. interní oddělení – ženy, muži nebo JIP) a *kód lůžkodne* pro jednotlivé dny hospitalizace.

Nový výkon se zpracovává pomocí klávesy *Ins*, kde se vyplní datum provedení výkonu, kód výkonu, název výkonu, četnost výkonu a odbornost. Pro vkládání kódu výkonu / kódu odbornosti slouží *sazebník výkonů / číselník odborností*. Číselník odborností je aktualizován automaticky při aktualizaci sazebníku VZP ČR.

Datum : 17.04.2004	
Kod: 01101	Nazev: KOMPLEXNI VYSETRENI INTERNISTOU
Pocet: 1	Odbornost: 101

Obr. 10. Obrazovka pro pořizování provedených výkonů

Provedený výkon pacientovi, který je hospitalizován na jiném oddělení, se vykazuje na příslušném oddělení (oddělení, které výkon provedlo) pomocí volby *Účet jiného oddělení* (není přípustné vykázat dva hospitalizační účty¹⁴ za stejnou hospitalizaci).

Obdobným způsobem jsou vkládány kódy léčiv a PZT přes *číselník léčiv a PZT* s tím rozdílem, že je třeba uvést *skupinu* a *cenu*, za kterou byl materiál (léčivý přípravek) LZZ nakoupen.

Datum: 17.04.2004		jedná se o max. cenu, kterou by ZP uhradila		jedná se o nákupní cenu	
Kod: 10117 SOLCOURVAC					
Skupina: 1	Pocet: 1.000	Cena za j.:		Cena:	1163.20

Obr. 11. Obrazovka pro vykazování spotřebovaných léčiv a PZT

Obecná pravidla pro vykazování:

a) *výkonů*

- výkon může být ZP vykázán pouze tehdy, pokud byl naplněn celý obsah výkonu (tzn. že částečně provedený výkon nemůže být ZP vykázán)

¹⁴ *lůžkový účet* je vázán k jednomu chorobopisu, tzn. k jedné hospitalizaci na jednom oddělení

- výkon nemůže být vykázán, pokud je součástí jiného vykazaného výkonu
- některé výkony uvedené v seznamu zdravotních výkonů mohou být vykázány na ZP i vícekrát za dané období, ale nezbytnou součástí zdravotní dokumentace je čas zahájení i čas ukončení výkonu, jinak ZP výkon uhradí pouze jedenkrát
- výkon hradí ZP pouze tehdy, pokud byl naplněn celý obsah výkonu (vykázaný výkon musí být řádně zdokumentován ve zdravotní dokumentaci pojištěnce)
- ZP hradí jednou provedený výkon u daného pacienta pouze jednomu zdravotnickému zařízení

b) zvlášť účtovaného materiálu / zvlášť účtovaných léčivých přípravků

- ZUM / ZUL lze vykazovat u výkonů, u kterých je v seznamu zdravotních výkonů uvedena poznámka „ZUM ano / ZUL ano“
- jako ZUL se vykazuje krev, krevní deriváty a radiofarmaka bez ohledu na skutečnost, zda je u výkonu uvedena poznámka „ZUL ano“
- jako ZUM / ZUL lze vykazovat pouze materiál / léčivý přípravek, který byl při provedení výkonu jednoznačně spotřebovaný
- není-li materiál / léčivý přípravek spotřebován celý, může být k výkonu vykázána jeho poměrná část

Významná nabídka lůžkového modulu *Náklady*, umožňuje zobrazovat *souhrnné náklady za medikaci* (náklady za spotřebované léčivé přípravky, PZT) a *souhrnný účet za hospitalizaci*.

- *Souhrnné náklady za medikaci* – obsahují komplexní seznam spotřebovaných léčiv a PZT konkrétního pacienta

Přehled nakladu na podané leky u pacienta X Y				
Název	Množství	Cena MFC	Max. uhr	Celkem Kc
BISEPTOL 480	3.400	35.80	35.80	121.72
DARROW'S SOLUTION	1.000	40.50		40.50
DIPIDOLOR	2.880	198.30		571.10
ORIPRIM	0.800	148.00	148.00	118.40
SOLCOUROVAC	1.000	1163.20		1163.20
Celkem :				2014.92
Delka hospitalizace : 17 [dny] Naklady na den : 111.94 Kc				

Obr. 12. Souhrnné náklady za medikaci pacienta X Y

- *Souhrnný účet za hospitalizaci* – slouží ke komplexnímu zobrazení provedených a účtovaných výkonů a PZT u konkrétního pacienta.

provedené výkony

Kod	Pocet	Body	Pmat.	Kc cel.	Nazev vykonu	<i>pobyt na lůžku</i>
88804	17.000	4940	1887.00	4949.80	OD typ 4. STANDARDNI USTAVNI	
00880	0.000	0	0.00	0.00	ROZLISENI VYKAZANE HOSPITALIZA	
01101	1.000	178	5.00	115.36	KOMPLEXNI VYSETRENI INTERNISTO	
K1	1.000	0	0.00	0.00	pacient sobestacny, nezavisly	
K3	16.000	2400	0.00	1488.00	pacient vyzadujici zvys.dohled	
PASMO-A	3.000	0	0.00	0.00		
PASMO-B	3.000	0	0.00	0.00		
PASMO-C	3.000	0	0.00	0.00		
PASMO-D	8.000	0	0.00	0.00		
Celkem:	0.000	0	0.00	7128.22		

Kategorie pacienta (K1 – K5)

Hospitalizovan od 17.04.2004 do 03.05.2004 Pojistovna 111

sestupná sazba ošetrovacího dne

Obr. 13. Souhrnný účet za hospitalizaci pacienta X Y

Na základě takto zpřesněné evidence o poskytované zdravotní péči v segmentu lůžková péče dochází k zařazení (klasifikaci) jednotlivých hospitalizovaných pacientů do příslušných IR DRG skupin podle hlavní a vedlejší diagnózy (ovlivňují výši nákladů dané hospitalizace a tedy i nároky na čerpání zdrojů).

Z důvodů správné klasifikace hospitalizace v systému IR DRG je nutné při kódování určitých výkonů používat tzv. *DRG markery*, které umožňují správné zařazení pacienta. V aktuálním číselníku se jedná o kódy:

- porodních vah u novorozenců
- identifikující laparoskopické a torakoskopické výkony
- identifikující chirurgické výkony na srdci, transplantaci plic a tracheální výkony

3. fáze – zpracování hospitalizačních účtů

- převod účtů pacientů lůžkových oddělení na dávky pro zdravotní pojišťovny a jejich následný výstup na diskety pro odevzdání zdravotním pojišťovnám
- zpracování sumářů, tj. přehledů dosažených výkonů ve formě součtů jednotlivých zdravotnických výkonů, léčiv a PZT, kategorií a pásem pro sestupnou sazbu kódů ošetrovacích dnů (za zpracovávané období podle zdravotních pojišťoven)
- kontrola formální správnosti pořizovaných účtů

- ⇒ formální správnost rodného čísla
 - ⇒ existence kódu výkonu nebo léčivého přípravku v číselnících platných pro zpracovávané období
 - ⇒ pasportizace s příslušnou zdravotní pojišťovnou (zda je kód výkonu s příslušnou zdravotní pojišťovnou nasmlouván)
 - ⇒ existence diagnózy v číselníku diagnóz
 - ⇒ zda IČZ léčivého přípravku nebo PZT odpovídá IČZ výkonu
 - ⇒ zda *poukaz na vyšetření / ošetření* obsahuje *IČZ, kód odbornosti a datum vystavení*
- následuje výstup dávek na diskety, které jsou odesílány na konkrétní zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovna zašle do 20-ti pracovních dnů *Zúčtovací zprávu a chybář*¹⁵, na základě kterého provádějí pracovnice oddělení zdravotních pojišťoven opravy, aby mohla být poskytnutá zdravotní péče uhrazena.

4. fáze – oprava chybných dávek

Pro opravu chybných dávek se využívá modul *oddělení pro styk s pojišťovnou*. Při tvorbě tohoto modulu se vycházelo z několikaletých zkušeností a výsledkem je program, který přesně odpovídá metodice VZP ČR pro vykazování zdravotní péče.

Modul slouží k pořízení všech typů dokladů pro vyúčtování poskytnuté zdravotní péče, pro zpracování validačních sestav (vrácené sestavy od ZP, které obsahují chybně zpracované dávky), zadávání číselníků VZP ČR a práci s nimi v reálném čase, zpracování statistik vykázané zdravotní péče pro potřeby finanční účtárny a pro aktualizaci příslušnosti pacientů k jednotlivým zdravotním pojišťovnám.

Oddělení zdravotních pojišťoven provádí aktualizaci všech číselníků (registrů), které se používají při vykazování poskytnuté zdravotní péče. Výhodou modulu *oddělení pro styk s pojišťovnou* je archivace číselníků (registrů), které usnadňují práci při provádění

¹⁵ chybář obsahuje např. špatná rodná čísla; chybná příslušnost pacienta ke ZP

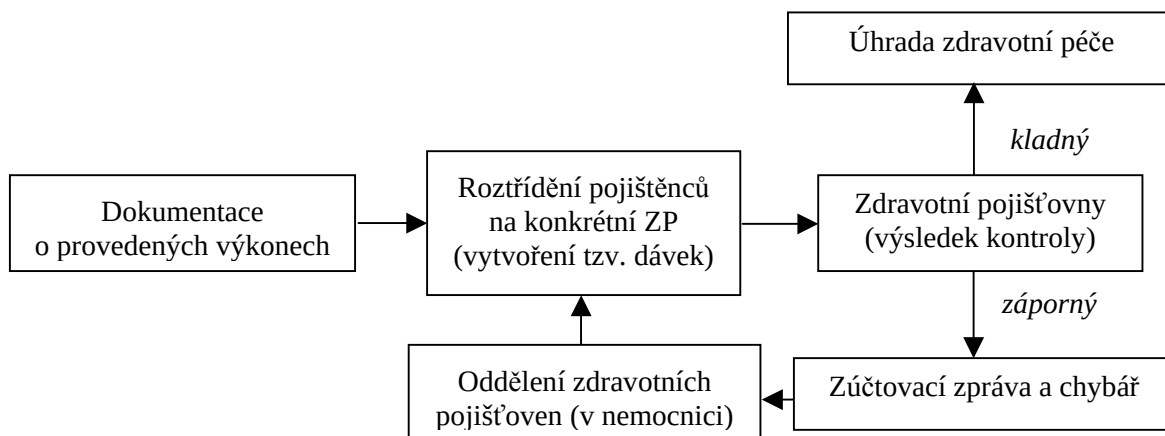
oprav dávek (tyto opravné dávky jsou zpracovávány podle číselníků, které byly v době vykazování platné).

Jsou archivovány následující číselníky (registry):

- *registr pojištěnců* – obsahuje průběhy pojištěnců u jednotlivých zdravotních pojišťoven (včetně časového období). Při zasílání validačních sestav se zároveň aktualizují kódy ZP u jednotlivých pacientů, jejichž hospitalizační účty byly vráceny z důvodu jejich příslušnosti k jiné ZP
- *registr identifikačních čísel zdravotníků* (lékařů) – každý lékař má přiřazenu určitou odbornost (např. stomatolog, chirurg, internista ...)
- *číselník odborností* – aktualizován automaticky podle číselníků VZP ČR
- *číselník diagnóz* – obsahuje seznam všech diagnóz, které jsou v daném období nasmlouvány s konkrétní ZP
- *registr zdravotních pojišťoven* – obsahuje seznam všech ZP. Protože všechny zdravotní pojišťovny používají stejné číselníky, které vydává VZP ČR, jsou k jejímu kódu přiřazeny i číselníky
- *registr ceny bodu za jednotlivé zdravotní pojišťovny* – u každé zdravotní pojišťovny jsou uvedeny ceny bodu za příslušné časové období (pololetí), které jsou využívány při přepočtu vykázaných výkonů na peněžní jednotky (pouze u výkonové úhrady)
- *číselník pasportovaných výkonů* – obsahuje kódy zdravotních výkonů, které nemá LZZ s konkrétní zdravotní pojišťovnou nasmlouvány
- *číselník identifikačních čísel LZZ* – obsahuje identifikační čísla LZZ při předávání dávek do jednotlivých zdravotních pojišťoven

Po 3. fázi (příp. 4. fázi) následuje úhrada za poskytnutou zdravotní péči od ZP, která se provádí formou měsíčních záloh (výše zálohy je stanovena z celkové úhrady srovnatelného období minulého roku) a pololetního vypořádání (doplatek, příp. přeplatek). [8], [11], [vlastní práce]

Následující obrázek (Obr. 14) přehledným způsobem znázorňuje výše popsany proces zpracování agendy za poskytnutou zdravotní péči.



Obr. 14. Proces zpracování agendy za poskytnutou zdravotní péči [vlastní práce]

8 SOUČASNÉ SYSTÉMY ÚHRAD ZA POSKYTNUTOU ZDRAVOTNÍ PÉČI

V následující kapitole budou na konkrétních příkladech vysvětleny současné systémy úhrad za poskytnutou zdravotní péči (zpracováno na datech Nemocnice Kyjov, p. o. za 1. pololetí 2003 a 1. pololetí 2004) včetně jejich nedostatků.

8.1 Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

LZZ mělo s VZP ČR sjednanu paušální úhradu péče na 1. pololetí 2003, ale i na 1. pololetí 2004, protože nebyl podepsán dodatek a péče byla hrazena podle stejných pravidel jako v 1. pololetí 2003.

8.1.1 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003

V 1. pololetí 2002 bylo v Nemocnici Kyjov, p. o. celkem ošetřeno *51 546 unikátně ošetřených pojištěnců* ve všech segmentech, za které LZZ vykázalo výkony za *124 847 966,20 bodů*, zvláště účtovaný materiál a léčivé přípravky v hodnotě *22 400 047,83 Kč* a lékový paušál ve výši *1 818 190,00 Kč*. Podrobnější informace znázorňuje následující tabulka (Tab. 4).

Tab. 4. Počet unikátně ošetřených pojištěnců a sumarizované údaje o poskytnuté zdravotní péči v 1. pololetí 2002 – VZP ČR [19]

Segment 1. pololetí 2002	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL	Vykázaný LPA
Lůžková péče	5 924	87 626 759,00 b	18 192 511,68 Kč	1 818 190,00 Kč
Ambulantní péče	22 685	18 747 966,00 b	1 917 515,22 Kč	x
Zdravotní doprava	4 030	9 125 041,20 b	x	x
Jiná péče	18 907	9 348 200,00 b	2 290 020,93 Kč	x
Celkem	51 546	124 847 966,20 b	22 400 047,83 Kč	1 818 190,00 Kč

Za takto zdokumentovanou a VZP ČR uznanou péči byla provedena paušální úhrada ve výši *136 507 271,44 Kč*¹⁶ (Tab. 5).

¹⁶ paušální úhrada nezahrnuje taxativně stanovené položky v § 2 odst. 7 zákona č. 532/2002 Sb.

Tab. 5. Sumarizované údaje o úhradě za poskytnutou zdravotní péči v jednotlivých segmentech včetně celkové úhrady za 1. pololetí 2002 – VZP ČR

Segment 1. pololetí 2002	Počet UOP	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Úhrada LPA	Celková úhrada v segmentech
Lůžková péče	5 924	80 053 737,04 Kč	17 731 420,60 Kč	1 509 682,41 Kč	99 294 840,05 Kč
Ambulantní péče	22 685	17 101 540,95 Kč	2 118 552,15 Kč	x	19 220 093,10 Kč
Zdravotní doprava	4 030	7 932 490,80 Kč	x	x	7 932 490,80 Kč
Jiná péče	18 907	8 279 564,37 Kč	1 780 283,12 Kč	x	10 059 847,49 Kč
Celkem	51 546	113 367 333,16 Kč	21 630 255,87 Kč	1 509 682,41 Kč	136 507 271,44 Kč

Údaje z výše uvedených tabulek (Tab. 4 a Tab. 5) slouží jako podklad pro stanovení paušální úhrady za 1 bod na další období, tj. na 1. pololetí 2003. Stanovení paušální úhrady za 1 bod se skládá ze dvou fází:

- 1. fáze** – výpočet individuální úhrady za 1 bod za 1. pololetí 2002, která slouží jako podklad pro stanovení paušální úhrady za 1 bod na 1. pololetí 2003:

$$IVUB_{1. pol. 02} = \frac{136\,507\,271,44 \text{ Kč} - 22\,400\,047,83 \text{ Kč} - 1818190,00 \text{ Kč}}{124\,847\,966,20 \text{ b}}$$

$$IVUB_{1. pol. 02} = \mathbf{0,8994 \text{ Kč/b}}$$

- 2. fáze** – výpočet paušální úhrady za 1 bod na 1. pololetí 2003:

Jelikož $IVUB_{1. pol. 02} \in \langle 0,89 \text{ Kč}; 1,00 \text{ Kč} \rangle$, pak $PUB_{1. pol. 03} = \mathbf{0,9094 \text{ Kč/b}}$, protože $PUB_{1. pol. 03} = IVUB_{1. pol. 02} + 0,01 \text{ Kč}$.

Na základě údajů z tabulky (Tab. 4) se vypočítá průměrný počet bodů na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce za 1. pololetí 2002 v jednotlivých segmentech a stanoví se průměrná paušální sazba výkonu na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce na 1. pololetí 2003 v jednotlivých segmentech (3. a 4. fáze).

- 3. fáze** – výpočet průměrného počtu bodů na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce:

$$\text{a) } PB_{UOPLP_{1. pol. 02}} = \frac{87\,626\,759,00 \text{ b}}{5\,924 \text{ UOP}} = \mathbf{14\,791,82 \text{ b/UOP}}$$

$$\text{b) } PB_{UOPAP_{1. pol. 02}} = \frac{18\,747\,966,00 \text{ b}}{22\,685 \text{ UOP}} = \mathbf{826,45 \text{ b/UOP}}$$

$$\text{c) } PB_{UOPZD_{1. pol. 02}} = \frac{9\,125\,041,20 \text{ b}}{4\,030 \text{ UOP}} = \mathbf{2\,264,28 \text{ b/UOP}}$$

$$\text{d) } \text{PB}_{\text{UOPZD}_{1.\text{pol. 02}}} = \frac{9\,348\,200,00 \text{ b}}{18\,907 \text{ UOP}} = \mathbf{494,43 \text{ b/UOP}}$$

4. fáze – výpočet paušální sazby za výkony na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v jednotlivých segmentech (součin prům. počtu bodů na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce a paušální úhrady za bod):

$$\text{a) } \text{PS}_{\text{V UOPLP}_{1.\text{pol. 03}}} = 14\,791,82 \text{ b/UOP} \times 0,9094 \text{ Kč/b} = \mathbf{13\,451,68 \text{ Kč/UOP}}$$

$$\text{b) } \text{PS}_{\text{V UOPAP}_{1.\text{pol. 03}}} = 826,45 \text{ b/UOP} \times 0,9094 \text{ Kč/b} = \mathbf{751,57 \text{ Kč/UOP}}$$

$$\text{c) } \text{PS}_{\text{V UOPZD}_{1.\text{pol. 03}}} = 2\,264,28 \text{ b/UOP} \times 0,9094 \text{ Kč/b} = \mathbf{2\,059,14 \text{ Kč/UOP}}$$

$$\text{d) } \text{PS}_{\text{V UOPJP}_{1.\text{pol. 03}}} = 494,43 \text{ b/UOP} \times 0,9094 \text{ Kč/b} = \mathbf{449,63 \text{ Kč/UOP}}$$

Z údajů uvedených v tabulce (Tab. 4) se vypočítá průměrná paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce na 1. pololetí 2003 v jednotlivých segmentech a průměrná paušální sazba za lékový paušál v segmentu lůžková péče:

5. fáze – výpočet paušální sazby za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v jednotlivých segmentech (doprava ZUM, ZUL neúčtuje):

$$\text{a) } \text{PS}_{\text{ZUM, ZUL UOPLP}_{1.\text{pol. 03}}} = \frac{18\,192\,511,68 \text{ Kč}}{5\,924 \text{ UOP}} = \mathbf{3\,070,98 \text{ Kč/UOP}}$$

$$\text{b) } \text{PS}_{\text{ZUM, ZUL UOPAP}_{1.\text{pol. 03}}} = \frac{1\,917\,515,22 \text{ Kč}}{22\,685 \text{ UOP}} = \mathbf{84,53 \text{ Kč/UOP}}$$

$$\text{c) } \text{PS}_{\text{ZUM, ZUL UOPJP}_{1.\text{pol. 03}}} = \frac{2\,290\,020,93 \text{ Kč}}{18\,907 \text{ UOP}} = \mathbf{121,12 \text{ Kč/UOP}}$$

6. fáze – výpočet paušální sazby za lékový paušál na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v segmentu lůžková péče:

$$\text{PS}_{\text{LPA UOPLP}_{1.\text{pol. 03}}} = \frac{1818190,00 \text{ Kč}}{5\,924 \text{ UOP}} = \mathbf{306,92 \text{ Kč/UOP}}$$

7. fáze – výpočet paušální úhrady na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v jednotlivých segmentech (součet paušální sazby za výkony, paušální sazby za ZUM, ZUL¹⁷):

$$\text{a) } \mathbf{PU_{UOPLP}_{1. pol. 03} = 13\,451,68 \text{ Kč/UOP} + 3\,070,98 \text{ Kč/UOP} + 306,92 \text{ Kč/UOP} = \mathbf{16\,829,58 \text{ Kč/UOP}}$$

$$\text{b) } \mathbf{PU_{UOPAP}_{1. pol. 03} = 751,57 \text{ Kč/UOP} + 84,53 \text{ Kč/UOP} = \mathbf{836,10 \text{ Kč/UOP}}$$

$$\text{c) } \mathbf{PU_{UOPZD}_{1. pol. 03} = \mathbf{2\,059,14 \text{ Kč/UOP}} \quad (\mathbf{PU_{UOPZD}_{1. pol. 03} = PS_{ZUM, ZUL UOPZD}_{1. pol. 03}})$$

$$\text{d) } \mathbf{PU_{UOPJP}_{1. pol. 03} = 449,63 \text{ Kč/UOP} + 121,12 \text{ Kč/UOP} = \mathbf{570,75 \text{ Kč/UOP}}$$

8. fáze – výpočet celkové úhrady v jednotlivých segmentech:

$$\text{a) } \mathbf{CULP}_{1. pol. 03} = 16\,829,58 \text{ Kč/UOP} \times 5\,426 \text{ UOP} = \mathbf{91\,317\,301,08 \text{ Kč}}$$

$$\text{b) } \mathbf{CUAP}_{1. pol. 03} = 836,10 \text{ Kč/UOP} \times 20\,503 \text{ UOP} = \mathbf{17\,142\,558,30 \text{ Kč}}$$

$$\text{c) } \mathbf{CUZD}_{1. pol. 03} = 2\,059,14 \text{ Kč/UOP} \times 3\,725 \text{ UOP} = \mathbf{7\,670\,296,50 \text{ Kč}}$$

$$\text{d) } \mathbf{CUJP}_{1. pol. 03} = 570,75 \text{ Kč/UOP} \times 17\,256 \text{ UOP} = \mathbf{9\,848\,862,00 \text{ Kč}}$$

9. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům VZP ČR v 1. pololetí 2003 (součet celkových úhrad v jednotlivých segmentech):

$$\mathbf{CU}_{1. pol. 03} = 91\,317\,301,08 \text{ Kč} + 17\,142\,558,30 \text{ Kč} + 7\,670\,296,50 \text{ Kč} + 9\,848\,862,00 \text{ Kč} = \mathbf{125\,979\,017,88 \text{ Kč}}$$

Informace o jednotlivých úhradách (úhrada výkonů, úhradu ZUM a ZUL, úhrada lékového paušálu a celková úhrada po jednotlivých segmentech) prezentuje tabulka (Tab. 6).

Tab. 6. Sumarizované údaje o jednotlivých složkách úhrad včetně celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2003 v Nemocnici Kyjov, p. o. – VZP ČR

Segment 1. pololetí 2003	Počet UOP	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Úhrada LPA	Celková úhrada v segmentech
Lůžková péče	5 426	72 988 815,68 Kč	16 663 137,48 Kč	1 665 347,92 Kč	91 317 301,08 Kč
Ambulantní péče	20 503	15 409 439,71 Kč	1 733 118,59 Kč	x	17 142 558,30 Kč
Zdravotní doprava	3 725	7 670 296,50 Kč	x	x	7 670 296,50 Kč
Jiná péče	17 256	7 758 815,28 Kč	2 090 046,72 Kč	x	9 848 862,00 Kč
Celkem	46 910	103 827 367,17 Kč	20 486 302,79 Kč	1 665 347,92 Kč	125 979 017,88 Kč

¹⁷ pro segment lůžková péče se do paušální úhrady na UOP započítá také paušální sazba za lékový paušál

Rekapitulace vyúčtování zdravotní péče v Nemocnici Kyjov, p. o. za 1. pololetí 2003:

- Zdravotní péče poskytnutá LZZ (paušální úhrada) 125 979 017,88 Kč
 - Úhrada nad rámec paušální sazby 1 091 775,45 Kč
-
- **Celková úhrada** **127 070 793,33 Kč**
 - Pololetní zálohy (tj. součet šesti měsíčních záloh) 146 744 244,00 Kč
-
- **Finanční vypořádání – přeplatek** **19 673 450,67 Kč**

8.1.2 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004

Jelikož LZZ nepodepsalo dodatek s VZP ČR na 1. pololetí 2004, byla poskytnutá zdravotní péče hrazena na základě podmínek stanovených pro úhradu péče na 1. pololetí 2003, tzn. že pojišťovna hradila péči podle paušálních úhrad na unicitní rodné číslo, které byly stanoveny na 1. pololetí 2003 (úhrada na základě informací o poskytované zdravotní péči za 1. pololetí 2002).

Jelikož je výpočet do fáze č. 7 úplně stejný (z důvodu nepodepsání dodatku), prezentuje tabulka (Tab. 7) jednotlivé složky paušální sazby za výkony, ZUM a ZUL, lékový paušál včetně paušální úhrady na URČ v jednotlivých segmentech.

Tab. 7. Průměrný počet bodů, jednotlivé složky paušální úhrady a paušální úhrada na UOP v jednotlivých segmentech na 1. pololetí 2004 – VZP ČR [20], [21]

Segment 1. pololetí 2004	PB _{UOP} 1. pol. 2003	1. pololetí 2004			
		PS _{V UOP}	PS _{ZUM, ZUL UOP}	PS _{LPA UOP}	PU _{UOP}
Lůžková péče	14 791,82 b	13 451,68 Kč	3 070,98 Kč	306,92 Kč	16 829,58 Kč
Ambulantní péče	826,45 b	751,57 Kč	84,53 Kč	x	836,10 Kč
Zdravotní doprava	2 264,28 b	2 059,14 Kč	x	x	2 059,14 Kč
Jiná péče	494,43 b	449,63 Kč	121,12 Kč	x	570,75 Kč

1. fáze – výpočet celkové úhrady v jednotlivých segmentech:

$$\text{a) } \text{CULP}_{1.\text{pol. } 04} = 16\,829,58 \text{ Kč/UOP} \times 5\,326 \text{ UOP} = \mathbf{89\,634\,343,08 \text{ Kč}}$$

$$\text{b) } \text{CUAP}_{1.\text{pol. } 04} = 836,10 \text{ Kč/UOP} \times 18\,801 \text{ UOP} = \mathbf{15\,719\,516,10 \text{ Kč}}$$

$$\text{c) } \text{CUZD}_{1.\text{pol. } 04} = 2\,059,14 \text{ Kč/UOP} \times 3\,596 \text{ UOP} = \mathbf{7\,404\,667,44 \text{ Kč}}$$

$$\text{d) } \text{CUJP}_{1.\text{pol. } 04} = 570,75 \text{ Kč/UOP} \times 18\,258 \text{ UOP} = \mathbf{10\,420\,753,50 \text{ Kč}}$$

2. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům VZP ČR v 1. pololetí 2004 (součet celkových úhrad v jednotlivých segmentech):

$$CU_{1. pol. 04} = 89\,634\,343,08 \text{ Kč} + 15\,719\,516,10 \text{ Kč} + 7\,404\,667,44 \text{ Kč} + 10\,420\,753,50 \text{ Kč} = \mathbf{123\,179\,280,12 \text{ Kč}}$$

Informace o jednotlivých úhradách (úhrada za výkony, úhrada za spotřebovaný ZUM a ZUL, úhrada lékového paušálu a celková úhrada v jednotlivých segmentech) znázorňuje níže uvedená tabulka (Tab. 8).

Tab. 8. Sumarizované údaje o jednotlivých složkách úhrad včetně celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2004 – VZP ČR [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Úhrada LPA	Celková úhrada v segmentech
Lůžková péče	5 326	71 643 647,68 Kč	16 356 039,48 Kč	1 634 655,92 Kč	89 634 343,08 Kč
Ambulantní péče	18 801	14 130 267,57 Kč	1 589 248,53 Kč	x	15 719 516,10 Kč
Zdravotní doprava	3 596	7 404 667,44 Kč	x	x	7 404 667,44 Kč
Jiná péče	18 258	8 209 344,54 Kč	2 211 408,96 Kč	x	10 420 753,50 Kč
Celkem	45 981	101 387 927,23 Kč	20 156 696,97 Kč	1 634 655,92 Kč	123 179 280,12 Kč

Rekapitulace vyúčtování zdravotní péče v Nemocnici Kyjov, p. o. za 1. pololetí 2004:

- Zdravotní péče poskytnutá LZZ (paušální úhrada) 123 179 280,12 Kč
 - Úhrada nad rámec paušální sazby 7 440,80 Kč
-
- **Celková úhrada** **123 186 720,92 Kč**
 - Pololetní zálohy (tj. součet šesti měsíčních záloh) 116 892 252,00 Kč
-
- **Finanční vypořádání – doplatek** **6 294 468,92 Kč**

8.2 Vojenská zdravotní pojišťovna ČR

8.2.1 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003

Nemocnice Kyjov, p. o. měla s Vojenskou zdravotní pojišťovnou ČR sjednání výkonovou úhradu péče na 1. pololetí 2003 při použití degresní hodnoty bodu, tzn. že zdravotní pojišťovna stanovila limit úhrady provedených výkonů i zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků.

Za péči, která byla poskytnuta pojištěncům VoZP ČR v 1. pololetí 2003, vykázalo LZZ 2 109 819,00 bodů za výkony (tj. 108,38 % ve srovnání s 1. pololetím 2002) a 308 330 Kč za ZUM, ZUL (tj. 139,07 % ve srovnání s 1. pololetím 2002). Zdravotní pojišťovna stanovila na 1. pololetí 2003 LZZ maximální úhradu za zdravotní péči ve výši 2 166 362,00 Kč (1 873 138,00 Kč za provedené výkony a 293 224,00 Kč za ZUM, ZUL spotřebovaný při výkonech).

V následující tabulce (Tab. 9) jsou uvedeny podrobnější informace o poskytnuté zdravotní péči v jednotlivých segmentech, která je doplněna jednotlivými složkami úhrad včetně celkové úhrady za jednotlivé segmenty (výpočet úhrad je uveden pod tabulkou).

Tab. 9. Sumarizované údaje o struktuře poskytnuté zdravotní péče pojištěncům VoZP ČR a její úhradě za 1. pololetí 2003 [22; vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2003	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
Lůžková péče	126	1 366 004,00 b	206 177,00 Kč	1 215 743,56 Kč	206 177,00 Kč	1 421 920,56 Kč
Ambulantní péče	643	431 852,00 b	63 944,00 Kč	384 348,28 Kč	63 944,00 Kč	448 292,28 Kč
Zdravotní doprava	35	93 916,00 b	x	83 585,24 Kč	x	83 585,24 Kč
Jiná péče	418	218 047,00 b	38 209,00 Kč	194 061,83 Kč	38 209,00 Kč	232 270,83 Kč
Celkem	1 222	2 109 819,00 b	308 330,00 Kč	1 877 738,91 Kč	308 330,00 Kč	2 186 068,91 Kč

1. fáze – výpočet úhrady za poskytnuté výkony v jednotlivých segmentech:

$$\text{a) } U_{\text{VLP}}_{1.\text{pol. } 03} = 1\,366\,004,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} = \mathbf{1\,215\,743,56 \text{ Kč}}$$

$$\text{b) } U_{\text{VAP}}_{1.\text{pol. } 03} = 431\,852,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} = \mathbf{384\,348,28 \text{ Kč}}$$

$$\text{c) } U_{\text{VZD}}_{1.\text{pol. } 03} = 93\,916,00 \times 0,89 \text{ Kč/b} = \mathbf{83\,585,24 \text{ Kč}}$$

$$\text{d) } U_{\text{VJP}}_{1.\text{pol. } 03} = 218\,047,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} = \mathbf{194\,061,83 \text{ Kč}}$$

Jelikož součet úhrad za poskytnuté výkony v jednotlivých segmentech činil 1 877 738,91 Kč a VoZP ČR stanovila maximální úhradu za výkony ve výši 1 873 138,00 Kč, byla provedena regulační srážka ve výši 4 600,91 Kč¹⁸.

¹⁸ rozdíl stanovené maximální úhrady za výkony a úhrady za poskytnuté výkony
(1 873 138,00 Kč – 1 877 738,91 Kč)

2. fáze – výpočet celkové úhrady za spotřebovaný ZUM, ZUL (součet vykázané spotřeby ZUM, ZUL v jednotlivých segmentech):

$$\text{CU}_{\text{ZUM, ZUL 1. pol. 03}} = 206\,177,00 \text{ Kč} + 63\,944,00 \text{ Kč} + 38\,209,00 \text{ Kč} \\ = \mathbf{308\,330,00 \text{ Kč}}$$

Jelikož součet úhrad za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky v jednotlivých segmentech činil 308 330,00 Kč a VoZP ČR stanovila maximální úhradu za ZUM, ZUL ve výši 293 224,00 Kč, byla provedena regulační srážka ve výši 15 106,00 Kč¹⁹.

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči v jednotlivých segmentech (součet úhrady za poskytnuté výkony a úhrady za ZUM, ZUL):

$$\text{a) } \text{CULP}_{1. \text{ pol. } 03} = 1\,215\,743,56 \text{ Kč} + 206\,177,00 \text{ Kč} = \mathbf{1\,421\,920,56 \text{ Kč}}$$

$$\text{b) } \text{CUAP}_{1. \text{ pol. } 03} = 384\,348,28 \text{ Kč} + 63\,944,00 \text{ Kč} = \mathbf{448\,292,28 \text{ Kč}}$$

$$\text{c) } \text{CUZD}_{1. \text{ pol. } 03} = \mathbf{83\,585,24 \text{ Kč}} \quad (\text{CUZD}_{1. \text{ pol. } 03} = \text{U}_{\text{VZD}}_{1. \text{ pol. } 03})$$

$$\text{d) } \text{CUJP}_{1. \text{ pol. } 03} = 194\,061,83 \text{ Kč} + 38\,209,00 \text{ Kč} = \mathbf{232\,270,83 \text{ Kč}}$$

Jelikož celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči ve všech segmentech činila 2 186 068,91 Kč a VoZP ČR stanovila maximální úhradu ve výši 2 166 362,00 Kč, byla provedena regulační srážka ve výši 19 706,91 Kč²⁰.

Tab. 10. Sumarizované údaje o zregulované úhradě za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2003 – VoZP ČR [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2003	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
Lůžková péče	1 212 764,70 Kč	196 075,78 Kč	1 408 840,48 Kč
Ambulantní péče	383 406,53 Kč	60 811,19 Kč	444 217,72 Kč
Zdravotní doprava	83 380,44 Kč	x	83 380,44 Kč
Jiná péče	193 586,33 Kč	36 337,03 Kč	229 923,36 Kč
Celkem	1 873 138,00 Kč	293 224,00 Kč	2 166 362,00 Kč

¹⁹ rozdíl stanovené maximální úhrady za ZUM, ZUL a úhrady za spotřebovaný ZUM, ZUL
(293 224,00 Kč – 308 330,00 Kč)

²⁰ rozdíl stanovené maximální úhrady za poskytnutou zdravotní péči a úhrady za poskytnutou zdravotní péči (2 166 362,00 Kč – 2 186 068,91 Kč) nebo součet regulační srážky za výkony a za spotřebovaný ZUM, ZUL (4 600,91 Kč + 15 106,00 Kč)

Rekapitulace vyúčtování zdravotní péče v Nemocnici Kyjov, p. o. za 1. pololetí 2003:

- Maximální úhrada pro LZZ (limit) 2 166 362,00Kč
 - Zdravotní péče poskytnutá LZZ (výkonová úhrada) 2 186 068,91 Kč
-
- **Finanční vypořádání – přeplatek 19 706,91 Kč**

8.2.2 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004

Zdravotní péče, která byla poskytnuta pojištěncům VoZP ČR ve sledovaném období, byla hrazena výkonově s následujícími regulačními mechanismy:

- pro objem výkonů do limitu 1 862 062,00 bodů byla stanovena hodnota bodu ve výši 0,89 Kč/b, péče poskytnutá nad stanovený limit byla hrazena 0,82 Kč/b
- spotřeba ZUM, ZUL do limitu 306 248,00 Kč je hrazena plně, spotřeba nad stanovený limit je hrazena ve výši 40 %

LZZ vykázalo za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům VoZP ČR v 1. pololetí 2004 2 140 314,00 bodů za výkony a 795 384,48 Kč za spotřebovaný ZUM, ZUL. Podrobnější informace o struktuře poskytnuté zdravotní péči v jednotlivých segmentech ilustruje tabulka (Tab. 11).

