

UNIVERZITA KARLOVA

Právnická fakulta

Mgr. Zuzana Kolbasová, MBA, LL.M.

System financování zdravotní péče v České republice

Rigorózní práce

Tematický okruh: Finanční právo

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): 10.09.2018

Prohlašuji, že jsem předkládanou rigorózní práci vypracovala samostatně, že všechny použité zdroje byly řádně uvedeny a že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu, vyjma citací Závěrečné práce autorky v rámci studijního postgraduálního programu LL.M. v medicínském právu a bioetice, které odpovídají běžné citační praxi.

Dále prohlašuji, že vlastní text této práce včetně poznámek pod čarou má 197.216 znaků včetně mezer.

V Praze dne 10. září 2018

.....

Mgr. Zuzana Kolbasová, MBA, LL.M.

| | | |
|----------|---|---------------|
| 1 | ÚVOD | - 5 - |
| 2 | ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE A PRINCIPY | - 6 - |
| 2.1 | ZDRAVOTNICTVÍ..... | - 7 - |
| 2.2 | VEŘEJNÉ ZDRAVÍ | - 7 - |
| 2.3 | ZDRAVOTNÍ SLUŽBY | - 8 - |
| 2.3.1 | <i>poskytování zdravotní péče zdravotnickými pracovníky a dále činnosti vykonávané jinými odbornými pracovníky, jsou-li tyto činnosti vykonávány v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče,</i> | - 8 - |
| 2.3.2 | <i>konzultační služby, jejichž účelem je posouzení individuálního léčebného postupu, popřípadě navržení jeho změny nebo doplnění,</i> | - 8 - |
| 2.3.3 | <i>nakládání s tělem zemřelého, včetně převozu těla zemřelého na patologicko-anatomickou pitvu nebo zdravotní pitvu a z patologicko-anatomické pitvy nebo ze zdravotní pitvy,</i> | - 8 - |
| 2.3.4 | <i>zdravotnická záchranná služba,</i> | - 8 - |
| 2.3.5 | <i>zdravotnická dopravní služba, jejímž účelem je</i> | - 8 - |
| 2.3.6 | <i>přeprava pacientů neodkladné péče, kterou se rozumí jejich přeprava mezi poskytovateli výhradně za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy,</i> | - 8 - |
| 2.3.7 | <i>zdravotní služby v rozsahu činnosti odběrových zařízení nebo tkáňových zařízení,</i> | - 8 - |
| 2.3.8 | <i>zdravotní služby v rozsahu činnosti zařízení transfuzní služby nebo krevní banky,</i> | - 8 - |
| 2.3.9 | <i>protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba</i> | - 9 - |
| 2.3.10 | <i>Zdravotními službami se rovněž rozumí specifické zdravotní služby podle zákona o specifických zdravotních službách, zdravotní služby podle zákona upravujícího transplantace nebo zákona upravujícího umělé přerušování těhotenství.</i> | - 9 - |
| 2.4 | POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB | - 9 - |
| 2.5 | ZDRAVOTNÍ PÉČE..... | - 9 - |
| 2.5.1 | <i>soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem</i> | - 9 - |
| 2.5.2 | <i>preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky (dále jen „zdravotní výkon“),</i> | - 9 - |
| 2.5.3 | <i>odborné lékařské vyšetření podle zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.</i> | - 10 - |
| 2.6 | ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ | - 10 - |
| 2.6.1 | <i>Nemocnice</i> | - 10 - |
| 2.6.2 | <i>Polikliniky, respektive sdružené ordinace</i> | - 10 - |
| 2.6.3 | <i>Ordinace lékařů</i> | - 10 - |
| 2.6.4 | <i>Zdravotnická záchranná služba</i> | - 11 - |
| 2.6.5 | <i>Hygienická služba</i> | - 11 - |
| 2.6.6 | <i>Lékárna</i> | - 11 - |
| 2.6.7 | <i>Specializované léčebné ústavy, respektive Odborné léčebné ústavy</i> | - 11 - |
| 2.6.8 | <i>Výzkumné ústavy</i> | - 11 - |
| 2.6.9 | <i>Laboratoře</i> | - 12 - |
| 2.6.10 | <i>Zdravotnická dopravní služba / doprava nemocných a raněných</i> | - 12 - |
| 2.7 | PACIENT | - 13 - |
| 2.8 | DRUHY A FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE..... | - 13 - |
| 2.8.1 | <i>Dle časové naléhavosti jejího poskytnutí existují následující druhy zdravotní péče.</i> | - 13 - |
| 2.8.2 | <i>Dle účelu poskytnutí je možné zdravotní péči lišit na</i> | - 13 - |
| 2.8.3 | <i>Formy zdravotní péče</i> | - 15 - |
| 3 | FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE | - 20 - |
| 3.1 | ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY | - 20 - |
| 3.2 | FUNKCE ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ | - 20 - |
| 3.2.1 | <i>Dohled</i> | - 20 - |
| 3.2.2 | <i>Poskytování služeb</i> | - 21 - |
| 3.2.3 | <i>Výběr zdrojů (revenue collection)</i> | - 21 - |
| 3.2.4 | <i>Sdružování (risk pooling)</i> | - 29 - |
| 3.2.5 | <i>Nákup služeb</i> | - 29 - |

| | | |
|-----------|--|----------------|
| 4 | ANALÝZA ZÁVĚRŮ ÚSTAVNÍHO SOUDU VE VZTAHU K POVINNOSTEM ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN V SOUVISLOSTI S ÚHRADAMI HRAZENÝCH SLUŽEB A REGULAČNÍMI OMEZENÍMI | - 37 - |
| 4.1 | POVINNOSTI ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN | - 37 - |
| 4.1.1 | <i>Zásada předvídatelnosti a zákaz svévole</i> | - 37 - |
| 4.1.2 | <i>Zásada práva na podnikání.....</i> | - 38 - |
| 4.2 | KOLIZE POVINNOST NEODMÍTNUTÍ POJIŠTĚNCE S LIMITACÍ VÝŠE ÚHRAD OBJEMEM POSKYTNUTÝCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB | - 40 - |
| 4.3 | ZÁVĚR..... | - 40 - |
| 5 | ANALÝZA PRÁVNÍ ÚPRAVY V OTÁZCE VYKAZOVÁNÍ A ÚHRADY ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ NIP, NVP A DIOP | - 42 - |
| 5.1 | NIP, NVP A DIOP V PRÁVNÍM ŘÁDU | - 43 - |
| 5.1.1 | <i>Vznik oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče - OCHRIP (1999 – 2003)..</i> | - 44 - |
| 5.1.2 | <i>Převod na DIP, DIOP (2008)</i> | - 44 - |
| 5.1.3 | <i>Ukotvení poskytování zdravotní péče DIP a DIOP v právní předpisech (2012).....</i> | - 45 - |
| 5.1.4 | <i>Ukotvení úhrad za zdravotní péči NIP, NVP, DIOP v právní předpisech (2017).....</i> | - 45 - |
| 5.1.5 | <i>Aktuální přehled pracovišť (2018)</i> | - 45 - |
| 5.2 | PROJEKT RESTRUKTURALIZACE AKUTNÍ INTENZIVNÍ PÉČE (2011–2016)..... | - 47 - |
| 5.2.1 | <i>Pasportizace.....</i> | - 47 - |
| 5.2.2 | <i>Návrh změn mechanismu úhrad na NIP a DIOP</i> | - 49 - |
| 5.3 | VÝVOJ VÝŠE ÚHRAD ZA NIP, NVP A DIOP..... | - 52 - |
| 5.3.1 | <i>Snížení výše úhrady ze strany zdravotních pojišťoven v roce 2012</i> | - 54 - |
| 5.3.2 | <i>Omezení délky úhrady ze strany zdravotních pojišťoven v roce 2017</i> | - 63 - |
| 5.3.3 | <i>Mechanismus úhrady NIP, NVP a DIOP v roce 2018</i> | - 70 - |
| 5.4 | POŽADAVKY KLADE NÉ NA NIP, NVP A DIOP | - 73 - |
| 5.4.1 | <i>Metodika analýzy</i> | - 74 - |
| 5.4.2 | <i>Následná intenzivní péče (NIP).....</i> | - 80 - |
| 5.4.3 | <i>Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP).....</i> | - 87 - |
| 5.4.4 | <i>Následná ventilační péče (NVP)</i> | - 94 - |
| 5.5 | NAVRHOVANÉ LEGISLATIVNÍ ZMĚNY | - 101 - |
| 5.5.1 | <i>Návrh na novelizaci Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.....</i> | - 102 - |
| 5.5.2 | <i>Návrh na novelizaci Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče -</i> | - 103 - |
| 5.5.3 | <i>Návrh na doplnění Vyhlášky č. XY/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019</i> | - 104 - |
| 6 | ZÁVĚR..... | - 105 - |
| 7 | LITERATURA | - 108 - |
| 7.1 | MONOGRAFIE..... | - 108 - |
| 7.2 | ČLÁNKY | - 108 - |
| 7.3 | PRÁVNÍ PŘEPISY | - 108 - |
| 7.4 | INTERNETOVÉ ZDROJE | - 110 - |
| 7.5 | PŘEDNÁŠKY / PREZENTACE | - 113 - |
| 7.6 | JUDIKATURA | - 114 - |
| 8 | SEZNAM TABULEK | - 115 - |
| 9 | SEZNAM GRAFŮ..... | - 118 - |
| 10 | SEZNAM OBRÁZKŮ..... | - 119 - |
| 11 | SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK..... | - 120 - |
| 12 | ABSTRAKT | - 121 - |
| 13 | ABSTRACT | - 122 - |

1 Úvod

System financování zdravotnictví v ČR je determinován interakcemi hlavních aktérů, kterými jsou stát, poskytovatelé zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny a pacient. Pro účely této práce bude stěžejní interakce mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami. Role státu jako regulátora a pacienta jako konečného spotřebitele bude reflektována v jednotlivých kapitolách pouze co do ucelenosti řešené problematiky. Je tak činěno z důvodu, že rozsáhlejší/detailnější analýza by překračovala rámec této práce.

Cílem této práce je analýza, zda je současný systém dlouhodobě udržitelný a zda nákup služeb u poskytovatelů je podřízen jednotným pravidlům, respektive zda jednotliví poskytovatelé jsou navzájem ve skutečném konkurenčním postavení a zda je možné vůbec validovat spravedlnost vztahů v systému, kde jsou jednotlivé strany jak institucemi veřejného práva, tak i práva soukromého.

Cestou přes teoretické pojednání stran základních principů, na základě kterých, zdravotnický business funguje, včetně nacházení kontinuity základních termínů, přes formy a modely financování zdravotní péče a úhradové mechanismy se práce zaměří na rozhodovací praxi soudů v rámci úhrad zdravotní péče. Samotná analýza se bude týkat jednotlivých úhradových mechanismů, jejich vhodnosti pro jednotlivé typy péče i dodržování judikatury ze strany jednotlivých účastníků systému.

V návaznosti na cíle práce, je tato strukturována do pěti kapitol. Po úvodu následuje kapitola druhá, jež se zabývá teoretickými východisky poskytování zdravotní péče jako takové. Kapitola třetí je věnována financování zdravotní péče. Čtvrtá kapitola analyzuje závěry Ústavního soudu ve vztahu k povinnostem zdravotních pojišťoven v souvislosti s úhradami hrazených služeb a regulačními omezeními, a dává tak predispozice kapitole páté, závěrečné, jež analyzuje právní úpravu jak v otázce poskytování, tak co do vykazování a úhrady zdravotních výkonů následné intenzivní péče (NIP), následné ventilační péče (NVP) a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) v kontextu ustálené judikatury a je završena návrhem legislativních změn.

2 Základní terminologie a principy

Pro ucelený přehled determinujících faktorů systému financování zdravotnictví je nezbytné analýzu uvést teoretickým pojednáním a výkladem základních pojmů, jež budou následně v práci samotné používány.

Základní pojmy současného českého zdravotnictví bohužel nemají přechodový můstek od původní úpravy. Vyrovnat se s touto distorzí je pro jakýkoliv vědní obor ve zdravotnictví komplikované. V rámci statistiky nám chybí kontinuální linie při analýze časových řad, v rámci právních analýz není postaveno najisto, jaký typ či druh péče je nástupcem původního druhu či typu, dále pak v analýzách financování není možné identifikovat např. vývoj úhradových mechanismů dle jednotlivých segmentů. Nadto dochází i k takovým excesům, kdy legislativní linie financování používá původní terminologii, kdežto legislativní linie poskytování zavádí terminologii novou.

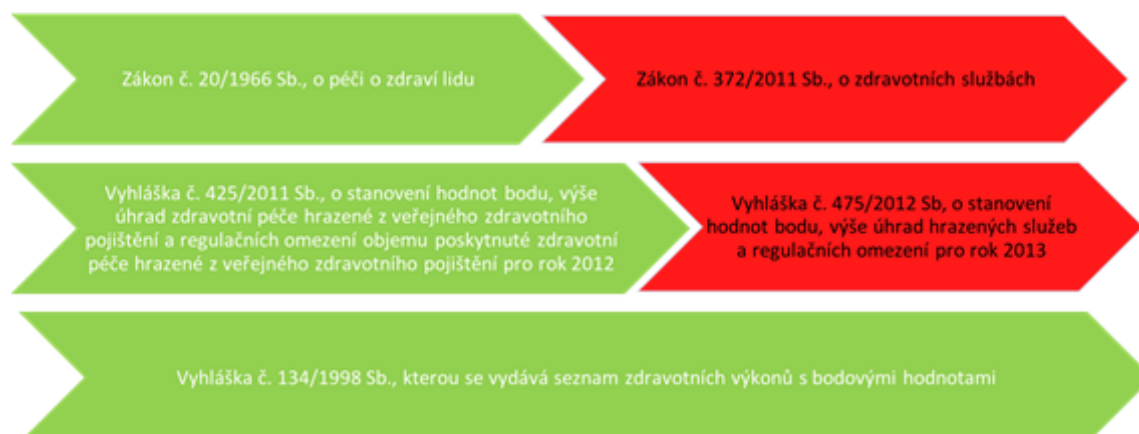
Pro lepší orientaci v textu je základní terminologie uváděna v názvosloví dle původní legislativy (Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu) i dle legislativy současné (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, Zákon o zdravotních službách). Tato premisa platí pouze v případě, že bylo možné jednoznačně identifikovat přechodovou linii.

Pro dokreslení této situace následuje níže ukotvení termínu odborný léčebný ústav v legislativě.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, jenž byl zrušen k 01.04.2012, s termínem Odborný léčebný ústav pracoval, Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) účinný od 01.04.2012 již termín Odborný léčebný ústav nezná.

Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění obsahovala termín Odborný léčebný ústav naposledy ve svém znění pro rok 2012. V úhradové vyhlášce je tedy možné se s termínem setkat do 31.12.2012.

Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami s termínem Odborný léčebný ústav pracuje ještě ve své verzi pro rok 2017.



Obrázek 1 Termín Odborný léčebný ústav v legislativě – časová přímka

2.1 Zdravotnictví

Je chápáno jako soubor opatření, postupů a zařízení tvořící systém organizace zdravotní péče a zajišťování veřejného zdraví. Zdravotní péčí se rozumí prevence, ošetřování a zvládání chorob a ochrana duševního a fyzického zdraví využitím služeb zdravotního, ošetřujícího a pomocného personálu.¹

2.2 Veřejné zdraví

Je úroveň zdraví veřejnosti na daném území a věda zlepšování lidského zdraví skrze organizované snahy a informovaná rozhodnutí společnosti, organizací, veřejných a privátních sfér, komunit a jednotlivců.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje veřejné zdraví nikoli jako absenci chorob, ale jako "stav úplného tělesného, duševního a sociálního blahobytu".²

¹ WIKIPEDIA, otevřená encyklopedie. Zdravotnictví. [23]

² WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of WHO: principles [24]

2.3 Zdravotní služby

Jsou zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování definovány jako podnikání ve zvláštním oboru podle zvláštního oprávnění a rozumí se jimi

- 2.3.1** poskytování zdravotní péče zdravotnickými pracovníky a dále činnosti vykonávané jinými odbornými pracovníky, jsou-li tyto činnosti vykonávány v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
- 2.3.2** konzultační služby, jejichž účelem je posouzení individuálního léčebného postupu, popřípadě navržení jeho změny nebo doplnění,
- 2.3.3** nakládání s tělem zemřelého, včetně převozu těla zemřelého na patologicko-anatomickou pitvu nebo zdravotní pitvu a z patologicko-anatomické pitvy nebo ze zdravotní pitvy,
- 2.3.4** zdravotnická záchranná služba,
- 2.3.5** zdravotnická dopravní služba, jejímž účelem je
 - 2.3.5.1** přeprava pacientů mezi poskytovateli nebo k poskytovateli a zpět do vlastního sociálního prostředí
 - 2.3.5.2** rychlá přeprava zdravotnických pracovníků k zabezpečení neodkladné péče u poskytovatele,
 - 2.3.5.3** přeprava osob včetně zemřelého pacienta související s prováděním transplantací, neodkladná přeprava tkání a buněk určených k použití u člověka, přeprava léčivých přípravků, krve a jejích složek a zdravotnických prostředků nezbytných pro poskytnutí neodkladné péče nebo přeprava dalšího biologického materiálu,
- 2.3.6** přeprava pacientů neodkladné péče, kterou se rozumí jejich přeprava mezi poskytovateli výhradně za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy,
- 2.3.7** zdravotní služby v rozsahu činnosti odběrových zařízení nebo tkáňových zařízení,
- 2.3.8** zdravotní služby v rozsahu činnosti zařízení transfuzní služby nebo krevní banky,

2.3.9 protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba.

2.3.10 Zdravotními službami se rovněž rozumí specifické zdravotní služby podle zákona o specifických zdravotních službách, zdravotní služby podle zákona upravujícího transplantace nebo zákona upravujícího umělé přerušování těhotenství.³

2.4 Poskytovatelé zdravotních služeb

Jsou nositeli závazkových vztahů a zodpovědností plynoucích z poskytování tzv. „odborné zdravotní péče“, kterou lze poskytovat jen na základě oprávnění formou zdravotních služeb.⁴

2.5 Zdravotní péče

Poskytování zdravotní péče se tak může dít jen jako zdravotní služba. Oprávnění k poskytování zdravotní péče musí být formulováno jako oprávnění k poskytování zdravotní služby a odpovědnost z poskytování zdravotní péče leží na poskytovatelích zdravotní služby. Zdravotní péči se rozumí

2.5.1 soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem

2.5.1.1 předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu,

2.5.1.2 udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,

2.5.1.3 udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,

2.5.1.4 pomoci při reprodukci a porodu,

2.5.1.5 posuzování zdravotního stavu.

2.5.2 preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky (dále jen „zdravotní výkon“),

³ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [9]

⁴ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Seznamy zdravotních služeb – řešení. [25]

2.5.3 odborné lékařské vyšetření podle zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

S ohledem na existenci veřejného zdravotního pojištění jsou takto definované zdravotní služby i prostředkem k formulaci nároku, případně formulaci spoluúčasti účastníka veřejného zdravotního pojištění. S jednotlivými zdravotními službami je tedy svázána cena, odpovědnost, oprávnění, nárok ale i jejich vazba na potřebu.⁵

2.6 Zdravotnické zařízení

Je instituce / organizační jednotka, v jejíž prostorách je zdravotní péče poskytována. Na rozdíl od stavu před účinností zákona o zdravotních službách již není zdravotnické zařízení definováno jako instituce mající registraci k poskytování zdravotní péče, ale jako prostor, ve kterém je zdravotní péče poskytována. Oprávněným je nově poskytovatel, a to na základě Oprávnění k poskytování zdravotních služeb, a nikoliv na základě Registrace nestátního zdravotnického zařízení. Mezi zdravotnická zařízení se řadí⁶

2.6.1 Nemocnice

Nemocnice v sobě spojují složku péče lůžkové (in-patient) i ambulantní (out-patient), jež bývá doplněna administrativním aparátem a technickým zázemím.

2.6.2 Polikliniky, respektive sdružené ordinace

Na rozdíl od nemocnic polikliniky neposkytují péči lůžkovou, ale jsou jakýmsi souborem ordinací primární i specializované péče.

2.6.3 Ordinace lékařů

⁵ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [9]

⁶ Zdravotnická ročenka 2015, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [26]

Ordinace lékaře je zdravotnické zařízení, v níž je poskytována primární ambulantní péče, často se jedná o první místo, které pacient navštíví, když potřebuje lékařskou pomoc. Kromě praxí praktických lékařů sem patří i ordinace lékařů specialistů.⁷

2.6.4 Zdravotnická záchranná služba

Zajišťuje přednemocniční neodkladnou péči a bývá definována jako péče o postižené na místě jejich úrazu nebo náhlého onemocnění, v průběhu jejich transportu a při jejich předání k dalšímu odbornému ošetření.⁸

2.6.5 Hygienická služba

Hygienická služba je složkou státu výhradně specializovanou na odborné usměrňování primární prevence nemocí a na dohled nad dodržováním většiny zákonných ustanovení k ochraně zdraví. Svoje poslání realizuje represivní formou práce (vymáháním práva na ochranu zdraví) a aktivitami zaměřenými na zlepšování životního stylu, na posilování zdraví a předcházení vzniku nemocí (primární prevence nemocí a podpora zdraví).⁹

2.6.6 Lékárna

Zajišťují výdej léčivých přípravků na lékařský předpis, volný prodej léčivých přípravků, výdej či prodej zdravotnických prostředků či laboratorní přípravu léčivých přípravků.¹⁰

2.6.7 Specializované léčebné ústavy, respektive Odborné léčebné ústavy

Poskytují léčebně preventivní péči osobám s poruchami zdraví, které mají vleklý průběh a potřebují zvláštní odbornou péči s výrazným rehabilitačním zaměřením a jsou specializované zpravidla podle druhu nemocí.¹¹

2.6.8 Výzkumné ústavy

⁷ NHS general practitioners (GPs) services. NHS Choices. [27]

⁸ WIKIPEDIA, otevřená encyklopedie. Zdravotnická záchranná služba. [28]

⁹ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Koncepce hygienické služby 2013. [29]

¹⁰ Česká lékárnická komora. Lékárna patří mezi zdravotnická zařízení. [30]

¹¹ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu [16]

Výzkumným ústavem se rozumí subjekt, jehož hlavním cílem je provádět nezávisle základní výzkum nebo experimentální vývoj nebo veřejně šířit výsledky těchto činností formou výuky, publikací nebo transferu znalostí.¹²

2.6.9 Laboratoře

V laboratořích se provádí specializovaná diagnostika na základě expertních rozborů a posudků.

2.6.10 Zdravotnická dopravní služba / doprava nemocných a raněných

Zdravotnická dopravní služba transportuje pacienta z místa A do místa B, nejčastěji se jedná o převoz z / do zdravotnického zařízení případně ze zdravotnického zařízení do domácího prostředí pacienta a naopak.

Níže přehled vývoje počtu jednotlivých typů zdravotnických zařízení v členění dle Českého statistického úřadu.

| Rok | Nemocnice | Polikliniky, sdružená zdravotnická zařízení | Ordinace lékařů | Hygienická služba (zařízení ochrany veřejného zdraví) | Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků | Specializované léčebné ústavy | Dopravní a záchranná zdravotnická služba |
|------|-----------|---|-----------------|---|---|-------------------------------|--|
| 2008 | 192 | 190 | 19 681 | 30 | 2 786 | 154 | 237 |
| 2009 | 191 | 189 | 19 824 | 31 | 2 813 | 154 | 238 |
| 2010 | 189 | 187 | 19 885 | 31 | 2 870 | 157 | 226 |
| 2011 | 189 | 194 | 20 121 | 31 | 3 009 | 160 | 221 |
| 2012 | 188 | 195 | 20 224 | 19 | 3 201 | 158 | 224 |
| 2013 | 188 | 203 | 20 388 | 19 | 3 379 | 158 | 225 |
| 2014 | 189 | 210 | 21 515 | 19 | 3 393 | 160 | 238 |
| 2015 | 187 | 205 | 21 753 | 19 | 3 307 | 162 | 241 |
| 2016 | tbd | tbd | tbd | tbd | tbd | tbd | tbd |

Tabulka 1 Vybrané ukazatele zdravotnictví – územní srovnání. Český statistický úřad. [32]

¹² Posuzování výzkumných organizací, Úřad vlády ČR [31]

2.7 Pacient

Za pacienta je považována fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby. Oproti této legislativní zkratce, která je používána i pro osobu, jež je zdráva, je v laickém světě pacient definován jako osoba, která je nemocná nebo zraněná a je lékařsky ošetřovaná nebo toto lékařské ošetření potřebuje.¹³

2.8 Druhy a formy zdravotní péče

2.8.1 Dle časové naléhavosti jejího poskytnutí existují následující druhy zdravotní péče

2.8.1.1 neodkladná péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí,

2.8.1.2 akutní péče, jejímž účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí,

2.8.1.3 nezbytná péče, kterou z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav pacienta, který je zahraničním pojištěncem, s přihlédnutím k povaze dávek a k délce pobytu na území České republiky; v případě zahraničních pojištěnců z členského státu Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace musí být zdravotní péče poskytnuta v takovém rozsahu, aby zahraniční pojištěnec nemusel vycestovat do země pojištění dříve, než původně zamýšlel,

2.8.1.4 plánovaná péče, která není zdravotní péčí neodkladnou, akutní či nezbytnou.

2.8.2 Dle účelu poskytnutí je možné zdravotní péči lišit na¹⁴

¹³ Dictionary.com. Patient. [33]

¹⁴ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [9]

- 2.8.2.1 preventivní péči**, jejímž účelem je včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku,
- 2.8.2.2 diagnostickou péči**, jejímž účelem je zjišťování zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní stav pacienta vliv, informací nutných ke zjištění nemoci, jejího stavu a závažnosti, dalších informací potřebných ke stanovení diagnózy, individuálního léčebného postupu a informací o účinku léčby,
- 2.8.2.3 dispensární péči**, jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci,
- 2.8.2.4 léčebnou péči**, jejímž účelem je příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu,
- 2.8.2.5 posudkovou péči**, jejímž účelem je zjištění, zda (i) nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na něho klade výkon práce, služby, povolání nebo jiných činností v konkrétních podmínkách, nebo zda (ii) zdravotní stav pacienta je v souladu s předpoklady nebo požadavky stanovenými pro výkon práce, služby, povolání, jiných činností nebo pro jiné účely,
- 2.8.2.6 léčebně rehabilitační péči**, jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu; v případě, že jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona, jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči,

2.8.2.7 ošetřovatelská péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti,

2.8.2.8 paliativní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí,

2.8.2.9 lékárenská péče a klinickofarmaceutická péče, jejímž účelem je zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv, s výjimkou transfuzních přípravků a surovin pro výrobu krevních derivátů podle zákona o léčivech, laboratorních chemikálií, zkoumadel, dezinfekčních přípravků, a dále zajišťování, uchovávání, výdej a prodej zdravotnických prostředků podle zákona o zdravotnických prostředcích, zajišťování, uchovávání, výdej a prodej potravin pro zvláštní lékařské účely; v rámci této péče je dále poskytováno poradenství, konzultační služby a další služby v oblasti prevence a včasného rozpoznávání onemocnění, podpory zdraví a posuzování a kontrola účelného, bezpečného a hospodárného užívání léčivých přípravků a postupů s tím spojených.¹⁵

2.8.3 Formy zdravotní péče

Dle forem lze zdravotní péči členit na ¹⁶

2.8.3.1 Ambulantní péči

Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče.

¹⁵ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [9]

¹⁶ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [9]

Ambulantní péče je poskytována jako

2.8.3.1.1 primární ambulantní péče

Účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli; tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel, součástí primární ambulantní péče poskytované registrujícími poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost je vždy návštěvní služba dle odstavce 2.8.3.4.1.

2.8.3.1.2 specializovaná ambulantní péče

Je poskytována v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče,

2.8.3.1.3 stacionární péče

Účelem je poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.

2.8.3.2 Jednodenní péče

Jednodenní péče je zdravotní péčí, při jejímž poskytnutí se vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin, a to s ohledem na charakter a délku poskytovaných zdravotních výkonů. Při poskytování jednodenní péče musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní.

