

Vysoká škola polytechnická Jihlava

**VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA**

Katedra ekonomických studií

**Financování zdravotnického zařízení v ČR  
– Nemocnice Havlíčkův Brod**

bakalářská práce

Autor práce: Jiří Hiblbauer

Vedoucí práce: Ing. Markéta Svobodová

Jihlava 2019

# Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

- Autor práce: **Jiří Hiblbauer**
- Studijní program: **Ekonomika a management**
- Obor: **Finance a řízení**
- Název práce: **Financování zdravotnického zařízení v ČR – Nemocnice Havlíčkův Brod**
- Cíl práce: **Cílem bakalářské práce je popsat financování českého zdravotního systému na konkrétní nemocnici a vymezit hlavní složky v úhradovém systému – hospitalizační a ambulantní složku úhrady. Následně na konkrétních vybraných případech úhrad lůžkové péče provést posouzení dopadu změny financování v Nemocnici Havlíčkův Brod zavedením systému úhrady pomocí DRG.**

Ing. Markéta Svobodová  
vedoucí bakalářské

Ing. Martina Kuncová, Ph.D.  
vedoucí katedry  
Katedra ekonomických studií

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zabývá systémem financování českého zdravotnictví v konkrétní nemocnici. V teoretické části došlo k vysvětlení základních pojmů, jako jsou například zdravotní péče, zdravotní pojištění, zdraví. V praktické části je znázorněna analýza financování českého zdravotnictví, formy úhrady – hospitalizační složka, ambulantní složka a úhrada za léčivé přípravky. Dále jsme se zaměřili na pohled do budoucna, na možné změny v systému úhrad zdravotní péče, možnost zavedení systému úhrad zdravotní péče prostřednictvím DRG (projekt DRG Restart).

## **Klíčová slova**

Zdravotní péče; Case mix; DRG; Zdravotní pojišťovny; Složky úhrady zdravotní péče.

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with system of financial Czech health care in a hospital. In the theoretical part of the explanation of key terms, such as health care, health insurance, health. In the practical part of the Czech health financing is shown, forms of remuneration, outpatient and in-patient reimbursement for medicinal products. In the next part I focused on looking forward to possible changes in the system of reimbursement of health care, the possibility of introducing a system reimbursement of health care through DRG (DRG Restart project).

## **Key words**

Healthcare; Case mix; DRG classification system; Health insurance companies; Part fee health care.

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl jsem seznámen s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 30. dubna 2019

.....  
Podpis studenta

## Obsah

Úvod.....	9
Motivace .....	10
1    Základní pojmy .....	10
1.1    Zdraví .....	10
1.2    Právo na zdraví.....	11
1.3    Zdravotní péče.....	12
1.4    Zdravotnický systém .....	12
1.5    Nemoc .....	13
1.6    Měření zdraví a nemoci.....	13
2    Financování zdravotní péče .....	13
2.1    Úhradová vyhláška.....	14
2.2    Formy financování zdravotní péče.....	19
2.3    Zdravotní pojištění .....	20
3    Analýza systému zdravotního pojištění v ČR.....	21
3.1    Zdravotní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění.....	21
3.2    Zdravotní pojišťovny .....	22
3.3    Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.....	24
3.4    Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny .....	26
3.5    Smlouvy poskytovatelů s pojišťovnami – dohadovací řízení .....	26
3.6    Přerozdělování pojistného .....	26
3.7    Systémy Diagnosis – Related Group (DRG) .....	27
3.8    Výše úhrady zdravotní péče za DRG .....	30
3.8.1    Aktuální situace týkající se zavádění DRG .....	31
3.8.2    Úhrada vyčleněná z paušální úhrady – porody.....	33
3.9    Statistické údaje za ČR.....	33
3.9.1    Sít' zdravotnických zařízení v ČR.....	33
3.9.2    Nemocnice v ČR z hlediska zřizovatele .....	34
3.9.3    Nemocnice v ČR z hlediska lůžkové kapacity.....	35
3.9.4    Stručné zhodnocení situace v oblasti zdravotnických zařízení.....	36
3.10    Zdravotní péče v Kraji Vysočina a demografické údaje .....	36
3.10.1    Současná situace v Kraji Vysočina.....	36
3.10.2    Současný stav zdravotnických zařízení v Kraji Vysočina .....	38
3.10.3    Ekonomická situace nemocnic v Kraji Vysočina .....	40
3.10.4    Strategické vize kraje v oblasti zdravotnictví .....	41
3.11    Hodnocení českého zdravotnictví.....	41

4	Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace.....	45
4.1	Historie Havlíčkobrodské nemocnice, příspěvková organizace .....	45
4.2	Současnost Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace .....	46
4.3	Základní ukazatele .....	50
4.4	Metodika bakalářské práce.....	51
4.5	Analýza úhrady zdravotní péče.....	51
4.6	Hospodaření Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace v roce 2018 .....	54
4.7	Finanční ohodnocení porodů přes DRG.....	59
5	Diskuze .....	64
	Závěr .....	65
	Seznam použité literatury .....	67
	Přílohy.....	69

## Seznam obrázků

Obrázek 1 – Hlavní determinanty zdraví (Whitehead & Dahlgren, 2006).....	11
Obrázek 2 – Struktura hospitalizační úhrady na rok 2018 (ICZ, 2018) .....	15
Obrázek 3 – Struktura ambulantní úhrady na rok 2018 (ICZ, 2018).....	16
Obrázek 4 – Výdaje na zdravotní péči (OECD, 2015) .....	16
Obrázek 5 – Podíl výdajů na zdravotní péči na HDP v zemích EU a vybraných státech světa v roce 2016 [v %] (ČSÚ, 2019).....	17
Obrázek 6 – Zůstatky ZP na bankovních účtech (Vojtěch, 2019) .....	18
Obrázek 7 – Výdaje na zdravotní péči dle zemí (% HDP). (ÚZIS, 2019a).....	20
Obrázek 8 – Síť referenčních nemocnic (MZ, 2016).....	33
Obrázek 9 – Kvalita a dostupnost péče (HTC, 2018).....	42
Obrázek 10 – Lidské zdroje a bezpečnost (HTC, 2018).....	42
Obrázek 11 – Hodnocení nemocnic a finance (HTC, 2018).....	43
Obrázek 12 – Rezervy v oblasti nemocniční péče (HTC, 2018) .....	43
Obrázek 13 – Původní budova Havlíčkobrodské nemocnice na začátku 20. století (Betlach, 2006).....	45
Obrázek 14 – Současná budova Havlíčkobrodské nemocnice zdroj (Betlach, 2006) ....	50

## Seznam tabulek

Tabulka 1 – Zdravotní pojišťovny .....	25
Tabulka 2 – Přehled hlavních diagnostických kategorií (MDC) .....	29
Tabulka 3 – Přehled vývoje počtu obyvatel Kraje Vysočina.....	38
Tabulka 4 – Lůžka ve zdravotnických zařízeních Kraje Vysočina .....	38
Tabulka 5 – Přehled ukazatelů.....	50
Tabulka 6 – Hospitalizace 2018.....	52
Tabulka 7 – Ambulance 2018.....	53
Tabulka 8 – Přehled nákladů .....	54
Tabulka 9 – Přehled závazků .....	59
Tabulka 10 – DRG porody.....	60
Tabulka 11 – Základní sazby .....	60
Tabulka 12 – DRG případy.....	61
Tabulka 13 – Hospodaření gynekologicko – porodnického oddělení .....	62
Tabulka 14 – Finanční ohodnocení jednotlivých typů porodů .....	63

## Seznam použitých zkratek

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
CT	celotělový skener
CM	case mix
DHM	dlouhodobý hmotný majetek
DRG	Diagnostic related groups
HDP	hrubý domácí produkt
FKSP	fond kulturní a sociálních potřeb
IROP	integrovaný regionální operační program
JIP	jednotka intenzivní péče
KV	Kraj Vysočina
LDN	léčba dlouhodobě nemocných
LSPP	lékařská služba první pomoci
MDC	major diagnostic categories
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
NIP	následná intenzivní péče
ORL	otorinolaryngologie
PCIMP	Perinatologická centra intermediární péče
RDG	radiodiagnostické oddělení
SZM	spotřební zdravotnický materiál
TEP	totální endoprotéza
ÚZIS	Úřad zdravotnických informací a statistiky
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WHO	World health organization
ZP	zdravotní pojišťovna



## Úvod

Zdravotnictví se v médiích objevuje často a pravidelně. Setkáváme se s názory na podfinancování našeho zdravotnictví, přetěžování zdravotnických pracovníků – lékařů, sester a ostatních pracovníků, vyskytují se problémy s agresivními pacienty, nedostatkem personálu, nerovnostmi mezi zdravotnickými pracovníky pracujícími ve státních nemocnicích oproti soukromému sektoru. Financování zdravotnictví představuje jeden ze závažnějších problémů v rozpočtech veřejných i soukromých. Téma financování zdravotnictví se stává, hlavně před volbami, prioritním tématem předvolebních diskusí a prohlášení. Reforma neefektivního zdravotnictví fungujícího před rokem 1989 se nepodařila doposud dotáhnout zcela do konce. Již od roku 1996 se zavádí nový systém financování prostřednictvím tzv. DRG. Zdraví je pro každého jednou z nejdůležitějších hodnot, proto každý na toto téma slyší. V minulých obdobích například jedna z politických stran postavila svůj volební program na zrušení regulačních poplatků. Tímto si přihrála značné množství voličů, ale skutečnost byla a je jiná. Regulační poplatky ve skutečnosti nebyly zrušeny, jen je neplatí přímo pacient, ale jsou hrazeny prostřednictvím jednotlivých zdravotních pojišťoven. Šlo o populistické prohlášení, ale stejně tyto poplatky pacienti zaplatí, jen jinou formou – nepřímou.

Zdraví je nejdůležitější hodnota v životě člověka. Zdraví si lze vysvětlit, buď jako stav úplné fyzické, duševní i sociální pohody nebo také jako rovnovážný stav celého našeho organismu. Zdraví ovlivňuje mnoho faktorů. Jsou to faktory biologické – vrozené dispozice, se kterými se člověk rodí, prostředí ve kterém žije, životní styl i úroveň zdravotní péče.

Praktická část práce je zaměřena na financování zdravotní péče v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace. Na hlavní složky úhradového mechanismu – hospitalizační a ambulantní. Dojde k rozboru hlavních nákladových a výnosových položek. Na konkrétních případech se posoudí rozdíly ve výši finančního ohodnocení diagnóz placených formou hospitalizačního paušálu proti systému úhrady formou DRG.

## **Motivace**

Bakalářská práce je zaměřena na aktuální problematiku financování zdravotní péče. V roce 2014 vnikl projekt s názvem DRG Restart. Aplikace DRG do úhradového mechanismu probíhá v České republice již od roku 1996, do budoucna se očekává přechod na vlastní verzi systému s označením CZ-DRG. V současné době probíhá sledování a analyzování dat ve vybraných referenčních nemocnicích. Z Kraje Vysočina se do projektu zapojila Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace. Po přečtení bakalářské práce by měl čtenář získat přehled o finančním hospodaření, o hlavních složkách úhrady, nejvýznamnějších nákladech a dále by měl také zhodnotit smysluplnost zavedení DRG.

## **Cíl bakalářské práce**

Cílem bakalářské práce je popsat systém financování českého zdravotního systému.

Výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1

Jaké jsou hlavní složky úhradového mechanismu financování zdravotní péče?

Výzkumná otázka č. 2

Jaký by byl finanční dopad v Nemocnici Havlíčkův Brod porovnáním paušální platby a platby pomocí systému úhrady DRG?

## **1 Základní pojmy**

### **1.1 Zdraví**

Zdraví je podle definice uvedené v zakládajícím dokumentu WHO z roku 1946 vymezeno jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“. Tato definice naznačuje, že zdraví je určitým ideálem, ke kterému se lze přiblížit, ve vzácném případě jej naplnit. Zdraví je nezbytnou podmínkou participace jedince na společenských aktivitách, umožňuje mu realizovat primární a sekundární potřeby, rozvíjet jeho lidský i sociální potenciál. Zdraví není jen biologickou charakteristikou, ale významnou individuální i společenskou hodnotou. Determinanty zdraví jsou faktory, které pozitivně i negativně ovlivňují lidské zdraví. (Barták, 2010)

Determinanty dle Roberta Beaglehole jsou:

- determinanty dědičné – ovlivňují naše zdraví přibližně z 20-25 %,
- sociální a ekonomické determinanty – zahrnují postavení na trhu práce, pracovní podmínky, vzdělání, bydlení a rodinné podmínky,

- životní styl a další determinanty související s chováním – kouření, konzumace alkoholu, fyzická aktivita, péče o sebe sama,
  - pohlaví,
  - kulturní determinanty – například vztah ke starším lidem,
  - politické determinanty – sociální, ekonomické prostředí a zdravotnický systém.
- (Barták, 2010)



Obrázek 1 – Hlavní determinanty zdraví (Whitehead & Dahlgren, 2006)

## 1.2 Právo na zdraví

Pod právem na zdraví není chápán závazek společnosti zajistit každému jedinci život bez nemocí, ale spíše právo na ochranu zdraví a právo ve smyslu garantovaného přístupu ke zdravotním službám.

Obecně existují dva základní přístupy k právu na zdraví:

1. liberální přístup,
2. rovnostářský přístup.

Podle liberální teorie je přístup ke zdravotní péči výsledkem individuálního úsilí a svobodného výběru. Právo na zdraví je chápáno jako právo jedince být chráněn před zdravotními riziky. Tento přístup nepřipouští možnost donutit jedince, aby povinně přispíval na sociálně slabší. Právo na svobodu a soukromé vlastnictví je prioritní, tj. před právem na prospěch, užitek a sociální služby. Toto pojetí práva na zdraví bylo a je vlastní americkému zdravotnictví. (Borovský, Dyntarová, 2012)

V rámci rovnostářského přístupu je užití zdrojů vázáno na morální hodnoty a lidé mají povinnost zacházet se zdroji tak, aby jejich distribuce byla co nejvíc rovná a spravedlivá.

K charakteristikám rovnostářského přístupu lze zařadit mimo jiné:

3. právo na přístup k zdravotním službám,
4. solidaritu,
5. povinné finanční příspěvky (daně, zdravotní pojištění). (Borovský, Dyntarová, 2012)

### 1.3 Zdravotní péče

Zdravotní péče jsou statky, které jsou poskytovány na tržní, polotržní i netržní bázi. Tyto statky mají charakter smíšených kolektivních statků a jako takové jsou pod ochranou – regulací státu.

Ve zdravotní péči je rozlišován rationing :

Implicitní, právo lékaře. Pokud potřeby pacientů překročí finanční omezení, dojde k zavedení pořadníku a pacienti získávají služby dle pořadí registrace. Tento postup lze zvolit u plánovaných výkonů, toto nelze zavést u akutních případů. Tento systém s sebou přináší i značné riziko korupce, kdy si pacienti mohou vymoci zkrácení doby, výběr lékaře finančním úplatkem.

Explicitní, využije se v případě oddělenosti poskytovatelů zdravotní péče a plátců. Z důvodu ekonomické efektivnosti není výhodné poskytovat neúčinné zdravotní služby. „*Medicina založená na důkazech je svědomitá, jednoznačná a kritická využívání nejlepších současných důkazů pro rozhodování o péči poskytované jednotlivým pacientům*“. (Maayová, 2012, s. 23)

### 1.4 Zdravotnický systém

Ekonomika zdravotnických zařízení je odvislá nejen od čistě ekonomických faktorů úspěšnosti, tj. od výkonnosti, rozsahu nabídky, produktivity, množství výkonů, počtu spokojených pacientů atd., ale rovněž souvisí s právní formou zdravotnické organizace. Jednotlivé právní formy zdravotnických institucí mají mnohdy významné ekonomické odlišnosti, zejména v oblasti daňové a ve formě účetnictví. (Maayová, 2012)

Zdravotnictví je systém, který zahrnuje především zdravotnická zařízení, zdravotnické služby a také pracovníky pracující v tomto oboru. Jeho hlavní cíl je ochrana, udržení a zlepšení zdraví naší populace. Dalším cílem je zajištění dostatečného a odborně způsobilého personálu, který je i dostatečně finančně zajištěn. Zdravotnické systémy jsou různé v jednotlivých zemích, jak ve způsobu vlastnictví, financování i organizací a řízení. Ve vyspělých zemích lze systémy rozčlenit do tří skupin:

- zdravotnictví financované z daní – státní zdravotnictví,
- zdravotnictví financované z veřejného zdravotního pojištění – bismarckovský model,
- tržně orientované zdravotnictví s hlavní rolí soukromého zdravotního pojištění – liberální model.

U prvních dvou modelů je zaručen dohled, garance státu. V liberálním modelu je odpovědnost za zdraví na obyvatelích, stát garantuje péči omezeně.

V roce 2013 podíl veřejných výdajů na zdravotnictví činil 84,7 %, soukromých výdajů bylo 15,3 %. Veřejné výdaje jsou výdaje zdravotních pojišťoven, tyto nesou hlavní část financování zdravotnictví v ČR. Ve vztahu k HDP činily v roce 2013 celkové výdaje 6,03 %. U soukromých výdajů jsou největší položkou platby za léky a zdravotnické potřeby. (Blažek, Kerlinová, Tomášková, 2016)

## 1.5 Nemoc

Pojem nemoc lze definovat jako zjištěnou poruchu zdraví, která má své příčiny, průběh i následky, kterou lze určit a klasifikovat tím, že pro většinu lidí je nemoc spojena s vnímanými nesnázemi. Z hlediska samotné léčby i vykazování má značný význam klasifikace nemocí. S současné době je v ČR pro tyto účely využívána mezinárodní klasifikace nemocí 10 (MKN 10). V ní jsou nemoci členěny do jednadvaceti skupin. (Barták, 2010)

## 1.6 Měření zdraví a nemoci

Metodické základy měření zdraví a nemoci poskytuje epidemiologie, bez jejíchž poznatků by tvorba zdravotní politiky nebyla myslitelná. Epidemiologie je také základní disciplínou v rámci sociálního lékařství.

