

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

Jana Štěpánková

Jana Štěpánková

Na tomto místě bych chtěla poděkovat panu Prof. JUDr. Petru Trösterovi, CSc., za odborné vedení při psaní práce, za rady, připomínky, náměty a doporučení, za neobyčejnou ochotu a vstřícnost při zajišťování konzultací.

Za pomoc při shromažďování materiálů bych chtěla poděkovat paní Ing. Ivaně Jenšovské, ředitelce odboru dohledu nad zdravotním pojištěním a slečně Mgr. Jitce Klemperové.

Také bych ráda poděkovala za podporu při psaní práce svým rodičům a rodině.

Univerzita Karlova

Právnická fakulta

Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení

Veřejné zdravotní pojištění a jeho pojetí v ČR

Vedoucí diplomové práce: Prof. JUDr. Petr Tröster, CSc.

Diplomant: Jana Štěpánková, 5. ročník

Pražského povstání 1985

Benešov 256 01

září 2007

Obsah

1	ÚVOD	7
2	VÝCHODISKA PRÁVNÍ ÚPRAVY VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	9
2.1	ÚSTAVNÍ VÝCHODISKA	9
2.1.1	<i>Výňatky z Listiny základních práv a svobod vztahující se ke zdravotnictví</i>	9
2.1.2	<i>Lidská práva v oblasti zdravotnictví a Ústavní soud</i>	12
2.2	PRAMENY PRÁVA UPRAVUJÍCÍ OBLAST ZDRAVOTNICTVÍ	13
2.2.1	<i>Právní předpisy vztahující se ke zdravotnictví</i>	13
3	VZTAH MEZI ZDRAVOTNÍM A SOCIÁLNÍM POJIŠTĚNÍM	14
3.1	OBECNĚ K SOCIÁLNÍMU POJIŠTĚNÍ	14
3.2	CHARAKTERISTIKA A DIFERENCIACE PRÁVNÍCH VZTAHŮ SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ	14
3.2.1	<i>Právní vztahy založené na pojistném principu</i>	15
3.2.2	<i>Právní vztahy založené na zabezpečovacím principu</i>	15
3.3	ZPŮSOBY FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ	16
3.4	PRINCIPY SOCIÁLNÍHO POJIŠTĚNÍ	17
4	SYSTÉMY ZDRAVOTNÍ PÉČE	18
4.1	DEFINICE SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE	18
4.2	ZÁKLADNÍ SYSTÉMY ZDRAVOTNÍ PÉČE	18
4.3	CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH ZEMÍ A ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ	19
4.3.1	<i>Spojené státy americké</i>	19
4.3.2	<i>Spolková republika Německo</i>	21
4.3.3	<i>Velká Británie</i>	23
4.3.4	<i>Nizozemí</i>	24
4.4	FINANCOVÁNÍ SYSTÉMŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE	26
4.4.1	<i>Národní zdravotní služba</i>	26
4.4.2	<i>Smíšený model</i>	26
4.4.3	<i>Veřejné zdravotní pojištění</i>	27
5	VÝKLAD EVROPSKÉHO SOCIÁLNÍHO PRÁVA A JEHO VZTAH K ČESKÉMU PRÁVU SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ	29
5.1	ZÁSADY KOMUNITÁRNÍHO PRÁVA	29
5.2	Hlavní směry orientace evropského sociálního práva	29
5.3	DŮSLEDKY ČLENSTVÍ V EVROPSKÉ UNII	30
5.4	ZÁKLADNÍ SVOBODY JAKO POLITIKY SPOLEČENSTVÍ	30
5.5	NAŘÍZENÍ JAKO FORMA KOORDINACE SYSTÉMŮ SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ	31
5.5.1	<i>Osobní rozsah koordinace</i>	32
5.5.2	<i>Koordinace financování</i>	33
5.6	ČLENSTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY V EVROPSKÉ UNII	34

5.7	NOVÁ NAŘÍZENÍ PRO KOORDINACI SYSTÉMŮ SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ.....	34
6	HISTORICKÝ PŘEHLED POJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVÍ NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY	36
6.1	NÁVAZNOST NA TRADICI.....	36
6.2	OBDOBÍ RAKOUSKA – UHERSKA.....	36
6.3	OBDOBÍ VZNIKU SAMOSTATNÉHO ČESKOSLOVENSKÉHO STÁTU.....	37
6.4	VÝVOJ V OBDOBÍ LET 1918 – 1938.....	38
6.5	VÝVOJ V OBDOBÍ LET 1939 – 1945.....	40
6.6	VÝVOJ V OBDOBÍ LET 1946 – 1948.....	40
6.7	VÝVOJ V OBDOBÍ LET 1949 – 1989.....	42
6.8	K REFORMĚ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ PO ROCE 1989.....	43
7	CHARAKTERISTIKA SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	47
7.1	ÚČEL POJISTNÉHO.....	47
7.2	ÚČAST NA POJIŠTĚNÍ.....	48
7.3	VZNIK A ZÁNİK ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	49
7.4	PLÁTCI POJISTNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	49
7.5	POVINNOST PLATIT POJISTNÉ.....	50
7.6	VYMĚŘOVACÍ ZÁKLAD PRO ODVOD POJISTNÉHO.....	51
7.7	ROZHODNÉ OBDOBÍ.....	53
7.8	ODVOD POJISTNÉHO.....	53
7.9	ZPŮSOB PLACENÍ POJISTNÉHO NA ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ.....	54
7.10	DLUŽNÉ POJISTNÉ, PENÁLE, PŘEPLATKY A POKUTY A PŘÍRÁŽKY K POJISTNÉMU.....	54
7.11	KONTROLA PLATBY POJISTNÉHO.....	56
7.12	PRÁVA A POVINNOSTI PLÁTCŮ POJISTNÉHO.....	56
7.13	PRÁVA A POVINNOSTI POJIŠTĚNCE.....	57
7.14	PODMÍNKY PRO POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE A JEJÍ ÚHRADY.....	59
7.14.1	<i>Různé způsoby úhrady zdravotní péče různým zdravotnickým zařízením.....</i>	<i>60</i>
7.14.2	<i>Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění.....</i>	<i>61</i>
7.14.3	<i>Zdravotní péče nehrzená ze zdravotního pojištění.....</i>	<i>67</i>
7.14.4	<i>Hrazení zdravotní péče poskytovatelům.....</i>	<i>68</i>
7.15	SÍŤ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ.....	70
7.16	SPRÁVNÍ ŘÍZENÍ.....	71
7.17	SMLUVNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ.....	72
7.18	NÁHRADA ŠKODY.....	72
8	ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	73
8.1	VZNIK ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN.....	73
8.2	POVINNOSTI ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN.....	74
8.3	INFORMAČNÍ CENTRUM ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	74

8.4	KONTROLA ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN A KONTROLNÍ ČINNOST ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	75
8.5	POVINNÁ MLČENLIVOST ZAMĚSTNANCŮ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN	76
8.6	SEZNAM ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN V ČESKÉ REPUBLICE	77
8.7	VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY	77
8.8	RESORTNÍ, OBOROVÉ, PODNIKOVÉ A DALŠÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	79
9	Z PRAXE O SOUČASNÉM STAVU VE ZDRAVOTNICTVÍ	81
10	ZAMYŠLENÍ NAD ZMĚNAMI PŘIPRAVOVANÝMI VE ZDRAVOTNICTVÍ	83
11	ZÁVĚR	86

1 Úvod

Ve své diplomové práci se věnuji, jak je již z názvu diplomové práce patrné, tématu veřejného zdravotního pojištění se zaměřením na jeho pojetí v České republice.

Jedná se o téma velice obsáhlé, které je zpracováváno nejrůznějšími publikacemi a statěmi zaměřenými často zcela odlišným směrem. Na toto téma se také konají debaty, konference, setkání, ať již na místní nebo mezinárodní úrovni.

Na počátku práce se věnuji rozboru ústavního práva na ochranu zdraví a dále v obecné rovině právním základům veřejného zdravotního pojištění. V České republice se veřejné zdravotní pojištění opírá o ústavní základ, který je tvořen Ústavou České republiky a Listinou základních práv a svobod.

Dále se v práci zaměřuji na vztah zdravotního a sociálního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění spadá do systému sociálního zabezpečení. Právní vztahy veřejného zdravotního pojištění jsou založeny na pojistném principu. Veřejné zdravotní pojištění je součástí sociálního pojištění, od ostatních druhů sociálního pojištění se však odlišuje.

Veřejné zdravotní pojištění je jedním ze systémů, modelů poskytování zdravotní péče. Během historického vývoje došlo v jednotlivých zemích ke vzniku a ustálení systémů zdravotní péče. Dnes se tedy v různých státech uplatňují jiné modely zdravotních systémů, které jsou také financovány různými způsoby. Další oblastí, na kterou jsem se zaměřila, je tedy porovnání těchto modelů zdravotní péče, jejich historický vznik a vývoj a vzájemné ovlivňování jednotlivých zemí.

Česká republika se dne 1. května 2004 stala členským státem Evropské unie. Z tohoto členství pro ni vyplývá i řada povinností a změn. Jednou z oblastí, která se vstupem České republiky do Evropské unie změnila, je zajišťování nároků na zdravotní péči při pohybu občanů ve státech Evropské unie, zemích Evropského

hospodářského prostoru a smluvních státech. Dále se proto věnuji vlivu Evropské unie na zákonodárství České republiky.

Model veřejného zdravotního pojištění v České republice má svou dlouholetou tradici a prošel během historie vývojem. V historickém přehledu pojišťování zdraví na území České republiky se zaměřuji na jeho vývoj v jednotlivých obdobích od počátků rakouského zákonodárství z konce 19. století až po reformu zdravotnictví a jeho změny po roce 1989

Hlavní pozornost ve své práci věnuji rozboru platné právní úpravy veřejného zdravotního pojištění v České republice.

Zdravotní pojišťovny jsou instituce, které zajišťují poskytování zdravotní péče. Blíže tedy pojednávám o jednotlivých zdravotních pojišťovnách a jejich působení v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnictví je oblastí, která je stále diskutovaná, na kterou mají i jednotlivé vlády odlišné názory. Pokusila jsem se tedy zhodnotit očekávané změny ve zdravotnictví.

V závěru práce se věnuji zhodnocení současné právní úpravy oblasti zdravotnictví a poukazuji na jednotlivé problémy, které se v praxi často vyskytují.

Jsem si vědoma toho, že v práci by se dalo zabývat dalšími okruhy, které s oblastí zdravotnictví úzce souvisí (např. vliv mezinárodního práva; více do hloubky se zaměřit na oblast Evropské unie; komparativně s českým modelem poskytování zdravotní péče prozkoumat modely poskytování zdravotní péče v dalších zemích; apod.). Omezený rozsah práce mi však nedovoluje o těchto jednotlivých oblastech pojednat, resp. blíže pojednat.

Ve své práci vycházím z právního stavu platnému k 5.2.2007.

2 VÝCHODISKA PRÁVNÍ ÚPRAVY VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

2.1 ÚSTAVNÍ VÝCHODISKA

Ústava České republiky, zákon ČNR č. 1/1993 ze dne 16.12.1992 (dále také jen „Ústava“) a Listina základních práv a svobod vyhlášená usnesením předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb. jako součást ústavního pořádku České republiky (dále také jen „Listina“), ovlivňují významnou skupinu společenských vztahů (organizačních, vlastnických, atd.), jakou je zdravotnictví.¹

2.1.1 Výňatky z Listiny základních práv a svobod vztahující se ke zdravotnictví²

Stěžejním ustanovením, které se vztahuje k oblasti veřejného zdravotního pojištění a k otázkám financování zdravotnictví je článek 31 Listiny.

Čl. 31

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za odměnek, které stanoví zákon.

Komentář k čl. 31:

První věta tohoto ustanovení dává každému právo chránit své zdraví. Každý je právně učiněn na ochranu svého zdraví vše, co je v jeho silách a možnostech. První věta tohoto ustanovení současně dává právo požadovat, aby v případech nutných a

¹ Blíže viz.: Havlíček, K., Hemelík, T., Nad veřejným zdravotním pojištěním, Orac, 1998, str. 13

² Blíže viz.: Jan Mach a kol., Zdravotnictví a právo, komentované předpisy, druhé, rozšířené a přepracované vydání, LexisNexis CZ s.r.o., Praha, 2005, str. 90 – 96

neodkladné péče bylo chráněno zdraví a život každého člověka poskytnutím první pomoci a všech dalších výkonů, které jsou v rámci nutné a neodkladné péče nezbytné.³

Druhá věta tohoto ustanovení zaručuje právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného zdravotního pojištění za podmínek, které stanoví zákon.⁴ Avšak ne všechny zdravotní výkony a ne veškerá zdravotní péče musí být na základě tohoto ustanovení z veřejného zdravotního pojištění hrazeny.⁵

V souladu s článkem 36 Listiny se ten, kdo má za to, že toto jeho právo zaručené článkem 31 Listiny bylo porušeno, může domáhat realizace tohoto práva u soudu. Ústavní stížnost připadá v úvahu v případě, že by obecné soudy takovou žalobu odmítly nebo pokud by byla taková žaloba zamítnuta a občan by tento postup obecných soudů považoval za porušení svých práv zaručených článkem 31 Listiny.

Podle § 11 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. má-li pojištěnec za to, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče, může podat návrh na přezkoumání vedoucímu zdravotnického zařízení nebo jeho zřizovateli, nebo se obrátit na příslušnou profesní komoru, týkají-li se uvedené nedostatky zdravotnického pracovníka s povinným členstvím v profesní komoře, popřípadě se obrátit na zdravotní pojišťovnu, jejímž je pojištěncem, nebo na příslušný orgán státní zdravotní správy, který provedl registraci zdravotnického zařízení podle zvláštního zákona.⁶ Dle § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým

³ A to bez ohledu na to, zda jde o pojištěnce, popř. na to, zda zdravotnické zařízení, které utnou a neodkladnou péči poskytuje, má či nemá uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou pacienta.

⁴ zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

⁵ Rozsah toho, co je ze zdravotní péče předmětem úhrady na základě veřejného zdravotního pojištění, je v současné době stanoveno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, zejména přílohami 1 až 4 tohoto zákona.

⁶ Viz § 8 zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění

neodkladné péče bylo chráněno zdraví a život každého člověka poskytnutím první pomoci a všech dalších výkonů, které jsou v rámci nutné a neodkladné péče nezbytné.³

Druhá věta tohoto ustanovení zaručuje právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného zdravotního pojištění za podmínek, které stanoví zákon.⁴ Avšak ne všechny zdravotní výkony a ne veškerá zdravotní péče musí být na základě tohoto ustanovení z veřejného zdravotního pojištění hrazeny.⁵

V souladu s článkem 36 Listiny se ten, kdo má za to, že toto jeho právo zaručené článkem 31 Listiny bylo porušeno, může domáhat realizace tohoto práva u soudu. Ústavní stížnost připadá v úvahu v případě, že by obecné soudy takovou žalobu odmítly nebo pokud by byla taková žaloba zamítnuta a občan by tento postup obecných soudů považoval za porušení svých práv zaručených článkem 31 Listiny.

Podle § 11 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. má-li pojištěnec za to, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče, může podat návrh na přezkoumání vedoucímu zdravotnického zařízení nebo jeho zřizovateli, nebo se obrátit na příslušnou profesní komoru, týkají-li se uvedené nedostatky zdravotnického pracovníka s povinným členstvím v profesní komoře, popřípadě se obrátit na zdravotní pojišťovnu, jejímž je pojištěncem, nebo na příslušný orgán státní zdravotní správy, který provedl registraci zdravotnického zařízení podle zvláštního zákona.⁶ Dle § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým

³ A to bez ohledu na to, zda jde o pojištěnce, popř. na to, zda zdravotnické zařízení, které nutnou a neodkladnou péči poskytuje, má či nemá uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou pacienta.

⁴ zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

⁵ Rozsah toho, co je ze zdravotní péče předmětem úhrady na základě veřejného zdravotního pojištění, je v současné době stanoveno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, zejména přílohami 1 až 4 tohoto zákona.

⁶ Viz § 8 zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění

pojištěncům.⁷ Tato ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. se však vztahují pouze na pojištěnce ve smyslu § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.⁸ Tato práva neznamenají, že by se pojištěnci nemohli obrátit přímo s žalobou na soud a domáhat se práva na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění dle článku 31 Listiny. Mohou tedy uplatnit soudní žalobu a podnět, resp. stížnost ve smyslu ustanovení § 11 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. souběžně.

Zdravotnická zařízení nejsou oprávněna požadovat úhradu za zdravotní péči, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Porušení tohoto ustanovení může být sankcionováno pokutou nebo zrušením registrace podle zákona č. 160/1992 Sb. V případě státního zdravotnického zařízení lze uplatnit stížnost u jeho zřizovatele.⁹

Dalšími články Listiny, které se vztahují k oblasti veřejného zdravotního pojištění a zdravotnictví jsou:

- **článek 6. Listiny, který chrání základní hodnotu člověka – lidský život.** Lidský život je chráněn již před narozením. Usmrcení plodu s výjimkou povoleného umělého přerušování těhotenství je vždy trestným činem, ať je již provedeno se souhlasem nebo bez souhlasu těhotné ženy. Toto ustanovení však samo o sobě nepředstavuje zákaz umělého přerušování těhotenství, ani tak není interpretováno, a to ani v České republice, ani v jiných evropských zemích. Podle tohoto ustanovení je jednoznačně v České republice zakázána euthanasie.
- **článek 7. Listiny, který zaručuje nedotknutelnost osoby a jejího soukromí.** Právo na nedotknutelnost osoby představuje i právo občana, aby jakékoli zdravotní výkony byly na něm prováděny pouze s jeho poučením, tedy kvalifikovaným souhlasem. Z tohoto práva existují pouze výjimky, které jsou taxativně stanoveny zákonem. Toto ustanovení zároveň chrání před jakýmkoli ponižujícím zacházením, a to

⁷ Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.

⁸ § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, vymezuje osobní rozsah zdravotního pojištění.

⁹ Srov.: Mach, J., a kol., Zdravotnictví a právo, komentované předpisy, 2. vydání, LexisNexis cz, s.r.o., 2005, str. 94, 95

i ve zdravotnickém zařízení v průběhu hospitalizace (př. v psychiatrické léčebně). Soukromí člověka je chráněno též povinnou mlčenlivostí ve zdravotnictví.

- **článek 8. Listiny**, zaručuje osobní svobodu člověka. Dále uvádí, kdy lze a za jakých podmínek tuto svobodu omezit a na jakou dobu a pro které účely. Případy, kdy může být osoba převzata nebo držena v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu, taxativně stanoví ustanovení § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.
- **článek 10. Listiny**, zaručuje mj. zachování povinné mlčenlivosti všech zdravotnických i dalších pracovníků, kteří přijdou do styku s jakýmkoliv údajem o zdravotním stavu člověka, před jejich neoprávněným zveřejňováním.

2.1.2 Lidská práva v oblasti zdravotnictví a Ústavní soud

Ústavní soud od roku 1993 posuzuje¹⁰ slučitelnost běžných zákonů s ústavními zákony, zejména s Listinou, popř. podzákoných předpisů státní správy, územní i profesní samosprávy se zákony (obecné soudy nemají takový podzákoný právní předpis používat, nepoužitelnost však vyslovují vzácně).¹¹

Listina poskytuje Ústavnímu soudu soubor základních práv, jichž se lze domáhat v souvislosti se zdravotnictvím (viz výše): právo na život (čl. 6), právo na nedotknutelnost osoby a jejího soukromí (čl. 7), právo na svobodu (čl. 8), právo na tělesnou a duševní integritu a soukromí (čl. 10). Pro zdravotnictví je stěžejní základní sociální právo na dostupnou zdravotní péči, která je poskytovaná na základě

¹⁰ Na návrh prezidenta, skupiny poslanců nebo senátorů, soudu nebo ústavního stěžovatele

¹¹ Dříve Ústava zdůrazňovala jeho roli při prosazování standardů mezinárodních práv o základních právech a svobodách, jimiž byla (je) Česká republika vázána. Dnes Ústava – ve znění tzv. euronovely (ústavní zákon č. 395/2001 Sb.) – tuto zvláštní kategorii smluv s postavením nad zákony nezná. Na druhé straně ale všechny mezinárodní smlouvy schválené Parlamentem ČR a vnitřně vyhlášené vybavuje předností před zákonem.

veřejného zdravotního pojištění (čl. 31). Ústavní soud se během svého působení dotkl zdravotnictví, resp. jeho právní úpravy, několikrát.¹²

2.2 *Prameny práva upravující oblast zdravotnictví*

2.2.1 Právní předpisy vztahující se ke zdravotnictví

Základními zákony, kterými se řídí systém veřejného zdravotního pojištění v České republice jsou:

- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění;
- zákon ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění;
- zákon ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění;
- zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění;
- zákon ČNR č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění;
- zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění;
- zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních, v platném znění.

