

Univerzita Karlova v Praze

Právnická fakulta

Michaela Šturcová

Komparace systémů veřejných zdravotních pojištění v České republice a Rakousku

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Doc. JUDr. Martin Štefko PhD.

Katedra: Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení

Datum vypracování práce : 05.12.2015

„Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci vypracovala samostatně za použití zdrojů a literatury v ní uvedených.“

V Praze dne 05.12.2015

Podpis: 

Obsah

Úvod.....	5
Einführung	5
Vývoj zdravotního pojištění v systému sociálního zabezpečení.....	6
v České republice.....	6
v Rakousku	8
Historicko-právní spojitosti vývoje obou systémů.....	9
Ústavní základy veřejného zdravotního pojištění v České republice a v Rakousku.....	9
Právní úprava veřejného zdravotního pojištění v České republice a v Rakousku na zákonné úrovni.....	11
Srovnání forem právní úpravy v oblasti veřejného zdravotního pojištění	13
Základní principy systému veřejného zdravotního pojištění v České republice a v Rakousku	13
Společné principy v obou zemích a jejich nedostatky	15
Promítnutí etických principů do systémů veřejných zdravotních pojištění v České republice a v Rakousku, sociální typologie státu.....	15
Zdravotní pojištění v České republice se srovnáním rakouského zdravotního pojištění	17
Schéma druhů zdravotních pojištění.....	19
Odlišnosti užívání právních pojmů v oblasti VZP v obou státech	21
Zdravotní služby v České republice a v Rakousku	22
Srovnání pojmu zdravotních služeb v obou státech	23
Zdravotní péče v České republice a v Rakousku	24
Společné a rozdílné prvky zakotvení zdravotní péče v rakouském a českém systému veřejného zdravotního pojištění.....	27
Nemocniční péče	28
Rozdílné pojetí nemocniční péče v obou srovnávaných systémech.....	30
Účastníci veřejného zdravotního pojištění v České republice a v Rakousku ...	31
Právní komparace okruhu účastníků VZP v obou státech	32
Právo smluvních stran v systému veřejného zdravotního pojištění.....	33
Srovnání práva smluvních stran v oboru VZP v obou státech	34
Financování zdravotního systému, jev přerozdělování	35
Rozdílné a společné prvky financování systémů	40

Zaměření na preventivní léčbu a vliv na systém veřejného zdravotního pojištění v Rakousku a v České republice	41
Význam preventivní léčby v obou státech.....	43
Zdravotní pojišťovny v České republice a v Rakousku	43
Společné prvky úpravy zdravotních pojišťoven.....	45
Srovnání přístupu k cizincům v systému českého a rakouského zdravotnictví v otázce vstupu do veřejného zdravotního pojištění.....	46
Možnosti účasti cizince ve veřejném zdravotním pojištění v Rakousku.....	46
Možnosti účasti cizince na VZP v České republice.....	47
Srovnání právního postavení cizince v dané oblasti v obou státech	53
Aplikace prvků rakouského VZP v rámci českého VZP.....	55
Problémy veřejného zdravotního pojištění v obou systémech	57
Der Vergleich der öffentlichen Krankenversicherungen in der Tschechische Republik und Österreich
The comparation of the health public systems in the Czech republic and Austria
Resúme.....	58
Seznam zkratek	61
Seznam použité literatury	62

Úvod

Tato diplomová práce se zabývá srovnáním systémů veřejných zdravotních pojištění v České republice a v Rakousku. Oba systémy mají mnoho podobností díky společným historickým základům, ale zároveň mezi nimi existují také určité rozdíly. Až do roku 1918 byl pojítkem společný historický vývoj, poté se v obou státech uplatňovaly odlišné formy veřejných zdravotních pojištění. Mnoho prvků rakouského veřejného zdravotního pojištění by mohlo inspirovat k následné aplikaci v českém systému. V Rakousku existují četné formy způsobů zdravotního pojištění. Podstatným znakem rakouského systému je větší účast pojištěnců. Komerční zdravotní pojištění v Rakousku je využíváno rozmanitými druhy pojištěnců. V České republice je tento produkt využíván zejména cizinci, kterým je tato povinnost dána zákonem. Hrazená zdravotní péče v České republice je svým rozsahem velmi široce formulována a pojištěnci nejsou motivováni k uzavření komerčního připojištění. Rovněž otázka spoluúčasti pojištěnců je v České republice velmi politicky nepopulární a právně nedostatečně upravená. V současné době je uplatňován pouze poplatek za pohotovostní službu. Tento právní stav přispívá k netransparentnosti systému v případech, kdy si pojištěnec chce připlatit rozdílné zdravotní služby. Naproti tomu v rakouském systému je tento institut široce uplatňován a přináší další potřebné finanční prostředky do rozpočtu v rámci tohoto systému.

Einführung

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit dem Vergleich der Systeme der gesetzlichen Krankenversicherungen in der Tschechische Republik und Österreich. Bis zum Jahr 1918 gab es eine gemeinsame historische Entwicklung, nachher haben sich in beiden Staaten unterschiedliche Formen der gesetzlichen Krankenversicherung herausgebildet. Die Tschechische Republik soll eine Inspiration der Pflichtversicherung in Österreich nehmen. In Österreich gibt es verschiedene Sorte der Krankenversicherungen. Es gewöhnlich, dass die Krankenversicherte sich im System der Krankenversicherung mehr teilzunehmen. Die Privatversicherung ist möglicherweise bei allen Krankenversicherten genutzt. In der Tschechische Republik ist meistens bei Ausländer genutzt, weil die gesetzliche Verpflichtung das geregelt wird. Bezahlte

Krankenpflege in der Tschechische Republik ist sehr weit definiert und die Krankenversicherten sind nicht motiviert die Zusatzversicherung zu machen. Die Mitbeteiligung in der Forme der Gebühren ist sehr unpopulär in der Tschechische Republik. Jetzt gibt es nur ein Gebühr für den Notfall. In Österreich ist diese sehr verweierend und bringt die Mittel ins Krankenversicherungsbudget.

Vývoj zdravotního pojištění v systému sociálního zabezpečení

v České republice

Zrušení nevolnictví v roce 1781 zapříčinilo příliv obyvatelstva z venkova do měst a také rozvoj průmyslové výroby, který ovlivnil vznik a vývoj moderních forem sociálního zabezpečení později až v 19.století. Vývoj týkající se sociální události spočívající v nemoci je nutno rozdělit na dvě oblasti. První oblastí je oblast zdravotních služeb a druhou je okruh nemocenského na zdravotní pojištění. Počátek vývoje je spatřován v preventivním veřejném zdravotnictví, které mělo za úkol ochraňovat obyvatelstvo před přenosnými nakažlivými infekcemi. Preventivní veřejné zdravotnictví mělo zabezpečit ochranu větší skupiny obyvatel, které byly ohrožovány stejným rizikem v podobě vysoce nakažlivých infekčních onemocnění, zejména se jednalo o mor, neštovice a další infekce. Tyto onemocnění byly způsobeny hlavně nehygienickými podmínkami ve městech. Náklady na toto preventivní zdravotnictví byly hrazeny z veřejných zdrojů. Teprve později se začala zdravotní péče soustřeďovat na jedince a jeho zdraví. Tento jev lze označit jako individuální přístup ve zdravotní péči, který je velmi rozdílný od preventivního přístupu, protože se soustřeďuje na jedince a jeho individuální potřeby. Tento přístup vyžadoval mnohem více finančních zdrojů a nebylo možné ho zajistit každému nemocnému. Tento druh péče byl závislý na finančních poměrech nemocného a byl záležitostí rodiny. Teprve až v 19.století s rozvojem industriální společnosti byla přenášena zodpovědnost za individuální zdravotní péči na zaměstnavatele a postupně byly také vytvářeny svépomocné spolky za účelem pojištění v případě nemoci¹. Tyto pokladny fungovaly nejprve na principu dobrovolnosti a později

¹ Svépomocné spolky sloužily v době před vznikem státem nařízeného povinného sociálního a zdravotního

také jako povinné nemocenské pojištění. V 19.století měli nemajetní nárok na ošetření hrazené z prostředku veřejnoprávních korporací. Nejprve leželo toto břemeno na domovské obci a posléze se přenášelo na okresy a země. Cílem bylo zajistit ošetření širokému okruhu občanů bez ohledu na finanční poměry nemocného. V druhé polovině 19. století byl zabezpečen v Rakousku-Uhersku nárok sociálně potřebných na ošetření, lékařskou pomoc a poskytnutí léků. Organizace veřejné zdravotní služby upravoval zákon č. 68/1870 ř.z., který byl dále postupně rozvíjen zemskými zákony pro Čechy č.9/1888 z.z. a pro Moravu č. 28/1884 z.z. a pro Slezsko č.31/1896. Československá republika tedy díky tomu, že byla s Rakouskem v jedné společné monarchii sdílela mnoho prvků, které si po pádu Rakouska-Uherska také ponechala. Jednalo se zejména o soustavu zabezpečení státních zaměstnanců. Tato soustava zabezpečovala hrazení zdravotní péče státních zaměstnanců z veřejných zdrojů. Dalším prvkem, který byl ponechán v Československu, byla soustava nemocenských pokladen, které byly zavedeny zákonem z roku 1888, jejichž úkolem bylo hradit částečně zdravotní péči. Změna tohoto zákona byla provedena až v roce 1924 zákonem o sociálním pojištění. Situace nebyla uspokojivá, a proto za první republiky byl připravován komplexní nemocniční zákon, který však nikdy nebyl schválen. Cílem tohoto zákona mělo být zlepšení financování služeb zdravotnických zařízení a lékařů. Ministr Šoltész v roce 1945 odhadoval redukci počtu lékařů na 55% stavu z roku 1939. Je nutno poznamenat, že hlavní podíl na tomto stavu mělo uzavření vysokých škol, které znemožnilo vyškolení nových profesionálů. Po vítězství komunistického režimu došlo k podstatnému odklonu od tehdejšího systému veřejného zdravotního pojištění. V roce 1948 byl přijat zákon o národním pojištění, ve kterém byla uzákoněna Ústřední zdravotní pojišťovna a také se pojištění tímto zákonem začalo členit na národní důchodové pojištění a národní nemocenské pojištění. Vítězství komunistického režimu zapříčinilo zásadní odklon od dosavadního fungujícího systému veřejného zdravotního pojištění. Tento odklon znamenal také odklon od tradičního systému zdravotního pojištění Rakouska-Uherska, který s jistými změnami byl používán v tehdejší Československu. Záčátkem 90.let po pádu komunistického režimu se Česká republika vrátila k modelu veřejného zdravotního pojištění navazujícím na kulturní kořeny modelu bismarckovského. Dosavadní systém pojištění byl finančně velmi náročný a ve svém fungování těžkopádný. Nebylo ho gfmožno přizpůsobit novým podmínkám. Bylo nutností přejít k odlišnému systému pojištění, a proto došlo k opuštění centrálně řízeného zdravotního systému financovaného ze státního rozpočtu a jeho nahrazení

povinným veřejným zdravotním pojištěním vyznačujícím se pluralitou spočívající v provedení privatizace zdravotního systému.(1)

v Rakousku

Historické kořeny práva sociálního zabezpečení v Rakousku se datují do období antiky, ačkoliv až ve středověku dostalo konkrétní podobu v praxi uplatňovanou jako organizovaná pomoc chudým. Vhodným příkladem jsou nemocnice spravované příslušníky Řádu maltézských rytířů působících zejména na venkově. Tato organizace pomohla vytvořit tradici samostatné správy, na kterou později mohly navazovat nositelé sociálního pojištění. Paralelně docházelo k vzniku městy organizované pomoci chudým. (3) Významný vliv na rakouskou právní úpravu práva sociálního zabezpečení měly sociálněprávní akty v Anglii, které daly předlohu pro sociálněprávní reformy Bismarckovy se zaváděním známé politiky „cukru a biče“. Velmi důležitými se staly zákonné předpisy upravující zdravotní pojištění (1883), úrazové pojištění (1884), starobní a invalidní pojištění (1889), které měly významný vliv v zákonodárství Rakousko-Uherska. V roce 1888 bylo zákonným způsobem upraveno pojištění úrazové a také zdravotní pojištění dělníků. Toto vše bylo důležité pro vývoj tehdejší industriální společnosti. V zákoně z roku 1888 je možno spatřovat počátek zdravotního pojištění v Rakousku-Uhersku. Celé toto období sociální politiky nařízené „shora“ trvalo až do roku 1918. Naopak mezi léty 1918-1920 díky proběhlým parlamentním volbám došlo k nástupu sociální politiky „zezdola“ tedy z vůle lidu. Další sociálně politický vývoj byl značně ovlivněn první světovou válkou. Docházelo k expanzivní sociální politice a k následnému boji se sociálním zatížením státu. Stav systému sociálního zabezpečení po druhé světové válce vyžadoval přijetí nových zákonů. Zvláště důležitým zákonem je ASVG, který vstoupil v účinnost 1.1.1956. GSVG a BSVG vstoupily v účinnost až v roce 1978. Období druhé republiky po druhé světové válce je charakteristické expanzí a zevšeobecněním sociálněpolitických programů na základě všeobecného politického konsenzu napříč politickým spektrem s převahou sociálnědemokratických myšlenek. Zatímco v posledních letech v rakouském systému dochází k opačnému vlivu spíše

neoliberálních myšlenek, který zapřičiňuje, že se oslabuje role státu a v tomto systému jsou zaváděny soukromoprávní prvky zdravotního pojištění. (24)²

Historicko-právní spojitosti vývoje obou systémů

Ve zdravotních systémech v České republice a v Rakousku je možno spatřovat na počátku jejich vývoje mnoho spojitostí. Nejdůležitějším pojítkem je geografický vztah obou zemí, jelikož Česká republika sousedí s Rakouskem na své jižní hranici. Tento fakt měl vliv zejména na stav přenosných infekcí, které se přenášely vzdušnou cestou či přímým kontaktem mezi citlivými jedinci. Z tohoto důvodu bylo nutno zavést obdobná preventivní opatření k zabránění šíření infekcí. Dalším pojítkem je spatřován v politickém vztahu obou dvou zemí, jelikož byly součástí jednoho nadstátního celku Rakouska-Uherska až do roku 1918. Tedy historicko-politický vývoj systému práva sociálního zabezpečení až do zániku Rakouska-Uherska je oběma zemím společný. Poté díky rozdílné politické orientaci obou států se systémy veřejných zdravotních pojištění začaly přijímáním četných zákonů, které byly právě silně ovlivněny politicky rozdílnými vlivy, významně lišit. Po pádu komunistického režimu v Československu se systém veřejného pojištění vrátil opět k modelu Bismarckovskému a navázal na tradici Rakouska-Uherska.

Ústavní základy veřejného zdravotního pojištění v České republice a v Rakousku

Český ústavní systém se věnuje formulaci základních sociálních práv přímo v samotném ústavním právním předpise na rozdíl od BVG. Listina základních práv a svobod obsahuje výčet hospodářských, sociálních a kulturních práv ve své hlavě čtvrté, která jsou považována za práva základní a ústavně chráněná. Některá se vztahují na všechny osoby fyzické, avšak některá pouze na občany České republiky. 31. článek

² str.4 RESCH, Reinhardt, 2014, Sozialrecht, Rechtstaschenbuch MANZ, str. 57-86, ISBN 978-3-214-06725-0

Listiny základních práv blíže specifikuje jednak právo na ochranu zdraví, ale také právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky. Právo na ochranu zdraví zaručuje Listina každému tedy každé fyzické osobě v České republice. Nejedná se o právo na zdraví, ale o právo na ochranu zdraví. Druhá část článku je velmi významná, jelikož de facto dává základ pro vznik veřejného zdravotního pojištění v této pro tento systém specifické silně solidární podobě. Toto právo avšak propůjčuje pouze občanům České republiky. Ve svém závěru také odkazuje na podrobnější úpravu podmínek, které toto právo upravují v síle zákonné.³

Rakouská spolková ústava (BundesVerfassungsgesetz-BVG) z roku 1929 upravuje jen legislativní pravomoc pro vydávání zákonů v rámci sociálního pojištění v 10. článku Spolkové ústavy. Tento ústavní dokument výslovně odkazuje na ASVG. Důležitý je také 18. článek BVG, který dává pravomoc nositelům sociálního pojištění, tedy i zdravotním pojišťovněm k vydávání prováděcích nařízení. Rakouský ústavní systém tedy nezná ve svém obsahu jako základní právo právo na sociální pojištění ani nárok na ochranu sociálním pojištěním v rámci odvětví práva sociálního zabezpečení. Rakouská ústava obsah těchto práv výslovně neupravuje, ačkoliv má pro úpravu sociálněpojišťovacích práv velký význam. Bližší úpravou těchto práv se v ústavním systému Rakouska zabývá Ústavní soud, kterým již byla učiněna mnohá rozhodnutí, která blíže specifikují základní práva uplatňována v rámci systému sociálního pojištění. Spolková ústava výslovně určuje, že Spolek má pravomoc určovat legislativní podobu sociálního pojištění a také to, že tuto pravomoc nemůže přenechat Zemím. Mezi právem sociálního zabezpečení a ústavním právem v Rakousku existuje spojitost v podobě již zmíněného kompetenčního ustanovení, a navíc také v podobě rozhodovací praxe rakouského Ústavního soudu, který pracuje s formulací základních práv v právu sociálního zabezpečení.

³ **Článek 31**

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

Rozdílné prvky ústavněprávní úpravy oboru práva sociálního zabezpečení v daných státech

Úprava a zakotvení systému práva sociálního zabezpečení v rámci ústavního systému je v obou zemích je rozdílný. V českém ústavním systému je formulováno právo každého člověka na ochranu zdraví přímo v ústavním dokumentu. Listina základních lidských práv a svobod také přiznává každému občanovi České republiky na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Rakouská ústava naproti tomu žádnou formulaci těchto práv přímo v samostatném ústavním předpise nezná. Tento ústavněprávní systém je typický slabou ochranou sociálních práv formálně přímo v ústavněprávních předpisech, které se naopak věnují pouze propůjčení pravomoci zákonodárci pro tvorbu zákonů týkající se práva sociálního zabezpečení. Formulace a upřesnění obsahu základních práv v rámci systému sociálního zabezpečení je přenechána na Ústavní soud Rakouska, který sociální práva blíže specifikuje a zabezpečuje jejich ochranu.

