

Ambulantní péče a zdravotní pojištění

Jaro 2023

Zdravotní politika

- je cílevědomá činnost státu a ostatních sociálních subjektů zaměřená na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva, kvalitu zdravotních služeb a jejich dlouhodobou udržitelnost.
- představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin.
- znamená politické jednání s vlivem na zdraví skupin či národů s cílem zlepšovat zdravotní situaci obyvatelstva minimalizací výskytu poruch zdraví.
- vyjadřuje zájem států na zdravotním stavu obyvatelstva.

Zdravotní politika

Hlavními úkoly státu jako subjektu zdravotní politiky je:

- **tvorba zdravotní politiky** – tvorba strategií, národních programů, legislativní proces, správa státního rozpočtu ve vztahu ke zdravotnictví
- **garance zdravotní péče** – převzetí odpovědnosti za dostupnost zdravotní péče pro všechny občany
- **garance kvality zdravotní péče** – zabezpečuje vzdělávání zdravotnických pracovníků, kontrolu léčiv a stanovuje pravidla pro jejich skladování a distribuci

Řídícím orgánem je Ministerstvo zdravotnictví.

Základní charakteristiky současného zdravotnictví

- stát garantuje zdravotní péči všem občanům
- zdravotní péče je poskytována v konkurenčním prostředí
- občané mají právo na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení
- pluralitní (mnohačetný) systém financování - prostřednictvím zdravotního pojištění, státem, obcemi, obyvateli
- podíl dalších institucí a organizací na zdravotní politice – zdravotní pojišťovny, Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora

Způsob řízení a plánování ve zdravotnictví

Způsob řízení

- primární cíl není ve většině zařízení postaven na výdělku, ale na vyrovnaném rozpočtu a kvalitním poskytování služeb

Plánování

- **Plánování péče o zdraví** → dělání všeho, co přispěje ke zlepšení zdraví obyvatelstva.
- Při plánování ve zdravotnictví se vychází z **nabídky** (sít' zdravotnických služeb a jejich skladba) a **poptávky** (potřeba zdravotnické péče).
- Často bývá ovlivňováno působením státu a jeho zdravotní politiky.

Zdravotní/nické systémy

Ve zdravotnickém systému existuje velké množství aktérů tvořících složitou strukturu s mnoha vzájemnými vazbami.

Jedná se však o vztah mezi třemi hlavními subjekty:

1) těmi, kdo péči potřebují, tj. spotřebiteli

2) těmi, kdo ji nabízí, tj. poskytovateli zdravotních služeb

a 3) těmi, kdo ji finančně zprostředkovávají, tj. plátcí zdravotních služeb.

Dále do zdravotního systému patří státní sféra, výrobci a dodavatelé léčiv či zdravotnické techniky, vzdělávací instituce, média, politické strany, odborové organizace a dalších.

Akteři zdravotnických systémů

Spotřebitelé (příjemci, uživatelé)

- občané, kteří v systému vystupují jako poptávající zdravotnických služeb
- na jedné straně odvádí zdravotní pojištění, na druhé straně spotřebovávají zdravotní péči

Poskytovatelé

- vykonávají samotnou zdravotní péči, kvalita jejich práce tak ovlivňuje výsledky celého systému

Plátcí zdravotních služeb

- především zdravotní pojišťovny, svým postavením zásadně ovlivňují chod celého systému
- na jedné straně mají závazky k pojištěncům, na druhé straně na základě smluv proplácejí poskytnutou zdravotní péči poskytovatelů

Modely financování zdravotní péče

Tržní model (liberární)

- **zdravotní péče není garantovaná státem**, stát řeší pouze přístup ke zdravotní péči určitých sociálních skupin
- základem léčebného vztahu je svobodný vztah mezi klientem a lékařem, do kterého nikdo nesmí autoritativně zasahovat, nikdo není povinen se účastnit zdravotního pojištění a přispívat na sebe i druhé
- nejblíže k tomuto modelu má systém zdravotní péče v USA
- zdravotní pojištění je dobrovolné a je poskytováno zdravotními pojišťovnami
- pacient si může svobodně zvolit lékaře, zdravotnické zařízení a pojišťovnu
- **pacientova sociální situace determinuje rozsah a kvalitu dostupné péče**

