FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

ROLE ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

ING. MIROSLAV JANKŮJ, PH.D.

PRAHA, 28. 6. 2022, PACIENTSKÝ HUB

VZP

LEKTOR
ING. MIROSLAV JANKŮJ, PH.D.

- **Studium:** Ing. i Ph.D. na VŠE Praha, Fakulta managementu v Jindřichově Hradci => Management zdravotnických služeb

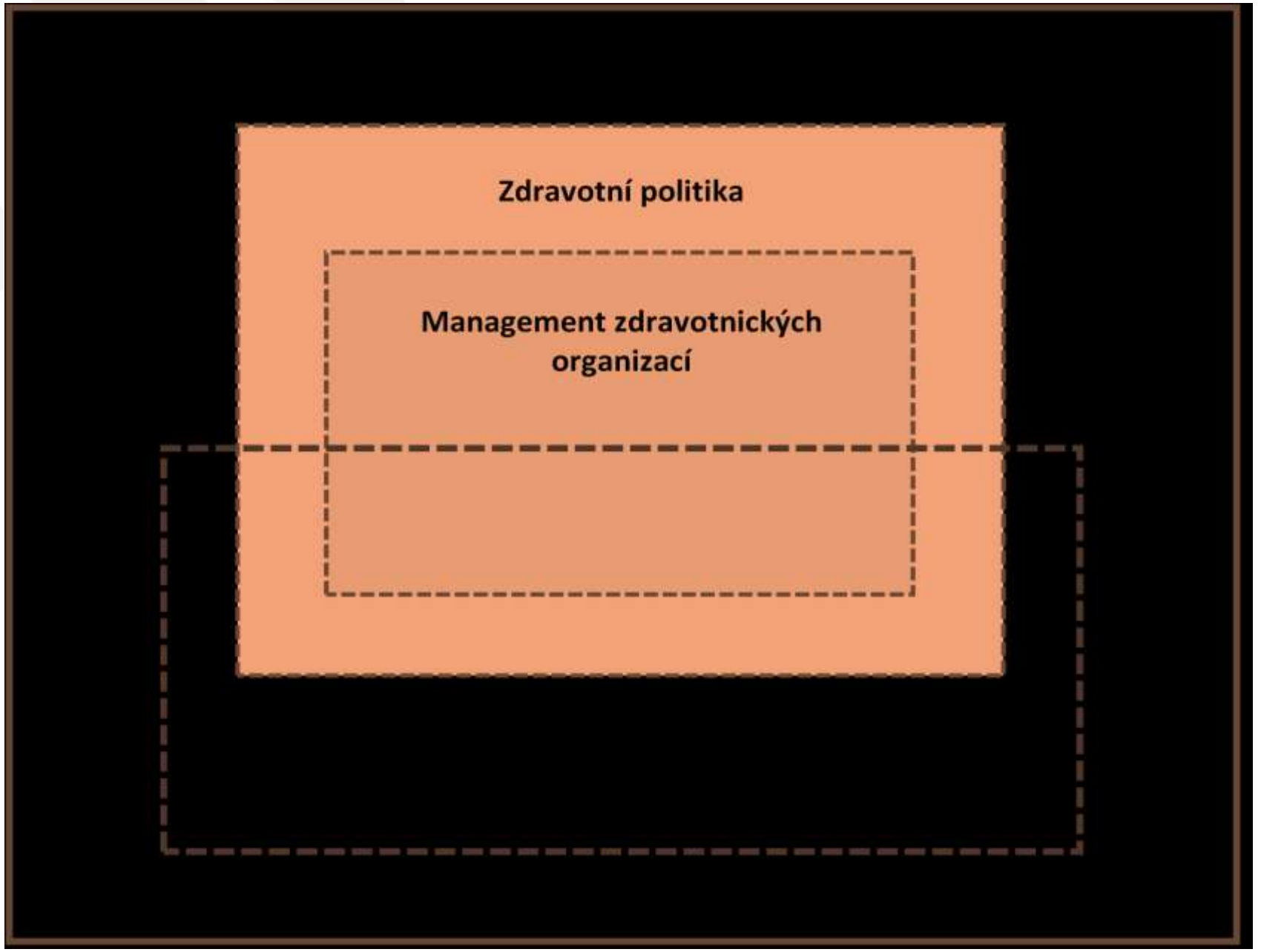
- **Disertační práce**: Problematika plánování a řízení kvality v kontextu národního zdravotního systému

- Praxe:
  - Komerční pojištění a investice
  - Výuka na VŠE a MBA program – 2013 - dosud
  - Všeobecná zdravotní pojišťovna – 2013 – dosud

OBSAH PREZENTACE

- Teoretický úvod
- Zdravotní systém v ČR
- Pojistné na zdravotní pojištění a systém přerozdělení
- Role zdravotních pojišťoven
  - Smluvní politika
  - Úhradová politika
- Zdravotně pojistný plán

TROCHA TEORIE
ZDRAVOTNÍ POLITIKA V KONTEXTU STÁTU

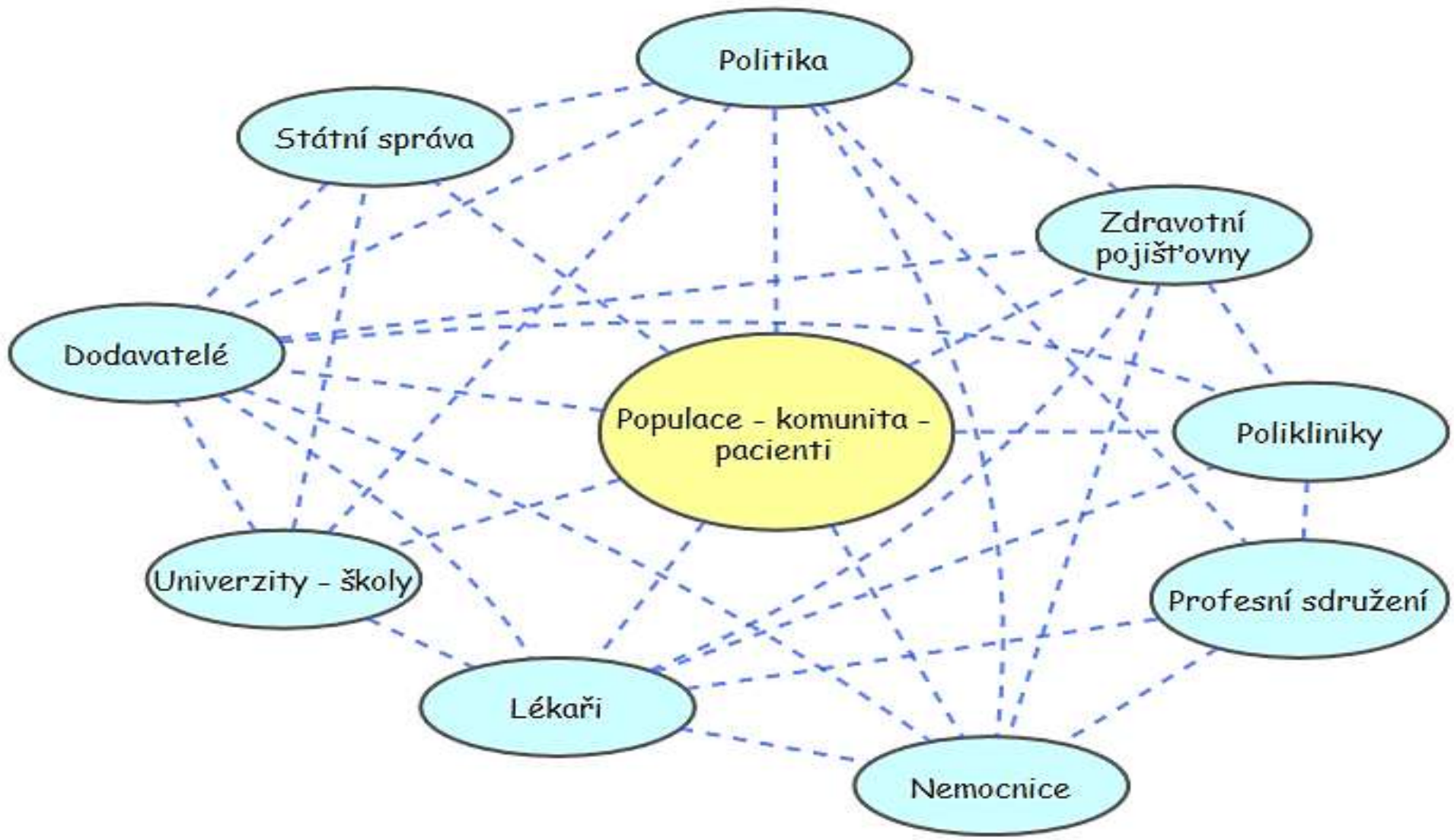


TROCHA TEORIE
MANAGEMENT VE ZDRAVOTNICTVÍ

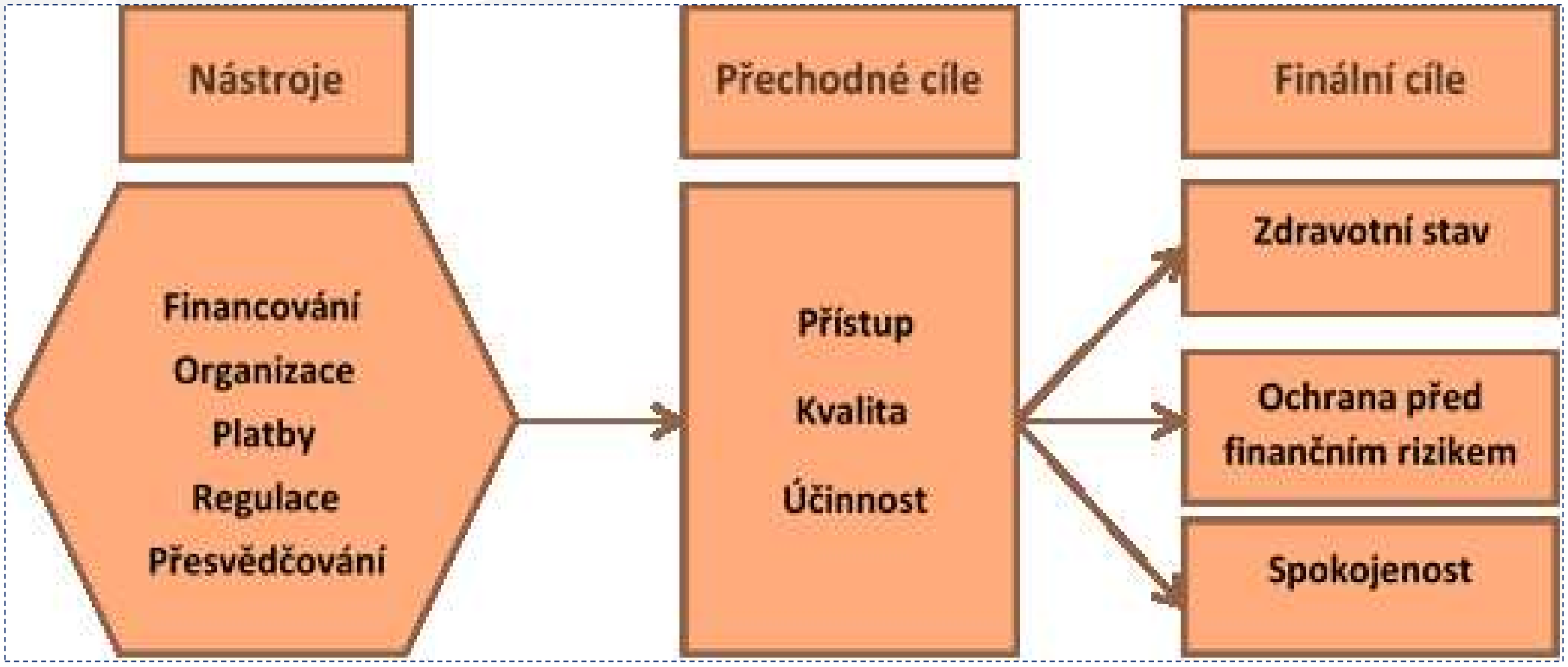
Ekonomický cíl

Medicínský cíl

TROCHA TEORIE
KOMPLEXITA VZTAHŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ



TROCHA TEORIE
ZDRAVOTNÍ POLITIKA



ZDRAVOTNÍ SYSTÉM V ČR

- **Systém povinného zdravotního pojištění** – statutární povinné individuální zdravotní pojištění
- **Klíčová legislativa:**
  - zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění
  - zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění
  - zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění
  - zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění
  - zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění (zákon o zdravotních službách)
  - zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, v platném znění
  - zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, v platném znění
  - zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů
  - zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích, ve znění pozdějších předpisů

VZP

FINANCOVÁNÍ SYSTÉMU VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

- **Pluralitní systém veřejného zdravotního pojištění**
  - Všeobecná zdravotní pojišťovna
  - Zaměstnanecké a resortní zdravotní pojišťovny
    - Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP)
    - Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZPMV ČR)
    - Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ)
    - Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP)
    - Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)
    - Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (VoZP ČR)

Kód ZP	Název ZP	Stav	
		Počet	%
111	Všeobecná	6 160 150	56,9
201	Vojenská	706 871	6,5
205	Česká průmyslová	1 291 665	11,9
207	Oborová	752 983	7,0
209	ŠKODA MB	144 669	1,3
211	Vnitro	1 341 791	12,4
213	Revírní	430 310	4,0
Celkem		10 828 439	100,0

FINANCOVÁNÍ SYSTÉMU VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

- **Systém povinného zdravotního pojištění** – statutární povinné individuální zdravotní pojištění
  - Pojistné – procentem ze mzdy/platba za státní pojištěnce/OSVČ/OBZP
  - Tři typy plátců pojistného:
    - Zaměstnavatel (odvádí pojistné za zaměstnance)
    - Stát (odvádí pojistné za určité skupiny osob)
    - Samotný pojištěnec:
      - osoba samostatně výdělečně činná (odvádí částku odvozenou z příjmů z vlastní samostatné výdělečné činnosti)
      - osoba bez zdanitelných příjmů (odvádí pojistné v minimální výši, osoba, za kterou neplatí pojistné zaměstnavatel ani stát a není ani samostatně výdělečně činná)

- Minimální výše zdravotního pojištění je vypočítána jako 13,5 % z platné minimální mzdy, v ostatních případech se vypočítává stejným procentem z hrubé mzdy zaměstnance nebo z hrubého příjmu osoby samostatně výdělečně činné:
  - Zaměstnanci – 13,5 % z příjmu pojištěnce (4,5 % platí pojištěnec, 9 % platí zaměstnavatel);
  - Osoby samostatně výdělečně činné – 13,5 % z příjmů (50 % daňového základu;
  - Státní pojištěnci – vybrané skupiny pojištěnců (děti, studenti, důchodci, matky na mateřské dovolené atp.) – mění se dle vývoje průměrné mzdy, možností státního rozpočtu a finanční bilance veřejného zdravotního pojištění (13,5 % z vyměřovacího základu, který je stanoven v příslušném nařízení vlády)

FINANCOVÁNÍ SYSTÉMU VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

- **Pojištěnec zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění**
  - od narození/získání trvalého pobytu do úmrtí/zániku trvalého pobytu (bez ohledu na státní občanství této osoby)
  - možnost odhlášení při dlouhodobém pobytu mimo ČR
  - osoba, která trvalý pobyt na území ČR nemá, se stává účastníkem zdravotního pojištění pouze v období, ve kterém je zaměstnána u zaměstnavatele se sídlem na území ČR a pracovněprávní vztah je uzavřen podle právních předpisů ČR.
  - strpění území ČR (azylanti, váleční uprchlíci)

- Zdravotní pojištění v ČR je druh zákonného pojištění, na jehož základě je zdravotní pojišťovnou hrazena lékařská péče poskytnutá pojištěnci. Zdravotní pojištění nemá charakter komerčního pojištění a nevzniká tedy na základě smlouvy, ale podle zákona.

- **Článek31 LZPS:** *„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“*

VZP

ZA KOHO PLATÍ POJISTNÉ STÁT

- Nezaopatřené děti (nevýdělečně činné děti do 26. roku věku)
- Poživatelé důchodů
- Osoby starší 26 let studující prvně v doktorském studijním programu
- Příjemci rodičovského příspěvku
- Ženy na mateřské nebo osoby na rodičovské dovolené
- Osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství
- Uchazeči o zaměstnání (nezaměstnaní v evidenci úřadu práce)
- Osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované
- Osoby převážně nebo úplně bezmocné a osoby o ně pečující
- Osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby, osoby ve výkonu trestu odnětí svobody nebo osoby ve výkonu ústavního ochranného léčení
- Cizinec, kterému bylo uděleno oprávnění k pobytu na území ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany
- a další….

VZP

KOLIK PLATÍ POJISTNÉ STÁT

- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejném zdravotním pojištění
- Vyměřovací základ je definován v zákoně – aktuálně platí, že částku vyměřovacího základu může Vláda ČR změnit svým nařízením vždy do 30. června, a to s účinností k 1. lednu roku následujícího (přihlíží přitom k vývoji průměrné mzdy zveřejňované ČSÚ, k možnostem státního rozpočtu a k vývoji finanční bilance systému v.z.p.

Rok	Vyměřovací základ	Pojistné	Rok	Vyměřovací základ	Pojistné
1993	1 649 Kč	229 Kč	2019	7 540 Kč	1 018 Kč
2003	3 458 Kč	467 Kč	Do 5/2020	7 903 Kč	1 067 Kč
2013	5 355 Kč	723 Kč	Od 6/2020	11 607 Kč	1 567 Kč
2016	6 444 Kč	870 Kč	2021	13 088 Kč	1 767 Kč
2017	6 814 Kč	920 Kč	**2022**	**14 570 Kč**	**1 967 Kč**
2018	7 177 Kč	969 Kč	**?/2022**	**Xxx Kč**	**Ø 1 767 Kč**

KOLIK PLATÍ POJISTNÉ STÁT

	Celkové příjmy	Pojistné od jeho plátců	Platba za státní pojištěnce	Podíl platby za státní pojištěnce na celkových příjmech
2017	284,8 mld. Kč	216,3 mld. Kč	65,3 mld. Kč	22,93 %
2018	309,8 mld. Kč	237,8 mld. Kč	68,4 mld. Kč	22,08 %
2019	331,5 mld. Kč	255,7 mld. Kč	71,8 mld. Kč	21,66 %
2020	358,0 mld. Kč	256,3 mld. Kč	97,3 mld. Kč	27,18 %
2021	407,1 mld. Kč	275,8 mld. Kč	126,3 mld. Kč	31,02 %
2022 (predikce)	428,8 mld. Kč	295,4 mld. Kč	129,1 mld. Kč	30,10 %
2023 (odhad)	458,7 mld. Kč	314,8 mld. Kč	139,7 mld. Kč	30,46 %
2024 (odhad)	477,1 mld. Kč	327,1 mld. Kč	145,9 mld. Kč	30,58 %
2025 (odhad)	493,1 mld. Kč	340,2 mld. Kč	148,8 mld. Kč	30,18 %

Zdroj: Ministerstvo financí ČR

(Pozn.: V tabulce nejsou specifikovány ostatní příjmy systému veřejného zdravotního pojištění.)

