

**O rozšiřování přeshraniční spolupráce
ve zdravotnictví v česko-bavorské části
Euregia Egrensis**

Nemocnice

Prof. Dr. Hanjo Allinger
Prof. Dr. Holger Lüdeke
Dipl.-Kult. Andreas Siebenschuh
Dipl.-Kffr. Stephanie Berndt
Christiane Lübke
Mgr. Marcela Müllerová
MA Danijel Skrelja

Září 2011

Tento projekt je spolufinancován Evropskou Unií v rámci programu Cíl 3
Česká republika – Svobodný stát Bavorsko 2007-2013 (INTERREG IV A)



Europäische Union
„Investition in Ihre Zukunft“
Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung



Studii zadala organizace
EUREGIO EGRENSIS, Arbeitsgemeinschaft Bayern

INWISO
Institut für empirische
Wirtschafts- und Sozialforschung

Imhofstraße 3
D-80805 München

www.inwiso.de
mail@inwiso.de

OSNOVA

1	Nemocniční sektor v Německu	7
2	Nemocniční sektor v České republice	35
3	Struktura nemocniční péče v česko-bavorské části Euregia Egrensis.....	45
4	Pracovněprávní předpoklady k výkonu povolání v sousední zemi	56
5	Právní předpisy EU k přeshraniční zdravotní péči	64
6	Vícenáklady a neúměrné finanční zatížení pro pojištěnce příslušné pojišťovny popř. pro daňové poplatníky.....	73
7	Možnosti přeshraniční spolupráce	75
8	Shrnutí	82

Obsah

1	Nemocniční sektor v Německu	7
1.1	Plánování nemocnic	7
1.1.1	Právní úprava.....	7
1.1.2	Zásady plánování.....	9
1.2	Financování investičních nákladů	10
1.2.1	Jednorázová dotace.....	11
1.2.2	Paušální dotace	12
1.2.3	Další možnosti finanční podpory.....	13
1.3	Financování provozních nákladů	15
1.3.1	Úhrada výkonů v rámci plné a částečné hospitalizace	17
1.3.1.1	Krátký popis systému DRG a s ním spojené příslušnosti.....	17
1.3.1.2	Přirážky a srážky při nedodržení délky hospitalizace a přeložení pacienta.....	20
1.3.1.3	Doplatky a jiné úhrady	21
1.3.1.4	Přirážky a srážky	25
1.3.1.5	Výnosový rozpočet, suma výnosů a vyrovnání vyššího či nižšího výnosu	29
1.3.2	Úhrada předhospitalizačních a posthospitalizačních výkonů podle § 115a páté knihy sociálního zákoníku (SGB V)	30
1.3.3	Úhrady ambulantních výkonů	32

1.3.3.1	Úhrady ambulantních operací podle § 115b páté knihy sociálního zákoníku	32
1.3.3.2	Úhrada ambulantních výkonů podle § 116b páté knihy sociálního zákoníku	33
2	Nemocniční sektor v České republice.....	35
2.1	System zdravotního pojištění.....	35
2.2	Financování investičních nákladů	36
2.3	Financování nemocnic.....	37
2.3.1	Úhradová vyhláška	38
2.3.2	Úhrada zdravotních výkonů.....	38
2.3.3	Ošetřovací dny a kategorie pacientů	40
2.3.4	Režijní náklady	42
2.3.5	Regulační poplatky	43
3	Struktura nemocniční péče v česko-bavorské části Euregia Egrensis	45
4	Pracovněprávní předpoklady k výkonu povolání v sousední zemi	56
4.1	Uznávání zahraniční kvalifikace lékařů v Německu.....	57
4.2	Uznávání zahraniční kvalifikace lékařů v České republice.....	60
5	Právní předpisy EU k přeshraniční zdravotní péči.....	64
5.1	Nařízení (ES) č. 883/2004	64
5.2	Směrnice 2011/24/EU o právech pacientů v přeshraniční zdravotní péči.....	66
5.3	Transpozice směrnice v Německu	70
5.4	Transpozice směrnice v České republice.....	70
5.5	Spolupráce v rámci zdravotní péče.....	70
5.6	Vztah mezi nařízením (ES) č. 883/2004 a směrnicí 2011/24/EU o právech pacientů v přeshraniční zdravotní péči.....	71
6	Vícenáklady a neúměrné finanční zatížení pro pojištěnce příslušné pojišťovny popř. pro daňové poplatníky.....	73
7	Možnosti přeshraniční spolupráce	75
7.1	Koordinace plánování a provozu nemocnic.....	75
7.2	Získávání určitých skupin pacientů	75
7.3	Společné zaměstnávání zdravotnického personálu.....	77
7.4	Vzájemné hospitace	77
7.5	Spolupráce při využívání velkých lékařských přístrojů.....	78
7.6	Příležitostná spolupráce v jednotlivých případech k pokrytí špičky	79

7.7	Převádění jednotlivých problematických případů na specializované nemocnice v sousední zemi.....	79
7.8	Pravidelné vizity v sousedních nemocnicích u tuzemců pojištěných v zahraničí	80
8	Shrnutí	82

Seznam tabulek

Tabulka 1: Podíl počtu pojištěnců jednotlivých pojišťoven v Karlovarském kraji.....	36
Tabulka 2: Kategorie pacienta.....	42
Tabulka 3: Nabídka nemocniční péče v bavorské části Euregia Egrensis	46
Tabulka 4: Nabídka nemocniční péče v české části Euregia Egrensis.....	49
Tabulka 5: Hustota sítě nemocnic (počet akutních lůžek na 1 tisíc obyvatel) v bavorských okresech a městech bez okresní příslušnosti, která leží v oblasti Euregia Egrensis	50
Tabulka 6: Hustota sítě nemocnic (počet akutních lůžek na 1 tisíc obyvatel) v českých okresech Euregia Egrensis	50
Tabulka 7: Velké lékařské přístroje v bavorské části Euregia Egrensis.....	53
Tabulka 8: Velké lékařské přístroje v české části Euregia Egrensis.....	55
Tabulka 9: Ustanovení k přeshraničnímu využívání zdravotních služeb podle nařízení (ES) č. 883/2004.....	64
Tabulka 10: Rozdíly mezi nařízením (ES) č. 883/2004 a směrnicí 2011/24/EU o právech pacientů v přeshraniční zdravotní péči.....	72

Seznam ilustrací

Obr. 1: Plánování nemocnic ve Svobodném státě Bavorsko	8
Obr. 2: Systém DRG	18
Obr. 3: Příklad účtování.....	21
Obr. 4: Příklad vykazování zdravotního výkonu 1	39
Obr. 5: Příklad vykazování zdravotního výkonu 2	41
Obr. 6: Geografické rozložení nemocnic v česko-bavorské části Euregia Egrensis	45
Obr. 7: Hustota pokrytí lůžkové péče (počet akutních lůžek na 1 tisíc obyvatel) v oblasti Euregio Egrensis	51
Obr. 8: Předpisy nařízení (ES) č. 883/2004 k přeshraničnímu využívání zdravotních služeb.....	66
Obr. 9: Refundace nákladů na zdravotní péči podle směrnice 2011/24/EU o právech pacientů v přeshraniční zdravotní péči	67
Obr. 10: Předpisy směrnice 2011/24/EU o právech pacientů v přeshraniční zdravotní péči	69
Obr. 11: Ošetření zahraničními lékaři v blízkosti místa bydliště.....	80

1 Nemocniční sektor v Německu

Přijetím zákona o financování nemocnic (*Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG*) byl v roce 1972 zaveden princip duálního financování nemocničních výkonů. Podle duálního principu jsou investiční náklady financovány z veřejné ruky a provozní náklady hradí zdravotní pojišťovny.

S finanční odpovědností státu úzce souvisí i kompetence plánování nemocnic. Podle § 8 odst. 1 věta první zákona o financování nemocnic¹ mají nemocnice nárok na státní podporu investičních nákladů pouze tehdy, pokud byly zařazeny do nemocničního plánu dané spolkové země.

1.1 Plánování nemocnic

1.1.1 Právní úprava

Plánování nemocnic spadá do pravomoci spolkových zemí.² Podle čl. 3 odst. 1 Bavorského zákona o nemocnicích (*Bayerisches Krankenhausgesetz - BayKrG*)³ se v Bavorsku sestavuje nemocniční plán (*Krankenhausplan*) pro „[...]zajištění potřebné nemocniční péče [...] v rámci [...] funkčně odstupňované a efektivně strukturované sítě nemocnic, které se vzájemně doplňují [...]“.⁴ Plánování nemocnic má usilovat o co možná nejhospodárnější strukturu a podporovat spolupráci nemocnic v rámci regionálně specifické péče.⁵ Plánování nemocnic se provádí v souladu s plánováním fakultních nemocnic.⁶ V procesu plánování se zohledňují i nemocnice, které nejsou ani součástí nemocničního plánu a ani fakultními nemocnicemi, ale mají uzavřenou smlouvu o poskytování nemocniční péče.⁷ Do plánu jsou zahrnuti také všichni ostatní partneři, se kterými nemocnice spolupracují v ambulantním či nemocničním sektoru, jako např. lékařské ambulance, rehabilitační a pečovatelská zařízení.⁸

V nemocničním plánu jsou představena všechna zdravotnická zařízení relevantní pro zajištění potřebné péče podle místa, počtu lůžek, míst částečné hospitalizace, specializovaných oborů a stupňů zdravotnické péče.⁹ Nemocnice je potřebná, je-li nezbytná pro pokrytí potřeby akutní lůžkové péče ve své spádové oblasti a je k tomu způsobilá.¹⁰ Způsobilá je nemocnice tehdy, může-li zajistit provádění přidělených úkolů s odpovídající lékařskou výkonností a hospodárností.¹¹ Rozhodnutí o tom, zda bude nemocnice zařazena do nemocničního plánu, se jejím zřizovateli sděluje

¹ Zákon o hospodářském zajištění nemocnic a o regulování sazeb za poskytování nemocniční péče (*Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze*), krátce Zákon o financování nemocnic (*Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG*) ve znění vyhlášky ze dne 10. dubna 1991 (BGBl. I S. 886), poslední změna článkem 1 zákona ze 17. března 2009 (BGBl. I S. 534)

² viz § 6 odst. 1 zákona o financování nemocnic (*KHG*)

³ Bavorský zákon o nemocnicích (*Bayerisches Krankenhausgesetz*) ve znění vyhlášky ze dne 28. března 2007 (GVBl. S. 288), poslední aktualizace zákonem o dodatečném rozpočtu (*Nachtragshaushaltsgesetz*) 2008 ze dne 23. dubna 2008 (GVBl. S. 139)

⁴ čl. 1 věta první Bavorského zákona o nemocnicích

⁵ viz čl. 3 odst. 2 Bavorského zákona o nemocnicích

⁶ viz čl. 3 odst. 4 věta první Bavorského zákona o nemocnicích

⁷ viz čl. 3 odst. 4 věta druhá Bavorského zákona o nemocnicích

⁸ viz čl. 3 odst. 3 Bavorského zákona o nemocnicích

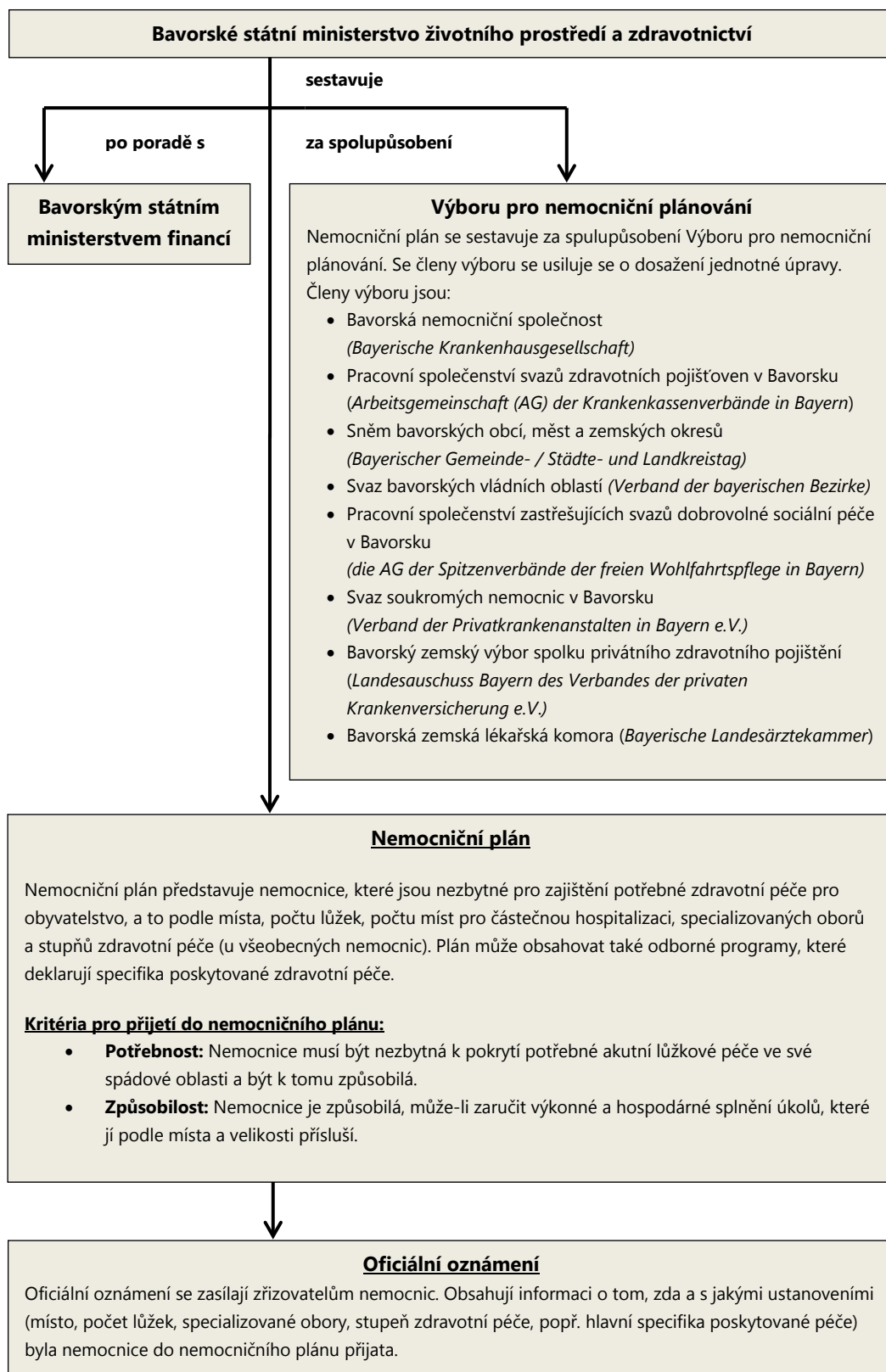
⁹ viz čl. 4 odst. 1 věta první Bavorského zákona o nemocnicích

¹⁰ viz čl. 5 odst. 1 věta první Bavorského zákona o nemocnicích

¹¹ viz čl. 5 odst. 1 věta druhá Bavorského zákona o nemocnicích

prostřednictvím oznámení o rozhodnutí.¹² Pokud nemocnice již neplní podmínky pro zařazení do plánu a tento stav trvá, může být toto rozhodnutí zcela nebo částečně zrušeno.¹³

Obr. 1: Plánování nemocnic ve Svobodném státě Bavorsko



Zdroj: vlastní znázornění

¹² viz čl. 5 odst. 2 věta první Bavorského zákona o nemocnicích

¹³ viz čl. 5 odst. 2 věta druhá Bavorského zákona o nemocnicích

Bavorský nemocniční plán sestavuje Bavorské státní ministerstvo životního prostředí a zdravotnictví¹⁴ po poradě s Bavorským státním ministerstvem financí.¹⁵ Sestavení plánu probíhá za spolupráce tzv. Výboru pro nemocniční plánování (*Krankenhausplanungsausschuss*).¹⁶ V rámci plánování nemocnic je třeba usilovat o dosažení jednoty se členy tohoto výboru.¹⁷ Obr.1 nabízí přehled procesu plánování nemocnic ve Svobodném státě Bavorsko.

*Nemocniční plán Svobodného státu Bavorsko*¹⁸ je momentálně doplněn o následující odborné programy:

- Nemocniční péče o rizikové novorozence
- Paliativní péče v nemocnicích
- Akutní geriatric

V příloze nemocničního plánu jsou navíc uvedeny všechny kliniky bez nároku na podporu dle zákona o financování nemocnic, s nimiž mají zdravotní pojišťovny a tzv. náhradní fondy (*Ersatzkassen*) uzavřenou smlouvu o poskytování zdravotní péče, a také lůžka a místa na fakultních klinikách.

1.1.2 Zásady plánování

Nemocniční plán dělí všeobecné nemocnice na nemocnice tří stupňů zdravotnické péče a odborné nemocnice:¹⁹

- Nemocnice poskytující zdravotní péči I. stupně
Nemocnice prvního stupně zdravotnické péče mají zajišťovat základní potřeby akutní lůžkové péče o obyvatelstvo. Mají být k dispozici v definovaných centrech nejvyšší úrovně (*Oberzentrum*), v potenciálních centrech nejvyšší úrovně (*mögliches Oberzentrum*) a v centrech střední úrovně (*Mittelzentrum*²⁰).
Plánovacím územím je zpravidla oblast zemského okresu nebo města bez okresní příslušnosti.
- Nemocnice poskytující zdravotní péči II. stupně
Nemocnice druhého stupně zdravotnické péče plní z hlediska diagnózy a terapie úkoly přesahující místní možnosti zdravotnické péče. Zřizují se v centrech nejvyšší úrovně. Plánovacím územím je většinou souvislý region, který ze socioekonomického hlediska provazuje více zemských okresů a měst bez okresní příslušnosti.

¹⁴ Až do 29. října 2008 bylo za nemocniční plán odpovědné Bavorské státní ministerstvo práce a sociálních věcí, rodiny a žen.

¹⁵ viz čl. 22 odst. 4 věta první Bavorského zákona o nemocnicích

¹⁶ viz čl. 22 odst. 4 věta první Bavorského zákona o nemocnicích

¹⁷ viz čl. 7 odst. 2 Bavorského zákona o nemocnicích

¹⁸ Nemocniční plán Svobodného státu Bavorsko, 36. aktualizace, stav: 1. ledna 2011; v internetu na adrese: http://www.stmuq.bayern.de/gesundheit/krankenhaus/krankenhausplanung/doc/krankenhausplan_2011.pdf (náhled dne 10. února 2011)

¹⁹ viz čl. 4 odst. 2 Bavorského zákona o nemocnicích, k otázkám plánování nemocnic viz Nemocniční plán Svobodného státu Bavorsko 2011, část I, bod 5

²⁰ Pozn. překladatele: pojmy z oblasti německého územního plánování a hospodářské geografie

- Nemocnice poskytující zdravotní péči III. stupně²¹
Nemocnice třetího stupně zdravotnické péče poskytují rozsáhlou a diferencovanou nabídku služeb a odpovídající lékařské a technické vybavení. Dle potřeby mají být k dispozici v centrech nejvyšší úrovně. Plánovacím územím je obvykle oblast zemského okresu. Do budoucna by každý zemský okres měl mít jednu nemocnici III. stupně.
- Odborné nemocnice
Odborné nemocnice přijímají pouze pacienty s určitými onemocněními nebo nemocné určitých věkových kategorií a nejsou přiřazeny k žádnému z výše uvedených stupňů zdravotnické péče.

Přiřazení všeobecných nemocnic ke stupňům zdravotnické péče slouží k určení druhu nemocniční péče dané nemocničním plánem, jejíž poskytování musí příslušný zřizovatel nemocnice zajistit. Při stanovení potřebného počtu lůžek se zohledňuje počet obyvatel, četnost nemocnic, délka hospitalizace a využití lůžek.²²

1.2 Financování investičních nákladů

Podle § 4 č. 1 zákona o financování nemocnic se investiční náklady nemocnic hradí z veřejných prostředků. Přitom se rozlišuje mezi tzv. jednorázovou (*Einzelförderung*) a tzv. paušální dotací (*Pauschalförderung*).

V rámci jednorázové dotace podporují spolkové země investiční náklady na zřízení nemocnic (včetně prvního vybavení potřebnými přístroji) a na opětovné pořízení přístrojů s průměrnou dobou užívání delší než tři roky.²³ Opětovné pořízení vybavení s kratší životností a drobná stavební opatření se dotují pevně stanovenými ročními částkami paušální dotace.²⁴

Zákon o financování nemocnic tvoří právní rámec, který naplňuje legislativa spolkových zemí.²⁵ V Bavorsku jsou právními podklady Bavorský zákon o nemocnicích (*Bayerisches Krankenhausgesetz - BayKrG*) a jeho prováděcí vyhláška (*Verordnung zur Durchführung des Bayerischen Krankenhausgesetzes - DVBayKrG*)²⁶. Článek 9 zákona o nemocnicích určuje zásady investičních dotací. Prostředky na dotaci investičních nákladů musí být stanoveny tak, aby byly pokryty náklady, potřebné k plnění daných úkolů nemocnic, a to při dodržení zásad hospodárnosti a šetrnosti. Předpokladem pro poskytnutí dotačních prostředků je přijetí nemocnice do nemocničního plánu.

²¹ K nemocnicím poskytujícím zdravotní péči III. stupně patří i fakultní nemocnice

²² Z četnosti nemocnic lze vyvodit vztah počtu hospitalizací s počtem obyvatel. Délka hospitalizace odpovídá průměrnému počtu dní, které strávil v nemocniční péči jeden pacient. Využití lůžek odráží stupeň vytíženosti nemocnice. U nutné a neodkladné péče se vychází ze stupně vytížení 85% (k zásadám nemocničního plánování v Bavorsku viz Nemocniční plán Svobodného státu Bavorsko 2011, část I, bod 6).

²³ viz § 9 odst. 1 zákona o financování nemocnic (KHG)

²⁴ viz § 9 odst. 3 věta první zákona o financování nemocnic (KHG)

²⁵ viz § 11 věta první zákona o financování nemocnic (KHG)

²⁶ Prováděcí vyhláška k Bavorskému zákonu o nemocnicích (*Verordnung zur Durchführung des Bayerischen Krankenhausgesetzes*) ze dne 14. prosince 2007, aktualizována vyhláškou o změně prováděcí vyhlášky k Bavorskému zákonu o nemocnicích ze dne 14. října 2009 (GVBl. S. 538)

1.2.1 Jednorázová dotace

V rámci jednorázové dotace se veřejně financují následující investiční náklady, a to za předpokladu, že výdaje za realizaci jednotlivých záměrů (včetně daně z obrátu) jsou vyšší než pětina ročního paušálu nemocnice:²⁷

- zřizování nemocnic (přestavba, rozšiřování, novostavba) včetně prvního přístrojového vybavení, které je potřebné pro provoz nemocnice,
- opětovné pořízení nebo náhrada přístrojů a vybavení s průměrnou dobou užívání delší než 15 let
- doplňování zařízení s průměrnou dobou užívání od tří do patnácti let.²⁸

Bavorské státní ministerstvo financí společně s Bavorským státním ministerstvem životního prostředí a zdravotnictví každoročně vypracovávají program investic, tzv. *roční program výstavby nemocnic (Jahreskrankenhausbauprogramm*²⁹) na příští rok.³⁰ V něm je představeno plánované využití dotačních prostředků na výše uvedené druhy investic.³¹ Při sestavování ročního programu výstavby nemocnic platí zásada jednohlasné shody se členy Výboru pro nemocniční plánování.³² Přijetím do ročního programu výstavby nemocnic ještě nevzniká nárok na finanční podporu. Předtím, než bavorská vláda tuto podporu schválí, zjišťuje Bavorské státní ministerstvo životního prostředí a zdravotnictví:

- zda je záměr ve smyslu nemocničního plánování potřebný,
- zda a nakolik záměr při zohlednění provozních nákladů odpovídá zásadám hospodárnosti a šetrnosti,
- zda je zajištěno celkové financování.³³

Tento postup je základem pro vymezení druhu a rozsahu podpořeného záměru a pro stanovení výše dotace.³⁴ Odborné posouzení je uzavřeno tzv. odborným schválením³⁵ (*fachliche Billigung*).³⁶

Finanční podpora investičních nákladů probíhá prostřednictvím pevné částky.³⁷ Zřizovatel nemocnice může v rámci této částky na vlastní zodpovědnost rozhodovat o druhu a způsobu realizace daných opatření.³⁸ Jsou-li skutečné náklady na dotovaná opatření nižší než poskytnutá dotační částka, musí nemocnice tento rozdíl vrátit zpět.³⁹ Při nerealizaci

²⁷ viz čl. 11 odst. 1 Bavorského zákona o nemocnicích

²⁸ Dotaci lze získat jen při splnění podmínky, že doplňující vybavení podstatně přesahuje rámec běžného přizpůsobení vybavení lékařskému a technickému vývoji.

²⁹ 37. roční program na výstavbu nemocnic 2011 (*Das 37. Jahreskrankenhausbauprogramm 2011 des Freistaates Bayern*) je k dispozici v internetu: <https://www.verkuendung-bayern.de/fmbl/jahrgang:2011/heftnummer:5/seite:241> (náhled dne 06. září 2011)

³⁰ viz čl. 22 odst. 4 věta druhá Bavorského zákona o nemocnicích (BayKrG)

³¹ viz čl. 10 odst. 1 věta první Bavorského zákona o nemocnicích (BayKrG)

³² viz čl. 7 odst. 2 Bavorského zákona o nemocnicích (BayKrG)

³³ viz čl. 11 odst. 2 věta první Bavorského zákona o nemocnicích (BayKrG)

³⁴ viz čl. 11 odst. 2 věta druhá Bavorského zákona o nemocnicích (BayKrG)

³⁵ Tímto vláda oznámí zřizovateli nemocnice, zda jím plánovaná výstavba a vybavení splňují zásady hospodárnosti a šetrnosti a určí výši dotace (viz § 1 odst. 4 věta třetí v souvislosti s § 20 odst. 1 č. 2 prováděcí vyhlášky k Bavorskému zákonu o nemocnicích). Při pozitivním výsledku zkoumání vláda dotační prostředky povolí, pokud je proces součástí ročního programu výstavby nemocnic a pokud jsou dotační prostředky v tomto programu k dispozici (viz čl. 11 odst. 3 věta první Bavorského zákona o nemocnicích a § 20 odst. 1 č. 6 prováděcí vyhlášky k Bavorskému zákonu o nemocnicích (DVBayKrG).

³⁶ viz čl. 11 odst. 2 věta třetí Bavorského zákona o nemocnicích (BayKrG)

³⁷ viz čl. 11 odst. 4 věta první Bavorského zákona o nemocnicích (BayKrG)

³⁸ viz čl. 11 odst. 4 věta čtvrtá Bavorského zákona o nemocnicích (BayKrG)

³⁹ viz čl. 11 odst. 4 věta šestá Bavorského zákona o nemocnicích (BayKrG)

odborně schválených opatření dochází k odpovídajícímu krácení dotace.⁴⁰ Po ukončení dotovaného záměru musí být doložena účelnost využití finančních prostředků.⁴¹

1.2.2 Paušální dotace

Opětovné a doplňující pořizování zařízení s kratší životností je dotováno prostřednictvím pevných ročních částek, ročních paušálů.⁴² Těmito paušály se financují také investice, které jsou uznatelné v rámci jednorázové dotace, pokud výdaje za jednotlivý záměr včetně daně z obrátu nepřesahují pětinu ročního paušálu nemocnice.⁴³ Výše ročního paušálu se orientuje podle struktury služeb uvedené v nemocničním plánu a podle výkonu nemocnice.⁴⁴ S ročním paušálem mohou zřizovatelé nemocnic hospodařit na vlastní zodpovědnost, přičemž musí zohlednit nemocniční plán a dodržet zásady hospodárnosti a šetrnosti.⁴⁵ Roční paušál má nemocnice k dispozici od okamžiku jejího přijetí do nemocničního plánu.⁴⁶ Povolování a vyplácení ročních paušálů přísluší bavorské zemské vládě.⁴⁷ Roční paušál se po uplynutí tří let upravuje podle vývoje cen.⁴⁸ Zřizovatel nemocnice musí v pravidelných lhůtách odevzdávat prohlášení o řádném využití ročního paušálu.⁴⁹

Paušální dotace se skládá z části vztažené k výkonům a z části vztažené k druhu poskytované péče, na které se dotační prostředky musí rozdělit v poměru 60:40.⁵⁰

- **Paušální dotace podle výkonů**

K určení výkonového podílu ročního paušálu se berou v úvahu počty hospitalizací dané nemocnice, zvážené podle průměrné složitosti případu.⁵¹ Součet následujících faktorů:

- počet somatických případů plné hospitalizace, hrazených případovým paušálem, násobený Case Mix Indexem,⁵²
- počet hrazených somatických případů plné hospitalizace ve zvláštních zařízeních (§ 17b odst. 1 věta patnáctá zákona o financování nemocnic), násobený poměrem průměrného výnosu za případ k zemské základní sazbě a
- počet případů plné nebo částečné hospitalizace v oborech psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie a psychosomatika, násobený váhovým koeficientem 0,7

se násobí dotační částkou za případ hospitalizace, tzv. *případovou dotační částkou (fallanteiliger Förderbetrag)*, která se každý rok nově určuje.⁵³

⁴⁰ viz čl. 11 odst. 4 věta sedmá Bavorského zákona o nemocnicích (BayKrG)

⁴¹ viz § 5 odst. 1 věta první prováděcí vyhlášky k Bavorskému zákonu o nemocnicích (DVBayKrG)

⁴² viz čl. 12 odst. 1 č. 1 Bavorského zákona o nemocnicích (BayKrG)

⁴³ viz čl. 12 odst. 1 č. 2 Bavorského zákona o nemocnicích (BayKrG)

⁴⁴ viz čl. 12 odst. 2 věta první Bavorského zákona o nemocnicích (BayKrG)

⁴⁵ viz čl. 12 odst. 3 věta první Bavorského zákona o nemocnicích (BayKrG)

⁴⁶ viz § 6 odst. 1 věta první prováděcí vyhlášky k Bavorskému zákonu o nemocnicích (DVBayKrG)

⁴⁷ viz § 20 odst. 1 č. 6 prováděcí vyhlášky DVBayKrG

⁴⁸ viz § 8 prováděcí vyhlášky DVBayKrG

⁴⁹ viz § 11 odst. 1 věta první prováděcí vyhlášky DVBayKrG

⁵⁰ viz § 6 odst. 2 prováděcí vyhlášky DVBayKrG

⁵¹ viz § 6 odst. 3 věta první prováděcí vyhlášky DVBayKrG

⁵² Case-Mix-Index odpovídá sumě relativních vah DRG dělené počtem případů

⁵³ viz § 6 odst. 3 věta druhá prováděcí vyhlášky DVBayKrG

Výši případové dotační částky určuje Bavorské státní ministerstvo financí společně s Bavorským státním ministerstvem životního prostředí a zdravotnictví.⁵⁴ Podíl paušální dotace podle výkonů se určuje na základě údajů nemocnice z uplynulého roku.⁵⁵ U zdravotnických zařízení, která byla do nemocničního plánu zařazena nově a nemají ještě k dispozici žádné statistické údaje, se počet hospitalizací a průměrná složitost případu určují předběžně.⁵⁶

- **Paušální dotace podle druhu poskytované péče**

Část dotace vztážená k druhu poskytované péče se řídí kapacitou akutních lůžek a ošetrovacích míst částečné hospitalizace, uvedenou v nemocničním plánu.⁵⁷ Tato se hodnotí podle příslušné investiční potřeby⁵⁸ a násobí se dotační částkou, kterou také každoročně společně určují bavorské ministerstvo financí a bavorské ministerstvo životního prostředí a zdravotnictví.⁵⁹

1.2.3 Další možnosti finanční podpory

Bavorský zákon o nemocnicích (*Bayerisches Krankenhausgesetz - BayKrG*) uvádí vedle jednorázové a paušální dotace následující možnosti finanční podpory:

- **Podpora úplaty za užívání cizích aktiv podle čl. 13 BayKrG**

Namísto dotace na jednorázové investice může být finančně podpořena platba za užívání cizího zařízení, které je z hlediska dotace uznatelné. Předpokladem ovšem je jednak skutečnost, že získání vlastního zařízení je buď nemožné nebo nevhodné, a jednak souhlas příslušného orgánu k uzavření dohody o užívání.⁶⁰ Platba za užívání cizích aktiv může být obecně financována i prostřednictvím výše popsaných ročních paušálů, pokud by se výroba či pořízení těchto aktiv i jinak musely financovat z těchto paušálů.⁶¹

- **Podpora zahajovacích nákladů, nákladů na restrukturalizaci a nákladů na pozemky podle čl. 14 BayKrG**

Také náklady na zahájení činnosti nebo na restrukturalizaci v rámci vnitropodnikových změn a náklady na koupi, technickou přípravu, nájem a pacht pozemků mohou být předmětem finanční podpory, pokud by provoz nemocnice byl bez této podpory ohrožen (*Betriebsgefährdung*).⁶² Finanční podpora může být udělena jen tehdy, pokud ohrožení provozu neřeší pouze přechodně.

⁵⁴ viz § 20 odst. 2 prováděcí vyhlášky DVBayKrG

⁵⁵ viz § 6 odst. 3 věta třetí prováděcí vyhlášky DVBayKrG

⁵⁶ viz § 6 odst. 3 věta pátá prováděcí vyhlášky DVBayKrG

⁵⁷ viz § 6 odst. 4 věta první prováděcí vyhlášky DVBayKrG

⁵⁸ Váhové koeficienty se určují v souvislosti s drženou kapacitou v somatických nemocnicích a na klinikách se specializací psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie a psychosomatika, a to jak pro případy plné tak částečné hospitalizace.

⁵⁹ viz § 6 odst. 4 věta první a § 20 odst. 2 prováděcí vyhlášky k Bavorskému zákonu o nemocnicích (DVBayKrG)

⁶⁰ Za povolení uzavření dohody o užívání odpovídá podle § 20 odst. 1 č. 5 prováděcí vyhlášky DVBayKrG bavorská vláda

⁶¹ Detailní předpisy k podpoře úplaty za užívání a k výpočtu a vyplácení dotací obsahuje § 14 prováděcí vyhlášky DVBayKrG

⁶² Ohrožení provozu nemocnice nastává, když uvedené náklady nemohou být uhrazeny ani z úspor nebo očekávaných přebytků a ani z majetku provozovatele nemocnice a když tato skutečnost narušuje poskytování zdravotní péče pacientům.