Právní úprava veřejného zdravotního pojištění v České republice a v Rakousku na zákonné úrovni

V České republice je fungování zdravotnického systému upraveno ve více zákonných normách. Tato práce čerpá ze zákonů upravujících veřejné zdravotní pojištění v České republice a posléze tuto právní úpravu srovnává s rakouskou úpravou. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, upravuje veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, za nichž jsou na základě tohoto zákona ze zdravotního pojištění hrazeny zdravotní služby, a také způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění. Dalším zákonem je zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, který upravuje výši pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, penále, způsob jejich placení, kontrolu, vedení evidence plátců pojistného a zřízení zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění. Zákon, který umožňuje vznik Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) je zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně. Zákon, který umožňuje vznik dalších pojišťoven v České republice, je zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, upravuje zdravotní služby a podmínky jejich

poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientů blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zapracovává příslušné předpisy Evropské unie. Zákon č.373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, upravuje poskytování specifických zdravotních služeb a s tím spojený výkon státní správy, práva a povinnosti pacientů a poskytovatelů zdravotních služeb a práva a povinnosti dalších fyzických a právnických osob v souvislosti s poskytováním specifických zdravotních služeb.

Nejprve je nutno poznamenat, že právní úprava týkající se práva sociálního zabezpečení, jež je společná všem oblastem Rakouska, je upravována na úrovni spolkových zákonů. Rakouská právní úprava práva sociálního zabezpečení určitého druhu pojištěnců je obsažena vždy v jednom spolkovém zákoně, který upravuje všechny druhy pojištění v rámci systému práva sociálního zabezpečení. Prvním zákonem, který upravuje pojištění zaměstnanců, má v německém jazyce označení Allgemeines Sozialversicherungsrecht (ASVG). Předmět úpravy tohoto zákona je vymezen v §1 ASVG. Tímto předmětem je ustanoveno všeobecné sociální pojištění v tuzemsku pracovně činných osob včetně zaměstnavatelů a dle výslovného ustanovení tohoto zákona také osob samostatně výdělečně činných. Tímto zákonem je upraveno také zdravotní pojištění důchodců ze všeobecného sociálního pojištění. ASVG upravuje zdravotní pojištění, úrazové pojištění a důchodové pojištění s výjimkami v §2 odst.2 ASVG. Důchodové pojištění obsaženo v tomto zákoně se týká pouze důchodového pojištění pracovníků a administrativních zaměstnanců.⁴

Další zákony, jež jsou pramenem práva sociálního zabezpečení upravují pojištění dalších specifických skupin pojištěnců. Zdravotní pojištění úředníků na všech úrovních rakouské veřejné správy je obsažen v zákoně o nemocenském a úrazovém pojištění úředníků.⁵ Dalším právním předpisem, který není možno opomenout je zákon o sociálním

⁴ Přeloženo dle vyložení významu z https://www.wko.at/Content.Node/Service/Arbeitsrecht-und-Sozialrecht/Arbeitsrecht/Beschaefigungsformen/Arbeiter_und_Angestellte.html Arbeiter (pracovník), Angestellte (administrativní zaměstnanec)

⁵ Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz-KUVG

pojištění průmyslníků.⁶ Tento zákon obsahuje úpravu veřejného zdravotního pojištění osob samostatně výdělečně činných včetně osob vykonávajících svobodná povolání. Podle zákona o sociálním pojištění svobodných samostatně výdělečně činných⁷ je upraveno veřejné zdravotní pojištění lékařů a lékařek, lékárníků a lékárníček a také patentových vlastníků. Dalším zákonem, který upravuje veřejné zdravotní pojištění zemědělců a jejich rodinných příslušníků, je zákon o sociálním pojištění zemědělců.⁸ Zákon o sociálním pojištění notářů se věnuje pojištění notářů a notářek.⁹

Srovnání forem právní úpravy v oblasti veřejného zdravotního pojištění

Systém právní úpravy systémů veřejných zdravotních pojištění se v Rakousku a České republice významně liší. V českém systému je placení pojistného všech druhů pojištěnců upraveno v jednom zákonném předpise a to v zákoně o pojistném na veřejné zdravotním pojištění. Rakouská úprava práva sociálního zabezpečení se skládá z množství zákonů a v každém z těchto zákonů je upraven jen určitý druh pojištěnců a všechny druhy pojištění v rámci zvoleného okruhu pojištěnců. V zákoně ASVG je upraveno pojištění administrativních pracovníků a administrativních zaměstnanců. V GSVG je upraveno pojištění OSVČ. V BSVG je upraveno pojištění zemědělců a jejich rodinných příslušníků. V FSVG pojištění lékařek a lékařů, lékárníček a lékárníků atd. B-KUVG se věnuje pojištění úředníků státní správy. V NVG pojištění notářů a notářek.

Základní principy systému veřejného zdravotního pojištění v České republice a v Rakousku

Zákonné veřejné zdravotní pojištění v České republice je pojištěním veřejnoprávního typu. Je upraveno kogentní zákonnou úpravou, která utvrzuje jeho obligatornost. Jako základní princip tohoto veřejného pojištění je možno označit jeho všeobecnou platnost. Jeho cílem je prostřednictvím služeb, které jsou hrazeny z tohoto

⁶ Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz-GSVG

⁷ Freiberuflich Selbständig-Sozialversicherungsgesetz-FSVG

⁸ BauernSozialversicherungsgesetz-BSVG

⁹ Notarversicherungsgesetz-NVG

pojištění, zachovat nebo zlepšit pojištěncům jejich zdravotní stav nebo zmírnit jejich utrpení, jak je stanoveno v §13 odst.1 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dalším charakteristickým rysem tohoto systému je princip solidarity pojištěnců. V tomto případě se jedná o solidaritu „bohatých s chudými“, ve které pojištěnec s vyšším příjmem platí vyšší pojistné než pojištěnec s nižším příjmem. Další typ solidarity, který se uplatňuje v tomto systému je solidarita „nemocných se zdravými“ spočívající v tom, že zdravý pojištěnec čerpá zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění méně než nemocný. Dalším principem je princip plurality pojišťovacích institucí. Každá fyzická osoba je pojištěna u jedné z mnoha zdravotních pojišťoven, přičemž také platí princip svobodné volby zdravotní pojišťovny, kterou lze změnit vždy jen jednou za rok a to k 1.1. následujícího kalendářního roku, za podmínky podání přihlášky 6 měsíců před přechodem k této pojišťovně. Posledním základním principem je princip universality osobního rozsahu zdravotního pojištění, který souvisí s principem všeobecné platnosti. Tento princip znamená, že jde o pojištění dostupné pro všechny osoby uvedené v zákoně.

Rakouský systém je založen na svých základních principech, kterými jsou povinnost pojištění, solidarita mezi účastníky a samospráva rozdělená mezi 9 rakouských provincií. Nejdůležitějším základním principem je zajištění práva každého obyvatele a obywatelky nezávisle na věku, pohlaví, původu, sociálním statusu nebo příjmu na vysoce kvalitní zdravotní péči. Tento princip je garantován skrz sociální zdravotní pojištění. 99,9 % obyvatelstva je takto pojištěno. Rakouské právo sociálního zabezpečení má společné principy pro všechna odvětví tohoto práva. Nejprve je vhodné zmínit princip napojení sociálního pojištění na určitou výdělečnou činnost pojištěného a také princip sdílení rizik, který s prvně uvedeným souvisí, jelikož kompenzuje příslušné nebezpečí jednotlivého účastníka pojištění tím, že toto nebezpečí rozděluje mezi příslušnou skupinu povolání. V případě vzniku sociální události ovládne princip sdílení rizik vzniklou právní situaci a převezme financování pojistného nároku. Dalším principem, který je totožný s tím v českém systému práva sociálního zabezpečení, je princip povinného zákonného veřejného zdravotního pojištění. Neopominutelným principem je rovněž povinnost platit příspěvky spojené s příjmy ze závislé činnosti pojištěného. Dalším důležitým principem rakouského systému je princip veřejnoprávního nároku pojištěného. V rakouském systému práva sociálního zabezpečení existují určité paralely se soukromým právem, ačkoliv významné rozdíly jsou v uplatnění rámce povinného zákonného pojištění.

V organizaci sociálního pojištění je uplatňováno mnoho samosprávných prvků v rámci jednotlivých rakouských provincií.¹⁰

Společné principy v obou zemích a jejich nedostatky

Rakouský i český zdravotní systém jsou založeny na principu veřejného zákonného zdravotního pojištění. Tento systém má své přednosti i nedostatky. Největší předností je vysoká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele. Další předností je vyhovující síť zdravotnických zařízení, podpora primární péče, dostatečně pestrá nabídka zdravotních služeb, návaznost zdravotních služeb a přiměřené náklady. Mezi nedostatky patří fakt, že část svých prostředků spotřebují zdravotní pojišťovny na svou činnost, a proto se poté mohou dostat do finančních problémů.

Promítnutí etických principů do systémů veřejných zdravotních pojištění v České republice a v Rakousku, sociální typologie státu

V rámci uplatňování vlivu etických principů ve zdravotnickém systému je nutno odkázat na mezinárodní smlouvu ratifikovanou Českou republikou i Rakouskem. (27) Tato smlouva je součástí právního řádu dle všech náležitostí, které jsou vyžadovány. Z tohoto důvodu jsou všechny články této smlouvy právně závazné. Tato smlouva obsahuje mnoho etických principů, mezi které patří závazek chránit důstojnost a svébytnost lidských bytostí ratifikujícího státu, a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny. Klíčovým článkem pro systém veřejného zdravotního pojištění je článek 3 této úmluvy o rovné dostupnosti zdravotní péče, který říká, že smluvní strany, které mají na zřeteli

¹⁰ str.11 RESCH, Reinhardt, 2014, Sozialrecht, Rechtstaschenbuch MANZ, str. 57-86, ISBN 978-3-214-06725-0

zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učiní odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality. Úmluva o biomedicíně má svou obecnou a speciální část. Cílem obecné části této úmluvy související se systémem zdravotního pojištění je zajištění dostatečného stupně zdravotní péče u všech členů společnosti bez rozdílu jejich ekonomických možností a společenského postavení, dále také ustanovení, že nikdo nesmí podstoupit lékařský zákrok, aniž by k tomu dal souhlas, zaručuje ochranu osob s duševní poruchou, důvěrnost informací o zdravotním stavu člověka. Speciální část se týká vědeckého výzkumu, moderních léčebných metod, nakládání s genetickým materiálem. Na tuto úmluvu postupně navazují další postupně schvalované protokoly týkající se klonování, transplantační medicíny a dalších významných oblastí medicíny. Důležitým faktem je, že tento dokument obsahuje také ustanovení týkající se požadavku na provádění péče de lege artis tedy v rámci profesního standartu. Článek zabývající se touto otázkou říká, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy. Je nutno zdůraznit, že se jedná o otázku správného odborného postupu, a tedy ne postupu právního. (17)

V rámci českého i rakouského zdravotního systému je uplatňována vertikální rovnost, která znamená, že osobám se stejnými zdravotními obtížemi je poskytována stejná zdravotní péče a také horizontální rovnost, která naopak říká, že osobám s různými zdravotními obtížemi je poskytována rozdílná zdravotní péče. Celým systémem se promítá etický princip sociální ekvity, který je v praxi uplatňován v podobě solidárních prvků. Jedná se o solidaritu bohatých s chudými, zdravých s nemocnými, mladých se staršími, jedinců s rodinami, ekonomicky aktivních s ekonomicky neaktivními. Tento princip ekvity byl také uváděn jako jeden ze základních bodů v rámci dokumentu Zdraví pro všechny do roku 2000. Také je nutno uvést, že proti tomuto principu v rámci systému zdravotního pojištění existují přípustné rozdíly mezi pojištěnci navzájem, které se týkají doplňkových služeb, použití alternativních léků, nadstandarty v rámci hospitalizace pacientů, volby lékaře a zdravotnického zařízení. Tyto služby zdravotní péče mohou být financovány z komerčního připojištění. Jako nesnadné se jeví vypořádání se sociální akceptabilitou těchto principů, která ukazuje na rozpor mezi dostupností zdravotní péče pro všechny účastníky systému a nárokem na kvalitu této péče.

Vliv etických principů v systému rakouském a českém

Rakousko i Česká republika ratifikovaly Úmluvu o biomedicině, ve které je pro systém veřejného zdravotního pojištění podstatný 3.článek již výše zmíněný. Sociální typologie obou států je rozdílná. Rakousko se řadí mezi sociální státy korporálně konzervativní. V centru dění sociálního zabezpečení státu jsou svou formulující rolí sociální partneři v sociální politice státu, která je orientovaná především na preferování institutu rodiny, který má v tomto prostředí zásadní význam. Naproti tomu Česká republika je příkladem postkomunistického státu stejně jako všechny bývalé státy Varšavské smlouvy. Nositelem sociální politiky je stát. Tato politika je založena na celospolečenské shodě. V obou státech je uplatňováno přerozdělování financí v rámci systému veřejného zdravotního pojištění. (24)

Zdravotní pojištění v České republice se srovnáním rakouského zdravotního pojištění

Systémy zdravotního pojištění a jejich fungování se v obou státech v určitých oblastech značně liší. Také náhled na právní pojem nemoci je v obou státech komparačně přínosný. Český právní systém nedefinuje pojem nemoc zcela obecným způsobem, ale podrobněji definuje právní pojmy, které souvisejí s termínem nemoc. Prvním z nich je dočasná pracovní neschopnost, kterou definuje zákon o nemocenském pojištění jako stav, který pro poruchu zdraví neumožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a zároveň trvá déle než 180 dní. Zákoník práce definuje termín pracovní úraz jako poškození zdraví nebo smrt zaměstnance, došlo-li k nim nezávisle na jeho vůli krátkodobým, náhlým a násilným působením zevních vlivů při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním nebo pro plnění pracovních úkolů. Poškozením zdraví se rozumí jak tělesné zranění, tak i psychická porucha. Pro zjištění skutečnosti, zda zaměstnanec plnil pracovní úkoly, není rozhodující motiv či pohnutka zaměstnance, ale zda bylo jednání zaměstnance z hlediska věcného, místního a časového objektivně konáno pro zaměstnavatele. Dalším pojmem jsou nemoci z povolání definované ve vyhlášce č.104/2012. Nemoci z povolání jsou chápány jako nemoci vznikající nepříznivým působením chemických, biologických nebo jiných škodlivých vlivů, pokud vznikly za podmínek uvedených v seznamu nemocí z povolání. Posledním pojmem souvisejícím s výrazem nemoc v českém právu je pojem invalidita, která je chápána jako

snížení či ztráta pracovní schopnosti. Nemocenské pojištění je samostatným druhem pojištění a dávky nemocenského vyplacené v případě nemoci jsou vyplaceny z tohoto odděleného systému práva sociálního zabezpečení. Také dávky uplatňované z důvodu mateřství jsou vyplaceny ze systému nemocenského pojištění. Podmínkou vyplacení je účast pojištěnce v tomto systému. V České republice je hlavním způsobem zdravotního pojištění osob veřejné zdravotní pojištění, jelikož rozsah zdravotní péče jím poskytované je velmi široký. Komerční pojištění není běžně využívané pojištěnci, kteří jsou účastni veřejného zdravotního systému. Je využíváno pouze osobami, které do systému veřejného zdravotního pojištění nespádají.

Povinné veřejné zdravotní pojištění¹¹ v Rakousku slouží v případě vzniku následujících třech pojistných událostí, které mohou nastat. Jedná se o nemoc, sníženou pracovní schopnost a mateřství. Vedle těchto vzniků událostí přichází na řadu také v případě plnění preventivních úkolů, mezi které patří časné rozpoznání nemocí, udržování stavu zdraví obyvatelstva a také upevňování jejich zdraví. V případě nemoci jsou zdravotním pojištěním poskytovány služby zdravotní péče, domácí péče nebo nemocniční péče. V případě pracovní neschopnosti zapříčiněné nemocí má pojištěnec nárok na nemocenský příspěvek a nově od 1.1.2014 také na rehabilitační příspěvek dle §143a ASVG. V případě mateřství má pojištěná matka nárok na příspěvek v mateřství, nemocniční a lékařskou péči. Je pravidlem, že tento nárok vzniká se začátkem 8.týdne před porodem. Při vzniku pojistné události nemoci pojištěnce může tento pojištěnec čerpat dostupnou lékařskou péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění.

Pojem nemoc¹² je definována v §120 ASVG jako abnormální tělesný nebo duševní stav, který nutně vyžaduje lékařskou léčbu nemocného. Tato oblast práva používá rovněž termín oslabení¹³, který ale není nemocí a je výsledkem fyziologicky se oslabujících tělesných funkcí, kdy zároveň již lékařská léčba není možná. V tomto případě není poskytována zdravotní péče, ale pouze pomocné prostředky¹⁴. Nutná péče, která spočívá v poskytnutí pomocných prostředků, spojená se stavem oslabení není hrazená ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Při existenci oslabení je totiž nepřítomnost potřeby léčení. Úhrada péče je prováděna pomocí různých fondů. Naproti

¹¹ Pflichtversicherung

¹² Krankheit

¹³ Gebrechen

¹⁴ Hilfsmittel

tomu potřeba léčení je spatřována při dohledu a prodloužení života u nevléčitelných chorob, a tudíž je tento stav pojištěnce hrazen ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění.¹⁵

Povinnosti zaměstnavatele platit příspěvek na veřejné zdravotní pojištění je vázána na pracovní poměr. Den vzniku této povinnosti zaměstnavatele je vázán na den vzniku pracovněprávního poměru obsaženého v pracovní smlouvě. Rovněž zánik je vázán na trvání pracovněprávního vztahu mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem. Den zániku tohoto vztahu je spojen se dnem zániku povinnosti zaměstnavatele platit příspěvek na veřejné zdravotní pojištění. Ačkoliv je nutno zároveň uvést, že v rakouském právním systému je obsažena pojistná ochrana, která je upravena v § 122 ASVG. Toto ustanovení rozšiřuje trvání pojištění na období, které činí 6 týdnů po zániku pracovněprávního vztahu. Následující výčet obsahuje všechny druhy zdravotních pojištění používaných v Rakousku. Základním a nejdůležitějším rozdílem mezi povinným veřejným zdravotním pojištěním a dobrovolným zdravotním pojištěním je způsob vzniku. Povinné veřejné zdravotní pojištění vzniká ze zákona, zatímco dobrovolné zdravotní pojištění vzniká na základě smlouvy mezi pojištěncem a pojišťovací institucí.

