

Univerzita Karlova v Praze

Právnická fakulta



**Ondřej Soukup**

**ÚSTAVNÍ LIMITY ZÁKONNÉ ÚPRAVY POSKYTOVÁNÍ  
ZDRAVOTNÍ PÉČE**

**Diplomová práce**

Vedoucí diplomové práce: prof. JUDr. Aleš Gerloch, CSc.

Katedra: Katedra ústavního práva

Datum uzavření rukopisu: 30. 3. 2014

Praha: 2014

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci vypracoval samostatně, všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 4. dubna 2014

.....

Ondřej Soukup

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji vedoucímu mé práce, prof. JUDr. Aleši Gerlochovi, CSc., za cenné rady a připomínky, které pro mne byly velkou pomocí při psaní této práce. Za uvedení do problematiky zdravotnictví a veřejného zdravotního pojištění děkuji JUDr. Ondřeji Dostálovi, Ph.D., LL.M. Za užitečné připomínky k práci děkuji rovněž doc. JUDr. PhDr. Janu Wintrovi, Ph.D. Děkuji také JUDr. Jiřímu Císařovi, za podporu během studia a za zázemí při psaní této práce. V neposlední řadě děkuji mé přítelkyni, rodině a přátelům za podporu, kterou mi trvale poskytují.

## Obsah

1. Úvod .....	1
2. Vymezení ústavního základu pro poskytování zdravotní péče .....	2
2.1. Práva zakotvená článkem 31 Listiny základních práv a svobod .....	3
2.1.1. Právo na ochranu zdraví .....	5
2.1.2. Právo na zdravotní péči .....	5
2.2. Článek 41 odst. 1 Listiny základních práv a svobod .....	7
2.3. Článek 4 odst. 4 Listiny základních práv a svobod .....	11
2.4. Shrnutí .....	15
3. Zákon o veřejném zdravotním pojištění .....	16
3.1. Práva a povinnosti pojištěnce .....	17
3.2. Podmínky poskytování hrazených služeb .....	22
3.2.1. Ustanovení § 13 Hrazené služby .....	23
3.2.2. Ustanovení § 15 Rozsah hrazené péče .....	24
3.2.3. Ustanovení § 16 Výjimečná úhrada .....	26
3.2.4. Nadstandardy .....	29
3.2.5. Shrnutí .....	35
4. Problémy související se zákonem o veřejném zdravotním pojištění .....	36
4.1. Zákonné vymezení nároku pojištěnce .....	37
4.2. Určování rozsahu nároku pojištěnce podzákonnými právními předpisy .....	43
4.3. Skryté omezování rozsahu nároku pojištěnce .....	54
4.4. Shrnutí .....	57
4.5. Problematika procesního postupu dle ustanovení § 16 .....	57
5. Pohled de lege ferenda .....	64
5.1. Změna Listiny základních práv a svobod .....	64
5.2. Změna zákona o veřejném zdravotním pojištění .....	65
5.3. Změna chování jednotlivých subjektů ve zdravotnictví .....	67
6. Závěr .....	69
7. Seznam zkratk .....	70
8. Seznam zkráceně citované literatury a judikatury .....	72
9. Seznam použité literatury a pramenů .....	73
9.1. Komentáře, učebnice a monografie .....	73
9.2. Sborníky a články .....	74

## **Obsah**

9.3. Judikatura .....	75
9.4. Právní předpisy .....	76
9.5. Mezinárodní smlouvy .....	77
9.6. Ostatní zdroje .....	77
10. Seznam příloh .....	79

# 1. Úvod

V úvodu mé diplomové práce především co nejpřesněji vymezím, jakým oblastem a problémům spojeným s poskytováním zdravotní péče se hodlám věnovat. Charakterizuji, jaké limity dává ústava zákonodárci při tvorbě legislativy upravující poskytování a úhradu zdravotní péče, ovšem se zaměřením na konkrétní problémy současné úpravy poskytování a úhrady zdravotní péče. Nejprve se přitom budu věnovat právě charakteristice ústavního rámce, zejména Listině základních práv a svobod<sup>1</sup>, a dále se zaměřím na charakteristiku zákonné úpravy, která upravuje poskytování a úhradu zdravotní péče. V další části práce se zaměřím na analýzu zákonné úpravy a seznámení s vybranými problémy zákonné úpravy poskytování a úhrady zdravotní péče. Nekladu si za cíl poukázat na všechny problémy současné zákonné úpravy, pokusím se vybrat pouze oblasti, v nichž podle mého názoru dochází k nejmarkantnějšímu narušování ústavních limitů. Tento můj výběr je prvním zúžením předmětu práce. Dalším zúžením je pak samotné omezení pouze na poskytování zdravotní péče. Zákonná úprava, která provádí právo na poskytování a úhradu zdravotní péče, tedy zákon o veřejném zdravotním pojištění<sup>2</sup>, totiž obsahuje i úpravu poskytování a úhrady léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Těmto oblastem se přitom ve své práci nevěnuji. Důvodem je, že tyto oblasti, ačkoli jsou taktéž obsaženy v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, mají v zásadě samostatnou právní úpravu. Proto jsou také s úpravou léčivých prostředků a zdravotnických prostředků spojeny jiné problémy, než kterým se chystám v této práci věnovat.

Doufám, že tato práce přispěje k lepšímu poznání příčin problémů českého zdravotnictví a prostřednictvím návrhu řešení přispěje k debatě o nové komplexní úpravě poskytování a úhrady zdravotní péče ve smyslu naplnění ústavních kautel tohoto práva.

---

<sup>1</sup> Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky.

<sup>2</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

## 2. Vymezení ústavního základu pro poskytování zdravotní péče

Ústava v České republice je polylegální<sup>3</sup> – tvoří ji jeden dokument, ústavní zákon, nýbrž několik dokumentů, ústavních zákonů. Kromě vlastní Ústavy České republiky, vyhlášené pod č. 1/1993 Sb., tvoří ústavu v širším smyslu zejména Listina základních práv a svobod, v období federace přijatá jako ústavní zákon č. 23/1991 Sb., v České republice pak znovu vyhlášená pod č. 2/1993 Sb., ovšem již bez uvozovacích ustanovení.<sup>4</sup>

Listina základních práv a svobod je na základě čl. 112 Ústavy České republiky<sup>5</sup> součástí ústavního pořádku. Z tohoto důvodu je také nadána vyšší právní silou a ostatní zákony s ní proto musí být v souladu.<sup>6</sup> Podle čl. 9 odst. 1 Ústavy České republiky může být ústava doplňována či měněna pouze ústavními zákony.<sup>7</sup>

Stěžejním tématem této práce je poskytování a úhrada zdravotní péče. Právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky je obsaženo v čl. 31 Listiny. Při rozboru tohoto práva se však nelze textualisticky zaměřit pouze na tento článek. Ten je naopak nutno chápat v kontextu ostatních ustanovení Listiny a v tomto kontextu jej vykládat a aplikovat. Nejdůležitějšími výkladovými ustanoveními, jichž je třeba užít, jsou čl. 41 odst. 1 a čl. 4 odst. 4 Listiny, které fungují jako korektiv čl. 31 již v samotném textu Listiny.

Smyslem čl. 41 odst. 1 Listiny je omezení absolutního dosahu vyjmenovaných práv, když stanoví, že vyjmenovaných práv se lze domáhat pouze v rozsahu zákonů, které je

---

<sup>3</sup> HŘEBEJK, Jiří. in PAVLÍČEK, Václav a kol. Ústavní právo a státověda. 2. podstatně rozš. a dopl. vyd. Praha: Linde, 2008, s. 250. Vysokoškolské právnické učebnice.

<sup>4</sup> HŘEBEJK, Jiří. in PAVLÍČEK, Václav a kol. Ústavní právo a státověda. 2. podstatně rozš. a dopl. vyd. Praha: Linde, 2008, s. 244. Vysokoškolské právnické učebnice.

<sup>5</sup> Ústavní zákon České národní rady č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

BOGUSZAK, Jiří, Jiří ČAPEK a Aleš GERLOCH. Teorie práva. Vyd. 1. Praha: Eurolex Bohemia, 2001, s. 41-42. ISBN 8086432130.

<sup>7</sup> Ústavním zákonem ve formálním smyslu je zákon, který byl jako ústavní označen a vyhlášen a byl schválen oběma komorami Parlamentu kvalifikovanou třipětinovou většinou všech poslanců a kvalifikovanou třipětinovou většinou přítomných senátorů. Viz čl. 39 odst. 4 Ústavy České republiky.

provádějí. Čl. 4 odst. 4 naopak garantuje, že ani přes výhradu čl. 41 nelze při omezování práv zasáhnout do jejich podstaty a smyslu. Tomu, co se rozumí podstatou a smyslem práva a článkům 41 odst. 1 a 4 odst. 4 Listiny, se proto budu věnovat blíže v následujících oddílech.

Listina základních práv a svobod je tak základním východiskem pro nastavení systému poskytování zdravotní péče a zároveň pro vymezení rozsahu nároku pojištěnce na poskytování a úhradu zdravotní péče.

Listina, jako součást ústavního pořádku České republiky, má právní sílu ústavního zákona. Právní předpisy, které upravují systém poskytování zdravotní péče, musí dodržet rámec Listinou nastavený. Analýza tohoto rámce, jeho postupné zpřesňování nálezy Ústavního soudu, možnosti zákonodárce při tvorbě legislativy a v neposlední řadě i praktické dopady na pojištěnce jsou hlavním předmětem této práce.

## **2.1. Práva zakotvená článkem 31 Listiny základních práv a svobod**

*“Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, které stanoví zákon.”*

Článek 31 Listiny obsahuje práva, která jsou jak svou povahou, tak svým systematickým zařazením v rámci Listiny<sup>8</sup> právy sociálními. Tato práva jsou také někdy označována jako práva druhé generace.<sup>9</sup> V tomto smyslu je třeba je odlišit od základních lidských práv a práv politických. Toto rozdělení je důležité zejména pro pochopení jejich fungování a rozsahu, a tím zároveň pro jejich další aplikaci a vymahatelnost.

---

<sup>8</sup> Čl. 31 Listiny je systematicky zařazen v hlavě čtvrté Listiny nazvané Hospodářská sociální a kulturní práva.

<sup>9</sup> KRATOCHVÍL, Jan. Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv a Mezinárodním paktu o občanských a politických právech. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 23-24. Prameny a nové proudy právní vědy, 46.



V zásadě lze říci, že práva první generace, tedy základní lidská práva a práva politická, představují sféru svobody jednotlivce, do níž je státu zapovězeno vstupovat. Přičemž právě slovo “svoboda” k takovému pochopení odkazuje. Naproti tomu práva druhé generace, tedy práva ze skupiny hospodářských sociálních a kulturních, jsou historicky mladší<sup>10</sup> a představují spíše garance státu na zajištění jimi zakotvených statků. V tomto smyslu jsou také některými autory označovány jako institucionální garance.<sup>11</sup>

Smyslem sociálních práv je vytvořit jistou nepodkročitelnou úroveň zajištění těchto práv ze strany státu. Jistotu, která je jednotlivci dána, a které musí stát svým aktivním jednáním dostát. Na rozdíl od základních lidských práv, kde se od státu očekává maximální zdrženlivost a nekonání<sup>12</sup>, se v případě práv sociálních od státu naopak očekává jejich zajištění, tedy určité konání.<sup>13</sup>

Stát je v tomto smyslu garantem těchto práv, když je převzal do svého ústavního pořádku a učinil je tak závaznými.

Ačkoli není čl. 31 Listiny systematicky dělen na odstavce, obsahuje dvě samostatně stojící práva, která se liší jak svým obsahem, tak svými subjekty. Věta první obsahuje právo každého na ochranu zdraví a věta druhá právo občana na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného pojištění.

---

<sup>10</sup> KRATOCHVÍL, Jan. Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv a Mezinárodním paktu o občanských a politických právech. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 23-24. Prameny a nové proudy právní vědy, 46.

<sup>11</sup> WAGNEROVÁ, E.; ŠIMÍČEK, V.; LANGÁŠEK, T.; POSPÍŠIL, I.; a kol. Listina základních práv a svobod. Komentář. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, s. 12 Komentáře (Wolters Kluwer ČR).

<sup>12</sup> Negativní, omisivní povinnost.

<sup>13</sup> Pozitivní, komisivní povinnost.

### **2.1.1. Právo na ochranu zdraví**

Subjektem práva na ochranu zdraví je každý. Toto právo se tedy vztahuje na každou fyzickou osobu a zakládá povinnost státu chránit zdraví každého jednotlivce.<sup>14</sup> Tato povinnost státu spočívá zejména v ochraně zdraví obyvatelstva před negativními zásahy a vlivy.<sup>15</sup> Tímto právem se sleduje jak ochrana zdraví obyvatelstva jako celku, ve smyslu omisivní povinnosti státu (například zlepšení všech stránek vnějších životních podmínek), tak také zájem na veřejném zdraví, kdy jde spíše o povinnost komisivní (např. prevenční, hygienické a kontrolní povinnosti státu)<sup>16</sup>.

Toto právo, vzhledem k jeho vymezení, nemá bezprostřední dopad do úvah o nastavení systému poskytování zdravotní péče. Je spíše garantem existence takového systému. Z tohoto důvodu není pro tuto práci podstatné a dále se mu již nevěnuji.

### **2.1.2. Právo na zdravotní péči**

Naopak právo obsažené ve větě druhé čl. 31 Listiny se již přímo dotýká nastavení systému poskytování zdravotní péče, neboť jeho předmětem je právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, a to na základě veřejného zdravotního pojištění a za podmínek, které stanoví zákon. Gramatickým výkladem druhé věty čl. 31 Listiny získáme základní představu o obsahu práva, které je zde obsaženo. Jde o právo na

---

<sup>14</sup> PAVLÍČEK, Václav a kolektiv. Ústava a ústavní řád České republiky: komentář. 2. dopl. a podst. rozš. vyd., aktualiz. dotisk podle stavu k 1.1.2003. Praha: Linde, 2002, s. 250. Zákony - komentáře (Linde).

<sup>15</sup> WINTR, J. in WAGNEROVÁ a kol.: Komentář. s. 648.

<sup>16</sup> Srov. Čl. 12 MPHSP, který zní:

*“1. Státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví.*

*2. Státy, smluvní strany Paktu, učiní opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva, která budou zahrnovat:*

- a) opatření ke snížení počtu potratů a kojenecké úmrtnosti a opatření ke zdravému vývoji dítěte;*
- b) zlepšení všech stránek vnějších životních podmínek a průmyslové hygieny;*
- c) prevenci, léčení a kontrolu epidemických, místních nemocí, chorob z povolání a jiných nemocí;*
- d) vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci.”*

Znění MPHSP v českém i anglickém znění viz ADAMUS, Vladimír. Mezinárodní dokumenty o lidských právech: anglicky a česky. Praha: Linde Praha - Právnické a ekonomické nakladatelství a knihkupectví Bohumily Hořínkové a Jana Tuláčka, 2000, s. 100-101.

bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky. Jeho rozsah je ale navázán na systém veřejného pojištění. A nakonec na podmínky stanovené zákonem.<sup>17</sup>

Zaměříme se nejprve na subjekty tohoto práva. Zatímco v případě práva na zdraví je subjektem každá fyzická osoba, tak právo na zdravotní péči je z hlediska subjektů omezeno pouze na občany České republiky.<sup>18</sup> Ostatním fyzickým osobám pak toto právo přiznáno není, neboť na rozdíl od práva na zdraví je v tomto případě nutná aktivní úloha státu při tvorbě sítě zdravotnických zařízení, přerozdělování prostředků veřejného zdravotního pojištění a zejména úhradě této zdravotní péče. Není tedy myslitelné, aby se stát, jehož příjmy jsou nutně omezené, zavázal k úhradě zdravotní péče i za jiné fyzické osoby kromě svých vlastních občanů. Omezení oprávněných subjektů je v tomto smyslu logické, proto není třeba se mu dále věnovat.

Občané, kteří se účastní veřejného pojištění<sup>19</sup>, mají na základě čl. 31 Listiny právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky. Na základě gramatického výkladu se přitom domnívám, že bezplatnost dopadá jen na zdravotní péči, nikoli již na zdravotní pomůcky.<sup>20</sup>

Právě ona bezplatnost je přitom zásadním problémem při všech úvahách o rozsahu tohoto práva.

Bezplatnost je třeba posuzovat i v navázání na systém veřejného pojištění. Ústavní soud v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 35/95 konstatoval, že *“právo na bezplatnou*

---

<sup>17</sup> A to rovnou ve dvojnásobném smyslu. Předně je tato premisa obsažena přímo v textu druhé věty čl. 31 Listiny, kde se píše *“za podmínek stanovených zákonem”*, ale čl. 31 Listiny je také taxativně jmenován v čl. 41 odst. 1 Listiny.

<sup>18</sup> Dle čl. 42 odst. 1 Listiny se pod pojmem *“občan”* rozumí státní občan České a Slovenské federativní republiky. Tato formulace je logická vzhledem k tomu, že k přijetí Listiny došlo v roce 1991. Výklad tohoto článku je pak třeba provést ještě skrze čl. 1 odst. 2 ústavního zákona č. 4/1993 Sb., o opatřeních souvisejících se zánikem České a Slovenské Federativní republiky, který stanoví: *“Pokud ústavní zákony, zákony a ostatní právní předpisy přijaté před zánikem České a Slovenské Federativní republiky spojují práva a povinnosti s územím České a Slovenské Federativní republiky a státním občanstvím České a Slovenské Federativní republiky, rozumí se tím území České republiky a státní občanství České republiky, pokud zákon nestanoví jinak.”* Pokud tedy Listina používá pojmu *“občan”*, je jím státní občan České republiky.

<sup>19</sup> Což jsou v zásadě všichni občané České republiky, viz část první a druhá zákona o veřejném zdravotním pojištění.

<sup>20</sup> K tomu shodně viz WINTR, J. in WAGNEROVÁ, E.: Komentář. str. 650. Opačný názor viz PAVLÍČEK, V. a J. KOSTEČKA in PAVLÍČEK, V. et al. Ústava a ústavní řád České republiky: komentář. 2. dopl. a podst. rozš. vyd., aktualiz. dotisk podle stavu k 1.1.2003. Praha: Linde, 2002, s. 253. Zákony - komentáře (Linde).

*zdravotní péči a na zdravotní pomůcky je tu zúženo na rozsah veřejného pojištění, a je tedy odkázáno na retribuci pojistných částek*<sup>21</sup>. V nálezu sp. zn. Pl. ÚS 14/02 pak Ústavní soud konstatoval, že *“nic nebrání ani tomu, aby za zdravotní péči poskytnutou nad rámec podmínek pro bezplatnou péči přímá úhrada od pojištěnců vybírána být mohla*”<sup>22</sup>. Z toho tedy logicky vyplývá požadavek bezplatnosti pouze v rámci péče, která je hrazena z prostředků veřejného pojištění a zákaz dalšího zpoplatňování této péče. Nic však nebrání tomu, aby péče, která takto hrazena není, mohla být zpoplatněna. Tak tomu ostatně je, když například výkony akupunktury nejsou hrazeny z veřejného pojištění a jsou poskytovány za přímou úhradu.<sup>23</sup>

Je to tedy systém veřejného pojištění, jehož prostřednictvím je naplňováno právo na bezplatnou zdravotní péči, jehož prostřednictvím stát zajišťuje provedení tohoto práva. Neboť z finančních prostředků veřejného pojištění dochází k úhradě zdravotní péče, která je občanům ČR tímto právem garantována.

Je ale logické, že takto vymezené právo nelze použít jako přímý základ pro vytvoření systému poskytování zdravotní péče a její úhrady. Právě proto je již v samotném čl. 31 Listiny uvedeno, že konkrétní obsah tohoto práva bude proveden zákonem.

Právo na zdravotní péči je tedy garantováno v určité obecné míře a jeho konkrétní rozsah a vymahatelnost je dále třeba posuzovat na základě dalších ustanovení Listiny, zejména čl. 41 odst. 1 a čl. 4 odst. 4. Tyto články a jejich dopad na rozsah a vymahatelnost práva na zdravotní péči proto rozeberu blíže.

## **2.2. Článek 41 odst. 1 Listiny základních práv a svobod**

*“Práv uvedených v čl. 26, čl. 27 odst. 4, čl. 28 až 31, čl. 32 odst. 1 a 3, čl. 33 a 35 Listiny je možno se domáhat pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí.”*

---

<sup>21</sup> Viz Nález Ústavního soudu z 10. 7. 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95.

<sup>22</sup> Viz Nález Ústavního soudu z 4. 6. 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02.

<sup>23</sup> Viz ustanovení § 15 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Článek 41 odst. 1 Listiny tvoří pomyslný limit v něm taxativně vyjmenovaných práv. Je tak zajištěno, aby aktivní povinnost státu na zajištění těchto práv nebyla bezbřehá. Toho je dosaženo tak, že článek 41 odst. 1 Listiny omezuje vymahatelnost vyjmenovaných sociálních práv. Činí tak tím, že stanoví možnost domáhat se vyjmenovaných práv pouze v mezích zákonů, které tato práva provádějí. V tomto výčtu přitom najdeme i ustanovení čl. 31 Listiny.

Důvodem pro takové omezení je zejména jiné historické chápání těchto práv oproti základním lidským právům a právům politickým, vyplývající z jejich odlišné právní povahy.

Zatímco základní lidská práva stanoví státu převážně povinnost nevstupovat do určité právem chráněné domény jednotlivce, tedy stanovují povinnost zdržet se určitého konání, tak práva sociální naopak státu stanoví povinnost zajistit nositeli určitá plnění či služby, tedy stanoví státu povinnost konat.

Tato odlišnost vede k restriktivnějšímu výkladu sociálních práv a vedla také k vložení samotného čl. 41 odst. 1 do Listiny základních práv a svobod. Zásadním pro restriktivní výklad těchto práv je kompetenční argument, neboli přesvědčení, že v situaci, kdy sociální práva znamenají povinnost státu zajistit nositelům práv určitá plnění, která z povahy věci kladou nároky na státní rozpočet, pak jde o rozhodnutí ryze politická, a jako takové má být rozhodování o nich svěřeno parlamentu. Právě parlament je v demokratickém státě reprezentantem většinového názoru voličů a logicky mu tak toto právo přísluší.<sup>24</sup>

Rozhodování o limitaci těchto práv, které je dáno různými zájmy státu<sup>25</sup>, které se v nich střetávají, a potřebě jejich vyvažování, by tedy v demokratické společnosti mělo být

---

<sup>24</sup> Projev poslance FS ČSFR a zpravodaje ústavně-právních výborů Vlastimila Ševčíka na 11. schůzi FS ČSFR dne 8. 1. 1991, stenoprotokol z jednání FS ČSFR [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/1990fs/slsn/stenprot/011schuz/s011004.htm>

“Na tomto místě jeví se potřebné připomenout, že zatímco práva a svobody upravené v předchozích hlavách mají povahu absolutní a jako takové jsou ústavou chráněny, práva z této hlavy jsou převážně relativní, a to v tom smyslu, že jejich rozvoj - a platí to především o právech hospodářských a sociálních - je závislý na stavu národního hospodářství a především na jeho hmotných výsledcích. Proto také koncepce těchto práv sice dodržuje základní principy jejich vynutitelnosti cestou soudní ochrany, nicméně u práv sociálních ve většině nejsou ústavním zákonem dány podmínky, z nichž by obyčejný zákon měl vycházet. Vlastní úprava normou nižšího stupně nemůže nepodléhat změnám podle vývoje ekonomické a životní úrovně, takže svazovat obyčejného zákonodárce ústavními bariérami by nebylo na místě.”

<sup>25</sup> Zejména zájem na zajištění zdravotní péče občanům proti zájmu na vyrovnaném státním rozpočtu.

přiznáno právě parlamentu. Takové limitace však nemohou být ani v tomto případě absolutní. Jen těžko si lze představit situaci, kdy by právo s odkazem na jeho uvedení v čl. 41 odst. 1 Listiny bylo prováděcím zákonem zcela negováno. Takový postup by byl nepřijatelný. Fakticky by se rovnal tomu, kdy by zákonodárce mohl negovat uvedená práva prostě tak, že by prováděcí zákony nepřijal.<sup>26</sup> To by ovšem bylo protiústavní. A to z prostého důvodu - i práva vyjmenovaná v čl. 41 odst. 1 Listiny jsou v Listině upravena a jako taková musí být skutečně provedena.<sup>27</sup> Otázka tedy nestojí, zda vůbec musí být tato práva občanům zajišťována, ale v jakém rozsahu. Této otázce se budu podrobněji věnovat při výkladu k čl. 4 odst. 4 Listiny.

