

**Česká zemědělská univerzita v Praze**

**Provozně ekonomická fakulta**

**Katedra obchodu a financí**



**Bakalářská práce**

**Vyhodnocení dopadů pandemie COVID-19 na výdaje  
a příjmy zdravotní pojišťovny**

**Veronika Kubišová**

© 2022 ČZU v Praze



## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Veronika Kubišová

Veřejná správa a regionální rozvoj – k.s. Šumperk

Název práce

**Vyhodnocení dopadů pandemie covid-19 na výdaje a příjmy zdravotní pojišťovny**

Název anglicky

**Evaluation of the Impact of the Covid-19 Pandemic on the Health Insurance Company's Expenses and Income**

---

### Cíle práce

Cílem bakalářské práce je na základě analýzy vyhodnotit příjmy a výdaje zdravotního pojištění v České republice v souvislosti s pandemií covid-19 a na základě toho navrhnout možná opatření související s činnostmi zdravotní pojišťovny.

### Metodika

Teoretická část bakalářské práce bude vypracována na základě získaných poznatků z dostupné odborné literatury, znalostí v oblasti výdajů prostředků z veřejného zdravotního pojištění, zákona o zdravotních službách a s nimi souvisejícími aktuálními právními předpisy.

Na základě analýzy bude provedeno vyhodnocení dopadů pandemie covid-19 na celkové výdaje a příjmy zdravotní pojišťovny. Tyto výsledky pak budou porovnány s roky předchozími napříč jednotlivými segmenty zdravotní péče. Pro výpočet celkového ročního vyúčtování budou použity vzorce, které vycházejí z jednotlivých úhradových vyhlášek. Následně budou doporučena možná opatření související s problematikou výdajů zdravotního pojištění a s činnostmi zdravotní pojišťovny.

## Doporučený rozsah práce

30 – 40 stran

## Klíčová slova

covid-19, zdravotnictví, očkování, testování, zdravotní pojišťovna, kompenzační vyhláška, celkové vyúčtování, výše úhrad, regulace, hodnota bodu

---

## Doporučené zdroje informací

BELLOVÁ Jana, ZLÁMAL Jaroslav. Financování zdravotnictví. Verlag Dashöfer, 4.10.2019, [online].

Dostupné z: Financování zdravotnictví | Fulsoft.cz – Zákony, judikatura a literatura 2021

HUBÁČEK, Petr. Nově popsany koronavirus SARS-Cov-2 a jeho biologické souvislosti. Farmakoterapeutická revue. 2020, roč.5

KOSČÍK Michal, BLATNÝ Jaroslav, KRÁL Jakub, KŘEPELKA Filip, STRÁNSKÝ Jaroslav. Zákon o veřejném zdravotním pojištění, Komentář. Praha: Wolters Kluwer ČR,2020. ISBN 978-80-7598-809-6.

RUBIN, Rita. As Their Numbers Grow, COVID-19 "Long Haulers" Stump Experts. Journal of American Medical Association. [online]. 2020, Sep 23. Dostupné z:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2771111>

SHEN, Changxing et al. Comparative Analysis of Early-Stage Clinical Features Between COVID-19 and Influenza A H1N1 Virus Pneumonia. Front Public Health. [online]. 2020, Vol. 8, Art. 206, May 15.

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7243732/>

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer

---

## Předběžný termín obhajoby

2021/22 LS – PEF

## Vedoucí práce

Ing. Gabriela Kukulová, MBA, Ph.D.

## Garantující pracoviště

Katedra obchodu a financí

Elektronicky schváleno dne 20. 9. 2021

**prof. Ing. Luboš Smutka, Ph.D.**

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 19. 10. 2021

**Ing. Martin Pelikán, Ph.D.**

Děkan

V Praze dne 13. 12. 2021

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Vyhodnocení dopadů pandemie COVID-19 na výdaje a příjmy zdravotní pojišťovny" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 15.3.2022

---

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala Ing. Gabriele Kukulové, MBA, Ph.D. za její odborné vedení, ochotu, vstřícnost a cenné rady, které mi pomohly při zpracování této bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala svým blízkým, zejména pak MUDr. Bc. Zdeňku Vavrovi za podporu a trpělivost během celého studia.

# Vyhodnocení dopadů pandemie COVID-19 na výdaje a příjmy zdravotní pojišťovny

## Abstrakt

Bakalářská práce je věnována výdajům a příjmům zdravotní pojišťovny spojené s pandemií COVID-19. V teoretické části bakalářské práce jsou detailně popsány běžné příjmy a výdaje ZP. V následující části jsou rozvedeny náklady spojené s pandemií COVID-19, jimiž jsou: očkování, antigenní testování, laboratorní vyšetření, rozšíření seznamu výkonů, zohlednění změn u poskytovatelů zdravotnických služeb, implementace ECMO (mimotělní membránová Oxygenace) a prodlužování lázeňských návrhů.

Kromě navýšených nákladů zdravotní pojišťovny jsou v bakalářské práci popsány změny v jejich příjmech spojených s pandemií COVID-19. Zejména se jedná o odpuštění pokut za oznamovací povinnost, změny u placení pojištění u OSVČ (Osoba samostatně výdělečně činná) a prominutí penále.

Analytická část této bakalářské práce je zaměřena na porovnání hodnoty bodu, a to na základě finanční kompenzace růstu nákladů u jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotních služeb (ambulantních specialistů i praktických lékařů) v souvislosti s úhradovou vyhláškou 2019 a na ni navazující kompenzační vyhláškou 2020. Vyčíslená hodnota bodu je posléze rozhodujícím faktorem při závěrečném ročním vyúčtování poskytnutých zdravotních služeb mezi ZP a poskytovatelem zdravotních služeb.

Cílem této bakalářské práce je následné porovnání výdajů a příjmů ZP před pandemií COVID-19 a v jejím průběhu. Na základě výsledků vzájemného porovnání výdajů a příjmů budou zformulovány postupy pro ZP, které se budou týkat úsporných opatření na následující roky.

**Klíčová slova:** COVID-19, změny u ZP, zdravotnictví, očkování proti COVID-19, testování, kompenzační vyhláška, vyúčtování u zdravotnických zařízení, výše úhrad, regulace, hodnota bodu

# **Evaluation of the Impact of the COVID-19 Pandemic on the Health Insurance Company's Expenses and Income**

## **Abstract**

The bachelor thesis is devoted to health insurance expenditures and revenues associated with the COVID-19 pandemic. The theoretical part of the bachelor thesis describes in detail the current revenues and expenditures of the health insurance company. In the following section, the costs associated with the COVID-19 pandemic are elaborated, which are: vaccination, antigen testing, laboratory testing, expansion of the list of procedures, consideration of changes in health care providers, implementation of ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) and extension of spa proposals.

In addition to the increased costs to health insurers, the thesis describes the changes in their revenues associated with the COVID-19 pandemic. In particular, the waiver of reporting penalties, changes to insurance payments for the self-employed (Self-employed), and the waiver of penalties.

The analytical part of this bachelor thesis focuses on the comparison of the point value, based on the financial compensation of the cost increase for each segment of health service providers (outpatient specialists and general practitioners) in connection with the reimbursement decree 2019 and the subsequent compensation decree 2020. The calculated point value is then a decisive factor in the final annual settlement of the health services provided between the PP and the health service provider.

The aim of this bachelor thesis is to subsequently compare the expenditure and income of the ZP before and during the COVID-19 pandemic. Based on the results of the expenditure and revenue intercomparison, procedures for the ZP will be formulated to address cost saving measures for the following years.

**Keywords:** COVID19, changes in ZP, health care, covid vaccination 19, testing, compensatory decree, bills for medical establishments, level of reimbursements, regulation, value of point



## Obsah

<b>1 Úvod</b> .....	<b>9</b>
<b>2 Cíl práce a metodika</b> .....	<b>11</b>
2.1 Cíl práce.....	11
2.2 Metodika.....	11
<b>3 Teoretická východiska</b> .....	<b>14</b>
3.1 COVID-19 .....	14
3.2 Celkové roční vyúčtování poskytovatelů zdravotní péče .....	15
3.3 Běžné výdaje a příjmy ZP .....	17
3.3.1 Příjmy ZP .....	17
3.3.2 Výdaje ZP .....	20
3.4 Výdaje a příjmy ZP, spojené s pandemií COVID-19 .....	31
<b>4 Analytická část</b> .....	<b>35</b>
4.1 Novelizace úhradové vyhlášky .....	35
4.2. Výpočet celkového ročního vyúčtování zdravotního zařízení, u kterého dochází ke snížení nárůstu péče v souvislosti s pandemií COVID-19 .....	38
4.2.1 Vyúčtování 2018 .....	38
4.2.2. Celkové roční vyúčtování 2020 .....	40
4.2.3 Vyúčtování roku 2020 před novelizací vyhlášky.....	42
4.2.4 Srovnání vyúčtování 2020 před a po novelizaci vyhlášky.....	43
4.3 Výpočet celkového ročního vyúčtování zdravotního zařízení, u kterého dochází ke zvýšení nárůstu péče v souvislosti s pandemií COVID-19 .....	44
4.3.1. Vyúčtování 2018 .....	44
4.3.2. Celkové roční vyúčtování 2020 .....	45
4.3.3 Vyúčtování roku 2020 před novelizací vyhlášky.....	46
4.3.4 Srovnání vyúčtování 2020 před a po novelizaci vyhlášky.....	48
<b>5 Výsledky a diskuze</b> .....	<b>49</b>
5.1 Zhodnocení výdajů a příjmů v souvislosti s pandemií COVID-19 na zdravotní pojišťovny.....	51
<b>6 Závěr</b> .....	<b>53</b>
<b>7 Seznam použitých zdrojů</b> .....	<b>54</b>
<b>Přílohy</b> .....	<b>57</b>

## Seznam grafů

Graf 1 Výdaje zdravotních pojišťoven za vybrané poskytovatele zdravotní péče v ČR, 2014–2018 (mil. Kč).....	23
Graf 2 Výdaje zdravotních pojišťoven za ambulantní péči v ČR, 2014–2018 (mil. Kč).....	25
Graf 3 Index růstu výdajů za léky v Česku v letech 2014–2018.....	27
Graf 4 Výdaje zdravotních pojišťoven v Česku na centrové léky, 2014–2018 (v mil. Kč).....	27
Graf 5 Výdaje na dlouhodobou zdravotní a související sociální péči v Česku, 2010–2018 (mld. Kč) .....	30
Graf 6 Vývoj zůstatku ZP a růstu HDP .....	51

## Seznam tabulek

Tabulka 1 výkony pro distanční vykazování.....	32
Tabulka 2 výkony pro distanční vykazování.....	33
Tabulka 3 nové výkony testování.....	33
Tabulka 4 výkony v souvislosti s očkováním .....	34
Tabulka 5 přehledná tabulka změn v kompenzační vyhlášce .....	36
Tabulka 6 přehledná tabulka změn v kompenzační vyhlášce .....	37
Tabulka 7 modelové zdravotní zařízení Neurologie Bruntál – vyúčtování 2018.....	38
Tabulka 8 výsledek vyúčtování 2018 .....	40
Tabulka 9 modelové zdravotní zařízení vyúčtování 2020.....	40
Tabulka 10 výsledek vyúčtování 2020 .....	42
Tabulka 11 vyúčtování před novelizací vyhlášky 2020 .....	42
Tabulka 12 výsledek vyúčtování před novelizací vyhlášky 2020.....	43
Tabulka 13 srovnání vyúčtování před a po novelizaci vyhlášky .....	43
Tabulka 14 modelové zdravotní zařízení Interna Olomouc – vyúčtování 2018 .....	44
Tabulka 15 výsledek vyúčtování 2018 .....	45
Tabulka 16 modelové zdravotní zařízení Interna Olomouc – vyúčtování 2020 .....	45
Tabulka 17 výsledek vyúčtování 2020 .....	46
Tabulka 18 vyúčtování před novelizací vyhlášky 2020 .....	47
Tabulka 19 výsledek vyúčtování 2020 před novelizací vyhlášky .....	48
Tabulka 20 výsledek vyúčtování 2020 před novelizací vyhlášky .....	48
Tabulka 21 celkové srovnání vyúčtování u zařízení se sníženým počtem výkonů a pojištěnců .....	49
Tabulka 22 celkové srovnání vyúčtování u zařízení se zvýšeným počtem výkonů a pojištěnců .....	50

## Seznam použitých zkratk

ZVZP...Ve znění pozdějších předpisů
OSVČ...Osoba samostatně výdělečně činná
OBZP...Osoba bez zdanitelných příjmů
ZP...Zdravotní pojišťovna
IČZ.... Identifikační číslo zařízení
IČP...Identifikační číslo pracoviště
LDN...Léčebna dlouhodobě nemocných
NIP...Následná intenzivní péče
DIOP...Dlouhodobá intenzivní péče
ZULP...Zvlášť účtovaný lékařský přípravek

# 1 Úvod

Veřejné zdravotní pojištění je upraveno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“). V jednotlivých ustanoveních § 15 až § 39 tohoto zákona lze nalézt podrobný výčet poskytovaných zdravotních služeb, které mohou být hrazeny v celém nebo částečném rozsahu.

Podle ustanovení § 3 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, musí zaměstnavatel odvádět pojištění alespoň z výše minimální mzdy zaměstnance. Na zdravotní pojištění zaměstnavatel odvádí platbu ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu. To se týká jak zaměstnanců, u kterých je odváděno 4,5 % z jejich vlastního příjmu, a 9 % hradí zaměstnavatel, tak osob samostatně výdělečně činných, tzv. OSVČ, nebo osob bez zdanitelných příjmů (OBZP). Za některé skupiny občanů hradí na základě zákona veřejné zdravotní pojištění stát, mezi tyto skupiny obyvatel lze zařadit nezaopatřené děti, ženy na mateřské dovolené, pojištěnce pobírající důchod (starobní, invalidní, vdovský), studenty, uchazeče o zaměstnání, osoby ve výkonu trestu atd.

Zdravotní pojišťovna hradí za vyjmenované pojištěnce v rámci zákonného pojištění zdravotní služby, mezi které lze zařadit zdravotní péči (ta se rozlišuje jak podle druhu na neodkladnou, akutní, nezbytnou a plánovanou, tak podle formy, a to na ambulantní, jednodenní, lůžkovou a ve vlastním sociálním prostředí pacienta), konzultační služby, nakládání s tělem zemřelých, zdravotnickou záchrannou službu a zdravotnickou dopravní službu, služby v odběrových nebo transfuzních zařízeních a rovněž protialkoholní záchytnou službu. K výčtu hrazených zdravotních služeb lze také přiřadit specifické zdravotní služby podle zákona č. 373/2021 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

V souvislosti s pandemií COVID-19 a propadu ekonomiky došlo na jedné straně ke snížení příjmů zdravotních pojišťoven, například v důsledku odpuštění platby záloh OSVČ v období od března do srpna 2020. Na druhé straně byly výdaje zdravotních pojišťoven negativně ovlivněny zvýšenými náklady spojenými s testováním, očkováním a léčbou tohoto onemocnění. Ekonomické dopady na jednotlivé skupiny zdravotních poskytovatelů jsou v současnosti předmětem diskuzí, nicméně podle kompenzační úhradové vyhlášky č. 305/2020 Sb., která novelizovala původní úhradovou vyhlášku č. 268/2019 Sb. pro rok 2020 se navýšení hodnoty bodu týká všech segmentů.

Zvýšené výdaje zdravotních pojišťoven ovlivnilo také zřizování nových, dosud zákonem neupravených, pracovišť označovaných prostřednictvím systému zdravotnických odborností jako vakcinační centra 961 a 962. Nově byly dány do seznamu zdravotních výkonů, který je obsažen v číselníku svazu zdravotních pojišťoven, další zdravotní výkony distanční medicíny, celoplošného očkování, testování.

Krátkodobě lze tyto náklady pokrýt z tzv. disponibilního finančního zůstatku, který byl pro tyto krizové případy zřízen. Je však nepochybné, že pro následující roky bude třeba přijmout úsporná opatření, týkající se například stagnace úhrad poskytovatelům zdravotních služeb, která se až do nedávna každoročně navyšovala. Vzhledem k nejistotě o délce trvání koronavirové epidemie musí logicky vyvstat otázka, jak dlouho budou schopny zdravotní pojišťovny vyhnout se stavu platební neschopnosti?

## 2 Cíl práce a metodika

### 2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je na základě analýzy vyhodnotit příjmy a výdaje zdravotního pojištění v České republice v souvislosti s pandemií COVID-19, a na základě toho navrhnout možná úsporná opatření pro další roky, aby byla pojišťovna nadále schopna platit své závazky.

### 2.2 Metodika

Teoretická část bakalářské práce je vypracována na základě získaných poznatků z odborné literatury, z praxe, znalostí v oblasti výdajů prostředků z veřejného zdravotního pojištění, zákona o zdravotních službách a s ním souvisejícími právními předpisy a znalostmi úhrady.

V úvodní části práce je blíže specifikováno onemocnění COVID-19 (jeho původ, rozšíření a závažnost). Jsou zde také podrobněji vysvětleny pojmy spojené s úhradovou vyhláškou a s celkovým vyúčtováním, kterými jsou především: výše limitu předběžných záloh, úhradový dodatek, referenční období, unikátní pojištěnec, globální pojištěnec a regulační omezení.

Po vysvětlení těchto důležitých pojmů jsou detailně popsány běžné výdaje a příjmy zdravotních pojišťoven (dále jen ZP), na které navazují náklady a změny v příjmech v souvislosti s pandemií COVID-19, včetně úhrady za tato opatření.

V analytické části práce jsou pak rozebrány rozdíly mezi úhradovými vyhláškami pro rok 2020<sup>1</sup> a na ni navazující kompenzační vyhláškou<sup>2</sup>, pojednávající o navýšení celoroční hodnoty bodu, která významně ovlivňuje celkové roční vyúčtování. Dále se práce zabývá eventuální možností poskytovatele zdravotních služeb zvolit si z ekonomického důvodu jiné referenční období, než je rok 2020. Jelikož ve spojitosti s pandemií COVID-19 v tomto roce dochází u některých segmentů ke snížení zdravotní péče v návaznosti na výkonovou úhradu a s ní i případný přechod z výkonové úhrady na paušální měsíční úhradu.

