

DRG V ÚHRADÁCH V EURÓPE

Henrieta Tulejová, Dominika Šebová

OBSAH

OBSAH	1
ÚVOD A CIEĽ DOKUMENTU	2
NEMECKO	3
ČESKÁ REPUBLIKA	4
VELKÁ BRITÁNIA	6
HOLANSKO	7
ŠVAJČIARSKO	8
ZÁVER	9
PRÍLOHA	10

ÚVOD A CIEĽ DOKUMENTU

Viacero zástupcov odbornej verejnosti na Slovensku, najmä zo strany poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, dlhodobo požaduje zavedenie DRG systému do úhrad, vrátane lokalizácie a prepočtu jednotlivých parametrov systému. Toto očakávanie je u mnohých spojené s predpokladom, že po aktualizácii a zavedení bude DRG systém slúžiť ako platobný mechanizmus, **ktorý úplne nahradí globálne rozpočty, bude využívané vo forme bezlimitnej platby za produkciu nemocníc a pokryje tzv. ekonomicky oprávnené náklady nemocníc** – vid' napr. Memorandum Vlády SR a LOZ¹.

Cieľom tohto dokumentu je na viacerých príkladoch ilustrovať, že takéto vnímanie DRG je **odlišné od reality vo viacerých krajinách Európy s dlhodobo fungujúcim DRG systémom**. DRG ako klasifikačný systém môže rovnako slúžiť na meranie produkcie v rámci rozpočtu ako i na úhradu rôznych častí produkcie v bezlimitnom prostredí. To, akým spôsobom sa využíva, je vždy otázkou kontextu a motivácií a môže sa meniť v čase v závislosti od rozpočtu a cieľov krajiny. **Spoľahlivé relatívne váhy, pravidelne aktualizovaný DRG systém a dostatočný rozpočet na zdravotníctvo sú prerekvizitou k spravodlivej úhrade za poskytnutú lôžkovú starostlivosť. Rozhodnutie o konkrétnej podobe kontraktu a spôsobe využitia DRG však vzniká ako dohoda medzi platcom a poskytovateľom.**

V systéme s konečným rozpočtom (verejné zdravotné poistenie) je dôležité plánovať produkciu a zohľadňovať výšku zdrojov, ktoré sú k dispozícii. **Platba za prípad bez akýchkoľvek obmedzení je preto aj vo vyspelých krajinách Európy (s dobre fungujúcimi a pravidelne aktualizovanými DRG systémami) veľmi zriedkavá.** Podľa štúdie z r. 2018, väčšina krajín využívala DRG v rámci kontraktov, **kombinujúcich globálne rozpočty s vynímaním vybranej časti produkcie do bezlimitného alebo viac pro-rastového prostredia**². Dôvodov pre využívanie rozpočtov v kombinácii s DRG klasifikáciou je niekoľko:

- **Ochrana a riadenie rozpočtov verejného zdravotného poistenia a dôležitosť dostatku zdrojov** – zdroje zdravotných poisťovní sú limitované rastom miezd a zamestnanosti. Väčšina zdravotných systémov má prepracované mechanizmy zohľadňovania medziročného rastu nákladov, vrátane zohľadnenia inovácií a nastavovania dostatočného rozpočtu pre akútnu lôžkovú starostlivosť,
- **Finančná istota pre nemocnice** – aj v súvislosti s pandemiou Covid-19 a negatívnymi skúsenosťami s výpadkom personálu, sa viaceré nemocnice dožadujú väčšieho podielu rozpočtov, napr. v Holandsku. Rozpočet umožňuje nemocniciam realizovať zmeny v organizácii poskytovania starostlivosti – napr. presun z lôžkovej na ambulantnú a jednodňovú starostlivosť a lepšie sa vyrovnávať so sezónnymi výkyvmi.

¹ Bod 1.5: Vláda Slovenskej republiky sa zaväzuje predložiť NR SR návrh zákona a prijať opatrenia v rámci svojej pôsobnosti, ktorými sa najneskôr do 31.12.2024 úplne zavedie do praxe systém DRG tak, aby cena za výkon zdravotnej starostlivosti bola spravodlivá v porovnaní s inými výkonmi a minimálna stanovená cena za výkon riadne poskytnutej zdravotnej starostlivosti nikdy nebola nižšia ako sú ekonomicky oprávnené náklady poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti vynaložených na tento výkon.

