MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

# Zákon o zdravotních pojišťovnách

# Důvody ke změně

- Nestandardní právní forma zdravotních pojišťoven
- Nedostatečné a nejasné vymezení podmínek pro vznik a zánik zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven
- Nedostatečně vymezené podmínky fungování zdravotních pojišťoven
- Nedostatečně upravené povinnosti vůči pojištěncům
- Nevhodné vymezení rolí a zodpovědností orgánů zdravotních pojišťoven
- Neodůvodněné rozdíly v právní úpravě postavení a činnosti Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven
- Nedostatečně upravený a nejasně vymezený dohled nad činností zdravotních pojišťoven

# Změny v rámci nového zákona

- Jeden zákon, nikoliv dva - zrušení zákonů o VZP a o oborových ZP a jejich nahrazení novým společným zákonem
  ⇨ sjednocení podmínek fungování
- Založení zákonem, pravidla fungování odpovídající obchodní společnosti s cílem maximální transparentnosti
- Povinná neziskovost zdravotních pojišťoven
- Posílení role managementu a správních rad + právní odpovědnost členů rad, ručení majetkem
- Zrušení dozorčích rad zvýší akceschopnost přenesením pravomocí na správní rady
- Odpovědnost pojišťoven za rozsah a kvalitu poskytované péče i za tvorbu a kultivaci sítě zdravotnických zařízení
- Pojištěnec má právo na údaje o zdravotní péči vykázané a uhrazené poskytovateli zdravotní péče zdravotní pojišťovnou, a to formou vzdáleného přístupu

# Povinnosti pojišťoven

- Zajištění nároku rozsahu zdravotní péče, časové a místní dostupnosti zdravotní péče a hlavně její kvality

- Tvorba a kultivace sítě poskytovatelů zdravotních služeb

- Vzrostou informační povinnosti pojišťoven jak z hlediska kontroly využití finančních prostředků, tak i dalších informací napomáhající k transparentnosti jejich činnosti

# Práva pojišťoven

- Zdravotní pojišťovny soutěží služby zdravotnických zařízení, léky i zdravotní prostředky
- Možnost uplatnění sankcí na základě kontroly poskytnuté zdravotní péče
- Možnost zakládání dceřiných společností pro poskytování zdravotního připojištění

# Dohled Ministerstva zdravotnictví ČR (a Ministerstva financí ČR)

- Rozšíření množství údajů, které budou pojišťovny dokládat (např. údaje o tzv. solventnosti)

  ⇨ bude stanoveno prováděcím předpisem

- Zvýšené možnosti dohledu – např. možnost odmítnout pojišťovnou vybraného auditora, možnost provedení mimořádného auditu apod.

# Vznik Kanceláře zdravotních pojišťoven

- Sledování kvality a hodnocení dostupnosti zdravotní péče
- Správa registru plátců, poskytovatelů, pojištěnců, pojišťoven
- Centrum klasifikačních systémů, metodik, číselníků, centrum kapitace apod. (činnost dnešního NRC)
- Zákon stanoví další povinnosti zdravotních pojišťoven ve vztahu ke Kanceláři

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

# DRG aneb platba za diagnózu

# Cíle

- Zprůhlednění produkce nemocnic v oblasti akutní lůžkové péče
- Stejné ceny za stejné zdravotní služby
  - ⇨ Cílem je jedna základní sazba pro všechny nemocnice
- Prevence korupčního prostředí
  - ⇨ Jasné vymezení ceny a zdravotní služby
- Přesun z lůžkové do ambulantní péče
  - ⇨ Kde je medicínsky vhodné i ekonomicky výhodné
- Přesun z akutní do následné péče

# Nástroje

- Ukotvení DRG v legislativě (zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění)
- Úhradová vyhláška stanoví DRG jako jediný nástroj úhrady pro akutní lůžkovou péči
- Role Národního referenčního centra

  - Spolupráce zástupců nemocnic a zdravotních pojišťoven při kultivaci systému
  - Metodická a rozvojová činnost klasifikačního systému
  - Modelační základna pro vypracování návrhu na využití klasifikačního systému v úhradách

# DRG jako klasifikační systém a jeho rizika

- Většina péče je dobře popsána, nemocnice významně pokročily v užití systému
- Další rozvoj je podmíněn 100% užitím = kultivace dat a tím i systému
- Části péče ne zcela podchycené a je nutné technické řešení, např.:
  - Stanovení různých základních sazeb či koeficientů zohledňující objektivní rozdíly
  - Jiný způsob úhrady
- Rizika
  - Cílené nadhodnocování (upcoding)
  - Nedostatečně vyvinuté revizní systémy zdravotních pojišťoven
  - Vyvolání nárůstu případů za účelem dosažení zvýšení příjmů

# Technické detaily

- Shodný způsob úhrady pro všechny nemocnice
- Stanovení risk koridoru v rámci definovaného finančního objemu
  - 20% pravidlo = 20 % nemocnice max. ztratí, 20 % max. získá
- Konvergence k jednotné základní sazbě
  - Pravděpodobně během několika let
  - Modelace důsledků pro různá zařízení a péči
- Krátké hospitalizace ⇒ jednodenní ambulantní péče
- Dlouhé hospitalizace ⇒ přesun do jiného režimu

# Nová úhradová vyhláška na rok 2012

- Jednání již byla zahájena
- Vycházíme z makroprojekce Ministerstva financí ČR
  - Důsledky zvýšení DPH (5,6 mld. Kč)
  - Požadovaný nárůst platů lékařů a nelékařů
  - Očekávaný vývoj ekonomiky
- Modelace v Národním referenčním centru
- Standardní segmenty s limity a regulacemi
- Seznam výkonů po narovnání základních parametrů v elektronické podobě

# Děkuji za pozornost!