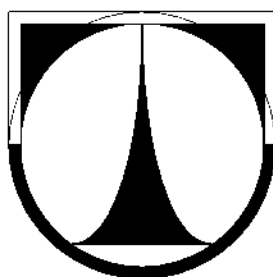


Technická univerzita v Liberci

Hospodářská fakulta

Studijní program: 6202 - Hospodářská politika a správa

Studijní obor: Pojišťovnictví



**System zdravotní péče v České republice
se zaměřením na zdravotní pojištění**

Health care system in the Czech Republic
with contraction on health insurance

DP-PO-KPO-2006 21

JANA VOLKOVÁ

Vedoucí práce: doc. Ing. Eva Ducháčková, CSc., KPO

Konzultant : Ing. Dana Kolářová, ředitelka Psychiatrické léčebny v Kosmonosech

Počet stran: 84

Počet příloh: 10

Datum odevzdání: 13. května 2006

PROHLÁŠENÍ

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 - školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL. Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

V Liberci dne.....

Podpis:.....

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala své konzultantce paní Ing. Daně Kolářové, ředitelce Psychiatrické léčebny v Kosmonosech za poskytnutí cenných informací a za strávený čas, který mi věnovala při konzultacích.

Velmi také děkuji doc. Ing. Evě Ducháčkové, CSc. za vedení práce a poskytnutí odborných konzultací při zpracování diplomové práce.

RESUMÉ

Cílem mé diplomové práce je nejprve popsat situaci systému zdravotní péče a zdravotního pojištění v České republice a následně analyzovat vztah poskytovatelů a plátců zdravotní péče.

Ve své práci postupuji od nejširší problematiky zdravotní péče a jejího financování, kterou rozebírá první část práce. Ve druhé části se zaměřuji na jeden z nástrojů financování zdravotní péče a to zdravotní pojištění. Je zde také zmíněna historie zdravotnictví i samotného zdravotního pojištění v České republice.

Nejrozsáhlejší částí je část třetí, která je celá věnována analýze vztahu plátce a poskytovatele zdravotní péče. Tito dva aktéři hrají významnou roli v celém systému. Analýza se zaměřuje na vyjednávací mechanismy, smluvní, kontrolní, informační a regulační vztahy a v neposlední řadě na v poslední době nejdiskutovanější mechanismy úhrad. Poslední část se zabývá vývojovými trendy českého zdravotnictví. Je zde nastíněna otázka povolebních změn v systému zdravotnictví a negativa současného systému.

SUMMARY

The objective of my diploma paper is to describe the situation in the czech health care system and health insurance and analysis of relations among the main actors of health care.

In this study I am proceeding from the most extensive problematic of health care and its financing, which is included the first part. The second part deals with one of the instrument of financing health care – health insurance. There is also the history of health service and the description of health insurance in the Czech Republic.

The third, most extensive chapter introduces the analysis of relations between the payers and the providers of health care system of the Czech Republic. Both play an important role in the whole system. The analysis focuses on bargaining strategies, contractor relations, controlling, information and regulatory relations and on the most discussing topic – ways of reimbursement. The last, fourth chapter, outlines the reforms and possible ways of development of the czech health care delivery and its financing system.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zdravotní péče

Financování systému zdravotní péče

Zdravotní pojištění

Plátcí zdravotní péče

Poskytovatelé zdravotní péče

Smluvní ujednání

Úhradové mechanismy

Reformy zdravotnictví

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ	10
ÚVOD	12
1 ZPŮSOBY FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	14
1.1 ZÁKLADNÍ VLASTNOSTI A CHARAKTERISTIKY ZDRAVOTNÍ PÉČE	14
1.1.1 Rovnost a spravedlnost ve zdravotní péči	14
1.1.2 Dostupnost zdravotní péče	16
1.1.3 Kvalita zdravotní péče	17
1.1.4 Typy zdravotní péče	18
1.2 KLASIFIKACE SYSTÉMŮ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	20
1.3 FINANCOVÁNÍ SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE	22
1.3.1 Zdroje ze zdravotního pojištění	23
1.3.2 Úhrada zdravotní péče z rozpočtů	23
1.3.3 Přímé platby občanů	24
1.4 ALOKACE ZDROJŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI A ÚHRADY ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB	24
2 SYSTÉM ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE	26
2.1 HISTORICKÝ PŘEHLED ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ A ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	26
2.1.1 Od Rakouska-Uherska k situaci po 2. světovou válku	26
2.1.2 Socialistické zdravotnictví	29
2.1.3 Vývoj zdravotnictví v 90. letech	31
2.1.4 Stav zdravotnictví po roce 2000 až do současnosti	33
2.2 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ	36
2.2.1 Právní úprava systému	37
2.2.2 Plátcí pojistného zdravotního pojištění	38
2.2.2.1 Pojištěnci	38
2.2.2.2 Zaměstnavatel	40
2.2.2.3 Stát	40
2.2.3 Výše pojistného	41
3 ANALÝZA VZTAHŮ MEZI PLÁTCI A POSKYTOVATELI ZDRAVOTNÍ PÉČE	43
3.1 PLÁTCI ZDRAVOTNÍ PÉČE	43
3.1.1 Zaměstnanecké pojišťovny,	46
3.1.2 Všeobecná zdravotní pojišťovna	46
3.2 POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE	47

3.3	NÁSTROJE A INSTITUCE OVLIVŇUJÍCÍ VTAH PLÁTCŮ A POSKYTOVATELŮ	48
3.3.1	<i>Stát versus plátcí a poskytovatelé</i>	48
3.3.1.1	Zdravotní pojišťovny a stát	48
3.3.1.2	Poskytovatelé a stát	49
3.3.2	<i>Zájmová seskupení</i>	50
3.3.2.1	Zájmové skupiny plátců zdravotní péče	50
3.3.2.2	Zájmové skupiny poskytovatelů zdravotní péče	52
3.3.3	<i>Pojistné plány zdravotních pojišťoven</i>	53
3.3.4	<i>Instituce dohodovacího řízení</i>	54
3.3.5	<i>Smluvní vztahy</i>	57
3.4	ÚHRADOVÝ MECHANISMUS	58
3.4.1	<i>Úhrady za poskytovanou zdravotní péči</i>	58
3.4.1.1	Paušální sazba	58
3.4.1.2	Platba za výkon	59
3.4.1.3	Kapitační platba	60
3.4.2	<i>Úprava úhradového mechanismu v ČR</i>	60
3.5	KONTROLY POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE	65
3.5.1	<i>Revizní lékaři</i>	66
3.6	INFORMAČNÍ VAZBY	68
4	VÝVOJOVÉ TRENDY ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ A ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	70
4.1	KONCEPCE ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU DLE HLAVNÍCH PARLAMENTNÍCH STRAN	70
4.1.1	<i>ODS: Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století</i>	71
4.1.2	<i>ČSSD: Národní program zdraví občanů</i>	72
4.1.3	<i>KSČM: Potřebná zdravotní péče pro všechny</i>	72
4.1.4	<i>Shrnutí navrhovaných reforem</i>	73
4.2	NEVÝHODY SOUČASNÉHO STAVU A MOŽNÁ VÝCHODISKA Z NEPŘÍZNIVÉ SITUACE	74
4.3	SYSTÉM DRG v ČR	76
	ZÁVĚR	79
	SEZNAM LITERATURY	81
	SEZNAM PŘÍLOH	84

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

ACMN	Asociace českých a moravských nemocnic
ANČR	Asociace nemocnic ČR
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
CMU	Centrum mezistátních úhrad
CZECHMED	Česká asociace dodavatelů zdravotních prostředků
č.	číslo
ČAFF	Česká asociace farmaceutických firem
ČAS	Česká asociace sester
ČLK	Česká lékařská komora
ČLnK	Česká lékárnická komora
ČLS J.E.P.	Česká lékařská společnost J.E. Purkyně
ČR	Česká republika
ČSK	Česká stomatologická komora
ČSSD	Česká strana sociálně demokratická
ČSÚ	Český statistický úřad
DPH	Daň z přidané hodnoty
DR	Dohodovací řízení
DRG	Diagnosis Related Group
EU	Evropská unie
FO	Fyzická osoba
HDP	Hrubý domácí produkt
IZPE	Institut zdravotní politiky a ekonomiky
Kč	Koruna česká
KDÚ-ČSL	Křesťanská a demokratická unie – Čs. strana lidová
KNV	Krajský národní výbor
KSČM	Komunistická strana Čech a Moravy
KÚNZ	Krajský ústav národního zdraví
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
LOK	Lékařský odborový klub
MAFS	Mezinárodní asociace farmaceutických společností
mld.	miliarda
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
např.	například
NCONZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NKÚ	Národní kontrolní úřad
NRC	Národní referenční centrum
obyv.	obyvatelstvo
OD	Ošetřovací den
ODS	Občanská demokratická strana
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OLÚ	Odborné léčebné ústavy
ONV	Okresní národní výbor
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
OSZ ČR	Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče
OÚNZ	Okresní ústav národního zdraví
§	paragraf
pol.	pololetí
prac.	pracovní
%	procento
PZT	zdravotnické potřeby

Q	čtvrtletí
r.	rok
resp.	respektive
SASP	Sdružení ambulantních specialistů
Sb.	sbírky
SPDD	Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
SPL	Sdružení praktických lékařů ČR
SUKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
tzv.	tak zvaně
UNIPA	Unie porodních asistentek - profese pro těhotenství, porod a šestinedělí
UZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZZP	Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna

ÚVOD

Zdravotnictví je obecně ve všech zemích jedním z veřejně nejsledovanějších sektorů. Dotýká se velmi úzce zájmů všech věkových skupin obyvatelstva, zdraví nebo i život každého z nás může v určité chvíli záviset na kvalitní zdravotní péči.

Zřetelný růst výdajů na zdravotnictví ve většině zejména vyspělejších států světa od sedmdesátých let dnes již minulého století, který výrazně převyšoval inflační trendy, však nastolil velmi naléhavě otázku udržení výdajů na zdravotnictví v přijatelných mezích. Tento úkol je naléhavý i pro Českou republiku, byť ze sdělovacích prostředků i z prohlášení celé řady politiků by se mohlo zdát, že je tomu u nás právě naopak. Právě červencové parlamentní volby by mohly prozradit či alespoň nastínit, jakým směrem Česká republika v oblasti reformy zdravotnictví vykročí.

Cílem mé diplomové práce je analyzovat vztahy plátců a poskytovatelů zdravotní péče v České republice, nalézt největší nedostatky současného stavu zdravotnictví a nastínit možné opatření k jejich řešení jak z pohledu jednotlivých parlamentních stran tak osobní názor.

Svou diplomovou práci jsem rozdělila na čtyři hlavní části, z toho první dvě jsou části teoretické. K bližšímu seznámení problematiky zdravotnictví je nutné nejdříve popsat základní vlastnosti zdravotní péče a její systém financování. Tímto se zabývá první obecná část práce.

Ve druhé části jsem se zaměřila na jeden ze zdrojů financování zdravotní péče a to na zdravotní pojištění. Nastínila jsem jeho historický vývoj v České republice a základní charakteristiky.

Významný problém zdravotního pojištění je vztah mezi jednotlivými aktéry, na jejichž základě se vyvíjí zdravotní systém České republiky. Mezi ty významné patří rozhodně vztahy mezi plátcí a poskytovateli zdravotní péče. Na tuto oblast se zaměřuje třetí část práce a analyzuje vzájemné vztahy informační, regulační, kontrolní, smluvní a úhradové.

V poslední části, která je věnována vývojovým trendům českého zdravotnictví, uvádím některé negativní vlivy a nedostatky stávajícího systému. Nastínění možných řešení těchto problémů či předpokládaný budoucí vývoj zdravotnictví jsou závěrečné kapitoly poslední části.

Danou problematiku jsem zpracovala pomocí informací získaných z Výročních zpráv Zdravotních pojišťoven a odborných časopisů (například Zdravotnické noviny, Medical tribune a další). Významným zdrojem informací byly statistické údaje a dokumenty, získané na síti internet, zveřejněné Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, Institutem zdravotní politiky a ekonomiky a Českým statistickým úřadem.

1 ZPŮSOBY FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

1.1 Základní vlastnosti a charakteristiky zdravotní péče

Problematika zdravotní péče je v České republice zachycena zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zákonem č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, Ústavou České Republiky a jinými právními normami, které s touto problematikou souvisejí. Každý občan České republiky má ze zákona zajištěnou zdravotní péči. Zdravotnická zařízení poskytují péči v souladu s platnými předpisy, to je v souladu s nejvyšším stupněm vědeckého poznání a praxe, a to za předpokladu, že pacient je nejen řádně poučen o svém zdravotním stavu a o postupu při poskytování péče, ale že je poučen o možných komplikacích, které diagnostický nebo léčebný zákrok mohou provázet.

1.1.1 Rovnost a spravedlnost ve zdravotní péči

Pojem spravedlnosti péče je často zaměňován s pojmem rovnosti péče. Rovnost péče je pojem, který znamená, že každému jedinci nebo skupině má být za podobných podmínek poskytováno podobné množství péče stejné kvality. To je ovšem nemožné, protože zdravotní potřeby a mezilidské potřeby jsou velmi variabilní. Pojem spravedlnost nebo-li cizím slovem ekvita, který lépe vystihuje situaci, je založen na různých potřebách jedinců v homogenních skupinách a na všeobecných podmínkách. Ekvitu nelze v potřebném rozsahu zajistit centrálním rozhodnutím a je těžké popsat její význam. Ekvita je úzce spjata s takovými demokratickými a humánními hodnotami, jako jsou lidská práva, důstojnost, svébytnost, odpovědnost, účast občanů na veřejném životě v nejširším slova smyslu apod. Stala se součástí evropské zdravotní strategie, v níž vytváří jeden ze základních cílů. Její přínos je podmíněn hodnotovou soustavou jedinců i sociálních celků, tedy tím, které hodnoty jsou ve společnosti respektovány i rozvíjeny, a to bez byrokratické kontroly. Jde o nesnadný a dlouhodobý proces, jehož smyslem je pochopit, rozvinout a uplatnit všeobecně akceptovanou míru spravedlnosti ve zdravotní péči.

Spravedlnost je v této souvislosti pojímána nejen jako respektování a dodržování zákonů, ale zejména jako záměr posílit základní lidskou slušnost (solidnost, spolehlivost, věrohodnost) založenou na humánních hodnotách typických pro rozvinuté demokratické země. Avšak neexistuje žádný univerzální model hodnotové soustavy pro demokratickou zemi. Představy o spravedlnosti ve zdravotní péči se mohou lišit např. v Kanadě a ve Spojených státech, v Itálii, Norsku, Německu, ve Francii apod. Obvykle se to zjednodušeně vykládá jako odlišnosti zdravotnických systémů. Ve skutečnosti se jedná o různá komplexní sociální pojetí péče o zdraví, odpovídající národním zvyklostem, reflektující výkon politické moci, účast občanů na péči o zdraví i zájmy vlivných ekonomických a profesionálních skupin.

Spravedlnost ve zdravotnictví má některé své specifické problémy. Získávání prostředků na zajištění zdravotních služeb je postaveno na principu solidarity. To znamená, že každý přispívá podle svých možností, ale dostává podle potřeby. Povinné příspěvky na zdravotnictví jsou obvykle stanoveny zákonem. Složitě je ale zajistit nemocným z různých sociálních vrstev a žijícím v různých koutech země stejnou zdravotní péči při stejné zdravotní poruše. Žádný stát ve světě dnes nemá dost prostředků, aby byl schopen zajistit všem pacientů veškerou péči v plném rozsahu a bez odkladu. Stále častěji je potřeba větší než jsou finanční možnosti. Dostupnou zdravotní péči je pak nutno podle nějakého klíče přidělovat.

Téma sociální spravedlnosti ve zdraví se nanejvýše dotýká zdravotní politiky a předpokládá úzkou spolupráci mezi výzkumnými pracovníky a politiky, kterým mohou být zjištěné poznatky oporou při jejich rozhodování. Toto rozhodování může být velmi složité neboť se týká práv občanů na takovou péči, která je vymezena současnou úrovní medicíny na jedné straně a ekonomickými limity naší společnosti na straně druhé.[1]

1.1.2 Dostupnost zdravotní péče

Dostupnost péče je předpokladem spravedlivě poskytované péče. Můžeme ji definovat jako počet nebo podíl obyvatelstva, u něhož lze očekávat, že navštíví určité zdravotnické zařízení za existujících překážek. Dostupnost zdravotní péče lze posuzovat z několika různých pohledů – geografická, finanční a časová a také pro jednotlivé typy zdravotní péče – primární, akutní, dlouhodobá lůžková a specializovaná péče.

Geografická a časová dostupnost je výsledkem dlouhodobého vývoje zdravotnického systému a samozřejmě i jeho současným ekonomickým vztahem. O včasnosti rozhoduje vzdálenost správného zdravotnického zařízení, zvolený způsob dopravy, volná kapacita a s tím spojené čekací doby a neposledně také ochota zařízení přijmout pacienta. Finanční dostupnost odráží schopnost jedince uhradit poskytnutou zdravotní péči. V České republice je zdravotní péče každému občanu zajišťována veřejným zdravotním pojištěním.

Díky relativně hustému osídlení, ke značnému počtu zdravotnických zařízení a k husté silniční a železniční síti, je u nás dostupnost primární péče obecně relativně dobrá. Toto platí zejména pro města, ale složitější situace nastává v některých řidčeji obydlených místech. Zde se řeší problém svobodné volby lékaře, protože v dopravně přijatelné vzdálenosti mají k dispozici na příklad pouze jednoho lékaře. Dostupnost akutní lůžkové péče, nehodnotíme-li kvalitu, na kterou se zaměřuje následující kapitola, je vysoká. Koncem pololetí roku 2005 bylo v ČR 198 nemocnic s 65 124 lůžky. Z toho 196 nemocnic poskytuje lůžkovou péči. Vývoj počtu lůžek za rok 2004 a první pololetí 2005 jsou znázorněny v tabulce č. 1.

Tabulka č.1 : Vývoj počtu lůžek v nemocnicích

<i>Nemocnice – lůžka</i>	<i>Rok 2004</i>	<i>1. pol. 2005</i>	<i>Rozdíl (+/-)</i>
akutní péče–bez lůžek novorozeneckých	56694	56280	-414
novorozenecká lůžka	2179	2194	+15
následná péče	6615	6650	+35
Nemocnice celkem	65 488	65124	-364

Zdroj: www.uzis.cz - Aktuální informace č. 47/2005 - [Nemocnice v České republice v 1. pololetí 2005](#)
(30.9.2005)

Ačkoli mezi roky 2003 a 2004 došlo k mírnému poklesu počtu nemocničních lůžek — zveřejněné údaje by však bylo nutno více prozkoumat, neboť nemají dostatečnou vypovídací hodnotu (například úbytek lůžek v krajských nemocnicích ve skutečnosti znamená posílení počtu lůžek v soukromých zařízeních), přesto je ověřitelné, že lůžka v nemocnicích nemají pacienty. V průměru jsou lůžka v českých nemocnicích během roku obsazena pacienty jen 268 dnů. Dostupnost specializované péče je rámcově dobrá, zvýšení počtu náročných výkonů, ke kterému došlo za poslední desetiletí, je vysoké. V tomto případě se preferuje koncentrace specializované péče a nižší geografická dostupnost. [2]

1.1.3 Kvalita zdravotní péče

Kvalita je v současnosti jedním z hlavních problémů zdravotní péče ve vyspělých zemích. V České republice není zatím dostatečně sledována, dobrá kvalita není odměňována, špatná kvalita není postihována. I v oblasti úhrad je malá či vůbec žádná diferenciací mezi různě kvalitními institucemi a různě kvalitními lékaři. Pojem "kvalitní zdravotní péče" v sobě obsahuje především schopnost uspokojit potřeby pacientů, tedy přinášet jim očekávaný užitek. Tento užitek je vnímán subjektivně, ale je nutné, aby byl podložen i objektivně. Objektivní vyjádření užítu péče musí být měřitelné a vyjadřuje standardizovanou potřebnost a tedy i dostupnost péče a experty očekávaný, tedy obvyklý výsledek péče. Společným problémem je nalezení rovnováhy mezi dosahováním očekávané kvality péče a spotřebou omezených zdrojů. V podmínkách našeho zdravotnictví, při vědomí všech zvláštností našeho "systému", se jedná především o optimalizaci alokace zdrojů z veřejného zdravotního pojištění.

Ve vyspělých zemích pacienti a plátcí péče očekávají, že v jejich podmínkách bude poskytována kvalitní zdravotní péče za dobrou cenu. Od poskytovatelů péče pak očekávají, že budou schopni předkládat důkazy o kvalitě jimi poskytované péče. V běžné zdravotnické praxi v ČR se pojem kvalita dosud většinou vztahuje k medicínsko-technologické stránce procesu nebo léčebného zásahu. Kvalitní zdravotní péče však vedle těchto hledisek musí zahrnout i aspekty psychologické a etické, hlediska organizační a ekonomická. Pro zajišťování kvality péče nutno integrovat pohledy lékařů a ostatních

zdravotnických pracovníků a názory pacientů, plátců zdravotní péče, manažerů zdravotnických zařízení i dalších účastníků podílejících se různým způsobem na poskytování zdravotní péče.

1.1.4 Typy zdravotní péče

Zdravotní péče **primární** je základní zdravotní finančně přijatelná péče založená na praktických, vědecky podložených a společensky vhodných metodách a postupech. Jsou do ní zahrnuty vedle zdravotnictví i další resorty. Obsahuje také zdravotní výchovu obyvatelstva, zaměřenou na největší zdravotní problémy a metody jejich prevence a kontroly. Primární zdravotní péče má být jádrem státního zdravotnického systému. Je hlavním prostředkem poskytování zdravotní péče, první linií kontaktu jednotlivce, rodiny nebo komunity se zdravotnickými službami a tvoří nedílnou součást sociálního a ekonomického rozvoje země. Poskytovateli primární péče jsou: praktičtí lékaři pro děti a dorost, praktičtí lékaři pro dospělé, ambulantní gynekologové a stomatologové. Tuto péči využívá 80 % občanů ČR. Údaje o procentním vývoji počtu lékařů jsou znázorněny v tabulce č. 2.

Tabulka č.2: Procentní vývoj počtu lékařů

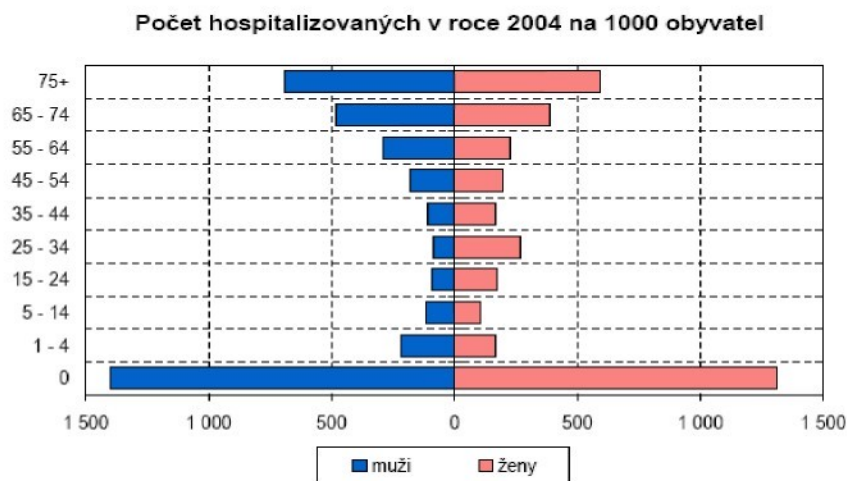
<i>Rok</i>	<i>Praktičtí lékaři v % (pro děti, dorost, dospělé, ženy, atd.)</i>	<i>Ambulantní specialisté v %</i>
1990	70,4	29,6
1995	60,3	39,7
2000	54,6	45,4
2003	52,8	47,2
2004	52,3	47,7

Zdroj: www.uzis.cz - Aktuální informace č. 39/2005 - [Primární péče v roce 2004](#) (29.8.2005)

Zdravotní péče **sekundární** je péče bezprostředně navazující na primární péči. Je mnohem specializovanější než péče poskytnutá v rámci primární péče v terénu. Je poskytována školeným personálem v nemocnicích. Zdravotní péče **terciální** je velmi specializovaná péče, která vyžaduje specializovaná pracoviště a vysoce kvalifikované zdravotnické pracovníky, například neurochirurgie nebo kardiochirurgie. Na následujícím grafu č. 1 je

znázorněn počet hospitalizovaných v roce 2004 na 1000 obyvatel při rozdělení dle pohlaví a věku.