2.8.3.3 Lůžková péče

Lůžková péče je zdravotní péčí, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu. Lůžkovou péčí je

2.8.3.3.1 akutní lůžková péče intenzivní, která je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat,

2.8.3.3.2 akutní lůžková péče standardní, která je poskytována pacientovi (i) s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí, nebo (ii) za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně; v rámci akutní lůžkové péče je poskytována též včasná léčebná rehabilitace,

2.8.3.3.3 následná lůžková péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče (NIP) pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí.

Vzhledem k faktu, že následné intenzivní péči bude věnována podrobná analýza v kapitole páté této práce, bude v následujících odstavcích vymezen větší prostor definici této formy péče. Původní název byl zvolen s akronymem OCHRIP (Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče) v době implementace pilotního projektu před 19 ti lety, s cílem poskytnout tuto následnou intenzivní péči na lůžkách s odlišným zaměřením od akutní péče s definovanými indikacemi příjmu, péče a úhrady. Oddělila se od akutních lůžek anesteziologicko-resuscitačních oddělení, ale zůstala v převažující odborné garanci anesteziologů, intenzivistů a sester, vzdělaných v intenzivní péči.¹⁷

Následná intenzivní péče (NIP), což je současné označení této péče, poté co byl několik let užíván název dlouhodobá intenzivní péče (DIP) se realizuje u dlouhodobě ventilovaných a obtížně odpojitelných pacientů, křehkých a snadno nestabilních s intenzivní lékařskou péčí a s intenzivní ošetrovatelskou, rehabilitační, metabolickou, nutriční péčí, s péčí o vnitřní prostředí v celém komplexu. Soustředí se na odpojení pacienta, na péči o dýchací cesty, na ucelenou rekondici ve všech významných složkách lidského organismu, na komunikaci s rodinou a na její

¹⁷ DRÁBKOVÁ JARMILA, Následná intenzivní péče a možnosti umělé plicní ventilace v domácím prostředí pacienta [6]

instruktáže. Doba hospitalizace se pohybuje v týdnech až měsících, popř. je trvalá; mortalita je přibližně 15 %. Nejčastějšími indikacemi příjmu jsou stavy po polytraumatech, po vysokých spinálních traumatech, chřipkové a další rozsáhlé komunitní pneumonie s dechovou nedostatečností, kritické akutní exacerbace CHOPN, dekompenzace cor pulmonale, těžká mozkolebeční poranění a cévní mozkové příhody, stavy po velkých, popř. opakovaných operačních výkonech s přetrvávající dechovou nedostatečností, stavy po neodkladné resuscitaci s trvajícím poruchou vědomí a celkovou nestabilitou.¹⁸

2.8.3.3.4 dlouhodobá lůžková péče, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP) pacientům s poruchou základních životních funkcí. Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP) nejčastěji pokračuje po převážném odpojení pacientů od umělé ventilace, dosud s invazivními vstupy do dýchacích cest, s indikací pokračující oxygenoterapie, aerosolové terapie a podpory vykašlávání. Je založena především na kvalifikované ošetrovatelské péči, na pokračující rehabilitaci, na obnovení spontánního příjmu stravy nebo nácviку výživy, podávané cestou PEG, na vyřešení dekubitů, popř. na nácviку stereotypní invazivní umělé ventilace, plánované společně se zácvičem rodiny pro pokračující domácí umělou plicní ventilaci.¹⁹

2.8.3.4 Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

Zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta jsou

2.8.3.4.1 Návštěvní služba

¹⁸ DRÁBKOVÁ JARMILA, Následná intenzivní péče a možnosti umělé plicní ventilace v domácím prostředí pacienta [6]

¹⁹ DRÁBKOVÁ JARMILA, Následná intenzivní péče a možnosti umělé plicní ventilace v domácím prostředí pacienta [6]

Návštěvní službou se rozumí poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta, a to zejména v případech, kdy se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže dostavit do zdravotnického zařízení poskytovatele a poskytnutí zdravotní péče tímto způsobem je s ohledem na její charakter možné.²⁰

2.8.3.4.2 Domácí péče

Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Dle výše uvedeného lze domácí péči dále členit na péči (i) ošetrovatelskou, (II) léčebně rehabilitační a (iii) paliativní.²¹

2.8.3.4.3 Umělá plicní ventilace

Umělá plicní ventilace je způsob dýchání, při kterém mechanický přístroj plně nebo částečně zajišťuje průtok plynů respiračním systémem. Cílem umělé plicní ventilace je podpořit, nebo zcela nahradit dýchací úsilí pacienta.²²

2.8.3.4.4 Dialýza

Dialýza je očišťovací metoda krve, která se nejčastěji provádí u chronického selhávání ledvin.²³

²⁰ Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [9]

²¹ NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY. Koncepce domácí péče [34]

²² ERNA MIČUDOVÁ, Poskytování umělé plicní ventilace v domácím prostředí [35]

²³ MEDICÍNA, NEMOCI, STUDIUM NA 1. LF UK. Dialýza [36]

3 Financování zdravotní péče

3.1 Zdravotnické systémy

Způsob organizace financování ovlivňují čtyři klíčové determinanty fungování systému: (i) míra předplacení služeb, (ii) stupeň rozložení rizika, (iii) rozsah dotování sociálně slabých a (iv) strategický nákup (WHO, 2005). Systémy financování zdravotnictví bývají v literatuře kategorizovány do modelů, přičemž základním parametrem je to, zda jsou založeny na zdravotním pojištění či zda je zdravotní péče hrazená z veřejných prostředků čili z daní.

Obecně lze zdravotní pojištění rozdělit na veřejné neboli statutární a privátní. Obě formy se liší mírou dobrovolnosti klientů do systému vstoupit. Veřejné zdravotní pojištění je obligatorní, tedy povinné pro všechny občany, případně pro určité skupiny obyvatel, a je definováno zákonem. Naopak účast na privátním zdravotním pojištění je čistě fakultativní.

První zmíněný model zdravotnického systému založený na statutárním pojištění se nazývá bismarckovský model zdravotnictví, druhý liberální či tržní model je postaven na pojištění dobrovolném, privátním.

Nosná myšlenka systému založeného na veřejném zdravotní pojištění je princip solidarity, kdy každý občan přispívá do fondů dle svým možností (určité procento z příjmů) a čerpá v závislosti na svých potřebách. Model tržního zdravotnictví je naopak postaven na individuální odpovědnosti občanů.

Zdravotnický systém, kdy je zdravotnictví financováno prostřednictvím státního rozpočtu se nazývá národní zdravotní služba. Tento systém je možné lišit dle přítomnosti, respektive nepřítomnosti soukromého sektoru. V prvním případě se jedná o Beveridgův model, v druhém pak o model Semaškův.

3.2 Funkce zdravotnických systémů

3.2.1 Dohled

Zodpovědnost za celkové fungování zdravotnictví je jednoznačně svěřena státu. Dohled je realizován různými způsoby za pomoci široké škály nástrojů, přičemž je možné ho kategorizovat do několika segmentů. Od určení legislativního rámce stran zajištění základních

předpokladů pro poskytování péče, přes dohled nad finančním zdravím zdravotních pojišťoven či dohled nad zajištěním dostupnosti péče k zajištění zdraví veřejnosti.

3.2.2 Poskytování služeb

Poskytování zdravotních služeb a jejich efektivita je primárním úkolem jednotlivých poskytovatelů.

3.2.3 Výběr zdrojů (revenue collection)

Jak uvedeno v předchozích kapitolách příjmy pro zdravotnictví jsou daně, zdravotní pojištění (obligatorní či fakultativní) a poplatky.

3.2.3.1 Statutární zdravotní pojištění

Český systém statutárního zdravotního pojištění je založen na třech subjektech (i) Pojištěnec jako příjemce zdravotních služeb, (ii) poskytovatel zdravotních služeb jako oprávněný poskytovat zdravotní služby a (iii) zdravotní pojišťovna jako instituce, u které je pojištěnec zdravotně pojištěn.

Tři základní principy českého systému zdravotního pojištění lze identifikovat jako (i) povinné přerozdělovací platby odvedené z výše příjmu, (ii) svobodná volby pojišťovny a (iii) povinnosti být pojištěn.

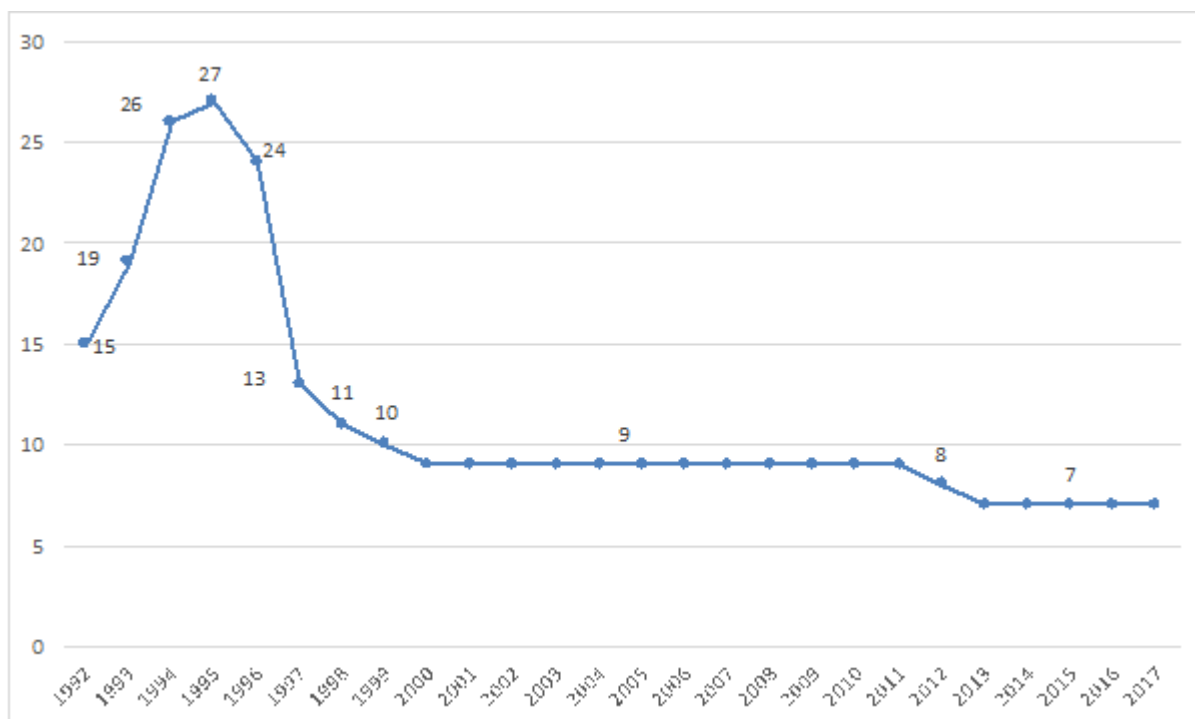
3.2.3.1.1 Zdravotní pojišťovna

Je instituce veřejného práva dle zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a dle zákona č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Počet zdravotních pojišťoven se během uplynulých tří dekad ustálil na sedmi. Vývoj počtu zdravotních pojišťoven v letech zobrazuje tabulka a graf níže.

| Rok | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Počet pojišťoven | 15 | 19 | 26 | 27 | 24 | 13 | 11 | 10 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |

| Rok | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Počet pojišťoven | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |

Tabulka 2 Vývoj počtu zdravotních pojišťoven v letech



Graf 1 Vývoj počtu zdravotních pojišťoven v letech

Aktuálně působí na území České republiky následující zdravotní pojišťovny.

3.2.3.1.1.1 Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111)

3.2.3.1.1.2 Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201)

3.2.3.1.1.3 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)

3.2.3.1.1.4 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207)

3.2.3.1.1.5 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)

3.2.3.1.1.6 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)

3.2.3.1.1.7 Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (213)

Počty pojištěnců a podíl jednotlivých zdravotních pojišťoven na trhu zobrazuje tabulka níže.

| | VZP ČR | VoZP ČR | ČPZP | OZP | ZPŠ | ZP MV ČR | RBP | Celkem |
|--|-------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|-------------------|
| Počet pojištěnců k 1.1.2016 | 5 918 128 | 700 873 | 1 230 601 | 724 240 | 141 872 | 1 283 628 | 432 854 | 10 432 196 |
| Podíl na trhu k 1.1.2016 | 56,7 % | 6,7 % | 11,8 % | 6,9 % | 1,4 % | 12,3 % | 4,1 % | 100,0 % |
| Predikované příjmy pro rok 2017 | 168 253 000 Kč | 16 692 855 Kč | 28 802 675 Kč | 17 979 200 Kč | 3 664 690 Kč | 31 389 125 Kč | 10 070 645 Kč | 276 852 190 Kč |
| Podíl na trhu – predikované příjmy | 61 % | 6 % | 10 % | 6 % | 1 % | 11 % | 4 % | 100 % |

Tabulka 3 Počty pojištěnců a podíl jednotlivých zdravotních pojišťoven na trhu [37]

V této souvislosti vyvstává otázka, zda je účelné, aby existovala pluralita zdravotních pojišťoven. V českém systému se nedá hovořit o konkurenčním vztahu mezi jednotlivými pojišťovnami, byť existují v portfoliu jednotlivých pojišťoven služby, jejichž poskytování je navzájem odlišuje, není s příslušností k určité zdravotní pojišťovně spojena jakákoliv segregace ve výši placeného pojistného či ve zdravotních službách, jež jsou následně za pojištěnce poskytovatelům zdravotních služeb hrazeny. Pluralitní systém zdravotních pojištění má význam právě za předpokladu, že jsou zdravotní služby ve vzájemném vztahu konkurenčním, kdy pojištěnec mezi jednotlivými volí na základě poskytovaných služeb, respektive na základě výše pojištění.

V českém systému, tak existence sedmi zdravotních pojišťoven vede pouze k nárůstu režii zdravotnického systému, kdy krom výdajů na správu aparátu přerozdělení finančních prostředků v systému, nutno vzít v potaz i sedm úřednických aparátů.

Logickým závěrem by tedy měla být snaha o zúžení počtu zdravotních pojišťoven na minimum, jinými slovy podpora existence pouze jedné centrální zdravotní pojišťovny. Při dosažení tohoto stavu by finanční prostředky ve zdravotnickém systému mohly být plně vynakládány na zdravotní péči samotnou, a nikoliv na již zmíněné režie.

Revoluční myšlenkou je pak úplná absence zdravotní pojišťovny, kdy její kompetence přebírá stát.

3.2.3.1.2 Pojištěnec

Neboli účastník veřejného zdravotního pojištění je osoba definovaná zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Pojištěnci jsou ²⁴

3.2.3.1.2.1 všichni občané, jež mají na území ČR trvalý pobyt a jejich nezletilé děti, včetně cizinců s trvalým pobytem na území ČR,

3.2.3.1.2.2 zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem v ČR, včetně cizinců bez trvalého pobytu na území ČR.

Naopak ze zdravotního pojištění jsou vyňaty²⁵

3.2.3.1.2.3 osoby, které **na území České republiky** vykonávají nelegální práci,

3.2.3.1.2.4 osoby, které **nemají trvalý pobyt na území České republiky a jsou činné v České republice pro zaměstnavatele, kteří** požívají diplomatických výhod a imunit,

3.2.3.1.2.5 osoby, které **nemají trvalý pobyt na území České republiky a jsou činné v České republice pro zaměstnavatele, kteří** nemají sídlo na území České republiky,

3.2.3.1.2.6 osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině **a neplatí pojistné.**

3.2.3.2 Plátcí

3.2.3.2.1 Zaměstnanci, respektive zaměstnavatelé

²⁴ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [7]

²⁵ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [7]

Zdravotní pojištění platí jak zaměstnanec, tak jeho zaměstnavatel procentem ze skutečných příjmů ze závislé činnosti v poměru jedna třetina ku dvěma třetinám. Přičemž v letech 2008 až 2012 byl v účinnosti maximální vyměřovací základ.

Blíže k tomu následující přehled.

| Rok | Zaměstnanec | Zaměstnavatel | Strop |
|------|-------------|---------------|--------------|
| 2008 | 4,50 % | 9 % | 1 034 880 Kč |
| 2009 | 4,50 % | 9 % | 1 130 640 Kč |
| 2010 | 4,50 % | 9 % | 1 707 048 Kč |
| 2011 | 4,50 % | 9 % | 1 781 280 Kč |
| 2012 | 4,50 % | 9 % | 1 809 864 Kč |
| 2013 | 4,50 % | 9 % | - |
| 2014 | 4,50 % | 9 % | - |
| 2015 | 4,50 % | 9 % | - |
| 2016 | 4,50 % | 9 % | - |
| 2017 | 4,50 % | 9 % | - |

Tabulka 4 Procenta z příjmů ze závislé činnosti, maximální vyměřovací základ [38][39]

3.2.3.2.2 Osoby samostatně výdělečně činné

Zdravotní pojištění dále platí osoby samostatně výdělečně činné. U OSVČ je vyměřovacím základem 50 procent z částky rozdílu mezi příjmy a výdaji na dosažení, zajištění a udržení příjmů ze samostatné výdělečné činnosti, minimální vyměřovací základ je dvanáctinásobek poloviny průměrné mzdy v národním hospodářství. Od 1. ledna 2017 činí minimální měsíční vyměřovací základ OSVČ 14 116 Kč.²⁶

3.2.3.2.3 Osoby bez zdanitelných příjmů

U osob bez zdanitelných příjmů je vyměřovacím základem částka odpovídající výši minimální mzdy.

3.2.3.2.4 Státní pojištěnci

²⁶ UNIQA pojišťovna, a.s. Zdravotní pojištění [40]

Stát dále hradí zdravotní pojištění ze státního rozpočtu²⁷

3.2.3.2.4.1 **Lidem** v invalidním důchodu

3.2.3.2.4.2 **Lidem** ve starobním důchodu (**i lidem v důchodovém věku nepobírající důchod**)

3.2.3.2.4.3 Nezaopatřeným dětem

3.2.3.2.4.4 Osobám bezmocným a osobám o ně pečujícím

3.2.3.2.4.5 Osobám ve výkonu trestu

3.2.3.2.4.6 Osobám se zdravotním postižením **pobírající sociální dávky**

3.2.3.2.4.7 Osobám na rodičovské dovolené

3.2.3.2.4.8 Osobám celodenně pečující **o jedno dítě do 7 let věku dítěte nebo o dvě děti do 15 let jejich věku.**

3.2.3.2.4.9 Osobám v evidenci Úřadu práce

Přehled objemu pojistného (v mld. CZK) dle jednotlivých plátců následuje v přehledu níže.

| Rok | Zaměstnanci a zaměstnavatelé | OSVČ | Osoby bez zdan. příjmů | Státní pojištění | Celkem |
|------|------------------------------|-------|------------------------|------------------|--------|
| 2009 | 142,93 | 17,08 | 3,22 | 48,67 | 211,90 |
| 2010 | 145,79 | 14,51 | 2,95 | 52,70 | 215,94 |
| 2011 | 150,01 | 15,05 | 2,53 | 52,70 | 220,28 |
| 2012 | 151,05 | 16,19 | 2,89 | 52,90 | 223,03 |
| 2013 | 156,60 | 16,19 | 2,74 | 53,70 | 229,23 |
| 2014 | 160,43 | 15,80 | 2,56 | 59,90 | 238,69 |
| 2015 | 169,59 | 17,54 | 2,96 | 61,00 | 251,09 |
| 2016 | 176,66 | 17,90 | 2,99 | 62,30 | 259,85 |

Tabulka 5 Přehled objemu pojistného (v mld. CZK) dle jednotlivých plátců [40][41][42][43][44]

3.2.3.3 Soukromé zdravotní pojištění

²⁷ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [7]

Je odvislé od dobrovolného rozhodnutí občana-pacienta. Institut komerčního (soukromého) pojištění je nástrojem řešení negativních důsledků rizikových situací. V současné době jsou na trhu soukromého zdravotního pojištění dostupné produkty, jež se blíží nemocenskému pojištění, neb je možné sjednat pojištění pro případ pracovní neschopnosti, respektive hospitalizace v nemocnici. Svým účelem čili snahou pokrýt výpadek příjmu v důsledku nemoci či úrazu, respektive související hospitalizace, se spíše blíží nemocenskému pojištění.²⁸

3.2.3.4 Soukromé platby

3.2.3.4.1 Spoluúčast pacientů, platby za nehrazenou péči

Zákon o veřejném zdravotním pojištění stanoví rozsah péče plně hrazené, hrazené částečně za určitých podmínek nebo nehrazené z veřejného zdravotního pojištění.²⁹

3.2.3.4.1.1 Plně hrazená péče

Jedná se o veškeré výkony, obsažené ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Sazebník výkonů“)³⁰

3.2.3.4.1.2 Částečně hrazená péče

Jedná se o péči, jež je hrazena s doplatkem. Do této kategorie lze zahrnout například léčivé přípravky, zdravotnické prostředky či zdravotnický materiál například ve stomatologii.

3.2.3.4.1.3 Péče hrazená za určitých podmínek

²⁸ UNIQA pojišťovna, a.s. Zdravotní pojištění [40]

²⁹ Příloha č. 1 k zákonu č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [7]

³⁰ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami [8]

jedná se například o výkon IVF fertilizace, jež je hrazena pouze třikrát za život na jednu pacientku za předpokladu, že tato má diagnostikovanou neprůchodnost vaječníků.³¹

3.2.3.4.1.4 Nehrazená péče

Zákon přímo stanoví, která zdravotní péče není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o alternativní medicínu jako je například akupunktura či homeopatika či o plastickou chirurgii bez lékařské indikace.

Dále nejsou hrazeny veškeré prohlídky a ostatní zdravotní výkony provedené na základě dožadání právnických osob (například soudů, policie ČR), či na základě požadavku fyzických osob (například žádosti o vyšetření zraku na řidičský průkaz, o psychologické vyšetření pro zbrojní pas). Doplatky na léky na recept, zdravotnické prostředky na poukaz

3.2.3.4.2 Regulační poplatky

Regulačními poplatky jsou dle § 16 a) Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, poplatky hrazené pojištěncem přímo konkrétnímu poskytovateli zdravotních služeb.³² Zavedením regulačních poplatků na začátku roku 2008 došlo k nejvýznamnější psychologické změně v pojetí zdravotnických služeb. Nově ten, kdo zdravotní služby čerpal se musel přímo spoluúčastnit na úhradě.

Regulační poplatky zaznamenaly za dobu jejich desetileté účinnosti poměrně překotný vývoj, jež je znázorněn v tabulce níže.

³¹ Příloha č. 1 k zákonu č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [7]

³² Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [7]

| Rok | Poplatek za využití pohotovostní lékařské služby | Poplatek za lékařskou prohlídku (osoby starší 18 let) | Poplatek za lékařskou prohlídku (osoby mladší 18 let) | Poplatek za položku na receptu v lékárně | Poplatek za pobyt v nemocnici (za každý den) |
|------|--|---|---|--|--|
| 2008 | 90 Kč | 30 Kč | 30 Kč | 30 Kč | 60 Kč |
| 2009 | 90 Kč | 30 Kč | zrušen k 1.4.2009 | 30 Kč | 60 Kč |
| 2010 | 90 Kč | 30 Kč | - | 30 Kč | 60 Kč |
| 2011 | 90 Kč | 30 Kč | - | 30 Kč | 60 Kč |
| 2012 | 90 Kč | 30 Kč | - | 30 Kč | 100 Kč |
| 2013 | 90 Kč | 30 Kč | - | 30 Kč | 100 Kč |
| 2014 | 90 Kč | 30 Kč | - | 30 Kč | - |
| 2015 | 90 Kč | - | - | - | - |
| 2016 | 90 Kč | - | - | - | - |
| 2017 | 90 Kč | - | - | - | - |

Tabulka 6 Regulační poplatky a jejich výše (2008-2017) [47] [48] [49] [50]

3.2.3.4.3 Doplatky

Zmírněním dikce § 11, odst. d) Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, je v současné době možné vybírat doplatky za služby související se zdravotní péčí, nejsou-li zdravotní péčí samotnou. Jedná se o takzvané hotelové služby, pokud se jejich standard odlišuje od požadovaného vyššího komfortu. Do této kategorie lze podřadit nadstandardní ubytování, doplňkové stravování či komplementární služby tohoto typu.

3.2.4 Sdružování (risk pooling)

Přerozdělení shromážděných zdrojů na základě rizika je základní funkcí pojištění, zajišťující ekonomickou udržitelnost a sdílení individuálního rizika napříč všemi pojištěnými. Mělo by být schopno pokrýt co možná nejširší mix rizik i s ohledem na skutečnost, že budoucí spotřeba zdravotní péče je nejistá. Nedodržení této základní premisy vedlo v devadesátých letech ke krachu mnohých zdravotních pojišťoven.

3.2.5 Nákup služeb

Nakupováním se rozumí přesun shromážděných zdrojů k poskytovatelům zdravotních služeb za účelem poskytování zdravotní péče obyvatelstvu. Přičemž rozhodující roli pro alokaci zdrojů hrají úhradové mechanismy neboli systém úhrad.

Ať již se jedná o jakýkoliv typ úhrady je základem pro kalkulaci rozbor a následné ekonomické zhodnocení konkrétního zdravotního výkonu. Jedná se de facto o zhodnocení nákladovosti, přičemž dle metodiky sestává z nákladů fixních čili nákladů, jež jsou spojené s jakýmkoliv výkonem bez ohledu na jeho specifickou a nákladů variabilních, respektive přímých.

Mezi fixní náklady řadíme například energie, odpisy, případné nájemné, běžně se opakující materiál a vybavení jako jsou desinfekční a úklidové prostředky a pomůcky, administrativní pomůcky, pracovní vybavení pracovníků, pokud není jednorázové a náklady spojené s jeho údržbou, pracovní jednorázový materiál, mzdové náklady personálu účastného na výkonu nikoliv však nositele výkonu (například všeobecná sestra v ambulanci, u lůžka či na operačním sále).

Pod variabilní náklady zahrnujeme mzdové náklady nositele výkonu čili nejvýše odborně účastného pracovníka, přímo spotřebovaný materiál, přímo spotřebované léčivé přípravky, případné vyžití přístroje (cena x životnost x odpisy), zvláště účtovaný materiál (z valné většiny se jedná o materiál, který je pacientovi voperován)

Teorie ani praxe zatím neposkytla jednoznačnou odpověď na otázku, zda existuje optimální způsob úhrady. Jak v dalších odstavcích popsáno, každý ze způsobů má své výhody a samozřejmě i své nevýhody. Na základě zkušeností s fungováním jednotlivých typů úhrad lze konstatovat, že pro optimální fungování systému je vhodné zvolit pro každý druh a typ zdravotní péče specifickou formu úhradového mechanismu. Jen tímto způsobem je možné zachovat ekvilibritu systému, pokud zůstává dáno, že do systému se bez ohledu na skutečnou spotřebu dostane jen určitý objem finančních prostředků.

V následujících subkapitolách bude věnována pozornost jednotlivým úhradovým mechanismům, co do jejich klasifikace, výhod, respektive nevýhod i vhodnosti pro jednotlivé typy péče.

3.2.5.1 Výkonový způsob úhrady

Od roku 1992 byla veškerá zdravotní péče (ambulantní i hospitalizační) hrazena výkonovým způsobem, kdy jednotlivé zdravotní výkony byly oceněny bodovými hodnotami na základě kalkulace mzdových, materiálových a režijních nákladů. Vlastní úhrada výkonů byla realizována na základě stanovené hodnoty bodu, určované zdravotními pojišťovnami pro každé úhradové období. Mimo úhradu výkonů byly hrazeny zvláště léky a zdravotnické prostředky.

Ocenění probíhalo na základě kalkulačních listů, kdy výkon samotný byl oceněn dle nákladů skutečných v té době. Je tedy zjevné, že veškeré náklady byly zkalkulovány na tehdejší stav ekonomické situace a dle tehdy existentní nákladovosti. Výkonový systém úhrad tedy krom níže uvedených pro a proti trpí potřebou rekalkulace. V průběhu doby totiž nedocházelo k nové kalkulaci vstupů pro další úhradové období, ale bylo provedeno navýšení paušální. Během uplynulých desetiletí bylo dosaženo jisté pokřivenosti, jež není možné narovnat jinak než novou kalkulací vstupů. Jedině tímto způsob bude zajištěna spravedlnost a aktuálnost updatovaných kalkulačních listů, a tedy i úhrad. Až téměř do konce 90tých let byl tento úhradový mechanismus používán pro všechny druhy péče. Opuštěn byl především z důvodu neufinancovatelnosti, kdy v systému chyběly jakékoliv brzdící mechanismy.

