

**UNIVERZITA  
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

Magisterské kombinované studium

2010 – 2012

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

František Trhoň

Úhrady zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního  
pojištění v kontextu reforem zdravotnických systémů

**Praha 2012**

**Vedoucí diplomové práce:**  
Mgr. Lukáš Novotný, M.A., Dr.

**JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE**

Master Combined (Part-Time) Studies

2010 – 2012

**DIPLOMA THESIS**

František Trhoň

Covering Costs of Medical Devices  
Using Public Health Insurance Resources  
in the Context of Reforms of Healthcare Systems

**Prague 2012**

**The diploma thesis work supervisor:**

Mgr. Lukáš Novotný, M.A., Dr.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Kosořicích dne 14. února 2012

František Trhoň

### **Poděkování**

Děkuji svému vedoucímu práce za odborné vedení diplomové práce na velmi specifické téma. Rád bych rovněž poděkoval svému dlouholetému příteli Ing. Josefu Langerovi za odborné konzultace a náměty.

## **Anotace:**

Diplomová práce se zabývá specifickou kapitolou úhrad zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění. První teoretická část obsahuje obecný pohled na české zdravotnictví a systém současné zdravotní péče. Ve druhé části jsou podrobně popsány aktuální způsoby úhrad zdravotní péče. Třetí kapitola pojednává o stávajících způsobech úhrad zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění a novele zákona o veřejném zdravotním pojištění. V poslední části jsou definovány nové pojmy, které souvisejí s úhradami zdravotnických prostředků. Stanovení prospěšnosti zdravotnického prostředku, nová definice zvlášť účtovaných materiálů (ZUM) a návrh nového způsobu úhrad zdravotnických prostředků. Tyto termíny slouží jako výchozí podklad pro transparentní financování zdravotnických prostředků v systému zdravotní péče České republiky.

## **Klíčové pojmy:**

Číselník, diagnóza, DRG, GMDN, kategorizace, Ministerstvo zdravotnictví, nadstandard, nemocnice, pacient, PDK, pojištění, pojišťovna, poskytovatel, prospěšnost, standard, standardizace, SÚKL, terapie, třídění, úhradový systém, úhrady, UMDNS, veřejné finance, veřejné zdraví, veřejné zdravotní pojištění, výkon, zdravotní péče, zdravotní pojištění, zdravotnický materiál, zdravotnický prostředek, zdravotnický výrobek, zdravotnictví, ZUM, zvlášť účtovaný materiál.

### **Annotation:**

This diploma thesis deals with the specific chapter of covering costs of medical devices using public health insurance resources. The first, theoretical part provides a general view of the Czech health service and the current health care system. The second part offers a detailed description of current health care payment methods. The third chapter discusses current methods of payment for medical equipment using public health insurance as well as the Amendment to the Public Health Insurance Act. The last part presents definitions of new notions associated with covering the costs of medical devices: Determining the benefits of medical devices, a new definition of separately charged materials (ZUM), and a proposal of a new method of payment for medical devices. These notions serve as a starting base for a transparent financing of medical devices in the healthcare system of the Czech Republic.

### **Key words:**

Above-standard, categorization, classification, code list, diagnosis, DRG, GMDN, health insurance, healthcare, hospital, insurance, insurance company, medical device, medical material, medical product, Ministry of Health, patient, PDK, performance, provider, public finance, public health, public health insurance, reimbursement system, separately charged material, settlements, standard, standardization, SUKL, therapy, UMDNS, usefulness, ZUM.

# Obsah

<b>Úvod.....</b>	<b>9</b>
Cíl práce.....	9
Stav poznání.....	10
Struktura práce.....	11
<b>1. Zdravotnictví v České republice.....</b>	<b>12</b>
1.1. Systém zdravotní péče v České republice.....	12
1.2. Nemocnice v České republice.....	17
1.3. Veřejné zdravotní pojištění.....	19
1.4. Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění.....	21
<b>2. Současné systémy úhrad zdravotní péče v ČR.....</b>	<b>23</b>
2.1. Úhrady zdravotní péče.....	23
2.2. Typy úhrad zdravotní péče.....	25
2.3. Náklady zdravotních pojišťoven na jednotlivé segmenty zdravotní péče.....	35
2.4. Úhradová vyhláška pro rok 2012.....	36
<b>3. Zdravotnické prostředky.....</b>	<b>39</b>
3.1. Zdravotnický prostředek.....	44
3.2. Podmínky pro používání zdravotnických prostředků.....	47
3.3. Stávající způsoby a cíle systému úhrad ZP z veřejného zdravotního pojištění.....	51
3.4. Přehled úhrad ZP dle jejich typů.....	52
3.4.1. Skupina I. a – Zdravotnické prostředky na předpis (poukaz).....	53
3.4.2. Skupina I. b – Zdravotnické prostředky stomatologické.....	56
3.4.3. Skupina II. – Zdravotnické prostředky zvláště účtované (ZUM).....	56

3.4.4. Skupina III. – Zdravotnické prostředky IN – VITRO.....	57
3.4.5. Skupina IV. – Zdravotnické prostředky ostatní.....	57
3.5. Mechanismy stanovení standardů zdravotnických prostředků.....	58
3.5.1. Číselník ZP VZP.....	58
3.5.2. Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění z pohledu standardní a nadstandardní péče.....	59
<b>4. Stanovení prospěšnosti a nová definice ZUM jako výchozí parametry pro nový systém úhrad ZP.....</b>	<b>63</b>
4.1. Prospěšnost a její stanovení.....	63
4.1.1. Prospěšnost léčiv.....	64
4.1.2. Prospěšnost zdravotnických prostředků.....	66
4.1.3. Generické zdravotnické prostředky.....	68
4.1.4. Doba platnosti prospěšnosti.....	70
4.1.5. Agentura pro stanovení prospěšnosti ZP.....	71
4.1.6. Prospěšnost v praxi.....	71
4.1.7. Prospěšnost a její význam pro pacienty.....	73
4.2. ZUM a jeho nová definice.....	74
4.2.1. Standardní a nadstandardní ZUM.....	77
4.3. Návrh nového systému úhrad zdravotnických prostředků.....	78
4.3.1. Prospěšnost a nový systém úhrad ZP.....	78
4.3.2. Princip zavedení zdravotnického prostředku do systému.....	80
4.3.3. Příklad provázání prospěšných ZP dle PDK s diagnózami DRG.....	83
<b>Závěr .....</b>	<b>87</b>
<b>Seznam použité literatury.....</b>	<b>90</b>
Monografie a ostatní tištěné zdroje.....	90
Elektronická média a webové stránky.....	90
Zákonné normy, interní předpisy.....	93
<b>Seznam obrázků, tabulek a grafů.....</b>	<b>94</b>
Seznam obrázků.....	94
Seznam tabulek.....	94
Seznam grafů.....	94



# Úvod

## Cíl práce

Tato diplomová práce navazuje na poznatky, publikované v autorově práci bakalářské, která se věnovala zatřídování a jednoznačné identifikaci zdravotnických prostředků (ZP). Pojednává o základních a nezastupitelných poznacích ve vztahu k tématům, která popisuje tato práce diplomová. V ní uvedená fakta je proto třeba ke správné interpretaci této diplomové práce alespoň rámcově znát.

Zdravotnické prostředky představují přibližně 10 – 15 % veškerých výdajů nemocnic. Způsob jejich zavádění na trh a do systému zdravotní péče je proto velmi důležitý a musí být vymezen jasně definovanými pravidly. Jedním z hlavních předpokladů je správné třídění ZP. Při procesu kategorizace jsou každému výrobku z oblasti ZP uváděnému na trh v ČR přiděleny identifikační známka, číslo a zároveň jsou kontrolovány veškeré procesy, které osvědčí jeho bezpečné užití. Tato diplomová práce se již tímto primárním řazením zabývat nebude a půjde v návaznosti na autorovu bakalářskou práci hlouběji k jádru problému. Tedy podkladům pro způsob úhrad ZP v rámci systému veřejného zdravotního pojištění ČR. I když se jedná o velmi významnou část prostředků vynakládaných z veřejného zdravotního pojištění, odborná veřejnost dosud problematiku ZP opomíjela. Až s nástupem nezbytných reformních opatření se toto téma začíná dostávat do popředí. Díky shodě uvedených okolností by tak měl obsah práce reflektovat jednu z nejzásadnějších diskusí současného zdravotnictví v České republice.

Hlavním cílem práce bude návrh zařazení do úhrad takových ZP, které uvedenému schématu odpovídají. Jednodušeji řečeno, bude tato práce usilovat především o definici nového pojmu prospěšnosti v souvislosti s problematikou zdravotnických prostředků. Stanovení prospěšnosti ZP pro pacienta i systém je otázkou, kterou se doposud nikdo ve větší míře nezabýval. Veškerá platná legislativní opatření řeší v současnosti pouze aspekty bezpečnosti a technické způsobilosti při uvádění ZP na trh. Na základě těchto parametrů je možno uvést do oběhu prakticky jakýkoli ZP, který jim vyhoví. Zda je ZP skutečně potřebný ke

zvýšení kvality léčby i života pacienta není však uvedeno nikde. Stanovení prospěšnosti by proto přispělo ke zkvalitnění poskytované péče s nezbytným ekonomickým efektem a lepší orientaci v problematice zdravotnických prostředků mezi odbornou i laickou veřejností. Autor se rovněž pokusí o vytvoření nástroje, který bude jasný a jednoznačně vyložitelný tak, aby pomohl zabezpečit odpovídající ekonomické chování zdravotnických zařízení. Souvisejícími cíli práce budou nová definice zvlášť účtovaných ZP (ZUM) a mechanismus jejich zařazování do úhrad z veřejného zdravotního pojištění.

### **Stav poznání**

Stav na poli úhrad ZP z veřejného zdravotního pojištění je v našem systému velmi neutěšený. Prakticky celých dvacet let od revoluce žije úhradový systém svým vlastním životem. Ekonomické prostředky na úhrady ZP jsou tak pouze vynakládány, nikoliv však již důsledně kontrolovány. To vede ke značným ztrátám. Hospodaření s finančními prostředky vydanými na ZP je ve všech nemocnicích jedním z limitujících faktorů pro jejich další existenci a tím i poskytování zdravotní péče ať už v rámci regionu odborného, nebo geografického. Proč tyto otázky nikoho ze zodpovědných nezajímají? Anebo lépe, proč je taková nevole v této oblasti cokoli změnit, přestože je problém ve své podstatě velmi jednoduchý? Jednou z odpovědí jsou rozdíly ve způsobech zřizování zdravotnických zařízení. Systém je velmi roztříštěn a správná koncepce se stále hledá. Nemocnice tak nejsou jednotné a mnohdy jdou proti sobě kvůli malicherným zájmům ekonomické a lékařské lobby. Přitom je to právě společný postup a jednota, které by spolu přispěly k vyřešení celé problematiky.

Půjde také o to, aby práce mimo jiné posloužila jako pomůcka k odstranění bariér mezi pacienty a lékaři. Povědomí pacientů o tom, na co mají a nemají nárok je velmi nízké. Vyšší informovanost přispěje ke zprůhlednění systému. Stanovení nových oficiálních standardů bez vlivu firemní lobby musí lékařům usnadnit jejich práci a zároveň zavést srozumitelnou řeč směrem k pacientům. Povědomí pacientů je nízké už jen proto, že je pro většinu z nich slovník zdravotníků nesrozumitelný a nepochopitelný. Na jedné straně tak musí existovat jasný profesionální popis toho, co standard obsahuje pro lékaře a zdravotnická zařízení. Na straně druhé je nutná existence zjednodušených a laicky srozumitelných popisů standardu pro širokou veřejnost. Pacient musí znát

odpovědi na otázky typu: „Proč mi lékař naordinoval právě toto?“, „Proč bych si měl připlatit?“, „Proč je pro mě právě tento ZP lepší než ten, který definuje standard?“, atp. Pacientská veřejnost musí být vtažena do kontrolního systému a vědět kolik a za co platí. A to bez kvalitních informací nelze.

## **Struktura práce**

Všechny kapitoly publikované v této práci jsou řazeny v logickém sledu tak, aby čtenář na základě obecných souvislostí snadno pochopil specifika problematiky zdravotnických prostředků a cíl celé práce. Pro korektní výklad všech postupů je výhodou čtenářova znalost autorovy práce bakalářské.

Teoretická část diplomové práce se zabývá obecným pohledem na zdravotnictví v České republice. Popisuje systém zdravotní péče a sítě nemocnic u nás. Dalšími jejími tématy jsou základní charakteristika veřejného zdravotního pojištění a přehled novinek v něm platných od začátku roku 2012. Ve druhé části jsou podrobně publikovány jednotlivé typy úhrad zdravotní péče. Závěr kapitoly se věnuje úhradové vyhlášce pro rok 2012 s jejími hlavními specifiky. Třetí kapitola se detailně zabývá otázkou zdravotnických prostředků. Úvodem do problematiky, náklady na ZP, podrobnou definicí a podmínkami použití ZP. Rovněž jsou zde uvedeny stávající způsoby úhrad ZP dle jejich typů a souvislosti s novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění. Poslední čtvrtá část obsahuje výsledek a konkrétní závěry práce. Jejím hlavním tématem je problematika prospěšnosti, která je novým pojmem v oblasti ZP. Dále pak návrh nové definice zvlášť účtovaných ZP (ZUM) a autorova představa o novém systému jejich úhrad.

Vzhledem k velkému množství citovaných legislativních dokumentů a nejednotnému výkladu citačních pravidel jsou veškeré citace v této práci uvedeny jednotně dle platné aktualizované normy ČSN ISO 690 (01 0197). Tato norma je v platnosti od 1. 4. 2011 a je českou verzí mezinárodní normy ISO 690:2010. Uvedená norma ruší a nahrazuje ČSN ISO 690 (01 0197) z prosince 1996 a ČSN ISO 690-2 (01 0197) z ledna 2000.

Autor diplomové práce neodpovídá za gramatickou úroveň doslovných citací. Především citované zákonné normy obsahují v některých případech jazykové nedostatky. Tyto jsou však ponechány v původní podobě, aby nebyla porušena pravidla řádného doslovného citování zdrojů.

# 1. Zdravotnictví v České republice

## 1.1. Systém zdravotní péče v České republice

Systém zdravotní péče pomáhá občanům dané země zajistit jedno z nezadatelných lidských práv, právo na život. „Právo na život je podle ústavního zákona č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, přirozené právo člověka a toto jako takové je podle čl. 1 tohoto zákona nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.“ (ŠNĚDAR, 2008, s. 13)

Zdravotní péči v ČR specifikuje Ministerstvo zdravotnictví takto:

„Principy, které tvoří pilíře systému zdravotní péče v České republice:

- I. Solidarita. Solidarity mezi zdravými a nemocnými bývá ve zdravotních systémech dosahováno oddělením čerpání zdravotní péče od jejího financování. Solidarita ekonomicky aktivních s ekonomicky neaktivními znamená, že každý pojištěnec platí výši pojistného jako určité procento ze svého příjmu bez ohledu na to, jakou zdravotní péči čerpá nebo bude čerpat.
- II. Vysoký podíl samosprávy.
- III. Vícezdrojové financování s převažujícím podílem veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní péče je financována z veřejného zdravotního pojištění, přímých plateb, státního rozpočtu a krajských rozpočtů.
- IV. Stejná dostupnost poskytované zdravotní péče pro všechny pojištěnce. Zdravotní systém se snaží o nastavení podmínek, v rámci kterých nebudou rozdíly v dostupnosti poskytované zdravotní péče.
- V. Povinné očkování proti infekčním nemocem<sup>1</sup>

Systém veřejného zdravotního pojištění je organizován následujícím způsobem:

„Ambulantní péče

Ambulantní péče je poskytována lékaři primární péče nebo odbornými specialisty. V případě onemocnění se pacient obrací zpravidla nejprve na lékaře primární péče, kteří pracují v okolí jeho bydliště. Jsou to praktičtí lékaři

<sup>1</sup> ZÁKLADNÍ PRINCIPY SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE A PŘEHLED. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2011, 13. 1. 2011 [cit. 2011-12-18]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/prevence/czech/czech.html>

pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, zubní lékaři (stomatologové) a ženští lékaři (gynekologové).

Při výběru lékaře je ovšem třeba mít na paměti, že se lze přihlásit pouze k lékaři, který má uzavřenou smlouvu o poskytování zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou, u níž je pacient pojištěn.

Jde-li o zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, musí se pojištěnec u lékaře primární péče (základní dostupná zdravotní péče v místě bydliště) nejprve zaregistrovat. Lékař může pojištěnce odmítnout zaregistrovat pouze tehdy, jestliže by jeho přijetí znamenalo pro lékaře takové pracovní zatížení, jež by mu znemožnilo kvalitní péči o tohoto pacienta či o jiné pacienty, které již ve své péči má.

Lékař ovšem nemůže odmítnout ošetření v případě nutné a neodkladné péče (tj. úraz či akutní náhlé onemocnění). Po tomto ošetření však předává pacienta jeho ošetřujícímu lékaři. V případě odmítnutí má pojištěnec právo, aby mu lékař odmítnutí potvrdil písemně.

Odborného specialistu může pacient v ČR navštívit i bez doporučení lékaře primární péče.

#### Ústavní (lůžková) péče

Pokud to vyžaduje charakter onemocnění, doporučí lékař primární péče nebo ambulantní specialista pacientovi léčbu v nemocnici nebo mu přímo toto přijetí sám dohodne.

Lůžková péče je poskytována především v nemocnicích a dále v odborných léčebných ústavech, kterými se rozumí zejména psychiatrické léčebny a rehabilitační ústavy, dále v léčebnách dlouhodobě nemocných, ozdravovnách, zařízeních hospicového typu apod.

#### Zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služba

Pro případy náhlých těžkých onemocnění nebo úrazů, kdy se pacient nemůže sám dopravit k lékaři, a kdy je nezbytné rychlé ošetření na místě události a případně přeprava postiženého do zdravotnického zařízení za stálého poskytování neodkladné zdravotní péče, aby nedošlo k dalšímu zhoršení zdravotního stavu nebo ohrožení života postiženého, je organizována zdravotnická záchranná služba, jejíž pomoci se lze dovolat prostřednictvím národního čísla

tísňového volání 155. Toto číslo 155 funguje pouze pro přivolání pomoci k řešení zdravotních problémů, zatímco jednotné evropské číslo tisícového volání 112 je určeno především pro přivolání pomoci k událostem s větším počtem na zdraví postižených osob a pro aktivaci integrovaného záchranného systému, jehož základními složkami jsou policie, zdravotnická záchranná služba a hasiči. Použití obou tisícových čísel je bezplatné.

Zdravotní péče je zajištěna i při méně závažném náhlém onemocnění nebo úrazu v době mimo ordinální hodiny nebo nepřítomnosti ošetřujícího lékaře. Toto zajištění se uskutečňuje v závislosti na místních podmínkách – buď prostřednictvím spolupráce lékařů, kteří se navzájem zastupují, nebo jsou organizovány pohotovostní služby ve zvláštních ordinacích Lékařské služby první pomoci nebo v pohotovostní službě nemocnic. Pohotovostní služby jsou organizovány i pro náhlá zubní onemocnění. Informace o zajištění těchto pohotovostních služeb je možné získat na zdravotním odboru krajských úřadů, informovány o jejich pracovištích jsou i dispečinky zdravotnických záchranných služeb.

#### Závodní preventivní péče

Závodní preventivní péče zabezpečuje ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci a ochranu zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví na pracovišti, včetně prevence úrazů. Zařízení závodní preventivní péče provádějí odbornou poradní činnost v otázkách ochrany a podpory zdraví zaměstnanců. Pravidelně kontrolují pracoviště podniků, zjišťují vlivy práce a pracovních podmínek na zdraví zaměstnanců, vykonávají preventivní lékařské prohlídky zaměstnanců (vstupní, průběžné a výstupní).

#### Dispenzární péče

Jedná se o poskytování soustavné odborné péče pacientovi, u kterého je již onemocnění stanoveno a zaléčeno, ale nadále se sleduje, aby bylo včas zachyceno případné zhoršení.

#### Lázeňská péče

Lázeňská péče může být považována za nezbytnou součást léčebného procesu. Doporučuje ji ošetřující lékař a potvrzuje revizní lékař. Nárok

na lázeňskou péči podává na předtištěném formuláři registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci.

#### Poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků

V ČR existuje rozsáhlá síť zařízení lékárenské péče, které zajišťují distribuci léků, léčivých přípravků a zdravotnických prostředků a to jak na základě lékařského předpisu, tak i bez něj, tj. ve volném prodeji.

Platnost lékařského předpisu: recept z pohotovostní služby platí jeden den následující po dni jeho vystavení, recept na antibiotika a antimikrobiální chemoterapeutika platí 5 dnů, ostatní recepty platí 14 dnů, neurčí-li předepisující lékař jinak.

#### Preventivní péče

Preventivní prohlídky a očkování proti infekčním nemocem provádí lékař primární péče<sup>2</sup>.

Důležitým hlediskem pro úspěšnost a kvalitu systému zdravotnické péče je spokojenost jeho klientů, tedy pacientů. Podle některých kritiků je české zdravotnictví sociální a ve srovnání s některými zahraničními příliš velkorysé. Zajímavé šetření v tomto ohledu provedl Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) v letech 2002 – 2003, který zkoumal „Nerovnosti ve vstřícnosti zdravotnického systému“. Celosvětový projekt byl realizován pod patronátem Světové zdravotnické organizace (WHO) a v ČR byl jeho provedením pověřen právě ÚZIS. Závěr této publikace do jisté míry potvrzuje slova kritiků a je následující: „Z výsledků vyplývá, že Češi nejenže hodnotí nejlépe celkové fungování svého zdravotnického systému, ale zároveň hodnotí nejlépe i své zkušenosti s poskytovateli zdravotní péče. Chorvaté naopak hodnotí vstřícnost nejhůře, ačkoliv celkové fungování svého zdravotnického systému vnímají v porovnání s ostatními státy častěji jako dobré. U Maďarů lze pozorovat výrazné rozdíly v hodnocení jednotlivých oblastí vstřícnosti. Ačkoliv hodnotí některé z nich nejlépe, rychlou dostupnost hodnotí nejhůře ze všech zemí. Češi hodnotí

---

<sup>2</sup> ZÁKLADNÍ PRINCIPY SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE A PŘEHLED. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2011, 13. 1. 2011 [cit. 2011-12-18]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/prevence/czech/czech.html>

svůj zdravotnický systém i vstřícnost lépe než Slováci, což s sebou přináší otázku, jakou měrou se na tom mohl podílet vývoj v obou těchto zemích po rozpadu společné federace v roce 1993.“ (ÚZIS ČR, 2007, s. 14)

Přestože je mnoho soukromých subjektů, které působí v rámci zdravotnického systému České republiky, je třeba mít na paměti, že poskytování základní zdravotní péče primárně neslouží ke tvorbě zisku. Systém zdravotní péče je třeba do jisté míry chápat jako veřejný statek financovaný veřejnými financemi. Toto tvrzení však neodporuje tomu, že se i ve veřejném zdravotnictví musí uplatňovat ekonomické principy a efektivita. Pacient zde vystupuje v roli uživatele a zákazníka zároveň.

Exner (2005, s. 133) k tomuto tématu uvádí: „V podnikání je spokojený zákazník nikoliv cílem, ale prostředkem k dosažení lepších hospodářských výsledků. Nikdo nepodniká proto, aby měl spokojené zákazníky, ale proto, aby vytvořil zisk. Spokojení zákazníci jsou tedy nástrojem k dosažení zisku. V sektoru zdravotní péče se nám to bude obhajovat trochu hůře, protože nejeden oponent zamění zdravotnictví za medicínu a obviní nás z vydělávání na neštěstí druhých. Pravda je však jinde. I zdravotní péče, tak jako každá jiná dlouhodobě provozovaná lidská činnost, musí být efektivní, jinak začne upadat a strádat a teprve pak může způsobit více škody než užitku. Má-li být zdravotní péče pro občany přínosem, musí prosperovat a vytvářet hodnoty. Privátní zdravotnické zařízení musí mít stejný cíl, jako kterýkoli jiný podnikatel. V rámci státem určených pravidel se snaží efektivně hospodařit za účelem dosažení zisku. Spokojení zákazníci mu pomáhají naplnit tento cíl. Zdravotnické zařízení, jehož zřizovatelem je státní správa nebo samospráva, by se mělo chovat stejně, jen motivy tohoto chování mohou být mírně odlišné. Ale i v tomto případě by pravidla měla být nastavena tak, aby spokojený pacient zajišťoval lepší výsledky hospodaření. V případě státního zařízení se na otázku, zda je spokojený pacient cílem nebo prostředkem, hledá odpověď hůře, ale ve výsledku zjistíme, že i tady je spokojený pacient prostředkem k dosažení jiných (byť spokojenosti pacienta velmi blízkých) cílů zřizovatele.“



## 1.2. Nemocnice v České republice

Nemocnice jsou základní součástí každého uceleného zdravotnického systému. Vyvážená struktura sítě nemocnic představuje jeden z výchozích parametrů pro kvalitní a účinné poskytování zdravotní péče.

Gladkij (2003, s. 51) říká: „Nemocnice je zpravidla definována jako "lůžkové zdravotnické zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče, má určitý počet lůžek, organizovaný zdravotnický tým požadované kvalifikace a je schopno poskytovat nepřetržitě lékařské a ošetrovatelské služby". Základní funkcí nemocnic je poskytování léčebné péče těm pacientům, kteří nemohou být léčeni ambulantně. Jádrem činnosti všech nemocnic jsou činnosti diagnostické, léčebné a činnosti spadající do oblasti sekundární a terciární péče.