- **Podpora zatížení v souvislosti s investiční půjčkou podle čl. 15 BayKrG**

Pokud si zřizovatel nemocnice vzal na uznatelné investiční náklady půjčku ještě před přijetím jeho kliniky do nemocničního plánu, může získat finanční podporu na břemena dluhové služby, která vznikají od okamžiku přijetí nemocnice do nemocničního plánu. Zohledněny přitom budou pouze náklady, u nichž může zřizovatel nemocnice prokázat, že byly nutné pro výkonný a hospodárny provoz nemocnice.⁶³

- **Kompenzace vlastního kapitálu podle čl. 16 BayKrG**

Zřizovatel nemocnice může při vyřazení nemocnice či nesamostatného nemocničního pracoviště z nemocničního plánu získat paušální platbu jako kompenzaci za opotřebení uznatelných aktiv, jež byla pořízena z vlastních prostředků. Tato vyrovnávací platba⁶⁴ se poskytuje pouze v případě, že příslušná aktiva byla v nemocnici již na začátku její podpory a že v okamžiku vyřazení nemocnice z nemocničního plánu nevypršela doba jejich užívání.

- **Podpora při uzavření nebo přestavbě nemocnic či nemocničních oddělení podle čl. 17 BayKrG**

Pokud dojde k uzavření nemocnice či některého jejího oddělení nebo k přestavbě za účelem plnění jiných úkolů, poskytují se na žádost paušální kompenzační platby. Nárok na vyplacení kompenzačních plateb nevzniká, vyplývají-li uvedené změny z nemocničního plánu, na jehož základě dochází ke zvyšování počtu ošetrovacích míst nebo k zavádění odpovídající specializace v jiných nemocnicích. Výše kompenzační platby se vyměřuje podle počtu ošetrovacích míst akutní péče, které se vyřazují z nemocničního plánu a podle zrušených specializací. Plnění roční paušální dotace se do kompenzačních plateb započítávají.⁶⁵

Vedle uvedených možností finanční podpory jsou v Bavorsku na období 2009-2011 v rámci zákona o realizaci investic pro budoucnost obcí a spolkových zemí (*Gesetz zur Umsetzung von Zukunftsinvestitionen der Kommunen und Länder*) dva mimořádné dotační programy (*Konjunkturprogramm II des Bundes*) s celkovou výší dotace 110 milionů eur (2,6521 miliard Kč⁶⁶). Jedná se přitom o mimořádný kontingent ve výši 40 milionů eur (964,4 milionů Kč) na menší stavební projekty v nemocnicích⁶⁷ a o program k realizaci energetických opatření v nemocnicích⁶⁸ (*Úspora energie v nemocnicích*) o celkovém objemu 70 milionů eur (1,6877 miliard Kč).

⁶³ Podrobné informace o podpoře finančního zatížení v souvislosti s investiční půjčkou uvádí § 15 prováděcí vyhlášky DVBayKrG.

⁶⁴ Vyrovnávací platba činí zpravidla 500 € za každé ošetrovací místo, které se uzavřením nemocnice nebo nesamostatného pracoviště vyřazuje z nemocničního plánu.

⁶⁵ Detailní předpisy k poskytování a výši kompenzačních plateb uvádí §§ 12 a 13 prováděcí vyhlášky k Bavorskému zákonu o nemocnicích (DVBayKrG).

⁶⁶ Zde a následně platí: 1 € = 24,110 Kč (referenční směnný kurz eura Evropské centrální banky ze dne 31. srpna 2011)

⁶⁷ Bližší údaje k mimořádnému kontingentu viz:

http://www.stmf.bayern.de/kommunaler_finanzausgleich/allgemeines/krankenhausfoerderung/konjunkturpaket_2/ (náhled dne 3. února 2011)

⁶⁸ Bližší údaje k dotačnímu programu viz:

<http://www.stmug.bayern.de/gesundheit/krankenhaus/finanzierung/zuinvg/programm.htm> (náhled dne 3. února 2010)

1.3 Financování provozních nákladů

Veřejné zdravotní pojišťovny smějí povolit provádění nemocničních ošetření pouze ve schválených zdravotnických zařízeních.⁶⁹ Nemocnice dostane povolení k ošetřování pojištěnců veřejného zdravotního pojištění, pokud má uzavřenou smlouvu o poskytování nemocniční péče (*Versorgungsvertrag*).⁷⁰ Za uzavření smlouvy o poskytování nemocniční péče platí v případě fakultních nemocnic jejich uznání podle zemských právních předpisů, u plánovaných nemocnic je jím přijetí nemocnice do nemocničního plánu té které spolkové země. U ostatních nemocnic je smlouva o poskytování nemocniční péče výsledkem dohody mezi zemskými svazy zdravotních pojišťoven (*Landesverbände der Krankenkassen*), náhradními zdravotními fondy (*Ersatzkassen*) a zřizovatelem nemocnice. Dohoda musí mít písemnou formu a nabývá účinnosti schválením příslušného zemského orgánu. Právní nárok na uzavření této smlouvy nemocnice zásadně nemají. Uchází-li se o uzavření smlouvy o poskytování nemocniční péče více vyhovujících nemocnic, pak o výběru rozhodují zemské svazy zdravotních pojišťoven a náhradních fondů (*Ersatzkassen*). Po povinném zvážení vyberou tu nemocnici, která v rámci poskytování nemocniční péče nejlépe plní požadavek potřeby, výkonnosti a hospodárnosti. S nemocnicí, která není fakultní a ani plánovaná, může být smlouva o poskytování nemocniční péče uzavřena pouze v případě, že tato nemocnice může zajistit výkonnou a hospodárnou zdravotní péči a že je nezbytná pro pokrytí požadované nemocniční péče. Smlouva o poskytování nemocniční péče je závazná pro všechny zdravotní pojišťovny v zemi.

Nemocniční péči pro pojištěnce veřejného zdravotního pojištění mohou tedy poskytovat následující zařízení:

- fakultní nemocnice, uznané podle zemských právních předpisů,
- nemocnice, které byly zařazeny do nemocničního plánu dané spolkové země (plánované nemocnice) a
- nemocnice, s nimiž zemské svazy zdravotních pojišťoven a svazy náhradních fondů uzavřely smlouvu o poskytování nemocniční péče.⁷¹

§ 110 páté knihy německého sociálního zákoníku (*SGB V*) určuje podmínky, za nichž může dojít k výpovědi smlouvy o poskytování zdravotní péče.⁷²

Nemocniční péče může být poskytována v rámci plné hospitalizace, částečné hospitalizace, předhospitalizační léčby, léčby po propuštění z nemocnice nebo

⁶⁹ viz § 108 páté knihy sociálního zákoníku (*SGB V - Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung*) ze dne 20. prosince 1988, poslední aktualizace článkem 3 zákona z 28. července 2011)

⁷⁰ K tomuto a k následujícímu odstavci viz § 109 páté knihy sociálního zákoníku (Uzavírání smluv o poskytování nemocniční péče)

⁷¹ viz § 108 páté knihy sociálního zákoníku (*SGB V*)

⁷² Úplné nebo částečné vypovězení smlouvy o poskytování zdravotní péče je pro obě smluvní strany možné při dodržení výpovědní lhůty jednoho roku. Zemské svazy zdravotních pojišťoven a náhradních fondů mohou smlouvu vypovědět jen společně a jen v případě, že nemocnice buď není nutná k zajištění potřebné nemocniční péče nebo nemůže splnit podmínku výkonnosti a hospodárnosti. Výpověď je přípustná jen tehdy, pokud jsou důvody výpovědi smlouvy trvalého charakteru. Týká-li se výpověď plánované nemocnice, musí být spojena se žádostí o zrušení nebo změnu oficiálního oznámení, na jehož základě byla nemocnice přijata do nemocničního plánu dané země. Tato žádost se podává u příslušného zemského úřadu. Výpověď zemských svazů zdravotních pojišťoven a náhradních fondů musí být ve shodě s pojišťovnami, kterých se výpověď jako smluvních partnerů dotýká. Výpověď nabývá účinnosti až povolením příslušného zemského úřadu, v Bavorsku je to Státní ministerstvo životního prostředí a zdravotnictví. U plánovaných nemocnic lze toto povolení zamítnout pouze v případě, že je nemocnice nezbytná pro zajištění nemocniční péče.

ambulantně.⁷³ Na plnou hospitalizaci ve schválené nemocnici mají pojištěnci nárok jen v případě, že cíle léčby nelze dosáhnout jinou formou péče.⁷⁴

K nemocničním výkonům podle § 2 odst. 1 věta první zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG) patří lékařské ošetření, péče o nemocné, zaopatření léčivými přípravky, léčivy a zdravotnickými pomůckami, pobyt v nemocnici a stravování.⁷⁵ Do nemocničních výkonů jsou zahrnuty všeobecné nemocniční a volitelné výkony. Všeobecné nemocniční výkony (*allgemeine Krankenhausleistungen*) jsou výkony nemocnice, „[...] které jsou nezbytné pro lékařsky účelnou a dostatečnou péči o pacienta při zohlednění výkonnosti nemocnice, jakož i druhu a složitosti onemocnění v jednotlivých případech.“⁷⁶ Také výkony vyžádané nemocnicí a provedené jiným zařízením patří za těchto předpokladů k všeobecným nemocničním výkonům.⁷⁷ Podrobí-li se pojištěnci zákonného zdravotního pojištění všeobecným nemocničním výkonům, nevznikají jim kromě zákonného poplatku ve výši 10 eur (241,10 Kč) za každý kalendářní den⁷⁸ žádné další náklady. Všeobecné nemocniční výkony hradí zdravotní pojišťovny. Volitelné výkony (*Wahlleistungen*) jsou oproti tomu mimořádné výkony nad standard všeobecných nemocničních výkonů. Volitelné výkony se sjednávají smluvně mezi pacientem a klinikou. Účtují se zvlášť a pacient je musí platit sám.⁷⁹

Všeobecné nemocniční výkony se v Německu hradí prostřednictvím výkonového paušalového systému úhrad.⁸⁰ Těmito paušály se hradí všeobecné výkony plné a částečné hospitalizace za každý případ ošetření.⁸¹ Vedle těchto paušálů se pacientům popř. příslušným institucím spolu se všeobecnými nemocničními výkony účtují i doplňky nebo jiné úhrady (viz odstavec 1.3.1.3), a přírázky či srážky z ceny (viz odstavec 1.3.1.4). Úhrady za všeobecné nemocniční výkony se musí všem pacientům dané nemocnice účtovat stejně.⁸² Jednotně pro všechny pacienty se podle § 115a páté knihy sociálního zákoníku hradí také předhospitalizační léčba a léčba po propuštění z nemocnice.⁸³

⁷³ viz § 39 odst. 1 věta první páté knihy sociálního zákoníku

⁷⁴ viz § 39 odst. 1 věta druhá páté knihy sociálního zákoníku

⁷⁵ Výkony prováděné lékaři, porodními asistenty a porodními asistentkami, kteří mají vlastní praxi a mohou v nemocnici obsadit určitý počet lůžek, se podle § 2 odst. 1 věta druhá zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG) nepočítají ke všeobecným nemocničním výkonům.

⁷⁶ § 2 odst. 2 věta první zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

⁷⁷ viz § 2 odst. 2 věta druhá č. 2 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

⁷⁸ Každý pojištěnec, který dosáhl osmnáctého roku věku, musí podle § 39 odst. 4 páté knihy sociálního zákoníku při každém ošetření v rámci plné hospitalizace uhradit ošetřující nemocnici poplatek. Nemocnice tento poplatek převádí zdravotním pojišťovnám. Poplatek lze vybírat za maximálně 28 kalendářních dní v roce. Pokud pojištěnec v běžném roce poplatek z důvodu rehabilitačních opatření či následných rehabilitačních opatření již odvedl důchodové či zdravotní pojišťovně, budou tyto platby do nemocničního poplatku započítány. Poplatek za pobyt v nemocnici činí 10 € (241,10 Kč) za kalendářní den (viz § 61 věta první páté knihy sociálního zákoníku). Hranice přípustného zatížení poplatky upravuje § 62 páté knihy sociálního zákoníku. Pojištěnci mohou v jednom kalendářním roce zaplatit poplatky maximálně do výše dvou procent jejich hrubého ročního příjmu. Hranice zatížení pro chronicky nemocné je určena na jedno procento hrubého ročního příjmu.

⁷⁹ K volitelným výkonům viz § 17 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

⁸⁰ Z paušalového systému úhrad jsou podle § 17b odst. 1 věta první zákona o financování nemocnic (KHG) vyloučeny psychiatrické nemocnice, specialisty samostatně řízená psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic a zařízení psychosomatického lékařství a psychoterapie. Úhrada výkonů těchto zařízení se toho času řídí podle předpisů vyhlášky o spolkových sazbách za zdravotní péči (*Bundespflegesatzverordnung - Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze*) ze dne 26. září 1994, poslední aktualizace článkem 10 zákona ze dne 22. prosince 2010). Zákon o financování nemocnic (KHG) v § 17d však i u těchto zařízení předpokládá přechod na průběžný, výkonový a paušalový systém úhrad na principu úhrad vztažených na den. S přechodem na tento systém se počítá v roce 2013. Systematika úhrad psychiatrických a psychosomatických zařízení nebude dále přemětem tohoto pojednání.

⁸¹ viz § 17b odst. 1 věta třetí zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

⁸² viz § 8 odst. 1 věta první zákona KHEntgG

⁸³ viz § 1 odst. 3 věta první zákona KHEntgG

Úhrada ambulantních operací a jiných nemocničních zákroků, které se provádí ambulantně, se pro zákonné pojištěnce řídí § 115b páté knihy sociálního zákoníku a pro ostatní pojištěnce příslušnými platnými předpisy.⁸⁴

1.3.1 Úhrada výkonů v rámci plné a částečné hospitalizace

1.3.1.1 Krátký popis systému DRG a s ním spojené příslušnosti

Tento systém úhrad se zakládá na skupinách vztažených k diagnóze (*DRGs – Diagnosis Related Groups*). Pomocí klasifikačního systému lze každému jednotlivému klinickému případu přiřadit případový paušál.⁸⁵ DRG se dělí na tzv. *hlavní diagnostické kategorie (MDCs - Major Diagnostic Categories)* a zakládá se na hierarchii diagnóz a lékařských postupů.⁸⁶ U hlavních diagnostických kategorií se rozlišuje mezi nanejvýš třemi podkategoriemi (chirurgické, léčebné a jiné). To, které větví bude údaj přiřazen, závisí na tom, zda se jedná o chirurgický či nechirurgický zákrok.⁸⁷ MDCs se dále dělí na *báze DRG (ADRGs – Adjacent Diagnosis Related Groups)*. Báze DRG se skládají z jedné nebo více DRG skupin, které jsou definovány stejným seznamem kódů diagnóz a postupů. DRG skupiny v rámci jedné báze DRG se liší co do spotřeby zdrojů a dělí se podle různých faktorů (např. stupeň závažnosti onemocnění pacienta, věk, hlavní diagnóza, vedlejší diagnóza nebo postup) na další podskupiny. Obr. 2 znázorňuje systém DRG.

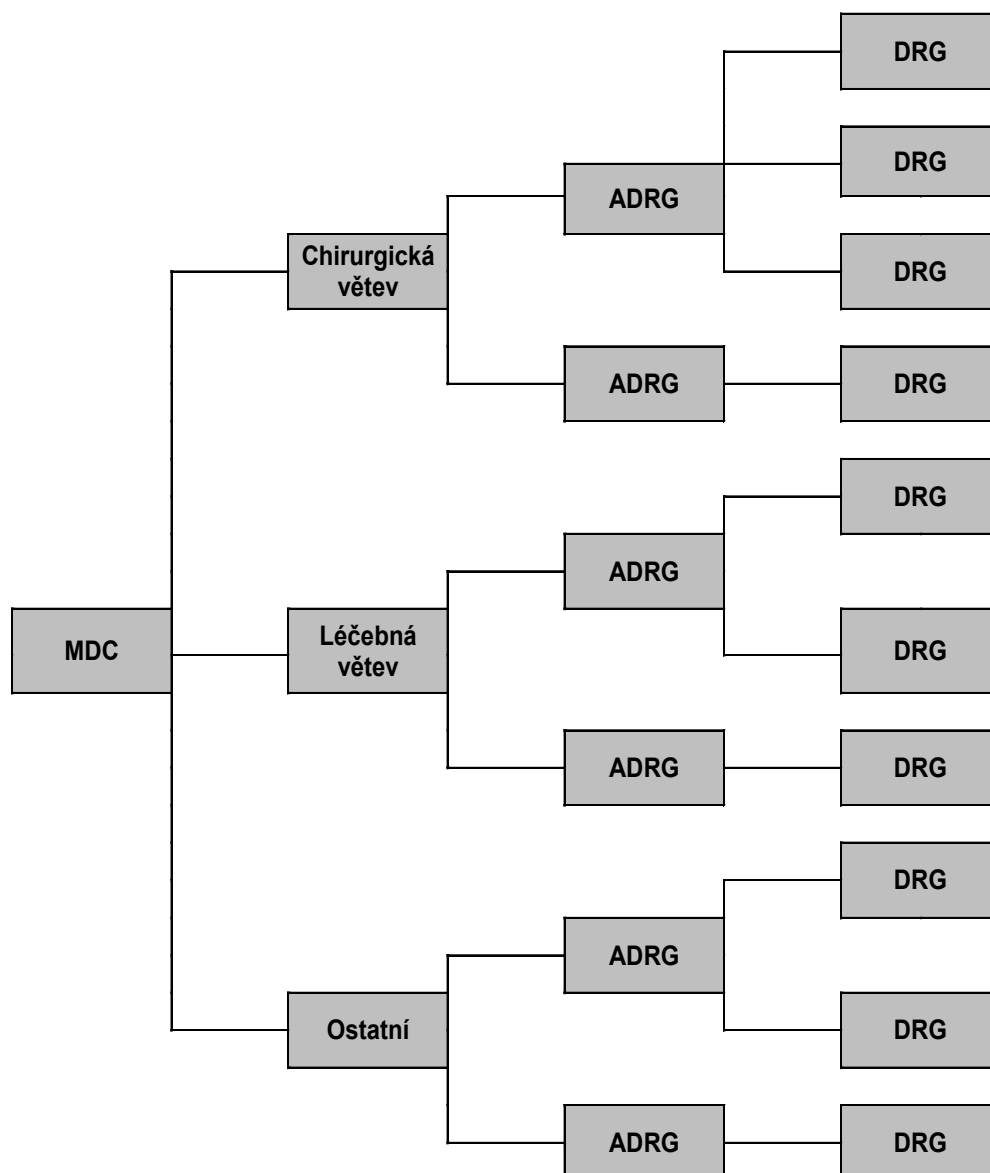
⁸⁴ viz § 1 odst. 3 věta druhá zákona KHentgG

⁸⁵ Základem kódování pro systém německých skupin DRG jsou Německé kódovací směrnice (*Deutschen Kodierrichtlinien*) 2011, pro diagnózy verze: *ICD-10-GM Version 2011 (ICD-10-GM: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision, German Modification)* a pro postupy verze *OPS Version 2011 (Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2011)*.

⁸⁶ K systematické DRG viz: G-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2011, definiční příručka, kompaktní verze, svazek 1, S. 1-9, v internetu: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2011/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch_2011 (náhled dne 12. srpna 2011)

⁸⁷ Pro přiřazení k chirurgické větví musí být proveden nejméně jeden operační zákrok. K větví jiné se přiřazují případy, kdy nebyl proveden žádný chirurgický zákrok, ale nejméně jeden neoperační postup, který je příznačný pro hlavní diagnostickou kategorii. Přiřazení k léčebné větví je na místě, když nebyl proveden ani operační zákrok ani lokálně příznačný neoperační postup.

Obr. 2: Systém DRG



Zdroj: vlastní zobrazení

Každá DRG skupina se označuje čtyřmi alfanumerickými znaky. První znak udává, do které hlavní diagnostické kategorie (MDC) DRG skupina patří.⁸⁸ Například DRG B21A (Implantace neurostimulátoru ke stimulaci mozku, víceelektrodotový systém, se zvláštní implantací) patří do hlavní kategorie *onemocnění a poruchy nervového systému*, což lze vyčíst z prvního písmene kódu DRG.⁸⁹ Druhý a třetí znak udávají bázi DRG v rámci hlavní diagnostické skupiny a větev, do které DRG skupina spadá. Za účelem rozlišení větví, do nichž báze DRG patří, byly zavedeny rozsahy hodnot (01-39: chirurgická; 40-59: ostatní; 60-99: léčebná), DRG skupina B21A je tedy přiřazena chirurgické větvi. Čtvrtý znak označuje, jak se DRG skupina rozlišuje uvnitř báze DRG podle spotřeby zdrojů. Skupině se přiřazují hodnoty od A (nejvyšší spotřeba zdrojů) po Z (bez přiřazení). DRG skupině B21A je tedy přiřazena nejvyšší spotřeba zdrojů. DRG skupina B21A (Implantace

⁸⁸ K označení hlavní diagnostické kategorie se používají písmena. Skupina nezařaditelných a jiných DRG skupin se označuje číslem 9.

⁸⁹ Písmeno B označuje hlavní diagnostickou kategorii MDC 01 – onemocnění a poruchy nervového systému.

neurostimulátoru ke stimulaci mozku, víceelektrodotový systém, se zvláštní implantací) a B21B (Implantace neurostimulátoru ke stimulaci mozku, víceelektrodotový systém, bez zvláštní implantace) společně tvoří jednu bázi DRG. Zahrnují-li báze DRG více DRG skupin, pak tyto skupiny vykazují stejné diagnózy nebo postupy.

Každoroční rozvíjení a přizpůsobování úhradového systému jakož i stanovení pravidel účtování⁹⁰ je společným úkolem Zastřešujícího svazu zdravotních pojišťoven, (*GKV-Spitzenverband*), Svazu privátního pojištění (*Verband der privaten Krankenversicherung*) a Německé nemocniční společnosti (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*).⁹¹ Tito sjednávají:

- katalog případových paušálů (*Fallpauschalenkatalog*) včetně relativních vah, ustanovení k případům přeložení pacienta a k omezení délky hospitalizace jakož i přirážky a srážky, které vzniknou při překročení horní či nedosažení dolní hranice délky hospitalizace,
- katalog dodatečných doplatků⁹² podle § 17b ods. 1 věta dvanáctá zákona o financování nemocnic (KHG) a
- pravidla účtování těchto úhrad.⁹³

Rozvíjení a ošetřování úhradového systému provádí *Institut pro systém úhrad v nemocnici (InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)*, který byl založen smluvními stranami na spolkové úrovni.

Aktuální *Dohodu k systému případových paušálů pro nemocnice na rok 2011 (Fallpauschalenvereinbarung 2011 – FPV 2011)* uzavřely výše uvedené smluvní strany dne 23. září 2010 a platí do konce roku 2011.⁹⁴ Katalog případových paušálů⁹⁵ na rok 2011 obsahuje 1.194 DRG skupin. K těmto DRG skupinám bylo navíc dohodnuto 146 doplňkových úhrad, které lze účtovat s případovými paušály.

Na úrovni spolkových zemí sjednávají smluvní strany⁹⁶ ke 31. říjnu každého kalendářního roku zemskou základní sazbu⁹⁷ na příští rok.⁹⁸ Základní sazba odpovídá ceně za jeden případ, který je hodnocen relativní vahou jedna. Zemská základní sazba tedy odráží celostátní úroveň cen výkonů podle DRG. Vynásobíme-li zemskou základní sazbu⁹⁹ relativní vahou za případový paušál, dostaneme částku, kterou zdravotní pojišťovny hradí nemocnici za ten který výkon v dané spolkové zemi.

⁹⁰ Pokud již nejsou určena stanoveními zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

⁹¹ viz § 17b odst. 2 věta první zákona o financování nemocnic (KHG)

⁹² Pokud je to nutné k doplnění případového paušálu, mohou smluvní strany na spolkové úrovni dohodnout ve výjimečných případech doplatky na výkony, soubory výkonů a léčivé prostředky.

⁹³ viz § 9 odst. 1 věta první č. 1-3 zákona KHEntgG

⁹⁴ Dohodu k systému případových paušálů pro nemocnice na rok 2011 lze najít v internetu: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/FPV_2011_2010_09_23_14582.pdf (náhled dne 25. dubna 2011)

⁹⁵ Katalog případových paušálů 2011 (*Fallpauschalenkatalog 2011*) lze najít v internetu: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2011/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2011 (náhled dne 25. dubna 2011)

⁹⁶ Smluvními stranami na zemské úrovni jsou Zemská nemocniční společnost, zemské svazy zdravotních pojišťoven, náhradní fondy a Zemský výbor svazu privátních pojišťoven

⁹⁷ Smluvní strany vychází z dohodnutých hodnot nemocnic v dané spolkové zemi na běžný kalendářní rok. Na základě těchto údajů se odhaduje pravděpodobná změna pro příští rok. (nejsou-li k dispozici hodnoty jednotlivých nemocnic, určují se taktéž odhadem). Při dohodě je třeba zohlednit mimo jiné změny výkonů a pravděpodobný vývoj běžných cen.

⁹⁸ viz § 10 odst. 1 věta první zákona KHEntgG

⁹⁹ Zemské základní sazby jednotlivých spolkových zemí na rok 2011 jsou k dispozici v internetu: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/landesbasisfallwert/lbfiw_2011_uebersicht.pdf (náhled dne 13. června 2011)

Smluvní strany na spolkové úrovni sjednávají každoročně jednotnou základní sazbu (*Bundesbasisfallwert*) a jednotný koridor základní sazby (*Basisfallwertkorridor*).¹⁰⁰ Zemské základní sazby se do roku 2014 budou postupně přizpůsobovat koridoru spolkových základních sazeb.¹⁰¹

Na místní úrovni sjednávají zřizovatelé nemocnic a příslušné zdravotní pojišťovny výnosový rozpočet, sumu relativních vah, jiné úhrady podle § 6 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG), sumu výnosů, individuální přírážky a srážky a vyrovnání nižšího či vyššího výnosu.¹⁰²

1.3.1.2 Přírážky a srážky při nedodržení délky hospitalizace a přeložení pacienta

Pro většinu DRG skupin je v katalogu případových paušálů vypočítána horní a dolní hranice délky hospitalizace. Při propuštění pacienta během tohoto období hradí zdravotní pojišťovny výkony nemocnic paušálně podle odpovídající DRG.

Při překročení horní hranice dostává nemocnice za první den, vykázaný v katalogu případových paušálů, a za každý další den nad touto hranicí dodatečnou denní úhradu.¹⁰³ Denní doplatek odpovídá součinu dané relativní váhy za den a zemské základní sazby. Počet ošetřovacích dnů, které lze připočítat k případovému paušálu se vypočítá následovně:

$$\text{Počet dodatečně účtovatelných dní} = \text{skutečná délka hospitalizace} + 1 - \text{první den s doplatkem}$$

Skutečná délka hospitalizace odpovídá počtu ošetřovacích dnů.¹⁰⁴ Za ošetřovací den se počítá den přijetí k hospitalizaci a každý další den hospitalizace. Naopak den propuštění nebo přeložení pacienta se k ošetřovacím dnům nezapočítávají.

Pokud je pacient propuštěn před dosažením dolní hranice délky hospitalizace, dochází ke stržení rozdílu z případového paušálu.¹⁰⁵ Za každý nevyužitý den pobytu pod dolní hranicí délky hospitalizace včetně prvního dne vykazaného se srážkou podle katalogu případových paušálů se počítá denní srážka. Denní srážka odpovídá součinu stanovené relativní váhy za den a zemské základní sazby. Počet dní srážky se vypočítá následovně:

$$\text{Počet dní se srážkou} = \text{první den se srážkou} + 1 - \text{skutečná délka hospitalizace}$$

Následující příklad objasňuje systematiku účtování.

¹⁰⁰ viz § 10 odst. 9 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG); Spolková základní sazba na rok 2011 činí 2.963,82 € (zhruba 71.458 Kč), dolní hranice koridoru je 2.926,77 € (asi 70.564 Kč), horní hranice koridoru je 3.037,91€ (zhruba 73.244 Kč). viz § 1 odst. 1 *Dohoda podle § 10 odst. 9 zákona o úhradách nemocniční péče na období 2011 (Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG für den Vereinbarungszeitraum 2011)*, v internetu: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/bundesbasisfallwert/bund_krankenhaus_vereinbarung_bundesbasisfallwert_2011.pdf

¹⁰¹ viz § 10 odst. 8 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

¹⁰² viz § 11 odst. 1 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

¹⁰³ K dodatečným úhradám při překročení délky hospitalizace viz § 1 odst. 2 dohody o případových paušálech (FPV) 2011

¹⁰⁴ Ke skutečné délce hospitalizace viz § 1 odst. 7 dohody o případových paušálech (FPV) 2011

¹⁰⁵ Ke srážkám při nedodržení délky hospitalizace viz § 1 odst. 3 dohody o případových paušálech (FPV) 2011

Obr. 3: Příklad účtování

B21A		Implantace neurostimulátoru ke stimulaci mozku, víceelektrodotový systém, se zvláštní implantací		
relativní váha (hlavní oddělení)		10,533 bodů		
průměrná délka hospitalizace		15,5 dní		
dolní hranice délky hospitalizace	první den srážky	4	relativní váha / den	0,411
horní hranice délky hospitalizace	první den s doplatkem	26	relativní váha / den	0,093
externí přeložení	srážka / den	0,125		

Relativní váha DRG skupiny B21A je v katalogu případových paušálů ohodnocena 10,533 body, průměrná délka hospitalizace činí 15,5 dne. Zemská základní sazba je v Bavorsku aktuálně 2.982,60 € (cca 71.991 Kč). Zůstane-li pacient hospitalizován v nemocnici mezi pěti (dolní hranice délky hospitalizace = první den se srážkou + 1) a 25 ošetřovacími dny (horní hranice délky hospitalizace = první den s doplatkem - 1), hradí se nemocnici za její výkony plný paušál, tedy 10,533 bodů * 2.982,60 € / bod = 31.415,73 €.¹⁰⁶

Zůstane-li pacient z důvodu tohoto zákroku v nemocnici déle než 25 ošetřovacích dní, získává zdravotnické zařízení počínaje 26. ošetřovacím dnem denní doplatek. Vycházíme-li například z toho, že pacient stráví v nemocnici 29 ošetřovacích dní, pak přírážka, na kterou má nemocnice nárok, činí 1.109,53 €¹⁰⁷ (4 dny * 0,093 bodu / den * 2.982,60 € / bod). V případě propuštění pacienta již po 3 ošetřovacích dnech musí klinika počítat se srážkou z případového paušálu. Výše této srážky je v tomto případě 2.451,70 €¹⁰⁸ (2 dny * 0,411 bodu / den * 2.982,60 € / bod).

Dohoda o případových paušálech (FPV) 2011 upravuje v § 3 podrobnosti o srážkách v případě přeložení pacienta. V určitých případech přichází srážky v úvahu jak pro vysílající tak pro přijímající nemocnici. To má odradit nemocnice, aby nevyužívaly otáčení pacientů ke zvyšování výnosů. Při přeložení pacienta do jiné nemocnice se vysílající nemocnice musí smířit se srážkou z případového paušálu, pokud nedodrží průměrnou délku hospitalizace uvedenou v paušalovém katalogu. Také přijímající klinika musí počítat se srážkou, pokud nedosáhne průměrné délky hospitalizace. V předchozím příkladě by srážka činila 372,83 € (cca 8.989 Kč) za den (0,125 bodu / den * 2.982,60 € / bod). Počet dní se srážkou se určuje následovně:

Počet dní se srážkou = průměrná délka hospitalizace – skutečný počet ošetřovacích dní

1.3.1.3 Doplatky a jiné úhrady

Všeobecné nemocniční výkony se nehradí jen prostřednictvím případových paušálů, ale i přes jiné druhy úhrad. K případovému paušálu lze navíc fakturovat i následující doplatky a jiné úhrady.¹⁰⁹

¹⁰⁶ Odpovídá zhruba 757.433 Kč.

¹⁰⁷ Doplatek, na který má nemocnice nárok, činí v přepočtu na koruny zhruba 26.751 Kč.

¹⁰⁸ Srážka činí v přepočtu zhruba 59.111 Kč.

¹⁰⁹ viz § 8 odst. 2 věta třetí č. 1 zákona o úhradách nemocniční péče (KHentG)

- **Doplatky (*Zusatzentgelte*) podle katalogu úhrad sjednaného na spolkové úrovni v souladu s § 17b odst. 1 věta dvanáctá zákona o financování nemocnic (KHG)**

Smluvní strany na spolkové úrovni¹¹⁰ mohou podle § 17b odst. 1 věta dvanáctá zákona o financování nemocnic v úzce vymezených výjimečných případech sjednat doplatky za výkony, soubory výkonů a léčivé přípravky, pokud je to nutné k doplnění případového paušálu. Věta dvanáctá explicitně odkazuje na možnost získání doplatků za léčení hemofiliků s faktory krevní srážlivosti a za dialýzu.¹¹¹ Výše částky, kterou lze fakturovat jako doplatek, se taktéž vyjednává mezi výše uvedenými smluvními stranami, přičemž výše této úhrady může být v každém regionu stanovena jinak.¹¹² Smluvní strany dohodnou katalog doplatků včetně jejich výše. Katalog je jednotný na celém území spolkové země¹¹³ a je uveden v přílohách 2 a 5 k *Dohodě o případových paušálech (FPV) 2011*. Tyto doplatky se dodatečně nevykazují pouze k případovým paušálům, ale i k úhradám podle § 6 odst. 1 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG).¹¹⁴

- **Doplatky a úhrady vztažené na případ a den podle § 6 odst. 1 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)**

U výkonů, které ještě nejsou přiměřeně uhrazeny prostřednictvím paušálů DRG a doplatků na spolkové úrovni, a v případě zvláštních zařízení podle § 17b odst. 1 věta patnáctá KHG mohou zřizovatelé nemocnic s institucemi sociálního zabezpečení podle § 6 odst. 1 zákona o úhradách nemocniční péče dohodnout úhrady vztažené na případ nebo den. V úzce vymezených výjimečných případech je možno dohodnout i doplatky.