Dalšími legislativními normami jsou vyhlášky, kterými se např. vydávají seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (vyhláška č. 134/1998 Sb.), stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro dané období (vyhláška č. 619/2006 Sb.), vydávají rámcové smlouvy (vyhláška č. 618/2006 Sb.), stanoví se podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven nebo pravidla hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění.

¹² Srov.bliže: Křepelka, F., Evropské zdravotnické právo, LexisNexis CZ, s.r.o., 1. vydání, 2004, str. 27, 28

3 Vztah mezi zdravotním a sociálním pojištěním

3.1 Obecně k sociálnímu pojištění

V dnešní době se v evropských zemích uplatňují propojené systémy sociálního pojištění. Pod pojem sociálního pojištění řadíme pojištění nemocenské, důchodové, zdravotní, úrazové a pro případ nezaměstnanosti. Jednotlivé druhy sociálního pojištění tak tvoří ucelený systém sociálního zabezpečení občanů.

Sociální pojištění je jedním ze způsobů (modelů) financování sociálního zabezpečení.

3.2 Charakteristika a diferenciacie právních vztahů sociálního zabezpečení

Právní vztahy sociálního zabezpečení se vnitřně diferencují. Hlediskem diferenciacie je povaha sociální události, na jejíž existenci je založen vznik těchto vztahů. Můžeme tedy rozlišovat několik oblastí právní úpravy, které tvoří systém práva sociálního zabezpečení.¹³

Soustavu sociálního zabezpečení tvoří tři pilíře:

- sociální pojištění,
- státní sociální podpora,
- sociální péče (pomoc).

Obsahem jednotlivých právních vztahů sociálního zabezpečení je působení vzájemných práv a povinností. V tomto ohledu můžeme rozlišovat právní vztahy sociálního zabezpečení založené buď na pojistném nebo zabezpečovacím principu.

¹³ Právní vztahy sociálního zabezpečení tak tvoří zejména vztahy nemocenského pojištění, důchodového pojištění, veřejného zdravotního pojištění, státní sociální podpory a sociální péče, resp. pomoci.

3.2.1 Právní vztahy založené na pojistném principu

Právní vztahy sociálního zabezpečení, které jsou založeny na pojistném principu, jsou charakteristické vzájemnou podmíněností práv a povinností. Na jedné straně je základní povinnost účastníka právního vztahu sociálního zabezpečení založeného na pojistném principu splnění pojistné povinnosti a na straně druhé povinnost orgánu sociálního zabezpečení poskytnout dávkové plnění v případě, že jsou splněny podmínky nároku.

V dnešních právních úpravách je ovšem běžné, že se do právních vztahů sociálního zabezpečení založených na pojistném principu dělají určité průlomy. Prolínají se do nich prvky soukromého práva a tyto vztahy jsou proto označovány jako hybridní.

Právě oblast sociálního zabezpečení, která se nazývá sociální pojištění je tvořena právními vztahy sociálního zabezpečení založenými na pojistném principu. Jedná se o právní vztahy nemocenského pojištění, důchodového pojištění a veřejného zdravotního pojištění.¹⁴

Avšak zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti definuje sociální pojištění odlišně. Tento zákon pod pojem sociální pojištění zahrnuje pojištění nemocenské a důchodové, protože pojistné na sociální zabezpečení zahrnuje pojistné na nemocenské pojištění a pojistné na důchodové pojištění.

3.2.2 Právní vztahy založené na zabezpečovacím principu

Charakteristika právních vztahů sociálního zabezpečení založených na zabezpečovacím principu je typická tím, že mezi právy a povinnostmi subjektů těchto vztahů, které jsou jejich obsahem, neexistuje vzájemná podmíněnost z hlediska

¹⁴ Srov.: Tröster P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 3. aktualizované a doplněné vydání, Praha: C.H.Beck, 2005, str. 128

financování. V právních vztazích založených na zabezpečovacím principu není pojistná povinnost účastníků těchto vztahů. Jedná se o oblast sociálního zabezpečení, kterou nazýváme sociální zabezpečení v užším smyslu. Do této oblasti řadíme právní vztahy sociální podpory a sociální péče (resp. pomoci).

Dalším rozdílem mezi právními vztahy sociálního zabezpečení založenými na pojistném principu a právními vztahy sociálního zabezpečení založenými na zabezpečovacím principu je míra uplatnění sociální solidarity. U právních vztahů založených na pojistném principu rozlišujeme vyšší míru participace účastníka, než u právních vztahů založených na zabezpečovacím principu, kde hlavní úlohu plní sociální funkce státu. Výjimkou je veřejné zdravotní pojištění, které je příznačné vysokou mírou sociální solidarity.¹⁵

3.3 Způsoby financování sociálního zabezpečení

Stát může sám zaručovat sociální zabezpečení tím, že vytvoří zajišťovací zařízení v rámci státní správy a financuje poskytované dávky z daňových prostředků; opačným přístupem je tzv. soukromá koncepce, která vychází z předpokladu, že se jednotlivec postará sám o sebe a stát tedy ponechává sociální zabezpečení na jednotlivci.¹⁶

Třetím způsobem zaručení sociálního zabezpečení je koncepce, která je také založena na principu zprostředkování, kdy stát sice vytváří povinné zabezpečující nástroje, ale instituce, které rozhodují, jsou umístěny mezi státem a jednotlivcem. Příkladem je právě sociální pojištění, kdy jednotlivec (pojištěnec) svými příspěvky (pojistným) zabezpečuje sám sebe a určuje tím i rozsah svého zabezpečení.

Rozdíl mezi státním financováním sociálních dávek a financováním prostřednictvím sociálního pojištění spočívá v tom, že v případě státního systému odvádí občan státu daně a tyto pak plynou do státní pokladny. Ze státní pokladny jsou pak na základě schváleného státního rozpočtu vypláceny občanovi v případě, že

¹⁵ Vysoká míra sociální solidarity, typická pro veřejné zdravotní pojištění se zde uplatňuje právě z důvodu závažnosti sociálních událostí, na které právní vztahy veřejného zdravotního pojištění reagují.

¹⁶ Nejedná se ale o úplnou volnost pro jednotlivce nebo ponechání celé zodpovědnosti na jednotlivci, stát stanoví skrze legislativu pravidla nebo pomáhá při realizaci preventivních opatření.

splní podmínky, které jsou stanoveny zákonem, v podobě dávky sociálního zabezpečení. Naopak v sociálním pojištění občan (pojištěnec) povinně pojišťuje sám sebe, preventivně – pro případ budoucí pojistné události nebo občana pojišťuje někdo jiný.¹⁷

3.4 Principy sociálního pojištění

Základními principy, na kterých je založeno sociální pojištění, jsou vzájemnost a solidarita. Vzájemnost je pomoc, která je poskytována jednotlivým osobám, které ji potřebují, z prostředků, které jsou získány od ostatních účastníků.¹⁸

Solidaritě můžeme rozlišovat jednak mezi generacemi – tzv. intergenerační, která spočívá v solidaritě mladých se starými,¹⁹ jednak uvnitř generací – tzv. intragenerační, která spočívá v solidaritě zdravých s nemocnými²⁰ a jednak solidaritu bohatých s chudými.

V určité míře se uplatňují i další principy, jako je princip zásluhovosti a princip rovnosti.²¹

¹⁷ zaměstnavatel nebo stát

¹⁸ většinou systémem průběžného financování – „pay as you go“

¹⁹ př. starobní důchod

²⁰ pojištění zdraví nebo pro případ invalidity

²¹ Více srov.: Tröster P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 3. aktualizované a doplněné vydání, Praha: C.H.Beck, 2005, str. 117

4 Systémy zdravotní péče

4.1 Definice systému zdravotní péče

„Systém zdravotní péče můžeme definovat jako organizovaný celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče“²²

4.2 Základní systémy zdravotní péče

V řadě sociálních států se péče o zdraví váže přímo na sociální pojištění prostřednictvím zavedených pojišťovacích schémat. Tato schémata zajišťují jak úhradu nákladů zdravotní péče, tak i výplatu nemocenských dávek.

Ve světě se vytvořily tři základní systémy zdravotní péče a rozlišujeme tedy:

- 1) **převážně tržní systém**, kdy jde o typický systém soukromého pojištění, založený na zcela volném individualistickém principu. Představitelem tohoto systému zdravotní péče jsou Spojené státy americké (dále také jen „USA“). V USA převažuje komerční pojetí zdravotnictví. S lékařskou péčí je v USA nakládáno jako s tržní komoditou, která je velmi nákladná a je na ní možno založit prosperující byznys. Občanovi je dána volnost, zda se pojistí nebo ne, pokud však ale neuzavře s žádnou zdravotní pojišťovnou smlouvu o pojištění, musí veškerou případnou zdravotní péči hradit hotově.
- 2) **pojišťovací systém** je případem klasického, pro občany povinného pojišťovacího systému. Tyto systémy vycházejí z prvních německých Bismarckových zákonů z roku 1883. Příspěvky na pojištění zde platí jednak zaměstnanec, zaměstnavatel i stát. Zdravotnické služby jsou financovány

²² Cit., Krebs Vojtěch a kol., Sociální politika, 2. přepracované vydání, ASPI, Praha 2002, str.

převážně, nebo zcela na základě placení příspěvků na nemocenské pojištění. Pojišťovací systém se užívá především ve Spolkové republice Německo, Rakousku, Švýcarsku, Francii, Nizozemí, apod.

- 3) **národní zdravotní službu**, která je systémem, který je inspirovaný Beveridgovou zprávou²³. Tento systém zdravotní péče byl zaveden nejdříve ve Velké Británii a to v roce 1948. Stát hradí zdravotní péči z daní bez pojišťovacích fondů. Přístup k lékařské péči je volný pro všechny, zdravotnické služby jsou bezplatné. Na tento systém později přešly další státy, např. Švédsko, Dánsko, Itálie, některé další státy o zavedení tohoto systému usilují, např. Řecko, Španělsko, Portugalsko.

Vedle těchto tří základních systémů se vytvořily jejich určité kombinace²⁴

4.3 Charakteristika jednotlivých zemí a zdravotnických systémů²⁵

4.3.1 Spojené státy americké

Spojené státy americké (dále také jen „USA“) představují zdravotnický systém, ve kterém se zdravotní péče poskytuje převážně na komerčních zásadách. Tento systém má v sobě prvky veřejného a soukromého pojištění, zajišťuje vysoce kvalitní zdravotní péči. Na druhé straně je tento systém kritizován za vysokou nákladovost. Charakteristickým rysem amerického zdravotnictví je obrovská decentralizace, různost forem, zásahy ze strany státu v minimální míře a volnost při výběru.

²³ Jedná se o Zprávu o poválečném uspořádání sociálních institucí, kterou v roce 1942 vydala parlamentní komise vedená lordem Beveridgem. Tato zpráva formulovala koncepci univerzálního celonárodního povinného pojištění nemocenského, v mateřství a důchodového.

²⁴ Např. ve způsobu financování ambulantní zdravotní péče se vychází z pojišťovacího systému, kdežto ve veřejných nemocnicích se uplatňuje systém zdravotní služby. V některých státech se pacient musí podílet na nákladech léčení a tato spoluúčast se velmi liší.

²⁵ Blíže viz.: Arnoldová A., Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, 1. část, UK v Praze, Nakladatelství Karolinum, Praha 2004, str. 207, 208

Americké soukromé pojišťovny nabízejí na volném trhu své pojistné plány a programy, které se vzájemně liší obsahem i rozsahem. Mohou pokrývat veškerou zdravotní péči nebo i jen její část, mohou se vztahovat jen na pojištěnce nebo i na členy jeho rodiny. Jsou-li občané zaměstnaní, je možné, aby se na zdravotním pojištění podílel i zaměstnavatel.²⁶

Avšak při změně nebo ztrátě zaměstnání pracovník pojištění automaticky ztrácí (v tom se zdravotnický systém v USA podstatně liší od zdravotnických systémů zemí Evropy). Výhodnost účasti na pojištění zaměstnanců pro zaměstnavatele spočívá v tom, že se jim příspěvky, které odvádějí do fondů, odečítají z daní z příjmu. Vzhledem k tomu, že zdraví je tržní komoditou, péče o nemocné je v USA podnikáním jako každé jiné. Ziskem je pak buď přímá platba od pacienta nebo náhrada nákladů pojišťovnou. V USA jsou náklady na zdravotní péči velmi vysoké, proto je zhruba 68 % obyvatelstva pojištěno pro případ běžného onemocnění a 78 % obyvatelstva má uzavřenou pojistku pro případ vážného onemocnění.

Asi tři čtvrtiny obyvatelstva v USA jsou pojištěny u soukromých zdravotnických pojišťoven. Tyto pojišťovny používají tradičního pojišťovacího modelu, tj. náhradu za škodu. Asi 15 % populace nemá žádné zdravotní pojištění. Jsou to především chudí, dále zaměstnaní, avšak nepojištění zaměstnavatelem a dále mladí lidé do 25 let. Pro občany, kteří nejsou pojištěni, byly vytvořeny v roce 1965 dva veřejné zdravotnické programy péče o zdraví. Jedním programem je program MEDICARE, který se vztahuje na občany USA starší 65 let a na osoby zdravotně postižené. Druhým programem je program MEDICAID, který se týká zdravotního pojištění chudých občanů. Z těchto programů se financuje ambulantní i nemocniční lékařská péče občanů, na které se programy vztahují, ale i přesto si musí tito občané část nákladů na léčení uhradit sami.

²⁶ Velké a střední podniky pojišťují své zaměstnance běžně, malé firmy k tomu přistupují výjimečně.

4.3.2 Spolková republika Německo²⁷

Základ sociálního pojištění, do kterého patří i zdravotní pojištění, položil v roce 1883 kancléř Otto von Bismarck, kdy byl přijat zákon o zdravotním pojištění. V roce 1884 následoval zákon o úrazovém pojištění a v roce 1891 zákon o invalidním pojištění. V roce 1991 byl za účelem větší jednoty v organizaci těchto tří různých zaměstnaneckých pojištění vydán zákon o státním pojištění. Byla tak vytvořena tzv. Bismarckova soustava sociálního pojištění.

Systém zdravotního pojištění ve Spolkové republice Německo (dále také jen „SRN“) je zajištěn zákonným (povinným) nemocenským pojištěním, dále soukromým nemocenským pojištěním a dále jinými formami pojištění (např. úrazovým, sociálním, atd.).

Zdravotnický systém v SRN je financován zdravotními pojišťovny.

Ze zákona je pojištěna největší část obyvatelstva, která tvoří asi 90% populace. Zbytek je pojištěn u soukromých nemocenských pokladen. Nepojištěno je jen necelé jedno procento obyvatelstva.

Zdravotní systém v SRN je založen na třech principech:

Prvním principem je princip věčných výkonů. Na základě tohoto principu se všem pojištěncům poskytuje nezbytná péče buď zdarma nebo za sníženou cenu. Všichni pojištěnci mají nárok na stejnou péči. Protikladem tohoto principu je princip náhrady nákladů. V tomto případě veškeré náklady spojené s lékařskou péčí hradí pacient a účty pak předkládá své nemocenské pokladně k proplacení. Pacient tedy může požadovat i nadstandardní úkony a záleží na typu pojišťovny, zda mu je proplatí.

²⁷ Blíže viz.: Brdek, Jírová, Sociální politika v zemích EU a ČR, Kodex Bohemia, s.r.o., vydání 1., Praha 1998, str. 169

Druhým principem je princip solidarity. Jedná se o základní zásadu zákonného pojištění. Jednotliví pojištěnci platí příspěvky ve výši, která je odvozena od výše jejich příjmů. Přitom ale lékařské ošetření a výkony spojené s ochranou zdraví nejsou závislé na výši placených poplatků jednotlivých pojištěnců.

Třetím principem je princip samosprávy. V SRN neexistuje státní nemocenská pokladna. Zákonných zdravotních pojišťoven je v SRN asi 400 a jsou buď místní, podnikové, cechovní nebo tzv. náhradní. Občan má právo zvolit si jakoukoli pojišťovnu. Zákonné pojišťovny jsou vázány spolkovým právním řádem, jsou tedy pod státním dozorem.

Ve zdravotnickém systému v SRN vedle sebe paralelně existují instituce státní i nestátní. Oba typy slouží k uspokojování veřejného zájmu. Legislativní kompetence v oblasti zdravotnictví jsou rozděleny mezi spolkový stát a spolkové země.

Ambulantní péče

Ambulantní lékařskou péči provádějí v SRN lékaři, kteří mají uzavřené smlouvy s nemocenskými pokladnami. Od 1.1.1993 došlo k zavedení tzv. kritérií pokrytí léčebné praxe, neboť počet smluvních lékařů v SRN neustále narůstal. Tato kritéria zabezpečují, že v oblasti, která je lékařskou péčí daného oboru již pokryta, se nesmí další lékař působící ve stejném oboru usadit. Vedle tradiční praxe, která je provozovaná jedním lékařem, existují v SRN různé formy kooperace lékařů. Pod souhrnným názvem „skupinová praxe“ se v SRN vyskytuje:

- kolektivní praxe – dva nebo více lékařů tvoří dohromady hospodářskou (profesionální) jednotku a své výkony tedy vyúčtovávají společně;
- sdružená praxe – samostatné lékařské praxe, kdy lékaři užívají společné prostory, ale výkony si vyúčtovává každý lékař sám;
- kolektivní používání přístrojů – kdy několik lékařů používá společně diagnostické a terapeutické přístroje.

Nemocniční péče

Každý zákonně pojištěný nemocný, jehož léčba nemůže být prováděna ambulantně a vyžaduje-li to jeho choroba, má nárok na léčbu v nemocnici. Nemocnice v SRN jsou ze 60 % veřejné (městské, krajské, zemské), 35 % nemocnic

je v užívání různých charitativních organizací (Německý červený kříž, církve, apod.) a z 5 % jsou nemocnice soukromé. Nemocnice jsou financovány na základě duálního principu. Investiční náklady hradí stát, běžné provozní náklady jsou kryty z úhrad nemocenských pokladen.

4.3.3 Velká Británie

Velká Británie (dále také jen „VB“) je první kapitalistickou zemí, kde byl zaveden státní systém zabezpečení zdravotní péče. Základy tohoto systému byly dány zákonem o národní zdravotní službě z roku 1946. Tento zákon byl později doplněn zákonnými předpisy; především v roce 1973 zákonem o reorganizaci národní služby a zákonem o národním zdravotnictví.

„Národní zdravotnictví je ve Velké Británii pro obyvatele jednou z nejdůležitějších oblastí a spolu se školstvím zaujímá přední místo v politice. Jakákoliv snaha provádět v něm nějaké podstatné změny, vyvolává ostré protesty. Proto vlády ve VB nemají dostatek politické odvahy k tomu, aby byl radikálně změněn systém poskytování zdravotní péče tak, jak se provádí např. v naší republice.“²⁸ Zdravotnický systém ve VB zahrnuje poskytování bezplatné ambulantní i lůžkové péče a je řízen Národní zdravotní službou. Vedle tohoto systému však zde existují i soukromá zdravotnická zařízení a soukromé zdravotní pojišťovny a pojištění.

Pro potřeby Národní zdravotní služby je Spojené království rozděleno na regiony a oblasti. Jedná se tedy o silně centralizovaný systém. Financování jde z daní a je stanoven rozpočtový strop. Soukromý sektor je financován jednotlivcem.

Na Národní zdravotní službu mají právo všichni občané VB. Zahrnuje poskytování ambulantní i lůžkové péče. Pacienti jsou registrováni u některého rodinného lékaře, který jim poskytuje služby všeobecné lékařské péče a také dává

²⁸ Cit.: Arnoldová A., Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, 1. část, UK v Praze, Nakladatelství Karolinum, Praha 2004, str. 213, 214

doporučení k ošetření u odborného lékaře nebo v nemocnici. Vedle činnosti ve státní zdravotní službě mohou lékaři vykonávat i soukromou praxi.

Rodinný lékař má smlouvu se státními zdravotními orgány a pracuje buď sám nebo ve skupině.