Vedle těchto základních funkcí plní některé nemocnice i funkce další: jsou střediskem pregraduální a postgraduální výchovy lékařů a ostatního zdravotnického personálu, vykonávají zdravotně výchovnou činnost, jsou nositeli klinického výzkumu a v některých zemích plní i některé funkce zdravotně sociální.“

Gladkij (2003, s. 51) také definuje třídění nemocnic dle základních hledisek, přestože se jedná o velmi hrubou a podmíněnou klasifikaci: “

1. Podle průměrné délky ošetrovací doby jsou nemocnice tříděny na nemocnice pro akutní péči a nemocnice pro dlouhodobě nemocné. Nemocnice pro akutní péči mají zpravidla průměrnou délku ošetrovací doby jednoho hospitalizovaného pacienta do 30 dnů. V průmyslově vyspělých zemích tvořily na konci devadesátých let nemocnice pro akutní stavy kolem 60 % z celkového počtu lůžek.
2. Podle typu vlastnictví jsou nemocnice klasifikovány na:
  - nemocnice ve vlastnictví a správě státu; jedná se zpravidla o velké nemocnice a nemocnice univerzitní či fakultní, vojenské nemocnice
  - veřejné nemocnice ve vlastnictví a správě měst a obcí
  - soukromé nemocnice neziskového charakteru ve vlastnictví a správě církví, dobročinných organizací atp.
  - soukromé nemocnice typu akciových společností, družstev a jiných typů firem, založené na podnikatelském principu.
3. Podle převažujícího druhu péče se nemocnice dělí na nemocnice

všeobecné a nemocnice specializované. Ve všeobecných nemocnicích je v různém rozsahu prováděna komplexní diagnostika a léčba nemocí včetně provádění chirurgických výkonů. Všeobecné nemocnice jsou v různých zemích tříděny podle rozsahu prováděných služeb a dalších kritérií. Jedním z kritérií bývá nezřídka rozsah lůžkového fondu nemocnice. Z hlediska tohoto kritéria se nemocnice dělí na

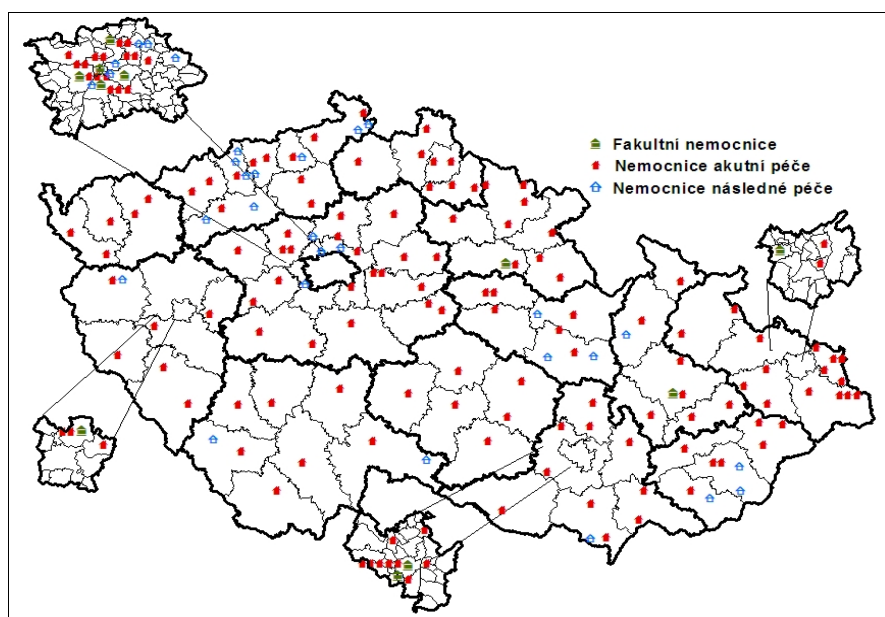
- nemocnice malé (zpravidla do 300 lůžek)
- nemocnice střední (300 až 600 lůžek)
- nemocnice velké (s kapacitou nad 600 lůžek).“

Dle Aktuální informace č. 4/2011 ÚZIS ČR je stav provozovaných nemocnic v ČR následující: „V České republice bylo k 31. 12. 2010 evidováno 189 nemocnic s 62 219 lůžky (3,6 % lůžek novorozeneckých, 11,9 % ošetrovatelských a 84,5 % lůžek akutní péče). Lůžkový fond fakultních nemocnic (11 zařízení, 15 725 lůžek) představoval 25,3 % z celkového počtu lůžek. Lůžka nemocnic následné péče (30 zařízení, 2 517 lůžek) tvořila 4 % z celkového nemocničního lůžkového fondu, zbylých 70,7 % lůžek připadalo na nemocnice akutní péče.“<sup>3</sup> Na obrázku č. 1 je patrné rozmístění a hustota sítě nemocnic na území České republiky ke 31. 12. 2010.

---

<sup>3</sup> Nemocnice v České republice v roce 2010. In: ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky 4* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011 [cit. 2011-12-18]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/04\\_11.pdf&sa=U&ei=2NbtTrahLMKC4gT80az-CA&ved=0CAQQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNGWqBMFr9xDiG3hDf-psDTFfz9bGQ](http://www.uzis.cz/system/files/04_11.pdf&sa=U&ei=2NbtTrahLMKC4gT80az-CA&ved=0CAQQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNGWqBMFr9xDiG3hDf-psDTFfz9bGQ)

**Obr. 1: Nemocnice v České republice k 31. 12. 2010**



Zdroj: Aktuální informace č. 4/2011. Praha, ÚZIS ČR, 2011

### 1.3. Veřejné zdravotní pojištění

Počátky úsilí o vybudování systému zdravotního pojištění sahají hluboko do historie. První zmínky je možno najít již ve středověku. Opravdový rozmach lze však zaznamenat až v souvislosti s průmyslovou revolucí.

„Prvopočátky dnešního sociálního zdravotního pojištění lze vystopovat již v cechovních zajišťovacích spolcích středověku. Rozmach průmyslové výroby a s ním spojený nárůst sociálně slabé dělnické třídy v 19. století vedl ke zřizování různých příspěvkových fondů, jak zaměstnavateli, tak komunitami, které doplňovaly činnost charitativních organizací při pomoci chudým. Zpočátku bylo nejvyšší prioritou pojištění proti ztrátě příjmu, tj. nemocenské pojištění, ale postupně s rozvojem medicíny se k nemocenskému pojištění přidávalo pojištění zdravotní pro krytí výdajů na zdravotní péči.

První povinné zdravotní pojištění bylo zavedeno v roce 1849 v Prusku pro horníky. Povinnost platit toto pojištění se vztahovala na zaměstnance i zaměstnavatele.“ (NĚMEC, 2008, s. 14)

System zdravotní péče v České republice je financován z veřejného zdravotního pojištění na základě zákona č. 48/1997 Sb.<sup>4</sup> Stiglitz (1997, s. 351)

<sup>4</sup> Česká republika. Zákon ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 1997, Ročník 1997, č. 48, Částka 16, s. 1185-1264. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3007>

uvádí: „Základním smyslem pojištění je snížení rizika, jemuž jsou jednotlivci vystaveni, a jeho přenesení na ty, kteří jsou ochotni ho přijmout (např. protože jsou v lepší situaci díky kombinování a diversifikování rizika).“ „Velikost zisku z pojištění závisí na velikosti rizika a na rozsahu, v němž je možno ho předvídat. Například, většina těhotenství, ačkoli jsou nákladná, je plánována; nepředstavují neočekávané riziko. Riziko v těhotenství je dáno pouze možností výskytu komplikací.“

Zdravotní pojištění je založeno na principech solidarity, svobodné volby lékaře i zdravotní pojišťovny a dostupností poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce bez rozdílu. Na základě smluvních ujednání hradí zdravotní pojišťovny poskytovatelům provedenou zdravotní péči.

„Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Smlouvu lze uzavřít jen na ty druhy zdravotní péče, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Smlouvy se nevyžadují při nutné a neodkladné péči poskytnuté pojištěnci, a zdravotní péče se v takových případech hradí i nesmluvnímu zdravotnickému zařízení. Zdravotní péče se poskytuje formou ambulantní nebo ústavní péče.“ (MACH, 2006, s. 211)

Zákon přitom stanovuje právo na bezplatnou zdravotní péči i povinnost pojištěnce být zdravotně pojištěn. Upravuje rovněž působnost zdravotních pojišťoven a přesně vymezuje, co lze a nelze ze zdravotního pojištění uhradit. Uplatňování etických zásad, solidarity a morálky v systému veřejného zdravotního pojištění má však svá ekonomická úskalí.

„Ačkoli pojištění hraje významnou roli při snižování rizik, kterým je jedinec vystaven, má i jiný důležitý následek: pojištění podněcuje jedince, aby více utrácel za zdravotní péči, než kdyby nebyl pojištěn.“ (STIGLITZ, 1997, s. 352)

„Jestliže jedinec ví, že jeho pojišťovna zaplatí 80 % nákladů za každý další den pobytu v nemocnici, může se rozhodnout zůstat ještě jeden den, ačkoli to skutečně nepotřebuje. A nebude nic namítat, když si nemocnice bude účtovat 300 \$ za pokoj na den místo 200 \$, protože ví, že ho tento rozdíl přijde pouze na 20 \$. Jeho lékaři mu nebudou otálet podat velmi drahé léky, i když bude malá pravděpodobnost, že mu pomohou, protože vědí, že jejich pacienti nebudou muset

platit účty. Tyto náklady jsou prostřednictvím pojišťovny rozprostřeny na všechny pojištěnce a jsou pro jedince zanedbatelné.“ (STIGLITZ, 1997, s. 352)

„Tak poskytování pojištění vede jedince k nakupování zdravotní péče až do té míry, kde mezní výnos této péče je mnohem menší než její mezní společenské náklady. Nakupují zdravotní péči, až je mezní výnos roven jejich mezním soukromým nákladům, tj. extra platbě, která je jen malou částí celkových extra nákladů.“ (STIGLITZ, 1997, s. 352)

Zachování výše uvedených principů pro další generace proto vyžaduje nejenom legislativní úpravu celého institutu veřejného zdravotního pojištění. Předpokládá rovněž zavedení dalších dílčích mechanismů, které zajistí ekonomické a efektivní využívání vynaložených finančních prostředků.

#### **1.4. Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění**

Zdravotnické reformy, které aplikuje současné vedení Ministerstva zdravotnictví České republiky v čele s ministrem doc. MUDr. Leošem Hegerem CSc., vyústily mimo jiné ve vydání zásadní novely zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění č. 298/2011 Sb.<sup>5</sup>, který vchází v platnost 1. prosince 2011 s výjimkou čl. I bodů 25, 33, 34 a čl. IX, které začnou platit od 1. 1. 2012. Z pohledu problematiky této práce je třeba vyzdvihnout několik zásadních změn.<sup>6</sup>

V obecné rovině si probíhající zdravotnická reforma klade několik zásadních cílů:

- Lepší hospodaření zdravotních pojišťoven díky jejich profesionalizaci a eliminaci politického vlivu na jejich chod. Pojišťovny povedou vlastní účetnictví, které pomůže zefektivnit jejich provoz a nakládání s prostředky poplatníků.
- Posílení práv pacientů ve smyslu lepší informovanosti a jejich účasti na určení směru léčebných postupů. Nastavení postihů pro poskytovatele zdravotní péče při nedodržování patientských práv.

<sup>5</sup> Česká republika. Zákon ze dne 6. září 2011, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2011, Ročník 2011, č. 298, Částka 105, s. 3764-3816. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6025>

<sup>6</sup> viz kapitola 2.4. Úhradová vyhláška pro rok 2012

- Specifikace jasných právních pravidel oboru pro lékaře a další zdravotnický personál. Lepší vymezení jejich práv i povinností v rámci léčebných postupů a přístupu k pacientům.
- Jasná definice nadstandardu. Vymezení standardní péče a možnosti pacientovy spoluúčasti. Určení nadstandardu jako možnosti, nikoli nutnosti. Rozhodování o určení nadstandardů bude společným zájmem MZ ČR, zdravotních pojišťoven, odborných lékařských společností a fakult.
- Posílení protikorupční politiky ve smyslu lepšího dohledu nad zadáváním veřejných zakázek z pohledu prostředků vydaných. Prostředky přijaté má v rámci tohoto opatření transparentněji regulovat uvedené zavádění nadstandardů.

## 2. Současné systémy úhrad zdravotní péče v ČR

Používání a úhradám ZP je primárně nadřazen způsob úhrad zdravotní péče, který je upraven zákonem č. 48/1997 Sb.<sup>7</sup> o veřejném zdravotním pojištění. Zákon stanoví rozsah péče hrazené, částečně hrazené či nehrazené z veřejného zdravotního pojištění.

### 2.1. Úhrady zdravotní péče

Plně hrazené jsou všechny výkony, které obsahuje vyhláška č. 134/98 Sb.<sup>8</sup> Tato vyhláška stanoví v příloze č.1 Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, který je závazný pro zdravotní pojišťovny a poskytovatele zdravotní péče. Mezi částečně hrazené, tedy výkony s doplatkem, patří především léčiva, zdravotnický materiál a prostředky (např. zubní plomby). Za určitých podmínek hrazené jsou výkony, které přesně definuje zákon (např. IVF<sup>9</sup>). Nehrazeno ze zdravotního pojištění. Opět se jedná o výkony jasně vymezené zákonem (např. plastické výkony bez lékařské indikace, akupunktura nebo homeopatie).

Zákon č. 48/1997 Sb., §15, odst 9 předepisuje: „Ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření, prohlídky, léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce. Hrazená péče dále nezahrnuje vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky. Úhradu zdravotních výkonů podle předchozí věty poskytne zdravotnickému zařízení orgán, pro který se zdravotní výkony provádějí, ve výši

<sup>7</sup> Česká republika. Zákon ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 1997, Ročník 1997, č. 48, Částka 16, s. 1185-1264. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3007>

<sup>8</sup> Česká republika. VYHLÁŠKA Ministerstva zdravotnictví ze dne 2. června 1998 kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 1998, Ročník 1998, č. 134, Částka 46, s. 5674-6258. Dostupné z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?l=134/1998](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?l=134/1998)

<sup>9</sup> In vitro fertilisation / In vitro fertilizace – IVF (tzv. umělé oplodnění). Metoda nazývaná také jako mimotělní oplodnění nebo oplodnění ve zkumavce.

stanovené seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami<sup>10</sup> v souladu s rozhodnutím Ministerstva financí<sup>11</sup> „<sup>12</sup>

Doplatky za léky na recept jsou stanoveny příslušnou vyhláškou. Zdravotnické prostředky na poukaz určuje pouze příloha zákona č. 48/1997 Sb. Jejich převedení do formy vyhlášky by znamenalo výrazné legislativní zjednodušení. Vyhlášku jako nižší právní normu nemusí schvalovat PSP České republiky, ale je výhradně v kompetenci Ministerstva zdravotnictví.

Zákon č. 48/1997 Sb., §15, odst 6 stanoví: „S výjimkou prostředků zdravotnické techniky uvedených v oddílu B přílohy č. 3 tohoto zákona, které se ze zdravotního pojištění nehradí, a vybraných prostředků zdravotnické techniky uvedených v oddílu C přílohy č. 3 tohoto zákona, které se hradí ve výši a za podmínek v této příloze stanovených, se ze zdravotního pojištění hradí ve výši 75 % jejich ceny pro konečného spotřebitele<sup>13</sup> prostředky zdravotnické techniky předepsané za účelem

- a) pokračovat v léčebném procesu, nebo
- b) podpořit stabilizaci zdravotního stavu pojištěnce nebo jej výrazně zlepšit anebo vyloučit jeho zhoršení, nebo
- c) kompenzovat nebo zmírnit následky zdravotní vady včetně náhrady nebo modifikace anatomické struktury nebo fyziologického procesu.

Hradí se vždy prostředek zdravotnické techniky v základním provedení nejméně ekonomicky náročném v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení.“<sup>14</sup>

Příplatky lze v současnosti vybírat pouze za takzvané „hotelové služby“, pokud se jejich standard odlišuje od požadovaného vyššího komfortu ubytování či stravování.<sup>15</sup> V konkrétně zdůvodněných případech mohou být akceptovány i příplatky za komfortnější prostředky použité při výkonu na přání pacienta, avšak nikoliv z léčebných důvodů. V této souvislosti bývají jako

<sup>10</sup> Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 258/1992 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>11</sup> Výměr Ministerstva financí č. 01/1997, kterým se stanoví seznam zboží s regulovanými cenami.

<sup>12</sup> Česká republika. Zákon ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 1997, Ročník 1997, č. 48, Částka 16, s. 1185-1264. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3007>

<sup>13</sup> Zákon č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění zákona č. 135/1994 Sb.

<sup>14</sup> Česká republika. Zákon ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 1997, Ročník 1997, č. 48, Částka 16, s. 1185-1264. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3007>

<sup>15</sup> Zmíněním nařízení § 11, odst. d zákona č. 48/1997 Sb.



oblíbený příklad nejčastěji uváděny kloubní náhrady. Současný systém však neumožňuje tyto příplatky exaktně rozlišit a jejich stanovení je proto velmi problematické.

Samostatnou skupinou v současném systému jsou regulační poplatky, které dnes pro poskytovatele zdravotní péče představují specifický příjem nad rámec zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Regulační poplatky neprezentují úhradu za poskytnutou zdravotní péči, ani nejsou doplatkem za léčiva nebo zdravotnické prostředky. Jedná se o zcela oddělenou platbu, která představuje příjem pro konkrétní zdravotnické zařízení, nikoliv pro systém veřejného zdravotního pojištění. Dnem 1. 12. 2011 nabude účinnosti zákon č. 298/2011 Sb.<sup>16</sup>, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a dojde mimo jiné ke změně výše regulačního poplatku za jeden den hospitalizace ze 60,00 Kč na 100,00 Kč.

## 2.2. Typy úhrad zdravotní péče

Pro správnou interpretaci dále popsané problematiky je třeba uvést i základní způsoby úhrad zdravotní péče v současném systému. Stanovení hodnot bodu a výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění jsou obsahem vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 396/2010 Sb.<sup>17</sup>, která je platná od 1. 1. 2011. Úhradový systém ve zdravotnictví s od listopadu 1989 stále vyvíjel. Výkonový systém, který se opíral o zpětně počítanou hodnotu bodu byl zaveden v roce 1993. Od roku 1997 byl nahrazen systémem paušálních úhrad, který má své nevýhody a již léta volá po změně a to jak ze strany poskytovatelů, tak plátců. Kýžená změna, která by v celém systému nastolila řád a spravedlnost spočívá v takzvaném případovém paušálu DRG – Diagnosis Related Groups<sup>18</sup>.

<sup>16</sup> Česká republika. Zákon ze dne 6. září 2011, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2011, Ročník 2011, č. 298, Částka 105, s. 3764-3816. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6025>

<sup>17</sup> Česká republika. VYHLÁŠKA Ministerstva zdravotnictví ze dne 17. prosince 2010 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 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2010, Ročník 2010, č. 396, Částka 142, s. 5266-5330. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5850>

<sup>18</sup> DRG viz strana 29

Výkonová platba v ambulantní péči, v péči lůžkové akutní a v péči lůžkové následné je typem platby, která vychází ze seznamu výkonů definovaných vyhláškou MZ č. 134/1998 Sb.<sup>19</sup> Každému výkonu je přiřazena bodová hodnota. Stanovení ceny bodu v rámci pravidelných aktualizací jednoznačně určí cenu konkrétního výkonu.

Pro výpočet hodnoty každého výkonu slouží jako výchozí podklad režijní náklady. Tyto zahrnují nepřímé náklady s výkonem spojené. Do režijních nákladů se započítávají především povinné fixní platby (např. nájemné, energie, mzdy, služby, odpisy, ale i běžný jednorázový materiál). Režijní náklady jsou vypočteny jako násobek minutové sazby pro konkrétní odbornost<sup>20</sup> a času výkonu v minutách.

Druhou skupinou, použitou pro výpočet výkonové platby, jsou náklady přímé, které obsahují:

- a) mzdové náklady nositele výkonu<sup>21</sup> – přímé mzdové náklady nejvýše odborně účastného pracovníka – tzv. „nositele výkonu“;
- b) přímo spotřebovaný materiál – šití, roušky, jednorázové oděvy, jednorázové a opakovaně použitelné instrumenty v uvedeném množství a ceně nutně spotřebované u daného výkonu;
- c) přímo spotřebované léčivé přípravky – spotřebované léčivé přípravky u konkrétního výkonu;
- d) přístroje – typ přístroje, cena přístroje, koeficient provozní doby, životnost, odpisy, náklady na údržbu;
- e) zvláště účtovaný materiál (ZUM) – zdravotnický materiál (prostředek), který nemusí být u výkonu použit, ale pro provedení konkrétního výkonu je nezbytný, většinou jde o jednoúčelový materiál typu implantátů s konkrétní cenou (klíčový element, kterým se zabývá druhá část této práce);

<sup>19</sup> Česká republika. VYHLÁŠKA Ministerstva zdravotnictví ze dne 2. června 1998 kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 1998, Ročník 1998, č. 134, Částka 46, s. 5674-6258. Dostupné z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?l=134/1998](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?l=134/1998)

<sup>20</sup> Číselník lékařských/zdravotnických odborností VZP pro rok 2011 čítá 324 položek.

<sup>21</sup> Nositelem výkonu je zdravotnický pracovník, který se podílí na provedení výkonu. K výkonu jsou přiřazeny osobní náklady jednoho nositele výkonu, pouze výjimečně více nositelů (operační výkony a podobně). Je-li nositelem výkonu alespoň jeden lékař nebo jiný vysokoškolský pracovník, nejsou zásadně k výkonu přiřazeny osobní náklady nelékařských zdravotnických pracovníků (jsou obsaženy v úhradě nepřímých nákladů - režii).

- f) zvláště účtované léčivé přípravky (ZULP) – léčivé přípravky nezbytné pro provedení konkrétního výkonu.

K hlavním výhodám výkonového způsobu úhrady zdravotní péče patří jeho exaktnost a možnost kontroly. Vzhledem k jasně definovanému počtu bodů za jednotlivé výkony ve vztahu k lékařským odbornostem lze jednoznačně určit množství a strukturu poskytnuté zdravotní péče z pohledu poskytovatele i času. Vykázané výkony je možné velmi snadno kontrolovat, regulovat a revidovat. Díky číselníku a stanovenému bodovému ohodnocení lze velmi rychle a efektivně provádět aktualizace ve výši úhrad, které mohou být například reakcí na vyhlášené změny cen režijních nákladů (např. energií). Nevýhodami jsou naopak nutnost zpracování velkého množství dat, která číselníky představují a teoretická možnost promítnutí jedné chyby napříč celou databází. Špatně nastavené vstupní parametry mohou změnit hodnotu celého výkonu a to jak v pozitivním, tak v negativním smyslu.

Paušální platba je specifickým typem úhrady, která je založena na dlouhodobých průměrech úhrad pro jednoho konkrétního poskytovatele zdravotní péče. Existuje několik variant. Převažují však stanovení průměru pro celé zdravotnické zařízení za všechny poskytnuté výkony nebo průměry dle jednotlivých odborností. Nejčastěji bývá výše úhrady sesmluvněna dopředu a pro určité období (měsíc, kvartál, rok). Tento systém má obecně více nevýhod než výhod.

Hlavní výhodou je bezesporu jednoduchost úhrady. Pojišťovna poukáže poskytovateli předem sjednaný objem prostředků na základě předchozích objemů péče. Nevýhodou je však rigidita celého systému, který nereflektuje aktuální změny. Ty lze procentuálně provádět vždy v rámci dalšího sesmluvněného období, což přináší nemalé ztráty až už pro pojišťovnu, či poskytovatele. Časem tak dochází k výraznému zkreslení a odklonu od reálné výše úhrad. Koncepce navíc vůbec nepočítá s náročností jednotlivých zdravotních případů, která může být diametrálně odlišná. Významným nedostatkem je však reálný pokles kvality poskytované péče. Celá koncepce paušálních úhrad je postavena na principu vykázat co nejméně péče při čerpání co možná nejvyššího objemu finančních prostředků. Formální vykazování provedených výkonů slouží výhradně za podklad pro smlouvu s pojišťovnou do dalšího období. Logicky to vede ke zřejmé snaze uměle navýšit objem výkonů nad rámec

skutečně provedených, tak aby bylo zvýšení paušálu na další období podloženo a opodstatněné. Na tuto praxi má neblahý vliv i podmínka o objemu poskytnuté péče v referenčním období, která stanoví možné snížení objemu zdravotní péče o určité procento (cca. 3 – 5 %), přičemž platba proběhne ve výši 100 i více procent paušálu období předešlého. Logicky to vede k dlouhodobému snižování objemu a struktury, vnímáno pojištěncem, i kvality, zdravotnické péče ze strany jejích poskytovatelů. V konečném důsledku pocítí následky pacient například v rámci zvýšených čekacích lhůt na jednotlivé výkony. Od listopadu 2011 se nemocnice řídí Akčním plánem kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 – 2012. Součástí tohoto plánu je zveřejňovat na webových stránkách zdravotnických zařízení jednotným způsobem čekací doby přesahující u plánovaných výkonů 2 měsíce a u vyšetření 3 týdny a to v referenčním období šesti měsíců. Nový zákon o zdravotních pojišťovnách, jehož platnost se plánuje na začátek roku 2013 počítá s uzákoněním maximálních čekacích lhůt pro konkrétní typy výkonů. Přestože bylo uvedeno, že se jedná o administrativně velmi jednoduchý systém, všechny pokusy o jeho zpřesnění vedou spíše k těžkopádnosti a náročnosti zpracování. Například při rozdělování paušálních úhrad do menších celků na základě typů a nákladovosti léčby, dochází ke zvýšení administrativních nároků na zpracování celého procesu. Především je však tato praxe spojena s výrazným zneprůhledněním a ztrátou kontroly nad prostředky vydanými na zdravotní péči u konkrétního poskytovatele. Náročné a tedy i drahé výkony jsou v mnoha případech postaveny mimo paušál. Ten „pravý“ paušál pak ovšem naprosto neodpovídá počtu skutečných pacientů, což vede k další ztrátě kontroly. Zdravotnické zařízení musí mimo paušálu vykazovat podobné položky jako v případě úhrady výkonové. Výsledné požadavky na administrativu jsou v rámci této kombinované koncepce zvýšeny na úroveň, která hlavní výhodu tohoto systému zcela eliminuje.

Shrnutím výše uvedených poznatků se na první pohled jednoduchý způsob paušálních úhrad jeví jako neprůhledný, těžkopádný a administrativně náročný systém, který se po delší době aplikace může zcela lišit od reality.

Kapitační platba je dalším ze způsobů úhrady zdravotní péče zdravotní pojišťovnou, která bývá také označována jako platba za „hlavu“, tedy každého jediného registrovaného pacienta, a to bez ohledu na počet návštěv v daném měsíci. Jedná se o prospektivní platbu, která je zdravotnickému zařízení

poskytnuta především na úhradu provozních nákladů. Paušální měsíční kapitační platba je násobena indexem, který je diferencován dle náročnosti práce s pacientem na základě jeho věku. Z titulu dostupnosti a kvality péče je navíc stanoven měsíční limit množství registrovaných pacientů, na které se vztahuje plná hodnota kapitace. Pacienti nad rámec tohoto limitu mohou být praktickým lékařem buď odmítnuti, nebo je jejich návštěva hrazena ve snížené sazbě kapitace. Naopak lékařům v méně osídlených regionech je platba vypočtena na základě institutu tzv. dorovnání kapitace. Toto dorovnání se vypočítává z průměrného počtu pojištěnců dané odbornosti až do výše 90 %. Doplatek se dělí mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny na základě procentuálního poměru jejich pojištěnců. Kapitační způsob úhrady je uplatnitelný pouze v oborech, které registrují jednotlivé pacienty. Tedy praktičtí lékaři a ambulantní specialisté. Jedná se však rovněž o kombinovanou metodu, která mimo kapitačních plateb zahrnuje poskytnuté výkony nad rámec kapitace, odpovídající konkrétním odbornostem dle číselníku. Kapitační platby obsahují nejčastěji prováděné výkony, tedy především pravidelné prohlídky a související administrativu. Ostatní výkony mimo kapitaci jsou hrazeny standardně dle seznamu výkonů. Pokud lékař ošetří z jakéhokoli oprávněného důvodu u něho neregistrovaného pacienta, účtuje rovněž dle výkonových sazeb.

Kapitační platby představují pro praktické lékaře stabilní měsíční příjem bez ohledu na objem poskytnuté péče, což je největší výhodou této koncepce. Nevýhoda pro poskytovatele naopak spočívá v omezeném prostoru pro možnost vzniku nových ordinací. Očima pacienta představuje kapitace snížení dostupnosti lékaře. Z pohledu daňového poplatníka jsou kapitační platby nekontrolovatelnou kapitolou výdajů, kde vynaložené prostředky nemusejí odpovídat objemu skutečně poskytnutých výkonů, například na rozdíl od platby výkonové.