Schéma druhů zdravotních pojištění

ZÁKONNÉ POJIŠTĚNÍ - povinné, vzniká dle příslušného zákona dle osoby pojištěnce

- Zákonné pojištění pro podnikatele podle ASVG
- Zákonné pojištění pro úředníky
- Zákonné pojištění pro samostatně výdělečně činné
- Zákonné pojištění pro zemědělce

DOBROVOLNÉ POJIŠTĚNÍ - dobrovolné, vzniká na základě smlouvy s nositelem sociálního pojištění

- Samopojištění

¹⁵ str.60-61 RESCH, Reinhardt, 2014, Sozialrecht, Rechtstaschenbuch MANZ, str. 57-86, ISBN 978-3-214-06725-0

- Připojištění
- Rodinné pojištění pro osoby samostatně výdělečně činné

Povinné veřejné zdravotní pojištění je prováděno u jednotlivých skupin osob dle příslušných zákonů. Vedle veřejného zdravotního pojištění je možno pojistit se dobrovolným zdravotním pojištěním. Tato forma zdravotního pojištění je určena pro osoby, na které se nevztahuje povinnost účasti v rámci povinného veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o samostatně výdělečně činné dle GSVG, kteří nedosáhli svým příjmem minimální částky předepsané pro účast v povinném veřejném zdravotním pojištění. Do této kategorie jsou také zahrnuty osoby, které nejsou vůbec výdělečně činné. Po uzavření smlouvy o zdravotním pojištění vzniká osobám právní nárok na využívání zdravotních služeb v rámci zdravotního pojištění. Tímto způsobem umožnil zákonodárce jednotlivcům, na něž se nevztahuje povinnost účasti v rámci veřejného zdravotního pojištění, zaplnit mezeru v jejich ochraně v systému zdravotního pojištění.

Smluvní pojištění má v Rakousku několik forem. Mezi dobrovolné druhy zdravotního pojištění se řadí samopojištění¹⁶, připojištění¹⁷ a rodinné pojištění pro osoby samostatně výdělečně činné¹⁸. Samopojištění je určeno pro osoby, které nespádají do skupiny osob, které jsou pojištěny v rámci povinného veřejného zdravotního pojištění. Do této kategorie se zahrnují studenti, kteří díky svému věku už nejsou pojištěni jako rodinní příslušníci. Úprava tohoto institutu je obsažena v §16 ASVG. Rovněž další kategorie pojištěnců, kterou jsou zaměstnavatelé, jejichž příjem nedosahuje minimální hranice pro zahrnutí do povinného pojištění, je obsažena v §19a ASVG. Tato forma smluvního pojištění je předvídaná zákonem. Další možností smluvního pojištění je připojištění v rámci zdravotního pojištění právní úpravou obsažené v §9 GSVG. Připojištění umožňuje zejména přístup ke zdravotním službám, které nejsou obsaženy v rámci povinného zdravotního pojištění. Toto připojištění tedy nenahrazuje ve svém rozsahu povinné zdravotní pojištění a svým obsahem je pouze jeho doplňkem. V rámci připojištění je zejména možno hradit volbu lékaře dle přání pacienta, ačkoliv lékař není smluvním poskytovatelem zdravotní pojišťovny v rámci pacientova veřejného

¹⁶ Selbstversicherung

¹⁷ Zusatzversicherung

¹⁸ Familienversicherung für Selbständige

zdravotního pojištění. Velmi důležitým důvodem připojištění je také možnost uplatnění nároku na vyšší komfort v nemocničním zařízení například v podobě jednolůžkového pokoje. Další pokrytí připojištění je v oblasti úhrady očkování, které je nad rámec veřejného zdravotního pojištění. Rovněž se může vztahovat na medicínsky neověřené alternativní léčebné postupy nebo také na úhradu vyšetření potřebné k žádosti o vydání řidičského průkazu. Výše příspěvku na připojištění se odvíjí od stáří pojištěnce, zdravotního stavu a geografické působnosti pojištění. Rozdílným druhem zdravotního pojištění je rodinné pojištění obsažené v § 10 GSVG, které slouží osobám samostatně výdělečně činným pro určité rodinné příslušníky, na které se nevztahuje soupojištění v rámci příbuzných ve veřejném zdravotním pojištění. Důležité je neopomenutí pojmu několikanásobného zdravotního pojištění, s jehož vypořádáním se zabývá § 128 ASVG.¹⁹ Vícenásobné pojištění vzniká při existenci více výdělečných činností vedle sebe. Při vzniku tohoto stavu je možno uplatnění nároku ze zdravotního pojištění pouze jednou.
(3)²⁰

Odlišnosti užívání právních pojmů v oblasti VZP v obou státech

V rakouském právním systému jsou rozlišovány pojmy nemoc a oslabení, zatímco v českém systému je používán pouze termín nemoc, který ale není v žádném právním předpise zcela obecně definován. V Rakousku naproti tomu právní předpisy tyto pojmy zcela obecně definují a přísně rozlišují. Rakouský systém zdravotního pojištění upravuje více možností účasti v komerčním pojištění u pojištěnce, který se již účastní veřejného zdravotního pojištění. Právní úprava českého zdravotnického systému tyto formy zdravotního pojištění neupravuje podrobněji.

¹⁹ Mehrfachversicherung

²⁰ str.21-30 RESCH, Reinhardt, 2014, Sozialrecht, Rechtstaschenbuch MANZ, str. 57-86, ISBN 978-3-214-06725-0

Zdravotní služby v České republice a v Rakousku

Poskytování zdravotních služeb je definováno jako poskytování zdravotních péče a dalších odborných činností dle zákona o zdravotních službách, a to vlastním jménem a na vlastní odpovědnost poskytovatelem zdravotních služeb. V České republice existuje právní nárok na hrazení určitých zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění. Tyto hrazené zdravotní služby jsou poskytovány ve zdravotnických zařízeních zdravotnických poskytovatelů zdravotnických služeb na základě smlouvy mezi poskytovateli zdravotnické služby a zdravotní pojišťovnou. Právní úprava hrazených služeb je v § 13 odst.2 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

§ 121 ASVG rozděluje mezi povinnými²¹ a dobrovolnými službami²² vykonávanými v rámci zdravotního pojištění. U povinných služeb se dále rozlišuje mezi minimálními výkony,²³ jejichž poskytování a hrazení je pravidlem, a ustanovením danými nadvýkony,²⁴ jejichž plnění a hrazení je poskytnuto jen když ho dané ustanovení předvídá, a poslední kategorií jsou dobrovolné výkony²⁵, jejichž příkladem je lázeňská péče, jejichž hrazení z veřejného zdravotního pojištění pro nemocenské pokladny není povinné.

Zdravotní služby v Rakousku jsou uplatňovány při vzniku nároku na plnění, jež je finančně pokryto z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Také stejně jako v českém systému zdravotního pojištění se jedná o pojem širší nežli zdravotní péče, který ji obsahově pohlcuje. Mezi zdravotní služby patří zdravotní péče, medicínská domácí péče. Zdravotní péče je poskytováno buď ve formě lékařské péče nebo poskytnutím lékárenské péče nebo zdravotnických pomůcek. Následující výčet obsahuje pouze služby, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění v Rakousku. Z prostředků veřejného zdravotního pojištění je hrazena zdravotní péče, preventivní péče, zubní zdravotní péče a provedení umělého chrupu, úprava čelisti, nemocenský příspěvek při pracovní neschopnosti způsobené nemocí²⁶, příspěvek v mateřství²⁷, příspěvek na péči dítěte²⁸ a

²¹ Pflichtenleistungen

²² freiwillige Leistungen

²³ gesetzliche Mindestleistungen

²⁴ satzungsmäßige Mehrleistungen

²⁵ freiwillige Leistungen

²⁶ Krankengeld

transportní péče v akutních případech.

Plnění těchto zdravotních služeb je ustanoveno zákonem a pojištěnec má na něj právní nárok. To v podstatě znamená, že odmítnutí proplacení těchto zdravotnických služeb ze strany zdravotní pojišťovny může být žalováno ze strany pojištěnce.

Vedle těchto základních zdravotních služeb jsou financovány také další služby ze zákonného veřejného zdravotního pojištění, ale na toto plnění ze strany zdravotní pojišťovny není spojován právní nárok ze strany pojištěnce. Tyto dobrovolně hrazené zdravotní služby jsou proplaceny pouze v souladu s finančními možnostmi zdravotních pojišťoven a ekonomických potřeb pojištěnců jako dobrovolné služby. Mezi tyto služby k upevnění zdraví patří lázeňské pobyty. Také prostředky k předcházení nemocí ve své nejobecnější podobě jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Srovnání pojmu zdravotních služeb v obou státech

Pojem zdravotních služeb v obou systémech pohlcuje pojem zdravotní péče. Právní úprava obou států rozděluje druhy zdravotních služeb odlišným způsobem. Také přístup ke zdravotním službám vykazuje rozdílnosti. Rakouský systém jasně stanovuje, které služby jsou zahrnuty v povinném zdravotním pojištění a které služby je možno si připojistit v rámci jiných druhů zdravotního pojištění. Nyní v České republice zákon tedy přímo nerozlišuje pojmy tzv. standartní a nadstandartní péče používané v Rakousku. Ústavní soud České republiky se ve svém nálezu Pl. ÚS 36/11 vyjádřil k tzv. standartům a nadstandartům, které v tomto nálezu také zrušil. Při svém rozhodování vycházel ze svých předcházejících nálezů.²⁹ Nález, který zrušil některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, rozlišoval zdravotní péči na základní a ekonomicky náročnější jinými slovy “standartní a nadstandartní”. Zároveň také tímto nálezem pozbyla platnosti prováděcí vyhláška č.134/1998, která definovala ekonomicky náročnější variantu péče. Ústavní soud České republiky nevyločil možnost rozlišení péče na tzv. standartní a nadstandartní, ale s určitými limity, které vyplývají z čl. 31 Listiny základních práv a svobod. V tomto zrušujícím nálezu argumentoval výhradou zákona obsaženou právě v

²⁷ Wochengeld

²⁸ Kinderbetreuungsgeld

²⁹ sp. zn. Pl. ÚS 35/95, Pl. ÚS 14/02 a Pl. ÚS 1/08

tomto článku Listiny základních práv a svobod, jelikož rozsah nadstandartní péče byl obsažen v prováděcí vyhlášce, ačkoliv Ústava vyžaduje sílu zákonnou. Zákonná úprava nebyla adresátům dostatečně srozumitelná a aplikovatelná sama o sobě, jelikož až z prováděcí vyhlášky samotné bylo zřejmé, čím se myslí základní varianta a ekonomicky náročnější varianta zdravotní péče. (30)

V rakouském systému práva sociálního zabezpečení je navíc zahrnutý do systému veřejného zdravotního pojištění také nemocenský příspěvek, příspěvek v mateřství a příspěvek na péči dítěte. Nemocenský příspěvek a příspěvek v mateřství jsou v českém systému práva sociálního zabezpečení zařazeny jako sociální dávky v rámci nemocenského pojištění. Rodičovský příspěvek je v českém systému poskytován v rámci státní sociální podpory. (1)

Zdravotní péče v České republice a v Rakousku

Zákon o zdravotních službách definuje pojem zdravotní péče jako soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zlepšení zdravotního stavu, pomoci při reprodukci a porodu. Pojem zdravotní péče není možno zaměňovat za pojem zdravotní služby, jelikož tento pojem je mnohem širší a svým významem zdravotní péči pohlcuje. Zdravotní péče je pojištěncům poskytována formou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžkové péče a zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Zdravotní péči je možno rozdělit na primární, sekundární a terciární zdravotní péči dle § 6 ZoZSl. Základní neboli primární zdravotní péči poskytují ve ambulantních zdravotnických zařízeních praktičtí lékaři, praktičtí lékaři pro děti a dorost, zubní lékaři a u žen gynekologové. Sekundární péče přichází na řadu většinou až po primární zdravotní péči. Jedná se o lůžkovou péči a odbornou ambulantní péči. Lůžkovou péči se rozumí péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče nebo zařízeních dlouhodobé lůžkové péče.(1) Terciární zdravotní péči se rozumí vysoce specializované zdravotní služby, které jsou využívány po pečlivé diagnostice v sekundární zdravotní péči. Tato péče bývá využívána

jen malou skupinou obyvatel, ale díky své značné náročnosti jak personální tak technické bývá velice nákladná.

Rozsah a podmínky poskytování zdravotní péče jsou upraveny v §13 odst 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Okruh zdravotní péče, která není hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění je specifikována v §13 odst.2 zákona o veřejném zdravotním pojištění. V komparaci s rakouským okruhem hrazených služeb je třeba zdůraznit, že v českém systému veřejného zdravotního pojištění nejsou z jeho prostředků hrazeny výkony akupunktury, vyšetření, prohlídky, léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost pacientů.³⁰ Příjemce této péče musí vynaložit úplnou či částečnou náhradu této péče.(1)

Zdravotní péče související s umělým oplodněním je hrazena v České republice z veřejného zdravotního pojištění, pokud je provedena ve smluvním zdravotnickém zařízení zdravotní pojišťovny. Úhrada této zdravotní péče je také omezena věkem ženy a počtem cyklů. Jsou hrazeny 4 cykly při oboustranné neprůchodnosti vejcovodů ženám od 18-39 let a ostatním ženám od 22-39let.(21)

Od 1.1.2015 se hradí v České republice pouze jeden regulační poplatek, a to za využití pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubního lékařství. Tento poplatek se nehradí, pokud lékař shledá, že stav pacienta vyžaduje hospitalizaci. (22)

Dle zákona o veřejném zdravotním pojištění regulační poplatek neplatí několik skupin pojištěnců. První skupinou jsou pojištěnci nacházející se v hmotné nouzi. V tomto případě se pojištěnec prokazuje, že se nachází v hmotné nouzi na základě potvrzení, které nesmí být starší než 30 dnů. Další skupinou osob jsou pojištěnci, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, seniory, se zvláštním režimem a podobně. Dále se jedná o pojištěnce v dětských domovech a dalších ústavních zařízeních. Další výlučka platí pro pojištěnce podrobující se povinné léčbě některých infekčních onemocnění, dále při nařízené izolaci, karanténě, při výkonu zabezpečovací detence či ochranném léčení. Poslední skupinou jsou pacienti, kteří si hradí zdravotní péči z vlastních prostředků nebo z jiných zdrojů. Z toho vyplývá, že cizinec s komerčním zdravotním pojištěním poplatky nehradí.(19) Důležitou ochranou pojištěnců do 18 let a nad 65 let jsou ochranné limity, jež ročně činí 2500 Kč. U ostatních pojištěnců 5000 Kč. Do tohoto limitu se započítávají pouze částky započitatelných

³⁰ kosmetické operace

doplatků za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely. (22)

Pojem zdravotní péče v Rakousku upravuje §133 odst.2 ASVG. Říká, že zdravotní péče musí být dostatečná a účelná a zároveň nesmí překročit míru potřeby. Existují tři druhy zdravotní péče v Rakousku a to péče lékařská,³¹ lékárenská³² a poskytnutí zdravotnických pomůcek.³³ V rakouském systému také jako v každém moderním zdravotnickém systému se rozlišuje zdravotní péče na primární, sekundární a terciární. Určitý druh zdravotní péče je hrazen z veřejného zdravotního pojištění jen za určitých podmínek. Tímto druhem péče, vázaných na určité podmínky úhrady, jsou kosmetické úpravy, které mohou být rovněž zahrnuty do zdravotní péče a hrazeny z povinného zdravotního pojištění, ale pouze pokud slouží k odstranění anatomických struktur nebo funkčního onemocnění dané tkáně. Cíl poskytování zdravotní péče je formulován v §133 odst.2 ASVG. Toto ustanovení říká, že prostřednictvím zdravotní péče má být pečováno o zdraví, pracovní schopnost a schopnost naplnit důležité osobní potřeby pojištěnců, a také podle možnosti daného pacienta tyto schopnosti obnovit, upevnit nebo vylepšit. Rozhodujícím je přínosný vliv na nemoc zahrnující úlevu od ní nebo podstatné prodloužení života. Tyto podmínky musí být vždy dodrženy, aby se jednalo o poskytování zdravotní péče. Zajímavý je pohled na zařazení umělého oplodnění v rámci tohoto systému, který byl proveden Nejvyšším soudem Rakouska, jehož rozhodnutí říká, že bezdětnost je sice nemocí, ale umělé oplodnění není zdravotní péčí, protože se jí neodstraní stav neplodnosti, pouze jím může být dosaženo požadovaného výsledku tedy oplodnění. (14) Financování umělého oplodnění je umožněno speciálním fondem. Nejvyšší soud také rozhodl, že pro zvážení výdajové stránky léčby nemůže být brána v potaz pouze ekonomická stránka věci. Dražší léčba musí být financována, pokud je rychlejší, vede k menšímu riziku nebo je méně bolestivá pro pacienta.(15) Zvláštním otázkou jsou medicínské metody, které jsou označeny jako komplementární. Mezi tyto metody patří akupunktura a homeopatie. V této oblasti je nutno rovněž uvést rozhodnutí Nejvyššího soudu, který v této věci říká, že proplacení této péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění je závislé na dané situaci, a pokud vědecky uznané metody byly v daném případě bez úspěchu a následně použité komplementární medicínské metody

³¹ ärztliche Behandlung

³² Heilmittel

³³ Heilbehelfe

uspěly či dle dosavadních zkušeností, je možno s úspěchem počítat. Při zvážení těchto požadavků je možná úhrada této péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění také v prostředí komplementární medicíny. (16)

Lékařská péče je upravena v §135 ASVG. Tento druh péče je poskytován prostřednictvím smluvních lékařů, skupinových praxí, pacientem zvolených lékařů nebo pacientem zvolených skupin praxí. Pokud zákonodárce výslovně neoznačil oprávnění určitých zdravotnických povolání vykonávat zdravotní péči, je nutno aby tato péče probíhala pod lékařským dozorem nebo dle lékařských instrukcí dle § 49 odst. 2 lékařského zákona. Rozhodující pro oprávnění poskytovat lékařskou péči je odborná kvalifikace vyžadována podle lékařského zákona z roku 1998. Lékařská péče je poskytována prostřednictvím samostatných povolání v medicíně. V současnosti je v Rakousku 6 skupin samostatných povolání v medicíně, které pomáhají čelit nemoci a jejichž náklady mohou být hrazeny ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Tato povolání jsou psychoterapeuti, fyzioterapeuté, logopedicko-foniatricko-audiologická léčba a ergoterapeutická léčba. Léčebný masér s oprávněním k této činnosti podle zákona může také na základě lékařského doporučení vykazovat tuto péči v rámci systému veřejného zdravotního pojištění. Stejně tak klinický psycholog může jen na základě lékařského nebo psychoterapeutického doporučení vykazovat svou péči rovněž v rámci tohoto systému.