Modely financování zdravotní péče

Státní zdravotnictví – Beveridgeovský model

- je jedním z nejvíce socializovaných systémů, péče je garantována většině obyvatel
- zdravotní péče je financovaná z daní, stát je tedy garantem bezplatné zdravotní péče (systém uplatňován např. ve Velké Británii)
- stát určuje síť zdravotnických zařízení a sleduje jejich využívání
- zdravotnická zařízení jsou ve vlastnictví státu a zdravotničtí pracovníci jsou státní zaměstnanci popř. soukromé subjekty
- zdravotní péče je hrazena z daní (spoluúčast pacienta je velmi nízká popř. žádná)
- možnost soukromého pojištění a připojištění pro nadstandardní péči
- tradičním nedostatkem britského zdravotnictví je nízký ohled na přání pacientů, dlouhé čekání jak při přijetí, tak i v případě plánovaných zákroků (čekací seznamy)

Modely financování zdravotní péče

Národní zdravotní pojištění - Bismarckovský model

- systém financování zdravotní péče na základě státem organizovaného pojištění
- je chápán jako povinně předplacené služby u zdravotních pojišťoven
- používá se v řadě zemí - Německo, Rakousko, Česká republika
- stát je garantem zdravotní péče a je odpovědný za zajišťování efektivního vynakládání zdrojů
- systém je solidární, každý platí pojistné v závislosti na svém příjmu, ale dostává zdravotní péči podle potřeby, přístup ke zdravotní péči je zajištěn pro celou populaci
- stát se podílí na financování ve formě platby pojistného do fondu zdravotního pojištění za osoby společensky uznané (děti, studenti atd.)

System zdravotní péče v ČR

Úroveň zdravotnictví patří mezi hlavní ukazatele vyspělosti země.

V České republice je základní zdravotní péče poskytována všem občanům na základě zdravotního pojištění.

Dostupnost zdravotní péče je nezbytným předpokladem realizace práva na ochranu zdraví - dostupnost a zpřístupnění základní zdravotní péče pro všechno obyvatelstvo.

Státní správu v ochraně veřejného zdraví vykonávají:

- Ministerstvo zdravotnictví ČR
- Krajské hygienické stanice
- Ministerstvo obrany ČR
- Ministerstvo vnitra ČR

Legislativa

- Listina základních práv a svobod – součást ústavního pořádku ČR, formulována lidská práva - **právo na ochranu zdraví a zdravotní péči**
- Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění - podmínky veřejného zdravotního pojištění
- Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování upravuje obecné podmínky poskytování zdravotní péče na území České republiky
- Zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění – upravuje podrobnosti týkající se placení pojistného na veřejné zdravotní pojištění
- Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- Zákon č. 280/1992 Sb. o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách



Financování zdravotnictví v ČR

- V rámci EU neexistuje jednotný systém správy, financování a poskytování zdravotní péče, toto zůstává v kompetenci jednotlivých států.
- Česká republika v roce 1992 přešla od centrálně řízeného systému financování zdravotnictví k vícezdrojovému financování
- Ačkoliv systém zdravotnictví v EU není sjednocený, členské státy spolupracují, zejména pokud jde o zlepšení informovanosti o záležitostech týkajících se veřejného zdraví či o studium faktorů ovlivňujících zdravotní stav, např. faktory životního stylu, faktory spojené s životním prostředím