Největší potenciál má do budoucnosti systém pro stanovení úhrad zdravotní péče pod názvem DRG – Diagnosis Related Groups. „Vznik a vývoj systému DRG je zjevně spjat s určitými sociálně ekonomickými podmínkami ve společnosti a dosažením jistého stupně vědeckotechnického pokroku. Jedná se zejména o: úroveň technického – počítačového zpracování dat, sběr standardních údajů o nemocných, statistické zpracování dat, zjednodušený „popis“ nemocných pro potřebu analýzy (daný určitou motivací), ekonomický tlak nutící

system používat (např. jako nástroje řízení, nástroje regulace výdajů na zdravotní péči...)." (KOŽENÝ, 2010, s. 15) Tento způsob byl zkušebně nasazen v České republice v letech 2009 a 2010, kdy bylo jeho prostřednictvím hrazeno cca. 25 % lůžkové péče. Jedná se o klasifikační systém typu Case–mix, který zařazuje případy hospitalizace do nákladově a klinicky podobných skupin, tzv. DRG. Pojem Case–Mix (CM) nabývá v souvislosti s problematikou zdravotní péče dvou významů.

1. Skladba případů: pojem Case–Mix v obecné rovině znamená skladbu nebo sestavu hospitalizačních případů (také je překládán méně vhodně jako „směs pacientů“).
2. Suma relativních vah případů: Case–Mix jako číselná hodnota je součet relativních vah všech případů ukončených v určitém časovém období (např. rok) v definované jednotce (např. nemocnice).

Pojem je používán nekonzistentně, a proto je nutné rozlišit podle kontextu, zda jde o Case–Mix (v jednom ze dvou uvedených významů) nebo Case–Mix Index. Case–Mix Index je index průměrné spotřeby zdrojů na jeden případ pro definovanou jednotku (např. nemocnici, kraj, ČR) a období (např. rok). Case–Mix Index zdravotnického zařízení je suma Relativních vah případů hospitalizace dělená počtem případů léčených v určitém období.<sup>22</sup> Relativní váha DRG je bezrozměrné číslo popisující míru obvyklé spotřeby zdrojů (nákladů) na péči poskytnutou pacientům dané DRG. Tento index také do jisté míry souvisí s klinickou složitostí případu. Sama o sobě nemá hodnota relativní váhy jedné DRG skupiny žádnou vypovídací hodnotu. Pouze popisuje, kolikrát jsou průměrné náklady na jednu hospitalizaci dané DRG skupiny nákladově náročnější (dražší či levnější) než průměrné náklady jedné hospitalizace z celku všech uvažovaných případů. Pro některé účely se případně mohou relativní váhy vztahovat k vybrané referenční DRG skupině. Ministerstvo zdravotnictví pravidelně zveřejňuje aktuální číselník relativních vah. V tabulce 12. jsou uvedeny DRG skupiny s nejvyšší relativní váhou, která charakterizuje nejvyšší ekonomickou a částečně i klinickou závažnost případu.<sup>23</sup> Zdravotní pojišťovny

<sup>22</sup> NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Podpora kontraktace DRG: Slovníček pojmů* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2011 [cit. 2011-11-26]. Dostupné z: <http://drg.nrc.cz/slovnicek.html>

<sup>23</sup> ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Hospitalizovaní podle klasifikace DRG v roce 2010: Řada: Zdravotnická statistika* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2011, 56 s.[cit. 2012-01-08]. ISBN 978-80-7280-971-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani-podle-klasifikace-drg>

České republiky společně se Sdružením soukromých nemocnic České republiky se dohodly založit za účelem realizace sběru a zpracování dat od zdravotních pojišťoven a od poskytovatelů akutní lůžkové péče a dalších činností důležitých pro realizaci systému DRG Národní referenční centrum (NRC).<sup>24</sup>

Dalším důležitým podkladem pro stanovení úhrady případového paušálu DRG je číselník mezinárodní klasifikace nemocí (MKN).<sup>25</sup> Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10) je výsledkem revize, jejíž přípravu koordinovala Světová zdravotnická organizace (WHO) a na které se podílela řada odborníků, komisí a konferencí na mezinárodní i národní úrovni. Na přípravě desáté revize se svými připomínkami od zástupců odborných společností podílela i Česká republika. Publikace, která má povahu oficiální pomůcky pro zainteresovaná pracoviště, obsahuje podrobný seznam nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize (MKN – 10), 2. aktualizovaného vydání z roku 2004 se zapracováním následných aktualizací vydaných WHO a platných k 1. 1. 2009.<sup>26</sup>

DRG systém je v současnosti možno používat pouze v lůžkové péči. Pro péči ambulantní je ve vývojovém stádiu. Podstatou úhrady je tedy souhrn průměrných nákladů na zdravotní výkony dle pacientovy diagnózy a to včetně ohodnocení pacientova zdravotního stavu. To je velmi podstatné pro kalkulaci s možnými zdravotními komplikacemi, které vyplynou v souvislosti s hlavním výkonem a je nutné je souběžně řešit. Do úhrady jsou dále započteny průměrná doba hospitalizace na standardním i akutním lůžku, náklady na použité léky a materiál (např. ZUM). Uvedené podklady umožní dle jednotlivých výkonů a zdravotního stavu pacienta stanovit pro každou případovou skupinu Case-Mix Index, kterým je násobena základní vyhlášená DRG sazba v Kč. Příklad nastavení úhrad DRG je uveden v tabulce 1.

<sup>24</sup> NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Národní referenční centrum: DRG* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2011 [cit. 2011-11-26]. Dostupné z: <http://www.nrc.cz/cs/drg>

<sup>25</sup> *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.

<sup>26</sup> MKN - 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí): Předmluva k českému vydání. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 17.12.2008, 17.12.2008 [cit. 2011-11-26]. Dostupné z: [http://mzcr.cz/Odbornik/obsah/mkn-10mezinarodni-klasifikace-nemoci\\_1644\\_3.html](http://mzcr.cz/Odbornik/obsah/mkn-10mezinarodni-klasifikace-nemoci_1644_3.html)

**Tab. 1: Příklad stanovení DRG úhrad dle klasifikace MKN – 10**

Vyhlášená základní sazba DRG (kalkulovaná sazba vyhlášená pro rok 2012)			29 700,00 Kč
IR-DRG	Název skupiny	Index	Úhrada v Kč
02031	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY BEZ CC	0,7382	21 924,54 Kč
02032	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S CC	0,9164	27 217,08 Kč
02033	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S MCC	0,9164	27 217,08 Kč
* Bez CC – bez komorbidit a komplikací * S CC – s komorbiditami a komplikacemi * S MCC – s četnými komorbiditami a komplikacemi			

Zdroj: Vyhláška č. 425/2011. Praha, Ministerstvo vnitra České republiky, 2011

Jak již bylo uvedeno, významnou měrou se na stanovení výše úhrady v rámci DRG podílí komorbidita.<sup>27</sup> Je tedy nezbytné přesně definovat diagnózu hlavní i vedlejší, neboť jejich stanovení může zásadním způsobem ovlivnit výslednou výši celkové úhrady. Přestože je DRG systémem v současné době již velmi propracovaným a postihujícím velké množství případů, stále se najdou pacienti, které nelze odpovídajícím způsobem zařadit. Důvodem je především široké spektrum nemocí a souvisejících komplikací, jejichž kombinace často vygeneruje nový a unikátní případ. Pro tento účel jsou stanoveny dvě základní skupiny, do kterých jsou pacienti případového paušálu řazeni. Inliners nebo In Layer pacienti jsou ti, které je možno definovat jako mainstream a jsou zařaditelní do některé ze stávajících skupin úhrad. Outlinery nebo také Out Layer pacienti jsou všichni nezařaditelní, které systém nepostihuje. Péče o outlinery je účtována zvlášť na základě skutečně provedených výkonů. Tabulkové hodnoty DRG jsou ovlivněny vstupními údaji a vyčleněnými prostředky na lůžkovou péči, které se mohou v rámci jednotlivých období lišit.

Jednoznačně největšími výhodami tohoto systému úhrad zdravotní péče jsou efektivita, spravedlnost přerozdělování prostředků vybraných z veřejného zdravotního pojištění, měřitelnost produktivity a kvality péče a transparentnost v souvislosti s korupční problematikou. DRG motivuje poskytovatele péče k lepší a rychlejší diagnostice, efektivnější léčbě, lepšímu

<sup>27</sup> Výskyt společně s jiným onemocněním nebo poruchou.



uspořádání vnitřních procesů, kratší čekací době mezi diagnostickou a terapeutickou fází, lepší mezioborové spolupráci a dostatečnému počtu případů v rámci specializací. Díky orientaci na případ je vykazovaná hodnota výkonů stejná pro všechny typy zdravotnických zařízení bez ohledu na jejich velikost a profesní kredit. Systém umí díky své konstrukci diferencovat mezi jednoduchými a složitými případy. I přes jeho náročnější implementaci je po jejím zvládnutí vykazování jednodušší a přesnější. Hlavní nevýhodou je proces primárního zařazování výkonů. Nesprávné určení pacientovy DRG skupiny definuje i nesprávný výchozí stav. Veškeré následně provedené výkony tak mohou být špatně vykázány, což může mít negativní ekonomické dopady jak na poskytovatele, tak na plátce. Opakovaně je tedy třeba zdůraznit důležitost procesu implementace, jejíž kvalita limituje i další používání této metody. Komplikace nastávají i při souběhu inlinerů a outlinerů. Ve složitých případech, které řeší především kliniky a fakultní nemocnice, často dochází k prolínání diagnóz, které systém zná a které ne. To může zdravotnickému personálu exaktní zařazení jednotlivých pacientů značně ztížit a zneřehlednit výsledné náklady na jejich péči. Přestože bylo uvedeno, že po správném nastavení výchozích hodnot je DRG velmi přesnou metodou, která zefektivní a zjednoduší proces účtování na straně poskytovatelů zdravotní péče, některé výdaje eliminovat nelze. Stanovení indexů jednotlivých případů je dlouhodobou a administrativně velmi náročnou záležitostí, vyžadující neustálé aktualizace na základě vývoje trhu. DRG se tedy neobejde bez kvalitního administrativního aparátu, který bude tuto problematiku řešit. V neposlední řadě není možné pominout ani náklady spojené se školením zainteresovaných zdravotnických pracovníků.

V souvislosti s úhradami zdravotní péče je třeba připomenout ještě jeden způsob, který začaly zdravotní pojišťovny nabízet poskytovatelům a klientům od roku 2008. Tím jsou takzvané balíčkové ceny. Jedná se o jakousi odlehčenou podobu systému DRG, která je v některých zdravotnických zařízeních reálně nasazována, přestože to pro ně znamená krácení paušálu. Balíčky zahrnují mimo standardní zdravotní péče i různé bonusy, které zdravotní pojišťovny svým klientům nabízejí a mimo jiné tak uplatňují standardní pravidla tržní ekonomiky a konkurence v segmentu poskytování zdravotní péče. Balíčková cena je konstruována jako pevný souhrn ceny za standardní léčebný postup a použitého materiálu ve vztahu k určité diagnóze včetně různých zmíněných bonusů, které

se týkají například zvýšení komfortu při pobytu ve zdravotnickém zařízení. Konkrétně se může jednat například o stanovenou cenu za operační výkon s následnou rehabilitací a přidanou hodnotou platby za pacientův pobyt na nadstandardním pokoji v rámci tohoto balíčku. Pojišťovna tedy stanoví přesnou cenu, počet i obsah celého balíčku. Přestože vypadá tento systém velmi transparentně a elegantně, nejsou pro něj stanovena žádná obecná pravidla, a to hlavně z hlediska standardizace ZP. Zdravotnické prostředky zahrnuté do balíčku tak stojí výhradně na domluvách odborných společností. Pojišťovna následně není schopna zkontrolovat, jaký ZP byl v rámci konkrétního balíčku použit. Konečný efekt pro pacienta tak může být spíše negativní. Nelze zjistit, zda byl pacient okraden nebo dokonce poškozen. Tento princip využívají některá privátní zdravotnická zařízení. Ekonomický profit pro poskytovatele zdravotní péče při zneužití institutu balíčkových cen může být značný. Čím více výkonů poskytne, tím větší bude zvýhodnění ze strany pojišťoven. Čím více ZP použije, tím vyšší bude efekt ve formě množstevních slev ze strany dodavatelů. Za přispění absence jakékoli kontroly nad typem použitého ZP v balíčku se jedná o výnosný podnik. Balíčková cena je například mezi pojišťovnou a ZZ sesmluvněna ve výši 12 000,00 Kč při určitém počtu provedených výkonů. Spektrum ceníkové ceny za stěžejní ZP, nutný pro provedení výkonu, se pohybuje v rozmezí 1 000,00 až 15 000,00 Kč. Nikdo však nenařizuje, který konkrétní ZP má poskytovatel použít. Ostatní související náklady činí 4 000,00 Kč. Není třeba uvádět, který ZP si „ekonomicky smýšlející“ zdravotník pro provedení výkonu vybere. Přitom je zajímavé, že pro některé kloubní náhrady existují balíčky také. Umělé klouby jsou však zařazeny do několika specifických kategorií, které korespondují s věstníkem zdravotní pojišťovny. Revizní lékař je po provedeném výkonu kontrolou dokladů schopen prověřit, jaká náhrada byla vykázána a jaká opravdu implantována aspoň v rámci jedné kategorie. Tím se výše uvedené negativum konceptu balíčků částečně eliminuje.

Balíčkové ceny jsou dalším nesystémovým krokem, který pouze přispívá k horší orientaci a zneprůhlednění celkového konceptu úhrad zdravotní péče.

Ambulantní péče, domácí péče, fyzioterapie, komplement a doprava jsou hrazeny výkonově, paušálem, kapitační platbou nebo kombinací uvedených možností. Lůžková akutní péče výkonově, paušálem, DRG a kombinací

uvedených. Lůžková péče následná výkonově, paušálem a jejich kombinací. Zvláštní skupinou jsou stomatologické výkony. Ty jsou hrazeny výkonově dle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.<sup>28</sup> a dohodnutou korunovou cenou za výkon nad rámec zákona č. 48/1997 Sb.<sup>29</sup>

### **2.3. Náklady zdravotních pojišťoven na jednotlivé segmenty zdravotní péče**

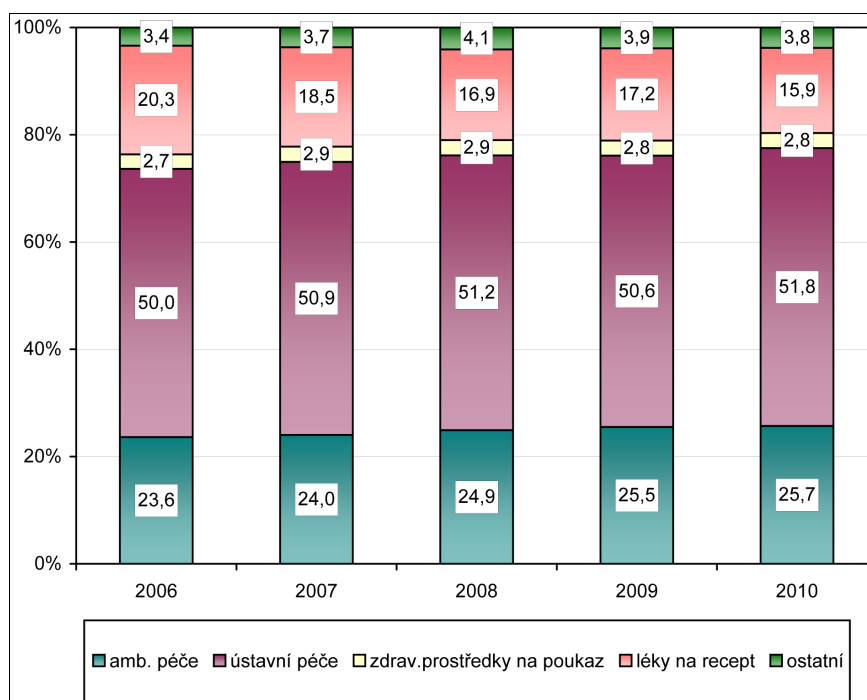
Poslední dostupné statistické informace za rok 2010 dodávají popsané problematice reálnou formu. V Aktuální informaci č. 50/2011 ÚZIS ČR jsou náklady zdravotních pojišťoven na jednotlivé segmenty zdravotní péče za rok 2010 shrnuty takto: “Náklady ZPoj na zdravotní péči ze základního fondu zdravotního pojištění dosáhly v roce 2010 cca 215 213 mil. Kč, náklady na zlepšení zdravotní péče z jiných fondů více než 591 mil. Kč. Ústavní péče jako největší položka „spotřebovala“ 51,8 % celkových nákladů na zdravotní péči, což bylo v hodnotovém vyjádření zhruba 111 816 mil. Kč. Z toho největší část, 102 932 mil. Kč, připadla na nemocnice (47,7 % celkových nákladů). Na segment ambulantní péče bylo v roce 2010 vynaloženo 55 511 mil. Kč a podíl ambulantní péče na celkových nákladech na zdravotní péči představoval 25,7 %. Z toho na ambulantní péči lékařů stomatologů připadá 4,6 %, na péči praktických lékařů 5,8 % a na ambulantní péči lékařů specialistů včetně gynekologů připadá 9,4 % celkových nákladů na zdravotní péči. Podíl nákladů na léky na recept tvořil 15,9 %, což odpovídá v hodnotovém vyjádření 34 251 mil. Kč s poklesem o 6,6 % oproti roku 2009. Náklady na zdravotnické prostředky na poukaz činily 5 999 mil. Kč, což je 3,2 % z celkových nákladů.”<sup>30</sup> Přehledně zobrazuje tyto údaje následující graf 1:

<sup>28</sup> Česká republika. VYHLÁŠKA Ministerstva zdravotnictví ze dne 2. června 1998 kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 1998, Ročník 1998, č. 134, Částka 46, s. 5674-6258. Dostupné z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?l=134/1998](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?l=134/1998)

<sup>29</sup> Česká republika. Zákon ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 1997, Ročník 1997, č. 48, Částka 16, s. 1185-1264. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3007>

<sup>30</sup> Zdravotní pojišťovny - náklady na segmenty zdravotní péče. In: ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky 50* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011 [cit. 2011-12-18]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/50\\_11.pdf&sa=U&ei=ldDfToPiE5Sh8gOokLnsCQ&ved=0CAQQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNEI4R-OoBlhdVc1FLg6qZJIYiL7jg](http://www.uzis.cz/system/files/50_11.pdf&sa=U&ei=ldDfToPiE5Sh8gOokLnsCQ&ved=0CAQQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNEI4R-OoBlhdVc1FLg6qZJIYiL7jg)

**Graf 1: Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů**



Zdroj: Aktuální informace č. 50/2011. Praha, ÚZIS ČR, 2011

## 2.4. Úhradová vyhláška pro rok 2012

Problematika popsaná v předešlých odstavcích nabývá dalšího významu v kontextu nové úhradové vyhlášky pro rok 2012. Pravidlem sklonku každého kalendářního roku je zveřejnění úhradové vyhlášky pro rok následující. Nejinak je tomu i v roce 2011.<sup>31</sup> Stanovení hodnot bodu a výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění jsou obsahem vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 425/2011 Sb.<sup>32</sup>, která je platná od 1. 1. 2012. Nová vyhláška je však výjimečná ostrým a obsáhlým zavedením systému DRG pro oblast lůžkové péče. K tomuto zásadnímu kroku bylo přistoupeno po roční pauze v částečném používání DRG. Pro ambulantní složku nepředstavuje nová vyhláška žádnou zásadní změnu. Předpis však změní způsoby úhrad v péči lůžkové právě

<sup>31</sup> Úhradová vyhláška pro rok 2012. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Tiskové zprávy* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 28.11.2011, 28.11.2011 [cit. 2011-11-28]. Dostupné z: [http://mzcr.cz/dokumenty/uhradova-vyhlaska-pro-rok-2012\\_5634\\_1.html](http://mzcr.cz/dokumenty/uhradova-vyhlaska-pro-rok-2012_5634_1.html)

<sup>32</sup> Česká republika. Vyhláška 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 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2011, Ročník 2011, č. 425, Částka 148, s. 5506-5584. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6078>

především na základě DRG. Uvedená pozitiva i negativa DRG tak dostanou reálnou formu a rok 2012 se stane významným přelomem pro systém úhrad zdravotní péče v následujících letech. Legislativa v čele s Ministerstvem zdravotnictví si od nového způsobu slibuje větší transparentnost a zvýšení kvality péče bez zásadního navýšení na ni vynaložených prostředků. Je třeba poznamenat, že tento krok významně ovlivnila i probíhající první etapa ekonomické reformy, která mimo jiné ruší zvýhodněnou sazbu DPH, kterou mohla zdravotnická zařízení při nákupu určitých komodit a služeb dosud uplatňovat.

Pomocí DRG bude v roce 2012 hrazeno v průměru 75 % péče. Návrh konceptu uvažuje o rozdělení segmentu lůžkové péče do tří oddělených složek:

1. Složka hrazená systémem DRG – v průměru cca 75 – 80 % péče
2. Složka úhrady nezařazené do systému DRG – v průměru cca 10 – 15 % péče
3. Složka úhrady sjednaná individuálně – v průměru cca 10 – 15 % péče

Přestože se jedná o přelomovou koncepci poskytování zdravotní péče v ČR, stane se rok 2012 do jisté míry přechodným obdobím, které má za úkol usnadnit změnu systému na úhrady pomocí DRG. Tento sblížovací koeficient je koncipován následujícím způsobem. Většinový podíl ( $\frac{3}{4}$ ) základní sazby vychází z historických úhrad dané nemocnice. Zbylou čtvrtinu tvoří základní technická sazba, shodná pro všechny nemocnice bez rozdílu. Její výše je pro rok 2012 navržena na úrovni 27 000,00 Kč.

Důležitým úkolem v rámci zavádění DRG úhrad je kultivace tohoto systému z pohledu položek, které jsou z něho vyčleněné a jejichž objem by se měl v dalších obdobích co nejvíce snížit (v roce 2012 se bude jednat o přibližně 10 – 15 % veškeré lůžkové péče). Jde o legitimní snahu maximálně zúžit počet položek, které nejsou DRG grouperem postiženy. Tyto výkony však nelze eliminovat zcela a je tedy třeba přesně definovat systém jejich úhrad. Ten bude probíhat formou platby za výkon a prozatím je stanoveným základem individuální cena bodu konkrétního zdravotnického zařízení tak, aby byly případné negativní dopady celého přechodu co nejmenší. Do této výkonové platby bude rovněž započteno navýšení platů zdravotnického personálu ve výši 6 %, přičemž navýšení produkce ze strany poskytovatele bude omezeno maximálně na 3 %. Omezení slouží k prevenci takzvaného účelového kódování, které představuje nárůst vykázaných výkonů bez odpovídajícího zvýšení počtu ošetřených pacientů.

Úhrad zdravotnických prostředků se týká ještě jedna zásadní změna, kterou nová úhradová vyhláška přináší. Jedná se o centrovou péči. Péče ve zdravotnických centrech, která jsou specializována na určité typy méně často prováděných a především profesně i finančně náročných lékařských zákroků. Existují například centra pro léčbu chronických onemocnění, jako je roztroušená skleróza, revmatologie či nádorová onemocnění. Centra jsou rozprostřena v rámci celé České republiky a pro různé typy diagnóz jich slouží různé počty. Centrová péče je jednou z dobrých idejí předreformního úsilí, která vychází ze základní myšlenky, že všichni nemohou dělat vše při zachování srovnatelné úrovně. Celkový objem prostředků, který bude poukázán do center zůstane na úrovni referenčního roku 2010 a jejich případný nárůst je omezen na 103 % úrovně roku 2010. Eventuální individuální úhrady jsou pak zcela v režii poskytovatelů a zdravotních pojišťoven. Tvůrci vyhlášky si od tohoto postupu slibují dostupnost centrové péče pro více pacientů a ve vyšší kvalitě. Pokud jde o individuálně sjednanou složku úhrad zdravotní péče, jedná se o cca 10 – 12 % celkového objemu vynaložených prostředků. Obvykle jsou to specializované kardiochirurgické, kardiologické či ortopedické výkony, které vyžadují aplikaci speciálních ZP (defibrilátory, kardiostimulátory, stenty, okludery, náhrady kloubů a další). Pro tento typ bude pojišťovnám a poskytovatelům ponechána volnost v sesmluvnění úhrad. Očekávanými přínosy jsou vyšší efektivita vynaložených nákladů, navýšení objemu výkonů v opodstatněných případech a, z pohledu pacientů velmi populární, snížení čekacích dob na výkon.

Uvedená fakta jasně dokladují snahu o aktivnější vtažení zdravotních pojišťoven do systému. Z institucí sloužících k pouhému přerozdělování veřejných prostředků se stanou zodpovědní správci. Úspěšnost zvládnutí této úlohy bude limitujícím faktorem pro jejich další existenci. Tvůrci vyhlášky na pojišťovny logicky přenášejí úkoly, jejichž výsledkem bude zvýšení efektivity, všeobecná racionalizace systému, zintenzivnění revizní činnosti a zajištění plynulosti plateb poskytovatelům. Hlavním cílem je však odpovědnost směrem k pacientovi, který bude mít vyšší záruku dostupnosti a kvality péče.

### 3. Zdravotnické prostředky

Obsahem této části práce je analýza stávajících způsobů úhrad ZP a všeho, co s nimi souvisí. Objasnění platných číselníků ZP a kategorizace jednotlivých oblastí. Dále současné spotřeby jednotlivých ZP a jejich skupin. Příklady nejvíce frekventovaných a nejnákladnějších kategorií. Kolik a jakých ZP je hrazeno z jednotlivých rozpočtových kapitol včetně vyčíslení nákladů. Tedy soubor veškerých podkladů pro návrh způsobu úhrad. Nechybí definice ZP dle platné legislativy.

Hlavním zdrojem pro tuto teoretickou část je zákon č. 123/2000 Sb. ze dne 15. dubna 2000 o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů. Je zde uvedena definice zdravotnických prostředků, které jsou v současnosti v ČR používány.

System úhrad zdravotnických prostředků není u nás stále upraven žádnou striktní legislativní normou či vyhláškou. Nesystematičnost spočívá nejen ve způsobu úhrady, ale i v tom, který prostředek bude vůbec hrazen a který ne. Číselník VZP<sup>33</sup> nabízí toto řešení pouze částečně, je do jisté míry tendenční a regulován podle toho, jak vyhovuje pojišťovně. Naproti tomu je velmi dobře ošetřen způsob technického schvalování a zavádění ZP do systému zákonem č. 123/2000 Sb.<sup>34</sup> Harmonizovaná norma upravuje technickou bezpečnost a bezpečnost užívání včetně veškeré potřebné dokumentace, kterou je povinen výrobce nebo prodejce doložit. Jedná se o prohlášení o shodě, certifikáty, revize, ale třeba i návody k použití a drobné údržbě. Zákon upravuje způsob zacházení se ZP v průběhu poskytování zdravotní péče. Popisuje tvorbu nutné dokumentace, evidenci a identifikaci celého „životního“ procesu ZP, která je závazná pro poskytovatele. Jedná se o správu výhradně technické složky, která se týká obecných logistických procesů v rámci zdravotnického zařízení. Především jde o skladovací předpisy, možnosti použití z pohledu expirace či příslušné šarže výrobku, možnosti sterilizace a desinfekce, atp.