Základními ukazateli nemocnosti jsou:

- incidence – popisuje počet nových případů nemoci v časovém intervalu,
- prevalence – rozsah nemoci v populaci k určitému datu,
- průměrná délka trvání nemoci. (Barták, 2010)

## 2 Financování zdravotní péče

V České republice byla pro roce 1989 zavedena platba za výkon. To znamená, že všechny výkony, které poskytovatelé zdravotní péče vykonali, byly i uhrazeny. Tento systém byl ale často zneužíván a docházelo k výraznému nárůstu vykázaných výkonů. Tyto výkony nebyly

zcela nezbytné pro účely léčby pacienta. Tento systém byl v roce 1997 změněn a byly do něj vloženy regulační mechanismy. Došlo k zavedení tzv. paušální úhrady. Sjednaná úhrada na aktuální období se srovnává s předchozím (referenčním obdobím), zpravidla dva roky zpátky. Tento systém nemotivuje poskytovatele k přijímání nových pacientů, rozvoji centralizovaných programů a neumožňuje reagovat na aktuální situaci ve zdravotních službách. Tento způsob úhrady fungoval do roku 2007. Po roce 2007 začal být postupně pro stanovení zmíněného paušálu zaváděn systém DRG. V roce 2012 bylo snahou sjednotit podmínky pro všechny poskytovatele formou přiblížení tzv. základní sazby. (Šedo, 2013).

Výdaje na zdravotnictví závisí na ekonomickém potenciálu dané země. V ČR jsou v současné době výdaje meziročně navyšovány. Hlavním podnětem pro zvyšování výdajů do zdravotnictví je nedostatek zdravotnického personálu. Nedostatkem lékařského personálu jsou postiženy převážně zdravotnická zařízení regionální působnosti a v příhraničí u hranic s Německem a Rakouskem, kde jsou proti platovým podmínkám v ČR výrazně vyšší platy. Velké fakultní nemocnice mají daleko větší problém s nelékařskými zdravotnickými pracovníky – všeobecné sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuti, laboranti, sanitáři. Kvůli nedostatku tohoto personálu jsou nuceni na úkor pacientů, na některých odděleních, omezovat provoz a snižovat počet lůžek. Nárůstu výdajů do zdravotního systému nahrává v současné době růst hrubého domácího produktu, minimální nezaměstnanost (vyšší platby za zaměstnance) a navyšování plateb za pojištěnce, za které platí zdravotní pojištění stát. Pojišťovny mají vyšší výběr zdravotního pojištěné a mohou tedy uvolnit zvýšené vybrané finanční prostředky do zdravotního systému. V roce 2019 lze z médií pozorovat zpomalování ekonomického růstu a z tohoto důvodu lze očekávat zvyšování nezaměstnanosti. Také tempo navyšování mezd nebude takové, jako tomu bylo v letech minulých. Výběr zdravotního pojištění se z těchto důvodů sníží, tím dojde ke zhoršení finanční situace zdravotních pojišťoven. (Insight, 2019)

## **2.1 Úhradová vyhláška**

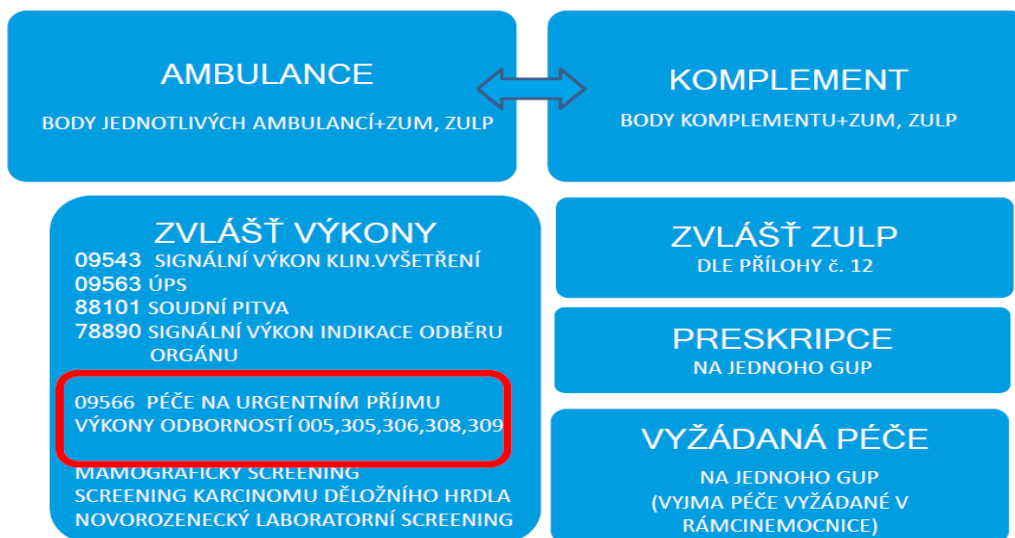
Úhradová vyhláška stanoví na platný aktuální rok hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění budoucích předpisů, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a dále úhrada služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, členských států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace, podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení a pojištěncům dalších států, se

kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb a regulační omezení pro úhrady uvedené v § 3 až 19, poskytované smluvními poskytovateli zdravotních služeb a to:

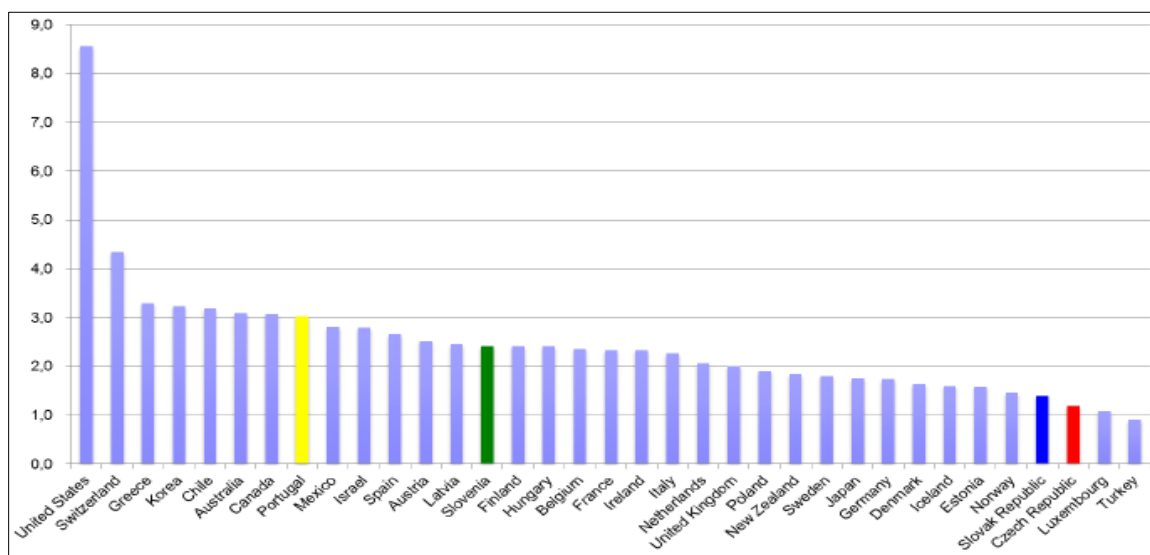
- poskytovateli lůžkové péče,
  - poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,
  - poskytovateli specializované ambulantní péče, poskytovateli hemodialyzační zdravotní péče,
  - poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,
  - poskytovateli v oboru zubního lékařství,
  - poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819 a 823 podle seznamu výkonů,
  - poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů,
  - poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů,
- poskytovateli zdravotnické záchranné služby, poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče, poskytovateli zdravotnické dopravní služby, poskytovateli lékařské pohotovostní služby a poskytovateli pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,
- poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovnyami,
  - poskytovateli lékárenské péče,
  - poskytovateli domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu v odbornosti 926. (Česko, 1997, Česko 2017)



Obrázek 2 – Struktura hospitalizační úhrady na rok 2018 (ICZ, 2018)



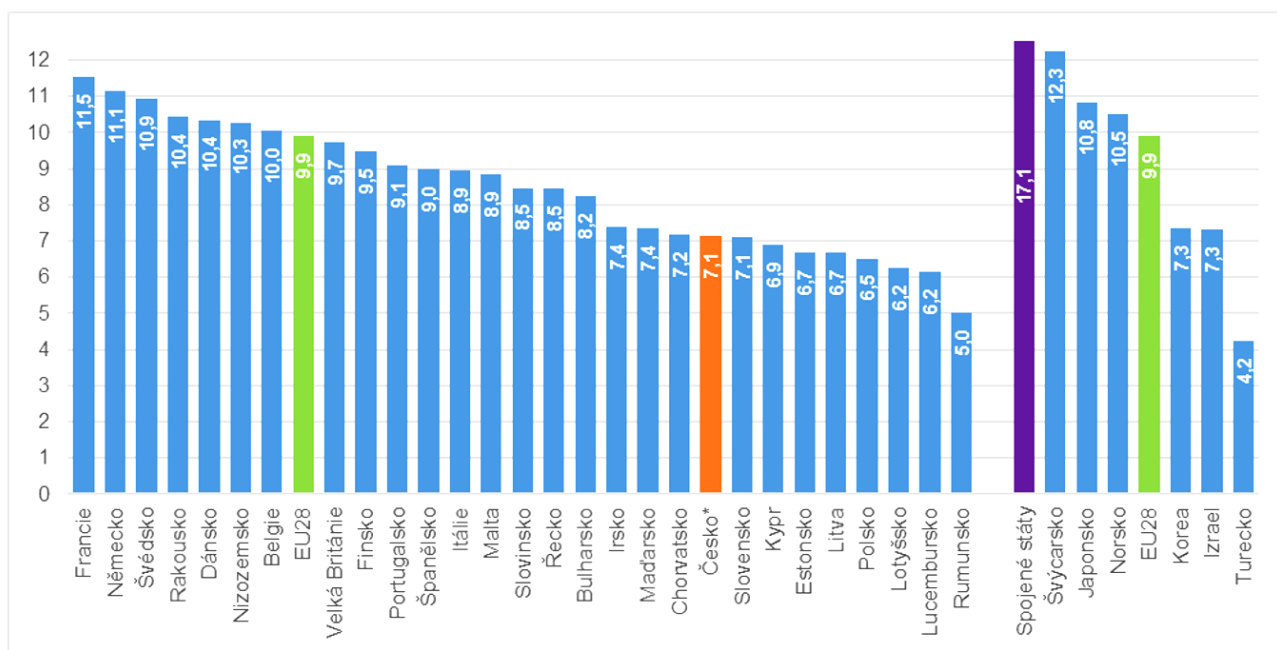
Obrázek 3 – Struktura ambulantní úhrady na rok 2018 (ICZ, 2018)



Obrázek 4 – Výdaje na zdravotní péči (OECD, 2015)

Na výše uvedeném obrázku je přehled soukromých výdajů na zdravotní péči. Z uvedeného grafu vyplývá, že Česká republika se řadí k zemím s nejmenší spoluúčastí na výdajích za poskytování zdravotní péče. Naopak nejvyšší spoluúčast na financování zdravotní péče je v USA.



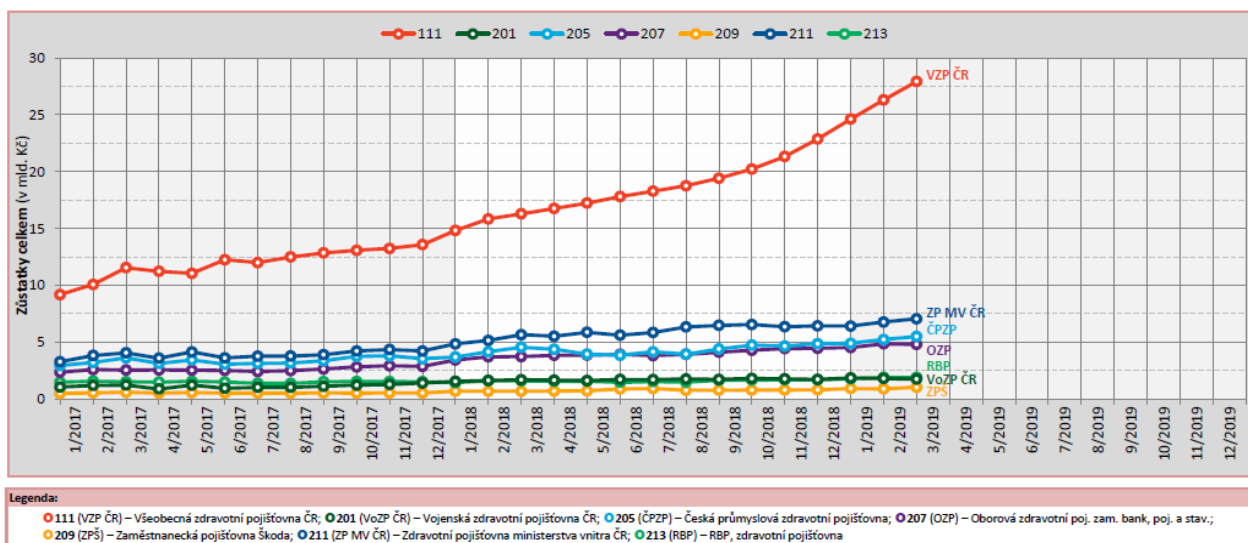


Obrázek 5 – Podíl výdajů na zdravotní péči na HDP v zemích EU a vybraných státech světa v roce 2016 [v %] (ČSÚ, 2019)

Z uvedeného obrázku je vidět, že Česko vydává na zdravotní péči menší podíl hrubého domácího produktu (HDP) než vyspělé země. V posledních letech navíc tento podíl klesal. V roce 2010 dosahoval 8,6 % HDP, v roce 2015 to bylo 7,8 %. Průměr HDP v EU je 9,9 %. V porovnání se sousedními státy mírně převyšujeme Slovensko, Polsko i Maďarsko, naopak vyspělé státy jako jsou Francie, Německo, Švédsko vydávají asi 11 %. Celková suma výdajů se zvyšuje, i když podíl výdajů HDP klesá. V roce 2010 se na zdravotní péči vydalo 340,7 miliardy korun, v roce 2015 to bylo již 353,7 miliardy. Zdravotní pojišťovny poskytly předloni zhruba dvě třetiny sumy, od samoplátců to bylo 13 % a stát vyplatil 15 %. Česká republika patří k zemím s nevyšším podílem financí z veřejných zdrojů, podíl je více než čtyři pětiny celkových výdajů na veřejné zdravotní pojištění. Podobná situace je i v Dánsku, Švédsku, Norsku či Německu. Naopak soukromé zdroje převládají jen na Kypru. Největší díl finančních prostředků na zdravotní péči se vydal na zajištění ambulantní péče, dále následovala lůžková péče. (ČSÚ, 2019)

Domácnosti utratily nejvíc za volně prodejné léky a léčiva, a to 27 %. Celkem 21 procent pak putovalo do léků na předpis, 20 % do stomatologické péče a 11 % do péče ambulantní. (ČSÚ, 2019)

CELKEM ZŮSTATKY NA BANKOVNÍCH ÚČTECH KE KONCI BĚŽNÉHO OBDOBÍ, VČ. OSTATNÍCH FONDŮ A VČ. ÚČTU REZERV



Obrázek 6 – Zůstatky ZP na bankovních účtech (Vojtěch, 2019)

Zůstatky na bankovních účtech zdravotních pojišťoven v posledních letech, hlavně u Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR narůstají. Je to dáno současnou ekonomickou situací a také navyšováním plateb za státní pojištěnce. V roce 2019 lze očekávat snižování rezervního fondu z důvodu nižšího tempa růstu HDP. V letošním roce dle prognóz můžeme očekávat i postupné zvyšování nezaměstnanosti, což bude mít také významný vliv na výši výběru pojistného. (Vojtěch, 2019)

Celkový stav peněžních zůstatků na bankovních účtech zdravotních pojišťoven se v průběhu roku 2018 z počáteční hodnoty 30,5 mld. Kč zvýšil o dalších 14,5 mld. Kč. K 31. prosinci 2018 tak zůstatek za celý systém veřejného zdravotního pojištění činil 45 mld. Kč. „K výraznému nárůstu přispěly dobré hospodářské výsledky celého systému veřejného zdravotního pojištění. To pojišťovnám umožní tvořit rezervy pro zajištění zdravotní péče v případě propadu příjmů v době ekonomické krize,“. (Vojtěch, 2019)

Mezi nejdůležitější parametry, které ovlivňovaly příjmovou stránku, můžeme zařadit příznivou ekonomickou situaci, zvýšení se mzdových prostředků, zvýšení se plateb za pojištěnce, za které platí stát. Dále došlo ke zvýšení minimální mzdy a rovněž se zvýšilo pojistné pro osoby samostatně výdělečně činné. Hlavním zdrojem příjmu je výběr pojistného. Mezi ostatní zdroje příjmů patří penále, přirážky k pojistnému, náhrady škod a platby od zahraničních pojišťoven na základě mezinárodních smluv. (Vojtěch, 2019)

Ve výdajové stránce došlo opět k nárůstu nákladů na tzv. centrovou péči. Jedná se o zdravotní péči poskytovanou ve specializovaných pracovištích. Do celkových výdajů kromě výdajů na zdravotní služby patří též provozní režie a výdaje za zahraniční pojištěnce uhrazené

poskytovatelům. Došlo také ke zvýšení výdajů v zařízeních sociálních služeb. Zde zdravotní pojišťovny nemají možnost náklady regulovat, na rozdíl od jiných zdravotních služeb, které jsou předmětem dohodovacího řízení. (Vojtěch, 2019)

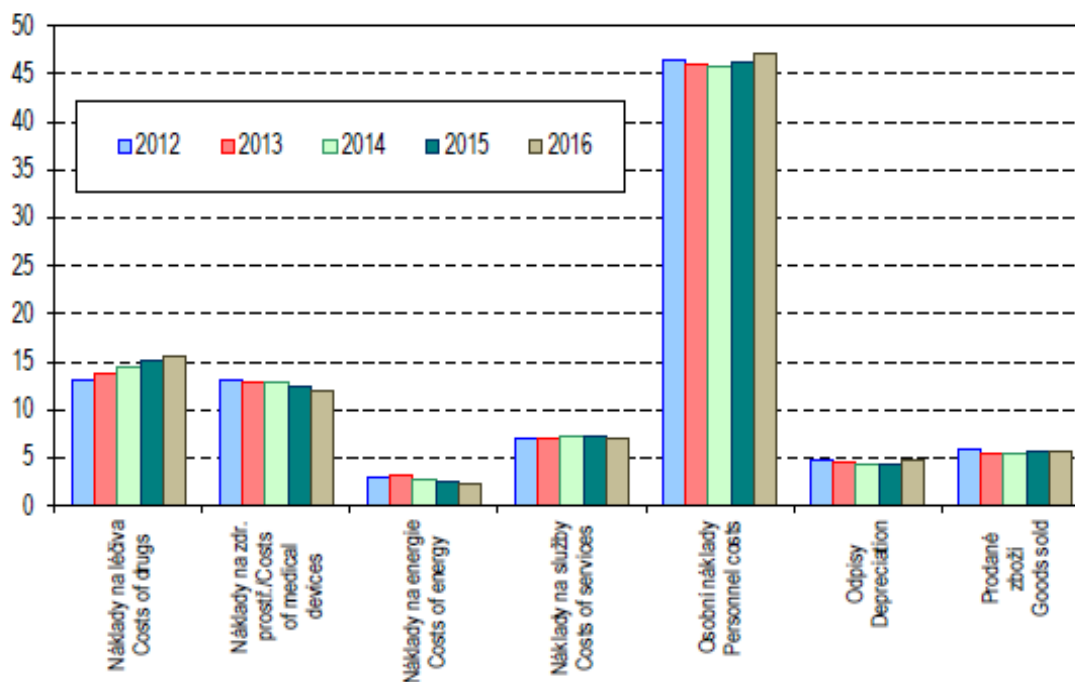
## **2.2 Formy financování zdravotní péče**

Výdaje na zdravotní péči závisí na ekonomické situaci. Příjem je převážně tvořen výběrem zdravotního pojištění.