---

<sup>1</sup> Vyhláška č. 268/2019 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020.

<sup>2</sup> Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 305/2020 Sb., o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2020.

Pro výpočet celkového vyúčtování jsou pak použity vzorce, které vycházejí z výše uvedených vyhlášek. Následně jsou spočteny hodnoty celoročního vyúčtování v rámci vybraných segmentů zdravotnických zařízení u náhodně vybraných, avšak dále nespecifikovaných IČZ (identifikační číslo zařízení) a IČP (identifikační číslo pracoviště).

$$1,018 \times POP_{zpoZ} \times PURO_o + 1,018 \times \max [PURO_o \times POP_{zpoMh}; (UHRM_h - UHRM_r)] \quad (1)$$

### **Vzorec č. 1 z úhradové vyhlášky č. 353/2017 Sb. (pro rok 2018)**

Kde  $POP_{zpoZ}$  znamená počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období. Do tohoto počtu unikátních pojištěnců se ale nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513, ten je pak počítán samostatně.

$PURO_o$  je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

$POP_{zpoMh}$  je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do celkového počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513.

$UHRM_h$  je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období.

$UHRM_r$  je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

$$(1,05 + KN) \times (\max(POP_{zpoZ}; POP_{refZ}) \times PURO_o + \max[PURO_o \times POP_{zpoMh}; UHRM_h - UHRM_r]) \quad (2)$$

### **Vzorec č. 2 z kompenzační vyhlášky č. 305/2020 Sb. (pro rok 2020)**

Kde  $KN$  je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) doložení, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů.

b) 0,04 - pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin,

c) 0,04 - pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž v hodnoceném období ošetřil alespoň 5 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2017 do 31. prosince 2019 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.

*POPzpoZ* je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; základním unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období.

*POPrefZ* je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období; základním unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

$$(1,05 + KN) \times (POPzpoZ \times POROo + \max[PUROo \times POPzpoMh; UHRMh - UHRMr]) \quad (3)$$

### **Vzorec č. 3 z vyhlášky č. 268/2019 Sb. před novelizací vyhlášky pro rok 2020**

V závěru práce jsou pak tyto výsledky porovnány s vyúčtováním roku 2018, které je referenčním obdobím pro rok 2020. Celkově jsou srovnávány zdravotní zařízení jak se snížením, tak i se zvýšením roční vykázané péče a počtem ošetřených pojištěnců, právě v souvislosti s pandemií COVID-19. U těchto modelových zařízení jsou porovnávány rozdíly celkového ročního vyúčtování před a po novelizaci úhradové vyhlášky pro rok 2020.

V závěru bakalářské práce je uvedena celková bilance příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven napříč jednotlivými roky a v souvislosti s nečekanými výdaji spojenými s pandemií COVID-19 jsou následně navržena úsporná opatření pro roky následující.

### 3 Teoretická východiska

Následující kapitoly vysvětlují pojmy spojené se zdravotnictvím a vyúčtováním zdravotní péče. Tyto pojmy jsou klíčové pro seznámení se s kompenzacemi v souvislosti s pandemií COVID-19, a pro přesnější pochopení příjmů, výdajů a zdravotních služeb, které jsou hrazeny v celém nebo částečném rozsahu<sup>3</sup>, ty jsou pak v této kapitole dále detailně popsány.

#### 3.1 COVID-19

Anglickým názvem Coronavirus disease 2019 je druh virózy. Původcem je koronavirus SARS-Cov-2. Číslovka 19 pak značí rok výskytu onemocnění. Předpokládá se, že se člověk nakazil od zvířat, COVID-19 je tedy zoonóza. Do povědomí se tímto dostali jako přenašeči luskouni a netopýři, u kterých nemoc započala. Skutečnost je však zřejmě složitější. Přenos patrně umožnila mutace, která je u rychle se množících virů běžná.<sup>4</sup>

U pozitivních pacientů se liší jak druhy příznaků, tak i celkový průběh onemocnění. Řada pacientů však zůstává bez jakýchkoliv příznaků, mezi mírnější průběh nemoci se pak řadí: horečka, kašel, únava, dušnost, bolesti v krku, migréna, bolesti svalů, zvracení, průjem a vzácně zimnice. Za specifický příznak nemoci se pak zejména považuje ztráta čichu a chuti.

Vážný průběh nemoci a vysokou úmrtnost vykazují častěji senioři a pacienti polymorbidní. U těchto několika jednotek procent nakažených je celkový průběh nemoci spojený nejčastěji s celkovou dušností a selháváním orgánů, tedy je nutná hospitalizace pacientů. Zemřít na COVID-19 však může prakticky kdokoliv.

Pro část představuje prodělaný COVID-19 dlouhodobé, možná dokonce trvalé poškození zdraví. Postižené jsou nejen plíce, ale také srdce, ledviny, či mozek.<sup>5</sup> Nejvíce

---

<sup>3</sup> Zdravotní služby jsou definovány v ustanovení § 2 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZZS“)

<sup>4</sup> HUBÁČEK, Petr. Nově popsaný koronavirus SARS-Cov-2 a jeho biologické souvislosti. *Farmakoterapeutická revue*, 2020, roč. 5, Suppl.1, s. 15-16

<sup>5</sup> RUBIN, Rita. *As Their Numbers Grow, COVID-19 „Long Haulers“ Stump Experts*. [online]. Journal of American Medical Association. 2020, Sep 23, [cit. 5. 3. 2021]. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2771111>



nakažlivý je přitom přenašeč krátce před nástupem prvních příznaků. Tyto příznaky se obtížně odlišují od běžných viróz a chřipek.<sup>6</sup> Nejrizikovější je pak tzv. bezpříznakový přenašeč.

Klíčovou otázkou je, zda při prodělání nemoci COVID-19 vzniká imunita. Některá onemocnění dlouhodobou či celoživotní imunitu přinášejí. Jaký význam má tedy výskyt protilátek? Dosavadní poznatky jsou zatím různorodé. Imunita patrně vzniká, ovšem během měsíců slábne, až postupně zmizí úplně.<sup>7</sup> Navíc dále rostou počty podruhé nakažených. Očkování tak bude mít smysl také v případech uzdravených. Dokonce jsou případy opakovaně nakažených, u nichž je druhý průběh nemoci ještě horší.<sup>8</sup>

Protilátky naznačující onemocnění COVID-19, a tedy i imunitu vůči onemocnění, mohou vytvářet i široce rozšířené koronaviry, které jsou však neškodné. Toto zjištění také vysvětluje překvapivě vysokou promořenost obyvatelstva, která by měla vytvořit tzv. kolektivní imunitu. Názory na tuto teorii se však jak mezi vědci, tak širokou veřejností rozcházejí.

Zdravotnictví je v souvislosti s pandemií COVID-19 dlouhodobě pod tlakem, docházejí lůžka, a hlavně pak zdravotnický personál. Zájem o odběry v některých regionech překračuje kapacitu odběrových míst i laboratoří. ZP se snaží v souvislosti s kompenzační vyhláškou plošně kompenzovat dopady koronaviru na zdravotnictví.

### **3.2 Celkové roční vyúčtování poskytovatelů zdravotní péče**

Poskytovatelé zdravotních služeb<sup>9</sup> jsou měsíčně placeni tzv. předběžnou měsíční úhradou, která se odvíjí od jejich nákladů za referenční období (pro vyúčtování roku 2020 je referenčním obdobím rok 2018). Při celkovém ročním vyúčtování pak dochází k finančnímu vypořádání a následné realizaci doplatků či přeplatku. Výše hodnoty bodu a regulační omezení stanovuje pro rok 2020 kompenzační vyhláška č. 305/2020 Sb.

---

<sup>6</sup> SHEN, Changxing et al. *Comparative Analysis of Early-Stage Clinical Features Between COVID-19 and Influenza A H1N1 Virus Pneumonia*. [online]. Front Public Health. 2020, Vol. 8, Art. 206, May 15, [cit. 5. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7243732/>

<sup>7</sup> RIPPERGER, Tyler J. et al. *Orthogonal SARS-CoV-2 Serological Assays Enable Surveillance of Low Prevalence Communities and Reveal Durable Humoral Immunity*. [online]. Immunity. 2020, Vol. 53, Iss. 5, s. 925–933, [cit. 5. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1074761320304453>

<sup>8</sup> TILLET, Richard L. et al. *Genomic evidence for reinfection with SARS-CoV-2: a case study*. [online]. The Lancet Infectious Diseases 2020, Oct 12 [cit. 5. 3. 2021]. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30764-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30764-7/fulltext)

<sup>9</sup> Dále jen „PZS“

## **Úhradový dodatek**

V úhradovém dodatku, který je nedílnou součástí smlouvy, se sjednává výše úhrady (úhradovým vzorcem), který je specifický pro každý segment, včetně jeho regulačního omezení. Dle zákona o veřejném zdravotním pojištění nemusí vždy úhradový dodatek odpovídat vyhlášce, podmínkou však je, aby nebyl v rozporu s pojistným plánem dané ZP.

V segmentu ambulantních specialistů jsou pak možné dva způsoby úhrady, a to výkonová úhrada a předběžná úhrada za unikátního pojištěnce, která je udávána referenčním obdobím.

## **Unikátní a globální pojištěnec**

Unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec příslušné ZP, ošetřený daným poskytovatelem v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, a to v konkrétní odbornosti. I při ošetření unikátního pojištěnce v konkrétní odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období vícekrát, jej ZP zahrnuje do počtu unikátních pojištěnců v dané odbornosti vždy jen jedenkrát.

Naproti tomu globálním pojištěncem se rozumí pojištěnec, který byl ošetřený poskytovatelem lůžkové péče v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, a to v libovolné odbornosti. Bez ohledu na počet ošetření a odborností, u kterých byl globální pojištěnec v hodnoceném nebo referenčním období ošetřen, jej ZP zahrnuje do počtu globálních pojištěnců vždy jen jednou.<sup>10</sup>

## **Regulační omezení**

Pro úhradu preskripce léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, je dán pro většinu odborností limit, který je průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období. Při překročení tohoto limitu uplatňuje ZP regulační omezení až do určité výše (obvykle se jedná o výši do 40 % z tohoto překročení). Za každé započaté 0,5 % překročení, ZP sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období. U odborností 305, 306, 308 nebo 309 se do regulačního omezení nezapočítávají zvlášť účtované léčivé přípravky, materiál a zdravotnické prostředky, a to z důvodu podpory podávání depotních léků, které mají velmi pomalé vstřebávání. Tyto léky snižují u pacientů s psychickým onemocněním

---

<sup>10</sup> Pojmy unikátní a globální pojištěnec jsou definovány v ustanovení § 3 vyhlášky č. 305/2020 Sb., Vyhláška Ministerstva zdravotnictví o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2020.

pravděpodobnost návratu onemocnění, tedy snižují i celkové náklady na případnou lůžkovou péči.<sup>11</sup>

### 3.3 Běžné výdaje a příjmy ZP

Běžné příjmy zdravotního pojištění pocházejí především z veřejného zdravotního pojištění a běžné výdaje souvisejí především s výdaji na zdravotní péči, kterou se bakalářská práce dále podrobněji zabývá.

#### 3.3.1 Příjmy ZP

Z 99 % jsou příjmy ZP stanoveny příjmy z veřejného zdravotního pojištění, který je druhem zákonného pojištění. Výše samotného pojištění je pak vypočítána pro všechny skupiny plátců z 13,5 % příslušného vyměřovacího základu.<sup>12</sup>

Zdravotní pojištění je dle zákona č. 592/1992 Sb. povinné pro všechny osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR, ale i pro osoby bez trvalého pobytu, které jsou zaměstnány u zaměstnavatele, jenž má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR.

Z toho vyplývá, že od povinnosti platit zdravotní pojištění jsou oproštěny osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR, nebo osoby, které se zdržují dlouhodobě nebo nepřetržitě v cizině (po dobu nejméně 6 měsíců) a jsou v cizině pojištěny, tuto skutečnost je třeba ZP vždy písemně doložit.<sup>13</sup>

#### Druhy plátců pojistného

Mezi plátce pojistného na ZP se řadí:

- stát,
- zaměstnavatel,
- OSVČ,
- OBZP

---

<sup>11</sup> Pojem regulační omezení je vymezen ve Vyhlášce č. 305/2020 Sb., Vyhláška Ministerstva zdravotnictví o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2020.

<sup>12</sup> Výše pojištění je blíže specifikována v ustanovení § 2 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném a všeobecném pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>13</sup> Více pak zákon č. 48/1997 Sb. zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, část první dle § 2.

## Stát

platí pojistné za osoby uvedené v § 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. Jedná se o:

1. v případě, že se jedná se o nezaopatřené dítě<sup>14</sup>,
2. za osoby pobírající starobní, invalidní, vdovský nebo sirotčí důchod,
3. za osoby starší 26 let, které studují prvně v doktorském studijním programu,
4. příjemce rodičovského příspěvku,<sup>15</sup>
5. ženu na mateřské, nebo rodičovské dovolené,
6. uchazeče o zaměstnání,
7. osobu pobírající dávku v hmotné nouzi, včetně osob s ní posuzovaných,
8. osobu pečující, nebo ta, která je závislá na péči jiné osoby,
9. osobu ve výkonu trestu odnětí svobody, ústavního ochranného léčení či vazby,
10. osobu celodenně řádně pečující o jedno dítě do 7 let věku, nebo nejméně o dvě děti do věku 15 let,
11. příjemce starobní penze, doživotní penze nebo penze na přesně stanovenou dobu s přesně vyměřenou výší důchodu,
12. osobu, která je ve třetím stupni invalidity, nebo dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňuje podmínky pro přiznání důchodu pro invaliditu třetího stupně nebo důchodu starobního,
13. osobu s trvalým pobytem na území ČR, která neplatí zdravotní pojištění jako zaměstnanec ani jako OSVČ, ale je příjemce dávek nemocenského pojištění,
14. osobu vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu,
15. mladistvé, umístěné ve školském zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy,
16. cizincům, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území ČR,<sup>16</sup>
17. žadatelům o udělení mezinárodní ochrany a jejich dětem narozeným na území ČR a cizincům, kterým bylo uděleno vízum k pobytu po dobu 60 dnů za účelem strpění pobytu společně s jeho dětmi narozenými na území ČR,<sup>17</sup>
18. manželům nebo registrovaným partnerům státních zaměstnanců v organizačních složkách státu, v případě následování do místa jejich vyslání k výkonu práce v zahraničí nebo k výkonu zahraniční služby při souhlasu této organizační složky státu.<sup>18</sup>

---

<sup>14</sup> Definici nezaopatřeného dítěte dále specifikuje: část druhá § 11, zákon č. 117/1995 Sb., zákon o státní a sociální podpoře.

<sup>15</sup> Více k rodičovskému příspěvku § 30 zákona, č. 117/1995 Sb., o státní a sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>16</sup> § 32, zákona č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>17</sup> § 28, zákona č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců, ve znění pozdějších předpisů.

Pokud osoby uvedené pod čísla 1-9, a číslem 11 mají příjmy ze zaměstnání, či samostatně výdělečné činnosti, platí pak pojistné nejen stát, ale i tyto osoby. Za osoby pod čísla 12-18 a 10 je plátcem pojistného vždy jen stát.

### **Zaměstnavatel**

odvádí do systému ZP nejen část pojistného, kterou je povinen hradit za své zaměstnance (tj. 9 %), ale i část pojistného, kterou je povinen hradit zaměstnanec sám (tj. 4,5 %). Částka pojistného se vypočte ze 13,5 % vyměřovacího základu a tento výsledek se zaokrouhlí směrem nahoru. Pokud je příjem zaměstnance nižší, než je povinný vyměřovací základ, je zaměstnanec povinen doplatit ZP rozdíl těchto nákladů.

V případě, že má zaměstnanec více zaměstnavatelů, ale ani v součtu nedosáhne minimálního vyměřovacího nákladu, je povinen provést doplatek pojistného prostřednictvím jednoho ze svých zaměstnavatelů, kterého si sám zvolí. Pokud je vyměřovací základ nižší z důvodů vzniklých na straně zaměstnavatele, pak je povinen tento rozdíl doplatit zaměstnavatel.

Při nezaplacení pojistného ve stanovené lhůtě, nebo při zaplacení nižší částky, než mělo být zaplaceno, je zaměstnavateli vyměřeno penále ve výši 0,05 % za každý den, ve kterém tato skutečnost trvala.<sup>19</sup>

### **OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná)**

Hrazení pojistného za osoby samostatně výdělečně činné<sup>20</sup> je také ve výši 13,5 % z jejich vyměřovacího základu, přičemž vyměřovací základ pro OSVČ je 50 % jejich příjmu ze samostatné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a jeho udržení. Zákonem o pojistném a veřejném zdravotním pojištění je pak minimální vyměřovací základ pro OSVČ stanoven jako dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství.

OSVČ hradí pojistné formou záloh a doplatku pojistného. Zálohy se hradí každý měsíc a jsou určeny z výše částky z přehledu OSVČ uplynulého kalendářního roku. Po podání nového přehledu OSVČ se mění i vypočítaná částka záloh, kterou je třeba hradit.

---

<sup>18</sup> § 53, zákona č. 150/2017 Sb., o zahraniční službě a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>19</sup> Podle ustanovení § 18 odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>20</sup> Dále jen „OSVČ“.

Pokud OSVČ pojistné neuhradí ve stanovené době nebo jej uhradí, ale v nesprávné výši, je povinna platit penále ve výši 0,05 % dlužné částky za každý kalendářní den, ve kterém pojistné nebo záloha na něm nebyly zaplacený nebo byly zaplacený, ale v nižší částce.

### **Osoba bez zdanitelných příjmů (OBZP) <sup>21</sup>**

platí pojistné sama v zákonem stanovené výši, které je zákonem určené jako 13,5 % z minimálního vyměřovacího základu, kterým je minimální mzda. Při nezaplacení ve stanovené lhůtě, nebo při zaplacení nižší částky je vyměřeno penále 0,05 % za každý den prodlení.