Ambulantní péče

Ambulantní péče ve VB je poskytována v soukromých ordinacích ambulantními lékaři a je hrazena za jednoho pacienta (per caput). Národní zdravotní služba pro tyto účely uzavírá smlouvu s praktickým soukromým lékařem. Ve smlouvě je uveden počet registrovaných pacientů, smlouva stanovuje povinnosti lékaře a úroveň poplatků, které budou lékaři hrazeny z fondů Národní zdravotní služby.

Nemocniční péče

Nemocniční péče ve VB je bezplatná. Nemocnice jsou z 90 % státní, z 10 % soukromé. Jedním z hlavních problémů je právě technický stav nemocnic. Ve státních nemocnicích jsou dlouhé čekací doby, také došlo ke zhoršení péče o některé kategorie nemocných. Z tohoto důvodu se zvýšil zájem o soukromé nemocnice. V současné době zajišťují asi 10 % zdravotnických výkonů. Rovněž péče o dlouhodobě nemocné je zajišťována ze 40 % v soukromých zařízeních.

4.3.4 Nizozemí²⁹

Za zajišťování zdravotní péče odpovídá Ministr zdravotnictví a ochrany životního prostředí. Velmi důležitou roli mají oblastní orgány, protože jsou to složky, které mohou nejlépe sledovat potřeby obyvatelstva a koordinovat činnost zdravotnických a sociálních služeb. Oblastní lékaři mají ve svých oblastech obdobné postavení jako hlavní lékaři v celostátním měřítku. Významnou roli v zabezpečování zdravotní péče mají v Nizozemí také dobrovolné nevýdělečné zdravotní organizace –

²⁹ Blíže viz.: Brdek, Jírová, Sociální politika v zemích EU a ČR, Kodex Bohemia, s.r.o., vydání 1., Praha 1998, str. 180

„Organizace kříže“. Mají téměř 3 miliony členů a svoji činnost hradí především svými prostředky.

Zdravotnický systém je financován z příspěvků do fondů nemocenského pojištění a fondů zvláštních medicínských výdajů. Základem jsou pojišťovenské pokladny. Asi ¼ výdajů je hrazena ze soukromých zdrojů. Podpora od vlády a od místních orgánů tvoří asi 7 %. Zaměstnanci, kteří vydělávají méně než je stanovená částka, podléhají povinnému pojištění u jedné z 20 pojišťoven. Zbytek obyvatelstva s vyšším příjmem se mohou soukromě pojistit asi u 40 pojišťoven. Kromě toho existuje národní zdravotní pojištění, které se vztahuje na všechny obyvatele, kteří jsou takto pojištěni. Jedná se o pojištění na poskytování některých zdravotnických služeb jako je např. nemocniční léčba přesahující jeden rok; ošetřovatelská domácí pomoc; péče o duševně nebo tělesně postižené.

V Nizozemí vedle sebe působí veřejný sektor, který tvoří většinu (asi 60 %) a soukromý sektor, který je značně vyvinutý a je financován soukromými pokladnami.

Povinné pojištění se vztahuje na služby všeobecných lékařů (praktických), služby odborných lékařů a porodních asistentek, ošetřovatelskou službu v nemocnicích, léčení v sanatoriích a částečně zubolékařskou péči.

Ambulantní péče

Ambulantní péči v Nizozemí zabezpečují všeobecní praktičtí lékaři ve svých ordinacích. Vyskytují se také skupinové praxe. V případech potřeby odkazují nemocné na odborné lékaře a neodkladné případy posílají do nemocnic.

Nemocniční péče

Nemocniční služby poskytují nemocnice tří typů – všeobecné, specializované a univerzitní nemocnice. Pro péči o staré občany bylo zřízeno asi 300 útulků – léčeben dle druhu onemocnění.

4.4 Financování systémů zdravotní péče

Evropské soustavy veřejného financování zdravotnictví se tradičně dělí na národní zdravotní službu a veřejné zdravotní pojištění. Ale mísením modelů se v Evropě vytvořily určité hybridní formy těchto „čistých“ modelů. Všechny modely ale směřují k jednomu cíli – zajistit dostupnou péči obyvatelstvu na základě solidarity.

Úroveň zdravotnictví pětadvaceti států Evropské unie je rozdílná. Spočívá především v hospodářských rozdílech mezi jednotlivými zeměmi. Mezi jednotlivými evropskými státy proto také existují velké rozdíly ve výdajích na zdravotnictví. Přitom evropské zdravotnictví se hradí především z veřejných prostředků. Ale v některých státech spoluúčast pacientů dosahuje i deseti procent. Některé státy mají rozvinuté soukromé pojištění, které využívá nemalá část obyvatelstva.

4.4.1 Národní zdravotní služba

Nejčastějším modelem veřejného financování zdravotnictví je přímé financování státem. Tento model je používán vzorově ve Velké Británii, dále se uplatňuje v Irsku nebo ve skandinávských zemích. Zdravotnictví je financováno státem přímo z daní. Britský model je centralizovaný, levný a poskytuje pouze základní standard zdravotnictví. Proto je ve Velké Británii velký zájem o nadstandardní péči, kterou poskytuje soukromý sektor.

Skandinávský model je decentralizovaný, drahý, ale poskytuje vysoký standard.

4.4.2 Smíšený model

Na přechodu mezi modelem „národní zdravotní služby“ a soustavami veřejného zdravotního pojištění jsou státy, které vybírají zvláštní zdravotnické daně, odvody nebo veřejné zdravotní pojistné. Stát a samospráva však často financování doplňují. Ze členských států Evropské unie do této smíšené kategorie patří Španělsko, Itálie, Portugalsko, Polsko, Maďarsko nebo pobaltské státy. Část států

tento model označuje jako národní zdravotnictví a část států tento model označuje jako veřejné zdravotní pojištění.

4.4.3 Veřejné zdravotní pojištění

Poslední skupinou států jsou státy, které mají veřejné zdravotní pojištění. Jsou to Francie, Belgie, Lucembursko, Nizozemí, Německo, Rakousko, Řecko, Česká republika nebo Slovensko. Jenom tyto systémy mají své „pojištěnce“, státy modelu „národní zdravotní služby“ mají své „oprávněné“.

Ve všech případech se ale jedná o nepravé pojištění, protože výše pojistného neodpovídá očekávání rizik, ale odvozuje se od příjmů pojištěnců. Financování zdravotnictví je založeno na pojistném ze zákona, které se vztahuje na hospodářsky činné obyvatele. Ostatní obyvatelé (děti, mládež, matky, ženy v domácnosti, penzisté nebo nezaměstnaní) jsou buď spolupojištěni nebo jim pojištění hradí stát. Výnos z pojistného je směřován institucím, které jsou nazývány různě – jako zdravotní pojišťovny, pokladny, fondy, družstva. Tyto instituce mají právní subjektivitu a autonomii. Často se mísí prvky soukromého a veřejného subjektu. V jednotlivých zemích se vyskytují resortní nebo profesní pojišťovny (Česká republika, Rakousko, Nizozemí), jinde sdružují pojištěnce podle náboženské nebo politické orientace (Belgie). V některých státech je jedna státní všeobecná pojišťovna, která bývá dominantní (Česká republika), v jiných je více oblastních obecných pojišťoven, které mají obdobné postavení (Spolková republika Německo, Rakousko). Obyvatelé mívají pojištění povinné, mohou si ale volit mezi pojišťovnami.³⁰

Soustavy veřejného zdravotního pojištění se dělí na ty, kde pojišťovny zdravotní péči proplácejí a ty, kde pojišťovny zdravotní péči obstarávají. Státní proplácení a obstarávání se vyskytuje i ve státech s „národní zdravotní službou“ a ve státech „smíšeného modelu“.

³⁰ Blíže viz.: Křepelka, F., Evropské zdravotnické právo, LexisNexis CZ s.r.o., 1. vydání, Praha 2004, str. 51

Režim proplácení

Režim proplácení je založen na oddělení dvou právních vztahů – vztahu pacienta se zdravotnickým zařízením a vztahu pacienta s pojišťovnou. V praxi se tento model projevuje tak, že si pacient vybere zdravotnické zařízení, za zákrok zaplatí a pojišťovna mu proplatí účet. Je obvyklá spoluúčast pacientů.

Tento model se uplatňuje např. v Belgii, Francii nebo Lucembursku.

Režim obstarávání

Model obstarávání zdravotní péče je založen na principu obstarávání zdravotní péče pojišťovnami. Zdravotní péči pro pojištěnce sjednávají se zdravotnickými zařízeními pojišťovny. Pojištěnci jednotlivých pojišťoven musí vyhledávat zdravotnická zařízení, která jsou smluvními partnery jejich zdravotní pojišťovny.

Tento model se uplatňuje např. v Nizozemí, Spolkové republice Německo nebo v České republice.

5 Výklad evropského sociálního práva a jeho vztah k českému právu sociálního zabezpečení

5.1 Zásady komunitárního práva

Hlavní zásady uplatňované a používané v komunitárním právu, kterými se řídí činnost Společenství, jsou zásada subsidiarity a zásada proporcionality.³¹

5.2 Hlavní směry orientace evropského sociálního práva

Evropské sociální právo je orientováno dvěma směry. Jedním směrem je harmonizace. Instrukce Evropského společenství přijímají směrnice, které jsou závazné pro členské státy co do svého obsahu. Komunitární právo tak přímo ovlivňuje obsah národních právních řádů.³²

Druhým směrem v evropském sociálním právu je orientace na jednotlivé cíle, sbližování politik a sbližování národních systémů. Tento směr se nazývá konvergence. Tato forma je typická pro oblast sociálního zabezpečení právě proto, že právní nástroje, které se zde používají, v sobě nemají prvek povinnosti. Instrukce Evropského společenství přijímají v této oblasti doporučení jako právně nezávazné akty, ale s politickou účinností.

³¹ Zásada subsidiarity dostala závaznou podobu v článku 3b Maastrichtské smlouvy (dnes čl. 5 Amsterodamské smlouvy). Podle tohoto článku vyvíjí Společenství činnost jen tehdy, pokud cíle navrhované činnosti nemohou být uspokojivě dosaženy členskými státy a mohou být z důvodů rozsahu či účinků navrhované činnosti lépe dosaženy Společenstvím. Zásada proporcionality znamená, že žádná činnost Společenství nepůjde nad rámec toho, co je nezbytné k dosažení cílů Společenství.

³² Tato forma přichází v úvahu v oblasti pracovního práva, zatímco pro oblast sociálního zabezpečení právní akty Společenství neukládají státům povinnost harmonizovat jejich systémy sociální ochrany.

5.3 Důsledky členství v Evropské unii

Nezbytnou podmínkou členství v Evropské unii je podřízení národního systému sociálního zabezpečení koordinačním pravidlům Evropského společenství.

Cílem komunitárního práva tedy není sladění právní úpravy sociálního zabezpečení jednotlivých členských států, ale jejich spolupráce v sociální oblasti. Cílem je tedy účinná konvergence (sblížení) a koordinace (přizpůsobení) systémů sociálního zabezpečení členských států.³³

5.4 Základní svobody jako politiky Společenství

Hlavními politikami Společenství jsou čtyři základní svobody. Jedná se o volný pohyb zboží, osob, služeb a kapitálu.³⁴

Pro koordinaci sociálního zabezpečení je rozhodující právě svoboda pohybu osob.

Vzhledem k rozdílnostem systémů sociálního zabezpečení jednotlivých národních právních řádů bylo nutné tyto rozdíly překlenout. Primární právo zakotvilo, že bude nutné přijmout opatření, která budou nezbytná pro zajištění svobodného pohybu pracovníků.³⁵

³³ Tróster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 3. aktualizované a doplněné vydání, Praha: C.H.Beck, 2005, str. 63, 65

³⁴ Čl. 48 Římské smlouvy (dnes čl. 39 Amsterodamské smlouvy) zaručuje volný pohyb pracovníků uvnitř Společenství, tj. právo pohybovat se na území členských států, ucházet se zde o nabízená zaměstnání, pobývat tam za účelem výkonu zaměstnání a zůstat na území členského státu po ukončení zaměstnání. Z hlediska přístupu k trhu práce je v tomto článku také zakotveno odstranění veškeré diskriminace založené na státní příslušnosti. Nesmí být kladeny žádné překážky mobility pracovníků ani spolu s jejich rodinnými příslušníky.

³⁵ viz. Čl. 51 Římské smlouvy o založení EHS

5.5 Nařízení jako forma koordinace systémů sociálního zabezpečení

Bylo proto přijato Nařízení Rady č. 1408/71 ze dne 14. června 1971 o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby, osoby samostatně výdělečně činné a členy jejich rodin pohybující se v rámci Společenství. Následně byl přijat prováděcí předpis k uvedenému Nařízení a to nařízení Rady č. 574/72 ze dne 21. března 1972, kterým se stanoví postup při realizaci Nařízení 1408/71. Tato dvě nařízení jsou základními, přímo závaznými předpisy Společenství. Koordinují systémy sociálního zabezpečení všech členských států. Co se týče jejich právní síly, jsou postaveny nad národní zákony.

Koordinace je základním způsobem úpravy vztahů v oblasti sociálního zabezpečení. Podle Nařízení Rady 1408/71 je založena na čtyřech základních principech:

- rovnosti zacházení,
- uplatňování právního řádu jediného státu,
- sčítání dob pojištění,
- zachování získaných nároků.

Princip rovného zacházení v oblasti sociálního zabezpečení znamená zákaz jakékoli formy diskriminace. Podle Nařízení Rady 1408/71 osoby, které sídlí na území členských států, na které se vztahuje toto nařízení, podléhají stejným povinnostem a užívají stejné výhody podle legislativy téhož členského státu jako státní příslušníci daného státu.

Princip aplikace právních předpisů pouze jednoho státu znamená, že se použije zákonodárství země, kde osoba zaměstnaná ne samostatně výdělečně činná pracuje,³⁶ bez ohledu na místo jejího trvalého pobytu.³⁷

³⁶ lex loci laboris

³⁷ „Důležité je, aby nenastala kolize zákonů. Jako negativní kolize zákonů by byla situace, kdyby osoba nebyla pojištěna v žádném členském státě. Jako pozitivní kolize zákonů by byla situace,

K této zásadě však existuje řada derogací.³⁸

Princip sčítání dob pojištění znamená, že jsou zachována práva během doby jejich nabývání. Pro dosažení nároku na dávku se do čekací doby započítávají i pojistná období dosažená v jiných členských státech.

Princip výplaty dávek do ciziny znamená zachování již nabytých práv. Za podmínky, že oprávněná osoba má bydliště v členském státě, ve kterém nabyla právo na dávku, uplatní se princip výplaty dávek do ciziny.

Cílem koordinace národních systémů sociálního zabezpečení je, aby migrující pracovník v případě přesídlení neztrácel část nebo všechna svá práva na sociální zabezpečení v důsledku podmínek vyžadovaných jinými systémy a aby se z hlediska sociálního zabezpečení nenacházel v horším postavení, než pracovníci, kteří jakožto pracující, zůstávají v jednom členském státě.

5.5.1 Osobní rozsah koordinace

„Nařízení Rady 1408/71 stanovuje osobní působnost na :

- osoby zaměstnané nebo samostatně výdělečně činné, které podléhají nebo podléhaly zákonům jednoho nebo více členských států a které jsou příslušníky jednoho z členských států, nebo které jsou osobami bez státní příslušnosti anebo uprchlíky sídlícími na území jednoho z členských států, jakož i na příslušníky jejich rodin a osoby po nich přežívající;

kdyby osoba byla pojištěna ve dvou nebo několika členských státech zároveň.“ Cit.: Tröster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 3. aktualizované a doplněné vydání, Praha: C.H.Beck, 2005, str.66

³⁸ „Nejznámější derogace se vztahuje na pracovníky dočasně přidělené k práci v zahraničí. Zaměstnaná osoba, která pracuje pro společnost sídlící v členském státě A, která je dočasně přeložena do členského státu B, aby tam pracovala pro tutéž společnost, nadále (na dobu jednoho roku s možností prodloužení o další rok) podléhá legislativě členského státu A. Další výjimky platí pro státní úředníky, posádky námořních lodí a diplomaty.“ Cit.: tamtéž, str. 66

- pozůstalé osoby po osobách zaměstnaných nebo samostatně výdělečně činných, které podléhaly zákonům jednoho nebo více členských států, bez ohledu na státní příslušnost takové osoby, pokud jsou pozůstalí státními příslušníky jednoho z členských států nebo osobami bez státní příslušnosti anebo uprchlíky sídlícími na území jednoho z členských států;
- státní úředníky a osoby, které se podle příslušných právních předpisů za takové považují, pokud podléhají nebo podléhali zákonům členského státu, ke kterým se vztahuje tento předpis, jakož i na jejich rodinné příslušníky a pozůstalé.

Omezené ochrany pro případ poskytnutí nezbytných dávek požívají také studenti během studia v jiných členských státech.³⁹

5.5.2 Koordinace financování

Úprava veřejného financování zdravotní péče o občany Evropské unie se podle Nařízení Rady č. 1408/71 a nařízení Rady č. 574/72 ~~se~~ opírá o hlavní dvě zásady.

První zásadou je zásada zabezpečení. Každému občanu Evropské unie musí být poskytnuta zdravotní péče, žádný občan Evropské unie nesmí být ponechán bez zdravotní péče.

Druhou zásadou je zásada přiřazení. Každý občan Evropské unie, popř. jeho rodinní příslušníci jsou oprávněni čerpat zdravotnické služby v některém členském státu. Každý je oprávněným (nebo pojištěncem) jen v jednom ze členských států, přitom se nevyžaduje, aby byl občanem tohoto státu.

³⁹ Cit.: Tröster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 3. aktualizované a doplněné vydání, Praha: C.H.Beck, 2005, str.66

5.6 Členství České republiky v Evropské unii

Česká republika se 1. května 2004 stala členským státem Evropské unie. Členství v této společnosti evropských států s sebou přináší i změnu v zajištění nároků na zdravotní péči při pohybu ve státech Evropské unie, zemích Evropského hospodářského prostoru a smluvních státech.

Pro potřeby úhrad zdravotní péče na základě mezinárodních smluv bylo zřízeno v roce 2001 Centrum mezistátních úhrad. (CMÚ) Bylo zřízeno všemi zdravotními pojišťovnami, které působí na území ČR. CMÚ plní roli styčného místa v takovém rozsahu, který určují jednotlivé mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení. CMÚ slouží k refundování nákladů mezi jednotlivými nositeli zdravotního pojištění.⁴⁰

5.7 Nová nařízení pro koordinaci systémů sociálního zabezpečení

Dlouholetý posun integrace, vyjádřený unijní legislativou a urychlený judikaturou Soudního dvora, vyústil v novou kodifikaci.

Nařízení Rady č. 883/2004 v budoucnu nahradí nyní platné Nařízení Rady č.1408/71 o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby, osoby samostatně výdělečně činné a členy jejich rodin pohybující se v rámci Společenství. Text nového dokumentu byl tvořen s cílem zjednodušit stávající pravidla,

⁴⁰ „Je-li cizinec ošetřen ve zdravotnickém zařízení v České republice, je poskytnutá zdravotní péče uhrazena českou zdravotní pojišťovnou, u které se tento cizinec zaregistroval. Příslušná faktura je pak zaslána CMÚ, které od zahraničního styčného místa vyžádá refundaci nákladů a zahraniční subjekt uhradí náklady na poskytnutou zdravotní péči. Obdobný postup se používá i v opačném směru. Při návštěvě českého lékaře by měl cizí pojištěnec předložit Evropský průkaz zdravotního pojištění a zároveň potvrzení smluvní české zdravotní pojišťovny o registraci.“ Cit.: Tröster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 3. aktualizované a doplněné vydání, Praha: C.H.Beck, 2005, str.71

modernizovat je a zároveň zohlednit rozsudky Evropského soudního dvora, které byly v mezidobí přijaty.

Text nařízení Rady č. 883/2004 byl sice již schválen, ale účinnosti nabude až s přijetím prováděcího dokumentu (obdobu v současnosti platného nařízení Rady č. 574/72). Nové prováděcí nařízení umožní praktickou koordinaci dávek, a to stanovením podrobných postupů pro činnost a spolupráci institucí při posuzování nároků migrujících osob, specifikací způsobů výměny údajů o jednotlivých osobách, způsobů předkládání žádostí a jejich předávání mezi institucemi.

Z návrhu nového prováděcího nařízení byly zatím projednány kapitoly obecného charakteru (definice apod), příslušnosti k právním předpisům a důchodů. V prvním pololetí roku 2007 se projednávají ustanovení týkající se dávek v nemoci a mateřství, pracovních úrazů a finančních ustanovení.