VZP

POJISTNÉ NA ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

- Pojistné se platí v české měně (dle zákona):
  - na účet zdravotní pojišťovny vedený u poskytovatele platebních služeb (ČNB)
  - vyplacením v hotovosti zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny pověřenému přijímat pojistné

- Přerozdělování pojistného
  - Zvláštní účet v.z.p., který zřizuje a spravuje podle zákona VZP
  - Předmětem přerozdělování je pojistné vybrané všemi zdravotními pojišťovnami a příjmy zvláštního účtu, kterými jsou
    - celkové platby státu za pojištěnce, za něž je pojištěncem stát,
    - jiná plnění, která jsou podle zákona příjmem zvláštního účtu,
    - úroky připsané na zvláštní účet,
    - Zálohy na pojistné OSVČ
  - Přerozdělování se se provádí podle indexů a podle nákladných hrazených služeb

VZP

PŘEROZDĚLOVÁNÍ POJISTNÉHO NA ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

- Účel:
  - vyrovnat rozdíly, které jsou mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami jak na straně výše příjmů od plátců, tak na straně výše nákladů na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění
  - přerozdělování pojistného má za úkol udržet určitou míru solidarity pojištěnců s vysokými příjmy s pojištěnci s nižšími příjmy a dále pojištěnců zdravých s pojištěnci nemocnými

- Pojistné vybrané jednotlivými zdravotními pojišťovnami podléhá přerozdělování již od 1. ledna 1993 (vznik v.z.p.) => nedostatečné – jen počet a věk pojištěnců, za které hradí pojistné stát – byla přerozdělována jen část pojistného (60 %) – nebyla zohledněna nákladovost pojištěnců

- Od 1. ledna 2005 – přerozdělování 100 % vybraného pojistného, jehož kritériem byla nákladovost pojištěnců dle věku a pohlaví, spolu se zavedením kompenzace rizika

VZP

PŘEROZDĚLOVÁNÍ POJISTNÉHO NA ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

- Od 1. ledna 2018 se přešlo na model tzv. PCG přerozdělování – zohlednění chronicky nemocných pacientů – používají se dva různé mechanismy, řízené samostatnými a oddělenými kritérii:
  - Přerozdělování pojistného podle nákladových indexů věkových skupin a farmaceuticko-nákladových skupin pojištěnců
    - Do určité míry zachovává solidaritu na straně výdajů za zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění v rámci zvolených 38 skupin pojištěnců a lépe zohledňuje chronicky nemocné pacienty.
  - Přerozdělování podle pojištěnců, za něž byly zdravotními pojišťovnami uhrazeny zvlášť nákladné hrazené služby
    - Jedná se o částečnou kompenzaci u pojištěnců s nejvyšším zdravotním rizikem.
    - Nákladnými hrazenými službami se rozumí hrazené služby poskytnuté pojištěncům, u nichž výše úhrady příslušnou zdravotní pojišťovnou za jednoho pojištěnce překročila v jednom období přerozdělování částku odpovídající součtu příjmu zdravotní pojišťovny na tohoto pojištěnce z přerozdělování podle indexů a zajišťovací konstanty.
    - Úhrady za nákladné pojištěnce jsou příspěvkem pojišťovnám na drahé pojištěnce, a to s ohledem na jejich zdravotní stav napříč věkovými skupinami. Jedná se o solidaritu v rámci nadměrného výskytu zdravotního rizika a dále o zajištění pojišťoven proti nadprůměrnému výskytu drahých pojištěnců, který by vedl k finančním problémům dané pojišťovny.

VZP

PŘEROZDĚLOVÁNÍ POJISTNÉHO NA ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

- **Přerozdělování** – měsíční přerozdělování pojistného jednotlivým zdravotním pojišťovnám podle nákladových indexů věkových skupin a farmaceuticko-nákladových skupin a podle korekcí pro souběh skupin

- **Farmaceuticko – nákladová skupina** – skupina, do níž jsou podle spotřeby léčivých přípravků zařazeni pojištěnci s onemocněním v chronickém stadiu

- **Nákladový index věkové skupiny a farmaceuticko-nákladové skupiny** - jak se v přímé souvislosti s příslušností pojištěnce do dané skupiny liší předpokládané roční náklady na hrazené služby takového pojištěnce oproti předpokládaným průměrným ročním nákladům na jednoho pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění.

- **Nákladový index pojištěnce** vyjadřuje, kolikrát se předpokládané roční náklady na hrazené služby daného pojištěnce liší od předpokládaných průměrných ročních nákladů na jednoho pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění.

- Zajišťovací konstanta, která slouží ke stanovení hranice nákladovosti pojištěnce, při jejímž překročení jsou zdravotním pojišťovnám za příslušného pojištěnce hrazeny prostředky v přerozdělování podle nákladných hrazených služeb, a pro stanovení výše prostředků z přerozdělování podle nákladných hrazených služeb, která zdravotním pojišťovnám za tyto pojištěnce náleží.

VZP

PŘEROZDĚLOVÁNÍ POJISTNÉHO NA ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Číslo	Kód	Název	Definiční skupiny léčiv	Vyřazovací pravidla
1	THY	Poruchy štítné žlázy	H03A, H03B	
2	PSY	Antipsychotika, Alzheimerova choroba, léčba závislostí	N05A mimo (N05AL03, N05AN01), N06DA, N06DX01, N07BC51	
3	DEP	Léčba antidepresivy	N06A	ne, pokud zároveň PSY
4	CHO	Hypercholesterolémie	C10 mimo (C10AC01, C10BX03)	ne, pokud zároveň DM1, DM2, DMH
5	DMH	Diabetes s hypertenzí	A10 a zároveň C02 mimo (C02KX, C02CA04), C03 mimo (C03CA01, C03DA04), C07, C08 mimo (C08CA06), C09 mimo (C09DX04)	ne, pokud zároveň DM1
6	COP	Těžké astma, chronická obstrukční choroba plic	R03AC18, R03BB	ne, pokud zároveň PAH
7	AST	Astma	R03 mimo (R03AC18, R03BB,	ne, pokud

PŘEROZDĚLOVÁNÍ POJISTNÉHO NA ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

a) Nákladové indexy věkových skupin a farmaceuticko-nákladových skupin

ákladové indexy věkových skupin:

Číslo skupiny (muži):	Nákladový index	Číslo skupiny (ženy):	Nákladový index
1	0,7926	20	0,6420
2	-0,5097	21	-0,5659
3	-0,5999	22	-0,6503
4	-0,6160	23	-0,5818
5	-0,6427	24	-0,5095
6	-0,7183	25	-0,5422
7	-0,7001	26	-0,4135
8	-0,6735	27	-0,3590
9	-0,6448	28	-0,4212
10	-0,6051	29	-0,4667
11	-0,5357	30	-0,4090

PŘEROZDĚLOVÁNÍ POJISTNÉHO NA ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Nákladové indexy farmaceuticko-nákladových skupin:

Číslo skupiny	Kód skupiny	Nákladový index
1	GLA	0,2246
2	THY	0,2533
3	PSY	1,9603
4	DEP	0,8659
5	CHO	0,2838
6	DMH	1,0344
7	COP	1,8142
8	AST	0,8682
9	DM2	0,4561
10	EPI	1,3813
11	CRO	0,9823
12	KVS	1,5601
13	TNF	14,4966
14	REU	0,9963

PŘEROZDĚLOVÁNÍ POJISTNÉHO NA ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

- **Měsíční přerozdělení podle indexů**
  - Zdravotní pojišťovny sdělí do osmého dne kalendářního měsíce správci zvláštního účtu:
    - Počty svých pojištěnců v jednotlivých věkových skupinách a farmaceuticko-nákladových skupinách k 1. dni v měsíci, včetně kombinace těchto skupin
    - Počty svých pojištěnců, za které je plátcem stát
    - Výši pojistného vybraného za předchozí kalendářní měsíc
    - Výše uvedené počty platné k prvnímu dni kalendářního měsíce předcházejícího o 3 měsíce příslušné přerozdělování
  - Správce zvláštního účtu oznámí do 15. dne kalendářního měsíce každé zdravotní pojišťovně celkovou částku, která na ni připadá z přerozdělování podle indexů
    - Celkovou částku tvoří podíl na standardizovaného pojištěnce, vynásobený počtem standardizovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, vynásobený počtem standardizovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny
    - Počet standardizovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se stanoví jako součet nákladových indexů všech jejích pojištěnců
    - Podíl na standardizovaného pojištěnce se stanoví tak, že se částka určená k přerozdělování v kalendářním měsíci, snížená o celkovou částku měsíčních záloh pro takový kalendářní měsíc z přerozdělování podle nákladných hrazených služeb, vydělí celkovým počtem standardizovaných pojištěnců všech zdravotních pojišťoven.

VZP

PŘEROZDĚLOVÁNÍ POJISTNÉHO NA ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

- **Přerozdělování podle nákladných hrazených služeb**
  - Nákladnými hrazenými službami se rozumí hrazené služby poskytnuté pojištěncům, u nichž výše úhrady příslušnou zdravotní pojišťovnou za jednoho pojištěnce překročila v jednom období přerozdělování částku odpovídající součtu příjmu zdravotní pojišťovny na tohoto pojištěnce z přerozdělování podle indexů a zajišťovací konstanty (dále jen "nákladný pojištěnec")
  - Zdravotní pojišťovna má nárok na úhradu kompenzace za nákladné hrazené služby, která tvoří:
    - 80 % částky, o kterou náklady na nákladné hrazené služby překročí částku podle odstavce 1, nejvýše však částku ve výši čtyřnásobku zajišťovací konstanty, a dále
    - 95 % částky, o kterou náklady na nákladné hrazené služby překročí součet šestinásobku zajišťovací konstanty a příjmu zdravotní pojišťovny na příslušného pojištěnce z přerozdělování podle indexů
  - Kompenzace za nákladné hrazené služby se poskytuje formou měsíčních zálohových plateb a ročního vyúčtování po skončení příslušného kalendářního roku
  - Správce zvláštního účtu oznámí do patnáctého dne kalendářního měsíce všem zdravotním pojišťovnám výši měsíční zálohy, která na ně připadá z přerozdělování podle nákladných hrazených služeb

PŘEROZDĚLOVÁNÍ POJISTNÉHO NA ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

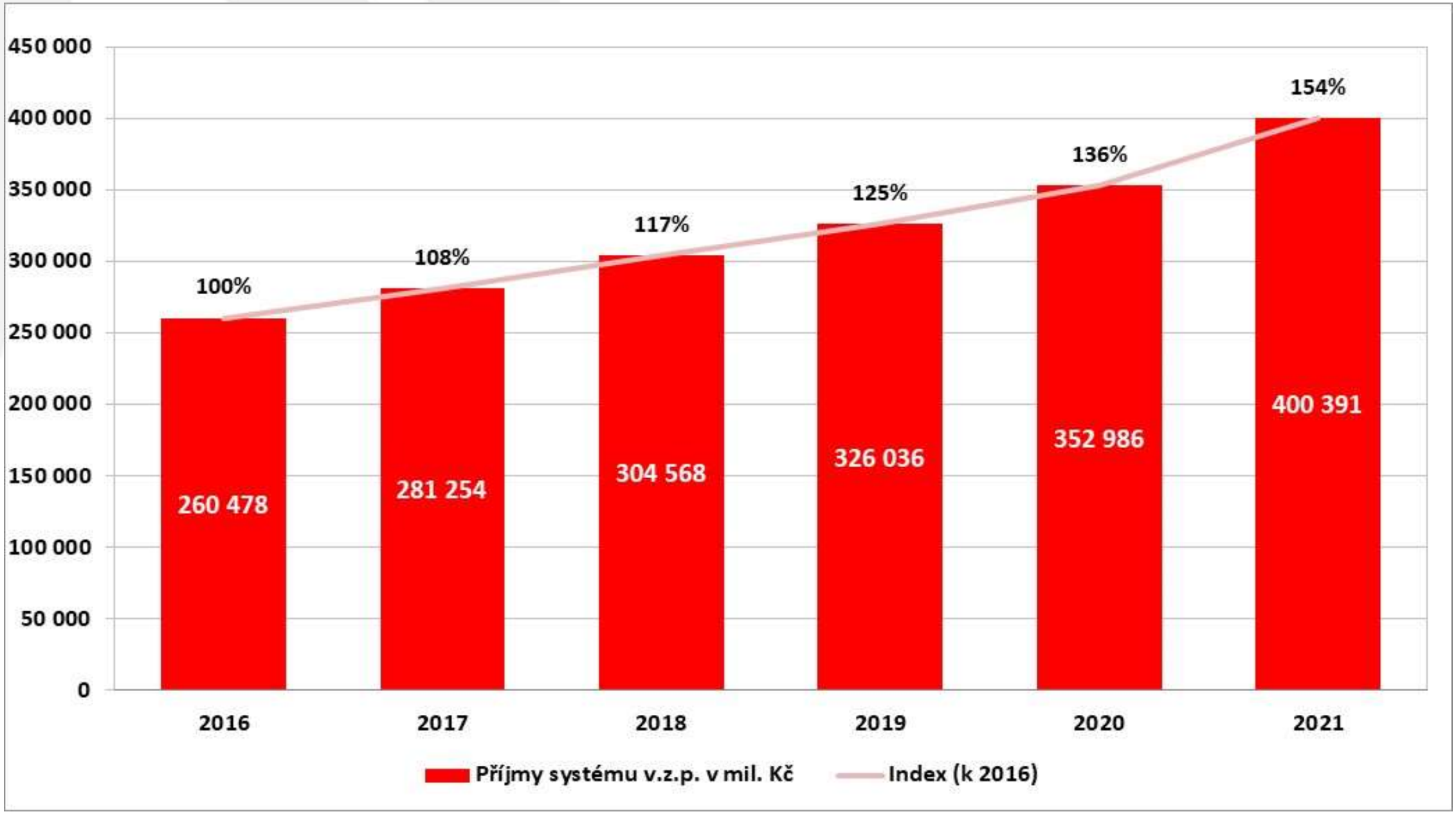
- **Dozor nad přerozdělováním**
  - Na dodržování pravidel přerozdělování a hospodaření se zvláštním účtem dohlíží Dozorčí orgán. Členy Dozorčího orgánu jsou
    - 1 zástupce jmenovaný Ministerstvem financí,
    - 1 zástupce jmenovaný Ministerstvem zdravotnictví,
    - 1 zástupce jmenovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí,
    - 1 zástupce pověřený Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky a
    - 1 zástupce z každé další zdravotní pojišťovny pověřený zdravotní pojišťovnou, kterou v Dozorčím orgánu zastupuje.

PŘEROZDĚLOVÁNÍ POJISTNÉHO NA ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

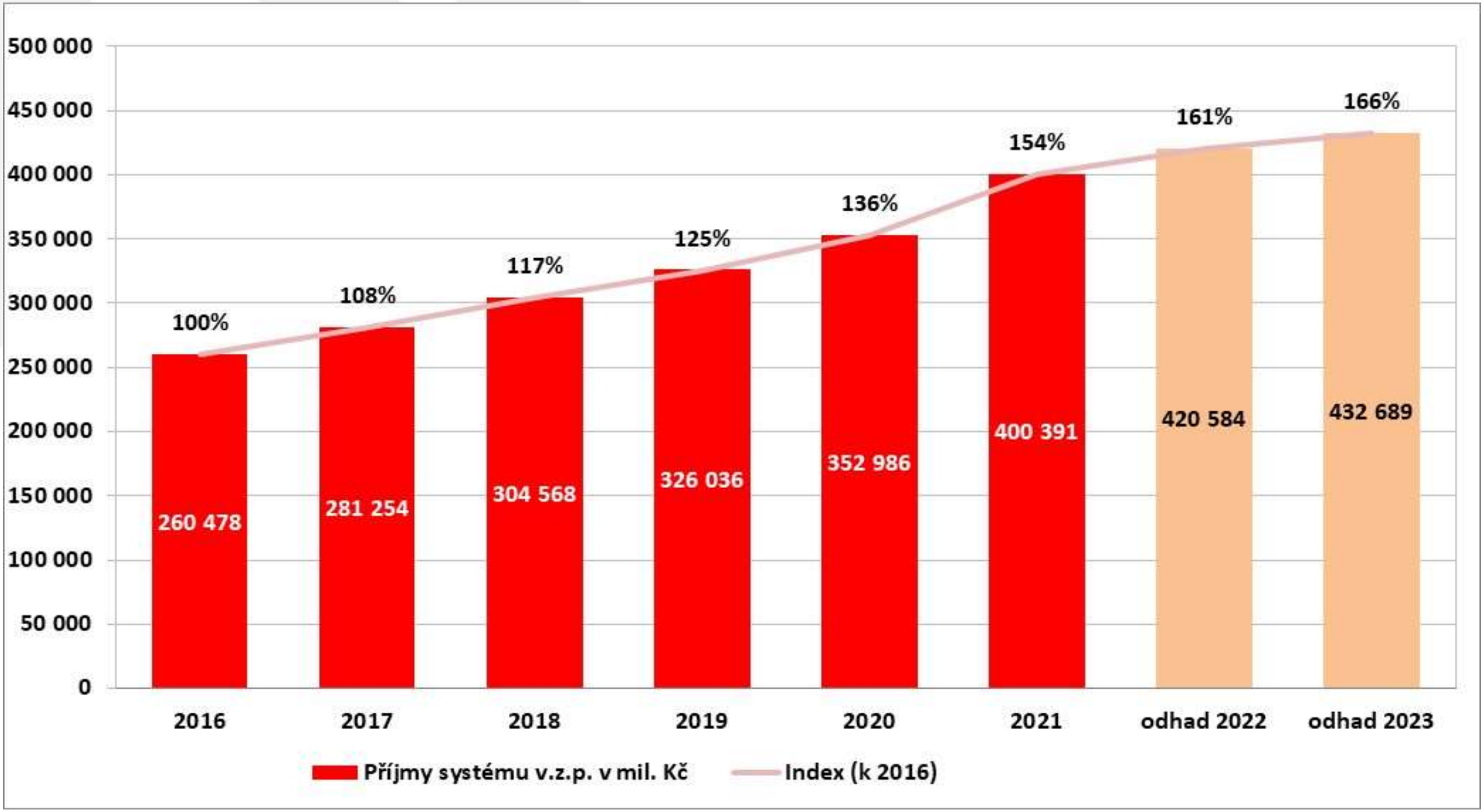
2022	1/2022	2/2022	3/2022	4/2022	5/2022	6/2022
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111)	14 443 191	13 751 213	12 293 063	12 438 148	13 734 886	13 438 641
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201)	1 852 202	1 772 582	1 602 378	1 613 183	1 754 074	1 709 507
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)	2 904 715	2 713 838	2 463 341	2 455 145	2 654 906	2 623 649
Oborová zdravotní poj. zam. bank, poj. a stav. (207)	2 143 426	2 056 056	1 856 671	1 897 934	2 277 692	2 114 799
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)	472 548	393 351	354 570	348 375	378 875	530 701
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)	3 645 037	3 433 130	3 075 774	3 115 575	3 403 316	3 299 619
RBP, zdravotní pojišťovna (213)	847 184	785 778	723 571	717 288	778 069	767 274
Celkem zaměstnanecké zdravotní pojišťovny	11 865 113	11 154 735	10 076 306	10 147 500	11 246 931	11 045 548
Celkem zdravotní pojišťovny	26 308 304	24 905 948	22 369 369	22 585 647	24 981 817	24 484 189

2022	1/2022	2/2022	3/2022	4/2022	5/2022	6/2022
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111)	22 543 309	21 680 631	20 285 062	20 867 668	22 272 759	22 005 645
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201)	2 415 898	2 321 082	2 172 101	2 205 914	2 348 391	2 314 719
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)	4 153 139	3 995 973	3 745 636	3 791 445	4 049 340	3 998 083
Oborová zdravotní poj. zam. bank, poj. a stav. (207)	2 424 831	2 329 462	2 182 044	2 223 605	2 382 357	2 363 535
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)	502 520	481 576	451 149	456 173	486 497	481 194
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)	4 609 029	4 432 433	4 147 555	4 199 414	4 481 405	4 419 712
RBP, zdravotní pojišťovna (213)	1 439 106	1 384 512	1 296 967	1 315 286	1 405 504	1 389 363
Celkem zaměstnanecké zdravotní pojišťovny	15 544 522	14 945 038	13 995 451	14 191 837	15 153 494	14 966 604
Celkem zdravotní pojišťovny	38 087 832	36 625 669	34 280 514	35 059 505	37 426 253	36 972 249

PŘÍJMY ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU A CO DÁL?



PŘÍJMY ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU A CO DÁL?



JAKÁ JSOU PRÁVA POJIŠTĚNCE (PODLE ZVZP)

- Právo na výběr zdravotní pojišťovny, není-li stanoveno jinak
- Právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb na území ČR, které je ve smluvním vztahu s příslušnou pojišťovnou (v případě registrujícího poskytovatele jednou za tři měsíce)
- Právo na časovou a místní dostupnost
- Právo na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem (poskytovatel nesmí přijmout za tyto služby úhradu)
- Právo na výdej předepsaných zdravotnických prostředků, léčivých přípravků a PZLÚ hrazených z v.z.p.
- Právo na poskytnutí zdravotní péče hrazené v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem související s onemocněními s velmi nízkým výskytem v populaci ve smyslu přímo použitelného právního předpisu Evropské unie[19a)] (dále jen „vzácná onemocnění“), včetně léčivých přípravků pro vzácná onemocnění, hrazených podle zákona
- Právo na poskytnutí informací od zdravotní pojišťovny o jemu poskytnutých hrazených službách
- Právo podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním
- Právo na uhrazený částky přesahující limit pro doplatky za léčivé přípravky a PZLÚ
- Právo na náhradu nákladů, které vynaložil na neodkladnou zdravotní péči čerpanou v cizině, a to pouze do výše stanovené pro úhradu takové péče, pokud by byla poskytnuta na území ČR

VZP

JAKÁ JSOU POVINNOSTI POJIŠTĚNCE (PODLE ZVZP)

- Plnit oznamovací povinnost (zaměstnání, změna zdravotní pojišťovna aj.)
- Hradi pojistné, pokud není stanoveno jinak
- Poskytnout součinnost při poskytování hrazených služeb a kontrole průběhu individuálního léčebného postupu a dodržovat poskytovatelem stanovený léčebný režim
- Podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám, pokud tak stanoví zákon nebo obecně závazné předpisy
- Dodržovat opatření směřující k odvrácení nemoci
- Vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví
- Další (změna jména, ztráty průkazu pojištěnce, platit regulační poplatky…)

JAKÁ JE ROLE ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY?