Graf č. 1



Zdroj: www.uzis.cz - Aktuální informace č. 40/2005 - [Hospitalizovaní v nemocnicích ČR v roce 2004](#) (12.9.2005)

Rozdělení zdravotní péče *dle způsobu produkce* je na **lůžkovou, denní, ambulantní a domácí péči**. Lůžková péče znamená, když je pacient hospitalizován v nemocnici nebo jiném zařízení poskytujícím zdravotní péči, a to alespoň na jednu noc. Denní péče je medicínská či paramedicínská péče pacientům, kteří jsou formálně přijati do zdravotnických zařízení pro určitou diagnózu, léčbu nebo jiný typ zdravotní péče a to s tím úmyslem, že pacient bude propuštěn ještě též den. Zůstane-li následně takový pacient ve zdravotnickém zařízení také přes noc, je třeba tuto péči překlasifikovat jako péči lůžkovou. Typickým příkladem denní péče jsou dialýza, jednodenní chirurgie či onkologická péče. V rámci ambulantní péče není pacient do zdravotnického zařízení nijak formálně přijímán a nezůstává v něm přes noc. Pacient přichází do zdravotnického zařízení především pro konzultaci nebo léčbu. Do poslední kategorie služeb domácí péče řadíme medicínské a paramedicínské služby pacientům doma. Patří sem spotřeba léků a prostředků zdravotnické techniky předepsaných ambulantním pacientům jako součást domácí soukromé spotřeby.[3]

1.2 Klasifikace systémů financování zdravotní péče

Ve světě se uplatňují různé modely organizace zdravotní péče i s jejich kombinacemi. Již od 70. let vznikají četné snahy o srovnání zdravotních systémů. Jejich variabilita a reformní pohyb v jednotlivých zemích tuto snahu značně ztěžuje. Existuje několik modelových přístupů. Nejtradičnější a v současné době nejvíce používané pojetí organizace financování zdravotních systémů je následující:

- A) Bismarkův zaměstnanecký systém,
- B) systém národní zdravotní služby – Beveridgeův univerzální systém
- C) americký (pluralitní) systém

Žádný z těchto modelů neexistuje v čisté podobě. Vedle těchto tří modelů byl také uplatněn *Semaškinův sovětský systém* v bývalých komunistických zemích, kde vznikl v 90. letech minulého století a dnes existuje jen na Kubě. Blíží se ve své podstatě Beveridgeovu systému.

Bismarkův model, který svůj název nese po stejnojmenném německém kancléři Bismarkovi, spočívá v existenci nezávislých institucí, jež financují zdravotní péči poskytovanou obyvatelstvu. Příjmy Bismarkova modelu jsou tvořeny příspěvky na sociální pojištění, které jsou odvozeny od příjmů jednotlivců obdobně jako daně. Poskytovatelé služeb jsou v ambulantním sektoru soukromí, v oblasti nemocniční péče je převaha veřejných nebo státních nemocnic. Bismarkův model je využíván v několika evropských státech (např. Nizozemsko, SRN, Belgie a Rakousko). K této skupině lze řadit i postkomunistické státy ve střední a východní Evropě, které se vrátily ke svému tradičnímu modelu zdravotního pojištění z meziválečného období.

Systém národní zdravotní služby je financován převážně z daňových příjmů a je založen na třech základních principech nazývaných „tři U“: 1) univerzality – každý občan, nezávisle na profesní situaci, bude ochráněn proti všem sociálním rizikům; 2) unity (jednotnost) – řízením všech rizik je pověřena jediná správa; 3) uniformita – každý může využívat pomoci v závislosti na svých potřebách, ať je jeho příjem jakýkoli. Zdravotnické služby

byly původně poskytovány převážně veřejnými organizacemi, v pozdější době také více autonomními poskytovateli. Tento systém byl využit ve Velké Británii, skandinávských státech a ve státech jižní Evropy. Tyto systémy prodělávají nyní řadu reforem, dochází k jejich rozdělení na plátce a poskytovatele služeb, k decentralizaci a přesunům odpovědnosti.

Americký systém je charakterizován velmi malými zásahy státu do zdravotnictví a postavením celého systému z velké části na komerčním pojištění. Financování zdravotních služeb je tedy na občanech dle jejich možností. Stát vstupuje do tohoto systému pouze ve výjimečných případech, ale mnoho obyvatel zůstává bez pojistného krytí. Vláda výrazněji ovlivňuje zdravotní programy péče pro seniory a o lidi sociálně slabé.

V následující tabulce č. 3 jsou ukázány základní ukazatele financování a fungování podle hlavních systémů zdravotnictví. U Beveridgeova a Bismarkova systému představuje zbytek do 100 % procento výdajů uhrazovaných z lokálních veřejných rozpočtů. Jeví se, že tyto dva systémy jsou v čisté podobě levnější než pluralitní systém americký nebo kombinovaný systém francouzský. Ve většině zemí se kombinují Beveridgeův a Bismarkův systém a v jiných zemích jsou zase v decentralizovaných systémech zakomponovány i některé prvky z pluralitního systému USA.

Tabulka č.3 : Struktura financování ve zdravotnických systémech

<i>Ukazatelé</i>	<i>Beveridgeův systém</i>	<i>Bismarkův systém</i>	<i>USA</i>	<i>Francie</i>
Výdaje v % HDP	6 – 8,5 %	7 – 10 %	14 %	9,5 %
Daně (D) nebo pojistné (P)	D = 80 – 90 % P = 5 %	D = 15 % P = 65 % + 5 %	D = 40 % P = 30 %	D = 10 % P = 67 % + 8 %
Účast pacienta	5 – 10 %	10 – 15 %	30 %	11 %
Cena zdravotní péče	Sjednaná	Kontrolovaná	Vysoká	Slabá
Objem spotřebované zdravotní péče	Slabý	Kontrolovaný	Vysoký	Vysoký
Počet poskytovatelů	Variabilní	Variabilní	Vysoký	Vysoký

Zdroj: Eco-Santé OECD, 1999

Tak např. v USA jsou celkové výdaje financovány z 15 % z daní, ze 70 % z pojistného a 10 až 15 % financují pacienti. Ceny jsou spíše vysoké, objemy spotřebované péče vysoké a vysoká je i zaměstnanost v sektoru zdravotnictví.

1.3 Financování systému zdravotní péče

Systémy zdravotní péče mohou být financovány prostřednictvím všeobecných daní, speciálních daní, formou pojistného, připojištění, podílení se formou příplatků, také formou charitativních příspěvků a sponzorováním. Kombinaci těchto možných způsobů financování určuje redistribuce financování na systém zdravotní péče, makroekonomické změny a jiné faktory. Tři základní systémy klasifikace financování zdravotní péče byly nastíněny v předchozí kapitole. V této kapitole, bych se zaměřila přímo na jednotlivé finanční zdroje systému využívané v ČR. V tabulce č. 4 jsou uvedeny jednotlivé zdroje zdravotnictví za roky 2003 a 2004 v milionech Kč a tedy výdaje na zdravotnictví za tyto roky z podkladů Ministerstva financí a Českého statistického úřadu. Přímé platby obyvatelstva i výdaje veřejného zdravotního pojištění vzrostly oproti roku 2003 cca o 6 %. Výdaje veřejných rozpočtů byly zhruba o 12 % nižší než v roce 2003, kdy byly čerpány mimořádné prostředky v souvislosti s převodem části nemocnic na kraje.

Tabulka č. 4: Struktura finančních zdrojů zdravotnictví za roky 2003 a 2004 v mil. Kč

Zdroj	2003	2004
Z veřejných prostředků	170 367	179 7910
v tom: ze státního rozpočtu	10 286	9 649
z místních rozpočtů	12 345	10 283
ze zdravotního pojištění	147 736	156 811
Přímé platby	16 057	18 391
Celkem	186 424	198 301

Zdroj: www.uzis.cz - Aktuální informace č. 37/2005, 50/2005 –
Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2004

1.3.1 Zdroje ze zdravotního pojištění

Pojistné na zdravotní pojištění, placené zaměstnavateli a zaměstnanci, tvoří finanční zdroj Bismarckovského zdravotního systému. Finanční zdroje jsou získávány především od ekonomicky bohatých a zprostředkovaně se dostávají k ostatním, kteří jsou pojištěni. Jde tedy o solidární zdravotní pojištění, jelikož výše pojistného není odvozena z individuálního ocenění zdravotního rizika pojištěnce. Možnost svobodné volby zdravotní pojišťovny, které u nás zajišťují výběr pojistného, nevede k soutěži pojišťoven o nejlepší poskytnutou péči, ale k selekci pojištěnců z hlediska výše pojistného a velikosti rizika.

Výhodou současného systému je jeho jednoduchost, vysoká solidarita a malá motivace ke spekulativnímu chování při volbě pojišťovny. Nevýhodou zůstává způsob stanovení pojistného i způsob výběru, který se formálně podobá dani. Současný systém neumožňuje individuální rozhodování o rozsahu a kvalitě pokryté zdravotní péče. Dosavadní systém činí ze zdravotních pojišťoven především distributory finančních prostředků a nikoliv instituce motivované k zajišťování kvalitní péče pojištěncům.[2]

Problematikou zdravotního pojištění se budu podrobněji zabývat ve druhé i třetí části diplomové práce.

1.3.2 Úhrada zdravotní péče z rozpočtů

Ze státního rozpočtu jsou financovány především investice ve zdravotnických zařízeních, jejichž zřizovatelem je stát. Nemalou částí je platba za státní zaměstnance a platba pojistného za pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát. Z místních rozpočtů jsou financovány investice ve zdravotnických zařízeních, jejichž zřizovateli jsou krajské úřady, města či obce.

1.3.3 Přímé platby občanů

Přímé platby či spoluplatby na zdravotní péči jsou často diskutovaným tématem. Problém nastává v tom, že jejich výše nesmí být sociálně neúnosná a především nesmí odradit pacienty od nutné a neodkladné péče, kterou momentálně potřebují. Velké pozitivum představují tím, že si každý uvědomí cenu svého zdraví a mohou vést k větší péči o vlastní zdraví. V posledních letech tuto variantu spoluúčasti pacientů na zdravotním pojištění navrhovalo několik ministrů ve svých návrzích reforem, zatím ale neúspěšně. Je zřejmé, že některé skupiny obyvatelstva je vhodné ze spoluúčasti vyloučit, např. děti do určitého věku a také zdravotní výkony preventivního charakteru.

1.4 Alokace zdrojů na zdravotní péči a úhrady zdravotnických služeb

Úhrady zdravotnických služeb tvoří klíčový prostor pro rozhodnutí o alokaci prostředků mezi jednotlivé druhy zdravotnických služeb a ve vztahu k různým věkovým skupinám obyvatelstva. Existující typy úhrad zdravotnických služeb a způsoby jejich realizace ovlivňují kvalitu, efektivnost, náklady a také dostupnost zdravotnických služeb. Při realizaci úhrad dochází ke stále většímu uplatnění smluvních vztahů mezi plátcí a poskytovateli zdravotnických služeb. Tyto vztahy jsou impulsem pro zlepšení řízení péče, minimalizaci nákladů, analýzu a přesnější popisy léčebných postupů. V ČR došlo sice k uplatnění nových typů úhrad a ke vzniku smluvních vztahů, ale Všeobecné zdravotní pojišťovně bylo ponecháno centralizované rozhodování v oblasti pojistného plánování a hospodaření celého systému. Zdravotnické služby jsou hrazeny podle místa jejich poskytování a ne dle místa pobytu registrovaného pojištěnce.[4]

Následující tabulka č.5 podává přehled, jak se na jednotlivých segmentech zdravotní péče podílejí zdravotní pojišťovny. Zvláště vyniká objem úhrad Všeobecné zdravotní pojišťovny u ústavní péče. Toto je zřejmě spojeno s věkovou strukturou pojištěnců této

pojišťovny. Podíl pojišťoven na specifickém trhu úhrad zdravotní péče je dán především počtem pojištěnců systému veřejného zdravotního pojištění a jejich strukturou.

**Tabulka č.5 : Podíly zdravotních pojišťoven na segmentech trhu
za roky 2002, 2003 a 2004**

	VZP			ZZP celkem		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
<i>Počet pojištěnců</i>	68,19	66,45	65,26	31,81	33,55	34,74
<i>Výdaje na zdrav. péči</i>	71,16	69,05	68,76	28,84	30,95	31,24
<i>Výdaje na ambulantní péči</i>	66,19	64,21	63,5	33,81	35,79	36,50
<i>Výdaje na nemocnice</i>	72,26	70,23	70,45	26,41	29,77	29,55
<i>Výdaje na OLÚ</i>	80,89	78,83	78,25	19,11	21,17	21,75
<i>Výdaje na LDN</i>	85,76	84,69	84,41	14,24	15,31	15,59
<i>Výdaje na léky na recept</i>	70,08	67,99	67,28	29,92	32,01	32,72
<i>Výdaje na ZP na poukaz</i>	76,52	74,25	73,93	23,48	25,75	26,07

Zdroj: www.uzis.cz – Aktuální informace č. 33/2005 – [Zdravotní pojišťovny – náklady na segmenty zdravotní péče III.](#)

2 SYSTÉM ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE

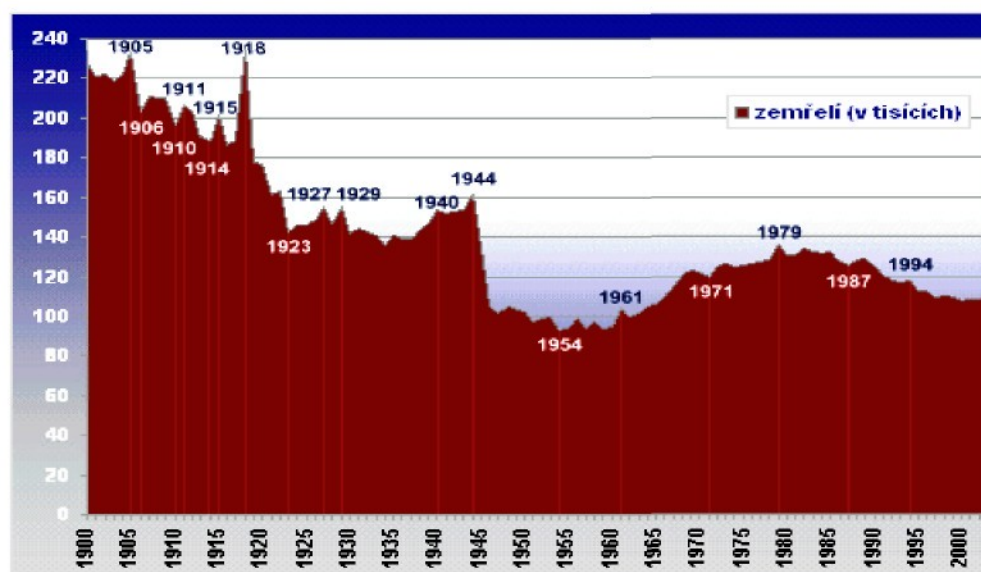
2.1 Historický přehled českého zdravotnictví a zdravotního pojištění

2.1.1 Od Rakouska-Uherska k situaci po 2. světovou válku

Významnou součástí dějin české společnosti, vědy a kultury je bezpochyby i historie zdravotnictví. Její poznání je jedním z důležitých pramenů k pochopení současného stavu. V druhé polovině 19. století se rozpor mezi pokrokem v medicíně a jeho finanční náročností stal významným sociálním problémem. Jako první se o jeho řešení pokusili v Německu, kdy roku 1883 zavedli povinné zdravotní pojištění pro horníky a námezdně pracující. Podle německého vzoru pak bylo v roce 1888 zavedeno povinné nemocenské pojištění pro průmyslové dělníky v Rakousko-Uherské monarchii, jejíž součástí tehdy Česká republika byla. Ke konci roku 1918 působilo na našem území okolo 2 000 nemocenských pojišťoven.

Zcela nové podmínky pro řešení zdravotních a zdravotnických problémů české společnosti se vytvořily po vzniku samostatné Československé republiky 28. října 1918. Doposud přežívající zdravotně policejní koncepce bývalé rakousko-uherské monarchie se opírala o poměrně systematické zdravotnické zákonodárství a bylo otázkou, zda se ji novým vládnoucím silám podaří překonat a nalézt vhodnější systém péče o zdraví obyvatelstva. Základní ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva vypovídaly o velkém výskytu tzv. sociálních nemocí, vysoké kojenecké a dětské úmrtnosti a rozšíření infekčních onemocnění. Za 1. světové války a krátce po ní se úmrtnost dočasně mírně zvýšila především v důsledků infekcí, špatné výživy apod. Od roku 1923 však obecně docházelo ke zlepšení úmrtnostních poměrů, rostla střední délka života, měnila se struktura příčin smrti. Vývoj absolutního počtu úmrtí od roku 1900 až do roku 2000 je vidět na grafu č. 2.

Graf 2: Vývoj absolutního počtu úmrtí na území dnešní ČR od roku 1900. (v tisících)



Zdroj: http://www.demografie.info/?cz_popvyvoj=&PHPSESSID=dcdb9f08e8cd6c53567572514dcb43d1

Již v prvních dnech existence samostatného československého státu bylo vytvořeno ministerstvo veřejného zdravotnictví, ale bylo považováno za jedno z podřadných resortů. Zdravotnictví bylo v letech 1918-1945 financováno z rozpočtu tohoto ministerstva a přes systém zdravotních pojišťoven (také nazývaných nemocenské pokladny).

Nicméně až roku 1924 byl zaveden první opravdu československý systém sociálního pojištění. Složitá soustava pojištění patřila do resortu ministerstva sociální péče. V čele pojištění stála Ústřední sociální pojišťovna a provádělo jej velké množství pojišťovacích institucí. Sociální pojištění se za dvacet let existence předmnichovské republiky rozvinulo v mohutnou soustavu, s mnohamiliardovými finančními prostředky, která zahrnovala přes tři milióny přímých pojištěnců. Soustava pojištění byla významným politickým faktorem, jenž byl využíván a ovládán představiteli reformistických politických stran. Starost o zdraví občanů byla rozpolcena mezi veřejné zdravotnictví s ministerstvem zdravotnictví v čele a mezi pružné sociální pojištění, podřízené ministerstvu sociální péče. Zákony z let 1919 a 1924 bylo povinné zdravotní pojištění rozšířeno na všechny námezdně pracující a od roku 1925 bylo rozšířeno i na státní a veřejné zaměstnance. Povinné sociální pojištění se za první republiky týkalo především zaměstnanců, v povinném pojištění samostatně výdělečných osob byly činěny teprve přípravy. Nemocenského pojištění se tedy přímo účastnilo 3 513 000 osob z celkového počtu 14 726 158 obyvatel prvorepublikového

Československa. K tomuto číslu je však třeba přidat počet rodinných příslušníků, kteří byli také pojištěni z těchto zaměstnaneckých pojistek. Znamená to, že nemocenskému pojištění podléhala alespoň polovina veškerého obyvatelstva. Nerovnoměrně bylo pojištění rozšířeno ve městech a na venkově. Ve městech bylo pojištěno téměř 70 % obyvatel, na venkově se díky rozšířenému zemědělství pohyboval tento počet hluboko pod 50 %.

Některé pojišťovny byly příliš malé na provádění veškeré léčebné péče, sdružovaly se proto do svazů nemocenských pojišťoven. Členství v takovém svazu bylo v některých letech dobrovolné, v některých letech povinné (od roku 1934 povinné). Svazy měly za cíl hájit a zastupovat zájmy nemocenských pojišťoven. Mohly sjednávat společné smlouvy s lékaři, zubními techniky, porodními asistentkami, lékárníky, nemocnicemi i léčebnými ústavy, což přispělo k výraznému zjednodušení smluvní úpravy mezi pojišťovnami a lékaři. Tyto svazy mohly zároveň zřizovat a provozovat léčebny, ozdravovny, lázně a lékárny. Výši nemocenského pojištění, pokud nepřesahovala 5,5 % středního výdělku, stanovovala sama pojišťovna, přičemž její rozhodnutí podléhalo schválení Ústřední sociální pojišťovny. Jestliže 5,5procentní pojistné nepostačovalo na úhradu všech pojistných dávek, stanovila výši pojistného Ústřední sociální pojišťovna. V roce 1936 bylo průměrné pojistné 5,57 %. Z pojistného bylo hrazeno nemocenské ošetřování, včetně léků a některých zdravotnických pomůcek, nemocenská (2/3, resp. 1/2 středního denního výdělku, ovšem až od 4. dne pracovní neschopnosti), ošetřování členů rodiny, pomoc v mateřství a pohřebné.[5]

Lékaři byli honorováni několika způsoby. První možností byla platba za výkon, tedy platba za jednotlivé organizace a návštěvy. Jinými možnostmi byly platba za případ onemocnění, paušální platba za hlavu a rok, nebo roční či měsíční paušál. Nemocenské pojišťovny si byly vědomy vyššího tlaku na výdaje při použití výkonových plateb i nebezpečí odesílání pacientů do nemocnic či k jiným lékařům v případě paušálních plateb na hlavu a rok. V roce 1925 působilo v Československu 471 nemocenských pojišťoven, do roku 1936 jich už bylo méně než 300.

V letech 1945-48 nedošlo k žádným podstatnějším změnám. V roce 1948 pak bylo nemocenské a důchodové pojištění sjednoceno do jednoho povinného systému. Jeho

správu převzala Ústřední národní pojišťovna se systémem okresních národních pojišťoven. Pojišťovna získávala příspěvky od pojištěnců a od zaměstnavatelů, hradila zdravotní péči ve stanoveném rozsahu a poskytovala prostředky na investice. Ti, kdo nebyli pojištěni, byli léčeni za úhradu. Ambulantní péči poskytovali lékaři převážně v soukromých ordinacích. Lázně a zřídla byly znárodněny. Zestátněny byly nemocnice a léčebné ústavy, znárodněn byl zdravotnický průmysl i distribuce léčiv.[6]

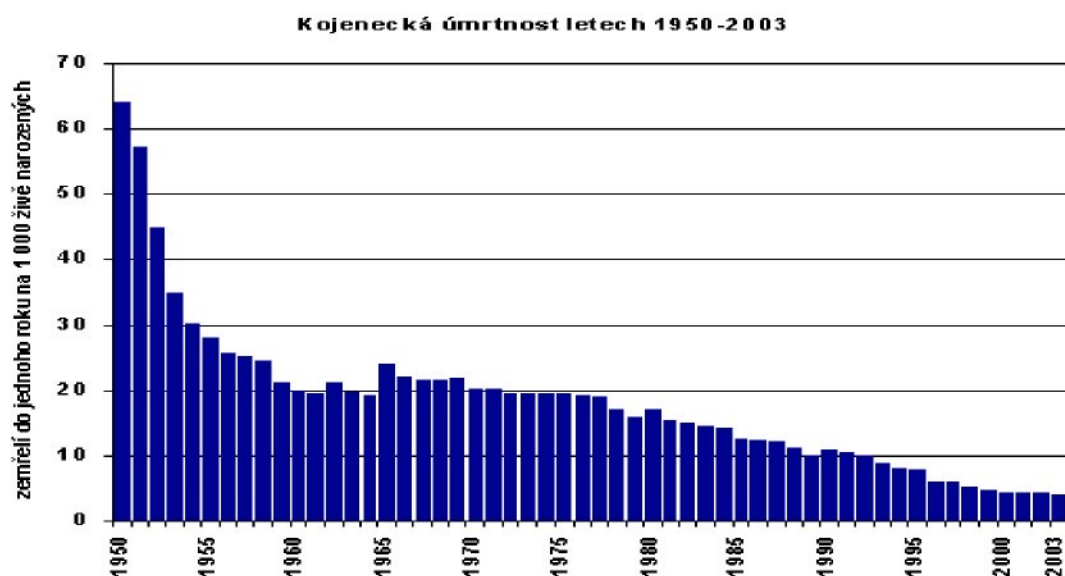
2.1.2 Socialistické zdravotnictví

Od roku 1951 byl zaváděn sovětský model zdravotnictví. K 1. 1. 1951 přešly všechny zdravotnické služby pod Ministerstvo zdravotnictví, výjimkou byla pouze péče o ozbrojené složky a zdravotnické školství. Ústřední národní pojišťovna byla zrušena, finanční zabezpečení převzal státní rozpočet. Prostředky ze státního rozpočtu přidělovalo Ministerstvo zdravotnictví krajským a okresním národním výborům (KNV, ONV), a to přísně účelovým způsobem. Zdravotní péče byla financována pouze z daní bez přímých úhrad.

Byla vytvořena hierarchická struktura, kde financování a plánování probíhalo po linii Ministerstvo financí → KNV → ONV a odborné řízení a vzdělávání sledovalo linii Ministerstvo zdravotnictví → KÚNZ → OÚNZ. V roce 1958 přešla agenda přesunu prostředků ze zdravotnického odboru do odboru finančního. Odbor zdravotní se k výši a rozdělení rozpočtu mohl od této chvíle vyjadřovat pouze z hlediska odborně zdravotnického. Důsledkem této změny je však byla neekonomičnost zacházení se zdroji a nepružné reakce na potřeby obyvatelstva.

V 50. a 60. letech přinesly celoplošné očkovací programy výrazné pozitivní změny ve výskytu některých onemocnění. Dětská obrna, záškrť či tetanus se díky nim dnes již téměř nevyskytují. V tomto období začala také prudce klesat kojenecká úmrtnost. Tento jev je znázorněn na grafu č. 3 a vybrané ukazatele zdravotního stavu v ČSR v období 1946 – 1961 v následující tabulce č. 6.