Přitom čl. 41 odst. 1 nelze vnímat jen, jak je popsáno výše, jako vymezení kompetence mezi různými typy státní moci, ale lze jej vnímat i v negativním smyslu jako návod pro Ústavní soud, aby v případě abstraktního přezkumu ústavnosti zákonů provádějících tato práva volil spíše restriktivnější přístup. Tak ostatně čl. 41 odst. 1 Listiny chápe i Ústavní soud, když v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 8/07 konstatuje, že “je pro přezkum ústavnosti zákonů obsahujících úpravu sociálních práv dán užší prostor, než je tomu u základních práv dle hlavy druhé, třetí a páté Listiny, prostor, jenž je vymezen ustanoveními čl. 41 odst. 1 a čl. 4 odst. 4 Listiny.”<sup>28</sup> Dopad čl. 41 odst. 1 lze tedy spatřovat ve dvojím smyslu. Za první dává odpověď na otázku, kde leží primární odpovědnost za provedení vyjmenovaných práv. Za druhé vymezuje prostor pro ústavní soud při abstraktní kontrole ústavnosti zákonů, které parlament k provedení těchto práv přijal.

Zaměříme se dále na dopad čl. 41 odst. 1 do konkrétní kontroly ústavnosti. Ústavní soud chápe možnost domáhat se uvedených práv pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí tak, že nositel práva se může domáhat toho, aby byl vůči němu zákon uplatňován ústavně konformním způsobem, když v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08 konstatuje, že “případné individuální zásahy jsou však pochopitelně

---

<sup>26</sup> HŘEBEJK, J. a V. PAVLÍČEK in PAVLÍČEK, V. a kol. Ústava a ústavní řád České republiky: komentář. 2. dopl. a podst. rozš. vyd., aktualiz. dotisk podle stavu k 1.1.2003. Praha: Linde, 2002, s. 338. Zákony - komentáře (Linde).

<sup>27</sup> KLÍMA, Karel. Komentář k Ústavě a Listině. Plzeň: Aleš Čeněk, 2005, str. 988.

<sup>28</sup> Viz nálezu Ústavního soudu z 23. 3. 2010, sp.zn. Pl. ÚS 8/07, bod 81.

i nadále reparovatelné standardními postupy včetně ústavní stížnosti”.<sup>29</sup> Takový názor je třeba chápat tak, že stěžovatel je oprávněn namítat pouze proti ústavní aplikaci dotčeného zákona, nikoliv však jeho neústavnost v abstraktním smyslu.

V jiném nálezu pak Ústavní soud sice připouští i možnou širší přípustnost ústavní stížnosti<sup>30</sup>, takový názor však zřejmě nebude v judikatuře Ústavního soudu udržitelný, jak ostatně ukazuje i nález Pl. ÚS 1/08.

Možnost domáhat se práv uvedených v čl. 41 odst. 1 pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí, tedy znamená především to, že společně s ústavní stížností nemůže být podán návrh na zrušení zákona nebo jiného právního předpisu anebo jejich jednotlivých ustanovení, jejichž uplatněním nastala skutečnost, která je předmětem ústavní stížnosti, jestliže podle tvrzení stěžovatele jsou v rozporu s ústavním zákonem. Nelze tedy užít ustanovení § 74 zákona o Ústavním soudu<sup>31</sup>. Takový postup by přímo odporoval omezené možnosti domáhat se práv vyjmenovaných v čl. 41 odst. 1.<sup>32</sup>

Samotná konkrétní kontrola ústavnosti cestou ústavní stížnosti tedy vyloučena není, je pouze omezena na přezkum aplikace zákona ústavně konformním způsobem, zejména s ohledem na požadavek rovnosti v právech, vyplývající z čl. 1 Listiny, a na požadavek čl. 4 odst. 3 Listiny na stejná omezení pro všechny případy, které splňují stanovené podmínky. Užít možnosti dané ustanovením § 74 zákona o Ústavním soudu nelze a jedinou možností stěžovatele, jak argumenty týkající se protiústavnosti dotčeného zákona předložit Ústavnímu soudu, je přesvědčit o těchto argumentech obecný soud. Ten je pak oprávněn předložit věc Ústavnímu soudu dle

---

<sup>29</sup> Viz nález Ústavního soudu z 20. 5. 2008, sp.zn. Pl. ÚS 1/08, bod 114.

<sup>30</sup> Viz usnesení Ústavního soudu z 29. 6. 2005, sp.zn. III. ÚS 118/05, v němž Ústavní soud konstatuje: *“Dle čl. 41 odst. 1 Listiny práv uvedených v čl. 26 odst. 1 Listiny je možno se domáhat pouze v mezích zákonů, které toto ustanovení provádějí. Úspěšné domáhání se základního práva plynoucího z čl. 26 odst. 1 Listiny (a tím i práva plynoucího z čl. 4 odst. 1 Listiny) je tudíž s ohledem na ustanovení čl. 41 odst. 1 Listiny podmíněno buď tvrzením protiústavnosti relevantního jednoduchého práva anebo tvrzením o porušení základních práv vyjmenovaných v čl. 41 odst. 1 Listiny v intenzitě zasahující míru jejich ochrany dle čl. 4 odst. 4 Listiny.”*

<sup>31</sup> Zákon č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>32</sup> WINTR, J. in WAGNEROVÁ, E.: Komentář. s. 838-839.

čl. 95 odst. 2 Ústavy<sup>33</sup>. Ostatní možnosti abstraktní kontroly ústavnosti zůstávají zachovány. Aktivní legitimace tedy náleží prezidentovi republiky, skupině 41 poslanců nebo skupině 17 senátorů.

### **2.3. Článek 4 odst. 4 Listiny základních práv a svobod**

*“Při používání ustanovení o mezích základních práv a svobod musí být šetřeno jejich podstaty a smyslu. Taková omezení nesmějí být zneužívána k jiným účelům, než pro které byla stanovena.”*

K čl. 4 Listiny jako celku lze říci, že je “úpravou výšece výkonu státní moci, a sice té, která se váže k omezování základních práv”<sup>34</sup>. Přičemž “funkcí všech odstavců ustanovení čl. 4 je ochrana základních práv před jejich nepatřičným krácením, jež by v extrémních případech mohlo vést až k jejich likvidaci. Jinými slovy, celé ustanovení čl. 4 stanoví limity výkonu veřejné moci při omezování základních práv”<sup>35</sup>.

Přímo ustanovení čl. 4 odst. 4 Listiny věta první pak stanoví, že “při používání ustanovení o mezích základních práv a svobod musí být šetřeno jejich podstaty a smyslu”.

“Adresáty uvedeného příkazu jsou všichni, kdo ustanovení o mezích základních práv a svobod “užívají” a podléhají tak vázanosti základními právy, tj. zejména orgány veřejné moci ve své funkci zákonodárné, výkonné i soudní.”<sup>36</sup>

V případě základních lidských práv se toto ustanovení užije bez dalšího. Naproti tomu v případě práv sociálních je třeba uvazovat i v kontextu ustanovení čl. 41 odst. 1 Listiny. Podstatný rozdíl mezi základními lidskými právy a právy sociálními spočívá v tom, že zatímco v případě základních práv nelze bez dalšího zasáhnout do jejich

---

<sup>33</sup> Viz ustanovení § 64 odst. 3 zákona o Ústavním soudu.

<sup>34</sup> WAGNEROVÁ, E.: Komentář. s. 124.

<sup>35</sup> WAGNEROVÁ, E.: Komentář. s. 125.

<sup>36</sup> JIRÁSKOVÁ, V. in KLÍMA, Karel et al. Komentář k Ústavě a Listině. Plzeň: Aleš Čeněk, 2005, s. 627.



podstaty a smyslu, tak v případě práv sociálních je nutné takový zásah posuzovat až v kontextu zákonů, které je provádějí.

V části věnované čl. 41 odst. 1 Listiny jsem se zabýval možným rozsahem přezkumu zásahu do vyjmenovaných práv Ústavním soudem z hlediska kompetenčního argumentu a dělby moci a vymezoval tento rozsah.<sup>37</sup> V této části se naopak pokusím odpovědět na otázku, jaký dopad na rozsah přezkumu Ústavním soudem má čl. 4 odst. 4 Listiny. Odpovím na otázku, jaké omezení práv vyjmenovaných v čl. 41 odst. 1 je ještě ústavně konformní a jaké již nikoli.

Právě čl. 4 odst. 4 Listiny se ukázal jako zcela zásadní v rozhodovací praxi Ústavního soudu ve vztahu k právům vyjmenovaným v čl. 41 odst. 1 Listiny. Ústavní soud totiž chápe toto ustanovení jako limit omezení práv uvedených v čl. 41 odst. 1 Listiny. Dalo by se říci jako nepodkročitelnou mez, která plní funkci zajištění, že poukaz na čl. 41 odst. 1 Listiny nepovede zákonodárce k úplnému popření práv v něm vyjmenovaných, neboť “práva a svobody nemohou zůstat pouhými deklaracemi bez reálného obsahu a aplikovatelnosti”<sup>38</sup>.

Toto spojení obou analyzovaných článků Listiny a teorie o odlišném právním charakteru základních lidských práv a práv sociálních se pak v rozhodovací praxi Ústavního soudu promítá dvojitým způsobem posuzování ústavní konformity zákonné úpravy.

V případě základních lidských práv se pro posouzení ústavní konformity používá tzv. test proporcionality. Tento test sestává ze tří kroků, z testu vhodnosti, testu potřebnosti a testu proporcionality v užším smyslu.<sup>39</sup> Proti tomu v případě sociálních práv užívá Ústavní soud tzv. test racionality. Zřejmě poprvé využil tohoto “slabšího” testu v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 61/04, v němž rozhodoval o rozsahu práva na stávku, které je jedním z práv vypočtených v čl. 41 odst. 1. Listiny V tomto nálezu konstatuje, že:

---

<sup>37</sup> Který ústavní soud i sám nalézá a specifikuje. Viz teorie sebeomezení v nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/08, zejména bod 88. a 92.

<sup>38</sup> PAVLÍČEK, Václav a kolektiv. Ústava a ústavní řád České republiky: komentář. 2 díl: Práva a svobody. 2. dopl. a podst. rozš. vyd., aktualiz. dotisk podle stavu k 1.1.2003. Praha: Linde, 2002, s. 61. Zákony - komentáře (Linde).

<sup>39</sup> ALEXY, Robert. A theory of constitutional rights. Překlad Julian Rivers. Oxford: Oxford University Press, 2002, 462 s.

“stanovení konkrétních podmínek výkonu tohoto práva, resp. jeho mezí pak Listina svěřuje zákonodárci, jenž při tom požívá poměrně široký prostor pro uvážení. Ani zde však nesmí zákonodárce postupovat svévolně, což znamená, že zákonodárce musí [...] respektovat princip rovnosti a stanovit meze práva na stávkou stejně pro všechny případy, které splňují stanovené podmínky (čl. 4 odst. 3 Listiny). Zákonodárce ovšem nesmí postupovat ani nerozumně. Vzhledem k čl. 41 odst. 1 Listiny nemusí být zákonná úprava práva na stávkou v přísném vztahu proporcionality k cíli, který je regulací sledován, tj. nemusí jít o opatření v demokratické společnosti nezbytné, jako je tomu například u jiných práv, jichž se lze dovolávat přímo z Listiny. Testem ústavnosti v tomto smyslu projde taková zákonná úprava, u níž lze zjistit sledování nějakého legitimního cíle a která tak činí způsobem, jež si lze představit jako rozumný prostředek k jeho dosažení, byť nutně nemusí jít o prostředek nejlepší, nejvhodnější, nejúčinnější či nejmoudřejší.”<sup>40</sup> A následně dodává zásadní: “Zákonodárce konečně musí šetřit podstatu a smysl práva na stávkou (čl. 4 odst. 4 Listiny). Zákonem tedy například nelze právo na stávkou zcela zakázat nebo je omezit vůči osobám v jiných profesích nebo činnostech, než které vyjmenovává čl. 44, resp. čl. 27 odst. 4 Listiny. Nelze ani stanovit takové podmínky pro výkon tohoto práva, jejichž splnění by reálně nebylo možné, takže by se garance práva na stávkou stala pouhou iluzorní proklamací.”<sup>41</sup>

Takto popsaný test racionality pak Ústavní soud dále rozvádí zejména v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08: “V kombinaci s požadavkem plynoucím z čl. 4 odst. 4 Listiny lze vytyčit 4 kroky vedoucí k závěru o ústavnosti či neústavnosti zákona, jenž provádí ústavně garantovaná sociální práva:

1. vymezení smyslu a podstaty sociálního práva, tedy určitého esenciálního obsahu,
2. zhodnocení, zda se zákon nedotýká samotné existence sociálního práva nebo jeho skutečné realizace (esenciálního obsahu). Pokud se nedotýká esenciálního obsahu sociálního práva, dále
3. posouzení, zda zákonná úprava sleduje legitimní cíl; tedy zda není svévolným zásadním snížením celkového standardu základních práv, a konečně

---

<sup>40</sup> Viz náleží Ústavního soudu z 5. 10. 2006 sp. zn. Pl. ÚS 61/04, bod 41.

<sup>41</sup> Viz náleží Ústavního soudu z 5. 10. 2006 sp. zn. Pl. ÚS 61/04, bod 42.

4. zvážení otázky, zda zákonný prostředek použitý k jeho dosažení je rozumný (racionální), byť nikoliv nutně nejlepší, nejvhodnější, nejúčinnější či nejmoudřejší.”<sup>42</sup>

Takto je v plné šíři vymezen test racionality, jak jej při přezkumu ústavnosti zásahu do sociálních práv Ústavní soud užívá. Užití testu proporcionality je tedy v případě sociálních práv omezeno, když přichází dle Ústavního soudu v úvahu až v situaci, kdy zákon svým obsahem zasahuje do smyslu a podstaty příslušného práva. V takovém případě slouží test proporcionality k tomu, aby “mimo jiné zhodnotil, zda zásah do esenciálního obsahu práva je odůvodněn naprostou výjimečností aktuální situace, která by takový zásah ospravedlňovala. Z charakteru sociálních práv tedy plyne, že zákonodárce nesmí popřít jejich existenci a realizaci, ačkoliv jinak má široký prostor k vlastnímu uvážení.”<sup>43</sup>

Na citovaných úvahách Ústavního soudu je zřetelně vidět, jak důležitou roli v možnosti zákonodárce svobodně určovat rozsah sociálních práv<sup>44</sup> hrají oba výše popsané články Listiny. Zatímco čl. 41 odst. 1 Listiny rozšiřuje možnosti zákonodárce upravit rozsah sociálních práv a naopak stanovuje limit přezkumu pro Ústavní soud, tak čl. 4 odst. 4 stanoví pro zákonodárce jednoznačný limit. Tímto limitem je esenciální obsah konkrétního sociálního práva, jímž se rozumí smysl a podstata tohoto práva.

Jedině při spojení obou těchto článků můžeme nalézat jaké jsou ústavní limity, které musí zákonná úprava poskytování zdravotní péče splňovat, aby odpovídala právu na zdravotní péči dle čl. 31 Listiny. Takovým vymezením získáme zároveň odpověď na otázku jaké možnosti má zákonodárce, aby systém poskytování zdravotní péče nastavoval, upravoval a přizpůsoboval konkrétním podmínkám vyplývajícím z reálného stavu společnosti. Ať už půjde o podmínky politické, právní, finanční či jiné.

---

<sup>42</sup> Viz náleze Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/08, bod 103. až 105.

<sup>43</sup> Viz náleze Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/08, bod 103. až 105.

<sup>44</sup> Mezi které patří i právo na bezplatnou zdravotní péči dle čl. 31 Listiny.

## 2.4. Shrnutí

Jak bylo popsáno, nelze o čl. 31 Listiny uvažovat izolovaně. Při všech úvahách o obsahu práva na poskytování zdravotní péče je sice třeba v první řadě vyjít z gramatického výkladu samotného článku, což umožňuje poznat, jaké právo je v tomto článku obsaženo. Avšak pro poznání rozsahu tohoto práva, jeho vymahatelnosti a aplikace, musíme využít i čl. 41 odst. 1 a čl. 4 odst. 4 Listiny. Z pohledu čl. 41 odst. 1 Listiny je zásadní, aby toto právo bylo provedeno zákonem, kterým je toto právo uvedeno v život. Zároveň však tento zákon nesmí právo na poskytování a úhradu zdravotní péče provádět způsobem, který by toto právo negoval. Parlament nesmí přijmout ani takový prováděcí zákon, který by znamenal zásah do podstaty a smyslu práva na poskytování a úhradu zdravotní péče, neboť by se vystavoval možnosti zrušení takového zákona Ústavním soudem s ohledem na čl. 4 odst. 4.

Samotnému prováděcímu zákonu čl. 31 Listiny se budu věnovat v další kapitole.

### 3. Zákon o veřejném zdravotním pojištění

Zákon o veřejném zdravotním pojištění, jakožto prováděcí zákon čl. 31 Listiny, je nejdůležitějším předpisem v oblasti poskytování a úhrady zdravotní péče. Jde o předpis, který ve své hlavní části vymezuje rozsah hrazené péče z veřejného zdravotního pojištění. Z pohledu čl. 41 odst. 1 Listiny je zákonem, v jehož mezích se lze domáhat práva uvedeného v čl. 31 Listiny.

Přitom zákon samotný vznikl poměrně narychlo a mělo se jednat o přechodné řešení. Jeho vznik byl vynucen nálezem Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 35/95, který zrušil předchozí úpravu určování úhrady zdravotní péče a nároku pojištěnce na bezplatnou zdravotní péči. Zákon neměl být řešením komplexním a definitivním, což připouští i důvodová zpráva.<sup>45</sup> Zákon o veřejném zdravotním pojištění vstoupil v účinnost 1. dubna 1997, a přestože bylo uvažováno o revizi celého systému poskytování zdravotní péče a přijetí nové úpravy, je v účinnosti dodnes. K předpokládané systémové změně tedy nedošlo. Místo toho je zákon pouze novelizován, vždy pro určitý konkrétní problém, bez hlubších změn nastavení systému poskytování zdravotní péče jako celku.<sup>46</sup>

Popsané nekoncepčnosti odpovídá i obsah předmětného zákona, který v sobě mísí úpravu několika oblastí, které se k sobě tematicky nehodí. Nejmarkantnější je to přitom u části druhé a částí třetí zákona, ve kterých je upraveno pojistné a práva a povinnosti plátců pojistného. Tyto oblasti by mnohem spíše patřily do zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění<sup>47</sup>. Obdobně se domnívám, že část šestá,

---

<sup>45</sup> Důvodová zpráva k zákonu č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: [http://www.psp.cz/eknih/1996ps/tisky/t009800d.htm#\\_d](http://www.psp.cz/eknih/1996ps/tisky/t009800d.htm#_d)

“Nový zákon nemá ambici přinášet převratná, často diskutovaná, avšak neucelená nová koncepční řešení systému všeobecného zdravotního pojištění, která navíc dosud nenalézají širší odborný, politický i občanský konsensus. Osnova vychází z poznání, že dosavadní systém, který se vyvíjí již šestým rokem představuje takový způsob financování zdravotnictví, jehož možnosti se dosud nevyčerpaly, byť je zřejmé, že bude potřebné sáhnout k základní revizi celého systému.”

<sup>46</sup> Přičemž není bez zajímavosti, že k dnešnímu dni došlo již celkem k 52 novelizacím.

<sup>47</sup> Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

která upravuje regulaci cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, by měla být upravena samostatně<sup>48</sup>, případně vložena do zákona o léčivech.<sup>49</sup>

Domnívám se, že zákon o veřejném zdravotním pojištění je v mnoha ohledech problematický, a to zejména v oblasti určení nároku pojištěnce na bezplatnou zdravotní péči. Prvním důvodem je množství nesouvisejících oblastí, které tento zákon upravuje. Druhým a zásadnějším důvodem je pak skutečnost, že zákon o veřejném zdravotním pojištění je v naprosté většině případů pouze nekonceptně novelizován, vždy pouze v konkrétní oblasti, která je shledána jako problematická. To je většinou způsobeno buď nálezem Ústavního soudu, který určitou část zákona o veřejném zdravotním pojištění shledá jako protiústavní nebo změnou politické reprezentace a z toho plynoucí změnou přístupu k poskytování zdravotní péče. To však nic nemění na skutečnosti, že zákon o veřejném zdravotním pojištění je právním předpisem, který vymezuje fungování systému poskytování zdravotní péče, určuje rozsah nároku pojištěnce na bezplatnou zdravotní péči a stanovuje podmínky, za nichž je tato péče poskytována. Konkrétní problémy, které ze současné úpravy vyplývají, budou předmětem samostatné kapitoly, přičemž v této kapitole se omezím pouze na charakteristiku existujícího právního stavu. Meritem úpravy poskytování zdravotní péče je pak zejména část čtvrtá zákona o veřejném zdravotním pojištění, která upravuje práva a povinnosti pojištěnce a část pátá, která upravuje podmínky poskytování hrazených služeb. Těmto částem se proto budu věnovat zvlášť.

### **3.1. Práva a povinnosti pojištěnce**

Úprava práv a povinností pojištěnce obsažená v části čtvrté zákona o veřejném zdravotním pojištění umožňuje určit, jaké je postavení pojištěnce v systému

---

<sup>48</sup> V tomto případě se přitom jedná v podstatě o samostatně vloženou část zákona, což je ostatně patrné i z číslování příslušných ustanovení, když jde o ustanovení § 39a až 39q. Tato část i vznikala samostatně - jako reakce na nález Ústavního soudu z 16. 1. 2007, sp. zn. Pl. ÚS 36/05, který zrušil dosavadní úpravu určování úhrady léčivých přípravků.

<sup>49</sup> Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů.

poskytování zdravotní péče. Nejprve je třeba si uvědomit, že pojištěnec je při poskytování zdravotní péče ve dvojím právním vztahu. První vztah existuje mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou, u níž je pojištěn. Ačkoliv je subjektem povinným zajistit provedení práva na poskytování zdravotní péče stát, prostřednictvím zákona o veřejném zdravotním pojištění přenáší tuto povinnost na zdravotní pojišťovny.<sup>50</sup> Zdravotní pojišťovna, které stát přerozděluje prostředky získané výběrem pojistného na veřejné zdravotní pojištění, má zejména povinnost vytvořit síť smluvních poskytovatelů zdravotní péče<sup>51</sup>, a těm pak hradit poskytnutou péči<sup>52</sup>.

Je to tedy zdravotní pojišťovna jejímž prostřednictvím dochází k úhradě zdravotní péče, která je pojištěncům poskytována bezplatně na základě čl. 31 Listiny.

Finanční vztahy v rámci systému se tedy odehrávají takřka výhradně mezi pojišťovnou a poskytovatelem. Pojištěnec je v tomto smyslu sice jednou stranou tohoto vztahu, nedisponuje však přímo finančními prostředky na úhradu péče, což výrazně ovlivňuje jeho postavení ve vztahu ke konkrétnímu poskytovateli, u něž je mu zdravotní péče poskytována. Ve smyslu ekonomických vztahů ve zdravotnictví je tedy pojištěnec pouze osobou oprávněnou, je to on kdo čerpá zdravotní služby. Osobou povinnou k úhradě této péče je zdravotní pojišťovna. Výše uvedené pak samozřejmě platí pouze v případě péče poskytované na základě veřejného zdravotního pojištění, neboť ta je pojištěnci poskytována bezplatně. V případě péče poskytované mimo rozsah veřejného zdravotního pojištění je osobou povinnou k úhradě této péče přímo ten, komu je taková péče poskytována.<sup>53</sup> Tomuto specifickému případu se však v této práci věnovat nebudu, neboť se vymyká z rozsahu práva na bezplatné poskytování zdravotní péče.

---

<sup>50</sup> Prostřednictvím zákona o veřejném zdravotním pojištění.