V současné době je „čistý“ výkonový způsob využíván u statisticky nevýznamného objemu péče u daného poskytovatele v rámci konkrétní zdravotní pojišťovny. Jedním z podtypů výkonové úhrady je pak platba za ošetrovací den („per diem“), jež je v současnosti využívána především pro péči následnou a dlouhodobou. Tímto typem úhradového mechanismu jsou tedy hrazeny péče v rámci následné péče, následné intenzivní péče, dlouhodobé péče i dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, nehledě na konkrétní odbornost.

Systém krom již zmíněné nespravedlnosti spočívající v zastaralé kalkulaci nákladových vstupů tenduje (u těch druhů péče, které jsou i nadále placeny tímto způsobem) k prodlužování délky hospitalizace a/nebo zvyšování počtu hospitalizovaných příjmů ze strany poskytovatelů. Prozatím existují pouze ojedinělé pokusy tyto tendence omezit například délkou pobytu nebo monitorováním změny chování poskytovatele (restrikce v případě zvýšených překladů z lůžka akutní péče na lůžko následné péče).

V režimu výkonových úhrad nadále zůstává i specifická operativa, jež je hrazena balíčkovým způsobem, tedy dalším podtypem výkonového způsobu úhrady. Logickou reakcí na tendence ke zvyšování počtu případů bývá ze strany pojišťoven například za-stropování počtu případů. Stropy jsou v současné době využívány v případě úhrad za specifické výkony v rámci

specifické operativy, například u operací totálních endoprotéz, robotických operací či výkonů jednodenní péče na lůžku.

V rámci tohoto konkrétního způsobu nezbyvá než setrvat na doporučení rekalkulace nákladů, jež do této specifické skupiny zdravotní péče vstupují.

| PROs | CONs |
|---|--|
| precizní a detailní přehled o struktuře a množství poskytnuté zdravotní péče v konkrétním časovém období za konkrétního poskytovatele zdravotních služeb | objemný soubor dat, administrativně i technicky dosti náročný na dobu zpracování |
| rychlá možnost reakce na změny výše úhrad jednotlivých částí kalkulace – např. ceny léčivých přípravků, navýšení ohodnocení pracovníků, změny režijních nákladů – změny ve výši úhrad energií atd. | při špatném nastavení parametrů (čas, materiál, přístroje) inklinace k podhodnocení nebo záměrné nadhodnocení výkonu |
| snadná a průkazná kontrola vykázané a poskytnuté zdravotní péče | |

Obrázek 2 PROs & CONs Výkonového způsob úhrady

3.2.5.2 Paušální způsob úhrady

Vychází z časově dlouhodobého průměru objemu úhrady u konkrétního poskytovatele zdravotních služeb. V objemu zdravotních výkonů v celém poskytnutém spektru jako celku či dle jednotlivých odborností. Paušální úhrada je pak možná za konkrétní časový úsek například měsíc, čtvrtletí, či kalendářní rok.

Tento způsob byl populární reakcí na růst výdajů za zdravotní péči v rámci výkonového způsobu úhrad. Jeho smyslem bylo omezit hlavní nevýhodu, respektive tendenci poskytovatelů, jak popsána v předchozím odstavci. Ovšem i tento způsob přinesl určitou deformaci systému, jež spočívá v absolutní nemožnosti reakce na aktuální vývoj situace. Je totiž opět založen na historických nákladech a tím de facto odrazuje poskytovatele od jakýchkoliv investic do infrastruktury, jako je modernizace technologií či prostor určených k poskytování

zdravotní péče. Na straně zdravotních pojišťoven je naproti tomu extrémně silná výhoda, jež zajišťuje zakonzervování nákladů v určitém čase. Tento trend logicky vede k nedostupnosti péče, spočívající například v dlouhých čekacích listinách.

Další deformaci, kterou s sebou tento systém nese je upřednostňování neefektivních poskytovatelů zdravotní péče. Pokud se poskytovatel v období před stanovením paušálního mechanismu choval nákladově neefektivně, může v tomto trendu pokračovat i nadále, oproti poskytovateli, jenž v tom samém období náklady sledoval a hlídal, který je nucen v dalším období opět setrvat v nákladové restrikci.

| PROs | CONs |
|---|---|
| snadný a přehledný způsob úhrady podle předchozích objemů úhrady | není flexibilní – neumí reflektovat aktuální změny ve struktuře a objemu poskytnuté zdravotní péče |
| predikovatelnost – objem finančních prostředků je stanoven předem jak pro ZP tak i poskytovatele | navýšení (snížení) úhrad v delším časovém horizontu lze provést pouze procentuálně = čím déle je používáno, tím větší zkreslení a odchylka od skutečného objemu péče a komplikovanosti jednotlivých případů |
| | riziko nedostupnosti péče |
| | vykazování objemu a struktury péče je pouze formální – v zájmu dosažení co největšího objemu finančních prostředků při odvedení co nejmenšího objemu a rozsahu péče |
| | překrývající se termíny záloh, doplatků, opravných dávek a plateb za tyto dávky značně znepráhledňuje a opožďuje skutečný tok finančních prostředků |
| | neumí reagovat na změny cen na trhu v kratším časovém horizontu |

Obrázek 3 PROs & CONs Paušálního způsobu úhrady

3.2.5.3 DRG – Diagnosis Related Group´s

Jedná se o systém klasifikace klinických případů do přibližně 500 skupin, též označovaných jako DRG, majících podobné nároky na využití zdrojů. Skupiny se přiřazují pomocí "grouperu" (seskupovacího programu) na základě diagnóz Mezinárodní klasifikace nemocí, procedur, věku, pohlaví a přítomnosti komplikací nebo přidružených onemocnění. Systém vychází z premisy, že pacienti v každé kategorii jsou po klinické stránce podobní a lze tedy očekávat, že budou využívat stejný objem prostředků nemocnice.

Ohodnocení každé případové skupiny podle jednotlivých výkonů a celkového zdravotního stavu pacienta tzv. **indexem** (vahou), který vyjadřuje náklady za takto postavený případ v porovnání s ostatními případy. Indexem je násobena základní dohodnutá (vyhlášená) DRG sazba v Kč.

Výši úhrady ovlivňují tzv. komorbidity (současný výskyt další poruchy) a určení, co je diagnózou hlavní a vedlejší.

Tento úhradový mechanismus je určen k úhradě akutní lůžkové péče. V České republice se pod pojmem úhradový systém DRG skrývá hybrid, kde DRG je pouze nástrojem k měření výkonnosti, respektive produkce, ale úhrada se uskutečňuje paušálním způsobem. Systém DRG byl zcela seriózně zamýšlen k úhradě akutní péče, ale jeho implementace ztroskotala díky tehdejšími externími vlivům, a to díky nutnosti konvergence individuálních základních sazeb, kdy rozdíly mezi poskytovateli nebylo možné srovnat v rámci implementačního období a dále díky tlaku na navyšování mezd, respektive platů, jež vyvolal nutnost zajistit odpovídající objem finančních prostředků pro poskytovatele.

| PROs | CONS |
|--|---|
| stejné úhradové podmínky pro všechny případy stejně zařazené | v případě down-codingu zařazování ztráta finančních prostředků |
| po zvládnutí techniky zpracování – jednodušší vykazování a zúčtování zdravotní péče | v případě up-codingu odčerpání větších finančních prostředků, než bylo skutečně vynaloženo |
| možná diferenciací mezi jednoduchými a složitými případy | počáteční i kontinuální problémy se správným nastavením vah (indexů) jednotlivých případů – nutnost neustálé kultivace systému v závislosti na změnách vstupních hodnot |

3.2.5.4 Kombinovaný kapitačně výkonový způsob úhrady

Tento způsob úhrady je využitelný pouze u oborů, kde jsou pacienti registrováni čili je v praxi využíván u odbornosti praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost.

Jedná se o dvousložkový způsob úhrady, kde první složkou je kapitace, respektive platba za počet registrovaných pojištěnců bez ohledu na počet návštěv v daném období a druhou složkou jsou jednotlivé výkony, jež v kapitační platbě zahrnuté nejsou. Do kapitační platby jsou zahrnuté nejčastější výkony, jako jsou cílené či kontrolní vyšetření nebo administrativní úkony.

Ostatní výkony jsou hrazeny výkonově podle Seznamu výkonů, jedná se například o komplexní vyšetření či očkování. Nadto se náročnost práce s pacientem ohodnocuje podle jeho věku a možných komunikačních i vyšetřovacích problémů z toho plynoucích a je vyjádřena indexem.

V případě, že dojde k ošetření pacienta, jež není u daného praktického lékaře pro dospělé, respektive u praktického lékaře pro děti a dorost, registrován, náleží mu úhrada za veškeré výkony dle Seznamu výkonů.

Regulace je v případě tohoto způsobu úhrady za předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči (komplement, rehabilitace, domácí péče).

| PROs | CONs |
|--|--|
| stabilní příjem poskytovatele dle počtu registrovaných pojištěnců bez ohledu na skutečně odvedenou práci, a tedy počet výkonů | motivace k nedostatečnému poskytování péče |
| v porovnání s ostatními způsoby úhrady – nejvyšší příjem za skutečně poskytnutou zdravotní péči (za skutečně poskytnuté zdravotní výkony) | odčerpávání značného objemu finančních prostředků neadekvátně k objemu poskytnutých zdravotních výkonů |

V rámci úvah nad optimálním úhradovým mechanismem je nezbytné mít na paměti základní cíl systému, kterým je zlepšování zdraví populace. Není přípustné, aby převážil přístup, jež je zaměřen pouze na ekonomické stránky poskytování zdravotních služeb. Obráceně však platí, že bez efektivně nastavené ekonomiky systému, není možné základního cíle dosáhnout.

Systém, ve kterém lze predikovat zdroje, respektive vstupy, kde neznámou zůstává potřeba a konečná spotřeba je tedy nezbytné vybudovat s maximální možnou mírou zachování objektivity. Vybudování systému, exaktně řečeno přizpůsobení systému aktuálnímu vývoji, je třeba designovat se vzetím v úvahu základních premis a tvrdých dat a zamezit, respektive omezit tlaky na prosazování subjektivních zájmů.

Mezi objektivní vývojové trendy je třeba řadit universální přístup ke zdravotní péči, demografický vývoj (stárnutí populace, prodlužování délky života), obnovu a modernizaci zdravotnické infrastruktury, růst mzdových nákladů ve zdravotnictví (jež kopírují tendenci v jiných odvětvích), technický pokrok a inovace či pokrok ve schopnosti medicíny předcházet, diagnostikovat a léčit nemoci.

Mezi subjektivní, tedy k eliminaci určené, tendence lze řadit zvyšování netradiční poptávky po zdravotní péči v důsledku systematické medializace, užití reklamy a lobby při nabídce nových léků a forem léčby či politické lobby spočívající ve výlukách predikovaného trendu (například omezení již zavedených forem spoluúčasti, nekoncepční populistické jednorázové navýšení mezd určité skupině).

4 Analýza závěrů Ústavního soudu ve vztahu k povinnostem zdravotních pojišťoven v souvislosti s úhradami hrazených služeb a regulačními omezeními

Nálezem Ústavního soudu Pl. ÚS 19/13 ze dne 22.10.2013³³ je možné uzavřít kapitolu rozhodovací praxe soudů ve vztahu k povinnostem zdravotních pojišťoven v souvislosti s úhradami hrazených služeb a regulačními omezeními.

Ústavní soud k návrhu skupiny 39 senátorů Senátu Parlamentu České republiky rozhodl tak, že Vyhláška č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013 („Vyhláška“), je v rozporu s čl. 1 odst. 1 Ústavy České republiky a čl. 1 a 2 čl. 26. odst. 1 Listiny základních práv a svobod a Vyhláška č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013, se ruší uplynutím dne 31.12.2014.

4.1 Povinnosti zdravotních pojišťoven

4.1.1 Zásada předvídatelnosti a zákaz svévole

Ústavní soud opětovně, v souladu s dosavadní rozhodovací praxí, zdůraznil, že jakákoliv právní úprava může dostát požadavku předvídatelnosti, srozumitelnosti a vnitřní bezrozpornosti práva jen za předpokladu, že je adekvátně přístupná tak, aby osoby byly schopné seznat, že pravidlo, které vytvořila, dopadá na konkrétní věc.

Současně pak Ústavní soud připomněl, že právní úprava musí být formulována dostatečně precizně, aby umožnila osobám přizpůsobit jí své chování, a že cenová regulace promítnutá ve Vyhlášce je opatřením výjimečným a akceptovatelným pouze za zcela omezených podmínek a musí při stanovení ceny zohlednit i možnost tvorby zisku. Přičemž Vyhláška výše uvedené předpoklady, resp. nároky kladené na právní úpravu v oblasti cenové regulace nesplňuje.

³³ Pl.ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013, 396/2013 Sb., N 178/71 SbNU 105, Úhradová vyhláška pro rok 2013 [58]

Způsob úpravy tzv. regulačních srážek, kdy v podstatě pojišťovny uplatňují sankci za překročení daných limitů, nesplňuje hledisko předvídatelnosti. V dané situaci, záleží pouze a jen na posouzení pojišťovny, zda určité poskytnuté služby bude považovat za odůvodněné či nikoli.

Ústavní soud zcela jednoznačně konstatoval, že situace, kdy pojišťovny mohou uplatňovat srážky selektivně, dle své vlastní (neomezené) úvahy (bez jakkoliv formulovaných kritérií) je naprosto nepřijatelná a v zásadním rozporu se zásadou předvídatelnosti a zákazem svévole podle čl. 1 Ústavy a též se zásadou rovnosti dle čl. 1. Listiny. Současně Ústavní soud potvrdil, že takový rozpor má zcela jasný přesah do práva poskytovatelů zdravotních služeb podnikat dle čl. 26 odst. 1. Listiny, neboť umožňuje zdravotní pojišťovně bez jakýchkoliv kritérií jednostranně měnit výši náhrad za poskytnuté služby a tím i podmínky podnikání v této oblasti.

Ze závěrů Ústavního soudu zcela jednoznačně vyplývá, že zdravotní pojišťovny nemohou jednostranně (bez jasně formulovaných kritérií za předpokladu splnění základních principů práva) měnit výši úhrad za poskytnuté zdravotní služby.

Zdravotní pojišťovny jsou povinny, do účinnosti případné nové právní úpravy, plně respektovat při případné aplikaci regulačních omezení závěry označeného nálezu a jsou povinny poskytovat za poskytnutou péči dohodnuté výše úhrad a poskytovatelé jsou oprávněni je po zdravotní pojišťovně požadovat.

Je nepochybné, že za péči poskytnutou do doby obdržení případného řádného a zákonného rozhodnutí o krácení úhrady, je možné požadovat původně dohodnuté výše úhrad.

4.1.2 Zásada práva na podnikání

Ústavní soud již v minulosti dospěl k závěru, že „cenová regulace, nemá-li přesáhnout meze ústavnosti, nesmí evidentně snížit cenu tak, aby tato vzhledem ke všem prokázaným a nutně vynaloženým nákladům eliminovala možnost alespoň jejich návratnosti.“

Ústavní soud shledal naprosto nepřijatelným stav, kdy Vyhláška aprobovala situace, kdy snížení hodnoty bodu může vést k tomu, že celková roční výše úhrad, na kterou poskytovateli vznikne nárok, nebude pokrývat ani jen nezbytné náklady poskytované zdravotní péče. Ústavní soud současně připomněl, že takový stav není sám o sobě problémem, kdy příčinou jsou vlastní

podnikatelská rozhodnutí poskytovatele, avšak nelze jej akceptovat tehdy, pokud vzniká jako nezbytný důsledek nastavení výše úhrad.

Z ústavně zaručeného práva podnikat sice neplyne přímo právo na zisk, nicméně smyslem podnikání je nepochybně právě dosažení zisku. Stát je tak povinen vytvářet podmínky, které jednotlivcům umožní reálně usilovat o jeho dosažení.

Povinností státu tak je nastavit spravedlivé podmínky nákupu zdravotních služeb, a to z hlediska jejich ceny i rovného postavení subjektů smluvního vztahu, chránit svobodnou soutěž mezi nimi a adekvátně vyrovnávat případné deformace.

Jak uvedeno shora, již porušení zásady předvídatelnosti a zákazu svévole vyvolává nepřípustný zásah do ústavně zaručeného práva na podnikání.

Cenová regulace, nemá-li přesáhnout meze ústavnosti, nesmí evidentně snížit cenu tak, aby tato vzhledem ke všem prokázaným a nutně vynaloženým nákladům, eliminovala možnost alespoň jejich návratnosti.

Vzhledem k tomu, že zdravotní pojišťovny jsou při rozhodování o úhradách za služby poskytnuté v roce 2013 povinny plně respektovat označený náleze Ústavního soudu a v něm uvedené závěry, pak jsou povinny postupovat tak, aby úhrady respektovaly nejen zásadu předvídatelnosti a zákaz svévole, ale také ústavně zaručené právo na podnikání, tedy aby v případě, že služby byly poskytnuty za dodržení veškerých podmínek poskytování zdravotních služeb úhrada dosahovala alespoň výši nutně vynaložených nákladů.

Za péči poskytnutou v segmentu následná intenzivní péče (NIP) a dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP) je poskytovatel oprávněn po obdržení informace o krácení úhrad (zde nutno upozornit, že nejde o zálohy) prokázat, že dodržel veškeré podmínky poskytování zdravotních služeb (věcné, technické, personální vybavení, léčba de lege artis) a že jednostranně změněná výše úhrad nedosahuje ani výši nutně vynaložených nákladů a pojišťovna je povinna se argumenty a důkazy předloženými poskytovatelem řádně zabývat.

Pokud poskytovatel odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad, pojišťovna regulace neprovede.

Pojišťovny jsou povinny při případném krácení náhrad postupovat tak, aby při normálním běhu věcí, úhrady po regulaci umožňovaly víc než jen pokrytí nákladů poskytovaných služeb.

Ústavní soud zcela jednoznačně uzavřel, že je naprosto nepřijatelné, aby náklady, byť jen částečně byly přenášeny systémově na poskytovatele.

4.2 Kolize povinnost neodmítnutí pojištěnce s limitací výše úhrad objemem poskytnutých zdravotních služeb

Nutno konstatovat, že dle Ústavního soudu není pochybnosti o tom, že neexistuje žádný důvod, aby stanovení výše úhrad zcela abstrahovalo od možnosti, že k překročení stanoveného objemu zdravotní péče nedojde jen v důsledku plýtvání či jejího nadměrného užívání, ale také v důsledku řádného plnění zákonných povinností ze strany poskytovatele.

Poskytovatel zdravotních služeb má právo na úhradu provedené zdravotní péče, pokud poskytuje péči:

- v souladu s právními předpisy
- v odbornostech a rozsahu dohodnutých a sjednaných ve smlouvě
- v zařízení, jež je věcně, technicky, personálně vybaveno
- lege artis bez nadbytečných nákladů
- se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce
- průkazně zdokumentovanou
- odůvodněnou

Za péči poskytnutou dle výše uvedených podmínek je možno žádat úhradu od zdravotní pojišťovny i v případě, že byl „dohodnutý finanční limit překročen“, a to nejen u péče neodkladné, ale též u péče plánované. Poskytovatel však v takovém případě nese důkazní břemeno ohledně důvodnosti „vícenákladů“ a zcela nepochybně ohledně splnění výše uvedených premis.

V dané souvislosti pak je nutno připomenout, že judikatura soudů zcela jednoznačně přiznává nárok na úhradu neodkladné péče i v případech, kdy finanční limit byl vyčerpán. Analogicky je pak nutno postupovat i v případě péče plánové, byla-li poskytnuta za výše uvedených premis.

4.3 Závěr

Z celkového odůvodnění označeného nálezu Ústavního soudu se podává, že je zcela nepřijatelná situace, kdy je zásadní cenová regulace v oblasti poskytování úhrad za poskytnutou

zdravotní péči pro poskytovatele nepředvídatelná, založená na neomezené vůli pojišťoven (svévůli) s přímým dopadem do ústavně zaručeného práva na podnikání.

Bez ohledu na to, že Ústavní soud rozhodl o zrušení označené části Vyhlášky uplynutím dne 31.12.2014, nelze Vyhlášku aplikovat na plnění poskytnutá v roce 2013 striktně formálně, ale je nutno při jejím uplatňování, zejména pokud jde o regulační omezení, postupovat v intencích nálezu. Jinými slovy, zdravotní pojišťovny jsou povinny při aplikaci Vyhlášky, resp. rozhodování o případném krácení náhrad postupovat tak, aby byly zachovány základní zásady a chráněny ústavně zaručená práva poskytovatelů.

Zdravotní pojišťovny nejsou, pokud jde o úhrady za péči poskytnutou v roce 2013 oprávněny krátit úhrady v případě, že poskytovatel odůvodní poskytnuté služby (a to i v případě služeb plánovaných) a každé jejich rozhodnutí o krácení musí být řádně odůvodněno a musí ctít zásady předvídatelnosti, rovnosti, zákazu svévole a práva poskytovatele na podnikání (zejména ve smyslu umožnění reálného dosažení zisku).

Praxe zdravotních pojišťoven však v tomto kontextu zůstává neoblomná co do výše úhrad a vždy si svým postavením zajistí s konkrétním poskytovatelem akceptaci dohody, na základě které následně dojde k úhradě pouze té části zdravotní péče, která byla zakomponována v pojistném plánu pro dané období. Péče, která tak byla poskytovatelem skutečně poskytnuta nad rámec pojistného plánu zůstane neuhrazena.

V případě retroaktivního stanovení ceny za zvláštní typ péče (například výše sazby za lůžko /den u péče NIP), bývá praxe obdobná s tím, že přestože byla nová výše úhrady navržena ze strany zdravotních pojišťoven až v průběhu úhradového roku, jsou poskytovatelé nuceni akceptovat úhradový dodatek již od počátku úhradového období, v tomto případě kalendářního roku. Alternativní variantou poskytovateli totiž zůstává, že tento typ péče zůstane neuhrazen zcela, což pro řadu poskytovatelů zdravotní péče je důsledkem fatálním.³⁴

³⁴ KOLBASOVA ZUZANA, Systém financování zdravotní péče v České republice [1]

5 Analýza právní úpravy v otázce vykazování a úhrady zdravotních výkonů NIP, NVP a DIOP

Předmětem této kapitoly je právní analýza poskytování zdravotních služeb i úhrad poskytovaných hrazených služeb následné intenzivní péče (dále jen „NIP“), dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (dále jen „DIOP“) a následné ventilační péče (dále jen „NVP“), a to s ohledem na platné a účinné znění relevantních právních předpisů, zejména vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních pro rok 2017 (dále jen „Úhradová vyhláška“)³⁵, Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018³⁶ a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Sazebník výkonů“)³⁷. K analýze je přistupováno v kontextu ustálené judikatury a závěrů provedených v předchozí kapitole této práce a své vyústění nalezne v návrhu legislativních změn ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb³⁸, ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče³⁹ a ve Vyhlášce č.

³⁵ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních pro rok 2017 [10]

³⁶ Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018 [11]

³⁷ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů [8]

³⁸ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb [22]

³⁹ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče [21]

XY/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019.

Při zpracování této kapitoly bylo dále vycházeno z následujících dokumentů získaných z databáze smluv Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky s poskytovateli zdravotní péče, veřejně dostupné na www.vzpsmlouvy.cz:

- Smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Smlouva“);
- Dodatek č. 10 ke Smlouvě (dále jen „Dodatek“);

a dále z následujících dokumentů:

- Příloha č. 2 – Vstupní formulář Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Příloha č. 2“)
- Registrační list ošetrovacího dne Následné intenzivní péče (NIP) ze dne 29.6.2016
- Registrační list ošetrovacího dne Následné ventilační péče (NVP) ze dne 29.6.2016
- Registrační list ošetrovacího dne Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) ze dne 29.6.2016

Vzhledem k tomu, že autorka práce se tomuto segmentu zdravotní péče věnuje již od roku 2011, bylo při zpracování využito i know-how získané během osmi let sledování inkorporace následné intenzivní péče do systému poskytování i úhrad zdravotních služeb.

5.1 NIP, NVP a DIOP v právním řádu

Následná intenzivní péče je novým fenoménem 21. století. Má za cíl nejen přežití kriticky postiženého pacienta, ale je vedena snahou dosáhnout jeho komplexní rekonvalescence, umožnit mu pokračující důstojnou a naplňující kvalitu života. Podíl pacientů, u nichž je indikována, ale narůstá po akutní záchraně jejich života. Pacienti jsou starší, křehcí, s komorbiditami, v celkové dekonvalescenci. Možnosti současné medicíny v jejich akutním stavu podpořily jejich přežití, ale přetrvávající a dlouhodobá dekonvalescence vyžaduje v této skupině vysoce rizikových jedinců pokračující podpůrné systémy dlouhodobě a někdy i trvale.

Pacientům s potřebou prodloužené, dlouhodobé intenzivní péče se tak nadále věnuje plná, specializovaná léčba a péče. Jejich narůstající počet si vyžádal nový systémový pohled i po organizační stránce.⁴⁰

5.1.1 Vznik oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče - OCHRIP (1999 – 2003)

Funkčně se o lůžka OCHRIP oddělila v roce 1999 od akutních lůžek anesteziologicko-resuscitačních oddělení. Právním základem pro vznik OCHRIP bylo Metodické opatření Ministerstva Zdravotnictví č. 9/1998 stran Koncepce následné lůžkové péče⁴¹. Pilotní projekt byl realizován ve FN Motol. V letech 2002 a 2003 se postupně realizovalo 5 pracovišť OCHRIP, a to u následujících poskytovatelů:

- ANESAN, s.r.o.
- Městská nemocnice Městec Králové a.s.
- MEDITERRA s.r.o.
- MEDITERRA - Sedlčany, s.r.o.
- Nemocnice Tanvald, s.r.o.

Všech pět výše uvedených poskytovatelů zdravotních služeb tuto péči poskytuje i v současnosti.

5.1.2 Převod na DIP, DIOP (2008)

Následně se vytvořil a realizoval záměr převodu pracovišť OCHRIP na pracoviště dlouhodobé intenzivní péče (DIP) a DIOP.

Od 1. 7. 2008 byl definován jednotný postup pro nasmlouvání, vykazování a úhradu péče na těchto pracovištích.

⁴⁰ DRÁBKOVÁ JARMILA, Následná intenzivní péče a možnosti umělé plicní ventilace v domácím prostředí pacienta [6]

⁴¹ Metodické opatření Ministerstva Zdravotnictví č. 9/1998 [20]

Definice obou typů pracovišť, kritéria pro přijetí pacienta, ošetrovací dny a požadavky na věcné, personální a technické zajištění této zdravotní péče byly výsledkem jednání Pracovní skupiny pro OCHRIP, jež byla ustanovena v roce 2008 ze zástupců poskytovatelů, zdravotních pojišťoven a České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP.

5.1.3 Ukotvení poskytování zdravotní péče DIP a DIOP v právních předpisech (2012)

Od 1. 4. 2012 je již následná intenzivní i dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče definována obecně závaznými právními předpisy (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů i příslušnými vyhláškami – vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče a vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů), nicméně tato péče stále nebyla oficiálně zařazena do Sazebníku výkonů.

5.1.4 Ukotvení úhrad za zdravotní péči NIP, NVP, DIOP v právních předpisech (2017)

Od roku 2017 je již zdravotní péče na pracovištích následné intenzivní péče uvedena v platném Sazebníku výkonů (ošetrovací dny následné a dlouhodobé intenzivní péče – OD 00015, 00017 a 00020), včetně obligatorního obsahu těchto ošetrovacích dnů.

5.1.5 Aktuální přehled pracovišť (2018)

Aktuální přehled pracovišť k datu 01.09.2018 následné intenzivní péče (NIP) a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP), která mají smlouvu s VZP následuje níže v přehledu⁴².

