

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

ŠKOLA VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ IPVZ
1999-2001

**Financování lůžkové zdravotní péče v období
transformace českého zdravotnictví.
Kudy dál?**

**Autor práce: MUDr. Filip Horák
Oponent: Doc. Ing. Jaromír Vepřek**

OBSAH

1.	Úvod	5
2.	Zdravotnictví ve veřejném sektoru	7
2.1.	Ekonomie zdravotnictví	11
2.2.	Mezinárodní srovnání	11
2.3.	Růst nákladů	12
3.	Způsoby financování lůžkové zdravotní péče	14
3.1.	Platba za ošetrovací den	14
3.2.	Platba za výkon	16
3.3.	Globální rozpočty	17
3.4.	Kontrakty	18
3.5.	Hlavní čase mix metody	19
3.6.	Metoda DRG	19
3.7.	Metoda PMC	22
3.8.	Paušální platby	23
3.9.	Nemocniční ambulance	24
4.	Závěr	24

1. ÚVOD

Zdravotnictví jako ucelený specifický společenský systém vznikalo podobně jako ostatní společenské systémy v průběhu historického vývoje z potřeb denního života. V současné době zatím neexistuje ideální zdravotnický systém, který by vyhovoval všem kritériím optimality.

Velikost finančních zdrojů určených pro zdravotnictví závisí na výkonnosti národního hospodářství země. Bohužel Česká republika hospodářsky zaostává za svými vyspělými sousedy, ale ambiciózní česká společnost se však stále porovnává se životním standardem i úrovní zdravotnictví v bohatých sousedních zemích, ačkoliv výkonností své ekonomiky nedosahuje Česká republika ani úroveň „chudších“ států Evropské unie.

Z porovnání HDP ve stálých cenách plyne, že během ekonomické transformace postupně poklesl v České republice HDP až o 20 procent oproti úrovni z roku 1989. Obrat směrem k růstu v hospodářském vývoji země nastal až v roce 1994 a inflace se snížila pod 10 procent.

Na začátku ekonomické transformace se zdravotnictví muselo vyrovnat se dvěma cenovými šoky - s devalvací koruny, což se zejména odrazilo v cenách dovážených léků, a s liberalizací cen. Současné problémy financování lůžkové péče, které se datují od 2. poloviny roku 1997, souvisejí s přechodem financování zdravotní péče z výkonového způsobu na současný způsob úhrady pomocí, tzv. „paušálních plateb“.

Česká společnost nemusí v současné době vydávat na zdravotnictví více prostředků, neboť jsou dle mého názoru dostatečné, ale je třeba hledat cesty, jak je efektivně využívat.

Cílem mé práce by mělo být porovnat užití systémy financování zdravotní péče u nás s určitým pohledem do budoucnosti.

Transformace zdravotnictví probíhala (zejména v prvních fázích) velmi rychle až překotně. K oddělení financování a poskytování péče došlo již na samém počátku reformy (1991), kdy zanikly krajské a okresní ústavy národního zdraví a vytvořila se samostatná zdravotnická zařízení. Po několika mezistupních se od roku 1993 uplatňuje

financování poskytovatelů ze zdravotního pojištění prostřednictvím zdravotních pojišťoven, které nemají právo vlastnit a provozovat žádné zdravotnické zařízení. Princip „peníze jdou za pacientem“ byl aplikován v prvním období reformy formou platby za jednotlivé výkony, ačkoliv to není zdaleka jediný mechanismus, který je možno v systému uplatnit. Platby za výkon nepochybně splnily svůj účel v přechodu od strnulého státního zdravotnictví k pružnému pluralitnímu systému. Český systém plateb za výkon byl jedním z nejsložitějších na světě, navíc bez objemových limitů, což pochopitelně růst nákladů dále prohlubovalo.

V roce 1997 byl v lůžkové péči tento systém nahrazen prospektivním financováním na základě rozpočtu - tzv. paušálními platbami. Cílovým stavem financování lůžkové péče je návrat k principu platby za případ - DRG.

Další vývoj v České republice bude, přes mnohé peripetie, sledovat trendy změn zdravotních systémů v Evropě.

Snaha o získání kontroly nad růstem nákladů na zdravotní péči je společná všem zdravotním systémům od konce sedmdesátých let. Hlavní strategie evropských systémů spočívala ve snaze zamezit růstu nákladů systému jako celku cestou centrálně a administrativně zaváděných plošných regulací. Změny byly mocensky prosazovány aktuálně vládoucí politickou garniturou a žádná reforma nebyla úspěšně dokončena. Centrálně řízené reformy sice dosahovaly dílčích úspěchů, ale vlna odporu, kterou zákonitě vyvolaly, předznamenala jejich konec. Společným problémem všech velkoplošných opatření k regulaci nákladů na zdravotní péči je omezování péče a přesun části nákladů na pacienta. Tento proces jev přímém rozporu s krédem ekvity, které je hlavním vývěsním štítem evropských zdravotních systémů. Proto se stále více prosazuje model, který vytváří prostředí, ve kterém jsou všichni zúčastnění (občan, poskytovatel, pojišťovna a státní aparát) vtaženi do hry. Model, ve kterém jsou všichni motivováni k efektivnímu chování, kde mají přiměřené informace a ve kterém je zajištěna dostatečná komunikace, může fungovat v dynamické rovnováze, kterou vytvářejí všichni zúčastnění uspokojováním svých potřeb. Tyto modely jsou inspirovány zkušenostmi z druhého břehu Atlantiku a jsou adaptovány na evropské kulturní a legislativní prostředí.

V současné době se u nás používá financování lůžkové péče pomocí paušálních plateb, jedná se vlastně o financování nemocnic na základě kontrahovaného objemu

služeb dohodnutou částku pro kalendářní období. Pojišťovna uzavře s nemocnicí pro dané období (pololetí) smlouvu na poskytnutí nemocniční péče v dohodnutém rozsahu a struktuře blízcím se skutečnosti minulého období. Za to nemocnici poskytuje částku odpovídající tomuto rozsahu a struktuře služeb. Nemocnici to nezbavuje povinnosti evidovat výkony, ale vykázané množství výkonů nijak neovlivňuje výši plateb od pojišťoven v daném období.. Pokud dojde v daném období v některých oborech ke zvýšení objemu výkonů, může pojišťovna zvýšit objem kontrahované péče pro další období.

