

**UNIVERZITA KARLOVA
PRÁVNICKÁ FAKULTA**

Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Zdravotní péče v systému veřejného zdravotního
pojištění**

Vedoucí diplomové práce
JUDr. Jana Zemanová

Červen 2006

Vypracovala
Karolina Šťastná
Na Babce 1034
Pardubice

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla prameny, z nichž jsem pro svoji práci čerpala způsobem ve vědecké práci obvyklým.

V Praze 30.6.2006

Karolina Šťastná



Děkuji především vedoucí mé diplomové práce odb. as.
JUDr. Janě Zemanové za odborné vedení a rady a také
svým rodičům za podporu při zpracování práce.

Obsah diplomové práce

1. Úvod	4
2. Historický vývoj	6
3. Platná právní úprava poskytování zdravotní péče v systému veřejného zdravotního pojištění	10
3.1. Osobní rozsah zdravotního pojištění	10
3.2. Vznik a zánik zdravotního pojištění	10
3.3. Pojistné na zdravotní pojištění	11
3.3.1. Plátcí pojistného na zdravotní pojištění.....	11
3.3.2. Povinnost platit pojistné	11
3.4. Práva a povinnosti plátců pojistného na zdravotní pojištění	12
3.5. Práva a povinnosti pojištěnce	12
3.5.1. Práva pojištěnce.....	12
3.5.2. Povinnosti pojištěnce.....	14
3.6. Podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady.....	14
3.6.1. Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění	14
3.6.2. Poskytování zdravotní péče.....	15
4. Rozbor problémů při aplikaci současné právní úpravy zdravotní péče	16
5. Analýza problémů poskytování zdravotní péče z hlediska zajištění práv občanů a finančních možností státu	18
6. Dostupnost lékařské péče	19
7. Financování zdravotní péče a finanční spoluúčast občanů	21
8. Systém hrazení poskytované zdravotní péče lékařům a zdravotnickým zařízením zdravotními pojišťovnami	24
8.1. Smlouvy o poskytování a úhradách zdravotní péče	24
8.1.1. Práva a povinnosti smluvních partnerů	25
8.1.2. Kontrola poskytování zdravotní péče.....	29
8.2. Úhrada za poskytování zdravotní péče podle typu zdravotnického zařízení	33
9. Léková politika	34
9.1. Kategorizační komise Ministerstva zdravotnictví ČR.....	36
9.2. Stanovení výše úhrady léků.....	37
9.3. Změna pravidel kategorizace.....	38
9.4. Číselník - LEKY	39

9.4.1. Uváděné ceny přípravků.....	40
Přípravky s cenou odvozenou od maximální ceny MF ČR.....	40
Přípravky s věcně usměrňovanou cenou	40
Přípravky s neregulovanou výrobní cenou.....	41
Přípravky s dohodnutou nejvyšší cenou.....	41
9.4.2. Procentuální úhrada léčiv	41
9.5. Výdaje na léky a návrh úsporných opatření	42
10. Reforma zdravotnictví	43
10.1. Obecné principy reformy zdravotnictví	44
10.2. Náplň reformy	45
10.3. „Modrá šance pro zdravotnictví“ podle ODS.....	46
10.3.1. Jednání o ceně zdravotní péče	46
10.3.2. Změna statutu zdravotních pojišťoven a jejich konkurence.....	47
10.3.3. Regulace zdravotních pojišťoven.....	47
10.3.4. Poskytovatelé zdravotní péče	47
10.3.4.1. Rovný přístup zdravotnických zařízení na trh.....	48
10.3.4.2. Regulace poskytování zdravotní péče	48
10.3.5. Občané pacienti	48
10.3.6. Stát.....	48
10.3.7. Dlouhodobá opatření	48
10.3.8. Přednosti a nevýhody návrhu reformy	50
10.4. „Jistota a prosperita“ ve zdravotnictví podle ČSSD.....	50
10.4.1. Primární péče.....	50
10.4.2. Síť lůžkových zařízení.....	50
10.4.3. Financování zdravotnictví	51
10.4.4. Přednosti a nevýhody návrhu reformy	51
11. Závěr.....	52
12. Literatura a prameny.....	54
12.1. Literatura	54
12.2. Prameny	54
13. Přílohy	56
1. Použité zkratky	56
2. Vysvětlení zkratk uváděných v záhlaví seznamu léčiv	56

3. Některé symboly stanovující podmínky předepisování léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění	57
4. Porovnání výdajů na léky evropských zemí	59
5. Graf výdajů na zdravotnictví v ČR.....	60
6. Porovnání výdajů na zdravotnictví evropských zemí.....	61

1. Úvod

Poskytování zdravotní péče je velmi složitou a mnoha faktory ovlivňovanou problematikou. Jde především o vyvažování finančních možností státu (veřejné zdravotní pojištění) a jeho obyvatel (finanční spoluúčast, připojištění) na jedné straně a finanční náročnosti stále se rozvíjejících vědeckých poznatků a jejich praktické aplikaci v medicíně (drahé přístrojové vybavení, nové léky, diagnostické postupy, požadavky prevence a včasné a někdy i dlouhodobé, až celoživotní léčby, prodlužování délky života a tím prodlužování náročné léčby pacientů) na straně druhé. Do systému mohou plynout finance i z dalších zdrojů (např. sponzorství určitých zdravotních programů firmami, charitativní činností apod.).

Protože se zdravotnictví dotýká všech občanů, je velmi diskutovaným veřejným tématem. Je přitažlivé pro média a především pro politické strany, které uvádějí ve svých předvolebních programech jednoduchá a laikům srozumitelná řešení složitých a vzájemně propojených problémů. České zdravotnictví se potýká s nedostatkem financí, který je dlouhodobý a stále se prohlubuje, protože od roku 1989 zatím nebyla vytvořena ucelená koncepce. Do té doby bylo zdravotnictví striktně státem plánované a řízené.

Po roce 1989 nastaly výrazné změny:

- došlo k privatizaci části zdravotnických zařízení a vzniku nových privátních ambulantních i lůžkových zařízení;
- byl zaveden pojišťovací systém a zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ve znění pozdějších předpisů vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna, potom podle zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách ve znění pozdějších předpisů následoval vznik mnoha dalších zdravotních pojišťoven, později i zánik některých z nich;

- v roce 2003 stát převedl kromě fakultních nemocnic všechny nemocnice do vlastnictví krajských samospráv. Tyto nemocnice byly státem opakovaně oddlužovány, ale podstata problému se zadlužováním nebyla řešena a stát už nechtěl stále pokrývat ztráty nemocnic ze státního rozpočtu. Krajské samosprávy také nemohly ze svých rozpočtů zadlužené nemocnice stále dotovat a proto se některé z nich rozhodly přistoupit k jejich převodu na obchodní společnosti. To ale vyvolává určité obavy, zda nedojde k zásadním změnám ve složení poskytované péče (přednost poskytování lukrativní zdravotní péče, zhoršení dostupnosti drahé a nelukrativní zdravotní péče). Transformaci nemocnic na obchodní společnosti se Ministerstvo zdravotnictví snažilo zastavit vydáním tzv. blokačního paragrafu § 99 a) v novele zákona o ochraně veřejného zdraví. Vede se diskuse, zda toto

ustanovení není v rozporu s článkem 101 Ústavy České republiky, podle kterého může stát zasahovat do činnosti územních samosprávných celků jen vyžaduje-li to ochrana zákona a jen způsobem stanoveným zákonem.

System veřejného zdravotního pojištění je postaven na principu solidarity zdravých s nemocnými a bohatých s chudými, kdy jednotliví plátcí přispívají na zdravotní pojištění rozdílnými částkami a přitom všichni pojištěnci mají garantováno rovné právo na poskytnutí potřebné zdravotní péče. System veřejného zdravotního pojištění je založen na činnosti zdravotních pojišťoven, jejichž hlavním úkolem je vybrat pojistné od plátců a takto získanými finančními prostředky zaplatit zdravotnickým zařízením za poskytnutou zdravotní péči a dále hradit náklady na léky a prostředky zdravotnické techniky. Hlavním účelem veřejného zdravotního pojištění je ochrana pojištěnců před rizikem výskytu nemoci a před nutností náhlých vysokých výdajů na léčení, které by za neexistence pojištění limitovaly nebo dokonce znemožnily přístup k potřebné zdravotní péči.

Téma zdravotního pojištění a poskytování zdravotní péče je mi velmi blízké, protože můj otec je lékař a matka doktorka farmacie, takže jsem se od malička pohybovala v prostředí, kde se o zdravotnictví diskutovalo a to nejen o teoretických záležitostech, ale hlavně o praktických problémech, které se v resortu zdravotnictví vyskytují a které lze do značné míry ovlivnit i zkvalitněním právní úpravy v této oblasti. Ve své práci se zabývám pouze veřejným zdravotním pojištěním a poskytováním zdravotní péče v něm uskutečňovaným. Veřejné zdravotní pojištění je upraveno zákonem č. 48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o veřejném zdravotním pojištění), vzniká ze zákona a je ze zákona povinné. Soukromé zdravotní pojištění je na rozdíl od veřejného zdravotního pojištění postaveno na dobrovolném smluvním vztahu pojištěnce a zdravotní pojišťovny a také narozdíl od veřejného pojištění nemá zákonem stanovenou výši plateb pojistného.

Diplomová práce se skládá z úvodu, deseti kapitol, závěru a je doplněna přílohami. V kapitole „Historický vývoj“ jsem se velmi obecně zabývala vývojem zdravotního pojištění na území dnešní České republiky a také chápáním pojmu zdravotní péče, přičemž mým cílem nebylo podat vyčerpávající výklad, ale jen uvést danou problematiku a naznačit, z jakých kořenů vychází naše současná právní úprava. V kapitole „Platná právní úprava poskytování zdravotní péče v systému veřejného zdravotního pojištění“ jsem vyšla ze zákona o veřejném zdravotním pojištění jako ze stěžejního právního předpisu v této oblasti. Kapitola „Rozbor problémů při aplikaci současné právní úpravy zdravotní péče“ uvádí některé případy z praxe, kdy současná legislativa způsobuje potíže poskytovatelům zdravotnických služeb i pacientům. Kapitola „Analýza problémů poskytování zdravotní péče z hlediska zajištění práv občanů a

finančních možností státu“ je stručnou sondou do oblasti financování zdravotnictví s ohledem na celkové nastavení systému a balancování mezi požadavky občanů jako příjemců zdravotní péče a možnostmi státního rozpočtu. Kapitola „Dostupnost lékařské péče“ se zabývá dostupností zdravotní péče pro pacienty. Kapitola „Financování zdravotní péče a finanční spoluúčast občanů“ se týká financování zdravotnictví a možností spoluúčasti pacientů na hrazení nákladů spojených s jejich léčením. Kapitola „Systém hrazení poskytované zdravotní péče lékařům a zdravotnickým zařízením zdravotními pojišťovny“ stručně popisuje hrazení výdajů za poskytnutou zdravotní péči poskytovatelům, jež se uskutečňuje prostřednictvím zdravotních pojišťoven. V kapitole „Léková politika“ jsem se zaměřila na lékovou politiku státu jako důležitou součást systému poskytování zdravotní péče a v kapitole „Reforma zdravotnictví“ jsem se pokusila srovnat rozdílné přístupy dvou našich největších politických stran k nezbytné reformě zdravotnictví.

V práci se vychází z platné právní úpravy ke dni 30.června 2006.

2. Historický vývoj

Zdravotní péče je pojmem, který má rozdílný význam dle oboru, ve kterém jej používáme- jinak jej chápe právník, jinak lékař nebo ekonom, jinak je tento pojem chápán i v různých státech světa, jiné je i chápání pojmu zdravotní péče v různých historických obdobích. To, co si pod tímto pojmem společnost představí, závisí rovněž na kulturním a náboženském cítění společnosti, na stupni technické vyspělosti a úrovni medicínského poznání.

Ve většině případů bude ale pojem zdravotní péče spojen s individualizovaným vztahem pacient- lékař, bez ohledu na to, zda se v postavě lékaře jedná o vysoce specializovaného odborníka nebo o bábu kořenářku či vesnického šamana.

Ve starověku nebo středověku, přestože se již tehdy dbalo o výchovu a vzdělávání lékařů (např. v Egyptě úřední nebo vojenští lékaři ve službách státu už kolem roku 2600 př. n. l.), nebylo běžné, že by do fungování zdravotní péče nějak výrazně zasahoval stát, respektive panovník. Systém poskytování zdravotní péče fungoval tak, že nemocný se obrací na lékaře přímo, bez účasti např. stavovských organizací, s tím, že za poskytnutou péči mu poskytne buď protislužbu, věcné protiplnění, nebo zaplatí penězi.

Historicky další fáze přístupu lidstva ke zdravotní péči nastává v okamžiku, kdy se garantem zdravotní péče stává stát. Pohnutky, které stát vedly k tomu, že na sebe tuto funkci

garanta převzal, jsou zcela prozaické- vycházejí z poznání, že je výhodnější starat se o zdraví svých občanů, než řešit následně problém s nedostatkem kvalitních pracovních sil, vojáků a policistů a potírat sociální nepokoje způsobené neutěšenou sociální situací obyvatelstva. Stát proto dochází k závěru, že je lepší zajistit občanům alespoň základní zdravotní péči a ujímá se tím i povinnosti tuto péči za ně uhradit. Vzhledem k tomu, že jednou poskytnuté výhody mají tendenci se rozšiřovat, s postupem doby se stává běžnou součástí každého moderního státu jím garantovaný model zdravotní péče¹.

Co se týče vývoje na našem území, bylo zdravotní pojištění součástí širšího systému sociálního pojištění a to v části nemocenského pojištění, které dříve zahrnovalo i poskytování peněžitých a věcných dávek, tedy i úhradu za zdravotní péči ve smyslu našeho dnešního zdravotního pojištění (v posledních letech je zvažována možnost opětovného propojení zdravotního a nemocenského pojištění, argumentuje se pak zejména snížením nákladů na administrativu a zjednodušením celého systému). Počátky zdravotního pojištění lze vysledovat již ve středověku, kdy fungovalo hornické bratrské pojištění, které plnilo funkci dnešního pojištění nemocenského a úrazového, i když plnilo svou funkci nedostatečně a jen v hornickém odvětví průmyslu. V druhé polovině 19. století se pak v Rakousku-Uhersku s rozvojem dělnického hnutí rozmohly dělnické svépomocné pokladny, které dokonce měly tolik peněz, že ze svých zdrojů spolufinancovaly i tehdy vznikající sociální demokracii, začalo se také se zapojováním zaměstnavatelů do systému sociálního pojištění, ale stále byl celý systém kusý a nedostatečný. V ČSR po roce 1918 fungoval pokladenský systém, který jsme jako nástupnická republika zdědili po Rakousku-Uhersku, ale i vzhledem k tehdejší sociální a politické situaci (demonstrace za socialistické Československo, vznikající komunistická strana, nárůst počtu chudých a nezaměstnaných, návrat legionářů z 1. světové války, kteří se často nedokázali uplatnit na trhu práce a tedy se ocitali bez prostředků,...) si vláda uvědomovala nutnost sociální reformy. Po dohodě všech parlamentních stran, které přenechaly práci na reformě odborné komisi a v průběhu roku 1923 projednaly jí předložený návrh, byla sociální reforma schválena v roce 1924. Tato reforma byla velmi přínosná, protože poprvé sjednotila všechny systémy, kromě úrazového a penzijního pojištění, které komisi nedovolilo včlenit silné lobby, a protože poskytovala komplexní ochranu. Komplexnost spočívala především v tom, že tato právní úprava nemoc, jako základní sociální událost, ošetřovala v její aktivní fázi prostřednictvím nemocenské, v její stabilizované fázi jako invalidní důchod a ve stáří starobním důchodem koncipovaným jako presumovaná invalidita

¹ Havlíček K., Hemelík T.: Nad veřejným zdravotním pojištěním. Orac 1998

od 65 let věku- tedy obsahovala dávky na různá stadia zvýšených nákladů: ztráta nebo omezení výdělku pro nemoc, invaliditu a stáří. Současně také reforma zavedla zvláštní pojišťovací ústav, Ústřední sociální pojišťovnu, ve kterém byla také sjednocena správa, dále pak bylo zavedeno specializované pojišťovací soudnictví a trestní odpovědnost povinných fyzických osob(tedy zaměstnavatelů a jejich odpovědných zaměstnanců).

