

System daní a sociálního pojištění v ČR

System veřejného zdravotního pojištění.

Osnova:

- Zdravotní služby hrazené ze zdravotního pojištění.
- Plátcí zdravotního pojištění, práva a povinnosti pojištěnců.
- Systém úhrad zdravotní péče.

Hrazené služby hrazené
ze zdravotního pojištění

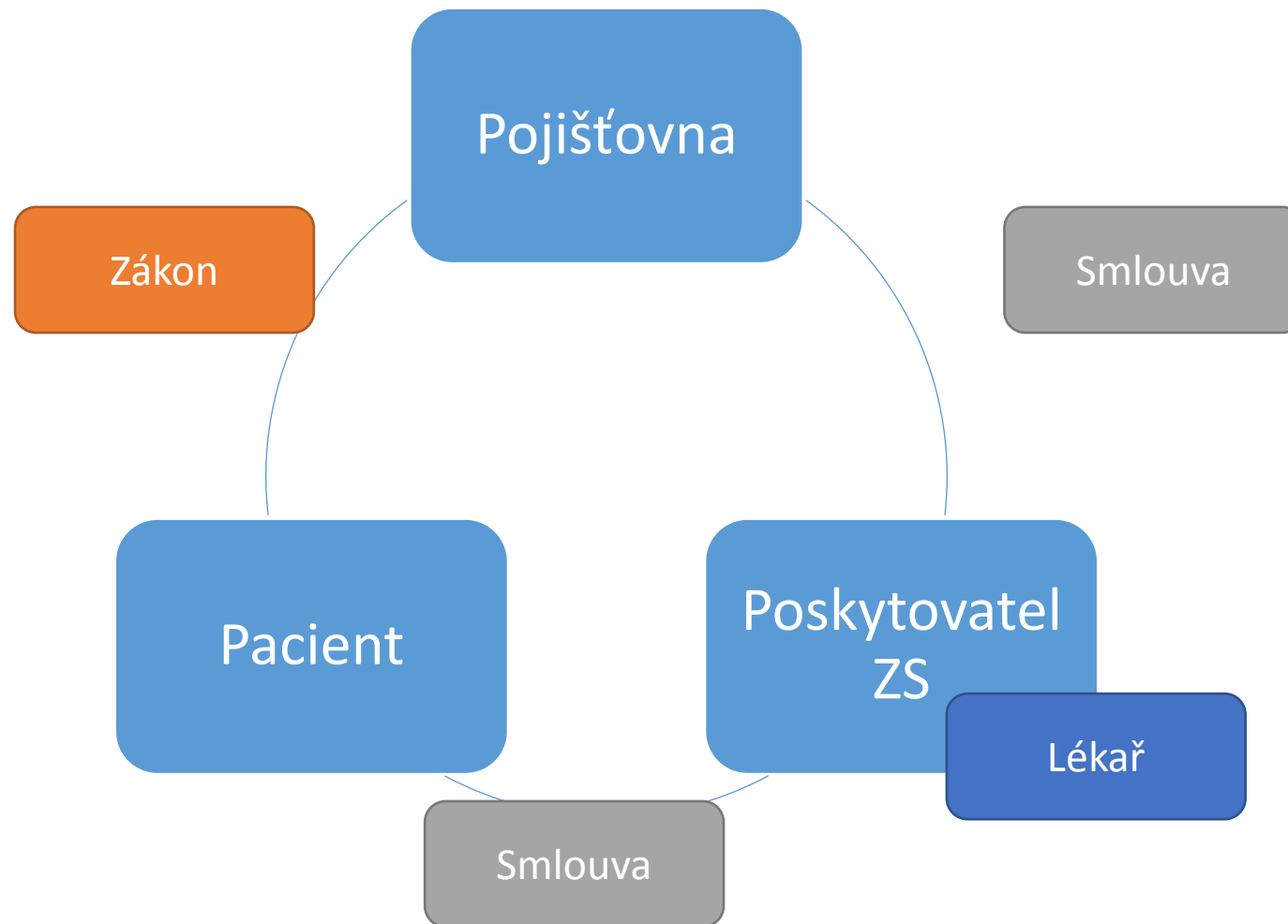
System financování zdravotní péče ČR

- Čl. 31 Listiny základních práv a svobod (dále též „Listiny“)
*„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění **právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.**“*

System financování zdravotní péče ČR

- Čl. 41 Listiny, tzv. výhrada zákona, práva uvedeného v čl. 31 se lze dovolávat pouze v mezích zákonů, které jej provádí.
- Ústavní právo na zdravotní péči nevztahuje na cizince, Listina hovoří „občanech“, tedy občanech České republiky.
 - To však neznamená, že pojištění nejsou nebo nemohou být
 - Neznamená že má lékař vždy právo odmítnout pomoc

Hráči na trhu se zdravotními službami



Zdravotní pojišťovna

- [111 Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR](#)
- [201 Vojenská zdravotní pojišťovna ČR](#)
- [205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna](#)
- [207 Oborová zdravotní poj. zam. bank, poj. a stav.](#)
- [209 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda](#)
- [211 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR](#)
- [213 Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna](#)