<sup>51</sup> Ustanovení § 46 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění:  
*“Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny (dále jen „síť“).”*

<sup>52</sup> Viz ustanovení § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

<sup>53</sup> Pokud je poskytovaná péče hrazená přímo, nejedná se tedy z definice o pojištěnce, a nevzniká vztah mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb. Vzniká pouze smluvní závazek mezi fyzickou osobou a poskytovatelem zdravotních služeb, kdy fyzické osobě svědčí právo na poskytnutí sjednané zdravotní péče a poskytovateli svědčí právo na zaplacení sjednané odměny.

Druhým vztahem, do kterého pojištěnec vstupuje, je vztah k poskytovateli zdravotních služeb. Ten je regulován zejména zákonem o zdravotních službách<sup>54</sup> a není předmětem této práce. Obecně však lze říci, že předmětem tohoto vztahu je zejména povinnost na poskytnutí zdravotní péče řádně.<sup>55</sup>

Určujícím pro postavení pojištěnce je tedy vztah mezi ním a zdravotní pojišťovnou, u níž je pojištěn. Je to právě zdravotní pojišťovna, která uvádí v život obecné definice určující rozsah hrazené péče z veřejného zdravotního pojištění. A postavení pojištěnce v tomto vztahu tak má přímý vliv na skutečný rozsah práva na úhradu zdravotní péči a na jeho aplikaci.

Zaměříme se nejprve na práva pojištěnce, které mu přiznává zákon o veřejném zdravotním pojištění v ustanovení § 11.

Pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny.<sup>56</sup> Je ale oprávněn změnit zdravotní pojišťovnu jen jednou ročně, vždy k 1. lednu následujícího kalendářního roku, přičemž přihlášku je nutné podat nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny. Domnívám se, že zvolené řešení právo na výběr zdravotní pojišťovny bezdůvodně omezuje, a to zejména z toho důvodu, že přihlášku ke změně zdravotní pojišťovny lze podat pouze v prvních šesti měsících kalendářního roku. Zároveň za problematickou považuji i skutečnost, že právní následky jsou přiznány pouze první takové přihlášce a k případným dalším přihláškám se již nepřihlíží. Přesto že současné řešení práva na změnu zdravotní pojišťovny považuji za problematické se nedomnívám že by tato nevhodnost měla zásadní dopad. A to zejména z toho důvodu, že v České republice neexistuje skutečná soutěž zdravotních pojišťoven, neboť ty jsou spíše správci přerozdělených prostředků vybraných státem na zdravotním pojištění, a z tohoto důvodu nemá skutečnost, u které zdravotní pojišťovny je pojištěnec pojištěn, dopad na rozsah jeho práva na poskytování bezplatné zdravotní péče.

---

<sup>54</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

<sup>55</sup> Poskytování péče lege artis na základě ustanovení § 28 odst. 2 ve spojení s ustanovením § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách.

<sup>56</sup> Viz ustanovení § 11 odst. 1 písm. a) zákona o veřejném zdravotním pojištění.



Další oblastí jsou práva související s poskytovateli zdravotních služeb. Pojištěnec má právo na volbu poskytovatele, u něhož mu budou zdravotní služby poskytovány.<sup>57</sup> Do tohoto práva pak náleží i právo na výběr konkrétního zdravotnického zařízení. Nevyřešenou otázkou přitom zůstává, zda součástí tohoto práva je také právo na výběr konkrétního lékaře a případné zpoplatnění takového práva.<sup>58</sup>

Zákon o veřejném zdravotním pojištění pojištěnci poskytuje i možnost domáhat se nápravy v situaci, kdy se domnívá, že mu poskytovatelem nejsou poskytovány hrazené služby v souladu se zákonem, a to prostřednictvím stížnosti podle zákona o zdravotních službách.<sup>59</sup>

Dále jsou pojištěnci přiznána práva související s financováním zdravotní péče. Jde však do určité míry jen o práva zprostředkovaná, což souvisí s tím, že úhradu poskytnuté zdravotní péče provádí zdravotní pojišťovna, nikoliv přímo pojištěnec. Tato práva je třeba chápat spíše jako kvazikontrolní možnosti pojištěnce. Jde o právo *“na poskytnutí informací od zdravotní pojišťovny o jemu poskytnutých hrazených službách”*<sup>60</sup> a právo *“podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním”*<sup>61</sup>.

---

<sup>57</sup> Viz ustanovení § 11 odst. 1 písm. b) zákona o veřejném zdravotním pojištění a ustanovení § 28 odst. 3 písm. b) zákona o zdravotních službách.

<sup>58</sup> Přičemž se domnívám, že takové právo z předmětného ustanovení nevyplývá. Současná praxe některých poskytovatelů se tak pohybuje praeter legem, což není vhodné, už pro možnost stížností na zásah do práva na zdravotní péči poskytovanou nediskriminujícím způsobem. Obecně však možnost platby za volbu konkrétního zdravotnického pracovníka za protiústavní nepovažuji. Domnívám se však, že takový postup vyžaduje změnu zákona.

<sup>59</sup> Toto právo je obsaženo v ustanovení § 11 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Právní úprava stížností je v zákoně o zdravotních službách obsažena v části osmé, v ustanoveních § 93 až 97. Zařazení tohoto právního prostředku i do procesu domáhání se nápravy v případě domnělého neposkytnutí hrazených služeb v souladu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění je přinejmenším zvláštní, neboť stížnost se podává poskytovateli, proti kterému směřuje, a v případě, že osoba, která stížnost podala s jejím vyřízením nesouhlasí, je možné se obrátit na správní orgán, který poskytovateli udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Zdravotní pojišťovna tedy nemá v daném řízení žádná práva, přesto že je zjištění předmětných skutečností i případná náprava primárně jejím zájmem.

<sup>60</sup> Viz ustanovení § 11 odst. 1 písm. g) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

<sup>61</sup> Viz ustanovení § 11 odst. 1 písm. h) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Z hlediska předmětu této práce je nejzásadnější právo na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem<sup>62</sup>. Rozsahu hrazených služeb a podmínek za nichž jsou poskytovány, se budu věnovat ve výkladu k ustanovení § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Toto právo, vyplývající z čl. 31 Listiny, zakládá právní nárok na poskytnutí hrazených služeb v souladu s tímto zákonem. Důležitý je i dovětek, *“přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu”*, který zajišťuje ústavní maximu bezplatnosti obsaženou v čl. 31 Listiny, když výslovně zakazuje vybírat za hrazené služby finanční prostředky přímo od pojištěnce. V praxi se ukazuje, že požadavek na nevybírání přímých plateb i v souvislosti s poskytováním hrazených služeb, omezuje i zpoplatnění dalších služeb, které nejsou přímo zdravotní péčí.<sup>63</sup>

Poslední právo, kterému se budu věnovat, je právo pojištěnce *“na časovou a místní dostupnost hrazených služeb poskytovaných smluvními poskytovateli příslušné zdravotní pojišťovny”*<sup>64</sup>, které v souladu s povinností zdravotní pojišťovny vytvořit síť smluvních poskytovatelů, zajišťuje pojištěnci, že v určitém okruhu kolem jeho bydliště (vymezeném maximální dojezdovou dobou) se nachází smluvní poskytovatel, u kterého mu bude zdravotní péče poskytnuta bezplatně. A v případě taxativně vyjmenovaných výkonů i časovou lhůtu, ve které mu bude zdravotní péče poskytnuta.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění obsahuje vedle práv pojištěnce také jeho povinnosti, které jsou uvedeny v ustanovení § 12 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Na rozdíl od práv pojištěnce, ale nemají dopad na nárok na poskytování hrazené péče a ani se k nim neváží žádné sankce za jejich porušení. Přitom právě rozumným nastavením sankcí by bylo lze v konkrétním případě upravovat rozsah nároku. Ani tak by nemohlo dojít k negaci tohoto nároku, mohla by však být zavedena určitá

---

<sup>62</sup> Viz ustanovení § 11 odst. 1 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

<sup>63</sup> Může se jednat o celou řadu většinou nadstandardních služeb, jako je například poskytnutí lepšího pokoje či výběr konkrétního lékaře.

<sup>64</sup> Viz ustanovení § 11 odst. 1 písm. c) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

ekvivalence mezi chováním konkrétního pojištěnce a rozsahem práva na hrazenou péči, spočívající například v zavedení vyšší spoluúčasti pro pojištěnce, kteří své povinnosti nedodrží.

Z tohoto důvodu se povinnostem pojištěnce hlouběji nevěnuji. Uvedu pouze povinnosti, které souvisí s poskytováním zdravotní péče. Jde v první řadě o povinnost *“poskytnout součinnost při poskytování zdravotních služeb a kontrole průběhu individuálního léčebného postupu a dodržovat poskytovatelem stanovený léčebný režim”*<sup>65</sup>.

Dalšími jsou povinnosti *“dodržovat opatření směřující k odvrácení nemoci”*<sup>66</sup> a *“vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví”*<sup>67</sup>. Vzhledem k tomu, že za porušení žádné z těchto povinností nejsou stanoveny sankce, jde o imperfektní normy spíše deklaratorního charakteru.<sup>68</sup> Znamená to, že protiprávní chování pojištěnce není vůbec zohledněno v platební povinnosti vůči systému zdravotního pojištění.

### **3.2. Podmínky poskytování hrazených služeb**

Podmínky poskytování hrazených služeb jsou v zákoně o veřejném zdravotním pojištění systematicky zařazeny v části páté. Tato část obsahuje definici hrazené péče, péče z úhrady vyjmuté, podmínky poskytování hrazené péče a ustanovení upravující výjimečnou úhradu péče jinak nehrazené. Můžeme tedy konstatovat, že tato část vymezuje, jaká péče patří do rozsahu čl. 31 Listiny a musí být tedy na základě veřejného pojištění poskytována bezplatně<sup>69</sup>.

V této kapitole se budu věnovat charakteristice příslušných ustanovení, abychom získali odpověď na otázku, jaká péče patří do výčtu péče hrazené, a za jakých podmínek

---

<sup>65</sup> Viz ustanovení § 12 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

<sup>66</sup> Viz ustanovení § 12 písm. f) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

<sup>67</sup> Viz ustanovení § 12 písm. g) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

<sup>68</sup> BOGUSZAK, Jiří, Jiří ČAPEK a Aleš GERLOCH. Teorie práva. Vyd. 1. Praha: Eurolex Bohemia, 2001, s. 79.

<sup>69</sup> Není přitom bez zajímavosti, že do této části jsou systematicky zařazeny i tzv. regulační poplatky.

na ní mají pojištěnci nárok. Z tohoto důvodu se nevěnuji ustanovení § 14 zákona o veřejném zdravotním pojištění, které upravuje zdravotní péči poskytovanou v cizině, což není předmětem této práce.

### 3.2.1. Ustanovení § 13 Hrazené služby

Základní definici hrazené péče<sup>70</sup> podává ustanovení § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění, nazvané symptomaticky “hrazené služby”. Toto ustanovení ve svém odst. 1 stanoví definiční znaky - podmínky, které musí být splněny, aby konkrétní zdravotní péče byla hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tyto podmínky je přitom třeba naplnit kumulativně.<sup>71</sup>

Jde v první řadě o podmínku spočívající v cíli poskytování dané služby, hrazená je taková zdravotní péče, která je pojištěnci poskytována s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení.<sup>72</sup> Toto je primární podmínka, na kterou navazují podmínky další, směřující už spíše ke vhodnosti a bezpečnosti poskytované zdravotní péče. Tomu odpovídá i podmínka druhá, která stanoví, že hrazena je taková

---

<sup>70</sup> Respektive hrazených zdravotních služeb. V této práci přitom používám termín zdravotní péče. Činím tak vědomě a důvodem je zejména zachování čtenářské srozumitelnosti práce. Termín zdravotní péče považuji za srozumitelnější a bližší tématu práce, než legislativní termín zdravotní služby. Zdravotní služby přitom v sobě zahrnují i zdravotní péči. To ostatně vyplývá i z důvodové zprávy k zákonu o zdravotních službách. Ve zvláštní části důvodové zprávy, k ustanovení § 2, s. 117 je uvedeno:

*“Zdravotní služby je pojmem širším než je pojem zdravotní péče. Zdravotní péče zahrnuje jednotlivé zdravotní výkony a další činnosti směřující zejména k předcházení, odhalení, odstranění nemoci, ke zlepšení zdravotního stavu, pomoci při reprodukci a porodu. Současně však existují další činnosti, např. konzultační služby, zdravotnické dopravní služby, zdravotnická záchranná služba, nakládání s tělem zemřelého, které úzce souvisejí s poskytováním zdravotní péče. Soubor všech těchto činností je zahrnut pod definici zdravotních služeb.”*

Viz Důvodová zpráva k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Sněmovní tisk 405/0. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 2010 - 2013. [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=6&ct=405&ct1=0>.

<sup>71</sup> Ustanovení § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění:

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

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

<sup>72</sup> Paliativní péče, spočívající v poskytování zdravotní péče zmírňující utrpení byla do definice hrazené péče vložena až k 1. 12. 2011 zákonem č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

zdravotní péče, která “odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejím poskytnutím dosaženo, a je pro pojištěnce přiměřeně bezpečná”. Na to navazuje podmínka poskytování zdravotní péče *lege artis*, tedy poskytování zdravotní péče “v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy”<sup>73</sup>.

A poslední podmínkou pro úhradu zdravotní péče je, že “existují důkazy o její účinnosti vzhledem k účelu jejího poskytování”.

Ustanovení § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění tak dává obecnou odpověď na otázku, jaká zdravotní péče bude pojištěnci hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Je nezbytně nutné, aby pro úhradu zdravotní péče byly splněny všechny výše uvedené podmínky. Toto ustanovení lze považovat za základ zákonného provedení práva na bezplatnou zdravotní péči, jak vyplývá z čl. 31 Listiny. V dalších ustanoveních, zejména v ustanovení § 15 zákona o veřejném zdravotním pojištění je tento rozsah již jen zužován.

### **3.2.2. Ustanovení § 15 Rozsah hrazené péče**

Ustanovení § 15 zákona o veřejném zdravotním pojištění významným způsobem doplňuje ustanovení § 13 tak, že narozdíl od obecné definice, která je obsažena v ustanovení § 13, tuto definici zpřesňuje. Některé výkony tak ustanovení § 15 z úhrady přímo vylučuje a u některých výkonů či léčivých přípravků naopak stanoví, že se hradí vždy. Zatímco ustanovení § 13 odpovídá na otázku, jaké podmínky musí být obecně splněny, aby byla péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění, tak ustanovení § 15 tuto obecnou definici konkretizuje. Z tohoto pohledu je zásadní ustanovení §15 odst. 1, které stanoví, že “ze zdravotní pojištění se nehradí, nebo se hradí jen za určitých podmínek, zdravotní výkony uvedené v příloze č. 1 tohoto zákona.” Ustanovení odst. 1

---

<sup>73</sup> Touto větou v ustanovení § 13 odst. 1 písm. b) je i do zákona o veřejném zdravotním pojištění vtělena povinnost poskytovat zdravotní péči “*lege artis*”, v tomto případě proto, aby mohla být péče hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Povinnost poskytovat zdravotní péče *lege artis* přitom mají poskytovatelé vždy, a to na základě ustanovení § 45 odst. 1 ve spojení s ustanovením § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách. Tomu zrcadlově odpovídá také právo pacienta na poskytování takové péče provedené v ustanovení § 28 odst. 2 tohoto zákona.

tak přímo zužuje rozsah hrazené péče i o výkony, které jinak splňují podmínky ustanovení § 13. Při posuzování, zda konkrétní zdravotní péče bude ze zdravotního pojištění hrazena, se proto nemůžeme omezit na výklad samotného ustanovení § 13.

V dalších odstavcích ustanovení § 15 se pak dále zpřesňuje rozsah péče, která je ze zdravotního pojištění hrazena. Odst. 2 ustanovení § 15 například z úhrady zcela vylučuje výkony akupunktury. Odst. 14 ustanovení § 15 vyřazuje z úhrady i vyšetření, 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.” Toto ustanovení tak vyřazuje z úhrady například výkony estetické chirurgie či běžné zdravotní prohlídky, které jsou nutné například při žádosti o řidičské oprávnění. Podle mého názoru pak toto ustanovení dopadá také na oprávnění pacienta, vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, tedy tzv. právo na druhý názor<sup>74</sup>.

Dalším částem ustanovení § 15 se nevěnuji, neboť neupravují úhradu zdravotní péče, ale úhradu léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Přitom úhrada léčivých přípravků a zdravotnických prostředků je v současné právní úpravě značně samostatná a vyžádala by si samostatné zpracování.

Zvolené řešení, spočívající ve vynětí konkrétních výkonů z rozsahu péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění přímo zákonem<sup>75</sup>, se zdá být jako jedinou ústavně konformní možností omezení rozsahu hrazené péče. Tento názor dovozují z nálezů Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 14/02 a Pl. ÚS 36/11. Problémům spojeným s omezováním rozsahu hrazené péče pouze formou zákona se budu dále věnovat.

---

<sup>74</sup> Toto právo je pacientovi dáno na základě ustanovení § 28 odst. 3 písm. c) zákona o zdravotních službách. Toto oprávnění pak dle mého názoru naplňuje definici uvedenou v ustanovení § 15 odst. 14 větě první zákona o veřejném zdravotním pojištění, neboť se jedná o zdravotní službu poskytnutou na žádost a tato služba bezprostředně nesměřuje k zachování či zlepšení zdravotního stavu.

<sup>75</sup> Příloha č. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění přes § 15 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

### 3.2.3. Ustanovení § 16 Výjimečná úhrada

Na základě výše popsaných ustanovení můžeme konstatovat, že současná konstrukce rozsahu hrazené péče je nastavena přes obecnou definici obsaženou v ustanovení § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění, která je dále konkretizována (či spíše zužována) v ustanovení § 15. Takto zvolené legislativní řešení, může v konkrétním případě vést k situaci, kdy by pro konkrétního pojištěnce nebyla pro něj potřebná zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění hrazena. S ohledem na právo na zdravotní péči dle čl. 31 Listiny se domnívám, že takto popsaná situace by se dostala do rozporu s ustanovením čl. 31 Listiny věty druhé, jelikož by šlo o zásah do podstaty a smyslu tohoto práva.

Takového rizika si byl zřejmě vědom i zákonodárce, a proto je pro nápravu takové situace do zákona vloženo ustanovení § 16, nazvané výjimečná úhrada<sup>76</sup>. Toto ustanovení obsahuje možnost napravit v konkrétním případě vzniklý rozpor s požadavkem Listiny. Podle tohoto ustanovení hradí příslušná zdravotní pojišťovna ve výjimečných případech péči, jinak z prostředků zdravotního pojištění nehrazenou, pokud je její poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zdravotní péče.

Ustanovení § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění umožňuje čerpat péči nehrazenou jako péči hrazenou, logicky je však nutné, aby byly stanoveny podmínky, za nichž k tomu může dojít. Tyto podmínky musí být splněny kumulativně:

- a) musí se jednat o výjimečný případ,
- b) musí se jednat o zdravotní péči jinak nehrazenou,
- c) musí jít o jedinou možnost zdravotní péče z hlediska zdravotního stavu pojištěnce,
- d) v případech, kdy nehrozí nebezpečí z prodlení, je poskytnutí vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře zdravotní pojišťovny.

---

<sup>76</sup> Ustanovení § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, které zní:

„(1) Příslušná zdravotní pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní péči, jinak zdravotní pojišťovnou nehrazenou, je-li její poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zdravotní péče.

(2) S výjimkou případů, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, je poskytnutí zdravotní péče podle předchozího odstavce vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře.“

Domnívám se, že první podmínka má spíše deklaratorní charakter, neboť lze soudit, že každý případ, kdy jediná možná péče bude pro pacienta nehrazená, je možno považovat za výjimečný případ<sup>77</sup>.

V případě druhé podmínky je situace složitější. Fakt, že se musí jednat o péči jinak nehrazenou znamená, že daná péče nesmí být hrazena vůbec a nikde. Informaci o tom, zda je konkrétní péče poskytována jako hrazená či nikoli, a případně i u kterého poskytovatele je hrazena, poskytuje svému pojištěnci příslušná zdravotní pojišťovna<sup>78</sup>.

V současné době existují v právní úpravě úhrady zdravotní péče celkem tři možné situace, které mohou u konkrétního druhu zdravotní péče z hlediska její úhrady nastat:

- a) jde o péči hrazenou,
- b) jde o péči nehrazenou,
- c) jde o péči hrazenou jen na speciálním pracovišti<sup>79</sup>.

V případě prvním, kdy je péče hrazená, by její poskytnutí mělo být typicky bezproblémové. Není tomu tak vždy, což je jednou ze stěžejních úvah, které řeším v této práci a takovou situaci proto rozeberu dále. Na tomto místě ale předpokládejme, že faktický stav při poskytování a úhradě zdravotní péče odpovídá stavu právnímu. Odmítnutí poskytnutí hrazené péče je protiprávní<sup>80</sup>. Možnou obranou může být stížnost<sup>81</sup> na poskytovatele a žádost na zdravotní pojišťovnu o informaci o jiném smluvním poskytovateli zdravotních služeb, kde bude péče poskytnuta.

Ačkoliv je neposkytnutí hrazené péče smluvním poskytovatelem zdravotních služeb protiprávní, nelze se nápravy domáhat přes ustanovení § 16 zákona o veřejném

---

<sup>77</sup> Ačkoliv připouštím, že může existovat taková péče jejíž poskytnutí není pro pojištěnce z pohledu jeho zdravotního stavu natolik zásadní aby se jednalo o výjimečný případ.

<sup>78</sup> Viz ustanovení § 46 odst. 1 a ustanovení § 11 odst. 1 písm. b) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

<sup>79</sup> Například léčiva označená symbolem „S“ dle ustanovení § 15 odst. 10 zákona o veřejném zdravotním pojištění ve příloze vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

<sup>80</sup> Viz ustanovení § 11 odst. 1 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

<sup>81</sup> Viz ustanovení § 11 odst. 2 a zároveň část osmá zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.



zdravotním pojištěním. Odmítnutí poskytnutí hrazené péče smluvním poskytovatelem totiž nemění nic na právní povaze takovéto péče, která tak stále zůstává péčí hrazenou. Nedojde proto k naplnění podmínky, že pro výjimečnou úhradu je způsobilá pouze péče nehrazená.

Ve druhém případě, kdy je péče nehrazená, je situace jednodušší. Poskytovatel zdravotních služeb odmítne poskytnutí konkrétní péče jako hrazené s odůvodněním, že se jedná o péči nehrazenou a nabídne její poskytnutí za přímou úhradu. Pojištěnec si tedy může zvolit poskytnutí takové péče za přímou úhradu nebo případně, pokud jsou splněny i ostatní podmínky ustanovení § 16, žádat úhradu takové péče na zdravotní pojišťovně.

Poslední situace leží na pomezí předchozích dvou. Konkrétní typ péče totiž nemusí být hrazen u všech smluvních poskytovatelů zdravotních služeb, ale jen na některých speciálních pracovištích, s nimiž má pojišťovna o úhradě této péče uzavřenu zvláštní smlouvu. Tímto způsobem jsou hrazeny tzv. centrová léčiva, neboli léčiva označená úhradovým symbolem „S“. Poskytnout konkrétní léčivý přípravek jako hrazený tak pojištěnci může pouze specializované pracoviště, které má tento léčivý přípravek zvlášť uveden ve smlouvě. U poskytovatelů, kteří smlouvu na tento léčivý přípravek uzavřenu nemají, není poskytnutí za úhradu ze zdravotního pojištění možné. Pojištěnec může požádat zdravotní pojišťovnu o informaci, na kterých pracovištích je možné získat léčivý přípravek jako hrazený.

Ani v tomto případě nelze využít ustanovení § 16, neboť úhrada je sice omezena jen např. na jedno či dvě pracoviště v celé České republice, ale dle dikce ustanovení § 16 nejde o „péči jinak nehrazenou“, a není tak splněna jedna z podmínek aplikace tohoto ustanovení.

Z pohledu úhrady zdravotní péče ze zdravotního pojištění je skutečně jedinou možností aplikace ustanovení § 16 situace, kdy je zdravotní péče vyloučena z úhrady ze zdravotního pojištění zcela. V ostatních případech, a to i pokud by se jednalo o protiprávní jednání poskytovatele, musí být využity jiné právní prostředky, neboť pro aplikaci ustanovení § 16 nejsou splněny podmínky.