§ 5 odst. 2 dohody o případových paušálech (FPV) 2011 stanoví, u kterých výkonů lze podle § 6 Abs. 1 zákona o financování nemocnic dohodnout doplatky individuálně pro každou nemocnici. Všechny výkony, které jsou vyjmenované v příloze č. 4 k dohodě o případových paušálech (FPV) 2011 v souvislosti s přílohou č.6 téže dohody, mohou být vedle případových paušál a jiných úhrad podle § 6 Abs. 1 zákona o úhradách nemocniční péče hrazeny dodatečně i přes doplatky.¹¹⁵

Jiné úhrady podle § 6 odst.1 zákona o úhradách nemocniční péče mohou být s nemocnicí individuálně dohodnuty u výkonů, které nejsou podle příloh 3a a 3b k dohodě o případových paušálech (FPV) 2011 hrazeny spolkovým případovým

¹¹⁰ Smluvními stranami na spolkové úrovni jsou Zastřešující svaz zdravotních pojišťoven (*GKV-Spitzenverband*), Svaz privátních zdravotních pojišťoven (*Verband der privaten Krankenversicherung - PKV*) a Německá nemocniční společnost (*Deutsche Krankenhausgesellschaft - DKG*)

¹¹¹ Pokud není hlavním výkonem léčba selhání ledvin

¹¹² viz § 17b odst. 1 věta třináctá zákona o financování nemocnic (KHG)

¹¹³ viz § 9 odst. 1 č. 2 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

¹¹⁴ viz § 8 odst. 2 věta třetí č. 1 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG) a § 5 odst. 1 věta první dohody o případových paušálech (FPV) 2011

¹¹⁵ Pokud nemohou být vykazovány další individuální úhrady za výkony podle příloh č. 4, popř. č. 6, protože na období 2011 ještě nebyla uzavřena odpovídající dohoda nebo protože nebyly dohodnuty žádné další úhrady, pak mohou nemocnice v souladu s § 5 odst. 2 věty čtvrtá a pátá za každou další úhradu fakturovat částku ve výši 600 € (14.466 Kč)

katalogem,¹¹⁶ a u jiných výkonů v rámci částečné hospitalizace podle § 6 odst. 1 věta první dohody o případových paušálech (FPV) 2011.¹¹⁷

Zvláštní zařízení podle § 17b odst. 1 věta patnáctá zákona o financování nemocnic mohou být na určitou dobu vyjmuty ze systému paušálních úhrad.¹¹⁸

Zde se jedná o zařízení, jejichž výkony nemohou být přiměřeně hrazeny paušalovým katalogem, a to z důvodu hromadění těžce nemocných pacientů nebo z důvodu struktury poskytované péče.¹¹⁹ Coby zvláštní zařízení mohou být z paušalových úhrad vyjmuty například oddělení nebo jednotky paliativní péče s více než pěti lůžky, kliniky nebo specializovaná oddělení pro dětskou a dorostovou revmatologii nebo léčení tropických nemocí.¹²⁰ Taktéž specializovaná oddělení, jejichž hlavní náplní je léčení pacientů s roztroušenou sklerózou, parkinsonovou chorobou nebo epilepsií mohou být za určitých podmínek postavena mimo úhrady přes DRG.

Vykazování výkonů zvláštních zařízení lze podle § 6 odst. 1 zákona o financování nemocnic provádět prostřednictvím úhrad vztažených na případ či den.¹²¹

Dohodnuté úhrady vztažené na případ či den mají financovat pouze náklady na případ ošetření. Uznatelné náklady na udržování nemocničních zdrojů pokrývá doplatek podle § 4 odst. 7 zákona o úhradách nemocniční péče, na který mají nárok všechny nemocnice u případů plné hospitalizace.¹²² Doplatky lze účtovat spolu s úhradami vztaženými na případ nebo den jen tehdy, jedná-li se o doplatky podle příloh 2, 4, 5 nebo 6 k dohodě o případových paušálech (FPV) 2011.¹²³ *Dohoda k určení zvláštních zařízení na rok 2011 (Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2011 - VBE 2011)* upravuje, která zařízení se řadí mezi zvláštní zařízení podle § 17b odst. 1 věta patnáctá zákona o financování nemocnic, a uvádí přesná ustanovení k modalitám účtování úhrad vztažených na případ a den.

- **Úhrady nových vyšetřovacích a léčebných metod podle § 6 odst. 2 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)**

V souladu s § 6 odst. 2 věta první zákona o úhradách nemocniční péče sjednávají smluvní strany v místě nemocnice časově omezené úhrady za případ nebo doplatky nad rámec výnosového rozpočtu a sumy výnosů k úhradám

¹¹⁶ Nemohou-li být podle příloh č. 3a a 3b účtovány žádné individuální úhrady, a to z důvodu chybějící dohody na rok 2011, lze za výkony podle přílohy 3a fakturovat 600 € (14.466 Kč) za ošetřovací den a za výkony podle přílohy 3b 300 € (7.233 Kč) za ošetřovací den. Nebyly-li dohodnuty žádné úhrady za výkony podle přílohy 3a, lze v jednotlivých případech na základě § 8 odst. 1 věta třetí zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG) účtovat 450 € (10.849,50 Kč) za ošetřovací den. (viz také § 7 odst. 4 dohody o případových paušálech - FPV 2011)

¹¹⁷ viz § 7 odst. 1 věta první dohody o případových paušálech (FPV) 2011

¹¹⁸ viz § 17b odst. 1 věta patnáctá zákona o financování nemocnic (KHG)

¹¹⁹ viz § 17b odst. 1 věta patnáctá zákona o financování nemocnic (KHG)

¹²⁰ K vyřazení zvláštních zařízení ze systému paušalových úhrad viz § 1 dohody o určování zvláštních zařízení na rok 2011 (*Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2011 – VBE 2011*). Dohoda VBE 2011 byla uzavřena dne 27. října 2010 mezi Zastřešujícím svazem zdravotních pojišťoven (GKV-Spitzenverband), Svazem privátního zdravotního pojištění (*Verband der Privaten Krankenversicherung*) a Německé nemocniční společností (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*) a je k dispozici v internetu: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/VBE_2011_unterschr_b_15151.pdf (náhled dne 28. dubna 2011)

¹²¹ viz § 3 odst. 1 věta první dohody o určování zvláštních zařízení na rok 2011 (VBE 2011)

¹²² viz § 3 odst. 2 dohody VBE 2011

¹²³ viz § 3 odst. 1 dohody VBE 2011

nových vyšetřovacích nebo léčebných metod, které nemohou být přiměřeně hrazeny případovými paušály a příplatky podle spolkového katalogu úhrad a které nebyly vyloučeny z financování podle § 137c páté knihy německého sociálního zákoníku.

Předtím, než dojde k dohodě zvláštní úhrady, musí nemocnice získat od smluvních stran na spolkové úrovni informaci, zda lze novou vyšetřovací nebo léčebnou metodu přiměřeně uhradit přes případné paušály a doplátky. Tyto žádosti zpracovává Institut pro systém úhrad v nemocnici (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus - InEK*).¹²⁴ InEK zkoumá, zda byla přiměřená úhrada tohoto výkonu v uplynulých letech dána účastí na tzv. strukturovaném dialogu¹²⁵ (*der strukturierte Dialog*).¹²⁶ Není-li tomu tak, je pro nemocnici přípustná dohoda o individuální úhradě až do okamžiku přiměřené integrace výkonu do systému DRG.¹²⁷ Úhrady se musí kalkulovat přiměřeně a musí přitom být zohledněny doporučení pro kalkulaci a úhradu nových ošetřovacích a léčebných metod, která vydávají smluvní strany na spolkové úrovni.¹²⁸ I tyto doplátky lze vykazovat současně s případovým paušálem.¹²⁹

- **Zvláštní doplátky u vysoce specializovaných výkonů podle § 6 odst. 2a zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)**

Zvláštní doplátky lze sjednat individuálně pro každou nemocnici¹³⁰ v úzce omezených výjimečných případech, a to u vysoce specializovaných výkonů, které jsou sice zařazeny do katalogu případových paušálů a do katalogu spolkových doplátků, ale nejsou patřičně uhrazeny prostřednictvím případových paušálů a doplátků. Zvláštní doplátky lze sjednat, pokud

- je výkon z důvodu specializace prováděn pouze ve velmi malém množství nemocnic s nadregionální působností,
- náklady na ošetření pro jeho složitost přesahují výši případového paušálu včetně doplňkových úhrad o nejméně 50 procent,
- se klinika účastní opatření na zajištění kvality.

I tyto doplátky lze podle § 8 odst. 2 věta třetí č. 1 zákona o úhradách nemocniční péče vykazovat současně s případovým paušálem.

¹²⁴ viz § 1 odst. 1 věta první dohody k § 6 odst. 2 věta třetí zákona o úhradách nemocniční péče – Nové ošetřovací a léčebné metody (NUB) - (*Vereinbarung zu § 6 odst. 2 S. 3 KHEntgG – Neue Untersuchungs- Behandlungsmethoden*), v internetu: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/drug_system/nub/vereinbarung_nub_17_12_2004.pdf (náhled dne 16. srpna 2011)

¹²⁵ viz § 1 odst. 1 věta druhá NUB

¹²⁶ Pod pojmem strukturovaný dialog se rozumí navrhovací proces k zapojení lékařských, vědeckých a dalších odborných znalostí do dalšího vývoje systému G-DRG. Další informace lze nalézt v internetu: <http://www.g-drg.de/cms/Vorschlagsverfahren> (náhled dne 16. srpna 2011)

¹²⁷ viz § 1 odst. 1 věta třetí a čtvrtá NUB

¹²⁸ *Doporučení podle § 9 odst. 1 věta první č. 4 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG) ke kalkulaci doplátků ze dne 20. prosince 2005*, v internetu: http://www.dkg-ev.de/media/file/2528.Empfehlung_fuer_die_Kalkulation_von_Zusatzentgelten.pdf (náhled dne 16. srpna 2011)

¹²⁹ viz § 8 odst. 2 věta třetí č. 1 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

¹³⁰ Smluvními stranami jsou v tomto případě zřizovatel nemocnice a instituce sociálního zabezpečení popř. pracovní skupina institucí sociálního zabezpečení

1.3.1.4 Přírážky a srážky

Vedle případových paušálů a doplatků či jiných úhrad, které byly představeny v předchozím odstavci, se účtuje i prostřednictvím přírážek (*Zuschlag*) a srážek (*Abschlag*), jejichž příklady nyní představíme.

- **Přirážka na vzdělávání podle § 17a zákona o financování nemocnic (KHG)**

Aby se zabránilo znevýhodnění vzdělávacích nemocnic v soutěži se zdravotnickými zařízeními, která nevzdělávají, financují se náklady na vzdělávání¹³¹ prostřednictvím přírážek.¹³² Smluvní strany na spolkové úrovni uzavírají rámcovou dohodu¹³³, která mimo jiné určuje, co lze z přírážky na vzdělávací náklady financovat. Obsaženo je i kalkulační schéma ke sjednávání vzdělávacího rozpočtu, o kterém se pojednává níže.

Mezi institucemi sociálního zabezpečení a vzdělávajícími nemocnicemi se sjednávají vzdělávací rozpočty, které jsou individuální pro každou nemocnici.¹³⁴ Předmětem dohody je i druh a předběžný počet obsazených vzdělávacích míst. Smluvní strany na zemské úrovni sjednávají vyrovnávací fond (*Ausgleichsfonds*),¹³⁵ přes který se náklady na vzdělávání financují. Ke stanovení výše vyrovnávacího fondu na běžný kalendářní rok se mimo jiné berou v úvahu dohodnuté vzdělávací rozpočty nemocnic z předchozího roku.¹³⁶ Vyrovnávací fond zřizuje a spravuje příslušná zemská nemocniční společnost. Suma vyrovnávacího fondu, která je relevantní pro přírážku za vzdělávání byla v Bavorsku na kalendářní rok 2011 určena ve výši zhruba 183,397 milionů eur (cca 4,4217 miliard korun).¹³⁷

Vyrovnávací fond se financuje přes přírážku na vzdělávání sjednanou na zemské úrovni. Smluvní strany v Bavorsku určily přírážku na vzdělávání na rok 2011

¹³¹ K tomu patří úhrady za vzdělávání, tedy vícenáklady nemocnice, které vznikají při vzdělávání učňů a studentů a náklady vzdělávacích míst uvedených v § 2 č. 1a zákona o financování nemocnic (KHG).

¹³² Tyto náklady musí být uznatelné podle zákona o financování nemocnic (KHG) a nehranzené podle jiných předpisů.

¹³³ Rámcová dohoda podle § 17a odst. 2 č. 1 zákona o financování nemocnic (KHG) (*Rahmenvereinbarung gemäß § 17a Abs. 2 Nr. 1 KHG*) ze dne 25. února 2009, v internetu: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/vereinbarungen/spik/2009/rahmenvereinbarung_17a_khg_2009.pdf (náhled dne 16. května 2011)

¹³⁴ Od roku 2010 musí být při sjednávání vzdělávacích rozpočtů zohledněny ukazatele, které se určují na spolkové úrovni. Kalkulace nákladů na vzdělávání proběhla poprvé v roce 2010 s cílem určit ukazatele pro jednotlivé vzdělávací programy. Na základě dostupných dat bylo však možno určit kalkulaci pouze dvou povolání. Ukazatele bylo možno kalkulovat pouze pro povolání všeobecné sestry a ošetřovatele (*Gesundheits- und Krankenpfleger*) a pro povolání dětské sestry a ošetřovatele (*Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*). Při vrcholném dialogu smluvních stran na spolkové úrovni se za účasti Spolkového ministerstva zdravotnictví rozhodlo o zrušení dohody o ukazatelích pro vzdělávací místa v roce 2011. Jelikož dohoda nebyla ze strany ministerstva ničím nahrazena, byly dohodnuty vzdělávací rozpočty na rok 2011 bez zařazení ukazatelů. Další informace viz: <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/56/aid/7811> (náhled dne 16. května 2011)

¹³⁵ Zřízení a správa vyrovnávacího fondu byla v Bavorsku stanovena *Dohodou o zřízení a správě vyrovnávacího fondu a ustanovení doplatku pro organizace, které umožňují kvalifikaci v profesích uvedených v § 2 č. 1a zákona o financování nemocnic (KHG) (Vereinbarung über die Errichtung und Verwaltung des Ausgleichsfonds sowie Festlegung des Ausbildungszuschlags für Ausbildungsstätten der in § 2 Nr. 1a KHG genannten Berufe (Dohoda podle § 17a odst. 5 č. 1 až 3 zákona KHG) ze dne 30. prosince 2005. Dohoda je k dispozici v internetu: <http://www.bkg-online.de/media/file/7355.VereinbarungAusgleichsfonds.pdf> (náhled dne 16. května 2011)*

¹³⁶ viz § 2 odst. 1 dohoda podle § 17a odst. 5 č. 1 až 3 zákona o financování nemocnic (KHG)

¹³⁷ viz § 1 dohody o výši přírážky za vzdělávání na rok 2011 (*Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2011*) ze dne 1. prosince 2010. Dohoda je k dispozici v internetu: http://www.bkg-online.de/media/file/9963.Ausbildungszuschlag_2011_Vereinbarung.pdf (náhled dne 17. srpna 2011)

ve výši 63,25 €¹³⁸ (cca 1.525 Kč).¹³⁹ Tuto přírážku musí všechny kliniky, které jsou dotčeny zákonem o financování nemocnic, pobírat za každý případ plné a částečné hospitalizace a odvádět ji do vyrovnávacího fondu.¹⁴⁰ Bavorská nemocniční společnost (*Bayerische Krankenhausgesellschaft*) vyplácí vzdělávacím nemocnicím jejich vzdělávací rozpočet v měsíčních splátkách z vyrovnávacího fondu.¹⁴¹

- **Přírážka za příjem doprovodné osoby podle § 17b odst. 1 věta čtvrtá zákona o financování nemocnic (KHG) v souvislosti s § 2 odst. 2 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)**

Příjem doprovodné osoby spolu s pacientem patří ke všeobecným výkonům nemocnice, pokud je nutný z lékařských důvodů.¹⁴² Přírážka za příjem doprovodné osoby je jednotná v celé spolkové zemi. Za den příjmu a každý další den pobytu v rámci plné hospitalizace lze vykazovat 45 € (1.084,95 Kč) za nocleh a stravování.¹⁴³

- **Přírážka za zajištění výkonů podle § 17b odst. 1 věty šestá až osmá zákona o financování nemocnic ve spojení s § 5 odst. 2 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)**

Je možné vybírat přírážky na zajištění možnosti provádění výkonů nutných v rámci zdravotní péče o obyvatelstvo, které nelze na základě nízké potřeby tohoto ošetření beze zbytku financovat případovým paušálem. Úkolem smluvních stran je na místě prověřit, zda jsou splněny předpoklady pro přírážku za zajištění zdravotních výkonů. Také výše přírážek se určuje individuálně pro každou nemocnici.

- **Přírážka za dodatečný zdravotnický personál podle § 4 odst. 10 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)**

V letech 2009 až 2011 mohou být až z 90% dotovány dodatečné osobní náklady nemocnic, které vznikají v souvislosti se zaměstnáním nových kvalifikovaných zdravotnických pracovníků¹⁴⁴ podle § 1 odst. 1 *zákona o ošetrovateľskej péči (Krankenpflegegesetz - KrPflG)*¹⁴⁵ nebo s rozšířením stávajícího částečného pracovního úvazku. Zřizovatelé nemocnic mohou v těchto letech s institucemi

¹³⁸ Výše přírážky je kvocient z výše vyrovnávacího fondu a dohodnutého počtu případů (viz § 4 dohody podle § 17a odst. 5 č. 1 až 3 zákona o financování nemocnic). Počet případů se určuje pro každou nemocnici zvlášť, základem jsou přitom případy plné a částečné hospitalizace nemocnic v rozsahu platnosti zákona o financování nemocnic z minulého kalendářního roku, pokud pro ně mohla být účtována přírážka na vzdělávání (viz § 7 odst. 1 věty první a druhá dohody podle § 17a odst. 5 č. 1 až 3 zákona o financování nemocnic).

¹³⁹ viz § 3 č. 1 dohody o výši přírážky na vzdělávání na rok 2011

¹⁴⁰ viz § 4 č. 1 dohody o výši přírážky na vzdělávání na rok 2011 a § 8 odst. 1 dohody podle § 17a odst. 5 č. 1 až 3 zákona o financování nemocnic (KHG)

¹⁴¹ viz § 9 odst. 1 věta první dohody podle § 17a odst. 5 č. 1 až 3 zákona o financování nemocnic (KHG)

¹⁴² viz § 2 odst. 2 věta druhá č. 3 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

¹⁴³ viz § 2 věta první *dohody o přírážkách za příjem doprovodné osoby podle § 17b odst. 1 věta čtvrtá zákona o financování nemocnic (Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 4 KHG)* ze dne 16. září 2004. Dohoda je k dispozici v internetu:

http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/OED_Verwaltung/Oeffentlicher_Dienst/Beamte/Verkehrung_Begleitpersonen.pdf?blob=publicationFile (náhled dne 28. června 2011)

¹⁴⁴ Kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky se podle § 1 odst. 1 zákona o zdravotnických povoláních (*Krankenpflegegesetz – KrPflG*) rozumí všeobecné sestry a ošetrovatelé a dětské sestry a ošetrovatelé

¹⁴⁵ Zákon o zdravotnických povoláních (*Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege = Krankenpflegegesetz – KrPflG*) ze dne 16. července 2003 (BGBl. I S. 1442), poslední aktualizace článkem 7 zákona ze dne 24. července 2010 (BGBl. I S. 983)

sociálního zabezpečení dohodnout individuální dodatečnou částku ve výši až 0,48 procenta celkové částky (suma výnosů plus výnosový rozpočet), kterou upravuje § 4 odst. 3 věta první zákona o úhradách nemocniční péče.¹⁴⁶ K získání této dotace musí nemocnice prokázat, že na základě písemné dohody se zastoupením zaměstnanců přijímá další zdravotnický personál nebo že rozšiřuje stávající pracovní úvazky.

Dotace se poskytuje prostřednictvím procentuální přírážky na vykázanou výši případového paušálu DRG, spolkového doplatku a na jiné úhrady podle § 6 odst. 1 věta první a odst. 2a. Výše přírážky se určuje individuálně pro každou nemocnici a nemocnice ho při účtování musí vykazovat zvlášť.

- **Přirážka na zajištění kvality podle § 17b odst. 2 věta pátá zákona o financování nemocnic a srážka za nedodržení kvality podle § 8 odst. 4 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)**

Společný spolkový výbor (*Gemeinsamer Bundesausschuss - G-BA*)¹⁴⁷ určuje opatření pro zajištění kvality, jež jsou závazná pro schválené nemocnice.¹⁴⁸

Opatření pro zajištění kvality, která výbor G-BA odsouhlasil, se financují prostřednictvím přírážky.¹⁴⁹ Tuto přírážku lze získat na každý vykázaný případ plné hospitalizace.¹⁵⁰ Skládá se ze dvou částí: z podílu nemocnice na interní dokumentaci a ze zemského podílu na náklady na zemské úrovni.¹⁵¹ Na rok 2011 byl s celostátní platností stanoven podíl nemocnice na 0,59 € (14,22 Kč)¹⁵², v Bavorsku činí zemský podíl 0,30 € (7,23 Kč) za každý případ.¹⁵³ Nemocnice fakturují přírážku na zajištění kvality spolu s každým případem plné hospitalizace, přičemž si ponechávají dohodnutý podíl nemocnice.¹⁵⁴ Zemský podíl se musí odvádět na místo pověřené zemskou správou.¹⁵⁵ Tato přírážka nespadá do celkové částky podle § 6 spolkového nařízení o sazbách za zdravotní péči (*BPfIV*), ani do výnosového rozpočtu či do sumy výnosů a není zohledňována ani při určování kompenzací výnosu.¹⁵⁶

¹⁴⁶ Nemocnice mohou až 5% dohodnuté částky využít k otestování nových pracovně organizačních opatření v rámci zdravotnické péče.

¹⁴⁷ Společný spolkový výbor (Der Gemeinsame Bundesausschuss - G-BA) je nejvyšší rozhodovací grémium společné samosprávy lékařů, zubařů, psychologů, nemocnic a zdravotních pojišťoven v Německu.

¹⁴⁸ viz § 137 odst. 1 věta první č. 1 páté knihy sociálního zákoníku

¹⁴⁹ viz § 17b odst. 1 věta pátá zákona o financování nemocnic (KHG)

¹⁵⁰ viz § 21 odst. 1 věta první směrnice Společného spolkového výboru o opatřeních k zajištění kvality v nemocnicích (*Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL*) ve znění ze dne 15. srpna 2006, poslední aktualizace dne 21. října 2010, v internetu: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-493/QSKH-RL_2010-10-21.pdf (náhled dne 17. srpna 2011)

¹⁵¹ viz § 21 odst. 3 směrnice o opatřeních k zajištění kvality v nemocnicích (QSKH-RL)

¹⁵² viz bod 1a Společné dohody Německé nemocniční společnosti (DKG), Zastřešujícího svazu zdravotních pojišťoven (GKV) a Svazu privátního zdravotního pojištění (PKV) o přírážkách na externí zajištění kvality v nemocnicích na rok 2011 (*Gemeinsame Vereinbarung der DKG, der GKV und der PKV über die Zuschläge zur externen stationären Qualitätssicherung für das Jahr 2011*) ze dne 1. prosince 2010, v internetu: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Zuschlag_EsQS_2011_2010_12_01_15234.pdf (náhled dne 17. srpna 2011)

¹⁵³ K výši zemského podílu přírážky v jednotlivých spolkových zemích viz:

http://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/Qualitaetssicherung/zuschlaege_qs/80zuschlaege_drg_2011/index.htm (náhled dne 17. srpna 2011)

¹⁵⁴ viz § 22 odst. 1 věta první a odst. 2 věta první směrnice o opatřeních k zajištění kvality v nemocnicích (QSKH-RL)

¹⁵⁵ viz § 22 odst. 2 věta první směrnice o opatřeních k zajištění kvality v nemocnicích (QSKH-RL)

¹⁵⁶ viz § 21 odst. 2 věta druhá směrnice o opatřeních k zajištění kvality v nemocnicích (QSKH-RL)

U nemocnic, které neplní své závazky k zajištění kvality a neprovádí povinnou dokumentaci souborů dat, dochází k uplatnění srážky z případových paušálů a doplatků.¹⁵⁷ Při míře dokumentace¹⁵⁸ nižší než 80% je třeba počítat za každý nezdokumentovaný soubor dat se srážkou ve výši 150 € (3.616,50 Kč).¹⁵⁹ Výše srážky se odečítá v nejbližším možném účtovacím období.¹⁶⁰

- **Přirážka na financování Společného spolkového výboru (G-BA) a Institutu pro kvalitu a hospodárnost ve zdravotnictví (IQWiG) podle § 91 odst. 2 páté knihy sociálního zákoníku v souvislosti s § 139 c páté knihy sociálního zákoníku**

Financování *Společného spolkového výboru (Gemeinsamer Bundesausschuss - G-BA) a Institutu pro kvalitu a hospodárnost ve zdravotnictví (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen - IQWiG)*¹⁶¹ se provádí napůl z ambulantního a napůl z nemocničního sektoru.¹⁶² V nemocničním sektoru se vybírá přirážka na každý případ plné a částečné hospitalizace.¹⁶³ Výše této přirážky určuje společný spolkový výbor G-BA a v roce 2011 činí 0,80 € (19,29 Kč) za případ.¹⁶⁴ Přirážka se na účtu nemocnice musí vykazovat zvlášť a nespadá do výnosového rozpočtu, do sumy výnosů ani do určování kompenzací výnosů.¹⁶⁵ Sumu všech přirážek¹⁶⁶ za rok 2011 musí všechny nemocnice podstoupit výboru G-BA nejpozději do 1. července 2011.¹⁶⁷

- **Přirážka na systém DRG podle § 17b odst. 5 zákona o financování nemocnic**

Smluvním stranám na spolkové úrovni ukládá § 17b odst. 5 povinnost zajistit financování a péči o další rozvoj úhradového systému DRG prostřednictvím dohody o doplatku na systém DRG.¹⁶⁸

Za každý vykázaný případ plné a částečné hospitalizace fakturují nemocnice přirážku na tento systém.¹⁶⁹ V roce 2011 činí výše přirážky 1,13 € (27,24 Kč)

¹⁵⁷ viz § 8 odst. 4 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

¹⁵⁸ Míra dokumentace = dokumentované soubory dat (DAL) / soubory dat, jejichž dokumentace je povinná (MÁ DÁTI)

¹⁵⁹ viz § 24 odst. 1 věta třetí směrnice o opatřeních k zajištění kvality v nemocnicích (QSKH-RL)

¹⁶⁰ viz § 24 odst. 2 směrnice o opatřeních k zajištění kvality v nemocnicích (QSKH-RL)

¹⁶¹ Institut IQWiG je odborně nezávislý a vědecký institut, založený výborem G-BA. Bližší informace k úkolům institutu jsou uvedeny v § 139a páté knihy německého sociálního zákoníku (SGB V).

¹⁶² viz § 91 odst. 3 věta první páté knihy sociálního zákoníku ve spojení s § 139c věta první páté knihy sociálního zákoníku

¹⁶³ viz bod 1.1 rozhodnutí Společného spolkového výboru o zásadách systémové přirážky v nemocničním sektoru (*Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Grundsätze des Systemzuschlags im stationären Sektor*) ze dne 16. prosince 2010 (v internetu: http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1257/2010-12-16_Grundsaeetze%20Systemzuschlag%202011.pdf)

¹⁶⁴ viz rozhodnutí Společného spolkového výboru o zásadách systémové přirážky v nemocničním sektoru

¹⁶⁵ viz § 139c věta druhé páté knihy sociálního zákoníku (SGB V)

¹⁶⁶ Suma přirážek se vypočítá ze skutečného počtu případů nemocnic v roce 2009 (případové paušály, odměny vztahené na případ a den podle § 6 odst. 1 zákona o financování nemocnic, který se vynásobí částkou přirážky (viz bod 2.1 rozhodnutí Společného spolkového výboru o zásadách systémové přirážky v nemocničním sektoru).

¹⁶⁷ viz bod 2.2 rozhodnutí Společného spolkového výboru o zásadách systémové přirážky v nemocničním sektoru

¹⁶⁸ Touto přirážkou se financuje i vývoj a kalkulace spolkově jednotných relativních vah, zavedení paušálových odměn pro psychiatrická a psychosomatická zařízení a paušální platby za podíl nemocnic na kalkulaci.

¹⁶⁹ viz § 1 odst. 1 věta první dohody podle § 17b odst. 5 zákona o financování nemocnic k uplatnění přirážky na systém DRG (Dohoda o přirážce na systém DRG v roce 2011) - (*Vereinbarung nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG zur Umsetzung des DRG-Systemzuschlags (Vereinbarung DRG-Systemzuschlag 2011)*) ze dne 1. prosince 2010 (v internetu: http://www.g-drg.de/cms/DRG-Systemzuschlag/Dokumente/Vereinbarung_gemaess_17b_Abs.5_KHG)

za případ, z toho připadá 0,91 € (21,94 Kč) na paušální platby za podíl nemocnice na kalkulaci (podíl kalkulace) a 0,22 € (5,30 Kč) na přírážku na financování institutu InEK (podíl InEK).¹⁷⁰ Tato přírážka je na účtu nemocnice vykázována zvlášť a nespadá do výnosového rozpočtu, do sumy výnosů ani do určení kompenzace výnosů.¹⁷¹ Sumu těchto přírážek¹⁷² za rok 2011 musí všechny nemocnice převést nejpozději do 1. července 2011 institutu InEK.¹⁷³

- **Srážka za neposkytování nemocniční neodkladné péče podle § 17b odst. 1 věta čtvrtá zákona o financování nemocnic v souvislosti s § 4 odst. 6 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)**

§ 17b odst. 1 věta čtvrtá zákona o financování nemocnic v souvislosti s § 4 odst. 6 zákona o úhradách nemocniční péče stanoví srážky za neposkytování nemocniční neodkladné péče. Nemocnice, které neposkytují neodkladnou péči, musí počítat se srážkou ve výši 50 € (1.205,50 Kč) za každý případ plné hospitalizace.¹⁷⁴

1.3.1.5 Výnosový rozpočet, suma výnosů a vyrovnání vyššího či nižšího výnosu

Celková částka (*Gesamtbetrag*), kterou má nemocnice každoročně k dispozici na provádění výkonů v rámci plné a částečné hospitalizace, se skládá z tzv. *výnosového rozpočtu (Erlösbudget)* a tzv. sumy výnosů (*Erlössumme*).

Každoročně sjednávají nemocnice s příslušnými institucemi výnosový rozpočet na následující rok.¹⁷⁵ Výnosový rozpočet určuje množství výkonů, které budou výhledově poskytnuty v následujícím roce. Výnosový rozpočet zahrnuje pouze výkony, které se hradí buď

- případovým paušálem nebo
- přes doplatky, jednotné v celé BRD.¹⁷⁶

Výkony pro zahraniční pacienty, kteří přijíždějí do Německa s cílem využití nemocniční péče, mohou být na žádost nemocnice hrazeny mimo výnosový rozpočet.¹⁷⁷ Výše výnosového rozpočtu na dohodnuté množství výkonů se určuje tak, že se vždy druh a množství úhrad vynásobí odpovídající výší úhrady.¹⁷⁸ Výkony, které se při sjednávání výnosového rozpočtu na následující rok dohodnou ve srovnání s běžným rokem navíc, tzv. *vícevýkony (Mehrleistungen)* se v roce 2011 hradí jen ze 70%. Hovoří se o srážce z navýšení výkonů (*Mehrleistungsabschlag*).¹⁷⁹ Od roku 2012 bude výše této srážky sjednávat zřizovatel nemocnice s institucemi sociálního zabezpečení pro každou nemocnici zvlášť. Srážky z navýšení výkonů se pro každý výkon uplatňují vždy jen v prvním roce dohody, později se hradí 100% jeho hodnoty.

¹⁷⁰ viz § 5 odst. 3 dohody o přírážce na systém DRG v roce 2011

¹⁷¹ viz § 1 odst. 3 dohody o přírážce na systém DRG v roce 2011

¹⁷² Suma přírážek se vypočítá ze skutečného počtu případů nemocnice v roce 2009 (případové paušály, odměny vztažené na případ a den podle § 6 odst. 1 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG), který se vynásobí částkou přírážky (viz § 2 odst. 2 věta první dohody o přírážce na systém DRG)

¹⁷³ viz § 2 odst. 2 dohody o přírážce na systém DRG v roce 2011

¹⁷⁴ viz § 4 odst. 6 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

¹⁷⁵ viz § 11 odst. 1 a 2 zákona KHEntgG

¹⁷⁶ viz § 4 odst. 1 věta první zákona KHEntgG

¹⁷⁷ viz § 4 odst. 4 zákona KHEntgG

¹⁷⁸ viz § 4 odst. 2 věta první zákona KHEntgG

¹⁷⁹ K vícevýkonům a ke srážkám za navýšení výkonů viz § 4 odst. 2a věta první zákona KHEntgG

Suma výnosů se také sjednává mezi zřizovateli nemocnice a nositeli nákladů na každý rok dopředu. Předběžně se určuje pravděpodobné množství výkonů, které se vykazují přes

- individuální úhrady pro každou nemocnici podle § 6 odst. 1 věta první zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG) nebo
- dopltky za vysoce specializované výkony podle § 6 odst. 2a zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG).¹⁸⁰

Celkovou částku, která je součtem výnosového rozpočtu a sumy výnosů, může nemocnice ve skutečnosti překročit nebo jí nemusí dosáhnout.¹⁸¹ Pokud nemocnice ošetří více případů nebo jsou-li případy v průměru složitější, než bylo prospektivně dohodnuto, je skutečný výnos vyšší než dohodnutá celková částka a vznikají tzv. *vyšší výnosy* (Mehrerlöse). Tyto se zpravidla ze 65% vyrovnávají, to znamená, že pouze 35% vyššího výnosu zůstává nemocnici. Vyšší výnosy z dopltek za léčiva a zdravotnické prostředky jakož i z paušálů za případy těžce zraněných pacientů se kompenzují z 25%. U případových paušálů s velmi vysokým podílem věčných nákladů a u velmi drahých případových paušálů s těžce plánovatelným množstvím výkonů, např. při transplantacích nebo dlouhodobém umělém dýchání, se výše vyrovnání sjednává mezi smluvními stranami. Vyšší nebo nižší výnosy z dopltek za ošetření hemofiliků a ze srážek za nedodržení kvality se nevyrovnávají.

