



# Lůžková péče v ČR a FN

**prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.**



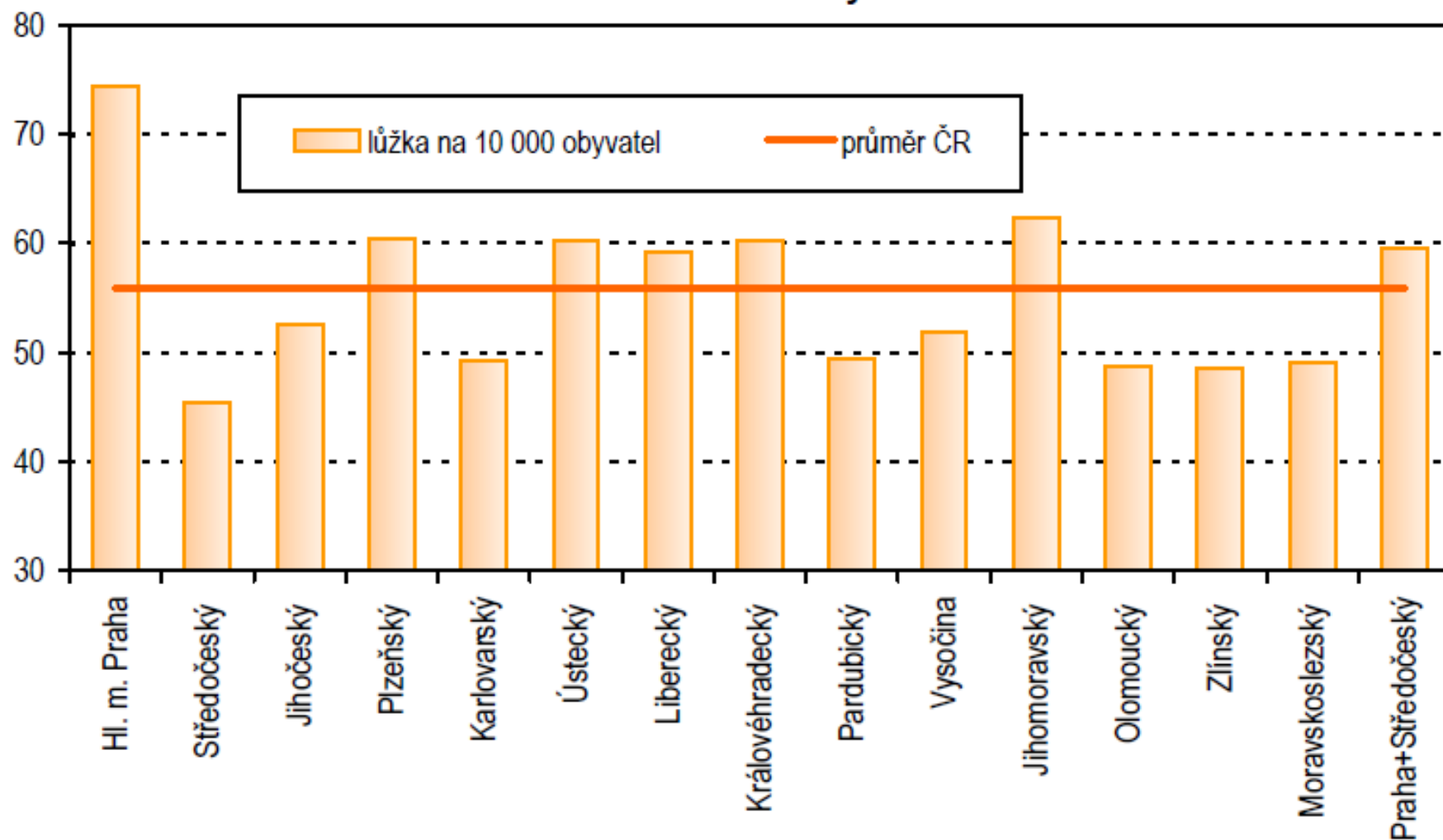
- # Lůžková akutní péče
- intenzivní (xCHRIP)
  - standardní



