



■ Financování péče

System přerozdělování pojistného je třeba zpřesnit s ohledem na rozdílnost pojištěnců

Český systém přerozdělování finančních prostředků ze zdravotního pojištění mezi zdravotními pojišťovnami podle takzvaných indexů nákladovosti věkových skupin a pohlaví pojištěnců, v jehož rámci je přerozděleno asi 95 procent vybraného pojistného, přestává být dostatečný z hlediska zamezení selekce nákladných pojištěnců a současně lépe nastavené kompenzace nákladů za tyto pojištěnce.

Plavání zdarma, Zdraví jako vášeň, prevence rakoviny děložního čípku, balíček Junior, program Zdravá rodina, příspěvek pro dárcce krve, Manažerka svého mateřství, Pohybem a poznáním ke zdraví. Co mají tato hesla společného? Jde o náhodně vybrané programy, které nabízejí jednotlivé zdravotní pojišťovny svým klientům. Nápadná shoda spočívá v zacílení na zdravé pojištěnce. Pojišťovny se prakticky vůbec nezaměřují na nabídku programů pro chronicky nemocné. V současném modelu veřejného zdravotního pojištění a financování zdravotní péče je to vlastně logické – nákladnější pojištěnci jsou pro pojišťovny po ekonomické stránce zátěží a řada z nich podle toho mění své chování ke klientům. V solidárním systému je takováto změna chování, vedoucí až k selektivnímu přístupu, nežádoucí, byť je z hlediska hospodaření

pojišťovny pochopitelná. Vede totiž k finanční zátěži té pojišťovny, která se chová méně selektivně nebo se takto chovat nemůže. Existuje ale mechanismus, jak tento problém řešit – nastavením přesnějších pravidel pro přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami.

Nedostatečná kompenzace rozdílů mezi pojištěnci

Česká republika využívá od roku 2005 propracovaný systém přerozdělování finančních prostředků ze zdravotního pojištění podle takzvaných indexů nákladovosti věkových skupin a pohlaví pojištěnců. V rámci tohoto systému je přerozděleno více než 95 procent vybraného pojistného. Přibližně 4 až 5 procent finančních prostředků ze zdravotního pojištění je přerozděleno podle skutečných nákladů vynaložených na léčbu pojištěnců

vyžadujících zvláště nákladnou péči (cílem je alespoň částečně zohlednit léčbu extrémně nákladných pojištěnců).

Ve srovnání se švýcarským, nizozemským a německým systémem lze rezervy českého systému přerozdělování zdravotního pojištění spatřovat především v aktuálnosti použitých dat a v množství vstupních dat, na základě kterých jsou vypočítány indexy nákladovosti.

Současný model takzvaného sto procentního přerozdělení na základě věku a pohlaví umožňuje pouze nedostatečnou kompenzaci nerovnoměrného zastoupení jednotlivých věkových skupin mužů a žen v portfoliu pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven. Pro zohlednění (aktuálně i s ohledem na vývoj v čase) nákladově odlišných struktur portfolia pojištěnců jednotlivých pojišťoven je vhodné využít další parametry, jako je:



Foto: Profimedia

- urbanizace – zohlednění bydliště pojištěnce (podle PSC) – indexy podle socioekonomických a demografických charakteristik,
- farmaceutické skupiny nákladů (FKG) – založeno na předešlé spotřebě léků,

- diagnostické skupiny nákladů (DRG) – založeno na veškerých diagnózách uvedených poskytovateli zdravotní péče.

Nejllepší je nizozemský model

Jako nejvhodněji implementovatelným se jeví model, který je inspiro-

ván nizozemským modelem přerozdělování. Ten zohledňuje tíži onemocnění a s tím samozřejmě spojenou i zvýšenou nákladnost vybraných diagnostických skupin

Pokračování na s. 4

■ Náklady a výdaje pojišťovny

Zdravotně pojistný plán VZP je schválen

Poslanecká sněmovna schválila 17. června 2011 Zdravotně pojistný plán VZP na rok 2011. Jeho hlavním cílem je udržet vyrovnanou bilanci základního fondu zdravotního pojištění (ZFZP).

Příjmy ZFZP (včetně posílení finančními prostředky rezervního fondu) jsou plánovány ve výši 143 312 milionů Kč. Základní příjmovou položkou jsou příjmy z pojistného z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělení ve výši 140 743 milionů Kč. Odhad těchto příjmů vychází především z predikce makroekonomických ukazatelů, které reflektují doznívání ekonomické recese, a z předpokladu, že VZP udrží počet pojištěnců na úrovni stavu k 1. červenci 2010.

Plán počítá s úspornými opatřeními

Náklady ZFZP jsou plánovány ve výši 143 312 milionů Kč, tedy ve stejné hodnotě jako odhadované příjmy. Hlavní nákladovou položkou jsou náklady na zdravotní péči ve výši 137 727 milionů Kč. Plán předpokládá jednak snížení celkového objemu nákladů na zdravotní péči, jednak pokles nákladů na zdravotní péči v přepočtu na jednoho pojištěnce oproti roku 2010. Úsporná opatření, která jsou s tímto plánem spojena, se týkají zejména sektoru nemocnic, a to v souvis-

losti s nutností jejich restrukturalizace a snížení kapacit.