² KCE report 302: PAYMENT METHODS FOR HOSPITAL STAYS WITH A LARGE VARIABILITY IN THE CARE PROCESS (2018), Česká republika – Úhradová vyhláška pre r. 2023 a vlastné odhady

- **Limitovaná predikčná sila DRG klasifikácie a dôležitosť aktuálnosti DRG systému** – DRG bolo vyvinuté za účelom klasifikácie poskytnutej starostlivosti. Možnosť využívania DRG závisí od kvality nastavenia DRG klasifikácie a relatívnych váh, ako aj zohľadnenia objektívnych rozdielov v nákladoch, ktoré môžu závisieť od charakteru prípadov (väčšia variabilita v nákladoch u neplánovaných prípadov) ale aj charakteru nemocnice (vyššie náklady v ekonomicky silnejších regiónoch, univerzitných nemocniciach zodpovedných aj za vzdelávanie a inovácie).

Bezlimitná úhrada sa v súčasnosti v podstate využíva len vo Švajčiarsku, ktoré následne premieta vyššie náklady do cien poisťiek. Väčšia miera rastu produkcie nemocníc je umožnená aktuálne v Českej republike (aj v nadväznosti na významný rast príjmov systému zdravotníctva a dobiehanie odložených plánovaných výkonov) a Holandsku (viď graf 2 aj s popisom úhrady starostlivosti po prekročení rozpočtu):

Krajina	Poistný systém a úhradový mechanizmus	Úhrada v lôž. star. (v komb. s DRG)
Anglicko	Jeden platiteľ	Globálne rozpočty
Česká republika	Viac platiteľov, jeden úhr.mechanizmus, možnosti odlišnosti v cenách a kontraktach	2 zložky kontraktu: 1. Globálne rozpočty, 2. Bezlimitný kontrakt na 30-60% produkcie podľa odbornosti
Dánsko	Jeden platiteľ, jeden úhr. mech.	Globálne rozpočty
Fínsko	Viac platiteľov, viac úhr. systémov	Rôzne typy úhrad podľa regiónov
Francúzsko	Viac platiteľov, jeden úhr. mech.	Globálne rozpočty
Holandsko	Viac platiteľov, vyjednávané ceny	Globálne rozpočty
Nemecko	Viac platiteľov, jeden úhr. mech.	Globálne rozpočty
Rakúsko	Viac platiteľov, jeden úhr. mech.	Podľa regiónov, rozpočty , per diem
Švédsko	Viac platiteľov, regionálne úhr. syst.	Rôzne typy úhrad podľa regiónov
Švajčiarsko	Viac platiteľov, vyjednávané ceny	Bez rozpočtu/ bezlimitne
Taliansko	Jeden platiteľ, jeden úhr. mechanizmus, regionálne tarify	Globálne rozpočty , per diem pre dlhé hospitalizácie

Ďalej sme sa detailnejšie pozreli na posledný vývoj v oblasti kontraktov a využívania DRG vo vybraných krajinách.

NEMECKO

Jasným príkladom je Nemecko, z ktorého bolo lokalizované SK-DRG. **Nemecko je bohatšou krajinou** ako Slovensko a zároveň spotrebovávajú na zdravotníctvo **väčší podiel svojho HDP – 12,8% vs. 7,2% slovenského HDP** (OECD Health Data, 2020). V Nemecku je podobne ako na Slovensku

zdravotníctvo financované prostredníctvom verejného zdravotného poistenia, kde objem zdrojov závisí najmä od sadzby odvodov, rastu zamestnanosti a nominálnej mzdy.