⁴² VZP ČR, Pracoviště NIP a DIOP [51]

| No. | Smluvní poskytovatel | Místo | NIP | DIOP |
|-----|--|----------------------|-----|------|
| 1 | ALMEDA a.s. | Neratovice | ✓ | ✓ |
| 2 | ANESAN, s.r.o. | Český Brod | ✓ | ✗ |
| 3 | Chronicare - Life Star,a.s. | Brno | ✓ | ✗ |
| 4 | Chronicare s.r.o. | Praha 6 - Řepy | ✓ | ✗ |
| 5 | Dlouhodobá intenzivní oš. péče | Rakovník | ✓ | ✓ |
| 6 | ETOILE CZ a.s. | Praha 1 | ✓ | ✗ |
| 7 | Fakultní nemocnice Plzeň | Plzeň | ✓ | ✓ |
| 8 | Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně | Brno | ✓ | ✗ |
| 9 | Fakultní nemocnice v Motole | Praha 5 | ✓ | ✓ |
| 10 | Klatovská nemocnice, a.s. | Klatovy | ✓ | ✓ |
| 11 | Krajská nemocnice T. Bati, a. s. | Zlín | ✓ | ✓ |
| 12 | Krajská zdravotní, a.s. - MN v ÚL, o.z. | Ústí nad Labem | ✗ | ✓ |
| 13 | Krajská zdravotní, a.s.-Nemoc.Most,o.z. | Most | ✓ | ✓ |
| 14 | MEDITERRA s.r.o. | Praha 5 | ✓ | ✓ |
| 15 | MEDITERRA Sedlčany, s.r.o. | Sedlčany | ✓ | ✓ |
| 16 | Městská nemocnice Městec Králové, a.s. | Městec Králové | ✓ | ✓ |
| 17 | Mulačova nemocnice s. r. o. | Plzeň | ✓ | ✗ |
| 18 | Nemocnice Boskovice s.r.o. | Boskovice | ✗ | ✓ |
| 19 | Nemocnice Český Brod s.r.o. | Český Brod | ✗ | ✓ |
| 20 | Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. | Jindřichův Hradec | ✓ | ✗ |
| 21 | Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. | Jindřichův Hradec | ✗ | ✓ |
| 22 | Nemocnice Na Bulovce | Praha 8 | ✗ | ✓ |
| 23 | Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o. | Nové Město na Moravě | ✓ | ✗ |
| 24 | Nemocnice Pelhřimov, příspěvková org. | Pelhřimov | ✗ | ✓ |
| 25 | Nemocnice Písek, a.s. | Písek | ✗ | ✓ |
| 26 | Nemocnice Pk, a.s. - Chrudim | Chrudim | ✓ | ✗ |
| 27 | Nemocnice Pk, a.s. - LDN Chrudim | Chrudim | ✗ | ✓ |
| 28 | Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa,a.s. | Česká Lípa | ✗ | ✓ |
| 29 | Nemocnice s poliklinikou Karviná - Ráj | Karviná | ✓ | ✓ |
| 30 | Nemocnice Strakonice, a.s. | Strakonice | ✗ | ✓ |
| 31 | Nemocnice sv. Zdislavy, a. s. | Velké Meziříčí | ✓ | ✗ |
| 32 | Nemocnice Tanvald, s. r. o. | Tanvald | ✓ | ✓ |
| 33 | Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace | Třebíč | ✗ | ✓ |
| 34 | Nemocnice ve Frýdku-Místku, přís. organ. | Frýdek Místek | ✓ | ✓ |
| 35 | Nemocnice Vrchlabí, s.r.o. | Vrchlabí | ✓ | ✗ |
| 36 | NEMOS PLUS s.r.o. | Ostrov | ✓ | ✓ |
| 37 | NH Hospital a.s. | Praha 5 | ✓ | ✗ |
| 38 | Oblastní nemocnice Náchod, a.s. | Náchod | ✓ | ✓ |
| 39 | PRIVAMED a.s. | Plzeň | ✗ | ✓ |

| | | | | |
|----|--|---------------------|---|---|
| 40 | S D I s.r.o. | Praha 3 | X | ✓ |
| 41 | Sdružené zdravotnické zařízení Krnov,p.o | Krnov | X | ✓ |
| 42 | Středomoravská nemocniční a.s. | Prostějov | ✓ | X |
| 43 | SurGal Clinic s.r.o. | Brno | ✓ | ✓ |
| 44 | Uherskohradištská nemocnice a.s. | Uherské Hradiště | ✓ | X |
| 45 | ÚVN - Vojenská fakultní nemocnice Praha | Praha 6, Střešovice | ✓ | X |
| 46 | ÚVN-Vojenská fakultní nemocnice Praha | Praha 6 | X | ✓ |
| 47 | Vojenská nemocnice Olomouc | Olomouc | ✓ | ✓ |
| 48 | Vršovická zdravotní a.s. | Praha 10 | ✓ | X |

Tabulka 7 Aktuální přehled pracovišť NIP, DIOP k 01.09.2018 [51]

5.2 Projekt restrukturalizace akutní intenzivní péče (2011–2016)

V této subkapitole se práce zaměří na záměr a vývoj projektu restrukturalizace akutní intenzivní péče.

5.2.1 Pasportizace

Na cílenou žádost zdravotních pojišťoven, České společnosti anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny (ČS ARIM) a Ministerstva zdravotnictví, byl proveden v letech 2011 a 2012 pasport veškerých pracovišť NIP (tehdy DIP) a DIOP v celé české republice. Cílem bylo zkontrolovat personální, věcné a technické vybavení pracovišť, dále i odbornou úroveň a organizační zajištění poskytované péče a zároveň prověřit systém poskytované péče dle kritérií stanovených odbornou společností a schválených „Pracovní skupinou pro řešení zdravotní péče na pracovištích následné intenzivní péče a dlouhodobé intenzivní péče“.

Jednoznačným cílem bylo dle stejných pravidel posoudit kvalitu poskytované péče. Komise složená v sestavě zástupce VZP, ostatních ZP, Ministerstva zdravotnictví a odborné společnosti ČS ARIM osobně prověřili daná pracoviště, závěry byly zapisovány do formulářů, které byly po provedeném pasportu všech zařízení zpracovány. Šetření se konala v rámci komplexního řešení problematiky poskytování zdravotní péče pacientům vyžadujícím následnou intenzivní a dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči.

Pasport NIP a DIOP pracovišť přinesl následující závěry. Data a poznatky jsou aktuální k datu ukončení pasportizace čili k 31.12.2012.

V České republice byla ke konci roku 2012 následná intenzivní péče a dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče poskytována celkem v 31 zdravotnických zařízeních, z toho 6 zařízení disponovalo oběma typy pracovišť, 12 zařízení provozovalo pouze lůžka NIP a 13 zařízení provozovalo pouze lůžka DIOP. V České republice tedy existovalo k 31.3.2012 celkem 392 lůžek obou typů, z toho 231 lůžek NIP a 161 lůžek DIOP.

Síť poskytovatelů nebyla k datu 31.12.2012 v rámci území republiky rozmístěna rovnoměrně, např. v Královéhradeckém kraji absentuje pracoviště NIP i DIOP, v Jihočeském a Ústeckém kraji bylo provozováno pouze 10 lůžek DIOP a žádné lůžko NIP. Podobně na tom byl Kraj Vysočina, kde bylo k dispozici pouze 5 lůžek DIOP. Nejvíce lůžek NIP bylo ve Středočeském kraji (51 lůžek), Hlavním městě Praze (36 lůžek), Karlovarském kraji (30 lůžek). Lůžek DIOP bylo nejvíce ve Středočeském kraji (26 lůžek), Hlavním městě Praze (20 lůžek) a v Karlovarském kraji (20 lůžek).

Kvalita poskytované péče měla velice rozdílnou úroveň. Od velice vysoké úrovně, která překračuje charakter následné nebo dlouhodobé péče až po péči, která vykazovala velice závažné nedostatky, a to na poli stavebně technického zabezpečení tak i léčebném a ošetrovatelském.

Stejně tak byla identifikována i rozdílná průměrná délka hospitalizace, která se pohybovala v rozmezí 30 dnů až několika let, což bylo dáno zejména nepochopením smyslu a účelu tohoto typu péče. S předchozím faktem souvisí i skutečnost, že z následné intenzivní péče se za celou dobu vygenerovali pouze 4 pacienti do domácí umělé plicní ventilace. Stejně tak je závažný fakt, že 90 % pacientů pro DIOP bylo recruitováno přímo z akutní intenzivní péče, a nikoliv z lůžek Následné intenzivní péče.

Naprostě neuspokojivý stav byla čekací doba na přijetí. Existovali sice regionální rozdíly, nicméně průměrná hodnota tohoto parametru činila 1 měsíc. Delší čekací doba byla fenoménem zejména těch regionů, kde se koncentruje super specializovaná péče (Praha, Brno, Plzeň). Specifickým příkladem je však i Královéhradecký kraj, kde není ani jedno pracoviště následné a dlouhodobé péče, přestože je tam velice významné fakultní pracoviště.

Jako závažný problém a úzké hrdlo systému byl identifikován přesun pacientů do domácí péče a následné péče v souhrnu. V souvislosti s tím, bylo konstatováno, že není řešeno ani neetické protrahování péče a její možné ukončení.

V návaznosti na závěry pasportizace pracovišť byla definována nezbytnost zásadní změny ve struktuře lůžek intenzivní péče všech forem jako celku, která zajistí skutečně efektivní využití lůžek akutní intenzivní péče (JIP všech stupňů/ARO) na straně jedné a lůžek NIP, DIOP na straně druhé.⁴³

5.2.2 Návrh změn mechanismu úhrad na NIP a DIOP

Po měsících intenzivních práce pracovní skupiny pod vedením doc. MUDr. Martina Stříteského, CSc. zamířil na sklonku roku 2015 do Poslanecké sněmovny následující návrh na restrukturalizaci následné intenzivní péče, co do změny výše úhrad a sub-kategorizace. Restrukturalizační návrh byl postaven na následujících premisách.

- Nový mechanismus úhrad bude znamenat pokles úhrad u pacientů hospitalizovaných na pracovištích následné intenzivní péče déle než 90 dnů, a to v návaznosti na zavedení maximální doby vykazování kódu ošetrovacího dne NIP.
- Naopak dojde ke zvýšení úhrady u ostatních pacientů hospitalizovaných na pracovištích následné intenzivní péče, neb stávající stratifikaci pacientů do tří kategorií nahradí kategorie jediná.
- Bude omezena doba pobytu na pracovištích dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče na 12 měsíců.
- Bude zavedeno nové pracoviště následné ventilační péče.
- Systém bude stimulovat poskytovatele k rychlému odpojení pacientů od ventilátoru a případně převedení pacientů do systému domácí umělé plicní ventilace.

⁴³ STŘÍTESKÝ MARTIN, Koncept NIP a DIOP v České republice [57]

- Nový mechanismus úhrad povede k stratifikaci péče a bude stimulační ve smyslu zvýšení obratu pacientů na lůžkách následné intenzivní péče a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče.

5.2.2.1 Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP)

Péče na oddělení DIOP by měla být časově omezena, přičemž maximální doba hospitalizace by byla stanovena na 12 měsíců. Po 6 měsících je navrhováno multioborové zhodnocení prognózy pacienta a výhledu na kvalitu života. Po 6 měsících by pak pracoviště dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče mělo být určeno pro pacienty, kteří se co do prognózy i kvality života dynamicky vyvíjí, posouvají. Podkladem pro indikaci prodloužení pobytu pacienta na specializovaném pracovišti by mělo být právě toto multioborové zhodnocení, jež bude zapsáno ve ZD. Schvalování prodloužení pobytu pacienta na pracovišti DIOP bylo přisouzeno reviznímu lékaři příslušné zdravotní pojišťovny.

Ohodnocení současného kódu ošetrovacího dne 00020 by mělo být zvýšeno na 2.445 bodů (bez režie), při zachování maximální délky vykazování na dobu 12 měsíců. V rámci pracoviště dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče mohou být pacienti zařazeni pouze do jedné kategorie.

5.2.2.2 Následná intenzivní péče (NIP)

Pracoviště NIP by mělo sloužit k péči o pacienty, u nichž došlo ke stabilizaci stavu po kritickém onemocnění a neobnovila se některá ze životních funkcí a jsou dosud závislí na podpoře základních životních funkcí, typicky na umělé plicní ventilaci. Z pracoviště NIP by měli být pacienti dále nejčastěji překládáni podle charakteru základního onemocnění, podle aktuálního zdravotního stavu a prognózy na příslušná specializovaná standardní či intermediální lůžka, na pracoviště dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, lůžka následné ventilační péče či na pracoviště dlouhodobé péče.

V tehdejší době byly vykazovány v rámci pracoviště NIP tři kategorie, a to dle aktuálního zdravotního stavu pacienta.

- Kód ošetrovacího dne 00017 v hodnote 9 364 bodů
- Kód ošetrovacího dne OD 00018 v hodnote 5 103 bodů
- Kód ošetrovacího dne OD v hodnote 4 023 bodů

V návrhu změn měly být tyto tři kódy nahrazeny jednotným kódem ošetrovacího dne 00017 v hodnote 9 364 bodů (včetně režie pak 9 545 bodů), s tím, že v rámci pracoviště následné intenzivní péče mohou být pacienti zařazeni pouze do jedné kategorie.

Vykazování bylo v návrhu změn omezeno dobou 90 dnů, poté již by mohl být pacient hodnocen pouze kódy pro dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči nebo pro následnou ventilační péči. Přičemž podkladem pro použití kódu ošetrovacího dne následné ventilační péče, který je co do výše pro poskytovatele výhodnější, mělo být prokazatelné zhodnocení, že pacienta nelze převést na domácí umělou plicní ventilaci.

5.2.2.3 Následná ventilační péče (NVP)

A v neposlední řadě návrh změn předpokládal zavedení zcela nového kódu ošetrovacího dne, tzv. následné ventilační péče.

Pracoviště následné ventilační péče, stricto sensu lůžka následné ventilační péče, neb jak popsáno v této kapitole o pracovišti nelze hovořit ještě ani v roce 2018, mělo úzce navazovat na pracoviště následné intenzivní péče, z důvodu nově zaváděného omezení maximálního pobytu pacienta po dobu 90 dní. Předpokládal se vznik dvou lůžek následné ventilační péče na každých deset lůžek následné intenzivní péče, které by byly úzce navázány.

Úkolem tohoto nového „pracoviště“ měla být dlouhodobá péče o pacienty závislé na umělé plicní ventilaci s nemožností realizace domácí umělé plicní ventilace. V průběhu hospitalizace by nadále pokračovala snaha o odpojení pacienta od ventilátoru v případech, kdy to není z medicinských důvodů zcela vyloučeno.

Pracoviště by mělo přijímat pacienty obvykle z lůžek následné intenzivní péče, případně z intenzivních lůžek, pokud tito budou splňovat kritéria pro přijetí. Přijímání by mohli být i pacienti při selhání domácí umělé plicní ventilace.

K přijetí by měli být indikováni pacienti s diagnózami CHOPN IV. stadium, kraniotraumata, transverzální míšní léze, infekce CNS a míchy, nervosvalová onemocnění, metabolická onemocnění či autoimunitní onemocnění. Při překladau na lůžka následné ventilační péče měla být kumulativně splněna následující kritéria, zdravotní indikace a nemožnost realizace domácí umělé plicní ventilace, podložená provedením sociálního šetření.

V případě výrazného zhoršení zdravotního stavu se předpokládal překlad na oddělení intenzivní péče.

Z pracovišť následné ventilační péče by měli být pacienti dále nejčastěji překládáni do domácí péče k domácí umělé plicní ventilaci, v případě změny důvodů neumožňujících dosud její realizaci. V případě úspěšného weaningu pak podle charakteru základního onemocnění, podle aktuálního zdravotního stavu a prognózy na příslušná specializovaná standardní či intermediální lůžka, na pracoviště dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče či na pracoviště následné péče.

Smyslem zavedení pracovišť následné ventilační péče měl být částečné uvolnění kapacit následné intenzivní péče, které by jinak byly obsazeny popsáním typem dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Pracoviště následné ventilační péče by měly vznikat v návaznosti na pracoviště následné intenzivní péče, typicky rozšířením jejich kapacity.

Tento nově zavedený kód ošetrovacího dne byl plánován ve výši 6 445 b (s režii 6 626 bodů), s tím, že v rámci pracoviště následné ventilační péče mohou být pacienti zařazeni pouze do jedné kategorie.

5.3 Vývoj výše úhrad za NIP, NVP a DIOP

Po finanční stránce znamenalo vyčlenění post akutní intenzivní péče poměrně zásadní úsporu ve zdravotně-pojistném plánu zdravotních pojišťoven. Z tehdejší průměrné úhrady za den pobytu pacienta na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení ve výši od 30.000 Kč - 36.000 Kč klesla úhrada za ošetrovací den na OCHRIP na cca 17.500 Kč. Dalo by se uzavřít, že po stránce finanční došlo k jednoznačnému odlehčení výdajů vynakládaných z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Personálně zůstala tato intenzivní post akutní péče v segmentu intenzivní medicíny, postupem času došlo k úpravě rozložení sil v rámci multidisciplinárního teamu, ošetrovatelský personál byl posílen na úkor počtu členů lékařského personálu, nicméně odbornost zůstává svěřena stále Anesteziologům a sestřám se specializačním vzdělání v intenzivní péči.

Co se týká technického vybavení i tam odpovídají požadavky kladené na tuto formu péče péči intenzivní.

Opět se dá uzavřít, že určením požadavků na personální, věcné a technické vybavení byla určena nákladovost této péče a k tomu přiřazena úhrada z veřejného zdravotního pojištění, kdy mechanismem byla stanovena úhrada za ošetrovací den.

S rozvojem projektu pak segment měnil označení a výši úhrady při zachování nákladovosti, tedy stanovených minimálních personálních požadavků a minimálních technických požadavků. Blíže k tomu následující přehled.

| Rok | Název | Výše úhrady za kategorii 1 | Výše úhrady za kategorii 2 | Výše úhrady za kategorii 3 | Výše úhrady za kategorii NVP* |
|-----------|------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 2002/2003 | OCHRIP | 19 560 Kč | 9 200 Kč | 4 800 Kč | |
| 2005 | OCHRIP | 14 000 Kč | 8 600 Kč | 4 500 Kč | - |
| 2009 | OCHRIP | 12 600 Kč | 7 700 Kč | 4 000 Kč | - |
| 2010 | DIP | 10 400 Kč | 5 700 Kč | 4 500 Kč | - |
| 2012 | NIP | 9 360 Kč | 5 130 Kč | 4 050 Kč | - |
| 2017 | NIP (NVP*) | 9 364 Kč | - | - | 6 150 Kč |
| 2018 | NIP (NVP*) | 9 922 Kč | - | - | 6 519 Kč |

Tabulka 8 Vývoj výše úhrad a označení segmentu péče NIP 1999-2018

V letech 2002 až 2009 byla výše úhrady vždy vyústěním individuálních dohod mezi konkrétním poskytovatelem a konkrétní zdravotní pojišťovnou, a to na základě kalkulace, kterou provedla Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. V roce 2010 došlo ze strany zdravotních pojišťoven k jednostrannému snížení výše úhrad o cca 20 %, a to bez provedené, respektive diskutované kalkulace výše úhrady.

Nutno zdůraznit, že k tomuto opakovanému snížení výše úhrad došlo v období trvání jednoho smluvního vztahu, tedy Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče čili smluvního vztahu uzavřeného s převážnou většinou poskytovatelů s účinností od 1.1.2008 do 31.12.2012.

5.3.1 Snížení výše úhrady ze strany zdravotních pojišťoven v roce 2012

Rok 2012 byl rokem první vlny odporu poskytovatelů vůči zdravotním pojišťovnám, co do výše úhrad. Ze strany zdravotních pojišťoven byly, v průběhu prvního kvartálu roku 2012, poskytovatelům následné intenzivní péče i dlouhodobé ošetrovatelské péče zaslány Dodatky ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče s novou výší úhrad. Výše úhrady uvedená v těchto dodatcích byla oproti předchozímu roku, tj. roku 2011 snížena u všech ošetrovacích dnů o cca 10 % a to se zpětnou účinností od 1. ledna 2012.

Nutno zmínit, že se zřízením a následným provozováním pracovišť následné intenzivní péče byly spojeny značné finanční náklady, a to jak investiční, tak provozní povahy. Na pokrytí vysokých finančních nákladů spojených s vybudováním, vybavením a provozováním pracoviště byly mnohými poskytovateli uzavřeny úvěrové smlouvy, a to právě na základě dlouhodobých (pětiletých) Smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami. Vzhledem k výše uvedenému se toto, v pořadí již několikanásobné, jednostranné snížení výše úhrad ze strany zdravotních pojišťoven, ukázalo pro poskytovatele téměř likvidační.

Rok 2012 byl tedy rokem hledání kompromisního řešení mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami co do výše úhrad za ošetrovací dny následné intenzivní péče. Vzhledem k tomu, že v roce 2012 neexistovalo legislativní ukotvení tohoto typu péče v rámci úhrad, ale pouze co do poskytování (s účinností od 1.4. 2012), bylo nezbytné vyzbrojit se adekvátní argumentací.

Pro zodpovězení otázky, za jakých okolností a jak bude DIP a DIOP hrazena z veřejného zdravotního pojištění, bylo nejdříve nutné analyzovat, zda DIP a DIOP vůbec spadají pod služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

5.3.1.1 Právní analýza

Základní ustanovení, které tehdy stanovovalo, jaké služby jsou hrazeny v rámci zdravotního pojištění, stanoví zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Dle § 13 odst. 1 platí

(stále), že ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování⁴⁴.

Takto vymezený rozsah hrazených služeb je velmi široký a je proto logicky blíže specifikován v dalších ustanoveních zákona o veřejném zdravotní pojištění. Zásadní pro zařazení DIP a DIOP do hrazených služeb je pak výčet služeb vymezený v § 13 odst. 2 zákona o veřejném zdravotní pojištění, který pokrývá i služby poskytované v rámci DIP a DIOP, byť výslovně uvedeny nejsou. Hrazenými službami je totiž zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, léčebně rehabilitační, posudková, ošetrovatelská, paliativní a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách⁴⁵, kterým v současnosti je tehdy byl zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Podle § 17 zákona o veřejném zdravotní pojištění pak platí, že příslušná zdravotní pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní služby i jinak zdravotní pojišťovnou nehrazené, je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce. Tato možnost je ale významně omezena dozorem ze strany zdravotní pojišťovny.

Zákon o veřejném zdravotní pojištění vedle definice hrazených služeb definuje v § 15 i služby z veřejného zdravotního pojištění nehrazené. Dle tohoto ustanovení se nehradí, nebo se hradí jen za určitých podmínek, zdravotní výkony uvedené v příloze č. 1 tohoto zákona, a dále pak některé další druhy péče, kterou jsou výslovně vyjmenovány, jako např. akupunktura. Uvedená Příloha č. 1 však specifikuje jen takové zákroky a úkony, které nepřipadají v úvahu v případě DIP a DIOP.

⁴⁴ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [7]

⁴⁵ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [7]

Služby budou konečně hrazené v rozsahu, v jakém se konkrétní poskytovatel smluvně dohodl se zdravotními pojišťovnami na věcném plnění. Tato podmínka vyplývá z ustanovení § 17 odst. 1 zákona o veřejném zdravotní pojištění a stanoví, že za účelem zajištění věcného plnění při poskytování hrazených služeb pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a ostatní zdravotní pojišťovny smlouvy s poskytovateli o poskytování a úhradě hrazených služeb. Smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb lze uzavřít pouze pro zdravotní služby, které je poskytovatel oprávněn poskytovat.

Ačkoliv tedy zákon o veřejném zdravotní pojištění výslovně DIP a DIOP nezmiňoval v rámci definice hrazené péče, lze dovodit, že jejich úhrada je založena na následujících skutečnostech:

- hrazeny jsou všechny služby, které splňují definici dle § 13 zákona o veřejném zdravotní pojištění a nejsou výslovně z úhrady vyloučeny;
- hrazena bude i taková péče, která není běžně hrazena dle zákona o veřejném zdravotní pojištění, avšak poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce;
- služby budou hrazeny zdravotní pojišťovnou, pokud příslušný poskytovatel uzavře smlouvu s danou pojišťovnou o poskytování péče;
- služby poskytované v rámci DIP a DIOP budou posuzovány z hlediska své účinnosti a hospodárnosti a podle toho hrazeny. Nehospodárnost ve smyslu zákona o veřejném zdravotní pojištění však nepovede k odmítnutí úhrady za takovou službu, může ale znamenat redukci úhrady.

S ohledem na skutečnost, že dle předchozích závěrů DIP a DIOP spadali pod služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění, bylo nutné analyzovat, jak bude docházet k úhradě takových služeb, které nejsou výslovně uvedeny v právních normách.

Základní zásady a pravidla pro určování hodnoty úhrady za zdravotní péči stanoví § 17 odst. 6 zákona o veřejném zdravotní pojištění, který stanoví dohodovací režim pro vznik úhradových vyhlášek. Aby však konkrétní služba byla poskytovateli hrazena, musí mít daný poskytovatel uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Dle tohoto ustanovení platilo, že hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah

Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 120 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Vyhláška se poté použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak⁴⁶.

Jak vysvětleno v předešlém textu v roce 2012 sice došlo k legislativnímu ukotvení následné intenzivní péče v legislativní větvi poskytování, nikoliv však co se týká úhrad. Tehdejší Úhradová vyhláška⁴⁷ tedy úhradu za dlouhodobou intenzivní péči ani dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči neobsahovala.

Jako zásadní zásada pro stanovení hodnoty úhrady za služby se tak nabízel princip tzv. analogie. Analogie v právu, kam spadá i aplikace Úhradové vyhlášky, znamená aplikaci právní normy, která upravuje určitou situaci, na situaci skutkově podobnou, která však právem upravena není. V případě kalkulace odměny na základě analogie v případech, které nebyly Úhradovou vyhláškou upraveny, tak primárním pro stanovení úhrady byl charakter výkonu, který má být uhrazen. Teprve po jeho identifikaci bylo možné stanovit hodnotu, kterou by měla být zdravotní pojišťovna povinna uhradit.

Podkladem úhrady z veřejného zdravotního pojištění mohlo být tedy následující:

- dohoda mezi poskytovatelem služeb a zdravotní pojišťovnou na základě dodatku ke Smlouvě, pokud taková dohoda neexistuje

⁴⁶ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [7]

⁴⁷ Vyhláška č. 425/2011 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012 [12]

- Úhradová vyhláška upravující hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení, která vždy stanovuje podmínky pro následující kalendářní rok. Vyhláška vzniká na základě:
 - dohody v dohodovacím řízení zástupců zdravotních pojišťoven a poskytovatelů. Tuto dohodu vydá Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku
 - nedojde-li k dohodě v dohodovacím řízení nebo tuto dohodu Ministerstvo zdravotnictví neakceptuje, jako vlastní úhradová vyhláška Ministerstva zdravotnictví

Vzhledem k tomu, že poskytovatelé neakceptovali úhradové dodatky navrhované ze strany zdravotních pojišťoven, nedošlo k separátní dohodě. Úhradová vyhláška konkrétní zdravotní služby explicitně neupravovala. Logickým vyústěním bylo tedy uplatnění analogického výkladu pro zdravotní služby ve vyhlášce upravené.

Pro finalizaci podkladů bylo nezbytné posoudit i ukotvení následné intenzivní péče v legislativní větvi poskytování. Dnem 1.4.2012 vstoupil v účinnost zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Tento zařadil DIP a DIOP pod kategorii péče následné.

Zákon o zdravotních službách stanoví formu zdravotní péče tak, že formami zdravotní péče jsou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Podle § 6 odst. 2 je lůžkovou péčí mimo jiné

- následná lůžková péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí, a
- dlouhodobá lůžková péče, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje;

v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí.⁴⁸

5.3.1.2 Resumé

Rok 2012 je tedy co do argumentační linie nutno rozdělit na dvě období, před a po účinnosti zákona o zdravotních službách.

5.3.1.2.1 Období od 1.1.2012 do 31.3.2012

Charakter péče poskytované na DIP nelze dle úhradové vyhlášky zařadit do tzv. individuálně sjednané složky úhrady vyjmenované v Příloze č. 1, písm. A odst. 2 ani do úhrady vyčleněné z případového paušálu dle Přílohy č. 1, písm. A odst. 4 (pacienti v případě plicní ventilace patřící na ARO), lze analogicky využít pouze zbývající způsoby výpočtu úhrady.

