

III.

ODŮVODNĚNÍ OBECNÁ ČÁST

Podle schváleného Plánu přípravy vyhlášek na rok 2019 se k tomuto materiálu nezpracovává hodnocení dopadů regulace (RIA).

1. Vysvětlení nezbytnosti navrhované právní úpravy, odůvodnění jejích hlavních principů

Návrh vyhlášky je prováděcím právním předpisem k zákonu č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění zákona č. 145/2017 Sb. (dále jen „zákon“), který Ministerstvo zdravotnictví vydává společně s Ministerstvem financí.

Smyslem navrhované právní úpravy je stanovit tzv. nastavitelné parametry přerozdělování pro rok 2020 a specifikovat příslušné náležitosti údajů nezbytných pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování, a to za roky 2017 a 2018 (výběr tohoto časového rámce je odůvodněn ve zvláštní části odůvodnění týkající se přílohy č. 2). Mezi náležitosti podle předchozí věty patří stanovení postupu při anonymizaci údajů, kterou provádí správce centrálního registru pojištěnců, a při předání takto anonymizovaných údajů zdravotním pojišťovnám. Dále mezi ně patří stanovení požadavků na formát a obsah datových souborů, které předají zdravotní pojišťovny Ministerstvu zdravotnictví, a na termín jejich předání. Ministerstvo zdravotnictví na základě těchto údajů a nastavitelných parametrů spočte vypočítané parametry přerozdělování pro rok 2020.

Údaje nezbytné pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování jsou anonymizované údaje o pojištěncích veřejného zdravotního pojištění o jejich demografické struktuře, o době, po kterou jsou účastní v systému veřejného zdravotního pojištění, o jejich nákladovosti a o jejich spotřebě léčivých přípravků v definovaném časovém období.

Bez stanovení nastavitelných parametrů přerozdělování a specifikace zmíněných údajů by následně nebylo možné vypočítat tzv. vypočítané parametry přerozdělování, podle kterých je přerozdělování prostředků veřejného zdravotního pojištění prováděno. Jejich každoroční aktualizace je nezbytná a je zákonem vyžadována, neboť bez nich by nebylo možné přerozdělování finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění vůbec provádět. Nebylo by tak zřejmé, na jaké množství prostředků mají jednotlivé zdravotní pojišťovny vůbec nárok.

Vyhláška v analogické struktuře byla vydána v loňském roce jako vyhláška č. 71/2018 Sb. o nastavitelných parametrech přerozdělování finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění pro rok 2019. Zdůvodnění této vyhlášky je proto v mnohém obdobné, jako zdůvodnění zmíněné vyhlášky z loňského roku.

2. Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy se zákonem, k jehož provedení je navržena, včetně souladu se zákonným zmocněním

Předkládaný návrh vyhlášky respektuje rozsah a meze zákonného zmocnění stanoveného v § 21f písm. a) bodech 1 a 2 zákona a je zpracován v mezích prováděného zákona.

3. Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy s předpisy Evropské unie, judikaturou soudních orgánů Evropské unie a obecnými právními zásadami práva Evropské unie

Návrh vyhlášky není v rozporu s předpisy Evropské unie, judikaturou soudních orgánů Evropské unie nebo obecnými právními zásadami práva Evropské unie. Právní předpisy Evropské unie problematiku upravenou návrhem vyhlášky nechávají plně v kompetenci členských států. Návrh vyhlášky je tak plně slučitelný s právem Evropské unie.

Z hlediska nakládání s osobními údaji s návrhem souvisí směrnice Evropského parlamentu a Rady 95/46/ES ze dne 24. října 1995 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).

4. Zhodnocení platného právního stavu a odůvodnění nezbytnosti jeho změny

Nezbytnost stanovení nastavitelných parametrů přerozdělování a jejich hodnot pro rok 2020 a požadavků na obsah, strukturu a formát údajů pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování pro rok 2020 vychází ze způsobu přerozdělování podle farmaceuticko-nákladových skupin, který je stanoven v zákoně. Nastavitelné a vypočítané parametry patří mezi proměnlivé parametry přerozdělování podle § 20a zákona. Použití nastavitelných parametrů stanovených touto vyhláškou pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování je upraveno v § 20b zákona. Použití údajů pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování, jejichž obsah, struktura a formát jsou touto vyhláškou stanoveny, je upraveno v § 20c zákona. Vydání této vyhlášky naplňuje § 21f písm. a) zákona, ve kterém je uvedena povinnost Ministerstva zdravotnictví vydat společně s Ministerstvem financí vyhláškou výše uvedené nejpozději do 30. dubna 2019.