### **Ostatní příjmy ZP**

Ostatní příjmy zdravotních pojišťoven mají jen marginální význam, cca 1 % a tvoří je zejména sankční položky, kterými jsou: penále, pokuty, náhrady škod a přírážky.

## **3.3.2 Výdaje ZP**

Hlavní složkou, cca 99 %, jsou výdaje na zdravotní služby, přičemž tyto výdaje meziročně pravidelně rostou. Běžné výdaje, spojené se zdravotní péčí, můžeme zařadit do kategorií: lůžková péče, ambulantní péče, léčivé přípravky, zdravotnické prostředky, domácí péče a prevence pojištěnců.

### **3.3.2.1 Lůžková péče**

Lůžková péče je veškerá zdravotní péče, která je prováděna primárně poskytovateli lůžkové péče, tedy v nemocnicích, psychiatrických ústavech, ale i v LDN<sup>22</sup>, odborných léčebných ústavech aj.

ČR disponuje 156 nemocnicemi poskytující akutní péči 37 nemocnic s následnou péčí a 35 LDN. „Podíl nákladů na lůžkovou péči na celkových výdajích zdravotnictví přitom přesahuje 50 % a neustále roste. Přitom moderní medicína založená na technologiích jednoznačně upřednostňuje ambulantní, komunitní a jednodenní péči. Akutní nemocniční péče se stále specializuje, vyžaduje nákladné technologie a pro udržení

---

<sup>21</sup> Bližší definice, § 5 zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

<sup>22</sup> LDN je zkratkou pro léčebnu dlouhodobě nemocných pacientů.

*kvality péče a lepší využití personálních a přístrojových kapacit se nutně musí koncentrovat v menším počtu komplexnějších nemocničních zařízení.*

*Nemocnice akutní péče tvoří v ČR téměř 75 % všech poskytovatelů v tomto segmentu a léčení dlouhodobě nemocných je méně než 5 %. Z celkové kapacity lůžkového fondu tvoří akutní lůžková péče více než 60 %, následná péče cca 30 % a dlouhodobá péče méně než 10 %. Navíc máme jednu z nejdelších hospitalizací v Evropě<sup>23</sup>.*

Lůžková péče je v dnešní době bezesporu nejnákladnější položkou českého zdravotnictví, dle nejaktuálnějších údajů jsou výdaje přibližně okolo 160 miliard ročně.<sup>24</sup> Lůžková péče může být financována několika různými způsoby, a to: platbou výkonovou (balíčkovou), DRG financováním<sup>25</sup>, financováním centrové léčby, platbou za ošetrovací den.

### **Platba výkonová (balíčková)**

Při výkonovém typu platby jde o proplácení za přímo provedené výkony, v případě operací pak za balíčky těchto výkonů. V případě tohoto způsobu hrazení se mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnou uzavře dodatek, kde se konkretizuje, jaké výkony jsou v rámci konkrétní hospitalizace provedeny a hrazeny, včetně úhrady léčivých přípravků, zdravotních prostředků a materiálu. Samotné hodnoty bodů jednotlivých výkonů jsou pak specifikovány vyhláškou Ministerstva zdravotnictví v seznamu zdravotních výkonů.<sup>26</sup>

### **DRG financování**

Systém DRG úhrad se začal zavádět v ČR přibližně během roku 2004, okolo roku 2011 se od projektu mírně opustilo, ale v roce 2015 se začal v rámci projektu DRG restart opět významně rozvíjet.<sup>27</sup>

Jde o způsob financování za ukončení hospitalizace. Bez ohledu na množství poskytnuté zdravotní péče tak dostává nemocnice při vyúčtování fixní částku za ukončení

---

<sup>23</sup> *Otevřené zdravotnictví, věc veřejná, článek: Kolik potřebujeme nemocnic a nemocničních lůžek? Ví to někdo?.* [online]. Otevřené zdravotnictví, Ze dne 18. 9. 2019 [cit. 9. 3. 2021]. Dostupné z: [Kolik potřebujeme nemocnic a nemocničních lůžek? Ví to někdo? - OTEVŘENÉ ZDRAVOTNICTVÍ \(otevrenezdravotnictvi.cz\)](http://kolikpotrebujeme-nemocnic-a-nemocničních-lůžek-vi-to-někdo?)

<sup>24</sup> *Výsledky zdravotnických účtů v ČR 2010-2018*, Český statistický úřad [online]. 19. 2. 2020 [cit. 15. 3. 2021]. Dostupné z: [Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010–2018 | ČSÚ \(czso.cz\)](http://vysledky-zdravotnických-účtů-ČR-2010-2018-ČSÚ.czso.cz)

<sup>25</sup> Více k způsobu DRG financování viz: [Systém DRG - způsob financování nemocnic | Fulsoft.cz - Zákony, judikatura a literatura 2021](http://systém-drg-způsob-financování-nemocnic-fulsoft.cz)

<sup>26</sup> Vyhláška č. 134/1998 Sb. Ministerstva zdravotnictví ČR, ve znění pozdějších předpisů, kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, dostupný z: [Zdravotní výkony - Zdravotní výkony \(mzcr.cz\)](http://zdravotní-výkony-zdravotní-výkony-mzcr.cz)

<sup>27</sup> *Metodická optimalizace a zefektivnění systému úhrad nemocniční péče v ČR*. [online]. DRG restart. Ústav zdravotnických informací a statistiky. ÚZIS. 2020, [cit. 20. 3. 2021]. Dostupné z: [Úvod - DRG Restart \(uzis.cz\)](http://úvod-drg-restart-uzis.cz)

celkové hospitalizace pacienta. Platba by měla odpovídat průměrným nákladům, které jsou při hospitalizaci vynaloženy. Mezi lůžkovými poskytovateli však existují významné rozdíly v platbách v souvislosti s komplikovanějšími pacienty, kteří jsou hospitalizováni ve vysoce specializovaných nemocnicích, jako např. Fakultní nemocnice, u těchto pacientů se předpokládá komplikovanější průběh nemoci, a tak dochází ke zvýšení průměrných nákladů spojených s jejich hospitalizací.

### **Financování centrové léčby**

Centra<sup>28</sup> jsou speciální pracoviště, převážně lůžkového typu v rámci velkých zdravotnických center, zpravidla nemocnic. Zde se podávají speciální léčivé přípravky<sup>29</sup> vyznačující se vysoce nákladovou a moderní terapií. Tyto léky jsou podávány jen v rámci center, a to za předpokladu, že tato zdravotní zařízení mají tzv. zvláštní smlouvu se zdravotní pojišťovnou. V dodatcích zvláštní smlouvy jsou pak dále specifikovány centrové léky, které jsou zařízením nasmlouvány podle diagnóz a ATC skupin<sup>30</sup>. Důvodem omezení podávání těchto přípravků pouze v centrech je nutnost vysoce špičkové zdravotní péče a odbornosti, kterými se centra vyznačují. Pro tyto léčivé přípravky je vyčleněn specializovaný rozpočet, který lze použít výhradně na centrovou léčbu. Výše rozpočtu pro jednotlivá centra odpovídá jak rozsahu nasmlouvaných centrových léčivých přípravků, tak počtu nahlášených pacientů k léčbě, centra mají povinnost průběžně pacienty hlásit zdravotním pojišťovnám k evidenci.

### **Platba za ošetrovací den**

Tato platba zpravidla probíhá na lůžkových zařízeních intenzivní ošetrovatelské péče, kde není třeba mnoho specializované lékařské péče. Příkladem jsou léčebny dlouhodobě nemocných (LDN), následné intenzivní péče<sup>31</sup> (NIP), dlouhodobé ošetrovatelské péče<sup>32</sup> (DIOP) nebo psychiatrické léčebny. Platba za ošetrovací den se pak liší podle komplikovanosti hospitalizace a výší průměrných nákladů spojených s ní.

---

<sup>28</sup> Specializovaná pracoviště, která mají uzavřenou zvláštní smlouvu se zdravotní pojišťovnou.

<sup>29</sup> Tyto přípravky jsou omezeny preskripcí na základě vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 63/2007 Sb. vyhláška o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely.

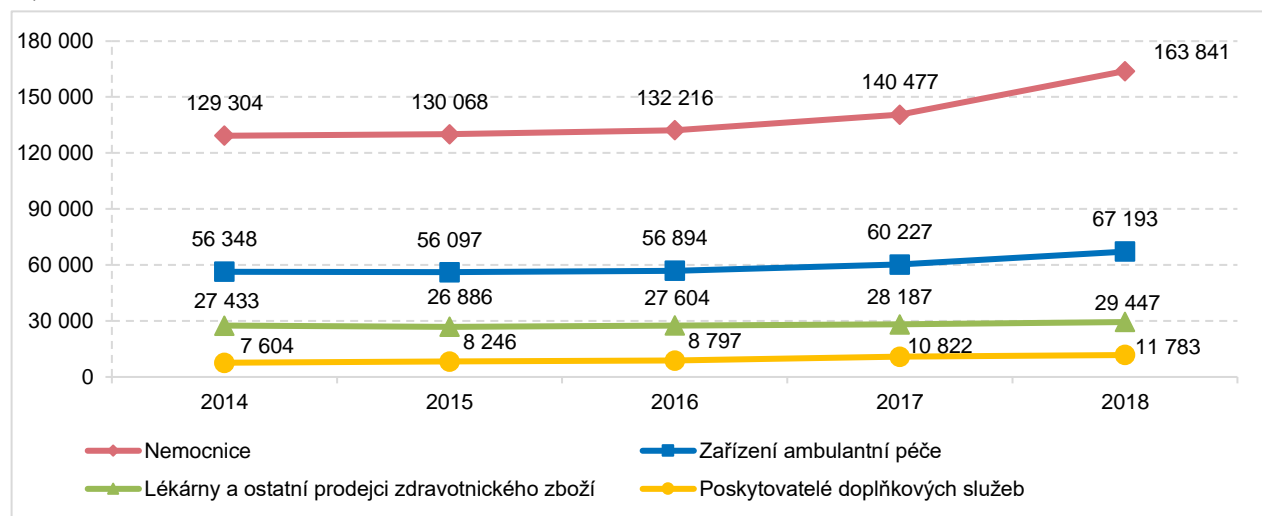
<sup>30</sup> ATC skupiny rozdělují léčivé přípravky podle účinné látky, a účinků na jednotlivé orgány, na které působí, rozdělení ATC skupin je definováno světovou zdravotnickou organizací, přehled ATC skupin je dostupný z: [https://www.sukl.cz/modules/medication/atc\\_tree.php](https://www.sukl.cz/modules/medication/atc_tree.php)

<sup>31</sup> Na oddělení následné intenzivní péče jsou přijímáni pacienti, jejichž stav je stabilní, ale vyžadují podporu některé ze základní životní funkce.

<sup>32</sup> Oddělení dlouhodobé intenzivní péče poskytuje péči pacientům s dlouhodobou poruchou základních životních funkcí.



**Graf 1 Výdaje zdravotních pojišťoven za vybrané poskytovatele zdravotní péče v ČR, 2014–2018 (mil. Kč)**



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

### 3.3.2.2 Ambulantní péče

Je spolu s lůžkovou péčí nejvíce rostoucím segmentem v průběhu posledních pěti let.<sup>33</sup> Náklady na ambulantní péči přesahují 34 % z celkových nákladů, což je činí druhou nejnákladnější položkou ze zdravotního pojištění. Na ambulantní péči lékařů specialistů připadá 19 %, na péči praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost pak 8 % a více než 3 % představují výdaje na ambulantní péči stomatologů a rehabilitačních pracovníků.<sup>34</sup>

Náklady na ambulantní péči, která je poskytována jak v nemocnicích, tak praktickými lékaři či specialisty v soukromém sektoru, stále rostou. Přičemž výdaje na stomatologickou péči si domácnosti hradí z velké části samy.

### Hrazení zdravotních výkonů

Hrazení ambulantní péče je blíže rozvedeno v zákonu o veřejném zdravotním pojištění. Hrazení výkonů podléhá vyhlášce „Seznamu zdravotních výkonů“, kterou vydává Ministerstvo zdravotnictví. Ve vyhlášce jsou uvedeny jak jednotlivé výkony, které jsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění, tak hodnoty bodů. Dále jsou zde uvedeny

<sup>33</sup> *Jak se rozděluje peníze v českém zdravotnictví – II. Za co peníze vydáváme*, [online]. Otevřené zdravotnictví. 7. 5. 2018 [cit. 10.4. 2021]. Dostupné z: [Jak se rozděluje peníze v českém zdravotnictví – II.<br>Za co peníze vydáváme - OTEVŘENÉ ZDRAVOTNICTVÍ \(otevrenezdravotnictvi.cz\)](http://otevrenezdravotnictvi.cz)

<sup>34</sup> *Výsledky zdravotnických účtů v ČR 2010-2018*, Český statistický úřad [online]. 19. 2. 2020 [cit. 15. 3. 2021]. Dostupné z: [Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010–2018 | ČSÚ \(czso.cz\)](http://czso.cz)

frekvenční omezení těchto výkonů, tedy za jaké období jej mohou zdravotní zařízení bez předchozího schválení revizního lékaře vykazovat. Podmínkou pro úhradu výkonů je jejich nasmlouvání u zdravotní pojišťovny, nebo jejich předchozí schválení revizním lékařem, kromě vykazání neodkladné péče.

Samotná hodnota bodu pro jednotlivé segmenty je pak blíže specifikována v úhradové vyhlášce na konkrétní rok.

Úhrada ambulantních specialistů se však může od vyhlášky lišit, a to na základě uzavřeného úhradového dodatku, který je nedílnou součástí smlouvy, podmínkou však je, aby dodatek nebyl v rozporu s pojistným plánem pojišťovny.

### **Kapitační platba**

Kapitační platba se týká úhrady tzv. primární péče, tj. praktických lékařů pro dospělé (VPL), praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) a tvoří cca 80-85 % všech příjmů, zbytek je tvořen výkonovou úhradou. Kapitační platba je platbou fixní.

Základem kapitační platby je počet registrovaných pacientů každého praktického lékaře a pak věkové složení těchto pacientů. Od věkové kategorie se vypočítává výše její základní úhrady. Základní sazba se odvíjí podle rozsahu ordinačních hodin, jejíž hodnotu stanovuje vyhláška. Tato sazba se násobí věkovým koeficientem<sup>35</sup> – indexem, který zohledňuje náročnost péče v jednotlivých věkových skupinách (mění se vždy po 5 letech). Index pak vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15–19 let, která je určena jako základní věková kategorie. Nejvyšší index je u dětí ve věku 0–4 roky a u pacientů starších 85 let.<sup>36</sup> V kapitační platbě jsou zahrnuty i základní výkony daných odborností, které lékař již nemusí vykazovat zvlášť.

Výše kapitační platby je rovněž blíže specifikována úhradovou vyhláškou, podmínky pro hodnoty bodu se tedy každý rok mění. Hodnota bodu se každoročně navyšuje podle kritérií: rozsahu ordinačních hodin, počtu preventivních prohlídek, dokladu celoživotního vzdělávání, vlastnictví akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu a s ním souvisejícím rezidentem (školencem). Všechny tyto podmínky jsou blíže specifikovány v úhradové vyhlášce, včetně konkrétního navýšení hodnoty bodu.

---

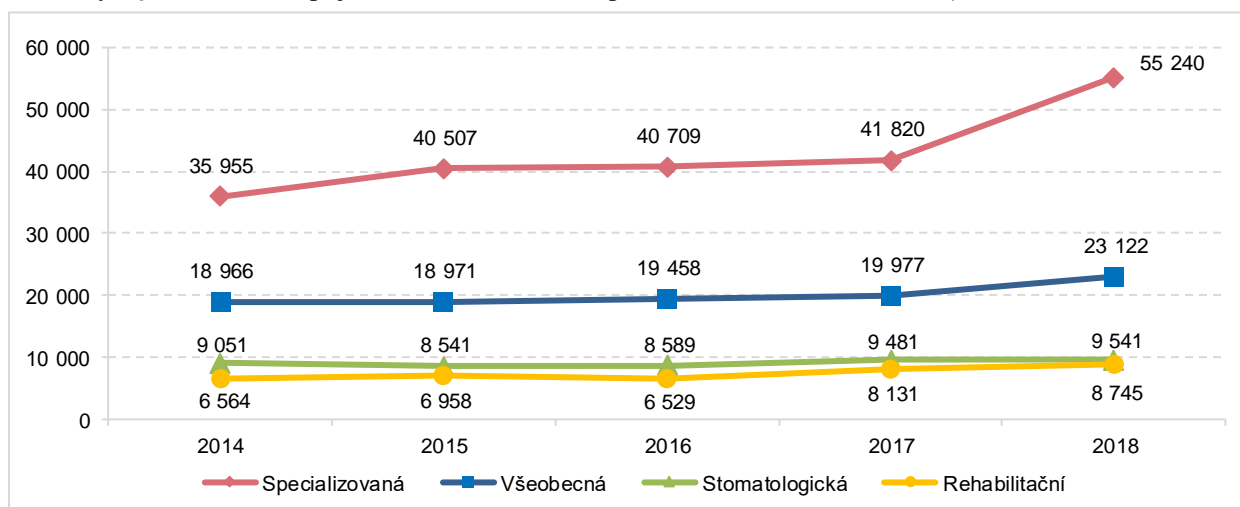
<sup>35</sup> Tabulky věkových koeficientů používané pro výpočet kapitačních plateb, jsou dostupné z: [Věkové indexy - VZP ČR](#)

<sup>36</sup> BELLOVÁ Jana., ZLÁMAL. Jaroslav., Zdroj: Verlag Dashöfer, *Financování zdravotnictví*, [online]. Fulsoft.cz, 4. 10. 2019 [cit. 10.4. 2021]. Dostupné z: [Financování zdravotnictví | Fulsoft.cz - Zákony, judikatura a literatura 2021](#)

## Bonifikace u ambulantních specialistů

Mimo platbu za výkony jsou bonifikováni i ambulantní specialisti. Bonifikace jsou blíže charakterizovány v úhradové vyhlášce dle jednotlivých odborností a výše hodnoty bodu se tak každoročně mění. Např. odbornost psychologie je bonifikována při rozložení a četnosti ordinačních hodin a vlastnictví dokladu celoživotního vzdělávání nejméně u 50 % lékařů, v rámci jednoho pracoviště. Úhrada ambulantních specialistů podléhá regulačnímu omezení, které je definováno jak v úhradové vyhlášce, tak v samotných dodatcích.