Nemocnice sú v Nemecku platené prostredníctvom **rozpočtov za objem starostlivosti**, na ktorom sa dohodnú so zdravotnými poisťovňami. Výška rozpočtu je určená **dohodnutým očakávaným casemixom nemocnice a základnou sadzbou, rovnakou pre nemocnice jednej spolkovej republiky**. Medziročný rast základnej sadzby zohľadňuje očakávaný rast príjmov zdravotných poisťovní (dominantne odvodov poistencov) a rast nákladov nemocníc na poskytovanú starostlivosť. Pokiaľ je rast príjmov poisťovní vyšší ako rast nákladov, základná sadzba je automaticky nastavená podľa rastu príjmov. Pokiaľ je vyšší rast nákladov, poisťovne a poskytovatelia vyjednávajú o jej výške, ktorá je nastavená niekde medzi oboma hodnotami³. Očakávaný rast casemixu na úrovni spolkovej republiky je predmetom dohody asociácií poisťovní a poskytovateľov. Nad rámec tejto úhrady poskytovatelia s poisťovňami vyjednávajú o výške **dodatočných príplatkov**, napríklad na inovácie.

Pokiaľ nemocnica nenaplní (prekročí) rozpočet, úhrada je znížená (zvýšená). V prípade prekročenia je dodatočná produkcia hrazená pre väčšinu DRG skupín **degresívnou cenou (zľava 35% z pôvodnej úhrady)**⁴. Dôvodom pre degresiu je na jednej strane možnosť nemocnice čiastočne ovplyvniť počet hospitalizácií klinickými rozhodnutiami (u niektorých skupín došlo k plošnému zníženiu relatívnych váh s cieľom zabrániť nadmernej indukcii prípadov, napr. operácie chrbtice alebo nekomplikované TEP bedra) a tiež predpoklad, že úhrada za objem starostlivosti zahrnutý v pôvodnom kontrakte pokryje väčšinu fixných nákladov a dodatočné hospitalizácie budú pre nemocnicu menej nákladné – je potrebné pokryť hlavne variabilné náklady.

U vybraných skupín, pri ktorých nemá nemocnica možnosť ovplyvniť počet hospitalizácií klinickými rozhodnutiami (napríklad pôrody alebo infarkt myokardu) je krátenie úhrady nad rámec rozpočtu nižšie. Krátenie neprebíha vôbec u skupín, kde viac ako 2/3 nákladov tvoria nepersonálne, tj. skôr variabilné náklady.

ČESKÁ REPUBLIKA

Česká republika má ešte podobnejší systém financovania zdravotníctva ako SK - objem zdrojov závisí najmä od sadzby odvodov, rastu zamestnanosti a nominálnej mzdy a platby štátu, ktorá bola najmä v posledných rokoch významne navýšená na vysporiadanie sa s dopadom pandémie Covid-19. Počas pandémie sa tak **podiel zdrojov do zdravotníctva navýšil na 9,2% HDP v r. 2020 zo 7,6% v r. 2019, kt. bolo podobné 7,2% HDP** na Slovensku (OECD Health Data).

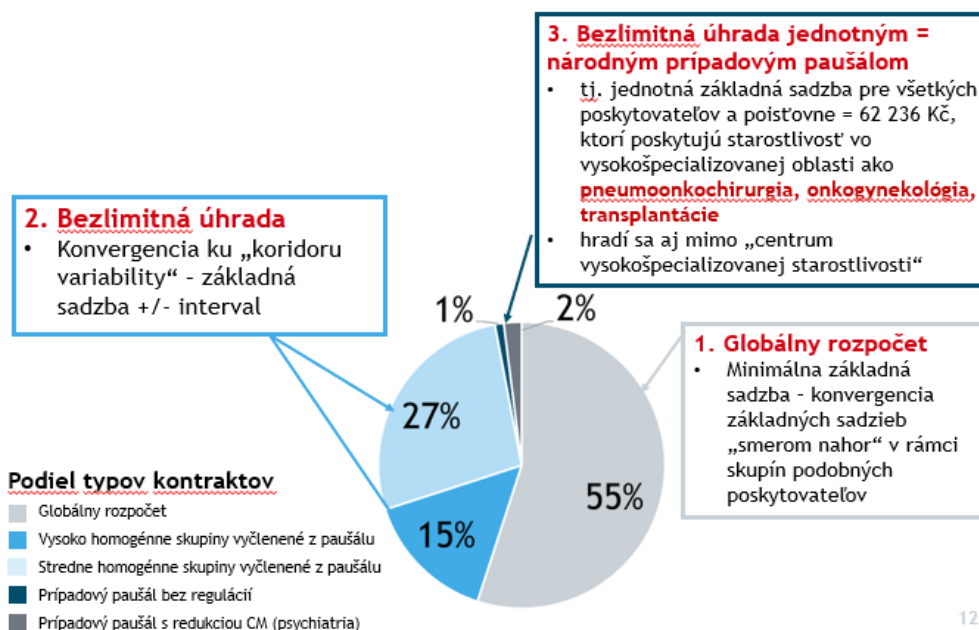
Základným rámcom pre kontrakty v ČR je **Úhradová vyhláška** vydávaná každoročne ministerstvom zdravotníctva, ale poisťovne a poskytovatelia sa môžu dohodnúť aj inak. V r. 2020 došlo v nadväznosti na prechod z dlhodobo používaného IR DRG na novovyvinutý CZ DRG k významnej zmene kontraktov. Úhrada bola rozdelená do 3 hlavných oblastí:

³ <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-WHO-Price-Setting-Summary-Report.pdf>

⁴ Nastavenie kontraktov od roku 2017

1. **Paušálna úhrada = globálny rozpočet**⁵ na vybranú lôžkovú zdravotnú starostlivosť, ktorý poskytovateľ získa, pokiaľ dosiahne aspoň požadovanú úroveň produkcie meranú casemix-om (kombinuje počet hospitalizačných prípadov a ich nákladnosť prostredníctvom relatívnych váh). Ak poskytne menej ako dohodnutý objem starostlivosti (napr. v r. 2022 to bolo 95% casemixu z r. 2019), úhrada sa mu znižuje o rovnaké %, tj. nie je chránený proti výrazným poklesom v produkcii ako v SK. Nadprodukcia je hradená regresívnou sadzbu s využitím funkcie arctg (ilustračný graf v prílohe).
2. **Bezlimitná úhrada** pre nákladovo homogénne DRG skupiny vyčlenené z globálneho rozpočtu a hradené **konvergujúcou individuálnou základnou sadzbu**, kde je zámerom podporovať produkciu nemocníc a udržať krátke čakacie listiny. Tento zámer bol ešte zvýraznený s cieľom dobiehať ošetrenia odložené v dôsledku pandémie Covid-19. Poskytovateľ má tak možnosť poskytovať a mať uhradený rast počtu prípadov ale aj nesie riziko, ak pacientov získa konkurenčná nemocnica.
3. **Bezlimitná úhrada jednotným=národným prípadovým paušálom** - špeciálne DRG skupiny, hradené jednotnou národnou sadzbu CZ-DRG

Ešte v roku 2019 bola väčšina produkcie hradená **globálnym rozpočtom** (cca 93% celkovej úhrady). V roku 2021, po zavedení novej klasifikácie CZ-DRG objem globálnych rozpočtov klesol na 56%, pričom výrazne **narástol podiel oblastí č. 2 a 3 - DRG skupín v bezlimitnej úhrade, vyčlenených z globálnych rozpočtov:**



GRAF 1: PODIEL JEDNOTLIVÝCH ZLOŽIEK KONTRAKTU V ČR V R. 2022

⁵ V ČR sa využíva pojem „paušálna úhrada“. Pre lepšiu zrozumiteľnosť pre SK DRG budeme v tomto dokumente namiesto tohto pojmu používať termín globálny rozpočet.

V prípade oblasti č. 2 ide o skupiny, ktoré boli v rámci interných analýz ÚZIS⁶ identifikované ako nákladovo homogénne, tj. náklady nemocníc na túto starostlivosť sa navzájom významne nelíšia a je možné hradiť rovnakú úhradu zblížujúcimi sa základnými sadzbami podľa stupňa špecializácie nemocnice a miery homogenity skupiny (vysoko a stredne-homogénne). Patria sem napríklad pôrody, totálne endoprotézy (kolená je zaradené do vysoko-homogénnej skupiny, bedro do stredne-homogénnej) alebo apendektómie. Cena za prípad v tejto oblasti je súčinom **relatívnej váhy prípadu** a **konvergujúcej individuálnej základnej sadzby poskytovateľa**.

