



Milé čtenářky a milí čtenáři,

První newsletter tohoto roku věnujeme úhradám zdravotních služeb a jejich makroekonomickému rámci. Hlavním tématem je úhradová vyhláška pro rok 2014, která přináší řadu novinek jak pro poskytovatele, tak pro zdravotní pojišťovny, a to zejména ve způsobu použití DRG jako základu pro úhrady akutní nemocniční péče.

Rok 2014 by mohl být zlomový z hlediska dalšího rozvoje DRG systému. Dosavadní způsob kultivace DRG narazil na své hranice a vyžaduje zásadnější změny a inovativní přístup na základě konsenzu plátců poskytovatelů a ministerstva.

Úhradová vyhláška s námi velmi pravděpodobně v příštích letech zůstane, je ale třeba si uvědomit, že často řeší hlavně problémy, které sama v minulosti způsobila. Mimo to se pohybuje na hraně ústavnosti. Její existence není dlouhodobě potřebná, což ukazují příklady zrušení centrální regulace cen a platebních mechanismů z jiných zemí.

Prognóza finanční situace ve zdravotnictví je v porovnání s rokem 2013 důvodem k mírnému optimizmu. Stabilita systému je ale vzhledem k vyčerpáním rezervám a zápornému saldu zdravotních pojišťoven velmi vratká. Financování zdravotnictví si vyžaduje hlubší strukturální reformy.

Abstrakty z vybraných závěrečných prací absolventek programu Master of Healthcare Administration ukazují, že DRG je nejen platebním mechanismem, ale napomáhá i k měření, srovnávání a řízení výkonnosti klinik a identifikaci oblastí pro zlepšení, např. formou standardizace klinických postupů nebo kultivace DRG systému.

Jsme rádi, že Vás newsletter zaujal a budeme vděční, když ho budete sdílet s dalšími lidmi, pro které by mohl být užitečný.

Příjemné čtení.

Daniel Hodyc

Pavel Hroboň

Tomáš Macháček

Henrieta Tulejová



konference
**Budoucnost DRG
 v ČR
 v letech 2014 - 2016**

A advance
**HOSPITAL
 ANALYTICS**

Obsah

Co přináší úhradová vyhláška v oblasti akutní lůžkové péče na rok 2014	3
Potřebujeme úhradovou vyhlášku?	7
Inovativní přístup ke kultivaci DRG v ČR	11
Legislativní novinky (listopad 2013 – leden 2014)	14
Finanční výhled českého zdravotnictví – mírný optimismus pro rok 2014	18
Četli jsme: Co se může zdravotnictví naučit od letectví	20
Optimalizace hospodaření dermatovenerologické kliniky	22
Jak se vyrovnává III. chirurgická klinika 1.LF UK a FN Motol se zavedením DRGt	23
Benchmarking struktury péče a klinické praxe - klíč k úsporám a zvýšení kvality	24
Velký zájem o 5.ročník programu MHA	25

Co přináší úhradová vyhláška v oblasti akutní lůžkové péče na rok 2014

Daniel Hodyc, Advance Healthcare Management Institute | 14. 2. 2014

Záměrem tohoto textu je pokud možno přehledně shrnout hlavní principy, které jsou v dané oblasti v úhradové vyhlášce na rok 2014 uplatněny. Nejedná se tedy o kompletní výčet a interpretaci všech výpočtů a regulací, které jsou ve vyhlášce použity.

Shrnutí hlavních principů

V oblasti akutní lůžkové péče je úhradová vyhláška členěna do několika bloků se samostatnými mechanismy úhrady a regulacemi, které je vhodné popisovat samostatně.

Jedná se o:

1. Individuálně smluvně sjednanou složku úhrady;
2. Úhradu léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., - tzv. „centrové léky“;
3. Úhradu formou případového paušálu – DRG;
4. Úhradu preparátů pro léčbu poruch krevní srážlivosti;
5. Úhradu ambulantní péče;
6. Samostatně jsou potom řešeny regulace a sankce za chybné kódování případů.

1. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

V této oblasti vyhláška již tradičně nestanovuje žádná (anebo téměř žádná) pravidla úhrady zdravotní péče a úhrada je tak předmětem dohody mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou. Zásadním rozdílem oproti předchozím letům je výrazné zúžení této oblasti. Nyní se tak týká pouze případů, kdy byl implantován či vyměněn kardiostimulátor či defibrilátor (definováno výčtem bazí 0501, 0507, 0516, a 0511).

Podobně jako v loňské roce je i letos v této oblasti pojistka pro obě strany pro případ nedohody. Platí tedy, že pokud do 30.4.2014 nedojde k dohodě, uhradí zdravotní pojišťovna (ZP) zdravotnickému zařízení (ZZ) tuto péči v cenách roku 2013, a to až do výše 75% úhrady za tuto péči roku 2013. Zároveň je ZP zavázána k tomu, že celková výše úhrady za všechny vyjmenované baze poskytnutá zdravotní pojišťovnou všem poskytovatelům v souhrnu činí nejméně 85% úhrady vyjmenovaných bazí v roce 2013.

2. Úhrada léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., - tzv. „centrové léky“

Tato oblast je v úhradové vyhlášce řešena velmi podobně, jako v předchozím roce. Centrové léky jsou opět děleny do tří skupin, a to:

- a) Léky na metabolické choroby;
- b) Léky na chronická onemocnění;
- c) Léky na ne-chronická onemocnění.

V oblasti léků na metabolická onemocnění (výčet onemocnění – bod 2.2.1. přílohy 2 vyhlášky) vyhláška stanovuje maximální úhradu na jednoho unikátního pojištěnce ve výši 100 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2013, během nichž byla léčba poskytována. V této oblasti není limitován počet pojištěnců, kterým má být léčba uhrazena.

V oblasti léků na chronická onemocnění (revmatoidní artritida, Bechtěrevova choroba, psoriatická artritida, Crohnova choroba, colitis ulcerosa, psoriáza těžká, roztroušená skleróza, plicní arteriální hypertenze, astma, Parkinsonova choroba a juvenilní artritida) je stanovena maximální výše úhrady na jednoho poskytovatele tak, že se 98% dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady terapie na jednoho pojištěnce vynásobí 108% pojištěnců léčených v daných lékových skupinách. Vyhláška tak předpokládá pokles jednotkové ceny centrových léků o dva procentní body oproti referenčnímu období a navýšení počtu léčených pojištěnců o 8%. Zároveň platí, že limit je posuzován nad všemi lékovými skupinami dohromady – větší nárůst počtu pojištěnců v jedné skupině tak může být kompenzováno menším nárůstem počtu pojištěnců v jiné skupině. Rovněž platí, že snížení jednotkové ceny léku přímo umožňuje navýšení počtu léčených pacientů.

Obdobný princip platí v oblasti centrových léků na ne-chronická onemocnění, zde je však počítáno s navýšením počtu léčených pacientů jen o 2%.

3. Úhradu formou případového paušálu – DRG

Úhrada formou případového paušálu přináší oproti roku 2013 zásadní změny. Princip stanovení úhrady lze mírně zjednodušeně popsat takto:

- úhrada danému ZZ bude poskytnuta ve výši Individuální paušální úhrady. Její uhrazení je podmíněno naplněním produkce – tzv. CMred, které musí být alespoň ve výši 97% produkce referenčního období (to je rok 2012). Od této úhrady se následně odečte úhrada tzv. extramurální péče, tedy úhrada té části péče, která byla hospitalizujícím ZZ vyžádána u jiného poskytovatele a tímto (extramurálním) poskytovatelem provedena;
- individuální paušální úhrada (IPU) je stanovena na základě produkce v roce 2012, a to tak, že upravené relativní váhy případů ukončených v roce 2012 jsou vynásobeny základní sazbou (22000,- Kč) a koeficientem změny počtu pojištěnců vážených náklady (koeficienty jsou stanoveny ve vyhlášce). Od toho je ještě odečtena úhrada za léky na hemofilii – viz. samostatná část;
- úprava relativních vah případů roku 2012 pro účel stanovení IPU je uskutečněna tak, že každá relativní váha případu roku 2012 je vynásobena koeficientem specializace. Ty nabývají hodnoty 1,1 – 1,38 - 1,5 – 1,7 a 3,9 a jsou ve vyhlášce přiřazeny jednotlivým DRG skupinám (příčemž platí, že DRG skupiny stejné báze mají vždy stejný koeficient specializace);
- pro IPU jsou stanoveny risk-koridory, které určí, že při nezměněném počtu pojištěnců dané pojišťovny v regionu bude vypočtená IPU minimálně 97% skutečné úhrady za tuto část péče roku 2012 a maximálně 150% skutečné úhrady roku 2012;
- aby nemocnice získala výše popsanou IPU jako úhradu péče v roce 2014, musí vykázat (v DRG platném v roce 2014) casemix ve výši minimálně 97% roku 2012 (násobeno koeficientem změny počtu pojištěnců). Uznání tohoto casemixu je podmíněno tím, že se změna casemixu oproti roku 2012 neodchýlí příliš (přibližně 5%) od změny počtu léčených případů. Platí tedy, že případný mírný pokles počtu léčených případů může být v rámci změn na úrovni jednotek procent kompenzován tím, že se jedná o komplikovanější případy (vyšší relativní váhy). Jinými slovy – pokud ZZ ošetří v roce 2014 pouze přibližně 92% případů roku 2012, ale díky vyšší komplikovanosti případů či změně skladby případů na ty s vyšší relativní vahou vykáže casemix na úrovni 97% roku 2012, má nárok na IPU v plné výši (to samozřejmě platí pouze pokud nedochází ke změně počtu pojištěnců – hodnota casemixu, která musí být dosažena se násobí koeficientem, který určuje změnu počtu pojištěnců v daném regionu);

- nakonec se z úhrady IPU (anebo z té její části, na kterou má poskytovatel dle výše casemixu nárok) odečte úhrada za extramurální péči, která je však oceněná hodnotami bodu roku 2014.