Nadějně se zdá být využití některého z existujících čase mix systémů. Jde o klasifikaci pacientů do určitých skupin, které budou klinicky podobné a z hlediska nákladů na léčbu dostatečně homogenní. Nemocnice by pak byla odměňována podle druhu a počtu léčených klasifikačních případů nebo by s ní byla předem uzavřena smlouva na léčení takového souboru případů. Je více čase mix systémů, z nichž něj známější je DRG.

Některé z těchto systémů se zdají být ekonomicky velmi účinné. Tato varianta řešení není v přijatelném časovém horizontu realizovatelná, perspektivně však může být velmi výhodná.

2. ZDRAVOTNICTVÍ VE VEŘEJNÉM SEKTORU

Na rozdíl od předválečného období hraje současný stát důležitou úlohu v zabezpečování zdravotní péče a významným způsobem se podílí na financování zdravotní péče. Stát ovlivňuje úroveň výdajů (nákladů) na zdravotnictví prostřednictvím opatření zdravotně - politických, ekonomických a administrativních.

Zdravotně - politická linie státu, kterou se definují větší či menší garance státu za úhradu zdravotních služeb pro jeho občany, je jedním z něj významnějších faktorů ovlivňujících potřebu zdrojů na zdravotní péči.

V současné době převážná část vyspělých západoevropských zemí zaručuje svým občanům právo na poskytování základní zdravotní péče bez ohledu na jejich platební schopnost.

Pojem základní (standardní) zdravotní péče je v různých zemích různě definován, ale všude zahrnuje primární ambulantní péči a akutní nemocniční péči.

V obecné rovině úloha státu v péči o zdraví v současné době spočívá:

- v zajištění dostupnosti základní zdravotní péče pro všechny občany bez ohledu na jejich platební možnosti,
- ve vytváření legislativních, ekonomických a organizačních podmínek (systémy poskytované zdravotní péče), ve kterých by byly uspokojeny oprávněné zájmy všech účastníků zdravotní péče, to je pacientů (klientů), poskytovatelů péče (lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků, zdravotnických zařízení) a plátců,
- ve vytváření nástrojů a kontrolních mechanismů stimulujících všechny účastníky zdravotní péče k efektivnímu využívání disponibilních prostředků.

V Ústavě České republiky je zakotvena úloha státu jako garanta za bezplatnou zdravotní péči. Žádnému člověku by neměl být odepřen přístup k odpovídající zdravotní péči. Každý by měl mít právo na jistou minimální, přiměřenou nebo základní úroveň péče.

2.1. Ekonomie zdravotnictví

Ekonomie zdravotnictví se postupně vyvinula jako samostatná mikroekonomická disciplína, která se soustřeďuje zejména na analýzu chování jednotlivých ekonomických subjektů v souvislosti s poskytováním a využíváním zdravotnických služeb a na definování základních charakteristik trhu se zdravotnickými službami, přičemž používá metod ekonomické analýzy, pojmy a techniky používané v ostatních oblastech mikroekonomie.

Ekonomie by měla nacházet alternativní řešení, vypočítat jejich náklady a odhadnout přínosy, protože právě ekonomie je věda o tom, jak společnost využívá omezené zdroje na produkci statků a jak je rozděluje mezi různé skupiny. Stiglitz (1997) uvádí (viz Tabulka č.1), že spotřeba zdravotnických služeb je spojena s řadou především pozitivních, ale i negativních externalit.

Mezi pozitivní externality se řadí dobrý zdravotní stav, který má význam jak pro jednotlivce, tak i pro rodinu a zaměstnavatele. V případě negativních externalit se jedná o celou řadu zvláště nakažlivých nemocí.

Jednou ze základních příčin vzniku zdravotního pojištění je faktor nejistoty. Jeho funkce spočívá v rozložení nákladů v čase a mezi jednotlivé spotřebitele. Rozložení nákladů mezi pojištěnce působí někdy nespravedlivě vůči těm, kteří využívají zdravotnických služeb málo, ale jeho zásadní výhodou je, že zabezpečuje pacienta v případě závažné nemoci a nákladných léčebných postupech.

Ve zdravotnictví existuje omezená konkurence na rozdíl od firmy prodávající standardní komoditu. Firma může odlákat zákazníky od jiných obchodníků snížením ceny. Ve zdravotnictví naopak pacienti, kteří navštíví lékaře s nižšími cenami než mají jeho konkurenti, mohou usoudit, že lékař chce takto zvýšit poptávku po svých službách, avšak nedostatek poptávky může napovídat, že se nejedná o dobrého lékaře. Lékaři si konkurují ve zcela jiných dimenzích než ostatní odvětví. Soutěží o uzavírání výhodných smluv s pojišťovnami, v uplatňování nových technologií, ve vytváření příjemného prostředí pro pacienty. Navíc je omezena také soutěž mezi nemocnicemi. Existuje tzv. přirozená spádovost.

Specifickým rysem pro zdravotní péči je pojetí rovnosti a spravedlnosti (ekvity). Všeobecně platí, že žádnému člověku by neměla být odepřena zdravotní péče z důvodu jeho nízkého příjmu. Tento názor vychází z přesvědčení, že zdravotní služby jsou něco jiného než běžné spotřební komodity, že se přístup k nim nemá podrobovat tržním pravidlům.

Existence velmi omezené konkurence trhu zdravotních služeb je typická pro zdravotnictví, není zde uspokojivě splněna ani jedna z podmínek dokonalého tržního prostředí.

Ve zdravotnictví existují asymetrické informace, kdy lékaři mají výhodu v tom, že vzdělání jim umožňuje rozhodovat o pacientovi a nabízet mu své názory a závěry, aniž by to pacient mohl posoudit (pacientovi chybí teoretické vědomosti a tím je lékař ve výhodě).

Tabulka č. 1: Rozdíly mezi trhy lůžkové péče a standardními konkurenčními trhy

Standardní trhy	Trhy ve zdravotnictví
Mnoho prodávajících	Pouze omezený počet nemocnic
Firmy maximalizující zisk	Většina nemocnic neexistuje kvůli zisku
Homogenní komodity	Heterogenní komodity
Dobře informovaní kupující	Špatně informovaní kupující
Přímé platby spotřebitelů	Pacienti hradí jen minimální náklady

Pramen: Stiglitz, J.E.: *Ekonomie veřejného sektoru*, Grada 1997, str. 344.