Bezlimitná úhrada jednotnou základnou sadzbou za DRG skupiny v oblasti č. 3 sa týka vysokošpecializovanej starostlivosti ako napríklad **pneumoonkochirurgia, onkogynekológia či transplantácie**. Starostlivosť v tejto oblasti je plne hradená iba poskytovateľom **vo vysoko špecializovaných centrách**, cieľom je predovšetkým jej koncentrácia.

Rozhodnutie zvýšiť podiel bezlimitného segmentu má za cieľ **motivovať nemocnice dohnať produkciu** odloženú počas Covidu a vychádza tiež zo **zlepšenia predikčnej sily CZ DRG systému vo vzťahu k nákladom nemocníc**.

VELKÁ BRITÁNIA

Systém zdravotníctva vo Veľkej Británii je dominantne financovaný zo štátneho rozpočtu prostredníctvom Národnej zdravotnej služby. Podiel zdrojov do zdravotníctva bol v dôsledku pandémie Covid-19 navýšený na 12% HDP v r. 2020 z 9,9% v r. 2019 (medzi rokmi 2010-2018 sa objem zdrojov pohyboval na úrovni 9,6-10% HDP, OECD Health Data).

Úhrada za lôžkovú starostlivosť vo Veľkej Británii bola až do roku 2003 založená predovšetkým na **ročných rozpočtoch**, kde výška úhrady vychádzala väčšinou z rozpočtu za predchádzajúce obdobie a počtu postelí nemocnice. Vo všeobecnosti **nebolo možné rozpočet znížiť, aj keď poskytovateľ produkoval menej hospitalizácií**.

Od r. 2003 sa začal postupne zavádzať systém **Payment by results**, založený na **rozpočtoch stanovovaných podľa počtu hospitalizácií a britského systému DRG (označovaný HRG) jednotných cien (národných taríf)** za hospitalizačný prípad.

Nový systém rozpočtov založených na DRG priniesol viacero zlepšení oproti situácii s historickým rozpočtom bez preukázaného poklesu v kvalite. **Vďaka odmeňovaniu za hospitalizačný prípad, resp. meraniu produkcie nemocníc pomocou HRG aj napriek existencii rozpočtov vzrástla produkcia poskytovateľov o 3% - 9%**. Nastal aj očakávaný pokles čakacích dôb na elektívne výkony, hoci na ňom mali pravdepodobne podiel aj iné, súbežne zavedené opatrenia (napr. nastavenie cieľových hodnôt čakacích dôb). Došlo k celkovému zníženiu dĺžky hospitalizácie a zvýšenie podielu jednodennej starostlivosti naprieč poskytovateľmi, skupinami pacientov aj jednotlivými HRG⁸.

⁶ Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky

⁷ Na rozdiel od iných DRG systémov, ktoré pracujú s relatívnymi váhami a základnými sadzbami, anglické HRG využíva systém taríf, t. j. HRG sú ocenené priamo v librách

⁸ <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/2014-nhs-payment-research-report-web-final.pdf>

Problémom však bola nízka kvalita vstupných nákladových dát a veľká medziročná variabilita tarífov (ktoré sú používané namiesto relatívnych váh), čo viedlo k zvyšujúcemu sa podielu kontraktov vyjednávaných lokálne, vo forme rozpočtu bez použitia DRG systému. Aktuálne je postupne zavádzaný nový platobný mechanizmus, ktorý kombinuje **globálny rozpočet založený na historickej produkcii, ktorá môže ale nemusí byť meraná pomocou HRG, s variabilnou zložkou, upravujúcou výšku úhrady podľa skutočnej produkcie (v prílohe)**. Dôraz na variabilnú zložku vyplýva predovšetkým z priority dohnať zameškanú starostlivosť po Covide. Británia tiež upustila od povinných národných cien a vydáva ich už iba ako odporúčané ceny, ktoré môžu (ale nemusia) slúžiť ako základy vyjednávania pre poskytovateľov a lokálnych platcov.