4. Úhrada preparátů na léčbu hemofilie

V roce 2012 došlo v Národním referenčním centru k úpravě metodiky výpočtu relativních vah tak, že z výpočtu relativních vah pro rok 2013 (a tedy i 2014) byly vyňaty všechny preparáty, které jsou požitky pro léčbu pacientů se závažnými vrozenými a získanými poruchami hemokoagulace. Tyto preparáty, vyjmenované v samostatné příloze úhradové vyhlášky měly být (a v oblasti hospitalizační péče také byly) již v roce 2013 hrazeny samostatně.

Pro tuto oblast tedy v roce 2014 platí, že:

- úhrada za tyto přípravky (definované v příloze č.14 vyhlášky), realizovaná v roce 2012, se odečítá od výpočtu IPU;
- pro rok 2014 je úhrada prostředků pro léčbu poruch hemokoagulace v lůžkové i ambulantní péči stanovena tak, že zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli tyto prostředky ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2013;
- úhrada těchto prostředků v oblasti ambulantní péče se nezapočítává do stropu maximální úhrady pro ambulantní péči – Uhr_{amb_max} . Tyto prostředky jsou tak i v ambulantní péči hrazeny v plné výši (maximálně však v cenách roku 2013) bez stanovení limitu.

5. Úhrada ambulantní péče

Pro oblast ambulantní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních platí pravidlo, že je hrazena stejným mechanismem a se stejnou hodnotou bodu, jako v mimo-nemocničních ambulancích. Vyhláška (na rozdíl od předchozích let) nestanovuje tzv. dolní risk-koridor, který by zabránil výraznějšímu poklesu úhrady za tuto péči v daném ZZ v důsledku velkých rozdílů v historické a „vyhláškové“ ceně bodu. Tím dochází v roce 2014 ke konečnému vyčlenění úhrady ambulantní péče v lůžkových ZZ.

Vyhláška naopak stanovuje maximální strop úhrady ve všech oblastech ambulantní péče, který je nastaven na 105% referenčního roku 2012. Na rozdíl od mimo-nemocničních ambulancí u LZZ není tento strop vázán na jednoho unicitního pojištěnce, ale je stanoven pevně na celou produkci. Do tohoto stropu se nezapočítávají centrové léky a léky pro hemofiliky.

6. Regulace a sankce za chybné kódování případů

Regulační omezení pro léky na předpis, zdrav. prostředky a vyžádaná vyšetření jsou nastaveny s limitem 100% roku 2012, posuzují se dohromady přes všechny ambulance a jsou vázány na jedno unicitní rodné číslo (UOP).

Při překročení zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení.

Platí tedy, že při mírném překročení limitu uplatňuje pojišťovna nižší srážku než v minulosti obvyklých 40%. Konkrétně platí, že při překročení o 1% na UOP uplatní pojišťovna srážku ve výši 5% z překročení, toto se proporcionálně navyšuje a při překročení o více než 8% na UOP se již jedná o srážku ve výši 40% z překročení. Do limitu pro výpočet se nezapočítávají UOP, u kterých byl vykázano pouze kód 09513 – telefonická konzultace.

Aby pojišťovna mohla uplatnit regulaci, musí ZZ sdělit nejpozději do 30.4.2014 hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulace, konkrétně tedy průměrnou úhradu na UOP za předepsané léky a zdrav. prostředky a vyžádanou péči.

Vyhláška v části regulací rovněž stanovuje možnosti sankcí za chyby v kódování, v jejichž důsledku je vykázan vyšší casemix. Tato oblast je řešena velmi obdobně jako v roce 2013 a rozděluje sankční postihy podle toho, zda byla chyba odhalena v rámci cíleného či náhodného šetření. Vyhláška rovněž

stanoví, že pojišťovna musí předem informovat o tom, jaký typ šetření provede a náhodné šetření musí být realizováno skutečně náhodným výběrem.

Jaké motivace tato vyhláška pravděpodobně přinese?

V oblasti individuálních kontraktů dochází k zásadnímu omezení. Byť se jedná o změnu, která je celou řadou poskytovatelů vítána z důvodu menšího množství smluv, které je třeba uzavírat, přináší tato změna také negativa. Jako hlavní vidím výrazné snížení motivace ZZ akceptovat či dokonce předkládat návrhy na kontrakty jednodenní lůžkové péče. V této oblasti došlo v posledních dvou letech k určitému (byť velmi pozvolnému) rozvoji. Celá řada ZZ začala uvažovat o restrukturalizaci části chirurgických provozů na pracoviště jednodenní chirurgie. Zahrnutí této oblasti péče do paušální úhrady tento trend patrně přinejmenším zpomalí, což je, bohužel, v přímém protikladu k vývoji této oblasti v okolních zemích zejména na západ od ČR.

V oblasti tzv. centrových léků mnoho změn nenastalo, je tedy velmi pravděpodobné, že bude nadále pokračovat stávající problematický stav, kdy na jednu stranu značně rostou náklady na tuto oblast péče, zároveň však regulace brání (nebo alespoň mohou bránit) v přístupu k péči některým pojištěncům. Jsem přesvědčen, že tento problém může být řešen pouze implementací inovativních kontraktů založených na sdílení rizika mezi plátcem, dodavatelem a částečně i poskytovatelem, tedy tzv. risk – sharing kontraktů. Jejich zavedení však dle mého názoru významně překračuje technické i legislativní limity úhradové vyhlášky.

V oblasti péče hrazené formou případového paušálu, tedy DRG, vyhláška jednoznačně motivuje ke sledování a případně řízení produkce tak, aby byla splněna pravidla pro získání maximální možné stanovené úhrady (IPU). S tím samozřejmě také souvisí motivace dále budovat vnitřní infrastrukturu pro kvalitní kódování a poptávka po jasných pravidlech kódování případů pro DRG. Stejně tak vyhláška motivuje zdravotnická zařízení ke zvyšování efektivity provozu, řízení nákladů na případy i standardizaci klinických postupů. Další motivací je rovněž snížit náklady na extramurální péči.

Potřebujeme úhradovou vyhlášku?

Pavel Hroboň, Advance Healthcare Management Institute | 14. 2. 2014

Úhradová vyhláška ministerstva zdravotnictví každý rok vzbuzuje mezi poskytovateli a pojišťovny poměrně velké vášně. Pokud nedojde k podání nové stížnosti a přelomovému výroku ústavního soudu směřujícímu k jejímu zrušení, bude je velmi pravděpodobně vzbuzovat i v příštích letech.

Pojďme se nicméně podívat, co přinesla úhradová vyhláška pro rok 2014 v kontextu dlouhodobého vývoje, zda úhradová vyhláška dokáže naplnit naděje do ní vkládané a jak by asi vypadal svět bez ní – byť se to v České republice pravděpodobně brzy v praxi nedozvíme.

Co přinesla úhradová vyhláška na rok 2014

Úhradová vyhláška na rok 2014 vzbudila zatím méně pozornosti než se dalo očekávat. Možná proto, že ve srovnání s rokem 2013 přinesla většinou nemocnic více peněz. Vyhláška ale obsahuje i řadu dalších novinek.

Především si Ministerstvo zdravotnictví dokázalo najít cestu, jak pokročit s několikrát oznámeným sblížením základních sazeb mezi nemocnicemi a přitom nenechat zkrachovat většinu specializovaných zařízení. Vzhledem k současné nepříliš vysoké schopnosti české varianty DRG správně ohodnotit složité pacienty ve specializovaných nemocnicích a nekomplikované případy jinde (často jsou do jedné DRG skupiny zařazovány z hlediska složitosti případu velmi odlišné diagnózy (viz článek Petra Tůmy – „Inovativní přístup ke kultivaci DRG v ČR“), to nebylo úplně jednoduché. Ministerstvo situaci vyřešilo pomocí zavedení „koeficientů specializace“, které umožnily částečné zmenšení rozdílů v základních sazbách jednotlivých nemocnic, srovnání základních sazeb mezi zdravotními pojišťovnami a zohlednění péče poskytované specializovanými nemocnicemi. Nový úhradový systém je tak vlastně rozpočtem založeným na produkci nemocnice v referenčním období, klasifikované podle DRG, a na uměle vytvořeném „indexu specializace“ (viz článek Daniela Hodyce - „Co přináší úhradová vyhláška v oblasti akutní lůžkové péče na rok 2014“).

Vedle pomoci VZP a nemocnicím cestou navýšení plateb jiných zdravotních pojišťoven byla hlavní motivací ministerstva pravděpodobně snaha dále používat platební systém založený na DRG (stejně jako ve většině evropských zemí) a také alespoň částečně srovnat obrovské rozdíly v základních sazbách nemocnic. U těch stojí za to se na chvíli zastavit. Jsou totiž dvojího druhu. Jedním je systematický, významný, ale nikoliv neočekávaný rozdíl v základních sazbách mezi více a méně specializovanými nemocnicemi. Dosahoval cca 15-20% (záleží na přesném rozdělení nemocnic na skupinu více a méně specializovaných). Tento rozdíl se snaží ošetřit koeficienty specializace, v dlouhodobějším pohledu potom zlepšení schopnosti klasifikačního systému DRG ocenit riziko. Vedle tohoto systematického rozdílu ale existují i obrovské, ničím nezdůvodnitelné rozdíly v základních sazbách mezi jednotlivými nemocnicemi obdobné úrovně specializace (tedy léčícími srovnatelné pacienty). Ty dosahovaly desítek procent a současná vyhláška je poměrně významně zmenšila.