Po 2. světové válce a zejména pak po roce 1948, kdy došlo ke změně politické situace v ČSR, dochází také k výrazným změnám na poli sociálního pojištění. V roce 1948 byl přijat zákon o národním pojištění, který přinesl sjednocení systému a zavedení jednotné úpravy pojištění pro jednotlivé skupiny pojištěnců. Po změně politického režimu byly zestátněny nemocnice, léčebné ústavy, lázně a byl znárodněn i farmaceutický průmysl a velkodistribuce léčiv. Po nástupu komunistické strany k moci tak došlo k násilnému zestátnění zdravotnictví- zavírání soukromých praxí lékařů a zabavování jejich vybavení, rovněž lékárny byly odňaty svým majitelům včetně zásob léků, zdravotnického materiálu a vybavení laboratoří, zdravotnictví je nadále řízeno centrálně, vše je plánováno (včetně nákupů léků a zdravotnického materiálu a nových přístrojů do nemocnic, takže se začíná plýtvat, protože celý systém je nepřehledný, nemožnost výběru zdravotnického zařízení a lékaře dává prostor ke korupci, dochází ke zneužívání a nadužívání zdravotnické péče, protože neexistuje efektivní kontrola). Jedním z negativních dopadů těchto změn byla také nedostupnost některých léků ze zahraničí- dovoz zahraničních medikamentů (zejména pak z takzvaného „západního bloku“) byl velmi omezen, léčení jimi byli jen někteří pacienti a to ještě v mnoha případech nedostatečně, protože těchto léků bylo tak málo, že je nebylo možné podávat pacientovi v potřebném množství po dostatečně dlouhou dobu. Na druhou stranu je ale nutné zmínit, že byla přijata celá řada zákonů, které se zaměřovaly na preventivní funkci zdravotnictví, například jen v roce 1948 to byly zákony o boji proti přenosným chorobám, o opatřeních proti tuberkulóze, o boji proti pohlavním chorobám. Byl přijat také zlomový zákon č. 271/1949 Sb., o výrobě a distribuci léčiv, který kromě jiného položil základy pro budování socialistického lékárenství, když na jeho základě byl zřízen národní podnik Medika, který spravoval znárodněné lékárny (majitelé lékáren se tak stali zaměstnanci národního podniku) a do něhož přešel i velkoobchod s léčivy. Zákonem č. 103/1951 Sb., o jednotné léčebně-preventivní péči a pak v roce 1952 byly zavedeny do našeho zdravotnictví nové důležité organizační prvky: obvodový systém, propojení ambulantních složek s nemocnicí a spojení složek zdravotní péče do jednoho organizačního útvaru, kterým byl Ústav národního zdraví. Řízení zdravotnictví se postupně soustředilo téměř výhradně do rukou ministerstva zdravotnictví a v krajích a okresech do plén a rad zdravotnických orgánů národních výborů.

Základní principy socialistické zdravotní péče byly: státní charakter zdravotnictví, bezplatnost a všeobecná dostupnost, vysoká kvalita poskytované péče, obsahová a organizační jednota zdravotnictví, plánovaný rozvoj, preventivní zaměření, přednostní zabezpečení zdravotní péče pro vybrané skupiny obyvatelstva (matky, děti, pracující), vědecký základ zdravotnictví, aktivní účast obyvatelstva na zdravotní péči a na správě a řízení zdravotnictví¹. Dalším přelomem ve vývoji našeho zdravotnictví byl zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (po četných novelizacích dodnes platný), který byl soubornou právní úpravou pro všechny oblasti činností zdravotnictví a od něhož se odvozovaly vyhlášky a další normy upravující povinnosti a práci zdravotnických zařízení (poskytování léčebné a preventivní péče, posuzování zdravotní způsobilosti k práci, poskytování závodních zdravotních služeb pro zaměstnance, poskytování lázeňské péče atd.). Zdravotnická zařízení byla pouze státní a tvořila jednotnou síť, která byla řízena národními výbory s výjimkou těch zařízení, které řídilo přímo ministerstvo zdravotnictví (vědecká a výzkumná pracoviště, ústavy pro další vzdělávání, lázeňské organizace, organizace vyrábějící, zásobující a kontrolující léčiva). V té době byla vzhledem k zásadě bezplatnosti zdravotnictví přímá finanční spoluúčast pacienta na hrazení zdravotní péče nemyslitelná a zřejmě v této době tedy asi vznikla dodnes zakořeněná mylná představa některých spoluobčanů o tom, že „zdravotnictví je zadarmo“.

Po roce 1989 se v souvislosti s celospolečenskými změnami ukázala i nutnost změnit systém poskytování zdravotní péče i financování zdravotnictví, usnesením vlády číslo 38/1990 byl schválen nový systém zdravotní péče, který jako způsob financování zvolil princip všeobecného zdravotního pojištění (narozdíl od dosavadního způsobu financování ze státního rozpočtu). Od roku 1992, kdy bylo všeobecné zdravotní pojištění zavedeno, je tedy zdravotní péče hrazena z veřejných prostředků, jejichž zdrojem je především pojistné na všeobecné zdravotní pojištění. Zdravotní pojištění pak provádějí zdravotní pojišťovny, které jsou právnickými osobami a které byly zřizovány na základě zákona a to zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně (dále jen VZP) a zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Počet zdravotních pojišťoven se v 90. letech často měnil, dnes se počet pojišťoven s celostátní působností ustálil na čísle devět-VZP a osm pojišťoven vzniklých podle zákona č.280/1992 Sb.²

¹ Lékárenství , Učebnice pro farmaceutické fakulty, Avicenum 1986.

² Příspěvek Doc. MUDr. Milady Emmerové, CSc. na konferenci „80 let sociálního pojištění“.

3. Platná právní úprava poskytování zdravotní péče v systému veřejného zdravotního pojištění

V současné době je právní úprava zdravotní péče ve veřejném zdravotním pojištění obsažena v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů (dále jen ZVZP), dále pak je poskytování zdravotní péče regulováno zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů¹ a vyhláškami Ministerstva zdravotnictví o úhradách za poskytovanou péči - č. 101/2006 Sb., od 16.6.2006 vstoupila v platnost vyhláška č. 290/2006 Sb., o rozhodnutí o rámcových smlouvách.

Nyní se budu zabývat základními instituty zdravotního pojištění a de facto citovat platnou právní úpravu.

3.1. Osobní rozsah zdravotního pojištění

Okruh osob, které jsou podle zákona o veřejném zdravotním pojištění účastny pojištění, je v zákoně stanoven poměrně široce. Snahou zákonodárce zřejmě bylo pojmut do systému veřejného zdravotního pojištění co nejvíce osob. § 2 ZVZP stanoví, že zdravotně pojištěny jsou osoby, které mají trvalý pobyt na území české republiky, nebo osoby, které nemají na našem území trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR. Podmínkou pro pojištění tedy není státní občanství. V odstavci 5 citovaného ustanovení je uvedeno, které osoby jsou z povinného zdravotního pojištění vyňaty.

3.2. Vznik a zánik zdravotního pojištění

Vznik a zánik zdravotního pojištění je upraven v § 3 ZVZP tak, že pojištění vzniká buď dnem narození, nebo u osob bez trvalého pobytu v ČR získáním trvalého pobytu nebo zaměstnáním u zaměstnavatele se sídlem v ČR.

Zdravotní pojištění zaniká dnem úmrtí nebo prohlášením za mrtvého, ukončením trvalého pobytu v ČR, nebo ztrátou zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem v ČR u osob bez trvalého pobytu.

¹ Byla předložena novela zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (poslanecký tisk 1045), prezident však novelu zákona nepodepsal, a proto zatím stále platí stávající zákon.

3.3. Pojistné na zdravotní pojištění

3.3.1. Plátcí pojistného na zdravotní pojištění

Plátcí pojistného na zdravotní pojištění jsou pojištěnci uvedení v § 5 ZVZP a dále zaměstnavatelé a stát. Podrobnější úpravu obsahují ustanovení § 5-7 ZVZP. Pojem zaměstnanec je v ZVZP upraven speciálně, odlišně například od Zákoníku práce. Zaměstnavatel je plátcem části pojistného za své zaměstnance a to ve výši dvou třetin pojistného, zbylou třetinu si hradí zaměstnanec sám.

Stát je plátcem pojistného za osoby uvedené v § 7 ZVZP. Jsou to osoby, které nemají vlastní příjmy, například nezaopatřené děti, osoby pobírající starobní důchod, nebo osoby sociálně ohrožené, například osoby převážně nebo úplně bezmocné, ženy na mateřské nebo rodičovské dovolené atd.

3.3.2. Povinnost platit pojistné

Pojistné se platí zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěn. Povinnost platit pojistné vzniká pojištěnci dnem nástupu do zaměstnání, dnem zahájení samostatné výdělečné činnosti, nebo dnem, kdy se stal pojištěncem.

Pojištěnec není povinen platit pojistné po dobu, kdy se dlouhodobě zdržuje v cizině (za dlouhodobý pobyt se považuje nepřetržitý pobyt delší šesti měsíců)¹. Po návratu je pojištěnec povinen se znovu přihlásit u zdravotní pojišťovny a předložit doklad o uzavřeném pojištění v cizině a o jeho délce. Jestliže takový doklad pojištěnec nepředloží, je povinen doplatit zdravotní pojišťovně pojištění zpětně za dobu, kdy pobýval v cizině. Zákon o veřejném zdravotním pojištění totiž vyžaduje zdravotní pojištění v cizině, pokud si pojištěnec neplatí zdravotní pojištění v České republice, aby tak byla zajištěna úhrada případných nákladů na poskytnutou zdravotní péči.

Povinnost zaměstnavatele platit část pojistného za své zaměstnance vzniká dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání a zaniká skončením zaměstnání (výjimky z tohoto ustanovení jsou uvedeny v § 6 zákona o veřejném pojištění).

Povinnost státu platit pojistné za pojištěnce vzniká dnem, kdy se stát stal podle § 7 zákona o veřejném zdravotním pojištění plátcem pojistného a zaniká dnem, ke kterému stát přestal být plátcem.

¹ Ze ZVZP vyplývá, že se ustanovení nevztahuje na případy, kdy pojištěnec je v zahraničí např. na prázdninách a platí pojistné na území ČR.

3.4. Práva a povinnosti plátců pojistného na zdravotní pojištění

Práva a povinnosti plátců pojistného uvádí ZVZP v § 10. Plátcí mají oznamovací povinnost. Zaměstnavatel je povinen oznámit do osmi dnů od vzniku předmětné skutečnosti příslušné zdravotní pojišťovně nástup zaměstnance do zaměstnání nebo jeho ukončení, změnu pojišťovny zaměstnancem (pokud mu to ovšem zaměstnanec sdělí), vznik nebo zánik skutečností rozhodných pro povinnost státu platit za zaměstnance pojistné. Zaměstnavatel rovněž sděluje pojišťovně jméno, příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo zaměstnance (pokud zaměstnanec zjistí, že zaměstnavatel nesplnil svoji oznamovací povinnost nebo mu potřebné údaje neposkytl, je povinen neprodleně oznámit zdravotní pojišťovně požadované informace). Pojištěnec samostatně výdělečně činný oznamuje výše uvedené skutečnosti zdravotní pojišťovně sám. Narození pojištěnce oznamuje jeho zákonný zástupce, přičemž dítě následuje zdravotní pojišťovnu matky v den jeho narození¹. Úmrtí pojištěnce oznamuje obecní úřad pověřený vedením matriky.

3.5. Práva a povinnosti pojištěnce

3.5.1. Práva pojištěnce

Základním právem pojištěnce podle § 11 ZVZP je svobodná volba zdravotní pojišťovny. Volit může mezi pojišťovnami, které fungují na území České republiky. Toto právo je omezeno co do četnosti jeho využívání pojištěncem tak, že změnu zdravotní pojišťovny může uskutečnit jen jednou za 12 měsíců, to znamená po uplynutí jednoho roku, kdy u dané pojišťovny pojištěnec musí setrvat, navíc pojišťovnu lze změnit vždy jen k prvnímu dni kalendářního čtvrtletí. Jednoroční lhůta je prolomena možností pojištěnce změnit pojišťovnu k prvnímu dni nejdříve hned následujícího kalendářního měsíce od oznámení vstupu zdravotní pojišťovny do likvidace nebo ode dne nařízení nucené správy nebo ode dne, kdy Ministerstvo zdravotnictví na základě zjištění nerovnováhy v hospodaření pojišťovny toto vyhlásí ve sdělovacích prostředcích. Pojišťovna je povinna takovým žádostem vyhovět neprodleně bez jakýchkoli sankcí vůči pojištěnci.

Dalším neméně důležitým právem pojištěnce je volba lékaře či zdravotnického zařízení. Toto právo může pacient uplatnit jen ve vztahu k lékařům a zdravotnickým zařízením, kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně a pouze jedenkrát za tři měsíce. Tříměsíční lhůtou se zákonodárce snaží omezit příliš časté střídání lékařů

¹ Změna zdravotní pojišťovny u dítěte je možná až po obdržení rodného listu.

pacienty, změna lékaře totiž může vést ke ztrátě kontinuity léčení pacienta, navíc někteří pacienti nesdělí svému novému lékaři jak a čím byli léčeni, která vyšetření jim byla provedena a s jakým výsledkem, takže může docházet ke zneužívání zdravotní péče a plýtvání s léky. Právo zvolit si svého lékaře je nezbytné pro utvoření potřebného vztahu důvěry pacienta k lékaři. Pokud pacient není spokojen s úrovní zdravotní péče, která je mu poskytována, může podat návrh na přezkoumání k vedoucímu zdravotnického zařízení nebo ke zřizovateli, obrátit se na příslušnou profesní organizaci, na svoji zdravotní pojišťovnu nebo na orgán státní správy, který provedl registraci příslušného zdravotnického zařízení. Zvolený lékař může pacienta odmítnout jen pokud by jeho přijetím překročil své pracovní zatížení tak, že by nebyl schopen zajistit jemu nebo svým ostatním pacientům dostatečně kvalitní zdravotní péči, nebo pro přílišnou vzdálenost pacientova bydliště, která by byla neúnosnou pro výkon návštěvní služby lékaře. Lékař ale nemůže odmítnout pacienta, který náleží do jeho spádového území, nebo pokud se jedná o neodkladnou péči. Odmítnutí lékaře musí být písemné, odmítnutí se vydává přímo dotyčnému pacientovi. Co se týče možnosti lékaře odmítnout pacienta z jiných než výše uvedených důvodů, například pro neadekvátní jednání pacienta nebo jeho nespolupráci, zákon ji nezmiňuje, de lege ferenda bych považovala za vhodné tuto možnost v zákoně upravit.

Pacient je dále podle zákona o veřejném zdravotním pojištění oprávněn vybrat si dopravní službu, omezen je pouze tím, že provozovatel těchto služeb musí být ve smluvním vztahu s pojištěncovou zdravotní pojišťovnou.

V poslední době se v médiích velmi diskutuje o dalším právu pojištěnce, kterým je právo na poskytnutí zdravotní péče bez přímé úhrady, pokud se jedná o zdravotní péči poskytnutou pojištěnci na základě zákona o veřejném zdravotním pojištění a v rozsahu tímto zákonem stanoveným. Pokud by lékař nebo zdravotnické zařízení přes zákaz přijímali jakékoli přímé úhrady, hrozí jim odebrání oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo pokuta, od zdravotní pojišťovny pak sankce ve formě eventuálního vypovězení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Pojištěnec má rovněž právo na poskytování léčivých přípravků bez přímé úhrady, jde-li o přípravky předepsané mu lékařem v souladu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění a hrazené ze zdravotního pojištění (více k lékové problematice viz kapitola „Léková politika“).

3.5.2. Povinnosti pojištěnce

Povinností pojištěnce je podle § 12 ZVZP zejména plnit oznamovací povinnost podle § 10 ZVZP (viz výše u podkapitoly 3.4. Práva a povinnosti plátců pojistného). Pojištěnec tedy je povinen oznámit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn, má také povinnost oznámit mu případnou změnu zdravotní pojišťovny, dále pak je pojištěnec povinen hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a i jinak poskytovat veškerou součinnost a dodržovat léčebný režim stanovený lékařem, vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví, prokazovat se při poskytování zdravotní péče platným průkazem pojištěnce, který mu vystaví jeho zdravotní pojišťovna a plnit další povinnosti stanovené mu v § 12 ZVZP.

