# Obecný úvod do systému veřejného zdravotního pojištění – legislativní rámec

**Příjmy –** zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, kde je stanoven vyměřovací základ pro výběr pojistného a přerozdělení pojistného mezi zdravotní pojišťovny.

Plátci pojistného:

ekonomicky aktivní (zaměstnanci a OSVČ), zaměstnavatelé a ekonomicky neaktivní (stát nebo OBZP – osoby bez zdanitelných příjmů).

* Za koho platí stát: děti a studenti do 26 let, poživatelé důchodů, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené, osoby v hmotné nouzi atd.

**Automatická valorizace** **platby za státní pojištěnce**: je důležitý mechanismus ke stabilizaci příjmů do zdravotnictví. Mechanismus automatické valorizace zvyšuje vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem za tzv. státní pojištěnce v závislosti na růstu indexu spotřebitelských cen a na polovině růstu reálných mezd. Současně je mechanismus velmi transparentní, a lze díky němu predikovat vývoj platby za státní pojištěnce i více let dopředu. Pro rok 2023 byla nastavena pevná částka platby ve výši 1900 Kč a mechanismus jako takový začne fungovat od roku 2024.

**Výdaje/ náklady –** zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, který stanovuje povinnosti a práva pojištěnců, nárok na hrazenou péči, pravidla pro stanovení výše úhrad za poskytnutou zdravotní péči – „**Dohodovací řízení**“. Dalším důležitým právním předpisem z hlediska příjmů jsou dvě základní vyhlášky: Seznam zdravotních výkonů, Úhradová vyhláška.

**Rozsah hrazených zdravotních služeb:**

V zákoně č. 48/1997 Sb. je v § 13 odst. 1 obecně definovaný nárok pojištěnce. Z veřejného zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté s **cílem zlepšit nebo zachovat** jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud

* odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné,
* jsou v souladu se současnými poznatky lékařské vědy,
* existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.

Splnění těchto podmínek je nutné posuzovat vždy individuálně. Pro posouzení hraje velkou roli názor odborných lékařských společností a u ambulantních léčiv též SÚKLu.

**Kromě toho (§16):**

Příslušná zdravotní pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní služby jinak zdravotní pojišťovnou nehrazené, je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.

# Úhradové mechanismy v systému veřejného zdravotního pojištění

## Dohodovací řízení (DŘ)

**Jde o každoroční** vyjednávání o výši úhrad za zdravotní péči pro následující rok, které svolává Ministerstvo zdravotnictví a probíhá mezi plátci a poskytovateli zdravotních služeb. Dojde-li k dohodě, ministerstvo posoudí její obsah z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a vydá ji formou tzv. „úhradové vyhlášky“ (zkráceně ÚV). Pokud k dohodě nedojde, výši úhrad stanovuje ministerstvo v ÚV. V českém systému veřejného zdravotního pojištění nicméně funguje smluvní volnost => individuálně si mohou poskytovatelé se ZP sjednat i odlišný systém úhrad, než který je stanoven v ÚV (formou tzv. úhradových dodatků).

Výsledky DŘ 2024:

Celkem byly dosaženy **4 dohody s**5% meziročním růstem úhrad(segment dialyzační péče, segment ambulantní gynekologie, segment dopravní služby a segment lékárenské péče).

Společný návrh poskytovatelů a VZP s 8% meziročním růstem předložilo **6 segmentů** a **1 subsegment** (segment lázeňské péče, segment záchranné zdravotní služby, segment akutní lůžková péče, segment následná lůžková péče, segment fyzioterapie segment stomatologie, komplement – subsegment laboratoří). S tímto návrhem nesouhlasily zaměstnanecké zdravotní pojišťovny.

Nedohodou DŘ skončilo ve **3 segmentech** (segment ambulantních specialistů, segment domácí péče a segment praktických lékařů) a **1 subsegmentu** (komplement – subsegment radiodiagnostiky).