Graf 2 Výdaje zdravotních pojišťoven za ambulantní péči v ČR, 2014–2018 (mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

### 3.3.2.3 Léčivé přípravky

Náklady na výdaje léčivých přípravků přesahují 20 % ze zdravotního pojištění. Na jednoho obyvatele jde v průměru o částku ve výši 8 282 Kč ročně. Náklady na léčivé přípravky rostou. V roce 2014 byly průměrné výdaje o více než tisíc korun nižší, tj. 7 012 Kč. V uplynulých pěti letech bylo za léky v České republice vydáno 400,6 mld. Kč, z nich 279,2 mld. Kč, tedy 70 % připadlo na léky placené z veřejného zdravotního pojištění a zbylých 121,5 mld. Kč na léky placené domácnostmi.<sup>37</sup>

Léčivé přípravky se dělí z hlediska financování na: volně prodejné léky, léky vydané pouze na lékařský předpis a léky používané v rámci zdravotnictví.

<sup>37</sup> Výsledky zdravotnických účtů v ČR 2010–2018, Český statistický úřad [online]. 19. 2. 2020 [cit. 15. 3. 2021]. Dostupné z: [Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010–2018 | ČSÚ \(czso.cz\)](https://www.czso.cz)

## **Volně prodejné léčivé přípravky**

Jedná se o skupinu léčivých přípravků vhodnou k samoléčbě nezávažných onemocnění. Tyto léky nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, jejich nákup není nikterak limitován počtem a lze je nakoupit volně bez receptu. Cena léčivého přípravku není regulována, výrobce si ji tedy může určit samovolně.

## **Léčivé přípravky na předpis**

Tato skupina léčivých přípravků slouží k léčbě závažnějších onemocnění. Léky na předpis jsou většinou z větší části hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, pacient pak doplácí zbývající rozdíl mezi cenou a úhradou.

Některé druhy léků na předpis je možno vydat až po předchozím schválení revizního lékaře. Seznam hrazených léčivých přípravků včetně všech specifikací je každý měsíc uveřejněn Státním ústavem pro kontrolu léčiv formou tzv. seznamu cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní léčebné účely<sup>38</sup>

Jak je z grafu č. 3 patrné, léky na předpis tvoří z hlediska výdajů v posledních letech hlavní položku v souvislosti s přímými náklady domácnostmi.

## **Léčivé přípravky používané v rámci zdravotnictví**

Jde o léčivé přípravky používané přímo během hospitalizací, nebo ambulantního ošetření, tyto léky jsou pak zahrnuty v celkové úhradě nemocnice, záleží na způsobu, jakým je nemocnice placena (výkonová platba, paušální, DRG nebo za ošetřovací den).

Při léku, podávaném ambulantním specialistou, se dále rozlišuje, zda je léčivý přípravek přímou součástí výkonu, nebo zda se jedná o tzv. zvlášť účtovaný léčivý přípravek<sup>39</sup>. Ministerstvo zdravotnictví ve vyhlášce, seznam zdravotních výkonů, u každého výkonu zvlášť rozepisuje, zda je léčivý přípravek součástí nebo se účtuje jako ZULP.

---

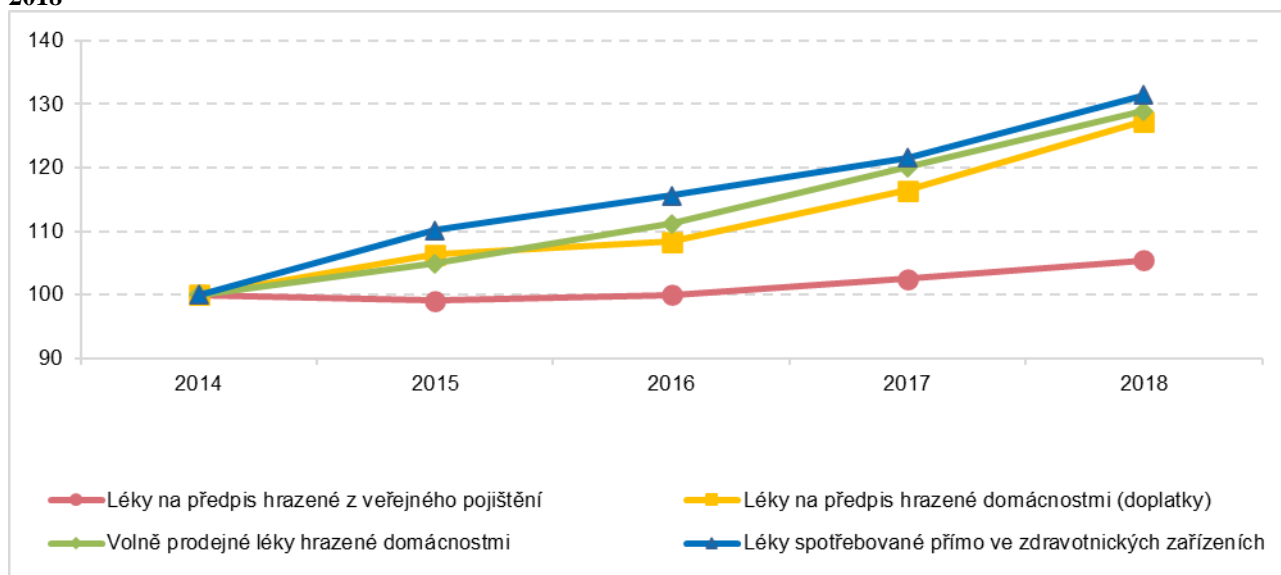
<sup>38</sup> Seznam je veřejně dostupný z: [Seznam cen a úhrad LP/PZLÚ k 1. 1. 2020, Státní ústav pro kontrolu léčiv \(sukl.cz\)](#)

<sup>39</sup> Dále jen „ZULP“

## Centrové léky

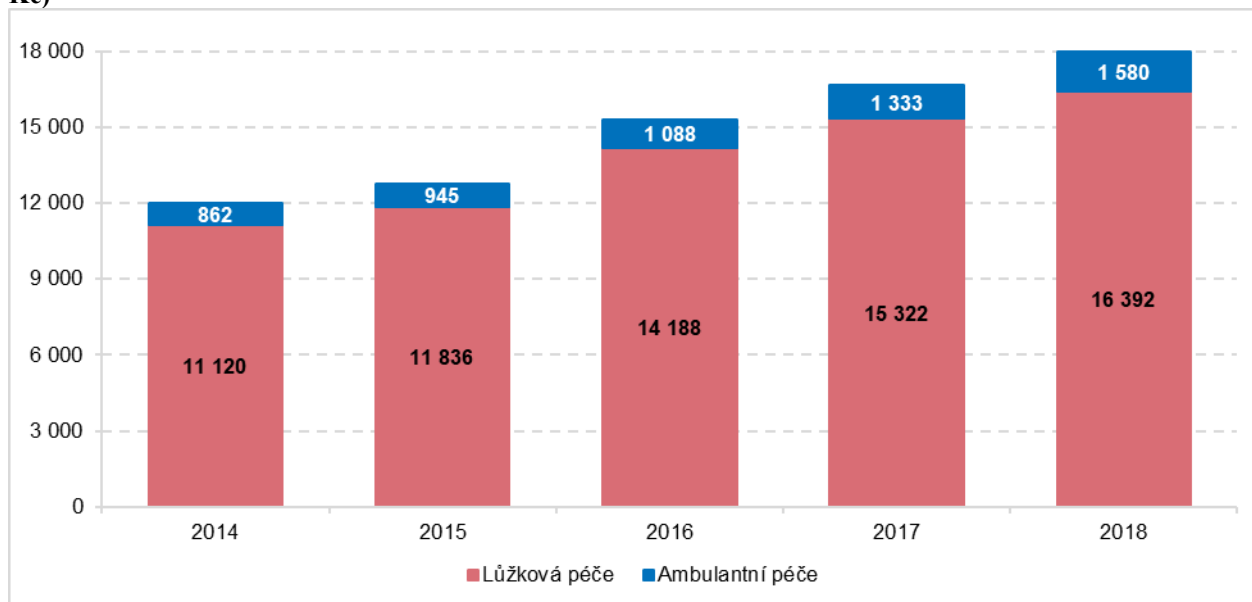
Dalším příkladem léků, podávaných ve zdravotnictví, jsou již výše popsané velmi nákladné centrové léky. Jak prezentuje graf č. 4, jejich náklady vzrostly za uplynulých 5 let téměř o polovinu.<sup>40</sup>

**Graf 3 Index růstu výdajů za léky v Česku v letech 2014–2018**



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

**Graf 4 Výdaje zdravotních pojišťoven v Česku na centrové léky, 2014–2018 (v mil. Kč)**



Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019

<sup>40</sup> Výsledky zdravotnických účtů v ČR 2010–2018, Český statistický úřad [online]. 19. 2. 2020 [cit. 15. 3. 2021]. Dostupné z: [Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010–2018 | ČSÚ \(czso.cz\)](https://www.czso.cz)

### 3.3.2.4 Zdravotnické prostředky

Zdravotnické prostředky jsou velmi různorodou skupinou v ČR. Jde přibližně o 40 000 výrobků používaných ve zdravotnictví. Mezi zdravotnické prostředky patří vše od jednoduchého zdravotnického materiálu až přes invalidní vozík či kyčelní náhradu včetně vysoce inovativního přístrojového vybavení, jako je například magnetická rezonance. Roční náklady na zdravotnické prostředky se pohybují v rozmezí 22 a 24 mld. Kč.<sup>41</sup>

Dle financování lze prostředky řadit na: volně prodejné zdravotnické prostředky, prostředky hrazené na poukaz a prostředky používané ve zdravotnictví.

#### Volně prodejné zdravotnické prostředky

Stejně jako v případě volně prodejných léčivých přípravků lze tyto prostředky jednoduše koupit v lékárně, nebo ve zdravotnických potřebách. Jejich prodej není omezen poukazem ani receptem, cenu prostředku si však pojištěnec hradí v plné výši sám.

#### Zdravotnické prostředky hrazené na poukaz<sup>42</sup>

Podmínkou částečného, či plného hrazení zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění, je vypsání poukazu od lékaře, na jehož základě je prostředek vydán pacientovi ve výdejně zdravotnických potřeb či lékárně. Některé zdravotní prostředky a poukazy podléhají předchozímu schválení revizního lékaře. Výše úhrady konkrétního prostředku je specifikována v příloze 3. zákona o veřejném zdravotním pojištění. Zdravotnické prostředky je možno vydat i bez poukazu, ale pak není možná úhrada z veřejného zdravotního pojištění a pojištěnec si cenu hradí v plné výši.

---

<sup>41</sup> *Tribuna lékařů a zdravotníků, Dopady přísnější regulace zdravotníků na český trh*, [online]. MEDIAL TRIBUNE CZ, 18. 4. 2017 [cit. 12. 5. 2021]. Dostupné z: [MEDICAL TRIBUNE CZ > Dopady přísnější regulace zdravotnických prostředků na český trh](#)

<sup>42</sup> Výše úhrady konkrétního prostředku na poukaz je odvozena z tzv. kategorizačního stromu dle přílohy č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

## Zdravotnické prostředky používané ve zdravotnictví

Tato skupina se z hlediska financování dělí na: zdravotnický materiál vykazovaný jako součást výkonu, zvláště účtovaný zdravotnický materiál<sup>43</sup> a zdravotnické přístroje.

Zda je zdravotnický materiál účtovaný jako součást výkonu, či nikoliv, je opět specifikováno ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví, seznamu zdravotních výkonů, která je závazná pro všechny pojišťovny. Příkladem zvláště účtovaného materiálu je např. umělá kloubní náhrada, nebo mammární expandér. Některé zdravotnické prostředky ze skupiny ZUM podléhají schválení revizního lékaře.

Posledním příkladem jsou zdravotnické přístroje, které jsou nedílnou součástí moderních zdravotnických zařízení. Samotné náklady na pořízení drahého přístrojového vybavení jsou zohledněny přímo v ceně výkonu, při kterém je daný přístroj používán.

### 3.3.2.5 Domácí péče

Dlouhodobou péči potřebují především lidé v důsledku zhoršené schopnosti postarat se sami o sebe. Pokud zdravotní stav pacienta neumožňuje ani po předchozích hospitalizacích v lůžkových zařízeních, následné či rehabilitační péči předání do ambulantní péče, pak je třeba přejít k tzv. dlouhodobé domácí péči. Tuto péči využívají nejčastěji lidé ve vyšším seniorském věku, ale i osoby s tělesným či duševním postižením či po úrazech, po kterých nejsou zcela samostatní. Pacienti jsou ošetřováni v domácím prostředí, kde jsou pod dlouhodobým dozorem zdravotních i sociálních služeb.

Výdaje na dlouhodobou péči se od roku 2010 zvýšily až o polovinu a přesáhly 80 miliard Kč. V letech 2010 až 2018 se podíl dlouhodobé zdravotní péče na celkových výdajích dle grafu č. 5 pohyboval v České republice mezi 16 a 19 %. Výdaje na dlouhodobou péči stále rostou. Od roku 2010 byl nárůst výdajů pozastaven pouze jednou, a to v roce 2015. V dalších letech se již sestupný trend neopakoval. Naopak mezi roky 2015–2018 se uvedené výdaje zvýšily o více než jednu třetinu a poprvé přesáhly hranici 55 mld. Kč. Od roku 2015 průměrné výdaje vzrostly, a to až o 10,5 %. <sup>44</sup>

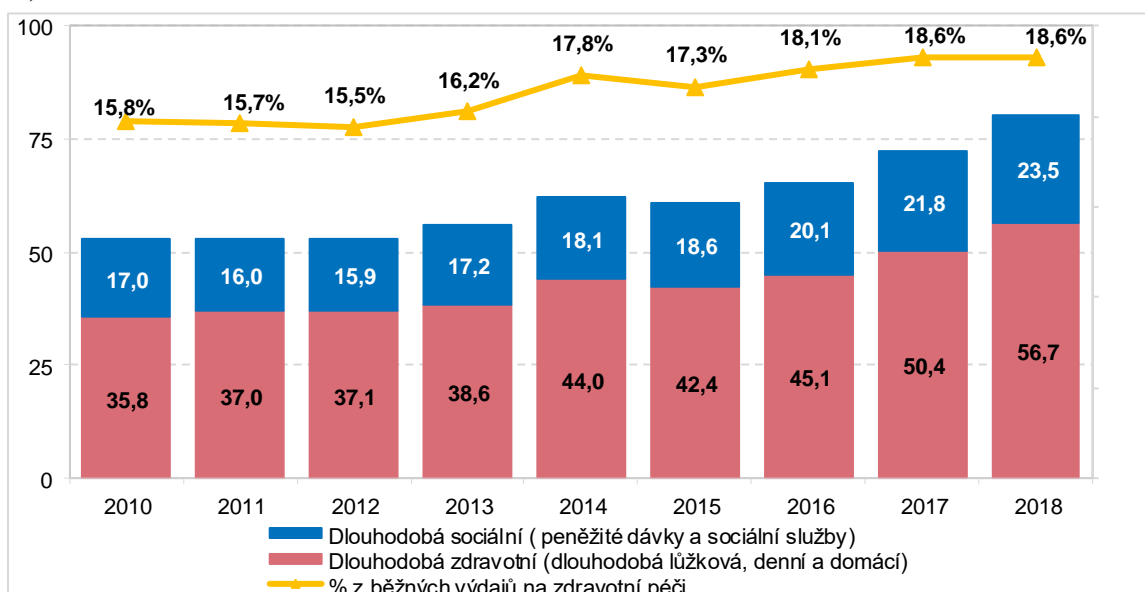
Na financování domácí péče (odb. 925) se podílejí nejen pojišťovny, ale i státní a krajské rozpočty ze sociálních fondů a v neposlední řadě také neziskové instituce.

---

<sup>43</sup> Dále jen „ZUM“.

<sup>44</sup> *Výsledky zdravotnických účtů v ČR 2010-2018*, Český statistický úřad [online]. 19. 5. 2020 [cit. 15. 3. 2021]. Dostupné z: [Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010–2018 | ČSÚ \(czso.cz\)](https://www.czso.cz)

**Graf 5 Výdaje na dlouhodobou zdravotní a související sociální péči v Česku, 2010–2018 (mlrd. Kč)**



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

### 3.3.2.6 Prevence

Preventivní péči můžeme rozčlenit do tří skupin, a to: primární, sekundární a terciární.

Smyslem primární prevence je předcházení vzniku onemocnění, nebo snížení jeho závažnosti, jde tedy např. o očkování nebo dodržování zdravého životního stylu atd. Cílem sekundární prevence je předcházet důsledkům nemoci, jde o opatření zaměřená na včasné odhalení již probíhající nemoci (screening sluchu u novorozenců a částečně i preventivní prohlídky). Terciární prevence se pak zabývá omezením postupu onemocnění, vzniku možných komplikací, jejím cílem je vrátit pacienta do běžného života před onemocněním (rehabilitace v lázeňském zařízení).

Zdravotní pojišťovny mají tzv. preventivní programy, které slouží jak k odhalování závažných onemocnění (screeningové vyšetření), tak i k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu pojištěnců (plavání, fitness). Pro čerpání těchto programů musí pojištěnci splnit podmínky, které jim stanovuje příslušná pojišťovna.

Cílem programů je zvýšit zájem pojištěnců o sportovní aktivity a udržení či zlepšení jejich zdravotního stavu.

