

**Česká zemědělská univerzita v Praze**

**Fakulta provozně ekonomická**

**KATEDRA PRÁV**



*Bakalářská práce*

**ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY VERSUS ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ V PRÁVNÍ  
ÚPRAVĚ A V PRAXI**

**Autor práce: Martin Kodl**

**Vedoucí bakalářské práce: JUDr. Ing. Pavel Pikola, PhD.**

© 2011 ČZU v Praze

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

**Martin Kodl**

obor Veřejná správa a regionální rozvoj - Most

Vedoucí katedry Vám ve smyslu Studijního a zkušebního řádu ČZU v Praze čl. 16 určuje tuto bakalářskou práci.

Název práce: **Zdravotní pojišťovny versus zdravotnická zařízení v právní úpravě a v praxi**

## Osnova bakalářské práce:

1. Úvod
2. Cíl práce a metodika
3. Základní pojmy
4. Vývoj vztahu mezi ZP a zdravotnickým zařízením
5. Právní úprava vztahu mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními
6. Vzájemné vztahy v praxi
7. Příklad z praxe - Endokrinologický ústav v Praze
8. Zhodnocení současného stavu s poukazem na nedostatky
9. Závěr
10. Seznam použitých zdrojů
11. Přílohy

Rozsah hlavní textové části: 30 - 40 stran

Doporučené zdroje:

Seznam literatury:

Internetové zdroje:

Zákon č. 48-1997 Sb.

<http://www.medicinskepravo.cz/>

<http://www.zdn.cz>

<http://www.pwc.com/cz>

Publikace:

KŘEPELKA F. Evropské zdravotnické právo, Praha: Lexis Nexis, 2004, ISBN 80-861-9989-4.

MACH J. Medicína a právo, Praha: C.H.Beck, 2006, ISBN 80-7179-810-X.

DRBAL C. Česká zdravotní politika a její východiska, Praha: Galén, 2005, ISBN 8072623400.

Vedoucí bakalářské práce: **JUDr. Ing. Pavel Pikola**

Termín odevzdání bakalářské práce: duben 2011

  
Vedoucí katedry



  
Děkan

V Praze dne: 19. 2. 2010

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma „Zdravotní pojišťovny versus zdravotnická zařízení v právní úpravě a v praxi“ jsem vypracoval samostatně. Veškeré podklady a použitou literaturu uvádím v seznamu použité literatury.

V Praze dne 23.3.2011

.....

Martin Kodl

## **Poděkování**

Tímto bych rád poděkoval svému školiteli JUDr. Ing. Pavlu Pikolovi, PhD. za odborné vedení, připomínky a cenné rady při zpracovávání bakalářské práce.

**ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY VERSUS ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ V PRÁVNÍ  
ÚPRAVĚ A V PRAXI**

**ECONOMIC CONTEXT OF SOCIAL CARE  
SERVICES IN RETIREMENT HOMES**

**Souhrn:**

Cílem této bakalářské práce je popsat fungování zdravotní péče v ČR, a to ve vztahu zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení, s poukázáním na některé nedostatky z pohledu zdravotnického zařízení. K naplnění cílů bakalářské práce autor vychází jednak ze studia literární rešerše, jednak z vlastních zkušeností a výsledků šetření ze zdravotnického zařízení, ve kterém pracuje. V práci přináší přehled o vývoji vztahů mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními, o právní úpravě vztahu mezi těmito stranami a jejich fungování v praxi. V práci jsou uvedeny i konkrétní údaje státního ambulantního zdravotnického zařízení. Po zhodnocení a posouzení všech zdrojů autor dospěl k závěru, že vzájemný vztah mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními je v mnoha aspektech problematický a vyznačuje se zjevnou nerovnováhou v postavení obou partnerů.

**Klíčová slova:**

zdravotnické zařízení, zdravotní pojišťovna, veřejné zdravotní pojištění, úhradová vyhláška, rámcová smlouva

**Summary:**

The aim of this thesis is to provide a glimpse into the background of the function of the healthcare in our country, in particular into the relationship between the Health Insurance Companies and the Healthcare Facilities, highlighting some deficiencies from the point of view of the Healthcare Facilities. To fulfill the objectives of the thesis the author relies both on the literature research and the elaborated data and the experience from the environment in which he works. The paper provides the overview of the development of the relationship between the Health Insurance Companies and the Healthcare Facilities, the legal relationship between these parties and the way they function in practice. The work also involves the specific details of the state-owned Ambulatory Healthcare Facility. After evaluation and assessment of all the sources the author concludes that the relationship between the Health Insurance Companies and the Healthcare Facilities is in many aspects a problematic one and it is characterized by a clear imbalance in the status of both parties.

**Key words:**

health care facility, health insurance company, public health insurance, medicare payment bill, the framework agreement

# Obsah

1. Úvod.....	11
2. Cíl práce a metodika .....	12
2.1. Cíle.....	12
2.2. Metodika .....	12
3. Základní pojmy .....	13
4. Vývoj vztahu mezi zdravotními pojišťovny a zdravotnickými zařízeními .....	15
4.1. Organizační struktura a řízení.....	15
4.2. Veřejné zdravotní pojištění .....	15
4.3. Financování zdravotní péče a rozdělování finančních zdrojů.....	19
4.4. Smluvní vztahy mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovny .....	20
4.4.1. Rámcová smlouva.....	21
4.4.2. Dohodovací řízení o seznamu zdravotních výkonů a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění.....	22
4.4.3. Řešení sporů mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovny .....	23
5. Právní úprava vztahů mezi zdravotními pojišťovny a zdravotnickými zařízeními .....	25
5.1. Zákony vztahující se ke zdravotnictví .....	25
5.2. Právní vztah veřejného zdravotního systému .....	26
5.2.1. Subjekty právního vztahu veřejného zdravotního pojištění.....	27
5.2.2 Právní postavení zdravotních pojišťoven a působnost revizních lékařů.....	31
6. Vzájemné vztahy v praxi .....	33
7. Příklad z praxe - Endokrinologický ústav v Praze.....	37
8. Zhodnocení současného stavu s poukazem na nedostatky .....	41
8.1. Praxe pojišťoven se zdravotnickými zařízeními.....	41
8.1.1. Zhodnocení nedostatků .....	41
8.2. Právní úprava postavení a činnosti zdravotních pojišťoven .....	44
8.2.1. Zhodnocení nedostatků .....	44
8.2.1.1. Nestandardní právní forma zdravotních pojišťoven .....	45
8.2.1.2. Nedostatečné a nejasné vymezení podmínek pro vznik a zánik zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven .....	45
8.2.1.3. Nedostatečně vymezené podmínky fungování zdravotních pojišťoven .....	45
8.2.1.4. Nedostatečně upravené povinnosti vůči klientům .....	46
8.2.1.5. Nevhodné vymezení rolí a zodpovědnosti orgánů zdravotních pojišťoven .....	46
8.2.1.6. Neexistence subjektu dlouhodobě odpovědného za činnost zdravotní pojišťovny .....	47
8.2.1.7. Neodůvodněné rozdíly v právní úpravě postavení a činnosti VZP a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven .....	47
8.2.1.8. Nejasně upravený a nedostatečně vymezený dohled nad činností zdravotních pojišťoven .....	47
8.3. Stávající právní úprava veřejného zdravotního pojištění.....	48
8.3.1. Zhodnocení nedostatků .....	48
8.3.1.1. Nedokonalá definice nároku pojištěnce.....	49
8.3.1.2. Nedostatečné zajištění dostupnosti zdravotních služeb .....	49
8.3.1.3. Neefektivní vynakládání prostředků .....	49
8.3.1.4. Neexistující ochrana pojištěnců .....	50



8.3.1.5. Nemožnost legální kombinace veřejných a soukromých zdrojů .....	50
8.3.1.6. Nejednoznačná definice finančních toků .....	50
8.3.1.7. Chybějící sankce pro neplatiče .....	51
8.4. Systém financování zdravotnictví.....	51
8.4.1. Zhodnocení nedostatků .....	51
8.4.2. Bodový systém a jeho nedostatky.....	52
8.5. Návrhy na řešení a optimalizaci stavu .....	53
9. Závěr .....	54
9.1. Seznam grafů a tabulek.....	54
10. Seznam použitých zdrojů.....	55
11. Přílohy.....	56

**Seznam použitých zkratk:**

VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ZP	zdravotní pojišťovna

## 1. Úvod

Velkým každodenním problémem zdravotnických zařízení je „vejít se“ do regulací úhrad zdravotní péče na straně jedné a poskytnout náležitou zdravotní péči „na úrovni současných dostupných poznatků lékařské vědy“ na straně druhé. V posledním období postihla řadu zdravotnických zařízení velmi tvrdá regulační omezení a srážky z úhrady zdravotní péče v souvislosti s vyžádanou péčí, nebo v souvislosti s předepisováním léčivých přípravků. Lékař se snaží s maximální pečlivostí a odpovědností pečovat o pacienta, a proto vyžádá určitou tzv. „indukovanou péčí“, například laboratorní či zobrazovací metody, které jsou spojeny s vyššími výdaji. Za tuto obezřetnost a snahu nic nezanedbat, je posléze tak, jak to lékaři běžně nazývají, pokutován od zdravotní pojišťovny, protože se nevešel do regulací. Pokud se ohradí s tím, že v žádném z případů neposkytl zbytečnou péči, nebo péči s nadbytečnými náklady, zdravotní pojišťovna zaujme zpravidla stanovisko, že vůbec nejde o nadbytečné výkony, které vyžádal, ale jde prostě „jen a jen o matematiku“.

Smluvní vztah zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny na straně jedné zavazuje zdravotnické zařízení poskytovat zdravotní péči pojištěncům lege artis, s přihlédnutím k individuálnímu zdravotnímu stavu a potřebám pojištěnce, bez zbytečných nákladů, na straně druhé zavazuje zdravotnické zařízení dodržet určité limity úhrady zdravotní péče s tím, že pokud nebudou dodrženy, část poskytnuté či vyžádané péče nebo nákladů na léky, pokud se zdravotnické zařízení nevešlo do lékových limitů, nebude uhrazena a půjde na úkor samotného zdravotnického zařízení. Regulace úhrad postihují lékaře při vyšší než průměrné vyžádané péči, vyšším předepisování léčivých přípravků, překročení limitu potřebných lékařských výkonů, které může zdravotnické zařízení vykázat a to někdy i bez ohledu na zákonnou povinnost provádět zejména u dětí preventivní prohlídky. Ve smluvním vztahu zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny stojí tedy proti sobě na straně jedné povinnost poskytnout náležitou zdravotní péči a na straně druhé povinnost vejít se do regulací úhrady zdravotní péče, nemá-li překročení regulací úhrady být ekonomicky na úkor zdravotnického zařízení.

## **2. Cíl práce a metodika**

### **2.1. Cíle**

Cílem této bakalářské práce je popsat fungování zdravotní péče v ČR, a to ve vztahu zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení, s poukázáním na některé nedostatky z pohledu zdravotnického zařízení.

V této práci jsou uvedeny i konkrétní údaje vybraného státního ambulantního zdravotnického zařízení.

Nelehkým úkolem je i zamyšlení nad možnými změnami současného systému a návrhy na optimalizaci aktuálního stavu.

### **2.2. Metodika**

K naplnění cílů bakalářské práce autor vychází jednak ze studia literární rešerše.

Mezi sledované prameny literární rešerše patří:

odborná literatura (monografie a publikace)

právní předpisy

internetové zdroje

Ve výzkumné části autor vychází z:

vlastních zkušeností, získaných v Endokrinologickém ústavu, kde je zaměstnán

vlastních šetření

údajů nemocničního informačního systému GreyFox

údajů z účetnictví Endokrinologického ústavů

### 3. Základní pojmy

**Zdravotnické zařízení**, je zařízení, jehož úkolem je poskytovat zdravotní péči. Vedle věcí movitých lze tak pod pojem „zdravotnické zařízení“ zařadit dobrou pověst lékaře nebo know how. Zdravotnické zařízení je tedy tvořeno věcmi, právy a jinými majetkovými hodnotami, které slouží k jeho provozu jako celku<sup>1</sup>.

Termín „**provozování zdravotnického zařízení**“ je možné vymezit v užším a širším pojetí. Užší pojetí zahrnuje vazbu mezi lékařem a pacientem a s tím související otázky. V širším hledisku tento termín udává postavení zdravotnického zařízení vůči ostatním státním i nestátním subjektům. Klíčovou úlohu v tomto ohledu zastává stát, jehož prvořadým posláním by mělo být vytvoření odpovídajícího prostředí, ve kterém by se činnost zdravotnických zařízení mohla co nejlépe realizovat. Tím je zejména myšleno poskytnutí takové právní úpravy, prostřednictvím níž by se daná oblast mohla nejen rozvíjet, ale také, prostřednictvím níž by docházelo k zajištění samotné činnosti zdravotnických zařízení. Další neméně významná oblast vztahů a vazeb, kterou nelze opomenout a která pojem též určuje, je oblast specifických vztahů ke zdravotním pojišťovnám, k činnosti orgánů územní a zájmové-profesní samosprávy a zvláště k veřejnosti, neboť výlučně jí je poskytování zdravotní péče určeno<sup>2</sup>.

**Zdravotní pojišťovna** je specializovaná zdravotní a finanční instituce, jejímž hlavním úkolem je provádět všeobecné zdravotní pojištění. Způsob a rozsah provádění zdravotního pojištění je dán platnými právními normami. Od 1. října 2009 funguje v České republice následujících 9 pojišťoven<sup>3</sup>: Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Revírní bratrská pokladna, Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, Všeobecná zdravotní pojišťovna, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna Média , Zdravotní pojišťovna Metal-Alliance, Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra.

---

<sup>1</sup> DRDLOVÁ, A., Provozování zdravotnických zařízení. Dostupný z WWW:

<http://www.epravo.cz/top/clanky/provozovani-zdravotnickych-zarizeni-55601.html>

<sup>2</sup> DRDLOVÁ, A., Provozování zdravotnických zařízení. Dostupný z WWW:

<http://www.epravo.cz/top/clanky/provozovani-zdravotnickych-zarizeni-55601.html>

<sup>3</sup> Zdravotní pojišťovna. Dostupný z WWW:

[http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD\\_poji%C5%A1%C5%A5ovna](http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD_poji%C5%A1%C5%A5ovna)

**Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (sazebník)** stanovuje jednotlivé zdravotní výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění, podmínky a výši jejich úhrady. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami vydává MZ ČR vyhláškou.

**Bodový systém:** Zdravotnické výkony jsou hodnoceny dle jejich celkové a materiálové náročnosti, stupně požadované kvalifikace personálu a oceněny určitým počtem bodů. Finanční ohodnocení jednoho bodu se stanoví čtvrtletně v dohodovacím řízení, které probíhá mezi VZP, ostatními pojišťovnami a mezi sdružením poskytovatelů zdravotní péče. Hodnota jednoho bodu se pohybuje cca 0,70 Kč – 1,00 Kč.

**Zdravotní pojištění** je pojištění, které slouží pro úhradu zdravotní péče. Zdravotní pojištění je buď veřejné, nebo soukromé. Veřejné zdravotní pojištění je povinné jak v České republice, tak v Evropské unii. Toto pojištění musí odvádět každý zákonem stanovený plátec. Uzavírat zdravotní pojištění smějí jen zdravotní pojišťovny se speciální koncesí<sup>4</sup>.

**Úhrada zdravotní péče** hrazené ze zdravotního pojištění je úhrada za poskytnutou zdravotní péči, tj. úhrada za zdravotní výkony, za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči. Výše úhrad se řídí jednak Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, jednak rozhodnutím o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče, včetně regulačních omezení. Hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců VZP ČR a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Zdravotní pojištění. Dostupný z WWW:

[http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD\\_poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD](http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD_poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD)

<sup>5</sup> MACH, J., Medicína a právo, s. 228

## **4. Vývoj vztahu mezi zdravotními pojišťovнами a zdravotnickými zařízeními**

Po změně politického režimu v roce 1989 bylo potřeba se vypořádat se změnami ve fungování společnosti i v oblasti zabezpečení zdravotní péče. V návaznosti na vlastní tradice i na evropské chápání solidarity, a navíc ve snaze zajistit pro zdravotnictví větší finanční zdroje pomocí fondu mimo státní rozpočet, za obecného souhlasu politiků, ekonomů i zdravotníků, byl znovu zaveden a legislativně podložen systém všeobecného zdravotního pojištění, který je též zakotven v Listině základních práv a svobod, konkrétně v jejím článku číslo 31. Od té doby prošel tento systém v různých směrech (počet pojišťoven, způsob proplácení služeb atd.) několika proměnami, které místo jeho postupné finanční stabilizace směřovaly spíše k jeho patrné nedostatečnosti. V poslední době prodělává systém veřejného zdravotního pojištění více či méně významné proměny a vzhledem k jeho kritice jako celku či jeho konkrétních součástí se zdá, že žijeme v období, které je ve znamení hledání stále nových řešení v této oblasti<sup>6</sup>.