Zdroje financování zdravotní péče

- 1. Všeobecného zdravotního pojištění** - majoritním zdrojem financování (79 %) zdravotní péče – zabezpečují zdravotní pojišťovny.
- Podíl **státního rozpočtu a územních rozpočtů** (krajských, městských, obecních) na financování zdravotnictví postupně klesá, pohybuje se pod 6 %.
- 3. Soukromé zdroje** (přímé platby pacientů, spoluúčast), které se v dlouhodobém horizontu zvyšují, dosahují v současné době přibližně 15 % ročních výdajů na zdravotnictví – příplatky za léky
- 4. Další zdroje financování** - tvoří 2-3 % celkových výdajů na zdravotnictví - cestovní zdravotní pojištění, neziskové organizace (Český červený kříž)

1. Veřejné zdravotní pojištění

- Druh zákonného pojištění, na jehož základě je hrazena zdravotní péče
- Zdravotní pojišťovny (veřejnoprávní instituce) jsou státem pověřeny **výběrem pojistného** na zdravotní pojištění a **hrazením zdravotních úkonů** poskytovatelům péče.
- Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům.
- Povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřely na základě výběrového řízení smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Smlouvy se nevyžadují jen při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče.

Platby pojistného

- Platby pojistného Veřejné zdravotní pojištění je **povinné pro všechny ekonomicky aktivní obyvatele ČR** (zaměstnanci, OSVČ, osoby bez zdanitelných příjmů OBZP).
- Povinnost placení pojistného je rozložena mezi zaměstnance a zaměstnavatele v poměru 1:3. Pojistné je vyměřené jako **13,5 % z vyměřovacího základu** (celkových mzdových nákladů u zaměstnance), přičemž 1/3 (tj. 4,5 %) platí zaměstnanec ze své hrubé mzdy a 2/3 pojistného (9 %) odvádí zaměstnavatel přímo registrující zdravotní pojišťovně.
- Za **ekonomicky neaktivní občany hradí** zdravotní pojištění ze státního rozpočtu **stát**: děti a studenti do 26 let; starobní a invalidní důchodci; uchazeči o zaměstnání; osoby celodenně pečující o děti či jiné závislé osoby; žadatelé o udělení azylu; vězni...

Přerozdělovací mechanismus

- Veřejné zdravotní pojištění zajišťuje stejný přístup k čerpání zdravotní péče všem občanům bez ohledu na výši jimi placeného pojistného.
- Má-li být tato úloha veřejného zdravotního pojištění splněna pro pojištěnce všech zdravotních pojišťoven, musí dojít k přerozdělení jimi vybraného pojistného - **Přerozdělovací mechanismus**
- Každá zdravotní pojišťovna sděluje jednou měsíčně správci zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění, jímž je Všeobecná zdravotní pojišťovna, výši 100 % vybraného pojistného.
- „Zvláštní účet“ je doplněn MF (financí) o pojistné za pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát.
- Účelem je vyrovnání rozdílů, které jsou mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami.
- Cílem přerozdělování je, aby každá pojišťovna získala na počet svých pojištěnců v určitém věkovém složení stejný objem finančních prostředků = **princip solidarity zdravých občanů s nemocnými**

Dostupnost hrazených služeb

- Hlavním cílem zdravotního pojištění je, aby se pojištěnec ve chvíli, kdy tak vyžaduje jeho zdravotní stav, dostal k adekvátním zdravotním službám, na něž má zákonný nárok.
- Každá zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu.
- Místní dostupnost je pro jednotlivé obory zdravotních služeb stanovena dojezdovými dobami v nařízení vlády. Např. k ambulantnímu gynekologovi nebo praktickému lékaři - za 35 minut.
- Časovou dostupností se rozumí zajištění poskytnutí neodkladných a akutních hrazených služeb ve lhůtě odpovídající jejich naléhavosti.
- Poskytovatel zdravotních služeb není oprávněn odmítnout pacienta zdravotní pojišťovny, s níž má uzavřenu smlouvu, pokud neexistují jiné důvody pro odmítnutí (např. je naplněna kapacita).