Tab. 11. Počet unikátně ošetřených pojištěnců a sumarizované údaje o poskytnuté zdravotní péči v 1. pololetí 2004 – VoZP ČR [23]

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL
Lůžková péče	129	1 416 629,00 b	638 328,00 Kč
Ambulantní péče	558	442 024,00 b	65 260,25 Kč
Zdravotní doprava	40	47 756,00 b	x
Jiná péče	439	233 905,00 b	91 796,23 Kč
Celkem	1 166	2 140 314,00 b	795 384,48 Kč

Z údajů v tabulce (Tab. 11) bude vypočítána celková úhrada za provedené výkony, celková úhrada za spotřebovaný materiál a celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči.

1. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnuté výkony ve všech segmentech:

$$CU_{V \text{ 1. pol. 04}} = 1\,862\,062,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} + 278\,252,00 \text{ b} \times 0,82 \text{ Kč/b} \\ = 1\,885\,401,82 \text{ Kč}$$

2. fáze – výpočet celkové úhrady za ZUM, ZUL spotřebovaný při výkonech ve všech segmentech kromě zdravotní dopravy (vykazuje pouze výkony):

$$CU_{ZUM, ZUL \text{ 1. pol. 04}} = 306\,248,00 \text{ Kč} + 0,40 \times 489\,136,48 \text{ Kč} = 501\,902,59 \text{ Kč}$$

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči ve všech segmentech (součet úhrady za výkony a za spotřebovaný ZUM, ZUL):

$$CU_{1. \text{ pol. 04}} = 1\,885\,401,82 \text{ Kč} + 501\,902,59 \text{ Kč} = 2\,387\,304,41 \text{ Kč}$$

Jelikož LZZ vykázalo vyšší objem vykázaných bodů i spotřebovaného ZUM a ZUL, byla úhrada zpracována podle výše uvedených regulačních mechanismů. V následující tabulce (Tab. 12) jsou prezentovány regulace jak na výkony, tak na spotřebu zvláště účtovaného materiálu v jednotlivých segmentech, které jsou doplněny příslušnými úhradami včetně celkové úhrady v jednotlivých segmentech.

Tab. 12. Sumarizované údaje o jednotlivých složkách úhrad včetně celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2004 – VoZP ČR [23; vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Vykázané body		Vykázaný ZUM, ZUL		Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
	za 0,89 Kč	za 0,82 Kč/b	hrazen plně	hrazen ze 40 %			
Lůžková péče	1 232 459,83 b	184 169,17 b	245 776,32 Kč	392 551,68 Kč	1 247 907,97 Kč	402 796,99 Kč	1 650 704,96 Kč
Ambulantní péče	384 558,57 b	57 465,43 b	25 127,25 Kč	40 133,00 Kč	389 378,78 Kč	41 180,45 Kč	430 559,23 Kč
Zdravotní doprava	41 547,47 b	6 208,53 b	x	x	42 068,24 Kč	x	42 068,24 Kč
Jiná péče	203 496,13 b	30 408,87 b	35 344,43 Kč	56 451,80 Kč	206 046,83 Kč	57 925,15 Kč	263 971,98 Kč
Celkem	1 862 062,00 b	278 252,00 b	306 248,00 Kč	489 136,48 Kč	1 885 401,82 Kč	501 902,59 Kč	2 387 304,41 Kč

Rekapitulace vyúčtování zdravotní péče v Nemocnici Kyjov, p. o. za 1. pololetí 2004:

- Zdravotní péče poskytnutá LZZ (výkonová úhrada) 2 387 304,41 Kč
 - Pololetní zálohy (celková úhrada 1. pololetí 2003) 2 166 362,00 Kč
-
- **Finanční vypořádání – doplatek 220 942,41 Kč**

8.3 Hutnická zaměstnanecká pojišťovna

LZZ mělo s HZP sjednání výkonovou úhradu za poskytnutou zdravotní péči jak na 1. pololetí 2003, tak na 1. pololetí 2004. Hodnota bodu činila 0,89 Kč a spotřeba zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků byla hrazena plně.

8.3.1 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003

Tabulka (Tab. 13) obsahuje podrobné informace o provedených výkonech a spotřebě zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků, která je doplněna podrobným přehledem úhrad jak za jednotlivé segmenty, tak za jednotlivé složky úhrad (úhrada výkonů, úhrada ZUM a ZUL).

Tab. 13. Sumarizované údaje o struktuře poskytnuté zdravotní péče pojištěncům HZP a její úhradě za 1. pololetí 2003 HZP [24; vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2003	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
Lůžková péče	293	3 375 654,00 b	621 514,00 Kč	3 004 332,06 Kč	621 514,00 Kč	3 625 846,06 Kč
Ambulantní péče	753	544 613,00 b	67 050,00 Kč	484 705,57 Kč	67 050,00 Kč	551 755,57 Kč
Zdravotní doprava	141	342 595,00 b	x	304 909,55 Kč	x	304 909,55 Kč
Jiná péče	1 035	523 765,00 b	52 129,00 Kč	466 150,85 Kč	52 129,00 Kč	518 279,85 Kč
Celkem	2 222	4 786 627,00 b	740 693,00 Kč	4 260 098,03 Kč	740 693,00 Kč	5 000 791,03 Kč

1. fáze – výpočet úhrady za poskytnuté výkony v jednotlivých segmentech:

$$\text{a) } U_{\text{VLP}}_{1.\text{pol. }03} = 3\,375\,654,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} = 3\,004\,332,06 \text{ Kč}$$

$$\text{b) } U_{\text{VAP}}_{1.\text{pol. }03} = 544\,613,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} = 484\,705,57 \text{ Kč}$$

$$\text{c) } U_{\text{VZD}}_{1.\text{pol. }03} = 342\,595,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} = 304\,909,55 \text{ Kč}$$

$$\text{d) } U_{\text{VJP}}_{1.\text{pol. }03} = 523\,765,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} = 466\,150,85 \text{ Kč}$$

2. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči v jednotlivých segmentech (součet úhrady za poskytnuté výkony a úhrady za ZUM, ZUL):

$$\text{a) } C_{\text{ULP}}_{1.\text{pol. }03} = 3\,004\,332,06 \text{ Kč} + 621\,514,00 \text{ Kč} = 3\,625\,846,06 \text{ Kč}$$

$$\text{b) } C_{\text{UAP}}_{1.\text{pol. }03} = 484\,705,57 \text{ Kč} + 67\,050,00 \text{ Kč} = 551\,755,57 \text{ Kč}$$

$$\text{c) } C_{\text{UZD}}_{1.\text{pol. }03} = 304\,909,55 \text{ Kč} \quad (C_{\text{UZD}}_{1.\text{pol. }03} = U_{\text{VZD}}_{1.\text{pol. }03})$$

$$\text{d) } C_{\text{UJP}}_{1.\text{pol. }03} = 466\,150,85 \text{ Kč} + 52\,129,00 \text{ Kč} = 518\,279,85 \text{ Kč}$$

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům HZP:

$$CU_{1. \text{ pol. } 03} = 3\,625\,846,06 \text{ Kč} + 551\,755,57 \text{ Kč} + 304\,909,55 \text{ Kč} + 518\,279,85 \text{ Kč} = 5\,000\,791,03 \text{ Kč}$$

8.3.2 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004

Jelikož byla péče poskytnutá pojištěncům HZP v 1. pololetí 2004 hrazena podle stejných pravidel jako v 1. pololetí 2003, byla metodika výpočtu shrnuta do tří fází (vždy byla vypočítána příslušná úhrada za všechny segmenty).

LZZ vykázovalo za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům HZP v 1. pololetí 2004 5 638 960,00 bodů za výkony a 948 091,00 Kč za spotřebovaný ZUM, ZUL. Tabulka (Tab. 14) podává sumarizovaný přehled o struktuře poskytnuté zdravotní péče, která je doplněna přehledem jednotlivých složek úhrad včetně celkové úhrady za jednotlivé segmenty.

Tab. 14. Sumarizované údaje o struktuře poskytnuté zdravotní péči pojištěncům HZP a její úhradě za 1. pololetí 2004 [25; vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
Lůžková péče	329	3 893 830,00 b	756 047,00 Kč	3 465 508,70 Kč	756 047,00 Kč	4 221 555,70 Kč
Ambulantní péče	1 004	855 647,00 b	113 546,00 Kč	761 525,83 Kč	113 546,00 Kč	875 071,83 Kč
Zdravotní doprava	137	318 710,00 b	x	283 651,90 Kč	x	283 651,90 Kč
Jiná péče	1 105	570 773,00 b	78 498,00 Kč	507 987,97 Kč	78 498,00 Kč	586 485,97 Kč
Celkem	2 575	5 638 960,00 b	948 091,00 Kč	5 018 674,40 Kč	948 091,00 Kč	5 966 765,40 Kč

1. fáze – výpočet úhrady za poskytnuté výkony za všechny segmenty:

$$CU_{V \text{ 1. pol. } 04} = 5\,638\,960,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} = 5\,018\,674,40 \text{ Kč}$$

2. fáze – výpočet celkové úhrady za spotřebu ZUM, ZUL za všechny segmenty:

$$CU_{ZUM, ZUL \text{ 1. pol. } 04} = 756\,047,00 \text{ Kč} + 113\,546,00 \text{ Kč} + 78\,498,00 \text{ Kč} = 948\,091,00 \text{ Kč}$$

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům:

$$CU_{1. \text{ pol. } 04} = 5\,018\,674,40 \text{ Kč} + 948\,091,00 \text{ Kč} = 5\,966\,765,40 \text{ Kč}$$

8.4 Oborová zdravotní pojišťovna

8.4.1 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003

Na 1. pololetí 2003 byl podepsán dodatek ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče, ve kterém byla stanovena hodnota bodu ve výši 0,95 Kč/b, ale zároveň byla stanovena maximální výše úhrady LZZ, která vychází z následujících skutečností (faktorů):

- počtu unikátně ošetřených pojištěnců v LZZ za 1. pololetí 2002 987 UOP
- meziročního indexu změny počtu pojištěnců OZP 1,11
- průměrné úhrady na UOP v LZZ za 1. pololetí 2002 2 380 Kč/UOP
- index meziročních změn cen 1,06

Nemocnice Kyjov, p. o. poskytla zdravotní péči *1 476 unikátně ošetřeným pojištěncům* a tabulka (Tab. 15) znázorňuje strukturu ošetřených unicitních pojištěnců OZP v členění na jednotlivé segmenty, která je doplněna údaji o vykázaných bodech (ocenění provedených výkonů) a spotřebě ZUM, ZUL.

Tab. 15. Počet unikátně ošetřených pojištěnců a sumarizované údaje o poskytnuté zdravotní péči v 1. pololetí 2003 – OZP [26]

Segment 1. pololetí 2003	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL
Lůžková péče	150	1 842 986,00 b	482 791,00 Kč
Ambulantní péče	720	492 976,00 b	39 958,00 Kč
Zdravotní doprava	40	104 782,00 b	x
Jiná péče	566	316 291,00 b	63 019,00 Kč
Celkem	1 476	2 757 035,00 b	585 768,00 Kč

1. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnuté výkony za všechny segmenty:

$$CU_{V\ 1.\ pol.\ 03} = 2\ 757\ 035\ b \times 0,95\ Kč/b = 2\ 619\ 183,25\ Kč$$

2. fáze – výpočet celkové úhrady za spotřebu ZUM, ZUL za všechny segmenty:

$$CU_{ZUM,\ ZUL\ 1.\ pol.\ 03} = 482\ 791\ Kč + 39\ 958\ Kč + 63\ 019\ Kč = 585\ 768,00\ Kč$$

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům OZP:

$$CU_{1. pol. 03} = 2\,619\,183,25 \text{ Kč} + 585\,768,00 \text{ Kč} = \mathbf{3\,204\,951,25 \text{ Kč}}$$

4. fáze – stanovení maximální úhrady LZZ na 1. pololetí 2003 (údaje pro výpočet jsou uvedeny v úvodu této podkapitoly)

$$MU_{1. pol. 03} = 987 \text{ UOP} \times 1,11 \times 2\,380 \text{ Kč/UOP} \times 1,06 = \mathbf{2\,763\,904,00 \text{ Kč}}$$

Z porovnání vypočtené celkové úhrady a maximální úhrady (fáze č. 3 a 4) je vidět, že LZZ poskytlo zdravotní péči ve vyšším objemu než je vypočítaný limit. Proto bude realizována regulační srážka ve výši 50 % překročení maximální úhrady.

5. fáze – výpočet regulační srážky za poskytnutou zdravotní péči:

$$RS_{1. pol. 03} = 0,50 \times (2\,763\,904,00 \text{ Kč} - 3\,204\,951,25 \text{ Kč}) = \mathbf{-220\,523,63 \text{ Kč}}$$

Tabulka (Tab. 16) prezentuje jednotlivé složky úhrad v jednotlivých segmentech. Jelikož byla poskytnuta zdravotní péče ve vyšším objemu (o 441 047,25 Kč ve srovnání s maximální úhradou) je tabulka doplněna zregulovanými složkami úhrad v jednotlivých segmentech. K regulované výši úhrad ve výši 2 984 427,62 Kč (součet stanovené maximální výše úhrady pro dané LZZ a 50% překročení stanovené maximální výše úhrady) se připočítá úhrada nad rámec (nepodléhá regulaci), takže LZZ přísluší skutečná úhrada za poskytnutou zdravotní péči ve výši 3 017 166,62 Kč.

Tab. 16. Sumarizované údaje o jednotlivých složkách úhrad včetně regulovaných úhrad za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2003 – OZP [26; vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2003	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech	Uplatněn regulační mechanismus		
				Úhrada výkonů	Úhr. ZUM, ZUL	Celk. úhrada
Lůžková péče	1 750 836,70 Kč	482 791,00 Kč	2 233 627,70 Kč	1 630 366,58 Kč	449 571,52 Kč	2 079 938,10 Kč
Ambulantní péče	468 327,20 Kč	39 958,00 Kč	508 285,20 Kč	436 102,93 Kč	37 208,60 Kč	473 311,53 Kč
Zdravotní doprava	99 542,90 Kč	x	99 542,90 Kč	92 693,63 Kč	x	92 693,63 Kč
Jiná péče	300 476,45 Kč	63 019,00 Kč	363 495,45 Kč	279 801,52 Kč	58 682,84 Kč	338 484,36 Kč
Celkem	2 619 183,25 Kč	585 768,00 Kč	3 204 951,25 Kč	2 438 964,66 Kč	545 462,96 Kč	2 984 427,62 Kč

Rekapitulace vyúčtování zdravotní péče v Nemocnici Kyjov, p. o. za 1. pololetí 2003:

- Maximální úhrada pro LZZ (limit) 2 763 904,00 Kč
 - Zdravotní péče poskytnutá LZZ (výkonová úhrada) 3 204 951,25 Kč
 - Úhrada nad rámec paušální sazby 32 739,00 Kč
-
- **Celková úhrada 3 237 690,25 Kč**

- Regulační srážka (50 % překročení) 220 523,63 Kč
- Skutečná úhrada za 1. pololetí 2003 3 017 166,62 Kč**

8.4.2 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004

Jelikož na 1. pololetí 2004 nepodepsalo LZZ dodatek s Oborovou zdravotní pojišťovnou, byla poskytnutá zdravotní péče hrazena na základě podmínek stanovených v dodatku na 1. pololetí 2003, tzn. že byly porovnány vynaložené „náklady“ s maximální výší úhrady pro 1. pololetí 2003. Pro 1. pololetí 2004 byla stanovena pololetní záloha ve výši 2 984 427,62 Kč (tj. skutečná úhrada péče v 1. pololetí 2003, která byla očištěna o úhradu nad rámec).

V tabulce (Tab. 17) je uvedena struktura ošetřených pojištěnců v jednotlivých segmentech včetně vykázaných bodů a vykázané spotřeby zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků.

Tab. 17. Počet unikátně ošetřených pojištěnců a sumarizované údaje o poskytnuté zdravotní péči v 1. pololetí 2004 – OZP [27]

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL
Lůžková péče	135	1 656 524,00 b	240 465,00 Kč
Ambulantní péče	682	566 590,00 b	35 516,00 Kč
Zdravotní doprava	33	65 102,00 b	x
Jiná péče	654	360 570,00 b	61 440,00 Kč
Celkem	1 504	2 648 786,00 b	337 421,00 Kč

Na základě údajů uvedených v předcházející tabulce (Tab. 17) a podmínek úhrady bude vypočítána úhrada, která přísluší LZZ za poskytnutou zdravotní péči.

1. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnuté výkony za všechny segmenty:

$$CU_{V\ 1.\ pol.\ 04} = 2\ 648\ 786,00\ b \times 0,95\ Kč/b = 2\ 516\ 346,70\ Kč$$

2. fáze – výpočet celkové úhrady za spotřebu ZUM, ZUL za všechny segmenty:

$$\begin{aligned} CU_{ZUM,\ ZUL\ 1.\ pol.\ 04} &= 240\ 465,00\ Kč + 35\ 516,00\ Kč + 61\ 440,00\ Kč \\ &= 337\ 421,00\ Kč \end{aligned}$$

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům OZP:

$$CU_{1.\ pol.\ 04} = 2\ 516\ 346,70\ Kč + 337\ 421,00\ Kč = 2\ 853\ 767,70\ Kč$$

Protože úhrada za poskytnutou zdravotní péči byla vyšší ve srovnání se stanovenou maximální úhradou pro 1. pololetí 2003 (limit, nad který pojišťovna péči nehradí), byla realizována regulační srážka ve výši 100 % z překročení stanoveného limitu.

4. fáze – výpočet regulační srážky za péči poskytnutou pojištěncům Oborové zdravotní pojišťovny v 1. pololetí 2004 (od záloh se odečte maximální úhrada):

$$RS_{1. \text{ pol. } 04} = 2\,763\,904,00 \text{ Kč} - 2\,984\,427,62 \text{ Kč} = -220\,523,62 \text{ Kč}$$

Za 1. pololetí 2004 obdrželo LZZ úhradu ve výši 2 763 904,00 Kč, což představuje snížení příjmů od dané pojišťovny ve výši 89 863,70 Kč oproti úhradě, která by náležela zdravotnickému zařízení (fáze č. 3). Ale zároveň se LZZ zvýšily příjmy o 69 063,46 Kč (srovnání výkonové úhrady s hodnotou bodu 0,89 Kč/b a plnou úhradou ZUM, ZUL oproti stanovené maximální úhradě na 1. pololetí 2004).

Následující tabulka (Tab. 18) prezentuje jednotlivé složky výkonové úhrady, které jsou upraveny o výše uvedenou regulaci.

Tab. 18. Sumarizované údaje o jednotlivých složkách úhrad včetně regulovaných úhrad za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2004 – OZP [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech	Uplatněn regulační mechanismus		
				Úhrada výkonů	Úhr. ZUM, ZUL	Celk. úhrada
Lůžková péče	1 573 697,80 Kč	240 465,00 Kč	1 814 162,80 Kč	1 524 142,85 Kč	232 892,88 Kč	1 757 035,73 Kč
Ambulantní péče	538 260,50 Kč	35 516,00 Kč	573 776,50 Kč	521 310,95 Kč	34 397,62 Kč	555 708,57 Kč
Zdravotní doprava	61 846,90 Kč	x	61 846,90 Kč	59 899,37 Kč	x	59 899,37 Kč
Jiná péče	342 541,50 Kč	61 440,00 Kč	403 981,50 Kč	331 755,04 Kč	59 505,29 Kč	391 260,33 Kč
Celkem	2 516 346,70 Kč	337 421,00 Kč	2 853 767,70 Kč	2 437 108,21 Kč	326 795,79 Kč	2 763 904,00 Kč

8.5 Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR

8.5.1 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003

ZP MV ČR hradila LZZ péči poskytnutou jejím pojištěncům pomocí výkonové platby, tj. platba podle seznamu výkonů, která je navýšena o úhradu zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků (úhrada tohoto materiálu není zahrnuta ve výkonové platbě).

V 1. pololetí 2003 byla poskytnuta péče *8 022 unikátně ošetřeným pojištěncům*. Struktura poskytnuté zdravotní péče je prezentována v tabulce (Tab. 19).

Tab. 19. Počet unikátně ošetřených pojištěnců ZP MV ČR a sumarizované údaje o poskytnuté zdravotní péči v 1. pololetí 2003 [28]

Segment 1. pololetí 2003	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL
Lůžková péče	903	11 678 301,00 b	2 274 107,00 Kč
Ambulantní péče	3 506	2 937 616,00 b	299 335,00 Kč
Zdravotní doprava	436	925 493,00 b	x
Jiná péče	3 177	1 764 320,00 b	396 004,00 Kč
Celkem	8 022	17 305 730,00 b	2 969 446,00 Kč

Na základě údajů uvedených v tabulce (Tab. 19) se stanoví celková úhrada v jednotlivých segmentech (součet úhrady za provedené výkony a spotřebovaný ZUM, ZUL v jednotlivých segmentech) i celková úhrada, která přísluší LZZ za 1. pololetí 2003.

1. fáze – výpočet úhrady za poskytnuté výkony v jednotlivých segmentech:

$$\text{a) } U_{\text{VLP}}_{1.\text{pol. } 03} = 11\,678\,301,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} = \mathbf{10\,393\,687,89 \text{ Kč}}$$

$$\text{b) } U_{\text{VAP}}_{1.\text{pol. } 03} = 2\,937\,616,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} = \mathbf{2\,614\,478,24 \text{ Kč}}$$

$$\text{c) } U_{\text{VZD}}_{1.\text{pol. } 03} = 925\,493,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} = \mathbf{823\,688,77 \text{ Kč}}$$

$$\text{d) } U_{\text{VJP}}_{1.\text{pol. } 03} = 1\,764\,320,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} = \mathbf{1\,570\,244,80 \text{ Kč}}$$

2. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči v jednotlivých segmentech (součet úhrady za poskytnuté výkony a úhrady za ZUM, ZUL):

$$\text{a) } C_{\text{ULP}}_{1.\text{pol. } 03} = 10\,393\,687,89 \text{ Kč} + 2\,274\,107,00 \text{ Kč} = \mathbf{12\,667\,794,89 \text{ Kč}}$$

$$\text{b) } C_{\text{UAP}}_{1.\text{pol. } 03} = 2\,614\,478,24 \text{ Kč} + 299\,335,00 \text{ Kč} = \mathbf{2\,913\,813,24 \text{ Kč}}$$

$$\text{c) } C_{\text{UZD}}_{1.\text{pol. } 03} = \mathbf{823\,688,77 \text{ Kč}} \quad (C_{\text{UZD}}_{1.\text{pol. } 03} = U_{\text{VZD}}_{1.\text{pol. } 03})$$

$$\text{d) } C_{\text{UJP}}_{1.\text{pol. } 03} = 1\,570\,244,80 \text{ Kč} + 396\,004,00 \text{ Kč} = \mathbf{1\,966\,248,80 \text{ Kč}}$$

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům:

$$C_{\text{U}}_{1.\text{pol. } 03} = 12\,667\,794,89 \text{ Kč} + 2\,913\,813,24 \text{ Kč} + 823\,688,77 \text{ Kč} + 1\,966\,248,80 \text{ Kč} = \mathbf{18\,371\,545,70 \text{ Kč}}$$

8.5.2 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004

Nemocnice Kyjov, p. o. měla se ZP MV ČR sjednánu na 1. pololetí 2004 paušální úhradu na UOP. Na základě údajů o poskytnuté zdravotní péči pojištěncům ZP MV ČR za 1. pololetí 2003 (

Tab. 20²¹) bude vypočítána individuální hodnota bodu, která bude upravena podle metodické vyhlášky MZd ČR.

Tab. 20. Sumarizované údaje o struktuře poskytnuté zdravotní péče pojištěncům ZP MV ČR a její úhradě za 1. pololetí 2003 [28; vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2003	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
Lůžková péče	903	11 087 107,00 b	2 274 115,00 Kč	9 867 525,23 Kč	2 274 115,00 Kč	12 141 640,23 Kč
Ambulantní péče	3 165	2 458 529,22 b	253 812,00 Kč	2 188 091,01 Kč	253 812,00 Kč	2 441 903,01 Kč
Zdravotní doprava	424	901 084,80 b	x	801 965,47 Kč	x	801 965,47 Kč
Jiná péče	2 937	1 596 217,00 b	297 442,00 Kč	1 420 633,13 Kč	297 442,00 Kč	1 718 075,13 Kč
Celkem	7 429	16 042 938,02 b	2 825 369,00 Kč	14 278 214,84 Kč	2 825 369,00 Kč	17 103 583,84 Kč

1. fáze – výpočet individuální úhrady za 1 bod za 1. pololetí 2003, která slouží jako podklad pro stanovení paušální úhrady za 1 bod na 1. pololetí 2004:

$$IVUB_{1. pol. 03} = \frac{17\,103\,583,84 \text{ Kč} - 2\,825\,369,00 \text{ Kč}}{16\,042\,938,02 \text{ b}}$$

$$IVUB_{1. pol. 03} = \mathbf{0,89 \text{ Kč/b}}$$

2. fáze – výpočet paušální úhrady za 1 bod na 1. pololetí 2004:

Jelikož $IVUB_{1. pol. 03} \in \langle 0,89 \text{ Kč}; 1,00 \text{ Kč} \rangle$, pak $PUB_{1. pol. 04} = \mathbf{0,90 \text{ Kč/b}}$, protože $PUB_{1. pol. 04} = IVUB_{1. pol. 03} + 0,01 \text{ Kč}$.

3. fáze – srovnání počtu UOP (při nárůstu počtu unikátně ošetřených pojištěnců do 2,55 % ve srovnání s 1. pololetím 2003 bude péče hrazena v plné výši, nad stanovený limit počtu UOP není vykázaná péče zdravotní pojišťovnou hrazena):

²¹ údaje v tabulce byly aktualizovány, protože došlo ke zrušení lůžkové části foniatrického a stomatochirurgického oddělení

Tab. 21. Srovnání počtu UOP ZP MV ČR v 1. pololetí 2004 s 1. pololetím 2003 [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP		Index 2004/2003
	1. pol. 2003	1. pol. 2004	
Lůžková péče	903	977	1,0819
Ambulantní péče	3 165	3 056	0,9656
Zdravotní doprava	424	412	0,9717
Jiná péče	2 937	3 033	1,0327
Celkem	7 429	7 478	1,0066

V segmentu lůžková péče a jiná péče došlo k většímu nárůstu počtu UOP, což dokládá výše uvedená tabulka (Tab. 21). Úhrada v těchto segmentech bude hrazena pouze do 102,55 % UOP ve srovnání s 1. pololetím 2003.

Tabulka (Tab. 22) prezentuje jednotlivé složky paušální sazby za výkony a ZUM, ZUL včetně paušální úhrady na UOP v jednotlivých segmentech (údaje pro výpočet jsou čerpány z Tab. 22).

Tab. 22. Průměrný počet bodů, jednotlivé složky paušální sazby a paušální úhrady na UOP v jednotlivých segmentech na 1. pololetí 2004 – ZP MV ČR [29; vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	PB _{UOP} 1. pol. 2003	1. pololetí 2004		
		PS _{V UOP}	PS _{ZUM, ZUL UOP}	PU _{UOP}
Lůžková péče	12 278,08 b	11 050,27 Kč	2 518,40 Kč	13 568,67 Kč
Ambulantní péče	776,79 b	699,11 Kč	80,19 Kč	779,30 b
Zdravotní doprava	2 125,20 b	1 912,68 Kč	x	1 912,68 b
Jiná péče	543,49 b	489,14 Kč	101,27 Kč	590,41 b

4. fáze – výpočet celkové úhrady v jednotlivých segmentech:

- a) $CULP_{1. pol. 04} = 13\,568,67 \text{ Kč/UOP} \times 927 \text{ UOP} = 12\,578\,157,09 \text{ Kč}$
- b) $CUAP_{1. pol. 04} = 779,30 \text{ Kč/UOP} \times 3\,056 \text{ UOP} = 2\,381\,540,80 \text{ Kč}$
- c) $CUZD_{1. pol. 04} = 1\,912,68 \text{ Kč/UOP} \times 412 \text{ UOP} = 788\,024,16 \text{ Kč}$
- d) $CUJP_{1. pol. 04} = 590,41 \text{ Kč/UOP} \times 3\,012 \text{ UOP} = 1\,778\,314,92 \text{ Kč}$

5. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům ZP MV ČR v 1. pololetí 2004 (součet celkových úhrad v jednotlivých segmentech):

$$CU_{1. \text{ pol. } 04} = 12\,578\,157,09 \text{ Kč} + 2\,381\,540,80 \text{ Kč} + 788\,024,16 \text{ Kč} + 1\,778\,314,92 \text{ Kč} = 17\,526\,036,97 \text{ Kč}$$

Následující tabulka (Tab. 23) prezentuje jednotlivé složky paušální úhrady.

Tab. 23. Sumarizované údaje o jednotlivých složkách úhrad za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2004 – ZP MV ČR [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
Lůžková péče	927	10 243 600,29 Kč	2 334 556,80 Kč	12 578 157,09 Kč
Ambulantní péče	3 056	2 136 480,16 Kč	245 060,64 Kč	2 381 540,80 Kč
Zdravotní doprava	412	788 024,16 Kč	x	788 024,16 Kč
Jiná péče	3 012	1 473 289,68 Kč	305 025,24 Kč	1 778 314,92 Kč
Celkem	7 407	14 641 394,29 Kč	2 884 642,68 Kč	17 526 036,97 Kč

8.6 Revírní bratrská pokladna

8.6.1 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003

LZZ mělo s RBP sjednání na 1. pololetí 2003 paušální úhradu na UOP. Z údajů o poskytnuté zdravotní péči v 1. pololetí 2002, byla vypočítána individuální hodnota bodu ve výši 0,91 Kč, která byla upravena podle vyhlášky č. 532/2002 Sb., takže paušální úhrada činila 0,92 Kč/b. V tabulce (Tab. 24) jsou uvedeny již vypočtené hodnoty paušální úhrady na UOP (včetně jednotlivých paušálních sazeb za výkony a ZUM, ZUL), na jejichž základě bude vypočítána celková úhrada péče za 1. pololetí 2003.

Tab. 24. Průměrný počet bodů, jednotlivé složky paušální sazby a paušální úhrada na UOP v jednotlivých segmentech na 1. pololetí 2003 – RBP [30; vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2003	PB _{UOP} 1. pol. 2002	1. pololetí 2003		
		PS _{V UOP}	PS _{ZUM, ZUL UOP}	PU _{UOP}
Lůžková péče	10 463,84 b	9 626,73 Kč	1 721,62 Kč	11 348,35 Kč
Ambulantní péče	595,82 b	548,15 Kč	72,17 Kč	620,32 b
Zdravotní doprava	1 402,47 b	1 290,27 Kč	x	1 290,27 b
Jiná péče	447,37 b	411,58 Kč	89,63 Kč	501,21 b

V tabulce (Tab. 25) je uvedena struktura ošetřených pojištěnců v jednotlivých segmentech včetně vykázaných bodů a vykázané spotřeby zvláště účtovaného materiálu a léčivých přípravků.

Tab. 25. Počet unikátně ošetřených pojištěnců RBP a sumarizované údaje o poskytnuté zdravotní péči v 1. pololetí 2003 [30]

Segment 1. pololetí 2003	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL
Lůžková péče	424	4 683 448,00 b	770 568,00 Kč
Ambulantní péče	2 079	1 321 571,00 b	162 915,00 Kč
Zdravotní doprava	107	151 461,00 b	x
Jiná péče	1 318	629 899,00 b	124 709,00 Kč
Celkem	3 928	6 786 379,00 b	1 058 192,00 Kč

1. fáze – výpočet celkové úhrady v jednotlivých segmentech:

$$\text{a) } \text{CULP}_{1.\text{pol. } 03} = 11\,348,35 \text{ Kč/UOP} \times 424 \text{ UOP} = \mathbf{4\,811\,700,40 \text{ Kč}}$$

$$\text{b) } \text{CUAP}_{1.\text{pol. } 03} = 620,32 \text{ Kč/UOP} \times 2\,079 \text{ UOP} = \mathbf{1\,289\,645,28 \text{ Kč}}$$

$$\text{c) } \text{CUZD}_{1.\text{pol. } 03} = 1\,290,27 \text{ Kč/UOP} \times 107 \text{ UOP} = \mathbf{138\,058,89 \text{ Kč}}$$

$$\text{d) } \text{CUJP}_{1.\text{pol. } 03} = 501,21 \text{ Kč/UOP} \times 1\,318 \text{ UOP} = \mathbf{660\,594,78 \text{ Kč}}$$

2. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům RBP v 1. pololetí 2003 (součet celkových úhrad v jednotlivých segmentech):

$$\begin{aligned} \text{CU}_{1.\text{pol. } 03} &= 4\,811\,700,40 \text{ Kč} + 1\,289\,645,28 \text{ Kč} + 138\,058,89 \text{ Kč} \\ &+ 660\,594,78 \text{ Kč} = \mathbf{6\,899\,999,35 \text{ Kč}} \end{aligned}$$

Podrobnější informace o jednotlivých složkách úhrad v příslušných segmentech prezentuje níže uvedená tabulka (Tab. 26).

Tab. 26. Sumarizované údaje o jednotlivých složkách úhrad včetně celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2003 – RBP [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2003	Počet UOP	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
Lůžková péče	424	4 081 733,52 Kč	729 966,88 Kč	4 811 700,40 Kč
Ambulantní péče	2 079	1 139 603,85 Kč	150 041,43 Kč	1 289 645,28 Kč
Zdravotní doprava	107	138 058,89 Kč	x	138 058,89 Kč
Jiná péče	1 318	542 462,44 Kč	118 132,34 Kč	660 594,78 Kč
Celkem	3 928	5 901 858,70 Kč	998 140,65 Kč	6 899 999,35 Kč

8.6.2 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004

Zdravotní péče poskytnutá v 1. pololetí 2004 byla hrazena kombinovanou úhradou s platbou za diagnózu.

1. fáze – výpočet paušální složky úhrady v jednotlivých segmentech:

$$\text{a) } U_{\text{PsLP}}_{1.\text{pol. } 04} = 0,95 \times 4\,811\,700,40 \text{ Kč} = \mathbf{4\,571\,115,38 \text{ Kč}}$$

$$\text{b) } U_{\text{PsAP}}_{1.\text{pol. } 04} = 0,95 \times 1\,289\,645,28 \text{ Kč} = \mathbf{1\,225\,163,02 \text{ Kč}}$$

$$\text{c) } U_{\text{PsZD}}_{1.\text{pol. } 04} = 0,95 \times 138\,058,89 \text{ Kč} = \mathbf{131\,155,95 \text{ Kč}}$$

$$\text{d) } U_{\text{PsJP}}_{1.\text{pol. } 04} = 0,95 \times 660\,594,78 \text{ Kč} = \mathbf{627\,565,04 \text{ Kč}}$$

Základní paušální složka úhrady za všechny segmenty činila 6 554 999,39 Kč. Jelikož LZZ poskytlo své služby 4 061 UOP (tj. 103,39 % UOP ve srovnání s 1. pololetím 2003), byla splněna podmínka pro 2% navýšení paušální složky úhrady. Konečná výše paušální složky tedy činila 6 686 099,38 Kč (tj. 96,90 % celkové úhrady za 1. pololetí 2003).