V úvahu tedy připadá případový paušál dle Přílohy č. 1 písm. A odst. 3 Úhradové vyhlášky, anebo úhrady dle výkonů dle písm. A odst. 6 Přílohy č. 1 Úhradové vyhlášky.

V tomto směru nebylo možno učinit jednoznačný závěr, která z metod by měla být použita konkrétním poskytovatelem pro zdravotní služby poskytnuté do 31.03.2012, neboť v případě úhrady resuscitační a intenzivní péče u pacientů částečně nebo úplně závislých na podpoře základních životních funkcí z hlediska analogie nelze nalézt závazný způsob výpočtu. Základním hlediskem pro výběr způsobu úhrady zůstalo tedy hledisko hospodárnosti, přičemž zřejmě nejhospodárnějším způsobem by byl ten nejlevnější.

5.3.1.2.2 Období od 1.4.2012

Pro období po účinnosti zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v rámci kterého došlo k zařazení DIP a DIOP do kategorie následné, respektive dlouhodobé péče by tato měla být hrazena dle příslušného úhradového mechanismu.

⁴⁸ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [9]

Dle provedených analýz bylo tedy zřejmé, že lze za péči poskytnutou na pracovištích následně intenzivní péče a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění hradit a bylo i možné určit konkrétní úhradu za takové zdravotní služby, byť nejsou přesně definované v Úhradové vyhlášce.

5.3.1.2.3 Argumentace

Podstatné však bylo, jakým způsobem vést argumentaci v konfrontech jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Jednotliví poskytovatelé měly kromě dalších se zdravotními pojišťovnami uzavřeny Smlouvy v souladu se zákonem o veřejném zdravotní pojištění, jejichž předmětem je stanovení podmínek a úprava vztahů vznikajících mezi jednotlivými poskytovateli a zdravotními pojišťovnami při poskytování zdravotní péče na pracovištích dlouhodobé intenzivní péče a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění jednotlivým pojištěncům a při její úhradě.

Smlouvy v článku IV. stanoví úhrady za poskytnutou zdravotní péči v souladu s ustanovením § 17 odst. 6 zákona o veřejném zdravotní pojištění a hodnoty bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění definuje dodatkem ke smlouvě.

Jakkoliv se přitom mohli poskytovatelé dohodnout o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních odlišně, k odlišné dohodě nedošlo, a proto se ve všech případech uplatní obecné předpisy, tedy zejména Úhradová vyhláška.

Na základě těchto skutečností byl konstatován jednoznačný závěr, že zdravotní služby poskytnuté na pracovištích DIP a DIOP by měly být hrazeny na základě následujících kritérií. Musí dojít k rozlišování úhrady za platnosti a účinnosti původního zákona č. 20/1966 o péči o zdraví lidu a úhrady po vstupu zákona o zdravotních službách v účinnost. Tato skutečnost je vyvolána přesnější definicí následné a dlouhodobé lůžkové péče, ve spojení s Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb a Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, jež určuje výslovně její jednotlivé parametry.

Pro období do uzákonění definice následné a dlouhodobé lůžkové péče zákonem o zdravotních službách bylo možné, kvůli požadavkům na personální a technické vybavení a kritériím pro posuzování pacientů prokazatelně obdobným jako pro péči resuscitační a péči intenzivní, pro úhradu využít buď formu

- případového paušálu dle písm. A odst. 3 Přílohy č. 1 Úhradové vyhlášky, kdy základem pro výpočet úhrady jsou hlavní diagnózy specifikované v Příloze č. 10 Úhradové vyhlášky:

Příklad výpočtu:

IR-DRG 00060 – „dlouhodobá mechanická ventilace víc jak 1800 hodin (nad 75 dní)“, váha 78,6404, referenční základní sazba 29500,- Kč, výsledná úhrada 2 319 892,- Kč, tj. maximálně 30 932 Kč/den. Pokud však bude pacient hospitalizován déle, průměr na den se snižuje.

nebo

- úhradu dle výkonů dle písm. A odst. 8 Přílohy č. 1 Úhradové vyhlášky, kdy výkonový způsob úhrady lze použít, pokud poskytovatel služeb ošetří v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.

Příklad výpočtu:

Lze využít ošetrovací dny (OD) s kódy (viz kapitola 5 a 33.2 vyhlášky č. 134/1998 Sb.)

- 00055 (OD s TISS 20-29) – 11803 bodů
- 00057 (OD s TISS 15-19) – 6582 bodů
- 00058 (OD s TISS 9-14) – 5382 bodů

K výkonu OD se připočítává:

- úhrada za výkony agregované do OD (pro odbornost 708 činí 394 bodů)
- režie 28,24-91,76 bodů

Hodnota bodu činí 0,90 Kč

Výsledná úhrada za OD (při průměrné režii 50 bodů):

- 00055 = 11 022 Kč
- 00057 = 6 323 Kč
- 00058 = 5 243 Kč

V případě OD resuscitační péče 00051, 00052 a 00053 s více TISS body, dosahuje úhrada za OD:

- 00051 = 29 084 Kč
- 00052 = 25 484 Kč
- 00053 = 21 884 Kč

Pro období po uzákonění definice následné a dlouhodobé lůžkové péče zákonem o zdravotních službách by měl být aplikován úhradový mechanismus pro následnou péči dle písm. B odst. 1 Přílohy č. 1 Úhradové vyhlášky ve výši 103 % úhrady v referenčním období, tj.

- OD 00017 = 10 712 Kč
- OD 00018 = 5 871 Kč
- OD 00019 = 4 635 Kč

5.3.1.2.4 Výsledek jednání poskytovatelů a zdravotních pojišťoven

Přes veškeré snahy, provedené kalkulace, argumentační linie, četná jednání i sepsané přípisy, zůstaly pojišťovny neoblomné a celý rok 2012 hradily poskytovatelům péči poskytnutou na pracovištích DIP a DIOP ve výši, jež byla z jejich strany navrhována. Poskytovatelé těchto zdravotních služeb byli, někteří dříve někteří později, nuceni akceptovat dohody (Úhradové dodatky), neb rok 2012 byl milníkem ještě z jednoho důvodu. Valné většině poskytovatelů končily tzv. Rámcové smlouvy čili Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, jež jsou se zdravotními pojišťovna i uzavírány na období pěti let a právě rok 2012 byl jejich rokem posledním. Pokud by tedy tehdy poskytovatelé využili zbraní větších kalibrů a spor by akceleroval do soudních řízení, hrozilo reálné riziko, že na další pětiletku nebudou mít uzavřeny Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb vůbec.

Již v minulosti byly tedy poskytovatelé této péče nuceni vypořádat se s růstem nákladů (způsobený meziročním růstem mzdových nákladů zdravotnických profesionálů, inflací, změnou sazeb DPH a podobně) za současného snižování výše úhrad. Zlomový okamžik však přinesl podzim roku 2016 a připravovaný Sazebník výkonů na rok 2017.

5.3.2 Omezení délky úhrady ze strany zdravotních pojišťoven v roce 2017

V návaznosti na zřejmý záměr Ministerstva zdravotnictví zavést nově (s účinností od 1.1.2017) kategorii NVP je třeba poukázat na skutečnost, že zatímco tato kategorie byla nově začleněna do Sazebníku výkonů, Úhradová vyhláška žádná ustanovení o NVP neobsahuje.

Současně pak podmínky pro poskytování NVP zcela absentují i v dalších předpisech, zejména ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, a rovněž ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů. Nejsou tedy stanoveny minimální podmínky pro personální zabezpečení ani technické a věcné vybavení k poskytování NVP.

S ohledem na výše uvedené tak zůstává NVP zvláštní podkategorií NIP, což evidentně nekoresponduje s původním záměrem ukotvit NVP jako zvláštní typ péče včetně stanovení specifických požadavků co do personálního, technického i věcného vybavení. S ohledem na podstatně nižší bodové ohodnocení tohoto typu péče oproti péči NIP pak je zjevné, že kladené požadavky by měly být nižší, a to ve stejném poměru jako je nižší hodnota bodového ohodnocení.⁴⁹

Pro lepší přehlednost jsou níže uvedena data, jež jsou součástí Registračních listů ošetrovacího dne pro OD NIP a OD NVP, jež byly zpracovány dne 29.06.2016 jako návrh nového ošetrovacího dne do seznamu zdravotních výkonů, který vzešel z pilotního projektu.

| nákladové položky | ošetrovací den následné intenzivní péče (NIP) | ošetrovací den následné ventilační péče (NVP) | % rozdíl |
|-----------------------------|---|---|----------|
| osobní náklady | 4 391 Kč | 2 416 Kč | 55,02 % |
| strava | 113 Kč | 113 Kč | 100,00 % |
| léčivé přípravky, výživa | 1 359 Kč | 941 Kč | 69,24 % |
| medicinální kyslík | 450 Kč | 450 Kč | 100,00 % |
| materiál | 2 258 Kč | 1 667 Kč | 73,83 % |
| použité přístroje | 793 Kč | 563 Kč | 71,00 % |
| režie | 182 Kč | 182 Kč | 100,00 % |

⁴⁹ KOLBASOVA ZUZANA, Systém financování zdravotní péče v České republice [1]

| | | | |
|------|----------|----------|---------|
| suma | 9 546 Kč | 6 332 Kč | 66,33 % |
|------|----------|----------|---------|

Tabulka 9 Hodnota nákladových položek z Registračních listů ošetrovacího dne NIP vs. NVP

Lze tedy postavit na jisto, že požadavky na nově zavedou následnou ventilační péči by měly být nižší, co do personálního, věcného i technického vybavení i co do materiálové a lékové spotřeby. Absence legislativního ukotvení těchto požadavků, však již více jak rok způsobuje poskytovatelům nemalé problémy, když de facto i de iure poskytují totožnou péči v totožném prostředí za použití totožných přístrojů i personálu, totožným pacientům od 91. dne hospitalizace za úhradu, jež odpovídá pouhým 66 % úhrady NIP.

Bližší pohled na nákladovou náročnost konkrétních OD a následné porovnání s výší úhrad dle tabulky 9, jež korespondují na rok vydání registračních listů ošetrovacího dne, evokuje jednoznačný závěr, že dochází opětovně k porušování práva na podnikání, přestože Ústavní soud ve svém Nálezu Pl. ÚS 19/13 ze dne 22.10.2013⁵⁰, zdůraznil že právní úprava musí být formulována dostatečně precizně, aby umožnila osobám přizpůsobit jí své chování, a že cenová regulace promítnutá ve Vyhlášce je opatřením výjimečným a akceptovatelným pouze za zcela omezených podmínek a musí při stanovení ceny zohlednit i možnost tvorby zisku. Přičemž výše úhrady daná Vyhláškou, nároky kladené na právní úpravu v oblasti cenové regulace nespĺňuje.

| nákladové položky | náklady dle registračního lisu OD (2016) | výše úhrady (2017) | zisk / ztráta |
|-------------------|--|--------------------|---------------|
| NIP | 9 546 Kč | 9 364 Kč | -182 Kč |
| DIOP | 2 383 Kč | 2 201 Kč | -182 Kč |
| NVP | 9 546 Kč | 6 150 Kč | -3 396 Kč |

Tabulka 10 Relace nákladovosti a výše úhrady NIP, NVP, DIOP

⁵⁰ Pl.ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013, 396/2013 Sb., N 178/71 SbNU 105, Úhradová vyhláška pro rok 2013 [58]

Rozdíl 182 Kč je tvořen výší režie, jež nebyla tehdy zakalkulována do úhrady za ošetřovací den, ale vykazovala se poskytovateli zdravotních služeb zvlášť, nicméně nebyla hrazena ze strany zdravotních pojišťoven s odkazem na opětovně nikde nekodifikovaném pravidlo, že poskytovatelům zdravotních služeb spadajících do péče akutní náleží režie ve výši cca 30 Kč za ošetřovací den.

5.3.2.1 Sazebník výkonů

Ustanovení § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon o veřejném zdravotním pojištění“), ukládá Ministerstvu zdravotnictví stanovit vyhláškou seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování (Sazebník výkonů).

Sazebník výkonů po novelizaci s účinností od 1.1.2017 nově stanoví 3 kategorie péče, a to následnou intenzivní péči (dále jen „NIP“), dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči (dále jen „DIOP“) a následnou ventilační péči (dále jen „NVP“). U každé z nich vymezuje jejich obsah, včetně kritérií pro přijetí pacienta. Zároveň ke každé z kategorií přiděluje konkrétní bodové hodnoty, a to:

- 6.150 bodů za každý ošetřovací den pro NVP (kód pro vykazování 00015);
- 9.364 bodů za každý ošetřovací den pro NIP (kód pro vykazování 00017); a
- 2.201 bodů za každý ošetřovací den pro DIOP (kód pro vykazování 00020).

Přede dnem 1.1.2017 Sazebník výkonů úpravu NIP, DIOP ani NVP neobsahoval.⁵¹

5.3.2.2 Úhradová vyhláška

Ustanovení § 17 odst. 5 Zákona o veřejném zdravotním pojištění pak ukládá Ministerstvu zdravotnictví stanovit vyhláškou hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení (Úhradová vyhláška). Úhradovou vyhlášku je přitom Ministerstvo zdravotnictví povinno vydat vždy do 31. října příslušného kalendářního

⁵¹ KOLBASOVA ZUZANA, Systém financování zdravotní péče v České republice [1]

roku na kalendářní rok následující. Nadto není dle zákona možné tuto, jakkoliv měnit v průběhu kalendářního roku.

Úhradová vyhláška (pro rok 2017) stanoví, že pro NIP a DIOP se stanoví úhrada ve stejné výši, která byla sjednána na rok 2016. Úhradová vyhláška pro rok 2016 pak obdobně odkazovala na výši sjednanou na rok 2015. Úhradová vyhláška pro rok 2015 ustanovení týkající se NIP a DIOP neobsahovala.⁵²

5.3.2.3 Nesoulad sazebníku výkonů a úhradové vyhlášky ohledně NIP

Dosavadní praxe při poskytování NIP spočívala v uzavírání tzv. úhradových dodatků mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb, které stanovily bodové hodnoty za každý ošetřovací den a hodnotu těchto bodů. Tak například dle příslušných ustanovení Dodatku (jak je definován v čl. I. tohoto memoranda výše) byla sjednána úhrada ve výši 1,- Kč za 1 bod, přičemž bodová hodnota byla sjednána s odkazem na kódy dle Číselníku VZP následně:

- 9.364 bodů za každý ošetřovací den pro NIP kód OD 00017;
- 5.103 bodů za každý ošetřovací den pro NIP kód OD 00018;
- 4.023 bodů za každý ošetřovací den pro NIP kód OD 00019.

Dosavadní zavedenou praxí tedy bylo dělení NIP do tří různých kategorií dle závažnosti stavu pacienta. Dosavadní bodové ohodnocení odpovídající nejtěžšímu stavu (kód OD 00017 dle Dodatku, resp. Číselníku VZP) pak svou výší odpovídá hodnotě NIP stanovené s účinností od 1.1.2017 Sazebníkem výkonů.

Z dostupných informací vyplývá, že Ministerstvo zdravotnictví mělo při přípravě daných vyhlášek na rok 2017 v úmyslu skutečně zavést jedinou kategorii NIP s tím, že zařazení pacienta do této kategorie bude časově omezeno na dobu 90 dnů. Následně by bylo třeba pacienta převést na nově zavedenou kategorii NVP (kód 00015). Zřejmě pochybením při přípravě příslušných vyhlášek však byla tato skutečnost opomenuta, Úhradová vyhláška daný

⁵² KOLBASOVA ZUZANA, Systém financování zdravotní péče v České republice [1]

záměr nereflektuje a co do výše úhrady toliko odkazuje na rok 2016. Není tak ze současné právní úpravy zcela zřejmé, dle jakých kategorií a v jaké výši má být poskytování NIP hrazeno.⁵³

5.3.2.4 Právní posouzení

Úvodem právního řešení nastalé situace je třeba zejména zdůraznit, že způsob řešení se může u každého z poskytovatelů a zdravotní pojišťovny výrazně lišit, a to s ohledem na obsah vzájemné smluvní dokumentace. V tomto článku je tedy uveden právní výklad obecný s přihlédnutím k obvyklému obsahu smluvní dokumentace mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami.

Z ustanovení § 17 odst. 4 Zákona o veřejném zdravotním pojištění vyplývá, že poskytovatelé jsou povinni při vykazování zdravotních výkonů používat Sazebník výkonů a zdravotní pojišťovna je povinna jej akceptovat, nedohodnou-li si jiný způsob vykazování. Není-li tedy na základě smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb či příslušným úhradovým dodatkem (případně jinou smluvní dokumentací) sjednáno jinak, je Sazebník výkonů pro obě strany závazný.

Jak již bylo uvedeno výše, Sazebník výkonů ve vztahu k NIP vymezuje jedinou kategorii, a to pod kódem 00017, jemuž odpovídá bodová hodnota ve výši 9.364 bodů za každý ošetřovací den. Není-li tedy smluvně sjednáno jinak, nezbyvá než použít při splnění kritérií pro NIP než užít právě tento kód a toto bodové ohodnocení.

Co se týče výše úhrady, odkazuje Úhradová vyhláška na úpravu z dřívějších let (roku 2016, resp. 2015). Dle zkušeností pak standardní ustanovení příslušného úhradového dodatku mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou obsahuje ustanovení, dle něhož 1 bod odpovídá částce ve výši 1,- Kč.

V návaznosti na výše uvedené je nasnadě, že pokud byl poslední úhradový dodatek ohledně NIP mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou uzavřen pro rok 2015 či 2016 a obsahuje

⁵³ KOLBASOVA ZUZANA, Systém financování zdravotní péče v České republice [1]

výše uvedené ustanovení ohledně „přepočtu“ bodů na Kč, lze obecně dovodit, že výše úhrady za každý ošetrovací den NIP bude činit 9.364,- Kč.⁵⁴

5.3.2.5 Možnost změny právní úpravy, smlouvy s pojišťovnami

Jevlo se jako velmi pravděpodobné, že výše uvedený stav byl ze strany Ministerstva zdravotnictví způsoben neúmyslně a bylo možno očekávat, že se pod tlakem zdravotních pojišťoven pokusí o urychlenou nápravu.

S ohledem na skutečnost, že ze Zákona o veřejném zdravotním pojištění nevyplývají omezení pro novelizaci Sazebníku výkonů (na rozdíl od Úhradové vyhlášky, kde z ustanovení § 17 odst. 5 Zákona o veřejném zdravotním pojištění vyplývá zjevný úmysl zákonodárce, aby znění Úhradové vyhlášky na příslušný kalendářní rok bylo známo s dostatečným předstihem), bylo považováno za pravděpodobné, že se Ministerstvo zdravotnictví pokusí přistoupit právě k novelizaci Sazebníku výkonů.

Rovněž za velmi pravděpodobný byl považován návrh na uzavření úhradového dodatku na rok 2017 ze strany zdravotních pojišťoven.

O výše zmiňované iniciativě pojišťoven svědčila ostatně i nová podoba Přílohy č. 2, jak byla ze strany Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky poskytovatelům zdravotní péče rozesílána. Návrh Přílohy č. 2 v části „Další ujednání“ stanoví maximální doby vykazování NIP a DIOP, když „OD 00017 lze vykázat maximálně 90 dní/URČ“ a „OD 00020 lze vykázat maximálně 190 dní/URČ.“ Tato ustanovení byla pro poskytovatele zdravotních služeb velmi nevýhodná a svědčila o nutnosti maximální obezřetnosti při uzavírání smluvní dokumentace se zdravotními pojišťovnami.⁵⁵

5.3.2.6 Alternativní výklady právní úpravy

S ohledem na skutečnost, že výše uplatňovaný výklad stávajícího stavu byl evidentně velmi nevýhodný pro zdravotní pojišťovny a stav byl zjevně způsoben chybným postupem Ministerstva zdravotnictví při vydávání předmětných vyhlášek, bylo možné důvodně očekávat,

⁵⁴ KOLBASOVA ZUZANA, Systém financování zdravotní péče v České republice [1]

⁵⁵ KOLBASOVA ZUZANA, Systém financování zdravotní péče v České republice [1]

že právě z jejich strany bude důrazně uplatňován výklad odlišný od výkladu zde prezentovaného.

Jako možné se jeví zejména užití teleologického výkladu (tj. výkladu zdůrazňujícího vůli Ministerstva zdravotnictví) s tím, že výklad výše předložený by vedl ke zcela zjevně nezamýšlenému a nerovnováznému stavu mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. Ze strany zdravotních pojišťoven a případně i Ministerstva zdravotnictví by tak mohl být prosazován zejména názor, že ustanovení Úhradové vyhlášky ohledně použití režimu z roku 2016 (resp. 2015) je třeba užít i na kategorizaci NIP (tj. OD 00017, OD 00018 a OD 00019). Byť takový výklad nelze považovat za správný, nelze zcela vyloučit, že v případném sporu by mohl některý z alternativních výkladů (zejména právě s odkazem na hrozící nerovnovázný stav mezi právy a povinnostmi poskytovatelů a zdravotních pojišťoven) skutečně obstát.⁵⁶

5.3.2.7 Resumé

Sazebník výkonů a Úhradová vyhláška tak, jak byly s účinností od 1.1.2017 vydány Ministerstvem zdravotnictví, obsahují ustanovení, která dle všeho neodpovídají původním záměrům Ministerstva zdravotnictví. Jejich znění je tak zřejmě odrazem legislativního pochybení. V otázkách NIP se vzájemně logicky nedoplňují, a zatímco Sazebník výkonů zavádí s účinností od 1.1.2017 nově kategorii NVP (pod kódem 00015), v ostatních právních předpisech ustanovení o NVP absentují.

Ve vztahu k NVP tak právní předpisy neupravují nejen úhradu NVP, ale zejména nevymezují minimální podmínky pro personální zabezpečení a technické a věcné vybavení potřebné pro její poskytování. Lze tedy uzavřít, že za současné právní úpravy nelze NVP poskytovat jinak než jako podkategorii péče NIP.

Sazebník výkonů nově vymezuje kód (00017) a bodové hodnocení (9.364 bodů za jeden ošetřovací den) při poskytování NIP. Tím změnil dosud zažitou praxi ohledně NIP, když smluvní dokumentace mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami standardně obsahovala tři kategorie NIP (pod kódy OD 00017 – OD 00019) s bodovým hodnocením dle závažnosti stavu daného pacienta.

⁵⁶ KOLBASOVA ZUZANA, Systém financování zdravotní péče v České republice [1]

S ohledem na skutečnost, že Zákon o veřejném zdravotním pojištění ukládá poskytovatelům a zdravotním pojišťovnám používat Sazebník výkonů, bylo dle mého názoru jedinou možností poskytovatelů vykazovat NIP pod kódem 00017 (ledaže by bylo mezi stranami sjednáno jinak, např. příslušným úhradovým dodatkem pro rok 2017). Úhradová vyhláška pak co do úhrady NIP odkazuje na výši úplaty sjednanou mezi stranami v roce 2016 (resp. 2015, nebyla-li v roce 2016 sjednána). Dle praxe je obvyklé, že příslušná smluvní dokumentace mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami zpravidla stanoví výpočet, dle něhož 1 bod odpovídá úhradě ve výši 1,- Kč. Z uvedeného lze tedy dle našeho názoru obecně dovodit, že výše úhrady za každý ošetřovací den NIP bude činit 9.364,- Kč (není-li mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou sjednáno jinak).⁵⁷

5.3.3 Mechanismus úhrady NIP, NVP a DIOP v roce 2018

Přes všechna očekávání, nebylo v průběhu roku 2017 Ministerstvo zdravotnictví sto připravit návrh na legislativní ukotvení následné ventilační péče, co do požadavků kladených na je její poskytování. NVP tak i v roce 2018 zůstává v systému úhrad jako určitá podkategorie následné intenzivní péče a vztahují se na její poskytování požadavky kladené na poskytování následné intenzivní péče.

Výnosy jsou pro poskytovatele zdravotních služeb stanoveny Vyhláškou č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, která zavedla s účinností od 01.01.2017 so seznamu zdravotních výkonů tři nové ošetřovací dny (OD):

- OD 00015 – následná ventilační péče
- OD 00017 – následná intenzivní péče
- OD 00020 – dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče⁵⁸

⁵⁷ KOLBASOVA ZUZANA, Systém financování zdravotní péče v České republice [1]

⁵⁸ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami [8]

5.3.3.1 Následná intenzivní péče

5.3.3.2 Úhradový mechanismus

Pro ošetrovací den následní intenzivní péče a ošetrovací den následné ventilační péče byl stanoven úhradový mechanismus výkonovým způsobem úhrady prostřednictvím stanovených kódů OD, hodnota bodu je, v souladu s Vyhláškou č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018, 1,06 Kč⁵⁹, přičemž hodnota bodů činí pro

- OD 00015 = 6 150 bodů
- OD 00017 = 9 364 bodů.

Vzhledem k charakteru této péče je, v souladu s platným zněním Seznamu výkonů⁶⁰, u obou výše uvedených OD kategorie pacienta rovna 1.

5.3.3.3 Maximální délka úhrady

Ošetrovací den následní intenzivní péče lze vykázat maximálně 90 dní za unikátní rodné číslo pojištěnce, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko NIP, včetně překladů k jinému poskytovateli zdravotních služeb, s platností od 01.01.2017. Příklad překlad k jinému poskytovateli je možný pouze s předchozím souhlasem revizního lékaře.

Po vyčerpání maximálně možného počtu OD 00017, tj. 90 dnů, lze při delší hospitalizaci pacienta na pracovišti NIP již vykázat pouze OD 00015 (NVP). Tato premisa platí i v případě, že pacient nadále, tedy i 91 den hospitalizace, splňuje medicínská kritéria pro OD následné intenzivní péče. Prolomení není možné ani prostřednictvím konkrétní, medicínsky zdůvodněné, žádosti zdravotní pojišťovně prostřednictvím revizního lékaře.

⁵⁹ Vyhláška č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018 [11]

⁶⁰ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami [8]

V případě, že zdravotní stav pacienta hospitalizovaného na NIP nesplňuje kritéria pro vykazání OD 00017 (NIP) ani OD 00015 (NVP) a pacienta nelze přeložit na oddělení DIOP nebo na lůžka následné či dlouhodobé péče, lze vykazat pouze OD 00020 (DIOP), a to i přesto že pacient stále zůstává na pracovišti NIP.

5.3.3.4 Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

5.3.3.5 Úhradový mechanismus

Pro ošetrovací den DIOP platí výkonový způsob úhrady prostřednictvím stanoveného kódu OD, kde hodnota bodu činí 1,06 Kč⁶¹ a výše bodů je 2.201.

Vzhledem k charakteru této dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče čili intenzivní péče je, v souladu s platným zněním Seznamu výkonů⁶², kategorie pacienta rovna 1.

5.3.3.6 Maximální délka úhrady

Kód ošetrovacího dne OD 00020 lze vykazat maximálně 190 dní za unikátní rodné číslo pojištěnce, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko DIOP, včetně překladů k jinému poskytovateli zdravotních služeb, s platností od 01.01.2017.

Výše úhrady platí pro prvních 190 dní, prodloužení v této výši je možné jen se souhlasem revizního lékaře. K opakovanému prodloužení výše úhrady neexistuje ze strany zdravotních pojišťoven jednotný přístup. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (VZP), při splnění kritérií vykazování OD dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, vydá souhlasné stanovisko pouze na dalších 90 dní. Ostatní zdravotní pojišťovny prodlužují (i opakovaně) na dalších 190 dní.

⁶¹ Vyhláška č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018 [11]

⁶² Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami [8]

5.4 Požadavky kladené na NIP, NVP a DIOP

V této podkapitole se práce zaměří na analýzu nákladů, jež vznikají poskytovatelům tohoto segmentu péče v konfrontech s výší úhrady ze zdravotního pojištění.

Z Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče a Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb lze pro ošetrovací dny NIP a DIOP dovodit jejich nákladovou náročnost co do personálních nákladů a nákladů na vybavení přístrojovou technikou.

Nákladovou náročnost, respektive její očekávání, ošetrovacího dne NVP, z důvodu její absence ve výše zmíněných vyhláškách lze vyčíst z registračního listu NVP.