### **4.1. Organizační struktura a řízení**

Zdravotnictví České republiky prošlo po roce 1989 transformací od státem řízeného a z daní financovaného systému k modelu všeobecného zdravotního pojištění, kde hlavní odpovědnost za financování a organizaci zdravotní péče převzaly zdravotní pojišťovny. V systému zdravotní péče existují tři hlavní rysy. Jsou to: povinné zdravotní pojištění; diverzita poskytovatelů, zejména soukromých poskytovatelů ambulantní péče a veřejných nemocnic, které mají uzavřené smlouvy s pojišťovnými; a společná jednání hlavních aktérů týkající se krytí péče a úhrad. Vláda má však dohled nad jednáním a stále ještě má vliv na jeho výsledky. Stát garantuje zdravotní péči a systém zdravotního pojištění a je zastoupen v dozorčích radách zdravotních pojišťoven. Tato státní záruka je obsažena v české ústavě, avšak stát má pouze některé nástroje potřebné k tomu, aby vláda tuto funkci naplňovala. MZ ČR odpovídá za zajištění jednotného odborného řízení veřejné zdravotní péče, za přípravu zdravotnické legislativy, výzkum v oblasti zdraví a medicíny, vydávání licencí pro farmaceutické a medicínské technologie a za správu dvou školicích zařízení a dále má na starosti regionální a fakultní nemocnice. Z ekonomického hlediska je důležité, že po

---

<sup>6</sup> DRBAL, C., Česká zdravotní politika a její východiska, s. 79

roce 1990 kromě původní jedné ZP, vznikla řada dalších ZP, čímž vznikla soutěž o pacienty. MZ ČR vede také společná jednání a má právo zasáhnout, pokud nedojde k dohodě<sup>7</sup>.

Výsledkem soutěže o pacienty bylo bohužel také to, že některé ZP poskytovaly svým pojištěncům nadměrnou zdravotní péči (lázně atd.), což vedlo ke schodkům v hospodaření těchto pojišťoven a k následnému bankrotu řady z nich. Ještě v roce 1995 působilo v ČR 27 ZP, v dnešní době je to již jen 9. Největší z nich je VZP, s více než 6,2 miliony klientů<sup>8</sup>. Zdravotní pojišťovny jsou poměrně nezávislé a jejich úkolem je uzavírat smlouvy s poskytovateli zdravotní péče (obvykle na dvouletá období). Pravidelně probíhají jednání mezi zdravotními pojišťovnami, poskytovateli (sdružení nemocnic, nemocnice a soukromí lékaři) a odbornými komorami (jménem jejich členů). Jednání se týkají rozsahu poskytovaných služeb, peněžní hodnoty proplácených bodů a podmínek poskytování péče. Vláda, než výsledek jednání schválí, má za úkol zajistit, aby odpovídal zákonným požadavkům a veřejnému zájmu. Společná jednání a návazné schválení vládou je možné považovat za páteř systému zdravotní péče.

Až do roku 1990 existovala v České republice síť zdravotnických zařízení, která byla vybudovaná na přísně územní třístupňové struktuře (republika, kraj, okres). Veškerá zdravotnická zařízení byla státní, léčebně preventivní péče byla, až na malé výjimky ve stomatologické péči, poskytována bez přímých plateb a financována státem ze všeobecných daní. Finanční prostředky byly Ministerstvem financí převáděny na krajské a okresní národní výbory, které odpovídající rozpočtové částky distribuovaly ústavům národního zdraví ve své působnosti. Ministerstvo zdravotnictví řídilo zdravotnictví metodicky prostřednictvím hlavních, krajských a okresních odborníků pro jednotlivé obory. Hned po politických změnách v roce 1989 byly pod patronací Ministerstva zdravotnictví zahájeny práce na vypracování návrhu nového systému zdravotní péče. V souladu s vládním usnesením byly koncem roku 1990 zrušeny krajské ústavy národního zdraví a zařízení v nich sdružená přešla, až na výjimky, pod přímé vedení MZ ČR. V roce

---

<sup>7</sup> Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989. Dostupný z WWW:

<https://www.uzis.cz/publikace/vyvoj-zdravotnictvi-ceske-republiky-roce-1989>

<sup>8</sup> Svaz zdravotních pojišťoven. Dostupný z WWW: <http://www.szpcr.cz/index.php?c=pojistovny>



1991 vstoupila v platnost vyhláška MZ ČR č. 242/1991 Sb.<sup>9</sup>, o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, která legalizovala decentralizaci okresních ústavů národního zdraví v menší, ekonomicky samostatné celky (právní subjekty). Tento proces byl zhruba ukončen v 1. čtvrtletí roku 1992. V souladu s návrhem nového systému zdravotní péče byl novelizován koncem roku 1991 zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu zákonem č. 548/1991 Sb.<sup>10</sup>.

Z pohledu založení zdravotnického zařízení lze rozeznávat zdravotnická zařízení státu, krajů a zařízení zřizovaná a provozovaná soukromými subjekty, tj. fyzickými či právními osobami<sup>11</sup>. Zdravotnická zařízení státu jsou ve smyslu vyhlášky MZ ČR č. 394/1991 Sb.<sup>12</sup>, fakultní nemocnice a další nemocnice, které kromě základní léčebné péče poskytují také specializovanou a zvláště specializovanou diagnostickou a léčebnou péči, jejíž součástí jsou i nezbytná preventivní opatření, vybrané odborné léčebné ústavy a krajské hygienické stanice a hygienické stanice hlavního města Prahy. Tato zařízení zřizuje MZ ČR jako rozpočtové nebo příspěvkové organizace s právní subjektivitou. Nestátní zdravotnické zařízení vymezuje zákon č. 160/1992 Sb.<sup>13</sup>, o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, jako jiné zdravotnické zařízení, než zdravotnické zařízení státu. Z uvedeného vyplývá, že vedle soukromých zařízení lze za nestátní považovat i zařízení zřizovaná krajskými (dříve okresními) úřady a obcemi. Postup při jejich zakládání je upraven shodně se zařízeními soukromými. Rozdílnost spočívá pouze v jejich organizaci

---

<sup>9</sup> Vyhláška MZ ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, v platném znění

<sup>10</sup> Zákon č. 548/1991 Sb. kterým se mění a doplňuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona České národní rady č. 210/1990 Sb. a zákona České národní rady č. 425/1990 Sb., ve znění pozdějších předpisů

<sup>11</sup> DRDLOVÁ, A., Provozování zdravotnických zařízení. Dostupný z WWW:

<http://www.epravo.cz/top/clanky/provozovani-zdravotnickych-zarizeni-55601.html>

<sup>12</sup> Vyhláška MZ ČR č. 394/1991 Sb., o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic a dalších nemocnic, vybraných odborných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic v řídicí působnosti ministerstva zdravotnictví České republiky, ve znění pozdějších předpisů

<sup>13</sup> Zákon č. 160/1992 Sb, o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů

regulované zvláštními normami – viz vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 242/1991 Sb.<sup>14</sup>, o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obce.

## **4.2. Veřejné zdravotní pojištění v České republice**

Veřejné zdravotní pojištění je jednou ze součástí systému sociálního zabezpečení v České republice. Jedná se o pojištění povinné, které se povinně vztahuje na všechny osoby, které jsou zákonem vymezeny jako pojištěnci. Zákonná úprava je navíc v otázkách vzniku a zániku zdravotního pojištění, stejně jako okruh pojištěnců i jejich postavení, vymezena kogentními zákonnými normami, od kterých se nelze odchýlit a to i v případech, že by se na takovéto odchylce konkrétní subjekty shodli.

Zdravotní pojištění slouží k úhradě nákladů, která souvisí se zdravotní péčí o pojištěnce. Jde o takovou zdravotní péči, jejímž cílem je zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce. Paragraf 13 a následující zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění vymezují z veřejného zdravotního pojištění hrazenou péči podrobným způsobem<sup>15</sup>. Z veřejného zdravotního pojištění nejsou vzhledem k ekonomickým možnostem systému hrazeny zcela všechny zdravotní výkony, které nemají léčebný charakter. Sám zákon o veřejném zdravotním pojištění výslovně vyjmenovává některé zdravotní výkony, které z veřejného zdravotního pojištění hrazeny nejsou. Veřejné zdravotní pojištění hradí zdravotní péči, která byla poskytnuta na území České republiky. Výjimku tvoří případy, kdy nastala nutná neodkladná potřeba výkonu zdravotní péče na území cizího státu. I v těchto případech je však zdravotní péče hrazena jen do výše, do které se hradí v České republice. Ve vztahu k cizině jsou důležité i mezinárodní smlouvy. V souvislosti s členstvím České republiky v Evropské unii má zásadní význam tzv. Evropský průkaz zdravotního pojištění, který jeho nositeli zaručuje, že s ním bude v konkrétním státu, který je členem Evropské unie, zacházeno stejně jako s místními pojištěnci. Tato zdravotní péče je na účet pojištěncovi české zdravotní pojišťovny.

V souvislosti se zavedením regulačních poplatků je nutné zmínit, že na placení těchto poplatků se veřejné zdravotní pojištění nevztahuje a pojištěnci, v konkrétní situaci v roli pacientů (či klientů), jsou povinni takovéto poplatky platit nad rámec svého pojištění.

---

<sup>14</sup> Vyhláška MZ ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, ve znění pozdějších předpisů

<sup>15</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Je nutné si uvědomit skutečnost, že se v případě veřejného zdravotního pojištění se nejedná o individuální konto, ze kterého si pojištěnec čerpá zpět do určité výše své finance, které na něj v průběhu života ukládal, pro svoji vlastní potřebu. Systém veřejného zdravotního pojištění je naopak postaven na solidaritě pojištěnců. U zdravotního pojištění se uplatňují tři základní principy solidarity: zdravého s nemocným, mladšího se starším (neboli solidarita v čase), bohatšího s chudším (neboli solidarita v objemu). Solidarita zdravého s nemocným, stejně jako mladšího se starším znamená, že občan si platí předem na možná zdravotní rizika v budoucnosti. Solidarita bohatšího s chudším znamená, že každý občan platí výši pojistného, jako určité procento ze svého příjmu bez ohledu na to jakou chorobou trpí nebo bude trpět. Tento typ solidarity je též předmětem řady kontroverzí a nachází si v závislosti na hodnotových a ideových postojích různých lidí řadu zásadních odpůrců i zastánců<sup>16</sup>. Důležitou zásadou financování zdravotnictví je také princip rovného přístupu občanů ke zdravotní péči. Ve většině zemí pak vedle povinného (státního) pojištění existuje také dobrovolné neboli soukromé pojištění.

### ***4.3. Financování zdravotní péče a rozdělování finančních zdrojů***

Největší podíl (80,5%) finančních prostředků pochází z povinného zdravotního pojištění. Do něj přispívají jednotlivci, zaměstnavatelé a stát. Druhým nejvýznamnějším zdrojem financí jsou daně, které se využívají na pokrytí výdajů na národní úrovni. Doplňkové zdroje financí mají minimální význam, protože v současné době je trh dobrovolného pojištění velmi omezený. Služby zdravotní péče jsou hrazené zdravotními pojišťovny, zatímco nemocenské dávky hradí zaměstnavatel a státem spravovaný fond sociálního zabezpečení, který není součástí státního rozpočtu. Balík nemocenských dávek je v podstatě velmi rozsáhlý a hradí se jakákoli péče při léčbě onemocnění nebo na zlepšení zdravotního stavu<sup>17</sup>.

V prvních třech letech existence zdravotních pojišťoven byla poskytnutá léčebná péče financována výkonovými platbami, což vedlo k honbě za body a ke značnému plýtvání finančními prostředky. Od roku 1992 byla zdravotní péče hrazena zdravotními

---

<sup>16</sup> Veřejné zdravotní pojištění. Dostupný z WWW: <http://www.katalog-stomatologu.cz/zajimavosti/54-verejne-zdravotni-pojisteni/>

<sup>17</sup> Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/publikace/vyvoj-zdravotnictvi-ceske-republiky-roce-1989>

pojišťovnami na základě seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a stanovenou cenou bodu. Úhrady byly původně založeny čistě na objemu poskytnutých služeb a byla stanovena maximální hodnota bodů k úhradě podle ceníku MZ ČR. Tento systém byl problematický, neboť do roku 1994 neexistovaly žádné objemové limity. Poskytovatelé se snažili kompenzovat snižující se objemy úhrad vyšším objemem poskytovaných služeb.

Od roku 1997 přešly zdravotní pojišťovny u praktických lékařů pro děti, dorost a dospělé na kapitační platby za každého registrovaného pacienta a na zálohové platby odvozené od minulého období v lůžkové péči. Výkonový (regulovaný) systém zůstal zachován jen u ambulantních specialistů. Po roce 1997 byly zavedeny nové objemové limity, byly povoleny úhrady založené na jiných principech než proplácení poskytnutých služeb a byla stanovena hodnota bodů na základě společných jednání zdravotních pojišťoven a poskytovatelů a tuto hodnotu schválilo MZ ČR. Oblast zdravotního pojištění byla upravena v tom smyslu, že zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy se zdravotnickými zařízeními na ty druhy a rozsah péče, které je příslušné zařízení oprávněno poskytovat. „Ceny“ poskytované péče jsou v optimálním případě stanovovány v dohodovacím řízení mezi zástupci Svazu zdravotních pojišťoven, VZP a zástupci zdravotnických zařízení. Do hry vstupovalo rovněž ministerstvo financí (např. u cen léků) a MZ ČR tzv. úhradovými vyhláškami v případech neúspěchu dohodovacích řízení nebo u léků stanovením výše úhrad zdravotních pojišťoven. Výše úhrad ze zdravotního pojištění za léčivé přípravky byla projednána a navržena tzv. kategorizační komisí při MZ ČR a vyhlášována ministrem zdravotnictví. V roce 2003 bylo stanoveno asi 3800 různých úkonů, které se hradily.

#### ***4.4. Smluvní vztahy mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami***

Problematika smluvních vztahů mezi zdravotnickými zařízeními a ZP je detailně zpracovaná v monografii Macha<sup>18</sup>, z něhož je v této kapitole 4. 4. vycházeno.

Naprostá většina poskytované zdravotní péče je hrazena ze standardního veřejného pojištění. Jestliže zdravotnické zařízení nemá uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se ZP, může poskytovat zdravotní péči buď bezplatně, nebo za přímou

---

<sup>18</sup> MACH, J., *Medicína a právo*, s. 223-232

úhradu od pacientů. Naprostá většina zdravotnických zařízení by nemohla ekonomicky obstát, pokud by nebyla smluvním zdravotnickým zařízením ZP.

Diskutovanou otázkou je, kdo, kdy a za jakých podmínek může uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se ZP. Prvé dva roky po přijetí zákona č. 550/1991 Sb.<sup>19</sup>, o všeobecném zdravotním pojištění platila zásada, že pojištěnec si mohl zvolit kterékoliv registrované státní či nestátní zdravotnické zařízení, a díky této volbě se toto zařízení stalo smluvním zdravotnickým zařízením zdravotní pojišťovny. Tedy otázka smlouvy se ZP byla otázkou volby a vůle pojištěnce, nikoli managementu příslušné ZP. Na základě zákona 48/1997 Sb.<sup>20</sup> v současné době pojištěnec toto právo svobodné volby nemá, má-li být péče hrazena se zdravotního pojištění, musí zvolit takové zdravotnické zařízení, se kterým má ZP uzavřenou smlouvu.

Je pouze na ZP, s kým uzavře a s kým neuzavře smluvní vztah. Byť uzavření tohoto smluvního vztahu předchází výběrové řízení, tak často v současné době pravidla výběru nejsou jasná, transparentní a srozumitelná.

Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi zdravotnickým zařízením a ZP se řídí rámcovou smlouvou. Výše úhrad zdravotní péče se řídí buď výsledky dohodovacího řízení mezi poskytovateli zdravotní péče a ZP, nebo právním předpisem, pokud nedošlo v dohodovacím řízení k uzavření dohody.

#### **4.4.1. Rámcová smlouva**

Aby ZP mohly splnit svou povinnost zajistit poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění svým pojištěncům, uzavírají se zdravotnickými zařízeními smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Tyto smlouvy lze uzavřít pouze na ty druhy péče, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi zdravotnickým zařízením a ZP se řídí rámcovou smlouvou. Rámcová smlouva se přijímá v dohodovacím řízení mezi zástupci svazů ZP a zástupci poskytovatelů zdravotní péče (občanská sdružení jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče). Dojde-li v dohodovacím řízení k dohodě o obsahu rámcové smlouvy, jsou jednotlivé rámcové smlouvy předkládány MZ ČR k posouzení. Dospěje-li MZ ČR k závěru, že předložená

---

<sup>19</sup> Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, v platném znění

<sup>20</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

rámcová smlouva je v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji jako vyhlášku.

Pokud se účastníci dohodovacího řízení o rámcové smlouvě nedohodnou do šesti měsíců od zahájení dohodovacího řízení, nebo pokud předložená rámcová smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu a MZ ČR ji tedy nevydá jako vyhlášku, může MZ ČR samo rozhodnout o obsahu rámcové smlouvy.

Rámcové smlouvy se přijímají pro jednotlivé segmenty poskytovatelů zdravotní péče.

V současné době je pro jednotlivé úseky poskytování zdravotní péče vydáno devět rámcových smluv formou vyhlášky MZ ČR. Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, uzavírané mezi jednotlivými ZP a zdravotnickými zařízeními, se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. V současné době jsou rámcové smlouvy stanoveny vyhláškou MZ ČR č. 618/2006 Sb.<sup>21</sup>.

#### **4.4.2. Dohodovací řízení o seznamu zdravotních výkonů a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění**

Výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění se řídí jednak Sazebníkem zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, jednak rozhodnutím o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče, včetně regulačních omezení.

Okruh účastníků dohodovacího řízení o Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami je širší než okruh účastníků dohodovacího řízení o rámcové smlouvě. Kromě zástupců ZP a občanských sdružení poskytovatelů zdravotní péče se účastní také profesní organizace zřízené zákonem (Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora, Česká lékárenská komora), odborné vědecké společnosti a také zájmové sdružení pojištěnců. Je-li přijat Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, je předložen MZ ČR k posouzení z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. MZ ČR poté vydá tento seznam jako vyhlášku. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami je součástí smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, uzavírané mezi ZP a zdravotnickým zařízením.