Přehled hlavních příjmů:

- tržby za zdravotnické výkony hrazené zdravotními pojišťovnami,
- tržby od samoplátců za zdravotnické výkony – plastické operace, nepovinné očkování,
- tržby za nadstandardní služby – samostatný pokoj, ubytování doprovázejících osob,
- tržby z lékárny,
- tržby za vedlejší činnost – tržby z prodaného zboží (bufet), praní prádla (v případě vlastní prádelny), prodej stravy externím subjektům,
- sponzorské dary, granty, dotace (zřizovatel) - tento zdroj financování slouží k dofinancování rozdílu v platbách od zdravotních pojišťoven a náklady na činnost. (Výroční zpráva 2018)

V roce 2018 zřizovatel nemocnic v rámci Kraje Vysočina významnou částkou podpořil všech pět nemocnic v kraji. Dotace byla použita na dofinancování rozdílu mezi navýšenými platbami od zdravotních pojišťoven a navýšením osobních nákladů daných dle Nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě. (Výroční zpráva, 2018)



Obrázek 7 – Výdaje na zdravotní péči dle zemí (% HDP). (ÚZIS, 2019a)

Z obrázku č. 8 ze zdrojů ÚZISu je patrné, že nejvýznamnější položkou nákladů jsou osobní náklady, které se podílí na celkových nákladech více než 50 %. Konkrétně v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace byl podíl osobních nákladů za rok 2018 dokonce ve výši 63 % z celkových nákladů, v roce 2017 to bylo o 2 % méně. Tato situace je způsobena navyšováním tarifních mezd pracovníkům ve zdravotnictví o 10 %, které proběhlo v roce 2017 a následně ve stejné výši i v roce 2018, 2019 a zavedením zvláštního směnného příplatku zdravotnickému personálu. (ÚZIS, 2019a, Výroční zpráva, 2018)

### 2.3 Zdravotní pojištění

Zákon č. 592/1992 Sb. Zákon České národní rady o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Tento zákon upravuje výši pojistného na veřejné zdravotní pojištění, penále, způsob jejich placení, kontrolu, vedení centrálního registru pojištěnců, přerozdělování pojistného a zřízení zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění.

#### Výše pojistného

Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období.

### **Vyměřovací základy:**

#### **1. Zaměstnanec**

Vyměřovacím základem zaměstnance je úhrn příjmů ze závislé činnosti. Příjmem je plnění, které bylo v peněžní nebo nepeněžní formě nebo formou poskytnuto zaměstnavatelem.

#### **2. Osoba samostatně výdělečně činná**

Vyměřovacím základem u osoby samostatně výdělečně činné je 50 % příjmu ze samostatné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení.

#### **3. Osoba bez zdanitelných příjmů**

Vyměřovacím základem u osoby, která po celý kalendářní měsíc nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a není za ni plátcem pojistného je minimální mzda.

#### **4. Osoba, za kterou pojistné hradí stát**

Vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem za osobu, za kterou je podle zvláštního právního předpisu plátcem pojistného stát, se stanoví ve výši 6259 Kč na kalendářní měsíc. (Česko, 1992a)

## **3 Analýza systému zdravotního pojištění v ČR**

V České republice je zdravotní péče poskytována na základě povinného zdravotního pojištění. Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. (Česko, 1993)

Zdravotní pojištění vzniká dnem:

- narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,
- kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem,
- získání trvalého pobytu na území České republiky.

Zdravotní pojištění zaniká dnem:

- smrti pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého,
- kdy osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem ukončení trvalého pobytu na území České republiky. (Česko, 1997)

### **3.1 Zdravotní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění**

Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci. Cílem je zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud:

- odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné,
- jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy,
- existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování. (Česko, 2017)

Hrazenými službami jsou:

- zdravotní péče preventivní, dispensární, diagnostická, léčebná, lékárenská, klinicko-farmaceutická, léčebně rehabilitační, lázeňská léčebně rehabilitační, posudková, ošetrovatelská, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů, související s jejich odběrem, a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách,
- poskytování léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků,
- přeprava pojištěnců a náhrada cestovních nákladů,
- odběr krve a odběr tkání, buněk a orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi,
- přeprava žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů,
- přeprava zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,
- přeprava odebraných tkání, buněk a orgánů,
- prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva včetně přepravy,
- pobyt průvodce pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, zdravotní péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem; tuto péči hradí zdravotní pojišťovna, kterou na základě identifikačních údajů pojištěnce o úhradu požádá příslušný poskytovatel. (Česko, 2017)

### **3.2 Zdravotní pojišťovny**

Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní instituce, jejich činnost je upravena právními předpisy, zákonem č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR a zákonem č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Pojišťovny vytvářejí a spravují tyto fondy:

- základní fond zdravotního pojištění,
- rezervní fond,

- provozní fond,
- sociální fond,
- fond investičního majetku.
- fond reprodukce investičního majetku. (Česko, 1991, 1992b)

Zdravotní pojišťovny k provádění veřejného zdravotního pojištění musí mít povolení, které uděluje Ministerstvo zdravotnictví. Zdravotní pojišťovny nesmí provádět nábor nových pojištěnců prostřednictvím třetích osob. Svým pojištěncům ani třetím osobám v souvislosti se změnou pojišťovny nesmí vyplácet žádné peněžní ani nepeněžní výhody. Zdravotní pojišťovny podávají Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí každoročně zprávu o svých příjmech a výdajích, informace o stavu zůstatků na bankovních účtech, přehled o stavu pohledávek a závazků. Pojišťovny každý kalendářní rok také sestavují zdravotně pojistný plán. Vedou osobní účet pojištěnce jako přehled výdajů na zdravotní péči a zaplacených regulačních poplatků a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely. Zdravotní pojišťovny ze zákona kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Kontrolní činnost provádějí prostřednictvím informačních dat a činností revizních lékařů. (Česko, 1991, 1992b)

Seznam zdravotních pojišťoven:

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (kód 111),

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (kód 201),

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (kód 205),

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanecká bank a pojišťoven (kód 207),

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (kód 209),

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (kód 211),

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (kód 213).

Zdravotní pojištění je dle zákona povinné, zdravotní pojišťovny mají povinnost přijmout každého pojištěnce. Pojistné podléhá přerozdělování. V každé pojišťovně se část příjmů vybraných od ekonomicky výhodnějších pojištěnců přerozděluje pojišťovnám s méně výhodnější klientelou. Přerozdělování je snahou o vyhnutí specializace pojišťoven na ekonomicky výhodné pojištěnce. U zdravotního pojištění nelze využít úpravu systému formou malusů a bonusů. Všechny zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní instituce a zřizovateli nemohou přinášet zisk. Provozní náklady jsou stanoveny zákonem a nemohou být vyšší než 3,5 % z celkových příjmů pojišťovny. (Svoboda a kolektiv, 2017)

### 3.3 Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR je lídrem českého systému veřejného zdravotního pojištění již více než 25 let.

Byla zřízena v roce 1992, a to zákonem č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů. S časovým odstupem vznikaly další zdravotní pojišťovny podle zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. S téměř 6 miliony klientů je i v konkurenci šesti dalších, stále největší zdravotní pojišťovnou v České republice. (Česko, 1991, 1992b)

Na léčbu klientů plánuje vynaložit v roce 2019 přes 186,1 miliardy Kč, což je o 15 miliard více než v roce 2018. Na péči o jednoho klienta má připravených v průměru téměř 31 tisíc korun. Za vážně nemocné je schopna zaplatit v jednotlivých případech i desítky milionů korun ročně. V průměru k nejnákladnějším pacientům patří nejmenší děti a senioři. (VZP, 2019)

Hlavním úkolem každé zdravotní pojišťovny je v souladu s legislativními normami vybírat pojistné na zdravotní pojištění na straně jedné a na straně druhé hradit zdravotní služby, které byly poskytnuté klientům pojišťovny smluvními poskytovateli zdravotních služeb. Poskytovatelům zdravotních služeb platí správně a včas. V roce 2019 neplánuje VZP ČR žádné závazky po lhůtě splatnosti. (Česko, 1991, 1992b)

Rozpočty a salda hospodaření zdravotních pojišťoven v roce 2016 a 2017 jsou zobrazeny v tabulce č. 1.



Tabulka 1 – Zdravotní pojišťovny

2016	Počet pojištěnců	Příjmy celkem	Výdaje celkem	Saldo celkem
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	5 920 196	161 606 114	155 975 084	5 631 030
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	700 285	16 259 007	16 188 522	70 485
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	1 232 406	27 710 262	27 452 165	258 097
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců, bank a pojišťoven	727 791	16 355 887	16 036 437	319 450
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	141 690	3 455 385	3 516 159	-60 774
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	1 288 409	29 907 764	30 190 291	-282 527
Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	432 793	9 557 505	9 582 539	-25 034
2017	Počet pojištěnců	Příjmy celkem	Výdaje celkem	Saldo celkem
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	5 922 387	170 974 046	165 394 125	5 579 921
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	698 041	18 186 223	17 692 691	493 532
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	1 242 659	30 024 498	29 277 000	747 498
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců, bank a pojišťoven	729 337	18 141 300	17 068 457	1 072 843
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	142 841	3 867 682	3 667 422	200 260
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	1 302 942	33 366 191	31 902 377	1 463 814
Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	431 383	10 273 544	10 309 113	-35 569

Zdroj: (MZČR, 2019)

Z tabulky č. 1 o základních ukazatelích zdravotních pojišťoven vyplývá, že největší podíl pojištěnců má VZP ČR. VZP ČR za období 2016 a 2017 vykázala rovněž největší přebytek.

### **3.4 Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny**

U nás v současné době působí celkem 6 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Jejich vznik, činnost, zánik a jejich vztah k VZP ČR upravuje Zákon č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Druhy zaměstnaneckých pojišťoven:

- resortní zaměstnanecká pojišťovna - provádí veřejné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance všech organizací založených nebo zřízených jedním ministerstvem České republiky anebo podléhající ucelené části tohoto ministerstva,
- oborová zaměstnanecká pojišťovna - provádí veřejné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho oboru,
- podniková zaměstnanecká pojišťovna - provádí veřejné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho nebo více podniků. Je to zaměstnanecká pojišťovna s meziresortní a mezioborovou působností. (Česko, 1992b)

### **3.5 Smlouvy poskytovatelů s pojišťovnami – dohadovací řízení**

Zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy se zdravotnickými zařízeními o poskytování zdravotní péče. Zdravotnická zařízení mají uzavřenou rámcovou smlouvu, zpravidla na pět let. Tato je výsledkem dohadovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení. V případě, že před ukončením platnosti smlouvy nedojde k uzavření smlouvy nové, tak zpravidla se platnost smlouvy prodlouží o jeden rok. (Česko, 1997)

### **3.6 Přerozdělování pojistného**

Fond zdravotního pojištění slouží k přerozdělování pojistného. VZP ČR vede tento fond na zvláštním účtu a slouží k financování zdravotní péče. Přerozdělováním podle indexů se rozumí měsíční přerozdělování pojistného jednotlivým zdravotním pojišťovnám podle nákladových indexů věkových skupin a farmaceuticko-nákladových skupin.

Předmětem přerozdělování je pojistné vybrané všemi zdravotními pojišťovnami a příjmy zvláštního účtu, kterými jsou:

- celkové platby státu za pojištěnce, za něž je stát plátcem pojistného,
- jiná plnění, která jsou na základě tohoto zákona nebo zvláštních právních předpisů příjmem zvláštního účtu, a úroky připsané na zvláštní účet. (Česko, 1997)

### 3.7 Systémy Diagnosis – Related Group (DRG)

Ministerstvo zdravotnický pracuje na projektu DRG Restart. Tento projekt má za cíl změnit systém úhrad v nemocnicích ze stávajících paušálních plateb za platbu za případ. Projekt by měl sjednotit základní sazby mezi poskytovateli zdravotní péče. V současné době jsou nemocnice placeny formu paušálů, není zohledněna potřeba zdravotní péče ani kvalita.

(DRG ÚZIS, 2019)

Systém DRG začal vznikat v 60. letech minulého století v USA na univerzitě v YALE. V USA se tento systém úhrad používá od roku 1983. Systém DRG je systémem klinické klasifikace, který zařazuje pacienty do tzv. skupin případů s podobnými klinickými znaky a ekonomickými nároky na léčbu. Základním principem DRG je vytváření skupin diagnóz s podobným průběhem léčby. Při vytváření skupin se dodržují zásady:

- charakteristiky nemocných v DRG,
- počet skupin DRG by neměl být rozsáhlý,
- skupiny DRG by měly být koncipovány, tak aby si nákladově odpovídaly,
- ve skupinách DRG by měly být pacienti se stejnou klinickou perspektivou.

Každá skupina má svojí odpovídající délku hospitalizace s alespoň 95 % případů. Nemocnice dostane stejnou platbu a nerozlišuje se oddělení, kde pacient byl hospitalizován. Diagnosis – Related Group je jedním z Case-mix systému. Tento systém je založen na principu úhrad na základě zařazení do diagnosticky a ekonomicky podobné skupiny.

Výše platby diagnostické skupiny se vypočítá dle vzorce:

Cena DRG = váha DRG skupiny x základní sazba

Váha skupiny vyjadřuje náročnost DRG skupiny na finanční zdroje. Výpočet:

Váha DRG skupiny = průměrný náklad na 1 případ v DRG skupině/celkový průměrný náklad na 1 případ.

Základní sazba vyjadřuje úhradu za případ s průměrnými náklady (váha DRG = 1).

Systém DRG můžeme řadit mezi motivující systémy úhrad za poskytování zdravotní péče. V případě hospodárného postupu při léčbě bude rozdíl mezi DRG a náklady vykazovat přebytek, v opačném případě bude zdravotnické zařízení vykazovat ztrátu. Rovněž v případě komplikací bude docházet ke ztrátě a zdravotnické zařízení bude muset tuto ztrátu hradit z vlastních finančních prostředků.

Důležitým bodem k uplatňování systému DRG je kódování. Špatným zařazením může dojít k rozporu mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou. V Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace byla již v minulosti zřízena pozice hlavního kodéra, který

dohlíží na správné vykazování diagnóz na jednotlivých odděleních. Vykázané výkony jsou ze stran zdravotních pojišťoven kontrolovány revizními lékaři. Nelze očekávat, že zavedením systému úhrad pomocí DRG dojde k navýšení finančních zdrojů. Ke zvýšení může dojít z důvodu nárůstu prostředků do systému (zvýšení výběru zdravotního pojištění) nebo dojde ke zvýšení efektivity současného systému úhrad a částečnému přerozdělení finančních zdrojů. (Borovský, Dyntarová, 2012)

Tabulka 2 – Přehled hlavních diagnostických kategorií (MDC)

MDC 0:	PreMDC
MDC 1:	Nemoci a poruchy nervové soustavy
MDC 2:	Nemoci a poruchy oka
MDC 3:	Nemoci a poruchy ucha, nosu, úst a hrdla
MDC 4:	Nemoci a poruchy dýchací soustavy
MDC 5:	Nemoci a poruchy oběhové soustavy
MDC 6:	Nemoci a poruchy trávicí soustavy
MDC 7:	Nemoci a poruchy hepatobiliární soustavy a pankreatu
MDC 8:	Nemoci a poruchy muskuloskeletální soustavy pojivových tkání
MDC 9:	Nemoci a poruchy kůže, podkožních tkání a prsu
MDC 10:	Nemoci a poruchy endokrinní, metabolické a nutriční
MDC 11:	Nemoci a poruchy ledvin a urologického traktu
MDC 12:	Nemoci a poruchy mužské reprodukční soustavy
MDC 13:	Nemoci a poruchy ženské reprodukční soustavy
MDC 14:	Těhotenství, porod a šestinedělí
MDC 15:	Novorozenci a choroby způsobené v perinatálním období
MDC 16:	Nemoci a poruchy krve, krvetvorných orgánů a poruchy imunologické
MDC 17:	Nemoci a poruchy myeloproliferativní a špatně diferencované nádory
MDC 18:	Infekční a parazitární nemoci (systémové nebo nespecifikované lokalizace)
MDC 19:	Nemoci a poruchy duševní
MDC 20:	Užívání alkoholu/léků/drog a jimi způsobené organické mentální poruchy
MDC 21:	Zranění, otravy a toxické účinky léků (drog)
MDC 22:	Popáleniny
MDC 23:	Faktory ovlivňující zdravotní stav a jiný kontakt se zdravotními službami
MDC 24:	HIV
MDC 25:	Mnohačetná trauma
MDC 88:	Nezařaditelní do DRG
MDC 99:	Chybné DRG

Zdroj: (Kožený, Němec, Kárníková, Lomíček, 2010)

V každé MDC je hospitalizace zařazena na základě hlavní diagnózy. Provedení výkonu ovlivňuje čerpání finančních zdrojů, proto je většina MDC rozdělena do skupin chirurgických a nechirurgických. (Kožený, Němec, Kárníková, Lomíček, 2010)

Báze DRG je detailnější zařazení klinického případu v rámci konkrétní MDC. Sdružuje takové klinické případy, které jsou si podobné svými příznaky, léčebnými postupy a výsledky léčby. V bázi DRG navíc dochází k rozdělení klinických případů podle toho, zda je u nich nutný chirurgický zákrok či nikoliv. V MDC je každá hospitalizace zařazena na základě hlavní diagnózy. DRG skupiny rozdělujeme do tří úrovní:

- 1) skupina případů bez komplikací či komorbidit (bez CC),
- 2) skupina případů s komplikací či komorbiditou (CC),
- 3) skupina případů se závažnou komplikací či komorbiditou (MCC)

Klinický případ je tedy podle metodiky DRG zapsán jako 5-ti místný kód, který nemocniční zařízení vykazují zdravotním pojišťovněm. (Kožený, Němec, Kárníková, Lomíček, 2010)

### **3.8 Výše úhrady zdravotní péče za DRG**

Principem klasifikace DRG je nákladová podobnost případů klasifikovaných do jedné DRG skupiny. V roce 1983 formu úhradového mechanismu použil americký federální program Medicare. Náklady na akutní lůžkovou péči skrze systém DRG je nutné u každé skupiny vyjádřit její výši úhrady. Do DRG skupiny jsou kromě klinické podobnosti zahrnuty i nákladově podobné případy. Relativní váha DRG skupiny vyjadřuje podíl průměrných nákladů na případ dané DRG skupiny a průměrných nákladů všech klinických případů.