Financemi na fond preventivních programů jsou zejména finanční prostředky ze zdrojů základního fondu po zdanění příslušnou pojišťovnou a příjmy z pokut penále či přirážek z pojistného. O přerozdělování finančních prostředků i jednotlivých preventivních



programech rozhoduje správní rada zdravotních pojišťoven v rámci zdravotně pojistného plánu.<sup>45 46</sup>

### 3.4 Výdaje a příjmy ZP, spojené s pandemií COVID-19

V souvislosti s pandemií COVID-19 došlo k celkovým změnám jak ve výdajích, tak v příjmech ZP.

Náklady na COVID-19 byly vyčísleny podle svazu zdravotních pojišťoven v listopadu 2020 zhruba na 4,5 miliardy korun měsíčně. Odhad pro letošní rok je přibližně 6 miliard za měsíc. Z takto vynaložených prostředků veřejného zdravotního pojištění je určena největší část na hospitalizaci nemocných a provádění testů PCR. V roce 2019, který nebyl ovlivněn pandemií COVID-19, vydaly zdravotní pojišťovny na zdravotní služby za celý rok 311 miliard korun. To odpovídá měsíčním nákladům ve výši 26 miliard korun. V současnosti se dochází k predikci, že bude docházet k nárůstu úhrad za očkování, což však má být doprovázeno s poklesem počtu hospitalizací. Náklady za samotné očkování se odhadují přibližně na 9 miliard korun. Jednotlivé vakcíny od jejich výrobců v současnosti nakupuje Česká republika, pojišťovny však hradí provoz očkovačích center a samotnou aplikaci očkovačích látek poskytovatelům zdravotních služeb. Náklady s tímto spojené jsou vyčísleny na 267 korun za jednu aplikaci a příspěvek 4 až 12 tisíc korun denně pro očkovačí centra podle jejich rozsahu poskytovaných služeb (počtu hodin a dní v týdnu). Velkokapacitní centra mají provozní náklady vyšší. Kromě hrazení péče hospitalizovaných či ambulantně ošetřených pacientů, léčených s COVIDEM-19, hradily zdravotní pojišťovny také pravidelné antigenní testování veřejnosti, a to částkou 240 korun měsíčně za pojištěnce. Uvedené testování zahrnovalo také testování zaměstnanců ve firmách.<sup>47 48</sup>

---

<sup>45</sup> § 20 odst. 1 zákona č. 551/1991 Sb., České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

<sup>46</sup> § 10 odst. 2 zákona č. 280/1992 Sb., České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

<sup>47</sup> *Náklady na Covid byly podle pojišťoven 4,5 miliardy Kč Měsíčně*, [online]. ČTK, České noviny, 16. 3. 2021 [cit. 23. 7. 2021]. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/naklady-na-covid-byly-podle-pojistoven-4-5-miliardy-kc-mesicne/2009309>

<sup>48</sup> Testování zaměstnanců se řídilo těmito opatřeními MZDR (č.j. MZDR 47828/2020-16/MIN/KAN, ve znění mimořádného opatření ze dne 5. března 2021, č.j. MZDR 47828/2020-21/MIN/KAN, a ve znění opatření ze dne 15. 3. č.j. MZDR 47828/2020-22/MIN/KAN a ve znění opatření ze dne 22. 3. č.j. MZDR 47828/2020-26/MIN/KAN

Veřejné zdravotní pojištění v souvislosti s úlevami plateb pro drobné podnikatele na zdravotním pojištění v souladu s novelou zákona č. 592/1992 Sb.<sup>49</sup> přijde v roce 2020 odhadem o osm miliard korun.<sup>50</sup> V návaznosti na tento propad byl současně přijat zákon č. 231/2020 Sb.<sup>51</sup>, který zvyšuje vyměřovací základ u osob, za které je plátcem pojistného stát, a to od 1. 6. 2020 o 500 Kč, tj. 1 567 Kč (ročně částka činí 11 067 Kč) a k 1. 1. 2021 o dalších 200 Kč, tedy na 1 767 Kč (tj. ročně 13 088 Kč).

### Nové výkony v souvislosti s pandemií

Epidemie COVID-19 měla mimo jiné za následek omezení pohybu osob, a bylo tedy potřeba rozšířit stávající zdravotní výkony o další možnosti komunikace s pacienty na dálku. Tyto výkony však měly platit jen po dobu stávajícího nouzového stavu.

K původním nasmlouvaným výkonům pro distanční poskytování zdravotních služeb patří:<sup>52</sup>

**Tabulka 1 výkony pro distanční vykazování**

Výkon 09513	Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem (81 bodů)
Výkon 06716	Telefonicky asistovaná první pomoc (38 bodů)
Výkon 35050	Telefonická konzultace psychiatra nebo psychologa v péči o jeho pacienta (81 bodů)

*Zdroj: VZP.CZ, vlastní zpracování*

V souvislosti s nutností distančního ošetření byl nejprve zaveden zdravotní výkon telemedicíny- 09557- Videokonzultace vzdáleným přístupem, a následně na něj byly zaváděny další výkony distančních konzultací určených pro všechny segmenty zdravotních služeb<sup>53</sup>:

<sup>49</sup> Dne 27. 3. 2020 byl ve Sbírce zákonů publikován pod č. 134/2020 Sb. zákon, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>50</sup> *Zdravotní platby státu za jeho pojištěnce zřejmě porostou už od června o 500 korun*, [online]. Lidovky.cz, 26. 6. 2021 [cit. 27. 7. 2021]. Dostupné z: [https://www.lidovky.cz/byznys/zdravotni-platby-statu-za-jeho-pojistence-zrejme-porostou-uz-od-cervna-o-500-korun.A200422\\_212314\\_statni-pokladna\\_ele](https://www.lidovky.cz/byznys/zdravotni-platby-statu-za-jeho-pojistence-zrejme-porostou-uz-od-cervna-o-500-korun.A200422_212314_statni-pokladna_ele)

<sup>51</sup> kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Tato novela mění ustanovení § 3c odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb.,

<sup>52</sup> Databáze zdravotních výkonů Ministerstva zdravotnictví České republiky (online 27. 7. 2021), dostupné z : <https://szv.mzcr.cz/>

<sup>53</sup> Podrobnosti a podmínky vykazování těchto výkonů: *Organizační opatření VZP ČR č. 42/2020 Sb. v souvislosti s onemocněním COVID-19 způsobeným virem SARS-CoV-2* [online]. vzp.cz, 17. 3. 2020 [cit. 27. 7. 2021]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/organizacni-opatreni-v-souvislosti-s-epidemii-covid-19>

**Tabulka 2 výkony pro distanční vykazování**

Výkon 01300	Distanční konzultace zdravotního stavu praktickým lékařem (176 bodů)
Výkon 09614	Distanční konzultace zdravotního stavu ambulantním specialistou (117 bodů)
Výkon 09616	Distanční konzultace zdravotního stavu ambulantním specialistou u pacienta se závažným chronickým onemocněním (234 bodů)
Výkon 35831	Distanční konzultace zdravotního stavu psychiatrem nebo psychologem (352 bodů)
Výkon 35832	Distanční zhodnocení zdravotního stavu sestrou pro péči v psychiatrii (194 bodů)
Výkon 38020	Distanční konzultace zdravotního stavu adiktologem (253 bodů)

*Zdroj: VZP.CZ, vlastní zpracování*

Tyto výkony však vzhledem k finanční nákladovosti nejsou v plném rozsahu akceptovány všemi zdravotními pojišťovnami.

## Testování

V souvislosti s testováním na onemocnění COVID-19 (PCR testy, testy na protilátky a antigenní testy) je potřeba rovněž zmínit nové výkony (k 1. 1. 2021), a to:

**Tabulka 3 nové výkony testování**

Výkon 82301	Detekce nukleové kyseliny SARS-COV-2 pomocí metody PCR – výsledek pozitivní (614 bodů)
Výkon 82302	Detekce nukleové kyseliny SARS-COV-2 pomocí metody PCR – výsledek negativní (614 bodů)
Výkon 82097	Stanovení protilátek proti SARS-COV-2 (379 bodů) - tento test se používal již dříve, jeho název byl však Ministerstvem zdravotnictví pozměněn v souvislosti s pandemií.
Výkon 99949	Průkaz antigenu SARS-COV-2 realizovaný v rámci plošného testování (350,72 korun), testování se provádí v antigenních odběrových centrech a zdravotnických zařízeních splňující podmínky pro vykazování. <sup>54</sup>

*Zdroj: VZP.CZ, vlastní zpracování*

V současné době je proplácen z veřejného zdravotního pojištění jeden antigenní test týdně (platnost je 72 hodin), a dva PCR testy (uznávaná platnost je 7 dní).<sup>55</sup>

Celkové náklady na preventivní testování se pohybují kolem miliardy měsíčně.<sup>56</sup>

<sup>54</sup> Podmínky vykazování antigenního testu 99949: *Celoplošné antigenní testování koronaviru sars-cov-2*, [online]. Vo zp.cz, [cit. 27. 7. 2021]. Dostupné z: <https://www.vozp.cz/covid-plosne-antigeni-testovani-koronaviru-sars-cov-2>

<sup>55</sup> Např. Stránky VZP, *VZP dnes vydává mimořádné opatření umožňující nový způsob testování antigenními testy a PCR testy*, [online]. Vzp.cz, 31.5.2021 [cit. 27. 7. 2021]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/vzp-dnes-vydava-mimoradne-opatreni-umoznujici-novy-zpusob-testovani-antigennimi-a-pcr-testy>

## Očkování

V návaznosti na očkování rovněž došlo k vytvoření nových smluvních odborností, a to odb. 961 a 962 (očkovací místo I. a II. typu).

Paušální denní platba za provoz očkovacího místa, tedy vakcinačního centra I. typu (odb. 961) je 6 000 až 12 000 Kč, rozsah pracovní doby a minimální počet naočkovaných osob souvisí s výší finančního ohodnocení. Velkokapacitní centrum má provedení minimálního počtu 90 000 očkovaní za období od 22. 12. 2020 do 30. 6. 2021, menší centrum má pak očkovací kapacitu přes 45 000 výkonů očkovaní za stejné období. Obě částky se pak vynásobí příslušným koeficientem pojištěnců dané pojišťovny.

Paušální denní platba za provoz očkovacího místa odb. 962 je ve výši 4 000 Kč násobený koeficientem počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, opět za dodržení podmínek pracovní doby a provedení minimálně 30 000 výkonů očkovaní za výše uvedené období.<sup>57</sup>

Ze strany zdravotních pojišťoven<sup>58</sup> bylo připraveno pět samostatných výkonů pro očkování proti COVID-19, a to vždy v závislosti na typu očkovací látky.

V současné době se jedná o tyto výkony spojené s očkovacími látkami:

**Tabulka 4 výkony v souvislosti s očkováním**

Výkon 99930	COVID-19 – OČKOVÁNÍ – BIONTECH/PFIZER
Výkon 99931	COVID-19 – OČKOVÁNÍ – MODERNA
Výkon 99932	COVID-19 – OČKOVÁNÍ – ASTRAZENECA
Výkon 99934	COVID-19 – OČKOVÁNÍ – CUREVAC
Výkon 99935	COVID-19 – OČKOVÁNÍ – NOVAVAX

*Zdroj: VZP.CZ, vlastní zpracování*

Výkony jsou hrazeny mimo regulační mechanismy výkonově, a to v jednotné výši 267,52

<sup>56</sup> VOJKOVSKÝ Tomáš. *Od 1. září skončí proplácení testů na covid z veřejného zdravotního pojištění, rozhodla vláda*, [online]. iROZHLAS, 19.7.2021 [cit. 27. 7. 2021]. Dostupné z: [https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/covid-testy-verejne-konec-ministr-zdravotnictvi\\_2107191658\\_voj](https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/covid-testy-verejne-konec-ministr-zdravotnictvi_2107191658_voj)

<sup>57</sup> *Finanční zabezpečení očkování proti covid 19*, [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, [cit. 27. 7. 2021]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/03/P%C5%99%C3%ADloha-3-%E2%80%93-Finan%C4%8Dn%C3%AD-zabezpe%C4%8Den%C3%AD.pdf>

<sup>58</sup> Např. organizační opatření VZP ČR č. 57/2020 Sb. dostupné z: [https://media.vzpststatic.cz/media/Default/dokumenty/COVID-19/organizacni-opatreni\\_57\\_2020-pracoviste-proockovani-aktualizace-ii-2021.pdf](https://media.vzpststatic.cz/media/Default/dokumenty/COVID-19/organizacni-opatreni_57_2020-pracoviste-proockovani-aktualizace-ii-2021.pdf)

## 4 Analytická část

Druhá část bakalářské práce je v první kapitole zaměřena na srovnání úhradové vyhlášky pro rok 2019 č. 268/2019 Sb. a na ni navazující kompenzační vyhlášky č. 305/2020 Sb..

V navazující kapitole jsou pak uvedeny modelové příklady zdravotnických zařízení s různými odbornostmi, pro které je podle modelových příkladů vypočítáno celkové roční vyúčtování za rok 2020 (dopad pandemie COVID-19) v souladu s kompenzační vyhláškou, ale také stav před samotnou novelizací vyhlášky. Vytvořené vyúčtování je pak srovnáno s referenčním rokem, kterým je rok 2018. Pro samotný výpočet celkového ročního vyúčtování jsou použity vzorce vycházející z výše uvedených úhradových vyhlášek.

### 4.1 Novelizace úhradové vyhlášky

Celkové roční vyúčtování poskytovatelů zdravotních služeb se vytváří podle každoročně vydávané úhradové vyhlášky. V souvislosti s pandemií COVID-19 však dne 23. 6. 2020 vyšla tzv. kompenzační vyhláška, která novelizuje úhradovou vyhlášku č. 268/2019 Sb. určenou původně pro rok 2020. Tato kompenzační vyhláška upravuje hodnotu bodu, a tedy i celkovou úhradu zdravotních služeb jejím poskytovatelům v souvislosti s onemocněním COVID-19. Kompenzační vyhláška má, jak již samotný název napovídá, kompenzovat zvýšením hodnoty bodu poskytovatelům snížení plánované péče ze strany pojištěnců, ke kterému dochází u některých segmentů v souvislosti s pandemií.

Zatímco u některých segmentů péče dochází v souvislosti s pandemií k rapidnímu snížení zájmu pojištěnců o tzv. plánovanou zdravotní péči, v lůžkových segmentech naopak dochází k výraznému nárůstu neodkladné a následné péče o pojištěnce nakažené právě nemocí COVID-19. Zůstává tedy otázkou, zda kompenzační vyhláška opravdu spravedlivě kompenzuje dopady pandemie, nebo spíše zvýhodňuje některé segmenty oproti jiným, u kterých nebylo snížení zdravotní péče vlivem pandemie zřetelné, nebo zde byl dokonce nárůst péče.

Vzájemné porovnávání hodnot z úhradové vyhlášky č. 268/2019 Sb. a na ni navazující kompenzační vyhlášky č. 305/2020 Sb., je zachyceno v přehledné tabulce, která obsahuje změny napříč všemi segmenty zdravotních služeb:

Tabulka 5 přehledná tabulka změn v kompenzační vyhlášce

<b>Segment</b>	<b>Opatření ke kompenzaci propadu produkce</b>	<b>Opatření ke kompenzaci růstu nákladů</b>	<b>Související opatření</b>
<b>Stomatologie</b>	Růst úhrad od 1. 7. 2020 o 14,76 %	Navýšení výkonu s pacientem o 6 Kč od 1. 7. 2020	
<b>Praktické lékařství</b>	Navýšení hodnoty bodu mimokapitačních výkonů od 1. 7. 2020 o 0,13 Kč (11,23 %)	Navýšení úhrady za epizodu péče o 6 Kč od 1. 7. 2020	Zmírnění regulačních opatření a vyjmutí regulace na vyžádané COVID testy
<b>Gynekologie</b>	Navýšení celoroční hodnoty bodu o 0,05 Kč (5 %)	Navýšení úhrady za epizodu péče o 6 Kč od 1. 7. 2020	Odstraněna regulace za nedodržení počtu unikátních pojištěnců Rozvolněna podmínka pro dosažení bonifikace za propracovanost
<b>Fyzioterapie</b>	Navýšení celoroční hodnoty bodu o 0,12 Kč (14,93 %)	Navýšení celoroční hodnoty bodu o další 0,01 Kč a navýšení limitu úhrad o 0,01	Odstraněna regulace za nedodržení počtu unikátních pojištěnců Zvýšena bonifikace za podíl těžkých pacientů
<b>Diagnostická péče</b>	Navýšení hodnoty bodu a) od 1. 7. 2020 u výkonově hrazených odborností b) celoročně u ostatních. Navýšení HB závisí na propadu produkce konkrétní odbornosti	Vyjmutí testů na onemocnění COVID-19 ze všech regulací	Odstraněna regulace za nedodržení počtu unikátních pojištěnců
<b>Domácí péče</b>	Navýšení celoroční hodnoty bodu o 0,01 Kč	Navýšení celoroční hodnoty bodu o dalších 0,01 Kč a navýšení limitu úhrad o 0,01. Navýšení úhrady za časové výkony v období od 13. 3. do 31. 5. 2020 – kompenzace odměn ve výši 10 000 Kč včetně odvodů pro sestry	Odstraněna regulace za nedodržení počtu unikátních pojištěnců Navýšena bonifikace za těžké pacienty

Zdroj: Lker.cz

**Tabulka 6 přehledná tabulka změn v kompenzační vyhlášce**

<b>Specializovaná ambulantní péče</b>	Navýšení hodnoty bodu a) od 1. 7. 2020 u výkonově hrazených odborností b) celoročně u ostatních. Navýšení HB závisí na propadu produkce konkrétní odbornosti	Navýšení úhrady za epizodu péče o 6 Kč od 1. 7. 2020	Odstraněna regulace za nedodržení počtu unikátních pojištěnců Zmírnění regulačních opatření a vyjmutí regulace na vyžádané COVID testy
<b>Ošetrovatelská péče odb. 913</b>		Navýšena úhrada dle zvláštní smlouvy o 1 %.	
<b>Nemocnice péče</b>	Snížení produkčního cíle z 98 % na 79-82 % dle podílu COVID pacientů Omezení snížení úhrady nedosažení produkčního cíle Odstranění redukce casemixu pro účely plnění produkčního cíle Změkčení podmínky pro navýšení úhrady za OD Navýšení koeficientu průměrného růstu hodnoty bodu ambulancí z 1,04 na 1,14 Navýšení hodnoty ambulantní péče o 5 % Navýšení hodnoty bodu za LPS o 0,1 Kč od 1. 7. 2020	Navýšení úhrady za hospitalizační případy s diagnózou COVID pozitivní (za lůžkoden v členění na JIP a ostatní) Úhrada testů na COVID v indikovaných případech nad rámec všech limitů (včetně testů při hospitalizaci) Navýšení úhrady za odběrová centra COVID Navýšení úhrady za epizodu péče v ambulancích o 6 Kč od 1. 7. 2020	Nadprodukce hrazena ve dvou pásmech – 1) od 82 % do 87 % ze 75 % a bez redukce casemixu 2) od 87 % z 50 % a méně při uplatnění redukce casemixu Změkčení kritérií pro psychiatrii Vyjmutí COVID testů z extramurální péče Zmírnění regulačních opatření v ambulantní péči a vyjmutí regulace na vyžádané COVID testy
<b>Následná dlouhodobá péče</b>	Navýšení úhrady dle ošetrovacího dne	Navýšení úhrady o 1 % Navýšení úhrady za hospitalizační případy s diagnózou COVID pozitivní (za lůžkoden)	
<b>Lázně</b>	Navýšení úhrady za den pobytu od 1. 7. 2020 o 17 %		
<b>Zdravotnická doprava</b>	Navýšení hodnoty bodu od 1. 7. 2020 o 12,16 %	Navýšení hodnoty bodu od 1. 7. 2020 o dalších 7,16 %	
<b>Zdravotnická záchranná služba</b>	Navýšení hodnoty bodu od 1. 7. 2020 o 0,08 Kč pro zdravotní výkony a o 0,07 Kč pro přepravní výkony (6,72 %)		
<b>Lékárny</b>	Navýšení úhrady za signální výkon od 1. 7. 2020 o 4 Kč		Odstranění limitace úhrady počtem signálních výkonů v referenci

Zdroj: Lkcr.cz

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že se jedná o dva druhy kompenzací, a to za výpadek zdravotních služeb a nárůst nákladů v souvislosti s pandemií COVID-19.