Lékárenská péče³⁴ je upravena v § 136 ASVG. Toto ustanovení upravuje obsah této péče, kterými jsou nutně léky a zvláštní léčebné prostředky, které slouží k odstranění nebo úlevě od nemoci. Uvádí, že výdaje za tuto léčbu budou převzaty zdravotní pojišťovnou skrz vyúčtování s lékárníkem. Zákon také vyžaduje spoluúčast pojištěnce v podobě poplatku za recept 5,40 Euro.

Poskytnutí zdravotnických pomůcek upravuje § 137 ASVG. Mezi zdravotnické pomůcky se řadí brýle, ortopedické vložky nebo měřiče krevního tlaku a další. Při čerpání těchto pomůcek se pojištěnec potýká se spoluúčastí 10%, přičemž je stanovena minimální spoluúčast v částce 30,20 Euro a u optických pomůcek 90,60 Euro. Od spoluúčasti jsou osvobozeny sociálně slabí.

Společné a rozdílné prvky zakotvení zdravotní péče v rakouském a českém systému veřejného zdravotního pojištění

³⁴ Heilmittel

Právní pojetí zdravotní péče v Rakousku a v České republice jsou rozdílná. Také hrazení služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění vykazuje rozdíly v obou systémech veřejných zdravotních pojištění. V rakouském systému není oslabení považováno za nemoc, a proto není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Zatímco v českém systému stav pojištěnce, kdy je možno provádět pouze paliativní léčbu právně vyčlenil jako samostatný druh péče, která stojí vedle ostatních druhů péče. Také dobrým příkladem je srovnání umělého oplodnění v obou systémech. V českém systému je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění za výše zmíněných podmínek a v rakouském systému ze speciálního fondu.

Nemocniční péče

Český systém úpravy zdravotní péče upravuje pojem lůžková péče, který je jednou z forem zdravotní péče. Definice je obsažena v § 9 zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Popisuje lůžkovou péči jako zdravotní péči, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytování je nutná hospitalizace pacienta. Musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu. Financování lůžkové je vícesložkové. Nemocnice poskytuje zdravotní služby pro celý region, a proto je financována z rozpočtu zdravotních pojišťoven dle vykázaných výkonů, z rozpočtu okresního a městského úřadu, z vlastní činnosti a také ostatními zdroji v podobě sbírek a darů. §10 ZZS1 dále upravuje institut zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta, ve které je možno spatřovat paralelu s domácí zdravotní péčí v Rakousku.³⁵ Regulační poplatky byly zredukovány pouze na jeden poplatek za pohotovostní službu 100 Kč, který se platí jen tehdy, pokud lékař neshledá nutnost hospitalizace pacienta. (18)

V oblasti právní úpravy nemocničních zařízení je dle Ústavy Rakouska (BVG) svěřena Spolku zákonodárná pravomoc v jejím speciálním kompetenčním ustanovení článku 12 odst. 1. Země mají pouze zákony Spolku dále provádět a zabezpečovat jejich výkon. Předpokladem vzniku nároku na čerpání nemocniční péče je existence nemoci

³⁵ Hauskrankpflege

pacienta, jehož zdravotní stav nutně vyžaduje jeho uplatnění v zeměmi financovaném nemocničním zařízení. Nemocniční péče je financována zeměmi spravovaným fondem zdraví.³⁶ Ve dvou výjimkách může být nemocniční péče financována z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pokud existuje smluvní vztah mezi zdravotní pojišťovnou a nemocnicí, a nemocnice zároveň sama patří zdravotní pojišťovně, a další výjimkou je, pokud zdravotní stav daného pacienta vyžaduje ošetření a nemocniční zařízení fondem financovaným zeměmi není k dispozici. V těchto situacích je namísto úhrada nemocniční péče zdravotní pojišťovnou v rámci veřejného zdravotního pojištění dle § 150 ASVG. Pacient potřebuje pro příjem v nemocničním zařízení doporučení lékaře, což neplatí v případě čerpání akutní péče. Při poskytování nemocniční péče má pacient povinnost platit denní poplatek dle zákona o nemocniční a lázeňské péči.³⁷ Tento poplatek se platí maximálně 28 dnů v jednom kalendářním roce. Sociálně slabí jsou osvobozeni od placení tohoto poplatku. Tento poplatek je v každé zemi rozdílný. V Horním Rakousku činí 11,59 Euro denně. Dle § 447 odst. 7 ASVG mají rodinní příslušníci pojištěných dle ASVG v případě čerpání nemocniční péče povinnost platit další příspěvek první čtyři týdny vedle příspěvku na nemocniční péči. Tento příspěvek je na Fond zdraví spravovaný zeměmi. Výjimka platí při využívání nemocniční péče z důvodu mateřství, kdy se v tomto případě hradí příspěvek do Fondu zdraví spravovaného zeměmi pouze prvních 10 dnů pobytu. Při využití nemocniční ambulance také existuje nařízení, které upravuje povinnosti placení příspěvků při poskytnutí tohoto druhu péče. Navíc vedle klasické nemocniční péče³⁸ je rozlišována péče se zvláštním zacházením týkající se většího komfortu během pobytu v nemocnici³⁹. Pro nárokování této péče je nutno, aby byl pacient pojištěn komerčním pojištěním v rámci připojištění. Je nutno dodat, že lékařská péče poskytovaná v nemocničním zařízení je na stejné úrovni jako u ostatních pacientů, kteří toto připojištění nemají a nejsou tedy zařazeni do této „zvláštní třídy“. Výhody se týkají dle rakouské právní úpravy pouze nadstandartních služeb v podobě zlepšení komfortu pomocí zařazení služeb hotelového typu a také možnosti svobody volby ošetřujícího lékaře. (3) Toto je teoretická úprava tohoto systému nemocniční péče, který ale v praxi není dodržován. Pacienti ve zvláštní třídě mají

³⁶ Landesgesundheitsfond

³⁷ Krankenanstalten- und Kuraanstaltengesetz

³⁸ allgemeine Gebührenklasse

³⁹ Pflege in der Sonderklasse

mnohem více výhod i v oblasti lékařské péče, jelikož jsou jim přednostně prováděna lékařská vyšetření oproti pacientům v běžném režimu klasické nemocniční péče.

Transportní péče je hrazena ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění pouze v akutních případech jako povinná služba, kdy sám pacient si nemůže zajistit tento převoz. Naproti tomu jako dobrovolně tedy nepovinně hrazené služby jsou klasifikovány nutné cestovní a transportní náklady na využití lékařské pomoci nebo nemocniční péče v jiných než akutních případech.

Také dle § 151 ASVG je zdravotnická domácí péče jednou ze služeb hrazených ze systému veřejného zdravotního pojištění. Pokud zdravotní stav pacienta umožní je možno namísto nemocniční péče využívat lékařskou péči domácí. Je zajištěna pouze péče kvalifikovaného zdravotnického personálu nikoliv základní péče, která může být zajištěna domácím prostředím pacienta. Tato péče je vykonávána pouze v rozsahu 4 týdnů a v případě další potřeby je nutno schválení ošetřujícího lékaře.

Rozdílné pojetí nemocniční péče v obou srovnávaných systémech

Největším rozdílem v systému péče v obou veřejných zdravotních pojištěních je pojetí nemocniční péče. V Rakousku je zřízen v každé z devíti zemí speciální fond zdraví, ze kterého je hrazena nemocniční péče. V České republice je hrazena z prostředků zdravotních pojišťoven, okresního a městského úřadu, menší části z vlastních zdrojů a ostatních zdrojů. Spoluúčast pacientů v rámci nemocniční péče je další oblastí vhodnou ke komparaci. Tento fakt je zapříčiněn existencí více druhů zdravotnických poplatků v rakouském systému, zatímco ve srovnání s českým systémem, ve kterém již od 1.1.2015 je pouze poplatek za využití pohotovostní služby. Také existence lékařské domácí péče je v českých právních předpisech v podobným způsobem zakotvena.

Účastníci veřejného zdravotního pojištění v České republice a v Rakousku

System v České republice je založen na vzájemně provázaných vztazích účastníků veřejného zdravotního pojištění. Účast na veřejném zdravotním pojištění vzniká osobám, které mají trvalý pobyt na území České republiky, to jsou za prvé občané České republiky, kteří zde mají nahlášený trvalý pobyt, za druhé cizinci, kteří mají trvalý pobyt na území České republiky nebo ti, kterým byl povolen azyl a jsou zde hlášeni k trvalému pobytu a také osobám, které zde trvalý pobyt nemají, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území České republiky. Každý pojištěnec je současně plátcem pojistného, ledaže tuto povinnost nemá stát. Za určité skupiny pojištěnců platí pojistné stát. Jedná se například o sociálně slabší (§7 ZoVZP). Za zaměstnance je povinen platit část pojistného zaměstnavatel a to z 2/3 s výjimkami v zákoně výslovně uvedenými.

(1)

V rakouském systému veřejného zdravotního pojištění je u oblastní nemocenské pokladny⁴⁰ pojištěn povinně následující výčet osob: výdělečně činný zaměstnanec vykonávající závislou práci, pracovník a pracovnice, dále jejich rodinní příslušníci životní partneři či partnerky, osoby přijímající dávky dle zákona o pojištění pro případ nezaměstnanosti a osoby pobírající starobní důchod. Rodinnými příslušníky se dle zákona ASVG myslí v první řadě manželé, registrovaní partneři a děti do 18. roku, poté po dosažení 18. roku života se studijním potvrzením. Toto zákonné pravidlo příslušnosti nemocenské pokladny je obsaženo v ASVG. Určitými zákonnými ustanoveními je stanoveno, že tato rodinná příslušnost, a s ní daná pojišťovací ochrana může být rozšířena na vzdálenější rodinné příslušníky (vnuky, nevlastní děti a osobu blízkou). V rakouském systému veřejného zdravotního pojištění se používá pojem soupojištění, které na rozdíl od komerčního zdravotního pojištění nevyžaduje žádné dodatečné placení příspěvků do tohoto pojišťovacího systému. Velkým vyrovnávacím elementem, který umožňuje solidární fungování tohoto systému, je existence bezdětných rodin s větším počtem příjmů, které kompenzují rodiny s větším počtem dětí pouze s jedním příjmem. Děti jsou vždy bezpoplatečně spolupojištěny, zatímco manželé, registrovaný partner a osoba blízká pouze pokud tak zákon stanoví (ASVG). Na žádost se mohou dobrovolně samopojistit,

⁴⁰ Gebietskrankenkasse

k čemuž slouží speciální ustanovení ASVG. Je nutno rovněž uvést, že výkon zdravotního pojištění skrz nemocenské pokladny je využíván více než tři čtvrtinou obyvatel Rakouska. Plný výčet osob, které jsou pojištěny bez placení dodatečných poplatků je následující: výdělečně činní, jejichž měsíční příjem nepřesahuje minimální výši příspěvkového základu dle ASVG, osoby, pobírající starobní důchod, osoby nezaměstnané, zvláštní pojištěnci (rodinní příslušníci řádně pojištěných, váleční přeživší, žadatelé o azyl).

V rakouském systému veřejného zdravotního pojištění je daná příslušnost zdravotních pojišťoven dle osoby pojištěnce. Pracovník a administrativní pracovník⁴¹ jsou povinně pojištěni u jedné z oblastních nemocenských pokladen, úředníci u nemocenské pokladny pro úředníky a podnikatelé. U zaměstnance vykonávající závislou práci musí platit příspěvek na veřejné zdravotní pojištění zaměstnavatel a osoby samostatně výdělečně činné musí tento příspěvek odvádět sami. Zajímavým ukazatelem je počet lékařů v daných zemích. Rakousko má na menší počet obyvatel větší počet lékařů ve srovnání s Českou republikou. (viz tab.1)

Tabulka 1.

Počet lékařů v Rakousku v roce 2014: 47155 lékařů

Počet lékařů v České republice v roce 2014: 41677 lékařů
--

V roce 2013 bylo okolo 8,5 milionů osob (99,9%) rakouského obyvatelstva zdravotně pojištěno skrz veřejné zdravotní pojištění. 6,3 milionů osob pomocí placení povinných příspěvků na veřejné zdravotní pojištění, 2 miliony osob bezpoplatečně jako rodinní příslušníci a 0,2 milionů ostatními druhy pojištění.

Právní komparace okruhu účastníků VZP v obou státech

Důležitým rysem rakouského veřejného zdravotního pojištění je nediskriminace při vstupu do něj, tato skutečnost vede k tomu, že 99,9% obyvatelstva je zahrnuto do veřejného zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění je upraveno dle druhu pojištěnců v rozdílných zákonech. V systému českého veřejného zdravotního pojištění

⁴¹ Arbeiter a Angestellte

vyplývá ze zákona vyplývá povinnost pojištění každé osoby, jež má trvalý pobyt na území ČR bez ohledu na státní příslušnost osoby. Pokud tento trvalý pobyt nemá, může se účastnit veřejného zdravotního pojištění, pokud je zaměstnána u zaměstnavatele se sídlem na území ČR. Pojištění tohoto zaměstnance však nemá vliv na vstup do veřejného zdravotního pojištění jeho rodinných příslušníků. V rakouském systému je stanovena minimální hranice příjmu pro vstup do systému veřejného zdravotního pojištění. Pokud není tato hranice dosažena, je pojištěnec od platby osvobozen a může se účastnit dobrovolného pojištění. (23)

Právo smluvních stran v systému veřejného zdravotního pojištění

V oblasti veřejného zdravotního pojištění se vyskytují trilaterální vztahy mezi pojištěnci, příslušnými poskytovateli zdravotních služeb a příslušnými zdravotními pojišťovnami. Smlouva je v rámci těchto vztahů uzavírána mezi pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb na základě dvoustranného právního úkonu. Příslušná zdravotní pojišťovna, u které je pojištěnec pojištěn, je povinna dle zákona o veřejném zdravotním pojištění uhradit poskytovateli zdravotních služeb náklady spojené s poskytováním zdravotní péče, a to na základě smlouvy uzavřené s tímto poskytovatelem dle §17 ZoVZP. Blíže se jedná o smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, která se zároveň řídí příslušnou rámcovou smlouvou vydávanou Ministerstvem zdravotnictví ČR, které stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi poskytovateli zdravotních služeb a pojišťovnami, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Příslušné úhrady jsou vypláceny poskytovatelům zdravotních služeb buď dle seznamů výkonů s bodovými hodnotami nebo na základě paušálů za poskytnuté služby. Každý pojištěnec má právo na výběr zdravotnického zařízení a lékaře. Lékař může pacienta odmítnout v případě rizika, že nebude zajištěna požadovaná kvalita služeb nebo kvůli velké vzdálenosti od místa bydliště pacienta. Lékař nemůže odmítnout pacienta, pokud pochází z jeho spádové oblasti a také v případě poskytnutí akutní neodkladné péče. V případě využívání zdravotní péče je uplatňován princip věcného plnění, který umožňuje lepší přístup ke zdravotní péči. (1)

V Rakousku má nositel zdravotního pojištění organizační povinnost zajištění systému, který pojištěncům umožňuje uplatnění jejich nároku na zdravotní péči. Činí tak prostřednictvím třetího smluvního partnera- smluvního lékaře nebo nemocničního zařízení. K tomuto je potřebné uzavření soukromoprávní smluv dle §338 ASVG. ASVG tímto právním ustanovením říká, že se jedná o jakousi spolupráci mezi nositelem zdravotního pojištění a samostatně činnými zdravotnickými povoláními, ale ve skutečnosti jde o partnerský vztah sociálního charakteru ve zdravotnické oblasti. Zdravotní péče je tedy poskytována smluvními lékaři, které si pojištěnci mají právo zvolit na začátku léčby nebo na začátku každého kalendářního čtvrtletí. Volba lékaře je tedy svobodná. Navíc každý lékař v Rakousku má povinnost dle lékařského zákona poskytnout lékařskou první pomoc v situaci první pomoci. Navíc je možno využívat péči lékaře, který není ve smluvním vztahu s danou zdravotní pojišťovnou. V tomto případě pojišťovny proplácejí zpětně výdaje až do výše 80%, kterou by hradila zdravotní pojišťovna, pokud by byl pojištěnec ošetřen smluvním lékařem. (23) V ASVG je uplatňován princip věcného plnění při poskytování zdravotní péče smluvním zařízení zdravotní pojišťovny stejně jako v České republice. Tento princip pojištěncům umožňuje přímého využívání zdravotní péče bez předešlého uhrazení a usnadňuje tak zejména přístup k ní. V rakouském systému je v jednom případě využíván také princip vrácení vynaložených nákladů a to při vyhotovení zubní protézy. (3) Smluvní vztahy s nemocničními zařízeními spočívají na jednotlivých smlouvách a také u nemocničních zařízeních jmenovaných v § 149 ASVG na společných smlouvách.

Srovnání práva smluvních stran v oboru VZP⁴² v obou státech

Rakouský i český systém využívají princip věcného plnění při poskytování zdravotní péče smluvním poskytovatelem zdravotní pojišťovny. Rakouský systém dává pojištěncům jasnější pravidla, co se týče možnosti volby lékaře a také následného uhrazení zdravotní péče vykázané tímto lékařem a to i v tom případě, že tento lékař není smluvním lékařem zdravotní pojišťovny. V obou systémech se vyskytují trilaterální vztahy mezi pojištěnci, poskytovateli zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou.