3.6. Podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady

3.6.1. Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění

V ustanovení § 13 ZVZP v odst. 1 je uvedeno, že „ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav a zdravotní péče uvedená v odstavci 3“. Co je a co není hrazenou zdravotní péčí stanoví ZVZP v § 13 až 39 a ve svých přílohách. Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá na území České republiky nebo částka, kterou pojištěnci vynaložili na nutné a neodkladné léčení, jehož potřeba nastala během pobytu v cizině a to do výše stanovené pro úhradu takové péče na území České republiky. Zdravotní péče hrazená v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „hrazená péče“) zahrnuje například léčebnou péči ambulantní a ústavní, pohotovostní a záchrannou službu, preventivní péči, dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů a další druhy zdravotní péče, o kterých se podrobněji zmíním níže. § 13 v odst. 3 výslovně stanoví, že ze zdravotního pojištění se hradí také 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 příslušné zdravotnické zařízení). §15 ZVZP potom uvádí omezení v hrazení zdravotní péče: ze zdravotního pojištění se nehradí, nebo se hradí jen za určitých podmínek, zdravotní výkony uvedené v příloze č. 1 ZVZP, přičemž výkony akupunktury jsou z hrazení z veřejného zdravotního pojištění vyloučeny zcela. V ustanovení § 15 je také omezeno hrazení zdravotní péče v souvislosti s mimotělním oplodněním a výčet léčivých přípravků s určitými léčivými látkami hrazených z pojištění vždy. Z hlediska hrazení léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely

jsou podstatná ustanovení § 15 odst. 5 a následující, která podmiňují hrazení těchto přípravků jejich zapsáním do Seznamu léčiv, který vede Ministerstvo zdravotnictví (k této problematice viz kapitola „Léková politika“). Následující odstavce § 15 pak upravují podmínky hrazení prostředky zdravotnické techniky, stomatologické výrobky, zdravotní péči poskytovanou v léčebnách dlouhodobě nemocných a vyloučení hrazení vyšetření, prohlídek a výkonů prováděných z jiných důvodů než je zachování nebo zlepšení zdravotního stavu pojištěnce z veřejného zdravotního pojištění.

Velmi důležitým ustanovením je § 16, který umožňuje hrazení péče jinak pojišťovnou nehrazené, pokud je její poskytnutí jedinou možností zdravotní péče o pojištěnce vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. Takovéto poskytnutí zdravotní péče je ale s výjimkou případů nebezpečí z prodlení vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře příslušné zdravotní pojišťovny, který musí léčbu pro konkrétního pojištěnce schválit, jinak ji pojišťovna nehradí.

Ustanovení § 17 ZVZP pojednává o smlouvách uzavíraných mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními o poskytování zdravotní péče, které se řídí rámcovou smlouvou. Tyto smlouvy nejsou nutné pouze pro poskytování nutné a neodkladné zdravotní péče. O této problematice je podrobněji pojednáno v kapitole 8., která se zabývá hrazením zdravotní péče.

3.6.2. Poskytování zdravotní péče

Podle § 18 ZVZP zdravotní péči poskytují ve zdravotnických zařízeních, nebo, je-li to nezbytné s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, na jiném místě, kde je nutno péči poskytnout, zdravotničtí pracovníci, popřípadě další odborní pracovníci ve zdravotnictví, a to v rozsahu své odborné způsobilosti. Jiní zdravotničtí pracovníci než lékaři poskytují hrazenou péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře. Ošetřujícím lékařem se rozumí tzv. registrující lékař, kterým je podle ZVZP praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař a u žen ženský lékař. Ošetřujícím lékařem je také lékař poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči a lékař poskytující zdravotní péči v zařízení ústavní zdravotní péče¹.

¹ Systém zdravotní péče je v ZVZP upraven v § 19 až 39.

System zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění:

1. Ambulantní péče
 - a) primární zdravotní péče
 - b) specializovaná ambulantní zdravotní péče
 - c) zvláštní ambulantní péče
2. Ústavní péče
3. Pohotovostní a záchranná služba
4. Preventivní péče
5. Dispenzární péče
6. Poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky
7. Lázeňská péče
8. Péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách
9. Závodní preventivní péče
10. Zdravotní péče v souvislosti s transplantacemi tkání a orgánů
11. Doprava a náhrada cestovních nákladů
12. Posudková činnost
13. Doprava zemřelého pojištěnce a pitva

4. Rozbor problémů při aplikaci současné právní úpravy zdravotní péče

Současná právní úprava poskytování zdravotní péče vychází se zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů a z úpravy zdravotní péče obsažené v ZVZP. Celý systém právní úpravy problematiky poskytování zdravotní péče by měl být upraven novým zákonem, který by úpravu sjednotil, ale vzhledem k naší současné povolební patové politické situaci se nedá očekávat brzké napravení tohoto nedostatku.

Pojišťovny jsou dosud vnímány jako rozdělovny vybraných finančních prostředků. Tím se vždy nakonec ocitneme u bohatšího či chudšího přidělového systému, byrokracie a administrativy. Takový systém dokáže poměrně dobře uspokojit požadavky zdravotnických zařízení na čerpání zdrojů pro pokrytí dlouhodobě známých nákladů. Na potřebu krytí nově vzniklých nároků, vyplývajících třeba z aplikace moderních medicínských technologií, reaguje tento systém kvůli bariéře striktních pravidel a přidělových mechanismů pomalu a nepružně. Pojišťovny by ale měly zastávat funkci skutečné finanční instituce, jejíž úlohou je

kompenzace a rozložení pojistných rizik. Je to samozřejmě výběr peněz na krytí předvídatelných rizik. Systém je ale schopen spotřebovat jakékoli množství peněz, které do něj natečou. Je to mimo jiné i tím, že pojišťovna platí v rámci zdravotního systému některé služby, které se zdravotní péčí přímo nesouvisejí (např. ubytování, stravování a ostatní služby poskytované ve zdravotnických zařízeních, přeprava nemocných, spotřeba hygienických potřeb), díky snadné dosažitelnosti jsou zneužívány a zvyšují náklady na zdravotní péči. Rovněž by bylo potřebné oddělit náklady na péči zdravotní a na péči sociální (hospitalizace pacientů je často prodlužována ze sociálních důvodů).

Je také potřeba hledat míru sdílení rizika a nákladů na poskytování zdravotní péče mezi zdravotními pojišťovnami, poskytovateli zdravotní péče a pacienty. Sdílení rizika mezi pojišťovnami a poskytovateli lze například řešit dohodou o úhradě, která bude garantovat pokrytí dobře plánovatelných provozních nákladů, které nepodléhají výkyvům a na jejichž cenu má vliv jen inflace. Na uhrazení nákladů spojených s rizikem by participovala pojišťovna a do určité míry i poskytovatel, přiměřeně k jeho velikosti. Náklady na mimořádně nákladnou péči, například na univerzitních pracovištích, by měly být kryty financováním pojišťovenským a například státním. Hrazení nových léčebných postupů a technologií, které jsou pro univerzitní pracoviště typické a zvyšují jejich náklady, jsou obtížně předvídatelné, ale pojišťovenským financováním řešitelné.

Dalším aspektem, který provází smluvní vztahy mezi pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní péče, je kontrola kvality poskytované péče a tedy revizní činnost. Revizní činnost postrádá jednotná pravidla a často by se podmínky revizní činnosti daly hodnotit jako střet zájmů. Je značný rozdíl, zda kvalitu poskytované péče hodnotí zaměstnanec nebo bývalý zaměstnanec zařízení, zaměstnanec konkurenčního zařízení nebo například lékař senior, který může mít na postupy a metody léčby konzervativní pohled a tedy může zamítnout úhradu modernější drahé léčby s odůvodněním, že „klasický“ způsob léčby je levnější a také postačující.

Diskutabilním momentem v době elektronického vedení dokumentace je povinnost archivovat protokoly o provedených revizích. Nedávno odstraněným anachronismem rovněž byla možnost kontrolovat vykazovanou poskytnutou péči až čtyři roky zpětně, přitom zaměstnavatel může podle zákoníku práce žádat po zaměstnanci náhradu za finančně postižitelné pochybení maximálně ve lhůtě tří let.

Dále by měl být kladen větší důraz na zaměření se na programy na podporu zdraví a preventivní programy, které významně ovlivňují zdravotní stav populace a snižují tak

následnou konzumaci léčebné péče. Tyto programy jsou často při úsporných opatřeních finančně omezovány.

Zdrojem častých sporů mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče je nevyvážené ohodnocení léčebných a diagnostických výkonů a hodnocení v bodech místo korunách a nepravidelné valorizace bodového hodnocení, které způsobují netransparentnost systému úhrad za zdravotní péči.

Jedním z dalších zdrojů problémů je odlišný pohled na hospodaření ve zdravotnických zařízeních řízených ministerstvem zdravotnictví, jako jsou například fakultní nemocnice a v nemocnicích, které jsou zřizovány kraji. Kraje, které jsou vlastníky nemocnic, se musejí chovat ekonomicky, protože nemají takovou možnost krytí finančních deficitů jako má stát, ale pak jsou ze strany ministerstva zdravotnictví napadány, že se snaží omezovat nelukrativní zdravotní péči ve prospěch lukrativní a to na úkor pacientů.

Problémem je také řízení zdravotnictví více subjekty, od parlamentu, vlády, ministerstva zdravotnictví, přes pojišťovny, lékařskou komoru, odborné společnosti až po krajskou samosprávu, mnohdy bez zpětné vazby ve formě politické nebo právní odpovědnosti za učiněná rozhodnutí.

5. Analýza problémů poskytování zdravotní péče z hlediska zajištění práv občanů a finančních možností státu

Článek 31 Listiny základních práv a svobod, která tvoří součást ústavního pořádku České republiky, zakotvuje jeden ze základních principů sociální politiky, že všechny bytosti mají rovné právo na zdraví, slovy: „Každý má právo na ochranu zdraví.“. Právo na zdraví a jeho ochranu zakotvují i mnohé mezinárodní dokumenty, například článek 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech z roku 1966, podle kterého smluvní státy „uznávají právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví“, článek 11 Evropské sociální charty dává možnost každému využívat jakýchkoli opatření, která mu umožňují dosáhnout co nejlepšího zdravotního stavu, v článku 13 pak tato charta stanoví každému, kdo nemá dostatečné prostředky, právo na sociální a zdravotní pomoc, přičemž odkazuje na Evropskou úmluvu o sociální a zdravotní pomoci z roku 1953. Zdraví je definováno jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, není jen pouhou nepřítomností nemoci nebo vady, je základním lidským právem (článek I. Deklarace přijaté na

Mezinárodní konferenci o primární zdravotní péči v Alma-Atě v roce 1978), je důležitým předpokladem sociálního, ekonomického i osobního rozvoje jednotlivce.

Zdravotnictví ve všech vyspělých zemích prochází nebo bude muset projít závažnými změnami. Vynucuje si to stárnutí populace a s ním ruku v ruce jdoucí zvyšování potřeby zdravotnických služeb a současně snižování zdrojů pro jejich financování v souvislosti se sníženou porodností a tedy s očekávaným snižováním počtu osob v produktivním věku, jež by do systému přispívaly, dále pak rozšiřování nabídky moderních medicínských technologií a léků i jejich indikací a konečně i vzrůstající nároky občanů. Současné systémy financování a organizování zdravotnictví nejsou schopny řešit ani již dnes existující problémy, tím méně se pak dá očekávat schopnost řešit tyto problémy v budoucnosti. Snahy vyrovnat se s uvedenými složitými otázkami soustředováním moci v ruce vlády, omezováním prostoru pro rozhodování občanů, pojišťoven i poskytovatelů a řízením celého systému centrálně vymyšlenými a direktivně uplatňovanými nařízeními selhávají. Ve vyspělých zemích lze pozorovat určité trendy změn v poskytování zdravotní péče:

a) změny v nákupu zdravotní péče. Místo plošného rozdělování peněz všem nastupuje výběr poskytovatelů podle potřeby, kvality a ceny nabízených služeb;

b) oslabení role státu. Stát nevlastní a přímo neřídí poskytovatele péče a plátce, ale má možnost systém ovlivnit legislativou a regulovat jej, pokud možno pouze omezeně v nezbytných případech, kdy je třeba podpořit pacienta jako slabší článek v systému poskytování zdravotní péče;

c) prosazení tržních prvků do zdravotnictví. Místo centrálního direktivního plánování a rozhodování je třeba zavést státem regulovanou konkurenci poskytovatelů zdravotní péče, je třeba umožnit vstup soukromých investorů do systému a posilování postavení a zodpovědnosti pacienta jako zákazníka na trhu poskytování zdravotnických služeb a konzumenta zdravotní péče.

6. Dostupnost lékařské péče

Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních stanoví zvláštní zákony.

V České republice je prakticky veškerá zdravotní péče hrazena ze všeobecného zdravotního pojištění.

Ambulantní lékařská péče je tvořena sítí praktických lékařů pro dospělé, sítí praktických lékařů pro děti a dorost, sítí zubních lékařů a sítí gynekologů a dále sítí lékařů - ambulantních specialistů. Tato zařízení jsou privátní, většinou mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami a poskytovaná péče je hrazena z všeobecného zdravotního pojištění. Pokud zařízení nemá smlouvu se zdravotní pojišťovnou, pojišťovna za pacienta uhradí jen neodkladnou péči. Dostupnost péče pro pacienta v těchto zařízeních je smluvně ošetřena. Pacient nesmí být odmítnut, poskytovaná péče nesmí být diferencována podle příslušnosti k pojišťovnám (blíže viz kapitola „Systém hrazení poskytované zdravotní péče lékařům a zdravotnickým zařízením“).

Nepřetržitá lékařská služba první pomoci je zajišťována v rámci integrovaného záchranného systému formou lékařské služby první pomoci (dále jen LSPP) a formou rychlé záchranné pomoci (dále jen RZP). Tato zařízení mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami a jimi poskytovaná péče je plně hrazena z všeobecného zdravotního pojištění. Dostupnost péče pro pacienta v těchto zařízeních je smluvně ošetřena. Pacient nesmí být odmítnut, poskytovaná péče nesmí být diferencována podle příslušnosti k pojišťovnám (blíže viz kapitola 8.).

Některá lůžková zdravotnická zařízení jsou zřizována státem a jsou pak přímo řízená ministerstvem zdravotnictví (např. fakultní nemocnice, specializované léčebny). Krajské nemocnice jsou většinou příspěvkovými organizacemi, jejich zřizovatelem jsou krajské úřady a ty se spolupodílejí na jejich financování. Část krajských nemocnic byla privatizována na akciové společnosti.

Privátní lůžková zařízení mohou být zřizována různými subjekty (fyzické osoby, právnické osoby, církve aj.). Pokud tato zařízení mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami o poskytování zdravotní péče v rámci všeobecného zdravotního pojištění, jimi poskytovaná péče je pojišťovnami hrazena. Neodkladná péče je v těchto zařízeních hrazena pojišťovnami vždy. Některé zákroky, například estetické chirurgie, si hradí pacient plně v rámci smlouvy se zdravotnickým zařízením, některé zákroky jsou hrazeny částečně podle zvláštních předpisů, například in vitro fertilizace.

V České republice se opakovaně provádějí kroky k restrukturalizaci sítě lůžkových zařízení. Lůžková zařízení, která jsou malá a často nedostatečně personálně, věcně i technicky vybavena, by měla být transformována na zařízení poskytující následnou péči rehabilitační i sociální. Se stárnutím populace potřeba takových lůžek narůstá. Staří a chronicky nemocní jsou často z domácí péče pod záminkou akutních zdravotních komplikací umístováni do zařízení akutní péče, ačkoli taková péče není nezbytně nutná a jejich hospitalizace je účelově

prodlužována. Takovéto umístění pacienta pak blokuje lůžka akutní péče a zvyšuje jejich nedostatek.

Nákladná a vysoce specializovaná péče by měla být poskytována erudovanými odborníky v dobře vybavených centrech. Centra mohou poskytovat péči od méně složité až po nejvyšší diferencovaně podle stupně potřeb pacienta a péče by měla podléhat vnitřnímu auditu pracoviště, aby byla poskytována ekonomicky.

