

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného  
uživatele  
a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č.  
121/2000 Sb.**

# Institut postgraduálního vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Praze

## Škola veřejného zdraví

Atestační práce podzim 2000

### Úrazy způsobené třetí osobou v systému zdravotního pojištění.

MUDr. Jan Bříza

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

## **Obsah:**

1) Úvod

2) Cíl práce

3) Současný

stav

4) Návrh řešení

5) Diskuse

6) Závěr

7) Souhrn

8) Literatura

9) Přílohy

# Úvod

System zdravotního pojištění se potýká s problémy ve financování zdravotní péče. Těchto problémů je celá řada. Jedním z nich je způsob úhrady léčení úrazů a nemocí způsobených třetí osobou nebo profesním poškozením. V těchto případech je stanovena povinnost původce úrazu uhradit náklady léčení. Nejprve je však úhrada provedena příslušnou zdravotní pojišťovnou postiženého nebo postiženým a teprve poté je prováděno mimosoudní či soudní vymáhání úhrady na povinném, pokud je znám. Tím dochází vlastně k úvěrování povinných osob zdravotním pojištěním.

## **Cíl práce**

Práce si klade za cíl poukázat na některé problémy úhrady zdravotní péče poskytované v případech úrazů způsobených třetí osobou z pohledu systému zdravotního pojištění a předložit určité návrhy na možná řešení.

Neklade si však za cíl poskytnout úplný přehled problematiky úhrad za zdravotní péči poskytovanou v případech úrazů způsobených třetí osobou.

V žádném případě ani není cílem práce komplexní řešení problematiky, která je velmi ožehavá i vzhledem k různým zájmům potenciálních účastníků pojištění.

## Stav

Sledované téma se dá rozdělit do několika dílčích problémů, přičemž si nekladu nárok na postižení všech:

- evidence a hlášení úrazů a nemocí způsobených třetí osobou
- návaznost na systém hlášení pracovních neschopností
- návaznost na povinná statistická hlášení
- způsob úhrady zdravotní péče poskytnuté v případech zaviněných poškození zdraví
- návaznost na systém odškodňování následků zaviněných poškození zdraví

Z výše uvedených bodů je patrné, že řada problémů vyplývá z absence provázaného systému úhrady zdravotní a sociální péče.

## Evidence a hlášení úrazů a nemocí způsobených třetí osobou

Existuje systém tzv. regresních hlášení zdravotnických zařízení zdravotnickým pojišťovnám. Dále v systému Správy sociálního zabezpečení existuje evidence pracovních úrazů a nemocí z povolání s návazností na problematiku invalidních důchodů. Tyto systémy nemají vazbu.

Do působnosti resortu zdravotnictví spadá oblast tzv. regresních hlášení.

V současné době podle ustanovení § 55 Zákona č. 48/1997 Sb. musí zdravotnická zařízení hlásit příslušné zdravotní pojišťovně ty případy, kde na poškození zdraví měla vinu třetí osoba, ať právnícká tak fyzická. Zákon však neuvádí sankce za nedodržení a ty se přesouvají pouze do smluvní roviny mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnou. Ohlašovací povinnost mají i policie a soudy (14).

Plnění ohlašovací povinnosti může zvýšit počet případů, u nichž bylo vymáhání náhrady nákladů léčení pojišťovnou úspěšně a zřejmě také povede k uplatnění smluvních sankcí vůči příslušným zdravotnickým zařízením za neplnění ohlašovací povinnosti. To přirozeně může vnést větší pořádek do systému byť s prvotně nepříznivým dopadem na zdravotnická zařízení, která neplní ohlašovací

povinnost pro regresní řízení. Zavedení a uplatnění sankcí je závislé na systému evidence a kontroly.

Je však nutné si položit otázku, proč není počet regresních hlášení v relaci s počtem poškození zdraví způsobených třetí osobou, ačkoliv se vlastně proti období systému ÚNZ na tomto poli pro zdravotnické zařízení, vyjma formální úpravy formuláře a adresy pro odeslání nic nezměnilo. Na tuto otázku je obtížné hledat jinou odpověď, než, že pro zdravotnické zařízení je vyplnění regresního hlášení další administrativní zátěží, která nemá pro příslušné zdravotnické zařízení viditelný bezprostřední ekonomický efekt. Pokud neodešle hlášení jiné zařízení či instituce, nemá pojišťovna prakticky možnost kontroly.

Nechci tím omlouvat neplnění pro systém úhrad zdravotní péče důležité povinnosti, ale najít vysvětlení proč se tak děje.

## **Návaznost na systém hlášení pracovních neschopností**

V případě pracovní neschopnosti pro úraz vystavuje většinou potvrzení o pracovní neschopnosti to zařízení, které ošetřuje. U méně závažných poranění příslušný praktický lékař. V potvrzení o pracovní neschopnosti by mělo být uvedeno sdělení, zda jde či nejde o pracovní úraz či nemoc z povolání. Pro jiná poškození zdraví způsobená třetí osobou není rubrika. Tento systém spravuje Správa sociálního zabezpečení. Z výrazně klesajícího trendu výskytu pracovních úrazů ve statistikách (grafy v příloze) se však nabízí otázka, zda nejsou hlášení profesních poškození zdraví zatížena obdobnou chybou jako regresní hlášení, byť jinak motivovanou.

Přestože tento systém není zřejmě plně funkční, myslím, že provázanost hlášení náhrad léčeni a pracovních neschopností alespoň u profesních poškození zdraví by bylo přínosné, i když jen jako dílčí krok.



## **Návaznost na povinná statistická hlášení.**

Povinná statistická hlášení sledují profesní poškození zdraví a úrazy, ale již není jednoznačná vazba na původce. Tato statistická data nás však mohou informovat prakticky jen o závažnosti problému z hlediska počtů poranění a nepostihují náklady. Zde je přístup k datům omezený zájmy příslušných pojišťoven. Určité zlepšení může přinést povinné uvádění další diagnózy ze systému MKN 10 ze skupiny „V“ vyplněné ve všech položkách. (3)

## **Způsob úhrady zdravotní péče poskytnuté v případech zaviněných poškození zdraví**

V dnešní době neustálého hledání optimálního způsobu úhrady zdravotní péče charakterizovaném snahou o „vyladění“ systému s omezenými zdroji a obtížně regulovatelnou poptávkou se dají náklady na léčbu poranění a vlastně i obecně profesních poškození zdraví chápat jako náklady, které jsou z hlediska systému úhrady zdravotní péče jaksi navíc.

