

Veřejné zdravotní pojištění

Zdravotnické systémy

Národní zdravotní služba

Veřejné zdravotní pojištění

Jednopojišťovnové

- *Vícepojišťovnové*

Veřejné zdravotní pojištění

Základní principy

System zdravotního pojištění má dvě základní formy:

Povinné veřejné zdravotní pojištění

Dobrovolné komerční pojištění – smluvní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění :

- *solidarita*
- *důsledná transparentnost nakládání s veřejnými prostředky*
- *dostupnost kvalitní péče pro všechny*
- *sledování, vyhodnocování a zveřejňování indikátorů kvality a nákladů zdravotní péče*
- *jasné vymezení kompetencí (stát, kraje, pojišťovny)*
- *svobodný výběr poskytovatele zdravotní péče i zdravotní pojišťovny*
- *ekonomická rovnováha*

Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění (v.z.p.) legislativa

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Právní předpis obsahuje základní zásady veřejného zdravotního pojištění a práva a povinnosti zdravotních pojišťoven, mimo jiné také v oblasti placení pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, jakož i v oblasti zajištění poskytování zdravotní péče a její úhrady.

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

Právní předpis stanovuje způsob výpočtu a placení pojistného, jeho kontrolu, evidenci a přerozdělování a stanovuje povinnost Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR zřídit pro tento účel zvláštní účet a další povinnosti spojené s jeho vedením.

Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění (v.z.p.) legislativa

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojištně České republiky, ve znění pozdějších předpisů

Právním předpisem se zřizuje Všeobecná zdravotní pojištna ČR, právní předpis dále obsahuje právní úpravu postavení pojištny, kontroly nad činností pojištny prováděnou Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí, práva a povinnosti ministerstev i pojištny v rámci jeho provádění.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojištnách, ve znění pozdějších předpisů

Právní předpis upravuje způsob zřizování zdravotních pojišťoven jiných než je Všeobecná zdravotní pojištna ČR, obsahuje dále úpravu jejich postavení a kontroly jejich činnosti, ke které zmocňuje Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí, pro jejíž rámec stanovuje práva a povinnosti ministerstev i pojišťoven.

Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění (v.z.p.) Legislativa

Vyhláška 134/1998 kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

Vyhláška č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu

Vyhláška stanoví pravidla hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění.

Vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy

Vyhláška je podkladem pro uzavírání individuálních smluv mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními pro úhrady zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění

Veřejné zdravotní pojištění

Hlavní aktéři systému v.z.p.

Pojištěnci

Plátcí zdravotního pojištění

- Poskytovatelé zdravotní péče
- Pojišťovny
- Ministerstvo zdravotnictví
- Ostatní

Veřejné zdravotní pojištění

Pojištěnci

osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR

○ **osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR**

Veřejné zdravotní pojištění

Platci zdravotního pojištění

pojištěnci:

- *zaměstnanci*
- *OSVČ*
- *Osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP)*
- **Zaměstnavatelé**
- **Stát**

Veřejné zdravotní pojištění

Poskytovatelé zdravotní péče

Z hlediska úhrad zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění rozdělujeme poskytovatele na subjekty poskytující:

Ambulantní péči

Primární (praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost)

Specializovanou ambulantní péči (ambulantní specialisté)

Zvláštní ambulantní péče např.:

domácí zdravotní péče

zdravotní péče ve stacionářích

Ústavní péči

Akutní

Následnou

Odbornou a specializovanou

Zvláštní ústavní péče – paliativní lůžková

Ostatní péči

Pohotovostní a záchrannou

Preventivní, závodní preventivní péči

Dispenzární

Lázeňskou

Veřejné zdravotní pojištění

Zdravotní pojišťovny

Všeobecná zdravotní pojišťovna

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR

Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE

Česká národní zdravotní pojišťovna

- **Hutnická zaměstnanecká pojišťovna**
- **Oborová Zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví**
- **Revírní bratská pokladna**
- **Vojenská Zdravotní pojišťovna**
- **Zdravotní pojišťovna Škoda**
- **Česká průmyslová zdravotní pojišťovna**
- **ZP Médea**

Veřejné zdravotní pojištění

Ministerstvo zdravotnictví

- Stanovuje koncepční záměry
- Připravuje zákony, vyhlášky
- Účast ve správních a dozorčích orgánech ZP

Veřejné zdravotní pojištění

státní

-
- Ministerstvo financí
 - Poslanecká sněmovna, Senát
 - Národní referenční centrum
 - Informační centrum zdravotních pojišťoven
 - Centrum mezistátních úhrad
 - Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami ???