HOLANDSKO

V Holandsku je zdravotníctvo financované prostredníctvom povinného zdravotného poistenia, kde

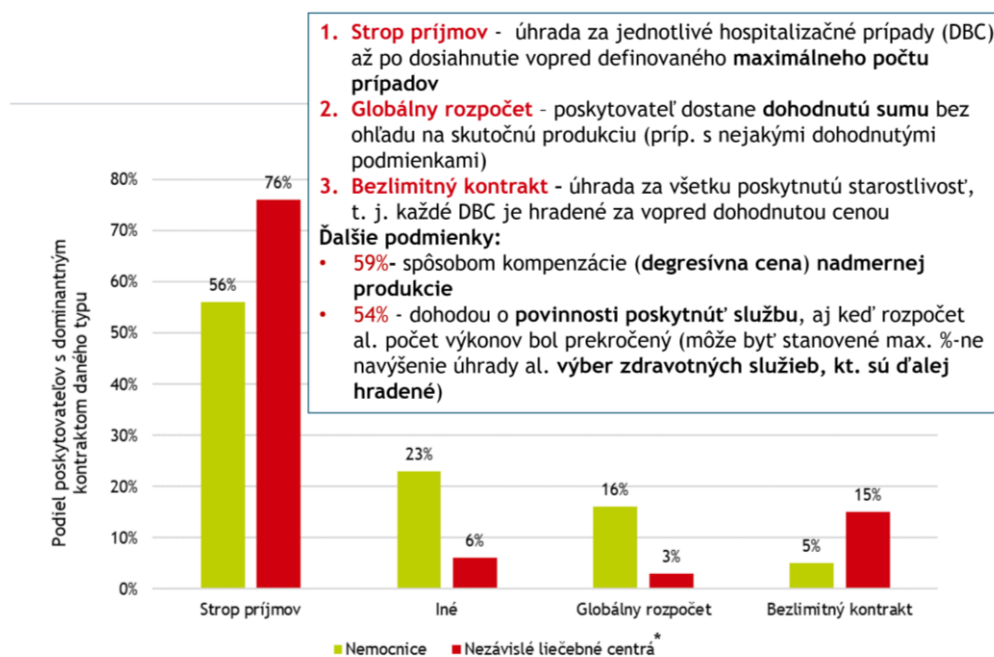
- 50% pochádza z odvodov naviazaných na výšku mzdy za zamestnanosť, sadzba odvodov sa však medziročne mení podľa toho, koľko peňazí je potrebných na zdravotníctvo
- 5% platí štát za deti do 18 rokov
- 45% platí každý obyvateľ, vrátane ekonomicky neaktívnych, okrem detí do 18 rokov, vo forme nominálneho poistného.

Systém financovania je nastavený tak, aby sa objem zdrojov prispôboval zdravotnému stavu a možnostiam liečby obyvateľstva, tj. nie je uzavretý. V r. 2020 vydávalo Holandsko na zdravotníctvo 11,1% HDP, čo je cca o 1 p.b. viac ako pred pandémiou Covid 19 (OECD Health Data).

Úhrada za lôžkovú starostlivosť v Holandsku **prechádzala postupným vývojom od globálneho rozpočtu podľa počtu postelí a špecialistov cez vlastný systém DRG využívaný v rámci rozpočtov**. Po reforme zdravotníctva došlo taktiež k postupnej decentralizácii a presunu vyjednávania o cenách a kontraktach na úroveň zdravotných poisťovní a poskytovateľov. Aktuálne je úhrada nastavovaná **rozdielne podľa typu starostlivosti**:

1. **segment A** zahŕňa vysokošpecializovanú starostlivosť, ktorú je zámer koncentrovať alebo urgentnú, ťažko plánovateľnú starostlivosť **a je preň stanovená maximálna úhrada za prípad**
2. **segment B k voľnému vyjednávaniu úhrady** zahŕňa všetky ostatné typy zdravotnej starostlivosti. Podiel v segmente B postupne rástol – v roku 2005 sem patrilo 10% produkcie, v roku 2009 to bolo 34% a **od roku 2012 až 70%**.