Zdravotně pojistný plán VZP předpokládá úsporná opatření také v oblasti provozního fondu a investic ve prospěch ZFZP. Limit provozního fondu bude o 0,5 procenta nižší oproti maximálnímu limitu danému vyhláškou č. 418/2003 Sb., tj. zhruba o 710 milionů Kč. I tak budou finanční rezervy vytvořené v minulých letech téměř vyčerpány.

Text zdravotně pojistného plánu Všeobecné zdravotní pojišťovny je zveřejněn na www.vzp.cz.

Důsledky krize přetrvávají

V Poslanecké sněmovně byly 17. června projednávány a schváleny zdravotně pojistné plány všech zdravotních pojišťoven (usnesení č. 586/2011). Úvodní slovo k tomuto jednacímu bodu přednesl ministr zdravotnictví Leoš Heger.

Podotkl, že zdravotně pojistné plány zdravotních pojišťoven vycházejí z očekávaných výsledků hospodaření za rok 2010 a zohledňují vliv nových právních předpisů platných od 1. ledna 2011. „V důsledku probíhající hospodářské krize celková bilance systému v roce 2011 dosahuje záporné hodnoty, a to ve výši 4,7 miliardy korun. Celkové příjmy v systému se odhadují ve výši 219,75 miliardy korun s meziročním nárůstem o 4,86 miliardy. Výdaje se plánují ve výši 224,48 miliardy korun, což je pokles o 0,8 miliardy korun oproti minulému roku,“ řekl ministr s tím, že hodnota záporného salda je kryta u všech zdravotních pojišťoven finančními zůstatky na bankovních účtech.

Pojišťovny musí pružně reagovat

„S ohledem na aktuální změny hospodářské a finanční situace ve

světě, která ovlivní makroekonomické predikce České republiky, je zřejmé, že v roce 2011 budou muset zdravotní pojišťovny pružně reagovat na skutečný vývoj, řídit dopady případně vzniklých rizik operativními korekcemi plánovaných rámců, které vycházejí především z aktuálních odhadů příjmů po přerozdělování a výdajů na zdravotní péči tak, aby v roce 2011 dosáhly vyrovnaného hospodaření,“ uvedl ve sněmovně L. Heger.

Významnou roli v tomto směru sehraje podle něj úhradové mechanismy zapracované do cenových dodatků a možnost čerpání finančních rezerv na bankovních účtech jednotlivých fondů, které bude třeba využít při případném vzniku významnější odchylky ve smyslu poklesu objemu plánovaných příjmů nebo navýšení výdajů.

Aktuálně

Úhrada preparátu Synflorix

Na základě nových informací a stanoviska Státního ústavu pro kontrolu léčiv přistoupila VZP ke změně při realizaci úhrady léčivého přípravku Synflorix v období od 1. do 31. července 2011 (viz Infoservis 13/2011), vzhledem k tomu, že od 1. července 2011 byla stanovena nejvyšší cena pro konečného spotřebitele ve výši 1035 Kč. Tato cena bude uvedena v Císelníku.

V případě, že zdravotnické zařízení prokazatelně doloží nákup před datem 1. července 2011 za cenu vyšší, bude možné léčivý přípravek vykázat k úhradě z prostředků veřejného zdravotního pojištění za původní cenu, tj. za cenu 1099 Kč, nejpozději však do 31. července 2011.

Obdobný postup bude zachován i u všech ostatních, srovnatelných léčivých přípravků.

red ■

■ Program kvality péče

Do programu AKORD se zapojuje stále více praktiků



K 1. lednu 2011 bylo v programu AKORD zapojeno zhruba 29 procent praktických lékařů pro dospělé a 20 procent praktických lékařů pro děti a dorost.

Základní podmínky pro vstup do programu kvality péče AKORD jsou platné již od roku 2009, kdy program vznikl jako pilotní projekt pro praktické lékaře pro dospělé v Jihočeském, Plzeňském, Moravskoslezském a Ústeckém kraji. Od 1. července 2009 se do programu mohli zapojit praktičtí lékaři pro děti a dorost v celé republice, od 1. ledna 2010 je program kvality péče AKORD otevřen všem praktickým lékařům v celé republice. Seznam zapojených zdravotnických zařízení je na www.vzp.cz/akord. Zdravotnické zařízení:

- 1) je viditelně označeno logem AKORD,
- 2) vede zdravotnickou dokumentaci v souladu s ustanoveními § 67b zákona č. 20/1966 Sb. na paměťovém médiu bez elektronického podpisu, nebo na paměťovém médiu s elektronickým podpisem,
- 3) přednostně komunikuje s VZP (Portál VZP), dalšími zdravotnickými zařízeními a pojišťovnicemi elektronickým způsobem,
- 4) vede objednávkový systém, čekací doba pojištěnce v případě objednání by neměla přesáhnout 15 minut,
- 5) zajišťuje objednávání pojištěnců k indikované ambulantní či lůžkové péči,
- 6) přizpůsobuje po projednání s VZP počet a rozložení svých



Foto: Profimedia

ordinačních hodin potřebám pojištěnců.

Do programu kvality péče AKORD může zdravotnické zařízení vstoupit vždy k 1. měsíci ve čtvrtletí.

Bonifikace v roce 2009 a 2010

V roce 2009 a 2010 byl stanoven následující systém bonifikací:

- 1) navýšení základní kapitační sazby o 4 Kč (odbornost 001), respektive 5 Kč (odbornost 002),
- 2) motivační bonifikace závisí na splnění výše uvedených podmínek a na splnění limitu započitatelné péče.