Další dohodovacím řízením je řízení o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Okruh účastníků tohoto dohodovacího řízení je stejný jako okruh účastníků dohodovacího řízení o rámcové smlouvě. Je-li výsledkem dohoda o hodnotě

---

<sup>21</sup> Vyhláška MZ č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, v platném znění

bodů a cenách zdravotní péče včetně regulačních omezení pro příslušné období, MZ ČR posoudí tento výsledek dohodovacího řízení z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Neshledá-li při posuzování nesoulad, vyhlásí výsledek dohodovacího řízení ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR. Tento výsledek je pro zdravotnické zařízení a ZP závazný.

Nedojde-li v dohodovacím řízení k výsledku do 90 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodů, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se zdravotnické zařízení a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak.

#### **4.4.3. Řešení sporů mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami**

Ve smluvních vztazích mezi ZP a zdravotnickým zařízením dochází v celé řadě případů ke sporům, např. zda má být poskytována péče hrazena ze zdravotního pojištění, popřípadě v jakém rozsahu, zda byly splněny všechny podmínky pro úhradu zdravotní péče, zda případná revizní zpráva ZP a případné srážky z úhrady byly učiněny ze strany ZP oprávněně či neoprávněně. Způsob řešení těchto sporů je řešen rámcovou smlouvou pouze částečně, jinak vychází z obecně závazných právních předpisů.

Pro řešení případných sporů mezi zdravotnickým zařízením a ZP, týkajících se smluvních vztahů, neexistují žádná zvláštní pravidla, snad s výjimkou smířčího jednání, ke kterému dává prostor existující rámcová smlouva (vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, ve znění pozdějších předpisů)<sup>22</sup>. Nejsou-li tyto spory vyřešeny dohodou, řeší se v běžném soudním řízení. Ve skutečnosti v praxi k příliš častým sporům mezi zdravotnickým zařízením a ZP u soudů nedochází. Tato skutečnost je dána především obavami provozovatelů zdravotnických zařízení, aby po skončení období, na které je uzavřena smlouva, s nimi byl ze strany ZP smluvní vztah obnoven na další období. Tím

---

<sup>22</sup> Vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, v platném znění

vzniká určitá nerovnováha v postavení těchto smluvních stran, kdy vůči smluvnímu zdravotnickému zařízení může být do jisté míry uplatňován téměř „vrchnostenský přístup“.



## **5. Právní úprava vztahů mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními**

### ***5.1. Zákony vztahující se ke zdravotnictví***

Zdravotní pojištění bylo u nás zavedeno zákonem č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a tento zákon byl posléze rekodifikován zákonem č. 48/1997 Sb.<sup>23</sup>, o veřejném zdravotním pojištění, který v ČR v současné době problematiku veřejného zdravotního pojištění upravuje.

Kromě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, se k problematice veřejného zdravotního pojištění vztahují ještě tyto další právní předpisy<sup>24</sup>:

Zákon č.592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

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

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

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

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

Zákon č.11/2007 Sb., měnící zákon o péči o zdraví lidu

Vyhláška č.54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů

Vyhláška č.439/2008 Sb, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č.619/2006 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007

Vyhláška č.331/2007 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2008

---

<sup>23</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

<sup>24</sup> Právo ve zdravotnictví - právní předpisy. Dostupný z WWW: <http://www.medop.cz/wiki/pravo-ve-zdravotnictvi-pravni-predpisy>.

Vyhláška č. 464 / 2008 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009

Vyhláška č. 471 / 2009 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010

Zákon č. 160/1992 Sb., žádost o registraci nestátního zdravotnického zařízení, jejich změny a zrušení

Zákon č.160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

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.285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)

Vyhláška č.479/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci

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

Vyhláška č.49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení

Vyhláška č.434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě

Vyhláška č.385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Zákon č.378/2007 Sb. o léčivech

Zákon č. 84/2008 Sb., o správné lékařské praxi a podmínkách zacházení s léčivý

## ***5.2. Právní vztah veřejného zdravotního systému***

Pro pochopení fungování konkrétního systému je důležité pochopit jeho jednotlivé součásti, a proto bude v této kapitole podán i nástin základních informací o subjektech v právním vztahu veřejného zdravotního pojištění a právní úpravy vztahu mezi zdravotními pojišťovny a zdravotnickými zařízeními<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Veřejné zdravotní pojištění. Dostupný z WWW: <http://www.katalog-stomatologu.cz/zajimavosti/54-verejne-zdravotni-pojisteni/>

Právním vztahem veřejného zdravotního systému je právní vztah mezi subjekty veřejného zdravotního pojištění. Mezi subjekty právního vztahu veřejného zdravotního pojištění patří pojištěnci, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny, zaměstnavatelé a stát. V tomto právním vztahu mají strany vzájemná práva a vzájemné povinnosti. Dalším právním vztahem veřejného zdravotního pojištění je vztah mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotním zařízením. Tyto subjekty spolu uzavírají smlouvy na ty druhy zdravotní péče, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Zdravotní pojišťovna poskytuje zdravotnickému zařízení úhradu za provedené výkony, buď na základě seznamu výkonů s bodovými hodnotami, nebo na základě paušálů za poskytnuté služby.

### **5.2.1. Subjekty právního vztahu veřejného zdravotního pojištění**

#### Pojištěnci

Pojištěncem je povinně každá fyzická osoba, která se trvale zdržuje na území České republiky a kterou zákon jako pojištěnce vymezuje. Skutečnost, zda je někdo pojištěncem či nikoliv, nezávisí na jeho souhlasu či nesouhlasu. Subjektem právního vztahu zdravotního pojištění se stává již svým narozením. Ač si nemohou pojištěnci vybrat, zda chtějí být pojištěnci, je jim umožněna svobodná volba zdravotní pojišťovny. Toto právo je omezeno v tom smyslu, že nesmí pojišťovnu měnit vícekrát jak jedenkrát za dobu jednoho roku. Výjimku tvoří situace, kdy je pojišťovna v likvidaci či nucené správě.

Vůči své zdravotní pojišťovně má pojištěnec řadu práv a povinností. Práva a povinnosti pojištěnce vymezují zejména ustanovení § 10<sup>26</sup>, § 11<sup>27</sup> a § 12<sup>28</sup> o veřejném zdravotním pojištění.

Mezi základní povinnosti patří povinnost platit pojistné. Této povinnosti je zbaven v případě, že za něj pojistné platí stát (např. nezaopatřené děti, důchodci, osoby na mateřské a rodičovské dovolené, aj). Další povinností pojištěnce je oznamovací povinnost. Tu upravuje §10 zákona o veřejném zdravotním pojištění<sup>29</sup>. Další skupinu povinností ukládá pojištěnci ustanovení § 12 zákona o veřejném zdravotním pojištění<sup>30</sup>.

---

<sup>26</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

<sup>27</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

<sup>28</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

<sup>29</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

<sup>30</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Mezi práva pojištěnce náleží právo na výběr zdravotní pojišťovny, právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení s výjimkou závodní zdravotní služby, právo na výběr dopravní služby, která je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně, právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem, právo na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, právo podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním, právo na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku a právo na uhrazení částky přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. Výkon těchto práv je často různým způsobem z praktických a ekonomických důvodů zákonem limitován.

V případě, že je pojištěnec přesvědčen o tom, že mu zdravotní péče není poskytována řádným způsobem, má nárok v závislosti na povaze věci na podání návrhu na přezkoumání poskytnuté zdravotní péče, požádat o přezkum Českou lékařskou komoru, Českou stomatologickou komoru, Českou lékárnickou komoru či jinou profesní organizaci, požádat o přezkum svou zdravotní pojišťovnu a obrátit se na příslušný orgán státní správy, který provedl registraci zdravotnického zařízení<sup>31</sup>.

### *Zdravotní pojišťovny*

Zdravotní pojišťovna je právnická osoba, která hospodaří se svěřenými finančními prostředky a sjednává smlouvy se zdravotnickými zařízeními. Úkolem zdravotních pojišťoven je provádět zákonné veřejné zdravotní pojištění. Kromě toho může, má-li k tomu povolení, nabízet i smluvní zdravotní pojištění nad rámec zdravotní péče hrazené veřejným zdravotním pojištěním. Výsadní postavení má v českém systému zdravotního pojištění VZP ČR. V orgánech VZP jsou zastoupeni pojištěnci, zaměstnavatelé a stát prostřednictvím svých zástupců, díky čemuž mohou tyto skupiny s mnohdy protichůdnými zájmy kontrolovat činnost této pojišťovny.

Jak již bylo výše zmíněno, pojištěnec má svobodnou volbu, u které pojišťovny bude pojištěn, pokud však tuto volbu neprovede či se mu nepodaří uzavřít smlouvu s pojišťovnou zaměstnaneckou, je pojištěncem VZP. Činnost a hospodaření VZP se řídí

---

<sup>31</sup> Veřejné zdravotní pojištění. Dostupný z WW: <http://www.katalog-stomatologu.cz/zajimavosti/54-verejne-zdravotni-pojisteni/>

zdravotně pojistným plánem, který je předkládán vládě a schvaluje jej Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky v termínech pro projednání a schvázení státního rozpočtu. I ostatní zdravotní pojišťovny jsou povinny předkládat pojistný plán, výroční zprávu a učení uzávěrku a jejich hospodaření s veřejnými prostředky je pod veřejnou kontrolou. Pojišťovny hospodaří s vlastními i svěřenými prostředky. Mají však zákaz podnikat s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění a zřizovat svá vlastní zdravotnická zařízení.

Zdravotní pojišťovny sjednávají smlouvy s jednotlivými zdravotnickými zařízeními, kterým posléze proplácejí zdravotní péči, kterou tato zařízení vykonala v rámci veřejného zdravotního pojištění na jejich klientech. Zdravotní pojišťovny mají právo udělovat pokuty v případě porušení jejich povinností zaměstnanci, zaměstnavateli i osobám samostatně výdělečně činným a to v různé výši podle subjektu, který se jej dopustil, a charakteru porušení povinnosti.

Samy pojišťovny (VZP i zaměstnanecké pojišťovny) mohou být za porušení svým povinností pokutovány ze strany Ministerstva financí a MZ ČR. Závažnějším druhem sankce je zavedení nucené správy či dokonce odebrání licence, což se týká jen zaměstnaneckých pojišťoven, jelikož je VZP zřízena zákonem<sup>32</sup>.

#### *Zdravotnická zařízení*

Zdravotnická zařízení jsou poskytovateli zdravotní péče. Zdravotnická zařízení mohou mít různou právní formu a mohou být jak ve vlastnictví státu či jeho samosprávné jednotky, tak ve vlastnictví soukromém. Zdravotní péči však neposkytují pouze právnické osoby, ale též osoby fyzické. Zdravotnická zařízení jsou v právním vztahu veřejného zdravotního pojištění subjektem povinným. V případě, že mají smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou pojištěnce, jsou povinna vykonávat lékařskou péči bezplatně na základě veřejného zdravotního pojištění a posléze jim má být finanční částka uhrazena zdravotní pojišťovnou. Vyžadování přímého placení ze strany pojištěnce by bylo v takovémto případě protizákonné. Oproti tomu zdravotnická zařízení od 1. ledna 2008 nově účtují pacientům ke klinickému vyšetření regulační poplatek, který je jejich příjmem.

---

<sup>32</sup> Veřejné zdravotní pojištění . Dostupný z WWW: <http://www.katalog-stomatologu.cz/zajimavosti/54-verejne-zdravotni-pojisteni/>

Zdravotní pojišťovna poskytuje zdravotnickému zařízení úhradu za provedené výkony, buď na základě seznamu výkonů s bodovými hodnotami, nebo na základě paušálů za poskytnuté služby. Stanovení takovýchto částek je velice komplikovaným procesem<sup>33</sup>.

#### Zaměstnavatelé

Zaměstnavatel vystupuje jako subjekt právního vztahu veřejného zdravotního pojištění v případě, že je plátcem pojistného za svého zaměstnance. Zaměstnavatel má vůči zdravotním pojišťovnám kromě povinnosti platit pojistné taktéž oznamovací povinnost a povinnost vést o oznamovaných skutečnostech evidenci a dokumentaci. V případě, že neplní své povinnosti či je neplní řádně, hrozí zaměstnavateli pokuta, penále nebo přírážka k pojistnému<sup>34</sup>.

#### Stát

Postavení státu je komplikovanější, jelikož v oblasti zdravotního pojištění vystupuje v různých rolích. Stát jednak hradí zdravotní pojištění za občany v obtížné sociální situaci, ale může vystupovat též v roli zaměstnavatele. Při posuzování úlohy státu nelze zapomínat na to, že je také tvůrcem zákonných i podzákonných norem v oblasti práva sociálního zabezpečení a jeho orgány mají i výrazné pravomoci v oblasti moci výkonné vůči zdravotním pojišťovnám a zdravotnickým zařízením, jichž je mnohdy stát dokonce vlastníkem.

Stát a jeho orgány však vystupuje též jako zaměstnavatel a vlastník či spoluvlastník zdravotnických zařízení.

V rámci moci výkonné, konkrétně pak výkonu veřejné správy, mají různé správní orgány různá oprávnění vůči dalším subjektů. Typicky jde o to, že stát zákonem zřídil Všeobecnou zdravotní pojišťovnu, má v jejích orgánech určité zákonem zaručené zastoupení a kontroluje její činnost a hospodaření. Stejně tak stát, konkrétně Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí, povoluje vznik zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a posléze kontroluje jejich činnost a má právo jim ukládat různé sankce.

---

<sup>33</sup> Veřejné zdravotní pojištění. Dostupný z WWW: <http://www.katalog-stomatologu.cz/zajimavosti/54-verejne-zdravotni-pojisteni/>

<sup>34</sup> Veřejné zdravotní pojištění. Dostupný z WWW: <http://www.katalog-stomatologu.cz/zajimavosti/54-verejne-zdravotni-pojisteni/>

V samotném vztahu veřejného zdravotního pojištění pak jako subjekt vystupuje stát v roli plátce veřejného zdravotního pojištění za osoby, které vymezují ustanovení § 7 zákona o veřejném zdravotním pojištění<sup>35</sup>.

### **5.2.2. Právní postavení zdravotních pojišťoven a působnost revizních lékařů**

Právní postavení zdravotních pojišťoven je dáno především zákonem č. 48/1997 Sb.<sup>36</sup>, o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Struktura orgánů zdravotní pojišťovny a kontrolní mechanismy, jakož i způsob ustanovování a odvolávání jednotlivých orgánů (správní rady, dozorčí rady a ředitele pojišťovny) pak řeší zákon č. 551/1991 Sb.<sup>37</sup> o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 280/1992 Sb.<sup>38</sup> o resortních, odborových, zaměstnaneckých a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

Veřejné zdravotní pojištění v ČR provádí pouze zdravotní pojišťovny, která zákon dělí na VZP ČR na straně jedné, a resortní, odborové, podnikové, případně další, na straně druhé. V roce 1992 byl přijat zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, odborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, který dal možnost pojištěncům VZP přestoupit k jiné zdravotní pojišťovně. Původně se tato možnost netýkala všech pojištěnců, ale pouze vybraných skupin. Po přijetí zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, byla zdravotním pojišťovnám uložena povinnost přijmout kteréhokoliv pojištěnce ve stanoveném termínu. VZP ČR zůstává u nás největší zdravotní pojišťovnou a ti pojištěnci, kteří si sami nezvolili jinou ZP, zůstávají pojištěnci této původně jediné pojišťovny. ZP jsou povinny uhradit zdravotnickým zařízením případně jiným subjektům, které poskytly zdravotní péči pojištěncům, tuto poskytovanou péči ve lhůtách sjednaných ve smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče.

V rámci veřejného zdravotního pojištění působí Informační centrum zdravotního pojištění, spravované VZP ČR. Toto centrum slouží ke kontrole čerpání finančních prostředků ze zdravotního pojištění jednotlivými zdravotnickými zařízeními, které jsou ve smluvním

---

<sup>35</sup> Veřejné zdravotní pojištění. Dostupný z WWW: <http://www.katalog-stomatologu.cz/zajimavosti/54-verejne-zdravotni-pojisteni/>

<sup>36</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

<sup>37</sup> Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů

<sup>38</sup> Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, odborových, zaměstnaneckých a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

vztahu ke ZP. ZP jsou povinny poskytovat správci centra, tedy VZP ČR, nezbytné údaje, stanovené v ustanovení § 41 zákona č. 48/1997 Sb.<sup>39</sup> o veřejném zdravotním pojištění. Zákon stanoví pravidlo, podle kterého VZP ČR jako správce centra vypočte pro každé zdravotnické zařízení příslušný korekční koeficient. Činnost Informačního centra zdravotního pojištění kontroluje MZ ČR. Zákon tedy stanoví, za jakých podmínek dochází ke zkrácení úhrady zdravotní péče poskytované konkrétním zdravotnickým zařízením. Nicméně toto krácení korekčním koeficientem na základě zákona není jedinou regulací. V rámci dohadovacího řízení nebo vyhlášky MZ ČR o výši úhrad zdravotní péče na příslušné období jsou stanovena zpravidla přísnější regulační opatření, než ta, která stanoví zákon.

Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů ČR, zejména MZ ČR a Ministerstva financí. Na kontrole ZP se mají podílet též sami pojištěnci, ZP je na jejich vyžádání povinna písemně poskytnout 1x ročně údaje o zdravotní péči uhrazené za tohoto pojištěnce za rok.