<sup>33</sup> Číselník VZP - ZP, verze 821, (P). In: VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Číselník VZP* [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2011 [cit. 2011-12-03]. Dostupné z: [http://www.vzp.cz/uploads/document/1322668160-PZT\\_821\\_ext\\_P.pdf](http://www.vzp.cz/uploads/document/1322668160-PZT_821_ext_P.pdf)

<sup>34</sup> Česká republika. Zákon ze dne 15. dubna 2000 o zdravotnických prostředcích a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2000, Ročník 2000, č. 123, Částka 36, s. 1692-1713. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3424>

Zavedení ZP do systému je tak primárně v rámci povinností výrobce. Klinické zkoušky a testy, které předepisují příslušné normy na základě povahy výrobku nebo zařízení jsou nezbytnou součástí procesu vývoje a výroby. Výrobce provede stanovení třídy rizik, která je důležitá pro orientaci uživatelů při používání produktu. Kategorizace ZP dle tříd rizik pro potřeby hodnocení shody je koncept, který je založen na potenciálních rizicích týkajících se použití a možného selhání prostředků s přihlédnutím k použité technologii a úvahám provázejícím zdravotnickou politiku. Klasifikační pravidla jsou založena na pojmech týkajících se trvání kontaktu s pacientem, stupně invazivnosti a části těla, která je použitím prostředku ovlivňována. Primární a technické zavedení produktu je tak u konce a jeho součástí je i konečná definice distribučních pravidel v rámci evropského systému.

Na národní úrovni musejí být poté stanovena pravidla, podle kterých se se ZP bude zacházet z hlediska zařazení do systému veřejného zdravotního pojištění a čerpání prostředků na jeho úhrady. Tento moment prezentuje hlavní slabinu kategorizace, neboť není jakkoli závazně upraven. Je tak běžnou praxí, že jsou do číselníků zařazeny výrobky, jejichž povaha jako ZP je přinejmenším sporná a naopak. Kolikrát je tak možno setkat se s výrobkem, který výrobce patřičně zařadil a ověřil, nicméně v Číselnících pojišťoven uveden není a díky tomu je vyloučen i z nároku na možnou úhradu z veřejného zdravotního pojištění.

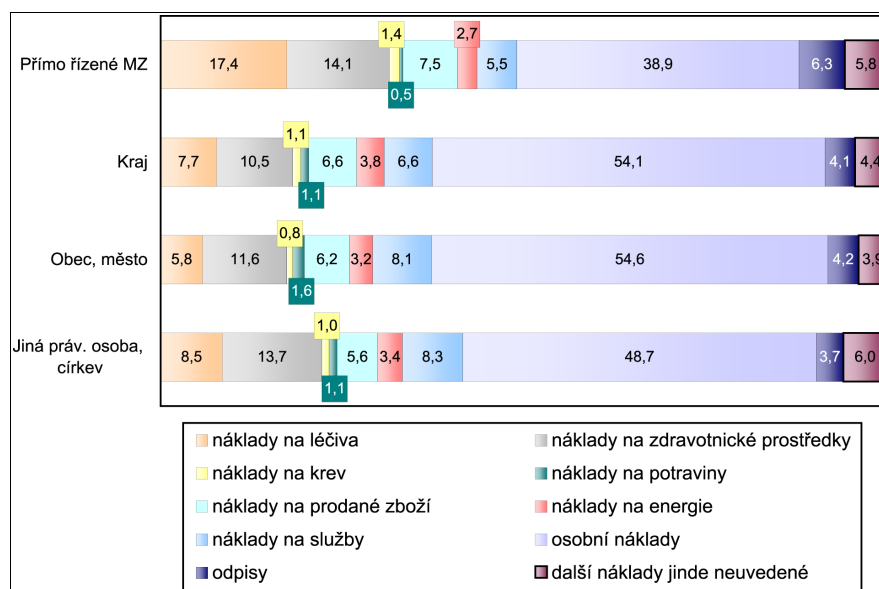
Úhrady ZP jsou významnou položkou z prostředků vydávaných z veřejného zdravotního pojištění v ČR.<sup>35</sup> Aktuální informace č. 54/2011 ÚZIS ČR shrnuje náklady nemocnic a jejich jednotlivé složky takto: “Celkové náklady nemocnic dosáhly k 30. 6. 2011 výše 63,3 mld. Kč. Oproti prvnímu pololetí minulého roku vzrostly pouze o 1,5 %, zatímco v minulých letech se náklady nemocnic zvyšovaly zhruba o 7 %. Největší nákladovou položku jsou osobní náklady. Meziročně se zvýšily o 4 % a jejich podíl na celkových nákladech vzrostl z 43,8 % na 44,8 %. Dalšími významnými složkami nákladů jsou náklady na léčiva a náklady na zdravotnické prostředky. Náklady na léčiva meziročně vzrostly o 3 % a k 30. 6. 2011 se podílely 12,5 % na celkových nákladech. Náklady na zdravotnické prostředky se v porovnání s prvním pololetím 2010

<sup>35</sup> EKONOMICKÉ UKAZATELE. In: ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnická ročenka České republiky 2010* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011, s. 197-216 [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>



snížily o 4 % a rovněž poklesl jejich podíl na celku na hodnotu 13,4 %.<sup>36</sup>  
 Podrobnosti a přehledné zobrazení těchto informací je součástí grafů 2 a 3.

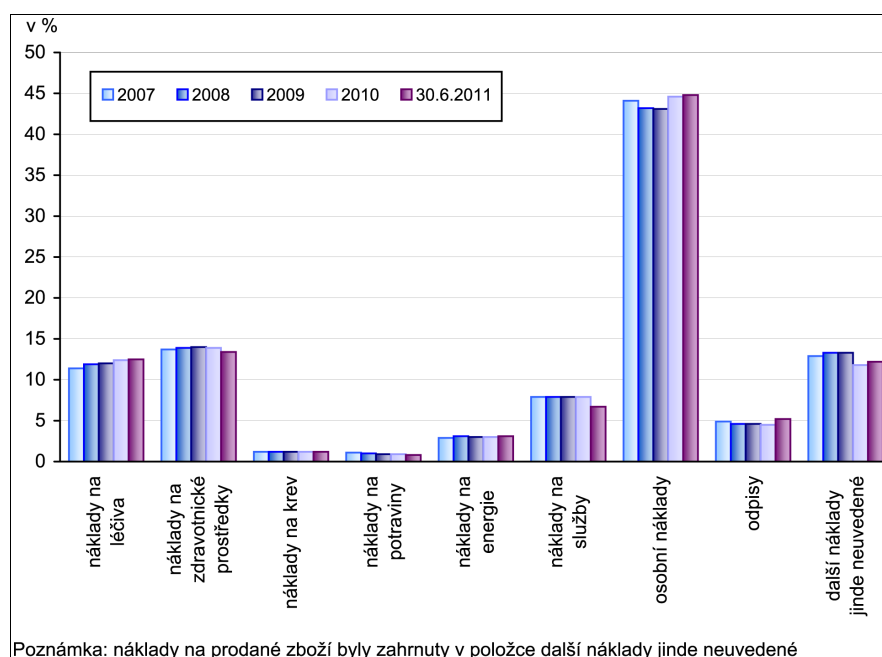
**Graf 2: Struktura nákladů nemocnic rezortu zdravotnictví  
 k 30. 6. 2011 podle zřizovatele (v %)**



Zdroj: Aktuální informace č. 54/2011. Praha, ÚZIS ČR, 2011

<sup>36</sup> Ekonomické výsledky nemocnic k 30. 6. 2011. In: ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky 54* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011 [cit. 2011-12-18]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/54\\_11.pdf&sa=U&ei=X6XtTuGGBsHf8QPc0tCGCg&ved=0CAQQFjAA&client=internal-uds-cse&usq=AFQjCNGW6oMcksGDXJU2S9oHPUCS9W2LA](http://www.uzis.cz/system/files/54_11.pdf&sa=U&ei=X6XtTuGGBsHf8QPc0tCGCg&ved=0CAQQFjAA&client=internal-uds-cse&usq=AFQjCNGW6oMcksGDXJU2S9oHPUCS9W2LA)

**Graf 3: Vývoj podílu jednotlivých nákladových položek nemocnic**



Zdroj: Aktuální informace č. 54/2011. Praha, ÚZIS ČR, 2011

Z uvedených podkladů plyne, že nákladová položka na ZP je po nákladech osobních nejdůležitější složkou rozpočtů většiny zdravotnických zařízení a je v průběhu posledních pěti let poměrně vyrovnaná.

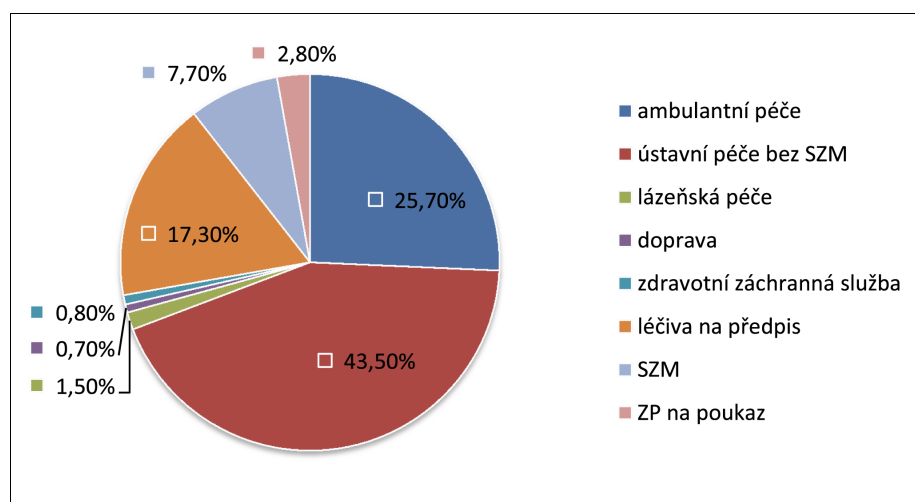
Z procentuálního vyjádření grafu 2 je patrný zajímavý fakt, který přímo souvisí s jedním z hlavních témat této práce. Organizace přímo řízené MZ ČR<sup>37</sup> (v tomto kontextu především fakultní nemocnice) mají na rozdíl od ostatních zdravotnických zařízení významně vyšší podíl nákladů na léčiva a ZP a to především na úkor nákladů osobních. Jedná se o přímý důsledek zavádění centrové péče v posledních letech. Tato specializovaná centra jsou situována hlavně do velkých fakultních nemocnic a rovněž do některých nemocnic krajských. Vzhledem k tomu, že podíl fakultních nemocnic má v přímo řízených organizacích MZ ČR majoritu, projeví se tento poměr nákladů i v celkových statistikách. Vybraných krajských nemocnic, které provozují centra je o poznání méně a statistické údaje tak ovlivňují významnou měrou ostatní nemocnice, které centrovou péči neposkytují. Podobně je tomu i u zdravotnických zařízení městských a ostatních. Léčba ve specializovaných centrech prezentuje vždy naprostou profesní špičku v oboru. Logicky tedy vyžaduje i nákladnější léčiva

<sup>37</sup> Organizace v přímé působnosti ministerstva zdravotnictví. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 19.12.2007, 11.01.2012, 15:51 [cit. 2012-0-13]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/primo-rizene-organizace\\_843\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/primo-rizene-organizace_843_1.html)

a ZP, které se při běžné péči nevyužívají. Tento krok je významnou inovací a jedním z opěrných bodů reformy zdravotnictví. Péče v centrech je pod lepší kontrolou z ekonomického i profesního pohledu. Jejich přesně stanovené množství a vymezení působnosti dává do rukou kontrolních orgánů lepší nástroje pro řízení a dohled. Významný je i profit pro pacienta. Přes horší dostupnost ZZ (pouze v některých případech) mu tento systém zajistí kvalitnější a komplexnější péči.

Výdaje na ZP v celé České republice úhrnem za všechna zdravotnická zařízení, tedy nejenom nemocnice, se nedají dle běžně dostupných informací jednoznačně specifikovat. Je možné je určit pouze na základě kombinace nákladové struktury zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení. Obecně se předpokládá, že náklady poukazových ZP a ZUM jsou cca 10 % výdajů pojišťoven a tedy asi 8 % z celkových výdajů na zdravotnictví. Přehledně jsou tyto údaje uspořádány v následujícím grafu 4.

**Graf 4: Výdaje na ZP v České republice celkem (kvalifikovaný odhad)**



Zdroj: Autor

### 3.1. Zdravotnický prostředek

Mezi zdravotnické prostředky patří široká paleta výrobků a zařízení používaných ve zdravotnictví. Do kategorie ZP se řadí spotřební zdravotnický materiál, který běžně používá i laická veřejnost (náplasti, obvazy, atd.), zrovna tak jako profesionální diagnostické a terapeutické přístroje typu počítačového tomografu či magnetické rezonance. ZP jsou nedílnou součástí téměř veškerých moderních medicínských postupů a mají za úkol zvýšit kvalitu poskytované péče a komfort zdravotnického personálu i pacientů. Na úvod je třeba rozlišit zdravotnický prostředek a léčivo.

Zdravotnický prostředek je založen výhradně na fyzikálních vlastnostech materiálů, je konstruován na základě přesně definované funkce a jeho účinnost je dosažena mechanickým nebo elektrickým působením. ZP jsou produkovány velkým množstvím velkých, ale především menších společností a mají relativně krátký produktový cyklus vzhledem k častým inovacím a technickému vývoji.

Naproti tomu léčiva jsou založena na farmakologickém a chemickém působení, vyvíjejí se na základě testování aktivních látek a jejich účinnost je definována jako farmakologicky aktivní, tedy absorpcí účinné látky do organismu. Farmakologický průmysl tvoří téměř výhradně velké nadnárodní koncerny a produktový cyklus léčiva je velmi dlouhý.

Zákon č. 123/2000 Sb.<sup>38</sup> definuje v §2 zdravotnický prostředek takto:

„(1) Zdravotnickým prostředkem se rozumí nástroj, přístroj, pomůcka, zařízení, materiál nebo jiný předmět anebo výrobek používaný samostatně nebo v kombinaci, včetně potřebného programového vybavení, který je výrobcem nebo dovozcem určen pro použití u člověka pro účely

- a) diagnózy, prevence, monitorování, léčby nebo mírnění nemoci,
- b) diagnózy, monitorování, léčby, mírnění nebo kompenzace poranění nebo zdravotního postižení,
- c) vyšetřování, náhrady anebo modifikace anatomické struktury či fyziologického procesu,

<sup>38</sup> Česká republika. Zákon ze dne 15. dubna 2000 o zdravotnických prostředcích a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2000, Ročník 2000, č. 123, Částka 36, s. 1692-1713. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3424>

d) kontroly početí,

a který nedosahuje své hlavní zamýšlené funkce v lidském organismu nebo na jeho povrchu farmakologickým nebo imunologickým účinkem nebo ovlivněním metabolismu, jehož funkce však může být takovými účinky podpořena.

(2) Za zdravotnický prostředek se považuje i výrobek,

a) určený k podání léčiva;<sup>39</sup> pokud však tento výrobek je uveden na trh tak, že zdravotnický prostředek a léčivo tvoří jediný integrální výrobek určený výlučně k jednorázovému použití v této kombinaci, vztahuje se na něho zvláštní právní předpis.<sup>40</sup> Pro požadavky bezpečnosti a účinnosti takového zdravotnického prostředku platí zvláštní právní předpisy,<sup>41</sup>

b) který obsahuje jako integrální část látku, která při samostatném použití může být považována za léčivo<sup>42</sup> a která působí na tělo účinkem doplňujícím účinek zdravotnického prostředku,

c) který je činidlem, výsledkem reakce, kalibrátorem, kontrolním materiálem, sadou, nástrojem, přístrojem, zařízením nebo systémem používaným samostatně nebo v kombinaci zamýšlené výrobcem k použití in vitro pro zkoumání vzorků, včetně darované krve a tkání získaných z lidského těla, s cílem získat informace o fyziologickém nebo patologickém stavu nebo o vrozené anomálii nebo pro stanovení bezpečnosti a kompatibility s možnými příjemci anebo pro sledování léčebných opatření (dále jen "zdravotnický prostředek in vitro").

Za zdravotnický prostředek in vitro se považuje i nádoba vakuového

---

<sup>39</sup> § 2 odst. 1 zákona č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů.

<sup>40</sup> Zákon č. 79/1997 Sb.

<sup>41</sup> Zákon č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 102/2001 Sb., o obecné bezpečnosti výrobků a o změně některých zákonů (zákon o obecné bezpečnosti výrobků), ve znění zákona č. 146/2002 Sb.

Nařízení vlády č. 181/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky, ve znění nařízení vlády č. 336/2001 Sb.

Nařízení vlády č. 191/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na aktivní implantabilní zdravotnické prostředky, ve znění nařízení vlády č. 337/2001 Sb.

Nařízení vlády č. 286/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na diagnostické zdravotnické prostředky in vitro.

<sup>42</sup> § 2 odst. 1 zákona č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů.

nebo jiného typu specificky určená výrobcem pro primární kontrolu a ochranu vzorků, získaných z lidského těla za účelem diagnostického vyšetření in vitro. Výrobky pro všeobecné laboratorní použití nejsou zdravotnickými prostředky in vitro, pokud tyto výrobky nejsou z hlediska své charakteristiky výrobcem specificky pro použití in vitro určeny,

d) zhotovený individuálně podle lékařského předpisu, kterým lékař vydává individuální návrh charakteristik zdravotnického prostředku určeného pouze k použití jmenovanou fyzickou osobou,

e) určený výrobcem ke klinickému hodnocení nebo klinickým zkouškám prováděným klinickým výzkumným pracovníkem (dále jen "zkoušející") v souladu s § 8 až 14; kvalifikace a specializace lékaře<sup>43</sup> nebo jiné kvalifikované fyzické osoby k provádění klinického hodnocení nebo klinických zkoušek, musí odpovídat

1. zkoušenému zdravotnickému prostředku, a

2. zdravotnímu stavu

2.1. nemocné fyzické osoby (dále jen "pacient"), nebo

2.2. fyzické osoby, která je zařazena do srovnávací skupiny,

která se dobrovolně podrobí klinickým zkouškám (dále jen "subjekt"),

f) jehož činnost je závislá na zdroji elektrické nebo jiné energie nebo na jiném energetickém zdroji, než je energie, kterou bezprostředně produkuje lidské tělo nebo která vzniká následkem gravitace, určený k úplnému nebo částečnému zavedení lékařem do lidského těla s tím, že zůstane na místě zavedení, a to i v případě, že je určen k podání léčiva<sup>44</sup> nebo obsahuje-li jako integrální součást látku, která při samostatném použití může být považována za léčivo.<sup>45</sup> Tento prostředek lze vyrábět i

1. na zakázku podle písmene d),

2. pro účely klinických zkoušek podle písmene e),

<sup>43</sup> Vyhláška č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, ve znění zákona č. 425/1990 Sb.

<sup>44</sup> § 2 odst. 1 zákona č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů.

<sup>45</sup> § 2 odst. 1 zákona č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů.

g) obsahující jako svou nedílnou součást látku, která může být při samostatném použití považována za složku léčivého přípravku nebo za léčivý přípravek<sup>46</sup> pocházející z lidské krve nebo lidské plazmy podle zvláštního právního předpisu<sup>47</sup> a která může působit na lidské tělo doplňujícím účinkem k účinku výrobku. V takovém případě musí být výrobek posuzován a schvalován jako zdravotnický prostředek.

(3) Za zdravotnický prostředek se rovněž považuje výrobek, který není zdravotnickým prostředkem podle odstavce 1, ale je určen výrobcem specificky k použití společně se zdravotnickým prostředkem tak, aby umožnil jeho použití v souladu s účelem, který mu výrobce určil, (dále jen "příslušenství").“

### 3.2. Podmínky pro používání zdravotnických prostředků

Nejenom přesné vymezení termínu zdravotnického prostředku, ale i podmínky jeho užití jsou pro další práci s těmito pojmy velmi důležité. Podmínky užití jsou nastaveny v paragrafech 4 – 7 zákona č. 346/2003 Sb.<sup>48</sup>

„§ 4

#### Podmínky pro používání zdravotnických prostředků

(1) Používat k určenému účelu použití při poskytování zdravotní péče lze zdravotnický prostředek,

a) u něhož byla stanoveným způsobem posouzena shoda jeho vlastností s technickými požadavky stanovenými zvláštními právními předpisy<sup>49</sup> (dále jen „shoda“) s přihlédnutím k určenému účelu použití,

<sup>46</sup> Zákon č. 79/1997 Sb.

<sup>47</sup> Zákon č. 79/1997 Sb.

<sup>48</sup> Česká republika. Úplné znění zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, jak vyplývá ze změn provedených zákonem č. 130/2003 a zákonem č. 274/2003 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2003, Ročník 2003, č. 346, Částka 114, s. 5674-5696. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4198>

<sup>49</sup> Zákon č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 102/2001 Sb., o obecné bezpečnosti výrobků a o změně některých zákonů (zákon o obecné bezpečnosti výrobků), ve znění zákona č. 146/2002 Sb.

Nařízení vlády č. 181/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky, ve znění nařízení vlády č. 336/2001 Sb.

Nařízení vlády č. 191/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na aktivní implantabilní zdravotnické prostředky, ve znění nařízení vlády č. 337/2001 Sb.

Nařízení vlády č. 286/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na diagnostické zdravotnické prostředky in vitro.

je označen stanoveným způsobem<sup>50</sup> a výrobce nebo dovozce vydal o tom písemné prohlášení (dále jen „prohlášení o shodě“), nebo

b) který poskytovatelé používají při splnění podmínek stanovených v § 7 a § 52 odst. 2 až 6,

c) jestliže jde o diagnostický zdravotnický prostředek in vitro, kdy výrobce nepoužil postupu posuzování shody podle zvláštního právního předpisu<sup>51</sup> pro uvedení tohoto prostředku na trh a do provozu, se výroba, dovoz a vývoz tohoto prostředku pouze ohlašují Ministerstvu zdravotnictví (dále jen „ministerstvo“). K hlášení musí být přiložen návod v českém jazyce a způsob ověření bezpečnosti, účinnosti a vhodnosti tohoto prostředku pro jeho použití při poskytování zdravotní péče (kdo ověřil a podle jakých dokumentů). Splněním požadavků podle předchozí věty není dotčena povinnost uvádět na trh pouze bezpečné výrobky.<sup>52</sup>

(2) Zdravotnický prostředek musí po celou dobu jeho používání při poskytování zdravotní péče splňovat medicínské a technické požadavky stanovené výrobcem. Určený účel použití zdravotnického prostředku musí být uveden v prohlášení o shodě a v návodu k jeho použití; jestliže je to technicky možné, uvede se též na označení tohoto zdravotnického prostředku a v reklamních materiálech.

(3) Zdravotnické prostředky, na které nebylo vydáno prohlášení o shodě, lze předvádět pouze tehdy, jestliže tato skutečnost z jejich viditelného označení vyplývá. Pro předvádění uvedených zdravotnických prostředků musí být zajištěna nezbytná opatření ochraně osob.

(4) Poskytovatelé nesmějí používat zdravotnické prostředky při poskytování zdravotní péče, jestliže

a) existuje důvodné podezření, že bezpečnost a zdraví uživatelů nebo třetích osob jsou vzhledem k poznatkům lékařské vědy ohroženy, a to i v případě, že zdravotnický prostředek je řádně instalován, popřípadě

<sup>50</sup> Zákon č. 22/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.  
Nařízení vlády č. 181/2001 Sb., ve znění nařízení vlády č. 336/2001 Sb.  
Nařízení vlády č. 191/2001 Sb., ve znění nařízení vlády č. 337/2001 Sb.  
Nařízení vlády č. 286/2001 Sb.

<sup>51</sup> Nařízení vlády č. 286/2001 Sb.

<sup>52</sup> § 3 odst. 1 a 2 zákona č. 102/2001 Sb.



implantován do lidského těla, udržován a používán v souladu s určeným účelem použití,

b) uplynula doba jejich použitelnosti stanovená výrobcí nebo dovozci,

c) mají z hlediska své výroby nedostatky, které mohou vést k ohrožení zdraví uživatelů nebo třetích osob, nebo

d) nemají kopii písemného ujištění o tom, že výrobce nebo dovozce vydal k těmto prostředkům prohlášení o shodě podle zvláštního právního předpisu,<sup>53</sup> s výjimkou případů uvedených v § 7 a § 52 odst. 2 až 6, požadavků stanovených ve zvláštním právním předpisu<sup>54</sup> a případů, kdy se toto ujištění nevydává.<sup>55</sup>

(5) Ministerstvo může z vlastní iniciativy nebo z podnětu Státního ústavu pro kontrolu léčiv (dále jen „Ústav“), Státního úřadu pro jadernou bezpečnost, Českého metrologického institutu, České obchodní inspekce, autorizovaných osob a akreditovaných osob zakázat nebo omezit používání při poskytování zdravotní péče těch zdravotnických prostředků, které byly řádně uvedené do provozu a jsou v souladu se zákonem udržované a používané, a přesto mohou nepříznivě ovlivnit zdraví nebo bezpečnost uživatelů či dalších osob.

(6) O opatření podle odstavce 5 informuje ministerstvo Komisi Evropských společenství.

## § 5

### Ochrana před riziky

(1) Jestliže ministerstvo získá informaci o případě uvedeném v § 4 odst. 4, vyrozumí o hrozícím nebezpečí ihned písemně Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví (dále jen „Úřad“), Českou obchodní inspekci a poskytovatele; varování široké veřejnosti je přípustné v případě nebezpečí z prodlení, a jestliže nemohla být provedena jiná, stejně účinná opatření.

(2) Ministerstvo písemně informuje Českou obchodní inspekci o vzniku nežádoucí příhody ihned po obdržení informací uvedených v § 32 odst. 4.

<sup>53</sup> § 13 odst. 9 zákona č. 22/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

<sup>54</sup> Nařízení vlády č. 286/2001 Sb.

<sup>55</sup> Zákon č. 22/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

## § 6

(1) Povinnosti výrobce platí i pro osobu, která sestavuje, balí, zpracovává, upravuje, popřípadě označuje zdravotnický prostředek a určí účel jeho použití s úmyslem uvést jej na trh pod svým jménem a příjmením, firmou nebo názvem; povinnosti výrobce se nevztahují na osobu, která pouze sestavuje nebo upravuje k určenému účelu použití pro individuálního pacienta zdravotnické prostředky, které jsou již na trhu.

(2) V případě nejasností týkajících se klinického hodnocení nebo klinických zkoušek vydává stanovisko ministerstvo. V případě sporu mezi výrobcem nebo dovozcem a autorizovanou osobou ve věci použití klasifikačních pravidel podle zvláštního právního předpisu<sup>56</sup> vydává stanovisko Úřad po předchozím vyjádření ministerstva.

(3) V návodu na použití zdravotnického prostředku, a kde je to účelné a možné, i na jeho označení, musí být uvedeno jméno, příjmení, místo trvalého pobytu nebo místo podnikání výrobce nebo dovozce, který odpovídá za první uvedení zdravotnického prostředku na trh, jestliže jde o fyzickou osobu, anebo obchodní firma nebo název a sídlo, jestliže výrobce nebo dovozce, který odpovídá za první uvedení zdravotnického prostředku na trh, je právnickou osobou.

(4) Způsob úhrady zdravotnických prostředků a její výši z prostředků veřejného zdravotního pojištění stanoví zvláštní právní předpis.<sup>57</sup>

## § 7

### Povolování výjimek

(1) Ministerstvo může v případě vážného ohrožení lidského života nebo zdraví, a není-li na trhu odpovídající zdravotnický prostředek splňující požadavky zvláštních právních předpisů,<sup>58</sup> výjimečně povolit

<sup>56</sup> Příloha č. XVI k nařízení vlády č. 181/2001 Sb.

<sup>57</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>58</sup> Zákon č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 102/2001 Sb., o obecné bezpečnosti výrobků a o změně některých zákonů (zákon o obecné bezpečnosti výrobků), ve znění zákona č. 146/2002 Sb.

Nařízení vlády č. 181/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky, ve znění nařízení vlády č. 336/2001 Sb.

Nařízení vlády č. 191/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na aktivní implantabilní zdravotnické prostředky, ve znění nařízení vlády č. 337/2001 Sb.