Nakonec třetí a čtvrtá podmínka spolu velmi blízce souvisí. Pro aplikaci ustanovení § 16 je nutné, aby konkrétní péče byla jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce. To logicky nemůže rozhodnout pojištěnec sám. V první řadě o takové indikaci rozhodne pravděpodobně ošetřující lékař pojištěnce. Ten ale sám nemá oprávnění, nejde-li o případ, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, péči bez dalšího poskytnout jako hrazenou. Poskytnutí péče jako hrazené z veřejného zdravotního pojištění je totiž, dle ustanovení § 16 odst. 2, vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře zdravotní pojišťovny. Až na základě jeho souhlasu s indikací ošetřujícího lékaře je možné zdravotní péči poskytnout jako hrazenou. Pouze v případě, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, může o hrazeném poskytnutí rozhodnout lékař sám, z dikce ustanovení § 16 vyplývá, že takové poskytnutí podléhá přezkumu revizního lékaře zdravotní pojišťovny *ex post*. Skutečnost, že se musí jednat o jedinou možnost z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, je největší limitací aplikace ustanovení § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Pouze v případě, kdy pro pojištěnce neexistují jiné alternativy, přichází v úvahu výjimečná úhrada. Posouzení toho, zda se opravdu jedná o jedinou možnost z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, je hlavním předmětem posuzování prováděného revizním lékařem zdravotní pojišťovny. A je to také důvod, proč je rozhodování o výjimečné úhradě svěřeno právě revizním lékařům, neboť takové posouzení může provést pouze lékař.

Podmínky aplikace ustanovení § 16 vyplývají ze samotného ustanovení, a jde pouze o výklad tohoto ustanovení. Zásadním problémem, který se v praxi objevil, je otázka procesního postupu, jehož má být při jeho aplikaci užito. Této otázce se ale budu věnovat v další části této práce.

#### **3.2.4. Nadstandardy**

Vzhledem k tématu této práce jsem se rozhodl mezi ustanovení, kterým se v této kapitole podrobně věnuji, zařadit i odst. 3 až 8 § 13 zákona o veřejném zdravotním

pojištění, tzv. nadstandardy. Jsem si plně vědom, že tato ustanovení byla zrušena ústavním soudem nálezem sp. zn. Pl. ÚS 36/11. Přesto považuji za nezbytné, aby zde jejich rozbor nechyběl, a to zejména z toho důvodu, že právní úprava nadstandardů byla prvním vážným pokusem o vložení ekonomického hlediska do rozsahu nároku na poskytování péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Jsem přesvědčen, že ekonomický rozměr nemůže být z úvah o rozsahu práva na zdravotní péči, vyplývajících z čl. 31 Listiny, vyloučen. Právě skutečnost, že k předmětným ustanovením existuje stanovisko Ústavního soudu, je tak spíše důvodem, proč se jim věnovat. V této části se obdobně, jako v případě předcházejících ustanovení, omezím pouze na jejich charakteristiku. Dopady nálezu Ústavního soudu do vymezení rozsahu nároku na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění pak budu využívat v části věnované analýze zásadních problémů současné zákonné úpravy poskytování a úhrady zdravotní péče.

Ustanovení o nadstandardech umožňovala vyloučit z úhrady<sup>82</sup> ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče v případě, že bylo možné péči poskytnout ve více než jedné variantě za předpokladu, že další varianty takové péče nebyly ekonomicky shodné. Zjednodušeně řečeno tato ustanovení umožňovala Ministerstvu zdravotnictví autoritativně vyloučit z úhrady dražší zdravotní péči a jako hrazenou ponechat pouze nejlevnější variantu, označenou jako základní, za současného splnění podmínek stanovených v těchto ustanoveních.

Definice základní varianty zdravotní péče byla obsažena v ustanovení § 13 odst. 3 a zněla: “Pokud lze zdravotní služby uvedené v odstavci 1 poskytnout více než jedním způsobem, přičemž všechny tyto způsoby splňují podmínky stanovené v odstavci 1 a mají stejný terapeutický účinek, hradí se takový způsob zdravotních služeb, který je v souladu s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění.” Základním kritériem pro úvahu o ekonomických variantách zdravotní péče

---

<sup>82</sup> Prostřednictvím vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, a to konkrétně tak, že v části přílohy, bylo symbolem E označeno, že jde o ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče podle ustanovení § 13 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

tak zůstalo ustanovení § 13 odst. 1 jako ustanovení definující obecné požadavky pro úhradu zdravotní péče. Pouze za předpokladu, že všechny varianty poskytnutí zdravotní péče splňovaly tyto požadavky a zároveň měly stejný terapeutický účinek, přišlo na řadu jejich rozdělení podle ekonomické náročnosti. Ustanovení § 13 odst. 3 zajišťovalo, že ze všech těchto variant bude vždy alespoň jedna hrazená. Cílem tohoto ustanovení bylo snížit ekonomickou náročnost úhrady zdravotní péče tak, že tuto úhradu přiznávalo pouze zdravotní péči nejlevnější. Ekonomická náročnost zdravotní péče se tak stala přidruženým kritériem pro rozhodování o úhradě z veřejného zdravotního pojištění, ale nikoliv kritériem jediným, když dělení podle ekonomické náročnosti přicházelo v úvahu pouze v případě variant zdravotní péče, které mají stejný terapeutický účinek. Takto mělo být zabezpečeno, aby nemohlo dojít ke zpoplatnění základní varianty péče, tedy aby pro pojištěnce vždy existovala péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění odpovídající požadavkům jeho zdravotního stavu. Toto ustanovení tak zároveň bránilo invazi do podstaty a smyslu práva na poskytování zdravotní péče obsaženého v čl. 31 Listiny pro situaci, kdy existuje více variant poskytnutí zdravotní péče se stejným terapeutickým účinkem.

Ustanovení § 13 odst. 4 vylučovalo označení péče, kterou je možno poskytnout pouze v jedné variantě, za ekonomicky náročnější. Tím mělo být zajištěno, že ani zdravotní péči, kterou je možné poskytnout pouze jedním způsobem, nelze pro její ekonomickou náročnost vyloučit z úhrady. Toto ustanovení tak mělo za cíl zabránit invazi do podstaty a smyslu práva na poskytování zdravotní péče obsaženého v čl. 31 Listiny pro situaci, kdy existuje pouze jedna varianta poskytnutí zdravotní péče.

Zároveň toto ustanovení požadovalo, aby jakákoli péče definičně vymezená jako ekonomicky náročnější, byla takto označena v prováděcím právním předpise, vyhlášce Ministerstva zdravotnictví.

Zabezpečit postavení pojištěnce pak měla i další ustanovení, která nadstandardy upravovala. V první řadě šlo o ustanovení § 13 odst. 5, který ukládal poskytovateli zdravotních služeb povinnost nabídnout pojištěnci poskytnutí zdravotní péče v základní

variantě a informovat ho též o ekonomicky náročnější variantě, včetně rozdílu mezi cenou ekonomicky náročnější varianty a vyšší úhrady zdravotní péče v základní variantě. Poskytovatel byl zároveň povinen zveřejnit v prostorách zdravotnického zařízení, a způsobem umožňujícím dálkový přístup, ceník ekonomicky náročnějších variant zdravotní péče. V ustanovení § 13 odst. 6 byla stanovena povinnost poskytovatele zaznamenat informace podané na základě ustanovení § 13 odst. 5 do zdravotnické dokumentace pacienta, včetně informace o tom, že pojištěnec uhradil cenu za nadstandardní péči, pokud se pro takovou rozhodl. Tyto informace musely být ve zdravotnické dokumentaci stvrzeny podpisem pojištěnce a ošetřujícího lékaře. Spojením těchto dvou ustanovení bylo zajištěno, aby pojištěnci byla podána kompletní informace, jak o existenci základní varianty zdravotní péče a o tom, že základní varianta je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, tak o možnostech nadstandardních variant zdravotní péče a jejich ceně. Nebylo tedy možné nabízet pojištěnci pouze služby nadstandardní, vždy musela být nabídnuta i bezplatná varianta<sup>83</sup>.

Zákonodárce reagoval i na riziko, že poskytovatelé by mohli vybírat pacienty podle toho, zda preferují spíše nadstandardní péči. Pro obranu před takovým postupem byla do úpravy nadstandardu vložena ustanovení §13 odst. 7 a 8. Ustanovení § 13 odst. 7 stanoví prostě, že “poskytovatel nesmí při poskytování zdravotních služeb upřednostňovat pojištěnce, který si zvolí ekonomicky náročnější variantu”.

Ustanovení § 13 odst. 8 potom stanovuje pokutu za porušení povinností uvedených v ustanovení §13 odst. 6 a 7, v maximální výši 1.000.000,- Kč. A dále že: “opakované udělení pokuty je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb bez uplatnění výpovědní lhůty.”<sup>84</sup>

Za největší přínos úpravy nadstandardů pak jednoznačně považuji větu druhou ustanovení § 13 odst. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění, která stanovila:

---

<sup>83</sup> Samozřejmě za předpokladu, že se v konkrétním případě jedná o smluvního poskytovatele.

<sup>84</sup> Takováto sankce by pro poskytovatele byla v zásadě likvidační a v žádném případě tedy nelze sankce za porušení povinností vyplývajících z úpravy nadstandardu považovat za nepodstatné.

“Ostatní způsoby zdravotních služeb podle věty první, které nesplňují podmínku účelného a hospodárného vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění, se ze zdravotního pojištění hradí ve výši stanovené pro úhradu takových zdravotních služeb v základní variantě.” Na rozdíl od stavu před přijetím této úpravy tedy již nebylo nutné hradit nadstandardní péči její plnou cenou, ale postačovalo uhradit rozdíl mezi péčí nadstandardní a péčí hrazenou. To považuji za vhodné řešení jak pro zdravotnictví jako celek, tak pro pojištěnce. Pozitivní dopady, které v zavedení tohoto systému garantované úhrady vidím, jsou:

a) odstranění znevýhodnění pojištěnců, kteří měli zájem o nadstandardní péči, což do té doby nebylo možné

(To vyplývá z ustanovení § 11 odst. 1 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění, kde je zakázáno za hrazené služby požadovat od pojištěnce jakoukoli úhradu. Ani za nadstandardní péči proto nelze vybrat žádnou úhradu, což fakticky znemožňuje poskytování nadstandardní péče bez indikace lékaře, tedy bez odůvodněné potřeby pro její poskytnutí.),

b) k odstranění tlaku na lékaře, aby pojištěnci indikovali dražší péči a tu pak vykázali zdravotní pojišťovně jako potřebnou,

c) a tím i k úspoře finančních prostředků v systému úhrady zdravotní péče.

Zejména z těchto důvodů proto úpravu nadstandardů v českém právním řádu považuji za nezbytnou a domnívám se, že nějakou úpravu nadstandardů nezbytně potřebujeme. Je však nutné zmínit, že Ústavní soud našel v případě této úpravy argumenty pro její zrušení. Za nejzajímavější na tomto rozhodnutí pak považuji skutečnost, že ke zrušení došlo na základě abstraktního přezkumu ústavnosti. V případě takového přezkumu bych přitom očekával od Ústavního soudu větší zdrženlivost<sup>85</sup>,

---

<sup>85</sup> Srov. odlišné stanovisko soudce Stanislava Balíka k nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11: “Škoda, že byl opuštěn princip minimalizace zásahu.”

Více viz teorie sebeomezení v nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/08, zejména bod 88. a 92.

obdobně jako v případě rozhodování o regulačních poplatcích.<sup>86</sup> Samotné rozdělení péče na základní a nadstandardní totiž dle mého názoru protiústavní nebylo.<sup>87</sup>

Jsem navíc přesvědčen, že argument spočívající v neurčitosti definice nadstandardů obsažené v ustanovení § 13 odst. 3 je chybný. Zdá se, jako by Ústavní soud pominul kritérium stejné terapeutické účinnosti, kterým je, jak jsem popsal výše, zajištěno, že nemůže dojít k zásahu do podstaty a smyslu práva na zdravotní péči dle čl. 31 Listiny.

Nesouhlasím ani s derogačním argumentem Ústavního soudu spočívajícím v tom, že vymezení konkrétních ekonomicky náročnějších variant zdravotní péče až podzákoným právním předpisem je v rozporu s výhradou zákona dle čl. 31 Listiny. Tento argument je totiž založen na předpokladu, že co je nadstandardem, určuje autoritativně právě až podzákoný právní předpis. To však není přesné. O tom, co je a co není nadstandardem, nerozhoduje podzákoný právní předpis, nýbrž definice uvedená v ustanovení § 13 odst. 3. To není možné z úvahy vynechat. Existovala zde legální definice nadstandardu a existuje zde legální definice hrazené péče, proto se domnívám, že pro rozhodování o tom, jaká péče může být označena za ekonomicky náročnější, je určující zákonná definice. Na předmětnou vyhlášku Ministerstva

---

<sup>86</sup> Viz nálezy Ústavního soudu z 20. 5. 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08. Tento nálezy zde přitom uvádím zejména z toho důvodu, že se v tomto případě Ústavní soud přidržel již zmiňované teorie sebeomezení. Nejde mi tedy přímo o materii regulačních poplatků či o teorii Ústavního soudu o “rdousícím efektu”, jak ji nalezneme zejména v bodě 118. tohoto nálezu, kterou použil pro rozhodnutí o tom, zda regulační poplatky představují zásah do podstaty a smyslu práva na zdravotní péči dle čl. 31 Listiny. Právě proto, že regulační poplatky jako takové nejsou předmětem mého zájmu, nevěnuji se blíže ani části VI. B) nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11, kterým bylo rozhodnuto o zrušení poplatku za pobyt v nemocnici v novelizované výši 100,- Kč.

<sup>87</sup> I já si dokáži představit problém v péči pro konkrétního pacienta, jemuž je odmítnuto poskytnutí určitého druhu péče, který by v jeho případě byl terapeuticky účinnější s odkazem na to, že takový typ péče je ekonomicky náročnější a tudíž bude muset uhradit vzniklý rozdíl. Takový formalistický postup by samozřejmě mohl kolidovat s podstatou a obsahem čl. 31 Listiny a v takovém případě si skutečně dokážu představit zásah Ústavního soudu, avšak cestou ústavní stížnosti konkrétního stěžovatele. Navíc se domnívám, že k takovým excesům by nedocházelo, neboť se jedná o elementárně chybný výklad předmětných ustanovení a jsem proto přesvědčen, že k nápravě by stačovala již např. stížnost dle zákona o zdravotních službách, případně podnět pro kontrolní činnost pojišťovny.

zdravotnictví pak nahlížím spíše jako na prostředek směřující k lepší seznatelnosti práva.<sup>88</sup>

### 3.2.5. *Shrnutí*

Předchozí charakteristika ustanovení rozhodných pro vymezení rozsahu a obsahu nároků pojištění na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění je do této práce zařazena jako východisko pro následující kapitolu, ve které se již budu věnovat problémům, které aplikace těchto ustanovení v praxi přináší. Tato charakteristika je tedy podmínkou *sine qua non* pro pochopení následující kapitoly, a takto je třeba ji chápat. Z tohoto důvodu jsem se v této části, vyjma ustanovení o nadstandardech, která již byla zrušena, vyhýbal hodnotícím soudům a zaměřil jsem se jen na vyložení právního rámce.

---

<sup>88</sup> K této polemice s názorem Ústavního soudu pak dodávám ještě část odlišného stanoviska soudce Stanislava Balíka k nálezů Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11:

*“Pomůže k odstranění věčné nedůvěry změna formy právního předpisu?”*

*Bude 281 zákonodárců kvalifikovaně číst v odborných lékařských časopisech, aby mohli hlasovat o variantách zdravotních služeb?*

*Ad absurdum nebylo by nejpřesvědčivější, kdybychom o variantách rozhodovali v referendu?*

*Vždy to ve skutečnosti začne a skončí u skutečných odborníků. Jejich návrhu nezbude než přikývnout, protože laickou neznalost bude třeba doplnit důvěrou.*

*Nezůstala by zákonodárci pokud by bývala zůstala nezrušena posuzovaná právní úprava možnost přebít zákonem případnou zjevnou libovůli či exces projevené v právním předpisu nižší právní síly?”*



## 4. Problémy související se zákonem o veřejném zdravotním pojištění

Tato kapitola je zaměřena na problémy, které souvisí s nastavením systému poskytování zdravotní péče, zejména s rozsahem nároku pojištěnce na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Tyto problémy jsou z valné většiny založeny skutečností, že zákonodárce při tvorbě legislativy nerespektuje limity vyplývající z Listiny základních práv a svobod. Zásadní novely zákona o veřejném zdravotním pojištění jsou většinou přijímány *ad hoc* a bez ohledu na Listinu. Můžeme se jen dohadovat, zda je příčinou nepochopení významu Listiny v právním řádu České republiky nebo “jen” politická neochota či neschopnost postavit se čelem k vysoké finanční náročnosti systému úhrady zdravotní péče. Výsledkem takového přístupu jsou novely, které jsou nezřídka Ústavním soudem shledány jako protiústavní a zrušeny, případně které lze i při nejlepší vůli jen těžko označit lépe než jako polovičatá řešení.

Jak již bylo uvedeno, byl zákon o veřejném zdravotním pojištění původně koncipován jako norma dočasná, která bude nahrazena zcela novou komplexní právní úpravou. K tomu až do současnosti nedošlo a dnešní stát a z něj vyplývající problémy jsou toho důsledkem.<sup>89</sup>

Nemám ambici rozebrat v této práci všechny problémy, které jsou spojeny se zákonem o veřejném zdravotním pojištění, případně s úhradou zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění. Vybírám si jen ty oblasti, které jsou z mého pohledu nejzásadnější, které mají ústavní přesah a jsou přímo spojeny s rozsahem nároku pojištěnce na úhradu zdravotní péče.

Zcela pomímím především problémy vyplývající ze vztahu mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb, jejichž předmětem jsou primárně

---

<sup>89</sup> SLÁDEČEK, Vladimír a Olga POUPEROVÁ. Správní právo: zvláštní část: (vybrané kapitoly). Praha: Leges, 2011, s. 359-360. Student (Leges).

finanční vztahy mezi těmito subjekty. Důvodem pro jejich vynětí je jednak obsahová nesouvztažnost a jednak jejich rozsah. Zařazení těchto problému by znamenalo obsáhnout velmi rozsáhlou a samostatně stojící soudní judikaturu, zejména soudu Nejvyššího i soudu Ústavního. Přesto se k tomuto tématu ještě dostanu, když budu hovořit o určování rozsahu nároku pojištěnce podzákonnými právními předpisy.

#### **4.1. Zákonné vymezení nároku pojištěnce**

Pro zachování ústavní konformity jakéhokoliv právního předpisu, který provádí čl. 31 Listiny, je nezbytné, aby byly splněny všechny podmínky požadované tímto článkem. Jednou z těchto podmínek je také tzv. výhrada zákona<sup>90</sup>. “Požadavek zákonného základu pro možné omezení základního práva je vyvozován z demokratického principu, jakož i z principu materiálního právního státu. Jeho důvodem je znemožnit exekutivě realizaci vlastních představ o tom, jak a jak mnoho lze omezit základní práva. Tím, že toto oprávnění bylo uděleno demokraticky legitimovanému parlamentu, má být zajištěno, že k omezení základních práv dojde až po demokratickém parlamentním diskurzu, a navíc získává omezení základního práva i následnou demokratickou zpětnou vazbu.”<sup>91</sup>

S důvody, které E. Wagnerová na podporu výhrady zákona přináší, je třeba souhlasit. Ve prospěch parlamentního zákonodárství, potažmo požadavku na úpravu práva na zdravotní péči formou zákona, pak hovoří i další argumenty.

První skupinu tvoří argumenty reprezentace a demokratické legitimacy. J. Kysela dokázal velmi výstižně popsat argument reprezentace, když uvádí, že “co se všech týká, má být všemi rozhodováno”<sup>92</sup>. Reprezentace a demokratická legitimita jsou dány volbami, možností každého podílet se na tvorbě zákonodárského sboru, z čehož

---

<sup>90</sup> Ústavní základ pro tento požadavek je dán ustanovením čl. 4 odst. 2 Listiny základních práv a svobod: “Meze základních práv a svobod mohou být za podmínek stanovených Listinou upraveny pouze zákonem.”

<sup>91</sup> WAGNEROVÁ, E.: Komentář. s. 128, bod 20.

<sup>92</sup> KYSELA, Jan. Zákonodárství bez parlamentů: delegace a substituce zákonodárné pravomoci. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta v nakl. IFEC, Beroun, 2006, s. 13. Prameny a nové proudy právní vědy, no. 36.

přeneseně “vyplývá akceptabilita zákona pro občana z toho, že jej sám (svými reprezentanty) vytváří”<sup>93</sup>.

Další skupinu argumentů tvoří odpovědnost a transparentnost. Argument odpovědnosti je primárně chápán jako kontrola od voličů, kteří daného zákonodárce zvolili, a kteří ho nemusí zvolit znovu. Transparentnost je pak chápána jako “předpoklad vyvozování odpovědnosti, garantuje ji především zásada veřejnosti jednání parlamentů”<sup>94</sup>.

Poslední skupinu tvoří argumenty participace, deliberace a konradiktornosti. Tato skupina argumentů směřuje zejména k podstatě parlamentního procesu přijímání zákonů, ve kterém se odráží demokratické principy. Jak shrnuje J. Kysela, parlamentní rozhodování má potenciál zohledňovat rozličné zájmy a mínění, jsou zde přítomny i opačné názory reprezentované opozicí, způsob přípravy a přijímání rozhodnutí má ambici zajistit rozvažování o věci, přítomnost opozice a médií nutí i většinu vysvětlovat a zdůvodňovat přijaté rozhodnutí.<sup>95</sup>

Požadavek výhrady zákona je v případě čl. 31 Listiny uveden výslovně v samotném textu, když čl. 31 Listiny věta druhá stanoví, že “občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon”. Prováděcí zákon je nezbytný i z hlediska čl. 41 odst. 1, jak jsem podrobně rozebral výše, a nepřijetí prováděcího zákona by bylo samo o sobě protiústavní.

Na provedení tohoto článku zákonem trvá i Ústavní soud, a to s ohledem na výše uvedené argumenty. Poprvé se tak zřejmě vyjádřil již v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 35/95, když konstatuje, že: “právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky mají občané na základě veřejného pojištění a za podmínek blíže vymezených zákonem. Jestliže tedy tyto podmínky mohou být upraveny pouze zákonem, je zcela nezbytné, aby i rozsah a způsob jejich poskytování byl vymezen stejným legislativním režimem. Jiná

---

<sup>93</sup> KYSELA, J.: Zákonodárství bez parlamentů. s. 13.

<sup>94</sup> KYSELA, J.: Zákonodárství bez parlamentů. s. 19.

<sup>95</sup> KYSELA, J.: Zákonodárství bez parlamentů. s. 23.

než zákonná úprava by byla porušením Listiny a tedy i ústavnosti. Nelze připustit, aby vymezení rozsahu výše poskytované zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu bylo ponecháno na úpravě jiným než zákonným právním předpisům. Tím by se sféra ochrany základních práv a svobod dostala pod pravomoc moci výkonné, která k takovým pravomocím není oprávněna.”<sup>96</sup>

Ústavní soud zde tedy zřetelně nastavil limity, v nichž se může zákonodárce pohybovat při zmocnění exekutivy k provedení podmínek rozsahu a způsobu poskytování zdravotní péče podzákonnými právními předpisy. K tomuto vymezení se pak Ústavní soud vrací v případě nálezu Pl. ÚS 36/11, kdy posuzoval, zda zákonná definice nadstandardů vyhovuje těmto limitům. V tomto nálezu konstatuje, že: “podzákonná normotvorba je protiústavní, jestliže meze základních práv a svobod nemůže stanovovat nic jiného než přímo zákon. Tak je tomu i v řešeném případě mezi práva na bezplatnou zdravotní péči. Problematika je sice upravena v základních rysech již v samotném zákoně o veřejném zdravotním pojištění, ovšem jen zčásti. Nutný základní rámec pro podzákonný právní předpis je proto příliš stručný a neurčitý.”<sup>97</sup> A následně dále konkretizuje požadavky na prováděcí zákon, aby byla zachována jeho ústavní konformita. “Z pohledu Ústavního soudu je ale podstatné, zda úprava v zákoně sama o sobě, tedy i bez prováděcí vyhlášky, je adresátům dostatečně srozumitelná a zda by byla aplikovatelná. Prováděcí předpis má stanovit již jen její detaily.”<sup>98</sup>

Z citovaných názorů Ústavního soudu lze dovodit, jaké požadavky jsou na zákon provádějící čl. 31 Listiny, kladeny.