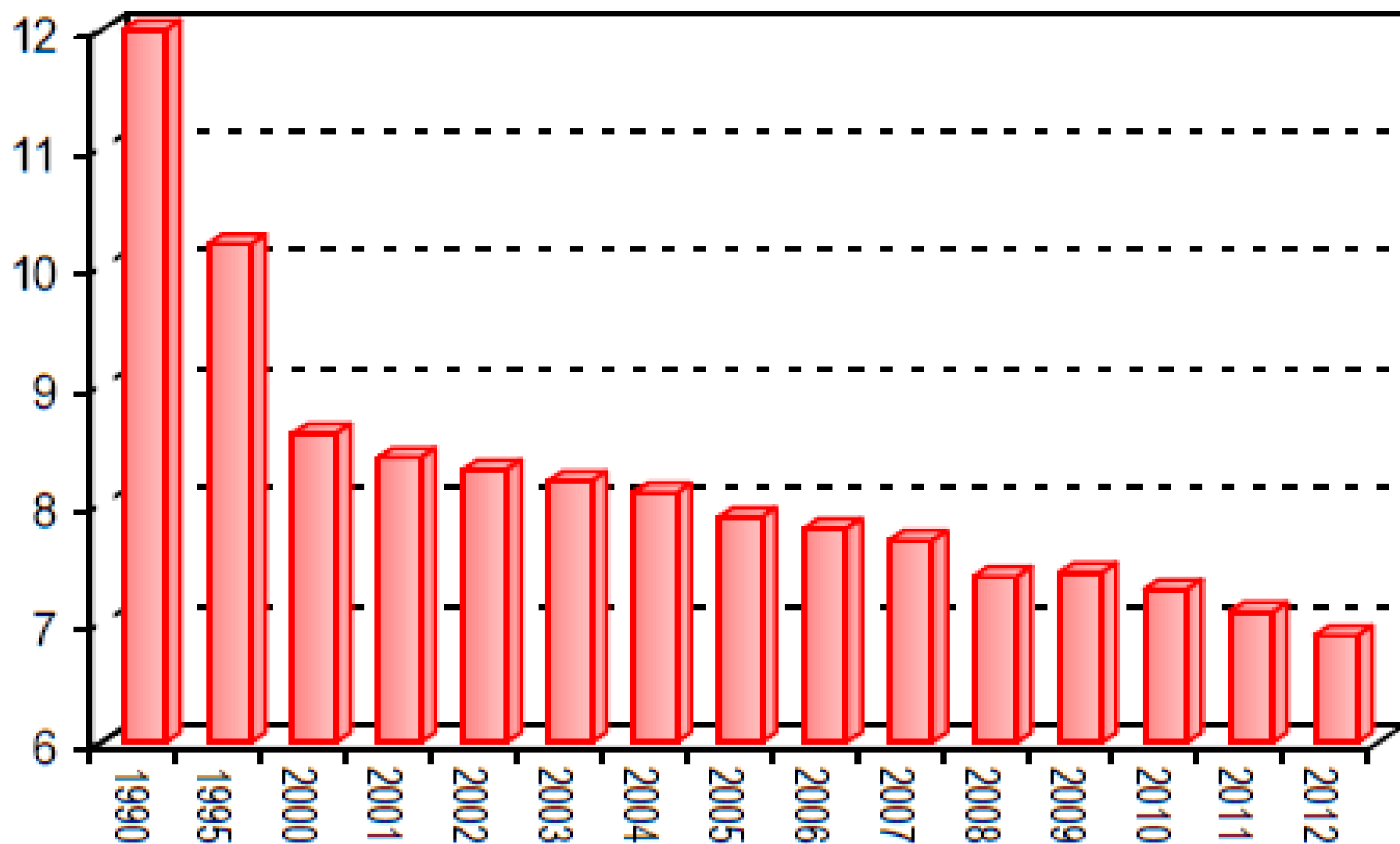
# Lůžkový fond nemocnic České republiky a jeho využití v roce 2012