Nařízení vlády č. 286/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na diagnostické

na žádost poskytovatele použití zdravotnického prostředku, který nesplňuje požadavky stanovené zvláštními právními předpisy.<sup>59</sup> Jde-li o zdravotnický prostředek, který využívá jaderné energie nebo ionizujícího záření, může ministerstvo povolit výjimku na základě kladného stanoviska Státního úřadu pro jadernou bezpečnost.

(2) Náležitosti žádosti stanoví ministerstvo vyhláškou.

(3) Na povolení výjimky není právní nárok.

(4) O povolení nebo zamítnutí výjimky se žadatel vyrozumí.

(5) Povolení výjimky se zveřejňuje ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky. Rozsah zveřejňovaných údajů stanoví ministerstvo vyhláškou.“

### **3.3. Stávající způsoby a cíle systému úhrad ZP z veřejného zdravotního pojištění**

Na rozdíl od kategorizace léčiv není způsob úhrad ZP historicky nijak podložen. A to i přesto, že Evropská komise odhaduje 750 000 jednotlivých výrobků, které jsou klasifikovány jako ZP a dalších 250 000 výrobků v oblasti in vitro diagnostik. Všechny produkty jsou však zahrnuty pod hlavičkou ZP bez jakéhokoli společného znaku. Zdravotnickým prostředkem je zcela unikátní implantát řešící závažné onemocnění, zrovna tak jako těhotenský test běžně dostupný v lékárně.

Úkolem kvalitního a transparentního úhradového systému musí nutně být jednoznačná identifikace ZP na základě obecného popisu pro zařazení do příslušných kategorií číselníku. Tento základ dále poslouží k podpoře logistických operací, zajištění bezpečnosti při užívání ZP a nastavení ceny ZP s jasně definovaným procentem úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Mezi základní cíle úhrad ZP tak patří:

- znalost aktuální cenové hladiny a rozmanitosti jednotlivých typů ZP předepisovaných na lékařský předpis (poukaz);
- terapeutický prospěch;
- poskytnout zainteresovaným stranám jasně definované podmínky, za nichž

---

zdravotnické prostředky in vitro.

<sup>59</sup> Zákon č. 22/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

mohou realizovat své aktivity resp. dát pojištěncům možnost si dle specifikovaných podmínek vybrat ten ZP, který jim vyhovuje do určitého finančního limitu na rok;

- navrhopvat a aktualizovat optimální výši čerpání finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění, definovat možnosti a aktuální potřeby, zařazovat do systému ZP, které splňují dané podmínky

### 3.4. Přehled úhrad ZP dle jejich typů

Zdravotnické prostředky jsou rozděleny do jednotlivých skupin dle typu úhrady. Jejich stručný přehled je součástí tabulky 2.

**Tab. 2: Přehled úhrad ZP dle jejich typů**

Skup.	Charakteristika skupiny	Způsob úhrady	Počet dle Číselníku VZP	Počet KS celkem cca.
<b>I. a</b>	Zdravotnické prostředky na předpis (poukaz) – úhrada je stanovena zákonem o veřejném zdravotním pojištění a mají cenu maximální (daná MF ČR), některé – menšina – je hrazená pouze ze 75 % věcně usměrňované ceny (cena dohodnutá mezi VZP a dodavatelem)	poukaz	10 178	-
<b>I. b</b>	Zdravotnické prostředky stomatologické – mají cenu maximální i věcně regulovanou	ve výkonu, zakázkový ZP	Položek 448	100000
<b>II.</b>	Zdravotnické prostředky zvlášť účtované (ZUM) – cena je dána věcně usměrňovanou cenou tj. cenou dohodnutou mezi VZP a dodavatelem – stanovuje se na základě dovozových faktur, ceníků firmy a dopočítává se DPH 5 % – <b>NAPŘÍKLAD SE JEDNÁ O UMĚLÉ KLOUBNÍ NÁHRADY</b>	nad rámec paušálu	28 210	200000
<b>III.</b>	Zdravotnické prostředky IN VITRO – cenu není možno stanovit, je součástí výkonu – <b>NAPŘÍKLAD SE JEDNÁ O PROSTŘEDKY POTŘEBNÉ K LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM</b>	ve výkonu	0	250000
<b>IV.</b>	Zdravotnické prostředky ostatní – cenu není možno stanovit, je součástí výkonu – <b>NAPŘÍKLAD SE JEDNÁ O LÉKAŘSKÉ RUKAVICE NEBO ŠICÍ CHIRURGICKÉ MATERIÁLY</b>	uvnitř kódu aj.	0	250000

Kvalifikovaný odhad celkového počtu ZP uvedených na trh v EU je cca. 800 000 kusů; z toho IN – VITRO cca. 250 000 kusů; celkový počet položek 20 000 – 30 000

Zdroj: Autor

### 3.4.1. Skupina I. a – Zdravotnické prostředky na předpis (poukaz)

Zdravotnické prostředky na poukaz jsou vymezeny § 15, odst. 12 zákona č. 48/1997 Sb.

„Zdravotnické prostředky neuvedené v odstavci 11 se ze zdravotního pojištění hradí ve výši 75 % ceny zdravotnického prostředku v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení; cenu nejméně ekonomicky náročného provedení zdravotnického prostředku zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu. Ze zdravotního pojištění podle tohoto odstavce se hradí zdravotnické prostředky předepsané za účelem

- a) pokračovat v léčebném procesu,
- b) podpořit stabilizaci zdravotního stavu pojištěnce nebo jej výrazně zlepšit anebo vyloučit jeho zhoršení, nebo
- c) kompenzovat nebo zmírnit následky zdravotní vady včetně náhrady nebo modifikace anatomické struktury nebo fyziologického procesu.“<sup>60</sup>

Metodiku<sup>61</sup> předepisování ZP na poukaz pravidelně aktualizuje VZP.

Pojišťovna hradí vždy zdravotnický prostředek v základním provedení nejméně ekonomicky náročném v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení.

Úhrada typu pomůcek, neuvedených v Číselníku<sup>62</sup>, důležitých při stabilizaci handicapu (zdravotní postižení je již trvalého charakteru, pomůcka umožňuje integritu do vnějšího prostředí, usnadňuje zdravotně postiženým běžný život v domácnosti nebo v povolání), spadá do sociální sféry.

<sup>60</sup> Česká republika. Zákon ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 1997, Ročník 1997, č. 48, Částka 16, s. 1185-1264. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3007>

<sup>61</sup> VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Číselník VZP-ZP Metodika: Verze 821 (verze Číselníku: PZT\_821)* [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2011, 91 s. [cit. 2012-01-13]. Dostupné z: [http://www.vzp.cz/uploads/document/1323085073-Metodika\\_PZT-821.pdf](http://www.vzp.cz/uploads/document/1323085073-Metodika_PZT-821.pdf)

<sup>62</sup> Číselník VZP - ZP, verze 821, (P). In: VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Číselník VZP* [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2011 [cit. 2011-12-03]. Dostupné z: [http://www.vzp.cz/uploads/document/1322668160-PZT\\_821\\_ext\\_P.pdf](http://www.vzp.cz/uploads/document/1322668160-PZT_821_ext_P.pdf)

Způsob předepisování na Poukaz:

Na Poukaz lze předepsat pouze jednu položku uvedenou v Číselníku. V případě položky označené "Z" v poli ZVL, musí být každý Poukaz potvrzen revizním lékařem VZP. Předepsat na Poukaz lze pouze ZP, který je obsažen v Číselníku.

Poukaz vyplněný lékařem musí splňovat (obsahovat) tyto náležitosti:

1. jméno a příjmení, rodné číslo, adresu pojištěnce,
2. kód zdravotní pojišťovny, u které je pacient registrován,
3. kód ZP, pod kterým je předepisovaný ZP uveden v Číselníku

Výjimka: Poukaz na brýle a optické pomůcky: požadované kódy vyplňuje optik.

Poukaz na mammární epitézu: druh epitézy vyplní dodavatel dle typu vhodného pro pacientku.

4. údaj o typu úhrady: plná úhrada pojišťovnou / částečnou úhrada pojišťovnou / hradí pacient,

5. diagnózu,

6. podpis předepisujícího lékaře a datum vystavení poukazu,

7. čitelný otisk razítka zdravotnického zařízení a jmenovky lékaře,

8. vyplněné čestné prohlášení pojištěnce stvrzující nárok úhrady ZP z prostředků veřejného zdravotního pojištění,

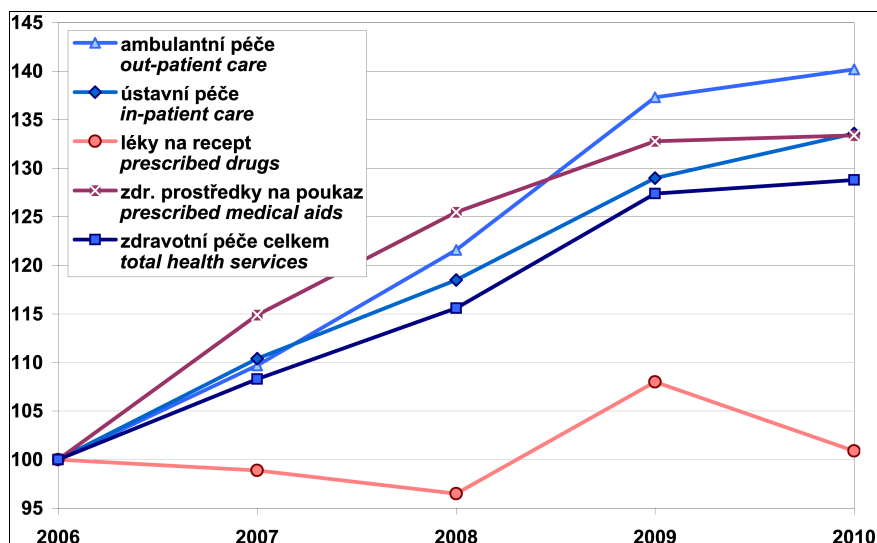
9. pokud je uvedeno v Číselníku u předepisované položky "Z" je nutné vyjádření revizního lékaře Pojišťovny.

Jestliže lékař předepíše ZP, na jehož úhradě se podílí též pacient, je povinen na tuto skutečnost pacienta upozornit.

Veškeré ZP, které si pojištěnec sám vyžádá u lékaře a nejsou indikovány zdravotní potřebou pacienta, se předepisují k úhradě pojištěnci s vyznačením "hradí nemocný" na Poukaze.

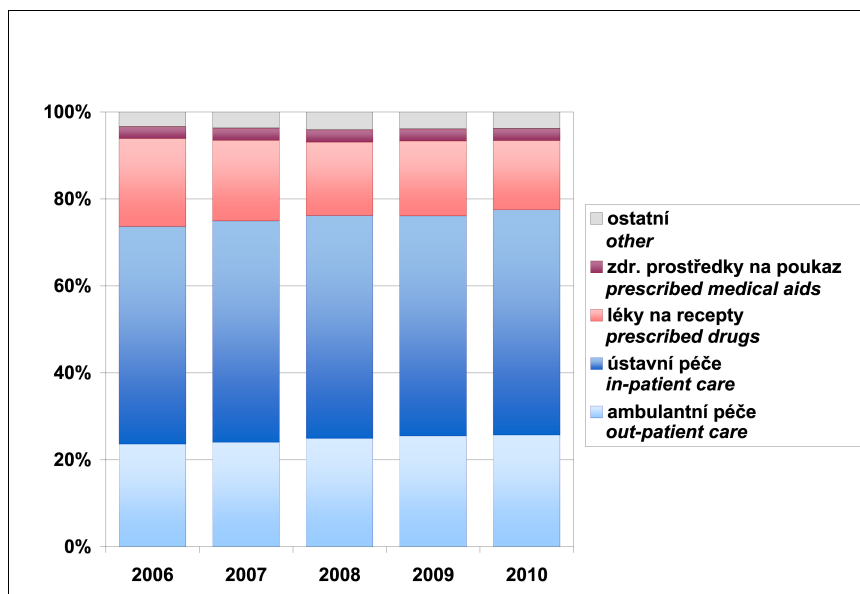
Následující grafy 5 a 6 prezentují mimo jiné výši nákladů na zdravotnické prostředky předepsané na poukaz v letech 2006 – 2010.

**Graf 5: Index nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči dle segmentů (rok 2006 = 100)**



Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2010. Praha, ÚZIS ČR, 2011

**Graf 6: Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů**



Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2010. Praha, ÚZIS ČR, 2011

### 3.4.2. Skupina I. b – Zdravotnické prostředky stomatologické

Zdravotnické prostředky stomatologické definuje zákon č. 48/1997 Sb.<sup>63</sup> § 15, odst. 7 takto:

„Ze zdravotního pojištění se hradí stomatologické výrobky v rozsahu a za podmínek uvedených v příloze č. 4 tohoto zákona.“

Příloha č. 4 obsahuje přesný seznam individuálně zhotovovaných stomatologických protetických náhrad, ortodontických aparátů a rehabilitačních léčebných pomůcek se stanovením cen. Tento číselník primárně rozlišuje úhrady stomatologických ZP pro pacienty do 18 let a pro pacienty starší.

### 3.4.3. Skupina II. – Zdravotnické prostředky zvlášť účtované (ZUM)

ZUM, tedy zvlášť účtovaný materiál má návaznost na Číselník ZP<sup>64</sup> a může být vykázán pouze za předpokladu, že je v Číselníku uvedena poznámka „ZUM ANO“. Materiál musí být při výkonu jednoznačně spotřebovaný. V případě, že není ZUM spotřebován celý, může být v souvislosti s výkonem spotřebována jeho poměrná část. V Seznamu výkonů s bodovými hodnotami<sup>65</sup> je u každého výkonu, kde je pacientovi aplikován ZUM, uvedeno, jaký materiál a v jakém množství lze použít. Jako ZUM nelze vykázat ZP, které lze předepsat na recept nebo poukaz, ZP zahrnuté přímo v hodnotě výkonu nebo agregované do ošetřovacího dne a ZP získané jiným způsobem než nákupem.

V případě, že jsou splněny všechny předpoklady pro použití ZUM, vyplní ošetřující lékař formulář, kterým je ZP vykázán zdravotní pojišťovně. Na použité ZP ZUM se nevztahují žádná množstevní nebo rozpočtová omezení. Jediným omezením je nutnost přiřadit ZUM ke konkrétnímu výkonu, jak je uveden v Seznamu výkonů s bodovými hodnotami.

<sup>63</sup> Česká republika. Zákon ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 1997, Ročník 1997, č. 48, Částka 16, s. 1185-1264. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3007>

<sup>64</sup> Číselník VZP – ZP, verze 821, (M). In: VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Číselník VZP* [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2011 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: [http://vzp.cz/uploads/document/1322668253-PZT\\_821\\_ext\\_M.pdf](http://vzp.cz/uploads/document/1322668253-PZT_821_ext_M.pdf)

<sup>65</sup> Číselník VYKONY 811: (Platnost od 1.7.2011). In: VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2011 [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: [http://www.vzp.cz/uploads/document/1312191846-VYKONY\\_811.pdf](http://www.vzp.cz/uploads/document/1312191846-VYKONY_811.pdf)



#### **3.4.4. Skupina III. – Zdravotnické prostředky IN – VITRO**

Dle zákona č. 123/2000 Sb.<sup>66</sup> §2, odst. 2, písm. c) je zdravotnickým prostředkem in vitro produkt,

„který je činidlem, výsledkem reakce, kalibrátorem, kontrolním materiálem, sadou, nástrojem, přístrojem, zařízením nebo systémem používaným samostatně nebo v kombinaci zamýšlené výrobcem k použití in vitro pro zkoumání vzorků, včetně darované krve a tkání získaných z lidského těla, s cílem získat informace o fyziologickém nebo patologickém stavu nebo o vrozené anomálii nebo pro stanovení bezpečnosti a kompatibility s možnými příjemci anebo pro sledování léčebných opatření (dále jen "zdravotnický prostředek in vitro"). Za zdravotnický prostředek in vitro se považuje i nádoba vakuového nebo jiného typu specificky určená výrobcem pro primární kontrolu a ochranu vzorků, získaných z lidského těla za účelem diagnostického vyšetření in vitro. Výrobky pro všeobecné laboratorní použití nejsou zdravotnickými prostředky in vitro, pokud tyto výrobky nejsou z hlediska své charakteristiky výrobcem specificky pro použití in vitro určené.“

#### **3.4.5. Skupina IV. – Zdravotnické prostředky ostatní**

Ostatní zdravotnické prostředky představují nesystémovou a těžko uchopitelnou skupinu ZP bez popsáných standardních postupů a jakékoli možné následné verifikace. Je otázkou, zda je vůbec do jakékoli skupiny zařazovat, když formální podklady pro jejich existenci prakticky nejsou. Čtvrtá skupina je jakýmsi sběrným košem pro všechny položky, které nejsou popsány nikde jinde. Zjednodušeně řečeno se jedná o všechny ZP, které jsou nezbytné pro provádění různých výkonů a nejsou umístěny do ostatních legitimních kategorií tohoto třídění. Tyto prostředky jsou většinou vyjmenované ve standardu pro daný výkon, který ovšem není závazný. Často bývají započítány v režijních nákladech. Není však stanoven typ ani vlastnost. Uvádí se pouze základní množství a obecná kvalita. Není zde tedy vůbec řešen způsob úhrady, ale pouze typ provedení. Běžně jsou zde zařazeny šicí materiály, obvazové a krycí materiály, některé jednorázové nástroje, atp. Zajímavé je, že díky absenci třídění se často funkčně i terapeuticky

<sup>66</sup> Česká republika. Zákon ze dne 15. dubna 2000 o zdravotnických prostředcích a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2000, Ročník 2000, č. 123, Částka 36, s. 1692-1713. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3424>

shodný ZP od různých výrobců vykazuje jednou jako ZUM, podruhé ve výkonu a jindy vykázat vůbec nelze.

### **3.5. Mechanismy stanovení standardů zdravotnických prostředků**

#### **3.5.1. Číselník ZP VZP**

Výše popsaný systém úhrad ZP vychází primárně z číselníku<sup>67</sup>, jehož tvorbou je pověřena VZP. Na kategorizaci se podílejí i ostatní zdravotní pojišťovny.

VZP je nicméně pověřena, coby národní autorita, jejich hlavní správou, v čemž spočívá největší problém. Jedná se, pokud to lze v souvislosti s tak velkou společností nazvat, o zcela subjektivní pohled na věc. Tvorba číselníků je řízena výhradně ekonomickými faktory a interními požadavky, které v největší míře určuje právě VZP. Zařazení ZP se provádí pouze na základě způsobu úhrady a jejich další parametry (kvalitativní či technické), nejsou prakticky vůbec brány v potaz.

Právě číselník ZP VZP představuje největší úskalí v záležitostech, které se dotýkají poskytování nadstandardů. Neexistující standardy sdružují v jedné kategorii ZP zcela nesourodé, což v konečném důsledku způsobuje ve zdravotnických zařízeních chaos a je zcela na libovůli poskytovatele, který konkrétní ZP v daném případě použije. Problém tedy spočívá v neexistenci volby ze strany pacientů. Lepší nadstandard si pacient připlatit nesmí. Horší než standard mu poskytovatel aplikovat nemůže. Pokud je však standard definován v duchu výše popsaných pravidel, stává se celá situace prakticky bezvýhodnou a absurdní. Detailní pohled na otázku třídění a lepší nastavení číselníků ZP přináší Bakalářská práce „Český model úhrad zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění“.<sup>68</sup>

<sup>67</sup> Číselník VZP - ZP, verze 821, (P). In: VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Číselník VZP* [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2011 [cit. 2011-12-03]. Dostupné z: [http://www.vzp.cz/uploads/document/1322668160-PZT\\_821\\_ext\\_P.pdf](http://www.vzp.cz/uploads/document/1322668160-PZT_821_ext_P.pdf)

<sup>68</sup> TRHOŇ, František. *Český model úhrad zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění*. Praha 2010, 2010. 59 s. Bakalářská práce. Univerzita Jana Amose Komenského Praha. Vedoucí práce Novotný Lukáš, Mgr. M.A., Ph.D.

### 3.5.2. Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění z pohledu standardní a nadstandardní péče

První historickou změnou, v tomto doposud uplatňovaném postupu, je novela zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění č. 298/2011 Sb., která se poprvé zabývá právě problematikou standardů a nadstandardů. Čekání na tento nový předpis limitovala především nevole politiků. Zdravotnictví je stále jedním z nejzásadnějších prvků sociální sféry. Veškeré výdaje plynoucí do zdravotnického systému z kapes daňových poplatníků jsou poměrně podrobně sledovány a přístup politických stran k jejich přerozdělování bývá mnohdy pomyslným jazyčkem na vahách v jejich volebních preferencích. Není tedy divu, že se doposud zásadním změnám všichni bránili.

Pohledem běžného občana je otázka přímých výdajů na regulační poplatky na pohotovosti, v lékárnách nebo příspěvek na lůžkoden v nemocnici velmi zásadní. O příplatku za nadstandardní ZP nemluvě. Tyto prostředky platí pacient ze své peněženky. Drží je tedy v ruce a je nucen je vydat. Pochopitelně se jedná o efekt čistě psychologický. Faktem ale zůstává, že náklady spojené s platbami za zdravotní a sociální pojištění, které běžný zaměstnanec vidí maximálně na výplatní pásce, jsou pro něho čímsi nehmotným a tudíž neexistujícím. Navíc tyto, pro mnohé imaginární, poplatky významně přizívují povědomí o bezplatném zdravotnictví, které je zcela liché. Je smutné, že se málokdo z občanů zajímá nebo pozastaví nad úniky obrovských prostředků, o které zdravotnictví přichází v důsledku korupce a nekalých praktik. Postup politiků je proto do jisté míry pochopitelný a reflektuje společenskou objednávku. V kontextu celosvětových ekonomických problémů je však třeba hledat úspory všude. Tedy i ve zdravotní a sociální sféře. „Černého Petra“ tak drží v ruce současná vláda, která ve druhé polovině roku 2011 prosadila zmíněnou novelu.

Novela zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění č. 298/2011 Sb.<sup>69</sup> mimo jiné nově definuje povinnost pojištěnce v § 12, písm. n) takto:

„n) uhradit zdravotnickému zařízení, popřípadě jinému subjektu, který pojištěnci poskytl zdravotní péči, rozdíl mezi cenou poskytnuté

<sup>69</sup> Česká republika. Zákon ze dne 6. září 2011, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2011, Ročník 2011, č. 298, Částka 105, s. 3764-3816. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6025>

zdravotní péče a výši úhrady ze zdravotního pojištění podle § 13.<sup>66</sup>.

Jde o velmi zásadní větu, která pojištěncům ukládá na základě dále uváděných pravidel zaplatit za péči, poskytnutou nad rámec úhrady, která daný výkon pokrývá v rámci jeho zdravotního pojištění.

Novela zákona v páté části nově specifikuje zákonné postupy v souvislosti s péčí hrazenou ze zdravotního pojištění. Do § 13 jsou doplněny odstavce 4 až 9, které znějí:

„(4) Pokud lze zdravotní péči uvedenou v odstavci 1 poskytnout více než jedním způsobem, přičemž všechny tyto způsoby splňují podmínky stanovené v odstavci 1 a mají stejný terapeutický účinek, hradí se takový způsob zdravotní péče, který je v souladu s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění (dále jen „základní varianta“). Ostatní způsoby zdravotní péče podle věty první, které nesplňují podmínku účelného a hospodárného vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění (dále jen „ekonomicky náročnější varianta“), se ze zdravotního pojištění hradí ve výši stanovené pro úhradu takové zdravotní péče v základní variantě.

(5) Za ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče lze považovat pouze zdravotní péči, která je takto označena v prováděcích právních předpisech vydaných podle § 17. Za ekonomicky náročnější variantu nelze označit zdravotní péči, kterou lze poskytnout pouze jedním způsobem.

(6) Před poskytnutím zdravotní péče, kterou lze poskytnout jak v základní variantě, tak i v ekonomicky náročnější variantě, je zdravotnické zařízení povinno pojištěnci nabídnout poskytnutí zdravotní péče v základní variantě a informovat ho též o ekonomicky náročnější variantě, včetně rozdílu mezi cenou ekonomicky náročnější varianty stanovenou v souladu s cenovým předpisem a uvedenou v ceníku zdravotnického zařízení, a výši úhrady zdravotní péče v základní variantě stanovenou prováděcím právním předpisem vydaným podle § 17 a cenovým předpisem<sup>70</sup>. Postup podle věty první

<sup>70</sup> § 2a odst. 1 zákona č. 265/1991 Sb., o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen, ve znění pozdějších předpisů.  
§ 10 zákona č. 526/1990 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

se nepoužije, není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví. Ceník ekonomicky náročnějších variant zdravotní péče musí být zveřejněn ve zdravotnickém zařízení na veřejnosti přístupném místě a způsobem umožňujícím dálkový přístup.

(7) Zdravotnické zařízení je v případech uvedených v odstavci 6 povinno do zdravotnické dokumentace pojištěnce zaznamenat, že mu bylo nabídnuto poskytnutí zdravotní péče v základní variantě a že byl informován o možnostech poskytnutí zdravotní péče i v ekonomicky náročnější variantě. Součástí záznamu ve zdravotnické dokumentaci je vyslovení souhlasu pojištěnce s poskytnutím zdravotní péče v základní variantě, nebo s poskytnutím zdravotní péče v ekonomicky náročnější variantě, pokud se pojištěnec pro takovou variantu rozhodl; v takovém případě je součástí záznamu ve zdravotnické dokumentaci též vyslovení souhlasu pojištěnce se zaplacením částky ve výši rozdílu mezi cenou ekonomicky náročnější varianty a výší úhrady zdravotní péče v základní variantě. Takto vyslovený souhlas podepíše pojištěnec a ošetřující lékař; pokud pojištěnec s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže záznam podepsat, stvrdí jeho nepochybný projev vůle svým podpisem ošetřující lékař a další svědek. V záznamu se uvede způsob, jakým pojištěnec svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící podpisu pojištěnce.

(8) Zdravotnické zařízení nesmí při poskytování zdravotní péče upřednostňovat pojištěnce, který si zvolí ekonomicky náročnější variantu.

(9) Za opakované porušení povinnosti podle odstavců 6 až 8 příslušná zdravotní pojišťovna uloží zdravotnickému zařízení pokutu do 1 000 000 Kč. Při určení výše pokuty se přihlédne k závažnosti porušení povinnosti, zejména ke způsobu jeho spáchání a jeho následkům a k okolnostem, za nichž bylo spácháno. Pokutu lze uložit do 1 roku ode dne, kdy příslušná zdravotní pojišťovna zjistila porušení povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

Opakované udělení pokuty je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bez uplatnění výpovědní lhůty podle § 17 odst. 3. Zdravotnické zařízení za porušení povinnosti neodpovídá, jestliže prokáže, že vynaložilo veškeré úsilí, které bylo možno požadovat, aby porušení povinnosti zabránilo."

Z uvedené citace novely zákona je patrné, že legislativa dává pojišťovnám větší volnost v úhradách zdravotní péče. To bude logicky doprovázeno novým uzavíráním smluv s poskytovateli zdravotní péče. Nová formulace ovšem klade vyšší nároky i na zdravotnická zařízení a jejich zaměstnance při způsobu komunikace s pacientem. Především ale při tvorbě ceníků ekonomicky náročnějších variant péče, které nutně musejí obsahovat i náklady na použité ZP v rámci různých způsobů plateb. Pro definici takových ceníků je však třeba stanovit jasná pravidla a zároveň disponovat validním podkladem pro jejich tvorbu.