Zdravotně pojistný plán

- Zdravotně pojistný plán zdravotní pojišťovny lze nejobecněji charakterizovat jako rozpočet, kterým se řídí její hospodaření v konkrétním kalendářním roce.
- Zdravotní pojišťovny jej sestavují v návaznosti na termíny stanovené pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu a následně předkládají Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí ke schválení.
- Náklady na zdravotní služby vychází z parametrů úhradové vyhlášky Ministerstva zdravotnictví na příslušný rok.

Zdravotní pojišťovny jako plátcí zdravotní péče

Aktuálně je dle MZ v ČR 7 zdravotních pojišťoven:

- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207) – OZP
- Revírní bratrská pokladna (213) – RBP
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201) – VoZP
- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111) – VZP ČR největší veřejnoprávní zdravotní pojišťovna, která v současnosti pojišťuje asi 65 % občanů ČR.
- Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA (209) – ZPŠ
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211) – ZPMV ČR
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205) - ČPZP

Zdravotní pojišťovny jako plátcí zdravotní péče

- Každý občan může být klientem neboli pojištěncem pouze u 1 zdravotní pojišťovny.
- Zdravotní pojišťovna nemůže svým klientům nařizovat, jak dlouho musí u zdravotní pojišťovny zůstat, nemůže jednostranně ukončit vztah mezi ní a pojištěncem, tuto pravomoc má pouze pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce.
- **V rámci zdravotního pojištění má pojištěnec právo si vybrat jednu ze sedmi zdravotních pojišťoven. Změnu zdravotní pojišťovny je možné provést jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí.**

Zdravotní pojišťovny jako plátcí zdravotní péče

- Tzn. buďto 1. ledna nebo 1. července. Při změně se uplatňuje **tříměsíční čekací lhůta**. Pro změnu k 1. červenci je třeba o přeregistraci požádat nejpozději 31. března, pro změnu k 1. lednu nejpozději 30. září. Postup: stačí se přihlásit u nové zdravotní pojišťovny a ta zařídí odhlášení od předchozí zdravotní pojišťovny.
- **Právo na výběr pojišťovny nelze použít při narození dítěte** – dnem narození se dítě stává pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u níž je pojištěna matka dítěte v době jeho narození (není-li matka narozeného dítěte zdravotně pojištěna podle tohoto zákona, stává se dítě dnem narození pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je zdravotně pojištěn otec dítěte v den jeho narození).

Zdravotní pojišťovny jako plátcí zdravotní péče

- Každá zdravotní pojišťovna uzavírá smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb a vytváří tak pro své pojištěnce tzv. síť smluvních poskytovatelů zdravotních služeb.
- Hlavním institutem, který hájí zájmy klientů pojišťoven, je orgán státního dozoru. Dále se ochranou pojištěných zabývá např. ombudsman.

Zdravotní pojišťovny jako plátcí zdravotní péče

- Pojištěnec má (bez časové limitace) právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb na území ČR, který je ve smluvním vztahu k jeho zdravotní pojišťovně, a na výběr zdravotnického zařízení.
- Omezení, že toto právo může uplatnit jednou za 3 měsíce, se týká **registrujícího** poskytovatele zdravotních služeb (tzn. praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, gynekolog a stomatolog).
- Nově registrující lékař je povinen při přijetí pacienta do péče vyplnit registrační list, který pacient podepíše, o další se již pacient nestará.
- Nový lékař je pak oprávněn vyžádat si od svého předchůdce veškeré informace o zdravotním stavu, aby mohl nově registrovanému pacientovi péči řádně poskytovat. Stejně tak informuje příslušnou zdravotní pojišťovnu.

Financování služeb poskytovatelům

Při platbách za služby lékařů jsou používány výkonové ukazatele a metody. Uplatňují se při tom tři základní přístupy:

- platby za provedené služby,
- platby na základě počtu pacientů,
- platby podle odpracovaného času.