## Základní role úhrad

Pokrýt náklady poskytovatelů spojené s poskytováním zdravotních služeb a umožnit přiměřený zisk tam, kde jsou zdravotní služby poskytovány jako podnikatelská činnost. Balancovat příjmy a náklady systému s optimálním (efektivním, udržitelným) rozložením dostupných zdrojů. Motivovat poskytovatele zdravotních služeb a podporovat kvalitu a dostupnost zdravotních služeb. **Naopak úhrady neurčují nárok pojištěnce na hrazenou péči.**

## Základní typy úhrad podle typu poskytované péče

1. **Výkonová úhrada**

Jednotlivé výkony jsou oceněny v bodech (relativní nákladovost v rámci dané odbornosti) a hodnota bodu v Kč dána ve smlouvě s pojišťovnou nebo v úhradové vyhlášce.

Tento typ platby se používá pro vykazování ambulantní a domácí péče.

Bodové hodnoty výkonů upravuje Seznam zdravotních výkonů *(Vyhláška č. 134/1998 Sb. - vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami)* a číselníky zdravotních pojišťoven pro smluvní výkony pojišťoven.

1. **Kapitační platba**

Agregace běžné péče o pacienty do jedné měsíční platby na základě věku pacienta. Hlavní myšlenkou je zjednodušení administrativy a redukce nadbytečné péče. Tento typ péče se využívá v segmentech primární péče praktických lékařů a kombinuje se s výkonovou úhradou. V kapitační platbě je obsažena běžná péče a nad její rámec je pak hrazena například prevence, screeningy nebo očkování – vyjmutím těchto výkonů je motivováno zvýšení počtu provedených výkonů.

1. **Platba za ošetřovací den**

Paušální platba za jeden den pobytu podle typu lůžka a náročnosti pacienta. Tato platba se využívá v následné a dlouhodobé péči.

1. **Platba za diagnózu**

Využívá se pouze v akutní lůžkové péči a jedná se o nejkomplexnější a nejsložitější typ úhrady. Zdravotní pojišťovny platí za hospitalizační případ jako celek. Cílem tohoto systému je omezit „nadvykazování“ péče a výkonů v rámci hospitalizací, platit stejně bez ohledu na konkrétní postup péče, snížit délku hospitalizací, sjednotit postupy léčby. V rámci akutní lůžkové péče pak rozlišujeme 3 základní modely úhrady: paušální úhrada (kdy je zdravotní pojišťovnou cílen určitý objem péče, pokud dojde k překročení, je převis péče hrazen degresivně), úhrada vyčleněná z paušální úhrady (zde je péče hrazena bez objemového limitu podle počtu provedených hospitalizací, nicméně se zohledněním individuálního nastavení úhrad) a úhrada formou případového paušálu podle CZ-DRG (i zde je péče hrazena bez objemového limitu, nicméně jednotnou sazbou pro všechny nemocnice).

1. **Balíčková platba**

V současné době se využívá v ambulantní gynekologii při péči o těhotné pojištěnky, kdy je stanovena jednotná sazba za každý trimestr péče. Dále se tento způsob využívá v rámci individuálních dohod mezi plátci a poskytovateli.

## Problematika sociálně-zdravotního pomezí

**1. Stávající situace, rozdílnost systémů, vyplývající problémy**

Systémy sociálních a zdravotních služeb existují jako dva zcela odděleně organizované i financované systémy. Zatímco systém sociálních služeb je zaměřen na podporu zvládání základních životních potřeb a prevenci sociálního vyloučení klientů, systém zdravotních služeb je zaměřen na udržování a zlepšování zdravotního stavu a zmírnění utrpení vyplývajícího z poruch zdraví pacientů.

Systém veřejného zdravotního pojištění je financován na základě vykazování konkrétních činností na konkrétní pacienty z veřejného zdravotního pojištění a v malé části také z přímých úhrad pacientů. Systém sociálních služeb je financován kombinací příspěvku na péči, dotací a darů a přímých plateb klientů, přičemž financování je plošné a není vázáno na konkrétní úkony či činnosti.