Graf č. 3



Zdroj: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/kojenecka_umrtnost_v_letech_1950_2003

Tabulka č.6: Vybrané ukazatele zdravotního stavu v ČSR v období 1946 – 1961

Ukazatele		1946	1948	1961
Celková úmrtnost (na 1000 obyv.)		14,1	11,4	9,2
Kojenecká úmrtnost (na 1000 obyv.)		108,8	83,5	22,7
Úmrtnost na infekční choroby (na 1000 obyv.)		180,0	130,0	30,0
Úmrtnost na TBC (na 100 000 obyv.)		130,0	96,0	23,0
Střední délka života při narození	ženy		65,0	73,0
	muži		60,0	68,0

Zdroj: NERAD, C. *Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako dominantní determinanta požadavků na systém péče o zdraví*. Praha: Edice Školy veřejného zdravotnictví, 1998

V 70. a 80. letech se zdravotnictví potýkalo s nedostatkem financí. Přidělování prostředků ze státního rozpočtu mělo charakter zbytkového financování, neboť priority byly v jiných odvětvích. Důsledkem pod financování bylo zaostávání technologického vybavení, které bylo kompenzováno extenzivním rozvojem spojeným s růstem počtu nemocničních lůžek a lékařů. Centralizace a ovlivňování zdravotnictví komunistickou stranou vedly k nízké efektivitě a plýtvání zdroji. Přispěly zároveň k nárůstu šedé ekonomiky a úplatkářství.[6]

2.1.3 Vývoj zdravotnictví v 90. letech

Od roku 1989 prošlo zdravotnictví řadou významných reformních změn. Mnohé z nich byly úspěšné, některé jiné nebyly dostatečně připraveny a kromě pozitivních aspektů, ale obsahovaly spousty negativních dopadů. Po prudkém startu se reforma v polovině 90. let zastavila a došlo ke stagnaci systému.

K 31. 12. 1990 byly zrušeny KÚNZ a specializované nemocnice na úrovni krajů přešly pod přímou správu Ministerstva zdravotnictví. OÚNZ byly postupně transformovány na samostatné právní subjekty. Byla založena Všeobecná zdravotní pojišťovna a po ní ještě dalších 26 zdravotních pojišťoven. Všechny 27 pojišťoven mělo charakter ze zákona zřízených veřejnoprávních institucí.

Tempo růstu výdajů na zdravotnictví se po r. 1990 zvýšilo. Po krátkou dobu však tyto výdaje zůstávaly přibližně na úrovni 40 miliard Kčs. Byly hrazeny z ústředního rozpočtu a prostřednictvím okresů. V roce 1992 došlo k velké změně ve způsobu financování zdravotní péče a to prostřednictvím VZP, která zatím čerpala své zdroje ze státního rozpočtu. V tomto roce byl také zahájen proces privatizace. Řešení problémů s financováním systému zdravotní péče se hledalo na poptávkové straně. Jedná se konkrétně o ideu spoluplateb a individuálních účtů. Výrazně opomíjeny byly nástroje na straně nabídky (jako jsou úhrady, síť poskytovatelů, nákup nových technologií, výdaje na léčiva, hospodaření poskytovatelů a plátců), ačkoli zahraniční zkušenosti hovoří v tomto směru zcela jasně ve prospěch ovlivňování nabídkové strany.

V roce 1995 byla ukončena privatizace ambulantní péče, privatizace lůžkové péče dále pokračovala. Výrazně narostly výdaje na léčiva. Začaly se projevovat problémy s nedostatečným výběrem pojistného a objevily se problémy s úhradami. V letech 1993-95 nebyly zaměstnanecké zdravotní pojišťovny téměř vůbec kontrolovány a díky hrazení nadstandardu a díky investicím do budov, nezbyvalo na platby lékařům a nemocnicím. Až novela z roku 1995 upravila veřejný dohled nad všemi zdravotními pojišťovnami. Byl stanoven minimální počet pojištěnců, maximální výše provozních nákladů a byla ukončena možnost hradit nadstandardní péči ze zákonného zdravotního pojištění. Řada zdravotních

pojišťoven se tím dostala do vážných problémů a z 27 pojišťoven v roce 1995 jich v roce 2001 zbylo pouze 9.

V roce 1997 byla na Ministerstvu zdravotnictví (vedeném ministrem Janem Stráským z ODS) vypracována Koncepce zdravotnictví. Ve zdravotním pojištění navrhovala menší solidaritu, větší individualizaci, 1/3 pojištění chtěla převést na komerční bázi a zároveň předpokládala, že by veřejné pojišťovny mohly poskytovat i komerční pojištění. Počítalo se zřízením Správy zdravotního pojištění, jako státní instituce, která by převzala „správní, normotvornou, návrhovou, koordinační, analytickou, metodickou a kontrolní činnost v oblasti veřejného zdravotního pojištění“. Dále byla plánována restrukturalizace lůžkových zařízení, byly navrhovány kombinované kapitačně-výkonové platby pro praktické lékaře, hotelové platby v nemocnicích a regulace poptávky pomocí přímých plateb. Od roku 1997 se MZ začalo více orientovat na nabídkovou stranu. Rozběhla se restrukturalizace lůžkového fondu. Jako problém byl chápán nadbytek akutních nemocničních lůžek, který měl být přeměněn na lůžka ošetrovatelská. V červnu 1998 byla restrukturalizace lůžkového fondu pozastavena z důvodu málo transparentních podmínek výběrových řízení. Od 1. ledna 1999 nabyla účinnosti nová vyhláška Ministerstva financí týkající se vytváření a využívání fondů zdravotních pojišťoven. Jasně vymezila, co jsou přípustné příjmy, resp. výdaje jednotlivých fondů a omezila vytváření účelových fondů. Odpovídající odstavce byly zařazeny i do zákona o VZP a do zákona o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách.

V roce 1999 byla na MZ vytvořena nová Koncepce zdravotnictví (pod patronací ministra Ivana Davida z ČSSD). I v tomto materiálu bylo počítáno se zřízením Správy veřejného zdravotního pojištění, tentokrát však v poněkud odlišné podobě. Zdravotní pojišťovny by se staly pouze organizačními složkami veřejnoprávní Správy zdravotního pojištění. Zároveň bylo počítáno se zavedením 100% přerozdělení pojistného mezi zdravotními pojišťovnami, a se zdokonalením přerozdělovacího mechanismu, což by bylo možným předstupněm sloučení zdravotních pojišťoven. Koncepce zmiňuje nezastupitelnou roli státu v definování sítě zdravotnických zařízení.[6]

Politicko-ekonomické prostředí zakonzervovalo stav na půli cesty, kdy na jedné straně byly do systému vpuštěny zdravotní pojišťovny a soukromá zdravotnická zařízení, na druhé straně byly zachovány mnohé kompetence Ministerstva zdravotnictví, specifická pozice Všeobecné zdravotní pojišťovny (jak ve smyslu výhod, tak i nevýhod) a z toho vyplývající nejasná pravidla pro efektivní chování jednotlivých subjektů. Vznikl tak celkem vzato hybridní model, který z modelu britského obsahuje jakousi „státní část“ a z modelu německého obsahuje princip zdravotního pojištění.

2.1.4 Stav zdravotnictví po roce 2000 až do současnosti

Jedním z významných kroků bylo přijetí a vstup ČR do Evropské unie k 1. 4. 2004. S tímto nastalo sbližování české ekonomiky s EU a to bylo a stále ještě je doprovázeno jednak novými výhodami, ale také riziky. Podle obecných mezinárodních smluvních pravidel v EU osobě, která má nárok na zdravotní péči podle právních předpisů jednoho státu je zachován tento nárok při pobytu na území druhého státu. Péče v tomto druhém státě bývá omezována na péči nezbytnou a neodkladnou. Náklady na tuto péči přitom uhrazuje nositel pojištění prvního státu, u něhož je osoba pojištěna a to v cenách platných ve státě, kde je péče poskytnuta.[33]

V posledních letech je hlavním tématem nejen v České republice řešení situace ve zdravotnictví neboť je zde nutnost řešit některé problémy a aspekty, které by mohly v budoucnu způsobit velké potíže.

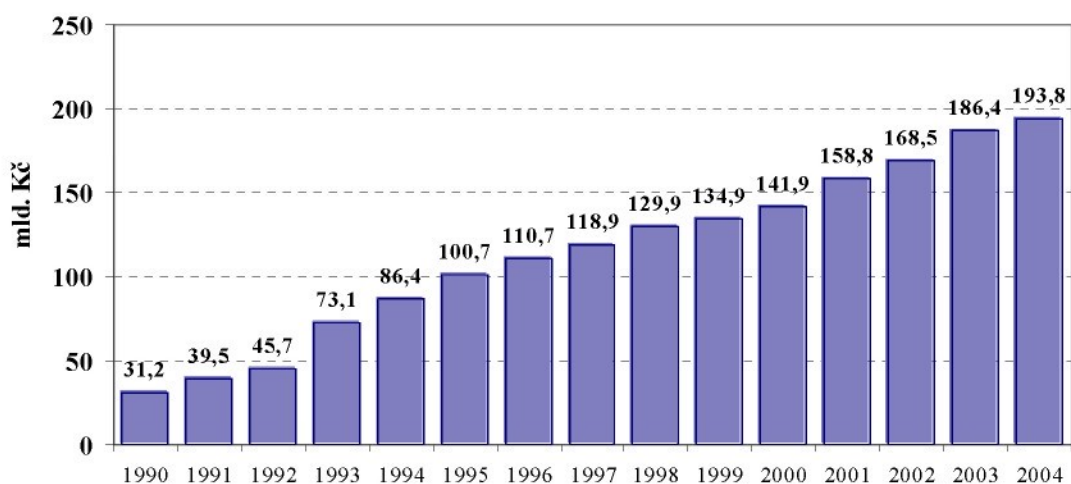
V současnosti vykazuje systém financování zdravotní péče následující negativní aspekty:

- Deficitní finanční bilance systému.
- Nerovnoměrné rozložení deficitu v rámci devíti pojišťoven (VZP je deficitní, ostatní jsou vyrovnané nebo přebytkové), snižující se dynamika růstu příjmů vlivem reformy veřejných financí (zejména v oblasti státem hrazených pojištěnců).

- Zvyšující se výdaje, viz graf č. 4, vlivem stárnutí obyvatelstva, narůstající nemocností, zaváděním nových technologií, úpravami DPH, úhradami neodkladné péče v cizině, zvyšováním platů ve zdravotnictví.
- Chaotické řízení, polovičitost a nekonceptnost, včetně zvrátů v dosavadní zdravotní politice vyústila v silně deformovaný, hybridní systém, který je zneužíván všemi zúčastněnými bez jakékoli jasně přiřaditelné odpovědnosti.
- Velmi nízká zodpovědnost ministerstva zdravotnictví za dodržení finanční rovnováhy v resortu - ministerstvo svými vyhláškami a vstupy do dohodovacího řízení způsobuje vznik finanční nerovnováhy.
- Nesprávné nastavení motivací prakticky všech složek systému veřejného zdravotního pojištění vyúsťující v jeho zneužívání, respektive plýtvání veřejnými prostředky.
- Velmi slabé postavení občana v systému, který je sice přímo formou spoluúčasti a poplatků za poskytnutou péči zatěžován mnohem méně než téměř ve všech zemích na světě, ale zároveň je vystaven silnému morálnímu hazardu. Informace o kvalitě a nákladech poskytované péče jsou pro něho prakticky nedostupné.
- Omezování rozhodovacích pravomocí zdravotních pojišťoven a jejich odpovědnosti vůči pojištěncům za náklady a kvalitu péče oslabuje smysl jinak potenciálně výhodného modelu plurality nositelů zdravotního pojištění.
- Chybně nastavená cenová regulace léčivých přípravků a zdrav. techniky doprovázená nesprávně nastaveným systémem marží distributorů a lékáren, která motivuje k preferenci drahých léčivých přípravků a PZT.
- Rozsah služeb hrazený z veřejného zdravotního pojištění, který je velmi široký a nereflexuje medicínské priority. Z veřejného zdravotního pojištění jsou hrazeny i výdaje, jež jsou sociálního charakteru, či výdaje hotelového typu. [23]

Významný fakt ve financování zdravotnictví je nejenom v České republice problém stárnutí populace a zvyšující se nároky na zdravotní péči. K nejdůležitějším projevům změn ve společnosti patří rostoucí střední délka života, měnící se věková struktura obyvatelstva a zastavení růstu počtu obyvatelstva. Kombinace demografických změn, vedoucích k zvýšení počtu nemocí závislých na věkové struktuře a životním stylu jako jsou kardiovaskulární nemoci, rakovina a také duševní nemoci, a technologický pokrok zvyšují náklady na zabezpečení zdravotní péče.[34,35]

Graf č. 4: Výdaje na zdravotnictví v mld. Kč



Zdroj: ČSÚ, MZ, ÚZIS

Finanční nerovnováha systému je historicky způsobena zejména:

- ✓ Nedostatečnými zdroji na straně příjmů vlivem nízkého podílu úhrad zdravotním pojišťovnám za státem hrazené pojištěnce. V roce 1993 činil podíl platby státu na všeobecné zdravotní pojištění za osoby, za které je plátcem pojistného, 29 % z celkově vybraného pojistného; v současné době je to 23 % při zvýšení počtu pojištěnců této kategorie na cca 56 %, přičemž poměr nákladů na zdravotní péči o „státní“ pojištěnce činí cca 81 % z celkových nákladů.
- ✓ Extenzivní smluvní politikou ZP na straně výdajů, nízkou účinností regulačních nástrojů, nedostatečnou revizní činností a zvyšujícími se náklady za zdravotní péči zejména v oblasti léků a ZP.
- ✓ Liberální koncept transformace, který měl za následek vznik neúměrného počtu zdravotních pojišťoven a postupné zanikání většiny z nich, nárůst kapacity poskytovatelů a nekontrolované zdražování vstupů. Finanční situaci pojistného systému zhoršila i liberální léková politika. Chybějící zdravotně ekonomická politika se projevila i v nekoncepční a neuvážené investiční činnosti.

- ✓ Současné legislativní prostředí neumožňuje dostatečnou ingerenci státu zejména v oblasti smluvní politiky a úhrad zdravotní péče (MZ není členem dohodovacích řízení o seznamu výkonů a úhradách).[7]

V současné době používá Česká republika bodový systém. Princip tohoto financování je založen na obodovaných zdravotnických výkonů (je jich asi 4000). Lékaři jsou placeni dle výkazů těchto bodů.

Systém má určité výhody:

- bodování lze diskrečním opatřením velmi rychle změnit, a tím změnit i náklady zdravotních pojišťoven.
- jednoduchost výpočtu odměny.
- existuje tlak zdravotních pojišťoven na nenavyšování bodů, které by jim jinak způsobilo platební neschopnost (i když toto by mohlo být považováno také za nevýhodu, hlavně z pohledu lékařů i pacientů).

Na druhou stranu existuje také **negativní prvek**. Ohodnocení si mohou lékaři zvyšovat navýšením bodů např. prodlužováním doby léčení. Tento efekt je negativní nejen pro zdravotní pojišťovny, ale také pro státní rozpočet a HDP. K dalším nevýhodám patří špatné stanovení ohodnocení zákroků lékaře. U nás se tento systém do jisté míry neosvědčuje, neboť je v posledních letech registrován nárůst výdajů zdravotních pojišťoven, které jsou spojeny s přímými náklady na léčení.

2.2 Základní charakteristika zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění v České republice je druh zákonného pojištění, na jehož základě je zdravotní pojišťovnou hrazena lékařská péče poskytnutá pojištěnci. Zdravotní pojištění nemá charakter komerčního pojištění a nevzniká tedy na základě smlouvy, ale podle zákona. **Ze zákona musí být v České republice povinně zdravotně pojištěna každá osoba, která má na území ČR trvalý pobyt (bez ohledu na státní občanství této osoby).** Osoba, která trvalý pobyt na území ČR nemá, se stává účastníkem zdravotního

pojištění pouze v období, ve kterém je zaměstnána u zaměstnavatele se sídlem na území ČR a pracovněprávní vztah je uzavřen podle právních předpisů ČR.

Vznik zdravotního pojištění na přelomu let 1991-1992 v České republice byl poznamenán několika významnými faktory, z nichž s některými se systém nedokázal vyrovnat do současnosti. Česká republika se rozhodla po čtyřicetileté odluce navázat na povinné pojištění a to nebylo dáno pouze odkazem historie první republiky, kde tento systém byl velmi funkční, ale i tím, že při našem novém začlenění do struktur Evropy byla ČR ovlivněna vývojem našich nejbližších sousedů. Evropa je dnes vesměs rozdělena na dva systémy, které vychází z odkazů kancléře Bismarcka (nemocenské pojištění) a lorda Beveridge (státní nemocenské zajištění). I když se ČR pokoušela vrátit zpět k povinnému pojetí pojištění, zůstala bohužel na půl cesty, a to ze dvou důvodů:

- ✓ nepropojení zdravotního a nemocenského pojištění,
- ✓ nevymezení jednoznačné role státní správy a výše platby za státem hrazené pojištěnce, která byla nastavena velmi nízko .

Tyto vlivy jsou mimo některých dalších významnými faktory, se kterými souvisí opakované krize financování zdravotnictví.

2.2.1 Právní úprava systému

Zdravotní pojištění v ČR je upraveno pomocí zákonů, upřesňujících vyhlášek, nařízení vlády a také sděleními MZ. Především tedy Zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který upravuje rozsah a podmínky poskytování zdravotního pojištění. Činnost zdravotních pojišťoven upravují dva zákony. Jednak přímo pro VZP Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a pro ostatní zdravotní pojišťovny Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, který upravuje jejich vznik, činnost a zánik. Výši pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, penále, způsob jejich placení, kontrolu, vedení evidence plátců pojistného zachycuje Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění.

2.2.2 Plátcí pojistného zdravotního pojištění

Plátcí pojistného jsou ze zákona:

- a) pojištěnci,
- b) zaměstnavatelé,
- c) stát.

2.2.2.1 *Pojištěnci*

Pojištěnec je plátcem pojistného, pokud

a) je zaměstnancem v pracovním poměru účastným nemocenského pojištění (péče). Pro účely zdravotního pojištění se za zaměstnance v pracovním poměru dále považují:

1. osoby činné v poměru, který má obsah pracovního poměru, avšak pracovní poměr nevznikl, neboť nebyly splněny všechny podmínky stanovené pracovněprávními předpisy pro jeho vznik;
2. osoby ve služebním poměru, s výjimkou státních zaměstnanců podle služebního zákona;
3. členové družstva, jestliže nejsou v pracovněprávním vztahu k družstvu, ale vykonávají pro družstvo práci, za kterou jsou jím odměňováni;
4. společníci a jednatelé společnosti s ručením omezeným a komanditisté komanditní společnosti, jestliže nejsou v pracovněprávním vztahu k této společnosti, ale vykonávají pro ni práci, za kterou jsou touto společností odměňováni;
5. zaměstnanci činní na základě dohody o pracovní činnosti
6. soudci;
7. členové zastupitelstev územních samosprávných celků, jestliže jsou jim vypláceny odměny jako členům zastupitelstev územních samosprávných celků, kteří tyto funkce vykonávají jako uvolnění;
8. poslanci Poslanecké sněmovny a senátoři Senátu Parlamentu a poslanci Evropského parlamentu, zvolení na území České republiky;

9. členové vlády, prezident, viceprezident a členové Nejvyššího kontrolního úřadu, členové Rady pro rozhlasové a televizní vysílání, finanční arbitr, zástupce finančního arbitra, Veřejný ochránce práv, zástupce Veřejného ochránce práv;
10. dobrovolní pracovníci pečovatelské služby;
11. pěstouni, kteří vykonávají pěstounskou péči v zařízeních pro výkon pěstounské péče podle zvláštního právního předpisu, nebo kterým je za výkon pěstounské péče vyplácena odměna náležející pěstounovi ve zvláštních případech podle zvláštního právního předpisu
12. osoby zařazené k pravidelnému výkonu prací ve výkonu trestu odnětí svobody nebo ve vazbě;
13. osoby se zdravotním postižením zařazené do teoretické a praktické přípravy pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost;
14. pracovníci v pracovním vztahu uzavřeném podle cizích právních předpisů,

b) je osobou samostatně výdělečně činnou. Za osoby samostatně výdělečně činné se pro účely zdravotního pojištění považují:

1. osoby podnikající v zemědělství;
2. osoby provozující živnost;
3. osoby provozující podnikání podle zvláštních předpisů;
4. osoby vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost na základě autorskoprávních vztahů;
5. společníci veřejných obchodních společností a komplementáři komanditních společností;
6. osoby vykonávající nezávislé povolání, které není živností ani podnikáním podle zvláštních předpisů;
7. osoby vykonávající činnost mandátáře na základě mandátní smlouvy uzavřené podle obchodního zákoníku, pokud tato činnost je konána mimo vztah zakládající účast na nemocenském pojištění (nemocenské péči) a mandátní smlouva nebyla uzavřena v rámci jiné samostatné výdělečné činnosti,
8. spolupracující osoby osob samostatně výdělečně činných, pokud podle zákona o daních z příjmů lze na ně rozdělovat příjmy dosažené výkonem spolupráce a výdaje vynaložené na jejich dosažení, zajištění a udržení,

c) má na území České republiky trvalý pobyt, avšak není uveden pod předchozími písmeny a není za něj plátcem pojistného stát, pokud uvedené skutečnosti trvají po celý kalendářní měsíc.[8]

2.2.2.2 Zaměstnavatel

Zaměstnavatelem se pro účely zdravotního pojištění rozumí právnická nebo fyzická osoba, která zaměstnává zaměstnance a má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR. Zaměstnavatel je plátcem pojistného za své zaměstnance. Zaměstnavatel se sídlem v zemi EU a Evropského hospodářského prostoru, který zaměstnává v ČR zaměstnance, postupuje při přihlašování firmy a zaměstnanců ke zdravotnímu pojištění v ČR podle právních předpisů platných v českém systému veřejného zdravotního pojištění, tj. podle zákona č. 592/1992 Sb. a 48/1997 Sb. [9]

2.2.2.3 Stát

Stát je plátcem pojistného na zdravotní pojištění u těchto osob:

- nezaopatřené děti (nevýdělečně činné děti do 26. roku věku);
- poživatelé důchodů (osoby, kterým byl v ČR přiznán např. starobní důchod);
- ženy na mateřské nebo rodičovské dovolené;
- osoby pečující celodenně a osobně alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku;
- příjemci rodičovského příspěvku (státní sociální podpora);
- uchazeči o zaměstnání (nezaměstnaní v evidenci úřadu práce);
- osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby;
- osoby převážně nebo úplně bezmocné a osoby o ně pečující;
- osoby pečující o dlouhodobě těžce zdravotně postižené děti nebo částečně bezmocné rodinné příslušníky starší 80 let;

- osoby konající základní (náhradní) vojenskou službu, civilní službu nebo osoby povolané k vojenskému cvičení;
- osoby ve vazbě nebo výkonu trestu;
- mladiství umístění ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy;
- osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, ale nesplňují podmínky jeho přiznání (nemají odpracované roky a nemají žádný příjem);
- osoby s trvalým pobytem na území ČR, které jsou příjemci dávek nemocenského pojištění a za které neplatí pojistné zaměstnavatel a ani stát a nejsou osobami samostatně výdělečně činnými.[10]

2.2.3 Výše pojistného

Výši pojistného upravuje **Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění**. Tato výše je stanovena na 13,5 % z vyměřovacího základu.

U zaměstnanců se částka pojistného rozděluje – 9 % platí zaměstnavatel a 4,5 % platí zaměstnanec. Vyměřovacím základem u zaměstnance v pracovním poměru je úhrn příjmů zúčtovaných zaměstnanci zaměstnavatelem v souvislosti se zaměstnáním, které zakládá účast na nemocenském pojištění, s výjimkou nezapočitatelných příjmů. Minimálním vyměřovacím základem je minimální mzda. Je-li vyměřovací základ zaměstnance nižší než minimální vyměřovací základ, je zaměstnanec povinen doplatit zdravotní pojišťovně pojistné ve výši 13,5 % z rozdílu těchto základů.

Vyměřovacím základem u osoby, za kterou je plátcem pojistného stát, je částka 3 798 Kč. Prezident republiky Václav Klaus podepsal novelu zákona, která dramaticky zvýší platby státu za státní pojištěnce. Už od února stát zvýšil měsíční platbu za své pojištěnce z 513 na 560 Kč. Podepsaná novela zákona zvyšuje od dubna tuto částku z 560 na 636 Kč.

Vyměřovacím základem u osoby samostatně výdělečně činné je od roku 2006 50 % příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na

jeho dosažení, zajištění a udržení. OSVČ je povinna odvést pojistné z vyměřovacího základu, nejvýše však z maximálního vyměřovacího základu. Je-li vyměřovací základ podle nižší než minimální vyměřovací základ, je OSVČ povinna odvést pojistné z minimálního vyměřovacího základu, není-li stanoveno jinak. Minimálním vyměřovacím základem se rozumí dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za kalendářní rok o dva roky předcházející roku, pro který je vyměřovací základ stanovován; maximální vyměřovací základ je 486 000 Kč. Výši průměrné měsíční mzdy za kalendářní rok vyhláší na základě údajů Českého statistického úřadu Ministerstvo zdravotnictví ve Sbirce zákonů sdělením.

Vyměřovacím základem u osoby, která po celý kalendářní měsíc nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a není za ni plátcem pojistného stát, je minimální mzda. [11]

3 ANALÝZA VZTAHŮ MEZI PLÁTCI A POSKYTOVATELI ZDRAVOTNÍ PÉČE

Tato část diplomové práce se zaměřuje především na vystižení postavení, vztahů a chování plátců a poskytovatelů zdravotní péče jako dvou aktérů zdravotní politiky. V kapitole 2.2.2 již byla zmínka o plátcích. Jednalo se, ale o plátce zdravotního pojištění a nikoliv, jak bude zmíněno v této části, o zprostředkovatele mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče.

Plátci a poskytovatelé plní v rámci určité zdravotní politiky zásadní role a funkce. Jejich vazby ovlivňuje zejména jejich vymezení z hlediska zdravotní politiky, vztahy a působení státu a státních institucí a samozřejmě i vztahy se samotnými pacienty. Vztahy mezi plátcí a poskytovateli významně ovlivňují výdaje na zdravotní péči, kvalitu poskytované péče a její dostupnost, efektivitu a především celkovou stabilitu systému.