Nastavitelnými parametry přerozdělování jsou podle oddílů A až D přílohy č. 2 k zákonu seznam farmaceuticko-nákladových skupin, seznam kombinací věkové skupiny s farmaceuticko-nákladovou skupinou a dvou farmaceuticko-nákladových skupin navzájem,

koeficient pro výpočet zajišťovací konstanty a hranice spotřeby léčiv pro zařazení pojištěnce do farmaceuticko-nákladové skupiny. Údaji pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování, jejichž obsah, struktura a formát jsou touto vyhláškou stanoveny, jsou podle přílohy č. 2 k této vyhlášce anonymizační tabulky, tabulky registrací, tabulky nákladů a tabulky spotřeby. Bez znalosti těchto vstupů do výpočtu vypočítaných parametrů přerozdělování by přerozdělování v roce 2020 v souladu se zákonem nebylo možné.

5. Předpokládaný hospodářský a finanční dopad navrhované právní úpravy na státní rozpočet, ostatní veřejné rozpočty, na podnikatelské prostředí České republiky, dále sociální dopady, včetně dopadů na rodiny a dopadů na specifické skupiny obyvatel, zejména osoby sociálně slabé, osoby se zdravotním postižením a národnostní menšiny, a dopady na životní prostředí

Navrhovaná právní úprava nepředstavuje zvýšené nároky na státní rozpočet a ostatní veřejné rozpočty. Navrhovaná úprava nemá vliv na objem prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění ani na jeho koncové výdaje (na výdaje zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotních služeb a pojištěncům).

Pokud jde o vliv na objem finančních prostředků, které z přerozdělování obdrží jednotlivé zdravotní pojišťovny, tato vyhláška je jedním z faktorů, které do výpočtu definovaného zákonem v novelizovaném znění vstupují, a celkovou platbu pro jednotlivé zdravotní pojišťovny ovlivňuje – nastavitelné parametry přerozdělování, stanovené touto vyhláškou, vstupují do algoritmu pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování. Volba nastavitelných parametrů a jejich hodnot zaručuje způsob výpočtu vypočítaných parametrů pro přerozdělování v roce 2020 prakticky shodný se způsobem jejich výpočtu pro přerozdělování v letech 2018 a 2019. Jediná změna mezi nastavitelnými parametry pro přerozdělování v roce 2020 a nastavitelnými parametry pro přerozdělování v letech 2018 a 2019 spočívá v drobné úpravě hodnoty koeficientu pro výpočet zajišťovací konstanty (podrobněji viz zvláštní část odůvodnění týkající se bodu 3 přílohy č. 1 vyhlášky). Velikost vlivu této změny na objem prostředků, které z přerozdělování obdrží jednotlivé zdravotní pojišťovny, je minimální a je na úrovni náhodné odchylky.

Návrh nepředpokládá dopady na podnikatelské prostředí, sociální dopady (včetně dopadů na rodiny a specifické skupiny obyvatel) ani dopady na životní prostředí.

6. Zhodnocení současného stavu a dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k zákazu diskriminace a ve vztahu k rovnosti mužů a žen

Návrh vyhlášky nezasahuje a ani nemůže zasáhnout do zásady zákazu diskriminace ani do oblasti rovnosti mužů a žen.

7. Zhodnocení dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k ochraně soukromí a osobních údajů

Návrh vyhlášky nezakládá žádný nový sběr osobních údajů ani nevytváří nové způsoby zpracování osobních údajů.

Zdravotní pojišťovny předávají Ministerstvu zdravotnictví údaje o jednotlivých pojištěncích v anonymizované formě a pouze v rozsahu nutném pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování. Anonymizaci provádí podle oddílu F přílohy č. 2 k zákonu správce centrálního registru pojištěnců způsobem popsáním v bodě 1 přílohy č. 2 k vyhlášce.

Podle § 20c zákona zašle Ministerstvo zdravotnictví Dozorčímu orgánu a zdravotním pojišťovnám údaje, na jejichž základě byly vypočítané parametry vypočteny, a to bez uvedení údajů o příslušnosti pojištěnců ke zdravotní pojišťovně. Tyto údaje Ministerstvo zdravotnictví podruhé anonymizuje použitím bezvýznamových číselných identifikátorů. Tato druhá anonymizace zaručí, že ani správce centrálního registru pojištěnců nedostane tímto zasláním osobní údaje o pojištěncích všech zdravotních pojišťoven, a to navzdory znalosti klíče původní anonymizace.