Lékaři budou muset stále více své medicínské rozhodování spojovat s ekonomickou úvahou. K tomu, aby se rozhodovali dobře, potřebují mít dostatek informací, vhodné vnější prostředí a vysokou motivaci. Jejich největším problémem bude balancování mezi etikou ve vztahu ke svým pacientům a k celé společnosti.

Co čeká zdravotnictví:

- rostoucí rozpor mezi potřebami a zdroji
- tlak na vyšší efektivitu

Možné cesty:

- pojišťovny jako kupci služeb,
- regulace objemu a struktury služeb,
- centralizace specializovaných služeb,
- funkce vrátného, správce fondu,
- prospektivní platby,

- uplatnění řízené péče,
- standardizace postupů.

Tabulka č.2 Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví v ČR (v mil. Kč)

rok	mil.Kč
1995	100 665
1996	110 662
1997	118 815
1998	129 871
1999	135 108

Zdroj dat: ČSÚ

2.2.Mezinárodní srovnání

Aby mohla zdravotní péče existovat a fungovat, je třeba vstupních zdrojů. Vstupní zdroje jsou především charakteru duchovního (intelektuálního). Jsou představovány vědou a výzkumem, zaváděním výsledků vědy do praxe a jejich správným uplatňováním, tvorbou zdravotní politiky, vzděláváním zdravotnických a dalších pracovníků, rozvojem a zaváděním technologií, řízením zdravotní péče a účelným využíváním prostředků a v neposlední řadě i šířením poznatků lékařské vědy mezi obyvatelstvo a účelovým ovlivňováním společnosti k podpoře zdraví.

Další, stejně důležité zdroje, jsou charakteru materiálního (ekonomického). K zabezpečení zdravotní péče je třeba budovat zdravotnická a školská *zařízení* různého typu, vybavovat je složitou technikou, vyrábět a distribuovat léčebné prostředky, udržovat řízení v chodu, odměňovat lékaře a zdravotnické pracovníky atd. To vše vyžaduje rozsáhlé finanční zdroje.

Výdaje na zdravotní péči se staly ve vyspělých státech druhými největšími sociálními výdaji a představují 1/4 všech sociálních výdajů a pohybují se kolem 6-10 % HDP (viz Tabulka č. 2). Ve světové ekonomice se projevuje obecný sklon vydávat na zdravotní péči tím větší část HDP, čím se země stává bohatší.

V zemích Evropské unie je zdravotnictví financováno vícezdrojově (daněmi, pojistným a přímými platbami, finanční spoluúčastí pacientů, spoluúčastí na financování formou sponzorství, nadační a dobročinnou pomocí církví a jiných institucí).

Lidé (pracovníci) a jejich energie, dovednosti, znalosti a čas tvoří důležité zdroje zdravotní péče na pomezí dvou předchozích kategorií. Jde o nezanedbatelnou část ekonomicky činného obyvatelstva.

Výdaje na zdravotní péči v České republice ve srovnání se zeměmi Evropské unie dosahují průměrných hodnot, i když srovnatelné výdaje na osobu patří k nejnižším.

Tabulka č.3: Podíl výdajů na zdravotní péči na HDP

země	1996	1997	1998	index 98/96
ČR	7,0	7,1	7,2	102,9%
Řecko	8,3	8,5	8,3	100,0%
Portugalsko	7,7	7,6	7,8	101,3%
Dánsko	8,3	8,2	8,3	100,0%
Švédsko	8,7	8,5	8,4	96,6%
Rakousko	8,9	8,2	8,2	92,1%
Francie	9,7	9,6	9,6	99,0%
Švýcarsko	10,1	10,3	10,4	103,0%
Španělsko	7,1	7,0	7,1	100,0%
Velká Británie	7,0	6,7	6,7	95,7%
Austrálie	8,3	8,3	8,5	102,4%
USA	13,8	13,6	13,6	98,6%
Japonsko	7,1	7,4	7,6	107,0%

Zdravotnická ročenka 1999 - UZIS 2000

2.2.Růst nákladů

Na své zajištění v nemoci vydáváme relativně i absolutně stále více peněz. V období první republiky tvořilo pojistné (spojené zdravotní a nemocenské) 3,9 % ze mzdy. Z toho 60 % vybraných prostředků bylo použito na nemocenské dávky a 40 % na úhradu zdravotní péče.

V současné době vydáváme na totéž 18,3 % svého daňového základu a z toho 26 % směřuje na nemocenské dávky a 74 % do všeobecného zdravotního pojištění. Náklady na zdravotnictví u nás do roku 1989 nekopírovaly vývoj v západních zemích a držely se na hodnotách mírně nad 5 % hrubého domácího produktu (HDP). Zrušením centralizovaného zdravotnictví došlo k trvalému růstu podílu nákladů na zdravotnictví

z HDP, takže v roce 1996 tvořil 7,7 % HDP (9% připočteme-li náklady na dávky v nemoci).

Tento růst nákladů má tři základní příčiny:

Demografické změny (populace stárne, například v ČR se předpokládá v roce 2010 vzestup počtu lidí starších 60 let ze současných 20 % populace na 25 %). Zvýší tedy počet lidí vyžadujících nákladnou zdravotní péči a zmenší se počet těch, kteří vytvářejí zdroje pro tuto péči.

Rozvoj technologií (medicína toho umí stále více, ale stojí to peníze).

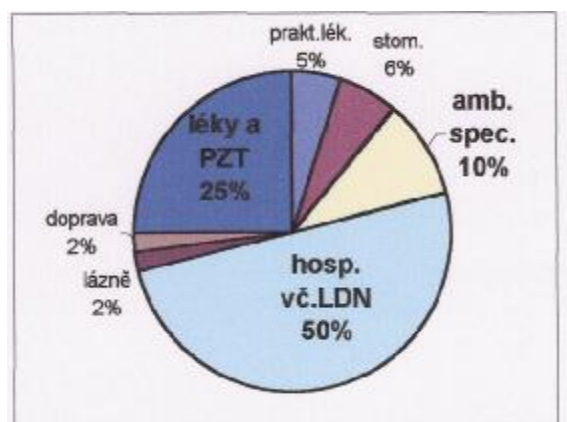
Větší očekávání pacientů (lépe informovaní pacienti chtějí od svých lékařů více než dříve).