*Zdravotnictví celkem*

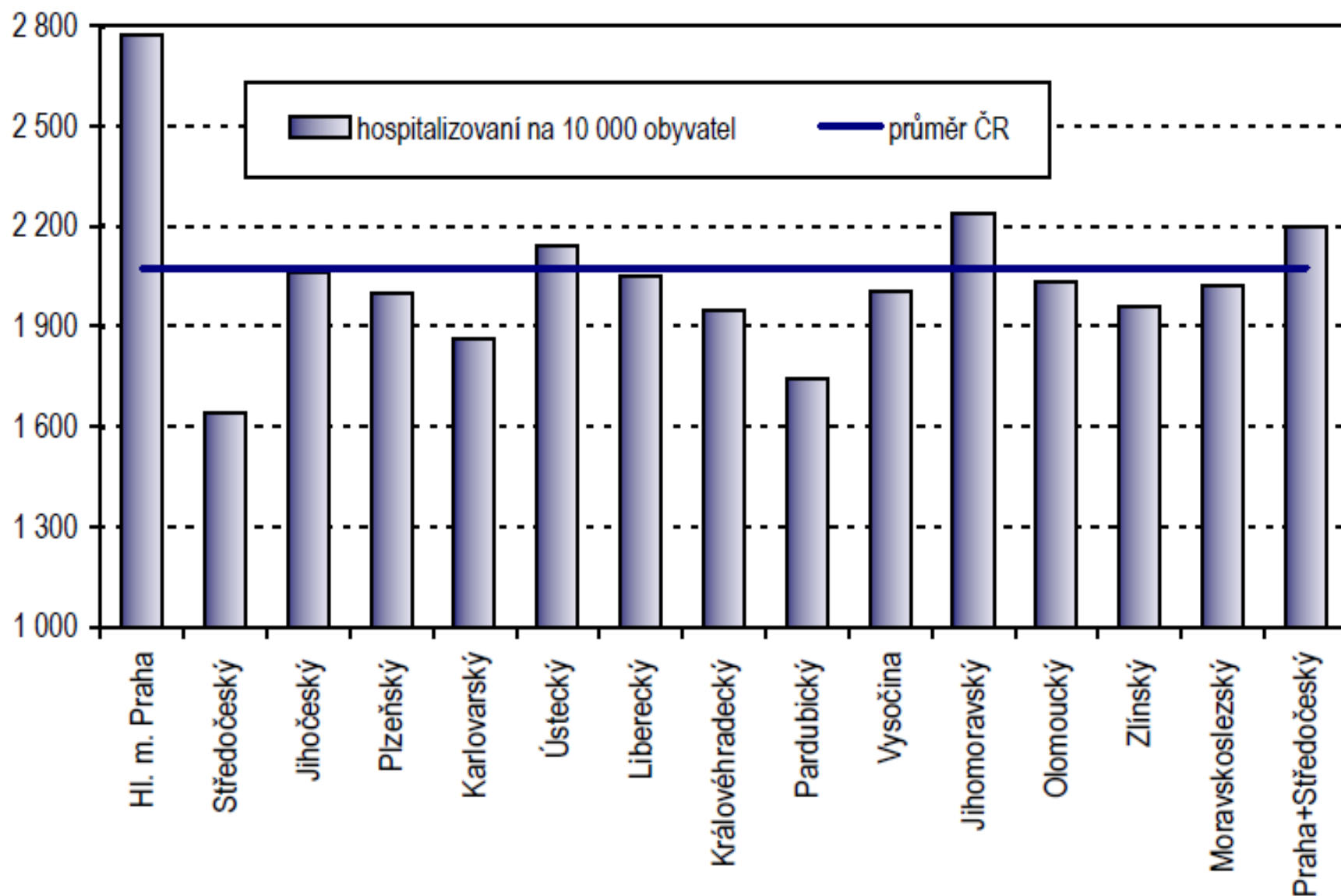
## Lůžka na 10 000 obyvatel



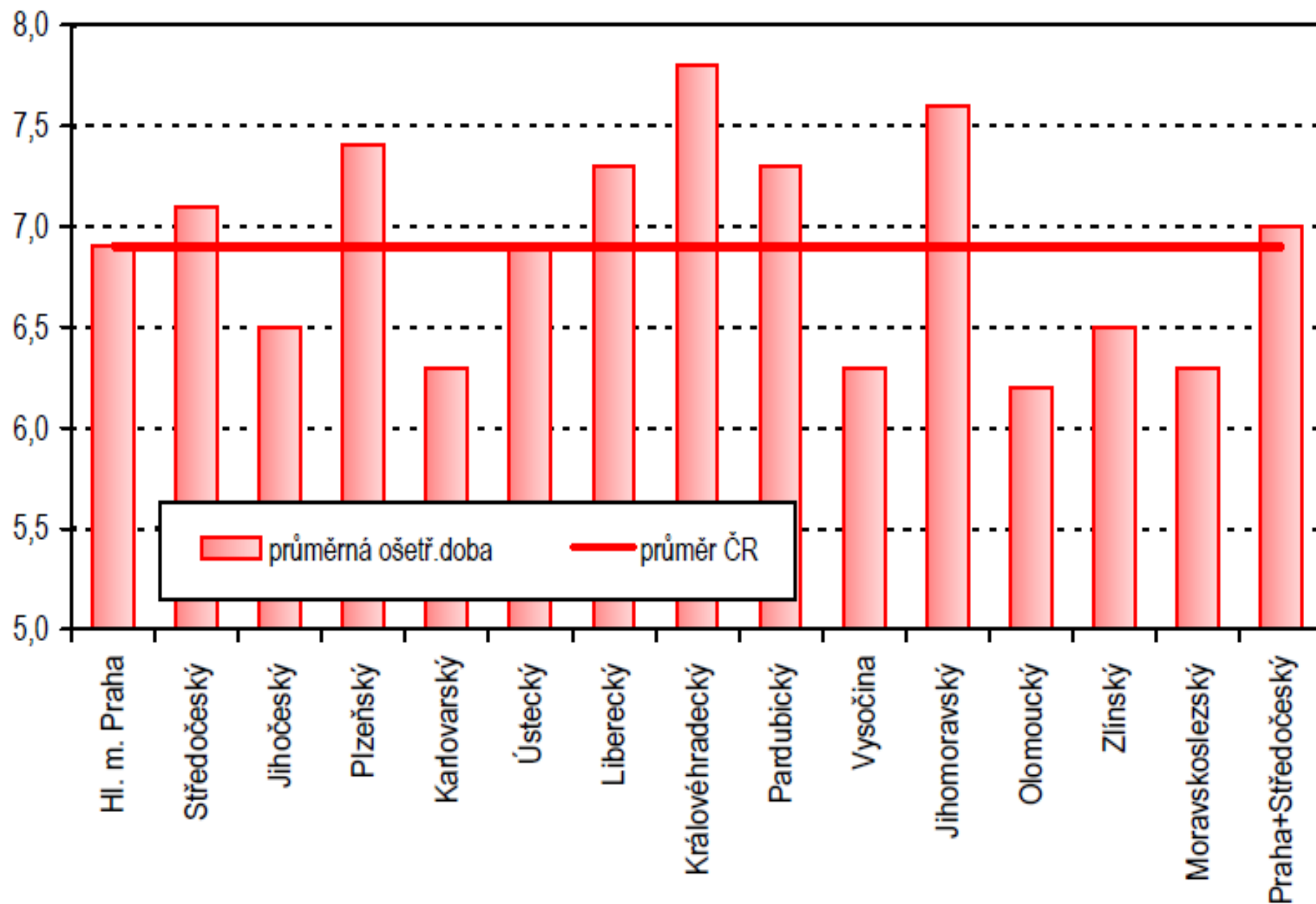
## Průměrná ošetrovací doba na nemocničním lůžku