Je zde zavinění a tím i odpovědnost za způsobenou škodu na zdraví. Tuto thési akceptuje i stávající systém regresních hlášení a následného vymáhání. Zde však vidím hlavní problém, na který chci ve své práci poukázat. Systém zdravotního pojištění je systémem solidárního průběžného financování zdravotní péče. Zdravotním pojišťovnám oprávněně vykázaná poskytnutá péče je hrazena sice s určitým zpožděním průběžně z pojistného včetně péče, na níž se vztahují regresní možnosti. Náklady na tuto léčbu příslušné zdravotní pojišťovny vymáhají teprve s odstupem. (4, 5) V případě, že jde o stavy kryté některým zákonným odpovědnostním pojištěním, je tato úhrada požadována přímo na komerční pojišťovně. V ostatních případech je častá zdlouhavá soudní cesta a v mnohých případech jde o nedobytné pohledávky. Velkým problémem jsou i případy nezjištěného pachatele. Ve všech případech nedobytnosti nebo pozdního zaplacení pohledávky jde ztráta k tíži příslušné zdravotní pojišťovny a tím

systemu zdravotního pojištění, i když nejde o hlavní příčinu deficitu systému zdravotního pojištění, podílí se na jeho tvorbě významnou měrou. Bez údajů zdravotních pojišťoven navíc ještě zkreslených nedostatečným hlášením nelze kvalifikovaně odhadnout objem ztrát systému zdravotního pojištění.

Tyto ztráty je možné rozdělit na způsobené nehlášením a na způsobené systémem náhrad, tedy vlastně úvěrováním povinných osob ze strany systému zdravotního pojištění.

### **Návaznost na systém odškodňování následků zaviněných poškození zdraví**

Systém úhrady zdravotní péče není evidenčně provázán se systémem náhrad v pracovní neschopnosti a poskytovaných invalidních důchodů. Tím je ztížena kontrola. Pomíjím zde záměrně otázku vztahu mezi různými způsoby ošetření, jejich náklady, dobou pracovní neschopnosti a rozsahem pozdních následků.

## **Shrnutí stavu.**

- Zdravotní pojišťovny hradí zdravotnickým zařízením péči poskytnutou jejich pojištěncům bez rozdílu příčiny poškození zdraví. Teprve s odstupem na základě oznámení o cizím zavinění vymáhají na povinném náhradu výloh. Do doby úhrady vlastně na náklady systému zdravotního pojištění úvěrují povinného bez úročení.
- Ne vždy mají zdravotní pojišťovny tzv. regresní hlášení. To nemusí být ani způsobeno nedbalostí či nezájmem zdravotnických zařízení, ale i absencí informací o příčině úrazu či onemocnění. Náklady na nehlášené případy nemohou být vymáhány a jdou k tíží systému zdravotního pojištění.
- Ne vždy je i u hlášených případů určen původce a pokud úrazový děj není kryt některým ze zákona povinným pojištěním, je pohledávka nedobytná.
- Zdravotnická zařízení nejsou zainteresována na podávání regresních hlášení vyjma smluvních sankcí obtížně uplatnitelných.

## Návrhy na řešení

Problematika úhrad „zaviněním indukované péče“ ze strany povinných osob může být chápána i politicky, jako protipóly osobní odpovědnosti a principu solidární úhrady. Tento aspekt nechť je řešen v diskusích a na teoretické úrovni. Ve věci úhrady zdravotní péče je nutný pragmatický pohled na možnosti úhrady, zejména velmi nákladné péče.

Proto je velmi žádoucí sledovat způsob řešení téhož problému v okolních zemích, z nichž navíc některé mají určitou část historie společnou s námi.

Velmi komplexní systém úrazového pojištění má Rakouská republika (8,11,12,) a i ekonomicky velmi silná Spolková republika Německo má pro tuto oblast povinné úrazové pojištění již od 6.7.1884 (13). Tato pojištění řeší i problematiku dalších profesních poškození zdraví, odškodňování za pracovní úrazy a nemoci z povolání, invalidní renty a vůbec celou problematiku zejména pracovních úrazů i nemocí a jejich prevence.

Návrhy řešení je možné rozdělit následovně

- **dílčí opatření** v rámci stávajícího systému směřující ke zmírnění ztrát systému zdravotního pojištění
- **komplexní řešení** problematiky úrazů, zejména profesních, včetně nemocí z povolání

## **Dílčí opatření v rámci stávajícího systému směřující ke zmírnění ztrát systému zdravotního pojištění**

Základem těchto opatření musí být zlepšení hlášení a evidence úrazů způsobených třetí osobou.

Za pokrok v této oblasti je nutné označit znění §70 vládního návrhu novely Zákona o veřejném zdravotním pojištění (4). Avšak opět chybí sankce. Znění odstavce 6 §70 je demotivující.

Dalším krokem by měla být podpora přímé zainteresovanosti zdravotnických zařízení na včasném a řádném podávání hlášení, přirozeně k tíži povinných osob.

Přichází v úvahu různé varianty bonifikací, ať již jakousi taxou za vyplnění ( obdobně jako u vyplnění hlášení úrazu pro účely komerčního připojištění) a nebo stanovením odlišné ceny za poskytovanou péči.

V době výkonové úhrady a ani dnes, v době paušálních úhrad, zdravotnické zařízení nerozeznává pro úhradu původ poškození zdraví, úhrada je jednotná. Z hlediska systému zdravotního pojištění je péče poskytnutá pro úrazy způsobené třetí osobou či pro profesní poškození zdraví zbytná. Pokud by nebylo zavinění, nebylo by nutné tuto péči čerpat. Je i dána povinnost tuto péči uhradit (5,14). Proto by neměla pro tuto péči platit cenová ujednání mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami či Vládní nařízení pro úhradu zdravotní péče z všeobecného zdravotního pojištění, ale ceny

pro samoplátce, respektive ceny pro výkony nehrazené ze zdravotního pojištění.

Cena by měla být na rozdíl od ztrátových cen platných v úhradách z všeobecného zdravotního pojištění cenou nákladovou. Do této ceny by měly být promítnuty nejen náklady zdravotnických zařízení (nejlépe cenou za 1 výkonový bod stanovenou v době kalkulací Sazebníku (6,7) na 1,0 Kč s inflační indexací od doby původní kalkulace a cenou zvláště účtovaných položek ) ale i náklady zdravotní pojišťovny na vymáhání a v podstatě i úrok za „úvěrování“ povinných osob. Zdravotní pojišťovna by nadále platila příslušnému zdravotnickému zařízení jakousi zálohou úhradu a po vymožení příslušné částky od povinné osoby by po odečtení svých nákladů poukázala zdravotnickému zařízení doplatek do nákladové ceny. Jde o poměrně složitou konstrukci, která je ale vedena snahou o určité částečné narovnání vztahů.

Nikdo nezpochybňuje například právo pekaře prodávat housky za své náklady a zisk. Zdravotnictví je však upírán nárok nejen na zisk, ale i na úhradu nákladů. Současný systém podhodnocení úhrad zdravotní péče vyplývá z celkové ekonomické situace na jedné straně a možností našich zdravotnických zařízení na straně druhé. Jde ale svým způsobem o určitou součást sociálního štítu obyvatel. Nevidím však důvod tento sociální štít s ještě dalším zvýhodněním poskytovat původcům poškození zdraví jiných osob. Zde by se naopak měl důsledně zdůraznit prvek odpovědnosti.

Zřejmě by bylo nejvhodnější kombinovat oba způsoby. Taxa za vyplnění opodstatněného hlášení by mohla být zaměstnavatelem poukazována jako motivace přímo lékaři a dodatečné vyúčtování

doplatků by částečně pomáhalo řešit deficitní úhrady a motivovalo zdravotnické zařízení.