V ČR se na růstu nákladů podílí také zvolený způsob reformy. Naše reforma směřovala ke zlepšení úrovně medicíny a postavení zdravotníků. Získání kontroly nad rostoucími náklady nebylo v té době pochopitelně její ambicí.

3. ZPŮSOBY FINANCOVÁNÍ NEMOCNIC

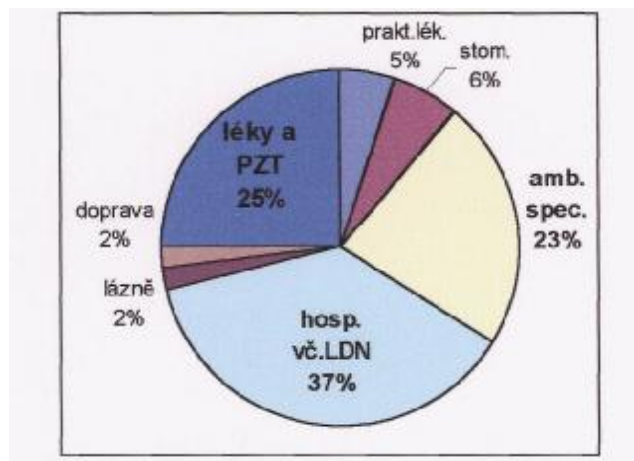
Náklady na lůžkovou nemocniční péči tvoří v zemích s vyspělou ekonomikou kolem 30 % celkových výdajů na zdravotnictví. Zejména v sedmdesátých a v osmdesátých letech došlo k prudkému růstu nákladů v souvislosti s rozvojem nejnovějších medicínských technologií.

Graf č. 1 - rozdělení segmentů ve zdravotnictví podle rozdělovaných financí (podle výroční zprávy VZP za rok 1999)



Při diskusi o financování lůžkové péče nemůžeme zapomenout na otázku financování nemocničních ambulancí. V ČR se uvádí, že podíl lůžkové péče na celkovém objemu financí ve zdravotnictví je 50% (viz Graf č. 1 - rozdělení segmentů ve zdravotnictví podle rozdělovaných financí) a že by mělo tudíž dojít k přerozdělení financí v jednotlivých segmentech. Musíme si však uvědomit, že v segmentu lůžková péče je „schována“ i ambulantní péče prováděná v nemocnicích a ta činí zhruba jednu čtvrtinu objemu poskytované péče, což je nezanedbatelná část. Pokud bychom tyto nemocniční ambulance přidaly k segmentu ambulantních specialistů, zmenšil by se segment lůžkové péče na 37% a naopak segment ambulantních specialistů by se zvětšil z 10% na 23% (viz Graf č. 2 - modelace). Sporná je i oblast léků, neboť zatímco v nákladech lůžkových zařízení jsou již léky zahrnuty, ambulance léky předepisují na recepty, což je zvláštní fond zdravotního pojištění, který činí celých 26%. Jestliže by se i tyto náklady přiřadily k ambulancím, poměr mezi lůžkovými ZZ a ambulancemi by se ještě více snížil a dostal by se zcela na evropskou úroveň.

Graf č. 2 - modelace



V posledních letech v souvislosti s opatřeními majícími zabránit rychlému růstu výdajů na zdravotnictví, především z veřejných zdrojů, se také přehodnocují způsoby úhrady mezi poskytovateli a plátcem (státem resp. zdravotními pojišťovnami obhospodařujícími fondy veřejného zdravotního pojištění).

Způsob úhrady zdravotní péče sám o sobě nevytváří rovnováhu mezi disponibilními zdroji určenými na zdravotní péči a finančně vyjádřeným objemem

požadovaných zdravotních služeb, má však prokazatelný vliv na chování poskytovatelů, plátců i pacientů. Způsob úhrady nemocničních služeb by měl odrážet oprávněné zájmy všech účastníků zdravotní péče (pacientů, poskytovatelů péče, plátců a společnosti jako celku reprezentované státem).

Strnad, L. (2000) uvádí ve svém sborníku studijních materiálů z ekonomiky zdravotnictví následující rozlišení způsobů úhrady za nemocniční péči.

3.1. Platba za ošetřovací den

Platba za ošetřovací den náleží k něj déle používaným metodám úhrad za nemocniční lůžkovou péči. Byla používána déle než 100 let ve většině zemí a ještě v řadě zemí je v různých modifikacích používána dosud.

Platba za ošetřovací den (per diem, daily charge) je pevná částka, kterou nemocnice obdrží od plátce, to je zdravotní pojišťovny, státního orgánu či jiného správce fondu, na krytí nákladů spojených s jednodenním pobytem pacienta v nemocnici. Existují však modifikované formy této metody, které berou v úvahu i náročnost poskytnuté péče.

Mezi hlavní přednosti této metody náleží administrativní jednoduchost a průhlednost. Z tohoto důvodu byla v minulosti oceňována zejména manažery nemocnic i plátců. Hlavním nedostatkem, který se u této metody uvádí, je ten, že nemocnice je motivována k prodlužování pobytu pacienta na lůžku, aby tak zvyšovala svůj příjem. Vychází se přitom z předpokladu, že náklady spojené s pobytem na lůžku jsou vysoké především v prvních dnech pobytu, zatímco v závěru hospitalizace náklady výrazně klesají. Vzhledem k tomu, že rozhodující část nákladů nemocnic činí náklady fixní, jsou při delším pobytu pacienta na lůžku tyto náklady v určitém bodu uhrazeny a v dalších dnech se stávají ziskem. Správci fondů veřejného zdravotního pojištění se snaží různým způsobem omezovat prodlužování délky hospitalizace. K omezování používají např.: *degresi plateb* při prodlužování ošetřovací doby, od určitého počtu ošetřovacích dnů se *dále nehradí fixní náklady*, neboť byly již uhrazeny v předešlé platbě, platba za ošetřovací dny je stanovena rozdílně dle specifiky diagnózy i oddělení, je stanovena *celková úhrada* pro danou nemocnici.