- **Provádět veřejné zdravotní pojištění**
  - Vybírat pojistné od plátců pojistného x hradit za hrazené zdravotní služby svým smluvním partnerům
  - Spravovat finanční prostředky s péčí řádného hospodáře
- **Hlavní role**:
  - Zajistit svým pojištěncům poskytování hrazených služeb, které jsou místně a časově a dostupné => smluvní politika (tvorba sítě smluvních poskytovatelů)
  - Hradit smluvním poskytovatelů za hrazené zdravotní služby ve smluvně sjednaných lhůtách a ve stanovené/dohodnuté výši => úhradová politika
  - Aktivní role při tvorbě koncepce hrazených služeb – rozvoj organizace zdravotního systému včetně podpory prevence => zdravotní politika
  - Poskytování informací o pojištěncům o jim poskytnutým zdravotním službám (např. výpis čerpané hrazené péče) => komunikace s klienty
  - Zajištění vrácení přeplatku při dosažení limitu započitatelných doplatků na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely
  - Zajištění refundace nákladů na hrazené služby poskytnuté v členských zemích EU na základě tzv. koordinačních nařízení

VZP

HRAZENÉ SLUŽBY Z V.Z.P.

- **Úhrada veškeré zdravotní péče za rok** – 97 % z vybraných finančních prostředků (cca. 3 % jdou na pokrytí provozních nákladů na zajištění chodu zdravotních pojišťoven)

- **Zdravotní péče hrazená dle zákona č. 48/1997 Sb.:**
  - Plně hrazená => akutní i následná lůžková péče, ambulantní péče všech typů v rozsahu stanoveném zákonem;
  - Částečně => vybrané typy zdravotní péče, jako je např. stomatologie, lázeňská péče;
  - Doplatky na léky a zdravotnické prostředky;
  - Péče nehrazená – akupunktura, homeopatie, kosmetické zákroky a výkony zdravotní péče poskytované z jiných než léčebných důvodů (např. prohlídky k získání řidičského oprávnění, kosmetické operace – prsní a jiné implantáty, liposukce, další úpravy vzhledu);

- **Zdravotní péče je poskytovaná v potřebném rozsahu podle zdravotního stavu pacienta**, nikoliv podle výše jeho příspěvku do systému veřejného zdravotního pojištění (princip solidarity)

- **Zdravotní péče je primárně hrazena pouze ve smluvních zdravotnických zařízeních dané zdravotní pojišťovny** (největší smluvní pokrytí celé sítě v ČR má VZP) - s výjimkou nutné a neodkladné péče (úrazy, akutní stavy, neodkladné porody apod.)

VZP

HRAZENÉ SLUŽBY Z V.Z.P.

- **Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav, nebo zmírnit jeho utrpení, pokud:**
  - odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné
  - jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy,
  - existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.
- Ze zdravotního pojištění se hradí především zdravotní služby poskytnuté na území ČR s výjimkami uvedenými v zákoně
- **Hrazené služby – rozsah a podmínky stanoveny zákonem**:
  - zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, lékárenská, klinickofarmaceutická, léčebně rehabilitační, lázeňská léčebně rehabilitační, posudková, ošetřovatelská, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem, a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách,
  - poskytování léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků,
  - přeprava pojištěnců a náhrada cestovních nákladů,
  - odběr krve a odběr tkání, buněk a orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření),
  - přeprava žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů,
  - přeprava zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,
  - přeprava odebraných tkání, buněk a orgánů,
  - prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva včetně přepravy,
  - pobyt průvodce pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče,
  - zdravotní péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem;

VZP

DOSTUPNOST HRAZENÝCH SLUŽEB

Místní a časová dostupnost (nařízení Vlády ČR č. 307/2012 Sb.)

- Místní dostupnost – určuje, v jakém běžném dojezdovém čase musejí být pro pojištěnce k dispozici jednotlivé druhy péče:
  - do 35 minut – základní okruh zdravotní péče – praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, gynekologie a porodnictví, zubní lékař, lékárna;
  - do 60 minut – lůžková péče, ARO, JIP, chirurgie, neonatologie, dětské lékařství, vnitřní lékařství, dlouhodobá péče;
- Časová dostupnost – stanoví maximální čekací dobu na plánované zákroky, např.:
  - náhrada kyčelního kloubu – max. 52 týdnů;
  - operace katarakty – max. 30 týdnů;
  - mamografické vyšetření – max. 6 týdnů;
  - magnetická resonance – 5 týdnů;
- Čekací doby neplatí v případech akutní potřeby daného zákroku – úrazy, komplexní vyšetření pro rychlé stanovení diagnózy – sonografie, magnetická resonance atp.

- **Kvalita zdravotní péče**
  - Personální vybavení zdravotnických pracovišť - vyhláška č. 99/2012 Sb. stanovuje nezbytné počty a kvalifikaci pracovníků v jednotlivých oborech ambulantní i lůžkové péče;
  - Věcné a technické vybavení zdravotnických pracovišť – vyhláška č. 92/2012 Sb. stanovuje typ a množství přístrojů a zdravotnického vybavení jednotlivých typů péče, vč. minimálního počtu lůžek v dané odbornosti;

VZP

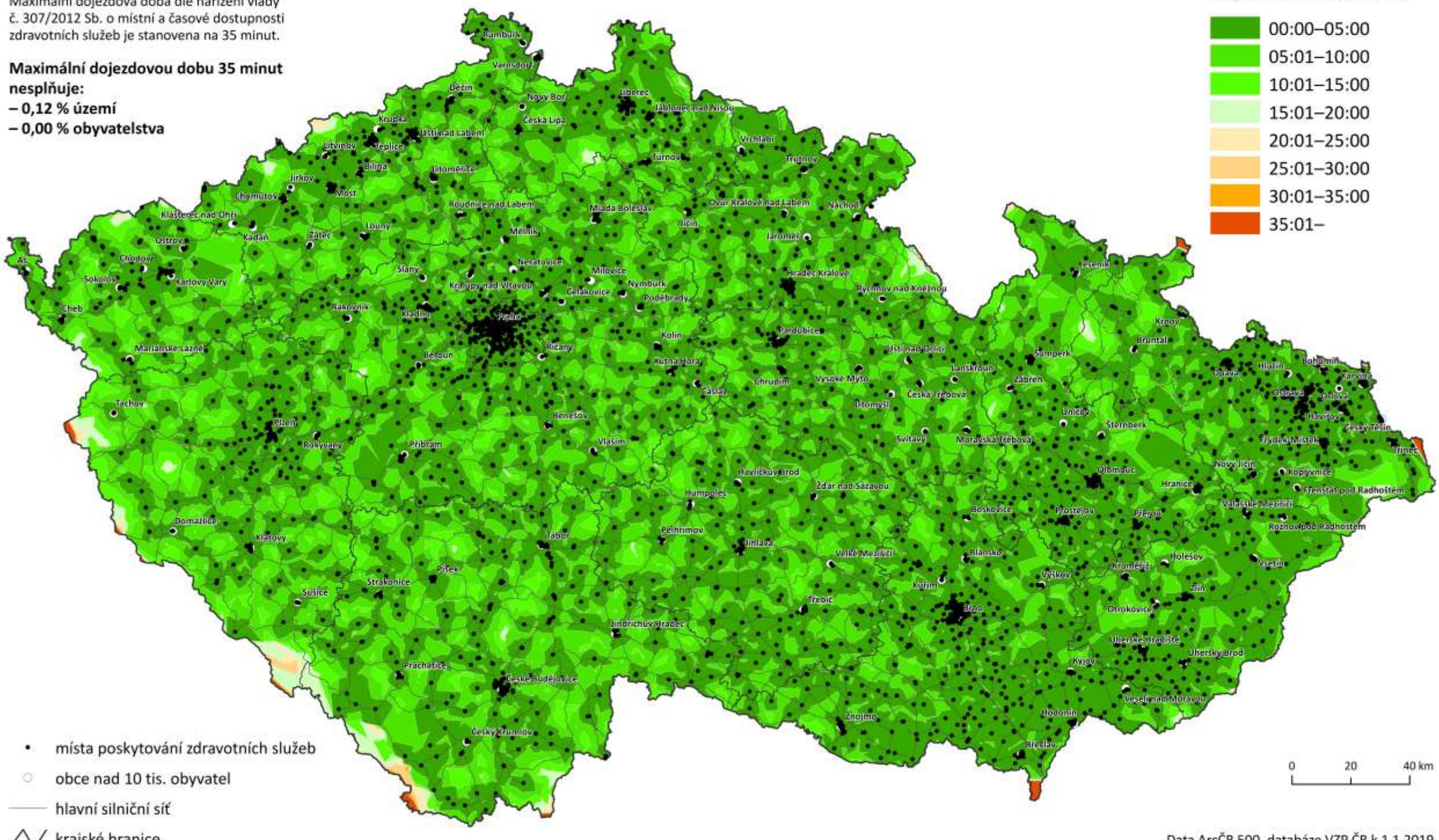
VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

ANALÝZA MÍSTNÍ DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Zdravotní služba:
všeobecné praktické lékařství (odb. 001)

Maximální dojezdová doba dle nařízení vlády č. 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb je stanovena na 35 minut.

Maximální dojezdovou dobu 35 minut nesplňuje:
– 0,12 % území
– 0,00 % obyvatelstva



- • místa poskytování zdravotních služeb
- ○ obce nad 10 tis. obyvatel
- hlavní silniční síť
- krajské hranice

Data ArcČR 500, databáze VZP ČR k 1.1.2019

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

ANALÝZA MÍSTNÍ DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

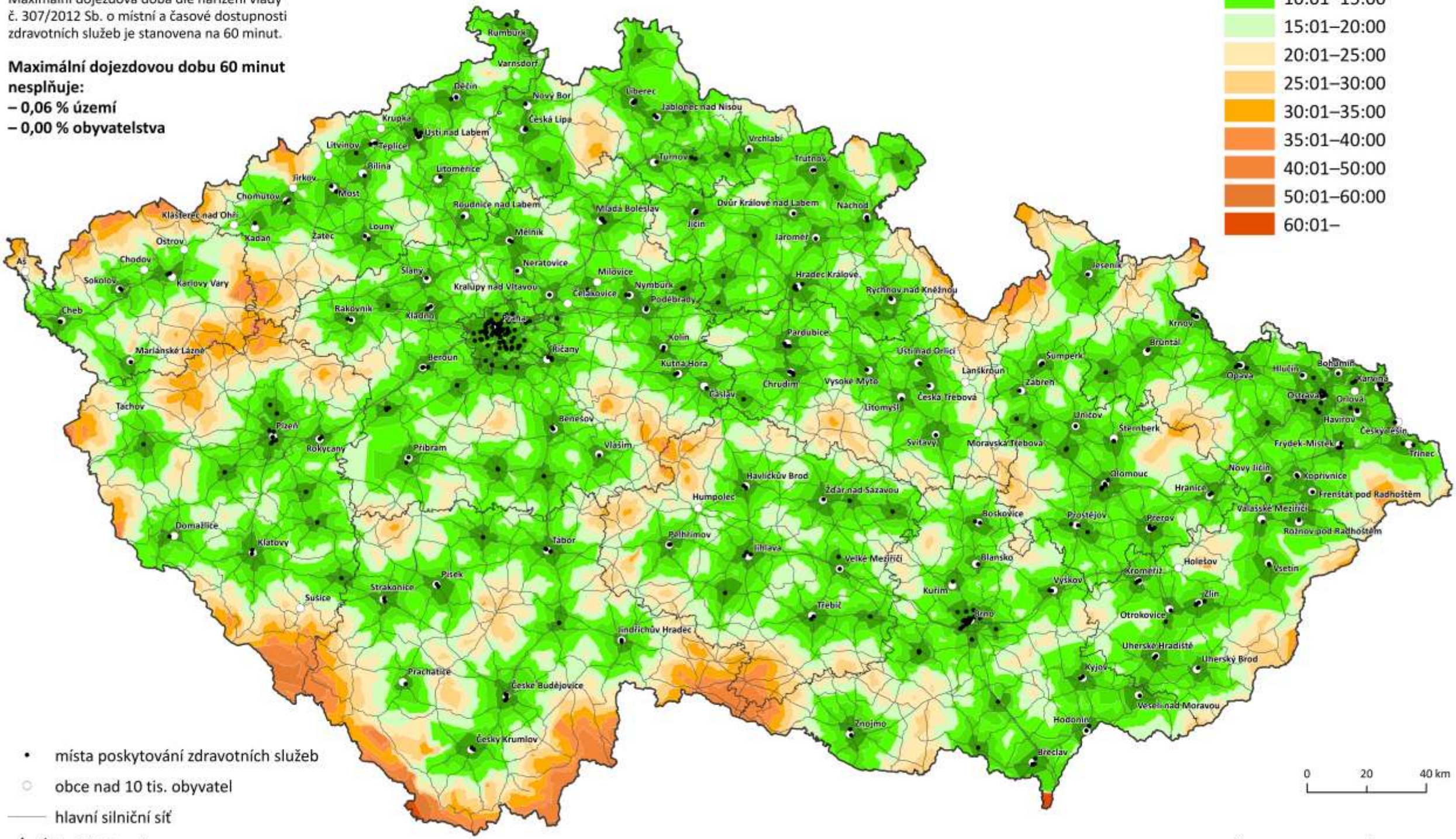
Zdravotní služba:
kardiologie (odb. 107)

Maximální dojezdová doba dle nařízení vlády č. 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb je stanovena na 60 minut.

Maximální dojezdovou dobu 60 minut nesplňuje:
– 0,06 % území
– 0,00 % obyvatelstva

Dojezdová doba (v min.)

- 00:00–05:00
- 05:01–10:00
- 10:01–15:00
- 15:01–20:00
- 20:01–25:00
- 25:01–30:00
- 30:01–35:00
- 35:01–40:00
- 40:01–50:00
- 50:01–60:00
- 60:01–



- místa poskytování zdravotních služeb
- obce nad 10 tis. obyvatel
- hlavní silniční síť
- krajské hranice

Data ArcČR 500, databáze VZP ČR k 1.1.2019

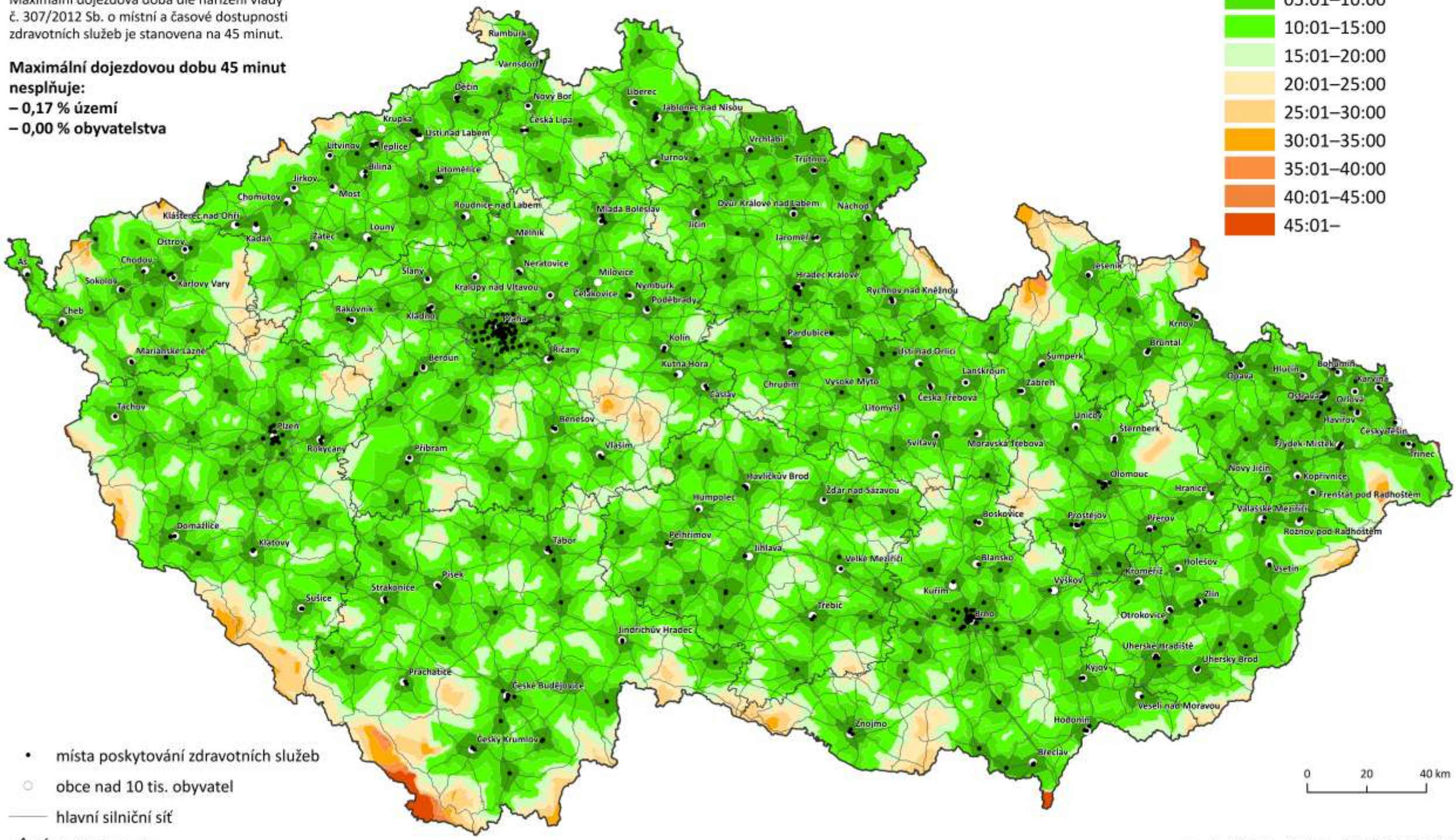
VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

ANALÝZA MÍSTNÍ DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Zdravotní služba:
chirurgie (odb. 501)

Maximální dojezdová doba dle nařízení vlády č. 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb je stanovena na 45 minut.