2. fáze – výpočet výkonové složky úhrady v jednotlivých segmentech:

a) výpočet úhrady za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče

- výpočet IR DRG úhrady hospitalizací, u kterých jsou stanoveny relativní váhy případu

$$CUH_{\text{DRG } 1.\text{pol. } 04} = 419,86 \times 16\,500,00 \text{ Kč} = \mathbf{6\,927\,690,00 \text{ Kč}}$$

- výpočet úhrady za případy, které jsou označeny jako extramurální péče (vyžádaná)

$$U_{\text{ELP}}_{1.\text{pol. } 04} = 218\,200,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} + 205\,291,00 \text{ Kč} = \mathbf{399\,489,00 \text{ Kč}}$$

- výpočet výkonové složky úhrady v segmentu lůžková péče:

$$U_{\text{VSLP}}_{1.\text{pol. } 04} = 0,05 \times (6\,927\,690,00 \text{ Kč} - 399\,489,00 \text{ Kč}) = \mathbf{326\,410,05 \text{ Kč}}$$

b) výpočet úhrady za poskytnutou zdravotní péči v ostatních segmentech

- $U_{\text{V SAP}}_{1.\text{pol. } 04} = 0,05 \times (2\,082\,280,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 217\,347,00 \text{ Kč})$

$$U_{\text{V SAP}}_{1.\text{pol. } 04} = \mathbf{105\,611,09 \text{ Kč}}$$

- $U_{\text{V SZD}}_{1.\text{pol. } 04} = 0,05 \times 367\,484,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} = \mathbf{16\,720,52 \text{ Kč}}$

- $U_{\text{V SJP}}_{1.\text{pol. } 04} = 0,05 \times (947\,277,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 258\,099,00 \text{ Kč}) = \mathbf{56\,006,05 \text{ Kč}}$

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči v jednotlivých segmentech:

$$\text{a) } \text{CULP}_{1. \text{ pol. } 04} = 4\,662\,537,69 \text{ Kč} + 326\,410,05 \text{ Kč} = \mathbf{4\,988\,947,74 \text{ Kč}}$$

$$\text{b) } \text{CUAP}_{1. \text{ pol. } 04} = 1\,249\,666,28 \text{ Kč} + 105\,611,09 \text{ Kč} = \mathbf{1\,355\,277,37 \text{ Kč}}$$

$$\text{c) } \text{CUZD}_{1. \text{ pol. } 04} = 133\,779,07 \text{ Kč} + 16\,720,52 \text{ Kč} = \mathbf{150\,499,59 \text{ Kč}}$$

$$\text{d) } \text{CUJP}_{1. \text{ pol. } 04} = 640\,116,34 \text{ Kč} + 56\,006,05 \text{ Kč} = \mathbf{696\,122,39 \text{ Kč}}$$

4. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům:

$$\begin{aligned} \text{CU}_{1. \text{ pol. } 04} &= 4\,988\,947,74 \text{ Kč} + 1\,355\,277,37 \text{ Kč} + 150\,499,59 \text{ Kč} \\ &+ 696\,122,39 \text{ Kč} = \mathbf{7\,190\,847,09 \text{ Kč}} \end{aligned}$$

Rekapitulace vyúčtování zdravotní péče v Nemocnici Kyjov, p. o. za 1. pololetí 2004:

- Paušální složka úhrady 6 686 099,38 Kč
 - Výkonová složka úhrady 504 747,71 Kč
-
- **Celková úhrada (kombinovaná úhrada) 7 190 847,09 Kč**
 - Pololetní zálohy (tj. součet šesti měsíčních záloh) 6 900 000,00 Kč
-
- **Finanční vypořádání – doplatek 290 847,09 Kč**

8.7 Zdravotní pojišťovna Metal – Aliance

8.7.1 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003

Zdravotní pojišťovna Metal – Aliance hradila LZZ péči poskytnutou jejím pojištěncům pomocí výkonové platby, tj. platba podle seznamu výkonů, která je navýšena o úhradu zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků (úhrada tohoto materiálu není zahrnuta ve výkonové platbě).

Tabulka (Tab. 27) znázorňuje strukturu provedených výkonů, která je doplněna úhradou výkonů, úhradou ZUM, ZUL a celkovou úhradou po jednotlivých segmentech.

Tab. 27. Sumarizované údaje o struktuře poskytnuté zdravotní péče pojištěncům ZP Metal – Aliance a její úhradě za 1. pololetí 2003 [32; vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2003	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
Lůžková péče	1 082	12 744 144,00 b	2 263 405,00 Kč	11 342 288,16 Kč	2 263 405,00 Kč	13 605 693,16 Kč
Ambulantní péče	5 876	5 353 972,00 b	388 951,00 Kč	4 765 035,08 Kč	388 951,00 Kč	5 153 986,08 Kč
Zdravotní doprava	304	605 952,00 b	x	539 297,28 Kč	x	539 297,28 Kč
Jiná péče	5 260	2 850 020,00 b	157 710,00 Kč	2 536 517,80 Kč	157 710,00 Kč	2 694 227,80 Kč
Celkem	12 522	21 554 088,00 b	2 810 066,00 Kč	19 183 138,32 Kč	2 810 066,00 Kč	21 993 204,32 Kč

1. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnuté výkony ve všech segmentech:

$$CU_{V\ 1.\ pol.\ 03} = 21\ 554\ 088,00\ b \times 0,89\ Kč/b = \mathbf{19\ 183\ 138,32\ Kč}$$

2. fáze – výpočet celkové úhrady za spotřebovaný ZUM, ZUL ve všech segmentech:

$$\begin{aligned} CU_{ZUM,\ ZUL\ 1.\ pol.\ 03} &= 2\ 263\ 405,00\ Kč + 388\ 951,00\ Kč + 157\ 710,00\ Kč \\ &= \mathbf{2\ 810\ 066,00\ Kč} \end{aligned}$$

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům:

$$CU_{1.\ pol.\ 03} = 19\ 183\ 138,32\ Kč + 2\ 810\ 066,00\ Kč = \mathbf{21\ 993\ 204,32\ Kč}$$

8.7.2 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004

Péče poskytnutá v 1. pololetí 2004 byla hrazena na základě sjednaného dodatku mezi LZZ a RBP ZP, tzn. kombinovanou úhradou s platbou za diagnózu.

1. fáze – výpočet paušální složky úhrady za všechny segmenty:

$$CU_{PS}P_{1.\ pol.\ 04} = 0,95 \times 21\ 993\ 204,32\ Kč = \mathbf{20\ 893\ 544,10\ Kč}$$

Základní paušální složka úhrady za všechny segmenty činila 20 893 544,10 Kč a jelikož LZZ poskytlo své služby 13 083 UOP (tj. 104,48 % UOP ve srovnání s 1. pololetím 2003), byla paušální složka úhrady navýšena o 3 %. Konečná výše paušální složky tedy činila 21 520 350,42 Kč (tj. 97,85 % celkové úhrady za 1. pololetí 2003).

2. fáze – výpočet výkonové složky úhrady v jednotlivých segmentech:

a) výpočet úhrady za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče

- výpočet IR DRG úhrady hospitalizací, u kterých jsou stanoveny relativní váhy případu

$$CU_{H\ DRG\ 1.\ pol.\ 04} = 979,56 \times 16\ 500,00\ Kč = \mathbf{16\ 162\ 740,00\ Kč}$$

- výpočet úhrady za případy, které je možno klasifikovat pomocí IR DRG, ale zatím nejsou stanoveny relativní váhy (tj. náročnost na finanční zdroje):

$$U_{VLP_{1.pol.04}} = 2\,488\,953,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 652\,070,00 \text{ Kč} = \mathbf{2\,917\,017,23 \text{ Kč}}$$

- výpočet výkonové složky úhrady v segmentu lůžková péče

$$U_{VSLP_{1.pol.04}} = 0,05 \times (16\,162\,740,00 \text{ Kč} + 2\,917\,017,23 \text{ Kč}) = \mathbf{953\,987,86 \text{ Kč}}$$

b) výpočet úhrady za poskytnutou zdravotní péči v ostatních segmentech

- $U_{VSLP_{1.pol.04}} = 0,05 \times (5\,822\,503,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 541\,000,00 \text{ Kč})$

$$U_{VSLP_{1.pol.04}} = \mathbf{291\,973,89 \text{ Kč}}$$

- $U_{VSLP_{1.pol.04}} = 0,05 \times 487\,497,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} = \mathbf{22\,181,11 \text{ Kč}}$

- $U_{VSLP_{1.pol.04}} = 0,05 \times (3\,278\,458,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 202\,266,00 \text{ Kč}) = \mathbf{159\,283,14 \text{ Kč}}$

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči v jednotlivých segmentech:

$$\mathbf{a) \quad CULP_{1.pol.04} = 13\,313\,170,76 \text{ Kč} + 953\,987,86 \text{ Kč} = 14\,267\,158,62 \text{ Kč}}$$

$$\mathbf{b) \quad CUAP_{1.pol.04} = 5\,043\,175,38 \text{ Kč} + 291\,973,89 \text{ Kč} = 5\,335\,149,27 \text{ Kč}}$$

$$\mathbf{c) \quad CUZD_{1.pol.04} = 527\,702,39 \text{ Kč} + 22\,181,11 \text{ Kč} = 549\,883,50 \text{ Kč}}$$

$$\mathbf{d) \quad CUJP_{1.pol.04} = 2\,636\,301,90 \text{ Kč} + 159\,283,14 \text{ Kč} = 2\,795\,585,04 \text{ Kč}}$$

4. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům:

$$\begin{aligned} CU_{1.pol.04} &= 14\,267\,158,62 \text{ Kč} + 5\,335\,149,27 \text{ Kč} + 549\,883,50 \text{ Kč} \\ &+ 2\,795\,585,04 \text{ Kč} = \mathbf{22\,947\,776,43 \text{ Kč}} \end{aligned}$$

Rekapitulace vyúčtování zdravotní péče v Nemocnici Kyjov, p. o. za 1. pololetí 2004:

- Paušální složka úhrady 21 520 350,42 Kč
- Výkonová složka úhrady 1 427 426,00 Kč

- **Celková úhrada (kombinovaná úhrada) 22 947 776,42 Kč**
- Pololetní zálohy (tj. součet šesti měsíčních záloh) 22 020 000,00 Kč
- Maximální úhrada pro 1. pololetí 2004 (limit) 22 653 000,00 Kč

- **Finanční vypořádání – doplatek 633 000,00 Kč**

8.8 Česká národní zdravotní pojišťovna

8.8.1 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003

LZZ mělo s ČNZP sjednanu paušální úhradu péče na 1. pololetí 2003. V 1. pololetí 2003 bylo celkem ošetřeno 2 170 UOP, kterým byly poskytnuty výkony za 5 533 603,00 bodů a při těchto výkonech byl spotřebován ZUM, ZUL za 1 431 986,00 Kč. Tabulka (Tab. 28) znázorňuje strukturu ošetřených pojištěnců včetně údajů o poskytnuté zdravotní péči, která je doplněna výší paušální úhrady na UOP v jednotlivých segmentech (vypočítána na základě údajů o poskytnuté zdravotní péči v 1. pololetí 2002).

Tab. 28. Průměrný počet bodů, jednotlivé složky paušální sazby a paušální úhrada na UOP v jednotlivých segmentech na 1. pololetí 2003 – ČNZP [34; vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2003	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL	PU _{UOP} P
Lůžková péče	239	3 769 777,00 b	1 185 520,00 Kč	12 959,34 Kč
Ambulantní péče	949	781 981,00 b	102 144,00 Kč	708,97 Kč
Zdravotní doprava	137	511 397,00 b	x	3 072,00 Kč
Jiná péče	898	515 768,00 b	150 242,00 Kč	618,91 Kč
Celkem	2 170	5 533 603,00 b	1 431 986,00 Kč	x

1. fáze – výpočet celkové úhrady v jednotlivých segmentech:

$$\text{a) } \text{CULP}_{1.\text{pol. } 03} = 12\,959,34 \text{ Kč/UOP} \times 239 \text{ UOP} = 3\,097\,282,26 \text{ Kč}$$

$$\text{b) } \text{CUAP}_{1.\text{pol. } 03} = 708,97 \text{ Kč/UOP} \times 949 \text{ UOP} = 672\,812,53 \text{ Kč}$$

$$\text{c) } \text{CUZD}_{1.\text{pol. } 03} = 3\,072,00 \text{ Kč/UOP} \times 137 \text{ UOP} = 420\,864,00 \text{ Kč}$$

$$\text{d) } \text{CUJP}_{1.\text{pol. } 03} = 618,91 \text{ Kč/UOP} \times 898 \text{ UOP} = 555\,781,18 \text{ Kč}$$

2. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům:

$$\begin{aligned} \text{CU}_{1.\text{pol. } 03} &= 3\,097\,282,26 \text{ Kč} + 672\,812,53 \text{ Kč} + 420\,864,00 \text{ Kč} \\ &+ 555\,781,18 \text{ Kč} = 4\,746\,739,97 \text{ Kč} \end{aligned}$$

Rekapitulace vyúčtování zdravotní péče v Nemocnici Kyjov, p. o. za 1. pololetí 2003:

- Zdravotní péče poskytnutá LZZ (paušální úhrada) 4 746 739,97 Kč
 - Úhrada nad rámec paušální úhrady 55 113,42 Kč
-
- **Celková úhrada (kombinovaná úhrada) 4 801 853,39 Kč**

8.8.2 Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004

Za 1. pololetí 2004 byla poskytnutá zdravotní péče hrazena na základě dodatku, který vychází z dohody mezi AČMN a VZP ČR, tzn. kombinovaný způsob úhrady s platbou za diagnózu.

1. fáze – výpočet paušální složky úhrady za všechny segmenty:

$$CU_{PS}P_{1. pol. 04} = 0,95 \times 4\,801\,853,39 \text{ Kč} = \mathbf{4\,561\,760,72 \text{ Kč}}$$

Základní paušální složka úhrady za všechny segmenty činila 4 561 760,72 Kč. Jelikož LZZ poskytlo své služby 2 160 UOP (tj. 99,54 % UOP ve srovnání s 1. pololetím 2003), byla splněna podmínka 2% navýšení základní paušální složky úhrady. Konečná výše paušální složky tedy činila 4 652 995,93 Kč (tj. 96,90 % celkové úhrady za 1. pololetí 2003).

2. fáze – výpočet výkonové složky úhrady v jednotlivých segmentech:

a) výpočet úhrady za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče

- výpočet IR DRG úhrady hospitalizací, u kterých jsou stanoveny relativní váhy případu

$$CU_{H_{DRG} 1. pol. 04} = 206,79 \times 16\,500,00 \text{ Kč} = \mathbf{3\,412\,035,00 \text{ Kč}}$$

- výpočet úhrady za případy, které je možno klasifikovat pomocí IR DRG, ale zatím nejsou stanoveny relativní váhy (tj. náročnost na finanční zdroje)

$$U_{VLP} 1. pol. 04 = 949\,598,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 66\,292,00 \text{ Kč} = \mathbf{930\,426,18 \text{ Kč}}$$

- výpočet úhrady za případy, které jsou označeny jako etramurální péče (vyžádaná)

$$U_{ELP} 1. pol. 04 = 234\,510,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} + 49\,532,00 \text{ Kč} = \mathbf{258\,245,90 \text{ Kč}}$$

- výpočet výkonové složky úhrady v segmentu lůžková péče

$$U_{VSLP} 1. pol. 04 = 0,05 \times (3\,412\,035,00 \text{ Kč} + 930\,426,18 \text{ Kč} - 258\,245,90 \text{ Kč})$$

$$U_{VSLP} 1. pol. 04 = \mathbf{204\,210,76 \text{ Kč}}$$

b) výpočet úhrady za poskytnutou zdravotní péči v ostatních segmentech

- $U_{vsOP_{1.pol.04}} = 0,05 \times (1\,734\,976,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 248\,224,00 \text{ Kč}) = 91\,352,61 \text{ Kč}$

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům:

$$CU_{1.pol.04} = 4\,652\,995,93 \text{ Kč} + 204\,210,76 \text{ Kč} + 91\,352,61 \text{ Kč}$$

$$CU_{1.pol.04} = 4\,948\,559,30 \text{ Kč}$$

4. fáze – úhrada za nákladnou péči (péče dražší jak 300 000 Kč na pacienta)

- v 1. pololetí 2004 byl léčen jeden nákladný pacient, jehož celková hospitalizace stála 761 341,30 Kč (v celkové úhradě je zahrnuta částečná úhrada ve výši 44 859,72 Kč, takže zdravotní pojišťovna doplatila částku 716 481,58 Kč

Rekapitulace vyúčtování zdravotní péče v Nemocnici Kyjov, p. o. za 1. pololetí 2004:

- | | |
|---|-----------------|
| • Paušální složka úhrady | 4 652 995,93 Kč |
| • Výkonová složka úhrady | 295 563,37 Kč |
| • Úhrada nákladného pacienta | 716 481,58 Kč |
| • Úhrada nad rámec | 18 109,88 Kč |
| <hr/> | |
| • Celková úhrada (kombinovaná úhrada) | 5 683 150,76 Kč |
| • Pololetní zálohy (tj. součet šesti měsíčních záloh) | 6 515 042,88 Kč |
| <hr/> | |
| • Finanční vypořádání – přeplatek | 831 892,12 Kč |

8.9 Nedostatky současných systémů úhrad za poskytnutou zdravotní péči

8.9.1 Systém paušálních úhrad

- nemocnice, které snižují náklad na unicitní rodné číslo (i na úkor kvality poskytované zdravotní péče) profitují
- nemocnice, které opakovaně léčí těžké pacienty, prodělávají
 ⇒ rehospitalizace jsou zadarmo (LZZ za ně žádné paušální úhrady nedostane, ale náklady na léčbu opakovaně hospitalizovaných pacientů stoupají)

- zaměstnanecké pojišťovny mají stanoveny maximální úhrady „stropy“ (nad tyto stropy není poskytnutá zdravotní péče hrazena vůbec nebo pouze částečně)
- dochází k poklesu pojištěnců VZP ČR a LZZ klesá objem výkonů u tohoto největšího plátce zdravotní péče, takže zdravotnické zařízení nedosáhne ani na zálohu a musí vracet finanční prostředky
 - ⇒ pojištěnci sice přejdou k jiným pojišťovnám, ale ty mají striktně zaregulovány svoje výdajové možnosti zdravotně pojistnými plány a vyšší výkony nemocnici nezaplatí, přestože je odpracovala (počet výkonů stoupá, ale klesá jejich úhrada)
 - když přejde pojištěnec k jiné zdravotní pojišťovně, může LZZ na tomto pacientovi „prodělat“ pět až šest tisíc
- každá zdravotní pojišťovna má stanovenou jinou výši paušální úhrady bodu (tedy i jinou výši paušální sazby za výkony a paušální sazby za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky v jednotlivých segmentech)
- při paušální úhradě ZP do paušální úhrady nezapočítávají paušální sazbu za lékový paušál
 - ⇒ např. VZP ČR při výpočtu celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2002 paušální sazbu za lékový paušál nepočítala, ale při výpočtu celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2003 již paušální sazbu lékového paušálu na UOP v segmentu lůžková péče počítala (vycházela z celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2002, kterou očistila o vykázaný lékový paušál, který nezaplatila a tím LZZ stanovila nižší individuální hodnotu bodu a tedy i paušální úhradu bodu na 1. pololetí 2003)
- každá zdravotní pojišťovna uplatňuje jiné regulační mechanismy (např. plnou úhradu do určitého objemu UOP ve srovnání s počtem UOP v referenčním období)
- LZZ mohou poskytovat zbytné krátkodobé hospitalizace, za které obdrží stejné finanční prostředky jako za běžné či dlouhodobé hospitalizace (pokud nemá ZP kvalitní revizní činnost)
- LZZ mohou provádět finančně nenáročné diagnostické a léčebné výkony

- ⇒ aby LZZ nezneužívala slabých stránek daného úhradového systému, byly zavedeny regulační mechanismy²²
- *do 110 % unikátně ošetřených pojištěnců* je LZZ proplacena stanovená paušální úhrada na 1 UOP pro daný segment péče v *plné* výši
 - *od 110 % do 115 % unikátně ošetřených pojištěnců* je LZZ proplacena stanovená paušální úhrada na 1 UOP pro daný segment péče v *plné* výši *do 110 % UOP* a v intervalu *nad 110 % do 115 % UOP* ve výši 75 % paušální úhrady na 1 UOP pro daný segment péče
 - *nad 115 % unikátně ošetřených pojištěnců* je LZZ proplacena stanovená paušální úhrada na 1 UOP pro daný segment péče v *plné* výši *do 110 % UOP*, v intervalu *nad 110 % do 115 % UOP* ve výši 75 % paušální úhrady na 1 UOP pro daný segment péče a v intervalu *nad 115 % UOP* ve výši 40 % paušální úhrady na 1 UOP pro daný segment péče

8.9.2 Systém výkonových úhrad

- péče je hrazena podle objemu vykázaných bodů, proto je cílem LZZ vykázat delší pobyt na lůžku²³, který je doplněn řadou dalších vyšetření (vyšší počet bodů je ovlivněn bodovým ohodnocením ošetřovacího dne, kategorií pacienta a prováděnými výkony)
- při úhradě dochází k růstu vykázaných bodů a spotřeby zvláště účtovaného materiálu, proto byly zavedeny regulační mechanismy (např. stanovení limitu celkové úhrady, částečná platba při překročení sjednaného limitu)

Všechny úhradové mechanismy neberou v úvahu přechod mezi zdravotními pojišťovnami (zdravotní pojišťovna nemusí uplatnit regulační mechanismus při přechodu pojištěnců mezi jednotlivými ZP jako jeden z objektivních důvodů)

²² regulační mechanismus není uplatňován při objektivních důvodech (např. živelná pohroma, epidemie, zástup za jiné LZZ ...)

²³ než obvyklý standard

- Přechod pacientů k jiné zdravotní pojišťovně může významně ovlivnit objem vykázané zdravotní péče, která nebude placena (stanoven limit maximální úhrady, který nebere v úvahu přechody mezi jednotlivými ZP). Tuto skutečnost zohledňovala pouze Oborová zdravotní pojišťovna (kap. 8.4.1).

III. PROJEKTOVÁ ČÁST

9 DŮVODY PROJEKTU

- V 1. polovině 90. let minulého století byla poskytnutá zdravotní péče hrazena výkonovým způsobem, tj. podle seznamu výkonů (u každého výkonu uveden objem bodů za daný výkon a zda se vykazuje zvlášť účtovaný materiál nebo léčivý přípravek).
 - ⇒ každé LZZ začalo provádět větší objem výkonů, což vedlo k růstu úhrad z omezených zdrojů
- Od r. 1997 se poskytnutá zdravotní péče začala hradit pomocí paušální úhrady, tzn. že LZZ mělo stanovenou určitou výši úhrady, která vycházela ze srovnatelného období minulého roku (např. jestliže LZZ ošetří 90 % UOP ve srovnání s minulým obdobím, obdrží stejnou výši úhrady jako v minulém období, která bude maximálně zvýšena o inflaci)
 - ⇒ tento úhradový mechanismus by byl akceptovatelný, kdyby došlo k posouzení nákladů jednotlivých nemocnic (existují rozdíly v nákladech na stravu, úklid ...)
 - úhradový mechanismus nemohl zajistit (v důsledku absence nákladové analýzy), aby každé LZZ dostalo na pacienta přibližně stejnou částku
 - LZZ, která hospodařila s malým rozpočtem (žádné leasingy, žádné úvěry, žádné opravy) byla přechodem na paušální úhradu znevýhodněna, protože obdržela přibližně stejné úhrady. Po zavedení „rozpočtového hospodaření“ nemohla LZZ zvýšenými výkony zlepšit výši úhrady a dostávala se do slepé uličky.
 - LZZ, která se zadlužovala (úvěry, leasingy, opravy) byla přechodem na paušální úhradu zvýhodněna, protože obdržela přibližně stejnou výši úhrady a mohla si vytvářet „finanční polštář“ pro budoucnost
- Od r. 2001 je poskytnutá zdravotní péče hrazena pomocí paušální úhrady na unikátně ošetřeného pacienta v jednotlivých segmentech, která vychází z objemu celkové úhrady a struktury poskytnuté zdravotní péče za minulé referenční období

10 FINANCOVÁNÍ LŮŽKOVÉ PÉČE

Jelikož dochází k neustálému růstu nákladů na lůžkovou péči, je nutné nastavit úhradové mechanismy tak, aby stimulovaly lůžková zdravotnická zařízení ke zvýšení efektivity při čerpání zdrojů. Takové úhradové mechanismy neplatí LZZ za provedené výkony, ale za odléčené pacienty (tj. za produkci daného zdravotnického zařízení). Jelikož je cena za vyléčení pacienta stanovena předem (stanovena základní sazba, relativní váha případu, průměrná délka hospitalizace případu ...), dochází ke sdílení finančního rizika mezi plátcem a poskytovatelem zdravotní péče (jsou-li náklady na vyléčení konkrétního pacienta vyšší / nižší než stanovená úhrada, realizuje LZZ ztrátu / zisk).

Celosvětovým trendem je hradit akutní lůžkovou péči na základě *nákladové klasifikace onemocnění*, tzn. *DRG*, která seskupuje nákladově a klinicky blízká onemocnění do skupin. Systém umožňuje zjistit jaké pacienty, s jakou mírou složitosti a komplikací, jak dlouho a s jakým výsledkem (zisk / ztráta) nemocnice léčí. DRG je nástroj pro zvýšení ekonomické efektivity zdravotnictví, protože umožňuje měřit výkony nemocnic a jejich srovnání mezi sebou.

DRG lze použít při úhradě akutní lůžkové péče několika způsoby:

- přímý úhradový mechanismus
- zdroj informací pro korekci výše paušálu
- základ kontraktu na objem, strukturu a cenu poskytované péče

10.1 Koncepce financování akutní lůžkové péče v ČR

V r. 2002 vybralo Ministerstvo zdravotnictví pro úhradu akutní lůžkové péče v ČR systém „*IR DRG*“. Mezi jeho výhody patří:

- vylepšení diagnostických skupin (odstupňování závažnosti jednotlivých hospitalizací)
- analyzovat zařazení případů hospitalizovaných pacientů z různých evropských zemí (každá země používá jiné kódovací systémy diagnóz a výkonů)

Jelikož téměř polovina nákladů na zdravotní péči připadá na segment ústavní péče, je nutné zpracovat nákladovou analýzu, jejímž cílem je zjistit, zda jsou prostředky vynakládány účelně. Proto byl na dohodovacím řízení o způsobu a výši úhrad za poskytnutou zdravotní péči lůžkovými zdravotnickými zařízeními na 1. pololetí 2004

předložen návrh, jehož cílem bylo zavést do úhrad za akutní lůžkovou péči platbu za diagnózu, která by neznamenal finanční ohrožení ani pro poskytovatele zdravotní péče, ani pro zdravotní pojišťovny. Systém kombinované úhrady s platbou za diagnózu byl vysvětlen v teoretické části.

Zástupci zdravotnických zařízení zmařili úsilí o zavedení systému úhrad IR DRG již od 1. pololetí 2004, který má postupně zajistit vyrovnání cen za srovnatelnou zdravotní péči a objektivní sledování její kvality. Proto bylo vedeno jednání s AČMN, které vyústilo v podpis dohody o úhradě poskytnuté zdravotní péče kombinovaným způsobem s platbou za diagnózu (tj. postupné zavádění úhrady pomocí IR DRG).

Uvedený systém úhrad motivuje LZZ k zpřesnění kódování a ke snižování nákladů na hospitalizovaného pacienta, tzn. že náklady na jednotlivé IR DRG skupiny se postupně budou přibližovat nákladům skutečně potřebným. Teprve v tomto okamžiku je možné stanovit základní sazbu a začít hradit akutní lůžkovou péči přímo pomocí IR DRG (plné využití systému IR DRG). Tlak klasifikačního mechanismu povede ke změnám ve vnitřním řízení LZZ (snižování ošetrovací doby u jednotlivých diagnóz se zachováním standardu kvality poskytované zdravotní péče) a výsledkem bude přizpůsobení kapacity a struktury nemocniční sítě (snižování potřeby akutních lůžek a zvýšená potřeba rehabilitačních a ošetrovatelských lůžek) potřebám a možnostem našeho zdravotnictví. [13]

V příloze č. P II je uvedena úhrada na IR DRG 06051 včetně předpokladů a výhod systému IR DRG.

10.2 Koncepce controllingu

Controlling zahrnuje činnosti spojené s plánováním, prognózováním, porovnáváním, analyzováním a poskytováním jasných a srozumitelných informací, které jsou využívány k řízení organizace.

Pracovník útvaru controllingu je metodickou osobou, která koordinuje činnost všech zúčastněných útvarů, se kterými spolupracuje (získávání podkladů pro rozборы, analýzy).

Útvar controllingu se zabývá následujícími činnostmi:

- *Plánování*

⇒ sestavení ročního plánu očekávaných příjmů (nelze přesně stanovit)

- každé pololetí existuje nová vyhláška, podle které se provádí úhrada zdravotní péče
- každá zdravotní pojišťovna si stanovuje regulační mechanismy, které jsou nad rámec vyhlášky MZd ČR (např. stanoven limit celkové úhrady pevnou částkou, která nerespektuje strukturu a objem provedených výkonů)
- ⇒ tvorba limitů na léčivé přípravky, zdravotnický materiál a krev v členění na jednotlivá oddělení
- ⇒ oddělení controllingu provádí měsíční analýzu provedených výkonů v segmentu lůžková péče, která ovlivňuje strukturu hospitalizovaných pacientů (ovlivňovat lze pouze plánované výkony, akutní výkony plánovat nelze)
- *Výkaznictví a interpretace*
 - ⇒ těžištěm výkaznictví je měsíční výkaz hospodářského výsledku za jednotlivá oddělení
 - ⇒ sestavování výkazu provedených výkonů (počet UOP, objem vykázaných bodů, ZUMů a ZULů) v členění podle jednotlivých ZP a oddělení
 - ⇒ výkaznictví slouží k plánování hodnoty bodu, průměrné paušální úhrady a průměrné úhrady ZUMů a ZULů v členění podle jednotlivých ZP a segmentů
 - ⇒ průběžný monitoring hospitalizovaných případů (zpracování nákladů na jednotlivé hospitalizace a porovnání s úhradami podle systému IR DRG)
 - tyto informace pak budou prezentovány na schůzích, kde budou analyzovány případné vlivy, které ovlivňují výši nákladů (informace slouží ke změně léčebných postupů – vytvářen tlak na snižování nákladů)
 - budou sledováni ekonomičtí inlieři (případy, které mají standardní délku hospitalizace, ale zvýšené náklady)
 - minimalizace spodních outlierů, tj. případy s délkou hospitalizace kratší než je dolní trim point – minimální délka hospitalizace (první dny hospitalizace jsou spojeny s čerpáním nejvyšších nákladů a LZZ by byla krácena úhrada daného případu)

- průběžný monitoring kvality poskytované zdravotní péče (snižování nákladů se nesmí projevit ve snížení kvality poskytovaných služeb)²⁴
- *Poradenství*
 - ⇒ modelové analýzy úhrad zdravotní péče na následující období (pololetně) jak za celé LZZ, tak za jednotlivé zdravotní pojišťovny
 - ⇒ modelová analýza nákladů a očekávaných příjmů jak za celé LZZ, tak za jednotlivá oddělení (srovnání nákladů podle jednotlivých IR DRG skupin s očekávanými příjmy za poskytnutou zdravotní péči od ZP)
- *Výkaznictví pro státní účely*
 - ⇒ na ÚZIS jsou posílány měsíční výkazy za poskytnutou zdravotní péči v členění podle jednotlivých ZP a segmentů poskytované zdravotní péče (lůžková, ambulantní, zdravotní a jiná)
 - ⇒ dále jsou sestavovány kumulované výkazy za poskytnutou zdravotní péči v členění podle jednotlivých ZP a segmentů poskytované zdravotní péče
 - takto zpracované výkazy se odesílají na ÚZIS a zároveň slouží k výpočtům paušálních úhrad jednotlivých segmentů na následující období (existence odchylek²⁵, které jsou způsobeny skutečností, že některé výkony ZP neuzná a provádí úpravu vykázaných UOP, bodů, ZUMů a ZULů)

10.2.1 SWOT analýza koncepce controllingu

- *Silné stránky*
 - ⇒ LZZ má konkurenční výhodu při přechodu na financování zdravotní péče podle IR DRG skupin (možnost ovlivňovat chování jednotlivých oddělení daného LZZ)

²⁴ klasifikační systém IR DRG umožňuje porovnávat kvalitu poskytovaných služeb daného LZZ s jinými zdravotnickými zařízeními (pokud by došlo ke snížení kvality poskytovaných služeb, ZP tuto péči nezaplatí a nemusí s LZZ uzavřít další smlouvu na poskytování zdravotní péče)

²⁵ útvar controllingu zpětně provádí úpravu výpočtů podle vrácených zdravotních dávek

- ⇒ každé oddělení má přístup do NIS, kde si může zjistit průběh nákladů a výnosů jednotlivých IR DRG skupin a ovlivňovat léčebný postup (kdy bude proveden operační výkon, kdy bude pacient propuštěn ...)
- ⇒ činnost oddělení controllingu významným způsobem ovlivňuje dohodovací řízení o úhradě zdravotní péče (provedeny analýzy možných způsobů úhrad s cílem nasmlouvat co nejlepší podmínky úhrady zdravotní péče)
- *Slabé stránky*
 - ⇒ ZP pracují s jinými (revidovanými) informacemi, kdežto LZZ pracuje s informacemi NIS, které byly vykázány na ZP ⇒ dochází k odchylkám úhrad v jednotlivých segmentech
 - ⇒ nejednoznačný výklad uzavřených smluv na poskytovanou zdravotní péči s jednotlivými zdravotními pojišťovnami
- *Příležitosti*
 - ⇒ výhodou nového systému bude spravedlivější přerozdělování finančních prostředků ve srovnání s paušálními úhradami (každé LZZ mělo jinou hodnotu bodu u každé ZP, jiný průměrný počet bodů, jiný průměrný počet ZUMů a ZULů v jednotlivých segmentech) a výkonovými úhradami, protože LZZ bude placeno za produkci podle náročnosti na čerpání zdrojů
- *Ohrožení*
 - ⇒ zdravotní péče je hrazena různými způsoby úhrad – nejednoznačný výklad vyhlášek nutných k úhradě zdravotní péče
 - ZP pracují s jinými (revidovanými) informacemi, kdežto LZZ pracuje s informacemi NIS, které byly vykázány na ZP ⇒ dochází k odchylkám úhrad v jednotlivých segmentech
 - ZP uplatňují různé regulační mechanismy, které ovlivňují počty unikátně ošetřených pojištěnců, vykázané body, ZUMy a ZULy

10.3 Analýza úhrad za poskytnutou zdravotní péči

Jelikož k plnému využití klasifikačního a úhradového mechanismu IR DRG dojde za několik let, je nutné provádět analýzu současných úhrad za poskytnutou zdravotní péči (přehled o počtu UOP, objemu vykázaných bodů a spotřebě ZUM, ZUL není dostatečným podkladem pro rozhodování, resp. ovlivňování poskytované zdravotní péče). Proto bude tato podkapitola věnována analýze současných úhrad za poskytnutou zdravotní péči. Analýza je provedena u čtyř ZP (u těchto ZP byla poskytnutá péče hrazena v obou analyzovaných pololetích podle stejného úhradového mechanismu), přílohy P V a P VI uvádějí analýzy celkových úhrad za poskytnutou zdravotní péči u OZP a VoZP ČR, které jsou doplněny schématy. Analýzy lze provádět i u ZP, které hradily péči různými úhradovými mechanismy ve sledovaných obdobích, ale tyto analýzy plní pouze informativní charakter. Bude analyzována pouze paušální úhrada a výkonová úhrada. Kombinovaná úhrada není analyzována, protože nejsou zatím k dispozici dvě srovnatelná období (tato platba se začala uplatňovat od r. 2004).