ZP mají právo u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců kontrolovat využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Tuto kontrolu provádějí prostřednictvím informačních dat, v rozsahu stanoveném zákonem č. 48/1997 Sb.<sup>40</sup>, o veřejném zdravotním pojištění, a dále činností revizních lékařů, případně dalších odborných pracovníků, způsobilých v revizní činnosti.

Revizní lékaři pojišťoven jsou oprávněni posuzovat odůvodněnost léčebného procesu a předepisování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a potřebu lázeňského pobytu jako součást léčebné péče. Zákon bohužel podrobně nestanoví další postup za situace, kdy ošetřující lékař nebo i sám pojištěnec, o jehož právech a chráněných zájmech se rozhoduje, s opatřením revizního lékaře ZP nesouhlasí, zvláště pokud revizní lékař nedal souhlas k použití léčivého přípravku nebo léčby, doporučené ošetřujícím lékařem<sup>41</sup>.

---

<sup>39</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

<sup>40</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

<sup>41</sup> MACH, J., *Medicína a právo*, s. 237



## 6. Vzájemné vztahy v praxi

Autor je zaměstnán v Endokrinologickém ústavu v Praze, kde pracuje na pozici ekonomicko-technického náměstka. Endokrinologický ústav je svojí působností a rozsahem péče specifickým a jedinečným zdravotnickým zařízením v ČR. Jedná se o superkonzilární pracoviště s celorepublikovou působností a rozsáhlou výzkumnou základnou, úzce propojenou na praxi. Zdravotní péče, zde prováděná, je vysoce specializovaná a v mnoha ohledech neporovnatelná s rutinní endokrinologickou praxí. Do systému výkonové úhrady prostřednictvím ZP vstoupil Endokrinologický ústav již v rámci experimentu v roce 1990, o čemž svědčí i přidělené IČZ v rámci Prahy 1 01001000. V rámci tohoto experimentu i úzce spolupracoval na ohodnocení výkonů v odbornostech, které využívá. Není správné, že ohodnocení těchto výkonů prováděli lékaři a nikoliv ekonomové, bez ekonomického podvědomí a znalosti režijních nákladů. Již zde vniká první závažná deformace bodového hodnocení, které je využíváno bez jiných změn, než stanovení ceny bodu v Kč pro dané pololetí. V období vzniku byla uvažovaná cena bodu 1 Kč/bod. Základním motem zdravotních úhrad je zaklínací formule „aby to vyšlo“. Paradoxem tohoto mota je to, že dopadá vždy pouze na bedra zdravotnického zařízení, ve kterých tak ničí jakoukoliv motivaci. Veškeré ekonomické poučky jsou v tomto ekonomicky a právně deformovaném prostředí dovedeny ad absurdum. V prostředí Endokrinologického ústavu dochází k situaci, kterou by mohli mnozí soukromí podnikatelé jen závidět. Po službách tohoto zařízení poptávka značně převyšuje nabídku, což v tomto specifickém prostředí vede k situaci, že snaha po vyhovění poptávky vede k následujícím sankcím ze strany ZP. Nenajde se jiné podnikání, kde by platilo, za více práce méně peněz. Tak totiž fungují restrikce ZP, vycházející z porovnávacího období. Navíc se u vztahu mezi ZP a zdravotnickým zařízením jedná o nepartnerský a „bezprávní“ stav, garantovaný zákonem.

Nyní k samotné praxi vyúčtování zdravotní péče. Samozřejmě, že základem všeho dění je uzavření Rámcové smlouvy. Dále je však již vše spojeno s každoročním dohodovacím řízením o výši úhrady s dodatky, které popisují a řídí vlastní úhradu pro konkrétní období. Tyto dodatky jsou koncipovány vesměs tak, že přímo určují zdravotnickému zařízení výši fakturace v závislosti na pojistný plán ZP. Tento plán vychází z porovnávacího období stanoveného úhradovou vyhláškou. Bohužel, tento dodatek však zdravotní pojišťovny

vytvoří často až v průběhu konce prvního kvartálního období daného pololetí a zdravotnické zařízení nemá v tomto právně nevyjasněném období nejmenší povědomí, v jakých podmínkách pracuje. Endokrinologický ústav aktuálně navíc v současnosti uzavírá tyto dodatky pro každé období tři. Jeden za činnost laboratorního komplementu, druhý za práci lékařů na ambulancích a třetí za práci psychologa.

Je dáno praxí a je pravdou, že zejména ve specializovaných ambulantních zařízeních je poptávka klesající v období dovolených a kolem Vánoc. Před těmito obdobími naopak mimořádně narůstá. Výkonnost jistě omezila například i povodeň v roce 2002, kdy Endokrinologický ústav byl po delší dobu uzavřen z důvodu své polohy blízko Vltavy. Pojišťovny dokázaly využít i této situace, aby pro porovnávací období vybraly nesourodá čtvrtletí roku a mohly tak maximalizovat své zisky. V praxi se také může stát, že při nedohodě v dohodovacím řízení zůstávají v platnosti částky z minulého období. Dochází pak k porovnávání neporovnatelného, tzn. k porovnání nestejných pololetí.

Podrobně se podívejme na příklad úhrady laboratorního komplementu. Nemá ani tak zásadní informaci, za jakou cenu má fakturovat pojišťovnám předávané měsíční dávky, protože tuto cenu rovněž stanoví ZP. Ta opravdu stanovuje konkrétní výši měsíčních faktur – daňových dokladů. Tyto jsou na straně zdravotnického zařízení účtovány do výnosů ve vystavené výši. ZP však s těmito daňovými doklady zachází jako se zálohami, které vyúčtovává po uzavření sledovaného období. Toto je v současnosti stanoveno na jednotlivá pololetí. Paradoxem je, že např. vlastní vyúčtování prvního pololetí 2010 za aktivity laboratorního komplementu, bylo Endokrinologickému ústavu ZP odesláno až 18. 1. 2011. Toto vyúčtování provádí vypořádání sumy finančních prostředků, které zdravotnické zařízení obdrželo na základě jím vystavených daňových dokladů po stejných částkách stanovených ZP oproti hodnotě předaných a ZP přijatých = uznaných dávek (finanční ohodnocení zdravotnickým zařízením provedených výkonů). Na tomto konkrétním případě lze deklarovat zoufalství ekonoma pracoviště, který se po 7 měsících dovídá fakt, že mu bude strženo za práci provedenou před více než půl rokem 3, 5 mil Kč. Proč? Protože ZP zdravotnickému zařízení přála a i při stanovené hodnotě bodu za laboratorní komplement na 0,70 Kč mu dopřála „zálohu“ ve výši 0,89 Kč. Navíc byla provedena práce, která převýšila porovnávací období o 1 735 000 bodů. Tyto byly přepočítány degresní hodnotou bodu 0,30 Kč. Tato hodnota bodu však nekryje ani vstupní náklady na labochemikálie. Co to znamená? Jen to, že Endokrinologický ústav uhradí na úkor mezd lékařů a vybavení

zařízení léčbu a zejména pak laboratorní diagnostiku pacientům, které zvládl uspokojit v rámci neustále rostoucí poptávky po jeho službách nad rámec porovnávacího období. Snížení hodnoty bodu v plném rozsahu uhradí zdravotnické zařízení. Oproti tomu vnější svět zaznamenává inflaci a proto i zdravotnické zařízení zaznamenává zdražování jednotlivých komerčních vstupů.

V praxi to znamená, že dobrým ekonomem může být člověk, který nebude usilovat o pokrytí zájmu svých klientů, ale bude hledat cesty jak klientům zkomplikovat a znesnadnit přístup do zdravotnického zařízení ve snaze dosáhnout konstantní výkonnosti porovnatelné s porovnávacím obdobím. Tento prvek zcela potírá rozvoj konkurenčního prostředí ve zdravotnictví. Vystupuje i právní a společenská otázka. Není snad důležitější kvalita, prostředí a odborná úroveň? Být „opravování“ u demotivovaného lékaře, který je placen ve státních zařízeních dle tabulek a dosaženého vzdělání a jeho mzda nemá nic společného ani s kvantitou i kvalitou jím odvedené práce?

Pojišťovna se vždy může schovat za právní úpravu aktuální úhradové vyhlášky a odmítá jakoukoli možnost dohody, ke které je v současnosti již otevřena cesta. Zdravotní pojišťovny totiž ve svých dodatcích nedovolí žádnou výjimku či změnu oproti jimi navrhovanému znění. Při nepodepsání dodatků není důvod hradit. Proto si to nakonec každé zdravotnické zařízení rozmyslí. V běžné obchodní praxi se nedohody řeší soudní cestou. V oblasti státního zdravotnictví se tak snad ještě nestalo. Důvodem je oprávněná obava, že vše diktující ZP si najde cestu, jak dále zkomplikovat zdravotnickému zařízení cestu k získání finanční odměny za práci poskytnutou jejím klientům. Lhostejnost samotných pacientů nad náklady, které jsou za ně vynakládány, by byla dlouhou kapitolou a vydala by jistě dostatek materiálu na práci diplomovou, či doktorskou. Pro obsáhlost tohoto tématu nebude zde nadále rozvíjena.

Další následné finanční dopady lze již predikovat a vycházejí z aktivit lékařů v ambulancích. Obrovský objem peněz vynakládají ZP za léky v rámci preskripce. Tyto údaje se po zpracování ZP opět promítnou s obrovskou prolongací (někdy i déle než rok) vůči zdravotnickému zařízení. Logika věci je stejná. Předepsalo se více než v porovnávacím období? ZP předepíše zdravotnickému zařízení pokutu ve výši % sazby stanovené úhradovou vyhláškou, která osciluje v rozmezí od 20 % do 50 % překročení porovnávacího období. Navíc vyhláška posunuje i základ. Tento byl stanovován v minulých letech v rozsahu 98 % – 105%.

Pikantní ovšem je skutečnost, že léčiva za poslední 2 roky zdražila v průměru o 17%. Při stanovení možnosti kombinace vyčerpat 98% finančního objemu porovnávacího období a 50% penalizaci za překročení je rázem zdravotnickému zařízení strženo z jím vystavených daňových dokladů několik milionů Kč.

Problematickou stránkou vzájemného vztahu ZP a zdravotnického zařízení v praxi není jen stránka finanční, ale i nemožnost zavedení nových výkonů. Současný bodový systém úhrad svázaný se sazebníkem výkonů je jednou z brzd rozvoje zdravotnického zařízení a velkou brzdou pokroku. Tento se totiž nerozšiřuje o nové výkony a postupy, které s sebou přináší neustálý rozvoj oboru a rozsáhlý výzkum. Zařazení nového výkonu do sazebníku je velmi složitý a nepopulární úkol. Tím ovšem ještě není dáno, že výkon je možno použít v daném zařízení. Ten musí být totiž nasmlouván v konkrétní rámcové smlouvě pod danou odborností. K tomu má však zdravotní pojišťovna značnou neochotu.

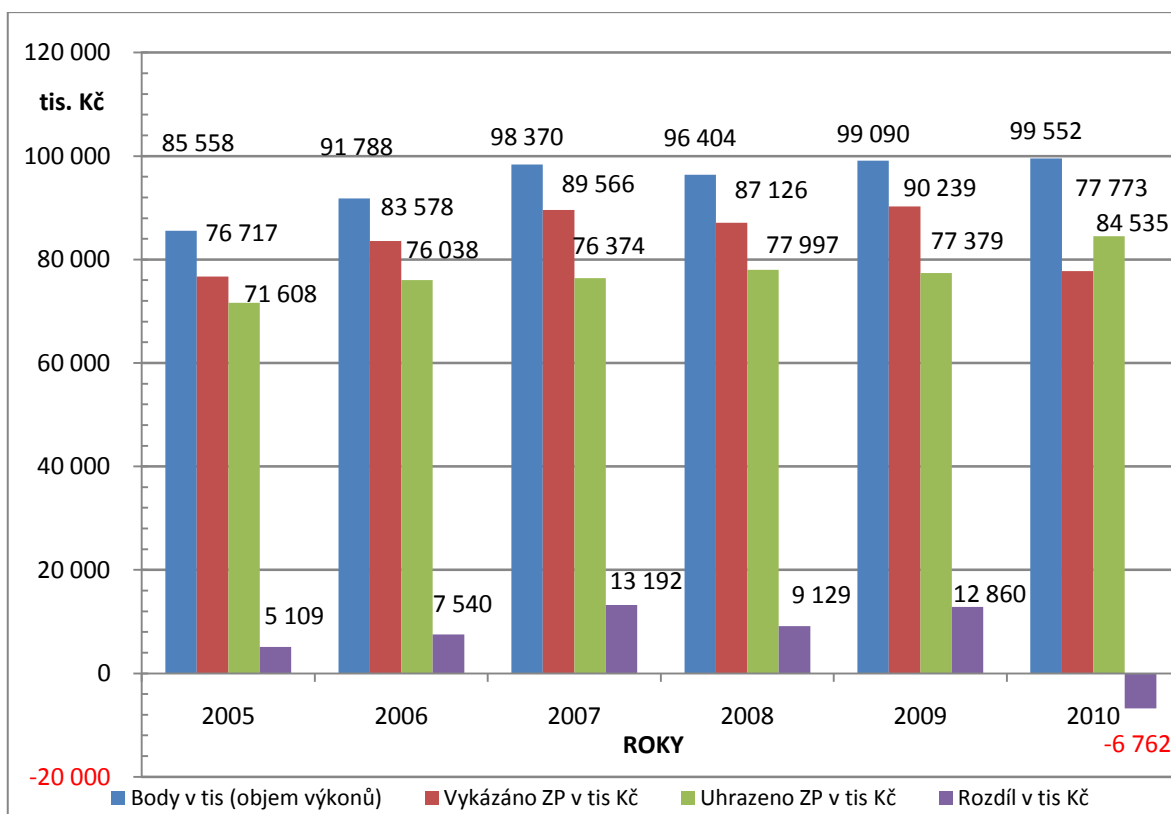
Endokrinologický ústav se snažil dlouhodobě o nastavení a změny konkrétních podmínek, vysvětloval specifické diagnostické a léčebné postupy ZP ve snaze poskytnout plnohodnotnou péči svým klientům. Ze strany ZP byly veškeré snahy zmařeny. Na začátku rozvoje tohoto úhradového systému byla dohoda o prominutí nastavených restriktivních a regulačních opatření dosažitelnější oproti současnosti, kdy k možným dohodám byl i legislativně vytvořen prostor.

## 7. Příklad z praxe - Endokrinologický ústav v Praze

Pro složitě porovnání a dlouhodobé dopady finančních vypořádání se autor rozhodl, v návaznosti na kapitolu 6, v této kapitole prezentovat porovnání šesti účetních období Endokrinologického ústavu. Sledovanými parametry v jednotlivých letech 2005-2010 jsou objem výkonů oceněný v bodech, ZP předané dávky oceněné v Kč, finanční prostředky skutečně uhrazené ZP po uplatnění všech regulačních opatření.

Dále je v této kapitole ukázán vývoj hodnoty bodu za ambulantní a laboratorní výkony. Pro co největší názornost autor vyčíslil průměrnou váženou hodnotu deklarovaného bodu v porovnání s jeho výslednou cenou (propočtením objemu výkonů v rozdílných oceněních v závislosti na ceně bodu deklarovaného vyhláškou a objemu bodů v porovnání proti výsledné hodnotě).

Graf 1 Rozdíly mezi skutečně provedenými výkony uznanými zdravotní pojišťovnou a příjmy na běžný účet Endokrinologického ústavu v porovnání s objemem práce



Zdroj: Účetnictví Endokrinologického ústavu a databáze nemocničního informačního systému Grey Fox

Graf č. 1 ukazuje rozdíly mezi skutečně provedenými výkony, které byly uznány zdravotní pojišťovnou a příjmy na běžný účet zdravotnického zařízení. Z grafu vyplývá, že rozdíl byl v jednotlivých letech 2005-2009 více než značný. Rok 2010 se jeví být výjimečným a z grafu lze vyčíst, že se situace obrátila a zdravotnické zařízení obdrželo více finančních prostředků, než vykazalo ZP. Tato skutečnost však není pozitivní, jak by se mohlo na první pohled zdát, ale je dopadem rozdílu mezi hodnotou bodu komplementu porovnávacího období (rok 2008) 0,87 Kč a hodnotou bodu deklarovanou úhradovou vyhláškou pro rok 2010, která byla stanovena na 0,70 Kč. Záloha nerespektovala degresní hodnotu bodu. Došlo tak poprvé ke skutečnému přeplatku zdravotnického zařízení ze strany ZP, který si ZP odčítají postupně v průběhu roku 2011.

V tabulce č. 1 je vyčíslena ztráta v jednotlivých letech sledovaného období, a to jak nominálně tak procentuálně.

Tabulka 1 Přehled ztrát ve sledovaných letech

Rok	Ztráta v Kč	Procento ztráty
2005	5 108 560	6,66%
2006	7 540 430	9,02%
2007	13 192 320	14,73%
2008	9 129 074	10,48%
2009	12 859 608	14,25%
2010	-6 762 236	-8,69%

Zdroj: Účetnictví Endokrinologického ústavu

Tabulky č. 2 a 3 přehledně ukazují hodnotu bodu v Kč, deklarovaného úhradou vyhláškou pro laboratorní komplement a ambulantní specialisty v jednotlivých letech sledovaného období.