Maximální dojezdovou dobu 45 minut nesplňuje:
– 0,17 % území
– 0,00 % obyvatelstva



- • místa poskytování zdravotních služeb
- ○ obce nad 10 tis. obyvatel
- hlavní silniční síť
- krajské hranice

Data ArcČR 500, databáze VZP ČR k 1.1.2019

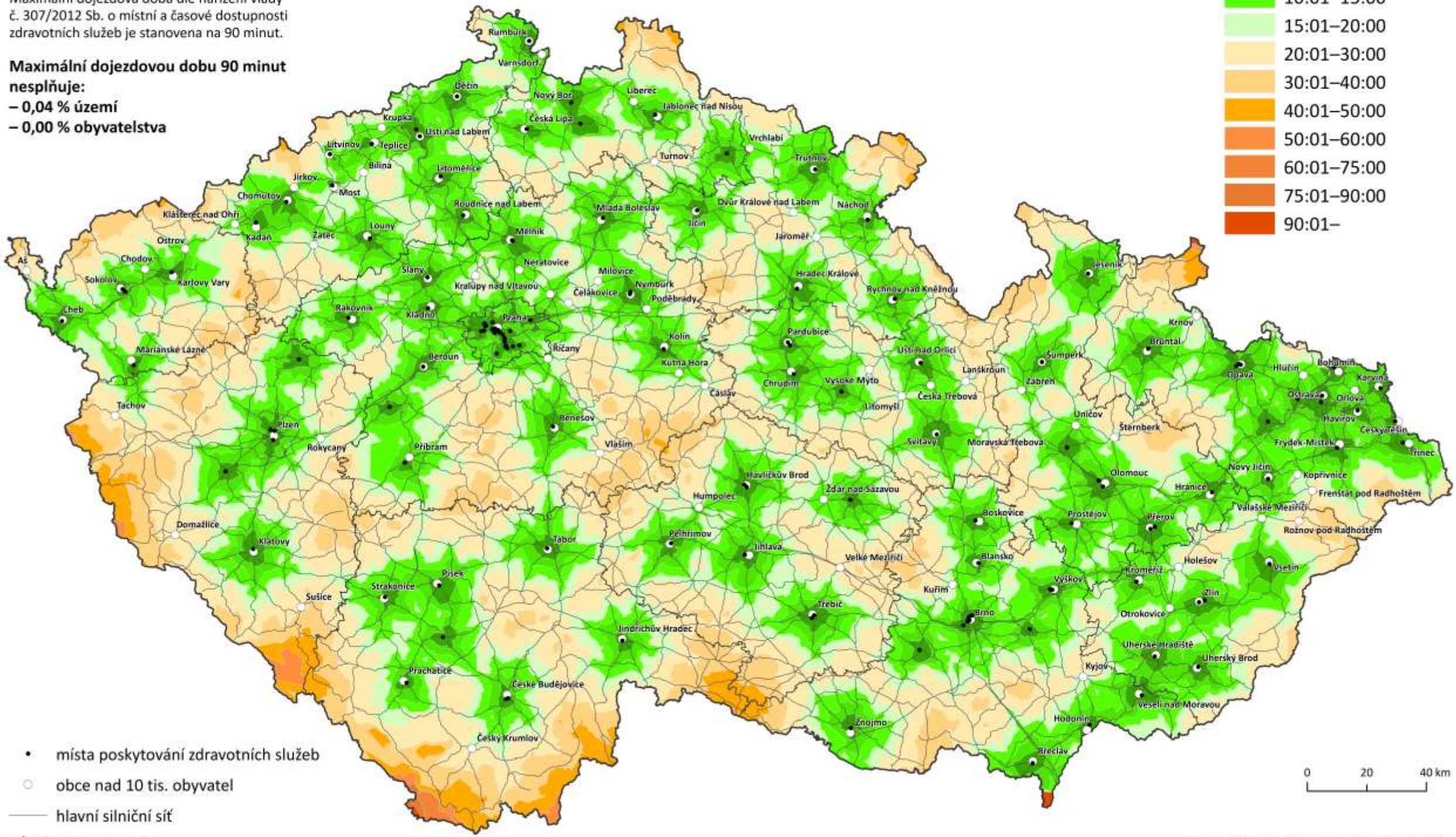
VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

ANALÝZA MÍSTNÍ DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Zdravotní služba:
nefrologie (odb. 108)

Maximální dojezdová doba dle nařízení vlády č. 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb je stanovena na 90 minut.

Maximální dojezdovou dobu 90 minut nesplňuje:
– 0,04 % území
– 0,00 % obyvatelstva



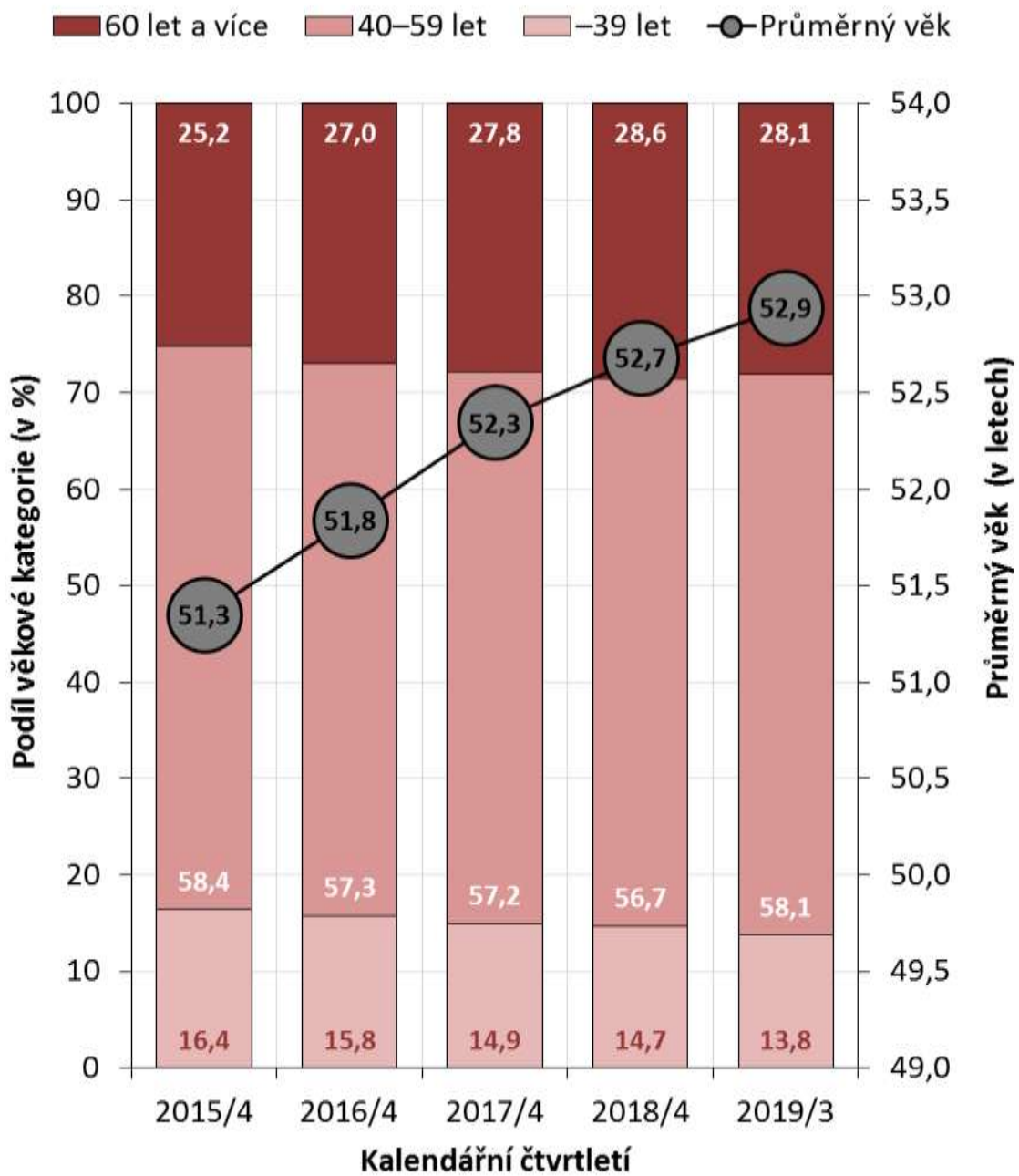
Dojezdová doba (v min.)

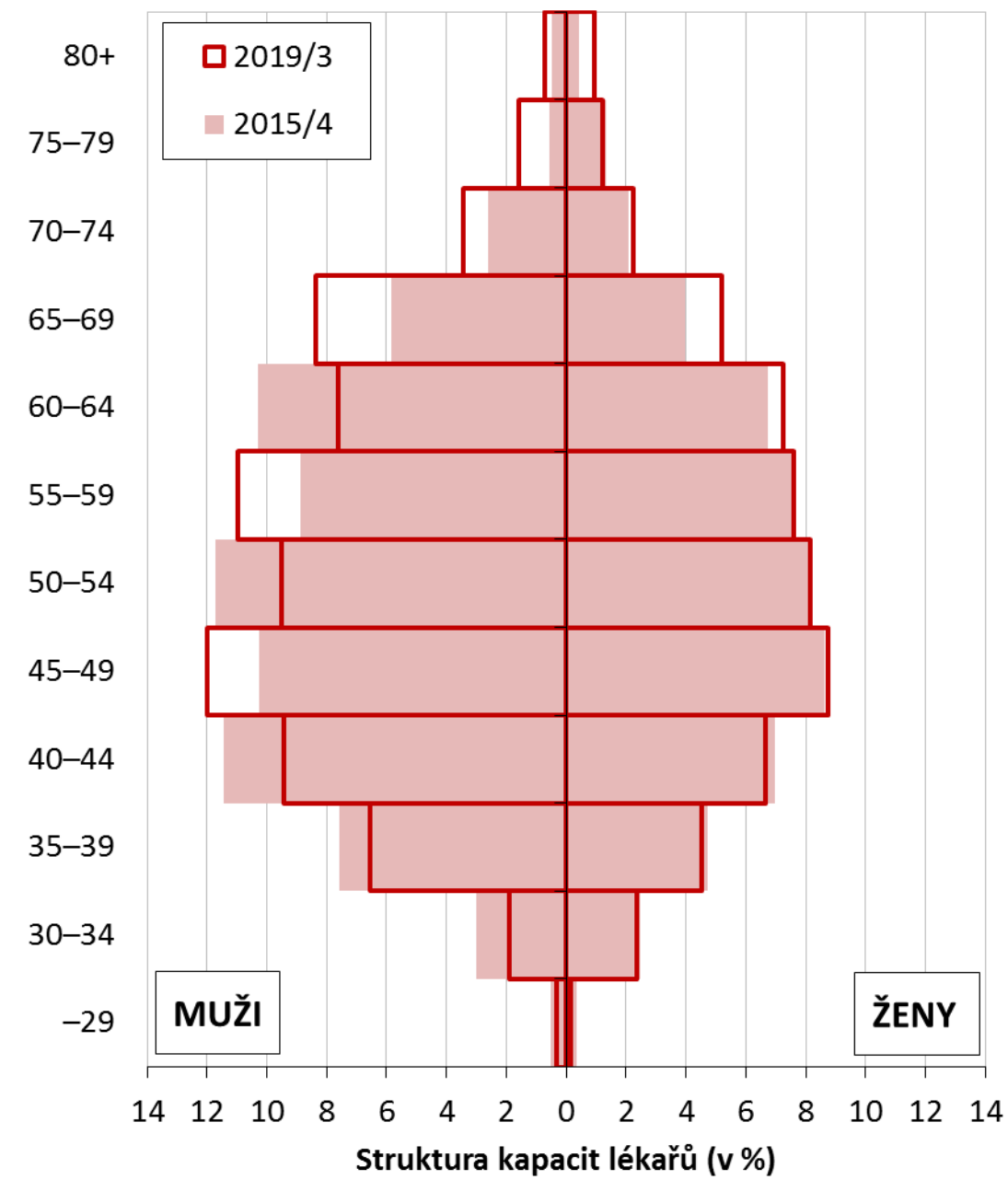
- 00:00–05:00
- 05:01–10:00
- 10:01–15:00
- 15:01–20:00
- 20:01–30:00
- 30:01–40:00
- 40:01–50:00
- 50:01–60:00
- 60:01–75:00
- 75:01–90:00
- 90:01–

• místa poskytování zdravotních služeb
○ obce nad 10 tis. obyvatel
hlavní silniční síť
krajské hranice

Data ArcČR 500, databáze VZP ČR k 1.1.2019

PROMĚNY VĚKOVÉ STRUKTURY KAPACIT LÉKAŘŮ V KARDIOLOGICKÝCH AMBULANTNÍCH PRACOVIŠTÍCH





VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

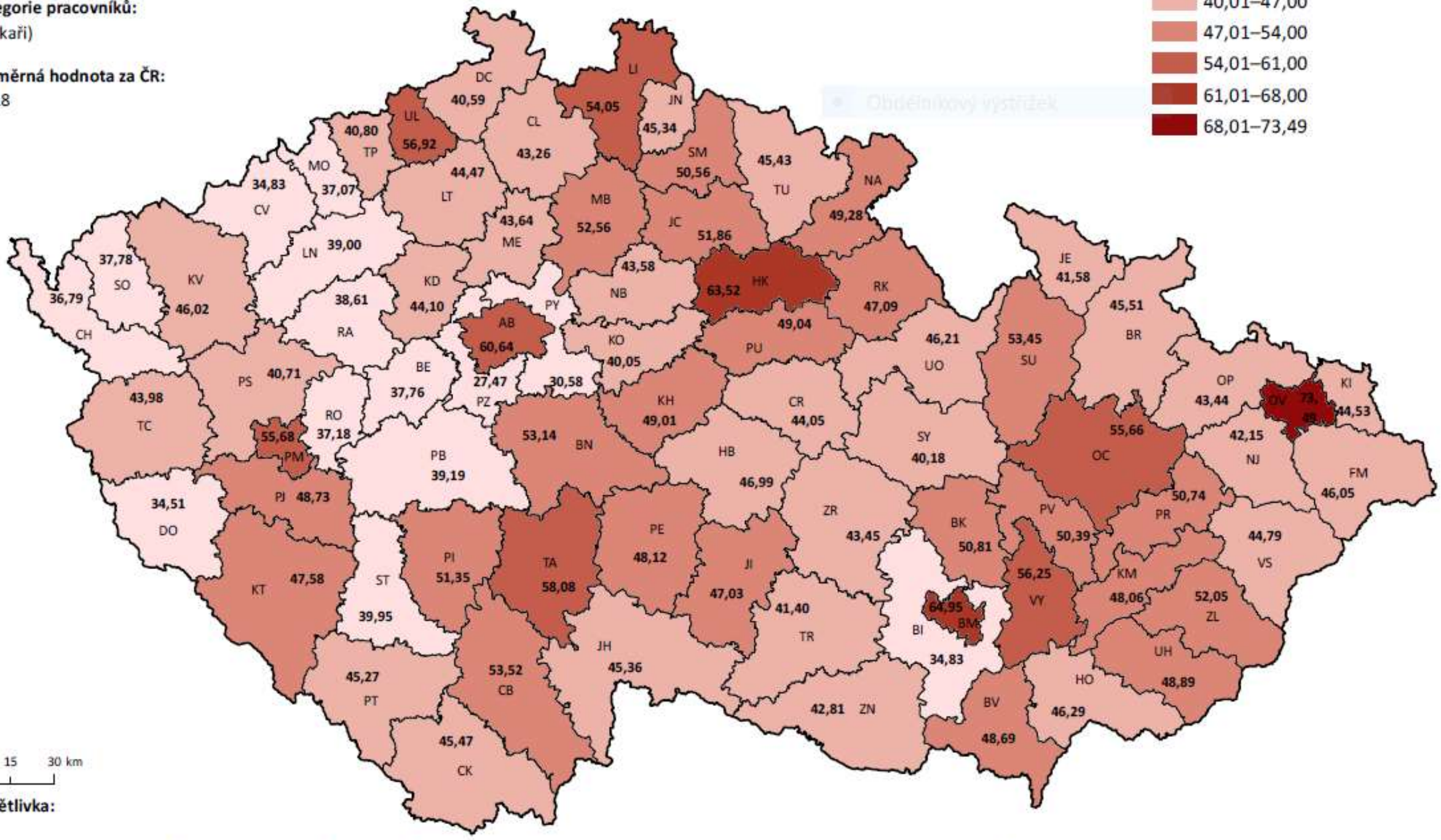
PŘEPOČTENÝ POČET PRACOVNÍKŮ NA 100 TISÍC OBYVATEL

Odbornost:
001 – všeobecné praktické lékařství

Kategorie pracovníků:
L (lékaři)

Průměrná hodnota za ČR:
49,18

PPP/100 tis. obyv.
- 27,47–40,00
- 40,01–47,00
- 47,01–54,00
- 54,01–61,00
- 61,01–68,00
- 68,01–73,49



Vysvětlivka:

Přepočtený počet pracovníků (PPP) = součet úvazkové kapacity příslušné kategorie pracovníků v daném okrese

Do map jsou zahrnuta nenasmlouvaná pracoviště, která byla k 30. 6. 2021 schválena na základě doporučení Komise pro smluvní vztahy, Rozkladové komise pro smluvní vztahy nebo Pracovních skupin ke smluvním vztahům RP.

Data ArcČR 500, databáze VZP ČR, stav k 1. 7. 2021

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

ZÓNACE OBLASTÍ SE ZHORŠENOU DOSTUPNOSTÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

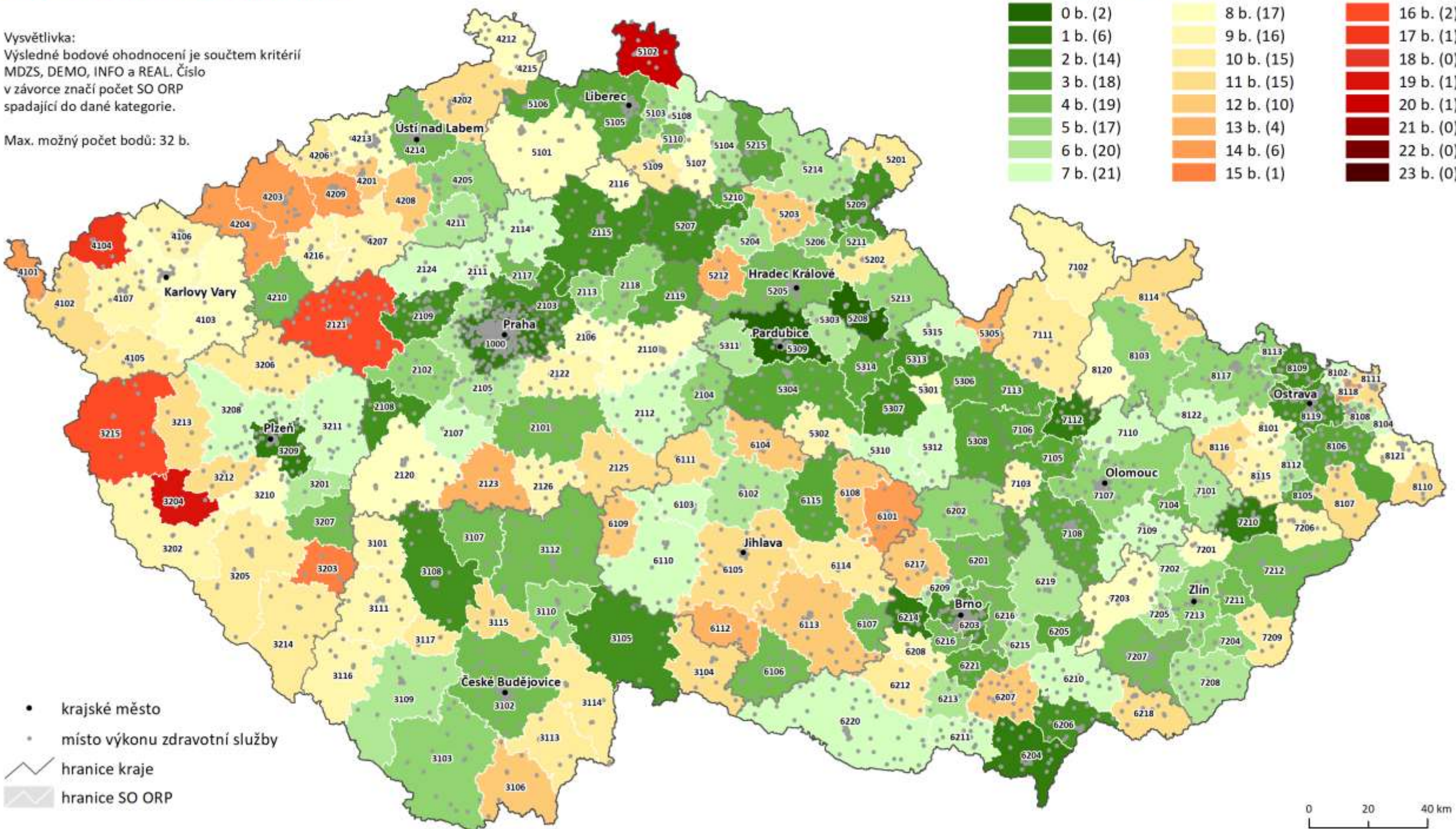
Zdravotní služba:
Všeobecné praktické lékařství (odb. 001)

Vysvětlivka:
Výsledné bodové ohodnocení je součtem kritérií MDZS, DEMO, INFO a REAL. Číslo v závorce značí počet SO ORP spadající do dané kategorie.

Max. možný počet bodů: 32 b.

Ukazatel:
Výsledné bodové ohodnocení

0 b. (2)	8 b. (17)	16 b. (2)
1 b. (6)	9 b. (16)	17 b. (1)
2 b. (14)	10 b. (15)	18 b. (0)
3 b. (18)	11 b. (15)	19 b. (1)
4 b. (19)	12 b. (10)	20 b. (1)
5 b. (17)	13 b. (4)	21 b. (0)
6 b. (20)	14 b. (6)	22 b. (0)
7 b. (21)	15 b. (1)	23 b. (0)



Poznámka: Číslo uvnitř regionu = kód správního obvodu obce s rozšířenou působností (SO ORP), viz číselník ČSÚ.

Zdroj dat: ArcČR 500, ČSÚ, databáze VZP ČR k 1. 7. 2021, údaje z RP VZP ČR a údaje odborných společností platné k červenci 2021.