8. Zhodnocení korupčních rizik.

Návrh vyhlášky s ohledem na svůj věcný obsah nezakládá a ani nepředpokládá založení korupčních rizik ani jejich nárůst.

9. Zhodnocení dopadů na bezpečnost nebo obranu státu

Navrhovaná právní úprava nemá dopady na bezpečnost nebo obranu státu.

ZVLÁŠTNÍ ČÁST

Vyhláška stanoví nastavitelné parametry přerozdělování, hodnoty nastavitelných parametrů přerozdělování a popisuje způsob anonymizace a formát dat, která předají zdravotní pojišťovny Ministerstvu zdravotnictví. Nastavitelné parametry i předaná data jsou vstupy pro přerozdělování pojistného, bez nichž přerozdělování nelze vůbec provádět.

K § 1

Nastavitelné hodnoty přerozdělování jsou definovány a jejich hodnoty jsou stanoveny v příloze č. 1 k této vyhlášce. Jedná se o technický text, jehož paragrafová úprava by nebyla přehledná.

K § 2

Požadavky na obsah, strukturu a formát údajů pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování jsou specifikovány v příloze č. 2 k této vyhlášce. Jedná se o technický text, jehož paragrafová úprava by nebyla přehledná.

Součinnost správce centrálního registru pojištěnců je nezbytná pro anonymizaci údajů, které předávají zdravotní pojišťovny Ministerstvu zdravotnictví. Období jednoho měsíce (od 30. dubna 2019 do 31. května 2019) postačuje k tomu, aby správce centrálního registru pojištěnců veřejného zdravotního pojištění anonymizoval identifikátory jednotlivých pojištěnců a předal tyto anonymizované identifikátory jednotlivým zdravotním pojišťovnám.

Období 2 měsíců mezi obdržáním anonymizovaných identifikátorů (do 31. května 2019) a termínem předání údajů Ministerstvu zdravotnictví (do 31. července 2019) je pro zdravotní pojišťovny dostačující pro vygenerování požadovaných datových sestav. Tyto sestavy obsahují údaje o registraci k pojištění, kterými zdravotní pojišťovny disponují průběžně, a údaje o nákladech pojištěnců za kalendářní rok 2018 a o spotřebě léčivých přípravků za kalendářní roky 2017 a 2018. Zdravotní pojišťovny těmito údaji disponují, neboť v období generování datových sestav jsou již kalendářní roky 2017 a 2018 účetně uzavřeny.

K § 3

Za účelem zajištění dostatečného časového rámce pro správce centrálního registru k vytvoření příslušných anonymizačních tabulek se navrhuje stanovit datum nabytí účinnosti vyhlášky dnem 30. dubna 2019.

Příloha č. 1

Nastavitelné parametry pro přerozdělování v roce 2020 jsou shodné s nastavitelnými parametry pro přerozdělování v roce 2019, vydanými vyhláškou č. 71/2018 Sb. o nastavitelných parametrech přerozdělování finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění pro rok 2019. Na základě výpočtů provedených na ověřovacím modelu (blíže

vysvětleno níže) bylo ověřeno, že tyto parametry jsou pro přerozdělování v roce 2020 optimální.

K bodu 1

Farmaceuticko-nákladové skupiny jsou popsány v § 20 odst. 5 zákona. Struktura a formát seznamu farmaceuticko-nákladových skupin jsou upraveny v oddílu A přílohy č. 2 k zákonu. Definiční skupiny léčiv, obsažené ve čtvrtém sloupci seznamu, se odkazují na anatomicko-terapeuticko-chemickou klasifikaci léčiv (zkráceně „ATC klasifikace“), což je mezinárodní systém třídění léčiv spravovaný Světovou zdravotnickou organizací. Toto třídění pracuje se skupinami léčivých přípravků různých úrovní (zkráceně „ATC skupiny“). Skupiny vyšší úrovně jsou obsaženy ve skupinách nižší úrovně. Slovo „mimo“ užívané v rámci určení definičních skupin léčiv pro některé farmaceuticko-nákladové skupiny označuje vyjmutí skupiny vyšší úrovně ze skupiny nižší úrovně, která tuto skupinu vyšší úrovně obsahuje. Například výraz „C03 mimo (C03CA01)“ označuje ATC skupinu druhé úrovně C03 (diuretika) vyjma ATC skupiny páté úrovně C03CA01 (účinná látka furosemid), která by jinak v ATC skupině C03 byla obsažena.