U některých skupin DRG však může nastat situace, kdy vznikne velký rozdíl mezi skutečně vynaloženými náklady na klinické případy. Může dojít k tomu, že některé případy jsou pro poskytovatele zdravotní péče výrazně méně nebo naopak výrazně více nákladné. U případů s výrazně nižší skutečnou nákladovostí a klinickou náročností by se nemocnice při standardní výši úhrady za DRG skupinu dostala do finančního zisku, naopak u případů s výrazně vyšší skutečnou nákladovostí a klinickou náročností by docházelo k vzniku ztráty. Aby se v praxi docílilo eliminace tohoto jevu, je zavedeno rozdělení případů mezi inliers a outliers. Inliers jsou případy, kdy se skutečná nákladnost jejich léčby nijak výrazně neodchyluje od průměru pro danou DRG skupinu a úhrada zdravotní péče probíhá standardním způsobem. Jako outliers jsou označovány případy, které se od ostatních případů po klinické a nákladové stránce výrazně liší a je u nich nutné definovat speciální mechanismus úhrady. (Kožený, Němec, Kárníková, Lomíček, 2010)

### 3.8.1 Aktuální situace týkající se zavádění DRG

V roce 2014 byl zahájen projekt DRG Restart. Tento projekt má v první fázi za cíl sběr dat od vybraných 42 referenčních nemocnic, která budou následně východiskem pro stanovení úhrad lůžkové péče. Z Kraje Vysočina se do sítě referenčních nemocnic zapojila Nemocnice Jihlava. Zavádění systému úhrad pomocí DRG má řadu příznivců i řadu odpůrců. Jako riziko můžeme stanovit rozdílný pohled na jednotnost základní sazby. V tomto pohledu se liší zejména malé a velké nemocnice.

Využití DRG pro vnitřní řízení :

- sledování výkonnosti hospitalizační péče dle DRG,
- rozdělení výnosů nákladových středisek dle úhradové vyhlášky,
- podpora při stanovení limitů léků a zdravotnických prostředků,
- sledování kvality vykazování na všech pracovištích.

Systém úhrad pomocí DRG začal v ČR v roce 1996. Do dnešní doby se však tento systém v ČR nepodařilo uvést do provozu. V porovnání s ostatními postkomunistickými zeměmi značně zaostává, na zavedení systému úhrad jim na to stačilo zhruba pětileté období, ve kterém zajistily provoz, sjednotily základní sazby a nastavily kompenzační mechanismy pokrývající odůvodněně vyšší náklady specializovaných pracovišť.

Od ledna 2015 se stal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR garantem vývoje a údržby DRG v České republice. Cílem finančně i politicky silně podpořeného projektu DRG Restart je vyvinout vlastní české CZ-DRG založené na oceňování hospitalizačních procedur v klinické praxi a nastavit procesy, které umožní jeho dlouhodobý vývoj a údržbu.

Projekt DRG Restart sleduje jako nosný cíl vybudování dlouhodobě udržitelné datové, informační a personální základny pro optimalizaci a průběžnou kultivaci systému úhrad lůžkové péče v ČR. (DRG ÚZIS, 2019)

Základní principy projektu DRG restart:

**Respekt k funkčním klinickým standardům**, k standardizovaným diagnostickým a léčebným algoritmům. Optimalizace úhrad musí tyto standardy respektovat a inkorporovat do rozhodovacích procesů, bazí.

**Vybudování reprezentativní a pravidelně aktualizované datové základny**. Funkční systém optimalizace úhrad lůžkové péče musí pracovat s reprezentativními klinickými a ekonomickými daty, které odrážejí realitu péče poskytované v lůžkových zařízeních ČR.

**Exaktní a reprodukovatelná metodika.** Veškeré manuály a kalkulační postupy musí být řádně popisovány a zaznamenávány tak, aby umožňovaly externí oponenturu a také snadnou validaci.

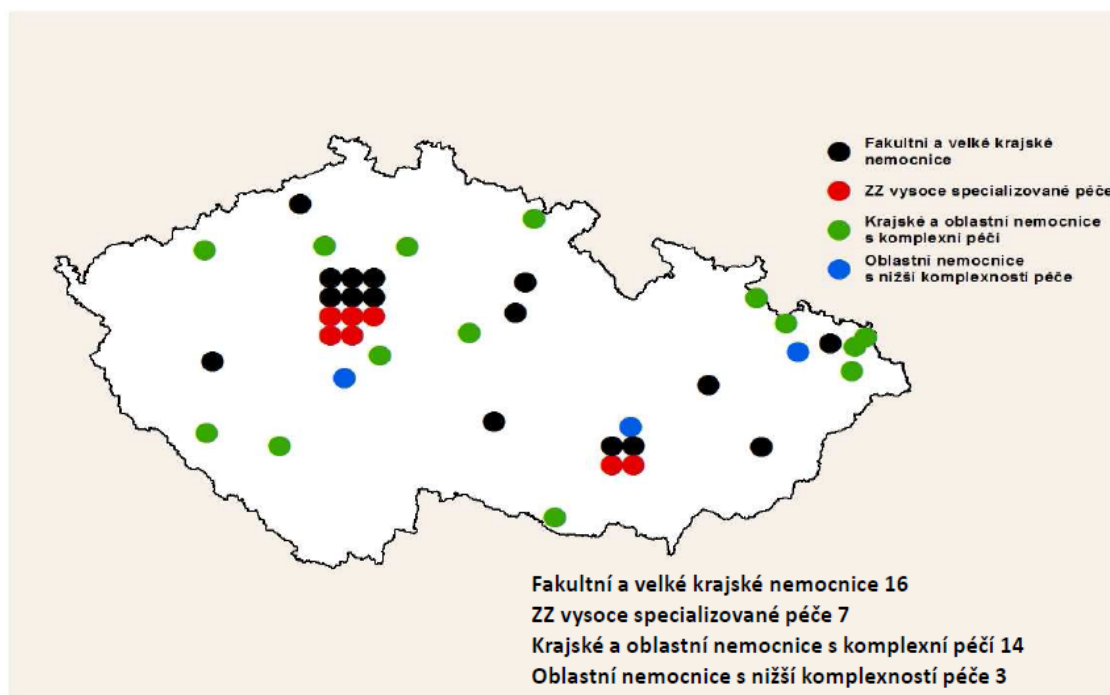
**Princip odborné oponentury.** Všechny klíčové dokumenty a metodické materiály musí projít autorizovaným recenzním řízením. K tomuto účelu bude v projektu ustavena řídicí expertní rada.

**Transparentnost komunikace.** Veškeré dokončené a recenzované dokumenty a metodické materiály musí být veřejně dostupné a nabídnuté k široké diskuzi. (DRG ÚZIS, 2019)

Projekt počítal s pilotním testováním CZ-DRG již v průběhu roku 2017 a s jeho ostrým nasazením do úhrad od 1. 1. 2018. Došlo však ke zpoždění v zavádění a ani v roce 2019 se nepodařilo nasadit systém úhrad pomocí DRG.

Po zavedení systému úhrad by mělo dojít ke změně strategického myšlení, zhodnocení schopností nemocnic a definovat si cíle. Bude se zvyšovat tlak na efektivitu, standardizaci vyšetřovacích a léčebných protokolů a v neposlední řadě bude nutná změna organizace práce v nemocničních provozech. Nemocnice, které se se změnou vypořádání nejlépe, budou stahovat pacienty z okolí a od zdravotních pojišťoven budou dostávat zapláceno za veškeré svoje výkony a ne jako doposud, kdy nadprodukce je ztrátou nemocnice. Po zavedení systému dojde k pročištění nemocničního prostředí, dojde ke specializaci nemocnic a ty méně úspěšné se budou muset zaměřit na činnosti, po který nebude adekvátní poptávka. Ze stran zdravotních pojišťoven musí být odbourány limity, regulace nebo jiná omezení. Peníze do nemocnic budou hrazeny na základě odvedených výkonů. (DRG ÚZIS, 2019)





Obrázek 8 – Síť referenčních nemocnic (MZ, 2016)

### 3.8.2 Úhrada vyčleněná z paušální úhrady – porody

Úhradová vyhláška už pro rok 2016 tuto formu úhrady stanovila pro oblast péče - porody, péče o novorozence a péče o pacienty s HIV. (Česko, 2017)

Cílem pro nemocnice je zvýšit množství porodů a novorozenců, pokud to kapacita, ať už jde o lůžkové prostory, tak i o personální zajištění umožní. Oblast (porody, novorozenci, HIV) představuje na jednu stranu pro poskytovatele příležitost (v případě možnosti navýšení počtu případů), částečně zohledňuje přechody pojištěnců mezi pojišťovny a podporuje konkurenci mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními v oblasti porodnictví a neonatologie. Na druhou stranu platí, že v situaci dlouhodobě klesající porodnosti je vyčlenění právě této části péče mimo paušální úhradu pro poskytovatele také jistým ekonomickým rizikem. (Česko, 2017)

## 3.9 Statistické údaje za ČR

### 3.9.1 Síť zdravotnických zařízení v ČR

K 1. 1. 2014 bylo v České republice evidováno celkem 29 218 zdravotnických zařízení. Z tohoto počtu bylo téměř 19 600 samostatných ordinací. Dle vlastníka se tato zařízení rozdělují na 213 zařízení, jejichž zřizovatelem je přímo stát, respektive Ministerstvo

zdravotnictví a další centrální orgány. Zbýlých 29 005 zařízení je nestátních, přičemž 149 zařízení zřizuje kraj, 156 zařízení má jako zřizovatele město nebo obec a u zbylých 28 700 zařízení je zřizovatelem fyzická osoba, církev, nebo jiná právnická osoba.

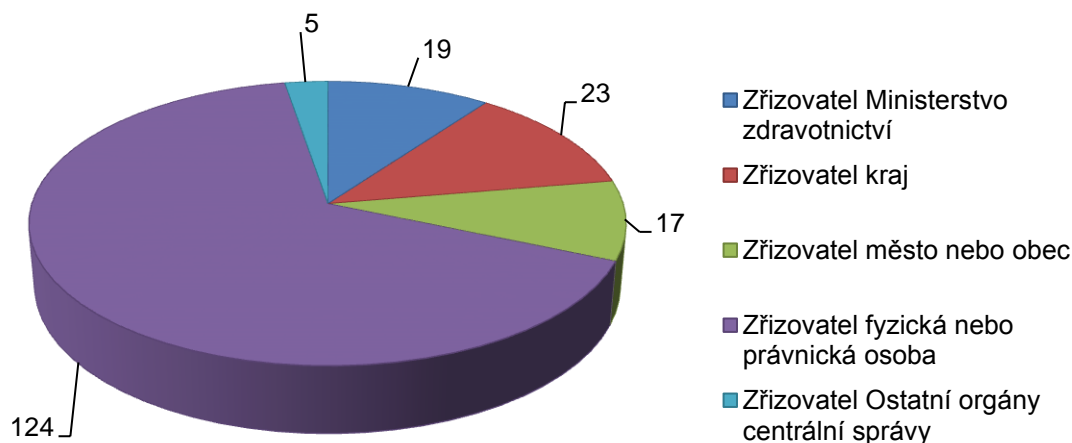
Síť zdravotnických zařízení ústavní péče byla koncem roku složena ze:

188 nemocnic s celkem 56 807 lůžky. Kapacita akutní lůžkové péče klesla proti roku 2012 o 4,6 %, nárůst zaznamenala lůžka následné péče o 2,5. (ÚZIS, 2019b)

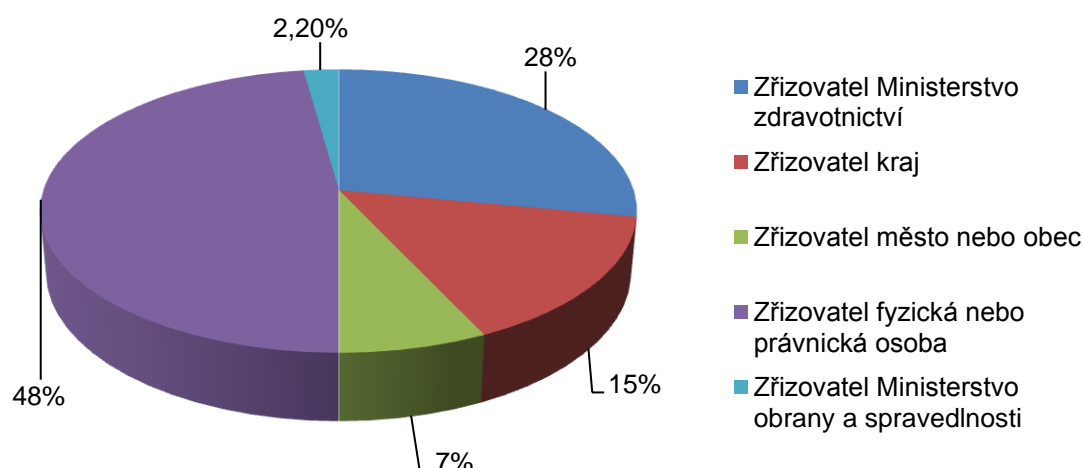
### 3.9.2 Nemocnice v ČR z hlediska zřizovatele

Pokud se rozdělí všech 188 nemocnic v České republice podle jejich zřizovatele:

- 19 zařízení je přímo řízeno Ministerstvem zdravotnictví (téměř 28 % všech nemocničních lůžek),
- 23 zařízení je spravováno krajem (příspěvková zařízení - více než 13 % všech lůžek),
- 17 zařízení má za zřizovatele město nebo obec (více než 6 % všech lůžek),
- 124 zařízení je privátních – jejich zřizovatelem je fyzická nebo právnická osoba (téměř 50 % všech lůžek),
- celkem 5 zařízení je spravováno ostatními centrálními orgány. Tato zařízení mají dohromady 1 293 lůžek, které představují jen 4,2 % všech nemocničních lůžek. (ÚZIS, 2019b)



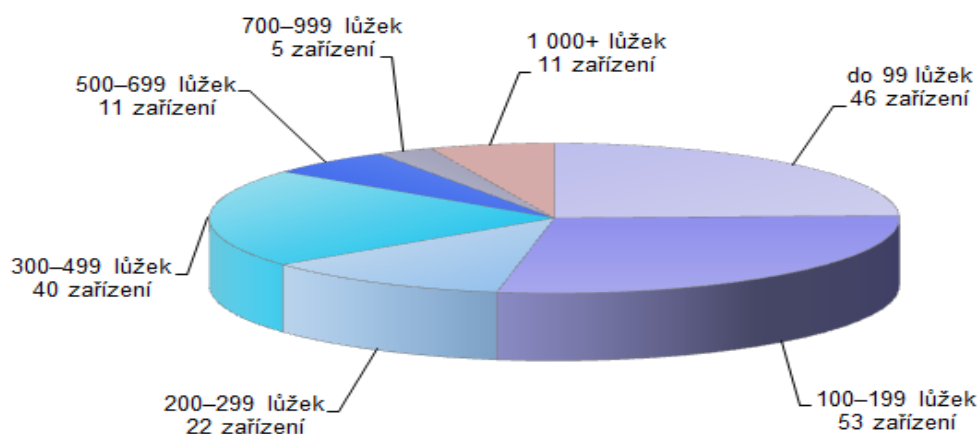
Graf č. 1 - Nemocniční zařízení v ČR dle zřizovatele (vlastní zpracování dle údajů z ÚZIS)



Graf č. 2 - Nemocniční lůžka v ČR dle zřizovatele (vlastní zpracování dle údajů z ÚZIS)

### 3.9.3 Nemocnice v ČR z hlediska lůžkové kapacity

Pokud se rozdělí nemocnice dle velikosti lůžkového fondu, hovoří se o nemocnicích malých, to znamená o nemocnicích s méně než 100 lůžky. Do této skupiny spadá celkem 46 zařízení. Další skupinu tvoří nemocnice střední velikosti, jejichž lůžkový fond se pohybuje v rozmezí 100 až 1000 lůžek. Do této skupiny spadá celkem 131 zařízení. Do poslední skupiny zařadíme nemocnice velké, tedy nemocnice s více než 1000 lůžky. V České republice jich je celkem 11. (ÚZIS, 2019b)



Graf č. 3 - Nemocniční zařízení v ČR dle počtu lůžek (ÚZIS, 2019b)

V členění podle zřizovatele odpovídalo v roce 2013 nejvyšší využití lůžek:

- 19 nemocnic bylo přímo řízeno Ministerstvem zdravotnictví (lůžkový fond činil 27,7 % z celkového počtu lůžek),
- 23 nemocnic bylo zřizováno krajem (lůžkový fond činil 13,6 % z celkového počtu lůžek),
- 17 nemocnic bylo zřizováno městem a obcí (lůžkový fond činil 6,4 % z celkového počtu lůžek),
- 2 nemocnice byly zřizovány církví (lůžkový fond činil 0,5 % z celkového počtu lůžek),
- 122 nemocnic bylo zřizováno jinou právnickou osobou (lůžkový fond činil 49,5 % z celkového počtu lůžek),
- 5 nemocnic bylo zřizováno ostatními centrálními orgány (lůžkový fond činil 2,3 % z celkového počtu lůžek). (ÚZIS, 2019b)

### **3.9.4 Stručné zhodnocení situace v oblasti zdravotnických zařízení**

Struktura sítě zdravotnických zařízení je v České republice relativně stabilizovaná. Dochází k mírnému poklesu akutní lůžkové kapacity v nemocnicích, ale v důsledku zvýšené porodnosti se zastavil pokles novorozeneckých lůžek. Postupně dochází ke zvyšování potřeb pro lůžkovou kapacitu nemocničních oddělení následné ošetrovatelské péče i lůžek dlouhodobé nemoci, v souvislosti se stárnutím populace. Do budoucna musí dojít ze stejného důvodu i k navýšení sociálních lůžek. V areálu Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace došlo k výstavbě nového pavilonu Domova pro seniory s kapacitou 110 lůžek. Tento pavilon by měl začít sloužit veřejnosti ve druhé polovině roku 2019. (KV, 2019)

## **3.10 Zdravotní péče v Kraji Vysočina a demografické údaje**

### **3.10.1 Současná situace v Kraji Vysočina**

Zdravotnická zařízení zřizovaná Krajem Vysočina jsou umístěna v Havlíčkově Brodě, Kamenici nad Lipou, Jihlavě, Novém Městě na Moravě, Pelhřimově a Třebíči. Tato místa jsou dostupná hromadnou dopravou, která z důvodu veřejného zájmu zajišťuje obyvatelům přiměřené spojení po všechny dny v týdnu a splňuje přepravní potřeby občanů do zdravotnických zařízení poskytujících základní zdravotní péči podle zákona č. 111/1994 Sb. o silniční dopravě, ve znění pozdějších předpisů.