K prodlužování délky ošetrovacích dnů dochází i z jiných důvodů než je zúčtovací systém plateb. Významným faktorem, který vede k prodlužování délky hospitalizace, je snaha využít i nadměrný lůžkový fond, čehož se právě dosahuje prodlužováním délky hospitalizace. Je třeba vzít v úvahu i změny v technologii léčby.

Při hodnocení platby za ošetrovací den by se mělo přihlížet i k tomu, že průměrná délka ošetrovací doby je snadno kontrolovatelný ukazatel, který umožňuje manažerům nemocnic a správcům fondu zdravotního pojištění operativně reagovat na nežádoucí odchylky. Výhradou k formě platby za ošetrovací den je, že tato forma nebere v úvahu patientský case-mix (strukturu diagnóz u pacientů, a s tím souvisící platby), který může být v různých nemocnicích velmi rozdílný.

Case-mix hospitalizovaných pacientů výrazně ovlivňuje především některé položky přímých variabilních nákladů a mělo by být k němu přihlíženo u všech způsobů plateb, při kterých se vychází z určitých paušálů či globálních způsobů zúčtování. Efektivní využití metody platby za ošetrovací den by si v našich podmínkách vyžádalo:

- vytvoření systému signalizujícího neodůvodněné odchylky v průměrné délce ošetrovací doby,
- stanovení typologie nemocnice s ohledem na významné rozdíly technického uspořádání nemocnice,
- kvalifikované stanovení case-mixu jednotlivých nemocnic,
- systém by měl brát v úvahu i potřeby managementu nemocnice (možnost plánování poskytování péče podle aktuálních finančních možností).

3.2. Platba za výkon

Platba za výkon (*fee-for-item of service*) má prazáklad v Tayllorových koncepcích vědecké organizace práce, především v myšlence, že systém odměňování by měl stimulovat výkonnost. Systém plateb za výkon byl a je dosud uplatňován v řadě nemocnic v USA a Kanadě a rozšířil se i do dalších zemí. Podstata tohoto systému spočívá v tom, že nemocnice je odměňována za každou provedenou jednotlivou službu.

To vyžaduje vypracovat podrobný seznam jednotlivých výkonů a současně provést jejich kalkulaci.

Tento způsob plateb motivuje poskytovatele k nadprodukcí výkonů a to i takových, které jsou mnohdy zbytečné. Tato forma úhrad je rovněž spojena s velkým množstvím administrativních prací, spojených s vykazováním výkonů, jejich zúčtováním i kontrolou. Jde o systém málo průhledný, administrativně náročný pro pracovníky nemocnic, jejich management i správce fondu.

3.3.Globální rozpočty

Rozpočet je ve světě nejrozšířenějším způsobem financování nemocniční péče, užívaným v zemích se zcela rozdílným geografickým umístěním i kulturně sociálním pozadím. Tento způsob plateb je používán v severských zemích, Francii, Austrálii, a v mnoha dalších zemích.

Základem pro stanovení rozpočtu je kalkulace sazeb za ošetrovací den (per diem). Pro usměrnění chování poskytovatelů péče je rozhodující způsob, který se používá jako kritérium pro stanovení výše rozpočtu (hodnoty ošetrovacího dne).

V různých zemích se používá pro stanovení rozpočtu těchto metod:

- **historických rozpočtů** založených na analýze časových řad s přihlédnutím k cenovému vývoji zdravotnických služeb,
- **rozpočty stanovené podle vybraných kritérií** respektujících např. specifické podmínky pro poskytování služeb v jednotlivých nemocnicích,
- historické rozpočty kombinované** s různými provozními ukazateli jako např. rozsah lůžkového fondu a jeho struktura, obložnost, case-mix atp.,
- **rozpočty vycházející z analýzy** demografických podmínek a ukazatelů zdravotního stavu obyvatel dané spádové oblasti,
- **kombinace výše jmenovaných metod .**

V podstatě existují dva druhy rozpočtů:

*účelově vázaný rozpočet (line - item budget),
globální rozpočet (globál budget).*

Účelově vázaný rozpočet je souhrn dílčích rozpočtů. Dílčí rozpočty zahrnují zvláště prostředky na mzdy, investice, provoz, léky atp. Vedení nemocnice má omezenou pravomoc volně přesouvat položky z jednoho dílčího rozpočtu do jiného. Účelově vázaný rozpočet má své oprávnění především v podmínkách, kdy úroveň managementu nemocnice je nedobrá a je nutné zabránit ne hospodárnému vynakládání prostředků.

Druhou formou rozpočtuje globální rozpočet. Ten je považován státními orgány za nejúčinnější prostředek brždění ne hospodárnosti. Nemocnici je podle tohoto způsobu přidělena celková částka a její vedení rozhoduje o tom, jakým způsobem budou prostředky vynaloženy. Globální rozpočet je výrazem decentralizace rozhodovacích pravomocí na management nemocnic.

Výhodou rozpočtů je administrativní jednoduchost a z makroekonomického hlediska i skutečnost, že celkové výdaje na nemocniční péči jsou pod kontrolou správce fondu. Existuje-li několik nezávislých správců fondu, např. pojišťoven, je úhrada poskytnuta podle podílu přijatých pacientů příslušné pojišťovny. Výhodou tohoto systému plateb je i to, že management nemocnic zná předem své příjmy, což umožňuje vytváření dlouhodobějších koncepcí rozvoje nemocnic. Potencionální nevýhodou metody rozpočtování je to, že může mít nepříznivý vliv na rozvoj medicínských technologií a kvalitu péče. Negativním důsledkem rozpočtového hospodaření je také neúčelné utrácení nevyčerpaných finančních prostředků na konci roku. Tomu se dá zabránit monitorováním výkonnosti a kvality správce fondu a zabudováním regulačních mechanismů podporujících účelné čerpání prostředků rozpočtu.

3.4.Kontrakty

V tomto systému nemocnice uzavírají s financujícími subjekty kontrakty na výkony v rozsahu předem stanoveného rozpočtu. Dohodnutou sumu jim vyplatí bez ohledu na skutečnou výšku nákladů.

Kontrakty se mohou uzavírat dvěma způsoby:

administrativní cestou, kde financující strana oznámí metodiku výpočtu a rozsah objednaných výkonů,

prostřednictvím jednání, které umožňují lépe zohlednit místní specifika, ale jsou otevřenější pro růst nákladů.