Do limitu započitatelné péče je zahrnuta veškerá péče poskytnutá nebo indikovaná zdravotnickým zařízením na pojištěnce, který je registro-

ván u příslušného praktického lékaře. Limit se počítá zvlášť pro 1. až 3. čtvrtletí a za celý rok a vychází z referenčního období (v roce 2010 bylo stanoveno referenční období 2008, v roce 2011 pak rok 2009). Do započitatelné péče se zahrnuje:

- úhrada léčiv mimo vyjímání ATC skupiny hrazené v režimu center s povolenou zvláštní smlouvou,
- úhrada preskripce zdravotnických prostředků (s výjimkou pomůcek pro inkontinenci a pomůcek stomických),
- vyžádaná péče komplementu,
- úhrada cestovního pacientů soukromým vozidlem,
- úhrada dopravy dopravní zdravotní službou,
- úhrada za komplexní lázeňské léčení,

Vývoj počtu IČP zapojených do programu AKORD v odbornosti 001 a 002

Krajská pobočka	001		002		001		002	
	Stav k 1. 1. 2010	Stav k 1. 1. 2011	Stav k 1. 1. 2010	Stav k 1. 1. 2011	Počet	Procenta	Počet	Procenta
KP pro hlavní město Prahu	38	5,56 %	123	17,50 %	24	9,30 %	40	15,44 %
KP pro Jihočeský kraj	93	29,43 %	110	34,59 %	22	15,83 %	37	26,81 %
KP pro Jihomoravský kraj	136	23,21 %	188	31,86 %	19	7,60 %	32	12,90 %
KP pro Karlovarský kraj	32	22,86 %	46	33,09 %	21	29,17 %	20	28,57 %
KP pro kraj Vysočina	52	22,61 %	75	32,33 %	22	19,82 %	28	25,45 %
KP pro Královéhradecký kraj	56	18,86 %	81	27,09 %	14	10,94 %	18	14,06 %
KP pro Liberecký kraj	35	17,07 %	50	24,63 %	13	13,54 %	16	16,49 %
KP pro Moravskoslezský kraj	147	23,90 %	170	27,55 %	27	10,38 %	35	13,57 %
KP pro Olomoucký kraj	55	16,52 %	91	27,00 %	17	11,72 %	26	17,93 %
KP pro Pardubický kraj	81	33,06 %	98	40,33 %	26	22,03 %	39	33,91 %
KP pro Plzeňský kraj	130	44,83 %	141	49,13 %	30	25,86 %	35	30,43 %
KP pro Středočeský kraj	69	13,40 %	110	20,91 %	31	12,50 %	42	16,94 %
KP pro Ústecký kraj	101	28,45 %	119	33,62 %	38	22,54 %	47	27,49 %
KP pro Zlínský kraj	64	21,84 %	88	30,27 %	14	11,97 %	18	15,52 %
Celkem VZP	1 089	21,34 %	1 490	28,98 %	318	14,25 %	433	19,52 %

- úhrada za ošetřovací dny veškeré lůžkové péče,
- úhrada ambulantní specializované péče.

Motivační bonifikace byla stanovena ve výši 15 procent z částky, která je určena jako násobek základní kapitační sazby počtem registrovaných pojištěnců v jednotlivých měsících daného roku. V případě splnění stanovených podmínek byla motivační bonifikace dělena v 1. až 3. čtvrtletí po 15 procentech z celkového objemu motivační bonifikace, za 4. čtvrtletí se pak vyplácel zbytek.

Systém bonifikací v roce 2011

V roce 2011 byl systém bonifikací upraven. Navýšení základní kapitační sazby zůstalo v neměnné po-

době (4 Kč pro odbornost 001, 5 Kč pro odbornost 002), ale došlo ke změnám v motivační bonifikaci. Čtvrtletní bonifikace je vyplácena pouze v hodnotě 10 procent, vyplacení zbylé bonifikace (70 procent) navíc závisí na splnění kritérií takzvané dobré praxe. Pro ni byly stanoveny následující ukazatele:

- dodržení limitu započitatelné péče,
- počet preventivních prohlídek (25 procent z počtu registrovaných pojištěnců u odbornosti 001, u odbornosti 002 to je 40 procent preventivních prohlídek dětí nad pět let z počtu registrovaných pojištěnců tohoto věku),
- počet očkovaní proti chřipce (pouze u odbornosti 001, ales-

poň 10 procent očkovaných pacientů starších 65 let),

- počet vyšetření kolorektálního karcinomu (pouze u odbornosti 001, alespoň 5 procent vyšetřených pojištěnců starších 50 let),
- objem čerpání péče u jiných praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost nebo lékařské služby první pomoci (maximálně 105 procent krajského průměru),
- aktivní účast v projektu IZIP.

Každý z těchto ukazatelů má pro každou odbornost stanovenou konkrétní váhu, jejich součet pak tvoří index bonifikace dobré praxe, který má vliv na určení výsledné roční motivační bonifikace praktického lékaře. red ■

■ Zvlášť nákladná péče

Centrová péče není omezována

Péče poskytovaná v centrech se zvláštní smlouvou je natolik nákladná, že zákonitě musí vyvolávat otázky ohledně možnosti úhrady, například zda si zdravotní pojišťovny mohou dovolit biologickou léčbu, zda lze eskalovat náklady na léčbu v centrech a zda jsou zdroje v systému veřejného zdravotního pojištění dostatečné. Úhrada je na úrovni, která nás do určité míry limituje a limitovat bude i do budoucna. Je proto nutné hledat vnitřní úspory v systému zdravotní péče jako celku, například přeskupením finančních prostředků uvnitř systému a důsledným vymezením priorit. Je nutné rozhodnout, zda budou pacientům hrazeny levné léky, nebo zda budeme hradit nákladnou biologickou léčbu. Je třeba si uvědomit, že objem finančních prostředků bude v systému veřejného zdravotního pojištění vždy omezený jejich výběrem.