V tomto návrhu nejde o to přesunout o problémy podfinancování zdravotnictví mimo systém veřejného zdravotního pojištění, ale zabránit, aby v případě odpovědnosti za konkrétní poškození zdraví nebyl viník dotován.

Za úvahu stojí i informační provázání mezi systémem zdravotního a sociálního pojištění v otázkách zaviněného poškození zdraví.



## **Komplexní řešení problematiky úrazů, zejména profesních včetně nemocí z povolání**

V případě komplexního řešení přichází v úvahu prakticky jen vytvoření systému zákonem stanoveného povinného úrazového pojištění.

Povinné úrazové pojištění by mělo řešit mimo úhrady léčebných výloh, odškodnění postiženým dávky v nemoci, invalidní renty, náhrady a renty pozůstalým i prevenci úrazů a profesních poškození zdraví.

Ke standardu povinného úrazového pojištění v Rakousku (11,12) i v Německu (13) patří mimo krytí přímých pracovních a školních úrazů a nemocí z povolání i pojistné krytí úrazů na cestě do zaměstnání a zpět.

Pojistné zaměstnanců v případě Německa a Rakouska platí zaměstnavatelé (12,13). Osoby samostatně výdělečně činné potom samy. Systémy řeší i platby pojistného za pomocný personál v domácnostech. Pojištěním jsou kryti zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné, žáci a studenti škol a děti v denních zařízeních na pracovní a školní úrazy, úrazy na cestě do práce či do školy a zpět. Kryty jsou i nemoci z povolání.

Pro vytvoření vyváženého a funkčního systému je potřeba zajistit, aby nešlo o jednostranné zatížení zaměstnavatelů náklady na pojištění bez určitého efektu. Tím je většinou zejména pro malé firmy, zajímavá pomoc v otázkách bezpečnosti práce a

ochrany zdraví při práci, zajištění závodní zdravotní péče, rychlé řešení odškodňování zaměstnanců apod.

Například rakouská pojišťovna Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) v případě, že zaměstnanec při práci porušil bezpečnostní předpisy na příkaz zaměstnavatele, poskytuje u pracovního úrazu dvojnásobné plnění, aniž by vůči zaměstnavateli vyvozovala sankce (ústní sdělení pracovníka AUVA). AUVA provozuje vlastní zdravotnická zařízení závodní péče, má smluvní závodní lékaře i pro malé firmy, provozuje se státní podporou úrazové nemocnice zapojené do aktivačního systému pro mimořádné situace, zajišťuje lázeňskou, doléčovací a posudkovou službu. Tento systém nejrůznějších výhod či služeb pro zaměstnavatele v oblasti ochrany zdraví při práci vytváří prostor pro podporu systému povinného úrazového pojištění i ze strany zaměstnavatelů.

Činnost systému zákonem stanoveného úrazového pojištění by měla být kontrolována státem

Existence provázaného systému v oblasti sociálního, zdravotního a úrazového pojištění navodí systém průběžného financování ve všech oblastech s možnostmi přeúčtování uvnitř systému.

## **Diskuse**

Největší problém úrazů způsobených třetí osobou v systému veřejného zdravotního pojištění v současné době je, že náhrada za léčebné výlohy je požadována až s odstupem. Tím vlastně veřejné zdravotní pojištění bezúročně úvěruje povinné osoby.

Další problém je, že kvůli podhodnoceným cenám zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, za které jsou regresní náhrady účtovány, jsou osoby povinné hradit náklady léčebné péče opět neoprávněně zvýhodňováni. Zdravotní péče poskytovaná u zaviněných poškození zdraví by měla být účtována za ceny pro samoplátce. Tyto ceny odráží náklady. Jelikož tyto ceny pro samoplátce jsou různé v různých nemocnicích, bylo by vhodné použít ceny bodu 1,00 Kč s indexací podle inflačních nárůstů od doby kalkulace Seznamu výkonů (v roce 1996). Proti tomu mohou být vzneseny námitky dvojích cen. Je však třeba si uvědomit, že jestliže je právní normou stanovena osobě, která způsobila poškození zdraví, povinnost uhradit léčebné výlohy, nejde o zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Toto by však mělo být zdůrazněno v Zákoně o zdravotním pojištění.

Velkým problémem je hlášení a evidence zaviněných úrazů. Pokud mimo nepříliš účinné a obtížně uplatňovatelné sankce nepřibude pozitivní motivace zdravotnických zařízení, budou regresní hlášení nadále problémem. Důležité je i zajištění vazby na další systémy evidence a vyšetřování úrazů.

Mezi úrazy způsobenými třetí osobou představují zvláštní a početnou skupinu se závažnými následky a vysokými náklady na léčbu pracovní úrazy.

V současné době se spíše než s deklarováním pracovních úrazů setkáváme s jejich zatajováním. Často nejsou požadována potvrzení o pracovní neschopnosti. Toto je však vzhledem k praktické nemožnosti ověření spekulativní tvrzení. Jako numerický podklad je možné brát jen graf poklesu počtu hlášených pracovních úrazů (příloha, zpracováno dle ÚZIS programem DPS).

V případě, že nebude vytvořen systém, který bude zvýhodňovat zaměstnavatele i zaměstnance při nahlášení pracovního úrazu, nemůžeme očekávat objektivní výsledky.

Vraťme se k problému, který si vytkla tato práce jako ústřední, k úhradě nákladů na léčení. V případě, že je léčení uhrazeno z veřejného zdravotního pojištění a regresní náhrada je požadována pouze při nahlášení, je v zájmu původce úrazu ( například zaměstnavatele) nenahlášení pracovního úrazu.

Nejen z tohoto důvodu, ale i z důvodu lepší evidence, prevence úrazů, validního systému odškodňování v jednotném systému se spíše než kultivace stávajícího deformovaného systému regresních náhrad jeví jako racionální řešení vytvoření systému povinného veřejného úrazového pojištění

pokrývajícího jak úhradu léčebné péče, tak i dávky v nemoci a odškodnění včetně rent pro všechny pracovní úrazy a nemoci z povolání.

V diskusi přirozeně může zaznít, že lze pojištění pracovních úrazů chápat vlastně jako součást všeobecného zdravotního pojištění a že i zaměstnavatelé mají povinnost hlásit kopíemi záznamů o pracovních úrazech tyto úrazy zdravotní pojišťovně (Zák. 48/1997 Sb. § 45 odst. 4.). To je sice pravda, ale systém je roztržitý, vyžaduje vyšší náročnost kontrol a není provázán se systémem prevence a kontroly ochrany zdraví při práci.

Za velmi přínosné vidím kritické převzetí zkušeností a systému z okolních zemí. Jako vhodné vzory i vzhledem k připravované evropské integraci se jeví systémy Rakouské republiky či Spolkové republiky Německo. Zejména rakouský systém Hlavního svazu rakouských nositelů sociálního pojištění vycházející ze systému sociálních zákonů se jeví jako jeden z vhodných modelů. Pojistné zajištění profesních úrazů v případě návratu k pojistnému krytí i cest do a ze zaměstnání by s výjimkou náhodných a kriminálních úrazů zabezpečovalo celou oblast úrazů a profesních onemocnění.