Pojišťovny

Pojištěnci jednotlivých zdravotních pojišťoven po krajích k 1. 1. 2016								
	VZP ČR	VoZP ČR	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZP MV ČR	RBP	Celkem za kraj
Hlavní město Praha	701 920	68 520	11 456	267 095	918	131 606	730	1 182 245
Středočeský kraj	701 838	68 457	162 699	125 505	98 249	137 400	281	1 294 429
Jihočeský kraj	380 126	85 536	33 029	30 514	33	94 167	77	623 482
Plzeňský kraj	317 429	53 371	59 166	39 596	47	84 459	47	554 115
Karlovarský kraj	188 612	23 071	26 368	14 683	23	30 489	49	283 295
Ústecký kraj	542 328	59 706	54 801	44 153	252	104 203	1 605	807 048
Liberecký kraj	317 833	43 125	11 511	19 972	6 471	35 434	70	434 416
Královéhradecký kraj	312 326	52 514	33 207	24 990	33 721	88 124	75	544 957
Pardubický kraj	346 894	38 384	33 943	22 520	309	66 107	171	508 328
Kraj Vysočina	367 012	20 370	48 452	14 134	44	54 030	282	504 324
Jihomoravský kraj	644 649	87 896	114 999	49 964	58	229 332	22 975	1 149 873
Olomoucký kraj	247 686	61 752	220 268	19 544	60	70 784	8 203	628 297
Zlínský kraj	361 294	16 759	64 046	16 898	27	59 426	59 691	578 141
Moravskoslezský kraj	377 045	20 051	352 189	29 578	105	93 386	333 113	1 205 467
Kraj není znám	111 136	1 361	4 467	5 094	1 555	4 681	5 485	133 779
Celkem za ZP	5 918 128	700 873	1 230 601	724 240	141 872	1 283 628	432 854	10 432 196

Možnost změny pouze 1 x za rok.

k 1. červenci

k 1. lednu

Vznik zdravotního pojištění

- Narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,
- Osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem,
- získání trvalého pobytu na území České republiky.

Zánik zdravotního pojištění

- Úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého,
- osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem,
- ukončení trvalého pobytu na území České republiky.

Plátcí pojistného zdravotního pojištění

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

Vznik zdravotního pojištění

- Narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,
- osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem,
- získání trvalého pobytu na území České republiky.

Osobní rozsah zdravotního pojištění

- Osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky,
- osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky, (dále jen "pojištěnci").

Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za tyto pojištěnce

- a) **nezaopatřené děti**; nezaopatřenost dítěte se posuzuje podle zákona o státní sociální podpoře,
- b) poživatele důchodů z důchodového pojištění,
- c) příjemce rodičovského příspěvku
- d) ženy na mateřské
- e) uchazeče o zaměstnání včetně
- f) osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi
- všichni bez příjmu

Povinnost platit pojistné

Povinnost platit pojistné vzniká pojištěnci dnem:

- a) nástupu zaměstnance do zaměstnání
- b) zahájení samostatné výdělečné činnosti
- c) kdy se stal pojištěncem
- d) ke kterému se po návratu do České republiky pojištěnec přihlásil u příslušné zdravotní pojišťovny