Mezi základní cíle Kraje Vysočina v oblasti zdravotnictví patří:

- zajištění kvalitní, dostupné a bezpečné zdravotní péče,
- zvyšování efektivity při poskytování zdravotní péče v nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina,
- stabilizace zdravotnického personálu s cílem zabezpečit lidské zdroje potřebné pro zajištění kvalitní zdravotní péče,
- kvalitní a moderní zdravotnická infrastruktura, a to včetně dalšího rozvoje elektronizace zdravotnictví. (KV, 2019)

V roce 2017 bylo v Kraji Vysočina evidováno 164 zařízení poskytujících zdravotnickou péči. Zdravotnickou péči v samostatných ambulantních zařízeních a ambulantních částech nemocnic poskytovalo 1 573 lékařů a 9 126 zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí. (ÚZIS, 2017)

Demografická situace v Kraji Vysočina se podobá ostatním krajům České republiky. V Kraji Vysočina je jedna z nejvyšších nadějí dožití díky příznivým životním podmínkám. Základní demografickými trendy bude v příštích letech úbytek celkového počtu obyvatel kraje a zároveň významné zvyšování podílu osob nad 65 let v populaci. Průměrný věk obyvatel Kraje Vysočina činil 42,6 let, od roku 2000 se zvýšil o 4,5 roku. S nárůstem počtu starších obyvatel lze očekávat i zvýšené nároky na zajištění zdravotních služeb. Vlivem stárnutí populace a zvyšující se dobou dožití se bude i nadále zvyšovat poptávka po následné péči a sociální péči. (KV, 2019)

Tabulka 3 – Přehled vývoje počtu obyvatel Kraje Vysočina

Rok	Počet obyvatel celkem	v tom podle pohlaví		v tom ve věku (let)			Průměrný věk
		muži	ženy	0-14	15-64	65 a více	
2008	515 411	255 773	259 638	74 907	362 238	78 266	40,3
2009	514 992	255 492	259 500	74 566	360 299	80 127	40,5
2010	514 569	255 249	259 320	74 698	358 013	81 858	40,8
2011	511 937	253 985	257 952	75 331	351 776	84 830	41,1
2012	511 207	253 694	257 513	75 454	348 042	87 711	41,3
2013	510 209	253 270	256 939	75 488	344 450	90 271	41,6
2014	509 895	253 176	256 719	76 104	340 867	92 924	41,9
2015	509 475	252 964	256 511	76 722	337 491	95 262	42,1
2016	508 952	252 695	256 257	77 329	333 665	97 958	42,3
2017	508 916	252 711	256 205	77 987	330 572	100 357	42,6

Zdroj: ČSÚ, 2017

Tabulka 4 – Lůžka ve zdravotnických zařízeních Kraje Vysočina

Území	Nemocnice	
	zřizované krajem	privátní
Havlíčkův Brod	534	0
Jihlava	707	0
Pelhřimov	340	0
Třebíč	531	0
Nové Město na Moravě	457	93
Celkem Kraj Vysočina	2 569	93

Zdroj: KV, 2019

### 3.10.2 Současný stav zdravotnických zařízení v Kraji Vysočina

Obecně lze konstatovat, že stav nemocničních budov v Kraji Vysočina je na velmi dobré úrovni. Většina budov je nová, nebo opravená. V roce 2017 byla dokončena rekonstrukce budovy v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace pro plicní oddělení

a rehabilitaci a následnou péči, v roce 2018 byl dokončen nový chirurgický pavilon v Nemocnici Třebíč, příspěvková organizace. Všechny významné stavby a stavební úpravy jsou financovány z rozpočtu zřizovatele Kraje Vysočina. (KV, 2019)

Přístrojové vybavení nemocnic se podařilo z velké části obnovit z dotačního titulu Integrovaného regionálního operačního programu (IROP) výzva č. 31 „Zvýšení kvality návazné péče“. Podpora pořízení přístrojového vybavení je zaměřena na pořízení a modernizaci zdravotnických prostředků, technologií a dalšího vybavení, které slouží pro poskytování zdravotních služeb v podporovaných oborech a metodách návazné péče podle Koncepce návazné péče Ministerstva zdravotnictví ČR. (KV, 2019)

Kromě přístrojového vybavení využívá všech pět nemocnic také nemocniční informační systémy. V každé nemocnici je také umístěn stravovací provoz, což je provozně nezbytné z hlediska dietní výživy pacientů a pružnosti jejích změn. V Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace a v Nemocnici Pelhřimov, příspěvková organizace zajišťují provoz i prádelny. (KV, 2019)

Zřizovatel Kraj Vysočina každoročně aktualizuje zdravotní plán kraje, tak aby mohl zohledňovat především legislativní změny v oblasti zdravotnictví a pružně na ně reagovat. Celý tento plán a odborná diskuse nad jeho analytickými východisky je projevem odpovědného a uvážlivého přístupu představitelů kraje ve spolupráci s pracovníky veřejné správy a dalšími aktéry zdravotní a sociální politiky k nalezení cesty k řešení problémů v této oblasti. Zdravotní plán stanovuje optimální strukturu zdravotní péče, hledá cesty k zajištění její lepší dostupnosti a co možná nejvyšší kvality. Snaží se řešit ekonomické problémy, především pak způsoby financování zdravotnických zařízení tak, aby zajistil nejlepší ekonomickou a provozní stabilitu těchto zařízení. V rámci činnosti všech pěti nemocnic je snahou kraje ekonomicky a provozně stabilizovat nemocnice přispět ke vzájemné spolupráci ve vybraných oblastech. (KV, 2019)

Problémy se týkají především způsobů financování, které v současné době vychází ze zákona. Výše úhrady ze zdravotního pojištění je v současnosti dána paušálem a pro vedení nemocnic proto není příliš řešitelné získávání dalších finančních prostředků zvyšováním výkonnosti. Hledání jiných cest, například snižováním nákladů při zachování rozsahu a kvality produkce, je velmi problematické (rozhodující část tvoří mzdové náklady, kde je předpisem stanovena nejen výše platu, ale i minimální personální vybavení pro poskytování péče a další omezující pravidla). Velmi nejisté je dále uchování výše finančních prostředků získaných od pojišťoven v případě změny struktury dosud nasmlouvaných odborností a provozu. (KV, 2019)

### 3.10.3 Ekonomická situace nemocnic v Kraji Vysočina

Z hlediska ekonomické situace pěti nemocnic, jejichž zřizovatelem je kraj, můžeme konstatovat, že Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace, Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace, Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace, měly za rok 2018 vyrovnané hospodaření. Záporného hospodářského výsledku za rok 2018 dosáhly Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace a Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace. Závazky po lhůtě splatnosti mají všechny nemocnice. (KV, 2019)

Poskytování zdravotní péče je zatíženo celosvětově výskytem mnoha chyb, které v některých případech mohou vést i k fatálním následkům. Pro dosažení standardizace a zlepšování kvality péče v rámci zdravotnických zařízení a tím i v celém systému zdravotnictví, napomáhá na základě průkazně ověřených vědeckých poznatků a zkušeností, proces akreditace nemocnic. Tento proces stanovuje pravidla, umožňuje kontrolu nad jejich dodržováním, směřuje efektivitu sběru důležitých dat a také chrání pacienta i zdravotnický personál před složitým dokazováním při právních sporech. Je to dobrovolný proces zaměřený na hodnocení kvality pomocí jasně definovaných a měřitelných pravidel. Akreditace nemocnice je proces, který směřuje k poskytování kvalitní a bezpečné péče. Jedná se o standardizaci, sledování, vyhodnocování všech procesů poskytované zdravotní péče, o zavedení a dodržování podpůrných, řídicích procesů včetně zvyšování odborné úrovně péče. (KV, 2019)

Z pěti nemocnic zřizovaných Krajem Vysočina udělila Spojená akreditační komise, o.p.s. akreditaci všem pěti zařízením. Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace získala certifikát kvality a bezpečné péče v červnu 2008, jako první nemocnice v Kraji Vysočina. Proces akreditace se každé 3 roky opakuje. První reakreditace v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace proběhla v roce 2011, další v roce 2014. V roce 2014 měla akreditace i zvláštní zakončení, neboť několik minut po odjezdu auditorů bylo telefonicky opakovaně vyhrožováno uložením bomby v hlavní nemocniční budově, která se musela evakuovat. Poslední reakreditace proběhla úspěšně v roce 2017. (KV, 2019)

Zdravotní péči v Kraji Vysočina, tak jako ve zbytku České republiky, ovlivňují vnější faktory, které je nutné zahrnout do rozhodování. Mezi tyto faktory patří především neexistence celostátní koncepce zdravotnictví, standardů péče a nejasné definování oblastí, v nichž si chce stát ponechat trvalý vliv. Dále je nutné zmínit, že ze strany Ministerstva zdravotnictví je doposud preferováno spíše ovlivňování fungování zdravotnictví prostřednictvím zdravotních pojišťoven ve smyslu nákupcích zdravotní péče před ovlivňováním zdravotnických zařízení



ve smyslu poskytovatelů této péče. Dochází tedy k tomu, že dlouhodobé rozhodování zřizovatelů a managementu zdravotnických zařízení je ovlivňováno politikou zdravotních pojišťoven. Vzhledem k současné politické situaci lze v dohledné době ve zdravotnictví očekávat i značné legislativní změny, což může tyto současné pohledy a plány taktéž významně měnit. (KV, 2019)

Z hlediska fungování zdravotnického systému kraje je nezbytné věnovat patřičnou pozornost finančním ukazatelům. Mezi slabé stránky lůžkových zdravotnických zařízení patří fakt, že ekonomická situace všech pěti nemocnic, jejichž zřizovatelem je kraj je po ekonomické stránce nestabilní. V roce 2018 byl kraj nucen v rámci svého přebytku hospodaření za rok 2017 uvolnit částku 100 mil. Kč formou provozního příspěvku nemocnicím. Příspěvek byl určen na úhradu zvýšených nákladů v souvislosti s růstem platových tarifů zdravotnických pracovníků o 10 %, dále na úhradu zhoršeného výsledku hospodaření za rok 2017 a úhradu polhůtních závazků. (KV, 2019)

Technický stav většiny nemocnic je dobrý a i přes vysoké náklady na obměnu přístrojového vybavení dochází průběžně k jeho obnově. Z finančních prostředků kraje a ve většině případů i za pomoci Evropských strukturálních fondů jsou v současné době realizovány důležité obnovy přístrojové techniky. Přiměřený objem finančních prostředků investuje kraj taktéž do provozování lékařské pohotovostní služby. (KV, 2019)

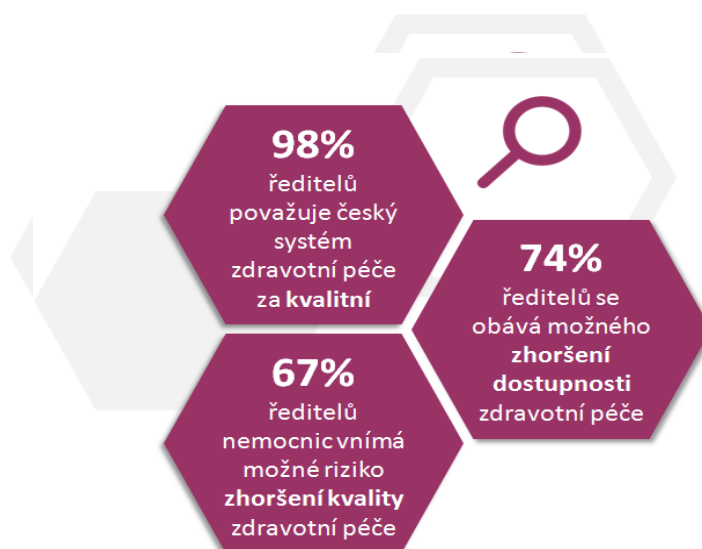
#### **3.10.4 Strategické vize kraje v oblasti zdravotnictví**

K naplnění strategické vize v oblasti zdravotnictví jsou stanoveny dílčí cíle, kterých chce kraj dosáhnout ve střednědobém horizontu. Je to především dosažení strukturálně a rovnoměrně rozložené, dostupné, kvalitní a na vysoké odborné úrovni poskytnuté péče, jak v lůžkové, tak i ambulantní péči. Vytvoření vhodných podmínek pro práci erudovaných pracovníků (lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků), pružně reagujících na nejnovější trendy v oblasti rozvoje medicíny a ošetrovatelství. Dle dlouhodobých záměrů kraje je nutné koncepční budování a modernizování jednotlivých zdravotnických zařízení kraje. V neposlední řadě je nutné rozvíjet předpoklady pro umístění nových zdravotnických oborů vedoucích k zajištění nezbytné péče. Naplnění této vize v oblasti zdravotnictví by mělo vést k maximálně kvalitnímu a efektivnímu poskytování zdravotní péče v kraji. (KV, 2019)

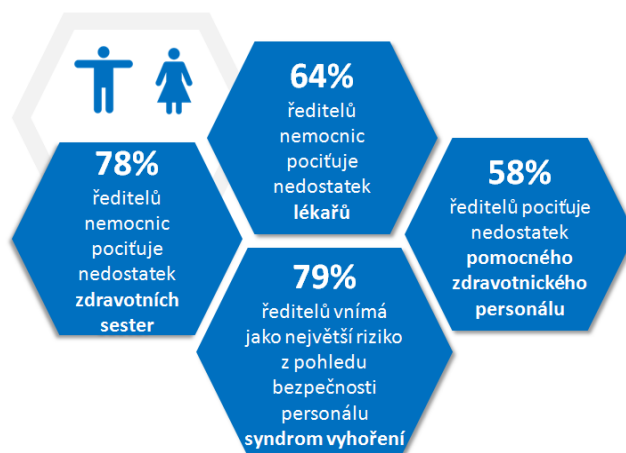
#### **3.11 Hodnocení českého zdravotnictví**

Z celostátního průzkumu „Barometr českého zdravotnictví z pohledu ředitelů nemocnic 2018“, který proběhl mezi řediteli nemocnic v březnu roku 2018. V průzkumu byli osloveni

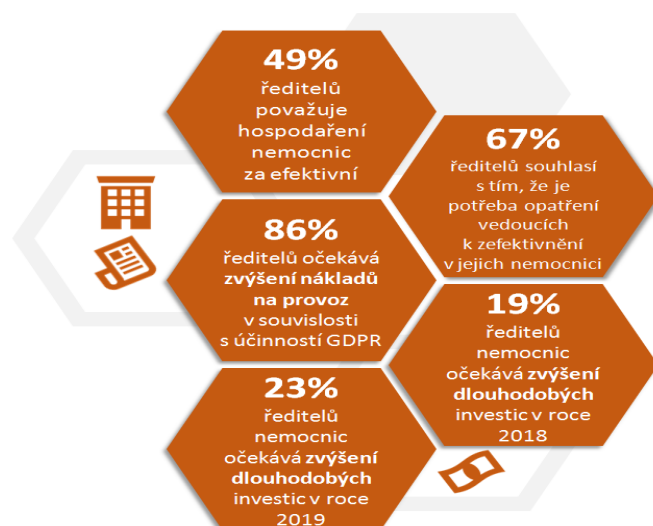
ředitelé 155 nemocnic, celkově odpovědělo 64 ředitelů fakultních, krajských, městských a soukromých nemocnic. Cílem průzkumu bylo identifikovat aktuální problémy, s nimiž se vedení nemocnic musí potýkat. (HTC, 2018)



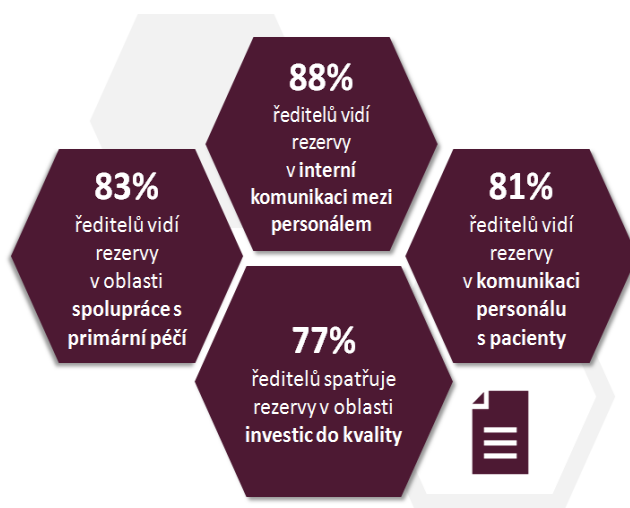
Obrázek 9 – Kvalita a dostupnost péče (HTC, 2018)



Obrázek 10 – Lidské zdroje a bezpečnost (HTC, 2018)



Obrázek 11 – Hodnocení nemocnic a finance (HTC, 2018)



Obrázek 12 – Rezervy v oblasti nemocniční péče (HTC, 2018)

Z průzkumu mezi řediteli vyplývá, že velká většina ředitelů nemocnic považuje systém zdravotní péče za kvalitní, ale zároveň se do budoucna obávají zhoršení dostupnosti v poskytování zdravotní péče. Jako velký problém vnímají ředitelé nedostatek zdravotnického personálu, jedná se především o všeobecné sestry a lékaře. Ve všech krajích není situace stejná. Ve velkých fakultních nemocnicích chybí spíše všeobecné sestry, v menších nemocnicích je problém se specializovanými lékaři. Z hlediska hospodaření nemocnic necelá polovina ředitelů vnímá hospodaření jako efektivní, nicméně většina souhlasí s tím, že budou nutná opatření vedoucí k zefektivnění procesů ve zdravotnických zařízeních. Největší rezervy ředitelé spatřují v komunikaci, ať se jedná o komunikaci mezi personálem, tak i o komunikaci

s pacienty. Další rezervy vidí ve spolupráci s primární péčí a v oblasti investic do kvality poskytované péče. (HTC, 2018)

## 4 Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace

### 4.1 Historie Havlíčkobrodské nemocnice, příspěvková organizace

První písemná zmínka o městském špitálu v tehdejší Německém Brodě pochází již z roku 1319. Klášterní špitál patřil k nejstarším v Čechách, sloužil až do roku 1894. V roce 1852 bylo výnosem c.k. okresního hejtmanství povoleno zřízení soukromé nemocnice, která byla otevřena v roce 1858. Koncem 80. let přestává tato nemocnice vyhovovat a proto v roce 1894 vyhovělo okresní zastupitelství žádosti městské rady a schválilo vybudování nového ústavu, který měl sloužit nejen tehdejšímu okresu, ale i širšímu okolí. Stavba nemocnice byla dokončena v roce 1897 a tvořily jí celkem 4 budovy s celkovým počtem 135 lůžek. O osm let později byl zbudován ještě jeden pavilon, který rozšířil lůžkovou kapacitu nemocnice o dalších 80 lůžek. Během 1. světové války pak vzniká dalších několik pavilonů.