Očekává se, že nařízení vstoupí v platnost v průběhu roku 2009.

6 Historický přehled pojišťování zdraví na území České republiky

6.1 Návaznost na tradici

Pojišťování zdraví v českých zemích, resp. na území dnešní České republiky, má svou tradici. Systém veřejného zdravotního pojištění, tak jak se u nás dnes uplatňuje, vychází z přirozené kontinuity s modelem, který se vyvinul ve středoevropské oblasti koncem 19. století.⁴¹

Československá republika při svém vzniku převzala právní předpisy ze sociální oblasti od Rakouska-Uherska. Tyto předpisy pak byly postupně nahrazovány předpisy novými.

6.2 Období Rakouska – Uherska

Na přelomu 19. a 20. století se v jiných směrech za západní Evropou zaostávající habsburská monarchie právě v sociální politice dostala na jedno z předních míst mezi evropskými státy. Roku 1887 byl přijat zákon o povinném úrazovém a roku 1888 o povinném nemocenském pojištění dělnictva.⁴² Podle zákona o povinném nemocenském pojištění z roku 1888 byli pro případ nemoci pojištění zaměstnanci průmyslu, živností a obchodu.

⁴¹ např. v Německu bylo uzákoněno povinné nemocenské pojištění v roce 1883 a úrazové pojištění v roce 1884; v Rakousku bylo povinné úrazové pojištění dělníků zavedeno zákonem č. 1/1888 ř.z. a nemocenské pojištění zákonem č. 33/1888 ř.z.

⁴² Zákon o úrazovém pojištění se vztahoval na dělníky, kteří pracovali v podnicích či provozech s velkým rizikem úrazu. Nejdříve zahrnoval pouze pracovní úrazy, které se staly během práce dělníka v podniku. Teprve později byly za pracovní úrazy prohlášeny ty, které se dělníkovi staly při cestě do práce nebo z práce nebo při mimopodnikové práci, kterou dělníkovi přikázal zaměstnavatel. Dělník, který po úrazu zůstal neschopným práce, měl nárok na důchod ve výši dvou třetin svého výdělků, kterého dosáhl v posledním roce před úrazem. V případě, že následkem úrazu zemřel, pobírala vdova důchod ve výši 20 procent a dítě ve výši 15 procent jeho výdělků.

Od roku 1917 mohly nemocenské pokladny rozšířit pojištění na rodinné příslušníky pojištěnců.

V období před první světovou válkou bylo povinné nemocenské pojištění dělníků postupně zaváděno v evropských zemích.⁴³

Celkově byly zákony o povinném nemocenském pojištění a jejich uplatňování výraznou součástí politických a sociálních přeměn evropské civilizace.

6.3 Období vzniku samostatného Československého státu

Po říjnu 1918 se v samostatné Československé republice vytvořily nové podmínky pro řešení zdravotních a zdravotnických problémů občanské společnosti nového státu.⁴⁴

Od přelomu 19. a 20. století začaly vznikat v českých zemích sociálně lékařské spolky.

Součástí systému péče o zdraví společností bylo za první republiky podstatně zdokonalené povinné nemocenské pojištění, snad nejvýznamnější součást pojištění sociálního, které patřilo do resortu ministerstva sociální péče.

Povinné nemocenské pojištění navazovalo na tradici rakouského sociálního zákonodárství. Už od roku 1919 byly přijaty zákony, jež rozšiřovaly pojistnou

⁴³ Německo – 1883, Rakousko (předlitavská část monarchie) – 1888, Uhry – 1891, Francie – 1894, Norsko – 1909, Srbsko – 1910, Anglie – 1911, Rumunsko – 1912, Rusko – 1912, Holandsko – 1914

⁴⁴ Veřejné zdravotnictví se roku 1918 vymanilo z područí ministerstva vnitra. V jeho čele bylo ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy a jemu podřízené instituce zemské, okresní, městské a obecní. Základním úkolem ministerstva bylo dohlížet na výkon funkce všech zdravotníků a zdravotnických zařízení. V demokratické občanské společnosti se stále více prosazovala role samosprávy v péči o zdraví a funkčnost jejího základního článku na úrovni politického okresu.

povinnost na rodinné příslušníky přímých pojištěnců (nebyla to tedy – jako dříve – pouze možnost, ale jedna ze základních povinností pojišťoven) a dále pak na všechny pracující za mzdu.

6.4 Vývoj v období let 1918 – 1938⁴⁵

Nejvýznamnější z nových právních předpisů byl zákon č. 221/1924 Sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. Tento zákon nabyl účinnosti dne 1. července 1926. Zákon byl koncipován jako základní, což znamenalo, že podle něj byli pojištěni všichni zaměstnanci, pokud nebyli zákonem z pojištění výslovně vyloučeni.⁴⁶

Z nemocenského pojištění se poskytovala pomoc v nemoci a v mateřství a pohřebné. Pojištěnci byli zařazeni do jedné z deseti mzdových tříd a na tomto zařazení byla závislá výše nemocenského, které se poskytovalo nejdéle na dobu jednoho roku.

Nemocenské pojištění veřejných zaměstnanců bylo uzákoněno zákonem č. 221/1925 Sb. z. a n., o pojištění veřejných zaměstnanců, ze dne 16. října 1925. Pojištěnci a jejich rodinní příslušníci, na které se zákon vztahoval, měli oproti členům dělnického pojištění (zákon z roku 1924) řadu výhod. V případě nemoci pojištěnci nepobírali nemocenské dávky, ale plný plat se všemi dalšími požitky až po dobu jednoho roku. Zvýhodnění byli také v úrovni léčebné péče – v nárocích a možnostech

⁴⁵ Blíže viz.: Tröster, P. a kol., *Právo sociálního zabezpečení*, 3. aktualizované a doplněné vydání, Praha: C.H.Beck, 2005, str. 30 – 35; Niklíček L., *Historická studie o zdravotním pojištění, moderní dějiny 1*, Praha, 1993

⁴⁶ Vyloučení z tohoto pojištění byli zejména státní zaměstnanci a soukromí úředníci, jejichž zabezpečení bylo upraveno výhodněji. Z pojištění byli rovněž vyloučeni zaměstnanci, kteří nastoupili do zaměstnání až po 60. roce věku.

ošetření odborným lékařem, případně v sanatoriích a lázních.⁴⁷ Pojištění podle tohoto zákona prováděl Léčebný fond veřejných zaměstnanců.

Později byly oba uvedené zákony doplňovány a měněny, většinou v souvislosti s finanční situací pojišťovacích institucí.

Soustava nemocenského, invalidního a starobního pojištění byla řízena a koordinována Ústřední sociální pojišťovnou. Základem systému povinného nemocenského pojištění byly okresní nemocenské pojišťovny. Další kategorií územních nemocenských pojišťoven byly pojišťovny zemědělské. Na jiném podkladě než teritoriálním byly nemocenské pojišťovny závodní, gremiální, spolkové a pomocné.

Už před první světovou válkou se nemocenské pokladny (pojišťovny) sdružovaly ve svazy nemocenských pojišťoven. Od roku 1919 byla příslušnost k těmto svazům obligatorní.

Došlo také ke vzniku Ústřední jednoty českých (později československých) lékařů. V řešení vztahů lékařů k institucím povinného nemocenského pojištění spoléhala Ústřední jednota nejprve na lékařské komory. Problematika lékařských komor vyřešena až vyhlášením pražského c. k. místodržitelství z 15. října 1894, kterým byla zřízena jedna lékařská komora se sídlem v Praze, jež však byla rozdělena na dvě sekce, a to českou a německou.

V prosinci 1906 byl při Ústřední jednotě založen Spolek pokladenských lékařů. Spolek pokladenských lékařů začal vést jednání se svazy nemocenských a úrazových pokladen o smluvních podmínkách činnosti lékařů v péči o pojištěnce. Ve finální fázi vstupovalo do těchto jednání vedení celé Ústřední jednoty českých (československých) lékařů, které od roku 1917 oficiálně sjednávalo a vypovídalo smlouvy lékařů s nositeli pojištění.

⁴⁷ Tento zákon se vztahoval především na civilní zaměstnance ve službě státu, státních podniků a veřejných fondů státem spravovaných, dále na příslušníky četnictva, učitele obecných a občanských škol atd.

Základním článkem v jednáních Ústřední jednoty československých lékařů a jejího Spolku pokladenských lékařů se svazy nemocenských pojišťoven se za první československé republiky stalo uzavírání rámcových smluv o úpravě lékařské služby. Pod podmínky rámcové smlouvy nesměla být uzavřena jakákoliv další smlouva.⁴⁸

Teprve 28. června 1929 přijalo Národní shromáždění zákon č. 113 Sb. z. a n., o lékařských komorách. Podle tohoto zákona byly zřízeny lékařské komory.“

6.5 Vývoj v období let 1939 – 1945

„V době okupace došlo v oblasti sociálního pojištění k některým změnám, jejichž cílem bylo přizpůsobit naše sociální pojištění tehdejšímu politickému, hospodářskému, sociálnímu a měnovému podmínkám. Došlo např. v roce 1941 ke změnám nemocenského pojištění soukromých zaměstnanců ve vyšších službách, v roce 1943 v hornickém pojištění a v roce 1945 bylo změněno nemocenské, invalidní a starobní pojištění dělnické. Tyto úpravy však nepřinesly pojištěncům žádná významná zlepšení.“⁴⁹

6.6 Vývoj v období let 1946 – 1948⁵⁰

Předpisy z doby okupace nebyly po skončení 2. světové války uznány za součást československého právního řádu. Proto došlo k převzetí zákonodárství sociální oblasti z období první republiky. Situace v sociální oblasti byla velmi

⁴⁸ Podle rámcových smluv mohly pojišťovny v českých zemích lékaře honorovat jedním z následujících způsobů: za jednotlivé ordinace a návštěvy, za „případ onemocnění“, ročním paušálem za jednoho pojištěnce, ročním nebo měsíčním paušálem.

⁴⁹ Blíže viz.: Tróster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 3. aktualizované a doplněné vydání, Praha: C.H.Beck, 2005, str. 32

⁵⁰ Blíže viz.: Tróster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 3. aktualizované a doplněné vydání, Praha: C.H.Beck, 2005, str. 32, 33; Arnoldová A., Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, 1. část, UK v Praze, Nakladatelství Karolinum, Praha 2004, str. 81; Potůček M., Křížovatky české sociální reformy, Sociologické nakladatelství SLON, Praha, 1999, str. 118, 119

komplikovaná především vzhledem k tomu, že fondy sociálního pojištění byly buď zabaveny okupanty, nebo znehodnoceny válečným hospodářstvím.

V průběhu 2. světové války byl vypracován tzv. Nedvědův model, který předpokládal zásadní přestavbu dosavadní podoby československého zdravotnictví.

Ideově tento model vycházel z organizace a řízení zdravotnictví v tehdejší Sovětském Svazu (tzv. Semaškův centralizovaný systém zdravotních služeb).⁵¹

Základem tohoto modelu se stala realizace těchto principů:

- zdraví nemělo být v novodobém státě věcí soukromou, nýbrž veřejnou;
- stát se ujal vedení a provádění veškeré zdravotnické péče;
- základem zdravotní služby se stal zdravotní plán, k jehož naplnění měla směřovat veškerá organizační činnost.

Po roce 1945, zejména pak po únoru 1948, se začal tzv. Nedvědův plán postupně realizovat.

V českém prostředí se tak mezi léty 1945 – 1948 začala formulovat sociální doktrína sjednocení všech forem sociálního zabezpečení do jednoho systému a jeho přeměny na univerzální národní pojištění. Základní zásady poválečného sociálního zákonodárství byly obsaženy v Košickém vládním programu. Byla ustavena komise Národní fronty, která byla pověřena vypracováním návrhu zákona o národním pojištění.

Přijetí zákona č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, v květnu roku 1948, bylo významným mezníkem ve vývoji sociálního zákonodárství v Československu. Tento zákon byl na svou dobu velkým sociálně politickým pokrokem a i v zahraničí byl považován za vzorový model uspořádání sociálních dávek a jejich správy financování.⁵² Zákon umožnil vytvoření nové jednotné soustavy národního pojištění,

⁵¹ N.A. Semaško byl jedním z organizátorů sovětského zdravotnictví, v letech 1918-1930 byl lidovým komisařem zdravotnictví RSFSR.

⁵² Zákon byl velmi moderní, pokrokový, vycházel z modelu národního pojištění Sira Beveridge, který byl publikován v Anglii v roce 1942. Zákon formuloval stěžejní zásady, jako např. jednotu právní

zvýšil všechny dávky, do značné míry zrovnoprávnil nároky dělníků. Zákon o národním pojištění nově zavedl princip vzniku pojištění ze zákona, nezávisle na podání přihlášky nebo zaplacení pojistného. Osobní rozsah pojištění byl univerzální, přestože byly učiněny některé drobné výjimky.

„K věcnému i organizačnímu přebudování národního pojištění došlo pak počátkem padesátých let, kdy zdravotní péče přestala mít charakter věcné dávky nemocenského pojištění a byl zaveden jednotný státní monopol v poskytování preventivní a léčebné péče. Tak bylo násilně přerušeno fungování jednoho z nejmodernějších systémů sociálního pojištění v Evropě. Péči o zdraví zajišťoval výlučně stát všem občanům tzv. bezplatně. Zdravotnické služby byly pojaty jako služby poskytované státními zdravotnickými zařízeními financovanými ze státního rozpočtu, resp. jeho prostřednictvím.“⁵³

6.7 Vývoj v období let 1949 – 1989

Po roce 1948 došlo k zásadním změnám ve vývoji československého sociálního zákonodárství. Postupně byl opuštěn pojišťovací princip a byly přijímány nové předpisy, které vycházely ze sovětských zkušeností.⁵⁴

Stát převzal péči o občany. Tedy od systému sociálního pojištění se přecházelo k systému sociálního zabezpečení.⁵⁵

úpravy, univerzalita osobního rozsahu, rovnost účastníků, komplexnost, systém dávek, úměrnost výše dávek, úzké sepětí dávek s délkou a výší placeného pojistného, retroaktivita právní úpravy i demokratická kontrola odborné správy.

⁵³ Cit.: Tröster, P., Publikovaný názor vydaný dne 1.1. 1994, Všeobecné zdravotní pojištění a jeho změny od 1. ledna 1994, ASPI

⁵⁴ Teprve přesně po čtyřicetiletém přerušení (1952 – 1991) jsme se ke zdravotnímu pojištění znovu vrátili.

⁵⁵ Blíže viz.: Tröster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 3. aktualizované a doplněné vydání, Praha: C.H.Beck, 2005, str. 33, 34

V roce 1950 došlo ke znárodnění zdravotnictví a o rok později byla správa nemocenského pojištění převedena na Revoluční odborové hnutí. Nová soustava zdravotnictví byla funkčně dobudována roku 1952. První reforma sociálního zabezpečení po roce 1948 byla uskutečněna v roce 1956. Byl přijat zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců.

V roce 1957 došlo ke změně způsobu financování zdravotnictví. Finanční prostředky zdravotnickým zařízením šly přímo od ministerstva financí do rozpočtů národních výborů.

V roce 1966 byl přijat zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který měl značně deklarativní charakter.⁵⁶

Neúspěšný hospodářský vývoj v 80. letech neumožňoval další pokračování „měkké“ sociální politiky. Až v roce 1985, po nástupu M. Gorbačova k moci v tehdejší SSSR, se československá vláda opět začala snažit získat si obyvatelstvo velkorysejší sociální politikou. Neudržitelnost tohoto systému po roce 1989, tedy v nových společenských a hospodářských podmínkách, byla zřejmá.

6.8 K reformě českého zdravotnictví po roce 1989⁵⁷

Krátce po politickém převratu v listopadu 1989 bylo započato i s reformou českého zdravotnictví. Především byl zrušen státní monopol v poskytování zdravotní péče občanům tím, že byla umožněna privatizace majetku i činností ve zdravotnictví.

Po čtyřicetiletém přerušení, kdy zdravotnictví bylo provozováno, financováno a řízeno výlučně státem, bylo opět oživeno pojištění léčebné péče.

⁵⁶ Soustava zdravotní péče takto zavedená pak přetrvávala – přes různé dílčí změny a úpravy – v prakticky nezměněné podobě až do roku 1990.

⁵⁷ Blíže viz.: Potůček M., Křižovatky české sociální reformy, Sociologické nakladatelství SLON, Praha, 1999, str. 125, 126; Tröster, P., Transformace zdravotnictví v České republice (1990-1999), Zdravotnictví a právo, 12/99, ročník III., str. 2 - 6

V roce 1990 byl vytvořen Návrh reformy péče o zdraví. Záměrem bylo zaručení standardní zdravotní péče pro všechny občany státem, ale tím neměl být odepřen přístup k nadstandardním službám. Dalším návrhem bylo zavedení povinného zdravotního pojištění a to tak, že financování bude založeno na principu plateb za výkony.

Byla přijata řada významných zákonů, které vytvořily právní rámec přechodu ze státního zdravotnického systému na systém zdravotního pojištění. Byly položeny základy vzniku zájmových profesionálních organizací pracovníků ve zdravotnictví.⁵⁸

Jednalo se o zákony:

- zákon ČNR č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře;
- novela zákona ČNR č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů;
- zákon ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění;
- zákon ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky;⁵⁹
- zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních;
- zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách;⁶⁰

⁵⁸ Komory jsou stavovské samosprávné nepolitické organizace, které sdružují všechny lékaře, stomatology a lékárníky, kteří jsou zapsaní v seznamech, které jednotlivé komory vedou. Povinná účast v komorách se vyžaduje u lékařů a lékárníků. Komory jsou právními osobami. Mezi nejdůležitější oprávnění komor patří např.: účastnit se při tvorbě sazebníků lékařských výkonů, cen léků, léčivých přípravků a sazebníků ostatních služeb poskytovaných lékárnami, vydávat osvědčení o splnění podmínek k výkonu soukromé praxe, řešit stížnosti na výkon povolání svých členů, uplatňovat disciplinární pravomoc, vyjadřovat se k podmínkám a způsobu dalšího vzdělávání lékařů, stomatologů a lékárníků, apod.

⁵⁹ V roce 1991 byla na základě zákona ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ustavena Všeobecná zdravotní pojišťovna. Byla koncipovaná jako národní instituce, zajišťující solidaritu občanů v péči o zdraví a jejich rovný přístup ke zdravotní péči na celém území státu.

- zákon ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Předpokládalo se, že zdravotnické služby budou poskytovány lékaři a zdravotnickými zařízeními na bázi smluvního vztahu s pojišťovnou.

Došlo ke zrušení krajských a okresních ústavů národního zdraví, které tvořily základ dřívější centralizované soustavy zdravotnictví.

Pro výkon soukromé činnosti v oblasti zdravotnictví bylo nutné také umožnit privatizaci majetku. K tomu došlo na jaře roku 1992 a to vydáním seznamu, ve kterém byla uvedena zdravotnická zařízení, která byla určena k privatizaci. Tento seznam byl schválen vládou v témže roce a dále došlo k přijetí zákona ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Tento zákon vymezil podmínky poskytování zdravotní péče jinými než státními subjekty a postup při udělování oprávnění k provozování nestátních zdravotnických zařízení příslušným orgánem státní správy. Zákon bezprostředně reagoval na vznik nestátního sektoru.

Financování zdravotnictví bylo v roce 1991 stále ještě ze státního rozpočtu. Bylo rozhodnuto, že způsob financování zdravotnických zařízení bude nadále založen výlučně na principu plateb podle bodového ohodnocení jednotlivých výkonů (fee-for-service).⁶¹

V roce 1992 bylo v České republice zavedeno všeobecné (veřejné) zdravotní pojištění zákonem ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon byl nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů,

⁶⁰ V roce 1992 byl přijat další zákon ČNR č. 280/1992 Sb., který umožňoval vznik resortních, oborových a podnikových a dalších pojišťoven. Nakonec vzniklo dvacet sedm tzv. zaměstnaneckých pojišťoven. Pravidla jejich hospodaření, informování o činnosti a kontrolní pravomoci státu nebyly upraveny legislativně zcela dostatečně. Začátkem roku 1998 z nich „přežilo“ pouhých deset.