Seznam farmaceuticko-nákladových skupin je shodný se seznamem farmaceuticko-nákladových skupin pro přerozdělování v roce 2018. Farmaceuticko-nákladové skupiny obsažené v seznamu farmaceuticko-nákladových skupin naplňují podle současných poznatků současné medicínské vědy ve výše zmíněném odstavci zákona uvedený požadavek na zařazení pojištěnců s onemocněním v chronickém stadiu. Shodně definované farmaceuticko-nákladové skupiny jsou nebo byly používány při přerozdělování v Nizozemí a na Slovensku. Při určování nastavitelných parametrů nebyly navrženy další možné farmaceuticko-nákladové skupiny. Obecně platí, že při stanovování nových farmaceuticko-nákladových skupin by se tyto skupiny hodnotily nejprve z medicínského hlediska a až poté by se vyhodnocovala zákonem stanovená statistická kritéria nutná pro jejich zařazení.

Farmaceuticko-nákladové skupiny obsažené v seznamu farmaceuticko-nákladových skupin splňují podmínku stability a podmínku zvýšení předpovědní síly přerozdělování podle oddílu E přílohy č. 2 zákona. Toto je ověřeno na tzv. ověřovacím modelu, který vychází z údajů za rok 2017, které byly použity pro výpočet vypočítaných parametrů pro přerozdělování v roce 2019. Údaje z roku 2017 jsou zároveň posledními dostupnými údaji pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování obdrženy Ministerstvem zdravotnictví od zdravotních pojišťoven, proto jsou podle oddílu E přílohy č. 2 zákona pro sestavení ověřovacího modelu použity.

Pro ověření splnění podmínky stability podle písmen a) a b) odstavce 1 pododdílu A oddílu E přílohy č. 2 zákona se na ověřovacích datech ověří pro každou farmaceuticko-nákladovou skupinu následující dvě podmínky. Pro splnění podmínky stability pro farmaceuticko-nákladovou skupinu musejí obě platit současně.

- a) do farmaceuticko-nákladové skupiny je zařazeno alespoň 200 osob
- b) úhrn ročních nákladů osob zařazených do farmaceuticko-nákladové skupiny převyšuje 24000násobek průměrných měsíčních nákladů podle oddílu K přílohy č. 2 zákona.

Průměrné měsíční náklady mají hodnotu 2097,317 Kč a jejich 24000násobek zaokrouhlený na celá čísla má hodnotu 50 335 608 Kč. Splnění obou podmínek je doloženo následující tabulkou. Podmínka stability je pro farmaceuticko-nákladovou skupinu splněna, je-li hodnota ve čtvrtém sloupci na řádku, odpovídajícím této skupině, větší než 200 a zároveň hodnota v pátém sloupci větší než 50 335 608.

Tabulka: Splnění podmínky stability pro farmaceuticko-nákladové skupiny

Číslo skupiny	Kód skupiny	Název skupiny	Počet osob	Úhrn ročních nákladů osob zařazených do skupiny (v Kč)	Splněna podmínka stability pro skupinu
1	GLA	Glaukom	180 390	9 725 067 578	ano
2	THY	Poruchy štítné žlázy	355 855	15 688 153 241	ano
3	PSY	Antipsychotika, Alzheimerova choroba, léčba závislostí	107 187	8 586 396 723	ano
4	DEP	Léčba antidepresivy	393 328	24 467 183 802	ano
5	CHO	Hypercholesterolémie	1 003 625	47 682 184 845	ano
6	DMH	Diabetes s hypertenzí	387 248	28 631 368 747	ano
7	COP	Těžké astma, chronická obstrukční choroba plic	39 639	3 810 567 817	ano
8	AST	Astma	274 615	16 578 461 488	ano
9	DM2	Diabetes typu II	71 604	3 325 814 557	ano
10	EPI	Epilepsie	60 555	4 568 609 189	ano
11	CRO	Crohnova choroba, ulcerózní kolitida	22 835	1 936 566 566	ano
12	KVS	Srdeční choroby	327 196	35 386 491 036	ano
13	TNF	Revmatické choroby léčené inhibitory TNF	11 864	3 739 452 148	ano

14	REU	Revmatické choroby léčené jinak než inhibitory TNF	24 956	2 221 207 373	ano
15	PAR	Parkinsonova choroba	23 601	2 202 343 662	ano
16	DM1	Diabetes typu I	43 712	3 875 633 729	ano
17	TRA	Transplantace	15 770	3 320 687 453	ano
18	CFP	Cystická fibróza a onemocnění exokrinní funkce pankreasu	322	230 683 483	ano
19	CNS	Onemocnění mozku a míchy	10 321	2 561 329 180	ano
20	ONK	Malignity	23 921	11 498 228 428	ano
21	HIV	HIV, AIDS	3 618	1 271 470 433	ano
22	REN	Renální selhání	6 271	6 324 704 351	ano
23	RAS	Léčba růstovým hormonem	2 459	526 747 223	ano
24	HOR	Hormonální onkologická léčba	39 060	4 471 479 635	ano
25	NPP	Neuropatická bolest	37 092	4 197 380 128	ano

Pro ověření splnění Podmínky zvýšení předpovědní síly přerozdělování podle písmen a) a b) odstavce 1 pododdílu B oddílu E přílohy č. 2 zákona se na ověřovacích datech pro každou farmaceuticko-nákladovou skupinu spočtou tyto dvě hodnoty.

- statistická významnost jí příslušného přírůstku nebo úbytku nákladů. Ta se ověří provedením statistického t -testu pro regresní koeficienty $a_i^{(1)}$ z bodu 6 oddílu M přílohy č. 2 zákona a spočtením jeho p -hodnoty (dále jen p -hodnota testu);
- předpovědní síla ověřovacího modelu, sestaveného bez zahrnutí této skupiny, měřená koeficientem determinace R^2 (dále jen „ R^2 bez skupiny“).

Pro splnění podmínky v části a) odstavce 1 pododdílu B oddílu E přílohy č. 2 zákona je třeba, aby pravděpodobnost chyby prvního druhu testu provedeného podle písmene a) byla nižší než 1 %, což odpovídá p -hodnotě testu nižší než 0,01. Volně řečeno se jedná o pravděpodobnost, že předpovědní síla farmaceuticko-nákladové skupiny není statisticky významná.

Pro splnění podmínky v části b) odstavce 1 pododdílu B oddílu E přílohy č. 2 zákona je třeba, aby rozdíl koeficientu determinace výsledného modelu podle oddílu M přílohy č. 2 zákona a koeficientu R^2 bez skupiny podle písmene b) byl vyšší, než 0,0001. Koeficient R^2 podle oddílu M přílohy č. 2 zákona má hodnotu 0,394301, proto pro každou farmaceuticko-nákladovou skupinu ověřujeme, zda R^2 bez této skupiny má hodnotu nižší než 0,394201. V následující tabulce jsou spočteny hodnoty podle písmen a) a b) a je vyhodnoceno splnění podmínky zvýšení výpočetní síly. Podmínka zvýšení výpočetní síly je pro farmaceuticko-nákladovou skupinu splněna, je-li hodnota ve čtvrtém sloupci na řádku,

odpovídajícímu této skupině, nižší než 0,01 a zároveň hodnota v pátém sloupci nižší než 0,394201. Z výpočetních důvodů je p - hodnota testu spočtena s přesností na jednu tisícinu.

Tabulka: Splnění podmínky zvýšení předpovědní síly přerozdělování pro farmaceuticko-nákladové skupiny

Číslo skupiny	Kód skupiny	Název skupiny	p - hodnota testu	R^2 bez skupiny	Splněna podmínka zvýšení výpočetní síly pro skupinu
1	GLA	Glaukom	<0,001*	0.394178	ano
2	THY	Poruchy štítné žlázy	<0,001	0.394037	ano
3	PSY	Antipsychotika, Alzheimerova choroba, léčba závislostí	<0,001	0.39001	ano
4	DEP	Léčba antidepresivy	<0,001	0.391079	ano
5	CHO	Hypercholesterolémie	<0,001	0.393603	ano
6	DMH	Diabetes s hypertenzí	<0,001	0.389858	ano
7	COP	Těžké astma, chronická obstrukční choroba plic	<0,001	0.392987	ano
8	AST	Astma	<0,001	0.391794	ano
9	DM2	Diabetes typu II	<0,001	0.394058	ano
10	EPI	Epilepsie	<0,001	0.392907	ano
11	CRO	Crohnova choroba, ulcerózní kolitida	<0,001	0.393906	ano
12	KVS	Srdeční choroby	<0,001	0.387083	ano
13	TNF	Revmatické choroby léčené inhibitory TNF	<0,001	0.372616	ano
14	REU	Revmatické choroby léčené jinak než inhibitory TNF	<0,001	0.393781	ano
15	PAR	Parkinsonova choroba	<0,001	0.393821	ano
16	DM1	Diabetes typu I	<0,001	0.391749	ano
17	TRA	Transplantace	<0,001	0.392471	ano
18	CFP	Cystická fibróza a onemocnění exokrinní funkce pankreasu	<0,001	0.393101	ano
19	CNS	Onemocnění mozku a míchy	<0,001	0.383148	ano
20	ONK	Malignity	<0,001	0.33715	ano
21	HIV	HIV, AIDS	<0,001	0.389384	ano

22	REN	Renální selhání	<0,001	0.298591	ano
23	RAS	Léčba růstovým hormonem	<0,001	0.391975	ano
24	HOR	Hormonální onkologická léčba	<0,001	0.391685	ano

*výraz <0,001 označuje p-hodnotu testu nižší, než 0,001. Je tedy nižší, než 0,01, jak je požadováno v písmenu a) výše.

Vyjma farmaceuticko-nákladových skupin stanovených jako nastavitelný parametr přerozdělování pro rok 2019 nebyla definována a navržena žádná další farmaceuticko-nákladová skupina, která by obsahovala pojištěnce s nemocí ve chronickém stadiu. Proto pro žádnou další farmaceuticko-nákladovou skupinu nebyly podmínka stability a podmínka zvýšení předpovědní síly přerozdělování testovány.

K bodu 2

Nebyla definována a navržena žádná kombinace skupin vhodná pro zařazení do modelu přerozdělování. Proto pro žádnou kombinaci skupin nebyla vyhodnocována její smysluplnost z medicínského hlediska ani testována podmínka stability a podmínka zvýšení předpovědní síly přerozdělování podle Oddílu E přílohy č. 2 zákona.

K bodu 3

Hodnota koeficientu pro výpočet zajišťovací konstanty byla stanovena taková, aby se na ověřovacím modelu (viz poznámka k bodu 1) příliš neodchýlil objem prostředků alokovaných do přerozdělování podle nákladných hrazených služeb podle § 20 odst. 6 zákona od 10 % všech prostředků přerozdělování.

Výpočet hodnot zálohových plateb na přerozdělování podle nákladných hrazených služeb vychází podle § 21a odst. 5 zákona z celkové částky kompenzací za nákladné hrazené služby přiznaných v posledním účetně uzavřeném kalendářním roce všem zdravotním pojišťovnám. Výrazně odlišné stanovení koeficientu pro výpočet zajišťovací konstanty by mohlo vést k nutnosti vyplatit zdravotním pojišťovnám nebo obdržet od zdravotních pojišťoven vysoké částky při vyúčtování nákladných hrazených služeb podle § 21c zákona. To by mohlo mít za následek odchylku příjmů některých zdravotních pojišťoven v měsíci, ve kterém toto vyúčtování probíhá, od dlouhodobě obvyklých hodnot.

Kontrolou na ověřovacím modelu vede stanovení koeficientu pro výpočet zajišťovací konstanty na hodnotu 109 k alokaci 9,82 % objemu všech prostředků přerozdělování do přerozdělování podle nákladných hrazených služeb. Tím je zaručeno, že celková předpokládaná částka na přerozdělování podle nákladných hrazených služeb při přerozdělování v roce 2020 činí okolo 10 % celkové předpokládané přerozdělované částky

v tomto období přerozdělování. Tím je naplněna zákonná podmínka, která v oddílu C přílohy č. 2 zákona stanoví, že tento procentní podíl má nabývat nejméně 5 a nejvýše 15 procent.

Koeficient pro výpočet zajišťovací konstanty užívané pro přerozdělování v roce 2019 má taktéž hodnotu 109, přičemž na ověřovacím modelu na datech z roku 2015, který byl použit pro volbu tohoto koeficientu, vedla tato volba taktéž k alokaci 9.82 % prostředků přerozdělování do přerozdělování nákladných hrazených služeb. Shoda na úrovni setiny procenta je náhodná. Lze nicméně dovodit, že nepokračuje nárůst objemu nákladné péče relativně vůči průměrným nákladům pojištěnce. Pro zachování alokace okolo 10 % všech prostředků přerozdělování do plateb za nákladnou péči na ověřovacím modelu tak není prostřednictvím koeficientu pro výpočet zajišťovací konstanty nutno zvyšovat relativní hranici nákladů, od níž se péče považuje za nákladnou.

K bodu 4

Hodnota hranice spotřeby léčiv pro zařazení pojištěnce do farmaceuticko-nákladové skupiny je stanovena na 181 obvyklých denních terapeutických dávek léčivých přípravků. Tato hodnota je použita i pro přerozdělování v roce 2019. Uvedená hodnota vede k adekvátní citlivosti modelu na spotřebu léčivých přípravků.

Hodnota hranice spotřeby léčiv pro zařazení pojištěnce do farmaceuticko-nákladové skupiny odpovídá objemu léčivých přípravků vyzvednutých nebo aplikovaných v období 12 měsíců (pro většinu pojištěnců se jedná o kalendářní rok 2018) vztahujících se k určité farmaceuticko-nákladové skupině, sloužících jako nutná podmínka pro zařazení pojištěnce do této farmaceuticko-nákladové skupiny. Zákon stanoví, že hodnota leží v rozmezí 121 – 365 obvyklých denních terapeutických dávek.

Příloha č. 2

Příloha č. 2 upravuje anonymizaci čísel pojištěnce a následný sběr údajů od zdravotních pojišťoven, které jsou společně s nastavitelnými parametry použity pro výpočet vypočítaných parametrů pro přerozdělování v roce 2019. Datové sestavy jsou popsány poměrně podrobně, aby bylo umožněno jejich rutinní strojové zpracování.

Údaje předávané Ministerstvu zdravotnictví podle bodů 2 až 4 přílohy č. 2 umožňují Ministerstvu zdravotnictví přiřadit jednotlivým pojištěncům údaje podle oddílu F bodu 2 písmen a) až e) přílohy č. 2 k zákonu, jimiž jsou náklady, počet měsíců, příslušnost do věkové skupiny, příslušnosti do farmaceuticko-nákladových skupin a příslušnosti do kombinací skupin. Tyto údaje jsou nezbytné pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování.

Příloha definuje 4 typy datových sestav potřebných pro přiřazení údajů zmíněných v předchozím odstavci. Každá zdravotní pojišťovna pracuje s jednou tabulkou každého typu.

- Anonymizační tabulky, které předává správce centrálního registru pojištěnců zdravotním pojišťovnám, obsahují převodník mezi číslem pojištěnce užívaným zdravotní pojišťovnou a jeho anonymním identifikátorem.
Tabulky slouží k anonymizaci údajů v tabulkách popsanych v dalších bodech.
- Registrační tabulky, které zdravotní pojišťovny předají Ministerstvu zdravotnictví. Tabulky obsahují základní demografickou charakteristiku anonymně označených pojištěnců (věk a pohlaví) a údaje o období, ve kterém byli jednotliví pojištěnci u zdravotních pojišťoven pojištěni.
Tabulky slouží k určení počtu měsíců, příslušnosti do věkové skupiny a společně s tabulkami spotřeby k určení příslušnosti do kombinací skupin.
- Tabulky nákladů, které zdravotní pojišťovny předají Ministerstvu zdravotnictví. Tabulky obsahují údaje o nákladech anonymně označených pojištěnců zdravotních pojišťoven oceněných podle vyhlášky č. ... /2019 Sb., o způsobu oceňování nákladů na zdravotní služby pro účely přerozdělování, která slouží k oceňování nákladů za zdravotní péči za účelem přerozdělování.
Tabulky slouží k určení nákladů za zdravotní péči.
- Tabulky spotřeby, které zdravotní pojišťovny předají Ministerstvu zdravotnictví. Tabulky obsahují údaje o spotřebě léčivých přípravků anonymně označenými pojištěnci zdravotních pojišťoven.
Tabulky slouží k určení příslušnosti do farmaceuticko-nákladových skupin a společně s tabulkami registrací k určení příslušnosti do kombinací skupin.

Anonymizační tabulky zaručují, že Ministerstvo zdravotnictví, které provádí výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování, nepracuje s osobními daty pojištěnců zdravotních pojišťoven. Anonymizační tabulky nemohou vytvořit zdravotní pojišťovny samy, neboť v takovém případě by nemělo Ministerstvo zdravotnictví možnost přiřadit k sobě údaje pojištěnců, kteří změnili ve sledovaném období zdravotní pojišťovnu. Takový pojištěnec by vystupoval v předaných datech, jako by se jednalo o dvě osoby (každá pojištěná část sledovaného období, každá u jiné zdravotní pojišťovny). To by mělo za následek chybný vstup do výpočtu vypočítaných parametrů přerozdělování. Aby tomuto bylo zabráněno, je provedena anonymizace čísel pojištěnců na centrální úrovni.

Po výpočtu vypočítaných parametrů pro přerozdělování v roce 2020 předá Ministerstvo zdravotnictví podle § 20c zákona ke kontrole údaje, ze kterých byly vypočítané parametry spočteny. Anonymní identifikátory budou podruhé nezávisle anonymizovány Ministerstvem zdravotnictví, což správci centrálního registru pojištěnců znemožní identifikaci jednotlivých pojištěnců v předaných datech. Proto ani v tomto případě nedochází k předávání osobních údajů pojištěnců zdravotních pojišťoven.

Anonymizována jsou čísla všech pojištěnců účastných v systému veřejného zdravotního pojištění kdykoliv v letech 2017 a 2018. Důvodem pro volbu tohoto časového rozsahu pro anonymizaci a následné vytvoření tabulek registrací a tabulek spotřeby je fakt, že pro každého pojištěnce je pro korektnost výpočtu nutno klasifikovat, zda se jednalo v roce 2018 o chronicky nemocnou osobu. Za účelem této klasifikace se podle bodu 2 oddílu H přílohy č. 2 k zákonu pracuje se spotřebou léčivých přípravků v časovém období dlouhém dvanáct měsíců. Uvádí se léčivé přípravky, které byly v tomto období vydány, respektive podány, a jejichž vydání nebo podání bylo následně uznáno zdravotní pojišťovnou. Jestliže pojištěnec opustí systém zdravotního pojištění v průběhu roku 2018, je pro korektní klasifikaci tohoto pojištěnce, s ohledem na přiřazení farmaceuticko-nákladových skupin, nutná znalost registrace pojištěnce do systému zdravotního pojištění a spotřeba léčivých přípravků i v části roku 2017. V tabulkách nákladů postačuje jako časové období, za které jsou sbírána data, rok 2018 – podle oddílu F přílohy č. 2 k zákonu a podle § 20 odst. 7 zákona vstupují do výpočtu vypočítaných parametrů přerozdělování jen náklady za poslední účetně uzavřený kalendářní rok, kterým je v době předávání tabulek rok 2018.

Zdravotní pojišťovna pro označení pojištěnce v tabulkách předaných Ministerstvu zdravotnictví používá pouze anonymní identifikátory. Anonymizační tabulka, kterou obdrží zdravotní pojišťovna, obsahuje záznamy o pojištěncích, které správce centrálního registru pojištěnců eviduje jako pojištěnce této zdravotní pojišťovny. Tyto záznamy z různých důvodů nemusí být v přesném souladu se záznamy zdravotní pojišťovny o jejích pojištěncích v letech 2017 a 2018. Čísla pojištěnců, která jsou obsažena v anonymizační tabulce, avšak zdravotní pojišťovna takto označené pojištěnce jako své pojištěnce neeviduje, jsou při vytváření dalších tabulek ignorována (zdravotní pojišťovna by neměla možnost sdělit o takto označených pojištěncích Ministerstvu zdravotnictví žádné údaje). Stejně tak jsou z tabulek předávaných Ministerstvu zdravotnictví vyloučeni pojištěnci zdravotní pojišťovny, jejichž čísla neobdržela zdravotní pojišťovna v anonymizační tabulce (zdravotní pojišťovna by neměla možnost sdělit Ministerstvu zdravotnictví o těchto pojištěncích anonymizované údaje).

Každá zdravotní pojišťovna předá Ministerstvu zdravotnictví jednu tabulku registrací, jednu tabulku nákladů a jednu tabulku spotřeby. V tabulce spotřeby se použije kód léčivého přípravku Státního ústavu pro kontrolu léčiv, který umožní jednoznačnou identifikaci každé varianty léčivého přípravku (nejedná se tedy o registrační číslo léčivého přípravku, které jednotlivé varianty léčivého přípravku nerozlišuje).

V posledním bodu přílohy č. 2 podrobně popsán požadovaný formát tabulek a souborů, které na základě těchto tabulek zdravotní pojišťovna vytvoří. Zvolená míra podrobnosti je nutná pro rutinní strojové zpracování obdržených údajů.