Obrázek 13 – Původní budova Havlíčkobrodské nemocnice na začátku 20. století (Betlach, 2006)

V roce 1925 byla v areálu nemocnice otevřena první léčebna pro mimoplicní tuberkulózu v Čechách. Po 2. světové válce došlo k prudkému rozvoji nemocnice, které již stávající prostory kapacitně nedostačovaly, a tak získala k dlouhodobému pronájmu 7 pavilónů tehdejší psychiatrické léčebny. Nemocnice měla v poválečném období něco přes 1000 lůžek. V těchto prostorách nemocnice fungovala dlouhých 50 let. Obrat nastal až po roce 1989, kdy tehdejší příznivé společenské klima dovolilo realizovat náročnou stavbu rozsáhlého monobloku

s heliportem, který byl otevřen v roce 1996. V tomto roce proběhla i rozsáhlá rekonstrukce interního pavilonu, který se v průběhu následujících dvou let změnil v moderně vybavené centrum, která nabízí pacientům ještě kvalitnější léčebnou a ošetrovatelskou péči. Cílem projektu, jehož součástí byly nejenom komplexní stavební úpravy, ale i dovybavení nejmodernějšími přístroji řady dalších oddělení, bylo zajištění moderní úrovně léčby pacientů v kontextu se současnými medicínskými trendy. (Betlach, 2006)

## **4.2 Současnost Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace**

Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace je příspěvkovou organizací zřizovanou Krajem Vysočina. Poskytuje, ambulantní, lůžkovou základní, specializovanou diagnostickou a léčebnou zdravotní péči, nezbytnou preventivní péči. Dále provádí lékárenskou činnost a prodává krev a krevní deriváty.

V nemocnici jsou v současné době oddělení interní, infekční, plicní, neurologické, pediatrie, gynekologie, chirurgické, ARO, ortopedické, urologické, ORL, oftalmologické, radioterapeutické, rehabilitační, rehabilitační a následné péče, centrální JIP. Z nelůžkových oddělení to jsou oddělení: dialýza, RDG, centrální operační sály, centrální sterilizace, oddělení laboratoří, transfúzní oddělení, oddělení nukleární medicíny, patologie. Nemocnice disponuje v současné době celkem 548 lůžky.

Většina oddělení je umístěna v monobloku vybudovaném v roce 1997 (chirurgie, interna, gynekologie a porodnice, urologie, dětské, neurologie, ortopedie, ORL, oční, oddělení klinické biochemie, oddělení nukleární medicíny, transfusní oddělení, oddělení radiodiagnostiky a mikrobiologie) s výjimkou oddělení infekčního, plicního, onkologie, rehabilitace, oddělení rehabilitace a následné péče a kožní ambulance.

V roce 2017 došlo k rekonstrukci budovy bývalé chirurgie, v rekonstruovaném pavilonu získalo nové prostory oddělení rehabilitace a následné péče a oddělení plicní. Ve třetím nadzemním podlaží jsou umístěny vybrané ambulance endokrinologie, ambulance bolesti, klinické psychologie.

Spolupráce Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace s pracovišti poskytujícími centrovou péči:

### **1. Angiologická vyšetření**

Angiologická vyšetření jsou v rámci Kraje Vysočina prováděna na pracovištích Nemocnice Jihlava a Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace.

Mezi Nemocnicí Havlíčkův Brod, příspěvková organizace a Nemocnicí Nové Město na Moravě, příspěvková organizace, Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace byla

uzavřena dohoda o spolupráci v oblasti angiologických intervencí, která definuje podmínky spolupráce v dané oblasti v zájmu zabezpečení kontinuity péče. Obnova angiologické linky byla v roce 2018 prostřednictvím spolufinancování z Integrovaného regionálního operačního programu.

## 2. Nukleární medicína

Oddělení nukleární medicíny v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace je vybaveno přístroji umožňujícími vyšetření v širokém spektru medicínských oborů od vnitřního lékařství přes onkologii, chirurgii až po psychiatrii. Je známo přes sto druhů nukleárně medicínských zobrazovacích metod. Neexistuje orgán či funkce orgánu, který by nebyl zahrnut v některých metodikách nukleární medicíny.

V posledních letech se rychle rozvíjí spolupráce s chirurgickým oddělením v rámci onkochirurgického programu a v operačním řešení thyreopatií a hyperparathyreóz. Oddělení nukleární medicíny zajišťuje předoperační mapování lymfatických uzlin a určení strážní uzliny u maligního melanomu, karcinomu prsu a žaludku.

## 3. Perinatologické centrum intermediární péče

PCIMP zajišťuje nepřetržitou specializovanou komplexní péči v oborech porodnictví a neonatologie a efektivně spolupracuje s PCIP Hradec Králové, Praha, atd. Hlavním úkolem je záchyt předčasných porodů od 31 týdne a koncentrace závažných patologií nevyžadujících péči PCIP. Případný transport těhotné ženy do centra zajišťuje odesílající oddělení, které za prevoz přebírá i zodpovědnost.

Neonatologický úsek PCIMP sdružuje úsek péče o fyziologické novorozence a jednotku intenzivní péče (JIP) s následujícími cíli:

- péče o fyziologické novorozence s důsledným dodržáním všech 10 kroků na podporu úspěšného kojení,
- diagnostika a léčba patologických stavů novorozenců narozených od 31 + 0 týdne těhotenství, porozených přímo v PCIMP i přivezených do PCIMP z jiných zdravotnických zařízení,
- péče o pacienty převezené do PCIMP z PCIP k doléčení (mohou být narozeni i v nižším gestačním týdnu),
- zajišťuje dostupnost následné péče a sledování vývoje rizikových novorozenců - ambulance vývojové péče pro děti se závažnou perinatální anamnézou.

Perinatologické centrum Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace je nositelem titulu Baby Friendly Hospital od r. 1997 a jako první v České republice bylo v roce 2017 recertifikováno.

#### 4. Osteologické centrum

Osteologické pracoviště v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace zajišťuje komplexní péči o nemocné s metabolickým postižením skeletu od roku 2005. Z nejčastějších osteopatií to jsou: osteoporóza primární a sekundární, renální osteopatie, primární či sekundární hyperparatyreóza, osteomalacie a osteogenesis imperfecta. V diagnostice jsou využívány nejmodernější laboratorní testy a přístrojová technika, včetně celotělové densitometrie. Součástí laboratorního vyšetření je zhodnocení kostního metabolismu a vyšetření hladiny vitamínu D.

V léčbě osteopatií jsou sledovány nejnovější léčebné trendy. Prováděna jsou i klinická hodnocení v rámci mezinárodních farmakologických studií. Pracoviště má akreditaci druhého stupně a je schopno školit lékaře v přípravě na osteologickou atestaci.

Pracoviště spolupracuje se všemi nemocnicemi v Kraji Vysočina. Dále s Osteologickým centrem v Pardubicích a Centrem pro klinické studie (CCRB) také v Pardubicích. V případě problému přesahujícího rámec možností centra jsou pacienti odkazováni na vyšší pracoviště: Fakultní nemocnice Hradec Králové, III. interní kliniku Fakultní nemocnice UK v Praze, Institut klinické a experimentální medicíny Praha.

#### 5. Centra s celokrajskou působností

Ortopedické oddělení – patří počtem operačních výkonů k nejvytíženějším ortopedickým pracovištím. Ortopedie se podílela v letech 2010 - 2013 na vývoji modulárního implantátu řešícího degeneraci kořenového palce ruky. Implantát je i patentován, využíván v zahraničí a dochází k jeho vývoji - evoluci ve spolupráci s profesorem Tobren Beak Hansenem z Dánska. Zároveň je oddělení zavedeným konzultačním a školicím centrem chirurgie ruky pro celou Českou republiku. Je v plánu s touto činností dále pokračovat.

Urologické oddělení značně rozšířilo spektrum laparoskopických urologických operací včetně pyeloplastik, adrenalectomie. Lékaři operují i tumory u pacientů s vysokým věkem. Provádí laparoskopické radikální prostatektomie s preferencí vysoce rizikových tumorů, naopak pacientům s nízkým rizikem nabízí aktivní sledování. Plastiky močové trubice, implantace penilních protéz, aplikace bulbouretrálních stentů. Operace pro stresovou inkontinenci moči u žen. Aktuálně se lékaři zaměřují na dětskou urologii. Jedná se především o laparoskopické operace nádorů ledvin.



Oční oddělení – moderně vybavené pracoviště s YAG laserem zejména k léčbě sekundárního šedého zákalu a s vlastními operačními sály. Lékaři se zaměřují na operace šedého zákalu, operace zadního segmentu oka, antiglaukomové zákroky, transplantace rohovky a plastické operace. Na všechny uvedené zákroky navazuje důsledná pooperační péče.

Gastroenterologická ambulance - je centrem pro prevenci a léčbu kolorektálního karcinomu.

#### 6. Spolupráce s centry v Kraji Vysočina

Kardiologická péče: pacienti s akutním koronárním syndromem jsou směřováni posádkami Zdravotnické záchranné služby přímo z terénu do Kardiocentra Jihlava. V případě, kdy se pacient s touto diagnózou dostane do Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace, je konzultován s kardiologickou jednotkou intenzivní péče v Jihlavě a následně cestou zdravotnické záchranné služby transportován k intervenčnímu výkonu.

Iktová péče: Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace a Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace zajišťují iktovou péči v Kraji Vysočina.

Onkologická péče: nastavená spolupráce nemocnic Kraje Vysočina je funkční a vyhovující.

Magnetická rezonance: systém nastavené spolupráce je funkční. Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace využívá nastavených časů k diagnostice pacientů v Nemocnici Nové Město na Moravě, příspěvková organizace. K aktualizaci potřeb využívání magnetické rezonance v Nemocnici Nové Město na Moravě, příspěvková organizace by mělo dojít po zprovoznění magnetické rezonance v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace, ke které by mělo dojít v červnu 2019. PET/CT: spolupráce je nastavená v rámci indikace klinických pracovišť u onkologicky nemocných pacientů s Nemocnicí Jihlava, příspěvková organizace.

Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče: Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace spolupracuje s nemocnicí v Novém Městě na Moravě, příspěvková organizace. Pokud je pacient indikován k dlouhodobé intenzivní péči, ošetřující lékař domlouvá s pracovištěm následnou intenzivní péči v Nemocnici Novém Městě na Moravě, příspěvková organizace překládá na toto pracoviště.



Obrázek 14 – Současná budova Havlíčkovobrodské nemocnice zdroj (Betlach, 2006)

### 4.3 Základní ukazatele

Tabulka 5 – Přehled ukazatelů

	2017	2018
Průměrný evidenční počet zaměstnanců ke konci období	1 039,72	1 056,16
Počet lékařů celkem	140	141
Počet SZP celkem	573	579
Lůžkový fond	534	534
Z toho následná péče	44	44
Z toho JIP	43	43
Počet hospitalizovaných osob	18 808	18 082
Průměrná délka hospitalizace (dny)	6,20	6,30
Počet porodů	1 408	1 464
Počet operací	11 332	10 089
Počet ambulantních návštěv	230 993	229 686

Zdroj: (firemní materiály, vlastní úprava, 2019)

#### **4.4 Metodika bakalářské práce**

Bakalářská práce je zaměřena na analýzu financování zdravotní péče v ČR. Systém financování je postaven, již řadu let, na paušálních platbách a víceméně nerozlišuje rozdíly ve výkonnosti. V případě neplnění referenčních hodnot je nemocnice krácena na platbách, v případě překročení není celá nadprodukce uhrazena, jenom pouze část je hrazena a to výrazně nad 100 % produkce. Z paušálních plateb byly zatím vyjmuty výkony – porody, na které jsme se zaměřili a porovnali jsme finanční přínos nebo i ztrátu z pohledu Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace. Vycházeli jsme z celkových nákladů, jak nemocnice, tak i z celkových nákladů gynekologicko - porodnického oddělení. Rovněž jsme použili celkové produkční (výnosové) údaje nemocnice. Vyžili jsme data z účetního systému QI za období od ledna 2018 do prosince 2018. Samotná analýza probíhala po ukončení účetní závěrky v únoru 2019 do března 2019. Základní sazba je u jednotlivých zdravotních pojišťoven značně rozdílná, proto jsme při výpočtu vycházeli z průměrné základní sazby. Bylo výhodné vyčlenění výkonů – porodů z paušální úhrady v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za rok 2018 pro Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace. Vyčíslení finančního dopadu zahrnutím výkonů – porodů do paušální složky úhrady v rámci poskytnutí akutní zdravotní péče. Pro přehlednost jsme data uspořádali do tabulek. Analýzu dat jsme provedli pomocí tabulkového procesoru Excel v programu Microsoft Office Profesional Plus 2010 od společnosti Microsoft Corporation.

#### **4.5 Analýza úhrady zdravotní péče**

- **Hospitalizační složka úhrady**

Výše úhrady za hospitalizační část vychází z referenčního období, zpravidla dva roky zpátky. Již několik let se v rámci hospitalizace uplatňuje platba tzv. paušálem. Výše úhrady je navýšena o částku, která zahrnuje inflační složku a složku navýšení osobních nákladů. Nemocnice si v rámci úhrady musí hlídat výše case mixu za hospitalizační případ. Aby nedošlo ke krácení v rámci této složky úhrady, musí nemocnice vykázat příslušné procento výkonnosti ve vztahu k referenčnímu období. Pro rok 2018 to bylo 95 % výkonnosti roku 2016. Na rok 2019 stanoví úhradová vyhláška dodržení 97 % výkonnosti referenčního roku 2017.

Tabulka 6 – Hospitalizace 2018

Název ZP	Hospitalizace			CM		
	aktuální	ref.	%	aktuální	ref.	% red.
Všeobecná zdravotní pojišťovna	11 142	11 714	95,1	9 842,5	10 072,4	97,7
Vojenská zdravotní pojišťovna	648	719	90,1	533,1	562,3	94,8
Česká průmyslová ZP	2 320	2 271	102,2	1 836,6	1 816,4	101,1
Oborová ZP bank a pojišťoven	596	530	112,5	454,9	403,3	112,8
Zaměstnanecká poj. ŠKODA	5	7	71,4	4,6	6,8	68,5
Zdravotní pojišťovna MV ČR	1 369	1 322	103,6	1 148,4	1 140,2	100,7
Revírní bratrská pokladna	13	10	130,0	9,0	5,8	155,8
Ostatní ZP	4			0,0		
<b>CELKEM</b>	<b>16 097</b>	<b>16 573</b>	<b>97,1</b>	<b>13 829,2</b>	<b>14 007,2</b>	<b>98,7</b>

Zdroj: (firemní materiály, vlastní úprava, 2019)

Ve výše uvedené tabulce je srovnání výkonnosti v porovnání s referenčním obdobím pro všechny zdravotní pojišťovny. Z výše uvedené tabulky je vidět, že Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace ve sledovaném období plnila limity referenčního období. Jenom u Vojenské zdravotní pojišťovny nedošlo k naplnění referenčních hodnot. U zaměstnanecké pojišťovny ŠKODA a Revírní bratrské pokladny má Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace uzavřené výkonové smlouvy. Není tedy nutné dodržovat limity pro plnění. Tyto dvě zdravotní pojišťovny mají v regionu Havlíčkův Brod velmi malé procento pojištěnců a jsou z tohoto důvodu i uzavírány smlouvy výkonové.

- **Ambulantní složka úhrady**

Ambulantní složka úhrady rovněž vychází z referenčního období. Zde musí být dodržen počet vykázaných a schválených bodů a rovněž musí být dodržen počet globálních unikátních pacientů. V rámci této složky úhrady je rovněž nutné sledovat vykázanou preskripci. V případě překročení výše preskripce, při které nedojde k adekvátnímu zvýšení počtu unikátních globálních pojištěnců, dojde k uplatnění regulace ze stran zdravotních pojišťoven. Poté v rámci vyúčtování může nemocnice požádat o zohlednění výše preskripce. Musí ovšem doložit oprávněnost navýšení a podání speciálních drahých preparátů.