⁶¹ Důsledkem tohoto systému bylo, že lékaři začali „soutěžit“ o pacienty. Čím více totiž udělali zdravotních výkonů, tím více získali bodů a za ně peněz.

který nabyl účinnosti dnem 1. 4. 1997.⁶² Důvodem vzniku nové právní úpravy byl náleží Ústavního soudu České republiky z 10. 7. 1996, který byl publikován ve Sbírce zákonů pod č. 206/1996 Sb.⁶³

Nabízely se dva možné způsoby reakce na náleží Ústavního soudu. Jedním způsobem řešení by byla novela zákona ČNR č. 550/1991 Sb., druhým způsobem bylo předložení zákona nového. Vzhledem k tomu, že novelizace zákona ČNR č. 550/1991 Sb. by byla velice rozsáhlá, a že sám byl do té doby již devětkrát novelizován, přikročilo se ke zpracování zákona nového.

„Platný zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, prolomil v roce 1997 do té doby výlučný způsob úhrady zdravotní péče na základě bodového hodnocení zdravotních výkonů a umožnil úhradu na základě paušálů za poskytované služby. Paušálními platbami se rozumí platby za počet registrovaných pojištěnců (capitation fee) v ambulantní péči a agregovaná platba za lůžko a den nebo platba za diagnózu (DRG – diagnosis related grouping) v ústavní péči.“⁶⁴

⁶² Blíže viz.: Trnková, L.,: K novému zákonu o veřejném zdravotním pojištění, Právo a zaměstnání, 5/97, ORAC, 1997, str. 2

⁶³ Tento náleží zrušil ke dni 1. 4. 1997 některá ustanovení zákona č. 550/1991 Sb., jakož i většinu k němu vydaných prováděcích předpisů. Tento náleží byl vydán na základě ústavní stížnosti, která poukázala na neústavnost zákona o všeobecném zdravotním pojištění a některých jeho prováděcích předpisů. Neústavnost byla spatřována především v tom, že v rozporu s některými články Listiny základních práv a svobod, zejména článkem 31 a článkem 41, nebyly dostatečným způsobem zákonem upraveny podmínky bezplatnosti zdravotní péče a meze, v nichž se občané tohoto práva mohou domáhat, a že tyto podmínky a meze byly obsaženy v podzákoných normách

⁶⁴ Tröster, P., Transformace zdravotnictví v České republice (1990-1999), Zdravotnictví a právo, 12/99, ročník III., str. 5

7 Charakteristika systému zdravotní péče v České republice

Zdravotní péče v České republice je založena na principech solidarity, vysokého podílu samosprávy, vícezdrojového financování s převažujícím podílem veřejného zdravotního pojištění, svobodné volbě lékaře nebo zdravotnického zařízení, svobodné volbě zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění a na stejné dostupnosti poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce. Veřejné zdravotní pojištění je pojištění všeobecně platné. Systém veřejného zdravotního pojištění je obligatorní, který se vyznačuje především kogentní zákonnou úpravou.

Základní zákony, které upravují veřejné zdravotní pojištění v České republice jsou zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, (dále také jen „zákon č. 48/1997 Sb.“), který nabyl účinnosti dne 1. dubna 1997⁶⁵ a zákon ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění, (dále také jen „zákon č. 592/1992 Sb.“).⁶⁶

7.1 Účel pojistného

Veřejné zdravotní pojištění je druh zákonného pojištění, na jehož základě je hrazena zdravotní péče poskytnutá pojištěnci. Rozsah a podmínky, na nichž je poskytována zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění, jsou upraveny

⁶⁵ Tento zákon zrušil doposud platný zákon ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění

⁶⁶ Blíže viz.: Mach, J. a kol., Zdravotnictví a právo, komentované předpisy, 2. vydání, LexisNexis CZ s.r.o., Praha 2005, str. 177 a n., Arnoldová, A., Vybrané kapitoly ze sociálního pojištění, 1. část, UK v Praze, Nakladatelství karolinum, Praha 2004, str. 266 a n., Trnková, L., Ženíšková, M., Pojistné na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění zaměstnanců a osob samostatně výdělečně činných, 11. aktualizované vydání, ANAG, Praha 2007; Tröster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 3. aktualizované a doplněné vydání, Praha: C.H.Beck, 2005, str. 41 a n.

zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Zákon o pojistném na všeobecné (veřejné) zdravotní pojištění upravuje výši pojistného, penále, způsob jejich placení, kontrolu, vedení evidence plátců pojistného a zřízení zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění.

7.2 Účast na pojištění

V § 2 zákona č. 48/1997 Sb. je vymezen tzv. osobní rozsah zdravotního pojištění. Primárně jsou podle tohoto zákona pojištěny osoby, které mají na území České republiky (dále také jen „ČR“) trvalý pobyt, dále jsou zdravotně pojištěny osoby, které sice na území ČR trvalý pobyt nemají, ale jsou zaměstnány u zaměstnavatele, který má na území ČR své sídlo. Zákon zavedl legislativní zkratku pro tyto osoby – „pojištěnci“. V § 2 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. jsou dále definovány pojmy - zaměstnavatel, zaměstnání, sídlo zaměstnavatele. Některé pojmy jsou definovány odlišně od definice, která se užívá v jiných závazných právních předpisech ⁶⁷

V § 2 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. jsou uvedeny osoby, kterých se týká vynětí ze zdravotního pojištění. Jsou to osoby, které nemají v ČR trvalý pobyt a které vykonávají činnost pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výsad a imunit, nebo pro zaměstnavatele v pracovněprávním vztahu uzavřeném podle cizích právních předpisů nebo pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území ČR. Dále jsou pak vyřaty ze zdravotního pojištění osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině a neplatí pojistné.

Vstupem České republiky do Evropské unie (dále také jen „EU“) byla přijata pravidla EU, které se vztahují i na oblast zdravotního pojištění (sociálního zabezpečení). Uplatňuje se princip, podle kterého se občanům EU a Evropského hospodářského prostoru má dostat v jednotlivých státech EU stejného zacházení jako domácím občanům. Pokud je tedy osoba pojištěna v jednom z členských států

⁶⁷ např. pojem zaměstnavatel v zákoníku práce

EU, má nárok na poskytnutí a úhradu zdravotní péče i v jiných členských státech za stejných podmínek jako domácí občané.

7.3 Vznik a zánik zdravotního pojištění

Zákon č. 48/1997 Sb. ve svém § 3 definuje okamžiky vzniku zániku zdravotního pojištění.

Zdravotní pojištění vzniká dnem narození, pokud jde o osobu s trvalým pobytem na území ČR. U osoby, která se na území ČR nenarodila, je dnem vzniku pojištění den získání trvalého pobytu v ČR. A u osob, které se v ČR nenarodily a ani zde nemají trvalý pobyt, je to den, kdy se staly zaměstnancem.

Způsoby zániku jsou stanoveny v § 3 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. Jedním ze způsobů zániku zdravotního pojištění je úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého. Dalším způsobem je den, kdy osoba bez trvalého pobytu na území ČR přestala být zaměstnancem. a dále ukončení trvalého pobytu na území ČR.

7.4 Plátcí pojistného zdravotního pojištění

V § 4 zákona č. 48/1997 Sb. jsou definováni plátcí pojistného zdravotního pojištění. Jsou to na jedné straně pojištěnci, pokud splňují podmínky § 5 zákona č. 48/1997 Sb. a na druhé straně zaměstnavatelé a stát.

V § 5 zákon č. 48/1997 Sb. vymezuje tři okruhy podmínek, při jejichž splnění jsou pojištěnci zároveň plátcí pojistného. Jedná se o osoby uvedené v § 5 písm. a), které jsou tzv. zaměstnanci (jedná se o osoby, které jsou účastny nemocenského pojištění v ČR podle českých předpisů o nemocenském pojištění) nebo osobami uvedenými v § 5 písm. b), které jsou osobami samostatně výdělečně činnými nebo osobami uvedenými v § 5 písm. c), které mají na území ČR trvalý pobyt, ale nejsou ani zaměstnanci ani osobami samostatně výdělečně činnými.

V § 6 zákon č. 48/1997 Sb. stanoví, že zaměstnavatelé jsou plátcí části pojistného za své zaměstnance. V § 9 odst. 2 zákon č. 48/1997 Sb. stanoví, že pojistné za zaměstnance hradí z jedné třetiny zaměstnanec a ze dvou třetin zaměstnavatel. V současné době činí sazba pojistného dle § 2 odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb. 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. Zaměstnanec tedy hradí 4,5 % a zaměstnavatel 9 %. Odvod celé částky provádí zaměstnavatel.

V § 7 zákona č. 48/1997 Sb. je definován okruh osob, za které pojistné na zdravotní pojištění platí stát. Jedná se o osoby, které si vzhledem ke své sociální nebo zdravotní situaci nejsou schopny opatřit dostatečné prostředky vlastní aktivitou. Jsou to především nezaopatřené děti, poživatelé důchodů, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, příjemci rodičovského příspěvku, uchazeči o zaměstnání, osoby pobírající dávky sociální péče apod. Pojistné za uvedené osoby je hrazeno ze státního rozpočtu. Vyměřovacím základem, ze kterého se platí pojistné v případech, kdy plátcem pojistného je stát, je stanoven v § 3c zákona č. 592/1992 Sb. Toto ustanovení uvádí, že konkrétní výše vyměřovacího základu se stanovuje vždy na kalendářní rok nařízením vlády. Mezi osobami, za které je plátcem pojistného stát, jsou v zákoně uvedeny i osoby, které konají základní službu v ozbrojených silách a civilní službu. V tomto směru nedošlo k novelizaci zákona, vzhledem ke zrušení základní vojenské služby a civilní služby. Zákon č. 48/1997 Sb. v § 7 odst. 2 uvádí, že mají-li osoby uvedené v § 7 odst. 1 písm. a) až i) příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti nebo nepožívají důchod z ciziny vyšší než je minimální mzda, je plátcem pojistného stát i tyto osoby.

7.5 Povinnost platit pojistné

Zákon č. 48/1997 Sb. v § 8 upravuje jednak příslušnost zdravotní pojišťovny, u které se platí pojistné, jednak je specifikován den vzniku a zániku povinnosti platit pojistné. Je nutné odlišovat den vzniku pojištění ode dne vzniku povinnosti platit pojistné. Pojistné se platí u té zdravotní pojišťovny, u které je pojištěnec pojištěn. Den vzniku povinnosti platit pojistné se liší u jednotlivých plátců pojistného. U pojištěnců jako plátců pojistného je tímto dnem den nástupu do zaměstnání nebo den zahájení výkonu samostatné výdělečné činnosti. U pojištěnců jako plátců pojistného, kteří mají

na území ČR trvalý pobyt, ale nejedná se o pojištěnce uvedeného v § 5 písm. a), b) a za které není plátcem pojistného stát, musí uvedené skutečnosti trvat po celý kalendářní měsíc. Dále jsou v § 8 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. uvedeni pojištěnci (plátcí pojistného), kteří se po pobytu v cizině vrátili do ČR. Pojištěnec je zproštěn povinnosti platit pojistné v případě, který uvádí § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., tedy jestliže pobývá dlouhodobě v cizině (déle než půl roku), při současném splnění podmínky, že je v cizině zdravotně pojištěn a tuto skutečnost oznámil písemným prohlášením příslušné zdravotní pojišťovně. Povinnost platit pojistné zaniká dnem, který pojištěnec v prohlášení uvedl, ale ne však dříve, než dnem, který následuje po dni, kdy bylo toto prohlášení příslušné pojišťovně doručeno. Od tohoto dne nemá pojištěnec nárok na úhradu péče hrazené ze zdravotního pojištění. Pojištěnec se však může opětovně přihlásit ke zdravotnímu pojištění u některé zdravotní pojišťovny. K přihlášce však musí připojit doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a o jeho délce trvání. V opačném případě je povinen pojišťovně doplatit zpětně pojistné.

Povinnost zaměstnavatele platit část pojistného za své zaměstnance vzniká dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání a zaniká dnem skončení zaměstnání.

Povinnost státu platit pojistné za pojištěnce vzniká dnem, kdy se stát za tyto osoby stává plátcem pojistného. Tato povinnost zaniká dnem, ke kterému stát přestává být plátcem pojistného.

V § 8 odst. 5 zákon č. 48/1997 Sb. zakládá právo příslušné zdravotní pojišťovny vymáhat dlužné pojistné, i případné penále. Výši pojistného a penále stanovuje zákon č. 592/1992 Sb.

7.6 Vyměřovací základ pro odvod pojistného

Vyměřovacím základem zaměstnance je úhm započitatelných příjmů. V § 3 a § 5 zákona č. 592/1992 Sb. je uveden okruh příjmů, které jsou započitatelné do vyměřovacího základu. Jedná se tedy o započitatelný příjem zaměstnance, který zaměstnanci zúčtoval jeho zaměstnavatel a je-li tento příjem předmětem daně

z příjmů a není od daně osvobozen. V § 3 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb. je uveden taxativní výčet příjmů, které se do vyměřovacího základu nezapočítávají. Vyměřovací základ se zjišťuje pouze u zaměstnanců, kteří jsou účastni nemocenského pojištění, nebo byli účastni nemocenského pojištění před skončením zaměstnání a po skončení zaměstnání jim byl zaměstnavatelem zúčtován započitatelný příjem. Zúčtovaným příjmem je částka, která odpovídá finanční nebo naturální hodnotě plnění poskytnutého zaměstnavatelem zaměstnanci v souvislosti se zaměstnáním. V důsledku toho se zaměstnavateli musí snížit ve stejné částce jeho prostředky v takové výši, v jaké poskytl toto plnění zaměstnanci.

Pojistné za zaměstnance se stanoví dle vyměřovacího základu, nejméně však z minimálního vyměřovacího základu. Minimálním vyměřovacím základem je minimální mzda.

Vyměřovacím základem u osoby, která po celý kalendářní měsíc nemá příjmy ze zaměstnání ani ze samostatné výdělečné činnosti a není za ni plátcem pojistného stát (osoba bez zdanitelných příjmů), je minimální mzda.

Vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem za osoby, za které je podle zákona plátcem pojistného stát, se stanovuje pro kalendářní rok. Jedná se o 25 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství.

Vyměřovacím základem u osob samostatně výdělečně činných (dále také jen „OSVČ“) je v roce 2007 50 % příjmů po odpočtu výdajů vynaložených na dosažení, zajištění a udržení příjmů podle zákona o daních z příjmů. U spolupracující osoby se za takový příjem po odpočtu výdajů považuje její podíl na společných příjmech. Dále § 3a zákona č. 592/1992 Sb. vyjmenovává jednotlivé způsoby určení příjmu ze samostatné výdělečné činnosti. Podle zákona č. 592/1992 Sb. není možné uplatnění víceletého rozhodného období, proto se u OSVČ do ročního vyměřovacího základu započítávají pouze příjmy dosažené v příslušném kalendářním roce a od těchto příjmů se odečítají výdaje v tomto roce. OSVČ je povinna odvést pojistné z uvedeného vyměřovacího základu, nejvýše však z maximálního vyměřovacího základu. Maximální měsíční záloha je podle zákona 13,5 % z jedné dvanáctiny maximálního vyměřovacího základu. Dále zákon uvádí v § 3a odst. 3 a 4 pro které

osoby neplatí minimální vyměřovací základ a kdy se minimální vyměřovací základ OSVČ snižuje.

7.7 Rozhodné období

Rozhodné období, z něhož se zjišťuje vyměřovací základ je kalendářní měsíc, za který se pojistné platí. U OSVČ je rozhodným obdobím kalendářní rok. Zákon může stanovit jinak.

7.8 Odvod pojistného

Zákon č. 592/1992 Sb. stanoví výši pojistného, penále a způsob jejich úhrady.

Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu. Výši pojistného je jeho plátce povinen sám si vypočítat. Pojistné za zaměstnance platí z jedné třetiny zaměstnanec, ze dvou třetin zaměstnavatel. Tuto částku zaměstnancům srazí zaměstnavatel z jejich platu nebo mzdy, a to i bez jejich souhlasu. OSVČ platí pojistné formou záloh na pojistné a nedoplatku pojistného. Zálohy jsou splatné od 1. dne kalendářního měsíce, za který se platí, do 8. dne následujícího kalendářního měsíce. Osoby bez zdanitelných příjmů platí samy pojistné na účet příslušné zdravotní pojišťovny, a to za celé kalendářní měsíce. Pojistné je splatné od 1. dne kalendářního měsíce, za který se platí, do 8. dne následujícího kalendářního měsíce. Za osoby, za které je plátcem pojistného stát, hradí pojistné Ministerstvo financí ČR na zvláštní účet vedený u Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, která jej vede odděleně od ostatních účtů, které spravuje. Zákon č. 592/1992 Sb. v § 20 až 21a stanovuje pravidla k přerozdělování pojistného podle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví, a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců k určení celkových částek, které připadají na jednotlivé zdravotní pojišťovny. K přerozdělování pojistného se použijí nákladové indexy 18 věkových skupin pojištěnců pro každé pohlaví. Tabulka věkových skupin a jejich vymezení tvoří přílohu zákona č. 592/1992 Sb. Nákladové indexy se stanoví jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce. Zvláštní účet slouží k přerozdělování pojistného a dalších příjmů

zvláštního účtu (penále, pokuty, úroky a jiná plnění) podle výskytu pojištěnců, za které byla zdravotními pojišťovnami uhrazena zvlášť nákladná zdravotní péče. Účelem přerozdělování je zamezit nežádoucím rozdílům, které souvisí s věkovou strukturou pojištěnců v jednotlivých zdravotních pojišťovnách. Přerozdělovacímu mechanismu se podrobuje veškeré pojistné vybrané všemi zdravotními pojišťovnami.

7.9 Způsob placení pojistného na zdravotní pojištění

Pojistné, zálohy, penále, pokuty, nedoplatky, přeplatky, přírážky k pojistnému se platí v české měně. Zákon č. 592/1992 v § 17 vymezuje dva způsoby placení pojistného. Prvním způsobem je bezhotovostní převod z účtu plátce vedeného u peněžního ústavu na účet příslušné zdravotní pojišťovny, druhým způsobem je placení v hotovosti poštovní poukázkou, prostřednictvím banky nebo přímou platbou zaměstnanci zdravotní pojišťovny pověřenému přijímat pojistné.

7.10 Dlužné pojistné, penále, přeplatky a pokuty a přírážky k pojistnému

Dlužné pojistné jsou osoby dle § 15 odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb. povinny doplatit. Doplatek je splatný na účet té zdravotní pojišťovny, u které byla osoba pojištěna v období, za které dluží pojistné. Pokud by osoba v době, za kterou dluží pojistné, byla pojištěna u několika zdravotních pojišťoven, je doplatek pojistného stanoven poměrně podle doby pojištění u každé zdravotní pojišťovny a je splatný na účet každé ze zdravotních pojišťoven. Pro nedoplatky pojistného je stanovena minimální hranice 50 Kč, pod kterou nelze nedoplatky nepřesahující tuto výši u jednoho plátce a jedné pojišťovny vymáhat. Právo předepsat dlužné pojistné se promlčuje za 5 let ode dne splatnosti.

Nebylo-li pojistné nebo záloha na pojistné zapláceno ve stanovené lhůtě, nebo bylo-li zapláceno v nižší částce, než ve které mělo být zapláceno, je plátce pojistného povinen za každý kalendářní den, ve kterém některá z těchto skutečností trvala, zaplatit penále ve výši 0,05 % dlužné částky. Penále nabíhá automaticky.

Vznikne-li na pojistném přeplatek, vrací se plátcí pojistného nebo jeho právnímu nástupci. V případě, že existuje jiný splatný závazek vůči příslušné zdravotní pojišťovně, použije se takový přeplatek na pojistném k úhradě závazku. Nárok na vrácení přeplatku se promlčuje za pět let od uplynutí kalendářního roku, v němž přeplatek vznikl.

Jedním ze sankčních oprávnění, které mohou ukládat zdravotní pojišťovny, jsou pokuty za nesplnění některých povinností stanovených zákonem. Pokuta může být uložena za nesplnění oznamovací povinnosti podle § 10 zákona č. 48/1997 Sb. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy bylo zjištěno nesplnění oznamovací povinnosti plátcem pojistného, nejdéle však do tří let od doby, kdy oznamovací povinnost měla být splněna. Při opakovaném nesplnění oznamovací povinnosti je výše pokuty vyšší. Další pokuty mohou být plátcí pojistného uloženy za nepředložení dokladů ke kontrole, případně zatajení dokladů ke kontrole, při neodeslání záznamů o pracovních úrazech za uplynulý kalendářní měsíc.