Jelikož však tvorba takového uceleného systému vyžaduje mimo poznání i celou řadu legislativních kroků, není možné předpokládat i při všeobecné vůli k přijetí takového řešení, rychlou cestu. Vzhledem k řadě dílčích zájmů však ani rovnou cestu. Proto je mimo přípravu obdobného provázaného sociálního systému zdravotního, penzijního a úrazového pojištění nutné se soustředit na dílčí úpravy stávajícího systému. V tomto pohledu je §70 vládního návrhu novely zákona o všeobecném zdravotním pojištění

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

velkým přínosem. Bylo by však vhodné kodifikovat, že zdravotní péče poskytovaná v případě zaviněných úrazů a jiných zaviněných poškození zdraví není péčí hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. V návaznosti na to pak stanovit nákladovou cenu této péče a určenou odměnu za oprávněně vyplněné regresní hlášení.

## Závěr

Podle mého mínění je nutné dosáhnout narovnání vztahů mezi systémem veřejného zdravotního pojištění a osobami povinnými hradit náklady zdravotní péče v případě zaviněných poškození zdraví. V současné době je systém veřejného zdravotního pojištění znevýhodňován, prakticky bezúročně úvěruje povinné osoby.

Vzhledem k tomu, že lze obtížně zajistit rychlou úhradu vynaložené zdravotní péče a to i v případě ochoty povinné osoby zaplatit, jeví se jako vhodné zavedení systému povinného všeobecného úrazového pojištění, které bude rovněž postaveno na principu solidárního průběžného financování.

Toto pojištění by mělo komplexně krýt pracovní úrazy, úrazy ve školách, dětských zařízeních včetně cesty do a ze zaměstnání, školy či dětského zařízení a nemoci z povolání.

Z pojištění by mimo úhrady zdravotní péče měly být kryty i dávky v nemoci, odškodnění, renty a preventivní opatření.

Pojistné by mělo být placeno zaměstnavatelem, u školních a předškolních zařízení státem. Osoby samostatně výdělečně činné by si měly pojistné hradit samy.

Pojištění by mohlo být poskytováno i více pojišťovny, ale podle jednotných pravidel. Výběr

pojišťovny by prováděly plátcí pojistného. Musí být stanovena zásada, že příslušný zaměstnavatel je pojištěn u jedné úrazové pojišťovny. Toto opatření mimo jiné zajistí lepší evidenci a prevenci úrazů a profesních nemocí. Pomůže i sjednotit systém bezpečnosti a ochrany zdraví při práci převedením kontrolních pravomocí v této oblasti na příslušnou úrazovou pojišťovnu.

Při tvorbě tohoto systému je žádoucí se nejen pro integrační proces s Evropskou unií inspirovat v sousedních zemích Evropské unie. Jako jeden z vhodných modelů, i když možná trochu složitý, se jeví systém Rakouské republiky.

Zavedení tohoto systému je záležitostí řady let a vyžaduje komplexní řešení systému „sociálních“ pojišťovacích systémů do konečné podoby obsahující veřejné zdravotní a nemocenské pojištění, veřejné důchodové a veřejné úrazové pojištění.

Jelikož potřeba zvýšit úhrady nákladů zdravotní péče poskytnuté za způsobená poškození zdraví od povinných osob je velmi aktuální a nelze čekat na komplexní řešení systému úrazového pojištění, které ani nebude řešit problematiku například kriminálních činů a dalších mimopracovních poškození zdravotního stavu způsobených třetími osobami, je nutné přijmout některá opatření rychleji.

Zde se mi jeví jako přínosné upravit v dalším čtení znění vládního návrhu novely Zákona o všeobecném zdravotním pojištění.

Doporučuji zavedení náhrady za vyplnění regresního hlášení účtované povinné osobě. Tato náhrada (obdobná jako u hlášení úrazu pro komerční pojištění) ve výši např. 50,- Kč pro ambulantní ošetření a 100 Kč pro hospitalizaci (vždy pouze při



prvním ošetření) by mohla být zdravotnickým zařízením použita k přímé stimulaci lékařů. Toto opatření vyžaduje změnu nebo alespoň vypuštění odstavce 6 §70. Navrhované změněné znění odstavce 6: „ *Pro účely náhrady škody se údaje podle předchozích odstavců poskytují za náhradu. Výše náhrady bude stanovena Ministerstvem zdravotnictví a bude přeúčtována osobám, vůči kterým je uplatňována náhrada škody podle odstavce (1).*”

Protože nelze zdravotní péči, na kterou se vztahuje regresní možnost, považovat za péči hrazenou z veřejného všeobecného zdravotního pojištění, je potřeba stanovit cenu této péče stejnou jako pro samoplátce u jiné, zdravotním pojištěním nehrazené péče. Zdravotní pojišťovna provede zálohovou úhradu poskytnuté péče zdravotnickému zařízení. Povinné osobě bude předložen účet s touto nejlépe jednotně vyhláškou stanovenou cenou zdravotní péče spolu s dalšími výdaji zdravotní pojišťovny na vymáhání náhrady. Po uzavření případu potom zdravotní pojišťovna provede vyúčtování příslušnému zdravotnickému zařízení a poukáže mu doplatek.

Pro stanovení ceny pro regresní účely by bylo zatím do zavedení jiného způsobu úhrady vhodné vyjít ze Seznamu výkonů podle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví 134/1998 Sb. ve znění pozdějších předpisů s hodnotou bodu 1,00 Kč povýšenou o inflační vývoj od roku 1997, kdy byla provedena nákladová kalkulace cen výkonů.

Tento způsob úhrady by výrazněji stimuloval zdravotnická zařízení a částečně by napravil nerovnoprávné postavení veřejného zdravotního

pojištění proti osobám povinným uhradit náklady léčení u jimi způsobených poškození zdraví.

K naplnění této možnosti navrhuji doplnit §18 vládního návrhu zákona o všeobecném zdravotním pojištění ( 4 ) odstavcem číslo 3 ve znění: „ Ze zdravotního pojištění není hrazena zdravotní péče na niž se vztahuje právo náhrady podle odstavce (1) §70. Tato péče je hrazena povinnými osobami v ceně podle zvláštního cenového výměru Ministerstva zdravotnictví. Tato cena nesmí být nižší než skutečné náklady zdravotní péče. Příslušná zdravotní pojišťovna uhradí zdravotnickému zařízení poskytnutou péči zálohově, stejně jako péči hrazenou ze zdravotního pojištění a po úhradě povinnou osobou provede případný doplatek. Náklady na vymáhání a další spojené administrativní výlohy hradí povinné osoby.”

Je jednoznačné, že snahy o takovéto narovnání, byť legitimní, budou předmětem silného odporu. Je vždy lepší být dotován, než nést plnou odpovědnost a tím i odpovídající náklady.

## **Souhrn**

Práce se snaží poukázat na problematiku způsobu úhrady zdravotní péče u úrazů a dalších poškození zdraví způsobených třetími osobami.