3.5.Hlavní čase mix metody

Vzniklé systémy úhrad zdravotních služeb jednotlivých případů pomocí paušálů se staly vzorem nebo návodem pro koncepce různých typů financování zdravotní péče poskytované především lůžkovými zařízeními.

Mezi hlavními hospitalizačními čase mix systémy dominují dva odlišné způsoby seskupování hospitalizovaných případů, které mají dnes mnoho variant, verzí a modifikací:

starší DRG (Diagnostic Related Groups), vytvořený Yaleovou univerzitou a mladší PMC (Patient Management Categories), vzniklý na univerzitě v Pittsburghu.

3.6.Metoda DRG

Sazby prospektivních plateb, založené na DRG, byly zřízeny jako základ pro úhrady nemocniční péče systému Medicare. DRG je schéma třídění nemocných, dávající do vztahu typy pacientů léčených v nemocnici (tj. směs jejich medicínských případů - CASE MIX) a náklady vydané nemocnicí na jejich léčení. Návrh na uspořádání a vývoj DRG začal na konci šedesátých let na Univerzitě v Yale. Úvodním

podnětem pro vývoj DRG byla potřeba vytvořit účinnou soustavu pro monitorování kvality péče a využití služeb v nemocničním zařízení.

Vývoj DRG a jejich užití jako základní jednotky plateb v systému Medicare dokazuje význam klíčové role, kterou hraje nemocniční CASE - MIX při stanovení nákladů.

3.6.1 Klasifikace pacientů

Protože účelem DRG je odrážet vztah mezi nemocničním CASE - mixem a intenzitou zdrojů, bylo nutné vytvořit operativní prostředky k určení typických skupin pacientů a odrážející rysy těchto skupin nemocných ke zdrojům, které spotřebovávají. Zatímco každý pacient je jedinečný, skupiny pacientů mají společné demografické, diagnostické a terapeutické charakteristiky, které určují jejich míru čerpání zdrojů. S vývojem klinicky stejných skupin nemocných se stejnou intenzitou nákladů na léčení, mohou být nemocní sdruženi do smysluplných tříd nemocných. Pokud navíc tyto třídy pacientů pokryjí celé spektrum pacientů přicházejících do nemocničních zařízení, pak dohromady vytvoří systém klasifikace nemocných, který může poskytnout nástroj ustanovený k měření komplexnosti CASE - MIXu v nemocnici. DRG tak byly vytvořeny jako schéma klasifikace pacientů skládající se ze tříd pacientů, kteří jsou si klinicky podobní a mají podobnou spotřebu nemocničních zdrojů.

Vzhledem k omezeným možnostem předchozích klasifikačních schémat nemocných a díky pokusům rozvinout DRG za pomoci lékařů - poradců a statistické analýzy se dospělo k závěru, že má-li být systém klasifikace pacientů na základě DRG praktický a smysluplný, musí splňovat následující podmínky:

- charakteristiky pacienta, které se používají v definici DRG, by se měly omezit na informace běžně shromažďované ze systému nemocničních výkazů
- počet DRG by měl být zvladatelný - zpracovatelný a měl by zahrnovat všechny pacienty, kteří byli hospitalizováni
- každá DRG by měla obsahovat pacienty s podobnými nároky na čerpání zdrojů
- každá DRG by měla obsahovat pacienty, kteří jsou z klinické perspektivy podobní

Běžně shromažďované informace o pacientech zahrnují věk, hlavní diagnózu, vedlejší diagnózy a provedené chirurgické zákroky. Omezení počtu DRG na zvládnutelné číslo zaručuje pro většinu DRG, že typická nemocnice bude mít dostatek zkušeností na to, aby mohla provést smysluplnou srovnávací analýzu. Pokud by bylo v každé DRG jen málo pacientů, bylo by obtížné zjistit model pro komplexnost CASE -MIXu a plnění nákladů a diskutovat výsledky s lékařským personálem.

Protože jedním z hlavních použití DRG je komunikace s lékařským světem, pacienti uvnitř každé DRG musí mít podobnou klinickou perspektivu. Řečeno jinými slovy to znamená, že definice každé DRG musí být klinicky koherentní. Koncepce klinické koherence vyžaduje, aby se charakteristiky pacienta zahrnuté do definice každé DRG vztahovaly ke společnému orgánovému systému nebo etiologii, a že určitá lékařská specializace by měla obvykle poskytovat péči pacientům v určité DRG.

3.6.2 Vytváření DRG

Proces vytváření původních DRG začal rozdělením všech možných základních diagnóz do 23 navzájem se vylučujících základních diagnostických kategorií nazývaných MDC (major diagnostic categories). Následující tabulka ukazuje seznam těchto původních MDC:

MDC	Název
1	Nemoci a poruchy nervové soustavy
2	Nemoci a poruchy oka
3	Nemoci a poruchy ucha, nosu, úst a hrdla
4	Nemoci a poruchy dýchací soustavy
5	Nemoci a poruchy oběhové soustavy
6	Nemoci a poruchy trávicí soustavy
7	Nemoci a poruchy hepatobiliární soustavy a pankreatu
8	Nemoci a poruchy muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání
9	Nemoci a poruchy kůže, podkožních tkání a prsu
10	Nemoci a poruchy endokrinní, metabolické a nutriční

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

11	Nemoci a poruchy ledvin a urologického traktu
12	Nemoci a poruchy mužské reprodukční soustavy
13	Nemoci a poruchy ženské reprodukční soustavy
14	Těhotenství, porod a šestinedělí
15	Novorozenci a choroby způsobené v perinatálním období
16	Nemoci a poruchy krve a krevtovorných orgánů
17	Nemoci a poruchy myeloproliferativní a špatně diferencované nádory
18	Infekční a parazitární nemoci (systémové nebo nespecifikované lokalizace)
19	Nemoci a poruchy duševní
20	Užívání alkoholu / léků / drog a jimi způsobené organické mentální poruchy
21	Zranění, otravy a toxické účinky léků (drog)
22	Popáleniny
23	Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami
24	HIV (přidáno v roce 1986)
25	Mnohočetné trauma (přidáno po roce 1988)

V prvním stupni vývoje vytvářely MDC komise lékařů, což zajistilo klinickou koherenci DRG. Diagnózy v každé MDC odpovídají jednomu orgánovému systému nebo etiologii a obecně jsou spojeny s určitou lékařskou specializací. Po definování MDC byla každá z nich zhodnocena, jak identifikuje další charakteristiky nemocných, které by mohly mít shodný vliv na spotřebu nemocničních zdrojů. Většina MDC byla nejprve rozdělena na internistické a chirurgické části, protože chirurgický výkon významně ovlivňuje velikost nemocničních zdrojů užitých pro pacienta. Pacient je považován za chirurgického, pokud prodělá výkon, u něhož se předpokládá, že by měl být proveden na operačním sále. Pacient u něhož je provedeno více výkonů by měl být zařazen podle výkonu, který je nejzávažnější.