Máme tedy úhradovou vyhlášku na rok 2014 chválit? Jistě mohla dopadnout mnohem hůře, například návratem k historickým rozpočtům založeným na množství kdysi vyprodukovaných bodů a vykázaných

korunových položek (ZUM a ZULP). Je ale třeba si uvědomit, že většinu problémů, které se snažila řešit, byly způsobeny samotnou existencí úhradové vyhlášky.

Rozdíly v základních sazbách srovnatelných nemocnic vznikly v 90. letech na základě různé schopnosti nemocnic vykazovat ve výkonovém systému úhrady a později (od roku 1996) omezit objem péče - ať už skutečnou racionalizací nebo prostým odmítáním - v období, kdy byly zavedeny rozpočty. Následujících více než 10 let byly potom nemocnice placeny na základě svých výsledků v 90. letech, případně schopnosti dohodnout si s pojišťovnami navýšení plateb, nikoliv podle toho, jaké pacienty opravdu léčily.

Stejně tak úhradová vyhláška v roce 1996 zafixovala rozpočty placené nemocnicím jednotlivými pojišťovnami a nijak nezohledňovala přesuny pojištěnců mezi pojišťovnami. Ty nejsou jediným důvodem rozdílů v základních sazbách placených též nemocnici různými zdravotními pojišťovnami, mají na nich ale lví podíl.

Úhradová vyhláška tedy často řeší problémy, které sama v minulosti způsobila. Tato řešení ale mají zase své další nechtěné důsledky. Jedním z nich je spoléhání na to, že sofistikovaný centrální úhradový mechanismus vyřeší většinu problémů českého zdravotnictví. Taková představa je zcela mylná. Úhradové mechanismy jsou důležité, je ale třeba doplnit je aktivní smluvní politikou. Příkladem přehnané pozornosti věnované úhradovým mechanismům může být snaha Národního referenčního centra vytvořit zvláštní koeficienty, kterými by bylo možno ohodnotit krátkodobé „diagnostické“ hospitalizace v malých nemocnicích před odesláním pacienta ke specializovanému poskytovateli. Příkladem může být několikadenní hospitalizace, během které je v menší nemocnici diagnostikováno zhoubné onemocnění kostní dřevě a pacient je následně odeslán k léčbě do hematologického centra. Taková snaha je ale zcela zbytečná. Mnohem lepším řešením je s nespécializovanými nemocnicemi prostě neuzavírat smlouvu na léčbu pacientů spadajících do specializovaných DRG skupin a krátkodobé „diagnostické“ hospitalizace zaplatit výkonovým způsobem.

Centrální regulace obecně škodí jakékoliv aktivitě. Pojišťovny i poskytovatelé se nestarají o vlastní zájmy, aktivitu nahrazuje čekání, že za ně někdo „shora“, tedy ministerstvo zdravotnictví, vše vyřeší. Takové uspořádání také umožňuje krásné výmluvy na vlastní nečinnost – my bychom chtěli, ale není nám dovoleno.

Jaký je účel úhradové vyhlášky?

Důležité je zamyslet se, jaký je vlastně účel úhradové vyhlášky. Jedním by mohla být snaha zajistit dostupnost co nejlepších služeb pro pojištěnce co nejehospodárnějším způsobem. Ta ale zjevně nefunguje. V roce 2014 došlo k významnému navýšení plateb některým specializovaným nemocnicím na základě jejich dosud relativně nízké základní sazby. Některým nemocnicím toto navýšení doslova vytrhne trn z paty, jiné ale až dosud dokázaly podle dostupných údajů poskytovat kvalitní zdravotní služby, platit personálu minimálně srovnatelné mzdy a přitom mít vyrovnanou finanční bilanci. Nejde o to, že bychom jim nově získané prostředky nepřáli (a je jistě dobře, že je dostanou spíše tyto nemocnice než špatně řízená zařízení), ale objektivně vzato je k zajištění dostupnosti potřebných zdravotních služeb nepotřebují. Aby nedošlo k mýlce - peníze navíc by určitě měly směřovat k efektivním poskytovatelům, ale výměnou za větší objem potřebné péče, která by naopak měla být odebrána neefektivním a nekvalitním zařízením.

Vyhlášku můžeme vnímat i jako prostředek, jak co nejspravedlivěji rozdělit prostředky veřejného zdravotního pojištění mezi existující poskytovatele. I v tomto úkolu ale úhradová vyhláška i při nejlepší snaze svých tvůrců selhává.

Prvním základním problémem je snaha uplatnit stejný typ kontraktu a úhradového mechanismu jak pro několikamiliardový obrat mezi VZP a velkou fakultní nemocnicí, tak pro úhradu péče poskytnuté několika pojištěncům malé regionální pojišťovny nemocnicí ležící mimo hlavní oblast její působnosti.

Dalším důkazem nemožnosti centrálního řízení je úhrada vysoce specializované péče, například péče poskytované v onkologických centrech. Až do roku 2012 ponechávala vyhláška úhradu „centrových“ léků na dohodě mezi pojišťovnou a poskytovatelem. Ve vyhlášce na rok 2013 začalo ministerstvo z neznámých důvodů tyto úhrady regulovat na základě průměrných nákladů na léčbu pacienta s určitou diagnózou v roce 2011. Onkologická společnost velmi jasně ukázala, že tyto průměry nebraly do úvahy celou řadu zásadních okolností jako jsou celkové náklady na léčbu (na rozdíl od jejich části alokované na rok 2011), rozdíly v klinickém stadiu nádoru, otázku, zda se jednalo o léčbu v první linii nebo dalších liniích, počet mimoregionálních (obvykle těžších) pacientů a další. Nastavení úhrad a jejich omezení ve vyhlášce bylo tak nesmyslné, že VZP se přestala těmito průměry řídit a nastavila úhrady tak, aby lépe odpovídaly realitě péče poskytované jednotlivými centry. Tak složitou realitu jakou je moderní onkologická léčba lze zachytit v jednání a v kontraktu mezi plátcem a poskytovatelem, ale nikoliv v dokumentu typu vyhlášky. Můžeme si tedy vybrat – buď budou úhrady vysoce specializované péče nastaveny vyhláškou nebo budou účelné. Obého dohromady nelze dosáhnout.

Jistě nelze všechny nešvary českého zdravotnictví svádět na úhradovou vyhlášku. Je také pravda, že od roku 2008 se mohou poskytovatelé a pojišťovny dohodnout jinak, než je napsáno v úhradové vyhlášce, pokud přitom respektují povinnost pojišťovny zajistit dostupnost služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a zdravotně pojistný plán pojišťovny. Takové uspořádání také bylo využíváno. Má ale jeden zásadní problém. V okamžiku, kdy vyhláška nabídne významné zvýšení úhrad, jde otázka vhodného platebního mechanismu stranou a hlavní snahou nemocnice je logicky získat co nejvíce peněz bez ohledu na bilanci zdravotních pojišťoven.

Za zmínku stojí i fakt, že soukromě se většina náměstků ministra zdravotnictví, kteří byli v posledních deseti letech zodpovědní za úhradovou vyhlášku, shodne, že nemůže naplnit deklarované cíle a měla by ku prospěchu českého zdravotnictví být co nejdříve zrušena.

Jak by vypadal svět bez úhradové vyhlášky

Poskytovatelé se často obávají, že zrušení úhradové vyhlášky povede k plošnému snížení plateb s případnou výjimkou „spřátelených“ zařízení, kteří naopak budou odměňováni skvěle. Prostý pohled do historie ale ukazuje, že právě používání úhradové vyhlášky vedlo ke vzniku obrovských nezdůvodnitelných nerovností v úhradách mezi nemocnicemi. Navíc, vyhláška nemusí vždy peníze přinášet. V roce 2006 byla použita tehdejším ministrem Rathem k bezprecedentnímu omezení dostupnosti zdravotních služeb v České republice.

Nevedlo by zrušení úhradové vyhlášky ke zhoršení dostupnosti péče pro klienty zdravotních pojišťoven? Ani tomu nevěříme. Úhradová vyhláška dostupnost nijak nezajišťuje, což jsme si opakovaně vyzkoušeli v praxi, mimo jiné v již zmiňovaném roce 2006. Mnohem důležitější je povinnost pojišťoven zajistit služby pro své klienty. Ta by mohla být v zákoně lépe definována a hlavně lépe kontrolována. Ani v jedné z těchto věcí ale úhradová vyhláška nepomůže.

Jak neodůvodněné rozdíly v úhradách jednotlivým poskytovatelům, tak dostupnost služeb by mnohem lépe ohlížela větší konkurence mezi zdravotními pojišťovnami a zavedení specializovaného regulačního úřadu hlídajícího naplnění nároků pojištěnců a finanční zdraví pojišťoven.

Pojďme ale zanechat teoretického zdůvodňování a podívat se, jaké jsou zahraniční zkušenosti se zrušením buď přímo úhradové vyhlášky nebo obecněji úředního stanovování cen poskytovaných zdravotních služeb.