Výše zdravotního pojištění

Celkem	13,5 %
Zaměstnanec	4,5 %
Zaměstnavatel	9 %

Zaměstnanec s 38 000 „hrubýho“

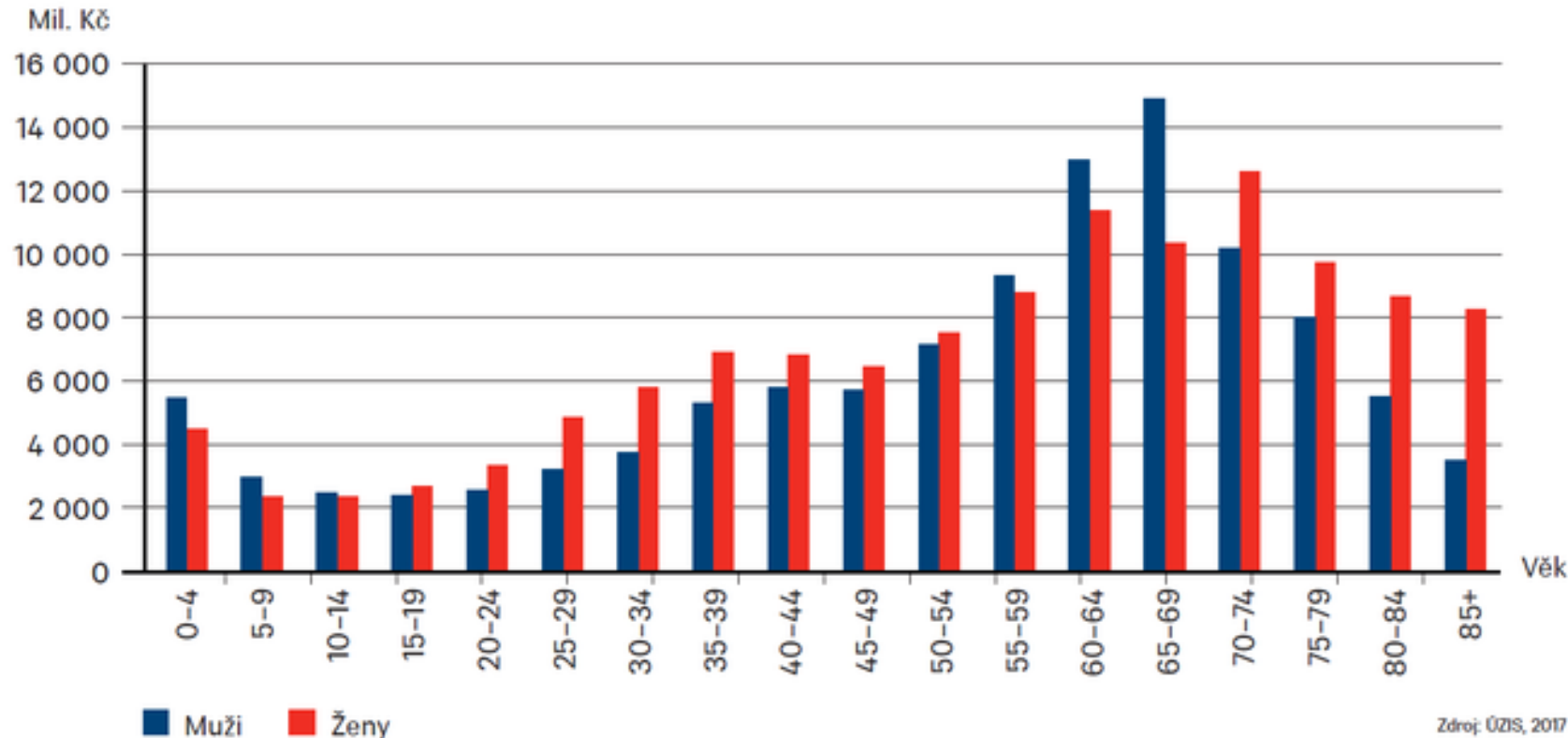
Čistá mzda:	30 440 Kč
Roční čistá mzda:	365 280 Kč
Základ daně:	38 000 Kč
Pojistné zaměstnavatel:	-12 844 Kč
- z toho sociální pojištění	9 424 Kč
- z toho zdravotní pojištění	3 420 Kč
Hrubá mzda:	38 000 Kč
Pojistné:	-4 180 Kč
- z toho sociální pojištění	2 470 Kč
- z toho zdravotní pojištění	1 710 Kč
Daň celkem:	-5 700 Kč
- daň:	5 700 Kč
Daňová sleva:	2 320 Kč
Daňové zvýhodnění na děti:	0 Kč
Záloha na daň po zvýhodnění a slevách:	-3 380 Kč
Daňový bonus:	0 Kč

Zaplatí
5130 Měsíčně
61 560 Ročně

Co za to dostane?

Výdaje na ZP dle věku a pohlaví v roce 2015 (mil. Kč)

Graf 1: Výdaje zdravotních pojišťoven na péči dle pohlaví a věkových skupin v roce 2015



Princip solidarity:

Zdravotní pojištění platí ti,
kteří až tolik péče nepotřebují

Co se hradí?

VŠECHNO (?)

Hrazené služby

Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud

- a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné,
- b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy,
- c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.

Hrazené služby

Hrazenými službami jsou v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem

- a) zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, léčebně rehabilitační, lázeňská léčebně rehabilitační, posudková, ošetrovatelská, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem, a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách,
- b) poskytování léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků,
- c) přeprava pojištěnců a náhrada cestovních nákladů,
- d) odběr krve a odběr tkání, buněk a orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření),

Hrazené služby

- e) přeprava žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů,
- f) přeprava zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,
- g) přeprava odebraných tkání, buněk a orgánů,
- h) prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva včetně přepravy,
- i) pobyt průvodce pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče,
- j) 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 příslušný poskytovatel.

Test

1. Jedná se o pojištěnce?

- §2

Je péče nezbytná vzhledem k jeho stavu?

- §13/1

Spadá zdravotní péče do rozsahu „hrazených služeb“?

- §13/2

Nespadá pod negativní vymezení rozsahu hrazených služeb?

- §15, §22-39, příloha č. 1

Negativní vymezení hrazených služeb

Omezení – prostě ne!:

- Ze zdravotního pojištění se dále nehradí výkony akupunktury (§15/2).
- Implantace penilních protéz (příloha č. 1 řádek 13)

N	výkon označený ve sloupci KAT symbolem "N" - zdravotní výkon zásadně nehrzený ze zdravotního pojištění, výjimkou může být předchozí povolení revizním lékařem pro konkrétního pojištěnce, vzhledem k jeho závažnému zdravotnímu stavu (nebo k jeho zvláštní zdravotní potřebě)
W	výkon označený ve sloupci KAT symbolem "W" - zdravotní výkon plně hrazený ze zdravotního pojištění jen při splnění určitých podmínek nebo limitovaný maximální hrazenou frekvencí, není nutné schválení revizním lékařem
Z	výkon označený ve sloupci KAT symbolem "Z" - zdravotní výkon plně hrazený zdravotní pojišťovnou jen za určitých podmínek a po schválení revizním lékařem

Omezení: Umělé oplodnění

- (3) Ze zdravotního pojištění se zdravotní služby poskytnuté na základě doporučení registrujícího poskytovatele v oboru gynekologie a porodnictví v souvislosti s umělým oplodněním, jde-li o formu mimotělního oplodnění (in vitro fertilizace), hradí
 - a) ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 let do dne dosažení třicátého devátého roku věku,
 - b) ostatním ženám ve věku od 22 let do dne dosažení třicátého devátého roku věku,
 - nejvíce třikrát za život, nebo bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy nejvýše 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, čtyřikrát za život.