Poisťovňa sa po decentralizácii môže dohodnúť s poskytovateľom na úhrade prostredníctvom globálneho rozpočtu alebo kontrakte typu objem x cena za DRG prípady. V roku 2022 sa najčastejšie (56% kontraktov) vyskytoval kontrakt **objem x cena so stropom príjmov**, pri ktorom poskytovateľ dostáva úhradu za každý prípad až po dosiahnutie vopred dohodnutého limitu. **V segmente A ostala produkcia, ktorá sa nedá plánovať (pohotovosť), alebo sa týka príliš malého počtu nemocníc.**



*Kliniky poskytujúce elektívnu, neakútnu starostlivosť v jednodennom režime

GRAF 2: VYUŽÍVANÉ TYPY KONTRAKTOV (2022)

ŠVAJČIARSKO

Vo Švajčiarsku je zdravotníctvo financované prostredníctvom povinného zdravotného poistenia, kde si každá zdravotná poisťovňa stanovuje výšku poistky v rámci možností regulácie cien poistiek, ktoré sa môžu líšiť.

Podobne ako v Holandsku, systém financovania je nastavený tak, aby sa objem zdrojov prispôboval zdravotnému stavu a možnostiam liečby obyvateľstva, tj. nie je uzavretý. V r. 2020 vydávalo Švajčiarsko na zdravotníctvo 11,8% HDP a významne sa tento podiel nelíšil od predchádzajúcich období, pred pandemiou – medzi rokmi 2015 až 2020 sa pohyboval na úrovni 11-11,8% HDP (OECD Health Data).

Švajčiarsko je jednou z mála krajín, kde sa **globálne rozpočty takmer nevyužívajú**. Ich využívanie je povolené zákonom a v minulosti prebehla diskusia o ich zavedení, mnoho účastníkov (napríklad Asociácia Švajčiarskych lekárov (FMH)) sa však postavilo proti ich implementácii. Dnes sa využívajú iba v kantónoch Geneva, Ticino a Vaud.

Produkcia nemocníc je meraná pomocou DRG klasifikácie, ktorú Švajčiarsko lokalizovalo z Nemecka, podobne ako Slovensko. Po pár implementačných rokoch si začalo počítať vlastné relatívne váhy a samostatne si systém udržiavať. Úhrada za hospitalizáciu prebieha vo väčšine kantónov prostredníctvom platby za prípad, ktorá je **súčinom relatívnej váhy a základnej sadzby**. Z takto stanovenej sumy za prípad hradí polovicu kantón poistenca a druhú polovicu hradia zdravotné poisťovne z povinného zdravotného poistenia. **Relatívne váhy sú počítané na národnej úrovni z dát všetkých nemocníc. Základné sadzby sú predmetom vyjednávania medzi konkrétnou nemocnicou a konkrétnou poisťovňou, resp. asociáciami najmä regionálnych nemocníc.**

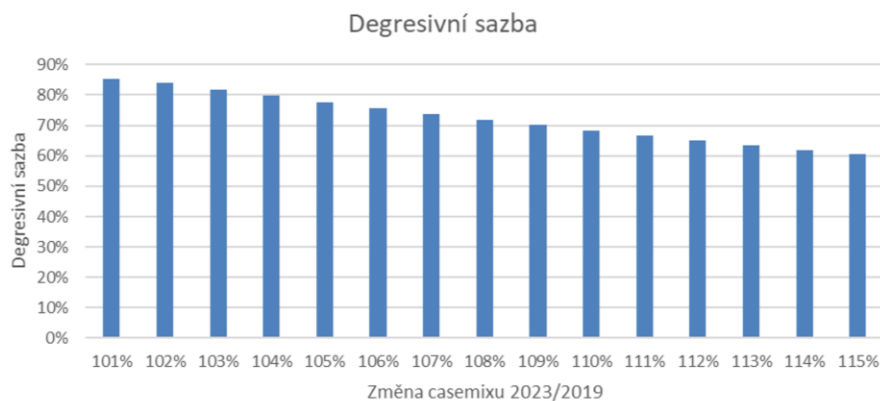
Nemocnice môžu mať rôzne výšky základnej sadzby u rôznych poisťovní. **Rôzne základné sadzby odzrkadľujú objektívne rozdiely medzi poskytovateľmi**, napríklad rozdiely v typológii nemocníc (univerzitné nemocnice, regionálne nemocnice a pod.).