Pro financování lůžkových zdravotnických zařízení je využíváno

- zpětné proplácení nákladů
- předem stanovená výše úhrad - bývá stanovena na základě různých ukazatelů (celkový rozpočet zařízení, počet přijatých pacientů, počet ošetřovacích dnů, jednotlivé druhy služeb)

Výdaje na zdravotnictví

- Celkové výdaje na zdravotnictví se pohybují na úrovni cca 8 % hrubého domácího produktu (finální celková peněžní hodnota statků a služeb vytvořená za dané období na určitém území). V okolních evropských zemích je tento podíl na úrovni cca 10 % hrubého domácího produktu.
- Na financování zdravotnictví se podílejí zdravotní pojišťovny cca 76 %, domácnosti cca 14 %, místní rozpočty 5 %, státní rozpočet 3 % a ostatní zdroje 2 %.
- Struktura nákladů zdravotních pojišťoven
 - nemocnice 47 %, léky na recept 18 %, ambulance 17 %, praktici 6 %, stomatologie 4 %, doprava, lázně, ozdravovny 4 %, ostatní lůžková zařízení 4 %

Praktičtí lékaři

- jsou odměňováni systémem tzv. kombinované kapitačně výkonové platby. Část své odměny dostává ve fixní formě, tj. za každého pojištěnce, kterého má ve své registraci a druhou část tvoří platby za určité výkony.
- Zdravotní pojišťovna dopředu oznámí soupis hrazených úkonů.
- Zdravotní péče je praktickým lékařům hrazena tím způsobem, že lékař uzavírá smlouvy se zdravotními pojišťovnami a účtuje jim každý měsíc úhradu za poskytnutou péči.

Ambulantní zdravotní služby

- MZ vydává každý rok vyhlášku, ve které jsou bodově ohodnoceny jednotlivé výkony.
- Korunová hodnota jednoho bodu je určena v dohodovacím řízení, které svolává MZ a účastní se ho zmocnění zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb.
- Určení hodnoty je tedy důležitým faktorem pro financování ambulantních specialistů a v menší míře i praktických lékařů.
- Zdravotní pojišťovny sledují počet zdravotních výkonů, spotřeby léků nebo zdravotnických prostředků. V případě překročení limitu, který je dán pojišťovnou, musí lékař vrátit finanční prostředky, které za tyto výkony obdržel od zdravotní pojišťovny. V posledních letech od těchto regulací se však odstupuje a při překročení regulací je hodnocený každý případ individuálně.

Stomatologická péče

- V roce 1997 si Česká stomatologická komora prosadila vlastní sazebník i samostatné ocenění stomatologické péče.
- V aktualizované úhradové vyhlášce pro příslušné období jsou výkony vyjádřeny v korunovém vyjádření nikoli v bodech, jak je tomu v ostatních ambulantních oborech.
- Ohodnocení jednotlivých výkonů je ujednáno v rámci dohodovacího řízení. Kromě výkonů je zde také uveden seznam nadstandardních výkonů, materiálů a výrobků, které si pacient hradí sám nebo na ně z části přispívá.
- Příjem stomatologa se tedy skládá z přímých plateb pacientů za nadstandardní výkony, od zdravotních pojišťoven a z části také z ostatních provozních aktivit (prodej stomatologických pomůcek).

Stomatologická péče

Vyhláška č. 315/2022 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023

Výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství a příslušná regulační omezení:

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00900	Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Založení dokumentace se záznamem stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání včetně onkologické prohlídky, mezičelistních vztahů, anamnézy a individuálního léčebného postupu. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení).	Lze vykázat při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace poté, co zdravotnická dokumentace vedená o pojištěnci byla v souladu s právními předpisy vyřazena a zničena. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	555 Kč
00904	Preventivní prohlídka poskytnutá po registraci	Lze vykázat do deseti let po registraci 014	