Na Slovensku byla úhradová vyhláška z roku na rok zrušena v rámci reformy ministra Zajace. Došlo ke zhroucení plateb poskytovatelům nebo k významnému zhoršení dostupnosti? Nic z toho se nestalo. Na začátku se vlastně nestalo vůbec nic. Naprostá většina kontraktů mezi poskytovateli a pojišťovnami zůstala stejná jako v předchozím roce. Postupně si ale řada skupin poskytovatelů (jak ambulantní poskytovatelé, tak nemocnice) vynutili významné zvýšení úhrad. V pomalejším tempu začaly zejména soukromé pojišťovny zavádět inovativní kontrakty zlepšující efektivitu a dostupnost péče. Ani zavedení

DRG zrušení úhradové vyhlášky nebrání – na Slovensku probíhá příprava na převzetí německé verze DRG. Ostatně, v samotném Německu úhradová vyhláška neexistuje, i když stejně jako v ČR probíhá kolektivní vyjednávání pojišťoven a poskytovatelů.

Mnohem plánovitěji a sofistikovaněji přistoupili ke zrušení úředního stanovování cen v Holandsku. Holandská reforma nejprve zvýšila zodpovědnosti zdravotních pojišťoven a poté se zaměřila na jejich pravomoci v nakupování zdravotních služeb. V případě nemocnic byly postupně od roku 2005 do roku 2013 uvolňovány ceny z regulace. Na začátku tak bylo vybráno pro deregulaci cca 7% zdravotních služeb, v roce 2013 už byly ceny deregulovány všechny. Stejně jako na Slovensku nedošlo k žádným převratným změnám, postupně ale vzniklo prostředí, ve kterém jsou zdravotní služby nakupovány více a více od efektivních a kvalitních poskytovatelů. Prospěch z toho má samozřejmě hlavně pacient.

Inovativní přístup ke kultivaci DRG v ČR

Petr Tůma, Advance Hospital Analytics | 14. 2. 2014

Shrnutí postřehů ze stejnojmenné přednášky, která zazněla na konferenci zaměřené na budoucnost DRG v ČR, pořádané společností Advance Hospital Analytics 11.12.2013.

Rok 2014 by mohl ve vývoji českého DRG systému zlomový z několika důvodů:

1. obecně se uznalo, že aktuální české DRG není schopné predikovat náklady v míře dostatečné pro systém s jednou základní sazbou;
2. dosavadní (převážně) konzervativní přístup při úpravách algoritmu grouperu (při tzv. „kultivaci“ DRG) se vyčerpal a nemůže přinést dostatečné zlepšení kvality DRG klasifikace;
3. bylo rozpoznáno, jakými inovativními (dosud nepoužívanými) postupy je možné významně zlepšit kvalitu predikce pro náklady DRG klasifikace, a je dost nositelů tohoto know how (být ne ideálně soustředěných v jedné organizaci);
4. bylo rozpoznáno a (snad) uznáno, že k proveditelnosti úhrad při jedné základní sazbě musí existovat koherentní systém alternativních a doplňkových úhrad.

Predikční schopnost aktuální verze českého DRG pro náklady

Nejdůležitějším momentem pro další vývoj DRG je skutečnost, že se již celkem obecně vzalo na vědomí, že **česká aktuální verze IR-DRG není schopna predikovat (a tedy ani hradit) dostatečně spolehlivě oprávněné náklady hospitalizačních případů při jedné základní sazbě pro všechny nemocnice**. Dosavadní záměry rychlého vývoje úhrad, směřujícího k jedné základní sazbě, vycházely z předpokladu, že stačí relativně nevelké opravy algoritmu DRG k tomu, aby základní sazba mohla být sjednocena. Zastánci proveditelnosti úhrad s jednou základní sazbou argumentovali jednoduše a pro mnohé i přesvědčivě např. tím, že není žádný důvod, aby apendektomie byla hrazena různě v různých nemocnicích. Přitom se opomíjelo, že DRG skupina „Apendektomie“ není dobrým reprezentantem většiny DRG skupin. Aktuálně se nám jeví, že DRG skupin typu „apendektomie“ je cca 5-10%. Ostatní DRG skupiny vykazují větší či menší nedostatky, znemožňující jejich úhradu jednou základní sazbou. Zdá se, že se až doposud věnovalo málo soustavné pozornosti a zkoumání rozdílné skladbě případů uvnitř DRG skupin v různých nemocnicích.

Proveditelnost úhradového modelu DRG (při jedné základní sazbě) totiž nevychází ani tolik z předpokladu klinické a nákladové podobnosti případů v rámci DRG skupiny, ale zejména z klinické a nákladové podobnosti případů jedné DRG skupiny mezi různými poskytovateli.

Jinými slovy, aby systém úhrad fungoval, musí platit, že se v rámci stejné DRG skupiny z nějakého důvodu systematicky nekumulují objektivně dražší případy u některých poskytovatelů péče, zatímco u jiných vzniká systematicky převaha případů objektivně levnějších. Pokud byla mezinemocniční nehomogenita v některých DRG skupinách zjištěna, byla tendence vysvětlovat ji výhradně neefektivním chováním „dražších“ nemocnic (plýtváním), anebo bagatelizovat jev poukázáním na domněnku, že v jiné DRG skupině jsou nejspíše poměry obrácené a úhradová nerovnost bude takto kompenzována. Dalším argumentem těch, kteří mezinemocniční nehomogenitu DRG skupin zlehčovali, bylo tvrzení, že dostatečným kompenzujícím faktorem je systém CC/MCC, protože pokud mají specializovanější nemocnice „více nemocné“ pacienty, systém komplikací a komorbidit nepochybně úhradovou kompenzaci zajistí. To, že takto DRG systém nefunguje, lze doložit na řadě DRG bazí.

Např. v DRG bazi „Velké výkony na jícnu, žaludku a duodenu“ jsou případy s různě rozsáhlými a různě nákladnými výkony (sutura vředu, resekce žaludku, totální gastrektomie, totální resekce jícnu s náhradou střevem nebo žaludkem). S náklady významně koreluje také malignita na místě hlavní diagnózy (v bazi mohou být případy s maligními i benigními či nenádorovými stavy). Ve velkých (převážně fakulních) nemocnicích se koncentrují nákladnější pacienti s rozsáhlejšími výkony a maligními diagnózami, avšak podíl „komplikovaných“ případů (s CC/MCC) je vyšší v menších nemocnicích (viz. shrnutí k závěrečné práci Heleny Šmejkalové). Jmenovaná база je příkladem situace, kdy jedna základní sazba by vedla k tomu, že část úhrad, které z logiky věci náležejí nemocnicím, koncentrujícím rozsáhlejší výkony se dostávají do menších nemocnic, protože relativní váha je vypočtena ze směsi případů všech typů nemocnic (tomuto jevu se někdy říká „redistribuce úhrad“).

Dosavadní „konzervativní“ přístup ke kultivaci DRG

Dosavadní kultivace DRG klasifikace spočívala především v redefinici bazí DRG a v dělení některých bazí podle trvání specifické péče. Redefinice bazí byla založena především na přesunu kritických výkonů z méně vhodné do vhodnější baze. Tento postup byl nutný a ve zlepšení vlastností DRG i účinný. Ovšem zatímco v letech 2008–2009 byly takto přesunuty desítky výkonů a změny se dotkly mnoha bazí, v roce 2012 to již byly ojedinělé výkony s dopadem na velmi málo bazí. U většiny „nezapadajících“ výkonů bylo konstatováno, že není vhodná cílová база.

Dalším postupem bylo dělení bazí podle trvání specifické péče. Tento zásah, který vedl ke vzniku více bazí umělé plicní ventilace a více bazí rehabilitace, není patrně vhodný pro další typy péče, a proto můžeme považovat tento princip také za vyčerpaný.

Inovativní přístup ke kultivaci DRG je na obzoru

Pokud je nadále platná idea vytvořit DRG systém schopný hradit péči na základě jedné základní sazby (bez podpůrných koeficientů), je třeba v prvé řadě opustit klasickou představu o DRG klasifikaci, kterou jsme si vytvořili na základě „kánonu“, daném vývojovou řadou AP-DRG, IR-DRG.

Jako první je **nutné zpochybnit tezi, že „zvladatelný počet“ DRG skupin je někde mezi 600 a jedním tisícem.** Pokud by měly DRG skupiny klinicky homogenní obsah a tomu odpovídající výstižný název, byl by „intelektuálně“ zvladatelný násobně vyšší počet DRG skupin. Co se týče „technického“ zvládnutí, je podstatné zabránit vzniku skupin s extrémně malým počtem případů, ale jiná omezení zde nejsou.

Dále je nutné **připustit, že vyšší stupeň „komplikovanosti“ (tedy „s komplikacemi a komorbiditami“ a „s významnými komplikacemi a komorbiditami“) může být dosažen i díky jiným atributům případu, než jsou vedlejší diagnózy.** S tím souvisí i formální požadavek, aby tyto vyšší stupně byly jinak pojmenovány, protože faktorem, který může případ řadit do vyššího stupně, je např. **specifická hlavní diagnóza, výkon, nebo specifický (obvykle dětský) věk.** Současně je vhodné opustit stereotypní dělení baze DRG na (pouze) tři stupně a konečně je třeba revidovat celý systém založený na maximální hodnotě cc severity vedlejších diagnóz a uznat (podobně jako v australsko-německém DRG), že vliv na náklady má kombinace vedlejších diagnóz.

Na těchto principech je potřeba založit poměrně radikální přístup ke kultivaci DRG systému, kdy na statistické postupy, identifikujícím dosud nevyužité atributy případů korelující se zvýšenými nebo naopak sníženými náklady v rámci dosavadních DRG skupin, naváže expertní pohled doplňující některé empirické poznatky a přinášející pragmatická řešení.