10.3.1 Analýza paušální úhrady u VZP ČR (1. pololetí 2004 a 1. pololetí 2002)

Analýza průměrného počtu bodů na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v segmentu lůžková péče

V 1. pololetí 2002 bylo hospitalizováno 5 924 UOP, tzn. 99,93 % ve srovnání s 1. pololetím 2001, kterým byly poskytnuty výkony za 87 626 759,00 b, tzn. 99,89 % ve srovnání s 1. pololetím 2001, takže na 1. pololetí 2004 připadalo 14 791,82 b/UOP, tzn. pokles o 0,05 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$IPB_{UOPLP_{1. pol. 04 / 1. pol. 02}} = \frac{0,9989}{0,9993} = 0,9995 \text{ (tj. 99,95 \%)}$$

$$\Delta IPB_{UOPLP_{1. pol. 04 / 1. pol. 02}} = 0,9995 - 1,00 = -0,0005 \text{ (tj. - 0,05 \%)}$$

Analýza paušální úhrady za bod

Na 1. pololetí 2004 činila paušální úhrada 0,9094 Kč/b, tj. 99,58 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

Analýza paušální sazby na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v segmentu lůžková péče

Na 1. pololetí 2004 připadalo průměrně 14 791,82 b/UOP, tzn. 99,95 % ve srovnání s 1. pololetím 2002 a hodnota bodu na 1. pololetí 2004 byla 0,9094 Kč/b, tzn. 99,58 % ve srovnání s 1. pololetím 2002, takže na 1. pololetí 2004 byla stanovena paušální sazba za poskytnuté výkony ve výši 13 451,68 Kč/UOP, tzn. pokles o 0,46 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$\text{IPS}_{\text{UOPLP}_{1.\text{pol. } 04 / 1.\text{pol. } 02}} = 0,9995 \times 0,9958 = 0,9954 \text{ (tj. 99,54 \%)}$$

$$\Delta \text{IPS}_{\text{UOPLP}_{1.\text{pol. } 04 / 1.\text{pol. } 02}} = 0,9954 - 1,00 = -0,0046 \text{ (tj. - 0,46 \%)}$$

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu lůžková péče

V 1. pololetí 2004 bylo hospitalizováno 5 326 UOP, tzn. 89,91 % ve srovnání s 1. pololetím 2002 a paušální sazba za výkony (úhrada na UOP) činila 13 451,68 Kč/UOP, tzn. 99,54 % ve srovnání s 1. pololetím 2002, takže na 1. pololetí 2004 připadla celková úhrada za poskytnuté výkony v hodnotě 71 643 647,68 Kč, tzn. pokles o 10,51 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$\text{ICULP}_{1.\text{pol. } 04 / 1.\text{pol. } 02} = 0,8991 \times 0,9954 = 0,8949 \text{ (tj. 89,49 \%)}$$

$$\Delta \text{ICULP}_{1.\text{pol. } 04 / 1.\text{pol. } 02} = 0,8949 - 1,00 = -0,1051 \text{ (tj. - 10,51 \%)}$$

Analýza průměrného počtu bodů na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v segmentu ambulantní péče

V 1. pololetí 2002 bylo ambulantně ošetřeno 22 685 UOP, tzn. 96,48 % ve srovnání s 1. pololetím 2001, kterým byly poskytnuty výkony za 18 747 966,00 b, tzn. 96,58 % ve srovnání s 1. pololetím 2001, takže na 1. pololetí 2004 připadalo 826,45 b/UOP, tzn. nárůst o 0,11 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$\text{IPB}_{\text{UOPAP}_{1.\text{pol. } 04 / 1.\text{pol. } 02}} = \frac{0,9658}{0,9648} = 1,0011 \text{ (tj. 100,11 \%)}$$

$$\Delta \text{IPB}_{\text{UOPAP}_{1.\text{pol. } 04 / 1.\text{pol. } 02}} = 1,0011 - 1,00 = +0,0011 \text{ (tj. + 0,11 \%)}$$

Analýza paušální úhrady za bod

Na 1. pololetí 2004 činila paušální úhrada 0,9094 Kč/b, tj. 99,58 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

Analýza paušální sazby na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v segmentu ambulantní péče

Na 1. pololetí 2004 připadalo průměrně 826,45 b/UOP, tzn. 100,11 % ve srovnání s 1. pololetím 2002 a hodnota bodu na 1. pololetí 2004 byla 0,9094 Kč/b, tzn. 99,58 % ve srovnání s 1. pololetím 2002, takže na 1. pololetí 2004 byla stanovena paušální sazba za poskytnuté výkony ve výši 751,57 Kč/UOP, tzn. pokles o 0,31 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$\text{IPS}_{\text{UOPAP}}_{1.\text{ pol. }04 / 1.\text{ pol. }02} = 1,0011 \times 0,9958 = 0,9969 \text{ (tj. 99,69 \%)}$$

$$\Delta \text{IPS}_{\text{UOPAP}}_{1.\text{ pol. }04 / 1.\text{ pol. }02} = 0,9969 - 1,00 = -0,0031 \text{ (tj. - 0,31 \%)}$$

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu ambulantní péče

V 1. pololetí 2004 bylo ambulantně ošetřeno 18 801 UOP, tzn. 82,88 % ve srovnání s 1. pololetím 2002 a paušální sazba za výkony (úhrada na UOP) činila 751,57 Kč/UOP, tzn. 99,69 % ve srovnání s 1. pololetím 2002, takže na 1. pololetí 2004 připadla celková úhrada za poskytnuté výkony v hodnotě 14 130 267,57 Kč, tzn. pokles o 17,38 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$\text{ICUAP}_{1.\text{ pol. }04 / 1.\text{ pol. }02} = 0,8288 \times 0,9969 = 0,8262 \text{ (tj. 82,62 \%)}$$

$$\Delta \text{ICUAP}_{1.\text{ pol. }04 / 1.\text{ pol. }02} = 0,8262 - 1,00 = -0,1738 \text{ (tj. - 17,38 \%)}$$

Analýza průměrného počtu bodů na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v segmentu zdravotní doprava

V 1. pololetí 2002 bylo přepraveno 4 030 UOP, tzn. 93,27 % ve srovnání s 1. pololetím 2001, kterým byly poskytnuty výkony za 9 125 041,20 b, tzn. 97,97 % ve srovnání s 1. pololetím 2001, takže na 1. pololetí 2004 připadalo 2 264,28 b/UOP, tzn. nárůst o 5,05 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$\text{IPB}_{\text{UOPZD}}_{1.\text{ pol. }04 / 1.\text{ pol. }02} = \frac{0,9797}{0,9327} = 1,0505 \text{ (tj. 105,05 \%)}$$

$$\Delta \text{IPB}_{\text{UOPZD}}_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 02} = 1,0505 - 1,00 = + 0,0505 \text{ (tj. } + 5,05 \text{ \%)}$$

Analýza paušální úhrady za bod

Na 1. pololetí 2004 činila paušální úhrada 0,9094 Kč/b, tj. 99,58 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

Analýza paušální sazby na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v segmentu zdravotní doprava

Na 1. pololetí 2004 připadalo průměrně 2 264,28 b/UOP, tzn. 105,05 % ve srovnání s 1. pololetím 2002 a hodnota bodu na 1. pololetí 2004 byla 0,9094 Kč/b, tzn. 99,58 % ve srovnání s 1. pololetím 2002, takže na 1. pololetí 2004 byla stanovena paušální sazba za poskytnuté výkony ve výši 2 059,14 Kč/UOP, tzn. nárůst o 4,61 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$\text{IPS}_{\text{UOPZD}}_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 02} = 1,0505 \times 0,9958 = 1,0461 \text{ (tj. } 104,61 \text{ \%)}$$

$$\Delta \text{IPS}_{\text{UOPZD}}_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 02} = 1,0461 - 1,00 = + 0,0461 \text{ (tj. } + 4,61 \text{ \%)}$$

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu zdravotní doprava

V 1. pololetí 2004 bylo přepraveno 3 596 UOP, tzn. 89,23 % ve srovnání s 1. pololetím 2002 a paušální sazba za výkony (úhrada na UOP) činila 2 059,14 Kč/UOP, tzn. 104,61 % ve srovnání s 1. pololetím 2002, takže na 1. pololetí 2004 připadla celková úhrada za poskytnuté výkony v hodnotě 7 404 667,44 Kč, tzn. pokles o 6,66 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$\text{ICUZD}_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 02} = 0,8923 \times 1,0461 = 0,9334 \text{ (tj. } 93,34 \text{ \%)}$$

$$\Delta \text{ICUZD}_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 02} = 0,9334 - 1,00 = - 0,0666 \text{ (tj. } - 6,66 \text{ \%)}$$

Analýza průměrného počtu bodů na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v segmentu jiná péče

V 1. pololetí 2002 připadlo na segment jiná péče 18 907 UOP, tzn. 87,65 % ve srovnání s 1. pololetím 2001, kterým byly poskytnuty výkony za 9 348 200,00 b, tzn. 90,37 % ve srovnání s 1. pololetím 2001, takže na 1. pololetí 2004 připadalo 494,43 b/UOP, tzn. nárůst o 3,10 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$IPB_{UOPJP_{1. pol. 04 / 1. pol. 02}} = \frac{0,9037}{0,8765} = 1,0310 \text{ (tj. 103,10 \%)}$$

$$\Delta IPB_{UOPJP_{1. pol. 04 / 1. pol. 02}} = 1,0310 - 1,00 = + 0,0310 \text{ (tj. + 3,10 \%)}$$

Analýza paušální úhrady za bod

Na 1. pololetí 2004 činila paušální úhrada 0,9094 Kč/b, tj. 99,58 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

Analýza paušální sazby na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v segmentu jiná péče

Na 1. pololetí 2004 připadalo průměrně 494,43 b/UOP, tzn. 103,10 % ve srovnání s 1. pololetím 2002 a hodnota bodu na 1. pololetí 2004 byla 0,9094 Kč/b, tzn. 99,58 % ve srovnání s 1. pololetím 2002, takže na 1. pololetí 2004 byla stanovena paušální sazba za poskytnuté výkony ve výši 449,63 Kč/UOP, tzn. nárůst o 2,67 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$IPS_{UOPJP_{1. pol. 04 / 1. pol. 02}} = 1,0310 \times 0,9958 = 1,0267 \text{ (tj. 102,67 \%)}$$

$$\Delta IPS_{UOPJP_{1. pol. 04 / 1. pol. 02}} = 1,0267 - 1,00 = + 0,0267 \text{ (tj. + 2,67 \%)}$$

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu jiná péče

V 1. pololetí 2004 připadlo na segment jiná péče 18 258 UOP, tzn. 96,57 % ve srovnání s 1. pololetím 2002 a paušální sazba za výkony (úhrada na UOP) činila 449,63 Kč/UOP, tzn. 102,67 % ve srovnání s 1. pololetím 2002, takže na 1. pololetí 2004 připadla celková úhrada za poskytnuté výkony v hodnotě 8 209 344,54 Kč, tzn. pokles o 0,85 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$ICUJP_{1. pol. 04 / 1. pol. 02} = 0,9657 \times 1,0267 = 0,9915 \text{ (tj. 99,15 \%)}$$

$$\Delta ICUJP_{1. pol. 04 / 1. pol. 02} = 0,9915 - 1,00 = - 0,0085 \text{ (tj. - 0,85 \%)}$$

Analýza paušální sazby na ZUL a ZUM na unikátně ošetřeného pojištěnce v segmentu lůžková péče

V 1. pololetí 2002 bylo hospitalizováno 5 924 UOP, tzn. 99,93 % UOP ve srovnání s 1. pololetím 2001, kterým byl poskytnut ZUM, ZUL v celkové hodnotě 18 192 511,68 Kč, tzn. 102,53 % ve srovnání s 1. pololetím 2001, takže na 1. pololetí 2004

byla stanovena paušální sazba na ZUM, ZUL ve výši 3 070,98 Kč/UOP, tzn. nárůst o 2,60 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$\text{IPS}_{\text{ZUM, ZUL LP}_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 02}} = \frac{1,0253}{0,9993} = 1,0260 \text{ (tj. 102,60 \%)}$$

$$\Delta \text{IPS}_{\text{ZUM, ZUL LP}_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 02}} = 1,0260 - 1,00 = + 0,0260 \text{ (tj. + 2,60 \%)}$$

Analýza celkové úhrady zvlášt' účtovaného materiálu a léčivých přípravků v segmentu lůžková péče

V 1. pololetí 2004 bylo ošetřeno 5 326 UOP, tzn. 89,91 % ve srovnání s 1. pololetím 2002 a paušální sazba na ZUM, ZUL činila 3 070,98 Kč/UOP, tzn. 102,60 % ve srovnání s 1. pololetím 2002, takže na 1. pololetí 2004 připadla celková úhrada za ZUM, ZUL v hodnotě 16 356 039,48 Kč, tzn. pokles o 7,76 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$\text{ICU}_{\text{ZUM, ZUL LP}_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 02}} = 0,8991 \times 1,0260 = 0,9224 \text{ (tj. 92,24 \%)}$$

$$\Delta \text{ICU}_{\text{ZUM, ZUL LP}_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 02}} = 0,9224 - 1,00 = - 0,0776 \text{ (tj. - 7,76 \%)}$$

Analýza paušální sazby na ZUL a ZUM na unikátně ošetřeného pojištěnce v segmentu ambulantní péče

V 1. pololetí 2004 bylo ambulantně ošetřeno 22 685 UOP, tzn. 96,48 % UOP ve srovnání s 1. pololetím 2002 a na tato ošetření byl spotřebován ZUM, ZUL v celkové hodnotě 1 917 515,22 Kč, tzn. 87,32 % ve srovnání s 1. pololetím 2002, takže na 1. pololetí 2004 byla stanovena paušální sazba na ZUM, ZUL ve výši 84,53 Kč/UOP, tzn. pokles o 9,49 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$\text{IPS}_{\text{ZUM, ZUL AP}_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 02}} = \frac{0,8732}{0,9648} = 0,9051 \text{ (tj. 90,51 \%)}$$

$$\Delta \text{IPS}_{\text{ZUM, ZUL AP}_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 02}} = 0,9051 - 1,00 = - 0,0949 \text{ (tj. - 9,49 \%)}$$

Analýza celkové úhrady zvlášt' účtovaného materiálu a léčivých přípravků v segmentu ambulantní péče

V 1. pololetí 2004 bylo ambulantně ošetřeno 18 801 UOP, tzn. 82,88 % ve srovnání s 1. pololetím 2002 a paušální sazba na ZUM, ZUL činila 84,53 Kč/UOP, tzn. 90,51 % ve srovnání s 1. pololetím 2002, takže na 1. pololetí 2004 připadla celková úhrada

za ZUM, ZUL v hodnotě 1 589 248,53 Kč, tzn. pokles o 24,98 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$ICU_{ZUM, ZUL}AP_{1. pol. 04 / 1. pol. 02} = 0,8288 \times 0,9051 = 0,7502 \text{ (tj. 75,02 \%)}$$

$$\Delta ICU_{ZUM, ZUL}AP_{1. pol. 04 / 1. pol. 02} = 0,7502 - 1,00 = -0,2498 \text{ (tj. - 24,98 \%)}$$

Analýza paušální sazby na ZUL a ZUM na unikátně ošetřeného pojištěnce v segmentu jiná péče

V 1. pololetí 2002 připadlo na segment jiná péče 18 907 UOP, tzn. 87,65 % UOP ve srovnání s 1. pololetím 2001 a byl vykázán ZUM, ZUL v celkové hodnotě 2 290 020,93 Kč, tzn. 112,75 % ve srovnání s 1. pololetím 2001, takže na 1. pololetí 2004 byla stanovena paušální sazba na ZUM, ZUL ve výši 121,12 Kč/UOP, tzn. nárůst o 28,63 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$IPS_{ZUM, ZUL}JP_{1. pol. 04 / 1. pol. 02} = \frac{1,1275}{0,8765} = 1,2863 \text{ (tj. 128,63 \%)}$$

$$\Delta IPS_{ZUM, ZUL}JP_{1. pol. 04 / 1. pol. 02} = 1,2863 - 1,00 = +0,2863 \text{ (tj. + 28,63 \%)}$$

Analýza celkové úhrady zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v segmentu jiná péče

V 1. pololetí 2004 připadlo na segment jiná péče 18 258 UOP, tzn. 96,57 % ve srovnání s 1. pololetím 2002 a paušální sazba na ZUM, ZUL činila 121,12 Kč/UOP, tzn. 128,63 % ve srovnání s 1. pololetím 2002, takže na 1. pololetí 2004 připadla celková úhrada za ZUM, ZUL v hodnotě 2 211 408,96 Kč, tzn. nárůst o 24,22 % ve srovnání s 1. pololetím 2002.

$$ICU_{ZUM, ZUL}JP_{1. pol. 04 / 1. pol. 02} = 0,9657 \times 1,2863 = 1,2422 \text{ (tj. 124,22 \%)}$$

$$\Delta ICU_{ZUM, ZUL}JP_{1. pol. 04 / 1. pol. 02} = 1,2422 - 1,00 = +0,2422 \text{ (tj. + 24,22 \%)}$$

Celková úhrada za léčiva v segmentu lůžková péče nemohla být analyzována, protože v 1. pololetí 2001 nebrala VZP ČR při výpočtu úhrad vykázaný lékový paušál. VZP ČR účtuje vykázaný lékový paušál od 1. pololetí 2003 (zpětně stanoven lékový paušál za 1. pololetí 2002, jinak by nemohla být stanovena paušální sazba za lékový paušál na UOP v segmentu lůžková péče na 1. pololetí 2003).

Příloha č. P III jsou uvedena schémata, která prezentují vývoj celkové úhrady za poskytnuté výkony a zvláště účtovaný materiál u Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR.

10.3.2 Analýza výkonové úhrady u HZP (1. pololetí 2004 a 1. pololetí 2003)

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu lůžková péče

V 1. pololetí 2004 byly poskytnuty výkony za 3 893 830,00 b, tj. 115,35 % ve srovnání s 1. pololetím 2003 a hodnota bodu na 1. pololetí 2004 byla stanovena ve výši 0,89 Kč/b, tj. stejná hodnota bodu jako v 1. pololetí 2003, takže na 1. pololetí 2004 připadla celková úhrada za poskytnuté výkony v hodnotě 3 465 508,70 Kč, tj. nárůst o 15,35 % ve srovnání s 1. pololetím 2003.

$$IU_{vLP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,1535 \times 1,00 = 1,1535 \text{ (tj. 115,35 \%)}$$

$$\Delta IU_{vLP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,1535 - 1,00 = + 0,1535 \text{ (tj. + 15,35 \%)}$$

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu ambulantní péče

V 1. pololetí 2004 byly poskytnuty výkony za 855 647,00 b, tj. 157,11 % ve srovnání s 1. pololetím 2003 a hodnota bodu na 1. pololetí 2004 byla stanovena ve výši 0,89 Kč/b, tj. stejná hodnota bodu jako v 1. pololetí 2003, takže na 1. pololetí 2004 připadla celková úhrada za poskytnuté výkony v hodnotě 761 525,83 Kč, tj. nárůst o 57,11 % ve srovnání s 1. pololetím 2003.

$$IU_{vAP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,5711 \times 1,00 = 1,5711 \text{ (tj. 157,11 \%)}$$

$$\Delta IU_{vAP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,5711 - 1,00 = + 0,5711 \text{ (tj. + 57,11 \%)}$$

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu zdravotní doprava

V 1. pololetí 2004 byly poskytnuty výkony za 318 710,00 b, tj. 93,03 % ve srovnání s 1. pololetím 2003 a hodnota bodu na 1. pololetí 2004 byla stanovena ve výši 0,89 Kč/b, tj. stejná hodnota bodu jako v 1. pololetí 2003, takže na 1. pololetí 2004 připadla celková úhrada za poskytnuté výkony v hodnotě 283 651,90 Kč, tj. pokles o 6,97 % ve srovnání s 1. pololetím 2003.

$$IU_{vZD_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 0,9303 \times 1,00 = 0,9303 \text{ (tj. 93,03 \%)}$$

$$\Delta IU_{vZD_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 0,9303 - 1,00 = - 0,0697 \text{ (tj. - 6,97 \%)}$$

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu jiná péče

V 1. pololetí 2004 byly poskytnuty výkony za 570 773,00 b, tj. 108,98 % ve srovnání s 1. pololetím 2003 a hodnota bodu na 1. pololetí 2004 byla stanovena ve výši 0,89 Kč/b, tj. stejná hodnota bodu jako v 1. pololetí 2003, takže na 1. pololetí 2004 připadla celková úhrada za poskytnuté výkony v hodnotě 507 987,97 Kč, tj. nárůst o 8,98 % ve srovnání s 1. pololetím 2003.

$$IU_{VJP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,0898 \times 1,00 = 1,0898 \text{ (tj. 108,98 \%)}$$

$$\Delta IU_{VJP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,0898 - 1,00 = + 0,0898 \text{ (tj. + 8,98 \%)}$$

Analýza celkové úhrady zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v segmentu lůžková péče

V 1. pololetí 2004 byl na poskytnuté výkony spotřebován ZUM, ZUL v celkové hodnotě 756 047,00 Kč, tj. nárůst o 21,65 % ve srovnání s 1. pololetím 2003.

$$IU_{ZUM, ZULLP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = \frac{756\,047,00 \text{ Kč}}{621\,514,00 \text{ Kč}} = 1,2165 \text{ (tj. 121,65 \%)}$$

$$\Delta IU_{ZUM, ZULLP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,2165 - 1,00 = + 0,2165 \text{ (tj. + 21,65 \%)}$$

Analýza celkové úhrady zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v segmentu ambulantní péče

V 1. pololetí 2004 byl na poskytnuté výkony spotřebován ZUM, ZUL v celkové hodnotě 113 546,00 Kč, tj. nárůst o 69,35 % ve srovnání s 1. pololetím 2003.

$$IU_{ZUM, ZULAP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = \frac{113\,546,00 \text{ Kč}}{67\,050,00 \text{ Kč}} = 1,6935 \text{ (tj. 169,35 \%)}$$

$$\Delta IU_{ZUM, ZULAP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,6935 - 1,00 = + 0,6935 \text{ (tj. + 69,35 \%)}$$

Analýza celkové úhrady zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v segmentu jiná péče

V 1. pololetí 2004 byl na poskytnuté výkony spotřebován ZUM, ZUL v celkové hodnotě 78 498,60 Kč, tj. nárůst o 50,58 % ve srovnání s 1. pololetím 2003.

$$IU_{ZUM, ZULJP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 78\,498,60 \text{ Kč} / 52\,129,00 \text{ Kč} = 1,5059 \text{ (tj. 150,59 \%)}$$

$$\Delta IU_{ZUM, ZULJP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,5059 - 1,00 = + 0,5059 \text{ (tj. + 50,59 \%)}$$

Příloha č. P IV jsou uvedena schémata, která prezentují vývoj celkové úhrady za poskytnuté výkony a zvlášť účtovaný materiál u Hutnické zaměstnanecké pojišťovny.

11 NÁKLADY A VÝNOSY DIAGNOSTICKO–TERAPEUTICKÉ SKUPINY IR DRG 05423

Interní oddělení Nemocnice Kyjov, p. o. se skládá:

- ze tří lůžkových oddělení (každé oddělení je současně samostatným nákladovým střediskem)
 - ⇒ Interní oddělení – ženy
 - ⇒ Interní oddělení – muži
 - ⇒ Intermediál (intenzivní péče)
- odborných ambulancí

Jelikož se LZZ zúčastnilo pilotního projektu *AP DRG* a *PMS 2000*, byly pro potřeby těchto projektů zřízena nákladová střediska v členění na lůžková oddělení (tato jsou ještě dále členěna na samostatná nákladová střediska) a odborné ambulance. Takový způsob evidence umožňuje sestavit výkaz zisku a ztráty pro jednotlivá nákladová střediska. Na základě takto zpřesněné evidence, která je doplněna agendou za poskytnutou zdravotní péči každého nákladového střediska, je možné vypočítat tarify na hotelovou složku, vyšetření a operační výkon příslušných nákladových středisek. Zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky jsou evidovány v nákupní ceně (tarif se nepočítá).

Výhodou takové podrobné evidence je možnost ocenit provedený výkon tarifem nákladového střediska, které daný výkon poskytl.

Např. kdyby byl pacient hospitalizován na interním oddělení a bylo by mu poskytnuto:

- specializované echokardiografické vyšetření
 - ⇒ výkon by byl oceněn tarifem výkonu provádějícího nákladového střediska interního oddělení
 - ⇒ hotelová složka by byla oceněna tarifem příslušného nákladového střediska interního oddělení
- klasické (konvenční) tomografické vyšetření (tj. CT)
 - ⇒ výkon by byl oceněn tarifem výkonu radiodiagnostického oddělení
 - ⇒ hotelová složka by byla oceněna tarifem příslušného nákladového střediska interního oddělení
- implantace trvalého kardiostimulátoru (operační zákrok)

- ⇒ výkon by byl oceněn tarifem operačního výkonu nákladového střediska centrální operační sál (tarifem jsou rozpočítány osobní náklady operačního týmu)
- ⇒ další náklady související s operačním výkonem by byly oceněny tarifem nákladového střediska operační sál chirurgického oddělení (operační výkony pro interní oddělení zajišťuje chirurgické oddělení)²⁶
- ⇒ hotelová složka by byla oceněna tarifem příslušného nákladového střediska interního oddělení
- ⇒ pokud by byl pacient po výkonu hospitalizován na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení, pak by byla hotelová složka složena z průměru tarifů nákladových středisek interního a chirurgického oddělení

Při hospitalizaci pacienta se kromě provedených výkonů (vyšetření) vykazují i ošetrovací dny. Pro vykazování ošetrovacích dnů jsou stanoveny následující pravidla:

- v jeden kalendářní den je možno vykázat na jednoho pacienta (pojištěnce) nejvýše jeden ošetrovací den
- den přijetí k hospitalizaci a den ukončení hospitalizace se vykazuje jako jeden ošetrovací den
- ošetrovací den je vykazován podle odbornosti oddělení, které jej vykazuje
 - ⇒ pro každou odbornost (někdy i pro několik odborností) je stanoveno bodové ohodnocení ošetrovacího dne
 - u některých odborností podléhá sestupné sazbě, tzn. že jsou pro každou odbornost stanoveny průměrné délky hospitalizace v jednotlivých pásmech (např. první čtyři dny hospitalizace na interním oddělení jsou ohodnoceny 642 b/OD, další čtyři dny hospitalizace 540 b/OD ...)
 - u všech ostatních odborností nepodléhá sestupné sazbě (např. ošetrovací den na ošetrovatelských lůžkách všech odborností)
 - některé odbornosti vykazují i ošetrovací den resuscitační péče a intenzivní péče vyššího nebo nižšího stupně o pacienta (tyto ošetrovací dny nepodléhají

²⁶ obecně by byly náklady související s operačním výkonem oceněny tarifem nákladového střediska operační sál interního oddělení (podle metodiky alokace nákladů na případ v referenčních nemocnicích)

sestupné sazbě, i kdyby je vykazovalo oddělení s odborností, u které se sestupná sazba uplatňuje)

Ve výkonu ošetrovacího dne je zahrnuto:

- veškeré vizity lékařů
- činnost středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků
- administrativní činnost
- organizační činnost vedoucích pracovníků
- stravní jednotka (kromě ošetrovacího dne resuscitační a intenzivní péče jak pro dospělé, tak pro děti a novorozence)
- přímo spotřebovaný zdravotnický materiál a léčivé přípravky
- jednoúčelové přístroje (pouze u ošetrovacího dne resuscitační, intenzivní, intermediární a spinální péče)

K výkonu ošetrovacího dne se připočte:

- bodové ohodnocení za výkony agregované do ošetrovacího dne podle odbornosti, ve které byl vykázán
 - ⇒ u některých odborností podléhá sestupné sazbě, tzn. že jsou pro každou odbornost stanoveny průměrné délky hospitalizace v jednotlivých pásmech (např. na interním oddělení jsou agregované výkony první čtyři dny ohodnoceny 399 b/OD, další čtyři dny hospitalizace 336 b/OD ...)
 - ⇒ u všech ostatních odborností nepodléhá sestupné sazbě (např. výkony agregované do ošetrovacího dne na ošetrovatelských lůžkách všech odborností)
 - ⇒ některé odbornosti vykazují i ošetrovací den resuscitační péče a intenzivní péče vyššího nebo nižšího stupně o pacienta (agregované výkony do tohoto typu ošetrovacího dne nepodléhají sestupné sazbě, i kdyby je vykazovalo oddělení s odborností, u které se sestupná sazba uplatňuje)
- kategorie pacienta v lůžkové péči (vyjadřuje stupeň náročnosti ošetrovatelské péče poskytované pacientovi)
 - ⇒ kategorie pacienta se vykazuje u všech hospitalizovaných pacientů za každý den hospitalizace kromě dne ukončení hospitalizace (první a poslední den hospitalizace se vykazuje jako jeden den s kategorií, která odpovídala stavu pacienta v první den hospitalizace)

Tab. 29. Bodové ohodnocení kategorie pacienta [4]

Kat. pac.	Body	Legenda
K1	0 b	pacient nezávislý na základní ošetrovatelské péči
K2	75 b	pacient částečně soběstačný (sám se obslouží s dopomocí)
K3	150 b	pacient neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí
K4	225 b	zcela imobilní pacient - ošetř. pomoc při všech úkonech
K5	300 b	pacient v bezvědomí

Pokud jsou pacientovi provedeny výkony (vyšetření a zákroky), které nejsou zahrnuty ve výkonu ošetrovacího dne, je nutné je vykázat do záznamů pacienta a provést také evidenci do hospitalizačního účtu příslušného pacienta.

11.1 Výpočet tarifů

Následující tabulka (Tab. 30) zobrazuje strukturu nákladů jednotlivých nákladových středisek lůžkové části interního oddělení.

Tab. 30. Náklady a výnosy lůžkové části interního oddělení Nemocnice Kyjov, p. o. [16], [17], [vlastní práce]

Položka	Interní oddělení			Celkem
	Ženy	Muži	Intermediál	
Fixní náklady	2 870 677,34 Kč	2 760 643,79 Kč	5 263 090,06 Kč	10 894 411,19 Kč
- energie	185 924,32 Kč	178 797,81 Kč	340 873,02 Kč	705 595,15 Kč
- odpisy	11 615,34 Kč	11 170,13 Kč	21 295,53 Kč	44 081,00 Kč
- opravy	29 418,67 Kč	28 291,05 Kč	53 936,09 Kč	111 645,81 Kč
- služby	771 477,55 Kč	741 906,68 Kč	1 414 424,31 Kč	2 927 808,54 Kč
- ostatní materiál	44 437,24 Kč	42 733,95 Kč	81 471,08 Kč	168 642,27 Kč
- ostatní náklady	11 369,08 Kč	10 933,30 Kč	20 844,04 Kč	43 146,42 Kč
- režie	1 816 435,14 Kč	1 746 810,87 Kč	3 330 245,99 Kč	6 893 492,00 Kč
Variabilní náklady	4 092 395,15 Kč	3 935 532,94 Kč	7 502 983,30 Kč	15 530 911,39 Kč
- osobní náklady	2 322 396,28 Kč	2 233 378,43 Kč	4 257 873,40 Kč	8 813 648,11 Kč
• cestovné	1 032,00 Kč	992,44 Kč	1 892,06 Kč	3 916,50 Kč
• mzdové náklady	1 710 355,11 Kč	1 644 796,91 Kč	3 135 759,22 Kč	6 490 911,24 Kč
• sociální pojištění	598 405,87 Kč	575 468,87 Kč	1 097 115,27 Kč	2 270 990,01 Kč
• sociální náklady	12 603,30 Kč	12 120,21 Kč	23 106,85 Kč	47 830,36 Kč
- zdravotnický materiál	1 769 998,87 Kč	1 702 154,51 Kč	3 245 109,90 Kč	6 717 263,28 Kč
• krev	280 142,66 Kč	269 404,74 Kč	513 612,60 Kč	1 063 160,00 Kč
• speciální zdrav. mat.	987 026,54 Kč	949 193,64 Kč	1 809 611,09 Kč	3 745 831,27 Kč
• léky	502 829,67 Kč	483 556,13 Kč	921 886,21 Kč	1 908 272,01 Kč
Výnosy z vedlejší činnosti	2 074,40 Kč	1 994,90 Kč	3 803,30 Kč	7 872,60 Kč

Tabulka (Tab. 31) znázorňuje sumarizovanou zdravotnickou agendu jednotlivých nákladových středisek lůžkové části interního oddělení.

Tab. 31. Sumarizované údaje o poskytnuté zdravotní péči na jednotlivých nákladových střediscích lůžkové části interního oddělení Nemocnice Kyjov, p. o. [18]

Položka	Interní oddělení			Celkem
	Ženy	Muži	Intermediál	
Počet ošetř. dnů	5 950	5 560	1 530	13 040
- OD 01	5 476	5 104	660	11 240
- OD 55, 57, 58	474	456	870	1 800
Body	6 019 052,00 b	5 491 406,00 b	9 006 900,00 b	20 517 358,00 b
- výkony	1 203 810,00 b	1 098 281,00 b	1 801 380,00 b	4 103 471,00 b
- za OD a kat. pacienta	4 815 242,00 b	4 393 125,00 b	7 205 520,00 b	16 413 887,00 b
• OD 01	2 121 881,00 b	1 869 126,00 b	3 340 237,00 b	7 331 244,00 b
• OD 55, 57, 58 (TISS - JIP)	2 050 911,00 b	1 972 299,00 b	3 760 133,00 b	7 783 343,00 b
• kategorie pacienta	642 450,00 b	551 700,00 b	105 150,00 b	1 299 300,00 b
ZUM, ZUL	646 886,08 Kč	888 263,02 Kč	2 992 945,21 Kč	4 528 094,31 Kč

Z údajů ve dvou výše uvedených tabulkách (Tab. 30 a Tab. 31) budou vypočítány tarify na hotelovou složku a vyšetření příslušných nákladových středisek.

- **Interní oddělení – ženy**

⇒ *tarif hotelové složky na jeden ošetrovací den*

$$T_{HSZ} = \frac{2\,870\,677,34 - 2\,074,40}{5\,950} + \frac{2\,322\,396,28 + 1\,769\,998,87 - 646\,886,08}{1\,203\,810 + 4\,815\,242} \times \frac{1\,203\,810}{5\,950}$$

$$T_{HSZ} = 597,93 \text{ Kč/OD}$$

⇒ *tarif na 1 bod výkonu*

$$T_{PVZ} = \frac{2\,322\,396,28 + 1\,769\,998,87 - 646\,886,08}{1\,203\,810 + 4\,815\,242} = 0,5724 \text{ Kč/b}$$

- **Interní oddělení – muži**

⇒ *tarif hotelové složky na jeden ošetrovací den*

$$T_{HSM} = \frac{2\,760\,643,79 - 1\,994,90}{5\,560} + \frac{2\,233\,378,43 + 1\,702\,154,51 - 888\,263,02}{1\,098\,281 + 4\,393\,125} \times \frac{1\,098\,281}{5\,560}$$

$$T_{HSM} = 605,77 \text{ Kč/b}$$

⇒ *tarif na 1 bod výkonu*

$$T_{PVM} = \frac{2\,233\,378,43 + 1\,702\,154,51 - 888\,263,02}{1\,098\,281 + 4\,393\,125} = \mathbf{0,5549 \text{ Kč/b}}$$

• **Interní oddělení – Intermediál (intenzivní péče)**

⇒ *tarif hotelové složky na jeden ošetrovací den*

$$T_{HSI} = \frac{5\,263\,090,06 - 3\,803,30}{1\,530} + \frac{4\,257\,873,40 + 3\,245\,109,90 - 2\,992\,945,21}{1\,801\,380 + 7\,205\,520} \times \frac{1\,801\,380}{1\,530}$$

$$T_{HSI} = \mathbf{4\,026,99 \text{ Kč/OD}}$$

⇒ *tarif na 1 bod výkonu*

$$T_{PVI} = \frac{4\,257\,873,40 + 3\,245\,109,90 - 2\,992\,945,21}{1\,801\,380 + 7\,205\,520} = \mathbf{0,5007 \text{ Kč/b}}$$

11.2 Náklady na konkrétní případy

Podle metodiky alokace nákladů na případ v referenčních nemocnicích bude zpracován popis nákladů na konkrétní případy. V mém případě se jedná o popis nákladů *diagnostické skupiny 05423 – Srdeční arytmie a poruchy vedení s MCC*, což značí komplikace nebo souběhy onemocnění.

Na základě vypočítaných tarifů, tj. souhrn tarifů jednotlivých nákladových středisek lůžkové části interního oddělení prezentuje následující tabulka (Tab. 32), které jsou doplněny zdravotní agendou sledované diagnosticko–terapeutické skupiny, budou modelovány tři varianty nákladů na případ:

- délka hospitalizace je menší než průměrná délka hospitalizace dané IR DRG skupiny
- délka hospitalizace je rovna minimální délce hospitalizace²⁷ dané IR DRG skupiny
- délka hospitalizace je větší než průměrná délka hospitalizace dané IR DRG skupiny a zároveň je délka hospitalizace větší než průměrná délka hospitalizace dané IR DRG skupiny v daném LZZ

²⁷ dolní trim point

Tab. 32. Tarify jednotlivých nákladových středisek lůžkové části interního oddělení Nemocnice Kyjov, p. o. [vlastní práce]

Tarif	Interní oddělení		
	Ženy	Muži	Intermediál
T _{HS} - pobyt na lůžku	597,93 Kč/OD	605,77 Kč/OD	4 026,99 Kč/OD
T _{PV} - náklady výkonu	0,5724 Kč/b	0,5549 Kč/b	0,5007 Kč/b

11.2.1 Krátký outlier

Žena se základní diagnózou *Fibrilace síní* byla přijata na interní oddělení – ženy s délkou hospitalizace 2 dny²⁸, z toho první den hospitalizace na intermediálu a druhý den přeložena na běžné interní oddělení. Průběh hospitalizace znázorňuje následující přehled (Tab. 33).