Podle nového zákona o neziskových nemocnicích by měla vzniknout síť 146 veřejných neziskových nemocnic, které by měly automatický nárok na smlouvy se zdravotními pojišťovnami¹. Ostatním zdravotnickým zařízením by pojišťovny proplácely jen akutní péči. Proti tomuto zákonu protestují krajské samosprávy. Argumentují tím, že tento zákon jim znemožňuje s jejich majetkem nakládat.

7. Financování zdravotní péče a finanční spoluúčast občanů

Financování zdravotní péče v České republice se uskutečňuje prostřednictvím systému veřejného zdravotního pojištění, které je upraveno ZVZP. „Zdravotním pojištěním“ se rozumí způsob řešení nahodilých, v budoucnosti nastalých sociálních situací (nemoc nebo úraz) fyzických osob. Jeho podstatou je soustředění určitého objemu finančních prostředků pravidelným přispíváním do fondu zdravotního pojištění a v případě vzniku sociální události úhrada nákladů zdravotní péče². Hlavním zdrojem financí pro zdravotní pojišťovny je výběr pojistného do systému veřejného zdravotního pojištění. Pojistné se stanovuje podle výdělku pojištěnce tak, že z vyměřovacího základu pro výpočet zdravotního pojištění se vypočítá výše pojistného podle zákona č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění ve znění pozdějších předpisů.

U zaměstnance v pracovním poměru je vyměřovacím základem úhrn příjmů zúčtovaných mu zaměstnavatelem v souvislosti s výkonem zaměstnání zakládajícím mu účast na zdravotním pojištění. Minimálním vyměřovacím základem pro zaměstnance v pracovním poměru je minimální mzda. Pojistné za zaměstnance pak platí zaměstnavatel a to tak, že zaměstnanec si je hradí z jedné třetiny a zaměstnavatel hradí zbylé dvě třetiny za svého

¹ Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů.

² P.Tröster a kol. Kapitola VIII Financování sociálního zabezpečení.

zaměstnanec, tedy pojištěnec 4,5% a zaměstnavatel 9% z celkových 13,5% z vyměřovacího základu za rozhodné období.

Osoby samostatně výdělečně činné mají úpravu výpočtu a plateb pojistného upravenou odlišně a to v § 3a a v § 7 a 8 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění ve znění pozdějších předpisů¹, takže jejich minimální měsíční vyměřovací základ činí 9000Kč a tedy minimální výše měsíční zálohy na pojistné je 1215Kč. Pojistné se odvádí na účet příslušné zdravotní pojišťovny.

Vyměřovacím základem u osoby, která po celý kalendářní měsíc nemá žádné příjmy a současně za ni pojistné neplatí stát je minimální mzda (§ 3b zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění²). Minimální mzda je stanovena na 7570Kč³, tedy pojistné je 1022 Kč. Osoby bez zdanitelných příjmů si pojištění hradí samy formou záloh na pojistné a doplatku pojistného.

Za takzvané „státní“ pojištěnce (nezaopatřené děti, pojištěnci na mateřské a rodičovské dovolené, nezaměstnaní, důchodci a další osoby uvedené v § 7 ZVZP) platí pojistné stát a to z vyměřovacího základu stanoveného na kalendářní rok. Vyměřovací základ je stanoven nařízením vlády a je to 25% průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství⁴.

Všeobecná zdravotní pojišťovna spravuje zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění, který slouží k financování zdravotní péče plně nebo částečně hrazené ze zdravotního pojištění na základě přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu podle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců. K přerozdělení se používají takzvané nákladové indexy. Indexů je 18 a pojištěnci jsou do nich zařazeni podle do věkových skupin, věkové skupiny jsou pak stanoveny pro

¹ Minimálním vyměřovacím základem se rozumí dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství. Za průměrnou měsíční mzdu v národním hospodářství se pro účely tohoto zákona považuje částka, která se vypočte jako součin všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o dva roky předchází kalendářnímu roku, pro který se průměrná mzda zjišťuje, a přepočítacího koeficientu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění pro úpravu tohoto všeobecného vyměřovacího základu; vypočtená částka se zaokrouhluje na celé koruny nahoru.

² Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění ve znění pozdějších předpisů.

³ Nařízení vlády č. 303/1995 Sb., o minimální mzdě. K 30.6.2006 je minimální měsíční mzda 7570Kč. Od 1.7.2006 je minimální mzda 7955 Kč a pojistné bude činit 1074 Kč.

⁴ Podle nařízení vlády č. 268/2005 Sb., je vyměřovací základ u osoby, za kterou je plátcem pojištění stát, stanoven v r. 2006 na 3798 Kč.

každé pohlaví zvlášť. Nákladové indexy se stanoví jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce. Tyto průměry se stanoví jako průměr nákladů všech zdravotních pojišťoven na všechny pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví.

Zdravotní pojišťovny provádějí platby za zdravotní péči poskytnutou jejich pojištěncům na základě smluv uzavřených s jednotlivými zdravotnickými zařízeními, která tuto péči poskytla (více k hrazení zdravotní péče viz kapitola 8. „Systém hrazení poskytované zdravotní péče lékařům a zdravotnickým zařízením zdravotními pojišťovnami“).

Nemocenské pojištění je v ČR odděleno od zdravotního pojištění a je jednou ze složek sociálního zabezpečení. De lege ferenda se uvažuje o znovuspojení nemocenského a zdravotního pojištění například v rámci reformy zdravotnictví za účelem úspor a zjednodušení systému. Oba systémy spolu velmi úzce souvisí, neboť zdravotní pojištění v případě nemoci hradí pojištěncovu zdravotní péči a nemocenské pojištění souběžně s ním ve stejnou dobu stejnému pojištěnci nahrazuje příjem, který z důvodu nemoci pojištěnci neplyne.

Dalším zdrojem financí mohou být sponzorské dary nebo dobrovolné účelové sbírky. Příspěvkové organizace mají kromě platby od zdravotních pojišťoven možnost finančního příspěvku na hospodaření od zřizovatele z rozpočtu krajského úřadu.

Naprostá většina poskytované zdravotní péče v ČR je hrazena ze všeobecného zdravotního pojištění. Ve zdravotnických zařízeních, která mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami, uhradí poskytnutou zdravotní péči za pacienta zdravotní pojišťovna. Některé zákroky, například estetické chirurgie, si hradí pacient plně sám v rámci dvoustranné smlouvy se zdravotnickým zařízením, některé zákroky jsou hrazeny částečně podle zvláštních předpisů, např. in vitro fertilizace. Ve zdravotnických zařízeních, která nemají smlouvu se zdravotní pojišťovnou pacienta, si musí pacient poskytnutou zdravotní péči uhradit sám.

Na úhradě léků se podle novel lékové vyhlášky částečně podílejí i pojištěnci. V každé farmakoterapeutické skupině léků je ale nejméně jeden lék zcela bez doplatku. Maximální ceny léků a výši doplatků schvaluje Ministerstvo financí ČR na doporučení Komise pro kategorizaci léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely Ministerstva zdravotnictví ČR (podle ustanovení § 70 odst. 6 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů). Ministerstvo financí může ovlivnit pouze výši úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Při stanovování výše úhrady srovnává Ministerstvo zdravotnictví ČR ceny léků s jinými zeměmi EU (viz pravidla pro činnost kategorizační komise). Může je však srovnávat pouze v absolutní výši, nikoli v relaci s ekonomickou a cenovou hladinou v těchto zemích. V drtivé většině případů se konkrétní výše úhrady za léky stanoví podle toho, za kolik je

výrobce ochoten prodávat stejný lék v jiné zemi. Jestliže například v Maďarsku určitý přípravek prodává za ekvivalent 80 € a MZ stanoví úhradu v této výši, je čistě na výrobcu, zda bude muset český pacient zaplatit doplatek. Snahou MZ je stanovit úhrady co nejnižší a zároveň tak, aby pacient nemusel moc doplácet a bylo v možnostech výrobce se takto stanovené ceně přípravku přizpůsobit.

8. Systém hrazení poskytované zdravotní péče lékařům a zdravotnickým zařízením zdravotními pojišťovnami

V České republice je pro hrazení zdravotní péče zaveden pojišťovací systém. Zdravotní pojišťovny vybírají pojistné od plátců a na solidárním principu zdravých s nemocnými a bohatých s chudými poskytovanou zdravotní péči poskytovatelům hradí. Úhrada za poskytovanou zdravotní péči je lékařům a zdravotnickým zařízením prováděna na základě smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče¹. Parametry smlouvy jsou regulovány tzv. rámcovými smlouvami, vydanými ministerstvem zdravotnictví². Ve smlouvě musejí být upraveny podmínky, za kterých se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami. Právní vztahy upravené ve smlouvě se nesmějí odchýlit od rámcové smlouvy, pokud to sama neumožňuje. Smlouvy musejí být uzavřeny písemně a řídí se právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, obchodním nebo občanským zákoníkem a dalšími právními předpisy.

8.1. Smlouvy o poskytování a úhradách zdravotní péče

Základními podmínkami navázání smluvního vztahu je jednak oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru a akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou a pravidly jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů

¹ Vyhláška MZ ČR č. 101/2006 Sb., ze dne 20. března 2006, kterou se mění vyhláška č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006.

² Vyhláška MZ ČR č. 290/2006 Sb., rozhodnutí o rámcových smlouvách podle § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Smlouvy obsahují zejména práva a povinnosti smluvních stran.

8.1.1. Práva a povinnosti smluvních partnerů

Smluvní strany se zavazují dodržovat při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní. Zavazují své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi. Dále se zavazují dodržovat přímo použitelné předpisy Evropských společenství.

Zdravotnické zařízení se zavazuje, že poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno, v rozsahu alespoň 35 ordinačních hodin rozdělených do 5 pracovních dnů týdně, se započítáním doby určené na odborné vzdělávání svých pracovníků. Rozsah 35 hodin týdně odpovídá poměrnému kapacitnímu číslu 1, přičemž souhrnné poměrné kapacitní číslo jednoho smluvního nositele výkonu může činit nejvýše 1,4. Souhrnné poměrné kapacitní číslo na jedno zdravotnické zřízení může činit nejméně 0,25. Zdravotnické zařízení dále odpovídá za to, že jeho zaměstnanci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy. Odpovídá také za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu. Dále zdravotnické zařízení zodpovídá, že poskytuje hrazenou zdravotní péči „lege artis“ bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce. Dále odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup. Zdravotnické zařízení se zavazuje, že povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření a poskytne v souladu s právními předpisy zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných

zařízení vyžadovat. Dále se zdravotnické zařízení zavazuje, že neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v ZVZP, nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu, nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem. Zdravotnické zařízení se dále zavazuje, že nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem. Dále je v rámcové smlouvě zajištěna povinnost zdravotnického zařízení oznámit pojišťovně, v souladu s § 55 ZVZP, úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby. Pracují-li v zařízení lékaři, kteří nejsou oprávněni k samostatnému výkonu povolání lékaře, budou toto povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře, který je k samostatnému výkonu povolání lékaře oprávněn, a to jen v rozsahu stanoveném tímto lékařem ve smyslu ustanovení zákona¹. Zdravotnické zařízení dále odpovídá podle zvláštního právního předpisu za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotnímu transportu. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky. Pojišťovna není oprávněna požadovat tuto úhradu, pokud byl léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek předepsán pro jejího pojištěnce a zdravotnické zařízení odstranilo nedostatky ve lhůtě do jednoho měsíce od předání příslušného receptu nebo poukazu pojišťovnou. Stejný postup bude vůči zdravotnickému zařízení uplatněn i v případě chybného vyplnění poukazu na vyšetření/ošetření.

Zdravotnické zařízení je podle rámcové smlouvy dále oprávněno na jeden den v měsíci přerušit poskytování zdravotní péče za účelem zajištění odborného vzdělávání svých

¹ § 2 písm. f) zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

pracovníků, přičemž takové přerušení nemá vliv na výši úhrady zdravotní péče ze strany zdravotní pojišťovny.

Pokud bude poskytování zdravotní péče zdravotnickým zařízením přerušeno na dobu delší než tři dny, je zařízení povinno zdravotní pojišťovně dobu přerušení poskytování péče a jméno zastupujícího lékaře, splňujícího podmínky zákona¹, předem oznámit. Zastupujícím lékařem se pro účely tohoto ustanovení rozumí i lékař poskytující zdravotní péči v jiném zdravotnickém zařízení mimo prostory zdravotnického zařízení, které zastupuje. Také v případě nepřítomnosti některého z nositelů výkonů na dobu delší než tři dny zajistí zdravotnické zařízení zástup jiným nositelem výkonu, splňujícím podmínky zákona¹ a dohodnutým způsobem tuto skutečnost oznámí zdravotní pojišťovně a pojištěncům.

Lékařskou službu první pomoci může zdravotnické zařízení poskytovat pojištěncům pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom se zdravotní pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke smlouvě na poskytování této péče.

Ústavní pohotovostní službu může poskytovat ve smluvním zařízení zdravotní pojišťovny tehdy, dohodne-li se na tom se zdravotní pojišťovnou a uzavře-li dodatek ke smlouvě na poskytování této péče.

Pojišťovna uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou. Dohledá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje a nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven, je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy. Pojišťovna dále poskytuje zdravotnickému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče, seznámí zdravotnické zařízení s dohodnutými změnami metodiky, pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena. Pojišťovna je

¹ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

dále oprávněna zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady zdravotnickým zařízením za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok. Pojišťovna uhradí zdravotnickému zařízení zdravotní výkony poskytnuté v rámci lékařské služby první pomoci, popřípadě ústavní pohotovostní služby.

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče se sjednává ve smlouvě podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem, kde se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Za způsoby úhrady se považují zejména úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo v souladu se zvláštním právním předpisem. Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení. Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.

Zdravotnické zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Individuální doklady za hrazenou zdravotní péči poskytnutou pojištěncům předává zdravotnické zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu a způsobem dohodnutým ve smlouvě (na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech nebo jiným sjednaným způsobem).

Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady. Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu hrazené zdravotní péče, vyúčtované v souladu

s právními předpisy a smlouvou. Pokud při kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady pojišťovna bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a smlouvou. Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením dodatečně po úhradě a zdravotnické zařízení do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy pojišťovny příslušnou částku samo neuhradí nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží zdravotnickému zařízení o příslušnou částku, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve smlouvě, úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období. Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně na magnetickém mediu do 30 kalendářních dnů a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně. Závazek k úhradě je splněn dnem odepsání z účtu zdravotní pojišťovny. V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne pojišťovna zdravotnickému zařízení v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrného měsíčního objemu vykázané zdravotní péče, vypočteného z posledních dvou uzavřených kalendářních čtvrtletí, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak.

8.1.2. Kontrola poskytování zdravotní péče

Kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, provádí pojišťovna v souladu s § 42 ZVZP prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků. V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný. V případech stanovených právními předpisy revizní lékař (revizní klinický psycholog) posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem (klinickým psychologem) navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu je v kompetenci ošetřujícího lékaře, včetně jím navržené farmakoterapie, nebo klinického psychologa. Zdravotnické

zařízení poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá doklady potřebné k účelu kontroly, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců. Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení bude na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu o revizi. Revizní zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá zdravotnickému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.

Zdravotnické zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta na žádost smluvní strany až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.

Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 ZVZP takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, vrátí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat podle tohoto článku jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

Smluvní strany si mohou účtovat smluvní pokutu až do výše 2 % měsíční platby za porušení povinností. Za porušení smlouvy se považují případy, kdy smluvní strana uvede nepravdivé, neúplné či zkreslující údaje při uzavírání smlouvy nebo při jejím plnění, nedodrží ustanovení smlouvy s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění, neposkytne informace sjednané ve smlouvě.

Zdravotnické zařízení poruší smluvní povinnosti tím, že prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči, opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 ZVZP úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby.

Pojišťovna poruší smluvní povinnosti tím, že prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči. V případě prodlení s úhradou nad 65 kalendářních dní ode dne doručení faktury pojišťovně, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 10 % dlužné částky. Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

U zdravotnických zařízení, kde je počet nositelů výkonů roven nebo nižší než 10, se smlouva uzavírá na dobu neurčitou jako trvalý smluvní vztah, který lze ukončit pouze tehdy, když zdravotnické zařízení prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a při poskytování zdravotní péče nedodrжуje správný postup, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů.