Nemyslím si, že zákonná úprava definice hrazené péče obsažená v ustanovení § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění takovým požadavkům vyhovuje. Domnívám se totiž, že definice hrazené péče uvedená v ustanovení § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění je příliš obecná a tím zároveň nesrozumitelná. Což je v přímém rozporu s požadavkem Ústavního soudu na srozumitelnost a aplikovatelnost. Otázka aplikace této normy je zajímavá právě s ohledem na její srozumitelnost.

---

<sup>96</sup> Viz náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 35/95.

<sup>97</sup> Viz náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11, bod 51.

<sup>98</sup> Viz náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11, bod 49.

Ustanovení § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění stanovuje podmínky úhrady péče z veřejného zdravotního pojištění a zajištění práva pojištěnce vyplývajícího z čl. 31 Listiny. Běžný pojištěnec bez medicínského vzdělání dokáže nejspíš dané ustanovení vyložit a pochopit jeho smysl, jen těžko však bude schopen jeho aplikace. Definice obsažená v tomto ustanovení proto podle mého názoru trpí stejnými vadami, pro které byla Ústavním soudem zrušena i možnost nadstandardů citovaným nálezem sp. zn. Pl. ÚS 36/11.

Chtěl bych na tomto místě konstatovat, že se nedomnívám, že by dané ustanovení bylo protiústavní, naopak rozporuji závěry Ústavního soudu. Pokouším se zjistit, jaká by tedy měla být definice hrazené péče, aby byla v souladu s požadavky Ústavního soudu. Musím se ptát, zda je trvání na srozumitelnosti právního předpisu v dnešní době ještě reálným požadavkem, a to zejména v oblasti poskytování zdravotní péče, která je vysoce odborná, a nebo je nutné přijmout fakt, že postupující specializace lidských činností vede nutně k tomu, že nejsme schopni porozumět všemu. Domnívám se, že trvání na srozumitelnosti se stále více ukazuje jako nereálné. Otázkou zůstává, zda je možné srozumitelnost práva nahradit jinými požadavky. Jsem přesvědčen, že vývoj společnosti nás z dlouhodobého hlediska donutí od požadavku srozumitelnosti upustit.<sup>99</sup> Myslím si, že bychom se měli pokusit nalézat kritéria jiná, jako je například transparentnost, ve smyslu kritérií pro přijímání právních předpisů.

Právě proto, že nesouhlasím s názorem Ústavního soudu, že definice nadstandardů, jak byla uvedena v § 13 odst. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění, je nesrozumitelná, osobně nepovažuji za nesrozumitelnou ani definici hrazené péče v ustanovení § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění.<sup>100</sup>

Přesto si nemyslím, že současná definice hrazené péče je v pořádku. Problém však vidím jinde než Ústavní soud. A předem deklaruji, že dle mého názoru nejde o problém ústavní, ale spíše politický. Přestože se ale dle mého názoru jedná o problém

---

<sup>99</sup> Takový vývoj bude zřejmě znamenat i jiné chápání práva ve společnosti. Úvaha o tom jak se postavení práva změní je však spíše oblastí zájmu právní filosofie a právní sociologie a jde zcela nad rámec této práce.

<sup>100</sup> Přesto nebo snad právě proto by mne zajímal názor Ústavního soudu i na toto ustanovení.

primárně spíše politického charakteru, jsem přesvědčen, že z něj vyplývají i důsledky právní a přímo ústavní. Myslím si, že zásadní chybou současné definice je její nastavení ve smyslu šíře nároku na hrazenou péči. Skutečnost, že téměř veškerá<sup>101</sup> zdravotní péče, která splní stanovená kritéria, je péčí hrazenou, klade na systém úhrady zdravotní péče neudržitelné finanční nároky. Přitom řešení omezení rozsahu hrazené péče vynětím konkrétních výkonů, nikoli obecnými požadavky na nákladovou efektivitu, považuji za nevhodné a neudržitelné. V zásadě se totiž dá říct, že vše, co není z úhrady výslovně vyloučeno, je hrazeno, a pokud má být z úhrady jakákoli péče vyloučena, je nutné zvolit postup spočívající ve zvolení konkrétního výkonu, který nebude nadále hrazen, a jeho vložení do přílohy č. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění. To nepovažuji za systémové řešení, ale naopak za základ problémů, které jsou s rozsahem nároku pojištěnce na zdravotní péči a její úhradu spojeny.

Jak se ukázalo, je snaha o změnu tohoto stavu jen velmi těžko proveditelná, když dle mého názoru právě o to šlo ve sporu o nadstandardech. Ústavní soud přitom nevzal definici nadstandardů, jak byla obsažena v zákoně za dostatečnou<sup>102</sup>, a nadstandarty zrušil. Znamená to tedy, že jakákoliv případná redefinice hrazené péče vyžaduje změnu celého současného systému úhrady zdravotní péče. Domnívám se, že právně lze současnou situaci i požadavky Ústavního soudu exaktně definovat. Problém však nastává při střetu s politickou realitou. Nadstandarty byly u Ústavního soudu napadeny politickou opozicí, která nenašla dostatečnou sílu ovlivnit či zablokovat

---

<sup>101</sup> Pouze s korektivem v podobě ustanovení § 15 odst. 1 a Přílohy č. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění a dalších dílčích korekcí uvedených v dalších odstavcích ustanovení § 15 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

<sup>102</sup> Nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11, bod 49. *“Napadená úprava variant péče v současné době funguje tak, že kromě výše reprodukováného obecného rámce v zákoně o veřejném zdravotním pojištění jsou ve vyhlášce, kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, Ministerstvem zdravotnictví označeny zdravotní výkony, u nichž lze pojištěncům nabízet volbu mezi základní a ekonomicky náročnější variantou. Poskytovatelům zdravotních služeb, pojišťovně i pojištěncům je tedy teprve z vyhlášky zřejmé, co je základní variantou a za jaké zdravotní výkony, pomůcky, prostředky a zdravotní materiál je možno či nutno doplácet nad rámec úhrady z veřejného pojištění. Ze zákona samotného to neplyne a nelze to z něj dovodit ani nejvolnější interpretací. Zákon o veřejném zdravotním pojištění tedy udělal pouze první krok k vymezení standardu a nadstandardu (slovy zákona o veřejném zdravotním pojištění základní a ekonomicky náročnější varianty). Druhá, ovšem podstatná část, bez níž je institut neživotaschopný, tedy konkrétní určení toho, co je v intencích čl. 31 Listiny bezplatnou péčí, je upravena až v prováděcí vyhlášce. Zákonodárce tím dle Ústavního soudu požadavkům nastaveným ústavním pořádkem a opakovaně vyloženým dosavadní rozhodovací praxí nedostál.”*

průběh legislativního procesu. Taková praxe je přitom stále častější<sup>103</sup> a má přitom zásadní vliv na tvorbu politických rozhodnutí. Můžeme ale sledovat i jiné formy politického boje o podobu systému úhrady zdravotní péče. Nejlepší ukázkou je zavedení regulačních poplatků<sup>104</sup>, které politická opozice následně využila jako stěžejní téma ve volební kampani v krajských volbách.<sup>105</sup> Regulační poplatky se skutečně staly ústředním tématem krajských voleb a v těchto volbách zvítězila ČSSD, v parlamentu v té době opoziční strana.<sup>106</sup>

Na tomto příkladě lze tedy vyzorovat, jak vysoké politické náklady jsou spojeny s jakýmkoliv, byť domnělým omezením bezplatnosti zdravotní péče.<sup>107</sup> Domnívám se, že jde o jeden z hlavních důvodů, proč je zákon o veřejném zdravotním pojištění, přijatý v roce 1997 a zamýšlený původně jako přechodné řešení, v účinnosti až do současnosti. Změna nastavení celého systému úhrady zdravotní péče je záležitost přesahující horizont jednoho volebního období, a z tohoto důvodu vyžaduje jakékoliv zpřesnění<sup>108</sup> určitou dávku politické odvahy.

Vyústění těchto předpokladů podle mého názoru vede k zakonzervování současné definice hrazené péče. Ta je přitom nefunkční, neboť příliš obecná. Tato obecnost a absence relevantních omezení spíše definičního charakteru oproti speciálním výjimkám je příliš finančně nákladná. A v konkrétním případě zároveň ovlivnitelná

---

<sup>103</sup> Polemiku nad tím, nakolik je takový postup funkční, ponechávám v této práci nevyřešenou, neboť jde nad rozsah této práce.

<sup>104</sup> Viz ustanovení § 16a a § 16b zákona o veřejném zdravotním pojištění.

<sup>105</sup> Přičemž je dobře si uvědomit, že zastupitelstva krajů neměla (kromě případné zákonodárné iniciativy) žádnou možnost podobu regulačních poplatků ovlivnit.

<sup>106</sup> ŠÍDLA, Jindřich. Ihned.cz. [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://zpravy.ihned.cz/politika/c1-29141420-prvni-analyza-proc-se-v-cesku-zrodila-oranzova-revoluce>  
"Sociálním demokratům vyšla sázka na "celostátní" kampaň s jednotným motivem: Zastavme vládu, neplaťme poplatky u lékařů. Jejich voliči, kteří se krajským volbám doposud vyhýbali (ČSSD získala v letech 2004 i 2004 shodně kolem 14 procent), vzkaz pochopili a přišli. Volební účast blížící se 40 procentům je zdaleka nejvyšší v historii krajských voleb, o čtvrtinu překonává tu z před čtyř let."

<sup>107</sup> V tomto kontextu nehovořím o právním rozměru bezplatnosti jak vyplývá z čl. 31 Listiny, ale spíše o jeho výkladu a chápání ve společnosti.

<sup>108</sup> Zpřesněním v tomto kontextu rozumím spíše omezení, například ve smyslu zavedení kritéria nákladové efektivity.

jednotlivými indikujícími lékaři.<sup>109</sup> Z toho vyplývají dva největší mimoprávní problémy českého zdravotnictví. To se za prvé potýká s takřka neustále přítomným nedostatkem finančních prostředků a zároveň s ne hospodárným nakládáním s těmito prostředky, které je způsobené klientelismem a korupcí. Pro výše uvedené důvody se domnívám, že současná širší definice hrazené péče není reálně aplikována a je zachovávána pouze z důvodu politických. Možnosti pojištěnce na naplnění jeho práva na úhradu zdravotní péče tak reálně neodpovídají zákonné definici hrazené péče. Z důvodů vyplývajících z reálných ekonomických možností veřejného zdravotního pojištění je právo pojištěnce na úhradu zdravotní péče zužováno. Hlavním způsobem, kterými je právo vyplývající z čl. 31 vyprazdňováno se budu věnovat v následujících oddílech této kapitoly.

## **4.2. Určování rozsahu nároku pojištěnce podzákonými právními předpisy**

Vzhledem k šíři nároku na úhradu zdravotní péče, jak jsem jej popsal výše, je zřejmá ekonomická neudržitelnost takového nároku, a z důvodů popsaných politických limitací, je přímá změna tohoto nároku spíše nereálná. To však stát nutí k tomu, aby tento nárok limitoval jinými způsoby. Důvodem je neustálý vývoj medicínské vědy, například vývoj přesnějších diagnostických metod, účinnějších léčivých prostředků a léčebných postupů. To sebou obvykle nese zvýšené náklady. Tyto nové postupy však zároveň lépe vyhovují definičním požadavkům ustanovení § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, neboť jsou typicky bezpečnější a účinnější, a měly by tak být v souladu s tímto ustanovením používány přednostně. To vyplývá za prvé z ustanovení § 13 odst. 1 písm. a) zákona o veřejném zdravotním pojištění, které stanoví pro úhradu zdravotní péče přiměřenou bezpečnost této péče pro pojištěnce. Právě neustálý vývoj medicínské vědy pak logicky zvyšuje nároky na bezpečnost, a v tomto smyslu dochází k posunu kritéria přiměřenosti. Nové postupy by pak měly dostat přednost i s ohledem na ustanovení § 13 odst. 1 písm. b) zákona o veřejném zdravotním

---

<sup>109</sup> V situaci, kdy chybí omezení hrazené zdravotní péče nákladovou efektivitou je to právě lékař, kdo je oprávněn rozhodnout o tom, jaká zdravotní péče je pro pojištěnce indikována, a tím fakticky určuje, jaká zdravotní péče bude pojištěnci hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



pojištění, které stanoví požadavek na úhradu zdravotní péče, která je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (*lege artis*), neboť tyto postupy posouvají i kritérium i hranici toho, co lze označit za postup *lege artis*. Tato situace vytváří tlak zejména na vládu, která je orgánem sestavujícím státní rozpočet a je zároveň primárně pověřena přípravou legislativy. Tento rozpor mezi požadavkem legislativní čistoty, vyhovění zvyšujícím se nárokům medicínské vědy a ekonomickou náročností je v systému úhrady zdravotní péče všudypřítomný. To je zřejmé například i z dikce ustanovení § 17 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění, kde je definován veřejný zájem, který má sledovat Ministerstvo zdravotnictví při vydávání tzv. úhradové vyhlášky<sup>110</sup>: *“Jednotlivé rámcové smlouvy jsou předkládány Ministerstvu zdravotnictví, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění (dále jen „veřejný zájem“), a poté je vydá jako vyhlášku.”* Veřejný zájem je tedy definován jako vyvážení kvality a dostupnosti zdravotní péče, při zachování fungování systému a jeho stability, to celé s ohledem na finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění.

V tomto oddíle se budu věnovat tomu, jaké způsoby exekutiva<sup>111</sup> používá pro řešení těchto problémů. Jsem přesvědčen, že skutečné omezování nároku pojištěnce na úhradu zdravotní péče se děje formou podzákonných právních předpisů, zejména z důvodu snahy o obejití parlamentního legislativního procesu. Ten sebou nutně nese publicitu, nutnost přiznat deficity současné úpravy a požadavek na obhajobu zvoleného řešení před opozicí, a zejména před veřejností.

---

<sup>110</sup> V současné době je jí vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodů, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014.

<sup>111</sup> Mluvím zde o exekutivě z toho důvodu, že legislativní řešení problému není z uvedených důvodů téměř vůbec využíváno. Takovým pokusem přitom byly nadstandardy, které však Ústavní soud zrušil i proto, že exekutivě zde bylo poskytnuto příliš široké oprávnění pro jejich vymezení. Na tom je vidět, že existuje snaha využívat podzákonných právních předpisů, které jsou v pravomoci vlády (případně jednotlivých ministerstev) ke zpřesňování rozsahu nároku pojištěnce na hrazenou zdravotní péči.

S ohledem na popsaný postup exekutivy se zaměřím na vybrané podzákonné právní předpisy, které dle mého názoru přímo zasahují do rozsahu nároku pojištěnce na úhradu zdravotní péče. To je přitom protiústavní postup, jak vyplývá z nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 35/95, kde se konstatuje, že: “právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky mají občané na základě veřejného pojištění a za podmínek, blíže vymezených zákonem. Jestliže tedy tyto podmínky mohou být upraveny pouze zákonem, je zcela nezbytné, aby i rozsah a způsob jejich poskytování byl vymezen stejným legislativním režimem. Jiná než zákonná úprava by byla porušením Listiny a tedy i ústavnosti. [...] Tím by se sféra ochrany základních práv a svobod dostala pod pravomoc moci výkonné, která k takovým pravomocím není oprávněna.” Tento názor Ústavního soudu používám v celém tomto oddíle jako hodnotící kritérium pro všechny zásahy do rozsahu nároku pojištěnce na úhradu zdravotní péče.

Podzákonnými právními předpisy, jimž se budu v této souvislosti věnovat jsou:

- nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb<sup>112</sup>,
- vyhláška MZ č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014<sup>113</sup>,
- vyhláška MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
- vyhláška MZ č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.

Budu však pracovat i s předpisem, který pro rozpor s Ústavou zrušil Ústavní soud, tím je:

- vyhláška MZ č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013<sup>114</sup>.

Pokusím se postupně popsat, v čem spatřuji problémy vyplývající z vyjmenovaných předpisů.

Jako první se zaměřím na nařízení vlády o časové a místní dostupnosti zdravotních služeb. Právo na časovou a místní dostupnost hrazené zdravotní péče je

---

<sup>112</sup> Dále jen “nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb”.

<sup>113</sup> Dále jen “úhradová vyhláška pro rok 2014”.

<sup>114</sup> Dále jen “úhradová vyhláška pro rok 2013”.

stanoveno zákonem o veřejném zdravotním pojištění v ustanovení § 11 odst. 1 písm. c). K provedení tohoto ustanovení bylo přijato zmíněné nařízení vlády. To stanovuje maximální vzdálenost poskytovatele vyjádřenou dojezdovou dobou a maximální čekací lhůty na poskytnutí konkrétních výkonů zdravotní péče. Ačkoliv se tedy může zdát, že se jedná o nařízení, které má pro pojištěnce pozitivní efekt, neboť zajišťuje poskytnutí zdravotní péče nejpozději v limitu vymezeném v tomto nařízení, domnívám se, že skutečný efekt je pro pojištěnce spíše negativní. Za současné situace v českém zdravotnictví má toto nařízení potenciál zhoršit postavení pojištěnce a je tak prostředkem zavedení limitů ze strany exekutivy, jak jsem popsal výše.

Domnívám se, že ke zhoršení postavení pojištěnce dochází v obou oblastech upravených nařízením. V případě maximální dojezdové doby<sup>115</sup> k poskytovateli zdravotních služeb jsou nastavené limity natolik vysoké, že fakticky umožňují snížit hustotu sítě<sup>116</sup> poskytovatelů zdravotních služeb. Zdravotním pojišťovnám, které jsou ze zákona povinny tuto síť pro své pojištěnce zajišťovat, se tak otevírá možnost ušetřit finanční prostředky tak, že s poskytovateli zdravotních služeb, kteří ve smyslu tohoto nařízení vytváří síť hustší než nezbytnou, již neobnoví smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.<sup>117</sup> Je tak dána možnost pro snížení hustoty sítě poskytovatelů zdravotních služeb, což by pravděpodobně vedlo k zániku některých poskytovatelů zdravotních služeb. To by vedlo ke zhoršení dostupnosti péče pro pojištěnce oproti současnému stavu. *Cum grano salis* se dá konstatovat, že některá specializovaná pracoviště lůžkové péče mohou být v celé České republice pouze jednou, když například pro obor kardiologie poskytovaný poskytovateli zdravotních služeb je

---

<sup>115</sup> Dojezdovou dobu ve smyslu nařízení o místní a časové dostupnosti vykládám jako časový limit, který nesmí být překročen při cestě z bydliště konkrétního pojištěnce k nejbližšímu poskytovateli zdravotních služeb v příslušném oboru.

<sup>116</sup> Ustanovení § 46 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění: *“Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny (dále jen „síť“).”*

<sup>117</sup> Viz ustanovení § 17 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

maximální dojezdová doba stanovena na 180 minut.<sup>118</sup> Lze si tedy představit, že při strategickém umístění takového poskytovatele zdravotních služeb, by bylo možné k němu do požadovaných tří hodin dojet odkudkoliv z České republiky. Upozorňuji, že se vyhýbám debatě o tom, jak hustá je současná síť poskytovatelů zdravotních služeb, zda je třeba její zeštíhlení, či zda někde poskytovatelé naopak nechybí. Takové debatě totiž není tato práce určena. Domnívám se přitom, že síť poskytovatelů zdravotních služeb je v současné době opravdu zbytečně hustá a že by tedy byla vhodná její úprava, nedomnívám se ovšem, že správnou cestou je zavedení maximálních dojezdových časů. Jejich stanovení nařízením vlády, v popsané výši, ilustruje poukázaný problém. Tedy že exekutiva, vědoma si faktické nemožnosti přijímat hlubší systémové změny do oblasti nároku pojištěnce na úhradu zdravotní péče místo toho volí řešení, spočívající v přijetí podzákonného právního předpisu, kterým je fakticky umožněno omezení dostupnosti zdravotní péče. Přitom i síť poskytovatelů zdravotních služeb by měla být upravována a její rozsah měněn pouze formou zákona.

Obdobně se dá vyložit i druhá část předmětného nařízení, tedy zavedení maximálních lhůt časové dostupnosti<sup>119</sup> u plánované zdravotní péče. Maximální lhůty časové dostupnosti tu podle mého názoru mohou opět spíše fungovat jako možnost pro prodloužení čekací doby na provedení konkrétního výkonu. V tomto případě alespoň existuje korektiv takového postupu ve formě ustanovení § 2 odst. 2 věty první nařízení o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Za protiústavní přesto považuji i tuto část nařízení neboť skutečnost, že tento korektiv je obsažen až v prováděcím právním předpise a nikoliv přímo v zákoně, je v rozporu s požadavky Ústavního soudu. Tím je exekutivě dán takřka neomezený prostor při stanovování těchto lhůt i při výběru konkrétního výkonu, který bude do nařízení zařazen. V současné době je zde uvedeno třináct výkonů mezi nimiž najdeme i “zahájení biologické léčby roztroušené sklerózy” a lhůta je zde stanovena na 4 týdny. Oproti tomu lhůta na náhradu kyčelního kloubu činí

---

<sup>118</sup> Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, příloha 1 část 2 skupina 4. V současné době je přitom v České republice 24 takových pracovišť, což vyplývá z informací poskytnutých VZP ČR, viz Příloha č. 2 této práce.

<sup>119</sup> Viz Příloha č. 2 nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, přičemž lhůta časové dostupnosti je třeba vykládat na základě ustanovení § 2 odst. 2 tohoto nařízení.

52 týdnů.<sup>120</sup> Na tomto příkladu je vidět, že možnost exekutivy ovlivňovat rozsah nároků pojištěnce na úhradu zdravotní péče je velmi široká. A domnívám se, že dosahuje protiústavních rozměrů.

Stanovení lhůt časové dostupnosti a maximální dojezdové vzdálenosti, na základě výše uvedeného, jednoznačně vymezují požadavky na hustotu sítě poskytovatelů zdravotních služeb a děje se tak formou nařízení vlády, což je s ohledem na citovaný náleze Ústavního soudu Pl. ÚS 35/95 protiústavní.

Druhým podzákoným právním předpisem, který fakticky omezoval rozsah nároku pojištěnce na úhradu zdravotní péče, a to bez přesně vymezeného zákonného zmocnění, byla úhradová vyhláška pro rok 2013. S určitou modifikací, kterou rozebereme dále, pak totéž platí i pro úhradovou vyhlášku pro rok 2014 a k nápravě stavu tedy nedošlo.

Vzhledem k tomu, že úhradová vyhláška pro rok 2013 byla zrušena Ústavním soudem náleze Ústavního soudu sp.zn. Pl. ÚS 19/13, je k dispozici argumentace, která sice nepřímá, ale přesto zcela zřejmě podporuje moji argumentaci. Proto se v tomto oddíle zaměřím právě na úhradovou vyhlášku pro rok 2013 a na ní budu demonstrovat protiústavní zásah do nároků pojištěnce na úhradu zdravotní péče. Z tohoto důvodu také využívám tento náleze Ústavního soudu, jako významný zdroj pro poznávání samotné úhradové vyhlášky a principů, na nichž je založena.