Tabulka 2 Vývoj hodnoty bodu za laboratorní výkony v letech 2005 - 2010

Komplement - ocenění bodu ve sledovaných letech	Cena bodu (Kč)	Cena bodu (Kč)	Cena bodu (Kč)	Cena bodu (Kč)
	I. čtvrtletí	II. čtvrtletí	III. čtvrtletí	IV. čtvrtletí
Rok 2005	0,86	0,86	0,86	0,86
Rok 2006	0,86	0,86	0,86	0,86
Rok 2007	0,86	0,86	0,86	0,86
Rok 2008	0,87	0,87	0,87	0,87
Rok 2009	0,88	0,88	0,88	0,88
Rok 2010	0,70	0,70	0,70	0,70

Zdroj: Dodatky VZP k Rámcové smlouvě s Endokrinologickým ústavem

Tabulka 3 Vývoj hodnoty bodu za ambulantní výkony v letech 2005 – 2010

Ambulance - ocenění bodu ve sledovaných letech	Cena bodu (Kč) I. čtvrtletí	Cena bodu (Kč) II. čtvrtletí	Cena bodu (Kč) III. čtvrtletí	Cena bodu (Kč) IV. čtvrtletí
Rok 2005	1,04	1,04	1,04	1,04
Rok 2006	1,05	1,05	1,05	1,05
Rok 2007	1,05	1,05	1,05	1,05
Rok 2008	1,00	1,00	1,00	1,00
Rok 2009	1,00	1,00	1,00	1,00
Rok 2010	1,02	1,02	1,02	1,02

Zdroj: Dodatky VZP k Rámcové smlouvě s Endokrinologickým ústavem

Tabulka č. 4 uvádí průměrnou váženou hodnotu deklarovaného bodu v Endokrinologickém ústavu, kterou autor vypočítal následovně:

$$PVHDB = \frac{(BK*HBK)+(BA*HBA)}{\Sigma VB} \text{ , kde:}$$

PVHDB Průměrná vážená hodnota deklarovaného bodu

BK Body vykázané v odbornosti komplementu

HBK Hodnota bodu deklarovaná pro daný rok v odbornosti komplementu

BA Body vykázané v ambulancích

HBA Hodnota bodu deklarovaná pro daný rok za ambulantní specialisty

$\Sigma VB$  Součet vykázaných bodů

Tabulka 4 Porovnání průměrné vážené hodnoty deklarovaného bodu a výsledné hodnoty bodu, s vyčíslením ztrát v letech 2005 – 2010

Rok	Průměrná vážená hodnota deklarovaného bodu v Kč	Výsledná hodnota bodu v Kč	Rozdíl v ocenění bodu v Kč	Zdravotnickému zařízení neuhrzená částka v Kč
2005	0,8993	0,8394	-0,0599	5 108 560 Kč
2006	0,9110	0,8288	-0,0822	7 540 430 Kč
2007	0,9127	0,7783	-0,1344	13 192 320 Kč
2008	0,9106	0,8152	-0,0954	9 129 074 Kč
2009	0,9171	0,7864	-0,1307	12 859 608 Kč
2010	0,7868	0,8553	0,0684	-6 762 236 Kč

Zdroj: Nemocniční informační systém GreyFox, účetní program Abra a dodatky VZP k Rámcové smlouvě s Endokrinologickým ústavem

Z dat uvedených v tabulkách a grafu vyplývá, že zdravotnickému zařízení vznikají nemalé ztráty za provedenou a vykázanou laboratorní a ambulantní činnost, která není ze strany ZP hrazena.



## **8. Zhodnocení současného stavu s poukazem na nedostatky**

### ***8.1. Praxe pojišťoven se zdravotnickými zařízeními***

V poslední době se stále více hovoří o tzv. regulačních srážkách uplatňovaných zdravotními pojišťovnami vůči lékařům a zdravotnickým zařízením za překročení limitů, stanovených pro objem poskytované zdravotní péče. Praxe zdravotních pojišťoven je totiž z více důvodů sporná.

#### **8.1.1. Zhodnocení nedostatků**

Pro zhodnocení tohoto problému je nutné odpovědět především na následující otázky <sup>42</sup>:

- zda platí princip smluvní volnosti zdravotníků a zdravotnických zařízení ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám
- jaký má význam skutečnost, že obsah smluv mezi zmíněnými subjekty je do značné míry určován právním předpisem a zda je postup zdravotních pojišťoven v souladu s těmito a dalšími právními předpisy
- zda jsou ony podzákonné právní předpisy v souladu s ústavním pořádkem
- zda se s ohledem na již delší dobu trvající status quo může zdravotník a zdravotnické zařízení účinně bránit neoprávněně popř. nespravedlivě uplatněné srážce s úhrady jím poskytnuté péče.

Samozřejmě zdravotníci a zdravotnická zařízení nemusí nutně smlouvu se ZP uzavřít, pak však pak mohou pacientům poskytovat pouze péči plně hrazenou pacienty. Zdravotnická zařízení mohou ovlivnit i obsah smluv a dohod o hodnotách bodu v rámci dohodovacího řízení, avšak neúčastní se jej přímo a ve vztahu k MZ ČR jsou zpravidla ve vztahu podřízenosti. Ve skutečnosti to velmi často vypadá tak, že zdravotnické zařízení, které de facto smlouvu uzavřít musí, dostane od pojišťovny návrh smlouvy s tím, že může „vzít nebo nechat být“. Podle těchto znaků, stejně jako vzhledem k tomu, že se jedná o úpravu nakládání s prostředky z veřejného zdravotního pojištění a o zajišťování služeb ve

---

<sup>42</sup> HORÁČEK, J., DOUBRAVA, P., Pojišťovny versus lékaři – předem ztracený boj? Dostupný z WWW: <http://www.blisty.cz/art/55902.html>

veřejném zájmu, se tedy pohybujeme převážně, ne-li zcela, ve sféře veřejného práva. Zde se tedy princip smluvní volnosti neuplatňuje vůbec, nebo ve velmi omezené míře<sup>43</sup>.

Zdravotní pojišťovny uplatňují regulační omezení ve formě srážek z vyplacených úhrad po celkovém vyúčtování na základě hodnot uvedených v dohodách. Ty mohou být buď individuálně sjednány mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami při dodržení zdravotně pojistného plánu pojišťovny, nebo se nahrazují příslušnou vyhláškou o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro příslušný rok. Tyto hodnoty lze přitom stanovit pouze orientačně, protože nelze předem odhadnout, kolik jakých úkonů bude muset zdravotnické zařízení provést, aby všechny pacienty ošetřila lege artis. Ve smlouvách s pojišťovnami se přitom zdravotnická zařízení zavazují k právě poskytování hrazené zdravotní péče „lege artis bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického a léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce“. Jak vyplývá z předchozí věty, jsou z pohledu aplikace regulačních omezení klíčovým pojmem „nadbytečné náklady“, jejich definice je nepřímou vymezena vyhláškou o hodnotě bodu. Otázka je, zda zdravotník může sám takovým nadbytečným nákladům zamezit. Rozhodně nemůže ovlivnit počet pacientů s určitou diagnózou a nemůže také ovlivnit cenu zdravotnických prostředků a míru, v jaké jsou hrazeny z prostředků veřejného pojištění. Jediné, co zdravotníci ovlivnit mohou je to, zda péči poskytnou lege artis či nikoli<sup>44</sup>.

Popis výše uvedených vztahů odpovídá právní úpravě obsažené v relevantních zákonech a podzákoných předpisech. Je však otázka, zda aplikace regulačních omezení v případě, že zdravotník poskytne péči lege artis, tak aby pacientovi přinesla maximální dosažitelný léčebný efekt při respektování specifík jako stavu, není nezákonná. Účelem regulačních omezení je zabránit nevhodnému vynakládání prostředků z veřejného zdravotního pojištění. Péče by byla nevhodná tehdy, pokud by zdravotník zvolil ze dvou cest de

---

<sup>43</sup> HORÁČEK, J., DOUBRAVA, P., Pojišťovny versus lékaři – předem ztracený boj? Dostupný z WWW: <http://www.blisty.cz/art/55902.html>

<sup>44</sup> HORÁČEK, J., DOUBRAVA, P., Pojišťovny versus lékaři – předem ztracený boj? Dostupný z WWW: <http://www.blisty.cz/art/55902.html>

lege artis, přinášejících pacientovi za stejných podmínek stejný efekt tu dražší. Má-li však důvod pro volbu dražší léčby, o její nehospodárnosti by hovořit nešlo<sup>45</sup>.

Aplikací regulačních omezení i na péči poskytnutou de lege artis a s maximálním léčebným efektem pro konkrétního pacienta dochází k absurdní situaci, kdy stát pomocí této regulace nutí zdravotníky poskytovat veřejnosti, resp. její části, lékařskou péči de facto zdarma, přestože na úhradu této péče vybírá od jejích odběratelů „daň“ ve formě veřejného zdravotního pojištění. Nicméně navzdory této zjevné nerovnováze v postavení zdravotníků a zdravotních pojišťoven a k nespravedlnosti sankcí ukládaných těm zdravotníkům, kteří poskytují své služby veřejnosti s nejlepším vědomím a svědomím řádně, avšak z objektivních příčin se nemohou vejít do limitů stanovených předpisy, nelze tento stav vzhledem k zásadě presumpce správnosti právních předpisů označit bez dalšího rozhodnutí soudu, Ústavního soudu či novelizace těchto norem za protiprávní<sup>46</sup>.

Podle vyhlášky o hodnotě bodu jsou zdravotní pojišťovny povinny vypořádat předběžné úhrady za hodnocené období v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do určité doby (např. 150 či 120 dnů) po ukončení hodnoceného období. Není přitom neobvyklé, že taková vypořádání provádějí později. Nabízí se tedy otázka, zda jsou pojišťovny v takovém případě vůbec oprávněny k provedení oněch tzv. srážek, když dotčený zdravotník byl po uplynutí lhůty k finančnímu vypořádání v dobré víře, že vyúčtování, na základě kterého mu byly poskytnuty předběžné úhrady, bylo správné. V souvislosti s tím pak vzniká otázka, zda uplynutím ve vyhlášce stanovené lhůty nedochází k zániku práva pojišťovny provést tyto tzv. srážky<sup>47</sup>.

Jak již bylo uvedeno výše, postup zdravotních pojišťoven, pokud je v souladu s právními předpisy, nelze bez dalšího označit za protiprávní. Je však otázka, zda je tento postup či sama právní úprava v souladu s ústavním pořádkem (či případně vyhláška v souladu se zákonem). Stát zde totiž prostřednictvím veřejnoprávní regulace nastolil situaci, kdy na jedné straně zdravotníkům ukládá povinnosti (poskytování lékařské péče veřejnosti

---

<sup>45</sup> HORÁČEK, J., DOUBRAVA, P., Pojišťovny versus lékaři – předem ztracený boj? Dostupný z WWW: <http://www.blisty.cz/art/55902.html>

<sup>46</sup> HORÁČEK, J., DOUBRAVA, P., Pojišťovny versus lékaři – předem ztracený boj? Dostupný z WWW: <http://www.blisty.cz/art/55902.html>

<sup>47</sup> HORÁČEK, J., DOUBRAVA, P., Pojišťovny versus lékaři – předem ztracený boj? Dostupný z WWW: <http://www.blisty.cz/art/55902.html>

postupem de lege artis a s výrazně omezenou možností pacienty odmítat) a na druhé straně je za plnění těchto povinností sankcionuje<sup>48</sup>.

V budoucnosti se tedy nebude možné obejít bez jasných řešení výše uvedených problémů.

## **8.2. Právní úprava postavení a činnosti zdravotních pojišťoven**

Současné postavení a činnost zdravotních pojišťoven provádějících veřejné zdravotní pojištění jsou upraveny zejména zákonem č. 551/1991 Sb.<sup>49</sup> o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, a zákonem č. 280/1992 Sb.<sup>50</sup> o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Současnou právní úpravu lze vzhledem k významu zdravotních pojišťoven hodnotit jako nedostatečnou a nevhodně zasazenou do právního rámce ČR a z hlediska dalšího rozvoje systému veřejného zdravotního pojištění a zvýšení jeho efektivity jako nevyhovující.

### **8.2.1. Zhodnocení nedostatků**

K hlavním problémům současné právní úpravy patří zejména<sup>51</sup>:

1. Nestandardní právní forma zdravotních pojišťoven
2. Nedostatečné a nejasné vymezení podmínek pro vznik a zánik zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven
3. Nedostatečně vymezené podmínky fungování zdravotních pojišťoven
4. Nedostatečně upravené povinnosti vůči klientům
5. Nevhodné vymezení rolí a zodpovědností orgánů zdravotních pojišťoven
6. Neexistence subjektu dlouhodobě odpovědného za činnost zdravotní pojišťovny
7. Neodůvodněné rozdíly v právní úpravě postavení a činnosti Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven
8. Nedostatečně upravený a nejasně vymezený dohled nad činností zdravotních pojišťoven

---

<sup>48</sup> HORÁČEK, J., DOUBRAVA, P., Pojišťovny versus lékaři – předem ztracený boj? Dostupný z WWW: <http://www.blisty.cz/art/55902.html>

<sup>49</sup> Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů

<sup>50</sup> Zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

<sup>51</sup> Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách . Dostupný z WWW: <http://szpcr.cz/reforma/zp.pdf>

#### 8.2.1.1. Nestandardní právní forma zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny, poskytující veřejné zdravotní pojištění zřízené podle zákona č. 280/1992 Sb. (zaměstnanecké zdravotní pojišťovny) a zákona č. 551/1991 Sb. (VZP ČR), jsou právními osobami sui generis. Nejasná právní forma vede ke zmatkům ohledně jak samotného vzniku a data vzniku, tak likvidace. S neobvyklou právní formou se pojí i nedostatečně transparentní pravidla pro konstituování orgánů, nejasnost metody právní regulace jednotlivých právních vztahů, do nichž zdravotní pojišťovna vstupuje (s plátcem pojištění, pojištěncem i zdravotnickým zařízením), či nejednoznačnost procedury změny zakladatelských dokumentů. Nezanedbatelným problémem současné úpravy pak je i zvláštní účetnictví<sup>52</sup>.

#### 8.2.1.2. Nedostatečné a nejasné vymezení podmínek pro vznik a zánik zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven

Žádost o povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění je MZ ČR posuzována v režimu správního řízení. Při splnění všech podmínek požadovaných zákonem je tedy vydání povolení de facto nárokové. Ve srovnání s jinými finančními institucemi jsou ale podmínky pro vydání povolení upraveny naprosto nedostatečně a v některých částech nejasně. Nedostatečnost úpravy se týká například povinnosti prokázat původ finančních prostředků sloužících jako kauce a na pokrytí nákladů na zřízení zdravotní pojišťovny, nebo důvěryhodnosti a odborné způsobilosti budoucích členů řídicích orgánů a vrcholového managementu. V případě zrušení zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven bez likvidace (při splnutí či sloučení s jinou zdravotní pojišťovnou) či s likvidací není uspokojivě vyřešen problém likvidace pohledávek poskytovatelů vůči zdravotní pojišťovně, ani garance nároku pojištěnce při její platební neschopnosti<sup>53</sup>.

#### 8.2.1.3. Nedostatečně vymezené podmínky fungování zdravotních pojišťoven

V současné právní úpravě chybí jasně specifikované nároky na činnost zdravotních pojišťoven, nejen ve smyslu stanovení jejich jasných povinností vůči klientům, ale také podmínek jejich činnosti, včetně provozu a hospodaření. Jedinou jednoznačnou podmínkou fungování zdravotní pojišťovny v současnosti je vyrovnaná finanční bilance. Při tom

<sup>52</sup> Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách. Dostupný z WWW: <http://szpcer.cz/reforma/zp.pdf>

<sup>53</sup> Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách. Dostupný z WWW: <http://szpcer.cz/reforma/zp.pdf>

v rámci veřejného zdravotního pojištění je veřejný zájem na bezproblémovém fungování zdravotních pojišťoven. Bez stanovení jasných požadavků na zdravotní pojišťovny nejen při udělování povolení k provozování veřejného zdravotního pojištění, ale i během platnosti tohoto povolení, jsou však jakákoli kontrola a dohled zdravotních pojišťoven de facto bezruké<sup>54</sup>.

#### 8.2.1.4. Nedostatečně upravené povinnosti vůči klientům

Stávající právní úprava nedostatečně definuje povinnosti zdravotních pojišťoven vůči pojištěncům, zejména požadavky na efektivní dostupnost zdravotních služeb. Ze stávající právní úpravy není zřejmá jasná odpovědnost zdravotních pojišťoven zajistit dostupné zdravotní služby, ani povinnost přijímat a hlavně řešit stížnosti pojištěnců při jejich nedostupnosti<sup>55</sup>.

#### 8.2.1.5. Nevhodné vymezení rolí a zodpovědnosti orgánů zdravotních pojišťoven

Z hlediska kontroly objemu spravovaných prostředků a dopadu rozhodnutí na stabilitu nejen systému veřejného zdravotního pojištění, ale z hlediska čl. 31 Listiny základních práv a svobod i veřejných financí, je významným problémem dosavadní právní úpravy fakt, že jediným statutárním orgánem je ředitel. Zdravotní pojišťovny, zejména VZP, tak představují jasnou výjimku ve srovnání s jinými velkými finančními institucemi, které jsou řízeny kolektivním orgánem. O řadě důležitých záležitostí sice rozhoduje správní rada zdravotní pojišťovny, ale vztah mezi správní radou a ředitelem není dostatečně vymezen. Správní rada není statutárním orgánem a její postavení jako rozhodovacího orgánu je v současné právní úpravě nedostatečně definováno a nelze je jednoznačně dovodit. Neproblematické pak není ani složení správních a dozorčích rad. Správní i dozorčí rady všech zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven jsou tvořeny z jedné třetiny zástupci státu, z další třetiny zástupci pojištěnců a z poslední třetiny zástupci zaměstnavatelů jako plátců pojištění. Tento model stát-pojištěnci-plátců však nevede k zajištění kvalitní správy a motivace managementu zdravotních pojišťoven<sup>56</sup>.