Tabulka 7 – Ambulance 2018

Název ZP	Body - ambulance			Unikátní pojištěnci - ambulance		
	aktuální	referenční	%	aktuální	referenční	%
Všeobecná zdravotní pojišťovna	95 562 159	97 001 086	98,5	63 766	64 475	98,9
Vojenská zdravotní pojišťovna	4 392 679	4 498 704	97,6	4 342	4 468	97,2
Česká průmyslová ZP	16 440 541	15 004 794	109,6	11 825	11 646	101,5
Oborová ZP bank a pojišťoven	3 367 979	3 308 536	101,8	3 725	3 691	100,9
Zaměstnanecká poj. ŠKODA	34 874	35 364	98,6	24	29	82,8
Zdravotní pojišťovna MV ČR	11 075 221	12 097 252	91,6	9 010	8 962	100,5
Revírní bratrská pokladna	31 948	45 267	70,6	65	64	101,6
<b>CELKEM</b>	<b>130 905 401</b>	<b>131 991 003</b>	<b>99,2</b>	<b>92 757</b>	<b>93 335</b>	<b>99,4</b>

Zdroj: (firemní materiály, vlastní úprava, 2019)

Z tabulky č. 7 je patrné, že i v rámci ambulantní složky úhrady došlo ke splnění limitu vykázaných ambulantních bodů jen u České průmyslové zdravotní pojišťovny a u Oborové zdravotní pojišťovny bank a pojišťoven. U ostatních zdravotních pojišťoven dojde ke krácení paušálních plateb. U zaměstnanecké pojišťovny ŠKODA a Revírní bratrské pokladny, jak jsme již zmiňovali v rámci hospitalizační složky úhrady má Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace uzavřenou výkonovou smlouvu a provedené zdravotnické výkony pro tyto dvě zdravotní pojišťovny se účtují dle skutečně odvedených výkonů.

#### • Ostatní složky úhrady

Mezi ostatní složky úhrady se řadí poskytnuté samostatně domluvené úhrady mimo hospitalizační a ambulantní paušál.

Jedná se především o:

- různé screeningové vyšetření (kolorekta, mamograf a další),
- výkony TEP (kyčle, kolena),
- katarakty,
- příspěvek na provoz LSPP,
- navýšení bodové hodnoty za nepřetržitý provoz laboratoře. (Výroční zpráva, 2018)

#### 4.6 Hospodaření Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace v roce 2018

Tabulka 8 – Přehled nákladů

Účet	Název položky	2017 (v tis. Kč)	2018 (v tis. Kč)
501/02	Léky	87 699	87 600
501/03	Krev	7 970	8 391
501/04	SZM - RTG	27	12
	- laboratorní materiál	871	861
	- implantáty	29 087	28 929
	- obvazový materiál	3 618	3 758
	- ostatní	46 086	47 104
501/05	Pohonné hmoty	546	552
501/06	Potraviny	12 059	11 904
501/07	Všeobecný materiál	13 349	12 793
501/08	DHIM	0	0
501/09	Prádlo	2 536	2 692
501/10	Knihy	123	58
502/10	Elektrická energie	7 675	8 168
502/20	Voda	4 488	4 625
502/40	Plyn	7 572	7 455
504	Prodej lékárna, jídelna, SZM	84 016	86 452
511/01	Opravy - zdravotnická technika	11 205	11 277
	- stroje, přístroje	2 740	2 345
	- ostatní	0	0
	- stavební	3 696	3 258
512	Cestovné	796	995
513	Pohoštění, dary	154	128
518	Likvidace odpadů	1 099	1 034

Vysoká škola polytechnická Jihlava

	Údržba počítačové sítě	4 388	3 783
	Ostatní	17 654	18 116
	Nájemné	12 152	12 197
521	Mzdy	447 615	506 185
524,525	Odvod sociálního a zdravotního pojištění	149 700	170 766
527	Odvod FKSP	8 584	9 738
528	Ostatní sociální náklady	0	0
531	Silniční daň	48	52
532	Daň z nemovitosti	0	0
538	Ostatní daně a poplatky	11	22
541	Smluvní pokuty a penále	500	364
542	Ostatní pokuty a penále	0	15
543	Odpis nedobytné pohledávky	0	0
544	Prodaný materiál	557	682
545	Kurzové ztráty	0	0
547	Manka a škody nad normu	0	127
549	Ostatní náklady, poplatky	2 765	557
551	Odpisy DHM nad 40000	31 059	34 289
591	Daň z příjmů	33	0
<b>5</b>	<b>CELKEM NÁKLADY</b>	<b>1 005 868</b>	<b>1 082 488</b>

Účet	Obsah	2017	2018
602/01	Tržby VZP ČR	593 143	626 346
602/02	Tržby ostatní pojišťovny	222 079	228 818
602/ostatní	Ostatní tržby	24 034	29 518
604	Tržby za prodané zboží	102 289	104 499
611,621	Aktivace	0	0
641-2	Smluvní pokuty, úroky	0	0
644	Výnosy z prodeje materiálu	2 095	1 845
648	Čerpání fondů	10 910	24 029

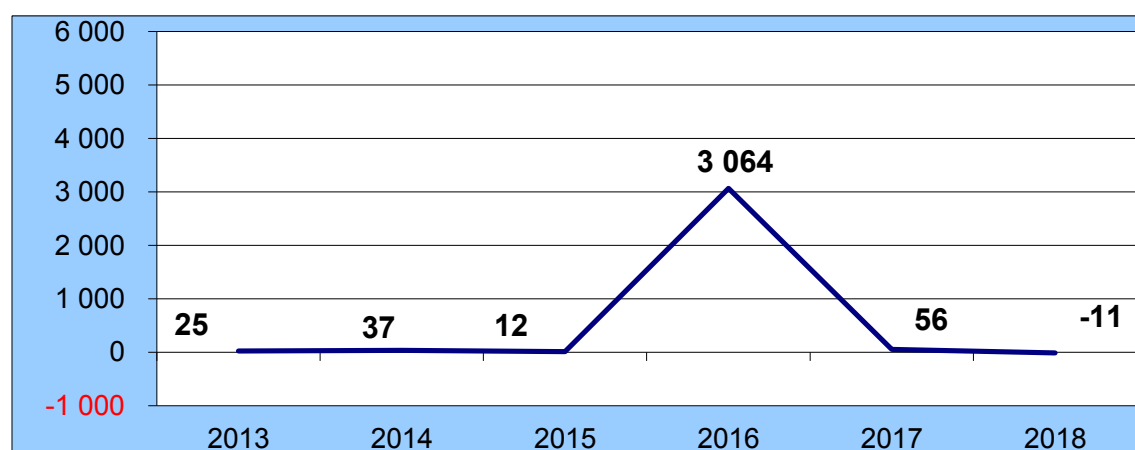
649	Ostatní výnosy	12 917	11 889
651	Tržby z prodeje majetku	0	0
654	Tržby - ostatní prodej	0	0
67*	Provozní dotace	37 897	54 983
6	<b>CELKEM VÝNOSY</b>	<b>1 005 924</b>	<b>1 082 477</b>
<b>VÝSLEDEK HOSPODAŘENÍ</b>		<b>56</b>	<b>-11</b>

Zdroj: (firemní materiály, vlastní úprava, 2019)

Výsledkem hospodaření za rok 2018 je vykázána ztráta ve výši 11 tis. Kč (- 16 374 tis. Kč v hlavní činnosti, 16 363 tis. Kč v doplňkové činnosti). Naopak v roce 2017 hospodařila nemocnice s přebytkem ve výši 56 tis. Kč. Plánovaný výsledek byl ve výši 0,- Kč.

Příznivě se do výnosů a hospodářského výsledku za rok 2018 promítla provozní dotace od zřizovatele KV ve výši 21 337 tis. Kč. Do výsledku hospodaření se rovněž příznivě promítlo použití investičního fondu k financování oprav a udržování majetku ve výši 16 486 tis. Kč a proúčtování nekrytého investičního fondu do výnosů ve výši 6 686 tis. Kč. Provozní dotací a použitím investičního fondu došlo k eliminaci ztráty v roce 2018 způsobené navýšením tarifních mezd a rizikového příplatku. Toto navýšení nebylo zcela pokryto výnosy od zdravotních pojišťoven.

Za rok 2018 byly vykázány celkové výkony ve výši 1 082 477 tis. Kč, v porovnání s rokem 2017 došlo k nárůstu o 7,6 %. Celkové náklady činily 1 082 488 tis. Kč, oproti roku 2017 došlo rovněž k nárůstu o 7,6 %.

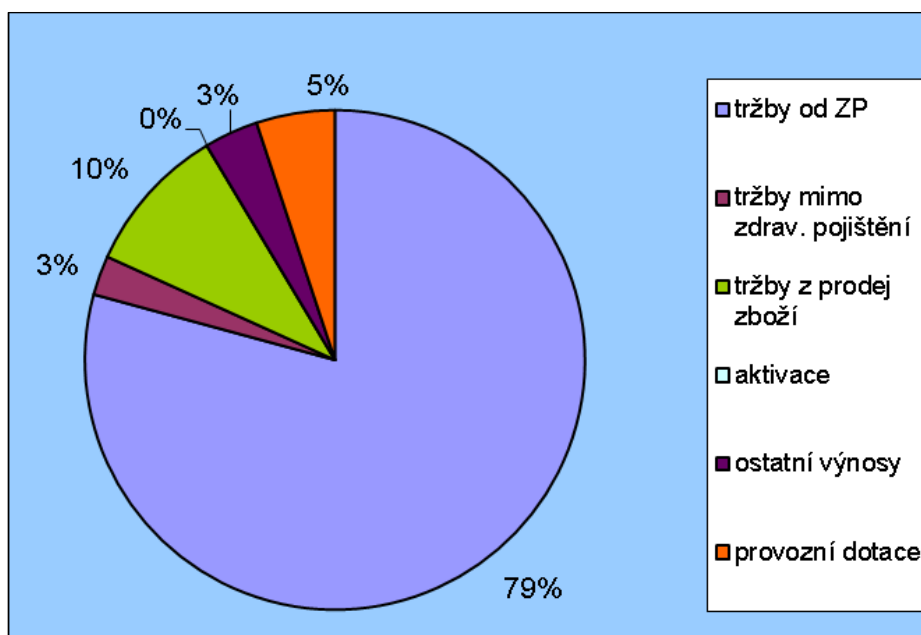


Graf č. 4 – Přehled výsledků hospodaření (firemní materiály, vlastní úprava, 2019)



## Výnosy

Největší podíl výnosů je tvořen tržbami od zdravotních pojišťoven a to 857 596 tis. Kč. Meziroční zvýšení plateb od ZP činí 42 374 tis. Kč. Další významnou položkou výnosů jsou tržby v nemocniční lékárně ve výši 96 673 tis. Kč, oproti roku 2017 došlo k nárůstu o 3,6 %, tento nárůst je způsoben především vyšším záchytem vystavených receptů v nemocniční lékárně.

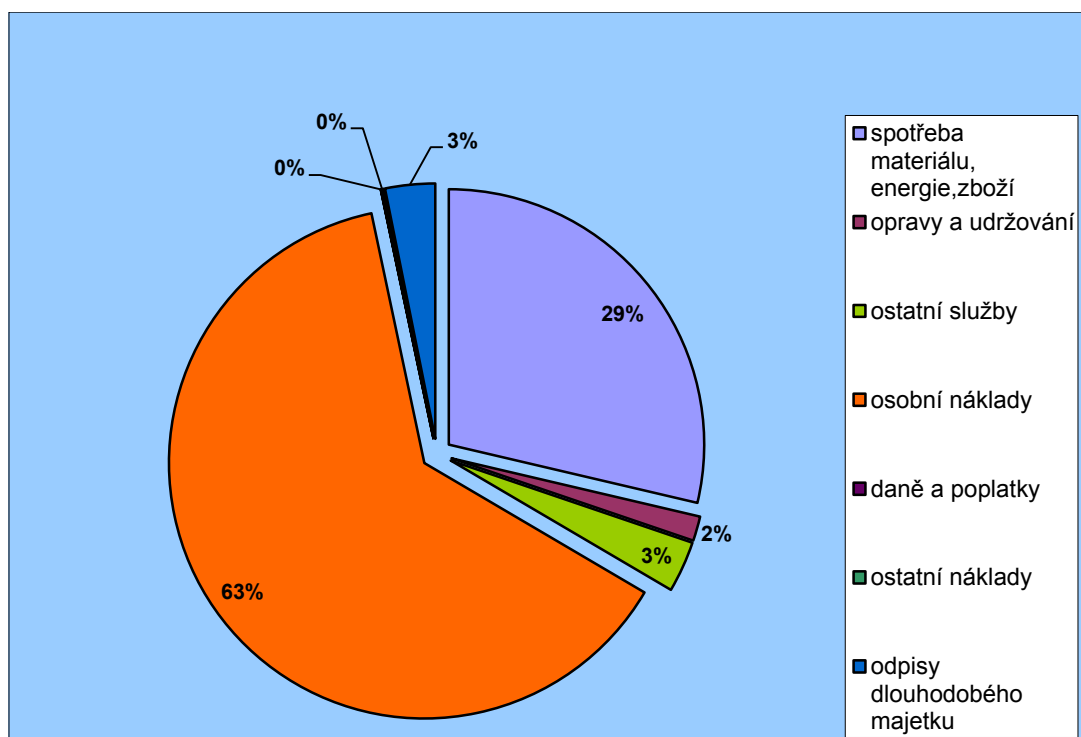


Graf 5 – Podíl položek výnosů na celkových výnosech (firemní materiály, vlastní úprava, 2019)

Výše zmíněný obrázek konkrétně vystihuje podíl jednotlivých složek výnosů v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace. Nejvýznamnější složkou výnosů jsou samozřejmě příjmy od zdravotních pojišťoven. Druhou nejvýznamnější složkou jsou příjmy z prodeje zboží, které představují hlavně prodej léčivých přípravků v nemocniční lékárně. Třetí významnou položkou výnosů jsou příjmy (dotace) od zřizovatele. Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace v rámci své formy podnikání má i vedlejší činnosti, které jí přinášejí finanční prospěch. Mezi největší příjmy z vedlejší činnosti můžeme zařadit příjmy z prodeje zboží v nemocniční lékárně. Tento příjem se každý rok navyšuje. Dalším významným zdrojem příjmů je činnost vlastní prádelny. Větší podíl činnosti v prádelně je poskytován pro externí zákazníky. Dalším významným zdrojem příjmů je činnost stravovacího provozu. V letošním roce se plánuje zajišťování stravovacího provozu pro Domov seniorů Havlíčkův Brod, příspěvková organizace. (Výroční zpráva, 2018)

## Náklady

Největší položku nákladů tvoří osobní náklady ve výši 686 689 tis. Kč, což činí 63,4 % z celkových nákladů. Nárůst v porovnání s r. 2017 je o 80 790 tis. Kč a byl způsoben navýšením tarifních mezd o 10 %, zavedením rizikového příplatku pro směnující nelékařský personál a posuny zaměstnanců v platových stupních. Toto navýšení nekoresponduje se zvýšením plateb od zdravotních pojišťoven, navýšení příjmů od zdravotních pojišťoven je nižší o 38 416 tis. Kč. Tento rozdíl byl částečně pokryt provozní dotací od zřizovatele. Průměrná mzda byla ve výši 38 297,- Kč a byla vyšší o 8,8 % oproti roku 2017. Druhou největší položkou jsou materiálové náklady ve výši 204 655 tis. Kč, které z celkových nákladů tvoří 18,9 %.



Graf 6 – Podíl položek nákladů na celkových nákladech (firemní materiály, vlastní úprava, 2019)

## Finanční situace

V porovnání s rokem 2017 došlo u závazků za dodavateli ke zvýšení o 3 640 tis. Kč, polhůtní závazky se zvýšily o 10 828 tis. Kč. V příložené tabulce je srovnání polhůtních závazků dle jednotlivých pásem.

Tabulka 9 – Přehled závazků

Období	Celkem (v tis. Kč)	z toho po lhůtě splatnosti				
		do 30 dnů	31 - 90 dnů	91 - 180 dnů	181-360 dnů	nad 360 dnů
	1	2	3	4	5	6
k 31. 12. 2017	107 392	19 667	20 436	70	0	0
k 31. 12. 2018	111 032	21 471	24 768	4 762	0	0
<b>Rozdíl</b>	<b>3 640</b>	<b>1 804</b>	<b>4 332</b>	<b>4 692</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Zdroj: (firemní materiály, vlastní úprava, 2019)

#### 4.7 Finanční ohodnocení porodů přes DRG

Gynekologicko – porodnické oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace, je s průměrem 1450 porodů za rok dlouhodobě nejoblíbenější porodnicí na Vysočině. Kromě porodnice došlo ke stavebním úpravám a prostorovému rozšíření v roce 2017 i na Perinatologickém centru, kde jsou hospitalizováni novorozenci s nízkou porodní vahou, kteří potřebují 24hodinový dohled lékaře. Každoročně je zde hospitalizováno kolem 250 novorozenců i s matkami, přičemž boxový systém umožňuje pobyt i tatínka. Stavební úpravy finančně podpořil zřizovatel nemocnice Kraj Vysočina a to částkou 24,7 milionu korun bez DPH. Moderní porodní sály a kvalifikovaný personál odráží aktuální trendy v porodnictví. Dle dotazníků spokojenosti si matky chválí soukromí a prostornost, moderní vybavení sálů, ale především ochotu personálu, vysokou úroveň komunikace a odbornost lékařů daného oddělení. (Výroční zpráva, 2018)

Tabulka 10 – DRG porody

	V Kč	2018	2018	2018	2018	2017	2017	2017	2017
DRG báze	Název DRG báze	Případy	CM	Prům. náklad	Prům. výnos	Případy	CM	Prům. náklad	Prům. výnos
1460	Porod císařským řezem	436	628,3	23 067	53 548	390	565,3	22 000	46 798
1461	Vaginální porod se sterilizací a/nebo dilatací a kyretáží	29	33,4	20 662	42 765	44	52,0	20 763	38 155
1463	Vaginální porod	1 007	863,0	8 484	31 845	962	826,6	8 188	27 743
<b>CELKEM</b>		<b>1 472</b>	<b>1 524,7</b>	<b>13 043</b>	<b>38 489</b>	<b>1 396</b>	<b>1 443,8</b>	<b>12 443</b>	<b>33 395</b>

Zdroj: (firemní materiály, vlastní úprava, 2019)

Ve výše uvedené tabulce se uvádí přehled porodů dle DRG báze za roky 2017 a 2018. Fyziologické porody se posuzují jako hospitalizační případ vyjmutý z paušální úhrady a jsou hrazeny dle DRG. Hospitalizační případy novorozence se dle klasifikace DRG řadí do DRG 15601-17553. Dle výše case mixu přepočtený přes základní sazbu dostaneme výslednou hodnotu, kterou nemocnice dostane uhrazenou. Výše základní sazby je různá u jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Tabulka 11 – Základní sazby

Zdravotní pojišťovny		Základní sazba	Vážený průměr ze základní sazby
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	29 414 Kč	29 491 Kč
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	32 384 Kč	
205	Česká průmyslová ZP	28 913 Kč	
207	Oborová ZP bank a pojišťoven	27 033 Kč	
209	Zaměstnanecká poj. ŠKODA	výkonově	
211	Zdravotní pojišťovna MV ČR	29 708 Kč	
213	Revírní bratrská pokladna	výkonově	

Zdroj: (firemní materiály, vlastní úprava, 2019)

Výše úhrady za jednotlivý hospitalizační případ je dána součinem váženého průměru základní sazby a case-mixu příslušné diagnózy dle DRG.

