Komentáře k tabulkám Ročenky VZP ČR za rok 2014

Kapitola I. - Pojištěnci VZP

**V souladu s vymezením daným platným zněním zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, byli v roce 2014 účastníky veřejného zdravotního pojištění:**

• osoby, které měly na území České republiky trvalý pobyt (bez ohledu na státní občanství);

• osoby, které na území ČR neměly trvalý pobyt, ale byly zaměstnány u zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky;

• rodinní příslušníci pojištěnců ze zemí EU, vykonávajících v ČR výdělečnou činnost;

• cizinci s přiznaným statutem azylant a děti narozené azylantkám na území ČR;

• cizinci s oprávněním pobytu za účelem dočasné ochrany;

• cizinci s vízem za účelem strpění pobytu a jejich děti narozené na území ČR;

• cizinci požívající doplňkovou ochranu a jejich děti narozené na území ČR;

• žadatelé o udělení mezinárodní ochrany a jejich děti narozené na území ČR.

## Část A - Pojištěnci VZP

Všechny údaje o počtech pojištěnců byly získány z Centrálního registru pojištěnců, který podle platného znění § 27 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, vede Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále VZP), a z Registru subjektů zdravotního pojištění. Centrální registr pojištěnců podchycuje všechny pojištěnce s veřejným zdravotním pojištěním, tj. pojištěnce VZP a pojištěnce zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.

**Tabulka T 1.1** obsahuje počty pojištěnců za celou Českou republiku a počty pojištěnců VZP v členění podle krajů a pohlaví. Počty pojištěnců uvedené v řádku „Nezařazeno do kraje“ jsou pojištěnci zavedení do Centrálního registru pojištěnců některou ze zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, nebo se jedná o pojištěnce bez trvalého pobytu a nelze je s jistotou zařadit do konkrétního kraje. Tato poznámka platí také pro tabulku T 1.2.

**Tabulka T 1.2** obsahuje vypočtený průměrný věk pojištěnců za celou Českou republiku a vypočtený průměrný věk pojištěnců VZP v členění podle krajů a pohlaví.

**V tabulce T 1.3** jsou počty pojištěnců za celou Českou republiku a počty pojištěnců VZP v členění podle věkových skupin a pohlaví s uvedením procentuálního podílu pojištěnců VZP vůči všem pojištěncům České republiky.

## Část B – Pojištěnci VZP dle způsobu platby pojistného

**Tabulka T 1.5** obsahuje celkové počty pojištěnců VZP v členění dle krajů. Dále z celkového počtu pojištěnců VZP členění na zaměstnance, osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ), osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP). Pro srovnání je uveden také údaj o počtu zaměstnavatelů v daném kraji. Tabulka dále obsahuje počty pojištěnců VZP, kteří jsou zároveň zaměstnaní a OSVČ, zároveň zaměstnaní a platí za ně pojistné i stát, zároveň OSVČ a platí za ně pojistné i stát a zároveň zaměstnaní, OSVČ a platí za ně i stát. Tyto souběhy jsou podmnožinou samostatně uváděného počtu zaměstnanců a OSVČ. Veškeré údaje jsou k 1. 12. 2014.

**Tabulka T 1.6** obsahuje počty pojištěnců VZP, za které hradí pojistné stát, v členění do 60 let věku, nad 60 let věku a celkový počet, vše v členění dle krajů. Dále obsahuje procentuální podíl pojištěnců VZP, za které hradí pojistné stát, vůči celkovému počtu pojištěnců VZP. Údaje jsou k 1. 12. 2014.

**Tabulka T 1.7** obsahuje celkové počty pojištěnců VZP a počty pojištěnců VZP, za které hradí pojistné stát, do 60 let věku, nad 60 let věku a celkový počet. Dále obsahuje procentuální podíl pojištěnců VZP, za které hradí pojistné stát, vůči celkovému počtu pojištěnců VZP. Údaje jsou za rok 2014 členěny po jednotlivých měsících (vždy k 1. dni v měsíci), uveden je i měsíční (aritmetický) průměr za příslušný rok.

**Tabulka T 1.8** obsahuje počty pojištěnců, za které hradí pojistné stát, dle jednotlivých skupin pojištěnců podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a to v celé ČR i ve VZP. Dále obsahuje procentuální podíl pojištěnců VZP, za které hradí pojistné stát, vůči pojištěncům, za které hradí pojistné stát, v celé ČR. Údaje jsou k 1. 12. 2014.

# Kapitola 2 – Výběr pojistného

**Tabulka T 2.1** obsahuje přijaté pojistné od plátců pojistného a celkové příjmy VZP v roce 2014 členěné po krajích a dále členěné na pojistné od zaměstnanců, OSVČ, OBZP a na ostatní příjmy.

**Tabulka T 2.2** obsahuje příjmy pojistného od zaměstnanců, od OSVČ a OBZP, ostatní příjmy, platbu od státu (resp. peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování) a příjmy celkem po jednotlivých měsících v roce 2014.

**Tabulka T 2.3** obsahuje celkové příjmy, dále průměrný počet pojištěnců VZP a příjem na jednoho pojištěnce VZP. Vše za celý rok 2014 včetně meziročního indexu a absolutního meziročního rozdílu.

**Tabulka T 2.4** člení celkové příjmy na příjmy z výběru pojistného a příjmy od státu a z přerozdělení. Vše za celý rok 2014 včetně meziročního indexu a absolutního meziročního rozdílu.

# Kapitola 3 – Síť zdravotnických zařízení

# Část A – Celkový přehled

V tabulce je přehled počtu smluvních zdravotnických zařízení a pracovišť podle základních segmentů zdravotní péče. V rámci ambulancí jsou evidovány počty zařízení a pracovišť společně pro ambulance v rámci jak segmentu ambulantní péče (PAS), tak v segmentu ústavní péče (PLS). Druhou část tvoří přehled zdravotnických zařízení a pracovišť s lůžkovou péčí, kde je navíc uveden i počet lůžek v konkrétním typu zařízení. Poslední část tvoří ostatní smluvní zdravotnická zařízení, jako jsou lázně a ozdravovny, zdravotnická záchranná služba apod.

V rámci této tabulky jsou uvedeny jak počty pracovišť (IČP), tak počty zdravotnických zařízení (IČZ) i subjektů (IČ). Zatímco IČP lze v jednotlivých částech sčítat a získat tak uvedené součty za jednotlivé typy péče, tak u IČ a IČZ takto postupovat nelze (v tabulce je pro daný segment uveden počet výskytů daného pracoviště v IČ/IČZ a vzhledem k tomu, že v rámci jednoho IČ/IČZ funguje více pracovišť z různých segmentů, nelze tyto počty sčítat).

# Část B – Primární péče

V této části jsou uvedeny celkové počty poskytovatelů zdravotních služeb odborností primární péče, a to v členění podle krajů a za ČR celkem. Do primární péče jsou zahrnuty odbornosti 001 – praktický lékař pro dospělé, 002 – praktický lékař pro děti a dorost a 014 – praktický zubní lékař. Někdy v rámci primární péče bývá evidována také odbornost 603 – gynekologie a porodnictví, která je uvedena v části C.

Vedle počtu smluvních subjektů (IČ), zařízení (IČZ) a pracovišť (IČP) jsou uvedeny také fyzické počty pracovníků, přepočtené počty pracovníků (PPP) dle výše jejich úvazků a průměrný věk pracovníka (jedná se o vážený průměr, kde váhou je výše úvazku daného pracovníka v dané odbornosti).

Úvazek lékaře vychází z metodiky VZP, kdy jako úvazek ve výši 1,0 je u odborností 001 a 002 brána kapacita 25 hodin týdně a u odbornosti 014 kapacita 35 hodin týdně. Tyto hodiny jsou stanoveny na základě optimálního rozpisu ordinačních hodin lékaře, není zde tak zahrnuta doba, po kterou lékař provádí administrativní činnost, návštěvní službu apod.

## Část C – Ambulantní péče

Tato část je rozdělena na tři oblasti, a to na **odbornosti ambulantních specialistů**, na **odbornosti komplementu** a na ostatní **odbornosti ambulantní péče většinou nelékařského charakteru**.

Ve všech oblastech jsou uvedeny počty smluvních subjektů (IČ), zdravotnických zařízení (IČZ) a pracovišť (IČP), a to v členění podle toho, zda se jedná o subjekt/zařízení/pracoviště ambulantního segmentu (PAS) či segmentu ústavní péče (PLS). Za oba tyto typy dohromady jsou pak na konci tabulky uvedeny opět fyzické počty pracovníků, přepočtené počty pracovníků (PPP) dle výše jejich úvazků a průměrný věk pracovníka (viz část B).

Úvazkem lékařů na ambulantních pracovištích se rozumí součet kapacit lékařů, kde jako úvazek 1,0 je brána kapacita 30 hodin týdně. Úvazkem nelékařského personálu se u odborností komplementu rozumí součet kapacit lékařů a jiných vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví, kde jako úvazek 1,0 je brána kapacita 40 hodin týdně; u nelékařských odborností jsou pro odbornosti 901–904 brány součty úvazků klinických psychologů, klinických logopedů a fyzioterapeutů a také jiných vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (většinou jako úvazek 1,0 je brána kapacita 30 hodin týdně), a pro odbornosti 914–927 součty úvazků nelékařských zdravotnických pracovníků (např. sestry), kde je brána u většiny odborností za úvazek 1,0 kapacita 30 či 35 hodin týdně (s ohledem na typ odbornosti a nositele výkonu).

V rámci jednotlivých oblastí jsou uveřejněny tabulky v členění podle krajů a za ČR celkem, a to za nejvýznamnější odbornosti v rámci celého systému zdravotní péče – nejedná se tak o kompletní výpis všech odborností, s kterými má VZP smluvní vztah, okrajové odbornosti zde nejsou uvedeny.

## Část D – Lůžková péče

Část lůžkové péče se dělí na oblast **akutní lůžkové péče**, **následné lůžkové péče** a **ostatní zařízení lůžkové péče**.

Tabulky v oblasti akutní lůžkové péče v sobě zahrnují počty smluvních subjektů (IČ), zdravotnických zařízení (IČZ), smluvních pracovišť (IČP) a počty lůžek, které jsou členěny na lůžka standardní péče a intenzivní péče, a údaje za personál, jak lékaře, tak sestry, a to dle souhrnných údajů na příloze C, tj. za celý primariát, kam daný obor činnosti spadá. U lékařů je uváděn fyzický počet lékařů, přepočtený počet úvazků (tj. PPP, kde jako úvazek 1,0 je brána kapacita 40 hodin týdně), a to jak na primariátu, tak v rámci primariátů začleněných ambulancí (ZAMBP), spolu s průměrným věkem (opět váženým dle výše PPP daného lékaře na příslušném oboru činnosti). Za sestry jsou uvedeny fyzické počty sester, jejich přepočtený počet dle výše úvazku a průměrný věk, vypočtený stejnou metodikou, jako u lékařů.

U následné lůžkové péče jsou údaje ve stejném členění (mimo údajů za PPP lékařů v rámci začleněných ambulancí), přičemž jsou samostatně sledovány odborné léčebné ústavy (OLÚ) psychiatrické, OLÚ pneumologie a ftizeologie, OLÚ rehabilitační a ostatní OLÚ, dále pak léčebny dlouhodobě nemocných (LDN), lůžka ošetřovatelské péče a hospice.

Ostatními zařízeními lůžkové péče jsou myšleny spinální jednotky a pracoviště následné intenzivní péče (NIP) a dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče (DIOP).

## Část E – Lázně a ozdravovny

V tabulce jsou uveřejněny počty smluvních lázeňských a ozdravenských zařízení dle počtu IČ a IČZ v jednotlivých krajích, včetně jejich lůžkové kapacity.

## Část F – Lékařská služba první pomoci, zdravotnická záchranná služba a doprava

Tato část obsahuje údaje o počtu smluvních subjektů (IČ), zařízení (IČZ) a pracovišť (IČP) u lékařské služby první pomoci (odb. 003), stomatologické lékařské služby první pomoci (odb. 019), pracoviště zdravotnické záchranné služby (odb. 709) a u pracoviště dopravy raněných, nemocných a rodiček (odb. 989).

## Část G – Přehled o nákladné zdravotnické technice

Tabulka uvádí počty nasmlouvaných přístrojů vybrané zdravotnické techniky a počty zařízení, v kolika se tato technika nachází, a to ke konci roku 2014 (31. 12. 2014). Od roku 2012 dochází k postupnému zlepšování evidence nákladné zdravotnické techniky, proto u některých typů techniky došlo v porovnání s údaji z Ročenek VZP z předchozích let ke změnám počtu nákladné techniky.

## Část H – Centra

Tato část obsahuje počet center se zvláštní smlouvou s VZP k 31. 12. 2014 v členění podle diagnostických skupin a krajů. Oproti roku 2013 došlo v průběhu roku 2014 k rozšíření seznamu diagnostických skupin a jednu novou skupinu (Idiopatická plicní fibróza).

**Kapitola 4 – Náklady na zdravotní péči**

Náklady na zdravotní péči se rozumí čerpání základního fondu zdravotního pojištění na základě vykázaných výkonů zdravotních služeb poskytnutých poskytovateli zdravotních služeb.

V **tabulce T 4.1a** údaje uvedené u jednotlivých krajů ČR zahrnují náklady na zdravotní služby vykázané poskytovateli zdravotních služeb dle jejich sídla působnosti, nikoliv dle trvalého bydliště pacienta/pojištěnce VZP, a dohadné položky k nákladům na zdravotní služby.

Segment **„Stomatologie“** zahrnuje náklady na zdravotní péči v oboru zubní lékařství.

Segment **„Ambulance“** zahrnuje náklady na zdravotní péči vykázanou ambulantními poskytovateli zdravotních služeb (odbornosti praktických lékařů, specialistů, dále diagnostická zdravotní péče, rehabilitační péče, domácí péče, doprava ambulantních zdravotnických pracovníků, lékařská služba první pomoci, zvláštní ambulantní péče).

Segment **„Hospitalizace“** zahrnuje náklady na zdravotní péči vykázanou lůžkovými poskytovateli zdravotních služeb (nemocnice, odborné léčebné ústavy, léčebny pro dlouhodobě nemocné, ošetřovatelská lůžka, hospice) včetně zdravotní péče poskytované v těchto zařízeních ambulantně.

Segment **„Doprava a ostatní“** zahrnuje vykázané náklady na dopravu pacientů/pojištěnců VZP (dopravní zdravotní služba, zdravotnická záchranná služba, z ostatních nákladů dárcovství kostní dřeně a náklady na očkovací látky).

Ve sloupci **„Doplatky“** je zahrnuta částka, kterou VZP vrací pojištěncům při překročení ochranného limitu 2 500 Kč, resp. 5 000 Kč u plateb započitatelných regulačních poplatků a doplatků za léky. Tyto náklady se za celou VZP evidují na Ústředí.

**Tabulka T 4.1b** obsahuje časovou řadu nákladů po segmentech za roky 2010 až 2014.

**Tabulka T 4.2** obsahuje celkové náklady na zdravotní péči v členění dle věkové skupiny a pohlaví pojištěnce v letech 2012 až 2014. Tabulky T 4.2a, T 4.2b, T 4.2c obsahují navíc členění po krajích v roce 2014. Náklady jsou vypočteny podle § 4 vyhlášky č. 644/2004 Sb., tj. přes mechanismus nákladových indexů. Ohodnocení péče je jednotné pro všechny zdravotní pojišťovny. Náklady takto vypočtené se liší od nákladů evidovaných v účetnictví.

**Tabulka T 4.3** obsahuje průměrné celkové náklady na zdravotní péči na jednoho pojištěnce VZP v členění dle věkové skupiny a pohlaví pojištěnce v letech 2012 až 2014. Tabulky T 4.3a, T 4.3b, T 4.3c obsahují navíc členění po krajích v roce 2014. Náklady jsou stejně jako v tabulce T 4.2 vypočteny podle § 4 vyhlášky č. 644/2004 Sb., tj. přes mechanismus nákladových indexů. Rovněž ve výpočtu použité průměrné počty pojištěnců v jednotlivých skupinách podle věku a pohlaví jsou stanoveny podle § 4 odst. 2 vyhlášky č. 644/2004 Sb.

**Tabulka T 4.4** obsahuje průměrné počty pojištěnců, počty standardizovaných pojištěnců a náklady na standardizovaného pojištěnce v letech 2012 až 2014 v členění dle kraje a segmentu zdravotní péče. Ve výpočtu použité náklady jsou vypočteny podle § 4 vyhlášky č. 644/2004 Sb., průměrné počty pojištěnců v jednotlivých skupinách podle věku a pohlaví jsou stanoveny podle § 4 odst. 2 vyhlášky č. 644/2004 Sb. Nákladové indexy pro stanovení počtu standardizovaných pojištěnců jsou vypočteny z nákladů let 2012 až 2014, a to pouze z dat VZP.

**Tabulka T 4.5** obsahuje počet ošetřených pojištěnců, náklady, počty hospitalizací v akutní a následné lůžkové péči v členění dle skupin diagnóz. Jedná se o náklady přiřaditelné k hlavní diagnóze (tzn. nejsou zahrnuty náklady na kapitaci, léčivé přípravky na receptech, lázně, ozdravovny a vyúčtování cest lékaře v návštěvní službě), náklady jsou oceněny podle § 4 vyhlášky č. 644/2004 Sb.

**Kapitola 5 – Činnost zdravotnických zařízení**

Kapitola 5 obsahuje převážně analytická data týkající se činnosti zdravotnických zařízení, a to jak frekvenční, tak i údaje týkající se úhrad.

Údaje zveřejněné v této části byly zpracovány na základě dat vykázaných zdravotnickými zařízeními za pojištěnce VZP.

## Část A – Výkony

V **tabulkách T 5.2a, T 5.2b** jsou vybrané léčebné postupy, které jsou z hlediska veřejnosti zajímavé, moderní a které jsou často velmi nákladné. Do jednoho léčebného postupu je shrnuto několik obdobných výkonů ze Seznamu zdravotních výkonů.

V tabulce T 5.2a se počtem léčebných postupů rozumí počet hospitalizací dle metodiky DRG, ve kterých byl uvedený výkon vykázán alespoň jednou. Celkové bodové i korunové ocenění vychází z metodiky DRG a hodnoty bodu 1,00 Kč; pouze v jediném případě, u poskytnutých koronárních stentů, se jedná o fyzický počet poskytnutých koronárních stentů, přičemž v ocenění je zahrnuta pouze cena samotných stentů.

V tabulce T 5.2b je korunové ocenění provedeno podle § 4 vyhlášky č. 644/2004 Sb.; počtem je míněn počet vyšetření u PET, CT, NMR a dialýzy a počet výkonů v případě chemoterapie a radioterapie.

## Část B – Léky

**Tabulky T 5.3 až T 5.5c** ukazují spotřebu léčiv z různých hledisek – **tabulka T 5.3** obsahuje nejčastěji předepisovaná léčiva na recepty v roce 2014, **tabulka T 5.4** nákladově nejvýznamnější léčiva předepsaná na recepty v roce 2014, **tabulka T 5.5c** náklady na anatomicko-terapeutické skupiny léčiv z receptů a ze ZULP v letech 2012 až 2014, **tabulka T 5.5b** náklady na individuálně připravované léčivé přípravky (IPLP) v letech 2012 až 2014.

## Část C – Zdravotnické prostředky

**Tabulky T 5.6, T 5.6a** a **T 5.7b** vyjadřují náklady na jednotlivé skupiny ZP předepsaných na poukazy a ve vybraných podskupinách v letech 2012 až 2014. V **tabulkách T 5.8** a **T 5.8b** jsou uvedeny náklady na podskupiny ZP vykázaných zdravotnickými zařízeními jako zvlášť účtovaný materiál v rozmezí let 2012 až 2014.

## Část D – Lázně a ozdravovny

V **tabulce T 5.9** je uveden přehled počtu pojištěnců VZP odléčených ve smluvních lázeňských zdravotnických zařízeních v členění dle jednotlivých indikačních skupin dle komplexní a příspěvkové lázeňské péče, s vyčíslením nákladů na tuto léčbu dle indikačních skupin i dle druhu poskytnuté lázeňské péče v letech 2012 až 2014. Jedná se o souhrnná data, zpracovaná z celorepublikového hlediska.

**Tabulka T 5.10** uvádí počty odléčených pojištěnců v dětských ozdravovnách a náklady na dětskou ozdravenskou péči v letech 2012 až 2014 v členění dle typu ozdravenského programu.

Náklady v tabulkách 5.9 a 5.10 jsou uvedeny bez kompenzace finančních prostředků za zrušené regulační poplatky.

**Část E – Praktičtí lékaři**

**Tabulky T 5.11** a **T 5.11b** ukazují počet pojištěnců VZP, kteří byli k 31. 12. 2014 zaregistrováni u praktických lékařů pro dospělé nebo u praktických lékařů pro děti a dorost. Údaje jsou členěny dle krajů a dle pohlaví pojištěnců. Tabulka T 5.11 je doplněna procentem registrovanosti, poměrem mezi počtem registrovaných pojištěnců a celkovým počtem pojištěnců VZP v daném kraji.

**Část F – Stomatologové**

**Tabulka T 5.13** ukazuje v členění dle jednotlivých krajů absolutní počet ošetřených pojištěnců VZP u stomatologa a průměrné úhrady za 1 ošetřeného pojištěnce za poskytnuté zdravotní výkony a protetiku v roce 2014.

**Část G – Ambulantní péče**

**Tabulka T 5.14a** obsahuje vybrané ukazatele za rok 2014 vztahující se k ambulantní péči, a to v členění na terénní zdravotnická zařízení a na ambulance v lůžkových zdravotnických zařízeních. Absolutní údaje sledovaných ukazatelů jsou zveřejněny po jednotlivých odbornostech.

**Tabulka T 5.14b** obsahuje údaje za odbornosti komplementu a radiodiagnostiky.

**Tabulka T 5.24b** obsahuje náklady na léčivé přípravky poskytované a předepisované v roce 2014 v ambulantních zdravotnických zařízeních – centrech se zvláštní smlouvou s VZP v členění dle diagnostických skupin.

**Část H – Akutní lůžková péče**

**Tabulky T 5.15** a **T 5.16** ukazují základní charakteristiky vztahující se k akutní lůžkové péči v členění dle jednotlivých krajů ČR a dle věkových skupin. V tabulce T 5.15 jsou zahrnuty všechny nemocnice, v tabulkách T 5.16 jsou nemocnice členěny dle typu – A (velké a fakultní nemocnice), B (okresní nemocnice a ostatní nemocnice) a S (specializované nemocnice).

**Tabulka T 5.22** obsahuje frekvenci, průměrnou délku hospitalizace a další ukazatele v jednotlivých DRG skupinách.

**Tabulka T 5.23** obsahuje počty hospitalizací dle metodiky DRG v členění dle hlavní medicínské kategorie a kraje.

V **tabulce T 5.24a** jsou uvedeny náklady na léčivé přípravky poskytované a předepisované v roce 2014 v lůžkových zdravotnických zařízeních – centrech se zvláštní smlouvou s VZP a tomu odpovídající počty pojištěnců čerpajících tuto péči, a to v členění dle diagnostických skupin a v členění na zvlášť účtované léčivé přípravky a na recepty.

**Tabulky T 5.25a** a **T 5.25b** zachycují migraci pojištěnců VZP v akutní lůžkové péči, v prvním případě dle místa hospitalizace, v druhém případě dle místní příslušnosti pojištěnce.

**Část I – Následná péče**

**Tabulky T 5.17 až T 5.20** obsahují základní charakteristiky vztahující se k následné, tj. dlouhodobé péči poskytované v odborných léčebných ústavech, ve spinálních (rehabilitačních) jednotkách, v ZZ následné intenzivní péče (NIP), dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče (DIOP), v léčebnách dlouhodobě nemocných, na ošetřovatelských lůžkách a v hospicích, a to v členění dle jednotlivých krajů ČR a dle věkových skupin.

**Tabulky T 5.25c** a **T 5.25d** zachycují migraci pojištěnců VZP v následné péči, v prvním případě dle místa hospitalizace, v druhém případě dle místní příslušnosti pojištěnce.

**Část J – Dopravní zdravotní služba, zdravotnická záchranná služba, lékařská služba první pomoci**

**Tabulka T 5.21** obsahuje vybrané ukazatele u dopravní zdravotní služby v samostatných (nelůžkových) a lůžkových ZZ, dále u zdravotnické záchranné služby a u lékařské služby první pomoci (v členění lůžková ZZ a ostatní), vše v členění dle krajů.

**Část K – Nákladná zdravotnická technika**

**Tabulka T 5.26** obsahuje frekvenci výkonů a počet ošetřených unikátních pojištěnců v členění dle jednotlivých skupin přístrojů v roce 2014.

**Kapitola 6 – Regulační poplatky a doplatky za léky**

Regulační poplatky a limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely (dále PZLÚ) byly zavedeny od 1. ledna 2008 novelou zákona č. 48/1997 Sb. Pojištěnci v roce 2014 hradili podle platného znění tohoto zákona:

* **třicetikorunový regulační poplatek**

za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření (dále jen „návštěva“) u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře, dále za návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči, za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost, za návštěvu u klinického psychologa a u klinického logopeda a také za recept, na jehož základě došlo k výdeji prvního z balení předepsaných hrazených léčivých přípravků nebo PZLÚ, bez ohledu na počet hrazených léčivých přípravků nebo PZLÚ a počet předepsaných balení;

* **devadesátikorunový regulační poplatek**

za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství v pracovní dny v době od 17 do 7 hodin a v sobotu, neděli a ve svátek (není-li tato doba pravidelnou ordinační dobou poskytovatele zajišťujícího pohotovostní službu), pokud nedošlo k následnému přijetí pojištěnce do lůžkové péče.

Od placení třicetikorunového regulačního poplatku za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření, jsou osvobozeny děti do dovršení 18 let věku.

Roční limit regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo PZLÚ je pojištěncům mladším 18 let a pojištěncům starším 65 let stanoven ve výši 2 500 Kč, pro ostatní pojištěnce platí limit ve výši 5 000 Kč. Do limitu se započítávají třicetikorunové regulační poplatky za návštěvu u lékaře a za recept a rovněž tzv. započitatelné doplatky za léčiva nebo PZLÚ. Devadesátikorunové regulační poplatky se do limitu nezapočítávají. Částku, která překročila stanovený limit, zdravotní pojišťovna pojištěnci uhradila.

Podrobné údaje o regulačních poplatcích a doplatcích za léky jsou uvedeny v tabulkách **T 6.1** až **T 6.6,** údajeodpovídají produkčním hodnotám za období leden – prosinec 2014.