Tab. 33. Průběh hospitalizace pacienta č. 3 [18]

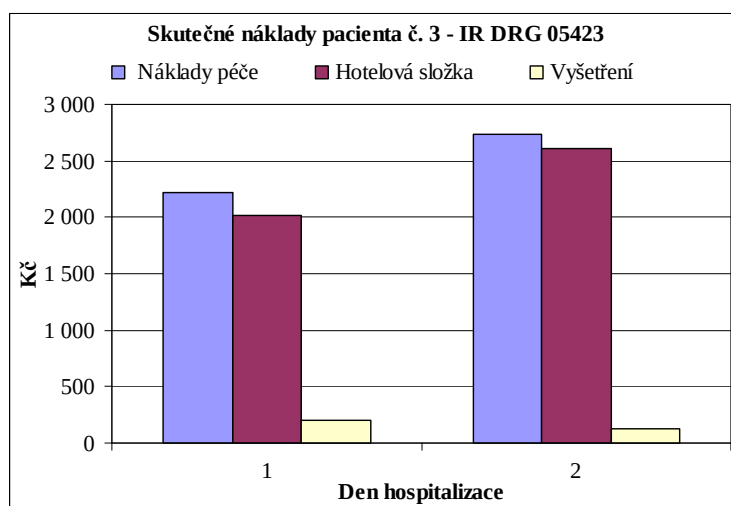
Nákl. střed.	Intermediál	
11. 02. 2004	- komplexní vyšetření internistou 2	406 b
	- OD 58	3 672 b
Nákl. střed.	Interní oddělení - ženy	
12. 02. 2004	- OD 01	1 041 b
	- kategorie pacienta K2	75 b
13. 02. 2004	- cílené vyšetření internistou 2	216 b

- Náklady hospitalizace dne 11. 02. 2004 2 216,78 Kč
 - ⇒ Hotelová složka 0,5 x 4 026,99 Kč = 2 013,50 Kč
 - ⇒ Provedené výkony 406 b x 0,5007 Kč/b = 203,28 Kč
- Náklady hospitalizace dne 12. 02. 2004 2 312,46 Kč
 - ⇒ Hotelová složka 0,5 x (4 026,99 Kč + 597,93 Kč) = 2 312,46 Kč
- Náklady hospitalizace dne 13. 02. 2004 422,61 Kč
 - ⇒ Hotelová složka 0,5 x 597,93 Kč = 298,97 Kč
 - ⇒ Provedené výkony 216 b x 0,5724 Kč/b = 123,64 Kč

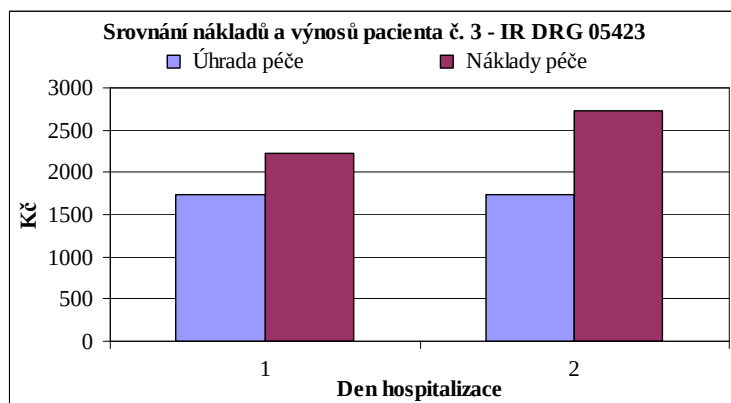
²⁸ pobyt hospitalizovaného pacienta v LZZ je 3 dny (13 – 11 + 1 = 3 dny), ale délka hospitalizace je 2 dny (3 – 1 = 2 dny), protože první a poslední den se vykazují jako jeden den

• **Celkové náklady hospitalizace** _____ **4 951,85 Kč**

Následující graf (Obr. 15) ilustruje celkové náklady pacienta po dnech včetně jednotlivých nákladových složek. Jelikož jsou téměř všechny prováděné výkony agregovány do ošetrovacího dne, tvoří náklady za hotelovou složku 93,40 % celkových nákladů daného pacienta.



Obr. 15. Skutečné náklady pacienta č. 3
– IR DRG 05423 [vlastní práce]



Obr. 16. Srovnání nákladů a výnosů pacienta č. 3
– IR DRG 05423 [vlastní práce]

• Graf (Obr. 16) prezentuje porovnání vynaložených nákladů s realizovanými příjmy za péči, která byla klasifikována a uhrazena jako *Srdeční arytmie a poruchy vedení s MCC*. Jelikož byla délka hospitalizace 2 dny a stanovená minimální délka hospitalizace pro danou diagnosticko–terapeutickou skupinu činí 4 dny, došlo ke krácení úhrady, a to následovně:

- 1. den hospitalizace $\frac{1}{13} \times 1,37 \times 16\,500 = 1\,738,85$ Kč
- 2. den hospitalizace $\frac{2}{13} \times 1,37 \times 16\,500 - 1\,738,85 = 1\,738,84$ Kč

• **Celková úhrada hospitalizace 3 477,69 Kč**

Jelikož byl pacient hospitalizován (délka hospitalizace) pouze 2 dny, ale stanovená minimální délka hospitalizace sledované IR DRG skupiny činí 4 dny, tak byla krácena celková úhrada, která nepokryla celkové náklady za péči o pacienta a LZZ realizovalo ztrátu ve výši 1 474,16 Kč (bylo uhrazeno 70,23 % celkových nákladů).

11.2.2 Inlier

Žena se základní diagnózou *Syndrom poškození funkce sinusového uzlu* byla přijata na *interní oddělení – ženy* s délkou hospitalizace 4 dny a celou dobu byla hospitalizována na běžném interním oddělení. Průběh hospitalizace je uveden v následujícím přehledu.

Tab. 34. Průběh hospitalizace pacienta č. 7 [18]

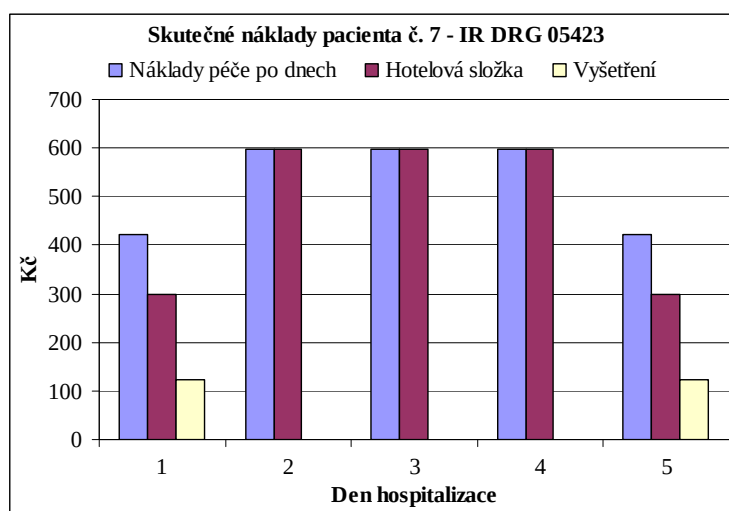
Nákl. střed.	Interní oddělení - ženy	
30. 01. 2004	- cílené vyšetření internistou 2	216 b
	- OD 01	1 041 b
	- kategorie pacienta K1	0 b
31. 01. 2004	- OD 01	1 041 b
	- kategorie pacienta K1	0 b
01. 02. 2004	- OD 01	1 041 b
	- kategorie pacienta K1	0 b
02. 02. 2004	- OD 01	1 041 b
	- kategorie pacienta K1	0 b
03. 02. 2004	- cílené vyšetření internistou 2	216 b

- *Náklady hospitalizace dne 30. 01. 2004 422,61 Kč*
 ⇒ Hotelová složka $0,50 \times 597,93 \text{ Kč} = 298,97 \text{ Kč}$
 ⇒ Provedené výkony $216 \text{ b} \times 0,5724 \text{ Kč/b} = 123,64 \text{ Kč}$
- *Náklady hospitalizace dne 31. 01. 2004 597,93 Kč*
 ⇒ Hotelová složka $1,00 \times 597,93 \text{ Kč} = 597,93 \text{ Kč}$

- *Náklady hospitalizace dne 01. 02. 2004* 597,93 Kč
 ⇒ Hotelová složka 1,00 x 597,93 Kč = 597,93 Kč
- *Náklady hospitalizace dne 02. 02. 2004* 597,93 Kč
 ⇒ Hotelová složka 1,00 x 597,93 Kč = 597,93 Kč
- *Náklady hospitalizace dne 03. 02. 2004* 422,61 Kč
 ⇒ Hotelová složka 0,5 x 597,93 Kč = 298,97 Kč
 ⇒ Provedené výkony 216 b x 0,5724 Kč/b = 123,64 Kč

• **Celkové náklady hospitalizace** **2 639,01 Kč**

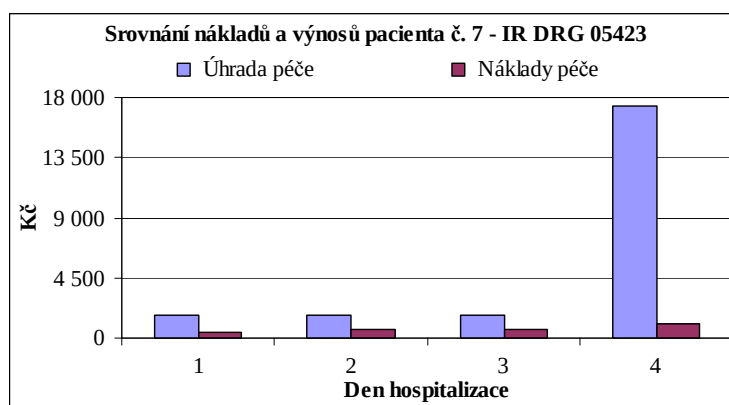
Následující graf (Obr. 17) ilustruje celkové náklady pacienta po dnech včetně jednotlivých nákladových složek. Jelikož jsou téměř všechny prováděné výkony agregovány do ošetrovacího dne, tvoří náklady za hotelovou složku 90,63 % celkových nákladů daného pacienta. Do agendy za poskytnutou zdravotní péči byly vykázány i vedlejší diagnózy, které ovlivňují zařazení pacienta do příslušné DRG podle náročnosti (v tomto případě se jedná o diagnosticko-terapeutickou skupinu s MCC – tj. komplikace nebo souběh onemocnění).



Obr. 17. Skutečné náklady pacienta č. 7
 – IR DRG 05423 [vlastní práce]

Graf (Obr. 18) prezentuje porovnání vynaložených nákladů s realizovanými příjmy za péči klasifikovanou jako *IR DRG 05423 – Srdeční arytmie a poruchy vedení s MCC*. Jelikož byla délka hospitalizace 4 dny (tj. minimální délka hospitalizace dané diagnosticko–terapeutické skupiny) byla hospitalizace hrazena jako „normální standardizovaný případ“, a to následovně:

- 1. – 3. den hospitalizace (3 x 1 738,85 Kč) 5 216,55 Kč
 - 4. den hospitalizace 1,00 x 1,37 x 16 500 Kč – 5 216,55 Kč = 17 388,45 Kč
-
- **Celková úhrada hospitalizace 22 605,00 Kč**



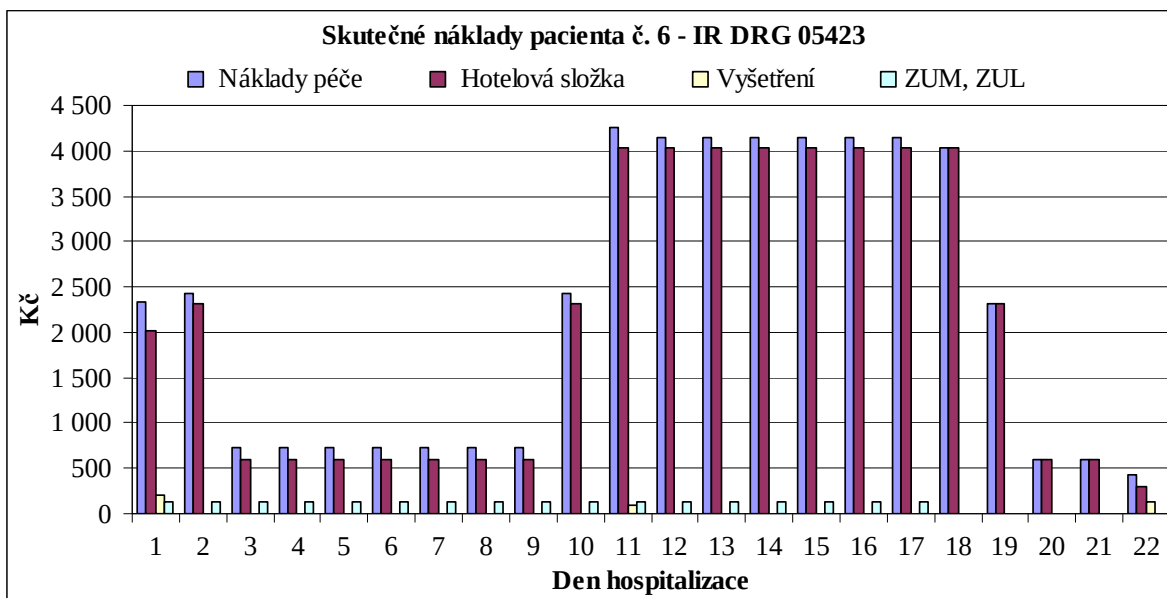
Obr. 18. Srovnání nákladů a výnosů pacienta č. 7
– IR DRG 05423 [vlastní práce]

Jelikož byl pacient hospitalizován (délka hospitalizace) 4 dny, což je i minimální délka hospitalizace sledované IR DRG skupiny, tak byla provedena úhrada ve výši 22 605 Kč, která pokryla veškeré náklady na péči o pacienta a LZZ realizovalo zisk ve výši 19 965,99 Kč.

11.2.3 Inlier (délka hospitalizace větší než průměrná délka hospitalizace dané IR DRG skupiny)

Žena se základní diagnózou *Fibrilace síní* byla přijata na *interní oddělení – ženy* s délkou hospitalizace 22 dnů, z toho první den hospitalizace na intermediálu, druhý den přeložena na běžné oddělení, ale devátý den po přeložení se objevily komplikace a pacientka byla přeložena na intermediál a po 9-ti dnech byla přeložena na běžné oddělení, kde byla hospitalizována další 4 dny a poté byla přeložena na lůžko jiné odbornosti téhož LZZ.

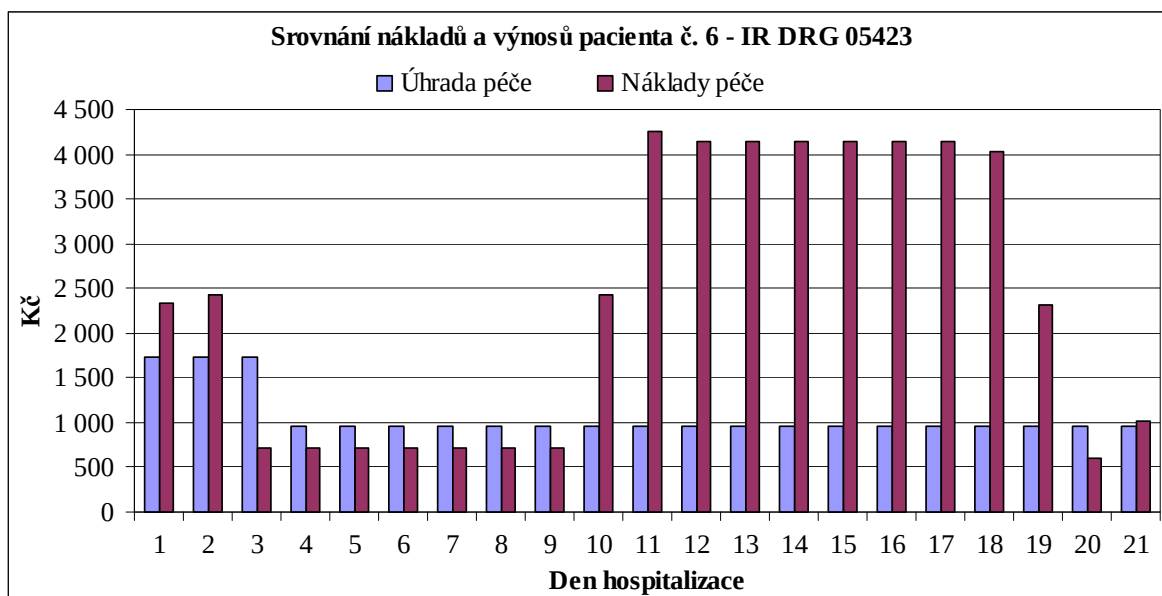
V příloze č. P VII jsou uvedeny provedené výkony, náklady péče (hotelová složka, vyšetření a ZUM, ZUL) a úhrada péče jednotlivých pacientů klasifikovaných do IR DRG 05423 – Srdeční arytmie a poruchy vedení s MCC.



Obr. 19. Skutečné náklady pacienta č. 6 – IR DRG 05423 [vlastní práce]

Graf (Obr. 19) zobrazuje celkové náklady pacienta po jednotlivých dnech hospitalizace včetně jednotlivých nákladových položek. Všechny výkony jsou agregovány do příslušného ošetrovacího dne (kromě výkonů provedených 1., 11. a poslední den hospitalizace). Z grafu je také vidět, že náklady na lůžko (tj. hotelová složka) s intenzívní péčí jsou cca 6,7krát vyšší než náklady na lůžko běžného interního oddělení. Pacientovi byl v průběhu hospitalizace podáván zvlášť účtovaný přípravek v celkové hodnotě 2 067,71 Kč (17 dávek po 121,63 Kč/dávka).

Níže uvedený graf (Obr. 20) porovnává vynaložené náklady s realizovanými příjmy za péči o pacienta, který byl klasifikován do IR DRG 05423. Jelikož byl tento pacient 10 dní na lůžku s intenzívní péčí, které stojí 4 026,99 Kč/OD, tak jenom náklady za hotelovou složku na tomto oddělení činily 40 269,90 Kč. Jelikož byla délka hospitalizace 21 dnů, byl případ hrazen jako „normální standardizovaný případ“ (22 605 Kč). Jelikož celkové náklady hospitalizace byly 49 341,41 Kč, nepokryla IR DRG úhrada celkové náklady a LZZ realizovalo ztrátu ve výši 26 736,41 Kč.



Obr. 20. Srovnání nákladů a výnosů pacienta č. 6 – IR DRG 05423 [vlastní práce]

Protože casemix vyjadřuje průměrnou náročnost na zdroje, budou některé případy v dané diagnosticko–terapeutické skupině ztrátové a jiné ziskové, takže LZZ může za celou sledovanou skupinu realizovat zisk, což dokládá tabulka (Tab. 35).

11.2.4 Souhrnný přehled za IR DRG 05423 – Srdeční arytmie a poruchy vedení s MCC

Tab. 35. Sledované ukazatele za IR DRG 05423 – Srdeční arytmie a poruchy vedení s MCC [vlastní práce]

DRG 05423: Srdeční arytmie a poruchy vedení s MCC					
Položka	Vše	Inliers	Položka	Vše	Inliers
Počet případů	9	2	Průměrné náklady	11 059,86 Kč	12 633,06 Kč
Prům. doba hospitalizace	9	10,86	Průměrné výnosy	18 547,69 Kč	22 605,00 Kč
Počet spodních outliers	2	2	Zisk/Ztráta	7 487,83 Kč	9 971,94 Kč
Počet horních outliers	0	0			
Počet vnitřních překladů I	6	2			
Počet vnitřních překladů II	1	0			
Počet vnějších překladů	0	0			
Počet TISS oš. dnů	13	2			

Položka	Průměr	Minimum	Maximum
Délka hospitalizace	9	2	21
Náklady	11 059,86 Kč	2 639,01 Kč	49 341,41 Kč

Do sledované diagnosticko–terapeutické skupiny bylo zaříděno 9 případů s průměrnou délkou hospitalizace 9 dnů, z toho 7 případů bylo označeno jako inlier s průměrnou délkou hospitalizace 10,86 dne (tj. případy ležely mezi minimální a maximální délkou hospitalizace) a 2 případy byly klasifikovány jako spodní outlier s průměrnou délkou

hospitalizace 2,5 dne²⁹ (tj. délka hospitalizace byla nižší než stanovená průměrná délka dané IR DRG skupiny).

Čtyři pacienti byly hospitalizováni na dvou nákladových střediscích, a to na běžném interním oddělení (ženy nebo muži) a na intermediál. Tři z těchto pacientů (č. 1, č. 3, č. 9) byly na lůžku intenzivní péče jeden den a pacient č. 6 byl hospitalizován 10 dní na oddělení s intenzivní péčí. Jelikož byla hospitalizace pacientů č. 1 a č. 3 kratší než stanovená minimální hodnota (krátkí outlieři), byla realizována nižší úhrada ve srovnání s vynaloženými náklady na tyto případy (pacienti byli hospitalizováni první den na lůžku s intenzivní péčí a další dny na běžném interním oddělení).

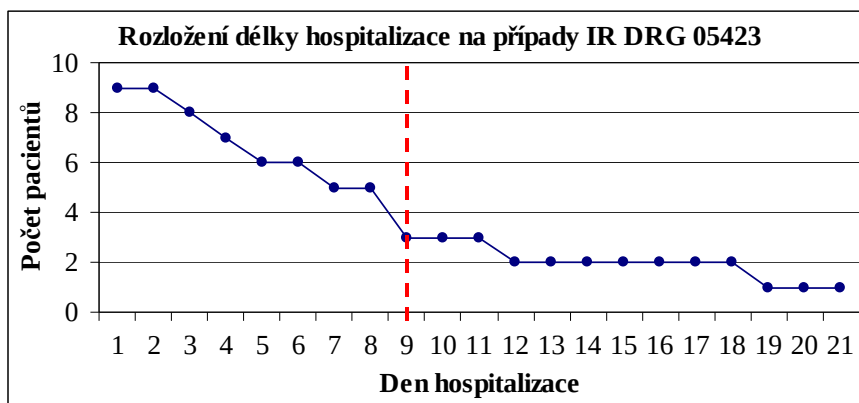
Bylo realizováno šest překladů v rámci interního oddělení (tj. překlad z běžného oddělení na intermediál nebo opačně). Celkem byli přeloženi čtyři pacienti (č. 1, č. 3, č. 9 – byli přeloženi jednou, ale pacient č. 6 byl přeložen třikrát). Po ukončení hospitalizace na interním oddělení byl pacient č. 6 přeložen na lůžko jiné odbornosti téhož LZZ (ošetřovatelské lůžko).

Průměrné náklady na případ *IR DRG 05423* činily 11 059,86 Kč (inlieři – 12 633,06 Kč a krátkí outlieři – 5 553,68 Kč) a průměrné výnosy (průměrná úhrada) na případ dosáhly výše 18 547,69 Kč (inlieři – 22 605 Kč a krátkí outlieři – 4 347,12 Kč), takže byl ve sledované diagnosticko–terapeutické skupině realizován průměrný zisk 7 487,83 Kč/případ (u případů klasifikovaných jako inlieři byl realizován průměrný zisk ve výši 9 971,94 Kč/případ a u případů zatříděných jako krátkí outlieři byla realizována průměrná ztráta ve výši 1 206,56 Kč/případ).

Jelikož relativní váha (casemix) případu vyjadřuje průměrnou náročnost na zdroje, byla úhrada pacientů klasifikovaných jako krátký outlier menší než vynaložené náklady (pacienti byli propuštěni dříve než je minimální délka hospitalizace u sledované diagnostické skupiny), úhrada pacientů označených jako krátký outlier (č. 1, č. 3) nepokryla vynaložené náklady na léčbu a taktéž nebyly pokryty náklady u pacienta č. 6 (klasifikován jako inlier), kde jen celkové náklady na hotelovou složku činily 46 847,14 Kč (pacient byl 10 dnů na lůžku s intenzivní péčí).

²⁹ krátký outlier: pacient č. 1 a pacient č. 3

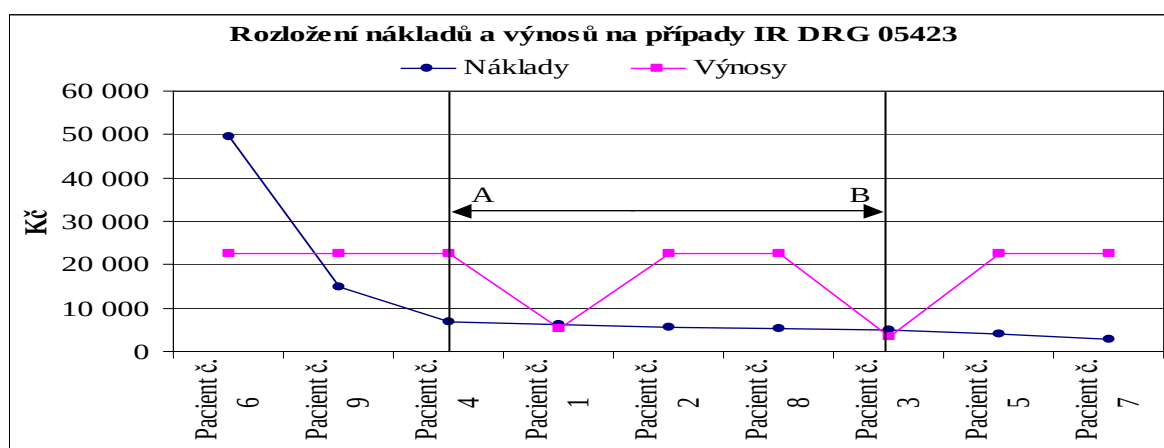
Minimální délka hospitalizace 2 dny byla u pacienta č. 1, u kterého byla realizována také nejmenší úhrada (kdyby byli pacienti propuštěni nejdříve čtvrtý den hospitalizace³⁰, pak by úhrada pokryla veškeré náklady a byla by realizována plusová bilance), nejdelší délka hospitalizace 21 dnů byla u pacienta č. 6, za kterého byla provedena standardní úhrada za inliera (tj. 22 605 Kč).



Obr. 21. Rozložení délky hospitalizace na případy IR DRG 05423

Graf (Obr. 21) zobrazuje, kolik pacientů dané diagnosticko–terapeutické skupiny je hospitalizováno v daný den (tj. rozložení délky hospitalizace jednotlivých případů). Svislá přerušovaná červená čára znázorňuje průměrnou délku hospitalizace, která u sledované skupiny činila 9 dnů.

Rozložení nákladů na případy dané diagnosticko–terapeutické skupiny



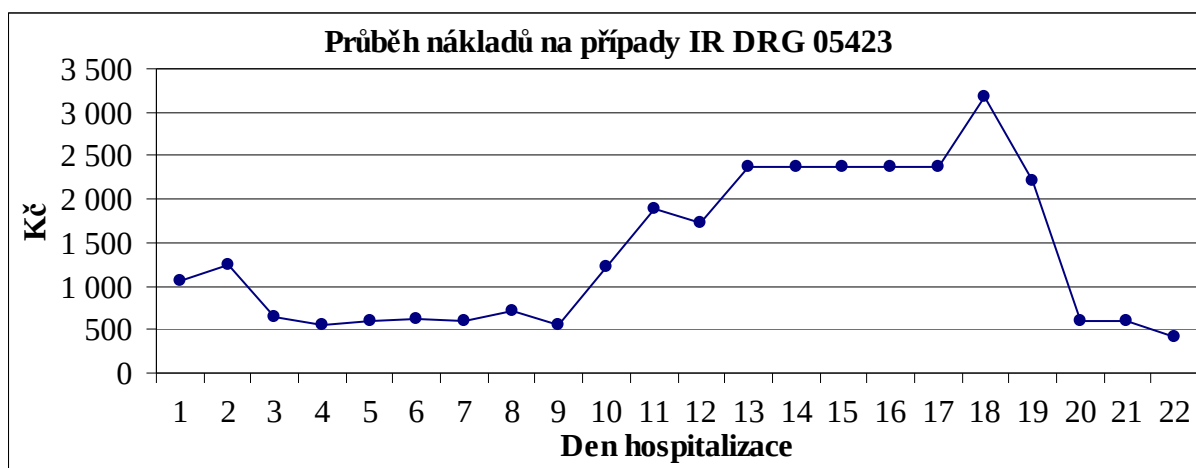
Obr. 22. Rozložení nákladů na případy IR DRG 05423 [vlastní práce]

³⁰ fyzicky to znamená 5 dnů, protože první a poslední den hospitalizace se považuje za jeden den

Graf (Obr. 22) analyzuje rozložení nákladů u jednotlivých případů sledované diagnostické skupiny. Výnosy jsou vypočítány na základě casemixu jednotlivých případů. Náklady na hospitalizaci pacientů, které jsou označeny úsečkou AB, dosahují „obdobných“ hodnot.

Průběh nákladů u případů dané diagnosticko–terapeutické skupiny

Graf (Obr. 23) prezentuje průběh průměrných nákladů sledované diagnostické skupiny. Z tvaru křivky lze odvodit způsob hospitalizace a náročnost na zdroje (vysoké náklady jsou specifické pro chirurgické IR DRG skupiny, nižší náklady jsou specifické pro léčebné IR DRG skupiny). Nejvyšší náklady by měly být v prvních dnech hospitalizace a poté by měly klesat. Pokud dojde ke zvýšení nákladové křivky v průběhu hospitalizace, je to způsobeno významnou komplikací, která významným způsobem ovlivňuje čerpání zdrojů.



Obr. 23. Průběh nákladů na případy IR DRG 05423 [vlastní práce]

Graf (Obr. 23) znázorňuje průměrné náklady diagnostické skupiny s MCC (tzn. že čerpání zdrojů ovlivňují komplikace nebo souběhy onemocnění).

K významnému zvýšení průměrných nákladů došlo desátý den hospitalizace, což je způsobeno následujícími faktory:

- překladem pacienta č. 6 na lůžko s intenzivní péčí (náklady na hotelovou složku jsou cca 6,75 krát vyšší ve srovnání s náklady na lůžkoden běžného interního oddělení)
- déle jak 9 dnů (tj. průměr sledované IR DRG skupiny) byli hospitalizováni 3 pacienti (č. 3, č. 6 a č. 9)

K dalšímu zvýšení nákladů došlo 13. a 18. den, což je způsobeno propuštěním dalších dvou pacientů a od 19. dne jsou průměrné náklady rovny nákladům péče o pacienta č. 6 (všichni ostatní pacienti byli již propuštěni).

12 SYSTÉM ÚHRAD ZA POSKYTNUTOU ZDRAVOTNÍ PÉČI

V 1. POLOLETÍ 2004

Podkladem pro výpočet úhrad pomocí klasifikačního a úhradového systému IR DRG jsou vyúčtování za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2004 za jednotlivé ZP a výstupy z NIS.

12.1 Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

1. fáze – výpočet celkové úhrady v segmentu lůžková péče:

$$\text{CULP}_{\text{DRG } 1. \text{ pol. } 04} = 5\,288,73 \times 16\,500,00 \text{ Kč} = \mathbf{87\,264\,045,00 \text{ Kč}}$$

2. fáze – výpočet celkové úhrady v ostatních segmentech:

$$\text{a) } \text{CUAP}_{1. \text{ pol. } 04} = 18\,556\,533,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 1\,865\,828,45 \text{ Kč}$$

$$\text{CUAP}_{1. \text{ pol. } 04} = \mathbf{18\,752\,273,48 \text{ Kč}}$$

$$\text{b) } \text{CUZD}_{1. \text{ pol. } 04} = 9\,175\,531,50 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} = \mathbf{8\,349\,733,67 \text{ Kč}}$$

$$\text{c) } \text{CUJP}_{1. \text{ pol. } 04} = 9\,681\,702,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 1\,737\,031,12 \text{ Kč}$$

$$\text{CUJP}_{1. \text{ pol. } 04} = \mathbf{10\,547\,379,94 \text{ Kč}}$$

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům:

$$\text{CU}_{1. \text{ pol. } 04} = 87\,264\,045,00 \text{ Kč} + 18\,752\,273,48 \text{ Kč} + 8\,349\,733,67 \text{ Kč} + 10\,547\,379,94 \text{ Kč} = \mathbf{124\,913\,432,09 \text{ Kč}}$$

Tabulka (Tab. 36) prezentuje informace o poskytnuté zdravotní péči v jednotlivých segmentech, která je doplněna úhradami za jednotlivé segmenty.

Tab. 36. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům VZP ČR v 1. pololetí 2004 pomocí systému IR DRG [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Počet případů	Prům. casemix případů	Prům. úhrada případů	Casemix případů	Celková úhrada případů
Lůžková péče	5 326	6 328	5 289	13 790,15 Kč	5 288,73	87 264 045,00 Kč

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
Ambulantní péče	18 801	18 556 533,00 b	1 865 828,45 Kč	16 886 445,03 Kč	1 865 828,45 Kč	18 752 273,48 Kč
Zdravotní doprava	3 596	9 175 531,50 b	x	8 349 733,67 Kč	x	8 349 733,67 Kč
Jiná péče	18 258	9 681 702,00 b	1 737 031,12 Kč	8 810 348,82 Kč	1 737 031,12 Kč	10 547 379,94 Kč

Tabulka (Tab. 37) srovnává paušální úhradu za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004 s úhradou podle IR DRG.

Tab. 37. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle systému IR DRG – VZP ČR [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Skutečná úhrada	IR DRG	DRG/SU
Lůžková péče	89 634 343,08 Kč	87 264 045,00 Kč	97,36 %
Ambulantní péče	15 719 516,10 Kč	18 752 273,48 Kč	119,29 %
Zdravotní doprava	7 404 667,44 Kč	8 349 733,67 Kč	112,76 %
Jiná péče	10 420 753,50 Kč	10 547 379,94 Kč	101,22 %
Celkem	123 179 280,12 Kč	124 913 432,09 Kč	101,41 %

V 1. pololetí 2004 byla poskytnutá zdravotní péče hrazena paušální úhradou (paušální sazba za výkony; ZUM, ZUL a lékový paušál na UOP).

Pokud by byla poskytnutá zdravotní péče hrazena podle systému IR DRG, zvýšily by se úhrady LZZ o 1,41 % (v absolutním vyjádření o 1 734 151,97 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou za 1. pololetí 2004.

- V segmentu lůžková péče by došlo ke snížení úhrady o 2,64 % (v absolutním vyjádření o 2 370 298,08 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou daného segmentu za 1. pololetí 2004.

12.2 Vojenská zdravotní pojišťovna ČR

1. fáze – výpočet celkové úhrady v segmentu lůžková péče:

$$\text{CULP}_{\text{DRG1. pol. 04}} = 137,87 \times 16500 \text{ Kč} = \mathbf{2\,274\,855,00 \text{ Kč}}$$

2. fáze – výpočet celkové úhrady v ostatních segmentech:

$$\text{a) } \text{CUAP}_{1. \text{ pol. 04}} = 442\,024,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 65\,260,25 \text{ Kč}$$

$$\text{CUAP}_{1. \text{ pol. 04}} = \mathbf{467\,502,09 \text{ Kč}}$$

$$\text{b) } \text{CUZD}_{1. \text{ pol. 04}} = 47\,756,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} = \mathbf{43\,457,96 \text{ Kč}}$$

$$\text{c) } \text{CUJP}_{1. \text{ pol. 04}} = 233\,905,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 91\,796,23 \text{ Kč} = \mathbf{304\,649,78 \text{ Kč}}$$

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům:

$$CU_{1. \text{ pol. } 04} = 2\,274\,855,00 \text{ Kč} + 467\,502,09 \text{ Kč} + 43\,457,96 \text{ Kč} + 304\,649,78 \text{ Kč}$$

$$CU_{1. \text{ pol. } 04} = \mathbf{3\,090\,464,83 \text{ Kč}}$$

Tabulka (Tab. 38) prezentuje informace o poskytnuté zdravotní péči v jednotlivých segmentech, která je doplněna úhradami za jednotlivé segmenty.

Tab. 38. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům VoZP ČR v 1. pololetí 2004 podle systému IR DRG [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Počet případů	Prům. casemix	Casemix případů	Prům. úhrada případu	Celková úhrada
Lůžková péče	129	147	0,94	137,87	15 475,20 Kč	2 274 855,00 Kč

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Vykázané body	Vykázané ZUMy, ZULy	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
Ambulantní péče	558	442 024,00 b	65 260,25 Kč	402 241,84 Kč	65 260,25 Kč	467 502,09 Kč
Zdravotní doprava	40	47 756,00 b	x	43 457,96 Kč	x	43 457,96 Kč
Jiná péče	439	233 905,00 b	91 796,23 Kč	212 853,55 Kč	91 796,23 Kč	304 649,78 Kč

Tabulka (Tab. 39) srovnává výkonovou úhradu za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004 s úhradou podle IR DRG.

Tab. 39. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle systému IR DRG – VoZP ČR [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Skutečná úhrada	IR DRG	IR DRG/SU
Lůžková péče	1 650 704,96 Kč	2 274 855,00 Kč	137,81 %
Ambulantní péče	430 559,23 Kč	467 502,09 Kč	108,58 %
Zdravotní doprava	42 068,24 Kč	43 457,96 Kč	103,30 %
Jiná péče	263 971,98 Kč	304 649,78 Kč	115,41 %
Celkem	2 387 304,41 Kč	3 090 464,83 Kč	129,45 %

V 1. pololetí 2004 byla poskytnutá zdravotní péče hrazena výkonovou úhradou (hodnota bodu 0,89 Kč/b, regulační mechanismus na objem vykázaných bodů i na vykázanou spotřebu ZUM, ZUL).

Pokud by byla poskytnutá zdravotní péče hrazena podle systému IR DRG, zvýšily by se úhrady LZZ o 29,45 % (v absolutním vyjádření o 703 160,42 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou za 1. pololetí 2004.

- V segmentu lůžková péče by došlo ke zvýšení úhrady o 37,81 % (v absolutním vyjádření o 624 150,04 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou daného segmentu za 1. pololetí 2004.