⁴² VZP- veřejné zdravotní pojištění

Financování zdravotního systému, jev přerozdělování

Zdravotní systém je financován na základě principu sociální ekvity. Tento pojem naznačuje jistou snahu o dosažení rovnosti a spravedlnosti v rámci tohoto systému mezi účastníky, lépe řečeno právo pro všechny občany rozvíjet se a udržovat svůj plný potenciál zdraví, rovný stejný přístup k léčbě a aplikaci všech potřebných medicínských postupů pro pacienty všech sociálních skupin bez ohledu na jejich schopnost či sociální postavení. Problematiku financování zdravotního systému upravuje v České republice zákon o pojistném na veřejné zdravotní pojištění. Financování zdravotního systému je vícezdrojové skládající se ze složek veřejného zdravotního pojištění a jiných zdrojů, kterými jsou zejména rozpočet státu, krajů, obcí a také prostředky poskytnuté církvemi a jinými fyzickými a právnickými osobami. Složka veřejného zdravotního pojištění je založena na placení pojistného s respektováním vzájemné solidarity mezi plátcí pojistného. Pojistné je finanční částka, kterou jsou plátcí povinni platit zpravidla za jednotlivé kalendářní měsíce. Toto pojistné plátcí odvádějí na účet dané pojišťovny, jež provádí veřejné zdravotní pojištění a u které je pojištěnec pojištěn. Výše pojistného závisí na příjmu a nezávisí na zdravotním stavu pojištěnce. Pojišťovna nevyplácí náhradu a finančně plní to, co je nutno vynaložit na zdravotní péči. Plátcí pojistného v českém systému veřejného zdravotního pojištění jsou trojího druhu. Plátcem je zaměstnavatel, který odvádí pojistné za své zaměstnance. Stát odvádí pojistné za určité níže blíže zmíněné skupiny osob. Samotný pojištěnec je plátcem pojistného, pokud se jedná o osobu samostatně výdělečně činnou, která odvádí částku odvozenou z příjmů z vlastní samostatně výdělečné činnosti, a také osoba bez zdanitelných příjmů, která odvádí pojistné v minimální výši. Osoba bez zdanitelných příjmů je osoba, za kterou neplatí pojistné stát a zároveň není osoba samostatně výdělečně činná. Minimální výše zdravotního pojištění je vypočítána jako 13,5% z platné minimální mzdy v daném roce, v ostatních případech se vypočítává stejným procentem z hrubé mzdy zaměstnance nebo z hrubého příjmu osoby samostatně výdělečně činné.(1)

Plátcem pojistného je pojištěnec, pokud tuto povinnost nemá stát. (1) Stát platí toto pojištění za taxativně vymezený okruh pojištěnců dle §7 a)-q) zákona o veřejném zdravotním pojištění. Toto pojistné je financováno ze státního rozpočtu ČR. Je hrazeno státem prostřednictvím Ministerstva financí na zvláštní účet vedený u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Státními pojištěnci jsou nezaopatřené děti, přičemž nezaopatřenost

se posuzuje dle zákona o státní sociální podpoře. Dále zde patří poživatelé důchodu z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské, uchazeči o zaměstnání, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované. Stát platí pojistné také za osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II, III nebo IV a osoby pečující o tyto osoby, a osoby se stupněm I mladší 10 let. Do této kategorie pojištěnců jsou dále zahrnuty osoby konající službu v ozbrojených silách s výjimkou vojáků s povolání, a osoby povolané k vojenskému cvičení. Neopominutelnou kategorií jsou také osoby vykonávající zabezpečovací detenci, osoby ve vazbě nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody. Plátcem pojistného je stát rovněž v případě osob, které jsou invalidní ve třetím stupni nebo které dosáhly potřebného věku pro nárok na starobní důchod, avšak jsou invalidní III. stupně. Dále mezi tzv.státní pojištěnce patří osoby, které celodenně osobně a řádně pečují alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do věku 15 let či mladistvé umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy. Pojistné na veřejné zdravotní pojištění stát hradí také za osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu na základě smlouvy s vysílající organizací akreditovanou Ministerstvem vnitra. Další kategorií tzv.státních pojištěnců jsou cizinci s uděleným oprávněním k pobytu na území České republiky za účelem dočasné ochrany dle zvláštního předpisu. Další kategorií jsou žadatelé o udělení mezinárodní ochrany a také příjemci starobní penze na určenou dobu, doživotní penze nebo penze na přesně stanovenou dobu s přesně stanovenou výší důchodu. Mají-li tyto osoby, za něž platí ze zákona pojistné na veřejné zdravotní pojištění stát, příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti, je plátcem pojistného stát i tyto osoby. Osoby samostatně výdělečně činné si platí pojistné na zdravotní pojištění samy. Pokud má osoba samostatně výdělečně činná souběžně i příjmy ze zaměstnání, platí pojistné na veřejné zdravotní pojištění z obou těchto činností. Osoba samostatně výdělečně činná platí toto pojistné formou záloh na pojistné a doplatku pojistného, pokud zákon nestanoví jinak. Osob bez zdanitelných příjmů si platí pojistné samy a to za celé kalendářní měsíce. Plátcem pojistného je zaměstnavatel především z titulu pracovního poměru zaměstnance. Zaměstnanci jsou povinni platit si třetinu pojistného samy a zbylé dvě třetiny za ně platí zaměstnavatel, ačkoliv zaměstnavatel odvádí jak část, kterou je povinen odvádět za zaměstnance tak část pojistného, kterou jsou si povinni hradit zaměstnanci. Tuto část zaměstnavatel srazí zaměstnanci z platu či mzdy. Zákon stanovuje hodnotu minimálního vyměřovacího základu. Povinné veřejné zdravotní pojištění chrání obyvatele před velkými předem nepředvídatelnými náklady,

kteře je nutno vynaložit na zdravotní pēči. Veřejné zdravotní pojištění je odděleno od státního rozpočtu a od jiných povinných druhů pojištění uplatňovaných v České republice. Pojistné se hradí na účet zdravotní pojišťovny v české měně. Výši pojistného je plátce pojistného povinen vypočítat si sám. Vyměřovací základ vymezuje zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Pro jednotlivé skupiny plátců se určuje rozdílně. U skupiny zaměstnanců, jež se považují osoby, kterým plynou nebo mají plynout příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků, které podléhají dani z příjmů a nejsou od daně osvobozeny, se jedná úhrn těchto příjmů mu zúčtovaných zaměstnavatelem. Minimálním vyměřovacím základem zaměstnance je minimální mzda. Pro rok 2015 je minimální mzda určena na 9200 Kč. Rozhodným obdobím je kalendářní měsíc, ve kterém dochází k placení pojistného. Pojistné z tohoto vyměřovacího základu je 1242 Kč za kalendářní měsíc. U osob samostatně výdělečně činných je vyměřovacím základem 50% příjmů z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení. Rozhodným obdobím je kalendářní rok, za který se pojistné platí. Minimální vyměřovací základ u OSVČ představuje dvanáctinásobek 50% z průměrné měsíční mzdy. Tedy pro rok 2015 činí průměrná mzda 26611 Kč. Minimální vyměřovací základ pro všechny měsíce je 13305,50 Kč. Z toho je pak po zaokrouhlení vypočítána minimální měsíční záloha na pojistné 1797 Kč. Vyměřovacím základem u osoby bez zdanitelných příjmů, tedy u osoby, která nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a není za ni plátcem pojistného stát, je minimální mzda. U zbytkové kategorie osob, za které platí pojistné na zdravotní pojištění stát, je vyměřovací základ určen vždy každým rokem. Od 1.8.2014 se jedná o částku 6259 Kč, stanovená zákonem o pojistném na veřejné zdravotní pojištění. Z tohoto vyměřovacího základu platí stát pojistné za osoby, za které je plátcem zdravotního pojištění částku 845 Kč měsíčně. Pojem maximální vyměřovací základ se novelizací zákona o pojistném zdravotním pojištění ruší. V systému placení pojistného na veřejné zdravotní pojištění jsou používány pojmy dlužné pojistné a přeplatek na pojistném na zdravotní pojištění při nesprávném plnění této povinnosti. (26)

Přerozdělování pojistného se povinně účastní všechny zdravotní pojišťovny. Zákon předem stanoví konkrétní povinnosti pojišťoven v systému přerozdělování finančních prostředků. Dochází tak dle §20-21a zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Pravidla stanovená tímto zákonem ustanovují, že k přerozdělování pojistného dochází podle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců. K přerozdělování pojistného se užijí

nákladové indexy 18 věkových skupin pojištěnců pro každé pohlaví v rozmezí od narození do 5 let a dále vždy po 5 letech až po věkové skupiny od 80 až do 85 let a skupiny od 85 let nahoru. Nákladové indexy se stanoví jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce. Přerozdělovacímu mechanismu se podrobuje veškeré pojistné vybrané všemi zdravotními pojišťovny. Podíl na standardizovaného pojištěnce se zjistí tak, že součet pojistného vybraného všemi zdravotními pojišťovny, celkové platby státu, penále, pokuty, úroky a jiná plnění snížené o poplatky za účetní operace a za vedení zvláštního účtu se vydělí celkovým počtem standardizovaných pojištěnců všech zdravotních pojišťoven.(1)

Financování systému práva sociální zabezpečení je v Rakousku uskutečněno z příspěvků, které jsou vybrány od zaměstnanců a pojištěných. Pro každého jednotlivého účastníka pojištění plyne zákonná povinnost platit tyto příspěvky na veřejné zdravotní pojištění. Tato povinnost je stanovena spolkovým právem, stejně tak jako povinnost přiznat příjem zaměstnance, od kterého se odvíjí výše příspěvku. Každý závislý zaměstnanec je zdravotně pojištěn, pokud jeho příjem přesáhne minimální hranici, která činí pro rok 2015 405,98 Euro za měsíc. Toto pojištění je povinen zajišťovat v jeho plné míře zaměstnavatel příslušného zaměstnance. Financování systémů veřejného zdravotního pojištění z daňových prostředků není zákonnými předpisy předvídáno. Rakouský systém zdravotního pojištění upravuje existenci dobrovolného zdravotního pojištění pomocí odlišných právních ustanovení, jelikož tento typ pojištění postrádá významný rys veřejného zdravotního pojištění, kterým je povinnost jeho plnění daná zákonem. Ustanovení §16 ASVG předvídá tuto další možnost zdravotního pojištění. V Rakousku je uplatňováno solidární financování zdravotního systému. Zdravotní systém je financován různými způsoby. Nejpodstatnějším zdrojem financí je sociální zdravotní pojištění. 76% výdajů na zdravotní péči bylo v roce 2014 financováno z veřejných zdrojů a zbývajících 24% bylo financováno ze privátních zdrojů domácností a jiných organizací. Privátní sektor v Rakousku se podílí na financování zdravotního systému mnohem větší měrou než v Česku. V Rakousku činil v roce 2014 2.5% zatímco v Česku pouhé 1%. Úprava pojistného v rakouském právním systému je obsažena v §51 ASVG. Pojistné na veřejné zdravotní pojištění je počítáno s hrubé mzdy a činí 7,65%. U studentů po dobu prvních dvou let se tyto příspěvky neplatí. Nejprve je nutno definovat pojmy Arbeiter a Angestellte, jelikož u těchto dvou skupin je rozdílný výpočet příspěvku na pojistné na veřejné zdravotní pojištění. Právní postavení Angestellte v pracovněprávním vztahu je

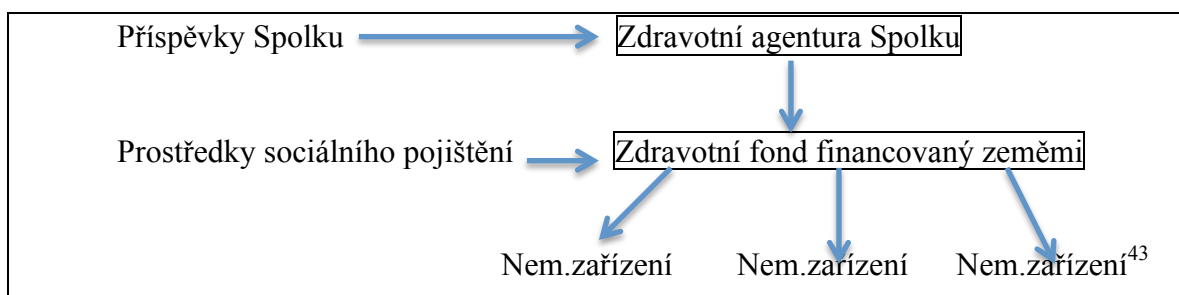
upraven v Angestelltengesetz. Angestellte je zaměstnanec, který pracuje v administrativních službách, jiných neadministrativních službách s vyšším pracovním postavením a osoby vykonávající kancelářské práce. Naproti tomu neexistuje žádný zákonný předpis, který definuje přesný význam pojmu Arbeiter. Nicméně tímto pojmem se rozumí, že tato osoba provádí jednoduché manuální pomocné práce, ale také manuální činnosti vyžadující kvalifikaci, které může vykonávat pouze kvalifikovaný dělník. U pracovníků se placení příspěvku na veřejné zdravotní pojištění řídí podle EFZG-Entgeltfortzahlungsgesetz, který ustanovuje přesné procentní rozdělení povinnosti platit tento příspěvek mezi zaměstnavatele a zaměstnance. Míra příspěvku se počítá jako určitá procentní hodnota z příspěvkového základu. Výše příspěvkového základu je omezena zákonným předpisem svou maximální a také minimální výší. Pro všechny typy pojištění v rámci práva sociálního zabezpečení v Rakousku činí maximální výše příspěvkového základu podle §45 ASVG měsíčně 4650 Euro. Minimální výše příspěvkového základu je určena na částku € 405,98 měsíčně. Komplikovaně je upraveno rozdělení povinnosti platit pojistné na veřejné zdravotní pojištění. Zaměstnavatel je povinen platit 3,7% a zaměstnanec 3,95 % u zaměstnanců, který pracuje v administrativních službách, jiných neadministrativních službách s vyšším pracovním postavením a osoby vykonávající kancelářské práce platí zaměstnavatel 3,83% a zaměstnanec 3,82%. Výpočet příspěvků na veřejné zdravotní pojištění je v rakouském systému komplikovaný. Podle ASVG se u zaměstnavatelů počítá z hrubé mzdy, ačkoliv u tohoto výpočtu se do hrubé mzdy nezahrnuje mnoho položek jako například prémie zaměstnancům, příspěvek na pracovní oblečení, což blíže upravuje §49 ASVG. U samostatně výdělečně činných dle GSVG se příspěvek počítá z nezdaněného příjmu, ačkoliv později je tento příjem nutno povinně zdanit. U osob pobírajících penzi se počítá pojistné z hrubé penze a to mírou 5,1 %.

Samostatný podsystem v rámci zdravotního pojištění tvoří samopojištění. Samopojištění bez slev činí měsíčně 388,04 Euro měsíčně a u studentů je uplatňována sleva 54,11 Euro.

Poplatek za recept v Rakousku činí 5,55 Euro. Osvobození od tohoto poplatku je uplatňováno u sociálně slabých a chronicky nemocných osob.

Velmi specifické je financování nemocniční sféry v Rakousku. Spočívá na článku 15a BVG. Prostředky jsou poskytovány Spolkem, sociálním pojištěním a dalšími finančními zdroji. Pokrytí schodku tohoto systému je uskutečňováno Zeměmi financovaným fondem. Schodek je dále také pokryt pomocí příspěvků pacientů ze zvláštní třídy pacientů, pomocí kterého dochází ke křížovému financování také pacientů v

klasické nemocniční třídě. Toto je další prvek solidarity v systému veřejného zdravotního pojištění v Rakousku. Následující schéma naznačuje lépe způsob fungování financování nemocničního sektoru.



Systém přerozdělování prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění v Rakousku je velmi složitý. Přerozdělování existuje mezi nemocenskými pokladnami navzájem. Nemocenské pokladny mají rozdílné spektrum pojištěnců. Některé mají mezi svými pojištěnci více osob pobírajících důchod a jiné mají ve svých řadách více pojištěnců s vyššími příjmy. Pojištěnci s vyššími příjmy, ze kterých vyplývají také vyšší příspěvky na sociální pojištění se nacházejí v zemích, kde je více rozvinutý průmysl nabízející dobré pracovní uplatnění. Další přerozdělování je uplatňováno také mezi pojištěnci navzájem, jelikož příspěvky na veřejné zdravotní pojištění jsou diferencovány dle měsíčního příjmu plátců pojistného až do hodnoty nejvyššího možného měsíčního příjmového základu, ze kterého se příspěvky vypočítávají. Tato diferenciací ale zároveň neznamená odlišné plnění nemocenských pokladen plátcům, kteří platí vyšší příspěvek na veřejné zdravotní pojištění díky svému vyššímu příjmu. Poslední typ přerozdělování je uplatňován v rámci nemocniční péče mezi pojištěnci v rámci režimu klasické nemocniční péče a zvláštní třídy.

Rozdílné a společné prvky financování systémů

⁴³ Použito schéma na straně 50 publikace č. 23 v seznamu literatury.

Přerozdělování finančních prostředků je používáno v obou systémech VZP za účelem dosažení solidarity v rámci systému. Probíhá ale s určitými odlišnostmi v obou státech. Přerozdělování mezi zdravotními pojišťovnami je uplatňován v obou systémech za účelem dosažení solidarity mezi nimi navzájem, jelikož každá pojišťovna disponuje odlišnou strukturou pojištěnců. Přerozdělování v rámci nemocniční péče je ale naopak typické pouze pro systém Rakouska. Závislost výše příspěvků na veřejné zdravotní pojištění na základě výše příjmů pojištěnců je také používána v obou komparaci podrobených systémech. Zajímavým komparačním ukazatelem je spoluúcast pojištěnců, která je celkově je mnohem vyšší v Rakousku 25% (20) než v České republice jen 7,5%.