“Úhradová vyhláška upravuje hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační opatření. To vše slouží jako pravidla pro úhradu zdravotní péče poskytované pojištěncům. Pravidla pro úhradu zdravotní péče, jak je stanovuje úhradová vyhláška, se promítají do obsahu smluv mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. Tak tvoří úhradová vyhláška elementární právní předpis pro nastavení systému poskytování

---

<sup>120</sup> Tento příklad zde uvádím zejména pro rozdíl mezi čekacími lhůtami na uvedené výkony a také pro rozdíl v jejich finanční nákladnosti, když jsem přesvědčen, že nákladnost biologické léčby bude řádově vyšší, než nákladnost náhrady kyčelního kloubu. Přesné údaje o jejich ceně se mi však nepodařilo získat, když mi Všeobecná zdravotní pojišťovna odmítla, v odpovědi prostřednictvím mailové komunikace dne 14. 3. 2014, poskytnutí této informace s odkazem na skutečnost, “že tyto statistiky VZP ČR z kapacitních důvodů pro soukromé osoby nezpracovává.”

zdravotní péče. Ze znění rámcových smluv stanovených vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, vydanou Ministerstvem zdravotnictví podle ustanovení § 17 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění vyplývá, že uvedené smlouvy předpokládají, že výše úhrad bude uvedena v jejich dodatku (tzv. cenový dodatek). Tento dodatek se přitom zpravidla uzavírá každý rok a zpravidla odkazuje na znění úhradové vyhlášky účinné pro příslušné období, ledaže se strany dohodnou na výši úhrad jinak. Předmětná vyhláška se na tyto vztahy aplikuje přímo pouze v případě, že se na výši úhrad nedohodnou. Vždy se ale použije na právní vztahy mezi tzv. nesmluvními poskytovateli a zdravotními pojišťovnami, jež vznikly z důvodu poskytnutí neodkladné péče pojištěnci nebo z jiného právním předpisem stanoveného důvodu.”<sup>121</sup>

“Podstata regulace výše úhrad spočívá v tom, že ve stanovených případech jsou poskytovatelé povinni poskytovat zdravotní služby právě za úhradu (cenu) v určité výši. [...] Konkrétní výše úhrad, k jejímuž stanovení dochází vyhláškou, se pak musí odvíjet od celkové (předpokládané) výše příjmů systému veřejného zdravotního pojištění a současně reflektovat rozsah hrazené zdravotní péče a [...] kritérium veřejného zájmu podle § 17 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění.”<sup>122</sup>

Tolik tedy k seznámení se s úhradovou vyhláškou jako takovou, jak jej provedl Ústavní soud. Nyní se zaměříme na její dopad na poskytovatele zdravotních služeb. Zcela zásadní jsou z tohoto pohledu regulační opatření obsažená v této vyhlášce. Cílem regulačních opatření je limitovat množství finančních prostředků, určených na úhradu zdravotní péče. To je ostatně stanoveno již v definici veřejného zájmu v ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, kterému jsem se věnoval výše. Je logické, že finance, které je možné do zdravotnictví nasměřovat nejsou neomezené. “Vzhledem k tomu, že účastníky veřejného zdravotního pojištění jsou povinně v zásadě všechny osoby trvale žijící nebo pracující na území České republiky, je pochopitelné, že právě tento systém má na výdajích na zdravotnictví dominantní podíl. Podle

---

<sup>121</sup> Viz náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/13.

<sup>122</sup> Viz náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/13.

zveřejněných (předběžných) statistických údajů představovaly v roce 2011 výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotnictví částku 225 547 mil. Kč z celkové částky 242 410 mil. Kč veřejných výdajů, zatímco soukromé výdaje představovaly částku 46 376 mil. Kč<sup>123</sup>. Přímé platby za zdravotní výkony, které se navíc v zásadě týkají pouze jejich úzkého okruhu (např. stomatologická péče, estetická chirurgie), přitom představují jen dílčí část posledně uvedené skupiny výdajů, kterou dále tvoří např. platby za léky a zdravotnické prostředky či regulační poplatky. Za těchto okolností není nikterak sporné, že v případě poskytovatelů zdravotních služeb závisí možnost jejich podnikání v rozhodující míře na tom, zda jim za provedené výkony (resp. obecně služby) vznikne nárok na úhradu vůči některé ze zdravotních pojišťoven.<sup>124</sup>

“Podstata limitace poskytování některých zdravotních služeb spočívá v tom, že pro výpočet výše úhrad za výkony poskytnuté nad stanovený objem se použije snížená hodnota bodu.”<sup>125</sup> “Dosažení tohoto objemu se významným způsobem dotýká výše úhrady, na kterou vznikne poskytovatelům specializované ambulantní péče nárok vůči zdravotní pojišťovně, nemá však vliv na rozsah, v jakém jsou povinni poskytovat zdravotní péči. Ti totiž ani po jeho dosažení nemohou odmítnout poskytnutí neodkladné péče, a nestanoví-li zákon jinak, tak v případě pojištěnců, s jejichž zdravotní pojišťovnou mají uzavřenou smlouvu, ani poskytnutí péče jiné (srov. § 48 zákona o zdravotních službách).”<sup>126</sup>

“Je evidentní, že plná hodnota bodu ve výši 1,02 Kč neumožňuje, aby zisk poskytovatelů z každého bodu dosahoval výše až dvou třetin této částky, což zároveň znamená, že jeho snížená hodnota ve výši 0,30 Kč nemůže být postačující k pokrytí nákladů poskytované péče nebo jejich podstatné části. Účel jejího zavedení je proto třeba spatřovat v působení na jednotlivé poskytovatele, aby při poskytování zdravotních služeb postupovali efektivně a zamezovali tak plýtvání s prostředky veřejného

---

<sup>123</sup> Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2011. Časové řady vybraných finančních ukazatelů. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, s. 33, dostupné na <http://www.uzis.cz/system/files/zdmnarekon2011.pdf>, viz Příloha č. 3 této práce.

<sup>124</sup> Viz náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/13, bod 35.

<sup>125</sup> Viz náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/13, bod 58.

<sup>126</sup> Viz náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/13, bod 69.

zdravotního pojištění. Pokud by tak totiž nepostupovali, dostali by se do situace, kdy se s ohledem na objem jimi poskytnuté zdravotní péče stane její další poskytování (po zbytek kalendářního roku) ekonomicky nevýhodným.”<sup>127</sup>

Poskytovatel tedy po poskytnutí určitého objemu péče, který lze vyjádřit počtem bodů, které byly poskytovateli zdravotní služby hrazeny v plné výši již v roce 2011, zvýšeným nebo sníženým poměrně podle toho, o kolik se v roce 2013 zvýšil nebo snížil počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v dané odbornosti oproti roku 2011, a současně sníženým o 2 %<sup>128</sup> dostává do situace, kdy je pro něj jakékoli další poskytování zdravotní péče pojištěncům zdravotní pojišťovny, u které dosáhl regulačního limitu, ekonomicky nevýhodné. To je absurdní situace, uvážíme-li, že poskytovatel je přitom ze zákona dál povinen zdravotní péči poskytovat. Ústavní soud proto předmětné části úhradové vyhlášky zrušil. Hlavním argumentem pak byl rozpor s čl. 26 Listiny, tedy zásah do práva na podnikání. Vzhledem k tomu, že iniciativa k abstraktnímu přezkumu ústavnosti těchto částí úhradové vyhlášky vzešla od České lékařské komory<sup>129</sup>, je logické, že byly užity právě argumenty směřující k porušení práva na podnikání dle čl. 26 Listiny, tedy argumenty ve prospěch poskytovatelů zdravotních služeb. Pro tuto práci je však analýza protiústavnosti těchto částí úhradové vyhlášky z pohledu tvrzeného zásahu do práva dle čl. 26 Listiny pouze východiskem pro to, aby mohlo být poukázáno na fakt, že dopad na poskytovatele má ve skutečnosti dopad i do nároku pojištěnce na úhradu zdravotní péče. Tomu se budu zevrubně věnovat v následující části této kapitoly.

V tuto chvíli je ještě potřeba zmínit, jakou nápravu zvolila exekutiva, vedena derogacním nálezem Ústavního soudu a jeho argumenty. Ústavní soud jako jeden ze stěžejních důvodů pro derogaci uvádí, že “i když totiž lze v některých směrech připustit

---

<sup>127</sup> Viz náleze Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/13, bod 70.

<sup>128</sup> Poskytovatel má tedy zjednodušeně řečeno zajištěnou úhradu v plné výši jen pro 98% péče oproti roku 2011.

<sup>129</sup> Podání k Ústavnímu soudu bylo sepsáno právě Českou lékařskou komorou, i když formálně bylo podáno skupinou 39 senátorů. Informace o přípravě podání mi poskytla přímo Česká lékařská komora.



větší efektivnost limitace výše úhrad před jinými způsoby kontroly hospodárného vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění, neexistuje žádný důvod, aby stanovení výše úhrad zcela abstrahovalo od možnosti, že k překročení stanoveného objemu zdravotní péče nedojde jen v důsledku plýtvání či jejího nadužívání, nýbrž také v důsledku řádného plnění zákonných povinností ze strany poskytovatele. Základním problémem předmětné právní úpravy je tak absence nároku na dorovnání či kompenzaci, který by dopadal na tuto situaci.”<sup>130</sup> Ústavní soud zde tedy hovoří o potřebě “regulovat regulaci”, neboli umožnit poskytovatelům zdravotních služeb naplnění jejich zákonných povinností poskytovat zdravotní péči, aniž by při tom byli existenciálně ohroženi. Takový názor je logický i vzhledem k předchozí judikatuře Nejvyššího soudu a I. senátu soudu Ústavního.<sup>131</sup> I. senát Ústavního soudu zde přijal za vlastní myšlenku soudu Nejvyššího, že “pokud zdravotnické zařízení poskytlo nutnou a neodkladnou péči pojištěnci zdravotní pojišťovny, je příslušná pojišťovna povinna tuto péči uhradit i v situaci, že byl dohodnutý finanční limit v daném období vyčerpán”.

Tuto podmínku se pak skutečně pokusilo Ministerstvo zdravotnictví naplnit, když v příloze č. 3 části B bodě 5 úhradové vyhlášky pro rok 2014 najdeme, že “regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.” Je zde tedy zřejmá snaha napravit stav kritizovaný Ústavním soudem. Nedomnívám se, ale že k nápravě skutečně došlo, a proto jsem také v tomto smyslu srovnal na začátku tohoto oddílu úhradovou vyhlášku pro rok 2013 s úhradovou vyhláškou pro rok 2014. Samotná existence tohoto korektivu

---

<sup>130</sup> Viz. nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/13, bod 74.

<sup>131</sup> Jedná se o nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 2785/08 a rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 3507/2008. Ústavní soud přitom v bodě v uvedeném nálezu uvádí:

“Ústavní soud spatřuje podstatu věci v ústavně konformním posouzení otázky, zda stěžovatelka v daném období překročila sporné náklady z nezbytných důvodů, tedy aby nutného léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav konkrétních pojištěnců. Na tuto otázku je třeba se zejména zaměřit v novém řízení a případně v tomto směru doplnit dokazování.

Ústavní soud poukazuje v této souvislosti na závěr vyjádřený v rozsudku Nejvyššího soudu ze dne 27. 4. 2011 sp. zn. 25 Cdo 3507/2008 (i když skutkové okolnosti případů jsou poněkud jiné), podle něhož pokud zdravotnické zařízení poskytlo nutnou a neodkladnou péči pojištěnci zdravotní pojišťovny, je příslušná pojišťovna povinna tuto péči uhradit i v situaci, že byl dohodnutý finanční limit v daném období vyčerpán. Uvedený závěr považuje i Ústavní soud za ústavně plně konformní; je však třeba doplnit, že tento závěr - sám o sobě - nepokrývá všechny v úvahu přicházející případy, kdy lze smluvně dohodnutý objem zdravotní péče překročit (např. nárůst počtu pacientů dané pojišťovny, preskripce léků u chroniků apod.).”

totiž automaticky neznamená, že je situace napravena. Povinnost poskytovatele odůvodnit poskytnutí hrazených služeb fakticky není a nemůže být zárukou toho, že poskytovatelé nebudou regulačními opatřeními postiženi. Uvědomíme-li si, že poskytovatelé jsou schopni provádět průběžnou kalkulaci toho, jak si v daném ročním limitu stojí, jen přibližně, pak teoretická možnost neuplatnění regulace na odůvodněnou část poskytnuté péče nemůže být v praxi v podstatě vzata do úvahy. To vyplývá z nastavení, jakým je prováděno vyúčtování mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. Předně je vyúčtování prováděno zpětně až po konci daného kalendářního roku. Poskytovatel zašle zdravotní pojišťovně výkaz o poskytnuté zdravotní péči, která jej podrobí revizi a na základě této revize provede vyúčtování poskytovateli v souladu úhradovou vyhláškou, na což má zdravotní pojišťovna šest měsíců.<sup>132</sup> Až v tento moment se tedy poskytovatel dozvídá, v jaké výši byla užitá regulační opatření. Na to nejspíše v souladu možností odůvodnit poskytnutou péči zareaguje tak, že péči poskytnutou nad limit regulačních opatření označí jako nutnou a neodkladnou. Pokud však jeho důvody pojišťovna neuzná, nemá poskytovatel jinou možnost, než obrátit se na obecný soud. Civilní soudní řízení před okresním soudem přitom v současné době v České republice trvá v průměru 1 rok.<sup>133</sup> Je tedy zřejmé, že ani tato možnost odůvodnit poskytnutou zdravotní péči nad rámec regulačních opatření jako nutnou a neodkladnou nebude mít vliv na to, jakým způsobem poskytovatelé rozhodují o poskytování zdravotní péče v průběhu kalendářního roku.

V tomto oddíle jsem vymezil, jaký dopad mají regulační omezení na poskytovatele zdravotních služeb. V souladu s názorem Ústavního soudu jsem přesvědčen, že se jednalo o protiústavní zásah do práva na podnikání dle čl. 26 Listiny. Ústavní soud se však vzhledem k argumentům uvedeným v podání nezabýval dopadem těchto regulačních omezení do nároku pojištěnce na úhradu zdravotní péče. V následujícím oddíle budu tvrdit, že regulační omezení, vzhledem k argumentaci Ústavního soudu v nálezu Pl. ÚS 35/95, mají dopad i do nároku pojištěnce na úhradu

---

<sup>132</sup> Informace o průběhu vyúčtování mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami jsem získal od výkonného ředitele Asociace českých a moravských nemocnic dr. Stanislava Fialy.

<sup>133</sup> Statistické údaje poskytnuté Ministerstvem spravedlnosti, viz Příloha č. 1 této práce.

zdravotní péče, a jsou tak protiústavní, neboť úpravy tohoto nároku je možné provádět pouze formou zákona.

### **4.3. Skryté omezování rozsahu nároku pojištěnce**

V této části se budu věnovat tomu, jak úhradová vyhláška, v ní uvedená regulační omezení a délka doby, než dojde k vyúčtování péče, ovlivňují nárok pojištěnce na úhradu zdravotní péče. Dopad na poskytovatele zdravotních služeb je zřejmý z části předchozí. Zde je však na místě objasnit, jak poskytovatelé zdravotních služeb řeší hrozbu regulačních opatření vyplývajících z úhradové vyhlášky a jak tato situace dopadá na pojištěnce.

Domnívám se, že poskytovatelé zdravotních služeb mnohdy řeší riziko regulačních opatření na úkor pojištěnce. Pro zachování ekonomických výsledků skrytě omezují poskytování zdravotní péče, čímž dochází k porušování zákona o veřejném zdravotním pojištění i k zásahu do práva na zdravotní péči dle čl. 31 Listiny. Úhradová vyhláška tak zprostředkovaně omezuje nárok pojištěnce na hrazenou zdravotní péči. Není přitom rozhodující, jak intenzivní tento zásah je, když dle názoru Ústavního soudu vysloveného v nálezu Pl. ÚS 35/95 je protiústavní už samotný fakt, že se tak děje podzákoným právním předpisem a nikoliv zákonem. Z tohoto pohledu je zajímavé si uvědomit, že úhradová vyhláška dokonce ani není právní předpis primárně určený ke zpřesnění nároku pojištěnce na úhradu zdravotní péče, jak je definován v ustanovení § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Přitom se domnívám, že se na straně exekutivy nejedná o pouhou nevědomost, ale o skutečný cíl tohoto nastavení regulačních omezení v úhradové vyhlášce.

Na základě mé osobní zkušenosti s poskytováním poradenství pojištěncům, jimž bylo odmítnuto poskytnutí hrazené péče, v této části popíšu, jak reálně zásah do nároku pojištěnce na úhradu zdravotní péče probíhá. Poskytovatel je regulačními omezeními nucen k tomu, aby v lepším případě odkládal péči, která není nutná a neodkladná, na později a v horším případě dokonce, s vadným medicínským odůvodněním, nutnou

a neodkladnou péči vůbec neindikoval. Pojištěnec se tak může dostat do situace, kdy přestože existují medicínské důvody pro poskytnutí hrazené péče, mu tato péče není poskytnuta a není dokonce ani informován o tom, že je pro něj taková péče potřebná. Je evidentní, že takový postup poskytovatele zdravotních služeb je protiprávní, a to s ohledem na zákonná ustanovení o poskytování zdravotní péče<sup>134</sup>. Aniž bych se na tomto místě chtěl poskytovatelů zdravotních služeb zastávat, tak z předchozího oddílu vyplývá, že se na straně poskytovatelů nejedná o svévoli, ale o postup vynucený protiústavním vymezením regulačních opatření v úhradové vyhlášce.

Tento stav považuji, ze všech v této práci rozebíraných problémů, za nejzásadnější, zejména z toho důvodu, že pojištěnec nemá možnost se proti takovému postupu jakkoliv bránit, neboť nelze očekávat, že bude odborníkem na konkrétní oblast medicínské vědy tak, aby byl schopen sám informovaně vyhodnotit, že neposkytnutí zdravotní péče je v jeho případě indikováno. To je dále umocněno přetrvávající důvěrou společnosti v lékaře.

Jen na okraj pak uvádím, že tato situace vytváří nepřipustný tlak i na konkrétní lékaře, kteří jsou většinou v postavení zaměstnanců poskytovatele zdravotních služeb. Povinnost poskytovat zdravotní péči *lege artis* dopadá samozřejmě i na konkrétní lékaře<sup>135</sup>. Lékař, v postavení zaměstnance, se tak ocitá v situaci, kdy je na něj zaměstnavatelem pro dodržení ekonomických výsledků vyvíjen nátlak, aby postupoval protiprávně. K takovému nátlaku je nejčastěji využívána hrozba výpovědi z pracovního poměru, ale můžeme se setkat i s případy, kdy je za splnění zaměstnavatelem požadovaného chování nabídnuta finanční odměna.

---

<sup>134</sup> Viz ustanovení § 45 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

<sup>135</sup> Lékaři jsou navíc vázáni Stavovským předpisem č. 10 České lékařské komory, Etickým kodexem, jenž v ustanovení § 2 odst. 1 stanoví:

“Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).”

Stavovský předpis České lékařské komory č. 10. Etický kodex. [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/predpis10.html>

Popsané jednání poskytovatelů zdravotních služeb je sice podle mých zkušeností poměrně časté, ale o takovém jednání v zásadě neexistují žádné relevantní informace. Důvodem je samozřejmě skutečnost, že poskytovatelé si jsou vědomi protiprávnosti tohoto jednání. Nejméně jeden konkrétní příklad takového postupu se však podařilo zdokumentovat. Na něm tedy vysvětlím jak toto jednání v praxi funguje. Tento případ se objevil v říjnu roku 2011. Jednalo se o “Akci milion”<sup>136</sup>, kdy ředitel nemocnice v Karviné-Ráji interním dokumentem vyzval lékaře, aby při poskytování péče postupovali podle toho, u které pojišťovny je konkrétní pacient pojištěn, za což jim nabídl finanční odměny. Důvodem byla obava z toho, že nemocnice ošetřila příliš mnoho nebo naopak příliš málo pojištěnců příslušných zdravotních pojišťoven, a z tohoto důvodu hrozilo nemocnici buď uplatnění regulačních opatření nebo naopak snížení proplacení péče, která už ale byla formou zálohy nemocnici poskytnuta. Ředitel nemocnice tedy v tomto případě v návazání na případnou finanční odměnu požadoval po svých zaměstnancích (lékařích) aby

- a) v případě pojištěnců pojištěných u zdravotní pojišťovny, u níž již došlo k naplnění objemu hrazené péče (VZP), nepostupovali na základě medicínských důvodů. A aby tyto pojištěnce pokud možno nepřijímali k hospitalizaci, ukončovali jejich hospitalizace a případné výkony zdravotní péče plánovali až na další kalendářní rok.
- b) v případě pojištěnců pojištěných u zdravotní pojišťovny, u níž naopak hrozilo ošetření menšího počtu pojištěnců než za kolik již nemocnice obdržela od pojišťovny zálohovou platbu (ČPZP), rezignovali na medicínskou potřebnost. A aby tyto pojištěnce k hospitalizaci naopak přijímali.

Tento případ tak přesvědčivě ukazuje, že regulační omezení vyplývající z úhradové vyhlášky mají zásadní dopad na rozsah nároku pojištěnce na úhradu zdravotní péče. Dochází-li k ignorování skutečné medicínské potřebnosti za účelem vylepšení ekonomických výsledků, pak je zřejmé, že právo na zdravotní péči se přestává

---

<sup>136</sup> LESKOVÁ, Ivana. Idnes.cz. [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/karvinska-nemocnice-deli-pacienti-na-zadouci-trpene-a-nevitane-pbb-/domaci.aspx?c=A111022\\_1673076\\_ostrava-zpravy\\_ab](http://zpravy.idnes.cz/karvinska-nemocnice-deli-pacienti-na-zadouci-trpene-a-nevitane-pbb-/domaci.aspx?c=A111022_1673076_ostrava-zpravy_ab)

řídít medicínskou potřebností. Pojištěnc se nachází v situaci, kdy o tom, jaká zdravotní péče mu bude poskytnuta a uhrazena, nerozhodují odborná hlediska, ale ekonomické výsledky poskytovatele zdravotních služeb, jehož si k poskytnutí zdravotní péče zvolil. To je samo o sobě nepřípustné a nemorální a skutečnost, že se tak děje na základě podzákonného právního předpisu, je protiústavní. Domnívám se, že takto nastavené řešení by přitom nebylo ústavně konformní ani kdyby bylo provedeno formou zákona, neboť se jedná o zásah do podstaty a smyslu práva na zdravotní péči dle čl. 31 Listiny. Uplatňování tohoto řešení podle příslušnosti pojištěnce ke konkrétní zdravotní pojišťovně je pak protiústavní i s ohledem na čl. 4 odst. 3 Listiny a požadavek rovnosti v právech dle čl. 1 Listiny.

#### **4.4. Shrnutí**

V předchozích oddílech této kapitoly, jsem i s ohledem na své osobní zkušenosti vybral a popsal, jakými největšími problémy trpí provedení nároku pojištěnce na zdravotní péči v souvislosti se zákonem o veřejném zdravotním pojištění a jeho prováděcích předpisů. V českém právním řádu přitom najdeme hned několik podzákonných právních předpisů, které v některých svých částech nepřípustně zasahují do rozsahu nároku pojištěnce na zdravotní péči, a které jsou z tohoto důvodu protiústavní. Možným řešením této situace se budu věnovat v následující kapitole.

#### **4.5. Problematika procesního postupu dle ustanovení § 16**

Charakteristika ustanovení § 16 je uvedena v kapitole III. této práce, kde je také uvedeno, na jaké situace dané ustanovení dopadá. V této části se pak budu věnovat praktickému postupu při aplikaci tohoto ustanovení. Problémem souvisejícím s ustanovením § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění je absence procesního postupu, procesní úpravy, kterou by měl pojištěnc využívat při snaze domoci se úhrady nehrazené zdravotní péče.

Dle ustanovení § 1 odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu<sup>137</sup>, upravuje správní řád také postup právnických osob, pokud vykonávají působnost v oblasti veřejné správy. Vzhledem k tomu, že dle ustanovení § 5 odst. 2 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách jsou zdravotní pojišťovny, včetně VZP, nositeli všeobecného zdravotního pojištění je možné je podřadit pod definici obsaženou v § 1 odst. 1 správního řádu a na rozhodovací činnost zdravotních pojišťoven v této oblasti používat správní řád<sup>138</sup>. Takový názor je odůvodněn i ustanovením § 1 odst. 2 správního řádu, kde je uvedeno, že správní řád nebo jeho jednotlivá ustanovení se použijí, nestanoví-li zvláštní zákon jiný postup. V zákoně o veřejném zdravotním pojištění přitom procesní postup pro aplikaci ustanovení § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění chybí.