3.1 Plátci zdravotní péče

Plátci zdravotní péče plní několik funkcí:

- řídí rizika výskytu nemoci spojené s úhradou za léčbu
- financují zdravotní péči – shromažďují finanční prostředky, hradí za poskytnutou péči,...
- dohlíží a kontrolují dostupnost zdravotní péče, objem poskytované zdravotní péče a její kvalitu

Jako plátce považujeme především *zdravotní pojišťovny*. Správu finančních prostředků zdravotního pojištění v ČR provádí jednak Všeobecná zdravotní pojišťovna a zaměstnanecké pojišťovny (resortní, odborové, podnikové a další). Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění lze zdravotní pojišťovnu změnit **jednou za 12 měsíců**, a to vždy jen k **prvnímu dni kalendářního čtvrtletí**. Novorozené dítě si s volbou pojišťovny nemusí lámat hlavu - stává se automaticky pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u níž je

pojištěna jeho matka. Ostatní si mohou vybrat kteroukoliv z devíti zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny jsou organizace vzniklé ze zákona - **Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách**. Jak VZP tak zaměstnanecké pojišťovny vystupují jako právnické osoby, jednají svým jménem při právních vztazích, mohou nabývat práv a povinností a nesou odpovědnost vyplývající z těchto vztahů.

Tabulka č. 7: Náklady zdravotních pojišťoven na jednu nemocensky pojištěnou osobu v Kč

Věková skupina	2000		2001		2002		2003	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
0-9	7 453	6 758	8 373	7 351	9 062	7 922	9 618	8 480
10-19	5 351	5 805	5 595	6 037	6 019	6 358	6 403	7 076
20-29	4 889	7 604	4 826	7 786	5 347	8 500	5 494	8 838
30-39	5 449	7 901	5 876	8 334	6 341	9 222	6 761	9 887
40-49	8 106	10 121	8 880	10 661	9 670	11 710	10 190	12 323
50-59	13 760	14 377	15 518	15 086	17 388	16 717	18 399	17 757
60-69	19 046	18 540	23 282	20 107	26 032	22 207	27 849	23 804
70-79	25 744	23 956	31 447	26 869	35 731	30 134	38 515	32 340
80+	26 998	28 254	32 424	30 934	35 273	34 800	36 714	36 266
Průměr	9 684	11 773	11 039	12 670	12 304	14 045	13 150	15 033

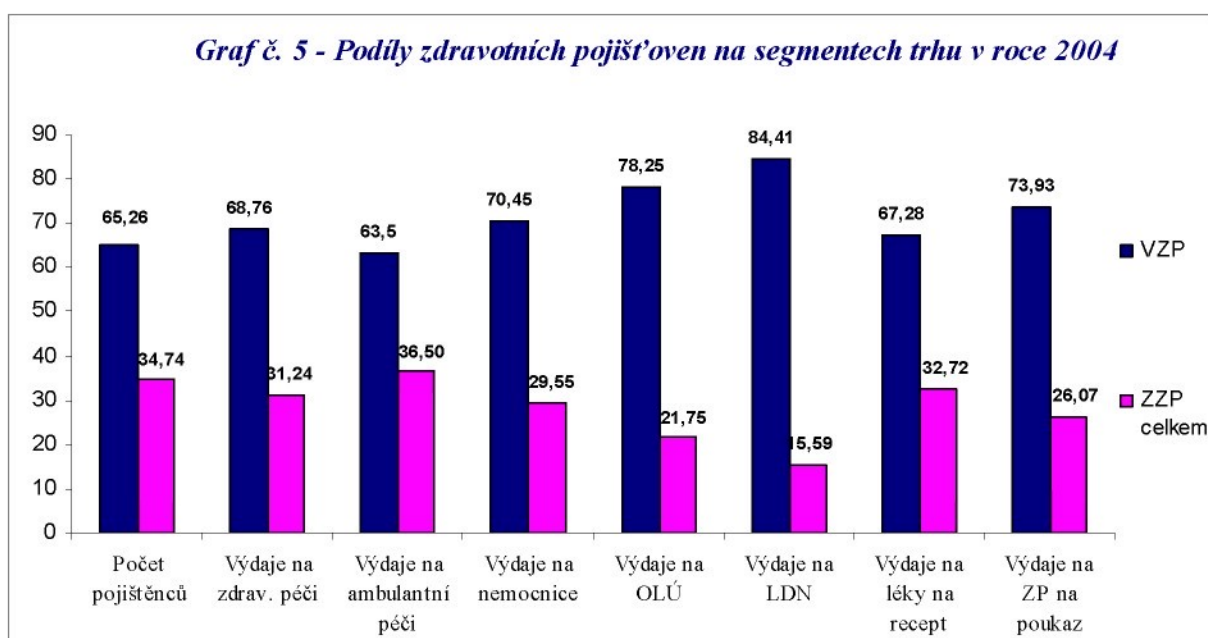
Zdroj: ČSÚ – Statistická ročenka ČR 2005

Údaje v tabulce č.7 vycházejí ze Systému zdravotnických účtů České republiky. Průměr je počítán jako vážený aritmetický průměr nákladů, kde vahami jsou počty nemocensky pojištěných osob v jednotlivých věkových skupinách.

Pojišťovny mají vlastní zdroj příjmů zejména příjmů z prostředků povinného zdravotního pojištění, vlastní zdroje z fondů zdravotních pojišťoven, příjmy z přírážek k pojistnému a pokut apod. Důležitý je **princip přerozdělování** pojistného nebo-li příjem finanční výše pojistného za jednotlivé pojištěnce. Přerozdělování je zavedeno s cílem zabránit případné selekci pojištěnců s vyšší věkovou strukturou, na které plynou vyšší částky z prostředků pojišťoven. VZP je povinna zřídit zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění. Zvláštní účet slouží k financování zdravotní péče plně nebo částečně hrazené zdravotním pojištěním na základě přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu podle

počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění. K přerozdělení pojistného se použijí nákladové indexy 18 věkových skupin pojištěnců pro každé pohlaví v rozmezí od narození do 5 let, od 5 do 10 let a dále vždy po 5 letech až po věkové skupiny od 80 do 85 let a skupiny od 85 let. Nákladové indexy se stanoví jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce. Průměrné náklady na pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví stanoví správce účtu jako průměr nákladů všech zdravotních pojišťoven na všechny pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví. Průměrné náklady na standardizovaného pojištěnce stanoví správce účtu jako průměr nákladů všech zdravotních pojišťoven na ženy ve věku 15 - 20 let. Ke stanovení nákladových indexů a průměrných nákladů se použijí údaje z posledního účetně uzavřeného kalendářního roku. K tomu jsou všechny zdravotní pojišťovny povinny v termínu stanoveném pro předkládání výročních zpráv zdravotních pojišťoven sdělit správci účtu počty pojištěnců v jednotlivých věkových kategoriích podle pohlaví a celkové náklady na pojištěnce v těchto kategoriích.[11]

Následující graf č.5 znázorňuje rozdílné výše podílů zdravotních pojišťoven na segmentech trhu v roce 2004.



Zdroj: www.uzis.cz – Aktuální informace č. 33/2005 – [Zdravotní pojišťovny – náklady na segmenty zdravotní péče III.](#)

3.1.1 Zaměstnanecké pojišťovny,

Počet zaměstnaneckých pojišťoven je v ČR 9 viz příloha č. 1, potřebují k provádění všeobecného zdravotního pojištění povolení od Ministerstva zdravotnictví, které ho vydá až po vyjádření Ministerstva financí a splnění zákonem uvedených podmínek. Před podáním žádosti o povolení k provádění pojištění je žadatel povinen složit na zvláštní účet banky **kauci 50 000 000 Kč**. Dnem zápisu zaměstnanecké pojišťovny převede pojišťovna kauci do rezervního fondu. V žádosti se mimo jiné zavazuje, že do 1 roku od založení dosáhne počtu nejméně 50 000 pojištěnců, nesplněním této povinnosti se zrušují a vstupují do likvidace. MZ rozhodne v takovém případě o způsobu převodu pojištěnců do VZP nebo jiné zdravotní pojišťovny. Organizační strukturu zaměstnanecké pojišťovny upravuje statut, který schvaluje MZ. Orgány zaměstnanecké pojišťovny jsou Správní rada a Dozorčí rada. Pojištěnci, zaměstnavatelé pojištěnců a stát jsou zastoupeni v orgánech zaměstnanecké pojišťovny každý jednou třetinou.[12]

3.1.2 Všeobecná zdravotní pojišťovna

VZP má mezi zdravotními pojišťovnami specifické postavení – je zřízena podle zvláštního zákona, vztahují se na ni v některých případech odlišná kritéria a má více zákonných povinností než ostatní zdravotní pojišťovny, v případě platební neschopnosti VZP **zaručuje uhrazení nákladů** poskytnuté zdravotní péče po vyčerpání prostředků rezervního fondu státní rozpočet ČR ve formě návratné finanční výpomoci. Organizační strukturu VZP tvoří Ústředí, krajské pobočky a další územní pracoviště. Statutárním orgánem je **ředitel VZP**, kterého na návrh Správní rady VZP **volí a odvolává Poslanecká sněmovna**. Orgány pojišťovny jsou Správní rada a Dozorčí rada. Prostřednictvím orgánů je zajišťována účast pojištěnců VZP, zaměstnavatelů pojištěnců a státu na řízení pojišťovny. VZP nebo zaměstnanecká pojišťovna je povinna v případě, že se u ní přihlásí pojištěnec oznámit vznik tohoto pojistného vztahu do osmi dnů pojišťovně, u níž byla tato FO zdravotně pojištěna. [12,13]

3.2 Poskytovatelé zdravotní péče

Mezi poskytovatele se především řadí lékaři, zdravotnický personál a zdravotnická zařízení všech typů a úrovní poskytující zdravotní péči na profesionální bázi. Odlišujeme několik skupin poskytovatelů podle úrovně poskytované péče:

- primární (praktičtí lékaři, stomatologové, gynekologové, agentury domácí péče – ošetřovatelství)
- sekundární (ambulantní specialisté, nemocniční zařízení základní péče)
- terciální péče (odborné léčebné ústavy – léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny, lázeňská zařízení atd., specializovaná nemocniční péče poskytovaná velkými nemocnicemi na regionální úrovni)

Zdravotnická zařízení se zřizují, spravují, provozují a ruší podle jednotných celostátních zásad stanovených Ministerstvem zdravotnictví ČR (MZ ČR) pro uspořádání sítě zdravotnických zařízení. Síť zdravotnických zařízení vychází ze **zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu** a **zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních**. **Zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví** byly zřízeny zdravotní ústavy a Státní zdravotní ústav jako zdravotnická zařízení na úseku ochrany veřejného zdraví. Zdravotnická zařízení je možno členit z hlediska zřizovatele na:[14]

- státní - zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR, ostatní centrální orgány
- nestátní - zřizovatelem je kraj, město (obec), církev, jiná právnická osoba, fyzická osoba

Síť zdravotnických zařízení v ČR v důsledku rozvíjejícího se procesu privatizace doznala od konce roku 1991 výrazných změn. Došlo k zániku krajských ústavů národního zdraví, k postupnému rozpadu okresních ústavů národního zdraví na menší zdravotnická zařízení (samostatné právní subjekty) a v průběhu roku 1992 začala vznikat nestátní zdravotnická zařízení. Proto údaje minulých let byly přepočteny podle nové klasifikace zdravotnických zařízení. V roce 2003 nastaly další změny v rozdělení zdravotnických zařízení na státní a

nestátní sektor. V souladu s reformou územní veřejné správy byla zdravotnická zařízení dosud spravovaná okresními úřady převedena převážně do kompetence krajů. Výsledkem je výrazné posílení nestátního sektoru. V příloze č. 2 je přehled zdravotnických zařízení v ČR.

3.3 Nástroje a instituce ovlivňující vta h plátců a poskytovatelů

Vztahy plátců a poskytovatelů ovlivňuje několik hlavních nástrojů a institucí:

- právní předpisy (zákonné a podzákonné sekundární předpisy, především Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a další uvedené v kapitole 2.2.1)
- stát,
- zájmová seskupení jak plátců tak poskytovatelů,
- pojistné plány zdravotních pojišťoven,
- smlouvy mezi plátcí a poskytovateli,
- instituce dohazovacího řízení.[26]

3.3.1 Stát versus plátcí a poskytovatelé

Stát prostřednictvím svých institucí má vůči poskytovatelům zdravotní péče a zdravotním pojišťovnám určité pravomoci. Základní pravomocí je rozhodně kontrolní.

3.3.1.1 Zdravotní pojišťovny a stát

Prostřednictvím parlamentu a státní správy vykonává stát kontrolní pravomoc vůči zdravotním pojišťovnám. Tuto kontrolu provádí zejména na základě Výročních zpráv zdravotních pojišťoven a Zdravotně pojistných plánů.

Všeobecná zdravotní pojišťovna je kontrolována prostřednictvím zástupců státu v orgánech VZP, proto se stát aktivně podílí na jejím hospodaření a je jakýmsi garantem. Hospodaření s prostředky zdravotního pojištění přenesl stát na zdravotní pojišťovny.

Jak je u nás pojata kontrola hospodaření zdravotních pojišťoven, to názorně ukázala prosincová schůze Poslanecké sněmovny. Místo aby se v tuto chvíli kontrolní orgány zabývaly pojistnými plány pojišťoven na rok 2006, projednávala sněmovna teprve nyní zdravotně pojistné plány VZP a ostatních pojišťoven na rok 2005. Po celý letošní rok tedy hospodařily zdravotní pojišťovny s penězi pojištěnců a zaměstnavatelů bez schválených zdravotně pojistných plánů. Teprve v závěru letošního roku se sněmovna zabývala pojistnými plány těchto organizací na letošní rok, ač už měla podle předpisů projednávat pojistné plány na příští rok. Západní země mají mnohem lepší pravidla pro kontrolu veřejnoprávních pojišťoven — v nich o těchto institucích nerozhoduje parlament (šlo by převážně o politická či ideologická rozhodnutí, často by hrozila neshoda mezi politickými stranami a také by politici neměli dostatek času zabývat se hospodařením detailně), ale ani přímo vláda. Ideální vzory poskytují ty země, které specifikovaly část kontrolních činností do povinností svazu pojišťoven, dále do pravomoci národního nezávislého úřadu pro pojištění (resp. do pravomocí tzv. sociální pojišťovny zastřešující zdravotní a nemocenské pojištění), a dále zčásti do gesce tzv. účetního dvora (lepší obdoba našeho NKÚ). [15]

3.3.1.2 Poskytovatelé a stát

Role státu spočívá především v povinnosti garance za poskytování zdravotní péče. Tato garance je vykonávána především prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví. Stát má dále odpovědnost za síť zdravotnických zařízení a zejména garanční povinnost u těch zařízení kde je zřizovatelem. Právě zadlužení nemocnic je v posledních letech jedním z problémů, se kterým se zdravotní systém potýká. Na počátku března tohoto roku vládní kabinet odsouhlasil uvolnění více než 1,6 miliardy korun na oddlužení přibližně 35 nemocnic nebo léčeben, které přímo řídí ministerstvo zdravotnictví. Polovinu částky pokryje ze svého rozpočtu úřad Davida Ratha (MZ), druhou půlku přidá ministerstvo financí. Až poté, co

mimořádné uvolnění peněz schválí rozpočtový výbor sněmovny, mohou být finanční prostředky použity na oddlužení zdravotnických zařízení.[16]

Tak jako u zdravotních pojišťoven, má stát kontrolní pravomoci i vůči poskytovatelům zdravotní péče. Některé z těchto pravomocí stát přenechal profesním komorám ve zdravotnictví, které působí také jako garanti a kvality a etiky poskytované péče.

3.3.2 Zájmová seskupení

Jak zdravotní pojišťovny tak poskytovatelé zdravotní péče si během svého působení vytvářely a vytvářejí různá sdružení na obranu a prosazení svých.

3.3.2.1 *Zájmové skupiny plátců zdravotní péče*

Zdravotní pojišťovny jsou v ČR seskupeny ve Svazu zdravotních pojišťoven ČR a organizacích zdravotních pojišťoven.

Svaz zdravotních pojišťoven vznikl dne 15.5.1997 jako nástupnická organizace Sdružení zdravotních pojišťoven, které bylo ustaveno na dobrovolné bázi dne 26.1.1993. Od 1.10.2003 sdružuje všech 8 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v České republice. Svaz je formou právnické osoby vzniklé dobrovolným přistoupením jednotlivých zaměstnaneckých a oborových zdravotních pojišťoven. Svaz zdravotních pojišťoven je od roku 1995 členem korespondentem mezinárodní organizace AIM se sídlem v Bruselu. Na vrcholném jednání guvernérů této organizace v Maroku v říjnu 2002 byl Svaz zdravotních pojišťoven přijat za plného člena. Dále je Svaz členem Unie zaměstnavatelských svazů.[17]

Další organizace zdravotních pojišťoven jsou Centrum mezistátních úhrad, Národní referenční centrum a portál zdravotnických pojišťoven.

Centrum mezistátních úhrad vzniklo jako nezbytný předpoklad institucionálního zabezpečení provádění práva Evropských společenství a mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Centrum mezistátních úhrad je sdružením právnických osob. Jeho zakladateli a členy jsou všechny zdravotní pojišťovny činné v České republice. Centrum mezistátních úhrad vykonává od 1. ledna 2002 na základě pověření Ministerstva zdravotnictví České republiky funkce styčného místa pro oblast zdravotního pojištění ČR. CMU vykonává svou činnost ve vztahu ke všem státům EU, třem státům Evropského hospodářského prostoru a ostatním smluvním státům [18]

Národní referenční centrum bylo založeno 2. 9. 2003 jako zájmové sdružení právnických osob. Zakládajícími členy jsou všechny zdravotní pojišťovny v České republice a za poskytovatele zdravotní péče Sdružení soukromých nemocnic České republiky. Hlavním cílem NRC je zavést DRG (Diagnosis Related Group) jako nástroj k zefektivnění zdravotní péče, ke zvýšení transparentnosti financování a poskytování zdravotní péče. NRC se podílí na stanovování základních parametrů nezbytných pro fungování systému DRG, sledování kvality a efektivity poskytované zdravotní péče, zveřejňování statistických a analytických výstupů, včetně vybraných klinických a ekonomických údajů. Národní referenční centrum spolupracuje s ostatními organizacemi a orgány státní správy, které se podílí na implementaci systému DRG.[19]

Portál zdravotnických pojišťoven je internetová aplikace podobná elektronickému bankovníctví, která umožňuje poskytovatelům zdravotní péče, plátcům pojistného a pojištěncům pohodlné, snadné, rychlé a bezpečné vyřízení agendy s 5 zdravotními pojišťovnami. Pojišťovny nabízí služby Portálu ZP bezplatně. Portál ZP společně provozují: Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Česká národní zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance.[20]

3.3.2.2 *Zájmové skupiny poskytovatelů zdravotní péče*

Oproti plátcům zdravotní péče mají poskytovatelé vzhledem k jejich pestré škále vysoký počet sdružení, komor a asociací. Rozlišují se dvě základní skupiny zájmových institucí:

- ❖ profesní zdravotnické komory – vzniklá na základě realizace zákona č. 220/1991 Sb., členství je dle zákona povinné
 - [ČLK](#) - Česká lékařská komora
 - [ČSK](#) - Česká stomatologická komora
 - [ČLnK](#) - Česká lékárnická komora

- ❖ dobrovolná sdružení různých zdravotnických profesí, zařízení apod. – vzniklá dle č. 83/1991 Sb., o sdružování občanů, členství je na dobrovolné bázi a počet těchto sdružení je vysoký, proto jsou zde uvedena jen některá z nich
 - [AČMN](#) - Asociace českých a moravských nemocnic
 - [AN ČR](#) - Asociace nemocnic ČR
 - [CZECHMED](#) - Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků
 - [ČAFF](#) - Česká asociace farmaceutických firem
 - [ČAS](#) - Česká asociace sester
 - [ČLS J.E.P.](#) - Česká lékařská společnost J.E. Purkyně
 - [LOK](#) - Lékařský odborový klub
 - [MAFS](#) - Mezinárodní asociace farmaceutických společností
 - [NCO NZO](#) - Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
 - [OSZ ČR](#) - Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče
 - [SASP](#) - Sdružení ambulantních specialistů
 - [SPL](#) - Sdružení praktických lékařů ČR
 - [SPLDD](#) - Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
 - [skalpel.info](#) - Skalpel soukromých lékařů a podnikatelů ve zdravotnictví ČR
 - [UNIPA](#) - Unie porodních asistentek - profese pro těhotenství, porod a šestinedělí

3.3.3 Pojistné plány zdravotních pojišťoven

Vliv na vztah plátce a poskytovatele mají pojistné plány zdravotních pojišťoven, které jsou sestavovány a schvalovány každý rok. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, stanoví, že pojišťovna je povinna v návaznosti na termíny stanovené Ministerstvem financí pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu předložit tomuto ministerstvu prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok.

VZP při sestavování ZPP vychází z Metodiky pro tvorbu ZPP, vydané MZ, které udává obsah a strukturu ZPP, při respektování požadavku zákona č. 551/1991 Sb. v platném znění. VZP při své zpracování návrhu vychází:

- z předpokládaného vývoje makroekonomických ukazatelů ČR, vyjádřených zpravidla jako změny proti loňskému roku v % (objem mezd a platů, nominální mzda, míra inflace, míra nezaměstnanosti)
- z predikce či vývojových trendů počtu pojištěnců z hlediska kategorií plátců pojistného, odvoditelných z dlouhodobého vývoje ukazatelů, s přihlédnutím k vývoji v posledních měsících před sestavením ZP. VZP vychází z vývoje věkové struktury jejich pojištěnců, ovlivňované nejen přirozenou natalitou a mortalitou, ale také náborovou snahou VZP
- z předpokládané výše pojistného na veřejné zdravotní pojištění
- z predikce objemů jednotlivých druhů věcných dávek zdravotní péče, které budou poskytnuty pojištěncům všech věkových kategorií
- z vymezení finančních podílů z celkového objemu finančních prostředků ZFZP, určených pro úhradu zdravotní péče, poskytované pojištěncům hlavními druhy zdravotnických zařízení
- ze zhodnocení hustoty a sítě smluvních ZZ i možností jejího vývoje

Pojistné plány ovlivňují především rámec, ve kterém se pohybují plátcí a poskytovatelé zdravotní péče, dále ovlivňují průběh dohádovacích řízení a cenová jednání. Obsahují plán příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven na daný rok, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců a plán provozních nákladů. Důležitou součástí jsou údaje o rozsahu zdravotní

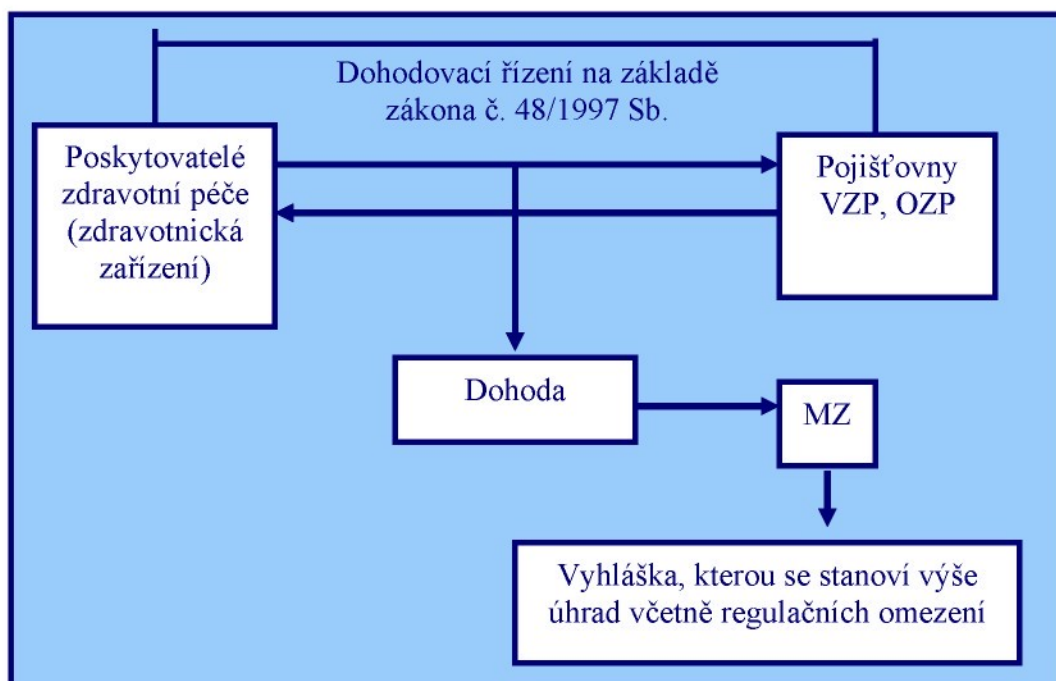
péče hrazené pojišťovnou a rovněž i předpokládané soustavy smluvních zdravotnických zařízení.

3.3.4 Institute dohodovacího řízení

Dohodovací řízení je významnou institucí, která vymezuje zejména smluvní a finanční vztahy mezi plátcí a poskytovateli. Cílem této instituce je v rámci systému zdravotního pojištění především vyladění některých rozporných či dílčích zájmů.