V těchto případech veřejné zdravotní pojištění bezúročně úvěruje povinné osoby a v případě nedobytnosti i dotuje.

Práce uvádí jako nejvhodnější dlouhodobé komplexní řešení vytvoření systému povinného veřejného úrazového pojištění, které by řešilo celou problematiku zejména pracovních a školních úrazů a nemocí z povolání včetně dávek v nemoci a rent.

Úrazová pojišťovna by rovněž řešila celou problematiku prevence a kontroly v oblasti ochrany zdraví při práci. Pojišťovnu by volil plátce pojistného - zaměstnavatel - podle zásady celá firma pojištěna u jedné úrazové pojišťovny.

Co nejdříve autor práce doporučuje zavedení jakési taxy za vyplnění oprávněného regresního hlášení při prvním ošetření a uplatnění nákladové ceny zdravotní péče u regresních náhrad - nejde o péči hrazenou ze všeobecného zdravotního pojištění.

Jako vhodná cena za jeden bod pro regresní náhrady se jeví 1,00 Kč zvýšená o inflační vývoj od roku 1997, kdy byla provedena nákladová kalkulace ceny bodu na 1,00 Kč. Rozdíl mezi zálohou zaplacenou zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení v rámci prvotní úhrady a výslednou cenou zdravotní pojišťovna uhradí zdravotnickému zařízení.

## Literatura

- 1) ASPI, Právní předpisy, pokud není uvedena částka Sbírky zákonů a číslo stránky, byly vyhledávány v systému ASPI
- 2) ÚZIS ČR: DPS, Prezentační systém okresních zdravotnických ukazatelů
- 3) ÚZIS ČR: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů-10. decenální revize, I. díl, Svoboda, Praha 1992, 779 stran.
- 4) Vládní návrh novely Zákona o veřejném zdravotním pojištění, [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)
- 5) Vyhláška ministerstva financí č. 227/1998 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, Sbírka zákonů, č. 78/1998,5.7522.
- 6) Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 45/1997 Sb.

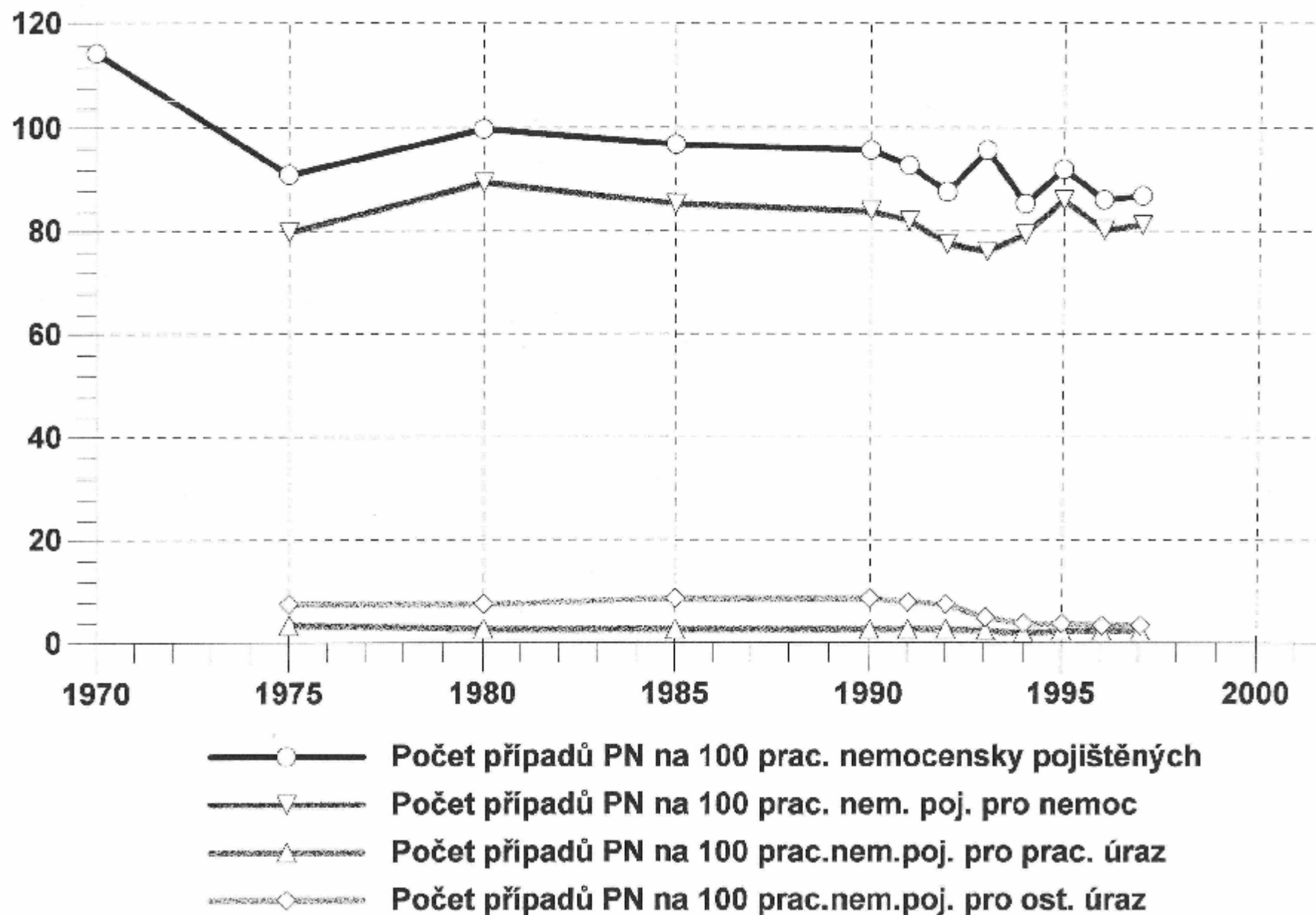
- 7) Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb. s přílohou ve znění pozdějších předpisů (Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2000 Sb. a Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 135/2000 Sb.)
- 8) [www.auva.or.at/themen/default.htm](http://www.auva.or.at/themen/default.htm). 29.8.2000
- 9) [www.mpsv.cz/scripts/1poiisteni/1obsah.asp](http://www.mpsv.cz/scripts/1poiisteni/1obsah.asp). 29.8.2000
- 10) [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz). 1.9.2000
- 11) [www.sozvers.at](http://www.sozvers.at). 31.8.2000
- 12) [www.sozvers.at/hvb/statistik/beitrage.htm](http://www.sozvers.at/hvb/statistik/beitrage.htm). 31.8.2000
- 13) [www.unfallkasse-hessen.de](http://www.unfallkasse-hessen.de). 31.8.2000
- 14) Zákon č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů (155/2000 Sb.)
- 15) Zákon č. 592/1992 Sb. O pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů (Zákon 127/1998 Sb.)