---

<sup>54</sup> Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách. Dostupný z WWW: <http://szpcr.cz/reforma/zp.pdf>

<sup>55</sup> Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách. Dostupný z WWW: <http://szpcr.cz/reforma/zp.pdf>

<sup>56</sup> Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách. Dostupný z WWW: <http://szpcr.cz/reforma/zp.pdf>

8.2.1.6. Neexistence subjektu dlouhodobě odpovědného za činnost zdravotní pojišťovny  
Neexistuje jasně definovaný subjekt, jenž by měl motivaci dohlédnout na zajištění efektivního fungování a dlouhodobé prosperity zdravotní pojišťovny a kvality jejích služeb klientům<sup>57</sup>.

8.2.1.7. Neodůvodněné rozdíly v právní úpravě postavení a činnosti VZP a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven

V úpravě postavení a zákonem uložených povinností VZP ČR v porovnání s ostatními zdravotními pojišťovnami lze najít odlišnosti, které zakládají nerovné postavení mezi subjekty poskytujícími veřejné zdravotní pojištění. VZP ČR je zřízena zákonem, ostatní zdravotní pojišťovny jsou založeny na základě povolení vydaného Ministerstvem zdravotnictví postupem předpokládaným § 3 a následujícími zákona č. 280/1992 Sb. Zánik a zrušení VZP ČR není ze zjevného důvodu upraven vůbec. Na rozdíl od zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven tak pro VZP ČR neexistuje žádná, byť fiktivní, hrozba v podobě nutnosti ukončení činnosti z ekonomických důvodů v případě špatného hospodaření, neboť zákon s tím vůbec nepočítá. Naproti tomu dává vládě možnost poskytnout explicitní státní garanci za hospodaření VZP v podobě návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu v případě její platební neschopnosti. Na druhé straně dosavadní právní úprava (zejména zákon č. 48/1997 Sb), ukládá VZP v porovnání s ostatními zdravotními pojišťovnami i řadu činností, které slouží celému systému (například správce zvláštního účtu pro účely přerozdělování, vedení registru pojištěnců a registru zdravotnických zařízení, vydávání tiskopisů pro plátce pojistného, atd.)<sup>58</sup>.

8.2.1.8. Nejasně upravený a nedostatečně vymezený dohled nad činností zdravotních pojišťoven

V současné době není v ČR problematika dohledu nad zdravotními pojišťovnami řešena uceleně, v některých oblastech je dokonce zcela nedostatečná. V oblasti kontroly činností zdravotních pojišťoven je právní úprava roztržena do mnoha předpisů. Kontrola veřejného zdravotního pojištění je tak svěřena do odpovědnosti členů vlády, kteří ji prostřednictvím svého úřednického aparátu vykonávají pouze jako jednu z řady dalších

---

<sup>57</sup> Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách. Dostupný z WWW: <http://szpcr.cz/reforma/zp.pdf>

<sup>58</sup> Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách. Dostupný z WWW: <http://szpcr.cz/reforma/zp.pdf>

exekutivních činností, z nichž mnohé mají pro ministry i vzhledem k působnosti jejich resortů vyšší prioritu. Pro oblast veřejného zdravotního pojištění neexistuje výlučný, apolitický a kvalifikovaný regulátor, který by samostatně, odborně a nezávisle zaručoval právní a kultivované prostředí pro subjekty provádějící veřejné zdravotní pojištění. Kromě oblasti kontroly hospodaření zdravotních pojišťoven zcela chybí úprava dohledu nad plněním povinností uložených zdravotním pojišťovnám jako specifickým subjektům již stávajícími zákony, zejména nad povinností zajistit dostupnost zdravotní péče<sup>59</sup>.

### **8.3. Stávající právní úprava veřejného zdravotního pojištění**

Stávající zákon upravující veřejné zdravotní pojištění, zákon č. 48/1997 Sb.<sup>60</sup>, o veřejném zdravotním pojištění je zastaralý a koncepčně nekonzistentní. Byl přijat v roce 1997 v reakci na nedostatečnou právní úpravu rozsahu zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění, která vedla k ohrožení finanční stability systému. Byl předložen jako přechodná právní úprava s očekávanou dobou platnosti 1 rok. Dosud se však nepodařilo nahradit jej novou zákonnou úpravou a byl opakovaně novelizován. Má celou řadu formálních i obsahových nedostatků.

#### **8.3.1. Zhodnocení nedostatků**

Hlavními nedostatky stávající právní úpravy veřejného zdravotního pojištění jsou<sup>61</sup>:

1. Nedokonalá definice nároku pojištěnce
2. Nedostatečné zajištění dostupnosti zdravotních služeb
3. Neefektivní vynakládání prostředků
4. Neexistující ochrana pojištěnců
5. Nemožnost legální kombinace veřejných a soukromých zdrojů
6. Nejednoznačná definice finančních toků
7. Chybějící sankce pro neplatiče

---

<sup>59</sup> Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách. Dostupný z WWW: <http://szpcr.cz/reforma/zp.pdf>

<sup>60</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

<sup>61</sup> Věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dostupný z WWW: [http://szpcr.cz/reforma/v\\_z\\_p.pdf](http://szpcr.cz/reforma/v_z_p.pdf)



#### 8.3.1.1. Nedokonalá definice nároku pojištěnce

Stávající právní úprava nedokonale definuje nárok účastníků veřejného zdravotního pojištění (dále jen „pojištěnců“) na zdravotní služby a neposkytuje jim téměř žádné nástroje k jeho vymáhání. Tím umožňuje, aby zdravotní pojišťovny i zdravotnická zařízení řešily problém omezených zdrojů nikoli zvyšováním efektivity při poskytování zdravotních služeb, ale jejich prostým neposkytováním. Jedním z důsledků je, že systém veřejného zdravotního pojištění stagnuje a nevyvíjí se směrem k vyšší efektivitě. Dalším důsledkem je v některých případech de facto nenaplnění ústavního nároku pojištěnce na zdravotní péči. Stávající právní úprava též prakticky opomíjí právní zajištění dostupnosti zdravotních služeb, což dále ztěžuje vymahatelnost nároku pojištěnce<sup>62</sup>.

#### 8.3.1.2. Nedostatečné zajištění dostupnosti zdravotních služeb

Stávající koncept dostupnosti zdravotních služeb je založen na zajištění fyzické dostupnosti a tedy na budování předimenzované sítě zdravotnických zařízení. Vysoký počet zdravotnických zařízení však sám o sobě není zárukou dostupnosti zdravotní služby pro každého pojištěnce, který ji potřebuje<sup>63</sup>.

#### 8.3.1.3. Neefektivní vynakládání prostředků

Vedle nedostatečného vymezení povinností zdravotních pojišťoven jim stávající zákon také neposkytuje dostatečné oprávnění k ovlivňování prostředků vydávaných na zdravotní péči. Tím neumožňuje vznik moderních forem zdravotního pojištění, které dokážou zajistit stejný rozsah úhrady zdravotních služeb při vyšší efektivitě, jak je prokázáno v některých zemích západní Evropy. Jde o pojistné produkty, tzv. zdravotní plány, založené na řízení čerpání zdravotních služeb nebo na dobrovolně zvolené vyšší spoluúčasti. Neumožněním těchto typů pojistek současný zákon omezuje nabídku produktů zdravotních pojišťoven na

---

<sup>62</sup> Věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dostupný z WWW:  
[http://szpcr.cz/reforma/v\\_z\\_p.pdf](http://szpcr.cz/reforma/v_z_p.pdf)

<sup>63</sup> Věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dostupný z WWW:  
[http://szpcr.cz/reforma/v\\_z\\_p.pdf](http://szpcr.cz/reforma/v_z_p.pdf)

de facto jeden jediný. Znemožňuje tak občanům volbu a přispívá k neefektivnímu vynakládání prostředků z veřejného zdravotního pojištění<sup>64</sup>.

#### 8.3.1.4. Neexistující ochrana pojištěnců

Zároveň neexistuje ochrana pojištěnců před důsledky takových smluvních vztahů zdravotních pojišťoven se zdravotnickými zařízeními, které motivují zdravotnická zařízení k neposkytování zdravotní péče. Takovou smlouvou může být například smlouva obsahující ujednání o paušální úhradě za poskytnutou zdravotní péči, obzvláště v případech, kdy nejsou jasně stanoveny povinnosti zdravotnického zařízení<sup>65</sup>.

#### 8.3.1.5. Nemožnost legální kombinace veřejných a soukromých zdrojů

Stávající zákon neumožňuje legální kombinaci úhrady zdravotnickým zařízením z veřejného zdravotního pojištění a ze soukromých zdrojů. Občany, kteří požadují péči nad úroveň nabídky daného zdravotnického zařízení hrazené z veřejného pojištění, tak nepřímo nutí k čerpání celé zdravotní služby mimo systém veřejného zdravotního pojištění (přestože tito občané řádně platí pojistné na veřejné zdravotní pojištění). Zároveň dochází k vytváření korupčního prostředí<sup>66</sup>.

#### 8.3.1.6. Nejednoznačná definice finančních toků

Stávající právní úprava nejednoznačně a zastaralým způsobem definuje finanční toky v systému veřejného zdravotního pojištění. Důvodem je zejména to, že současný zákon nerozlišuje odvody na veřejné zdravotní pojištění jako zdroje veřejného fondu určeného k financování veřejného zdravotního pojištění od pojistného jako úhrady zdravotní pojišťovně za zajištění zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění konkrétnímu pojištěnci<sup>67</sup>.

---

<sup>64</sup> Věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dostupný z WWW:  
[http://szpcr.cz/reforma/v\\_z\\_p.pdf](http://szpcr.cz/reforma/v_z_p.pdf)

<sup>65</sup> Věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dostupný z WWW:  
[http://szpcr.cz/reforma/v\\_z\\_p.pdf](http://szpcr.cz/reforma/v_z_p.pdf)

<sup>66</sup> Věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dostupný z WWW:  
[http://szpcr.cz/reforma/v\\_z\\_p.pdf](http://szpcr.cz/reforma/v_z_p.pdf),

#### 8.3.1.7. Chybějící sankce pro neplatiče

Stávající zákon neumožňuje účinně postihovat vyhýbání se povinnosti platit pojistné na veřejné zdravotní pojištění<sup>68</sup> například formou zúžením rozsahu úhrady zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění.

### **8.4. Systém financování zdravotnictví**

Teoretikové rozdělují financování v krajnostech na dvojí-sociální model evropský a pokladenský systém, jehož odstrašujícím příkladem bývají uváděny USA. Naši teoretikové se chlubí tím, že evropský sociální model financování zdravotnictví je mnohem výhodnější, protože umožňuje ošetření i bezdomovci zcela zadarmo. Ano, ale spousta nevýhod se před občany tají. Náš občan je skutečně léčen zadarmo. V zájmu zjednodušení občan odevzdá u některé pojišťovny zdravotní pojištění, které je ve skutečnosti určitou formou daně, a dál se nemusí vůbec o nic starat, vše má zajištěno je udržován v iluzi, že může mít nejmodernější zdravotní péči, jakou chce. V tomto bodě nastává lež, o peníze odevzdané na své zdraví se nejen že nemusíme starat, ale ani ve skutečnosti nemůžeme. Jsou před námi zcela ve skrytu uložené u ZP a jejich pohyb je řízen centrálně politiky tak, že ani pojišťovny s nimi nemohou svobodně nakládat v zájmu pacientů. V důsledku nesvobody pojišťoven je jejich nezodpovědnost za naše peníze. Pojišťovny smějí šetřit jen velmi složitým omezením zdravotní péče, kdy formou regulačních mechanismů lékaři a zdravotnická zařízení „doplatí“ svým pacientům to, na co pojišťovny nemají<sup>69</sup>.

#### **8.4.1. Zhodnocení nedostatků**

V současném systému je velmi nízká zodpovědnost MZ za dodržení finanční rovnováhy v resortu, neboť ministerstvo svými vyhláškami a vstupy do dohodovacího řízení způsobuje vznik finanční nerovnováhy. Prakticky ve všech složkách systému veřejného zdravotního pojištění jsou nesprávně nastaveny motivace, což vyústí v jeho zneužívání,

---

<sup>67</sup> Věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dostupný z WWW:

[http://szpcr.cz/reforma/v\\_z\\_p.pdf](http://szpcr.cz/reforma/v_z_p.pdf)

<sup>68</sup> Věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dostupný z WWW:

[http://szpcr.cz/reforma/v\\_z\\_p.pdf](http://szpcr.cz/reforma/v_z_p.pdf)

<sup>69</sup> VOSTATEK, J., Už ne rychlokvašené zdravotní reformy. Zdravotnické noviny, s. 4

respektive plýtvání veřejnými prostředky<sup>70</sup>. V současném systému je velmi slabé postavení občana, 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.

Dalším problémem je, že 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.

Nutné je i zmínit, že rozsah služeb hrazený z veřejného zdravotního pojištění je velmi široký a nereflktuje medicínské priority. Z veřejného zdravotního pojištění jsou hrazeny i výdaje, jež jsou sociálního charakteru, či výdaje hotelového typu. Společným rysem všech těchto faktorů je ignorování ekonomických principů a kategorií.

#### **8.4.2. Bodový systém a jeho nedostatky**

Aktuální otázkou je, zda je vhodné, že hodnota jednotlivých zdravotních výkonů je stanovena v bodech a nikoliv v korunách, a zda by pojem Seznam zdravotních výkonů neměl být nahrazen spíše pojmem „Ceník zdravotních výkonů“ a cena těchto výkonů by neměla být stanovena v korunách<sup>71</sup>. Náklady za zdravotnický výkon nejsou přesně známy. Vychází se z "bodníku", kde byly náklady zhruba odhadnuty. Bodník platí zhruba 20 let - jsou tudíž zakonzervovány nerovnosti, některé obory jsou podhodnoceny, některé si žijí dobře a nad poměry ve "vatičce". Mezi výhody bodového systému patří snadný výpočet výkonu a flexibilita změny hodnoty bodu dle inflace. Rozhodně převládají nevýhody a to zejména, že některé výkony mohou být nadhodnoceny, jiné podhodnoceny a dále např. poskytovatel zdravotnické služby má tendenci udržovat pacienta co nejdéle nemocného, protože mu plynou body. Tento systém je na základě zkušeností v ČR nevyhovující. Od jeho zavedení je možné sledovat některé negativní dopady: zvyšuje se rozsah poskytovaných zdravotnických služeb, motivuje poskytovatele pouze ke zvyšování rozsahu vykazovaných služeb, nikoliv k úspoře finančních či materiálových prostředků.

---

<sup>70</sup> DRBAL, C., Česká zdravotní politika a její východiska, s. 80

<sup>71</sup> HORÁČEK, J., DOUBRAVA, P., Pojišťovny versus lékaři – předem ztracený boj? Dostupný z WWW: <http://www.blisty.cz/art/55902.html>

### **8.5. Návrhy na řešení a optimalizaci stavu**

Pro zlepšení vzájemného vztahu nestačí drobné legislativní úpravy, či změny, ale je jistě nutná hluboká reforma zdravotnictví, která se dotkne všech zúčastněných subjektů.

V rámci reformy by bylo vhodné hledat cestu k vytvoření konkurenčního prostředí a definovat základní (nepodkročitelný) rozsah standardní péče, na který bude mít každý občan nárok. Konkuruující si zdravotní pojišťovny budou muset zajistit celý objem této standardní péče pro své pojištěnce za tržní ceny - péči budou nakupovat u zdravotnických zařízení. Zdravotnická zařízení budou poskytovat pojištěncům zdravotní péči v objemu, nesmlouvaném s příslušnou zdravotní pojišťovnou<sup>72</sup>. Skončí doba nevolnictví – za omezené prostředky poskytnete neomezenou péči. Je třeba vytvořit nové legislativní podmínky pro případný vstup dalších a činnost veškerých zdravotních pojišťoven na trhu. Více než vhodné by bylo ustanovit nezávislý úřad pro dohled nad činností zdravotních pojišťoven, který bude kontrolovat jejich činnost, aby občané nebyli kráceni v rozsahu péče, kterou čerpají.

V nových podmínkách by měl stát zajišťovat právní rámec celého systému, pomáhat organizovat i financovat extrémně drahou péči a v sociální oblasti zajišťovat zdroje pro sociálně slabé občany. Neměl by však zasahovat do konkurence zdravotních pojišťoven ani konkurence zdravotnických zařízení jakýmikoliv nesystémovými dotacemi nebo úlevami. Nezbytné je také nalezení přiměřené cesty posílení postavení a zodpovědnějšího zapojení občana v systému veřejného zdravotního pojištění.

---

<sup>72</sup> FLAŠAR, R., Jak vyléčit zdravotnictví. Zdravotnické noviny, s. 4.

## 9. Závěr

Vzájemný vztah mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami není ideální a je v mnoha aspektech více než problematický. Zcela postrádá princip smluvní volnosti a vyznačuje se zjevnou nerovnováhou v postavení obou partnerů.