VZP si uvědomuje obavy klientů, a proto v minulých dnech vydala následující prohlášení:

„V poslední době se v médiích objevují informace o tom, že některá zdravotnická zařízení, která poskytují takzvanou centrovou péči (biologickou léčbu) ukončují léčbu pacientů/ klientů VZP z důvodů omezení finančních prostředků na úrovni roku 2009. Proti takovým tvrzením se VZP důrazně ohrazuje. Finanční krytí nákladné centrové péče je zajištěno na úrovni roku 2010. K tomu mají zdravotnická zařízení, provozující specializovaná centra, stanoveny i odpovídající zálohové platby. Jakmile nemocnice předají všechna data k vyúčtování poskytnuté péče za rok 2010, proběhne aktualizace sjednaných úhradových podmínek pro rok 2011 tak, aby péče minimálně v rozsahu roku 2010 byla zajištěna. Tuto skutečnost VZP opakovaně deklarovala.“ red ■

Úhrada nákladné centrové péče v letech 2007 až 2010

Diagnostické skupiny	Úhrada v tis. Kč			
	2007	2008	2009	2010
Akromegalie	3 013	11 123	9 535	9 620
Astma bronchiale	*	1 827	16 938	33 059
Revmatologie	205 741	328 352	462 676	512 375
Crohnova choroba	123 597	232 321	331 850	390 252
Dermatookologie	834	4 891	8 739	8 287
Parkinsonova choroba	*	2	7 837	25 793
Endokrinní oftalmopatie	1 518	1 520	1 485	916
Fabryho choroba	29 216	101 227	98 099	93 882
Gaucherova choroba	126 876	146 730	96 817	49 815
Onkologie	504 994	971 715	1 384 341	1 486 766
Léčba hereditárního angioedému	*	*	*	586
Hematologie	*	3 387	25 900	30 880
Hematoonkologie	665 108	793 828	1 006 872	983 067
Metabolické vady	9 038	51 048	62 877	105 435
Neonatologie	276	3 704	1 485	961
Nukleární medicína	5 277	9 009	9 546	9 411
Oftalmologie	30 164	86 447	65 036	84 335
Osteoporóza	13 501	17 670	29 271	27 093
Plicní arteriální hypertenze	119 097	154 034	202 078	212 310
Pneumologie	9 493	15 118	19 106	18 239
Těžká psoriáza	35 234	68 155	94 169	134 457
Roztroušená skleróza	700 081	839 112	858 686	936 365
SYNAGIS-kardio	*	*	2 587	4 550
SYNAGIS-nedonošenci	*	*	18 356	18 870
Antivirotika pro HIV	78 792	104 204	111 263	125 309
Celkem	2 661 850	3 945 424	4 925 549	5 289 096

Počty léčených v letech 2007 až 2010

Diagnostické skupiny	2007	2008	2009	2010
Akromegalie	9	12	13	16
Astma bronchiale	*	38	110	132
Revmatologie	786	1 242	1 765	1 911
Crohnova choroba	606	965	1 330	1 467
Dermatookologie	121	258	416	283
Parkinsonova choroba	*	8	29	32
Endokrinní oftalmopatie	18	21	20	19
Fabryho choroba	24	26	25	27
Gaucherova choroba	21	22	22	23
Onkologie	1 541	2 897	4 125	4 499
Léčba hereditárního angioedému	*	*	*	6
Hematologie	*	40	117	139
Hematoonkologie	2 027	2 730	3 311	3 338
Metabolické vady	12	16	18	24
Nukleární medicína	102	261	333	346
Oftalmologie	817	1 707	2 412	2 707
Osteoporóza	150	260	355	430
Plicní arteriální hypertenze	129	202	255	291
Pneumologie	6	8	9	10
Těžká psoriáza	145	234	362	487
Roztroušená skleróza	2 605	3 072	3 670	3 809
SYNAGIS-kardio	*	*	49	73
SYNAGIS-nedonošenci	*	*	277	322
Antivirotika pro HIV	504	595	690	676
Celkem	9 625	14 593	19 610	20 943

* Léčivo v uvedeném roce nebylo součástí centrové péče či vůbec neexistovalo

■ Personální zabezpečení

Posuzování nasmlouvaných kapacit lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků

Následující článek popisuje postup VZP při stanovení výše pracovních úvazků/kapacit lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků a při zjišťování a posuzování souběhů jejich kapacit na základě údajů uvedených v příloze č. 2 smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče.

Pro účely vyplňování údajů do přílohy č. 2 smlouvy stanovila VZP pro vyjádření objemu pracovní činnosti lékaře (zdravotnického pracovníka) údaj „kapacita“.