Rozsah hrazené péče z v.z.p. 1.část

léčebnou péčí ambulantní a ústavní (včetně diagnostické péče, rehabilitace, péče o chronicky nemocné a zdravotní péče o dárce tkání nebo orgánů související s jejich odběrem),

pohotovostní a záchrannou službu,

- *preventivní péči,*
- *dispenzární péči,*
- *odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání nimi,*
- *poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků,*

Rozsah hrazené péče z v.z.p. 2.část

potravin pro zvláštní lékařské účely,

lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách,

o dopravu 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,

- o dopravu zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,
- o dopravu odebraných tkání a orgánů,
- o posudkovou činnost,
- o *prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu, včetně dopravy.*

Veřejné zdravotní pojištění

Zdroje v.z.p.

Pojistné - 13,5% vyměřovacího základu za rozhodné období
hradí zaměstnanci, zaměstnavatelé, OSVČ a OBZP

Platba státu – stát hradí pojistné za vyjmenované kategorie pojištěnců (důchodci, děti, studenti, nezaměstnaní, matky na mateřské

Právní úprava zdravotní péče - historie

• Výkonový způsob

• Souhrnné vykazování 1992

• Individuální vykazování od 1993

• Výhody

• Rychlé zavedení

• Detailní informace

• Nevýhody

• Disproporce v odbornostech

• Inflace hodnot bodu

• Nadbytečná péče

Úhrady zdravotní péče - historie

Globální paušál

Referenční objem od 1997

• Unikátní rodná čísla

Výhody

• Jednoduchost

• Snížení nadbytečné péče

• Nevýhody

• Snížení motivace k vyšší výkonnosti

• Zakonzervování historických úhrad



Úhrady zdravotní péče - historie

Platba za případ - DRG

- *AP DRG 1996*
- *IR DRG od 2001*
- **Výhody**
 - *Objektivněji popisuje produkci*
 - *Odstraňuje disproporce dané Seznamem výkonů a globálním paušálem*
- **Rizika**
 - *Možné snížení kvality poskytované péče*
 - *Nároky na zavedení*



Úhrady zdravotní péče - současnost

Vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění

- **619/2006 pro rok 2007**
 - *Case mix parametr pro globální paušál*
- **383/2007 pro rok 2008**
 - *Balíčkové ceny*
 - *DRG ALFA*
 - *Case mix parametr pro globální paušál*

DRG 1.část

DRG je klasifikační systém typu case-mix, který zařazuje případy hospitalizace na základě vstupních atributů případu do DRG (skupin).

DRGs „jsou“ homogenní

- Klinicky
- Ekonomicky

RG 2.část

Případ hospitalizace :

Pobyt nemocného v jedné nemocnici, v časové řadě, která nebyla přerušena na více než 1 kalendářní den ode dne přijetí na akutní lůžko, do dne ukončení hospitalizace na akutním lůžku.

Vstupní atributy případu :

Klinické a demografické znaky pacienta, které slouží pro zařazení případu v rámci DRGs klasifikace.

Atributy: základní diagnóza, vedlejší diagnózy, kritické výkony, věk, způsob ukončení, porodní váha novorozence.

ing. Petr Sláma

DRG - shrnutí

- **DRG je klasifikace zařazující případy hospitalizace do ekonomicky a klinicky podobných skupin (DRGs).**
- **Nástroj využitelný pro:**
 - Řízení
 - Komunikaci
 - Financování
- **Použitelnost DRG závisí na kvalitě klasifikace a vstupních dat.**

Veřejné zdravotní pojištění

Typy úhrad zdravotní péče - výkony

výkonově dle Seznamu výkonů s bodovými hodnotami (vyhláška 134/1998 Sb.) násobenými hodnotou bodu dle platné úhradové vyhlášky – s omezením maximální úhradou a regulací preskribce a indukované péče (ambulantní specialisté)

výkonově na základě ceníku zveřejněného v úhradové vyhlášce (stomatologové)

kombinovaná kapitačně výkonová platba (KKVP) – s převažující úhradou za registrované pojištěnce, kdy je stanovena sazba za jednoho registrovaného pojištěnce se zohledněním věkových skupin a vybranými provedenými výkony hrazenými výkonovým způsobem (praktičtí lékaři).