V současném systému je téměř nemožné, aby zdravotnické zařízení i přes to, že poskytlo náležitou zdravotní péči bez zbytečných nebo nadbytečných nákladů, v souladu s profesními povinnostmi lékaře, podalo žalobu směřující proti uplatnění regulačních srážek. Důvodem je zejména oprávněná obava, že se toto vymstí při uzavírání nové rámcové smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou. Jak bylo popsáno v této práci nelze tento stav kvalifikovat jako protiprávní, pokud je v souladu s platnými právními předpisy.

Změna legislativy a reforma zdravotní péče by měla přispět k partnerskému a rovnějšímu vztahu mezi oběma stranami.

### 9.1. Seznam grafů a tabulek

Grafy:

Graf č. 1: Rozdíly mezi skutečně provedenými výkony uznanými zdravotní pojišťovnou a příjmy na běžný účet Endokrinologického ústavu v porovnání s objemem práce. s. 37

Tabulky:

Tabulka č. 1: Přehled ztrát ve sledovaných letech. s. 38

Tabulka č. 2: Vývoj hodnoty bodu za laboratorní výkony v letech 2005 – 2010. s. 38

Tabulka č. 3: Vývoj hodnoty bodu za ambulantní výkony v letech 2005 – 2010. s. 39

Tabulka č. 4: Porovnání průměrné vážené hodnoty deklarovaného bodu a výsledné hodnoty bodu, s vyčíslením ztrát v letech 2005 – 2010. s. 39

## 10. Seznam použitých zdrojů

### Publikace:

DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén, 2005. ISBN 8072623400.

FLAŠAR, Roman. Jak vyléčit zdravotnictví. *Zdravotnické noviny*, 2010, č. 36, s. 4.

MACH, Jan. *Medicina a právo*. 1. vyd., Praha: C.H.Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.

VOSTATEK, Jaroslav. Už ne rychlokvašené zdravotní reformy. *Zdravotnické noviny*, 2010, č. 37, s. 4.

### Právní předpisy:

Vyhláška MZ ČR č. 242/1991 Sb. o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, v platném znění

Vyhláška MZ ČR č. 394/1991 Sb. o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic a dalších nemocnic, vybraných odborných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic v řídicí působnosti ministerstva zdravotnictví České republiky, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška MZ ČR č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, v platném znění

Zákon č. 548/1991 Sb. kterým se mění a doplňuje zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, ve znění zákona České národní rady č. 210/1990 Sb. a zákona České národní rady č. 425/1990 Sb., ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 550/1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění, v platném znění

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

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

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

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

### **Internetové zdroje:**

DRDLOVÁ, Adéla. *Provozování zdravotnických zařízení* [online] [cit. 2010-12-10]. Dostupný z WWW: <http://www.epravo.cz/top/clanky/provozovani-zdravotnickych-zarizeni-55601.html>

HORÁČEK, Jiří, DOUBRAVA, Petr. *Pojišťovny versus lékaři – předem ztracený boj?* [online][cit. 2011-01-07]. Dostupný z WWW: <http://www.blisty.cz/art/55902.html>

*Svaz zdravotních pojišťoven ČR.* [online][cit. 2010-11-20]. Dostupný z WWW: <http://www.szpcr.cz/index.php?c=pojistovny>

*Věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění.* [online][cit. 2011-02-20]. Dostupný z WWW: [http://szpcr.cz/reforma/v\\_z\\_p.pdf](http://szpcr.cz/reforma/v_z_p.pdf)

*Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách.* [online][cit. 2011-02-20]. Dostupný z WWW: <http://szpcr.cz/reforma/zp.pdf>

*Veřejné zdravotní pojištění* [online] [cit. 2010-12-05]. Dostupný z WWW: <http://www.katalog-stomato-logu.cz/zajimavosti/54-verejne-zdravotni-pojisteni/>

*Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989* (pdf). [online][cit. 2010-12-05] Dostupný z WWW: <https://www.uzis.cz/publikace/vyvoj-zdravotnictvi-ceske-republiky-roce-1989>



*Zdravotní pojištění.* In Wikipedie :otevřená encyklopedie [online]. [cit. 2010-11-20].

Česká verze. Dostupný z WWW:

[http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD\\_poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD](http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD_poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD)

*Zdravotní pojišťovna.* In Wikipedie : otevřená encyklopedie [online]. [cit. 2010-11-20].

Česká verze. Dostupný z WWW:

[http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD\\_poji%C5%A1%C5%A5ovna](http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD_poji%C5%A1%C5%A5ovna)

## 11. Přílohy

Pro lepší představu a dokreslení dat prezentovaných v kapitole 7 autor v této části jako přílohy připojuje úhradové vyhlášky pro specializovanou zdravotní péči v ambulantních zdravotnických zařízeních v jednotlivých obdobích 2005-2010.

*Seznam příloh:*

Příloha č. 1: Vyhláška 50/2005 Sb. Ministerstva zdravotnictví, kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2005. Příloha. Výše úhrady podle § 4 odst. 1

Příloha č. 2: Vyhláška 550/2005 Sb. Ministerstva zdravotnictví, kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro rok 2006. Příloha 5. Výše úhrady a regulační omezení podle § 6 odstavce 5

Příloha č. 3: 619/2006 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007. Příloha 3. Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 5

Příloha č. 4: 383/2007 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2008. Příloha č. 3. Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 5

Příloha č. 5: 464/2008 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009. Příloha 3. Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 5

Příloha č. 6: 471/2009 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010. Příloha č. 3. Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 5

## Příloha č. 1

Vyhláška 50/2005 Sb. Ministerstva zdravotnictví, kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2005

Příloha

Výše úhrady podle § 4 odst. 1

1. Maximální úhrada příslušnému ambulantnímu zdravotnickému zařízení (dále jen "zdravotnické zařízení") za 1 a 2. čtvrtletí (dále jen "příslušné čtvrtletí") 1. pololetí 2005 se vypočte jako součin celkového počtu unikátních ošetřených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených zdravotnickým zařízením v příslušném čtvrtletí a hodnoty maximální úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny ošetřeného zdravotnickým zařízením.

2. Hodnoty maximální úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny ošetřeného zdravotnickým zařízením pro příslušné čtvrtletí se vypočte jako součin hodnoty maximální úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny ošetřeného zdravotnickým zařízením v příslušném čtvrtletí předchozího roku vynásobený koeficientem 1,03. Hodnota maximální úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny ošetřeného v příslušném čtvrtletí předchozího roku se určí jako hodnota podílu celkového počtu bodů vykázaných zdravotnickým zařízením a uznaných zdravotní pojišťovnou v příslušném čtvrtletí předchozího roku vyděleného počtem unikátních ošetřených zdravotnickým zařízením v příslušném čtvrtletí předchozího roku.

2.1. Pokud je hodnota maximální úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v dané odbornosti u zdravotnického zařízení nižší, než hodnota celostátního průměru maximální úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce dané odbornosti u příslušné zdravotní pojišťovny, použije se pro výpočet maximální úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce zdravotnického zařízení hodnota celostátního průměru maximální úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce v dané odbornosti příslušné zdravotní pojišťovny, vynásobená koeficientem 1,03.

2.2. Unikátním ošetřeným pojištěncem se rozumí jeden pojištěnec bez ohledu na to, kolikrát zdravotnické zařízení vykážalo na tohoto pojištěnce ve stanoveném časovém období zdravotní péči.

2.3. Hodnota celostátního průměru maximální úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce příslušné odbornosti u příslušné zdravotní pojišťovny se stanoví jako podíl veškerých smluvními zařízeními příslušné odbornosti vykázaných a příslušnou zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v příslušném čtvrtletí a celkového počtu unikátních ošetřených pojištěnců ošetřených smluvními zařízeními příslušné zdravotní pojišťovny v příslušné odbornosti.

2.4. Za pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti se počítají pojištěnci jak ve vlastní péči, tak pojištěnci v péči vyžádané. Hodnotu celostátního průměru maximální úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce podle odbornosti za jednotlivá čtvrtletí předchozího roku oznámí každá zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení a zveřejní na internetu nejpozději do 273 dnů po skončení příslušného čtvrtletí předchozího roku.

2.5. V případě, že zdravotnické zařízení v referenčním období předchozího roku neexistovalo, nebo zdravotnické zařízení ošetřilo méně než 150 pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se omezení maximální úhradou nepoužije.

3. Maximální úhrada pro zdravotnické zařízení je součtem maximálních úhrad na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce v každé odbornosti uvedené ve smlouvě uzavřené mezi tímto zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou.

4. U zdravotnických zařízení, kde oproti referenčním obdobím předchozího roku došlo ke změně kapacity rozsahu zdravotní péče sjednaného ve smlouvě, zdravotní pojišťovny výslednou výši úhrady zohlední v dodatku ke smlouvě.

5. Úhrada za předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči se stanoví takto:

5.1. Pokud celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, s výjimkou léčivých přípravků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem nad objem referenčního období a za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801 až 805, 809, 812 až 823 podle seznamu výkonů převýší o více než 15 % průměr tohoto zdravotnického zařízení v příslušném čtvrtletí předchozího roku, uplatní zdravotní pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení regulační srážku ve výši 25 % z takového překročení, a to způsoby obsaženými ve smlouvě uzavřené mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou.

5.2. Pokud celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, s výjimkou léčivých přípravků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem nad objem referenčního období a za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801 až 805, 809, 812 až 823 podle seznamu výkonů převýší o více než 20 % celostátní průměr na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce u lékařů dané odbornosti, druhu zdravotnického zřízení (z hlediska rozsahu výkonů obsažených ve smlouvě) a typu poskytované zdravotní péče se zohledněním věkových skupin v příslušném kalendářním čtvrtletí, uplatní zdravotní pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení regulační srážku ve výši 25 % z takového překročení, a to způsoby obsaženými ve smlouvě uzavřené mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou.

5.3. Hodnoty celostátních průměrů úhrad za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, s výjimkou léčivých přípravků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce za příslušné čtvrtletí předchozího roku zveřejní zdravotní pojišťovna na internetu do 273 dnů od skončení příslušného čtvrtletí předchozího roku.

5.4. Zdravotní pojišťovna může uplatnit vůči zdravotnickému zařízení regulaci úhrad za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči podle bodu 5.1. nebo podle bodu 5.2., a to takovou, která představuje pro zdravotnické zařízení menší srážku.

5.5. Pokud celková úhrada v příslušném čtvrtletí za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením, s výjimkou léčivých přípravků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, a za péči vyžádanou zdravotnickým zařízením v odbornostech 222, 801 až 805, 809, 812 až 823 podle seznamu výkonů je nižší, než celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením, s výjimkou léčivých přípravků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, a za péči vyžádanou zdravotnickým zařízením v odbornostech 222, 801 až 805, 812 až 823 podle seznamu výkonů v příslušném čtvrtletí předchozího roku, uhradí zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení bonifikaci ve výši 30 % dosažené úspory, a to nejpozději do 60 kalendářních dnů od posledního dne příslušného čtvrtletí.

## Příloha č. 2

Vyhláška 550/2005 Sb. Ministerstva zdravotnictví, kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro rok 2006  
Příloha 5

Výše úhrady a regulační omezení podle § 6 odstavce 5

### A) Výše úhrady

1. 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.

2. Maximální úhrada za odbornost se určí takto:

$$MU_o = POP_{zpo} \times [(PB_{Po} \times CB) \times 1,05 + PUZUM_o + PUZULPo]$$

kde:

MU<sub>o</sub> maximální úhrada za příslušnou odbornost

POP<sub>zpo</sub> počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v hodnoceném pololetí

PB<sub>Po</sub> 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 podle § 6 odstavce 4

PUZUM<sub>o</sub> průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v dané odbornosti v daném zdravotnickém zařízením v referenčním období

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

3. Maximální úhrada podle odstavce 1 a 2 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. 7 k této vyhlášce.

4. Údaje o průměrných počtech bodů a průměrných úhradách za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce podle odborností 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. 4. 2006.

5. Omezení maximální úhradou podle bodu 1 se nepoužije v případě, že v referenčním období zdravotnické zařízení zdravotní péči v některé odbornosti neposkytovalo.

6. Nad rámec maximální úhrady podle bodu 1 zdravotní pojišťovna uhradí objem zvlášť účtovaných léčivých přípravků poskytnutých zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízením 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.

## B) Regulační omezení

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převýší průměrnou úhradu za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, v rozpětí 101 % až 105 %, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající 20 % překročení průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období v rozpětí 101 % až 105 %.
2. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převýší průměrnou úhradu za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, v rozpětí 105 % až 110 %, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající 40 % překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období v rozpětí 105 % až 110 %.
3. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převýší 110 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 110 %.
4. Celkový objem úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období se navýší o částku odpovídající předepsaným a zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení navíc poskytnutým léčivým přípravkům ve 2. pololetí 2005, přepočtenou na unikátního ošetřeného pojištěnce a diagnózu ve 2. pololetí 2005, vynásobenou počtem unikátních ošetřených pojištěnců s příslušnou diagnózou v hodnoceném období.
5. Pokud průměrný počet bodů za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů, na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, převýší 106 % průměrného počtu bodů v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení.
6. Pokud průměrný počet bodů za vyžádanou péči v odbornosti 809 podle seznamu výkonů, kromě výkonu screeningové mamografie, podle seznamu výkonů, na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, převýší 110 % průměrného počtu bodů v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení.
7. Regulační omezení uvedená v předchozích bodech se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení poskytlo v referenčním nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.
8. Pokud zdravotnické zařízení prokáže, že vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce nemohlo použít jiný způsob léčby nebo předepsat jiný zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč schválený revizním lékařem, zdravotní pojišťovna příslušnou regulaci neuplatní, pokud srovnatelné léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky nebyly ve srovnatelném rozsahu zdravotnickým zařízením předepsány v referenčním období.

## Příloha č. 3

619/2006 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007

Příloha 3

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 5

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši 1,02 Kč pro hemodialyzační péči, pro ostatní odbornosti s hodnotou bodu ve výši 1,05 Kč.

2. Není-li dále stanoveno jinak, celková výše úhrady zdravotnickému zařízení

a) poskytujícímu zdravotní péči v jedné odbornosti nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$POPzpo \times PUROo \times Inu$

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2007; unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v příslušném pololetí alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec zdravotnickým zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jedenkrát

PUROo průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2006 Inu index nárůstu úhrad, který činí nejméně 1,03

b) poskytujícímu zdravotní péči ve více odbornostech nepřekročí částku rovnající se součtu částek za jednotlivé odbornosti, kde se částka za jednotlivou odbornost vypočte takto:

$POPzpo \times PUROo \times Inu$

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2007

PUROo se vypočte takto:

$PUROo = PPBROo \times RDHB + PUZUMROo + PUZULPROo$

kde:

PPBROo průměrný počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2006

RDHB reálně dosažená hodnota bodu pro ambulantní specializovanou péči, poskytnutou zdravotnickým zařízením, u zdravotní pojišťovny v příslušném pololetí 2006, která se určí jako podíl celkové úhrady poskytnuté zdravotnickému zařízení zdravotní pojišťovnou za ambulantní specializovanou péči snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a



zvlášť účtované léčivé přípravky za příslušné pololetí 2006 a celkového počtu bodů za ambulantní specializovanou péči zdravotnickým zařízením vykázaných za příslušné pololetí 2006 a zdravotní pojišťovnou uznaných

PUZUMROo průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti ve zdravotnickém zařízení v příslušném pololetí 2006  
PUZULPROo průměrná úhrada za účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti ve zdravotnickém zařízení v příslušném pololetí 2006  
Inu index nárůstu úhrad, který činí nejméně 1,03

3. U zdravotnického zařízení, kde oproti příslušnému pololetí 2006 dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady zdravotnickému zařízení podle bodu 2 navýší o hodnotu zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Pro bodové ohodnocení nově nasmlouvaných zdravotních výkonů se použije seznam výkonů ve znění platném k 31. prosinci 2005 s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč (u hemodialyzační péče ve výši 1,09 Kč).

4. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšené průměrné náklady na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše a způsobu

úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely podle zvláštního právního předpisu<sup>6</sup>).

5. Celková výše úhrady stanovená v bodu 2 se nepoužije:

a) pro odbornosti, ve kterých v ambulantním zdravotnickém zařízení bylo v příslušném pololetí 2006 nebo příslušném pololetí 2007 ošetřeno 50 a méně unikátních pojištěnců za předpokladu, že poměrné kapacitní číslo je větší nebo rovno 1, nebo v případě, že v příslušném pololetí 2006 zdravotnické zařízení zdravotní péči v takové odbornosti neposkytovalo. Je-li poměrné kapacitní číslo menší než 1, limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců se přepočte příslušnou hodnotou poměrného kapacitního čísla. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu zdravotní péče poskytované jedním nositelem výkonu<sup>3</sup>) se zdravotní pojišťovnou,  
b) u zdravotnických zařízení, která mají poměrné kapacitní číslo nositele výkonu alespoň 0,5 a poskytují zdravotní péči ve smluvní odbornosti 901 (klinická psychologie), 903 (klinická logopedie), 927 (ortoptista) a dále u zdravotnických zařízení jiných smluvních odborností než 901 (klinická psychologie) vykazujících zdravotní výkony odbornosti 910 (psychoterapie) a ambulantních dialyzačních zařízení odbornosti 108 (nefrologie).

6. V případech uvedených v bodu 5 písm. a) a b) může zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení stanovit celkovou výši úhrady pro danou odbornost ve výši zdravotních výkonů zdravotnickým zařízením vykázaných v příslušném pololetí 2007 a zdravotní pojišťovnou uznaných, ohodnocených podle seznamu výkonů ve znění platném ke dni

31. prosince 2005 s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč.