## **4. Stanovení prospěšnosti a nová definice ZUM jako výchozí parametry pro nový systém úhrad ZP**

### **4.1. Prospěšnost a její stanovení**

Pojem prospěšnost odráží problematiku zdravotní ekonomiky, dávající do relace vynaložené náklady a zdroje s přínosy. Zatímco náklady a zdroje jsou vyjadřovány jednoduše v monetárních jednotkách, přínosy jsou podstatně komplikovanější. Prospěšnost v současné legislativě zcela chybí. Přínosy se dají vyjádřit různě. Především však prostřednictvím výsledků či účinků na zdravotní stav pacienta. Tyto výsledky zahrnují oblast ekonomickou, klinickou, společenskou, ale i výsledky zprostředkované samotným pacientem s dopady na kvalitu jeho života. Nově definovaný pojem prospěšnosti je tak v tomto textu dáván do souvislosti s legislativně obecně platnými termíny jako jsou hodnota, poměr nákladů a přínosů, poměr benefitů a rizik, efektivnost. Pojmy, které jsou víceméně odborně správně formulované ve stávající legislativě (klinická a ekonomická efektivnost, ekonomická hodnota, terapeutická účinnost) a jsou často některými politiky používány správně tak, jak to prosazuje EU. Tato práce dává výše uvedeným souvislostem jednotu, která je shrnuta do generálního pojmu prospěšnost.

Základním východiskem pro definici nového návrhu systému úhrad zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění je stanovení jejich prospěšnosti. Jde o termín nový, i když pouze v oblasti ZP. Léčiva mají prospěšnost stanovenou již delší dobu. Základní definice, která bude vyjadřovat prospěšnost zdravotnického prostředku by mohla znít například takto:

Zdravotnický prostředek zcela nebo částečně hrazený ze systému veřejného zdravotního pojištění je prospěšný tehdy:

- je – li v souvislosti s jeho bezprostředním použitím prokázáno zlepšení stavu pacienta nebo jeho úplné vyléčení;
- pokud ve srovnání s jinými, do té doby používanými, terapeutickými metodami přispěje k vyléčení nebo zlepšení stavu pacienta jednodušší cestou a s nižšími náklady;
- pokud bude možno s jeho použitím aplikovat novou terapeutickou metodu,

kteřá přispěje k vyléčení nebo zlepšení stavu pacienta jednodušší cestou a s nižšími náklady.

Prospěšnost však může být stanovena pouze tehdy, existuje-li srovnání terapeutického postupu v kombinaci s posuzovaným ZP a terapeutického postupu alternativního.

Prospěšnost je tedy parametrem velmi specifickým a především dynamickým. Není proto možné na způsob jejího stanovení aplikovat pevná exaktní pravidla. Prospěšnost bude mít hlavní dopad na úspory ve vynakládaných financích, i když je nutné mít na paměti, že na prvním místě je stále především zdraví pacienta. To je nepřekročitelné a výchozí kritérium celého procesu.

#### **4.1.1. Prospěšnost léčiv**

Pro správné pochopení principu prospěšnosti je třeba uvést příklad funkčního systému, přestože se týká jiných komodit, než jsou ZP. Ten nabízí praxe při zavádění léčiv na trh. Uvádění léčivých přípravků na trh se řídí specifickými a jasně definovanými pravidly. Výzkumná oddělení farmaceutických koncernů vyvinou určitou konkrétní molekulu, která slouží jako základ pro nový léčivý přípravek. V rámci klinických studií a zkoušek proběhne celá řada testů, které poslouží jako podklad pro možnost uvedení produktu do klinické praxe. Klinické zkoušky probíhají nejprve in vitro nebo na zvířatech a v laboratorním prostředí. Pokračují klinickou studií na konkrétních diagnózách a pacientech. Ta musí mít stanoven přesný postup a být schválená s nezbytnými informovanými souhlasy pacientů a projednaná multidisciplinární i ústavní etickou komisí. V rámci následného širšího záběru už probíhá ověřování hotových a zaregistrovaných výrobků v praxi. Již ve stádiu klinické studie se ve většině případů nachází přípravek pod patentovou ochranou. Klinické zkoušky mají za úkol především prokázat, že se jedná o léčivo, které léčí, zlepšuje konkrétní stav nemocného a neškodí. Na tomto místě je třeba uvést rozdíl mezi léčivem a doplňkem stravy. Doplňěk stravy neléčí, ale nesmí poškodit zdraví uživatele. Doplňky stravy musejí být v praxi opatřeny označením, že se nejedná o léčivo, ale pouze o doplňěk. Další součástí procesu zavádění léčiva na trh je vydání osvědčení evropskou nebo národní autoritou, které prokáže, že je účinné pro řešení konkrétního zaregistrovaného problému, který má za úkol řešit. Tento proces je první bariérou, kterou je třeba překonat při zavádění prostředku na trh.



Prozatím však není uváděno, jakým způsobem bude probíhat distribuce při splnění zákonných předpisů a předpokladů (správné značení, další odpovídající certifikáty, forma a úplnost příbalových informací atd.). Následující části procesu jsou již čistě legislativní a týkají se hlavně ekonomické oblasti. Léčivý přípravek se do veřejného systému zdravotnictví dostane ve finální podobě až za předpokladu, když se pro systém prokáže, že je prospěšný. Výchozím kritériem je v tomto případě přesná definice toho, jak je možno konkrétní problém terapeuticky vyřešit a aplikovat na léčbu správná léčiva v kombinaci s lékařskými zákroky, prostředky zdravotnické techniky a zdravotnickými prostředky. Prospěšnost u léčiv ověřuje a kontroluje SÚKL. Hlídní prospěšnosti představuje pro tuto instituci další funkci společně s kontrolou klinických zkoušek a registračního procesu, nastavením maximální ceny a cenového rozptylu, ve kterém se musejí pohybovat distributoři v rámci prodeje konečným uživatelům a nastavení úhrady z veřejného zdravotního pojištění právě na základě stanovené prospěšnosti.

Aby se lékařský zákrok „vyplatil“, musí být hodnota klinického a ekonomického přínosu vyšší než klinická újma/škoda a ekonomické náklady, protože zdroje, které zákrok spotřebuje, není možné použít na jiné lékařské účely. Přestože se vztahy prezentované následujícími vzorci týkají prospěšnosti léčiv, lze je obecně s úspěchem aplikovat i na oblast ZP.

$$\begin{array}{ccccccc}
 \text{Hodnota} & & \text{Výstupy (Kč)} & & \text{Výstupy} & & \text{Vstupy} & & \text{Výstupy (Kč)} \\
 \text{v penězích} & = & \frac{}{\text{Výstupy}} & \times & \frac{}{\text{Vstupy}} & \times & \frac{}{\text{Vstupy (Kč)}} & = & \frac{}{\text{Vstupy (Kč)}} \\
 & & \downarrow & & \downarrow & & \downarrow & & \\
 & & \text{Efektivita} & & \text{Výkonnost} & & \text{Hospodárnost} & & \\
 & & \text{Užitkovost} & & \text{Účinnost} & & & & 
 \end{array}$$

$$\text{Hodnota v penězích} = f_1 \left[ \frac{\text{Medicínský dopad}}{\text{Cena léku}} \right] + f_2 \left[ \frac{\text{Ekonomický dopad}}{\text{Cena léku}} \right] + f_3 \left[ \frac{\text{Společenský dopad}}{\text{Cena léku}} \right]$$

#### **4.1.2. Prospěšnost zdravotnických prostředků**

Zavedení institutu prospěšnosti zdravotnických prostředků je procesem, který v naší legislativě doposud chybí. V součinnosti s evropským zákonodárstvím máme uspokojivě definovány procesy, které zajistí, že ZP neškodí. Zda ZP prokazatelně zlepšuje stav a léčí, naše úřady neprověřují, ani neregistrují. Odpovědi na tyto otázky můžeme získat pouze z propagačních materiálů výrobců a distributorů. Je zřejmé, že taková dokumentace může být mnohdy tendenční, neobjektivní a sledovat pouze ekonomické cíle producenta. Ani ve zdravotnictví neexistují pro PR materiály žádná pevně stanovená pravidla. Když ne polopravdu, získáme z nich většinou informace obecné a regulované, korespondující s obchodními zájmy vydavatele. Reálně je dokonce možné, setkat se s vyloženě klamavými materiály.

Výrobců, distributorů a především výrobků v oblasti ZP jsou sta tisíce a jejich počet se logicky stále zvyšuje. Jako ve všech oborech s rozdílnou kvalitou provedení, ale i přístupu distribučních firem. Přesto nebude možné z první vlny stanovování prospěšných ZP nikoho vyloučit. Bude se tak jednat o určitý druh primární selekce, kdy budou vyřazeny ZP prokazatelně bez prospěchu a naopak označeny takové, se kterými bude systém nadále pracovat. Na druhou stranu je třeba přiznat, že na trhu existuje velké množství ZP, které prospěšné evidentně jsou a není třeba složitějšího prokazování. Z pohledu jejich výrobců je však zavedení systému stanovení prospěšnosti rovněž žádoucí. Takové produkty na trhu totiž teoreticky i fakticky soutěží s výrobky, které mají stejný nebo podobný účinek, avšak jejich prospěšnost je výrazně nižší. Například díky vysoké pořizovací ceně. Druhé jmenované však za sebou dnes mají velmi silnou ekonomicko-politickou obchodní lobby, která zajišťuje jejich umělé udržení v systému. Zabránit tomuto parazitování na veřejných zdrojích je jedním z důvodů, proč by měla být prospěšnost legitimizována a používána.

Prospěšnost ZP je tedy třeba chápat z několika úhlů pohledu. Jinak na ni budou nahlížet distributoři a výrobci, jinak poskytovatelé a pacienti. Úkolem legislativních opatření je veškeré procesy jasně definovat a skloubit natolik, aby byla specifikace prospěšnosti jasná a čitelná. Je pochopitelné, že vlastní popis prospěšnosti bude pro každou z těchto skupin odlišný. Vycházet však musejí z jednotného základu.

Obecně je třeba konstatovat, že stanovení prospěšnosti nemusí být nutně povinnou procedurou pro všechny ZP na trhu. Povinné bude pouze pro ty ZP, které budou zavedeny resp. usilovat o zavedení do systému veřejného zdravotního pojištění a z něho částečně, nebo zcela propláceny. Používání ostatních ZP, které si budou hradit sami pacienti, bude možné. Poskytovatelé zdravotní péče, ani jejich klienti však nemohou počítat s jejich úhradou z fondů veřejného zdravotního pojištění. Těmto ZP bude pro uvedení na trh postačovat splnění základních předpokladů, které definuje současná legislativa. Na první pohled se může zdát, že se jedná o určitou formu obchodní diskriminace, opak je však pravdou. Z pohledu systému je třeba chránit zájmy státu jako zřizovatele a především pacientů. Veřejné zdravotní pojištění zastoupené národní autoritou má právo, ba dokonce povinnost prověřit prospěšné ZP, které budou puštěny na trh a hrazeny z veřejných zdrojů. Tento proces je přitom jedním ze základních pilířů pro účelné vynakládání finančních prostředků na zdravotní péči. Většina evropských zemí vybírá prostředky do veřejného zdravotního pojištění dle vlastních specifických metodik. S ohledem na tento fakt je účelnější uvažovat v národním měřítku. V případě mezinárodní platnosti takové legislativy, například v rámci Evropské unie, by musela Evropa takové procesy dotovat. Finančních prostředků je však málo, a tak ponechává řešení úhrad v sociální a zdravotní oblasti raději na jednotlivých národních autoritách. Principiálně je to logické, neboť i v rámci Evropy je třeba zohlednit národní rozdíly, které se nutně promítají i do těchto sektorů. V ideálním případě ponese stát garanci za prospěšné ZP a s nimi souvisejícími standardy a nadstandardy. To je důvod, proč je nezbytné, aby byly do systému veřejného zdravotního pojištění vpuštěny pouze bezpečné a efektivní ZP s dlouhodobou kvalitou a stabilitou.

Stanovení prospěšnosti bude úkolem pro odborné společnosti a dostatečně erudované úředníky. Podobný systém se začíná uplatňovat v rámci problematiky nadstandardů a DRG. Objektivitu celého procesu by bylo v ideálním případě možno docílit zdvojením celého aparátu a porovnáním výsledků obou pracovních skupin. Každý výrobce a distributor by v průběhu celého schvalovacího řízení měl mít možnost vyjádřit se k dílčím i celkovým závěrům a případné nedostatky vysvětlit, či doplnit. V tomto případě nelze aplikovat jednokolové pracovní postupy jako například při zadávání veřejných zakázek. Principiálně je systém stanovení prospěšnosti záležitostí, která musí být ve

výsledku k užítku všem zainteresovaným stranám. Proto je třeba v průběhu schvalování brát v potaz veškeré možné náměty a připomínky, které by mohly mít vliv na jeho výsledek. Kromě vyloučení ekonomické diskriminace a poškození konkrétních firem jako takových, jde i o korektní chování České republiky v rámci mezinárodních vztahů. Každý nový administrativní proces musí být koncipován tak, aby nevyvolal další negativní efekty, které by v tomto případě mohly vyústit například v mezinárodní arbitráže vůči České republice.

Pro dodavatele a výrobce ZT bude stanovení prospěšnosti zcela novou záležitostí. Jako každá novinka budou i tyto principy přijímány s větší nebo menší mírou nevole. Nejméně bude nový systém přirozeně vyhovovat těm subjektům, které mají svůj způsob obchodu postaven na nekalých praktikách a korupci. Obchodování se ZP je v tomto režimu jednoduché a vyznačuje se jistou setrvačností. Je-li ZP v úhradovém systému registrován, nikdo se dodatečně nezabývá tím, proč má být hrazen. Všeobecně známý je i fakt, že v rámci číselníků pojišťoven existují určité skupiny „elitních“ ZP, které jsou propláceny téměř vždy a bez větších komplikací. Z jakého titulu se tak děje, je otázkou a konkrétní důvody by byly čistou spekulací. Proto, pokud bude daný ZP z pohledu prospěšnosti ohodnocen negativně, a přesto se bude jednat o vysoko-obrátkové a drahé zboží s velkou mírou penetrace ve zdravotnických zařízeních, právem se začnou odborníci i laici ptát, proč tomu tak je. Půjde o velké peníze a celý proces bude značně komplikovaný. Bude tedy důležité i v takové chvíli vymezit dostatek prostoru pro daného výrobce nebo distributora k tomu, aby měl možnost účinné obrany. Prokáže-li opak, bude následovat přezkoumání a kontrola s případným stanovením nových závěrů.

#### **4.1.3. Generické zdravotnické prostředky**

Další zajímavou alternativou mohou být generické ZP. Možná není toto označení v souvislosti se zdravotnickými prostředky přesné, nicméně nejlépe vystihuje podstatu věci. Většina ZP se dnes drobně liší i přesto, že jsou fakticky určené ke stejnému užití. Problém však může nastat v případě, že skončí doba patentové ochrany. To povede k automatickému vstupu dalších výrobců na trh, kteří nabídnou technicky i funkčně zcela totožný ZP. Jediným rozdílem pak bude cena. Na tuto možnost je proto třeba pamatovat a jasně definovat pravidla jejího řešení.

Pro správnou interpretaci této skupiny ZP jsou příkladem generické léčivé přípravky. Podle Státního ústavu pro kontrolu léčiv je definice generického léčivého přípravku následující: "Jedná se většinou o levnější variantu originálního léku a zároveň splňuje i další kritéria. Generický léčivý přípravek (často nazývaný generikum) obsahuje stejnou léčivou látku ve stejném množství jako příslušný originální přípravek, má i stejnou lékovou formu, např. tablety a tobolky, a stejnou biologickou účinnost. Typ a poměr použitých pomocných látek (plniv, pojiv, barviv apod.) může být od originálu odlišný. Pro schválení generického přípravku nemusí být předloženy výsledky z farmakologických a toxikologických testů či z klinických studií (od fáze I. až po fázi III.). Místo toho musí výrobce generika prokázat, že generické léčivo je "bioekvivalentní" k originálnímu léčivu. To znamená, že se do krevního oběhu dostane stejné množství účinné látky jako v případě léčiva originálního a rovněž jeho vylučování z organismu je stejné, tedy že se dané léčivo chová v organismu stejně jako originální lék. Generické přípravky mohou být uvedeny na trh až po vypršení lhůt patentové ochrany originálů."<sup>71</sup>

Tato definice je velmi důležitá pro uplatnění principu, který je aplikovatelný i na některé skupiny ZP. Výroba a prodej ZP jsou kromě svého primárního účelu, tedy léčení, významným obchodním artiklem. Určité skupiny ZP podléhají rovněž patentové ochraně. Není tedy divu, že se terapeuticky i obchodně úspěšné produkty snaží vyrobit i další výrobci. A mají čtyři možnosti. První z nich je využití nedostatků v původně definovaném patentu a zapojením vlastních vývojových kapacit vyrobit ZP se stejným účelem použití a účinkem, aniž by byla jakkoli dotčena původní patentová ochrana. Druhou možností je prosté okopírování, které je však nelegální. Třetím způsobem je platba za patent původnímu výrobcí, který ale může tento postup odmítnout. Čtvrtý případ využívá obdobný způsob, který se ve farmacii aplikuje právě na generika. Ekvivalentem účinné látky léčiva je možno v případě ZP nazvat účel jeho použití a terapeutické působení.

Z generických ZP výtěží ve výsledku vždy systém veřejného zdravotního pojištění a bude tedy žádoucí. Princip je jednoduchý. Výrobce

---

<sup>71</sup> Encyklopedie SÚKL: Co to jsou generické léky?. STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV. *O léčích.cz: Poznejte své léky* [online]. Praha: STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV, 2011 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: <http://www.olecich.cz/encyklopedie/co-to-jsou-genericke-leky>

prokáže shodné vlastnosti u ZP, který bude mít nižší cenu. Každý nový výrobce daného ZP s podobnou účinností snižuje náklady v případě, že ZP vybaví odpovídajícími certifikáty. Zvýší tedy svou prospěšnost vůči stávajícím prospěšným ZP. Pacient nezaznamená žádný rozdíl a náklady na úhradu diagnózy budou nižší.

#### **4.1.4. Doba platnosti prospěšnosti**

Důležitým aspektem pro stanovení prospěšnosti ZP bude doba její účinnosti. Vývoj zdravotnických prostředků, léčiv i techniky je v současnosti tak překotný, že je třeba stanovit i dobu, po kterou bude prospěšnost pro daný ZP účinná. Na základě dosavadních zkušeností bude nutné jednotlivé ZP rozdělit do tří časových skupin s účinností doby prospěšnosti na neuvedeno, 3 a 5 let. Zařazení výrobků do těchto skupin bude rovněž v kompetencích orgánu pro stanovení prospěšnosti a odborných společností. Po uplynutí stanoveného období bude třeba prospěšnost ZP obnovit.

Tříletá i pětiletá perioda obnovení statutu prospěšnosti pro implantabilní a ostatní ZP je jednoznačně dána. První skupina je však specifikována odlišně. Je nezbytné umožnit výrobcům a distributorům provádět prokazování prospěšnosti i mimo pevně stanovené lhůty. Z této praxe budou profitovat nejenom oni samotní, ale v první řadě systém. Nově přihlášený ZP prokáže svou prospěšnost vůči jinému ZP nebo metodě léčby. V takovém případě bude krajně neefektivní čekat na dobu pravidelné periody tak, aby mohl v danou chvíli prospěšnější ZP nahradit stávající. Právě takové případy budou proto řazeny do skupiny první. Návrh časové platnosti prospěšnosti ZP specifikuje tabulka 3.

S dobou platnosti prospěšnosti okrajově souvisí i návrh na pravidelné kontroly číselníků a s nimi spojených databází. Nepůjde však o kontrolu prospěšnosti jako takové, ale pouze o revizi číselníku. Perioda této kontroly by neměla být delší než jeden kalendářní rok.

**Tab. 3: Časová platnost doby prospěšnosti zdravotnických prostředků**

Skupina	Doba platnosti	ZP ve skupině
I.	neuvedeno	Všechny ZP
II.	3 roky	Implantabilní ZP
III.	5 let	Všechny ostatní ZP

Zdroj: Autor

#### 4.1.5. Agentura pro stanovení prospěšnosti ZP

Základní principy chodu nově vytvořené agentury pro stanovení prospěšnosti ZP, není třeba vymýšlet a dlouze hledat. Prvky řízení i procesu samotného lze v zásadě převzít od SÚKL. Vlastní metodika z titulu povahy ZP bude přirozeně odlišná, avšak pouze od úrovně konkrétních posuzovaných vlastností. Vytvoření takového orgánu je úkolem pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, kterému podléhá i zmíněný SÚKL. Logickým protiargumentem je rozšiřování úřednického aparátu, který bude čerpat další prostředky z veřejných zdrojů. Úspory, které však systém nabízí daleko převyšují náklady na jeho zbudování.

Reálná je proto i myšlenka, zřídit nový samostatný odbor v rámci SÚKL, který by tuto problematiku řešil. Nebylo by tak nutné budovat další organizaci přímo řízenou MZ ČR. Pouze by se upravily kompetence a působnost jedné stávající a dlouhodobě funkční. Navíc SÚKL schvalovací činnost v oblasti ZP do roku 2000 (začátek platnosti zákona č. 123/2000 Sb.<sup>72</sup>) prováděl. Ústav je rovněž jedinou institucí v ČR, která má za úkol evidovat a řešit nežádoucí příhody zdravotnických prostředků. Má proto nejvíce odborných předpokladů k provádění koordinace při zavádění prospěšnosti do praxe.

#### 4.1.6. Prospěšnost v praxi

Potřebnost institutu prospěšnosti lze demonstrovat na kombinovaném příkladu, který zahrnuje oblast léčiv i zdravotnických prostředků.

Takovým příkladem může být okluder pro vrozené defekty septa (přepážky síní nebo komor v srdci). Tento ZP umožní miniinvazivní/

<sup>72</sup> Česká republika. Zákon ze dne 15. dubna 2000 o zdravotnických prostředcích a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2000, Ročník 2000, č. 123, Částka 36, s. 1692-1713. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3424>

/radioinvazivní aplikaci prostřednictvím speciálního katetru přímo do srdce a díky svým mechanickým vlastnostem, založeným na tvarové paměti materiálu, zmíněnou vadu odstraní, nebo k jejímu odstranění významnou měrou přispěje. Jedná se tedy o ZP, který zkrátí dobu pacientovy hospitalizace, sníží zátěž pro organismus a urychlí celý proces léčby. Výsledným efektem je zlevnění nákladů vynaložených na jednoho pacienta. A to jak díky zkrácení ošetrovací doby na nemocničním lůžku, tak zjednodušením celého zákroku oproti otevřené operaci na specializovaném kardiochirurgickém pracovišti. Navíc není třeba tak masivní medikamentózní léčby jako v případě postoperační péče po klasickém invazivním zákroku. Toto je teorie, potvrzená několikaletou praxí. Problematika prospěšnosti v uvedeném konkrétním případě však spočívá v tom, že je třeba přesně definovat i další způsoby léčby, vůči kterým je uvedený způsob prospěšnější. Daný defekt je tak možno léčit i jinou a v komplikovanějších případech i efektivnější metodou, která spočívá ve výše uvedeném invazivním zákroku. Ten představuje klasický operační výkon s otevřením hrudníku pacienta a následnou rekonvalescencí na akutním a poté na lůžku následné péče. Delší doba hospitalizace, vyšší náklady na léčiva, personál, lázně a další nezbytné související položky. Rozdílnost mezi takovými výkony je však již řešena systémem DRG, který pamatuje na komorbidity a komplikace. Třetí možností může být čistě farmakologická léčba. Kromě toho, že je vhodná pouze pro menší procento případů, je i zdoluhavá. Podstatné však je, postihnout všechny možné způsoby terapie dané diagnózy na základě DRG. Nic nesmí být opomenuto a vyloučeno. Pouze tak nabývá prospěšnost na významu.

Výsledkem jsou tedy tři možné typy výkonů s použitím různého materiálu, avšak stejným terapeutickým účinkem. Tímto ověřením prospěšnosti je možno dokázat, že daný okluder prospěšný opravdu je jak z titulu kvality života, tak ekonomicky a je možné jej zavést do systému.

Nejvyšším stupněm praktického stanovení prospěšnosti ZP tedy bude její provázání s prospěšností léčiv. Metody budou komplexně hodnoceny jako celek. Zcela jistě tak bude docházet k případům, kdy budou mezi sebou ZP a léčiva vzájemně soutěžit s cílem získání statutu nejprospěšnějšího terapeutického postupu.



#### 4.1.7. Prospěšnost a její význam pro pacienty

Doposud byla řeč o prospěšnosti z pohledu poskytovatelů a výrobců. Velmi důležitou součástí pro její stanovení je ale i popularizace mezi širokou patientskou veřejností. Dříve, než pacient podepíše poskytovateli informovaný souhlas k výkonu, musí znát všechna pro a proti, která souvisejí se ZP, které mu budou v rámci výkonu poskytnuty a kolik za celou záležitost zaplatí.

Taková popularizace musí být rovněž v kompetenci orgánů, které se budou stanovením prospěšnosti ZP zabývat. Není třeba budovat oddělený systém, který by sloužil výhradně pacientům. Databáze prospěšných ZP by měla zahrnovat i tzv. veřejná pole, která budou obsahovat základní informace určené právě pacientům. Je lhostejné, zda se bude jednat o prostý text, obrazy, video dokumentaci nebo jejich kombinace. Pacientům musejí být v maximální možné míře dostupné a především státem odborně garantované agenturní závěry k dané problematice. Tento postup zároveň přispěje k eliminaci neoborných zdrojů, především internetu, které pacientům zprostředkovávají mylné, nebo neúplné informace. Pacient se nemůže spoléhat ani na jednostranně orientované informace výrobců, i když budou v pořádku po stránce technické i odborné. Podobná praxe tak přispěje k lepší pravdivé informovanosti, jejímž vedlejším efektem bude například zmírnění obav pacienta z výkonu, který se chystá podstoupit.

Veřejná databáze prospěšných ZP bude spravována nově zřízenou agenturou nebo zmíněným odborem v rámci SÚKL. Na jejím budování by se však ve vlastním zájmu měli podílet i plátcí. Představa toho, že lékař bude s každým jednotlivým pacientem procházet možnosti výběru konkrétního ZP je mylná. Není to možné ani z časových důvodů, ale ani z hlediska obsahového. Většina lékařů nebude schopna poskytnout kompletní informace o možnostech, které se pacientovi v souvislosti se všemi dostupnými ZP nabízejí. Nepůjde ani tak o odbornou způsobilost, jako spíše o povědomí mnoha ZP na trhu, které jednotlivec jednoduše nemůže pojmout. Pojištěnec sám musí mít v rámci zájmu o své zdraví snahu si dostupné informace opatřit. Musejí mu k tomu však být poskytnuté jak prostředky, tak dostatečný prostor. A právě tuto funkci bude systém popularizace ZP plnit. Nutnost podílet se na budování takové kvalitní databáze ze strany plátců souvisí i se stále vzrůstajícím konkurenčním bojem mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Vybere-li si pacient určitý ZP a jím vybrané zařízení jej mu nebude umět nabídnout, půjde tam, kde ho dostane.

V neposlední řadě bude veřejný seznam vlastností a účinků ZP obsahovat i informace o jejich cenách a podílu na úhradě. Z těch bude pro pacienta snadno zjistitelné, který ZP mu bude poskytnut jako standard a který jako nadstandard s nutnou finanční spoluúčastí.