○paušální úhrada kombinovaná s úhradou dle DRG – cca 20% akutní hospitalizační péče vyjmenovaných diagnostických skupin se platí dle DRG, tj. Relativní váhy jednotlivých případů dle Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR DRG) jsou násobený základní sazbou dle úhradové vyhlášky příslušného období. Cca 10% je hrazeno tzv. Balíčkovou cenou – stanovenou cenou za konkrétní případy hospitalizace (Totální endoprotézy). Zbytek je hrazen paušálně na základě referenční úhrady předchozího roku navýšené o úhradovou vyhláškou určené % při dodržení parametru objemu péče dle DRG

Veřejné zdravotní pojištění

Úhrady léků a zdravotnických prostředků

speciální leky vyjmenovaných center se hradí zvlášť dle skutečné spotřeby (např. Onkologická centra – cytostatika)

léky a zdravotnické prostředky zvlášť účtované jsou zahrnuty do paušální úhrady

- paušální úhrada za ošetrovací dny je zahrnuta do celkového paušálu
- léky a zdravotnické prostředky na recept jsou hrazeny subjektům (lékárnám nebo výdejnám), které léky nebo zdravotnické prostředky vydali ve výši maximální ceny stanovené vyhláškou. Subjekty, které léky nebo zdravotnické prostředky vydaly jsou regulovány na základě referenčního objemu předepsaných léků nebo zdravotnických prostředků.

Veřejné zdravotní pojištění

Mechanismus stanovení parametrů úhrad - 1.část

Úhradové období je jeden rok a pro toto období se stanovuje způsob úhrady (hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení) v tzv. Dohodovacím řízení, kterého se účastní zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví (MZ). 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 MZ jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k výsledku do 90 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění na následující kalendářní rok MZ vyhláškou.

Veřejné zdravotní pojištění

Mechanismus stanovení parametrů úhrad - 2.část

Pro realizaci úhrad výkonových nebo kombinovaných s výkonovými je nezbytný Seznam zdravotních výkonů s bodovým ohodnocením. Tento Seznam aktualizuje a vydává Ministerstvo zdravotnictví. Perioda vydání Seznamu nemusí odpovídat roční frekvenci vydávání úhradové vyhlášky.

Pro realizaci úhrad dle DRG je ve Sdělení ČSÚ o aktualizaci „Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG)“ definována verze definičního manuálu a programu pro automatizované kódování podle této klasifikace (tzv. Grouperu). Za vydání a distribuci aktuální verze definičního manuálu a grouperu IR-DRG pro příslušné úhradové období odpovídá Ministerstvo zdravotnictví. V Klasifikaci hospitalizovaných pacientů (IR-DRG) jsou uvedeny jednotlivé skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace (DRG skupiny) s relativními váhami..

Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely je stanovena ve vyhlášce

Zdravotní pojištění cizinců

Cizinci z EU

- Cizinci mimo států EU
 - *S trvalým pobytem v ČR*
 - *Bez povolení k trvalému pobytu v ČR*

Centrum mezistátních úhrad - provádí přeučtování nákladů za poskytnutou nezbytnou péči mezi jednotlivými státy

Hospodaření zdravotnických subjektů

Náklady

Při činnosti podniku vznikají náklady a jsou peněžním vyjádřením spotřeby a opotřebení faktorů produkce. Základní rozdělení nákladů je následující:

fixní náklady – jsou takové náklady, které se nemění se změnou objemu produkce. Musí se vynaložit při každém objemu produkce. Fixní náklady zpravidla nelze měnit v krátkých časových obdobích. Jako příklad je možno uvést hodnotu budov, náklady na vytápění apod.

- **variabilní náklady** – jsou náklady, které se naopak se změnou objemu produkce mění. Patří sem např. spotřebované léky a zdravotnické materiály.

- **Výnosy**

Všechny peněžní částky, které podnik získá ze všech svých činností. Zjišťujeme je vynásobením ceny za Sláma jednotku a množství prodaných jednotek.