Jakmile byly MDC skupiny rozděleny na chirurgické a internistické třídy, byly tyto třídy dále sledovány, aby se zjistilo zda by mohly komplikace (komorbidity - CC) či věk pacienta ovlivňovat spotřebu chirurgických zdrojů. Komorbidity byla definována jako podmínka, která v souběhu s hlavní diagnózou mohla prodloužit hospitalizaci nejméně o 1 den nejméně u 75% pacientů.

Úprava definic a udržování DRG, původně vytvořené v Yale, přešly v roce 1983, po zavedení systému prospektivní platby Medicare, na HCFA (Health Care Financing Administration). Od této doby byly DRG revidovány každoročně. HCFA touto činností pověřila firmu 3M, která provádí revizi DRG definic a souvisejícího software a dokumentace.

3.6.3 Modifikace DRG ve státě New York

V roce 1987 byl ve státě New York přijat zákon legalizující prospektivní platby na základě DRG pro všechny pacienty mimo systém Medicare. Legislativa *žádala* vyhodnocení DRG s ohledem na novorozence a pacienty infikované HIV. Definice DRG vytvořené na tomto základě jsou označovány jako All Patient DRG's (AP -DRG's). S výjimkou novorozenců, kteří zemřou nebo jsou přeloženi během prvních dnů života, AP - DRG definují šest kategorií porodní váhy, které představují odlišné požadavky na spotřebu nemocničních zdrojů:

méně než 750 g

750 - 999 g

1000-1499 g

1500-1999 g

2000 - 2499 g

více než 2499 g

V souvislosti se vzrůstajícím počtem nemocných s HIV infekcí byla vytvořena MDC 24 pro pacienty infikované HIV a vzhledem k tomu, že se neustále více specializovala léčba nemocných s traumaty, byla k AP - DRG přidána další MDC skupina 25 - polytraumata.

V roce 1995 společnost 3M v součinnosti s National Casemix Office započaly projekt, který měl stávající AP - DRG upravit k použití kódů diagnóz MKN - 10. AP -DRG, tak jak jsou v současnosti definovány, tvoří zvladatelný a klinicky koherentní soubor tříd pacientů, které vztahují CASE MIX k požadavkům na zdroje a odpovídajícím nákladům očekávaným nemocnicí. Prostřednictvím tohoto systému může

nemocnice získat informace o typech léčených pacientů a vynaložených nákladech v mezích, které mohou předpokládané služby vyžadovat.

3.7. Metoda PMC

PMC je metodicky založeno na diagnóze, jež je dále specifikována klinicky (forma terapie nebo zákroku, výkon charakterizující, upřesňující terapii diagnózy). Diagnózy s nákladovými charakteristikami jsou dále seskupovány do unifikačních skupin. Vytvoření struktury PMC je proto výhradně klinickou záležitostí a je podmíněno některými definičními nutnostmi (především potřebou vymezení definice výkonu).

To, že je PMC výhradně klinickou záležitostí, je významným rozdílem proti DRG, které je založeno na statistickém seskupování podle délky hospitalizace. PMC je však detailnější (zvláště v diagnostice symptomů a stavu onemocnění) a to platí ve vztahu ke kterékoliv verzi DRG.

Oblasti užití:

Užití může být obdobné jako u DRG, protože každé PMC je spojeno i s cenovými ukazateli.

Tento systém lze uplatnit jako:

- lékařský a ekonomický informační a komunikační instrument,
- pro kontrolu kvality poskytnuté péče,
- pro určování nákladů a počtu výkonů,
- pro plánování zdrojů,
- pro vnitřní rozpočet založený na základní struktuře pacientů,
- pro paušalizaci nákladů za případ (postupné zavádění financování lůžkových zařízení relevantními paušály).

Jako výhoda PMC se upřednostňuje průhlednost výkonů a nákladů a z toho vyplývající možnosti kontroly kvality, kontroly nákladů a srovnávání terapeutických postupů.

Mezi nevýhody PMC se řadí dlouhý časový úsek potřebný pro vytvoření PMC, nároky na vysokou kvalitu lékařských informací, dlouhý časový úsek pro aplikaci, subjektivní užívání klasifikace diagnóz a nemožnost zavést PMC jednorázově.

Základní rozdíl mezi DRG a PMC:

DRG - uplatňuje se členění případů do skupin diagnóz, vyznačuje se syntetizující formou přístupu a vzhledem ke zvolené metodě postupu jej nelze zavádět postupně

PMC - v něm se případy člení do diagnostických skupin a pak se ještě dále uplatňuje členění podle použitého způsobu terapie, vyznačuje se analytickou formou přístupu a lze jej zavádět buď postupně, nebo až po dlouholetém shromažďování podkladů.

3.8. Paušální platby

Při stanovení nového seznamu zdravotních výkonů byl v polovině roku 1997 zaveden pro úhradu zdravotní péče poskytované nemocnicemi systém paušálních plateb, který se v původní podobě používal do 1. pololetí 1999. Nemocnice dostávala finanční částku založenou na příjmech v 1. pololetí 1997, bez ohledu na počet vykázaných bodů. Spolu s regulačním opatřením na předepsaná léčiva se tak sice podařilo zastavit neúnosný nárůst výdajů v této oblasti, ale s postupujícím časem tento systém stále méně odrážel vztah mezi spektrem a rozsahem poskytované péče a příjmem od pojišťoven také proto, že referenční období, které sloužilo jako základ pro stanovení výše paušální sazby, bylo příliš vzdálené a od té doby nastalo mnoho změn v restrukturalizaci lůžkového fondu, v množství ošetřených pacientů atd.