B) Regulační omezení

1. Regulace za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenované odbornosti“):

Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu, (dále jen „nasmlouvané výkony mammografického screeningu“).

1.1. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky v příslušném pololetí 2007 vyšší než 100 % stanovené referenční hodnoty, může zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky (nad 100 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Referenční hodnota se stanoví jako vyšší z hodnot, kterou je 105 % průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky dosažené v odpovídajícím pololetí 2006, nebo 95 % průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky dosažené v odpovídajícím pololetí 2005.

1.2 Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v příslušném pololetí 2007 vyšší než 100 % stanovené referenční hodnoty, může zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení snížit úhradu o částku ve výši odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 100 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Referenční hodnota se stanoví jako vyšší z hodnot, kterou je 107 % průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech dosažené v odpovídajícím pololetí 2006, nebo 100 % průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech dosažené v odpovídajícím pololetí 2005.

1.3 Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky se zdravotní výkony vyžádané péče v příslušném pololetí 2006, nebo v příslušném pololetí 2005 a v příslušném pololetí 2007 ohodnotí podle platného seznamu výkonů, a to v odbornosti 809 hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč a v ostatních odbornostech hodnotou bodu ve výši 0,86 Kč.

1.4 U zdravotnického zařízení, kde oproti příslušnému pololetí 2006 došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu zdravotnických služeb (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčiva a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna po dohodě se zdravotnickým zařízením hodnoty průměrných úhrad v příslušném pololetí 2006 pro tyto účely úměrně upraví. Zdravotní pojišťovna dále zohlední zvýšení průměrných nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v souvislosti s ukončením poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků zdravotnickému zařízení zdravotní pojišťovnou v případě, že porovnávacím obdobím pro uplatnění regulace je příslušné pololetí roku 2005.

1.5 U zdravotnického zařízení, které v roce 2006 nebo v části roku 2006 neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.

2. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení snížit úhradu podle bodů 1.1 a 1.2 pouze do celkové výše odpovídající 15 % objemu úhrady za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

3. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v příslušném pololetí 2006 nebo v příslušném pololetí 2007 v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1.1 až 1.4.

4. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.1, pokud celková úhrada za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky v příslušném pololetí 2007 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na příslušné období vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.

5. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v příslušném pololetí 2007 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na příslušné období vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.

6. Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíční předběžnou úhradu buď ve výši jedné šestiny 103 % objemu úhrady v příslušném pololetí 2006, anebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zdravotní péče za příslušný měsíc, ohodnocené podle písm. A) bodu 6. Zvolenou formu předběžné úhrady zachová zdravotní pojišťovna po celé příslušné pololetí 2007. Předběžnou úhradu za příslušné pololetí 2007 zdravotní pojišťovna finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně vyhodnocení regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení příslušného pololetí 2007.

---

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

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

## Příloha č. 4

383/2007 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2008

### Příloha č. 3

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 5

#### A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši

a) 1,05 Kč pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči, pro zdravotnická zařízení vykazující výkony odbornosti 910 - psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů,

b) 1,10 Kč pro zdravotnická zařízení smluvních odborností 901 - klinická psychologie, 903 - klinická logopedie a 927 - ortoptista, podle seznamu výkonů,

c) 1 Kč pro ostatní zdravotnická zařízení. V případech vymezených v bodu 6. písm. a) může zdravotní pojišťovna hradit zdravotnickému zařízení zdravotní výkony pro danou odbornost reálně dosaženou hodnotou bodu vynásobenou indexem nárůstu úhrad, stanovenými v bodu 2.

2. Není-li dále stanoveno jinak, celková výše úhrady zdravotnickému zařízení

a) poskytujícímu zdravotní péči v jedné odbornosti nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{POP} \times \text{PURO} \times \text{Inu}$$

zpo o

kde:

POP počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2008; unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v příslušném pololetí alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec zdravotnickým zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jedenkrát

PURO průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně zvlášť o účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2007

Inu index nárůstu úhrad, který činí nejméně 1,06

b) poskytujícímu zdravotní péči ve více odbornostech nepřekročí částku rovnající se součtu částek za jednotlivé odbornosti, kde se částka za jednotlivou odbornost vypočte takto:

POP x PURO x Inu

zpo o

kde:

POP počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané  
zpo odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném  
pololetí 2008

PURO se vypočte takto:

o

PURO = PPBRO x RDHB + PUZUMRO + PUZULPRO

o o o o

kde:

PPBRO průměrný počet zdravotnickým zařízením  
o vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných  
bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného  
v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v  
příslušném pololetí 2007

RDHB reálně dosažená hodnota bodu pro ambulantní  
specializovanou péči, poskytnutou zdravotnickým  
zařízením, u zdravotní pojišťovny v příslušném  
pololetí 2007, která se stanoví jako podíl celkové  
úhrady poskytnuté zdravotnickému zařízení zdravotní  
pojišťovnou za ambulantní specializovanou péči snížené  
o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť  
účtované léčivé přípravky za příslušné pololetí 2007  
a celkového počtu bodů za ambulantní specializovanou  
péči zdravotnickým zařízením vykázaných za příslušné  
pololetí 2007 a zdravotní pojišťovnou uznaných

PUZUMRO průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho  
o unikátního pojištěnce v dané odbornosti ve zdravotnickém  
zařízení v příslušném pololetí 2007

PUZULPRO průměrná úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky  
o na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti ve  
zdravotnickém zařízení v příslušném pololetí 2007

Inu index nárůstu úhrad, který činí nejméně 1,06

U zdravotnického zařízení, které v referenčním období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných zdravotnických zařízení.

3. U zdravotnického zařízení, kde oproti příslušnému pololetí 2007 dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady zdravotnickému zařízení podle bodu 2 navýší o hodnotu zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 0,95 Kč.

4. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšené průměrné náklady na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.

5. Nad rámec celkové výše úhrady stanovené v bodu 2. hradí zdravotní pojišťovna poskytnutou zdravotní péči podle seznamu výkonů (včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků), úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu stanovenou ve výši 0,30 Kč. Počet bodů hrazených touto hodnotou se stanoví jako rozdíl mezi celkovým počtem zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů a počtem bodů, který se stanoví jako podíl celkové výše úhrady stanovené v bodu 2., po odečtení zdravotnickým zařízením vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, a hodnoty bodu stanovené v bodu 1. c). Pokud má tento rozdíl zápornou hodnotu, ustanovení tohoto bodu se nepoužije.

6. Ustanovení bodu 2. a 5. se nepoužijí:

a) v případě zdravotnického zařízení podle bodu 1. písm. c), které v příslušném pololetí 2007 nebo 2008 v rámci jedné odbornosti ošetřilo 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. Limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců se přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu zdravotní péče pro danou odbornost poskytované jedním nositelem výkonu 3) se zdravotní pojišťovnou,

b) u zdravotnických zařízení smluvní odbornosti 901 (klinická psychologie), 903 (klinická logopedie), 927 (ortoptista), u zdravotnických zařízení vykazujících zdravotní výkony odbornosti 910 (psychoterapie) společně s ošetrovacím dnem denního stacionáře a ambulantních dialyzačních zařízení odbornosti 108 (nefrologie),

c) v případě zdravotní péče poskytované pojištěncům z EU.

-----  
3) Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

B) Regulační omezení

1. Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech (do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu a screeningu karcinomu děložního hrdla prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu):

1.1. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v příslušném pololetí 2008 vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v příslušném pololetí 2007, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2008, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (nad 110 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.

1.2. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v příslušném pololetí 2008

vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v příslušném pololetí 2007, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2008, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 110 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.

1.3. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 popřípadě 1.2

1.4. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se dále nepoužijí, pokud celková úhrada za zdravotnickým zařízením předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v příslušném pololetí 2008 nepřekročí 105 % celkové úhrady v příslušném pololetí 2007 a zdravotnické zařízení v příslušném pololetí 2008 ošetří alespoň 90 % unikátních pojištěnců oproti příslušnému pololetí 2007.

1.5. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2008 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2008 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

1.6. Pokud by na základě výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1 nebo podle bodu 1.2 měla být zdravotní pojišťovnou uplatněna regulační srážka u více než 15 % smluvních zdravotnických zařízení, sníží tato zdravotní pojišťovna následně limity pro uplatnění příslušného regulačního omezení tak, aby počet zdravotnických zařízení s vypočtenými regulačními srážkami nepřekročil hranici 15 % všech smluvních zdravotnických zařízení.

1.7. U zdravotnického zařízení, kde oproti příslušnému pololetí 2007 došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu zdravotnických služeb (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna po dohodě se zdravotnickým zařízením hodnoty průměrných úhrad v příslušném pololetí 2007 pro tyto účely úměrně upraví.

1.8. U zdravotnického zařízení, které v roce 2007 nebo v části roku 2007 neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.

2. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v příslušném pololetí 2007 nebo v příslušném pololetí 2008 v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1.1 a 1.2. Limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců se přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.

3. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2008 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2008 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

4. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2008.

## Příloha č. 5

464/2008 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009

Příloha 3

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 5

### A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši

- a) 1,08 Kč pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči, pro zdravotnická zařízení vykazující výkony odbornosti 910 - psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů,
- b) 1,08 Kč pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 901 - klinická psychologie, 0,75 Kč pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 903 - klinická logopedie a 1 Kč pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 927 - ortoptista, podle seznamu výkonů,
- c) 0,71 Kč pro výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633, podle seznamu výkonů, smluvní odbornosti 403 - radiační onkologie, podle seznamu výkonů,
- d) 1 Kč pro ostatní zdravotnická zařízení, do objemu vypočteného pro jednotlivé odbornosti, podle seznamu výkonů, takto:

POPho

PBro x -----

POPro

kde: **PBro** celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období. Referenčním obdobím se rozumí příslušné pololetí 2008.

**POPho** počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se rozumí příslušné pololetí 2009. Unikátním pojištěncem se rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec zdravotnickým zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, ošetřených v dané odbornosti, pouze jedenkrát.

**POPro** počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v referenčním období

Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad vypočtený objem v dané odbornosti, vyjádřená počtem bodů za výkony zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za referenční období, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,30 Kč.

U zdravotnického zařízení, které v referenčním období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu použít průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce, ošetřeného v dané odbornosti za referenční období, srovnatelných zdravotnických zařízení.

U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrného počtu bodů, na jednoho unikátního



pojištěnce, se objem počtu bodů, podle bodu 1 písm. d) navýší o počet bodů, který odpovídá zdravotnickým zařízením vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným zdravotním výkonům.

Snížená hodnota bodu v dané odbornosti podle bodu 1 se nepoužije:

a) v případě zdravotnického zařízení, které v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřilo 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu zdravotní péče pro danou odbornost poskytované jedním nositelem výkonu se zdravotní pojišťovnou,

b) v případě zdravotní péče poskytované pojištěncům z EU.

V případech uvedených v písm. a) a b) se všechny výkony hradí s hodnotou bodu uvedenou v bodu 1 písm. d).

### **B) Regulační omezení**

1. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2009, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál (nad 110 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.

2. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2009, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (nad 105 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.

3. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2009, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 110 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu a screeningu karcinomu děložního hrdla prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky, podle věty první, se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů platného k 1.1.2009 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

4. Regulační omezení podle bodu 1 až 3 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péčí, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1, podle bodu 2, popřípadě podle bodu 3.

5. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud celková zhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2009 nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 106 % úhrad na tento druh zdravotní péče v roce 2008.

6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2009 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2009 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

7. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna, po dohodě se zdravotnickým zařízením, hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.

8. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1 až 3 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.

9. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1. až 3. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.

10. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2009 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2009 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

11. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1 až 3 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2009.

12. Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do regulačních omezení.

13. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné šestiny 106 % objemu úhrady za odpovídající referenční období nebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané, popřípadě zdravotní pojišťovnou uznané zdravotní péče za příslušný měsíc. Zvolenou formu předběžných úhrad zachovají zdravotní pojišťovny po celé hodnocené období, pokud zdravotnické zařízení, během hodnoceného období, nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Předběžné úhrady za hodnocené období budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

## Příloha č. 6

471/2009 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010

### Příloha č. 3

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 5 vyhlášky 471/2009 Sb.

#### A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši

a) 1,08 Kč pro zdravotnická zařízení vykazující výkony odbornosti 910 - psychoterapie, podle seznamu výkonů, společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 901 - klinická psychologie, podle seznamu výkonů,

b) 1,08 Kč pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči,

c) 1 Kč pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 927 - ortoptista, podle seznamu výkonů, a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 903 - klinická logopedie, s výjimkou výkonů 72211, 72213, 72215 a 72019, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,70 Kč,

d) 0,71 Kč pro výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633, podle seznamu výkonů, smluvní odbornosti 403 - radiační onkologie, podle seznamu výkonů,

e) 0,96 Kč pro výkony 75347 a 75348, podle seznamu výkonů, smluvní odbornosti 705 - oftalmologie,

f) 1,02 Kč pro ostatní zdravotnická zařízení, do objemu vypočteného pro jednotlivé odbornosti, podle seznamu výkonů, takto:

POPho

PBro x -----

POPro

kde:

PBro celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období. Referenčním obdobím se rozumí příslušné pololetí 2008.

POPho počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se rozumí příslušné pololetí 2010.

POPro počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v referenčním období; v případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem unikátních ošetřených pojištěnců rozumí součet unikátních ošetřených pojištěnců za zdravotní pojišťovny, které se sloučily (pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených

pojištěnců se započítává pouze jednou).

Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad vypočtený objem v dané odbornosti, vyjádřená počtem bodů za výkony zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za referenční období, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,30 Kč.

2. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu použít průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce, ošetřeného v dané odbornosti za referenční období, srovnatelných zdravotnických zařízení.

3. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrného počtu bodů, na jednoho unikátního pojištěnce, se objem počtu bodů, podle bodu 1 písm. f) navýší o počet bodů, který odpovídá zdravotnickým zařízením vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným zdravotním výkonům.

4. Snížená hodnota bodu v dané odbornosti podle bodu 1 f) se nepoužije:

a) v případě zdravotnického zařízení, které v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřilo 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu zdravotní péče pro danou odbornost poskytované jedním nositelem 3) výkonu se zdravotní pojišťovnou,

b) v případě zdravotní péče poskytované zahraničním pojištěncům.

V případech uvedených v písm. a) a b) se všechny výkony hradí s hodnotou bodu 1 Kč.

5. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné šestiny objemu úhrady za odpovídající referenční období nebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané a uznané zdravotní péče za příslušný měsíc. Zvolenou formou předběžných úhrad zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období, pokud zdravotnické zařízení, během hodnoceného období, nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Předběžné úhrady za hodnocené období budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

B) Regulační omezení

pro zdravotnická zařízení vykazující výkony odbornosti 910 - psychoterapie, podle seznamu výkonů, společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 901 - klinická psychologie, podle seznamu výkonů

1. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky [s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona] a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než hodnota průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období za zvlášť účtované léčivé přípravky [s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona] a zvlášť účtovaný materiál, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť

účtovaný materiál, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Hodnota průměrné úhrady podle věty první se stanoví jako 100 % průměrné úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky [s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona] a zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v roce 2009, maximálně však do výše 108 % průměrné úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky [s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona] a zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v referenčním období.

2. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než referenční hodnota průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Hodnota průměrné úhrady podle věty první se stanoví jako 100 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v roce 2009, maximálně však do výše 108 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v referenčním období.

3. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 110 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Hodnota průměrné úhrady podle věty první se stanoví jako 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v roce 2009, maximálně však do výše 108 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v referenčním období.

4. Regulační omezení podle bodu 1 až 3 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1, podle bodu 2, popřípadě podle bodu 3.

5. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v hodnoceném období nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh zdravotní péče v roce 2009.

6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

7. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna, po dohodě s e zdravotnickým zařízením, hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.

8. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1 až 3 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.

9. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1. až 3. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.

10. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2010 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

11. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1 až 3 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

12. Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do regulačních omezení.

C) Regulační omezení pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči

1. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky [s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona] a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky [s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona] a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál (nad 100 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.

2. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (nad 100 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.

3. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 100 %), a to způsobem obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu a screeningu karcinomu děložního hrdla prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu.

4. Regulační omezení podle bodu 1 až 3 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1, podle bodu 2, popřípadě podle bodu 3.

5. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2010 nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh zdravotní péče v roce 2008.

6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2010 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

7. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna, po dohodě se zdravotnickým zařízením, hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.

8. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1 až 3 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.

9. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1 až 3. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.

10. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2010 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

11. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1 až 3 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2010.

12. Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do regulačního omezení.

D) Regulační opatření pro ostatní zdravotnická zařízení

1. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky [s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona] a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky [s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona] a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál (nad 110 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.

2. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (nad 105 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost hrazení podle § 32 odst. 2 zákona.

3. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 110 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky, podle věty první, se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů platného k 1. 1. 2010 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

4. Regulační omezení podle bodu 1 a 3 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1, podle bodu 2, popřípadě podle bodu 3.

5. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2010 nepřevýší u příslušné zdravotní pojišťovny 106 % úhrad na tento druh zdravotní péče v roce 2008.

6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2010 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházejících ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.



7. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna, po dohodě se zdravotnickým zařízením, hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
8. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1 až 3 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.
9. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1 až 3. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.
10. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2010 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
11. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1 až 3 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2010.
12. Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do regulačního omezení.