

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PRÁVNICKÁ FAKULTA

Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Právní úprava zdravotní péče v ČR

Vedoucí rigorózní práce
JUDr. Jana Zemanová

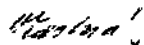
Únor 2008

Vypracovala
Mgr. Karolina Šťastná
Na Babce 1034
Pardubice

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto rigorózní práci zpracovala samostatně a že jsem vyznačila prameny, z nichž jsem pro svou práci čerpala, způsobem ve vědecké práci obvyklým.

V Praze 25.2.2008


Mgr. Karolina Šťastná

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

Obsah rigorózní práce

ÚVOD	5
1. PRÁVNÍ ÚPRAVA ZDRAVOTNÍ PÉČE PODLE ZÁKONA O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ	8
1.1. Platná právní úprava veřejného zdravotního pojištění.....	11
1.1.1. Osobní rozsah zdravotního pojištění.....	12
1.1.2. Vznik a zánik zdravotního pojištění.....	13
1.1.3. Pojistné na zdravotní pojištění.....	13
1.1.4. Práva a povinnosti plátců pojistného na zdravotní pojištění.....	14
1.1.5. Práva a povinnosti pojištěnce.....	14
1.1.6. Podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady	16
1.2. Financování zdravotní péče a finanční spoluúčast pacientů	20
1.3. Systém hrazení nákladů za poskytnutou zdravotní péči	26
1.3.1. Práva a povinnosti smluvních partnerů	26
1.3.2. Kontrola poskytování zdravotní péče.....	30
1.3.3. Regulace úhrad zdravotní péče.....	32
1.3.4. Úhrada za poskytování zdravotní péče podle typu zdravotnického zařízení.....	34
1.3.5. Poskytování zdravotní péče cizincům a českým občanům v zemích EU.....	35
1.4. Léková politika	40
1.4.1. Kategorizace léčiv.....	41
1.4.2. Stanovení výše úhrady léků.....	43
1.4.3. Nový způsob stanovování úhrad léků.....	43
1.4.4. Výdaje na léky a návrh úsporných opatření	44
1.4.5. Léková politika a možnosti legislativních zásahů do reklamy, cenotvorby a dostupnosti léčiv	45
1.4.6. Liberalizační trendy v současném evropském lékárenství.....	48

2.	DŮSLEDKY ÚČINNOSTI NOVÉHO ZÁKONÍKU PRÁCE NA POSKYTOVATELE	
	ZDRAVOTNÍ PÉČE	48
2.1.	Vliv novely zákoníku práce na organizaci ústavní péče	50
2.2.	Reorganizace LSPP	51
2.3.	Změny v organizaci záchranné služby	51
3.	PRÁVNÍ ÚPRAVA ZDRAVOTNÍ PÉČE PODLE ZÁKONA O PÉČI O ZDRAVÍ LIDU.....	52
3.1.	Hlavní zásady péče o zdraví	52
3.2.	Účast občanů, profesních organizací a jiných občanských sdružení v péči o zdraví.....	53
3.3.	Poskytování zdravotní péče	54
3.4.	Léčebně preventivní péče.....	55
3.5.	Soustava zdravotnických zařízení	59
3.6.	Pracovníci ve zdravotnictví	60
3.7.	Zpracování osobních údajů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče	61
3.7.1.	Zdravotnická dokumentace.....	62
3.7.2.	Národní zdravotnický informační systém.....	67
3.8.	Řízení péče o zdraví lidu a rozhodování při výkonu zdravotní péče	68
4.	VYBRANÁ AKTUÁLNÍ TÉMATA SOUVISEJÍCÍ S POSKYTOVÁNÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	69
4.1.	Informovaný souhlas a nesouhlas pacienta, postavení pacienta z hlediska jeho práv a povinností a právo pacienta na kopii zdravotnické dokumentace	69
4.1.1.	Informovaný souhlas.....	69
4.1.2.	Informovaný nesouhlas.....	71
4.1.3.	Právo pacienta na kopii zdravotnické dokumentace	73
4.2.	Poskytování informací o zdravotním stavu třetím osobám, nakládání se zdravotní dokumentací.....	74
4.2.1.	Povinná mlčenlivost.....	74

4.2.2. Výjimky z povinné mlčenlivosti	77
4.2.3. Vztah k orgánům státní správy a ostatním subjektům	79
4.2.4. Zachovávání povinné mlčenlivosti po smrti pacienta.....	80
4.3. Informační a komunikační technologie ve zdravotnictví.....	81
4.3.1. Systém elektronických zdravotních knížek IZIP	83
4.3.2. Elektronická identifikace pacienta při hospitalizaci.....	84
4.3.3. Elektronická evidence zdravotnických prostředků	85
4.3.4. Systém elektronické preskripce	85
4.3.5. Webové stránky zdravotnického zařízení.....	88
5. REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ.....	88
5.1. Obecné principy reformy zdravotnictví.....	91
5.2. Náplň reformy.....	91
5.3. Plán organizačních a reformních kroků pro zdravotní systém ČR.....	93
5.3.1. Reformní opatření v roce 2007.....	93
5.3.2. Reformní opatření 2007-2009.....	94
5.3.3. Reformní opatření po roce 2009	98
5.4. Zdravotní pojištění v některých zemích EU	98
ZÁVĚR	102
LITERATURA A PRAMENY	105
Literatura	105
Prameny.....	105
Seznam zkratk.....	107
PŘÍLOHY.....	108
1. Evropský průkaz zdravotního pojištění.....	108
2. Národní zdravotní registry	109
3. Pracovní neschopnost v roce 2007	113
4. Vývoj výdajů na zdravotnictví.....	114
4.1. Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví.....	114

4.2. Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví v tabulce	115
4.3. Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví v grafu.....	116
4.4. Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků v tabulce.....	117
4.5. Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků v grafu	118

Úvod

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

Poskytování zdravotní péče je velmi diskutovaným tématem, týká se totiž každého z nás bez rozdílu, protože občas jsme všichni pacienti a je nám v nějaké formě poskytována zdravotní péče. V médiích často slyšíme o nedostacích českého zdravotnictví, zejména o problémech s jeho financováním, nezdíka jsou nám politiky předkládána jednoduchá řešení složitých a vzájemně propojených problémů a laik může nabýt dojmu, že několika ráznými rozhodnutími lze všechny problémy snadno vyřešit, ale tak tomu bohužel není. Jde především o vyvážení finančních možností státu (veřejné zdravotní pojištění) a jeho obyvatel (finanční spoluúčasť, připojištění) na jedné straně a finanční náročnosti stále se rozvíjejících vědeckých poznatků a jejich praktické aplikaci v medicíně (drahé přístrojové vybavení, nové léky, diagnostické postupy, požadavky prevence a včasné a někdy i dlouhodobé, až celoživotní léčby, prodlužování délky života a tím prodlužování náročné léčby pacientů) na straně druhé. Do systému mohou plynout finance i z dalších zdrojů (např. sponzorství určitých zdravotních programů firmami, charitativní činnost apod.).

České zdravotnictví se potýká s nedostatkem financí, který je dlouhodobý a stále se prohlubuje. Do roku 1989 bylo zdravotnictví striktně státem plánované a jím řízené, po nástupu demokracie proto bylo třeba vytvořit ucelenou koncepci zdravotnictví tak, aby nedocházelo k jeho dalšímu zadlužování, avšak ta, dle mého názoru, doposud nebyla vytvořena.

V devadesátých letech nastaly ve zdravotnictví výrazné změny. Jednou z prvních byla privatizace části zdravotnických zařízení a vznik nových privátních ambulantních i lůžkových zařízení, tedy možnost soukromého podnikání ve zdravotnictví za dob minulého režimu zcela nemyslitelná. Jako základní zdroj financování zdravotnictví byl zaveden pojišťovací systém a zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ve znění pozdějších předpisů vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna, potom podle zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů,

následoval vznik mnoha dalších zdravotních pojišťoven, později ovšem i zánik některých z nich. V roce 2003 stát převedl všechny nemocnice, kromě fakultních nemocnic, do vlastnictví krajských samospráv. Tyto nemocnice totiž byly státem opakovaně oddlužovány, jejich dluhy dosahovaly desítek a v některých případech až stovek miliónů korun, ale podstata problému se zadlužováním nebyla řešena a stát už nechtěl stále pokrývat ztráty nemocnic ze státního rozpočtu. Krajské samosprávy ale také nemohly ze svých rozpočtů zadlužené nemocnice stále dotovat, neboť ve svých rozpočtech neměly takové množství volných finančních prostředků, a proto se některé z nich rozhodly přistoupit k jejich převodu na obchodní společnosti nebo dokonce k jejich prodeji do soukromých rukou. Takový postup vyvolal bouřlivou diskusi vzhledem k obavám, zda prodej nemocnic soukromým osobám nebo společností nepovede k omezování poskytované zdravotní péče směrem k upřednostňování lukrativní zdravotní péče na úkor té méně lukrativní a tedy ke zhoršení dostupnosti určitých druhů zdravotní péče v dané oblasti.

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

Téma zdravotnictví je mi velmi blízké, protože oba moji rodiče jsou zdravotníci a mezi lékaři mám mnoho přátel, takže se pohybuji v prostředí, kde se o věcech, kterými se v této práci zabývám, často diskutuje a to nejen o teoretických záležitostech, ale hlavně o praktických problémech, které se ve zdravotnictví vyskytují a které lze do značné míry ovlivnit i zkvalitněním legislativy v této oblasti. Téma zdravotní péče jsem si vybrala i pro svoji diplomovou práci, ve které jsem se věnovala poskytování zdravotní péče v systému veřejného zdravotního pojištění a ze které jsem po nezbytné aktualizaci a přepracování při psaní rigorózní práce částečně vyšla. Ve své rigorózní práci jsem se kromě oblasti poskytování zdravotní péče zaměřila i na některá aktuální témata s touto oblastí úzce související, jako je například informovaný souhlas a nesouhlas pacienta nebo zavádění moderních informačních a komunikačních technologií ve zdravotnictví.

Rigorózní práce se skládá z úvodu, pěti kapitol a závěru a je doplněna přílohami.

V kapitole 1. „Právní úprava zdravotní péče podle zákona o veřejném zdravotním pojištění“ jsem stručně shrnula platnou právní úpravu veřejného zdravotního pojištění jako hlavního zdroje financování zdravotnictví v České republice.

Dále jsem se věnovala lékové politice (kapitola 1.4. Léková politika) jako důležité součásti systému poskytování zdravotní péče. Stručně jsem shrnula problematiku stanovování cen léků a jejich úhrady zdravotními pojišťovnami, pokusila jsem se zhodnotit současný stav a zároveň navrhnout možnosti jak uspořit ve výdajích na léky, které jsou významnou položkou v celkových výdajích na zdravotní péči.

V kapitole 2. „Důsledky účinnosti nového zákoníku práce na poskytovatele zdravotní péče“ jsem se zaměřila na dlouhodobě neřešený problém vykazování a placení přesčasové práce ve zdravotnických zařízeních a vliv nové právní úpravy na některé zdravotnické služby.

V kapitole 3. „Právní úprava zdravotní péče podle zákona o péči o zdraví lidu“ je pojednáno o současně platné právní úpravě se zdůrazněním změn po novele tohoto zákona. Jedná se o změny těch částí zákona, které nejvíce neodpovídaly současné situaci. Je to § 67b ZPZL, který řeší problematiku zdravotnické dokumentace, práva pacienta a dalších osob nahlížet do dokumentace, pořizovat opisy a výpisy, povinnost vyžádání informovaného souhlasu nebo nesouhlasu pacienta s léčbou a dokumentace vyjádření pacienta a pravidla pro vedení dokumentace na elektronických médiích. Zejména novelou upravené právo nahlížet do dokumentace bylo před přijetím hodně diskutováno odbornou veřejností.

V kapitole 4. „Vybraná aktuální témata související s poskytováním zdravotní péče“ jsem se zaměřila na podrobnější hodnocení témat, která jsou v oblasti poskytování zdravotní péče nová, diskutovaná, někdy i kontroverzní. Je to především povinnost informovat pacienta o vyšetřovacích a léčebných postupech s vyžádáním a zadokumentováním jeho souhlasu, dále právo pacienta a jeho příbuzných a třetích osob na nahlížení do dokumentace a zejména vstup informačních a komunikačních technologií do denní praxe ve zdravotnictví. Tato oblast není dosud legislativou dostatečně řešena, ale vzhledem k rychlému rozvoji těchto technologií lze patrně vytvořit jen určitá rámcová pravidla, která by vývoji nebránila, pouze by vymezovala mantinely pro jejich používání.

V kapitole 5. „Reforma zdravotnictví“ jsou diskutována obecná pravidla, jak by měla reforma zdravotnictví probíhat a srovnání poskytování zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění u nás a v některých dalších zemích a jednotlivé reformní kroky, plánované Ministerstvem zdravotnictví ČR pod vedením ministra MUDr. Tomáše Julínka.

V práci se vychází z platné právní úpravy ke dni 31.12.2007.

1. Právní úprava zdravotní péče podle zákona o veřejném zdravotním pojištění

S historickým vývojem struktury společnosti se vyvíjela i organizace zdravotní péče o obyvatelstvo. Ve starověku nebo středověku, přestože se již tehdy dbalo o výchovu a vzdělávání lékařů, nebylo běžné, že by do fungování zdravotní péče nějak výrazně zasahoval stát, respektive panovník. Systém poskytování zdravotní péče fungoval tak, že nemocný se obracel na lékaře přímo, bez účasti např. stavovských organizací, s tím, že za poskytnutou péči mu poskytne buď protislužbu, věcné plnění, nebo zaplatil penězi.

Zásadní změna přístupu lidstva ke zdravotní péči nastává v okamžiku, kdy se garantem zdravotní péče stává stát. Pohnutky, které vedly k tomu, že na sebe tuto funkci garanta převzal stát, jsou zcela prozaické - vycházejí z poznání, že je výhodnější starat se o zdraví svých občanů, než řešit následně problém s nedostatkem kvalitních pracovních sil, vojáků a policistů a potírat sociální nepokoje způsobené neutěšenou sociální situací obyvatelstva. Došlo se proto k závěru, že je lepší zajistit občanům alespoň základní zdravotní péči a stát se tím ujímá i povinnosti tuto péči buď zcela nebo částečně uhradit. Vzhledem k tomu, že jednou poskytnuté výhody mají tendenci se rozšiřovat, s postupem doby se stává běžnou součástí každého moderního státu jím garantovaný model zdravotní péče¹.

Počátky zdravotního pojištění lze vysledovat již ve středověku, kdy fungovalo hornické bratrské pojištění, které plnilo funkci dnešního pojištění nemocenského a úrazového, i když plnilo svou funkci nedostatečně a jen v hornickém odvětví průmyslu.

V našich zemích bylo zdravotní pojištění zpočátku součástí širšího systému sociálního pojištění a to v části nemocenského pojištění, které dříve zahrnovalo i poskytování peněžitých a věcných dávek, tedy i úhradu za zdravotní péči ve smyslu našeho dnešního zdravotního pojištění (v posledních letech je zvažována možnost opětovného propojení zdravotního a nemocenského pojištění, argumentuje se pak zejména snížením nákladů na administrativu a zjednodušením celého systému).

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

V druhé polovině 19. století se pak v Rakousku-Uhersku s rozvojem dělnického hnutí rozmohly dělnické svépomocné pokladny, které dokonce měly tolik peněz, že ze svých zdrojů spolufinancovaly i tehdy vznikající sociální demokracii, začalo se také se zapojováním zaměstnavatelů do systému sociálního pojištění, ale stále byl celý systém kusý a nedostatečný.

V ČSR po roce 1918 fungoval pokladenský systém, který jsme jako nástupnická republika zdědili po Rakousku-Uhersku, ale i vzhledem k tehdejší sociální a politické situaci (demonstrace za socialistické Československo, vznikající komunistická strana, nárůst počtu chudých a nezaměstnaných, návrat legionářů z 1. světové války, kteří se často nedokázali uplatnit na trhu práce a tedy se ocitali bez prostředků,...) si vláda uvědomovala nutnost sociální reformy. Po dohodě všech parlamentních stran, které přenechaly práci na reformě odborné komisi a v průběhu roku 1923 projednaly jí předložený návrh, byla sociální reforma schválena v roce 1924. Tato reforma byla svým způsobem přelomová, protože poprvé sjednotila všechny systémy, kromě úrazového a penzijního pojištění, které komisi nedovolilo včlenit silné lobby, a protože poskytovala pojištěncům komplexní ochranu. Komplexnost spočívala především v tom, že tato právní úprava nemoc, jako základní sociální událost, ošetřovala v její aktivní fázi prostřednictvím nemocenské, v její stabilizované fázi jako invalidní důchod a ve stáří starobním důchodem koncipovaným jako presumovaná invalidita od 65 let věku- tedy obsahovala dávky na různá stadia zvýšených nákladů: ztráta nebo omezení výdělku pro nemoc, invaliditu a stáří. Současně také reforma zavedla zvláštní pojišťovací ústav, Ústřední sociální pojišťovnu, ve kterém byla také sjednocena správa, dále pak bylo zavedeno specializované pojišťovací soudnictví a trestní odpovědnost povinných fyzických osob (tedy zaměstnavatelů a jejich odpovědných zaměstnanců).

V období po 2. světové válce a zejména pak po roce 1948, kdy došlo ke změně politické situace v ČSR, dochází také k výrazným změnám na poli sociálního pojištění. V roce 1948 byl přijat zákon o národním pojištění, který přinesl sjednocení systému a zavedení jednotné úpravy pojištění pro jednotlivé skupiny pojištěnců. Po změně politického režimu byly zestátněny nemocnice, léčebné ústavy, lázně a byl znárodněn i farmaceutický průmysl a velkodistribuce léčiv. Po nástupu komunistické strany k moci tak došlo k násilnému zestátnění zdravotnictví- zavírání soukromých praxí lékařů a zabavování jejich vybavení, rovněž lékárny byly odňaty svým majitelům včetně zásob léků, zdravotnického materiálu a vybavení laboratoří, zdravotnictví je nadále řízeno centrálně, vše je plánováno (včetně nákupů léků a zdravotnického materiálu a nových přístrojů do nemocnic), takže se začíná plýtvat, protože celý systém je nepřehledný, nemožnost výběru zdravotnického zařízení a lékaře dává prostor ke korupci, dochází ke zneužívání a nadužívání zdravotnické péče, protože neexistuje

efektivní kontrola. Jedním z negativních dopadů těchto změn byla také nedostupnost některých léků ze zahraničí - dovoz zahraničních medikamentů (zejména pak z takzvaného „západního bloku“) byl velmi omezen, léčení jimi byli jen někteří pacienti a to ještě v mnoha případech nedostatečně, protože těchto léků bylo tak málo, že je nebylo možné podávat pacientovi v potřebném množství po dostatečně dlouhou dobu. Na druhou stranu je ale nutné zmínit, že byla přijata celá řada zákonů, které se zaměřovaly na preventivní funkci zdravotnictví, například jen v roce 1948 to byly zákony o boji proti přenosným chorobám, o opatřeních proti tuberkulóze, o boji proti pohlavním chorobám. Byl přijat také zákon č. 271/1949 Sb., o výrobě a distribuci léčiv, který kromě jiného položil základy pro budování socialistického lékárenství, když na jeho základě byl zřízen národní podnik Medika, který spravoval znárodněné lékárny (majitelé lékáren se tak stali zaměstnanci národního podniku) a do něhož přešel i velkoobchod s léčivy. Zákonem č. 103/1951 Sb., o jednotné léčebně-preventivní péči a pak v průběhu roku 1952 byly zavedeny do našeho zdravotnictví nové důležité organizační prvky: obvodový systém, propojení ambulantních složek s nemocnicí a spojení složek zdravotní péče do jednoho organizačního útvaru, kterým byl Ústav národního zdraví. Řízení zdravotnictví se postupně soustředilo téměř výhradně do rukou ministerstva zdravotnictví a v krajích a okresech do plén a rad zdravotnických orgánů národních výborů. Základní principy socialistické zdravotní péče byly: státní charakter zdravotnictví, bezplatnost a všeobecná dostupnost, vysoká kvalita poskytované péče, obsahová a organizační jednota zdravotnictví, plánovaný rozvoj, preventivní zaměření, přednostní zabezpečení zdravotní péče pro vybrané skupiny obyvatelstva (matky, děti, pracující), vědecký základ zdravotnictví, aktivní účast obyvatelstva na zdravotní péči a na správě a řízení zdravotnictví². Dalším přelomem ve vývoji našeho zdravotnictví bylo přijetí zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (dále jen ZPZL), který je po četných novelizacích dodnes platný a který je soubornou právní úpravou pro všechny oblasti činnosti zdravotnictví a od něhož se odvozují vyhlášky a další normy upravující povinnosti a práci zdravotnických zařízení (poskytování léčebné a preventivní péče, posuzování zdravotní způsobilosti k práci, poskytování závodních zdravotních služeb pro zaměstnance, poskytování lázeňské péče atd.). Zdravotnická zařízení byla pouze státní a tvořila jednotnou síť, která byla řízena národními výbory s výjimkou těch zařízení, která řídilo přímo ministerstvo zdravotnictví (vědecká a výzkumná pracoviště, ústavy pro další vzdělávání, lázeňské organizace, organizace vyrábějící, zásobující a kontrolující léčiva). V té době byla vzhledem k zásadě bezplatnosti zdravotnictví přímá finanční

² Lékárenství, Učebnice pro farmaceutické fakulty, Avicenum 1986.

spoluúčast pacienta na hrazení zdravotní péče nemyslitelná a zřejmě v této době tedy asi vznikla dodnes zakořeněná mylná představa některých spoluobčanů o tom, že „zdravotnictví je zadarmo“.

Po změně polického režimu v roce 1989 bylo v souvislosti s celospolečenskými změnami nutné změnit také systém poskytování zdravotní péče a především systém financování zdravotnictví. Usnesením vlády č. 38/1990 byl schválen nový systém zdravotní péče, který jako způsob financování zvolil princip všeobecného zdravotního pojištění (narozdíl od dosavadního způsobu financování ze státního rozpočtu). Od roku 1992, kdy bylo všeobecné zdravotní pojištění zavedeno, je tedy zdravotní péče hrazena z veřejných prostředků, jejichž zdrojem je především pojistné na všeobecné zdravotní pojištění. Zdravotní pojištění pak provádějí zdravotní pojišťovny, které jsou právníckými osobami a které byly zřizovány na základě zákona a to zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně a zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Počet zdravotních pojišťoven se v 90. letech často měnil, dnes se počet pojišťoven s celostátní působností ustálil na čísle devět- Všeobecná zdravotní pojišťovna a osm pojišťoven vzniklých podle zákona č.280/1992 Sb.³

1.1. Platná právní úprava veřejného zdravotního pojištění

Veřejné zdravotní pojištění (a zdravotní péče poskytovaná v jeho rámci) je upraveno zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen ZVZP), dále pak je poskytování zdravotní péče upraveno zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláškami Ministerstva zdravotnictví o úhradách za poskytovanou péči a léčiva.

V roce 2006 došlo v oblasti úhrady zdravotní péče a léčiv k mnoha změnám. Úhradová vyhláška pro první pololetí 2006 (vyhláška č. 550/2005 Sb.) platila v původní podobě pouze čtvrt roku. Již na konci března 2006 vyšla její zásadní novela (vyhláška č. 101/2006 Sb.). Dne 30.12.2006 byla publikována vyhláška č. 619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění zákona č. 117/2006 Sb., s účinností od 1.1.2007. Tato vyhláška stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Úhrady zdravotní

³ Příspěvek Doc. MUDr. Milady Emmerové, CSc. na konferenci „80 let sociálního pojištění“.

péče změnila také vyhláška č. 493/2005 Sb., o seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. I tato vyhláška byla v průběhu roku pozměněna vyhláškou č. 290/2006 Sb., kterou se vydává rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o rámcových smlouvách a dále vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. V závěru roku 2006 vyhláškou č. 620/2006 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, byla s účinností od 1.1.2007 vyhláška č. 618/2006 Sb., doplněna především o výkony všeobecných sester v sociálních službách.

Ještě více změn se dotklo oblasti regulace úhrad léčiv. Vyhláška č. 532/2005 Sb. s účinností 1.1.2006 byla od 1.3.2006 pozměněna vyhláškou č. 37/2006 Sb. a od 1.8.2006 dokonce dvěma vyhláškami (č. 368/2006 Sb. a č. 387/2006 Sb.). Poslední změnu přinesla s účinností od 1.1.2007 vyhláška č. 621/2006 Sb., změna vyhlášky o úhradách léčiv pro zvláštní lékařské účely. Z výše uvedeného je zřejmé, že legislativa upravující poskytování zdravotní péče je značně nepřehledná a její sjednocení by odborná zdravotnická veřejnost jistě uvítala.

Nyní se budu zabývat základními instituty veřejného zdravotního pojištění a de facto platnou právní úpravou, která byla účinná v době zpracování rigorózní práce, tedy k 31.12.2007.

1.1.1. Osobní rozsah zdravotního pojištění

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

1.1.2. Vznik a zánik zdravotního pojištění

Veřejné zdravotní pojištění vzniká ze zákona a je rovněž ze zákona povinné (soukromé zdravotní pojištění je na rozdíl od veřejného zdravotního pojištění postaveno na dobrovolném smluvním vztahu pojištěnce a zdravotní pojišťovny a také narozdíl od veřejného pojištění nemá zákonem stanovenou výši plateb pojistného).

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

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

1.1.3. Pojistné na zdravotní pojištění

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

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

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

Pojištěnec není povinen platit pojistné po dobu, kdy se dlouhodobě zdržuje v cizině (za dlouhodobý pobyt se považuje nepřetržitý pobyt delší šesti měsíců)⁴. Po návratu je pojištěnec povinen se znovu přihlásit u zdravotní pojišťovny a předložit doklad o uzavřeném pojištění v cizině a o jeho délce. Jestliže takový doklad pojištěnec nepředloží, je povinen doplatit

⁴ Ze ZVZP vyplývá, že se ustanovení nevztahuje na případy, kdy pojištěnec je v zahraničí např. na prázdninách a platí pojistné na území ČR.

zdravotní pojišťovně pojištění zpětně za dobu, kdy pobýval v cizině. ZVZP totiž vyžaduje zdravotní pojištění v cizině, pokud si pojištěnec neplatí zdravotní pojištění v České republice, aby tak byla zajištěna úhrada případných nákladů na poskytnutou zdravotní péči.

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

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

1.1.4. Práva a povinnosti plátců pojistného na zdravotní pojištění

Plátcí pojistného na veřejné zdravotní pojištění mají četné povinnosti, jejichž výčet je obsažen v ustanovení § 10 ZVZP. Plátcí mají oznamovací povinnost. Zaměstnavatel je povinen oznámit do osmi dnů od vzniku předmětné skutečnosti příslušné zdravotní pojišťovně nástup zaměstnance do zaměstnání nebo jeho ukončení, změnu pojišťovny zaměstnancem (pokud mu to ovšem zaměstnanec sdělí), vznik nebo zánik skutečností rozhodných pro povinnost státu platit za zaměstnance pojistné. Zaměstnavatel rovněž sděluje pojišťovně jméno, příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo zaměstnance (pokud zaměstnanec zjistí, že zaměstnavatel nesplnil svoji oznamovací povinnost nebo mu potřebné údaje neposkytl, je povinen neprodleně sám oznámit zdravotní pojišťovně požadované informace). Pojištěnec samostatně výdělečně činný oznamuje výše uvedené skutečnosti zdravotní pojišťovně sám. Narození dítěte, tedy nového pojištěnce, oznamuje jeho zákonný zástupce, přičemž dítě následuje zdravotní pojišťovnu matky, takže dítě se stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je matka přihlášená ke dni jeho narození⁵. Úmrtí pojištěnce oznamuje pojišťovně obecní úřad pověřený vedením matriky.

1.1.5. Práva a povinnosti pojištěnce

Základním právem pojištěnce podle § 11 ZVZP je svobodná volba zdravotní pojišťovny. Volit může mezi pojišťovnami, které fungují na území České republiky. Toto právo je omezeno co do četnosti jeho využívání pojištěncem tak, že změnu zdravotní pojišťovny může uskutečnit jen jednou za 12 měsíců, to znamená po uplynutí jednoho roku, kdy u dané

⁵ Změna zdravotní pojišťovny u novorozeného dítěte je možná až po obdržení jeho rodného listu.

pojišťovny pojištěnec musí setrvat, navíc pojišťovnu lze změnit vždy jen k prvnímu dni kalendářního čtvrtletí. Jednoroční lhůta je prolomena možností pojištěnce změnit pojišťovnu k prvnímu dni nejdříve hned následujícího kalendářního měsíce od oznámení vstupu zdravotní pojišťovny do likvidace nebo ode dne nařízení nucené správy nebo ode dne, kdy Ministerstvo zdravotnictví na základě zjištění nerovnováhy v hospodaření pojišťovny toto vyhlásí ve sdělovacích prostředcích. Pojišťovna je povinna takovým žádostem vyhovět neprodleně a bez jakýchkoli sankcí vůči pojištěnci.

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

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

V současnosti se v souvislosti se zavedením poplatků velmi diskutuje o dalším právu pojištěnce, kterým je právo na poskytnutí zdravotní péče bez přímé úhrady, pokud se jedná o zdravotní péči poskytnutou pojištěnci na základě zákona o veřejném zdravotním pojištění

a v rozsahu tímto zákonem stanoveným. Pokud by lékař nebo zdravotnické zařízení přes zákaz přijímali jakékoli přímé úhrady, hrozí jim odebrání oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo pokuta, od zdravotní pojišťovny pak sankce ve formě eventuálního vypovězení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Pojištěnec má rovněž právo na poskytování léčivých přípravků bez přímé úhrady, jde-li o přípravky předepsané mu lékařem v souladu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění a hrazené ze zdravotního pojištění (více k lékové problematice viz kapitola „Léková politika“).

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

1.1.6. Podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady

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

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

Nepřetržitá lékařská služba první pomoci je zajišťována v rámci integrovaného záchranného systému formou lékařské služby první pomoci (dále jen LSPP) a formou rychlé záchranné pomoci (dále jen RZP). Zařízení poskytující LSPP a RZP mají smlouvy se

zdravotními pojišťovnami a jimi poskytovaná péče je plně hrazena z všeobecného zdravotního pojištění. Také zde platí, že dostupnost péče pro pacienta v těchto zařízeních je smluvně ošetřena a pacient nesmí být odmítnut, poskytovaná péče nesmí být diferencována podle příslušnosti k pojišťovnám.

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

Privátní lůžková zařízení mohou být zřizována různými subjekty (fyzické osoby, právnické osoby, církve aj.). Pokud tato zařízení mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami o poskytování zdravotní péče v rámci všeobecného zdravotního pojištění, jimi poskytovaná zdravotní péče je pojišťovnami hrazena. Neodkladná péče je v těchto zařízeních hrazena pojišťovnami vždy.