## 4.2. Výpočet celkového ročního vyúčtování zdravotního zařízení, u kterého dochází ke snížení nárůstu péče v souvislosti s pandemií COVID-19

Pro výpočet celkového ročního vyúčtování je třeba se seznámit s modelovým příkladem zdravotnického zařízení, pro které budeme výpočet provádět. Jde o zdravotnické zařízení poskytující zdravotní služby ve městě Bruntále v lékařské odbornosti neurologie. Pro modelové zdravotnické zařízení je vybrán název Neurologie Bruntál.

### 4.2.1 Vyúčtování 2018

Sestava vyúčtování pro rok 2018 (který je referenčním rokem pro rok 2020) je následující:

**Tabulka 7 modelové zdravotní zařízení Neurologie Bruntál – vyúčtování 2018**

<b>Neurologie Bruntál</b>	
<b>Přehled vykázaných a hrazených služeb</b>	
Celkový počet uznaných bodů za rok 2018	464 276
Celkový počet uznaných bodů za rok 2016 (referenční období)	415 550
Hodnota bodu pro rok 2018	1,03
Hodnota bodu pro rok 2016	1,02
Celkový počet pojištěnců za rok 2018	329
Celkový počet pojištěnců za rok 2016 (referenční období)	297
PUR00 pro rok 2016	1 441, 13
Bonifikace za vzdělání ČLK, rozsah ordinačních hodin	NE
Bonifikace za recepty v elektronické podobě za rok 2018	243,10 Kč

*Zdroj: Vlastní zpracování*

Výpočet celkového nároku úhrady u ambulantních specialistů pro rok 2018 nesmí podle úhradové vyhlášky č. 353/2017 Sb. překročit částku vypočtenou podle vzorce č. 1 uvedeného v metodické části práce:

$$1,018 \times \text{POPzpoZ}^{59} \times \text{PUR00}^{60+} + 1,018 \times \max [\text{PUR00} \times \text{POPzpoMh}^{61}; (\text{UHRMh}^{62} - \text{UHRMr}^{63})]$$

<sup>59</sup> POPzpoZ znamená počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období. Do tohoto počtu unikátních pojištěnců se ale nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513, ten je pak počítán samostatně.



Hodnota bodu pro rok 2018 je u odbornosti neurologie stanovena dle vyhlášky č. 353/2017 Sb. na 1,03.

Nejdříve je třeba získat samotný teoretický nárok na úhradu v korunách, ten se vypočítá vynásobením hodnoty bodu s celkovým počtem uznaných bodů za rok 2018:

$$464\,276 \times 1,03 = 478\,204,28 \text{ Kč}$$

Pro modelový příklad vychází teoretický nárok na 478 204,28 Kč. K této částce je však třeba ještě přičíst bonifikace za recepty v hodnotě 243,10 Kč. Celkový teoretický nárok je tedy:

$$478\,204,28 + 243,10 = 478\,447,38 \text{ Kč}$$

Nyní je potřeba ověřit, zda teoretický nárok na úhradu nepřekročil částku z úhradové vyhlášky, k výpočtu potřebujeme znát některé hodnoty, které máme uvedeny v tabulce výše. Čísla pak vložíme do vzorce č. 1:

$$1,018 \times \text{POPzpoZ} \times \text{PUROo} + 1,018 \times \max [\text{PUROo} \times \text{POPzpoMh}; (\text{UHRMh} - \text{UHRMr})]$$

$$1,018 \times 329 \times 1\,441,13 + 1,018 \times \max [1\,441,13 \times 0; (0-0)] = 482\,666,1419 \text{ Kč}$$

Z výpočtu je zřejmé, že teoretický nárok na úhradu nepřekročil částku vypočítanou podle úhradové vyhlášky. Zdravotnické zařízení Neurologie Bruntál nemá totiž žádné mimořádně nákladné pacienty.

Zdravotní zařízení Neurologie Bruntál má tedy nárok na celkové vyúčtování roku 2018 v hodnotě 478 447,38 Kč.

---

<sup>60</sup> PURO je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

<sup>61</sup> POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do celkového počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513.

<sup>62</sup> UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období.

<sup>63</sup> UHRMr je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

**Tabulka 8 výsledek vyúčtování 2018**

<b>Vyúčtování pro Neurologii Bruntál za rok 2018</b>	
<b>Nárok za úhradu za rok 2018 - výkonově</b>	<b>478 447,38 Kč</b>
Částka vypočtena z úhradové vyhlášky č. 353/2017 Sb.	482 666,14 Kč

*Zdroj: Vlastní zpracování*

Po vypočítání celkového ročního vyúčtování 2018 jsou k dispozici údaje, které jsou potřebné jako referenční hodnota pro výpočet vyúčtování za rok 2020.

#### **4.2.2. Celkové roční vyúčtování 2020**

Pro rok 2020 je potřeba si opět namodelovat sestavu vyúčtování, při níž využijeme poznatky z výše uvedeného referenčního roku 2018. Oproti roku 2018 zde však máme jednoho mimořádně nákladného pacienta a zdravotnické zařízení je držitelem dokladu celoživotního vzdělávání lékařů.

Pro porovnání s rokem 2018 namodelujeme pro rok 2020 sestavu s menším počtem pojištěnců a s nižším celkovým počtem vykázaných bodů a budeme porovnávat, jak tato skutečnost ovlivní celkové vyúčtování roku 2020 v návaznosti na kompenzační vyhlášku.

**Tabulka 9 modelové zdravotní zařízení vyúčtování 2020**

<b>Neurologie Bruntál</b>	
<b>Přehled vykázaných a hrazených služeb</b>	
Celkový uznaný počet bodů za rok 2020	391 794
Celkový uznaný počet bodů za rok 2018	464 276
Hodnota bodu pro rok 2020 (bez bonifikace)	1,15
Hodnota bodu pro rok 2018	1,03
Bonifikace za vzdělání ČLK	ANO
PURŮo pro rok 2018	1453, 5084
Celkový počet pojištěnců za rok 2020	289
Celkový počet pojištěnců za rok 2018	329
Počet mimořádně nákladných pojištěnců za rok 2020	1
Úhrada za mimořádně nákladné pojištěnce za rok 2020	9 680,65
Bonifikace za recepty v elektronické podobě	438,60

*Zdroj: Vlastní zpracování*

Pro rok 2020 nesmí výpočet celkového nároku úhrady u ambulantních specialistů překročit částku vypočtenou podle vzorce kompenzační vyhlášky č. 305/2020 Sb. (vzorec č. 2 uvedený v metodické části práce):

$$(1,05 + KN^{64}) \times (\max(\text{POPzpoZ}^{65}; \text{POPrefZ}^{66}) \times \text{PUROo} + \max[\text{PUROo} \times \text{POPzpoMh}; \text{UHRMh} - \text{UHRMr}])$$

Hodnotu bodu pro neurologii specifikuje kompenzační vyhláška č. 305/220 Sb. v příloze č. 3, části C pro odbornost 209 na 1,15. Zařízení je však držitelem dokladu celoživotního vzdělávání lékařů a hodnota bodu se dle přílohy č. 3 bodu 2 a) navyšuje o dalších 0,04. Konečná hodnota bodu, se kterou se dále počítá, je tedy 1,19.

Hodnota PUROo pro rok 2018 je vypočtena vynásobením hodnoty bodu s celkovým počtem uznaných výkonů, pak je tato hodnota vydělena celkovým počtem pacientů:

$$(464\,276 \times 1,03) : 329 = 1\,453,5084$$

Výpočet teoretického nároku na úhradu v korunách bude obdobný jako u roku 2018, tedy počet uznaných bodů vynásobených celkovou hodnotou bodu:

$$391\,794 \times 1,19 = 466\,234,86 \text{ Kč}$$

K této částce se ještě připočtou bonifikace za elektronické recepty v hodnotě 438,60 Kč.

$$466\,234,86 + 438,60 = 466\,673,46 \text{ Kč}$$

Nyní je potřeba ověřit, zda teoretický nárok na úhradu nepřekročil částku z úhradové vyhlášky, k výpočtu je potřeba znát některé hodnoty, které jsou uvedeny v tabulkách výše. Čísla pak vložíme do vzorce č. 2:

$$(1,05 + KN) \times (\max(\text{POPzpoZ}; \text{POPrefZ}) \times \text{PUROo} + \max[\text{PUROo} \times \text{POPzpoMh}; \text{UHRMh} - \text{UHRMr}])$$

$$(1,05 + 0,04) \times (\max(288 ; 329) \times 1\,453,5084 + \max[1\,453,51 \times 1; 9\,680,65 - 0]) = 531\,794,56 \text{ Kč}$$

<sup>64</sup> koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) doložení, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů.

b) 0,04 - pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin,

c) 0,04 - pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2017 do 31. prosince 2019 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.

<sup>65</sup> počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; základním unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období.

<sup>66</sup> počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období; základním unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

Z výše uvedeného vyplývá, že teoretický nárok na úhradu nepřekročil částku vypočtenou z úhradové vyhlášky.

Zdravotnické zařízení Neurologie Bruntál má tedy nárok na celkové vyúčtování v hodnotě: 466 673,46 Kč.

**Tabulka 10** výsledek vyúčtování 2020

<b>Vyúčtování pro Neurologii Bruntál za rok 2020</b>	
<b>Nárok za úhradu za rok 2020 - výkonově</b>	<b>466 673,46 Kč</b>
Částka vypočtena z úhradové vyhlášky č. 305/2020 Sb.	531 794,53 Kč

*Zdroj: Vlastní zpracování*

#### 4.2.3 Vyúčtování roku 2020 před novelizací vyhlášky

Pro srovnání, v jaké konkrétní částce kompenzační vyhláška tomuto zdravotnickému zařízení kompenzuje propady příjmů, které jsou jasně zřetelné na nižším vykazování péče právě v souvislosti s pandemií COVID-19, je třeba opět propočítat celkové vyúčtování roku 2020, ale tentokrát podle úhradové vyhlášky č. 268/2019 Sb., podle vzorce č. 3 uvedeného v metodické části práce, tedy v době před vydáním kompenzační vyhlášky. Modelový příklad je identický s předchozí tabulkou.

**Tabulka 11** vyúčtování před novelizací vyhlášky 2020

<b>Neurologie Bruntál</b>	
<b>Přehled vykázaných a hrazených služeb</b>	
Celkový uznaný počet bodů za rok 2020	391 794
Celkový uznaný počet bodů za rok 2018	464 276
Hodnota bodu pro rok 2020 (bez kompenzační vyhlášky a bonifikace)	1,07
Hodnota bodu pro rok 2018	1,03
Bonifikace za vzdělání ČLK	ANO
PUR0o pro rok 2018	1 453,51
Celkový počet pojištěnců za rok 2020	289
Celkový počet pojištěnců za rok 2018	329
Počet mimořádně nákladných pojištěnců za rok 2020	1
Úhrada za mimořádně nákladné pojištěnce za rok 2020	9 680,65
Bonifikace za recepty v elektronické podobě	438,60

*Zdroj: Vlastní zpracování*

Před novelizací vyhlášky by neměl výpočet celkového nároku úhrady u ambulantních specialistů za rok 2020 překročit částku vypočtenou podle vzorce z vyhlášky č. 268/2019 Sb.:

$$(1,05 + KN) \times (POP_{zpoZ} \times POROo + \max[PUR0o \times POP_{zpoMh}; UHRMh - UHRMr])$$

Hodnota bodu je podle vyhlášky stanovena na 1,07, přičemž zdravotnické zařízení je bonifikováno za vlastnictví dokladu celoživotního vzdělávání lékařů, a to hodnotou 0,04. Konečná hodnota bodu je tedy 1,11.

Výpočet teoretického nároku na úhradu je:

$$391\,794 \times 1,11 = 434\,891,34 \text{ Kč}$$

K výpočtu připočteme ještě bonifikace za elektronické recepty:

$$434\,891,34 + 438,60 = 435\,329,94 \text{ Kč}$$

Nyní je potřeba ověřit, zda teoretický nárok na úhradu nepřekročil částku z úhradové vyhlášky, vložním čísel do vzorce č. 3:

$$(1,05 + KN) \times (POP_{zpoZ} \times POR_{Oo} + \max[PURO_{Oo} \times POP_{zpoMh}; UHR_{Mh} - UHR_{Mr}])$$

$$(1,05+0,04) \times (288 \times 1\,453,51 + \max [1\,453,51 \times 1; 9\,680,65 - 0]) = 466\,837,7677 \text{ Kč}$$

**Tabulka 12** výsledek vyúčtování před novelizací vyhlášky 2020

<b>Vyúčtování pro Neurologii Bruntál vyhláška před novelizací</b>	
<b>Teoretický nárok za úhradu za rok 2020 - výkonově</b>	<b>434 891,34 Kč</b>
Částka vypočtena z úhradové vyhlášky č. 268/2019 Sb.	466 837,77 Kč

*Zdroj: Vlastní zpracování*

#### 4.2.4 Srovnání vyúčtování 2020 před a po novelizací vyhlášky

Po výpočtu celkového vyúčtování před a po novelizaci vyhlášky můžeme porovnat konečný rozdíl v částkách:

**Tabulka 13** srovnání vyúčtování před a po novelizaci vyhlášky

<b>Vyúčtování pro Neurologii Bruntál za rok 2020</b>	
Nárok za úhradu za rok 2020 - výkonově	466 673,46 Kč
Částka vypočtena z úhradové vyhlášky č. 305/2020 Sb.	531 794,53 Kč
<b>Vyúčtování pro Neurologii Bruntál vyhláška před novelizací</b>	
Nárok za úhradu za rok 2020 - výkonově	434 891,34 Kč
Částka vypočtena z úhradové vyhlášky č. 268/2019	466 837,77 Kč

*Zdroj: Vlastní zpracování*

Z výpočtů je zřejmé, že částka celkového ročního vyúčtování u našeho zdravotnického zařízení Neurologie Bruntál je po novelizaci vyhlášky vyšší, a to jak u teoretického nároku o 31 782,12 Kč, tak při maximálně možné dosažené úhradě, zde je rozdíl dokonce v částce více jak dvakrát vyšší, a to o 64 956,76 Kč.

### 4.3 Výpočet celkového ročního vyúčtování zdravotního zařízení, u kterého dochází ke zvýšení nárůstu péče v souvislosti s pandemií COVID-19

U některých lékařských odborností, jakou je např. vnitřní lékařství, však dochází v souvislosti s pandemií COVID-19 naopak k navyšování péče i zvýšení počtu pojištěnců. Kompenzační vyhláška však zvýhodňuje i tato zařízení.

#### 4.3.1. Vyúčtování 2018

Pro výpočet ročního vyúčtování 2020 si namodelujeme příklad zdravotnického zařízení se smluvní odborností vnitřního lékařství. Modelové zařízení má působnost v Olomouci, a tak jej pojmenujeme Interna Olomouc. Zařízení s lékařskou odborností vnitřního lékařství (odb. 101) má v některých případech nasmlouvanou také lékařskou odbornost kardiologie (odb. 107). My se však budeme zabývat jen lékařskou odborností vnitřního lékařství, pro kterou za rok 2020 očekáváme zvýšení nárůstu péče právě v souvislosti s pandemií COVID-19.

Sestava vyúčtování pro rok 2018 v lékařské odbornosti vnitřního lékařství (referenční období roku 2020) je u tohoto zařízení následující:

**Tabulka 14 modelové zdravotní zařízení Interna Olomouc – vyúčtování 2018**

<b>Interna Olomouc 2018</b>	
<b>Přehled vykázaných a hrazených služeb</b>	
Celkový počet uznaných bodů za rok 2018	186 234
Celkový počet uznaných bodů za rok 2016	159 849
Hodnota bodu pro rok 2018	1,03
Hodnota bodu pro rok 2016	1,02
Celkový počet pojištěnců za rok 2018	220
Celkový počet pojištěnců za rok 2016	186
PUR0o za rok 2016	831,8770
Bonifikace za vzdělání ČLK, rozsah ordinačních hodin	NE

*Zdroj: Vlastní zpracování*

Výpočet celkového nároku úhrady u ambulantních specialistů za rok 2018 jako u předchozího příkladu nesmí dle vyhlášky překročit částku vypočtenou podle vzorce z vyhlášky č. 353/2017 Sb.:

$$1,018 \times \text{POPzpoZ} \times \text{PUR0o} + 1,018 \times \max [\text{PUR0o} \times \text{POPzpoMh}; (\text{UHRMh} - \text{UHRMr})]$$

Hodnota bodu pro rok 2018 je u odbornosti vnitřního lékařství stanovena dle vyhlášky č. 353/2017 na 1,03.