U zdravotnických zařízení, kde je počet nositelů výkonů vyšší než 10, je délka smluvního vztahu závislá na dohodě zdravotnického zařízení s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Smlouvu lze ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku písemnou dohodou smluvních stran.

Výpovědi ze strany zdravotní pojišťovny lze ukončit smluvní vztah s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců, pokud zdravotnické zařízení opakovaně porušuje ustanovení rámcové smlouvy, přes písemné upozornění a bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě, bez předchozí dohody se zdravotní pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti, přes písemné upozornění opakovaně omezuje pro pojištěnce zdravotní pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě. Dalším důvodem k vypovězení smlouvy ze strany zdravotní pojišťovny je, pokud zdravotnické zařízení přes písemné upozornění opakovaně poskytuje zdravotní péči v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy nebo v rozporu s profesními povinnostmi zdravotnických pracovníků, prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím zdravotní pojišťovně finanční škodu, přes písemné upozornění neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné zdravotní pojišťovnou v souladu s touto rámcovou

smlouvou a zákonem, prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a při poskytování zdravotní péče nedodrží správný postup, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů.

Výpovědí ze strany zdravotnického zařízení s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců lze smluvní vztah ukončit, pokud zdravotní pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení rámcové smlouvy, zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě, zdravotní pojišťovna poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy, zdravotní pojišťovna překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený touto rámcovou smlouvou nebo zákonem, zdravotní pojišťovna přes písemné upozornění neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči a když se pokračování smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou stane pro zdravotnické zařízení ekonomicky nevýhodným.

Sdělování údajů a předávání dokladů ke kontrole je v rámcových smlouvách také upřesněno. Smluvní strany používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení identifikační číslo zařízení, sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy, zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce, mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

Zdravotnické zařízení doloží pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu "lege artis", že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené zdravotní péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy, oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, například vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve smlouvě pokud dojde ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů, k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě, k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

Pojišťovna může poskytnout zdravotnickému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

Případné spory týkající se plnění smlouvy budou smluvní strany řešit především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od

výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smírčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu.

Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Smírčího jednání se účastní zmocněný zástupce zdravotnického zařízení a statutární zástupce pojišťovny nebo jím zmocněný vedoucí pracovník oprávněný samostatně jménem pojišťovny v dané věci jednat a rozhodovat. Zdravotnické zařízení je oprávněno přizvat ke smírčímu jednání profesní komoru zřízenou zákonem nebo občanské sdružení uvedené v § 17 odst. 2 ZVZP a právního zástupce. Místo a čas smírčího jednání navrhuje účastník, který k němu dal podnět. K projednání sporu si dále každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

8.2. Úhrada za poskytování zdravotní péče podle typu zdravotnického zařízení

Úhrada za poskytování zdravotní péče se provádí několika způsoby a jejich kombinacemi. Jednak je to úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, dále úhrada za registrované pojištěnce (kombinovaná kapitačně výkonová platba), paušální úhrada za poskytnutou zdravotní péči, v hrazení ústavní péče je možná platba za diagnózu (tzv. DRG systém) a pak jiné způsoby úhrady, dohodnuté v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.

Platba za poskytování zdravotní péče praktickým lékařům a praktickým lékařům pro děti a dorost je prováděna úhradou za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Další možností je platba kombinovanou úhradou za registrované pojištěnce a za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (kombinovaná kapitačně výkonová platba) nebo jinými způsoby úhrady dohodnutými v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.

Úhrada ambulantním specialistům se provádí za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami nebo jinými způsoby úhrady dohodnutými v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.

Ústavní zdravotní péče je hrazena buď za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami nebo paušální úhradou za poskytnutou zdravotní péči, dále úhradou za registrované pojištěnce (kombinovaná kapitačně výkonová platba). Nově se zavádí platba systémem DRG. Úhrada za poskytnutou péči v dětských ozdravovnách se provádí paušální platbou v souladu s příslušným Výměrem Ministerstva financí, zveřejněným v Cenovém věstníku Ministerstva financí.

Diagnostická péče se hradí platbou za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami nebo jiným způsobem úhrady dohodnutým v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.

Záchranná služba a zdravotní doprava mají úhradu za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami nebo paušální úhradu za poskytnutou zdravotní péči, případně jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.

U lázeňské péče se sjednává úhrada poskytované hrazené péče ve smlouvě v souladu s platným cenovým výměrem Ministerstva financí pro příslušné období.

9. Léková politika

Náklady na financování zdravotní péče neustále rostou. Nárůst je způsoben novými dražšími diagnostickými a léčebnými metodami, novými léky, prodlužováním průměrné délky života populace a s tím souvisejícího nárůstu nemocí přicházejících s vyšším věkem. Zpřísnují se kriteria k zahájení léčby nemocí, například snížení hranice ještě normální cholesterolemie, krevního tlaku, glykemie a s tím související nárůst počtu nemocných, kteří užívají léky. Tím vzniká nepoměr mezi finančními zdroji, které jsou k dispozici a požadavky odborníků i pacientů, ale i výrobců nových léků a přístrojů na modernizaci léčby.

Léky jsou častým tématem pro diskuse a názorové střety. V České republice se spotřebuje průměrně 33 balení léků ročně na jednoho obyvatele, včetně novorozenců¹. S rozvojem medicínských technologií logicky rostou i náklady na léky. V absolutním vyjádření se výdaje zdravotních pojišťoven na léky předepsané na lékařské předpisy zvýšily v letech 2001-2004 z 26,7mld. Kč na 35,8mld. Kč což reprezentuje nárůst téměř o 34%.

¹ Časopis českých lékárníků č. 5, 2006.

Spotřebu léků ovlivňuje mnoho faktorů. Dlouhodobý vliv má prodlužování střední délky života, úroveň vzdělání, priority hodnot společnosti, vývoj národního hospodářství a světové ekonomiky¹. Okamžitý vliv na spotřebu léků má dostupnost léků, nemocnost populace, kupní síla obyvatelstva, ceny léků, spoluúčast a výše úhrad z prostředků veřejného zdravotního pojištění, postoj zdravotníků a existence a respektování doporučených terapeutických postupů. Zvyšování spotřeby léků je také pochopitelným zájmem výrobců a distributorů. Hledají cesty, jak vytvořené regulace spotřeby léků obejít a snaží se někdy do těchto procesů zaangažovat i lékaře a pacientské organizace.

Vhodně provedená opatření by dokázala přinést významné úspory ve výdajích na léky. Hlavní příčinou selhávání někdy i velmi restriktivní lékové politiky bývá absence jasně formulované zdravotní politiky a správného nastavení motivace občanů a zdravotníků k racionálnímu chování v systému zdravotní péče. Ekonomické zdroje jsou omezeny a je žádoucí, aby byly co nejlépe využity.

Vzhledem k tomu, že zdravotnictví je sociálním systémem, je nezbytné zvažovat i nástroje další, jako je výchova, ekonomické stimuly, legislativa, politické mechanismy a podobně. Pokud v tomto smyslu zdravotnický systém selhává, je žádoucí uvažovat o možnostech, jak jej změnit. Základním nástrojem státu při ovlivňování spotřeby léků by měla být léková politika.

V lékové politice hraje důležitou roli proces kategorizace. Komise pro kategorizaci léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely Ministerstva zdravotnictví ČR je podle ustanovení §70 odst. 6 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů, odborným sborem ministerstva zdravotnictví a přispívá svou činností k realizaci lékové politiky ministerstva. Má vést k účelnosti a hospodárnosti v úhradě léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely z veřejného zdravotního pojištění společně s jejich medicínským posouzením, zohledňujícím terapeutickou účinnost a ekonomickou náročnost. Komise má svůj status a jednacím řád a podobně je ustanovena i komise pro odvolací řízení. Předsedu kategorizační komise a její členy jmenuje a odvolává ministr zdravotnictví, který také nese politickou zodpovědnost za činnost komise. V současné době pracují v komisi tři zástupci ministerstva zdravotnictví, po dvou zástupci VZP, Svazu zdravotních pojišťoven ČR, občanská sdružení poskytovatelů zdravotní péče a České lékařské společnosti JEP, jednoho zástupce má Česká lékařská komora, lékařské odbory a pacientské organizace. Kategorizační komise si může vytvářet trvalé nebo dočasné pracovní skupiny, které připravují návrhy nebo

¹ Viz příloha č. 4. Porovnání výdajů na léky evropských zemí.

zhodnocení speciálních otázek. Členové jsou při svém jednání vázáni etickými pravidly a nesmějí být v žádném vztahu k výrobcí nebo distributorovi léčiv, kteří působí v ČR. Jsou povinni neprodleně písemně sdělit předsedovi komise skutečnosti, které by jejich nestrannost v rozhodování mohly ovlivnit.

9.1. Kategorizační komise Ministerstva zdravotnictví ČR

Kategorizační komise se zabývá sestavováním podkladů pro lékovou vyhlášku¹. Při stanovování úhrad za léky a potraviny pro zvláštní lékařské účely se postupuje tak, aby nejméně jeden léčivý přípravek v každé terapeutické skupině byl plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění a aby prokázaný léčebný přínos každého léku hrazeného ze zdravotního pojištění byl standardním způsobem porovnán s prokázaným léčebným přínosem podobných léčivých látek, které jsou určeny k léčbě ve stejné nebo podobné indikaci². Návrhy v rozsahu a struktuře předem definovaných a zveřejněných informací se podávají k datu stanovenému ministerstvem pro zahájení kategorizačního procesu, které je zveřejněno nejméně 20 pracovních dnů předem. Návrhy doručené k tomuto datu je možné zařadit do zpracování.

Jestliže komise zjistí formální nedostatky, vyzve žadatele k doplnění ve stanoveném termínu. Nedostatečně vyplněný/doplněný návrh po určeném termínu vyřadí. Žadatel se proti tomuto rozhodnutí může odvolat k řediteli příslušného odboru.

Seznam formálně úplných návrhů přijatých do termínu zahájení přípravy novely vyhlášky, včetně základní charakteristiky jednotlivých návrhů, je zveřejněn.

Potom se provádí kontrola aktuálnosti, úplnosti a validity poskytnutých údajů kategorizační komisí. Komise vyhledává relevantní údaje ve veřejně dostupných databázích (Clinical Evidence BMJ, Cochrane Library, Health Development Agency NHS, Micromedex, NICE) o předmětném léčivém přípravku, respektive o podobných léčivých látkách, pokud jsou obchodované v ČR a zároveň vyhledává relevantní ekonomické údaje z oficiálních materiálů jednotlivých zemí EU, například ze seznamů cen/úhrad ze zemí EU, o vývoji spotřeby léčiv obchodovaných v ČR.

Dále se provádí hodnocení. Komise porovnává léčivé látky vůči jiným léčivým látkám obchodovaným v ČR, a to na základě porovnání relevantně doloženého terapeutického přínosu léčivé látky v dané indikaci s přínosem jiných léčivých látek obchodovaných v ČR

¹ Vyhláška MZ ČR č. 532/2005 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, ve znění pozdějších předpisů.

² Ukládá to Příkaz ministra zdravotnictví č. 11/2006.

(eventuálně jiných léčivých postupů), dále podle ekvivalentního množství léčivé látky, vůči jiným léčivým látkám, kterým lze v daném čase (den, kúra...) dosáhnout porovnatelného léčebného výsledku a vyžádaného odborného oponentského stanoviska pro definování postavení léčivé látky a ekonomických souvislostí. Potom se zveřejní závěry kategorizační komise na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR.

Během stanovené doby, minimálně 5 pracovních dní, mohou podat všechny dotčené subjekty odvolání proti závěrům kategorizační komise na adresu Ministerstva zdravotnictví ČR. Projednává je Komise pro odvolací řízení při kategorizaci léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, v níž zasedají dva zástupci ministerstva zdravotnictví, odborník s příslušnou kvalifikací a zástupce zdravotní pojišťovny. Případná odvolání se projednají v odvolací komisi. Nakonec dojde k předložení návrhu vyhlášky.

9.2. Stanovení výše úhrady léků

Maximální ceny léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely u nás registruje a schvaluje Ministerstvo financí ČR. Ministerstvo financí ČR může ovlivnit pouze výši úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Při stanovování výše úhrady Ministerstvo zdravotnictví ČR srovnává ceny léků s jinými zeměmi EU (podle pravidel pro činnost kategorizační komise). Může je však srovnávat pouze v absolutní výši, nikoli v relaci s ekonomickou a cenovou hladinou v těchto zemích. V drtivé většině případů se konkrétní výše úhrady stanoví podle toho, za kolik je výrobce ochoten prodávat v jiné zemi. Jestliže například v Maďarsku ho prodává za ekvivalent 80€ a Ministerstvo zdravotnictví ČR stanoví úhradu v této výši, je čistě na výrobcu, zda bude muset pacient zaplatit doplatek. Snahou Ministerstva zdravotnictví ČR je stanovit úhrady co nejnižší a zároveň tak, aby pacient nemusel mnoho doplácet a bylo v možnostech výrobce se jí přizpůsobit.

Léková vyhláška souvisí i s úhradovou vyhláškou č. 101/2006 Sb., o výši úhrad zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení. Pokud kategorizační komise dokáže snížit objem prostředků, které jsou vynakládány na úhradu léků, umožní tak předepisujícím lékařům nejen v ambulantních, ale i v lůžkových zdravotnických zařízeních napsat pacientům větší objem léčivých prostředků. Do finančních prostředků se podle úhradové vyhlášky lékaři započítává náklad na lék ve výši stanovené úhrady. Čím je tedy úhrada nižší, tím je pro lékaře snazší vycházet se svým finančním limitem.

9.3. Změna pravidel kategorizace

Proces kategorizace kritizuje Mezinárodní asociace farmaceutických společností MAFS¹. Na kategorizaci kritizují, že kategorizace porušila transparentní směrnici, kterou jsou všechny členské státy povinny implementovat do svého právního řádu (89/105/EHS).

Dále je předmětem kritiky, že není známo personální složení kategorizační komise. Nejsou v ní zastoupeni lékárníci, patientským organizacím byl počet zástupců zredukován na jednoho, novým členem komise se stal Lékařský odborový klub.

MAFS přišla o statut pozorovatele v kategorizační komisi, a protože nebyly průběžně zveřejňovány žádné záznamy z jednání komise, MAFS se domnívá, že veškerá ekonomická rozhodnutí jsou v rukou pouze jednoho účastníka – zástupce ministerstva zdravotnictví.

Dalším důvodem kritiky práce kategorizační komise Ministerstva zdravotnictví ČR je, že zveřejnění návrhu novelizované lékové vyhlášky, který je výstupem celé kategorizace, bylo několikrát odloženo a nakonec se objevilo na webu ministerstva, ale se starším datem. Ministerstvo zveřejnilo úpravu termínu pro podání odvolání. Původních 15 dnů zkrátilo na 5 dnů a navíc nikoli pracovních ale kalendářních.

Změny pravidel za pochodu a údajnou neprůhlednost celého procesu považuje MAFS za prohřešky o to nestandardnější a závažnější, že se v kategorizaci dvakrát ročně rozhoduje o 20 miliardách korun z veřejných zdrojů. Nová vyhláška také počítá s diferencovanou marží, která sem byla převedena z vyhlášky ministerstva financí².

Za další riziko nové vyhlášky považuje MAFS přesun úhrad některých cytostatik a dalších injekčních preparátů z rozpočtu pojišťoven (preskripční omezení X) do rozpočtu zdravotnických zařízení (preskripční omezení P)³. Hrazení z rozpočtu pojišťoven bylo dosud

¹ Mezinárodní asociace farmaceutických společností (MAFS) sdružuje výzkumně orientované farmaceutické společnosti působící v České republice. Hlavní prioritou české asociace je zajištění spravedlivých podmínek pro vstup inovativních léků na český farmaceutický trh, zejména nastavení transparentních podmínek pro přidělování cen a úhrad léčiv. Jeho zájmem je také zajištění důsledné ochrany duševního vlastnictví a vysokých etických standardů chování členských společností. Podmínkou členství v asociaci je vlastní výzkum a vývoj léčiv. Ten v Česku dosud není, proto asociace sdružuje pouze zahraniční výrobce. MAFS vznikl v roce 1993 a jeho členy je 31 farmaceutických společností. MAFS je členem Evropské federace farmaceutického průmyslu a asociací (EFPIA) a Mezinárodní federace farmaceutického průmyslu a asociací (IFPMA).