Hospodaření zdravotnických subjektů

Hospodářský výsledek

Rozdíl mezi výnosy a náklady firmy

Výnosy jsou menší než náklady – ztráta

Výnosy jsou větší než náklady – zisk

Výsledovka - výkazů zisků a ztrát.

Veřejné zdravotní pojištění

Struktura příjmů ZZ

Mezi základní příjmy zdravotnického zařízení (je uveden příklad nemocnice) patří:

Výnosy za zdravotní péči

- *Z veřejného zdravotního pojištění (v.z.p)*

Mimo v.z.p. (cizinci, nadstandardní služby, regulační poplatky, závodní a pracovní péče ...)

Dotace

- *Dary*

- *Ostatní*

- *Klinické studie, znalecká činnost, granty*

- *Pronájmy*

- *Komerční činnosti*

Výnosy z veřejného zdravotního pojištění tvoří největší podíl výnosů nemocnice (70 – 90 %) z celkového objemu výnosů.

Jsou charakteristické :

- *Komplikovaným výpočtem*

- *Dynamikou změn v čase*

- *Četností smluvních partnerů (zdravotních pojišťoven) a nejednotnosti úhrad*

Veřejné zdravotní pojištění

Struktura příjmů ZZ

Mezi základní příjmy zdravotnického zařízení (je uveden příklad nemocnice) patří:

Výnosy za zdravotní péči

- *Z veřejného zdravotního pojištění (v.z.p)*

Mimo v.z.p. (cizinci, nadstandardní služby, regulační poplatky, závodní a pracovní péče ...)

Dotace

- *Dary*

- *Ostatní*

- *Klinické studie, znalecká činnost, granty*

- *Pronájmy*

- *Komerční činnosti*

Výnosy z veřejného zdravotního pojištění tvoří největší podíl výnosů nemocnice (70 – 90 %) z celkového objemu výnosů.

Jsou charakteristické :

- *Komplikovaným výpočtem*

- *Dynamikou změn v čase*

- *Četností smluvních partnerů (zdravotních pojišťoven) a nejednotnosti úhrad*

Veřejné zdravotní pojištění

Základní oblasti eHealth

eHealth - informační a komunikační technologie ve zdravotnictví, (anglickým termínem eHealth), jsou relativně se rozvíjející oblastí, jejíž základem je podpora zdravotnické péče prostřednictvím elektronizace procesů a komunikačních kanálů. Projekt zahrnuje celou řadu elektronických procesů, systémů, produktů a služeb, jejichž společným jmenovatelem a cílem je propojení zdravotní péče a informačních technologií.

Hlavní cíle eHealth jsou:

- *Zlepšit ochranu zdraví občanů*
- *Podporovat zdraví v zájmu solidarity a prosperity*
- *Vypracovat a dále šířit znalosti o zdraví*

Veřejné zdravotní pojištění

Základní oblasti eHealth

Elektronické zdravotní záznamy - usnadňují komunikaci mezi pacientem a zdravotnickými zařízeními, odborníky, lékárnami a mezi zdravotnickými zařízeními samotnými.

Elektronická proskripce - systém pro elektronické předepisování léků a elektronický přenos receptů, který by měl postupně nahradit stávající způsob předepisování a přenosu papírového receptu.

Cílem projektu je elektronickou komunikace mezi lékařem, který léky předepisuje, lékárnou, která léky vydává pacientovi, zdravotními pojišťovkami a pacienty.

Elektronická identifikace pojištěnce - umožní přesnou identifikaci pojištěnce jak v rámci ČR tak i mezinárodně, zejména s ohledem na platnou legislativu v Evropské unii a volný pohyb osob v rámci jednotného trhu. Identifikace pojištěnce spolu s identifikací poskytovatele zdravotnických služeb pomůže v racionalizaci systému zdravotního pojištění.

Telemedicína - veškeré typy vyšetření, která nevyžadují bezpodmínečnou přítomnost pacienta. Tento systém zjednodušuje roli pacienta, stejně jako zdravotnického zařízení, kdy pacient tak nemusí být fyzicky přítomen. Je možné sdílet informace o zdravotním stavu pacienta mezi odborníky, což eliminuje duplicitu některých vyšetření.

Zdravotnické informační sítě a databáze – principem je vytvoření rozsáhlých informačních databází tzv. registrů. V současné době je v oblasti zdravotnictví provozována celá řada registrů.