Omezení: Ekonomické důvody

- §15 odst. 4: Ze zdravotního pojištění se vždy plně hradí v provedení **nejméně ekonomicky náročném** léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:
 - a) sérum proti stafylokokovým infekcím,
 - b) sérum proti záškrtu,
 - c) sérum proti hadímu jedu,
 -
- §15 odst. 5:
 - Ze zdravotního pojištění se hradí při poskytování **ambulantní zdravotní péče** léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, pokud pro ně Ústav rozhodl o výši úhrady. V každé skupině léčivých látek uvedených v příloze č. 2 se ze zdravotního pojištění vždy plně hradí **nejméně jeden léčivý přípravek** nebo potravina pro zvláštní lékařské účely.
 - Ze zdravotního pojištění se **při poskytování lůžkové péče** plně hradí léčivé přípravky... v provedení **nejméně ekonomicky náročném**, v závislosti na míře a závažnosti onemocnění, a pojištěnec se na jejich úhradě nepodílí.

Nejméně ekonomicky náročné?

- Ambulantní péče (včetně toho, co si pacient vezme domů)
 - Rozhodnutí o úhradě
 - Referenční skupiny + doplatek
 - Úhradové soutěže, Hlubkové revize systému
- Lůžková péče
 - Nejméně ekonomicky náročné provedení
 - Centra vysoce specializované péče vs. Geografická dostupnost

Hrazené služby – teritoriální rozsah

- Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté **na území České republiky**.
- Ze zdravotního pojištění se pojištěnci na základě jeho žádosti poskytne náhrada nákladů vynaložených na neodkladnou zdravotní péči, jejíž potřeba nastala během jeho pobytu v cizině, a to pouze do výše stanovené pro úhradu takových služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky.

**Překonáno
Vstupem do EU**

Opačná strana problému – kolik si má poskytovatel „vyfakturovat?“

Výše náhrady nákladů ?

- na základě tohoto zákona
- vyhlášky
- cenového předpisu
- opatření obecné povahy
- rozhodnutí Ústavu ke dni vyhotovení účetního dokladu, na jehož základě se náhrada provádí

Úhradová vyhláška

Nedojde-li k dohodě o výši úhrady individuálně smluvně sjednané složky úhrady mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou do 31. března 2017, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši $ÚHR^{ho}$ vypočtené takto:

$$ÚHR^{ho} = \min \left(\sum_{i=1}^n \left\{ PP_i^{ho} * \frac{X * ÚHR_i^{2015}}{PP_i^{2015}} \right\}; \sum_{i=1}^n \{X * ÚHR_i^{2015}\} \right) - EM_{2017}, 9_{2017},$$

kde:

$ÚHR^{ho}$ úhrada poskytovateli v hodnoceném období.

PP_i^{ho} počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v hodnoceném období, kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí.

PP_i^{2015} počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v referenčním období, kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí.

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^p \left(12 * \frac{Uhr_{i,2015}}{M_{i,2015}} * UOP_{i,2017} \right) + \sum_{j=1}^q (Uhr_{j,2015} * 1,10) + \sum_{k=1}^r (Uhr_{k,2015} * 1,20) + Uhr_{RS,2015} * 1,24 + Uhr_{nep,2016} * 1,10 + \sum_{l=1}^s (Uhr_{l,2015} * 1,60) + \sum_{m=1}^t (Uhr_{m,2015} * 1,30) + \sum_{n=1}^u (Uhr_{n,2015} * 1,20)$$

kde:

Uhr_{max}	je maximální úhrada v roce 2017.
i	nabývá hodnot 1 až p , kde p je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. a) až i).
j	nabývá hodnot 1 až q , kde q je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. j) až l).
k	nabývá hodnot 1 až r , kde r je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. m) až s).
l	nabývá hodnot 1 až s , kde s je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. v) až aa).
m	nabývá hodnot 1 až t , kde t je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. bb) až oo).
n	nabývá hodnot 1 až u , kde u je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. pp).
$Uhr_{i,2015}$	je celková úhrada v roce 2015 za léčbu onemocnění i .

Práva pojištěnce

Práva a povinnosti plátců pojistného

Pojištěnec je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do osmi dnů skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit za něj pojistné.

- Za osoby zaměstnané plní tuto povinnost zaměstnavatel, pokud jsou mu tyto skutečnosti známy.

Narození pojištěnce je jeho zákonný zástupce povinen oznámit do osmi dnů ode dne narození zdravotní pojišťovně,

- u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození.

Úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého je povinen oznámit Centrálnímu registru pojištěnců do osmi dnů od zápisu do matriky příslušný obecní úřad pověřený vedením matriky.