NABÍDKOVÉ SEZNAMY PRIMÁRNÍ PÉČE

www.vzp.cz/poskytovatele/smluvni-vztahy/nabidkove-seznamy-oblasti-pro-uzavreni-smlouvy

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

ODBORNOST 001 - VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ
NABÍDKA SO ORP K UZAVŘENÍ NOVÉ SMLOUVY S PZS

Vysvětlivky

- krajské hranice
- VZP ČR velmi uvítá uzavření nové smlouvy (celkem 35 SO ORP)
- případné uzavření nové smlouvy možné po konzultaci s regionální pobočkou VZP ČR

SO ORP – správní obvod obce s rozšířenou působností

0 25 50 km

Zdroj: ArcČR 500, databáze VZP ČR platná k červenci 2020
Zpracovatel: Oddělení metodiky a analytické podpory smluvní politiky, VZP ČR

VÝCHOZÍ PARAMETRY PRO ÚHRADOVÉ MECHANISMY

Základ pro úhradové mechanismy v roce 2022:

Dohodovací řízení 2022
Úhradová vyhláška - 396/2021 Sb.

V dohodovacím řízení => 4% tempo růstu za podmínky navýšení platby za státní pojištěnce.

V úhradové vyhlášce => promítnuty dohody z DŘ 2022 s navýšení parametrů o cca. další 4,4 % na růst mezd ve zdravotnictví

Cílené úhradové mechanismy - individuální kontrakty, bonifikační programy, podpora kvality

VZP PLUS
PKP AKORD
Organizace DUPV
Paliativní péče
JPL
Nové technologie a metody

aj.

DOHODOVACÍ ŘÍZENÍ

Legislativní ukotvení

Zákon č. 48/1197 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Část pátá – Podmínky poskytování hrazených služeb – Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění: **odst. (5) § 17**

*„Nestanoví-li tento zákon jinak, hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení se vždy **na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů**. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 30. 6. příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou v termínu do 31. října kalendářního roku. Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak.“*

PODKLAD PRO ÚHRADOVÉ MECHANISMY

Základ = dohodovací řízení

- **Základem tvorby úhradových mechanismů je <u>institut dohodovacího řízení</u>:**
  - Každoroční jednání pro dohodnutí hodnot bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení mezi zástupci všech zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů
  - Institut definován §17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
  - Zajištění minimálních a jednotných podmínek pro poskytovatele napříč všemi zdravotními pojišťovnami
  - Snaha promítnout do úhrad základní ohodnocení kvality a dostupnost hrazených služeb v jednotlivých segmentech

VZP

DOHODOVACÍ ŘÍZENÍ (DŘ)

Organizační zajištění – základní informace

- Svolavatel DŘ: Ministerstvo zdravotnictví ČR
- Předsedající DŘ: střídá se zdravotní pojišťovna vs. zástupce ze skupiny poskytovatelů
- Jednací řád: Stanovuje pravidla jednání a vymezuje práva a povinnosti účastníků DŘ
- Účastníci jednání: zástupci zdravotních pojišťoven (7) a zástupci smluvních poskytovatelů zdravotních služeb v jednotlivých skupinách (v roce 2018 bylo 14 skupin, každá skupina má zvoleného koordinátora)

DOHODOVACÍ ŘÍZENÍ (DŘ)

Organizační zajištění – komise (1)

Mandátová komise

- Činnost:
  - Ověření oprávnění k účasti v DŘ
  - Vede evidenci účastníků DŘ a přehled jejich zařazení do skupin poskytovatelů
  - Registruje zvolené koordinátory a ověřuje jejich mandát
  - Vede evidenci plných mocí a ověřuje a oznamuje počet hlasů, které mají jednotlivá profesní sdružení poskytovatelů
- Je komisí stálou a předseda a členové jsou voleni na společném jednání DŘ na období jednoho roku (paritní zastoupení zdravotních pojišťoven a poskytovatelů)

DOHODOVACÍ ŘÍZENÍ (DŘ)

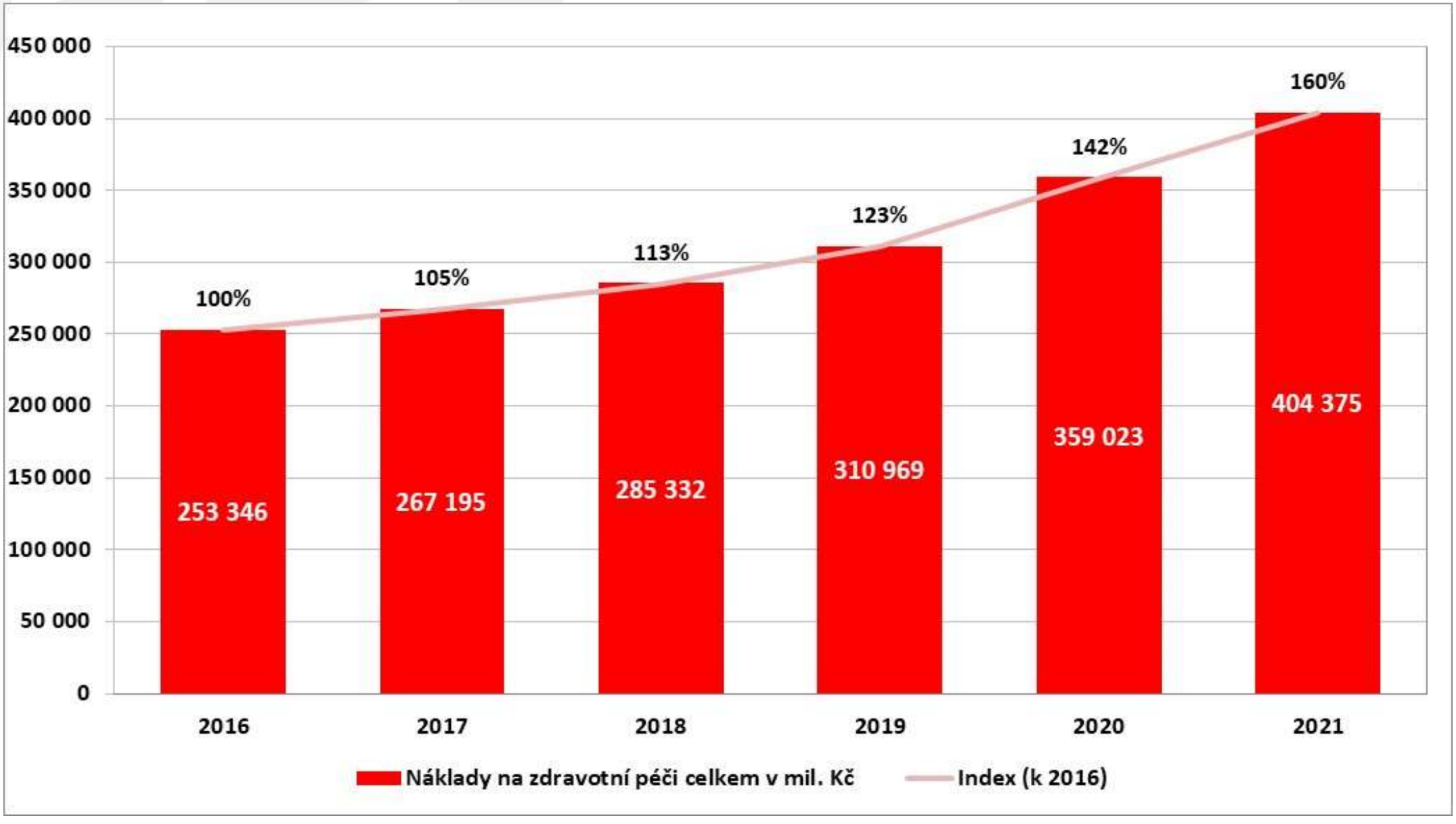
Organizační zajištění – komise (2)

Analytická komise

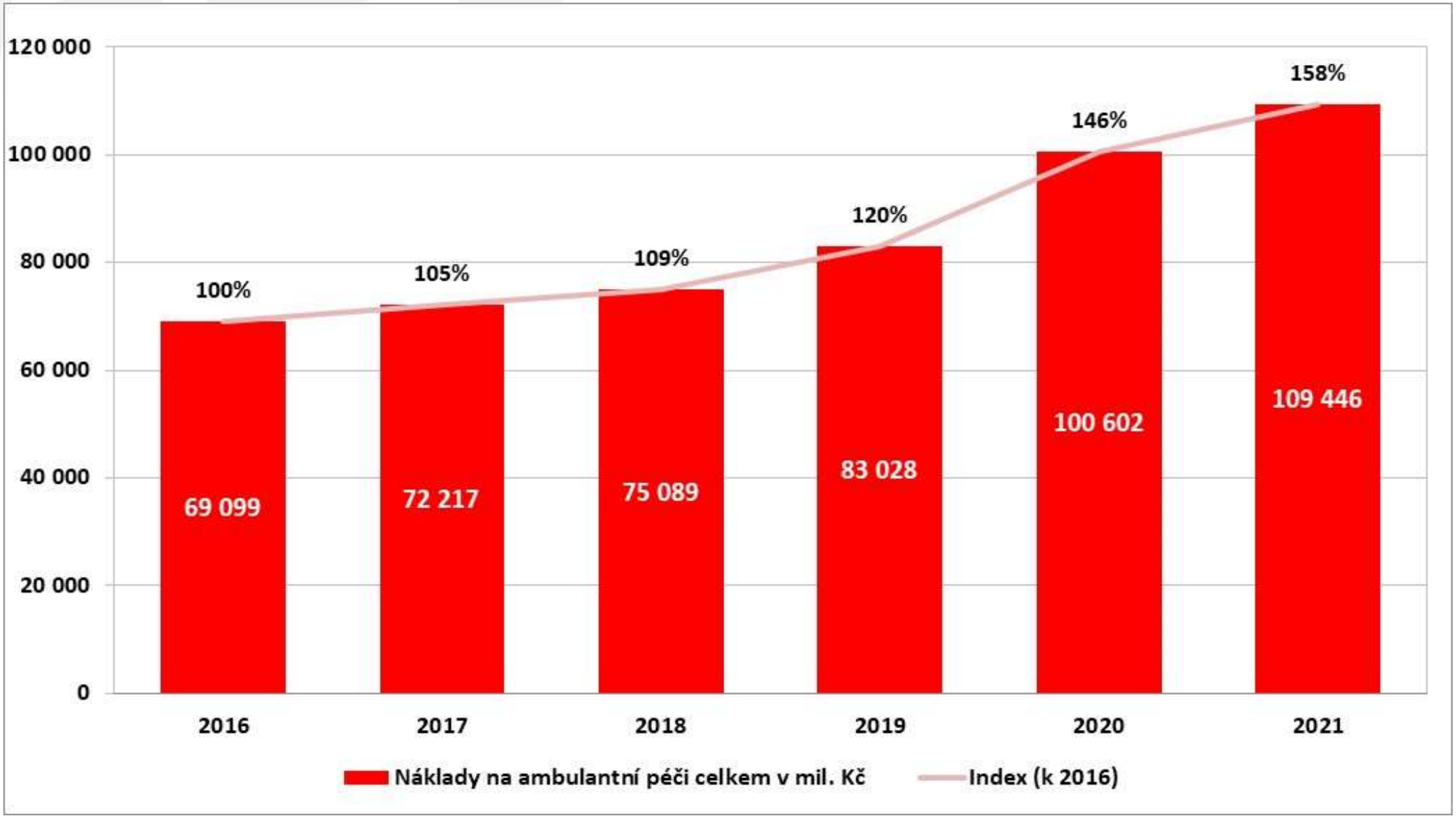
- Činnost:
  - Vyhodnocuje aktuální stav systému a vyváženost úhrad z v. z. p.
  - Analyzuje hodnoty bodu a výše úhrad zdravotnických služeb v jednotlivých skupinách
  - Informuje průběžně o své činnosti účastníky DŘ, prostřednictvím koordinátorů
- Je komisí stálou a tvoří ji jeden člen za každou zdravotní pojišťovnu a jeden člen za každou skupinu poskytovatelů.
- Postupuje podle pravidel dohodnutých v komisi, schválených na společném jednání DŘ.

VZP

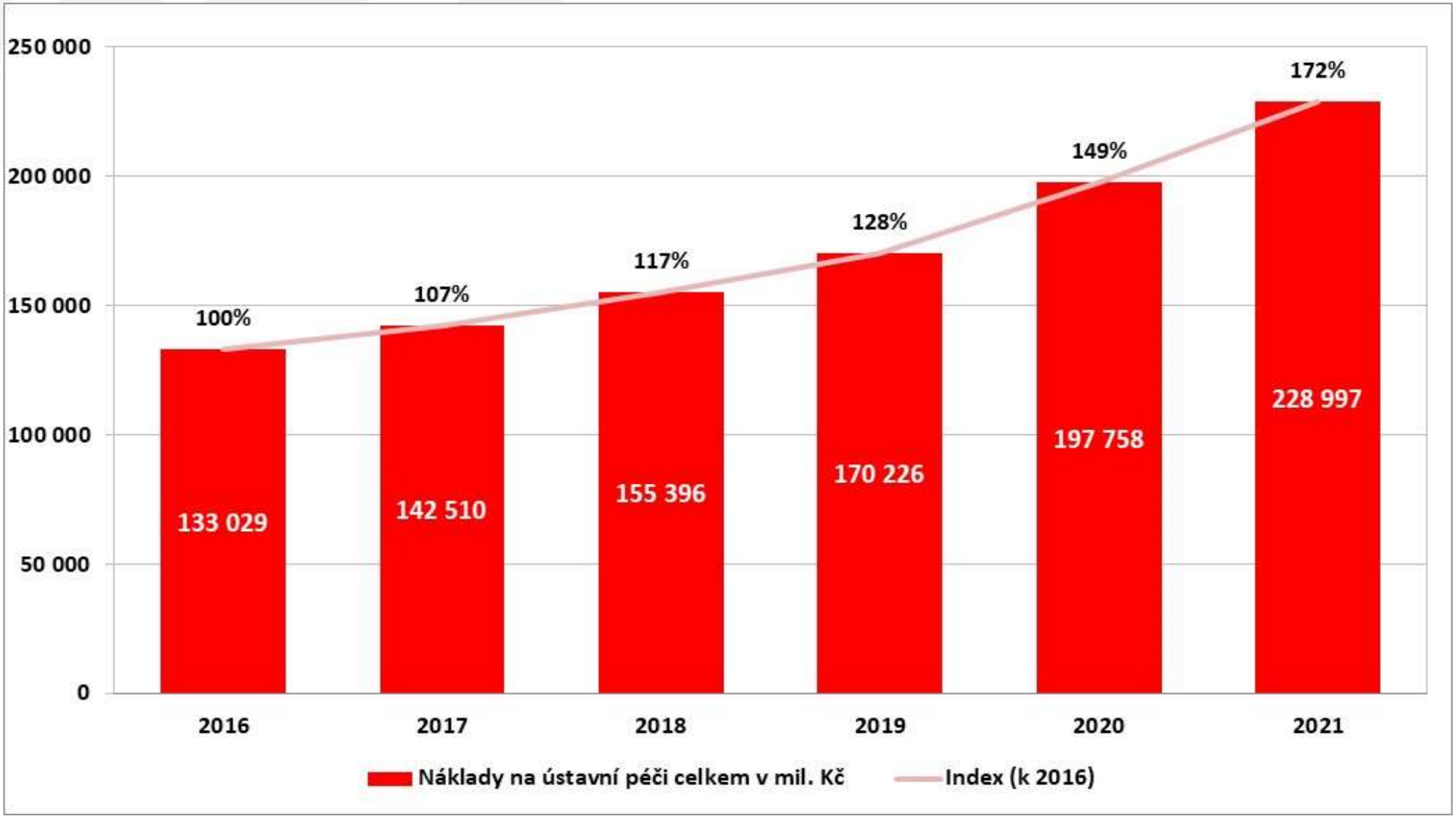
NÁKLADY NA ZDRAVOTNÍ PÉČI ČERPANÉ Z ODDÍLU A ZÁKLADNÍHO FONDU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ



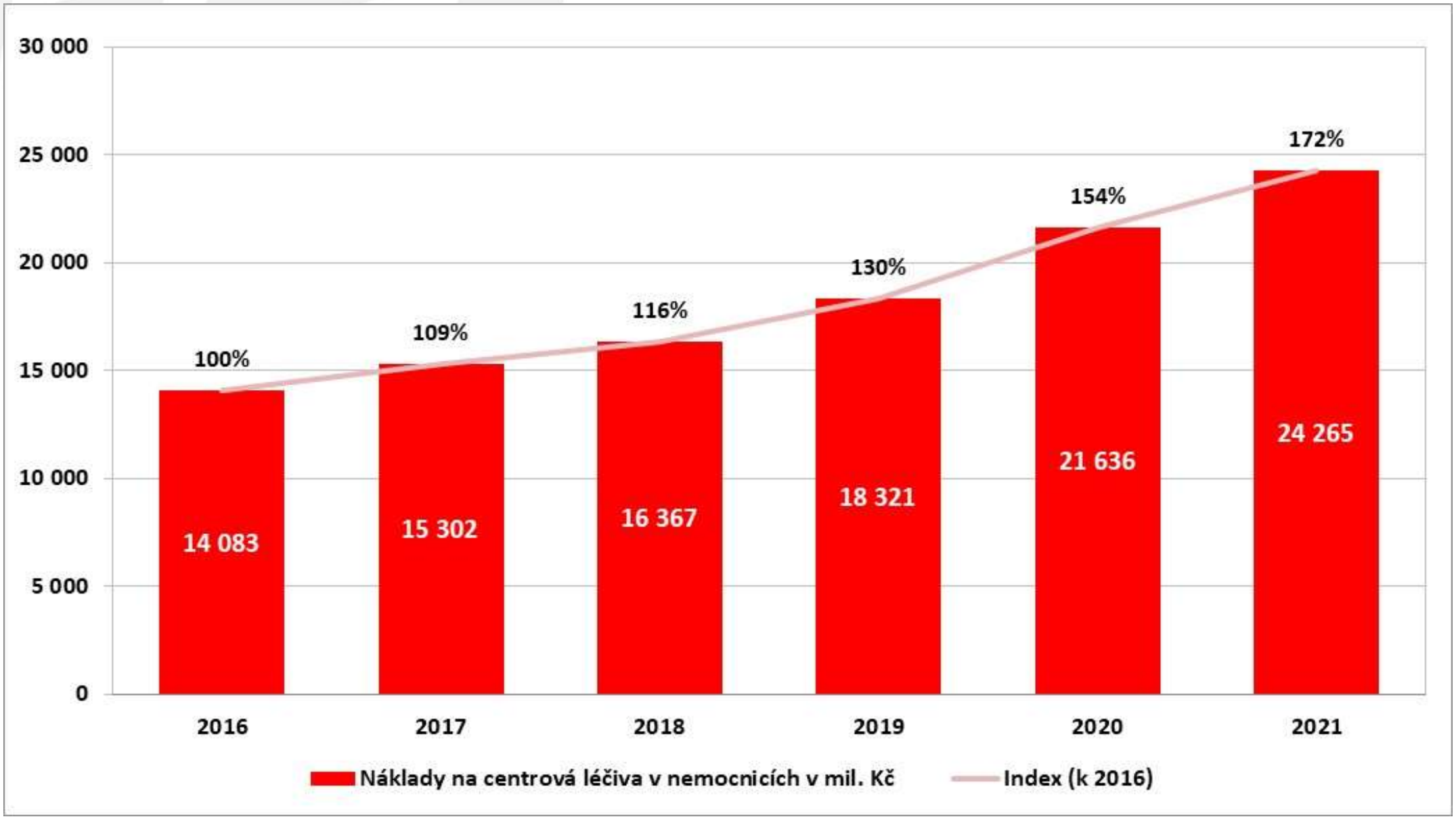
CELKOVÉ NÁKLADY NA AMBULANTNÍ PÉČI



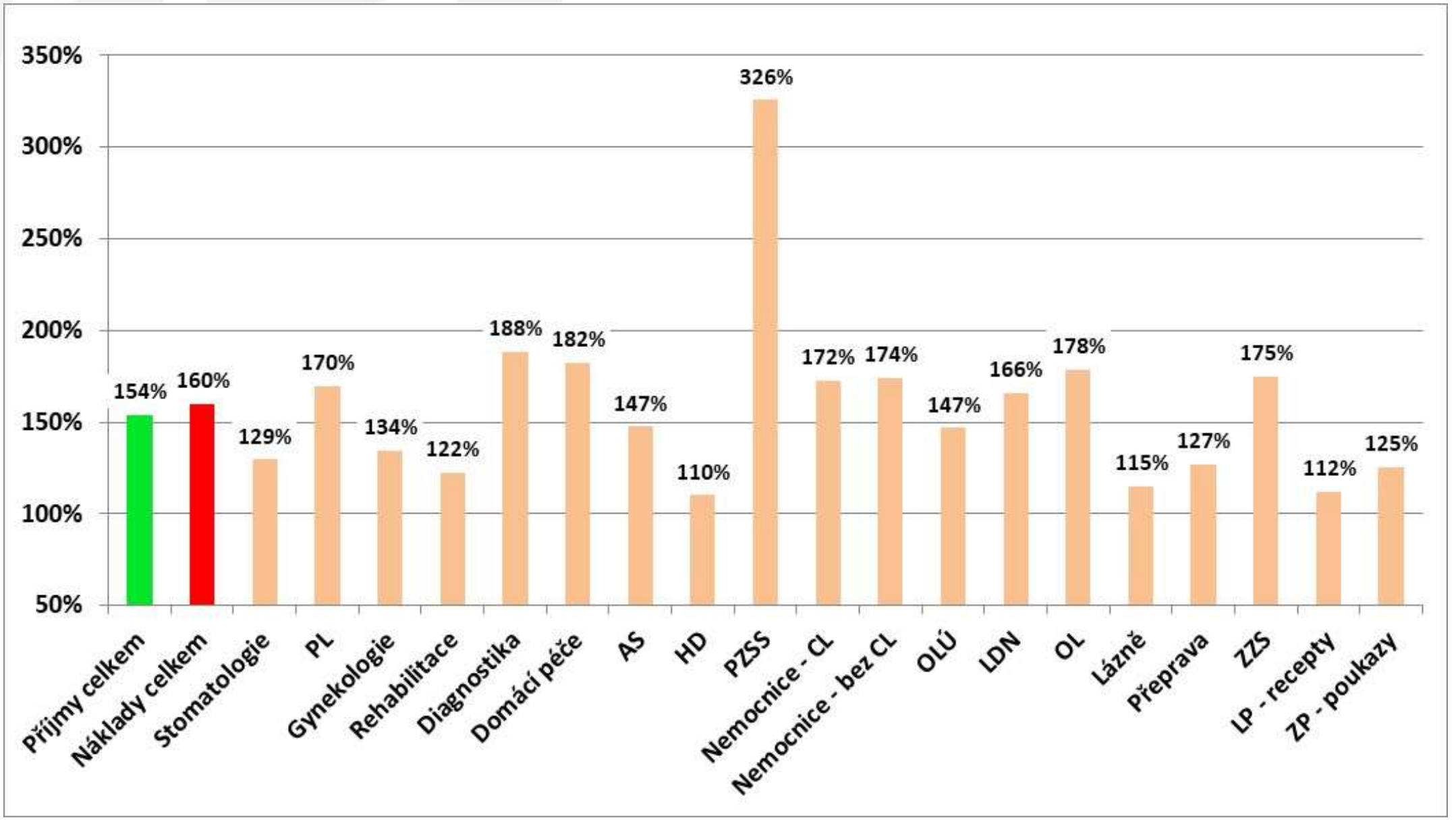
NÁKLADY NA ÚSTAVNÍ PÉČI CELKEM



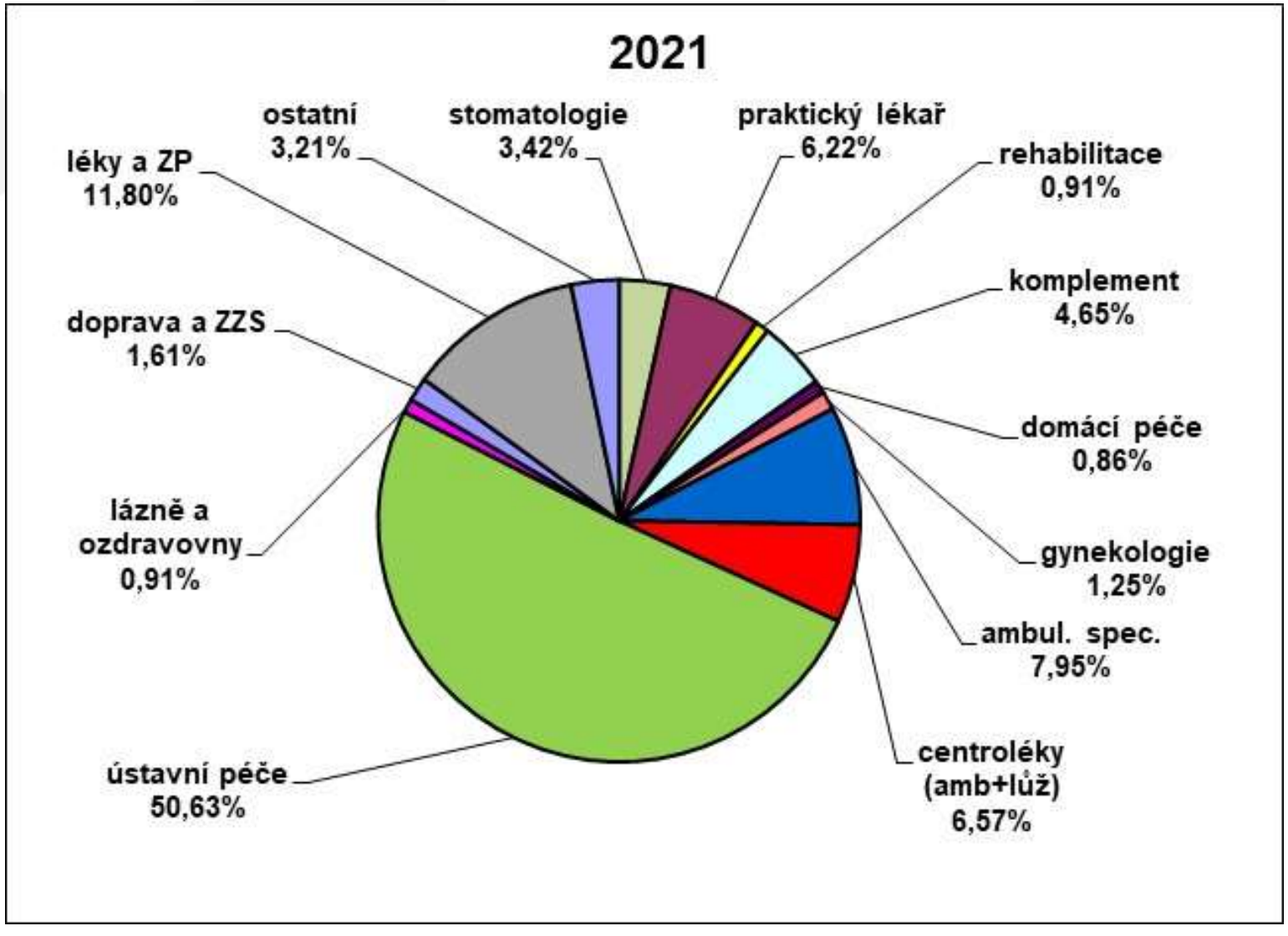
NÁKLADY NA CENTROVÁ LÉČIVA V NEMOCNICÍCH



KUMULOVANÉ NÁRŮSTY PŘÍJMŮ A NÁKLADŮ V JEDNOTLIVÝCH SEGMENTECH MEZI ROKY 2016 A 2021



ROZLOŽENÍ NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI DLE JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ V % V ROCE 2021



DOHODOVACÍ ŘÍZENÍ (DŘ)

Organizační zajištění – hlasování

- Hlasování probíhá veřejně.
- Hlasování řídí předsedající.
- Hlasují výhradně zástupci zdravotních pojišťoven a koordinátoři.
- Usnášeníschopnost – přítomnost více než poloviny všech zástupců zdravotních pojišťoven a více než polovina všech koordinátorů.
- Platnost rozhodnutí – souhlas více než dvou třetin přítomných zástupců zdravotních pojišťoven a více než dvou třetin přítomných koordinátorů.

DOHODOVACÍ ŘÍZENÍ (DŘ)

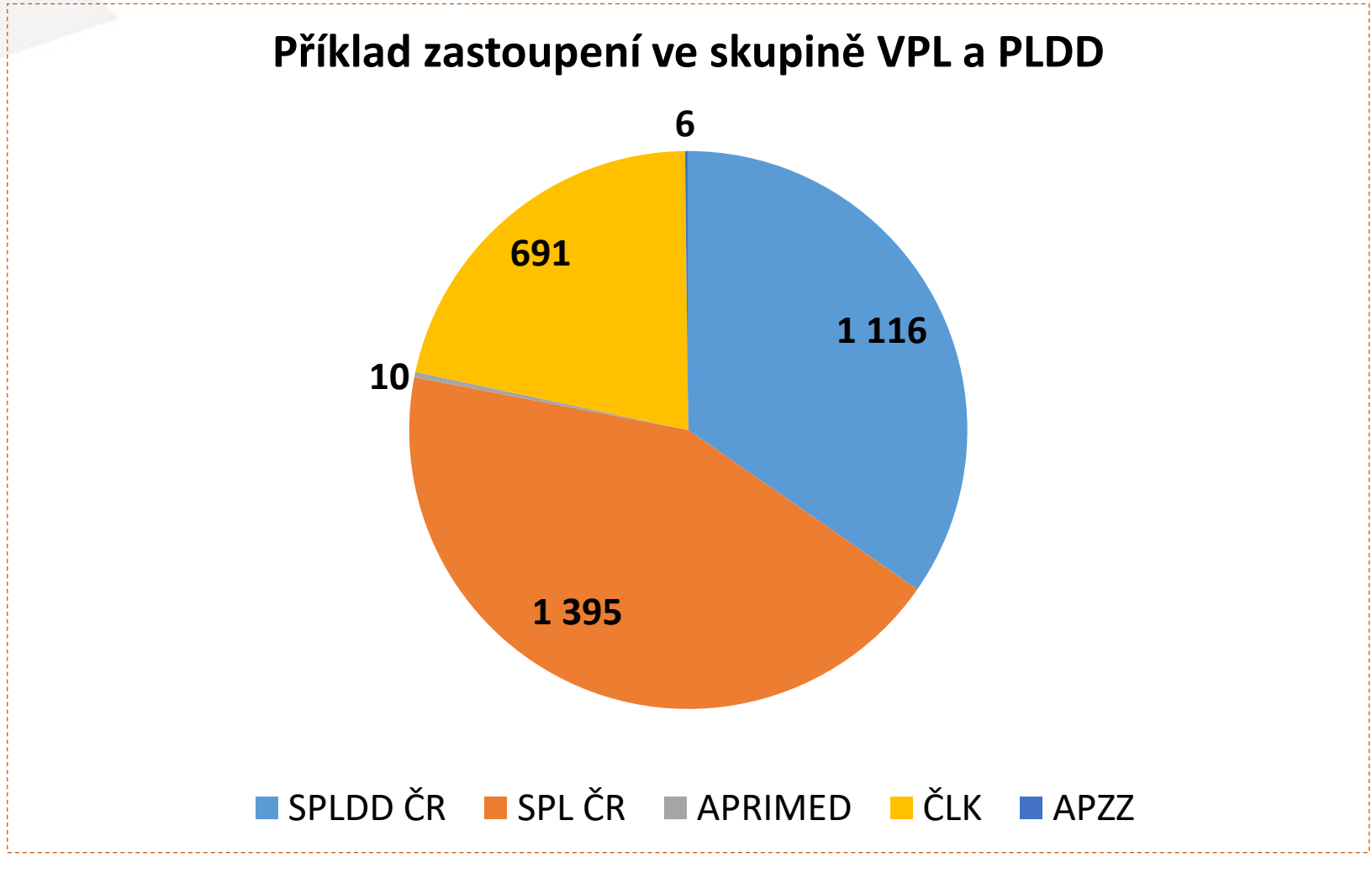
Harmonogram

Činnost	Termín
Zahájení DŘ	Nejpozději do 15. 2. příslušného kalendářního roku
Přípravná fáze (jednání ve skupinách, vypracování protokolů)	90 dnů
Vypracování a rozeslání oponentur	7 dnů od doručení předběžné dohody elektronickou formou koordinátorovi
Oponentní (schvalovací) fáze	7 dnů
Ukončení závěrečného jednání DŘ	Nejpozději do 20. 6. příslušného kalendářního roku
Vypracování a ověření závěrečného protokolu	10 dnů
Předání závěrečného protokolu, včetně všech náležitostí MZ ČR	Nejpozději do 30. 6. příslušeného kalendářního roku

DOHODOVACÍ ŘÍZENÍ 2019

Mandátová komise

- 7 zdravotních pojišťoven
- 14 skupin poskytovatelů zdravotních služeb (14 koordinátorů)



VÝSLEDKY DOHODOVACÍHO ŘÍZENÍ PRO ROK 2022

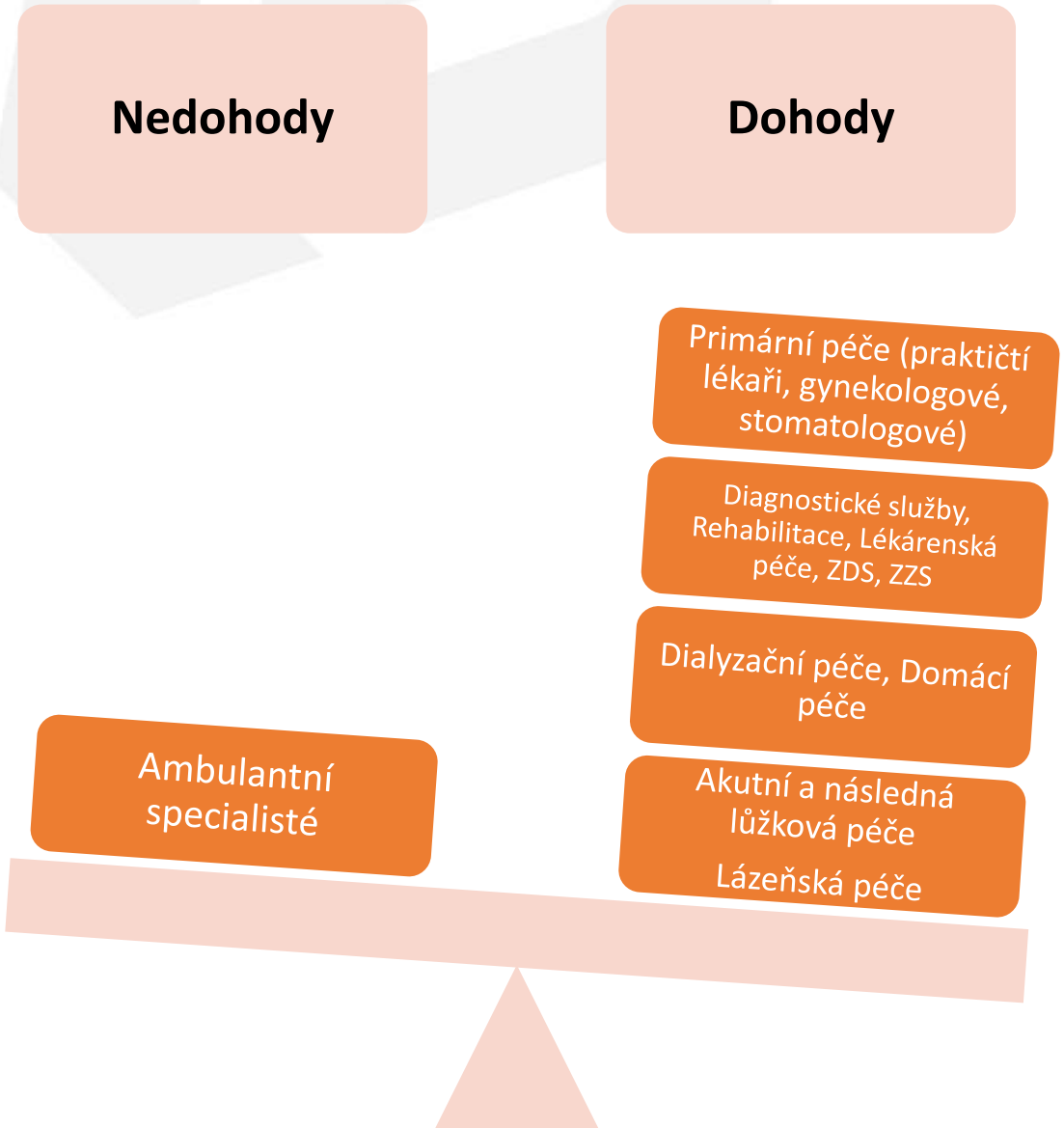
Celkem došlo ve všech fázích DŘ 2022 k dohodě ve 13 z celkem 14 skupin poskytovatelů.

Dohody **bylo** dosaženo pro tyto skupiny poskytovatelů:

- Skupina praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost
- Skupina poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb
- Skupina poskytovatelů ambulantních stomatologických služeb
- Skupina poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče
- Skupina poskytovatelů mimolůžkových laboratorních a radiodiagnostických služeb
- Skupina poskytovatelů domácích zdravotních služeb
- Skupina poskytovatelů fyzioterapie – nelékařských profesí
- Skupina poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče
- Skupina poskytovatelů zdravotnické dopravní služby
- Skupina poskytovatelů lékárenské a klinickofarmaceutické péče
- Skupina poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a zdravotní péče v ozdravovnách
- Skupina poskytovatelů akutní lůžkové péče a dalších zdravotních služeb poskytovaných v nemocnicích a lékařské pohotovostní služby
- Skupina poskytovatelů následné lůžkové péče

ÚHRADOVÉ MECHANISMY V ROCE 2022

Dohodovací řízení pro rok 2022 a jeho výsledky



V přípravné fázi byly uzavřeny dohody na **nulové tempo** růstu v 7 segmentech ze 14 segmentů.

V **závěrečné fázi** byly valorizovány předběžné dohody uzavřené v přípravné fázi a dále byly uzavřeny nově dohody v dalších 6 segmentech s výjimkou segmentu poskytovatelů mimolůžkové ambulantní specializované péče, a to na **tempo růstu 4 %,** přičemž podmínkou všech těchto dohod je, že dojde k navýšení měsíční částky pojistného za jednoho státního pojištěnce o 200 Kč s účinností od 1. 1. 2022.

PŘEHLED VÝSLEDKŮ DOHODOVACÍCH ŘÍZENÍ OD ROK 2018 AŽ DO 2023

Segment	DŘ pro 2018	DŘ pro 2019	DŘ pro 2020	DŘ pro 2021	DŘ pro 2022	DŘ pro 2023
Praktičtí lékaři	NEDOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA
Stomatologická péče	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA
Gynekologická péče	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA
Fyzioterapie	NEDOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA
Mimolůžkové laboratorní a radiodiagnostické služby	PARCIÁLNÍ DOHODA (části RDG)	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	NEDOHODA
Domácí zdravotní služby	NEDOHODA	DOHODA	NEDOHODA	DOHODA	DOHODA	NEDOHODA
Mimolůžková ambulantní specializovaná péče	NEDOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	NEDOHODA	NEDOHODA
Ambulantní dialyzační péče	NEDOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA
Akutní lůžková péče	NEDOHODA	DOHODA	NEDOHODA	NEDOHODA	DOHODA	NEDOHODA
Následná lůžková péče	NEDOHODA	DOHODA	NEDOHODA	NEDOHODA	DOHODA	NEDOHODA
Lázeňská léčebně rehabilitační péče	NEDOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA
Zdravotnická dopravní služba	NEDOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA
Zdravotnická záchranná služba, PPNP	NEDOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	PARCIÁLNÍ DOHODA (část PPNP)
Lékárenská a klinicko-farmaceutická péče	NEDOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA	DOHODA
Výsledek: DOHODA vs. NEDOHODA	**3 vs. 11**	**14 vs. 0**	**11 vs. 3**	**12 vs. 2**	**13 vs. 1**	**9 vs. 5**

SEZNAM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ

Legislativní ukotvení

Zákon č. 48/1197 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Část pátá – Podmínky poskytování hrazených služeb – Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění: **odst. (4) § 17**

„Seznam zdravotních výkonů a dalších výkonů, které souvisí s poskytováním hrazených služeb, s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování (dále jen "seznam zdravotních výkonů") stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Seznam zdravotních výkonů se použije při vykazování zdravotních výkonů a dalších výkonů, které souvisí s poskytováním hrazených služeb a vykazují se za účelem provádění úhrad poskytovatelům a dalším subjektům poskytujícím hrazené služby, zajištění návaznosti hrazených služeb pro pojištěnce nebo vyhodnocování efektivity poskytování hrazených služeb (dále jen "výkon s bodovou hodnotou"). Poskytovatel nebo jiný subjekt poskytující hrazené služby a zdravotní pojišťovna si mohou dohodnout jiný způsob vykazování.“

SEZNAM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ + ZUM/ZULP

Vykazování poskytnutých hrazených služeb

Definováno vyhláškou č.134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Elektronická verze: szv.mzcr.cz

Kalkulováno v bodech – tzv. více-úrovňové stanovení úhrady

Kalkulační vzorec pro výpočet celkové bodové hodnoty výkonu (A):

$$A = B + C + D + E + F + G$$

- A – Celková bodová hodnota výkonu
- $B + C + D + E$ – Přímé náklady na výkon
- $F + G$ – Nepřímé náklady (tzv. režijní náklady)

Frekvence – za den/měsíc/rok atd.
Čas výkonu
Nositel výkonu
Přístroje – životnost
Použitý materiál a léčivé přípravky
Režijní náklady

Kde:

B = osobní náklady nositele (nositelů) výkonu;
C = náklady na přístroje;
D = náklady na přímo spotřebovaný materiál;
E = náklady na přímo spotřebované léky;
G = navýšení nositelů práce;

Úhradové mechanismy

Některé odbornosti amb. spec.
ZZS/PPNP
Zdravotní dopravní služba
Screeningové služby

Ambulantní gynekologická péče
Ambulantní specializovaná péče
Domácí péče
Fyzioterapie
Laboratoře

Radiodiagnostické služby

Následná péče

Platba za těhotné
Operace katarakty
Genetika

Výkonová úhrada

Kombinovaná kapitačně výkonová platba

Výkonová úhrada s omezením maximální úhradou

Ceník v Kč

Redukovaná hodnota bodu

Paušální úhrada

Platba za OD

DRG

Balíčkové platby

Agregovaná úhrada

Všeobecní praktičtí lékaři
Praktičtí lékaři pro děti a dorost

Stomatologické služby

Lázeňská péče za jeden den
Lékárenská péče – výdej LP

Akutní lůžková péče

Stomatologické služby
IVF

Kombinovaná kapitačně výkonová platba

Kombinace kapitační platby a výkonové platby.