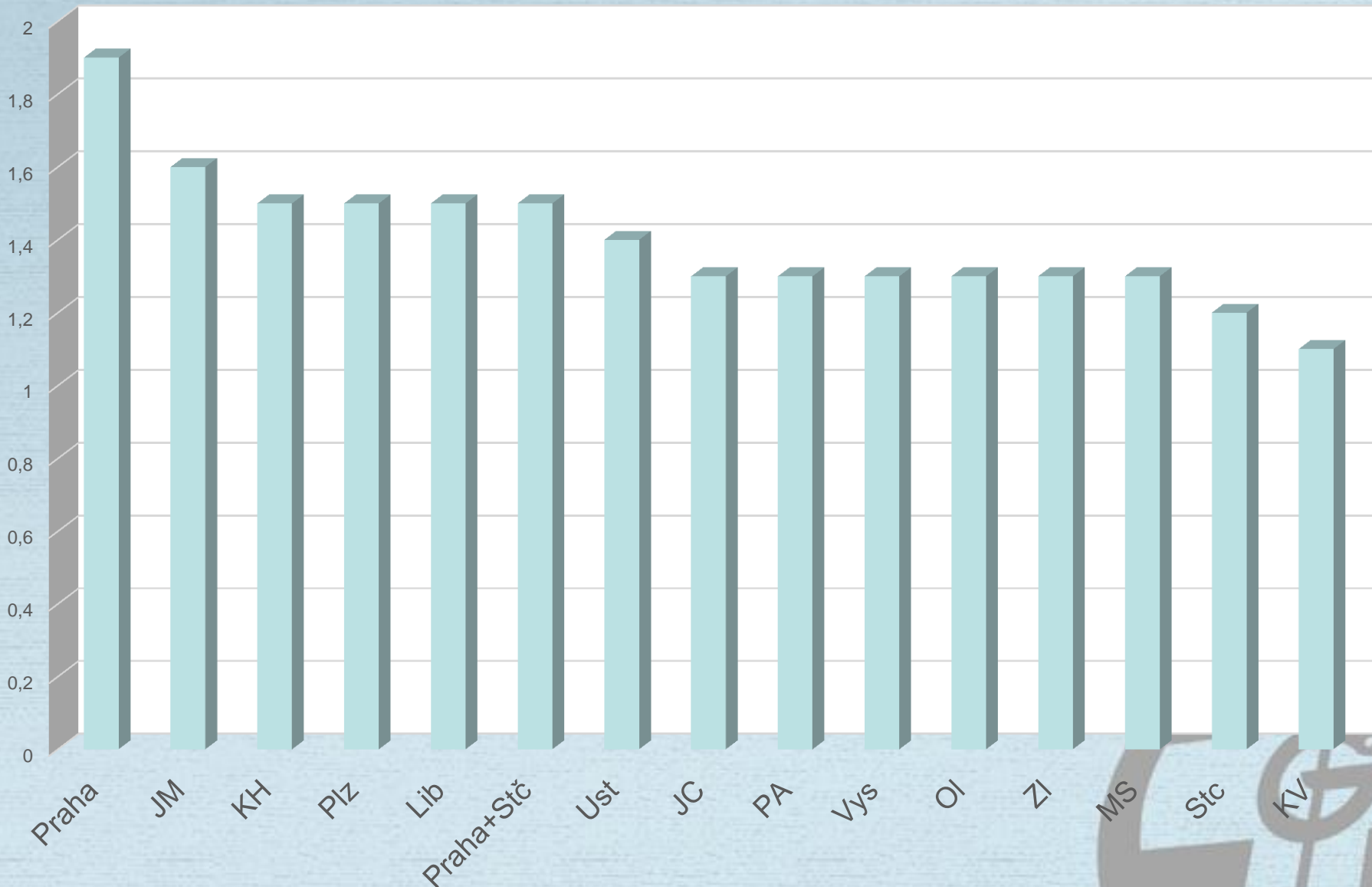
## Hospitalizovaní na 10 000 obyvatel



## Průměrná ošetrovací doba



# Počet dnů hospitalizace na pacienta a rok podle krajů





# Popis systému

- Extrémní složitost úhradového systému
- Netransparentní mechanismy založené na nehomogenních datech
- Neustále se měnící se úhradový rámec neprospívá stabilitě systému
- Snaha optimalizovat Vyhlášku je komplikovaná
- Chybné nastavení parametrů může rozkolísat celý systém
- Po přechodnou dobu je lépe volit paušál než složitě predikovatelné experimenty





# Vývoj před rokem 2014

2013: oddělené financování lůžkové a ambulantní péče

- lůžka: max. 95% úhrady r. 2011
- propad úhrad za KV/KS, cenové skoky v průběhu roku