Pokud nemocnice v běžném roce ošetří méně případů nebo jsou-li případy v průměru lehčího charakteru, než bylo předem dohodnuto, je skutečný výnos nižší než celková částka a hovoří se o tzv. *nižších výnosech* (Mindererlöse). Nižší výnosy se vyrovnávají zpravidla z 20%, ne však v případě nižších výnosů z dopltek za léčiva a zdravotnické prostředky.

Vyrovnávání výnosu se provádí vždy v následujícím roce prostřednictvím procentuálních přírůžek popř. srážek z případového paušálu, spolkových dopltek a jiných úhrad podle §6 odst. 1 věta první a odst. 2a zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG). Hovoří se o *přirážce popř. srážce za účelem vyrovnání výnosu* (Zu- bzw. Abschlag für Erlösausgleiche).¹⁸²

1.3.2 Úhrada předhospitalizačních a posthospitalizačních výkonů podle § 115a páté knihy sociálního zákoníku (SGB V)

V případech, kde je to z lékařského hlediska možné, mohou nemocnice podle § 115a páté knihy sociálního zákoníku ošetřovat pojištěnce, jimž byla předepsána hospitalizace, bez pobytu a stravování v nemocnici

- k určení nezbytnosti plné hospitalizace nebo při přípravě na plnou hospitalizaci v rámci tzv. předhospitalizační péče (*vorstationäre Behandlung*) nebo
- pro zajištění nebo upevnění úspěchu léčby v návaznosti na plnou hospitalizaci v rámci tzv. posthospitalizační péče (*nachstationäre Behandlung*).

¹⁸⁰ viz § 6 odst. 3 věta první zákona KHEntgG

¹⁸¹ K vyrovnávání nižších a vyšších výnosů viz § 4 odst. 3 zákona KHEntgG

¹⁸² viz § 5 odst. 4 věty první a druhá zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

Předhospitalizační péče je omezena na maximálně tři ošetřovací dny během pěti dnů před začátkem nemocniční léčby. Posthospitalizační péče zpravidla nesmí překročit sedm dní během 14 dnů po ukončení léčby v nemocnici.

Zemské svazy zdravotních pojišťoven a náhradní fondy (*Ersatzkassen*) společně se sdruženími smluvních lékařů uzavírají se zemskou nemocniční společností¹⁸³ smlouvy o provádění předhospitalizačních a posthospitalizačních ošetření v nemocnici podle § 115a páté knihy sociálního zákoníku.¹⁸⁴ Zemské svazy zdravotních pojišťoven, náhradní fondy a zemský výbor Svazu privátního zdravotního pojištění společně se zemskou nemocniční společností¹⁸⁵ a po dohodě se sdružením smluvních lékařů sjednávají úhradu předhospitalizačních a posthospitalizačních výkonů. Zastřešující svaz zdravotních pojišťoven (*GKV-Spitzenverband*) a Německá nemocniční společnost (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*) udělují po dohodě se Spolkovým sdružením smluvních lékařů (*Kassenärztliche Bundesvereinigung*) doporučení k úhradám, které platí až do nabytí účinnosti úhradové dohody na zemské úrovni.¹⁸⁶ V Bavorsku se předhospitalizační a posthospitalizační péče hradí v souladu s tímto Společným doporučením.¹⁸⁷

Úhrada přednemocniční péče probíhá v Bavorsku prostřednictvím případových paušálů vztahených na specializované oddělení.¹⁸⁸ Posthospitalizační výkony se hradí případovým paušálem vztaheným na specializované oddělení za den ošetření.¹⁸⁹ Do těchto paušálů není zahrnuto využívání velkých lékařských přístrojů.¹⁹⁰ Ty se vykazují zvlášť na základě paušálů podle přílohy 3 Společného doporučení.¹⁹¹

Posthospitalizační ošetření se mohou vykazovat společně s případovým paušálem pouze tehdy, když součet všech ošetřovacích dnů hospitalizace včetně ošetřovacích dnů předhospitalizační a posthospitalizační péče nepřekročí horní hranici délky hospitalizace pro tento případový paušál.¹⁹² Předhospitalizační ošetření společně s případovým paušálem účtovat nelze.¹⁹³

¹⁸³ Nebo se sdruženími zřizovatelů nemocnic v dané spolkové zemi

¹⁸⁴ Smlouva podle § 115 odst. 1 páté knihy sociálního zákoníku k § 115 odst. 2 č.4 páté knihy sociálního zákoníku v souvislosti s § 115a páté knihy sociálního zákoníku (*Vertrag gemäß § 115 Abs. 1 SGB V zu § 115 Abs. 2 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 115 a SGB V*) uzavřená mezi smluvními stranami v Bavorsku je k dispozici v internetu: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/by/krankenhaus/vereinbarungen/laender/by_khvb_115.pdf (náhled dne 19. dubna 2011)

¹⁸⁵ Nebo se sdruženími zřizovatelů nemocnic v dané spolkové zemi

¹⁸⁶ Společné doporučení o úhradě předhospitalizační a posthospitalizační péče podle § 115a odst. 3 páté knihy sociálního zákoníku (*Gemeinsame Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3 SGB V*) je k dispozici v internetu: http://www.kgrp.de/files/download/GemEmpfehlung_Vor_und_Nachstation%C3%A4r_1996.pdf (náhled dne 22. února 2011)

¹⁸⁷ Telefonická informace Michael Köck (AOK Bayern – oddělení managementu výkonů v nemocnici / smluvní právo) dne 19. dubna 2011

¹⁸⁸ viz § 1 a příloha 1 Společného doporučení

¹⁸⁹ viz § 2 a příloha 2 Společného doporučení

¹⁹⁰ viz § 1 věta první a § 2 věta první Společného doporučení

¹⁹¹ viz § 3 a příloha 3 Společného doporučení

¹⁹² viz § 8 odst. 2 věta třetí č. 3 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

¹⁹³ viz § 8 odst. 2 věta třetí č. 3 zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

1.3.3 Úhrady ambulantních výkonů

1.3.3.1 Úhrady ambulantních operací podle § 115b páté knihy sociálního zákoníku

Rámcové podmínky pro ambulantní provádění operací a nemocničních zákroků podle § 115b páté knihy sociálního zákoníku byly určeny Zastřešujícím svazem zdravotních pojišťoven (GKV-Spitzenverband), Německou nemocniční společností (Deutsche Krankenhausgesellschaft) a Spolkovým sdružením smluvních lékařů v tzv. *smlouvě AOP (AOP-Vertrag)*.¹⁹⁴ Jmenované instituce se dohodly i na katalogu všech operací a dalších nemocničních zákroků, které se smějí provádět ambulantně, a jejich jednotné úhradě. Tento katalog¹⁹⁵ obsahuje konečný seznam výkonů, které představují operace nebo nemocniční zákroky podle § 115b páté knihy sociálního zákoníku.¹⁹⁶ Výkony, které se mají zpravidla provádět v ambulanci, jsou v katalogu označeny číslem „1“. Výkony označené číslem „2“ lze provádět jak ambulantně tak stacionárně.¹⁹⁷

Smlouva AOP určuje i okolnosti, při nichž by mohlo být stacionární provedení výkonu nutné. Přitom je třeba aplikovat kritéria A, B, D, E a F z katalogu kritérií *G-AEP (German appropriateness evaluation protocol)*, uvedená v příloze 2 ke „*Společnému doporučení ke zkušebnímu postupu pro audit chybného obsazení a účetnictví*“ podle § 17c zákona o financování nemocnic.¹⁹⁸ Tato kritéria jasně určují, kdy je z hlediska smluvních partnerů stacionární ošetření nezbytné. Zdravotnické zařízení však není povinno zákroky ze seznamu katalogu podle § 115b páté knihy sociálního zákoníku provádět ambulantně stůj co stůj. Ošetřující lékař je v každém jednotlivém případě povinen rozhodnout, jestli zdravotní stav pacienta ambulantní zákrok umožňuje.¹⁹⁹

Nemocnicím je povoleno vykonávat ambulantní zákroky v oblastech, v nichž provádí i nemocniční výkony.²⁰⁰ Ty musí nemocnice nahlásit příslušným zemským svazům zdravotních pojišťoven, svazům náhradních fondů (*Ersatzkassen*), sdružení smluvních lékařů a povolovacímu výboru (§ 96 pátá kniha sociálního zákoníku).²⁰¹ Toto oznámení²⁰² musí obsahovat seznam všech výkonů podle katalogu, které se mají v nemocnici provádět ambulantně.²⁰³

¹⁹⁴ Smlouva podle § 115b páté knihy sociálního zákoníku – ambulantní provádění operací a nemocničních zákroků - dále smlouva AOP (*Der Vertrag nach § 115b SGB V - Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus -AOP-Vertrag*) je k dispozici v internetu: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/amb_versorgung/amb_operieren/aop_vertrag_ab_010110.pdf (náhled dne 16. února 2011),

¹⁹⁵ Katalog výkonů a zákroků, které lze provádět ambulantně (*Katalog ambulant durchführbarer Leistungen und stationärsersetzender Eingriffe*) je přílohou ke smlouvě podle § 115b odst. 1 páté knihy sociálního zákoníku a je k dispozici v internetu: http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/amb_versorgung/amb_operieren/katalog2011/index.html (náhled dne 16. února 2011)

¹⁹⁶ viz § 3 odst. 1 smlouvy AOP

¹⁹⁷ viz preambule ke katalogu smlouvy AOP

¹⁹⁸ viz § 3 odst. 3 věta první smlouvy AOP. Společná doporučení ke zkušebnímu postupu podle § 17c zákona o financování nemocnic (KHG) jsou k dispozici v internetu: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/abrechnung/pruefung/index.html> (náhled dne 20. dubna 2011)

¹⁹⁹ viz § 2 odst. 2 věta druhá smlouvy AOP

²⁰⁰ viz § 1 odst. 1 věta první smlouvy AOP

²⁰¹ viz § 1 odst. 1 věta druhá smlouvy AOP

²⁰² Příslušný formulář je k dispozici v internetu: http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/amb_versorgung/amb_operieren/meldeformular/index.html (náhled dne 16. února 2011)

²⁰³ viz § 1 odst. 2 věta první smlouvy AOP

Zákroky ze seznamu katalogu podle § 115 b páté knihy sociálního zákoníku se hradí cenami za běžný případ podle regionálního sazebníku (*regionale Euro-Gebührenordnung*),²⁰⁴ a to mimo rámec celkové úhrady a v závislosti na druhu onemocnění.²⁰⁵

1.3.3.2 Úhrada ambulantních výkonů podle § 116b páté knihy sociálního zákoníku

Ambulantně mohou nemocnice navíc provádět vysoce specializované výkony, léčbu vzácných onemocnění a nemocí s atypickým průběhem,²⁰⁶ pokud o to požádaly úřad pro plánování nemocnic dané spolkové země a ten jim s přihlédnutím k péči poskytované smluvními lékaři udělil patřičné povolení. Z internetové stránky Bavorského státního ministerstva životního prostředí a zdravotnictví lze zjistit, které nemocnice v Bavorsku mají povolení k výkonu ambulantních výkonů podle § 116b páté knihy sociálního zákoníku.²⁰⁷ Podle tohoto seznamu leží ve zkoumané oblasti pouze nemocnice Hohe Warte v Bayreuthu, určená k provádění ambulantních výkonů při diagnostice a léčbě roztroušené sklerózy.

Katalog v § 116b odst. 3 páté knihy sociálního zákoníku uvádí, které vysoce specializované výkony lze provádět a která onemocnění lze léčit ambulantně. Uvedený seznam však není konečný. Doplnování zákonného katalogu přísluší výboru G-BA. Do katalogu lze přijímat další výkony pouze pod podmínkou prokázání diagnostického a terapeutického užítku, lékařské potřeby a hospodárnosti.

*Směrnice výboru G-BA o ambulanci péči v nemocnici (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus)*²⁰⁸ upravuje další vývoj výše uvedeného katalogu. Zákonem daný katalog je prostřednictvím směrnice doplňován, konkretizován a kontrolován. Směrnice obsahuje mimo jiné všeobecné předpisy k věcným a personálním požadavkům, které musí být splněny pro provádění ambulantních výkonů v nemocnici, a dále předpisy k požadavkům na překládání pacienta a nejnižší počet případů. V příloze 1 této směrnice jsou vyjmenovány vysoce specializované výkony, příloha 2 obsahuje všechny vzácné nemoci a příloha 3 všechny nemoci s atypickým průběhem. U každého onemocnění je uvedena konkretizace nemoci, způsob léčby a požadavky na věcné a personální vybavení, které musí nemocnice splnit, aby mohla provádět ambulantní výkony.

²⁰⁴ Od 1. ledna 2009 se výkony smluvních lékařů hradí podle sazebníku cen v eurech, platného v příslušném regionu. V Bavorsku je to Bavorský sazebník cen v eurech (*Bayerische Euro-Gebührenordnung - B€GO*). Základem regionálního sazebníku je jednotné měřítko hodnocení (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab - EBM*). Katalog EBM obsahuje všechny výkony, které mohou smluvní lékaři účtovat zákonným pojišťovnám. Určuje obsah hrazených výkonů a jejich vzájemný vztah podle hodnoty vyjádřené počtem bodů. Regionální sazebník cen v eurech se skládá z celoněmeckého měřítko hodnocení a z regionálně dohodnutého počtu bodů.

²⁰⁵ viz § 7 odst. 1 věta první smlouvy AOP

²⁰⁶ K vzácným onemocněním a nemocem s atypickým průběhem patří např. tuberkulóza, cystická fibróza, roztroušená skleróza nebo AIDS.

²⁰⁷ viz http://www.stmug.bayern.de/gesundheits/krankenhaus/krankenhausplanung/ambulante_behandlung.htm (náhled dne 22. února 2011)

²⁰⁸ Ve znění ze dne 18. října 2005, poslední aktualizace dne 16. září 2010. Směrnice je k dispozici v internetu: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-497/RL_116b_2010-09-16.pdf (náhled dne 22. února 2011)

U některých nemocí je ve směrnici určen tzv. *nejnižší počet případů (Mindestmenge)*.²⁰⁹ Pak je nemocnice oprávněna provádět tyto výkony ambulantně jen tehdy, ošetří-li ročně takový počet pacientů s danou nemocí, který určuje směrnice.

Ambulantní výkony, které nemocnice provádí podle §116b páté knihy sociálního zákoníku, musí zdravotní pojišťovny hradit přímo. Jejich úhrada musí odpovídat úhradě srovnatelných smluvních výkonů. Nemocnice musí zdravotním pojišťovnám sdělit, které výkony může provádět ambulantně²¹⁰ a popsat s tím spojené uznatelné výkony na základě katalogu EBM. Od 1. ledna 2009 se ambulantní nemocniční výkony hradí podle regionálních sazebníků, které určují hodnotu výkonu v eurech (*Euro-Gebührenordnung*).

²⁰⁹ K nejnižšímu počtu pacientů viz § 6 této směrnice

²¹⁰ Příslušný formulář je k dispozici v internetu: http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/amb_versorgung/amb_leistungen/meldeformular/index.html
(náhled dne 22. února 2009)

2 Nemocniční sektor v České republice

Zdravotnictví v České republice bylo dlouhou dobu v rukou státu a bylo financováno výlučně z daňových prostředků. Začátkem devadesátých let vznikl model všeobecného zdravotního pojištění. Hlavní odpovědnost za organizaci a financování zdravotnictví tak přešla na zdravotní pojišťovny.²¹¹ Státem řízená podpora investičních nákladů nemocnic, tak jako je v Německu, ani postup odpovídající nemocničnímu plánování v České republice neexistuje.

2.1 Systém zdravotního pojištění

1. ledna 1992 vstoupil v platnost zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, jímž byla zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP).²¹² Zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách stanoví, že vedle VZP mohou být v pojišťovací branži činné i další subjekty a upravuje jejich zakládání, činnost, jejich zánik, jakož i jejich vztahy k VZP.²¹³ Do roku 1995 se na trh dostaly četné zdravotní pojišťovny, což z důvodu nedostatečných kontrolních mechanismů vedlo k nepřiměřené soutěži o pojištěnce, často formou slibů nereálných úhrad.²¹⁴ Po sloučení či zániku některých menších pojišťoven se do roku 2002 etablovalo devět zdravotních pojišťoven. K 28. březnu 2011 se Zdravotní pojišťovna MÉDIA sloučila se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR, protože nesplnila podmínku zákonem stanoveného počtu nejméně 100 000 pojištěnců.²¹⁵ Pojištěnci Zdravotní pojišťovny MÉDIA se tak stali pojištěnci VZP.²¹⁶ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR je s odstupem největší pojišťovnou: zhruba 60% všech pojištěnců v rámci zdravotního pojištění patří VZP.²¹⁷ Tabulka 1 znázorňuje podíl počtu pojištěnců jednotlivých pojišťoven na příkladě Karlovarského kraje.

²¹¹ viz Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989, 2010, S. 40

²¹² viz § 1 zák. č. 551/1991 Sb.

²¹³ viz § 1 zák. č. 280/1992 Sb.

²¹⁴ viz Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989, 2010, S. 40

²¹⁵ viz § 4 odst. 2 písmeno f zák. č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

²¹⁶ <http://www.vzp.cz/klienti/informace/zpmedia>, náhled dne 16. srpna 2011

²¹⁷ viz Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989, 2010, S. 40

Tabulka 1: Podíl počtu pojištěnců jednotlivých pojišťoven v Karlovarském kraji

Pojišťovna	Podíl počtu pojištěnců (v procentech)
Všeobecná zdravotní pojišťovna – VZP	71,16
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra	9,48
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	8,00
Vojenská zdravotní pojišťovna	6,74
Oborová zdravotní pojišťovna	4,14
Zdravotní pojišťovna Média*	0,38
Pojišťovna Metal-Aliance	0,07
Revírní bratrská pokladna	0,01
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda**	0,01

Zdroj:vlastní znázornění na základě informací vyhlášky č. 396/2010 Sb, příloha 1, bod D

*k 28.březnu 2011 sloučena s VZP

Všechny osoby s trvalým pobytem na území České republiky a zaměstnanci zaměstnavatelů se sídlem v České republice jsou povinni uzavřít zdravotní pojištění.²¹⁸ Pojistné se platí ve výši 13,5 procenta hrubé mzdy. Jednu třetinu hradí pojištěnec, dvě třetiny jeho zaměstnavatel.²¹⁹ Za takzvané *státní pojištěnce*, jako například děti, důchodce a nezaměstnané je plátcem pojistného stát.²²⁰ U samostatně výdělečných osob se za vyměřovací základ pro určení výše pojistného bere polovina zisku.²²¹ Z toho se 13,5 procenta odvádí pojišťovně formou pojistného.²²² Obdoba německého privátního pojištění v České republice není.²²³

2.2 Financování investičních nákladů

V Německu přebírá investiční náklady plánovaných nemocnic stát. V České republice stát investiční náklady nemocnic nehradí. Většinu investic platí nemocnice z vlastních prostředků. Každá nemocnice však má možnost získat dotační prostředky z Evropského fondu pro regionální rozvoj (*EFRR*).²²⁴ Tato možnost zůstala v uplynulém plánovacím období z velké části nevyužita. Ministerstvo zdravotnictví proto zřídilo *Odbor evropských fondů Ministerstva zdravotnictví*, jehož úkolem je informovat zdravotnická zařízení o stávajících možnostech získání dotace z operačních programů EFRR a poskytovat jim poradenství. Také správa těchto dotačních prostředků přísluší ministerstvu zdravotnictví. Aktuálně mohou nemocnice žádat například o příspěvky na přístrojové vybavení²²⁵

²¹⁸ viz § 2 odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb.

²¹⁹ viz § 9 odst. 2 zák. č. 48/1997 Sb.

²²⁰ viz § 7 odst. 1 písmena a až p zák. č. 48/1997 Sb.

²²¹ viz § 3a odst. 1 zák. č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

²²² viz §2 odst. 1 zák. č. 592/1992 Sb.

²²³ Pod pojmem „soukromé zdravotní pojištění“ se v České republice rozumí pojištění proti riziku ztráty příjmů, které vznikne v důsledku úrazu či nemoci.

²²⁴ Informace k dotacím investičních nákladů z EFRR poskytl Mgr. Michael Kuna (Odbor evropských fondů Ministerstva zdravotnictví České republiky) v: <http://dotace.ihned.cz/c1-22233820-ceske-zdravotnictvi-a-strukturalni-fondy-evropske-unie-velka-prilezitost> (náhled dne 03. září 2011)

²²⁵ Písemná informace Ing. Hany Doležalové (Odbor evropských fondů Ministerstva zdravotnictví České republiky) ze dne 16. května 2011.

specializovaných pracovišť.²²⁶ Podmínkou pro podání žádosti je členství v tzv. *síti specializovaných pracovišť*.²²⁷

2.3 Financování nemocnic

Veřejnoprávní zdravotní pojišťovny v Německu musí hradit jen výkony, které byly provedeny ve schválené klinice. Podobně je tomu i v České republice. Zdravotní pojišťovny musí zpravidla hradit pouze výkony, které byly provedeny ve zdravotnických zařízeních, s nimiž má pojišťovna smlouvu.²²⁸ Při poskytování nutné a neodkladné péče se taková smlouva nevyžaduje.²²⁹

§ 7 zákona č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních uvádí možnosti financování zdravotní péče poskytované v nestátních zařízeních.²³⁰

Náklady na zdravotní péči hradí ve velké většině případů zdravotní pojišťovny. Osoby pojištěné v České republice mají nárok na zdravotní péči na základě věcného plnění.²³¹ Lékaři nebo jiní pracovníci zdravotnického zařízení nesmějí za zákonem stanovenou zdravotní péči převzít od pacienta žádnou přímou úhradu. Při porušení tohoto zákazu hrozí pokuta nebo ztráta oprávnění k poskytování zdravotní péče.²³² Soukromé faktury se vystavují pouze na určitou, úzce omezenou skupinu zdravotních výkonů (především ve stomatologii, estetické chirurgii nebo gynekologii).²³³ V současné době probíhá novelizace zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Návrh zákona, podaný ministerstvem zdravotnictví a již schválený parlamentem předpokládá mimo jiné zavedení privátní péče. Kromě výkonů obsažených v zákonném seznamu zdravotních výkonů, které musí být i nadále poskytovány bezplatně, budou zdravotnická zařízení moci poskytovat výkony navíc a účtovat je zvlášť. Pacienti tím získají možnost využít na vlastní náklady dodatečné výkony, které veřejné pojištění nehradí. Pokud návrh zákona v této podobě podepíše prezident České republiky, mohlo by jeho nové znění nabýt účinnosti již k 1. lednu 2012.

Také v České republice je systém účtování v nemocničním sektoru poměrně složitý. Nemocnice mají k dispozici roční paušál, z něhož mají být hrazeny všechny výkony poskytnuté klinikou v rámci nemocniční péče. V jednotlivých případech nemocniční péče se neúčtují pouze jednotlivé zdravotní výkony, ale i takzvané režijní náklady, ošetřovací dny či kategorie pacientů. Krom toho se zpravidla za každý den pobytu v nemocnici vybírají takzvané regulační poplatky.

²²⁶ Specializovanými pracovišti jsou například iktová jednotka nebo centrum cerebrovaskulárních onemocnění
²²⁷ O členství v síti lze požádat na ministerstvu zdravotnictví. Ministerstvo může přijmout zdravotnické zařízení do sítě specializovaných pracovišť pouze tehdy, když v rámci auditu zjistí, že zařízení splňuje předepsané standardy specializovaného pracoviště.

²²⁸ viz § 17 odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb.

²²⁹ viz § 17 odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb.

²³⁰ Vykazování výkonů, které jsou prováděny ve státních zařízeních se provádí podle jiných měřítek. Státními zdravotnickými zařízeními jsou například fakultní nemocnice.

²³¹ viz § 11 odst. 1 písmeno d zák. č. 48/1997 Sb.

²³² viz § 11 odst. 1 písmeno d zák. č. 48/1997 Sb.

²³³ viz příloha č. I k zák. č. 48/1997 Sb. „Seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek“

2.3.1 Úhradová vyhláška

Takzvaná *úhradová vyhláška*²³⁴ hraje ústřední roli při účtování úhrad za zdravotní péči.

Vyhláška se každoročně se znovu projednává v dohodovacím řízení mezi zdravotními pojišťovnami, profesními sdruženími poskytovatelů zdravotní péče a ministerstvem zdravotnictví.²³⁵

Na základě této vyhlášky získává každá nemocnice od pojišťoven roční paušál, z něhož mají být hrazeny nemocniční služby, poskytované klinikou v příslušném roce. Výše ročního paušálu na rok 2011 se orientuje podle referenčního roku 2009. Pro výměru paušálu jsou relevantní všechny zdravotní výkony, které nemocnice poskytla v roce 2009, jež byly vykázány do 31. května 2010 a uznány pojišťovnou do 30. září 2010.

Nemocnice mají v roce 2011 nárok na částku ve výši 98% celkové úhrady referenčního roku 2009. Pro získání těchto 98% musí nemocnice odvést pouze 94% hospitalizací referenčního roku. Podle informace ministerstva zdravotnictví²³⁶ je toto ustanovení snahou motivovat nemocnice, aby se vzdaly části hospitalizací, u kterých je to z lékařského hlediska možné, a převedly tyto zásahy do ambulantního sektoru. Při nižším počtu hospitalizací a zachování poměru fixních nákladů tak nemocnice mohou ušetřit prostředky pro vlastní potřebu.

Vyplacení paušální částky při dosažení 94% hospitalizací referenčního roku předpokládá splnění dvou podmínek: jednak se počet hospitalizací nesmí dostat pod práh 94% a jednak nesmí klesat množství a složitost poskytované péče.²³⁷ Nemocnice musí následně prokázat, že poskytují výkony z celého spektra své zdravotní péče a že neposkytují pouze jednodušší a finančně výhodnější zdravotní výkony.²³⁸

Pokud zdravotnické zařízení poskytne méně než uvedených 94 procent výkonů referenčního období, nemá nárok na plnou částku a paušál se poměrně krátí.²³⁹ Překročili naopak nemocnice paušální částku, může vést dodatečná jednání s příslušnou pojišťovnou. Jejich neúspěch by mohl v konečném důsledku vést k tomu, že by nemocnice buď ošetřovaly pacienty dané zdravotní pojišťovny na vlastní náklady se ztrátou nebo je musely dokonce odmítat.

2.3.2 Úhrada zdravotních výkonů

Ve druhé části vyhlášky č. 472/2009 Sb.²⁴⁰ vydává ministerstvo zdravotnictví seznam zdravotních výkonů²⁴¹ hrazených pojišťovnami. Každému zdravotnímu výkonu je přiřazen určitý počet bodů. Při vynásobení uvedeného počtu bodů s platnou hodnotou bodu se

²³⁴ Vyhláška č. 396/2010 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011

²³⁵ viz §17 odst. 6 zák. č. 48/1997 Sb.

²³⁶ Petr Nosek (náměstek MZČR pro zdravotní pojištění) v: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/uhradova-vyhlaska-pro-rok-zaruci-ze-se-ceske-zdravotnictvi-nebude-zadluzovat-4416-1.html>, náhled dne 27. dubna 2011

²³⁷ Složitost případu se posuzuje prostřednictvím indexů 2011.

²³⁸ Telefonická informace Hildegardy Bejlkové (vedoucí oddělení zdravotních pojišťoven Nemocnice Ostrov) ze dne 28. června 2011

²³⁹ Informace k překročení či nedosažení paušální částky telefonicky poskytla Zdeňka Turková (oddělení zdravotních pojišťoven Nemocnice Mariánské Lázně s.r.o.) dne 23. srpna 2011

²⁴⁰ vyhláška č. 472/2009 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů.

²⁴¹ Seznam zdravotních výkonů je k dispozici v internetu: <http://ftp.aspi.cz/aspi/472-2009.pdf> (náhled dne 16. srpna 2011)

získá částka, kterou musí pojišťovna zdravotnickému zařízení uhradit. Hodnotu bodu určuje ministerstvo zdravotnictví každoročně prostřednictvím úhradové vyhlášky, v roce 2011 činí ve většině případů 0,90 Kč²⁴² (0,0373 €²⁴³)²⁴⁴. Tuto hodnotu bodu vykazují nemocnice zdravotním pojišťovnám, s nimiž mají uzavřenou smlouvu.²⁴⁵ Pokud se pojištěnec dostane jako akutní případ do péče nemocnice, s níž nemá jeho pojišťovna uzavřenou smlouvu, může tato nemocnice jeho pojišťovně fakturovat 0,95 Kč za bod.²⁴⁶

Seznam zdravotních výkonů obsahuje tisíce přesně definovaných ošetření a léčebných úkonů. Vedle zmíněného počtu bodů je u každého výkonu určeno, kdo ho provádí (např. lékař, zubní lékař, psycholog, nelékařský zdravotní pracovník) a jeho mzdový index.²⁴⁷

Je-li nositelem výkonu lékař nebo jiný zdravotnický pracovník s vysokoškolským vzděláním, vykazují se osobní náklady dalších pracovníků, kteří se na provedení výkonu podíleli, formou tzv. režijních nákladů.

Ke každému výkonu se určuje čas provedení²⁴⁸ a maximální frekvence vztažená na jednoho pacienta.²⁴⁹ Seznam také udává, na jakém místě musí být výkon proveden a zda lze společně s definovaným výkonem vykázat i další *zvlášť účtované materiály* (ZUM) nebo *zvlášť účtované lékařské přípravky* (ZULP).

Následující příklad z přílohy k vyhlášce č. 472/2009 Sb. má ozřejmit, na jakém základě se zdravotní výkony vykazují.

Obr. 4: Příklad vykazování zdravotního výkonu 1

67115 PEDOBAROGRAFIE			
Vyšetření rozložení tlaku v plosce nohy pomocí protetometrických pomůcek. Zhodnocení patologických změn zjištěných při vyšetření.			
Nositel	INDX	Čas (v minutách)	
L3	3	20	
Kategorie:	P – hrazen plně	ZUM:	Ne
OF (omezení frekvencí):	4/1 rok	ZULP:	Ne
OM (omezení místem):	S – pouze na specializovaném pracovišti		
Body: 159			

Vyšetření rozložení tlaku v plosce nohy musí provádět lékař se zvláštní odbornou způsobilostí, jehož kvalifikace odpovídá indexu L3. Na provedení výkonu má jeho nositel k dispozici 20 minut. Jednomu pojištěnci může být tento výkon proveden čtyřikrát za rok.

²⁴² viz příloha 1 vyhlášky č. 396/2010 Sb., část A odst. 8

²⁴³ zde i následně platí 1€ = 24,110 CZK (referenční kurz Evropské centrální banky ze dne 31. srpna 2011)

²⁴⁴ Pro některá speciální vyšetření se sjednávají odlišné hodnoty bodu. Například pro výkony mamografického screeningu platí hodnota bodu 1,10 Kč (0,0456 €), pro screening děložního hrdla je stanovena hodnota bodu 1,03 Kč (0,0427 €).

²⁴⁵ Tato hodnota bodu se vyazuje i u pacientů, kteří mají sjednáno zdravotní pojištění v jiném členském státě EU. Podle informace Zdeňky Turkové (oddělení zdravotních pojišťoven nemocnice Mariánské Lázně) se u zahraničních pacientů, kteří buď nemají uzavřeno zdravotní pojištění nebo ho mají uzavřeno ve státě mimo EU, účtuje s hodnotou bodu 2,50 Kč (0,1037 €).

²⁴⁶ viz §2 vyhlášky č. 396/2010 Sb.

²⁴⁷ Tyto odráží kvalifikaci personálu potřebnou pro provedení výkonu a tím i komplexitu a stupeň složitosti výkonu.

²⁴⁸ Čas provedení výkonu je směrná hodnota, která udává časový interval nutný k provedení výkonu.

²⁴⁹ Omezení frekvencí udává, jak často lze vykazovat výkon na jednoho pacienta během určitého časového období.

Za každé vyšetření rozložení tlaku v plosce nohy lze oproti zdravotní pojišťovně vykázat 159 bodů. K výkonu nelze zvláště účtovat žádný další zdravotnický materiál ani léčivé přípravky. Pojišťovna výkon uzná pouze v případě, že byl proveden na specializovaném pracovišti. (OM: S – pouze na specializovaném pracovišti). Krom toho jsou výkony, které mohou být uznány, pokud²⁵⁰

- byly provedeny ambulantně (OM: A – pouze ambulantně)
- byly provedeny v rámci nemocniční péče (OM: H – pouze při hospitalizaci)
- byly provedeny ambulantně na pracovišti, které je na provedení výkonu specializované (OM: SA – pouze na spec. pracovišti ambulantně)
- byly provedeny v rámci nemocniční péče na pracovišti, které je na provedení výkonu specializované (OM: SH – pouze na spec. pracovišti při hospitalizaci).

Výše uvedený výkon je plně hrazen pojišťovnou (Kategorie: P). Krom toho jsou výkony, které jsou hrazeny pouze v případě, že²⁵¹

- výkon není vykázán spolu s výkony komplexní, opakované komplexní, cílené nebo kontrolní vyšetření (Kategorie: Q).
- byly splněny určité podmínky. Pokud není u výkonu uvedeno jinak, je touto podmínkou provedení výkonu ze zdravotní indikace. (Kategorie: W).
- revizní lékař zdravotní pojišťovny udělil souhlas k provedení výkonu (Kategorie: Z).