Některé zákroky, například estetické chirurgie, si hradí pacient plně v rámci smlouvy ve všech zdravotnických zařízeních, některé zákroky jsou hrazeny částečně podle zvláštních předpisů.

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

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

Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění

V ustanovení § 13 ZVZP v odst. 1 je uvedeno, že „ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav“. Co je a co není hrazenou zdravotní péčí stanoví ZVZP v § 13 až 39 a ve svých přílohách. Ze

zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá na území České republiky nebo částka, kterou pojištěnci vynaložili na nutné a neodkladné léčení, jehož potřeba nastala během pobytu v cizině a to do výše stanovené pro úhradu takové péče na území České republiky. Zdravotní péče hrazená v rozsahu a za podmínek stanovených ZVZP (dále jen „hrazená péče“) zahrnuje například léčebnou péči ambulantní a ústavní, pohotovostní a záchrannou službu, preventivní péči, dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů a další druhy zdravotní péče, o kterých se podrobněji zmiňuji níže. § 13 ZVZP v odst. 3 výslovně stanoví, že ze zdravotního pojištění se hradí také zdravotní péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem (tuto péči hradí zdravotní pojišťovna, kterou na základě identifikačních údajů pojištěnce o úhradu požádá příslušné zdravotnické zařízení). § 15 ZVZP uvádí omezení v hrazení zdravotní péče: ze zdravotního pojištění se nehradí, nebo se hradí jen za určitých podmínek, zdravotní výkony uvedené v příloze č. 1 ZVZP (např. epilace bude hrazena pouze u hormonálních poruch, poruch štítné žlázy a diabetu), přičemž výkony akupunktury jsou z úhrad z veřejného zdravotního pojištění vyloučeny zcela. V ustanovení § 15 je také uvedeno omezení hrazení zdravotní péče v souvislosti s mimotělním oplodněním a je zde uveden výčet léčivých přípravků s určitými léčivými látkami hrazených z veřejného zdravotního pojištění vždy. Z hlediska hrazení léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely jsou podstatná ustanovení § 15 odst. 5 a následující, která podmiňují hrazení těchto přípravků jejich zapsáním do Seznamu léčiv, který vede Ministerstvo zdravotnictví (k této problematice viz kapitola „Léková politika“). Následující odstavce § 15 pak upravují podmínky hrazení pro prostředky zdravotnické techniky, stomatologické výrobky, zdravotní péči poskytovanou v léčebnách dlouhodobě nemocných a vyloučení hrazení vyšetření, prohlídek a výkonů prováděných z jiných důvodů než je zachování nebo zlepšení zdravotního stavu pojištěnce z veřejného zdravotního pojištění.

Velmi důležitým ustanovením je § 16, který umožňuje hrazení péče jinak pojišťovnou nehrazené, pokud je její poskytnutí jedinou možností zdravotní péče o pojištěnce vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. Takovéto poskytnutí zdravotní péče je ale s výjimkou případů nebezpečí z prodlení vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře příslušné zdravotní pojišťovny, který musí léčbu pro konkrétního pojištěnce schválit, jinak ji pojišťovna neuhradí. Ustanovení § 17 ZVZP pojednává o smlouvách uzavíraných mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními o poskytování zdravotní péče, které se řídí rámcovými smlouvami. Tyto smlouvy nejsou nezbytné pouze pro poskytování nutné a neodkladné

zdravotní péče. O této problematice je podrobněji pojednáno v kapitole 2.3., která se zabývá hrazením zdravotní péče.

Poskytovatelé zdravotní péče

Podle § 18 ZVZP zdravotní péči poskytují ve zdravotnických zařízeních, nebo, je-li to nezbytné s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, na jiném místě, kde je nutno péči poskytnout, zdravotničtí pracovníci, popřípadě další odborní pracovníci ve zdravotnictví, a to v rozsahu své odborné způsobilosti. Jiní zdravotničtí pracovníci než lékaři poskytují hrazenou péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře. Ošetřujícím lékařem se rozumí tzv. registrující lékař, kterým je podle ZVZP praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař a u žen ženský lékař. Ošetřujícím lékařem je také lékař poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči a lékař poskytující zdravotní péči v zařízení ústavní zdravotní péče⁶.

System zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění:

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

⁶ System zdravotní péče je v ZVZP upraven v § 19 až 39.

1.2. Financování zdravotní péče a finanční spoluúčast pacientů

Článek 31 Listiny základních práv a svobod, která tvoří součást ústavního pořádku České republiky, zakotvuje jeden ze základních principů sociální politiky, že všichni lidé mají rovné právo na zdraví, slovy: „Každý má právo na ochranu zdraví.“. Právo na zdraví a jeho ochranu zakotvují i mnohé mezinárodní dokumenty, například článek 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech z roku 1966, podle kterého smluvní státy „uznávají právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví“, článek 11 Evropské sociální charty dává možnost každému využívat jakýchkoli opatření, která mu umožňují dosáhnout co nejlepšího zdravotního stavu, v článku 13 pak tato charta stanoví každému, kdo nemá dostatečné prostředky, právo na sociální a zdravotní pomoc, přičemž odkazuje na Evropskou úmluvu o sociální a zdravotní pomoci z roku 1953. Zdraví je definováno jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, není jen pouhou nepřítomností nemoci nebo vady, je základním lidským právem, je důležitým předpokladem sociálního, ekonomického i osobního rozvoje jednotlivce⁷.

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

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

⁷ Článek I. Deklarace přijaté na Mezinárodní konferenci o primární zdravotní péči v Alma-Atě v roce 1978.

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

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

Současná právní úprava poskytování zdravotní péče vychází se zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů (naposledy byl tento zákon novelizován zákonem č. 111/2007 Sb., změna zákona o péči o zdraví lidu a o změně některých dalších zákonů) a z úpravy zdravotní péče obsažené v ZVZP. Pojišťovny jsou dosud vnímány jen jako rozdělovny vybraných finančních prostředků. Tím se vždy nakonec ocitneme u bohatšího či chudšího přidělového systému, byrokracie a administrativy. Takový systém dokáže poměrně dobře uspokojit požadavky zdravotnických zařízení na čerpání zdrojů pro pokrytí dlouhodobě známých nákladů. Na potřebu krytí nově vzniklých nároků, vyplývajících například z aplikace moderních medicínských technologií, však reaguje tento systém kvůli bariéře striktních pravidel a přidělových mechanismů pomalu a nepružně. Pojišťovny by měly zastávat funkci skutečné finanční instituce, jejíž úlohou je kompenzace a rozložení pojistných rizik. Jedná se samozřejmě o shromažďování peněz na krytí předvídatelných rizik. Systém zdravotního pojištění je ale schopen spotřebovat jakékoli množství peněz, které do něj natečou. Je to mimo jiné i tím, že pojišťovna platí v rámci zdravotního systému některé služby, které se zdravotní péčí přímo nesouvisejí (např. ubytování, stravování a ostatní služby poskytované ve zdravotnických zařízeních, přeprava nemocných, spotřeba hygienických potřeb), díky snadné dosažitelnosti jsou tyto služby zneužívány a zvyšují náklady na zdravotní péči. Rovněž považuji za potřebné oddělit náklady na péči zdravotní a na péči sociální (hospitalizace pacientů je často prodlužována ze sociálních důvodů).

Jako jeden z nejdůležitějších úkolů pro vyvážení celého systému financování zdravotní péče se jeví hledání a nalezení míry sdílení rizika a nákladů na poskytování zdravotní péče mezi zdravotními pojišťovnami, poskytovateli zdravotní péče a pacienty. Sdílení rizika mezi pojišťovnami a poskytovateli lze například řešit dohodou o úhradě, která bude garantovat pokrytí dobře plánovatelných provozních nákladů, které nepodléhají výkyvům a na jejichž cenu má vliv jen inflace. Na uhrazení nákladů spojených s rizikem by participovala

pojišťovna a do určité míry i poskytovatel, přiměřeně k jeho velikosti. Náklady na mimořádně nákladnou péči, například ve fakultních nemocnicích, by měly být kryty financováním pojišťovenským a například státním. Hrazení nových léčebných postupů a technologií, které jsou typické zejména pro univerzitní pracoviště a zvyšují jejich náklady, jsou obtížně předvídatelné, ale pojišťovacím financováním řešitelné.

Dalším důležitým aspektem, který provází smluvní vztahy mezi pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní péče, je kontrola kvality poskytované péče, tedy revizní činnost pojišťoven. Revizní činnost slouží především ke kontrole preskripce léků a lékařských vyšetření. Jedná se o nástroj, jímž zdravotní pojišťovny kontrolují účelnost při nakládání s finančními prostředky v systému veřejného zdravotního pojištění, které spravují. Revizní činnost jako taková však postrádá jednotná pravidla a tak může docházet k různému posouzení obdobných případů revizními lékaři nejen v rámci různých zdravotních pojišťoven, ale i mezi revizními lékaři jedné pojišťovny. Proto se domnívám, že by de lege ferenda bylo vhodné oblast revizní činnosti alespoň rámcově upravit tak, aby činnost revizních lékařů jednotlivých zdravotních pojišťoven byla ve srovnatelných případech obdobná.

Vzhledem k úsporným opatřením by měl také být kladen větší důraz na programy na podporu zdraví a preventivní programy, které významně ovlivňují zdravotní stav populace a snižují tak následnou konzumaci léčebné péče. Tyto programy jsou často při úsporných opatřeních finančně omezovány, což považuji za ne zcela vhodné vzhledem k dopadu na budoucí náklady na léčení nemocí zachycených v pozdějším stadiu.

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

Oblastí v rámci financování zdravotnictví, v níž dochází ke střetům mezi zřizovateli zdravotnických zařízení, je odlišný pohled na hospodaření ve zdravotnických zařízeních řízených ministerstvem zdravotnictví, jako jsou například fakultní nemocnice, a v nemocnicích, které jsou zřizovány kraji. Kraje, které jsou vlastníky nemocnic, nemají takovou možnost krytí finančních deficitů zdravotnických zařízení ze svých rozpočtů jako má stát, proto dochází k převodům nemocnic na obchodní společnosti, u kterých je větší předpoklad generování zisku nebo alespoň vyrovnaného hospodaření.

Jako ne zcela vhodné se projevuje také řízení zdravotnictví více subjekty, od parlamentu, vlády, ministerstva zdravotnictví, přes pojišťovny, lékařskou komoru, odborné společnosti až

po krajskou samosprávu, mnohdy bez zpětné vazby ve formě politické nebo právní odpovědnosti za učiněná rozhodnutí.

Financování zdravotní péče v České republice se uskutečňuje prostřednictvím systému veřejného zdravotního pojištění, které je upraveno ZVZP. „Zdravotním pojištěním“ se rozumí způsob řešení nahodilých, v budoucnosti nastalých sociálních situací (nemoc nebo úraz) fyzických osob. Jeho podstatou je soustředění určitého objemu finančních prostředků pravidelným přispíváním do fondu zdravotního pojištění a v případě vzniku sociální události úhrada nákladů zdravotní péče⁸. Hlavním zdrojem financí pro zdravotní pojišťovny je výběr pojistného do systému veřejného zdravotního pojištění. Pojistné se stanovuje podle výdělku pojištěnce tak, že z vyměřovacího základu pro výpočet zdravotního pojištění se vypočítá výše pojistného podle zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

U zaměstnance v pracovním poměru je vyměřovacím základem úhrn příjmů zúčtovaných mu zaměstnavatelem v souvislosti s výkonem zaměstnání zakládajícím mu účast na zdravotním pojištění. Minimálním vyměřovacím základem pro zaměstnance v pracovním poměru je minimální mzda. Pojistné za zaměstnance pak platí zaměstnavatel a to tak, že zaměstnanec si je hradí z jedné třetiny a zaměstnavatel hradí zbylé dvě třetiny za svého zaměstnance, tedy pojištěnec 4,5% a zaměstnavatel 9% z celkových 13,5% z vyměřovacího základu za rozhodné období.

Osoby samostatně výdělečně činné mají úpravu výpočtu a plateb pojistného upravenou odlišně a to v § 3a a v § 7 a 8 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění ve znění pozdějších předpisů⁹, takže jejich minimální měsíční vyměřovací základ činí 50% příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení. Pojistné tyto osoby samy odvádějí na účet příslušné zdravotní pojišťovny.

⁸ P. Fröster a kol. Kapitola VIII Financování sociálního zabezpečení.

⁹ Minimálním vyměřovacím základem se rozumí dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství. Za průměrnou měsíční mzdu v národním hospodářství se pro účely tohoto zákona považuje částka, která se vypočte jako součin všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o dva roky předchází kalendářnímu roku, pro který se průměrná mzda zjišťuje, a přepočítacího koeficientu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění pro úpravu tohoto všeobecného vyměřovacího základu; vypočtená částka se zaokrouhluje na celé koruny nahoru.

Vyměřovacím základem u osoby, která po celý kalendářní měsíc nemá žádné příjmy a současně za ni pojistné neplatí stát je minimální mzda (§ 3b zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění¹⁰). Minimální mzda je stanovena každý rok nařízením vlády¹¹. Osoby bez zdanitelných příjmů si pojištění hradí samy formou záloh na pojistné a doplatku pojistného.

Za takzvané „státní“ pojištěnce (nezaopatřené děti, pojištěnci na mateřské a rodičovské dovolené, nezaměstnaní, důchodci a další osoby uvedené v § 7 ZVZP) platí pojistné stát a to z vyměřovacího základu stanoveného na kalendářní rok. Vyměřovací základ je stanoven nařízením vlády a je to 25% průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství¹².

Všeobecná zdravotní pojišťovna spravuje zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění, který slouží k financování zdravotní péče plně nebo částečně hrazené ze zdravotního pojištění na základě přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu podle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců. K přerozdělení se používají takzvané nákladové indexy. Indexů je 18 a pojištěnci jsou do nich zařazeni podle věkových skupin, věkové skupiny jsou pak stanoveny pro každé pohlaví zvlášť. Nákladové indexy se stanoví jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce. Tyto průměry se stanoví jako průměr nákladů všech zdravotních pojišťoven na všechny pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví.

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

Nemocenské pojištění je v ČR odděleno od zdravotního pojištění a je jednou ze složek sociálního zabezpečení. De lege ferenda se uvažuje o znovuspojení nemocenského a zdravotního pojištění například v rámci reformy zdravotnictví za účelem úspor

¹⁰ Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění ve znění pozdějších předpisů.

¹¹ Nařízení vlády č. 567/2006 Sb., o minimální mzdě, o nejnižších úrovních zaručené mzdy, o vymezení ztíženého pracovního prostředí a o výši příplatku ke mzdě za práci ve ztíženém pracovním prostředí. Základní sazba minimální mzdy pro stanovenou týdenní pracovní dobu 40 hodin činí od 1.1.2007 48,10 Kč za hodinu nebo 8 000 Kč za měsíc.

¹² Podle nařízení vlády č. 29/2006 Sb., je vyměřovací základ u osoby, za kterou je plátcem pojištění stát, stanoven v r. 2007 na 4144 Kč.

a zjednodušení systému. Oba systémy spolu velmi úzce souvisí, neboť zdravotní pojištění v případě nemoci hradí pojištěnci poskytnutou zdravotní péči a nemocenské pojištění souběžně s ním ve stejnou dobu stejnému pojištěnci nahrazuje příjem, který z důvodu nemoci pojištěnci neplyne.

Jedním z dalších zdrojů financí plynoucích do zdravotnictví mohou být sponzorské dary nebo dobrovolné účelové sbírky. Příspěvkové organizace mají kromě platby od zdravotních pojišťoven možnost finančního příspěvku na hospodaření od zřizovatele z rozpočtu krajského úřadu.

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

Na úhradě léků se podle novel lékové vyhlášky částečně podílejí i pojištěnci. V každé farmakoterapeutické skupině léků je ale nejméně jeden lék zcela bez doplatku. Maximální ceny léků a výši doplatků schvaluje Ministerstvo financí ČR na doporučení Komise pro kategorizaci léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely Ministerstva zdravotnictví ČR (podle ustanovení § 70 odst. 6 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů)¹³. Při stanovování výše úhrady srovnává Ministerstvo zdravotnictví ČR ceny léků s jinými zeměmi EU (viz pravidla pro činnost kategorizační komise). Může je však srovnávat pouze v absolutní výši, nikoli v relaci s ekonomickou a cenovou hladinou v těchto zemích. V drtivé většině případů se konkrétní výše úhrady za léky stanoví podle toho, za kolik je výrobce ochoten prodávat stejný lék v jiné zemi. Snahou ministerstva je stanovit úhrady co nejnižší a zároveň tak, aby pacient nemusel moc doplácet a bylo v možnostech výrobce se takto stanovené ceně přípravku přizpůsobit. Více k této problematice v kapitole „Léková politika“.

¹³ Od 1.1.2008 je postup upraven § 39a – 39n ZVZP, ve znění pozdějších předpisů.

1.3. Systém hrazení nákladů za poskytnutou zdravotní péči

Smluvní vztahy mezi poskytovateli zdravotní péče a pojišťovnami jsou regulovány rámcovými smlouvami. Rámcové smlouvy byly opakovaně novelizovány a v aktuálně platné vyhlášce¹⁴ jsou v příloze č. 1 až 9 této vyhlášky vzory smluv mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními podle druhu péče, které poskytují. Jsou to vzory smluv pro zdravotnická zařízení, poskytující:

1. zdravotní péči praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost,
2. ambulantní specializovanou péči, s výjimkou zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii a ergoterapii, a pro zdravotnická zařízení poskytující péči ženských lékařů a klinickou logopedii,
3. ambulantní péči zubních lékařů,
4. zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných,
5. ambulantní diagnostickou péči,
6. domácí zdravotní péči, fyzioterapii, ergoterapii, porodní asistenci, ortoptickou a pleoptickou péči,
7. zdravotnickou záchrannou službu a dopravu,
8. lékárenskou péči,
9. lázeňskou péči.

Základními podmínkami navázání smluvního vztahu je oprávnění zdravotnického zařízení k poskytování zdravotní péče v příslušném oboru a akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s metodikou a pravidly jednotného datového rozhraní vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, schválenými Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněnými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Smlouvy obsahují zejména práva a povinnosti smluvních stran.

1.3.1. Práva a povinnosti smluvních partnerů

Smluvní strany, kterými jsou zdravotní pojišťovny na straně jedné a zdravotnická zařízení na straně druhé, se zavazují dodržovat při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče

¹⁴ Vyhláška MZ ČR. č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.

dohodnutou metodiku, pravidla a datové rozhraní. Zavazují své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmů zdravotnického zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi. Zavazují se také k dodržování přímo aplikovatelných předpisů Evropských společenství.

Zdravotnické zařízení odpovídá za to, že jeho zaměstnanci, kteří budou pojištěncům poskytovat sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené právními předpisy. Odpovídá také za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu. Zdravotnické zařízení zodpovídá za to, že poskytuje hrazenou zdravotní péči „lege artis“, bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce, odpovídá také za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup. Zdravotnické zařízení musí vést v průkazné formě dokumentaci, ve které jsou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření. V souladu s právními předpisy poskytne zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení také vyžadovat. Zdravotnické zařízení nesmí odmítnout přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v ZVZP, nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu a nesmí podmínit právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem. Zdravotnické zařízení nesmí zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem. Ve smlouvě je stanovena povinnost zdravotnického zařízení oznámit pojišťovně, v souladu s ustanovením § 55 ZVZP, úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo

fyzické osoby. Pracují-li v zařízení lékaři, kteří nejsou oprávněni k samostatnému výkonu povolání lékaře, musí toto povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře, který je k samostatnému výkonu povolání lékaře oprávněn¹⁵. Zdravotnické zařízení odpovídá podle zvláštního právního předpisu za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotnímu transportu.

Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky. Pojišťovna není oprávněna požadovat tuto úhradu, pokud byl léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek předepsán pro jejího pojištěnce a zdravotnické zařízení odstranilo nedostatky v preskripci ve lhůtě do jednoho měsíce od předání příslušného receptu nebo poukazu pojišťovnou.

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

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

Pojišťovna uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou. Dohledá na žádost zdravotnického zařízení příslušnost pojištěnce k pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje a nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven, je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek hrazené zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením podle smlouvy. Pojišťovna poskytuje zdravotnickému zařízení dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykázování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče.

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

Úhrada poskytované hrazené zdravotní péče se sjednává ve smlouvě zdravotní pojišťovny se zdravotnickým zařízením podle výsledků dohodovacího řízení, popřípadě v souladu se zvláštním právním předpisem, kde se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Za způsoby úhrady se považují zejména úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo v souladu se zvláštním právním předpisem. Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované hrazené zdravotní péče z důvodu změny kapacity popřípadě struktury zdravotnického zařízení. Zdravotnické zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s přílohami¹⁶.

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

Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede, oznámí zdravotnickému zařízení rozsah, důvod a částku vyúčtované, ale neuhrazené péče a vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady. Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu hrazené zdravotní péče, vyúčtované v souladu s právními předpisy a smlouvou. Pokud při kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady pojišťovna bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení písemně zdůvodní. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a smlouvou.

¹⁶ Faktura je účetním dokladem a splňuje náležitosti účetního dokladu. Náležitosti přílohy jsou stanoveny v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu a příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu zdravotnickému zařízení k doplnění, případně k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.

1.3.2. Kontrola poskytování zdravotní péče

Kontrolu využívání a poskytování hrazené zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, provádí zdravotní pojišťovna v souladu s ustanovením § 42 ZVZP prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků. Revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný. V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu je v kompetenci ošetřujícího lékaře, včetně jím navržené farmakoterapie, nebo klinického psychologa. Zdravotnické zařízení spolupracuje při výkonu kontroly, zejména předkládá doklady potřebné k účelu kontroly, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení a umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu a nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců. Revizní lékař je v rámci kontroly povinen postupovat tak, aby nenarušil provoz zdravotnického zařízení. V případě kontroly ve zdravotnickém zařízení je na místě vypracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a se stanoviskem oprávněného zástupce zdravotnického zařízení. O závěrech kontroly pojišťovna zpracuje revizní zprávu a předá ji do 30 kalendářních dnů zdravotnickému zařízení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost zdravotnickému zařízení.

Zdravotnické zařízení je oprávněno podat k závěrům kontroly do 15 kalendářních dnů pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek, tím však není dotčeno právo zdravotnického zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.

Pokud kontrola provedená zdravotní pojišťovnou prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazené zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odst. 3 ZVZP takovou péči zdravotnickému zařízení neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, vrátí pojišťovna zdravotnickému zařízení částku,

o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. Revizní lékaři zdravotní pojišťovny mohou kontrolovat jen zdravotní péči a výkony vykázané zdravotnickým zařízením nejvýše 3 roky zpět.

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

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

Zdravotní pojišťovna poruší své smluvní povinnosti tím, že prokazatelně neodůvodněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté hrazené zdravotní péče. Uplatněním sankce není dotčeno právo smluvních stran na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou a uhrazenou zdravotní péči. Pro případ prodlení s úhradou si smluvní strany mohou sjednat smluvní pokutu za prodlení a její výši. Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo zdravotnického zařízení na uplatnění úroků z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případně vzniklé škody.

U zdravotnických zařízení poskytujících zdravotní péči praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost, u zdravotnických zařízení poskytujících ambulantní specializovanou péči a u ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících diagnostickou péči se smlouva uzavírá na dobu 8 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Zdravotnická zařízení poskytující ambulantní péči zubních lékařů, zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných, domácí zdravotní péči, fyzioterapii, ergoterapii, porodní asistenci, ortoptiku, zdravotnickou záchrannou službu a dopravu, lékárenskou péči, lázeňskou péči uzavírají smlouvu také na dobu 8 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

Výpověď ze strany zdravotní pojišťovny lze ukončit smluvní vztah s výpovědní lhůtou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, pokud zdravotnické zařízení opakovaně porušuje například ustanovení rámcové smlouvy, neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě, účtuje

zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti, omezuje pro pojištěnce zdravotní pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě, poskytuje zdravotní péči v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy nebo v rozporu s profesními povinnostmi zdravotnických pracovníků, neoprávněně účtuje zdravotní péči, neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně.

Výpovědi ze strany zdravotnického zařízení lze ukončit smluvní vztah s výpovědní lhůtou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, například pokud zdravotní pojišťovna opakovaně porušuje ustanovení rámcové smlouvy, nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě, poskytne třetí straně údaje o zdravotnickém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy, překračuje rozsah kontrolní činnosti, neoprávněně neuhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči a také když zdravotnické zařízení vstoupí do likvidace nebo na majetek zařízení soud prohlásí konkurz.

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

1.3.3. Regulace úhrad zdravotní péče

Nesoulad mezi omezeným objemem prostředků plynoucích do veřejného zdravotního pojištění na jedné straně a neomezovanými potřebami čerpání těchto prostředků na straně druhé vyvolává potřebu regulace. ZVZP předpokládá, že hodnoty bodu, výše úhrad za zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení. Výsledek dohodovacího řízení zveřejněný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR nebo vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR, která jej v případě nedohody nahrazuje, jsou pak závazné pro zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení. Regulační omezení objemu poskytované zdravotní péče má tedy svůj právní podklad. Je ale třeba přihlídnout i k dalším právním předpisům. Listina základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky, každému garantuje právo na ochranu zdraví

a bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění. ZPZL v § 11 stanoví, že občané mají právo na zdravotní péči na úrovni současných dostupných poznatků lékařské vědy. Podle rámcové smlouvy vydané vyhláškou č. 618/2006 Sb., ze které pak vyplývají ujednání v individuálních smlouvách mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou, zdravotnické zařízení poskytuje hrazenou zdravotní péči lege artis, bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce. Pokud lékař překročí smluvně sjednanou maximální úhradu tím, že poskytne pojištěncům více zdravotní péče než tato úhrada umožňuje, musela by nepochybně být tato péče stejně uhrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění jinému zdravotnickému zařízení, které by tuto péči pojištěncům poskytlo. Výjimkou by byl případ, kdyby se prokázalo, že se jednalo o péči nadbytečnou, zcela zbytečnou nebo takovou, kterou bylo možno na potřebné úrovni provést s nižšími náklady. Zdravotní pojišťovny však zpravidla automaticky uplatňují regulace úhrad s odůvodněním, že to vyplývá s cenového dodatku smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Tento cenový dodatek však rozhodně nemá vyšší váhu než smluvní závazek zdravotnického zařízení poskytovat péči lege artis. Tento závazek vyplývá z listiny základních práv a svobod a z dalších zákonů. Ustanovení o regulaci úhrad vyplývá pouze z výsledků dohodovacího řízení nebo z podzákoného právního předpisu. Proto není-li prokázáno, že zdravotnické zařízení poskytlo péči zbytečně nebo se zbytečně vyššími náklady než bylo nezbytné, neměla by zdravotní pojišťovna jen na základě překročení limitů maximální úhrady požadovat vrácení úhrady za řádně poskytnutou zdravotní péči nebo tuto péči neuhradit, protože by jí tím v podstatě vzniklo bezdůvodné obohacení. Její pojištěnec má právo na poskytnutí náležité zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění, které je zdravotní pojišťovna povinna zaplatit. Pojišťovna má možnost prostřednictvím svých revizních lékařů přezkoumat, zda poskytnutá péče byla skutečně provedena a bez nadbytečných nákladů. Obdobně lze posuzovat regulace v předepisování léčivých přípravků a vyžádané péče. Není-li prokázána neúčelnost nebo nadbytečnost, nemělo by být zdravotnické zařízení postihováno ani za předepisování léčivých přípravků nad stanovený limit.

Někteří lékaři mají povinnost provádět v souladu se ZVZP také preventivní prohlídky¹⁷. Pokud lékař provede preventivní lékařské prohlídky a ošetří v souladu s postupy lege artis

¹⁷ § 29 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

všechny nemocné pacienty a překročí při tom objem zdravotní péče stanovený regulačními opářeními, také by neměl být pojišťovnou sankcionován.

Ještě závažnější je problematika vyžádané zdravotní péče (laboratorní vyšetření, zobrazovací metody). Pokud by lékař potřebné komplementární vyšetření nevyžádal a došlo by k poškození zdraví pacienta nebo jeho úmrtí, byl by trestně stíhán. Pokud by se obhájoval tím, že komplementární vyšetření neindikoval proto, aby zdravotnické zařízení nepřekročilo stanovený limit a nebylo sankcionováno a došlo by na soudní řízení sporu mezi ním a pacientem, soudní znalec ani soudce by pravděpodobně tento argument nepovažovali za relevantní.

Tato problematika není tedy dostatečně legislativně ošetřena. Priorita úhrady lege artis poskytnuté zdravotní péče nad regulační limit stanovený vyhláškou před možností sankcionování zdravotnického zařízení, které limit v takovém případě překročilo, by měla být jednoznačně stanovena právní normou.

1.3.4. Úhrada za poskytování zdravotní péče podle typu zdravotnického zařízení

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

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

Úhrada ambulantním specialistům za poskytnuté zdravotní výkony se provádí podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami nebo jinými způsoby úhrady

dohodnutými v dohodovacím řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo v souladu se zvláštním právním předpisem.

Ústavní zdravotní péče je hrazena buď platbou za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, nebo paušální úhradou za poskytnutou zdravotní péči, dále úhradou za registrované pojištěnce (kombinovaná kapitačně výkonová platba). Nově se zavádí platba systémem DRG.

Úhrada za poskytnutou péči v dětských ozdravovnách se provádí paušální platbou v souladu s příslušným Výměrem Ministerstva financí, zveřejněným v Cenovém věstníku Ministerstva financí.

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

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

U lázeňské péče se sjednává úhrada poskytované hrazené péče ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a konkrétním zdravotnickým zařízením v souladu s platným cenovým výměrem Ministerstva financí pro příslušné období.

1.3.5. Poskytování zdravotní péče cizincům a českým občanům v zemích EU

Základními principy Evropské unie jsou čtyři svobody pohybu: kapitálu, zboží, osob a služeb. V roce 2006 schválil Evropský parlament směrnici o volném pohybu služeb na vnitřním trhu. Zdravotní služby byly ze směrnice o službách na vnitřním trhu zcela vypuštěny. Ani v návrhu směrnice o službách se však nikdy nepočítalo s uvolněním služeb tzv. regulovaných povolání, tedy lékařů, zubních lékařů, lékárníků, zdravotních sester a porodních asistentek. Těchto pět povolání je regulováno ve zcela jiném režimu.

Z principu volného pohybu osob, který umožňuje občanům, aby se svobodně usazovali a přijímali práci v kterékoli členské zemi vyplývá nutnost zajistit jim také dostupnost

zdravotních služeb. Zpráva Evropského parlamentu, která se zabývá důsledky vypuštění zdravotních služeb ze směrnice o službách na vnitřním trhu povede zřejmě k rozhodování, zda Evropský parlament chce či nechce mít speciální směrnici o zdravotních službách na vnitřním trhu¹⁸.