Lůžková péče

- Od roku 1997 jsou nemocnice financovány **paušální sazbou**.
- Výše tohoto paušálu byla stanovena na základě skutečnosti předcházejícího roku, tzn., že se vycházelo z údaje ukazujícího kolik finančních prostředků obdržela tatáž nemocnice v předcházejícím roce.
- Tento systém vychází z teorie, že většina nákladů nemocnic je fixních a do určité míry tedy nejsou závislé na počtu pacientů ani způsobu léčby.
- Je uváděno, že fixních nákladů je 75% z nákladů celkových (světlo, teplo)
- Tento systém při rostoucích nákladech bez doprovodných motivačních prvků vede ke snižování prováděných výkonů
- Od roku 2004 se souběžně s paušálním systémem používá **system DRG**

DRG (Diagnosis Related Group)

- **DRG (skupiny vztažené k diagnóze) je klasifikační a úhradový systém**, který zařazuje hospitalizace akutní lůžkové péče do stejných klasifikačních tříd s podobnými klinickými vlastnostmi a podobnými obvyklými náklady.
- Za pacienty zařazené do jedné třídy je stanovena (dohodnuta) stejná výše úhrady → **případový paušál** (jedna hospitalizace konkrétního pacienta).
- Úhrada případovým paušálem představuje podle typu nemocnice zhruba 40-70% veškeré úhrady lůžkové péče.
- **Case mix** → pacienti jsou rozlišováni podle léčby, primární diagnózy, věku, pohlaví, komplikací. Výsledkem je zařazení do DRG skupin, které se člení na 25 hlavních diagnostických tříd

DRG (Diagnosis Related Group)

- Jednotlivé informace o zdravotní péči jsou zařazeny do kontextu uceleného průběhu hospitalizace a dává tak možnost zjistit kolik prostředků se na léčbu spotřebovalo, proč, a hlavně s jakým efektem.
- Za výsledek nemocnice se tak nepovažuje služba samotná – ale souhrn všech služeb poskytnutých danému nemocnému s určitou konkrétní nemocí. Pravidla DRG jsou specifikována definičním manuálem, který nemocnice v získávají od MZ na základě licenční smlouvy.
- Samostatnou složkou je financování ošetrovatelské péče poskytované v sociálních zařízeních. Tato péče není v ČR považována za zdravotní péči, a proto není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Finančně je tato činnost zajištěna z prostředků MPSV a zřizovatelů těchto zařízení.

Financování státních nemocnic

- Velké státní nemocnice**, právnicky vedené příspěvkové organizace, hospodaří podle **ekonomického postavení příspěvkových organizací**:
- finanční prostředky od zdravotních pojišťoven
 - ze státního (krajského) rozpočtu
 - z investičních činností (pronájem budov, laboratoří)
 - pod přímým dohledem zřizovatele → Ministerstvo zdravotnictví ČR

Fyzioterapie v ambulantních zdravotnických zařízeních + homecare

- Úhrada zdravotní péče se provádí podle smlouvy uzavřené mezi zdravotnickým zařízením a konkrétní pojišťovnou pomocí bodového systému s hodnotou bodu stanovenou v Kč
- Nadstandardní služby (masáže, preventivní rehabilitační péče apod.), jsou hrazeny pacientem v hotovosti přímo rehabilitačnímu zařízení.
- Systém financování je tedy kombinovaný, částečně je podobný systému u ambulantních specialistů (body) a částečně u stomatologů (doplátky v korunách přímo v ambulanci).

Financování léků

Léčiva jsou hrazena třemi způsoby:

a) Léky jsou hrazeny skrze zdravotní pojištění

- Pokud je pacientovi předepsán lék či zdravotní pomůcka na předpis a je plně hrazen zdravotním pojištěním, pacient nic nedoplácí a lékárna pak dostane od zdravotní pojišťovny úhradu za tyto předpisy.
- Od roku 1995 je používán **Generický princip kategorizace a úhrad** - v každé kategorii generických substitucí je alespoň jeden lék, který je plně hrazen zdravotní pojišťovnou. Rozhoduje SÚKL, cílem je, aby léky bez doplatku byly stejně účinné jako léky plně hrazené zdravotní pojišťovnou. MZ se rozhodlo preferovat české léky před zahraničními (pokud jsou tyto léky stejného nebo velice podobného složení).