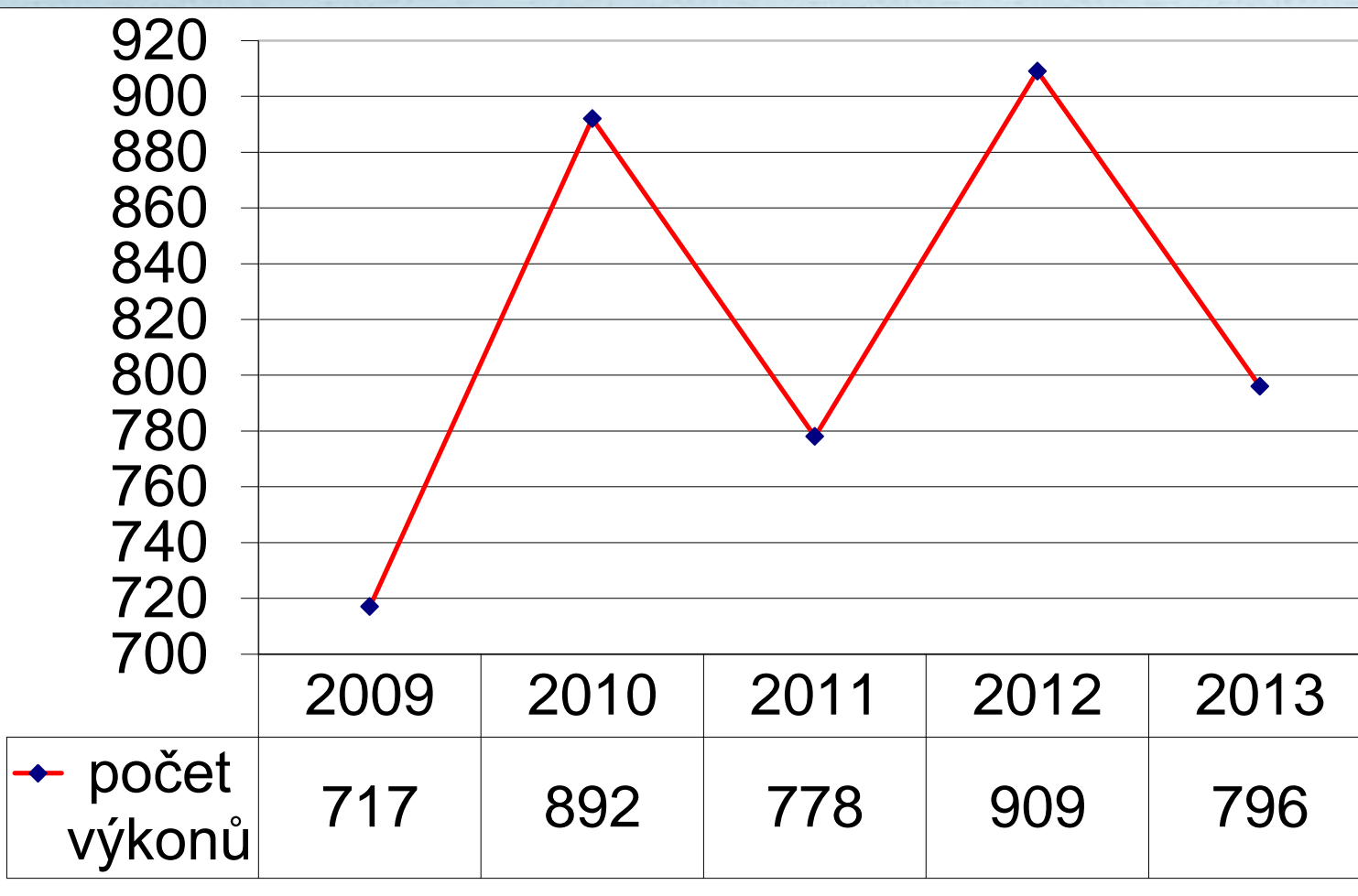
2012: oddělené financování

- Lůžka: max. 105% r. 2010

2011: celkový paušál v úrovni 98% r. 2009 při splnění regulačních podmínek za lůžka a ambulance



# Vývoj srdečních operací v návaznosti na systém úhrad systém „pila“



# Východiska pro vyhlášku r. 2014

- potřeba napravit r. 2013
- nastavit DRG v relaci k nákladům
- vyrovnání úhrady mezi VZP a rezortními ZP
- realita: s ohledem na stav DRG v Čechách  
náhradní řešení s využitím koeficientů  
specializace







**Jednotná základní sazba**

# Rok 2014 - lůžka

- až v průměru 108% úhrady r. 2012
  - nastavení DRG s využitím koeficientů specializace odpovídá nákladům

## Problémy:

- Nerespektování vyhlášky některými ZP
- Neuzavření úhradových dodatků včas (dosud nemalá část neuzavřena)
- Až komicky působící nová legislativa (platnost dnem zveřejnění) pro rok 2015
- Nerovnoměrný vývoj mezi ZP





# Některé specifické dopady Vyhlášky

Příklady – Oborové pojišťovny

- ZP 201 lůžka limit 103% realita 110% (2014)

VZP + oborové pojišťovny

Snížené váhy u kardiologie a kardiochirurgie o 1/3

- Nenaplnění regulace i v paušálu (2015)???



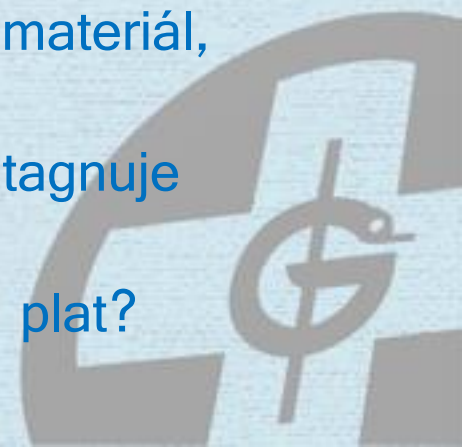


# Úhradové mechanismy a výkon nemocnice

- Opakovaný požadavek na útlum výkonu v nemocnicích
  - Hospitalizace 2014 jen 97% casemixu (při stárnoucí populaci)
  - snižování počtu balíčkových výkonů (→ soukromá zařízení)
- peníze nejdou za pacientem, některé nemocnice nejsou vytížené
- i na neobsazené lůžko je však nutné mít personál (stanoveno vyhl.)
- mzdy ale činí cca 50% (velké 40%, malé 60%) všech nákladů (při snížení výkonu se nemění)
- zbytek je určen převážně na léčbu pacientů (léky, materiál, přístroje)
- úhrada od ZP meziročně ovšem stále klesá nebo stagnuje