Vstup České republiky do Evropské unie umožnil přístup českých pojištěnců ke zdravotní péči v zemích EU a naopak pojištěncům ze zemí EU k péči v České republice.

Hrazení zdravotní péče v zahraničí

Občané států EU stále častěji vyžadují zdravotní péči v jiné zemi než v té, ve které žijí. Důvody pro takové chování jsou různé. Nejčastěji jde o snazší dostupnost, vyšší kvalitu nebo nižší cenu. Čerpání zdravotnických služeb v zahraničí je však spojeno se značnými administrativními bariérami.

V systému chybějí jasná a srozumitelná pravidla čerpání zdravotní péče v zahraničí a její úhrada se v současné době řídí precedenty, rozsudky Evropského soudního dvora, kterých je v této oblasti již celá řada. Neexistuje žádný důvod ani zájem rozšířit ani omezit práva občanů. Je tedy třeba legislativně zakotvit stávající stav věci, který se řídí platnými rozsudky Evropského soudního dvora. Zároveň je důležité zakotvit v legislativě jasné definice, podle kterých se budou moci občané řídit a v celém systému se lépe orientovat. Vedle legislativy, jejíž příprava je úkolem Evropské komise a jejíž schvalování Evropským parlamentem a Evropskou radou bude trvat celou řadu let, je však možné udělat některé kroky, které pomohou občanům bezprostředně a rychle. Na prvním místě je otázka informovanosti občanů a zdravotníků o jejich právech a povinnostech a odstranění problému byrokratických bariér, spojených s čerpáním a poskytováním zdravotní péče v zahraničí. Pacienti ani zdravotníci přesně nevědí, jak systém čerpání zdravotní péče přes hranice funguje. Celý proces by mohl urychlit, zjednodušit a zprůhlednit jednotný systém elektronické identifikace občanů i zdravotnických zařízení. Současné technologie umožňují, aby byl on-line identifikován nejen pacient, ale i jeho zdravotní pojišťovna a také výše a podmínky úhrady zdravotní péče. Kvalitní systém identifikace může zprostředkovat poskytovateli péče okamžité potvrzení zdravotní pojišťovny o tom, že konkrétní péče bude v konkrétním čase a konkrétní výši pojišťovnou uhrazena. Pacient má také jistotu v tom, že péči může žádat, za jakých podmínek a kolik případně zaplatí sám.

¹⁸ Medical Tribune III, 2007, č. 5, s. B6.

Předávání informací o zdravotní péči

Oblastí, ve které by bylo možné zlepšit stávající stav, je kvalita poskytované zdravotní péče a její návaznost. V současné době prakticky nefunguje žádný systém sdílení a výměny informací mezi zdravotnickými zařízeními v různých zemích. Současně narůstá počet případů, kdy je pacientovi poskytována zdravotní péče ve více zemích. Pokud zdravotní péče nenavazuje, tedy lékař nemá informace o tom, jaká zdravotní péče byla pacientovi poskytnuta v předchozí zemi, může udělat mnoho chyb. Zbytečně jsou opakována různá vyšetření a prodlužuje se tak doba potřebná ke stanovení diagnózy a rozhodnutí o správné léčbě. Může tak dojít i k chybám a omylům. Výsledkem je nižší kvalita zdravotní péče a vyšší náklady na její poskytování. V každé zemi funguje mnoho informačních systémů v ambulancích i v nemocnicích, informace v nich uložené však jsou pouze interní a nejsou dostupné jiným informačním systémům. Pokud Evropská unie definuje jednoznačně rozhraní, ve kterém si budou systémy schopny informace vyměňovat, přispěje tak velkým dílem k podstatnému zvýšení kvality poskytované péče a komfortu pro pacienty. Výměna a sdílení zdravotních informací jsou však citlivými tématy vzhledem k zajištění ochrany osobních údajů.

Koordinace sociálního zabezpečení, jehož součástí je i oblast poskytování a úhrady zdravotní péče, je upravena nařízením Rady EHS 1408/71 a 574/72. Těmito nařízením se kromě 25 států EU řídí také země EHP (Norsko, Island, Lichtenštejnsko) a Švýcarsko. Tyto právní normy jsou přímo aplikovatelné v českém právním řádu a mají vyšší právní sílu než zákony, tedy by měly mít přednost i při aplikaci.

Pojištění turistů

Pokud český občan vycestuje jako turista do zahraničí, opravňuje ho Evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC)¹⁹ k čerpání nezbytné péče ve zdravotnických zařízeních, která jsou zařazena do veřejné sítě v příslušné zemi, za stejných podmínek, jaké mají tamní pojištěnci, včetně případné spoluúčasti. Repatriace do České republiky není z veřejného zdravotního pojištění hrazena. Pokud je český občan vyslán zaměstnavatelem k výkonu pracovní činnosti do zahraničí, čerpání zdravotní péče na základě EHIC je stejné jako u turistů, avšak občan nebo jeho zaměstnavatel musí požádat Okresní správu sociálního zabezpečení o vystavení formuláře, který dokumentuje, že český občan nadále podléhá českým právním předpisům a jeho zaměstnavatel za něj odvádí pojistné v České republice. Tento formulář je třeba vzít sebou do zahraničí.

¹⁹ Viz příloha č. 1. Evropský průkaz zdravotního pojištění

Studuje- li český občan v zemích EU, zůstává nadále českým pojištěncem. Zdravotní péči čerpá opět na základě EHIC.

Pokud chce český občan strávit důchodový věk například u dětí žijících v některé zemi EU nebo se třeba přestěhovat do některé země EU, potom si musí opatřit ve spolupráci s Českou správou sociálního zabezpečení formulář, na základě kterého se zaregistruje u příslušné instituce v zemi, kde chce žít. Ta ho vybaví příslušnými doklady a český občan bude mít nárok na stejný rozsah zdravotní péče za stejných podmínek jako tamní, domácí pojištěnci. Český EHIC je občan povinen vrátit.

Všechny výše uvedené kategorie pojištěnců zůstávají pojištěny v českém systému veřejného zdravotního pojištění.

Pojištění zaměstnanců

Jiná situace nastává u osob, které vyjíždějí do zemí EU pracovat. Tyto osoby spadají pod právní režim státu, kde budou pracovat. Stejný režim platí i pro jejich nezaopatřené rodinné příslušníky (což je dle české právní úpravy manželka nebo manžel a děti).

Má- li občan v České republice trvalý pobyt a pouze dojíždí pracovat do jiného státu EU (přitom se alespoň jedenkrát týdně vrací domů, jedná se o tzv. „pendlera“) a jeho rodina nadále žije v České republice, on i jeho nezaopatřené rodinné příslušníci podléhají dnem zahájení výkonu výdělečné činnosti právním normám upravujícím sociální zabezpečení (i zdravotní pojištění) země, kde pracuje. Zákon ukládá splnit oznamovací povinnost do 8 dnů, tedy nahlásit tuto skutečnost české zdravotní pojišťovně a vrátit český EHIC. Nová zahraniční pojišťovna vybaví českého občana novým EHIC a zároveň formulářem, který opravňuje k čerpání plné zdravotní péče v obou státech. Nezaopatřené rodinné příslušníci budou mít nárok na plnou zdravotní péči v České republice a na nezbytnou v ostatních zemích EU. Také tyto rodinné příslušníci musejí mít příslušný formulář a předložit jej české zdravotní pojišťovně. Ukončení práce v EU je třeba ve lhůtě 8 dnů nahlásit české zdravotní pojišťovně a přesnou dobu zaměstnání doložit.

Pro zaměstnance, kteří pracují v některé zemi EU, ale do České republiky se vrací nepravidelně nebo podnikají v EU a jejich rodina nadále žije v České republice, platí stejná pravidla jako pro „pendlery“. Musí se ve lhůtě 8 dnů odhlásit, vrátit EHIC za sebe i nezaopatřené rodinné příslušníky, doložit formulář pro nezaopatřené rodinné příslušníky od zahraniční zdravotní pojišťovny podle toho, kde fakticky občan žije. Jediný rozdíl se v tom případě týká nezaopatřených rodinných příslušníků; ti mají nárok na plnou zdravotní péči v obou státech. Rovněž je potřeba do 8 dnů po ukončení zaměstnání nebo samostatné

výdělečné činnosti v zahraničí sebe i nezaopatřené rodinné příslušníky přihlásit u české zdravotní pojišťovny a doložit dobu pojištění v jiném státě příslušným formulářem, případně dalšími doklady, z nichž je jednoznačně patrná doba trvání výdělečné činnosti a pojištění v jiném státě (např. pracovní smlouva, výplatní pásky, potvrzení zaměstnavatele). Zachování zdravotního pojištění u osob pracujících v EU, nebo alespoň pro jejich nezaopatřené rodinné příslušníky, v České republice platné nařízení Rady EHS nepřipouští. V ojedinělých případech je možné požádat o výjimku Českou správu sociálního zabezpečení. Pokud jsou občan a jeho rodina pojištěni v EU a nadále žijí v EU, neměli by mít při čerpání zdravotní péče problémy. Česká zdravotní pojišťovna občana na základě příslušných formulářů jeho zahraniční zdravotní pojišťovny vybaví dokladem, který občana opravňuje k čerpání zdravotní péče ve stejném rozsahu a za stejných podmínek, jaké mají čeští pojištěnci. Péče bude uhrazena českou pojišťovnou a přeúčtována zahraniční zdravotní pojišťovně.

Pokud jde o pojištěnce ze zemí EU, v České republice pro ně platí stejná pravidla. Turista, vyslaný pracovník nebo student ze zemí EU mají právo na přímý přístup k lékaři a nezbytnou péči na základě EHIC nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího EHIC.

Důchodce, pobírající důchod z EU, který se rozhodne žít v ČR, má na základě příslušného formuláře a povolení k pobytu právo na registraci u zdravotní pojišťovny, která jej vybaví českým EHIC.

Pendleři, zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné z Evropské unie pracující na území České republiky se stávají českými pojištěnci, stejně tak i jejich nezaopatřené rodinné příslušníci. Kdo je rodinným příslušníkem, stanoví platné právní normy země, kde má občan trvalé bydliště.

I přes nevyvratitelné výhody EHIC je vhodné uzavřít při cestách do zahraničí navíc cestovní zdravotní pojištění. Občan potom může využít nabídky asistenční služby, která zprostředkuje zdravotní péči v potřebném jazyce a nevznikne problém s úhradou nákladů v případě, že občan čerpá zdravotní péči ve zdravotnickém zařízení, které není napojeno na veřejnou síť. Z cestovního zdravotního pojištění je možné uhradit spoluúčast, přepravu do České republiky a v nejhorším případě i převoz ostatků. To vše totiž vzhledem k omezené výši financí v resortu zdravotnictví není možné hradit z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Pravidla jednotného vnitřního trhu sice zajišťují pro všechny občany EU stejná práva při čerpání služeb, oblast zdravotnictví však byla z evropské směrnice o volném pohybu služeb na vnitřním trhu vyňata a jasná pravidla pro tuto oblast zatím nejsou. Vykazování zdravotní péče cizincům se stalo natolik složitým, že čeští lékaři často raději poskytnou zdravotní péči cizinci zadarmo, než aby složitě a náročně péči vykazovali a to navíc s nejistou vyhlídkou na úspěch.

Pacient musí složitě dokazovat, že je pojištěn a poskytovatel péče zase musí komplikovaně zjišťovat, kdo mu poskytnutou péči uhradí a za jakých podmínek. Obě strany musejí vyplňovat celou řadu dokumentů, které stejně nezaručují zdárný průběh celé akce. Skutečnost, že zahraniční pacienti nejsou v českých ordinacích vítáni, je jasným důkazem chybné strategie Evropské unie. Pravidla pro poskytování zdravotní péče jsou natolik složitá, že jsou prakticky nefunkční. Celý proces může urychlit, zjednodušit a zprůhlednit zřejmě jen kvalitní systém jednoznačné identifikace jak pacienta a rozsahu jeho pojistné smlouvy, tak zdravotnického zařízení, aby obě strany měly jasno, na jakou péči má pacient nárok v rámci svého pojištění a jaká je jeho spoluúčast při hrazení péče v té konkrétní členské zemi EU a kdo a v jaké výši za poskytnutou péči zaplatí²⁰. K tomu je nutné propracovat a podporovat zavedení elektronické komunikace, zavést evropské datové standardy, aby byla zajištěna vzájemná komunikace informačních systémů, která umožní jednoznačnou identifikaci pacienta a jeho zdravotní smlouvy, práv a povinností, dále identifikaci zdravotnického zařízení a zdravotníka a také identifikaci plátce (zdravotní pojišťovny) a podmínek úhrady.

1.4. Léková politika

Náklady na financování zdravotnictví neustále rostou a jednou z významných položek na straně výdajů jsou výdaje na léky. Nárůst je způsoben novými dražšími diagnostickými a léčebnými metodami, novými léky, prodlužováním průměrné délky života populace a s tím souvisejícím nárůstem nemocí přicházejících s vyšším věkem. Zpříšňují se kritéria k zahájení léčby nemocí, například snížení hranice ještě normální cholesterolemie, krevního tlaku, glykemie a s tím související nárůst počtu nemocných, kteří užívají léky. Tím vzniká nepoměr mezi finančními zdroji, které jsou k dispozici a požadavky odborníků i pacientů, ale i výrobců nových léků a přístrojů na modernizaci léčby.

Výdaje na léky a jejich spotřeba jsou častým tématem pro politické i odborné diskuse a názorové střety. V České republice se spotřebuje průměrně 33 balení léků ročně na jednoho obyvatele, včetně novorozenců. S rozvojem medicínských technologií logicky rostou i náklady na léky. V absolutním vyjádření se výdaje zdravotních pojišťoven na léky předepsané na lékařské předpisy zvýšily v letech 2001-2004 z 26,7 mld. Kč na 35,8 mld. Kč což reprezentuje nárůst téměř o 34%²¹.

²⁰ Medical Tribune, č. 9, 2007, s. B5.

²¹ Časopis českých lékárníků č. 5/2006.

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

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

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

1.4.1. Kategorizace léčiv

V lékové politice hraje důležitou roli proces kategorizace. Komise pro kategorizaci léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely Ministerstva zdravotnictví ČR byla podle ustanovení § 70 odst. 6 ZPZL, odborným sborem ministerstva zdravotnictví a měla přispívat svou činností k realizaci lékové politiky ministerstva²². Měla vést k účelnosti a hospodárnosti v úhradě léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely z veřejného zdravotního pojištění společně s jejich medicínským posouzením, zohledňujícím terapeutickou účinnost a ekonomickou náročnost. Komise měla svůj status a jednací řád a podobně byla ustanovena i komise pro odvolací řízení. Předsedu kategorizační komise a její členy jmenoval a odvolával ministr zdravotnictví, který také nesl politickou zodpovědnost za činnost komise. Členové byli

²² Od 1.1.2008 vstoupí v platnost zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Tento zákon obsahuje i novelu ZVZP, která v § 39 upravuje regulaci cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely.

při svém jednání vázání etickými pravidly a neměli být v žádném vztahu k výrobcí nebo distributorovi léčiv, kteří působí v ČR. Byli povinni neprodleně písemně sdělit předsedovi komise skutečnosti, které by jejich nestrannost v rozhodování mohly ovlivnit.

Kategorizační komise se zabývala sestavováním podkladů pro lékovou vyhlášku²³. Při stanovování úhrad za léky a potraviny pro zvláštní lékařské účely se postupovalo tak, aby nejméně jeden léčivý přípravek v každé terapeutické skupině byl plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění a aby prokázaný léčebný přínos každého léku hrazeného ze zdravotního pojištění byl standardním způsobem porovnán s prokázaným léčebným přínosem podobných léčivých látek, které jsou určeny k léčbě ve stejné nebo podobné indikaci²⁴. Návrhy v rozsahu a struktuře předem definovaných a zveřejněných informací se podávaly k datu stanovenému ministerstvem pro zahájení kategorizačního procesu. Jestliže komise zjistila formální nedostatky, vyzvala žadatele k doplnění ve stanoveném termínu. Nedostatečně vyplněný nebo nedoplněný návrh po určeném termínu vyřadila. Žadatel se proti tomuto rozhodnutí mohl odvolat k řediteli příslušného odboru ministerstva zdravotnictví.

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

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

Dále se provádělo hodnocení. Komise porovnávala léčivé látky vzhledem k jiným léčivým látkám obchodovaným v ČR, a to na základě porovnání relevantně doloženého terapeutického přínosu léčivé látky v dané indikaci s přínosem jiných léčivých látek obchodovaných v ČR (eventuálně jiných léčivých postupů), dále podle ekvivalentního množství léčivé látky, vůči jiným léčivým látkám, kterým lze v daném čase (den, kúra...) dosáhnout porovnatelného léčebného výsledku a podle vyžádaného odborného oponentského stanoviska pro definování postavení léčivé látky a ekonomických souvislostí. Potom

²³ Vyhláška MZ ČR č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, ve znění pozdějších předpisů.

²⁴ Ukládal to Příkaz ministra zdravotnictví č. 11/2006.

ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo závěry kategorizační komise. Případná odvolání se projednala v odvolací komisi. Nakonec byl předložen návrh vyhlášky.

1.4.2. Stanovení výše úhrady léků

Maximální ceny léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely u nás dokonce roku 2007 registrovalo a schvalovalo Ministerstvo financí ČR. Ministerstvo financí ČR však mohlo ovlivnit pouze výši úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Při stanovování výše úhrady Ministerstvo zdravotnictví ČR srovnávalo ceny léků s jinými zeměmi EU (podle pravidel pro činnost kategorizační komise). Mohlo je však srovnávat pouze v absolutní výši, nikoli v relaci s ekonomickou a cenovou hladinou v těchto zemích. V drtivé většině případů se konkrétní výše úhrady stanovila podle toho, za kolik byl výrobce ochoten lék prodávat v jiné zemi. Jestliže například v Maďarsku ho prodával za ekvivalent 80€ a ministerstvo zdravotnictví stanovilo úhradu v této výši, záleželo čistě na výrobcí, zda bude muset pacient zaplatit doplatek. Snahou ministerstva zdravotnictví bylo stanovit úhrady co nejnižší a zároveň tak, aby pacient nemusel mnoho doplácet a bylo v možnostech výrobce se jí přizpůsobit.

1.4.3. Nový způsob stanovování úhrad léků

Od 1.1.2008 vstoupí v platnost zákon č. 267/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Tento zákon obsahuje i novelu ZVZP, která s účinností od 31.12.2007 v § 39 upravuje regulaci cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely. Do projednávání jsou zařazeny principy správního řízení a je zařazeno i individuální správní řízení se žadatelem o úhradu léčiv, povinnost zdůvodňovat rozhodnutí o stanovení ceny a úhrady léku a zavedení odvolacího procesu, který umožňuje nezávislé soudní řízení. Bude tedy možné rozhodnutí o úhradě léku napadnout odvoláním jak pro věcné nedostatky tak i pro nedostatky procesní jako je podjatost nebo nedodržení lhůt. Podle návrhu má „Ústav“ (Státní ústav pro kontrolu léčiv, dále jen SÚKL) podle nových pravidel rozhodovat jak o úhradách léků z pojištění tak i o jejich maximálních cenách. Do rozhodování je také zaváděno kritérium nákladové efektivity. Tomuto systému stanovování úhrad je ale vytýkáno, že má nedostatečné kontrolní mechanismy, které by zabránily chybám, například povinnost dávat rozhodnutí

k oponentuře a verifikaci odborným komisím²⁵. Ministerstvo zdravotnictví podle svých prohlášení spolupracuje s odborníky zdravotních pojišťoven i experty na farmakologii a farmakoekonomiku, s vysokými školami i s odbornými lékařskými společnostmi při přípravě prováděcích předpisů a plánuje ve spolupráci pokračovat. Prováděcí vyhlášky mají nastavit kritéria pro hodnocení, nadefinovat vytvoření skupin léků, tzv. „klastřů“, místo dosavadních ATC skupin²⁶ a teprve potom bude možno zhodnotit, jestli se podařilo novelou zprůhlednit a zobjektivizovat celý proces stanovování cen a úhrad léků v České republice. V novele je také zaváděn institut cenové soutěže léků. Česká asociace farmaceutických firem však v souvislosti s novelou kritizuje nedostatečnou definici cenové soutěže, nutnost snížit cenu prvního generického přípravku o 20% oproti přípravku originálnímu a problematické použití cenové soutěže tam, kde podobných přípravků ve skupině není více.

Novelu ministerstvo potřebovalo prosadit do konce roku 2007, protože Ústavní soud zrušil předchozí právní úpravu stanovování úhrad léků. Zásadní otázkou je, zda je SÚKL dostatečně personálně vybaven nezávislými experty. V České republice dosud nebyla žádná instituce pověřena tak závažným a složitým úkolem jako je rozhodování o miliardách za léky a jistě je proto nutná pečlivá příprava. Je také nezbytné takovou instituci vybavit patřičnými pravomocemi a prostředky finančními i personálními.

1.4.4. Výdaje na léky a návrh úsporných opatření

Možnost značných úspor ve výdajích na léky se otvírá především v důsledné kontrole předepisování a spotřeby léků. Že je většina českých pacientů s lékařskou péčí tím spokojenější, čím více léků dostane předepsáno, je obecně známý fakt. Jinou věcí je, že některé z předepsaných léků pacienti vůbec neužívají. Podle výzkumu České lékárnické komory vracejí pacienti do lékáren k likvidaci 517 tun léků v hodnotě 2 miliard Kč ročně. To je však pouze zlomek celkového počtu léků. Podle aktuálního průzkumu lékárníků provedeného na vzorku 375 lékáren (16% z celkového počtu lékáren), je zhruba 90% vyhozených léků hrazeno buď plně nebo částečně ze systému zdravotního pojištění. Podle kvalifikovaných zjištění se celá čtvrtina předepsaných léků nevyužije a 40% léků se využívá jinak, než jak doporučil lékař. Z toho vyplývá, že je nutné přijmout systémová řešení, a to zejména stanovit jasnou a transparentní cenovou politiku léků, stanovit přesný systém

²⁵ Zdravotnické noviny 35-36/2007, s. 1-2.

²⁶ Anatomicko-terapeuticko-chemické skupiny léků.

předepisování a především důsledné kontroly a zvýšit uvědomění pacienta o tom, kolik léků je spotřebováno, za kolik peněz, že je třeba přesně dodržovat pokyny lékaře, jinak hrozí, že lék nebude správně účinkovat. Na druhé straně je nutno očekávat, že se budou ceny léků, které jsou v České republice stále ještě nižší, postupně vyrovnávat s cenami v ostatních členských státech EU. Také zvýšení sazby DPH z 5% na 9% bude pravděpodobně znamenat nárůst cen léků.

1.4.5. Léková politika a možnosti legislativních zásahů do reklamy, cenotvorby a dostupnosti léčiv

Léková politika je významným faktorem ovlivňujícím efektivitu zdravotnického systému. Zájmem státu je, aby spotřeba léčiv byla realizována v objemu, který povede k optimalizaci zdravotního stavu pacientů. Na jedné straně by nemělo docházet k plýtvání léky (příliš velký objem spotřebovaných léků), na druhé straně ani ke zhoršování zdravotního stavu populace v důsledku neadekvátního nebo nemoderního léčení určitých onemocnění (příliš malý objem spotřebovaných léků). Cílem lékové politiky je zajistit bezpečná, účinná a kvalitní léčiva a zabezpečit maximální péči na limitovaný objem financí lidem, kteří ji potřebují. Tuto otázku, tedy jak sladit co nejvyšší kvalitu, všeobecnou dostupnost a přijatelnou cenu zdravotní péče, jak zachovat nebo dokonce zvýšit kvalitu péče, aniž by to znamenalo neúměrný růst výdajů, řeší dnes prakticky všechny vyspělé země světa. Z možných nástrojů lékové politiky můžeme uvést například podporu užívání levnějších generik, referenční ceny léčiv, tvorbu pozitivních nebo negativních listů, léčebná doporučení (guidelines) pro lékařskou praxi a mnoho dalších. Postupy jak regulovat cenu léků a výdajů za ně jsou v různých zemích uplatňovány různou měrou. Například ve Francii jsou generika užívána méně než v 10%, naopak v Dánsku představují generika 60% všech předepisovaných léčiv.

Hlavní cíle lékové politiky v Evropské unii lze shrnout do několika bodů. Jedná se především o zajištění rovnocenného přístupu pacientů k účinným, bezpečným a kvalitním léčivům, dále podpora správného užívání léčiv, účelné vynakládání prostředků a snaha o vyvážení zájmů farmaceutických firem. Důležitá je také cenotvorba léčiv, která je sice různá v jednotlivých zemích EU, ale je třeba, aby byla vždy transparentní. Často využívaná metoda tzv. referenčních cen má řadu nevýhod, mimo jiné záleží na výběru referenčních zemí. Je otázkou, zda budou léčiva pro pacienty finančně dostupná, pokud bychom u nás stanovili úroveň cen například podle Velké Británie. Stále častěji jsou využívány různé strategie

regulace výdajů na léčiva, například pozitivní listy, úhrada pro určitou skupinu pacientů (např. děti nebo pacienti s určitou diagnózou), pro určitou indikaci, procentuální úhrada, daňové zatížení (DPH), používání generik, spoluúčast pacienta, tvorba léčebných doporučení. Důležitost medicíny založené na důkazech má význam pro racionální užívání léčiv. Nelze také zapomínat na rozdíl mezi klinickými studiemi, které mohou být nevhodně navrženy, prováděny na vybrané skupině pacientů, nebo nevhodně interpretovány a zavedení jejich výsledků do klinické praxe proto může mít negativní zdravotní a ekonomické důsledky. Zde je také prostor pro zpřesnění a sjednocení legislativní úpravy v oblasti lékové politiky v rámci EU.

Farmaceutický průmysl je stále nejdůležitějším prvkem ve výzkumu a vývoji léčiv, protože disponuje potřebnými finančními prostředky a experty a je schopen nést vysoká rizika tohoto procesu. V posledních letech počet nově objevených léčiv klesá. Firmy se zaměřují na závažná onemocnění s vysokou prevalencí (například choroby srdce a cév), na jejichž léčbu se vynakládá značná část prostředků ze zdravotnictví a přicházejí na trh jen s částečnou obměnou již zavedených léčiv. Je ale třeba, aby farmaceutické firmy také vyráběly léky na onemocnění, kde efektivní terapie stále chybí. O tom, jaké léčivo se bude vyvíjet, by mělo být rozhodnuto podle zdravotních potřeb populace. Nové léčivo musí přinést klinickou hodnotu pro pacienta a lékaře a zároveň prokázat nákladovou efektivitu pro plátce. Vzrůstající náklady na zdravotní péči nejsou jen problémem plátců, ale i farmaceutických firem, které samozřejmě mají zájem na tom, aby systém byl schopen uhradit jejich léčiva. Z tohoto vyplývá potřeba intenzivní spolupráce mezi univerzitami, vládními organizacemi a farmaceutickým průmyslem. Také zde je prostor pro úpravy legislativy. Léčivo je po uvedení na trh nadále sledováno a mnohdy dochází k přehodnocení poměru riziko/prospěšnost a výskyt závažných nežádoucích účinků může být důvodem k ukončení používání léku, stejně tak i zavedení dalšího léčiva s výhodnějšími vlastnostmi nebo informace v médiích a reklama mohou používání určitého léku ovlivnit.

WHO definuje propagaci léčiv jako informační a přesvědčovací aktivity výrobců a distributorů, jejichž účelem je zvýšit spotřebu léčiv. Reklama na léčiva jednoznačně přispívá k iracionálnímu užívání léčiv. Podle průzkumů WHO méně než polovina zemí dokládá určitou formu regulace propagace léčiv²⁷. WHO sama vydala publikaci, ve které uvádí etická kritéria pro propagaci léčiv. Informace o léčivech by neměly být zavádějící, nesprávné nebo neověřené a neměly by vést k neopodstatněnému nebo nadměrnému užívání léčiva. Reklamy

²⁷ Remedia 4/2007, s.426.

často podporují užívání léčiv v neschválených indikacích a odkazují na studie podpořené téměř vždy farmaceutickou firmou. Důvěryhodnost těchto údajů je proto nezdárka sporná. Reklama určená veřejnosti by neměla být zaměřena na léčiva, která jsou dostupná pouze na lékařský předpis (to je možné například v USA, v ČR je reklama na léčiva na předpis zakázána²⁸).

Vědecké a vzdělávací aktivity by neměly být záměrně užívány k propagačním účelům, stejně tak finanční nebo hmotné dary by neměly být farmaceutickými firmami poskytovány zdravotníkům a ovlivňovat tak preskripci léků. Regulační opatření v propagaci léčiv jsou nedostatečná, reklamy na léčiva jsou nedostatečně monitorovány a chybí i hodnocení efektu propagace. Také řešení případných stížností je netransparentní, chybné informace nejsou včas opraveny a sankce za neetické jednání jsou nízké a neefektivní.

Problematiku reklamy a propagace léčiv by bylo vhodné zařadit do systému vzdělávání lékařů i farmaceutů, aby uměli kriticky zhodnotit informace, vysvětlit pacientovi vhodnost nebo nevhodnost vyžadovaného léku a čelit nátlaku farmaceutických firem. Odborná i laická veřejnost by měla o léčivech dostávat více spolehlivých informací, které nejsou ovlivňovány zájmem farmaceutických firem. Je třeba nejen zajistit přístup pacienta k léčivu, ale je třeba zabezpečit i jeho správné používání. Důslednější legislativní úprava regulace reklamy, například schvalování komisí nezávislých odborníků, by přispěla k objektivnějšímu informování veřejnosti.

Jedním z projektů WHO je také sledování propagace léčiv a hodnocení regulace reklamy a sledování pregraduální edukace studentů farmacie a medicíny. Hodnotí postoje odborníků a veřejnosti k propagaci léčiv, vliv reklamy na předepisování a užívání léčiv a způsoby regulace a jejich efektivitu (v souvislosti s tím byla vytvořena on-line databáze www.drugpromo.info).

Další zajímavý projekt WHO a HAI (Health Action International) je zaměřen na sledování a srovnávání cen léčiv, originálních i generik, v různých zemích. Ceny léčiv ve světě se značně liší a často mnohonásobně převyšují jejich výrobní náklady. Tento projekt sleduje, zda jsou léčiva k dispozici v nemocnicích či v lékárnách a jaká je jejich cenová dostupnost. Cílem je zvýšit dostupnost léčiv.

²⁸ Zákon č. 138/2002 Sb., o regulaci reklamy a o změně zákona č. 79/1997 Sb., o léčivech ve znění pozdějších předpisů.