Práva pojištěnce

Na výběr zdravotní pojišťovny, nestanoví-li tento zákon jinak,

na výběr poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky (dále jen "poskytovatel"), který je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně, a na výběr zdravotnického zařízení tohoto poskytovatele;

v případě registrujícího poskytovatele může toto právo uplatnit jednou za 3 měsíce,

Práva pojištěnce

na časovou a místní dostupnost hrazených služeb poskytovaných smluvními poskytovateli příslušné zdravotní pojišťovny,

na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu,

Časová a místní dostupnost

skupina	dojezdová doba (v minutách)	Obor nebo služba
1	35	všeobecné praktické lékařství praktické lékařství pro děti a dorost gynekologie a porodnictví zubní lékař lékárna
2	45	diabetologie chirurgie urologie oftalmologie otorinolaryngologie ortopedie radiologie a zobrazovací metody (jen ultrazvukové a rentgenové a skiagrafické vyšetření) rehabilitační a fyzikální medicína fyzioterapie urologie vnitřní lékařství
3	60	gastroenterologie kardiologie pneumologie a ftizeologie hematologie a transfúzní lékařství revmatologie hemodialýza psychiatrie psychologie logopedie dermatovenerologie

4	90	alergologie a klinická imunologie angiologie endokrinologie nefrologie klinická onkologie dětská chirurgie dětská a dorostová psychiatrie dětská neurologie ortodontie počítačová tomografie
5	120	dětská gynekologie foniatrie a audiologie radiační onkologie magnetická rezonance nukleární medicína kardiochirurgie neurochirurgie cévní chirurgie infekční lékařství lékařská genetika plastická chirurgie geriatrie sexuologie

skupina	dojezdová doba (v minutách)	Obor nebo služba
1	60	anesteziologie a intenzivní medicína gynekologie a porodnictví neonatologie dětské lékařství chirurgie vnitřní lékařství dlouhodobá péče (ošetřovatelská péče)
2	75	neurologie ortopedie pneumologie a ftizeologie rehabilitační a fyzikální medicína (akutní lůžková péče) urologie
3	120	traumatologie klinická onkologie dermatovenerologie infekční lékařství oftalmologie otorinolaryngologie psychiatrie následná lůžková péče (léčebně rehabilitační péče)
4	180	kardiochirurgie neurochirurgie cévní chirurgie radiační onkologie geriatrie

Plánované hrazené služby se lhůtou časové dostupnosti

Plánované hrazené služby	Lhůta časové dostupnosti, kterou nelze překročit
Náhrada kyčelního kloubu	52 týdnů
Náhrada kolenního kloubu	52 týdnů
Artroskopie	8 týdnů
Angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkony	8 týdnů
Echokardiografie	10 týdnů
Operace katarakty	30 týdnů
Endoskopické vyšetření	4 týdny
Denzitometrie	16 týdnů
Skiografie a sonografie	2 týdny
Počítačová tomografie	3 týdny
Magnetická resonance	5 týdnů
Mamografické vyšetření	6 týdnů
Zahájení biologické léčby roztroušené sklerózy	4 týdny

Práva pojištěnce

na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely bez přímé úhrady, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu s tímto zákonem;

to platí i v případech, kdy poskytovatel lékařské péče nemá se zdravotní pojišťovnou pojištěnce dosud uzavřenou smlouvu,

Práva pojištěnce

na poskytnutí informací od zdravotní pojišťovny o jemu poskytnutých hrazených službách,

podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním,

na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku; poskytovatel je povinen tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,

na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku a o zaplacení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely poskytovatelem lékárenské péče;

Práva pojištěnce

- Má-li pojištěnec za to, že mu nejsou poskytovány hrazené služby v souladu s tímto zákonem, může podat stížnost podle zákona o zdravotních službách.

Složitější případy

Přeshraniční pohyb osob

- Cizinec v ČR
 - Cizinec z EU
 - Cizinec mimo EU
- Pojištěnec ČR v cizině:
 - Ze zdravotního pojištění se pojištěnci na základě jeho žádosti poskytne náhrada nákladů vynaložených na neodkladnou zdravotní péči, jejíž potřeba nastala během jeho pobytu v cizině, a to pouze do výše stanovené pro úhradu takových služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky.

Zvláštní ambulantní péče

- Hrazenými službami je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako
 - a) domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího poskytovatele ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu,
 - b) zdravotní péče ve stacionářích, pokud je poskytována na základě doporučení ošetřujícího lékaře,
 - c) zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů,
 - d) zdravotní péče v **zařízeních sociálních služeb**,
 - e) ošetřovatelská péče poskytovaná na základě ordinace ošetřujícího lékaře pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb odborně způsobilými zaměstnanci těchto zařízení, pokud k tomu poskytovatelé pobytových sociálních služeb uzavřou zvláštní smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou podle § 17a.

Zvláštnosti lůžková péče

- Hrazenými službami je i léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.
- Hrazenými službami je i vybavení pojištěnce léčivými přípravky, potravinami pro zvláštní lékařské účely a zdravotnickými prostředky po ukončení hospitalizace na 3 dny nebo v odůvodněných případech i na další, nezbytně nutnou dobu.

Preventivní péče

(1) Hrazenými službami jsou také preventivní prohlídky, které se provádějí

- v prvním roce života devětkrát do roka, z toho minimálně šestkrát v prvním půlroce života a z toho minimálně třikrát v prvních třech měsících života, pokud jim není poskytována dispenzární péče,
- v 18 měsících věku,
- ve třech letech a dále vždy jedenkrát za dva roky, nejdříve však 18 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky.

(2) V oboru zubní lékařství se provádí preventivní prohlídka:

- u dětí a dorostu ve věku do 18 let dvakrát ročně,
- u těhotných žen dvakrát v průběhu těhotenství,
- u dospělých jedenkrát ročně.

(3) V oboru gynekologie a porodnictví se provádí preventivní prohlídka při ukončení povinné školní docházky a dále počínaje patnáctým rokem věku jedenkrát ročně.