Zaměření na preventivní léčbu a vliv na systém veřejného zdravotního pojištění v Rakousku a v České republice

Oblasti základních cílů preventivní zdravotnické péče rakouského obyvatelstva upravuje zákon o podpoře zdraví (GfG)⁴⁴. Důležitým je § 2 GfG, který popisuje cestu k dosažení cílů v oblasti preventivní zdravotní péče sloužící k upevnění zdraví rakouského obyvatelstva. Obsahuje požadavek vývoje přesně cílených programů směřujících k zlepšení informovanosti o zdravém životním stylu, prevenci nemocí a také přístupu pacientů k chronickým onemocnění. Důležitý je také požadavek dalšího vědecky zaměřeného vývoje podpory zdraví a prevence onemocnění stejně tak jako epidemiologického sledování populace. Rakouský systém preventivních programů hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění je složen ze dvou základních směrů. Prvním směrem je primární prevence, která se zaměřuje na vyvarování se styku s rizikových faktorem, který prokazatelně vede ke vzniku určitých zhoubných chorob. Primární prevence je uskutečňována zlepšením informovanosti populace. Druhým směrem je sekundární prevence, která se zaměřuje na včasné odhalení chorob u konkrétních osob, které jsou v počátečních stádiích dobře léčitelné. Sekundární prevence je prováděna v Rakousku prostřednictvím programů vyšetření zaměřující se na následující oblasti- včasné odhalení rizikových faktorů onemocnění srdce a oběhového

⁴⁴ Gesundheitsförderungsgesetz

systému, chorob látkových přeměn (diabetes mellitus), častých nádorových onemocnění (prsů, děložního čípku, kolorektálního karcinomu), prevence závislosti, onemocnění parodontu a onemocnění vyššího věku. V oblasti prevence je také důležitý §132a ASVG s paralelou v §88GSVG a §81 BSVG. Tato ustanovení upravují každoroční preventivní lékařské prohlídky mladistvých, kterými se myslí nezletilí s ukončeným 15. rokem a před dosažením 18. roku života. Také jsou upraveny nároky spolupojištěných na každoroční lékařské preventivní prohlídky. Cílem těchto opatření je včasné odhalení rakoviny, diabetu, srdečních a oběhových onemocnění. Zákonným způsobem jsou také ustanoveny povinnosti zdravotních pojišťoven směřující k udržení zdraví populace. Jedná se o prenatální a perinatální diagnostiku některých genetických onemocnění a také hrazení vakcíny proti onemocnění jarní meningoencefalitidou. I díky tomuto zákonnému ustanovení je proočkování této nemoci u rakouské populace nesrovnatelně vyšší ve srovnání s populací českou. Tímto způsobem se systém veřejného zdravotního pojištění vyvaruje dalším nákladům související s léčbou tohoto vážného onemocnění s rizikem následných komplikací. Také rakouské zdravotní pojišťovny mají zákonem danou povinnost podpory zdraví obyvatelstva a pro tento účel má zdravotní pojišťovna také speciálně vyčleněný fond (§447h ASVG). Reforma zdravotnictví proběhla v Rakousku v roce 2013. Tato reforma se soustředila mimo jiné na posílení prevence a s ní související podpory zdraví obyvatelstva. Součástí byla rovněž reforma primární péče. Všechna tato opatření měla za cíl snížit výdaje hrazené na zdravotní péči v rámci systému veřejného zdravotního pojištění. (24)

V českém systému je také kladen důraz na preventivní péči, jejíž definici dává zákon o zdravotních službách. Tento zákon tak činí v § 5 odst.2 písm.a), kde říká, že účelem preventivní péče je včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku. U pojištěnců jsou prováděny pravidelné preventivní lékařské prohlídky. Tyto prohlídky jsou upraveny vyhláškou č.70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách. Pojištěnec má nárok na všeobecnou preventivní prohlídku u praktického lékaře jednou za dva roky, gynekologickou preventivní prohlídku jednou za rok a stomatologickou prohlídku dvakrát do roka. Na tyto preventivní prohlídky navazují screeningové programy, za účelem včasného odhalení onkologických onemocnění v raném stadiu - nádoru prsu, tlustého střeva a konečníku a nádoru děložního hrdla.

Význam preventivní léčby v obou státech

Oba dva systémy veřejného zdravotního pojištění se zaměřují na preventivní péči svého obyvatelstva. Tato péče je hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tento fakt dokazuje vyspělost obou těchto systémů, které nakonec vedou ke zlepšení zdraví populace a snížení výdajů v tomto systému.

Zdravotní pojišťovny v České republice a v Rakousku

Zdravotní pojišťovna je instituce, která má za úkol provádět zákonné veřejné zdravotní pojištění. Jedná se o instituci sui generis. Soustava zdravotních pojišťoven v českém zdravotním systému je tvořena VZP a pojišťovny resortními, oborovými, podnikovými a dalšími. Platí zásada, že tyto pojišťovny jsou otevřeny každému typu pojištěnce. Tedy pojišťovna určena určitému typu fyzických osob nesmí odmítnout osobu, ačkoliv nepatří do okruhu osob uvedených. Zdravotní pojišťovny jsou právními osobami. Pojišťovny samy si provádějí vnitřní kontrolu využívání a poskytování zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě smluvními poskytovateli zdravotních služeb. Tato vnitřní kontrola je prováděna pomocí informačního systému a také revizními lékaři dané pojišťovny. Vnější kontrola všech zdravotních pojišťoven je prováděna Ministerstvem zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Veřejná zdravotní pojišťovna byla zřízena zákonem. Provádění veřejného zdravotního pojištění je u ostatních zdravotních pojišťoven navíc vázáno na povolení státního orgánu. Toto povolení je vázáno na souhlas Ministerstva zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí na základě žádosti podané právnickou osobou se sídlem na území ČR a po složení kauce ve výši 100 milionů Kč. Zároveň vnější kontrola zdravotních pojišťoven je prováděna Ministerstvem zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny, kterou má právo změnit jednou za 12 měsíců. Veřejné zdravotní pojištění provádějí v České republice veřejné zdravotní pojišťovny. Počet zdravotních pojišťoven není limitovaný, ale pojišťovna musí splnit podmínku zisku 50tisíc pojištěnců do roka od svého vzniku. Největší zdravotní pojišťovnou v České republice je Všeobecná zdravotní pojišťovna, která má zhruba 75% všech pojištěnců. U VZP je také pojištěn největší počet pojištěnců, za něž pojistné platí stát. Všeobecná zdravotní pojišťovna tak zabezpečuje provádění veřejného zdravotního pojištění v České

republice, pokud toto pojištění neprovádějí zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny v České republice mají statut neziskových organizací. Nejvyšším rozhodovacím orgánem Všeobecné zdravotní pojišťovny je správní rada. Správní rada má celkem 30 členů. Jednu třetinu tvoří zástupci státu, kteří jsou voleni vládou České republiky na návrh ministerstva zdravotnictví. Druhou třetinu tvoří zástupci pojištěnců Všeobecné zdravotní pojišťovny, které z řad veřejnosti volí Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky a poslední třetinu tvoří zástupci zaměstnavatelů pojištěnců jmenovaných organizacemi zaměstnavatelů. Způsob volby a volební řád je stanoven vyhláškou Ministerstva zdravotnictví. Dozorčí radu Veřejné zdravotní pojišťovny tvoří 3 členové, jež na návrh ministra financí, práce a sociálních věcí a zdravotnictví, jmenuje a odvolává vláda. Dalších 10 členů Dozorčí rady je voleno poměrným způsobem dle zastoupení politických stran Poslaneckou sněmovnou. Pro členství v těchto radách je nutný věk minimálně 25 let, bezúhonnost, státní občanství a trvalý pobyt na území České republiky. Organizační strukturu Veřejné zdravotní pojišťovny tvoří Ústředí, regionální pobočky a další klientská pracoviště. Ústředí jsou podřízeny regionální pobočky a klientská pracoviště a tvoří organizační složky Veřejné zdravotní pojišťovny. Tyto organizační složky nemají právní subjektivitu a mají pravomoci pouze v rozsahu jim svěřeném v organizačním řádu Veřejné zdravotní pojišťovny. Základními orgány VZP jsou již zmíněná Správní rada a Dozorčí rada, která plní funkci kontrolního orgánu. Není možno současné členství jedné osoby v obou radách. Funkční období člena orgánu Veřejné zdravotní pojišťovny je stanoveno na čtyři roky, přičemž o funkci je možno ucházet se pouze ve dvou po sobě následujících funkčních obdobích. Funkce v orgánu Veřejné zdravotní pojišťovny není obdobou pracovněprávního vztahu. Jejím statutárním orgánem je její ředitel, jehož funkční období je čtyři roky. Sám jmenuje a odvolává ředitele regionálních poboček. Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a výroční zprávy se projednávají na společném zasedání Dozorčí a Správní rady. Schválení těchto dokumentů činí Správní rada VZP. (1)⁴⁵

Zaměstnanecké pojišťovny jsou sdruženy do Svazu zdravotních pojišťoven, který vznikl v roce 1997 jako nástupce Sdružení zdravotních pojišťoven. V České republice funguje 6 zaměstnaneckých pojišťoven- Vojenská zdravotní pojišťovna, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky, Revírní

⁴⁵ str.102-104 TRÖSTER a kolektiv, 2013, Právo sociálního zabezpečení str. 95-104, C.H. Beck, ISBN 978-807400473-5

bratrská pokladna. Tyto pojišťovny poskytují služby zhruba 4,4 milionům osob.

Rakousko je rozděleno na 9 menších provincií. Tento fakt má vliv také na soustavu nemocenských pokladen, která je místně organizovaná dle příslušných provincií. V Rakousku je 19 nemocenských pokladen, z tohoto čísla tvoří soustavu pojišťoven 9 zemských pokladen pro každou spolkovou zemi jedna zemská pokladna.⁴⁶ Zemské nemocniční pokladny jsou dle zákona příslušné pro veřejné zdravotní pojištění zaměstnanců vykonávající závislou práci pro svého zaměstnavatele. Další druhy pokladen mají také předepsanou svou příslušnost vůči svým pojištěncům viz. výše. Soustava pokladen je dále tvořena 6 zaměstnaneckými nemocenskými pokladnami. Výběr pojišťovací instituce závisí na zaměstnavateli pojištěnce a jeho sídle a není volně zvolitelné. Podnikatel a osoba samostatně výdělečně činná jsou dle zákona povinně pojištěny u SVA⁴⁷ stejně jako osoby pobírající důchod. Nemocenské pokladny v Rakousku jsou právními osobami veřejného práva a mají charakter ústavu. Tyto právní osoby mají tedy svůj personální a věcný základ a jejich trvání je podmíněno dosahováním určitého veřejného cíle. Existence nemocenských pokladen i jejich orgánů jsou předvídané zákonodárcem. Nemocenské pokladny v Rakousku jsou organizovány samosprávným způsobem. Vydávají své stanovy a nařízení nemocenské pokladny, které podléhají schválení ministerstva zdravotnictví a musí být zveřejněny na internetu. Nemocenské pokladny mají také závazné směrnice hlavního sdružení. Všechny tři právní prameny nemocenských pokladen mají významný praktický význam. Hlavními orgány nemocenské pokladny jsou generální shromáždění, správní rada a kontrolní shromáždění. Stanovy jsou odsouhlaseny generálním shromážděním nemocenské pokladny.⁴⁸

Společné prvky úpravy zdravotních pojišťoven

V obou systémech VZP jsou nemocenské pokladny právními osobami. Rozdělení Rakouska na 9 provincií logicky dává vzniku 9 zemským nemocenským pokladnám. Tento systém přispívá ke snadnější samosprávě zdravotních pojišťoven. V rakouském systému existují také zaměstnanecké pojišťovny. Systém veřejných zdravotních pojišťoven je podobný v obou státech.

⁴⁶ BGKK, KGKK, NGKK, OGKK, SGKK, STGKK, TGKK, VGKK und WGKK

⁴⁷ Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

⁴⁸ str.46-49 RESCH, Reinhardt, 2014, Sozialrecht, Rechtstaschenbuch MANZ, str. 57-86, ISBN 978-3-214-06725-0

Srovnání přístupu k cizincům v systému českého a rakouského zdravotnictví v otázce vstupu do veřejného zdravotního pojištění

Možnosti účasti cizince ve veřejném zdravotním pojištění v Rakousku

- Cizinci mají stejné podmínky vstupu do systému veřejného zdravotního pojištění jako občané Rakouska

Od padesátých let minulého století postupně nabývaly na významu mezinárodní hospodářské vztahy mezi Rakouskem a ostatními státy. Díky této internacionalizaci hospodářského procesu, ale také rozvíjející se mobilitě osob mezi státy došlo nevyhnutelně ke vzniku potřeby regulovat tento právní stav za účelem ochrany sociálních práv osob migrujících a podpory systému volného pohybu osob. Zdravotní pojištění cizince v Rakousku je nezbytné, a je také podmínkou schválení žádosti o pobyt na území Rakouska. Musí být uzavřeno jak pro krátkodobé tak i pro dlouhodobé pobyty na území Rakouska. Právní režim, do kterého cizinec spadá, je závislý na jeho státní příslušnosti. Rakousko má uzavřeno s určitými členskými státy Evropské unie tzv. EWR dohody.⁴⁹ V jiném právním režimu se nacházejí příslušníci třetích států, do kterého spadají všichni cizinci, kteří nejsou občané členských států Evropské unie nebo států, které podepsaly dohodu o evropském hospodářském prostoru.⁵⁰ S mnohými státy Rakousko uzavřelo také bilaterální smlouvy. Každá tato smlouva je svým obsahem velmi rozdílná, a proto je nutno se předem s každou zvlášť blíže seznámit. Bilaterální smlouva byla uzavřena se Švýcarskem 1.1.2002. Rovněž 1.6.2003 bylo vydáno nařízení Evropské unie týkající se poskytování a hrazení zdravotní péče na území třetích států. Ačkoliv existence mnoha

⁴⁹ Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum – Dohody o evropském hospodářském prostoru

⁵⁰ EWR smlouvy

smluv je nesporná, náklady na většinu zdravotní péče, která je provedena ve smluvním státě, musí být uhrazeny samostatně pacientem. Proto při krátkodobých návštěvách Rakouska, pokud zde cizinec není výdělečně činný, je lepší založit si komerční pojištění, které ale slouží pouze jako připojištění, a proto ve svém rozsahu nemůže nahradit povinné veřejné zdravotní pojištění.(3)

Pro vstup do systému veřejného zdravotního pojištění nečiní Rakousko rozdíly mezi cizinci a vlastními občany. Podmínky vstupu do tohoto systému jsou tedy pro každého potencionálního pojištěnce stejné a jsou obsaženy v § 3 ASVG. Zaměstnavatel, který zaměstnává své zaměstnance závislou prací je povinen pojistit své zaměstnance dle příslušných zákonných podmínek. (3)

Možnosti účasti cizince na VZP v České republice

- **Cizinci s trvalým pobytem** na území České republiky nepodléhající podle evropských nařízení právním předpisům jiného státu EU/EHP/Švýcarska
- **Cizinci bez povolení k trvalému pobytu** ze zákona z titulu zaměstnání, tak na základě evropských nařízení
- **Cizinci ze třetích zemí s trvalým pobytem a zároveň zaměstnanci**
- **Zvláštní případy** (presumpce trvalého pobytu cizince): pouze zákonem vymezené kategorie (azylanti po dobu platnosti rozhodnutí o udělení azylu a další kategorie)

Právo sociálního zabezpečení České republiky je ovlivňováno právem Evropské unie. Tento vliv je dokládán existencí evropského koordinovaného práva sociálního zabezpečení, které je důležité pro volný pohyb osob v rámci všech členských států. Pokud se jedná o cizince ze členského státu Evropské unie, je důležitá existence Evropského průkazu zdravotního pojištění, který umožňuje po jeho prokázání občanům jiných členských států poskytnutí zdravotní služby minimálně ve stejné míře, která by byla poskytnuta na území domácího členského státu. Jiný režim platí pro cizince pocházející ze Švýcarska, Norska a Islandu, se kterými má Evropská unie podepsány bilaterální

úmluvy o poskytování zdravotní péče.

Rozdílné podmínky platí pro zbytkovou kategorií cizinců, kteří nepatří mezi občany Evropské unie ani mezi tři uvedené státy. Tyto osoby jsou občané třetích států. Postavení cizince ve zdravotnickém systému České republiky je upraveno v cizineckém, azylovém zákoně, a také v ostatních zákonech, které se týkají poskytování zdravotní péče, pokud tak tyto zákony sami stanoví. V České republice existují dva rozdílné druhy zdravotního pojištění, kterých se může cizinec účastnit. Prvním druhem je veřejné zdravotní pojištění, a tím druhým je komerční zdravotní pojištění cizinců. Účast na veřejném zdravotním pojištění vzniká osobám s trvalým pobytem na území České republiky a také osobám, které zde trvalý pobyt nemají, a to za podmínky, že jsou to zaměstnanci zaměstnavatele, který má na území České republiky sídlo. Další kategorií jsou cizinci, u kterých je tato účast daná zákonem. Tato kategorie obsahuje široký výčet cizinců, mezi které patří azylantů po dobu platnosti rozhodnutí o udělení azylu, cizinci požívající dočasné ochrany a další druhy stanovené zákonem. Je nutno uvést, že tato účast v systému veřejného zdravotního pojištění vzniká ze zákona a je na něj právní nárok. Osoba se stává účastníkem veřejného zdravotního pojištění dnem, kdy vznikla jedna ze dvou výše uvedených skutečností. Stejně tak trvání účasti na veřejném zdravotním pojištění je vázáno na tyto dvě skutečnosti. Z tohoto důvodu se zánik účasti na veřejném zdravotním pojištění pojí s ukončením trvalého pobytu, a také s ukončením zaměstnaneckého poměru u osob, které nemají trvalý pobyt na území České republiky. Neplněním povinnosti platit pojistné tento pojistný vztah nezaniká. V takovém případě budou zdravotní pojišťovnou vyměřeny penále a pojišťovna bude pojistné i s penále nadále vymáhat. U veřejného zdravotního pojištění je možná volba pojišťovny. Komerční zdravotní pojištění je pouze doplňkovou formou pojištění a je určeno pro osoby, které nesplňují podmínky pro účast na veřejném zdravotním pojištění. Rozdíly mezi veřejným a smluvním zdravotním pojištění jsou v rozsahu, vzniku, zániku a trvání těchto forem pojištění. U smluvního pojištění je v současné době možná volba pojišťovny, ačkoliv do 1.1.2004 měla monopol na provádění tohoto druhu pojištění Všeobecná zdravotní pojišťovna. (28) Toto pojištění vzniká na základě uzavření smlouvy o komerčním zdravotním pojištění a ke dni, který smlouva stanoví a končí uplynutím lhůty stanovené ve smlouvě nebo vypovězením smlouvy. Sazba pojistného u komerčního zdravotního pojištění je vyšší než minimální sazba u veřejného zdravotního pojištění a zároveň pokrývá menší rozsah zdravotní péče. Výše pojistného je závislá na více faktorech, kterými jsou věk, pohlaví a stanovené smluvní podmínky. Pojistné se platí předem na celé pojistné období. V České republice

hradí v některých případech zdravotní péči stát, i přestože cizinec nemá účast na veřejném zdravotním pojištění. Jedná se o případy, kdy žadateli o azyl či účastníkovi azylového řízení byla poskytnuta zdravotní péče v souvislosti s úrazem nebo onemocněním, narozením dítěte, nařízenou karanténou a jiným opatřením v souvislosti s ochranou veřejného zdraví. U osoby s platným vízem za účelem strpění pobytu nebo za účelem dočasné ochrany se poskytuje péče ve stejném rozsahu jako u žadatele o azyl, a v tomto případě péči rovněž hradí stát. Cizinci ve výkonu trestu či ve vazbě je státem hrazená nutná a neodkladná péče. Tato péče je konkrétně hrazena z rozpočtu vězeňské služby. Je nutno uvést, že cizinec, který má na území České republiky trvalý pobyt, ze kterého mu plyne účast na veřejném zdravotním pojištění, ale není zaměstnán, není osobou samostatně výdělečně činnou, a zároveň nepatří mezi osoby, za které platí pojistné stát, je sám povinen odvádět zálohy na pojistné své zdravotní pojišťovně, přičemž rovněž platí, že pokud nezaplatí pojistné ve stanovené výši a ve stanovenou dobu, je pojišťovna povinna vymáhat zaplacení pojistného, a také penále plynoucí z nezaplacení pojistného. Neopominutelná je existence mezinárodních smluv sloužících k bezplatnému poskytování zdravotní péče. Tyto smlouvy jsou uzavírány mezi Českou republikou a domovským státem cizince. Je hrazena péče nutná a neodkladná poskytnutá na území České republiky. Pro uplatnění tohoto nároku je cizinec pocházející z třetího státu povinen prokázat své občanství platným cestovním pasem. Tato péče je hrazena z rozpočtu Ministerstva zdravotnictví České republiky. Jedná se o země, se kterými má Česká republika uzavřeny bilaterální smlouvy, mezi které patří následující státy Bosna a Hercegovina, Afgánistán, Bulharsko, Írán, Jemen, Makedonie, Kambodža, Kypr, Kuba, Libye, Maďarsko, Maroko, Mosambik, Polsko, Arménie, Azerbajdžán, Gruzie, Kyrgistán, Moldávie, Tadžikistán, Řecko, Slovinsko, Sudán, Sýrie, Tunisko, Velká Británie, Vietnam. Na základě těchto smluv dochází k přenesení nároku ze zdravotního pojištění na území smluvního státu.