Zdravotní výkony mohou být vykázány pouze tehdy, pokud byly provedeny úplně. Částečně provedené nebo nedokončené výkony zdravotní pojišťovny neuznávají.²⁵²

Vyhláška 472/2009 Sb. navíc upravuje, které výkony lze kombinovat. Uvádí například přehled operačních zásahů, které jsou podmínkou k vykazování výkonů anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny.

2.3.3 Ošetřovací dny a kategorie pacientů

Při hospitalizaci pacienta v nemocnici se ke zdravotním výkonům vykazují i tzv. *ošetřovací dny*.²⁵³ Den přijetí k hospitalizaci a den ukončení hospitalizace přitom společně platí jako jeden ošetřovací den.²⁵⁴ Ošetřovací dny lze kombinovat pouze se zdravotními výkony, které jsou v seznamu výkonů uvedeny s omezením místem H (hospitalizace)²⁵⁵. Náklady na ošetřovací den zahrnují:²⁵⁶

- lékařské vizity
- činnost zdravotnických pracovníků a odborníků z nelékařských oborů (např. psychologů, logopedů či psychoterapeutů)
- administrativní činnost, která ještě není zahrnuta ve zdravotních výkonech
- organizační činnost vedoucích pracovníků
- pohotovostní služba

²⁵⁰ viz vyhláška č. 472/2009 Sb., kapitola 2 bod 4

²⁵¹ viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 2 bod 3

²⁵² viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 2 bod 1 odst. 6

²⁵³ viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 5 bod 1.

²⁵⁴ viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 5 věta třetí

²⁵⁵ viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 5 bod 10

²⁵⁶ viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 5 bod 2

- stravní jednotka
- přímo spotřebovaný zdravotnický materiál a léčivé přípravky
- u resuscitace, intenzivní péče a některých jiných oborů přímo spotřebované léčivé přípravky a zdravotnické jednoúčelové přístroje.

Do ošetrovacích dnů jsou agregovány některé výkony, které lze jinak vykazovat pouze ambulantně. V rámci hospitalizace nelze tyto výkony vykazovat zvlášť, jak je zřejmé z následujícího příkladu:

Obr 5: Příklad vykazování zdravotního výkonu 2

09117 ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DÍTĚTE DO 10 LET			
Odběr krve ze žíly u dítěte mladšího 10 let k diagnostickým účelům.			
Nositel	INDX	Čas (v minutách)	
S2	2	10	
Kategorie:	Q – nelze vykázat s klinickým vyšetřením	ZUM:	ne
OF:	1/1 den	ZULP:	ne
OM:	A – pouze ambulantně – agregován do OD		
body: 35			

Odběr krve musí provádět zdravotní sestra, která může vykonávat činnost bez odborného dohledu (S2). Kvalifikace této zdravotní sestry odpovídá mzdovému indexu 2. K provedení výkonu byl určen čas 10 minut. Výkon může být vykázán pouze, byl-li proveden ambulantně, v případě hospitalizace je výkon hrazen v rámci vykázaného ošetrovacího dne. Výkon může být proveden jednou denně, zvláště účtovaný materiál nebo léčivé přípravky nelze vykázat.

Nemůže-li nemocnice sama poskytnout výkon agregovaný do ošetrovacího dne, protože jí například chybí nutné lékařské a technické vybavení, může být pacient převeden k provedení tohoto výkonu do jiného zdravotnického zařízení. V tomto případě fakturuje zdravotnické zařízení, jež výkon provedlo, tento výkon vysílající nemocnici. Příslušná zdravotní pojišťovna zaplatí vysílající nemocnici tento výkon úhradou za ošetrovací den. Vyhláška č. 472/2009 Sb. v této souvislosti upravuje i průměrnou délku hospitalizace pro jednotlivé obory a možný odklon od tohoto průměru.²⁵⁷ Na tyto údaje se v praxi pohlíží spíše jako na doporučení, protože se délka hospitalizace řídí konkrétní diagnózou a rekonvalescencí pacienta.²⁵⁸

Kategorie pacienta se u všech hospitalizovaných pacientů určuje na každý den hospitalizace a zvyšuje bodovou hodnotu každého ošetrovacího dne.²⁵⁹ Den přijetí k hospitalizaci a den ukončení hospitalizace se hodnotí jako jeden den.²⁶⁰ Následující tabulka nabízí přehled šesti možných kategorií pacienta, příslušný počet bodů za ošetrovací den a kritéria zařazení do kategorií:

²⁵⁷ viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 5 bod 6.1.

²⁵⁸ Telefonická informace Radky Říhové (správce kliniky Nemocnice Ostrov) ze dne 17. srpna 2011

²⁵⁹ K vykazování kategorie pacienta viz vyhláška č. 472/2009 Sb., kapitola 6 bod 1.

²⁶⁰ Pro tento den se vyazuje kategorie pacienta, odpovídající jeho zdravotnímu stavu v první den hospitalizace

Tabulka 2: Kategorie pacienta

kategorie pacienta	body / ošetřovací den	název	kritéria pro zařazení pacienta do kategorií
0	0	pacient na propustce	platí pro každý den, kdy je pacient na propustce
1	0	pacient soběstačný	pacient je nezávislý na ošetřovatelské péči zdravý novorozenec dítě nad 10 let
2	75	pacient částečně soběstačný	pacient je částečně soběstačný, sám se obslouží s dopomocí, je schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku dítě od 6 do 10 let
3	150	pacient vyžadující zvýšený dohled	lucidní pacient, neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžaduje téměř úplnou obsluhu psychicky alterovaný pacient vyžadující zvýšený dohled, případně nutné přechodné omezení pohybu či farmakologické zklidnění dítě od 2 do 6 let
4	225	pacient imobilní	lucidní, zcela imobilní pacient, případně inkontinentní, vyžaduje ošetřovatelskou pomoc při všech úkonech dítě do 2 let věku
5	300	pacient v bezvědomí	pacient je v bezvědomí, případně v deliriózním stavu

Zdroj: Vyhláška č. 472/2009 Sb., Kapitola 6, Bod 1

2.3.4 Režijní náklady

Hodnoty bodu za zdravotní výkony nezahrnují takzvané *režijní náklady* (jedná se o nepřímé náklady nemocnic)²⁶¹ V režii je zahrnuto:²⁶²

- materiál (např. palivo, pohonné hmoty, zdravotnický materiál, léčebné přípravky, potraviny, které nezahrnuje stravní jednotka ošetřovacího dne, materiál pro údržbu, prádlo, osobní ochranné pracovní pomůcky, atd.)
- spotřeba energie (např. elektrická energie, voda, pára, plyn)
- služby (např. opravy a údržba, cestovné zaměstnanců, náklady na reprezentaci, nájem, poštovné, telefonní poplatky, dodavatelské praní prádla, dodavatelský úklid, náklady na vzdělávání, software)
- osobní náklady (např. mzdové náklady, které se nevykazují přes zdravotní výkony, zdravotní a sociální pojištění zaměstnanců)
- daně
- ostatní náklady (např. úroky, nedobytné pohledávky, odpisy)

Režie se v nemocničním sektoru přiřazuje částečně ke zdravotním výkonům²⁶³ a z části k ošetřovacím dnům.²⁶⁴

Režie přiřazená zdravotním výkonům se vypočítá podle následujícího vzorce:

²⁶¹ viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 7

²⁶² viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 7 bod 3

²⁶³ podle vyhlášky 472/2009 Sb. část 2 „Seznam zdravotních výkonů“, v internetu: <http://ftp.aspi.cz/aspi/472-2009.pdf>, náhled dne 16. srpna 2011

²⁶⁴ viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 7 bod 2.

režie = čas výkonu x minutová sazba

Čas každého jednotlivého výkonu udává seznam zdravotním výkonů.²⁶⁵ Minutová režijní sazba je pro každý obor určena vyhláškou č. 472/2009 Sb.,²⁶⁶ a to v bodech za minutu výkonu.²⁶⁷ Počet bodů se podle oboru pohybuje mezi 2,02 a 9,99 bodu za jednu minutu výkonu.²⁶⁸ Nemocnice se mohou se zdravotními pojišťovnami dohodnout i na vyšší minutové režijní sazbě, než jakou uvádí vyhláška, pokud jsou vyšší náklady nezbytné a ekonomicky zdůvodněné. Tato hodnota však nesmí být vyšší než trojnásobek minutové sazby předepsané vyhláškou č. 397/2010 Sb.²⁶⁹ Možné je i snížení této hodnoty. Rozdíl směrem dolů je omezen na nejvíce 30% uvedené hodnoty.²⁷⁰

Minutová režijní sazba se zvyšuje vždy k 1. červenci kalendářního roku²⁷¹ o průměrnou roční míru inflace.²⁷²

Režie přiřazená k ošetrovacím dnům se vypočítá podle následujícího vzorce²⁷³:

režie = počet ošetrovacích dnů x denní sazba

Počet ošetrovacích dnů odpovídá počtu dní, které pacient strávil v nemocnici. Den přijetí k hospitalizaci a den ukončení hospitalizace se i v tomto případě shrnují do jednoho dne. Denní sazba režie (v bodech za ošetrovací den) se sjednává mezi správou nemocnic a zdravotními pojišťovnami pro každou nemocnici individuálně, protože se režijní náklady v závislosti na struktuře zdravotní péče jednotlivých zdravotnických zařízení podstatně liší. Vyhláška č. 397/2010 Sb. uvádí rozmezí, v němž by se měla dohodnutá denní sazba pohybovat, a sice mezi 27,82 a 90,4 bodu.²⁷⁴ Dohodnutá denní sazba platí jednotně pro všechna odborná oddělení nemocnice²⁷⁵ a zvyšuje se každoročně k 1. červenci o průměrnou roční míru inflace.

2.3.5 Regulační poplatky

Také regulační poplatky, zavedené k 1. lednu 2008, patří k finančním zdrojům zdravotnických zařízení. Regulační poplatky jsou přímé platby pacientů, které se vybírají za návštěvu lékaře, za pobyt v nemocnici, za využití pohotovostní služby v nemocnicích a za výdej léků na předpis.

Za návštěvu lékaře se hradí regulační poplatek ve výši 30 Kč.²⁷⁶ Za každý den pobytu v nemocnici nebo v lázeňském zařízení musí pacient zaplatit 60 Kč, přičemž se den přijetí a den ukončení péče počítají jako jeden den.²⁷⁷ Při využití pohotovostní služby nemocnice nebo zdravotnické záchranné služby je třeba uhradit 90 Kč.²⁷⁸

²⁶⁵ podle vyhlášky č. 472/2009 Sb. část 2 „Seznam zdravotních výkonů“, v internetu: <http://ftp.aspi.cz/aspi/472-2009.pdf>, náhled dne 16. srpna 2011

²⁶⁶ Na rok 2011 ve znění vyhlášky č. 397/2010 Sb. změna vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů

²⁶⁷ viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 7 bod 1.

²⁶⁸ viz vyhláška č. 397/2010 Sb. čl. I. bod 6. odst. 1

²⁶⁹ viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 7 bod 1. věta desátá

²⁷⁰ viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 7 bod 1. věta jedenáctá

²⁷¹ viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 7 bod 1. věta devátá

²⁷² Měřeno indexem spotřebitelských cen

²⁷³ viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 7 odst. 2

²⁷⁴ viz vyhláška č. 397/2010 Sb. bod čl. 6.2.1.

²⁷⁵ viz vyhláška č. 472/2009 Sb. kapitola 7 bod 2.1. věta druhá

²⁷⁶ viz § 16a odst. 1 písmena a až d zák. č. 48/1997 Sb.

²⁷⁷ viz § 16a odst. 1 písmeno f zák. č. 48/1997 Sb.

²⁷⁸ viz § 16a odst. 1 písmeno e zák. č. 48/1997 Sb.

Regulační poplatky vybírá zdravotnické zařízení, které péči poskytuje. Jsou přímými příjmy příslušného zdravotnického zařízení a musí být použity na úhradu nákladů spojených s provozem zařízení a jeho modernizací.²⁷⁹

Regulační poplatky se nevybírají, jedná-li se o:²⁸⁰

- preventivní prohlídky a doporučené očkování
- hemodialýzu
- laboratorní a diagnostické vyšetření
- vyšetření při odběru krve, plazmy, kostní dřeně nebo při darování orgánů
- ochranné léčení nařízené soudem
- léčení infekčního onemocnění v rámci karanténních opatření
- děti mladší 18 let a těžce nebo chronicky nemocné děti
- pojištěnce z dětských domovů, zařízení ústavní výchovy a podobných zařízení nebo o pojištěnce v domovech pro osoby se zdravotním postižením
- těhotné ženy.

²⁷⁹ viz § 16a odst. 1 odst. 5 zák. č. 48/1997 Sb.

²⁸⁰ viz § 16a odst. 3 zák. č. 48/1997 Sb.

3 Struktura nemocniční péče v česko-bavorské části Euregia Egrensis

Euregia Egrensis

Obr. 6 znázorňuje geografický přehled nemocnic v česko-bavorské části Euregia Egrensis.

Obr. 6: Geografické rozložení nemocnic v česko-bavorské části Euregia Egrensis



V bavorské části zkoumaného území je 30 nemocnic s celkem 6.235 akutními lůžky.²⁸¹ Šestnáct nemocnic slouží k poskytování základní zdravotní péče obyvatelstvu (tzv. nemocnice poskytující zdravotní péči I. stupně). Strukturou nabízené zdravotní péče splňuje sedm nemocnic prioritní úkoly nad rámec místních potřeb a odpovídá standardu zdravotní péče II. stupně. Pouze *Klinikum Bayreuth GmbH* se svými nemocnicemi *Bayreuth* a *Hohe Warte* splňuje předpoklady zdravotní péče III. stupně. Vedle všeobecných nemocnic jsou v Bavorsku kliniky pro psychická onemocnění - okresní nemocnice Bayreuth, okresní klinika Rehau, soukromá klinika Wirsberg, okresní nemocnice Wöllershof - a specializovaná ortopedická klinika ve Schwandorfu. Tabulka 3 nabízí přehled zdravotní péče, poskytované v jednotlivých nemocnicích. Seznam uvádí vždy pouze počet akutních lůžek. Případná lůžka následné péče či

²⁸¹ Zdroj informací: Nemocniční plán Svobodného státu Bavorsko 2011 (*Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2011*)

rehabilitační lůžka nejsou zohledněna. Počet lůžek a míst odpovídá kapacitě nemocnic k 1. lednu 2011 podle Nemocničního plánu Svobodného státu Bavorsko 2011.

Tabulka 3: Nabídka nemocniční péče v bavorské části Euregia Egrensis

okres/město bez okresní příslušnosti	stupeň zdravotní péče.*	akutní lůžka*	místa*	specializovaná oddělení**	zvláštnosti**
okres Amberg-Sulzbach					
Klinika Sv. Jana (<i>St. Johannes Klinik</i>) Auerbach	I	45	-	INT	akutní geriatricie
Nemocnice sv. Anny (<i>St. Anna Krankenhaus</i>) Sulzbach-Rosenberg	I	165	-	GP, CHIR, INT, ORL	centrum pro léčbu rakoviny prsu
město Amberg					
Nemocnice sv. Marie (<i>Klinikum St. Marien</i>)	II	560	14	PED, GP, HD, CHIR, INT, NEU, NCH, OČ, ORL, ORT, RAD, ÚČOCh, URO	centrum pro léčbu rakoviny prsu, centrum střevních onemocnění, centrum pro léčbu cévních onemocnění, centrum onkologie, oddělení paliativní péče, centrum perinatální péče, centrum léčby rakoviny prostaty, spánková laboratoř, iktová jednotka, regionální traumatologické centrum
okres Bayreuth					
Klinika Sana Pegnitz (<i>Sana Klinik Pegnitz</i>)	I	125	-	GP, CHIR, INT, ORL	-
město Bayreuth					
Okresní nemocnice Bayreuth (<i>Bezirkskrankenhaus Bayreuth</i>)	F	301	30	DDP, NEU, PSO, PSY	denní klinika PSY a PSO pro dospělé
Nemocnice Bayreuth (<i>Klinikum Bayreuth</i>)	III	697	28	PED, DERM, GP, HD, CHIR, INT, KCH, NUK, OČ, ORL, RAD	akutní geriatricie, centrum pro léčbu rakoviny prsu, oddělení paliativní péče, centrum perinatální péče, nadregionální traumatologické centrum
Nemocnice Hohe Warte (<i>Klinikum Hohe Warte</i>)	III	298	10	INT, NEU, NCH, ORT, ÚČOCh, URO	iktová jednotka, centrum paraplegie
okres Hof					
Klinika Münchberg (<i>Klinik Münchberg</i>)	I	230	-	GP, CHIR, INT, ORL, ORT	-
Klinika Naila (<i>Klinik Naila</i>)	I	130	-	GP, CHIR, INT	-
Okresní klinika Rehau (<i>Bezirksklinik Rehau</i>)	F	142	10	PSO, PSY	denní klinika PSY a PSO pro dospělé
město Hof					
Nemocnice Sana Hof (<i>Sana Klinikum Hof</i>)	II	473	10	PED, GP, HD, CHIR, INT, NEU, NUK, OČ, ORL, RAD, ÚČOCh, URO	intenzivní neonatologická péče, denní klinika pro léčbu bolesti, regionální traumatologické centrum
okres Kronach					
Frankenwaldklinik Kronach	I	282	-	GP, CHIR, INT, ORL	-

okres/město bez okresní příslušnosti	stupeň zdravotní péče.*	akutní lůžka*	místa*	specializovaná oddělení**	zvláštnosti**
okres Kulmbach					
Nemocnice Kulmbach (Klinikum Kulmbach)	II	420	6	GP, HD, CHIR, INT, NEU, NCH, NUK, OČ, ORL, ORT, URO	centrum pro léčbu rakoviny prsu, oddělení paliativní péče, spánková laboratoř, iktová jednotka, regionální traumatologické centrum
Soukromá klinika Wirsberg (Privatklinik Wirsberg)	F	50	-	PSY	-
Specializovaná klinika Stadtsteinach (Fachklinik Stadtsteinach)	II	25	-	INT	-
okres Neustadt					
Nemocnice Neustadt a.d.Waldnaab (Krankenhaus Neustadt a. d. Waldnaab)	I	100	-	CHIR, INT, NCH, ORT	oddělení paliativní péče
Okresní nemocnice Wöllershof (Bezirkskrankenhaus Wöllershof) Störnstein	F	165	10	PSO, PSY	spánková laboratoř
Nemocnice Eschenbach (Krankenhaus Eschenbach)	I	80	-	GYN, CHIR, INT	-
Nemocnice Vohenstrauß (Krankenhaus Vohenstrauß)	I	45	-	CHIR, INT	-
okres Schwandorf					
Asklépiova klinika (Asklepios Klinik) Burglengenfeld	I	157	-	GP, CHIR, INT, ORL	-
Asklépiova klinika (Asklepios Klinik) Nabburg	I	30	-	INT	-
Asklépiova klinika (Asklepios Klinik) Oberviechtach	I	70	-	GP, CHIR, INT, ORL	-
Asklépiova ortopedická klinika Lindenlohe (Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe) Schwandorf	F	110	-	ORT	-
Nemocnice sv. Barbory (St. Barbara Krankenhaus) Schwandorf	I	230	-	GP, CHIR, INT, OČ, ORL, ORT, URO	centrum pro léčbu rakoviny prsu, lokální traumatologické centrum
okres Tirschenreuth					
Nemocnice Kemnath (Krankenhaus Kemnath)	I	100	-	GYN, CHIR, INT, ORT	-
Nemocnice Tirschenreuth (Krankenhaus Tirschenreuth)	I	165	-	GP, CHIR, INT, NEU, ORL, URO	nefrologické centrum
Nemocnice Waldsassen (Krankenhaus Waldsassen)	I	45	-	GYN, CHIR, INT, ORT	-
město Weiden					
Nemocnice Weiden (Klinikum Weiden)	II	575	20	PED, GP, HD, CHIR, INT, NEU, NCH, NUK, OČ, ORL, ORT, RAD, ÚČOCh, URO	centrum pro léčbu rakoviny prsu, centrum střežných onemocnění, centrum perinatální péče, centrum léčby rakoviny prostaty, PSO se specializací PED, denní klinika pro léčbu bolesti, iktová jednotka, regionální traumatologické centrum

okres/město bez okresní příslušnosti	stupeň zdravotní péče.*	akutní lůžka*	místa*	specializovaná oddělení**	zvláštnosti**
okres Wunsiedel					
Nemocnice Smrčiny (Klinikum Fichtelgebirge) Marktredwitz	II	275	-	GP, CHIR, INT, NUK, ORL, URO	centrum pro léčbu rakoviny prsu, centrum léčby rakoviny prostaty, lokální traumatologické centrum
Nemocnice Smrčiny (Klinikum Fichtelgebirge) Selb	II	145	-	CHIR, INT, ORT	-

*Zdroj: Nemocniční plán Bavorsko 2011

** Zdroj: Nemocniční plán Bavorsko 2011/ Informace nemocnic / internetové stránky nemocnic

PED=dětské a dorostové lékařství, DDP=dětská a dorostová psychiatrie a psychoterapie, DERM=kožní a pohlavní choroby, GP=gynekologie a porodnictví, GYN=gynekologie (bez porodnictví), HD=hemodialýza, CHIR=chirurgie, INT=interní medicína, KCH=kardiochirurgie, NEU=neurologie, NCH=neurochirurgie, NUK=nukleární medicína (terapie), OČ=oční, ORL=ušní, nosní, krční, ORT=ortopedie, PSO=psychosomatická medicína a psychoterapie, PSY=psychiatrie a psychoterapie, RAD=radioterapie, ÚČOCh=ústní, čelistní a obličejová chirurgie, URO=urologie

Následující nemocnice ve zkoumané oblasti mají denní kliniky: Okresní nemocnice Bayreuth (denní klinika pro dospělé), Okresní klinika Rehau (denní klinika pro dospělé), Nemocnice Sana Hof (denní klinika pro léčbu bolesti), Nemocnice Weiden (denní klinika pro léčbu bolesti). Psychiatrická denní klinika se nachází ve městě Weiden.

V bavorské části zkoumané oblasti jsou čtyři oddělení paliativní péče (Nemocnice sv. Marie Amberg, Nemocnice Bayreuth, Nemocnice Kulmbach, Nemocnice Neustadt). V nemocničním plánu byla konstatována potřeba dalšího oddělení paliativní péče se šesti lůžky při Nemocnici Sana Hof. Toto oddělení bylo otevřeno v létě tohoto roku.

Nemocnice Hohe Warte, Kulmbach, Weiden a Nemocnice sv. Marie provozují po jedné iktové jednotce. Nemocnice sv. Marie má navíc k dispozici interdisciplinární centrum pro léčbu střečních onemocnění, centrum pro léčbu cévních onemocnění, centrum onkologie a centrum léčby rakoviny prostaty.

Další centra pro léčbu rakoviny prostaty jsou v nemocnicích Weiden a Marktredwitz. Další centrum pro léčbu střečních onemocnění se nachází v nemocnici Weiden. V rámci center pro léčbu rakoviny prsu nabízí sedm nemocnic speciální strukturované léčebné programy pro pacientky postižené karcinomem prsu. V regionu jsou tři centra perinatální péče (Nemocnice sv. Marie, nemocnice Bayreuth, nemocnice Weiden) a oddělení intenzivní neonatologické péče v nemocnici Sana Klinikum Hof. Oddělení akutní geriatric se nachází v nemocnici Sv. Jana v Auerbachu a v nemocnici Bayreuth. Jediné nefrologické centrum regionu provozuje nemocnice Tirschenreuth. V nemocnici Hohe Warte se nachází centrum paraplegie.

Region dále nabízí četná traumatologická centra k léčbě těžkých poranění:²⁸² Jsou to nadregionální traumatologické centrum v nemocnici Bayreuth, regionální traumatologická centra v nemocnicích Amberg, Hof, Kulmbach a Weiden a lokální traumatologická centra ve městech Marktredwitz a Schwandorf.

Tabulka 4 nabízí přehled zdravotní péče nemocnic v české části Euregia Egrensis. I v tomto případě byly zohledněny pouze počty akutních lůžek. Lůžka následné či rehabilitační péče nebyla do přehledu zařazena. Údaje v této tabulce se zakládají

²⁸² Traumatologická centra jsou certifikovaná Německou společností úrazové chirurgie (*Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie - DGU*) a členy v síti *TraumaNetzwerk* společnosti DGU.

na informacích poskytnutých nemocnicemi. Informace o Karlovarské krajské nemocnici byly převzaty z internetových stránek nemocnice.

Tabulka 4: Nabídka nemocniční péče v české části Euregia Egrensis

kraj / okres	počet lůžek	specializovaná oddělení	zvláštnosti
Karlovarský kraj			
okres Cheb			
Nemocnice Cheb*	278	PED, GP, CHIR, INT, ORL	-
Nemocnice Mariánské Lázně*	87	CHIR, INT, URO	-
okres Karlovy Vary			
Karlovarská krajská nemocnice**	542	PED, DERM, GP, HD, CHIR, INT, NEU, NUK, ORL, ORT, URO	infekční oddělení, plicní oddělení, centrum cestovní medicíny
Nemocnice Ostrov, NEMOS PLUS s.r.o.*	241	PED, GP, CHIR, INT, PSY	DIP, DIOP, denní klinika ortopedie
okres Sokolov			
Nemocnice Sokolov*	294	PED, DERM, GP, CHIR, INT, NEU, NUK, OČ, ORT	iktové centrum

* Zdroj: informace poskytnuté nemocnicemi

** Zdroj: internetové stránky nemocnice

PED=dětské a dorostové lékařství, DERM=kožní a pohlavní choroby, GP=gynekologie a porodnictví, HD= hemodialýza, CHIR=chirurgie, INT=interní medicína, NEU=neurologie, NUK=nukleární medicína (terapie), OČ=oční, ORL=ušní, nosní, krční, ORT=ortopedie, PSY=psychiatrie a psychoterapie, URO=urologie

V české části zkoumané oblasti je pět nemocnic s celkem 1.442 akutními lůžky. Všechny nemocnice se nachází v Karlovarském kraji. Karlovarská krajská nemocnice má k dispozici daleko největší kapacitu a nabízí také nejširší spektrum zdravotní péče. V Karlových Varech je kromě výše uvedených specializovaných oddělení také infekční a plicní oddělení a centrum cestovní medicíny. V Ostrově je oddělení dlouhodobé intenzivní péče s 50 lůžky a denní klinika ortopedie. Nemocnice Sokolov má iktové centrum, specializované na léčbu akutních cévních mozkových příhod. V nemocnici Cheb je běžně k dispozici 278 akutních lůžek. Z důvodu rekonstrukce nemůže být momentálně využito 24 lůžek na chirurgickém oddělení, 18 lůžek interního oddělení a 3 lůžka na oddělení ORL.

Tabulka 5 udává hustotu sítě nemocnic na bavorské straně Euregia.

Tabulka 5: Hustota sítě nemocnic (počet akutních lůžek na 1 tisíc obyvatel) v bavorských okresech a městech bez okresní příslušnosti, která leží v oblasti Euregia Egrensis

okres / město bez okresní příslušnosti	počet nemocnic	počet lůžek*	počet obyvatel**	počet lůžek na 1.000 obyvatel***
okres Amberg-Sulzbach	2	210	105.727	1,99
město Amberg	1	560	43.715	12,81
okres Bayreuth	1	125	106.488	1,17
město Bayreuth	3	1.296	72.576	17,86
okres Hof	3	502	101.252	4,96
město Hof	1	473	46.779	10,11
okres Kronach	1	282	70.941	3,98
okres Kulmbach	3	495	74.967	6,6
okres Neustadt	4	390	97.791	3,99
okres Schwandorf	5	597	142.979	4,18
okres Tirschenreuth	3	310	75.337	4,11
město Weiden	1	575	42.058	13,67
okres Wunsiedel	2	420	77.486	5,42
bavorská část Euregia Egrensis	30	6.235	1.058.096	5,89

* Zdroj: Nemocniční plán Bavorsko 2011

** Zdroj: Bavorský zemský úřad pro statistiku a zpracování dat (*Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung*) (stav ke dni 21. prosince 2009)

*** Vlastní výpočty

Města bez okresní příslušnosti Amberg, Bayreuth, Hof a Weiden vykazují s více než 10 akutními lůžky na 1 tisíc obyvatel největší hustotu akutní nemocniční péče. Okresy Amberg-Sulzbach und Bayreuth mají oproti tomu daleko nejnižší kapacitu na obyvatele. Hustota pokrytí každého z těchto okresů leží jasně pod bavorským průměrem 5,89²⁸³ lůžek na 1 tisíc obyvatel. V případě nemocnic v Ambergu a Bayreuthu se však jedná o kliniky II. a III. stupně zdravotní péče. Obě tedy plní prioritní úkoly přesahující rámec místních potřeb a mají proto větší spádové oblasti než nemocnice poskytující základní zdravotní péči. Obě nemocnice poskytují diferencovanou nabídku zdravotní péče jak pro občany měst bez okresní příslušnosti, tak i pro občany okolních okresů. Shrňme-li za účelem znázornění pokrytí nemocničního sektoru měst bez okresní příslušnosti s okolními okresy, vznikne zcela jiný obraz. Město Amberg a okolní okres Amberg-Sulzbach společně dosáhnou hustoty 5,15 akutních lůžek na 1 tisíc obyvatel. Hustota pokrytí v oblasti města a okresu Bayreuth činí 7,94 akutních lůžek 1 na tisíc obyvatel. Tabulka 6 znázorňuje hustotu pokrytí v českých okresech Euregia Egrensis.

²⁸³ Vlastní výpočty, zdroj údajů o počtu lůžek v Bavorsku: Nemocniční plán Bavorsko (*Krankenhausplan Bayern 2011*) ke dni 1. lednu 2011, zdroj údajů o počtu obyvatel: Statistický zemský úřad Bavorsko (*Statistisches Landesamt Bayern*) ke dni 31. prosince 2010

Tabulka 6: Hustota sítě nemocnic (počet akutních lůžek na 1 tisíc obyvatel) v českých okresech Euregia Egrensis

Okres	počet nemocnic	počet akutních lůžek*	počet obyvatel**	počet lůžek na 1.000 obyvatel ***
Cheb	2	365	95.312	3,83
Karlovy Vary	2	783	119.138	6,57
Sokolov	1	294	92.732	3,17
Tachov	-	-	53.336	-
česká část Euregia Egrensis	5	1.442	360.518	4,00

* Zdroj: Informace poskytnuté nemocnicemi

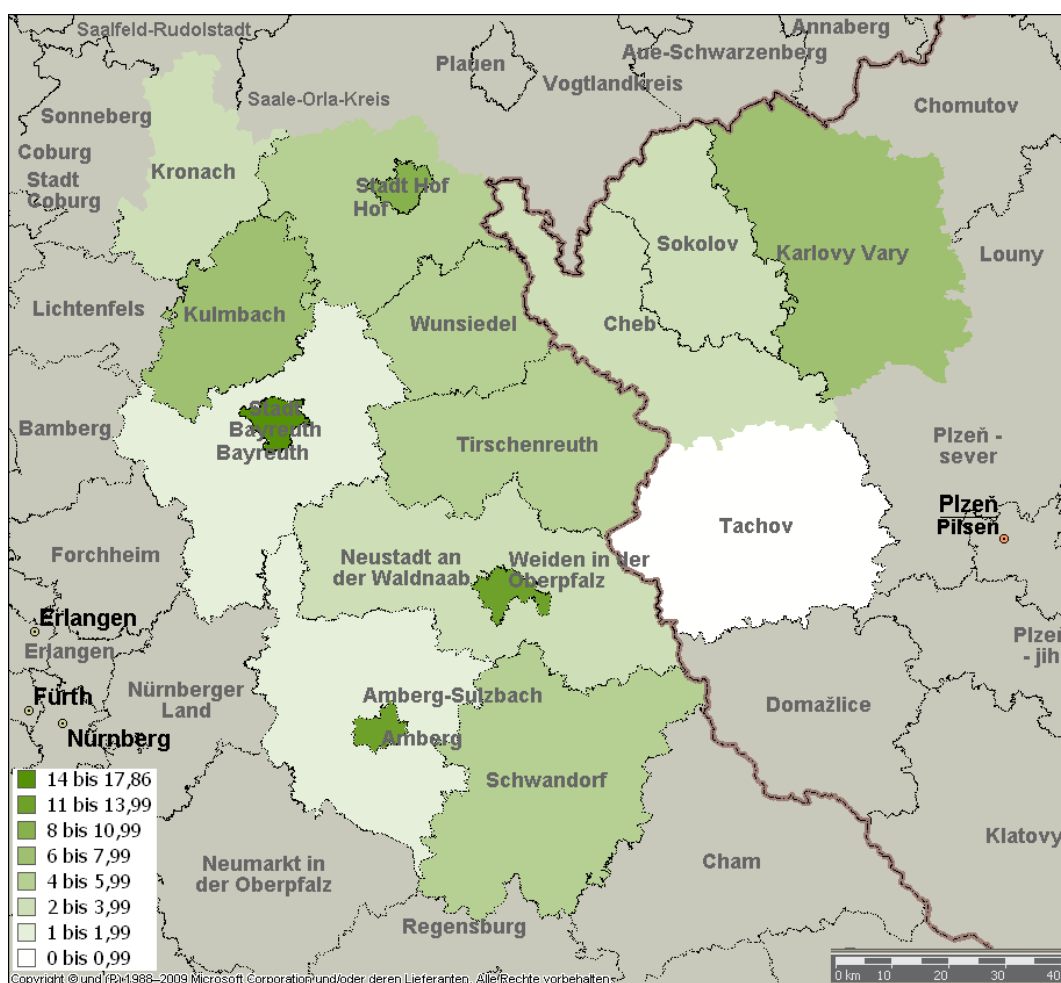
** Zdroj: Český statistický úřad (stav ke dni 31.03.2011)

*** Vlastní výpočty

Se čtyřmi lůžky na 1 tisíc obyvatel je hustota pokrytí nižší než v bavorské části s hodnotou 5,89. V okrese Tachov nemocnice není. Nejvyšší hustotu pokrytí s hodnotou 6,57 lůžek na 1 tisíc obyvatel vykazují okresy Karlovy Vary.