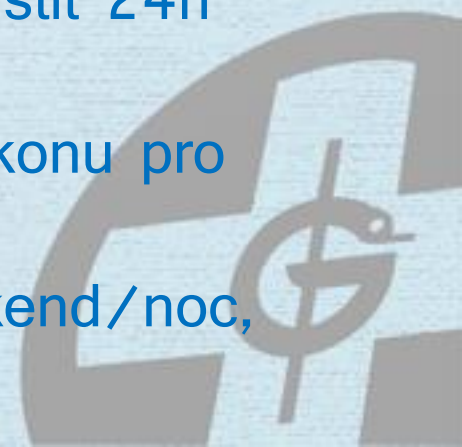
→ chceme poskytovat kvalitnější léčbu nebo mít vyšší plat?

Odchod lékařů - motivace



# Málo lékařů nebo mnoho poskytovatelů?

- neustále vznikají noví poskytovatelé (zejm. amb. specialisté)
- síť (až na výjimky) nikdy nebyla definována  
(historicky se tvořila pouze podle výhodnosti úhrady)
- to bylo způsobeno nevyváženým Seznamem zdravotních výkonů  
(→ jednooborové ordinace a komplement)
- není povinnost praktiků či amb. specialistů zajistit 24h dostupnost vč. víkendů a svátků
- cena bodu je kromě jediného bonifikačního výkonu pro všechny stejná
- náklady na bod jsou ale vyšší (příplatky za víkend/noc, malé vytížení)



# Koncepce koncentrace superspecializované péče

- Je nepochybně správná
- Řada výhod (pozitivní vliv na kvalitu)
- Systém stále v některých diagnózách nedosáhl fáze plató
- Otázka, co si můžeme reálně dovolit
- Revize na bázi přísných indikačních kritérií
- Ne všechny odborné společnosti mají zcela racionální přístup (snaha o maximalizaci, vliv farmaceutického průmyslu, o 10% vyšší účinek – 2x vyšší úhrada)
- Ani zde nemůže existovat systém bez správné vazby na úhradu a rozumné regulace.





# Systémově investovat do stavební části nemocnic

- Úhrada péče nezajišťuje prostou obnovu
- Neustále se zvyšují standardy, které zastarávající provozy nedokáží splnit
- Budovy stárnou a je třeba je obnovovat
- Nemocnice se blíží k Sofiině volbě:
  - Neurochirurgická klinika 400 mil. Kč
  - Infekční klinika 300 mil. Kč
  - Transfuzní stanice 80 mil. Kč
  - Chirurgické centrum 1,2 mld. Kč



# Systemově investovat do stavební části nemocnic

- Je potřeba připravit investiční strategii MZ
- Udržení klíčových kapacit vyžaduje plán, alokující v čase potřebné prostředky.
  - Příprava investic je několikaletý poměrně nákladný proces.
  - ČR bude vyžadovat cca 3 mld. ročně na stavební investice pro udržení klíčových kapacit zdravotnictví.



# Systemově pracovat s investicemi do zdravotnických přístrojů

- Centrová péče je značný pokrok ve srovnání s obdobím, kdy tato oblast nebyla systémově chápána
- K udržení center, do kterých přišly významné prostředky v minulosti, je třeba investovat a udržovat jejich úroveň
- Role státu
  - Použité technologie (MR, CT, LU) mají životnost 8–10 let, např. cena LU je 120–150 mil. Kč
  - Pokud byly pořízeny v roce 2009 je třeba plánovat obnovu již v dalším „evropském“ období tj. do roku 2020





# Nejvýznamnější evropské projekty FN HK

Název projektu	uznatelné náklady v letech (v mil. Kč)							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Modernizace a obnova přístrojového vybavení KOC	94,9							94,9
Modernizace a obnova přístrojového vybavení TRAUMA	97,4							97,4
Modernizace rehabilitace ve Fakultní nemocnici Hradec Králové		29,3						29,3
Modernizace a obnova přístrojového vybavení komplexního			76,0					76,0
Modernizace a obnova přístrojového vybavení komplexního				32,4	31,5			63,9
Modernizace a obnova přístrojového vybavení komplexního onkologického						94,3		94,3
Modernizace a obnova přístrojového vybavení traumatologického centra FN							93,5	93,5
Ostatní projekty		50,6	23,1	18,3	19,3	20	7,4	138,7
<b>Celkem</b>	<b>192</b>	<b>79,9</b>	<b>99,1</b>	<b>50,7</b>	<b>50,8</b>	<b>114</b>	<b>101</b>	<b>688,0</b>

# Občanský zákoník a přesčasy

- neochota lékařů sloužit 12h směny
  - nutnost měnit organizaci práce (produktivita)
  - nedostatek odborníků na trhu práce
  - dlouhá předatestační příprava
  - snížení počtu přesčasových hodin
  - navýšení počtu zaměstnanců
- snížení příjmu na jednoho zaměstnance



# Akreditační proces

- SAK, JCI, další oprávněné subjekty
  - Náklady x přínosy
  - Kvalita by měla být jednoznačným zájmem státu
  - Zhodnocení ve Vyhlášce stále není (politické vlivy)
- ČIA
- Radiologické standardy





# Systemy kvality v laboratořích I.

V zákoně č. 373/2011 Sb. O specifických zdravotních službách je uvedeno, že genetická laboratorní vyšetření lze provádět pouze v laboratořích, jejichž odborná způsobilost byla posouzena podle příslušné:

harmonizované normy – norma 15 189

akreditující osobou.