Financování léků

b) Léky jsou hrazeny zčásti zdravotní pojišťovnou a zčásti doplatkem pacienta

- Pokud tedy zdravotní pojištění nekryje celou částku daného léku, pacienti doplácí zbytek ve formě doplatku. Doplatky se mohou v jednotlivých lékárnách mírně lišit, jsou dány konkurencí lékáren v dané oblasti, ale také zdravotní pojišťovny mohou na úhradu léku přispívat více či méně.

c) Léky jsou plně hrazeny pacientem

- Pacient si hradí lék v plné výši, pokud je předepsaný lékařem a zdravotní pojišťovna nic nepřispívá nebo se jedná o volně prodejný lék. Cena léčiv opět podléhá konkurenci lékáren, a proto se ceny můžou lišit

Kapitační platba

- **všeobecný praktický lékař dostává za každého svého zaregistrovaného pacienta od zdravotní pojišťovny tzv. kapitační platbu.** Tuto platbu dostane od zdravotní pojišťovny každý měsíc, i když pacient jeho ordinaci celý rok nenavštíví. **Do tohoto paušálu patří četné výkony, které už pak lékař nemůže vykazovat zvlášť.** Kapitační platba je vyplácena také praktickým lékařům pro děti a dorost.
- **Kapitační sazbu stanovuje zpravidla tzv. úhradová vyhláška MZ** (o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení). Pro rok 2023 se jedná o vyhlášku č. 315/2022 Sb.

Kapitační platba

- **v kapitační platbě je zahrnuta řada výkonů poskytované zdravotní péče**, např. cílené a kontrolní vyšetření (pozor – všeobecné preventivní prohlídky se vykazují), injekce, ošetření a převaz menší rány nebo bércového vředu, vyjmutí cizího tělesa z nosu nebo ze zvukovodu, konzultace s rodinnými příslušníky pacienta, administrativní úkony atd. **Lékař již tyto výkony při ošetření registrovaného pojištěnce zdravotní pojišťovně nevykazuje k úhradě.**
- **Na kapitační platbu za jednoho registrovaného pojištěnce má vliv několik parametrů.** Aktuálně vyhláška Ministerstva zdravotnictví stanovuje tři sazby, a to dle plnění několika podmínek rozsahu a rozložení ordinační doby.

Kapitační platba

Základní kapitační sazbu ve výši 59 Kč na jednoho registrovaného pojištěnce získají všeobecní praktičtí lékaři za předpokladu, že:

- poskytují na daném pracovišti hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin 5 pracovních dnů týdně, alespoň jeden den v týdnu ordinační hodiny nejméně do 18 hodin.

Kapitační sazba ve výši 65 Kč - všeobecní praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost musí:

- poskytovat na daném pracovišti zdravotní péči v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin 5 pracovních dnů týdně, alespoň jeden den v týdnu mít ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin,
- umožnit pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu (tzv. ordinační hodiny pro objednané pacienty).

Kapitační platba

- Všeobecní praktičtí lékaři, kteří nesplňují výše uvedené podmínky, mají kapitační sazbu stanovenou ve výši 53 Kč.
- Praktičtí lékaři pro děti a dorost, kteří taktéž nesplňují vyjmenované požadavky, obdrží od zdravotní pojišťovny platbu ve výši 58 Kč.
- Vliv na kapitační platbu má dále věk pacientů - kapitační sazba se násobí věkovým koeficientem – tzv. indexem, který zohledňuje náročnost péče o pacienta v jednotlivých věkových skupinách (index je rozdělen po pětiletých intervalech) - vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let. Nejvyšší index je stanoven u dětí ve věku 0–4 roky (4,10) a u pacientů ve věku nad 85 let (3,40), u pojištěnců 20–24 let je index 0,90 a u dospělých pacientů roste výše indexu s přibývajícím věkem.