Další sankcí, kterou může příslušná zdravotní pojišťovna použít, je přirážka k pojistnému. Přirážka k pojistnému může být uložena pouze zaměstnavateli, a to tehdy, jestliže u něj v uplynulém kalendářním roce došlo k opakovanému výskytu pracovních úrazů nebo nemocí z povolání ze stejných příčin a v důsledku toho i ke zvýšení nákladů na zdravotní péči. Přirážka k pojistnému může dosahovat až 5 % z podílu na zaměstnavatelem hrazeném pojistném všech zaměstnanců.

Má-li plátcé pojistného vůči zdravotní pojišťovně splatný závazek, je povinen ho splácet v tomto pořadí:

- pokuty,
- přirážka k pojistnému,
- nejstarší nedoplatky pojistného,
- běžné platby pojistného,
- penále.

Jednotlivé dlužné částky je plátce pojistného povinen hradit samostatně na příslušné účty zdravotní pojišťovny. V případě, že by plátce pojistného nedodržel povinné pořadí, je zdravotní pojišťovna oprávněna použít jeho platbu ve stanoveném pořadí. O tomto je však povinna plátce pojistného informovat.

7.11 Kontrola platby pojistného

Zákon č. 592/1992 Sb. zakotvuje v § 22 kontrolu plnění zákonných povinností hromadných a individuálních plátců pojistného zdravotního pojištění. Kontrolu jsou oprávněni provádět pověřeni pracovníci příslušné zdravotní pojišťovny. K provedení kontroly je pověřený zaměstnanec povinen prokázat se služebním průkazem příslušné zdravotní pojišťovny a zvláštním oprávněním k takové činnosti, které vydává ředitel zdravotní pojišťovny. Kontroluje se, zda je správně stanoven vyměřovací základ, výše pojistného a včasné placení pojistného. Jsou prováděny dva druhy kontrol a to pravidelné a nepravidelné. Pravidelné kontroly se provádějí podle ročního plánu kontrol. Nepravidelné kontroly jsou většinou reakcí na pokles výše plateb, nebo reakcí na upozornění jiné instituce na porušování povinností plátce pojistného apod. Kontrola se provádí u plátce pojistného, nebo v místě, které je ke splnění účelu kontroly nejvhodnější. Plátce pojistného je dle § 22 zákona 592/1992 Sb. povinen při kontrole poskytnout součinnost, konkrétně je povinen předložit na vyžádání účetní a jiné doklady, které jsou důležité pro stanovení a placení pojistného, podat k nim vysvětlení, nezatajovat doklady, zajistit vhodné místo a podmínky k provádění kontroly, zapůjčit potřebné doklady i mimo prostor provádění kontroly. Za nesplnění některé z povinností může zdravotní pojišťovna uložit plátci pojistného pokutu.

7.12 Práva a povinnosti plátců pojistného

V § 10 zákon č. 48/1997 Sb. uvádí oznamovací povinnost plátců pojistného. Oznamovací povinnost se liší podle toho, kdo je plátcem pojistného a které skutečnosti se oznamují. Většinou musí být oznámení příslušné skutečnosti provedeno do 8 dnů od chvíle, kdy nastala oznamovaná skutečnost. Zaměstnavatel

jako plátce pojistného je tak povinen učinit oznámení o nástupu zaměstnance do zaměstnání a o jeho ukončení, o změně zdravotní pojišťovny zaměstnancem, o skutečnostech rozhodných pro povinnost státu platit za zaměstnance pojistné. V případě, že zaměstnavatel tuto oznamovací povinnost nesplní a zaměstnanec se o tom dozví, je zaměstnanec sám povinen oznámit neprodleně příslušné skutečnosti zdravotní pojišťovně.

Pojištěnec osoba samostatně výdělečně činná je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně zahájení a ukončení samostatné výdělečné činnosti, je povinen odvádět na účet příslušné zdravotní pojišťovny pravidelně zálohy na pojistné, je povinen předložit zdravotní pojišťovně do 8 dnů po podání daňového přiznání přehled o příjmech a výdajích ze samostatné výdělečné činnosti a úhrnu záloh na pojistné. Pojištěnec je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit za něj pojistné. Za osoby zaměstnané plní tuto povinnost zaměstnavatel, za osoby nezletilé zákonný zástupce. Tak je tomu i v případě narození pojištěnce. Tuto skutečnost je povinen oznámit zákonný zástupce dítěte do osmi dnů ode dne narození dítěte zdravotní pojišťovně, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození.

Osoba bez zdanitelných příjmů má ve vztahu ke zdravotní pojišťovně pouze dvě povinnosti. Jednak povinnost oznamovací, že se stala nebo přestala být osobou bez zdanitelných příjmů a jednak povinnost platit pojistné.

7.13 Práva a povinnosti pojištěnce

Práva pojištěnce upravená v § 11 zákona č. 48/1997 Sb. lze dělit na ta, která se vztahují na všechny pojištěnce a na ta, která se vztahují jen na některé z nich, jako jsou vojáci, osoby vykonávající civilní službu, osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody. Základním právem pojištěnce v rámci veřejného zdravotního pojištění je právo na výběr zdravotní pojišťovny a na změnu zdravotní pojišťovny. Toto právo není neomezené, zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců a to vždy jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí. Dále jsou definovány případy, kdy lze zdravotní pojišťovnu změnit i v termínech kratších, nejdříve však k 1. dni

následujícího kalendářního měsíce. Jedná se o případy vstupu zdravotní pojišťovny do likvidace, zavedení nucené správy nad zdravotní pojišťovnou, vyhlášení Ministerstva zdravotnictví nerovnováhy v hospodaření zdravotní pojišťovny. U novorozenců se právo na výběr zdravotní pojišťovny nepoužije. Dítě se stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození. Změnu zdravotní pojišťovny dítěte může jeho zákonný zástupce provést až po přidělení rodného čísla dítěti k 1. dni kalendářního čtvrtletí. Pojišťovně je zakázáno provádět jakoukoli selekci pojištěnců, povinností pojišťovny je přijmout všechny pojištěnce, kteří splňují zákonem stanovené podmínky pro změnu pojišťovny.

Dalším významným právem pojištěnce je právo na výběr lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka nebo zdravotního zařízení, kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. Výjimkou je poskytování závodní zdravotní služby, kdy se právo na volbu neuplatní. Zvolený lékař může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze v případě, že by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře. Dalším důvodem k odmítnutí přijetí pojištěnce může být přílišná vzdálenost místa trvalého nebo přechodného pobytu pojištěnce pro výkon návštěvní služby. Pojištěnec naopak nesmí být odmítnut tehdy, jestliže je ze spádového území zdravotnického zařízení nebo pokud se jedná o neodkladnou péči. Spádová území by dle § 39 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, měla být stanovena vyhláškou Ministerstva zdravotnictví.

Dalším právem pojištěnce je právo na výběr dopravní služby, která je ve smluvním vztahu ke zdravotní pojišťovně.

Dále má pojištěnec právo na poskytování zdravotní péče bez přímé úhrady, pokud je mu poskytnuta za podmínek a v rozsahu, které stanoví zákon č. 48/1997 Sb. Lékařům a jiným pracovníkům ve zdravotnictví je zakázáno přijímat od pojištěnců jakoukoli úhradu v souvislosti s poskytováním zdravotní péče bez přímé úhrady. Jedná se o problematiku ustanovení, kterým se také zabýval Ústavní soud.

Pojištěnec má právo na výdej léčivých přípravků bez přímé úhrady, pokud se jedná o léčivé přípravky, které jsou hrazeny ze zdravotního pojištění.

Pojištěnci je také dáno právo kontroly poskytované zdravotní péče. Pojištěnec je oprávněn požadovat, aby mu zdravotní pojišťovna jednou ročně poskytla písemnou informaci o zdravotní péči, která mu byla v uplynulých dvanácti měsících poskytnuta a zdravotní pojišťovnou uhrazena. Pokud má pojištěnec pochybnosti o tom, zda je mu poskytována náležitá péče, může se obrátit na zřizovatele zdravotního zařízení, na profesní organizaci, na zdravotní pojišťovnu, na orgán státní správy. U vojáků v činné službě a žáků vojenských škol jsou některá z práv pojištěnce omezena. Zvláštními zákony jsou také omezena některá práva u osob, které konají civilní službu, osob, kterým jsou poskytovány služby v oblasti zaměstnanosti, a u osob ve vazbě nebo výkonu trestu.

Jednotlivé povinnosti pojištěnce upravuje zákon č. 48/1997 Sb. zejména v § 12. Povinností pojištěnce je plnit oznamovací povinnost, kterou upravuje zákon 48/1997 Sb. v § 10. Pojištěnec musí zaměstnavateli sdělit v den nástupu do zaměstnání, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn, také hlásit případnou změnu zdravotní pojišťovny, ke které došlo v době trvání pracovního poměru. Další povinností je povinnost hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, není-li tato povinnost přenesena na jiného plátce pojistného. Další povinnosti spadají do oblasti poskytování zdravotní péče, tedy především poskytovat součinnost při zdravotním výkonu, spolupracovat při poskytování léčebné péče, podrobit se preventivním prohlídkám, dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí, prokazovat se při poskytování zdravotní péče platným průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem, v předepsaných případech vrátit zdravotní pojišťovně zdravotní průkaz nebo náhradní doklad. Také je pojištěnec povinen nahlásit pojišťovně změny v osobních údajích ve třicetidenní lhůtě.

7.14 Podmínky pro poskytování zdravotní péče a její úhrady

Zdravotní péči poskytují ve zdravotnických zařízeních nebo je-li to nutné vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce na jiném místě, zdravotničtí pracovníci, další odborní pracovníci a to v rozsahu své odborné způsobilosti.

7.14.1 Různé způsoby úhrady zdravotní péče různým zdravotnickým zařízením

Platba za výkon

Jde o platbu za jednotlivou položku zdravotní péče, tj. za jednotlivý úkon diagnózy, léčení, ošetřování, farmaceutických služeb apod. Výkony jsou popsány nebo oceněny přímo nebo prostřednictvím bodu. Lze ho použít u praktických lékařů, specialistů, sester, nemocnic, lékáren.

Platba za diagnózu

Platí se soubor služeb u jednoho pacienta za jednu epizodu nemoci. Nejznámější jsou DRG (Diagnosis Related Groups). DRG je určený pro nemocnice, případně pro ambulantní specialisty.

Platba za ošetrovací den

Základní jednotkou jsou náklady na jednoho pacienta za jeden den. Tento typ platby lze použít převážně v nemocnicích nebo zařízeních částečné hospitalizace.

Kapitační platba

Platí se za registrovaného pacienta ve zdravotnickém zařízení po určitou dobu, např. jeden rok, bez ohledu na to, zda a jak je léčen. Kapitace bývá odstupňována podle věku nebo pohlaví pacienta nebo podle území. Důležitý je zde princip registrace. Zpravidla bývá používána u praktických lékařů.

Účelové paušály

Účelové paušály představují roční platbu lékařů nebo nemocnic na provoz, zařízení, investice apod. Paušál je odstupňován podle specializace lékaře, v nemocnicích podle počtu lůžek a kategorie nemocnice. Používá se obvykle jako doplňková platba k jinému typu platby.

Bonifikace

Jedná se o účelově vázanou platbu, které odměňuje dosažení určitého cíle, který může být stanoven ekonomicky nebo medicínsky. Používá se obvykle jako doplňková platba k jinému typu platby.

7.14.2 Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění

Podle § 13 zákona č. 48/1997 Sb. se ze zdravotního pojištění hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav. Z okruhu hrazené péče je tak vyloučena péče nebo výkony, které nejsou zaměřeny primárně na zlepšení zdravotního stavu pojištěnce, jako je např. poskytování potvrzení o zdravotní způsobilosti apod. Jednotlivé druhy hrazené péče vyjmenovává § 13 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. Jedná se jak o výkony léčebné povahy, tak o úhradu jiných výkonů a služeb, které nemají přímý vliv na zdraví pojištěnce.

Zdravotní péče hrazená v rozsahu a za podmínek, které jsou stanoveny zákonem č. 48/1997 Sb., zahrnuje:

Ambulantní a ústavní léčebná péče

Ambulantní péčí se rozumí primární zdravotní péče⁶⁸, specializovaná zdravotní péče⁶⁹ a zvláštní ambulantní péče⁷⁰.

⁶⁸ Primární zdravotní péči poskytuje pojištěncům jejich registrující, popřípadě ošetřující lékař. Při převzetí do péče vyplní registrující lékař registrační list. Současně si vyžádá informace, které jsou potřebné k zajištění návaznosti zdravotní péče od předchozího registrujícího lékaře. Tento předchozí registrující lékař je povinen tyto informace předat písemně. Nový registrující lékař seznámí pojištěnce s plánem preventivních prohlídek. Registrující lékař je povinen zajišťovat zdravotní péči o registrované pojištěnce. Praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost je povinen zajišťovat pro registrované pojištěnce též návštěvní službu.

⁶⁹ Specializovaná ambulantní zdravotní péče se poskytuje tehdy, vyžaduje-li to zdravotní stav pojištěnce. Registrující lékař doporučí pojištěnci takové smluvní zdravotnické zařízení, které je

Ústavní péče jako forma hrazené péče se poskytuje pojištěncům v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech. Do ústavní péče jsou pojištěnci přijímáni především na základě doporučení ošetřujícího lékaře, vyžaduje-li to jejich zdravotní stav. V těchto zařízeních se vedle péče ústavní poskytuje i péče ambulantní. Pojištěnec musí být do ústavní péče přijat, jestliže by jeho nepřijetím byl ohrožen jeho život nebo jeho zdraví. Přijetí nesmí být odepřeno také v případě povinného léčení. V případě, že pojištěnec není přijat do ústavního léčení, musí být toto nepřijetí dokumentováno a pojištěnci musí být předána zpráva pro ošetřujícího lékaře. V případě dítěte je možné, aby vyžaduje-li to jeho zdravotní stav, byl celodenně přítomen průvodce. U dítěte mladšího šesti let se pobyt průvodce považuje za ústavní ošetřování. Také je upraven pobyt průvodce v odborné dětské léčebně a dětské lázeňské léčebně. Pobyt průvodce hradí zdravotní pojišťovna, u které je pojištěno doprovázeno pojištěné dítě. Vyžaduje-li to zdravotní stav pojištěnce, bude po příslušných konzultacích přeložen na jiné oddělení. Z léčebných důvodů je možno pojištěnce propustit do domácího ošetření na propustku. Po dobu trvání propustky není zdravotnické zařízení oprávněno účtovat zdravotní pojišťovně náklady na ústavní péči. Výjimku tvoří léčivé přípravky a prostředky zdravotnické techniky, kterými pojištěnce zdravotní zařízení vybavilo. Pojištěnec se propustí z ústavní péče, jakmile jsou provedena příslušná vyšetření a ošetření nebo dojde-li ke zlepšení zdravotního stavu, že lze péči poskytovat ambulantně nebo v jiných zdravotnických zařízeních nebo v zařízeních sociální péče. Při propuštění musí být pojištěnec vybaven léčivými přípravky nebo prostředky zdravotnické techniky, které

schopno specializovanou ambulantní zdravotní péči poskytnout. Tímto však není dotčeno právo na volbu lékaře a zdravotnického zařízení. Spolu s doporučením k přijetí specializovaným lékařem zasílá registrující lékař také písemné odůvodnění a zdravotní údaje včetně výsledků vyšetření a informace o provedeném léčení. V určitých případech přímo sám registrující nebo ošetřující lékař může dojednat vyšetření nebo ošetření pojištěnce v jiném zdravotnickém zařízení. Toto platí i pro dojednání ústavní péče.

⁷⁰ Zvláštní ambulantní péče je také hrazenou péčí, která je poskytována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci, v jejich vlastním sociálním prostředí. Tato péče se poskytuje jako domácí zdravotní péče, zdravotní péče ve stacionářích, zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních, zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb, ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče.

jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, na tři dny nebo je-li to potřeba, na delší dobu. Pojištěnec může být z ústavní péče předčasně propuštěn na vlastní písemnou žádost (revers), nejde-li o případy, kdy je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony bez souhlasu nemocného. Pojištěnec, který soustavně porušuje domácí řád zdravotnického zařízení a odmítá spolupráci, může být z ústavní péče předčasně propuštěn, pokud toto chování není způsobeno duševní poruchou nebo jinými závažnými důvody a pokud tím nebude ohroženo závažným způsobem jeho zdraví. Předčasně propustit nelze pojištěnce v případě, kdy se jedná o povinné léčení. Ošetřující i registrující lékař jsou o tomto propuštění informováni. V případě, že pojištěnec není schopen se obejít bez pomoci jiné osoby, smí být propuštěn až po předchozím informování člena rodiny nebo osoby, která je schopna tuto péči zajistit. O propuštění pojištěnce, u něhož není zajištěna další péče, propouštějící zařízení včas informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle místa pobytu pojištěnce. Obdobný postup se použije v případě dětí a mladistvých se závažnou sociální problematikou v rodině.

Pohotovostní a záchranná služba

Hrazená péče zahrnuje zdravotní výkony provedené v rámci zdravotní péče poskytované v akutních případech praktickými a zubními lékaři mimo jejich ordinační hodiny, lékařské služby první pomoci a ústavní pohotovostní služby, zdravotnické záchranné služby při poskytování odborné přednemocniční neodkladné péče. Hrazená péče zahrnuje i neodkladné zdravotní výkony provedené při pohotovostní službě lékařem mimo jeho odbornost.

Preventivní péče

V rámci hrazené péče se u pojištěnců provádějí preventivní prohlídky. Jejich účelem je včasné zjištění ohrožení nebo poruch zdraví. Preventivní prohlídky provádí registrující lékař. Obsahem preventivních prohlídek je zjištění údajů nutných pro posouzení zdravotního stavu a zdravotních rizik pojištěnce, jakož i podrobné klinické vyšetření a zajištění potřebných laboratorních vyšetření.

Dispenzární péče

V rámci zdravotního pojištění se dispenzární péče poskytuje pojištěncům zdravým, ohroženým a nemocným ve skupinách, které tvoří děti do jednoho roku věku, vybrané děti od jednoho roku věku chronicky nemocné a ohrožené poruchami zdravotního stavu, vybraní mladiství, těhotné ženy, ženy používající antikoncepci, pojištěnci ohrožení nebo trpící závažným onemocněním. Pojištěnec je do dispenzární péče zařazen registrujícím lékařem. Pojištěnec může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího lékaře.

Odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi

Zdravotní pojišťovna, jejímž pojištěncem je příjemce, hradí odběr tkání, orgánů od žijícího nebo zemřelého dárce, vyšetření potenciálních dárců, nezbytné nakládání s odebranými tkáněmi a orgány a dopravu žijícího dárce nebo náhradu jeho cestovních nákladů a dopravu zemřelého dárce.

Poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků

Pojištěnec má právo na výdej léčivých přípravků bez přímé úhrady, jsou-li léčivé přípravky hrazeny ze zdravotního pojištění. Lékárna nahradí léčivý přípravek, který nemá k dispozici jiným léčivým přípravkem, který je hrazen stejným způsobem, Příslušná zdravotní pojišťovna může půjčovat některé prostředky zdravotnické techniky.

Lázeňská péče a péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách

Lázeňskou péči doporučuje ošetřující lékař, přitom určuje stupeň naléhavosti. Revizní lékař potvrzuje lázeňskou péči. Lázeňskou péči potvrzuje příslušná zdravotní pojišťovna. Lázeňská péče se poskytuje a hradí buď jako komplexní lázeňská péče nebo jako příspěvková lázeňská péče. Komplexní lázeňská péče navazuje na ústavní péči nebo na specializovanou ambulantní zdravotní péči. Příspěvková

lázeňská péče je poskytována především pojištěncům s chronickým onemocněním. Dětem a dorostu do 18 let se lázeňská péče poskytuje jako komplexní,⁷¹ pokud není na žádost poskytována jako příspěvková. U nemocí z povolání a jiných poškozeních se poskytuje lázeňská péče jako komplexní.

Závodní preventivní péče

Ve spolupráci se závodní preventivní péčí zabezpečuje prevence, ochrana zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví z práce a prevenci úrazů. Hrazená péče zahrnuje zdravotní výkony v rámci první pomoci, periodické preventivní prohlídky zaměstnanců, mimořádné prohlídky nařízené ze zdravotních důvodů, dispenzární prohlídky osob s hlášenou nemocí z povolání a osob, u kterých vlivy z pracovních rizik působí i po ukončení vystavení se riziku.