12.3 Hutnická zaměstnanecká pojišťovna

1. fáze – výpočet celkové úhrady v segmentu lůžková péče:

$$\text{CULP}_{1. \text{ pol. } 04} = 263,79 \times 16\,500,00 \text{ Kč} = \mathbf{4\,352\,535,00 \text{ Kč}}$$

2. fáze – výpočet celkové úhrady v ostatních segmentech péče:

$$\text{a) } \text{CUAP}_{1. \text{ pol. } 04} = 855\,647,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 113\,546,00 \text{ Kč}$$

$$\text{CUAP}_{1. \text{ pol. } 04} = \mathbf{892\,184,77 \text{ Kč}}$$

$$\text{b) } \text{CUZD}_{1. \text{ pol. } 04} = 318\,710,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} = \mathbf{290\,026,10 \text{ Kč}}$$

$$\text{c) } \text{CUJP}_{1. \text{ pol. } 04} = 570\,773,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 78\,498,00 \text{ Kč} = \mathbf{597\,901,43 \text{ Kč}}$$

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům:

$$\begin{aligned} \text{CU}_{1. \text{ pol. } 04} &= 4\,352\,535,00 \text{ Kč} + 892\,184,77 \text{ Kč} + 290\,026,10 \text{ Kč} \\ &+ 597\,901,43 \text{ Kč} = \mathbf{6\,132\,647,30 \text{ Kč}} \end{aligned}$$

Tabulka (Tab. 40) prezentuje informace o poskytnuté zdravotní péči v jednotlivých segmentech, která je doplněna úhradami za jednotlivé segmenty.

Tab. 40. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům HZP v 1. pololetí 2004 podle systému IR DRG [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Počet případů	Prům. casemix	Prům. úhrada případu	Casemix případů	Celková úhrada případů
Lůžková péče	329	363	0,73	11 990,45 Kč	263,79	4 352 535,00 Kč

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
Ambulantní péče	1 004	855 647,00 b	113 546,00 Kč	778 638,77 Kč	113 546,00 Kč	892 184,77 Kč
Zdravotní doprava	137	318 710,00 b	x	290 026,10 Kč	x	290 026,10 Kč
Jiná péče	1 105	570 773,00 b	78 498,00 Kč	519 403,43 Kč	78 498,00 Kč	597 901,43 Kč

Tabulka (Tab. 41) srovnává výkonovou úhradu za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004 s úhradou podle IR DRG.

Tab. 41. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle systému IR DRG – HZP [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Skutečná úhrada	IR DRG	IR DRG/SU
Lůžková péče	4 221 555,70 Kč	4 352 535,00 Kč	103,10 %
Ambulantní péče	875 071,83 Kč	892 184,77 Kč	101,96 %
Zdravotní doprava	283 651,90 Kč	290 026,10 Kč	102,25 %
Jiná péče	586 485,97 Kč	597 901,43 Kč	101,95 %
Celkem	5 966 765,40 Kč	6 132 647,30 Kč	102,78 %

V 1. pololetí 2004 byla poskytnutá zdravotní péče hrazena výkonovým způsobem (hodnota bodu 0,89 Kč/b a plná úhrada zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků).

Pokud by byla poskytnutá zdravotní péče hrazena podle systému IR DRG, zvýšily by se úhrady LZZ o 2,78 % (v absolutním vyjádření o 165 881,90 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou za 1. pololetí 2004.

- V segmentu lůžková péče by došlo ke zvýšení úhrady o 3,10 % (v absolutním vyjádření o 130 979,30 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou daného segmentu za 1. pololetí 2004.

12.4 Oborová zdravotní pojišťovna

V tabulce (Tab. 42) je uvedena skutečná úhrada za lůžkovou péči, která byla poskytnuta pojištěncům OZP. Za řádně zdokumentovanou zdravotní péči by byla provedena úhrada ve výši 1 785 960,00 Kč.

Tab. 42. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům OZP v 1. pololetí 2004 v segmentu lůžková péče podle systému IR DRG [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Počet případů	Prům. casemix případů	Prům. úhrada případů	Casemix případů	Celková úhrada případů
Lůžková péče	135	152	0,71	11 749,74 Kč	108,24	1 785 960,00 Kč

Tabulka (Tab. 43) znázorňuje úhradu v ostatních segmentech za 1. pololetí 2004. LZZ by obdrželo od zdravotní pojišťovny úhradu ve výši 999 914,42 Kč (tj. součet úhrad v jednotlivých segmentech).

Tab. 43. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům OZP v 1. pololetí 2004 v ostatních segmentech podle systému IR DRG [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
Ambulantní péče	682	566 590,00 b	35 516,00 Kč	515 596,90 Kč	35 516,00 Kč	551 112,90 Kč
Zdravotní doprava	33	65 102,00 b	x	59 242,82 Kč	x	59 242,82 Kč
Jiná péče	654	360 570,00 b	61 440,00 Kč	328 118,70 Kč	61 440,00 Kč	389 558,70 Kč

Tabulka (Tab. 44) prezentuje srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 s úhradou podle úhradového systému IR DRG.

Tab. 44. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle systému IR DRG – OZP [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Skutečná úhrada	IR DRG úhrada	IR DRG/SU
Lůžková péče	1 757 035,73 Kč	1 785 960,00 Kč	101,65 %
Ambulantní péče	555 708,57 Kč	551 112,90 Kč	99,17 %
Zdravotní doprava	59 899,37 Kč	59 242,82 Kč	98,90 %
Jiná péče	391 260,33 Kč	389 558,70 Kč	99,57 %
Celkem	2 763 904,00 Kč	2 785 874,42 Kč	100,79 %

V 1. pololetí 2004 byla poskytnutá zdravotní péče hrazena výkonovou úhradou (hodnota bodu 0,95 Kč/b, regulační mechanismus na objem vykázaných bodů i na vykázanou spotřebu ZUM, ZUL).

Pokud by byla poskytnutá zdravotní péče hrazena podle systému IR DRG, zvýšily by se úhrady LZZ o 0,79 % (v absolutním vyjádření o 21 970,42 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou za 1. pololetí 2004

- V segmentu lůžková péče by došlo ke zvýšení úhrady o 1,65 % (v absolutním vyjádření o 28 924,27 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou daného segmentu za 1. pololetí 2004.

12.5 Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR

Tabulka (Tab. 45) obsahuje všechny údaje potřebné jak pro výpočet úhrady v jednotlivých segmentech, tak pro výpočet celkové úhrady za zdravotní péči. V 1. pololetí 2004 bylo ošetřeno 7 478 UOP ve všech segmentech a ZP MV ČR by provedla úhradu ve výši 21 436 252,56 Kč.

Tab. 45. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům ZP MV ČR v 1. pololetí 2004 podle systému IR DRG [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Počet případů	Prům. casemix případů	Prům. úhrada případů	Casemix případů	Celková úhrada případů
Lůžková péče	977	1 112	0,84	13 927,81 Kč	938,65	15 487 725,00 Kč

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
Ambulantní péče	3 056	2 799 667,00 b	448 477,00 Kč	2 547 696,97 Kč	448 477,00 Kč	2 996 173,97 Kč
Zdravotní doprava	412	987 869,00 b	x	898 960,79 Kč	x	898 960,79 Kč
Jiná péče	3 033	1 676 760,00 b	527 541,20 Kč	1 525 851,60 Kč	527 541,20 Kč	2 053 392,80 Kč

Tabulka (Tab. 46) prezentuje srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle úhradového systému IR DRG.

Tab. 46. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle systému IR DRG – ZP MV ČR [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Skutečná úhrada	IR DRG	IR DRG/SU
Lůžková péče	12 578 157,09 Kč	15 487 725,00 Kč	123,13 %
Ambulantní péče	2 381 540,80 Kč	2 996 173,97 Kč	125,81 %
Zdravotní doprava	788 024,16 Kč	898 960,79 Kč	114,08 %
Jiná péče	1 778 314,92 Kč	2 053 392,80 Kč	115,47 %
Celkem	17 526 036,97 Kč	21 436 252,56 Kč	122,31 %

V 1. pololetí 2004 byla poskytnutá zdravotní péče hrazena paušální úhradou (paušální sazba za výkony a ZUM, ZUL na UOP).

Pokud by byla poskytnutá zdravotní péče hrazena podle systému IR DRG, zvýšily by se úhrady LZZ o 22,31 % (v absolutním vyjádření o 3 910 215,59 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou za 1. pololetí 2004.

- V segmentu lůžková péče by došlo ke zvýšení úhrady o 23,13 % (v absolutním vyjádření o 2 909 567,91 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou daného segmentu za 1. pololetí 2004.

12.6 Revírní bratrská pokladna

1. fáze – výpočet celkové úhrady v segmentu lůžková péče:

- a) výpočet úhrady DRG případů, u kterých jsou stanoveny relativní váhy (casemix) případu:

$$\text{ULP}_{\text{DRG } 1. \text{ pol. } 04} = 419,86 \times 16\,500 \text{ Kč} = \mathbf{6\,927\,690 \text{ Kč}}$$

- b) výpočet úhrady extramurální péče (součet úhrady za provedené výkony s hodnotou bodu 0,89 Kč a úhrady zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků):

$$\text{ULP}_{\text{EP } 1. \text{ pol. } 04} = 218\,200,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} + 205\,291,00 \text{ Kč} = \mathbf{399\,489 \text{ Kč}}$$

- c) výpočet celkové úhrady v segmentu lůžková péče:

$$\text{CULP}_{1. \text{ pol. } 04} = 6\,927\,690,00 \text{ Kč} - 399\,489,00 \text{ Kč} = \mathbf{6\,528\,201,00 \text{ Kč}}$$

2. fáze – výpočet celkové úhrady v ostatních segmentech (součet úhrady za provedené výkony s hodnotou bodu 0,91 Kč a úhrady za ZUM, ZUL):

- a) $\text{CUAP}_{1. \text{ pol. } 04} = 2\,082\,280,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 217\,347,00 \text{ Kč}$

$$\text{CUAP}_{1. \text{ pol. } 04} = \mathbf{2\,112\,221,80 \text{ Kč}}$$

- b) $\text{CUZD}_{1. \text{ pol. } 04} = 367\,484,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} = \mathbf{334\,410,44 \text{ Kč}}$

- c) $\text{CUJP}_{1. \text{ pol. } 04} = 947\,277,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 258\,099,00 \text{ Kč}$

$$\text{CUJP}_{1. \text{ pol. } 04} = \mathbf{1\,120\,121,07 \text{ Kč}}$$

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči

$$\begin{aligned} \text{CU}_{1. \text{ pol. } 04} &= 6\,528\,201,00 \text{ Kč} + 2\,112\,221,80 \text{ Kč} + 334\,410,44 \text{ Kč} \\ &+ 1\,120\,121,07 \text{ Kč} = \mathbf{10\,094\,954,31 \text{ Kč}} \end{aligned}$$

Tabulka (Tab. 47) znázorňuje podrobnější informace o poskytnuté zdravotní péči a její úhradě v jednotlivých segmentech.

Tab. 47. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům RBP ZP v 1. pololetí 2004 podle systému IR DRG [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Počet případů	Prům. casemix případů	Prům. úhrada případů	Casemix případů	Celková úhrada případů
Lůžková péče	480	489	0,86	14 167,06 Kč	419,86	6 927 690,00 Kč

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
LP - extram. péče	24	218 200,00 b	205 291,00 Kč	194 198,00 Kč	205 291,00 Kč	- 399 489,00 Kč
Ambulantní péče	2 043	2 082 280,00 b	217 347,00 Kč	1 894 874,80 Kč	217 347,00 Kč	2 112 221,80 Kč
Zdravotní doprava	137	367 484,00 b	x	334 410,44 Kč	x	334 410,44 Kč
Jiná péče	1 401	947 277,00 b	258 099,00 Kč	862 022,07 Kč	258 099,00 Kč	1 120 121,07 Kč

Tabulka (Tab. 48) srovnává kombinovanou úhradu s platbou za diagnózu za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004 s úhradou podle IR DRG.

Tab. 48. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle systému IR DRG – RBP [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Skutečná úhrada	IR DRG	DRG/SU
Lůžková péče	4 988 947,74 Kč	6 528 201,00 Kč	130,85 %
Ambulantní péče	1 355 277,37 Kč	2 112 221,80 Kč	155,85 %
Zdravotní doprava	150 499,59 Kč	334 410,44 Kč	222,20 %
Jiná péče	696 122,39 Kč	1 120 121,07 Kč	160,91 %
Celkem	7 190 847,09 Kč	10 094 954,31 Kč	140,39 %

V 1. pololetí 2004 byla poskytnutá zdravotní péče hrazena kombinovaným způsobem s platbou za diagnózu (96,9 % tvořila paušální úhrada vypočítaná z celkové úhrady za 1. pololetí 2003 a pouze 5 % poskytnuté péče v 1. pololetí 2004 bylo hrazeno pomocí IR DRG).

Pokud by byla poskytnutá zdravotní péče hrazena podle systému IR DRG, zvýšily by se úhrady LZZ o 40,39 % (v absolutním vyjádření o 2 904 107,22 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou za 1. pololetí 2004.

- V segmentu lůžková péče by došlo ke zvýšení úhrady o 30,85 % (v absolutním vyjádření o 1 539 253,26 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou daného segmentu za 1. pololetí 2004.

12.7 Zdravotní pojišťovna Metal Aliance

1. fáze – výpočet celkové úhrady v segmentu lůžková péče:

Tab. 49. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům ZP Metal – Aliance v 1. pololetí 2004 v segmentu lůžková péče podle systému IR DRG [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Počet případů	Prům. casemix případů	Prům. úhrada případů	Casemix případů	Celková úhrada případů
Lůžková péče	1 171	1 325	0,74	12 198,29 Kč	979,56	16 162 740,00 Kč

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
LP - neklasifikovat	215	2 488 953,00 b	652 070,00 Kč	2 264 947,23 Kč	652 070,00 Kč	2 917 017,23 Kč

Celková úhrada v segmentu lůžková péče se skládá z úhrady za případy, které jsou zaříděny pomocí grouperu do příslušných IR DRG skupin a úhrady za případy, které jsou také zařazeny do příslušných IR DRG skupin (pro tyto případy, ale nejsou stanoveny relativní váhy – tj. náročnost na úhradu), ale jsou hrazeny výkonově. Celková úhrada lůžkové péče by v 1. pololetí 2004 činila 19 079 757,23 Kč.

2. fáze – výpočet celkové úhrady za ostatní segmenty:

Celková úhrada za ostatní segmenty je složena z úhrady za péči ambulantní, zdravotní a jinou, která byla hrazena výkonově (tj. hodnota bodu činí 0,91 Kč/b a ZUM, ZUL je hrazen v plné výši). Úhrada za péči poskytnutou pojištěncům ZP Metal Aliance v 1. pololetí 2004 by činila 9 468 762,78 Kč (tj. 5 839 477,73 Kč + 443 622,27 Kč + 3 185 662,78 Kč).

Tab. 50. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům ZP Metal – Aliance v 1. pololetí 2004 v ostatních segmentech podle systému IR DRG [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Počet UOP	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
Ambulantní péče	5 992	5 822 503,00 b	541 000,00 Kč	5 298 477,73 Kč	541 000,00 Kč	5 839 477,73 Kč
Zdravotní doprava	314	487 497,00 b	x	443 622,27 Kč	x	443 622,27 Kč
Jiná péče	5 606	3 278 458,00 b	202 266,00 Kč	2 983 396,78 Kč	202 266,00 Kč	3 185 662,78 Kč

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči:

$$CU_{1. pol. 04} = 19\,079\,757,23 \text{ Kč} + 9\,468\,762,78 \text{ Kč} = 28\,548\,520,01 \text{ Kč}$$

Tab. 51. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle IR DRG – ZP Metal – Aliance [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Skutečná úhrada (SU)	Úhrada podle IR DRG	DRG/SU
Lůžková péče	14 267 158,62 Kč	19 079 757,23 Kč	133,73 %
Ambulantní péče	5 335 149,27 Kč	5 839 477,73 Kč	109,45 %
Zdravotní doprava	549 883,50 Kč	443 622,27 Kč	80,68 %
Jiná péče	2 795 585,04 Kč	3 185 662,78 Kč	113,95 %
Celkem	22 947 776,43 Kč	28 548 520,01 Kč	124,41 %

V 1. pololetí 2004 byla poskytnutá zdravotní péče hrazena kombinovaným způsobem s platbou za diagnózu (97,85 % tvořila paušální úhrada vypočítaná z celkové úhrady za 1. pololetí 2003 a pouze 5 % poskytnuté péče v 1. pololetí 2004 bylo hrazeno pomocí IR DRG).

Pokud by byla poskytnutá zdravotní péče hrazena podle systému IR DRG, zvýšily by se úhrady LZZ o 24,41 % (v absolutním vyjádření o 5 600 743,58 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou za 1. pololetí 2004

- V segmentu lůžková péče by došlo ke zvýšení úhrady o 33,73 % (v absolutním vyjádření o 4 812 598,61 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou daného segmentu za 1. pololetí 2004

12.8 Česká národní zdravotní pojišťovna

1. fáze – výpočet celkové úhrady v segmentu lůžková péče:

- a) výpočet úhrady DRG případů, u kterých jsou stanoveny relativní váhy (casemix) případu:

$$\text{ULP}_{\text{DRG 1. pol. 04}} = 206,79 \times 16\,500 \text{ Kč} = \mathbf{3\,412\,035,00 \text{ Kč}}$$

- b) výpočet úhrady DRG případů, u kterých nejsou stanoveny relativní váhy (tyto případy jsou hrazeny výkonem výkonově s hodnotou bodu 0,91 Kč/b a ZUM, ZUL je hrazen plně):

$$\text{ULP}_{1. \text{ pol. 04}} = 949\,598,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 66\,292,00 \text{ Kč} = \mathbf{930\,426,18 \text{ Kč}}$$

- c) výpočet úhrady extramurální péče (součet úhrady za provedené výkony s hodnotou bodu 0,89 Kč a úhrady zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků):

$$U_{E}LP_{1. pol. 04} = 234\,510,00 \text{ b} \times 0,89 \text{ Kč/b} + 49\,532,00 \text{ Kč} = \mathbf{258\,245,90 \text{ Kč}}$$

- d) výpočet celkové úhrady v segmentu lůžková péče:

$$CULP_{1. pol. 04} = 3\,412\,035,00 \text{ Kč} + 930\,426,18 \text{ Kč} - 258\,245,90 \text{ Kč}$$

$$\mathbf{CULP_{1. pol. 04} = 4\,084\,215,28 \text{ Kč}}$$

2. fáze – výpočet celkové úhrady v ostatních segmentech (součet úhrady za provedené výkony s hodnotou bodu 0,91 Kč a úhrady za ZUM, ZUL):

a) $CUAP_{1. pol. 04} = 685\,070,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 79\,527,59 \text{ Kč}$

$$\mathbf{CUAP_{1. pol. 04} = 702\,941,29 \text{ Kč}}$$

b) $CUZD_{1. pol. 04} = 474\,771,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} = \mathbf{432\,041,61 \text{ Kč}}$

c) $CUJP_{1. pol. 04} = 575\,135,00 \text{ b} \times 0,91 \text{ Kč/b} + 168\,696,69 \text{ Kč}$

$$\mathbf{CUJP_{1. pol. 04} = 692\,069,54 \text{ Kč}}$$

3. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči

$$\mathbf{CU_{1. pol. 04} = 4\,084\,215,28 \text{ Kč} + 702\,941,29 \text{ Kč} + 432\,041,61 \text{ Kč} + 692\,069,54 \text{ Kč} = 5\,911\,267,72 \text{ Kč}}$$

V tabulce (Tab. 52) jsou uvedeny informace o provedených výkonech a jejich úhradách v jednotlivých segmentech.

Tab. 52. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům ČNZP v 1. pololetí 2004 podle systému IR DRG [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Počet případů	Prům. casemix případů	Prům. úhrada případů	Casemix případů	Celková úhrada případů
Lůžková péče	256	0,81	13 328,26 Kč	206,79	3 412 035,00 Kč

Segment 1. pololetí 2004	Vykázané body	Vykázaný ZUM, ZUL	Úhrada výkonů	Úhrada ZUM, ZUL	Celková úhrada v segmentech
LP - neklas. příp.	949 598,00 b	66 292,00 Kč	864 134,18 Kč	66 292,00 Kč	930 426,18 Kč
LP - extram. péče	234 510,00 b	49 532,00 Kč	208 713,90 Kč	49 532,00 Kč	258 245,90 Kč
Ambulantní péče	685 070,00 b	79 527,59 Kč	623 413,70 Kč	79 527,59 Kč	702 941,29 Kč
Zdravotní doprava	474 771,00 b	x	432 041,61 Kč	x	432 041,61 Kč
Jiná péče	575 135,00 b	168 696,69 Kč	523 372,85 Kč	168 696,69 Kč	692 069,54 Kč

Tab. 53. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle IR DRG – ČNZP [vlastní práce]

Segment 1. pololetí 2004	Skutečná úhrada	IR DRG	IR DRG/SU
Lůžková péče	3 974 915,82 Kč	4 084 215,28 Kč	102,75 %
Ambulantní péče	694 672,12 Kč	702 941,29 Kč	101,19 %
Zdravotní doprava	434 154,38 Kč	432 041,61 Kč	99,51 %
Jiná péče	579 408,45 Kč	692 069,54 Kč	119,44 %
Celkem	5 683 150,77 Kč	5 911 267,72 Kč	104,01 %

V 1. pololetí 2004 byla poskytnutá zdravotní péče hrazena kombinovaným způsobem s platbou za diagnózu (96,9 % tvořila paušální úhrada vypočítaná z celkové úhrady za 1. pololetí 2003 a pouze 5 % poskytnuté péče v 1. pololetí 2004 bylo hrazeno pomocí IR DRG).

Pokud by byla poskytnutá zdravotní péče hrazena podle systému IR DRG, zvýšily by se úhrady LZZ o 4,01 % (v absolutním vyjádření o 228 116,95 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou za 1. pololetí 2004

- V segmentu lůžková péče by došlo ke zvýšení úhrady o 2,75 % (v absolutním vyjádření o 109 299,46 Kč) ve srovnání se skutečnou úhradou daného segmentu za 1. pololetí 2004.

12.9 Zhodnocení úhrad pomocí systému IR DRG se současnými úhradovými mechanismy

Kdyby byla poskytnutá zdravotní péče v 1. pololetí 2004 hrazena podle diagnostických skupin, obdrželo by LZZ úhrady o 15 268 348,05 Kč vyšší ve srovnání s celkovou skutečnou úhradou za poskytnutou zdravotní péči v 1. pololetí 2004 (u všech zdravotních pojišťoven by došlo ke zvýšení celkových úhrad za všechny segmenty). Úhrady v segmentu lůžková péče by byly vyšší o 7 784 474,77 Kč ve srovnání se skutečnými úhradami v tomto segmentu (u VZP ČR by v tomto segmentu došlo ke snížení úhrady o 2 370 298,08 Kč, ale u všech ostatních zdravotních pojišťoven by došlo ke zvýšení úhrad v daném segmentu péče).

12.10 Faktory ovlivňující srovnání mezi skutečnou úhradou za 1. pololetí 2004 a úhradou podle IR DRG

12.10.1 Paušální úhrada

- *Faktory, které ovlivňují paušální sazbu výkonu na UOP v jednotlivých segmentech*
 - ⇒ změna počtu unikátně ošetřených pojištěnců a změna objemu vykázaných bodů za provedené výkony má vliv na změnu průměrného počtu bodů na UOP
 - ⇒ změna paušální hodnoty bodu
 - ⇒ změna hodnoty bodu a změna průměrného počtu bodů na UOP má vliv na změnu paušální sazby výkonu na UOP
 - ⇒ změna paušální sazby výkonu na UOP a změna počtu unikátně ošetřených pojištěnců má za následek změnu úhrady za poskytnuté výkony
- *Faktory, které ovlivňují paušální sazbu ZUM, ZUL na UOP v jednotlivých segmentech (tyto faktory také ovlivňují paušální sazbu na lékový paušál v segmentu lůžková péče)*
 - ⇒ změna počtu unikátně ošetřených pojištěnců a změna objemu vykázané spotřeby ZUM, ZUL má vliv na změnu paušální sazby ZUM, ZUL na UOP
 - ⇒ změna paušální sazby ZUM, ZUL na UOP a změna počtu unikátně ošetřených pojištěnců má vliv na změnu úhrady zvláště účtovaného materiálu a léčivých přípravků
- změna regulačních mechanismů, které mají vliv na výši úhrad v jednotlivých segmentech

12.10.2 Výkonová úhrada

- ⇒ změna objemu vykázaných bodů za provedené výkony v jednotlivých segmentech
- ⇒ změna spotřeby ZUM, ZUL v jednotlivých segmentech
- ⇒ změna hodnoty bodu (při úhradě pomocí IR DRG jsou výkony hrazeny s hodnotou bodu 0,91 Kč/b a spotřebovaný ZUM, ZUL je hrazen v plné výši)

- ⇒ změna regulačních mechanismů, které mají vliv na výši úhrad v jednotlivých segmentech

12.10.3 Kombinovaná úhrada s platbou za diagnózu

- *Segment lůžková péče je ovlivněn následujícími faktory:*
 - ⇒ změna poměru mezi paušální a výkonovou složkou úhrady
 - ⇒ změna parametrů pro výpočet úhrady pomocí IR DRG (základní sazba, průměrná délka hospitalizace, minimální a maximální délka hospitalizace) – tyto faktory ovlivňují označení hospitalizace jako „inlier“, „krátký outlier“ a „dlouhý outlier“
 - ⇒ změna struktury poskytované zdravotní péče v lůžkovém segmentu
 - ⇒ změnou objemu vykázaných bodů za provedené výkony, které nemají v IR DRG seznamu stanovenou relativní váhu případu)
 - ⇒ změna spotřeby ZUM, ZUL u výkonů, které nemají v IR DRG seznamu stanovenou relativní váhu případu
 - ⇒ změna hodnoty bodu u výkonů, které nemají v IR DRG seznamu stanovenou relativní váhu případu
- *Ostatní segmenty (ambulantní, zdravotní a jiná péče) jsou ovlivněny následujícími faktory:*
 - ⇒ změna poměru mezi paušální a výkonovou složkou úhrady
 - ⇒ změna objemu vykázaných bodů za provedené výkony v jednotlivých segmentech
 - ⇒ změna spotřeby ZUM, ZUL v jednotlivých segmentech
 - ⇒ změna hodnoty bodu (při částečné úhradě pomocí IR DRG jsou výkony hrazeny s hodnotou bodu 0,91 Kč/b a spotřebovaný ZUM, ZUL je hrazen v plné výši)

12.10.4 IR DRG úhrada

- *Segment lůžková péče je ovlivněn následujícími faktory:*
 - ⇒ poskytnutá péče je klasifikována pomocí klasifikačního mechanismu IR DRG a na základě takto zpracovaných hospitalizací je provedena úhrada (tato úhrada

akceptuje prostředky nutné pro zajištění standardní zdravotní péče – platba na základě skutečně léčených případů, která bere v úvahu nároky na finanční zdroje)

- ⇒ některé hospitalizace jsou zatříděny do IR DRG skupin, pro které nejsou stanoveny relativní váhy (tyto případy jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu 0,91 Kč/b a plnou úhradou zvláště účtovaného materiálu a léčivých přípravků)
- ⇒ jelikož si LZZ může vyžádat péči o hospitalizovaného pacienta v jiném LZZ (např. fakultní nemocnice), bude úhrada této péče sražena LZZ, které si ji vyžádalo
- *Ostatní segmenty (ambulantní, zdravotní a jiná péče) jsou ovlivněny následujícími faktory:*
 - ⇒ změna objemu vykázaných bodů za provedené výkony v jednotlivých segmentech
 - ⇒ změna spotřeby ZUM, ZUL v jednotlivých segmentech
 - ⇒ změna hodnoty bodu (při úhradě pomocí IR DRG jsou výkony hrazeny s hodnotou bodu 0,91 Kč/b a spotřebovaný ZUM, ZUL je hrazen v plné výši)

12.11 Kritéria úspěchu

- spolupráce mezi odborem controllingu a oddělením zdravotních pojišťoven (plynulost předávání údajů pro zpracování analýz úhrad)
- kvalitní zpracování zdravotnické dokumentace, která je podkladem pro zařazení případu do příslušné IR DRG skupiny
- edukace (proškolení) kodérů, aby byly hospitalizace správně klasifikovány
- ochota zdravotnických pracovníků se přiučit ekonomickému pohledu na jednotlivé hospitalizované případy
- pravidelné zpracování výstupů o jednotlivých IR DRG skupinách (průměrné náklady, průměrné výnosy, počet inlierů, počet krátkých outlierů, počet dlouhých outlierů)
- podrobnější analýza ekonomických inlierů, tj. případů, které mají vyšší náklady při obvyklé délce hospitalizace

- pravidelný audit klasifikovaných případů (zpětná kontrola pro kodéry LZZ)
- pravidelná aktualizace „Číselníku IR DRG váhami“, který bude kopírovat činnosti LZZ (průměrná délka hospitalizace, stanovení relativní váhy, dolní a horní trim point)
- postupné zavádění platby za diagnózu (akceptační období, kde se LZZ naučí kódovat případy a bude docházet k postupnému snižování nákladů)
- servisní organizace (Národní referenční centrum), která bude zajišťovat trvalý vývoj klasifikačního a úhradového mechanismu IR DRG (kódování případů, nastavení relativních vah, doporučení základní sazby ...)

12.12 Rizika projektu

- pokud by byl systém IR DRG založen na současném neprůhledném a subjektivním financování nemocniční péče (plný přechod na platbu za diagnózu), tak by došlo k prohloubení krize tohoto sektoru
- snižování kvality poskytované péče, pokud nebudou stanoveny standardy jednotlivých léčených případů
- pouhá změna formy vykazování poskytnuté zdravotní péče ZP nepřispívá ke zvýšení efektivity LZZ
- lobbying LZZ, aby nový systém úhrad přišel co nejpozději (zejména LZZ, která vybojovala dobré paušály)
 - ⇒ bez nákladových analýz všech LZZ není možné objektivně stanovit relativní váhy (tato LZZ nejsou vystavena ekonomickému tlaku a při plném využití daného úhradového mechanismu budou daný systém kritizovat, místo toho, aby kritizovala svůj vlastní postoj)
- neochota lékařů se naučit ekonomickému myšlení, protože DRG je ekonomické, ale i klinické zrcadlo
- špatná komunikace mezi LZZ a ZP
- spolupráce MZd ČR, NRC a ZP při dohodovacím řízení o úhradě zdravotní péče

- např. pro 1. pololetí 2005 vydalo MZd ČR vyhlášku úhrad, která se opět vrací k paušální úhradě pomocí rozpočtu, ale opět není reflektován vztah „náklady a výnosy“

IR DRG potřebují hlavně lůžková zdravotnická zařízení, pokud to pochopí, získají konkurenční výhodu. Korektní nastavení klasifikačního a úhradového mechanismu IR DRG je v zájmu LZZ a musí vycházet z reálných nákladů všech LZZ.

13 DISKUZE

V teoretické části jsem kromě navrhovaného klasifikačního a úhradového mechanismu IR DRG zpracoval současné systémy úhrad, které tvoří teoretický základ pro výpočty úhrad, které jsou uvedeny v analytické části.

V analytické části jsem zpracoval výpočty úhrad za poskytnutou zdravotní péči v Nemocnici Kyjov, p. o. za dvě srovnatelná období a na základě těchto údajů jsem vyvodil nedostatky současných systémů úhrad (paušální úhrada a výkonová úhrada). Úhrady jsou počítány pro všechny segmenty, protože při výpočtu paušální sazby se vychází z údajů za všechny segmenty.

V projektové části jsem se zabýval pouze jednou IR DRG skupinou, protože mi vedení LZZ nechtělo poskytnout další informace.

Úhrady jsou počítány pro 8 zdravotních pojišťoven a z tohoto důvodu je práce velmi rozsáhlá.

ZÁVĚR

Každé zdravotnické zařízení by mělo vybudovat oddělení, které by se zabývalo systémem úhrad. Náplň práce tohoto oddělení by měla být následující:

- vytvářet analýzy za poskytnutou zdravotní péči jak za dané zdravotnické zařízení, tak za jednotlivá oddělení (nutno provádět měsíčně, kvůli plánovaným výkonům)
- kontrolovat a analyzovat vyúčtování za poskytnutou zdravotní péči od jednotlivých zdravotních pojišťoven (změna počtu UOP; objemu bodů; ZUMů a ZULů, které zdravotní pojišťovna neuznala)
- vyhotovit podklady pro nasmlouvání úhrad zdravotní péče u jednotlivých zdravotních pojišťoven (podklad pro ředitele zdravotnického zařízení)

⇒ provést analýzu, který způsob úhrady zdravotní péče je pro LZZ výhodný

- paušální úhrada
- úhrada podle seznamu výkonů (všechny výkony jsou hrazeny 0,89 Kč/b a je hrazen veškerý ZUM a ZUL, ale pojišťovna obvykle sjedná i regulační opatření, která LZZ při přípravě podkladů nemá k dispozici)
- kombinovaná úhrada s platbou za diagnózu (v současné době LZZ obdrží 95 % celkové úhrady se srovnatelným obdobím minulého roku, která je navýšena o 2 % v případě, že poskytne ve sledovaném období péči minimálně 90 % UOP ve srovnání se srovnatelným obdobím minulého roku a 5 % tvoří platba DRG v segmentu lůžkové péče a výkonová platba za výkony v ostatních segmentech – ambulantní péče, zdravotní doprava a jiná péče)

⇒ stanovit za každou zdravotní pojišťovnu (pouze u paušální úhrady)

- průměrný počet bodů na unicitní rodné číslo v jednotlivých segmentech
- paušální úhradu na URČ v jednotlivých segmentech, tj. součin průměrného počtu bodů na URČ a paušální úhrady za 1 b (vychází se z počtu URČ a objemu vykázaných bodů za srovnatelné období minulého roku)
- paušální úhrada ZUM, ZUL na URČ (vychází se z počtu URČ a objemu vykázaných ZUMů a ZULů za srovnatelné období minulého roku)

- vytvářet modelové analýzy pro stanovení optimálního objemu poskytované zdravotní péče (podle platných vyhlášek MZd ČR a dalších podmínek, které si stanovují jednotlivé zdravotní pojišťovny)
- sledovat změny ve způsobu úhrad za poskytnutou zdravotní péči včetně vytváření modelových úhrad (nutná znalost vyhlášek, podle kterých se bude provádět úhrada zdravotní péče)
- provádět analýzy za segment lůžková péče, kdyby byla poskytnutá zdravotní péče hrazena pomocí seznamu diagnosticko–terapeutických skupin (IR DRG)

Cílem LZZ by měl být přechod od financování poskytnuté péče pomocí paušálních úhrad nebo výkonových plateb (tj. neadresné platby) k úhradě adresné podle seznamu diagnosticko–terapeutických skupin (IR DRG). Klasifikační a úhradový mechanismus IR DRG bude lépe přerozdělovat finanční prostředky podle struktury a náročnosti prováděných výkonů, jelikož dává do vztahu skladbu pacientů a náklady daného LZZ s požadavky na zdroje (úhrady od ZP) a zároveň umožňuje LZZ získat informace o struktuře léčených pacientů s vynaloženými náklady na léčbu.

Nejdříve je nutné naučit LZZ vykazovat péči pro potřeby IR DRG, tzn. aby byly vykazovány kódy hlavní a vedlejší diagnózy a kódy hlavních a vedlejších výkonů. Pokud by byla nedostatečná data použita při stanovování úhrad, vedla by k nedostatečnému nebo nadhodnocenému financování poskytované zdravotní péče.