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

## **Příloha**

Grafy zpracovány na programu DPS , Prezentační systém okresních zdravotnických ukazatelů, autorů z ÚZIS ČR (2)

## Česko

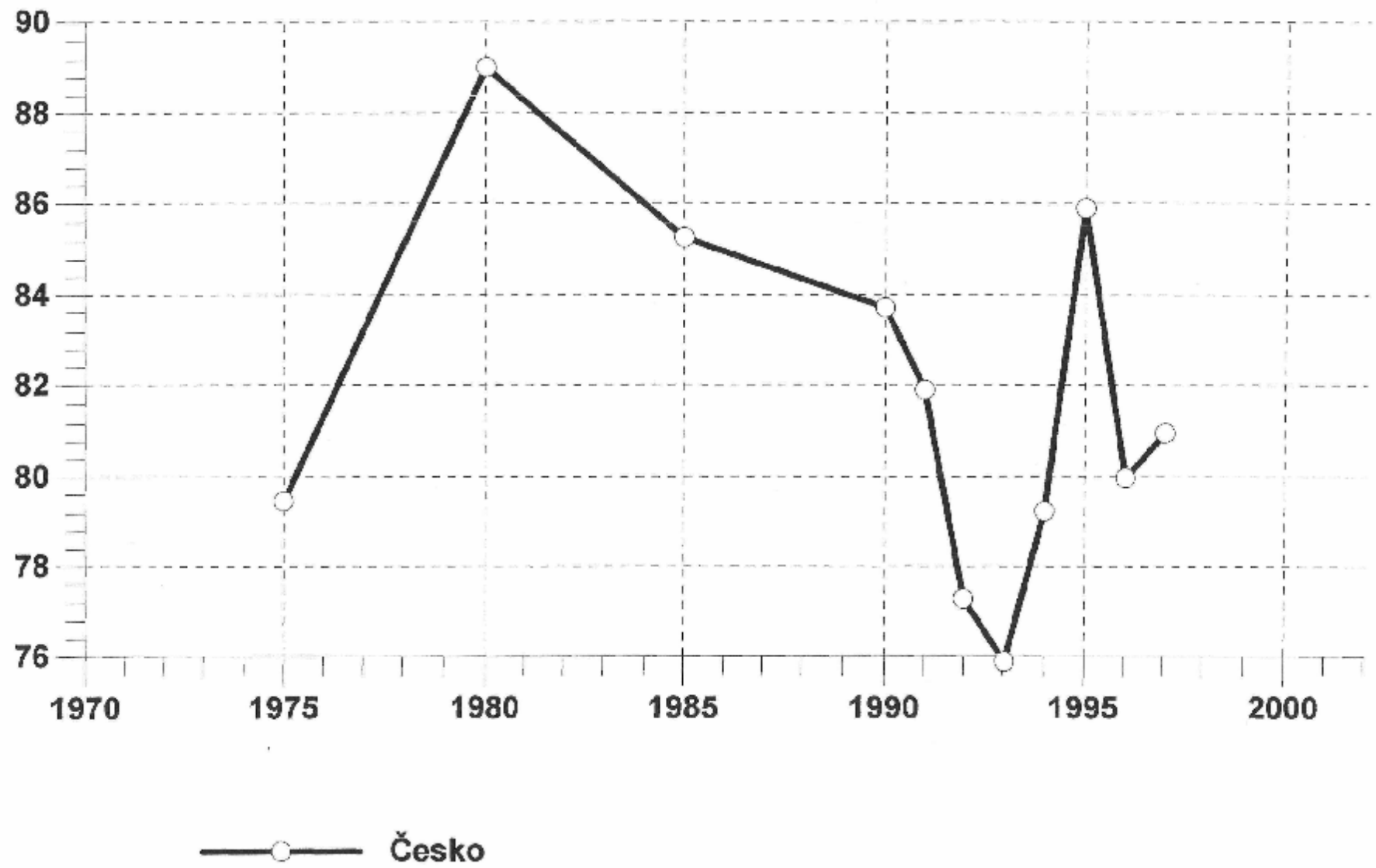


**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**



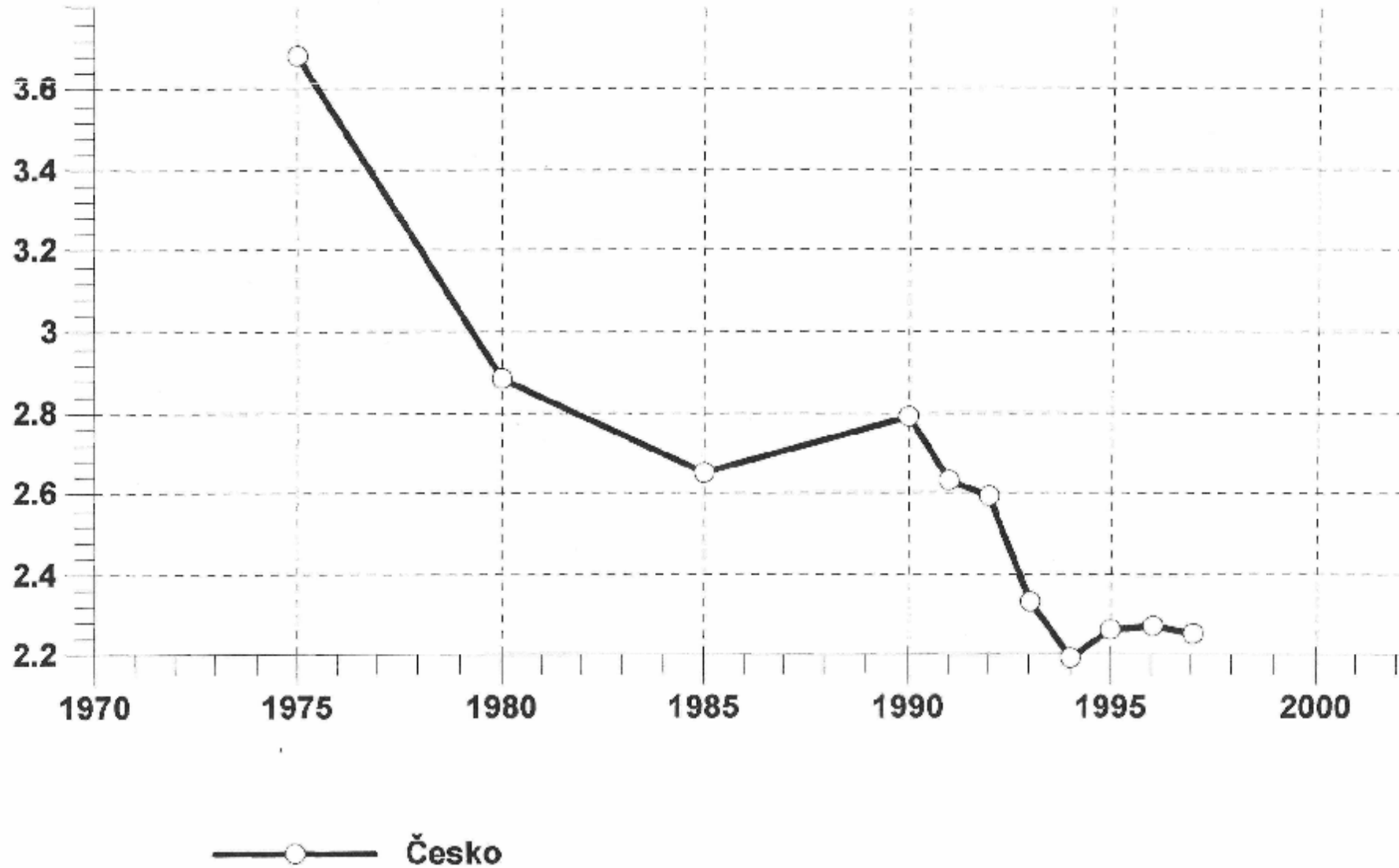
UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