Slabým článkem zatím zůstává vývoj Seznamu výkonů, protože většina navrhovatelů za odborné společnosti zůstává uvězněna ve výkonovém pojetí úhrad (což má opodstatnění u ambulantně prováděných výkonů, ale nepřináší žádný zisk u hospitalizací hrazených pomocí DRG případového paušálu) a navrhované položky Seznamu výkonů nepodporují potřeby DRG klasifikace.

System alternativních a doplňkových úhrad

Podobně jako v Německu a dalších zemích, musí i v ČR být systém alternativních úhrad a doplňkových úhrad a to zejména pro:

- oblasti, které se jako celek naprosto nehodí k úhradě případovým paušálem DRG;
- vybrané materiály a léky;
- inovativní medicínské postupy, které nejsou (relevantním způsobem) obsaženy v historických datech, jejich způsob použití a rozšíření se vyvíjí a které je často žádoucí centrálně regulovat.

Závěrem je třeba konstatovat, že samotné know-how, rozložené mezi interní pracovníky NRC a externí konzultanty, samo o sobě k radikální změně ve vývoji DRG nestačí; je třeba společenská objednávka definující cílový stav kvality DRG klasifikace a termín.

Legislativní novinky (listopad 2013 – leden 2014)

Lenka Novotná, Oborová Zdravotní pojišťovna | 5. 2. 2013

Přinášíme Vám základní přehled legislativního vývoje v českém zdravotnictví od listopadu 2013 do ledna 2014. Přesto, že již koncem listopadu 2013 byla po říjnových předčasných volbách ustavena nová Poslanecká sněmovna, ještě další dva měsíce řídila Českou republiku vláda v demisi. Kromě nového občanského zákoníku, který po dlouhém očekávání konečně nabyl účinnosti 1. 1. 2014, byly v oblasti zdravotnictví publikovány vesměs jen obligatorní předpisy, které jsou vydávány touto dobou každoročně. Jde zejména o vyhlášku o nákladových indexech pojištěnců pro přerozdělování pojistného, úhradovou vyhlášku, novelu Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami či nový cenový předpis Ministerstva zdravotnictví. Mimo zdravotnictví lze za nejdůležitější přijatou normu považovat zákon o státním rozpočtu na rok 2014.

29. 1. 2014 byla jmenována nová vláda České republiky v čele s premiérem Bohuslavem Sobotkou. Ministrem zdravotnictví se stal dosavadní ředitel Fakultní nemocnice Ostrava MUDr. Svatopluk Němeček, MBA.

23. 1. 2014 zasedal zdravotní výbor Poslanecké sněmovny, který projednal vládní návrh novely zákona č. 48/1997 Sb. ([sněmovní tisk 10](#)) v souvislosti s transpozicí směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2011/24/EU týkající se přeshraniční zdravotní péče. Česká republika měla směrnicí transponovat již k 25. 10. 2013, vzhledem k politické situaci se tak ale nestalo. Zdravotní výbor sněmovní tisk 10 schválil ve znění předloženého pozměňovacího návrhu zpracovaného ve spolupráci všech zdravotních pojišťoven a Centra mezistátních úhrad. Pozměňovací návrh vládě ukládá povinnost vydat nařízení vlády, v němž vymezí přeshraniční služby, jejichž úhrada je podmíněna předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny. Podle původního vládního návrhu měla vláda možnost takové nařízení vlády vydat, ale nemusela to učinit. Pozměňovací návrh navíc rozšířil okruh přeshraničních zdravotních služeb, které mohou být ve zmíněném nařízení vlády vyjmenovány. Zástupce předkladatele (tedy Ministerstvo zdravotnictví) s pozměňovacím návrhem nesouhlasil a doporučil ho nepřijmout, protože nesdílel názor Centra mezistátních úhrad a zdravotních pojišťoven, že znění pozměňovacího návrhu není v rozporu se směrnicí. Zdravotní výbor se však doporučením předkladatele neřídil a přijal usnesení, v němž doporučuje předložit sněmovní tisk 10 ve znění pozměňovacích návrhů Sněmovně k projednání ve druhém čtení na příští řádné schůzi. Zdravotní výbor měl dále na programu projednání novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti znovuzavedení regulačních poplatků za den hospitalizace ve výši 60 Kč ([sněmovní tisk 12](#)). Ministr zdravotnictví v demisi Martin Holcát navrhl přerušení projednávání tohoto sněmovního tisku s odkazem na to, že je v rozporu s koaliční smlouvou nové vlády a že by tuto problematiku měl proto dořešit nový ministr. Zdravotní výbor mu vyhověl a projednávání tisku přerušil do doby ustavení nové vlády. V neposlední řadě výbor projednal také výroční zprávy zdravotních

pojištěn za rok 2012 ([sněmovní tisk 51](#)) a doporučil je k předložení na další řádnou schůzi Poslanecké sněmovny. Začátek další řádné schůze Sněmovny je plánován na 4. února 2014.

15. 1. 2014 rozeslaly zdravotní pojišťovny svým klientům první vlnu pozvánek na preventivní vyšetření v rámci screeningů nádorových onemocnění. V rámci projektu obdrží v následujícím roce a půl zvací dopis přibližně 1 850 000 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven. **Projekt adresného zvaní** připravilo ministerstvo zdravotnictví spolu se všemi zdravotními pojišťovnami. Zaměřuje se na **prevenci před třemi konkrétními diagnózami – rakovinou prsu, děložního hrdla a kolorekta**. Jedná se o choroby, které jsou v Česku ve srovnání s jinými zeměmi velmi rozšířené, a jejich počet dlouhodobě neklesá. V řadě případů jsou diagnostikovány až příliš pozdě, následná léčba je pak mnohem náročnější a snižují se také pochopitelně šance na uzdravení. Projekt si klade za cíl kromě snížení výskytu karcinomu prsu, děložního hrdla a kolorekta v pozdních stádiích přispět též ke zvýšení zájmu obyvatel ČR o prevenci nádorových onemocnění obecně, zajistit větší účast na preventivních vyšetřeních a podpořit aktivní přístup občanů k péči o vlastní zdraví. Rozesílání dopisů bude také podpořeno celorepublikovou informační kampaní.

8. 1. 2014 vláda na svém jednání **projednala** dokument „**Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí**“. Materiál připravovala skupina odborníků v preventivní medicíně, hygieně a sociálním lékařství v čele s hlavním hygienikem Vladimírem Valentou. Hlavním cílem strategie je k roku 2020 zlepšit zdravotní stav české populace a podpořit zájem široké veřejnosti, obcí, podniků a dalších složek společnosti o posilování zdraví a předcházení vzniku nemocí. Mezi prioritami strategie je podpora tělesných aktivit lidí a zdravé výživy, zvyšování zdravotních znalostí obyvatelstva, snižování zdravotně rizikového chování a nerovností ve zdraví, dále pak zvyšování úrovně sekundární prevence vč. screeningových programů. Národní strategie plynule navazuje na Program zdraví 21, vychází z jeho zkušeností a zahrnuje doporučení obsažená v dokumentu Světové zdravotnické organizace Zdraví 2020, který schválilo světové zdravotnické shromáždění v roce 2013. Národní strategie ochrany a podpory zdraví bude v příštím roce, ve spolupráci s odbornými společnostmi, zástupci státní a podnikové sféry a s nevládními organizacemi rozvedena do realizačních postupů a stane se podkladem pro uplatnění nároků ČR na využití evropských strukturálních fondů.

1. 1. 2014 nabyl účinnosti nový občanský zákoník [č. 89/2012 Sb.](#) a další související zákony (zejména zákon [č. 90/2012 Sb.](#) o obchodních korporacích), které byly přijaty v rámci rozsáhlé rekodifikace soukromého práva. Dnem 31. 12. 2013 tak přestal platit nejen dosavadní občanský zákoník z roku 1964, ale také obchodní zákoník, zákon o rodině a mnohé další předpisy z oblasti soukromého práva. Nový občanský zákoník obsahuje 3081 paragrafů a jde o normu, která klade důraz na ochranu člověka a jeho práv a poskytuje lepší ochranu jeho majetku, ovšem za cenu vyšší míry odpovědnosti.

1. 1. 2014 se na základě nálezů Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013 publikovaného pod [č. 238/2013 Sb.](#) ruší povinnost hradit regulační poplatek za poskytování lůžkové péče včetně lázeňské ve výši 100 Kč za den. Posledním dnem, kdy má poskytovatel lůžkové zdravotní péče právo (a povinnost) vybírat regulační poplatek, je 31. prosinec 2013. Povinnost hradit ostatní regulační poplatky podle ustanovení § 16a odst. 1 písm. a) až e) zákona č. 48/1997 Sb. ve výši 30 Kč a 90 Kč zůstává nedotčena a i po 31. prosinci 2013 jsou proto poskytovatelé povinni od pojištěnců tyto poplatky vybírat.

31. 12. 2013 vyšel s účinností od následujícího dne státní rozpočet České republiky na rok 2014 pod [č. 475/2013 Sb.](#) se schodkem ve výši 112 miliard Kč. Celkové výdaje státního rozpočtu jsou plánovány ve výši 1.211 mld. Kč; z toho výdaje v kapitole 335 Ministerstvo zdravotnictví činí 6,8 mld. Kč.