Obr. 7 znázorňuje hustotu pokrytí lůžkové péče v česko-bavorské příhraniční oblasti Euregia ještě jednou graficky.

Obr. 7: Hustota pokrytí lůžkové péče (počet akutních lůžek na 1 tisíc obyvatel) v oblasti Euregio Egrensis



Následující tabulky nabízí přehled velkých lékařských přístrojů v jednotlivých nemocnicích.

Při sestavování tohoto přehledu byli autoři studie odkázáni na podporu nemocnic. První dopis s prosbou o seznam velkých zobrazovacích přístrojů dané nemocnice byl rozeslán dne 3. března 2011.²⁸⁴ Ani přes opakované prosby (telefonicky a prostřednictvím e-mailu) na adresu odpovědných osob v nemocnicích neobdrželi autoři studie potřebné informace ode všech nemocnic. Zařazení velkých přístrojů těchto zdravotnických zařízení nakonec nebylo možné a v tabulce je označeno zkratkou „ch.ú“ (chybějící údaj). Tři nemocnice daly zřetelně najevo, že nemají na spolupráci zájem (Klinika Sana Pegnitz, okresní nemocnice Bayreuth, Karlovarská krajská nemocnice). U těchto zařízení je dále uvedeno „chybějící údaje z důvodu nezájmu o spolupráci“.

V seznamu nemocnic jsou uvedeny pouze přístroje, které jsou majetkem dané nemocnice. Tak je u některých klinik uvedena poznámka „žádné velké přístroje“, i když tyto nemocnice odpovídající vyšetření provádějí, nicméně ne na vlastních přístrojích.

Toto se týká např. nemocnic ve městech Marktredwitz a Kulmbach. Nemocnice Marktredwitz využívá angiolinku (Typ: Artis zee ceiling / výrobce: Siemens AG / rok výroby 2011), jejímž provozovatelem je nemocnice Bayreuth. Vyšetření provádí primář kliniky kardiologie při nemocnici Bayreuth, Prof. Dr. Martin Höher, přípravu a péči o pacienta po vyšetření přebírá personál nemocnice Marktredwitz. Angiolinka toho času slouží pouze pacientům nemocnice Marktredwitz.²⁸⁵

Nemocnice Bayreuth provozuje v nemocnici Kulmbach centrum lékařské péče pro radioterapii (*Medizinisches Versorgungszentrum für Strahlentherapie*) a poskytuje tam zdravotní péči nejen ambulantním pacientům, ale i hospitalizovaným pacientům nemocnice. V centru lékařské péče je v provozu lineární urychlovač (typ: Synergie S / výrobce: Elektra / rok výroby 2010).²⁸⁶

Také *Kliniken Nordoberpfalz AG* spolupracují s radiologickým a nukleárním centrem Weiden (*RNZ Weiden*). Jak v nemocnici Weiden, tak i v nemocnicích Tirschenreuth, Waldsassen, Eschenbach a Kemnath jsou velké přístroje, které patří *RNZ*.²⁸⁷ Velké přístroje jsou majetkem *RNZ*, vyšetření na nich provádí personál té které nemocnice, avšak diagnózu, posudky, atd. opět vystavuje *RNZ Weiden*.

RNZ Weiden nespolupracuje jen s nemocnicemi společnosti *Kliniken Nordoberpfalz AG*. Také při Asklépiově klinice v Oberviechtachu je umístěn jeden CT přístroj (typ: Somatom Emotion 6 / výrobce: Siemens AG) z majetku *RNZ*.

²⁸⁴ Poptávka s prosbou o seznam velkých zobrazovacích přístrojů neobsahovala konkrétní definici termínu „velké zobrazovací přístroje“. V tabulkách jsou uvedeny přesné odpovědi nemocnic.

²⁸⁵ Informaci o spolupráci mezi klinikou Bayreuth a nemocnicí Marktredwitz poskytla Maren Schulzová (administrativní vedení kliniky Bayreuth GmbH) dne 26. července 2011

²⁸⁶ Informaci o spolupráci mezi klinikou Bayreuth a klinikou Kulmbach poskytla Maren Schulzová (administrativní vedení kliniky Bayreuth GmbH) dne 26. července 2011

²⁸⁷ viz. http://www.vrnz.de/vrnz/vrnz-mitglieder/14_rnz-weiden.php (náhled dne 31. srpna 2011)

Tabulka 7: Velké lékařské přístroje v bavorské části Euregia Egrensis

okres/město bez okresní příslušnosti	druh přístroje	typ přístroje	výrobce	rok výroby
okres Amberg-Sulzbach				
Klinika Sv. Jana <i>St. Johannes Klinik</i> (Auerbach) / Nemocnice sv. Anny <i>St. Anna Krankenhaus</i> (Sulzbach-Rosenberg)*	CT	Aquilion 16	Toshiba	2004
	různé rentgenové přístroje	ch.ú.	Siemens / Ciehm	ch.ú.
	různé ultrazvukové přístroje	ch.ú.	Siemens / Toshiba / GE	ch.ú.
město Amberg				
Nemocnice sv. Marie <i>Klinikum St. Marien</i>	ch.ú.			
okres Bayreuth				
Klinika Sana <i>Sana Klinik Pegnitz</i>	chybějící údaje z důvodu nezájmu o spolupráci			
město Bayreuth				
Okresní nemocnice <i>Bezirkskrankenhaus</i> Bayreuth	chybějící údaje z důvodu nezájmu o spolupráci			
nemocnice Bayreuth <i>Klinikum Bayreuth</i>	CT	Somatom Emotion	Siemens AG	2004
	CT	Brilliance iCT 256	Philips GmbH	2008
	PET/CT	GEMINI Dual	Philips GmbH	2003
	CT	Brilliance 16	Philips GmbH	2009
	angiolinka dvojrovinná	POLYDOROS IS CF	Siemens AG	1997
	angiolinka jednorovinná	Axiom Artis dTC	Siemens AG	2005
	angiolinka jednorovinná	Artis zee ceiling	Siemens AG	2011
	lineární urychlovač	Synergie S	Elekta Onkologische Systeme	2009
	lineární urychlovač	Synergie S	Elekta Onkologische Systeme	2009
	rentgenové zařízení	POLYSTAR TOP	Siemens AG	1997
	rentgenové zařízení	Polydoros LX50 LIT	Siemens AG	1998
	rentgenové zařízení (OPG na snímky čelistí)	Orthopantomograph 10E	Siemens AG	1984
	rentgenové zařízení	POLYSTAR TOP	Siemens AG	1997
	rentgenové zařízení	SIREGRAPH CF	Siemens AG	1997
	rentgenové zařízení	AXIOM Vertex MD Trauma	Siemens AG	2006
	rentgenové zařízení	Multix TOP ACSS	Siemens AG	2009
	rentgenové zařízení	Axiom Aristos VX Plus	Siemens AG	2009
	rentgenové zařízení (mamograf)	Mammomat Inspiration	Siemens AG	2010
rentgenové zařízení	Mammotest Plus/S	Fischer Imaging Europe S.A.	2002	
Nemocnice Hohe Warte <i>Klinikum Hohe Warte</i>	CT	Brilliance 16	Philips GmbH	2008
	přístroj magnetické rezonance	MAGNETOM	Siemens AG	1993
	rentgenové zařízení	Uroskop D3	Siemens AG	1999
	rentgenové zařízení (angiografické zařízení)	Integris Allura	Philips GmbH	2001
	rentgenové zařízení	Siregraph D3	Siemens AG	1997
	rentgenové zařízení	Multix TOP ACSS	Siemens AG	2008

okres/město bez okresní příslušnosti	druh přístroje	typ přístroje	výrobce	rok výroby
okres Hof				
Klinika Münchberg <i>Klinik Münchberg</i>		ch.ú.		
Klinika Naila <i>Klinik Naila</i>		ch.ú.		
Okresní klinika Rehau <i>Bezirksklinik Rehau</i>		ch.ú.		
město Hof				
Nemocnice Sana Hof <i>Sana Klinikum Hof</i>		ch.ú.		
okres Kronach				
Frankenwaldklinik Kronach		ch.ú.		
okres Kulmbach				
Nemocnice Kulmbach <i>Klinikum Kulmbach</i>		ch.ú.		
Soukromá klinika Wirsberg <i>Privatklinik Wirsberg</i>		žádné velké přístroje		
Specializovaná klinika Stadtsteinach <i>Fachklinik Stadtsteinach</i>		ch.ú.		
okres Neustadt				
Nemocnice Neustadt a. d. Waldnaab <i>Krankenhaus Neustadt a. d. Waldnaab</i>		žádné velké přístroje		
Okresní nemocnice Wöllershof <i>Bezirkskrankenhaus Wöllershof (Störnstein)</i>		žádné velké přístroje		
Nemocnice Eschenbach <i>Krankenhaus Eschenbach</i>		žádné velké přístroje		
Nemocnice Vohenstrauß <i>Krankenhaus Vohenstrauß</i>		žádné velké přístroje		
okres Schwandorf				
Asklépiova klinika <i>Asklepios Klinik Burglengenfeld</i>	CT	Somatom Emotion 6	Siemens AG	2002
Asklépiova klinika <i>Asklepios Klinik Nabburg</i>	angiolinka	Innova 2100-IQ	GE Healthcare	2011
Asklépiova klinika <i>Asklepios Klinik Oberviechtach</i>		žádné velké přístroje		
Asklépiova ortopedická klinika Lindenlohe <i>Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe (Schwandorf)</i>	navigační systém	VectorVision Sky	BrainLAB	2008
	přístroj magnetické rezonance	Magnetom Espree	Siemens AG	2008
Nemocnice sv. Barbory St. Barbara Krankenhaus (Schwandorf)	ch.ú.			
okres Tirschenreuth				
Nemocnice Kemnath <i>Krankenhaus Kemnath</i>		žádné velké přístroje		
Nemocnice Tirschenreuth <i>Krankenhaus Tirschenreuth</i>		žádné velké přístroje		
Nemocnice Waldsassen <i>Krankenhaus Waldsassen</i>		žádné velké přístroje		
město Weiden				
Nemocnice Weiden <i>Klinikum Weiden</i>	CT	Somatom Sensation 64 / Cardiac 64	Siemens AG	2006
	CT	Somatom Sensation Open	Siemens AG	2008

okres/město bez okresní příslušnosti	druh přístroje	typ přístroje	výrobce	rok výroby
	PET-CT	Gemini TF	Philips GmbH	2009
	přístroj magnetické rezonance	Magnetom Avanto	Siemens AG	2008
	lineární urychlovač	Synergy	Elekta GmbH	2009
	lineární urychlovač	Synergy	Elekta GmbH	2010
okres Wunsiedel				
Nemocnice Smrčiny Klinikum Fichtelgebirge Marktredwitz	CT	ch.ú.	ch.ú.	ch.ú.
	litotryptor	ch.ú.	ch.ú.	ch.ú.
	angiograf DSA	ch.ú.	ch.ú.	ch.ú.
	Dopplerovský ultrazvuk	ch.ú.	ch.ú.	ch.ú.
Nemocnice Smrčiny Klinikum Fichtelgebirge Selb	CT	ch.ú.	ch.ú.	ch.ú.

* chybí údaj o tom, ve které z obou nemocnic jsou ty které přístroje k dispozici

Zdroj: informace poskytnuté nemocnicemi

Tabulka 8: Velké lékařské přístroje v české části Euregia Egrensis

kraj / okres	druh přístroje	typ přístroje	výrobce	rok výroby
Karlovarský kraj				
okres Cheb				
Nemocnice Cheb	lineární urychlovač	Primus	Siemens	2003
	CT	Emotion Duo	Siemens	2003
Nemocnice Mariánské Lázně	CT	Brightspeed 16	GE	2010
	ultrazvukový přístroj	SSD 4000dle	Aloka	2005
	rentgenové zařízení	Duodiagnost classic	Philips	2002
okres Karlovy Vary				
Karlovarská krajská nemocnice	chybějící údaje z důvodu nezájmu o spolupráci			
Nemocnice Ostrov, NEMOS PLUS s.r.o.	CT	Aquilion 16 (TSX-101A)	Toshiba	2008
	rentgenové zařízení	Q-RAD CS-2	Quantum	2008
okres Sokolov				
Nemocnice Sokolov	CT	Somatom Emotion 16	Siemens	2008
	přístroj magnetické rezonance	Magnetom Concerto	Siemens	2003/ 2004
	rentgenové zařízení	Multix Top	Siemens	1999
	rentgenové zařízení (mamograf)	Mammograph Planmed Sophie Classic	AURA medical	2005
	rentgenové zařízení (angiograf)	Polystar TOP	Siemens	1999

Zdroj: informace poskytnuté nemocnicemi

4 Pracovníprávní předpoklady k výkonu povolání v sousední zemi

Pro přeshraniční spolupráci nemocnic má význam především skutečnost, že kvalifikace lékařů činných v České republice a v Německu splňuje minimální požadavky na kvalifikaci v sousední zemi. Předložené doklady o dosažené kvalifikaci tak musí být v obou zemích uznávány.

Přitom je relevantní jednak národní právní úprava obou zemí a také *směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 7. září 2005 o uznávání odborných kvalifikací*. Směrnice 2005/36/ES platí pro všechny občany členských států EU a občany států EHP²⁸⁸ (dále se všechny pro zjednodušení označují jako členské státy), kteří chtějí vykonávat regulované povolání v jiném členském státě, než ve kterém získali svoji odbornou kvalifikaci, buď jako osoba samostatně výdělečná, nebo jako zaměstnanec.²⁸⁹

Směrnice stanoví pravidla, podle nichž členské státy musí uznávat odbornou kvalifikaci k regulovanému povolání nabytou v jiných členských státech. Držitelům této kvalifikace je tím umožněn výkon jejich povolání i na výsostném území sousedního státu.

Podle této směrnice je povolání regulováno, pokud je přístup k němu nebo jeho výkon na základě právních a správních předpisů vyhrazen držitelům určité odborné kvalifikace.²⁹⁰ V souladu s ustanovením směrnice měly státy do 20. října 2007 uvést v platnost odpovídající právní a správní předpisy.²⁹¹

Směrnice 2005/36/ES obsahuje pravidla automatického uznávání odborné kvalifikace určitých profesních skupin v rámci svobody usazování (lékaři, zdravotní sestry a ošetřovatelé odpovědní za všeobecnou péči, zubní lékaři, veterinární lékaři, porodní asistentky, farmaceuti, architekti). Základem automatického uznávání je koordinace minimálních požadavků na vzdělání. V oblasti své působnosti směrnice jednotně určuje minimální požadavky na základní lékařskou odbornou přípravu, specializovanou lékařskou odbornou přípravu a zvláštní odbornou přípravu ve všeobecném lékařství.²⁹² Doklady o dosažené kvalifikaci, které byly vystavené v členských státech a odpovídají těmto minimálním požadavkům, jsou uvedeny v příloze V (č. 5.1.1 pro základní lékařskou odbornou přípravu, č. 5.1.2. a č. 5.1.3. pro specializovanou lékařskou odbornou přípravu, č. 5.1.4. pro zvláštní odbornou přípravu ve všeobecném lékařství).

Vlastní-li státní příslušník členského státu doklad o dosažené kvalifikaci,

- který byl vydán jiným členským státem a je uvedený v seznamu přílohy V v bodě 5.1.1., 5.1.2. nebo 5.1.4., každý členský stát tento doklad o dosažené kvalifikaci uzná a umožní jeho držiteli vykonávat příslušnou odbornou činnost lékaře s odbornou způsobilostí, lékaře se specializací, resp. všeobecného lékaře.²⁹³
- který byl vydán jiným členským státem a umožňuje přístup k výkonu povolání lékaře se základní odbornou způsobilostí nebo lékaře se specializací.

²⁸⁸ Kromě členských států EU jsou to Lichtenštejnsko, Norsko a Island.

²⁸⁹ viz čl. 2 odst. 1 směrnice 2005/36/ES

²⁹⁰ viz čl. 3 odst. 1 písmeno a směrnice 2005/36/ES

²⁹¹ viz čl. 63 věta první směrnice 2005/36/ES

²⁹² viz čl. 24, 25 a 28 směrnice 2005/36/ES

²⁹³ viz čl. 21 odst. 1 pododst. 1 a čl. 21 odst. 2 pododst. 1 směrnice 2005/36/ES

V případech, kdy tyto doklady nevyhovují všem požadavkům na odbornou přípravu uvedeným ve člancích 24 a 25 směrnice 2005/36/ES, budou uznány každým členským státem, dokazují-li úspěšné ukončení odborné přípravy, zahájené před referenčními dny stanovenými v příloze V bod 5.1.1. nebo 5.1.2.²⁹⁴ Aby tyto doklady o dosažené kvalifikaci mohly být uznány, musí k nim být přiloženo potvrzení osvědčující, že žadatel skutečně vykonával činnost po dobu nejméně tří po sobě následujících let v průběhu pěti let předcházejících dni vydání potvrzení.²⁹⁵

- který byl vydán jiným členským státem, neodpovídá však označením uvedeným v příloze V bod 5.1.1., 5.1.2., 5.1.3. nebo 5.1.4. Odborná kvalifikace musí být i v tomto případě uznána, pokud je doklad doplněn osvědčením potvrzujícím, že dokládá úspěšné ukončení kvalifikace, která odpovídá požadavkům podle článků směrnice č. 24 (základní lékařskou odbornou přípravu), 25 (specializovanou lékařskou odbornou přípravu) a 28 (zvláštní odbornou přípravu ve všeobecném lékařství).²⁹⁶

Článek 53 směrnice 2005/36/ES výslovně poukazuje na to, že žadatelé o uznání kvalifikace musí mít jazykové znalosti, které jsou nezbytné k výkonu povolání v hostitelském členském státě.

4.1 Uznávání zahraniční kvalifikace lékařů v Německu

Pokud chce lékař vykonávat odbornou činnost v Německu soustavně, potřebuje kromě dokladů o dosažené kvalifikaci státní povolení k výkonu povolání lékaře, tzv. *aprobaci*²⁹⁷ (*Approbation*).²⁹⁸ Dočasný nebo na určité činnosti omezený výkon lékařského povolání je v Německu možný i na základě povolení k přechodnému výkonu povolání.²⁹⁹ Toto povolení se však neuděluje státním příslušníkům členských států, kteří získali lékařskou kvalifikaci v jiném členském státě, a proto mu dále nebudeme věnovat pozornost.³⁰⁰ Lékaři, kteří jsou státními příslušníky jiného členského státu, mohou v Německu provozovat lékařské povolání bez aprobace nebo povolení k výkonu povolání, pokud svou činnost vykonávají pouze dočasně a příležitostně jako poskytovatelé služeb ve smyslu čl. 50 smlouvy ES.³⁰¹

Oproti tomu lékaři, kteří chtějí v Německu vykonávat lékařské povolání soustavně, musí mít aprobaci lékaře.³⁰² Aprobace se uděluje nejen německým státním příslušníkům, ale mimo jiné také státním příslušníkům členských států, pokud

- mohou prokázat zdravotní způsobilost k výkonu povolání,
- se neprovinili jednáním, z něhož vyplývá nespolehlivost pro výkon povolání,

²⁹⁴ viz čl. 23 odst. 1 směrnice 2005/36/ES

²⁹⁵ viz čl. 23 odst. 1 směrnice 2005/36/ES

²⁹⁶ viz čl. 23 odst. 6 směrnice 2005/36/ES

²⁹⁷ Pozn. překl.: to platí pro všechny žadatele o výkon lékařského povolání v SRN, ať už v samostatném nebo závislém postavení a jak pro působení v ordinaci, tak v nemocnici

²⁹⁸ viz § 2 odst. 1 a 2 spolkového nařízení o výkonu povolání lékaře (*Bundesärzteordnung, dále jen BÄO*) ve znění vyhlášky ze dne 16. dubna 1987 (BGBl. I S. 1218), poslední aktualizace článkem 5 zákona ze dne 24. července 2010 (BGBl. I S. 983).

²⁹⁹ viz § 2 odst. 2 spolkového nařízení o výkonu povolání lékaře (*BÄO*)

³⁰⁰ viz § 10 odst. 1 věta druhá spolkového nařízení o výkonu povolání lékaře (*BÄO*)

³⁰¹ viz § 2 odst. 3 spolkového nařízení o výkonu povolání lékaře (*BÄO*)

³⁰² viz § 2 odst. 1 spolkového nařízení o výkonu povolání lékaře (*BÄO*)

- mají znalosti německého jazyka v rozsahu nutném pro výkon povolání a
- úspěšně ukončili lékařskou kvalifikaci v Německu.³⁰³

Všechny doklady o dosažené lékařské kvalifikaci z jiných členských států, které jsou uvedeny v příloze Spolkového nařízení o výkonu povolání lékaře (*Bundesärzteordnung - BÄO*) a byly vystaveny podle příslušných referenčních dnů, mají podle § 3 odst. 1 věta druhá a třetí tohoto nařízení stejnou platnost jako *Osvědčení o zkoušce z lékařství (Zeugnis über die ärztliche Prüfung)*³⁰⁴ získané v Německu.³⁰⁵ Pokud je státní příslušník členského státu držitelem *Diplomu o ukončení studia ve studijním programu všeobecné lékařství - doktor medicíny, MUDr.* vydaného lékařskými fakultami univerzit v České republice, pak za předpokladu, že jsou splněny i zbývající uvedené podmínky, udělení aprobační v Německu nic nebrání.

Těmto dokladům o dosažené kvalifikaci lékaře se podle § 3 odst. 1 věta čtvrtá nařízení BÄO přiznávají stejné účinky jako dokladům o dosažené kvalifikaci, které byly vydány v jiných členských státech podle referenčních dnů uvedených v příloze a které neodpovídají označením uvedeným v příloze. Předpokladem přitom je potvrzení příslušného orgánu státu, kde bylo vzdělání absolvováno, že ukončená kvalifikace odpovídá minimálním požadavkům podle čl. 24 směrnice 2005/36/EG a že jsou jí přiznány stejné účinky jako kvalifikacím uvedeným v příloze nařízení BÄO.

§ 14b odst. 1 věta první nařízení BÄO dále stanoví, že státním příslušníkům členských států budou uznány i doklady o dosažené kvalifikaci, které byly vystaveny jinými členskými státy před referenčními dny, uvedenými v příloze k nařízení BÄO. Neodpovídá-li kvalifikace lékaře požadavkům čl. 24 směrnice 2005/36/ES, může příslušný orgán požadovat po žadateli potvrzení členského státu původu, že žadatel skutečně a řádně vykonával lékařské povolání po dobu nejméně tří po sobě následujících let v průběhu pěti let předcházejících jeho žádosti.³⁰⁶

Podle § 14b odst. 1 věta třetí nařízení BÄO se aprobační uděluje také příslušníkům členských států, jejichž doklad o dosažené kvalifikaci byl vydán v bývalém Československu a opravňuje k výkonu lékařského povolání, nebo z jejichž dokladu vyplývá, že žadatel zahájil studium v České republice před 1. lednem 1993, pokud příslušné orgány v České republice potvrdí, že doklad o dosažené kvalifikaci má vzhledem k povolení výkonu lékařského povolání stejnou právní platnost jako jimi vystavované doklady o dosažené kvalifikaci. Kromě toho musí být předloženo potvrzení příslušných orgánů České republiky, že žadatel skutečně a řádně vykonával lékařské povolání v České republice po dobu nejméně tří po sobě následujících let v průběhu pěti let předcházejících potvrzení.³⁰⁷

Příslušníci členských států, kteří jsou oprávněni k výkonu lékařského povolání v jiném členském státě, mohou lékařské povolání v Německu vykonávat dočasně a příležitostně,

³⁰³ viz § 3 odst. 1 věta první spolkového nařízení o výkonu povolání lékaře (BÄO)

³⁰⁴ Pozn. překladatele: Jedná se o doklad o dosažené kvalifikaci v oblasti základní lékařské odborné přípravy dle přílohy V směrnice 2005/36/ES

³⁰⁵ viz § 3 odst. 1 věta druhá a třetí spolkového nařízení o výkonu povolání lékaře (BÄO)

³⁰⁶ viz § 14b odst. 1 věta druhá spolkového nařízení o výkonu povolání lékaře (BÄO)

³⁰⁷ viz § 14b odst. 1 věta třetí spolkového nařízení o výkonu povolání lékaře (BÄO)

jsou-li v jiném členském státě oprávněni k výkonu povolání na základě následujících dokladů o dosaženém vzdělání:³⁰⁸

- doklad o dosažené kvalifikaci, který dokládá úspěšné ukončení lékařského studia podle německým právních předpisů,
- doklad o dosažené kvalifikaci, který je uveden v příloze k § 3 odst. 1 věta druhá nařízení BÄO a byl vydán v souladu s uvedenými referenčními dny,
- doklad o dosažené kvalifikaci, který neodpovídá označením platným pro příslušný stát v příloze k § 3 odst. 1 věta druhá nařízení BÄO, ale byl vydán v příslušné zemi v souladu s uvedenými referenčními dny. V tomto případě musí být přiloženo potvrzení příslušného orgánu státu, že doklad o dosažené kvalifikaci dokládá úspěšné ukončení vzdělání, jež odpovídá požadavkům čl. 24 směrnice 2005/36/ES a že se tomuto dokladu přiznávají stejné účinky jako dokladům uvedeným pro daný stát v příloze k § 3 odst. 1 věta druhá nařízení BÄO,
- doklad o dosažené kvalifikaci vystavený jiným členským státem před referenčními dny podle přílohy k nařízení BÄO. Pokud tato kvalifikace lékaře neodpovídá požadavkům čl. 24 směrnice 2005/36/ES, může příslušný orgán vyžadovat od žadatele potvrzení jeho členského státu původu dokládající, že žadatel skutečně a řádně vykonával lékařské povolání po dobu nejméně tří po sobě následujících let v průběhu pěti let předcházejících žádosti.

Před prvním poskytnutím služeb musí poskytovatel písemně oznámit svůj záměr příslušným německým orgánům.³⁰⁹ Toto oznámení se musí každoročně obnovovat.³¹⁰

Při prvním oznámení je třeba předložit následující doklady:

- doklad o státní příslušnosti,
- doklad o dosažené odborné kvalifikaci a
- potvrzení, že poskytovatel služeb je právoplatně usazen v členském státě a že mu v okamžiku oznámení nebyl zakázán výkon lékařského povolání.³¹¹

Poskytovatel služeb kromě toho musí mít znalosti německého jazyka v rozsahu nutném pro výkon povolání.³¹²

Velká většina lékařů ZZS pracujících v Bavorsku má aprobaci, ojediněle byl výkon lékařské záchranné služby umožněn na základě povolení k přechodnému výkonu povolání.³¹³ Podle informace Sdružení smluvních lékařů Bavorska (*Kassenärztliche Vereinigung Bayerns - KVB*) není znám žádný případ, kdy by se o práci v lékařské záchranné službě v Bavorsku ucházel lékař bez aprobace nebo povolení k přechodnému výkonu povolání.³¹⁴ Otázku, zda by výkon povolání byl možný také bez aprobace nebo

³⁰⁸ viz § 10b odst. 1 věta první spolkového nařízení o výkonu povolání lékaře (BÄO)

³⁰⁹ viz § 10b odst. 2 věta první spolkového nařízení o výkonu povolání lékaře (BÄO)

³¹⁰ viz § 10b odst. 2 věta druhá spolkového nařízení o výkonu povolání lékaře (BÄO)

³¹¹ viz § 10b odst. 2 věta třetí spolkového nařízení o výkonu povolání lékaře (BÄO)

³¹² viz § 10b odst. 2 věta pátá spolkového nařízení o výkonu povolání lékaře (BÄO)

³¹³ Telefonická informace Christiana Wintera (Sdružení smluvních lékařů Bavorska - KVB) z 15. prosince 2010

³¹⁴ Telefonická informace Christiana Wintera (Sdružení smluvních lékařů Bavorska - KVB) z 15. prosince 2010

povolání k výkonu povolání v rámci volného pohybu služeb, by bylo třeba vyjasnit pro jednotlivé případy a po poradě s vládami jednotlivých regionů.³¹⁵

K účasti na lékařské záchranné službě však neopravňuje pouze aprobace. Lékaři, kteří chtějí pracovat v ZZS v Bavorsku, musí prokázat *doplňkové vzdělání v oboru urgentní medicína (Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin)* v souladu s řádem dalšího vzdělávání bavorských lékařů nebo dokladem, který má v souladu s řádem dalšího vzdělávání lékařů stejnou platnost jako *doplňkové vzdělání v oboru urgentní medicína (Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin)*. V České republice mají lékaři možnost nástavbového studia ve specializaci urgentní medicína. V Německu zvláštní nástavbové studium v tomto oboru není. Lze předpokládat, že českým lékařům se specializací urgentní medicína bude na jejich žádost splnění doplňkového vzdělání v oboru urgentní medicína bez další zkoušky potvrzeno. Dle informace Zemské lékařské komory Bavorska (LÄK Bayern) je třeba případ od případu důkladně prověřovat.³¹⁶

4.2 Uznávání zahraniční kvalifikace lékařů v České republice

V souladu s dosavadním výkladem mají příslušníci členských států, kteří chtějí vykonávat lékařské povolání v České republice a své lékařské studium neabsolvovali v ČR, ale v jiném členském státě, dvě možnosti. Je to jednak soustavný výkon povolání a jednak dočasný a příležitostný výkon povolání v rámci volného pohybu služeb.³¹⁷

Uznávání kvalifikace lékařů z jiných členských států upravuje v České republice *zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnických povoláních lékaře, zubního lékaře a farmaceuta*.³¹⁸ Zákon rozlišuje mezi *hostujícími a usazenými osobami*.³¹⁹

Lékaři, kteří chtějí v České republice vykonávat své povolání soustavně, musí požádat ministerstvo zdravotnictví o uznání odborné kvalifikace k výkonu povolání.³²⁰

Od 1. ledna 2011 přijímá ministerstvo zdravotnictví žádosti o uznání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání elektronicky přes aplikaci Evidence zdravotnických pracovníků (EZP). Žadatel vyplní elektronický formulář žádosti³²¹ a uloží ho. Zároveň pošle vytištěnou verzi žádosti poštou na adresu Ministerstva zdravotnictví České republiky. V budoucnu by měl tento krok odpadnout a žádosti opatřené elektronickým podpisem se budou posílat ministerstvu elektronicky. To má podstatně zjednodušit a urychlit jejich zpracování.

Ministerstvo uzná doklady o dosažené kvalifikaci vystavené jinými členskými státy automaticky, jsou-li uvedeny v seznamu dokladů o dosažené kvalifikaci vedené

³¹⁵ Telefonická informace Christiana Wintera (Sdružení smluvních lékařů Bavorska - KVB) z 15. prosince 2010

³¹⁶ Telefonická informace Alexandry Kämmererové (referentka pro další vzdělávání Zemské lékařské komory Bavorska – LÄK Bayern) ze dne 6. prosince 2010

³¹⁷ viz čl. 56 SFEU (Smlouvy o fungování Evropské unie), dříve čl. 49 Smlouvy o ES

³¹⁸ Poslední aktualizace zákonem č. 227/2009 Sb.

³¹⁹ viz § 25 odst.1 zák. č. 95/2004 Sb.

³²⁰ viz § 25 odst.3 zák. č. 95/2004 Sb. a telefonická informace Mgr. Petry Průchové (odbor vědy a vzdělávání Ministerstva zdravotnictví České republiky) ze dne 10. prosince 2010

³²¹ <https://ezp.mzcr.cz/Request/Create?type=SL32UZNANIZPUSOBULOSTI28&lang=en> (poslední náhled: 2. září 2011)

ministerstvem.³²² Tento seznam dokladů o dosažené kvalifikaci vznikl v souladu s přílohou V směrnice 2005/36/ES.³²³

Automaticky se tedy uznávají:

- osvědčení o zkoušce z lékařství (*Zeugnis über die Ärztliche Prüfung*),
- osvědčení o státní zkoušce z lékařství (*Zeugnis über die Ärztliche Staatsprüfung*) a osvědčení dokládající absolvování přípravného období jako *lékařský asistent* (*Zeugnis über die Vorbereitungszeit als Medizinalassistent*), dokud ho ještě bylo podle německých právních předpisů pro ukončení lékařského studia zapotřebí.
- osvědčení o lékařské odbornosti (*Fachärztliche Anerkennung*) vydané lékařskou komorou příslušné spolkové země,
- osvědčení o speciální kvalifikaci v oboru všeobecné lékařství.

Uznávají se také doklady o dosažené lékařské kvalifikaci, které byly vystaveny členskými státy a nejsou uvedeny ve výše uvedeném seznamu, pokud žadatel předloží potvrzení, že splňuje minimální požadavky na odbornou přípravu v souladu se směrnicí 2005/36/ES a že členský stát původu tomuto dokladu přiznává stejné účinky jako dokladům uvedeným v seznamu.³²⁴

U dokladů vydaných v době, kdy členský stát patřil k jinému výsostnému území, musí být doloženo, že se tomuto dokladu přiznávají stejné účinky jako národní kvalifikaci.³²⁵ Toto potvrzení se nevyžaduje u dokladů vydaných na území Německé demokratické republiky.³²⁶

Pokud doklad o dosažené kvalifikaci, vystavený jiným členským státem neodpovídá požadavkům směrnice 2005/36/ES, může být od žadatele vyžadováno potvrzení státu, který doklad vydal, o tom, že žadatel skutečně a řádně vykonával lékařské povolání po dobu nejméně tří po sobě následujících let v průběhu pěti let předcházejících žádosti.³²⁷ Od lékařů specializovaných v oboru všeobecné praktické lékařství se toto potvrzení o výkonu povolání nevyžaduje.³²⁸

Při uznávání odborné kvalifikace, obzvláště u lékařů, jejichž specializace není uvedena ve směrnici 2005/36/ES,³²⁹ mohou být uplatněny i předpisy *zákona č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace*.³³⁰ Podle tohoto zákona se prověřují doklady o dosažené kvalifikaci a obsah vzdělávání a praktické přípravy se porovnávají s požadavky na odbornou kvalifikaci v České republice. Při zjištění podstatných rozdílů mohou být po žadateli požadována kompenzační opatření, a to buď adaptační období nebo rozdílová zkouška.³³¹

³²² viz § 28a odstavce 1 a 2 zák. č. 95/2004 Sb.