## Počet případů PN na 100 prac. nem. poj. pro nemoc

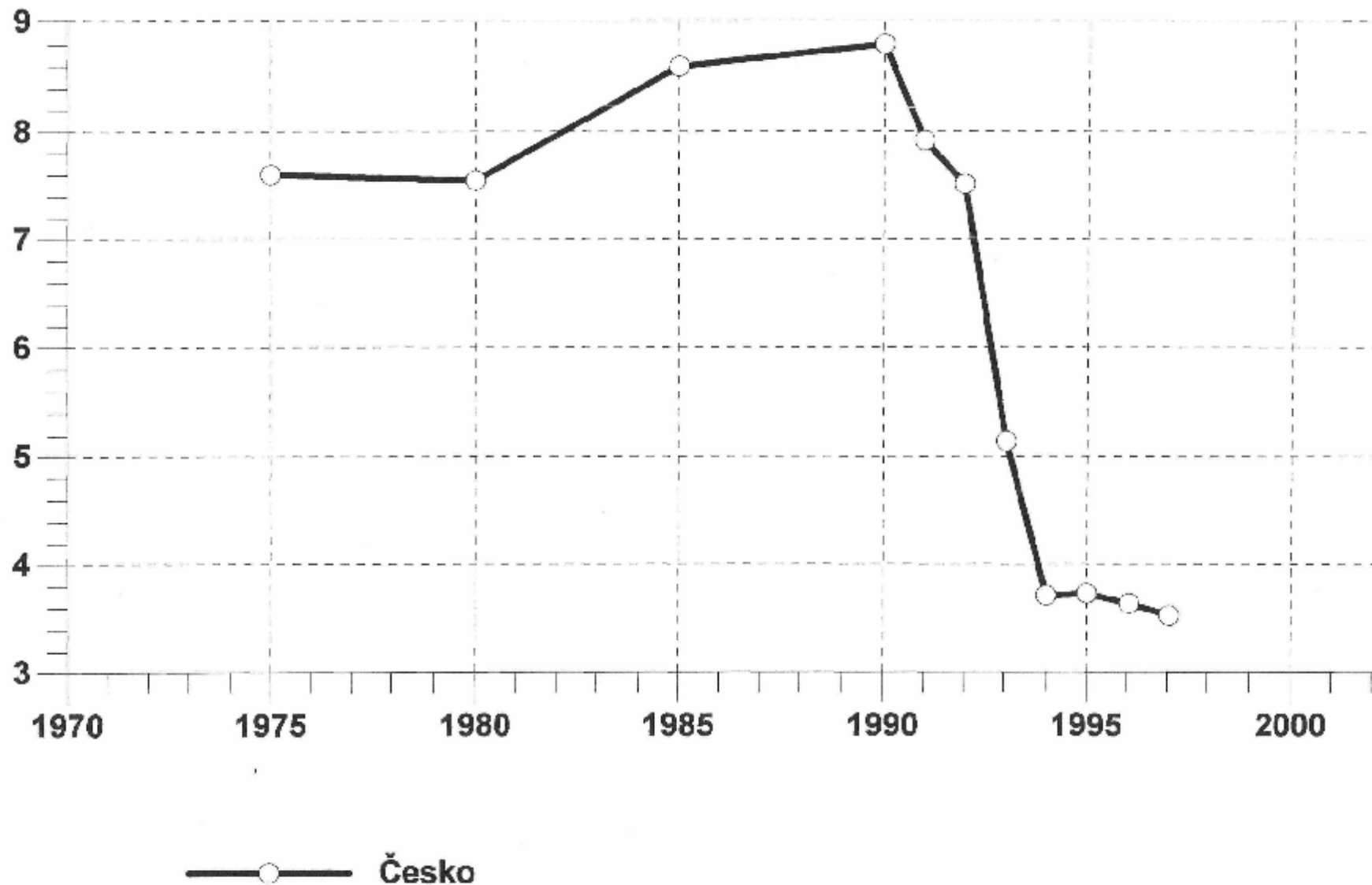


UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

## Počet případů PN na 100 prac.nem.poj. pro prac. úraz



## Počet případů PN na 100 prac.nem.poj. pro ost. úraz



Umlagen ab 1. Jänner 2000

**d Umlagen**

**Beiträge und Umlagen ab 1. Jänner 2000**

Bezeichnung	Beitrags- satz in %	Schilling pro Monat (jährlich 14 x)		
		Höchst- beitrags-	Höchster Beitrag	
			Dienst- nehmer	Dienst- geber
<b>Arbeiter</b>				
Arbeitslosen- m. EFZG	7,9 <sup>1)</sup>	43.200	1.706,40	1.706,40
Arbeitslosen- o. EFZG	9,1 <sup>1)</sup>	43.200	1.965,60	1.965,60
Arbeitslosen- versicherung	18,5	43.200	3.996,00	3.996,00
Arbeitslosen- tag-PV	4,3	43.200	432,00	1.425,60
Arbeitslosen- versicherung	1,4	43.200	-	604,80
Arbeitslosen- versicherung	6,0	43.200	1.296,00	1.296,00
Arbeitslosen- beitrag	0,7	43.200	-	302,40
Arbeitslosen- versicherung-Entsch.	1,4	43.200	302,40	302,40
Arbeitslosen- versicherung	2,1	43.200	-	907,20
Arbeitslosen- beitrag	2,0	43.200	-	864,00
Arbeitslosen- versicherung	0,5	43.200	216,00	-
Arbeitslosen- versicherung	1,0	43.200	216,00	216,00
<b>Beamtenteil</b>				
Arbeitslosen- versicherung	6,9 <sup>1),2)</sup>	43.200	1.468,80	1.512,00
Arbeitslosen- versicherung	18,5	43.200	3.996,00	3.996,00
Arbeitslosen- tag-PV	4,3	43.200	432,00	1.425,60

lagen ab 1. Jänner 2000

nerung	1,4		43.200	-	604,80
ivers.	6,0		43.200	1.296,00	1.296,00
ilag	0,7		43.200	-	302,40
rag	2,0		43.200	-	864,00
mer	0,5		43.200	216,00	-
nderung	1,0		43.200	216,00	216,00
sicherung	7,1 <sup>1)</sup>		43.200	1.706,00	1.361,00
itr.n.d.PG <sup>3)</sup>	11,75		-	-	-
nerung	0,47		4)	-	4)
ivers. <sup>5)</sup>	6,0		43.200	1.296,00	1.296,00
ilag <sup>5)</sup>	0,7		43.200	-	302,40
mer <sup>5)</sup>	0,5		43.200	216,00	-
nderung	1,0		43.200	216,00	216,00
% Zusatzbeitrag für die Krankenanstaltenfinanzierung.					
% Ergänzungsbeitrag des DG zur Finanzierung der KV der Lehrlinge.					
Dienstgeber eingehoben.					
gen Beitragsgrundlage bzw. fixer Jahresbeitrag S 212,--.					
stimmte Bedienstetengruppen.					
illing=3.139,47 Euro					

## beiträge und Umlagen ab 1. Jänner 2000

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

versicherung für Selbständige

## Höherversicherung für selbständig Erwerbstätige

Die Pflichtversicherung gegen Arbeitsunfall und Berufskrankheit bietet Ihnen - abgesehen von den umfassenden Sachleistungen -

mit einer freiwilligen Höherversicherung können Sie Ihren Anspruch auf Geldleistungen entscheidend verbessern.