Zavedení systému IR DRG (přidělování zdrojů podle diagnosticko–terapeutických skupin) má v České republice následující cíle:

- zavést spravedlivou metodiku přidělování finančních prostředků, která zohledňuje léčené případy jednotlivých LZZ
 - ⇒ financování vychází z klinické složitosti léčených případů, nikoliv z objemu přijatých pacientů, obloženosti lůžek nebo počtu provedených výkonů
 - ⇒ zdokonalení vykazování, které zabezpečí spravedlivější přidělování zdrojů jednotlivým poskytovatelům lůžkové péče
 - ⇒ stejná pravidla pro všechna LZZ (současné systémy umožňují hradit každému LZZ poskytnutou péči podle jiných podmínek – hodnota bodu, stanovení limitu

maximální úhrady, paušální úhrada na unicitní rodné číslo je pro každé LZZ jiná, přesuny pacientů mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami)

- prohloubit účinnost a efektivitu řízení o hospitalizované pacienty
 - ⇒ eliminace nepotřebných zdravotnických služeb (typické pro výkonovou úhradu)
 - ⇒ racionalizace nákladů při současném zachování kvality poskytované zdravotní péče
 - ⇒ zavedení nákladového účetnictví a kontrolingových mechanismů (výsledkem bude provedení racionalizačních kroků, které budou z analýz vyplývat)
 - ⇒ snížení průměrné délky hospitalizace v jednotlivých IR DRG skupinách (snížení nákladů na hotelovou složku)
- informace pro vedoucí pracovníky jednotlivých oddělení
 - ⇒ hodnocení jednotlivých diagnostických skupin s jinými nemocnicemi
 - ⇒ průměrná délka hospitalizace, průměrný casemix všech případů ve skupině, průměrné náklady ve skupině, průměrná výše úhrady ve skupině, spotřeba léčiv a zdravotnického materiálu, ...)
- pro sjednávání kontraktů mezi příslušným LZZ a ZP
- nákladová analýza jednotlivých nákladových středisek (každé nákladové středisko bude znát svůj ceník, tj. náklady na lůžkoden, náklady na bod výkonu, náklady na minutu operačního výkonu), což umožňuje ovlivňovat léčebný postup (provedená vyšetření, naplánování operačního výkonu)
 - ⇒ ekonomický tlak na lékaře, protože rozhodují o způsobu léčby, o potřebě laboratorních vyšetření, o délce pobytu, o organizaci léčebného procesu a jsou to oni, kdo rozhoduje o nákladech léčení
- trvalé sledování nákladů na případ včetně srovnání s ostatními zdravotnickými zařízeními

IR DRG přinese jednotlivým lůžkovým zařízením spravedlivou úhradu, která kryje nezbytné náklady léčebného procesu při zachování kvality poskytované zdravotní péče a zdravotním pojišťovnám přinese nový systém úhrad rozumný růst nákladů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace:

- [1] GLADKIJ, I. et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- [2] JAROŠ, J. – KALINA, K. et al. *České zdravotnictví: Financování a poskytování péče*. Praha: Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy, 1998. 47 s.
- [3] VEPŘEK, J. a kol. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 232 s. ISBN 80-247-0347-5.
- [4] Vyhláška MZd ČR č. 101/2002 Sb., Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
- [5] Zákon č. 532/2002 Sb., vyhláška, kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2003

Seriálové publikace:

- [6] AMBROŽOVÁ, M. Informace o dohodě mezi VZP ČR a AČMN o zavedení DRG do systému úhrady zdravotní péče poskytnuté v 1. pololetí 2004. *Zpravodaj VZP ČR*. 2004, roč. 13, č. 1, s. 6 – 8.
- [7] AMBROŽOVÁ, M. Informace o dohodě mezi VZP ČR a AČMN o zavedení DRG do systému úhrady zdravotní péče poskytnuté ve 2. pololetí 2004. *Zpravodaj VZP ČR*. 2004, roč. 13, č. 4, s. 3 – 5.
- [8] BÁŤKOVÁ, Š. – BULÍN, K. Proces zpracování agendy za poskytnutou zdravotní péči pro zdravotní pojišťovny v Nemocnici Kyjov, p. o. (odborný článek do předmětu „Informační systém podniku“)
- [9] BEZ AUTORŮ. Dohoda mezi AČMN a VZP ČR. *Zpravodaj VZP ČR*. 2004, roč. 13, č. 1, s. 7 – 8.
- [10] KÁRNÍKOVÁ, J. Použití systému DRG k financování akutní lůžkové péče čtyř nemocnic – analýza. *Zpravodaj VZP ČR*. 2003, roč. 12, č. 1, s. 6 – 7.
- [11] KÁRNÍKOVÁ, J. Aktuální informace o stavu a zavádění DRG v ČR. *Zpravodaj VZP ČR*. 2003, roč. 12, č. 4, s. 17 – 18.

- [12] KRÁL, A. Zpráva o výdajích na zdravotnictví. *Zpravodaj VZP ČR*. 2004, roč. 13, č. 3, s. 12 – 18.

Příspěvek ve sborníku:

- [13] BEZ AUTORŮ. Přidělování prostředků na základě systému skupin všech pacientů rozdělených podle diagnózy (IR DRG). In *Přibližují se naše představy o změnách v poskytování a financování zdravotní péče evropským trendům? Sborník z kolokvia k 10. výročí VZP ČR, konané ve dnech 13. – 14. května 2002 v Praze*. Praha: ÚP VZP ČR, 2002, s. 56 – 80.

Firemní zdroje:

- [14] Metodika alokace nákladů na případ v referenčních nemocnicích
- [15] Metodika alokace nákladů a výnosů v referenčních nemocnicích
- [16] Výroční zpráva Nemocnice Kyjov, p. o. za r. 2003
- [17] Výroční zpráva Nemocnice Kyjov, p. o. za r. 2004
- [18] Výstupy z NISU – IR DRG 05423
- [19] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům VZP ČR v LZZ za 1. pololetí 2002
- [20] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům VZP ČR v LZZ za 1. pololetí 2003
- [21] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům VZP ČR v LZZ za 1. pololetí 2004
- [22] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům VoZP ČR v LZZ za 1. pololetí 2003
- [23] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům VoZP ČR v LZZ za 1. pololetí 2004
- [24] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům HZP v LZZ za 1. pololetí 2003
- [25] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům HZP v LZZ za 1. pololetí 2004
- [26] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům OZP v LZZ za 1. pololetí 2003
- [27] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům OZP v LZZ za 1. pololetí 2004
- [28] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům ZP MV ČR v LZZ za 1. pololetí 2003
- [29] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům ZP MV ČR v LZZ za 1. pololetí 2004
- [30] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům RBP ZP v LZZ za 1. pololetí 2003
- [31] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům RBP ZP v LZZ za 1. pololetí 2004

- [32] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům ZP Metal – Aliance v LZZ za 1. pololetí 2003
- [33] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům ZP Metal – Aliance v LZZ za 1. pololetí 2004
- [34] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům ČNZP v LZZ za 1. pololetí 2003
- [35] Vyúčtování zdravotní péče pojištěncům ČNZP v LZZ za 1. pololetí 2004

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Zkr.	Vysvětlení.
$\Delta \text{ICUP}_{t/t-1}$	Změna indexu celkové úhrady za výkony v daném segmentu péče za období t a $t-1$
$\Delta \text{ICU}_{\text{ZUM, ZUL}} \text{P}_{t/t-1}$	Změna indexu celkové úhrady za ZUM, ZUL v daném segmentu péče za období t a $t-1$
$\Delta \text{IPB}_{\text{UOP}} \text{P}_{t/t-1}$	Změna indexu průměrného počtu bodů na UOP v daném segmentu péče za období t a $t-1$
$\Delta \text{IPS}_{\text{UOP}} \text{P}_{t/t-1}$	Změna indexu paušální sazby výkonu na UOP v daném segmentu péče za období t a $t-1$
$\Delta \text{IPS}_{\text{ZUM, ZUL}} \text{P}_{t/t-1}$	Změna indexu paušální sazby ZUM, ZUL na UOP v daném segmentu péče za období t a $t-1$
$\Delta \text{IU}_V \text{P}_{t/t-1}$	Změna indexu úhrady výkonů v daném segmentu péče za období t a $t-1$
$\Delta \text{IU}_V \text{P}_{t/t-1}$	Změna indexu úhrady zvláště účtovaného materiálu a léčivých přípravků v daném segmentu péče za období t a $t-1$
AČMN	Asociace českých a moravských nemocnic
ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
CC	komplikace nebo souběhy onemocnění
COS	Centrální operační sál
CT	Centrální tomograf (tomografické vyšetření)
ČNZP	Česká národní zdravotní pojišťovna
DRG	Diagnosis Related Groups
HDP	Hrubý domácí produkt
HZP	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
$\text{ICUP}_{t/t-1}$	Index celkové úhrady za výkony v daném segmentu péče za období t a $t-1$
$\text{ICU}_{\text{ZUM, ZUL}} \text{P}_{t/t-1}$	Index celkové úhrady za ZUM, ZUL v daném segmentu péče za období t a $t-1$
IČZ	Identifikační číslo zdravotníka
$\text{IPB}_{\text{UOP}} \text{P}_{t/t-1}$	Index průměrného počtu bodů na UOP v daném segmentu péče za období t a $t-1$

$IPS_{UOP}P_{t/t-1}$	Index paušální sazby výkonu na UOP v daném segmentu péče za období t a $t - 1$
$IPS_{ZUM, ZUL}P_{t/t-1}$	Index paušální sazby ZUM, ZUL na UOP v daném segmentu péče za období t a $t - 1$
IR DRG	International Refined Diagnosis Related Groups
$IU_V P_{t/t-1}$	Index úhrady výkonů v daném segmentu péče za období t a $t - 1$
$IU_{ZUM, ZUL}P_{t/t-1}$	Index úhrady zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v daném segmentu péče za období t a $t - 1$
JIP	Jednotka intenzivní péče
LZZ	Lůžkové zdravotnické zařízení
MDC	Major Diagnostic Categories
MZd ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NIS	Nemocniční informační systém
ORL	Otorinolaryngologické oddělení (UNK – ušní, nosní, krční)
OS	Operační sál
OÚNZ	Okresní ústav národního zdraví
RBP	Revírní bratrská pokladna
TRN	Plicní oddělení
UOP	Unikátně ošetřený pojištěnec
URČ	Unicitní rodné číslo
VoZP ČR	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZP Metal – Aliance	Zdravotní pojišťovna Metal – Aliance
ZP MV ČR	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR
ZUL	Zvlášť účtovaný léčivý přípravek
ZUM	Zvlášť účtovaný materiál

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Struktura kódu IR DRG 05423 – Srdeční arytmie a poruchy vedení s MCC	31
Obr. 2. Struktura kódu IR DRG 06051 – Výkony na apendixu bez CC.....	31
Obr. 3. Podíl jednotlivých kategorií zaměstnanců na celkovém počtu v Nemocnici Kyjov, p. o. v r. 2004.....	50
Obr. 4. Celkové výdaje na zdravotnictví od r. 1990 do r. 2003.....	52
Obr. 5. Struktura výdajů na zdravotnictví v r. 1997	53
Obr. 6. Struktura výdajů na zdravotnictví v r. 2003	53
Obr. 7. Struktura celkových zdrojů pro zdravotnictví	54
Obr. 8. Obrazovka pacient X Y pro lékaře	58
Obr. 9. Obrazovka znázorňující lůžkový účet pacienta X Y	58
Obr. 10. Obrazovka pro pořizování provedených výkonů	59
Obr. 11. Obrazovka pro vykazování spotřebovaných léčiv a PZT	59
Obr. 12. Souhrnné náklady za medikaci pacienta X Y	60
Obr. 13. Souhrnný účet za hospitalizaci pacienta X Y	61
Obr. 14. Proces zpracování agendy za poskytnutou zdravotní péči	64
Obr. 15. Skutečné náklady pacienta č. 3 – IR DRG 05423	120
Obr. 16. Srovnání nákladů a výnosů pacienta č. 3 – IR DRG 05423	120
Obr. 17. Skutečné náklady pacienta č. 7 – IR DRG 05423	122
Obr. 18. Srovnání nákladů a výnosů pacienta č. 7 – IR DRG 05423	123
Obr. 19. Skutečné náklady pacienta č. 6 – IR DRG 05423	124
Obr. 20. Srovnání nákladů a výnosů pacienta č. 6 – IR DRG 05423	125
Obr. 21. Rozložení délky hospitalizace na případy IR DRG 05423.....	127
Obr. 22. Rozložení nákladů na případy IR DRG 05423.....	127
Obr. 23. Průběh nákladů na případy IR DRG 05423.....	128

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Algoritmus výpočtu celkové úhrady v členění za provedené výkony a spotřebovaný ZUM, ZUL	21
Tab. 2. Vývoj počtu zaměstnanců a průměrných mezd v r. 2003 a 2004.....	50
Tab. 3. Srovnání jednotlivých složek výdajů na zdravotnictví v r. 2002 a 2003.....	54
Tab. 4. Počet unikátně ošetřených pojištěnců a sumarizované údaje o poskytnuté zdravotní péči v 1. pololetí 2002 – VZP ČR.....	65
Tab. 5. Sumarizované údaje o úhradě za poskytnutou zdravotní péči v jednotlivých segmentech včetně celkové úhrady za 1. pololetí 2002	66
Tab. 6. Sumarizované údaje o jednotlivých složkách úhrad včetně celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2003 v Nemocnici Kyjov, p. o. – VZP ČR.....	68
Tab. 7. Průměrný počet bodů, jednotlivé složky paušální úhrady a paušální úhrada na UOP v jednotlivých segmentech na 1. pololetí 2004 – VZP ČR	69
Tab. 8. Sumarizované údaje o jednotlivých složkách úhrad včetně celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2004 – VZP ČR.....	70
Tab. 9. Sumarizované údaje o struktuře poskytnuté zdravotní péče pojištěncům VoZP ČR a její úhradě za 1. pololetí 2003	71
Tab. 10. Sumarizované údaje o zregulované úhradě za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2003 – VoZP ČR	72
Tab. 11. Počet unikátně ošetřených pojištěnců a sumarizované údaje o poskytnuté zdravotní péči v 1. pololetí 2004 – VoZP ČR	73
Tab. 12. Sumarizované údaje o jednotlivých složkách úhrad včetně celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2004 – VoZP ČR.....	74
Tab. 13. Sumarizované údaje o struktuře poskytnuté zdravotní péče pojištěncům HZP a její úhradě za 1. pololetí 2003 HZP	75
Tab. 14. Sumarizované údaje o struktuře poskytnuté zdravotní péče pojištěncům HZP a její úhradě za 1. pololetí 2004.....	76
Tab. 15. Počet unikátně ošetřených pojištěnců a sumarizované údaje o poskytnuté zdravotní péči v 1. pololetí 2003 – OZP	77
Tab. 16. Sumarizované údaje o jednotlivých složkách úhrad včetně regulovaných úhrad za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2003 – OZP	78

Tab. 17. Počet unikátně ošetřených pojištěnců a sumarizované údaje o poskytnuté zdravotní péči v 1. pololetí 2004 – OZP	79
Tab. 18. Sumarizované údaje o jednotlivých složkách úhrad včetně regulovaných úhrad za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2004 – OZP	80
Tab. 19. Počet unikátně ošetřených pojištěnců ZP MV ČR a sumarizované údaje o poskytnuté zdravotní péči v 1. pololetí 2003	81
Tab. 20. Sumarizované údaje o struktuře poskytnuté zdravotní péče pojištěncům ZP MV ČR a její úhradě za 1. pololetí 2003 [28; vlastní práce].....	82
Tab. 21. Srovnání počtu UOP ZP MV ČR v 1. pololetí 2004 s 1. pololetím 2003	83
Tab. 22. Průměrný počet bodů, jednotlivé složky paušální sazby a paušální úhrady na UOP v jednotlivých segmentech na 1. pololetí 2004 – ZP MV ČR	83
Tab. 23. Sumarizované údaje o jednotlivých složkách úhrad za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2004 – ZP MV ČR	84
Tab. 24. Průměrný počet bodů, jednotlivé složky paušální sazby a paušální úhrada na UOP v jednotlivých segmentech na 1. pololetí 2003 – RBP.....	84
Tab. 25. Počet unikátně ošetřených pojištěnců RBP a sumarizované údaje o poskytnuté zdravotní péči v 1. pololetí 2003	85
Tab. 26. Sumarizované údaje o jednotlivých složkách úhrad včetně celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči za 1. pololetí 2003 – RBP	85
Tab. 27. Sumarizované údaje o struktuře poskytnuté zdravotní péče pojištěncům ZP Metal – Aliance a její úhradě za 1. pololetí 2003.....	88
Tab. 28. Průměrný počet bodů, jednotlivé složky paušální sazby a paušální úhrada na UOP v jednotlivých segmentech na 1. pololetí 2003 – ČNZP	90
Tab. 29. Bodové ohodnocení kategorie pacienta.....	116
Tab. 30. Náklady a výnosy lůžkové části interního oddělení Nemocnice Kyjov, p. o.	116
Tab. 31. Sumarizované údaje o poskytnuté zdravotní péči na jednotlivých nákladových střediscích lůžkové části interního oddělení Nemocnice Kyjov, p. o.	117
Tab. 32. Tarify jednotlivých nákladových středisek lůžkové části interního oddělení Nemocnice Kyjov, p. o.	119
Tab. 33. Průběh hospitalizace pacienta č. 3.....	119
Tab. 34. Průběh hospitalizace pacienta č. 7.....	121

Tab. 35. Sledované ukazatele za IR DRG 05423 – Srdeční arytmie a poruchy vedení s MCC.....	125
Tab. 36. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům VZP ČR v 1. pololetí 2004 pomocí systému IR DRG	130
Tab. 37. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle systému IR DRG – VZP ČR.....	131
Tab. 38. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům VoZP ČR v 1. pololetí 2004 podle systému IR DRG	132
Tab. 39. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle systému IR DRG – VoZP ČR	132
Tab. 40. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům HZP v 1. pololetí 2004 podle systému IR DRG.....	133
Tab. 41. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle systému IR DRG – HZP	134
Tab. 42. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům OZP v 1. pololetí 2004 v segmentu lůžková péče podle systému IR DRG	134
Tab. 43. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům OZP v 1. pololetí 2004 v ostatních segmentech podle systému IR DRG	135
Tab. 44. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle systému IR DRG – OZP	135
Tab. 45. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům ZP MV ČR v 1. pololetí 2004 podle systému IR DRG.....	136
Tab. 46. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle systému IR DRG – ZP MV ČR	136
Tab. 47. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům RBP ZP v 1. pololetí 2004 podle systému IR DRG	138
Tab. 48. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle systému IR DRG – RBP	138
Tab. 49. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům ZP Metal – Aliance v 1. pololetí 2004 v segmentu lůžková péče podle systému IR DRG.....	139
Tab. 50. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům ZP Metal – Aliance v 1. pololetí 2004 v ostatních segmentech podle systému IR DRG	139

Tab. 51. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle IR DRG – ZP Metal – Aliance	140
Tab. 52. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům ČNZP v 1. pololetí 2004 podle systému IR DRG.....	141
Tab. 53. Srovnání skutečné úhrady za 1. pololetí 2004 a úhrady podle IR DRG – ČNZP	142

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Metodika přechodu od platby za výkony (výkonová úhrada) k úhradě zdravotní péče paušální úhradou
- P II Úhrada na diagnosticko–terapeutické skupině IR DRG 06051
- P III Analýza paušální úhrady u VZP ČR (1. pololetí 2004 a 1. pololetí 2002)
- P IV Analýza výkonové úhrady u HZP (1. pololetí 2004 a 1. pololetí 2003)
- P V Analýza výkonové úhrady u OZP (1. pololetí 2004 a 1. pololetí 2003)
- P VI Analýza výkonové úhrady u VoZP ČR (1. pololetí 2004 a 1. pololetí 2003)
- P VII Náklady na případy diagnostické skupiny IR DRG 05423

PŘÍLOHA P I: METODIKA PŘECHODU OD PLATBY ZA VÝKONY (VÝKONOVÁ ÚHRADA) K ÚHRADĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE PAUŠÁLNÍ ÚHRADOU

Metodika výpočtu celkové úhrady za poskytnutou zdravotní péči

Výpočet PUB_t se skládá ze dvou fází:

1. fáze – výpočet individuální úhrady za 1 bod za období $t - 1$:

$$IVUB_t = \frac{CU_t - ZUM, ZUL_t^*}{CPB_t}$$

$IVUB_t$ = individuální úhrada za 1 bod za období t

CU_t = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči za období t

ZUM, ZUL_t^* = zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky za období t , který byl příslušnou zdravotní pojišťovnou uznán k úhradě

CPB_t = celkový počet bodů za provedené výkony ve všech segmentech péče za období t

2. fáze – výpočet paušální úhrady za 1 bod na období t :

PUB_t se získá jedním ze tří níže uvedených výpočtů:

a) jestliže $IVUB_t < 0,89$ Kč, pak $PUB_{t+1} = 0,89$ Kč

b) jestliže $IVUB_t \in \langle 0,89 \text{ Kč}; 1,00 \text{ Kč} \rangle$, pak $PUB_{t+1} = IVUB_t + 0,01$ Kč

c) jestliže $IVUB_t \in \langle 1,00 \text{ Kč}; \infty \rangle$, pak $PUB_{t+1} = IVUB_t$

3. fáze – výpočet průměrného počtu bodů na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v jednotlivých segmentech:

$$PB_{UOP}P_t = \frac{CPB_t}{CP_{UOP}P_t}$$

$PB_{UOP}P_t$ = průměrný počet bodů na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče za období t

CPB_t = celkový počet bodů za poskytnuté výkony ve všech segmentech péče za období t

$CP_{UOP}P_t$ = celkový počet unikátně ošetřených pojištěnců v daném segmentu péče za období t

4. fáze – výpočet paušální sazby za výkony na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v jednotlivých segmentech:

$$PS_{UOP}P_{t+1} = PB_{UOP}P_t \times PUB_{t+1}$$

$PS_{UOP}P_{t+1}$ = paušální sazba za výkony na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období $t + 1$

$PB_{UOP}P_t$ = průměrný počet bodů na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče za období t

PUB_{t+1} = paušální úhrada za bod (hodnota bodu) na období $t + 1$

5. fáze – výpočet paušální sazby za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v jednotlivých segmentech:

$$PS_{ZUM, ZUL UOP}P_{t+1} = \frac{CU_{ZUM, ZUL}P_t}{CP_{UOP}P_t}$$

$PS_{ZUM, ZUL UOP}P_{t+1}$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období $t + 1$

$CU_{ZUM, ZUL}P_t$ = celková úhrada zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v daném segmentu péče za období t

$CP_{UOP}P_t$ = celkový počet unikátně ošetřených pojištěnců v daném segmentu péče za období t

6. fáze – výpočet paušální úhrady na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce v jednotlivých segmentech:

$$PU_{UOP}P_{t+1} = PS_{UOP}P_{t+1} + PS_{ZUM, ZUL UOP}P_{t+1}$$

$PU_{UOP}P_{t+1}$ = paušální úhrada na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období $t + 1$

$PS_{UOP}P_{t+1}$ = paušální sazba za výkony na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období $t + 1$

$PS_{ZUM, ZUL UOP}P_{t+1}$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období $t + 1$

7. fáze – výpočet celkové úhrady v jednotlivých segmentech:

$$CUP_{t+1} = PU_{UOP}P_{t+1} \times CP_{UOP}P_{t+1}$$

CUP_{t+1} = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v daném segmentu péče za období $t + 1$

$PU_{UOP}P_{t+1}$ = paušální úhrada na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období $t + 1$

$CP_{UOP}P_{t+1}$ = celkový počet unikátně ošetřených pojištěnců v daném segmentu péče za období $t + 1$

8. fáze – výpočet celkové úhrady za poskytnuté výkony pojištěncům (pacientům):

$$CU_{t+1} = CULP_{t+1} + CUAP_{t+1} + CUZD_{t+1} + CUJP_{t+1}$$

CU_{t+1} = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči ve všech segmentech péče za období $t + 1$

$CULP_{t+1}$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu lůžková péče za období $t + 1$

$CUAP_{t+1}$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu ambulantní péče za období $t + 1$

$CUZD_{t+1}$ = celková úhrada za poskytnuté výkony v segmentu zdrav. doprava za období $t + 1$

$CUJP_{t+1}$ = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu jiná péče za období $t + 1$

Metodika výpočtu úhrady při regulaci preskripce ZUM, ZUL

1. fáze – porovnání paušální sazby (tj. průměrné úhrady) za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky:

$$IPS_{ZUM, ZUL UOP\ t + 1 / t} = \frac{PS_{ZUM, ZUL UOP\ P_{t + 1}}}{PS_{ZUM, ZUL UOP\ P_t}}$$

$IPS_{ZUM, ZUL UOP\ t + 1 / 1}$ = index paušální sazby za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce za období $t + 1$ a t

$PS_{ZUM, ZUL UOP\ P_{t + 1}}$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období t

$PS_{ZUM, ZUL UOP\ P_t}$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období $t + 1$

2. fáze – výpočet malusu (příp. bonusu) při regulaci preskripce zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků v jednotlivých segmentech:

a) *výpočet malusu:*

$$M_{ZUM, ZUL\ t + 1} = 0,65 \times CP_{UOP\ P_{t + 1}} \times (PS_{ZUM, ZUL UOP\ P_{t + 1}} - 1,05 \times PS_{ZUM, ZUL UOP\ P_t})$$

$M_{ZUM, ZUL\ t + 1}$ = malus při regulaci preskripce zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků za období $t + 1$

$CP_{UOP\ P_{t + 1}}$ = celkový počet unikátně ošetřených pojištěnců v daném segmentu péče za období $t + 1$

$PS_{ZUM, ZUL UOP\ P_{t + 1}}$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období $t + 1$

$PS_{ZUM, ZUL UOP\ P_t}$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období t

b) *výpočet bonusu:*

$$B_{ZUM, ZUL\ t + 1} = 0,40 \times CP_{UOP\ P_{t + 1}} \times (PS_{ZUM, ZUL UOP\ P_t} - PS_{ZUM, ZUL UOP\ P_{t + 1}})$$

$B_{ZUM, ZUL\ t + 1}$ = bonus při regulaci preskripce zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků za období $t + 1$

$CP_{UOP}P_{t+1}$ = celkový počet unikátně ošetřených pojištěnců v daném segmentu péče za období $t + 1$

$PS_{ZUM, ZUL UOP}P_t$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období t

$PS_{ZUM, ZUL UOP}P_{t+1}$ = paušální sazba za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky na 1 unikátně ošetřeného pojištěnce v daném segmentu péče na období $t + 1$

Metodika výpočtu skutečné celkové úhrady

$$SCU_{t+1} = CU_{t+1} + U_{ZUM, ZUL}NR_{t+1} - \Sigma M_{ZUM, ZUL t+1} + \Sigma B_{ZUM, ZUL t+1}$$

SCU_{t+1} = skutečná celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči ve všech segmentech péče za období $t + 1$

CU_{t+1} = celková úhrada za poskytnutou zdravotní péči ve všech segmentech péče za období $t + 1$

$U_{ZUM, ZUL}NR_{t+1}$ = úhrada zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků za období $t + 1$, které ZP hradí nad rámec paušální sazby ZUM, ZUL

$M_{ZUM, ZUL t+1}$ = malus při regulaci preskripce zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků za období $t + 1$

$B_{ZUM, ZUL t+1}$ = bonus při regulaci preskripce zvlášť účtovaného materiálu a léčivých přípravků za období $t + 1$

Metodika výpočtu finančního vypořádání

$$FV_{t+1} = SCU_{t+1} - PZ_{t+1}$$

FV_{t+1} = finanční vypořádání za období $t + 1$

SCU_{t+1} = skutečná celková úhrada za poskytnuté výkony ve všech segmentech péče za období $t + 1$

PZ_{t+1} = pololetní záloha za poskytnuté výkony za období $t + 1$ (tj. součet měsíčních záloh, které zaplatila příslušná ZP lůžkovému zdravotnickému zařízení)

$$PZ_{t+1} = \Sigma MZ_{t+1}$$

PZ_{t+1} = pololetní záloha za poskytnuté výkony za období $t + 1$

MZ_{t+1} = měsíční záloha za poskytnuté výkony za období $t + 1$ (měsíční záloha se vypočítá podle následujícího vzorce)

$$MZ_{t+1} = 1,08 \times \frac{SCU_t}{6}$$

MZ_{t+1} = měsíční záloha za poskytnuté výkony za období $t + 1$

SCU_t = skutečná celková úhrada za poskytnuté výkony ve všech segmentech péče za období t

Výsledkem vypořádání mohou být následující situace:

- a) jestliže $SCU_{t+1} < 1,08 \times SCU_t$, pak LZZ poskytlo zdravotní péči v nižším finančním objemu, než kterou ZP uhradila šesti stejnými měsíčními zálohami
 $\Rightarrow$ vzniká pohledávka ZP (resp. závazek LZZ)
- b) jestliže $SCU_{t+1} = 1,08 \times SCU_t$, pak LZZ poskytlo zdravotní péči v takovém finančním objemu, kterou ZP uhradila šesti stejnými měsíčními zálohami
- c) jestliže $SCU_{t+1} > 1,08 \times SCU_t$, pak LZZ poskytlo zdravotní péči ve vyšším finančním objemu, než kterou ZP uhradila šesti stejnými měsíčními zálohami
 $\Rightarrow$ vzniká závazek ZP (resp. pohledávka LZZ)

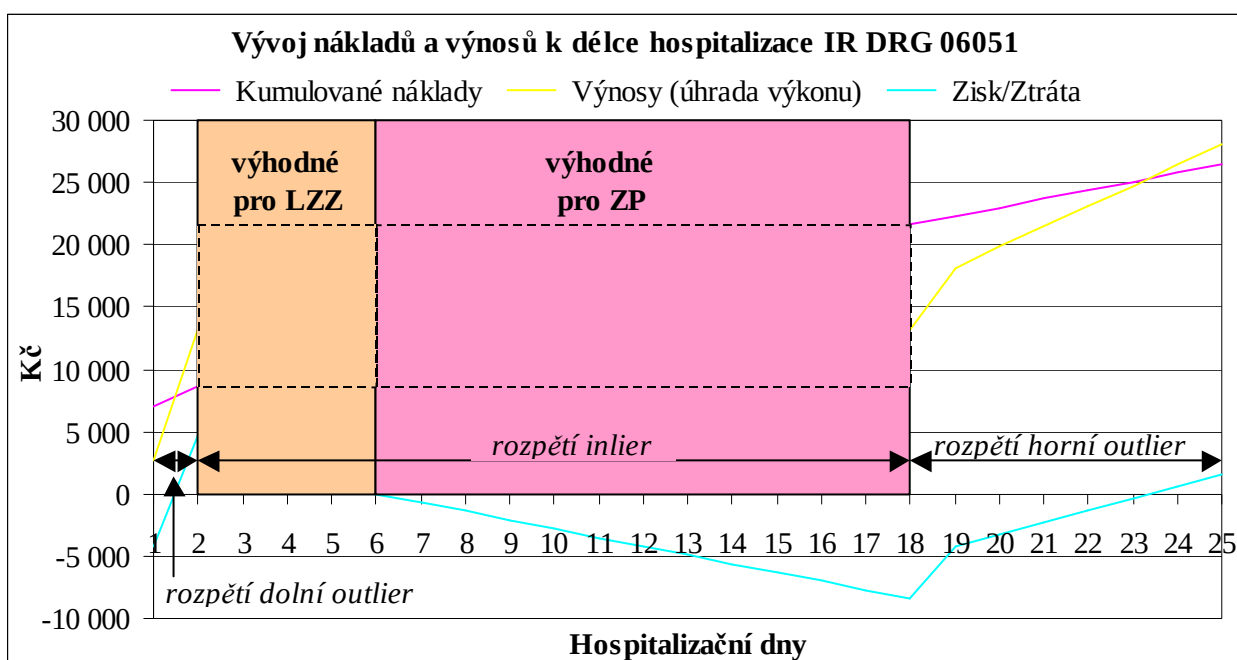
PŘÍLOHA P II: ÚHRADA NA DIAGNOSTICKO–TERAPEUTICKÉ SKUPINĚ IR DRG 06051

Na konkrétní IR DRG skupině, tj. IR DRG 06051 – výkony na apendixu bez CC, bude vysvětlen úhradový mechanismus IR DRG.

Ze seznamu DRG skupin jsou známy následující údaje o výkonu IR DRG 06051:

- ALOS 6 dnů
- dolní mezní bod 2 dny
- horní mezní bod 18 dnů
- casemix (relativní váha) 0,80
- základní sazba 16 500 Kč

Graf popisuje vývoj nákladů, výnosů a zisku (resp. ztráty) na výkonu *IR DRG 06051* – tj. výkony na apendixu bez CC.



Graf přehledným způsobem dokazuje následující tvrzení:

- pokud by byl pacient hospitalizován pouze 1 den (výkon by byl okamžitě proveden), tak by úhrada za DRG případ nepokryla celkové náklady a LZZ by bylo ztrátové (v tomto případě by bylo uhrazeno cca 39,3 % celkových nákladů)

- pro LZZ je výhodné pacienta hospitalizovat v intervalu 2 – 5 dnů (úhrada za DRG případ pokryje celkové náklady a LZZ bude ziskové)
- při 6–ti denní hospitalizaci je LZZ na BZ (úhrada za DRG případ pokryje celkové náklady)
- pokud bude pacient hospitalizován v intervalu 7 – 23 dnů (úhrada za DRG případ nepokryje celkové náklady a LZZ bude ztrátové)
- při hospitalizaci delší jak 23 dnů bude úhrada za DRG případ pokrývat celkové náklady a LZZ bude ziskové (způsobeno skutečností, že pacientům již nejsou prováděny žádné výkony, pouze se účtují náklady za pobyt na lůžku)

Obečné předpoklady systému IR DRG:

- pacient by neměl být propuštěn pod dolním mezním bodem, tj. pod minimální délkou hospitalizace (příjmy za DRG případ budou kráceny a nepokryjí vynaložené náklady, protože v prvních dnech jsou vykazovány nejvyšší náklady $\Rightarrow$ jsou prováděna různá vyšetření, operační výkony, rozborů ...)
- pacienti by měli být hospitalizováni v období, které přináší LZZ zisk (interval mezi dolním mezním bodem a průměrnou délkou hospitalizace, tj. bod ve kterém jsou náklady rovny výnosům resp. úhradě)
- čím dříve bude pacient propuštěn (doba hospitalizace bude co nejbližší dolnímu meznímu bodu), tím větší bude mít LZZ zisk)

Výhody systému IR DRG:

- paušální úhrada nereflektuje platbu za poskytnutou zdravotní péči konkrétnímu pacientovi, ale znamená pouze přísun finančních prostředků do LZZ bez ohledu na strukturu péče, objem provedené péče (kontrolním mechanismem je pouze dodržení dohodnutého objemu bodů bez jejich specifikace) či kvalitu poskytované péče
- při používání systému IR DRG jako úhradového mechanismu nedojde k nárůstu finančních prostředků pro segment akutní lůžkové péče, ale při stejném množství financí dojde k významnému přerozdělení finančních prostředků mezi jednotlivými LZZ ve prospěch těch, jejichž náklady budou nižší než úhrady stanovené pro konkrétní DRG skupinu

- jelikož úhrada za poskytnutou zdravotní péči v segmentu akutní lůžkové péče bude adresná (platba za provedené výkony u konkrétního pacienta) a bude reflektovat konkrétní činnost nemocnice, dojde ke spravedlivějšímu rozdělení finančních prostředků v segmentu akutní lůžkové péče
- jednoznačným přínosem bude popis produkce (struktura prováděných výkonů a jejich náročnost) jednotlivých LZZ podle jednotné metodiky, čímž bude možné srovnávat jednotlivá LZZ a management LZZ bude mít podklady pro možnou restrukturalizaci jednotlivých druhů péče v segmentu lůžkové péče

PŘÍLOHA P III: ANALÝZA PAUŠÁLNÍ ÚHRADY U VZP ČR (1. POLOLETÍ 2004 A 1. POLOLETÍ 2002)

Vývoj úhrady za poskytnuté zdravotní výkony
srovnání: 1. pololetí 2002 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2002
	2002	2004	
Lůžková péče	80 056 876,76 Kč	71 643 647,68 Kč	0,8949
Ambulantní péče	17 101 994,65 Kč	14 130 267,57 Kč	0,8262
Zdravotní doprava	7 932 772,90 Kč	7 404 667,44 Kč	0,9334
Jiná péče	8 279 942,51 Kč	8 209 344,54 Kč	0,9915

Vývoj počtu unikátně ošetřených pojištěnců
srovnání: 1. pololetí 2002 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2002
	2002	2004	
Lůžková péče	5 924 UOP	5 326 UOP	0,8991
Ambulantní péče	22 685 UOP	18 801 UOP	0,8288
Zdravotní doprava	4 030 UOP	3 596 UOP	0,8923
Jiná péče	18 907 UOP	18 258 UOP	0,9657

Vývoj průměrného počtu bodů na UOP
srovnání: 1. pololetí 2002 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2002
	2002	2004	
Lůžková péče	14 798,50 b/UOP	14 791,82 b/UOP	0,9995
Ambulantní péče	825,55 b/UOP	826,45 b/UOP	1,0011
Zdravotní doprava	2 155,53 b/UOP	2 264,28 b/UOP	1,0505
Jiná péče	479,55 b/UOP	494,43 b/UOP	1,0310

Vykázané body za poskytnuté zdravotní výkony
srovnání: 1. pololetí 2001 a 1. pololetí 2002

Segment	1. pololetí		Index 2002/2001
	2001	2002	
Lůžková péče	87 725 495,00 b	87 626 759,00 b	0,9989
Ambulantní péče	19 411 222,00 b	18 747 966,00 b	0,9658
Zdravotní doprava	9 314 060,75 b	9 125 041,20 b	0,9797
Jiná péče	10 343 925,00 b	9 348 200,00 b	0,9037

Vývoj počtu unikátně ošetřených pojištěnců
srovnání: 1. pololetí 2001 a 1. pololetí 2002

Segment	1. pololetí		Index 2002/2001
	2001	2002	
Lůžková péče	5 928	5 924	0,9993
Ambulantní péče	23 513	22 685	0,9648
Zdravotní doprava	4 321	4 030	0,9327
Jiná péče	21 570	18 907	0,8765

Vývoj paušální sazby na UOP
srovnání: 1. pololetí 2002 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2002
	2002	2004	
Lůžková péče	13 513,99 Kč/UOP	13 451,68 Kč/UOP	0,9954
Ambulantní péče	753,89 Kč/UOP	751,57 Kč/UOP	0,9969
Zdravotní doprava	1 968,43 Kč/UOP	2 059,14 Kč/UOP	1,0461
Jiná péče	437,93 Kč/UOP	449,63 Kč/UOP	1,0267

Vývoj paušální úhrady za 1 bod
srovnání: 1. pololetí 2002 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2002
	2002	2004	
PUB	0,9132 Kč/b	0,9094 Kč/b	0,9958