23. 12. 2013 byla publikována vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014 (tzv. „úhradová vyhláška“), která nabyla účinnosti 1. 1. 2014. Úhradová vyhláška pro rok 2014 čelí silné kritice jak z řad poskytovatelů zdravotních služeb, tak i ze strany zdravotních pojišťoven. Sdružení ambulantních specialistů stejně jako další profesní lékařská sdružení v otevřených dopisech jasně deklarovalo záměr nepřístupovat na případné návrhy zdravotních pojišťoven hradit zdravotní služby v roce 2014 podle úhradové vyhlášky. Vyhláška také vzbuzuje pochybnosti o svém souladu s ústavním pořádkem, zejména ve světle nedávného nálezu Ústavního soudu o neústavnosti úhradové vyhlášky pro rok 2013. Tématu úhradové vyhlášky se podrobněji věnujeme i v tomto newsletteru v článkách Daniela Hodyce „[Co přináší úhradová vyhláška v oblasti akutní lůžkové péče na rok 2014](#)“ a Pavla Hroboňa „[Potřebujeme úhradovou vyhlášku?](#)“.

20. 12. 2013 vyšla vyhláška č. 421/2013 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Tato novela Seznamu zdravotních výkonů nabývá účinnosti k 1. 1. 2014. Kromě nutnosti reagovat na nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013 publikovaný pod č. 238/2013 Sb., kterým byla jak v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tak i ve vyhlášce zrušena možnost poskytovat ekonomicky náročnější varianty zdravotních služeb, reagovalo ministerstvo také na potřebu zařadit v souvislosti s rozvojem medicínských oborů nové výkony v oblasti transplantologie a radiační onkologie, upřesnit podmínky provádění výkonů v oblasti primární péče a zajistit poskytování zdravotních služeb nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

18. 12. 2013 byla s účinností od 1. 1. 2014 publikována [vyhláška č. 420/2013 Sb.](#), o nákladových indexech věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2014.

9. 12. 2013 vyšla [částka 8/2013 Věstníku Ministerstva zdravotnictví](#), v níž byl publikován Cenový předpis 1/2014/DZP o regulaci cen poskytovaných zdravotních služeb, stanovení maximálních cen zdravotních služeb poskytovaných zubními lékaři hrazených z veřejného zdravotního pojištění a specifických zdravotních výkonů. Cenový předpis vydalo ministerstvo podle ustanovení § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, s účinností od 1. ledna 2014. Kromě jiného je v něm stanoveno, že maximální cena bodu neodkladné zdravotní péče poskytované nesmluvními poskytovateli zdravotních služeb činí 85% hodnoty bodu stanovené v úhradové vyhlášce. Ve stejném Věstníku vyšel také nový doporučující metodický návod Ministerstva zdravotnictví k postupu ošetření novorozence, který připouští tzv. ambulantní porod. V souvislosti s tímto kompromisním řešením byla provedena i změna Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, do kterého byl s účinností od 1. 1. 2014 doplněn výkon „Vedení porodu vaginálně – hlavičkou porodní asistentkou při supervizi lékařem“ (o novinkách v Seznamu zdravotních výkonů jste se mohli dovědět více v předchozím newsletteru a výše v tomto vydání monitoringu).

6. 12. 2013 byl pod č. 396/2013 Sb. publikován nález Ústavního soudu ze dne 22. 10. 2013 sp. zn. Pl. ÚS 19/13 ve věci návrhu na zrušení vyhlášky č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013. Tímto nálezem Ústavní soud rozhodl o neústavnosti úhradové vyhlášky pro rok 2013, přičemž vykonatelnost nálezu odložil na konec roku 2014. O tomto nálezu jsme podrobně psali v minulém vydání Newsletteru.

25. 11. 2013 byla zahájena první ustavující schůze nové Poslanecké sněmovny vzešlé z předčasných voleb konaných v říjnu 2013. Poslanecká sněmovna ve smyslu čl. 33 odst. 5 Ústavy ČR na své první schůzi dne 27. 11. 2013 dodatečně schválila zákonná opatření Senátu včetně zvýšení platby státu za ekonomicky neaktivní pojištěnce na 787 Kč (723 Kč v roce 2013), o kterém jsme vás informovali

v legislativním monitoringu za předchozí období. Tato [usnesení Poslanecké sněmovny](#) vyšla ve Sbírce zákonů dne 29. 11. 2013.

25. 11. 2013 vyšlo ve Sbírce zákonů pod [č. 370/2013 Sb.](#) Sdělení českého statistického úřadu o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG). Klasifikace IR-DRG umožňuje klasifikovat pacienty v akutní nemocniční péči na základě jejich klinické podobnosti a srovnatelnosti nákladů na jejich nemocniční pobyt. Definiční manuál a Grouper pro klasifikaci IR-DRG pro rok 2014 lze [získat](#) od Ministerstva zdravotnictví ČR.

Finanční výhled českého zdravotnictví – mírný optimismus pro rok 2014

Blanka Weyskrabová, Advance Healthcare Management Consulting | 14. 2. 2014

Celkově se dá očekávat, že finanční situace bude oproti roku 2013 mírně pozitivnější pro poskytovatele. Stabilita systému veřejného zdravotního pojištění však bude vzhledem k vyčerpaným rezervám, zápornému saldu pojišťoven a nepříliš optimistické makroekonomické predikci pro Českou republiku opět ve stavu ohrožení. Nadále se tedy zvyšuje urgentnost hlubší strukturální reformy financování na systémové úrovni.

Na finanční situaci českého zdravotnictví má vliv několik parametrů. Na úrovni legislativní se jedná zejména o dvě vyhlášky – tzv. úhradovou vyhlášku a Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, jež do velké míry hrají zásadní roli pro příjmy poskytovatelů zdravotních služeb na straně jedné a na výdaje zdravotních pojišťoven na straně druhé. Oproti roku 2013, kdy byla úhradová vyhláška značně restriktivní s cílem prosadit vyrovnanou bilanci zdravotních pojišťoven, dochází s úřednickou vládou k uvolnění těchto limitů pro rok 2014, což zajistí vyšší finanční stabilitu zejména pro poskytovatele akutní lůžkové péče. Na druhou stranu, zrušení poplatků za pobyt v lůžkových zařízeních od ledna 2014 (nemocnice, psychiatrické léčebny, lázně nebo léčebny dlouhodobě nemocných) následkem nálezu Ústavního soudu z července roku 2013 způsobí pro tyto subjekty finanční výpadek.

Dalším faktorem, který významně ovlivní finanční situaci zdravotních pojišťoven, je navýšení platby za státní pojištěnce o 64 Kč na 787 Kč poté, co zůstávala po 7 let neměnná. Dle informací MZ ČR díky navýšení platby získá celkově systém v příštím roce 4,7 miliardy korun navíc oproti roku 2013.

Na celkovém objemu financí dostupných pojišťovnám pro úhradu péče a tedy i finanční stabilitě celého systému veřejného zdravotního pojištění se dále podílí i řada demografických a sociálních faktorů, jako je počet nově narozených dětí (tedy přírůstek obyvatel), počet důchodců, počet zaměstnaných, počet podnikatelů a růst nominální mzdy nebo předpisy pro odvody podnikatelů. Pro predikci vývoje příjmů systému veřejného zdravotního pojištění tedy potřebujeme znát odhad vývoje právě těchto parametrů.

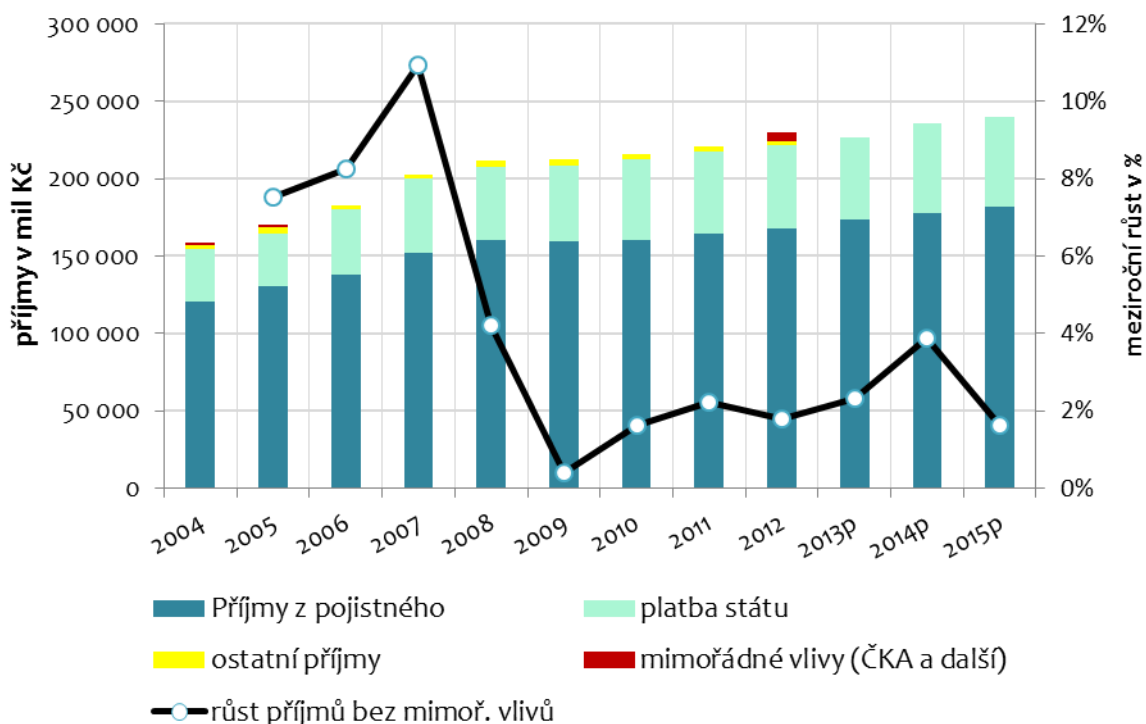
Do našeho modelu, který je znázorněn na obrázku, jsme použili údaje pro růst počtu podnikatelů, počtu zaměstnanců, důchodců a nezaměstnaných z [Makroekonomické predikce](#) Ministerstva financí ČR a další dostupné údaje z ČSÚ. Přesnost predikce je velmi citlivá na faktický vývoj nominálních mezd (potažmo celé ekonomiky), ze kterých je nejen odváděna platba zaměstnanců, ale i určovány odvody podnikatelů. Dalším faktorem rozhodujícím o přesnosti predikce je faktický vývoj počtu zaměstnanců, nezaměstnaných i počtu podnikatelů, úspěšnost výběru pojistného a předpis výběru.