Lůžková pracoviště

U lůžkových pracovišť představuje kapacita úvazek lékaře. Na jednániích se zástupci poskytovatelů lůžkové péče bylo dohodnuto, že jeden pracovník na různých pracovištích v rámci jediného IČO pracuje maximálně na úvazek 1,00, což odpovídá pracovnímu vztahu 40 hodin týdně. Pokud lékař jako celkovou kapacitu na primariátu uvádí 40 hodin týdně, v rámci stejného IČO již nemůže pracovat na jiném pracovišti, protože jeho úvazek je cele pokryt touto činností.

Podle zákoníku práce může činit jeden úvazek lékaře v jednom lůžkovém zařízení maximálně 40 hodin týdně (plus práce přesčas), přičemž dohodu o pracích konaných mimo pracovní poměr u stejného zaměstnavatele uzavřít nelze (respektive lze, ale ne na výkon činnosti lékaře). V případě, že by lékař pracoval i v jiném IČO, lze využít maximálně dalších 16 hodin týdně pro činnost na lůžkovém pracovišti, nebo 12 hodin týdně pro činnost ambulantního specialisty. To vše však pouze za předpokladu, že souběh je realizovatelný a pro VZP je poskytovatelný další péče akceptovatelná. Tato podmínka platí ve všech dále uvedených případech.

Poznámka: Pro účely vyplnění formuláře přílohy č. 2 smlouvy platí, že i pracovník pracující ve směnném provozu uvádí pro úvazek 1,0 kapacitu 40 hod. týdně. Toto ustanovení není v rozporu se zákoníkem práce, protože se jedná o tech-

nické řešení, které umožní sečíst kapacitu pracovníků ve směnném provozu s kapacitou pracovníků v jednosměnném provozu v souladu s požadavky personálního normativu pro ošetrovací den dle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Ambulantní pracoviště

U ambulantních pracovišť se kapacitou lékaře rozumí počet hodin v týdnu, po který konkrétní pracovník pravidelně poskytuje péči na pracovišti. VZP nemohla používat stejnou logiku jako pro lůžková pracoviště, protože většina ambulantních lékařů je soukromých, nejsou zaměstnanci a zákoník práce se na ně vztahuje pouze v omezeném rozsahu. Vychází se tedy z ordinační doby nebo z doby poskytování péče pro pacienty.

Lékař pracující na ambulantním pracovišti vykonává jak činnost v době ordinačních hodin, tak případně návštěvnou službu a rovněž pak i potřebnou administrativu (vypisování zpráv například pro posudkovou službu, kompletace výsledků a sepisování závěrů, vypisování hlášení do registrů, ÚZIS, návrhy na lůžkovou péči atd.). Dále jeho činnost zahrnuje konzultace nejasných nálezů s jinými odborníky, účast na seminářích a vzdělávacích akcích atd.

Souhrn všech těchto činností v celém rozsahu naplňuje kapacitu 40 hodin týdně, což odpovídá pracovnímu úvazku ve výši 1,0 v zaměstnaneckém poměru. Týdenní kapacita péče stanovená na základě optimálního rozpisu ordinačních hodin pro jednotlivé typy ambulantní péče bez ohledu na to, zda je pracoviště součástí ambulantní-

ho nebo lůžkového zařízení, se považuje za rovnocennou úvazku 1,0.

Praktičtí lékaři pro dospělé a pro děti a dorost

Kapacita 25 hodin týdně a více uvedená v příloze č. 2 smlouvy odpovídá úvazku ve výši 1,0 bez ohledu na to, zda lékař pracuje v ambulantním nebo v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Uvádí-li praktický lékař kapacitu 25 hodin týdně, nemůže již v rámci stejného IČO pracovat na jiném pracovišti. V případě, že by pracoval v jiném IČO, lze využít maximálně dalších 16 hodin týdně pro činnost na lůžkovém pracovišti, nebo 10 hodin týdně pro činnost praktického lékaře, nebo 12 hodin týdně pro činnost ambulantního specialisty.

Ambulantní specialisté

Kapacita 30 hodin týdně a více uvedená v příloze č. 2 smlouvy odpovídá úvazku ve výši 1,0 bez ohledu na to, zda lékař pracuje v ambulantním nebo lůžkovém zařízení. Pokud lékař (zdravotnický pracovník) poskytující ambulantní specializovanou péči uvádí kapacitu 30 hodin týdně, nemůže již v rámci stejného IČO pracovat na jiném pracovišti. V případě práce v jiném IČO lze využít maximálně dalších 16 hodin týdně pro činnost na lůžkovém pracovišti, nebo 12 hodin týdně pro činnost ambulantního specialisty.

Lékaři pracující na pracovištích radiologie a zobrazovacích metod (RDG pracoviště)

U smluvních odborností 809, respektive 806 a 810 platí, že kapacita 40 hodin týdně uvedená v příloze č. 2 smlouvy odpovídá úvazku ve výši 1,0 bez ohledu na to, zda lékař pracuje v ambulantním nebo lůžkovém zařízení. Uvádí-li lékař pracující na RDG pracovišti komplementu kapacitu 40 hodin týdně, nemůže již v rámci stejného IČO pracovat na jiném pracovišti. V případě práce pro jiné IČO lze využít maximálně dalších 16 hodin týdně pro činnost na lůžkovém pracovišti, nebo 16 hodin týdně pro činnost na jiném RDG pracovišti.