Tabulka 12 – DRG případy

			Průměrné hodnoty	
DRG báze	Název DRG báze	Případy	CMI	Výnos
1460	Porod císařským řezem	436	1,44110	42 499 Kč
1461	Vaginální porod se sterilizací a/nebo dilatací a kyretáží	29	1,15091	33 942 Kč
1463	Vaginální porod	1 007	0,85703	25 275 Kč

Zdroj: (firemní materiály, vlastní úprava, 2019)

V tabulce dle jednotlivých DRGází porodů se mohou porovnat jednotlivé báze dle výnosnosti. Průměrný výnos je přepočten váženým průměrem základní sazby z tabulky č. 11. Z uvedeného propočtu vyplývá, že největší výnos je u porodu císařským řezem. Je zřejmé, že vyšší výnos je také z důvodu vyšší nákladovosti.

Tabulka 13 – Hospodaření gynekologicko – porodnického oddělení

Srovnávací období 01 - 12/2017 , aktuální období 01 - 12/2018 v tis. Kč					
Náklady	Název položky	2017	2018	Rozdíl 18-17	Index% 18/17
501/02	Léky	1 497,1	1 601,4	104,2	107
501/03	Krev	526,9	510,9	-16,0	97
501/04	SZM	1 922,8	2 480,4	557,6	129
501 ostatní	Ostatní materiál	1 285,6	1 266,8	-18,8	99
502	Energie, voda, plyn	677,8	733,8	56,0	108
511	Opravy a udržování	514,1	172,6	-341,5	34
512	Cestovné	105,5	85,5	-20,0	81
518	Služby	1 960,8	1 935,6	-25,1	99
52X	Osobní náklady	38 881,1	43 852,1	4 971,0	113
551	Odpisy NHIM a HIM	518,0	497,6	-20,4	96
5XX ostatní	Ostatní náklady	1 489,2	289,0	-1 200,2	19
700/06	Operační sály	4 954,2	4 561,7	-392,5	92
700/05	Sterilizace	349,1	313,0	-36,0	90
700/07-11	Spotřeba energie	601,0	605,7	4,7	101
700/01	Praní prádla	584,0	678,3	94,3	116
700/03	Údržba	124,9	106,3	-18,6	85
700/02	Stravování pacientů a zaměstnanců	1 187,4	1 303,5	116,1	110
700/12	Doprava a manipulace	576,5	558,8	-17,6	97
700/04	Režie	1 747,8	2 394,7	646,9	137
700/19	Agregované výkony	438,1	399,7	-38,4	91
700/14-18	Ostatní vnitro náklady	76,2	78,8	2,6	103
	<b>CELKEM NÁKLADY</b>	<b>60 018,1</b>	<b>64 426,4</b>	<b>4 408,2</b>	<b>107</b>
Z toho	ambulantní	6 196,0	6 110,0	-86,0	99
	hospitalizační	53 822,1	58 316,4	4 494,2	108
Další údaje					
	Suma CMI - celkem	1 966,6	2 135,0	168,5	109
	Z toho CMI - porody	1 443,81	1 524,72	80,91	106

Zdroj: (firemní materiály, vlastní úprava, 2019)

Z přehledu nákladů je patrné, že největší část z celkové hodnoty nákladů činí osobní náklady. V roce 2018 představovaly osobní náklady 68,1 % z celkových nákladů. Další část z nákladů tvořily náklady vnitropodnikové, které se na oddělení gynekologie interním předpisem přeúčtovávají. Z těchto interních nákladů byla největší položka přeúčtování nákladů za použití prostor operačních sálů, a to ve výši 4,6 mil. Kč.

Z výkonů prováděných na oddělení gynekologicko-porodnického oddělení jsme si pro porovnání výhodnosti platby paušální a platby za DRG vybrali výkony - porody. V roce 2018 dle bodového ohodnocení činily porody z celkové hodnoty case mixu 71,4 % celkových výkonů.

Tabulka 14 – Finanční ohodnocení jednotlivých typů porodů

Typ porodu	Vykázaný CM	Celkové % z hodnoty CM	Základní sazba (Kč)	Výše úhrady (Kč)	Přidělené náklady (Kč)	Zisk (Kč)
Porod císařským řezem	628,22	37,65%	29 491	18 526 836	15 574 822	2 952 014
Vaginální porod se sterilizací a/nebo dilatací a kyretáží	33,38	2,00%	29 491	984 410	827 557	156 853
Vaginální porod	1 007,00	60,35%	29 491	29 697 437	24 965 531	4 731 906
<b>CELKEM</b>	<b>1 668,60</b>	<b>100,00%</b>	<b>29 491</b>	<b>49 208 683</b>	<b>41 367 910</b>	<b>7 840 773</b>

Zdroj: (firemní materiály, vlastní úprava, 2019)

V roce 2018 se v havlíčkobrodské porodnici narodilo rekordních 1480 dětí, je to nejvíce v celé historii oddělení. Z tohoto důvodu se vyčlenění porodů z paušální úhrady promítlo pozitivně do finančního výsledku hospodaření nemocnice. Pro srovnání přes základní sazbu můžeme dopočítat finanční dopad v případě nenavýšení CM z meziročního porovnání s rokem 2017. Rozdíl v dosaženém CM činil 80,91 a dopočtem přes zprůměrovanou základní sazbu si můžeme vypočítat finanční rozdíl, který by činil 2 386 117,- Kč ve výnosech. Samozřejmě musíme kalkulovat i náklady spojené se zvýšenou výkonností. S ohledem na výši osobních nákladů, které činí přes 68 %, můžeme říci, že se jedná o fixní náklady, tak celkový přínos je pro nemocnici významný. S ohledem na kapacitu lůžkových prostor a personálního zajištění již není možný další prostor pro navyšování kapacity v rámci zvýšení počtu porodů.

Kapacita gynekologicko – porodnického oddělení v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace je na úrovni počtu porodů v roce 2018.

## **5 Diskuze**

Zavedením nového systému úhrad pomocí DRG dle našeho názoru pomůže v narovnání plateb za výkony. Projekt by měl sjednotit základní sazby ve všech nemocnicích tak, aby se platilo za skutečně poskytnutou péči a peníze šly za pacientem. Výpočtem úhrady za porody by Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace trátila v rámci paušální platby za rok 2018 celkem 2,4 miliónu Kč. V tomto konkrétním případě je systém výhodnější. Jiná situace by nastala v případě, že by nemocnice neplnila referenční hodnoty case mixu a byla by na celkové paušální úhradě krácena. V rámci výkonů porodů již není v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace další prostor pro navyšování výkonů z kapacitních důvodů (prostory, personální zajištění), nicméně jsou výkony v dalších oborech, kde lze výkonnost navyšovat. Zavedením systému úhrad za výkony bude samozřejmě větší tlak na zvyšování výkonů, zvýšení produktivity a efektivity práce. Pro menší nemocnice, mezi něž můžeme zařadit i Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace bude systém úhrad za diagnózy výhodnější. Systém plateb pomocí DRG bude také způsobovat některé problémy. Jeden z nich je sjednocení plateb za výkon. Nemocnice poskytující vysoce specializační péči mají samozřejmě i vyšší provozní náklady, tyto výkony by měly být i zvýhodněny a placeny vyšší sazbou. Rovné platby ne vždy znamenají spravedlivé. Vyšší náklady mají nejen z důvodu podstatně dražšího přístrojového vybavení, ale i vyšších nároků na osobní finanční ohodnocení.



## **Závěr**

Současný stav úhrady zdravotní péče s využitím DRG je průlomem v ne zcela průhledného systému plateb formou paušálu, který vychází z historických podkladů. Platba formou DRG dává nemocnicím možnost dosažení vyšších úhrad zvýšenou výkonností a zlepšením efektivnosti v poskytování zdravotní péče. Přes složitější systém nebude jeho aplikace vůbec jednoduchá, je to ale dle mého názoru cesta k nastavení spravedlivé formy úhrady v oblasti lůžkové péče. Je zřejmé, že zavedením nového systému úhrady nedojde ke zvýšení finančního objemu za poskytovanou péči, ale dojde ke spravedlivějšímu rozdělení mezi poskytovatele zdravotní péče. Za stejný výkon by měla náležet i stejná finanční odměna, což současný systém nereflektuje. Negativum, které spatřujeme v systému úhrad formou DRG je do jisté míry vytvoření konkurenčního prostředí, kdy může dojít k přetahování pacientů v ekonomicky výhodnějších výkonech. Tento negativní důsledek můžeme vidět i v současné době, kdy si lukrativní výkony stahují soukromá zařízení, která mají nejspíše jinak nastavenou formu úhrady nebo mají dostatečné rezervy v nastavených paušálních hodnotách. Dochází k tomu u vybraných zobrazovacích metod a vybraných laboratorních vyšetření. Soukromé společnosti nabízejí za doporučení pacientů do jejich určených zařízení různé bonifikace. Tento trend zavedením úhrad formou DRG se může ještě prohloubit. Tím pádem nesoukromým zařízením zůstanou jen vysoce nákladné výkony, které nebudou dostatečně krýt vynaložené náklady. Vzniklé ztráty budou muset být pokryty od zřizovatelů, jinak by došlo ke zhroucení systému poskytování zdravotní péče.

Jako jeden z dalších problémů moderní medicíny, který lze dnes vidět je velmi intenzivní růst potřeb v souvislosti s rychle se rozvíjejícím výzkumem a snahou aplikovat maximum nejnovějších vědeckých poznatků do praktické léčby. Diagnostiku a léčení nemocí bude čím dál více ovlivňovat technická revoluce především v oblasti mikroelektroniky, biotechnologií a moderních vědních oborů. Jako příklad mohu uvést zobrazovací metodu CT, kdy před 20 lety tuto metodu využívaly jen velké nemocnice a menší z důvodu vysokých finančních nároků si tento přístroj nemohly dovolit. Dnes je již CT přístroj běžným standardem ve všech nemocnicích. Tato metoda se v současnosti nahrazuje zobrazením prostřednictvím magnetické rezonance. I tento přístroj je již k dispozici i v menších nemocnicích. Je to dáno především podporou v rámci dotačních titulů z Evropských fondů.

Velký tlak na změny celého systému organizace a poskytování zdravotní péče, zejména pak nemocniční, bude bezesporu vyvíjet především měnící se spektrum onemocnění, z části ovlivněné stárnutím celé populace. Hlavním úkolem v oblasti zdravotní péče do budoucna je

tedy s těmito změnami počítat a nalézt takovou kombinaci zdrojů, která bude schopna garantovat optimální rozsah a kvalitu zdravotní péče z celospolečenského hlediska. Do budoucna bude nutné zvýšit kapacitu lůžkové péče u následných lůžek, kdy současná kapacita je již zcela nedostatečná.

Cíl bakalářské práce „zhodnocení výhodnosti vyčlenění konkrétní diagnózy hrazené výkonově proti paušální úhradě“ byl splněn. V konkrétním daném případě (diagnózy – porody) bylo v roce 2018 pro Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace výhodnější vyčlenění z paušální složky úhrady akutní zdravotnické péče. Jak již bylo zmíněno další navyšování porodů v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace není možné z kapacitních důvodů. Přechodem úhrady poskytnuté akutní zdravotní péče za výkon bude výhodnější pro menší nemocnice. Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace neprovádí vysoce specializované výkony, tyto předává na vyšší pracoviště a do budoucna nemusí řešit zvýšené nákladové požadavky na tyto specializované výkony.

## Seznam použité literatury

### Literatura a zákony a jiné právní normy

- [1] BARTÁK, M., 2010. *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7357-503-8.
- [2] BLAŽEK, J., KERLINOVÁ, A., TOMÁŠKOVÁ, E., 2016. *Ekonomika veřejné správy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8040-9.
- [3] BOROVSÝ J., DYNTAROVÁ, V., 2012. *Ekonomika zdravotnických zařízení*. Praha: České vysoké učení technické. ISBN 978-80-01-05055-2.
- [4] ČESKO, 1991, Zákon č. 551/1991 Sb., *o Všeobecné zdravotní pojišťovně*.
- [5] ČESKO, 1992a, Zákon č. 592/1992 Sb. *Zákon České národní rady o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění*.
- [6] ČESKO, 1992b, Zákon č. 280/1992 Sb., *o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách*.
- [7] ČESKO, 1997, Zákon č. 48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*.
- [8] ČESKO, 2017, Vyhláška č. 353/2017 Sb., *o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018*.
- [9] INSIGHT, 2019, HARTMANN – RICO a.s., ISSN neuvádí.
- [10] KOŽENÝ, P., NĚMEC, J., KÁRNÍKOVÁ, J., LOMÍČEK, M., 2010. *Klasifikační systém DRG*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2701-1.
- [11] MAAJOVÁ, A., 2012. *Otázky ekonomiky zdravotnictví*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7357-912-8.
- [12] SVOBODA, F. a kolektiv, 2017. *Ekonomika veřejného sektoru*. Praha: Ekopres, Masarykova univerzita Brno. ISBN 978-80-87865-35-4.
- [13] ŠEDO, J. a kolektiv, 2013. *DRG v praxi 2013*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-011-0.

### Internetové zdroje

- (1) Betlach, J., 2006, Historie Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace [online].  
In: [cit. 2019-03-28]. Dostupné z:  
<http://www.onhb.cz/Article.asp?nArticleID=88&nLanguageID=1>
- (2) ČSÚ, 2017, Přehled vývoje počtu obyvatel Kraje Vysočina [online]. In: [cit. 2019-04-23].  
Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/rocenky\\_souhrn](https://www.czso.cz/csu/czso/rocenky_souhrn)

- (3) ČSÚ, 2019, Výdaje na zdravotní péči [online]. In: [cit. 2019-05-03]. Dostupné z: <https://www.zdravezpravy.cz/2019/02/15/csu-kolik-vydava-cr-na-zdravotni-peci-v-mezinarodnim-srovnani/>
- (4) DRG ÚZIS, 2019. Systémy DRG [online]. In: [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: <https://drg.uzis.cz/index.php?pg=o-projektu>
- (5) HTC HealthCare Institute, Barometr českého zdravotnictví z pohledu ředitelů nemocnic 2018 [online]. In: [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/cz/projekty/barometr/barometr-ceskeho-zdravotnictvi-2018.html>
- (6) ICZ, 2018, firemní materiály
- (7) KV, 2019, Strategický plán rozvoje zdravotnictví Kraje Vysočina [online]. In: [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: <https://www.kr-vysocina.cz/zdravotni-plan-kraje-vysocina/ds-302091/archiv=0&p1=52522>
- (8) MZ, 2016, Síť referenčních nemocnic [online]. In: [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/metodicke-materialy\\_1058\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/metodicke-materialy_1058_3.html)
- (9) MZČR, 2019 Základní ukazatele hospodaření zdravotních pojišťoven [online]. In: [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/zustatky-na-fondech-zdravotnich-pojistoven\\_2952\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/zustatky-na-fondech-zdravotnich-pojistoven_2952_1.html)
- (10) OECD, 2015, Výdaje na zdravotní péči [online]. In: [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics\\_health-data-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en)
- (11) ÚZIS, 2017, Počet zařízení, Zdravotnická ročenka [online]. In: [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013>
- (12) ÚZIS, 2019a. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013 [online]. In: [cit. 2019-04-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2013>
- (13) ÚZIS, 2019b. Lůžkový fond [online]. In: [cit. 2019-04-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/nemocnice-ceske-republice-roce-2013>
- (14) Vojtěch, A., 2019, In: [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny-v%20lonskem-roce-hospodarily-s%20prebytkem-14-5-miliardy-korun\\_16920\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny-v%20lonskem-roce-hospodarily-s%20prebytkem-14-5-miliardy-korun_16920_1.html)
- (15) Výdaje na zdravotní péči na HDP v zemích EU [online]. In: [cit. 2019-04-09]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/05/cr-dava-zdravotnictvi-hdp-mene-nez-vyspele-zeme-18-eu/>

- (16) Výroční zpráva, 2018 [online]. In: [cit. 2019-03-28]. Dostupné z:  
<http://www.onhb.cz/Data/files/vyrocní%20zpravy/Výroční%20zpráva%202018%20-1.pdf>
- (17) VZP, 2019. Informace o VZP ČR [online]. In: [cit. 2019-03-08]. Dostupné z:  
<https://www.vzp.cz/o-nas>
- (18) Whitehead & Dahlgren, 2006, hlavní determinanty zdraví [online]. In: [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: [http://www.khshk.cz/e-learning/kurs6/kapitola\\_12\\_\\_hlavn\\_skupiny\\_determinant\\_zdrav.html](http://www.khshk.cz/e-learning/kurs6/kapitola_12__hlavn_skupiny_determinant_zdrav.html)

## **Přílohy**

Příloha A Žádost o poskytnutí dat