² Celková marže, o kterou se dosud dělil distributor a lékárna, je 29%. Od 1.8.2006 se marže změní a bude odstupňována podle cenových pásem léků od 10% u těch nejdražších až po 35% u nejlevnějších léků.

³ Viz příloha 3.

jedním z mála případů, kdy šly ve zdravotním systému konkrétní peníze přímo konkrétnímu pacientovi. Nyní budou náklady za tyto léky součástí paušálu nemocnic. Ty však s tímto nárůstem nepočítají a je otázkou, zda budou schopny tyto léky z finančních důvodů nakupovat. Na cytostatika nebudou mít pravděpodobně prostředky ani onkologické ambulance, které proto budou pacienty odesílat do lůžkových zařízení. Ministerstvo zdravotnictví nyní nedisponuje žádným právním nástrojem, jak přimět pojišťovny, aby navýšily zdravotnickým zařízením paušální platby. Pokud tak učiní, tak pouze na bázi dobrovolnosti. Prostředky však nebudou účelově vázány a ředitelé nemocnic s řadou faktur po termínu splatnosti nemusí dát přednost nákupu drahých léků.

Ministr zdravotnictví zdůvodňuje postup ve vyhlášce tím, že vyhláška má donutit výrobce snížit ceny. MAFS se však brání, že ceny léků už dále snižovat nemůže. Česká republika patří mezi tzv. referenční země a podle cen léků na zdejším trhu se posuzují i trhy ostatní. Dramatické snížení cen v jednom státě by prý spustilo lavinový efekt, na jehož konci by firma globálně neměla takové příjmy, které by jí umožnily financovat výzkum a vývoj. Jednodušší tedy pro ni je přípravek, který nemá dostatečnou úhradu, z českého trhu stáhnout.

Podle názoru ministerstva má proces kategorizace naopak jasná pravidla, zveřejněná na internetových stránkách ministerstva.

Odvolací komise, složená z odborníků a zástupců pojišťoven, posuzuje doručená odvolání. Ministr zdravotnictví pak může návrhy odvolací komise buď akceptovat nebo vrátit k novému projednání, pokud shledá, že jsou v rozporu s přijatými a zveřejněnými pravidly. Může je ovšem také změnit a své rozhodnutí odůvodnit, pokud budou návrhy odvolací komise v rozporu se státním zájmem v oblasti lékové politiky.

9.4. Číselník - LEKY

Číselník LEKY je zpracován v souladu se zákonem č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, vyhláškou č.457/2000 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, vyhláškou MZ ČR č. 589/2004 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely v platném znění, dále s výměrem MF ČR, kterým se vydává seznam zboží s regulovanými cenami a výměrem MF ČR, kterým se stanoví maximální ceny výrobků a výkonů ve zdravotnictví a optických výkonů (spolu s platnými dodatky), se zákonem č. 235/2004 Sb., o DPH, vychází z databáze registrovaných hromadně vyráběných léčivých přípravků (HVLP) Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) platné k datu zpracování číselníku.

Kromě datové verze číselníku, která je zpracována v souladu s Datovým rozhraním VZP vydává Pojišťovna Číselník LEKY také v tištěné podobě (1 - 2x ročně nebo podle povahy změn právních norem, na základě kterých číselník vychází).

9.4.1. Uváděné ceny přípravků

Číselník LEKY uvádí celkem čtyři typy cen:

- ceny vycházející z maximálních cen MF ČR (ORC, MFC),
- ceny věcně usměrňované (VUC),
- ceny „neregulované“,
- dohodnuté nejvyšší ceny (DNC).

Přípravky s cenou odvozenou od maximální ceny MF ČR

Přípravky s cenou odvozenou od maximální ceny MF ČR náleží do cenové regulace prostřednictvím maximální ceny dle příslušného výměru MF. V číselníku v polích ORC a MFC (na disketě) a v poli ORC (v papírové podobě) nalezneme cenu vypočtenou na základě maximální ceny stanovené Ministerstvem financí, regulované maximální přírážky za výkony obchodu a daně z přidané hodnoty.

Dle Výměru MF ČR č.01/2006 jsou regulovány formou maximální ceny všechny přípravky, které mají stanovenou úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění podle příslušné vyhlášky MZ ČR.

Pojišťovna poskytuje úhradu nejvýše do maximální ceny přípravku, uvedené ve výměru Ministerstva financí ČR.

Přípravky s věcně usměrňovanou cenou

Další skupinou jsou přípravky s věcně usměrňovanou cenou (VUC). V praxi to znamená, že pro konkrétní přípravek není vyhlášována maximální cena MF ČR, výrobce a dovozce směřují do ceny přípravku započítat pouze ekonomicky oprávněné náklady na pořízení, zpracování a oběh zboží, clo, přiměřený zisk a daň podle příslušných daňových předpisů. Navíc pro cenu věcně usměrňovanou platí pravidla uvedená ve Výměru MF ČR, kterým se vydává seznam zboží s regulovanými cenami. Maximální přírážky za výkony velkoobchodu a lékárny jsou stejné jako pro maximální ceny.

Dle výměru MF ČR č.01/2006 jsou regulovány formou věcného usměrňování cen takové přípravky, jejichž výdej je vázán na lékařský předpis (recept), ale nemají stanovenou úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění podle příslušné vyhlášky MZ ČR (plně

hrazené pacientem). Pojišťovna u těchto přípravků neposkytuje úhradu (ve sloupci "UPO" je označeno N).

Přípravky s neregulovanou výrobní cenou

Další skupinou jsou přípravky s neregulovanou výrobní cenou. Do Seznamu zboží s regulovanými cenami, vyhlášeného výměrem MF ČR č.01/2006, nebyly k regulaci maximální nebo věcně usměrňovanou cenou zahrnuty do příloh č.1 a č.2 některé ATC skupiny¹ (ve vybraných formách podání). Jde o přípravky volně prodejné, nehrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Maximální přírázky za výkony velkoobchodu a lékárny jsou i u těchto přípravků stejné jako pro maximální a věcně usměrňované ceny. Pojišťovna u těchto přípravků neposkytuje úhradu (v tabulce úhradové vyhlášky ve sloupci "UPO" je označeno N).

Přípravky s dohodnutou nejvyšší cenou

Další skupinou jsou přípravky s dohodnutou nejvyšší cenou (DNC). Na základě jednání s jednotlivými výrobci a výhradními dovozci léčiv jsou uzavírány mezi VZP a výrobcí nebo dovozci smlouvy, v nichž se výrobci (výhradní dovozci) zavazují nepřekročit po určité období dohodnutou cenu (Dohodnutá nejvyšší cena "DNC"). DNC je cena pro konečného spotřebitele včetně maximálních přírážek za výkony obchodu a DPH s tím rozdílem, že vychází z ceny, kterou se výrobce nebo dovozce léčiv zavázal po stanovené období nepřekročit a nikoliv z ceny stanovené MF ČR. V případě uzavření smlouvy o DNC léčiva VZP nahrazuje uváděnou orientační cenu (ORC) v Číselníku LEKY dohodnutou nejvyšší cenou (DNC). Pojišťovna poskytuje úhradu nanejvýš do částky uvedené v tabulce ve sloupci "MAX".

9.4.2. Procentuální úhrada léčiv

Procentuální úhrada léčiv byla stanovena pro vybraná léčiva kategorizační vyhláškou MZ jako zvláštní způsob úhrady. Léčivo je hrazeno ze zdravotního pojištění nikoliv limitem úhrady, ale procentní sazbou. To znamená, že z platné ceny léčiva uhradí vždy stanovenou část pojišťovna, zbývající část vždy doplácí pacient. Takové přípravky hradí pojišťovna ve výši 60% z platně stanovené prodejní ceny v lékárně dle příslušné kategorizace.

¹ anatomicko-terapeuticko-chemická skupina dle mezinárodní klasifikace, viz příloha č. 2.

Dále jsou hrazeny ze zdravotního pojištění potraviny pro zvláštní lékařské účely (PZLÚ). V souladu s ustanovením ZVZP, se ze zdravotního pojištění hradí při poskytování zdravotní péče potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky ze skupin léčivých látek uvedené v příloze č. 2. ZVZP, výši jejich úhrad, omezení a symboly stanovující podmínky předepisování stanoví vyhláškou ministerstvo zdravotnictví. PZLÚ jsou obsaženy v číselníku LEKY spolu s hromadně vyráběnými léčivými přípravky.

Všeobecná zdravotní pojišťovna zařazuje nebo vyřazuje konkrétní přípravky do Číselníku LEKY při jeho čtvrtletní aktualizaci pouze za splnění určitých podmínek.

Výrobce nebo jeho oprávněný zástupce předloží VZP písemnou žádost o zařazení přípravku do číselníku, přípravek je registrován (nebo má výjimku z registrace) v ČR, ATC skupina, do níž léčivo patří, má stanovenou úhradu pro příslušnou lékovou formu právním předpisem ministerstva zdravotnictví. Podléhá-li přípravek regulaci maximální cenou ministerstva financí, musí být tato cena vyhlášena pro příslušné období v Cenovém věstníku MF ČR, podléhá-li přípravek regulaci formou věcně usměrňovaných cen nebo již není regulován, oznámí zadavatel tuto cenu VZP. Dále musí obsahovat kód SÚKL, název přípravku, označení lékové formy a velikosti balení, zkratku výrobce, název země výroby, ATC skupinu, definovanou denní dávku. Pokud se jedná o léčivo, které dosud není kategorizováno, uvádějí se údaje předkládané MZ ČR v žádosti o kategorizaci.

Vyřazení léčivého přípravku z číselníku se provádí automaticky na základě informace SÚKLu o ukončení platnosti registrace. O vyřazení registrovaných přípravků musí písemně požádat výrobce nebo dovozce v případě, že přípravek již není v distribuční síti.

Termíny vydávání číselníku a termíny pro přijímání žádostí o aktualizaci:

datum uzávěrky	datum účinnosti Číselníku
31. říjen	1. leden
31. leden	1. duben
30. duben	1. červenec
31.červenec	1. říjen

K 1.1. a 1.7. je zpravidla připravována tisková verze. Termíny však mohou být ovlivněny změnou vyhlášky o úhradě nebo změnou maximálních cen.

9.5. Výdaje na léky a návrh úsporných opatření

Možnost značných úspor je v kontrole předepisování a spotřeby léků. Že je většina českých pacientů s lékařskou péčí tím spokojenější, čím více léků dostane předepsáno, je

obecně známý fakt. Jinou věcí je, že některé z předepsaných léků vůbec neužívají. Podle výzkumu České lékárnické komory vracejí pacienti do lékáren k likvidaci 517 tun léků v hodnotě 2 miliard Kč ročně. To je však pouze zlomek celkového počtu léků. Podle aktuálního průzkumu lékárníků provedeného na vzorku 375 lékáren (16% z celkového počtu lékáren), je zhruba 90% vyhozených léků hrazeno buď plně nebo částečně ze systému zdravotního pojištění. Průměrně se do jedné lékárny vrací 5250 balení léků ročně za 850 tis. Kč. Zdravotní pojišťovny za ně zaplatí 650 tis. Kč. Podle kvalifikovaných zjištění se celá čtvrtina předepsaných léků nevyužije a 40% léků se využívá jinak, než doporučil lékař. Z toho vyplývá, že je nutné přijmout systémová řešení, a to zejména stanovit jasnou a transparentní cenovou politiku léků, stanovit pevné ceny a pevné doplatky, stanovit přesný systém předepisování a především důsledné kontroly a zvýšit uvědomění pacienta o tom, kolik léků je spotřebováváno, za kolik peněz, že je třeba přesně dodržovat pokyny lékaře, jinak hrozí, že lék nebude správně účinkovat. Na druhé straně je nutno očekávat, že se vstupem do Evropské unie se budou ceny léků, které jsou v České republice stále ještě nižší, postupně vyrovnávat s cenami v ostatních členských státech. Také pravděpodobné zvýšení dolní 5% sazby DPH, kam léky spadají, bude znamenat nárůst cen léků.

10. Reforma zdravotnictví

Ve zdravotnictví nebude nikdy finančních prostředků dost¹. Pacienti chtějí mít nejlepší péči, nejlepší a nejmodernější léky, dokonalý servis, malé odvody na zdravotní pojištění, na léky malé, nebo raději žádné doplatky. Stát chce mít co největší odvody do státního rozpočtu na zdravotním pojištění, méně nemocných a co nejlevnější léky, respektive platit za lék co nejmenší podíl z jeho ceny². Poskytovatelé zdravotní péče chtějí mít jasně definované a trvalé smluvní podmínky a průhlednou tvorbu cen za prováděné výkony bez omezování nárůstu poskytované péče.

Přitom nikdo nechce z politických důvodů jasně definovat, že

- tak jako není nic zadarmo, neexistuje ani bezplatné zdravotnictví a že nakonec to vždy musí někdo zaplatit – zaplatíme to tedy my všichni,

- že ceny léků s jejich modernizací neklesají a léčba je stále dražší, že léky „zadarmo“ vedou k nadměrnému plýtvání (ročně je ve spalovnách zlikvidováno léků za 5 miliard korun),

¹ Viz příloha 6. Porovnání výdajů na zdravotnictví evropských zemí.

² Viz příloha 5. Graf výdajů na zdravotnictví v ČR.

- že populace stárne a nemocných přibývá, atd. Reforma našeho zdravotnictví by tedy měla respektovat určité principy a jasně definované cíle.

Politické subjekty však cíle a náplň reformy zdravotnictví zaměřují odlišným způsobem. Podrobně rozpracovaný návrh reforem zdravotnictví mají ve svém programu i naše dvě největší politické strany a zároveň hlavní rivalové- občanští i sociální demokraté- tyto programy zmiňují dále, viz kapitoly 10.3 a 10.4.

Nyní se budu zabývat reformou zdravotnictví z pohledu odborníků, kteří uvádějí své názory v odborném tisku.¹

10.1. Obecné principy reformy zdravotnictví

Reforma zdravotnictví je podle názorů odborníků nezbytná a měla by reflektovat nejen stávající situaci, ale měla by poskytovat prostor pro změny, které s vývojem společnosti nutně přicházejí. Tyto zásady lze shrnout do několika bodů:

- Princip demokratických postupů při tvorbě smluvních vztahů všech zúčastněných subjektů.
- Formulace české zdravotní politiky jako souhrn cílů a prostředků k jejich dosažení, které by realizovala veřejná správa ČR k pozitivnímu ovlivnění zdravotního stavu obyvatel ČR.
- Reforma zdravotnictví by měla být nadstranická, objektivním kritériem je občanský prospěch. Do reformy se musí zapojit státní správa, územní samospráva, profesní orgány a veřejnoprávní pojištění.
- Reforma musí zohlednit nejen zdravotnické aspekty, ale také aspekty ekonomické a sociální.
- Reforma bude respektovat ústavní pořádek a právní řád, navrhne institucionální reformu zdravotnictví a zdravotního pojištění, bude transparentní, aby zabránila korupci.
- Zajištění rovnováhy mezi solidaritou a konkurencí jednotlivých subjektů ve zdravotnictví.
- Provést reformu všech složek podílejících se na řízení zdravotnictví, s důrazem na odbornost a objektivnost.

¹ Zdravotnické noviny, časopis Národního pojištění, týdeník Medical Tribune, Časopis českých lékařů.

10.2. Náplň reformy

Náplň reformy představuje složitý komplex problémů. Pokusila jsem se zde některé z nich uvést.