1.4.6. Liberalizační trendy v současném evropském lékárenství

Během posledního desetiletí dochází v evropském lékárenství k výrazným liberalizačním změnám. Tak jak jednotlivé státy od sebe kopírují legislativu, získal liberalizační trend nadnárodní dimenzi a některé iniciativy byly podpořeny i různými institucemi EU jako součást evropské politiky²⁹. Evropské instituce, zejména Evropská komise a následně Generální ředitelství pro vnitřní trh a pro hospodářskou soutěž podporují liberalizaci trhu s volně prodejnými léčivy a reklamou na služby lékáren. Liberalizační snahy se týkají především podmínek vlastnictví lékárny, kde jde o rušení pravidel zakládajících exkluzivitu vlastnictví veřejných lékáren pouze lékárníky nebo eliminaci pravidel stanovujících limit vlastnictví na jednu lékárnu pro jednoho lékárníka. Dochází ke zjednodušení podmínek na založení lékárny, zvláště pravidel stanovujících geografická nebo demografická kritéria pro zakládání nových lékáren. Důsledkem je koncentrace lékáren v oblastech vysoce zalidněných nebo ekonomicky profitabilních. Tyto iniciativy podporují také integraci jednotlivých složek působících v distribučním řetězci léčiv (průmysl, velkoobchod a veřejné lékárny, fúze velkoobchodu a lékáren) a také vznik řetězců lékáren. Nejnovějším trendem je vznik tzv. e-lékáren, které distribují léčiva s využitím internetu. Všechny tyto snahy také zlepšují dostupnost léků a lékárenské péče, která je součástí celého zdravotnického systému.

2. Důsledky účinnosti nového zákoníku práce na poskytovatele zdravotní péče

Uplatňování zákoníku práce ve zdravotnictví je dlouholetým neřešeným problémem. Před rokem 1989 a ještě několik let poté vykonávali lékaři pohotovostní služby bez jakéhokoli omezení. Novela zákoníku práce v r. 2001 vymezila nové pojmy, zavedla tzv. pohotovost na pracovišti, pohotovost mimo pracoviště a práci přesčas. Díky tomu mohl oficiálně lékař zaměstnanec strávit ročně 416 hodin přesčasovou prací, 400 hodin pohotovostí na pracovišti tzv. čekáním na práci a být prakticky neomezeně k dispozici při pohotovostech mimo pracoviště.

²⁹ Časopis českých lékárníků 4/2006, s. 18.

Zdravotnická zařízení vykazovala práci v souladu s platným zákoníkem práce. Vznikl však rozpor mezi prací vykázanou – legalizovanou a skutečně provedenou, přesčasové práce lékařů-zaměstnanců nebylo, stala se ale nelegální a to přineslo další problém, jak takovou nelegální práci odměnit. Je také nutné uvést, že odměna za ústavní pohotovostní služby tvoří lékařům v průměru 48% mzdy či platu, jsou tedy na tomto příjmu ekonomicky závislí³⁰. To je důvodem obav zdravotníků a jejich nevelké ochoty k radikálním změnám. O vlivu nového zákoníku práce³¹ na zdravotnictví byly proto od začátku vedeny bouřlivé diskuse mezi zřizovateli a zaměstnavateli a na druhé straně odbory a Českou lékařskou komorou. Ministr zdravotnictví dokonce plánoval další novelu zákoníku práce, kterou by bylo možno stanovit zdravotnickým pracovníkům 48 hodinový pracovní týden a tím administrativně přesunout odpracované hodiny z kolonky přesčasů do řádné pracovní doby. Takové řešení by sice mělo být podmíněno souhlasem zaměstnance, ale zdravotník by mohl pravděpodobně být vystaven nátlaku, neboť jeho odmítnutí může být hodnoceno jako nedostatek dobré vůle. Zavedení 48 hodinového pracovního týdne pro zdravotníky by v důsledku mohlo znamenat jakési vyčlenění zdravotníků jako zvláštní skupiny občanů, která by měla mít v zákoníku práce speciální úpravu, protože jiným skupinám zaměstnanců by zůstal pracovní týden v rozsahu stávajícím, tedy 40 hodin týdně. Takto navrhovaná změna by sice částečně pomohla vyřešit problém s překračováním limitů pro přesčasovou práci ve zdravotnictví, ale znamenala by citelný zásah do výše výdělků zdravotníků, neboť odměna za přesčasovou práci je samozřejmě vyšší.

Problémy ve zdravotnictví souvisejí i se zvyšujícím se nedostatkem kvalifikovaného personálu ochotného pracovat za stávající platy nebo mzdy, neboť čeští lékaři i střední zdravotnický personál čím dál častěji odchází za lepšími výdělky do zahraničí. O práci v České republice sice mají zájem lékaři z východních zemí, problémem však je nejen jazyková bariéra a nutné zkoušky, ale i jejich nezkušenost s prací s vyspělou technikou, která je v našich zdravotnických zařízeních k dispozici.

Změny zavedené zákoníkem práce přinášejí tedy zvýšení nákladů na poskytování zdravotní péče, které zatím nejsou zohledněny ani pojišťovnami, ani státním rozpočtem. Lze tedy předpokládat, že budou muset být přijata další opatření. Navyšování nákladů způsobuje především snaha legalizovat přesčasovou práci a tedy nutnost přijímání dalších zdravotníků tak, aby nedocházelo k překračování limitů- to znamená, že stejný objem práce bude muset

³⁰ Tempus medicorum 10/2006, s.2-3.

³¹ Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, s účinností od 1. ledna 2007.

vykonávat více pracovníků, které ovšem je nutné také za provedenou práci odměnit a tedy rostou především výdaje na platy a mzdy personálu zdravotnických zařízení. K zajištění odpovídajících financí tak, aby mohla být zachována stávající vysoká úroveň poskytované péče, bude patrně muset dojít k navýšení nynějších 7% HDP vynakládaných na zdravotnictví v ČR, dále by měly být zvýšeny platby za tzv. „státní pojištěnce“, bude se hledat další možná spoluúčast pacientů. Na druhé straně se bude muset přikročit i k úsporným opatřením, například v organizaci LSPP a ÚPS (ústavní pohotovostní služba).

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, s účinností od 1.1.2007 uvedl pracovněprávní legislativu ČR do souladu se směrnicemi EU a respektuje také rozhodnutí Evropského soudního dvora v této oblasti.

2.1. Vliv novely zákoníku práce na organizaci ústavní péče

Omezení přesčasové práce lékařů slouží především k ochraně pacientů. Přepracovaný lékař totiž představuje potenciální nebezpečí pro pacienty. Omezení přesčasů ochrání i právo lékařů na odpočinek a regeneraci a umožní jim, aby netrávili noční a víkendové služby na pracovišti za nízkou hodinovou odměnu. Proto by měly být změny v zákoníku práce následovány i úpravou norem pro odměňování zdravotníků³². Poslední dobou se zvyšuje počet českých lékařů, kteří odcházejí za prací do vyspělejších západních zemí. Pokud by měly mzdy zdravotníků po zavedení zákoníku práce ještě poklesnout, řada pracovišť přijde o odborníky a kvalita poskytované péče nutně poklesne. Pokud by se nezměnila stávající organizace pohotovostních služeb, lékaři by na mnohých pracovištích vyčerpali kvótu přesčasové práce během několika prvních měsíců kalendářního roku a musela by být zavedena práce na směnný provoz. To by ovšem pravděpodobně vzhledem k nedostatku financí na platy dalších pracovníků přineslo omezení péče a částečné uzavření některých pracovišť.

Dnes má každá specializace v nemocnici svou ambulanci se svým vlastním personálem. Pacienti vyžadující neodkladnou péči jsou k počátečnímu vyšetření přijímáni přímo v oborových ambulancích, a to v závislosti na přítomných příznacích onemocnění nebo úrazu. V téže nemocnici existují různé týmy specialistů, které se často dublují. Ekonomicky ani medicínsky není efektivní mít v nemocnici všechny specialisty 24 hodin denně. Řešením, které zachová kvalitu péče a přispěje k optimalizaci nákladů, může být zavedení zásad

³² Medical Tribune č. 38/2006, s.2.

„emergency medicine“. V nemocnici bude nepřetržitě 24 hodin denně pracovat centrální pohotovostní oddělení pro akutní stavy. To umožňuje, aby se personál naučil racionálně indikovat pomocná vyšetření a laboratorní testy a umožní ekonomické využití kvalitních laboratorních, RTG a UZ přístrojů. Na observačních lůžkách pohotovostního oddělení je případně možno sledovat pacienty do upřesnění diagnózy. Tato lůžka jsou také rezervou lůžkového fondu v případě hromadných neštěstí, teroristických útoků, otrav, epidemií a podobně. Nebudou také muset sloužit trvale všichni specialisté, budou jen při skutečné potřebě k dispozici na telefonu (tento systém funguje například v USA).

Budování pohotovostních oddělení v nemocnicích by pomohlo vyhovět požadavkům zákoníku práce a přispělo by k optimalizaci nákladů na personál, materiál i technologie.

2.2. Reorganizace LSPP

Systém Lékařské služby první pomoci je ekonomicky i personálně náročný a neefektivní. Podle dostupných informací jen 10% pacientů využívajících LSPP ji mělo skutečně využít. Proto už některé kraje přikročily k reorganizaci LSPP. Například Pražská záchranná služba nyní navrhuje vytvořit dispečink LSPP, kde by byly ve službě pouze operátorky a praktický lékař³³. Pacientům, kteří nepotřebují lékařskou péči neodkladně, by lékař poradil a uklidnil je, k potřebným by poslal sanitu s lékařem. LSPP by nevystavovala recepty. Toto zařízení by pracovalo odděleně od záchranné služby, lékaři by sloužili různí, ale pod jednou organizací. Dostupnost LSPP do 60 minut podle vyhlášky by měla být zachována, ale za ekonomicky výhodnějších podmínek.

2.3. Změny v organizaci záchranné služby

V České republice se v posledních deseti letech podařilo vybudovat kvalitní zázemí pro poskytování profesionální přednemocniční neodkladné péče. Záchranná služba disponuje sítí dispečinků a výjezdových stanovišť, která uspokojivě pokrývají většinu území státu³⁴ a je začleněna do integrovaného záchranného systému kraje (IZS). V současné době probíhá

³³ Zdravotnické noviny 7/2007, s. 4.

³⁴ Vyhláška č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě a zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému.

reorganizace kooperace dispečinků základních složek IZS (hasičský záchranný sbor, zdravotnická záchranná služba a policie) a práce zdravotnické záchranné služby má být upravena jedním ze sedmi reformních zákonů připravovaných ministerstvem zdravotnictví, zákonem o zdravotnické záchranné službě. Problémem, který by zasluhoval brzké vyřešení je návaznost na tuto péči v nemocnici³⁵.

3. Právní úprava zdravotní péče podle zákona o péči o zdraví lidu

Základním zákonem upravujícím péči o zdraví zůstává mnohokrát novelizovaný zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o péči o zdraví lidu“ nebo „ZPZL“), který byl v době svého vzniku svým zaměřením na prevenci velmi pokrokový. Tento zákon, jak je zřejmé již při pohledu na rok jeho vzniku, je dnes již překonán a na potřebě jeho nahrazení novým moderním právním předpisem se shodují jak zdravotničtí pracovníci, tak politici. Poslední významná novelizace ZPZL byla provedena zákonem č. 111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. Tato novela přinesla především podstatné změny v oblasti poskytování informací o zdravotním stavu pacienta třetím osobám a práva pacienta na informace obsažené ve zdravotnické dokumentaci o jeho osobě nebo ve vztahu k jeho zdravotnímu stavu (bližší se této problematice věnuji v dalších kapitolách).

Ve své práci se podrobněji věnuji těm částem zákona, které se dotýkají některých aktuálních témat, o nichž se v současné době veřejně diskutuje.

3.1. Hlavní zásady péče o zdraví

V úvodní části zákona jsou uvedeny hlavní zásady péče o zdraví v člancích, jež jsou předřazeny před samotné paragrafované znění zákona. Tyto zásady se zaměřují především preventivně k ochraně, upevňování a rozvíjení tělesného i duševního zdraví a zvláštní péče je přitom věnována mladé generaci a ochraně jejího zdraví. Zásady jsou pozůstatkem z doby vzniku zákona a dle mého názoru by v nové právní úpravě neměly mít místo.

³⁵ Medical Tribune č. 3/2007, s. B3.

3.2. Účast občanů, profesních organizací a jiných občanských sdružení v péči o zdraví

ZPZL v samém úvodu upravuje účast občanů a profesních organizací na péči o zdraví lidu. Co se týče samotných občanů jako příjemců zdravotní péče, občané mají uplatňovat hygienické zásady a spolupracovat na opatřeních k ozdravení životních podmínek, dávat podněty ke zlepšení péče, upozorňovat na hygienické závady a účastnit se zdravotnických akcí, např. dárcovství krve. Zákon tedy klade důraz na aktivní účast občanů v péči o zdraví.

Občané mají právo na poskytování zdravotní péče podle ustanovení tohoto zákona, podle ZVZP a předpisů vydaných k jejich provedení a zákona o ochraně veřejného zdraví. Občanům, s výjimkou osob ve vazbě a ve výkonu trestu odnětí svobody, se umožňuje volba lékaře, klinického psychologa a zdravotnického zařízení. Zákon tedy zde zakotvuje důležité právo svobodné volby lékaře a odkazuje v této části rovněž na zákon o veřejném zdravotním pojištění, který upravuje přístup občanů ke zdravotní péči. Možnost volby se netýká závodní preventivní péče a zdravotnických zařízení v případech, kdy jsou tato zařízení příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví stanovena k provedení protiepidemických opatření. Každý občan je povinen podrobit se v případech stanovených obecně závaznými předpisy zdravotnickým prohlídkám a diagnostickým zkouškám, léčení nemocí společensky zvláště závažných, asanačním, dezinfekčním a jiným opatřením na ochranu před nákazou. Zákon zde odkazuje na obecně závazné předpisy, z čehož vyplývá, že zmíněná opatření a povinnosti by mohl občanům uložit i právní předpis nižší než zákonné právní síly.

V ZPZL je stanovena obecná povinnost každého poskytnout nebo zprostředkovat nezbytnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví. Sankcí při porušení této povinnosti je postih podle § 207 a 208 trestního zákona pro každého, pokud by však tuto obecnou povinnost porušil zdravotník, posuzovalo by se jeho jednání podle § 207 odst. 2 trestního zákona, v němž je stanovena kvalifikovaná skutková podstata trestného činu neposkytnutí pomoci s přísnějším postihem.

Co se týče účasti profesních organizací na péči o zdraví lidu, ZPZL stanoví povinnosti v této oblasti pro odborové organizace a zmocňuje ministerstvo zdravotnictví k tvorbě obecně závazných předpisů v oblasti zdravotnictví a také k tvorbě cen léčiv a zdravotnických prostředků (blíže k lékové problematice viz kapitola 1.4. Léková politika). Ministerstvo zdravotnictví spolupracuje s profesními organizacemi a s profesními občanskými sdruženími (např. odborové orgány, Český červený kříž) zejména při zabezpečování odbornosti jejich členů k výkonu povolání, tvorbě sazebníků, které souvisejí s výkony zdravotní péče, tvorbě

cen léčiv a zdravotnických prostředků, tvorbě obecně závazných právních předpisů z oblasti zdravotnictví atd.

3.3. Poskytování zdravotní péče

Zdravotní péči podle ZPZL poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (postup *lege artis*). Podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních stanoví zvláštní zákony. Zdravotní péči poskytují dále zařízení sociálních služeb s pobytovými službami, jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči pro pojištěnce v nich umístěné, a to za podmínek a v rozsahu stanoveném ve zvláštním právním předpisu³⁶. Zdravotní péče se poskytuje bez přímé úhrady na základě všeobecného zdravotního pojištění v rozsahu stanoveném zvláštními předpisy nebo na základě smluvního zdravotního pojištění. Za plnou nebo částečnou finanční úhradu je poskytována zdravotní péče přesahující rámec stanovený zvláštními předpisy, za vyšetření a prohlídky v osobním zájmu fyzických osob nebo zájmu právnických osob, které nesledují léčebný účel, za léčiva a zdravotnické prostředky a potraviny pro zvláštní lékařské účely nad rámec stanovený zvláštním předpisem, zaopatření v zařízeních ústavní péče, v jeslích, dále za hygienické služby objednané fyzickými či právnickými osobami a za pobyt v zařízeních ústavní péče z jiných než zdravotních důvodů (sociální péče).

Zdravotní péči mohou ve zdravotnických zařízeních poskytovat jen oprávnění zdravotničtí pracovníci. Zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči musejí být personálně, věcně a technicky vybavena pro druh a rozsah zdravotní péče kterou poskytují a musejí splňovat hygienické požadavky na svůj provoz. Ministerstvo zdravotnictví stanovuje vyhláškou požadavky na věcné a technické vybavení zdravotnického zařízení a hygienické požadavky na jeho provoz. Ministerstvo zdravotnictví stanovuje po dohodě s příslušnou komorou vyhláškou požadavky na personální vybavení zdravotnického zařízení. V ZPZL je dále stanoven způsob kontroly věcného, technického a personálního vybavení zdravotnického zařízení.

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

3.4. Léčebně preventivní péče

Obsah léčebně preventivní péče je upraven v § 17 až 30 ZPZL. Léčebně preventivní péče zahrnuje veškerou ambulantní i ústavní péči včetně lázeňské péče, závodní preventivní péče, přednemocniční neodkladné péče a léčebné výživy, poskytování léčiv s výjimkou vyhrazených léčiv prodávaných prodejci těchto léčiv, zdravotnických prostředků, potravin pro zvláštní lékařské účely a dopravu nemocných.

Ambulantní péči, jejíž součástí je i návštěvní služba, zajišťují praktiční a jiní odborní lékaři v jednotlivých ordinacích nebo sdružených ambulantních zařízeních.

Vyžaduje-li stav nemocného péči, kterou nelze poskytnout ambulantně, poskytne se mu *péče ústavní*, a to zpravidla v nemocnici, popřípadě v odborném léčebném ústavu.

Závodní preventivní péče zabezpečuje ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci včetně ochrany zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví z práce a prevenci úrazů.

Záchranná služba poskytuje odbornou přednemocniční neodkladnou péči. Zařízení záchranné služby zřizuje kraj, který odpovídá za organizaci a zajištění činnosti záchranné služby ve svém územním obvodu.

Lázeňská péče se poskytuje výběrově osobám, jejichž zdravotní stav ji vyžaduje dle seznamu nemocí, který stanoví ministerstvo zdravotnictví po projednání s ministerstvem práce a sociálních věcí.

Lékařskou péči se rozumí zejména obstarávání, příprava, kontrola, uchovávání a výdej potřebných léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků a informování nemocného. Léčivé přípravky vydává nemocnému na lékařský předpis lékárna nebo jiné zařízení k tomu určené.

Součástí léčebně preventivní péče je také *lékařská posudková činnost*, kterou zpravidla vykonávají ošetřující lékaři podle zvláštních předpisů vydaných Ministerstvem zdravotnictví ČR v dohodě s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR a která spočívá v posuzování způsobilosti k práci.

Novelou ZPZL, provedenou zákonem č. 111/2007 Sb., byl změněn § 23 ZPZL, který upravuje *poučení a souhlas nemocného*.

Vzhledem ke stále častějším soudním sporům v oblasti zdravotnictví, nabývá ustanovení § 23 ZPZL na významu, neboť řádné poučení pacienta řádně zaznamenané ve zdravotnické dokumentaci je výhodné jak pro pacienta, jenž se stává partnerem lékaře a kvalifikovaně se

rozhoduje o postupu své léčby, tak pro zdravotnické zařízení, které je pak chráněno při případném sporu. Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání informuje pacienta, popřípadě další osoby (jejich výčet obsahuje ustanovení § 67b odst. 12 písm. d) ZPZL) o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu a také o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je zdravotnický pracovník oprávněn sdělit osobám blízkým pacientovi a členům jeho domácnosti, kteří nejsou osobami blízkými, též informace, které jsou pro ně nezbytné k zajištění péče o tohoto pacienta nebo pro ochranu jejich zdraví. V případě, kdy pacient vyslovil zákaz poskytování informací, lze jakékoli informace sdělovat pouze se souhlasem tohoto pacienta.

Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (tzv. negativní revers). Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům, tedy osob které nemohou vzhledem ke své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu sám. Dále ZPZL stanoví, kdy je možné bez souhlasu nemocného provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče:

- a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení (např. tuberkulóza),
- b) jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo
- c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,
- d) jde-li o nosiče.

Převzetí nemocného bez jeho písemného souhlasu do ústavní péče z důvodů výše uvedených je zdravotnické zařízení povinno do 24 hodin oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo. Převzetí se soudu neoznamuje, jestliže nemocný dodatečně ve lhůtě 24 hodin projevil souhlas s ústavní péčí.

Ustanovení § 26 ZPZL upravuje podmínky *odnímání částí lidského těla* v souvislosti s léčebně preventivní péčí, lékařskou vědou, výzkumem a výukovými účely, odběr krve, tkání a orgánů. Při odběru a darování tkání a orgánů pro účely transplantace se postupuje podle

zvláštního právního předpisu, kterým je zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů (transplantační zákon), v platném znění.

V rámci právní úpravy léčebně preventivní péče ZPZL upravuje i takzvané *jiné výkony*, jako např. *kastraci a sterilizaci*, když stanoví podmínky pro provádění těchto zákroků, a podmínky pro ověřování nových poznatků a metod na živých lidech (např. *testování nových léčiv* na dobrovolnících). ZPZL výslovně uvádí, že každý lékařský výkon, který není v bezprostředním zájmu osoby, na které má být proveden, lze provést pouze s předchozím písemným souhlasem takové osoby. Před udělením souhlasu musí být osoba úplně informována o povaze výkonu a jeho rizicích. Právní úpravu umělého přerušeni těhotenství ZPZL přenechává zvláštnímu zákonu, kterým je zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušeni těhotenství, ve znění pozdějších předpisů.

V ZPZL je velmi podrobně upravena *asistovaná reprodukce*. Rozumí se jí postupy a metody, při kterých dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami nebo s embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem léčby neplodnosti ženy nebo muže. Toto téma je v posledních letech stále aktuálnější v souvislosti s klesající porodností a stoupajícím procentem neplodných párů. Postupy a metodami asistované reprodukce jsou odběr zárodečných buněk a umělé oplodnění ženy, oplození vajíčka spermií mimo tělo ženy, přenos embrya do pohlavních orgánů ženy, nebo zavedení zárodečných buněk do pohlavních orgánů ženy. Genetická vyšetření embrya jsou povolena pouze ve vymezených indikacích za účelem vyloučení rizika vážných geneticky podmíněných nemocí a vad u embryi před jejich zavedením do děložní dutiny.

Asistovanou reprodukci lze provést na základě písemné žádosti ženy a muže, kteří tuto léčbu hodlají společně podstoupit (dále jen "neplodný pár"), jestliže je ze zdravotních důvodů málo pravděpodobné nebo zcela vyloučené, aby žena otěhotněla přirozeným způsobem, nebo jestliže existuje prokazatelné riziko přenosu geneticky podmíněných nemocí nebo vad. Žádost obsahuje souhlas muže s provedením umělého oplodnění ženy; souhlas musí být opakovaně vysloven před každým provedením umělého oplodnění. Žádost nesmí být starší než 24 měsíců a je součástí zdravotnické dokumentace ženy.

Asistovanou reprodukci je možné provést u ženy v plodném věku, jestliže provedení asistované reprodukce nebrání její zdravotní stav. Za posouzení zdravotní způsobilosti příjemkyně odpovídá lékař, který tuto asistovanou reprodukci provádí. Dárce darujícím zárodečné buňky pro účely asistované reprodukce se rozumí osoba, která netvoří neplodný pár. Darovat vajíčka pro účely asistované reprodukce může žena ve věku od 18 do 35 let. Darovat spermie může muž ve věku od 18 do 40 let.

Dárce je povinen za účelem zjištění zdravotní způsobilosti k asistované reprodukci se podrobit potřebným vyšetřením, včetně genetických. Za posouzení zdravotní způsobilosti dárce odpovídá lékař, který rozhodl o možnosti použít zárodečné buňky pro metody asistované reprodukce. Dárce nebo příjemkyní nesmí být osoba zbavená způsobilostí k právním úkonům nebo osoba s omezenou způsobilostí k právním úkonům.

Lékař provádějící odběr zárodečných buněk a lékař provádějící umělé oplodnění je před provedením těchto výkonů povinen osoby, jimž mají být tyto výkony provedeny, poučit o povaze těchto výkonů, možných zdravotních rizicích a o všech okolnostech souvisejících s asistovanou reprodukcí.

Dárce zároveň s vyslovením souhlasu s provedením výkonu asistované reprodukce vysloví souhlas s použitím zárodečných buněk pro umělé oplodnění a se získáním embryonálních kmenových buněk z nadbytečného embrya, které vzniklo z jeho zárodečné buňky, k výzkumu podle zvláštního právního předpisu upravujícího výzkum na lidských embryonálních kmenových buňkách. Vyslovení souhlasu zaznamená lékař do zdravotnické dokumentace vedené o osobě, která souhlas vyslovila, záznam podepíše lékař a osoba, která jej vyslovila.

Zárodečné buňky a embrya vytvořená pro účely asistované reprodukce mohou být použita pouze pro umělé oplodnění. Pokud při umělém oplodnění příjemkyně nebyla použita všechna embrya vytvořená ve prospěch neplodného páru, lze je uchovat a použít pouze pro další léčbu neplodnosti tohoto páru. Mohou být použita za předpokladu, že neplodný pár prohlásí, že embrya nehodlá použít pro další umělé oplodnění, a vysloví

- a) souhlas se získáváním embryonálních kmenových buněk z nadbytečného embrya k výzkumu podle tohoto zvláštního právního předpisu, nebo
- b) souhlas s použitím nadbytečného embrya k umělému oplodnění jiné ženy.

Vyslovení souhlasu zaznamená ošetřující lékař do zdravotnické dokumentace vedené o příjemkyni; záznam podepíše ošetřující lékař a neplodný pár.

Zdravotnické zařízení, ve kterém se asistovaná reprodukce provádí, je povinno zajistit zachování anonymity dárce a neplodného páru a anonymity dárce a dítěte narozeného z asistované reprodukce.

Zdravotnické zařízení může postupy a metody asistované reprodukce provádět pouze na základě souhlasu uděleného Ministerstvem zdravotnictví (tzv. akreditace zdravotnického zařízení).

Použití postupů asistované reprodukce zásadně není dovoleno pro účely volby pohlaví budoucího dítěte s výjimkou případů, kdy použitím postupů asistované reprodukce lze předejít

vážným geneticky podmíněným nemocem mendelovského typu s vazbou na pohlaví, které jsou neslučitelné s postnatálním vývojem dítěte, výrazně zkracují život, způsobují časnou invaliditu nebo jiné vážné zdravotní postižení nebo podle současných znalostí nejsou vyléčitelné.

V ZPZL jsou také stanovena pravidla k *provádění zdravotní pitvy u zemřelých osob*. Pitva se provádí povinně nebo na základě určení prohlízejícím lékařem nebo vedoucím zdravotnického zařízení, a to v případech a za účelem stanoveným vyhláškou, popřípadě podle rozhodnutí orgánu ochrany veřejného zdraví. Soudní pitva se provádí za podmínek stanovených zvláštními právními předpisy. Ministerstvo zdravotnictví stanovuje vyhláškou podrobnosti postupu při úmrtí a provádění pitev, včetně stanovení účelu pitvy, zdravotnického zařízení, popřípadě lékaře provádějícího prohlídku zemřelého nebo pitvu, dále úkony na těle zemřelého a rozsah a místa určení podávání informací a povinných hlášení o úmrtí, výsledku prohlídky zemřelého a provedení pitvy, podrobnosti o rozsahu a obsahu povinně uváděných údajů do Národního registru dárců tkání a orgánů v případě použití odebraných částí těla pacienta nebo těla zemřelého pro výrobu bioimplantátů.

V další části ZPZL je upraveno *poskytování zdravotní péče cizincům* pobývajícím na území ČR. Tuto problematiku jsem podrobněji popsala v kapitole „1.3.5. Poskytování zdravotní péče cizincům a českým občanům v zemích EU“.

3.5. Soustava zdravotnických zařízení

ZPZL definuje strukturu a úkoly zdravotnické soustavy tak, že úkoly zdravotnictví obstarávají zdravotnická zařízení a další zdravotnické organizace uspořádané do soustavy zdravotnických zařízení. Soustavu zdravotnických zařízení tvoří zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob. Součástí soustavy zdravotnických zařízení jsou zařízení pro výchovu a výuku a pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků, organizace pro zdravotnickou výrobu, pro zásobování léčivy a jinými prostředky zdravotnické techniky a pro jejich kontrolu, vědeckovýzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví.

Druhy a úkoly zdravotnických zařízení

Zařízení léčebně preventivní péče jsou zařízení ambulantní péče a nemocnice. Základním článkem zařízení ambulantní péče jsou ordinace praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost a ordinace dalších odborných lékařů. Nemocnice poskytují ambulantní

a lůžkovou základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči, jejíž součástí jsou nezbytná preventivní opatření.

Zařízení závodní preventivní péče provádějí odbornou poradní činnost v otázkách ochrany a podpory zdraví a kontrolují pracoviště podniků, vykonávají preventivní lékařské prohlídky zaměstnanců a zajišťují poskytnutí první pomoci zaměstnancům.

Léčebně preventivní péči osobám s poruchami zdraví, které mají vleklý průběh a potřebují zvláštní odbornou péči s výrazným rehabilitačním zaměřením, poskytují *odborné léčebné ústavy* specializované zpravidla podle druhu nemocí. Odbornými léčebnými ústavami jsou léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy a další léčebny.

Mezi zdravotnická zařízení jsou řazeny také *lékárny a zvláštní dětská zařízení* (kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle).

3.6. Pracovníci ve zdravotnictví

Zdravotnickým pracovníkem je fyzická osoba, která vykonává zdravotnické povolání lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta podle zákona 95/2004 Sb.³⁷ Zdravotnickým pracovníkem je také fyzická osoba, která vykonává zdravotnické povolání podle zákona č. 96/2004 Sb.³⁸

Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví

Každý zdravotnický pracovník je povinen zejména vykonávat své povolání v rozsahu a způsobem podle zásad, určených ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s profesními organizacemi, převzít a řádně plnit i mimořádné zdravotnické úkoly uložené mu dočasně v důležitém obecném zájmu, poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas

³⁷ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platném znění.

³⁸ Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) v platném znění.

dosazitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči, zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dověděl při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby; tzv. oznamovací povinnost, která znamená oznamovat určité skutečnosti a která je uložena zdravotnickým pracovníkům zvláštním právním předpisem, není tím dotčena³⁹. Povinností mlčenlivosti není zdravotnický pracovník vázán v rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi ním, popřípadě jeho zaměstnavatelem a pacientem, nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo na ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

Povinnosti zde uvedené se vztahují i na zdravotnické pracovníky, kteří nevykonávají zdravotnické povolání (např. po ukončení pracovního poměru nebo po odchodu do penze).