Problematika

- Léčiva
 - maximální úhrady, doplatky
 - Indikační omezení SÚKL
 - § 16
 - VILP

Další specifikum ČR

- Regulační poplatky:
 - **1)** Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen hradit poskytovateli regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství (dále jen „pohotovostní služba“).
- Limity doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely
 - 5000 Kč
 - 1000 Kč pro osoby nad 65 let
 - 500 Kč pro osoby nad 75 let

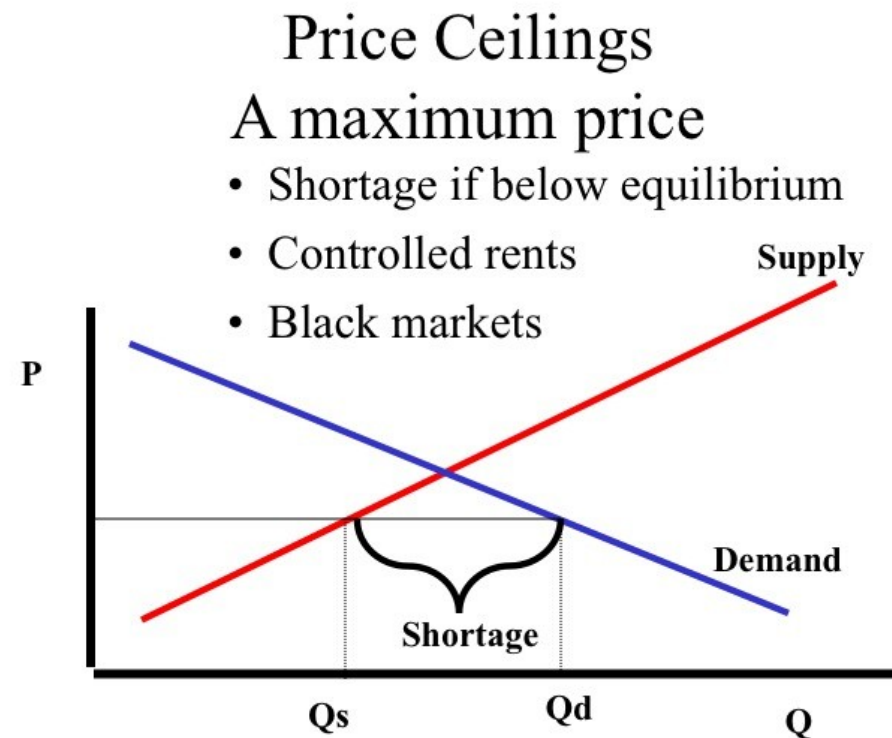


Neposkytnutí zdravotní péče z kapacitních či finančních důvodů



Cenové stropy v českém zdravotnictví

- Limity
 - Cenový strop za jednotlivé výkony
 - Cena jednotky léčiva
- Agregátní limity
 - Smlouvy
 - Úhradová vyhláška



Kde dochází k omezení ZS?