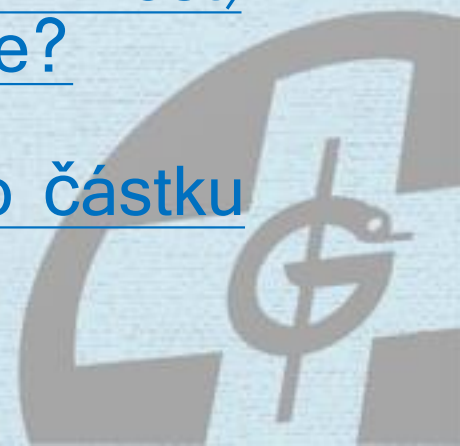
# Systemy kvality v laboratořích II.

- Akreditující osobou je Český institut pro akreditaci.
- Tato organizace nemá oprávnění pro hodnocení kvality ve zdravotnictví, je řešena zcela jiným zákonem
- Její ceny nejsou regulovány státem, přestože akreditace u ní je pro některé zdravotnické laboratoře povinná ze zákona
- Akreditace ČIA a její požadavky zvyšují náklady na systémy kvality v laboratořích
- NASKL 25 000, ČIA 77-250 000 Kč



# Náklady na audity FNHK

- Předpokládaná nabídka za provedení externího klinického auditu za všechny tři radiologické oblasti cca 1,5 mil Kč.
- ČIA 500 000 Kč + dozorové audity
- Akreditace: 500-1 000 000 Kč
- V případě, že se jedná o zákonnou povinnost, proč nebyla nastavena cenová regulace?
- Kdo bude zdravotnickým zařízením tuto částku hradit?

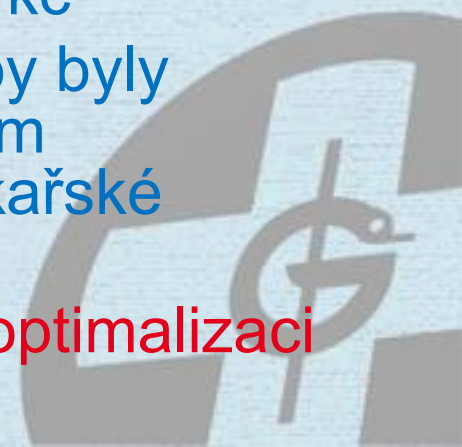




# Hodnocení kvality a bezpečí dle zákona 372/2011 Sb.

Poskytovatel poskytující zdravotní služby, jejichž součástí je lékařské ozáření, se dopustí správního deliktu tím, že

1. v rozporu s § 71 odst. 1 písm. b) nezajistí dodržování místních radiologických standardů – 300 tis. Kč
2. v rozporu s § 71 odst. 1 písm. c) neprovede interní klinický audit podle § 74 odst. 2 – 300 tis. Kč
3. v rozporu s § 71 odst. 1 písm. d) nezajistí provedení externího klinického auditu podle § 75 – 300 tis. Kč
4. v rozporu s § 71 odst. 1 písm. c) a d) neprovede opatření k odstranění zjištěných nedostatků – 200 tis. Kč
5. v rozporu s § 71 odst. 2 písm. a) nezajistí, aby byly místní radiologické standardy k dispozici všem zdravotnickým pracovníkům provádějícím lékařské ozáření – 100 tis. Kč
6. v rozporu s § 71 odst. 2 písm. c) neprovede optimalizaci radiační ochrany – 100 tis. Kč



# Hodnocení kvality a bezpečí dle zákona 372/2011 Sb.

- Interní ani externí hodnocení kvality a bezpečí dle zákona č. 372/2011 Sb., neovlivňuje výši úhrad od zdravotních pojišťoven.
- Interní hodnocení kvality je pro všechny zdravotnická zařízení povinné ze zákona, externí hodnocení kvality je dobrovolné



# Negativní jevy

- Velmi negativním jevem je nasmlouvávání dalších kapacit, které v lukrativních oborech odčerpávají významné zdroje do privátní sféry
- Politické vlivy, poslanecké aktivity
- Úhradové mechanismy by pak neměly být pro různé subjekty rozdílné, což umožňuje následně spekulativní jednání.
- Výše úhrad se však může lišit podle kvality (akreditace)





# Současné problémy I.

- Vyhláška o personální vybavenosti – neblahá role ČLK i odborných společností
- Dlouhodobá intenzivní péče (CHRIIP)
- Radiologické standardy (radiační zátěž: realita x alibismus, kam nás dohánějí právníci)
- Informované souhlasy (pohled pacienta, zdravotníka a právníka)
- Pitvy – snad bude vyřešeno v technické novelizaci



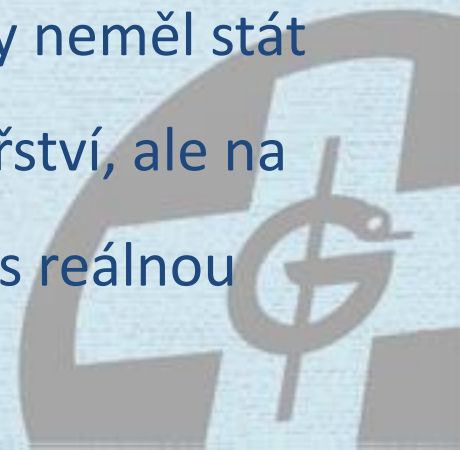
# Současné problémy II.