Jsou rozlišovány tři pobytové režimy cizinců ze třetích zemí na území České republiky – režim pobytu krátkodobého, přechodného a trvalého. S režimem pobytu souvisí druh zdravotního pojištění, které je povinen cizinec uzavřít. Pobyt krátkodobý je stanoven jako pobyt do 90 dnů. Je udělován na základě tzv. turistického víza. Pobyt přechodným se rozumí pobyt v průběhu prvních pěti let, po jejichž uplynutí je možno požádat o trvalý pobyt, s jehož nabytím je spojeno získání mnoha práv. Z trvalého pobytu na území České republiky po dalších pěti letech nepřetržitého pobytu lze požádat o české státní občanství. Většina cizinců se účastní veřejného zdravotního pojištění v České

republiky, ačkoliv cizinci pocházející ze zemí mimo Evropskou unii, kteří zde nemají trvalý pobyt a zároveň nejsou zaměstnanci, jsou z možnosti účastenství ve veřejném zdravotním pojištění vyloučeni a zbývá jim jediná možnost uzavření komerčního zdravotního pojištění. Dle statistiky se jedná asi o 100000 osob, které pobývají v České republice za účelem studia, provozování živnosti či jako rodinní příslušníci osob účastněných systému sociálního zabezpečení v České republice. Komerční zdravotní pojištění se významně liší od veřejného zdravotního pojištění. (25)

Jedná se o soukromoprávní vztah mezi pojistitelem a pojištěným. Zákon o pobytu cizinců ustanovuje povinnost cizinců, kteří nejsou účastni veřejného zdravotního pojištění, uzavřít si komerční zdravotní pojištění. Ovšem velkou nevýhodou tohoto pojištění je omezený okruh hrazených služeb, který je vázán rozsahem pojistných podmínek. Komerční zdravotní pojištění je pro osoby, jež nespádají do systému veřejného zdravotního pojištění. Tyto osoby jsou povinny uzavřít si toto komerční pojištění z důvodu získání povolení k pobytu. Komerční zdravotní pojištění není pojišťovna povinna s cizincem uzavřít. Existuje kategorie nepojistitelných cizinců, jedná se o děti s vrozenou vývojovou vadou nebo nedonešené novorozence, starší lidé a další kategorie osob. Komerční zdravotní pojištění svým rozsahem obsahuje mnoho výluk ze zdravotní péče, na které se nevztahuje. Pro cizince, jež dlouhodobě pobývají na území České republiky z důvodu četných výluk neposkytuje potřebnou zdravotní péči. Mnoho cizinců, ačkoliv mají toto pojištění, jsou nuceni hradit zdravotní péči v hotovosti. Pojištění je nutno uzavřít dopředu a tzv. “ nespotebované pojistné “ se zpětně nevrací. Komerční zdravotní pojištění je ve srovnání s veřejným zdravotním pojištěním pro zdravotní pojišťovnu velmi výnosné. Jako diskriminační lze označit fakt, že do veřejného zdravotního pojištění nejsou zahrnuti všichni výdělečně činní cizinci jako třeba živnostníci, jež odvádějí daně a příspěvek na sociální pojištění na území České republiky. Do systému veřejného zdravotního pojištění nejsou také zahrnuty ani manželky a děti cizinců, jež jsou v České republice zaměstnanci a odvádějí pojistné na veřejné zdravotní pojištění.

Cizinci podléhají kontrole cizinecké policie. Při žádostech k povolení pobytu jsou povinni předkládat doklad o uzavření komerčního zdravotního pojištění. Za nesplnění této povinnosti je cizinecká policie oprávněna udělit cizinci pokutu. Neopominutelné je, že komerční zdravotní pojištění je finančně nevýhodné pro systém veřejného zdravotního pojištění, jelikož vylučuje možnost zahrnutí těchto prostředků do systému veřejného. Navíc zisky zůstávají v komerční sféře soukromých zdravotních pojišťoven. Důležité je

uvést, že skupinám tzv. “nepojistitelných pojištěnců” cizinců, je většinou udělen humanitární azyl nebo trvalý pobyt a nakonec jsou opět zahrnuti do systému veřejného zdravotního pojištění, který poskytnutou zdravotní péčí zatěžují. Nesprávné nastavení tohoto systému zdravotního pojištění cizinců navíc dokazuje také fakt, že je rovněž nevýhodný pro poskytovatele zdravotní péče, protože díky četným výlukám jimi vykázaná péče často není uhrazena.

Cizinci, kteří nespádají do skupiny osob, které mohou být účastny veřejného zdravotního pojištění v České republice tzn. osoby bez trvalého pobytu v České republice ze zemí mimo Evropskou unii a zároveň působí jako osoba samostatně výdělečně činná v České republice, rodinný příslušník všech cizinců z třetích zemí a studenti studující v České republice na své náklady, jsou povinni zajistit si komerční pojištění u zdravotní pojišťovny. Toto pojištění je poskytováno dle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví a také dle zákona č.37/2004 o pojistné smlouvě. Systém komerčního zdravotního pojištění je zaměřen na zisk pojistitele. Tento charakteristický znak jej významně odlišuje od veřejného zdravotního pojištění. Terminologie komerčního zdravotního pojištění je také odlišná. Nemoc je označována jako pojistná událost a úhrada zdravotní péče jako pojistné plnění. V České republice je komerční zdravotní pojištění pro cizince povinností. Smyslem této zákonné úpravy je jednak zajištění potřebné péče všem na území České republiky, ale také zajištění úhrady nákladů poskytovatelů zdravotních služeb. Turistické krátkodobé pobyty se řídí Vízovým kodexem, což je nařízení Evropského parlamentu a Rady Evropské unie. Dle článku 15 tohoto dokumentu musí toto pojištění pokrývat veškeré náklady, které by mohly nastat během pobytu cizince v souvislosti s neodkladnou akutní zdravotní péčí nebo úmrtím, včetně repatriace ze zdravotních důvodů. Při dlouhodobém pobytu cizince musí toto pojištění navíc krýt náklady spojené s repatriací a s převozem ostatků. Také je rozlišováno mezi cizincem, který se chystá na svůj první pobyt v České republice a žádá o dlouhodobé vízum či povolení k dlouhodobému pobytu na zastupitelském úřadě České republiky ve své zemi a cizincem, který již v České republice dlouhodobě pobývá a stávající pobyt si pouze prodlužuje. Ve druhém případě jsou náklady na komplexní zdravotní pojištění poněkud vyšší a v tomto případě může být pojištění sjednáno pouze u pojišťovny oprávněné provozovat svou činnost na území České republiky, a také v rozsahu komplexního zdravotního pojištění. Při krátkodobých turistických pobytech do 90 dnů je uzavíráno základní zdravotní pojištění, ze kterého je hrazena nutná a neodkladná péče, jež zahrnuje nezbytné ošetření ke stanovení diagnózy a léčebného postupu, nezbytné ošetření, nezbytnou hospitalizaci, nutnou operaci včetně

souvisejících nákladů, nutnou přepravu do zdravotnických zařízení, ale také úhradu nákladů na repatriaci pojištěnce do mateřské země a úhradu na převoz tělesných ostatků.

Komplexní zdravotní pojištění na rozdíl od základního pokrývá také preventivní prohlídky a očkování, akutní stomatologii a u ženy také předporodní, porodní a poporodní péči. Cizinec má možnost volby uzavřít si také připojištění, ve kterém jsou zahrnuty další druhy péče, jejímž příkladem je poporodní péče o novorozence. V souvislosti s komerčním zdravotním pojištěním se také uplatňuje termín “čekací doby”,⁵¹ jež je používán u ženy v souvislosti s těhotenstvím (3 měsíce) a s porodem (8 měsíců) od uzavření pojistného. Při stanovení výše pojistného v rámci komerčního pojištění se zohledňuje riziko jednotlivých pojištěnců, ve kterém se posuzuje zdravotní stav, věk, pohlaví, anamnéza pojištěnce. Toto pojistné se platí jednorázově a na celou dobu pojištění předem. Četné výluky u komerčního pojištění již byly zmíněny, ale podstatným faktem, který má velmi negativní vliv na zdraví cizinců je, že v rámci komerčního zdravotního pojištění je zcela vyloučena úhrada psychiatrické léčby. A pokud se psychiatrický nemocný cizinec z počátku své nemoci nepodrobí ambulantní léčbě, a poté dojde ke zhoršení psychiatrické poruchy cizince a cizinec se stává svým chováním nebezpečný sám sobě nebo svému okolí, je soud tím, kdo rozhoduje o oprávněnosti hospitalizace cizince i proti jeho vůli. Takto vykázanou péči musí poté uhradit cizinec z vlastních nákladů, jelikož se na ni nevztahuje komerční zdravotní pojištění. Důležité je zmínit § 13a) zákona o pojistné smlouvě, kterým je zakázáno použít hledisko odporující zásadě rovného zacházení při určení výše pojistného, ale zároveň bylo de facto uzákoněno rozdílné zacházení s pojištěnci na základě věku a zdravotního stavu, ačkoliv je zakázáno rozdílné zacházení s pojištěncem z hlediska mateřství a těhotenství. Komerční zdravotní pojištění není věcí ryze soukromoprávní, jelikož je tématem hrajícím svou roli ve veřejnoprávní oblasti práva, jelikož je u jeho vzniku postrádána svobodná vůle projevená při uzavírání pojistné smlouvy. Orgány cizinecké správy jsou ze zákona povinny vymáhat tuto povinnost. Zákon o pobytu cizinců ukládá cizincům dvě povinnosti týkající se komerčního zdravotního pojištění a to povinnost předložit doklad o cestovním zdravotním pojištění při předkládání žádosti o povolení k pobytu, jelikož bez jeho předložení není možno pobyt cizince povolit. A druhou povinností, ukládanou rovněž tímto zákonem, je povinnost předložení dokladu o cestovním zdravotním pojištění při

⁵¹ Čekací doba je doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi.

pobytové kontrole cizineckou policií. Při žádosti o povolení pobytu na území České republiky je cizinec povinen předložit doklad o uzavření cestovního pojištění již při podávání žádosti v okamžiku, kdy nemá jistotu, že mu tento pobyt bude povolen. Musí tak učinit ještě před udělením víza. Při nepovolení pobytu není vždy možné jednostranně odstoupit od pojistné smlouvy dle smluvních podmínek. Výběr pojistného v rámci komerčního zdravotního pojištění překračuje významně náklady na pojistná plnění, které se pohybují mezi 6-30% pojistného za daný rok. Pro komerční zdravotní pojišťovny je jeho uzavírání ziskový. (25)

Během dlouhodobého pobytu v cizině je možno vynětí pojištěnce ze systému českého veřejného zdravotního pojištění v tuzemsku. Dlouhodobým pobytem v cizině se rozumí nepřetržitý pobyt v cizině, jež trvá déle než 6 měsíců. Pojištěnec je vyňat z režimu veřejného zdravotního pojištění, pokud splní následující tři podmínky. Pobývá v cizině nepřetržitě 6 měsíců, po celé toto období má v cizině uzavřeno zdravotní pojištění a zdravotní pojišťovna obdrží písemné prohlášení o tom, že bude dlouhodobě pobývat v cizině, kde má uzavřeno zdravotní pojištění a to před dnem ukončení platby pojistného. Po skončení tohoto pobytu v cizině se tato osoba musí u zdravotní pojišťovny v tuzemsku přihlásit. Pokud ale nebudou splněny tyto podmínky a pojištěnec nebude platit během pobytu v cizině pojistné, bude potrestán tím, že pojišťovna ke dlužné částce navíc připočítá penále. Pokud pojištěnec i nadále platí pojištění v tuzemsku v období, kdy pobývá v cizině, může požádat svou pojišťovnu o uhrazení nákladů na zdravotní péči poskytnuté v cizině. Zdravotní pojišťovna posoudí neodkladnost poskytnutí dané péče v cizině a případně proplatí zdravotní péči do výše, do které by tuto péči hradila v České republice.

Srovnání právního postavení cizince v dané oblasti v obou státech

V obou státech je zdravotní pojištění nutnou podmínkou pro schválení žádosti o pobyt na území těchto států, ale celý systém zdravotního pojištění cizinců vykazuje určité odlišnosti, které Českou republiku řadí mezi země svou právní úpravou spíše mezi xenofobnější státy Evropské unie. Komerční zdravotní pojištění v Rakousku a v České republice má zcela odlišný charakter. V Rakousku není určeno zejména cizincům ze třetích zemí, ale bohatší a lépe prosperující části obyvatel, která je ochotna zajistit si tímto druhem pojištění větší komfort při poskytování zdravotní péče nebo svobodnou

volbu lékaře. V Rakousku platí stejné podmínky vstupu do systému veřejného zdravotního pojištění pro cizince a občany Rakouska. Začlenění cizinců do systému veřejného zdravotního pojištění u nás by bylo výhodné pro systém, jelikož by přeneslo potřebné finance z komerční sféry do sféry veřejné. Komerční pojištění cizinců v České republice je pro ně ze zákona stanoveným povinným produktem, a proto by bylo vhodné podrobit ho veřejnoprávní regulaci, pokud nedojde ke změně podmínek možnosti vstupu cizinců do veřejného zdravotního pojištění. Jako velmi absurdní se jeví situace, jež nemá obdoby v rakouském systému, pokud oba rodiče pracují v České republice jako zaměstnanci, a z tohoto důvodu jsou účastníky systému veřejného zdravotního pojištění z titulu zaměstnance, ale jejich děti tohoto systému pojištění účastníky nejsou a jsou odkázány na komerční zdravotní pojištění. Pokud toto dítě je tzv. nepojistitelné v případě, pokud se jedná o dítě s vrozenou vývojovou vadou, nedonošené a podobně, platí pro něj navíc vyluka z uzavření komerčního zdravotního pojištění cizinců. (3) V této chvíli se dostává cizinec v České republice do svízelné a neřešitelné situace. V praxi je tato situace většinou řešena začleněním „nepojistitelného cizince“ do systému veřejného zdravotního pojištění. (24)

Systém zdravotního pojištění, ve kterém je pro cizince nemožné vstoupit do něj bez trvalého pobytu stejně jako zákonná povinnost komerčního pojištění cizinců v České republice lze do jisté míry označit za diskriminační a popírající základní principy veřejného zdravotního pojištění, na něž je tento systém založen. Cizinec s dlouhodobým pobytem získává trvalý pobyt po 5 a více letech. V celém tomto období až do okamžiku získání trvalého pobytu je odkázán na komerční zdravotní pojištění. V období prvních pěti let po migraci cizince lze očekávat jeho dobrý zdravotní stav s minimálním čerpáním zdravotní péče. Tato právní úprava tedy připravuje systém veřejného zdravotního pojištění o prostředky z pojistného, které jsou spojeny jen s málo pravděpodobným plněním v podobě poskytnuté zdravotní péče. Pojištěnec, který je účastníkem veřejného zdravotního pojištění by měl mít dlouhodobý vztah k tomuto systému spočívající v dlouhodobém solidárním přispívání, jak je příznačné v Bismarckovském systému zdravotního pojištění. Cizincům je tedy zpočátku nemožněn přístup do veřejného zdravotního pojištění a poté po vyloučení jejich účasti v mladším produktivním věku, je po získání trvalého pobytu vzat do tohoto systému veřejného zdravotního pojištění v okamžiku, kdy stoupá riziko čerpání zdravotní péče. Je vhodné vzít v úvahu, že právní regulace je nevýhodná pro stávající účastníky veřejného zdravotního pojištění v České republice. Dalším velkým

problémem jsou pojistné podmínky smluv komerčního zdravotního pojištění, které garantují proplacení zdravotní péče poskytnuté cizincům pouze do určité výše a nad tento limit jsou si povinni uhradit cizinci tuto zdravotní péči sami ze svých prostředků. Řešení této situace se nabízí dvě. Prvním by byla důslednější veřejnoprávní regulace komerčních pojišťoven, jelikož toto pojištění je nenárokové a pojišťovny nejsou povinny ho uzavřít s každým cizincem. Veřejnoprávní regulací by mohlo dojít ke zmírnění nerovného postavení mezi stranami tohoto druhu pojistné smlouvy. A tím druhým řešením, u kterého je možno vzít si inspiraci v rakouském zdravotním systému, by bylo zahrnutí těchto cizinců do veřejného zdravotního pojištění a odstranění jejich diskriminace při vstupu do tohoto systému. Vstup do systému veřejného zdravotního pojištění v Rakousku je pro všechny účastníky tohoto systému stejný bez ohledu na státní příslušnost. Nerozlišuje se tedy mezi občany Rakouska a cizinci. Jsou jasně dané podmínky pro vstup do tohoto systému a to pro každého stejné. Spolupojištění⁵² platí také pro rodinné příslušníky cizince stejně jako u občanů Rakouska. (12)

Aplikace prvků rakouského VZP v rámci českého VZP

1. Aktivní nikoliv pasivní účast pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění
2. Pestřejší formy dalších možností připojištění vedle existujícího pojištění v rámci veřejného zdravotního pojištění
3. Zavedení větší míry spoluúčasti pacientů
4. Odstranění diskriminace při vstupu cizinců do systému VZP
5. Větší zaměření se na informovanost pojištěnců o možnostech preventivní léčby
6. Zvýšení příspěvku státu za své pojištěnce

Český systém zdravotnictví patří k jednomu z nejsolidárnějších systémů zdravotnictví na světě. Rozsah hrazené zdravotní péče ze zdrojů veřejného zdravotního

⁵² Pojem Mitversicherung v rakouském právním systému.

pojištění je velmi široký. Zákonem je široce stanovená zdravotní péče hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění, ale není jasná formulace ostatních doplňkových služeb, které mohou být hrazeny z vlastních prostředků pojištěnce jako nadstandart nebo v rámci připojištění, jehož použití v praxi není v České republice běžně využíváno. Použití komerčního připojištění je využíváno často pouze při cestování do zahraničí nikoliv tak často pro účely zdravotní péče účastníků veřejného zdravotního pojištění přímo v České republice. V Rakousku je připojištění zákonem formulovány institut, jehož využití je pro pojištěnce, kteří jsou účastni veřejného zdravotního pojištění běžným jevem, pokud chtějí využívat rozdílné výhody tohoto systému než ostatní pojištěnci.