Použití správního řádu na řízení podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění má významný dopad na postup pojištěnce, který se chce domoci úhrady péče, jinak ze zdravotního pojištění nehrazené. Předně je třeba si uvědomit, že je to přímo pojištěnec, nikoli poskytovatel zdravotních služeb, kdo je oprávněným subjektem k požadování úhrady nehrazené péče, neboť právě pojištěnec je v právním vztahu se zdravotní pojišťovnou ohledně svého nároku na úhradu zdravotní péče. Musí to tedy být sám pojištěnec, kdo učiní podání ve věci žádosti o úhradu zdravotní péče jinak nehrazené. Ačkoli by se na první pohled mohl zdát tento požadavek pro pojištěnce zbytečně zatěžující, jde spíše o výhodu. Pojištěnec je v případě, kdy podání činí sám, dle § 27 správního řádu subjektem řízení a je to on, komu náleží všechna práva, která se na subjekt řízení vážou. Jedná se zejména o tato práva:

- vyřízení věci bez zbytečných průtahů,<sup>139</sup>

---

<sup>137</sup> Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů, dále jen “správní řád”.

<sup>138</sup> V nálezu Ústavního soudu z 16. 1. 2003 sp. zn. III. ÚS 671/02 je vyjádřeno obdobné stanovisko, ačkoli v daném případě se jednalo o to, zda jsou zdravotní pojišťovny povinnými subjekty dle zákona 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím. Některé závěry Ústavního soudu jsou však použitelné i pro naši situaci.

<sup>139</sup> Viz ustanovení § 6 odst. 1 správního řádu.

- možnost namítat podjatost úřední osoby,<sup>140</sup>
- vedení řízení v písemné formě,<sup>141</sup>
- a právo nahlížet do spisu.<sup>142</sup>

Správní řád také obsahuje vlastní úpravu zastoupení, což je praktické zejména v situaci, kdy pojištěnec kvůli svému zdravotnímu stavu nebude schopen přímé účasti na řízení.

Správní řád obsahuje také základní zásady správního řízení, které je třeba dodržet při každém správním řízení. Tyto zásady jsou obsaženy v ustanoveních § 2 až 8 správního řádu a zabezpečují zejména spravedlivost, „správnost“ ve smyslu zákonnosti, rychlost a hospodárnost správního řízení, ale také rovnost dotčených osob, zákaz diskriminace a v neposlední řadě také to, aby při rozhodování skutkově shodných nebo podobných případů nevznikaly nedůvodné rozdíly.

V souladu s výše uvedeným je postup revizního lékaře při vydávání souhlasu s úhradou péče podle ustanovení § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění postupem „oprávněné úřední osoby“<sup>143</sup>, a tedy postupem správního orgánu a tento postup je v souladu s ustanovením § 67 správního řádu formálně zakončen rozhodnutím. O rozhodnutí se jedná na základě znaků, kterými správní řád rozhodnutí definuje právě v ustanovení § 67, tedy že se jedná o akt, kterým se rozhoduje, zda určitá osoba (pojištěnec) má nebo nemá konkrétní práva, v našem případě právo na úhradu zdravotní péče jinak nehrazené.

Revizní lékař je povinen zahájit řízení o souhlasu buď na základě podání pojištěnce nebo z moci úřední, což bude zásadně situace, kdy se o požadavku na úhradu zdravotní péče jinak nehrazené dozví od lékaře, který tuto péči indikoval. V obou případech je ale subjektem řízení pojištěnec se všemi právy k tomu přináležejícími.

---

<sup>140</sup> Viz ustanovení § 14 odst. 2 správního řádu.

<sup>141</sup> Viz ustanovení § 15 odst. 1 správního řádu.

<sup>142</sup> Viz ustanovení § 38 správního řádu.

<sup>143</sup> Viz ustanovení § 15 odst. 2 správního řádu.



Formální požadavky na podání jsou stanoveny v ustanovení § 37 správního řádu. Z podání musí být patrné, kdo je činí, které věci se týká, a co se navrhuje. Fyzická osoba uvede v podání jméno, příjmení, datum narození a místo trvalého pobytu, popřípadě jinou adresu pro doručování. Podání musí obsahovat označení správního orgánu, jemuž je určeno, v tomto případě tedy konkrétní zdravotní pojišťovny, a podpis osoby, která je činí. Podání je učiněno dnem, kdy správnímu orgánu došlo. Pokud by podání nemělo předepsané náležitosti nebo by trpělo jinými vadami, pomůže správní orgán podateli nedostatky odstranit nebo ho vyzve k jejich odstranění a poskytne mu k tomu přiměřenou lhůtu.

Pro úplnost je třeba ještě zmínit opravné prostředky proti případnému rozhodnutí revizního lékaře o neudělení souhlasu s úhradou zdravotní péče jinak nehrazené. Rozhodnutí, ať kladné či záporné, musí obsahovat poučení o opravných prostředcích<sup>144</sup>.

V tomto případě je opravným prostředkem odvolání, které lze podat do výroku rozhodnutí a odvolací lhůta činí 15 dnů ode dne oznámení rozhodnutí. Odvolání má v zásadě stejné náležitosti jako podání<sup>145</sup>, navíc v něm musí být uvedeno proti čemu odvolání směřuje a musí být samozřejmě řádně odůvodněno. Odvolání se podává u správního orgánu, který napadené rozhodnutí vydal<sup>146</sup>, je tedy možné podat odvolání k reviznímu lékaři, který rozhodl o odmítnutí úhrady péče jinak nehrazené.

Tolik tedy k charakteristice procesního postupu, který je dle mého právního názoru jediný správný. Z osobní zkušenosti však vím, že problém vznikne, pokusí-li se takovýmto postupem pojištěnec skutečně domoci úhrady péče jinak nehrazené.

---

<sup>144</sup> Viz ustanovení § 68 odst. 1 a 5 správního řádu.

<sup>145</sup> Viz ustanovení § 37 správního řádu.

<sup>146</sup> Viz ustanovení § 86 odst. 1 správního řádu.

Zdravotní pojišťovny totiž tento postup za správný nepovažují a využívají postupu jiného.

Ten spočívá v tom, že subjektem oprávněným žádat o úhradu zdravotní péče jinak nehrazené není pojištěnec, nýbrž ošetřující lékař, respektive poskytovatel zdravotních služeb. Argumentem pro takový postup je pak smluvní vztah mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb o poskytování a úhradě zdravotní péče. Obvyklou součástí tohoto smluvního vztahu je i maximální finanční limit, který může poskytovatel v daném období využít na zdravotní péči. Jakékoli navýšení této částky (např. právě o úhradu péče jinak nehrazené) je pak dle argumentace zdravotních pojišťoven věcí smluvního vztahu mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou.<sup>147</sup>

Podle této logiky tedy žádost o mimořádnou úhradu musí podat poskytovatel, nikoli pojištěnec, neboť poskytovateli bude tato úhrada proplacena. Skutečnost, že je to pojištěnec, komu bude zdravotní péče poskytnuta, pak v postupu zdravotních pojišťoven zřejmě nehraje roli.

Takový procesní postup je však dle mého názoru vadný, neboť obrací příčinu a následek a vynechává pacienta z rozhodování o jeho právech<sup>148</sup>. Tvrdím, že důvodem pro aplikaci ustanovení § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, je snaha pacienta domoci se úhrady péče jinak nehrazené, která je pro něj jedinou možností zdravotní péče<sup>149</sup>. Následná úhrada této péče mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb je pouze nezbytným důsledkem rozhodnutí o úhradě zdravotní péče jinak nehrazené. Úvaha zdravotních pojišťoven, že rozhodování o úhradě zdravotní péče

---

<sup>147</sup> Nepodařilo se mi získat potvrzení o užívání tohoto postupu od žádné zdravotní pojišťovny. Tato charakteristika je tedy založena na mé osobní zkušenosti se žádostmi o úhradu péče jinak nehrazené.

<sup>148</sup> Mnohdy se přitom může jednat i o rozhodování o zachování života pojištěnce neboť častým důvodem pro využití ustanovení § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění je požadavek na nasazení biologické léčby na různé typy rakovin.

<sup>149</sup> To je právě případ biologické léčby rakoviny, která může být jedinou možností zdravotní péče, neboť klasická hrazená léčba je z různých důvodů kontraindikována.

jinak nehrazené je otázkou smluvního vztahu<sup>150</sup> je nejen nemorální, ale především protiprávní, neboť ignoruje ustanovení správního řádu. Navíc procesní postup využívaný zdravotními pojišťovnami fakticky vylučuje právní obranu pojištěnce, neboť ten nemá právo se odvolat v situaci, kdy není účastníkem řízení. To je dále posíleno tím, že formálním výstupem tohoto řízení je dnes pouze osvědčení, nikoli rozhodnutí.<sup>151</sup>

Domnívám se, že náprava situace je možná pouze soudní cestou, přes podání jednotlivých pojištěnců k obecním soudům. Zde se však střetává požadavek právní čistoty s realitou. Stav, který nyní existuje, lze napravit pouze za situace, že zdravotní pojišťovna odmítne vyřídit podání konkrétního pojištěnce s odkazem na svou zavedenou praxi a vyzve ho, aby o úhradu zdravotní péče jinak nehrazené zažádal prostřednictvím poskytovatele. Problém spojený se soudní obranou pojištěnce je ale bezprostředně navázán na nedostatek času. Pojištěnec, který je skutečně odkázán na ustanovení § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, a jehož zdravotní stav vyžaduje nasazení zdravotní péče jinak nehrazené, zpravidla nemá na tento postup čas. Těžko si lze představit, že v takovéto situaci se bude prostřednictvím žaloby domáhat nápravy uvedeného postupu pouze proto, že postup zdravotní pojišťovny je protiprávní. Obzvláště v situaci, kdy průměrná délka soudního řízení v České republice je delší než jeden rok<sup>152</sup>.

Tento problém tak na rozdíl od problémů popsanych v ostatních oddílech této kapitoly nesouvisí s podzákonými právními předpisy, přesto přímo vyplývá ze zákona o veřejném zdravotním pojištění, když v tomto zákoně absentuje procesní postup pro aplikaci ustanovení § 16. I to má však dopad do rozsahu nároku pojištěnce na úhradu zdravotní péče, když jsou mu tak upřena práva, která by mu při správném právním postupu náležela. To může mít i ústavní konotace za situace, kdy by nedošlo ke

---

<sup>150</sup> Zdravotní pojišťovny dokonce tvrdí, že případná mimořádná úhrada zdravotní péče jinak nehrazené patří do maximálního finančního limitu vymezeného úhradovou vyhláškou, který podléhá regulačním opatřením, a tím omezuje výdaje poskytovatele zdravotních služeb. To je zásadní zejména proto, že ustanovení §16 zákona o veřejném zdravotním pojištění je často využíváno pro mimořádnou úhradu zdravotní péče zvláště ekonomicky nákladné (např. již zmíněná biologická léčba). To je zajímavé zejména s odkazem na předchozí oddíl této kapitoly, který se věnoval dopadu regulačních omezení.

<sup>151</sup> Zdravotní pojišťovny na základě chybného procesního postupu volí i chybnou formu rozhodnutí.

<sup>152</sup> Statistické údaje poskytnuté Ministerstvem spravedlnosti, viz Příloha č. 1. této práce.

schválení mimořádné úhrady zdravotní péče jinak nehrazené. Pojištěnci, který není účastníkem řízení jsou odepřena zcela zásadní práva, včetně práva na odvolání, což je porušení práva na spravedlivý proces ve smyslu čl. 36 Listiny. A může tak být dokonce zcela negováno právo na zdravotní péči dle čl. 31 Listiny, například v situaci, kdy bude pojištěnci odmítnuta výjimečná úhrada u péče, která skutečně splňuje podmínku ustanovení § 16. Pojištěnci tak nebude uhrazena jediná možná zdravotní péče, a tím dle mého názoru, porušeno právo na zdravotní péče, vyplývající z čl. 31 Listiny.

## 5. Pohled de lege ferenda

V této kapitole se po popsání problémů souvisejících se zákonem o veřejném zdravotním pojištění, které mají přesah do nároku pojištěnce na zdravotní péči, a tím do Listinou zaručeného práva na zdravotní péči, pokusím navrhnout možná řešení. Vzhledem ke skutečnosti, že popsané problémy sice mají svůj základ v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, ale jejich dopad má i ústavní konotace, rozdělují tuto kapitolu na dvě hlavní části. V první z nich se zaměřím na možné změny Listiny a ve druhé na možné změny zákona o veřejném zdravotním pojištění. V poslední, třetí, části této kapitoly již jen stručně navrhu i možnost spočívající ve změně chování jednotlivých účastníků systému poskytování a úhrady zdravotní péče.

### 5.1. Změna Listiny základních práv a svobod

Ačkoliv by se na první pohled mohlo zdát, že pro vyřešení předestřených problémů by stačilo upravit znění čl. 31 Listiny, není tomu tak. Listina základních práv a svobod tvoří provázaný celek a pouhá úprava jejího čl. 31 bez dalších úprav (zejména čl. 4 odst. 3, čl. 4 odst. 4, čl. 36 a čl. 41 odst. 1) s ním provázaných ustanovení by předestřené problémy bez dalšího nevyřešila. Tak zásadní změna Listiny je přitom jen těžko představitelná, už proto, že za celou dobu účinnosti Listiny došlo pouze k jedné její novelizaci.<sup>153</sup>

Největšího posunu bez současné zásadní revize celého textu Listiny by zřejmě bylo možné dosáhnout jen vypuštěním slova “bezplatnou” z věty druhé čl. 31 Listiny, která zní: “Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.” To by mohlo usnadnit snahy o zavedení nákladové efektivity, zvýšení spoluúčasti a podobných opatření vedoucích ve svém důsledku k zajištění finanční stability systému poskytování hrazené péče. To by v ideálním případě poskytlo prostor zákonodárci pro vyřešení popsaných

---

<sup>153</sup> Jednalo se navíc pouze o dílčí novelizaci čl. 8 odst. 3 Listiny spočívající v prodloužení maximální doby zadržení z 24 hodin na 48 hodin.

problémů. Zůstává otázkou, jaký by byl reálný dopad takové změny na obsah práva obsaženého ve větě druhé čl. 31 Listiny, neboť právo na zdravotní péči na základě veřejného pojištění by zůstalo zachováno. Zřejmě by se tak pouze rozšířil prostor pro zavedení přímých plateb spojených s poskytováním zdravotní péče. Ani přesto by ale, v souladu s čl. 4 odst. 4 Listiny, nemohlo dojít k zásahu do podstaty a smyslu tohoto práva.

Navíc je nezbytné si uvědomit, že s ohledem na to, že Listina je součástí ústavního pořádku České republiky, je nadána právní silou ústavního zákona. Pro její změnu je proto třeba dosažení ústavní většiny v obou komorách Parlamentu České republiky.<sup>154</sup> To je jen obtížně představitelné i s ohledem na výše popsanou politickou neochotu zabývat se úpravou, byť i jen obyčejného, zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Pro výše uvedené jsem přesvědčen, že řešení současné situace reálně nelze hledat v úpravě Listiny základních práv a svobod.

## **5.2. Změna zákona o veřejném zdravotním pojištění**

Jak jsem uvedl výše, domnívám se, že úprava Listiny základních práv a svobod je nereálná. Určitou možnost však vidím v úpravě zákona o veřejném zdravotním pojištění. Existují dva způsoby jeho úpravy. Za prvé přijetí zcela nového zákona a za druhé novelizace zákona současného. Přijetí zcela nové úpravy by umožňovalo vyřešit všechny zmíněné problémy zcela novým nastavením systému poskytování zdravotní péče. Z tohoto důvodu, ale i proto, kolikrát byl už zákon novelizován, jak rozdílné až nesouvisející oblasti upravuje, se přikláním právě k přijetí zcela nového právního předpisu. Domnívám se, že takové řešení by umožnilo i oddělení různých částí současného zákona o veřejném zdravotním pojištění do několika právních předpisů. To by prospělo přehlednosti zákona. Technické záležitosti pojištění upravené nyní zejména v části 2., 3. a 8. bych navrhol přesunout do zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění. Stejně tak bych navrhol vynětí ustanovení týkajících se úpravy úhrady

---

<sup>154</sup> Viz čl. 39 odst. 4 Ústavy České republiky.

léčivých přípravků a zdravotnických prostředků do samostatných právních předpisů (v případě léčivých přípravků do zákona o léčivech a v případě zdravotnických prostředků do zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích). Zbývající část zákona o veřejném zdravotním pojištění týkající se úpravy úhrady zdravotní péče by se tak osamostatnila. To by mohlo přispět k větší srozumitelnosti takové normy i pro pojištěnce jako její hlavní adresáty.

Z věcného pohledu pak soudím, že vyřešení předestřených problémů je možné jedině po důkladné revizi současného nastavení a důkladném popsání všech současných problémů. Přitom se domnívám, že problémy popsané v této práci by bylo lze řešit jedině úpravou definice hrazené péče obsažené v ustanovení § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Všechny popsané problémy totiž podle mého názoru mají jednu společnou příčinu, kterou je nedostatek finančních prostředků v systému poskytování a úhrady hrazené péče. Řešení pouhým navýšením těchto prostředků například navýšením platby za státní pojištěnce přitom tento problém neřeší, protože se nejedná o systémové řešení a proto, že medicínská věda prochází neustálým vývojem, což přináší zvyšování těchto nákladů. Alespoň zmírnění těchto problémů je tak možné pouze za předpokladu, že dojde k racionalizaci hrazené péče formou nákladové efektivity. V žádném případě neobhajuji zavedení kvalitnější péče pro bohaté. Snažím se nalézt pouze vhodnou cestu pro definování jakéhosi základního nároku, který by byl garantován, a především skutečně zajištěn, všem občanům České republiky. Přitom je ale nesmírně důležité, aby finanční prostředky vynakládané na tento základní nárok proplácela pojišťovna vždy a pojištěnec, pokud by se rozhodl pro péči nadstandardní, doplácel pouze rozdíl. V opačném případě by se zákonná úprava dostala dle mého názoru do rozporu s čl. 3 odst. 1 Listiny, neboť by se jednalo o diskriminaci na základě majetku. Zvolené řešení musí být i dostatečně obecné, aby nemohlo dojít k neodůvodněným rozdílům v přístupu k jednotlivým pojištěncům, a aby zároveň nebylo zasaženo do podstaty a smyslu práva na zdravotní péči dle čl. 31 Listiny. Současný stav je totiž ze všech důvodů popsaných v této práci nevyhovující, protože silně zavádějící. Představa, že zdravotní péče je skutečně hrazena v rozsahu, který stanovují příslušná ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění a zejména

ustanovení § 13, je mylná. Aby bylo možné přijmout funkční řešení, je zároveň potřeba najít společenský konsenzus. K tomu je třeba informovat občany o tom, že nárok na úhradu zdravotní péče v současné podobě je neudržitelný, protože neufinancovatelný.

Zároveň by bylo nutné vyřešit i způsob úhrady poskytované zdravotní péče mezi zdravotními pojišťovkami a poskytovateli zdravotních služeb, neboť i v této oblasti dochází k tak zásadním problémům, že mají přesah až do práva na zdravotní péči dle čl. 31 Listiny.

Výše zkoumám řešení spočívající v přijetí zcela nového zákona o veřejném zdravotním pojištění. Nemyslím si totiž, že tak zásadní změny je možné řešit pouze dílčími novelizacemi, což se už ostatně projevilo například v případě novelizace, kterou byly do zákona vloženy tzv. nadstandarty. Takové řešení proto zcela pomíjím.

Specifickým případem je náprava problému vyplývajícího z chybějícího procesního postupu pro aplikaci ustanovení § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. V tomto případě by postačovalo formou novelizace přijmout odpovídající procesní rámec.

### **5.3. Změna chování jednotlivých subjektů ve zdravotnictví**

Další možnosti vedoucí k vyřešení současného stavu by podle mého názoru paradoxně bylo i to, kdyby všechny zúčastněné subjekty začaly striktně dodržovat své zákonné povinnosti. Podle mého názoru by to, zejména v případě poskytovatelů zdravotních služeb, totiž vedlo k jejich krachu, a tím k rozpadu celého současného systému, což by ve svém důsledku nedalo zákonodárci jinou možnost, než celý systém nově definovat. Jak si takové nové nastavení představuji, přitom uvádím výše, včetně toho, že jsem přesvědčen, že by si to vyžádalo zcela novou právní úpravu.



Opět podotýkám, že problém vyplývající z aplikace ustanovení § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění je specifický. V tomto případě by pouze stačilo postupovat podle již existujících právních předpisů, zejména podle správního řádu.

## 6. Závěr

Věřím, že tato diplomová práce bude příspěvkem do debaty o dalším směřování systému zdravotnictví v České republice. Jsem přesvědčen, že bez identifikace limitů, které ve zdravotnictví existují (ať už limitů ústavních, politických či společenských), nelze přistoupit k nápravě současného stavu. Tento stav přitom, s ohledem na vybrané problémy související s úpravou poskytování a úhrady zdravotní péče, jak jsem je popsal, považuji za nepřijatelný. Identifikace a analýza části těchto problémů, souvisejících s nárokem pojištěnce na poskytování a úhradu zdravotní péče, to byly hlavní cíle této práce. Domnívám se, že se podařilo tyto cíle naplnit.

Problémem, ale zároveň výzvou, se mi při psaní této práce stala skutečnost, že k předemtné tematice existuje minimum zdrojů. Ve chvíli, kdy jsem opustil známé a dobře prozkoumané pole ústavního práva a pustil se do konkrétních problémů zdravotnictví, byl jsem někdy odkázán jen na mé osobní zkušenosti, které jsem získal při poskytování poradenství pojištěncům. Domníval jsem se, že subjekty, které se ve zdravotnictví pohybují poskytnou ochotně informace, které jsem od nich žádal. To se však nestalo. Nejvíce mě mrzí neochota poskytnout potřebné informace ze strany zdravotních pojišťoven. Přesto jsem přesvědčen, že je tato práce přesnou analýzou situace českého zdravotnictví, jeho právních problémů a jejich dopadu na pojištěnce.

Vzhledem k mému přesvědčení o nutném nalezení příčin současného stavu, než bude přistoupeno k nápravě důsledků, by bylo nanejvýš žádoucí, aby vznikly další odborné práce, zaměřené na oblast zdravotnictví. Zatímco tato práce se primárně věnuje postavení pojištěnce a jeho právům, domnívám se, že neméně důležitou oblastí je i postavení poskytovatelů zdravotních služeb. To jsem se ostatně snažil alespoň nastínit při analýze problematiky spjaté s úhradovou vyhláškou. Těmto vztahům, jejich ústavním limitům, například z pohledu práva na podnikání, se přitom budu dál věnovat i já sám. Věřím, že spojením těchto dvou oblastí by byla prohloubena komplexnost práce a její význam z pohledu reformy systému zdravotnictví.

## 7. Seznam zkratk

<b>Listina základních práv a svobod</b>	usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, ve znění pozdějších předpisů
<b>Listina</b>	<i>viz Listina základních práv a svobod</i>
<b>Ústava České republiky</b>	ústavní zákon České národní rady č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů
<b>MPHSKP</b>	Mezinárodní Pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, vyhlášený v České republice jako vyhláška ministra zahraničních věcí č. 120/1976 Sb., o Mezinárodním Paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním Paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech
<b>zákon o veřejném zdravotním pojištění</b>	zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
<b>zákon o pojistném na veřejné zdravotní pojištění</b>	zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů

<b>zákon o léčivech</b>	zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů
<b>zákon o zdravotních službách</b>	zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů
<b>správní řád</b>	zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů
<b>zákon o Ústavním soudu</b>	zákon č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů
<b>nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb</b>	nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb
<b>úhradová vyhláška pro rok 2013</b>	vyhláška MZ č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013
<b>úhradová vyhláška pro rok 2014</b>	vyhláška MZ č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014
<b>Ústavní soud</b>	Ústavní soud České republiky
<b>Nejvyšší soud</b>	Nejvyšší soud České republiky
<b>sp. zn.</b>	spisová značka

## 8. Seznam zkráceně citované literatury a judikatury

- WAGNEROVÁ a kol.:** **WAGNEROVÁ, E.; ŠIMÍČEK, V.;**  
**Komentář.** **LANGÁŠEK, T.; POSPÍŠIL, I.; a kol.** Listina  
základních práv a svobod. Komentář. Vyd. 1.  
Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012,  
906 s. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN  
978-80-7357-750-6.
- KYSELA, J.: Zákonodárství bez  
parlamentů** **KYSELA, J.** Zákonodárství bez  
delegace a substituce zákonodárné pravomoci.  
Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická  
fakulta v nakl. IFEC, Beroun, 2006, s. 13-23.  
Prameny a nové proudy právní vědy, no. 36.  
ISBN 80-858-8978-1.
- Veškerá judikatura Ústavního  
soudu České republiky a  
Nejvyššího soudu České  
republiky je v samotném textu a  
poznámkovém aparátu citována  
pomocí spisové značky. Plné  
znění citace je uvedeno v  
Seznamu použité literatury a  
pramenů** Viz s. 75 této práce.