- Zabezpečení služeb, přesčasy, mzdy
  - Optimalizace sítě (dostatek či nedostatek lékařů, vnitřní distribuce)
  - Rozdílné problémy velkých a malých nemocnic, ale i regionů
  - Naprosto kontraproduktivní boj ČLK ve smyslu „Čím hůře v systému, tím vyšší šance zvýšit mzdy“.
  - Výše mezd (nízká, dostatečná ale za příliš mnoho hodin)
  - Zrušení smluvních platů, snaha ilegalizovat DPČ (otázka pokrytí pojistky v případě soudních sporů), triky s pohotovostmi

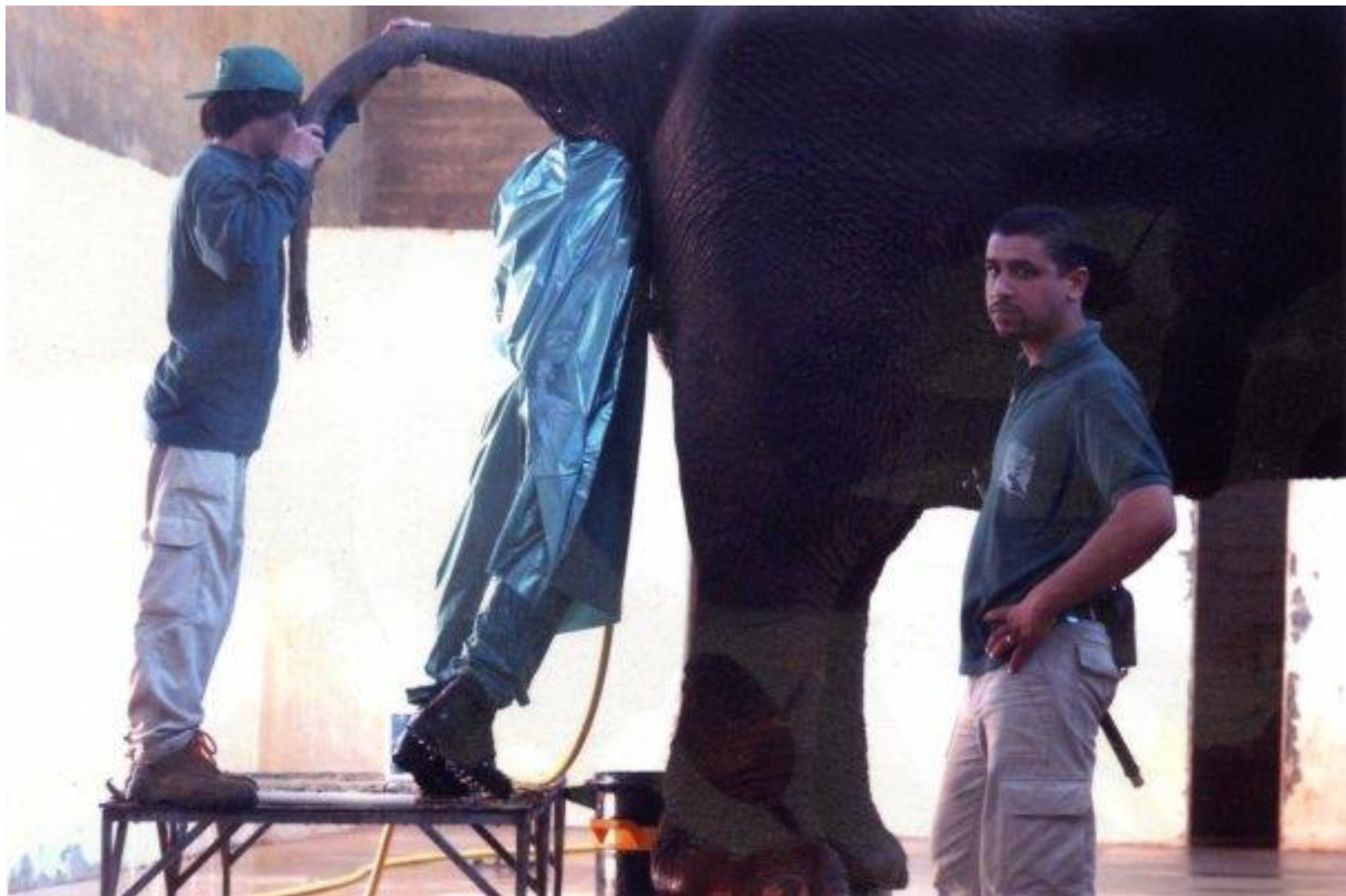


# Zbožná přání do budoucnosti

- Kultivace systému DRG.
- Jasné nastavení systému sbírání standardizovaných dat od jednotlivých nemocnic, aby byl vytvořen reálný obraz nákladů i produkce našeho zdravotnictví.
- Jednoznačně definované krytí nákladů podle zdrojů ze strany ZP, zřizovatele či dalších zdrojů.
- Politický přístup ke sbližování základních sazeb by neměl stát na neudržitelném principu absolutního rovnostářství, ale na jednoznačně stratifikovaném přístupu v souladu s reálnou potřebou a korespondujícími náklady.









**Děkuji za pozornost**