Z registračních listů pro jednotlivé ošetrovací dny (NIP, NVP, DIOP) je možné uzavřít komplexnost nákladů, co do stravného, léčivých přípravků, výživy, materiálu a režie.

5.4.1 Metodika analýzy

5.4.1.1 Osobní náklady

Pro zjištění nákladovosti legislativních požadavků kladených na personální zabezpečení byla použita data ze Zdravotnické ročenky České republiky 2016⁶³. Údaje roku 2016 byly zvoleny záměrně, neb v práci je zároveň použito porovnání k Registračním listům ošetrovacího dne z roku 2016^{64 65 66} a zásadní změny v úhradách byly účinné od 01.01.2017, dá se tedy důvodně předpokládat, že vstupní data korespondovala na tehdy korentní rok.

Vzhledem k tomu, že zdravotnická ročenka uvádí průměrné měsíční mzdy / platy zdravotnických pracovníků po kategoriích v rámci členění lékař / nelékař, byla tato doplněna o podrobnější členění v rámci odbornosti lékařů dle Českého statistického úřadu v 1. pololetí 2016⁶⁷.

Přepoččet byl proveden na personální náklad za jeden ošetrovací den při použití průměrné obložnosti 95 %.

| kategorie | brutto / měsíc | perex / měsíc | perex / rok | perex / den \varnothing obložnost |
|---------------------------------------|----------------|---------------|--------------|--|
| lékař anesteziolog (L3) | 70 000 Kč | 93 800 Kč | 1 125 600 Kč | 3 244 Kč |
| lékař (L3) | 65 885 Kč | 88 286 Kč | 1 059 431 Kč | 3 054 Kč |
| lékař s certifikátem (L2) | 44 607 Kč | 59 773 Kč | 717 281 Kč | 2 067 Kč |
| lékař s odbornou způsobilostí (L1) | 35 000 Kč | 46 900 Kč | 562 800 Kč | 1 622 Kč |
| všeobecná sestra | 32 755 Kč | 43 892 Kč | 526 700 Kč | 1 518 Kč |
| sanitář / ošetrovatel | 21 633 Kč | 28 988 Kč | 347 859 Kč | 1 003 Kč |
| fyzioterapeut | 34 000 Kč | 45 560 Kč | 546 720 Kč | 1 576 Kč |

⁶³ Zdravotnická ročenka 2016, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [55]

⁶⁴ Registrační list ošetrovacího dne Následné intenzivní péče (NIP) ze dne 29.6.2016 [17]

⁶⁵ Registrační list ošetrovacího dne Následné ventilační péče (NVP) ze dne 29.6.2016 [18]

⁶⁶ Registrační list ošetrovacího dne Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) ze dne 29.6.2016 [19]

⁶⁷ Ekonomika.idnes. Anketa mezi ekonomy a sociology [56]

5.4.1.2 Přístrojové vybavení

Validace pořizovacích cen byla provedena porovnáním k cenám přístrojů dostupných z veřejných zdrojů a zároveň z výběrových řízení, kterých se autorka účastnila. Výsledkem analýzy jsou ceny odlišné. Jedním z důvodů pro rozdílnost v pořizovacích cenách je DPH, kdy poskytovatelé zdravotních služeb jsou sice plátcí, nicméně poskytování zdravotních služeb je od DPH osvobozeno. V konečném důsledku je tedy konečným nákladem u poskytovatele vždy cena včetně DPH. V následných kalkulacích je tedy vycházeno z pořizovací hodnoty uvedené v tabulce níže.

Dále je, vzhledem k potřebě pravidelných bezpečnostně technických kontrol (BTK), povinné výměně náhradních dílů či případných oprav, během životnosti přístroje pořizovací hodnota přístroje v konečné kalkulaci navýšena. Jedná se o 6 % ročně co se týká oprav. Navýšení BTK a povinných výměn náhradních dílů je navýšeno dle skutečných nákladů.

5.4.1.3 Léčivé přípravky, výživa

Zatímco u prvních dvou oblastí (personální a přístrojové vybavení) je možné určit výši nákladů poměrně exaktně z legislativních požadavků, jež jsou na tento typ pracoviště kladeny, u léčivých přípravků a výživy je třeba v analýzách postupovat jiným směrem. Přestože jsou určeny obligatorní obsahy ošetrovacího dne následné intenzivní péče, co do medicínských intervencí včetně farmakoterapie, je nutno mít na paměti, že každý pacient je unikátní, a proto potřeby jednotlivých pacientů budou variovat.

Zdrojovými daty pro analýzu nákladů na léčivé přípravky a výživu na jeden ošetrovací den následné intenzivní péče by měly tedy být skutečné náklady poskytovatelů zdravotních služeb. Pro kalkulace budou použita data z registračních listů, neboť jejich tvorbě předcházela již zmíněná několikarocní pasportizace veškerých pracovišť následné intenzivní péče v České

republike. Z důvodu časového odstupe od provedené pasportizace budou stran kontroly jejich meziročních nárůstů tato navýšena o inflaci v letech 2016 a 2017⁶⁸.

5.4.1.4 Spotřební zdravotnický materiál

Obdobně jako tomu je v kategorii léčivých přípravků i v případě spotřebního zdravotnického materiálu bylo v analýze vycházeno z Registračního listu ošetrovacího dne následné intenzivní péče, neboť kalkulace v něm obsažená vycházela z pasportizace veškerých pracovišť NIP a zkalkulovaná nákladovost byla tedy průměrem nákladů, jež na tuto položku vynakládají veškerí poskytovatelé této péče. Analýza provedená v této práci se tedy omezila na meziroční nárůsty od roku 2016 způsobené inflací⁶⁹.

5.4.1.5 Medicinální kyslík

Medicinální kyslík je nákladovou položkou sestávající z nákladů na realizaci rozvodů, z nákladů na spotřebu a z nákladů na nájemné za kyslíkové láhve, respektive na provoz vyvíječe kyslíku. Pro kalkulaci byla tedy použita cesta odlišná od ostatních položek, respektive bylo použito více metodik najednou.

Výše nákladů na realizaci rozvodů medicinálního kyslíku sestává z nákladů na stavební práce a nákladů na provedení rozvodů specializovanou společností. Přestože je ve všech třech typech následné intenzivní péče počítáno s jinou skladbou ventilovaných pacientů ku celkovému počtu pacientů, náklady na realizaci rozvodů jsou stejné. K tomu viz blíže Registrační list ošetrovacího dne následné intenzivní péče⁷⁰ osm pacientů ventilovaných z deseti celkem, Registrační list ošetrovacího dne dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče⁷¹ jeden

⁶⁸ Český statistický úřad, Inflace [54]

⁶⁹ Český statistický úřad, Inflace [54]

⁷⁰ Registrační list ošetrovacího dne Následné intenzivní péče (NIP) ze dne 29.6.2016 [17]

⁷¹ Registrační list ošetrovacího dne Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) ze dne 29.6.2016 [19]

ventilovaný pacient z deseti celkem a v neposlední řadě Registrační list ošetrovacího dne následné ventilační péče⁷² deset pacientů ventilovaných z deseti celkem.

Oproti tomu náklady na spotřebu kyslíku a na nájem kyslíkových láhví varíují dle aktuálního spektra pacientů na jednotlivých pracovištích.

5.4.1.6 Strava

Pro zjištění aktuální výše ceny celodenního patientského stravování bylo provedeno srovnání cen, za které nakupují patientskou stravu nemocnice v současnosti. Zdrojem byl Registr smluv i webové stránky poskytovatelů zdravotních služeb. Oproti cenám uvedeným v registračním listu z roku 2016, bylo analyzováno i meziroční navýšení. Registrační list ošetrovacího dne následné intenzivní péče⁷³ udává náklad v sekci strava v částce 113 Kč.

Například společnost KNL Catering s.r.o., která je dodavatelem patientského stravování pro Nemocnici Turnov, Nemocnici Liberec a nemocnici Frýdlant poskytovala celodenní patientskou stravu v roce 2018 za 172 Kč⁷⁴. Nutno dodat, že jediným společníkem společnosti KNL Catering s.r.o. je Krajské nemocnice Liberec, lze tedy důvodně předpokládat, že cena je v jedné skupině stanovována spíše metodou cost-plus nežli metodou tržní. Ze smluvní dokumentace lze vyčíst i náklady na patientskou stravu ve dvou provozovnách k datu 1.12.2016. Celodenní strava z ústavní kuchyně v nemocnici Turnov vykazuje náklady ve výši 253 Kč včetně DPH, celodenní strava z ústavní kuchyně v nemocnici Liberec pak náklady ve výši 230 Kč včetně DPH.

⁷² Registrační list ošetrovacího dne Následné ventilační péče (NVP) ze dne 29.6.2016 [18]

⁷³ Registrační list ošetrovacího dne Následné intenzivní péče (NIP) ze dne 29.6.2016 [17]

⁷⁴ Registr smluv, <https://smlouvy.gov.cz/smlouva/856953> [52]

Dalším případem je pak cena celodenního patientské stravování nabízená v Uherskohradištské nemocnici jako takzvaná nadstandardní za 250 Kč.⁷⁵ Tato položka do analýzy nevstupuje nicméně dokresluje relevanci údajů v analýzách použitých.

Pro analýzu byla tedy, po provedení výše zmíněného šetření, zvolena opět varianta inflačního meziročního nárůstu od roku 2016⁷⁶.

5.4.1.7 Režie

Pod pojmem režie se v kalkulaci ošetrovacího dne skrývá úhrada nepřímých nákladů. Mezi nepřímé náklady spadá

- Spotřeba materiálu, jedná se například o palivo, pohonné hmoty, zdravotnický materiál a léčebné pomůcky nezahrnuté ve výkonech nebo ty jež nejsou zvlášť účtovatelným materiálem či zvlášť účtovatelným léčivým přípravkem, prádlo, ochranné pracovní pomůcky, a podobně)
- Spotřeba energií, jako je voda, teplo, elektřina
- Služby v podobě cestovního, nákladů na reprezentaci, dopravné, případné nájemné, dodavatelské služby, vzdělávání, software)
- Osobní náklady, jež nejsou zahrnuty přímo v osobních nákladech ošetrovacího dne, v tomto případě se jedná o personální náklady spojené s administrativou poskytovatele zdravotních služeb
- Daně
- Ostatní náklady jako například odpisy nedobytných pohledávek, úroky z přijatých financování
- Odpisy nemovitých a movitých věcí mimo přístrojů zahrnutých přímo v kalkulaci ošetrovacího dne
- Případné další vnitropodnikové náklady, v podobě dopravy, údržby a podobně.

⁷⁵ Uherskohradištská nemocnice, Jídelní lístek nadstandardní stravy pro pacienty [53]

⁷⁶ Český statistický úřad, Inflace [54]

Jak patrně z uvedeného výčtu nepřímých nákladů, respektive jeho šíře a variability, je nákladovost režie závislá na třech faktorech. Podstatnou roli hraje velikost poskytovatele, kdy jiné náklady za administraci a správu nese malá nemocnice okresního typu oproti nemocnici fakultní. Přičemž zároveň platí, že oblastní nemocnice s úzkým spektrem péče získá ve formě úhrady režie menší objem finančních prostředků oproti kolosu poskytovatele fakultního typu. Druhým faktorem je územní umístění v rámci České republiky, kdy větší nákladové zatížení především co do nákladů personálních ponese Praha a Středočeský kraj oproti krajům ostatním. Třetím faktorem je pak stupeň vyspělosti managementu poskytovatele zdravotních služeb, kdy zařízení protkané správně nastavenými procesy, čerpající výhody z rozsahu a vhodně kombinující spektrum poskytované péče, bude mít režijní náklady zřejmě nižší než poskytovatel řízený bez komplexní znalosti managementu zdravotnických zařízení.

Jak patrně z této podkapitoly validovat výši nákladů na režii jednotlivých poskytovatelů by pro účely této práce bylo nadbytečné. Nezbyvá tedy než uzavřít, že v souladu s Vyhláškou č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami⁷⁷ byla v analýzách částka režie z Registračních listů ošetrovacího dne^{78,79,80} navýšena o meziroční inflaci⁸¹ roku 2016 a roku 2017.

⁷⁷ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami [8]

⁷⁸ Registrační list ošetrovacího dne Následné ventilační péče (NVP) ze dne 29.6.2016 [18]

⁷⁹ Registrační list ošetrovacího dne Následné intenzivní péče (NIP) ze dne 29.6.2016 [17]

⁸⁰ Registrační list ošetrovacího dne Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) ze dne 29.6.2016 [19]

⁸¹ Český statistický úřad, Inflace [54]

5.4.2 Následná intenzivní péče (NIP)

5.4.2.1 Personální obsazení

Personální obsazení pracoviště NIP je definováno Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, v Příloze č. 2, v části II – zvláštní požadavky na personální zabezpečení lůžkové péče, odstavec 3.7⁸². Tabulka níže zobrazuje normativy jednotlivých kategorií zdravotnických pracovníků přepočtených na jedno lůžko.

| kategorie | popis | normativ na lůžko |
|---------------|--|-------------------|
| L3 | anesteziolog nebo intenzivista | 0,1 |
| L2 | lékař s odbornou způsobilostí s certifikátem | 0,05 |
| L1 | lékař s odbornou způsobilostí | 0,05 |
| | chirurg, internista nebo neurolog | dostupnost |
| ZPBD ARIP | sestra pro intenzivní péči bez dohledu | staniční |
| ZPBD ARIP | sestra pro intenzivní péči bez dohledu | 0,3 |
| ZPBD | všeobecná sestra bez dohledu | 0,3 |
| ZPOD | všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent | 0,7 |
| ZPOD bez mat. | sanitář, ošetřovatel nebo masér | 1,4 |
| VNP K2 | fyzioterapeut bez dohledu | 0,1 |
| | klinický psycholog nebo psychiatr | dostupnost |
| | nutriční terapeut | dostupnost |
| | zdravotně-sociální pracovník, nebo jiný odborný pracovník – sociální pracovník | dostupnost |
| L3 | anesteziolog nebo intenzivista (ÚPS) | 0,17 |

Tabulka 12 Požadavky na personální zabezpečení NIP (na 1 lůžko)

Výsledná nákladovost ošetrovacího dne následné intenzivní péče v kategorii personální náklady tedy činí 4.728 Kč. Pro srovnání Registrační list ošetrovacího dne následné intenzivní

⁸² Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb [22]

péče⁸³ udává osobní náklad v částce 4.391 Kč. Z uvedeného lze mimo jiné konstatovat, že finální náklady kladené legislativními požadavky na péči na pracovišti následné intenzivní péče je možné validovat pouze za použití konkrétních nákladů, konkrétního poskytovatele zdravotních služeb. Nicméně jako vstup do analýzy, jež si klade za cíl dokázat dis balanci mezi výší úhrady a reálnými náklady, jež jsou nadto fixovány ve formě nejrůznějších legislativních požadavků kladených na tento typ péče, je to akceptovatelné.

| kategorie | popis | normativ na lůžko | perex / den ∅ obložnost |
|------------------|--|-------------------|-------------------------------|
| L3 | anesteziolog nebo intenzivista | 0,1 | 305 Kč |
| L2 | lékař s odbornou způsobilostí s certifikátem | 0,05 | 103 Kč |
| L1 | lékař s odbornou způsobilostí | 0,05 | 81 Kč |
| | chirurg, internista nebo neurolog | dostupnost | |
| ZPBD ARIP | sestra pro intenzivní péči bez dohledu | staniční | 152 Kč |
| ZPBD ARIP | sestra pro intenzivní péči bez dohledu | 0,3 | 455 Kč |
| ZPBD | všeobecná sestra bez dohledu | 0,3 | 455 Kč |
| ZPOD | všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent | 0,7 | 1 063 Kč |
| ZPOD bez mat. | sanitář, ošetřovatel nebo masér | 1,4 | 1 404 Kč |
| VNP K2 | fyzioterapeut bez dohledu | 0,1 | 158 Kč |
| | klinický psycholog nebo psychiatr | dostupnost | |
| | nutriční terapeut | dostupnost | |
| | zdravotně-sociální pracovník, nebo jiný odborný pracovník – sociální pracovník | dostupnost | |
| L3 | anesteziolog nebo intenzivista (ÚPS) | 0,17 | 552 Kč |
| | | | 4 728 Kč |

Tabulka 13 personální náklady ošetřovacího dne NIP (na 1 lůžko)

5.4.2.2 Přístrojové vybavení

⁸³ Registrační list ošetřovacího dne Následné intenzivní péče (NIP) ze dne 29.6.2016 [17]

Věcné a technické vybavení pracoviště NIP je definováno Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, v Příloze č. 4, v části II – zvláštní požadavky, odstavec 3.7⁸⁴. Přehled níže shrnuje přístrojové vybavení lůžka i celého oddělení. Pořizovací hodnota, respektive její výše je převzata z Registračního listu ošetrovacího dne následné intenzivní péče.

| název přístroje | Pořizovací hodnota | Životnost v letech | počet |
|--|--------------------|--------------------|------------|
| Lůžko resuscitační /pro intenzivní péči | 91 000 | 5 | 1/lůžko |
| Lůžko polohovatelné | 55 000 | 5 | N/A |
| Antidekubitní matrace | 30 000 | 5 | 1/lůžko |
| Defibrilátor | 101 000 | 5 | 1/oddělení |
| EKG přístroj | 50 000 | 5 | 1/oddělení |
| Monitorovací centrála | 100 000 | 5 | 1/oddělení |
| Enterální pumpa | 30 000 | 5 | 1/3 lůžka |
| Ventilátor pro umělou plicní ventilaci | 380 000 | 5 | 8/10 lůžek |
| Transportní ventilátor | 130 000 | 5 | 1/oddělení |
| Monitor vitálních funkcí | 50 000 | 5 | 1/lůžko |
| Odsávačka (nevyžaduje se, pokud je centrální rozvod vakua) | 30 000 | 5 | 1/lůžko |
| Nebulizátor | 30 000 | 5 | 1/lůžko |
| Infuzní pumpa | 35 000 | 5 | 1/lůžko |
| Injekční dávkovač | 35 000 | 5 | 1/lůžko |

Tabulka 14 Požadavky technické a věcné vybavení NIP

Výsledná nákladovost ošetrovacího dne následné intenzivní péče v kategorii přístrojové vybavení tedy činí 911 Kč. Pro srovnání Registrační list ošetrovacího dne následné intenzivní péče⁸⁵ udává náklad v sekci použité přístroje v částce 793 Kč.

⁸⁴ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče [21]

⁸⁵ Registrační list ošetrovacího dne Následné intenzivní péče (NIP) ze dne 29.6.2016 [17]

| název přístroje | Pořizovací hodnota | životnost ve dnech | náklady BTK, náhradní díly / ročně | opravy / ročně | počet | náklady / den Ø obložnost |
|--|--------------------|--------------------|------------------------------------|----------------|------------|---------------------------|
| Lůžko resuscitační /pro intenzivní péči | 100 000 Kč | 1734 | 2 300 Kč | 6 000 Kč | 1/lůžko | 79 Kč |
| Lůžko polohovatelné | 55 000 Kč | 1734 | 1 000 Kč | 3 300 Kč | N/A | |
| Antidekubitní matrace | 30 000 Kč | 1734 | 1 500 Kč | 1 800 Kč | 1/lůžko | 26 Kč |
| Defibrilátor | 200 000 Kč | 1734 | 5 300 Kč | 12 000 Kč | 1/oddělení | 16 Kč |
| EKG přístroj | 50 000 Kč | 1734 | 3 300 Kč | 3 000 Kč | 1/oddělení | 38 Kč |
| Monitorovací centrála | 130 000 Kč | 1734 | 1 500 Kč | 7 800 Kč | 1/oddělení | 81 Kč |
| Enterální pumpa | 30 000 Kč | 1734 | 1 500 Kč | 1 800 Kč | 1/3 lůžka | 23 Kč |
| Ventilátor pro umělou plicní ventilaci | 400 000 Kč | 1734 | 15 000 Kč | 24 000 Kč | 8/10 lůžek | 320 Kč |
| Transportní ventilátor | 150 000 Kč | 1734 | 15 000 Kč | 9 000 Kč | 1/oddělení | 128 Kč |
| Monitor vitálních funkcí | 100 000 Kč | 1734 | 2 700 Kč | 6 000 Kč | 1/lůžko | 80 Kč |
| Odsávačka (nevyžaduje se, pokud je centrální rozvod vakua) | 50 000 Kč | 1734 | 600 Kč | 3 000 Kč | 1/lůžko | 38 Kč |
| Nebulizátor | 30 000 Kč | 1734 | 600 Kč | 1 800 Kč | 1/lůžko | 24 Kč |
| Infuzní pumpa | 35 000 Kč | 1734 | 1 300 Kč | 2 100 Kč | 1/lůžko | 29 Kč |
| Injekční dávkovač | 35 000 Kč | 1734 | 1 300 Kč | 2 100 Kč | 1/lůžko | 29 Kč |
| Total | | | | | | 911 Kč |

Tabulka 15 Náklady na technické a věcné vybavení NIP (na 1 lůžko)

5.4.2.3 Léčivé přípravky, výživa

Registrační list ošetrovacího dne následné intenzivní péče⁸⁶ udává náklad v sekci léčivé přípravky, výživa v částce 1.359 Kč. Po zohlednění míry inflace vychází pro rok 2018

⁸⁶ Registrační list ošetrovacího dne Následné intenzivní péče (NIP) ze dne 29.6.2016 [17]

nákladovost ošetrovacího dne následné intenzivní péče v kategorii léčivé přípravky, výživa v částce 1.403 Kč.

| rok | míra inflace | meziroční nárůst |
|------|--------------|------------------|
| 2016 | 0,7 % | 1 369 Kč |
| 2017 | 2,5 % | 1 403 Kč |

Tabulka 16 meziroční nárůst nákladů na léčiva a výživu NIP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko)

5.4.2.4 Spotřební zdravotnický materiál (SZM)

Dle Registračního listu ošetrovacího dne následné intenzivní péče⁸⁷ činí náklad v sekci spotřební zdravotnický materiál 2.258 Kč. Po zohlednění míry inflace vychází pro rok 2018 nákladovost ošetrovacího dne následné intenzivní péče v kategorii spotřební zdravotnický materiál v částce 2.331 Kč.

| rok | míra inflace | meziroční nárůst |
|------|--------------|------------------|
| 2016 | 0,7 % | 2 274 Kč |
| 2017 | 2,5 % | 2 331 Kč |

Tabulka 17 meziroční nárůst nákladů na spotřební zdravotnický materiál NIP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko)

5.4.2.5 Medicinální kyslík

Registrační list ošetrovacího dne následné intenzivní péče⁸⁸ udává náklad v sekci medicínální kyslík v částce 450 Kč, provedená analýza dospěla k nákladům na jeden ošetrovací den ve výši 424 Kč.

⁸⁷ Registrační list ošetrovacího dne Následné intenzivní péče (NIP) ze dne 29.6.2016 [17]

⁸⁸ Registrační list ošetrovacího dne Následné intenzivní péče (NIP) ze dne 29.6.2016 [17]

| položka | Pořizovací hodnota | životnost ve dnech | náklady BTK, náhradní díly / ročně | opravy / ročně | ročně | náklady / den \varnothing obložnost |
|---------------------------|--------------------|--------------------|------------------------------------|----------------|------------|---------------------------------------|
| investice do rozvodů | 2 750 000 Kč | 1734 | 18 000 Kč | 165 000 Kč | | 206 Kč |
| nájemné za lahve s plynem | | | | | 276 000 Kč | 72 Kč |
| spotřeba | | | | | 560 000 Kč | 146 Kč |
| Total | | | | | | 424 Kč |

Tabulka 18 náklady na medicínální kyslík NIP (na 1 lůžko)

5.4.2.6 Strava

Dle Registračního listu ošetrovacího dne následné intenzivní péče⁸⁹ činí náklad na patientskou stravni jednotku 113 Kč. Po zohlednění míry inflace vychází pro rok 2018 nákladovost v částce 117 Kč.

| rok | míra inflace | meziroční nárůst |
|------|--------------|------------------|
| 2016 | 0,7 % | 114 Kč |
| 2017 | 2,5 % | 117 Kč |

Tabulka 19 meziroční nárůst nákladů na stravni jednotku NIP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko)

5.4.2.7 Režie

Registrační list ošetrovacího dne následné intenzivní péče⁹⁰ udává jako výši režie přiřazené k ošetrovacímu dni 181,52 Kč. Po zohlednění meziročního vlivu inflace je výsledná výše 187 Kč.

| rok | míra inflace | meziroční nárůst |
|------|--------------|------------------|
| 2016 | 0,7 % | 183 Kč |
| 2017 | 2,5 % | 187 Kč |

Tabulka 20 meziroční nárůst nákladů na režii NIP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko)

⁸⁹ Registrační list ošetrovacího dne Následné intenzivní péče (NIP) ze dne 29.6.2016 [17]

⁹⁰ Registrační list ošetrovacího dne Následné intenzivní péče (NIP) ze dne 29.6.2016 [17]

5.4.2.8 Výsledek analýz nákladovosti jednotlivých segmentů OD NIP

V návaznosti na provedené analýzy výše nákladů, jež jsou, prostřednictvím nejrozličnějších normativů, kladeny na provozování pracoviště následné intenzivní péče, je možné dospět k závěru, že pracoviště NIP spotřebuje na jeden ošetrovací den finanční prostředky ve výši 10 101 Kč.

Přehled níže porovnává výši nákladů z Registračního list ošetrovacího dne následné intenzivní péče⁹¹ ku nákladům zjištěným v rámci výpočtů provedených v této podkapitole.

| nákladové položky | dle registračního listu ošetrovacího dne následné intenzivní péče (NIP) | dle provedených analýz | % rozdíl |
|---------------------------------|---|------------------------|-----------------|
| osobní náklady | 4 391 Kč | 4 728 Kč | 107,67 % |
| strava | 113 Kč | 117 Kč | 103,54 % |
| léčivé přípravky, výživa | 1 359 Kč | 1 403 Kč | 103,24 % |
| medicinální kyslík | 450 Kč | 424 Kč | 94,22 % |
| materiál | 2 258 Kč | 2 331 Kč | 103,23 % |
| použité přístroje | 793 Kč | 911 Kč | 114,88 % |
| režie | 182 Kč | 187 Kč | 103,02 % |
| suma | 9 546 Kč | 10 101 Kč | 105,82 % |

Tabulka 21 porovnání nákladovosti NIP registrační list vs. analýza (na 1 lůžko)

⁹¹ Registrační list ošetrovacího dne Následné intenzivní péče (NIP) ze dne 29.6.2016 [17]

5.4.3 Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP)

5.4.3.1 Personální obsazení

Personální obsazení pracoviště DIOP je definováno Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, v Příloze č. 2, v části II – zvláštní požadavky na personální zabezpečení lůžkové péče, odstavec 4.4⁹².

| kategorie | popis | normativ na lůžko |
|---------------|--|-------------------|
| L3 | anestesiolog, intenzivista, chirurg, internista nebo neurolog | 0,05 |
| ZPBD ARIP | sestra pro intenzivní péči bez dohledu | staniční |
| ZPBD ARIP | sestra pro intenzivní péči bez dohledu | 0,125 |
| ZPBD | všeobecná sestra bez dohledu | 0,375 |
| ZPOD bez mat. | sanitář nebo ošetrovatel | 0,5 |
| VNP K2 | fyzioterapeut bez dohledu | 0,1 |
| | klinický psycholog nebo psychiatr | dostupnost |
| | nutriční terapeut | dostupnost |
| | zdravotně-sociální pracovník, nebo jiný odborný pracovník – sociální pracovník | dostupnost |

Tabulka 22 Požadavky na personální zabezpečení DIOP (na 1 lůžko)

Výsledná nákladovost ošetrovacího dne dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče v kategorii personální náklady tedy činí 1.722 Kč. Pro srovnání Registrační list ošetrovacího dne dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče⁹³ udává osobní náklad v částce 1.763 Kč.