## 9. Seznam použité literatury a pramenů

### 9.1. Komentáře, učebnice a monografie

- ▶ WAGNEROVÁ, E.; ŠIMÍČEK, V.; LANGÁŠEK, T.; POSPÍŠIL, I. a kol.: Listina základních práv a svobod: komentář. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s. 2012, 906 s. Komentáře Wolters Kluwer. ISBN 978-807-3577-506.
- ▶ PAVLÍČEK, Václav a kol.: Ústava a ústavní řád České republiky: komentář. 2. dopl. a podst. rozš. vyd., aktualiz. dotisk podle stavu k 1.1.2003. Praha: Linde, 2002, 1164 s. Zákony - komentáře (Linde).
- ▶ KLÍMA, Karel a kol.: Komentář k Ústavě a Listině. Plzeň: Aleš Čeněk, 2005, 1019 s.
- ▶ PAVLÍČEK, Václav.: Ústavní právo a státověda. 2. podstatně rozš. a dopl. vyd. Praha: Linde, 2008, 797 s. Vysokoškolské právnické učebnice.
- ▶ BOGUSZAK, Jiří, ČAPEK, Jiří, GERLOCH, Aleš.: Teorie práva. Vyd. 1. Praha: Eurolex Bohemia, 2001, 323 s.
- ▶ GERLOCH, Aleš.: Teorie práva. 1. vyd. Dobrá Voda: Aleš Čeněk, 2000, 222 s. Právnické učebnice (Aleš Čeněk).
- ▶ SLÁDEČEK, Vladimír a Olga POUPEROVÁ.: Správní právo: zvláštní část: (vybrané kapitoly). Praha: Leges, 2011, 416 s. Student (Leges).
- ▶ PRŮCHA, P.: Správní řád s poznámkami a judikaturou. Praha: Leges, 2012, 464 s.
- ▶ KYSELA, Jan.: Zákonodárství bez parlamentů: delegace a substituce zákonodárné pravomoci. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta v nakl. IFEC, Beroun, 2006, 169 s. Prameny a nové proudy právní vědy, no. 36.
- ▶ VONDRÁČEK, Jan, DVOŘÁKOVÁ Vladimíra, a VONDRÁČEK Lubomír.: Medicínsko-právní terminologie: příručka pro právní praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 101 s.
- ▶ MACH, Jan.: Medicína a právo. Vyd. 1. Praha: C.H. Beck, 2006, 257 s. Beckova edice ABC.

- ▶ KRATOCHVÍL, Jan.: Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv a Mezinárodním paktu o občanských a politických právech. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, 224 s. Prameny a nové proudy právní vědy, 46.
- ▶ ADAMUS, Vladimír.: Mezinárodní dokumenty o lidských právech: anglicky a česky. Praha: Linde Praha - Právnické a ekonomické nakladatelství a knihkupectví Bohumily Hořínkové a Jana Tuláčka, 2000, 495 s.
- ▶ TOMEŠ, Igor a KOLDINSKÁ, Kristina.: Sociální právo Evropské unie. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2003, xvi, 267 s. Právnické učebnice.
- ▶ ŠÍŠKOVÁ, Naděžda.: Evropská unijní ochrana lidských práv. (Charta a další instrumenty ochrany lidských práv v EU). 1.vyd. Praha: Linde, 2001, 217 s.
- ▶ ALEXY, Robert.: A theory of constitutional rights. Překlad Julian Rivers. Oxford: Oxford University Press, 2002, 462 s.

## 9.2. Sborníky a články

- ▶ KÜHN, Zdeněk.: K některým otázkám vyvolaným nálezem Ústavního soudu v kauze poplatků ve zdravotnictví. In: Pocta Zdeňku Jičínskému k 80. narozeninám. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2009, s. 47-52.
- ▶ SUCHÁNEK, Radovan.: K ústavnímu právu na ochranu zdraví a na bezplatnou zdravotní péči. In: Pocta Jánu Gronskému. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008, s. 249-271.
- ▶ KÜHN, Zdeněk. "Regulační poplatky" ve zdravotnictví II. In: Jiné právo. [online]. 1. 6. 2008 [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://jinepravo.blogspot.cz/2008/06/regulan-poplatky-ve-zdravotnictv-ii.html>
- ▶ DOSTÁL, Ondřej.: Právo na poučení, na léčbu lege artis a na přístup k nákladné péči. Causa subita: Časopis pro lékaře v praxi. 2012, roč. 15, č. 5.

### 9.3. Judikatura

- ▶ náleží Ústavního soudu České republiky ze dne 10. 7. 1996, sp. zn. Pl.ÚS 35/95, č. 206/1996 Sb., N 64/5 SbNU 487, dostupné na <http://nalus.usoud.cz>
- ▶ náleží Ústavního soudu České republiky ze dne 4. 6. 2003, sp. zn. Pl.ÚS 14/02, č. 207/2003 Sb., N 82/30 SbNU 263, dostupné na <http://nalus.usoud.cz>
- ▶ náleží Ústavního soudu České republiky ze dne 5. 10. 2006, sp. zn. Pl.ÚS 61/04, č. 16/2007 Sb., N 181/43 SbNU 57, dostupné na <http://nalus.usoud.cz>
- ▶ náleží Ústavního soudu České republiky ze dne 16. 1. 2007, sp. zn. Pl.ÚS 36/05, č. 57/2007 Sb., N 8/44 SbNU 83, dostupné na <http://nalus.usoud.cz>
- ▶ náleží Ústavního soudu České republiky ze dne 20. 5. 2008, sp. zn. Pl.ÚS 1/08, č. 251/2008 Sb., N 91/49 SbNU 273, dostupné na <http://nalus.usoud.cz>
- ▶ náleží Ústavního soudu České republiky ze dne 23. 3. 2010, sp. zn. Pl.ÚS 8/07, č. 135/2010 Sb., N 61/56 SbNU 653, dostupné na <http://nalus.usoud.cz>
- ▶ náleží Ústavního soudu České republiky ze dne 20. 6. 2013, sp. zn. Pl.ÚS 36/11, č. 238/2013 Sb., dostupné na <http://nalus.usoud.cz>
- ▶ náleží Ústavního soudu České republiky ze dne 22. 10. 2013, sp. zn. Pl.ÚS 19/13, č. 396/2013 Sb., dostupné na <http://nalus.usoud.cz>
- ▶ náleží Ústavního soudu České republiky ze dne 16. 1. 2003, sp. zn. III.ÚS 671/02, N 10/29 SbNU 69, dostupné na <http://nalus.usoud.cz>
- ▶ usnesení Ústavního soudu České republiky ze dne 29. 6. 2006, sp. zn. III.ÚS 118/05, U 15/37 SbNU 767, dostupné na <http://nalus.usoud.cz>
- ▶ náleží Ústavního soudu České republiky ze dne 13. 9. 2011, sp. zn. I. ÚS 2785/08, N 157/62 SbNU 373, dostupné na <http://nalus.usoud.cz>
- ▶ rozsudek Nejvyššího soudu České republiky ze dne 27. 4. 2011, sp. zn. 25 Cdo 3507/2008, dostupné na <http://www.nsoud.cz>



## 9.4. Právní předpisy

- ▶ usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, ve znění pozdějších předpisů
- ▶ ústavní zákon České národní rady č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů
- ▶ zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- ▶ zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- ▶ zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů
- ▶ zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů
- ▶ zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů
- ▶ zákon č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů
- ▶ zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony
- ▶ nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb
- ▶ vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013
- ▶ vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014
- ▶ vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
- ▶ stavovský předpis České lékařské komory č. 10. Etický kodex. [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/predpis10.html>

## 9.5. Mezinárodní smlouvy

- ▶ Mezinárodní Pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, vyhlášený v České republice jako vyhláška ministra zahraničních věcí č. 120/1976 Sb., o Mezinárodním Paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním Paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech
- ▶ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině vyhlášená pod č. 96/2001 Sb.m.s.

## 9.6. Ostatní zdroje

- ▶ Důvodová zpráva k zákonu č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: [http://www.psp.cz/eknih/1996ps/tisky/t009800d.htm#\\_d](http://www.psp.cz/eknih/1996ps/tisky/t009800d.htm#_d)
- ▶ Důvodová zpráva k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Sněmovní tisk 405/0. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 2010 - 2013. [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=6&ct=405&ct1=0>
- ▶ Projev poslance FS ČSFR a zpravodaje ústavně-právních výborů Vlastimila Ševčíka na 11. schůzi FS ČSFR dne 8. 1. 1991, stenoprotokol z jednání FS ČSFR [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/1990fs/slsn/stenprot/011schuz/s011004.htm>
- ▶ Ústavní soud: Právní úprava. [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.usoud.cz/pravni-uprava/>
- ▶ ŠÍDLO, Jindřich. Ihned.cz. [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://zpravy.ihned.cz/politika/c1-29141420-prvni-analyza-proc-se-v-cesku-zrodila-oranzova-revoluce>

- ▶ LESKOVÁ, Ivana. Idnes.cz. [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/karvinska-nemocnice-deli-pacienti-na-zadouci-trpene-a-nevitane-pbb-/domaci.aspx?c=A111022\\_1673076\\_ostrava-zpravy\\_ab](http://zpravy.idnes.cz/karvinska-nemocnice-deli-pacienti-na-zadouci-trpene-a-nevitane-pbb-/domaci.aspx?c=A111022_1673076_ostrava-zpravy_ab)
- ▶ Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2011. Časové řady vybraných finančních ukazatelů. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, s. 33, dostupné na <http://www.uzis.cz/system/files/zdrnarekon2011.pdf>

## 10. Seznam příloh

- ▶ Civilní agenda statistika soudů - rok 2013, Přehled o průměrných délkách řízení ode dne nápadu do dne právní moci ve dnech, poskytnuto Ministerstvem spravedlnosti dne 12. 3. 2014
- ▶ Lůžková kardiologie v ČR, stav k 1. 3. 2014, poskytnuto Všeobecnou zdravotní pojišťovnou dne 14. 3. 2014
- ▶ Výdaje na zdravotnictví veřejné a soukromé (v mil. Kč), s.33, in Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2011. Časové řady vybraných finančních ukazatelů. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, dostupné na <http://www.uzis.cz/system/files/zdrnarekon2011.pdf>

# Přílohy

- Příloha č. 1: Civilní agenda statistika soudů - rok 2013, Přehled o průměrných délkách řízení ode dne nápadu do dne právní moci ve dnech, poskytnuto Ministerstvem spravedlnosti dne 12. 3. 2014

Civilní agenda statistika soudů - rok 2013							
Přehled o průměrných délkách řízení ode dne nápadu do dne právní moci ve dnech							
Krajské a okresní soudy							
OS Praha 1	232	OS Benešov	228	OS České Budějovice	166	OS Plzeň-město	307
OS Praha 2	489	OS Beroun	301	OS Český Krumlov	135	OS Domažlice	139
OS Praha 3	250	OS Kladno	190	OS Jindřichův Hradec	181	OS Cheb	246
OS Praha 4	319	OS Kolín	219	OS Pelhřimov	164	OS Karlovy Vary	196
OS Praha 5	509	OS Kutná Hora	130	OS Písek	255	OS Klatovy	188
OS Praha 6	442	OS Mělník	221	OS Prachovice	151	OS Plzeň-jih	188
OS Praha 7	614	OS Mladá Boleslav	157	OS Strakonice	183	OS Plzeň-sever	236
OS Praha 8	584	OS Nymburk	168	OS Tábor	141	OS Rokycany	161
OS Praha 9	397	OS Praha-východ	237	KS České Budějovice	271	OS Sokolov	237
OS Praha 10	459	OS Praha-západ	300			OS Tachov	396
MS Praha	538	OS Příbram	182			KS Plzeň	468
		OS Rakovník	138				
		KS Praha	288				
<b>Hl. m. Praha</b>	<b>396</b>	<b>Středočeský kraj</b>	<b>218</b>	<b>Jihočeský kraj</b>	<b>184</b>	<b>Západočeský kraj</b>	<b>263</b>
OS Ústí n.L.	876	OS Hradec Králové	254	MS Brno-město	752	OS Ostrava	594
OS Česká Lípa	328	OS Havlíčkův Brod	194	OS Blansko	251	OS Bruntál	284
OS Děčín	539	OS Chrudim	276	OS Brno-venkov	460	OS Frydek-Místek	314
OS Chomutov	589	OS Jičín	245	OS Břeclav	569	OS Jeseník	297
OS Jablonec n.N.	392	OS Náchod	122	OS Hodonín	433	OS Karviná	264
OS Liberec	456	OS Pardubice	458	OS Jihlava	276	OS Nový Jičín	138
OS Litoměřice	474	OS Rychnov n.K.	297	OS Kroměříž	292	OS Olomouc	177
OS Loupy	440	OS Semily	349	OS Prostějov	292	OS Opava	319
OS Most	486	OS Svitavy	158	OS Třebíč	208	OS Pířov	174
OS Teplice	421	OS Trutnov	177	OS U.Hradiště	444	OS Šumperk	354
KS Ústí n.L.	665	OS Ústí n.O.	230	OS Vyškov	352	OS Vsetín	214
		KS Hradec Králové	433	OS Zlín	224	KS Ostrava	595
				OS Znojmo	379		
				OS Žďár n.S.	362		
				KS Brno	571		
<b>Severočeský kraj</b>	<b>553</b>	<b>Východočeský kraj</b>	<b>292</b>	<b>Jihomoravský kraj</b>	<b>514</b>	<b>Severomoravský kraj</b>	<b>421</b>
ČR - celkem	398						
ČR - okresní soudy	388						
ČR - krajské soudy	511						
Okresní soudy							
Praha	377						
Středočeský kraj	214						
Jihočeský kraj	173						
Západočeský kraj	246						
Severočeský kraj	549						
Východočeský kraj	276						
Jihomoravský kraj	509						
Severomoravský kraj	409						

2013 2012 2011 2010 2009

- Příloha č. 2: Lůžková kardiologie v ČR, stav k 1. 3. 2014, poskytnuto Všeobecnou zdravotní pojišťovnou dne 14. 3. 2014

#### Lůžková kardiologie v ČR

stav k 1.3.2014

##### Kardiologie jako hlavní odbornost

Kód kraje	Kraj	IČ	IČZ	Název IČZ	Místo
1	Hl. m. Praha	64165	2004000	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	Praha 2
1	Hl. m. Praha	23001	4002000	Institut klin.a exper.medicíny v Praze	Praha 4
1	Hl. m. Praha	64203	5002000	Fakultní nemocnice v Motole	Praha 5
1	Hl. m. Praha	23884	5004000	Nemocnice Na Homolce	Praha 5
1	Hl. m. Praha	61383082	6051000	ÚVN-Vojenská fakultní nemocnice Praha	Praha 6
1	Hl. m. Praha	49679236	8075000	KARDIOLOGIE NA BULOVCE, s.r.o.	Praha 8
1	Hl. m. Praha	64173	10002000	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	Praha 10
3	Jihočeský	26068877	32006000	Nemocnice České Budějovice, a.s.	České Budějovice
4	Plzeňský	669806	44101000	Fakultní nemocnice Plzeň	Plzeň
5	Karlovarský	26365804	42008000	Karlovarská krajská nemocnice a.s.	Karlovy Vary
6	Ústecký	25488627	59001000	Krajská zdravotní, a.s. - MN v ÚL, o.z.	Ústí nad Labem
7	Liberecký	27283933	54100000	Krajská nemocnice Liberec, a.s.	Liberec 1
9	Pardubický	27520536	65001000	Pardubická krajská nemocnice, a.s.	Pardubice
10	Vysočina	90638	76001000	Nemocnice Jihlava, příspěvková organizac	Jihlava
11	Jihomoravský	159816	72001000	Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně	Brno
11	Jihomoravský	65269705	72100000	Fakultní nemocnice Brno	Brno
13	Moravskoslezský	48401129	86106000	Nemocnice Podlesí a.s.	Třinec
13	Moravskoslezský	635162	91001000	Městská nemocnice Ostrava	Moravská Ostrava
13	Moravskoslezský	843989	91009000	Fakultní nemocnice Ostrava	Ostrava - Poruba

##### Kardiologie jako vedlejší odbornost

KP	Kraj	IČ	IČZ	Název IČZ	Místo
1	Hl. m. Praha	64190	4005000	Thomayerova nemocnice	Praha 4
8	Královéhradecký	179906	61004000	Fakultní nemocnice Hradec Králové	Hradec Králové
11	Jihomoravský	60555530	72037000	Vojenská nemocnice Brno	Brno
11	Jihomoravský	209775	72932000	Centrum kardiiovaskulární a TCH Brno	Brno
12	Olomoucký	98892	89301000	Fakultní nemocnice Olomouc	Olomouc

- Příloha č. 3: Výdaje na zdravotnictví veřejné a soukromé (v mil. Kč), s.33, in Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2011. Časové řady vybraných finančních ukazatelů. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, dostupné na <http://www.uzis.cz/system/files/zdrnarekon2011.pdf>

*Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2011  
Health service as a part of national economy 2011*

**2.1.3 Výdaje na zdravotnictví veřejné a soukromé (v mil. Kč)**  
*Public and private health expenditure (mill. CZK)*

Rok Year	Veřejné výdaje / Public expenditure				Soukromé výdaje celkem <sup>2)</sup> Private expenditure total <sup>2)</sup>
	celkem <sup>1)</sup> total <sup>1)</sup>	v tom / out of which		v % z HDP % of GDP	
		ze státního a místních rozpočtů state and regional budgets	zdravotní pojišťovny health insurance corp.		
1990	30 052	30 052	x	5,19	1 200
1995	93 309	15 076	78 233	6,08	9 354
1996	102 400	12 641	89 759	5,81	10 540
1997	109 033	11 459	97 574	5,78	11 721
1998	119 267	11 769	107 498	5,73	12 662
1999	123 453	13 128	110 325	5,74	12 987
2000	132 962	17 170	115 792	5,86	13 873
2001	145 206	17 346	127 860	5,93	16 094
2002	162 297	20 279	142 018	6,32	16 626
2003	175 592	23 891	151 701	6,53	19 563
2004	184 825	21 495	163 330	6,31	24 445
2005	191 356	21 263	170 093	6,14	27 418
2006	197 027	22 828	174 200	5,88	29 783
2007	206 565	22 851	183 713	5,64	35 370
2008	218 719	21 439	197 280	5,68	45 801
2009	243 692	26 034	217 658	6,52	47 954
2010 <sup>3)</sup>	243 281	20 781	222 500	6,44	45 754
2011 <sup>3)</sup>	242 410	16 863	225 547	6,37	46 376

<sup>1)</sup> Zahnuje výdaje ze státního a místních rozpočtů a výdaje zdravotních pojišťoven

<sup>1)</sup> *Figures include expenditure of state and regional budgets and expenditure of health insurance companies*

<sup>2)</sup> Rok 1990 a 2011 odhad ÚZIS ČR, 1995–1999 výdaje domácností na zdraví podle národních účtů ČSÚ, 2000–2010 veřejné a soukromé výdaje na zdravotnictví podle zdravotnických účtů ČSÚ

<sup>2)</sup> *The year 1990 and 2011 estimate of IHIS CR, 1995–1999 households expenditure on health according to national accounts of CZSO, 2000–2010 public and private health expenditure according to health accounts of CZSO*

<sup>3)</sup> Roky 2010 a 2011 předběžné údaje

<sup>3)</sup> *The years 2010 and 2011 preliminary data*

Zdroj: MZ ČR, ČSÚ, výpočet ÚZIS ČR

Source: Ministry of Health, CZSO, calculation IHIS CR

## **Resumé a klíčová slova**

### ***Diplomová práce: Ústavní limity zákonné úpravy poskytování zdravotní péče***

#### **Resumé**

Cílem této práce je charakteristika a analýza právní úpravy poskytování a úhrady zdravotní péče v českém právním řádu. Tato analýza je prováděna z pohledu ústavního rámce daného zejména Listinou základních práv a svobod.

Diplomová práce proto nejprve vymezuje ústavní limity poskytování a úhrady zdravotní péče. Právo na zdravotní péči je upraveno v článku 31 Listiny základních práv a svobod, z čehož vychází i vymezení ústavního zajištění tohoto práva. Z pohledu Listiny, jako komplexního dokumentu, však článek 31 není izolovaným ustanovením a do výkladu rozsahu práva na zdravotní péči jsou proto začleněny i další články Listiny, což je předpokladem pro přesné pochopení předmětného práva.

V další části práce jsou charakterizovány zákonné a podzákonné právní předpisy, které právo na zdravotní péči provádějí. Tato část práce je zaměřena především na zákon o veřejném zdravotním pojištění, jako stěžejní předpis této oblasti, a na jeho prováděcí předpisy, které se bezprostředně dotýkají práva na zdravotní péči.

Obě tyto části práce slouží jako přesné vymezení východisek, na základě kterých je možno následně přistoupit k samotné analýze právní úpravy poskytování a úhrady zdravotní péče.

Stěžejní část práce pak spočívá v analýze zákonných a podzákonných právních předpisů, které upravují poskytování a úhradu zdravotní péče. Dále na jejich hodnocení z pohledu dodržení ústavních požadavků a vymezení problémů, které ze současné právní úpravy vyplývají. V práci je také poukázáno na možné protiústavní momenty současné úpravy. Hojně jsou využívány i nálezy Ústavního soudu České republiky, které se dotýkají práva na zdravotní péči, neboť Ústavní soud se mnohokrát zabýval ústavními limity tohoto práva a jeho podstatě a smyslu.



Provedená analýza nezůstává pouze v teoretické rovině, ale hodnotí i dopad konkrétních právních předpisů na skutečnou vymahatelnost práva pojištěnce na poskytování a úhradu zdravotní péče.

Na závěr práce jsou zmíněny návrhy možných řešení, které by mohly přispět nápravě současného nevyhovující stavu.

### **Klíčová slova**

ústavní limity, poskytování zdravotní péče, úhrada zdravotní péče, veřejné zdravotní pojištění, právo na zdravotní péči

## **Abstract and key words**

*Thesis: Constitutional limits of statutory regulation of the provision of health care*

### **Abstract**

The main goal of this thesis is to characterize and analyse the legal regulation concerning the provision and payment of health care under Czech law. This analysis is based mainly on the Charter of Fundamental Rights and Basic Freedoms as the foundation for the constitutional perspective.

The thesis therefore begins with the constitutional limits of the provision and payment of health care. The right to health care is provided by Article 31 of the Charter of Fundamental Rights and Basic Freedoms, which is the basis for its constitutional provision. As the Charter is a complex document, Article 31 must therefore not be seen as isolated, which is why other Articles are taken under consideration. This provides a complex view of the right to health care in the Czech constitution.

The thesis then focuses on the characterization of statutes and executive regulations, which provide the basic right to health care. This part of the thesis is focused mainly on the Public Health Insurance Act, as the most important statute in this area and also on executive regulations based on the Act, which imminently regulate the right to health care.

Both of these parts of the thesis serve as a precise explanation of the grounds on which further analysis of legal regulation of the provision of health care is based. This analysis consists of assessing the regulation in the perspective of keeping the constitutional requirements and also in specifying the problems emerging from the regulation, and is a cardinal part of the thesis. The thesis also points out possible unconstitutional parts of the regulation. The decisions of the Czech Constitutional Court are also taken into consideration, as the Constitutional Court repeatedly ruled on constitutional limits of the right to health care and its essence and meaning.

The analysis is not only theoretical. It describes the impact of particular legal regulations regarding the enforceability of the right of the person insured to the provision and payment of health care.

Possible solutions for the current unsatisfactory state of the regulation are presented in the conclusion of the thesis.

### **Key words**

constitutional limits, provision of health care, payment for health care, public health insurance, right to health care