In der Pflichtversicherung in der Unfallversicherung zahlen Sie an die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft.

Die Höherversicherung können Sie jederzeit bei der örtlich zuständigen Landesstelle der AUVA abschließen.

	Pflichtversicherung		Höherversicherung 1		Höherversicherung 2	
	ATS	EURO	ATS	EURO	ATS	EURO
Jahresbeitrag:	1.046,00	76,02	1.046,00 (zusätzlich)	76,02 (zusätzlich)	1.571,00	114,17
Bemessungsgrundlage:	130.377,00	9.474,87	260.754,00	18.949,73	326.905,00	23.757,11

**Monatsrente 14x jährlich bei einer**

	Pflichtversicherung		Höherversicherung 1		Höherversicherung 2	
	ATS	EURO	ATS	EURO	ATS	EURO
Erwerbsminderung von						
100%	7.450,10	541,42	14.900,30	1.082,85	18.680,30	1.357,55
50%	3.725,00	270,71	7.450,10	541,42	9.340,20	678,78
20%	1.241,70	90,24	2.483,40	180,48	3.113,40	226,26
Witwen-/Waisenrente	1.862,50	135,35	3.725,10	270,71	4.670,10	339,39

Der Versicherungsantrag kann bei der gewünschten Landesstelle der AUVA schriftlich unter Angabe des gewünschten Jahresbeitrages -

Sozialversicherungs-Informationen für selbständig Erwerbstätige

Die Unfallkasse Hessen ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Sie ist Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Kommunalen- und Landesbereich in Hessen und versichert als solche rund 2,1 Millionen Menschen, davon über eine Million Schüler, Studenten und Kinder in Tageseinrichtungen. Sie ist zuständig bei

- Arbeits- und Schulfällen
- Unfällen auf dem Weg zur Arbeit, bzw. zur Schule oder auf dem Rückweg
- Berufskrankheiten

Die gesetzlichen Aufgaben werden unter Aufsicht des Landes Hessen in eigener Verantwortung durchgeführt. Die ehrenamtliche Selbstverwaltung besteht aus Vertreterversammlung und Vorstand. Diese entscheiden insbesondere über Haushalt, Beiträge, Satzung und Unfallverhütungsvorschriften.

Die Kosten der gesetzlichen Unfallversicherung werden allein von den Arbeitgebern getragen, also dem Land Hessen, den Städten, Gemeinden, Landkreisen, Bezirken und Unternehmen, für welche die Unfallkasse Hessen als Versicherungsträger bestimmt ist. Außerdem müssen

Unternehmensform

Versicherte

Aufgaben

Selbstverwaltung

Finanzierung

**In Stichworten:**

### **Geschichtliches zur Gesetzlichen Unfallversicherung**

Gründung der gesetzlichen Unfallversicherung am 06.07.1884.

Hintergrund:

Bei selbstverschuldeten Arbeitsunfällen gab es keine Entschädigung. War der Arbeitgeber schuld, mußte der Verunfallte seinen Schadenersatzanspruch vor einem Gericht einklagen. Lange Streitigkeiten womöglich ohne finanzielle Überbrückung waren oftmals die Folgen.

Bis heute gelten folgende Kerngedanken:

- Die Lasten der Versicherung trägt der Arbeitgeber
- Ablösung der Unternehmerhaftpflicht/Kosten eines Arbeitsunfalls trägt die Versicherung
- Versicherungs Kraft Gesetzes - ohne Antrag -
- Betreuung durch ausgesuchte Ärzte/Krankenhäuser

Zu Beginn standen nur gefährdende Arbeitsbereiche (z.B. Bergbau) unter UV-Schutz.

Ausdehnung auf weitere Berufsfelder (z.B. Apotheker/Auszubildende), später auch auf Lebensretter und Hilfeleistende bei Unglücksfällen etc.

Die Geburtsstunde der gemeindlichen UV-Träger schlug 1928. So wurden Krankenhäuser,



**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

Theater, Feuerwehren etc. miteinbezogen. Gesetzesbedingt konnten nur Städte mit mind. 250.000 Einwohnern zu UV-Trägern erklärt werden. So schlossen sie kleinere Gemeinden zu Gemeindeunfallversicherungsträgern zusammen.

Mit abnehmender Betriebsgebundenheit (Lebensretter hat kein Arbeitgeber) wurde eine Systemänderung von der Betriebsversicherung zur Personenversicherung vollzogen.

Nach dem zweiten Weltkrieg blieb die UV in der Westzone als eigenständiger Versicherungszweig erhalten, in der Ostzone wurde sie in die Einheitsversicherung überführt.

Im Jahr 1954 wurde die Bundesarbeitsgemeinschaft der gemeindlichen Unfallversicherungsträger als Hauptverband errichtet. Mitglieder waren die Gemeindeunfallversicherungsverbände. 26 Jahre später -also 1980- Umbenennung in Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (BAGUV). Zweck des Hauptverbandes ist u.a. die Beratung der Mitglieder, der Erfahrungsaustausch und die Aus- und Fortbildung, sowie die Erstellung von Broschüren.

Seit April 1971 sind Schüler, Studenten und Kindergartenkinder gegen Arbeitsunfall (Schulunfall) versichert.

Vor dem Hintergrund der Ölkrise wurden Fahrgemeinschaften Anfang 1974 unter UV-Schutz gestellt.

Anfang 1976 trat das Sozialgesetzbuch (SGBI) in Kraft. Dies war der Anfang für ein einheitliches, das gesamte Sozialrecht umfassende Gesetzbuch.

Neben der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung wurde die seit 1911 bestehende Reichsversicherungsordnung (RVO) als Gesetzeswerk der Unfallversicherung am 1.1.1997 in das Sozialgesetzbuch 7 (SGB VII) überführt.

Seit dem 1. Januar 1998 besteht die Unfallkasse Hessen (UKH). Sie ging aus dem Hessischen Gemeindeunfallversicherungsverband, der Eigenunfallversicherung der Stadt Frankfurt am Main und der Hessischen Ausführungsbehörde für Unfallversicherung hervor. Damit gibt es nun für alle Schulen, Kindertageseinrichtungen sowie für die Beschäftigten des öffentlichen Dienstes in Hessen nur noch einen gesetzlichen Unfallversicherungsträger.