3.7. Zpracování osobních údajů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče

Aktuálním tématem, zejména pro zdravotnická zařízení, je vedení zdravotnické dokumentace. Po zveřejnění případu tzv. heparinového vraha, který pracoval v nemocnici v Havlíčkově Brodě, se ukázala důležitost řádného vedení zdravotnické dokumentace, když se díky detailnímu rozboru dokumentace podařilo odhalit zdravotníka, který několika pacientům úmyslně podal lék Heparin v tak vysoké dávce, že v důsledku toho došlo k jejich úmrtí. Při vyšetřování bylo konstatováno, že při důslednějším vedení zdravotnické dokumentace by mohlo dojít k odhalení podezřelých úmrtí dříve a některé lidské životy mohly být zachráněny.

Zpracováním osobních údajů podle ZPZL se rozumí zpracování osobních údajů při vedení zdravotnické dokumentace a další nakládání s ní a zpracování osobních údajů v Národním zdravotnickém informačním systému (dále jen "NZIS"). Při zpracování osobních údajů lze vést rodné číslo pacienta ve zdravotnické dokumentaci a v NZIS, pokud se sběr a zpracování informací a jejich vedení vztahuje ke konkrétnímu pacientovi.

³⁹ Podrobněji se této problematice věnuji v kapitole 4.2.2. „Výjimky z povinné mlčenlivosti“, v části věnované oznamovací povinnosti.

3.7.1. Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická zařízení jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci, která obsahuje osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy, informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče.

Každá samostatná část zdravotnické dokumentace musí obsahovat osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo.

Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně. Měl by být průběžně doplňován a musí být opatřen datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla. Opravy ve zdravotnické dokumentaci se provádí novým zápisem s uvedením dne opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Původní záznam však musí zůstat čitelný.

Zdravotnická dokumentace může být vedena na záznamovém nosiči ve formě textové, grafické nebo audiovizuální. Údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci musí být vedeny v listinné formě nebo v elektronické formě.

Údaje ze zdravotnické dokumentace lze z listinné formy přepsat do elektronické formy pouze za podmínky, že bude zároveň uchována listinná forma. Zápis zdravotnické dokumentace na paměťové médium výpočetní techniky, který neobsahuje zaručený elektronický podpis, se převede na papírový nosič (tiskovou sestavu), opatří se datem a podpisem osoby, která zápis provedla a zařadí se do zdravotnické dokumentace pacienta. Přitom jednotlivé tiskové sestavy se považují za samostatné části zdravotnické dokumentace.

ZPZL také umožňuje vedení zdravotnické dokumentace pouze na paměťových médiích výpočetní techniky, v takovém případě lze zápis do zdravotnické dokumentace provádět jen za zákonem stanovených podmínek, a to tak, že:

- a) všechny samostatné části zdravotnické dokumentace obsahují zaručený elektronický podpis osoby, která zápis provedla podle zvláštního právního předpisu,
- b) bezpečnostní kopie datových souborů jsou prováděny nejméně jednou za pracovní den,
- c) po uplynutí doby životnosti zápisu je zajištěn opis archivních kopií,
- d) uložení archivních kopií, které jsou vytvářeny nejméně jedenkrát za rok, je provedeno způsobem znemožňujícím do nich provádět dodatečné zásahy.

Při uchovávání archivních kopií dat na paměťových médiích výpočetní techniky musí být zajištěn přístup k datům a jejich čitelnost (použitelnost) nejméně po dobu, která je předepsána pro archivaci zdravotnické dokumentace.

Práva a povinnosti při zpracování osobních údajů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče se řídí zvláštním zákonem (zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění).

Problematickým tématem úzce souvisejícím s vedením zdravotnické dokumentace je otázka nahlížení do zdravotnické dokumentace, na kterou dosud nemá jednotný názor ani zdravotnická veřejnost ani politická reprezentace. Část zdravotníků se domnívá, že dokumentace obsahuje pro pacienta - laika řadu nesrozumitelných údajů, které by měly být předmětem podrobnějšího vysvětlení a jejichž nesprávná interpretace, k níž by mohlo dojít při nahlížení pacienta do dokumentace bez asistence lékaře, by mohla vést až k soudnímu sporu pacienta se zdravotnickým zařízením. ZPZL se proto problematice práva nahlížení do zdravotnické dokumentace podrobně věnuje, a to nejen z výše popsaného hlediska, ale také z hlediska ochrany osobních a citlivých údajů pacientů.

Do zdravotnické dokumentace tedy mohou nahlížet, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu a pouze v rozsahu své kompetence: zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, pověřeni členové příslušné komory při šetření případů podléhajících disciplinární pravomoci příslušné komory, revizní lékaři zdravotních pojišťoven v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem, soudní znalci v oboru zdravotnictví v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku zadaného orgány činnými v trestním řízení nebo soudy, lékaři orgánů sociálního zabezpečení při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pro účely dávek a služeb sociálního zabezpečení, důchodového pojištění, státní sociální podpory, lékaři úřadů práce pro účely zaměstnanosti, zaměstnanci státu v organizační složce státu, která zajišťuje plnění úkolů NZIS, kteří zabezpečují zpracování osobních údajů a informací o zdravotním stavu obyvatelstva, Veřejný ochránce práv v souvislosti s šetřením podle zvláštního zákona tak, aby byla zajištěna ochrana citlivých údajů třetích osob, a další v zákoně vyjmenované osoby. Osoby, které mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace, mají též právo na pořízení jejich výpisů, opisů nebo kopií v rozsahu nezbytně nutném pro potřeby splnění konkrétního úkolu.

Osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze v rozsahu nezbytně nutném a u pacientů stanovených pověřeným zdravotnickým pracovníkem zdravotnického zařízení, které zabezpečuje praktickou výuku osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání;

k nahlížení do zdravotnické dokumentace takových pacientů je třeba jejich písemného souhlasu, případně souhlasu jejich zákonných zástupců. Souhlasu pacienta není třeba, není-li možné jej získat vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. Osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání jsou povinny o skutečnostech, o nichž se ze zdravotnické dokumentace dozvěděly, zachovávat mlčenlivost ve stejném rozsahu jako zdravotničtí pracovníci.

Pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu. V případě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má pacient nárok na informace, jejichž obsahem je popis příznaků onemocnění, diagnóza, popis terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů, dále právo v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do uvedených dokumentů (v případě záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky může nahlížet do záznamů týkajících se popisu příznaků onemocnění, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů), na pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů. Dále má právo určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě, a to při přijetí k poskytování zdravotní péče nebo kdykoliv po přijetí; pacient při určení osoby, která může být informována o jeho zdravotním stavu, zároveň určí, zda této osobě náleží též práva nahlížet do dokumentace a pořizovat výpisy, opisy nebo kopie (tohoto práva se dožadovaly také homosexuální páry, které uzavřely registrované partnerství, neboť partnerům nebyla podle dřívější právní úpravy možnost informování o zdravotním stavu druhého partnera dána). Pacient může určení osoby nebo vyslovení zákazu kdykoliv odvolat; právo pacienta na určení osoby nebo na vyslovení zákazu se nevztahuje na osoby vyjmenované v zákoně⁴⁰ a dále jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, které mohou být o jeho zdravotním stavu informovány. V takovém případě mají právo na aktuální informace o jeho zdravotním stavu osoby blízké. V každém případě by však mělo být zabráněno předání informací o třetí osobě.

U osob mladších osmnácti let má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci (opět s výjimkou informací o třetích osobách) zákonný zástupce pacienta. V praxi se nejčastěji jedná o rodiče, který jedná jménem nezletilého pacienta a má tedy právo na informace, dále je pak oprávněn udělit jménem

⁴⁰ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů, § 67b, odst. 10 a 11.

pacienta souhlas se sdělením informací jiným osobám. Toto právo má kterýkoli z rodičů nezávisle na rodiči druhém.

V případě **změny ošetřujícího lékaře** je dosavadní lékař povinen předat nově zvolenému lékaři všechny informace potřebné pro zajištění návaznosti poskytování zdravotní péče.

Při **zrušení registrace nestátního zdravotnického zařízení nebo zániku** nestátního zdravotnického zařízení úmrtím zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní péči vlastním jménem, je provozovatel zdravotnického zařízení, kterému byla zrušena registrace, nebo ten, kdo žil se zemřelým zdravotnickým pracovníkem poskytujícím zdravotní péči vlastním jménem ve společné domácnosti, povinen správnímu úřadu, který vydal rozhodnutí o registraci zdravotnického zařízení, oznámit do 15 dnů ode dne zrušení registrace nebo úmrtí zdravotnického pracovníka tuto skutečnost a zajistit zdravotnickou dokumentaci tak, aby byla chráněna před nahlížením nebo jiným nakládáním neoprávněnými osobami a ztrátou. Tuto povinnost má i ten, kdo přišel se zdravotnickou dokumentací jako první do styku. Tyto osoby nejsou oprávněny nahlížet do zdravotnické dokumentace, jsou povinny zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, které se dozvěděly o pacientech, o jejichž zdravotním stavu je vedena zdravotnická dokumentace, a jiných skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Správní úřad, který vydal rozhodnutí o registraci zdravotnického zařízení, na základě učiněného oznámení neprodleně převezme zdravotnickou dokumentaci a zajistí ji tak, aby byla chráněna před nahlížením nebo jiným nakládáním neoprávněnými osobami a ztrátou, oznámí převzetí zdravotnické dokumentace způsobem v místě obvyklém tak, aby byla zajištěna v co možná nejširším rozsahu informovanost pacientů o nichž je zdravotnická dokumentace vedena, do doby provedení nové volby zdravotnického zařízení pacienty. Správní úřad dále zajistí předávání potřebných výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace pro zajištění návaznosti zdravotní péče o tyto pacienty; tyto činnosti může vykonávat pouze odborně způsobilý zdravotnický pracovník (stejná pravidla platí i pro vydávání potřebných výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace pro zajištění návaznosti zdravotní péče nebo předání zdravotnické dokumentace nově zvolenému zdravotnickému zařízení). Správní úřad neprodleně předá zdravotnickou dokumentaci na základě oznámení pacienta, o němž je tato zdravotnická dokumentace vedena, nebo na základě vyžádání nově zvoleného zdravotnického zařízení tomuto zařízení.

K zajištění těchto povinností jsou pověřeni zaměstnanci správního úřadu oprávněni vstupovat do objektů těchto zdravotnických zařízení. Pověření zaměstnanci jsou povinni chránit údaje ze zdravotnické dokumentace před zneužitím nebo ztrátou, nejsou oprávněni

sami do zdravotnické dokumentace nahlížet. Také na tyto případy se samozřejmě vztahují ustanovení ZPZL o povinnosti mlčenlivosti.

Zřizovatel státního zdravotnického zařízení, který rozhodl o jeho zrušení a nepřevedl práva a závazky zrušeného zdravotnického zařízení na jiné jím zřízené zdravotnické zařízení, plní tyto úkoly správního úřadu, pokud plněním těchto úkolů nepověřil jiné zdravotnické zařízení jím zřízené. Uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace se řídí zvláštním právním předpisem⁴¹.

V ZPZL je upraveno také zvláštní právo ženy s trvalým pobytem na území České republiky, která porodila dítě a písemně o to požádala, na **utajení jejích osobních údajů v souvislosti s porodem**, nejedná-li se o ženu, jejímuž manželu svědčí domněnka otcovství. Zdravotnické zařízení je v takovém případě povinno vést zdravotnickou dokumentaci v rozsahu péče související s těhotenstvím a porodem, jejíž součástí jsou osobní údaje této ženy nezbytné ke zjištění anamnézy a údaje o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem a postupem při poskytování zdravotní péče tak, že jméno a příjmení ženy je vedeno odděleně od zdravotnické dokumentace spolu s písemnou žádostí o utajení, datem narození a datem porodu. Po skončení hospitalizace se zdravotnická dokumentace o tyto údaje doplní a zapečetí. Otevření takto zapečetěné zdravotnické dokumentace je možné jedině na základě rozhodnutí soudu. Lékaři a příslušníci zdravotnického personálu, kteří v rámci výkonu lékařské péče přišli do styku s osobními údaji takové ženy, jsou povinni o nich zachovávat mlčenlivost.

Pacienta nebo zákonného zástupce pacienta poučí ošetřující lékař o jeho právech (tedy o právu na poskytnutí informací o zdravotním stavu, nahlížení do dokumentace, pořizování výpisů, opisů a kopií a práva určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu).

Určení osoby nebo zákaz podávání informací, popřípadě odvolání určení osoby nebo zákazu podávání informací, se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi a opatří podpisem ošetřujícího lékaře a pacienta. Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam podepsat, ale je schopen projevit svou vůli, podepíše záznam ošetřující lékař a jeden svědek. V záznamu se uvede způsob, jakým pacient svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící podpisu pacienta.

⁴¹ Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění.

Právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, příčinách úmrtí a výsledku pitvy, jsem podrobněji popsala v kapitole 4.2.5. „Zachovávání povinné mlčenlivosti po smrti pacienta“.

Zdravotnický pracovník má právo v případě pochybností o totožnosti osoby (popřípadě jejího vztahu k pacientovi), které náleží práva na informace o zdravotním stavu pacienta požadovat, aby tato osoba prokázala svou totožnost⁴².

Zdravotnické zařízení je povinno zajistit, aby osoba, která může nahlížet podle tohoto zákona do zdravotnické dokumentace nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, anebo si může pořizovat výpisy, opisy nebo kopie těchto dokumentů, nezjistila osobní údaje třetích osob.

Jestliže jsou ve zdravotnické dokumentaci vedené o nezletilém pacientovi zaznamenány takové údaje o jeho zákonném zástupci, které zdravotnickému pracovníkovi sdělil nezletilý pacient nebo jiná osoba a z nichž lze vyvodit podezření na zneužívání nebo týrání nezletilého pacienta, ohrožování jeho zdravého vývoje, popřípadě jiné závažné porušení rodičovské zodpovědnosti, může zdravotnický pracovník omezit zpřístupnění zdravotnické dokumentace zákonným zástupcům, pokud uzná, že toto omezení je v zájmu nezletilého pacienta. Stejně lze postupovat i tehdy, požádá-li o to nezletilý pacient, který s ohledem na věk a stupeň rozumové vyspělosti je schopen si sám utvářet své názory. Přístup do zdravotnické dokumentace lze zákonným zástupcům omezit pouze ve vztahu k údajům, z nichž vyplývají podezření na týrání, zneužívání atd.

Podmínky pro pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se k zdravotnímu stavu pacienta jsem podrobně popsala v kapitole 4.1.3. „Právo pacienta na kopii zdravotnické dokumentace“.

3.7.2. Národní zdravotnický informační systém

Pravidla a postupy pro poskytování informací mezi orgány státní správy jsou stanoveny v části ZPZL jež upravuje Národní zdravotnický informační systém (NZIS). NZIS je jednotný celostátní informační systém určený ke sběru a zpracování informací o zdravotním stavu obyvatelstva, o zdravotnických zařízeních, jejich činnosti a ekonomice za účelem usměrňování poskytování zdravotní péče, stanovení koncepce státní zdravotní politiky,

⁴² Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů, § 67bb, odst. 1.

k využití informací v rámci zdravotnického výzkumu, pro řízení zdravotnictví a pro státní statistiku, k vedení národních zdravotních registrů⁴³. Údaje, a to i osobního charakteru, do tohoto systému poskytují zdravotnická zařízení a to bez souhlasu subjektů údajů. Registry slouží k evidenci a sledování pacientů s vybranými společensky závažnými nemocemi, vyhodnocování diagnostické a léčebné péče, sledování vývoje, příčin a důsledků těchto onemocnění atd. Přehled těchto registrů je v příloze č. 2.

Plnění úkolů NZIS zajišťuje Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.

3.8. Řízení péče o zdraví lidu a rozhodování při výkonu zdravotní péče

ZPZL se také zabývá řízením péče o zdraví, popisuje úkoly, pravomoci, zvláštní oprávnění a kontrolní činnost ministerstva zdravotnictví⁴⁴, orgánů státní zdravotní správy⁴⁵ a Českého inspektorátu lázní a zříděl⁴⁶.

V organizaci ministerstva zdravotnictví jsou plánovány reformní změny tak, aby struktura byla logická, přehledná a umožnila efektivní legislativní a metodickou činnost ministerstva, aby byl zajištěn rovný přístup státní správy ke všem zdravotnickým subjektům bez ohledu na jejich právní formu, dodržování právních norem, systematický dohled na hospodaření přímo řízených organizací a efektivní využívání financí.

V další části ZPZL upravuje rozhodování při výkonu zdravotní péče: vydávání lékařských posudků zdravotnickými zařízeními, jejich platnost a návrhy na přezkoumání. Zdravotnická zařízení vydávají prostřednictvím lékařů nebo klinických psychologů při výkonu zdravotní péče, a to na základě posouzení zdravotního stavu pacienta, lékařské posudky. Zdravotnické zařízení předá lékařský posudek pacientovi prokazatelným způsobem. Pokud je vydán zdravotnickým zařízením lékařský posudek pro stejný účel jako předcházející lékařský posudek, pozbývá tento lékařský posudek dnem platnosti nového posudku svou platnost. Na

⁴³ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, § 67c, § 67d, § 67e, § 67f.

⁴⁴ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, § 68 až § 70.

⁴⁵ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, § 74.

⁴⁶ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, § 76.

rozhodnutí vydané při posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění podle zvláštního předpisu⁴⁷ se vztahují ustanovení ZPZL o lékařském posudku obdobně.

Ve společných a závěrečných ustanoveních ZPZL upravuje náhradu nákladů a škod vzniklých při plnění povinností v péči o zdraví lidu, koordinuje předpisy a součinnost orgánů a organizací v ochraně zdraví (např. zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci), předpisy o vodních zdrojích, o veterinární péči, o státní zemědělské, potravinářské a obchodní inspekci a upravuje spolupráci orgánů státní zdravotní správy, ozbrojených sil a policie při opatřeních obecné povahy nebo při nutnosti jednotného postupu.

4. Vybraná aktuální témata související s poskytováním zdravotní péče

4.1. Informovaný souhlas a nesouhlas pacienta, postavení pacienta z hlediska jeho práv a povinností a právo pacienta na kopii zdravotnické dokumentace

4.1.1. Informovaný souhlas

Informovaný souhlas pacienta, takzvaný pozitivní revers, je v poslední době v médiích často diskutovaným tématem. Investigativní žurnalisté předkládají veřejnosti případy pacientů, kteří tvrdí, že byli lékaři poškozeni na zdraví právě kvůli špatnému nebo žádnému poučení o rizicích a kontraindikacích podstupovaného zákroku nebo budoucí léčby. V řadě případů se zřejmě skutečně jedná o chybný postup zdravotnického personálu, ale může se stát, že řádně poučený pacient prohlásí, že o ničem poučen nebyl. Nemusí však jít o lež. Stává se, že pacient lékařova slova sice slyší, ale nevnímá, podvědomě eliminuje nepříznivé zprávy. V takové situaci může dojít až k právnímu sporu, zda se pacientovi dostalo informací, na které má právo a zda byly tyto informace pro pacienta srozumitelné. Právní zástupce pacienta obvykle tvrdí, že pokud by pacient obdržel dostatečné informace o rizicích zákroku nebo

⁴⁷ Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

léčby, pak by eventuálně nedal k léčbě souhlas a nevznikla by mu škoda na zdraví nebo újma spočívající v nutnosti dočasně nebo trvale změnit obvyklý způsob života. Jeho souhlas se zákrokem nebo léčbou nebyl tedy informovaný a tím byla porušena jeho práva, zaručená článkem 5 Úmluvy⁴⁸.

Proces informování pacienta byl proto podrobně rozpracován vyhláškou ministerstva zdravotnictví, v ní byly také stanoveny jeho povinné součásti a popsána forma, jak má být ve zdravotnické dokumentaci informování pacienta zaznamenáno⁴⁹.

Informovaný souhlas by měl být součástí zdravotnické dokumentace, jde-li o zákrok nebo léčení, které je spojeno s rizikem pro pacienta nebo má-li léčebný postup jiné reálné alternativy. Nemocný by měl být seznámen i s důsledky léčby. Pokud by byl veden právní spor, zda pacient byl či nebyl dostatečně informován, nese zdravotnické zařízení důkazní břemeno ohledně řádného informování pacienta. Jediným spolehlivým způsobem jak prokázat, že byl pacient před léčbou či zákrokem informován a i přes upozornění na rizika, alternativy a následky s léčbou souhlasil, je písemný informovaný souhlas. Je proto nejlépe nechat pacienta podepsat se pod poučení lékaře ve zdravotnické dokumentaci nebo nechat pacienta podepsat informovaný souhlas, tzv. "pozitivní revers".

Pozitivní revers zpravidla obsahuje stručné a výstižné poučení nemocného o zdravotním stavu a potřebných výkonech, o jejich rizicích a reálných alternativách léčení a současně prohlášení nemocného, že s výkonem souhlasí. Podepsaný revers, listina s informovaným souhlasem, ale nenahrazuje vlastní rozhovor s pacientem. Osobní komunikace lékaře s pacientem je nezastupitelná. O výkonu musí informovat vždy lékař a nepřipouští se informování od zdravotní sestry, od klinického psychologa nebo jiného zdravotníka, pokud nejde o výkony, které tento zdravotník provádí samostatně. Vedoucím většího pracoviště by mělo být stanoveno, který lékař bude informaci poskytovat. Informace by neměla být podávána například před ostatními spolupacienty na pokoji, pokud to ovšem pacient nedovolí, a důležité informace by také neměly být podávány a důležitá rozhodnutí by neměla být požadována těsně před operací po premedikaci pacienta. Rozhovor je nutno individualizovat podle věku, typu osobnosti, vzdělání a zdravotního stavu pacienta. Je-li pacient handicapován zrakově, sluchově či mentálně, mělo by v dokumentaci být uvedeno, že příslušné informace byly podány s přihlédnutím k individualitě pacienta. Informování pacienta by mělo být vedeno

⁴⁸ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. (Úmluva o lidských právech a biomedicíně, ratifikována Českou republikou 1.10. 2001.)

⁴⁹ Vyhláška MZ č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění.

ve vhodné atmosféře a pacientovi by měly být poskytnuty pravdivé informace, jak bude zákrok probíhat, zda bude bolestivý, jak dlouho bude trvat, jaká má rizika a proč lékař vybral právě tuto léčebnou alternativu. Je vhodné zmínit i dobu hospitalizace, pracovní neschopnosti, omezení a případně prognózu onemocnění. Pokud by se jednalo o zákrok, který není plně hrazen ze všeobecného zdravotního pojištění, musí být o tom pacient předem informován a měl by písemně potvrdit, že akceptuje smlouvanou cenu.

U nezletilého pacienta je nutno informaci o zdravotním stavu a informovaný souhlas s léčbou přizpůsobit jeho věku a mentální vyspělosti. Podle Úmluvy o lidských právech⁵⁰ jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu se zákrokem, musí informovaný souhlas se zákrokem udělit zákonný zástupce (stačí jeden z rodičů, pokud druhý nevysloví nesouhlas) nebo jiná úřední osoba, která je k tomu zmocněna zákonem. Pozitivní revers k výkonu by měl být podepsán zákonným zástupcem a jde-li o dítě, které vzhledem ke svému věku a stupni rozumové vyspělosti je schopno chápat význam i rizika zamýšleného výkonu, je vhodné vyžádat si i podpis nezletilého dítěte. Názor nezletilé osoby bude zohledněn jako faktor, jehož závaznost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti. Podle právních předpisů je nutno za „dítě“ považovat nezletilou osobu, tedy osobu mladší 18 let. Výjimečně je za zletilou osobu považována osoba mladší 18-ti let a starší než 16 let, která se souhlasem soudu uzavřela manželství. Podle Úmluvy OSN o právech dítěte, kterou ČR ratifikovala, musí být dítěti, které je schopné vytvářet si vlastní názory, zajištěno právo svobodně vyjadřovat tyto názory ve všech záležitostech, které se ho týkají, přičemž se k názoru dítěte přikládá závažnost podle věku a vyspělosti dítěte. U banálních výkonů u věkově starších dětí není vždy nutný informovaný souhlas zákonného zástupce, pokud jde o výkon, jehož význam i případná rizika je schopno pochopit samo dítě.

Jde-li o neodkladný výkon u nezletilého, tedy výkon nutný k záchraně života nebo zdraví, provede lékař takový výkon i bez souhlasu právních zástupců nezletilého.

Obdobně to platí pro osoby, zbavené způsobilosti k právním úkonům (zástupný souhlas v tomto případě uděluje soudem ustanovený opatrovník).

4.1.2. Informovaný nesouhlas

Vyšetřování a léčebné úkony se provádějí zásadně se souhlasem pacienta. Jestliže pacient doporučenou péči přes náležité vysvětlení odmítá, ošetřující lékař by měl znovu pacienta

⁵⁰ Článek 6 odst. 2 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně.

informovat a otevřeně mu vysvětlit, jaké by mohlo mít odmítání indikované péče následky pro jeho zdraví a život. Pokud pacient trvá na odmítavém stanovisku a nenastala výjimečná situace poskytnutí zdravotní péče bez souhlasu podle zákona, je nutné v souladu s ustanoveními ZPZL sepsat listinu označenou jako tzv. "negativní revers"- tedy informovaný nesouhlas. Negativní revers může být zásadním dokumentem pro lékaře v případném sporu o to, zda byl pacient léčen postupem „lege artis“ nebo zda byl pacient řádně informován, proč je doporučovaný výkon pro jeho zdraví nebo život důležitý. Pouhý záznam lékaře do zdravotnické dokumentace o tom, že pacient určitou léčbu či výkon odmítá, však nikdy nemůže nahradit správně sepsaný negativní revers.

V případě, kdy pacient odmítá určitou péči indikovanou lékařem nebo jiným zdravotníkem, musí podrobně vysvětlit, jaké důsledky pro jeho zdraví nebo i život může takové odmítání péče mít, podávat lékař, nikoli zdravotní sestra nebo jiný zdravotnický pracovník. Pokud pacient odmítá výkony poskytované např. klinickým psychologem, fyzioterapeutem či jiným samostatně pracujícím zdravotníkem, může si vyžádat negativní revers také tento pracovník. Pokud dojde k odmítání poskytované péče například v nemocnici mimo pracovní dobu, měl by negativní revers s pacientem sepsat službu konající lékař.

Lékař by měl při odmítání péče nejprve znovu vysvětlit, o jaký výkon se jedná, proč byl indikován, jaké má alternativy a jaké následky pro zdraví a případně život pacienta hrozí, když navrhovaný výkon nebude proveden nebo zdravotní péče nebude poskytnuta. Pokud pacient přes opakované náležité vysvětlení doporučovaný výkon či péči odmítá, musí lékař s pacientem sepsat informovaný nesouhlas – negativní revers. V této listině, jež je součástí zdravotnické dokumentace, by mělo být uvedeno zdravotnické zařízení, pracoviště a jméno lékaře, který negativní revers s pacientem sepisuje, jméno pacienta, datum a hodina sepsání reversu. V negativním reversu by měla být popsána doporučovaná péče a její zdůvodnění a také hrozící rizika pro zdraví nebo život pacienta, pokud tato péče nebude poskytnuta. Současně by nemělo chybět vyjádření o tom, zda pacient poskytované informace porozuměl. Pod dokumentem by měl být podepsán pacient i ošetřující lékař, případně svědek nebo svědci.

Pokud pacient odmítne doporučovanou péči a odmítne i podepsat negativní revers, je potřeba zajistit, aby byla informace o doporučovaném postupu podávána pacientovi před nejméně jedním svědkem, dalším lékařem nebo zdravotní sestrou. Svědek by měl být přítomen podání informace i odmítavému vyjádření pacienta k léčbě, pod revers se pak podepíše místo podpisu pacienta s poznámkou, že pacient odmítá negativní revers podepsat.

U nezletilého, v případě kdy nejde o provedení neodkladných výkonů nutných k záchraně života nebo zdraví a zákonní zástupci nezletilého s doporučovanou zdravotní péčí nesouhlasí, je potřeba si negativní revers vyžádat a nechat podepsat. Pokud jde o nezletilého, který je takového věku a stupně mentální vyspělosti, že je schopen sám chápat povahu a závažnost zákroku, je potřeba jeho stanovisko do reversu zaznamenat a nezletilým také nechat podepsat. Pokud se zákonní zástupci nezletilého mezi sebou nebo zástupci a nezletilý nemohou dohodnout na postupu a nejde o provedení neodkladných výkonů, může takový spor rozhodnout až soud.

Jde-li o neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytného k záchraně života nebo zdraví dítěte nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. V takovém akutním případě je lékař oprávněn a pro možné důsledky neposkytnutí léčby i povinen, negativní revers od zákonných zástupců nebo opatrovníka dítěte nepřijmout.

Jestliže lékař doporučí z několika možných variant lege artis léčebných postupů určitý vhodný a pacient si nezvolí tento postup ale postup variantní, také lege artis, není nutné sepisovat negativní revers, ale revers pozitivní. V zápise pacient potvrdí, že byl informován a jaký postup si zvolil, přestože mu lékař doporučoval postup jiný.

Zvláštní postup nastává v situacích, kdy od pacienta způsobilého k právním úkonům nelze přijmout negativní revers. Jedná-li se o nemoci stanovené právním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení nebo jde-li o pacienta-nosiče nemoci v případě přenosných chorob, jejichž léčení je povinné, souhlas pacienta se nevyžaduje. Souhlas se také nevyžaduje, jedná-li se o osobu jevící známky duševní choroby nebo intoxikace a ta ohrožuje sebe nebo své okolí a dále není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

4.1.3. Právo pacienta na kopii zdravotnické dokumentace

Novela ZPZL provedená zákonem č. 111/2007 Sb., vyřešila i problém nejasností které do té doby panovaly ohledně možnosti pacienta okopírovat si část nebo i celou zdravotnickou dokumentaci vedenou o jeho osobě.

Podle ustanovení § 67b, odst. 12 ZPZL má pacient právo na pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů vedených ve zdravotnické dokumentaci o jeho osobě a vztahujících se k jeho

zdravotnímu stavu; v případě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má nárok na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těch částí dokumentů, které se týkají popisu příznaků, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů.

Pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se k zdravotnímu stavu pacienta upravuje ZPZL tak, že zdravotnické zařízení je povinno je zajistit ve lhůtě do

- a) 10 dnů ode dne obdržení žádosti, a to pro osoby uvedené v § 67b odst. 10, pokud není zvláštním právním předpisem stanoveno jinak nebo pokud není dohodnuta jiná lhůta,
- b) 30 dnů od obdržení žádosti pacienta nebo jiné podle tohoto zákona oprávněné osoby, nejde-li o postup podle písmene a).

Uvedené lhůty však neplatí, jde-li o pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace za účelem zajištění návaznosti zdravotní péče. Zdravotnické zařízení může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu, výše takové úhrady však nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením.

Každé nahlédnutí do zdravotnické dokumentace nebo pořízení jejích výpisů, opisů nebo kopií se do zdravotnické dokumentace zaznamená. V záznamu se uvede jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození osoby, která do zdravotnické dokumentace nahlédla nebo na jejíž žádost byl pořízen výpis, opis nebo kopie, dále rozsah, účel a datum nahlédnutí nebo pořízení výpisů, opisů nebo kopií. Záznam podepíše zdravotnický pracovník, který byl přítomen nahlížení do zdravotnické dokumentace, nebo zdravotnický pracovník, který pořídil výpis, opis nebo kopii této zdravotnické dokumentace, a oprávněná osoba, kterou je naprostou většinou sám pacient.