Dle našich odhadů by měly příjmy systému následující 2 roky slabě růst a tak pokračovat v předchozím trendu. Nárůst bude v roce 2014 vyšší právě i díky nárůstu platby za státní pojištěnce.

V modelu očekáváme v souladu s makroekonomickou predikcí nárůst nominální mzdy v letech 2014 a 2015 přes 2 %. Absolutní podíl odvodů za zaměstnance na příjmech systému je vyšší než 70 % a průměrně je na jednoho zaměstnance odvod na pojistném vyšší než např. za průměrného podnikatele – tyto odvody hrají proto nejvýznamnější roli při výběru pojistného a jejich odhady jsou nejcitlivější na změny parametrů predikce. Predikované příjmy tedy budou nižší v případě, že faktický nárůst nominální mzdy bude nižší nebo pokud se sníží počet zaměstnanců.

V modelu dále předpokládáme snížení a dále stagnující počet podnikatelů. Pokud by se ale počet podnikatelů zvýšil na úkor počtu zaměstnanců, tak - za předpokladu odvodů podnikatelů na minimální výši - by příjmy systému byly nižší než je odhad predikce. Vyšší než předpokládaný nárůst počtu státních pojištěnců (v tomto případě by se týkalo nezaměstnaných a důchodců) na úkor zaměstnaných nebo podnikatelů by ovlivnil příjmy stejným způsobem.

Vývoj příjmů systému veřejného zdravotního pojištění (v mil Kč)



Tabulka ukazuje stav v roce 2012 a predikce pro rok 2013 – 2015. (Pro rok 2013 jsou finální údaje dostupné až v pololetí 2014). Do výpočtu vstupuje vícero parametrů – zde uvádíme ty nejdůležitější – průměrnou nominální mzdu a její růst, platbu státu a odhad nárůstu počtu státních pojištěnců z Ročenky Všeobecné zdravotní pojišťovny.

		2012	2013p	2014p	2015p
PŘÍJMY Z POJISTNÉHO BEZ MIMOŘÁDNÝCH VLVŮ	v mil. Kč	167 733	173 473	177 490	181 508
PŘÍJMY OD ČKA A JINÉ MIMOŘÁDNÉ VLVY	v mil. Kč	5 407	0	0	0
PLATBA STÁTU	v mil. Kč	53 928	53 290	58 168	58 187
PRŮMĚRNÁ NOMINÁLNÍ MZDA	v mil. Kč	25 100	25 300	25 900	26 470
<i>růst</i>		3%	1%	2%	2%
MĚSÍČNÍ PLATBA STÁTU	v Kč	723	723	787	787
POČET POJIŠTĚNCŮ STÁTU	v tis.	6 107	6 142	6 159	6 161
<i>růst</i>		0%	1%	0%	0%

Zdroj: Ročenka VZP 2013, Vlastní modelace dle údajů Makroekonomické predikce MF ČR

Četli jsme: Co se může zdravotnictví naučit od letectví

Henrieta Tulejová, Advance Healthcare Management Consulting | 14. 2. 2014

Doporučení na zajímavou knihu: Atul Gawande, *The Checklist Manifesto*, vydavatelství Picador 2010, v anglickém jazyce, orientační cena USD 12.

Zdravotnictví a letectví jsou si v mnohem podobné. Léčení pacientů stejně jako řízení letadla jsou komplexní procesy, které si vyžadují kooperaci několika zkušených a vysokokvalifikovaných specialistů. V obou případech mohou také nastat nepředvídatelné události, které mohou mít fatální dopady na životy lidí. Doktor Atul Gawande, chirurg z Bostonské Brigham and Women's Hospital, ve své provokativní knize *Checklist Manifesto* však poukazuje na jednu zásadní odlišnost, kterou se zdravotnictví může naučit od letectví, a tou je používání kontrolních seznamů (v angličtině „checklist“) pro snížení počtu preventabilních chyb.

V roce 2001 se lékař Peter Pronovost z John Hopkins nemocnice rozhodl, že použije kontrolní seznam pro snížení počtu infekcí centrálního katetru (katetr, který zásobuje pacienta tekutinami a léky přímo do hlavní žíly). Udělal velmi jednoduché věci. Nejdříve změřil výskyt infekcí v nemocnici a tyto výsledky zveřejnil. V této době každý devátý zavedený katetr skončil infekcí a tedy potřebou dalšího léčení, další operací nebo někdy i smrtí. Následně pomocí pozorování identifikoval možné příčiny a navrhl jednoduchý (z pohledu chirurgů triviální) 5-krokový kontrolní seznam pro zavádění centrálního katetru: umýt ruce mýdlem, dezinfikovat místo řezu, pokrýt celého pacienta sterilní rouškou, používat masku, čepici a sterilní plášť a rukavice a přikrýt místo zavedení katetru sterilním krytím.

Tento seznam pak dal zdravotním sestřám a na základě dohody s vedením nemocnice je pověřil úkolem zkontrolovat každý jeden krok a upozornit lékaře v případě, že by došlo k nějakému opomenutí. Někteří lékaři byli dotčeni tímto návrhem. Doktor Pronovost měl však na základě předchozího pozorování zdokumentováno, že až ve třetině případů byl některý z těchto kritických kroků zanedbán nebo vynechán. Rok od zavedení kontrolního seznamu se míra infekcí snížila na 0% a za 2 roky od zavedení seznamu počet infekcí klesl o 43 pacientů, počet úmrtí o 8 a nemocnice ušetřila přibližně 2 miliony dolarů.

Doktor Gawande sdílel skepticizmus lékařů pro širší využití kontrolních seznamů ve zdravotnictví. V roce 2008 měl však možnost ve spolupráci s WHO realizovat projekt implementace kontrolních seznamů v 8 různých nemocnicích po celém světě. Výsledky byly ohromující. Bez navýšení nákladů nebo přidání kusu vybavení se za 6 měsíců trvání projektu míra nejzávažnějších komplikací snížila ve všech nemocnicích a společně klesla o 36%. Na základě těchto zkušeností je dnes ve světě využíváno několik chirurgických kontrolních seznamů.

Jak sám autor ve svých doporučeních na tvorbu a implementaci kontrolních seznamů uvádí, **kontrolní seznam není a nemá být všezahrnujícím návodem. Jeho úkolem je jednoduchým a rychlým způsobem podpořit schopnosti zručného profesionála.** K dokladování používá ve své knize množství zajímavých příkladů používání kontrolních seznamů nejenom z letectví, ale také ze stavebnictví nebo z finančního investování.

Jedním z nezapomenutelných příběhů v knize je i zázračné nouzové přistání Airbusu A320 (66 tun) v řece Hudson ve státu New York, o kterém jste určitě slyšeli. Letadlo ztratilo pár minut po vzletnutí oba motory, ale zkušeným pilotům, i když spolu letěli poprvé v životě, se podařilo bezpečně přistát na řece a neztratit přitom ani jeden lidský život. Celý let trval přibližně 6 minut. Určitě jste už uhodli, jak je to

možné. Byla to kombinace bezpečnostních prvků letadla, dlouholetých zkušeností, disciplíny a rozvahy pilotů a kontrolního seznamu. Za těch pár minut se pilotům povedlo pomocí kontrolního seznamu pokusit nastartovat oba motory (což následně několik vyšetřovatelů hodnotilo jako „velice pozoruhodné“) a přichystat letadlo na nouzové přistání na vodě.

Toto je druhý zajímavý závěr z knihy Checklist Manifesto. V letectví jsou **nemalé investice věnovány nejenom do vývoje nových letadel, ale i do analýzy chyb a zlepšování používání stávajících letadel**. Havárie nebo jiná nepříznivá událost během letu je podrobně zkoumána. Výsledky jsou pak zpracovány do jednoduchých kontrolních seznamů, které dostane každý provozovatel příslušného typu letadla do 1-3 měsíců. Kontrolní seznamy využívané v dopravních letadlech mají přibližně 200 stran.

Ve zdravotnictví je tento proces mnohem zdouhavější. Jak dokladuje studie Balas, E.A. a Boren, S.A.: Managing clinical knowledge for health care improvement (2000), **u 9 zásadních léčebných objevů, jako např. že očkování proti pneumokokům chrání před respiračními infekcemi nejenom děti, ale i dospělé, trvalo v průměru 17 let než byly použity alespoň u 50% amerických pacientů**. A to i když jsou v medicíně k dispozici stovky tisíc odborných článků. Je potřeba proto investovat prostředky nejenom do vývoje nových metod, ale i do analýzy chyb při poskytování zdravotní péče a navrhování pomůcek pro jednoduché a systematické šíření užitečných doporučení do praxe. Například jako jsou kontrolní seznamy.