Vývoj úhrady za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky
srovnání: 1. pololetí 2002 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2002
	2002	2004	
Lůžková péče	17 731 420,60 Kč	16 356 039,48 Kč	0,9224
Ambulantní péče	2 118 552,15 Kč	1 589 248,53 Kč	0,7502
Jiná péče	1 780 283,12 Kč	2 211 408,96 Kč	1,2422

Vývoj paušální sazby na ZUM, ZUL na UOP
srovnání: 1. pololetí 2002 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2002
	2002	2004	
Lůžková péče	2 993,15 Kč/UOP	3 070,98 Kč/UOP	1,0260
Ambulantní péče	93,39 Kč/UOP	84,53 Kč/UOP	0,9051
Jiná péče	94,16 Kč/UOP	121,12 Kč/UOP	1,2863

Vývoj počtu unikátně ošetřených pojištěnců
srovnání: 1. pololetí 2002 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2002
	2002	2004	
Lůžková péče	5 924	5 326	0,8991
Ambulantní péče	22 685	18 801	0,8288
Jiná péče	18 907	18 258	0,9657

Vývoj vykázané spotřeby ZUM, ZUL na poskytnuté výkony
srovnání: 1. pololetí 2001 a 1. pololetí 2002

Segment	1. pololetí		Index 2002/2001
	2001	2002	
Lůžková péče	17 743 411,03 Kč	18 192 511,68 Kč	1,0253
Ambulantní péče	2 195 962,02 Kč	1 917 515,22 Kč	0,8732
Jiná péče	2 031 053,27 Kč	2 290 020,93 Kč	1,1275

Vývoj počtu unikátně ošetřených pojištěnců
srovnání: 1. pololetí 2001a 1. pololetí 2002

Segment	1. pololetí		Index 2002/2001
	2001	2002	
Lůžková péče	5 928	5 924	0,9993
Ambulantní péče	23 513	22 685	0,9648
Jiná péče	21 570	18 907	0,8765

PŘÍLOHA P IV: ANALÝZA VÝKONOVÉ ÚHRADY U HZP (1. POLOLETÍ 2004 A 1. POLOLETÍ 2003)

Vývoj úhrady za poskytnuté zdravotní výkony srovnání: 1. pololetí 2003 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2003
	2003	2004	
Lůžková péče	3 004 332,06 Kč	3 465 508,70 Kč	1,1535
Ambulantní péče	484 705,57 Kč	761 525,83 Kč	1,5711
Zdravotní doprava	304 909,55 Kč	283 651,90 Kč	0,9303
Jiná péče	466 150,85 Kč	507 987,97 Kč	1,0898

Vývoj vykázaných bodů za poskytnuté zdravotní výkony srovnání: 1. pololetí 2003 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2003
	2003	2004	
Lůžková péče	3 375 654,00 b	3 893 830,00 b	1,1535
Ambulantní péče	544 613,00 b	855 647,00 b	1,5711
Zdravotní doprava	342 595,00 b	318 710,00 b	0,9303
Jiná péče	523 765,00 b	570 773,00 b	1,0898

Vývoj hodnoty bodu srovnání: 1. pololetí 2003 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2003
	2003	2004	
PUB	0,8900 Kč/b	0,8900 Kč/b	1,0000

Vývoj úhrady za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky
srovnání: 1. pololetí 2003 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2003
	2003	2004	
Lůžková péče	621 514,00 Kč	756 047,00 Kč	1,2165
Ambulantní péče	67 050,00 Kč	113 546,00 Kč	1,6935
Jiná péče	52 129,00 Kč	78 498,60 Kč	1,5059

PŘÍLOHA P V: ANALÝZA VÝKONOVÉ ÚHRADY U OZP (1. POLOLETÍ 2004 A 1. POLOLETÍ 2003)

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu lůžková péče

V 1. pololetí 2004 byly poskytnuty výkony za 1 656 524,00 b, tj. 89,88 % ve srovnání s 1. pololetím 2003 a hodnota bodu na 1. pololetí 2004 byla stanovena ve výši 0,95 Kč/b, tj. stejná hodnota bodu jako v 1. pololetí 2003. Jelikož byla stanovena maximální výše úhrady za poskytnuté výkony, bylo uhrazeno pouze 96,85 % celkové úhrady za poskytnuté výkony, tj. pokles o 6,52 % ve srovnání s úhradou za 1. pololetí 2003 (uhrazeno 93,12 % celkové úhrady za poskytnuté výkony).

$$IU_{vLP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 0,8988 \times 0,9685 / 0,9312 = 0,9348 \text{ (tj. 93,48 \%)}$$

$$\Delta IU_{vLP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 0,9348 - 1,00 = - 0,0652 \text{ (tj. - 6,52 \%)}$$

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu ambulantní péče

V 1. pololetí 2004 byly poskytnuty výkony za 566 590,00 b, tj. 114,93 % ve srovnání s 1. pololetím 2003 a hodnota bodu na 1. pololetí 2004 byla stanovena ve výši 0,95 Kč/b, tj. stejná hodnota bodu jako v 1. pololetí 2003. Jelikož byla stanovena maximální výše úhrady za poskytnuté výkony, bylo uhrazeno pouze 96,85 % celkové úhrady za poskytnuté výkony, tj. nárůst o 19,54 % ve srovnání s úhradou za 1. pololetí 2003 (uhrazeno 93,12 % celkové úhrady za poskytnuté výkony).

$$IU_{vAP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,1493 \times 0,9685 / 0,9312 = 1,1954 \text{ (tj. 119,54 \%)}$$

$$\Delta IU_{vAP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,1954 - 1,00 = + 0,1954 \text{ (tj. + 19,54 \%)}$$

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu zdravotní doprava

V 1. pololetí 2004 byly poskytnuty výkony za 65 102,00 b, tj. 62,13 % ve srovnání s 1. pololetím 2003 a hodnota bodu na 1. pololetí 2004 byla stanovena ve výši 0,95 Kč/b, tj. stejná hodnota bodu jako v 1. pololetí 2003. Jelikož byla stanovena maximální výše úhrady za poskytnuté výkony, bylo uhrazeno pouze 96,85 % celkové úhrady za poskytnuté výkony, tj. pokles o 35,38 % ve srovnání s úhradou za 1. pololetí 2003 (uhrazeno 93,12 % celkové úhrady za poskytnuté výkony).

$$IU_{vZD_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 0,6213 \times 0,9685 / 0,9312 = 0,6462 \text{ (tj. 64,62 \%)}$$

$$\Delta IU_{vZD_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 0,6462 - 1,00 = - 0,3538 \text{ (tj. } - 35,38 \text{ \%)}$$

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu jiná péče

V 1. pololetí 2004 byly poskytnuty výkony za 360 570,00 b, tj. 114,00 % ve srovnání s 1. pololetím 2003 a hodnota bodu na 1. pololetí 2004 byla stanovena ve výši 0,95 Kč/b, tj. stejná hodnota bodu jako v 1. pololetí 2003. Jelikož byla stanovena maximální výše úhrady za poskytnuté výkony, bylo uhrazeno pouze 96,85 % celkové úhrady za poskytnuté výkony, tj. nárůst o 18,57 % ve srovnání s úhradou za 1. pololetí 2003 (uhrazeno 93,12 % celkové úhrady za poskytnuté výkony).

$$IU_{vJP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,1400 \times 0,9685 / 0,9312 = 1,1857 \text{ (tj. } 118,57 \text{ \%)}$$

$$\Delta IU_{vJP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,1857 - 1,00 = + 0,1857 \text{ (tj. } + 18,57 \text{ \%)}$$

Vývoj úhrady za poskytnuté zdravotní výkony
srovnání: 1. pololetí 2003 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2003
	2003	2004	
Lůžková péče	1 630 366,58 Kč	1 524 142,85 Kč	0,9348
Ambulantní péče	436 102,93 Kč	521 310,95 Kč	1,1954
Zdravotní doprava	92 693,63 Kč	59 899,37 Kč	0,6462
Jiná péče	279 801,52 Kč	331 755,04 Kč	1,1857

Vývoj vykázaných bodů za poskytnuté zdravotní výkony
srovnání: 1. pololetí 2003 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2003
	2003	2004	
Lůžková péče	1 842 986,00 b	1 656 524,00 b	0,8988
Ambulantní péče	492 976,00 b	566 590,00 b	1,1493
Zdravotní doprava	104 782,00 b	65 102,00 b	0,6213
Jiná péče	316 291,00 b	360 570,00 b	1,1400

Vývoj hodnoty bodu
srovnání: 1. pololetí 2003 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2003
	2003	2004	
PUB	0,8846 Kč/b	0,9201 Kč/b *	1,0401

* V tabulce je uvedena průměrná hodnota bodu (tj. hodnota bodu, která vychází z regulované úhrady 1. pololetí 2004

Analýza celkové úhrady zvlášť účtovaného materiálu v segmentu lůžková péče

V 1. pololetí 2004 byl na poskytnuté výkony spotřebován ZUM, ZUL v celkové hodnotě 240 465,00 Kč, tj. 49,81 % ve srovnání s 1. pololetím 2003. Jelikož byla stanovena maximální výše úhrady za spotřebovaný ZUM, ZUL, bylo uhrazeno pouze 96,85 % celkové hodnoty spotřebovaného ZUM, ZUL, tj. pokles o 48,20 % ve srovnání s úhradou za 1. pololetí 2003 (uhrazeno 93,12 % celkové hodnoty spotřebovaného ZUM, ZUL).

$$IU_{\text{ZUM, ZUL}}LP_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 232\,892,88 \text{ Kč} / 449\,571,52 \text{ Kč} = 0,5180 \text{ (tj. 51,80 \%)}$$

$$\text{příp. } IU_{\text{ZUM, ZUL}}LP_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 0,4981 \times 0,9685 / 0,9312 = 0,5180 \text{ (tj. 51,80 \%)}$$

$$\Delta IU_{\text{ZUM, ZUL}}LP_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 0,5180 - 1,00 = -0,4820 \text{ (tj. - 48,20 \%)}$$

Analýza celkové úhrady zvlášť účtovaného materiálu v segmentu ambulantní péče

V 1. pololetí 2004 byl na poskytnuté výkony spotřebován ZUM, ZUL v celkové hodnotě 35 516,00 Kč, tj. 88,88 % ve srovnání s 1. pololetím 2003. Jelikož byla stanovena maximální výše úhrady za spotřebovaný ZUM, ZUL, bylo uhrazeno pouze 96,85 % celkové hodnoty spotřebovaného ZUM, ZUL, tj. pokles o 7,56 % ve srovnání s úhradou za 1. pololetí 2003 (uhrazeno 93,12 % celkové hodnoty spotřebovaného ZUM, ZUL).

$$IU_{\text{ZUM, ZUL}}AP_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 34\,397,62 \text{ Kč} / 37\,208,60 \text{ Kč} = 0,9245 \text{ (tj. 92,45 \%)}$$

$$\text{příp. } IU_{\text{ZUM, ZUL}}LP_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 0,8888 \times 0,9685 / 0,9312 = 0,9245 \text{ (tj. 92,45 \%)}$$

$$\Delta IU_{\text{ZUM, ZUL}}AP_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 0,9245 - 1,00 = -0,0755 \text{ (tj. - 7,55 \%)}$$

Analýza celkové úhrady zvlášť účtovaného materiálu v segmentu jiná péče

V 1. pololetí 2004 byl na poskytnuté výkony spotřebován ZUM, ZUL v celkové hodnotě 61 440,00 Kč, tj. 97,49 % ve srovnání s 1. pololetím 2003. Jelikož byla stanovena maximální výše úhrady za spotřebovaný ZUM, ZUL, bylo uhrazeno pouze 96,85 % celkové hodnoty spotřebovaného ZUM, ZUL, tj. nárůst o 1,40 % ve srovnání s úhradou za 1. pololetí 2003 (uhrazeno 93,12 % celkové hodnoty spotřebovaného ZUM, ZUL).

$$IU_{\text{ZUM, ZUL}}JP_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 59\,505,29 \text{ Kč} / 58\,682,84 \text{ Kč} = 1,0140 \text{ (tj. 101,40 \%)}$$

$$\text{příp. } IU_{\text{ZUM, ZUL}}LP_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 0,9749 \times 0,9685 / 0,9312 = 1,0140 \text{ (tj. 101,40 \%)}$$

$$\Delta IU_{\text{ZUM, ZUL}}JP_{1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 1,0140 - 1,00 = +0,0140 \text{ (tj. + 1,40 \%)}$$

Vývoj úhrady za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky
srovnání: 1. pololetí 2003 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2003
	2003	2004	
Lůžková péče	449 571,52 Kč	232 892,88 Kč	0,5180
Ambulantní péče	37 208,60 Kč	34 397,62 Kč	0,9245
Jiná péče	58 682,84 Kč	59 505,29 Kč	1,0140

PŘÍLOHA P VI: ANALÝZA VÝKONOVÉ ÚHRADY U VOZP ČR (1. POLOLETÍ 2004 A 1. POLOLETÍ 2003)

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu lůžková péče

V 1. pololetí 2004 byly poskytnuty výkony za 1 416 629,00 b, tj. 103,71 % ve srovnání s 1. pololetím 2003. Jelikož byla stanovena maximální výše úhrady za poskytnuté výkony, dosáhla průměrná hodnota bodu v 1. pololetí 2004 výše 0,8809 Kč/b, tj. 99,22 % průměrné hodnoty bodu v 1. pololetí 2003, tzn. že na 1. pololetí 2004 připadla celková úhrada za poskytnuté výkony v hodnotě 1 247 907,97 Kč, tj. nárůst o 2,90 % ve srovnání s 1. pololetím 2003.

$$IU_{vLP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,0371 \times 0,9922 = 1,0290 \text{ (tj. 102,90 \%)}$$

$$\Delta IU_{vLP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,0290 - 1,00 = + 0,0290 \text{ (tj. + 2,90 \%)}$$

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu ambulantní péče

V 1. pololetí 2004 byly poskytnuty výkony za 442 024,00 b, tj. 102,36 % ve srovnání s 1. pololetím 2003. Jelikož byla stanovena maximální výše úhrady za poskytnuté výkony, dosáhla průměrná hodnota bodu v 1. pololetí 2004 výše 0,8809 Kč/b, tj. 99,22 % průměrné hodnoty bodu v 1. pololetí 2003, tzn. že na 1. pololetí 2004 připadla celková úhrada za poskytnuté výkony v hodnotě 389 378,78 Kč, tj. nárůst o 1,56 % ve srovnání s 1. pololetím 2003.

$$IU_{vAP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,0236 \times 0,9922 = 1,0156 \text{ (tj. 101,56 \%)}$$

$$\Delta IU_{vAP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,0156 - 1,00 = + 0,0156 \text{ (tj. + 1,56 \%)}$$

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu zdravotní doprava

V 1. pololetí 2004 byly poskytnuty výkony za 47 756,00 b, tj. 50,85 % ve srovnání s 1. pololetím 2003. Jelikož byla stanovena maximální výše úhrady za poskytnuté výkony, dosáhla průměrná hodnota bodu v 1. pololetí 2004 výše 0,8809 Kč/b, tj. 99,22 % průměrné hodnoty bodu v 1. pololetí 2003, takže na 1. pololetí 2004 připadla celková úhrada za poskytnuté výkony v hodnotě 42 068,24 Kč, tj. pokles o 49,55 % ve srovnání s 1. pololetím 2003.

$$IU_{vZD_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 0,5085 \times 0,9922 = 0,5045 \text{ (tj. 50,45 \%)}$$

$$\Delta IU_{vZD_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 0,5045 - 1,00 = - \mathbf{0,4955 \text{ (tj. } - 49,55 \% \text{)}}$$

Analýza celkové úhrady za poskytnuté výkony v segmentu jiná péče

V 1. pololetí 2004 byly poskytnuty výkony za 233 905,00 b, tj. 107,27 % ve srovnání s 1. pololetím 2003. Jelikož byla stanovena maximální výše úhrady za poskytnuté výkony, dosáhla průměrná hodnota bodu v 1. pololetí 2004 výše 0,8809 Kč/b, tj. 99,22 % průměrné hodnoty bodu v 1. pololetí 2003, takže na 1. pololetí 2004 připadla celková úhrada za poskytnuté výkony v hodnotě 206 046,83 Kč, tj. nárůst o 6,44 % ve srovnání s 1. pololetím 2003.

$$IU_{vJP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,0727 \times 0,9922 = 1,0644 \text{ (tj. } 106,44 \% \text{)}$$

$$\Delta IU_{vJP_{1. pol. 04 / 1. pol. 03}} = 1,0644 - 1,00 = + \mathbf{0,0644 \text{ (tj. } 6,44 \% \text{)}}$$

Vývoj úhrady za poskytnuté zdravotní výkony
srovnání: 1. pololetí 2003 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2003
	2003	2004	
Lůžková péče	1 212 764,70 Kč	1 247 907,97 Kč	1,0290
Ambulantní péče	383 406,53 Kč	389 378,78 Kč	1,0156
Zdravotní doprava	83 380,44 Kč	42 068,24 Kč	0,5045
Jiná péče	193 586,33 Kč	206 046,83 Kč	1,0644

Vývoj vykázaných bodů za poskytnuté zdravotní výkony
srovnání: 1. pololetí 2003 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2003
	2003	2004	
Lůžková péče	1 366 004,00 b	1 416 629,00 b	1,0371
Ambulantní péče	431 852,00 b	442 024,00 b	1,0236
Zdravotní doprava	93 916,00 b	47 756,00 b	0,5085
Jiná péče	218 047,00 b	233 905,00 b	1,0727

Vývoj hodnoty bodu
srovnání: 1. pololetí 2003 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2003
	2003	2004	
PUB	0,8878 Kč/b	0,8809 Kč/b	0,9922

Analýza celkové úhrady zvlášť účtovaného materiálu v segmentu lůžková péče

V 1. pololetí 2004 byl na poskytnuté výkony spotřebován ZUM, ZUL v celkové hodnotě 638 328,00 Kč, tj. 309,60 % ve srovnání s 1. pololetím 2003. Jelikož byla stanovena maximální výše úhrady za spotřebovaný ZUM, ZUL, bylo uhrazeno pouze 63,10 % celkové hodnoty spotřebovaného ZUM, ZUL, tj. nárůst o 105,43 % ve srovnání s úhradou za 1. pololetí 2003 (uhrazeno 95,10 % celkové hodnoty spotřebovaného ZUM, ZUL).

$$IU_{\text{ZUM, ZUL LP } 1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 402\,796,99 \text{ Kč} / 196\,075,78 \text{ Kč} = 2,0543 \text{ (tj. } 205,43 \text{ \%)}$$

$$\text{příp. } IU_{\text{ZUM, ZUL LP } 1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 3,0960 \times 0,6310 / 0,9510 = 2,0543 \text{ (tj. } 205,43 \text{ \%)}$$

$$\Delta IU_{\text{ZUM, ZUL LP } 1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 2,0543 - 1,00 = + 1,0543 \text{ (tj. } + 105,43 \text{ \%)}$$

Analýza celkové úhrady zvlášť účtovaného materiálu v segmentu ambulantní péče

V 1. pololetí 2004 byl na poskytnuté výkony spotřebován ZUM, ZUL v celkové hodnotě 65 260,25 Kč, tj. 102,06 % ve srovnání s 1. pololetím 2003. Jelikož byla stanovena maximální výše úhrady za spotřebovaný ZUM, ZUL, bylo uhrazeno pouze 63,10 % celkové hodnoty spotřebovaného ZUM, ZUL, tj. pokles o 32,28 % ve srovnání s úhradou za 1. pololetí 2003 (uhrazeno 95,10 % celkové hodnoty spotřebovaného ZUM, ZUL).

$$IU_{\text{ZUM, ZUL AP } 1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 41\,180,45 \text{ Kč} / 60\,811,19 \text{ Kč} = 0,6772 \text{ (tj. } 67,72 \text{ \%)}$$

$$\text{příp. } IU_{\text{ZUM, ZUL AP } 1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 1,0206 \times 0,6310 / 0,9510 = 0,8732 \text{ (tj. } 87,32 \text{ \%)}$$

$$\Delta IU_{\text{ZUM, ZUL AP } 1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 0,6772 - 1,00 = - 0,3228 \text{ (tj. } - 32,28 \text{ \%)}$$

Analýza celkové úhrady zvlášť účtovaného materiálu v segmentu jiná péče

V 1. pololetí 2004 byl na poskytnuté výkony spotřebován ZUM, ZUL v celkové hodnotě 91 796,23 Kč, tj. 240,25 % ve srovnání s 1. pololetím 2003. Jelikož byla stanovena maximální výše úhrady za spotřebovaný ZUM, ZUL, bylo uhrazeno pouze 63,10 % celkové hodnoty spotřebovaného ZUM, ZUL, tj. nárůst o 59,41 % ve srovnání s úhradou za 1. pololetí 2003 (uhrazeno 95,10 % celkové hodnoty spotřebovaného ZUM, ZUL).

$$IU_{\text{ZUM, ZUL JP } 1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 57\,925,15 \text{ Kč} / 36\,337,03 \text{ Kč} = 1,5941 \text{ (tj. } 159,41 \text{ \%)}$$

$$\text{příp. } IU_{\text{ZUM, ZUL AP } 1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 2,4025 \times 0,6310 / 0,9510 = 1,5941 \text{ (tj. } 159,41 \text{ \%)}$$

$$\Delta IU_{\text{ZUM, ZUL JP } 1. \text{ pol. } 04 / 1. \text{ pol. } 03} = 1,5941 - 1,00 = + 0,5941 \text{ (tj. } + 59,41 \text{ \%)}$$

Vývoj úhrady za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky
srovnání: 1. pololetí 2003 a 1. pololetí 2004

Segment	1. pololetí		Index 2004/2003
	2003	2004	
Lůžková péče	196 075,78 Kč	402 796,99 Kč	2,0543
Ambulantní péče	60 811,19 Kč	41 180,45 Kč	0,6772
Jiná péče	36 337,03 Kč	57 925,15 Kč	1,5941

PŘÍLOHA P VII: NÁKLADY NA PŘÍPADY DIAGNOSTICKÉ SKUPINY IR DRG 05423

• Pacient č. 1

Délka hospitalizace: 3 dny

Nákl. středisko	Intermediál	Interní oddělení - muži			Celkem
Den hospitalizace	05. 04. 2004	06. 04. 2004	07. 04. 2004	08. 04. 2004	
Ocenění péče	4 078,00 b	1 962,00 b	1 886,00 b	216,00 b	8 142,00 b
- hotelová složka	3 672,00 b	1 116,00 b	1 116,00 b	0,00 b	5 904,00 b
- OD	3 672,00 b	1 041,00 b	1 041,00 b	0,00 b	5 754,00 b
- kat. pacienta	0,00 b	75,00 b	75,00 b	0,00 b	150,00 b
- vyšetření	406,00 b	846,00 b	770,00 b	216,00 b	2 238,00 b
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Náklady péče	2 216,78 Kč	2 785,83 Kč	1 033,04 Kč	119,86 Kč	6 155,51 Kč
- hotelová složka	2 013,50 Kč	2 316,38 Kč	605,77 Kč		4 935,65 Kč
- vyšetření	203,28 Kč	469,45 Kč	427,27 Kč	119,86 Kč	1 219,86 Kč
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Úhrada péče	5 216,54 Kč	= 3/13 x 1,37 x 16 500 Kč
-------------	-------------	---------------------------

• Pacient č. 3

Délka hospitalizace: 2 dny

Nákl. středisko	Intermediál	Interní oddělení - ženy		Celkem
Den hospitalizace	11. 02. 2004	12. 02. 2004	13. 02. 2004	
Ocenění péče	4 078,00 b	1 116,00 b	216,00 b	5 410,00 b
- hotelová složka	3 672,00 b	1 116,00 b	0,00 b	4 788,00 b
- OD	3 672,00 b	1 041,00 b	0,00 b	4 713,00 b
- kat. pacienta	0,00 b	75,00 b	0,00 b	75,00 b
- vyšetření	406,00 b	0,00 b	216,00 b	622,00 b
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Náklady péče	2 216,78 Kč	2 312,46 Kč	422,61 Kč	4 951,85 Kč
- hotelová složka	2 013,50 Kč	2 312,46 Kč	298,97 Kč	4 624,93 Kč
- vyšetření	203,28 Kč	0,00 Kč	123,64 Kč	326,92 Kč
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Úhrada péče	3 477,69 Kč
-------------	-------------

• Pacient č. 2

Délka hospitalizace: 8 dnů

Nákl. středisko	Interní oddělení - ženy									Celkem
Den hospitalizace	07. 01. 2004	08. 01. 2004	09. 01. 2004	10. 01. 2004	11. 01. 2004	12. 01. 2004	13. 01. 2004	14. 01. 2004	15. 01. 2004	
Očenní péče	1 522,00 b	1 116,00 b	1 116,00 b	1 116,00 b	951,00 b	951,00 b	951,00 b	1 797,00 b	216,00 b	9 736,00 b
- hotelová složka	1 116,00 b	1 116,00 b	1 116,00 b	1 116,00 b	951,00 b	951,00 b	951,00 b	951,00 b	0,00 b	8 268,00 b
- OD	1 041,00 b	1 041,00 b	1 041,00 b	1 041,00 b	876,00 b	876,00 b	876,00 b	876,00 b	0,00 b	7 668,00 b
- kat. pacienta	75,00 b	75,00 b	75,00 b	75,00 b	75,00 b	75,00 b	75,00 b	75,00 b	0,00 b	600,00 b
- vyšetření	406,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	846,00 b	216,00 b	1 468,00 b
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Náklady péče	531,36 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	1 082,18 Kč	422,61 Kč	5 623,73 Kč
- hotelová složka	298,97 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	298,97 Kč	4 783,45 Kč
- vyšetření	232,39 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	484,25 Kč	123,64 Kč	840,28 Kč
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Úhrada péče	22 605,00 Kč	= 1,37 x 16 500 Kč
-------------	--------------	--------------------

• Pacient č. 4

Délka hospitalizace: 11 dnů

Nákl. středisko	Interní oddělení - ženy												Celkem
Den hospitalizace	11. 06. 2004	12. 06. 2004	13. 06. 2004	14. 06. 2004	15. 06. 2004	16. 06. 2004	17. 06. 2004	18. 06. 2004	19. 06. 2004	20. 06. 2004	21. 06. 2004	22. 06. 2004	
Ocenění péče	1 242,00 b	1 026,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	787,00 b	787,00 b	787,00 b	787,00 b	787,00 b	216,00 b	9 867,00 b
- hotelová složka	1 026,00 b	1 026,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	787,00 b	787,00 b	787,00 b	787,00 b	787,00 b	0,00 b	9 435,00 b
- OD	876,00 b	876,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b	0,00 b	8 160,00 b
- kat. pacienta	150,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b	75,00 b	75,00 b	75,00 b	75,00 b	75,00 b	0,00 b	1 275,00 b
- vyšetření	216,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	216,00 b	432,00 b
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Náklady péče	422,61 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	422,61 Kč	6 824,52 Kč
- hotelová složka	298,97 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	298,97 Kč	6 577,24 Kč
- vyšetření	123,64 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	123,64 Kč	247,28 Kč
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Úhrada péče	22 605,00 Kč	= 1,37 x 16 500 Kč
-------------	--------------	--------------------

- Pacient č. 5

Délka hospitalizace: 6 dnů

Nákl. středisko	Interní oddělení - ženy							Celkem
Den hospitalizace	16. 06. 2004	17. 06. 2004	18. 06. 2004	19. 06. 2004	20. 06. 2004	21. 06. 2004	22. 06. 2004	
Ocenění péče	1 522,00 b	1 116,00 b	1 116,00 b	1 116,00 b	951,00 b	876,00 b	216,00 b	6 913,00 b
- hotelová složka	1 116,00 b	1 116,00 b	1 116,00 b	1 116,00 b	951,00 b	876,00 b	0,00 b	6 291,00 b
- OD	1 041,00 b	1 041,00 b	1 041,00 b	1 041,00 b	876,00 b	876,00 b	0,00 b	5 916,00 b
- kat. pacienta	75,00 b	75,00 b	75,00 b	75,00 b	75,00 b	0,00 b	0,00 b	375,00 b
- vyšetření	406,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	216,00 b	622,00 b
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Náklady péče	531,36 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	422,61 Kč	3 943,62 Kč
- hotelová složka	298,97 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	298,97 Kč	3 587,59 Kč
- vyšetření	232,39 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	123,64 Kč	356,03 Kč
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Úhrada péče	22 605,00 Kč	= 1,37 x 16 500 Kč
-------------	--------------	--------------------

• Pacient č. 6

Délka hospitalizace: 21 dnů

Nák. středisko	Intermediál	Interní oddělení - ženy							
Den hospitalizace	05. 04. 2004	06. 04. 2004	07. 04. 2004	08. 04. 2004	09. 04. 2004	10. 04. 2004	11. 04. 2004	12. 04. 2004	13. 04. 2004
Ocenění péče	4 199,63 b	1 387,63 b	1 387,63 b	1 312,63 b	1 147,63 b	1 147,63 b	1 147,63 b	1 147,63 b	983,63 b
- hotelová složka	3 672,00 b	1 266,00 b	1 266,00 b	1 191,00 b	1 026,00 b	1 026,00 b	1 026,00 b	1 026,00 b	862,00 b
- OD	3 672,00 b	1 041,00 b	1 041,00 b	1 041,00 b	876,00 b	876,00 b	876,00 b	876,00 b	712,00 b
- kat. pacienta	0,00 b	225,00 b	225,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b
- vyšetření	406,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b
- ZUM, ZUL	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč

Náklady péče	2 338,41 Kč	2 434,09 Kč	719,56 Kč	719,56 Kč	719,56 Kč	719,56 Kč	719,56 Kč	719,56 Kč	719,56 Kč
- hotelová složka	2 013,50 Kč	2 312,46 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč
- vyšetření	203,28 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč
- ZUM, ZUL	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč

Nák. středisko	Intermediál									Interní oddělení - ženy				Celkem
Den hospitalizace	14. 04. 2004	15. 04. 2004	16. 04. 2004	17. 04. 2004	18. 04. 2004	19. 04. 2004	20. 04. 2004	21. 04. 2004	22. 04. 2004	23. 04. 2004	24. 04. 2004	25. 04. 2004	26. 04. 2004	
Ocenění péče	4 993,63 b	5 192,63 b	4 993,63 b	4 993,63 b	4 993,63 b	4 993,63 b	3 793,63 b	3 793,63 b	3 672,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	216,00 b	58 083,71 b
- hotelová složka	4 872,00 b	4 872,00 b	4 872,00 b	4 872,00 b	4 872,00 b	4 872,00 b	3 672,00 b	3 672,00 b	3 672,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	0,00 b	55 195,00 b
- OD	4 872,00 b	4 872,00 b	4 872,00 b	4 872,00 b	4 872,00 b	4 872,00 b	3 672,00 b	3 672,00 b	3 672,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b	0,00 b	53 395,00 b
- kat. pacienta	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b	0,00 b	1 800,00 b
- vyšetření	0,00 b	199,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	216,00 b	821,00 b
- ZUM, ZUL	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	2 067,71 Kč

Náklady péče	2 434,09 Kč	4 248,26 Kč	4 148,62 Kč	4 148,62 Kč	4 148,62 Kč	4 148,62 Kč	4 148,62 Kč	4 148,62 Kč	4 026,99 Kč	2 312,46 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	422,61 Kč	49 341,41 Kč
- hotelová složka	2 312,46 Kč	4 026,99 Kč	4 026,99 Kč	4 026,99 Kč	4 026,99 Kč	4 026,99 Kč	4 026,99 Kč	4 026,99 Kč	4 026,99 Kč	2 312,46 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	298,97 Kč	46 847,14 Kč
- vyšetření	0,00 Kč	99,64 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	123,64 Kč	426,56 Kč
- ZUM, ZUL	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	121,63 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	2 067,71 Kč

Úhrada péče	22 605,00 Kč	= 1,37 x 16 500 Kč
-------------	--------------	--------------------

• Pacient č. 7

Délka hospitalizace: 4 dny

Nákl. středisko	Interní oddělení - ženy					Celkem
Den hospitalizace	30. 01. 2004	31. 01. 2004	01. 02. 2004	02. 02. 2004	03. 02. 2004	
Ocenění péče	1 257,00 b	1 041,00 b	1 041,00 b	1 041,00 b	216,00 b	4 596,00 b
- hotelová složka	1 041,00 b	1 041,00 b	1 041,00 b	1 041,00 b	0,00 b	4 164,00 b
- OD	1 041,00 b	1 041,00 b	1 041,00 b	1 041,00 b	0,00 b	4 164,00 b
- kat. pacienta	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b
- vyšetření	216,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	216,00 b	432,00 b
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Náklady péče	422,61 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	422,61 Kč	2 639,01 Kč
- hotelová složka	298,97 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	298,97 Kč	2 391,73 Kč
- vyšetření	123,64 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	123,64 Kč	247,28 Kč
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Úhrada péče	22 605,00 Kč	= 1,37 x 16 500 Kč
-------------	--------------	--------------------

- Pacient č. 8

Délka hospitalizace: 8 dnů

Nákl. středisko	Interní oddělení - muži									Celkem
Den hospitalizace	26. 01. 2004	27. 01. 2004	28. 01. 2004	29. 01. 2004	30. 01. 2004	31. 01. 2004	01. 02. 2004	02. 02. 2004	03. 02. 2004	
Ocenění péče	1 597,00 b	1 191,00 b	1 191,00 b	1 191,00 b	1 026,00 b	951,00 b	951,00 b	951,00 b	216,00 b	9 265,00 b
- hotelová složka	1 191,00 b	1 191,00 b	1 191,00 b	1 191,00 b	1 026,00 b	951,00 b	951,00 b	951,00 b	0,00 b	8 643,00 b
- OD	1 041,00 b	1 041,00 b	1 041,00 b	1 041,00 b	876,00 b	876,00 b	876,00 b	876,00 b	0,00 b	7 668,00 b
- kat. pacienta	150,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b	75,00 b	75,00 b	75,00 b	0,00 b	975,00 b
- vyšetření	406,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	216,00 b	622,00 b
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Náklady péče	528,18 Kč	605,77 Kč	605,77 Kč	605,77 Kč	605,77 Kč	605,77 Kč	605,77 Kč	605,77 Kč	422,75 Kč	5 191,32 Kč
- hotelová složka	302,89 Kč	605,77 Kč	605,77 Kč	605,77 Kč	605,77 Kč	605,77 Kč	605,77 Kč	605,77 Kč	302,89 Kč	4 846,17 Kč
- vyšetření	225,29 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	119,86 Kč	345,15 Kč
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Úhrada péče	22 605,00 Kč	= 1,37 x 16 500 Kč
-------------	--------------	--------------------

• Pacient č. 9

Délka hospitalizace: 18 dnů

Nákl. středisko	Interní oddělení - ženy									
Den hospitalizace	05. 01. 2004	06. 01. 2004	07. 01. 2004	08. 01. 2004	09. 01. 2004	10. 01. 2004	11. 01. 2004	12. 01. 2004	13. 01. 2004	14. 01. 2004
Ocenění péče	1 078,00 b	862,00 b	1 061,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	973,00 b
- hotelová složka	862,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b	862,00 b
- OD	712,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b
- kat. pacienta	150,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b	150,00 b
- vyšetření	216,00 b	0,00 b	199,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	111,00 b
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Náklady péče	422,61 Kč	597,93 Kč	711,84 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	661,47 Kč
- hotelová složka	298,97 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč
- vyšetření	123,64 Kč	0,00 Kč	113,91 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	63,54 Kč
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Nákl. středisko	Interní oddělení - ženy							Intermediál		Celkem
Den hospitalizace	15. 01. 2004	16. 01. 2004	17. 01. 2004	18. 01. 2004	19. 01. 2004	20. 01. 2004	21. 01. 2004	22. 01. 2004	23. 01. 2004	
Ocenění péče	1 272,00 b	993,00 b	937,00 b	937,00 b	690,00 b	690,00 b	690,00 b	9 336,00 b	216,00 b	24 907,00 b
- hotelová složka	862,00 b	937,00 b	937,00 b	937,00 b	690,00 b	690,00 b	690,00 b	9 336,00 b	0,00 b	23 699,00 b
- OD	712,00 b	712,00 b	712,00 b	712,00 b	465,00 b	465,00 b	465,00 b	9 336,00 b	0,00 b	20 699,00 b
- kat. pacienta	150,00 b	225,00 b	225,00 b	225,00 b	225,00 b	225,00 b	225,00 b	0,00 b	0,00 b	3 000,00 b
- vyšetření	410,00 b	56,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	0,00 b	216,00 b	1 208,00 b
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Náklady péče	832,61 Kč	629,98 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	2 312,46 Kč	2 121,65 Kč	14 867,78 Kč
- hotelová složka	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	597,93 Kč	2 312,46 Kč	2 013,50 Kč	14 191,81 Kč
- vyšetření	234,68 Kč	32,05 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	108,15 Kč	675,97 Kč
- ZUM, ZUL	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč	0,00 Kč

Úhrada péče	22 605,00 Kč	= 1,37 x 16 500 Kč
-------------	--------------	--------------------