ZÁVER

Na príkladoch popisovaných krajín jasne vidno, že **neexistuje jednotný spôsob „platby pomocou DRG“**. Mení sa od krajiny ku krajine a tiež v čase, podľa toho, aký typ starostlivosti chce krajina kontraktom podporiť. Na príklade UK možno vidieť, ako sa platobný mechanizmus **vyvíjal s cieľom akcentovať aktuálne priority zdravotnej politiky**. Jeho vývoj tiež ukázal, že optimom nie je „tvrdý“ rozpočet bez zohľadnenia reálnej produkcie, ale ani platba jednotnou cenou bez akýchkoľvek obmedzení. Trend podporovať odloženú starostlivosť a skracovať čakacie lehoty priniesol v mnohých krajinách väčšiu voľnosť v raste produkcie pre nemocnice, **neviedol však k úplnému zrušeniu rozpočtov ani limitov**. Dnes mnoho krajín (Nemecko, Holandsko, Česká republika) využíva práve **rozpočty s degresívnou úhradou pri nadprodukcii** a čiastočným krátením pri zníženej produkcii. Druhým často využívaným mechanizmom je vyňatie **vybranej časti produkcie do bezlimitného prostredia** (Česko, Nemecko), ktoré umožňuje podporiť konkrétne typy starostlivosti u konkrétnych nemocníc. Takýto typ úhrady môže pomôcť napríklad pri **transformácií nemocníc**. Jediná krajina, ktorá rozpočty (s výnimkou kantónov, ktoré v malom rozsahu testujú zavedenie rozpočtov) vôbec nevyužíva je Švajčiarsko, ktoré však do zdravotníctva vkladá výrazne viac zdrojov ako Slovensko aj väčšina Európy (výdavky na zdravotníctvo 11,8%, Slovensko 7,2% - OECD 2020). Zároveň platí, že objem zdrojov v zdravotníctve vo Švajčiarsku nezávisí od odvodov (rastu zamestnanosti a nominálnej mzdy), ale zdravotné poisťovne si nastavujú cenu poisťiek podľa očakávaných nákladov na zdravotníctvo.

PRÍLOHA

$$\dot{U}HR_{PU,CZ-DRG,2023} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2023,CZ-DRG,A}}{0,98 * CM_{2019,CZ-DRG,A}} \right\} * IPU * I_{ZP} - EM_{2023,A}$$



GRAF 3: MOŽNOSTI NAVÝŠENIA ZÁKLADNEJ VÝŠKY ÚHRADY V ČR - INDEX ZMENY PRODUKČIE 2023 VS. 2019, ZDROJ: ÚHRADOVÁ VYHLÁŠKA 2023, DŮVODOVÁ SPRÁVA

Variabilná zložka

- Má za cieľ predovšetkým podporiť **elektívne výkony a kvalitu starostlivosti**
- Na základe skutočnej produkcie počas roka je platba upravovaná:
 - Mení sa výška platby za „advice and guidance“ podľa dohody platcu a poskytovateľa
 - Platba za best-practice tariffs je upravená podľa skutočného plnenia cieľov
 - Platba za kvalitu - CQUIN je znížená, pokiaľ poskytovateľ nespĺnil definované ciele
- **Upravuje sa platba za elektívne výkony** = elektívne výkony, JDCH, ambulantné výkony a prvo-kontakt („outpatient procedures and outpatient first attendance“):



GRAF 4: DETAILNEJŠÍ POPIS MECHANIZMU PRE VÝPOČET VARIABILNEJ ZLOŽKY V KONTRAKTOCH ALIGNED PAYMENT AND INCENTIVE APPROACH VO VEĽKEJ BRITÁNII. ZDROJ: 2022/23 NATIONAL TARIFF PAYMENT SYSTEM



Advance Healthcare Management Institute, s.r.o.
U Háje 296/22, 147 00 Praha 4

Tel.: +420 702 029 953
office@advanceinstitute.cz
www.advanceinstitute.cz

IČ: 28986024
DIČ: CZ28986024
Banka: Raiffeisenbank
č. ú.: 4780992001/5500
OR: vedená Městským soudem v Praze,
oddíl C, vložka 157951