⁹² Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb [22]

⁹³ Registrační list ošetrovacího dne Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) ze dne 29.6.2016 [19]

| kategorie | popis | normativ na lůžko | perex / den ☉ obložnost |
|---------------|--|-------------------|-------------------------------|
| L3 | anestesiolog, intenzivista, chirurg, internista nebo neurolog | 0,05 | 153 Kč |
| ZPBD ARIP | sestra pro intenzivní péči bez dohledu | staniční | 152 Kč |
| ZPBD ARIP | sestra pro intenzivní péči bez dohledu | 0,125 | 190 Kč |
| ZPBD | všeobecná sestra bez dohledu | 0,375 | 569 Kč |
| ZPOD bez mat. | sanitář nebo ošetřovatel | 0,5 | 501 Kč |
| VNP K2 | fyzioterapeut bez dohledu | 0,1 | 158 Kč |
| | klinický psycholog nebo psychiatr | dostupnost | |
| | nutriční terapeut | dostupnost | |
| | zdravotně-sociální pracovník, nebo jiný odborný pracovník – sociální pracovník | dostupnost | |
| | | | 1 722 Kč |

Tabulka 23 Personální náklady ošetrovacího dne DIOP (na 1 lůžko)

5.4.3.2 Přístrojové vybavení

Věcné a technické vybavení pracoviště DIOP je definováno Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, v Příloze č. 4, v části II – zvláštní požadavky, odstavec 4.3⁹⁴.

⁹⁴ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče [21]

| název přístroje | Pořizovací hodnota | Životnost v letech | počet |
|--|--------------------|--------------------|------------|
| Lůžko resuscitační /pro intenzivní péči | 91 000 | 5 | N/A |
| Lůžko polohovatelné | 55 000 | 5 | 1/lůžko |
| Antidekubitní matrace | 30 000 | 5 | 1/lůžko |
| Defibrilátor | 101 000 | 5 | 1/oddělení |
| EKG přístroj | 50 000 | 5 | 1/oddělení |
| Monitorovací centrála | 100 000 | 5 | N/A |
| Enterální pumpa | 30 000 | 5 | 1/3 lůžka |
| Ventilátor pro umělou plicní ventilaci | 380 000 | 5 | 1/oddělení |
| Transportní ventilátor | 130 000 | 5 | N/A |
| Monitor vitálních funkcí | 50 000 | 5 | 1/3 lůžka |
| Odsávačka (nevyžaduje se, pokud je centrální rozvod vakua) | 30 000 | 5 | 1/lůžko |
| Nebulizátor | 30 000 | 5 | 1/lůžko |
| Infuzní pumpa | 35 000 | 5 | 1/oddělení |
| Injekční dávkovač | 35 000 | 5 | 1/oddělení |

Tabulka 24 Požadavky technické a věcné vybavení DIOP

Tabulka níže tedy podává obraz o nákladech na věcné a technické vybavení pracoviště dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče na jedno lůžko.

Výsledná nákladovost ošetrovacího dne dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče v kategorii přístrojové vybavení tedy činí 226 Kč. Pro srovnání Registrační list ošetrovacího dne dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče⁹⁵ udává náklad v sekci použité přístroje v částce 144 Kč.

⁹⁵ Registrační list ošetrovacího dne Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) ze dne 29.6.2016 [19]

| název přístroje | Pořizovací hodnota | životnost ve dnech | náklady BTK, náhradní díly / ročně | opravy / ročně | počet | náklady / den \varnothing obložnost |
|--|--------------------|--------------------|------------------------------------|----------------|------------|---------------------------------------|
| Lůžko resuscitační /pro intenzivní péči | 100 000 Kč | 1734 | 2 300 Kč | 6 000 Kč | N/A | |
| Lůžko polohovatelné | 55 000 Kč | 1734 | 1 000 Kč | 3 300 Kč | 1/lůžko | 43 Kč |
| Antidekubitní matrace | 30 000 Kč | 1734 | 1 500 Kč | 1 800 Kč | 1/lůžko | 26 Kč |
| Defibrilátor | 200 000 Kč | 1734 | 5 300 Kč | 12 000 Kč | 1/oddělení | 16 Kč |
| EKG přístroj | 50 000 Kč | 1734 | 3 300 Kč | 3 000 Kč | 1/oddělení | 5 Kč |
| Monitorovací centrála | 130 000 Kč | 1734 | 1 500 Kč | 7 800 Kč | N/A | |
| Enterální pumpa | 30 000 Kč | 1734 | 1 500 Kč | 1 800 Kč | 1/3 lůžka | 9 Kč |
| Ventilátor pro umělou plicní ventilaci | 400 000 Kč | 1734 | 15 000 Kč | 24 000 Kč | 1/oddělení | 33 Kč |
| Transportní ventilátor | 150 000 Kč | 1734 | 15 000 Kč | 9 000 Kč | N/A | |
| Monitor vitálních funkcí | 100 000 Kč | 1734 | 2 700 Kč | 6 000 Kč | 1/3 lůžka | 27 Kč |
| Odsávačka (nevyžaduje se, pokud je centrální rozvod vakua) | 50 000 Kč | 1734 | 600 Kč | 3 000 Kč | 1/lůžko | 38 Kč |
| Nebulizátor | 30 000 Kč | 1734 | 600 Kč | 1 800 Kč | 1/lůžko | 24 Kč |
| Infuzní pumpa | 35 000 Kč | 1734 | 1 300 Kč | 2 100 Kč | 1/oddělení | 3 Kč |
| Injekční dávkovač | 35 000 Kč | 1734 | 1 300 Kč | 2 100 Kč | 1/oddělení | 3 Kč |
| Total | | | | | | 226 Kč |

Tabulka 25 Náklady na technické a věcné vybavení DIOP (na 1 lůžko)

5.4.3.3 Léčivé přípravky, výživa

Zatímco Registrační list ošetrovacího dne dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče⁹⁶ kalkuluje s částkou 60 Kč v oblasti nákladů za léčivé přípravky, analýza meziročního vývoje dospěla k částce 62 Kč.

| rok | míra inflace | meziroční nárůst |
|------|--------------|------------------|
| 2016 | 0,7 % | 60 Kč |
| 2017 | 2,5 % | 62 Kč |

Tabulka 26 meziroční nárůst nákladů na léčivé přípravky u DIOP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko)

5.4.3.4 Spotřební zdravotnický materiál (SZM)

Provedená kalkulace nákladů na spotřební zdravotnický materiál dospěla k částce ve výši 157 Kč, zatímco Registrační list ošetrovacího dne dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče⁹⁷ pracuje s náklady ve výši 152 Kč.

| rok | míra inflace | meziroční nárůst |
|------|--------------|------------------|
| 2016 | 0,7 % | 153 Kč |
| 2017 | 2,5 % | 157 Kč |

Tabulka 27 meziroční nárůst nákladů na spotřební zdravotnický materiál DIOP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko)

5.4.3.5 Medicinální kyslík

Z kalkulace nákladů na pořízení rozvodů medicinálního kyslíku a na následnou spotřebu včetně nájmu kyslíkových láhví lze vyčíst částku ve výši 233 Kč, jež je diametrálně odlišná od nákladů ve výši 10 Kč, se kterými kalkuluje Registrační list ošetrovacího dne dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče⁹⁸.

⁹⁶ Registrační list ošetrovacího dne Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) ze dne 29.6.2016 [19]

⁹⁷ Registrační list ošetrovacího dne Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) ze dne 29.6.2016 [19]

⁹⁸ Registrační list ošetrovacího dne Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) ze dne 29.6.2016 [19]

| položka | Pořizovací hodnota | životnost ve dnech | náklady BTK, náhradní díly / ročně | opravy / ročně | ročně | náklady / den \varnothing obložnost |
|---------------------------|--------------------|--------------------|------------------------------------|----------------|-----------|---------------------------------------|
| investice do rozvodů | 2 750 000 Kč | 1734 | 18 000 Kč | 165 000 Kč | | 206 Kč |
| nájemné za lahve s plynem | | | | | 34 500 Kč | 9 Kč |
| spotřeba | | | | | 70 000 Kč | 18 Kč |
| Total | | | | | | 233 Kč |

Tabulka 28 náklady na medicínální kyslík DIOP (na 1 lůžko)

5.4.3.6 Strava

V rámci nákladů na stravní jednotku patientského stravování se srovnání mezi údaji z Registračního listu ošetrovacího dne dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče⁹⁹ ve výši 72 Kč a údaji z provedené kalkulace ve výši 74 Kč liší o 2 Kč.

| rok | míra inflace | meziroční nárůst |
|------|--------------|------------------|
| 2016 | 0,7 % | 73 Kč |
| 2017 | 2,5 % | 74 Kč |

Tabulka 29 meziroční nárůst nákladů na stravní jednotku DIOP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko)

5.4.3.7 Režie

Náklady na režii z Registračního listu ošetrovacího dne dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče¹⁰⁰ ve výši 181,52 Kč upravené o inflační nárůst dosahují výše 187 Kč.

| rok | míra inflace | meziroční nárůst |
|------|--------------|------------------|
| 2016 | 0,7 % | 183 Kč |
| 2017 | 2,5 % | 187 Kč |

Tabulka 30 meziroční nárůst nákladů na režii DIOP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko)

⁹⁹ Registrační list ošetrovacího dne Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) ze dne 29.6.2016 [19]

¹⁰⁰ Registrační list ošetrovacího dne Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) ze dne 29.6.2016 [19]

5.4.3.8 Výsledek analýz nákladovosti jednotlivých segmentů OD DIOP

V návaznosti na provedené analýzy výše nákladů, jež jsou, prostřednictvím nejrůznějších normativů, kladeny na provozování pracoviště dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, je možné dospět k závěru, že pracoviště DIOP spotřebuje na jeden ošetrovací den finanční prostředky ve výši 2 661 Kč.

Přehled níže porovnává výši nákladů z Registračního list ošetrovacího dne dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče¹⁰¹ ku nákladům zjištěným v rámci výpočtů provedených v této podkapitole.

| nákladové položky | dle registračního listu ošetrovacího den následné intenzivní péče (DIOP) | dle provedených analýz | % rozdíl |
|---------------------------------|--|------------------------|-----------------|
| osobní náklady | 1 763 Kč | 1 722 Kč | 97,67 % |
| strava | 72 Kč | 74 Kč | 102,78 % |
| léčivé přípravky, výživa | 60 Kč | 62 Kč | 103,33 % |
| medicinální kyslík | 10 Kč | 233 Kč | 2330,00 % |
| materiál | 152 Kč | 157 Kč | 103,29 % |
| použité přístroje | 144 Kč | 226 Kč | 156,94 % |
| režie | 182 Kč | 187 Kč | 103,02 % |
| suma | 2 383 Kč | 2 661 Kč | 111,69 % |

Tabulka 31 porovnání nákladovosti DIOP registrační list vs. analýza (na 1 lůžko)

¹⁰¹ Registrační list ošetrovacího dne Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) ze dne 29.6.2016 [19]

5.4.4 Následná ventilační péče (NVP)

5.4.4.1 Personální obsazení

Jak již bylo v této práci několikrát zmíněno definice personálního obsazení pracoviště následné ventilační péče ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb¹⁰², absentuje. Požadavky kladené na personální obsazení tohoto pracoviště jsou tedy převzaty z Registračního listu ošetrovacího dne následné ventilační péče¹⁰³.

| kategorie | popis | normativ na lůžko |
|---------------|--|-------------------|
| L3 | anesteziolog nebo intenzivista | 0,1 |
| L2 | lékař s odbornou způsobilostí s certifikátem | 0,04 |
| ZPBD ARIP | sestra pro intenzivní péči bez dohledu | 0,3 |
| ZPBD | všeobecná sestra bez dohledu | 0,4 |
| ZPOD | zdravotnický asistent | 0,4 |
| ZPOD bez mat. | sanitář, ošetrovatel nebo masér | 0,5 |
| VNP K2 | fyzioterapeut bez dohledu | 0,1 |
| L3 | anesteziolog nebo intenzivista (ÚPS) | 0,06 |

Tabulka 32 Požadavky na personální zabezpečení NVP (na 1 lůžko)

Výsledná nákladovost ošetrovacího dne následné ventilační péče v kategorii personální náklady tedy činí 3.179 Kč. Nicméně, vzhledem k aktuální absenci minimálních personálních požadavků kladených na následnou ventilační péči ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb je za nákladovou položku kategorie personální náklad nutno brát tu z následné intenzivní péče, tedy

¹⁰² Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb [22]

¹⁰³ Registrační list ošetrovacího dne Následné ventilační péče (NVP) ze dne 29.6.2016 [18]

4.728 Kč. Pro srovnání Registrační list ošetrovacího dne následné ventilační péče¹⁰⁴ udává osobní náklad v částce 2.416 Kč.

| kategorie | popis | normativ na lůžko | perex / den Ø obložnost |
|---------------|--|-------------------|-------------------------------|
| L3 | anesteziolog nebo intenzivista | 0,1 | 324 Kč |
| L2 | lékař s odbornou způsobilostí s certifikátem | 0,04 | 122 Kč |
| ZPBD | | | |
| ARIP | sestra pro intenzivní péči bez dohledu | 0,3 | 620 Kč |
| ZPBD | všeobecná sestra bez dohledu | 0,4 | 647 Kč |
| ZPOD | zdravotnický asistent | 0,4 | 607 Kč |
| ZPOD bez mat. | sanitář, ošetrovatel nebo masér | 0,5 | 505 Kč |
| VNP K2 | fyzioterapeut bez dohledu | 0,1 | 158 Kč |
| L3 | anesteziolog nebo intenzivista (ÚPS) | 0,06 | 195 Kč |
| | | | 3 179 Kč |

Tabulka 33 Personální náklady ošetrovacího dne NVP (na 1 lůžko)

5.4.4.2 Přístrojové vybavení

Věcné a technické vybavení pracoviště následné ventilační péče není definováno Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče¹⁰⁵. Z tohoto důvodu jsou normativy pro následné kalkulace převzaty z Registračního listu ošetrovacího dne následné ventilační péče¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Registrační list ošetrovacího dne Následné ventilační péče (NVP) ze dne 29.6.2016 [18]

¹⁰⁵ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče [21]

¹⁰⁶ Registrační list ošetrovacího dne Následné ventilační péče (NVP) ze dne 29.6.2016 [18]

| název přístroje | Pořizovací hodnota | životnost v letech | počet |
|--|--------------------|--------------------|------------|
| Lůžko resuscitační /pro intenzivní péči | 91 000 | 5 | 1/lůžko |
| Lůžko polohovatelné | 55 000 | 5 | N/A |
| Antidekubitní matrace | 30 000 | 5 | 1/lůžko |
| Defibrilátor | 101 000 | 5 | 1/oddělení |
| EKG přístroj | 50 000 | 5 | 1/oddělení |
| Monitorovací centrála | 100 000 | 5 | 1/oddělení |
| Enterální pumpa | 30 000 | 5 | 0,5/lůžko |
| Ventilátor pro umělou plicní ventilaci | 380 000 | 5 | 1/lůžko |
| Transportní ventilátor | 130 000 | 5 | 1/oddělení |
| Monitor vitálních funkcí | 50 000 | 5 | 1/lůžko |
| Odsávačka (nevyžaduje se, pokud je centrální rozvod vakua) | 30 000 | 5 | 1/lůžko |
| Nebulizátor | 30 000 | 5 | 0,5/lůžko |
| Infuzní pumpa | 35 000 | 5 | 0,5/lůžko |
| Injekční dávkovač | 35 000 | 5 | 0,2/lůžko |

Tabulka 34 Požadavky technické a věcné vybavení NVP

Tabulka níže tedy podává obraz o nákladech na věcné a technické vybavení pracoviště následné ventilační péče na jedno lůžko.

Výsledná nákladovost ošetrovacího dne následné ventilační péče v kategorii přístrojové vybavení tedy činí 646 Kč. Opět platí, jako v případě kategorie personální náklady, že pro analýzy korelace výše úhrad versus nákladovost daná požadavky kladenými na tento ty péče, nutno počítat s nákladovostí určenou pro pracoviště následní intenzivní péče, tedy ve výši 911 Kč. Pro srovnání Registrační list ošetrovacího dne následné ventilační péče¹⁰⁷ udává náklad v sekci použité přístroje v částce 563 Kč.

¹⁰⁷ Registrační list ošetrovacího dne Následné ventilační péče (NVP) ze dne 29.6.2016 [18]

| název přístroje | Pořizovací hodnota | životnost ve dnech | náklady BTK, náhradní díly / ročně | opravy / ročně | počet | náklady / den $\bar{\varnothing}$ obložnost |
|--|--------------------|--------------------|------------------------------------|----------------|------------|---|
| Lůžko resuscitační /pro intenzivní péči | 100 000 Kč | 1734 | 2 300 Kč | 6 000 Kč | 1/lůžko | 79 Kč |
| Lůžko polohovatelné | 55 000 Kč | 1734 | 1 000 Kč | 3 300 Kč | N/A | |
| Antidekubitní matrace | 30 000 Kč | 1734 | 1 500 Kč | 1 800 Kč | 1/lůžko | 26 Kč |
| Defibrilátor | 200 000 Kč | 1734 | 5 300 Kč | 12 000 Kč | 1/oddělení | 16 Kč |
| EKG přístroj | 50 000 Kč | 1734 | 3 300 Kč | 3 000 Kč | 1/oddělení | 5 Kč |
| Monitorovací centrála | 130 000 Kč | 1734 | 1 500 Kč | 7 800 Kč | 1/oddělení | 10 Kč |
| Enterální pumpa | 30 000 Kč | 1734 | 1 500 Kč | 1 800 Kč | 0,5/lůžko | 13 Kč |
| Ventilátor pro umělou plicní ventilaci | 400 000 Kč | 1734 | 15 000 Kč | 24 000 Kč | 1/lůžko | 332 Kč |
| Transportní ventilátor | 150 000 Kč | 1734 | 15 000 Kč | 9 000 Kč | 1/oddělení | 15 Kč |
| Monitor vitálních funkcí | 100 000 Kč | 1734 | 2 700 Kč | 6 000 Kč | 1/lůžko | 80 Kč |
| Odsávačka (nevyžaduje se, pokud je centrální rozvod vakua) | 50 000 Kč | 1734 | 600 Kč | 3 000 Kč | 1/lůžko | 38 Kč |
| Nebulizátor | 30 000 Kč | 1734 | 600 Kč | 1 800 Kč | 0,5/lůžko | 12 Kč |
| Infuzní pumpa | 35 000 Kč | 1734 | 1 300 Kč | 2 100 Kč | 0,5/lůžko | 15 Kč |
| Injekční dávkovač | 35 000 Kč | 1734 | 1 300 Kč | 2 100 Kč | 0,2/lůžko | 6 Kč |
| Total | | | | | | 646 Kč |

Tabulka 35 Náklady na technické a věcné vybavení NVP (na 1 lůžko)

5.4.4.3 Léčivé přípravky, výživa

Zatímco registrační list ošetrovacího dne následné ventilační péče¹⁰⁸ pracuje s náklady na léčivé přípravky v částce 941 Kč, z provedené analýzy vyplývá částka 971 Kč. Nicméně jak již vícekrát v této práci konstatováno, díky absenci právní úpravy pracoviště NIP, co do podmínek a požadavků na poskytování, je pacientům v současné době poskytována péče totožná jako na pracovišti následné intenzivní péče, nutno tedy pracovat s výší nákladů, jež vzešla z analýzy pro pracoviště NIP a činí 1.403 Kč.

| rok | míra inflace | meziroční nárůst |
|------|--------------|------------------|
| 2016 | 0,7 % | 948 Kč |
| 2017 | 2,5 % | 971 Kč |

Tabulka 36 meziroční nárůst nákladů na léčivé přípravky NVP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko)

5.4.4.4 Spotřební zdravotnický materiál (SZM)

Registrační list ošetrovacího dne následné ventilační péče¹⁰⁹ uvádí náklady na spotřební zdravotnický materiál v částce 1.667 Kč. Kalkulace pro následnou ventilační péči dospěla k nákladům ve výši 1.721 Kč, kalkulace pro následnou intenzivní péči pak k nákladům ve výši 2.331 Kč.

| rok | míra inflace | meziroční nárůst |
|------|--------------|------------------|
| 2016 | 0,7 % | 1 679 Kč |
| 2017 | 2,5 % | 1 721 Kč |

Tabulka 37 meziroční nárůst nákladů na spotřební zdravotnický materiál NVP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko)

¹⁰⁸ Registrační list ošetrovacího dne Následné ventilační péče (NVP) ze dne 29.6.2016 [18]

¹⁰⁹ Registrační list ošetrovacího dne Následné ventilační péče (NVP) ze dne 29.6.2016 [18]

5.4.4.5 Medicinální kyslík

Registrační list ošetrovacího dne následné ventilační péče¹¹⁰ obsahuje v nákladové položce medicinální kyslík výši nákladů v částce 450 Kč, provedené kalkulace nákladů je na úrovni 478 Kč, kalkulace pro následnou intenzivní péči dospěla k částce 424 Kč, právě z důvodu menšího poměru ventilovaných pacientů oproti celkovému počtu pacientů na pracovišti.

| položka | Pořizovací hodnota | životnost ve dnech | náklady BTK, náhradní díly / ročně | opravy / ročně | ročně | náklady / den \varnothing obloženost |
|---------------------------|--------------------|--------------------|------------------------------------|----------------|------------|--|
| investice do rozvodů | 2 750 000 Kč | 1734 | 18 000 Kč | 165 000 Kč | | 206 Kč |
| nájemné za lahve s plynem | | | | | 345 000 Kč | 90 Kč |
| spotřeba | | | | | 700 000 Kč | 182 Kč |
| Total | | | | | | 478 Kč |

Tabulka 38 náklady na medicinální kyslík NVP (na 1 lůžko)

5.4.4.6 Strava

Provedená analýza meziročního nárůstu nákladů na stravní patientskou jednotku dospěla k výši nákladů 117 Kč, kalkulace provedená pro následnou intenzivní péči dosáhla hodnoty totožné, registrační list ošetrovacího dne následné ventilační péče¹¹¹ pak pracuje s částkou 113 Kč.

| rok | míra inflace | meziroční nárůst |
|------|--------------|------------------|
| 2016 | 0,7 % | 114 Kč |
| 2017 | 2,5 % | 117 Kč |

Tabulka 39 meziroční nárůst nákladů na stravní jednotku NVP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko)

¹¹⁰ Registrační list ošetrovacího dne Následné ventilační péče (NVP) ze dne 29.6.2016 [18]

¹¹¹ Registrační list ošetrovacího dne Následné ventilační péče (NVP) ze dne 29.6.2016 [18]

5.4.4.7 Režie

Provedená analýza meziročního nárůstu nákladů režie udává 187 Kč, kalkulace provedená pro následnou intenzivní péči dosáhla téže hodnoty, registrační list ošetrovacího dne následné ventilační péče¹¹² pak pracuje s částkou 181, 52 Kč.

| rok | míra inflace | meziroční nárůst |
|------|--------------|------------------|
| 2016 | 0,7 % | 183 Kč |
| 2017 | 2,5 % | 187 Kč |

Tabulka 40 meziroční nárůst nákladů na režii NVP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko)

5.4.4.8 Výsledek analýz nákladovosti jednotlivých segmentů OD NVP

V návaznosti na provedené analýzy výše nákladů, jež jsou, kladeny na provozování pracoviště následné ventilační péče, je možné dospět k závěru, že pracoviště NVP spotřebuje na jeden ošetrovací den finanční prostředky ve výši 7 299 Kč. Nicméně korelaci výše úhrad versus nákladovost nutno v případě následné ventilační péče validovat s nákladovostí určenou pro pracoviště následní intenzivní péče, neb NVP stále není v legislativním systému poskytování zdravotních služeb právně ukotvena.

Přehled níže porovnává výši nákladů z Registračního listu ošetrovacího dne následné ventilační péče¹¹³ ku nákladům zjištěným v rámci výpočtů provedených v této podkapitole a dále vůči nákladům zjištěným při analýzách nákladů na následnou intenzivní péči.

¹¹² Registrační list ošetrovacího dne Následné ventilační péče (NVP) ze dne 29.6.2016 [18]

¹¹³ Registrační list ošetrovacího dne Následné ventilační péče (NVP) ze dne 29.6.2016 [18]

| nákladové položky | dle registračního listu ošetrovacího den následné intenzivní péče (NVP) | dle provedených analýz pro NVP | dle provedených analýz pro NIP | % rozdíl (RL versus analýza NVP) | % rozdíl (RL versus analýza NIP) |
|---------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| osobní náklady | 2 416 Kč | 3 179 Kč | 4 728 Kč | 131,58 % | 195,70 % |
| strava | 113 Kč | 117 Kč | 117 Kč | 103,54 % | 103,54 % |
| léčivé přípravky, výživa | 941 Kč | 971 Kč | 1 403 Kč | 103,19 % | 149,10 % |
| medicinální kyslík | 450 Kč | 478 Kč | 424 Kč | 106,22 % | 94,22 % |
| materiál | 1 667 Kč | 1 721 Kč | 2 331 Kč | 103,24 % | 139,83 % |
| použité přístroje | 563 Kč | 646 Kč | 911 Kč | 114,74 % | 161,81 % |
| režie | 182 Kč | 187 Kč | 187 Kč | 103,02 % | 103,02 % |
| suma | 6 332 Kč | 7 299 Kč | 10 101 Kč | 115,28 % | 159,54 % |

Tabulka 41 porovnání nákladovosti NVP registrační list vs. analýza (na 1 lůžko)

5.5 Navrhované legislativní změny

Resumé této subkapitoly je návrh legislativních změn, jež by měly přispět k narovnání distorze alespoň co do vybalancování nákladů na následnou ventilační péči, jež je v současné době hrazena úhradou, jejíž výše odpovídá cirka 60 % výši úhrady za ošetrovací den následné intenzivní péče. Nicméně požadavky kladené na její provozování korespondují s těmi, respektive jsou totožné, jako je tomu u následné intenzivní péče. Zároveň by měl tento návrh sanovat diskrepance v podílu nákladů ku výši úhrady za kompletní segment následné intenzivní péče, kdy navrhovaná výše valorizace pro 2019 reflektuje výsledky analýz v této práci provedených.

Tato kapitola si neklade za cíl napravit systém financování zdravotní péče jako takový. Jedná se spíše o pokus vybalancovat tuto parciální oblast.

Následuje návrh změn ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb a ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, jež vycházejí ze závěrů pracovní skupiny vedené doc. MUDr. Martina Strítěského, CSc.

Zároveň však, pro rok 2019 a následná období, je zapotřebí revidovat výši úhrady u všech tří kategorií, tedy za ošetrovací den následné intenzivní péče, následné ventilační péče i dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. Navrhovaná valorizace úhrad vychází z kalkulací provedených v této kapitole, jež odpovídají aktuální úrovni odměňování zdravotnických pracovníků, trendu zdravotnické techniky a jejich současných cen pořízení včetně správy i korektní úrovni výše nákladů na stravování, léčivé přípravky, spotřební zdravotnický materiál i administraci poskytovatele. Přičemž je v souladu s recentní judikaturou uvažován i zisk, respektive marže ve výši 10 %.

| péče | nákladovost z provedených analýz | zisková marže | očekávaný výnos | úhrada 2018 (hodnota bodu 1,06) | navýšení úhrady v % | navýšení ve vztahu k hodnotě bodu |
|------|----------------------------------|---------------|-----------------|---------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| NIP | 10 101 Kč | 1 010 Kč | 11 111 Kč | 9 926 Kč | 112 % | 1,19 |
| DIOP | 2 661 Kč | 266 Kč | 2 927 Kč | 2 333 Kč | 125 % | 1,33 |
| NVP | 7 299 Kč | 730 Kč | 8 029 Kč | 6 519 Kč | 123 % | 1,31 |

Tabulka 42 kalkulace optimální výše úhrad pro rok 2019

Následuje tedy i návrh na doplnění Vyhlášky č. XY/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019. Přičemž zároveň platí, že navrhovaná úprava výše úhrady za ošetrovací den NVP je podmíněna současným ukotvením této péče co do podmínek jejího poskytování.

5.5.1 Návrh na novelizaci Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb

V Příloze č. 2, v části II – zvláštní požadavky na personální zabezpečení lůžkové péče, se nově vkládá odstavec 3.8., který zní:

3.8. Následná ventilační péče

- a) anesteziolog nebo intenzivista 0,1 úvazku na lůžko,
- b) lékař s odbornou způsobilostí s certifikátem 0,04 úvazku na lůžko,
- c) sestra pro intenzivní péči bez dohledu 0,3 úvazku na lůžko,
- d) všeobecná sestra bez dohledu 0,4 úvazku na lůžko,

- e) zdravotnický asistent 0,4 úvazku na lůžko,
- f) sanitář, ošetrovatel nebo masér 0,5 úvazku na lůžko,
- g) fyzioterapeut bez dohledu 0,1 úvazku na lůžko.