- Nastolení rovnováhy v čerpání finančních prostředků z fondů veřejného zdravotního pojištění.
- Vytvoření účelné a efektivní sítě zdravotnických zařízení.
- Zavedení standardního stanovení cen zboží a služeb v oblasti zdravotní péče (uplatnění principu tvorby cen na základě nabídky a poptávky).
- Definování výkonů, které budou plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění (takzvané zdravotní standardy).
- Možnost zavedení soukromého připojištění nad rámec povinného veřejného zdravotního pojištění.
- Zavedení motivací pro pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění formou malusů a bonusů a formou určité spoluúčasti na úhradách jimi spotřebované zdravotní péče k uvědomění si její ceny a tím k jejímu racionálnějšímu využívání.
- Zavedení spoluúčasti pacientů na služby neposkytované v přímé souvislosti s medicínskými výkony(stravování ve zdravotnickém zařízení, ubytování, přeprava nemocných, hygienické pomůcky apod.).
- Zavedení vyšší spoluúčasti za platby u „nadstandardních“ léků, náhrad či zdravotních pomůcek, samozřejmě pouze v případech, kdy existuje levnější kvalitní alternativa.
- Transparentní oddělení sociální a zdravotní péče a stanovení výše a způsobu jejich úhrady(takzvaná sociální lůžka v nemocnicích).
- Podstatné zvýšení plateb státu za „státní“ pojištěnce.
- Převedení všech kompetencí (i finančních) na subjekty, které nesou přímou zodpovědnost za poskytování zdravotní péče.
- Převedení kompetencí spojených s vyplácením nemocenských dávek na zdravotní pojišťovny.
- Podpora rozvoje primární péče.
- Zavedení nových efektivních postupů, metod a forem péče, které minimalizují hospitalizaci klientů.
- Rozvoj preventivních programů.

- Strukturální změny ve vzdělávání zdravotnických pracovníků s podporou rozvoje těchto oborů, kde je nedostatek lékařů.
- Zlepšení spolupráce s krajskými úřady, orgány samosprávy, nevládními organizacemi a profesními a stavovskými organizacemi a obnovení dialogu s občanskou veřejností.
- Provádění revize legislativy směrem k jejímu zjednodušení a zpřehlednění.
- Stanovení objektivních a veřejně dostupných ukazatelů zdravotní péče (tedy zlepšit přístup pacientů k informacím o kvalitě poskytované zdravotní péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních).
- Zvyšování účinnosti kontroly vykázaných a skutečně provedených výkonů a čerpané zdravotní péče a to jak ze strany samotného pacienta, tak i zdravotní pojišťovny.
- Zlepšení komunikace a toku informací ve vztahu pacient-lékař, pacient-pojišťovna, pojišťovna-lékař.

10.3. „Modrá šance pro zdravotnictví“ podle ODS

Podle návrhu reformy, předloženého senátorem za ODS Tomášem Julínkem, nemá být úkolem zdravotních pojišťoven jen pokrytí finančního rizika, spojeného s léčbou a nemocí, ale také zajištění kvalitních zdravotních služeb pro klienty za přiměřenou cenu. Má jim být umožněno požadovat konkrétní druh a kvalitu zdravotní péče a uzavírat kontrakty na definovaný objem této péče za definovanou cenu v rámci jasně stanovených a obecně platných pravidel, aby ani jeden smluvní partner nemohl být ze strany druhého vystaven neúnosnému nátlaku.

Navýšení podílu hrubého domácího produktu plynoucího do zdravotnictví na obvyklých 8% ve státech EU a následný nárůst finančních zdrojů jdoucích do zdravotnictví chce ODS zajistit zvýšením platby za státní pojištěnce, zavedením moderního pojištění a výběrem a správou nemocenského pojištění prostřednictvím zdravotních pojišťoven a maximálním využíváním strukturálních fondů EU pro zdravotnictví. Aby mohlo být těchto cílů dosaženo, je nutno povést několik zásadních kroků.

10.3.1. Jednání o ceně zdravotní péče

Uvolnění trhu zdravotních služeb a nastolení konkurenčního prostředí by mělo vést ke stanovení reálných cen zdravotní péče, které by už nebyly stanovovány centrálně a administrativně. Cenovým jednáním by vždy muselo předcházet zveřejnění požadavků na

kvalitu péče, aby cenová konkurence mezi poskytovateli neprobíhala na úkor kvality jejich služeb. Při jednání o ceně by pojišťovny rozlišovaly poskytovatele podle jejich typu: s lůžkovými a velkými ambulantními zařízeními by byla vedena individuální jednání, pro soukromé lékaře v běžné ambulantní praxi by bylo výhodnější vyjednávání se sdruženími, která je zastupují.

10.3.2. Změna statutu zdravotních pojišťoven a jejich konkurence

Všechny zdravotní pojišťovny by měly být transformovány do akciových společností. Pak by byly nuceny hospodařit s tvrdým rozpočtovým omezením, se standardním a transparentním účetnictvím a jasně definovanými povinnostmi ve smyslu zajištění kvalitní zdravotní péče pro všechny občany.

Zdravotní pojišťovny by měly ve vzájemné konkurenci větší zájem na zlepšování svých služeb a rozšiřování nabídky produktů pro klienty. Tato úprava by také umožňovala kombinovat základní povinné pojištění s privátním připojištěním v rámci jedné instituce.

10.3.3. Regulace zdravotních pojišťoven

Byl by vytvořen standardní finanční dozor nad zdravotními pojišťovnami, který by byl začleněn do plánovaného jednotného finančního dozoru při České národní bance. Tento dozor by vydával pojišťovnám i jejich jednotlivým produktům licence a průběžně by kontroloval jejich finanční zdraví.

Zdravotní pojišťovny by měly zákonnou povinnost přijmout kteréhokoli klienta. Nástrojem kompenzace rizik plynoucích ze struktury jejich klientů podle věku a zdravotního stavu by bylo přerozdělení vybraného pojistného.

10.3.4. Poskytovatelé zdravotní péče

Nový systém by měl nabídnout široké možnosti pro inovace a rozvoj kvalitních a efektivních služeb. Zaměření na služby, po kterých je poptávka a které je dané zdravotnické zařízení schopné poskytovat kvalitně a efektivně, by dlouhodobě prospělo všem. Pojišťovny a občané by měli záruku lepšího využití finančních zdrojů, zřizovatelé zdravotnických zařízení by se mohli zbavit části prodělečných kapacit, zdravotníci by tak získali lepší pracovní podmínky.

10.3.4.1. Rovný přístup zdravotnických zařízení na trh

Měl by být zaručen zákonem, nesmělo by se rozlišovat podle vlastníka nebo právní formy.

10.3.4.2. Regulace poskytování zdravotní péče

Byly by jasně vymezeny podmínky licence pro samostatné, státem regulované zdravotnické povolání (obdoba výkonu povolání advokátů, architektů a pod.). Vydání licence nebo registrace zdravotnického zařízení by nezakládalo nárok na smlouvu se zdravotní pojišťovnou.

10.3.5. Občané pacienti

Pro reformu je nezbytné zavést také určitá opatření směřující k zodpovědnější spotřebě zdravotní péče ze strany pacientů.

Za návštěvu ambulantního lékaře nebo fyzioterapeuta, za využití lékařské služby první pomoci či pohotovostní ambulance v nemocnici, za každý den hospitalizace, za výdej léků na předpis v lékárně či za využití zdravotní dopravy by byly vybírány od občanů poplatky v rozmezí 20-50 Kč. Aby tím nebyly ekonomicky ohroženy sociálně slabší vrstvy obyvatelstva, bylo by toto opatření spojeno s určením celkového ročního limitu jak na regulační poplatky, tak na celkovou spoluúcast u předepsaných léků a prostředků zdravotnické techniky. Jakmile by pacient tento roční limit překročil, zdravotní pojišťovna by za něj všechny jeho další výdaje hradila.

10.3.6. Stát

Úloha státu by nespočívala v zásazích do běžného chodu systému, ale měl by v první řadě mnohem lépe než dnes plnit svou regulační a podpůrnou roli.

Legislativní povinnost státu:

- podpora občana ve zdravotnictví, včetně regulace trhu zdravotního pojištění a poskytování zdravotních služeb,
- ochrana veřejného zdraví,
- zajištění specifických zdravotních služeb, jako je neodkladná nemocniční péče.

10.3.7. Dlouhodobá opatření

Úkolem reformy je zachovat všeobecný přístup ke zdravotní péči i pro příští léta a přitom zohlednit demografický, společenský a ekonomický vývoj. Dnešní zdravotní systémy

se budou muset vyrovnat s dopady stárnoucí populace, zvyšujícím se očekáváním obyvatelstva ohledně kvality péče a rozvojem nových, obecně dražších medicínských postupů.

Solidarita ve financování zdravotní péče musí zůstat zachována, nicméně nulová spoluúčasť vede k rozvoji mýtů o bezplatnosti zdravotnictví a k plýtvání jak u pacientů, tak u poskytovatelů zdravotní péče.

Veřejné zdravotní pojištění

Jeho dnešní rozsah je extrémně široký a pokrývá v zásadě tři druhy péče:

- péči neočekávanou a velmi drahou, jejíž potřeba je v populaci nerovnoměrně rozložena, v budoucnu by měla zůstat tato péče plně hrazena a být součástí tzv. základního povinného pojištění;

- drahou, ale předvídatelnou péči (chronické nemoci), ta by zůstala rovněž součástí základního povinného pojištění;

- levnou a finančně únosnou pro jednotlivce i rodinu, jejíž potřeba je mezi občany rozložena rovnoměrně (banální onemocnění, lehké úrazy apod.) - podle návrhu reformy by byla hrazena z povinného pojištění, ale formou přímých plateb z osobního účtu nebo z dobrovolného doplňkového připojištění.

Osobní zdravotní účty

Měly by se stát nástrojem k zodpovědnému čerpání zdravotní péče při zajištění finanční dostupnosti zdravotních služeb pro každého občana.

Zdroje příspěvků na osobní zdravotní účet:

- veřejný příspěvek – cca 30% prostředků vybraných od občana na zdravotní pojištění by stát měsíčně odesílal na jeho osobní účet;

- povinný soukromý příspěvek – fixní, pro všechny stejný příspěvek, poukazovaný samotným občanem na jeho osobní účet; o tento příspěvek by se mohla snížit procentní sazba odvodů ze mzdy, např. povinných 180 Kč měsíčně by znamenalo snížení dnešní sazby pojistného z 13,5% na 12,5%;

- dobrovolný soukromý příspěvek.

Podle míry rizika, které jsou ochotni nést, by se občané rozhodovali, jakou část nákladů za spotřebované zdravotní služby nad rámec garantovaného základního pojištění budou chtít krýt formou některého z doplňkových pojištění a jakou část hradit formou přímých plateb z osobního účtu. V případě přečerpání prostředků na osobním účtu (ke kterému by mělo při správném nastavení systému docházet zřídka a jen v malých částkách) bude péče o pacienta hrazena ze základního pojištění.

10.3.8. Přednosti a nevýhody návrhu reformy

Velkou výhodou navrhovaného systému je snaha o liberalizaci systému zdravotnictví, akcent na samostatné rozhodování poučeného pacienta a jeho motivace k šetření, vytváření účelné regionální sítě specializovaných regionálních nemocničních center s využitím restrukturalizačního fondu EU, přesun nemocenského pojištění na zdravotní pojišťovny¹, akcent na ekonomiku celého systému i respektování sociálního hlediska „zastropováním“ spoluúčasti pacienta.

Návrh systému ale nespécifikuje, jakým způsobem se dosáhne zvýšení finančních toků plynoucích do zdravotnictví, neřeší postavení regionálních orgánů samosprávy a odborných a profesních společností v systému. Problémem by mohlo být ovládnutí osobních účtů pacientů dezorientovaných a dementních.²

10.4. „Jistota a prosperita“ ve zdravotnictví podle ČSSD

Pro ČSSD není zdravotnictví předmětem volného trhu a zisku, ale veřejnou službou pro občany. Proto je role státu při řízení a kontrole zdravotnictví zásadní a nevyhnutelná. Základním pilířem zdravotnictví je systém solidárního zdravotního pojištění. ČSSD navíc slibuje ve svém programu zavedení systému komerčního dobrovolného připojištění na zdravotní péči, které by mělo být provázeno daňovým zvýhodněním.

10.4.1. Primární péče

Základem primární péče by měli být praktičtí lékaři pro dospělé a pro děti a dorost. Předpokládá se, že by měla být síť ambulantních zdravotnických zařízení tvořena nestátními zdravotnickými zařízeními jednotlivých praktických lékařů a ambulantních specialistů.

10.4.2. Síť lůžkových zařízení

Základem sítě lůžkových zdravotnických zařízení by měly být nemocnice – neziskové veřejné společnosti bez ohledu na formu vlastnictví. Zákonem by měly být stanoveny

¹ Prezident Václav Klaus byl v době, kdy byl ministrem financí a později i premiérem, proti sjednocení výběru pojistného na nemocenské a zdravotní pojištění. Obával se, že by zdravotnictví nekontrolovatelně odčerpávalo finance ze systému a nezbyvalo by na nemocenské dávky.

² Medical Tribune II. č. 6, str. 17.

podmínky zařazení nemocnic do této sítě včetně definování povinností a výhod. Měl by být zaveden systém financování zdravotnických pracovníků, aby neodcházel za prací jinam.

10.4.3. Financování zdravotnictví

Financování zdravotnictví a jeho transparentnost je základní podmínkou kvalitní zdravotní péče o občany. Pomocí legislativních norem chce ČSSD pokračovat v nápravě nerovností ve výběru zdravotního pojištění (zaměstnanci, OSVČ, státem hrazení pojištěnci). Spoluúčasti občanů na hrazení zdravotní péče chce zabránit zvyšováním platby za státní pojištěnce. V každé lékové skupině by nadále byl nejméně jeden lék bez doplatku. Stát by nadále důsledně kontroloval hospodaření zdravotních pojišťoven. Systém zdravotního pojištění by byl zjednodušen, aby byl více transparentní. Měla by být zavedena jasná pravidla pro schvalování investic ze státního rozpočtu a rozpočtu krajů pro lůžková zdravotnická zařízení a pro rozmísťování nákladné zdravotnické techniky.

V programu je dále obecně stanoven plán navýšit objem finančních prostředků do zdravotnictví na obvyklou úroveň v zemích EU.

10.4.4. Přednosti a nevýhody návrhu reformy

Výhodou návrhu reformy je státem garantovaná síť lůžkových zařízení, která se postarají o pacienta bez ohledu na jeho sociální postavení. Dalším kladným momentem je předpoklad, že primární péče bude zajištěna nestátními zdravotnickými zařízeními praktických lékařů.

V návrhu ale není řešeno, jakým způsobem provést reformu současného systému, není řešena pozice odborných a profesních organizací. Největším problémem je centralistická a dominantní role všemocného státu, státních úředníků a tím i zvyšování korumpovatelnosti systému.¹

¹ Medical Tribune II. č. 6, str. 17.

11. Závěr

Ve veřejném zdravotním systému se střetávají zájmy mnoha rozdílných skupin, které mají většinou odlišné cíle. Jsou to poskytovatelé zdravotní péče, nemocnice a jiná zařízení, lékaři, sestry, pomocný, obslužný a další zdravotnický personál, farmaceutické firmy, distributoři a výrobci zdravotnického zařízení, zdravotní pojišťovny, stát jako jeden z plátců pojistného (za státní pojištění), zaměstnavatelé jako plátcí poměrné části pojistného (za své zaměstnance), pacienti jako pojištěnci, lékařská komora, stomatologická komora, lékárnická komora, Lékařský odborový klub a ostatní odborové organizace a poslední dobou také různá sdružení pacientů.

K odstartování racionálních reforem je potřeba udělat několik zásadních kroků. Je třeba převést všechny kompetence, i finanční, na subjekty, které nesou přímou odpovědnost za poskytování zdravotní péče, zavést standardní ceny zboží a služeb v oblasti zdravotní péče, zvýšit platby za „státní pojištění“, sjednotit výběr pojistného na zdravotní a nemocenské pojištění¹.

Dalším důležitým krokem v reformách by měla být motivace pojištěnců formou určité spoluúčasti k uvědomění si ceny zdravotní péče (kolik stojí léky, kolik jednotlivé zdravotní výkony)². Motivaci k péči o vlastní zdraví by bylo možné zvýšit formou slev a přírážek při platbě zdravotního pojištění. Dále by bylo vhodné zavést spoluúčast na služby nesouvisející přímo s medicínskými výkony (ubytování, stravování a ostatní služby poskytované ve zdravotnických zařízeních, přeprava nemocných, spotřeba hygienických potřeb apod.) a zavedení vyšší spoluúčasti za platby u „nadstandardních“ léků, zdravotních pomůcek či náhrad tam, kde je alternativa. Dále je potřeba zajistit transparentnost poskytnuté zdravotní péče a její účinnou kontrolu a převést kompetence spojené s vyplácením nemocenských dávek na zdravotní pojišťovny. Do zdravotního pojištění by měl být také zaveden skutečný pojišťovací princip se systémem bonusů a malusů.