Lékaři (zdravotníci pracovníci) pracující na laboratorních pracovištích komplementu

U smluvních odborností 222, 801 – 805, 807, 808, 812 – 817, 820, 822 platí, že kapacita 40 hodin týdně uvedená v příloze č. 2 smlouvy odpo-



Foto: Profimedia

vidá úvazku ve výši 1,0 bez ohledu na to, zda lékař pracuje v ambulantním nebo lůžkovém zařízení. Pokud lékař pracující v laboratoři uvádí kapacitu 40 hodin týdně, nemůže již v rámci stejného IČO pracovat na jiném pracovišti. V případě práce v jiném IČO lze využít maximálně dalších 16 hodin týdně pro činnost na lůžkovém pracovišti, nebo 16 hodin týdně pro činnost na laboratorním pracovišti.

Lékaři na pracovištích zdravotnické záchranné služby

Kapacita 40 hodin týdně uvedená v příloze č. 2 smlouvy odpovídá úvazku ve výši 1,0 – tuto kapacitu uvádí vedoucí lékař zdravotnické záchranné služby. Jestliže lékař jako celkovou kapacitu na pracovišti zdravotnické záchranné služby uvádí 40 hodin týdně, nemůže již v rámci stejného IČO pracovat na jiném pracovišti. Pracuje-li v jiném IČO, lze využít maximálně dalších 16 hodin týdně pro činnost na lůžkovém pracovišti, nebo 12 hodin týdně pro činnost ambulantního specialisty.

Pracoviště jednodenní péče a zákrokových sálků

Kapacita 40 hodin týdně uvedená v příloze č. 2 smlouvy odpovídá úvazku ve výši 1,0 bez ohledu na to, zda lékař pracuje v ambulantním nebo lůžkovém zařízení. I pracovník pracující ve směnném provozu uvádí jako úvazek 1,0 kapacitu 40 hodin týdně. Pokud lékař jako celkovou kapacitu na pracovišti

jednodenní péče uvádí 40 hodin týdně, nemůže již v rámci stejného IČO pracovat na jiném pracovišti. V případě práce v jiném IČO lze využít maximálně dalších 16 hodin týdně pro činnost na lůžkovém pracovišti, nebo 12 hodin týdně pro činnost ambulantního specialisty, nebo 16 hodin týdně pro činnost na pracovišti jednodenní péče.

Zubní lékaři

Kapacitou lékaře se rozumí počet hodin v týdnu, po který konkrétní pracovník pravidelně poskytuje péči na pracovišti. Vychází se z or-

dinační doby a platí, že kapacita 35 hodin týdně a více uvedená v příloze č. 2 smlouvy odpovídá úvazku ve výši 1,0 bez ohledu na to, zda zubní lékař pracuje v ambulantním nebo lůžkovém zařízení. Uvádí-li zubní lékař 35 hodin týdně, nemůže již v rámci stejného IČO pracovat na jiném pracovišti. V případě práce v jiném IČO lze využít maximálně dalších 16 hodin týdně pro činnost na lůžkovém pracovišti, nebo 14 hodin týdně pro činnost zubního lékaře na jiném pracovišti. To vše však pouze za předpokladu, že souběh je realizovatelný. red ■

Příklady posuzování souběhů

- Lékař – ambulantní specialista má ve formuláři přílohy č. 2 smlouvy uvedenou kapacitu 30 hodin pro soukromou praxi, v nemocnici je zaměstnán na 26 hodin. Posuzuje se jako souběh 1,0 v privátu plus 0,65 v nemocnici, celkem 1,65. Znamená to, že tento lékař má souběh vyšší, než je tolerovaná hranice 1,4.
- Lékař v nemocnici pracuje na úvazek 1,0, tj. 40 hodin týdně, a v jiném IČO čtyřikrát do měsíce vykonává noční služby v LDN 12 hodin týdně. Dále pracuje jako ambulantní specialista v soukromé ordinaci, kde má uvedenou kapacitu 10 hodin týdně ve večerních hodinách. Pro tohoto lékaře se do souběhu zahrnuje úvazek v nemocnici ve výši 1,0 a v soukromé ordinaci ve výši 0,33. Jestliže má LDN v příloze č. 2 pro tohoto lékaře uvedenou kapacitu 12 hodin týdně a typ pracovníka „S“ (lékař pracující pouze v rámci ústavní pohotovostní služby), do souběhu se tato činnost nezapočítává. Celkový souběh lékaře je uvažován ve výši 1,33, v případě splnění podmínek realizovatelnosti jej tedy lze akceptovat.
- Lékař v nemocnici pracuje na úvazek 1,0, tj. 40 hodin týdně. Dále pracuje jako ambulantní specialista v ordinaci jiného IČZ, avšak stejného IČO, kde má uvedenou kapacitu 10 hodin týdně ve večerních hodinách. V tomto případě se nejedná o akceptovatelný souběh, ale o nedodržení podmínky, že v rámci jednoho IČO je přípustná maximální kapacita jednoho pracovníka 40 hodin týdně.
- Lékař pracuje v rámci primariátu 32 hodin u lůžka (na pracovišti intenzivní péče) a 8 hodin týdně na podřízeném ambulantním pracovišti (pracovišti léčby bolesti). Vzhledem k tomu, že celková kapacita lékaře v rámci jednoho IČO je 40 hodin týdně, jde o úvazek 1,0.

Pravidla pro akceptovatelnost souběhu

K zajištění kvality zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění posuzuje VZP případnou celkovou týdenní pracovní kapacitu lékaře – souběh jeho kapacit v různých zdravotnických zařízeních. Tím se rozumí poskytování zdravotní péče jedné fyzické osoby (lékaře) ve více IČO, pouze však za podmínky, že souběh je realizovatelný. Služby na pracovišti lékařské služby první pomoci či zdravotnické záchranné služby nebo práce v rámci ústavní pohotovostní služby v lůžkovém zdravotnickém zařízení se do souběhů nezahrnují.

Akceptovat lze souběh maximálně ve dvou různých zdravotnických zařízeních (IČO) do výše objemu činnosti, který odpovídá 1,4 úvazku/kapacity, v odůvodněných případech výjimečně ve třech IČO. Vždy je však nutné zhodnotit, zda je pro pojištěnce VZP další péče tohoto lékaře potřebná.

Realizovatelnost souběhu znamená, že lékař má dostatek času na přesun mezi pracovišti. VZP nemůže tolerovat situaci, kdy pracovník v jednom čase pracuje na různých místech, ani to, že by úvazek u lůžka lékaři zastávali po večerech, nocích a víkendech, tedy v čase, který pokrývá ústavní pohotovostní služba. Také nelze akceptovat, aby si k plnění povinností v rámci jiného úvazku „odskakovali“ z lůžkového pracoviště v době své běžné pracovní doby v nemocnici (většinou 7.00 až 15.30 hod.).

■ Náklady na péči

Produkční data VZP za 1. čtvrtletí 2011

Přehled produkčních dat VZP porovnává 1. čtvrtletí 2011 se stejným obdobím roku 2010 a je zaměřen na ukazatele zdravotní péče, které generují finanční náklady.



foto: Profimedia

■ Ambulantní péče

V 1. čtvrtletí 2011 došlo v porovnání se stejným obdobím roku 2010 v ambulantní péči k navýšení počtu vykázaných bodů o 75 milionů bodů, tj. na 101,3 procenta. K navýšení v ambulantní péči za výše uvedené období došlo i u zvláště účtovaných léčivých přípravků, což v absolutní hodnotě představuje částku 28,7 milionu Kč (108,8 procenta) a rovněž i u zvláště účtovaného materiálu, kde nárůst nákladů byl 10,2 milionu Kč (112,3 procenta).

K nejvýraznějšímu růstu počtu vykázaných bodů došlo zejména v segmentech:

- Péče praktických lékařů – celkový nárůst počtu bodů v 1. čtvrt-

letí 2011 činil oproti stejnému období roku 2010 zhruba 25,1 milionu, tj. 106 procent (odbornost 001 – 21,3 milionu bodů, tj. 108,9 procenta, odbornost 002 – 3,8 milionu bodů, tj. 102,1 procenta). Nejvyšší byl u následujících výkonů: komplexní vyšetření praktickým lékařem (nárůst 4,3 milionu bodů, tj. 114,5 procenta), minimální kontakt lékaře s pacientem (6,7 milionu bodů, tj. 278,9 procenta) a péče o stabilizovaného nekomplikovaného diabetika 2. typu (5 milionů bodů).

- Rehabilitační péče – počet bodů vzrostl o 20,5 milionu, tj. na 105 procent srovnatelného ob-

dobí. Nejvyšší nárůst se ukázal zejména u výkonů léčebná tělesná výchova na neurologickém podkladu (11,5 milionu bodů, tj. 115,7 procenta) a mobilizace páteře a periferních kloubů (4,3 milionu, tj. 109,8 procenta).

- Specializovaná ambulantní péče – počet vykázaných bodů se zvýšil o 58,3 milionu, tj. na 102,3 procenta. Nejvyšší byl u odbornosti hemodialýza (nárůst 28,5 milionu bodů, tj. 109,2 procenta), kde to bylo způsobeno především zvýšenou frekvencí výkonů hemodiafiltrace (nárůst 21,9 milionu bodů, tj. 114,4 procenta) a automati-

zovaná peritoneální dialýza (5,5 milionu bodů, tj. 169,9 procenta). Vyšší nárůst počtu bodů se projevil i u odbornosti radioterapie a radiační onkologie (nárůst 11,5 milionu bodů, tj. 118,7 procenta), kde byla příčinou především zvýšená frekvence vykazování výkonů radioterapie s použitím techniky IMRT (nárůst 10,7 milionu bodů, tj. 151,6 procenta) a lokalizace cílového objemu (4,4 milionu bodů, tj. 231,1 procenta), což přímo souvisí se zaváděním šetrnější techniky IMRT při ozáření pacientů. U odbornosti otorinolaryngologie (nárůst 9,5 milionu bodů, tj. 108,7 procenta) se na zvýšeném počtu vykázaných bodů nejvíce podílely výkony klinických vyšetření a dále i výkony související s novým přístrojovým vybavením ordinací ORL.

- Ošetrovatelská a rehabilitační péče – bodů bylo víc o 29,8 milionu, tj. 115,6 procenta. Nejvyšší nárůst byl zjištěn zejména u výkonů ošetrovatelská intervence (o 26,3 milionu bodů, tj. 116,2 procenta) a aplikace léčebné terapie (1,8 milionu bodů, tj. 113,9 procenta).

K nižšímu počtu vykázaných bodů oproti stejnému období roku 2010 došlo zejména v segmentech:

- Diagnostická zdravotní péče – celkový pokles činil 52,2 milionu bodů, tj. na 96,8 procenta srovnatelného období. Nejvyšší pokles počtu bodů byl zejména u hematologické laboratoře a u laboratoře nukleární medicíny.
- Domácí zdravotní péče – celkový počet vykázaných bodů klesl o 10 milionů, tj. na 95,2 procenta, nejvyšší pokles byl u výkonu ošetrovací návštěva – typ II.

