



Váš dopis ze dne 14. února 2019

V Praze 21. února 2019



Odpověď Ministerstva zdravotnictví na žádost o informaci dle zákona č.106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů

K Vámi podané žádosti o poskytnutí informace dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů, doručené Ministerstvu zdravotnictví dne 14. února 2019, evidované pod [redacted], ve věci *dotazů*:

- 1) *Co, nebo kdo, určuje počet provozovaných ordinací praktických a zubních lékařů v kraji - okrese?*
- 2) *Jsou lékaři ve stávajících (v současnosti provozovaných) ordinacích nějak limitováni v přijímání nových - dalších pacientů zdravotních pojišťoven, se kterými již mají smlouvu?*
- 3) *Jsou lékaři při provozu své praxe nějak limitováni?*

Například - počtem ošetřených pacientů za jeden den, maximální pracovní dobou za jeden den, nějakým finančním limitem? Podle důvěryhodných informací praktického lékaře, údajně může vykázat za jeden ordinační den, ošetření jen 20 pacientů. Více nedostane proplaceno.

Vám sděluji následující:

Ad dotaz č. 1)

Počet provozovaných ordinací není centrálně určen. Nicméně zdravotní pojišťovny zodpovídají za místní a časovou dostupnost zdravotní péče. Podle § 40 bodu (7) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.





Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit svým pojištěncům:

- a) místní dostupnost hrazených služeb. Místní dostupností se rozumí přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu trvalého pobytu nebo k místu bydliště pojištěnce. Místní dostupnost se vyjadřuje dojezdovou dobou. Místní dostupnost zdravotnické záchranné služby stanoví zákon, upravující zdravotnickou záchrannou službu. Dojezdovou dobou se pro účely tohoto zákona rozumí doba v celých minutách, která odpovídá efektivní dostupnosti místa dopravním prostředkem rychlostí která je přiměřená typu pozemní komunikace a je v souladu se zákonem upravujícím provoz na pozemních komunikacích. Dojezdové doby stanoví vláda nařízením,
- b) časovou dostupnost hrazených služeb. Časovou dostupností se rozumí zajištění poskytnutí neodkladných a akutních hrazených služeb ve lhůtě odpovídající jejich naléhavosti. Lhůty vyjadřující časovou dostupnost plánovaných hrazených služeb stanoví vláda nařízením.

Místní a časovou dostupnost detailněji určuje Nařízení vlády č.307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.

Ad dotaz č. 2)

Podle § 48 bodu (2) zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), může poskytovatel odmítnout přijetí pacienta do péče pokud:

- a) by přijetím pacienta bylo překročeno únosné pracovní zatížení nebo jeho přijetí brání provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení; překročením únosného pracovního zatížení se rozumí stav, kdy by zajištěním zdravotních služeb o tohoto pacienta došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientům již přijatým,
- b) by vzdálenost místa pobytu pacienta neumožňovala v případě poskytování zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost výkon návštěvní služby, nebo
- c) není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění; toto právo se nevztahuje na pojištěnce z jiných států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Švýcarské konfederace, či ze států, se kterými má Česká republika uzavřenu smlouvu o sociálním zabezpečení, zahrnující ve věcném rozsahu nároky na zdravotní péči.

Další výjimky jsou dále popsány v bodech 3, 4 a 5 § 48 téhož zákona.

Ad dotaz č. 3)

Vybrané limity lékařských praxí:

- Z hlediska věcného a personálního vybavení, které se vztahuje ke konkrétní odbornosti, či typu poskytovaných služeb.





- Z hlediska úhrad.
 - Obecně se úhradové limity pro sledovaný rok vztahují k referenčnímu roku, kterým je vždy období 2 roky před hodnoceným obdobím (pro rok 2019 je tedy referenční období rok 2017). Na základě úhrady z referenčního roku je stanovena maximální úhrada pro sledovaný rok. U ambulantních specialistů se jedná o tzv. PURO (průměrnou úhradu za výkony podle seznamu výkonů včetně zvláště účtovaného materiálu a zvláště účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období), která je navýšena o předem domluvenou částku ve sledovaném období. V případě překročení produkce není nadprodukce poskytnutých služeb proplacena. Zároveň je předmětem regulace průměrná úhrada na jednoho pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.
 - V případě praktických lékařů jsou regulovány pouze předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a vyžádaná péče. Limitem pro sledovaný rok je pak průměrná úhrada přepočtená na jednoho pojištěnce z referenčního období.
 - Denní úhradové limity neexistují, nicméně každý výkon (lékařská prohlídka) má určitou časovou dotaci, proto mohou zdravotní pojišťovny kontrolovat, zda lékař provedl pouze takový počet vyšetření, na která reálně stačí otevírací doba ordinace. Tímto mohou zdravotní pojišťovny zajistit, aby ošetřující lékař věnoval pacientovi dostatek času (minimálně takový, jaký je určen ve vykázaném vyšetření).
 - Zároveň je možné, že lékaři uzavřou se zdravotními pojišťovnami úhradové dodatky, které mohou určovat limity odlišným způsobem. Tento úhradový dodatek je uzavřen na základě souhlasu obou stran.
 - Z hlediska dalších zákonů ČR – zákoník práce apod.

S pozdravem