Jak se říká, nemocnice je pro pacienty nebezpečným místem. Mnohé ze zjištění a doporučení doktora Gawande jsou nepochybně aplikovatelné i v našich podmínkách. A hlavně nejsou k tomu potřeba žádné rozsáhlé investice, jenom pár změn v organizaci práce.

Optimalizace hospodaření dermatovenerologické kliniky

Souhrn závěrečné práce studenta programu MHA

Blanka Weyskrabová a Daniel Hodyc, Advance Healthcare Management Institute | 14. 2. 2014

Prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc. Je přednostka Dermatovenerologické kliniky 2. LF UK ve Fakultní nemocnici Na Bulovce.

Práce se zabývá analýzou hospodaření lůžkové části kliniky podle počtu případů v DRG skupinách v letech 2009-2012 dle délky hospitalizace a casemixu. Cílem práce je vedle systematického pohledu na produkci kliniky optikou DRG také navrzení možných změn při organizaci péče na klinice.

Práce je založena na analýze produkčních dat lůžkové části dermatovenerologické kliniky ve FN Na Bulovce. V analýze byly identifikovány nejvýznamnější DRG báze z hlediska počtu případů i z hlediska casemixu. Jelikož nejvýznamnějších pět DRG bází tvoří okolo 90% produkce lůžkové části kliniky, byla další analýza zaměřena na 5 těchto bází. Jedná se o DRG báze Závažné poruchy kůže, Jiné poruchy kůže a prsu, Flegmóna, Jiné výkony při poruchách a onemocněních kůže, podkožní tkáň a prsu, Jiné infekční a parazitární nemoci. Těchto pět bází zahrnuje pouze devět diagnóz, z nichž jsou nejčastějšími lupénka, erysipel, atopická dermatitida, kopřivka, lymfedém a syfilis.

V detailním pohledu na pět vybraných bází byla analýza zaměřena na vývoj produkce v casemixu a v počtu případů v letech 2009-2012 a na analýzu outlierů a inlierů. V analýze inlierů byly porovnány hodnoty délky hospitalizace a nákladů na materiál s průměrnými hodnotami z tabulek vydávaných Národním referenčním centrem.

Na základě výsledků analýzy došla autorka k několika zjištěním důležitým pro optimalizaci řízení produkce kliniky:

- identifikace 5ti nejčastějších DRG bází, ve kterých se nachází 90% případů, umožnila zaměřit se z hlediska nákladového i klinického řízení případů na ekonomicky významné skupiny;
- identifikace pobytových outlierů (horních i dolních) byla impulzem pro podrobné zkoumání příčiny nejvýznamnějších odchylek v délce hospitalizace;
- znalost nejčastějších diagnóz léčených na klinice a identifikace nejvýznamnějších DRG skupin v porovnání s průměrnými náklady a délkou hospitalizace dle dat NRC stimulovalo na klinice iniciativu k postupné implementaci klinických protokolů založených na jednoznačných standardech.

Práce profesorky Hercogové - analýza založená na produkčních datech, které jsou běžným výstupem ze standardních nemocničních dat - je dobrou ukázkou toho, že klasifikační mechanismus DRG nachází využití nejen pro stanovení úhrad, ale může být také dobrým podkladem pro vedoucí klinické pracovníky při hodnocení produkce kliniky či jejich jednotlivých oddělení.

Jak se vyrovnává III. chirurgická klinika 1.LF UK a FN Motol se zavedením DRG

Souhrn závěrečné práce studenta programu MHA

Blanka Weyskrabová a Daniel Hodyc, Advance Healthcare Management Institute | 14. 2. 2014

O autorovi práce: MUDr. Helena Šmejkalová je lékařkou a manažerkou III. chirurgické kliniky 1.LF UK a FN Motol.

Autorka ve své práci hodnotí schopnost úhradového a klasifikačního mechanismu DRG, přiřadit odpovídající úhradu i klinice s vyšší koncentrací specializované péče. Z důvodu vysokého zastoupení pacientů hospitalizovaných na klinice pro diagnózu zhoubného novotvaru trávicího ústrojí se doktorka Šmejkalová zaměřuje právě na tuto skupinu.

Ve své analýze dochází k závěru, že DRG mechanismus není v současné době schopen zohlednit skladbu pacientů v této diagnostické skupině, řazené v současném DRG systému do báze 0602 VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU.

Autorka porovnává modelovou úhradu stanovenou přes DRG (143 900 tis. Kč) s průměrnými náklady nemocnice na případ, které činí u nádoru jícnu 295 800 Kč a u žaludku 267 400 Kč. Je tedy pravděpodobné, že vyšší podíl těchto diagnóz v rámci báze 0602 bude způsobovat horší hospodářský výsledek celé báze pro FN Motol. Dále se autorka věnuje porovnání produkce fakultní nemocnice s produkcí průměrné okresní nemocnice. Z analýzy vyplývá, že vzhledem k převažujícím kritickým výkonům mají fakultní nemocnice odlišné spektrum pacientů v rámci jedné DRG báze a tento rozdíl není zohledněn či kompenzován vyšší úhradou za případy s vyšším stupněm komplikovanosti (CC, MCC).

V závěru práce je nabídnuto několik variant řešení stávající situace:

- zvláštní úhrada u pacientů s onemocněním jícnu postavená mimo DRG;
- úprava úhrady tak, aby v konkrétním stupni severity dané báze už neexistovaly další rozdíly ve vlastnostech případů, spojené s rozdílnými náklady a systematickou (nenáhodnou) distribucí do různých nemocnic;
- centralizace nemocnic - centra pro onemocnění jícnu, pro které by platila vyšší relativní váha případu rozhodující o finální výši úhrady;
- definice nákladného materiál a jeho úhrada na základě smlouvy s pojišťovnami.

Autorka tématem své práce naráží na aktuální palčivou problematiku kultivace klasifikačního systému DRG, již spravuje Národní referenční centrum. Ačkoli se práce zabývá v celorepublikovém kontextu pouze úzkou skupinou případů, může se svým obsahem zařadit k dalším dokladům potřeby vyšší míry kultivace, která úzce souvisí s nízkou kvalitou produkčních dat referenčních nemocnic a jejich nízkým počtem.

Advance Hospital Analytics Vás pozývá na konferenci na téma:

Benchmarking struktury péče a klinické praxe - klíč k úsporám a zvýšení kvality

Datum a čas konání: středa **21.05.2014, 9.00 – 16.00**

Program: podrobný program a registrace na webu: www.hospitalanalytics.cz

DRG vytváří zájem a vhodné prostředí pro benchmarking struktury péče a klinické praxe, který je základním nástrojem pro kontrolu nákladů a zvýšení kvality nemocniční péče.

Pokud se chcete dozvědět zkušenosti odborníků, kteří se benchmarkingem dlouhodobě zabývají a stojí za nejnovějším projektem srovnání klinických postupů v nemocnicích, přijďte na konferenci pořádanou Advance Hospital Analytics.

Velký zájem o 5.ročník programu MHA

Koncem ledna 2014 jsme otevřeli již 5. ročník vzdělávacího programu pro manažery ve zdravotnictví Master of Healthcare Administration.

Těší nás velký zájem o studium, díky němuž byla kapacita programu v 5.ročníku naplněna.

Studenty jsme vybírali stejně jako v předchozích ročnících tak, abychom zajistili rovnoměrné zastoupení všech segmentů ve zdravotnictví.

Jsme velice rádi, že se podařilo opět dosáhnout významné diverzity studentů a silného zastoupení jak poskytovatelů, tak zdravotních pojišťoven a dodavatelů do systému. Vzájemná výměna zkušeností a myšlenek je jednou z největších předností programu. Mezi studenty patří:

Poskytovatelé zdravotní péče

1. vedoucí lékárný fakultní nemocnice
2. přednosta kliniky transplantační chirurgie zdravotnického institutu
3. náměstek pro intenzivní péči fakultní nemocnice
4. primář gynekologicko- porodnické kliniky fakultní nemocnice
5. ředitel očního centra
6. přednosta chirurgické kliniky fakultní nemocnice
7. ekonomický náměstek nemocnice
8. manažer nákupu léků fakultní nemocnice
9. personální náměstek nemocnice
10. náměstek ředitelky pro léčebně preventivní péči fakultní nemocnice
11. vedoucí lékař lůžkového oddělení JIP a transplantační jednotky zdravotnického ústavu
12. výkonná ředitelka očního centra
13. zástupce přednosta oční kliniky fakultní nemocnice

Zdravotní pojišťovny

1. vedoucí oddělení kontrolingu
2. vedoucí oddělení IT analýz
3. ředitelka odboru smluvní politiky
4. ředitel regionální pobočky
5. vedoucí právního odboru

Státní správa

1. ekonomický náměstek zdravotnického ústavu

Dodavatelé léků a služeb do zdravotnictví

1. výkonný ředitel, farmaceutický průmysl
2. generální ředitelka farmaceutické firmy
3. finance Manager farmaceutické firmy

6. ročník programu Master of Healthcare Administration otevíráme v lednu 2015.

Zájemci se mohou přihlásit již dnes.

Podrobnější informace o studijním programu (např. kdo u nás studoval a co si o programu myslí či podrobnou obsahovou skladbu) naleznete na webu www.advanceinstitute.cz.

Rádi zodpovíme vaše případné dotazy také na osobním setkání, které si můžete dohodnout na studium@advanceinstitute.cz.