■ Ústavní péče

V ústavní péči nedosáhly žádné sledované parametry v 1. čtvrtletí 2011 hodnot stejného ob-

dobí roku 2010. K dílčímu navýšení počtu vykázaných bodů a počtu ošetrovacích dnů došlo především v segmentu dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIP, DIOP), což bylo způsobeno postupným zprovozněním nových kapacit (například ZZ ETOILE CZ, a. s., Fakultní nemocnice Plzeň, Nemocnice s poliklinikou Karviná – Ráj, Uherskohradištská nemocnice, a. s., aj.).

■ Doprava

V segmentu dopravy byl ve sledovaném období počet ujetých kilometrů o jeden milion nižší než ve stejném období roku 2010, tj. 94,1 procenta.

■ Zdravotnická záchranná služba

Počet vykázaných bodů za zdravotní výkony byl v 1. čtvrtletí 2011 na 104,4 procenta oproti stejnému období roku 2010. Nárůst způsobila především vyšší frekvence vykazování kódu výkonu – přednemocniční neodkladná péče, sledování pacienta zdra-

votnickým záchranářem nebo všeobecnou sestrou se specializací ARIP à 15 min. (o 6,1 milionu bodů, tj. 112,3 procenta).

■ Náklady na léky vydané na recepty

V 1. čtvrtletí 2011 klesly celkové náklady na předepsaná léčiva na 97,7 procenta shodného období roku 2010, což představuje částku zhruba 133,7 milionu Kč. Největší pokles byl zaznamenán u léčiv ATC „C“ na kardiovaskulární systém a u léčiv ATC „L“ – cytostatik, naopak největší nárůst se objevil u léčiv ATC „A“ na zažívací trakt a u léčiv ATC „J“ – antiinfektiv pro celkové užití.

■ Náklady na zdravotnické prostředky vydané na poukazy

Za 1. čtvrtletí 2011 byly náklady na zdravotnické prostředky předepsané na poukaz na 96,7 procenta oproti stejnému období roku 2010, což představuje ve finančním vyjádření částku zhruba 48,2 milionu Kč. ■

■ Financování péče

System...

Dokončení ze s. 1

onemocnění podle spotřeby finančně náročných léků a léčivých prostředků. V současnosti identifikujeme necelých 20 diagnostických skupin charakterizovaných typickými ATC skupinami léčiv. Tímto způsobem lze definovat základní okruh pojištěnců, kteří čerpají výrazně nadprůměrnou zdravotní péči. Podle jednoho návrhu lze do vybraných skupin zařadit přibližně 7 procent pojištěnců, kteří čerpají zhruba 25 procent z celkového objemu finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění.

Pro zařazení pojištěnců podle spotřeby léků byla použita tabulka farmaceutických skupin nákladů aktuálně používaná ve Švýcarsku a v Nizozemí, postupně přejímaná i dalšími evropskými zeměmi, v nichž je funkční systém více zdravotních pojišťoven.

Princip podle holandské metodiky spočívá v zařazení pojištěnce do FKG podle předepsaných léčiv za předchozí období (jeden rok). Každý pojištěnec je zařazen buď do jedné nebo do žádné FKG skupiny. Pokud pojištěnec spadá podle předepsaných léčiv do více FKG skupin, je zařazen do té, ve které má nejmenší náklady zdravotní péči. V podmínkách ČR je vhodné rozšíření modelu právě podle preskripce léčiv. Jde o databázi stabilně a dlouhodobě využívanou, která poskytuje validní údaje.

Podle předpokladů by narovnání disparit způsobených de facto tíží onemocnění jednotlivých pojištěnců mělo být přijatelné pro všechny zdravotní pojišťovny. A získají na tom především pacienti. ■

■ Mgr. Tomáš Červinka,

pověřen řízením Úseku pojistného a správy pohledávek VZP ČR,

■ RNDr. Martin Vydra,

Úsek pojistného a správy pohledávek VZP ČR,

■ MUDr. Miluše Havlová,

Odbor kontroly a revize zdravotní péče VZP ČR

■ Relax

Sudoku obtížné

		8	5		4	2		
		5		8		7		
4	1			6	9		8	3
8		7						9
	9	3				6	5	
2						3		1
7	8		3	2			4	5
		6		7		8		
		9	4		8	1		

Dilbert



Potřebuji nový telefon. Jaký mi doporučujete?



Chceš se vztekat kvůli vypadávajícím hovorům, nebo kvůli krátké výdržci baterie?



Neobracej svou nenávist proti poslovi. Telefony sestavují lidé jako jsi ty.

Infoservis VZP, Informační kanál pro smluvní partnery VZP ČR. Ročník 2, číslo 14, 4. července 2011

KOORDINÁTORI PROJEKTU: Mgr. Anna Veverková (anna.veverkova@vzp.cz), Václav Dvořák (vaclav.dvorak@ambitmedia.cz)

ODPOVĚDNÁ REDAKTORKA: Mgr. Hana Frolíková, GRAFICKÝ NÁVRH A ÚPRAVA: Jindřich Studnička, Josef Gabriel

Pro VZP ČR vydává Ambit Media, a. s., jako přílohu Zdravotnických novin. Samostatně neprodejné.