Kombinovaná kapitačně-výkonová platba

- Kapitační platba je jen jednou částí úhrady za poskytování zdravotní péče všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost.
- Praktičtí lékaři jsou odměňováni tzv. **kombinovanou kapitačně-výkonovou platbou**. Ta se skládá ze dvou částí – kapitační platby a platby za provedené výkony, které nejsou zahrnuté do kapitační platby.
- Jako příklad lze uvést preventivní prohlídku, jež není zahrnuta v kapitační platbě. Praktický lékař ji vykáže výkonem zdravotní pojišťovně a dostane za ni zapláceno nad rámec kapitačního paušálu. Do skupiny tzv. mimokapitačních výkonů dále patří také očkování, péče o diabetika, výkony rychlé diagnostiky. Bodová hodnota jednotlivých výkonů je stanovena v seznamu zdravotních výkonů (vyhláška Ministerstva zdravotnictví) a je dána úhradovou vyhláškou.

Zdravotní výkony – bodové hodnoty

- [vykony_01395.pdf \(vzpstatic.cz\)](#)
- 17021 – KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ KARDIOLOGEM - 862b
- 17022 -CÍLENÉ VYŠETŘENÍ KARDIOLOGEM - 435b
- 17023-KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ KARDIOLOGEM - 217b
- 170111 -EKG VYŠETŘENÍ SPECIALISTOU - 168b
- 17113-SPECIALIZOVANÉ ERGOMETRICKÉ VYŠETŘENÍ - 697b
- 17129-NEINVAZIVNÍ AMBULANTNÍ MONITOROVÁNÍ KREVNÍHO TLAKU -391b

Vykazování výkonů

22.02.2023 0-VÝK 1 0 Mejlík Vladimír Odb NS Dia

Kopíruj Kopíruj Kopíruj Kopíruj

Č.lek Příznak Účtovat na poj

Kopíruj Kopíruj

Účtovat na poj AND

Upravit označený Uložit změny Zrušit změny Smazat označený

Datum	Sk	Kód	Poč.	Cena	Body	Dia	Odb	NS	Účtovat	Příznak	Pro
26.01.2023		09219	1		72						Hus
26.01.2023		09543	1	49,00	0						Hus
26.01.2023		11022	1		577						Hus
26.01.2023	1	0097559	4	39 305,32							Hus

Předepisování ZP na poukaz sestrami

- Novela zákona č. 48/1997 Sb. od 1. 1. 2023, o veřejném zdravotním pojištění umožňuje všeobecné nebo dětské sestře se specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí, v rozsahu stanoveném ošetřujícím lékařem v doporučení domácí péče (sestra v domácí péči) předepisovat vybrané zdravotnické prostředky (např. krycí a obvazový materiál, zdravotnické prostředky pro inkontinentní pacienty a pro pacienty se stomií, zdravotnické prostředky pro kompresivní terapii). Dosud měli tuto kompetenci výhradně lékaři.
- Všeobecná nebo dětská sestra se specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí vykonává práci u poskytovatele, který má oprávnění k poskytování zdravotních služeb v lékařské odbornosti požadované pro předepsání příslušného zdravotnického prostředku, tj. např. sestra u PL, GYN nebo URO může mít možnost předepsat inkontinenční pomůcky.

Zdroje

- [ekonomicke-pravni-a-eticke-aspekty-1b.pdf \(cuni.cz\)](#)
- [část 1 - Ekonomika ve zdravotnictví: 3.2.1 Financování nemocnic \(nconzo.cz\)](#)
- [Zdravotní péče - VZP ČR](#)
- <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/11/Uhradova-vyhlaska-2023.pdf>



Institut biostatistiky a analýz
Lékařská fakulta Masarykova univerzita

MUNI
MED