Doprava a náhrada cestovních nákladů

Zdravotní pojišťovna hradí dopravu pojištěnce na území České republiky, popřípadě na území Slovenské republiky, pokud tak vyplývá z dohody mezi vládou České republiky a Slovenské republiky, do smluvního zdravotnického zařízení, ze smluvního zdravotnického zařízení do místa trvalého pobytu nebo do ústavu sociální péče, mezi smluvními zdravotnickými zařízeními navzájem. Tato doprava se poskytuje pojištěnci v případě, že jeho zdravotní stav neumožňuje dopravu běžným způsobem bez použití dopravní zdravotní služby. Dopravu hradí zdravotní pojišťovna ve výši odpovídající vzdálenosti nejbližšího smluvního zdravotnického zařízení, které je schopno požadovanou zdravotní péči poskytnout. V mimořádných případech nebo v případech, kdy je to ekonomicky výhodnější, hradí zdravotní pojišťovna i leteckou dopravu (po navržení ošetřujícím lékařem a schválení revizním lékařem), v případě, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, hradí zdravotní pojišťovna náklady i jinému dopravci, v případě, kdy jde o osobu zdravotně postiženou, je poskytnuta doprava ze zdravotních důvodů. Vyžaduje-li to nezbytně zdravotní stav pojištěnce a je-li

⁷¹ Zdravotní péči poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu na doporučení ošetřujícího lékaře dětem a mladistvým do 18 let v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách hradí zdravotní pojišťovna. Návrh na poskytnutí této zdravotní péče podává registrující praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost nebo ošetřující lékař při hospitalizaci.

bezprostředně ohrožen jeho život, hradí zdravotní pojišťovna na území České republiky dopravu transfuzních přípravků, speciálních léčivých přípravků, tkání a orgánů k transplantaci, jakož i dopravu lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu.

Posudková činnost

Hrazená péče zahrnuje posuzování dočasné neschopnosti k práci nebo ke studiu ošetřujícím lékařem a posuzování skutečností, které jsou podle zákoníku práce důležitými osobními překážkami v práci, a obdobné výkony u žáků a studentů.

Doprava žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa, do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů. Doprava zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa a dopravu odebraných tkání a orgánů

Prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva

Hrazená péče zahrnuje i prohlídku zemřelého pojištěnce, pitvu, dopravu k pitvě a dopravu z pitvy do místa, kde k úmrtí došlo, popřípadě do místa pohřbu, je-li stejně vzdálené nebo bližší než místo, kde osoba zemřela.

Ze zdravotního pojištění se dále hradí zdravotní péče poskytnutá na základě doporučení registrujícího ženského lékaře v souvislosti s mimotělním oplodněním nejvíce třikrát za život, péče poskytovaná v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, neodkladné zdravotní výkony provedené při pohotovostní službě lékařem mimo jeho odbornost, vyšetření a prohlídky prováděné v rámci opatření proti infekčním onemocněním apod. Příslušná pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní péči jinak zdravotní pojišťovnou nehrazenou, je-li její poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zdravotní péče. S výjimkou případů, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, je poskytnutí této péče vázáno na souhlas revizního lékaře. Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá na území České

republiky a také částka, kterou vynaložili občané na nutné a neodkladné léčení, jehož potřeba nastala během jejich pobytu v cizině, a to do výše stanovené pro úhradu takové péče na území České republiky. Rozdíl v ceně musí tedy pojištěnec sám doplatit.

V § 15 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb. jsou stanoveny léčivé přípravky, které jsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění. Ostatní léčivé přípravky jsou při poskytování ambulantní zdravotní péče hrazeny za podmínek, které uvádí § 15 odst. 5 zákona 48/1997 Sb. Aby byla zajištěna určitá základní dostupnost léčivých přípravků a potravin určených pro zvláštní lékařské účely „bezplatně“, je v ustanovení § 15 odst. 5 zakotvena zásada, že v každé skupině léčivých látek musí být alespoň jeden léčivý přípravek, který je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

7.14.3 Zdravotní péče nehrazená ze zdravotního pojištění

Ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření a prohlídky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce.

Hrazená péče dále nezahrnuje vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky.

Ze zdravotního pojištění se nehradí nebo se hradí jen za určitých podmínek, zdravotní výkony, které jsou uvedeny v Příloze č. 1 zákona č. 48/1997 Sb. Dále se ze zdravotního pojištění nehradí např. výkony akupunktury, lázeňská péče příspěvková, očkování prováděná hygienickou službou a zařízeními ochrany veřejného zdravotního pojištění, zdravotní péče poskytovaná v kojeneckých ústavech, dětských domovech a jeslích (hradí se z rozpočtu zřizovatele) apod.

7.14.4 Hrazení zdravotní péče poskytovatelům

Právním základem hrazení poskytnuté péče zdravotnickým zařízením je § 17 zákona č. 48/1997 Sb. Plnění ze zdravotního pojištění je vždy hmotné. Jedná se o věcnou dávku. Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování zdravotní péče pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny se zdravotnickými zařízeními Smlouvy o poskytování zdravotní péče. Každé zdravotnické zařízení smí uzavřít smlouvu o poskytování zdravotní péče jen na ty druhy péče, které je oprávněno poskytovat.

Tato smlouva se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Jestliže mezi účastníky dohodovacího řízení dojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy, jsou pak jednotlivé rámcové smlouvy předkládány Ministerstvu zdravotnictví, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Poté Ministerstvo zdravotnictví vydá tyto rámcové smlouvy jako vyhlášku (vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy). Pokud mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy do šesti měsíců nebo pokud předložená rámcová smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, je oprávněno Ministerstvo zdravotnictví učinit rozhodnutí. Rámcová smlouva obsahuje vždy ustanovení, které se týká účinnosti, způsobu a důvodu ukončení smlouvy. Smlouvu je možno ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta musí být nejméně šest měsíců. Dále rámcová smlouva obsahuje způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče, práva a povinnosti účastníku smlouvy, obecné podmínky kvality a účelnosti poskytované zdravotní péče, kontrolní mechanismus kvality poskytované zdravotní péče a správnosti účtovaných částek, jakož i povinnost vzájemného sdělení údajů, které jsou nutné ke kontrole plnění smlouvy o poskytování zdravotní péče.

Zdravotnická zařízení a další subjekty, které poskytují hrazenou péči, jsou povinna uvádět ve vyúčtováních zdravotním pojišťovnám čísla pojištěnců, kterým hrazenou péči poskytly.

Další typ dohodovacího řízení upravuje § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. Týká se přípravy Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (tzv. sazebník). Okruh účastníků tohoto dohodovacího řízení tvoří zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a tzv. zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení, zástupci profesních organizací, zástupci odborných vědeckých společností, zástupci zájmových sdružení pojištěnců. Dojde-li k uzavření dohody, je seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami předložen Ministerstvu zdravotnictví k posouzení z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a poté jej vydá jako vyhlášku. Nedojde-li k dohodě nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví nesoulad, rozhodne o seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami samo a vydá jej vyhláškou.

Dohodovací řízení, které upravuje § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb. má vést ke stanovení hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačního omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. K dohodě o těchto dochází v dohodovacím řízení na následující kalendářní rok mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a tzv. zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení. Ministerstvo zdravotnictví je v tomto dohodovacím řízení svolavatelem a garantem jeho řádného průběhu. Dojde-li mezi účastníky dohodovacího řízení k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a poté jej vydá jako vyhlášku (vyhláška č. 619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007). Nedojde-li v dohodovacím řízení k výsledku do 90 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví nesoulad, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

Příslušná zdravotní pojišťovna hradí zdravotnickým zařízením léčivé přípravky paušální částkou, jejíž výše je sjednaná ve smlouvě o poskytování zdravotní péče. Výjimku tvoří zařízení lékárenské péče. Nad rámec sjednané paušální částky uhradí zdravotní pojišťovna ve výši, kterou stanoví vyhláška Ministerstva zdravotnictví, léčivé přípravky, které tvoří Přílohu č. 2 zákona č. 48/1997 Sb.

Smlouvy se nevyžadují při poskytnutí nutné a neodkladné péče pojištěnci. Dále zákon uvádí, že je zdravotní pojišťovna povinna uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče s veřejným neziskovým ústavním zdravotnickým zařízením, které je zařazeno do sítě veřejných zdravotnických zařízení.

Dále zákon v § 17 odst. 8 vyjmenovává případy, kdy zdravotní pojišťovna uhradí léčivé přípravky a prostředky zdravotnické techniky a za jakých podmínek.

7.15 Sít' zdravotnických zařízení

S právem pojištěnce na poskytování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění koresponduje povinnost zdravotních pojišťoven zajistit svým pojištěncům zdravotní péči. K tomuto účelu vytvářejí zdravotní pojišťovny síť smluvních zdravotnických zařízení.

Se smluvními zdravotnickými zařízeními mají zdravotní pojišťovny uzavřeny smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se koná výběrové řízení, jehož konání mohou navrhnout zdravotní pojišťovna nebo zdravotnické zařízení, které je oprávněné poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru. Výběrové řízení vyhlašuje krajský úřad nebo v Praze Magistrát hlavního města Prahy.⁷²

⁷² Vyhlášení musí obsahovat rozsah zdravotní péče a území, pro které má být poskytována a označení zdravotní pojišťovny, je-li zdravotní pojišťovny navrhovatelem výběrového řízení, lhůtu, ve které lze podat nabídku, která nesmí být kratší než 30 pracovních dní, místo pro podání přihlášky. Vyhlášovatel výběrového řízení zřizuje pro každé výběrové řízení komisi, která posuzuje a hodnotí jednotlivé přihlášky. Vyhlášovatel zaujme stanovisko k výsledkům výběrového řízení a sdělí je

7.16 Správní řízení

Ve sporných případech placení pojistného, penále a přeplatků na pojistném se rozhoduje ve správním řízení. Takové řízení je zahájeno na podnět jednoho z účastníků. Účastníky jsou plátce pojistného a zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny rozhodují platebními výměry. Po vystavení platebního výměru má plátce pojistného právo na odvolání. V případě dlužného pojistného nemá odvolání odkladný účinek. Plátce pojistného je povinen uhradit částku vyměřenou platebním výměrem, i když podal odvolání. V případě, že bylo jeho odvolání vyhověno, je mu platba vrácena. Dlužné pojistné zůstává dluhem, i když je vyměřeno platebním výměrem, proti kterému bylo podáno odvolání. Vyměňování penále se nepřerušuje. Platební výměr na dlužné pojistné je vykonatelný po 15 dnech od doručení plátci. Za doručení se považuje i případ, kdy plátce pojistného odmítne platební výměr převzít. Dlužné pojistné a penále může zdravotní pojišťovna předepsat také výkazem nedoplatků. Výkaz nedoplatků je vykonatelný dnem jeho doručení. Proti výkazu nedoplatků se nelze odvolat, ale lze proti němu podat námitky. V námitkách se uvede důvod, pro který se námitky podávají. Na základě námitek pak zdravotní pojišťovna do 30 dnů vydá rozhodnutí, kterým výkaz nedoplatků potvrdí nebo zruší. Pokud zdravotní pojišťovna nerozhodne ve 30 denní lhůtě, pozbývá výkaz nedoplatků platnost.

Zdravotní pojišťovna má právo odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při předepsání penále, jehož výše nepřesahuje 20 000 Kč ke dni doručení žádosti o odstranění tvrdosti. O částkách penále nad 20 000 Kč, všech pokutách a přírůzích k pojistnému pak může rozhodnout jen rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny. O odstranění tvrdosti nelze rozhodnout, jestliže plátce předem nedoplatil dlužné pojistné nebo byl na plátce podán návrh na prohlášení konkurzu nebo plátce vstoupil do likvidace. Rozhodnutí o odstranění tvrdosti je rozhodnutím konečným.

zdravotní pojišťovně. Výsledek výběrového řízení a stanovisko vyhlášovatele nezakládají právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou.

7.17 Smluvní zdravotní pojištění

Mimo zákonem č. 48/1997 Sb. vymezených činností v rámci veřejného zdravotního pojištění jsou zdravotní pojišťovny oprávněny provádět smluvní zdravotní pojištění a zdravotní připojištění. Toto smluvní zdravotní pojištění provádějí pro dva okruhy osob. Jednak pro osoby, které nejsou pojištěnci podle tohoto zákona a jednak pro pojištěnce ke krytí zdravotní péče, která přesahuje rámec hrazené péče včetně léčení v cizině. Podmínky pro vydání povolení k provádění smluvního zdravotního pojištění a další podmínky pro činnost zdravotních pojišťoven v této oblasti jsou dány v zákoně č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, v platném znění. Pro účely smluvního zdravotního pojištění je zdravotní pojišťovna povinna vytvořit samostatný fond smluvního zdravotního pojištění, který je oddělený od ostatních fondů. Stejně tak i prostředky, které zdravotní pojišťovna získá prováděním smluvního zdravotního pojištění, je zdravotní pojišťovna povinna vést odděleně od prostředků, které plynou z veřejného zdravotního pojištění.

7.18 Náhrada škody

Jestliže musela zdravotní pojišťovna vynaložit prostředky z veřejného zdravotního pojištění na zdravotní péči poskytovanou osobám, které se účastní veřejného zdravotního pojištění, u nichž potřeba zdravotní péče byla vyvolána zaviněným protiprávním jednáním třetích osob, má zdravotní pojišťovna vůči těmto osobám nárok na náhradu škody, která jí tímto způsobem vznikla. Nárok na náhradu škody může být uplatněn jednak v občanskoprávním řízení a jednak osobou poškozenou i v trestním řízení. Aby zdravotní pojišťovna mohla uplatňovat svůj nárok na náhradu škody, mají určité subjekty oznamovací povinnost. Tyto subjekty mají povinnost oznamovat skutečnosti, které jsou potřebné pro uplatnění nároku na náhradu škody. Jedná se o zdravotnická zařízení, orgány Policie České republiky, státní zastupitelství, soudy.

8 Zdravotní pojišťovny

Veřejné zdravotní pojištění je oblastí, ve které se nakládá s veřejnými finančními prostředky. V oblasti veřejného zdravotního pojištění nemůže působit jakákoli pojišťovna. Provádění veřejného zdravotního pojištění je svěřeno institucím, jejichž vznik a činnost upravují zvláštní zákony. Zdravotní pojišťovna je finanční institucí sui generis. Je právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost, která z těchto vztahů vyplývá.

8.1 Vznik zdravotních pojišťoven

Veřejné zdravotní pojištění v České republice provádí Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a dále zdravotní pojišťovny resortní, oborové, podnikové a další (tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny).⁷³

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky byla zřízena přímo zákonem ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky začala na základě tohoto zákona působit od 1. ledna 1992.

Dne 1. července 1992 nabyt účinnosti zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Tyto tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny potřebují k provádění veřejného zdravotního pojištění povolení státního orgánu. Toto povolení vydává Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí na základě žádosti, kterou podává právnická osoba se sídlem na území České republiky, jsou-li splněny podmínky, které ukládá zákon č. 280/1992 Sb.

⁷³ Blíže viz.: Trnková, L., *Novela zdravotního pojištění od 1.4. 1997*, 1. vydání, Pragoeduca, Praha, 1997, str. 52

8.2 Povinnosti zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny zajišťují zdravotní péči svým pojištěncům. Pro tyto účely uzavírají smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče s jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Zdravotní pojišťovny jsou povinny hradit zdravotnickým zařízením, popřípadě jiným subjektům, které poskytly zdravotní péči pojištěncům, tuto poskytnutou péči ve lhůtách sjednaných ve smlouvách. Pokud tato smlouva mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou není sjednána, jsou zdravotní pojišťovny povinny poskytnutou zdravotní péči uhradit za stejných podmínek jako zdravotnickým zařízením, se kterými tuto smlouvu uzavřenou mají.

Pojištěnci, kteří mají trvalý pobyt na území České republiky, mají právo na úhradu vynaložených nákladů spojených s nutným a neodkladným léčením v cizině. Tuto úhradu nákladů provádí příslušné zdravotní pojišťovny a to do výše nákladů, které se vynakládají na léčení na území České republiky.

Pojištěnci jsou povinni prokazovat se při poskytování zdravotní péče průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem. Vydat tyto doklady svým pojištěncům bezplatně je povinností jednotlivých zdravotních pojišťoven, která jim je uložena přímo zákonem. Zdravotní pojišťovny vedou seznam smluvních zdravotnických zařízení a nositelů výkonů včetně rodného čísla nositele výkonu. Za tímto účelem jsou zdravotnická zařízení povinna poskytovat potřebné údaje příslušným zdravotním pojišťovnám.

8.3 Informační centrum zdravotního pojištění

Informační centrum zdravotního pojištění (dále také jen „Centrum“) je zavedeno § 41 zákona č. 48/1997 Sb. Primárně slouží ke kontrole čerpání prostředků z veřejného zdravotního pojištění jednotlivými smluvními zdravotnickými zařízeními. Správcem centra je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Správce centra vede ke splnění tohoto účelu jednak přehled smluvních

zdravotnických zařízení a jednak přehled nositelů výkonů.⁷⁴ Další povinností Správce centra je sdělovat jednotlivým smluvním zdravotnickým zařízením výši korekčního koeficientu. Nositelé výkonů se dělí do 5 kategorií. Základním kritériem pro dělení je dosažená kvalifikace jednotlivých nositelů výkonů. V § 41 odst. 2, 3 a 4 ukládá zákon jak zdravotnickým zařízením, tak zdravotním pojišťovnám povinnost sdělovat Správci centra údaje, které se týkají poskytování hrazené zdravotní péče. V § 41 odst. 9 zákona je stanoveno, za jakých podmínek dochází ke krácení úhrady zdravotní péče poskytované konkrétním zdravotnickým zařízením.⁷⁵ Náklady na provoz Centra jsou hrazeny jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Kontrolu činnosti Centra provádí Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

8.4 Kontrola zdravotních pojišťoven a kontrolní činnost zdravotních pojišťoven při poskytování zdravotní péče⁷⁶

Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů České republiky. Těmito orgány kontroly jsou Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí.

Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců. Zdravotní pojišťovny mají právo kontrolovat, zda zdravotní péče, která jim byla zdravotnickými zařízeními vyúčtovaná a kterou těmito zdravotnickým zařízením uhradily, byla skutečně poskytnuta. A v případě, že zdravotní péče byla poskytnuta, zda bylo její poskytnutí odůvodněné.

⁷⁴ Tj. zdravotnických pracovníků, kteří poskytují zdravotní péči, která je hrazená ze zdravotního pojištění a kteří jsou oprávněni vykazovat zdravotní pojišťovně provedené zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

⁷⁵ Jestliže již provedená úhrada za kalendářní čtvrtletí přesahuje výši úhrady po korekci, provedené pomocí vypočteného korekčního koeficientu, je zdravotní pojišťovna oprávněna při následujícím vyúčtování snížit ve stanovené výši úhradu za provedené zdravotní výkony.

⁷⁶ Blíže viz.: Tröster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 3. aktualizované a doplněné vydání, Praha: C.H.Beck, 2005, str. 127; Arnoldová, A., Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, 1. část, UK v Praze, Nakladatelství Karolinum, Praha 2004, str. 276

Kontrolní činnost provádějí zdravotní pojišťovny jednak prostřednictvím informačních dat a jednak k tomuto účelu zřizují zdravotní pojišťovny funkci revizních lékařů a odborných pracovníků.⁷⁷ Zdravotní pojišťovna zdravotní péči neuhradí v případě, že kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování zdravotní péče.

Revizní lékaři a odborní pracovníci mají právo vstupovat do prostorů zdravotnických zařízení a mají právo nahlížet do zdravotnické dokumentace v rozsahu, který je nezbytný pro výkon kontroly.

Na kontrole se podílejí i jednotliví pojištěnci. Jedná se o tzv. laickou kontrolu jednak zdravotnických zařízení a jednak zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovna je povinna poskytnout pojištěnci jedenkrát ročně údaje o zdravotní péči, kterou za něj v tomto období uhradila. Pojištěnci je tak poskytnuta možnost upozornit pojišťovnu, v případě, že by zdravotnické zařízení vykazovalo péči, která nebyla poskytnuta buď vůbec nebo byla poskytnuta v jiném rozsahu.

8.5 Povinná mlčenlivost zaměstnanců zdravotních pojišťoven

Zaměstnanci zdravotní pojišťovny dle § 23 zákona č. 592/1992 Sb. jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděli v souvislosti s kontrolou plateb pojistného, ale i při výběru pojistného. Za porušení povinnosti mlčenlivosti se nepovažuje vzájemné poskytování informací mezi správci daní, zdravotního a sociálního pojištění, které jsou nezbytné pro účelnou kontrolu plátců.