Po volbách v červnu 2006 nastala patová situace na politické scéně, vládnoucí politická garnitura nadále vykonává své funkce. Ministerstvo zdravotnictví vydává legislativní předpisy, směřující ke snížení výdajů za zdravotní péči a léky. Byla vydána vyhláška

¹ Pojistné na nemocenské pojištění je vybíráno Českou správou sociálního zabezpečení a pojistné na zdravotní pojištění zdravotními pojišťovnami.

² U sociálně potřebných zajistit finanční kompenzace od státu. Např. na Slovensku jsou státní kompenzace kritizovány jako nedostatečné a opozice usiluje o zrušení povinnosti poplatků pacientů ve zdravotnictví.

č. 290/2006 Sb., o rámcových smlouvách, která měla řešit končící smluvní vztahy zdravotnických zařízení a nová léková vyhláška. V rámcových smlouvách akceptovaly zdravotní pojišťovny pro zdravotnická zařízení s kapacitním číslem smluvních nositelů výkonů¹ do 10,0 smluvní vztah na dobu neurčitou a přesnou specifikaci podmínek k vypovězení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Dále ve vyhlášce přetrvává povinnost sankcionovat zdravotnická zařízení při překročení limitu poskytování zdravotní péče, odvozeného od srovnávacího období předchozího roku, což může vést k prodlužování čekací doby na některé výkony a tím zhoršování dostupnosti zdravotní péče.

Nová léková vyhláška bude platit od 1.8.2006 a zatím nebyla vydána v tištěné podobě (Ministerstvo zdravotnictví ČR zápis z jednání kategorizační komise nezveřejnilo). Vyhláška reaguje na degresivní marži, která byla zavedena výměrem ministerstva financí². Výsledky uplatnění degresivní marže v cenách léků a ve výsledném finančním zvýhodnění nebo nezvýhodnění pacientů a lékařů zatím nelze zhodnotit.

Do kategorizační vyhlášky se ještě určitou měrou u některých léčivých přípravků promítne snížení maximálních cen Ministerstvem financí ČR k 1.7.2006. Další změnou, ke které vyhláškou dojde, bude zrušení limitu „X“, to je schvalování úhrady revizním lékařem-tyto přípravky budou převedeny do jiných limitů. V případě, že se bude jednat o léky podávané perorálně, nadále se budou předepisovat na recepty. V ostatních případech (parenterální aplikace) budou převedeny do limitu „B“, (event. malá část do limitu „O“)³. Zásadním způsobem se změní předepisování těchto léků, nově se tedy budou předepisovat na žádanku a náklady na jejich úhradu budou přesunuty do paušálu zdravotnických zařízení. To se týká nejvíce skupiny cytostatik. Fakticky všechny tyto léčivé přípravky mají omezení „P“, to je omezení na odbornost a diagnózu. V mnoha omezeních „P“ jsou nově jmenovitě uvedena pracoviště, která smí na základě zmíněné vyhlášky lék předepisovat a používat.

Vzhledem k poměru politických sil v parlamentu po parlamentních volbách v červnu 2006 zřejmě ve zdravotnictví nedojde v dohledné době k výraznějším změnám a potřebná reforma bude nadále odsouvána.

¹ kapacitní číslo smluvního nositele výkonu dle ZVZP.

² Výměr MF ČR č. 05/2006.

³ Číselník VZP verze 590.

12. Literatura a prameny

12.1. Literatura

1. Tröster, P. a kol.: Právo sociálního zabezpečení. 3. aktualizované a doplněné vydání. C. H. Beck, 2005
2. Havlíček K., Hemelík T.: Nad veřejným zdravotním pojištěním. Orac 1998
3. Daněk, A., Glet, J.: Zdravotní pojištění. Linde, nakladatelství s.r.o
4. Trnková, L.: Novela zdravotního pojištění od 1.4.1997. Pragoeduca 1997
5. Stolínová, J., Mach, J.: Právní odpovědnost v medicíně. Galén, 1998
6. Solich, J. a kol.: Lékárenství. Avicenum, Praha 1986
7. Zdravotnické noviny
8. časopisy Národní pojištění
9. Medical Tribune
10. Časopis českých lékárníků
11. Internetové stránky Ministerstva zdravotnictví ČR, VZP, ČSSZ, ODS, ČSSD
12. VZP Číselníky – LEKY, IVLP, verze 580

12.2. Prameny

1. Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky ve znění pozdějších předpisů
2. Usnesení předsednictva České národní rady č.2 /1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky ve znění pozdějších předpisů
3. Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník ve znění pozdějších předpisů
4. Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů
5. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů
6. Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon ve znění pozdějších předpisů
7. Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád ve znění pozdějších předpisů
8. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Ratifikována Českou republikou 1.10. 2001
9. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů

10. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ve znění pozdějších předpisů
11. Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách ve znění pozdějších předpisů
12. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění pozdějších předpisů
13. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění ve znění pozdějších předpisů
14. Vyhláška MZ ČR č. 290/2006 Sb., rozhodnutí o rámcových smlouvách podle § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
15. 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
16. Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů
17. Vyhláška MZ ČR č. 532/2005 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, ve znění pozdějších předpisů
18. Vyhláška MZ ČR č. 101/2006 Sb., ze dne 20. března 2006, kterou se mění vyhláška č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006

13. Přílohy

1. Použité zkratky

DRG – Diagnosis related groups

Hrazená péče – zdravotní péče hrazená podle Z. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů

IVLP – Individuálně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely

LSPP – Lékařská služba první pomoci

RZP – Rychlá zdravotní pomoc – záchranná služba

SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

ZP – Z. č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů

ZVZP – Z. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví ČR

MF ČR – Ministerstvo financí ČR

2. Vysvětlení zkratk uváděných v záhlaví seznamu léčiv

V záhlaví tištěných seznamů léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely jsou uváděny tyto zkratky:

KOD sedmimístný kód přípravku přidělovaný Státním ústavem pro kontrolu léčiv

ATC anatomicko - terapeuticko- chemická skupina dle mezinárodní klasifikace

NAZ název přípravku

DOP doplněk blíže charakterizující název: léková forma, velikost balení atd.

VYR výrobce přípravku

ZEM země výrobce

LIM symbol charakterizující způsob úhrad

OME preskripční nebo indikační omezení

PZLÚ potraviny pro zvláštní lékařské účely

MAX nejvyšší možná úhrada proplácená za přípravek zdravotními pojišťovnami

UPO pole, ve kterém je uváděn symbol "I" a "N" (plná úhrada, nehrazeno)

ORC orientační cena vypočtená na základě maximální ceny stanovené Ministerstvem financí ČR, regulované maximální přírážky za výkony obchodu a daně z přidané hodnoty, **je-li přípravek regulován prostřednictvím maximální ceny**, v případě, že cena přípravku je dle výměru MF ČR regulována formou **věcně usměrňovaných cen**, uvádí se v tomto poli věcně usměrňovaná cena nahlášená výrobcem (dovozcem) včetně přírážky za výkony obchodu a daně z přidané hodnoty, v případě, že cena přípravku není dle výměru MF ČR regulována, uvádí se v tomto poli cena nahlášená výrobcem (dovozcem) včetně maximální přírážky za výkony obchodu a daně z přidané hodnoty, v případě, že **pro léčivo byla uzavřena smlouva o nejvyšší dohodnuté ceně**, je v číselníku v této kolonce uvedena **DNC** (dohodnutá nejvyšší cena).

Cena ekv. cena jedné definované denní dávky účinné látky vypočtená z ceny konkrétního léčivého přípravku (v datové verzi uvedena v poli **EKV**).

3. Některé symboly stanovující podmínky předepisování léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění

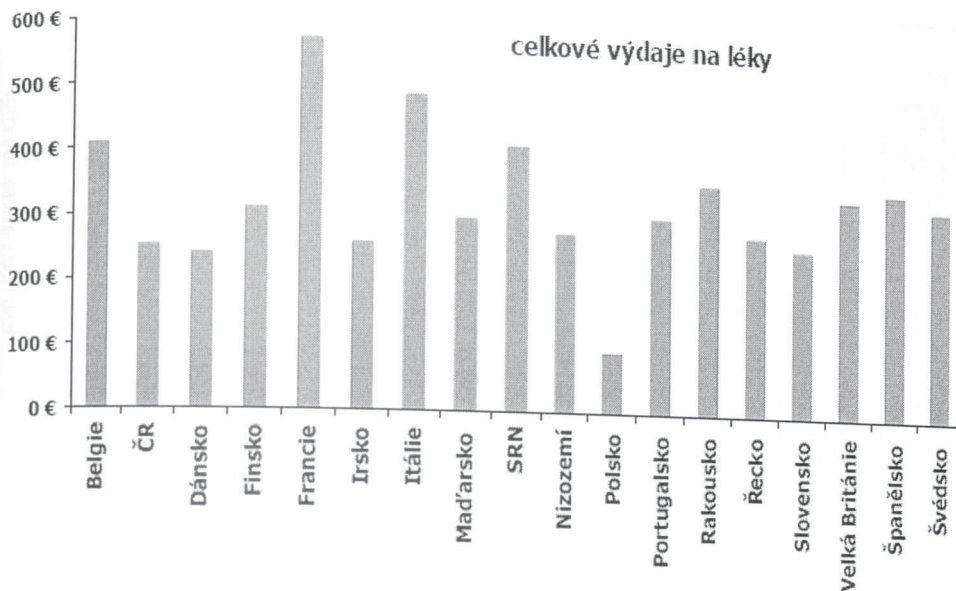
X – léčivé přípravky, obsahující léčivou látku takto označenou, jsou smluvnímu zdravotnickému zařízení hrazeny ze zdravotního pojištění

1. na recept schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, jde-li o poskytování ambulantní péče,
2. formou zvlášť účtovaného léčivého přípravku po předchozím souhlasu revizního lékaře zdravotní pojišťovny, jde-li o poskytování ústavní péče (dle § 23 ZVZP),
3. v rámci lékového paušálu, jde-li o poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení, je kterém tuto péči poskytují převážně zdravotničtí pracovníci podle zvláštního právního předpisu (Zákon č. 96/2004 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) a při poskytování zdravotní péče v odborném léčebném ústavu.

P – léčivé přípravky, obsahující léčivou látku takto označenou, jsou předepisované v souladu s omezením stanoveným pro konkrétní léčivou látku uvedeným u příslušné skupiny a jsou smluvnímu zdravotnickému zařízení hrazeny ze zdravotního pojištění do výše stanovené úhrady

1. na recept odborného lékaře, lékaře specializovaného pracoviště, praktického lékaře nebo jiného ošetřujícího lékaře pojištěnce, jde-li o poskytování ambulantní péče,
2. v rámci lékového paušálu, jde-li o poskytování ústavní péče (dle § 23 ZVZP),
3. formou zvlášť účtovaných léčivých přípravků, jestliže vedle symbolu „P“ je ve stejném řádku ve sloupci „omezení“ uveden další symbol upravující preskripci (dle číselníku VZP LEKY – IVLP)

4. Porovnání výdajů na léky evropských zemí



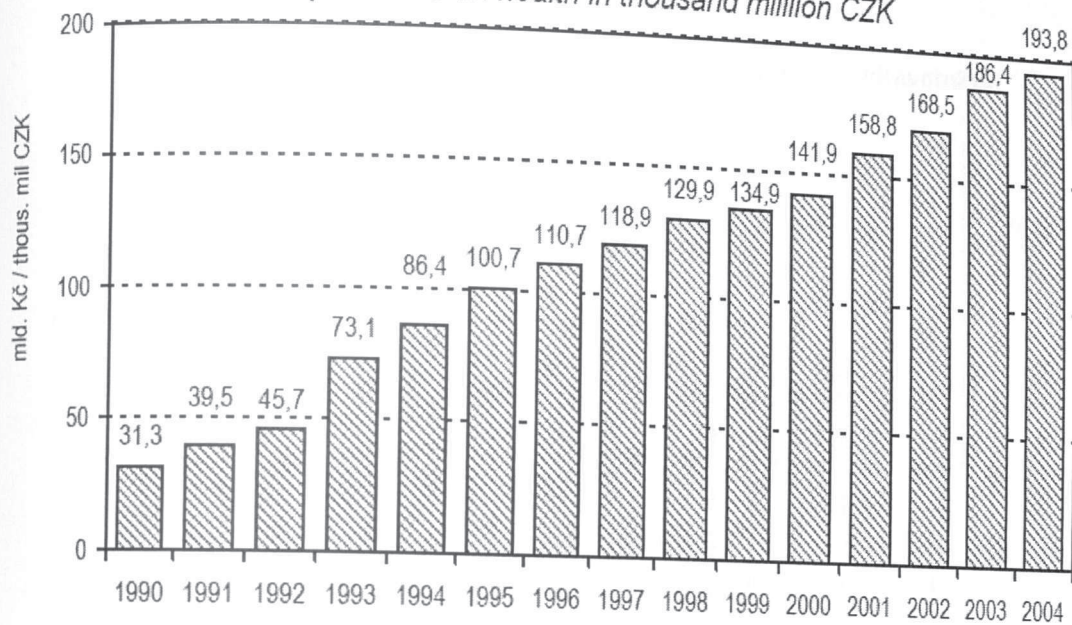
Obrázek 14

Celkové výdaje na léčiva a osobu v paritě kupní síly (údaje v €) v roce 2002.

Zdroj: OECD Health Data (2004), Belgium Pharmaceutical Country Intelligence Report (Espicom Business Intelligence), WHO/Europe, HFA Database, World Pharmaceutical Markets (Espicom Business Intelligence), Patented Medicine Prices Review Board Newsletter 2004; 8: 4

5. Graf výdajů na zdravotnictví v ČR

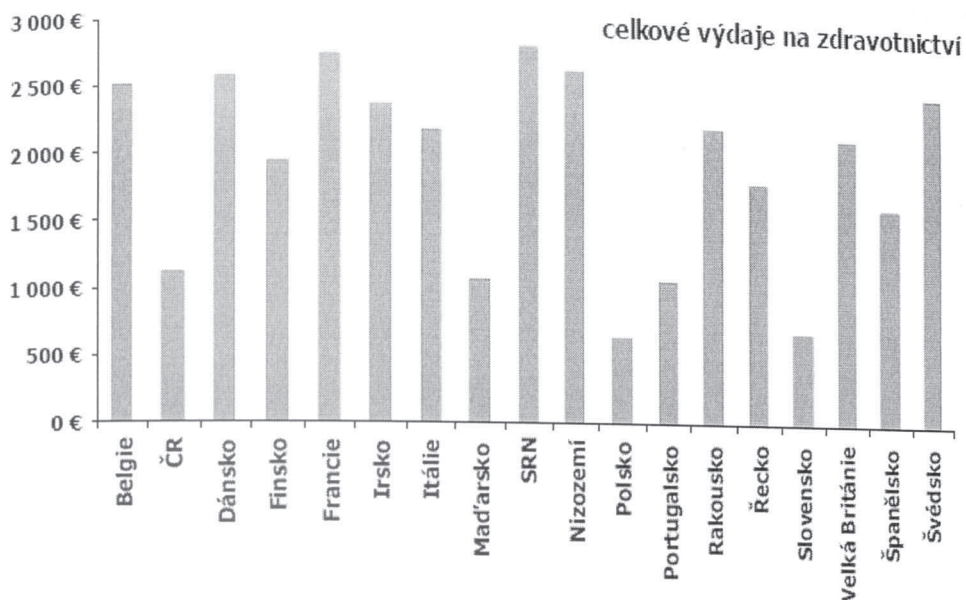
5. Výdaje na zdravotnictví v mld. Kč
Expenditure on health in thousand million CZK



Zdroj dat: MZ, ČSÚ, ÚZIS ČR

Source: Ministry of Health, CZSO, IHIS CR

6. Porovnání výdajů na zdravotnictví evropských zemí



Obrázek 13

Celkové výdaje na zdravotnictví a osobu v paritě kupní síly (údaje v €) v roce 2002.

Zdroj: OECD Health Data (2004), Belgium Pharmaceutical Country Intelligence Report (Espicom Business Intelligence), WHO/Europe, HFA Database, World Pharmaceutical Markets (Espicom Business Intelligence), Patented Medicine Prices Review Board Newsletter 2004; 8: 4