Dohodovací řízení podle § 17 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, je institutem k dohodnutí tzv. *rámcových smluv* za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě zdravotní péče pojištěncům. Rámcovou smlouvou se řídí a její obsah je závazný pro následné uzavření smlouvy mezi příslušnou zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Průběh dohodovacího řízení je znázorněn ve schématu č. 1.

Schéma č. 1: Průběh dohodovacího řízení



Hodnoty bodu a výše úhrad zdravotní péče se dohodují v dalším kroku dohodovacího řízení mezi zdravotními pojišťovnami a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů. Třetím krokem je dohodovací řízení o seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, jež souvisí s předešlým krokem.

Dohodovací řízení se řídí Jednacím řádem na základě dohody účastníků dohodovacího řízení. Tento předpis specifikuje:

- účastníky DŘ
- organizační zajištění DŘ
- průběh DŘ
- výsledky DŘ

Dohody je dosaženo, pokud obě strany dospějí ke společnému souhlasu. Souhlas na straně zdravotních pojišťoven musí být dán souhlasem každé pojišťovny – nesouhlasí-li jedna – právo veta. Postavení pojišťoven je v dohodovacím řízení rovnocenné, bez ohledu na počet pojištěnců. Váha hlasu ve skupině na straně poskytovatelé zdravotní péče je dána jednak počtem lůžek a jednak přepočteným počtem nositelů výkonů.

Jednání dohodovacího řízení o rámcové smlouvě pro jednotlivé segmenty probíhá samostatně za účasti zástupců a poradců svazů zdravotních pojišťoven a zástupce a poradců příslušného segmentu zdravotní péče. Výsledky dohodovacího řízení jsou předkládány MZ ČR, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a poté je vydá jako vyhlášku. V těch částech rámcových smluv, kde nedošlo k dohodě, jsou MZ ČR předloženy varianty řešení, doložené zdůvodněným stanoviskem příslušných účastníků dohodovacího řízení. Dále je MZ ČR sděleno pokud nedošlo k dohodě o některé rámcové smlouvě.

Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ze dne 13. prosince 2000 č. 457/2000 Sb. bylo podle § 17 odst.2 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění vydáno celkem devět typů rámcových smluv pro jednotlivé segmenty poskytovatelů zdravotní péče. Všechny smlouvy jsou shodné v naprosté většině ustanovení, s výjimkou určitých specifik zejména pro nemocnice, lékařskou službu a zdravotnické záchranné služby. Obecná ustanovení ,

práva a povinnosti smluvních stran, kontrola, sankční ujednání, doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy jsou u všech typů smluv zcela totožné.

Rámcové smlouvy vypracované pro jednotlivé segmenty:

- Rámcová smlouva pro ambulantní zdravotnická zařízení poskytující diagnostickou péči a zdravotní pojišťovny
- Rámcová smlouva pro zdravotnická zařízení lékařské péče a zdravotní pojišťovny
- Rámcová smlouva pro zdravotnická zařízení poskytující ambulantní péči zubních lékařů a zdravotní pojišťovny
- Rámcová smlouva pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných a zdravotní pojišťovny
- Rámcová smlouva pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotnickou záchrannou službu a dopravu a zdravotní pojišťovny
- Rámcová smlouva pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost a zdravotní pojišťovny
- Rámcová smlouva pro zdravotnická zařízení poskytující lázeňskou péči a zdravotní pojišťovny
- Rámcová smlouva pro zdravotnická zařízení poskytující domácí zdravotní péči, fyzioterapii, ergoterapii a klinickou logopedii a zdravotní pojišťovny

Smlouvy se uzavírají na dobu 5 let a tento rok v červnu vyprší jejich platnost. Jestliže před ukončením platnosti smlouvy nedojde k uzavření smlouvy nové, bude platnost smlouvy prodloužena až do doby, než bude uzavřena nová rámcová smlouva. Pokud mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy do šesti měsíců nebo pokud předložená rámcová smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, je oprávněno učinit rozhodnutí Ministerstvo zdravotnictví.

[8,21,22,26]

V příloze č. 3 je pro názornost uvedena Rámcová smlouva pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných

dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných a zdravotní pojišťovny.

3.3.5 Smluvní vztahy

Průlomem ve smluvních vztazích se stal nový zákon o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb., ve kterém se objevila nová úprava vyjednávacích mechanismů dohodovacích řízení a zavedení nového institutu výběrových řízení.

Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými *uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče*. Ty tvoří *sít smluvních zdravotnických zařízení* zdravotní pojišťovny. Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se koná *výběrové řízení*. Konání výběrového řízení mohou navrhnout zdravotní pojišťovna nebo zdravotnické zařízení oprávněné poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru. [8]

Obsahovou stránku individuálních smluv ovlivňuje právní rámec stávající smlouvy rámcové. Smluvní vztahy jsou dále ovlivňovány výsledky dohodovacích řízení. Předmětem smluvního vztahu je samotná úprava vztahů mezi konkrétní zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením formou závazkového vztahu.

Smlouvy vymezují a jejich součástí jsou:

- ✓ práva a povinnosti obou smluvních stran,
- ✓ cenová a platební ujednání – způsob a forma úhrady,
- ✓ kontrolní mechanismus zdravotních pojišťoven,
- ✓ regulační opatření,
- ✓ sankční opatření, . . .

Nový a odlišný názor oproti stávající úpravě je, aby zdravotní pojišťovny uzavíraly smlouvy o péči přímo s pacienty. S projektem přišly zaměstnanecké pojišťovny, které chtějí, aby lidé mohli rozhodovat o tom, jak se využijí peníze na své léčení. Nyní mají pojišťovny smluvní vztahy pouze s lékaři, smlouvy přímo s pacienty zákon neumožňuje.

Občané by platili pojistné podle rizik. Vyšší částky ti, kdo o sebe nedbají, jsou příliš tlustí, kouří nebo holdují alkoholu, a tak je jejich riziko nemoci větší. Slevu by naopak měli ti, kdo se chovají řádně a chodí na preventivní prohlídky. Podle výkonného ředitele Svazu zdravotních pojišťoven Jaromíra Gajdáčka by smlouva zabezpečila přesný rozsah péče. V základním balíku by byly nemoci ohrožující kvalitu života, v připojištění ostatní. Pojišťovny by dávaly bonus za žádoucí chování, zohlednily by i pojistné riziko, například kouření. "Každá pojišťovna by měla tři čtyři typy zdravotně pojistných plánů. Jiná bude nabídka pro sportovce, důchodce či nemocné," řekl.¹

3.4 Úhradový mechanismus

3.4.1 Úhrady za poskytovanou zdravotní péči

Jedním z výrazných nástrojů zdravotní politiky jsou právě úhrady za poskytovanou péči, které z velké části ovlivňují celkové výdaje na zdravotnictví. Existuje několik základních způsobů úhrad, které se odvíjejí od samotného vztahu plátců a poskytovatelů a také od typu poskytované péče. Mezi základní způsoby patří:

- ✓ paušální sazba – platba za ošetrovací den
- ✓ platba za výkon
- ✓ kapitační platba za registrovaného pacienta
- ✓ vzájemné kombinace výše zmíněné

3.4.1.1 *Paušální sazba*

Nebo-li platba za ošetrovací dny (dále jen OD) se vykazují při hospitalizaci pacienta na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení nebo při pobytu pacienta ve stacionáři. V jeden kalendářní den je možno vykázat pro jednoho pojištěnce nejvýše jeden OD. Den přijetí k

¹ <http://forum.czechmed.cz/nove/?q=node/363> - Lékaři i pacienti by přivítali smlouvy pojišťoven s občany

hospitalizaci a den ukončení hospitalizace se vykazují jako jeden OD. OD je vykazován podle odbornosti oddělení, které OD vykazuje.

Ve výkonu ošetrovacího dne je zahrnuto:

1. veškeré vizity lékařů
2. činnost zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti, zdravotnických pracovníků nelékařských profesí, zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti, zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením pokud nemají vlastní zdravotní výkony.
3. administrativní činnost mimo činnost zahrnutou v jiných výkonech
4. organizační činnost vedoucích pracovníků
5. ústavní pohotovostní služba
6. stravní jednotka
7. přímo spotřebovaný zdravotnický materiál
8. přímo spotřebované léčivé přípravky
9. jednoúčelové přístroje [25]

Výhodou tohoto systému je jeho, dá se říct, administrativní jednoduchost. Základní nevýhodou je to, že např. nemocnice mohou být na základě nastavených kritérií motivovány poskytovat péči hospitalizovaným pacientům co nejdéle, za účelem maximalizace zisku. Prodloužený pobyt pacienta pak vyvolá vyšší výdaje.

3.4.1.2 Platba za výkon

Platba, kdy každý lékařský výkon je z hlediska možného poskytnutí identifikován a ohodnocen a při vykázané péči proplacen. Veškerá zdravotní péče, která byla vykázána prostřednictvím zdravotních výkonů zdravotní pojišťovně, musí být řádně dokumentována ve zdravotní dokumentaci pojištěnce. Zápis do dokumentace je nedílnou součástí všech

zdravotních výkonů. Výkon může být vykázán pouze tehdy, byl-li proveden úplně. Částečně provedený výkon nemůže být zdravotní pojišťovně vykázán.

Výhodou je zejména vysoká kvalita poskytované péče, což může přejít i v nevýhodu. Poskytovatelé s cílem maximalizace zisku poskytují pacientům nadměrné množství péče. Pacienti dostávají sice vyšší kvalitu péče, ale dochází k určitému plýtvání prostředků na zdravotní pojištění. Jsou zde i vyšší nároky na administrativu.

3.4.1.3 Kapitační platba

Plátce hradí za každého registrovaného pacienta za stanovené časové období poskytovateli fixní částku, bez ohledu na rozsah péče pacientovi poskytnuté. Výše této částky se pro pacienty stanovuje dle určitých kritérií např. věku. Je zde stanoven horní limit v počtu registrovaných pacientů, což může vyvolávat tendence k zaslání nadbytečného množství pacientů k jinému poskytovateli. Pacientovi je vždy ale poskytována péče potřebná, nikoliv nadbytečná.

3.4.2 Úprava úhradového mechanismu v ČR

Tato kapitola se zabývá jistě nejdiskutovanější oblastí vztahu plátce a poskytovatele zdravotní péče a to finančními mechanismy mezi těmito subjekty. V tomto roce se zvedla vlna odporu právě díky úhradové vyhlášce 550/2005 Sb. ministerstva zdravotnictví, která byla hlavním důvodem, proč ambulantní lékaři, lékárníci a nemocnice protestují. Tato vyhláška pojišťovnám stanoví, jak platil za lékařskou péči a stanovuje regulační omezení.

Zdravotníci se bouří, i když ministr kritizovanou vyhlášku upravil a slíbil lékařům přidat čtyři miliardy korun. Od 1. 4. 2006 vstoupila v platnost Vyhláška MZ č. 101/2006 Sb., kterou se mění právě výše zmíněná vyhláška č. 550/2005 Sb. Nová verze vyhlášky zmírňuje přísné limity, princip ale zůstává stejný. Lékař může být pokutován za to, když se snaží pacientům s jednoznačným medicínským zdůvodněním prospět. Praktičtí lékaři

změny opatrně vítají, zároveň odmítají systém regulací, který se nepoužívá v žádné ze zemí "staré" evropské patnáctky.

Většina českých lékařů dnes neví, jak vysoký mají limit na léky, nikdo je nepoučí o účelné farmakoterapii. Může se jim však stát, že někdy v říjnu je navštíví úředníci pojišťovny, zaplatí jen část odvedené práce v prvním pololetí a vyžádají si pokuty za překročení limitů.

S novou úhradovou vyhláškou vzniká rozpor. Pacient má nárok na čerpání zdravotní péče včetně léků z veřejného pojištění, ale lékař je limitován a pokud limit překročí, zaplatí tuto léčbu a vyšetření komplementu plně ze svého. Přitom musí léčit lege artis. Vývoj výdajů na léky ukazuje tabulka č. 8. Je z ní na první pohled patrné, že spotřeba léků rok od roku roste a tím pádem i výdaje na ně, jsou čím dál tím vyšší a to i přes některá regulační opatření.

Tabulka č. 8: Vývoj výdajů na léky celkem a na léky hrazené ze zdravotního pojištění (v mld. Kč)

Rok	Spotřeba léků celkem	Výdaje na léky hrazené ze zdrav. pojištění	Podíl výdajů hrazených ze zdrav. pojištění v %
1997	30,1	20,0	66
1998	33,3	23,1	69
1999	36,4	23,1	69
2000	38,4	24,0	63
2001	44,2	26,7	60
2002	48,0	29,4	61
2003	52,2	32,3	62
2004	55,8	35,8	64

Zdroj: SÚKL, MZ, výpočet ÚZIS ČR

Vyhláška 101/2006 Sb. stanoví v případech, kdy výsledkem dohodovacího řízení není dohoda, nebo kde dohoda odporuje veřejnému zájmu, výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního včetně regulačních omezení a výši poskytované dle §1 písmene a) této vyhlášky a výši úhrad při poskytování neodkladné zdravotní péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních.

V následující tabulce č. 9 je uveden přehled mechanismů úhrad dle vyhlášky 101/2006 Sb. podle jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče a také regulační omezení s nimi související.

Tabulka č. 9: Mechanismy úhrad a regulační opatření [24]

1. Zdravotní zařízení ústavní péče (mimo viz 2)	
Způsob úhrad	paušální platba – viz příloha č. 5 výkonový systém – poskytnutá zdrav. péče u méně jak 100 pojištěnců, cena bodu stanovená pro 1. pololetí 2001 zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006
Regulační omezení	Úhrada náleží zdrav. zařízení poskytne-li alespoň 100 % (je-li nižší výše úhrady sníží se o stejné %, o jaké je nižší objem zdrav. péče vyjádřené počtem bodů podle seznamu výkonů) objemu zdrav. péče v 1. pol. 2006 ve srovnání s referenčním obdobím, vyjádřené počtem bodů podle seznamu výkonů - nezapočítávají se body za zdrav. péči, která již není v 1.pol. 2006 poskytována a vykázanou a uznanou v rámci nové kapacity, pokud byla pro 1. pol. 2006 smluvně dohodnuta. Pokud celková úhrada v 1. pol. 2006 převýší 100 % úhrady v referenčním období, zdravotní pojišťovna neuhradí částku odpovídající překročení úhrady v referenčním období nad 100 %. Celkový objem úhrady se navýší o částku odpovídající předepsaným a navíc poskytnutým léčivým přípravkům v referenčním období přepočtenou na unikátního ošetřeného pojištěnce vynásobenou počtem unikátních ošetřených pojištěnců s příslušnou diagnózou v hodnoceném období. V odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 převýšení 106 % a 809 je to 110 %. (toto se nepoužije u méně jak 100 pojištěnců)
2. Odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných a zdr. zařízení vykazující ošetrovací den č. 00005	
Způsob úhrad	paušální platba - měsíční úhradu ve výši 105 % z jedné šestiny úhrady náležející zdravot. zařízení v referenčním období (nebo do 50 pojištěnců výkonový systém) - viz příloha č. 6
Regulační omezení	Úhrada zdrav. zařízení náleží , poskytne-li alespoň 100 % (je-li nižší výše úhrady se sníží o stejné procento, o jaké je nižší objem zdravotní péče vyjádřené počtem bodů podle seznamu výkonů) objemu zdravotní péče v 1. pol. 2006 ve srovnání s referenčním obdobím, vyjádřeném 100 % počtu bodů za ošetrovací dny podle seznamu výkonů – nezapočítávají se body za zdravotní péči, která již není v 1. pol. 2006 poskytována body za zdravotní péči vykázanou a uznanou v rámci nové kapacity, pokud byla pro 1. pol. 2006 smluvně dohodnuta. Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdrav. zařízením v 1. pololetí 2006 převýší 100 % celkové úhrady v referenčním období zdrav. pojišťovna neuhradí částku odpovídající překročení úhrady nad 100 % . V odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 převýšení 106 % a 809 je to 110 %. (toto se nepoužije u méně jak 50 pojištěnců)
3. Hemodialyzační péče	
Způsob úhrad	výkonový systém s cenou bodu stejnou jako ve 2.pol.2005, limit 105 % celk. úhrady, ale s možností zohlednit možný nárůst pacientů, omezení úhrady se neuplatní, pokud zdravotnické zařízení poskytlo v referenčním nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům Celková úhrada, která bude činit nejvýše 105 % celkové úhrady v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 10. (toto se nepoužije u méně jak 50 pojištěnců)
Regulační omezení	Pokud průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pol. 2006 převýší průměrnou úhradu, neuhradí částku odpovídající: 20 % překročení úhrady v rozpětí 101 % až 105 % zdrav. pojišťovna v referenčním období 40 % překročení úhrady v rozpětí 105 % až 110 %, zdrav. pojišťovna v referenčním období Pokud průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pol. 2006 převýší

	110 % průměrné úhrady odpovídající překročení úhrady, zdrav. pojišťovna neuhradí částku v referenčním období. Pokud průměrný počet bodů v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 na jednoho pojištěnce neuhradí částku odpovídající překročení pojištěnce v 1. pol. 2006, převýší 106 % a v 809 to je 110% průměrného počtu bodů v referenčním období, zdrav. pojišťovna neuhradí částku odpovídající překročení. (toto vše neplatí pro méně než 50 pojištěnců)
4. Praktičtí lékaři pro dospělé a pro děti a dorost	
Způsob úhrad	a) kombinovanou kapitačně výkonovou platbou b) kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace, c) podle seznamu výkonů, viz příloha č. 7 Celková úhrada za výkony nezahrnuté do kapitační platby, kromě výkonů kterými se vykazují preventivní prohlídky a očkování, výkony za neregistrované pojištěnce, která bude činit nejvýše 105 % celkové úhrady za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 10. (toto vše neplatí pro méně než 50 pojištěnců)
Regulační omezení	Pokud průměrná úhrada na jednoho registr. pojištěnce, se zohledněním věkových skupin (viz příloha č.7) v 1.popř.2. čtvrtletí 2006 převýší průměrnou úhradu, neuhradí částku odpovídající: 20% překročení úhrady v rozpětí 101% až 105% zdrav.pojišťovna v referenč. období 40 % překročení úhrady v rozpětí 105 % až 110 %, zdrav. pojišťovna v referenčním období (u neregistrovaného pojištěnce překročení o 5 % celkové úhrady za registrované pojištěnce) Pokud průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pol. 2006 převýší 110 % průměrné úhrady odpovídající překročení úhrady, zdrav. pojišťovna neuhradí částku v referenčním období. Pokud průměrný počet bodů v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 na jednoho pojištěnce neuhradí částku odpovídající překročení pojištěnce v 1. pol. 2006, převýší 106 % a v 809 to je 110% průměrného počtu bodů v referenčním období, zdrav. pojišťovna neuhradí částku odpovídající překročení Pokud průměrná úhrada převýší o více než 10 % průměrnou úhradu v referenčním období a zároveň o více než 20 % konkrétní část zdravotní péče je zdravotní pojišťovna oprávněna neuhradit částku odpovídající jedné čtvrtině z uvedeného překročení. (toto vše neplatí pro méně než 50 pojištěnců)
5. Ambulantní specializovaná péče	
Způsob úhrad	výkonový systém – viz příloha č. 8
Regulační omezení	Pokud průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pol. 2006 převýší průměrnou úhradu, neuhradí částku odpovídající: 20 % překročení úhrady v rozpětí 101 % až 105 % zdrav. pojišťovna v referenčním období 40 % překročení úhrady v rozpětí 105 % až 110 %, zdrav. pojišťovna v referenčním období Pokud průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pol. 2006 převýší 110 % průměrné úhrady odpovídající překročení úhrady, zdrav. pojišťovna neuhradí částku v referenčním období. Pokud průměrný počet bodů v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 na jednoho pojištěnce neuhradí částku odpovídající překročení pojištěnce v 1. pol. 2006, převýší 106 % a v 809 to je 110% průměrného počtu bodů v referenčním období, zdrav. pojišťovna neuhradí částku odpovídající překročení. (toto vše neplatí pro méně než 50 pojištěnců)

6. Ambulantní zdravotnická zařízení v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823	
Způsob úhrad	a) paušální sazbou – viz příloha č. 9 b) podle seznamu výkonů - Cena bodu pro úhradu zdravotní péče uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.
Regulační omezení	úprava paušální sazby pokud zdravotnické zařízení vykáže a je mu zdravotní pojišťovnou uznán v hodnoceném čtvrtletí počet bodů: a) odpovídající rozpětí 98 až 105 % referenčního počtu bodů, výše paušální sazby se nemění b) nižší než 98 % referenčního počtu bodů, upraví se výše paušální sazby vynásobením koeficientem změny výkonnosti. Tento koeficient je dán podílem vykázaného a uznaného počtu bodů v hodnoceném čtvrtletí a referenčního počtu bodů. c) vyšší než je 105 % referenčního počtu bodů, výše paušální sazby se nemění.
7. Domácí zdravotní péče	
Způsob úhrad	výkonový systém podle typu provozu zdravotnického zařízení do limitu času nositele výkonu: a) 8 hodin na kal. den, je-li zdravotní péče poskytována 7 dní v týdnu, b) 8 hodin na prac. den, není-li zdravotní péče poskytována 7 dní v týdnu Cena bodu pro úhradu zdravotní péče uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006. Celková úhrada, která bude činit nejvýše 105 % celkové úhrady v referenčním období, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 10. (toto vše neplatí pro méně než 50 pojištěnců)
8. Záchraná služba a LSPP	
Způsob úhrad	výkonový systém - Cena bodu pro úhradu zdravotní péče uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006
9. Dopravní zdravotní služba	
Způsob úhrad	výkonový systém - Cena bodu pro úhradu zdravotní péče uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006 Celková úhrada, která bude činit nejvýše 105 % celkové úhrady v referenčním období, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 10. (toto vše neplatí pro méně než 50 pojištěnců)
10. Lékařská péče poskytovaná v rámci první pomoci	
Způsob úhrad	dle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony – cena bodu pro úhradu zdrav. péče sjednaná pro 2. pol. 2005 a uveřejněná ve Věstníku MZ zůstává v platnosti pro 1. pol. 2006
11. Neodkladná zdravotní péče v nesmluvních případech	
Způsob úhrad	není-li uzavřena smlouva mezi zdrav. zařízením a zdrav. pojišťovnou, je prováděna za poskytnuté zdrav. úkony takto: a) stomatologická ambulantní péče se hradí podle sazeb platných pro zdrav. péči poskytovanou zubními lékaři v 1. pol. 2006 b) ostatní zdrav. péče se hradí podle seznamu výkonů a zdrav. pojišťovna může na základě zákona uplatnit regulační omezení obdobně jako u smluvních zdrav. zařízení – cena bodu stanovená pro 1. pol. 2001 zůstává v platnosti pro 1. pol. 2006

3.5 Kontroly poskytovatelů zdravotní péče

Kontrola je základním právem i povinností zdravotních pojišťoven ve vztahu k jejich smluvním partnerům, a to bez rozlišování jejich právní formy. Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění.

Zákon mluví pouze o kontrole. *Kontrola* by měla přinutit všechny, kteří se podílejí na veřejném zdravotním pojištění, přijmout dohodnutá pravidla a stanovené modely chování, tedy má hlídat chování zúčastněných subjektů v určitém předpisy vymezeném prostoru. Vymezení (usměrnění) tohoto prostoru je možno označit jako *regulaci* a základní vymezení v předpisech vyžaduje další rozpracování činností, které mají jednoznačně regulační, ne kontrolní charakter. Ve veřejném zdravotním pojištění se ukázala potřeba vytvořit regulovanou soustavu a proto v rámci novel zákona se postupně objevují další regulační prvky.

V současnosti je nejznámější regulace pomocí statistických ukazatelů – např. celostátních průměrů. Jak regulace (vymezení stanoveného rozsahu), tak kontrola (prověření vymezeného rozsahu) ve veřejném zdravotním pojištění se musí zabývat jak ekonomickým, tak medicínským charakterem vyúčtování zdravotní péče. U ekonomického charakteru můžeme mluvit o správnosti, u medicínského charakteru o oprávněnosti (přiměřenosti ke zdravotnímu stavu pojištěnce a platným předpisy pro poskytování zdravotní péče). Kontrolní činnost přechází v revizní v okamžiku, kdy jde o posouzení problému z odborného medicínského hlediska (např. výše požadované úhrady za zdravotní péči) – viz následující schéma č. 2.

Schéma č. 2: Kontrola výdajové složky



Kontrolní činnost je prováděna prostřednictvím informačních dat a činností revizních lékařů. Další kontrolní činnost provádějí odborní pracovníci ve zdravotnictví způsobilí k revizní činnosti.

3.5.1 Revizní lékaři

Revizní lékař je zaměstnanec zdravotní pojišťovny, jehož úkolem je dbát na účelné využívání finančních prostředků, které jednotliví lékaři a jednotlivá zdravotnická zařízení dostávají od zdravotní pojišťovny na provádění lékařské péče. Tyto finanční prostředky nárokují lékaři a zdravotnická zařízení na základě prováděných lékařských úkonů.

Pracovními činnostmi jsou:

- ✓ zajišťování styku s jednotlivými zdravotnickými zařízeními ve svěřeném územním úseku a provádění kontroly vykazování jednotlivých lékařských úkonů lékaři

- ✓ posuzování zdravotního stavu pojištěných pacientů po určité pojistné události (např. po úrazu, při výkonu povolání apod.)
- ✓ ohodnocování případných trvalých následků i míru zavinění jiných subjektů.
- ✓ organizování a metodické řízení činnosti pobočkových revizních lékařů
- ✓ vypracovávání medicínských částí směrnic pro likvidaci pojistných událostí mimo rámec zdravotního pojištění (v běžných pojišťovnách)
- ✓ vypracovávání oceňovacích tabulek k pojistným podmínkám pro úrazové pojištění
- ✓ zpracovávání koncepčních materiálů, návrhů a doporučení týkajících se zdravotního pojištění v příslušné zdravotní pojišťovně.