⁷⁷ Revizní lékaři jsou odborní pracovníci ve zdravotnictví, kteří vykonávají především kontrolní činnost a vykonávají ji v oboru, ve kterém získali specializaci. Posuzují odůvodněnost léčebného procesu, zkoumají jeho průběh a předepisování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky, posuzují potřeby lázeňského pobytu jako součásti léčebné péče, kontrolují zda rozsah a druh zdravotní péče odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce.

8.6 Seznam zdravotních pojišťoven v České republice

Kód zdravotní pojišťovny	název zdravotní pojišťovny
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
201	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
207	Odborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
211	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky
213	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
217	Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE
222	Česká národní zdravotní pojišťovna

8.7 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky⁷⁸

Podle zákona ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále také jen „VZP ČR“) provádí všeobecné zdravotní pojištění, pokud toto pojištění neprovádějí resortní, oborové a podnikové zdravotní pojišťovny. Pojišťovna také zprostředkovává úhrady za výkony závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče zaměstnancům, u nichž charakter vykonávané práce vyžaduje zvýšenou zdravotní péči.

VZP ČR je právnickou osobou, která v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost, která jí z těchto vztahů vyplývá.

⁷⁸ Blíže viz.: Arnoldová, A., Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, 1. část, UK v Praze, Nakladatelství Karolinum, Praha 2004, str. 277

Organizační strukturu VZP ČR tvoří Ústředí, krajské pobočky (zpravidla jedna krajská pobočka pro vyšší územní samosprávný celek) a další územní pracoviště. Ústředí řídí činnost krajských poboček a územních pracovišť, které jsou organizačními složkami VZP ČR. Tyto organizační složky nemají právní subjektivitu a mohou jednat jen v rozsahu svěřeném jim organizačním řádem.

Orgány VZP ČR jsou správní rada a dozorčí rada.⁷⁹ Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrh výroční zprávy VZP ČR se projednávají na společném zasedání správní rady a dozorčí rady. O jejich schválení rozhoduje správní rada. Statutárním orgánem VZP ČR je ředitel VZP ČR, kterého na návrh vlády volí a odvolává Poslanecká sněmovna Parlamentu. V čele krajské pobočky stojí ředitel, kterého jmenuje a odvolává ředitel VZP ČR.

Prostřednictvím orgánů VZP ČR je zajišťována účast pojištěnců VZP ČR, zaměstnavatelů pojištěnců a státu na řízení VZP ČR.⁸⁰

Pro členství v orgánech VZP ČR zákon stanovuje podmínky, které musí jednotlivé osoby splňovat.

VZP ČR vytváří a spravuje tyto fondy:

- základní fond – zdrojem základního fondu jsou platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění a další příjmy;
- rezervní fond;
- provozní fond;
- sociální fond;
- fond majetku;
- fond reprodukce majetku.

⁷⁹ Člen správní rady nemůže být zároveň členem dozorčí rady a naopak. Člen orgánu VZP ČR může vykonávat opětovně tutéž funkci nejvýše ve dvou po sobě následujících funkčních obdobích. Člen orgánů nevykonává svou funkci v pracovněprávním vztahu k VZP ČR.

⁸⁰ Zástupci pojištěnců jsou vždy voleni zákonem stanovenými orgány veřejné moci, zástupci zaměstnavatelů pojištěnců jsou do orgánů VZP ČR jmenováni organizací podnikatelů. Zástupci státu jsou jmenováni a odvoláváni vládou v případě správní rady VZP ČR nebo příslušnými ústředními správními úřady v případě dozorčí rady VZP ČR.

Dále VZP ČR může vytvářet další fondy, fond pro úhradu závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče, fond prevence.

8.8 Resortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny

Zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, upravuje vznik, činnost a zánik těchto tzv. zaměstnaneckých pojišťoven.

Resortní zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance všech organizací založených nebo zřízených jedním ministerstvem České republiky anebo podléhající ucelené části tohoto ministerstva.

Oborovou zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho oboru.

Podnikovou zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho nebo více podniků.

Další zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna s meziresortní a mezioborovou působností.

Organizační strukturu, postavení správní a dozorčí rady a ostatních orgánů zaměstnanecké pojišťovny upravuje statut, který schvaluje Ministerstvo zdravotnictví. Statutárním orgánem zaměstnanecké pojišťovny je ředitel. Ředitele zaměstnanecké pojišťovny jmenuje a odvolává správní rady zaměstnanecké pojišťovny.

Orgány zaměstnanecké pojišťovny jsou ředitel zaměstnanecké pojišťovny, správní rada a dozorčí rada.⁸¹

⁸¹ Člen správní rady nemůže být současně členem dozorčí rady a naopak. Člen správní rady a dozorčí rady nevykonává svou funkci v pracovněprávním vztahu k zaměstnanecké pojišťovně.

Pravidla jednání a způsob rozhodování orgánů zaměstnanecké pojišťovny upravuje statut zaměstnanecké pojišťovny.

Zaměstnanecká pojišťovna vytváří a spravuje tyto fondy:

- základní fond zdravotního pojištění;
- rezervní fond;
- provozní fond;
- sociální fond;
- fond investičního majetku;
- fond reprodukce investičního majetku.

Vojenská zdravotní pojišťovna vytváří a spravuje navíc ještě fond zprostředkování úhrady zdravotní péče hrazené Ministerstvem obrany.

Fakultativně může zaměstnanecká pojišťovna vytvářet fond pro úhradu závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče, fond prevence.

Zaměstnanecká pojišťovna je nositelem veřejného zdravotního pojištění pro pojištěnce, kteří jsou u ní zaregistrováni. Zaměstnanecká pojišťovna je právnickou osobou, která se zapisuje do obchodního rejstříku. K zániku zaměstnanecké pojišťovny dochází ke dni výmazu z obchodního rejstříku. Návrh na výmaz podává zanikající zdravotní pojišťovna nebo likvidátor. Zániku zaměstnanecké pojišťovny předchází její zrušení bez likvidace nebo s likvidací. Bez likvidace se zaměstnanecká pojišťovna zrušuje sloučením se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, nebo splynutím nebo sloučením s jinou zaměstnaneckou pojišťovnou.

Zaměstnanecká pojišťovna se zrušuje s likvidací, jestliže jí bylo Ministerstvem zdravotnictví odejmuto povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění, nebo jestliže o to zaměstnanecká pojišťovna Ministerstvo požádá.

9 Z praxe o současném stavu ve zdravotnictví

Pro možnost zhodnocení současného stavu ve zdravotnictví jsem se snažila zjistit i názor zdravotnických zařízení na fungování stávajícího systému zdravotního pojištění a na chystanou reformu ve zdravotnictví. Po diskusi se zástupci zdravotnických zařízení jsem dospěla k určitým závěrům, které ukazují poněkud odlišný pohled na danou problematiku. Dále tedy shrnuji jejich postřehy a argumentaci.

Současný stav ve zdravotnictví by mohl být charakterizován nerovností vztahu mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami. Z praxe zdravotnických zařízení vyplývá skutečnost, že zdravotní pojišťovny jsou ve výhodě, vzhledem k tomu, že mohou omezit úhradu zdravotní péče zdravotnickému zařízení, pokud zjistí, že došlo k překročení limitů daných zdravotním pojistným plánem nebo dohodnutých ve smlouvě o úhradě a poskytování zdravotní péče.

Zdravotnická zařízení by měla především řešit medicínské problémy a to *lege artis*, nemohou si dovolit vynechat určitá vyšetření vedoucí k diagnóze a upravovat léčbu dle ekonomických ukazatelů. Lékař by měl pacienta léčit podle svého nejlepšího přesvědčení a měl by vybírat nejlepší, nejrychlejší a nejméně zatěžující způsob léčby a diagnostiky.

Dosud je lékař limitován počtem bodů na jedno unicitní rodné číslo za pololetí, stejně tak má stanoveny limity na léky a vyžádanou péči v komplementu na jedno unicitní rodné číslo.

Zvláště při vykazování poskytnuté zdravotní péče pojištěncům menších zdravotních pojišťoven (např. Vojenská zdravotní pojišťovna, 201) může být celý systém limitů ovlivněn počtem pojištěnců určité pojišťovny, tzn. zatížen statisticky chybou malých čísel. Je pak logické, že enormní náklady na jediného pacienta mohou zdravotnické zařízení donutit platit zdravotní pojišťovně výraznou pokutu za překročení limitů.

Velmi nepříznivá je také skutečnost, že se zdravotnické zařízení dozvídá o překročení limitů až ex post, po 5 měsících po zhodnoceném období.

Setkala jsem se i s názorem, že ve vztahu mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními navíc funguje velmi špatně revizní činnost. Revizní lékaři zdravotních pojišťoven kontrolují zdravotnická zařízení jen ojediněle, často pouze tehdy, pokud opakovaně překračují limity.

Racionální způsob stanovení diagnosy a výsledky léčby však nehodnotí nikdo.

Pouze v případě, že se objeví stížnost na léčebný postup zdravotnického zařízení, řeší ji komora.

Zdravotní pojišťovnu nezajímá, jak je lékař schopen pacienta vyléčit (např. ambulantně bez nutnosti hospitalizace). Hlavní pozornost zdravotních pojišťoven je zaměřena na dodržování stanovených limitů ze strany zdravotnických zařízení.

10 Zamyšlení nad změnami připravovanými ve zdravotnictví

V současné době probíhá v Parlamentu ČR v rámci legislativního procesu proces schvalování „reformy zdravotnictví“. Reforma je rozdělena do dvou fází, první fáze byla zahájena v roce 2007 a bude dále probíhat v období mezi léty 2008-2010. Označuje se jako reforma institucí.

V rámci prosazované „reformy zdravotnictví“ bych považovala za důležité dodržovat zásady, které bych formulovala do několika bodů:

- Svobodný, nezávislý a zodpovědný lékař je základní součástí zdravotnického systému a zárukou kvality a etiky při poskytování zdravotnické péče.
- Stejně důležitým faktorem, který má vliv na kvalitu a ekonomickou stránku poskytování zdravotní péče je zodpovědný, informovaný pacient, který je motivován k prevenci a zdravému životnímu stylu, k čerpání jen té péče, kterou skutečně potřebuje.
- Poskytovatelé zdravotní péče by si měli vzájemně konkurovat kvalitou jimi poskytované péče.
- Zárukou optimálního financování zdravotní péče je konkurence plátců zdravotní péče, tedy zdravotních pojišťoven, která je založena na konkurenci pojistných plánů.
- Systém veřejného zdravotního pojištění musí zohledňovat zájmy a potřeby různých sociálních, zaměstnaneckých nebo jiných skupin obyvatelstva, musí obsahovat motivační prvky, které vedou ke zlepšení životního stylu obyvatelstva.
- Zásahy státu by měly být omezeny jen na nastavení systému, včetně stanovení výše plateb za státní pojištěnce i odvodů od ostatních složek obyvatelstva, dozor nad funkcí zdravotních pojišťoven a nad tím, aby nedocházelo ke zhoršení dostupnosti péče (např. v řídké osídlených oblastech, při krizových situacích – živelných katastrofách apod.).

Po prostudování informací týkajících se „reformy“ jsem dospěla k závěru, že:

- „Reforma“ posiluje pravomoc vlády, neboť ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR bude nově jmenovat a odvolávat Správní rada pojišťovny, ve které má vláda 2/3 většinu zastoupení.
- „Reforma posiluje postavení Ministerstva zdravotnictví ČR, protože bude moci samo určovat hodnotu (cenu) lékařských výkonů.
- Dojde ke „zmrazení“ plateb za pojištěnce, za které pojistnou platební povinnost plní stát (v následujících dvou letech nebudou zvyšovány platby za státní pojištěnce, kteří tvoří skupinu 5,8 milionů osob – důchodci, studenti, nezaměstnaní).
- O cenách léků a jejich úhradě ze zdravotního pojištění bude nově rozhodovat, místo dosavadních Ministerstva financí ČR a Ministerstva zdravotnictví ČR, „Státní ústav pro kontrolu léčiv“, jehož ředitele jmenuje ministr zdravotnictví. Tím se ústav stane jednou z nejmocnějších institucí v českém zdravotnictví. Bude nově rozhodovat o více než 42 miliardách Kč, které se v České republice vydávají ze zdravotního pojištění na léky.
- Lékárníkům bude dána možnost na žádost pacienta vyměnit lékařem předepsaný lék za levnější lék, který obsahuje stejnou účinnou látku. Pouze v případě, že lékař vyznačí na receptu, že trvá na vydání předepsaného léku, lékárník nesmí změnit lék.
- Zavádí se regulační poplatky. Pacient bude platit 30 Kč za návštěvu praktického lékaře, stomatologa, lékaře specialisty, klinického psychologa a logopeda. Stejnou sumu lidé zaplatí v lékárnách za vydání každého léku na recept. Za jeden den strávený v nemocnici, v lázních, dětských ozdravovnách a léčebnách zaplatí lidé 60 Kč. Za návštěvu lékařské nebo zubní pohotovosti zaplatí lidé 90 Kč. Zároveň je lékařským zařízením uložena povinnost poplatky od pacientů vybrat, jinak jim hrozí pokuta až ve výši 50 000 Kč.
- Vláda určila roční limit na regulační poplatky a doplatky na léky ve výši 5 000 Kč. Po jeho překročení budou další zaplacené částky pojištěnci vráceny jeho zdravotní pojišťovnou. K naplnění tohoto limitu se sčítají poplatky zaplacené u lékaře, v lékárně za vydání léku a za část

doplatků na léky. Stanovení tohoto limitu však neznamena, že nikdo nemůže zaplatit více než 5 000 Kč ročně. Například poplatky za pobyt v nemocnici, v lázních, dětských ozdravovnách nebo za pohotovost se totiž do limitu nezapočítávají.

- Od 1.1. 2009 zahájí svoji činnost Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, který bude zřízen v průběhu roku 2008 na základě zvláštního zákona. Úřad bude vykonávat dozor jak nad finančním stavem pojišťoven, tak i nad plněním jejich povinností při zajištění zdravotní péče pro jejich pojištěnce.

Diskutabilní je možnost lékárníka vydat lék, který obsahuje stejnou účinnou látku a je přitom levnější, než lék předepsaný lékařem. Vedlejší účinky léků mohou být různé a mohou pacienta i částečně poškodit, navíc při případném neúspěchu léčby se bude hledat i příčina.

V případě sociálně slabších obyvatel může často být poplatek 30 Kč za vyšetření u lékaře důvodem odmítnutí tohoto vyšetření a pacient se tedy nedostane k vyšetření včas a může následně mít velmi závažné zdravotní obtíže, pacienti mohou mít sklony bagatelizovat počáteční příznaky závažných onemocnění. V závěru tak mohou být i ekonomické důsledky takového počínání pacientů nesmírně finančně zatěžující.

doplatků na léky. Stanovení tohoto limitu však neznámá, že nikdo nemůže zaplatit více než 5 000 Kč ročně. Například poplatky za pobyt v nemocnici, v lázních, dětských ozdravovnách nebo za pohotovost se totiž do limitu nezapočítávají.

- Od 1.1. 2009 zahájí svoji činnost Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, který bude zřízen v průběhu roku 2008 na základě zvláštního zákona. Úřad bude vykonávat dozor jak nad finančním stavem pojišťoven, tak i nad plněním jejich povinností při zajištění zdravotní péče pro jejich pojištěnce.

Diskutabilní je možnost lékárníka vydat lék, který obsahuje stejnou účinnou látku a je přitom levnější, než lék předepsaný lékařem. Vedlejší účinky léků mohou být různé a mohou pacienta i částečně poškodit, navíc při případném neúspěchu léčby se bude hledat i příčina.

V případě sociálně slabších obyvatel může často být poplatek 30 Kč za vyšetření u lékaře důvodem odmítnutí tohoto vyšetření a pacient se tedy nedostane k vyšetření včas a může následně mít velmi závažné zdravotní obtíže, pacienti mohou mít sklony bagatelizovat počáteční příznaky závažných onemocnění. V závěru tak mohou být i ekonomické důsledky takového počínání pacientů nesmírně finančně zatěžující.

11 Závěr

Hlavním smyslem této diplomové práce bylo pojednat o veřejném zdravotním pojištění z hlediska jeho právní úpravy v České republice.

Abych se mohla tomuto problému věnovat, musela jsem se nejdříve zaměřit na východiska právní úpravy, které tvoří ústavní a zákonný rámec právní úpravy veřejného zdravotního pojištění.

Na základě srovnání systémů zdravotní péče jsem chtěla poukázat na kladné i záporné prvky jednotlivých systémů. Z rozboru systémů zdravotní péče v jednotlivých zemích je patrné, že neexistuje jeden ideální model poskytování zdravotní péče, který by se dal univerzálně použít. Každá země uplatňuje model, který je jí nejbližší s ohledem na tradice a historický vývoj. Proto jsem se pokusila nastínit historický přehled pojišťování zdraví na území České republiky, poukázat na kontinuitu a zákonitost vývoje

Snažila jsem se také zjistit názor některých zdravotnických zařízení na fungování stávajícího systému zdravotního pojištění a na chystanou reformu. Jejich argumenty a závěry, ke kterým jsem dospěla, jsem shrnula v diskusní části této práce.

Oblast zdravotnictví a především zdravotního pojištění představuje nejen ve zkoumaných zemích, jak bylo poukázáno, ale také v České republice, značný problém. I časté střídání ministrů v čele zdravotnického resortu od roku 1990 tuto skutečnost jen dokládá.

Veřejné zdravotní pojištění samozřejmě koreluje s možnostmi ekonomiky. Další vývoj v této oblasti bude tedy také odvislý od ekonomických ukazatelů a především bude záviset na politickém konsensu.

Veřejné zdravotní pojištění je tak trvale vyvíjející se systém, ve kterém se můžeme pouze snažit o co největší dokonalost, aby odrážel možnosti naší ekonomiky a zároveň pomohl i rozvoji vlastní medicíny.

Snažila jsem se podat ucelený a sjednocený pohled na danou tematiku.

Ráda bych, aby práce splnila svůj účel a naplňovala v úvodu stanovené cíle.

Seznam použité literatury

1. Arnoldová, A., Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení, 1. část, UK v Praze, Nakladatelství Karolinum, Praha, 2004
2. Buijsen, M., Došljak, M., den Exter, A., Europe and its Impact on Nation Health Care System, Yearbook 2001, Erasmus University, Rotterdam, 2002
3. Drbal, C., Česká zdravotní politika a její východiska, Galén, 2005
4. den Exter, A. (ed.), Competitive Social Health Insurance, Yearbook 2004, Erasmus University, Rotterdam, 2005
5. Havlíček, K., Hemelík, T., Nad veřejným zdravotním pojištěním, ORAC, Praha, 2000
6. Krebs, V. a kol., Sociální politika, 2. přepracované vydání, ASPI, Praha, 2002
7. Křepelka, F., Evropské zdravotnické právo, LexisNexis CZ s.r.o., Praha, 2004
8. Mach, J. a kol., Zdravotnictví a právo, komentované předpisy, 2. vydání, LexisNexis CZ s.r.o., Praha, 2005
9. Niklíček, L., Moderní dějiny 1, Historická studie o zdravotním pojištění, Praha, 1993
10. Potůček, M., Křížovatky české sociální reformy, Sociologické nakladatelství SLON, Praha, 1999
11. Tomeš, I. a kol., Právo sociálního zabezpečení, Spolek českých právníků Všeherd, 2. vydání, Praha, 1998
12. Tomeš, I. a kol., Sociální správa, 1. vydání, Portál, Praha, 2002
13. Trnková, L., Novela zdravotního pojištění od 1.4.1997, 1. vydání, Pragoeduca, Praha, 2007
14. Trnková, L., časopis Právo a zaměstnání, K novému zákonu o veřejném zdravotním pojištění, ORAC, 5/97
15. Trnková, L., Ženíšková, M., Pojistné na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění zaměstnanců a osob samostatně výdělečně činných, 11. aktualizované vydání, ANAG, Praha, 2007
16. Tröster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 3. aktualizované a doplněné vydání, Praha: C.H. Beck, 2005
17. Tröster, P., časopis Zdravotnictví a právo, Transformace zdravotnictví v České republice 1990 – 1999, ročník III., 12/99

18. Tröster, P., publikovaný názor ze dne 1.1.1994, Všeobecné zdravotní pojištění a jeho změny od 1. ledna 1994, ASPI
19. zákon NS č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, ASPI

18. Tröster, P., publikovaný názor ze dne 1.1.1994, Všeobecné zdravotní pojištění a jeho změny od 1. ledna 1994, ASPI
19. zákon NS č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, ASPI