4.2. Poskytování informací o zdravotním stavu třetím osobám, nakládání se zdravotní dokumentací

4.2.1. Povinná mlčenlivost

Podle Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, která byla ratifikována Českou republikou 1.10.2001, má každý právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví. Ochrana osobních

údajů a informací o zdravotním stavu je ošetřena i v trestním zákoně (v § 178: „kdo osobní údaje o jiném získané v souvislosti s výkonem svého povolání zaměstnání nebo funkce, byť i z nedbalosti, sdělí nebo zpřístupní, a tím poruší právním předpisem stanovenou povinnost mlčenlivosti a tento čin spáchá porušením povinností vyplývajících z jeho povolání, zaměstnání nebo funkce, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až 5 let“).⁵¹

Údaj vypovídající o zdravotním stavu je považován za citlivý osobní údaj a jakýkoli takový údaj je považován podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, za zvláště chráněný citlivý osobní údaj. Podle tohoto zákona jsou správce a zpracovatel osobních údajů povinni přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům neoprávněnými osobami. Zaměstnanci, správce osobních údajů a jiné fyzické osoby přicházející do styku s osobními údaji jsou povinni zachovávat mlčenlivost o osobních údajích a o bezpečnostních opatřeních, jejichž zveřejnění by ohrozilo zabezpečení osobních údajů. Povinnost mlčenlivosti trvá i po skončení pracovního poměru nebo po vykonání příslušného pracovního úkolu.

Povinnost mlčenlivosti upravuje také ZPZL, když stanoví, že každý zdravotnický pracovník je povinen zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání s výjimkou případu, kdy je této povinnosti zproštěn pacientem nebo kdy má podle právního předpisu oznamovací povinnost. Podle novely ZPZL⁵² je v § 55 odst. 2 písm. d) ZPZL nově uvedeno, že zdravotnický pracovník je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděl při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby. Povinnost oznamovat určité skutečnosti uložená zdravotnickým pracovníkům zvláštním předpisem není tímto novým ustanovením dotčena. Povinnosti mlčenlivosti není zdravotnický pracovník vázán také v rozsahu nezbytném pro jeho obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi ním, popřípadě jeho zaměstnavatelem a pacientem, nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo na ochranu osobnosti, v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

Podle Etického kodexu České lékařské komory je lékař v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství s výjimkou případu, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.

⁵¹ Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů.

⁵² Zákon č. 111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

Zdravotnický pracovník má právo v případě pochybností o totožnosti osoby, které náleží práva podle § 67b odst. 12 nebo § 67b a odst. 3 nebo 4 ZPZL, popřípadě o povaze jejího vztahu k pacientovi, požadovat, aby tato osoba prokázala svou totožnost.

Zdravotnické zařízení je povinno zajistit, aby osoba, která může nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, anebo si může pořizovat výpisy, opisy nebo kopie těchto dokumentů, nezjistila osobní údaje třetích osob. Rodné číslo pacienta lze poskytnout pouze osobám blízkým nebo osobám, které mají právo na informace podle § 67b odst. 12 ZPZL, pokud tyto osoby prokáží, že jim pacient nebo jeho zákonný zástupce udělil na základě zvláštního právního předpisu upravujícího nakládání s rodnými čísly souhlas k využití jeho rodného čísla.

Povinností mlčenlivosti o skutečnostech, které se dozvěděli při plnění svých úkolů vyplývajících ze zákona⁵³, jsou vázány také osoby, které zabezpečují a provádějí klinické hodnocení nebo klinické zkoušky zdravotnických prostředků, členové příslušné etické komise, osoby, které zabezpečují a provádějí šetření nežádoucích příhod, inspektoři provádějící kontrolní činnost a příslušní zaměstnanci Statistického ústavu a ministerstva. Povinnost mlčenlivosti se nevztahuje na obsah a nutný rozsah informací v případech trestního řízení podle zvláštních právních předpisů⁵⁴, dále v případech vyplývajících z ohlašovacích povinností a mezinárodních závazků, kterými je Česká republika vázána, a to s výjimkou osobních dat fyzických osob.

Sankce za porušení povinné mlčenlivosti

Jestliže osoba, která vykonává pro správce či zpracovatele činnosti na základě smlouvy, poruší uložené povinnosti, má ten, jehož osobní údaje byly prozrazeny, právo požadovat omluvu, odstranění protiprávního stavu a zaplacení peněžité náhrady újmy, která mu porušením jeho práv vznikla. Osobě, která porušila povinnou mlčenlivost při zpracovávání či nakládání s osobními údaji, správci osobních údajů nebo zpracovateli osobních údajů, lze uložit pokutu až 50.000,- Kč. Zdravotnickému zařízení jako právnické osobě nebo fyzické osobě podnikající podle zvláštních předpisů hrozí za porušení povinnosti řádně chránit osobní

⁵³ Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů.

⁵⁴ Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů.

údaje pokuta až do výše 10.000.000,- Kč, v případě opakovaného porušení těchto povinností může být uložena pokuta až do výše 20.000.000,- Kč⁵⁵.

4.2.2. Výjimky z povinné mlčenlivosti

Výjimkou z povinnosti zachovávat mlčenlivost ohledně informací o pacientech je sdělování informací na základě souhlasu uděleného přímo pacientem, případy podléhající oznamovací povinnosti a zproštění povinnosti mlčenlivosti v případě obhajoby.

Sdělování informací se souhlasem pacienta

Povinné mlčenlivosti je zdravotnický pracovník zproštěn tehdy, poskytuje-li údaje se souhlasem nemocného a je tedy povinné mlčenlivosti zproštěn samotným pacientem. Údaj o tomto zproštění je třeba zaznamenat do zdravotnické dokumentace.

Oznamovací povinnost na základě zvláštních předpisů

V České republice platí všeobecná oznamovací povinnost jen pro státní orgány. Všichni občané ale mají povinnost ohlásit trestné činy, které podléhají takzvané ohlašovací povinnosti a překazít trestné činy, jejichž nepřekažení je samo trestným činem. Tyto trestné činy jsou taxativně vyjmenovány v § 168 trestního zákona (trestný čin neoznámení trestného činu) a v § 167 (trestný čin nepřekažení trestného činu). Oznamovací povinnost nemá jen advokát nebo advokátní koncipient a to o věcech, které by svědčily v neprospěch klienta, a duchovní registrované církve a náboženské společnosti v souvislosti s výkonem zpovědního tajemství nebo s výkonem práva obdobného zpovědnímu tajemství. Tato výjimka se tedy netýká lékařského tajemství a jde-li o trestné činy vyjmenované v těchto ustanoveních, má oznamovací povinnost vzhledem ke společenské nebezpečnosti těchto trestných činů přednost před lékařským tajemstvím. Dozví-li se lékař v souvislosti s výkonem svého povolání o jiných trestných činech než níže vyjmenovaných, pak je povinen o nich zachovat mlčenlivost. O trestný čin „neoznámení trestného činu“ se nejedná v případě, nemohlo-li být oznámení učiněno, aniž by ten, kdo má oznámení učinit, neuvedl sebe nebo osobu blízkou v nebezpečí smrti, ublížení na zdraví nebo jiné závažné újmy nebo trestního stíhání. Uvedení osoby blízké v nebezpečí trestního stíhání však nezbavuje pachatele trestnosti, týká-li se neoznámení

⁵⁵ § 45 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

trestného činu vlastizrady, teroru, teroristického útoku, zločinného spolčení a dalších taxativně vyjmenovaných trestných činů, které jsou uvedeny v § 167 odst. 2 a v § 168 odst. 2 trestního zákona.

Kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin podléhající oznamovací povinnosti a dále trestný čin obecného ohrožení podle § 179, nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187 a § 188, loupeže, znásilnění, pohlavního zneužívání a další, a takový čin nepřekazí, může být potrestán odnětím svobody až na 3 roky. Také zde platí, že kdo nepřekazí uvedené trestné činy, není trestný, nemohl-li trestný čin překazit bez značných nesnází, nebo aniž by sebe nebo osobu blízkou uvedl v nebezpečí smrti, ublížení na zdraví nebo jiné závažné újmy nebo trestního stíhání. Zbavení trestnosti ale neplatí, týká-li se nepřekazení trestného činu vyjmenovaného v § 167 odst. 2 a v § 168 odst. 2 trestního zákona.

Je zřejmé, že se lékař s většinou výše vyjmenovaných trestných činů při výkonu lékařské praxe neseťká. S trestným činem vraždy nebo s trestným činem týrání svěřené osoby se ale reálně setkat může. Takový čin je povinen překazit v případě, pokud čin trvá nebo hrozí do budoucna pokračovat, ale i oznámit, pokud již trestný čin neprobíhá, ale v minulosti k němu již došlo, jako například, když se pacient lékaři svěří, že v minulosti spáchal vraždu. Takovou skutečnost je lékař povinen oznámit policii nebo státnímu zastupitelství.

Z činů, které podléhají povinnosti překazit je, ale nepodléhají současně oznamovací povinnosti, je trestný čin pohlavního zneužívání patrně tím nejzávažnějším. Pokud se lékař při výkonu své práce dozvěděl, že osoba byla v minulosti pohlavně zneužívána, ale pohlavní zneužívání již neprobíhá a nehrozí jeho pokračování v budoucnu, pak oznamovací povinnost nemá. Pokud by ale nezletilá osoba byla nadále ohrožována pohlavním zneužíváním v přítomné i budoucí době, je lékař povinen takový čin překazit. Takový čin zpravidla nedokáže lékař účinně překazit jinak, než oznámením policii nebo státnímu zastupitelství.

To se týká i dalších trestných činů, které je lékař i každý zdravotnický pracovník povinen překazit a nemůže-li to učinit jinak, provede to oznámením policii nebo státnímu zastupitelství. Nesplnění této povinnosti je trestným činem. Pokud lékař například zjistí při ošetřování dítěte známky ublížení, které by mohly svědčit pro týrání, uvede, co při prohlídce dítěte zjistil a z jakých důvodů se domnívá, že může jít o týrání. Dále by měl uvést do protokolu, jak vysvětlili poranění dítěte rodiče či jiné osoby nebo dítě a proč je vysvětlení nevěrohodné. Měl by uvádět jen zřejmá fakta. Pokud se při vyšetřování trestný čin týrání neprokáže, nebo se prokáže, že k trestnému činu nedošlo, nemusí se zdravotník obávat stíhání

nebo žaloby, neboť splnil oznamovací povinnost nebo povinnost překazit trestný čin a uvedl pouze skutečnosti, které zjistil.

Ohlášení trestného činu nestačí provést jen telefonicky. Nestačí také ohlášení jen například sociálně-právnímu orgánu v případě podezření na týrání dítěte. Má-li však lékař nebo jiný zdravotník důvodné podezření, že mohl být nebo může být spáchán trestný čin podléhající ohlašovací povinnosti nebo povinnosti překazit trestný čin a hrozí-li nebezpečí z prodlení, lze však učinit alespoň telefonické oznámení s tím, že následně je nutné provést také ohlášení písemnou formou. Buď osobně do protokolu na státním zastupitelství nebo na policii, nejlépe na okresním ředitelství, a vyžádat si kopii protokolu o podaném oznámení nebo potvrzení, že oznámení bylo podáno. Další možností je vypracovat oznámení písemnou formou a doručit na podatelnu státního zastupitelství nebo na podatelnu okresního ředitelství policie a nechat si přijímajícím stvrdit podání podpisem a razítkem.⁵⁶ Potvrzení o tom, že oznámení bylo učiněno, je důležitým dokladem pro oznamujícího lékaře, kterým by případně mohl prokázat, že splnil zákonem stanovenou oznamovací povinnost.

Zproštění mlčenlivosti při obhajobě⁵⁷

Povinností mlčenlivosti není zdravotnický pracovník vázán také v rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi ním, popřípadě jeho zaměstnavatelem a pacientem, nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo na ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

4.2.3. Vztah k orgánům státní správy a ostatním subjektům

Zdravotnický pracovník je zproštěn povinné mlčenlivosti, jestliže podle právního předpisu má v daném případě oznamovací povinnost. To se týká povinnosti překazit nebo oznámit policii nebo státnímu zastupitelství závažné trestné činy taxativně vyjmenované v trestním zákoně (viz výše). Také při vyřizování dožádání ohledně těchto trestných činů neplatí povinná mlčenlivost a lékař nemusí mít ke sdělení údajů souhlas pacienta. Pro trestní řízení (nikoli však pro občanskoprávní) totiž platí, že pro potřeby orgánů činných v trestním

⁵⁶ Tempus Medicorum 1/2007.

⁵⁷ Zákon č. 111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

řízení (Policie ČR, státní zastupitelství a soud), na jejich dožádání a po předchozím písemném souhlasu soudce, lze bez souhlasu pacienta sdělit potřebné údaje (není-li písemný souhlas soudce, platí povinnost mlčenlivosti, lékař je vázán lékařským tajemstvím a nesmí žádné informace poskytnout).

Osoby, které mohou podle zvláštních zákonů nahlížet do zdravotnické dokumentace, mají též právo na pořízení jejích výpisů, opisů nebo kopií v rozsahu nezbytně nutném pro potřeby splnění konkrétního úkolu.

4.2.4. Zachovávání povinné mlčenlivosti po smrti pacienta

Citlivé údaje by měly podléhat povinné mlčenlivosti nejen za života pacienta, ale i po jeho smrti. Složitá situace ale nastává, když soudní nebo jiné orgány potřebují přístup ke zdravotnickým informacím pro řešení konkrétních nároků a sporů a pacient, který by měl se sdělením vyslovit souhlas, zemřel. Může jít například o spor o právní způsobilost pacienta při sepisování závěti, spor o náhradu škody v případě eventuální nemoci z povolání nebo vyšetřování, zda se při poskytování zdravotní péče nejednalo o postup non lege artis.

Podle § 67 ba ZPZL je zakotveno, že právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, příčinách úmrtí a výsledku pitvy, byla-li provedena, právo v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těchto dokumentů, mají osoby blízké zemřelému pacientu, neurčil-li za svého života jinak, popřípadě další osoby určené pacientem podle § 67b odst. 12 písm. d) citovaného zákona.

Jde-li o zemřelého pacienta, který byl osobou s omezenou způsobilostí k právním úkonům v rozsahu neumožňujícím uplatnit právo podle § 67b odst. 12 ZPZL, osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům nebo nezletilou osobou, má práva na informace o zdravotním stavu o zemřelém zákonný zástupce tohoto pacienta, popřípadě osoba určená tímto zákonným zástupcem.

Jestliže zemřelý pacient za svého života vyslovil zákaz poskytování informací o svém zdravotním stavu, právo na informace o jeho zdravotním stavu, včetně práva nahlížet v přítomnosti zdravotnického pracovníka do zdravotnické dokumentace nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta a práva pořizovat z nich výpisy, opisy nebo kopie, mají osoby blízké pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob, a to pouze v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví.

4.3. Informační a komunikační technologie ve zdravotnictví

Informační a komunikační technologie (ICT) jsou ve zdravotnictví užívány jako nezbytná součást moderní medicíny. Jejich přínosem je nejen zvýšení produktivity personálu a optimalizace nákladů, ale také bezpečnost pro pacienty a jejich spokojenost, zvyšuje se kvalita péče a mnohdy roste i spokojenost zdravotnického personálu, protože užívání některých informačních a komunikačních technologií významně zjednodušuje práci.

Vyspělé země vydávají koncepce na podporu a rozvoj elektronické dokumentace, telemedicíny a zpracování zdravotnické dokumentace na několik let dopředu. Rozvoj projektů elektronického zdravotnictví (eHealth) je finančně podporován z fondů EU⁵⁸. V České republice zatím žádný takový zásadní dokument týkající se elektronického zdravotnictví není. Většina zdravotnických zařízení však nějaké systémy elektronické dokumentace a komunikace má, často ale jednotlivé systémy i v rámci jedné nemocnice mezi sebou špatně komunikují. Některá zdravotnická zařízení, která vedou zdravotnickou dokumentaci v elektronické podobě, v případě kontroly dokumentace revizním lékařem žádanou dokumentaci vytisknou. Rozvoj informačních technologií v českém zdravotnictví je blokován chybějící legislativou. Dobrý projekt ICT pro určité zařízení musí být komplexní, sestavitelný z potřebných modulů software, které umožní vzájemnou konektivitu, z návrhu hardware splňujícího požadované parametry zabezpečení, zálohování dat, servisu a upgrade podle potřeb zařízení i v souladu s platnou právní úpravou. Celý systém by měl být schopen komunikovat se systémy ostatních zdravotnických zařízení a samozřejmě také zdravotních pojišťoven a orgánů státní správy vykonávajících kontrolní činnost.

Podle současné právní úpravy, vyplývající ze ZPZL, a podle aktuálního stanoviska Ministerstva zdravotnictví České republiky, lze vést zdravotnickou dokumentaci pouze v elektronické podobě za splnění čtyř podmínek.

První podmínkou je, že všechny samostatné části zdravotnické dokumentace musejí obsahovat zaručený elektronický podpis osoby, která zápis provedla. To znamená, že každý pracovník, který provádí zápisy do zdravotnické dokumentace, musí mít svůj zaručený elektronický podpis od certifikační autority a musí ho použít vždy, když do dokumentace provádí zápis. I zde je určité nebezpečí zneužití zaručeného podpisu například tím, že se pracovník po ukončení zápisu do dokumentace zapomene odhlásit ze systému a jiný jeho přístup zneužije. Pokud by takové zneužití vedlo k obohacení nebo jiné neoprávněné výhodě

⁵⁸ Medical Tribune III. Č. 6, s. B5.

toho, kdo podpis zneužil, jedná se o trestný čin podvodu spadající pod trestněprávní odpovědnost. Také pracovník, který svou neopatrností umožnil zneužití svého zaručeného elektronického podpisu se může ze svého jednání zodpovídat. Podle ZPZL je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl při výkonu svého povolání. Podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, jsou správce i zpracovatel povinni přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, neoprávněným přenosům, zpracování nebo jinému zneužití. Dále jsou povinni zpracovat a dokumentovat přijatá a provedená technicko-organizační opatření k zajištění ochrany osobních údajů. Zaměstnanci by proto měli být varováni, že se při zneužití svých pravomocí dopustí trestného činu a mohou být pracovněprávně nebo dokonce i trestněprávně stíháni.

Druhou podmínkou pro vedení dokumentace pouze v elektronické podobě je pořizování bezpečnostních kopií zdravotnických záznamů minimálně jednou denně. Účelem této podmínky je vyloučit možnou ztrátu dat při kolapsu elektronického systému.

Třetí podmínkou je zajištění opisu archivních kopií zápisů po ukončení životnosti media, na kterém jsou uloženy. V současné době se archivuje na běžné kompaktní disky, které mají jistě větší životnost než má papírová dokumentace.

Čtvrtou a poslední podmínkou vedení dokumentace pouze na elektronických médiích je povinnost pořizovat nejméně jednou ročně tzv. archivní kopie dokumentace takovým způsobem, aby do nich nebylo možno dodatečně provádět zápisy. Musí také být zajištěn přístup k datům, jejich čitelnost a použitelnost po dobu, která je předepsána pro archivaci zdravotnické dokumentace vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci.

Vedle stárnutí populace a rostoucích nároků na kvalitu zdravotní péče ve vyspělých zemích je pokládáno nedostatečné propojení dat při nízkém využívání informačních technologií za důležitý faktor růstu výdajů na zdravotnictví.⁵⁹

Zavádění jednotného softwarového řešení má však mnohá úskalí. Alternativou řešení komunikace mezi jednotlivými zařízeními je integrace stávajících funkčních řešení do propojeného celku pomocí komunikačního nástroje, který musí zajistit ekonomickou a bezpečnou správu dat o pacientech i snadnou provozní komunikaci. Do takového celku by měla být zapojena nejen lůžková zařízení, ale i služby první pomoci, praktičtí lékaři, ambulantní specialisté, laboratoře, lékárny, prodejny zdravotnických prostředků atd.

⁵⁹ Medical Tribune II. 2006, č. 35, s. 24.

Ekonomickým přínosem je pak omezení duplicitních odborných, laboratorních a rentgenových vyšetření, neefektivního předepisování léků, urychlení stanovení diagnózy a celkově kvalitnější a efektivnější léčení.

To všechno není možné řešit bez jasně stanovených pravidel, bez legislativního rámce. Vyřešení problematiky elektronické zdravotní dokumentace by tak českému zdravotnictví přineslo nejen kvalitnější péči, ale i značné finanční úspory.

4.3.1. Systém elektronických zdravotních knížek IZIP

Pozitivním krokem ke zlepšení komunikace mezi zdravotnickými zařízeními, k omezení duplicitních vyšetření a odstranění neefektivního předepisování léků, je jistě zavedení elektronických zdravotních knížek. Internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta (dále jen IZIP) zavádí a provozuje v České republice společnost IZIP. Po zavedení pilotního projektu ve čtyřech okresech (Benešov, Beroun, Jičín a Rokycany) v únoru 2002 se zavedení tohoto systému ve spolupráci s velkými partnery rozšiřuje a v současné době je do systému zapojeno milion pacientů a 54 nemocnic v České republice. Zdravotní knížka na internetu může obsahovat všechny informace o zdravotním stavu pacienta a je přístupná z kteréhokoliv počítače připojeného na internet. Číst v ní může pacient nebo lékař, kterému to pacient umožní. Zapisovat zdravotní záznamy do této zdravotní knížky mohou jen zdravotničtí pracovníci registrovaní v systému IZIP. Pacient je pomocí elektronické zdravotní knížky na internetu informován o jemu poskytnuté zdravotní péči, má přehled o svých výsledcích vyšetření i léčbě, může se aktivně starat o své zdraví a zlepšuje se komunikace mezi pacientem a lékařem. Zlepšuje se také komunikace mezi lékaři navzájem, lékař má k dispozici objektivní a přesné informace o zdravotním stavu pacienta v době, kdy je pacient právě v ordinaci. Tím ušetří čas svůj i pacienta, protože je schopen na základě v knížce zapsaných informací rychleji stanovit správnou diagnózu a následnou léčbu, neprovádí znovu již provedená nebo nadbytečná vyšetření a nepředepisuje léky, které byly předepsány jiným lékařem. Díky elektronické zdravotní knížce může mít ošetřující lékař okamžitě a kdekoli přehled o pacientově zdravotním stavu i výsledcích vyšetření z jiných zdravotnických zařízení, na které by jinak musel čekat. Systém IZIP může být například nastaven tak, že do elektronických zdravotních knížek pacientů budou z oddělení klinické farmakologie odcházet výsledky vyšetření, lékařské zprávy, propouštěcí zprávy po ukončení hospitalizace a další údaje. Pro nemocnici by z toho vyplývaly značné ekonomické výhody. Při neúčelném

rozšiřování spektra předepisovaných léků vznikají jedny z největších ztrát v nákladech na poskytování zdravotní péče. Kromě ekonomického efektu přináší tento systém i význam medicínský - předchází se lékovým interakcím a zatěžování organismu pacienta zbytečně podávanými léky.

4.3.2. Elektronická identifikace pacienta při hospitalizaci

Centralizace složitých a drahých léčebných postupů do velkých specializovaných zdravotnických zařízení přináší zvyšující se nároky na zpřesnění identifikace pacienta a biologického materiálu. Jednou z možností je technologie čárového kódu.

Pacientovi je při prvním příchodu do zdravotnického zařízení přidělen jedinečný identifikátor, obvykle číslo, pod kterým jsou všechny následné pacientovy záznamy ukládány. K tomuto identifikátoru je automaticky přidělen i čárový kód, který se vytiskne a umístí na zdravotnickou dokumentaci pacienta. Tento čárový kód je také umístěn na identifikační náramek pacienta, který musí mít pacient po celou dobu pobytu v zařízení na zápěstí. Náramek i etikety jsou ze zdravotně nezávadného materiálu odolného vodě, mýdлу a alkoholu, na náramku jsou navíc natištěny jméno pacienta, datum narození, unikátní číslo pacienta a název oddělení, na kterém je léčen. Také na všech ambulancích a lůžkových zařízeních musejí být umístěny snímače čárového kódu. Načtením identifikačního kódu z náramku pacienta získá lékař či sestra okamžitý přístup do pacientových záznamů uložených v nemocničním informačním systému a může s nimi pracovat a kdykoli před jakýmkoli vyšetřením záznamy porovnat. Velmi přínosný je tento systém u nekomunikujících nemocných nebo nemocných v bezvědomí. Přístup k navazujícím informacím je pak dále chráněn vstupním heslem a je dostupný podle stupně přístupových práv.

Při odběru biologických vzorků pacienta jsou vzorky označovány čárovým kódem v místě odběru. Čárový kód zajišťuje přenos kompletních identifikačních údajů o pacientovi a přenos seznamu požadovaných vyšetření. V systému může být nastaveno automatické požadování určitých profilů vyšetření jako standardů při různých diagnostických postupech. Zpětně je snadné dohledat, kdo vyšetření pro které oddělení požadoval a podepsal žádanku. Odpadá také riziko chyb při manuálním přepisu vyšetření pracovníků laboratoře do papírových žádanek.

4.3.3. Elektronická evidence zdravotnických prostředků

Podobně jako identifikaci pacientů a biologických vzorků lze zavést i systém evidence zdravotnické techniky. Technika je také označena čárovými kódy. Zdravotnické prostředky musí být ze zákona prokazatelně a odborně udržovány v řádném stavu kontrolami, ošetřováním, seřizováním, opravami a zkouškami prováděnými v souladu s pokyny výrobců těchto prostředků, příslušnými zvláštními právními předpisy a předpisy pro provozování zdravotnických prostředků⁶⁰. Elektronický systém sledování zdravotnických prostředků výrazně usnadní sledování a dodržování předpisů, sledování využití techniky a plánování její modernizace a obnovení.

Dalším možným využitím je sledování zdravotnických pomůcek, které musejí být sterilizovány. Pomocí evidence čárovým kódem je možno okamžitě určit, kde se sterilizovaný materiál nachází, kdy bude k dispozici a omezuje se plýtvání s materiálem a následné zbytečné náklady na resterilizaci.

4.3.4. Systém elektronické preskripce

V současné době jsou recepty běžně vypisovány ručně, pomocí razítek (razítka se svými léky nabízejí lékařům farmaceutické firmy) a také na počítači s tiskem do obvyklého formuláře. Pro elektronickou preskripci musejí být recepty psány výhradně na počítači. Díky tomu může být předepisování léků centrálně sledováno a kontrolováno z hlediska ekonomického. Mohou být kontrolovány finanční limity na léky na pracovištích i pro jednotlivé lékaře a je možno kontrolovat i předepisování sledovaných léků. Přechodem na centrální evidenci lékové preskripce se zamezí překračování limitů a následně uplatňování regulačních srážek ze strany zdravotních pojišťoven. Elektronická preskripce je u nás regulována vyhláškou ministerstva zdravotnictví⁶¹. Podle této vyhlášky se za lékařský předpis v případě souhlasu pacienta s takovým postupem považuje i lékařský předpis zasláný předepisujícím lékařem lékárně v elektronické podobě, opatřený zaručeným elektronickým

⁶⁰ Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění.

⁶¹ Vyhláška č. 301/2006 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, ve znění pozdějších předpisů.

podpisem založeným na kvalifikovaném certifikátu, stejně jako lékařský předpis zasláný v rámci lokální počítačové sítě jednoho zdravotnického zařízení předepisujícím lékařem lékárně v elektronické podobě opatřený ověřovacím kódem, přiděleným provozovatelem zdravotnického zařízení, zabezpečujícím recept proti jeho zneužití, pokud jinak splňují náležitosti stanovené vyhláškou. Vyhláška také nyní stanoví povinnost vyznačit na receptu symbol „P“, když je předepisován lék plně hrazený pacientem. Jde-li o lék částečně hrazený z všeobecného zdravotního pojištění, je možno vyznačit na receptu symbol „C“ a symbol „I“ pak na lék plně hrazený ze všeobecného zdravotního pojištění.

V některých nemocnicích nedostává pacient do rukou papírový recept, ale lékař recept pošle elektronicky do nemocniční lékárny, kde si pacient lék vyzvedne. V tomto případě je ale omezena možnost pacienta zvolit si lékárnu, ve které si lék chce vyzvednout, proto by měl pacient s touto formou receptu vyslovit souhlas.

Další možností je odeslat elektronický recept do databáze, ke které mají přístup v lékárnách a pacient si může léky vyzvednout v kterékoli lékárně. Například situace v SRN však naznačuje, že tyto systémy mají také mnoho problémů. Zatím není jasné, kdo a jak by měl možnost číst obsah elektronického receptu. Komplikované zabezpečení by mohlo neúměrně zatěžovat mnoho lékařů. Spolková republika Německo plánuje zavedení elektronických receptů a to jak na léky tak i na jiné léčebné postupy (zdravotní cvičení, logopedie, rehabilitace). Proto budou muset mít přístup k příslušným údajům i pracovníci jiných zařízení. Diskutuje se o elektronických legitimacích pro lékárníky a pro zaměstnance nemocnic i soukromé lékaře i optiky a jiné. Jedná se o cca 40 různých povolání, organizovaných ve svazech a komorách. Německé ministerstvo zdravotnictví proto uvažuje o národním rejstříku všech těchto povolání, k jehož zřízení nutí i nás Evropská Unie. Nejdále se zatím dostaly plány na zavedení elektronické lékařské legitimace. Její pomocí by lékař mohl „podepsat“ elektronický recept. Jeden z problémů spočívá mimo jiné v softwaru, který by kontroloval platnost užití legitimace a receptu. Původním plánem bylo, že lékař bude muset přidat ke každému receptu šestimístné číslo (PIN), které zná pouze on. To je však pro praxe nebo ambulance ošetřující denně mnoho pacientů z časových důvodů nepraktické.