³²³ viz směrnice 2005/36/ES, příloha V, bod V.1. Doklady o dosažené kvalifikaci v oblasti základní lékařské odborné přípravy

³²⁴ viz § 28a odst. 3 zák. č. 95/2004 Sb.

³²⁵ viz § 28b odst. 10 zák. č. 95/2004 Sb.

³²⁶ viz § 28b odst. 10 zák. č. 95/2004 Sb.

³²⁷ viz § 28b odst. 2 zák. č. 95/2004 Sb.

³²⁸ viz § 28b odst. 5 zák. č. 95/2004 Sb.

³²⁹ Telefonická informace Mgr. Petry Průchové (odbor vědy a vzdělávání Ministerstva zdravotnictví České republiky) ze dne 14. prosince 2010

³³⁰ Poslední aktualizace zákonem č. 189/2008 Sb. dne 24. dubna 2008

³³¹ viz § 10 odst. 1 zák. č. 18/2004 Sb.

Krom toho musí žadatel předložit výpis z trestního rejstříku³³² a doklad o zdravotní způsobilosti pro výkon povolání.³³³ Všechny doklady přiložené k žádosti musí být v českém nebo slovenském jazyce nebo opatřeny překladem do těchto jazyků.³³⁴

Aby se mohli lékaři usadit v České republice, musí mít znalosti českého jazyka v rozsahu nutném pro výkon svého povolání. Jazykové znalosti prověřuje Ministerstvo zdravotnictví na základě předložených dokladů o jazykové zkoušce z českého nebo slovenského jazyka, o vzdělání absolvovaném v českém nebo slovenském jazyce nebo na základě osobního pohovoru.³³⁵

Uznání odborné kvalifikace se nevyžaduje, pokud lékař přijel na pozvání zdravotnického zařízení nebo vzdělávací instituce, a to k provedení jednorázových výkonů nebo k předávání nebo nabývání praktických či teoretických odborných znalostí.³³⁶ Zvoucí instituce nebo zdravotnické zařízení má pouze povinnost písemně oznámit ministerstvu zdravotnictví délku a náplň pobytu zahraničního lékaře.³³⁷ Takovýto pobyt může trvat nejdéle osm týdnů.³³⁸

Příslušníci členských států, kteří jsou oprávněni k výkonu lékařského povolání v jiném členském státě, mohou vykonávat lékařské povolání v České republice bez uznání kvalifikace, pokud se jedná o činnost pouze dočasnou nebo příležitostnou v rámci volného poskytování služeb.³³⁹

Tzv. hostující osoba je povinna oznámit svůj záměr před prvním poskytnutím služeb ministerstvu zdravotnictví.³⁴⁰ K oznámení musí mimo jiné přiložit následující doklady:³⁴¹

- doklad o státní příslušnosti,
- doklad o dosažené odborné kvalifikaci,
- osvědčení, že poskytovatel služeb je jako lékař v souladu se zákonem usazený v členském státě původu a že mu v okamžiku vydání osvědčení nebylo odejmuto oprávnění k výkonu lékařského povolání.

Poskytování služeb v České republice je možné pouze tehdy, předloží-li poskytovatel doklad osvědčující konfirmitu jeho odborného vzdělání s kvalifikací požadovanou směrnicí 2005/36/ES.³⁴²

Oznámení se nevyžaduje, pokud by to vedlo k opožděnému poskytnutí lékařské péče. V takových případech musí být oznámení učiněno v co nejkratší době po poskytnutí zdravotnické služby.³⁴³

Na základě oznámení ministerstva³⁴⁴ zapíše Česká lékařská komora žadatele na dvanáct měsíců do seznamu hostujících osob.³⁴⁵ Během této doby není třeba žádat o uznání

³³² viz § 30 zák. č. 95/2004 Sb.

³³³ viz § 29 zák. č. 95/2004 Sb.

³³⁴ viz http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/uznani-zpusobilosti-k-vykonu-zdravotnickeho-povolani-v-ceske-republice-na-dobu-neurcitou_4015_954_3.html (poslední náhled: 23. ledna 2011)

³³⁵ viz § 13 odst.1 vyhl. č. 188/2009 Sb. o zkouškách lékařů, zubních lékařů a farmaceutů

³³⁶ viz § 27b odst. 1 zák. č. 95/2004 Sb.

³³⁷ Telefonická informace Mgr. Petry Průchové (odbor vědy a vzdělávání Ministerstva zdravotnictví České republiky) ze dne 10. prosince 2010

³³⁸ Telefonická informace Mgr. Petry Průchové (odbor vědy a vzdělávání Ministerstva zdravotnictví České republiky) ze dne 10. prosince 2010

³³⁹ viz § 25 odst. 2 a § 27 odst. 3 zák. č. 95/2004 Sb.

³⁴⁰ viz § 27a odst.1 zák. č. 95/2004 Sb.

³⁴¹ viz § 27a odst.5 zák. č. 95/2004 Sb.

³⁴² Telefonická informace Mgr. Petry Průchové (odbor vědy a vzdělávání Ministerstva zdravotnictví České republiky) ze dne 25. ledna 2011

³⁴³ viz § 27a odst.6 zák. č. 95/2004 Sb.

odborné kvalifikace. Protože je tento proces po uplynutí dvanácti měsíců třeba znovu opakovat, doporučuje ministerstvo zdravotnictví lékařům, kteří chtějí vykonávat své povolání v České republice dlouhodoběji, aby si nechali uznat odbornou kvalifikaci získanou ve státě původu.³⁴⁶ Pokud se Ministerstvo zdravotnictví rozhodne podrobně ověřit kvalifikaci hostujícího lékaře, oznámí žadateli tuto skutečnost do jednoho měsíce od obdržení oznámení.³⁴⁷ Na rozdíl od trvale usazeného lékaře nemusí hostující medicí prokazovat znalosti českého jazyka.³⁴⁸

³⁴⁴ viz § 27c zák. č. 95/2004 Sb.

³⁴⁵ viz § 27 odst. 4 zák. č. 95/2004 Sb.

³⁴⁶ Telefonická informace Terezy Kravkové, (odbor vědy a vzdělávání Ministerstva zdravotnictví České republiky) ze dne 7. prosince 2010

³⁴⁷ viz § 27b odst. 3 zák. č. 95/2004 Sb.

³⁴⁸ Telefonická informace Terezy Kravkové, (odbor vědy a vzdělávání Ministerstva zdravotnictví České republiky) ze dne 7. prosince 2010

5 Právní předpisy EU k přeshraniční zdravotní péči

9. března 2011 schválil Evropský parlament a Rada Evropské unie směrnici 2011/24/EU o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči (směrnice o právech pacientů). Směrnice vstoupila v platnost dne 24. dubna 2011. Všechny členské státy Evropské unie musí do 25. října 2013 transponovat tuto směrnici do národní legislativy.

Přeshraniční čerpání zdravotní péče v EU bylo na nadnárodní úrovni dosud upraveno pouze nařízením (ES) č. 883/2004,³⁴⁹ které od 1. května 2010 z velké části nahradilo dřívější nařízení (EHS) č. 1408/71.³⁵⁰ Nařízení (ES) č. 883/2004 zůstává i nadále alternativní právní normou ke směrnici o právech pacientů.

V nařízeních (EHS) č. 1408/71 a (ES) č. 883/2004 byla cílem zákonodárců i materiální garance formálních svobod, jako jsou volný pohyb osob a svoboda usazování. Chybějící zdravotní pojištění by nikomu nemělo bránit pobývat v zahraničí. Naopak, podnětem ke vzniku směrnice o právech pacientů bylo odstranění zbylých omezení volného pohybu služeb. Zásada volného pohybu zboží a služeb měla i přes veškeré zvláštnosti a odlišné státní regulace platit i ve zdravotnictví.

5.1 Nařízení (ES) č. 883/2004

Nařízení (ES) č. 883/2004³⁵¹ v části *Dávky v nemoci* (Hlava III, Kapitola 1) upravuje tři různé situace pro čerpání zdravotní péče ve vnitroeurospkém zahraničí, které jsou shrnuty v tabulce Tabulka 9. Toto nařízení platí ve všech členských státech EU, na Islandu, v Lichtenštejnsku, Norsku a ve Švýcarsku.

Tabulka 9: Ustanovení k přeshraničnímu využívání zdravotních služeb podle nařízení (ES) č. 883/2004

č.	Situace	právní norma	příklad	nárok na refundaci nákladů pojistitelem
I	Pojištěnec má bydliště v jiném státě než ve kterém má uzavřeno zdravotní pojištění	články 17, 18	Pojištěnec je příhraniční pracovník, pracuje v zemi A a bydlí v zemi B.	Pojištěnec má nárok na veškerá plnění ve státě bydliště a ve státě, kde má uzavřeno zdravotní pojištění
II	Pojištěnec se v zemi, v níž nemá uzavřeno zdravotní pojištění, zdržuje dočasně	článek 19	Pojištěnec v zemi A jede na dovolenou do země B.	Pojištěnec má nárok na plnění v případě nutné a neodkladné péče (nehoda, akutní onemocnění)
III	Pojištěnec cestuje do země, v níž nemá uzavřeno zdravotní pojištění, s cílem čerpání zdravotní péče	článek 20	Pojištěnec v zemi A cestuje do země B, aby se tam podrobil zdravotnímu výkonu.	Refundace nákladů pouze po předchozím povolení ze strany pojistitele

Situace I popisuje zvláštní úpravu pro příhraniční pracovníky: Má-li osoba uzavřeno zdravotní pojištění v jednom členském státě (*stát pojištění*), ale bydliště v jiném členském státě (*stát bydliště*), pak je v případě čerpání zdravotní péče ve státě bydliště brána tak,

³⁴⁹ Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení

³⁵⁰ Nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 ze dne 14. června 1971 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství

³⁵¹ Ve spojení s příslušným prováděcím nařízením Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009 ze dne 16. září 2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení

jako by byla pojištěna podle platných právních předpisů státu bydliště.³⁵² Bude-li tedy tento cizí pojištěnec ošetřován ve státě bydliště, má nárok na stejné plnění (ve formě ošetření či léčebných opatření) jako každý jiný pojištěnec státu bydliště. Přitom není relevantní, zda je zdravotní výkon, který byl proveden ve státě bydliště, uveden v seznamu zdravotních výkonů státu pojištění. Rozsah zdravotní péče se řídí výhradně právními předpisy země, v níž byla zdravotní péče poskytnuta. Příhraniční pracovníci mají zároveň také nárok na veškerá věcná a peněžitá plnění, poskytovaná ve státě pojištění.

Situace II se týká pojištěnců, kteří se přechodně zdržují v jiném členském státě než je stát jejich pojištění (*v zahraničí z hlediska pojištění*) a musí tam podstoupit léčení z důvodu akutního onemocnění nebo nehody. Typickým příkladem jsou lidé na dovolené nebo na služební cestě. Také v tomto případě bude pojištěnec ošetřován podle právních předpisů země, v níž se nachází.³⁵³ Má nárok na stejná věcná plnění jako domácí pojištěnec. Pojistitel je povinen nést všechny náklady za nutná ošetření, a to nezávisle na tom, zda jsou provedené výkony součástí seznamu zdravotních výkonů země pojištění.

Pokud pojištěnec vycestuje do pojistného zahraničí cíleně, aby se tam nechal léčit, je jeho domácí pojišťovna povinna převzít náklady pouze v případě, že mu k tomu předem udělila povolení (Situace III).³⁵⁴ Jakmile domácí pojišťovna výkon povolí, musí převzít také plné náklady na léčení. Pojišťovna je povinna vydat povolení tehdy, když se pojištěnci ve státě pojištění „[...] nemůže dostat takového léčení v lékařsky odůvodnitelné lhůte [...]“³⁵⁵ Podrobí-li se pojištěnec léčbě podléhající schvalovací povinnosti a nezískal-li k tomu předchozí povolení svého pojistitele, pak musí nést náklady v plné výši sám.

Ve všech třech případech se zdravotní výkony fakturují nejdříve pomocné instituci, zdravotní pojišťovně, která v zemi působí. Ta účet zkontroluje a vyrovná. V souladu s *nařízením (ES) č. 987/2009*³⁵⁶ poté domácí pojišťovna jakožto příslušná instituce uhradí náklady za poskytnutá věcná plnění pomocné instituci.³⁵⁷ Ve všech třech případech musí doplatky vzniklé v pojistném zahraničí zaplatit sám pojištěnec, a to i v případech, kdy v tuzemsku neexistují.³⁵⁸

Obr. 8 znázorňuje ustanovení nařízení č. (ES) 883/2004 schématicky.

³⁵² viz čl. 17 nařízení (ES) č. 883/2004

³⁵³ viz čl. 19 nařízení (ES) č. 883/2004

³⁵⁴ viz čl. 20 odst. 1 a 2 nařízení (ES) č. 883/2004

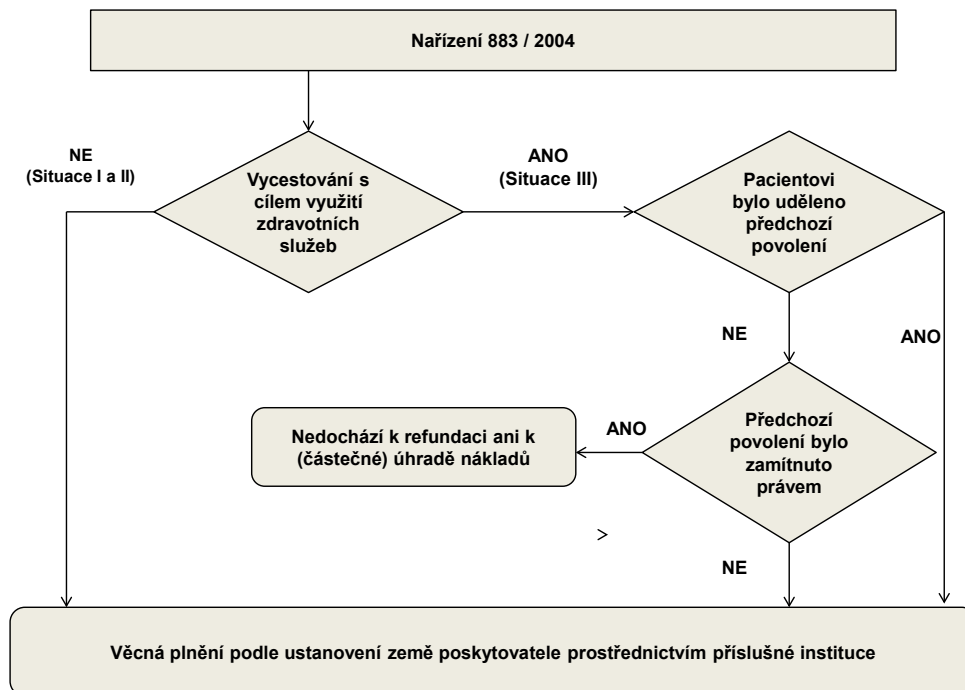
³⁵⁵ čl. 20 odst. 2 nařízení (ES) č. 883/2004

³⁵⁶ Pozn. překladatele: tímto nařízením se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004

³⁵⁷ viz čl. 35 nařízení (ES) č. 883/2004

³⁵⁸ viz čl. 18 odst. 1, čl. 19 odst. 1 a čl. 20 odst. 2 nařízení (ES) č. 883/2004

Obr. 8: Předpisy nařízení (ES) č. 883/2004 k přeshraničnímu využívání zdravotních služeb



Zdroj: vlastní zobrazení

5.2 Směrnice 2011/24/EU o právech pacientů v přeshraniční zdravotní péči

Směrnice o právech pacientů má pojištěncům v Evropské unii umožňovat svobodnou volbu místa a zařízení k provedení výkonu a léčení na celém území Unie, aniž by náklady na léčení museli nést sami. S odvoláním na volný pohyb služeb, garantovaný článkem 56 Smlouvy o fungování Evropské Unie, mohou zákonní pojištěnci využívat lékařsky nutné zdravotní služby uznávaných poskytovatelů zdravotní péče na celém území Unie,³⁵⁹ zvláště pak při

- posouzení zdravotního stavu (anamnéza a diagnóza),³⁶⁰
- udržení a obnovení původního zdravotního stavu (terapie a rehabilitace)³⁶¹,
- předepisování, vydávání a poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků.³⁶²

Směrnice o právech pacientů se nevztahuje na národní programy k očkování veřejnosti, na transplantaci orgánů a dlouhodobou ambulantní či nemocniční péči.³⁶³

³⁵⁹ viz čl. 3 písmeno g směrnice 2011/24/EU

³⁶⁰ Toto platí i pro zdravotní péči poskytnutou prostřednictvím telemedicíny (viz. čl. 7 odst. 7 nařízení 2011/24/EU). Zde je relevantní pouze sídlo zařízení, které zdravotní službu poskytuje (viz. čl. 3 písmeno d nařízení 2011/24/EU). To znamená, že pojištěnec může být léčen v pojistném tuzemsku, poskytovatel zdravotní služby však provede výkon v pojistném zahraničí.

³⁶¹ I toto zahrnuje zdravotní péči prostřednictvím telemedicíny.

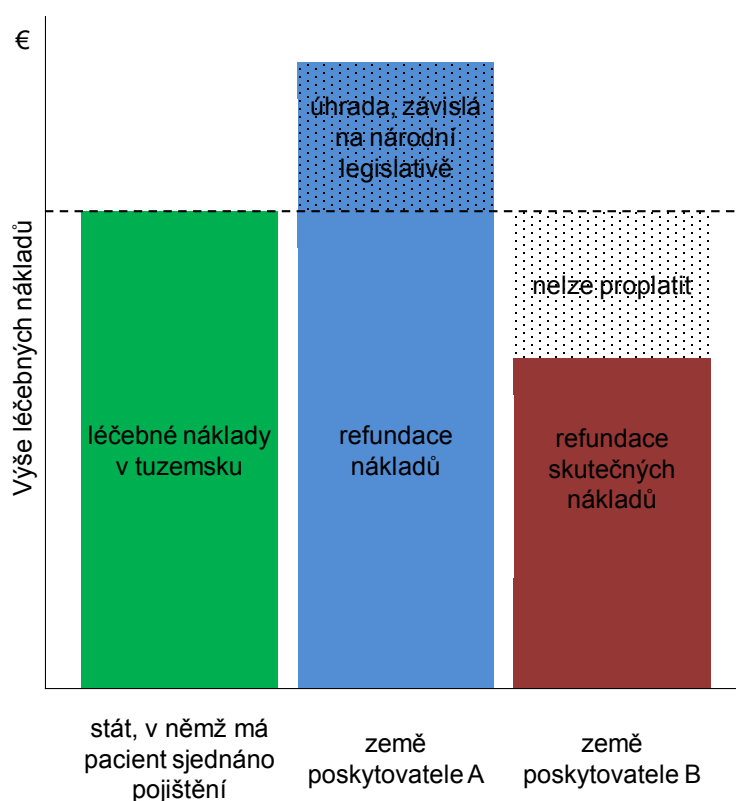
³⁶² viz čl. 3 písmeno a směrnice 2011/24/EU

³⁶³ viz čl. 1 odst. 3 směrnice 2011/24/EU. K pečovatelským službám se v bodech odůvodnění směrnice uvádí, že by se směrnice neměla vztahovat na služby, „[...] jejichž primárním cílem je poskytovat péči lidem, kteří potřebují pomoc při provádění běžných každodenních úkolů“ (bod odůvodnění č. 14 směrnice 2011/24/EU). Není však jisté, zda je možné vyloučit pečovatelské služby natrvalo. Již v roce 1998 začlenil Evropský soudní dvůr i pečovatelské služby pod „Výkony v nemoci“ (viz rozsudek Soudního dvora ze dne 5. března, Manfred Molenaar a Barbara Fath-Molenaar proti Allgemeine Ortskrankenkasse Baden-Württemberg, Věc C-160/96, bod 25). Totéž bylo potvrzeno i dalšími pozdějšími rozsudky.

Základním předpokladem pro refundaci nákladů je, že zdravotní výkony poskytované v pojistném zahraničí musí být uvedeny v seznamu výkonů státu pojištění.³⁶⁴ K určení výše náhrady jsou relevantní sazby za výkony platné ve státě pojištění. Pojistitel musí nahradit minimálně ty náklady, které by při stejném ošetření vznikly v tuzemsku.³⁶⁵ Obr. 9 znázorňuje sazby refundace nákladů.

Překročili-li náklady vzniklé v pojistném zahraničí sazbu za výkon stanovenou ve státě pojištění (viz. druhý sloupec Obr. 9 – země poskytovatele A), musí pojistitel nahradit pouze tu částku, která je stanovena ve státě pojištění. Všechny ostatní náklady musí zaplatit pacient sám a je na uvážení národních zákonodárců, zda povolí vyšší refundaci nákladů.³⁶⁶ Refundace nákladů však nesmí překročit skutečné náklady, a to ani v případě, že by ve státě pojištění vznikly náklady vyšší. (viz třetí sloupec Obr. 9 – země poskytovatele B).³⁶⁷

Obr. 9: Refundace nákladů na zdravotní péči podle směrnice 2011/24/EU o právech pacientů v přeshraniční zdravotní péči



Zdroj: vlastní zobrazení

Především pojištěnci ze členských států s poměrně nízkou úrovní nákladů musí počítat s tím, že jim bude uhrazena jen část nákladů vzniklých v zemi poskytovatele: Refundace nákladů prostřednictvím pojistitelů probíhá podle vlastních národních sazeb. Pokud jsou tyto nízké a sazby v zemi poskytovatele výrazně vyšší, znamená to pro pojištěnce značné finanční zatížení.

³⁶⁴ viz čl. 7 odst. 3 směrnice 2011/24/EU

³⁶⁵ viz čl. 7 odst. 1 a 4 směrnice 2011/24/EU

³⁶⁶ viz čl. 7 odst. 4 směrnice 2011/24/EU

³⁶⁷ viz čl. 7 odst. 4 směrnice 2011/24/EU

Nárok na refundaci nákladů platí zásadně pro všechny zdravotní výkony hrazené z tuzemského pojištění. Členské státy však mohou refundaci nákladů při poskytování určité zdravotní péče v zahraničí podmínit předchozím povolením pojišťovny.³⁶⁸ To je však přípustné jen tehdy, je-li třeba zohlednit požadavky na plánování zdravotní služby.³⁶⁹ Zároveň nesmí být předchozí povolení nástrojem neopodstatněného omezování volného pohybu pacientů.³⁷⁰

Požadavek plánování platí především v rámci poskytování finančně, technicky a personálně náročné péče. Členské státy také mohou určit povolovací povinnost jednak u ošetření, které „[...] zahrnuje pobyt dotčeného pacienta v nemocnici alespoň na jednu noc [...]“³⁷¹ A dále také u ošetření, které „[...] vyžaduje vysoce specializovanou a nákladnou lékařskou infrastrukturu nebo zdravotnické vybavení [...]“.³⁷² To se neomezuje výlučně na zdravotní péči poskytovanou v nemocnicích, ale může se týkat i například diagnostických či léčebných metod, které se sice provádí ambulantně, ale jsou náročné z technického a lékařského hlediska.

Předchozí povolení je také podmínkou určitého druhu léčby, která představuje zvláštní riziko pro pacienta či obyvatelstvo, nebo je-li důvod k vážným a konkrétním obavám ohledně kvality či bezpečnosti péče nabízené určitým poskytovatelem zdravotní péče v zahraničí.³⁷³

Jednotlivé členské státy na vlastní zodpovědnost rozhodují, na které zdravotní služby se ve vlastní zemi bude vztahovat požadavek plánování a tím i povolovací povinnost. Při tom ovšem musí být dodržena výše uvedená kritéria. Členské státy však nesmí prostřednictvím povolovací povinnosti znesnadňovat nebo zabraňovat čerpání přeshraniční zdravotní péče, na niž se nevztahuje požadavek plánování, protože není spojena s pobytem pacienta v nemocnici nebo nevyžaduje nasazení vysoce specializovaného a finančně náročného vybavení.³⁷⁴

Předchozí povolení mohou být zamítnuta pouze³⁷⁵:

- „[...] když tuto zdravotní péči lze poskytnout [...]“ na území státu, v němž má pacient uzavřeno zdravotní pojištění, a to „[...] ve lhůtě, která je lékařsky odůvodnitelná, s ohledem na současný zdravotní stav a pravděpodobný průběh nemoci každého dotčeného pacienta [...]“.³⁷⁶

³⁶⁸ viz čl. 8 písmeno f. směrnice 2011/24/EU

³⁶⁹ viz čl. 8 odst. 2 písmeno a ve spojení s bodem odůvodnění č. 39 a následující směrnice 2011/24/EU

³⁷⁰ viz čl. 8 odst. 1 směrnice 2011/24/EU

³⁷¹ čl. 8 odst. 2 písmeno a bod i směrnice 2011/24/EU

³⁷² čl. 8 odst. 2 písmeno a bod ii směrnice 2011/24/EU

Také určité oblasti ambulantní péče mohou zásadně vyžadovat plánování. Tak mohou být ve členských státech s povolovací povinností spojeny i například metody ambulantních diagnóz a vyšetření, které vyžadují „vysoce specializovanou a nákladnou“ zdravotnickou infrastrukturu. (viz k tomu čl. 8 odst. 2 písmeno a ve spojení s bodem odůvodnění č. 41 a následující, směrnice 2011/24/EU)

³⁷³ viz čl. 8 odst. 2 písmena b a c směrnice 2011/24/EU

³⁷⁴ viz čl. 8 odst. 1 ve spojení s bodem odůvodnění č. 43 a následující, směrnice 2011/24/EU

³⁷⁵ viz čl. 8 odst. 6 písmena a až d směrnice 2011/24/EU

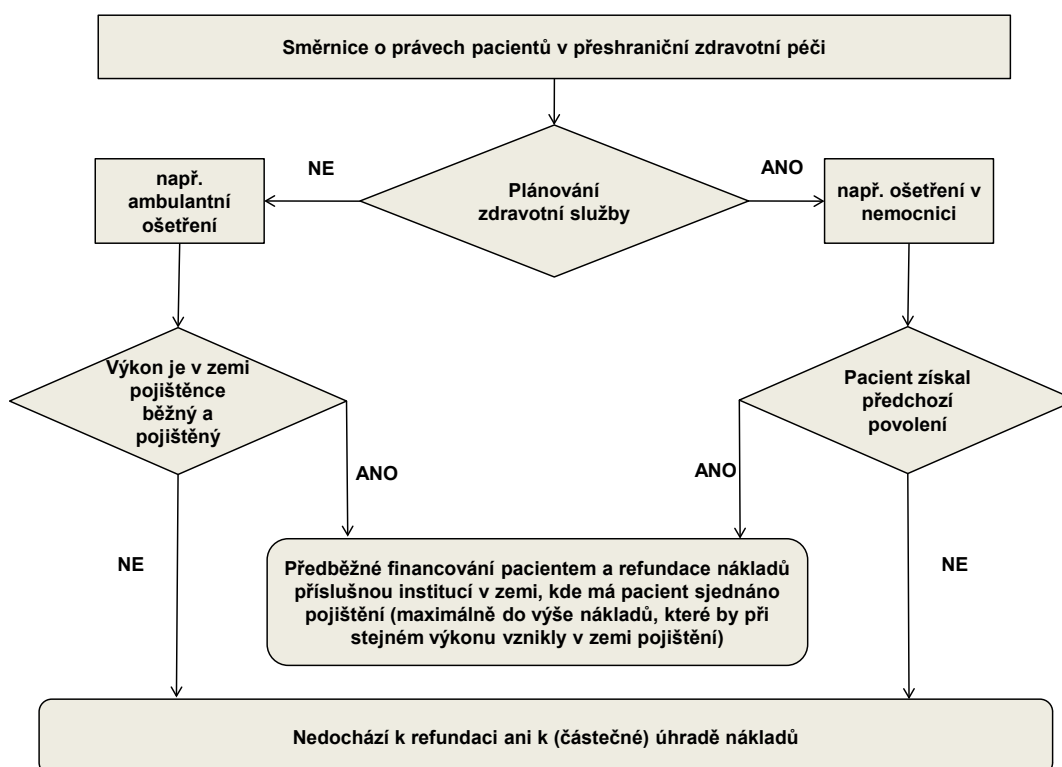
³⁷⁶ čl. 8 odst. 6 písmeno d směrnice 2011/24/EU

- když v souvislosti s volbou poskytovatele zdravotní služby vznikají obavy o zdraví a blaho pacienta či o bezpečnost široké veřejnosti a pokud poskytovatel zdravotní služby vzbuzuje „[...]“ vážné a konkrétní obavy ohledně dodržování standardů [...] kvality a pokynů týkajících se „[...]“ bezpečnosti pacienta [...]“.³⁷⁷

Žádost o povolení k čerpání přeshraniční zdravotní péče je třeba posoudit v přiměřené lhůtě s ohledem na zdravotní stav pojištěnce a individuální okolnosti jednotlivého případu.³⁷⁸ Přípustnou délku trvání tohoto postupu stanoví členské státy.³⁷⁹ Rozhodnutí o udělení předchozího povolení musí být odůvodněna.³⁸⁰

Obr. 10 schématicky znázorňuje předpisy směrnice o právech pacientů graficky.

Obr. 10: Předpisy směrnice 2011/24/EU o právech pacientů v přeshraniční zdravotní péči



Zdroj: vlastní zobrazení

Na rozdíl od vyhlášek, které jsou ve všech svých částech závazné a mají s nabytím účinnosti přímou platnost v každém členském státě³⁸¹, se předpisy směrnice musí nejdříve transponovat do národní legislativy. U směrnic je závazný pouze cíl, který sledují, nikoliv forma a prostředky transpozice.³⁸²

³⁷⁷ čl. 8 odst. 6 písmeno c směrnice 2011/24/EU

³⁷⁸ viz čl. 9 odst. 3 směrnice 2011/24/EU

³⁷⁹ viz čl. 9 odst. 3 směrnice 2011/24/EU

³⁸⁰ viz čl. 9 odst. 4 směrnice 2011/24/EU

³⁸¹ viz čl. 288 věty druhá a třetí Smlouvy o fungování Evropské unie (SFEU), dříve čl. 249 Smlouvy o založení Evropského společenství

³⁸² viz čl. 288 věta čtvrtá Smlouvy o fungování Evropské unie (SFEU), dříve čl. 249 Smlouvy o založení Evropského společenství

5.3 Transpozice směrnice v Německu

V Německu byla refundace výdajů za přeshraniční zdravotní služby rozsáhle upravena již před schválením směrnice, a sice § 13 odst. 4a 6, a dále § 18 odst. 1 věta druhá a odst. 2 páté knihy německého sociálního zákoníku (SGB V). Posledními novelami sociálního zákoníku byly transponovány náležitě rozsudky Evropského soudního dvora do národní legislativy, pročež směrnice o právech pacientů nepřinese německým pojištěncům žádné podstatné změny.

V ambulantním sektoru platí v Německu již od roku 2004 právo volby mezi bezplatným nárokem na věcné plnění v evropském zahraničí a refundací nákladů prostřednictvím pojišťovny.³⁸³ Pro pacienty pojištěné v Německu je předchozí povolení nutné pouze při čerpání zdravotní péče spojené s pobytem v nemocnici.³⁸⁴ V rámci zatím neschváleného zákona o právech pacientů plánuje spolková vláda úpravu lhůty pro posuzování žádostí o předchozí povolení zdravotními pojišťovnami v návaznosti na již platné lhůty příslušných institucí pro rehabilitaci.³⁸⁵ Tam lze podle § 14 odst. 1 a 2 deváté knihy německého sociálního zákoníku (SGB IX) počítat zpravidla se třemi týdny.³⁸⁶

5.4 Transpozice směrnice v České republice

Také v České republice se v praxi postupovalo podle náležitých rozsudků Evropského soudního dvora už před schválením směrnice o právech pacientů.³⁸⁷ V případě plánované zdravotní péče je předchozí povolení nutné jen tehdy, jedná-li se o zákrok v rámci nemocniční péče. V ambulantním sektoru nahradí zdravotní pojišťovna náklady na ošetření i bez předchozího povolení, refundace nákladů je v tomto případě však omezena výší úhrady výkonu platnou v České republice.

5.5 Spolupráce v rámci zdravotní péče

V rámci přeshraniční zdravotní péče se členské státy zavazují i k tomu, že budou ve své zemi uznávat lékařské předpisy na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, vydané v jiném členském státě.³⁸⁸ Předpokladem toho je, že léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky budou na jejich území registrované a přístupné na trhu.³⁸⁹ Náklady jsou hrazeny maximálně do výše nákladů, které by za zdravotní péči převzaly veřejnoprávní zdravotní pojišťovny v tuzemsku.³⁹⁰

³⁸³ V případě bezplatného nároku na věcné plnění nechá pojištěnec svou pojišťovnu, aby uhradila pomocné instituci ve státě ošetření náklady vzniklé za poskytnuté výkony. V případě refundace nákladů platí pojištěnec zdravotní výkony nejprve sám a příslušnou částku si následně nechá nahradit od své pojišťovny.

³⁸⁴ viz § 13 odst. 5 páté knihy německého sociálního zákoníku (SGB V)

³⁸⁵ viz Pověřenec Spolkové vlády pro pacienty 2011 (*Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung*): Zásadní body práv pacientů (*Eckpunkte der Patientenrechte*) (http://www.patientenbeauftragter.de/upload/bilder/der_beauftragte/Eckpunkte_Patientenrechtegesetz_endg_2_.pdf, náhled dne 5. srpna 2011)

³⁸⁶ podle § 14 odst. 2 deváté knihy německého sociálního zákoníku – Rehabilitace a podíl postižených (SGB IX) je příslušná instituce po obdržení žádosti povinna rozhodnout o povolení daného opatření neodkladně, nanejvýš však do tří týdnů. Je-li k rozhodnutí třeba vědecký posudek, musí být toto rozhodnutí vydáno nejpozději do dvou týdnů od doručení posudku.