**2. Reforma dlouhodobé péče – základní informace, záměry, další kroky**

Základním cílem připravované novely zákonů o sociálních službách, o zdravotních službách a o veřejném zdravotním pojištění v oblasti péče mezinárodně označované jako „*longterm care“* je legislativně umožnit vznik nové pobytové / lůžkové služby, která by kombinovala pobytovou sociální službu a lůžkovou zdravotní hospitalizaci. Taková služba v současnosti chybí, přičemž ani dlouhodobá lůžková péče (v české legislativě pojatá jako čistě zdravotní služba), ani pobytová sociální služba s ošetřovatelskou péčí není schopna plně uspokojit sociální i zdravotní potřeby skupiny klientů s nejrozsáhlejšími potřebami. Vedlejším cílem je odstranit některé nesystémové výjimky na sociálně zdravotním pomezí, které z pohledu obou systémů ztěžují veřejnou kontrolu nad kvalitou a efektivitou sociálních služeb poskytovaných na základě výjimek poskytovateli zdravotních služeb a zdravotních služeb poskytovaných na základě výjimek poskytovateli sociálních služeb.

**3. Dlouhodobější vize MZ – přiblížení systémů, sjednocení úhradových mechanismů, přesun na zdravotní pojišťovny, provázání IT systémů**

Z dlouhodobějšího pohledu je z pohledu MZ potřebné zejména posílit datovou základnu v oblasti sociálních služeb, aby bylo možné konkrétně vyhodnocovat poskytované činnosti ve vztahu k jednotlivým klientům, nákladovosti a přínosům těchto činností a na základě této datové základny následně vytvářet efektivnější systém úhrad sociální péče, ideálně na základě vykazování konkrétních úkonů nebo definovaných balíčků těchto úkonů na konkrétního klienta. Na základě takto provedené systematizace financování sociálních služeb bude následně možné přesněji definovat oblasti péče, které mají být řešeny v režimu sociálních služeb, a oblasti, které mají být řešeny v režimu zdravotních služeb, a na míru potřebám nastavit a plánovat jejich mechanismy financování.

V ještě delším výhledu je diskutováno o následném převedení systému sociálních služeb do gesce zdravotních pojišťoven (které by pak byly zdravotně-sociálními pojišťovnami) a plné sjednocení sociálně-zdravotního pomezí, jako tomu je v řadě vyspělých západních států. Očekáváme, že sjednocením gesce zdravotních pojišťoven v oblasti sociálních i zdravotních služeb by se zejména zvýšila efektivita poskytování obou typů služeb – zdravotní pojišťovna by byla motivována oba typy služeb pro své klienty zajišťovat plně v potřebné optimální míře, bude-li vědět, že kvalitně poskytnutou sociální službou dokáže předejít vícenákladům na straně zdravotních služeb, a obdobně i naopak (ušetřit náklady na sociální službu zajištěním odpovídající zdravotní služby). Dalším efektem by bylo větší zaměření služeb na potřeby klienta, které jsou nyní roztříštěné a nejsou poskytovány ve vzájemné synergii. Předpokladem nicméně je, že zdravotním pojišťovnám budou zajištěny prostředky na pokrytí sociálních služeb v takové míře, aby pouze nedošlo k vyprázdnění systému veřejného zdravotního pojištění.

**4. Aktuální plánovaná opatření – posílení financování služeb na sociálně-zdravotním pomezí a zdravotních služeb poskytovaných v souběhu se sociální službou**

U zdravotních služeb, které mají přesah do sociálně-zdravotního pomezí nebo jsou poskytovány souběžně se sociálními službami, se již pro rok 2024 plánuje zásadní navýšení úhrad ze zdravotního pojištění v souladu s dlouhodobější vizí MZ popsanou výše. Díky navýšení úhrady dojde ke zlepšení synergie zdravotních a sociálních služeb a celkovému posílení financování těchto služeb. Zároveň posílením péče ve vlastním sociálním prostředí dochází ke snížení poptávky po zejména lůžkové péči, čímž je podpořeno jak udržení sociálních vazeb pojištěnců, tak efektivní vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění.