

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**PRÁVNICKÁ FAKULTA**

**RIGORÓZNÍ PRÁCE**

**2012**

**Mgr. Monika VEBEROVÁ**

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**PRÁVNICKÁ FAKULTA**

**RIGORÓZNÍ PRÁCE**

**PRÁVNÍ ÚPRAVA ZDRAVOTNÍ PÉČE A JEJÍ**  
**FINANCOVÁNÍ**  
**LEGAL FRAMEWORK OF HEALTHCARE AND ITS**  
**FINANCING**

**Konzultantka:** JUDr. Jana Zemanová  
**Zpracovatelka:** Mgr. Monika Veberová

**2012**

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem předkládanou rigorózní práci vypracovala samostatně, všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

---

V Praze dne 31. 3. 2012

## **ABSTRACT**

Problematika práv a medicíny se dotýká každého z nás, všichni jsme subjekty či objekty zdravotní péče. Narůstá tlak na hospodárné vynakládání finančních prostředků vybraných pro účely všeobecného zdravotního pojištění. Se zrychlujícím se rozvojem vědy a techniky by se měla zvyšovat odpovědnost každého z nás, a proto jsem se snažila poukázat na některé důležité otázky z hlediska probíhajících změn ve zdravotnické legislativě.

Současně to je také jeden z hlavních důvodů, proč jsem si pro svou rigorózní práci zvolila téma PRÁVNÍ ÚPRAVA ZDRAVOTNÍ PÉČE A JEJÍ FINANCOVÁNÍ. Cílem mé rigorózní práce je tedy především zabývat se právními předpisy a dalšími relevantními dokumenty, které upravují zdravotní péči v ČR, a provést jejich analýzu ve světle probíhajících legislativních změn. V jednotlivých kapitolách se pak rovněž podrobněji zabývám otázkami financování zdravotní péče a finanční spoluúčasti pacientů, organizací veřejného zdravotního pojištění, účastníkům systému poskytování zdravotní péče. Pokusila jsem se provést komparativní analýzy právní úpravy zdravotní péče a zdravotních systémů členských států Evropské unie. Závěrem se zamýšlím nad nutností dokončit probíhající reformu zdravotnictví spolu s rekapitulací dosavadních reformních opatření ve světle tuzemského, ale i zahraničního vývoje.

The issue of legal framework and healthcare affect each of us; we're all elements of health care system. Health care and its financing are discussed more and more intensively. Increasing pressure on economical spending of funds selected for the purposes of the general health insurance. Acceleration of the development of science and technology should improve the responsibility of each of us. I tried to point out some important issues from the perspective of the on-going changes in the health-care legislation.

It is also one of the main reasons why I chose the topic "LEGAL FRAMEWORK OF HEALTH CARE AND ITS FINANCING. The aim of thesis is especially to highlight the legal ground and other relevant documents, which provide health care in the Czech Republic, and to carry out their analysis in the light of the on-going legislative changes. In separate chapters then in more details I describe the financing of health care and financial participation of patients, public health insurance schemes and providing of health care. I tried to make a comparative analysis of the legislation on health care and health systems of the European Union members as well. In conclusion, I propose that we must insist on completing the current reform of health care in the light of the domestic and foreign developments.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD</b> .....	1
<b>1. SOUČASNÁ PRÁVNÍ ÚPRAVA ZDRAVOTNÍ PÉČE</b> .....	3
1.1. Pojem zdravotní péče podle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění .....	3
1.2. Hlavní zásady péče o zdraví a poskytování zdravotní péče .....	5
1.3. Řízení péče o zdraví lidu a rozhodování při výkonu zdravotní péče ..	11
1.4. Účast občanů, profesních organizací a jiných občanských sdružení v péči o zdraví .....	13
<b>2. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE A FINANČNÍ SPOLÚČAST PACIENTŮ</b> .....	16
2.1. Systém hrazení nákladů za poskytnutou zdravotní péči .....	20
2.2. Regulace úhrad zdravotní péče .....	22
2.3. Úhrada za poskytování zdravotní péče podle typu zdravotnického zařízení .....	25
2.3.1. Spolupráce veřejného a soukromého sektoru .....	27
2.3.2. Soukromá zdravotní péče .....	28
2.4. Právní problematika veřejného zdravotního pojištění .....	32
2.5. Pojistné na zdravotní pojištění .....	34
2.6. Práva a povinnosti plátců pojistného na zdravotní pojištění .....	35
2.6.1. Práva pojištěnce .....	36
2.6.2. Povinnosti pojištěnce .....	42
2.6.3. Hrazení a odvod pojistného .....	45
<b>3. ORGANIZACE VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ</b> ..	49
3.1. Rámcová smlouva .....	51
3.2. Zdravotní pojišťovny .....	53
3.3. Soustava zdravotnických zařízení .....	54
3.4. Práva a povinnosti smluvních partnerů .....	56

<b>4. PRACOVNÍCI VE ZDRAVOTNICTVÍ A JEJICH POVINNOSTI</b>	<b>57</b>
4.1. Vymezení pojmu lege artis .....	58
4.2. Základní předpoklady způsobilosti k výkonu lékařského povolání ...	60
<b>5. POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADA ZDRAVOTNÍ PÉČE OBČANŮM ČLENSKÝCH STÁTŮ EU</b> .....	<b>61</b>
5.1. Modely financování zdravotní péče ve vybraných zemích .....	64
5.1.1. Britský model .....	69
5.1.2. Pokladenský systém .....	70
5.2. Specifikace jednotlivých systémů úhrad zdravotní péče .....	71
5.2.1. Specifikace českého zdravotnického systému .....	80
5.2.2. Specifikace polského zdravotnického systému .....	82
5.2.3. Specifikace maďarského zdravotnického systému .....	84
5.2.4. Specifikace slovenského zdravotnického systému .....	86
5.2.5. Specifikace rakouského zdravotnického systému .....	88
5.2.6. Specifikace německého zdravotnického systému .....	90
5.2.7. Specifikace amerického systému zdravotnictví .....	93
5.2.8. Specifikace britského zdravotnického systému .....	95
5.2.9. Specifikace francouzského zdravotnického systému .....	96
5.3. Shrnutí jednotlivých specifikací zdravotnických systémů .....	98
<b>6. REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>102</b>
6.1. Regulační poplatky .....	106
6.2. Obecné principy reformy .....	108
6.3. Reforma zdravotnictví v kontextu mezinárodního vývoje .....	109
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>112</b>
<b>RESUMÉ</b> .....	<b>115</b>
Seznam klíčových slov .....	117
Seznam příloh .....	118
Seznam použité literatury a prameny .....	170
Seznam zkratk .....	175

## Úvod

Při pohledu do budoucnosti se obvykle nevyhneme alespoň krátkému zamyšlení nad minulostí. Nejen v České republice (ČR), o které to platí v současné době zvláště, ale i v evropském či dokonce světovém kontextu existuje řada závažných důvodů, proč je na místě si klást otázky týkající se dalšího vývoje a obzvláště pak sociálních zákonů.

Téma PRÁVNÍ ÚPRAVA ZDRAVOTNÍ PÉČE A JEJÍ FINANCOVÁNÍ jsem zvolila, protože je mi tato problematika blízká a domnívám se, že otázky práv a medicíny se dotýkají v podstatě každého z nás. Po celou dobu mého studia jsem se proto zajímala o právní úpravu zdravotní péče, na tuto oblast práva jsem se zaměřila i v jedné ze svých seminárních prací<sup>1</sup>. Společně s JUDr. Davidem Uhlířem jsme pak téma rozšířili a publikovali článek „Některé právní aspekty týkající se asistované reprodukce“<sup>2</sup>.

Společenský význam dané problematiky dokládá i skutečnost, že je zdravotní péče a její financování diskutováno stále častěji a podrobněji. Všichni jsme subjekty či objekty zdravotní péče, a to je pravděpodobně i jeden z hlavních důvodů, proč narůstá tlak na hospodárné vynakládání finančních prostředků vybraných pro účely všeobecného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny, které se mají starat o efektivní vynakládání finančních prostředků plynoucích do zdravotnictví, zisk tvořit nemohou, což se projevuje na důslednosti (či spíše nedůslednosti) jejich hospodaření. Nemají ani sílu a ani motivaci čelit tlaku těch, kteří zisk tvořit mohou<sup>3</sup>.

Cílem mé rigorózní práce je tedy především zabývat se právními předpisy a dalšími relevantními dokumenty, které upravují zdravotní péči

---

<sup>1</sup> Distribuce pohlaví v lidské společnosti a možnosti jejího ovlivnění pomocí asistované reprodukce, 1997/1998

<sup>2</sup> <http://casopispravnik.juristic.cz/e3/1990/1999/clanek/prinfo/220559.html>

<sup>3</sup> [http://www.mzcr.cz/obsah/myty-a-povery-ve-zdravotnictvi\\_1544\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/myty-a-povery-ve-zdravotnictvi_1544_1.html)

v ČR, a provést jejich analýzu. Se zrychlujícím se rozvojem vědy a techniky by se měla zvyšovat odpovědnost každého z nás, a proto jsem se snažila poukázat na některé důležité otázky z hlediska probíhajících změn ve zdravotnické legislativě.

V první kapitole této rigorózní práce seznamuji se základními pojmy, které jsou pro pochopení zvolené problematiky nezbytné, včetně relevantních mezinárodních smluv, k nimž ČR přistoupila.

V kapitole druhé se věnuji otázce financování zdravotní péče a finanční spoluúčasti pacientů.

Ve třetí kapitole se zabývám organizací veřejného zdravotního pojištění, tedy smluvní úpravou a soustavou zdravotních pojišťoven zdravotnických zařízení (ZZ).

Obsahem čtvrté kapitoly jsou účastníci systému poskytování zdravotní péče a seznámení s jejich právy a povinnostmi.

V páté kapitole provádím komparativní analýzy právní úpravy zdravotní péče a zdravotních systémů členských států Evropské unie (EU). V této kapitole se zabývám podrobněji právními ustanoveními v zahraničí, např. ve Velké Británii, kde jsou tyto otázky nejvíce rozpracovány. Rovněž zde poukazuji na nedostatky některých legislativních úprav při řešení složitých etických a sociálních problémů.

V šesté kapitole se zamýšlím nad nutností dokončit probíhající reformu zdravotnictví spolu s rekapitulací dosavadních reformních opatření ve světle tuzemského, ale i zahraničního vývoje.

Při zpracování této rigorózní práce jsem vycházela z právního stavu platného ke dni 31. 3. 2012.



# **1. Současná právní úprava zdravotní péče**

## **1.1. Pojem zdravotní péče podle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění**

Zákon o péči o zdraví lidu je základní právní předpis platný v ČR v režimu zdravotnického práva, tento zákon vymezuje hlavní zásady péče o zdraví lidu. Tímto zákonem je míněn zákon, který vyšel v roce 1966 jako Zákon č. 20/1966 Sb. Z toho vyplývá, že byl platný na území České a Slovenské republiky, v ČR tento zákon platí po řadě novelizací dále, na Slovensku byl přijat zákon nový. Od roku 1990 zákon provází velké množství změn, ze kterých je patrná snaha začlenit české zdravotnictví do evropského trendu. Vzhledem k četnosti změn bývá některými odborníky celková úspěšnost tohoto počínání zpochybňována.

Obecně lze říci, že tento zákon stanoví práva a povinnosti občanů, profesních organizací a jiných občanských sdružení v oblasti zdravotnictví, ujasňuje vztahy mezi subjekty, které do procesu spojeného se zdravotnictvím vstupují. Dále hovoří o některých povinnostech těchto subjektů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče a o financích. V zákoně je zmiňována nutnost rozvoje vědy a techniky a uplatňování tohoto rozvoje v praxi (Článek III) a o důrazu na prevenci a ochranu zdraví (Článek IV). Zákonem je dále stanovena spolupráce a vztahy mezi Ministerstvem zdravotnictví České republiky (MZD), profesními organizacemi, občany a cizími státními příslušníky, a to nejprve v rovině obecné (§ 10) a poté i v rovině konkrétnější. Z této oblasti patří mezi nejdůležitější § 11 zákona č. 20/1966 Sb. v platném znění:

"Zdravotní péči poskytují ZZ státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Podmínky

poskytování zdravotní péče v ZZ stanovují zvláštní zákony. Zdravotní péči poskytují dále zařízení sociálních služeb s pobytovými službami, jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči o pojištěnce v nich umístěné, a to za podmínek a v rozsahu stanoveném ve zvláštním právním předpisu."

Tímto zákonem je rovněž upravena, resp. nastavena i léčebně preventivní péče, která zahrnuje především: ambulantní péči, záchrannou službu, lázeňskou péči, lékárenskou péči a posudkovou činnost. Stanovuje jejich základní ideje a udílí, zpravidla MZD právo vyhláškou upravovat jejich činnosti. Dále je nastíněna problematika platby nejen občanů ČR, ale i cizím státním příslušníkům (§ 30).

Zákon se dále zabývá problematikou „odnímání částí lidského těla v souvislosti s léčebně preventivní péčí, lékařskou vědou, výzkumem a výukovými účely, odběr krve, tkání a orgánů.“ (§ 26), kde definuje obecně platné principy. V některých případech dává MZD pravomoc řešit věci vyhláškou.

Zákon řeší problematiku tzv. speciálních výkonů (sterilizace, pitva, apod.). Takovéto úkony mohou být prováděny na vlastní žádost, někdy i v souladu s vyhláškou MZD. Část zákona se věnuje pravomocím MZD a orgánů státní zdravotní správy, včetně řešení problematiky posudků a odvoláním proti nim. Zákon na mnoha místech stanoví, že některé věci řeší či doplňuje jiný zákon. Dále se k tomuto zákonu vztahuje několik etických kodexů, nálezů.

V kultuře konce minulého a současného století naprosto jednoznačně převládla práva pacienta, možnost pacienta rozhodovat o svém zdraví, o službách, které jsou mu ze strany zdravotníků poskytovány, a o tom, které z těch služeb přijme a které nikoli. Zákon naprosto opouští bývalý paternalistický přístup. Ten přístup byl změkčován postupně v celé řadě novel jmenovaného zákona o zdraví lidu. Novelky se ale nakonec staly tak nepřehlednými, že bylo potřeba pro porozumění zdravotníků, pro jasné právní definice a pro pochopení zákona celou řadu termínů předefinovat.

## 1.2. Hlavní zásady péče o zdraví a poskytování zdravotní péče

Poskytovatelem – subjektem zdravotní péče jsou zdravotnická, ale i nezdravotnická zařízení. Objektem poskytování zdravotní péče jsou pacienti. Pacient má zájem na poskytnutí co nejlepší zdravotní péče, v co nejkratší době, kvalifikovanou osobou s profesním přístupem, dostupnými, moderními metodami v uspokojivém prostředí. Mnohdy zdravotní stav pacienta neumožňuje tyto hodnoty vnímat. Lékař jako poskytovatel zdravotní péče poskytuje pacientovi adekvátní péči a je povinen postupovat v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy<sup>4</sup>. Měl by však rovněž respektovat i efektivní vynakládání požadovaných finančních prostředků na pacientovu léčbu vedle povinností profesních a povinností vyplývajících z jeho členství v České lékařské komoře (ČLK)<sup>5</sup>.

Ve snaze zajistit efektivitu ZZ, narůstá tlak na snižování nákladů a na výkonnost zdravotnických pracovníků. Mezi těmito snahami je třeba stále hledat kompromis. Prioritním cílem celého zdravotního systému je bezesporu úsilí o růst kvality poskytované péče, vyjádřený prodlužováním průměrné délky aktivního života a zvyšováním jeho kvality.

Veškeré reformní kroky systému veřejného zdravotního pojištění musí vycházet z ekonomických možností země. Mělo by být jasně řečeno, že právo na zdravotní péči je ohraničeno objemem finančních prostředků, které je možné na zdravotní péči ještě poskytnout, aniž by to ohrožovalo rozvoj společnosti. Jinými slovy právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění je omezeno ekonomickými možnostmi společnosti.

V úvahu je nutno vzít i ochotu a schopnost společnosti přispívat na zdravotní péči z jiných veřejných rozpočtů, především z výnosů daní. Tyto hranice je třeba určit a dát jasně najevo, že požadavky na zvyšování daňové zátěže

---

<sup>4</sup> Zákon č. 20/1966 Sb. v platném znění § 11

<sup>5</sup> LANG, H. Management, trendy a teorie. 1.vyd. Praha: C. H. Beck, 2007  
ISBN 80- 7179-638-1

jsou jen těžko přijatelné, není-li provázeno celkovým hospodářským vzestupem. Ostatní je jen věcí dělení a regulací uvnitř stanovených hranic.

„Klíčovým problémem současného stavu veřejného zdravotního pojištění je obecné nezvládnutí vztahu mezi svobodou a odpovědností v postkomunistickém období. V životě společnosti se to projevuje u jednotlivců, kteří jsou obvykle motivováni jednáním politiků. Často je to však vtělováno i do úpravy postavení a činnosti jiných subjektů, kde je kladen důraz na svobodu, tj. především na oprávnění rozhodovat, aniž by byla stejná váha přiznána úpravě odpovědnosti za rozhodování. Systém veřejného zdravotního pojištění je třeba založit na úvaze o tom, co na základě veřejných prostředků činit pro zdravé, aby se nestali nemocnými, a co pro nemocné, aby se uzdravili“<sup>6</sup>.

Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav případně zmírnit jeho utrpení<sup>7</sup>. Ve veřejném zdravotním pojištění se řeší mechanismy, kterými je stanoven rozsah zdravotní péče hrazené z veřejných prostředků, výše úhrady za zdravotní výkony, resp. poskytování zdravotní péče a regulace, včetně regulace výše pojistného pro případ významného zvýšení nebo snížení poptávky po hrazené péči.

Nynější systém je i po všech změnách, kterými prošel, v principu stále nepřátelský k pojištěnci, kterému má sloužit. Tzv. dohody, rozhodnutí a další opatření ve zdravotním pojištění nemůže pojištěnec reálně ovlivnit, ani se jim bránit. Pro politiky by tak mělo být schůdnější ponechat provoz systému veřejného zdravotního pojištění na samosprávě. Jedině v případě, že právní úprava obsahuje řešení těchto mechanismů, má smysl. Není možné zachovat jako jediné regulační opatření pro dosažení rovnováhy systému dohodovací řízení o cenách péče, doplněné rozhodováním výkonné moci pro případ nedohody. Jde o to, že zákonem regulovaná výše příjmů se rozděluje ve vztahu k zákonem definovanému rozsahu výkonů (na tom nic nemění ani současné pojetí seznamu výkonů a

---

<sup>6</sup> Schlanger J., Hlaváček K., Teze k nejzávažnějším problémům právní úpravy veřejného zdravotního pojištění

<sup>7</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění., část pátá, § 13

mechanismu jeho přípravy a schvalování). Pak ale ve skutečnosti nejde o jednání o cenách, ale o jednání o klíči, jímž se jeden velký paušál rozdělí mezi jednotlivé nositele zdravotních výkonů (poskytovatele péče) více či méně spravedlivě na menší paušály více či méně s přihlédnutím k jejich podílu na celkově odvedené práci.

Za těchto okolností by bylo lépe konstruovat právní úpravu tak, že by se dopředu oznámilo, kolik se zhruba předpokládá vybrat za rok na pojistném, polovinu vyplatit průběžně na zálohách orientačně podle výsledků předchozího roku a zbytek podle dohodnutého klíče po skončení roku. Taková úprava zásadní nedostatky systému neodstraní a zůstane jen více či méně zdařilou malou novelou.

Zásadní problém spočívá zjevně v tom, že systém veřejného zdravotního pojištění je v podstatě rámcovou veřejnou zakázkou, kde ten, kdo objednává, tedy na počátku pacient; není ničím limitován ve vztahu k nákladům na to, co objednává, a co mu je mu poskytováno. To ovlivňuje především nositel výkonu, neboť poskytnuté výkony kontroluje a hradí nikoli poskytovatel, nýbrž pojišťovna, která však nemůže ovlivnit to, co se objedná, a v zásadě ani to, co se poskytuje, a nemůže ani reálně ovlivnit objem peněz, které má k dispozici<sup>8</sup>.

Máme tedy namísto pojištění skupinových rizik, o které by ve veřejnoprávním systému mělo nejspíš jít, systém více či méně se zdravím souvisejícího věcného plnění formou výdeje zdravotních výkonů, prostředků a léčiv.

Systém není možné reformovat, není-li zainteresován pacient na jednání, které povede k poskytnutí odpovídající péče za obecně přijatelných a splnitelných podmínek, a to včetně nákladů vynaložených na poskytnutou léčbu. Pokud je poskytovatel motivován za objem péče poskytnuté nemocným bez ohledu na to, co učinil pro zdravé, aby se nemocnými nestali, tedy za prevenci a pokud pojišťovna je povinna hradit, aniž by mohla reálně ovlivnit, kolik vybere a

---

<sup>8</sup> Schlanger J., Hlaváček K., Teze k nezávaznějším problémům právní úpravy veřejného zdravotního pojištění

za co a do značné míry ani kolik platí, nelze očekávat zásadní tolik potřebnou změnu celého systému.

Je zapotřebí nastavit pravidla poskytování zdravotní péče tak, aby nikdo nebyl šizen a věděl, na co má ve zdravotnictví nárok. I proto vláda zavádí rozlišení na tzv. standard a nadstandard, resp. ceník ekonomicky náročnějších variant léčby (ENV) <sup>9</sup>. Pacienti nemusí mít v žádném případě obavu, že dojde ke zhoršení péče. Naopak dochází k zásadnímu posílení jejich práv zakotvených v zákoně. Pacient v případě zájmu o ENV doplácí rozdíl mezi ekonomicky náročnější variantou a základní variantou.

Cílem probíhajících reformních kroků je především vyvážení systému tak, aby byl schopen reagovat pružně na výkyvy na straně příjmů i výdajů, tedy posílením samosprávné povahy tohoto systému. Souhlasím s tím, že je bezpochyby na místě se inspirovat ze zahraničí a využít v maximální možné míře základních mechanismů již popsaných, aplikovaných a hlavně fungujících jinde ve světě.

Domnívám se rovněž, že řešením nemusí být jen zavedení přímých plateb, ale že svou nezastupitelnou roli tu má i zapojení pojištěnce do procesu definování rozsahu péče hrazené ze zdravotního pojištění. Nemělo by se jednat o disciplínu politickou, vyhrazenou tomu, kdo má momentálně parlamentní většinu, ale o relativně stabilní stav, zohledňující reálnou ekonomickou i zdravotní situaci obyvatel a vycházející z úplných

a kvalifikovaných informací. Je známo, že nikoliv nevýznamné procento pacientů je léčeno pro chybně stanovenou diagnózu<sup>10</sup>. Za těchto okolností pak může poskytování zdravotní péče ve skutečnosti i škodit. Bylo by správné, aby v těchto případech byla úhrada z veřejných prostředků omezována, neboť hlavním zadáním veřejné zakázky na zdravotní péči by mělo být její poskytování právě “kvalitně a účelně“ v rámci dostupných prostředků. Měli bychom se oprostít od

---

<sup>9</sup> V souladu se změnou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a změny vyhl. č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

<sup>10</sup> Schlanger, J., Hlaváček K., Teze k nezávažnějším problémům právní úpravy veřejného zdravotního pojištění

tvrzení, že každý pacient je jiný a že v medicíně nelze nic předvídat a tedy ani upravovat.

Pokud je úprava v zahraničí možná, navíc je dodržovaná a vynutitelná, pak je toto možné zajistit i v ČR, neboť tak odlišný nemůže být ani český pacient, ani český lékař. Stejně tak je třeba definovat požadavek na počty výkonů, které musí subjekt poskytující zdravotní péči v konkrétním oboru provést ve stanoveném časovém období, aby si udržel kvalifikaci samozřejmě ve vztahu k počtu výkonů celkem. Pak si lze představit i rozhodnutí o tom, že určitá péče nebude v ČR poskytována vůbec, neboť by šlo třeba o jeden výkon v roce, ale bude tzv. nakupována v zahraničí, kde se stejných výkonů provádí podstatně více, což z hlediska zájmů pojištěnce bude rozhodně výhodnější (u pracoviště s více výkony lze očekávat větší zkušenost) a pro systém zdravotního pojištění zřejmě hospodárnější (jeden výkon ročně musí jinak pokrýt celý rok existence příslušného poskytovatele).

Bez standardů a kritérií kvality a účelnosti nelze ani účinně kontrolovat poskytnutou zdravotní péči, tedy ani účinně regulovat systém. Pokud mají zdravotní pojišťovny spravovat zdravotní pojištění, musejí mít také možnost chovat se jako správci. Je zvláštní, že stát se může vzdát zaměstnanců i podniků, na jejichž práci mu ve státním rozpočtu chybí finanční prostředky, zdravotní pojišťovna má však být povinna uhradit každému, kdo poskytne pojištěnci péči, a to za ceny, které určí zpravidla někdo jiný, aniž by měla právo počet svých partnerů nebo objem disponibilních peněžních prostředků ovlivnit. V očích výkonné moci a jejím prostřednictvím i veřejnosti jsou zdravotní pojišťovny chápány jako kdosi, kdo neumí hospodařit za nastavených podmínek.

Je třeba objektivně přiznat, že to by asi neuměl nikdo. Zkusme jen srovnat podmínky, za kterých komerční pojišťovny s vynaložením mnohem menšího úsilí spravují jiná zákonná pojištění.

Pokud jde o organizaci zdravotního pojištění, zdá se, že nejvhodnější by bylo krajské uspořádání pojišťoven (tedy právnické osoby působící na území kraje) s vazbou svých samosprávných orgánů na krajskou územní samosprávu a s

příjmy podléhajícími mezikrajskému přerozdělení podle stanovených kritérií (nákladovost péče pro pojištěnce pětiletých věkových skupin počítaná z dlouhodobých průměrů na standardizovaného pojištěnce se jeví jako racionální).

Soustavu zdravotních pojišťoven je ovšem zapotřebí spojit tak, aby vznikl skutečně systém správy zdravotního pojištění. Není k tomu ale nutné vytvářet další instituci; postačí, když zákon vytvoří rámec působení společné organizace (svazu) zdravotních pojišťoven, která bude zajišťovat funkce společné celému systému, zejména soustředování a zpracování informací

o plátcích pojistného a ZZ, ekonomické analýzy a prognózy, systémové regulace, včetně přerozdělení pojistného. Takové uspořádání by odpovídalo samosprávnému charakteru systému a zároveň by nekladlo významnější nároky na prostředky z veřejných rozpočtů. Dlužno poznamenat, že ani v původním věcném záměru, který byl na MZD připravován, se nepočítalo s tím, že by správu zdravotního pojištění musela vykonávat státní nebo polostátní instituce (přesněji instituce, která by byla součástí soustavy orgánů výkonné moci), nýbrž šlo o to, aby byly odstraněny současné překážky poskytování ucelených informací za celý systém tak, aby bylo možné kvalifikovaně rozhodovat o systémových regulačních opatřeních, a dále o to, aby pojišťovny mohly sdílet informace o pojištěncích (výkony xkrát za život apod.), o plátcích pojistného (existence plátce, hlášení údajů pro pojišťovnu, platební kázeň) a o subjektech poskytujících zdravotní péči (úroveň péče, korektnost vykazování péče, apod.). Současný "systém" je uspořádán a chová se jako soustava nezávislých správců téhož veřejného rozpočtu, kteří spolu podle platné úpravy o zásadních věcech svého poslání nemohou mluvit (absolutní pojetí mlčenlivosti). Systému nepřidává ani zákonné organizační uspořádání Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (VZP) jako soustavy okresních pojišťoven bez subjektivity, a přitom se samosprávnými orgány<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky



System veřejného zdravotního pojištění je ve skutečnosti koncipován spíše jako další daňový systém, a to jako systém povinný a zákonný. Je na místě podporovat koncepci veřejného zdravotního pojištění jako základní povinný zákonný veřejný pojistný systém, doplněný možností doplňkového smluvního pojištění zdravotní péče, přesahující rozsah hrazený ze základního pojištění a s možností doplňkového smluvního pojištění služeb souvisejících s poskytováním péče (ubytování, stravování). Současně je nutné zachovat možnost smluvního zdravotního pojištění jako způsob zajištění účasti na veřejném zdravotním pojištění za stanovených podmínek pro ty, kdo nejsou pojištěnci ze zákona. To, co by jinak mohlo být hrazeno z doplňkového pojištění, by mělo být umožněno hradit také přímo.

### **1.3. Řízení péče o zdraví lidu a rozhodování při výkonu zdravotní péče**

Ministerstva a ostatní ústřední orgány jsou povinny uskutečňovat v oboru své působnosti opatření k upevnění a rozvíjení zdraví lidu podle zákona. Tzv. řízená péče představuje však do jisté míry určitá omezení výběru poskytovatele ze strany pojištěnce. Na druhou stranu má ale pojištěnec nárok na dodatečné služby, případně jisté finanční výhody.

Z tohoto důvodu bych ráda na tomto místě podotkla, že reformní návrhy umožňují zavedení řízené péče pouze při dobrovolném souhlasu pojištěnce i lékaře. Jinými slovy, po reformě budou pojištěnci i lékaři ve stejných vztazích s pojišťovnou jako dnes a pouze pokud se tak dobrovolně rozhodnou, mohou se v budoucnu zúčastnit řízené péče. To je zásadní rozdíl oproti dnešku (nemluvě o situaci před rokem 1989), kdy se některé postupy, které nový zákon kvalifikuje jako řízenou péči, používají zcela běžně, bez kontroly a bez vědomí pacientů. Příkladem mohou být smlouvy

s nemocnicemi o platbě rozpočtem, které jim dávají dopředu daný objem finančních prostředků do značné míry bez ohledu na to, kolik pacientů a jak kvalitně ošetří. Stejně tak do oblasti řízené péče patří volání po spádových oblastech nebo nutnosti získat od praktického lékaře doporučení k návštěvě specialisty, která často slyšíme právě od odpůrců již nastartované reformy.

Jednoznačně mylné jsou každopádně představy o odpírání zdravotní péče a o zhoršování kvality poskytované zdravotní péče. Obavy z odpírání zdravotní péče patří k nejčastějším tématům politických diskuzí o řízené péči. Tyto obavy se ale nepotvrdily ani v početných zahraničních studiích zkoumajících spokojenost pojištěnců zapojených do plánů řízené péče. Ti jsou v plánech řízené péče spokojeni a na otázku, zda by takový plán doporučili rodině nebo přátelům, odpověděli kladně <sup>12</sup>.

Desítky studií porovnávajících kvalitu zdravotní péče v systémech řízené péče spíše ukazují, že systémy řízené péče zvyšují dostupnost hrazených zdravotních služeb. Studie, porovnávající kvalitu péče konstatují, že pacienti v systémech řízené péče mají větší pravděpodobnost dostat léčbu *lege artis*, jako například podání aspirinu a betablokátoru při akutním infarktu myokardu <sup>13</sup>. Ukázalo se, že prevencí se daří včasěji podchytit závažné nemoci, jako je např. rakovina prsu <sup>14</sup>. Studie pacientů v posledním stadiu selhání ledvin ukázala nižší hospitalizovanost a vyšší míru přežití u pacientů napojených do řízené péče <sup>15</sup>. Při cukrovce měli pacienti v řízené péči méně dlouhodobých komplikací a jejich výsledky byly tím lepší, čím déle byli zapojeni v programu <sup>16</sup>.

MZD iniciovalo založení Odborného fóra, v jehož rámci zástupci poskytovatelů zdravotní péče, odborných společností, zdravotních pojišťoven a MZD zdravotnictví společně pracují na doporučených postupech - standardech poskytování hrazené zdravotní péče. Tyto standardy jsou následně zveřejňovány

---

<sup>12</sup> Harris Interactive, 2002

<sup>13</sup> Employer Health Benefits, 2005; Annual Survey, 2006

<sup>14</sup> Miller and Luft, 1994

<sup>15</sup> Nissenon, Collins, Dickmeyer et al, 2001

<sup>16</sup> Sidorov, Gabbay, Harris et al, 2000

ve Věstníku MZD a zohledňovány ve smlouvách mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb. Takový postup je v souladu s praxí v ostatních rozvinutých zemích.

Opačný postup, tedy popsání standardů poskytování hrazené zdravotní péče v zákonu nebo ve vyhláškách by byl nesmírně zdlouhavý a hlavně by znemožnil naplnění odpovědnosti lékaře vůči pacientovi a zohlednění individuální potřeby pacienta. Nelze totiž předem jednoznačně a definitivně určit, jaké léky má dostávat například 60letý muž, který již prodělal dva srdeční infarkty, zda má nárok na operaci, případně na jakou či na jiný konzervativní postup.

Tento postup vede k tomu, že většina pacientů bude léčena v plném souladu se standardy. Ve zvláštních případech, které v medicíně nelze vyloučit, se ale dostane pacientům péče, kterou potřebují, i když je výjimečná.

#### **1.4. Účast občanů, profesních organizací a jiných občanských sdružení v péči o zdraví**

V českém systému jsou profesní asociace, komory, společnosti, sdružení organizace:

ČLK je samosprávná profesní organizace lékařů. Byla zřízena zákonem č. 220/1991 Sb. České národní rady (ČNR) <sup>17</sup>

a je obdobou samosprávy místní (např. městské či krajské). Každý lékař, který vykonává na území ČR lékařské povolání v léčebné a preventivní péči, musí být členem ČLK.

---

<sup>17</sup> Zákon České národní rady č. 202/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře v platném znění; Zák., č. 160/1992 Sb., o nestátním zdravotnickém zařízení v platném znění; zák. č. 285/2002 Sb., zákon o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon); zák. č. 189/2008 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a o změně některých zákonů (zákon o uznávání odborné kvalifikace), ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony

Česká lékařská komora:

- dbá, aby členové komor vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor,
- zaručuje odbornost svých členů a potvrzuje splnění podmínek k výkonu lékařského povolání podle zvláštních předpisů,
- posuzuje a hájí práva a profesní zájmy svých členů a chrání jejich profesní čest,
- vede seznam členů a zveřejňuje o svých členech zákonem stanovené informace.

Pokud lékař nedodrží výše uvedená pravidla, léčebné postupy nebo se chová k pacientovi hrubě, může ho komora v krajním případě vyloučit. "Vyloučení z lékařské komory znamená zákaz výkonu povolání. Je to velice závažný trest, který komora ukládá jen v těch nejvýjimečnějších případech" <sup>18</sup>. Například v roce 2005 vyloučila komora jen jednoho lékaře.

O povinném členství v ČLK se vedou obsáhlé diskuse. Existuje početná skupina zastánců nepovinného členství. „Být v lékařské komoře by mělo být ctí a ne, aby tam musel být povinně každý lékař," argumentuje např. pan poslanec Kochan, který prosazoval předložení návrhu na zrušení povinného členství ve třech zdravotnických komorách<sup>19</sup>. Ústavní soud následně dne 14. 10. 2008 zamítl návrh skupiny senátorů na zrušení § 3 odst. 1 zákona č. 220/1991 Sb. v platném znění. Proti tomuto konečnému rozsudku není žádný opravný prostředek. Povinné členství lékařů v Komoře není neústavní.

Ústavní soud při svém rozhodování posuzoval nejenom to, zda a jak ČLK plní svoji funkci a povinnosti, ale, jak z obsáhlého odůvodnění rozsudku vyplývá, vycházel ze zahraniční a mezinárodní judikatury, když srovnával ČLK s

---

<sup>18</sup> prezident ČLK Milan Kubek

<sup>19</sup> Pl. ÚS 40/06 #2, 6/2009 Sb., N 171/51 SbNU 93 K povinnému členství lékařů v České lékařské komoře. Příloha č. 1; II. ÚS 371/98 ze dne 8. 10. 1998. Příloha č. 2

lékařskými komorami ostatních států EU. Soud konstatoval, že ČLK vznikla legitimním způsobem, tedy ze zákona.

ČLK jako veřejnoprávní korporace vznikla z vůle státu, který na ni v souladu s principem subsidiarity delegoval část svých pravomocí. Nejde o občanské sdružení vzniklé z vůle občanů, a proto povinné členství v ČLK neomezuje právo občanů svobodně se sdružovat či nesdružovat.

Povinné členství v ČLK odpovídá v Evropě běžnému povinnému členství lékařů a příslušníků jiných svobodných povolání v komorách. Profesní samosprávy zvyšují demokratičnost státu a posilují práva občanů při správě věcí veřejných. ČLK vykonává profesní dohled nad lékaři ve veřejném zájmu.

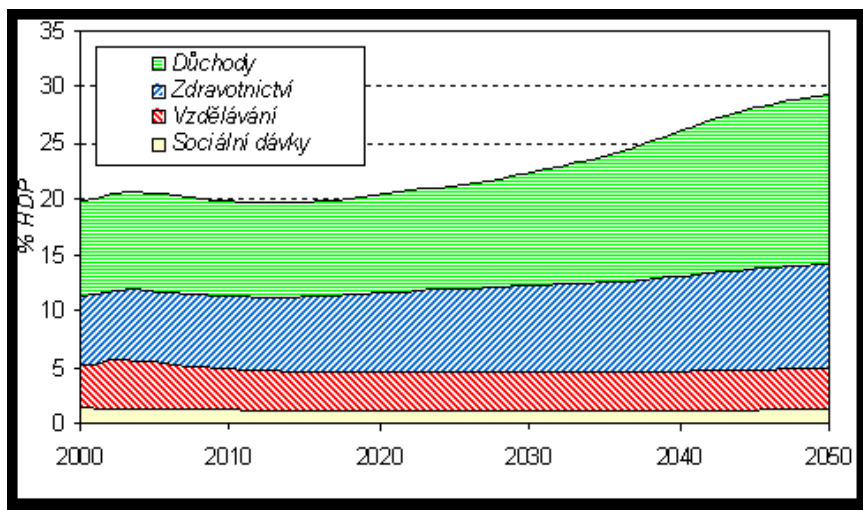
Na podporu zastánců povinného členství v ČLK je na místě připomenout, že pokud by povinnost pro lékaře být členem ČLK měla být v rozporu s Listinou základních práv a svobod, pak by tuto Listinu muselo porušovat šestnáct států EU, v nichž je členství v lékařské komoře povinné. Pokud by povinné členství mělo být v rozporu s Ústavou, pak by jejím porušením muselo být rovněž povinné členství v osmi z celkem devíti v ČR existujících profesních komor. Na místo členství se totiž principem povinné registrace řídí jen komora advokátů.

Rozhodnutí Ústavního soudu má zcela zásadní význam pro budoucnost profesní lékařské samosprávy v ČR. Skutečnost, že ČLK obstála se ctí, se považuje za obrovský úspěch, za který patří dík stovkám dobrovolných funkcionářů, kteří v orgánech ČLK v zájmu svých kolegů pracují a pracovali.

## **2. Financování zdravotní péče a finanční spoluúčast pacientů**

Financování jednotlivých odvětví ekonomiky ČR se provádí prostřednictvím státního rozpočtu. Financování zdravotnictví bylo odděleno od státního rozpočtu v roce 1993, kdy začalo fungovat veřejné, tehdy všeobecné

zdravotní pojištění. Pojistné však nadále zůstalo příjmem státního rozpočtu, ze kterého jsou hrazeny výdaje jak na důchodové, tak na nemocenské pojištění (tyto sociální platby řadíme mezi tzv. mandatorní výdaje státního rozpočtu). Pod pojem sociálního pojištění řadíme vedle nemocenského a důchodového pojištění také pojištění zdravotní, úrazové a pojištění pro případ nezaměstnanosti <sup>20</sup>.



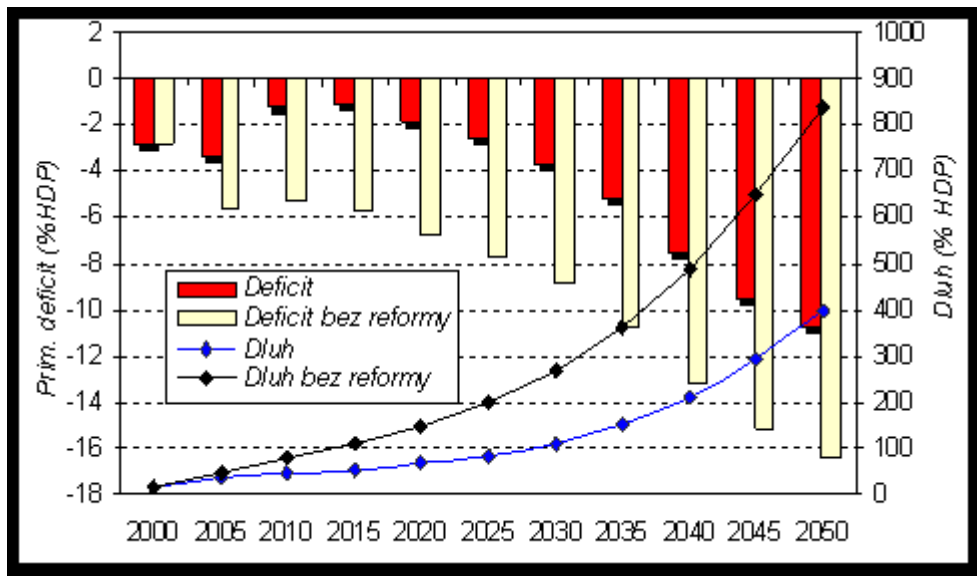
Graf: Vývoj jednotlivých výdajů závislých na věkové struktuře populace <sup>21</sup>

Značný nárůst výdajů spojených s důchodovým zabezpečením a zdravotním pojištěním je s ohledem na prodlužující se očekávanou dobu přežití evidentní. Reforma veřejných financí, zahájená v roce 2003, zůstává tedy i nadále jednou z priorit vlády. Přes pozitivní dopady provedené konsolidace je zřejmé, že se veřejné finance stále nenacházejí v dlouhodobě udržitelné pozici a že pokud nebudou podniknuty dodatečné kroky usměrňující očekávané zvyšování výdajů, bude jejich nárůst muset být financován vyšším zdaněním jak stávajících, tak zejména budoucích daňových poplatníků nebo omezením rozsahu výdajových programů pro tyto generace. Dosažení fiskální stability a mezigenerační

<sup>20</sup> Tröster, Petr a kol.: Právo sociálního zabezpečení, 5. aktualizované a doplněné vydání C. H. Beck, 2010

<sup>21</sup> Ministerstvo financí ČR

spravedlnosti si tak nevyhnutelně žádá další enormní úsilí v podobě dlouhodobě působících opatření zejména v oblastech důchodů a zdravotnictví s cílem zajistit udržitelnost, ovladatelnost a kvalitu veřejných financí.



Graf: Primární deficit a veřejný dluh <sup>22</sup>

Protože zdravotnictví a nemocenské pojištění jsou dvě strany jedné mince, očekává se rovněž, že v České republice dojde k jejich sloučení do jednotného systému, jako je tomu v jiných evropských zemích, např. v Německu, Rakousku, Francii, Itálii, ve Švýcarsku, aj.

Základní podmínkou k poskytování zdravotní péče a vůbec pro náležité fungování zdravotnictví jsou nezbytné finanční zdroje. V České republice hovoříme o tzv. vícezdrojovém financování, tj. jednak z prostředků veřejného zdravotního pojištění, jednak z jiných veřejných zdrojů (zejména státního rozpočtu republiky, rozpočtů krajů a obcí, z prostředků zřizovatelů). Dalšími zdroji financování jsou prostředky poskytnuté církvemi, charitativními a jinými právníckými a fyzickými osobami (např. dary od sponzorů, výtěžky z loterií

<sup>22</sup> Ministerstvo financí ČR

apod.). Řadu změn s sebou přinesla od začátku roku 2008 reforma financí ve zdravotnictví.

Zdraví je hodnotou, která se bez nadsázky dotýká každého z nás.

Je třeba si uvědomit, že před rokem 1945 bylo fungování zdravotnictví v ČR stejné jako v ostatních státech střední Evropy, z velké části založeno na pojistných principech a Bismarckových zásadách sociální solidarity. Tato tradice byla přerušena desetiletími komunistického systému provozovaného státem a financovaného z daní, což poskytovalo volný přístup prakticky ke všem zdravotnickým službám, avšak ne pro každého a hlavně se silnou limitací na straně nabídky.

Po znovuoobnovení demokracie počátkem 90. let bylo cílem otevřít tento systém potřebám všech pacientů, umožnit zdravotnickým pracovníkům vyšší příjmy a podpořit řízenou konkurenci mezi plátcí a poskytovateli služeb. A to jsou zcela jistě trendy, na které je třeba navázat.

Nelze tedy než souhlasit s probíhajícími a sílícími diskusemi na téma zrušení státního monopolu na poskytování zdravotní péče, odstranění centralistického řízení zdravotnictví, nad způsobem financování a řízení léčebné péče státem a nad způsobem oživení pojištění léčebné péče. Souhlasím také, že je třeba aktivně zapojit pacienty do tohoto probíhajícího procesu. Až 20% finančních prostředků určených pro zajištění zdravotní péče mizí díky nekontrolovanému plýtvání.

Současná ekonomická situace ve zdravotnictví vede k nutnosti stále podrobněji sledovat finanční toky, zvláště ty, které se týkají veřejných prostředků. ČR se začlenila a stále se začleňuje do fungování velmi složitého mechanismu EU, což vede k podrobnému sledování pohybu finančních prostředků. V roce 2004 se v Praze pod patronací Eurostatu (The Statistical Office of the European



Communities) <sup>23</sup> konal seminář pro nové členské státy EU o zavádění systému zdravotnických účtů System of Health Accounts (SHA) <sup>24</sup>.

SHA posuzuje výdajovou stránku zdravotnictví ze tří pohledů <sup>25</sup>:

- a) podle druhu zdravotní péče
- b) podle poskytovatelů zdravotní péče
- c) podle zdrojů financování zdravotní péče

Zdravotní péče je z větší části zajišťována netržním způsobem a jen nepatrně na principu tržním, který je přísně regulován. Pokud hovoříme o finančních zdrojích obecně, myslíme tím veřejné zdroje, které kryjí poskytování zdravotní péče z 90 % <sup>26</sup>.

---

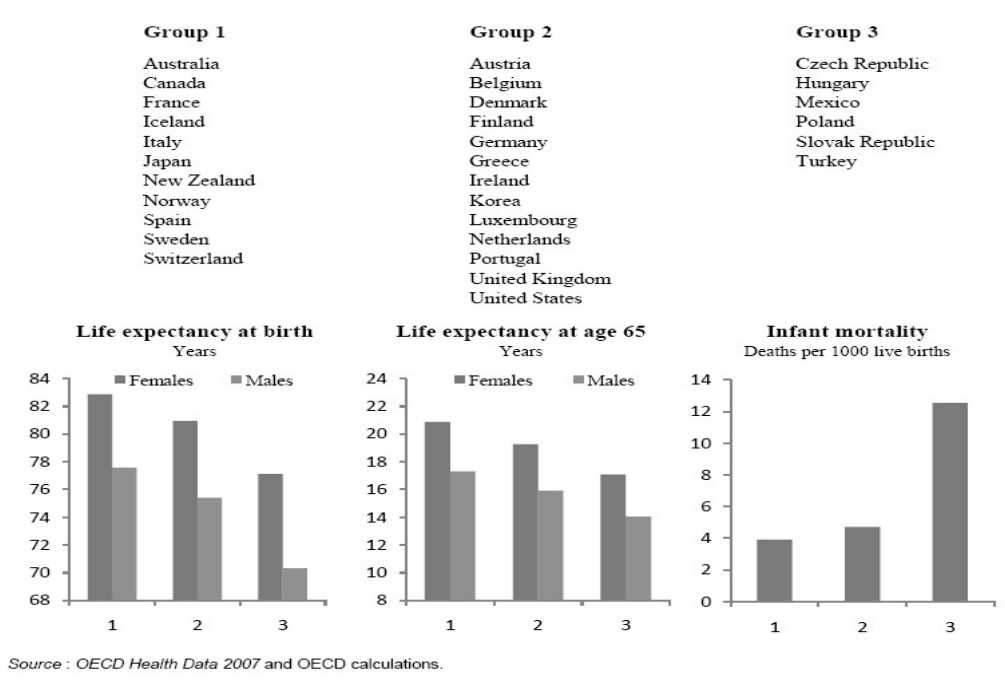
<sup>23</sup> <http://www.europa.eu.int/en/comm/eurostat/eurostat.html>

<sup>24</sup> [http://www.who.int/gho/health\\_financing/en/index.html](http://www.who.int/gho/health_financing/en/index.html)

<sup>25</sup> OECD Organizations for Economic Co – Operation and Development. A Systems of Health Accounts. OECD, 2002

<sup>26</sup> ÚZIS ČR, Výdaje na zdravotnictví ČR podle zdrojů financování. Č. 57/2009 30.9.2009, s. 1-2.  
Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>

## Grouping of countries according to population health status



### 2.1. Systém hrazení nákladů za poskytnutou zdravotní péči

Výdaje na zdravotnictví se v tomto období pohybovaly od 5,1 % HDP (Řecko) po 8,8 % HDP (Švédsko). V USA to bylo 11,8%, neboť je všeobecně známo, že americký systém zdravotní péče je nejdražší na světě. V roce 1989 to např. bylo o 179% více na osobu než ve Velké Británii, o 88% více než v Německu. Celková částka ve výši 2 534 USD na hlavu je symptomatická pro růst výdajů na zdravotnictví rychleji, než roste HDP.

Téměř všechny evropské a mimoevropské země zaznamenaly růst podílu osob v postproduktivním věku (tzn. 3-5x vyšší spotřeba zdravotní péče než je průměrná spotřeba) a zavádění nových postupů do medicíny ji prodražuje<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> Tetur V. : Právní úprava zdravotní péče v Česku

Podle vládní finanční statistiky činily výdaje zdravotních pojišťoven celkem 218 628 mil. Kč<sup>28</sup>. Podle téhož zdroje dosáhly výdaje veřejných rozpočtů celkem 21 055 mil. Kč. Soukromé výdaje podle odhadu ÚZIS ČR na základě vývoje výdajů domácností dle statistik rodinných účtů ČSÚ dosáhly celkem cca 46 928 mil. Kč. Celkové výdaje na zdravotnictví tedy činily v roce 2009 dle předběžných podkladů 286 611 mil. Kč a představovaly 7,9 % z hrubého domácího produktu ČR. Navýšení podílu výdajů na zdravotnictví na celkovém HDP vyplývá též z absolutního poklesu HDP mezi roky 2008–2009 (viz odhad HDP 3 628 080 mil. Kč, ČSÚ červen 2010)<sup>29</sup>.

Je třeba tedy zajistit, aby nedocházelo k dalšímu navyšování výdajů veřejného zdravotního pojištění oproti současnému stavu, aniž by došlo k nezbytným reformám ve zdravotnictví. V Důvodové zprávě k novele zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění bylo poukázáno na dvě hlavní skupiny cílů, a to zajištění a posílení úsporných opatření systému úhrad, včetně racionalizace čerpání prostředků veřejného zdravotního pojištění, a technických změn vedoucích k odstranění dílčích, převážně procesních, nedostatků stávající právní úpravy.

Dále je cílovým stavem optimalizace výdajů systému veřejného zdravotního pojištění odstranění vad, které se v tomto právním předpisu vyskytují, odstranění časového napětí při vydávání vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro příslušný rok<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> Ministerstvo financí ČR, 30. 6. 2010

<sup>29</sup> ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR)

<sup>30</sup> <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=325&CT1=0>

## 2.2. Regulace úhrad zdravotní péče

Za klíčové považuji definování, co je to vůbec standardní péče. Osobně vnímám jako standard takový způsob léčby, na který náš stát má prostředky s ohledem na veškerá hospodářská kritéria. Jasný příklad jsou stomatologové, kteří ze dne na den stanovili, co bude hrazeno ze zdravotního pojištění a na co si pacienti budou připlácet, tedy jasně definovali standardy a nadstandardy.

Česká stomatologická komora byla ustavena na základě zákona<sup>31</sup> sjezdem delegátů konaným dne 22. září 1991 v Praze jako nástupnická organizace Lékařské komory stomatologů.

Ve stomatologii byla správná úvaha o přímé úhradě poskytované péče, neboť již dnes za celou řadu zákroků či produktů svým zubním lékařům hradíme sami a tyto úhrady považujeme za zcela samozřejmé, takže debata o tom, kudy vést hranici mezi péčí hrazenou a nehrazenou, je legitimní.

V zubařském křesle nejde o život. Bolest zubů může být strastiplná, ale nezatemňuje rozum. Pacienta s infarktem se nelze ptát, jestli mu stačí „nahodit“ srdce defibrilátorem, nebo si připlatí za operaci nové chlopně.

V zubařském křesle ale umí každý posoudit, jestli má chtít zub zachránit, nebo vytrhnout. Žádný z běžných zubařských zákroků není vyloženě nedostupný. Pohybujeme se v řádu stovek, maximálně tisíců korun. Nejsou to malé výdaje, ale nepředstavují existenční problém.

Péče o zuby má nejen zdravotní, ale i kosmetický rozměr. Stomatolog nezbavuje jen bolesti, ale stará se i o to, abychom dobře vypadali. A když jsme ochotni platit za vytrhání obočí nebo ošetření nehtů, proč bychom si nemohli zaplatit za hezké zuby? Je třeba si otevřeně přiznat, že ve stomatologii již dnes funguje cosi jako trh. Je jich málo a bolavých zubů hodně. Existuje reálná nabídka i poptávka<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře

<sup>32</sup> Plomba za 400? Ano, a hned!, Miloš Čermák, E15, publikováno 12. 2. 2010

Medicína, ale i právo se neustále vyvíjí a jakákoli doporučení tuto skutečnost musejí reflektovat. Je načase, abychom si uvědomili, že bezplatná lékařská péče je iluzí a že zdraví je něco jako majetek, o který se nejen vyplatí, ale je třeba pečovat. A proto je třeba stavět i na ekonomickém základě. Je v pořádku, že za dražší zdravotní služby (ENV) si rozdíl budeme moci doplácat sami. Jak rozebírám podrobněji v kapitole týkající se úhrad a reformy zdravotnictví v novele zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění jsou jasně definovány ENV, jako např. volba lékaře specialisty či v případě závažných zákroků druhý názor, fixační materiál, implantace nitroočních čoček apod.<sup>33</sup>. Lékař má povinnost pacienta o ENV informovat, žádné ZZ ale nemá povinnost je nabízet a provádět. A to je další skutečnost, kterou nás hrazené zdravotní služby mohou naučit, totiž že zdraví je, stejně jako vše ostatní, otázkou našich priorit. Nelze se do nekonečna nechat utvrzovat v tom, že lékařská péče je bezplatná, a tudíž že to nejcennější, co máme, zdraví, nemá žádnou hodnotu. Je nejvyšší čas nazývat věci pravými jmény.

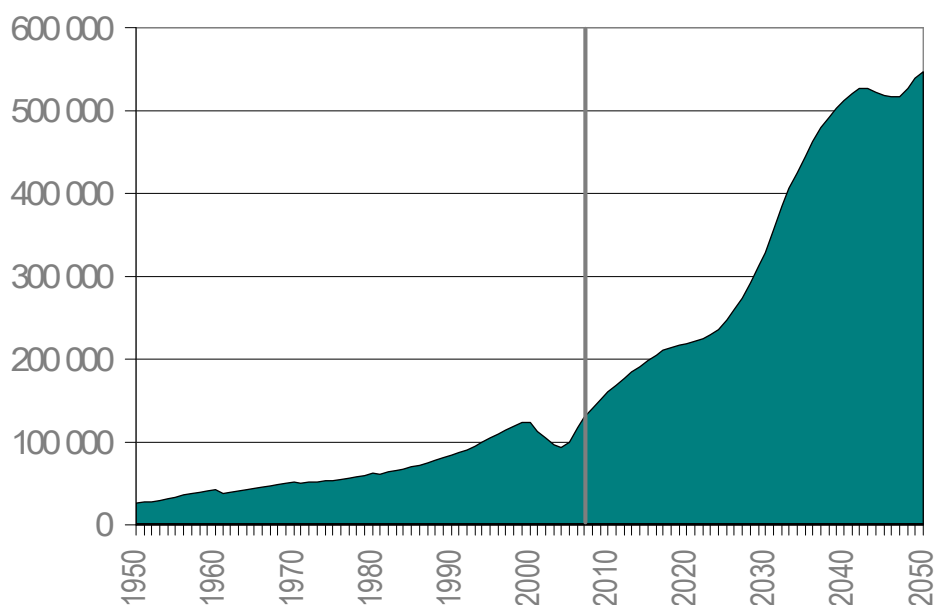
Zdravotnictví se skutečně potýká s reálnými problémy a čelí zásadním výzvám:

- Stárnutí populace
- Nárůst poptávky po zdravotní péči a změna struktury nemocí
- Vyšší očekávání lidí a změna jejich přístupu k vlastnímu zdraví
- Technologický pokrok
- Evropská integrace

---

<sup>33</sup> Ceník ekonomicky náročnějších variant výkonů specifikovaných ve vyhl. č. 411/2011 Sb., kterou se mění vyhl. č. 134/1998 Sb.

Celospolečenská diskuse a dohoda o změnách systému zdravotnictví je nezbytná. Již v roce 2015 bude chybět 30 miliard Kč. Stárnutí populace urychlí krizi financování. Díky ekonomickému výzkumu během posledních let se podařilo podrobně popsat způsob fungování zdravotního systému. Ekonomové se také snaží vysvětlit, jakými konkrétními změnami ve financování, odměňování, organizaci a regulaci ve zdravotním systému je možno zlepšit kvalitu a dostupnost zdravotní péče, zvýšit produktivitu a snížit náklady, a přispět tak ke zdraví, finanční jistotě a spokojenosti občanů. Díky ekonomům dnes existuje spousta studií s důkazy, proč některé zdravotní systémy fungují lépe a jiné hůře podle různých hledisek jako například kvalita, dostupnost a náklady péče a spokojenost pacientů. Je třeba informovat pacienty pravdivě a zodpovědně. Pacienti mají právo na informace o tom, co je bezplatné a na co se připlácí a jaké jsou případné čekací doby.



Graf: Populace 85 let a více <sup>34</sup>

<sup>34</sup> Zdroj: ČSÚ (2005)

### 2.3. Úhrada za poskytování zdravotní péče podle typu zdravotnického zařízení

Úhrada za poskytovanou zdravotní péči se řídí zákonem a úhradovou vyhláškou dle referenčního období, kterou vydává MZD<sup>35</sup>.

Genezi vývoje úhradové vyhlášky a složitost jednání o úhradách zdravotní péče popisuje poměrně podrobně MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK<sup>36</sup>.

Jednotlivé typy zdravotnických zařízení:

- ordinace soukromých lékařů – účtují provedené úkony pojišťovněm, u kterých jsou evidováni klienti (pojištěnci),
- polikliniky – jsou víceúčelová ZZ tvořící v příslušném regionu jeden hospodářský celek,
- nemocnice – jsou organizovány především v okresech či větších městech; v současnosti probíhá snižování počtu nemocnic za účelem zlepšení kvality těch ostatních, zejména úspory finančních zdrojů, léčebné ústavy.

Zdravotní pojišťovny hradí ZZ zdravotní péči poskytovanou ve vyjmenovaných odbornostech paušální úhradou nebo podle seznamu výkonů.

Paušálními platbami se rozumí platby za počet registrovaných pojištěnců neboli kapitační platby v ambulantní péči a agregovaná platba za lůžko/den nebo platba za diagnózu v ústavní péči.<sup>37</sup> Paušální úhrada se pro dané pololetí příslušného roku stanoví ve výši 100 % objemu úhrady za zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, ZZ vykázané a uznané v příslušném pololetí roku předchozího, tzv. referenčního období.

Po vyhodnocení celkového objemu poskytnuté zdravotní péče v příslušném pololetí daného roku zdravotní pojišťovna pak obvykle provede úpravu paušální úhrady podle skutečného počtu vykázaných bodů.

---

<sup>35</sup> [http://www.mzcr.cz/dokumenty/uhradova-vyhlaska-pro-rok-2012\\_5634\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/uhradova-vyhlaska-pro-rok-2012_5634_1.html)

<sup>36</sup> <http://www.clk.estranky.cz/clanky/dokumenty/historie-uhradove-vyhlasky.html>

<sup>37</sup> Tröster, Petr a kol.: Právo sociálního zabezpečení, 5. aktualizované a doplněné vydání C. H. Beck, 2010

Pro nasmlouvané výkony se stanoví hodnota bodu v příslušné výši a dle příslušné odbornosti, tzn. hodnota bodu je různá. Zdravotní výkony jsou hodnoceny podle celkové náročnosti, jak materiálové, tak podle stupně požadované kvalifikace zdravotnického personálu (ZP). Na základě těchto kritérií jsou oceněny výkony počtem bodů. Pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů je stanovena hodnota bodu v příslušné výši dle typu ZZ a poskytované péče. Hodnota bodu je stanovena čtvrtletně v tzv. dohodovacím řízení, které probíhá mezi zdravotními pojišťovnami a profesními sdruženími poskytovatelů zdravotní péče<sup>38</sup>.

Zdravotní péče nehrazená podle předchozího odstavce se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a ZZ v souladu se zákonem<sup>39</sup>.

Zdravotnickým zařízením může být kapitační platba navýšena:

a) Zdravotnickému zařízení, které získá akreditaci MZD

k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost, bude po předložení příslušné akreditace zdravotní pojišťovně navýšena základní sazba o 2 Kč.

b) Ve zdravotnickém zařízení, ve kterém probíhá na základě získané akreditace MZD praktické vzdělávání lékaře v oboru praktický lékař (PL) nebo praktický lékař pro děti a dorost (PLDD), bude navýšena základní sazba o 2 Kč.

c) Stejně tak může být navýšena základní sazba ve výši příplatku až 2 Kč na jednoho registrovaného pojištěnce, praktickým lékařům formou měsíčně vyplácené kapitační platby tam, kde je nutné zohlednit činnost zdravotnického zařízení v regionu s obtížnou dostupností.

### **2.3.1. Spolupráce soukromého a veřejného sektoru**

Koncepce spolupráce soukromého a veřejného sektoru vychází

---

<sup>38</sup> Peková, J., Pilný, J., Jetmar, M. Veřejná správa a finance veřejného sektoru. Praha: ASPI, 2005. s. 319.

<sup>39</sup> Zákon č.526/1990 Sb. o cenách a Cenovým rozhodnutím MZ ČR ze dne 20. prosince 2007.



z přesvědčení, že soukromé společnosti mnohdy mohou být oproti veřejným efektivnější a mohou být také lépe spravovány. Oblast zdravotnictví v tomto ohledu nepředstavuje žádnou výjimku. Koncepce spojuje veřejný sektor a soukromé poskytovatele zdravotní péče. Zkušenosti s firemním řízením, přehled o finančních záležitostech a bystrost jednání vypěstovaná tržními silami zaručují daňovým poplatníkům výhodnější poměr hodnoty a ceny a pacientům pak kvalitnější péči. Stát zajišťuje spíše služby než hmotný majetek, přičemž veřejnosti se dostává špičkové zdravotní péče a jmění společnosti je dobře spravováno soukromým sektorem.

Některé mezinárodní společnosti jsou důkazem, že koncepce spolupráce soukromého a veřejného sektoru ve zdravotnictví se v Evropě rozvíjí již téměř dvacet let. Uspokojuje velkou poptávku po ZZ se silným kapitálem a s minimálními nároky na financování ze státního rozpočtu. Díky této spolupráci se neustále vyvíjí unikátní a vysoce efektivní koncepce spolupráce mezi soukromým a veřejným sektorem, která byla přijata v mnoha evropských zemích, a vznikla tak síť např. nejmodernějších diagnostických a dialyzačních center. Tato ZZ jsou plně integrována do systému veřejné zdravotní péče.

Z tohoto partnerství plynou pro každou ze zúčastněných stran zásadní výhody.

Výhody pro pacienty:

- Všichni občané, bez ohledu na finanční příjmy, mají přístup k té nejmodernější a nejluxusnější zdravotní péči, které jim starší státní nemocnice často nemohou nabídnout, nebo jen omezeně.
- ZZ jsou vybavena nejmodernějšími přístroji a některá jsou v provozu 24 hodin denně. Ve všech centrech si lze objednat vyšetření a přijímají se v nich také naléhavé případy.

Výhody pro stát:

- Takovéto typické centrum je vybaveno nejpokročilejšími technologiemi, prochází neustálým zdokonalováním a modernizací a pracují v něm školení specialisté, kteří pacientům poskytují nejlepší možnou péči.
- Soukromý nadnárodní vlastník pokrývá všechny investice potřebné pro vybavení a provoz center a snižuje tak zátěž na veřejné rozpočty.
- Vysoce kvalitní služby jsou poskytovány za cenu, která je běžná u místních poskytovatelů.
- Ve všech zemích, kde působí, klade důraz na zaměstnávání místních vysocí kvalifikovaných pracovníků, a podporuje tak odbornou přípravu pro špičkovou péči. V sektoru veřejného zdravotnictví se navíc mohou zavést metody uplatňované v managementu sektoru privátního.

### **2.3.2. Soukromá zdravotní péče**

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění zavádí s účinností od 1. prosince 2011 tzv. ekonomicky náročnější varianty péče. Jde zjednodušeně řečeno o zákonnou možnost připlatit si na nákladnější zdravotní péči. Ekonomicky náročnější varianta péče se ze zdravotního pojištění hradí jen do výše úhrady stanovené pro odpovídající základní variantu s tím, že zbytek doplatí pacient. Přesně na stejném principu funguje systém veřejného zdravotního pojištění. Po přerozdělení odvodů, které platíme na pojistné jako procento z platu, dostane každá pojišťovna na každého svého pojištěnce částku odpovídající jeho věku a zdravotnímu stavu, bez ohledu na to, kolik takový konkrétní pojištěnce zaplatil na odvodech.

Důležitým, ale málo publikovaným principem fungujícím v našem zdravotnictví, je systém přerozdělování vybraných prostředků. Tento princip se podařilo plně prosadit zákonem 117/2006 Sb. až v roce 2007.

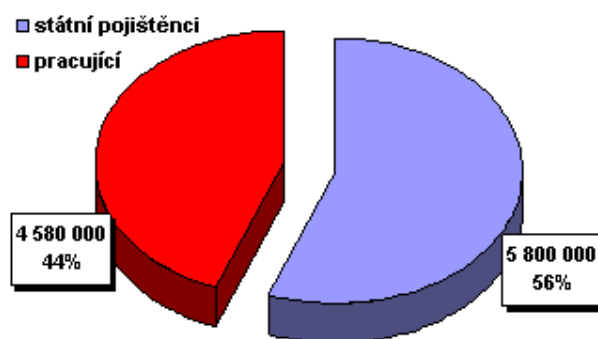
Placení zdravotní daně vychází z principu solidarity:

- pracujících s nepracujícími
- bohatých s chudými
- zdravých s nemocnými.

Tyto principy solidarity jsou realizovány takto:

- za nepracující platí stát, pracující si platí sami
- bohatší platí více než chudší
- nemocní čerpají více než zdraví.

Za větší část pojištěnců (58% = děti, důchodci, vězni, ženy na mateřské) platí zdravotní daň stát (pro jednoduchost je nazývám „*státními pojištěnci*“) ze státního rozpočtu. Ti co pracují, si zdravotní daň platí sami či prostřednictvím zaměstnavatelů (opět pro jednoduchost je nazývejme „*pracujícími*“).



Graf: Počet pojištěnců <sup>40</sup>

Stát za své pojištěnce platí daleko méně, než odpovídá jejich počtu

---

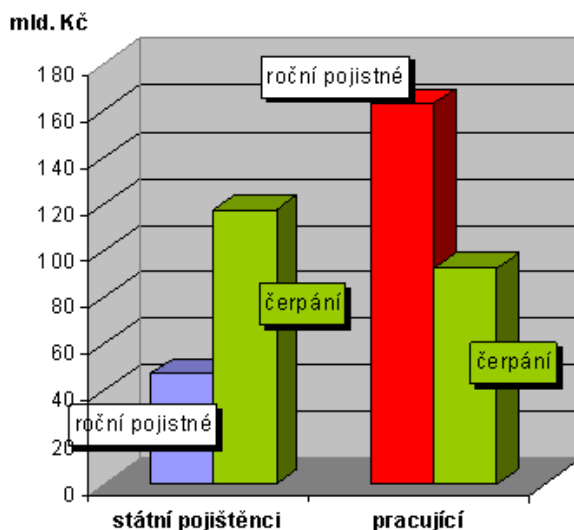
<sup>40</sup> <http://blisty.cz/art/41127.html>

a charakteru (důchodci a děti čerpají více nákladů než pracující). Za 58 % obyvatel platí jen 22 % celkových nákladů.



Graf: Rozložení plateb pojistného <sup>41</sup>

Důsledkem je fakt, že pracující doplácí na státní pojištěnce. Pracující přispívá v průměru asi 4.3 krát více než státní pojištěnec. To je princip solidarity pracujících s nepracujícími. Státní pojištěnci čerpají průměrně mnohem více a pracující mnohem méně, než kolik přispívají. Jinými slovy, zdravotní pojišťovny musí kompenzovat negativní saldo vzniklé nedostačujícími platbami ze státního rozpočtu.



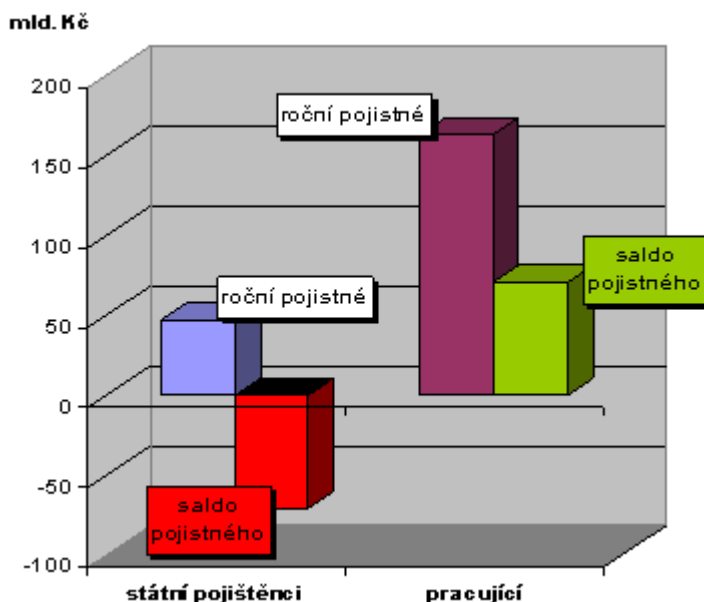
Graf: Roční pojistné a jeho čerpání <sup>42</sup>

<sup>41</sup> <http://blisty.cz/art/41127.html>

<sup>42</sup> <http://blisty.cz/art/41127.html>

*V grafech je čerpání vyjádřeno jako průměrné náklady na jednoho pojištěnce. Údaje, jaká část nákladů připadá na státní pojištěnce MZD, pojišťovny ani Statistický úřad nezveřejňují.*

Rozdílné portfolio klientů jednotlivých zdravotních pojišťoven (tj. zvýhodnění pojišťoven s vysokým podílem bohatých a nízkým podílem státních pojištěnců) je kompenzováno principem přerozdělování. Přerozdělení je dáno zákonem a zohledňuje princip solidarity bohatých s chudými a zdravých s nemocnými. Míra přerozdělování se vyvíjela v průběhu let 1993 až 2007 od 50% do 100% vybraných prostředků. Od roku 2007 jsou výhody prakticky eliminovány a podmínky pro všechny pojišťovny jsou rovné (přerozděluje se na základě 36 věkových skupin pro muže a ženy a zohlednění „extrémně nákladné“ péče, tj. péče o vážně nemocné).



Graf: Roční saldo pojistného <sup>43</sup>

<sup>43</sup> <http://blisty.cz/art/41127.html>

Poskytování péče se děje na základě smluvních vztahů zdravotních pojišťoven se ZZ. V praxi má drtivá většina ZZ smlouvy se všemi pojišťovnami.

Veřejný zájem je pojem, který zatím v českém zákonodárství není definován. Je ale popsán v právních předpisech EU. Sama Evropská komise říká o službách ve veřejném zájmu, mezi které patří i zdravotnictví, že vyžadují zvláštní pozornost a regulační opatření, mohou ale být poskytována veřejnými i soukromými subjekty, v neziskovém i ziskovém režimu. Reformní návrh je tedy v plném souladu s pravidly EU, jestliže soukromá zdravotní péče je poskytována na základě přímých plateb<sup>44</sup>.

#### **2.4. Právní problematika veřejného zdravotního pojištění**

Problematiku veřejného zdravotního pojištění upravuje především jeden z prvních reformních zákonů zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, který nabyl účinnosti ke dni 1. 12. 2011. Přijetí tohoto stěžejního zákona bylo reakcí zejména na nález Ústavního soudu České republiky ze dne 10. 7. 1996 206/1996 Sb., N 64/5 SbNU 487<sup>45</sup>. Ústavní soud ve svém nálezu konstatoval, že právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného pojištění, jak je občanům České republiky zajištěna v čl. 31 Listiny, lze stanovit výlučně zákonem a nikoliv dalšími podzákonnými právními předpisy<sup>46</sup>.

Pokud tedy tyto podmínky mohou být upraveny pouze zákonem, je nezbytné, aby i rozsah a způsob jejich poskytování byl vymezen právním předpisem stejné právní síly. Jiná než zákonná úprava by podle nálezu Ústavního soudu byla porušením Listiny základních práv a svobod, a tedy i ústavnosti. Nelze připustit, aby vymezení rozsahu výše poskytované zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu bylo ponecháno na úpravě jiným než

---

<sup>44</sup> [http://www.mzcr.cz/obsah/myty-a-povery-c-5\\_1368\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/myty-a-povery-c-5_1368_1.html)

<sup>45</sup> <http://nalus.usoud.cz/Search/ResultDetail.aspx?id=53243&pos=2&cnt=2&typ=result>

<sup>46</sup> Ústavní nález 206 ÚS ČR ze dne 10. 7. 1996 návrh na zrušení §11 odst. 4 zák. č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu. Příloha č. 3

zákonným právním předpisům. Tím by se sféra ochrany základních práv a svobod dostala do pravomoci moci výkonné, která k takovým pravomocím není oprávněna. Zákonodárce si byl patrně vědom, že takto narychlo vypracovaný zákon má četné slabiny a není legislativně kvalitní. Proto stanovil, že tento zákon bude pouze provizoriem a má pozbýt účinnosti dnem 30. 6. 1998.

V mezidobí měla být přijata nová komplexní a kvalitní právní úprava veřejného zdravotního pojištění. K tomu však z různých politických a společenských důvodů nedošlo, účinnost zákona byla opakovaně prodlužována a posléze ustanovení o přechodnosti tohoto zákona bylo vypuštěno.

Podle zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění jsou zdravotně pojištěny osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky, a dále osoby, které na území České republiky sice nemají trvalý pobyt, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má své sídlo na území České republiky (dále jen "pojištěnci").

Zdravotní pojištění vzniká dnem:

- a) narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,
- b) kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem,
- c) získání trvalého pobytu na území České republiky.

Zdravotní pojištění zaniká dnem:

- a) úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého,
- b) kdy osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem,
- c) ukončení trvalého pobytu na území České republiky.

## 2.5. Pojistné na zdravotní pojištění

Jako plátcí pojistného na zdravotní pojištění jsou zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění určeny tři skupiny plátců pojistného zdravotního pojištění:

- **stát** platí pojistné za definované skupiny osob,
- **zaměstnavatel** odvádí pojistné za zaměstnance,
- **pojištěnec** v níže uvedených případech.

Pojištěnec je plátcem pojistného pokud:

- a)** je zaměstnancem vykonávajícím činnost, ze které mu plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků podle § 6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění (viz kap. 2.4.),
- b)** je osobou samostatně výdělečně činnou (viz kap. 2.5.),
- c)** je osobou bez zdanitelných příjmů (viz kap. 2.6.).

Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období<sup>47</sup>. Výši pojistného je jeho plátce povinen si sám vypočítat. Pojistné se zaokrouhluje na celé koruny směrem nahoru.

Vyměřovacím základem zaměstnance je úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmů<sup>48</sup> a nejsou od této daně osvobozeny, a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním. Zúčtovaným příjmem se pro účely věty první rozumí plnění, které bylo v peněžní nebo nepeněžní formě nebo formou výhody poskytnuto zaměstnavatelem zaměstnanci nebo předáno v jeho prospěch, popřípadě připsáno k jeho dobru anebo spočívá

---

<sup>47</sup> Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění

<sup>48</sup> Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů



v jiné formě plnění prováděné zaměstnavatelem za zaměstnance. Minimální vyměřovací základ je minimální mzda.

## **2.6. Práva a povinnosti plátců pojistného na zdravotní pojištění**

Plátce pojistného zdravotního pojištění jsou <sup>49</sup>:

- zaměstnanec, osoba samostatně výdělečně činná, osoba bez zdanitelných příjmů,
- zaměstnavatel,
- stát (hradí pojistné za nezaopatřené děti, poživatelé důchodů, ženy na MD a RD, příjemci rodičovského příspěvku, uchazeči o zaměstnání apod.),
- pokud má pojištěnec příjmy jako OSVČ i jako zaměstnanec, platí pojistné z obou těchto činností,

Vznik a zánik placení pojistného:

### **a) pro pojištěnce**

dnem nástupu do zaměstnání

dnem zahájení samostatné výdělečné činnosti

dnem, kdy se stal pojištěncem – osobou bez zdanitelných příjmů

### **b) pro zaměstnavatele**

vzniká dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání (den, ve kterém nastoupil do práce, k výkonu služby)

zaniká dnem skončení zaměstnání (den skončení pracovního poměru)

### **c) pro stát**

---

<sup>49</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, § 4 a 5

vzniká dnem, kdy se stát stává podle zákona plátcem pojistného, zaniká dnem, kdy přestává být plátcem pojistného.

### **2.6.1. Práva pojištěnce**

Každý občan ČR má právo na zdravotní péči plně hrazenou ze zdravotního pojištění, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem<sup>50</sup>. Tato péče zahrnuje především léčebnou a diagnostickou zdravotní péči, pohotovostní a záchrannou zdravotnickou službu, poskytování léčebných a zdravotnických prostředků, rehabilitační a lázeňskou péči a dopravní zdravotní službu ve stanovených indikacích.

Ze zdravotního pojištění se naopak nehradí např. kosmetické operace, prohlídky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost pacienta či jiných osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav, výkony akupunktury a alternativní medicíny, homeopatická léčba atd.

Neméně významné je právo pojištěnce na poskytnutí zdravotní péče bez přímé úhrady. Neodkladnou a urgentní péči na území ČR nemusí účastník zdravotního pojištění nikdy hradit sám přímou platbou, protože tato péče je vždy hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Týká se to i lékařů a ZZ bez smluvního vztahu s pojišťovnou, jejímž je pacient pojištěncem. Žádný lékař nemůže odmítnout ošetřit pacienta při náhle vzniklé potřebě zdravotní péče, tzn. zejména v případě úrazu nebo akutní změny zdravotního stavu.

Mezi základní práva pojištěnce patří právo na výběr zdravotní pojišťovny. Změnit zdravotní pojišťovnu lze pouze jednou za 12 měsíců, a to vždy jen 1. lednu následujícího kalendářního roku; přihlášku je pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinen podat vybrané zdravotní pojišťovně nejpozději 6 měsíců před

---

<sup>50</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, § 11 odst. d

požadovaným dnem změny. Přihlášku ke změně zdravotní pojišťovny k 1. lednu kalendářního roku lze podat pouze jednu; k případným dalším přihláškám se již nepřihlíží, a to ani tehdy, jsou-li podány ve stanovené lhůtě<sup>51</sup>.

Protože právo výběru zdravotní pojišťovny je právem pojištěnce, pojišťovna nemůže pojištěnce odmítnout, ani pojistný vztah s ním sama ukončit. Volbu zdravotní pojišťovny nemůže za své zaměstnance provádět ani zaměstnavatel. Jeho povinností je pouze svého zaměstnance přihlásit u pojišťovny, kterou si zaměstnanec sám zvolí.

Právo volby pojišťovny nemají novorozenci, kteří se automaticky stávají pojištěnci zdravotní pojišťovny, u níž je pojištěna jejich matka v den porodu (zásada mater semper in iure certa est). Změnu zdravotní dítěte může jeho zákonný zástupce provést až po přidělení rodného čísla dítěti, a to ke dni stanovenému v ustanovení §11 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění.

Vybírat si zdravotní pojišťovnu nemohou ani vojáci v činné službě a žáci vojenských škol, protože jsou ze zákona pojištěni u Vojenské zdravotní pojišťovny. Zákon zakazuje zdravotním pojišťovnám provádět z jakýchkoli důvodů selekci pojištěnců. Každá zdravotní pojišťovna je povinna přijmout všechny pojištěnce, kteří splňují zákonem stanovené podmínky pro změnu zdravotní pojišťovny. Žádá-li pojištěnec nebo zákonný zástupce pojištěnce zdravotní pojišťovnu o přijetí, je zdravotní pojišťovna jeho žádosti vyhovět bez průtahů. Zdravotní pojišťovna není oprávněna stanovit pojištěnci dobu, po kterou u ní bude pojištěn, nebo vztah pojištěnce ke zdravotní pojišťovně sama ukončit. Není ovšem oprávněna přijmout pojištěnce v jiných lhůtách než v těch, které stanoví zákon.

Dalším významným právem pojištěnce je právo zvolit si lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a ZZ s výjimkou závodní zdravotní

---

<sup>51</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, § 11 odst. a

služby,<sup>52</sup> kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně, toto právo může uplatnit jednou za tři měsíce. Neznamená to však, že každý lékař či ZZ musí přijmout každého pojištěnce, který si je vybere. V případě ambulantní péče, zvolený lékař může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře, tak že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pojištěnce, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého bydliště nebo přechodného pobytu pojištěnce pro výkon návštěvní služby, zejména u praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost.

Míru únosného pracovního zatížení a závažnost příčiny pro nepřijetí pojištěnce do své péče posuzuje zvolený lékař. Jsou-li však stanovena určitá spádová území, nemůže lékař odmítnout pojištěnce ze spádového území. Nelze samozřejmě nikdy odmítnout poskytnutí neodkladné péče pojištěnci. Každé odmítnutí převzetí pojištěnce do péče musí lékař pojištěnci písemně potvrdit. Pokud by pojištěnec s volbou neuspěl a nepodařilo se mu zvolit si lékaře příslušné odbornosti nebo ZZ, je povinností příslušné zdravotní pojišťovny zajistit mu poskytování zdravotní péče, tedy i určit, který lékař mu potřebnou zdravotní péči poskytne a do své péče ho přijme.

Volba lékaře a ZZ je omezena pouze u vojáků v činné službě a žáků vojenských škol, osob vykonávajících civilní službu a osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody. Svého ošetřujícího lékaře si nemůže vybrat ani pacient při hospitalizaci, protože jej určuje primář oddělení, kde je pacient hospitalizován. Specifickým případem pak je posuzování způsobilosti pojištěnce k výkonu určitých činností v rámci závodní preventivní péče. Např. vstupní, pravidelnou nebo mimořádnou prohlídku zaměstnanců zpravidla provádí lékař či ZZ, které jsou smluvními partnery zaměstnavatele.

---

<sup>52</sup> Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 145/1988 Sb., o Úmluvě o závodních službách (č. 161).; Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění

Závodní zdravotní služba poskytuje však pojištěnci pracovně-lékařskou péči; nejde o bývalé tzv. závodní lékaře, kteří byli v postavení, které v současné době mají registrující praktičtí lékaři. Pojištěnec má tedy právo volit si svobodně jak registrujícího praktického lékaře, tak ambulantního specialistu, jakož i ambulantní i ústavní ZZ.

Svobodná volba se týká i nelékařských zdravotnických povolání, například klinického psychologa, klinického logopeda, fyzioterapeuta, rehabilitačního pracovníka pracujícího samostatně, apod. Má-li být poskytnutá zdravotní péče hrazena ze zdravotního pojištění, musí být zvolený lékař či jiný pracovník ve zdravotnictví nebo ZZ ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou pojištěnce. Pojištěnec si samozřejmě může zvolit i lékaře či ZZ, kteří nejsou ve smluvním vztahu s jeho zdravotní pojišťovnou. V takovém případě však za současné právní úpravy nebude poskytnutá zdravotní péče hrazena ze zdravotního pojištění, a to ani předepsané léčivé přípravky a indikované výkony, například rentgeny, laboratorní vyšetření, apod. Tím je právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře a ZZ značně limitováno.

Tato právní úprava je předmětem diskusí a uvažuje se o přijetí jiného modelu, který by byl podobný například rakouské právní úpravě. Podle ní má pojištěnec právo zvolit si i nesmluvního lékaře nebo nesmluvní ZZ zdravotní pojišťovny, a zdravotní pojišťovna nesmluvnímu lékaři či nesmluvnímu ZZ uhradí pouze část hodnoty zdravotního výkonu (v Rakousku 80%), uhradí však rovněž léčivé přípravky a indikované výkony, např. laboratorní vyšetření či rentgeny. Pojištěnec se tak v Rakousku může svobodně rozhodnout, zda výkon, který je jinak plně hrazený ze zdravotního pojištění, bude částečně hradit ze svých finančních prostředků za cenu širší svobodné volby lékaře a ZZ<sup>53</sup>.

Zákon zakazuje lékaři či jinému odbornému pracovníkovi ve zdravotnictví i ZZ přijmout od pojištěnce úhradu za zdravotní péči, hrazenou ze zdravotního

---

<sup>53</sup> Mach J., *Medicína a právo*, 1. Vydání. Praha: C. H. Beck, 2006

pojištění nebo v souvislosti s poskytnutím této péče. Při porušení této povinnosti je příslušný orgán státní správy oprávněn odejmout oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložit pokutu. Ze stejných důvodů je příslušná zdravotní pojišťovna oprávněna vypovědět smlouvu

o poskytování a úhradě zdravotní péče. Jde o jedno z nejproblematictějších ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Zákaz byl do zákona včleněn novelizací provedenou zákonem č. 2/1998 Sb., se záměrem zamezit vyžadování dvojí platby (od zdravotní pojišťovny i od pojištěnce) za tutéž péči. Zvolená formulace však přináší výkladové potíže, zejména pokud jde o slova „ani v souvislosti s poskytnutím této péče“.

Na tuto část ustanovení zákona podala skupina poslanců ústavní stížnosti. Nálezem Ústavního soudu (ÚS) <sup>54</sup>, byla sice ústavní stížnost zamítnuta, ale současně byl podán ústavně konformní výklad tohoto ustanovení. Bylo zdůrazněno, že zákaz přijímání přímé úhrady se týká především samotného výkonu bezplatné zdravotní péče. Podle názoru Ústavního soudu a podle jeho ústavně konformního výkladu však ze zákona vyplývá, že nic nebrání ani tomu, aby za zdravotní péči poskytnutou nad rámec podmínek pro bezplatnou péči přímá úhrada od pojištěnců vybírána byla.

Dle názoru ÚS napadené ustanovení nemění smysl a obsah zákona, ale zdůrazňuje pouze ochranu sféry bezplatné zdravotní péče před pokusy narušovat její integritu a zužovat její rozsah. V praxi je tedy v současné době již považováno za zcela nepochybné, zvláště po citovaném nálezu Ústavního soudu, že ZZ je oprávněno jak přijmout od pojištěnce sponzorský dar, tak se s pojištěncem dohodnout na poskytování určitých, předem dohodnutých služeb či nadstandardní péče, která není hrazena ze zdravotního pojištění, za předem dohodnutou přímou úhradou. Tyto služby však nesmí být pojištěnci vnucovány a jejich akceptování nesmí být podmínkou pro přijetí pojištěnce do péče.

---

<sup>54</sup> Pl. ÚS 14/02, 207/2003 Sb., N 82/30 SbNU 26 Přímá úhrada za zdravotní péči Příloha č. 4

Pojištěnci je rovněž dáno právo kontrolovat poskytnutou zdravotní péči, je oprávněn požadovat, aby mu zdravotní pojišťovna jednou ročně v souladu s ustanovením § 43, odst. 2, zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, poskytla písemně bezplatně a bez zbytečného odkladu formou výpisu z osobního účtu údaje o zdravotní péči za tohoto pojištěnce v období posledních 12 měsíců, včetně zaplacených regulačních poplatků podle § 16a<sup>55</sup> a doplatků za částečně hrazené přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely za toto období, popřípadě tyto údaje za počet měsíců, po které byl pojištěnec v průběhu posledních 12 měsíců u této zdravotní pojišťovny pojištěn. Zdravotní pojišťovna je povinna na vyžádání pojištěnce zajistit dálkový přístup k jeho osobnímu účtu. Dá-li k tomu pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce písemný souhlas, může být tento osobní účet zpřístupněn i ošetřujícímu lékaři pojištěnce<sup>56</sup>.

Má-li pojištěnec za to, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče, zákon ho opravňuje, aby podal návrh na přezkoumání vedoucímu ZZ nebo jeho provozovateli nebo jeho zřizovateli, případně se obrátil na ČLK, Českou stomatologickou komoru nebo Českou lékárnickou komoru, týkají-li se nedostatky odborného nebo estetického postupu lékaře nebo lékárníka, nebo na jinou profesní organizaci, týkají-li se uvedené nedostatky jiného zdravotnického pracovníka. Dále má pojištěnec možnost obrátit se na zdravotní pojišťovnu, jejímž je pojištěncem, zejména, odmítne-li zdravotnický pracovník provést zdravotní výkon spadající do hrazené péče. Pojištěnec má rovněž právo obracet se na příslušný orgán státní správy, který provedl registraci nestátního zdravotnického zařízení (NZZ) a který je oprávněn ZZ uložit pokutu či zrušit registraci.

---

<sup>55</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění

<sup>56</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, § 43 odst. 2

## 2.6.2. Povinnosti pojištěnce

Kromě práv mají pojištěnci též povinnosti plnit oznamovací povinnost, tedy sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny jsou pojištěni, nebo že se v době trvání zaměstnání stali pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny. Tuto povinnost jsou povinni splnit do osmi dnů ode dne změny zdravotní pojišťovny. Zaměstnavatel má právo požadovat na zaměstnanci nebo bývalém zaměstnanci úhradu penále, které zaměstnavatel zaplatil v souvislosti s tím, že pojištěnec neoznámil nebo opožděně oznámil změnu zdravotní pojišťovny<sup>57</sup>.

Pojištěnec je povinen poskytnout součinnosti při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu a dodržovat lékařem stanovený léčebný režim; podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám, pokud tak stanoví zákon nebo obecně závazné právní předpisy; dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí; prokazovat se při poskytování zdravotní péče, s výjimkou poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické. Rovněž je povinen se prokazovat se platným průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem vydaným příslušnou zdravotní pojišťovnou. Případnou ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce je pojištěnec povinen oznámit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně a do osmi dnů vrátit příslušné zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce při zániku zdravotního pojištění, změně zdravotní pojišťovny nebo dlouhodobém pobytu v zahraničí.

Příslušné zdravotní pojišťovně oznamuje změnu jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla do třiceti dnů ode dne, kdy k takové změně došlo. Při změně zdravotní pojišťovny předkládá nové zdravotní pojišťovně doklad o výši záloh na pojistné, vypočtených z vyměřovacího základu, jde-li OSVČ.

---

<sup>57</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, zejm. § 12



Pojištěnec je povinen hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, pokud podle zákona nehradí pojistné za pojištěnce někdo jiný, například stát. Dále pak ZZ regulační poplatky dle § 16a a ZZ popřípadě jinému subjektu, který pojištěnci poskytl zdravotní péči, rozdíl mezi cenou poskytnuté zdravotní péče a výší úhrady zdravotního pojištění podle §13<sup>58</sup>.

Pokud by se pojištěnec při poskytování zdravotní péče prokazoval průkazem zdravotní pojišťovny, u které není pojištěn, může být za toto jednání postížen pokutou do výše 5.000 Kč. V souvislosti s povinností předkládat před provedením zdravotních výkonů průkaz zdravotní pojišťovny je třeba důrazně upozornit, že v situacích vyžadujících poskytnutí neodkladné péče k záchraně života nebo zdraví, není možno vázat poskytnutí zdravotní péče na předložení průkazu pojištěnce<sup>59</sup>. Je-li pojištěnec plátcem pojistného, je povinen plnit i další povinnosti. Především musí hradit pojistné a není-li zaplaceno včas nebo je-li zaplaceno v nesprávné výši, je povinen uhradit penále.

OSVČ jsou povinny předložit všem pojišťovnám, u nichž byly v daném roce pojištěny Přehled o příjmech a výdajích a úhrnu zaplacených záloh na pojistné. Lhůta pro jeho předložení je nejpozději do osmi dnů po podání daňového přiznání k dani z příjmů finančnímu úřadu. Využije-li plátce pojistného služeb daňového poradce, musí nejpozději do 31. 3. předložit pojišťovně jeho zmocnění. OSVČ, které daňové přiznání nepodají ve stanovené lhůtě, musí pojišťovně Přehled předložit nejpozději do osmi dnů po uplynutí této lhůty. Při nepředložení Přehledu je stanovena pokuta až do výše 50 000 Kč.

Obdobně jako OSVČ musí postupovat ve vztahu ke zdravotnímu pojištění také osoby, které vykonávají výdělečnou činnost nepravdělně (např. autoři, kteří obdrží honoráře za články). Tyto osoby musí zahájení výdělečné činnosti oznámit své zdravotní pojišťovně, odevzdat Přehled a uhradit pojistné. Vše řádně a včas, jinak se vystavují nebezpečí pokut a penalizací.

---

<sup>58</sup> Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění.

<sup>59</sup> Mach, J. aj. Zdravotnictví a právo: komentované předpisy. Praha: Lexis Nexis CZ, 2005, s. 197

Povinnosti vůči zdravotní pojišťovně mohou vyplynout i studentům. Pokračují-li ve studiu po dosažení 26 let věku a neplatí-li za ně pojistné zaměstnavatel, ani si nehradí pojistné sami z výdělečné činnosti jako OSVČ, jsou povinni tuto skutečnost oznámit zdravotní pojišťovně, u níž jsou pojištěni, a sami si hradit pojistné jako OBZP. Za nesplnění ohlašovací povinnosti hrozí opět penále.

Každý pojištěnec je povinen se prokazovat průkazem pojištěnce při poskytování zdravotní péče, s výjimkou poskytování léčiv a zdravotnických prostředků. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (VZP) začala jako jedna z prvních zdravotních pojišťoven EU vydávat Evropské průkazy zdravotního pojištění (European Health Insurance Card – EHIC) již v druhé polovině roku 2004. EHIC je prvním společným průkazem občanů EU. Tento doklad pojištěncům zjednodušil čerpání zdravotní péče v zahraničí v závislosti na legislativě daného státu<sup>60</sup>.

Průkaz EHIC je vydáván v jazyce příslušného státu. Všechny země EU<sup>61</sup> používají na lícové straně průkazu EHIC stejný vzhled a uvádějí stejné údaje, například v poli č. 3 je vždy příjmení pojištěnce a v poli č. 7 kód zdravotní pojišťovny. Vzhled a obsah rubové strany byl v pravomoci vydávající instituce. V kompetenci jednotlivých států bylo také rozhodnutí, zda EHIC je vydáván jako samostatný průkaz, nebo bude mít platnost i národního průkazu.

Standardní platnost nového průkazu pojištěnce VZP (EHICu) je pět let, za určitých okolností ale mohou mít platnost omezenou na kratší dobu. Po ukončení jejich platnosti vydává, za splnění všech podmínek, VZP průkazy nové. Evropský průkaz zdravotního pojištění s platností národního průkazu pojištěnce VZP je podle evropských nařízení vydáván i některým cizincům – občanům jiných států EU/EHP/Švýcarska a za určitých podmínek i některým občanům třetích zemí. V

---

<sup>60</sup>[http://www.britanie.co.uk/mkportal/modules/wiki/index.php/European\\_Health\\_Insurance\\_Card\\_%28EHIC%29](http://www.britanie.co.uk/mkportal/modules/wiki/index.php/European_Health_Insurance_Card_%28EHIC%29) Příloha č. 5

<sup>61</sup> <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=653&langId=cs>

některých případech daných předpisy EU se jejich průkaz pojištěnce VZP liší textem na rubové straně, kde je upozornění: „Průkaz opravňuje v ČR pouze k čerpání nutné zdravotní péče“. ZZ by proto měla věnovat pozornost i rubové straně průkazu a samozřejmě i době platnosti průkazu vyznačené na lícové straně. Tito pojištěnci mají nárok na zdravotní péči, jejíž poskytnutí se stane během pobytu v ČR nutným s přihlédnutím k povaze nemoci a předpokládané době pobytu v ČR, tj. musí jim být poskytnuta taková péče, aby nemuseli krátit pobyt a nebyli ohroženi na životě či zdraví.

### 2.6.3. Hrazení a odvod pojistného

Pojistné za zaměstnance hradí:

- |                      |        |
|----------------------|--------|
| a) 1/3 zaměstnanec   | 4,5 %  |
| b) 2/3 zaměstnavatel | 9,0 %. |

Pojistné za zaměstnance odvádí zaměstnavatel v plném rozsahu, tj. i tu část, kterou hradí zaměstnanec, a to i bez jeho souhlasu.

Pojistné za OSVČ si hradí OSVČ formou záloh na pojistné a doplatku pojistného. Pojistné osob bez zdanitelných příjmů si hradí a odvádí tyto osoby samy za celý kalendářní měsíc a na účet zdravotní pojišťovny, kterou si vybraly. Osoby bez zdanitelných příjmů jsou pojištěnci bez jakékoliv zdanitelné výdělečné činnosti nebo činnosti, která nezakládá povinnost odvodu zdravotního pojistného. Dle zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění se za osobu bez zdanitelných příjmů (OBZP) považuje pojištěnec s trvalým pobytem v ČR, za kterého není po celý kalendářní měsíc plátcem pojistného zaměstnavatel, stát a ani pojištěnec sám není plátcem jako OSVČ. Důležitá je přitom podmínka celého měsíce. Jestliže by byl pojištěnec alespoň jeden den v měsíci zaměstnán, nebo byl veden jako OSVČ, případně jako osoba za kterou platí pojistné stát, nemůže být v tomto měsíci osobou bez zdanitelných příjmů. OBZP hradí pojistné ve výši

13,5 % z minimální mzdy, které je splatné nejpozději do 8. dne následujícího měsíce.

Pojistné za osoby, za které jsou plátcem pojistného, stát hradí MF ČR na zvláštní účet zřízený podle zákona vedený u VZP do 20. dne předcházejícího kalendářního měsíce.

Pojistné vybrané jednotlivými zdravotními pojišťovnami podléhá tzv. přerozdělování, jehož účelem je do jisté míry vyrovnat rozdíly, které jsou mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami, jak na straně solventnosti plátců, tak na straně výše nákladů na úhradu zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění. Přerozdělování pojistného má za úkol udržet určitou míru solidarity pojištěnců s vysokými příjmy s pojištěnci s nižšími příjmy a pojištěnců zdravých s pojištěnci nemocnými.

Principy nového způsobu přerozdělování, které nastoupilo postupně od 1. ledna 2005:

100% výběru pojistného podléhá přerozdělování – maximální stupeň, kritérium přerozdělování je počet všech pojištěnců,

- podle nákladovosti pojištěnců dle věku a pohlaví 36 nákladových indexů,
- podle počtu nákladných pojištěnců ve smyslu zákona – „nákladná péče“.

Na zvláštním účtu VZP dochází k přerozdělování pojistného podle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví. Celkem se jedná o 36 nákladových indexů věkových skupin pojištěnců (18 skupin po 5 letech), podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce. Účelem je zamezit nežádoucím rozdílům souvisejícím s věkovou strukturou pojištěnců v jednotlivých zdravotních pojišťovnách. Přerozdělovacímu mechanismu se podrobuje veškeré pojistné vybrané všemi zdravotními pojišťovnami. Celková částka na jednotlivé zdravotní pojišťovny je podíl na standardizovaného pojištěnce vynásobený počtem standardizovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Podíl na standardizovaného pojištěnce se zjistí tak, že součet pojistného vybraného všemi pojišťovnami + celkové platby státu + pokuty +

penále + přírážka + úroky – poplatky za účetní operace a za vedení účtu vydělí celkovým počtem standardizovaných pojištěnců všech zdravotních pojišťoven.

Penále se nepředepíše, nepřesáhne-li v úhrnu 100 Kč za jeden kalendářní rok. Veřejná zdravotní péče, tedy hrazená, tzn. její poskytování je upraveno mimo jiné zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazených služeb hradit poskytovateli, který hrazené služby poskytl, regulační poplatek <sup>62</sup>.

Nestanoví-li zákon <sup>63</sup> jinak, poskytují hrazené služby jiní zdravotničtí pracovníci než lékaři, s výjimkou klinických psychologů, pouze na základě indikace ošetřujícího lékaře pojištěnce (dále jen „ošetřující lékař“).

Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování hrazených služeb pojištěncům uzavírají VZP a ostatní zdravotní pojišťovny, zřízené podle zvláštního právního předpisu smlouvy s poskytovateli o poskytování a úhradě hrazených služeb. Smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb lze uzavřít pouze pro zdravotní služby, které je poskytovatel oprávněn poskytovat.

Smlouvy se nevyžadují při poskytování: <sup>64</sup>

- a) neodkladné péče pojištěnci,
- b) zdravotních služeb pojištěncům ve výkonu vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody nebo výkonu zabezpečovací detence poskytovatelem určeným Vězeňskou službou,
- c) zdravotních služeb pojištěnci, který je ve výkonu ochranného léčení nařízeného soudem, jde-li o zdravotní služby poskytované v souvislosti s onemocněním, pro které je pojištěnec povinen se léčení podrobit.“

Hrazenými službami jsou v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, léčebně

---

<sup>62</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, § 16a

<sup>63</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění

<sup>64</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, §17

rehabilitační, lázeňská léčebně rehabilitační, posudková, ošetrovatelská, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem, a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o specifických zdravotních službách<sup>65</sup>.

Dnem 1. dubna 2012 nabývá účinnosti zákon vyhlášený ve Sbírce zákonů ČR pod č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, který připravilo MZD. Jednou ze specifických zdravotních služeb, které zákon nově upravuje, je i pracovnělékařská služba. Nový zákon nahradí současnou právní úpravu závodní preventivní péče, která je regulována zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění, a směrnicí MZD o posuzování zdravotní způsobilosti k práci z roku 1967.

Dále mezi služby hrazené, které jsou definovány zákonem<sup>66</sup>, patří poskytování léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků, přeprava pojištěnců a náhrada cestovních nákladů, odběr krve a odběr tkání, buněk a orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření), přeprava žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů, přeprava zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa, přeprava odebraných tkání, buněk a orgánů, prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva včetně přepravy, pobyt průvodce pojištěnce ve ZZ lůžkové péče, zdravotní péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem; tuto péči hradí zdravotní pojišťovna, kterou na základě identifikačních údajů pojištěnce o úhradu požádá příslušný poskytovatel.“

---

<sup>65</sup> Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

<sup>66</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění

### 3. Organizace veřejného zdravotního pojištění

Podle současné právní úpravy<sup>67</sup> má pojištěnec právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a ZZ, kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. V takovém případě má pojištěnec právo na zdravotní péči bez přímé úhrady (s výjimkou péče vyjmenované v citovaném zákoně jako nehrazené ze zdravotního pojištění, hrazené za určitých podmínek nebo z části). Ty zdravotní výkony, které nemají za cíl zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce a jsou výslovně označeny jako nehrazené, nejsou z veřejného zdravotního pojištění hrazeny. Z toho vyplývá i tendence většiny pojištěnců čerpat především zdravotní péči, která je hrazena ze zdravotního pojištění a kterou nehradí z vlastních finančních prostředků. Výjimku tvoří některé specifické zdravotní výkony, zejména v oblasti kosmetické chirurgie, částečně výkony stomatologické péče, některé nadstandardní případy psychiatrické a psychologické péče a výjimečně případy, kdy osoba, byť účastna na zdravotním pojištění, si zvolí nesmluvní ZZ a hradí si veškerou zdravotní péči, včetně léčivých přípravků a indikované zdravotní péče, z vlastních finančních prostředků.

Jestliže ZZ nemá uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami, může poskytovat zdravotní péči buď bezplatně, nebo za přímou úhradu od pacientů.

Přestože vzniká stále více NZZ, která poskytují nejen zdravotní péči hrazenou, většina ZZ, snad s výjimkou těch, které poskytují péči kosmetické chirurgie nebo stomatologickou péči, by nemohla ekonomicky obstát, pokud by nebyla smluvním ZZ zdravotní pojišťovny.

V některých jiných státech, například v Rakousku, je možná částečná úhrada péče z veřejného zdravotního pojištění. V ČR se o zavedení takové

---

<sup>67</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění

možnosti stále vedou diskuse. Předmětem kritiky je zejména fakt, že pojištěnec, který je ochoten uhradit nesmluvním zařízením poskytnutou péči, nemá právo na úhradu léčivých přípravků ani indukované péče, ač řádně platí zdravotní pojištění.

Samostatnou kapitolou je pak zaměstnanecká pojišťovna, tato může vytvářet fond prevence. Z fondu prevence lze nad rámec hrazených služeb hradit zdravotní služby, u nichž je prokazatelný preventivní, diagnostický nebo léčebný efekt a které jsou poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Prostředky fondu prevence lze využít k realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících

k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu pojištěnců

a dále na podporu projektů podporujících zvýšení kvality zdravotní péče, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců. Zdrojem fondu jsou finanční prostředky z podílu kladného hospodářského výsledku po zdanění stanoveného statutárním orgánem zaměstnanecké pojišťovny z činností, které nad rámec provádění veřejného zdravotního pojištění zaměstnanecká pojišťovna provádí v souladu se zákony a statutem zaměstnanecké pojišťovny<sup>68</sup>.

### **3.1. Rámcová smlouva**

Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování zdravotní péče pojištěncům uzavírají VZP a ostatní zdravotní pojišťovny, zřízené podle zvláštního zákona,<sup>69</sup> smlouvy se ZZ o poskytování zdravotní péče<sup>70</sup>.

---

<sup>68</sup> Zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, a další související zákony

<sup>69</sup> Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů

<sup>70</sup> V souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, platným zněním zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče



Tato smlouva se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních ZZ. Jednotlivé smlouvy jsou předkládány MZD, které je posoudí z hlediska souladu s předpisy, veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění a poté je vydá jako vyhlášku. Jestliže nedojde k uzavření smlouvy nové, prodlužuje se platnost smlouvy staré do doby uzavření rámcové smlouvy nové. Pokud mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě během šesti měsíců nebo pokud rámcová smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, je oprávněno MZD učinit rozhodnutí.

Rámcová smlouva obsahuje vždy ustanovení, které se týká doby účinnosti, způsobu a důvodu ukončení smlouvy s tím, že smlouvu je možno ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta musí být nejméně šest měsíců. Dále je třeba upřesnit způsob provádění úhrady zdravotní péče, stejně jako práva a povinnosti účastníků smlouvy, pokud nejsou stanoveny zákonem<sup>71</sup>.

Ve smlouvě jsou definovány i obecné podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče a podpůrný mechanismus kvality poskytované péče a správnost vyúčtovaných částek, jakož i povinnost vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy

o poskytování zdravotní péče. Smlouva upravuje i způsob a důvody ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče a případné usnadnění

o rozhodčím řízení. Rámcové smlouvy mezi zdravotními pojišťovnami a ZZ se přijímají pro ZZ poskytující zdravotní péči PL a PLDD; ambulantní specializovanou péči a péči ženských lékařů, s výjimkou ZZ poskytujících fyzioterapii, ergoterapii a klinickou logopedii; ambulantní péči zubních lékařů; zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných

---

<sup>71</sup> Vyhláška MZ ČR 457/2000 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, ve znění pozdějších předpisů; Zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění § 17 odst. 3

dětských léčebnách a v ozdravovnách, v léčebnách dlouhodobě nemocných; ambulantně diagnostickou péči; domácí zdravotní péči; fyzioterapii, ergoterapii a klinickou logopedii; ZSS a dopravu; lékárenskou a lázeňskou péči.

Výše úhrad zdravotní péče se řídí buď výsledky dohodovacího řízení mezi poskytovateli zdravotní péče na straně jedné a zdravotními pojišťovny na straně druhé, nebo právním předpisem – pokud nedošlo v dohodovacím řízení k uzavření dohody nebo uzavřená dohoda nebyla v souladu s obecně závaznými právními předpisy a veřejným zájmem.

Tuto smlouvu lze uzavřít pouze na ty druhy péče, které je ZZ oprávněno poskytovat, což vyplývá z registrace NZZ a ze statutu u státních ZZ. Smlouvy se nevyžadují při poskytnutí nutné a neodkladné péče pojištěnci; tuto péči je zdravotní pojišťovna uhradit i nesmluvnímu ZZ.

Pro řešení případných sporů mezi ZZ a zdravotními pojišťovny, týkajících se smluvních vztahů, neexistují žádná zvláštní pravidla, snad s výjimkou smířčího jednání, ke kterému dává prostor existující rámcová smlouva<sup>72</sup>. Nejsou-li tyto spory vyřešeny dohodou, řeší se v běžném soudním řízení.

### **3.2. Zdravotní pojišťovny**

Právní postavení zdravotních pojišťoven je dáno především zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění; strukturu orgánů zdravotní pojišťovny a kontrolní mechanismy, jakož i způsob ustavování a odvolávání jednotlivých orgánů – správní rady, dozorčí rady a ředitele pojišťovny řeší pak zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

---

<sup>72</sup> Vyhláška 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy

Svaz zdravotních pojišťoven ČR (SZP ČR) vznikl dne 15. 5. 1997 jako nástupnická organizace Sdružení zdravotních pojišťoven, které bylo ustaveno na dobrovolné bázi dne 26. 1. 1993. Sdružuje všech 7 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v ČR. SZP ČR hájí společné zájmy zdravotních pojišťoven a jejich klientů ve vztahu ke státním organizacím, profesním svazům a poskytovatelům zdravotní péče s hlavním cílem zkvalitňování služeb pro své klienty. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny poskytují služby pro cca 4,3 mil. občanů ČR<sup>73</sup>.

Veřejné zdravotní pojištění v ČR provádí pouze zdravotní pojišťovny,<sup>74</sup> které zákon dělí na VZP na straně jedné, resortní, oborové, podnikové, popřípadě další zdravotní pojišťovny na straně druhé. V roce 1991 vznikla na základě zákona č. 551/1991 Sb. pouze VZP, a všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR a některé další osoby se ze zákona staly pojištěnci této zdravotní pojišťovny. V roce 1992 byl přijat zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, který umožnil pojištěncům přestoupit od VZP k jiné zdravotní pojišťovně. Původně se tato možnost netýkala všech pojištěnců, ale pouze vybraných skupin, například zaměstnanců oborů, resortů či podniků, pro které byla zdravotní pojišťovna zřízena. Po přijetí zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění byla zdravotním pojišťovnám uložena povinnost přijmout kteréhokoli pojištěnce ve stanovených termínech, a nebyla dána možnost zdravotní pojištění pojištěnce časově omezit, či stanovit jakékoli podmínky pro jeho přijetí, nebo s pojištěncem smluvní vztah ukončit.

Podle zásady rovné dostupnosti zdravotní péče je tedy dána možnost volby zdravotní pojišťovny a její změny každému pojištěnci. Původní rozdíl mezi VZP a dalšími zdravotními pojišťovnami se tak postupně snižuje, přesto VZP zůstává největší zdravotní pojišťovnou v ČR. Zdravotní pojišťovny jsou povinny uhradit

---

<sup>73</sup> <http://www.szpcr.cz/index.php?c=pojistovny>

<sup>74</sup> <http://www.pojistovny.com/zdravotni-pojistovny/>

ZZ popřípadě jiným subjektům, které poskytly zdravotní péči pojištěncům, tuto poskytnutou péči ve lhůtách sjednaných ve smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče.

### **3.3. Soustava zdravotnických zařízení**

Úkoly zdravotnictví obstarávají ZZ a další zdravotnické organizace uspořádané do soustavy ZZ. Soustavu ZZ tvoří zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob. Součástí soustavy zdravotnických zařízení jsou<sup>75</sup>.

- a) zařízení pro výchovu a výuku a pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků,
- b) organizace pro zdravotnickou výrobu, pro zásobování léčivy a jinými prostředky zdravotnické techniky a pro jejich kontrolu,
- c) vědeckovýzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví.

Druhy a úkoly ZZ:

- a) Zařízení ambulantní péče a nemocnice
- b) Zařízení závodní preventivní péče
- c) Odborné léčebné ústavy
- d) Lékárny
- e) Zvláštní dětská zařízení

ZZ zřizují MZD, kraje v samostatné působnosti, obce, fyzické a právnické osoby. Podmínky pro vznik, změnu, zánik a kontrolní činnost ZZ stanoví zákon. ZZ zřizovaná MZD, kraji v samostatné působnosti a obcemi jsou

---

<sup>75</sup> Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění, Hlava druhá

povinna poskytovat zdravotní péči ve spádových územích stanovených vyhláškou MZD<sup>76</sup>.

ZZ jsou povinna uzavřít pojistnou smlouvu o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Toto pojištění musí trvat po celou dobu, po kterou ZZ poskytuje zdravotní péče. Např. srovnáme-li způsob řízení dnešní nemocnice a bývalé okresní nemocnice. Nemocnice poskytují péči ambulantní a lůžkovou základní, specializovanou diagnostickou a léčebnou, jejíž součástí jsou i nezbytná preventivní opatření. Bývalé okresní nemocnice s výjimkou fakultních přešly postupně do správy krajů, byly přeměněny z příspěvkových organizací na obchodní společnosti<sup>77</sup>.

### **3.4. Práva a povinnosti smluvních partnerů**

Zdravotničtí pracovníci jsou povinni vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti.

Zdravotní pojišťovny jsou povinny bezplatně vydat svým pojištěncům průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad. Jde-li o nezletilé pojištěnce nebo pojištěnce zbavené způsobilosti k právním úkonům, vydává se průkaz nebo náhradní doklad zákonnému zástupci.

Zákon stanoví pravidlo, podle kterého VZP vypočte pro každé ZZ příslušný korekční koeficient, přičemž hodinový limit času nositele výkonu na jeden kalendářní den je 12 hodin. Zdravotní pojišťovny jsou povinny jednotlivým ZZ podělit úhradu za zdravotní výkony v daném kalendářním čtvrtletí příslušným

---

<sup>76</sup> Vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi,

Vyhláška č. 394/1991 Sb., o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic a dalších nemocnic, vybraných odborných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic v řídicí působnosti MZ ČR

<sup>77</sup> Ekonomické výsledky nemocnic rezortu zdravotnictví za I. pololetí roku 2002

korekčním koeficientem. Pokud již provedená úhrada za dané kalendářní čtvrtletí přesahuje úhradu vypočtenou pomocí tohoto koeficientu, sníží zdravotní pojišťovna ZZ úhradu za zdravotní výkony o tento rozdíl při dalším vyúčtování. Činnost Informačního centra kontroluje MZD.

Zákon tedy stanoví, za jakých podmínek dochází ke krácení úhrady zdravotní péče poskytované konkrétním ZZ. Krácení korekčním koeficientem na základě zákona není jedinou regulací – v rámci dohodovacího řízení nebo vyhlášky MZD o výši úhrad zdravotní péče na příslušné období jsou stanovena zpravidla přísnější regulační opatření než ta, která stanoví zákon.

Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů ČR, zejména MZD a Ministerstva financí.

V rámci veřejného zdravotního pojištění působí Informační centrum zdravotního pojištění, spravované VZP. Toto centrum slouží ke kontrole čerpání finančních prostředků ze zdravotního pojištění jednotlivými ZZ, která jsou ve smluvním vztahu ke zdravotním pojišťovnám. Správce centra za tím účelem vede přehled ZZ, která mají uzavřenu smlouvu se zdravotními pojišťovnami a zdravotnických pracovníků poskytujících zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění ve ZZ, kteří jsou oprávněni vykazovat zdravotní pojišťovně provedené zdravotní výkony podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (tzv. „nositel výkonu“).

#### **4. Pracovníci ve zdravotnictví a jejich povinnosti**

Povinnosti zdravotnických pracovníků jsou v různých právních předpisech formulovány různými způsoby. Základním právním předpisem medicínského práva je stále zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění.; pro lékaře pak také v zákoně o 220/1991 Sb. o České lékařské komoře. Existuje však celá řada různých právních předpisů, s nimiž se pojí různé právní následky.

Nejvýznamnějším předpisem obsahujícím katalog práv pacientů je Úmluva o lidských právech a biomedicině,<sup>78</sup> přičemž práva pacientů v ní obsažená mohou být reálně naplněna především zdravotnickými pracovníky.

Mezi základní povinnosti zdravotnických pracovníků patří povinnost jednat eticky, odborně, tj. *lege artis* jak podrobněji rozebírám v následující samostatné kapitole. Dále je povinen jednat v obecném zájmu, zachovávat mlčenlivost a poskytnout první pomoc<sup>79</sup>. Mezi další neopominutelné povinnosti jednotlivých zdravotnických pracovníků patří také řádné vedení zdravotnické dokumentace, náležité poučení pacienta, vyžádat si souhlas před každým vyšetřovacím a léčebným výkonem, oznamovací povinnost při poskytování zdravotní péče a hospitalizace bez souhlasu pacienta, diskutabilní povinnost poučení pacienta o jeho právech, předcházení šíření infekčních chorob<sup>80</sup>, povinnosti ve vztahu k pojištěncům a plátcům zdravotní péče<sup>81</sup>, povinnosti provozovatelů soukromých zařízení<sup>82</sup> a povinnost celoživotního vzdělávání.

#### 4.1. Vymezení pojmu *lege artis*

Požadavek odborného postupu, tj. postupu *lege artis*, je stěžejní povinnost každého lékaře, každého ZZ. Tento pojem vznikl zkrácením z latinského *de lege artis medicinae*, tedy *podle pravidel umění lékařského*.

V právnické literatuře pojem *lege artis* není zcela jasně definován. Obvykle je pojem vykládán v souladu s § 11 zákona č. 20/1996 o péči o zdraví lidu, kdy je za zdravotní péči *lege artis* považována zdravotní péče v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, v podobném duchu je sepsán i § 2 odstavec 1 Etického kodexu ČLK nebo článek 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicině.

---

<sup>78</sup> [http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/Uml096-2001\\_EtikaBiomed.html](http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/Uml096-2001_EtikaBiomed.html)

<sup>79</sup> Těšínová, J., Žďárek, R., Polícar, R., Medicínské právo. 1. Vydání, Praha: C. H. Beck, 2011

<sup>80</sup> Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

<sup>81</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění

<sup>82</sup> Zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

Nejen pro zdravotnické pracovníky je tento termín zcela srozumitelný, běžně se jím myslí odborně správný postup.

Jak postupovat *lege artis*, tedy provádět zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, je ústředním tématem všech klinických předmětů vyučovaných na lékařských fakultách. *Lege artis* zahrnuje jak správnou diagnostiku, tak správnou indikaci a správné provedení příslušného lékařského zákroku. Medicína je odborná disciplína. Proto také zhodnocení postupu z hlediska, zda byl či nebyl *lege artis*, zásadně nepřísluší právníkům, ale odborníkům v medicíně<sup>83</sup>.

Jedná se o frekventovaný výraz, a přesto jej nenalezneme v žádném právním předpise, s výjimkou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kde je okrajově používán, avšak nikoli definován.

Výrazy užití v definici pojmu *lege artis* v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně a v zákoně o péči o zdraví lidu však mohou být vodítkem pro stanovení kritérií, podle nichž se odborná správnost/nesprávnost (*lege artis/non lege artis*) posoudí.

MZD vydalo několik standardů nebo metodických návodů. Jedná se o doporučené pokyny, které jsou pokládány za optimální z hlediska odborného a přijatelné i z hlediska efektivity vynaložených nákladů. Standardy mají svou podobu tzv. *clinical guidelines*<sup>84</sup> a jejich nedodržení nelze považovat za postupy *non lege artis*. Závazná jsou naopak stanoviska profesních komor.

Protože se medicína vyvíjí stejně, jako se vyvíjí v čase i obsah tohoto pojmu, dochází v souvislosti s probíhajícími reformními kroky i k zákonné úpravě pravidel jednotlivých oborů a úpravě definice *lege artis* s ohledem na poznatky současné a dostupné<sup>85</sup>.

---

<sup>83</sup> Těšinová, J., Žďárek, R., Polícar, R., *Medicínské právo*. 1. Vydání, Praha: C. H. Beck, 2011

<sup>84</sup> <http://www.remedia.cz/Clanky/EBM/Doporuocene-postupy-guidelines-standardy-3-cast/6-afb4.magarticle.aspx>

<sup>85</sup> <http://icv.vlada.cz/cz/reforma-zdravotnictvi/pruvodce-zmenami/>



Pro posouzení zvoleného postupu v občanskoprávním sporu, zda byl zvolený postup *lege artis* či *non lege artis*, občanský soudní řád stanoví ustanovení soudního znalce.

Obdobné ustanovení je obsaženo též v trestním řádu upravujícím postup orgánů činných v trestním řízení. Trestní řád stanoví, že je-li k objasnění skutečnosti důležité pro trestní řízení třeba odborných znalostí, vyžádá si orgán činný v trestním řízení odborné vyjádření. Jestliže pro složitost posuzované otázky takový postup není postačující, přibere orgán činný v trestním řízení znalce<sup>86</sup>.

#### **4.2. Základní předpoklady způsobilosti k výkonu lékařského povolání**

Právní úprava systému vzdělávání zdravotnických pracovníků byla v souvislosti se vstupem ČR do EU a nutností harmonizace českého právního řádu s právními předpisy EU zásadním způsobem změněny<sup>87</sup>. Nahrazení dvoustupňového systému atestací a nástavbových oborů systémem atestace jediné (tzv. euro atestace) je od přijetí nové právní úpravy předmětem opakovaných diskuzí.

Vzhledem k rozsahu a značným odlišnostem, které se týkají způsobilosti jednotlivých povolání, byla právní úprava vzdělávání rozdělena do dvou samostatných zákonů, zvlášť pro lékaře, zubní lékaře a farmaceuty<sup>88</sup> a samostatně pro nelékařské zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky ve zdravotnictví<sup>89</sup>. Podmínkou pro samostatný výkon povolání lékaře ve vedoucí

---

<sup>86</sup> Usnesení NS ČR ze dne 10. 12. 2008 sp. Zn. 8 Tdo 1421/2008

<sup>87</sup> Směrnice Rady Evropských společenství č. 93/16/EHS ze dne 5. 4. 1993 o usnadnění volného pobytu lékařů a vzájemného uznávání diplomů, osvědčení a jiných dokladů

<sup>88</sup> Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů

<sup>89</sup> Zákon č. 96/2006 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

funkci nebo jako OSVČ anebo jako odborného zástupce ZZ podle jiného právního předpisu o NZZ, je získání specializované způsobilosti, která se dokládá diplomem<sup>90</sup>.

Zákon o lékařských povoláních rozlišuje lékaře odborně způsobilého, lékaře se způsobilostí specializovanou a lékaře se zvláštní odbornou způsobilostí.

Lékaři, kteří podle dřívějších právních předpisů získali diplom o:

- ✓ **specializaci I. stupně v oboru všeobecné lékařství**
- ✓ **specializaci II. stupně**
- ✓ **specializaci v nástavbovém oboru**

získávají bez dalšího přímo ze zákona specializovanou způsobilost. I když výše zmíněný diplom byl vydán podle dřívějších právních předpisů, lze jím v uvedených případech stále prokazovat získání specializované způsobilosti v příslušném oboru. Tento diplom je i přesto, že tak platný zákon výslovně nestanoví, dostatečným prostředkem k prokázání, že daná osoba získala specializovanou způsobilost.

Lékaři se specializací v oborech, u nichž zákon o lékařských povoláních jako podmínku pro získání specializované způsobilosti stanoví povinnost vykonat praxi o určité délce, popř. vykonávat zdravotnické povolání v určité délce, prokazují získání specializované způsobilosti rozhodnutím MZD<sup>91</sup>.

---

<sup>90</sup> Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů

<sup>91</sup> Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů

## 5. Poskytování a úhrada zdravotní péče občanům členských států EU

Z nařízení EU RE 1048/78, 574/72 a 859/2003 vyplývá princip jednoho pojištění v rámci členských států EU. To se týká i rodinných příslušníků, závislých na výdělečné činnosti občanů členských států EU. Dalším principem je princip rovného zacházení.

Z toho vyplývá, že zdravotní pojišťovny výpomocně hradí ZZ péči, poskytnutou v ČR cizincům ze zemí EU. Od vstupu ČR do EU musí ZZ zacházet s občanem členského státu EU jako s občanem, který je účastem na veřejném zdravotním pojištění. Občan členského státu EU má právo zvolit si českou zdravotní pojišťovnu, která ZZ poskytnutou péči uhradí<sup>92</sup>. Hradí se však pouze nezbytná péče, s ohledem na povahu nemoci a předpokládanou délku a účel pobytu občana členského státu EU v jiném státě EU.

O rozsahu nezbytné péče, kterou je nutno poskytnout a uhradit, rozhoduje lékař. Při vyžadování zdravotní péče se pojištěnec zpravidla vyžaduje Evropským průkazem zdravotního pojištění, popřípadě potvrzením dočasně nahrazujícím tento průkaz. Je-li to vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta možné, požádá ho ZZ o volbu české smluvní zdravotní pojišťovny. Pokud to zdravotní stav pojištěnce neumožňuje, samo ZZ tomuto pojištěnci zvolí smluvní zdravotní pojišťovnu. Zvolená zdravotní pojišťovna je povinna proplatit péči o pojištěnce ve stejném rozsahu jako v případě péče o českého pojištěnce, avšak s přihlédnutím k lékařské nezbytnosti této péče a k předpokládané délce trvání pobytu.

Od června 2004 jsou pojištěnci jednotlivých členských států EU, cestující na přechodnou dobu do jiného členského státu EU, vybavováni Evropským průkazem Zdravotního pojištění, který by měl v případě potřeby zjednodušit

---

<sup>92</sup> <sup>92</sup> Mach, J. aj. Zdravotnictví a právo: komentované předpisy. Praha: Lexis Nexis CZ, 2005, s. 197

čerpání zdravotní péče. Za vydávání tohoto průkazu svým občanům je odpovědný každý členský stát; ve všech členských státech má tento průkaz stejné technické parametry a vzhled, což zaručuje jednoznačnou rozpoznatelnost ze strany poskytovatelů zdravotní péče. Je v kompetenci jednotlivých států, aby rozhodly, zda bude Evropský průkaz zdravotního pojištěnce vydáván jako samostatná karta, nebo bude integrován do již existujícího národního průkazu.

Rovněž léčivé přípravky, vydávané na předpis příslušníkům členských států EU budou propláceny českými zdravotními pojišťovnami ve stejném rozsahu jako v případě českých pojištěnců.

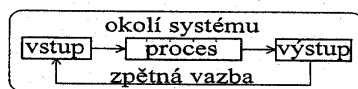
Princip rovné dostupnosti zdravotní péče stanovený článkem 3 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně vylučuje, aby občané členských států EU i jiní cizinci mohli za úhradu čerpat v ČR zdravotní péči přednostně před českými pojištěnci. Těmto osobám lze samozřejmě za úhradu poskytnout zdravotní péči vymykající se povinné péči, kterou podle pravidel EU musí každé ZZ poskytnout; stejně jako u českých pacientů, za úhradu může být poskytnut například nadstandardní pokoj, nadstandardní zdravotní pomůcky, které se běžně neposkytují, nebo jiné dohodnuté služby mezi ZZ a pacientem. Je však vyloučeno, aby se za úplatu poskytovala zdravotní péče (např. endoprotézy) některým osobám přednostně, a tím byl narušen princip rovné dostupnosti zdravotní péče.

Platí princip, podle kterého se má občanům EU a Evropského hospodářského prostoru dostat v jednotlivých státech stejného zacházení jako domácím občanům. Je-li tedy osoba zdravotně pojištěna či jiným způsobem účastna na financování zdravotní péče v jednom ze členských států EU, má nárok na poskytnutí a úhradu zdravotní péče i v jiném členském státě v zásadě za stejných podmínek jako domácí občané, s přihlédnutím k délce a účelu pobytu. V základních dokumentech EU je tato problematika upravena rámcově. Velký význam proto hraje rozhodovací činnost Evropského soudního dvora (ESD), který se v mnoha svých rozhodnutích úhradou zdravotní péče v jiném než domovském

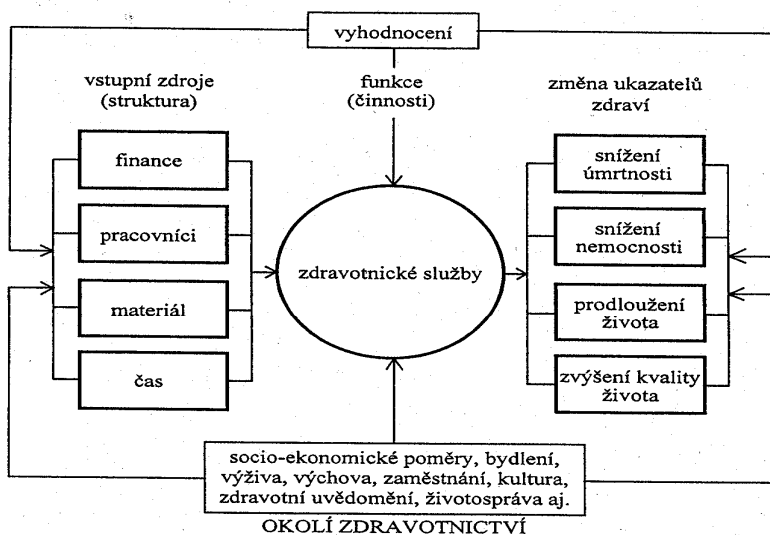
státě zabýval. Základní výkladová linie ESD je ve prospěch občanů EU a směřuje spíše k rozšiřování jejich nároků<sup>93</sup>.

### 5.1. Modely financování zdravotní péče ve vybraných zemích

Pro tuto kapitolu jsem si vybrala porovnání modelů obecně, dále modely země visegrádské čtyřky (V4), systémy našich sousedů, americký zdravotnický systém, britské zdravotnictví, jelikož bylo našim vzorem a Francií, která má podle Světové zdravotnické organizace nejlepší zdravotnický systém na světě.



Obr. 3. Obecné schéma systému v kybernetickém pojetí.



Obr.: Obecné schéma systému v kybernetickém pojetí<sup>94</sup>

Modely financování zdravotnictví lze rozdělit do tří základních skupin<sup>95</sup>:

<sup>93</sup> Mach, J. aj. Zdravotnictví a právo: komentované předpisy. Praha: Lexis Nexis CZ, 2005, s. 180

<sup>94</sup> Ivanová, K., Zdravotnický systém se svými vstupy, činností a výstupy

- Zdravotnictví financované z daní obyvatelstva, prostřednictvím státního rozpočtu - tzv. státní zdravotnictví
- Zdravotnictví financované z veřejného zdravotního pojištění - Bismarckovský model
- Zdravotnictví převážně tržně orientované, kde hraje rozhodující roli soukromé zdravotní pojištění.

#### 1. Evropské pluralitní zdravotnictví<sup>96</sup>:

Státní zdravotnictví - národní zdravotní služba:

- Beveridgeův model – model národní zdravotní služby<sup>97</sup>:

Beveridgeův model dostal své jméno podle Wiliama Beveridge, známého britského ekonoma a sociálního reformátora, který působil v období před druhou světovou válkou.

Podle tohoto modelu je zdravotní péče zajišťována pro všechny bez ohledu na jejich platební možnosti, většina specializovaných ambulantních zařízení, laboratoře a diagnostických pracoviště jsou součástí nemocnic a většina nemocnic je součástí Národní zdravotní služby, soukromá lůžka existují v omezení míře. Soukromé jsou pouze ordinace praktických lékařů, zubařů, lékárny, ordinace specialistů, velká část sanatorií, zařízení ošetrovatelské péče. Lékaři v nemocnicích jsou honorováni platem, primární zdravotní služby kapitací za registrovaného občana nebo platbou za výkon, více než 90% výdajů na zdravotní péči je hrazeno z veřejných prostředků, resp. z daní prostřednictvím státního rozpočtu, je zde tedy významný vliv státu.

---

<sup>95</sup> Peková, J., Pilný, J., Jetmar, M. Veřejná správa a finance veřejného sektoru. Praha. ASPI, 2005. s. 296

<sup>96</sup> Ivanová, K., Systémy zdravotní péče, LF UP Olomouc, 25. 11. 2004

<sup>97</sup> <http://www.penize.cz/pojisteni/15491-evropan-ve-vysluzbe-podle-beveridge>

Zdravotní pojišťovny financují služby smluvním ZZ prostřednictvím povinného zdravotního pojištění pojištěnců a zaměstnavatelů. Základním stavebním kamenem pak je existence více zdravotních pojišťoven, kombinace podílu trhu a veřejného dohledu. Tento model platí v zemích západní Evropy i v ČR. Základními účastníky jsou poskytovatelé – pacienti – zdravotní pojišťovny. Občané jsou povinni hradit pojištění, mají možnost výběrů ZZ. U nás je jednotná sazba, avšak v některých zemích se může lišit výše pojistného (např. v Německu). V rámci tohoto modelu v některých zemích je uplatňován pokladenský princip.

- Semaškův model – centralistický model<sup>98</sup>

Semaškův model státního zdravotnictví fungoval již před druhou světovou válkou v bývalém Sovětském svazu. Jeho tvůrce, N. A. Semaško, byl prvním lidovým komisařem pro zdravotnictví v sovětském Rusku po roce 1917 (ministr) a byl také prvním profesorem sociální hygieny na Moskevské státní univerzitě (1920). Stal se spoluvůrcem jednotného a centrálně řízeného státního zdravotnictví, které bylo po druhé světové válce zavedeno ve všech zemích střední a východní Evropy, včetně Československa.

Veškerá ZZ jsou majetkem státu, zdravotnictví je financováno z příjmů státu prostřednictvím státního rozpočtu, zdravotnictví se považuje za odvětví národního hospodářství a je centrálně plánováno, zdravotnické služby se poskytují „bezplatně“, zdravotničtí pracovníci jsou státní zaměstnanci a jsou placeni formou mzdy, zdravotnictví se pokládá za neproduktivní odvětví, což má za následek nízkou ekonomickou prioritu.

Tento socialistický, centralizovaný systém fungoval před rokem 1989 a převládal do roku 1990. Jedná se o státní model, který je opakem modelu tržního. Úhrada veškerých zdravotnických výkonů je ze státního rozpočtu. Jedná se tedy o státní zdravotnictví, centrální a plánované. ZZ jsou majetkem státu.

---

<sup>98</sup> Ivanová, K., Systémy zdravotní péče, LF UP Olomouc, 25. 11. 2004

## 2. Veřejné zdravotnictví - národní zdravotní služba

Jedná se o zdravotní systémy založené na pojištění

- veřejném (povinné) vycházející z tzv. Bismarckovského modelu zdravotnictví – model povinného zdravotního pojištění, kdy stát financuje péči tzv. chudým.
- soukromém (dobrovolné) – liberalistický systém, tedy model založený na tržním pojetí zdravotní péče (soukromé zdravotní pojištění a přímé financování zdravotnických služeb).

Stát má monopol na poskytování zdravotní péče, která je financována prostřednictvím veřejného rozpočtu. Zdravotní péče je hrazena převážně z veřejných prostředků, které jsou získané z daně příjmů obyvatel z 80 % a zbytek z plateb národního pojištění. Daně platí lidé pouze nad určitou příjmovou hranici. Pro občany osvobozené od daňové povinnosti platí princip solidarity, neboť konzumují péči stejně tak jako plátcí daně. Ze zákona mají lidé stejný přístup ke zdravotní péči. Zvláštní přístup např. v britském modelu má praktický lékař (GP)<sup>99</sup>. Občan musí být registrovaný a k odbornému lékaři musí mít doporučení praktického lékaře, pokud nemá doporučení, platí pacient přímou úhradu. Občan má svobodnou volbu lékaře, lékař může pacienta odmítnout.

## 3. Soukromé zdravotní pojištění - systém založený na dobrovolném zdravotním pojištění

Tento model prezentují Spojené státy Americké; do roku 1996 i Švýcarsko. Větší část ekonomicky aktivních obyvatel USA (okolo dvou třetin) je pojištěna u soukromých zdravotních pojišťoven. Z toho okolo 70–80 % pojištěnců není pojištěno individuálně, ale jako skupina zaměstnanců určitého podniku, a to

---

<sup>99</sup>[http://www.britanie.co.uk/mkportal/modules/wiki/index.php/Zdravotnictv%C3%AD\\_v\\_Brit%C3%A1nii](http://www.britanie.co.uk/mkportal/modules/wiki/index.php/Zdravotnictv%C3%AD_v_Brit%C3%A1nii)



prostřednictvím zaměstnavatele. Většina amerických zaměstnavatelských organizací hradí zdravotní pojištění pro své zaměstnance a jejich rodinné příslušníky jako součást svých sociálních programů. Zaměstnavatelé tak činí i přesto, že tuto povinnost jim žádný zákon neukládá. Pojištění sjednávají u soukromých zdravotních pojišťoven, kterých je v celé zemi o něco více než tisíc. Orientovat se ve všech možnostech, kombinacích a vesměs komplikovaných zdravotních plánů, které různé pojišťovací společnosti nabízejí, je pro běžného občana nesmírně složité, a to i přesto, že jedna pojišťovna nesmí nabízet více než deset zdravotních plánů.

V USA není jednotná zdravotnická politika ani jednotný federální systém zajištění zdravotní péče. Dokonce neexistuje systém veřejného zdravotního pojištění. Úhrada za poskytovanou zdravotní péči se odehrává od přímých plateb přes platby soukromých zdravotních pojišťoven i neziskového charakteru až po úhrady ze zdrojů federálních. V USA je přes tisíc soukromých pojišťoven nabízejících různé individuální i skupinové pojistné plány šité na míru dle ekonomické úrovně pojištěnce<sup>100</sup>.

Lidem, jejichž ekonomická situace neskýtá možnost přímé úhrady nebo uzavření komerčního pojištění, nabízí stát federální zdravotní program Medicare (program pro občany nad 65 let), Medicaid (pro sociálně slabší)<sup>101</sup>.

Z toho vyplývá, že stát hradí nemajetným zdravotní péči z veřejných rozpočtů, tzv. sociální solidarita. Tento model je charakteristický svou nerovností v poskytování zdravotní péče, kdy mnohé otázky vůbec neřeší. Dále má nedostatečné kontrolní mechanismy a navíc žádnou finanční motivaci. Je tu jednoznačný pohled na zdravotní péči jako na poskytování zboží, což vede k mnoha soudním sporům.

---

<sup>100</sup> Hnilicová, H., Úvod do studia zdravotnických systémů

<sup>101</sup> <http://www.medicalnewstoday.com/info/medicare-medicaid/>

### 5.1.1. Britský model

Britské státní zdravotnictví National Health Service (NHS) vzniklo před více než šedesáti lety. Dne 5. července 1948 v Park Hospital v Manchesteru. Aneurin Bevin, tvůrce státního britského zdravotnictví, vytvořil jednotný, centralizovaný systém zdravotnictví, kde byla zdravotní péče zdarma pro všechny. Jednalo se o výsledek snahy tehdejší britské vlády řešit nespokojenost obyvatelstva se zdravotnictvím. Britské státní zdravotnictví od základů proměnilo Británii. Pokud byla jedna věc, kterou si Britové odnesli ze své válečné zkušenosti, bylo to státní zdravotnictví, které bylo zadarmo dáno k užívání všem. A žádná vláda, jakékoliv politické provenience, se nikdy neodvážila to Britům od té doby vzít<sup>102</sup>.

NHS, postavená na stejných principech, avšak fungující v jiném politickém, ekonomickém a sociálním kontextu než československé zdravotnictví před rokem 1992, se v očích britských občanů osvědčila. Důkazem může být fakt, že ani snahy konzervativní vlády Margaret Thatcherové zprivatizovat NHS, které byly v osmdesátých letech velmi intenzivní, nebyly úspěšné<sup>103</sup>. NHS je považována za britský národní poklad, ceněný obyvatelstvem a neustále vylepšovaný reformátory, a to jak ze strany konzervativních vlád, tak ze strany labouristů. Rovný, a v momentě spotřeby bezplatný přístup veškerého obyvatelstva ke zdravotní péči s důrazem na odstraňování nerovností zůstává důležitým strategickým principem, o který se NHS opírá. NHS je nejenom plátcem zdravotní péče, ale je zároveň i zaměstnavatelem těch, kteří péči poskytují. Téměř všichni nemocniční lékaři a sestry v Anglii jsou zaměstnanci NHS<sup>104</sup>.

Britské státní zdravotnictví je prototypem Beveridgeovského modelu. Národní zdravotní služba ve Velké Británii je integrovaný model státního

---

<sup>102</sup> <http://www.direct.gov.uk/en/HealthAndWellBeing/index.htm>

<sup>103</sup> Hnilicová, H., Úvod do studia zdravotnických systémů

<sup>104</sup> Robinson, Dixon, 2004

zdravotnictví, které je financováno z daní obyvatelstva. Jde o vysoce solidární model státem garantované zdravotní péče pro veškeré obyvatelstvo. Jeho varianty nalezneme v řadě dalších evropských zemí (Itálii, Portugalsku, Španělsku, Řecku, Irsku, ve Skandinávii), ale i v řadě vyspělých i méně vyspělých zemí světa (Austrálii, Kanadě, Novém Zélandu, Kostarice, Mexiku) či v některých rozvojových zemích (v Botswaně)<sup>105</sup>.

NHS se nyní stává terčem stále šílenějších politických útoků. Často je poukazováno na stav britských státních nemocnic, avšak je třeba objektivně přiznat, že před vznikem NHS existovala neúplná síť zdravotní infrastruktury, soukromých, charitativních, dobrovolných a komunálních nemocnic.

### **5.1.2. Pokladenský systém**

ČLK prosazuje zejména ústy některých praktických lékařů, aby pacienti hradili za poskytnutou péči přímo v ordinaci svého lékaře, a tuto úhradu by si pak sami uplatňovali u své zdravotní pojišťovny. Tento systém je představován jako smlouva mezi občanem a zdravotní pojišťovnou na úhradu zdravotní péče poskytnutou v síti ZZ. Současně ale ČLK přiznává, že je takzvaný pokladenský systém výhodný pro lékaře, ale nevýhodný pro pacienty. Tento systém klade vysoké nároky na informovanost laické veřejnosti o hodnotě zdravotnických výkonů. Pro lékaře vzniká ztráta času osvětlováním ekonomické stránky dané skutečnosti. Navíc tento systém zcela postrádá kontrolní mechanismus nákladů. Solventnost zdravotních pojišťoven je zejména na začátku hospodářského roku závislá na platební disciplíně pojištěnců. Za normálních okolností velmi záleží na tom, jak kvalitně je pacient ošetřen při poskytnutí základní lékařské péče a

---

<sup>105</sup> Fried, Gaydos, 2002

následně, zda je nutné, aby pobýval ve stavu nemocných a pobíral nemocenské dávky.

Za hlavní nedostatky tohoto navrhovaného systému jsou považovány:

- Administrativní náročnost a neefektivnost
- Problém pro sociálně slabší skupiny obyvatelstva
- Ztráta kapitace a tím i jistoty
- Nekomplexnost návrhu
- Konflikt zájmů

Domnívám se, že typ „pokladenského systému“ navrhovaný jako jeden z možných pojistných plánů neřeší krizi ve financování zdravotnictví, nýbrž naopak, je zde riziko, že ji ještě prohloubí. Pokladenský systém s cca 10% spoluúčástí pacienta nemá smysl a na větší spoluúcast občané prostě nemají. Obhajoba pokladenského systému na počátku 21. století je jistou známkou naivity a neznalostí prostředí, v němž se zdravotnictví v současnosti nachází.

## **5.2. Specifikace jednotlivých systémů úhrad zdravotní péče**

Legislativní rámec zdravotní péče a jejího financování v ČR je definován v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, vyhláškou č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, zákonem č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu v platném znění, v zákoně č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Jak již vyplynulo z předchozích kapitol, jednotlivé typy financování rozlišujeme dle zdrojů prostřednictvím rozpočtu státního, místního, ze zdrojů povinného veřejného zdravotního pojištění, soukromé zdravotní pojištění a zaměstnanecké zdravotního pojištění.

S ohledem na typy zdravotní péče pak rozlišujeme tyto způsoby úhrady:

- Ambulantní péče, domácí péče, fyzioterapie, komplement, doprava
  - Výkonově
  - Paušálem
  - Kapitační platbou (pouze u oborů s registrací pacienta)
  - Jiný způsob – kombinace stávajících možností
- Lůžková péče akutní
  - Výkonově (ošetřovací den + samostatné výkony – operační, ošetřovací, diagnostické) + samostatně LZZ dohodnutá výše tzv. lékového paušálu + vyhláškou stanovené režijní náklady
  - Paušálem
  - DRG (Diagnosis Related Group)
  - Jiný způsob – kombinace stávajících možností
- Lůžková péče následná
  - Výkonově (ošetřovací den – v něm jsou zahrnuty průměrné náklady na ošetřovací a diagnostické výkony, neúčtují se zvlášť) + samostatně dohodnuté náklady na lékový paušál + vyhláškou stanovené režijní náklady
  - Paušálem
  - Jiný způsob – kombinace stávajících možností
- Stomatologie

- Výkonově – dle vyhl. č. 134/98 Sb. (seznam výkonů)
- Dohodnutou korunovou cenou za výkon – mimo rámec zákona č. 48/1997 Sb.

A) Výkonový způsob úhrady:

Výhody:

- Precizní a detailní přehled o struktuře a množství poskytnuté zdravotní péče v konkrétním časovém období za konkrétní ZZ – ambulantní i lůžkové,
- Rychlá možnost reakce na změny výše úhrad jednotlivých částí kalkulace – např. ceny léčivých přípravků, navýšení ohodnocení pracovníků, změny režijních nákladů – změny ve výši úhrad energií atd.,
- Snadná a průkazná kontrola vykázané a poskytnuté zdravotní péče
- Snadná regulovatelnost a kontrola pomocí Seznamu výkonů, Zákoníku práce a zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

Nevýhody:

- Objemný soubor dat, administrativně i technicky dosti náročný na dobu zpracování,
- Při špatném nastavení parametrů – čas, materiál, přístroje – podhodnocení nebo záměrné nadhodnocení výkonu.

B) Paušální způsob úhrady

Vychází z časově dlouhodobého průměru objemu úhrady za konkrétní ZZ (objem zdravotních výkonů v celém poskytnutém spektru) – jako celek, nebo podle odborností – množství variant. Paušální úhrada je stanovena za měsíc,

čtvrtletí a rok. Lze stanovit a dohodnout dopředu konkrétní výši úhrady za zvolené období, zvoleným způsobem – jednorázově nebo po etapách.

Výhody:

- Snadný a přehledný způsob úhrady podle předchozích objemů úhrady – ZZ i zdravotní pojišťovna dohodnou předem objem finančních prostředků pro konkrétní ZZ.

Nevýhody:

- Není flexibilní – neumí reflektovat aktuální změny ve struktuře a objemu poskytnuté zdravotní péče – lze jej efektivně použít pouze krátkodobě (cca na dobu 1 roku) v systému jako v celku i v jednotlivých ZZ,
- Neumí diferencovat mezi komplikovaným a snadným případem,
- Navýšení (snížení) úhrad v delším časovém horizontu lze provést pouze procentuálně – čím déle je používáno, tím větší zkresení a odchylka od skutečného objemu péče a komplikovanosti jednotlivých případů (diagnóz),
- Je-li stanovena podmínka objemu péče menší než 100 % v referenčním období k vyplacení (úhradě) 100 a více procent paušálu předchozího období, dochází ze strany ZZ k dlouhodobému snižování objemu i struktury zdravotní péče – „bude-li poskytnuto alespoň 95 % objemu zdravotní péče jako v referenčním období“ – pro následující období se snížených 95 % stává výchozími 100 %.

V horizontu pěti let může dojít k omezení objemu péče o významné procento – platba neodpovídá reálně poskytnuté péči v objemu i ve struktuře (m. j. vznikají čekací listiny),

- Pokles kvality péče – nedodržování obsahu jednotlivých zdravotních výkonů – léčebného nebo operačního postupu, záměny zdravotního materiálu, léků a přístrojů, paušální zkracování hospitalizace, nikoliv podle skutečného zdravotního stavu – lze odhalit a sankcionovat pouze při konkrétní kontrole,
- Vykazování objemu a struktury péče je pouze formální – v zájmu dosažení co největšího objemu finančních prostředků při odvedení co nejmenšího objemu a rozsahu péče,
- Rozdělení paušální úhrady na menší celky a stanovení dalších podmínek úhrady – např. podle typů péče a nákladovosti drahé léčby – a stanovování dalších podmínek 100 % úhrady (např. max. počet výkonů endoprotéz a maximální úhrada za materiál atp.) navyšuje objem nutné vykázané administrativy a znepréhledňuje skutečný objem finančních prostředků určených k úhradě zdravotní péče v konkrétním ZZ,
- Dochází k vyčleňování drahé léčby mimo paušál – je stanoven „paušál“ samostatný jako maximální úhrada v daném období bez ohledu na počet skutečných pacientů – navýšení takového paušálu je velice komplikované a dlouhodobé a zařízení musí stejně dokladovat počet pacientů i strukturu léků či materiálů stejně jako u výkonového způsobu úhrady,
- Kombinace paušální a speciální paušální (výkonové) péče je stejně administrativně a časově náročná jako vykazování, úhrada a kontrola při výkonovém způsobu úhrady,
- Množství podmínek úhrady paušálem u jednotlivých typů péče komplikuje a znepréhledňuje celkový objem nárokované a proti tomu uhrazené péče,



- Překrývající se termíny záloh, doplatků, opravných dávek a plateb za tyto dávky značně znehledňuje a opožděje skutečný tok finančních prostředků,
- Dlouho používaná paušální úhrada naprosto nemusí odpovídat realitě struktury a množství poskytnuté zdravotní péče,
- Neumí reagovat na změny cen na trhu v kratším časovém horizontu, pokud reaguje, tak pouze v procentuálním vyjádření – nepřesné a zavádějící

### C) DRG – Diagnosis Related Group's

Využívá se v lůžkové péči (ambulantní péče – ve stadiu vývoje)

Podstata úhrady, tzv. případový paušál zahrnuje součet průměrných nákladů na stanovený soubor zdravotních výkonů podle diagnózy pacienta, včetně ohodnocení jeho zdravotního stavu a z toho vyplývajících možných komplikací a nutnosti tyto komplikace souběžně řešit, včetně průměrné doby hospitalizace na JIP a běžném akutním lůžku a průměrných nákladů na použité léky, materiál (i poměrně drahý ZUM – např. chlopně, čočky atp.)

Dochází k ohodnocení každé případové skupiny podle jednotlivých výkonů a celkového zdravotního stavu pacienta tzv. indexem (vahou), který vyjadřuje náklady za takto postavený případ v porovnání s ostatními případy – indexem je násobena základní dohodnutá (vyhlášená) DRG sazba v Kč.

Výhody:

- Stejně platební podmínky pro všechny případy stejně zařazené,
- Po zvládnutí techniky zpracování – jednodušší vykazování a zúčtování zdravotní péče,
- Umí diferencovat mezi jednoduchými a složitými případy.

Nevýhody:

- Při nesprávném zařazování ztráta finančních prostředků,
- Při „správném“ zařazování odčerpání větších finančních prostředků než bylo skutečně vynaloženo – nutnost kontroly ze strany plátce,
- Komplikované vykazování při souběhu in layer a out layer – téměř vždycky, především u klinických pracovišť a ve fakultních nemocnicích – nejkomplikovanější případy, reoperace atd.,
- Počáteční a trvalé problémy se správným nastavením tzv. vah (indexů) jednotlivých případů – dlouhodobá záležitost s nutností neustálé kultivace systému v závislosti na změnách vstupních hodnot – např. změn cen materiálů, navýšení platů atp.

#### D) Kapitačně výkonový způsob úhrady

- Je využitelný pouze u oborů, které registrují své pacienty – tedy praktických (rodinných) lékařů, gynekologů atp. – v ČR pouze praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost,
- Dvousložkový způsob úhrady – kapitace za počet registrovaných pojištěnců (pacientů) + jednotlivé výkony mimo kapitaci podle všeobecně platných podmínek pro tuto skupinu lékařů,
- Kapitace - paušální měsíční platba za 1 registrovaného pacienta (pojištěnce) bez ohledu na počet návštěv v daném měsíci – v současné době 50 Kč/1 pacienta,
- Náročnost práce s pacientem podle jeho věku a možných komunikačních i vyšetřovacích problémů z toho plynoucích je vyjádřena tzv. indexem:

0 – 4 roky 3,91                      50 x 3,91 = 195,5 Kč/měsíc

15 – 19 let	1,0	$50 \times 1 = 50$ Kč/měsíc
55 – 59 let	1,45	$50 \times 1,45 = 72,50$ Kč/měsíc
85 a více	3,40	$50 \times 3,4 = 170,0$ Kč/měsíc

Aby tedy bylo možno zajistit potřebnou kvalitu a dostupnost zdravotní péče, je stanoven průměrný počet pacientů, kteří mohou být

u praktického lékaře (PL/PLDD) registrováni a jsou hrazeni plnou hodnotou kapitace (PL – cca 2 500, PLDD – cca 1 700).

Pacienti registrovaní nad tento počet, pokud nebudou PL odmítnuti a poslání k jinému PL, budou lékaři hrazeni sníženou sazbou kapitace – důvod: potřebný časový prostor (ordinace + návštěvní služba) k poskytování kvalitní péče.

Naopak ordinace nedosahující průměrného počtu pojištěnců z důvodů řídkého osídlení regionu a těžce dostupného terénu jsou na základě individuálního posouzení konkrétní situace hrazeny tzv. kombinovanou kapitačně výkonovou sazbou s dorovnáním kapitace – tzn., že se jedná o ordinace s počtem pojištěnců nižším než 70 % průměrného počtu registrovaných pojištěnců daného oboru; dorovnání kapitace až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na průměrný počet registrovaných pojištěnců dané odbornosti – doplácení zdravotní pojišťovny podle procentuálního poměru jejich pojištěnců (VZP – 65 %, OZP – 20 %, ZP MV – 15 %).

Ostatní výkony jsou hrazeny mimo kapitaci – výkonově podle Seznamu výkonů. Pacienti neregistrovaní u daného PL nebo PLDD, ale ošetření např. během prázdnin, dovolené atp. jsou hrazeni výkonově za všechny poskytnuté výkony, tedy včetně těch, které jsou běžně zahrnuty do kapitace.

Regulace za předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči (komplement, rehabilitace, domácí péče) – se stanovují většinou podle předchozího úhradového období (měsíc, rok). Z měsíční úhrady

musí lékař hradit nájem, plat sestry, provozní náklady ordinace, včetně nákupu základního zdravotnického materiálu.

Výhody:

- Stabilní příjem ordinace podle počtu registrovaných pojištěnců bez ohledu na skutečně odvedenou práci – počet výkonů,
- V porovnání s ostatními způsoby úhrady – nejvyšší příjem za skutečně poskytnutou zdravotní péči (za skutečně poskytnuté zdravotní výkony).

Nevýhody:

- Pro PL a PLDD – v síti není příliš prostoru pro nové ordinace, spíše se jedná o generační problém obměny lékařů,
- Pro pacienty – kratší ordinační doba, téměř nedosažitelnost lékaře mimo ordinační hodiny,
- Pro systém financování – odčerpávání značného objemu finančních prostředků neadekvátně k objemu poskytnutých zdravotních výkonů – na úkor ostatních segmentů hrazených výkonově,
- Příjmy z veřejného zdravotního pojištění ročně přesahují 220 miliard Kč – a „nestačí“ pokrýt požadavky všech typů zdravotní péče,
- Úhrady vycházející z dlouhodobých průměrů v aktuálním čase - neodpovídají ani struktuře ani množství poskytnuté zdravotní péče,
- V systému ČR je poměr mezi platovou složkou zdravotníků (mimo ambulantní péči) a složkou na materiál, přístroje atd. stále v neprospěch zdravotníků.

Je proto logické, že současná zdravotní politika orientuje svou diskusi k tématům ekonomická udržitelnosti zdravotnických systémů, možnosti hodnocení výkonnosti zdravotnických systémů, problematice kvality péče, vývoji zdravotního stavu a podpory zdraví, vzájemných vztahů veřejného a soukromého sektoru, vývoje informačních technologií, zvyšování autonomie nemocnic a lékové politiky<sup>106</sup>.

Významnou roli v diskusi o problémech zdravotnických systémů zaujímá Světová zdravotnická organizace (WHO) a její světová úřadovna ve spolupráci s European Observatory on Health Systems and Policy (EOHSP).

Nejaktuálnějším výstupem práce WHO je Ministerská konference v červnu 2008 v Tallinu. Tato konference se zabývala náplní hlavních leaderů zdravotní politiky v novém paradigmatu finanční udržitelnosti zdravotnických systému ve výhledu několika let. Má zvýšit performance tak, aby zdravotnické systémy byly co nejefektivnější.

Dalším významným aktérem na poli zdravotní politiky je EU. Ačkoli na úrovni EU neexistuje jednotná společná zdravotní politika, společným jmenovatelem je hlavně oblast podpory zdraví.

### **5.2.1. Specifikace českého zdravotnického systému**

Česká reforma zdravotnictví 2006 - 2010 začala od 1. 1. 2008 zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví, které byly součástí reformního balíku veřejných financí<sup>107</sup>. Hlavním cílem bylo snížit vládní deficit, snížit daňové zatížení, zamezit celkovému plýtvání ve zdravotnictví. Důvodem změn je fiskální

---

<sup>106</sup> WHO 2008[online] Zdravotní politika [citovaný 17. 11. 2009]. Dostupný z: <<http://www.oecd.org/health>>. KOM (2007) 630).

<sup>107</sup> Zákon č. 261/2007Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů.

stabilita veřejných financí, podpora ekonomického růstu a řešení stárnutí populace.

V dubnu 2008 bylo vládou ČR schváleno sedm věcných zákonů: Zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách, o zdravotnické záchranné službě (ZSS), o zdravotních pojišťovnách, o zdravotním pojištění, o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami.

V červnu 2008 se zdravotní reforma pod tlakem politické opozice, odborů, lékařských fakult a koaličních stran rozdělila na dvě části.

#### Vybrané reformní události v ČR<sup>108</sup>

Leden 2008	Zavedení regulačních poplatků do praxe
Leden 2008	Reformní balík veřejných financí (např. snížení sociálních příspěvků – porodné, rodičovský příspěvek, zvýšení DPH, rovná daň pro fyzické osoby a zaměstnance)
Duben 2008	Vládou schváleny věcné záměry sedmi reforem zákonů
Červen 2008	Pod tlakem opozice, odborů, VŠ rozdělení reformy zdravotnictví na dvě části, tzn. odložení tří ze sedmi reformních zákonů
Podzim 2008	Krajské a senátní volby prokazují nízkou legitimitu reformních kroků vlády
Listopad 2008	4 reformní zákony v paragrafovaném znění schváleny vládou ČR
Leden 2009	změna na postu ministra zdravotnictví
Únor 2009	4 reformní zákony byly staženy z projednávání v PS

---

<sup>108</sup> Háva, P., Mašková-Hanušová, P. Zdravotní politika visegrádských zemí (2). Zdravotnictví v České republice. 2009, roč. 12, č. 2, s. 70 -76

Únor 2009	Kompromisní řešení v regulačních poplatcích formou novelizace zákona č.. 48/1997Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění; tlak opozice po podzimních volbách a pokles volebních preferencí politických stran vládní koalice
Březen 2009	Politické snahy o úplné zrušení regulačních poplatků, poslanecké sněmovně předložen návrh na novelu zákona

### 5.2.2. Specifikace polského zdravotnického systému

V Polsku se nepodařil přechod od státem řízené ekonomiky ke kombinaci tržní ekonomiky a demokracie. V oblasti zdravotnictví je tento problém patrný zejména z celkových výdajů na zdravotnictví, z postojů zdravotníků a z celkového stavu zdravotnictví<sup>109</sup> Implementace zdravotního pojištění proběhla až v roce 1997. Tímto krokem však nebylo dosaženo zvýšení finančních zdrojů. Snahou k napravení měly být zdravotní reforma v roce 2008, která se stala středem hlasitých diskusí, jež vyústily v tzv. válku o zdravotní reformu<sup>110</sup>. Podstatou této „války“ byl rozpor vládní koalice s odbory a s prezidentem Kaczyńským, který v prosinci 2008 vetoval čtyři návrhy reformních zákonů.

V roce 2009 dochází k posunu díky vládní straně Občanská platforma, která hledá cestu k tržnímu modelu financování a nabízí program „Ratujeme szpitale“, zaměřený na nenásilnou privatizaci nemocnic na úrovni regionů. Snahou polskému systému je i přesun finanční zátěže na jednotlivce. Lze tedy předpokládat ještě hlasitější diskuse, neboť příjmová nerovnost

---

<sup>109</sup> Watson, P. Unequalizing Citizenship. The politics of Poland's Health Care Change. *Sociolog*, 2006, 40:1079-1096.

<sup>110</sup> Poland's Health Reform, 2008

v Polsku patří mezi nejvyšší v OECD<sup>111</sup>.

Vybrané události z polského zdravotnictví<sup>112</sup>

Listopad 2007	Donald Tusk se stává premiérem pravicové vlády, která má jen těsnou většinu v Sejmu
Leden-únor 2008	Do Sejmu bylo předloženo sedm reformních poslaneckých novel zdravotních zákonů  (zákonem stanovená povinnost převodu nemocnic na obchodní společnosti)
Březen-říjen 2008	Projednání návrhu v Sejmu a Senátu. Kritika návrhů ve veřejném diskurzu neřeší problém podfinancovaného polského zdravotnictví; rozpor s Ústavou
Listopad 2008	Prezident Lech Kaczynski vetuje 4 reformní zákony
Prosinec 2008	V Sejmu nebyla dostatečná většina pro odmítnutí prezidentova veta, takže zákony schváleny nebyly
Únor 2009	Premiér Tusk a ministryně zdravotnictví Kovaczova přichází s programem „Ratujeme szpitale“

---

<sup>111</sup> OECD. *Crowing Unequal? Income distribution and poverty in OCED countries*. OECD, Paris, 2008

<sup>112</sup> Háva, P., Mašková–Hanušová, P., *Zdravotní politika visegrádských zemí (2)*. Zdravotnictví v České republice, 2009, roč. 12, č. 2, s. 70 -76.



### 5.2.3. Specifikace maďarského zdravotnického systému

V srpnu 2008 se podařil prosadit návrh maďarské reformy zdravotnictví „Green Paper On The Hungarien Health Care System“.<sup>113</sup>

Téhož roku na podzim bylo schváleno pět reformních zákonů, zahrnujících částečnou privatizaci zdravotních pojišťoven, vymezení rozsahu služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a ruku v ruce s ním i zavedení regulačních poplatků. Zavedení poplatků však nemělo dlouhého trvání a po roce byly zrušeny (2007-2008).

Poplatky vedly k velkým rozepřím v koalici. Nejdříve mělo vzniknout přes 22 státem vlastněných akciových společností zdravotních pojišťoven a mělo dojít k odbourání téměř 50 % soukromého sektoru. Vzápětí bylo vše anulováno. Celá rozepře byla zakončena rozpadem koalice a odvolání ministryně zdravotnictví Horváthové (Svaz svobodných demokratů).

V současnosti se maďarské zdravotnictví upíná spíše na kvalitu poskytované péče a zlepšování zdravotního stavu – Security and Partnership Program<sup>114</sup>.

#### Vybrané události z maďarského zdravotnictví<sup>115</sup>

Červen 2006	Parlamentní volby - koalice Maďarské socialistické strany se Svazem svobodných demokratů (liberální strana)
Srpen 2006	Green Paper on the Hungarian Health Care System – koncepce reformy

---

<sup>113</sup> Hungarian Health Systems scan January 2007, June 2007, April 2008, May 2008, January 2009. National Institute for strategic Health Research.

<sup>114</sup> Hungarian Health System scan 2007-2009.

<sup>115</sup> Háva, P., Mašková–Hanušová, P., Zdravotní politika visegrádských zemí (2). Zdravotnictví v České republice. 2009, roč. 12, č. 2, s. 70 -76.

- Podzim 2006 Předložení a schválení 5 reformních zákonů Parlamentem (reformy ve smyslu jasného vymezení rozsahu služeb z veřejného zdravotního pojištění, demonopolizace zdravotního pojištění, částečná privatizace zdravotních pojišťoven, zavedení spoluúčasti)
- Únor 2007 Zavedeny poplatky u lékaře a za hospitalizace
- Únor 2008 Přijetí zákona o Národním fondu zdravotního pojištění – „Health Insurance Management Funds“ – znamená demonopolizaci, původní pokus o privatizaci zdravotních pojišťoven nakonec skončil kompromisem koaličních stran, vznik 22 státem vlastněných akciových společností, postupně prodej 49% sektoru
- Březen 2008 Lidové referendum zrušilo poplatky
- Duben 2008 Reformní nesoulad vůči směřování zdravotnické reformy, odvolání ministryně zdravotnictví Horváthové (Svaz svobodných demokratů), rozpad koalice
- Květen 2008 Menšinová vláda maďarské socialistické strany  
Nový ministr zdravotnictví – zmírnění reformy, zaměření se na problematiku zdravotního pojištění  
a zvyšování kvality zdravotní péče, zdravotního stavu.  
Anulování zákona „Health Insurance Management Funds“
- Leden 2009 Decentralizace národního fondu zdravotního pojištění – zřízení 7 regionálních fondů s jasně vymezenými kompetencemi

#### 5.2.4. Specifikace slovenského zdravotnického systému

Na Slovensku byla reforma zdravotnictví odstartována již v roce 2002 a byla označována jako nejradikálnější zdravotní reforma v Evropě, dokonce jako „světový unikát“<sup>116</sup>. Hlavním cílem slovenské reformy byla především finanční stabilizace zdravotnického systému stejně jako snaha podpořit motivaci pacientů, ZZ a zdravotních pojišťoven. V otázkách financování hrála hlavní úlohu specifikace balíku zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a vytvoření prostoru pro komerční pojištění<sup>117</sup>.

Dalšími úkoly bylo zavedení osobních účtu, změna právní formy ZZ, vznik Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí a zavedení poplatků. V kontextu možnosti vybírat platby od pacientů za péči je zajímavý výklad čl. 40 Ústavy SR<sup>118</sup>.

Vybrané události slovenského zdravotnictví<sup>119</sup>

2003 – 2004	Tvorba 6 nových reformních zákonů – „reformné puzzle“, legislativní proces, zákon byly zpracovány jako vládní návrhy MZ SR
Leden 2005	Reformní zákony vstoupily v platnost  Vymezení základního balíku služeb financovaného z veřejného zdravotního pojištění (de facto s cílem jeho redukce pod záminkou demografických změn a fiskální neudržitelnosti), vytvoření prostoru pro komerční pojištění, zavedení osobního účtu občana, privatizace nemocnic a

---

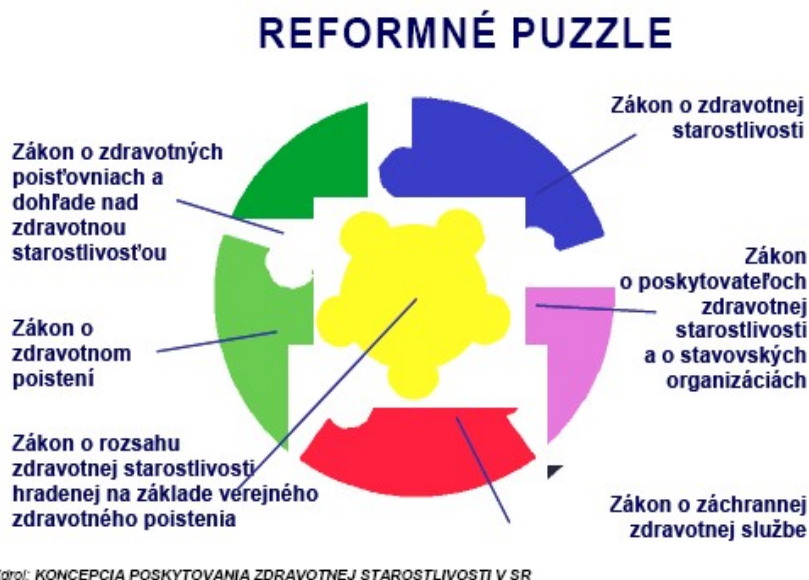
<sup>116</sup> Szalay, T., Kováč, P. Slovenská reforma zdravotníctva. Zdravotnícké právo praxi. Č. 3, 2004

<sup>117</sup> Švihová, V., Kováč, E., Baška, T., Hudečková, H. Zdravotné poistenie na Slovensku. Analýza dezať ročného využívania indexov rizika nákladov za roky 1999-2008. Zdravotníctví v České republice. 2008, č. 3, s. 84-89.

<sup>118</sup> Nález ústavního soudu Slovenské republiky PL. ÚS 38/3-89 ze dne 17. května 2004

<sup>119</sup> Háva, P., Mašková–Hanušová, P., Zdravotní politika visehradských zemí (2). Zdravotníctví v České republice. 2009, roč. 12, č. 2, s. 70 -76.

zdravotních očišťoven, vznik Úřadu pro dohled, zavedení poplatků



Obr. Podrobnosti vývoje zdravotní politiky po roce 2000 v zemích V4 <sup>120</sup>

Červen 2006                      Předčasné parlamentní volby v roce 2006, které vyhrála sociálně demokratická strana SMER

Srpen 2006                      Obrat směřování reforem, zrušení poplatků, zastavení transformace ZZ a pojišťoven na akciové společnosti

Pro každý model je podstatné kritérium „převažujícího zdroje financování“, ze kterého je zdravotní péče hrazena <sup>121</sup>.

<sup>120</sup> Mašková, P., Háva, P., Zdravotní politika visegradských zemí v éře globalizace, 2009

<sup>121</sup> Křížová, E. Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky: Praha 1998. Rakouská lékařská komora, 11. 11. 2009 Dostupný z: <<http://www.aek.or.at>>.

### 5.2.5. Specifikace rakouského zdravotnického systému

Regulace sítě ordinací, lůžkových zařízení, nemocnic a dalších zdravotnických zařízení je určena zákonem o veřejném pojištění a veřejnoprávních pojišťoven<sup>122</sup>, zákonem o lékařích a zákonem o nemocnicích<sup>123</sup>. Co se týká lékařských ambulancí (ordinací), svěřil zákonodárce vyjednávání a rozhodování o síti smluvních ordinací a skupinových praxí svazu rakouských pojišťoven a rakouské lékařské komoře<sup>124</sup>. Bez jejich vzájemné shody se v síti takřka nic nemůže změnit, avšak v kompetenci svazu pojišťoven je učinit některá konečná rozhodnutí. Co se týká sporů mezi svazem pojišťoven a lékařskou komorou či konkrétním lékařem ty řeší zákonem stanovená odvolací komise, již předsedá soudce, který hájí zájmy spotřebitelů zdravotnické péče a dodržování předpisů. Lékaři nemohou sami vypsát výběrové řízení na svou praxi, nýbrž se musí zapsat do seznamu čekatelů - uchazečů o veřejnou zakázku u lékařské komory<sup>125</sup>.

Jakmile svaz pojišťoven považuje za potřebné konat výběrové řízení, vyzve lékaře – čekatele, který dosáhl nejvíce bodů. Připravenost lékaře – uchazeče stát se smluvním lékařem pojišťoven zkoumá zvlášť svaz pojišťoven a zvlášť lékařská komora. Na základě konzultace názorů, přičemž komora odpovídá za kontrolu splnění odborných kritérií a svaz pojišťoven zkoumá ekonomickou

---

<sup>122</sup> Svaz rakouských nemocenských pojišťoven[online]. [citováno 17. 11. 2009]. Dostupný z: <http://www.sozialversicherung.at/>.

<sup>123</sup> Rakouská ústava definuje vůdčí úlohu federální vlády a parlamentu v oblasti zdravotnictví s cílem udržet ve spolkových zemích jednotné zdravotnictví.

<sup>124</sup> Rakouská lékařská komora[online].[citováno 11. 11. 2009]. Dostupný z: <<http://www.aek.or.at>>.

<sup>125</sup> Podle vyhlášky MZ ČR a směrnice dostávají čekatelé počet bodů za vymezené záležitosti – vzdělání, praxe, doplňující vzdělávání, připravenost na ordinaci v dané lokalitě, úroveň ordinace, její vybavení, bezbariérovost a další.

vhodnost zařazení lékaře – uchazeče<sup>126</sup>. Po splnění formalit, vyhlásí svaz pojišťoven řízení ohledně změn v síti ordinací a svaz rozhodne o uchazečích. Rozhodnutí o uchazečích se zveřejňují s argumenty. Pojišťovny také provozují své vlastní ambulance a k tomu potřebují souhlas lékařské komory, čili kompetence jsou vyváženy. Obava z konkurence není na místě, jelikož předpisy zakazují, aby pojišťovny nutily své pojištěnce k návštěvě své ambulantní sítě. Platnost individuálních smluv mezi lékařem a pojišťovnou závisí na platnosti rámcové smlouvy uzavřené mezi svazem pojišťoven a lékařskou komorou. Vyjednávání valorizace probíhá v časových cyklech, většinou dvouročních. Zrušit smlouvu mohou pojišťovny z důvodů vymezených zákonem. Lékař se může odvolat k odvolací komisi vedené soudcem, který má rozhodující slovo. Soudce – právník je dosazen Ministerstvem spravedlnosti.

V Rakousku existuje precedent rozhodnutí soudu týkající se cen ordinací předávaných dalšímu lékaři s tím, že svaz pojišťoven musí zajistit znalce k ocenění ordinace, které je nutné k zajištění hospodárnému využití pojistného, jelikož odkupy se promítají do vyjednávání o úhradě péče. Pokud dojde ke sporu o cenu předávané ordinace, vstupuje do hry komise složená ze zástupců svazu pojišťoven a komory.

Základní plán nemocnic navazující na lůžkové zařízení je postaven na veřejných a neziskových zařízeních. Rakouské země jsou vázány zákonem, a tudíž nesmějí udělit povolení novému uchazeči, pokud je v daném regionu péče dostatečně saturována. Mohou se však rozhodnout o přeměně vlastnické formy nemocnice při odůvodněných potřeb. Dokonce může svaz rakouských pojišťoven uzavřít mimo plán dohodnutý se zemí i smlouvu s komerčním subjektem, což se stává ojediněle. Rakouské pojišťovny jsou výlučně v rukou pojištěnců a zaměstnavatelů volených občany a zaměstnavateli. Lékař ani politici nesmějí být v orgánech pojišťovny.

---

<sup>126</sup> Podle zákona je povinností svazu pojišťoven zajistit občanům výběr nejméně mezi dvěma ambulantními lékaři jednotlivých odborností v dané lokalitě, a to vše při dodržování zásad hospodárnosti.

Z výše popsaného je možné říci, že v Rakousku stavějí zákonodárci na účinnosti spolupráce, vedoucí k jednotné vysoké kvalitě zdravotnické péče. V Rakousku v oblasti zdravotnictví nedochází k vyšším deficitům, reagují ihned během roku opatřeními i za cenu mírného zvýšení sazby pojistného.

### 5.2.6. Specifikace německého zdravotnického systému

Zdravotnický systém je podobný rakouskému systému poskytování zdravotní péče. Německo je typickým představitelem státu s národním zdravotním pojištěním. Systém je financován především z daní ze mzdy zaměstnanců (8 % zaměstnanec + 7 % zaměstnavatel). Od roku 2005 platí zaměstnanci dalších 0,9 % z příjmu na povinné pojištění dlouhodobé péče<sup>127</sup>. Tvorba smluvních sítí ZZ vychází ze zásad zakotvených v zákoně o pojišťovnách, lékařích a nemocnicích<sup>128</sup>.

O síti smluvních ordinací rozhoduje společně lékařská organizace<sup>129</sup> a svaz pojišťoven. Počet lékařů je limitovaný nařízením vlády s odchylkou 5 %. O vstupu nového lékaře do sítě rozhodne dohoda – shoda mezi lékařskou organizací a svazem pojišťovny, spor řeší komise v rukou nezávislého právníka. Na jeho osobě by se měly shodnout pojišťovny a lékaři. Pokud se neshodnou, pak nezávislého právníka jmenuje zemský úřad. Protože zhruba 10 procent občanů je pojištěno jen komerčně, někteří lékaři ve velkých městech s větší koncentrací bohatších vrstev „přežijí“ i bez smlouvy s veřejnoprávními pojišťovnami. S ohledem na toto procento má Německo kolem deseti procent lůžek v rukou soukromých komerčních provozovatelů. Sdružení smluvních lékařů je zákonem vázáno k zajištění dostatečného počtu smluvních lékařů, tak aby péče nebyla ohrožena. Smlouvy mezi pojišťovnami a lékaři jsou uzavírány na dobu neurčitou i

---

<sup>127</sup> Roubal, T. Jelínková, K. Bohémský, P. Trh soukromého zdravotního pojištění. 2. část Pojistné rozpravy, 2007, č. 21, s. 56 -73. 2007, č. 21, s. 56 -73.

<sup>128</sup> Německé zdravotnictví, 17. 11. 2009 Dostupný z:< [http:// www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de)>.

<sup>129</sup> Sdružení smluvních lékařů definované v zákoně vymezenými povinnostmi vůči občanům.

na určitou, mohou být i vyloučeni z veřejné zakázky. Podle národního zákona o nemocnicích jsou všechny spolkové země povinny se svazem veřejnoprávních a svazem komerčních pojišťoven plánovat síť konkrétních lůžkových zařízení, přičemž musí dodržovat pravidlo, že systém nikdy nesmí přijít o veřejné nemocnice. O síti konkrétních nemocnic rozhodne zemský úřad po dohodě se svazem pojišťoven. Plán nemocnic se vydává na 2-5 let, s vymezením povolených činností a drahého přístrojového vybavení. Tím je zabráněno konkurenčním praktikám.

Formy finanční spoluúčasti pojištěnců (definovány od roku 2004)<sup>130</sup>:

- Poplatek u soukromých lékařů ve výši 10 € splatný kvartálně u lékařů (právní povinnosti byla zavedena od 1. 7. 2004)
- Hospitalizace v nemocnici 10 € za kalendářní den, max. po dobu 28 dnů
- Poplatek za předpis 10 € u léčiv paralelně se spoluúčastí ve výši 10 % z odběrové ceny léčiv
- Úhrada nákladů na každý příjezd lékaře ve výši 10 %, minimální spoluúčast činí 5 € a max. výše poplatku je stanovena na 10 €. Výše poplatku nesmí nikdy přesáhnout hodnotu zdravotnického výkonu
- Pomoc v domácnosti ve výši 10 % denního výkonu, přičemž minimální hodnota spoluúčasti činí 5 €, max. 10 €. Hodnota nesmí překročit cenu výkonu.
- Rehabilitace – míra spoluúčasti je stanovena na 10 € za kalendářní den, nejdéle však po dobu 42 dnů. Redukce je možná prostřednictvím započtení bezprostředně předcházejícího pobytu v nemocnici, max. lhůta pro dobu spoluúčasti činí 14 dnů. Osvobození od spoluúčasti je možné pro období jednoho roku, za předpokladu, že hodnota spoluúčasti pojištěnce činí 2 % hrubého příjmu jeho rodiny.

---

<sup>130</sup> K financování zdravotní péče v zahraničí. Zdravotnictví a právo. 2008, č. 9, s. 26-27.



V Německu se setkáváme s tzv. volitelnými tarify, což je fakultativní nabídka od jednotlivých zdravotních pojišťoven, jejichž cílem je prostřednictvím bonusu nebo úspory na příspěvku zdravotního ovlivňovat nárokování výkonů ze strany pojištěnců a preventivně tak zamezit neadekvátní redukci návštěv lékaře. Tyto tarify poskytují možnost individuálního vlivu na výši sazby pojistného, jež je v Německu v kompetenci zákonných a privátních pojišťoven. V rámci privátního zdravotního pojištění je míra spoluúčasti stanovena individuálně v rámci pojistných smluv. Mnohé pojišťovny nabízí v rámci smluv zpětnou úhradu při nevyužití výkonu pojištění.

Poplatky jsou účtovány jednou za kvartál, při prvním kontaktu s lékařem. Návštěvy dalších lékařů v daném kvartálu jsou již bez poplatku, pokud pojištěnec předloží doklad o zaplacení poplatku a lékař přísluší ke stejné léčebné třídě:

- ✓ Stomatolog
- ✓ Lékař pohotovostní služby
- ✓ Lékař poskytující zdravotní služby ambulantně.

Pojištěnec tak může uhradit za návštěvy u lékaře v rámci jednoho kvartálu 30 €. Maximální roční poplatek činí 120 €. Poplatky jsou příjmem zdravotní pojišťovny po zúčtování lékařských honorářů.

### 5.2.7. Specifikace amerického systému zdravotnictví

Pro srovnání uvádím systém zdravotnické péče ve Velké Británii a ve Spojených státech Amerických. Důvodem je, že americké zdravotnictví je nejdražší na světě. Na zdravotní péči vydávají ročně 16 % HDP, což je zhruba dvojnásobek výdajů vyspělých zemí OECD<sup>131</sup>.

Náklady stoupají přímo kosmickou rychlostí, což při takovém tempu znamenalo pro rok 2025 jednu čtvrtinu výkonu americké ekonomiky

a o dalších padesát let již polovinu. I když mají Američané s přehledem nejdražší zdravotnictví na světě, o kvalitě již se to říci nedá. Výkony jsou velmi nevyrovnané, např. v náročných oborech představují absolutní špičku, ovšem v dětské úmrtnosti jsou dokonce za Kubou. Američané provádějí špičkové operace, ovšem padesát milionů lidí není vůbec pojištěno. Zhruba jedna čtvrtina z nich se nepojistila dobrovolně, zbytek na pojištění nedosáhne. Americký systém pojištění funguje zcela odlišně od systému v Evropě. Více jak polovina Američanů je pojištěna prostřednictvím svých zaměstnavatelů. Toto pojištění je nejkvalitnějším v Americe. Zaměstnavatelé uplatňují daňové odpisy u zdravotního pojištění, které nechávají sjednávat u velkých pojišťovacích společností, kde se jednak rozkládá riziko na velký počet pojištěnců a zároveň si účtují provozní poplatky podle celkového objemu pojistného. Tito Američané mají vynikající pojištění, ovšem pouze do doby, než se rozhodnou zaměstnání opustit či změnit. V tento moment jsou bez pojištění<sup>132</sup>.

Pojišťovny si klienty – pojištěnce vybírají dle zdravotního stavu. To je důvodem, proč lidé, kteří ztratí zaměstnanecké pojištění, pak těžko získávají jiné

---

<sup>131</sup> Hlavně zdraví, Zdroj: Respekt 2009, 17. 8. Zdravotnické noviny – ze zahraničí.[citováno 5.11.2009].

Dostupný z: <<http://zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=440050>.

<sup>132</sup> Hnilicová, H., Barták, M., Zdravotnický systém v USA. Zdravotnictví v České republice, 2005, roč. 8, s. 166-173.

pojištění. V Americe existují dva základní vládní programy placené státem – již zmíněný Medicare pro seniory a Medicaid pro nejchudší vrstvy obyvatel. Patří sem zhruba čtvrtina Američanů. ZZ však mají povinnost ošetřit nepojištěné pacienty při ohrožení života. Poskytnutou zdravotní péči však zaplatí ti, kteří řádně pojištění platí. Z toho vyplývá zvýšení nákladů pro všechny zúčastněné.

Americká sněmovna těsnou většinou dne 8. 11. 2009 schválila radikální reformu státního systému zdravotní péče. Zákon má téměř 2 000 stran a zavádí nové sankce pro každého, kdo si nesjedná povinné zdravotní pojištění. Zaměstnanci, kteří nezaplatí, budou daňově penalizováni. Zákon upravuje dalekosáhle veřejný program financování zdravotní péče pro sociálně slabé skupiny. Dále vytváří legislativní základ pro založení státní pojistné burzy, kde si občané mohou pojistky kupovat.

V roce 2007 poklesl oproti roku 2006 počet osob bez zdravotního pojištění. Vyjádřeno čísly, počet nepojištěných poklesl ze 47 na 45,7 milionů (U. S. Census Bureau, 2007). Populace USA měla v únoru 2009 305 870 277 obyvatel. Mezi léty 2006-2007 vzrostl počet pojištěných, a to z 249,8 milionů na 253,4 miliony. 202 milionů obyvatel USA mělo sjednáno soukromé zdravotní pojištění. Zvýšil se také počet Američanů participující na určitém druhu veřejného programu z 80,3 milionů v roce 2006 na 83 milionů v roce 2007. Meziročně se zvýšil počet osob užívající program Medicaid, a to z 38,3 milionů osob v roce 2006 na 39,6 milionů v roce 2007. Meziročně došlo k poklesu počtu nepojištěných dětí do 18 let z 8,7 milionů v roce 2006 na 8,1 milionů v roce 2007.

Veřejné výdaje jsou využívány k pokrytí výdajů na zdraví starších a handicapovaných občanů. Výdaje na zdraví v USA rostou s porovnáním s dalšími zeměmi OECD, rostou rychleji než hrubý národní důchod (OECD, 2009). Dostupnost nejmodernějších zdravotních technik patří k nejlepším na světě, konkurovat může pouze Japonsko. Na zdravotnictví se vydá v USA přibližně 1,9 bilionu amerických dolarů, jak jsem popsala výše podle odhadů

v roce 2017 to bude 19,5 % <sup>133</sup>.

### 5.2.8. Specifikace britského zdravotnického systému

Velká Británie je zakladatelkou statutárního zdravotního pojištění, který uzákonila již v roce 1946 a který se stal vzorem pro řadu dalších zemí. Národní zdravotní služba je postavena na privátních ambulancích praktických lékařů a na veřejných nemocnicích<sup>134</sup>. V průběhu času se vytvořila síť privátních nemocnic a zařízení nabízející zdravotní služby pro přímo platící nebo privátně pojištěné pacienty. Finanční spoluúčasť je možná v nemocnicích a vybraných druhů zdravotní péče, není však možná u osob mladších 16 let a osob s nízkými příjmy. Lékaři zaměstnaní v nemocnicích mohou paralelně vykonávat i praxi privátní.

Veřejné zdravotnictví administrativně zajišťuje několik desítek zdravotních úřadů, jež jsou odpovědné za dostupnost zdravotní péče, její proplácení a úroveň dle místních poměrů. Pacienti si mohou vybrat svého lékaře, jsou však omezeni místem bydliště. Odborného lékaře – specialistu lze navštívit pouze na doporučení praktického lékaře. Veřejné zdravotnictví je financováno z daní, zákonného a soukromého zdravotního pojištění. Soukromé pojištění je děleno na zaměstnanecké a individuální.

V roce 2008 byl ve Velké Británii stanoven poplatek za předepisování léků ve výši 7,10 £ pro Anglii, pro Skotsko 5 £, ve Walesu je předepisování léků bez doplatku. Britští občané starší 60 let a děti do 16 let věku (resp. do 19 let pokud se účastní celodenního vzdělávacího procesu) a pojištěnci

---

<sup>133</sup> Keehan et.al., 2008

<sup>134</sup> Britské státní zdravotnictví má mnoho chyb- podobnost s českým systémem je čistě náhodná? Britské listy. 2009, 21. 8. ISSN 1213-1792.

v nepříznivém zdravotním stavu jsou vyňati z poplatkové povinnosti. Ti pojištěnci, kteří mají větší množství předpisů, si mohou zakoupit certifikát, který umožňuje neomezené předepisování léků, po dobu jeho platnosti.

### 5.2.9. Specifikace francouzského zdravotnického systému

Domnívám se, že s nejsilnějšími regulacemi poskytovatelů se setkáme právě ve Francii, kde tyto regulace začínají již na úrovni lékařských fakult. Dlouhodobě se uplatňuje „*numerus clausus*“, tzv. limitace počtu studentů lékařské fakulty od druhého ročníku studia, kdy vláda pevně stanoví, kolik studentů může postoupit do druhého ročníku v jednotlivých lékařských oborech. Tento „*numerus clausus*“ má jediný cíl, a to pokles počtu lékařů, ze tří lékařů na tisíc obyvatel na 2,7 lékaře na tisíc obyvatel do roku 2020 (pro srovnání v ČR jsou čtyři lékaři na tisíc obyvatel)<sup>135</sup>.

Ve Francii existuje zvláštní pojištění pro zaměstnance, pro osoby výdělečně činné, zemědělce a obranné složky a zvláštní ochranný systém nejchudších občanů. Všeobecná pojišťovna má největší vliv na síť smluvních ambulantních zdravotních zařízení, neboť vyjednává počty lékařů, úhrady na čtyři až pět let dopředu. Nejprve proběhne národní dohoda a následně se domlouvají podrobnosti na regionální úrovni<sup>136</sup>. Nemocnice jsou v rukou centrální vlády, která tvoří normy a dosazuje své úředníky do regionálních orgánů institucí, kteří nasmlouvávají konkrétní nemocnice podle jasně stanovených národních kritérií. Regionální úředníci – prodloužená ruka státu - po jednání se svazem pojišťoven uzavírají s vybranými nemocnicemi, v nichž je rozhodnuto i o činnostech a

---

<sup>135</sup> ÚZIS ČR[online]. Zdravotnictví ČR ve statistických údajích 2008[citováno 28. 10. 2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>

<sup>136</sup> Francie má největší deficit ve veřejném pojištění, i když plánování probíhá podle „zdravotních map“, převládá chaos, nedodržování předpisů v praxi.

vybavení. Dvě třetiny lůžek jsou nemocnice veřejné, ostatní jsou soukromé neziskové nemocnice spravované církvemi a neziskovými pojišťovkami a do 20 % z celkového lůžkového fondu tvoří komerční subjekty.

V přepočtu na tisíc obyvatel má Francie méně nemocničních lůžek než ČR. Ve Francii existuje systém „refundování úhrady péče“, kdy pacient zaplatí přímo v ordinaci za poskytnutou zdravotní službu, pojišťovna zpětně úhradu proplatí. Většina ambulantních lékařů vstupuje do dohody s veřejnoprávními pojišťovkami a pak jsou vázáni tím, co je stanoveno v rámcové smlouvě. Část lékařů na základě získaného povolení může účtovat pacientům více, než je dáno v této rámcové smlouvě <sup>137</sup>.

Ve Francii existuje zvláštní připojištění pro krytí plné péče, včetně spoluúčasti pro pacienty s nejnižšími příjmy a pak síť veřejných obecních ambulantních i lůžkových zařízení pro nemajetné pacienty. Tímto soukromým připojištěním, které pokrývá 91 % obyvatelstva je oslabena role regulačních poplatků. Občané platí v nemocnici 123 Kč za den a 0 – 20 % nákladů na péči, 20 – 40 % nákladů při návštěvě lékaře v ambulanci, 35 % nákladů na dopravu a zdravotní pomůcky a až 65 % nákladů na léčiva. Od poplatků jsou osvobozeny těhotné ženy čtyři měsíce před porodem, novorozenci 30 dní po porodu, handicapované děti do 20 let, váleční invalidé, některé pracovní úrazy a osoby pojištěné v rámci CMU-C (jedná se o doplňkové pojištění pro občany s nízkým příjmem).

---

<sup>137</sup> Paris, V. Francouzský systém zdravotní péče[online].[citováno 28. 10. 2009]. Dostupný z: <<http://www.financovanizdravotnictvi/images/sbornik/pdf>>.

### 5.3. Shrnutí jednotlivých specifikací zdravotnických systémů

Na příkladech výše uvedených vyspělých zemí je patrné, že právně se uplatňují dosti obdobná pravidla, byť s dílčími rozdíly. Dělbá pravomocí a odpovědnosti je mezi centrální vládou, regiony, pojišťovny jako samostatnými právními osobami při zajišťování zdravotní péče a služeb pro obyvatelstvo z veřejných prostředků.

Na prvním místě jsou vždy národní zákony, které regiony, pojišťovny plní v praxi. Částečná samostatnost je odměřena tak, aby byla v souladu s národními právními předpisy.

Například rakouské spolkové země a pojišťovny obdrží od vlády zadání k zajištění přesného počtu lůžek pro obyvatelstvo, pro jednotlivé druhy péče na dobu pěti let, v němž jsou zahrnuty jen nemocnice veřejné a soukromé neziskové. Ve všech vyspělých zemích probíhají ročně nebo ob rok národní konference zdravotní péče, na kterých se diskutuje o funkčnosti zdravotnického systému a potřebě změn se všemi zúčastněnými subjekty. Rozdíly se vyskytují především na úrovni plánování a organizace jednotlivých systémů zdravotní péče. Obecně lze také říci, že nemocnice jsou svěřeny centrální či regionální správě, kdežto formování ambulantní sítě se staví na modelu svazu pojišťoven a zástupců poskytovatelů.

V Německu a Rakousku uzavírají mezi sebou samostatně dohody svaz pojišťoven a lékařská organizace (stát, vláda zakročí jen při vybočení smlouvy z předpisů), zatímco ve Francii vstupuje v platnost smlouva mezi pojišťovny a ambulantními poskytovateli až po podpisu smlouvy vládou.

Ve vyspělých zemích jsou odvolací mechanismy přímo zákonem upraveny, což v ČR dosud chybí. V podstatě ve všech západních zemích existují precedentní soudní výroky, pokud jde o stížnosti lékaře nevybraného do sítě veřejných služeb, spory mezi pojišťovny a státní či veřejnou správou.

V anglosaských zemích, jako je USA, Kanada nebo Austrálie je majoritně financována zdravotní péče z daňových příjmů veřejných – federálních rozpočtů, zatímco v zemích kontinentální Evropy, v Německu, v ČR, je zdravotnictví financováno primárně z prostředků zdravotního pojištění. Míra spoluúčasti zdravotních pojištěnců je nejvyšší ve Švýcarsku, zatímco v ČR nebo Velké Británii dosahuje relativně nižších hodnot (v rámci států OECD<sup>138</sup>). V USA je to 13 % celkových výdajů a 840 \$ na jednoho obyvatele za rok.

Domnívám se, že dosud nebyl nalezen ideální model, který by byl spravedlivý. Vždy zasahuje stát s tím, že je zdůrazněn celospolečenský význam. Navíc každý model se snaží o regulaci poptávky. Co mne zaujalo a co bych zavedla do systému zdravotnické péče u nás, jsou odvolací mechanismy, které ve vyspělých zemích již fungují. Jedná se o speciální odvolací mechanismy pro oblast sporů ve zdravotnictví. Často i v mimosoudní rovině vede odvolací orgán právník s povolením k výkonu soudce. Pro spory mezi státem, regiony versus svaz pojišťoven existuje tzv. správní pojišťovenské soudnictví.

Nemyslím si ani, že zdravotní systém s poplatky je dobrý a bez poplatku nutně špatný. Systém bez přímých plateb má podle mne jen své nevýhody. V konečném výsledku zaplatíme do systému i bez poplatků ještě mnohem více. Mezi země s nejvyššími příjmy patří Velká Británie, kde se poplatky neplatí. U nás si můžeme sednout do čekárny lékaře – specialisty a přijde na Vás řada dle objednaného času, ovšem ve velké Británii se ke specialistovi bez doporučení praktického lékaře není možné dostat. A pokud to jen přece doporučí, může trvat několik měsíců, než se ke specialistovi dostanete.

Dle mého názoru se otázkou poplatků se zabýváme příliš dlouho, jako by zde nebyla řada dalších otázek, které je třeba vyřešit. Jednou z nich je jistě postgraduální vzdělávání lékařů tak, aby se nemuseli potýkat „s korupcí farmaceutických firem“. Určitě se nabízí zefektivnění sítě ZZ. Dále také je tu jistě možnost, jak zvýšit procento výdajů z HDP na zdravotnictví.

---

<sup>138</sup> [http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/meo\\_oecd.html](http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/meo_oecd.html)



Pokud ale porovnáme zdravotní systém ČR s jinými, převážně s evropskými zeměmi, figuruje český zdravotní systém stále mírně nad evropským průměrem z pohledu vstřícnosti a přístupu vůči pacientovi.<sup>139</sup> Pro větší objektivitu a pro potvrzení výše uvedeného jistě bude ku prospěchu využít data mezinárodně uznávané instituce, která od roku 2005 hodnotí zdravotnictví pomocí Euro Health Consumer Index (EHCI) v zemích EU, Švýcarsku, Norsku a Kanadě, podle jednotných ověřitelných kritérií. Žebříček EHCI má vysokou prestiž v odborných kruzích nejen v Evropě.

V roce 2005 bylo hodnoceno 15 zemí EU spolu se Švýcarskem a Norskem. V roce 2006 byla do jednotlivých hodnocení zařazena i ČR jako 22. (zvítězila Francie) z 25 hodnocených zemí. V první pětici se umístilo Švýcarsko, Holandsko, Lucembursko a Německo. V roce 2007 zvítězilo Rakousko, ČR se umístila na 15. místě. V roce 2008 bylo hodnoceno již 29 zemí. Nejlepší bylo Holandsko, ČR obsadila 16. místo.

V prvním ročníku se hodnotily práva a informace pacientů, čekací doby a přívětivost v přístupu k pacientům, výsledky zdravotní péče (přístup k onkologické či kardiologické terapii, procento pětiletého přežití u onkologických pacientů, mortalita na akutní infarkt myokardu, kojenecká úmrtnost, přístup k nejmodernější péči atd.), rozsah zdravotní péče a léková politika.

ČR skončila na 22. místě (403 body), za námi bylo Slovensko (369), Lotyšsko (365), Irsko (359) a Litva (340). Za zmínku jistě stojí skutečnost, že kdyby se nehodnotila práva a informace pacientů a čekací doba, byli bychom na 16. místo, tedy přibližně na úrovni Velké Británie.

Doporučení tehdy znělo zlepšit vztah lékař - pacient, který by měl být rovnocenný, upřesnit roli ombudsmana ve zdravotnictví, zpřístupnit seznam

---

<sup>139</sup> Euro Health Consumer Index (EHCI), zveřejněný žebříček, 2009. V červnu vydala společnost Health Consumer Powerhouse spotřebitelský index ECHI, hodnotící zdravotní systémy v Evropské unii a ve Švýcarsku z pohledu pacientů – klientů. Společnost má vysokou prestiž v odborných kruzích.

a kvalitu poskytované zdravotní péče, poskytovat informace o moderních způsobech léčby a zlepšit přístup pacienta ke-mailu lékaře.

Lze tedy shrnout, že v odborných kritériích v roce 2006 jsme se řadili na přední místo v Evropě. V roce 2008 v EHCI jsme skončili na 16 místě z 29 hodnocených.

Jistě je na místě zmínit, že ČR patří mezi pět nejlepších v hodnocení srovnání kvality vzhledem k nákladům. V roce 2008 vydala tatáž společnost tzv. Euro Consumer Diabetes Index (ECDI 2008), který se týká péče o diabetiky a Euro Consumer Heart Index (ECHI 2008), týkající se péče o pacienty s onemocněním srdce. V ECHI je ČR na 21. místě z 29 zemí (zisk 605 bodů z možných 1 000 bodů) a v ECDI na 23. místě (zisk 613 bodů z možných 1 000 bodů). Je zajímavé a vlastně není tajemstvím, že v ECHI, co se týká odborné výkonnosti (počet kardiologů, počet PTCA i přístupu k pacientovi v tentýž den pro bolest, čekací doba na CABG) patříme k nejlepším v Evropě. Velké slabiny jsou však v prevenci, v kouření, omezení kouření, zavádění pohybové aktivity, obezitě, konzumaci alkoholu, nedostupnosti informací o jednotlivých pracovištích na internetu apod. Pokud by se toto zlepšilo, ČR by se v hodnocení dostala na přední místa.

Každopádně si ČR od roku 2006 poměrně výrazně vylepšila postavení. V roce 2008 se ve zprávě uvádí, že ČR patří ke třem zemím, které se v posledních třech letech nejvíce zlepšily. V závěrečném hodnocení se dokonce píše, že hodnocení malých rozdílů mezi českým zdravotnictvím a západoevropským je zanedbatelné a dochází k výraznému zlepšení trendů. Z hodnocení tedy vyplývá, že by měl být narovnan vztah mezi pacientem a lékařem. Bohužel i nadále se český pacient zbytečně staví do submisivní role, někteří lékaři pak stále setrvávají v roli paternalistické. Rovněž je třeba zlepšit informovanost pacientů o kvalitě jednotlivých ZZ, tyto informace by měly být volně přístupné na internetu nejen pro odbornou veřejnost, ale zejména a právě pro laickou veřejnost, tedy pro pacienty.

Např. v Rakousku pacient při propuštění z nemocnice dostane pro kontrolu účet, který nehradí, ale je seznámen s cenami prováděných výkonů. Rakouský pacient ví, kolik vyšetření stálo; dostane předpis na lék, na tzv. generikum, v lékárně si může vybrat a doplatit rozdíl. To by mohlo být zajímavým impulzem i pro nás. Jedním z výstupů zdravotnické reformy by mělo být, že bychom se dočkali toho, že standardní medicínský zákrok (např. operace slepého střeva) se bude hradit stejně ve FN Motol, v nemocnici Na Homolce a stejně tak v Baťově nemocnici ve Zlíně. Dokud centrem veškerého dění ve zdravotnictví nebude pacient", nemůžeme hovořit o „PATIENT ORIENTED MEDICINE“<sup>140</sup>.

## **6. Reforma zdravotnictví**

Po mnoha letech politických sporů a diskuzí se reforma českého zdravotnictví stala skutečně prvořadou prioritou. Probíhá největší reforma zdravotnictví od roku 1993, vláda dle ministra Luboše Hegera připravuje celkem 25 zákonů, které změní celý zdravotní systém. Reforma zdravotnictví zasahuje pacienty, ZZ, tedy lékaře i zdravotní pojišťovny. Lze ji shrnout do čtyř hlavních bodů:

- Větší práva pro pacienty
- Jasná pravidla pro nadstandard (ENV)
- Průhledné platby za léčbu
- Konec špatných nemocnic

Díky ní se pacient poprvé stává podstatným subjektem celého systému. Nové zákony chrání práva pacienta, který se tak stává rovnocenným partnerem lékaře. Výrazně mu narůstají jeho práva a zároveň jsou tato práva lépe

---

<sup>140</sup> <http://www.healthpowerhouse.com>

vymahatelná. Pacient má přístup k údajům o poskytovatelích zdravotních služeb, stanovují se práva a povinnosti poskytovatelů zdravotní péče, včetně sankcí za jejich porušení, definuje se nárok pacienta na zdravotní péči a úhradové standardy (spoluúčast pacientů), mění se financování ve zdravotnictví.

Zdravotní reforma je rozdělena do několika etap, ty hlavní jsou dvě.

Na úvod této kapitoly uvádím pro shrnutí přehled hlavních reformních kroků již realizovaných. V dalších částech jsou pak rozebrány reformní náměty, které jsou pro budoucnost zvažovány.

a) Zákony nabývající účinnosti k 1. prosinci 2011:

- Novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

b) Zákony nabývající účinnosti k 1. dubnu 2012:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách),
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách,
- Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě,
- Zákon č. 375/2011 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách a zákona o zdravotnické záchranné službě
- Zákon č. 369/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony

WHO definuje veřejné zdravotnictví takto: "Veřejné zdravotnictví je věda a umění týkající se toho, jak lze organizovaným úsilím společnosti prodlužovat život, předcházet chorobám a podporovat zdraví obyvatelstva"<sup>141</sup>. Vymezení veřejného zdravotnictví je tedy velmi široké. Ve své praktické podobě zahrnuje celou řadu společenských aktivit, které přesahují rámec resortu zdravotnictví a

---

<sup>141</sup> WHO 1988

týkají se téměř všech oblastí veřejného života a veřejné politiky. Vždy je však akcentován systém populačně orientované léčebné preventivní péče, poskytující nezbytné zdravotnické služby pro všechno obyvatelstvo, tedy zdravotnický systém.

Na zdravotní péči, která má za cíl udržení a zlepšení zdraví nebo odstranění utrpení, je potřeba se dívat zcela přirozeně jako na službu. Z toho plyne, že pro ni platí stejné ekonomické zákonitosti jako pro kteroukoliv jinou službu. Za poskytnutí zdravotní služby má její poskytovatel právo na odměnu. Jediným rozdílem proti jiným službám je, že ve zdravotnictví požadujeme jejich všeobecnou dostupnost. Zdravotnické služby jako celek tvoří tedy komplexní sociální systém. Tento systém musí být otevřený, adaptabilní, a tudíž inovativní, protože prostředí, v němž žijeme a společnost, která nás obklopuje, se neustále mění, vyvíjí, tak jako se mění náš životní styl, naše kondice a požadavky. Je třeba vnímat tento systém z pohledu pacientů, odborné veřejnosti, ale nelze ignorovat ani politické klima.

Měli bychom si objektivně přiznat, že téměř všichni, kdo dnes ve zdravotnictví působí, z toho mají zisky: farmaceutické společnosti, dodavatelé léků a zdravotnických prostředků, soukromí lékaři nebo nemocnice.

Důsledky ekonomické globalizace zvyšují tlak na snižování daní a redukci sociálních států na úroveň, která ohrožuje svobodu rozvoje. Do tvorby zdravotní politiky na národní úrovni se promítají lidská práva se vztahem ke zdraví. Politický kontext stále více ovlivňuje procesy implementace, což podporuje pochybnosti o legitimitě tržně orientovaných reforem zdravotnictví. Bohužel není výjimkou ani jednostranná orientace reforem na modely řízené péče a rozvoj medicíny. Bohužel i dnes je stále podceňován význam podpory zdraví a prevence. Každopádně je nutné, aby zdravotnický systém byl připraven reagovat nově vzniklé a nečekané zdravotní problémy, které přináší globalizace (náhlé objevení epidemie, nových či staronových infekčních onemocnění). Éra globalizace pochopitelně ovlivnila

i proces zdravotnických reforem, které ve visegrádských zemích mají víceméně shodnou orientaci:

- Privatizace nemocnic
- Privatizace zdravotních pojišťoven
- Spoluúčast pacientů, soukromé pojištění
- Dvojkolejné zdravotnictví

Není pochyb o tom, že započatá zdravotní reforma je nezbytná a že je třeba v ní pokračovat. Měli bychom se pokud možno poučit z reforem již uskutečněných. Ideální situace by byla, pokud by motivace všech účastníků tohoto systému byly vyrovnané, zisk každého z nich by závisel na spokojenosti pacienta (pojištěnce)., pak by to všechny zúčastněné přimělo ke změně chování, neboť nespokojený pacient (pojištěnec) odejde ke konkurenci a ta si jej ráda převezme, i když bude starý a nemocný. Navíc, podle reformních návrhů bude muset zdravotní pojišťovna 85 % z vytvořeného zisku rozdělit svým pojištěncům. Kdyby tento systém fungoval již dnes, přebytky na účtech pojišťoven by se přestěhovaly do kapes občanům.

Nelze souhlasit s argumentem, že zdravotní pojišťovny si nemají konkurovat a nemají tvořit zisk, protože jejich úkolem je pouze výběr odvodů na veřejné zdravotní pojištění (stejně jako např. finanční úřady vybírají daně). To je zásadní nepochopení účelu zdravotních pojišťoven. Ve skutečnosti výběr odvodů pojistného je jen malou částí činnosti zdravotních pojišťoven.

Hlavní rolí zdravotních pojišťoven, ve které je nemůže nikdo zastoupit, je správa peněz vybraných na povinné zdravotní pojištění po jejich přerozdělení. Úkolem pojišťovny je najít ty nejkvalitnější a nejefektivnější poskytovatele a s nimi uzavřít co nejlepší smlouvy na poskytování zdravotní péče pro své klienty. Všichni víme, jaké jsou rozdíly mezi lékaři a nemocnicemi – ve vlídnosti, v ordinační době, v čekacích dobách, ale

i v kvalitě poskytované zdravotní péče. Pro běžného občana ale není lehké tyto rozdíly rozeznat. Proto tu mimo jiné máme zdravotní pojišťovny, které by nám měly poradit a vybrat pro nás ty nejlepší poskytovatele, protože ony mají dostatek podkladů a informací.

Pokud tuto práci udělají zdravotní pojišťovny dobře, zaslouží si za to přiměřenou odměnu. Ta by rozhodně neměla představovat horentní finanční částky, které pak budou v systému chybět, protože - podle reformního návrhu - tvoří pouze malý zlomek úspor dosažených v systému díky zlepšené hospodárnosti.

Odčerpáním peněz ze systému nehrozí ani provozní náklady nových pojišťoven. Jednak jsou takzvaně zastropované na 3,5 % z celkových příjmů pojišťoven, jednak konkurence dlouhodobě vede i k úspornějšímu provozu. Je známo, že ani velikost není žádnou zárukou hospodárnosti, naopak. VZP má dnes ze všech pojišťoven nejvyšší provozní náklady na jednoho pojištěnce.

## **6.1. Regulační poplatky**

Regulační poplatky již vyvolaly a pravděpodobně ještě budou vyvolávat řadu bouřlivých diskuzí. Hovořit v souvislosti se zavedením regulačních poplatků o tom, že je zdravotní reforma antisociální, by bylo zásadní chybou<sup>142</sup>.

Regulační poplatky nepředstavují opravdovou překážku pro přístup k zdravotní péči, naopak jak už z jejich názvu vyplývá, omezují plýtvání a ušetřené prostředky umožňují věnovat na léčbu opravdu nemocných lidí. Aspirin si může každý uhradit z vlastní kapsy, když ale potřebujeme drahý lék, dostaneme jej. Již v roce 2008 mohou zdravotní pojišťovny díky poplatkům uhradit více drahých léků pro vážně nemocné a o 35 % více umělých kyčelních a kolenních kloubů než v roce 2007. Za první rok fungování se poplatky jednoznačně

---

<sup>142</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, § 16a

osvědčily a do českého zdravotnictví přinesly celkovou úsporu ve výši deset miliard korun – pět miliard korun se vybralo na regulačních poplatcích a dalších pět miliard představují úspory uvnitř systému, které zdravotní pojišťovny využily na financování moderní špičkové léčby <sup>143</sup>.

Zdravotní reforma pomocí limitu chrání pojištěnce před vysokými doplatky za léky. Již po druhém pololetí roku 2008 zdravotní pojišťovny vrátily těžce nemocným lidem miliony korun, které zaplatili za doplatky a poplatky. Zachovává solidární financování, tedy přístup k hrazené potřebné péči pro každého. Posiluje nárok pojištěnce na opravdové poskytnutí zdravotních služeb.

Současný zdravotní systém je financován průběžně. Finanční prostředky, které odvádíme do zdravotních pojišťoven, jsou bezprostředně použity na úhradu zdravotní péče pro dnešní pacienty, tedy čerpány. Je třeba se proto starat, jak zajistit pro všechny potřebnou zdravotní péči nejen dnes, ale i v budoucnu.

Dnem 1. 12. 2011, jak již bylo zmíněno v úvodu této kapitoly, nabyl účinnosti zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a došlo mimo jiné ke změně výše regulačního poplatku za jeden den hospitalizace z 60 Kč na 100 Kč. Vládou však neprošlo plánované snížení poplatku 30 Kč za položku na receptu na částku na 30 Kč za celý recept.

## **6.2. Obecné principy zdravotní reformy**

Cílem reformy je využití působení tržních mechanismů tam, kde jsou prokazatelně efektivnější než státní byrokracie. Netržní cíle zdravotní politiky, jakou jsou solidarita nebo dostupnost, jsou součástí zákonné regulace, kterou bude vymáhat nezávislý úřad.

---

<sup>143</sup> Tisková zpráva MZ ČR, 11. 3. 2009; [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)



Mezi základní povinnosti zdravotních pojišťoven patří zabezpečení potřebné péče v zákonem předepsaném rozsahu pro každého z jejich pojištěnců. V opačném případě jim hrozí sankce úřadu a žaloba ze strany pojištěnce. Poskytovatelé se proto nemusí obávat snížení „poptávky“ po svých službách v důsledku reformy. Do budoucna by se již neměly obávat ani korupce - smlouvy se zdravotními pojišťovnami budou uzavírat na základě transparentní soutěže ceny a indikátorů kvality.

K „diktatuře“ při uzavírání smlouvy však může opravdu kvůli reformě dojít. Ale paradoxně, s vyměněnými rolemi. Stanovením parametrů místní a časové dostupnosti zdravotní péče získají mnozí poskytovatelé důležitější postavení. Pojišťovna s nimi nebude moci neuzavřít smlouvu, aniž by porušila zákon. Již dnes je patrné, že i zvyšující se konkurence pojišťoven vede ke zvýšeným platbám poskytovatelům.

Dohodovací řízení skončí pouze ve své dnešní zbyrokratizované podobě. Ambulantní lékaři a jiní poskytovatelé zdravotní péče budou moci nadále s pojišťovnami společně vyjednávat smluvní podmínky i úhradu svých služeb.

Nekontrolované propojení pojišťoven a poskytovatelů paradoxně umožňují dnešní zákony, které platí už přes deset let. Zakazují sice pojišťovnám vlastnit ZZ, jiné formy propojení (např. ZZ zřizující si zdravotní pojišťovnu) ale vůbec neřeší.

Propojení pojišťoven a poskytovatelů samo o sobě není nutně negativní. V Čechách bylo za první republiky naprosto běžné (pojišťovny si zřizovaly svá ZZ), výjimečné není v Evropě ani dnes. Takové propojení může pojištěncům a pacientům přinést jak výhody (lepší koordinace péče), tak může být zneužíváno.

Zásadní otázkou je, jak zamezit takovému zneužívání. Zakázat takové propojení zákonem? Toho se dá ale jen těžko dosáhnout – přes různé mezinárodní firmy, správcovské společnosti a podobně je vždy možné takový zákaz obejít. Druhou možností je naopak zavedení povinnosti takové propojení přiznat a zajistit v jeho případě ztřížený státní dozor, aby nebylo zneužíváno. Domnívám se, že druhá cesta je sice méně populistická, ale zato může na rozdíl od bezzubého zákazu fungovat.

Otázka monopolů není na propojení pojišťovny a poskytovatele tak docela závislá. Monopoly můžeme mít i bez takového propojení a také je již v ČR máme. Je jím například VZP se svým více než 60% podílem na trhu, jsou jimi striktně vzata také nemocnice v některých krajích, kde skoro všechny patří krajské samosprávě.

Vznik monopolů a to, aby nezneužívaly svého postavení, hlídá zákon<sup>144</sup> a Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS)<sup>145</sup>. Obzvláště přísně se posuzuje tzv. vertikální propojení, kam lze počítat i propojení mezi pojišťovnou a poskytovatelem. Zatímco v případě působení na jednom trhu je za monopol považována až firma se 40% podílem na trhu, horizontální propojení je regulováno už v případě 15% podílu na trhu. Jinými slovy, na řešení monopolů existují standardní právní nástroje, jen jsme zatím nebyli zvyklí na jejich působení ve zdravotnictví.

### **6.3. Reforma zdravotnictví v kontextu mezinárodního vývoje**

Zdravotní systémy v Evropě patří v současnosti mezi nejrozvinutější na světě. Zatímco dnes téměř všechny státy EU garantují zdravotní péči v zásadě všem svým občanům, ještě v roce 1880 takovou záruku neposkytoval stát žádný. Až do konce 19. století se totiž evropské země věnovaly spíše zajištění své vlastní existence a ekonomickému rozvoji. Teprve na přelomu 19. a 20. století začaly státy rozvíjet systematické národní sociální programy v oblasti zdravotnictví, školství a sociálního zabezpečení<sup>146</sup>.

V posledních dvaceti letech došlo prakticky ve všech průmyslově vyspělých zemích Evropy k menším či rozsáhlejším reformám systémů zdravotní péče. Pro ČR jsou zahraniční změny velmi podnětné. Je však třeba mít vždy na

---

<sup>144</sup> Zákon č. 143/2001 Sb., o ochraně hospodářské soutěže v platném znění

<sup>145</sup> <http://www.compet.cz/legislativa/hospodarska-soutez/ceska-republika/>

<sup>146</sup> [http://www.zcr.cz/Stranky/a\\_104.htm](http://www.zcr.cz/Stranky/a_104.htm)

zřeteli náš historický vývoj a naše ekonomické možnosti. Podobně jako u nás i v sousedním Rakousku tamní exekutiva naráží na odpor především odborné veřejnosti a lékařů. Podobně je tomu i v Polsku, ale i v Maďarsku, jak jsem již podrobněji srovnávala v předchozí kapitole týkající se specifikace systémů zdravotních úhrad. Lze očekávat, že postupně bude docházet ke kontinuální transformaci <sup>147</sup>.

Pokud se opět zaměřím na české kritiky stávajícího systému a probíhajících reforem, i dnes se občas objeví názor, že mezi zdravotními pojišťovnami není rozdíl či že nejlepší by bylo mít jednu pojišťovnu. Většina z nás se však v praxi měla možnost přesvědčit, že zdravotní pojišťovny nejsou stejné. Zákony jim jen dosud dávaly malý prostor ke skutečnému odlišení, přesto ale již dnes je evidentní rozdíl např. v úhradách lékařům, v bonusem poskytovaných pojištěncům, v nabízených preventivních programech. v proplácení výkonů nad zákonem stanovený rozsah nebo v čekacích dobách.

Probíhající zdravotní reforma umožní zdravotním pojišťovnám další odlišení. Jejich zdravá konkurence přinese pojištěncům nové výhody a poskytovatelům prostor pro rozšíření poskytovaných služeb. Konkurence povede ke zkvalitnění služeb a snížení ceny.

Porovnáváním evropských zdravotních systémů se zabývá švédská organizace Health Consumer Powerhouse. Její každoroční žebříček European Health Consumer Index (EHCI) <sup>148</sup> opakovaně ukazuje, že lepší hodnocení z pohledu hodnoty pro pacienty dosahují pojistné systémy s více zdravotními pojišťovnami. Jsou v nich například kratší čekací doby na odkladnou zdravotní péči.

---

<sup>147</sup> [http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zdravotnictvi+za+hranicemi\\_FINAL\\_0.pdf](http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zdravotnictvi+za+hranicemi_FINAL_0.pdf)

<sup>148</sup> <http://healthpowerhouse.com/files/2012-EHCI/EHI-2012-report.pdf>

## Závěr

Ve své rigorózní práci jsem se snažila podat přehled o právní úpravě zdravotní péče a o způsobu jejího financování. Provedla jsem také srovnání zdravotních systémů ve vybraných zemích, a to v ČR, Polsku, Maďarsku, Slovensku (V4), Rakousku, Německu, Velké Británii, Francii a v USA.

Pokud jde o ČR, dospěla jsem k závěru, že reforma zdravotnictví je nezbytná. Každý z nás má právo se svobodně rozhodnout o způsobu léčby, ale i o svém životě. Reformní zákony (novela Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, Zákon o zdravotních službách a Zákon o zdravotních pojišťovnách<sup>149</sup>) především jasně vymezí role a práva lékaře, neboť jsou v nich přesně specifikovány povinnosti poskytovatelů zdravotní péče. Rovněž dojde k narovnání vztahu mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče, jasně se definují nároky pojištěnců na rozsah poskytované péče. Zásadním způsobem se mění postavení pacienta v celém systému. Dochází k posílení práv pacientů, mění se financování zdravotnictví, je možná finanční spoluúčasti pacientů, pacient musí být informován o tom, jaká varianta léčby je pro něj základní, a tedy bez doplatku a zároveň musí být informován o případných možnostech ekonomicky náročnějších a o jejich ceně, pokud taková alternativa existuje. Úprava legislativy se dotkne i lékové politiky a pacientům zajistí v každé skupině léčiv minimálně jeden lék bez doplatku. Zrychlí se vstup generických léků na trh za pouhé dva měsíce, sníží se ceny generických léků o 32 % a zjednoduší, tedy zrychlí se správní řízení o cenách a úhradách léčivých přípravků. Rovněž budou vyřazeny z úhrad podpůrná a doplňková léčiva.

Cílem zdravotní péče je uchování a zlepšování zdraví, případně odstranění utrpení. Je na čase ji skutečně vnímat jako službu, přesněji respektovat, že pro ni

---

<sup>149</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování  
Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách  
Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě

platí stejné ekonomické zákonitosti jako pro kteroukoliv jinou službu. Za poskytnutí zdravotní služby má její poskytovatel právo na odměnu. Jediným rozdílem oproti jiným službám je, že ve zdravotnictví vyžadujeme její všeobecnou dostupnost.

Věřím, že většina z nás vnímá a uvědomuje si, že zdravotní péče a otázka jejího financování je celospolečensky důležité téma. Je v zájmu nás všech, podporovat probíhající zdravotní reformu, a tím napomáhat změnit vnímání celého zdravotního systému. Zdravotní péče není, nemůže být a ani nikdy nebyla bezplatná. Je správné, že je a také má zůstat i nadále všeobecně dostupná v rozsahu stanoveném právní úpravou, hrazená ze zdravotního pojištění. Je ale také zcela v pořádku, že existuje možnost poskytovat nadstandardní zdravotní péči, resp. ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče (ENV)<sup>150</sup> za přímou úhradu pacienta.

Všeobecně známou skutečností je, že lidé na své zdraví obvykle nejsou ochotni vydávat finanční prostředky, ačkoli je někteří ochotně vydávají např. za alkohol a cigarety, které jim přitom zdraví nenávratně poškozují. Nikoho ani nenapadne kritizovat bonusový systém v rámci havarijního pojištění u automobilu či v případě pojištění majetku. Je paradoxem, že stále mnoho z nás si neuvědomuje a ani není ochotna si připustit, že ke svému zdraví nepřístupujeme zdaleka tak zodpovědně, jako ke svému majetku, a přitom je to to nejcennější, co máme.

Nemohu se ztotožnit s tvrzením, že ve zdravotnictví není nedostatek finančních prostředků a že problémy, s nimiž se zdravotnictví potýká, by vyřešilo více finančních prostředků ze státního rozpočtu.

Zvykli jsme si hodnotit a porovnávat vše pouze z ekonomického hlediska. Často je však problém nikoli v množství finančních prostředků, ale ve správnosti, resp. v nesprávnosti jejich použití. Více prostředků do špatně fungujícího systému znamená vyšší ztráty. Je to jako dolévat vodu do děravého džbánu. Stačí se

---

<sup>150</sup> [http://www.mzcr.cz/dokumenty/stanoveni-zakladni-a-ekonomicky-narocnejsi-varianty-zdravotni-pece-prinese-usporystabilitu-a-zamezi-korupci\\_5025\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/stanoveni-zakladni-a-ekonomicky-narocnejsi-varianty-zdravotni-pece-prinese-usporystabilitu-a-zamezi-korupci_5025_1.html)

podívat např. na fakultní nemocnice a jejich hospodaření, bez opakované intervence ze strany státu by jen těžko obstály. Společnou snahou by měl být zodpovědný přístup ke svému zdraví každého

z nás, to samé bychom ale měli vyžadovat i od svého praktického lékaře, kde obvykle vše začíná a samozřejmě i od své zdravotní pojišťovny.

Podle studie německého Institutu pro ekonomický výzkum (Ifo Institute)<sup>151</sup> porovnávajícího efektivitu zdravotních systémů je výstupní efektivita českého zdravotnictví pouhých 83,5 %. To znamená, že 16,50 Kč z každé stokoruny, kterou lidé zaplatí na zdravotnictví, neslouží zamýšlenému účelu, ale je vyplýváno. Z tohoto důvodu souhlasím s tím, že požadavky na zvýšení daní na pokrytí státní dotace do zdravotnictví nejsou zcela oprávněné, a to zejména vůči daňovým poplatníkům.

Výše zmíněných 16,5 % představuje v celém zdravotnictví 36 miliard Kč, které se dají použít např. na zlepšení platových podmínek zdravotníků, modernější nemocnice a kvalitnější péči. Teprve poté, až využijeme tyto „rezervy“, je možné dle mého názoru případně požadovat zvýšený odvod pojistného na zdravotní pojištění. Za několik let totiž skutečně dojde k nárůstu požadavků na financování zdravotnictví, a to zejména s ohledem na stárnutí obyvatelstva. Z logických ale i z etických důvodů je prvořadým úkolem každé zodpovědné vlády postarat se nejprve o to, aby finanční prostředky, které odvádíme dnes, byly efektivně a smysluplně vynakládány. Je odpovědností každého z nás aktivně se podílet na probíhajících změnách, volit si zodpovědnou vládu, dohlížet na hospodaření zdravotních pojišťoven, vyžadovat dostupnou a kvalitní péči od svého lékaře, ale hlavně starat se o své zdraví a kromě zdravějšího zdravotního stylu dbát i na prevenci.

---

<sup>151</sup> <http://www.cesifo-group.de/portal/page/portal/ifoHome/f-about/f3aboutifo>

## RESUMÉ

The purpose of choosing the topic LEGAL FRAMEWORK OF HEALTHCARE AND ITS FINANCING was that during my studies I explored by health care legislation, I investigated this topic also in one of my seminar work and we published an article about some legal aspects of assisted reproduction together with JUDr. David Uhlíř. The goal of the paper shall conclude with suggestions for my work in health care and in the meantime I suppose that relationship between law and medicine influence everyone's life.

The social importance of this issue is demonstrated by the fact that public and political discussions about health care and its financing is constantly increasing. It's difficult to ignore that growth of economic pressure on the spending of funds which are selected for health insurance has been looking more often for possible ways how to spend these funds effectively. Health insurance companies have to take care of economical spending of the funds coming through the system but they cannot generate profit.

The aim of my thesis provides an outline of legal framework and other relevant documents regulating health care in the ČR and performs related analyses. The thesis is composed of six chapters, each of them dealing with certain aspects of health care and its legislation.

Chapter one is introductory and defines basic terminology used in the thesis, examines relevant Czech legislation including relevant international treaties which has been ČR accepted yet.

The second chapter concentrates on the issue of financing of health care and financial participation of patients.

The third chapter describes the organization of public health insurance, a system of contractual arrangements, health insurance and medical facilities.

The content of the fourth chapter of the participants are providing health care and become familiar with their rights and obligations.

In the fifth chapter I perform a comparative legal and health care systems analysis of European Union Members. This chapter presents the detailed legal provisions in abroad in Great Britain, where these issues are most developed. There is a point out the shortcomings of certain legislative changes to address the complex ethical and social issues.

Conclusions are drawn in chapter six as the reflection on the necessity to complete the current health care reform, along with the summary of the current reform measures in the light of the local situation but also developments in abroad is analysed in the sixth chapter.

I suggest that is really necessary concentrate on problems resulting from health care reform. On-going reform acts point out doctor's roles and their rights as health care providers including a clear settlement of the relationship between health insurances and health care providers. It brings fundamental change of the patient's status in the whole health care system.

The aim of providing health care is preserve and improve of health care or elimination of suffer. Otherwise we shall perceive providing of health care as any other service but there must be a general availability. Health care is not, cannot be and never was for free. It is also correct that there is a possibility of providing superior health care, which is not fully reimbursed by the insurance company. We are used to evaluate and compare all only in economic terms. Often the problem is not in the volume of wherewithal but efficiently in their spending. More in a dysfunctional system means higher losses. It is necessary to ensure that funds spent economically and efficiently enough. Finally it is the responsibility each of us to actively participate in on-going changes, to elect a responsible government, to oversee the management of health insurance companies, require an affordable and quality health care from our doctor, but mainly to take care of our health and also ensure a healthy lifestyle on prevention.

This thesis relied on the legal situation prevailing at March 31st 2012.



**Klíčová slova:** zdravotnictví, reforma, financování, pojištění

**Keywords:** Health Care, Reform, Financing, Insurance

## **Seznam příloh**

- Příloha č. 1    Pl.ÚS 40/06 #2, 6/2009 Sb., N 171/51 SbNU 93 (Povinné členství v ČLK)
- Příloha č. 2    ÚS 371/98 ze dne 8. 10. 1998 (Právo lékaře na sdružování)
- Příloha č. 3    Nález ÚS ČR 206 ze dne 10. Července 1996 (Právo na bezplatnou zdravotní péči)
- Příloha č. 4    Pl. ÚS 14/02 ze dne 4. června 2003 (Finanční spoluúčast pacientů)
- Příloha č. 5    Evropský průkaz pojištěnce

## Seznam použité literatury

- Bělina, M. a kol.: Zákoník práce, Komentář. 1. Vyd., C. H. Beck, 2008
- Císařová, D., Sovová, O.: Trestní právo a zdravotnictví, 2004
- Červinka, T., Zdravotní pojištění s komentářem a příklady. 3. Vyd., ANAG, 2011
- Filip, J., Ústavní právo České republiky. Základní pojmy a instituty. Ústavní základy ČR. Brno: Masarykova univerzita, nakl. Doplněk, 2003
- Fried, Gaydos, 2002
- Háva, P., Mašková-Hanušová, P. Zdravotní politika visegrádských zemí (2). Zdravotnictví v České republice. 2009, roč. 12, č. 2, s. 70 -76
- Havlíček K., Jemelík T.: Nad veřejným zdravotním pojištěním, Oráč 1998
- Hendrych, D. a kol.: Správní právo, obecná část. 6, vyd., C. H. Beck, 2006
- Hnilicová, H., Úvod do studia zdravotnických systémů
- Hnilicová, H., Barták, M., Zdravotnický systém v USA. Zdravotnictví v České republice, 2005, roč. 8, s. 166-173.
- Daněk A., Gelet J.: Zdravotní pojištění, Linde, nakladatelství s.r.o.
- Ivanová, K., Zdravotnický systém se svými vstupy, činností a výstupy
- Ivanová, K., Systémy zdravotní péče, LF UP Olomouc, 25. 11. 2004
- Křížová, E. Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky: Praha 1998.
- LANG, H. Management, trendy a teorie. 1.vyd. Praha: C. H. Beck, 2007 ISBN 80- 7179-638-1
- Mach, J., Medicína a právo. 1. Vydání. Praha: C. H. Beck, 2006
- Martoník J., Kalinová L.: Vysílání pracovníků, Národní pojištění 3/2006EU, Národní pojištění 5/2007
- Peková, J., Pilný, J., Jetmar, M. Veřejná správa a finance veřejného sektoru. Praha: ASPI, 2005. s. 319.
- Pokorová G.: Princip jediného zdravotního pojištění migrujících osob, Právo a zaměstnání, 2/2005

Roubal, T. Jelínková, K. Bohémský, P. Trh soukromého zdravotního pojištění. 2. část Pojistné rozpravy, 2007, č. 21, s. 56 -73. 2007, č. 21, s. 56 -73.

Schlanger J., Hlaváček K.: Teze k nejzávažnějším problémům právní úpravy veřejného zdravotního pojištění

Sovová, O., Zdravotnická praxe a právo. Praha:Leges, 2011, 304 s.

Stolínová J., Mach J.: Právní odpovědnost v medicíně, Galén, 1998

Szalay, T., Kováč, P. Slovenská reforma zdravotníctva. Zdravotnické právo praxi. č. 3, 2004

Šafrová J.: Z materiálu MPSV, Národní pojištění 10/2007

Švihová, V., Kováč, E., Baška, T., Hudečková, H. Zdravotné poistenie na Slovensku. Analýza dezať ročného využívania indexov rizika nákladov za roky 1999-2008. Zdravotníctví v České republice. 2008, č. 3, s. 84-89.

Těšínová, J., Žďárek, R., Polícar, R., Medicínské právo. 1. Vydání. Praha: C. H. Beck, 2011

Tetur V. : Právní úprava zdravotní péče v Česku

Trnková L.: Novela zdravotního pojištění od 1. 4. 1997, Pragoeduca 1997

Tröster, Petr a kol.: Právo sociálního zabezpečení, 5. aktualizované a doplněné vydání C. H.

Beck, 2010

Watson, P. Unequalizing Citizenship. The politics of Poland's Health Care Change. Sociolog, 2006, 40:1079-1096.

Zemanová J. Nemocenské pojištění

## **Články**

Ekonomické výsledky nemocnic rezortu zdravotníctví za I. pololetí roku 2002

Employer Health Benefits, 2005; Annual Survey, 2006

Harris Interactive, 2002

Keehan et.al., 2008

Kubek M., prezident ČLK

Miller and Luft, 1994

Nissenson, Collins, Dickmeyer et al, 2001

Plomba za 400? Ano, a hned!, Miloš Čermák, E15, publikováno 12. 2. 2010

Poland's Health Reform, 2008

Sidorov, Gabbay, Harris et al, 2000

Zdravotnictví a právo. 2008, č. 9, s. 26-27. K financování zdravotní péče v zahraničí.

### **Právní předpisy ve znění k 31. 3. 2012**

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Zákon č. 526/1990 Sb. o cenách a Cenovým rozhodnutím MZ ČR ze dne 20. prosince 2007.

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře ve znění

Zákon č. 160/1992 Sb., o nestátním zdravotnickém zařízení v platném znění

Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů (transplantační zákon)

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 96/2006 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů

Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 189/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a o změně některých zákonů (zákon o uznávání odborné kvalifikace), ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony

Zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, a další související zákony

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě

Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 145/1988 Sb., o Úmluvě o závodních službách

Vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy

Vyhláška MZ ČR 457/2000 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy

Vyhláška č. 411/2011 Sb., Ceník ekonomicky náročnějších variant výkonů

Vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi,

Vyhláška č. 394/1991 Sb., o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic a dalších nemocnic, vybraných odborných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic v řídicí působnosti MZ ČR

## **Ostatní**

Směrnice 2003/88/EC

Směrnice Rady Evropských společenství č. 93/16/EHS ze dne 5. 4. 1993 o usnadnění volného pobytu lékařů a vzájemného uznávání diplomů, osvědčení a jiných dokladů

Usnesení NS ČR ze dne 10. 12. 2008 sp. Zn. 8 Tdo 1421/2008 (Povinné členství v ČLK)

Pl.ÚS 40/06 #2, 6/2009 Sb., N 171/51 SbNU 93 (Povinné členství v ČLK)

ÚS 371/98 ze dne 8. 10. 1998

Nález ÚS ČR 206 ze dne 10. července 1996

Pl. ÚS 14/02 ze dne 4. června 2003 (Financování zdravotní péče a finanční spoluúčast pacientů)

Nález ústavního soudu Slovenské republiky PL. ÚS 38/3-89 ze dne 17. května 2004

## **Internetové zdroje a odkazy**

[www.aek.or.at](http://www.aek.or.at)

<http://blisty.cz>

[www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de)

[www.britanie.co.uk](http://www.britanie.co.uk)

[www.cesifo-group.de](http://www.cesifo-group.de)

[www.compet.cz](http://www.compet.cz)

[www.cssz.cz](http://www.cssz.cz)

[www.csu.cz](http://www.csu.cz)

[www.echr.coe.int/](http://www.echr.coe.int/)

[www.esipa.cz](http://www.esipa.cz)

<http://ec.europa.eu>

[www.europa.eu.int](http://www.europa.eu.int)  
[www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com)  
<http://icv.vlada.cz/cz/reforma-zdravotnictvi/>  
[www.idnes.cz](http://www.idnes.cz)  
[www.juristice.cz](http://www.juristice.cz)  
[www.kulatystul.cz/](http://www.kulatystul.cz/)  
[www.lkr.cz](http://www.lkr.cz)  
[www.medicalnewstoday.com](http://www.medicalnewstoday.com)  
[www.mfcr.cz](http://www.mfcr.cz)  
[www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)  
[www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)  
[www.nalus.usoud.cz](http://www.nalus.usoud.cz)  
[www.oecd.org](http://www.oecd.org)  
[www.penize.cz](http://www.penize.cz)  
[www.pojistovny.com](http://www.pojistovny.com)  
[www.psp.cz](http://www.psp.cz)  
[www.remedia.cz](http://www.remedia.cz)  
[www.sbirka.cz](http://www.sbirka.cz)  
[www.sozialversicherung.at](http://www.sozialversicherung.at)  
[www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)  
<http://zdravotnickenoviny.cz>  
[www.szpcr.cz](http://www.szpcr.cz)  
[www.tribune.cz](http://www.tribune.cz)  
[www.uoou.cz](http://www.uoou.cz)  
[www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)  
[www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)  
[www.who.int](http://www.who.int)  
[www.zdn.cz/](http://www.zdn.cz/)  
[www.zcr.cz](http://www.zcr.cz)