Zkouší se rovněž hromadné, nebo takzvané „pohodlné signatury“. Tím se má umožnit, aby lékař jen jednou vložil PIN a tím podepsal více receptů najednou, nebo recepty v určitém časovém intervalu. Uvažuje se i o jiných bezpečnostních postupech, například s použitím otisku prstu nebo čipu v náramku. Multifunkční nástroje na čtení elektronické karty mají nahradit dosavadní, které převzaly z karty pouze údaje, zda a kde je pacient pojištěn. Hlavním cílem je, aby se pomocí karty pacienta, lékaře, případně lékárníka, fyzioterapeuta atd., léčení

předepsalo, konalo a v pojišťovně zúčtovalo bez použití papíru. Kritici těchto plánů se ovšem obávají, že přístupu nepovolaných osob ke zdravotnickým údajům se nepodaří zabránit. Zavedení elektronické zdravotnické karty bude asi stát mnohem více, než se očekávalo. Například Ministerstvo zdravotnictví Spolkové republiky Německo původně počítalo s náklady 1,4 miliardy eur na zavedení elektronické zdravotní karty. Nyní se vychází z odhadu okolo 3,9 miliardy eur a v případě dalších problémů se zaváděním dokonce 7 miliard eur. K této částce dospěla poradenská společnost spolupracující s příslušnými zdravotnickými organizacemi. V těchto odhadech ještě není obsaženo předpokládaných 584 mil eur, které by stálo zhotovení elektronických karet pro 82 mil. německých pojištěnců. Každý soukromý německý lékař bude muset vydat 1-2 tisíce eur za příslušnou novou technologii, to je dohromady 1,9 miliardy. Úspory, které mohou elektronické karty přinést lékařům, jsou naproti tomu odhadovány na pouhých 550 mil eur. Nejvíce ušetří pojišťovny, asi 2,2 miliardy eur, protože nové karty mají mít i fotografii, takže nebude možné je tak snadno zneužívat. Rovnováha mezi výdaji a úsporami spojenými s elektronickou kartou se očekává až za 10 let⁶². (V České republice zatím podobné odhady finanční nákladnosti zavádění informačních technologií do zdravotnictví nebyly zveřejněny, nicméně do budoucna lze následovat příklad SRN, pokud po zhodnocení zavedení nových postupů bude konstatováno, že se tyto osvědčily také v praxi.)

Další možností využití moderních technologií by bylo použití přenosných PC v nemocnicích. Neúměrnou administrativní zátěž přinášejí snahy o standardizaci procesů (např. ošetřovatelských), vyžadování podpisů pacientů pro různé informované souhlasy, pozitivní a negativní reversy, poučení o režimu na oddělení, odevzdávání a přebírání osobních věcí atd. Zaváděním systémů kvality, např. ISO 9001:2000 se přitom objem byrokracie nezvyšuje, ale přímo znásobuje. Další velkou skupinu administrativy tvoří samotná zdravotní dokumentace, záznamy z vizity, denně aktualizované stavy léků, denní záznamy o stavu pacienta atd. Tuto situaci může pomoci zvládnout nemocniční informační systém. Jedním ze zajímavých řešení je projekt využití mobilních terminálů a jejich bezdrátové připojení do nemocničního informačního systému. Největší přínos tohoto systému je v jeho mobilitě. K lůžku pacienta se tím přenesou nemocniční informační systém se všemi daty a výsledky, které jsou pro rozhodování lékaře v dané chvíli nezbytné. Lze vstupovat do databází obrazové dokumentace, laboratorních výsledků a s těmito výsledky pracovat on line. Přínosem je úspora času lékaře a ostatního zdravotnického personálu. Vede také ke snížení až odstranění duplicit

⁶² Zdravotnické noviny 43/2006, str. 6.

jak v indikovaných vyšetřeních, tak v podávaných lécích. Ve zrychlení procesu příjmu pacienta a navýšení průchozí kapacity zdravotnického zařízení přináší jak vyšší příjmy pro poskytovatele, tak především vyšší komfort pro pacienta (redukuje se, až odstraňuje čekací doby, jednotlivé kroky na sebe plynule navazují, protože ošetřující personál má v každém okamžiku přesný přehled o volné lůžkové, personální i přístrojové kapacitě zařízení).⁶³

4.3.5. Webové stránky zdravotnického zařízení

Jednou z diskutovaných možností využití elektronických komunikačních technologií je i objednávání pacientů k vyšetření prostřednictvím webových stránek zdravotnického zařízení nebo e-mailové adresy. Pacient se může v klidu objednat, informovat se o povaze vyšetřovací metody a eventuálně o vhodné přípravě a to přináší úsporu času i lepší komunikaci pacientovi i zdravotnickému zařízení.

Také se zdravotními pojišťovnami je možno komunikovat po internetu. Přihlášku do zdravotní pojišťovny lze podat i elektronicky. Aby tato přihláška byla považována za právní akt, musí být provedena formou zabezpečené komunikace. Například při komunikaci s VZP ČR musí mít klient podepsaný dodatek ke smlouvě s VZP, vlastnit příslušný certifikát pro přístup a elektronický podpis a mít je zaregistrované u příslušného pracoviště VZP. V takovém případě je možné provést přeregistraci přímo. Za stejných podmínek mohou i zdravotnická zařízení využívat portálů zdravotních pojišťoven k ověřování registrace pacientů a platnosti jejich pojištění a odesílat pojišťovně soubory dávek a faktury za ošetřování pojištěnců.

5. Reforma zdravotnictví

Současný legislativní stav ve zdravotnictví zapříčiňuje nadměrnou administrativu, nerovnost mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, nejasné povinnosti provozovatelů zdravotnických zařízení a jejich nevymahatelnost a také nejasná práva pacientů a jejich obtížnou vymahatelnost. Ve zdravotnictví nebude pravděpodobně nikdy finančních prostředků

⁶³ Medical Tribune III., 2007, č. 1, str. 14.

dot. Pacienti chtějí mít nejlepší péči, nejlepší a nejmodernější léky, dokonalý servis, malé odvody na zdravotní pojištění, na léky malé, nebo raději žádné doplatky. Stát chce mít co největší odvody do státního rozpočtu na zdravotním pojištění, méně nemocných a co nejlevnější léky, respektive platit za lék co nejmenší podíl z jeho ceny⁶⁴. Poskytovatelé zdravotní péče chtějí mít jasně definované a trvalé smluvní podmínky a průhlednou tvorbu cen za prováděné výkony bez omezování nárůstu poskytované péče. Reforma našeho zdravotnictví by tedy měla respektovat určité principy a jasně definované cíle.

V současné době je připravován zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Na tento zákon by měly navázat normy upravující jednotlivé specifické oblasti, např. zákon o zdravotnické záchranné službě, transplantační zákon, zákon o specifických zdravotních službách, zákon o tkáních a buňkách, zákon o dětských domovech pro děti do tří let a další. Důležitou funkcí základního zákona bude i definování jednotné terminologie, která bude používána v celé zdravotnické legislativě, tedy i v zákonech, upravujících oblast zdravotního pojištění a zdravotnické vzdělávání. Jednoznačná terminologie umožní přesné definování odpovědnosti za poskytnutou zdravotní službu a její vymahatelnost.

Připravovaný zákon nově navrhuje definici pojmu zdravotní péče. „Zdravotní péče je soubor činností a opatření prováděných za účelem udržení a prodloužení života fyzických osob, zajištění zdravé reprodukce, odstranění nemoci nebo vady, obnovení a udržení dobrého zdravotního stavu nebo jeho zlepšení a zmírnění utrpení, posouzení zdravotního stavu fyzické osoby a nakládání s tělem zemřelého. Zdravotní péči lze poskytovat jen jako zdravotní službu, s výjimkou poskytování zdravotní péče - byť soustavně - vlastní osobě blízké a poskytnutí první pomoci a dále činností prováděných na základě živnostenského oprávnění.“

„Zdravotní službou je míněna zdravotní péče poskytovaná oprávněnou fyzickou nebo právnickou osobou za účelem zisku nebo jiným účelem, který připouští zákon. Tato právnická nebo fyzická osoba ji poskytuje vlastním jménem a na vlastní odpovědnost.“

Zákon bude definovat další pojmy jako například pacient, ošetřující zdravotnický pracovník, léčebný plán, zdravotnické zařízení atd.

Připravovaný zákon také upravuje postavení zdravotnického zařízení. Zavede registrační povinnosti pro všechna zařízení s nárokem na registraci pro všechny, kteří splní stanovené podmínky a tím se odstraní dosavadní nerovnost, kdy například státem zřizovaný poskytovatel zdravotnické péče nemusel mít registraci. Dále bude definováno minimální přístrojové a personální vybavení pro poskytování určitých druhů služeb.

⁶⁴ Viz příloha 4. Vývoj výdajů na zdravotnictví v ČR.

V návrhu zákona jsou přesně definovány povinnosti poskytovatelů zdravotnických služeb, mechanismy jejich vymáhání včetně sankcí. Zákon zavede některé nové povinnosti, například povinnost zástupu v době nepřítomnosti, zveřejňování ordinační doby, zveřejnění výsledků šetření stížností pacientů a další.

Práva pacientů budou v novém zákoně posílena v souladu s požadavky EU a poskytovatel zdravotnických služeb bude za jejich případné nerespektování postižitelný. Nově bude zavedeno právo pacienta na názor jiného odborníka a právo dítěte na hospitalizaci s rodičem. Zákon jasně stanoví vícestupňový systém řešení stížností pacientů a budou určeny lhůty na jejich vyřešení. V případě nesouhlasu pacienta s řešením bude mít pacient možnost obrátit se na další orgán. Informace o výsledcích šetření stížností a jejich počty budou ročně zveřejňovány. Zákon též vymeze specifika institutu smířčího jednání pro oblast zdravotnictví.

Dalším cílem připravované právní úpravy je vyřešit současný stav legislativní nejasnosti kolem provádění akreditací a nedostatečně definovanou povinností poskytovatelů v oblasti bezpečnosti poskytované péče. Ministerstvo zdravotnictví bude ze zákona udělovat právníkům osobám (tzv. akreditačním komisařům) oprávnění certifikace poskytovatelů zdravotní péče a přesně určí jejich práva při této činnosti. Všichni poskytovatelé lůžkové zdravotní péče budou povinni vypracovat minimum vnitřních předpisů upravujících postup při provádění nejrizikovějších činností.

Zákon má také vyřešit problémy vyplývající z chybějící legislativy, která se týká prohlídky zemřelého mimo zdravotnické zařízení⁶⁵. Na úrovni krajů bude vytvořen rejstřík poskytovatelů této služby. Úkony s touto službou spojené, které nebudou hrazeny ze zdravotního pojištění, budou hrazeny státem.

Nově zákon upraví problematiku přerušení praxe a převzetí praxe. Poskytovatel bude moci přerušit činnost až na jeden rok s tím, že zajistí přístup ke zdravotnické dokumentaci jeho pacientům. Při převzetí praxe již nebude nutné výběrové řízení pojišťoven pro uzavření smlouvy. Pokud nový poskytovatel splní zákonné podmínky, bude mít pouze povinnost oznámit převzetí praxe příslušnému krajskému úřadu a doložit svoji osobní dokumentaci.

Dalším cílem zákona je vytvořit celorepublikový registr poskytovatelů služeb a zdravotnických pracovníků, které budou doplněny i o další informace pro veřejnost.

⁶⁵ V současné době vykonává prohlídku zemřelého praktický lékař nebo lékař LSPP.

Nyní se budu zabývat reformou zdravotnictví s využitím pohledu odborníků, kteří uvádějí své názory na reformu v odborném tisku.⁶⁶

5.1. Obecné principy reformy zdravotnictví

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

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

5.2. Náplň reformy

Náplň reformy představuje složitý komplex problémů, které je třeba vyřešit. Pokusila jsem se zde některé z nich uvést.

- Nastolení rovnováhy v čerpání finančních prostředků z fondů veřejného zdravotního pojištění.

⁶⁶ Zdravotnické noviny, časopis Národního pojištění, týdeník Medical Tribune, Časopis českých lékařů.

- Vytvoření účelné a efektivní sítě zdravotnických zařízení.
- Zavedení standardního stanovení cen zboží a služeb v oblasti zdravotní péče (uplatnění principu tvorby cen na základě nabídky a poptávky).
 - Definování výkonů, které budou plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění (takzvané zdravotní standardy).
 - Možnost zavedení soukromého připojištění nad rámec povinného veřejného zdravotního pojištění.
 - Zavedení motivací pro pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění formou malusů a bonusů a formou určité spoluúčasti na úhradách jimi spotřebované zdravotní péče k uvědomění si její ceny a tím k jejímu racionálnějšímu využívání.
 - Zavedení spoluúčasti pacientů na služby neposkytované v přímé souvislosti s medicínskými výkony (stravování ve zdravotnickém zařízení, ubytování, přeprava nemocných, hygienické pomůcky apod.)⁶⁷.
 - Zavedení vyšší spoluúčasti za platby u „nadstandardních“ léků, náhrad či zdravotních pomůcek, samozřejmě pouze v případech, kdy existuje levnější kvalitní alternativa.
 - Transparentní oddělení sociální a zdravotní péče a stanovení výše a způsobu jejich úhrady (takzvaná sociální lůžka v nemocnicích).
 - Podstatné zvýšení plateb státu za „státní“ pojištěnce.
 - Převedení všech kompetencí (i finančních) na subjekty, které nesou přímou zodpovědnost za poskytování zdravotní péče.
 - Převedení kompetencí spojených s vyplácením nemocenských dávek na zdravotní pojišťovny.
 - Podpora rozvoje primární péče.
 - Zavedení nových efektivních postupů, metod a forem péče, které minimalizují hospitalizaci klientů.
 - Rozvoj preventivních programů.
 - Strukturální změny ve vzdělávání zdravotnických pracovníků s podporou rozvoje těch oborů, kde je nedostatek lékařů.

⁶⁷ Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů zavádí s účinností od 1.1.2008 tzv. regulační poplatky. Regulační poplatek za každý den ústavní péče je 60 Kč.

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

5.3. Plán organizačních a reformních kroků pro zdravotní systém

ČR

Snad každá vláda od roku 1990 měla ve svém programovém prohlášení reformu zdravotnictví, ale zatím žádná z již provedených částečných reforem nevedla ke skutečnému výraznému zlepšení situace ve zdravotnictví, tím mám na mysli zejména stále se zvyšující zadlužení resortu zdravotnictví. Plán reformy zdravotnictví tak jak ji navrhl a již začal uskutečňovat ministr zdravotnictví MUDr. Tomáš Julínek má několik časových horizontů:

5.3.1. Reformní opatření v roce 2007

Během roku 2007 ministr zdravotnictví provedl první reformní kroky. Nálezem Ústavního soudu ČR byly zrušeny části zákona č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních. Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech byl k 31.12.2007 nahrazen zákonem č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů. Novela vyhlášky č. 49/1993 Sb. zrušila tzv. výdejny léků⁶⁸. Novela ZPZL (zákon č. 111/2007 Sb., změna zákona o péči o zdraví lidu a dalších zákonů) již zakotvila práva pacientů nahlížet do zdravotnické dokumentace.

⁶⁸ Vyhláška č. 558/2006 Sb., kterou se mění vyhláška MZ ČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

Reforma má také upravit organizaci ministerstva zdravotnictví tak, aby byla logická, přehledná a umožnila efektivní legislativní a metodickou činnost ministerstva. Další kroky reformy mají zajistit rovný přístup státní správy ke všem zdravotnickým subjektům bez ohledu na jejich právní formu a striktní dodržování právních norem.

Ministerstvo zdravotnictví si klade za úkol dále systematicky dohlížet na hospodaření přímo řízených organizací a zpracovat plán jejich rozvoje, přehodnotit investiční akce z rozpočtu ministerstva a efektivně využívat financí. Dále byla zrušena vyhláška č. 290/2006 Sb., o rámcových smlouvách a vydána nová vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy a vyhláška 619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007. Došlo k přípravě systému financování sociální péče ve zdravotnických zařízeních a zdravotní péče v ústavech sociální péče. S tím souvisí novela sazebníku výkonů. Byla také provedena úprava pravidel stanovení cen a výše úhrad léků⁶⁹. Dále musí dojít k úpravě podmínek pro čerpání dotací ze státního rozpočtu a narovnání podmínek, které omezují kraje v nakládání s majetkem.

Dalším úkolem je zvýšení čerpání z fondů Evropské unie ve prospěch zdravotnictví, z původních 2 miliard Kč na 20 miliard Kč⁷⁰.

Pojišťovny by měly převzít plnou odpovědnost za dostupnost péče pro svoje pojištěnce. S tím souvisí změna systému konání výběrového řízení na lůžkovou péči. Měla by vzniknout maximální volnost smluvního vztahu a možnost pružně reagovat na změny poptávky po péči. Pacientům budou zpřístupněny informace o kvalitě péče ve zdravotnických zařízeních. Podpora mezinárodních i národních akreditací zdravotnických zařízení a okamžité zrušení systému udělování akreditací pouze ministerstvem zdravotnictví by měla vyloučit možnost korupčního jednání.

5.3.2. Reformní opatření 2007-2009

V tomto období mají být připraveny nové zákony o veřejném zdravotním pojištění, o zdravotních pojišťovnách, o dohledu nad zdravotními pojišťovnami, o univerzitních nemocnicích a univerzitních pracovištích, zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich

⁶⁹ Změna ZVZP v zákoně č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.

⁷⁰ Medical Tribune II., č. 39/2007, s. 19.

poskytování, o specifických zdravotních službách, o zdravotnické záchranné službě a novely zákonů o vzdělávání (zákony č. 95/2004 Sb. a č. 96/2004 Sb.).

Nad zdravotními pojišťovny by měl být vytvořen standardní dozor, tedy nad licencemi a nad finančním zdravím pojišťoven, pojišťovny budou odpovědné za dostupnost péče, budou více samostatné v nákupu zdravotní péče pro své pojištěnce s důrazem na kvalitu a cenu. Bude zvýrazněna odpovědnost i pravomoc statutárních orgánů za finanční stabilitu pojišťoven.

V tomto období by dále mělo dojít ke změnám systému úhrad léků. Transparentní systém musí být kompatibilní s předpisy EU a umožnit stanovení výše úhrady léků podle jejich důležitosti. Finanční spoluúčast pacientů jako limitující faktor nadměrného výběru léčiv pacientem a stanovení celkového limitu na doplatky za léky je dalším úkolem.

Také čerpání zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění by mělo být limitováno a péče nad limit by měla být hrazena ze soukromých zdrojů. Zákonem by měla být upravena i minimální dostupnost péče, maximální přípustné čekací doby na zákroky, geografická dostupnost. V připravovaném zákonu o zdravotnické záchranné službě je navrhována zásadní změna ve způsobu jejího financování. Záchranná služba by měla být financována ne z rozpočtu krajů, ale z rozpočtu státu. Má být zajištěna její dostupnost do 15 minut a vyřešen systém předávání pacientů lůžkovým zdravotnickým zařízením. Návrh zákona má také ustanovit zřízení pohotovostních ambulancí u stanovišť zdravotnické záchranné služby, které nahradí zastaralý systém lékařské služby první pomoci. Také ve financování letecké záchranné služby mají být provedeny změny.

Občané by měli mít možnost připojištění na nadstandardní péči, prostřednictvím osobních účtů by měli být informováni o vynaložených výdajích a za zdravý životní styl by byly poskytnuty pacientům bonusy.

Jako součást reformy veřejných financí⁷¹ byly přijaty i změny v legislativě týkající se zdravotnictví. V balíčku úsporných opatření a daňových změn je zmrazení plateb za tzv. státní pojištěnce, zvýšení DPH na léky z 5% na 9% i změny ZVZP. Jedním z prvních viditelných kroků reformy zdravotnictví je zavedení regulačních poplatků od 1.1.2008. Poplatky se budou platit za návštěvu praktického lékaře, při které lékař pacienta vyšetřil, podobně u gynekologa, dětského lékaře, stomatologa, ambulantního specialisty, psychologa, logopeda. Poplatek je stanoven na 30 Kč.

Regulační poplatek se bude také platit za vydání každého ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného léku na recept, bez ohledu na počet balení. Na receptu smějí být

⁷¹ Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.

předepsány nejvýše dva léky. Poplatek je stanoven na 30 Kč za každý předepsaný lék zvlášť, při dvou lécích předepsaných na receptu to bude maximálně 60 Kč za recept.

Další platby budou na pohotovostech, včetně pohotovostí stomatologických, v pracovní dny od 17 do 7 hodin a o sobotách, nedělích a svátcích. Poplatek je stanoven na 90 Kč za návštěvu na pohotovosti. Pokud bude pacient odeslán pohotovostním lékařem k přijetí do nemocnice, nebude muset platit další poplatek.

V nemocnicích a dětských léčebnách a ozdravovnách se budou platit tzv. hotelové služby, to znamená za každý den a noc v zařízení 60 Kč. Den nástupu a odchodu se bude počítat jako jeden den. Poplatek bude platit i průvodce dítěte, pokud s dítětem ve zdravotnickém zařízení zůstane. Podobně budou platit poplatky při hospitalizaci i osoby z ústavů nebo domovů důchodců.

Výjimku z povinnosti platit tyto poplatky mají rodiče dětí, které jsou umístěny v ústavech, dále rodiče dětí v takzvané dispenzární péči, které musejí chodit k lékaři soustavně kvůli vážné chronické nemoci nebo rodiče dětí, kteří pobírají dávky pro lidi v hmotné nouzi. Poplatek dále nebudou platit osoby, kterým bylo soudem nařízeno ochranné léčení (sexuální deviace, alkoholismus), osoby v úředně nařízené karanténě a léčení v nemocnici pro infekční onemocnění a také osoby, které prokazatelně pobírají dávky pro lidi v hmotné nouzi.

Nebude se platit také za preventivní prohlídky, za návštěvu lékaře kvůli očkování, za hemodialýzu, za laboratorní nebo jiné vyšetření, které si vyžádal sám ošetřující lékař. Také na transfúzní stanici při odběru krve nebo plazmy nebo kostní dřeně se nebude platit.

Platit se má hotově při odchodu nebo do 8 dnů po propuštění z nemocnice. Účtenku na platbu musí zařízení na požádání vystavit, pacient si ale účtenky nemusí uschovávat a sčítat, to provede sama zdravotní pojišťovna, která bude povinna všechny poplatky a doplatky za léky z hlášení zdravotních zařízení a lékáren sčítat. Na placení poplatků je stanoven roční limit 5000 Kč a zdravotní pojišťovna musí do 2 měsíců od okamžiku, kdy pacient tento limit překročil, všechny peníze zaplacené nad limit pacientovi vrátit. Do limitu se ale budou započítávat pouze doplatky za nejlevnější pojišťovnou hrazený lék, bez ohledu na to, co pacient ve skutečnosti za lék doplatil. Za lék podaný v ordinaci nebo v nemocnici se regulační poplatek platit nebude.

Důležitým opatřením pro zajištění výběru regulačního poplatku je, že zdravotnické zařízení je povinno poplatek na pacientovi vyžadovat. Pokud by zdravotnické zařízení poplatky nevyžadovalo, může být pokutováno až do výše 50000 Kč. Toto nařízení není podle České lékařské komory dostatečně právně ošetřeno. Lékař musí ošetřit i pacienta, který

odmítne poplatek zaplatit, pak poplatek osobně doplatit a zdanit a dodatečně se domáhat platby v občanskoprávním řízení.

Zrušení ustanovení ZVZP, ve kterém se zakazovalo zdravotnickým zařízením přijmout od pacienta jakoukoliv úhradu v souvislosti se zdravotní péčí hrazenou z veřejného zdravotního pojištění⁷², bylo rovněž stanoveno jako jedna z potřebných reformních změn vzhledem k zavádění regulačních poplatků ve zdravotnictví.

Změny se týkají také stanovování cen a úhrad léků. Dosud byly ceny léků regulovány ministerstvem financí a výše úhrady léků zdravotními pojišťovнами byla stanovována ministerstvem zdravotnictví. Od 1.1.2008 bude stanovovat maximální ceny léků ministerstvo zdravotnictví, což již učinilo vydáním cenového výměru platného od 1.1.2008 a kategorizaci léčiv bude provádět průběžně SÚKL⁷³. Proces stanovování úhrad, neboli kategorizace, byl pro nedostatečnou průhlednost kritizován ze strany Evropské unie. Novela ZVZP provedená zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů s účinností od 1.1.2008 ukládá zohlednit při rozhodování o ceně a úhradě léků z pojištění jeho efektivitu, tedy porovnávat přínosy léků s jeho cenou. Při rozhodování hraje také významnou roli porovnání cen, za které se léky prodávají v jiných zemích. Pokud nebude dostatečná samoregulace cen léků trhem, přistupuje stát k regulaci ceny úředním rozhodnutím. Také nově zavedený institut „cenové soutěže“ u léků je odborníky České asociace farmaceutických firem kritizován pro nejasnou definici podmínek, které otvírají prostor pro případnou korupci⁷⁴. Také ustanovení příkazující, že první generický přípravek musí mít cenu vždy o 20% nižší než přípravek originální je kritizováno s poukazem na absenci takového ustanovení v transparenční směrnici EU č. 89/105/EHS, která má být předkládanou novelou ZVZP plně implementována.

Novinkou je také právo lékárníka zaměnit v lékárně předepsaný lék za jiný, srovnatelný ale levnější, na žádost pacienta a bez vědomí předepisujícího lékaře.

Další změnou je také zrušení komplikovaného dohodovacího řízení při vytváření seznamů zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a přenesení plné zodpovědnosti za rozhodování o cenách zdravotních výkonů na ministerstvo zdravotnictví.

Nově byla upravena i výběrová řízení, která předcházela uzavření smlouvy mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou. Výběrového řízení se účastnili zástupci pojišťoven a poskytovatelů, odborní zástupci oboru a zástupci České lékařské komory. Závěry

⁷² § 11 odst. 1 písm. d) ZVZP.

⁷³ Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, v platném znění.

⁷⁴ Medical Tribune č. 243/2007, s. B2.

výběrového řízení nebyly závazné, měly charakter doporučení. V novele ZVZP se výběrová řízení pro obory poskytování péče praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost, zubních lékařů a gynekologů zcela ruší.

5.3.3. Reformní opatření po roce 2009

V dalších letech by mělo být zavedeno zdravotní spoření podporované státem, rozšířen výběr pojistných produktů s různou mírou spoluúčasti. Bude také třeba eliminovat zvyšující se finanční nároky na zdravotní péči, které vznikají v důsledku stárnutí populace.

5.4. Zdravotní pojištění v některých zemích EU

V období, kdy vláda testuje průchodnost reformy zdravotnictví, je zajímavý pohled do okolních zemí. Příležitost k němu poskytl International Health Summit, konaný v polovině dubna 2007 v Praze⁷⁵. K hlavním diskutovaným okruhům patřilo posílení role pacienta při řízení systému zdravotní péče a také systém více zdravotních pojišťoven. Světová banka na něm představila jeden z nejkompexnějších pohledů na zdravotnictví. Podle jejího názoru ve státech jako je Česká republika a Slovensko, kde funguje více pojišťoven než jedna, je podíl na trhu největší z nich tak velký (60% a 56%), že dochází ke kartelovým dohodám. Holandsko, Švýcarsko a Německo naproti tomu mají velký počet pojišťoven, přičemž žádná z nich nemá dominantní postavení. Při snaze maximalizovat své zisky a uspět v konkurenčním prostředí se pojišťovny ubírají dvěma směry. Prvním je výběr klientů v závislosti na jejich zdravotním stavu, který vede pojišťovny k nabízení pojistných programů odpovídajících míře rizika a nákladům různých skupin nemocných. Druhým směrem je vyhledávání poskytovatelů zdravotní péče, kteří ji nabízejí co nejlevněji a současně v co nejvyšší kvalitě.

Praxe ukazuje, že pojišťovny využívají selekce rizik mnohem častěji, než vyjednávání o cenách péče a působení na poskytovatele. Například v Holandsku a ve Švýcarsku pojišťovny využívají agresivní reklamní kampaně nabízející „levnější“ pojistné programy pro mladé a zdravé pojištěnce. Při uzavírání doplňkového zdravotního pojištění jsou využívány informace o klientech, které byly získány při uzavírání základního zdravotního pojištění. Jako

⁷⁵ Zdravotnické noviny 19/2007, s. 8.

důležitá se jeví kompenzace rizika a přerozdělování prostředků mezi zdravotními pojišťovnami. Vývoj na trhu v opačném případě nevyhnutelně směřuje ke stavu, kdy chronicky nemocní stále obtížněji získávají pojištění. Také se ztrácí motivace, aby pojišťovny přispívaly na prevenci pokud nemohou očekávat, že by u nich pojištěnci zůstávali delší dobu. Výsledky této prevence se pozitivně projeví až v době, kdy již možná budou klienty jiné pojišťovny. Přerozdělování má samozřejmě zároveň i negativní efekt na potenciál, který má systém konkurujících si pojišťoven při růstu efektivity a jeho správné nastavení je nepochybně velmi důležitým předpokladem maximálně fungujícího systému financování zdravotní péče.

Na výběr klientů se orientují také britské zdravotní pojišťovny. Budou podle svého vyjádření usilovat o to, aby jim příslušné regulační orgány umožnily při nastavování výše pojistného používat po roce 2007 genetického testování. Pokud tento návrh uspěje, pojišťovny budou hledat genetické mutace spojené například s rakovinou prsu a vaječníku. Zatím usilují o povolení takového testování u nákladných životních pojistek. Na plošné použití genetického testování při uzavírání pojistek existuje v současné době moratorium, na kterém se dohodla Asociace britských pojišťoven (Association of British Insurers, ABI) společně s výborem pro genetické informace v pojišťovnictví (Genetic and Insurance Commitee, GAIC) při ministerstvu zdravotnictví. Odpůrci testování varují před možností, že při neprodloužení platnosti moratoria v roce 2011 by skutečně k rozšíření této praxe mohlo dojít. Odpůrci genetických testů se také obávají, že pokud bude testování schváleno u nejdražších pojistek, rozšíří se postupně i na další pojistné programy⁷⁶. Jedním z důvodů odmítavého postoje jsou také obavy z následné neochoty veřejnosti podstupovat genetické testy. Genetický test může v mnoha případech znamenat záchranu života. Veřejnost může odmítat podstupovat podobné testy z obavy, že by jim na základě výsledku testu mohly pojišťovny odmítnout uzavření pojistky. V USA má zneužití genetického testování zabránit zákon Genetic Information and Non-discrimination Act (GINA), který má být po dlouholetém odmítání především ze strany americké obchodní komory a po přijetí Sněmovnou reprezentantů projednávám Senátem. V USA se již hovoří o možnosti zneužití genetického testování při uzavírání běžného zdravotního pojištění a při přijímání nových zaměstnanců.

Efektivita pojišťování je zvyšována i na straně výdajů, v nákupu péče. Pojišťovny sledují výkonnost jednotlivých poskytovatelů a snaží se uzavírat kontrakty pouze s těmi, kteří nabízejí přijatelný poměr mezi cenou a kvalitou poskytované péče. Vyjednávají nižší ceny výměnou za záruku přísunu určitého objemu pacientů. Také pacienty se snaží motivovat ke

⁷⁶ Zdravotnické noviny č. 20/2007, s. 7.

stejnému chování nejrůznějšími restrikcemi, ale i pozitivními motivačními pobídkami. V tomto ohledu mají zřejmě velkou budoucnost tzv. systémy řízené péče, které přinášejí výhodu nižších cen výměnou za povinnost vybírat péči pouze u určitého omezeného okruhu poskytovatelů. Reálné úspory, které tyto systémy přinášejí, jsou ale omezeny a do značné míry jsou vytvářeny efektem lepšího zdravotního stavu zájemců o tyto programy. Ve Švýcarsku je odhadovaný nárůst efektivity systémů řízené péče odhadován na 10%. Ve vyspělých zemích je na trhu zdravotního pojištění malá flexibilita. V Holandsku a Německu došlo k pohybu jen v období reforem, jinak podíl obyvatel, kteří změni svoji pojišťovnu, nepřesáhne 3%. Trh proto není atraktivní a nelze očekávat vstup nových významných subjektů. Velkou část nákladů na zdravotní péči nemohou pojišťovny nijak výrazně ovlivňovat. Jde především o léčiva, nástup nových nákladných technologií a také stárnutí populace. Velké rezervy nadále zůstávají v dostupnosti informací, podle kterých by svoje chování na trhu mohly korigovat jak pojišťovny tak i sami pacienti.