Sumarizace revizních činností prováděných VZP je shrnuta v tabulce č. 10.

Tabulka č. 10: Souhrnný přehled o revizní činnosti VZP ČR v roce 2004

	I.Q	II.Q	III.Q	IV.Q	Celkem
Počet uzavřených revizí a kontrol celkem	7 680	8 869	6 110	7 155	29 814
Schvalování léků, PZT a výkonů	73 815	72 628	67 215	71 771	285 429
Povolování výjimek	8 606	7 205	6 166	6 071	28 048
Potvrzování lázeňské péče	28 623	36 111	21 570	10 952	97 256
Potvrzování ozdravné péče	2 881	1 699	386	627	5 593
Potvrzování péče v dětských léčebnách	1 486	1 174	384	496	3 540
Počet provedených posouzení	53 159	55 263	38 577	51 525	198 534
Celkem	176 250	182 940	140 408	148 607	648 214

Zdroj: Zpravodaj VZP ČR 5/2005

Z revizí smluvních zdravotnických zařízení provedených v roce 2004 pracovníky Ústředí a územními pracovišti a krajskými pobočkami VZP vyplývají tyto nedostatky:²

- lékaři předepisovali léčivé přípravky na recept a léčivo pak aplikovali za hospitalizace, přestože úhrada léčivých přípravků během hospitalizace je zajištěna platbou lékového paušálu a léčivé přípravky hrazené na recept jsou určeny jen k ambulantnímu použití,
- u hospitalizovaných pacientů byly vykazovány zdravotní výkony agregované do výkonů ošetrovacího dne,
- vykázané kategorie pacientů neodpovídaly záznamům ve zdravotnické dokumentaci,

² Zpravodaj VZP ČR 5/2005, str. 14

- lékaři vykazovali zdravotní výkony, jejichž obsah dle zápisu v dokumentaci nebyl naplněn, ve zdravotnické dokumentaci pojištěnců, mnohdy obtížně čitelné, byly nedostatečné záznamy o poskytnuté zdravotní péči, nebo tyto záznamy úplně chyběly,
- často chyběla ošetrovatelská dokumentace nebo záznamy ošetrovatelského personálu ve zdravotnické dokumentaci pacientů, významné nedostatky byly zjištěny i ve vedení dokumentace fyzioterapeutů,...

3.6 Informační vazby

Tok informací o spotřebě a potřebě zdravotní péče je také jedním ze vztahů mezi zdravotními pojišťovateli a poskytovateli zdravotní péče. Efektivnější využívání finančních prostředků na pokrytí spotřeby a potřeby zdravotní péče, může být dosaženo právě díky vykazované poskytnuté péči poskytovateli zdravotním pojišťovnám. Tímto totiž získají zdravotní pojišťovny přehled o struktuře nemocí pacientů, délce nemocí, spotřebě a nákladech na léky.

Vzájemně nedostatečné předávání informací o stavu systému mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče působí problémy instituci dohodovacího řízení, která řeší tento vztah.

Správu a rozvoj informačního systému ukládá zdravotním pojišťovnám zákony č. 551/1991 Sb. a č. 280/1992 Sb. Jak VZP tak zaměstnanecké pojišťovny jsou povinny ze svého informačního systému podávat informace o zdravotní péči poskytnuté jejím pojištěncům, požádá-li o to praktický lékař. Tyto informace musí poskytnout bezplatně.

Hlavní úkoly informačního systému jsou především zajištění následujících činností:

- příjem, kontrola, ocenění a úhrada poskytované zdravotní,
- výběr a kontrola pojistného,
- vedení Centrálního registru pojištěnců,
- správa Informačního centra zdravotního pojištění.

Ke kontrole čerpání finančních prostředků zdravotního pojištění jednotlivými zdravotnickými zařízeními bylo vytvořeno Informační centrum, které je upraveno zákonem č. 48/1997 Sb. Toto centrum spravuje VZP a vede přehled:

- a) zdravotnických zařízení, která mají uzavřeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami,
- b) zdravotnických pracovníků poskytujících zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění v jednotlivých zdravotnických zařízeních, oprávněných vykazovat zdravotní pojišťovně provedené zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Zdravotní pojišťovny jsou povinny sdělit VZP za uplynulé kalendářní čtvrtletí, a to nejpozději do 60 dnů, součet časů zdravotních výkonů uvedených v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, které byly

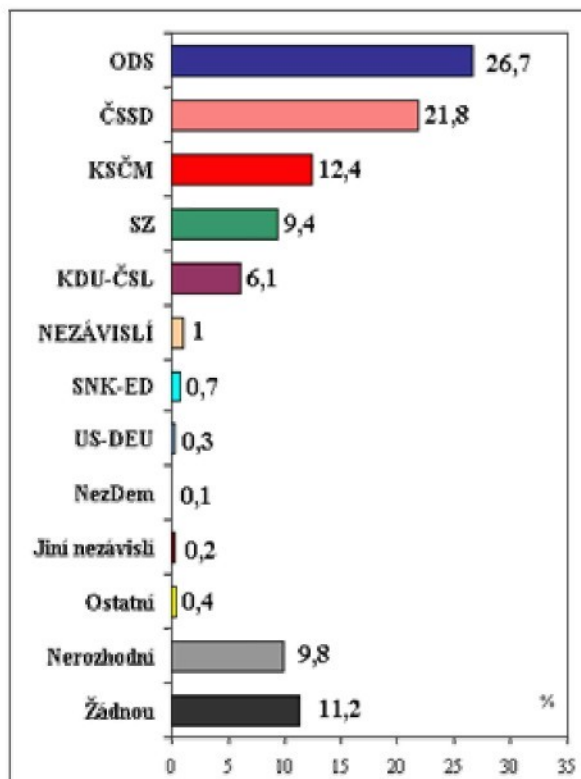
- a) jednotlivými zdravotnickými zařízeními v kalendářním čtvrtletí vykázány a zdravotní pojišťovna je uhradila,
- b) jednotlivými zdravotnickými zařízeními vykázány a uhrazeny, avšak jejich úhrada byla po kontrole provedené v kalendářním čtvrtletí zamítnuta.

4 VÝVOJOVÉ TRENDY ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ A ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

4.1 Koncepce zdravotního systému dle hlavních parlamentních stran

Sektor zdravotnictví se rok od roku více zadluhuje - ostatně jako většina oblastí státní sféry. Politici se už dávno jednomyslně shodli na nutnosti co nejrychlejší reformy. Ovšem - žádný ministr zdravotnictví nevydržel na svém místě zatím dost dlouho na to, aby hloubkovou reformu stihl předložit. Je jasné, že koncepce zdravotního systému je a bude jedním z hlavních témat předvolebních kampaní i povolební nutností. Po volbách se ukáže, zda-li můžeme očekávat zásadní reformu českého zdravotnictví.

Ve dnech 1. 3.– 8. 3. 2006 provedl STEM výzkum na velmi rozsáhlém souboru 1699 občanů reprezentujících obyvatelstvo ČR starší 18 let. Výsledky tohoto výzkumu jsou znázorněny v grafu č. 6. Nejvážnějšími kandidáty na vítězství v červnových volbách do poslanecké sněmovny jsou ODS a ČSSD. Následují je KSČM, Strana zelených a KDU-ČSL. V následujících odstavcích jsou nastíněny jednotlivé reformy zdravotnictví dle nejsilnějších 3 stran podle výzkumu STEM v grafu č. 6.



**Graf č. 6: Volební preference-
volby do poslanecké sněmovny 2006**

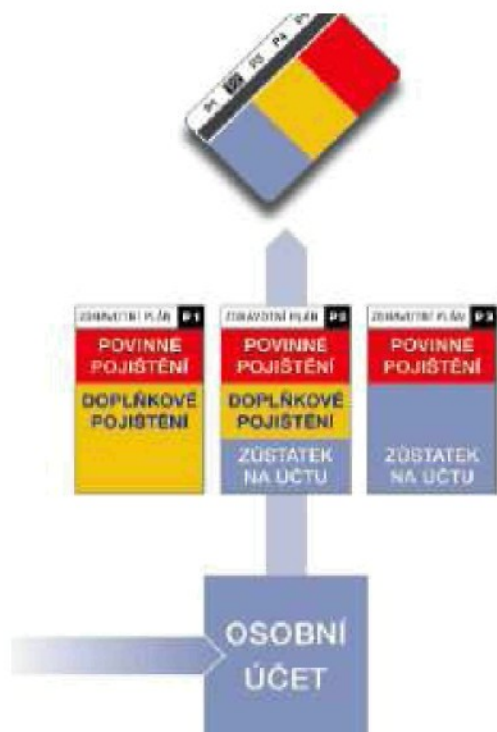
Zdroj: <http://volby.finexpert.cz/>

4.1.1 ODS: Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století

ODS navrhuje vytvořit průhledné prostředí, ve kterém bude probíhat soutěž mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami, a to v nabídce kvality, ale především ceny svých služeb. Občan by do tohoto systému měl vstoupit jako skutečný klient. Jedná se tedy o vytvoření rovnoprávného a vyváženého vztahu zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení a občanů:

- ✓ pacient se stane zákazníkem zdrav. zařízení i zdrav. pojišťovny, vybírá si zdravotní plán
- ✓ zdravotní pojišťovny jsou kontrolovány a regulovány nezávislým regulátorem a ČNB
- ✓ zákon o zdravotnickém zařízení, svobodném povolání lékaře a rozvoji zdravotnictví garantuje rovné podmínky, růst příjmů a rozvoj podnikání pro zdravotníky

Schéma č. 3: Trh zdravotních plánů dle ODS



Úloha státu je taková, že vytvoří jasná pravidla a bude dohlížet na jejich dodržování. ODS navrhuje vytvoření standardního finančního dozoru nad zdravotními pojišťovnami.

Nadměrnému čerpání ze stran pacientů má zabránit zavedení regulačních poplatků ve výši, která nepředstavuje bariéru v přístupu ke zdravotní péči v potřebných případech a byl by zaveden celkový roční limit a spoluúčast u předepsaných léků a prostředků zdravotní techniky.

ODS chce zachovat současný objem veřejných financí plynoucích do zdravotnictví. Nadále budou povinné odvody (% z příjmů), ale zavede se povinný a i dobrovolný soukromý příspěvek na osobní zdravotní účet, který bude mít každý účastník. Osobní zdrav. účet dovolí, aby každý měl své pojištění pod svou kontrolou. Měl by také motivovat k úspornějšímu čerpání zdravotní péče. [27,28,29]

4.1.2 ČSSD: Národní program zdraví občanů

Pro ČSSD je zdravotní péče veřejnou službou pro občany a nikoli předmětem volného trhu a zisku. Považují roli státu při kontrole za nevyhnutelnou. Základním pilířem zdravotnictví je systém solidárního zdravotního pojištění, souběžně se zavedením systému komerčního dobrovolného připojištění s daňovým zvýhodněním. ČSSD staví především na vysoké informovanosti občanů o zdraví a nemoci a na vzdělávacích a preventivních programech.

Všechna zařízení by měla tvořit vzájemně provázaný jednotný systém tak, aby mohl místně, časově a ekonomicky zajistit kvalitní, dostupnou a hospodárnou zdravotní péči všem občanům ČR. Důraz je kladen na rozvoj primární péče, další snížení počtu akutních nemocničních lůžek a zvýšení počtu lůžek následné péče.

Financování zdravotnictví by mělo být z více zdrojů veřejných prostředků, především ze všeobecného veřejného zdrav. pojištění a příspěvků z rozpočtů měst a obcí, krajů a státu. Povinnou spoluúčasť pacientů odmítá. Usiluje o vytvoření fondu pro financování zvláštních a závažných lékařských operací a k podpoře výzkumu.[28,29,30]

4.1.3 KSČM: Potřebná zdravotní péče pro všechny

KSČM říká, že je sic nutné systémově řešit problematiku současného zdravotnictví, ale není třeba celkové reformy, protože dle této strany je celková úroveň zdravotnictví velmi slušná. KSČM zdůrazňuje, že zdravotnictví není možné zahrnout do tržních principů. Zavedení tržního principu podle KSČM může výrazným způsobem ohrozit zdraví i život našich spoluobčanů.

Větší počet pojišťoven, než jedna, nepřispívá k lepší zdravotní péči. Mezi pojišťovnami podle názoru KSČM neexistuje klasický princip tržní soutěže a finanční prostředky na zajištění zdravotní péče jsou jimi stoprocentně přerozdělovány. Potom větší počet pojišťoven nemá praktický smysl. Zdravotní fond, který by měl vzniknout, by jako jediný subjekt, měl schopnost regulovat počet

jednotlivých zdravotnických zařízení. Stanovil by potřebný počet ordinací v příslušném oboru, v daném regionu.

KSČM usiluje o minimalizaci snah o prosazování a legalizaci spoluúčasti pacienta. Připouští ji však např. v nemocnicích jako poplatky za praní, úklid, energie, nikoliv za stravu. Prosazuje zároveň zvýšení pravomoci státu v řízení a kontrole zdravotnictví. KSČM se snaží nepřipouštět časté změny cen léků a vytvoření racionální lékové politiky.[29,31]

4.1.4 Shrnutí navrhovaných reforem

Jak je čitelné z jednotlivých návrhů jednotlivých stran na reformu zdravotnictví, jsou v ČR nutné systémové změny zdravotnictví. Strany se liší ve svých názor i rozsahu změn. V předchozích kapitolách jsou v podstatě seřazeny od nejrozsáhlejší reformy ODS, přes mírnější variantu ČSSD až po KSČM, která si myslí, že současná úroveň zdravotnictví je, dá se říct, slušná. Následující tabulka č. 11 udává stručné charakteristiky změn

Tabulka č.11 : Souhrn poznatků

	ODS	ČSSD	KSČM
Přístup	volný trh	garance státu	garance státu
Role státu	vytvoření jasných pravidel a dohled nad jejich dodržování	garance rovnosti přístupu ke zdravotní péči, kontrola celého systému	vytvoření pravidel pro zajištění dostupnosti a kvality péče stejné pro všechny, zvýšit pravomoci státu v kontrole
Zdravotní pojišťovny	provádění samotného pojištění, nákup zdr. služby, forma a. s., výběr a správa nem. pojištění	příprava legislativních kroků pro transparentní a otevřené hospodaření ZP	vznik jen 1 ZP, popř. státního zdravotního fondu – manažerem by byl stát
Zdrav. zařízení	revitalizace zadlužených nemocnic, vznik univerzitních nemocnic, program pro ekonomickou stabilizaci	základ tvoří nestátní zdravotnická zařízení soukromých lékařů, rozvoj primární péče	státní neziskové zařízení v každém okrese, zabránění změnám právní formy na obchodní společnosti
Pacienti	centrem pozornosti jako klient, zapojení občan do rozhodování o spotřebě zdrav. služeb a míře zdravotního pojištění	zvýšení informovanosti o zdraví a nemoci, vzdělávací a preventivní programy	prosazování prevence a propagace zdravého životního stylu
Spoluúčast	ANO – zastropena částkou 3000 Kč ročně	NE	NE – jen luxusní podmínky hospitalizace nebo ošetření poskytovat za úhradu, s níž je pacient srozuměn
Dobrovolné připojištění	Ano – jeho podpora z veřejných zdrojů	ANO – daňová zvýhodnění	NE

Dá se říci, že strany se shodují v postavení občana do centra zájmu a zvýšení jeho zájmu o úsporu nadměrného a neúsporného čerpání zdravotní péče. Snaží se zvýšit jeho informovanost a zavést preventivní programy péče o zdraví.

Odlišnosti panují zejména v postavení státu, struktury financování či zavedení osobních účtů. Z výše uvedené tabulky č. 11 by se dalo říci, že ČSSD a KSČM se v názorech na změny ve zdravotním systému neliší. Největším rozdílem je zavedení jen jedné zdravotní pojišťovny u KSČM, což žádná jiná strana nenavrhuje. Také osobní účty nejsou v jiné než straně ODS podporovány.

Dle mého názoru je nutné zejména vytvoření jasných pravidel pro fungování celého systému a zaměřit se především na úpravu vztahů právě mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče. Zpřísnění kontroly by také mohlo napomoci k lepšímu dodržování stanovených pravidel. Za špatné také nepovažuji zavedení regulované spoluúčasti pacientů. Tím by se mohla odstranit nadměrná a nevhodná spotřeba zdravotní péče a každý by se snažil své zdraví lépe chránit. Vytvoření konkurenčního prostředí by mohlo napomoci zlepšení jednak nabízených služeb a zdravotních pojišťoven svým klientům a také zvýšit úroveň poskytované zdravotní péče ze stran poskytovatelů.

4.2 Nevýhody současného stavu a možná východiska z nepříznivé situace

Podstatou problémů ve zdravotnictví je fakt, že je důležité vyřešit, optimalizovat a změnit nastavení vztahů základní triády – poskytovatel zdravotní péče, pacient a zdravotní pojišťovny, což je podmínkou jakékoliv reformy existujícího systému zdravotnictví. Pojištěnci chtějí co nejlepší péči, poskytovatelé usilují o zisk a pojišťovny fungují jako redistributor vybraného pojistného. Základním prvkem by měl být klient, tedy ani ne tak pacient, ale obecně pojištěnec. České zdravotnictví není zatím dotčeno trhem, neorientuje se na zákazníka - pacienta nýbrž na druhou stranu - poskytovatele - lékaře a své problémy.

Kromě jmenovaných se na tvorbě prostředí podílejí další subjekty, kde například výrobce léčiv nelze považovat za bezvýznamnou lobbyistickou skupinu.

Zdravotnictví, by se mohlo zdát, je prostředkem politických ambicí a slibů. Závažný vliv na zdravotnictví má politický (volební) cyklus. O složitosti a zejména o silném tlaku lékařské lobby svědčí mimo jiné i frekvence výměny ministrů - co rok to ministr.

V následujících odrážkách uvádím nevýhody a problémy českého zdravotnictví, které jsem během psaní této práce měla možnost upozorovat.

Shrnuté problémy a nevýhody:

- ✓ hustá síť veřejných nemocnic a lékařů, množství hrazených léčiv a nadměrná spotřebu zdravotnických služeb
- ✓ velké množství lékařů a jejich nedostatečná spolupráce vede k vyhotovování nadbytečných testů v nemocničních laboratořích, opakovaným vyšetřením a k vysoké míře návštěv pacientů u specialistů
- ✓ vysoký standard poskytované zdravotní péče, který spolu s nízkou finanční spoluúčastí pacientů nezajišťuje dostatek finančních prostředků na financování zdravotnictví
- ✓ minimální možnost hodnocení kvality jednotlivých zdravotnických zařízení
- ✓ problematické řízení smluvní sítě
- ✓ občan má velmi slabé postavení v systému
- ✓ špatná cenová regulace léčiv
- ✓ z veřejného zdravotního pojištění hrazeno i to, co nereflektuje medicínské principy

Možná východiska pro zlepšení situace:

- ✓ zajištění rovnováhy mezi příjmy a výdaji zdravotního pojištění – souvisí to i s pozdě schvalovanými pojistnými plány pojišťoven, neboť ty vycházejí z objemu přerozděleného pojistného
- ✓ propojení nemocenského, úrazového a zdravotního pojištění

- ✓ zavedení spoluúčasti pacienta – vedlo by to i k motivaci starat se lépe o své zdraví
- ✓ zaměření se na preventivní programy a popřípadě s rizikovým chováním pacienta omezit u něj solidaritu
- ✓ definování toho, co patří přesně do garantované péče
- ✓ konkurence mezi zdravotními pojišťovnami jako nástroj zvyšování efektivity zdravotnického systému
- ✓ investice do automatizovaných systémů zdravotnických dat, které zlepši organizaci a poskytování zdravotní péče

Přes množství informací a dostupnosti zkušeností není dosažení vyšší efektivity zdravotnických systémů ve vztahu ke stanoveným cílům, jednoduchým úkolem. Zdravotnictví je oblast ekonomické činnosti, která je charakterizována významnými zásahy ze strany státu, které sledují určitý zájem. Některé z nich vedly k selhání regulace a deformacím a existují ale také příklady závažného selhání trhu ve zdravotnictví, pokud je regulace ze strany státu minimální. Ve zdravotnictví stejně jako v dalších oblastech tvorby politiky, vždy existují skupiny akér, kteří profitují ze statusu quo a brání se změnám, které jsou v rozporu s jejich vlastními zájmy. Způsoby nalézání shody ohledně veřejných a soukromých cílů ve zdravotnictví v současné době prochází změnami. Přesto je nejvýznamnější výzvou pro politiku reflektovat vzájemnou provázanost různých dimenzí efektivity a nacházet vyváženost. Jelikož politici mají různá hodnotová hlediska, liší se také jejich cíle a neexistuje přístup v rámci tvorby zdravotní politiky, který by byl možno označit za nejsprávnější.

4.3 Systém DRG v ČR

V současných dnech začíná být zaváděn v naší republice do praxe nový způsob úhrady nemocniční péče - "platba za diagnostickou skupinu" na základě systému DRG. DRG je jako klasifikační a platební systém používaný v řadě evropských zemí, včetně Rakouska a Německa. Je dobře použitelný zejména k popsání skutečné produkce nemocnice jak pro účely jejího řízení, tak financování.

System DRG začal vznikat v USA na univerzitě v Yale v šedesátých letech, v sedmdesátých letech byl zkoušen a v osmdesátých letech byl použit k úhradě nemocniční péče pro program Medicare. Původní DRG systém byl postupně doplňován (rozšiřován) o další skupiny nemocných (např. novorozenců) a další skupiny chorob (AIDS, klasifikace polytraumat...). Od roku 1983 (kdy byl poprvé uveden do praxe) je tento systém v USA pravidelně aktualizován, je užíván k úhradě zdravotní péče i mimo Medicare. Zdravotní informační systém firmy 3M smluvně prováděl a provádí pro státní instituce v USA oficiálně všechny softwarové operace.

DRG systém je používán v četných modifikacích k různým účelům v mnoha zemích světa. V evropských zemích je tento systém používán zejména jako nástroj k analýze, porovnávání a tvorbě rozpočtu. Rozdílnosti užití DRG jsou kromě jiného ovlivněny zákony, místními zvyklostmi a organizací zdravotnictví té které země.

Výstupy z vlastního zpracování DRG a následných propočtů mohou být využity k účelům statistickým, srovnávacím, plánovacím, rozpočtovým či platebním, k reprofilizaci nemocnic i ke sledování kvality poskytované zdravotní péče. Informace jsou využitelné na všech úrovních - od managementu nemocnic přes instituce s celostátní působností až k porovnávání údajů v mezinárodním měřítku. Jejich pomocí je tedy možno ovlivňovat mikro i makrostrukturu celé zdravotní péče.

Přímá platba popřípadě podklad pro tvorbu rozpočtu je tedy jen jednou z mnoha možností užití. DRG nepřinese do našeho zdravotnictví nové peníze, ale pomůže nasměrovat jejich tok tam, kde by měly skutečně být na základě zhodnocení komplexnosti léčby nemocného a tím i jeho ekonomické náročnosti. V našich současných podmínkách je tedy třeba zdůraznit právě „spravedlivější přerozdělení nákladů“ jako jeden z hlavních efektů, který si od zavedení DRG do praxe v krátkém čase slibujeme.[32]

Data o hospitalizaci nemocného

Všechny potřebné údaje vztahující se k hospitalizaci konkrétního nemocného jsou zakódovány do "matematické věty" a zadány ke zpracování do GROUPERU. Grouper je počítačový program, který podle určitého rozhodovacího "stromu" (algoritmu) s přesnou

specifickou hierarchií kritérií a určených "výhybek na rozcestích" zařadí každou konkrétní hospitalizaci do jedné z několika set skupin DRG. V "matematické větě" jsou obsaženy: věk, pohlaví, délka hospitalizace, základní diagnóza, vedlejší diagnózy, klíčové kódy zdravotních výkonů, stav při propuštění, porodní váha. Výstupem z GROUPERu je tedy zařazení údajů o jednotlivých nemocných do několika set DRG skupin, které jsou rozčleněny do 25 hlavních diagnostických tříd (MDC).

DRG skupiny

Při vytváření DRG skupin byla snaha dodržovat následující zásady.

1. Charakteristiky nemocných v DRG skupině jsou limitovány informacemi, které jsou běžně získávány z nemocničních informačních systémů.
2. Počet DRG skupin by měl být "zvládnutelný" - zpracovatelný.
3. Každá DRG skupina by měla obsahovat nemocné, kteří vyžadují stejnou míru intenzity nákladů.
4. Každá DRG skupina by měla obsahovat nemocné, kteří mají stejnou klinickou perspektivu.

Hlavní diagnostické třídy

Jednotlivé skupiny DRG jsou sdruženy do hlavních diagnostických tříd (MDCs - major diagnostic categories), kterých je v současnosti 25. Ne všechny DRG skupiny jsou zařazeny do MDC. Několik DRG skupin bylo vyčleněno a jsou zařazovány zvláštním způsobem. Diagnózy v každé MDC by měly odpovídat jednomu orgánovému systému nebo orgánové etiologii a jsou (obecně) sdruženy s určitou lékařskou - odbornou specializací.