Nejdříve je třeba získat teoretický nárok na úhradu v korunách, ten se vypočítá vynásobením hodnoty bodu s celkovým počtem uznaných bodů za rok 2018:

$$186\,234 \times 1,03 = 191\,821,02 \text{ Kč}$$

Teoretický nárok na úhradu nemůže překročit částku z vyhlášky pro rok 2018, dosadíme tedy do vzorce:

$$1,018 \times \text{POPzpoZ} \times \text{PUROo} + 1,018 \times \max [\text{PUROo} \times \text{POPzpoMh}; (\text{UHRMh} - \text{UHRMr})]$$

$$1,018 \times 220 \times 831,8770 + 1,018 \times \max [831,8770 \times 0; (0 - 0)] = 186\,307,1729 \text{ Kč}$$

V tomto případě je částka z vyhlášky nižší než vypočítaný teoretický nárok na úhradu a zdravotní zařízení by mělo dostat maximální částku z vyhlášky, a to 186 307,17 Kč.

**Tabulka 15 výsledek vyúčtování 2018**

<b>Vyúčtování pro Internu Olomouc za rok 2018</b>	
Nárok za úhradu za rok 2018 - výkonově	191 821,02 Kč
<b>Částka vypočtena z úhradové vyhlášky č. 353/2017 Sb.</b>	<b>186 307,17 Kč</b>

*Zdroj: Vlastní zpracování*

#### 4.3.2. Celkové roční vyúčtování 2020

Po vypočtení celkového vyúčtování roku 2018 si u zdravotního zařízení Interny Olomouc namodelujeme zvýšení vykázané péče i ošetřených pacientů, včetně tzv. nákladných pacientů, ke kterému dochází v lékařské odbornosti vnitřního lékařství v souvislosti s pandemií COVID-19. Sestava pro vyúčtování pro rok 2020 je následující:

**Tabulka 16 modelové zdravotní zařízení Interna Olomouc – vyúčtování 2020**

<b>Interna Olomouc</b>	
<b>Přehled vykázaných a hrazených služeb</b>	
Celkový uznaný počet bodů za rok 2020	218 870
Celkový uznaný počet bodů za rok 2018	186 234
Hodnota bodu pro rok 2020 (bez bonifikace)	1,15
Hodnota bodu pro rok 2018	1,03
Bonifikace za vzdělání ČLK	ANO
PUROo za rok 2018	865,19
Celkový počet pojištěnců za rok 2020	257
Počet mimořádně nákladných pacientů 2020	2
Úhrada za mimořádně nákladné pojištěnce za rok 2020	16 508 Kč
Celkový počet pojištěnců za rok 2018	220

*Zdroj: Vlastní zpracování*

Pro rok 2020 nesmí výpočet celkového nároku úhrady u ambulantních specialistů překročit částku vypočtenou podle vzorce kompenzační vyhlášky č. 305/2020 Sb.:

$$(1,05 + KN) \times (\max(\text{POPzpoZ}; \text{POPrefZ}) \times \text{PUROo} + \max[\text{PUROo} \times \text{POPzpoMh}; \text{UHRMh} - \text{UHRMr}])$$

Hodnotu bodu pro lékařskou odbornost vnitřní lékařství specifikuje kompenzační vyhláška č. 305/220 Sb. v příloze 3, části C na 1,15. Zařízení je však držitelem dokladu celoživotního vzdělávání lékařů a splňuje podmínku 30 ordinačních hodin týdně, proto se hodnota bodu dle přílohy č. 3 bodu 2 a) b) navyšuje o dalších 0,08. Konečná hodnota bodu, se kterou se dále počítá, je tedy 1,23.

Teoretický nárok na úhradu za rok 2020 se vypočítá celkovým počtem uznaných bodů vynásobených hodnotou bodu.

$$218\,870 \times 1,23 = 269\,210,10 \text{ Kč}$$

Tento nárok nemůže překročit částku vypočtenou podle vzorce kompenzační vyhlášky pro rok 2020 č. 305/2020:

$$(1,05 + KN) \times (\max(\text{POPzpoZ}; \text{POPrefZ}) \times \text{PUROo} + \max[\text{PUROo} \times \text{POPzpoMh}; \text{UHRMh} - \text{UHRMr}])$$

Po dosazení čísel z tabulky:

$$(1,05 + 0,8) \times (\max(255; 220) \times 865,19 + \max[865,19 \times 2; 16\,508 - 0]) = 267\,958,5385 \text{ Kč}$$

Částka z vyhlášky je nižší než vypočítaný teoretický nárok na úhradu, zařízení má tedy nárok jen na částku vypočítanou z úhradové vyhlášky.

**Tabulka 17** výsledek vyúčtování 2020

<b>Vyúčtování pro Internu Olomouc za rok 2020</b>	
Nárok za úhradu za rok 2020 - výkonově	269 210,10 Kč
<b>Částka vypočtena z úhradové vyhlášky č. 305/2020 Sb.</b>	<b>267 958,54 Kč</b>

*Zdroj: Vlastní zpracování*

#### 4.3.3 Vyúčtování roku 2020 před novelizací vyhlášky

Opět pro srovnání, v jaké konkrétní částce kompenzační vyhláška tomuto zdravotnickému zařízení navyšuje vyúčtování, i při zvýšeném vykazování v souvislosti s pandemií, je třeba



propočítat celkové vyúčtování roku 2020 znovu, ale vyhláškou č. 268/2019 Sb., tedy před její samotnou novelizací. Modelový příklad je identický s předchozí tabulkou pro rok 2020.

**Tabulka 18 vyúčtování před novelizací vyhlášky 2020**

<b>Interna Olomouc</b>	
<b>Přehled vykázaných a hrazených služeb</b>	
Celkový uznaný počet bodů za rok 2020	218 870
Celkový uznaný počet bodů za rok 2018	186 234
Hodnota bodu pro rok 2020 (bez bonifikace)	1,15
Hodnota bodu pro rok 2018	1,03
Bonifikace za vzdělání ČLK	ANO
PUR00 za rok 2018	865,19
Celkový počet pojištěnců za rok 2020	257
Počet mimořádně nákladných pacientů 2020	2
Úhrada za mimořádně nákladné pojištěnce za rok 2020	16 508 Kč
Celkový počet pojištěnců za rok 2018	220

*Zdroj: Vlastní zpracování*

Před novelizací vyhlášky by neměl výpočet celkového nároku úhrady u ambulantních specialistů za rok 2020 překročit částku vypočtenou podle vzorce z vyhlášky č. 268/2019 Sb.:

$$(1,05 + KN) \times (POPzpoZ \times POR00 + \max[PUR00 \times POPzpoMh; UHRMh - UHRMr])$$

Hodnota bodu je dle vyhlášky č. 268/2019 Sb. 1,07, zařízení však splňuje bonifikace z bodu 2 písmene a) a b) hodnota bodu se tedy zvyšuje o 0,08. Celková hodnota bodu, se kterou budeme počítat, je 1,15.

Teoretický nárok zdravotního zařízení je:

$$218\,870 \times 1,15 = 251\,700,50 \text{ Kč}$$

Po dosazení do vzorce z vyhlášky č. 268/2019 Sb. zjistíme maximální možnou úhradu:

$$(1,05 + KN) \times (POPzpoZ \times POR00 + \max[PUR00 \times POPzpoMh; UHRMh - UHRMr])$$

$$(1,05 + 0,08) \times (255 \times 865,19 + \max[865,19 \times 2; 16\,508 - 0]) = 267\,958,5385 \text{ Kč}$$

Před novelizací vyhlášky mělo zdravotní zařízení nárok na výkonovou úhradu, která nepřekročila maximální možnou úhradu.

**Tabulka 19** výsledek vyúčtování 2020 před novelizací vyhlášky

<b>Vyúčtování pro Internu Olomouc před novelizací Vyhlášky za rok 2020</b>	
<b>Teoretický nárok za úhradu za rok 2020 - výkonově</b>	<b>251 700,50 Kč</b>
Částka vypočtena z úhradové vyhlášky č.	267 958,54Kč

*Zdroj: Vlastní zpracování*

#### 4.3.4 Srovnání vyúčtování 2020 před a po novelizaci vyhlášky

Po výpočtu celkového vyúčtování před a po novelizaci vyhlášky můžeme porovnat konečný rozdíl v částkách:

**Tabulka 20** výsledek vyúčtování 2020 před novelizací vyhlášky

<b>Vyúčtování pro Internu Olomouc za rok 2020</b>	
Nárok za úhradu za rok 2020 - výkonově	269 210,10 Kč
Částka vypočtena z úhradové vyhlášky č. 305/2020 Sb.	267 958,54 Kč
<b>Vyúčtování pro Internu Olomouc před novelizací Vyhlášky za rok 2020</b>	
Nárok za úhradu za rok 2020 - výkonově	251 700,50 Kč
Částka vypočtena z úhradové vyhlášky č. 268/2019 Sb.	267 958,54Kč

*Zdroj: Vlastní zpracování*

U zdravotního zařízení s nárůstem péče i pojištěnců v roce 2020 nám vychází částky z úhradových vyhlášek před i po novelizaci identicky. Rozdíl je tedy patrný jen ve výši hodnoty bodu, která se projevila v úhradách teoretických – výkonových. Zde je vyšší úhrada u kompenzační vyhlášky č. 305/220 Sb., a to o 17 509,6 Kč.

Zdravotní zařízení má však nárok jen na maximální částku z vyhlášky, proto je konečná kompenzace nižší.

Kompenzační vyhláška tedy navýšila celkovou úhradu za rok 2020 u zdravotního zařízení Interny Olomouc, a to o 16 258, 04 Kč.

## 5 Výsledky a diskuze

Po srovnání celkového vyúčtování roku 2020 oproti referenčnímu roku 2018 je u zdravotního zařízení se snížením vykázané péče a ošetřených pacientů v souvislosti s pandemií COVID-19 propad v nároku na úhradu za rok 2020. I přes tato snížení však díky kompenzační vyhlášce, která zvyšuje hodnotu bodu, nedochází k významnému poklesu úhrady za rok 2020. Snížení úhrady je oproti roku 2018 v konečné částce 11 773,92 Kč.

Před novelizací vyhlášky by byl rozdíl v částkách vyšší, a to konkrétně v částce 43 556,04 Kč oproti referenčnímu roku 2018. Kompenzační vyhláška tedy jednoznačně odškodňuje propad příjmů pro výše uvedené zdravotnické zařízení.

**Tabulka 21 celkové srovnání vyúčtování u zařízení se sníženým počtem výkonů a pojištěnců**

<b>Vyúčtování pro Neurologii Bruntál (zařízení se sníženým počtem výkonů a pojištěnců v roce 2020)</b>	
Nárok za úhradu za rok 2018 - výkonově	478 447,38 Kč
Maximální možná částka vypočtena z úhradové vyhlášky č. 353/2017 Sb.	482 666,14 Kč
Celkový počet uznaných bodů za rok 2018	464 276 bodů
Celkový počet pojištěnců za rok 2018	329
<b>Nárok na úhradu za rok 2018</b>	<b>478, 447,38 Kč</b>
Nárok za úhradu za rok 2020 - výkonově	466 673,46 Kč
Maximální možná částka vypočtena z úhradové vyhlášky č. 305/2020 Sb.	531 794,53 Kč
Celkový uznaný počet bodů za rok 2020	391 794 bodů
Celkový počet pojištěnců za rok 2020	289
<b>Nárok na úhradu za rok 2020</b>	<b>466 673,46 Kč</b>
Nárok za úhradu za rok 2020 - výkonově před novelizací	434 891,34 Kč
Maximální možná částka vypočtena z úhradové vyhlášky č. 268/2019 Sb.	466 837,77 Kč
<b>Teoretická úhrada 2020 před novelizací vyhlášky</b>	<b>434 891,34 Kč</b>

*Zdroj: Vlastní zpracování*

U zdravotnického zařízení, kde dochází k zvýšení vykázané péče v souvislosti s pandemií COVID-19, je samozřejmě také zvýšení nároku za rok 2020 oproti referenčnímu období 2018.

I u tohoto zařízení zvyšuje kompenzační vyhláška nárok na úhradu, a to o 16 258,04 Kč, oproti teoretické úhradě před novelizací vyhlášky pro rok 2020.

**Tabulka 22 celkové srovnání vyúčtování u zařízení se zvýšeným počtem výkonů a pojištěnců**

<b>Vyúčtování pro Internu Olomouc (zařízení se zvýšeným počtem výkonů a pojištěnců v roce 2020)</b>	
Nárok za úhradu za rok 2018 - výkonově	191 821,02 Kč
Maximální možná částka vypočtena z úhradové vyhlášky č. 353/2017 Sb.	186 307,17 Kč
Celkový počet uznaných bodů za rok 2018	186 234 bodů
Celkový počet pojištěnců za rok 2018	220
<b>Nárok na úhradu za rok 2018</b>	<b>186 307,17 Kč</b>
Nárok za úhradu za rok 2020 - výkonově	269 210,10 Kč
Maximální možná částka vypočtena z úhradové vyhlášky č. 305/2020 Sb.	267 958,54 Kč
Celkový uznaný počet bodů za rok 2020	218 870 bodů
Celkový počet pojištěnců za rok 2020	257
<b>Nárok na úhradu za rok 2020</b>	<b>267 958,54 Kč</b>
Maximální možná částka za úhradu za rok 2020 - výkonově před novelizací	251 700,50 Kč
Částka vypočtena z úhradové vyhlášky č. 268/2019	267 958,54 Kč
<b>Teoretická úhrada 2020 před novelizací vyhlášky</b>	<b>251 700,50 Kč</b>

*Zdroj: Vlastní zpracování*

Po propočítání konečného vyúčtování za rok 2020 pro zdravotnická zařízení jak se snížením vykázané péče, tak naopak s jejím zvýšením v souvislosti s pandemií COVID-19, se prokázalo, že u obou uvedených zdravotních zařízení došlo ke zvýšení nároku za rok 2020 v souvislosti s novelizací úhradové vyhlášky.

Kompenzační vyhláška kompenzuje snížení vykázané péče, avšak zvýhodňuje také zařízení, u kterého vykázaná péče vzrostla.

U výpočtů celkového ročního vyúčtování jsme pro zjednodušení nepočítali odměny za tzv. 2. vlnu, jejichž výpočet vychází z Vyhlášky č. 172/2021 Sb., která aktualizuje vyhlášku č. 305/2020 Sb. Odměny dosahují hodnoty až 75 000 Kč za celý úvazek lékařského pracovníka. Tato částka se však u každé pojišťovny krátí v závislosti na koeficientu počtu poměru pojištěnců v daném kraji.

Výše rozebíraná problematika výdajů zdravotních pojišťoven není v žádném případě uzavřenou kapitolou, jelikož výdaje spojené s pandemií se naplno projeví až v letech následujících. Další nově vznikající mutace koronaviru a s tím spojený vývoj nových vakcín, eventuálních dalších opatření, tak budou i do dalších let zdrojem vysokých výdajů pro všechny zdravotní pojišťovny.

## 5.1 Zhodnocení výdajů a příjmů v souvislosti s pandemií COVID-19 na zdravotní pojišťovny

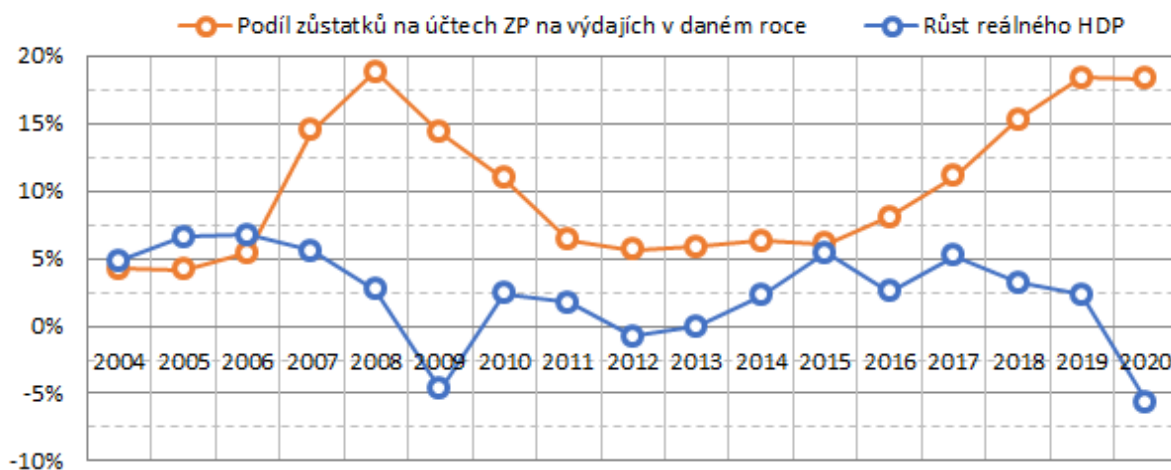
I přes celkové navýšení výdajů, nejen v souvislosti s výše uvedeným propočtem vyúčtování za rok 2020 po novelizaci úhradové vyhlášky, skončilo podle tiskové zprávy Ministerstva financí a Ministerstva zdravotnictví hospodaření zdravotních pojišťoven k roku 2020 kladným saldem.

Nepochybně k tomu přispělo navýšení plateb za státního pojištěnce od 1. 6. 2020 o 500 Kč a k 1. 1. 2021 o dalších 200 Kč. Zvýšení plateb tak při odhadovaném počtu téměř 6 milionů státních pojištěnců znamená letošní nárůst k roku 2020 o necelých 21 miliard korun, v příštím roce pak okolo dalších 50 miliard korun.