³⁸⁷ Informace k transpozici předpisů v České republice poskytl JUDr. Ladislav Švec (Centrum mezistátních úhrad) dne 1. září 2011

³⁸⁸ viz čl. 11 odst. 1 směrnice 2011/24/EU

³⁸⁹ Nejpozději do 25. prosince 2012 přijme Evropská komise dosud blíže neurčená opatření, která v rámci Evropské Unie umožní ověřování pravosti receptů vystavených v zahraničí, a to prostřednictvím osob vykonávajících regulované zdravotnické povolání, které jsou oprávněny vystavovat předpisy a vydávat lékařské přípravky (viz čl. 11 odst. 2 směrnice 2011/24/EU).

³⁹⁰ viz čl. 11 odst. 1 ve spojení se čl. 7 odst. 1 a 4 směrnice 2011/24/EU

Aby pacienti mohli uplatnit svá práva na přeshraniční zdravotní péči, zřizuje každý členský stát *vnitrostátní kontaktní místa*.³⁹¹ Pacienti, kteří chtějí čerpat zdravotní péči v pojistném zahraničí, se mohou obrátit na kontaktní místo státu, v němž bude zdravotní péče poskytována. Tam obdrží informace o poskytovateli a o standardách kvality a bezpečnosti péče, které v zemi platí, jakož i informace o právech a povinnostech pacientů, o postupech při podávání stížností a o právní pomoci.³⁹²

Členské státy jsou povinny spolupráci v rámci přeshraniční zdravotní péče usnadňovat. K tomu patří nejen výměna informací mezi jednotlivými vnitrostátními kontaktními místy, ale také spolupráce „[...] na standardech a pokynech týkajících se kvality a bezpečnosti [...]“³⁹³ a vývoj společných standardů týkajících se moderních informačních a komunikačních technologií (jako například telemedicina nebo elektronické zdravotní záznamy).³⁹⁴

Zatímco vnitrostátní kontaktní místa slouží především administrativní organizaci přeshraniční zdravotní péče, předpokládá směrnice o právech pacientů také spolupráci v oblasti výzkumu, se zvláštním zřetelem především na vzácná onemocnění.³⁹⁵ K tomu účelu mají členské státy vytvářet *Evropské referenční sítě*, které podporují lékařský výzkum a zdravotní péči v celé Evropě.³⁹⁶

Kromě toho musí členské státy zajistit neprodlené poskytování informace o profesní kvalifikaci zdravotnických pracovníků na žádost orgánů jiných členských států.³⁹⁷ Ve směrnici o právech pacientů vybízí Evropská komise členské státy ke spolupráci, a to s důrazem především na příhraniční region. Konkrétní opatření či předpisy k tomu však neuvádí.³⁹⁸

5.6 Vztah mezi nařízením (ES) č. 883/2004 a směrnicí 2011/24/EU o právech pacientů v přeshraniční zdravotní péči

Hlavní rozdíl mezi oběma právními normami spočívá v refundaci výdajů za zdravotní služby: podle nařízení (ES) č. 883/2004 je směrodatný seznam výkonů země poskytovatele. Podle směrnice 2011/24/EU je pro refundaci výdajů směrodatný seznam výkonů státu, v němž má pacient uzavřeno zdravotní pojištění.

Podle nařízení (ES) č. 883/2004 podléhají všechny zdravotní služby, které jsou cíleně prováděny v pojistném zahraničí, povinnosti předchozího povolení.³⁹⁹ Směrnice o právech pacientů toto ustanovení zmírňuje. Předchozím povolením podmiňuje směrnice jen určité zdravotní služby.

³⁹¹ viz čl. 6 směrnice 2011/24/EU

³⁹² viz čl. 6 odst. 3 směrnice 2011/24/EU

³⁹³ viz čl. 10 odst. 1 směrnice 2011/24/EU

³⁹⁴ viz čl. 10 odst. 2 směrnice 2011/24/EU

³⁹⁵ viz čl. 13 směrnice 2011/24/EU

³⁹⁶ viz čl. 12 směrnice 2011/24/EU

³⁹⁷ viz čl. 10 odst. 4 směrnice 2011/24/EU

³⁹⁸ viz čl. 10 odst. 3 směrnice 2011/24/EU

³⁹⁹ viz čl. 20 odst. 1 nařízení (ES) č. 883/2004

Tabulka 10: Rozdíly mezi nařízením (ES) č. 883/2004 a směrnicí 2011/24/EU o právech pacientů v přeshraniční zdravotní péči

	výkon dle právních předpisů	refundace nákladů příslušnou institucí	předchozí povolení k čerpání plánované zdravotní péče
nařízení (ES) č. 883/2004	státu poskytovatele	v plné výši	nutné vždy
směrnice 2011/24/EU	státu pojistitele	do výše léčebných výdajů ve státě pojistitele	nutné pouze u zdravotní péče s „požadavkem plánování“ (např. hospitalizace)

Pojištěnci mají právo volby, podle které právní normy si chtějí nechat uhradit výdaje za léčbu v pojistném zahraničí.⁴⁰⁰ Příslušná instituce by měla pacienta upozornit, která právní norma je pro něho výhodnější.⁴⁰¹

⁴⁰⁰ viz čl. 1 a 2 ve spojení s body odůvodnění 28 a 30 směrnice 2011/24/EU

⁴⁰¹ viz čl. 1 a 2 ve spojení s bodem odůvodnění 31 směrnice 2011/24/EU

6 Vícenáklady a neúměrné finanční zatížení pro pojištěnce příslušné pojišťovny popř. pro daňové poplatníky

Jak bylo uvedeno, hrozí pojištěncům vícenáklady při čerpání zdravotní péče na základě směrnice o právech pacientů (viz část 5.2). Ve zkoumané oblasti je toto nebezpečí aktuální především pro ty, kdo mají uzavřené zdravotní pojištění v České republice.

Vícenáklady mohou vznikat i všem pojištěncům dané pojišťovny neboť ani směrnice o právech pacientů a ani nařízení (ES) 883/2004 vícenáklady pro příslušné instituce nevylučují. Tyto vícenáklady nevznikají v každém případě a nejsou vždy stejně vysoké. Při vysokém dodatečném zatížení pojistitelů však lze jistě počítat s tím, že budou výrazně zdrženlivější při udělování předčasných povolení, než kdyby jim vícenáklady nevznikaly. Pole možné přeshraniční spolupráce v sektoru nemocniční péče bude proto omezeno především náklady, které pojistitelům vznikají navíc.

Pro německé instituce zdravotního pojištění by teoreticky mohly vznikat vícenáklady při ošetření jejich pojištěnců v zahraničí, protože část úhrad německým nemocnicím má charakter fixních nákladů. Jak již bylo podrobně uvedeno, představují sazby DRG z finančního hlediska v podstatě paušální splátky z rozpočtu, který se sjednává individuálně pro každou nemocnici a skládá se z dohodnutého výnosového rozpočtu a z dohodnuté sumy výnosů (viz kapitolu 1.3.1.5). Ošetří-li nemocnice více pacientů nebo má-li případy, které jsou v průměru složitější, než bylo dohodnuto, musí odvést 65% vyššího výnosu,⁴⁰² při nižším počtu pacientů nebo u případech, které jsou v průměru jednodušší, než bylo dohodnuto, uhradí zdravotní pojišťovny 20% nižších příjmů.⁴⁰³ Nechá-li se pacient pojištěný v Německu ošetřit v české nemocnici, musí jeho pojistitel při nevyčerpání rozpočtu uhradit s náklady na ošetření v zahraničí navíc ještě dvacetiprocentní vyrovnání nižšího příjmu v Německu.

Čistě systematicky to znamená dvojitá zatížení pojišťovny. Protože jsou však rozdíly v ceně operačních zákroků mezi oběma zeměmi tak značné, lze ve většině případů počítat s tím, že celkové náklady německých pojišťoven budou při ošetření pacienta v ČR i přes dvojitá zatížení nižší než při ošetření v Německu. Z důvodu nízkých cenových sazeb v České republice to platí nezávisle na tom, zda jsou výkony v zahraničí prováděny na základě směrnice o právech pacientů nebo nařízení (ES) 883/2004.

Porovnáme-li například cenu operace krčku stehenní kosti včetně implantace umělého kyčelního kloubu v obou zemích, jsou patrné značné cenové rozdíly. V Německu se v tomto případě účtuje podle DRG I05Z (jiná velká náhrada kloubu nebo revize či náhrada kyčelního kloubu bez komplikované diagnózy, bez artrodézy, bez komplexního zákroku, s velmi závažným CC). Jen případový paušál, fakturovaný za tento výkon, činí 8.351,28 € (201.349 Kč).⁴⁰⁴ V částce nejsou zohledněny případné dodatečné přírážky či srážky z ceny ani doplatky. Oproti tomu se výše plnění pojišťovny v České republice

⁴⁰² viz § 4 odst. 3 věta čtvrtá zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

⁴⁰³ viz § 4 odst. 3 věta třetí zákona o úhradách nemocniční péče (KHEntgG)

⁴⁰⁴ Za předpokladu, že pacient byl propuštěn v rámci uvedených hranic délky hospitalizace a že nebyl přeložen do jiné nemocnice.

orientuje podle metody, jež byla při upevnění protézy použita. Za cementovanou endoprotézu se fakturuje v průměru 56.050 Kč (zhruba 2.325 €), u necementovaných endoprotéz činí fakturovaná částka v průměru 89.350 Kč (zhruba 3.706 €) a částečně cementované endoprotézy stojí 75.050 Kč (zhruba 3.113 €). Za implantaci cervikokapitální endoprotézy se zdravotním pojišťovnám účtuje v průměru 49.500 Kč (2.053 €).⁴⁰⁵ V ceně jsou započítány veškeré náklady spojené s hospitalizací (např. operace, kloubní náhrada, pooperační péče včetně několika dní rehabilitace).

Náklady na náhradu kyčelního kloubu jsou v Německu výrazně vyšší než v České republice. Pro českého pojistitele je tedy rozhodující, na kterém předpisu se ošetření zakládá. Při ošetření pojištěnce české pojišťovny v Německu na základě směrnice o právech pacientů musí být refundovány náklady maximálně do výše ceny, jakou by mělo ošetření v české nemocnici. Vícenáklady při tom nevznikají. Jinak je tomu v případě věcného plnění podle ustanovení nařízení (ES) 883/2004. V tomto případě musí pojistitelé uhradit skutečné náklady za ošetření a rozdíly v cenách proto způsobují citelné vícenáklady. Z tohoto důvodu lze sotva očekávat, že české pojišťovny budou udělovat předchozí povolení (E 112) k ošetření pacientů v německých nemocnicích ve velkém.

⁴⁰⁵ Informace k úhradám v České republice písemně poskytl MUDr. Petr Pokorný (ředitel odboru zdravotní péče, VZP) dne 12. dubna 2011

7 Možnosti přeshraniční spolupráce

Jak bylo uvedeno v kapitole 5.2, nesou pojištěnci, kteří na základě směrnice o právech pacientů vyhledávají nemocnici mimo zemi jejich zdravotního pojištění, značné riziko vícenákladů. Na základě nařízení (ES) 883/2004 toto riziko sice nehrozí, ale i zde je nutně vyžadováno předchozí povolení zdravotní pojišťovny. Bez předchozího povolení musí pacient náklady za ošetření v zahraničí platit v plné výši sám. Udělování předchozích povolení k ošetření českých pojištěnců v německých nemocnicích, které vychází z (ES) č. 883/2004, však nelze očekávat ve velkém. Vícenáklady, které tak pojišťovně vznikají, jsou příliš vysoké. (viz kapitola 6). Reálnější je představa opačného případu, tedy že němečtí pojistitelé udělí předchozí povolení k ošetření německých pojištěnců v české nemocnici.

Samoplátci mohou využívat nemocniční péči v zahraničí bez omezení. V této kapitole rozebíráme další možnosti přeshraniční spolupráce.

7.1 Koordinace plánování a provozu nemocnic

Při koordinovaném plánování nemocnic by stávající zdravotnická zařízení ze sousední země musela být zohledňována v domácím nemocničním plánu. Namísto rozšiřování zdravotnických zařízení by se – za předpokladu odpovídajících smluv o poskytování zdravotní péče s pojistiteli v sousední zemi - doporučovala návštěva nemocničního zařízení v sousední zemi. Jelikož české zdravotnictví na rozdíl od německého nemá explicitní předpisy k plánování nemocnic, týkalo by se to především Bavorska. Financování nákladů za ošetření v zahraničí by se muselo provádět přes předchozí povolení (E 112) udělené zdravotními pojišťovnami (viz kapitola 6). Skutečné náklady vzniklé v zahraničí by v plné výši nejdříve uhradily pomocné pojišťovny v zemi ošetření a jim by pak byly refundovány cestou mezinárodního vyúčtování. Alternativně by financování provedených výkonů mohlo probíhat cestou přímých smluv o poskytování zdravotní péče domácích pojišťoven se zahraničními poskytovateli těchto výkonů.

Analogicky by se zde musely uplatnit i národní předpisy o financování investičních nákladů (viz kapitola 1.2), a to přinejmenším obsahově. Pokud díky využívání zahraničních nemocničních zdrojů není třeba držet vlastní zdroje, musí se příslušné domácí instituce podílet na investičních nákladech v zahraničí. Kvantitativně by byla na místě částka zohledňující skutečné počty německých a českých pojištěnců, kteří těchto zdrojů využívají. Společné plánování nemocnic se však zdá být otázkou daleké budoucnosti.

7.2 Získávání určitých skupin pacientů

Příhraniční pracovníci, kteří v jedné zemi bydlí a ve druhé pracují, a důchodci, kteří se usadili v sousední zemi, požívají zvláštních svobod. Mají možnost volby, zda chtějí čerpat věcné dávky v tuzemsku nebo v zahraničí. To platí i pro studenty, kteří se v rámci zahraničního studia zdržují v evropském zahraničí přechodně, pokud tam nevykonávají výdělečnou činnost. Rozsah věcné dávky se při tom vždy řídí zákonnými ustanoveními v zemi ošetření. Nárok na peněžité dávky naopak exportovat nelze. Peněžité dávky se

dále poskytují podle právního systému v zemi pojištění.⁴⁰⁶ Příhraniční pracovníci dokumentují svůj nárok formulářem E 106, důchodci předtiskem E 121, studenti přes evropský průkaz zdravotního pojištění EHIC.

Mnohem komplikovanější je nárok na pojištění rodinných příslušníků. To, jestli může nevýdělečně činná manželka německého důchodce po přestěhování do České republiky podle českého práva vznést stejné nároky na věcné dávky jako její manžel, se řídí podle předpisů o pojištění rodinných příslušníků v České republice. Jako tzv. *osoba bez zdanitelných příjmů (OBZP)* je povinna platit si zdravotní pojištění sama. Zákon stanoví výši pojistného na 13,5%⁴⁰⁷ předepsané minimální mzdy.⁴⁰⁸ Při současné minimální mzdě 8.000 Kč⁴⁰⁹ (331,81 €) se měsíčně odvádí pojistné ve výši 1.080 Kč (44,79 €).

V opačném směru jsou pro manžela bez vlastního zdanitelného příjmu, který je pojištěn veřejným zdravotním pojištěním, po přestěhování do Německa směrodatné předpoklady rodinného zástupného pojištění (*Familienmitversicherung*), které stanoví § 10 odst. I páté knihy sociálního zákoníku (SGB V). Nevýdělečně činná manželka podle nich bude pojištěna přes svého partnera zdarma, bez platby vlastního pojistného. Rozhodující je tedy vždy právní úprava země nového bydliště.⁴¹⁰ Naštěstí jsou alespoň pro děti předpisy v obou zemích zhruba stejné: děti školního věku a studenti jsou v obou zemích pojištěni bezplatně. V Německu jako spolupojištění rodinní příslušníci (*mitversicherte Familienangehörige*), v České republice jako tzv. *státní pojištěnci*.⁴¹¹ Rozdíly začnou být patrné až v detailech, např. u maximální výše povoleného vlastního příjmu a jeho souvislosti s nárokem na pojištění. Zdravotní pojišťovna země nového bydliště proto musí v každém jednotlivém případě prozkoumat, zda nárok na bezplatné spolupojištění platný v zemi původu trvá i po přestěhování do zahraničí. Je-li tento nárok zamítnut, nemá rodinný příslušník už ani při přechodném pobytu v zemi původu žádnou pojistnou ochranu. Spolupojištěným rodinným příslušníkům při přestěhování do zahraničí tedy vždy hrozí určité riziko, že ztratí pojistnou ochranu. Evropský soudní dvůr to dle informace autorů této studie dosud nepovažoval za omezení volného pohybu osob. Tak mimo jiné ve věci Chamier-Glisczinski rozhodl, že nelze zaručit, aby přestěhování v rámci Evropy zůstalo neutrální ve vztahu k poskytování dávek v nemoci, ale že to sebou v jednotlivých případech může nést výhody či nevýhody.⁴¹²

Také pro manžele či děti příhraničního pracovníka, který pracuje v tuzemsku a bydlí v zahraničí, se nárok na věcné dávky v místě bydliště řídí tamějšími předpisy o pojištění rodinných příslušníků. Plný přístup k věcným a peněžitým dávkám však mají rodinní příslušníci příhraničních pracovníků v zemi zaměstnání pojištěnce.⁴¹³

⁴⁰⁶ viz čl. 21 odst. 1 nařízení (ES) č. 883/2004 a Evropský soudní dvůr, věc C-160/96 (Molenaar) ze dne 5.3.1998

⁴⁰⁷ viz § 2 odst. 1 zák. č. 592/1992 Sb.

⁴⁰⁸ viz § 3b zák. č. 592/1992 Sb.

⁴⁰⁹ viz § 2 zák. č. 567/2006 Sb. o minimální mzdě a nejnižších úrovních zaručené mzdy

⁴¹⁰ čl. 1 písmeno i č. 1 písmeno ii nařízení (ES) č. 883/2004

⁴¹¹ viz § 7 odst. 1 písmeno a zák. č. 48/1997 Sb.

⁴¹² Sbírka rozhodnutí soudního dvora ze 16. července 2009, věc Chamier-Glisczinski C-208/07, bod 85

⁴¹³ Další informace obsahuje informační brožura pro příhraniční pracovníky *Merkblatt für Grenzgänger* vydaná Zastřešujícím svazem GKV a německým styčným místem *Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland*, v internetu: <http://www.dvka.de/oeffentlicheSeiten/pdf-Dateien/Grenzgaenger/Grenzgaenger2010.pdf> (náhled dne 16. září 2011).

V nemocnicích na obou stranách hranice by cíleným získáváním těchto skupin osob mohla být poskytnuta plnění cizím pojištěncům bez toho, že by jim vznikalo riziko vícenákladů. Na základě nařízení (ES) č. 883/2004 jsou zdravotní pojišťovny povinny nést i vícenáklady vzniklé při ošetření v zahraničí (viz kapitola 5.1). Tato úprava by se týkala především českých pojištěnců.⁴¹⁴ Nicméně nelze očekávat, že by počet českých příhraničních pracovníků a důchodců usazených v Německu, kteří chtějí čerpat zdravotní služby v německé nemocnici, byl tak vysoký, aby z toho plynula větší zatížení v neúměrném rozsahu.

7.3 Společné zaměstnávání zdravotnického personálu

Právní předpoklady a předpisy o vykonávání přechodné či trvalé pracovní činnosti v evropském zahraničí byly představeny v kapitole 4. Přitom se jasně ukázalo, že především v případě regulovaných činností, k nimž patří i lékařské povolání, je třeba odstranit v podstatě jen formální překážky. Tyto jsou na české straně menší než na straně německé. Za předpokladu jazykových znalostí tak z právního hlediska nestojí nic v cestě výkonu lékařského povolání v obou zemích současně. Je možné, že by se při společném vypisování volných pracovních míst, které by bylo koordinováno nemocnicemi obou zemí, stal výkon lékařského povolání pro některé uchazeče obsahově lákavější. Právě v menších nemocnicích v oblastech se slabší infrastrukturou by se tak volná místa obsadila snadněji, než je tomu nyní.

7.4 Vzájemné hospitace

Z pracovněprávního hlediska je přechodný výkon lékařského povolání (viz kapitola 4) ještě lépe organizovatelný než trvalý výkon povolání v evropském zahraničí. Protože často chybí konkrétní znalosti o nemocniční péči v sousední zemi, mohly by vzájemné hospitace sloužit k navazování kontaktů a získávání důvěry. Smysluplné se zdá být zavedení vzájemných hospitací lékařů stejných specializací v pravidelné výměně. Právě na odborně vysoce specializovaných odděleních může náhled do „ošetřovací kultury“ sousední země vést k plodné a kritické diskuzi o vlastních ošetřovacích procesech. Díky hospitacím mají sousedé možnost učit se jeden od druhého a uplatnit podněty získané v sousední zemi při činnosti v zemi původu, a to lehčí formou než přes všechny formální struktury. Problémy nebo dodatečná finanční zatížení nevznikají, pokud je počet hospitujících lékařů v obou zemích stejný. Plat lékaře by jednoduše dál platil jeho zaměstnavatel. Z výkonů lékařů prováděných v rámci hospitací profituje hostující nemocnice, mezinárodní účtování výkonů se přitom nekoná.

Bylo by dobře představitelné a také žádoucí, že by po několika vzájemných hospitacích vznikla důvěrná atmosféra umožňující společné lékařské služby, např. při velkých sportovních nebo kulturních akcích v pohraničí. Právě při těchto událostech je třeba počítat s výskytem pacientů z obou zemí. Hospitující lékaři ze sousední země by tak mohli ošetřovat pacienty ze země jejich původu. K vyúčtování výkonů se ve speciálním případě velkých akcí nabízí dvě různé cesty: jednak lze vykročit cestou danou nařízením

⁴¹⁴ viz kapitola 6

(ES) č. 883/2004. Tak by se při ošetření českých pojištěnců v Německu postupovalo podle německého práva. Německá zdravotní pojišťovna jakožto pomocná instituce by výkony uhradila a následně by náklady za ošetření v plné výši vyfakturovala příslušné české pojišťovně, a sice prostřednictvím německého kontaktního místa (*Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland - DVKA*) a českého *Centra mezistátních úhrad* (viz kapitola 5.1). Analogicky by se ošetření pacienta, který má uzavřené zdravotní pojištění v Německu, účtovalo a předfinancovalo v České republice. Přitom není relevantní, zda ošetřující lékař v zemi ošetření trvale pracuje nebo tam hospituje.

Na druhé straně by mohl být po dohodě se zdravotními pojišťovnami zvolen ale i jiný postup účtování, který by při souhlasu pojištěnce zabránil vícenákladům českých pojišťoven spojeným s ošetřením v zahraničí a byl by i pro německé zdravotní pojišťovny nákladově neutrální. Hospitující český lékař by při velké kulturní či sporovní akci v Německu ošetřil českého pojištěnce a provedené výkony by vyúčtoval stejně, jako kdyby se akce konala v České republice. Fakturu by vydal zaměstnavatel hospitujícího lékaře, v tomto případě česká nemocnice, takže by české pojišťovně nevznikly žádné vícenáklady jako při účtování výkonů podle nařízení (ES) č. 883/2004 (viz kapitola 5.1). Pro německou zdravotní pojišťovnu by tento způsob účtování měl také výhody, protože by nemusela poskytnutou péči předfinancovat. Také pro pojištěnce z toho plyne mnoho výhod. Vedle lékařského ošetření v mateřském jazyce lze snáze pokračovat v následném léčení v zemi původu a zabránit se dvojímu vyšetření. Nevýhody by pro pojištěnce mohly vzniknout jen tehdy, pokud by zákonem stanovený rozsah plnění v zemi ošetření byl vyšší než v zemi pojištění a pojištěnec by se svým souhlasem s výše uvedenou možností účtování vzdal tohoto vyššího rozsahu plnění, i když by mu při postupu podle čl. 19 nařízení (ES) Nr. 883/2004 příslušel.

7.5 Spolupráce při využívání velkých lékařských přístrojů

Seznam velkých lékařských přístrojů, které jsou k dispozici v nemocnicích daného regionu, uvádí kapitola 3. Z hlediska pacienta by se vyšetření v sousední zemi nabízelo vždy tehdy, pokud by ho v zemi původu musel podstoupit ve větší vzdálenosti od místa bydliště nebo kdyby na vyšetření musel déle čekat. V jednotlivých případech by tomu tak mohlo být u radioterapie nebo magnetické rezonance, obzvláště v jižní části zkoumané oblasti. Možné jsou různé konstelace spolupráce, neboť stanovení diagnózy je prostorově odděleno od snímání. Tak by se mohly využívat procesy snímání v sousední zemi a diagnózu by mohli určovat domácí lékaři, nebo naopak by se mohly snímky z domácí magnetické rezonance posílat specialistům do sousední země k doplnění diagnózy.

Financování výkonů provedených v zahraničí by mohlo probíhat čtverým způsobem:

- cestou předchozího povolení uděleného domácí zdravotní pojišťovnou (E 112)
- na základě přímých smluv mezi nemocnicemi v jedné zemi a zdravotními pojišťovnami v zemi druhé
- v rámci dohod o spolupráci mezi poskytovateli zdravotní péče
- v rámci refundace nákladů založené na směrnici o právech pacientů.

Směrnice o právech pacientů výslovně uvádí nárok na náhradu nákladů u výkonů telemedicíny provedené v zahraničí, k nimž patří i stanovení diagnózy zahraničním lékařem.⁴¹⁵ Pracovněprávní problémy přitom nevznikají, neboť všechny činnosti vykonává vždy domácí personál.

7.6 Příležitostná spolupráce v jednotlivých případech k pokrytí špičky

V zásadě by mohla vzniknout situace, kdy by kvůli momentálnímu nedostatku kapacity v jedné zemi mohly být určité plánovatelné úkony prováděny až po neúměrně dlouhé čekací lhůtě, zatímco na druhé straně hranice by byly proveditelné v krátké době. Konkrétní indicie o nadprůměrných čekacích lhůtách na určitá ošetření nejsou autorů studie k dispozici v žádné z obou zemí. Vícenáklady, které by mohly vznikat české zdravotní pojišťovně ošetřením jejích pojištěnců v Německu, v tomto případě nejsou překážkou. Od rozsudku Evropského soudního dvora ve věci Watts⁴¹⁶ mají pojištěnci nárok na udělení předchozího povolení k čerpání věcných dávek v zahraničí podle nařízení (ES) 883/2004, pokud je toto ošetření nutné z lékařského hlediska, je uvedeno v seznamu výkonů příslušné instituce a dotyčné osobě „[...] se [...] nemůže dostat takového léčení v lékařsky odůvodnitelné lhůtě, s přihlédnutím k jejímu zdravotnímu stavu a pravděpodobnému průběhu její nemoci.“⁴¹⁷

Spolupráci může výrazně ulehčit lepší znalost specifické nabídky výkonů nemocnic na druhé straně hranice. Pojištěncům by mohla být nabídnuta pomoc a poradenství při hledání nemocnice v sousední zemi, v níž by mohli být v krátké době ošetřeni.

7.7 Převádění jednotlivých problematických případů na specializované nemocnice v sousední zemi

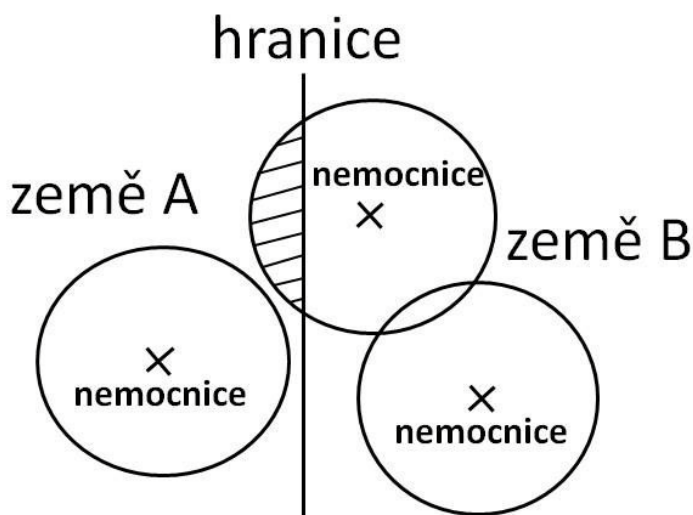
Pokud by se během hospitalizace domácího pojištěnce ukázalo, že musí být přeložen k další léčbě do nemocnice se zvláštní specializací, bylo by možné pomýšlet vedle domácí nemocnice i na překlad pacienta do odpovídající kvalifikované nemocnice v sousední zemi. Pro pojištěnce v příhraničí by to mohlo mít výhodu v případě, že by zahraniční nemocnice ležela blíže místu bydliště než nemocnice domácí. Níže uvedená grafika tento případ znázorňuje. Zobrazeny jsou jedna nemocnice v zemi A a dvě v zemi B, vždy se spádovými oblastmi stylizovanými kruhem. Pro všechny pacienty, kteří bydlí v proužkované části země A, je zdravotní péče v zemi B blíže místu jejich bydliště, než tomu je v případě domácí nemocnice.

⁴¹⁵ viz čl. 7 odst. 7 směrnice 2011/24/EU

⁴¹⁶ Evroský soudní dvůr, dne 16.5.2006, věc C 372/04

⁴¹⁷ čl. 20 odst. 2 věta druhá nařízení (ES) č. 883/2004

Obr. 11: Ošetření zahraničními lékaři v blízkosti místa bydliště



Do kooperačních projektů podle tohoto vzoru by se však neměla vkládat přílišná naděje, a to především ze dvou důvodů. Jednak povede jazyková bariéra často k tomu, že se pacient nebo jeho rodinní příslušníci raději smíří s delší cestou, než aby nechali provést ošetření blízko svého bydliště v cizím jazyce. Ale i kdyby se tento problém vyřešil dvojjazyčným personálem v příhraničních nemocnicích, zůstává problém financování. Bez pochyby je jak pro úhradu zaručených věcných dávek podle nařízení (ES) č. 883 tak i pro částečnou refundaci nákladů podle směrnice o právech pacientů nutné předchozí povolení zdravotní pojišťovny. Se souhlasem českých pojišťoven s ošetřováním českých pojištěnců v německých nemocnicích nelze počítat pravidelně. Vícenáklady na léčení v zahraničí, které jsou z jejich strany právem očekávané, jsou příliš vysoké. V opačném směru si naopak lze předchozí povolení německé pojišťovny k léčení pojištěnce v České republice dobře představit, protože zde vícenáklady nevznikají.

7.8 Pravidelné vizity v sousedních nemocnicích u tuzemců pojištěných v zahraničí

Potenciál spolupráce by se možná zřetelně zvýšil, pokud by byla nejdříve podporována mobilita lékařů, což by následně vedlo ke zvýšení mobility pacientů. Myslitelná by byla pravidelná výměna lékařů zaměstnaných v nemocnici v předem určené a dohodnuté dny v měsíci, kdy by se hospitující lékaři zúčastňovali vizit a pokud by to bylo právně přípustné, byli by k dispozici k provádění ambulantních výkonů. Adresáty této péče by byli pojištěnci ze sousední země, cizinci z hlediska pojištění, kteří by patřili ke stejné jazykové skupině, často tedy krajané. Máme na mysli Němci, kteří žijí v České republice a jsou zde i pojištěni nebo české občany, kteří žijí a pracují v Německu a jsou tam tudíž i pojištěni. V centru zájmu tudíž nejsou skupiny, o kterých se hovoří v kapitole 7.2 na straně 75, tedy ani příhraniční pracovníci ani důchodci, kteří mají nárok na pojištění v obou zemích a proto za účely léčení mohou lehce jezdit do země původu.

Jen relativně nízký výhled na realizaci se oproti tomu zdá mít případ uvedený ve studii proveditelnosti, kdy ošetřující lékař s sebou k léčení do sousední země přiveze

problematické případy ze své nemocnice, které by jinak musely být převáženy do jiné nemocnice ve vnitrozemí daleko od místa bydliště.

I když je tato představa překonání jazykové bariéry a stávající důvěry v podobě domácího doprovodného lékaře lákavá, zdá se být zcestná po zvážení z lékařského hlediska. Ve většině případů bude lékařům chybět odpovídající zkušenost při provádění ošetření, pokud ho nemohou vykonávat pravidelně ve své domácí nemocnici. Odhlédneme-li od možných výjimek, bude mít převahu převoz pacienta do nejbližší národní nebo popř. mezinárodní nemocnice (viz kapitola 7.7 na straně 79).

8 Shrnutí

Společný evropský trh a v něm garantovaný volný pohyb služeb ze zásady zahrnují i využívání nemocniční péče v evropském zahraničí. Jen v určitých případech je však zajištěno, že domácí zdravotní pojišťovna přebírá náklady na ošetření v plné výši. Z důvodu ochrany svých pojištěnců před vícenáklady byla omezena povinnost příslušné zdravotní pojišťovny k úhradě nákladů za výkony prováděné v zahraničí. Tato úprava má jednak zabránit obcházení národních snah o přidělování dávek a jednak zohledňovat zvláštnosti (národních) potřeb plánování v nemocničním sektoru. Pouze samoplátcí, důchodci a příhraniční pracovníci a jejich případní rodinní příslušníci mají neomezený přístup k čerpání nemocniční péče jak v České republice tak v Německu. Všechny ostatní skupiny pojištěnců musí pro plánovanou léčbu v zahraničí získat povolení zdravotní pojišťovny, která se tak zaváže k uhrazení plných nákladů. Značné rozdíly ve výši nákladů mezi oběma zeměmi ovšem způsobují, že souhlas české zdravotní pojišťovny s plnou úhradou nákladů zůstane ve většině případů nepravděpodobný, takže pobyt českých pojištěnců v německé nemocnici bude spojen s rizikem velmi vysokého vlastního podílu.

Úhrada nákladů na léčbu německého pojištěnce v české nemocnici se oproti tomu zdá být méně problematická. I zde je sice nutné předchozí povolení příslušné pojišťovny, německému pojistiteli však zpravidla nevznikají žádné vícenáklady.

Vedle toho existuje množství možností pro užší přeshraniční spolupráci v nemocničním sektoru. Za zmínku téměř nestojí pracovní právní překážky pro přechodný či trvalý výkon činnosti lékaře v sousední zemi. Například vzájemné hospitace lze uskutečňovat bez byrokracie a jiných komplikací, aniž by zúčastněným vznikaly náklady navíc. Vycházíme-li z pravidelných hospitací, mohl by být počet ošetření hostujících lékařů ze zahraničí systematizován a zintenzivňován.