Z důvodu plánovaného zavedení paušálních sazeb pomocí výkonové ceny bodu jednaly pojišťovny se zástupci nemocnic o odlišném způsobu stanovování paušálních plateb pro 2. pololetí 1999, a to takovém, který by lépe odrážel současné spektrum a rozsah poskytované péče. Protože při cenových jednáních na 2. pololetí 1999 nedošlo k dohodě, musela nakonec rozhodnout vláda. Její rozhodnutí o stanovení paušálních plateb pomocí tzv. výkonového bodu a nastavení risk koridorů bylo plátcí i

poskytovateli přijato vcelku kladně. Bohužel i tento způsob financování se neuplatnil, neboť dostatečně neodrážel změny v počtech pojištěnců mezi jednotlivými pojišťovnami, resp. jejich mohutný odliv z VZP do zaměstnaneckých pojišťoven. Tento trend je zvláště citelný v Ostravě, kde v současné době je pojištěno u VZP necelých 40% obyvatel. I z těchto důvodů je nutná urychlená změna způsobu financování lůžkové péče.

3.9. Nemocniční ambulance

Jak již bylo v úvodu této kapitoly napsáno, je velkým nedořešeným problémem současného financování lůžkové péče problematika ambulančních v nemocnicích. Většina dosud popsaných metod financování lůžkové péče předpokládá oddělení financování ambulantní péče od systému financování lůžkové péče. Základním předpokladem je, že tyto ambulance budou v rámci rovného konkurenčního prostředí financovány stejně jako privátní sektor tzv. ambulantní specialisté. To samozřejmě předpokládá, že v rámci sjednocení pravidel v nemocnicích i v terénu by i nové ambulance v nemocnicích měly povinnost účastnit se výběrových řízení. Aby však mohlo dojít k omezení ambulantní péče v segmentu nemocnic, musí být praktičtí lékaři i ambulantní specialisté připraveni převzít na sebe odpovědnost za starost o nepřetržitou péči o své pacienty a ne omezovat svou péči o pacienta podle aktuálního způsobu financování.

4. ZÁVĚR

Vývoj v České republice bude, přes mnohé peripetie, sledovat trendy změn zdravotních systémů v Evropě a ve světě.

Snaha o získání kontroly nad růstem nákladů na zdravotní péči je společná všem zdravotním systémům od konce sedmdesátých let. Hlavní strategie evropských systémů spočívala ve snaze zamezit růstu nákladů systému jako celku cestou centrálně a administrativně zaváděných plošných regulací. Změny byly mocensky prosazovány aktuálně vládnoucí politickou garniturou a žádná reforma nebyla úspěšně dokončena. Centrálně řízené reformy sice dosahovaly dílčích úspěchů, ale vlna odporu, kterou zákonitě vyvolaly, předznamenala jejich konec. Společným problémem všech

velkoplošných opatření k zastropování nákladů na zdravotní péči je omezování péče a přesun části nákladů na pacienta. Tento proces je v přímém rozporu s krédem ekvity, které je hlavním vývěsním štítem evropských zdravotních systémů. Proto se stále více prosazuje model, který vytváří prostředí, ve kterém jsou všichni zúčastnění (občan, poskytovatel, pojišťovna a státní aparát) vtaženi do hry. Model, ve kterém jsou všichni motivováni k efektivnímu chování, kde mají přiměřené informace a ve kterém je zajištěna dostatečná komunikace, může fungovat v dynamické rovnováze, kterou vytvářejí všichni zúčastnění uspokojováním svých potřeb. Tyto modely jsou inspirovány zkušenostmi z USA a jsou adaptovány na evropské kulturní a legislativní prostředí.

V současné době snad dožívá financování nemocnic pomocí paušálních plateb. Nadějně se zdá být využití některého z existujících čase mix systémů. Vzhledem k již proběhlým procesům je nejpravděpodobnější AP - DRG s grouperem od firmy 3M. Přes úskalí a určitou nechuť státní správy k jakékoli výrazné změně systému, je již jisté, že jak poskytovatelé, tak i plátcí jsou rozhodnutí systém DRG zavést i tzv. „zezdola“ bez pomoci MZ ČR, které bude jaksi postaveno před hotovou věc. Na druhé straně je ještě určitá naděje k plošnému zavedení DRG od 1.1.2002 tak, jak bylo několikrát ze strany MZ ČR. Problémem je to, že systém DRG není ani tak o vykazování zdravotní péče (zde dojde jen ke kosmetickým úpravám), ale mělo by výrazně změnit chování lůžkových zařízení, tak aby byly na nejnižší možnou míru omezeny zbytečné výkony. To však předpokládá, že nemocnice musí vědět a mít jistotu, že pokud se začnou takto chovat nedojde opět ke změně systému na jisté formy paušálu a pojišťovny jim spočtou příjmy zpětně podle provedených výkonů.

Další neméně důležitou otázkou je financování ambulancí v nemocnicích, kdy by asi mohly být jistým způsobem zredukovány, ale to předpokládá i výraznou změnu v sektoru praktických i odborných lékařů v terénu, neboť ti by se o své pacienty měli starat de facto non-stop a ne je mimo své ordinační hodiny odesílat na UPS do nemocnic.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Gladkij, I. Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví. Olomouc: ÚP, 1995
2. Muller, C., Strnad, L. a kol. Vademecum sociálního lékařství. Praha: Avicenum, 1989
3. Stiglitz, J.E. Ekonomie veřejného sektoru. Praha: Grada, 1997.
4. Strnad, L. Sborník studijních materiálů z ekonomiky zdravotnictví. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2000
5. Vepřek, J. Ekonomické otázky nemocnic a struktura finančních toků v systému zdravotní péče. Praha: 1996.
6. Zdravotnická ročenka ČR 1999. Praha: ÚZIS, 2000
7. Hroboň P, Kergall T.: Ekonomické hodnocení zdravotnických služeb.
8. Drbal C. : Posttransformační stav a možnosti jeho řešení

Další použité materiály:

1. Interní materiály FNŠP Ostrava
2. Zdravotnické noviny
3. AP - DRGs - definiční manuál verze 2.0
4. Výroční zpráva VZP za rok 1999