Výsledek uvedené snahy lze shrnout následujícím způsobem. Pacientovi musejí být ve srozumitelné formě dostupné garantované informace o všech prospěšných a dostupných ZP, možných souvisejících rizicích, ceně a poskytovatelích, kteří mu je budou umět aplikovat.

## **4.2. ZUM a jeho nová definice**

Zvlášť účtovaný materiál (ZUM) je zdravotnickým prostředkem (ZP) vždy. Zdravotnický prostředek však ZUMem být nemusí. Podstata nové myšlenky při specifikaci toho co je a co není ZUM je následující: Jako ZUM lze vykázat veškeré ZP, které zůstanou v těle pacienta. Ostatní nikoli. Nejdůležitějším úkolem je nutnost zařazení co možná největšího množství zdravotnických prostředků, které odpovídají této definici do kategorie ZUM. Tento nový princip vychází z poměrně jednoduchého základu. Pokud ZP zůstane v těle pacienta a je tak jednorázově spotřebován, je jeho použití jasné a pro proces vykazování a úhrad zcela transparentní. Pokud však v kategoriích ZUM zůstanou takové ZP, které za určitého předpokladu umožňují opakované použití, opět to dává základ pro podvody a neprůhledné vykazování s nepříznivým dopadem na veřejné finance. Jako příklad je možno opět uvést nitrooční čočky, či výše zmíněný septální okluder. Tyto ZP použije poskytovatel v rámci dané diagnózy k terapii s tím, že po provedeném výkonu jsou již pevně začleněny do pacientova organismu. Jejich vyjmutí a případné opětovné použití je nemožné ať už z důvodů technických nebo medicínských. Nemůže být tedy žádné pochybnosti o tom, že proplacení ze systému je na místě při splnění dalších předpokladů (provedení vlastního výkonu a terapeutickému účinku na pacienta). Dnes jsou však v kategoriích ZUM zařazeny i takové ZP, které tomuto schématu neodpovídají. Ve spojení s jejich použitím tak vzniká teoretické i reálné riziko zneužití veřejných financí z titulu opakovaného vykázení jednoho a téhož ZP. Příkladem může být chirurgický nástroj (například trokar – chirurgický nástroj sloužící k vytváření přístupu do tělních dutin), který výrobce jasně deklaruje pro jedno použití. Takový trokar je dodán v jednorázovém sterilním balení a v rámci mezinárodních regulí je takto

i označen. Poskytovatelé jej použijí a především vykáží k jednomu konkrétnímu výkonu. Po jeho provedení je však tento trokar přesterilizován (technické prostředky pro tento úkon má většina zdravotnických zařízení) a opět uveden do oběhu. Je pak používán až do té doby, pokud to jeho technický stav dovolí. Mnoho poskytovatelů se hájí logicky tím, že nemají dostatek financí na pořizování drahého zdravotnického materiálu a snaží se tímto způsobem šetřit. To by z hlediska financí bylo v pořádku a svým způsobem by se jednalo i o chvályhodný postup, pomineme-li etickou a medicínskou stránku věci. Ovšem pouze do té míry, kdy by byl popsán trokar vykážen a proplacen ze systému pouze jednou. Tak to však není. Tento ZP je při každém dalším použití vykážen a určen k proplacení znovu. To vede k chaosu, ze kterého profitují především poskytovatelé. Tato praxe však významně poškozuje pacienty, systém i producenty.

Nejhorším dopadem zmíněného postupu je možné poškození zdraví pacienta. Každý výrobce má své důvody, které vedou k určení zda je ZP způsobilý pro jedno nebo vícečetné použití. Například technické opotřebení při prvním výkonu může být tak zásadní, že provedení dalšího s totožným ZP je velkým rizikem. Toto riziko však nejsou poskytovatel ani jeho jednotliví pracovníci schopni posoudit. Každý ZP má své metodiky a zdravotník není schopen kvalifikovaně zhodnotit možná vyplývající rizika z opětovného použití. Výsledkem mohou být komplikace okamžité i následné s negativním dopadem na pacientovo zdraví. Související reoperace, opakování terapie, prodloužení celého léčebného procesu atp. poškodí pacienta nejen na zdraví, ale i ekonomicky, tedy jako plátce zdravotní péče.

Výrobci a distributoři naopak sledují především obchodní cíle. Není proto divu, že jim tento přístup činí problémy. Pokud je to tedy možné, snaží se mu všemožně zabránit. Není to však nic jednoduchého. Zneužití se dotýká hlavně ZP bez výrobního čísla, které by bylo možné umístit přímo na těle vlastního výrobku. Navíc je zpětná kontrola výrobního čísla takto použitého produktu velmi problematická a ve většině případů nemožná. Postupy, jak tomu zabránit jsou různé a v současnosti jsou používány třeba u ortopedických implantátů typu kloubních náhrad. Nejčastěji je součástí balení speciální samolepicí štítek, který je rozdělen na několik sekcí, avšak se stejnou informací (číselná označení, grafické symboly, čárové kódy). Tyto sekce se používají vždy po provedení daného úkonu

v rámci koloběhu výrobku. První štítek například eviduje sklad na vstupu. Další je při spotřebě vlepen do knihy výkonů na konkrétním oddělení a další do pacientovy dokumentace. Jedná se o postup, který přispěje ke zlepšení situace, ale vyřešit jí nedokáže. Vždy se najde cesta, jak jej obejít.

Existuje však ještě jedna možnost, jak mohou výrobci tomuto problému čelit. Pokud dosud kalkulovali s tím, že jednorázové produkty představují neziskovější skupinu výrobků, je třeba tento přístup v některých případech přehodnotit. Pak se totiž může stát, že opakovaně použitelný ZP se s vyšší vstupní cenou stane výnosnějším pro výrobce, prospěšnějším pro systém a navíc s efektem potlačení nežádoucího chování zdravotnických zařízení.

V neposlední řadě je třeba zmínit nežádoucí dopady na systém a finanční prostředky vkládané do veřejného zdravotního pojištění. Stát ve výsledku zaplatí za jednu položku několikrát. Výše uvedený protiargument o takzvaných úsporách je proto lichý. Ano, ušetří se, ale na zcela jiném místě a systém z toho nijak neprofituje. Naopak. Veškeré obhajoby tohoto postupu jsou proto neopodstatněné.

Nakonec je třeba objektivně uvést, že se jedná o příklad, který z praxe postupně mizí hlavně díky důslednému označování výrobků. Vzhledem k tomu, že se v konečném důsledku jedná o trestný čin a podobné chování je podkladem pro kontrolní orgány, jsou si zdravotnická zařízení vědoma možných rizik a sama se snaží podobné praktiky odhalovat. Faktem zůstává, že zbývá mnoho skupin produktů s nedostatečným značením a nepodléhajícím důsledné kontrole, které tento postup umožňují s velmi nízkou mírou rizika, že bude někdy odhalen.

Všechny tyto důvody dávají myšlenku zařadit do ZUM pouze ZP, které zůstanou v těle pacienta, její hlavní podstatu.

Snaha zainteresovaných institucí musí směřovat k vytvoření zcela nového seznamu ZP a ZUM, který bude pracovat s číselníky dle technických požadavků PDK s číselníky diagnóz DRG, parametrem prospěšnosti a určením, zda se jedná o standard nebo nadstandard. Průnik těchto čtyř základních skupin zajistí, že budou v systému veřejného zdravotního pojištění používány ZP ZUM kvalitní, účinné a zároveň finančně výhodné.

Na základě číselníku VZP je v systému registrováno 28 210 ZP ZUM. Toto číslo však může být značně zkreslené. Díky chybám v zařídění se jejich reálný počet pohybuje dle kvalifikovaných odhadů kolem 35 000. Příčinou je

především nedůslednost v zařazování ZP podobných vlastností. Některé z položek číselníku mají vlastnosti poměrně přesně specifikované. U jiných tomu tak není. Právě v případě těchto skupin je praxe taková, že se pod jednou položkou číselníku skrývá více konkrétních ZP velmi podobných resp. téměř shodných vlastností. Ať už se jedná o záležitost špatného zařazení na straně výrobce/distributora, nebo zpracovávajících úředníků, je třeba jí eliminovat. Využití stávajícího číselníku VZP je pro tento účel značně problematické. Hlavním cílem je proto organizaci nového číselníku vytvořit tak, aby bylo možné jej kategorizovat.

Každý ZP, který půjde do systému, bude vybaven dvěma kódy. Jedním distribučním PDK, který bude sloužit i pro ZUMy a druhým ZUM. Při kontrole číselníku PDK zjistíme aktuální stav ZP a toho, zda se jedná o ZUM. Určí se pouze, co je standard. Ostatní položky budou automaticky spadat do nadstandardů. Kód GMDN (UMDNS) bude sloužit pouze pro komunikaci s Evropou. Jinak nebude v našem národním prostředí pro vnitřní identifikaci používán.

#### **4.2.1. Standardní a nadstandardní ZUM**

Definici standardu a nadstandardu lze provést pouze tehdy, když budou zavedeny nové číselníky výkonů a ZP. Bez těchto výchozích parametrů není možné nový systém vybudovat ani udržet v životaschopné podobě.

V systému úhrad zdravotní péče byly do konce roku 2011 aplikovány nejednotné přístupy, které se snaží zdravotnická reforma postupně napravit změnami v číselníku a systému úhrad obecně. To, že se celý proces nachází na samotném počátku dokládá fakt, že jedinou položkou ZUM mezi placenými implantabilními standardy pro rok 2012 je nitrooční čočka. Ostatních sedmnáct položek (v původním návrhu bylo nadstandardů celkem 15) v seznamu definovaných nadstandardů ZP z oblasti léčiv nebo poukazových ZP. Ministerstvo počítá s pravidelnou aktualizací tohoto seznamu vždy k prvnímu lednu každého kalendářního roku. Přestože je prozatím krátký seznam nových nadstandardů od svého zveřejnění terčem permanentní kritiky lékařů a odborných společností, jedná se o velmi významný průlom v oblasti úhrad zdravotní péče. Nejde ani tak o konkrétní položky v něm stanovené, jako spíše o princip celého procesu. Legální praxe doplatků ze strany pacientů na lepší péči byla u nás doposud zcela

zapovězena. Nová vyhláška tak dává dobrý základ pro další rozvoj této praxe v majoritních oborech typu chirurgie, ortopedie a gynekologie. Následující tabulka uvádí seznam prvních osmnácti nadstandardních položek, které jsou platné od 1. ledna 2012.

**Tab. 4: 18 nadstandardů platných od 1. 1. 2012**

<b>Očkování</b>	proti tetanu, sezonní chřipce, pneumokokovi, tuberkulóze, rakovině děložního čípku, vzteklině
<b>Sádry</b>	fixační sádrová dlaha (ruka, předloktí), cirkulární sádrový obvaz (prsty, ruka, předloktí), fixační sádrová dlaha (celé horní končetiny), cirkulární sádrový obvaz (celá horní končetina), fixační sádrová dlaha (noha, bérce), cirkulární sádrový obvaz (noha, bérce), fixační sádrová dlaha celé dolní končetiny, cirkulární sádrový obvaz na dolní končetině, fixace zlomeniny klíčku delbetovými kruhy
<b>Oční čočky</b>	implantace nitrooční čočky (tvrdá, měkká)

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha, 2011

### 4.3. Návrh nového systému úhrad zdravotnických prostředků

#### 4.3.1. Prospěšnost a nový systém úhrad ZP

Hlavní úkol nového systému úhrad tedy spočívá v efektivním provázání stávajícího systému mezinárodní klasifikace nemocí a především kódů jednotlivých výkonů dle sazebníku DRG s konkrétními zdravotnickými prostředky, které budou primárně kategorizovány dle číselníku PDK. Efektivita každého snažení spočívá v maximálním využití toho, co je v rámci stávajícího stavu dobré a doplnění chybějících či nefunkčních složek. To je třeba využít i v postupu práce na novém systému úhrad. Výchozími body tak musejí být právě MKN-10, DRG Grouper a PDK číselník.

Dalším důležitým faktem, který je třeba brát v úvahu při budování nového systému je to, že v souvislosti s jedním prováděným výkonem se často používá více ZP společně. A to nejenom kvůli jejich konkrétnímu účinku. Jednotlivé ZP se svými účinky vzájemně ovlivňují a mnohdy nemohou v rámci

diagnózy doslova existovat jeden bez druhého. To je další z důvodů, proč je důležité propojení úhrad ZP s jednotlivými diagnózami dle DRG.

V teoretické rovině je rovněž třeba počítat s případy, kdy nový ZP vytvoří svým způsobem unikátní a novou diagnózu. Jedná se o reálnou možnost, která se může vyskytnout při vývoji nového ZP, původně uvažovaného pro řešení jiného konkrétního problému. V průběhu vývoje nebo zkoušek se však prokáže, že je ZP schopen vyřešit jinou cestou potíže určité skupiny pacientů a přispět tak k jejich úplnému nebo dílčímu vyřešení. Na takovou situaci musí primárně reagovat orgány (NRC), které se zabývají tvorbou číselníku DRG a danou diagnózu případně doplnit. To vše na základě hlášení ze strany výrobce. Jedná se tedy o určitý způsob zpětné vazby a vzájemné interakce mezi zdravotnickou, technickou a legislativní sférou. Samozřejmě není možné, aby výrobci ZT samoučelně generovali nesmyslné diagnózy ve vlastním zájmu jenom tím, že vyrobí nový ZP. Úkolem NRC a odborných společností by tak v opodstatněných případech bylo prověření a schválení nového kódu diagnózy v souvislosti s konkrétním ZP. Jde o příklad možnosti spolupráce a upozornění na nutnost postihnout v novém systému i zdánlivě nepodstatné detaily.

Problematika použití více ZP najednou, anebo použití jednoho ZP pro řešení různých typů diagnóz je velmi důležitá a pro navrhovaný systém stěžejní. Podobně jako u léčiv bude nutně k takovým kombinacím docházet i v případě zdravotnických prostředků. Zde se ukazuje hlavní výhoda myšlenky navázání jednotlivých ZP na konkrétní diagnózu, respektive výkon. Registrace ZP ke stanovení jeho prospěšnosti proběhne na základě hlášení výrobce/distributora. V registračním formuláři bude přesně uvedeno, kterou diagnózu(y) je možno s pomocí daného ZP řešit částečně, v kombinaci s jinými ZP, nebo zcela. Po schválení a zavedení do systému bude tedy ZP s určitým kódem PDK pevně navázán na konkrétní diagnózu(y) dle číselníku DRG. Taková diagnóza může být jedna, ale zároveň jich může být více. Horní hranice počtu řešených diagnóz nesmí být nijak omezena. Bude-li například existovat ZP, který bude registrován a uznán prospěšným v rámci tří diagnóz dle DRG, bude se systém veřejného zdravotního pojištění podílet na jeho proplácení výhradně v souvislosti s těmito diagnózami. Použití pro další diagnózy bude samozřejmě možné, avšak bez nároku na čerpání prostředků z veřejných zdrojů. Může však dojít k situaci, že se praxí prokáže prospěšnost tohoto ZP i v rámci těchto dalších existujících diagnóz.

V tom případě je třeba provést recertifikaci, respektive doplnění prospěšnosti pro další diagnózy. Proběhne tak opakování celé registrační procedury s navázáním ZP na další výkony.

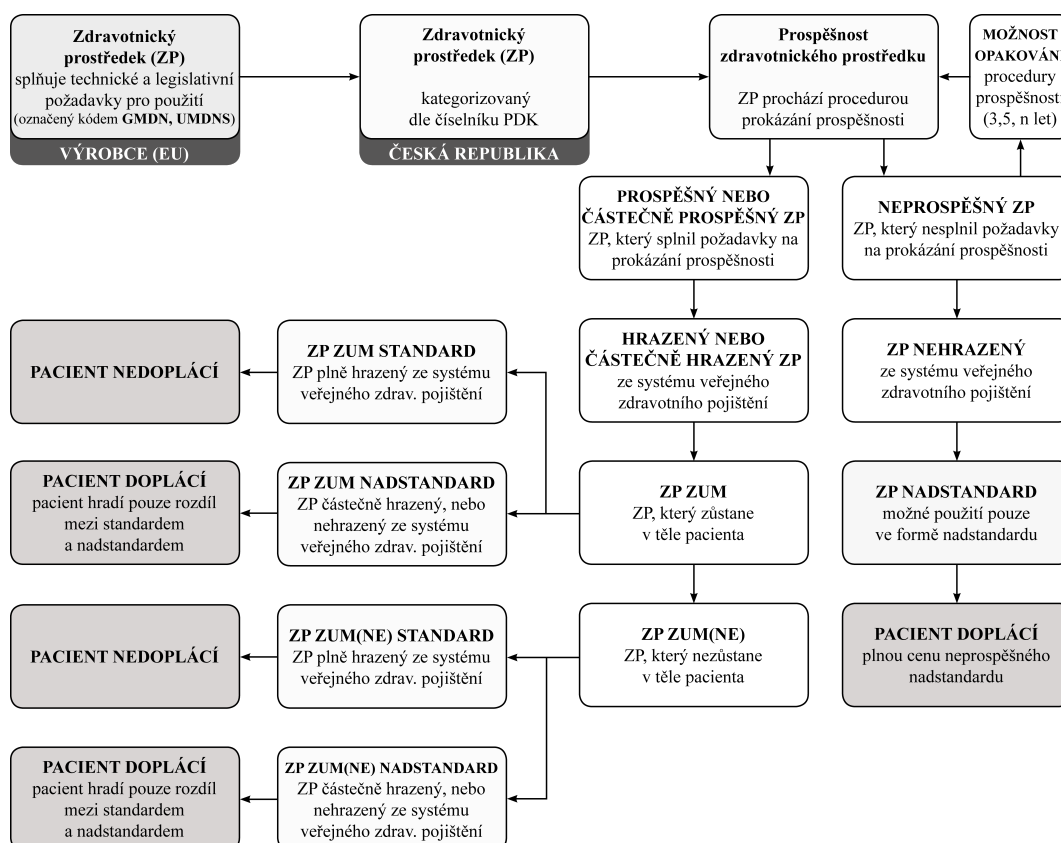
Z uvedených informací plyne ještě jedna možnost, která může v praxi registrací ZP k jednotlivým diagnózám nastat a na první pohled se může dokonce jevit jako vážný nedostatek. Fakt, že je unikátní ZP zaregistrován a proplácen neznamena, že tomu tak bude ve všech případech jeho užití. Proplácen bude pouze v situacích, kdy bude doloženo jeho provázání s diagnózou, v rámci které je v systému registrován a tedy opravdu prospěšný. V případě, že bude použit v rámci diagnózy či výkonu, které nejsou registrované, proplácen jednoduše nebude. Zde je vidět názorný příklad toho, jakým způsobem je oddělena registrace ZP z pohledu technické legislativy a z pohledu úhradového systému. Nabízí se otázka, zda tato možnost nevytváří prostor pro nekalé praktiky, spekulace a podvody. Opak je pravdou. Pokud bude vše navázáno a řízeno počtem provedených výkonů, ke kterým budou jednoznačně stanoveny použité ZP, bude vše zpětně vyhledatelné a snadno ověřitelné. Pojišťovny jako správci veřejných zdrojů budou mít možnost účinnější kontroly.

#### **4.3.2. Princip zavedení zdravotnického prostředku do systému**

Způsob, jakým by měl být podle nového návrhu systému úhrad zaveden ZP do systému, je vyjádřen schématem na obrázku 3. Procedura musí postihnout všechny výše uvedené parametry. Na jejím konci je patrný především způsob úhrady ZP a případná participace pacienta.



**Obr. 2: Zavedení ZP do systému veřejného zdravotního pojištění**



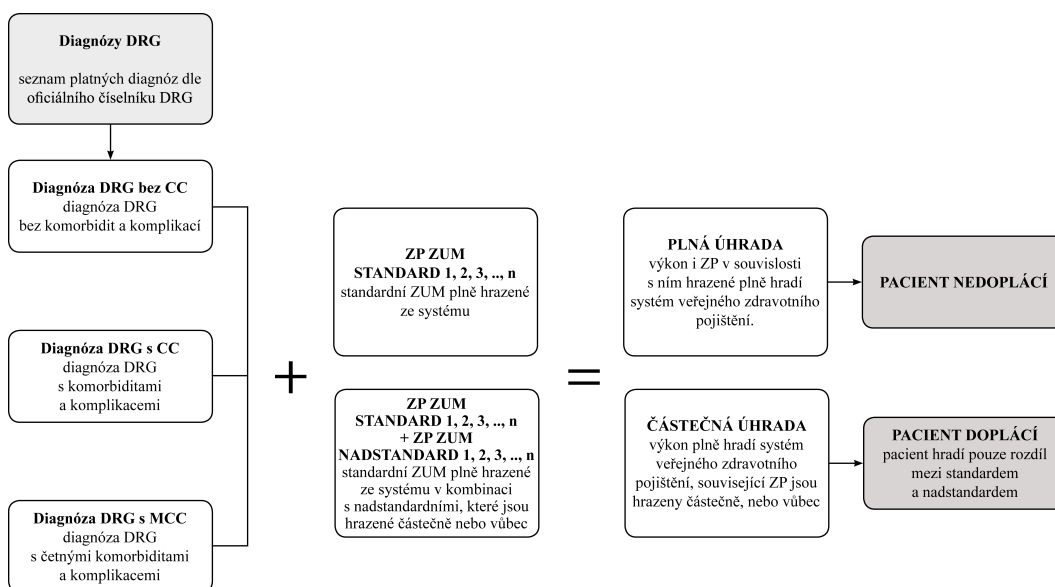
Zdroj: Autor

Technicky a legislativně způsobilý ZP, který bude kategorizován dle platných číselníků PDK, bude připraven k proceduře stanovení prospěšnosti. Neprospěšný ZP nebude automaticky zařazen do systému veřejného zdravotního pojištění. Neprospěšným se stal v této fázi proto, že v systému existuje ještě jiná, efektivnější metoda léčby. Bude však odpovídat z technického i legislativního pohledu a pacient si jej bude moci v případě zájmu zakoupit. Poté mu bude odborně aplikován, přičemž samotný výkon bude standardně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění (dle DRG). To však pouze v případě, že v souvislosti s použitým ZP nebude třeba dalších úkonů, které by při použití prospěšného standardu nebyly vyžadované. Uvedená část procesu však neznamená, že ZP jednou označený za neprospěšný, nemůže tento svůj statut změnit. Taková praxe je naopak žádoucí. Podmínky prospěšnosti a její certifikace definované v tabulce 3 se mohou v průběhu času změnit. Při recertifikaci může být prospěšnost původně neprospěšného ZP prokázána.

Prospěšný ZP bude do úhradového systému primárně zařazen. Dalším krokem bude jeho uvedení v číselníku hrazených ZP, kde bude na vstupu určeno,

zda se jedná nebo nejedná o ZUM. Až po rozdělení na položky ZUM(ANO) a ZUM(NE) projde procesem zařazení do standardu a nadstandardu. Všechny standardní ZP budou plně hrazené. Nadstandardní ZP budou hrazené pouze do výše standardu a vzniklý rozdíl bude hradit pacient. Celý princip má svůj význam pouze v případě, že bude svázán s kategoriemi diagnóz dle DRG. Schéma na obrázku 4 proto popisuje proces, jakým budou diagnózy dle DRG provázány se ZP, které budou použity pro jejich léčbu.

**Obr. 3: ZP použité v souvislosti s diagnózou dle DRG**



Zdroj: Autor

Prakticky bude provázání diagnózy dle DRG a prospěšných zdravotnických prostředků provedeno následujícím způsobem. Předpokladem jsou platný číselník diagnóz dle DRG a číselník prospěšných ZP, které jsou dále rozděleny na standardní a nadstandardní ZUM. Konkrétní diagnóza dle DRG bude ke svému řešení vyžadovat specifikované množství souvisejících ZP. Jak již bylo uvedeno, jejich počet může být různý a navíc se může jednat o standardní a nestandardní ZP ZUM. Veškeré standardní ZUM budou v souvislosti s výkonem uhrazeny plně. V případě použití dalších ZUM, které jsou nestandardní, bude uhrazen ZP pouze do výše stanoveného standardu. Vše nad jeho rámec bude hrazeno ze strany pacienta. Rovněž je třeba kalkulovat s takovými ZP, které neobhájily svou prospěšnost pro systém a nemohou tak být ani zařazené do

kategorie ZUM. Ty bude možno aplikovat také, avšak výhradně se stoprocentní finanční účastí pacienta.

Každý výkon bude mít svůj základ určený ve standardu, který bude definován legislativními a odbornými orgány, jak je uvedeno výše. Nebude možné, aby systém specifikoval výkon, který bude proveditelný pouze s nadstandardními ZP nebo pouze s jejich kombinací. Každý pacient musí mít nárok na provedení výkonu, který je zahrnut ve standardu, a tedy kompletně hrazený.

Na první pohled se může zdát, že je návrh nového systému pouze kopií stávajícího DRG. Ve skutečnosti tomu tak není. Hlavní rozdíly pramení z kvalitní kategorizace ZP, prokázání prospěšnosti a nového přístupu k ZUM. S těmito údaji současný způsob nepočítá. Pro úspěšnost a kvalitu systému nově navrhovaného jsou právě tyto tři parametry stěžejní. Proto je třeba postupovat systematicky a k novému způsobu úhrad od začátku přistupovat metodicky odlišně.

#### **4.3.3. Příklad provázání prospěšných ZP dle PDK s diagnózami DRG**

Jak již bylo uvedeno v předešlých odstavcích, hlavní myšlenka nového systému úhrad ZP spočívá v provázání jejich kódů s kódy diagnóz dle DRG. Za kód ZP je v tomto ohledu optimálně považována položka dle číselníku PDK. Znamená to tedy, že stávající Číselník ZP VZP je pro následující postup nepoužitelný a nemělo by s ním již být nadále počítáno, přestože je v současnosti platný a uveden i v následujícím příkladu. Univerzální číselník PDK bude v návaznosti na autorovu bakalářskou práci určeným standardem, který využijí všechny instituce, zabývající se problematikou ZP.

Další tabulka představuje výňatek z číselníku diagnóz dle DRG (vyhláška č. 425/2011 Sb.<sup>73</sup>), které se pro lepší názornost opět týkají zmíněných intraokulárních výkonů v jejichž rámci se provádějí implantace nitroočních čoček.

<sup>73</sup> Česká republika. Vyhláška 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 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2011, Ročník 2011, č. 425, Částka 148, s. 5506-5584. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6078>

**Tab. 5: Skupiny DRG – intraokulární výkony**

<b>IR-DRG</b>	<b>Název skupiny</b>	<b>Index</b>
02031	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY BEZ CC	0,7382
02032	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S CC	0,9164
02033	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S MCC	0,9160

Zdroj: Vyhláška č. 425/2011. Praha, Ministerstvo vnitra České republiky, 2011

Následující tabulka prezentuje přehled v současnosti používaných nitroočních čoček, zahrnutých v platném Číselníku ZP (ZUM) VZP<sup>74</sup>. Nyní v něm můžeme najít pouze čočky výhradně plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění, a tudíž standard. Pojišťovnou stanovená hranice úhrady za měkkou nitrooční čočku je 3 000,00 Kč. Není bez zajímavosti, že v aktuální podobě číselníku je chyba. U čočky 0163614 je uvedena cena 3 021,00 Kč, tedy přesahující stanovený limit. Nehrazené, ekonomicky náročnější varianty sice existují, nejsou však pro změnu zařazeny do kategorie ZUM, a tedy ani do tohoto číselníku. Další nedostatek, který bude účinně řešit číselník PDK. V něm budou zahrnuty čočky všech kategorií, tedy standardní i nadstandardní se specifikací participace systému na jejich úhradě a označením, zda se jedná, či nejedná o ZUM. V tomto konkrétním případě přirozeně půjde výhradně o ZUM, neboť se jedná o implantáty pevně začleněné do pacientova organismu.