V České republice se jeví jako nutnost zachovat paušální zdravotní pojištění a také povinnost nabídnout základní pojištění každému zájemci. Systém kompenzace rizika je nutnou podmínkou udržení systému. Pro využití rezerv na straně poskytovatelů je důležité provést segmentaci systému poskytovatelů zdravotní péče a dosáhnout větší autonomie ve sféře managementu, která povede k efektivnímu využívání zdrojů. Nastavené podmínky musí eliminovat drahé a nekvalitní poskytovatele. Investice do kvalitní informovanosti pacientů, pojišťoven, ale i samotných poskytovatelů zdravotní péče budou mít vysokou návratnost. Legislativní rámec musí poskytovat ochranu před vznikem kartelů a také aktivně podporovat ty pojišťovny, které při snižování nákladů spoléhají v co nejvyšší míře na jednání s poskytovateli oproti těm, které dávají přednost výběru lukrativních klientů. Rozpor mezi konkurencí a potřebou zachování solidarity je možné řešit například použitím modelu pojistného reflektujícího různou rizikovitost, u kterého by byly připojeny dotace na zdravotní pojištění u rizikovějších skupin. Růst výdajů na zdravotní péči je rychlejší než celkový ekonomický růst ve všech státech, které Světová banka sleduje bez ohledu na podobu systému zdravotních pojišťoven.⁷⁷

Ve Švýcarsku většina zdravotních pojišťoven soutěží o pojištěnce výši pojistného. Nejméně o 10%, někdy až o 20% nižší pojistné platí nekuřáci. Namátkové kontroly a vysoké pokuty vedou pojištěnce k tomu, že pravidla dodržují. Snížení pojistného lze u některých pojišťoven sjednat individuálně také za prokazatelné preventivní aktivity, například

⁷⁷ Zdroj Světová banka.

dodržování zdravé životosprávy. Snížení pojistného o 10% a více nabízejí některé pojišťovny také tehdy, když pojištěný souhlasí s tím, že k lékaři půjde teprve po telefonické konzultaci s centrem telefonické pomoci. V centru nepřetržitě pracují praktičtí lékaři, kteří mohou kontaktovat specialisty. Tato centra jsou k dispozici celých 24 hodin denně. Jestliže pacient navštíví lékaře a nezavolá, ačkoli nejde o urgentní záležitost, což posoudí lékař, kterého pacient takto navštívil, je pacientovi i v takovémto případě péče hrazena, zaplatí však pojišťovně „sankční“ poplatek 50 švýcarských franků. Jedno z těchto center, Medgate, zveřejnilo o své činnosti za dobu od října 2000 do března 2004 tato data: centrum vyřídilo 150000 hovorů s pacienty; v 55% případů stačila telefonická rada, co má pacient dělat a k návštěvě lékaře nedošlo; u 45% hovorů stačilo odkázat na konzultaci u lékaře do 48 hodin; na přání volajícího centrum sjedná i termín návštěvy u určitého lékaře; jen v 0,4% volání šlo o urgentní záležitost, kdy pro nemocného byla poslána sanitka⁷⁸. Výsledky švýcarského systému zdravotního pojištění mohou sloužit jako inspirace pro další návrhy na reformování systému veřejného zdravotního pojištění u nás.

⁷⁸ Medical Tribune, 2007, č. 24, s.B1.

Závěr

Zvyšující se deficit ve veřejných financích si vynucuje provedení reformy financí a zdravotnictví je významnou výdajovou položkou státního rozpočtu. Na jedné straně bude nutné zvýšit procento výdajů z hrubého domácího produktu na zdravotnictví a přibližovat se tak úrovni vyspělých států, na druhé straně je nutné výdaje na zdravotnictví, které za posledních 15 let několikanásobně narostly, racionálněji používat.

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

V posledních letech došlo k významným úpravám v legislativě. Byly provedeny úpravy zákona o péči o zdraví lidu⁷⁹, dále vstoupily v platnost vyhlášky regulující úhrady za zdravotnické výkony a vyhlášky regulující úhradu léků, práva a povinnosti pojištěnců i poskytovatelů zdravotní péče. Stále ale zůstává diskrepance mezi obecně platnou právní normou danou Listinou základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky a která každému garantuje právo na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění na úrovni současných dostupných poznatků lékařské vědy a na druhé straně snahou zdravotních pojišťoven mechanicky uplatňovat regulace úhrad za poskytnutou zdravotní péči zdravotnickým zařízením, která v důsledku poskytnutí většího objemu zdravotní péče limity úhrad, stanovené smlouvou podle vyhlášky, překročí.

Podle dokumentu Reformní kroky Ministerstva zdravotnictví ČR v oblasti zdravotních služeb a vzdělávání má být ZPZL nahrazen systémem zákonů vytvářejících uceleně a jednoznačně legislativní prostředí českého zdravotnictví. Ve fázi příprav je zákon, který má být v současné zdravotnické legislativě chybějícím základním zákonem, který sjednotí terminologii, nově definuje pojem zdravotní služba, pacienta změni na příjemce (klienta) zdravotních služeb. Tento zákon dále upravuje sféru odpovědností za služby, odstraní

⁷⁹ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

nerovnost zdravotnických zařízení a bude kompatibilní s dalšími speciálními zákony. Má také vytvořit kompletní registr poskytovatelů zdravotních služeb, oddělí poskytovatele služby od zařízení a stanoví technické a personální podmínky poskytování služeb pro zařízení.

K odstartování racionálních reforem je potřeba udělat několik dalších zásadních kroků. Je třeba převést všechny kompetence, a to i finanční, na subjekty, které nesou přímou odpovědnost za poskytování zdravotní péče, zavést standardní ceny zboží a služeb v oblasti zdravotní péče, zvýšit platby za „státní pojištěnce“ a uvažuje se i o sjednocení výběru pojistného na zdravotní a nemocenské pojištění⁸⁰.

Dalším důležitým krokem v připravovaných reformách by měla být motivace pojištěnců formou určité spoluúčasti k uvědomění si ceny zdravotní péče (kolik stojí léky, kolik jednotlivé zdravotní výkony). Zavádění přímé spoluúčasti pacientů na úhradě některých služeb nesouvisejících přímo s medicínskými výkony (pobyt ve zdravotnickém zařízení, stravování a ostatní služby poskytované ve zdravotnických zařízeních), je jedním z mnoha kroků na cestě k racionálnějšímu čerpání zdravotní péče a omezení rostoucích nákladů na zdravotní péči. Do budoucna lze uvažovat i o dalších možnostech spoluúčasti, jako je například zpoplatnění neakutní přepravy pacientů (tedy převoz již ošetřených pacientů sanitou z nemocnice domů nebo doprava do zdravotnického zařízení, pokud se nejedná o rychlou záchrannou službu), spoluúčast pacienta na nákladech za jím spotřebované hygienické potřeby při pobytu ve zdravotnickém zařízení apod. Jako pravděpodobné se rovněž jeví zavedení vyšší spoluúčasti za platby u „nadstandardních“ léků, zdravotních pomůcek či náhrad tam, kde je alternativně možné řešení levnější (toto by řešilo zavedení takzvaných standardů zdravotní péče, které už ministerstvo zdravotnictví připravuje). Do zdravotního pojištění by měl být také zaveden skutečný pojišťovací princip se systémem bonusů a malusů tak, aby pojištěnci byli skutečně motivováni k péči o své zdraví (tento systém funguje například ve Švýcarsku, kde je možné platit různě vysoké pojistné na zdravotní pojištění vzhledem ke zdravotním rizikům, která konkrétnímu pacientovi hrozí- bonus je udělen například za pravidelné návštěvy preventivních prohlídek). Jako neméně důležitá se jeví potřeba zajistit větší transparentnost v poskytování zdravotní péče a její účinnou kontrolu jak samotnými pojištěnci, tak zdravotními pojišťovnami. Kompetence spojené s vyplácením nemocenských dávek by rovněž měly být více přesunuty na zdravotní pojišťovny, které mají k dispozici nejvíce údajů jak o

⁸⁰ Pojistné na nemocenské pojištění je vybíráno Českou správou sociálního zabezpečení a pojistné na zdravotní pojištění zdravotními pojišťovnami.

pojištěncích, tak o poskytovatelích zdravotní péče, a mohou tedy nejúčinněji provádět nezbytnou kontrolu.

Po prostudování širokého zdroje pramenů a literatury jsem se pokusila shrnout problematiku oblasti poskytování zdravotní péče v České republice. Snažila jsem se upozornit na výhody i nevýhody a případná úskalí některých řešení a pokusila se nastínit možnosti vedoucí ke snížení výdajů na zdravotnictví, lepšímu využití omezených prostředků na zdravotnictví a modernizaci systému poskytování zdravotní péče v České republice.

Literatura a prameny

Literatura

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

Prameny

1. Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky ve znění pozdějších předpisů
2. Usnesení předsednictva České národní rady č.2 /1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky ve znění pozdějších předpisů
3. Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník ve znění pozdějších předpisů
4. Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů
5. Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře ve znění pozdějších předpisů
6. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů
7. Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon ve znění pozdějších předpisů
8. Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád ve znění pozdějších předpisů
9. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Ratifikována Českou republikou 1.10. 2001
10. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů

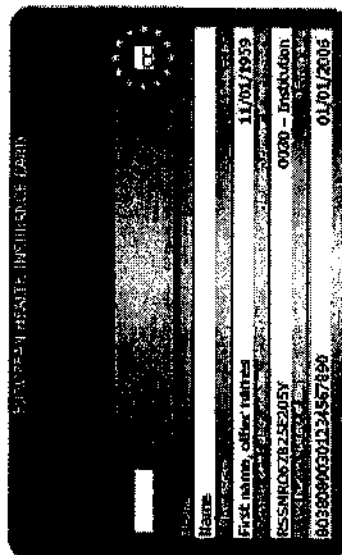
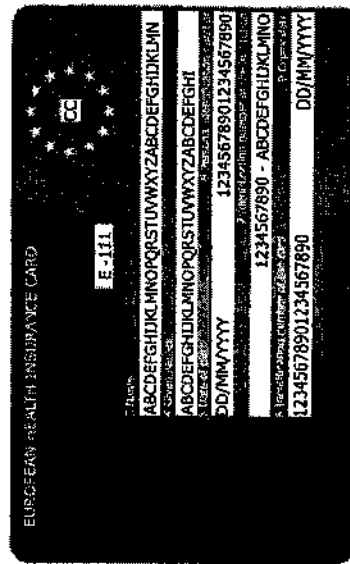
11. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ve znění pozdějších předpisů
12. Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách ve znění pozdějších předpisů
13. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění pozdějších předpisů
14. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění ve znění pozdějších předpisů
15. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta ve znění pozdějších předpisů
16. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)
17. Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů
18. Nález Ústavního soudu č. 483/2006 Sb., který zrušuje ustanovení § 34 odst. 2. věty druhé a věty třetí, § 34 odst. 3 písm. a), §34 odst. 6, § 40 a přílohu k zákonu č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů
19. Zákon č. 111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony
20. Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů a o změně zákonů
21. Vyhláška MZ ČR č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy
22. Vyhláška MZ ČR č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely
23. Vyhláška MZ ČR č. 101/2006 Sb., ze dne 20. března 2006, kterou se mění vyhláška č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006
24. Vyhláška č. 619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007

Seznam zkratk

- DRG** – Diagnosis Related Groups; k diagnóze vztažené skupiny
- EHIC** – European Health Insurance Card; Evropský průkaz zdravotního pojištění
- IZIP** - internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta
- IZS** – integrovaný záchranný systém
- LSPP** – lékařská služba první pomoci
- NZIS** – národní zdravotní informační systém
- RZP** – rychlá zdravotnická pomoc
- SÚKL** – Státní ústav pro kontrolu léčiv
- ÚPS** – ústavní pohotovostní služba
- VZP** – všeobecná zdravotní pojišťovna
- ZPZL** – zákon o péči o zdraví lidu
- ZVZP** – zákon o veřejném zdravotním pojištění

Přílohy

1. Evropský průkaz zdravotního pojištění



2. Národní zdravotní registry

1. Národní onkologický registr

V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci pacienta (rodné číslo) a údaje související se zdravotním stavem pacienta ve vztahu k onemocnění a jeho léčbě, a to osobní a rodinná anamnéza pacienta související s onemocněním, včetně jeho aktuálního zdravotního stavu, údaje o dispenzarizaci pacienta; údaje potřebné pro identifikaci zdravotnického zařízení hlásícího, léčícího a dispenzarizujícího (identifikační číslo organizace, název oddělení).

Po uplynutí 25 let od roku úmrtí pacienta jsou osobní údaje anonymizovány.

2. Národní registr hospitalizovaných

V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci pacienta (rodné číslo); údaje související se zdravotním stavem pacienta ve vztahu k hospitalizaci, a to diagnostické údaje o průběhu a léčbě nemoci, rodinná anamnéza, stav pacienta při propuštění a potřeba další zdravotní péče; údaje potřebné pro identifikaci zdravotnického zařízení poskytujícího ústavní péči (identifikační číslo organizace, název oddělení).

Po uplynutí 5 let od roku ukončení lůžkové péče jsou osobní údaje anonymizovány.

3. Národní registr rodiček

V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci rodičky (rodné číslo); údaje související se zdravotním stavem rodičky ve vztahu k těhotenství a porodu a se zdravotním stavem narozeného dítěte, a to průběh těhotenství a porodu, stav matky a narozeného dítěte při propuštění, zdravotní charakteristika narozeného dítěte; údaje potřebné pro identifikaci zdravotnického zařízení, kde došlo k porodu nebo k poporodnímu ošetření rodičky (identifikační číslo organizace, název oddělení).

Po uplynutí 10 let od roku porodu jsou osobní údaje anonymizovány.

4. Národní registr novorozenců

V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci matky a novorozence (rodné číslo); údaje související se zdravotním stavem matky a novorozence, a to porodní údaje, zdravotní stav novorozence a léčba, údaje o zdravotním stavu při jejich propuštění ze zdravotnického zařízení; údaje potřebné pro identifikaci zdravotnického zařízení, kde se dítě

narodilo, popřípadě kde byla dítěti poskytnuta lůžková péče (identifikační číslo organizace, název oddělení).

Po uplynutí 10 let od roku narození jsou osobní údaje anonymizovány.

5. Národní registr vrozených vad

V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci matky a dítěte (rodné číslo); údaje související se zdravotním stavem matky a dítěte, a to osobní a rodinná anamnéza matky, diagnostické údaje a průběh těhotenství, zjištěná vrozená vada dítěte; údaje potřebné pro identifikaci zdravotnického zařízení, které vrozenou vadu diagnostikovalo (identifikační číslo organizace, název oddělení).

Po uplynutí 5 let od roku dosažení 15 let věku narozeného dítěte jsou osobní údaje anonymizovány.

6. Registr lékařů, zubních lékařů a farmaceutů

V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci lékaře, zubního lékaře, farmaceuta (rodné číslo, titul), údaje o vzdělání a specializaci; údaje potřebné pro identifikaci zdravotnického zařízení, k němuž má lékař, zubní lékař nebo farmaceut pracovní nebo obdobný poměr (identifikační číslo organizace, název oddělení); úvazek. Údaje uvedené ve větě prvé poskytují též lékaři, zubní lékaři a farmaceuti, kteří poskytují zdravotní péči vlastním jménem na základě registrace podle zvláštního právního předpisu.

Jeden rok po ukončení výkonu povolání jsou osobní údaje anonymizovány.

7. Národní registr potratů

V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci ženy (rodné číslo); údaje související se zdravotním stavem ženy ve vztahu k potratu, a to osobní anamnéza, údaje o druhu potratu; údaje potřebné pro identifikaci zdravotnického zařízení, kde byl výkon proveden a pro identifikaci zdravotnického zařízení, které výkon provedlo (identifikační číslo organizace).

Po uplynutí 10 let od data potratu jsou osobní údaje anonymizovány.

8. Národní registr cévní chirurgie

V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci pacienta (rodné číslo); údaje související se zdravotním stavem pacienta ve vztahu k onemocnění, a to předoperační informace (osobní a rodinná anamnéza, diagnostické údaje o léčbě a průběhu nemoci, důvod,

typ a plán předpokládané operace), operační informace (datum operace, identifikace operátora, odborné údaje o provedené operaci) a pooperační informace (odborné údaje o pooperačních komplikacích, o propuštění ze zdravotnického zařízení, popřípadě o úmrtí pacienta); údaje potřebné pro identifikaci zdravotnického zařízení, ve kterém byly provedeny cévně rekonstrukční operace (identifikační číslo organizace, název oddělení).

Po uplynutí 5 let od roku úmrtí jsou osobní údaje anonymizovány.

9. Národní kardiologický registr

V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci pacienta (rodné číslo); údaje související se zdravotním stavem pacienta ve vztahu k onemocnění, a to předoperační informace (osobní a rodinná anamnéza, diagnostické údaje o léčbě a průběhu nemoci, důvod, typ a plán předpokládané operace), operační informace (datum operace, identifikace operátora, odborné údaje o provedené operaci) a pooperační informace (odborné údaje o pobytu na jednotce intenzivní péče zdravotnického zařízení, o pooperačních komplikacích, o propuštění ze zdravotnického zařízení, popřípadě o úmrtí pacienta); údaje potřebné k identifikaci zdravotnického zařízení, ve kterém byly provedeny kardiologické operace (identifikační číslo organizace, název oddělení).

Po uplynutí 20 let od roku úmrtí jsou osobní údaje anonymizovány.

10. Národní registr kloubních náhrad

V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci pacienta (rodné číslo); údaje související se zdravotním stavem pacienta ve vztahu k onemocnění, a to předoperační informace (osobní a rodinná anamnéza, diagnostické údaje o léčbě a průběhu nemoci, důvod, typ a plán předpokládané operace), operační informace (datum operace, identifikace operátora, odborné údaje o provedené operaci včetně podrobné identifikace všech komponent použité umělé kloubní náhrady); údaje potřebné k identifikaci zdravotnického zařízení, kde byla implantace provedena (identifikační číslo organizace, název oddělení).

Po uplynutí 5 let od roku úmrtí jsou osobní údaje anonymizovány.

11. Národní registr nemocí z povolání

V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci pacienta (rodné číslo, datum úmrtí, pokud se jedná o úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání); údaje související se zdravotním stavem pacienta, a to ve vztahu k nemoci z povolání (datum zjištění nemoci z povolání, diagnóza nemoci, odpovídající položka seznamu nemocí z povolání uvedená ve

zvláštním právním předpise, datum, od kterého nemoc již není nemocí z povolání); údaje potřebné pro charakterizaci rizika onemocnění nemocí z povolání (zaměstnání, při jehož výkonu nemoc z povolání vznikla, rizikový faktor pracovních podmínek, který nemoc z povolání způsobil, expozice tomuto faktoru, kategorie práce), identifikace zaměstnavatele (sídlo, identifikační číslo organizace, odvětvová klasifikace ekonomické činnosti), identifikace zdravotnického zařízení a lékaře a datum vyhotovení hlášení.

Po uplynutí 40 let od roku nahlášení jsou osobní údaje anonymizovány.

12. Národní registr kardiovaskulárních intervencí

V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci pacienta (rodné číslo); údaje související se zdravotním stavem pacienta ve vztahu k onemocnění, a datum provedení kardiovaskulární intervence koronárních cév katetrizací (indikace, průběh obtíží, osobní anamnéza, výsledky angiografie, popis výkonu včetně procedur, přidružených výkonů a status), údaje o případných nekoronárních cévních intervencích (končetin) a údaje potřebné pro identifikaci zdravotnického zařízení, ve kterém byla intervence provedena (identifikační číslo organizace, název oddělení). Po uplynutí 5 let od úmrtí jsou osobní údaje anonymizovány.

13. Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek

Po uplynutí 20 let od roku nahlášení jsou osobní údaje anonymizovány.

14. Národní registr asistované reprodukce

V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci ženy, které bylo provedeno umělé oplodnění, (číslo pojištěnce nebo jiný identifikační údaj podle tohoto zákona) osobní anamnéza ženy, které bylo provedeno umělé oplodnění, údaje související s jejím zdravotním stavem a diagnostické údaje související s provedením umělého oplodnění; údaje o zdravotním stavu muže, u kterého byl proveden odběr zárodečných buněk za účelem oplodnění; údaje potřebné pro identifikaci provozovatele zdravotnického zařízení, které provedlo asistovanou reprodukci.

Po uplynutí 20 let od roku předání osobních údajů jsou tyto údaje anonymizovány.

3. Pracovní neschopnost v roce 2007

Období : leden - červen 2007
 Ref. period : January - June 2007
 Rozsah souboru : Úřad organizací (bez rozdílení úřadu vlastního)
 Coverage : All organizations (irrespective of kind of ownership)
 Území : Česká republika
 Teritorium : Czech Republic

Tabulka 2.1 - Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz - absolutní údaje, počet případů na 100 pojištěných
 Table 1: Incapacity for work due to disease or injury - absolute data, number of cases per 100 sickness insured persons

Kraj Region	Počet subjektů Number of esta- blish- ments	Průměrný počet nemocensky pojištěných celkem Average no. of sickness insured persons total	Počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti pro Number of newly notified cases of incapacity for work due to				Počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti pro Number of calendar days of incapacity for work due to				Počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěných pro Number of newly notified cases of incapacity for work per 100 sickness insured persons			
			nemoc Disease	pracovní úraz Occup. injuries	ostatní úraz Other injuries	celkem Total	nemoc Disease	pracovní úraz Occupational injuries	ostatní úraz Other injuries	celkem Total	nemoc Disease	pracovní úraz Occupational injuries	ostatní úraz Other injuries	celkem Total
Hlavní město Praha	4 775	969 011	261 442	4 315	7 152	273 593	7 522 537	225 367	305 438	8 053 742	25,99	0,51	0,74	28,23
Středočeský kraj	2 569	441 507	134 619	4 345	6 437	145 431	4 109 497	175 050	252 439	4 947 016	31,55	0,52	1,45	32,93
Jihočeský kraj	1 757	249 952	79 884	2 865	3 649	65 397	2 635 170	126 785	160 264	2 522 223	31,55	1,15	1,45	34,15
Plzeňský kraj	1 513	232 580	77 095	3 983	3 605	35 974	2 351 674	126 725	151 573	2 600 973	33,13	1,28	1,69	36,09
Karlovarský kraj	744	106 401	34 307	959	1 554	36 850	1 014 500	35 451	60 952	1 114 923	32,34	0,54	1,45	34,34
Ústecký kraj	1 795	251 978	87 514	2 612	3 717	33 843	2 735 330	117 145	154 054	3 059 523	29,57	0,59	1,27	32,14
Liberecký kraj	1 061	169 629	55 555	1 575	2 180	39 295	1 737 358	67 858	97 331	1 962 525	32,74	0,53	1,27	34,54
Královéhradecký kraj	1 441	215 251	70 540	2 417	3 235	75 192	2 257 647	110 217	132 137	2 520 051	32,17	1,10	1,42	34,75
Pardubický kraj	1 395	200 693	64 524	2 112	3 051	59 687	2 072 215	92 640	133 449	2 398 304	31,83	1,34	1,51	34,39
Vysocký kraj	1 354	195 567	63 493	2 353	3 478	59 331	1 995 415	95 353	145 645	2 301 417	32,43	1,32	1,78	35,44
Jihomoravský kraj	2 950	514 526	151 853	3 853	6 050	171 826	5 394 633	187 816	272 207	5 854 856	31,46	0,75	1,19	32,99
Olomoucký kraj	1 535	222 725	65 129	1 381	3 581	71 891	2 385 730	92 354	167 479	2 645 533	29,69	0,89	1,61	32,19
Zlínský kraj	1 564	235 457	73 509	2 054	4 499	80 371	2 625 357	30 551	204 633	2 926 671	31,08	0,57	1,50	33,95
Moravskoslezský kraj	2 615	454 984	144 754	3 670	10 331	158 755	5 235 115	210 377	458 221	5 914 414	31,13	0,79	2,22	34,14
Česká republika	27 070	4 317 584	1 374 487	36 522	62 637	1 475 946	44 062 753	1 751 504	2 751 012	48 575 269	30,43	0,85	1,39	32,67

4. Vývoj výdajů na zdravotnictví

4.1. Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví

Tab. 4.1 Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví

Rok	Výdaje v milionech Kč			Výdaje na 1 obyv. v Kč	Podíl výdajů na HDP ³⁾ v %
	celkem	v tom			
		veřejné	soukromé ¹⁾		
1995	102 664	93 309	9 355	9 938	7,00
1996	112 939	102 400	10 539	10 949	6,71
1997	120 655	109 033	11 622	11 710	6,66
1998	131 929	119 267	12 662	12 815	6,61
1999	136 440	123 453	12 987	13 269	6,56
2000	146 835	132 962	13 873	14 294	6,71
2001	161 300	145 206	16 094	15 776	6,86
2002	178 923	162 297	16 626	17 540	7,26
2003	195 155	175 592	19 563	19 130	7,57
2004	206 752	184 825	21 927	20 256	7,34
2005	215 584	191 356	24 228	21 065	7,20
2006 ²⁾	224 634	199 193	25 441	21 880	6,98

¹⁾ 1995 - 1999 dle národních účtů ČSÚ, 2000 - 2005 dle zdravotnických účtů ČSÚ, 2006 - odhad ÚZIS ČR

²⁾ předběžný odhad

³⁾ HDP dle národních účtů ČSÚ zveřejněných do 30.6.2007

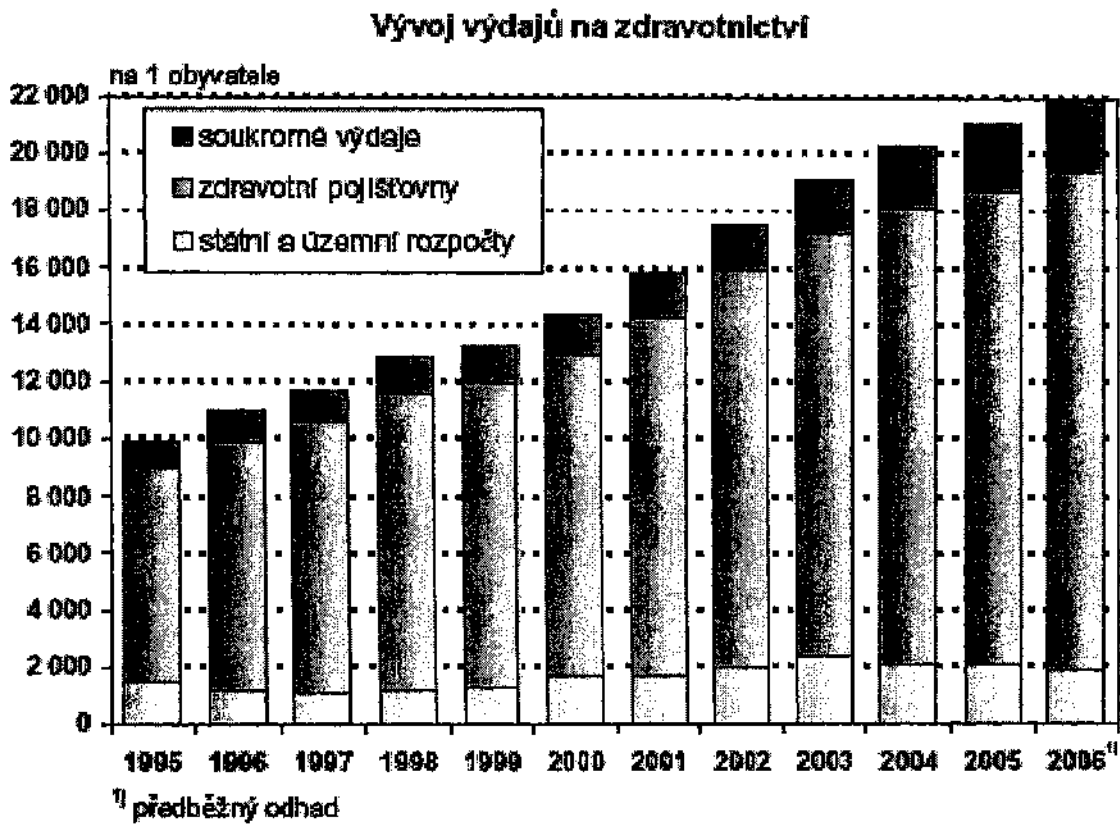
4.2. Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví v tabulce

Tab. 4.2 Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví

Rok	Výdaje v milionech Kč					Výdaje na 1 obyv. v Kč
	celkem	státní a územní rozpočty		zdravotní pojišťovny		
		celkem	neinvestiční	celkem	zdrav. péče	
1995	93 309	15 076	7 674	78 233	74 168	9 032
1996	102 400	12 641	7 212	89 759	86 088	9 927
1997	109 033	11 459	7 015	97 574	93 145	10 582
1998	119 267	11 769	6 408	107 498	101 450	11 585
1999	123 453	13 128	7 418	110 325	106 351	12 006
2000	132 962	17 170	8 496	115 792	111 421	12 943
2001	145 206	17 346	9 137	127 860	123 350	14 202
2002	162 297	20 279	9 830	142 018	137 295	15 910
2003	175 592	23 891	10 202	151 701	146 368	17 212
2004	184 825	21 495	11 675	163 330	157 798	18 108
2005	191 356	21 263	10 756	170 093	164 343	18 698
2006 ¹⁾	199 193	19 187	12 499	180 006	172 806	19 402

¹⁾ předběžný odhad

4.3. Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví v grafu



4.4. Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků v tabulce

Tab. 4.4 Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků

Rok	Objem distribuovaných léčivých přípravků		
	v mld. Kč	v DDD/1000/d ¹⁾	na 1 obyvatele v Kč
1991	6,964	580,6	676
1995	25,636	912,1	2 482
1996	28,184	960,8	2 732
1997	30,061	1 022,2	2 918
1998	33,318	1 087,2	3 236
1999	36,444	1 171,7	3 544
2000	38,392	1 179,9	3 737
2001	44,230	1 275,6	4 326
2002	48,032	1 316,8	4 709
2003	52,216	1 379,2	5 118
2004	56,990	1 398,2	5 583
2005	64,570	1 576,5	6 309
2006	58,970	1 459,8	5 744

¹⁾ DDD/1000/d - definovaná denní dávka na 1 000 obyvatel a den

Zdroj: Státní ústav pro kontrolu léčiv

4.5. Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků v grafu