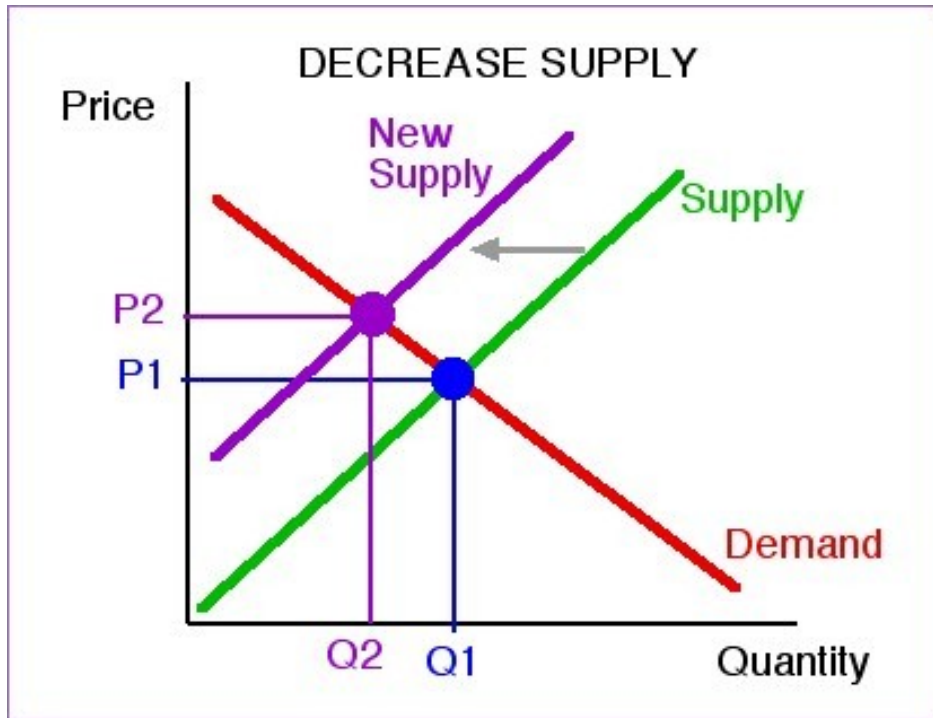
Úroveň poskytovatele

- Odchod poskytovatelů z trhu
- Redukce kapacit

Na úrovni pacienta

- Léčba ztrátová za všech okolností
- Léčba ztrátová v daném místě a čase

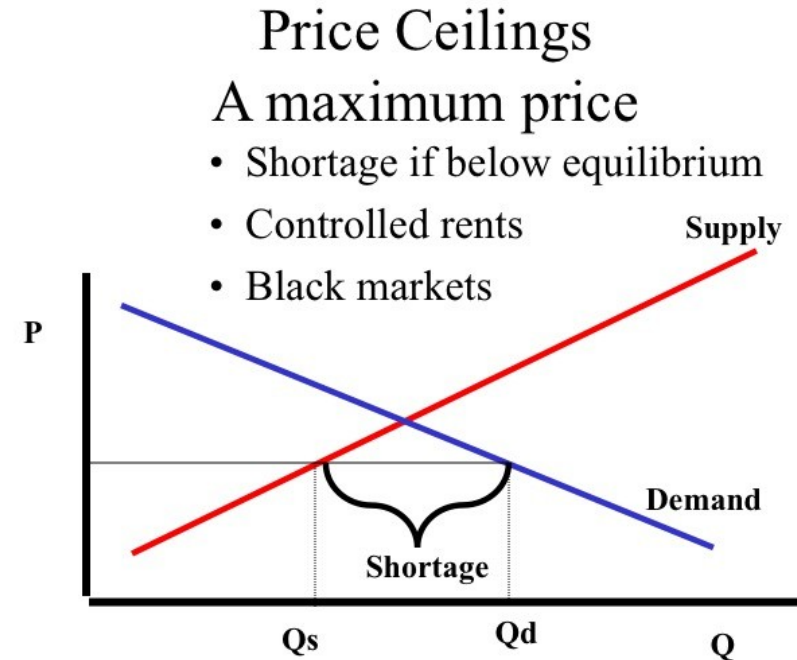
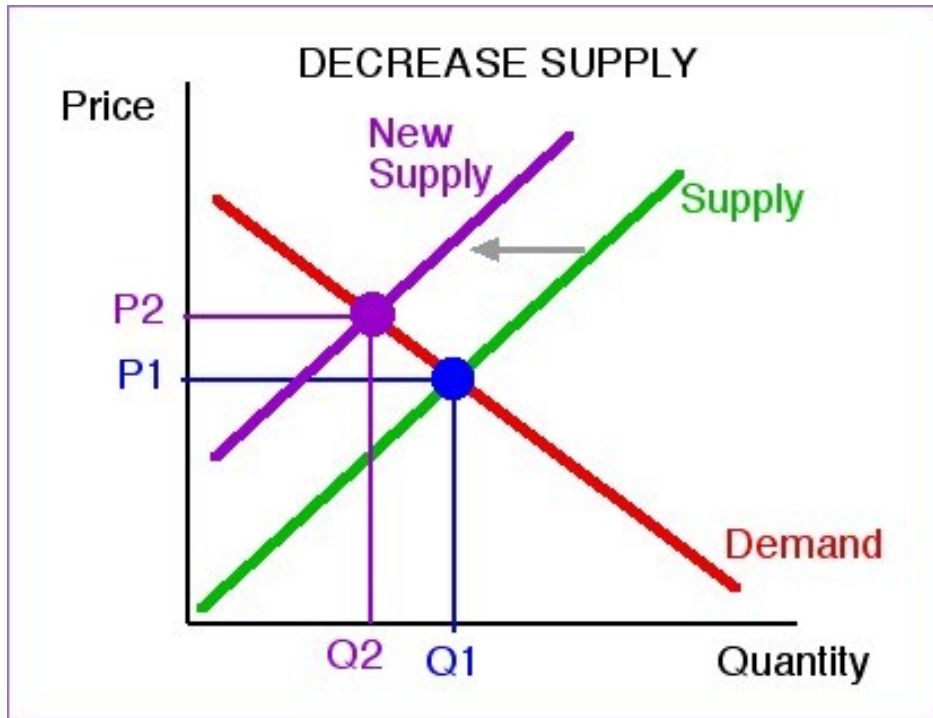
Co se stane když odejde poskytovatel z trhu?



• https://courses.byui.edu/econ_150/econ_150_old_site/lesson_03.htm



Navýšení ceny není možné pro cenový strop



Když dojde k překročení limitu ?

Je finanční ztrátovost důvodem k odmítnutí pacienta?

Je poskytovatel povinen poskytnout zdravotní službu?

Argumenty pro

- Právo pacienta na výběr poskytovatele (ZZS)
- Závazek vůči pojišťovně
- Podnikatelské riziko poskytovatele?

Argumenty proti

- Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a **objektivní možnosti**.
- **Je finančně ztrátová péče mimo objektivní možnosti poskytovatele?**

Důvod pro odmítnutí poskytování zdravotní péče

§48 ZZS - přijetím pacienta by bylo překročeno únosné pracovní zatížení nebo jeho přijetí brání provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení

- Nejsou prostředky na zaplacení dalšího personálu (OK)
- Nejsou prostředky na provoz dalšího lůžka (OK)
- Nejsou prostředky na nákup léků/poskytnutí služby (NOK?)

Co když dojde k překročení limitu?