Úhrada nemocného podle DRG

Nemocnici je uhrazeno léčení nemocného podle zařazení do DRG skupiny najednou za celý pobyt nemocnici tj. bez ohledu na kterém oddělení (popř. kterých odděleních) nemocný ležel či jaké další služby nemocnice využil. Ekonomové znají více způsobů, jak může vedení nemocnice peníze za léčbu nemocného rozdělit na jednotlivá nákladová střediska.

ZÁVĚR

Život společnosti s sebou nese neustálé změny jednotlivých jejích složek a vztahů mezi nimi. Z tohoto permanentního vývoje vyplývá nutnost přizpůsobovat se těmto měnícím se podmínkám, čemuž se nevymykají ani systémy zdravotnictví. Každý systém je odrazem kulturně historickým, ekonomickým a politickým.

Vývoj systému zdravotní péče a zdravotního pojištění v České republice byl popsán v části první a druhé. Z těchto částí vyplývá fakt, že některé stávající problémy systému mají jistě původ již v roce 1991, kdy bylo nutné rychle přejít ze starého systému na nový. Ale ani v dnešní době není přes množství informací a dostupnosti zkušeností dosažení efektivnosti zdravotnických systémů jednoduchým úkolem a mnoho zemí řeší problém financování zdravotní péče. Neexistuje bohužel jeden jednoduchý návod jak řešit krize systémů. Rostoucí tlak na výdaje na zdravotnictví je neúprosný a reflektuje nejen pokračující rozvoj v rámci poskytování zdravotnických služeb, ale také rostoucí nároky stárnoucích populací a současný pokles podílu aktivní populace.

Cílem mé práce bylo provedení analýzy vztahů mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. Z třetí části, kde je tento problém analyzován, vyplývá, že tyto vzájemné vztahy ovlivnily a ovlivňují celkovou podobu a stabilitu systému zdravotnictví. Hlavně v poslední době se můžeme setkat každý den téměř v každých novinách s problematikou věnovanou právě těmto vztahům a řešení financování zdravotního systému. Jedná se především o úpravu úhradových mechanismů, lékovou politiku, smluvní podobu vztahů mezi zdravotními pojišťovnami, poskytovateli zdravotní péče, ale i další, neboť téma zdravotnictví je velmi populární při předvolebním boji. Komplikovanost těchto vztahů napomáhá k nestabilnímu prostředí systému zdravotní péče v ČR.

Nutnost reformy zdravotního systému vyplývá z nastíněných problémů v části čtvrté. Nevýhody současného systému ukazují směr, kterým by se měla zaměřit reforma. Především se jedná o celkové organizační uspořádání a pozice jednotlivých aktérů, zejména pak pacientů nebo-li klientů.

Zdravotní pojišťovny a i poskytovatelé zdravotní péče často nerespektují rámec daný právními předpisy a pojistné plány pojišťoven a proto je nutné vpravit do systému a zlepšit kontrolní mechanismy těchto dvou hlavních aktérů. Bude na nové vládě jak zvládne neodkladnou reformu systému zdravotnictví a jakým směrem se vydá ČR v systému financování zdravotní péče.

SEZNAM LITERATURY

1. ŠIMEK, J. , aj. *Etické aspekty transformací zdravotních systémů v rozvinutých státech světa*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0507-4
2. VEPŘEK, J., VEPŘEK, P. a JANDA, J. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Grada, Praha: 2002. ISBN 80-247-0347-5
3. *Institut zdravotní politiky a ekonomiky* [online].[20.2.2006]. Dostupné z: <http://www.izpe.cz/files/vysledky/39.pdf>
4. *Institut zdravotní politiky a ekonomiky* [online].[5.1.2006]. Dostupné z: <http://www.izpe.cz/files/vysledky/120.pdf>
5. NIKLÍČEK, L. *Přehled dějin českého lékařství a zdravotnictví I. díl*. 1. vyd. IDV SZP Brno, 1989. ISBN 80-7013-032-6
6. *Zdravotní politika a ekonomika*. Ročník 1, číslo 2, květen 2001, Kostelec nad Černými lesy: IZPE. ISSN 1213-8096
7. *Zdraví a zdravotnictví* [online].[5.1.2006]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=5075>
8. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, podle stavu k 1. 8. 2005
9. DANĚK, A. a GLET, J. *Zdravotní pojištění v roce 2005*. BMSS-Start, s.r.o., 2005. ISSN 1214-0805
10. *Ministerstvo zahraničních věcí* [online].[20.12.2005]. Dostupné z: <http://www.mzv.cz/washington/cons/zdravpoj.htm>
11. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění v úplném znění, podle stavu k 1. 8. 2005
12. Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách v úplném znění, podle stavu k 1. 8. 2005
13. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, podle stavu k 1. 8. 2005
14. *Český statistický úřad* [online].[5.3.2006]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/o/10n1-05-2005-zdravotnictvi_metodika

15. *Dialog s občany o zdravotnictví* [online]. [5.3.2006]. Dostupné z: <http://boskova.bloguje.cz>
16. *Zdraví a zdravotnictví* [online]. [5.1.2006]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz>
17. *Svaz zdravotních pojišťoven* [online]. [10.3.2006]. Dostupné z: <http://www.szpcr.cz/>
18. *Centrum mezistátních úhrad* [online]. [13.3.2006]. Dostupné z: <http://www.cmu.cz/>
19. *Národní referenční centrum* [online]. [13.3.2006]. Dostupné z: <http://www.nrc.cz/>
20. *Portál zdravotních pojišťoven* [online]. [13.3.2006]. Dostupné z: <http://www.portalzp.cz/>
21. *Posouzení rámcové smlouvy* [online]. [14.3.2006]. Dostupné z: <http://www.riebel.cz/lkcr/aa.asp?id=845>
22. *Svaz zdravotních pojišťoven* [online]. [10.3.2006]. Dostupné z: <http://www.szpcr.cz/> - Dohadovací řízení o rámcových smlouvách - Jednací řád a Rámcové smlouvy
23. *Svaz zdravotních pojišťoven 2005, Návrh systémových změn veřejného zdravotního pojištění v ČR*, Brno, 2005
24. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. [14.3.2006]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/index.php?clanek=2015>
25. Vyhláška číslo 493/2005 Sb. ze dne 9. prosince 2005, kterou se novelizuje vyhláška číslo 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.
26. *Institut zdravotní politiky a ekonomiky* [online]. [20.2.2006]. Dostupné z: <http://www.izpe.cz/vysledky.php> - Výsledky za rok 2001
27. *Reforma zdravotnictví pro ČR v Evropě 21. století – Modrá šance ODS* [online]. [9.4.2006]. Dostupné z: <http://www.ods.cz/knihovna/publikace.php>
28. *Medical Tribune*. Č. 6. Ročník II. Praha: Medical Tribune CZ, 2006. ISSN 1214-8911.
29. *Zdravotnické noviny*. Č.1.-2. Praha: Strategie, 2006. ISSN 0044-1996.
30. *Dlouhodobý program ČSSD – Rozvoj moderního systému zdravotní péče* [online]. [9.4.2006]. Dostupné z: <http://www.cssd.cz/index.asp>

31. *Politika ve zdravotnictví KSČM - Potřebná zdravotní péče pro všechny* [online]. [9.4.2006]. Dostupné z: <http://www.kscm.cz/article.asp?thema=3234&item=28254&category>
32. DRG [online]. [13.4.2006]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=219>
33. *Systém zdravotního pojištění před vstupem a po vstupu ČR do EU*. Ministerstvo zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7071-190-6
34. *"Best Practice": State of the art and perspectives in the EU for improving the effectiveness and efficiency of European health system*. Luxembourg: Office for official publications of the European communities, 1999. ISBN 92-828-7934-8.
35. ŠKODA C. A KOLEKTIV. *Kvantifikace důsledků transformace zdravotnictví na poskytování psychiatrické péče v ČR*. 1. vyd. Psychiatrické centrum Praha, 1998. ISBN 80-85121-30-1.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1: Zdravotní pojišťovny působící v ČR (1 str.)
- Příloha č. 2: Zdravotnická zařízení celkem v ČR (1 str.)
- Příloha č. 3: Rámcová smlouva (7 str.)
- Příloha č. 4: Smlouva VZP o poskytování a úhradě zdravotní péče (9 str.)
- Příloha č. 5: Postup výpočtu paušální sazby pro zařízení ústavní péče (1 str.)
- Příloha č. 6: Výpočet paušální sazby pro léčebny a LDN (1 str.)
- Příloha č. 7: Výpočet kapitačně výkonové platby pro praktické lékaře (1 str.)
- Příloha č. 8: Výpočet pro ambulantní specializovanou péči (1 str.)
- Příloha č. 9: Postup stanovení paušální sazby pro odbornosti 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů (1 str.)
- Příloha č. 10: Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců (1 str.)

Příloha č. 1: Zdravotní pojišťovny ČRZdroj: www.mesec.cz

Zdravotní pojišťovny působící v České republice:			
Pojišťovna	Kód	Působnost	Hlavní výhody a nevýhody
Všeobecná zdravotní pojišťovna	111	celá ČR	- nejhustší síť smluvních lékařských zařízení - omezená nabídka výhod
Vojenská zdravotní pojišťovna	201	celá ČR	- standardní nabídka výhod - většina příspěvků podmíněna délkou pojistného vztahu, popř. pojištěním dítěte i rodičů u VoZP
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	207	celá ČR	- nejširší nabídka výhod na trhu - nenabízí příspěvek na ozdravné pobyty dětí - v roce 2004 provedena mírná redukce výhod
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	211	celá ČR	- dobrá nabídka výhod, rodinné balíčky - většina příspěvků podmíněna délkou pojistného vztahu - momentálně neposkytuje příspěvek na antikoncepci
Česká národní zdravotní pojišťovna	222	celá ČR	- menší celoplošná nabídka výhod, široká nabídka regionálních programů
Zdravotní pojišťovna METAL - ALIANCE	217	celá ČR	- systém balíčků s maximální celkovou výší ročního příspěvku může být méně výhodný
Revírní bratrská pokladna	213	regionální - Morava a Slezsko	- menší počet preventivních programů - regionální působnost
Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	205	regionální - Morava a Slezsko	- menší počet preventivních programů - regionální působnost
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	209	regionální - střední a východní Čechy	- velmi dobrá nabídka výhod - nejmenší zdravotní pojišťovna na trhu s omezenou územní působností

Příloha č. 10: Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců

Koeficient změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců se vypočte následujícím způsobem:

$$K_{pv} = (P / VD) - 0,05$$

kde:

P součet údajů uvedených v řádcích B.II.1 a B.II.2 výkazu Základní fond zdravotního pojištění podle vyhlášky č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, k 30.6.2006, po odečtení návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu podle § 12 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů

VD údaj uvedený v řádku A.III.1 výkazu Základní fond zdravotního pojištění podle vyhlášky č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, k 30.6.2006

Koeficient K_{pv} bude uplatněn pouze pokud pro příslušnou zdravotní pojišťovnu bude v hodnoceném období platit, že poměr P/VD je větší než 1,05.

Příloha č. 2 - Zdravotnická zařízení celkem (stav k 31. 12.)

Zdroj: www.uzis.cz

Ukazatel	2000	2001	2002	2003	2004
Zdravotnická zařízení celkem					
lůžka (místa)	119 353	119 481	119 865	121 651	120 936
lékaři	38 330,0	39 127,2	39 783,9	40 036,6	40 371,1
v tom:					
Nemocnice (lůžková a ambulantní část)					
zařízení	211	202	201	201	197
lůžka	67 457	66 818	66 668	66 492	65 488
místa	621	626	616	654	638
lékaři	15 438,3	15 728,0	16 095,6	16 393,5	16 338,0
Odborné léčebné ústavy, celkem					
zařízení	223	231	237	246	249
lůžka (místa)	44 846	45 686	46 324	48 093	48 342
lékaři	1 308,6	1 348,6	1 381,3	1 429,5	1 441,9
v tom:					
Léčebny pro dlouhodobě nemocné					
zařízení	75	77	80	76	73
lůžka	6 713	7 202	7 438	7 285	7 276
lékaři	228,8	251,5	265,2	267,2	281,5
Léčebny TBC a respiračních nemocí					
zařízení	11	11	11	9	9
lůžka	1 300	1 192	1 192	1 080	1 060
lékaři	68,5	64,2	70,7	56,8	52,5
Psychiatrické léčebny					
zařízení	21	21	21	21	21
lůžka	10 075	10 139	10 045	9 977	9 951
lékaři	455,4	461,7	464,8	487,1	495,0
Rehabilitační ústavy					
zařízení	5	5	5	5	6
lůžka	880	880	886	886	989
lékaři	33,8	32,9	31,2	37,0	41,8
Lázeňské léčebny					
zařízení	63	67	68	82	83
lůžka	22 179	22 532	22 972	25 058	25 149
lékaři	337,0	343,9	343,2	365,7	347,4
Ozdravovny					
zařízení	14	14	14	14	13
lůžka	964	964	964	964	929
lékaři	5,2	5,3	5,4	5,3	4,9
Hospice					
zařízení	6	5	6	7	11
lůžka	158	158	171	203	293
lékaři	7,8	11,0	11,6	14,4	17,4
Ostatní lůžková zařízení					
lůžka	2 577	2 619	2 656	2 640	2 695
lékaři	172,1	178,1	189,2	196,0	201,4

Příloha č. 3: Rámcová smlouva pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných (dále jen zdravotnické zařízení) a zdravotní pojišťovny

ČÁST PRVNÍ PŘÍLOHY 1

Obecná ustanovení

Článek 1

Smluvní vztahy

(1) Rámcová smlouva stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami (dále jen "pojišťovny"), a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen "hrazená zdravotní péče")¹⁾.

(2) Právní vztahy upravené ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče (dále jen "smlouva"), uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami²⁾ a zdravotnickými zařízeními ústavní péče, se **mohou** odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle této vyhlášky **jen v případech, kdy to rámcová smlouva umožňuje**. K zajištění vytváření jednotných podmínek při shodném, či srovnatelném plnění, **spolupracují pojišťovny při přípravě smlouvy se zástupci** poskytovatelů zdravotní péče, zmocněných k zastupování v této věci.

ČÁST DRUHÁ PŘÍLOHY 1

Smlouvy

Článek 2

Uzavírání smluv

(1) Závazkové vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle této rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, občanského zákoníku a dalších právních předpisů, **a to i v případě, kdy pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské Unie³⁾ nebo na základě smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných českým státem⁴⁾**. Smlouvy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením **jsou zvláštním typem smlouvy s prvky veřejnoprávního charakteru**.

(2) Základní podmínky pro uzavření smlouvy:

a) oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče,
b) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů (dále jen "metodika") a Pravidly pro vyhodnocování dokladů (dále jen "pravidla")
a jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky.

(3) Smlouva obsahuje:

a) práva a povinnosti smluvních stran,
b) podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, druh, obor a rozsah poskytované zdravotní péče specifikovaný seznamem výkonů s bodovými hodnotami podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
c) spádové území (území, pro které zdravotnické zařízení zajišťuje zdravotní péči),
d) výši úhrady hrazené zdravotní péče nebo způsob jejího stanovení, **včetně regulačních omezení**,

1) Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů

2) Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

3) Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72,

4) Smlouva mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávie o sociálním zabezpečení,

Smlouva mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení,

Smlouva mezi Českou republikou a Rumunskou republikou o sociálním zabezpečení,

Smlouva mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení.

- e) způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče, včetně stanovení náležitostí vyúčtování,
 - f) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti a **oprávněnosti** účtovaných částek,
 - g) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
 - h) ustanovení o dodržování dohodnuté metodiky, pravidel a datového rozhraní, platných v době uzavření smlouvy, způsobu seznámení zdravotnického zařízení s jejich případnými změnami, včetně způsobu předávání těchto změn,
 - i) ustanovení o řešení rozporů ve smírčím jednání, popřípadě ustanovení o použití rozhodčího řízení při neúspěchu smírčího jednání,
 - j) dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení.
- (4) Smlouva **obsahuje** i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s touto rámcovou smlouvou a právními předpisy.

Článek 3

Práva a povinnosti smluvních stran

(1) Smluvní strany:

- a) dodržují při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní,
- b) zavázají své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti **o osobních údajích** ⁵⁾ 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 ²¹⁾.

(2) Zdravotnické zařízení:

- a) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno,
- b) poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z členských států EU, Islandu, Lichtenštejnska a Norska, podle příslušných předpisů Evropské Unie ³⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny Smlouvy o sociálním zabezpečení ⁴⁾ (dále jen pojištěncům z EU), za stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, a to v rozsahu dle jimi předložených dokladů.**
- c) odpovídá za to, že jeho **zaměstnanci** ⁶⁾, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené na odbornou a **specializovanou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče** ⁷⁾,
- d) zajistí, že lékaři, **vykonávající povolání lékaře s odbornou způsobilostí, budou poskytovat hrazenou zdravotní péči pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí,**
- e) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jim poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu ⁸⁾,
- f) 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,
- g) přijme pojištěnce k hospitalizaci jen vyžaduje-li to jeho zdravotní stav, zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře,
- h) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče **včetně zdravotní dopravy**, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření,
- i) bude nakládat se zdravotnickou dokumentací v souladu s podmínkami stanovenými v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,**
- j) zajistí v případě své nepřítomnosti zástup kvalifikovaným lékařem a dohodnutým způsobem tuto skutečnost oznámí pojišťovně a pojištěncům,**
- k) 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,

5) Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

6) Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti – zejm. § 13

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

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

l) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odstavci 1 písmenu b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.),
m) 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 nevyplyvá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
n) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
o) 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,
p) **poskytuje zdravotní péči pojištěnci z EU za stejných podmínek jako pojištěnci pojišťovny, a to tak, aby nedocházelo k jeho diskriminaci ani k upřednostňování při přijímání na operace a jiné lékařské zákroky, na které se čeká, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil zdravotní péči v hotovosti,**
r) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
s) odpovídá podle zvláštního právního předpisu⁹⁾ 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 lékařské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky,
t) **doloží při uzavírání smlouvy s pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s pojišťovnou.**

(3) Pojišťovna:

a) uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněnou poskytnutou jejím pojištěncům **i pojištěncům z EU** v souladu s právními předpisy a smlouvou,
b) dohlédá na žádost zdravotnického zařízení bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek **a personálního zajištění** hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy,
e) 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,
f) 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, včetně metodiky vedení dokumentace. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena.

Článek 4

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

(1) Ceny bodu, výše úhrad hrazené zdravotní péče a **regulační opatření se sjednávají dodatkem ke smlouvě**, podle výsledků dohodovacího řízení **o hodnotách bodu a výši úhrad včetně regulačních omezení**, popřípadě podle zvláštního právního předpisu. V dětských ozdravovnách se úhrada poskytované hrazené péče sjednává ve smlouvě v souladu s platným cenovým Výměrem Ministerstva financí pro příslušné území. **Pokud nebude na příslušné období úhradový dodatek ke smlouvě mezi smluvními stranami uzavřen, bude poskytnutá zdravotní péče zdravotnickému zařízení hrazena stejným způsobem a za stejných podmínek jako zdravotnickým zařízením srovnatelného typu, se kterými byl předmětný dodatek ke smlouvě pro dané období uzavřen.**

8) Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

9) Vyhláška č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, ve znění pozdějších předpisů

(2) Za způsoby úhrady se považují zejména:

- a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
- b) paušální úhrada za poskytnutou zdravotní péči,
- c) úhrada za registrované pojištěnce (kombinovaná kapitačně výkonová platba),
- d) platba za diagnózu,
- e) paušální úhrada za poskytnutou péči v dětských ozdravovnách, v souladu s příslušným Výměrem ministerstva financí, zveřejněným v Cenovém věstníku Ministerstva financí..

(3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity, struktury zdravotnického zařízení **nebo změny či obnovy nasmlouvaného přístrojového vybavení.**

(4) Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu ¹⁰⁾. Náležitosti přílohy jsou obsaženy 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, popřípadě k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.

(5) 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 **pojišťovny a pojištěncům z EU** 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).

(6) 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.

(7) 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.

(8) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném zdravotnickým zařízením dodatečně, tj. 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.

(9) Úhrada vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče, při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě, bude provedena při předání vyúčtování pojišťovně **v elektronické podobě do 40 kalendářních dnů** a při předání vyúčtování pojišťovně na papírových dokladech **do 60 kalendářních dnů** ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. **Pokud nebyla dodržena lhůta splatnosti, má zdravotnické zařízení právo požadovat úroky z prodlení v míře, v jaké splnilo své zákonné a smluvní povinnosti, ledaže pojišťovna není odpovědná za prodlení.**

(10) 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.

10) Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů

Článek 5

Kontrola

(1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci").

(2) 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.

(3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí.

(4) Zdravotnické zařízení poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců a **dalších dokumentů, zejména** účetních dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvláště účtovaných léčiv a zvláště účtovaného materiálu.

(5) V případě kontroly (šetření) ve zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska zdravotnického zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6).

(6) **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.

(7) 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 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.

(8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí 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.

Článek 6

Omezení úhrady

Omezení úhrady zdravotní péče poskytnuté a vykázané zdravotnickým zařízením bude uplatněno podle podmínek uvedených v § 17 zákona č. 48/1997 Sb.

Článek 7

Sankční ujednání

(1) Smluvní strany si pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2) **nebo z dalších důvodů dohodnutých ve smlouvě mohou** sjednat smluvní pokutu a její výši.

(2) Za porušení smlouvy se považují případy, kdy

a) smluvní strana

1. uvede nepravdivé, neúplné či zkreslující údaje při uzavírání smlouvy, nebo při jejím plnění,

2. nedodrží ustanovení smlouvy, s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění,

3. neposkytne informace sjednané ve smlouvě,

b) zdravotnické zařízení

1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,

2. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů,

3. neodůvodněně opožděně vyazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 4. opakovaně porušilo povinnost ohlásit pojišťovně v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví pojištěnce způsobená jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- c) pojišťovna
1. prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče,
 2. **neodůvodněně** provádí úhradu oprávněně vyúčtované poskytnuté hrazené zdravotní péče s prodlením.
- (3) Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou hrazenou zdravotní péči.

Článek 8

Doba účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu 5 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Článek 9

Smluvní vztah či jeho část zaniká :

- a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nebo došlo ke zrušení nebo změně zřizovací listiny, vydané zdravotnickému zařízení,
- b) dnem zániku právnické osoby nebo dnem úmrtí fyzické osoby,
- c) dnem uvedeným v písemném oznámení pojišťovně, pokud zdravotnické zařízení ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže zdravotní péči nadále poskytovat.

Článek 10

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou šesti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, a to v případě, že

- a) smluvní strana
1. uvedla při uzavření smlouvy **nebo při jejím plnění** druhou smluvní stranu v omyl,
 2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo smlouvou,
 3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 41 zákona č. 48/1997 Sb.,
 4. vstoupí do likvidace nebo na ni soud prohlásí konkurz,
- b) zdravotnické zařízení
1. bez předchozí dohody s pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
 4. **poskytuje zdravotní péči bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,**
 5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a "lege artis", popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
 7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči,
 8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
- c) pojišťovna
1. přes písemné upozornění opakovaně prokazatelně neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 2. **neodůvodněně** nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
 3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.,
 4. poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Článek 11

Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit :

- a) stanoví-li tak zákon,
- b) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedené v této dohodě.

Článek 12

Smlouvu je možno ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku s výpovědní lhůtou šesti měsíců. Výpovědní lhůta začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení písemné výpovědi druhé smluvní straně.

Článek 13

*Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných
ke kontrole plnění smlouvy*

(1) Smluvní strany:

- a) používají pro jednoznačnou identifikaci zdravotnického zařízení, v souladu s metodikou, identifikační číslo **organizace (IČO), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP)**,
- b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy,
- c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
- d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve smlouvě.

(2) Zdravotnické zařízení:

- a) 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 ¹¹⁾,
- b) oznámí neprodleně, nejpozději do **20** kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve smlouvě, pokud dojde
 - 1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 - 2. k odchodu zaměstnance jmenovitě uvedeného ve smlouvě,
 - 3. k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

(3) Pojišťovna

- a) 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,

b) je oprávněna zveřejnit údaje o výši úhrady zdravotní péče poskytnuté zdravotnickým zařízením

Článek 14

Řešení sporů

(1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy 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 smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu ¹²⁾.

(2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smířčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími ¹³⁾ podle § 17 odstavce 2 zákona č. 48/1997 Sb. a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smířčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Článek 15

Smluvní strany jsou povinny upravit obsah smluv uzavřených podle této rámcové smlouvy nejpozději do

11) Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

12) Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů.

13) Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů §§ 20f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Příloha č. 4: Smlouva VZP o poskytování a úhradě zdravotní péče

SMLOUVA č.: o poskytování a úhradě zdravotní péče (zařízení ústavní péče)

Článek I. Smluvní strany

Zdravotnické zařízení:.....
(název právnické osoby, event. obchodní firma zapsaná v obchodním rejstříku)

zastoupené:.....
(statutární orgán nebo zástupce - titul, příjmení, jméno, funkce)

se sídlem: PSČ....., obec, ulice a č.p.

zřizovací listina (rozhodnutí o registraci): sp. zn.:, ze dne:

zápis v obchodním rejstříku: *

- nezapisuje se
- provozovatel zdravotnického zařízení je podnikatelem podnikajícím na základě zákona č. 160/1992 Sb., zapsaným v obchodním rejstříku – soud, oddíl, vložka, den

IČO (dle státní statistiky):.....

tel:, **fax:**....., **e-mail:**

bankovní spojení: název a pobočka banky:,
číslo účtu / kód banky):

(dále jen "Zdravotnické zařízení") na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, se sídlem v Praze 3, Orlická 4/2020, IČO 41197518,

zápis v obchodním rejstříku: VZP ČR není podnikatelem ve smyslu § 1 a § 2 obchodního zákoníku a nezapisuje se do obchodního rejstříku,

zastoupená: ředitelem OP VZP ČR.....

se sídlem: PSČ....., obec, ulice a č.p.

tel:, **fax:**....., **e-mail:**.....

bankovní spojení: název a pobočka banky :.....
číslo účtu / kód banky):

(dále jen "Pojišťovna") na straně druhé

uzavírají

v souladu s platným zněním zákona č. 48/1997 Sb., vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 457/2000 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče a dalších příslušných právních předpisů, tuto smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče (dále jen "Smlouva").

* nehodící se proškrtne

Článek II. Předmět smlouvy

Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a úprava vztahů vznikajících mezi Zdravotnickým zařízením a Pojišťovnou při poskytování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen "hrazená zdravotní péče") pojištěncům Pojišťovny (dále jen "pojištěnci") a při její úhradě.

Článek III. Práva a povinnosti smluvních stran

1. Smluvní strany:

- a) dodržují při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče platná znění obecně závazných právních předpisů, upravujících veřejné zdravotní pojištění, poskytování zdravotní péče pojištěncům a smluvní ujednání obsažená v této Smlouvě a jejích přílohách,
- b) dodržují dohodnutý postup pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s platným zněním Metodiky pro pořizování a předávání dokladů (dále jen "metodika") a Pravidel pro vyhodnocování dokladů (dále jen "pravidla") a jednotného datového rozhraní (dále jen "datové rozhraní") vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. V době uzavření Smlouvy je platná metodika – verze 6.0, pravidla – verze 6.0 a datové rozhraní – verze 6.0,
- c) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů Zdravotnického zařízení i Pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o 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.

2. Zdravotnické zařízení:

- a) poskytuje zdravotní péči na základě své zřizovací listiny (statutu) nebo rozhodnutí o registraci vydaného příslušným orgánem, které tvoří přílohu č. 1 této Smlouvy,
- b) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v druzích, odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve Smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno; rozsah péče smluvně dohodnuté je vymezen v příloze č. 2 této Smlouvy,
- c) odpovídá za to, že jeho pracovníci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy pro poskytování této zdravotní péče,
- d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu¹⁾,
- e) přijme pojištěnce k hospitalizaci jen vyžaduje-li to jeho zdravotní stav, zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře,
- f) poskytuje hrazenou zdravotní péči "lege artis" bez nadbytečných nákladů pro Pojišťovnu a její pojištěnce, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,
- g) 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,
- h) poskytne v souladu s právními předpisy ostatním zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí (pokud je o tom Zdravotnické zařízení informováno), informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče

¹⁾ Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,

- i) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odstavci 1 písmenu b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- j) 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,
- k) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- l) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců Pojišťovny a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené Pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,
- m) oznámí Pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby; pokud je oprávněno k uznávání nemocí z povolání zašle ve smyslu § 45 odstavce 5 zákona č. 48/1997 Sb. Pojišťovně kopie hlášení nemocí z povolání,
- n) zajistí, že lékaři - absolventi, zařazení do specializační průpravy pro specializaci I. stupně, budou pracovat pouze pod vedením jiného atestovaného lékaře a psychologové - absolventi magisterského studia na vysokých školách, zařazení do specializační průpravy v úseku činnosti klinická psychologie, budou pracovat pouze pod vedením klinického psychologa,
- o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu²⁾ 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 lékařské 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 ve lhůtě do jednoho měsíce od předání příslušného receptu nebo poukazu Pojišťovnou nedostatky, jejichž odstranění není v rozporu s právními předpisy. Stejný postup bude vůči Zdravotnickému zařízení uplatněn i v případě chybného vyplnění poukazu na vyšetření/ošetření.

3. Pojišťovna:

- a) uhradí Zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a Smlouvou,
- b) 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,
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované Zdravotnickým zařízením podle Smlouvy,
- e) 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,
- f) 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.

²⁾ Vyhláška č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání.

Článek IV.

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče

1. Ceny bodu a výše úhrad hrazené zdravotní péče, včetně regulačních omezení podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem se sjednávají dodatkem ke Smlouvě. V dětských ozdravovnách se úhrada poskytované hrazené péče sjednává ve smlouvě v souladu s platným cenovým Výměrem Ministerstva financí pro příslušné období.
2. Za způsoby úhrady se považují zejména:
 - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
 - b) paušální úhrada za poskytnutou zdravotní péči,
 - c) úhrada za registrované pojištěnce (kombinovaná kapitačně výkonová platba),
 - d) platba za diagnózu,
 - e) paušální úhrada za poskytnutou péči v dětských ozdravovnách, v souladu s příslušným Výměrem Ministerstva financí, zveřejněným v Cenovém věstníku Ministerstva financí.
3. Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity, popřípadě struktury Zdravotnického zařízení, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.
4. Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává Pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu³⁾ a náležitosti stanovené obchodním zákoníkem. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve Smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu³⁾, náležitosti stanovené obchodním zákoníkem nebo 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.
5. 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 do dne následujícího měsíce na magnetických nosičích dat nebo papírových dokladech.
6. Zdravotnické zařízení se zavazuje předkládat Pojišťovně, pokud tomu nebudou bránit závažné objektivní důvody, vyúčtování zpravidla do tří měsíců po provedení zdravotních výkonů. Nedodržení tohoto ujednání není důvodem k odmítnutí úhrady za poskytnutou hrazenou zdravotní péči. Jeho neodůvodněné porušování je považováno za nedodržení podmínek této Smlouvy.
7. 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.
8. 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.
9. **Varianta 1**

Pojišťovna uhradí Zdravotnickým zařízením vyúčtovanou poskytnutou hrazenou zdravotní péči, při dodržení podmínek dohodnutých ve Smlouvě při předání vyúčtování na magnetickém mediu do 20 kalendářních dnů a při předání vyúčtování na papírových dokladech do 40 kalendářních dnů ode dne doručení faktury Pojišťovně.

Varianta 2

Pojišťovna uhradí Zdravotnickým zařízením vyúčtovanou poskytnutou hrazenou zdravotní péči,

³⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění zákona č. 117/1994 Sb. a zákona č. 227/1997 Sb.

při dodržení podmínek dohodnutých ve Smlouvě, ve dvou splátkách:

- a) při předání vyúčtování Pojišťovně na magnetickém mediu ve výši% do kalendářních dnů a ve výši% do kalendářních dnů, ode dne doručení faktury Pojišťovně,
 - b) při předání vyúčtování Pojišťovně na papírových dokladech ve výši% do ... kalendářních dnů a ve výši% do kalendářních dnů, ode dne doručení faktury Pojišťovně.
10. Závazek k úhradě je splněn dnem, kdy byla částka poukázána z účtu povinného na účet oprávněného (§ 567 občanského zákoníku). Na vyžádání smluvní strana sdělí, případně doloží druhé smluvní straně termín, kdy byla částka z účtu poukázána.
 11. V případě poruchy výpočetního systému, znemožňující včasné provedení vyúčtování nebo úhrady hrazené zdravotní péče, poskytne Pojišťovna Zdravotnickému zařízení za podmínek dohodnutých v dodatku k této Smlouvě 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.
 12. Zjistí-li Pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném Zdravotnickým zařízením dodatečně, tj. 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 započtením pohledávky sníží Zdravotnickému zařízení o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zučtovacím období.

Článek V.

Kontrola

1. Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci").
2. 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.
3. V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup Pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
4. Zdravotnické zařízení poskytne Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců a do účetních dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu. V odůvodněných případech Zdravotnické zařízení umožní na místě a na náklady Pojišťovny pořízení fotokopie dokladů sloužících jako podklad výlučně pro vyúčtování zdravotní péče. Fotokopie nebude obsahovat osobní identifikační údaje pojištěnce, ale Zdravotnickým zařízením potvrzenou identifikaci dokladu, kterým byla předmětná péče Pojišťovně vyúčtována. Dále umožní uplatnění práva Pojišťovny na zjištění, zda druh a rozsah poskytované zdravotní péče odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce.
5. V případě kontroly (šetření) ve Zdravotnickém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska Zdravotnického zařízení; záznam nenahrazuje zprávu ve smyslu odst. 6 tohoto článku Smlouvy.
6. 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.
7. 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.

8. Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. 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.

Článek VI.

Omezení úhrady

Zásady uplatňování omezení úhrady podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb. se projednávají mezi zástupci Pojišťovny a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení.

Článek VII.

Úrok z prodlení a sankční ujednání

1. Při prodlení se splněním peněžitého závazku nebo jeho části má věřitel právo požadovat z nezaplacené částky úroky z prodlení ve výši určené předpisy práva občanského (§ 517 odst. 2 občanského zákoníku a nařízení vlády č. 142/1994 Sb.).
2. Smluvní strany se dohodly, že pokud:
 - a) Zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
 - 1) prokazatelně opět vyúčtuje duplicitně zdravotní péči nebo vyúčtuje zdravotní péči neprovedenou zaplatí Pojišťovně smluvní pokutu ve výši 5% z vyúčtované částky,
 - 2) opakovaně neposkytne nezbytnou součinnost v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., vyjmenovanou v čl. 5 odst. 4 této Smlouvy k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou, zaplatí Pojišťovně smluvní pokutu ve výši 5000,- Kč,
 - 3) prokazatelně neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči, zaplatí Pojišťovně smluvní pokutu ve výši 5% z opožděně vykázané částky,
 - b) Pojišťovna přes písemné upozornění
 - 1) opakovaně poskytne třetí straně údaje o Zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy, zaplatí Zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 10000,- Kč.
 - 2) opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb. zaplatí Zdravotnickému zařízení smluvní pokutu ve výši 5000,- Kč.
3. Uplatněním úroku z prodlení a smluvní pokuty není dotčeno právo smluvních stran na vydání bezdůvodného obohacení a náhradu škody vzniklé v důsledku porušení této Smlouvy.

Článek VIII.

Doba účinnosti

Varianta 1

Smlouva se uzavírá na dobu 5 let.

Varianta 2

Smlouva se uzavírá na dobu do

Článek IX.

Způsob a důvody ukončení smlouvy

1. Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou šesti měsíců, a to vždy k 1. lednu následujícího roku, v případě, že:

- a) Zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
 - 1) bez předchozí dohody s Pojišťovnou dlouhodobě bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 - 2) bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti, s výjimkou nutné a neodkladné péče,
 - 3) neodůvodněně omezuje pro pojištěnce Pojišťovny ordinační nebo provozní dobu sjednanou ve Smlouvě,
 - b) Pojišťovna přes písemné upozornění opakovaně
 - 1) nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve Smlouvě,
 - 2) poskytne třetí straně údaje o Zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo Smlouvy.
2. Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou tři měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění Smlouvy, a to v případě, že:
- a) smluvní strana
 - 1) uvedla při uzavření Smlouvy druhou smluvní stranu v omyl ve věci podstatné pro plnění Smlouvy,
 - 2) ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo Smlouvou,
 - 3) opakovaně porušila povinnost vyplývající z § 41 zákona č. 48/1997 Sb.,
 - 4) vstoupí do likvidace nebo na ni soud prohlásí konkurz,
 - b) Zdravotnické zařízení přes písemné upozornění
 - 1) prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím Pojišťovně značnou škodu,
 - 2) opakovaně neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
 - 3) prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a "lege artis", případně opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
 - 4) požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou Pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do péče,
 - c) Pojišťovna přes písemné upozornění
 - 1) prokazatelně neoprávněně neuhradí Zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
 - 2) opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.
3. Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit:
- a) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedené v této dohodě, nebo
 - b) stanoví-li tak zákon.
4. Při ukončení Smlouvy vznikne smluvním stranám povinnost vzájemně vypořádat své závazky ve lhůtě do 120 kalendářních dnů, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.

Článek X.

Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy

1. Smluvní strany:

- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci Zdravotnického zařízení identifikační číslo organizace (IČO) spolu s identifikačním číslem zařízení (IČZ),
- b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění Smlouvy,
- c) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytované hrazené zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých dodatkem ke Smlouvě.

2. Zdravotnické zařízení:

- a) 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 předpisy⁴⁾,
- b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění Smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému, změny údajů uvedených ve Smlouvě, pokud dojde:
 - 1) ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 - 2) ke zrušení nepřetržitého provozu, nebo k jeho výpadku na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 - 3) ke změně ve funkcích jmenovitě uvedených ve Smlouvě,
 - 4) k ukončení činnosti osoby jmenovitě uvedené ve Smlouvě,
 - 5) k výpadku přístroje nezbytného pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
 - 6) ke změně rozsahu poskytované hrazené zdravotní péče, znamenající změnu kategorie lůžkového zdravotnického zařízení stanovenou zvláštním právním předpisem⁵⁾, a tím změnu výše úhrady režijních nákladů ošetrovacího dne,
 - 7) ke změně počtu zdravotnických pracovníků, stanoveného zvláštním právním předpisem⁶⁾.

3. Pojišťovna:

- a) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce Pojišťovny,
 - b) zveřejní na své internetové adrese v rámci seznamu smluvních zdravotnických zařízení název a adresu Zdravotnického zařízení, IČZ, telefonické, ev. e-mailové spojení, případně i další údaje vzájemně dohodnuté.
4. 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 dodatkem k této Smlouvě.

Článek XI. Řešení sporů

1. Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění Smlouvy 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 smířcím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo sjednat řešení v rozhodčím řízení podle zákona č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů.
2. Smířcí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smířcího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu a smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován. Zdravotnické zařízení na smířcím jednání zastupuje zástupce příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími⁶⁾ podle § 17 odstavce 2 zákona 48/1997 Sb. a Pojišťovnu zastupuje zástupce Pojišťovny, zmocněný statutárním zástupcem Pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smířcí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

⁴⁾ Například zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů.

⁵⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění vyhlášky

č. 55/2000 Sb. a vyhlášky č. 135/2000 Sb.

⁶⁾ Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů.

§ 20 f a násl. zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Článek XII. Ostatní ujednání

Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy:

- č. 1 Ověřená kopie zřizovací listiny (statutu) vydaná zřizovatelem Zdravotnického zařízení u státních zdravotnických zařízení, nebo
ověřená kopie rozhodnutí o registraci vydaného orgánem příslušným k registraci podle místa provozování nestátního zdravotnického zařízení.
Ověřená kopie výpisu z obchodního rejstříku u právnických osob, zapsaných do obchodního rejstříku.
- č. 2 Smluvené druhy zdravotní péče, odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace a rozsah poskytované hrazené zdravotní péče,
- č. 3 Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR,
Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR,
Datové rozhraní VZP ČR.
- č. 4 Ověřená kopie smlouvy o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče uzavřené s pojišťovnou vykonávající činnost na území ČR (u nestátních zdravotnických zařízení).

Pozn.: Ověření kopii provede okresní pojišťovna na základě předložení originálu dokladu.

Článek XIII. Závěrečná ujednání

1. Vztahy mezi smluvními stranami neupravené touto Smlouvou se řídí právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče a dalšími příslušnými právními předpisy.
2. Dnem účinnosti této Smlouvy, uzavřené v návaznosti na rámcovou smlouvu vydanou vyhláškou MZ č. 457/2000 Sb., pozbývá platnosti a účinnosti text Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče č., ze dne, s výjimkou její přílohy č. 1 - 4; smluvní strany se dohodly, že uvedené přílohy budou akceptovat jako přílohu č. 1 - 4 této Smlouvy. Pokud došlo na straně Zdravotnického zařízení ke změně, nebo příslušná příloha neobsahuje náležitosti dohodnuté mezi zástupci Pojišťovny a zástupci poskytovatelů zdravotní péče podle čl. 1 odst. 2 rámcové smlouvy, budou takové náležitosti doplněny při uzavření této Smlouvy.
3. Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží 1 vyhotovení.
4. Tato Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti dnem 1.7.2001.
5. Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

V dne V dne

.....
razítko a podpis
ředitele OP VZP ČR

.....
razítko a podpis
zástupce Zdravotnického zařízení

Příloha č. 5 : Postup výpočtu paušální sazby pro zařízení ústavní péče

Paušální sazba se stanoví podle vzorce: $PS = (CÚ_{ref} \times 1,05 \times Ks \times Kpv) + ÚZÚLM_{ref} + MNP + PCN$

kde:

PS paušální sazba pro příslušné kalendářní pololetí

$CÚ_{ref}$ celková úhrada náležející zařízení ústavní péče za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, po vypořádání smluvně dohodnutých regulací, s výjimkou regulačního mechanismu na objem předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, po odečtení vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných zvlášť účtovaných léčivých přípravků, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků schválených revizním lékařem, a zvlášť účtovaného materiálu, poskytnutých v referenčním období. Do této úhrady se zahrne péče, která byla zdravotnickým zařízením v referenčním období poskytnuta, vykázána nejpozději s vyúčtováním za měsíc listopad 2005 a zdravotní pojišťovnou uznána

$ÚZÚLM_{ref}$ objem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných zvlášť účtovaných léčivých přípravků, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků schválených revizním lékařem, a zvlášť účtovaného materiálu, poskytnutých v referenčním období

$$Ks = 1 + [(ZZF - ZM) / VD] \times 0,3$$

Ks koeficient stabilizace

$$ZM = (VD / 180) \times 10$$

kde:

ZZF údaj uvedený v řádku B.IV výkazu Základní fond zdravotního pojištění podle vyhlášky č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, k 31.12.2005

VD údaj uvedený v řádku A.III.1 výkazu Základní fond zdravotního pojištění podle vyhlášky č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, k 30.6.2005

ZM finanční rezerva příslušné zdravotní pojišťovny

Koeficient stabilizace (Ks) bude uplatněn pouze tehdy, pokud bude $ZZF > ZM$.

Kpv koeficient změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců.

MNP nárůst objemu vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané mimořádně nákladné zdravotní péče poskytnuté v 1. pololetí 2006 oproti referenčnímu období. Mimořádně nákladnou zdravotní péčí se pro účely této vyhlášky rozumí zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením pojištěnci, jejíž objem přesáhne částku 1 000 000 Kč. Do objemu zdravotní péče se započítávají zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál a bodová hodnota zdravotních výkonů podle seznamu výkonů vynásobená cenou bodu stanovenou pro 1. pololetí 2001.

PCN podíl připadající na konkrétní zdravotnické zařízení za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál poskytnuté zdravotnickému zařízení zdravotní pojišťovnou v referenčním období

$$\text{Měsíční úhrada se stanoví podle vzorce: } MÚ = [(CÚ_{ref} \times 1,05 \times Ks) + ÚZÚLM_{ref}] / 6$$

kde:

MÚ měsíční úhrada

Výši měsíční úhrady zdravotní pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení do 30. 4. 2006. Vyúčtování měsíčních úhrad za 1. pololetí 2006 zdravotní pojišťovna předá zdravotnickému zařízení do 30.11.2006.

Příloha č. 6: Výpočet paušální sazby pro léčebny a LDN

Paušální sazba se stanoví ve výši 105 % celkové úhrady náležející zdravotnickému zařízení v 1. pololetí 2005 za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, po vypořádání smluvně dohodnutých regulací, s výjimkou regulačního mechanismu na objem předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, vynásobené koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 10 . Do celkové úhrady se zahrne péče, která byla zdravotnickým zařízením v referenčním období poskytnuta, vykázána nejpozději s vyúčtováním za měsíc listopad 2005 a zdravotní pojišťovnou uznána.

Příloha č. 7: Výpočet kapitačně výkonové platby pro praktické lékaře

Výše kapitačně výkonové platby se vypočte podle počtu registrovaných pojištěnců násobeného základní sazbou smluvně dohodnutou se zdravotnickým zařízením pro 2. pololetí 2005 navýšenou o 3 %.

Výkony hrazené mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce se hradí podle seznamu výkonů, přičemž cena bodu sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.

Výše kapitačně výkonové platby s dorovnáním kapitace, včetně úhrady za výkony hrazené mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce, se vypočte podle odstavců výše.

Cena bodu pro úhradu zdravotní péče, sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.

Celková úhrada za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce, která bude činit nejvýše 103 % celkové úhrady za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 10.

Způsob dorovnání kapitace:

1. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet jednicových registrovaných pojištěnců, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny.

2. Jedinicovým registrovaným pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec věkové skupiny 15 až 19 let, který je považován za jednotku z hlediska spotřeby zdravotní péče. Počet jednicových registrovaných pojištěnců se vypočte vynásobením počtu registrovaných pojištěnců věkovým indexem dané skupiny. Věkový index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.

3. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců. Na dorovnání se podílejí zdravotní pojišťovny, s nimiž má příslušný praktický lékař uzavřenu smlouvu o poskytování a o úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z jednicových registrovaných pojištěnců tohoto praktického lékaře.

Tabulka věkových indexů

Věková skupina	Index	Věková skupina	Index
0 – 4 roky	3,80	60 - 64 let	1,50
5 - 9 let	1,65	65 - 69 let	1,70
10 - 14 let	1,30	70 - 74 let	2,00
15 - 19 let	1,00	75 - 79 let	2,40
20 - 24 let	0,90	80 - 84 let	2,90
25 - 29 let	0,95	85 a více let	3,40
30 - 34 let	1,00		
35 - 39 let	1,05		
40 - 44 let	1,05		
45 - 49 let	1,10		
50 - 54 let	1,35		
55 - 59 let	1,45		

Příloha č. 8: Výpočet pro ambulantní specializovanou péči

Výše úhrady

Maximální úhrada pro zdravotnické zařízení se určí po ukončení hodnoceného pololetí jako součet maximálních úhrad pro dané zdravotnické zařízení za všechny odbornosti smluvně dohodnuté tímto zdravotnickým zařízením s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

Maximální úhrada za odbornost se určí takto:

$$\text{MUo} = \text{POPzpo} \times [(\text{PBpo} \times \text{CB}) \times 1,05 + \text{PUZUMo} + \text{PUZULPo}]$$

kde:

MUo maximální úhrada za příslušnou odbornost

POPzpo počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v hodnoceném pololetí

PBpo průměrný počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti daným zdravotnickým zařízením v referenčním období

CB cena bodu

PUZUMo průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v dané odbornosti v daném zdravotnickém zařízení v referenčním období

PUZULPo průměrná úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v dané odbornosti v daném zdravotnickém zařízení v referenčním období

Maximální úhrada se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 10.

Údaje o průměrných počtech bodů a průměrných úhradách za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce podle odbornosti dosažené zdravotnickým zařízením v referenčním období a počty unikátních pojištěnců ošetřených v daných odbornostech v referenčním období oznámí zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením nejpozději do 30.04.2006.

Omezení maximální úhradou se nepoužije v případě, že v referenčním období zdravotnické zařízení zdravotní péči v některé odbornosti neposkytovalo.

Nad rámec maximální úhrady zdravotní pojišťovna uhradí objem zvlášť účtovaných léčivých přípravků poskytnutých zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení ve 2. pololetí 2005, přepočtený na unikátního ošetřeného pojištěnce a diagnózu ve 2. pololetí 2005 a vynásobený počtem unikátních ošetřených pojištěnců s příslušnou diagnózou v hodnoceném období.

Příloha č. 9: Postup stanovení paušální sazby pro odbornosti 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů

Čtvrtletní paušální sazba se stanoví podle vzorce:

$$PS = (CÚ_{ref} \times K_{pv}) + ÚZÚLM_{ref}$$

kde:

PS paušální sazba pro příslušné čtvrtletí

CÚ_{ref} celková úhrada zdravotnickému zařízení za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku, po vypořádání smluvně dohodnutých regulací po odečtení veškerých zvlášť účtovaných léčivých přípravků, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků schválených revizním lékařem, a zvlášť účtovaného materiálu, poskytnutých v referenčním období, vykázaných a uznaných zdravotní pojišťovnou

ÚZÚLM_{ref} objem úhrady veškerých zvlášť účtovaných léčivých přípravků, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků schválených revizním lékařem, a zvlášť účtovaného materiálu, poskytnutých v referenčním období, vykázaných a uznaných zdravotní pojišťovnou

K_{pv} koeficient změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu je stanoven v příloze č. 10 .

Postup stanovení paušální sazby pro odbornost 809 podle seznamu výkonů

Čtvrtletní paušální sazba se stanoví podle vzorce:

$$PS = (CÚ_{ref} \times 1,03 \times K_{pv}) + ÚZÚLM_{ref}$$

kde:

PS paušální sazba pro příslušné čtvrtletí

CÚ_{ref} celková úhrada zdravotnickému zařízení za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku, po vypořádání smluvně dohodnutých regulací, kromě výkonů screeningové mamografie podle seznamu výkonů, po odečtení veškerých zvlášť účtovaných léčivých přípravků, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků schválených revizním lékařem, a zvlášť účtovaného materiálu, poskytnutých v referenčním období, vykázaných a uznaných zdravotní pojišťovnou

ÚZÚLM_{ref} objem úhrady veškerých zvlášť účtovaných léčivých přípravků, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků schválených revizním lékařem, a zvlášť účtovaného materiálu, poskytnutých v referenčním období, vykázaných a uznaných zdravotní pojišťovnou

K_{pv} koeficient změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu je stanoven v příloze č. 10.