Část výkonů je hrazena v rámci kapitace a část výkonů výkonově.

Celková úhrada poskytovatel = roční kapitační platba + roční úhrada za výkony včetně ZUM a ZULP

Kapitační platba

Princip

Jedná se o platbu za každého <u>registrovaného</u> pojištěnce za jednotku času bez ohledu na to, zda je pacient léčen, či nikoliv.

V současné době je tento mechanismu používán pouze v segmentu <u>všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost.</u>

Kapitační platba za jeden měsíc:

$$KP = ZS * \sum_{i=1}^{n} P_i * I_i$$

<u>Kde:</u>

KP – kapitační platba;
ZKS – základní kapitační sazba – daná vyhláškou 54 Kč, 50 Kč nebo 48 Kč (odráží časovou dostupnost poskytovatele);
P – počet registrovaných pacientů v dané věkové skupině;
I – věkový index dané věkové skupiny;
i – věková skupina;

Rozhodujícím termínem pro stanovení výše a vzniku nároku na úhradu kapitační platby je vždy poslední den v příslušném měsíci.

Kapitační platba

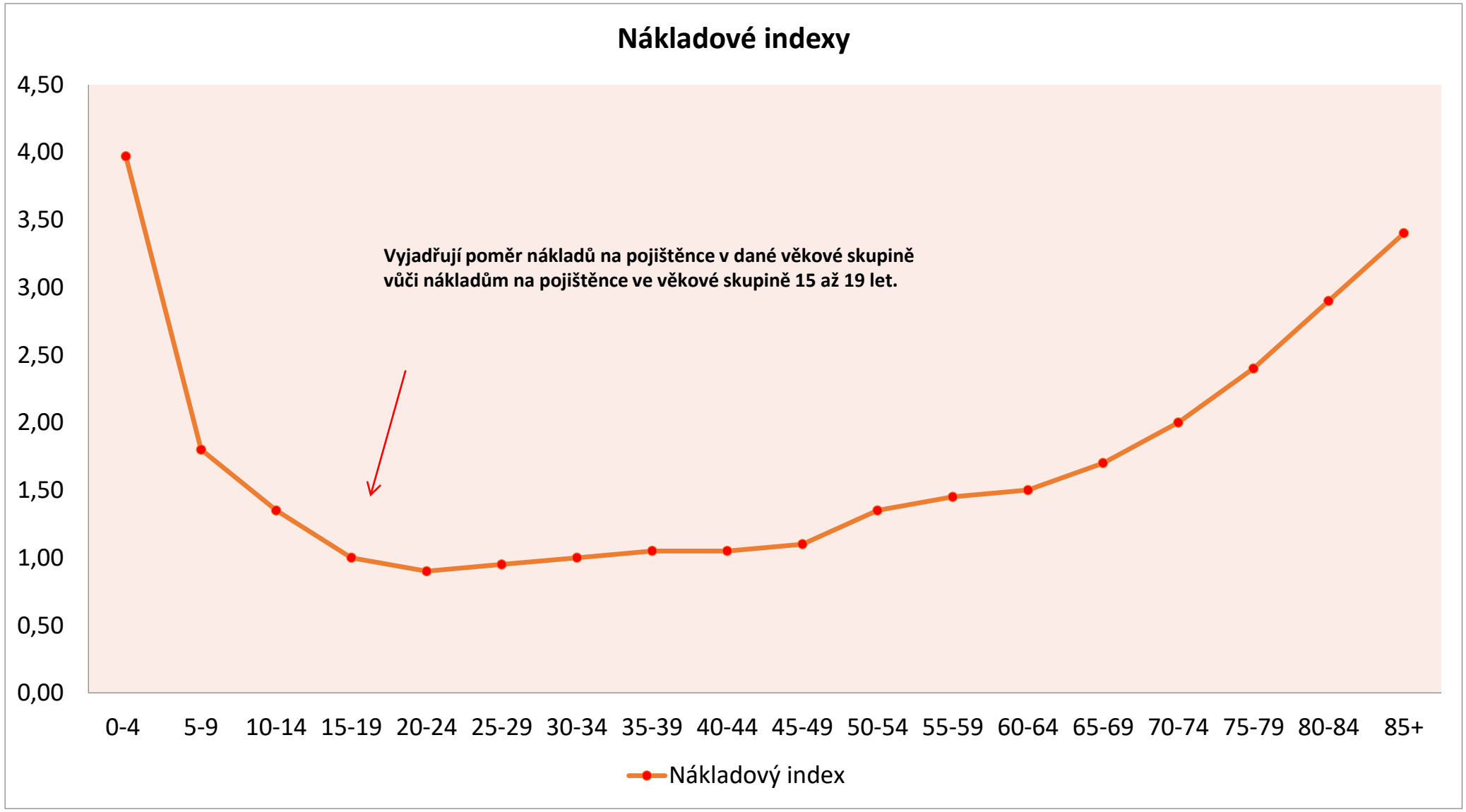
Věkové indexy

Platba na každého zaregistrovaného pojištěnce je indexována prostřednictvím věkových indexů, které by měly odrážet nákladovou náročnost daného pojištěnce.

Označení věkové skupiny	Věková skupina	Nákladový index
1	0-4	3,91
2	5-9	1,70
3	10-14	1,35
4	15-19	1,00
5	20-24	0,90
6	25-29	0,95
7	30-34	1,00
8	35-39	1,05
9	40-44	1,05
10	45-49	1,10
11	50-54	1,35
12	55-59	1,45
13	60-64	1,50
14	65-69	1,70
15	70-74	2,00
16	75-79	2,40
17	80-84	2,90
18	85 +	3,40

Kapitační platba

Věkové indexy



Kapitační platba

Výkony zahrnuté v kapitaci

Odbornost 001

č. výkonu	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKCÍ DO 10 CM^2
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

Kapitační platba

Výkony zahrnuté v kapitaci

Odbornost 002

č. výkonu	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
06111	KOMPLEX - VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX - LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX - EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX - KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX - APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKCÍ DO 10 CM^2
09253	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

Kapitační platba

Příklad

Označení věkové skupiny	Věková skupina	Počet registrovaných pojištěnců	Nákladový index	Počet přepočtených registrovaných pojištěnců	Kapitační platba za měsíc (54 Kč za přepočteného pojištěnce)
1	0-4	0	3,97	0,00	0
2	5-9	0	1,80	0,00	0
3	10-14	0	1,35	0,00	0
4	15-19	22	1,00	22,00	1 188
5	20-24	138	0,90	124,20	6 707
6	25-29	120	0,95	114,00	6 156
7	30-34	133	1,00	133,00	7 182
8	35-39	141	1,05	148,05	7 995
9	40-44	180	1,05	189,00	10 206
10	45-49	139	1,10	152,90	8 257
11	50-54	127	1,35	171,45	9 258
12	55-59	165	1,45	239,25	12 920
13	60-64	171	1,50	256,50	13 851
14	65-69	169	1,70	287,30	15 514
15	70-74	140	2,00	280,00	15 120
16	75-79	80	2,40	192,00	10 368
17	80-84	51	2,90	147,90	7 987
18	85+	65	3,40	221,00	11 934
CELKEM		1 841	-	2 678,55	144 642

Výkonová úhrada

Princip

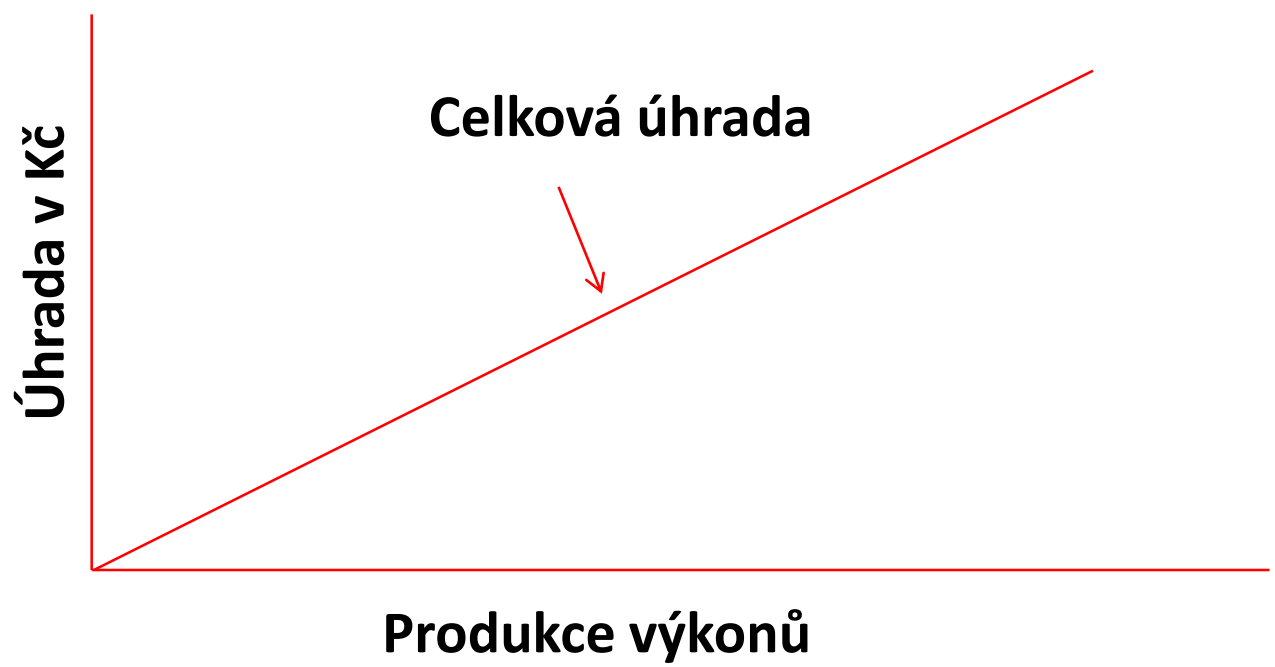
Rozložení zdravotní péče na jednotlivé výkony – ty se liší způsobem provedení, obtížností, časovými nároky zdravotnického personálu, přístrojovým vybavením a aplikovanými léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky.

Každý výkon se pak hradí jednotlivě.

V ČR se využívá <u>systém víceúrovňového stanovení</u> ceny výkonu:
- Výkon je ohodnocen body (viz. první přednáška);
- Hodnota bodu v peněžních jednotkách je aktualizována pravidelně podle předpokládaného množství dostupných zdrojů;

Úhrada za každý výkon je pak ve výši:

$$\text{Úhrada za výkon} = \text{počet bodů} * \text{hodnota bodu} + ZUM + ZULP$$



VÝKONOVÁ ÚHRADA A BONIFIKACE

- **Základní principy úhradového mechanismu**
  - Výkonový způsob úhrady
  - Bonifikace za výsledkovou kvalitu dialyzační léčby
  - Bonifikace za včasné vyšetřování pacientů k transplantaci ledviny
  - Regulační omezení – ZULP, předepsané LP a ZP, vyžádaná péče
- Výkonová úhrada
  - **Výše úhrady** se stanoví úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu **1,04 Kč**
  - Výjimkou jsou výkony č. 18530 (hemofiltrace) a 18550 (hemodiafiltrace) s hodnotou bodu **0,86 Kč**
- Bonifikace za reportování výsledků dialyzační péče a za kvalitu dialyzační péče
  - Za kvartální reporting dat do Registru dialyzovaných pacientů navýšení hodnoty bodu o **0,02 Kč**
  - V případě splnění kvalitativních kritérií poskytované dialyzační péče se hodnota bodu navýší až o dalších **0,05 Kč**

Parametr kvality dialyzační léčby	Minimální procento referovaných pojištěnců ošetřených na pracovišti poskytovatele plnících daný parametr kvality
Hodnota Hb > 100 g/l	70 %
Hodnota P < 1,8 mmol/l	50 %
Hodnota KtV > 1,2	70 %
Počet transplantovaných pojištěnců a pojištěnců zařazených do čekací listiny	7 %

AMBULANTNÍ DIALYZAČNÍ PÉČE

- Podpora časného zařazování pacientů s chronickým selháním ledvin na čekací listinu:
  - Vyšetření vhodnosti pacienta k transplantaci ledviny již zařazeného v dialyzačním programu – **úhrada 10 000 Kč**
  - Vyšetření vhodnosti pacienta k transplantaci ledviny v predialyzačním stádiu – **úhrada 15 000 Kč**
  - Vyšetření žijícího dárce ledviny – **úhrada 20 000 Kč**
- Dále hrazena každá epizoda péče nebo kontakt u pojištěnců Pojišťovny v souvislosti s klinickým vyšetřením vykázanou výkonem 09543 - **úhrada ve výši 42 Kč**

VZP

Výkonová úhrada s omezením maximální úhradou

Princip

Výkonová úhrada, avšak je stanovena maximální úhrada – strop, založený na principu, který je dohodnutý mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem (v současnosti výpočet založen na průměrné úhradě na jednoho ošetřeného pojištěnce stanovené dle úhrady v ref. obd.).

Výpočet maximální úhrady:

gynekologie, home-care, rehabilitace, laboratoře, PZSS

$$\boldsymbol{Maximální\ úhrada = POPzpo * PUROo * koef * Inu}$$

$$\boldsymbol{NPURO_{2019} * UOP_{2022} * (1{,}21 + F_{(t)} + IGV + IUV) - EM_{2022}}$$

Kde:

- **POPzpo –** počet unikátních ošetřených pojištěnců v hodnoceném období;
- **PUROo –** průměrná úhrada za výkony, včetně ZULP a ZUM, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem v referenčním období;
- **Koef –** navýšení stanovené vyhláškou nebo dohodnutí s poskytovateli;
- **Inu** (jen GYN) – index nárůstu úhrady – individuální dohoda s GYN o navýšení maximální úhrady;

Výkonová úhrada s omezením maximální úhradou

Princip

Výkonová úhrada, avšak je stanovena maximální úhrada – strop, založený na principu, který je dohodnutý mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem (v současnosti výpočet založen na průměrné úhradě na jednoho ošetřeného pojištěnce stanovené dle úhrady v ref. obd.).

V segmentu ambulantní specializované péče jsou navíc zohlednění nákladní pojištěnci

Výpočet maximální úhrady se zohledněním nákladných pojištěnců:

ambulantní specializovaná péče

$$\boldsymbol{MAXU} = (\mathbf{1{,}08} + \boldsymbol{KN}) * (\boldsymbol{POPzpoZ} * \boldsymbol{PUROo} + \max\{\boldsymbol{PUROo} * \boldsymbol{POPzpoMh}; \boldsymbol{UHRMh} - \boldsymbol{UHRMr}\})$$

Kde:

- **POPzpoZ –** počet základních unikátních ošetřených pojištěnců v hodnoceném období;
- **POPzpoMh –** počet mimořádně nákladných unikátních ošetřených pojištěnců v hodnoceném období (mimořádně nákladný pojištěnec – průměrné náklady u něj překročí pětinásobek průměrné úhrady v dané odbornosti);
- **PUROo –** průměrná úhrada za výkony, včetně ZULP a ZUM, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem v referenčním období;
- **UHRMh** – úhrada za výkony u mimořádně nákladných pojištěnců v hodnoceném období;
- **UHRMr** – úhrada za výkony u mimořádně nákladných pojištěnců v referenčním období
- **KN –** navýšení stanovené vyhláškou nebo dohodnutí s poskytovateli;

BONIFIKAČNÍ PARAMETRY

- **Navýšení hodnoty bodu**
  - **o 0,04 Kč** za splnění podmínky alespoň 50 % lékařů nebo nelékařských nositelů výkonů s diplomem celoživotního vzdělávání
  - **o 0,04 Kč** za splnění podmínky rozložení a rozsahu ordinační doby na pracovištích v jednotlivých odbornostech => standard je 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, případně 24 ordinačních hodin rozložených do 4 dnů týdně v případě operačních oborů, přičemž ordinační hodiny musí splňovat podmínky jejich rozložení (ráno/večer)
  - **o 0,02 Kč** za splnění podílu nově ošetřených pojištěnců 5 %, resp. 10 % u operačních oborů – za nového se považuje pojištěnec, kterému poskytovatel neposkytl v předchozích 3 letech žádný výkon
  - **o 0,06 Kč** pro odbornost 306 (dětská psychiatrie), pokud poskytuje služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin týdně nebo v rozsahu alespoň 15 hodin týdne a zároveň v rozsahu alespoň o 5 hodin týdně delším než v referenčním období
  - **o 0,06 Kč** pro odbornost 306 (dětská psychiatrie) pokud poskytovatel vykázal výkon 09532 (dispenzarizace) alespoň u 20 % pojištěnců