Aktivní zapojení pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění v České republice je minimální. Pojištěnci mají za to, že účast ve veřejném zdravotním pojištění je dostačující díky velkému rozsahu hrazených služeb. Nejsou tímto systémem motivováni, aby vnášely další finanční prostředky do systému pro získání odlišných služeb nebo jen svobody volby v rámci využívání zdravotnických služeb. Možnost svobody volby ošetřujícího lékaře je často řešena netransparentním způsobem v podobě korupčního jednání pacientů. Právní regulace tohoto systému by mohla zlepšit transparentnost tohoto systému a přinést finanční prostředky do veřejného systému. V České republice je také nedostatečná informovanost pojištěnců o nároku na čerpání preventivní péče v rámci celorepublikových preventivních programů. Pojištěnce je nutno vychovávat k zodpovědnému chování, v rámci kterého by se mělo soustředit hodně pozornosti právě na preventivní péči. Lepší informovanost pojištěnce s přesným vyměřením zdravotních služeb, na které má nárok a na které již ne, by mohla otevřít dveře k ušetření nákladů na léčbu již pozdních stádií určitých vážných onemocnění, jež jsou dobře léčitelné v počátečních fázích nemoci. Dalším problémem v současné době je, že dochází k nezastavitelnému růstu nákladů díky již zmíněnému neumožnění aktivní účasti pojištěnce, který v současné době plní pouze svou pasivní roli. V českém systému zdravotnictví navíc vstává problém s financováním zdravotní péče zejména státních pojištěnců, protože stát platí za své pojištěnce velmi nízkou částku 845 Kč měsíčně jako příspěvek na veřejné zdravotní pojištění, a tito pojištěnci patří mezi skupiny obyvatel, kteří vyžadují velký objem zdravotní péče, jelikož nejpočetnější skupinou z nich jsou děti a důchodci. Produktivní část populace pojištěnců solidaritou systému není schopna tento stav svými vyššími příspěvky na pojistné v rámci systému dorovnat. V českém systému

veřejného zdravotního pojištění je nutno zavést změny vedoucí ke stabilizaci systému zdravotnictví ve smyslu zbrždění růstu veřejných výdajů na zdravotnictví a také změny vedoucí ke zbrždění nadužívání péče díky nízké spoluúčasti pacienta. Jako řešení se nabízí snížení počtu hrazených služeb a zavedení nadstandartních služeb. Zdravotnické služby určené jako nehrazené mohou být dostupné na základě komerčního připojištění vedle veřejného pojištění podobně jako je tomu v Rakousku. Zavedením tohoto prvku pojištění, který je běžný v Rakousku dojde k zapojení pojištěnců do systému. Dojde rovněž k větší transparentnosti poskytování zdravotních služeb. Na druhou stranu je nutno stanovit standartní a nadstandartní zdravotní péči velmi citlivě, které služby je nutno ponechat jako všeobecně dostupné pro všechny zdravotní pojištěnce. Dobrým příkladem je systém nemocniční péče v Rakousku. Obsah rakouských právních předpisů se ale liší s reálnou praxí rakouských nemocnic. Zvláštní třídy pojištěnců by měly být pouze poskytnuty „nadstandartní“ služby v podobě zvýšení jejich komfortu při pobytu v nemocnici nebo možnost svobody volby ošetřujícího lékaře. V praxi naproti tomu dochází k rozdílnému zacházení s těmito pacienty ve smyslu jejich posunutí v pořadí čekacích listin pro provedení různých nákladných zdravotních vyšetření před pojištěnci nacházejícími se v klasické nemocniční třídě.

Problémy veřejného zdravotního pojištění v obou systémech

1. Stárnutí populace
2. Inlace zdravotní péče
3. Úhrada stále pestřejších druhů nákladné zdravotní péče v rámci systému veřejného zdravotního pojištění

Další příčinou růstu nákladů na zdravotní péči v obou státech je způsobeno tím, že pojištěnci vyžadují stále více zdravotní péče s tím, že každý účastník tohoto systému má nárok na nejlepší možnou dostupnou zdravotní péči. Do hrazené péče v rámci veřejného zdravotního pojištění se řadí nové druhy zdravotní péče. Dalším problémem je stárnutí populace, se kterou je nutno se v rámci systémů veřejných zdravotních pojištění vypořádat. Stárnoucí populace konzumuje velké množství zdravotní péče díky komorbidním onemocněním, ale také delším časovým obdobím, po které tyto osoby

pobírají zdravotní péči. Nesporným problémem je v obou systémech inflace zdravotní péče, která přirozeně přichází s aplikací nových technologických postupů v medicíně.

Der Vergleich der öffentlichen Krankenversicherungen in der Tschechische Republik und Österreich

The comparation of the health public systems in the Czech republic and Austria

Klíčová slova:

veřejné zdravotní pojištění, komerční zdravotní pojištění, financování systému zdravotních pojištění

Key words:

Public health insurance, private health insurance, funding of the health insurance system

Resúme

Tato práce došla po komparaci obou systémů veřejných zdravotních pojištění k několika závěrům. Velmi přínosným zdrojovým pramenem byly osobní rozhovory a elektronická komunikace s Univ.Prof.Dr.Reinhardtem Reschem v otázkách reálného fungování rakouského veřejného zdravotního pojištění v komparaci s právní úpravou

obsaženou v právních předpisech. Všechny právní pojmy přeložené z německého jazyka jsou mým pracovním překladem a budu ráda za případné připomínky.

Oba systémy jsou založeny na tradici, která má své kořeny v Rakousko-Uhersku, jelikož až do roku 1918 byly součástí tohoto nadstátního celku a byly podrobovány jednotné vůli panovníka také v sociálněprávní oblasti. Nespornou spojitostí je geografický vztah obou států, který zapříčiňuje jejich vzájemné ovlivňování. Způsoby úpravy práva sociálního zabezpečení v právních předpisech jsou rozdílně pojaty v obou státech. V České republice jsou upraveny všechny druhy pojištěnců v jednom zákonném předpise, zatímco v Rakousku má každý druh pojištěnců svůj vlastní zákon. Oba srovnávané systémy zdravotního pojištění jsou svou formou veřejnými zákonnými zdravotními pojištěními. Český systém VZP je charakteristickým příkladem systému postkomunistického státu, naproti tomu rakouský systém je příkladem sociálního státu korporálně konzervativního. Pro oba systémy je příznačný systém přerozdělování, který vykazuje odlišnosti v rakouském systému, protože navíc používá přerozdělování v oblasti nemocniční péče. Srovnávané systémy veřejných zdravotních pojištění mají společné etické principy, které ale v Rakousku dostávají více prostoru přímo na úrovni zákonných předpisů. Tento fakt vytváří v Rakousku rámec pro veřejné zdravotnictví, které je zaměřeno více na pacienta a jeho autonomii. Přístup rakouského systému VZP k pacientovi je rozdílný než v České republice. Pacient má právo přímého aktivního zapojení v rámci něj. Má také větší možnost účasti na své vlastní léčbě. Velkým rozdílem v obou systémech VZP je ústavní úprava sociálních práv. V České republice jsou zakotvena přímo v ústavněprávních předpisech, ačkoliv v Rakousku takto upravena nejsou. Rakouský systém navzdory tomuto faktu propůjčuje rovněž ochranu četným sociálním právům prostřednictvím Ústavního soudu Rakouska. Oblastí VZP vhodnou ke komparaci je také výčet a definice sociálních událostí v rámci VZP obou států. V Rakousku jsou rozlišovány dvě sociální události- nemoc a oslabení. Naproti tomu český systém VZP používá pouze pojem nemoc. Systém VZP v Rakousku zahrnuje také nemocenský příspěvek, příspěvek v mateřství a příspěvek na péči dítěte. Systém VZP v České republice je pojato rozdílně. Nemocenský příspěvek a příspěvek v mateřství je pobírán v rámci nemocenského pojištění. Rodičovský příspěvek je pobírán v rámci státní sociální podpory. V obou systémech VZP je uplatňován princip věcného plnění při poskytování zdravotní péče smluvním poskytovatelem zdravotní pojišťovny. Pro oba systémy je charakteristický trilaterální vztah pojištěnců, zdravotních pojišťoven a

poskytovatele zdravotní péče. Vhodnou komparační oblastí je také spoluúčast pojištěnců v systému VZP, která činí v Rakousku 25% a v České republice jen 7,5%. Oba systémy VZP jsou vyspělé a dávají značnou část svých prostředků na preventivní péči pro zlepšení zdraví populace a snížení vydajů. Zdravotní pojišťovny obou systémů jsou právníckými osobami. Postavení cizince a možnosti vstupu do systému VZP jsou rozdílně pojaty v obou státech. Rakousko nerozlišuje pojištěnce dle státní příslušnosti. Česká republika váže vstup do systému VZP na trvalý pobyt cizince a nebo na zaměstnání zaměstnance u zaměstnavatele, který má na území České republiky sídlo. Dalším rozdílem mezi oběma systémy je fakt, že české VZP také neumožňuje spolupojištění rodinných příslušníků cizince třetího státu, který se účastní VZP.

Diese Diplomarbeit kam nach Vergleich des beides gesetzlichen Krankenversicherungen zu manchen Schlussfolgerungen. Eine große Rolle hat die persönliche und elektronische Kommunikation über der Realität der österreichischen Krankenversicherung mit dem Univ.Prof.Dr.Reinhardt Resch gespielt. Jeder Rechtsbegriff übersetzte aus Deutsch ist meine Arbeitsübersetzung und ich werde froh für alle Kommentare sein.

Die beiden Systemen wurden auf die ähnliche Tradition gegründet. Diese Tradition hat seine Wurzeln in Österreich-Ungarn, die bis 1918 in der gleichen Zwischenraum ausgesetzt wurden. Ein weiterer Zusammenhang ist die geographische Beziehung. Die Gesetzformen in der beiden Staaten sind unterschiedlich. In der Tschechische Republik gibt es viele Sozialversicherungsgesetze, in den der jede Typ des Versichertes geregelt ist. In Österreich gibt es für den jeden Type des Versichertes ein Sozialversicherungsgesetz. Die beiden Systemen sind die gesetzlichen öffentlichen Krankenversicherungen. Das tschechische System ist postkommunistisch und Österreich ist der korporatische konservative Sozialstaat. Es gibt die Umverteilung in den beiden Systemen, aber in Österreich hat ein Unterschied, weil auch die Umverteilung in der Anstaltspflege enthält. Die vergleichende Systeme der gesetzlichen Krankenversicherungen haben die gemeinsame ethische Grundsätze, die aber in Österreich mehr in den Gesetze geregelt werden. Dieser Fakt macht den Rahmen des Systemes der Krankenversicherung, das viel auf die Patienten sich konzentriert wird. Der Patient hat ein Recht auf aktive Beteiligung in diesem System und auch in der Behandlung. Ein großer Unterschied ist die Verfassungsschutz der Rechte im beiden Staaten. In Tschechien gibt es die Regelung direkt in der Verfassung, aber in Österreich

gibt es eigentlich nicht. Eine große Rolle spielt das Bundesverfassungsgericht in dem österreichischen Verfassungssystem. Die Typen der Sozialversicherungsfälle sind unterschiedlich in den beiden Staaten. In Österreich gibt es zwei Sozialversicherungsfälle - die Krankheit und das Gebrechen. In Tschechien gibt es nur die Krankheit. Das gesetzliche österreichische Krankenversicherungssystem enthält auch Krankengeld, Wochengeld und Kinderbetreuungsgeld. Das gesetzliche tschechische Krankenversicherungssystem ist unterschiedlich. Krankengeld und Wochengeld sind ein Teil der Krankenversicherung und Kinderbetreuungsgeld gehört zur staatlichen Sozialhilfe. In den beiden Systemen gibt es die sachliche Leistung bei der Gesundheitsversorgung und der trilateralen Beziehung zwischen der Versicherten, Krankenkasse und Anbieter der Krankenpflege. Ein wichtiger Teil des Vergleiches ist auch die Mitbeteiligung der Versicherten. In Österreich ist 25% und in Tschechien nur 7,5% der Mitbeteiligung. Die beiden Systemen sind entwickelte und geben vielen finanziellen Mittel auf die präventive Pflege. Die Krankenkassen der beiden Systemen sind die juristischen Personen. Der Vergleich des Statuses von Ausländer ist sehr interessant. In Österreich gibt es keine Unterschiede zwischen der Ausländer und Österreicher. In Tschechien ist obligatorisch, dass die Ausländer einen Daueraufenthalt oder die Beschäftigung eines Mitarbeiters haben, der in seinen Sitz in Tschechien hat. In Tschechien gibt es nicht die Mitversicherung der Familienangehörige der Ausländer im Rahmen des gesetzlichen Krankenversicherung.

Seznam zkratek

ASVG- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

GSVG-Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz

ENTG-Entgeltzahlungsgesetz

KV-Krankenversicherung

ABGB- Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch

ZZSl –Zákon o zdravotních službách

Seznam použité literatury

1. TRÖSTER a kolektiv, 2013, Právo sociálního zabezpečení str. 95-104, C.H. Beck, ISBN 978-807400473-5
2. <https://www.ooegkk.at/portal27/portal/ooegkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.704968&action=2&viewmode=content>
3. RESCH, Reinhardt, 2014, Sozialrecht, Rechtstaschenbuch MANZ, str. 57-86, ISBN 978-3-214-06725-0
4. <http://www.stgkk.at/portal27/portal/stgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.711605&action=2>
(stav k 20.5.2015)
5. <https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/bvportal/content/contentWindow?contentid=10008.603361&action=b&cacheability=PAGE&version=1415022674>(stav k 15.7.2015)
6. https://www.sozialversicherung.at/flipbook/Auslandstaetigkeit_Weristwoversichert/html5/index.html?&locale=DEU (stav k 5.8.2015)
7. http://www.bmgfj.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Kranken_und_Unfallversicherung/Soziale_Krankenversicherung (stav k 01.09.2015)
8. <http://arztsuche24.at/ratgeber/gesundheit-allgemein/die-oesterreichischen-krankenkassen-im-ueberblick/>
(stav k 01.7.2015)
9. <http://www.mpsv.cz/cs/840> (stav k 6.8. 2015)
10. https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/patientenrechte_patientencharta.html(stav k 4.7.2015)
11. http://www.konsorcium-nno.cz/dokumenty/analyza_komerčního_zdravotního_pojisteni_pro_vybor171012_201210180815049.pdf
(stav k 9.8.2015)
12. <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/lekari-zubni-lekari-farmaceuti> (stav k 30.8.2015)
13. DRdA 1999/27,222 Enzlberger, weiters SSV-NF 11/2
14. ZAS 1994/18,203 Tomandl
15. SSV-NF 17/54
16. <http://www.ferovanemocnice.cz/data/Umluva%20o%20biomedicine.pdf>(stav k 3.8.2015)
17. http://www.boeckler.de/wsimit_2006_04_talos.pdf(stav k 3.8.2015)
18. <https://www.vzp.cz/uploads/document/akcent-06-2012.pdf>(stav k 30.8.2015)
19. <http://www.czf.cz/clanek/znz-rakousko/>(stav k 3.7.2015)

20. <http://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-10-2012/novy-vykon-in-vitro-fertilizace>(stav k 3.6.2015)
21. <http://www.vzp.cz/klienti/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky>(stav k 28.7.2015)
22. http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Austria_cs.pdf(stav k 15.8.2015)
23. IVANTSITS, Helmut, 2014, Sozialrecht graphisch dargestellt, Lexis Nexis, ISBN 978-3-7007-5966-9
24. <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1097181328-udalosti/214411000101116/obsah/363905-zdravotni-pojisteni-cizincu>(stav k 17.7.2015)
25. <http://www.vzp.cz/platci/aktuality/zmeny-v-platbe-zdravotniho-pojisteni-od-1-ledna-2015>(stav k 30.8.2015)
26. https://cs.wikipedia.org/wiki/Úmluva_o_ochraně_lidských_práv_a_základn%C3%ADch_svobod(stav k 02.08.2015)
27. <http://www.vzp.cz/klienti/cestovni-a-jine-komerčni-pojisteni/komplexni-zdravotni-pojisteni-cizincu>(stav k 3.8.2015)
28. https://cs.wikipedia.org/wiki/Svépomocné_spolky(stav k 01.09.2015)
29. https://www.wko.at/Content.Node/Service/Arbeitsrecht-und-Sozialrecht/Arbeitsrecht/Beschaefigungsformen/Arbeiter_und_Angestellte.html
30. http://www.usoud.cz/aktualne/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=1936