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

- *Poskytovatel :j)* neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odstavci 1 písmenu b) zákona,

j) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče, s výjimkou případů stanovených právním předpisem nebo uvedených ve Smlouvě, příp. v jejích dodatcích,

k) nepodléhá podmínkám stanoveným v § 11 odstavci 1 písmenu b) zákona, pokud není stanoveno jinak v Smlouvě, příp. v jejích dodatcích,

Rozhodnutí NS (nepřímo potvrzeno ÚS)

- 25 Cdo 3507/2008 - pokud zdravotnické zařízení poskytlo **nutnou a neodkladnou** péči pojištěnci zdravotní pojišťovny, je příslušná pojišťovna povinna tuto péči uhradit i v situaci, že byl dohodnutý finanční limit v daném období vyčerpán.
 - **Neodkladná?** Můžeme to vztáhnout i na jiné formy péče (akutní, plánovaná)?
 - Co paliativní, preventivní?

Pokud je pojišťovna povinna platit i nad limit

K čemu vůbec limit existuje ?

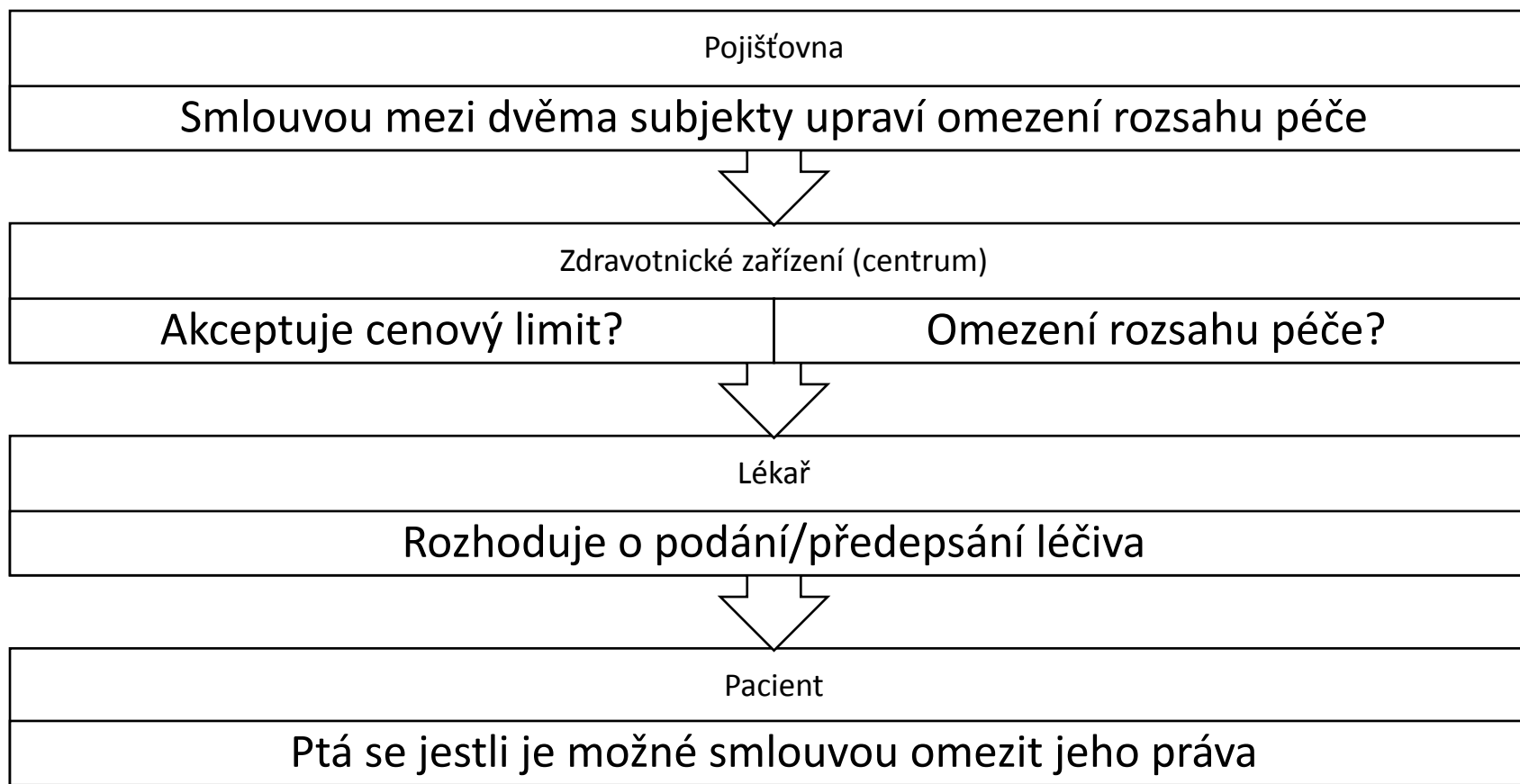
Důsledek – i péče nad limit je objektivně možná.

Odpovědnost lékaře

- = nevyužití všech dostupných možností?

**Jaký je prostor pro ekonomickou
úvahu při poskytování ZS ?**

Důsledek?



Etický kodex ČLK §2

- (4) Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovní přetížen nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby
- (3) Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. **S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.**

Závěry

- Omezení nabídky na úrovni poskytovatele zdravotních služeb naráží na právní omezení na zákonné i smluvní úrovni.
- Cesta k omezení nabídky tak vede přes cílené omezování kapacit poskytovatele (redukce lůžek, ambulancí nebo ordinační doby).