VZP

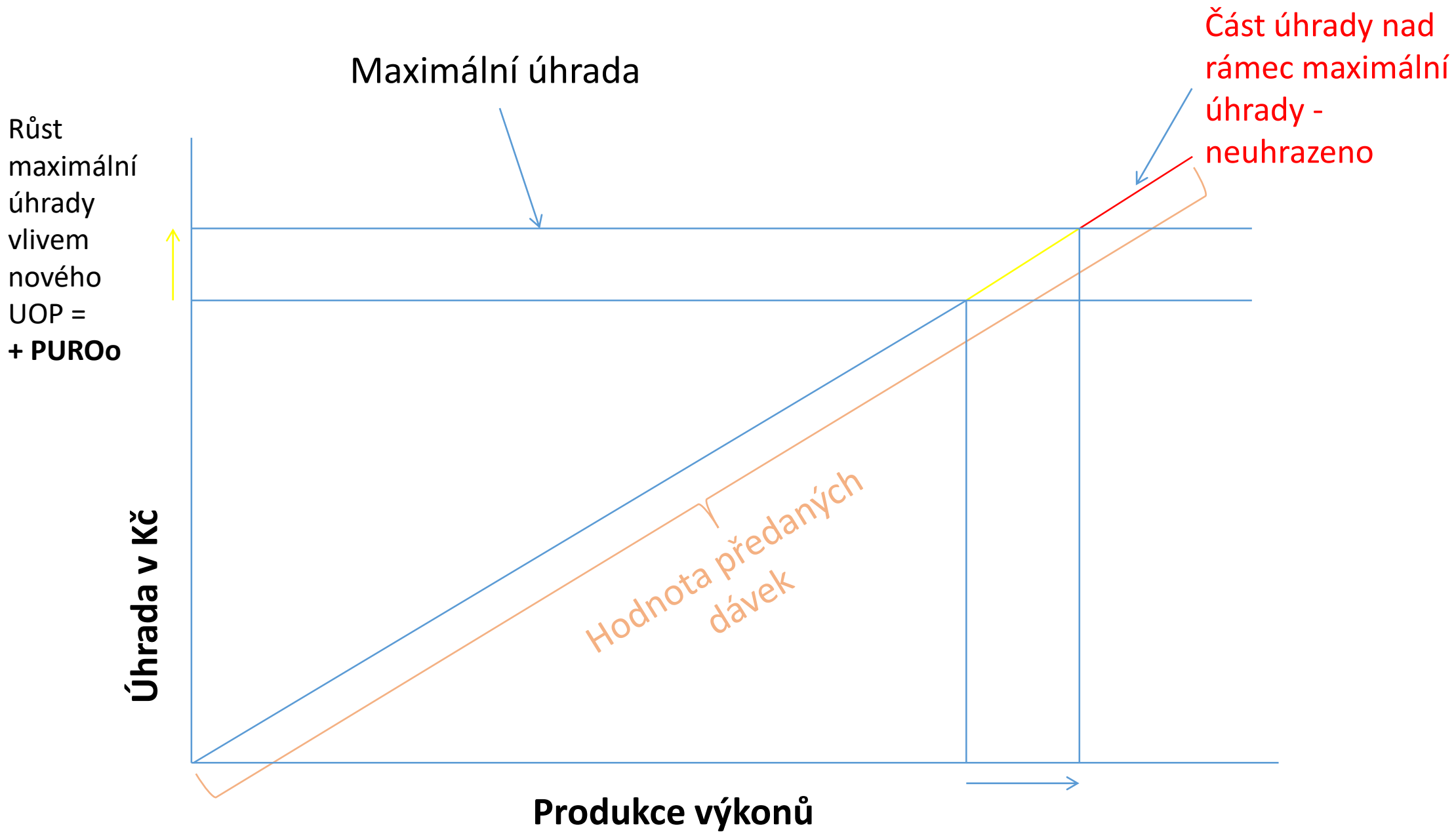
MIMOLŮŽKOVÉ AMBULANTNÍ SPECIALIZOVANÉ SLUŽBY

- **Koeficient navýšení**
  - **+0,04** za splnění podmínky alespoň 50 % lékařů nebo nelékařských nositelů výkonů s diplomem celoživotního vzdělávání
  - **+0,04** za splnění podmínky rozložení a rozsahu ordinační doby na pracovištích v jednotlivých odbornostech => standard je 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, případně 24 ordinačních hodin rozložených do 4 dnů týdně v případě operačních oborů, přičemž ordinační hodiny musí splňovat podmínky jejich rozložení (ráno/večer)
  - **+0,04** za splnění podílu nově ošetřených pojištěnců 5 %, resp. 10 % u operačních oborů – za nového se považuje pojištěnec, kterému poskytovatel neposkytl v předchozích 3 letech žádný výkon
  - **+ 0,10** pro odbornost 903 (klinická logopedie), pokud měl více než 10 % ošetřených pojištěnců s vybranými diagnózami
- Nad rámec celkové výše úhrady je pak hrazena každá epizoda péče nebo kontakt u pojištěnců Pojišťovny v souvislosti s klinickým vyšetřením vykázanou výkonem - **úhrada ve výši 42 Kč**
  - Výkon 09543 – signální výkon klinického kontaktu u pojištěnců 18+
  - Výkon VZP 09615 – signální výkon klinického kontaktu u pojištěnců 6 – 18 let
- Za každou zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu jím vystaveném v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši **1,70 Kč**

VZP

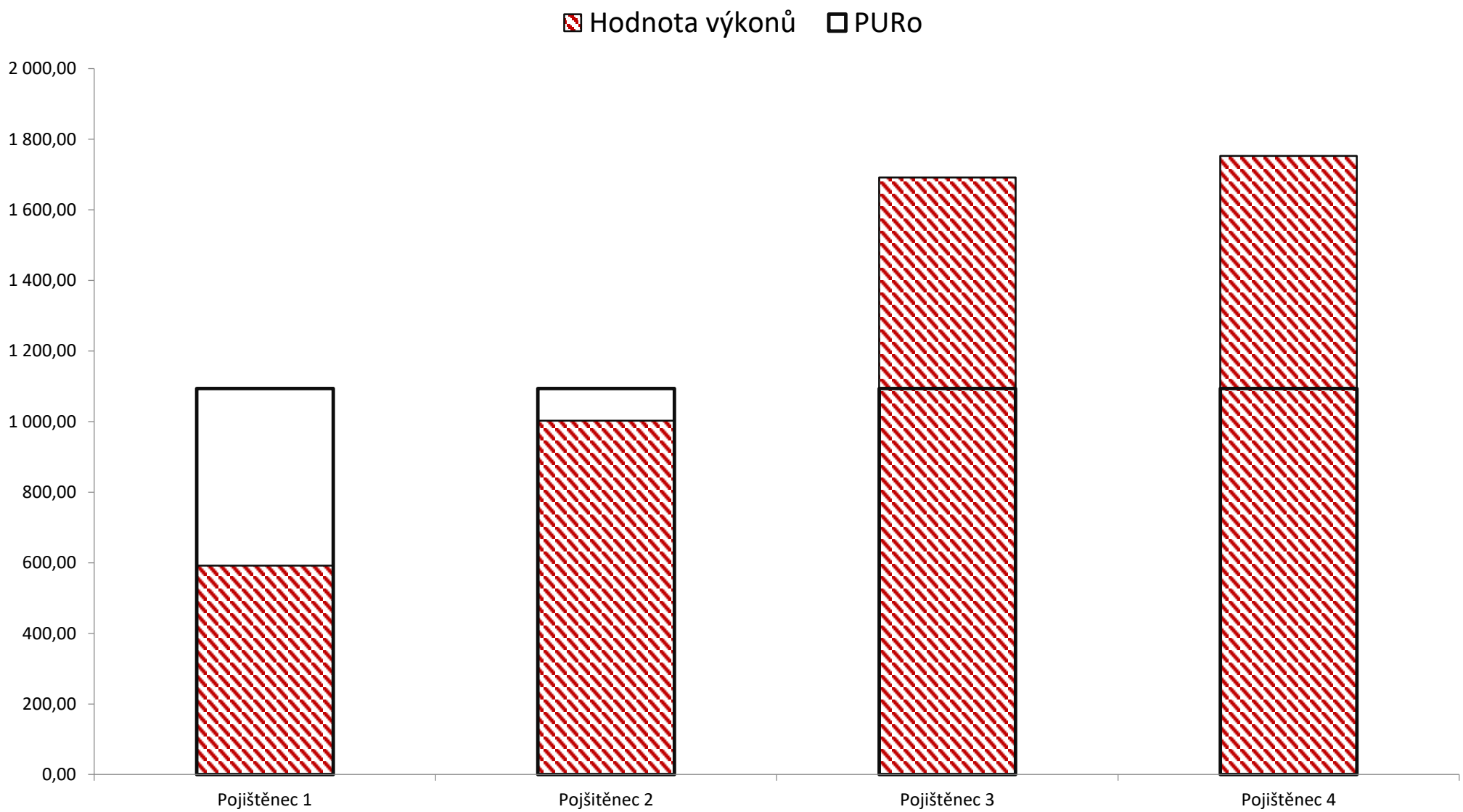
Výkonová úhrada s omezením maximální úhradou

Princip



Výkonová úhrada s omezením maximální úhradou

Princip



Úhrada formou ceníku

Princip

Úhrada za výkon přímo v korunách.
Kontrolní mechanismus =>jasné vymezení výkonu, pravidel vykazování a kontrola jejich dodržování.
Prozatím jediný segment => stomatologická péče.

Příklad vymezení výkonu:

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00901	**Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka** Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení, frekvence vykazování v souladu s přílohou č.1 zákona), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.	Lze vykázat 2/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci individuální preventivní péče o chrup dětí a dorostu, 1/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci preventivní péče o dospělé, dvakrát v průběhu těhotenství, mezi vyšetřeními musí u těhotných uplynout nejméně 3 měsíce. U dětí a dorostu nelze vykázat kombinaci kódů 00901 a 00901, resp. 00946 v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno z odborného hlediska dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů	450 Kč

Úhrada formou redukované hodnoty bodu

Princip

Úhrada formou výkonové platby, ale není pevná hodnota bodu.

Hodnota bodu je redukovaná a vypočte se po skončení hodnoceného období.

Užívá se pro výpočet výsledné úhrady v segmentu zdravotní dopravní služby a radiodiagnostiky.

Redukovaná hodnota bodu (HB_{red}) má dvě složky – fixní (FS) a variabilní (VS)

$$HB_{red} = FS + VS$$

Fixní složka je pevně daná vyhláškou.

Variabilní složka se spočte dle produkce v hodnoceném a referenčním období.

$$VS = (HB - FS) * min\left\{1; \left(\frac{\frac{PB_{ref}}{UOP_{ref}}}{\frac{PB_{ho}}{UOP_{ho}}}\right)\right\}$$

Cíl: *léčit jednoho unikátního pojištěnce (průměrné body na jednoho pojištěnce) v hodnoceném období za stejnou „cenu“ jako v referenčním období*

Kde:
HB – hodnota bodu, která je daná vyhláškou pro daný typ služeb;
FS – fixní hodnota bodu pevně daná vyhláškou;
PB (ref/ho) – celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním/ hodnoceném období;
UOP (ref/ho) – počet unikátních pojištěnců (vyšetřených, přepravených) v referenčním/hodnoceném období;
min - funkce minimum;

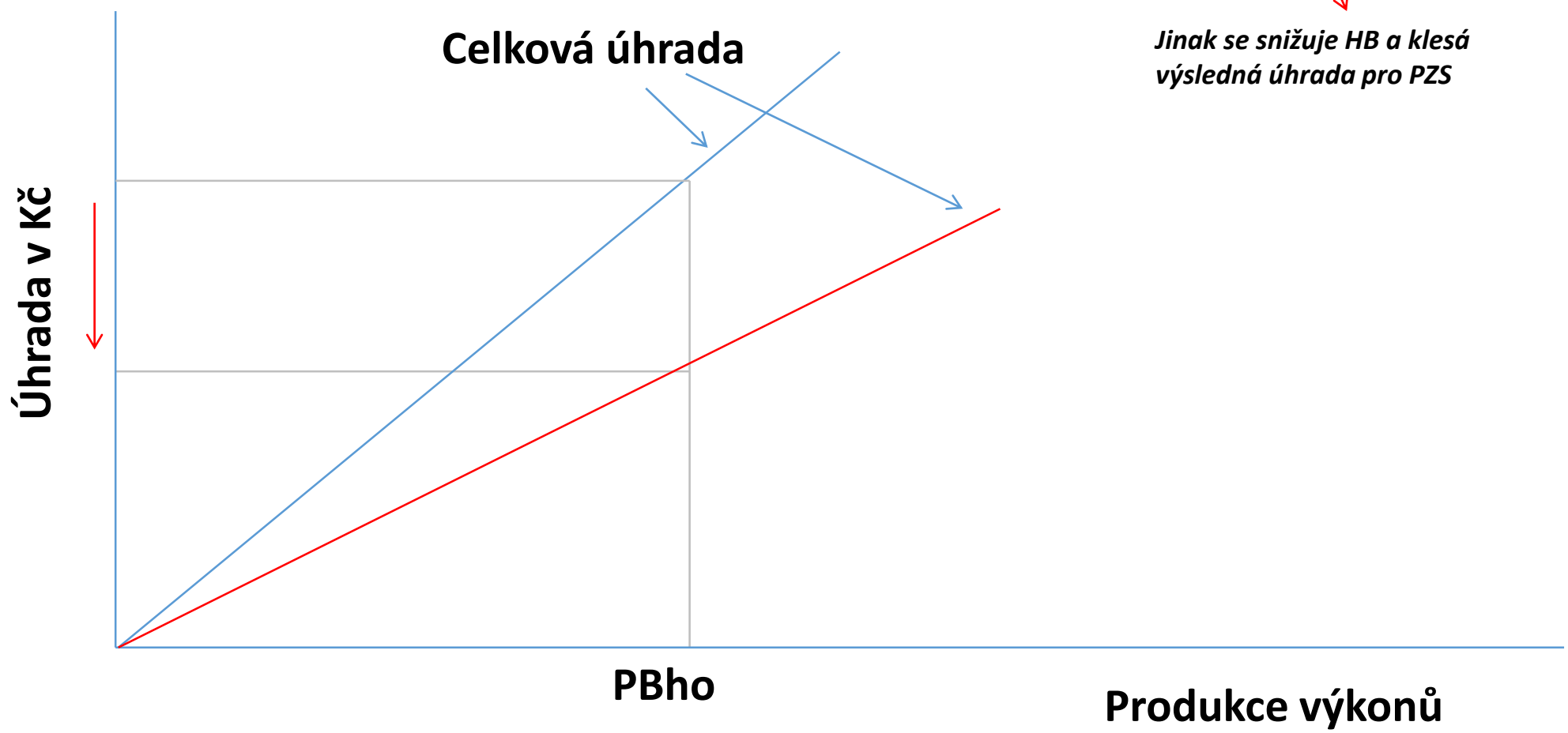
Úhrada formou redukované hodnoty bodu

Princip

$$VS = (HB - FS) * min\left\{1; \left(\frac{\frac{PB_{ref}}{UOP_{ref}}}{\frac{PB_{ho}}{UOP_{ho}}}\right)\right\}$$

Cíl: *léčit jednoho unikátního pojištěnce (průměrné body na jednoho pojištěnce) v hodnoceném období za stejnou „cenu“ jako v referenčním období*

Jinak se snižuje HB a klesá výsledná úhrada pro PZS



ÚHRADY NAD RÁMEC ÚHRADOVÉ VYHLÁŠKY NA ROK 2022

LÉKARENSKÁ KLINICKOFARMACEUTICKÁ PÉČE

- Bonifikace lékáren potenciálně ohrožených rizikem nedostupnosti lékárenské péče:
  - bylo podáno 167 žádostí, k bonifikaci bylo doporučeno 136 žádostí
  - na úhradu bonifikace bylo alokováno 48 mil. Kč za celý systém, podíly pojišťoven byly stanoveny podle Přílohy 9. ÚV
  - podíl VZP činí 6 558,88 Kč až 23 588,42 Kč/měsíc/provozovna dle místa poskytování

- Bonifikace za pohotovostní službu poskytovatelů lékárenské péče:
  - poskytovatelé byli vybrání z databáze SÚKL ke 31. 10. 2021, vybráno celkem 15 poskytovatelů
  - na úhradu bonifikace bylo alokováno 10 mil. Kč za celý systém, podíly pojišťoven byly stanoveny podle Přílohy 9. ÚV
  - podíl VZP činí 12 165,55 Kč až 33 666,33 Kč/měsíc/provozovna dle místa poskytování

VZP

BONIFIKAČNÍ PROGRAM KVALITY PÉČE AKORD

Základní východiska

- Spuštěn v roce 2009
- Základní vstupní podmínky – především elektronická komunikace a komfort pro pacienty
- Pro všeobecné praktické lékaře (zapojeno cca. 48,7 %) a praktické lékaře pro děti a dorost (zapojeno cca. 48,9 %)
- Systém bonifikací
  - Navýšená základní kapitační sazby za splnění vstupních podmínek (2-3 Kč u VPL, 4-6Kč u PLDD)
  - Motivační bonifikace ve výši 12 % u PLDD a 13 % u VPL z celoroční základní kapitační platby při splnění stanovených kvalitativních ukazatelů

Kvalitativní kritéria v roce 2022

BONIFIKAČNÍ PROGRAM KVALITY PÉČE AKORD

Ukazatele/odbornost a váha	VPL	PLDD
Dodržení limitu započitatelné péče (ano/ne)	0,10	0,05
Počet provedených preventivních prohlídek (45 % a více)	X	0,60
Počet vyšetření kolorektálního karcinomu (20 % a více)	0,35	X
Počet očkování proti chřipce a covid19 (27 % a více)	0,20	X
Dodržování metodiky pravidelného očkování (ano/ne)	X	0,30
Počet dispenzarizovaných pojištěnců s chronickým onemocněním diabetes mellitus (3 % a více/nárůst mezi roky)	0,15/ 0,10/ 0,05	X
Objem čerpání péče u jiných VPL/PLDD a v rámci LPS (105 % a méně)	0,10	0,05
Racionální preskripce (potenciální úspora méně než 15 %) a pozitivní list (50 % a více)	0,10	0

CÍLENÉ ÚHRADOVÉ MECHANISMY

Bonifikační program VZP PLUS

VZP PLUS – DIABETES

Do bonifikačního programu VZP PLUS – Organizace a hodnocení kvality péče o pacienty s onemocněním diabetes mellitus mají možnost se zapojit naši smluvní partneři v oboru všeobecného praktického lékařství a ambulantní poskytovatelé v oboru diabetologie a vnitřního lékařství.

VZP PLUS – HYPERTENZE

Do bonifikačního programu VZP PLUS – Organizace a hodnocení kvality péče o pacienty s hypertenzí mají možnost se zapojit naši smluvní partneři v oboru všeobecného praktického lékařství a ambulantní poskytovatelé v oboru kardiologie a vnitřního lékařství.

VZP PLUS – OBEZITA

Do bonifikačního programu VZP PLUS – Organizace a hodnocení kvality péče o dětské pacienty trpící obezitou mají možnost se zapojit naši smluvní partneři v oboru praktického lékařství pro děti a dorost.

VZP PLUS – STOMATOLOGIE

Do bonifikačního programu VZP PLUS – Zvýšení dostupnosti a hodnocení kvality u praktických zubních lékařů mají možnost se zapojit naši smluvní partneři v oboru praktického zubního lékařství.

VZP PLUS - AUTISMUS

Do bonifikačního programu VZP PLUS – Řešení péče o pojištěnce s poruchou autistického spektra po dni dosažení 19. roku věku mají možnost se zapojit naši smluvní partneři v oboru praktického lékařství pro děti a dorost.

VZP PLUS – DOSTUPNOST

Do bonifikačního programu VZP PLUS – Zvýšení dostupnosti všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost mají možnost se zapojit naši smluvní partneři v oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost.

VZP PLUS – GYNEKOLOGIE

Do bonifikačního programu VZP PLUS – Zvýšení dostupnosti a hodnocení kvality poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb mají možnost se zapojit naši smluvní partneři v oboru gynekologie a porodnictví (odbornost 603).

VZP PLUS – DERMATOLOGIE

Do bonifikačního programu VZP PLUS – Včasný záchyt onkologických onemocnění kůže prostřednictvím preventivního vyšetření optické dermatoskopie mají možnost se zapojit naši smluvní partneři – ambulantní poskytovatelé v oboru dermatovenerologie.

VZP

ZDRAVOTNĚ POJISTNÝ PLÁN ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Zdravotně pojistný plán je rozpočtově-strategický výhled zdravotní pojišťovny na následující období.

- Pojišťovna každý kalendářní rok sestavuje zdravotně pojistný plán na následující kalendářní rok a výhled nejméně na dva další kalendářní roky.
- **Obsah:**
  - plán příjmů a výdajů VZP včetně členění podle jednotlivých fondů,
  - předpokládaný vývoj struktury pojištěnců,
  - plán provozních nákladů,
  - údaje o rozsahu zdravotní péče hrazené VZP,
  - způsoby zajištění dostupnosti služeb, které VZP nabízí,
  - soustavu zařízení, se kterými má zdravotní pojišťovna uzavřenou smlouvu o úhradě zdravotní péče
- Podrobnou strukturu obsahu těchto informací a způsob předkládání zdravotně pojistného plánu a výhledu stanoví Ministerstvo zdravotnictví společně s Ministerstvem financí vyhláškou.
- Podle zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, je pojišťovna povinna v návaznosti na termíny stanovené Ministerstvem financí pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu předložit Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok a zprávu auditora.
- Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý rok schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu v návaznosti na termíny projednávání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu.
- Není-li zdravotně pojistný plán schválen před 1. lednem příslušného kalendářního roku, řídí se činnost pojišťovny do jeho schválení provizoriem stanoveným Ministerstvem zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí. Základem pro stanovení provizoria je návrh zdravotně pojistného plánu na příslušný kalendářní rok.
- Schválený zdravotně pojistný plán, nebo do schválení zdravotně pojistného plánu provizorium, výroční zprávu a účetní závěrku pojišťovna zveřejní na svých internetových stránkách.

VZP

PROSTOR PRO VAŠE DOTAZY?

KRÁSNÝ ZBYTEK DNE

VZP