<sup>74</sup> Číselník VZP – ZP, verze 830, (M). In: VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Číselník VZP* [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2012 [cit. 2012-01-18]. Dostupné z: [http://vzp.cz/uploads/document/1325490683-PZT\\_830\\_M.pdf](http://vzp.cz/uploads/document/1325490683-PZT_830_M.pdf)

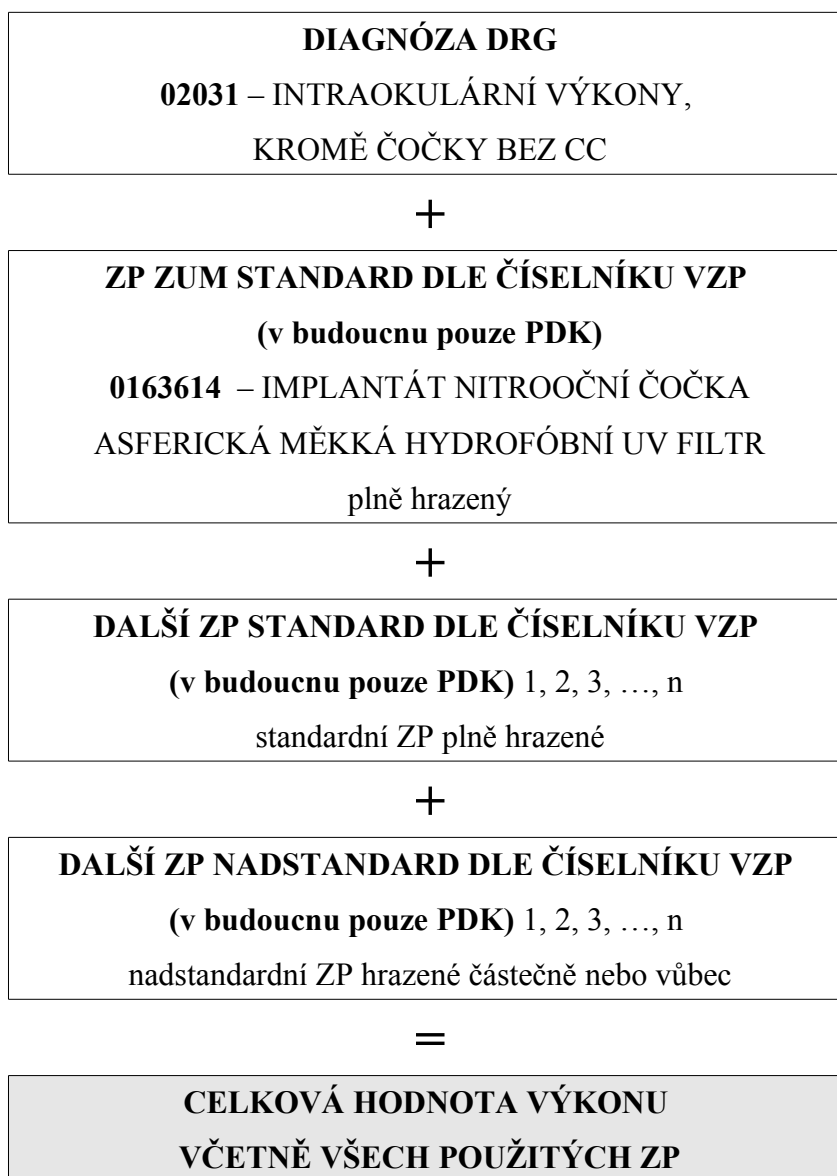
**Tab. 6: Nitrooční čočky v číselníku VZP**

Kód ZP	Název ZP	Doplňek názvu	Preskripční omezení	Typ (skupina ZP)	Měrná jednotka	Výrobce	Země výrobce	Maximální úhrada VZP	Konečná cena	Kategorie
0163573	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA SFERICKÁ TVRDÁ PMMA	TYPE 0,5 ZADNĚKOMOROVÁ OKRAJOVÉ DPTR	M	44	ks	424	USA	1 799,00 Kč	1 799,00 Kč	44053
0163574	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA SFERICKÁ TVRDÁ PMMA	MZ60BD ZADNĚKOMOROVÁ STANDARD ROZSAHU DPTR	M	44	ks	424	USA	1 799,00 Kč	1 799,00 Kč	44053
0163575	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA SFERICKÁ TVRDÁ PMMA	MTA3UO PŘEDNĚKOMOROVÁ STANDARD ROZSAHU DPTR VELIKOST 12,5 MM	M	44	ks	424	USA	1 799,00 Kč	1 799,00 Kč	44053
0163576	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA SFERICKÁ TVRDÁ PMMA	MTA4UO PŘEDNĚKOMOROVÁ STANDARD ROZSAHU DPTR VELIKOST 13 MM	M	44	ks	424	USA	1 799,00 Kč	1 799,00 Kč	44053
0163577	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA SFERICKÁ TVRDÁ PMMA	MTA5UO PŘEDNĚKOMOROVÁ STANDARD ROZSAHU DPTR VELIKOST 13,5 MM	M	44	ks	424	USA	1 799,00 Kč	1 799,00 Kč	44053
0163609	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA SFERICKÁ TVRDÁ PMMA	91A PŘEDNĚKOMOROVÁ JEDNOOHNISKOVÁ OPT.6MM,VEL.12,75MM OD 0 DO +34DPTR	M	44	ks	432	H	1 800,16 Kč	1 800,16 Kč	44053
0163597	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA SFERICKÁ TVRDÁ PMMA	LA-501 PŘEDNĚKOMOROVÁ JEDNOKUSOVÁ, VEL. 12,5MM,OD-5 DO +30DPTR	M	44	ks	425	BDS	1 532,78 Kč	1 532,78 Kč	44053
0163598	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA SFERICKÁ TVRDÁ PMMA	LS-102 ZADNĚKOMOROVÁ JEDNOKUSOVÁ,VEL. 12,5MM,OD-5 DO +30DPTR	M	44	ks	425	BDS	1 532,78 Kč	1 532,78 Kč	44053
0163605	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFILNÍ RAYACRYL UV FILTR	C-FLEX 970C JEDNOKUS. ZADNĚKOMOR. JEDNOOHNISK. OPT.6 MM OD +18 DO 34 DPTR	M	44	ks	433	GB	2 653,09 Kč	2 653,09 Kč	44054
0163606	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFILNÍ RAYACRYL UV FILTR	SUPERFLEX 920H JEDNOKUS. ZADNĚKOMOR. JEDNOOHNISK. OPTIKA 6,25 MM OD -10 DO +22DPTR	M	44	ks	433	GB	2 653,09 Kč	2 653,09 Kč	44054
0163595	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFILNÍ UV FIL. AKREOS	ADAPT-40 ZADNĚKOM. JEDNOKUS. JEDNOOHNISK. VEL. 10,7MM, OPTIKA 6MM, OD 0 DO +30PTR	M	44	ks	426	USA	2 381,00 Kč	2 381,00 Kč	44054
0163596	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFILNÍ UV FIL. AKREOS	M660 MIKROINČIZNÍ ZADNĚKOM. JEDNOKUS. JEDNOOHNISK. VEL. 10,7MM, OPT. 6MM, OD 0 DO +30PTR	M	44	ks	426	USA	2 983,00 Kč	2 983,00 Kč	44054
0163592	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFILNÍ UV FIL. BASSIS Z	BLAW ZADNĚKOMOROVÁ JEDNOKUSOVÁ JEDNOOHNISKOVÁ, VEL. 1,13MM, OPT. 6MM, OD 0 DO +30 DPTR	M	44	ks	427	D	1 859,00 Kč	1 859,00 Kč	44054
0163593	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFILNÍ UV FILTR. SPECIAL Z	SLAW ZADNĚKOM. JEDNOKUS. JEDNOOHNISK. VEL. 13MM, OPT. 6MM, OD -10 DO +45DPTR	M	44	ks	427	D	2 159,00 Kč	2 159,00 Kč	44054
0163612	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFILNÍ UV FILTR	ERIFLEX 640AB JEDNOKUSOVÁ ZADNĚKOMOROVÁ JEDNOOHNISK. OPT. 6 MM OD 0 DO +35 DPTR	M	44	ks	434	CZ	1 790,84 Kč	1 790,84 Kč	44054
0163636	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFILNÍ UV FILTR	SEELENS AF 1KUSOVÁ ZADNĚKOMOROVÁ JEDNOOHNISK. OPT. 6 MM OD + 15 DO + 34 DPTR	M	44	ks	430	IL	2 590,00 Kč	2 590,00 Kč	44054
0163601	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFILNÍ UV FILTR	SOFTEC HD JEDNOKUSOVÁ JEDNOOHNISKOVÁ, OPTIKA 5,75MM, VEL. 12MM, OD +5 DO +36DPTR	M	44	ks	425	BDS	2 594,02 Kč	2 594,02 Kč	44054
0163602	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFILNÍ UV FILTR + ŽLUTÝ	SOFTEC HDY JEDNOKUSOVÁ JEDNOOHNISKOVÁ, OPTIKA 5,75MM, VEL. 12MM, OD +5 DO +36DPTR	M	44	ks	425	BDS	2 801,29 Kč	2 801,29 Kč	44054
0163613	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFILNÍ UV-ŽLUTÝ FILTR	ERIFLEX 640ABY JEDNOKUSOVÁ ZADNĚKOMOROVÁ JEDNOOHNISK. OPT. 6 MM OD 0 DO + 35 DPTR	M	44	ks	434	CZ	1 830,22 Kč	1 830,22 Kč	44054
0163614	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFÓBNÍ UV FILTR	ERIFLEX 877FAB JEDNOKUSOVÁ ZADNĚKOMOROVÁ JEDNOOHNISK. OPT. 6 MM OD 0 DO +30 DPTR	M	44	ks	434	CZ	3 021,00 Kč	3 021,00 Kč	44055
0163591	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFÓBNÍ UV FILTR	ACRIVUE ZADNĚKOMOROVÁ JEDNOKUSOVÁ JEDNOOHNISKOVÁ, OPT. 6MM, OD +10 DO +30 DPTR	M	44	ks	429	IND	2 844,00 Kč	2 844,00 Kč	44055
0163588	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFÓBNÍ UV FILTR	Z4903 TŘÍKUSOVÁ ZADNĚKOMOROVÁ JEDNOOHNISKOVÁ OPTIKA 6MM, OD -10 DO +30 DPTR	M	44	ks	428	USA	2 849,00 Kč	2 849,00 Kč	44055
0163632	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFÓBNÍ UV-ŽLUTÝ FILTR	SN60WF MIKROINČIZNÍ JEDNOKUSOVÁ ZADNĚKOMOROVÁ JEDNOOHNISK. OPT. 6MM, OD +6 DO +30DPTR	M	44	ks	424	USA	2 998,00 Kč	2 998,00 Kč	44055
0163615	IMPLANTÁT NITROOČNÍ ČOČKA ASFÉRIKÁ MĚKKÁ HYDROFÓBNÍ UV-ŽLUTÝ FILTR	ERIFLEX 877FABY JEDNOKUSOVÁ ZADNĚKOMOROVÁ JEDNOOHNISK. OPT. 6 MM OD 0 DO +30DPTR	M	44	ks	434	CZ	3 104,95 Kč	3 104,95 Kč	44055

Zdroj: Číselník VZP – ZP, verze 830, (M). Praha, Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2012

Závěrečný obrázek schematicky vyjadřuje návrh konstrukce celkové hodnoty provedeného výkonu včetně veškerých použitých ZP k němu nezbytných. Výsledkem navrženého postupu bude exaktně stanovená cena provedeného výkonu dle klasifikace DRG včetně veškerých použitých ZP klasifikovaných v číselníku PDK. V kontextu s fakty uvedenými v části 4.3.2. této kapitoly bude rovněž jednoznačně určeno, kolik se za použité ZP zaplatí z veřejného zdravotního pojištění a kolik bude činit doplatek ze strany pacienta.

**Obr. 4: Návrh konstrukce celkové hodnoty výkonu s použitými ZP**



Zdroj: Autor

## Závěr

Zdravotnický prostředek. Pro většinu lidí nepodstatná a neznámá věc, kterou často registrují až ve chvíli, kdy jim jde doslova o život. Život, jeho kvalita a fyzické zdraví jsou však pojmy, které mohou právě zdravotnické prostředky významnou měrou ovlivnit. Na rozdíl od základních lidských potřeb, zájem o zdraví narůstá až s přibývajícím věkem člověka. Péče o něj je tak jednou ze základních povinností každého občana, který se chová zodpovědně k sobě i společnosti. Společnost by mu v tom ale měla recipročně pomáhat. Zdravotnické prostředky jsou stejně jako moderní způsoby léčby a léčiva nedílnou součástí dnešních systémů zdravotní péče na celém světě, ať už jsou na jakékoli úrovni vyspělosti. Jsou to především ekonomické otázky, které je každá společnost nucena řešit při stále sofistikovanějších způsobech léčby svých občanů. Kvalita života se dostává v moderních sociálních systémech do popředí, neboť jejich funkčnost záleží právě na zdraví a výkonnosti celé populace. Naplnění uvedených předpokladů však vyžaduje ekonomicky správně nastavený a relativně zdravý systém. Dílčím podkladem pro jeho zlepšení by mohla být i tato diplomová práce.

Diplomová práce se pokusila definovat nové postupy, které by aspoň částečně pozitivně přispěly ke zlepšení neutěšených poměrů v českém zdravotnictví. Na první pohled to může vypadat, že se z hlediska veřejných financí jedná o zanedbatelnou částku. Detaily však tvoří celek. Pokud by stát postupoval systematicky a pomocí podobných přístupů revitalizoval i další odvětví, byl by výsledný efekt značný. Čím méně veřejných zdrojů je, tím více je slyšet hlasy brojící proti korupci a nekalým praktikám. Teprve konkrétní kroky mohou ale vést ke zlepšení situace. Hlavním záměrem této práce byl proto návrh jednoho takového konkrétního řešení.

Autor se zabýval důležitou myšlenkou prospěšnosti zdravotnických prostředků, která doposud nebyla v souvislosti s nimi vyslovena. Jednou z otázek bylo, zda je vůbec možné aplikovat na oblast ZP podobné principy, jaké jsou používány ve sféře léčiv, což se bezpochyby prokázalo. Prospěšnost byla analyzována a následně popsána v kontextu mnoha aspektů zdravotní péče s jednoznačným závěrem. Stanovení prospěšnosti zdravotnických prostředků je žádoucí a nezbytné pro všechny postupy, které s jejich používáním souvisejí. Srozumitelný popis, návrh definice a praktické příklady věnující se problematice

prospěšnosti byly hlavními úkoly, které si autor této práce vytyčil a které byly splněny. Navržené postupy jistě nejsou jediné správné. Existuje mnoho cest k jednomu cíli. Problém je, že v této oblasti ještě nikdo nic podobného nezkusil, takže lze těžko srovnávat.

Dalším stanoveným úkolem bylo vytvoření nové definice zvláště účtovaných materiálů (ZUM). Problematika těchto specifických ZP byla podrobně analyzována a nový způsob jejich použití popsán. ZUM je společně s prospěšností dalším výchozím parametrem, který je stěžejní pro nový návrh úhrad ZP. Exaktní specifikace toho, co ZUMem je a není dnes neexistuje. V práci byl proto nastíněn návrh nový, který by zjednodušil a zároveň i zpřesnil nakládání s těmito ZP. Hlavním záměrem obou výše uvedených myšlenek je ukázka možnosti vytěsnit staré málo funkční a netransparentní procesy a nahradit je novými. To se podařilo a výsledkem je návrh nového systému úhrad ZP z prostředků veřejného zdravotního pojištění ČR. Způsob úhrad je navržen co nejpřehledněji a využívá jak nových myšlenek autora, tak funkčních principů současného systému. Snahou tedy bylo ponechat stávající životaschopné elementy, odstranit nedostatky a celý proces obohatit o progresivní nové myšlenky. To se podařilo, přestože je třeba vzít v úvahu, že ZUM jsou pouze částí velké rodiny zdravotnických prostředků.

Práce si vytyčila cíl být zajímavým podnětem pro dílčí změny systému, který je tolik kritizován. Prakticky se snažila položit základ novým postupům, které by mohly přispět ke zlepšení. Hlavní myšlenka směřovala k ekonomickým cílům a benefitům. Bez pořádku v elementárních složkách nemůže existovat žádný systém, ZP nevyjímaje. Současný stav věcí je poměrně neutěšený. Neprůhledné operace, rozdíly ve financování a především velký chaos ve zdravotnických výrobcích jako takových rozhodně nepřispívají ke změnám v pozitivním slova smyslu. Při proniknutí do každé podobné problematiky lze často zjistit, že je podstatně jednodušší a jasnější, než je nám našimi legislativci prezentováno. Může se jednat o záměr zamlžit a zneprůhlednit mechanismy přerozdělování prostředků z veřejných financí s cílem dále nedefinovaného prospěchu skupin či jednotlivců. Cesta k nápravě nespočívá v žádných dramatických revolučních krocích, ale v důsledné kontrole práce a nástrojů orgánů veřejné správy. K takovým účelům by mohla posloužit právě práce tohoto typu.

Pokud tato diplomová práce přispěje k zamyšlení, nebo dokonce konání zainteresovaných osob, lze jí považovat za přínosnou. A přesto, že jsou



prezentovány především ekonomické aspekty celé problematiky, stále je třeba myslet na to hlavní. Kvalita života, prospěch pacienta a život samotný jsou hlavními principy, které je třeba respektovat a považovat za nedotknutelné.

## Seznam použité literatury

### Monografie a ostatní tištěné zdroje

EXNER, Lubomír, Tomáš RAITER a Dita STEJSKALOVÁ. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2005, 187 s. ISBN 80-864-1973-8.

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.

KOŽENÝ, Pavel. *Klasifikační systém DRG*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 206 s. ISBN 978-802-4727-011.

MACH, Jan. *Medicína a právo*. Vyd. 1. Praha: C.H. Beck, 2006, 257 s. Beckova edice ABC. ISBN 80-717-9810-X.

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.

*Nerovnosti ve vstřícnosti zdravotnického systému: porovnání výsledků Světového šetření o zdraví za Českou republiku, Slovensko, Maďarsko, Slovinsko a Chorvatsko*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2007, 16 s. ISBN 978-807-2807-062.

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 240 s. ISBN 978-802-4726-281.

STIGLITZ, Joseph E. *Ekonomie veřejného sektoru*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997, 661 s. ISBN 80-716-9454-1.

ŠNĚDAR, Libor. *Základy zdravotnického práva: s příklady a otázkami*. 1. vyd. Praha: LexisNexis CZ, 2008, 125 s. Studijní texty (LexisNexis). ISBN 978-808-6920-214.

TRHOŇ, František. *Český model úhrad zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění*. Praha 2010, 2010. 59 s. Bakalářská práce. Univerzita Jana Amose Komenského Praha. Vedoucí práce Novotný Lukáš, Mgr. M.A., Ph.D.

### Elektronická média a webové stránky

Číselník VYKONY 811: (Platnost od 1.7.2011). In: VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2011 [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: [http://www.vzp.cz/uploads/document/1312191846-VYKONY\\_811.pdf](http://www.vzp.cz/uploads/document/1312191846-VYKONY_811.pdf)

Číselník VZP – ZP, verze 821, (M). In: VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Číselník VZP* [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2011 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: [http://vzp.cz/uploads/document/1322668253-PZT\\_821\\_ext\\_M.pdf](http://vzp.cz/uploads/document/1322668253-PZT_821_ext_M.pdf)

Číselník VZP – ZP, verze 821, (P). In: VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Číselník VZP* [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2011 [cit. 2011-12-03]. Dostupné z: [http://www.vzp.cz/uploads/document/1322668160-PZT\\_821\\_ext\\_P.pdf](http://www.vzp.cz/uploads/document/1322668160-PZT_821_ext_P.pdf)

Číselník VZP – ZP, verze 830, (M). In: VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Číselník VZP* [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2012 [cit. 2012-01-18]. Dostupné z: [http://vzp.cz/uploads/document/1325490683-PZT\\_830\\_M.pdf](http://vzp.cz/uploads/document/1325490683-PZT_830_M.pdf)

EKONOMICKÉ UKAZATELE. In: ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnická ročenka České republiky 2010* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011, s. 197-216 [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>

Ekonomické výsledky nemocnic k 30. 6. 2011. In: ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky 54* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011 [cit. 2011-12-18]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/54\\_11.pdf&sa=U&ei=X6XtTuGGBsHf8QPc0tCGCg&ved=0CAQQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNGW6oMeksGDXJUUS9oHPUCS9W2LA](http://www.uzis.cz/system/files/54_11.pdf&sa=U&ei=X6XtTuGGBsHf8QPc0tCGCg&ved=0CAQQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNGW6oMeksGDXJUUS9oHPUCS9W2LA)

Encyklopedie SÚKL: Co to jsou generické léky?. STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV. *O lécích.cz: Poznejte své léky* [online]. Praha: STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV, 2011 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: <http://www.olecich.cz/encyklopedie/co-to-jsou-genericke-leky>

MKN - 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí): Předmluva k českému vydání. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 17.12.2008, 17.12.2008 [cit. 2011-11-26]. Dostupné z: [http://mzcr.cz/Odbornik/obsah/mkn-10mezinarodni-klasifikace-nemoci\\_1644\\_3.html](http://mzcr.cz/Odbornik/obsah/mkn-10mezinarodni-klasifikace-nemoci_1644_3.html)

NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Národní referenční centrum: DRG* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2011 [cit. 2011-11-26]. Dostupné z: <http://www.nrc.cz/cs/drg>

NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Podpora kontraktace DRG: Slovníček pojmů* [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2011 [cit. 2011-11-26]. Dostupné z: <http://drg.nrc.cz/slovnicek.html>

Nemocnice v České republice v roce 2010. In: ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky 4* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011 [cit. 2011-12-18]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/04\\_11.pdf&sa=U&ei=2NbtTrahLMKC4gT80az-CA&ved=0CAQQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNGWqBMFr9xDiG3hDf-psDTFfz9bGQ](http://www.uzis.cz/system/files/04_11.pdf&sa=U&ei=2NbtTrahLMKC4gT80az-CA&ved=0CAQQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNGWqBMFr9xDiG3hDf-psDTFfz9bGQ)

Organizace v přímé působnosti ministerstva zdravotnictví. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 19.12.2007, 11.01.2012, 15:51 [cit. 2012-0-13]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/primo-rizene-organizace\\_843\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/primo-rizene-organizace_843_1.html)

Úhradová vyhláška pro rok 2012. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Tiskové zprávy* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 28.11.2011, 28.11.2011 [cit. 2011-11-28]. Dostupné z: [http://mzcr.cz/dokumenty/uhradova-vyhlaska-pro-rok-2012\\_5634\\_1.html](http://mzcr.cz/dokumenty/uhradova-vyhlaska-pro-rok-2012_5634_1.html)

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Hospitalizovaní podle klasifikace DRG v roce 2010: Řada: Zdravotnická statistika* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2011, 56 s.[cit. 2012-01-08]. ISBN 978-80-7280-971-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani-podle-klasifikace-drg>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Číselník VZP-ZP Metodika: Verze 821 (verze Číselníku: PZT\_821)* [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2011, 91 s.[cit. 2012-01-13]. Dostupné z: [http://www.vzp.cz/uploads/document/1323085073-Metodika\\_PZT-821.pdf](http://www.vzp.cz/uploads/document/1323085073-Metodika_PZT-821.pdf)

ZÁKLADNÍ PRINCIPY SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE A PŘEHLED. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2011, 13. 1. 2011 [cit. 2011-12-18]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/prevence/czech/czech.html>

Zdravotní pojišťovny - náklady na segmenty zdravotní péče. In: ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky 50* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011 [cit. 2011-12-18]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/50\\_11.pdf&sa=U&ei=ldDtToPiE5Sh8gOokLnsCQ&ved=0CAQQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNEI4R-OoBlhdVc1FLg6qZJIYiL7jg](http://www.uzis.cz/system/files/50_11.pdf&sa=U&ei=ldDtToPiE5Sh8gOokLnsCQ&ved=0CAQQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNEI4R-OoBlhdVc1FLg6qZJIYiL7jg)

## Zákonné normy, interní předpisy

Česká republika. Úplné znění zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, jak vyplývá ze změn provedených zákonem č. 130/2003 a zákonem č. 274/2003 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2003, Ročník 2003, č. 346, Částka 114, s. 5674-5696. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4198>

Česká republika. VYHLÁŠKA Ministerstva zdravotnictví ze dne 2. června 1998 kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 1998, Ročník 1998, č. 134, Částka 46, s. 5674-6258. Dostupné z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?l=134/1998](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?l=134/1998)

Česká republika. VYHLÁŠKA Ministerstva zdravotnictví ze dne 17. prosince 2010 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 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2010, Ročník 2010, č. 396, Částka 142, s. 5266-5330. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5850>

Česká republika. Vyhláška 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 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2011, Ročník 2011, č. 425, Částka 148, s. 5506-5584. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6078>

Česká republika. Zákon ze dne 6. září 2011, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2011, Ročník 2011, č. 298, Částka 105, s. 3764-3816. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6025>

Česká republika. Zákon ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 1997, Ročník 1997, č. 48, Částka 16, s. 1185-1264. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3007>

Česká republika. Zákon ze dne 15. dubna 2000 o zdravotnických prostředcích a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2000, Ročník 2000, č. 123, Částka 36, s. 1692-1713. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3424>

## Seznam obrázků, tabulek a grafů

### Seznam obrázků

Obr. 1:	Nemocnice v České republice k 31. 12. 2010.....	19
Obr. 2:	Zavedení ZP do systému veřejného zdravotního pojištění	81
Obr. 3:	ZP použité v souvislosti s diagnózou dle DRG.....	82
Obr. 4:	Návrh konstrukce celkové hodnoty výkonu s použitými ZP	86

### Seznam tabulek

Tab. 1:	Příklad stanovení DRG úhrad dle klasifikace MKN – 10	32
Tab. 2:	Přehled úhrad ZP dle jejich typů.....	52
Tab. 3:	Časová platnost doby prospěšnosti zdravotnických prostředků.....	71
Tab. 4:	18 nadstandardů platných od 1. 1. 2012.....	78
Tab. 5:	Skupiny DRG – intraokulární výkony.....	84
Tab. 6:	Nitrooční čočky v číselníku VZP.....	85

### Seznam grafů

Graf 1:	Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů.....	36
Graf 2:	Struktura nákladů nemocnic rezortu zdravotnictví k 30. 6. 2011 podle zřizovatele (v %).....	41
Graf 3:	Vývoj podílu jednotlivých nákladových položek nemocnic.....	42
Graf 4:	Výdaje na ZP v České republice celkem (kvalifikovaný odhad).....	43
Graf 5:	Index nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči dle segmentů (rok 2006 = 100).....	55
Graf 6:	Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů.....	55

## **Bibliografické údaje**

**Jméno autora:** František Trhoň

**Obor:** 7202T026 - Sociální a mediální komunikace (Mgr. SMK)

**Forma studia:** Kombinovaná

**Název práce:** Úhrady zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění v kontextu reforem zdravotnických systémů

**Rok:** 2012

**Počet stran bez příloh:** 89

**Celkový počet stran příloh:** 0

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 34

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 17

**Vedoucí práce:** Mgr. Lukáš Novotný, M.A., Dr.