Zdravotní péče poskytovaná v pracovních dnech v době od 16.00 hodin do 7.00 hodin následujícího dne a v sobotu, v neděli a ve svátek¹⁷⁾ je zabezpečena anesteziologem nebo intenzivistou na maximálně 30 lůžek.

5.5.2 Návrh na novelizaci Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče

V Příloze č. 4, v části II – zvláštní požadavky se nově vkládá odstavec 3.8., který zní:

3.8. Následná ventilační péče

Vybavení:

- a) lůžka pro intenzivní péči,
- b) defibrilátor,
- c) EKG přístroj,
- d) monitorovací centrála,
- e) enterální pumpa 1 ks na 3 lůžka,
- f) ventilátory pro umělou plicní ventilaci 1 ks na 2 lůžka,
- g) transportní ventilátor,
- h) zařízení pro zvlhčování dýchacích cest 1 ks na 2 lůžka,
- h) infuzní pumpa 1 ks na 2 lůžka,
- i) dávkovač stříkačkový 5 ks na 10 lůžek.

Vybavení u lůžka:

- a) monitor vitálních funkcí (EKG/RESP, NIBP, SpO₂),
- b) odsávačka – nevyžaduje se, pokud je centrální rozvod vakua.

Oddělení musí být vybaveno zdrojem medicínálního kyslíku a centrálního vakua pro ventilované pacienty. Rozvod vakua se nevyžaduje, pokud je oddělení vybavené elektrickými odsávačkami u lůžka.

5.5.3 Návrh na doplnění Vyhlášky č. XY/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019

V Příloze č. 1 - Hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení podle § 4, oddílu A) Hrazené služby podle § 4 odst. 2, odstavci 1. Paušální sazba za jeden den hospitalizace včetně zvláštní lůžkové péče podle § 22a zákona, se mění písmeno c), jež nově zní:

- c) Výkony následné intenzivní péče, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,19 Kč. Výkony dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,33 Kč. Výkony následné ventilační péče se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,31 Kč.

6 Závěr

O vyrovnanosti systému financování zdravotní péče v České republice, co do rozložení sil mezi poskytovatele a zdravotní pojišťovny, lze v návaznosti na provedené analýzy důvodně pochybovat.

Z analýzy odůvodnění nálezu Ústavního soudu, jež je rozpracována v kapitole čtvrté, lze postavit na jisto, že není přípustná situace, kdy je poskytování úhrad za zdravotní péči pro poskytovatele nepředvídatelné, založené na neomezené vůli pojišťoven (svévůli) s přímým dopadem do ústavně zaručeného práva na podnikání. Zdravotní pojišťovny tedy nejsou oprávněny krátit úhrady v případě, že poskytovatel odůvodní poskytnuté služby (a to i v případě služeb plánovaných) a případné rozhodnutí o krácení musí být řádně odůvodněno a musí ctít zásady předvídatelnosti, rovnosti, zákazu svévole a práva poskytovatele na podnikání (zejména ve smyslu umožnění reálného dosažení zisku). Praxe zdravotních pojišťoven však v tomto kontextu zůstává neoblomná co do výše úhrad a vždy si svým postavením zajistí s konkrétním poskytovatelem akceptaci dohody, na základě které, následně dojde k úhradě pouze té části zdravotní péče, která byla zakomponována v pojistném plánu pro dané období. Péče, která tak byla poskytovatelem skutečně poskytnuta nad rámec pojistného plánu zůstane neuhrazena.

Analýzou provedenou v kapitole páté je bez veškerých pochybností demonstrováno, že postavení zdravotních pojišťoven není rovno s postavením poskytovatelů a tím pádem veškeré negativní důsledky nekoordinovaného projektu NIP, NVP a DIOP nese poskytovatel.

Dokonce není možné ani hovořit o sdílení negativních následků, neb zdravotní pojišťovny v rámci výše úhrad za tento typ péče oproti minulému období ušetří, přičemž pacientů je stále stejné množství a péče, jež si jejich zdravotní stav žádá, je totožná.

Již v minulosti byly poskytovatelé tohoto segmentu péče nuceni vypořádat se s růstem nákladů (způsobený meziročním růstem mzdových nákladů zdravotnických profesionálů, inflací, změnou sazeb DPH a podobně) za současného snižování výše úhrad ze strany zdravotních pojišťoven. Tato práce detailně analyzuje dva historické milníky, a to první čtvrtletí roku 2012 a podzim roku 2016, respektive Sazebník výkonů na rok 2017.

Resumé kapitoly páté přináší návrh legislativních změn, jež by měly přispět k narovnání distorze alespoň co do vybalancování nákladů na následnou ventilační péči, jež je v současné

době hrazena úhradou, jejíž výše odpovídá cirka 60 % výši úhrady za ošetrovací den následné intenzivní péče. Nicméně požadavky kladené na její provozování korespondují s těmi, respektive jsou totožné, jako je tomu u následné intenzivní péče. Zároveň by měl legislativní návrh sanovat diskrepance v podílu nákladů ku výši úhrady za kompletní segment následné intenzivní péče, kdy navrhovaná výše valorizace pro 2019 reflektuje výsledky analýz v této práci provedených.

Je nasnadě vycházet z toho, co nám v uplynulých letech přinesl legislativní proces a návazná rozhodnutí soudů všech stupňů to potvrdila. Jak blíže popsáno ve čtvrté a páté kapitole této práce aktuální situace však tyto premisy nenaplnuje.

Pokud bychom měli zvážit modelaci nového systému financování je nezbytné vzít v úvahu, že systém financování zdravotní péče je nutno designovat na aktuální objem financí, jež je možné predikovat, že bude do systému vložen, že je rozdělení determinováno střety faktorů ovlivňující objektivní a subjektivní potřeby všech účastníků systému a následné skutečné spotřebě. Skutečná spotřeba je totiž vždy informací následnou, v čase proměnou a je ovlivněna demografickým vývojem, případnými mimořádnými událostmi jako jsou například epidemie či politickými rozhodnutími.

Jeví se tedy jako vysoce pravděpodobné, že nově strukturovaný systém by obdobně jako ten současný nerefletoval veškeré proměnné, jež do takto komplexního systému vstupují. Pokud by se přistoupilo k časově i materiálově náročnému projektu rekalkulace vstupů a výstupů, bude systém vždy vyžadovat objemově stejně náročný pravidelný update.

Zůstává tedy otázkou, zda je to důsledek nedostatečného objemu prostředků v systému, nadmírou poskytovatelů, účelovým generováním péče, kartelovým postavením zdravotních pojišťoven či jejich pluralitou, respektive existencí jako takovou.

Lze považovat za postavené najisto, že úplné rovnováhy instituce veřejného práva, tedy zdravotní pojišťovny, a soukromoprávního poskytovatele zdravotních služeb dosáhnout nelze. Jak identifikováno v jednotlivých kapitolách této práce, dochází k nerespektování základních pravidel, jež krom základu v legislativě jsou potvrzeny i rozhodovací praxí soudů. Důsledkem této distorze je přenos veškerých negativních důsledků z nedostatku financí či z neefektivního hospodaření zdravotních pojišťoven na poskytovatele, jenž sice svoji část úkolu čili poskytnutí zdravotní péče splnil, avšak tato mu byla uhrazena částečně nebo vůbec.

Fungování systému zdravotnictví bude vždy determinováno střety zájmů jednotlivých účastníků, jež nejsou ve vzájemném souladu, neb primárním zájmem

poskytovatele je maximalizovat výnos, v případě veřejných poskytovatelů pak naplnění předem daného rozpočtu

zdravotních pojišťoven je udržení vyrovnané hospodaření či dokonce tvorba rezerv

politické garnitury je udržení si funkce a již nabytých mocí

pacienta je získání co možné nejkvalitnější a nejmodernější péče

poplatníka je odvádět do systému co nejmenší objem finančních prostředků

Teorie zájmu byla a bude v systému financování zdravotnictví vždy existentní, správné nastavení je tedy otázkou vyváženého balancování mezi konkrétními potřebami.

7 Literatura

7.1 Monografie

[1] KOLBASOVÁ, Zuzana. Systém financování zdravotní péče v České republice. Praha, 2017. Závěrečná práce. Academy of Health Care Management. Vedoucí práce JUDr. Radek Polícar.

[2] ŠEDO, Jiří. DRG v praxi: seznámení s českou implementací úhradového systému DRG. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-950-3

[3] JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. Úvod do veřejného zdravotnictví. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9

7.2 Články

[4] Rozhovor s Ing. Ladislavem Friedrichem. *Ekonomie ve zdravotnictví*. 2017/2, str. 4 - 6. ISSN 2464-6164.

[5] VOSTATEK, Jaroslav. Politická ekonomie financování zdravotní péče. *Politická ekonomie*, Praha: Vysoká škola ekonomická, 2013, roč. 61, č. 6, s. 834-851. ISSN 0032-3233

[6] DRÁBKOVÁ, Jarmila. Následná intenzivní péče a možnosti umělé plicní ventilace v domácím prostředí pacienta. *Postgraduální medicína*. 2016, č. 5. ISSN 1212-4184

7.3 Právní přepisy

[7] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

[8] Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (Vyhláška č. 421/2016 Sb., Vyhláška č. 354/2017 Sb.)

[9] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

- [10] Zákon č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních pro rok 2017
- [11] Vyhláška č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018
- [12] Vyhláška č. 425/2011 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012,
- [13] Zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- [14] Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- [15] Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- [16] Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- [17] Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Registrační list ošetrovacího dne Následné intenzivní péče (NIP) ze dne 29.6.2016
- [18] Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Registrační list ošetrovacího dne Následné ventilační péče (NVP) ze dne 29.6.2016
- [19] Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Registrační list ošetrovacího dne Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) ze dne 29.6.2016
- [20] Metodické opatření Ministerstva Zdravotnictví č. 9/1998, Věstník, Koncepce následné lůžkové péče
- [21] Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
- [22] Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb

7.4 Internetové zdroje

[23] WIKIPEDIA, otevřená encyklopedie. Zdravotnictví. [online]. Poslední změna 27.6.2017 [cit. 2017-08-19]. Dostupné ze: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotnictv%C3%AD>

[24] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of WHO: principles [online]. [cit. 2017-08-19]. Dostupné ze: <http://www.who.int/about/mission/en/>

[25] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Seznamy zdravotních služeb – řešení. [online]. Publikováno dne 14.11.2008 [cit. 2017-08-20]. Dostupné ze: http://www.mzcr.cz/dokumenty/seznamy-zdravotnich-sluzeb-reseni_2058_1065_3.html

[26] ÚSTAV ZDRAVOTNÍCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Zdravotnická ročenka 2015 [online]. [cit. 2017-08-23]. ISSN: 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>

[27] NHS CHOICES. NHS general practitioners (GPs) services. [online]. [cit. 2017-08-20]. Dostupné ze: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/doctors/Pages/NHSGPs.aspx>

[28] WIKIPEDIA, otevřená encyklopedie. Zdravotnická záchranná služba [online]. Poslední změna 25.3.2017 [cit. 2017-08-19]. Dostupné ze: https://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotnická_záchranná_služba

[29] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Koncepce hygienické služby 2013 [online]. Publikováno dne 15.4.2013. Poslední změna 15.4.2014, 14:09. [cit. 2017-08-19]. Dostupné ze: http://www.mzcr.cz/dokumenty/koncepce-hygienicke-sluzby-2013_7740_5.html

[30] ČESKÁ LÉKÁRNICKÁ KOMORA. Lékárna patří mezi zdravotnická zařízení. [online]. [cit. 2017-08-19]. Dostupné ze: <http://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Kampan/LEKARNA-PATRI-MEZI-ZDRAVOTNICKA-ZARIZENI%21.aspx>

[31] ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. Posuzování výzkumných organizací [online]. [cit. 2017-08-19]. Dostupné ze: <http://www.vyzkum.cz/FrontClanek.aspx?idsekce=560752>

[32] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Tab. Vybrané ukazatele zdravotnictví – územní srovnání [online]. [cit. 2017-08-22]. Dostupné z:

https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt-parametry&f=TABULKA&z=T&katalog=30849&pvo=ZDR05&sp=A&c=v3~2__RP2015M P12DP31&str=v119

[33] DICTIONARY.COM. Patient. [online]. [cit. 2017-08-20]. Dostupné ze: <http://www.dictionary.com/browse/patient><https://vdb.czso.cz>

[34] NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY. Koncepce domácí péče [online]. Praha [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece0>

[35] ERNA MIČUDOVÁ, Poskytování umělé plicní ventilace v domácím prostředí, Bakalářská práce, Brno, 2006, dostupné z <https://theses.cz/id/q6imxq?lang=cs>

[36] MEDICÍNA, NEMOCI, STUDIUM NA 1. LF UK. Dialýza. [online]. Praha [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=dialyza>

[37] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Tab. změny počtu pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven mezi 1. 1. 2015 a 1. 1. 2016 po krajích [online]. Poslední změna 12.2.2016, 8:54 [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/obsah/zmeny-poctu-pojistencu-jednotlivych-zdravotnich-pojistoven-mezi-112015-a-112016-po-krajich_3507_3.html

[38] Internetový portál FINANCE.CZ Překročení maximálního vyměřovacího základu [online]. [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: <https://www.finance.cz/dane-a-mzda/mzda/vypocet-mzdy-a-zalohy-na-dan/prekroceni-maximalniho-vymerovaciho-zakladu/>

[39] Břetislav ANDRLÍK, internetový portál FinExpert.cz. Strop pro odvod pojistného na sociální a zdrav. pojištění. 14.8.2008 [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: <https://finexpert.e15.cz/strop-pro-odvod-pojistneho-na-socialni-a-zdrav-pojisteni>

[40] UNIQA POJIŠŤOVNA, a.s. Zdravotní pojištění [online]. [cit. 2017-08-20]. Dostupné ze: <https://www.uniqa.cz/zdravotni-pojisteni/>

[41] Ing. Michal ŽUROVEC, Ministerstvo financí České republiky. Stát v roce 2016 hospodařil s rekordním přebytkem 62 mld. Kč [online]. 3.1.2017 [cit. 2017-08-22]. Dostupné

z: <http://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2017/stat-v-roce-2016-hospodaril-s-rekordnim-27109>;

[42] Ing. Radek LEŽATKA, Ministerstvo financí České republiky. Schodek státního rozpočtu za rok 2014 je o 34 mld. nižší než plánovaný. [online]. 5.1.2015 [cit. 2017-08-23]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2015/pokladni-plneni-statniho-rozpoctu-cr-20131>

[43] Bc. Ondřej ŠRÁMEK, Ministerstvo financí České republiky. Výsledek hospodaření státního rozpočtu nejlepší od roku 2008. [online]. 2.1.2014 [cit. 2017-08-23]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2014/vysledek-hosp-statniho-rozpoctu-od-r2008-16289>

[44] Tiskové oddělení Ministerstva financí České republiky. Výsledky pokladního plnění státního rozpočtu ČR za rok 2011. [online]. 30.1.2012 [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2012/2012-01-30-tiskova-zprava-5147-5147>

[45] STÁTNÍ ZÁVĚREČNÝ ÚČET, Ministerstvo financí České republiky. Státní závěrečný účet za rok 2010. [online]. 17.6.2011 [cit. 2017-08-23]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/verejny-sektor/statni-rozpočet/plneni-statniho-rozpoctu/2010/statni-zaverecny-ucet-za-rok-2010-2059>

[46] ČESKÁ TELEVIZE. Vláda schválila zrušení poplatků u lékařů a v lékárnách. Česká televize. [online]. 2.7.2014 [cit. 2017-08-22]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1027261-vlada-schvalila-zruseni-poplatku-u-lekare-a-v-lekarnach>

[47] Tereza CHLUBNÁ, internetový portál iRozhlas.cz. Regulační poplatky ve zdravotnictví končí, zůstává jen 90 Kč za pohotovost. [online]. 1.1.2015 [cit. 2017-08-23]. Dostupné ze: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi-konci-zustava-jen-90-kc-za-pohotovost_201501010951_mvydrova

[48] ČESKÁ TELEVIZE. Poslanci zrušili poplatek u lékařů, ve zdravotnictví platí už jen jediný. [online]. 26.9.2014 [cit. 2017-08-22]. Dostupné ze: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1016190-poslanci-zrusili-poplatek-u-lekare-ve-zdravotnictvi-plati-uz-jen-jediny>

[49] VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. Regulační poplatky v roce 2008. [online]. [cit. 2017-08-23]. Dostupné ze: <https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky/regulacni-poplatky-v-roce-2008>

[50] FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. Jak od 1. dubna 2009 na regulační poplatky. [online]. [cit. 2017-08-22]. Dostupné ze: http://public.fnol.cz/www/docs/Regulacni_poplatky_od_01_04_2009.pdf

[51] VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. Pracoviště NIP a DIOP. [online]. [cit. 2018-09-14]. Dostupné ze: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/seznamy-center-a-szz/pracoviste-nip-a-diop>

[52] REGISTR SMLUV. [online]. [cit. 2018-09-07]. Dostupné ze: <https://smlouvy.gov.cz>

[53] UHERSKOHRADIŠŤSKÁ NEMOCNICE. Jídelní lístek nadstandardní stravy pro pacienty. [online]. [cit. 2018-09-07]. Dostupné ze: <https://www.nemuh.cz/doc/0c1f2618-ab21-11e6-bca6-52540021ce28/@@download>

[54] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Inflace. [online]. [cit. 2018-09-07] Dostupné ze: https://www.czso.cz/csu/czso/mira_inflace

[55] ÚSTAV ZDRAVOTNÍCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Zdravotnická ročenka 2016[online]. [cit. 2018-09-08]. ISSN: 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>

[56] internetový portál iDNES / EKONOMIKA. Je lékař s platem 70 tisíc střední třída? [online]. [cit. 2018-09-07]. Dostupné ze: https://ekonomika.idnes.cz/co-je-stredni-trida-anketa-mezi-ekonomy-a-sociology-f87/ekonomika.aspx?c=A170223_180418_ekonomika_map1

7.5 Přednášky / prezentace

[57] STRÍTESKÝ Martin. Vyhodnocení pasportizace pracovišť následné intenzivní péče a výsledků pilotního projektu, Seminář pořádaný Výborem pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, Následná intenzivní péče, 17. dubna 2015.

7.6 Judikatura

[58] Pl.ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013, 396/2013 Sb., N 178/71 SbNU 105, Úhradová vyhláška pro rok 2013

8 Seznam tabulek

| | |
|---|--------|
| Tabulka 1 Vybrané ukazatele zdravotnictví – územní srovnání. Český statistický úřad. [32] | - 12 - |
| Tabulka 2 Vývoj počtu zdravotních pojišťoven v letech | - 22 - |
| Tabulka 3 Počty pojištěnců a podíl jednotlivých zdravotních pojišťoven na trhu [37] | - 23 - |
| Tabulka 4 Procenta z příjmů ze závislé činnosti, maximální vyměřovací základ [38][39] | - 25 - |
| Tabulka 5 Přehled objemu pojistného (v mld. CZK) dle jednotlivých plátců [40][41][42][43][44] | - 26 - |
| Tabulka 6 Regulační poplatky a jejich výše (2008-2017) [47] [48] [49] [50] | - 29 - |
| Tabulka 7 Aktuální přehled pracovišť NIP, DIOP k 01.09.2018 [51] | - 47 - |
| Tabulka 8 Vývoj výše úhrad a označení segmentu péče NIP 1999-2018 | - 53 - |
| Tabulka 9 Hodnota nákladových položek z Registračních listů ošetřovacího dne NIP vs. NVP | - 64 - |
| Tabulka 10 Relace nákladovosti a výše úhrady NIP, NVP, DIOP | - 64 - |
| Tabulka 11 personální náklad zdravotnických pracovníků přepočtený na ošetřovací den | - 75 - |
| Tabulka 12 Požadavky na personální zabezpečení NIP (na 1 lůžko) | - 80 - |
| Tabulka 13 personální náklady ošetřovacího dne NIP (na 1 lůžko) | - 81 - |
| Tabulka 14 Požadavky technické a věcné vybavení NIP | - 82 - |
| Tabulka 15 Náklady na technické a věcné vybavení NIP (na 1 lůžko) | - 83 - |
| Tabulka 16 meziroční nárůst nákladů na léčiva a výživu NIP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko) | - 84 - |
| Tabulka 17 meziroční nárůst nákladů na spotřební zdravotnický materiál NIP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko) | - 84 - |

| | |
|--|--------|
| Tabulka 18 náklady na medicínální kyslík NIP (na 1 lůžko) | - 85 - |
| Tabulka 19 meziroční nárůst nákladů na stravní jednotku NIP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko) | - 85 - |
| Tabulka 20 meziroční nárůst nákladů na režii NIP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko) | - 85 - |
| Tabulka 21 porovnání nákladovosti NIP registrační list vs. analýza (na 1 lůžko) | - 86 - |
| Tabulka 22 Požadavky na personální zabezpečení DIOP (na 1 lůžko) | - 87 - |
| Tabulka 23 Personální náklady ošetrovacího dne DIOP (na 1 lůžko) | - 88 - |
| Tabulka 24 Požadavky technické a věcné vybavení DIOP | - 89 - |
| Tabulka 25 Náklady na technické a věcné vybavení DIOP (na 1 lůžko) | - 90 - |
| Tabulka 26 meziroční nárůst nákladů na léčivé přípravky u DIOP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko) | - 91 - |
| Tabulka 27 meziroční nárůst nákladů na spotřební zdravotnický materiál DIOP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko) | - 91 - |
| Tabulka 28 náklady na medicínální kyslík DIOP (na 1 lůžko) | - 92 - |
| Tabulka 29 meziroční nárůst nákladů na stravní jednotku DIOP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko) | - 92 - |
| Tabulka 30 meziroční nárůst nákladů na režii DIOP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko) | - 92 - |
| Tabulka 31 porovnání nákladovosti DIOP registrační list vs. analýza (na 1 lůžko) | - 93 - |
| Tabulka 32 Požadavky na personální zabezpečení NVP (na 1 lůžko) | - 94 - |
| Tabulka 33 Personální náklady ošetrovacího dne NVP (na 1 lůžko) | - 95 - |
| Tabulka 34 Požadavky technické a věcné vybavení NVP | - 96 - |
| Tabulka 35 Náklady na technické a věcné vybavení NVP (na 1 lůžko) | - 97 - |

| | |
|---|---------|
| Tabulka 36 meziroční nárůst nákladů na léčivé přípravky NVP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko) | - 98 - |
| Tabulka 37 meziroční nárůst nákladů na spotřební zdravotnický materiál NVP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko) | - 98 - |
| Tabulka 38 náklady na medicínální kyslík NVP (na 1 lůžko) | - 99 - |
| Tabulka 39 meziroční nárůst nákladů na stravní jednotku NVP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko) | - 99 - |
| Tabulka 40 meziroční nárůst nákladů na režii NVP v návaznosti na inflaci (na 1 lůžko) | - 100 - |
| Tabulka 41 porovnání nákladovosti NVP registrační list vs. analýza (na 1 lůžko) | - 101 - |
| Tabulka 42 kalkulace optimální výše úhrad pro rok 2019 | - 102 - |

9 Seznam Grafů

Graf 1 Vývoj počtu zdravotních pojišťoven v letech

- 22 -

10 Seznam obrázků

| | |
|---|--------|
| <i>Obrázek 1 Termín Odborný léčebný ústav v legislativě – časová přímka</i> | - 7 - |
| Obrázek 2 PROs & CONs Výkonového způsob úhrady | - 32 - |
| Obrázek 3 PROs & CONs Paušálního způsobu úhrady | - 33 - |
| Obrázek 4 PROs&CONs Systému DRG | - 35 - |
| Obrázek 5 PROs&CONs Kapitačně výkonového způsobu úhrady | - 35 - |

11 Seznam použitých zkratek

| | |
|---------|---|
| DIOP | Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče |
| NIP | Následná intenzivní péče |
| NVP | Následná ventilační péče |
| WHO | World Health Organization, Světová Zdravotnická Organizace |
| DRG | Diagnosis Related Group's |
| ÚS | Ústavní soud |
| RL | Registrační list |
| OD | Ošetrovací den |
| ČS ARIM | Česká společnost anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny |
| BTK | Bezpečnostně technická kontrola |
| SZM | Spotřební zdravotnický materiál |
| VZP | Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR |
| PEREX | Personnel expenditure, personální náklady |

12 Abstrakt

Tato rigorózní práce si klade za cíl popsat a posoudit vztah mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb se zaměřením na jeho nevyrovnanost, dominanci ze stran zdravotních pojišťoven, jakož i dopad této dominance na pacienta a celý systém zdravotnictví v České republice. Tato problematika se stala v současnosti velmi ožehavou z důvodu akcentování priority zdravotnictví ze strany politických představitelů, kdy toto je často velmi významným tématem lokální politiky, a též z důvodu pronikání businessu do zdravotnictví.

Cílem této práce je následně dojít k závěru o dlouhodobé udržitelnosti a vyrovnanosti přístupu současného systému úhrad k poskytovatelům zdravotních služeb, jakož i nastínění jiných možných scénářů vývoje. Cestou k tomuto závěru je pak zaměřením se na popis současných východisek poskytování zdravotní péče, zaměřením se na její financování a analýzu právní úpravy celé problematiky, jakož i shrnutí určujících soudních nálezů. Vyústění pak nachází v návrhu legislativních změn, jež by měly napravit distorzi v jednom ze segmentů poskytování zdravotních služeb, a to v poskytování následné intenzivní, následné ventilační a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče.

Z analýzy faktického stavu, jakož i z uvedených právních konsekvencí vyplývá, že současná podoba rámce poskytování zdravotních služeb není perfektní a má mnoho slabých míst. Úspěšnost jak současného, tak jakýchkoliv potencionálně nových systémů ve zdravotnictví je a vždy bude silně determinována výší prostředků, které bude mít systém k dispozici pro úhrady zdravotní péče. Poskytovatel zdravotních služeb bude z povahy samotného vztahu vždy slabším partnerem zdravotní pojišťovně, ale systém je možné alespoň částečně napřímit a nasměrovat k menší nerovnováze vztahu aplikací některých bazálních tržních mechanismů za předpokladu udržitelného a dostatečného financování systému zdravotnictví.

Klíčová slova

Finanční zdroje poskytovatelů zdravotní péče, Financování zdravotní péče (modely a formy), Úhradové mechanismy, Úhradová vyhláška, Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, Následná intenzivní péče, Následná ventilační péče, Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče.

13 Abstract

The system of financing health care in the Czech Republic

This thesis aims to describe and assess the relationship between health insurance companies and healthcare providers. It focuses on its imbalances, dominance by health insurance companies, as well as the impact of this dominance on the patient and the entire Czech Republic health care system. This issue has become very acute at present because of the accentuation of health policy priorities by political leaders, especially it is often a very important topic of local politics, and also because of the penetration of business into healthcare.

The next aim of this study is to conclude the long-term sustainability and balance approach of the current reimbursement system for providers of healthcare services, as well as outlining other possible scenarios. The way to this conclusion is a focus on the description of the current sources of health care provision, focus on its financing and the analysis of the legal regulation of the whole issues, as well as a summary of the determining court findings. The outcome is in the draft of legislative changes that should remedy the distortion in one of the segments of the providing of health services, namely in providing Follow-up intensive, Follow-up ventilation and Long-term intensive nursing care.

The analysis of the factual situation as well as the legal consequences indicate that the current form of the healthcare service delivery framework is not perfect and has many weaknesses. The success rate of both current and any potentially new healthcare systems is and always will be strongly determined by the amount of funds available to the healthcare system. The healthcare provider will always be the weaker partner of the health insurance company, but the system can be at least partially straightened and direct to a lesser imbalance in the relationship by the application of some basic market mechanisms, assuming a sustainable and sufficient funding of the healthcare system.

Keywords

Financial resources of health care providers, Financing of health care (models and forms), Payment mechanisms, Reimbursement decree, List of medical procedures with point values, Follow-up intensive care, Follow-up ventilation care, Long-term intensive nursing care.