*„Systém veřejného zdravotního pojištění hospodařil v roce 2020 s příjmy 358 miliard Kč a výdaji 352,2 miliard Kč. Dosáhl tak přebytku 5,8 miliard Kč. Celkové náklady na zdravotní služby v roce 2020 byly oproti loňskému roku vyšší o 48 miliard Kč. Hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění bylo v roce 2020 významně negativně ovlivněno dopady pandemie COVID-19.“<sup>67</sup>*

**Graf 6 Vývoj zůstatku ZP a růstu HDP**

**Vývoj zůstatků ZP a růstu HDP**



Zdroj: Ministerstvo financí ČR, <https://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2021/system-zdravotniho-pojisteni-i-pres-pand-42599>

<sup>67</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR (online 4. 8. 2021) Dostupný z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/system-zdravotniho-pojisteni-i-pres-pandemii-dosahl-prebytku-sest-miliard-korun/>

Z grafu je patrné, že rezervy zůstatků na účtech zdravotních pojišťoven se oproti roku 2019 díky zvýšeným příjmům za státní pojištěnce i v souvislosti s výdaji za COVID-19 nesnížily.

Ačkoliv pojišťovny vykazovaly kladné saldo za rok 2020, dynamika výdajů za zdravotní pojištění meziročně roste rychleji než její růsty. Dá se tedy očekávat, že plně se výdaje spojené s pandemií COVID-19 projeví až v letech následujících.

Svaz zdravotních pojišťoven letos uvedl, že hospodaření všech šesti menších zdravotních pojišťoven, které sdružuje, vykazuje za osm měsíců roku 2021 v důsledku pandemie COVID-19 deficit v přepočtu 16 miliard korun.

V souvislosti s očekáváním růstů výdajů je třeba, aby pojišťovny zvážily možná úsporná opatření pro další roky, aby byly i nadále schopny platit své závazky. Opatření by však neměla omezovat zajišťování zdravotní péče.

Úsporným opatřením by bezpochyby mohlo být v souvislosti s navýšením příjmů například zvýšení zdravotního pojištění rizikovým skupinám, například kuřákům nebo alkoholikům. V souvislosti s výdaji by pak pojišťovny mohly např. zvýšit pojištěncům doplatky u některých druhů léčiv, nebo razantně zredukovat méně potřebné segmenty smluvní péče.

Pokud by pojišťovny i přes nastavená úsporná opatření vykazovaly deficitní ztráty, nezbyvá, než popřemýšlet o mnohokrát diskutovaném sloučení. Sloučení by jistě přineslo výhody v oblasti úspor, po zaniknutí konkurence by však nejspíše přišly o výhody jak pojištěnci, tak i veškerá smluvní zdravotnická zařízení.

## 6 Závěr

Zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy se zdravotními zařízeními, a poskytují skrze ně péči všem svým pojištěncům. V souvislosti s výskytem pandemie COVID-19 se však razantně zvýšily výdaje. Ke zmírnění dopadů pandemie COVID-19 za rok 2020 nepochybně přispělo navýšení plateb za státního pojištěnce. A tak i přes celkové zvýšení výdajů za zdravotní péči docílily pojišťovny za rok 2020 přebytků na svých účtech.

V roce 2021 však svaz pojišťoven uvedl, že za období osmi měsíců hospodaření je šest pojišťoven v celkovém deficitu v přepočtu 16 miliard korun. Zvyšování výdajů je dlouhodobě neudržitelné a s největší pravděpodobností dále nejen vlivem pandemie poroste.

K navýšení výdajů zdravotních pojišťoven nepochybně došlo i zásluhou kompenzační vyhlášky č. 305/2020 Sb., jejímž cílem bylo odškodnit zdravotnická zařízení, kterým pandemie snížila nárůst péče a s tím spojený počet vykázaných výkonů.

V analytické části jsme vypočítali, že kompenzační vyhláška nenahrazuje propad jen zdravotnickým zařízením, u kterých došlo k výraznému propadu produkce, ale i těm ostatním, kde naopak došlo jak k nárůstu pacientů, tak i vykázaných kódů. U zdravotnického zařízení se snížením počtu pojištěnců i vykázaných výkonů byl jednoznačný propad v příjmech oproti referenčnímu období 2018. Teoretická úhrada před novelizací vyhlášky za období 2020 by byla v částce 434 891,34 Kč, nárok na úhradu po propočtení kompenzační vyhláškou pak vychází na 466 673,46 Kč. Propad byl díky kompenzační vyhlášce nižší, a to o 31 782,12 Kč. Naopak u zdravotního zařízení se zvýšením počtem pojištěnců i výkonů je zřejmé navýšení v oblastech příjmů oproti referenčnímu roku 2018. I zde však kompenzační vyhláška příjmy ještě navýšila, i když ne tak zřetelně jako u předchozího poskytovatele. Zvýšení oproti teoretické úhradě za rok 2020 před novelizací vyhlášky je v celkové částce 16 258,04 Kč.

Ať už bylo cílem kompenzační vyhlášky cokoliv, zaručeně přilepšila plošně všem zdravotnickým zařízením v jakémkoliv segmentu zdravotnické péče.

Zdravotnická zařízení si nepochybně kompenzace za péči o pacienty v nelehké době covidové pandemie zaslouží, avšak tyto a jiné výše zmíněné nečekané výdaje mohou mít pro zdravotní pojišťovny v průběhu následujících let likvidační následky.

## 7 Seznam použitých zdrojů

BELLOVÁ Jana., ZLÁMAL. Jaroslav., Zdroj: Verlag Dashöfer, *Financování zdravotnictví*, [online]. Fulsoft.cz, 4. 10. 2019 [cit. 10.4. 2021]. Dostupné z: Financování zdravotnictví | Fulsoft.cz - Zákony, judikatura a literatura 2021

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výsledky zdravotnických účtů v ČR 2010-2018*, Český statistický úřad [online]. 19. 2. 2020 [cit. 15. 3. 2021]. Dostupné z: Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010–2018 | ČSÚ (czso.cz)

ČTK, ČESKÉ NOVINY, *Náklady na Covid byly podle pojišťoven 4,5 miliardy Kč Měsíčně*, [online]. ČTK, České noviny, 16. 3. 2021 [cit. 23. 7. 2021]. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/naklady-na-covid-byly-podle-pojistoven-4-5-miliardy-kc-mesicne/2009309>

ČTK, LIDOVKY.CZ, *Zdravotní platby státu za jeho pojištěnce zřejmě porostou už od června o 500 korun*, [online]. Lidovky.cz, 26. 6. 2021 [cit. 27. 7. 2021]. Dostupné z: [https://www.lidovky.cz/byznys/zdravotni-platby-statu-za-jeho-pojistence-zrejme-porostou-uz-od-cervna-o-500-korun.A200422\\_212314\\_statni-pokladna\\_ele](https://www.lidovky.cz/byznys/zdravotni-platby-statu-za-jeho-pojistence-zrejme-porostou-uz-od-cervna-o-500-korun.A200422_212314_statni-pokladna_ele)

HUBÁČEK, Petr. Nově popsáný koronavirus SARS-Cov-2 a jeho biologické souvislosti. *Farmakoterapeutická revue*, 2020, roč. 5

MEDICAL TRIBUNE CZ, *Tribuna lékařů a zdravotníků, Dopady přísnější regulace zdravotníků na český trh*, [online]. MEDICAL TRIBUNE CZ, 18. 4. 2017 [cit. 12. 5. 2021]. Dostupné z: MEDICAL TRIBUNE CZ > Dopady přísnější regulace zdravotnických prostředků na český trh

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, *Finanční zabezpečení očkování proti covid 19*, [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, [cit. 27. 7. 2021]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/03/P%C5%99%C3%ADloha-3-%E2%80%93-Finan%C4%8Dn%C3%AD-zabezpe%C4%8Den%C3%AD.pdf>

OTEVŘENÉ ZDRAVOTNICTVÍ.CZ, *Jak se rozdělují peníze v českém zdravotnictví – II. Za co peníze vydáváme*, [online]. Otevřené zdravotnictví. 7. 5. 2018 [cit. 10.4. 2021]. Dostupné z: [Jak se rozdělují peníze v českém zdravotnictví – II.<br>Za co peníze vydáváme - OTEVŘENÉ ZDRAVOTNICTVÍ \(otevrenezdravotnictvi.cz\)](https://www.otevrenezdravotnictvi.cz/jak-se-rozdeluji-penize-v-ceskem-zdravotnictvi-ii-za-co-penize-vydavame)

OTEVŘENÉ ZDRAVOTNICTVÍ.CZ. *Kolik potřebujeme nemocnic a nemocničních lůžek? Ví to někdo?*. [online]. Otevřené zdravotnictví, Ze dne 18. 9. 2019 [cit. 9. 3. 2021]. Dostupné z: [Kolik potřebujeme nemocnic a nemocničních lůžek? Ví to někdo? - OTEVŘENÉ ZDRAVOTNICTVÍ \(otevrenezdravotnictvi.cz\)](https://www.otevrenezdravotnictvi.cz/kolik-potrebuje-nemocnic-a-nemocnicnich-luzek-vi-to-nekdo)

RIPPERGER, Tyler J. et al. *Orthogonal SARS-CoV-2 Serological Assays Enable Surveillance of Low Prevalence Communities and Reveal Durable Humoral Immunity*. [online]. *Immunity*. 2020, Vol. 53, Iss. 5, s. 925–933, [cit. 5. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1074761320304453>



RUBIN, Rita. *As Their Numbers Grow, COVID-19 „Long Haulers” Stump Experts*. [online]. Journal of American Medical Association. 2020, Sep 23, [cit. 5. 3. 2021]. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2771111>

SHEN, Changxing et al. *Comparative Analysis of Early-Stage Clinical Features Between COVID-19 and Influenza A H1N1 Virus Pneumonia*. [online]. Front Public Health. 2020, Vol. 8, Art. 206, May 15, [cit. 5. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7243732/>

TILLET, Richard L. et al. *Genomic evidence for reinfection with SARS-CoV-2: a case study*. [online]. The Lancet Infectious Diseases 2020, Oct 12 [cit. 5. 3. 2021]. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30764-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30764-7/fulltext)

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Metodická optimalizace a zefektivnění systému úhrad nemocniční péče v ČR*. [online]. DRG restart. Ústav zdravotnických informací a statistiky. ÚZIS. 2020, [cit. 20. 3. 2021]. Dostupné z: Úvod - DRG Restart ([uzis.cz](http://uzis.cz))

VOJKOVSKÝ Tomáš. *Od 1. září skončí proplácení testů na covid z veřejného zdravotního pojištění, rozhodla vláda*, [online]. iROZHLAS, 19.7.2021 [cit. 27. 7. 2021]. Dostupné z: [https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/covid-testy-verejne-konec-ministr-zdravotnictvi\\_2107191658\\_voj](https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/covid-testy-verejne-konec-ministr-zdravotnictvi_2107191658_voj)

VOZP.CZ, *Celoplošné antigenní testování koronaviru sars-cov-2*, [online]. Vozp.cz , [cit. 27. 7. 2021]. Dostupné z: <https://www.vozp.cz/covid-plosne-antigenni-testovani-koronaviru-sars-cov-2>

Vyhláška č. 134/1998 Sb., Ministerstva zdravotnictví ČR, ve znění pozdějších, kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer [cit. 15. 3. 2021].

Vyhláška č. 305/2020 Sb., Vyhláška Ministerstva zdravotnictví o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2020 In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer [cit. 5. 3. 2021].

Vyhláška č. 268/2019 Sb., Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer [cit. 5. 3. 2021].

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 63/2007 Sb. vyhláška o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer [cit. 9. 3. 2021].

VZP.CZ, *VZP dnes vydává mimořádné opatření umožňující nový způsob testování antigenními testy a PCR testy*, [online]. Vzp.cz, 31.5.2021 [cit. 27. 7. 2021]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/vzp-dnes-vydava-mimoradne-opatreni-umoznujici-novy-zpusob-testovani-antigennimi-a-pcr-testy>

Zákon č. 280/1992 Sb., České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer [cit. 11. 3. 2021].

Zákon č. 551/1991 Sb., České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer [cit. 11. 3. 2021].

Zákon č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer [cit. 9. 3. 2021].

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer [cit. 6. 3. 2021].

Zákon č. 373/2021 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer [cit. 6. 3. 2021].

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní a sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer [cit. 9. 3. 2021].

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer [cit. 5. 3. 2021].

Zákon č. 150/2017 Sb., o zahraniční službě a o změně některých zákonů. ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer [cit. 9. 3. 2021].

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer [cit. 6. 3. 2021].

## Přílohy

Tabulka č.1 Přehledná tabulka změn v kompenzační vyhlášce

<u>Segment</u>	<u>Opatření ke kompenzaci propadu produkce</u>	<u>Opatření ke kompenzaci růstu nákladů</u>	<u>Související opatření</u>
Stomatologie	Růst úhrad od 1. 7. 2020 o 14,76 %	Navýšení výkonu s pacientem o 6 Kč od 1. 7. 2020	
Praktické lékařství	Navýšení hodnoty bodu mimokapitačních výkonů od 1. 7. 2020 o 0,13 Kč (11,23 %)	Navýšení úhrady za epizodu péče o 6 Kč od 1. 7. 2020	Zmírnění regulačních opatření a vyjmutí regulace na vyžádané COVID testy
Gynekologie	Navýšení celoroční hodnoty bodu o 0,05 Kč (5 %)	Navýšení úhrady za epizodu péče o 6 Kč od 1. 7. 2020	Odstraněna regulace za nedodržení počtu unikátních pojištěnců Rozvolněna podmínka pro dosažení bonifikace za propovencovanost
Fyzioterapie	Navýšení celoroční hodnoty bodu o 0,12 Kč (14,93 %)	Navýšení celoroční hodnoty bodu o další 0,01 Kč a navýšení limitu úhrad o 0,01	Odstraněna regulace za nedodržení počtu unikátních pojištěnců Zvýšena bonifikace za podíl těžkých pacientů
Diagnostická péče	Navýšení hodnoty bodu a) od 1. 7. 2020 u výkonově hrazených odborností b) celoročně u ostatních. Navýšení HB závisí na propadu produkce konkrétní odbornosti	Vyjmutí testů na onemocnění COVID-19 ze všech regulací	Odstraněna regulace za nedodržení počtu unikátních pojištěnců
Domácí péče	Navýšení celoroční hodnoty bodu o 0,01 Kč	Navýšení celoroční hodnoty bodu o dalších 0,01 Kč a navýšení limitu úhrad o 0,01. Navýšení úhrady za časové výkony v období od 13. 3. do 31. 5. 2020 – kompenzace odměn ve výši 10 000 Kč včetně odvodů pro sestry	Odstraněna regulace za nedodržení počtu unikátních pojištěnců Navýšena bonifikace za těžké pacienty
Specializovaná ambulantní péče	Navýšení hodnoty bodu a) od 1. 7. 2020 u výkonově hrazených odborností b) celoročně u ostatních. Navýšení HB závisí na propadu produkce konkrétní odbornosti	Navýšení úhrady za epizodu péče o 6 Kč od 1. 7. 2020	Odstraněna regulace za nedodržení počtu unikátních pojištěnců Zmírnění regulačních opatření a vyjmutí regulace na vyžádané COVID testy
Ošetrovatelská péče odb. 913		Navýšena úhrad dle zvláštní smlouvy o 1 %.	

Nemocnice péče	<p>Snížení produkčního cíle z 98 % na 79-82 % dle podílu COVID pacientů</p> <p>Omezení snížení úhrady nedosažení produkčního cíle</p> <p>Odstranění redukce casemixu pro účely plnění produkčního cíle</p> <p>Změkčení podmínky pro navýšení úhrady za OD</p> <p>Navýšení koeficientu průměrného růstu hodnoty bodu ambulancí z 1,04 na 1,14</p> <p>Navýšení hodnoty ambulantní péče o 5 %</p> <p>Navýšení hodnoty bodu za LPS o 0,1</p> <p>Kč od 1. 7. 2020</p>	<p>Navýšení úhrady za hospitalizační případy s diagnózou COVID pozitivní (za lůžkoden v členění na JIP a ostatní)</p> <p>Úhrada testů na COVID v indikovaných případech nad rámec všech limitů (včetně testů při hospitalizaci)</p> <p>Navýšení úhrady za odběrová centra COVID</p> <p>Navýšení úhrady za epizodu péče v ambulancích o 6 Kč od 1. 7. 2020</p>	<p>Nadprodukce hrazena ve dvou pásmech – 1) od 82 % do 87 % ze 75 % a bez redukce casemixu 2) od 87 % z 50 % a méně při uplatnění redukce casemixu</p> <p>Změkčení kritérií pro psychiatrii Vyjmutí COVID testů z extramurální péče</p> <p>Zmírnění regulačních opatření v ambulantní péči a vyjmutí regulace na vyžádané COVID testy</p>
Následná dlouhodobá péče	<p>Navýšení úhrady dle typu ošetrovacího dne</p>	<p>Navýšení úhrady o 1 %</p> <p>Navýšení úhrady za hospitalizační případy s diagnózou COVID pozitivní (za lůžkoden)</p>	
Lázně	<p>Navýšení úhrady za den pobytu od 1. 7. 2020 o 17 %</p>		
Zdravotnická doprava	<p>Navýšení hodnoty bodu od 1. 7. 2020 o 12,16 %</p>	<p>Navýšení hodnoty bodu od 1. 7. 2020 o dalších 7,16 %</p>	
Zdravotnická záchranná služba	<p>Navýšení hodnoty bodu od 1. 7. 2020 o 0,08 Kč pro zdravotní výkony a o 0,07 Kč pro přepravní výkony (6,72 %)</p>		
Lékárny	<p>Navýšení úhrady za signální výkon od 1. 7. 2020 o 4 Kč</p>		<p>Odstranění limitace úhrady počtem signálních výkonů v referenci</p>

Zdroj: Zdroj: Lkcr.cz