

Univerzita Karlova v Praze  
Právnická fakulta

Jan Resler

**PROBLEMATIKA SPRAVEDLIVÉHO ROZDĚLENÍ OMEZENÝCH  
PROSTŘEDKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ**

**Diplomová práce**

Vedoucí diplomové práce: JUDr. Petr Šustek, Ph.D.

Katedra občanského práva

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): 24. listopadu 2015

Úvodem bych chtěl poděkovat školiteli JUDr. P. Šustkovi Ph.D. za laskavé vedení práce a svým přátelům – lékařům za trpělivé vysvětlování.

Prohlašuji, že jsem předloženou diplomovou prací vypracoval samostatně a uvedl jsem řádně všechny použité zdroje. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 24. listopadu 2015

---

Jan Resler

## Obsah

1. Úvod.....	4
2. Spravedlnost ve zdravotnictví.....	7
3. Zdravotnictví - účel, organizace, prostředky.....	16
3.1. Systémy zdravotnictví.....	19
3.1.1. Zdravotnictví financované z veřejných rozpočtů.....	20
3.1.2. Systém soukromého financování.....	21
3.1.3. Systém statutárního zdravotního pojištění.....	24
3.2. Financování zdravotnictví ČR.....	26
3.2.1. Vývoj pojistného systému.....	26
3.2.2. Současná situace v ČR.....	28
3.3. Právo na ochranu zdraví v kontextu redistribucí.....	30
3.4. Objem rozdělovaných prostředků; podíl na HDP.....	34
3.5. Nadstandardní zdroje a rozsah hrazené péče.....	38
3.5.1. Regulační poplatky.....	39
3.5.2. Poplatek za hospitalizaci.....	42
3.5.3. Spoluúčast, nadstandard a nehrazené služby.....	45
3.5.3.1. Nehrazené služby.....	46
3.5.3.2. Standard a nadstandard.....	48
3.5.3.3. Spoluúčast.....	51
4. Distribuce prostředků mezi subjekty realizujícími zdravotnictví.....	53
4.1. Postavení zdravotních pojišťoven.....	53
4.2. Metody úhrad zdravotních služeb (kapitace, výkony, rozpočet, DRG).....	58
4.2.1. Kapitální platby.....	60
4.2.2. Výkonové platby.....	60
4.2.3. Globální rozpočty.....	61
4.2.4. Diagnosis Related Groups.....	62
4.3. Úhradové vyhlášky.....	65
4.4. Přidělování financí a břemeno nadlimitních nákladů.....	68
4.5. Prevence – rozdělení prostředků v rámci hierarchie poskytovatelů.....	71
4.5.1. Prevence v ČR.....	74
5. Rozdělení prostředků mezi pojištěnce.....	78
5.1. Kritéria rozdělování nedostatkových financí.....	78
5.2. Dostupnost zdravotních služeb.....	84
5.2.1. Současné problémy ČR.....	85
5.2.2. Příčiny a možnosti jejich řešení.....	87
5.2.2.1. Organizační zajištění sítě poskytovatelů.....	87
5.2.2.2. Nastavení parametrů sítě poskytovatelů.....	90
5.3. Ekonomické aspekty odpovědnosti za vlastní zdraví.....	93
6. Závěr.....	95

# 1. Úvod

Ochrana zdraví v širším slova smyslu patří neodmyslitelně mezi úkoly moderního státu. Zajištění ochrany individuálního zdraví je pak zejména povinností vyplývající z práva jednotlivce na jeho ochranu, povinností imanentní sociálním právům. Nejde o povinnost jednotlou, neměnnou. Skládá se z řady dílčích problematik, jejich právní reflexe a hospodářského či personálního řešení, administrativní a jiné kontroly apod. S vývojem palety lidských práv a s tím souvisejícím rozvojem sociálního státu dochází v tomto směru všeobecně ke zvyšování nároků na stát. Přibývá oblastí, v nichž je zavázán zajistit služby, finanční prostředky nebo přijímat opatření k jejich úpravě a zároveň vytvořit liberální prostředí pro uplatnění trhu tam, kde je to možné. Rozvíjejí se také možnosti medicíny, a tím se do množiny ochrany zdraví dostávají i problémy dříve neřešitelné/neřešené. To přirozeně musí vést k situaci, kdy rychlost rozvoje povinností státu narazí na strop jeho reálných možností. Personální, věcné nebo finanční prostředky jsou omezené a nepokrývají celé pole možností teoreticky dostupných všem potřebným. Je nutné volit model, který danou situaci zohlední. Poptávka jednotlivce po zdravotních službách může být náhlá a co je podstatnější, nad jeho finanční možnosti. Proto je jedním ze základů každého modelu zdravotnictví rozdělení (přerozdělení) dostupných prostředků.

Tato práce se zabývá problematikou spravedlivého rozdělení omezených prostředků ve zdravotnictví. Pojem spravedlnosti dále rozebereme, neboť není jednotný a různí autoři připouštějí existenci více pojetí spravedlnosti (do jisté míry protichůdných). Na úvod v tomto směru předestíráme jeden z předpokladů práce, sice že je principiálně možné<sup>1</sup> dostat požadavkům toho či onoho typu spravedlnosti, je-li mu podřízena právní úprava a tedy i následná (re)distribuce. Vzájemně jsou však často jednotlivá pojetí neslučitelná či přímo protichůdná, přesto bývá nezřídka ve veřejném diskurzu heslovitě argumentováno tu rovností, tu principem zásluhovosti, jednou univerzálností práva na péči bez přímé úhrady, podruhé ekonomickou realitou systému.

---

1 Nikoli však žádané či účelné.

Práce se věnuje limitujícím účinkům jednotlivých pojetí spravedlnosti a jejich vzájemným vztahům v oblasti zdravotnictví.

Hlavním limitem manévrovacího prostoru státu při zajištění práva na ochranu zdraví je konkrétní znění ústavních norem a mezinárodních smluv, jimiž je vázán. Jsou normativním vyjádřením základních postulátů a vůle zajistit člověku určitý standard. Vtělují do sebe však také jednotlivé principy spravedlnosti, zejména rovnost, potřebnost, odpovědnost a zásluhovost. Obvykle se vztahují na celou oblast ochrany zdraví, a dostávají se tak spolu do konfliktu. Dalším otázkou této práce je, zda v budoucnu vystačí současná úprava s převažujícími individuálními právy a pouze implicitními omezeními nebo zda se ukáže jako potřebné stanovit explicitně těmto principům spravedlnosti reálné omezení, tedy hranice působnosti. Tedy zda bude například nutné obecně a apriori vymezit hranici ovládanou principem rovnosti a potřebnosti a pro zbývající oblast se přiklonit k principu zásluhovosti.

Ochrany individuálního zdraví se kromě státu a recipientů tohoto práva účastní další subjekty. V první řadě jde o poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny, dále pak farmaceutický sektor, výrobce zdravotnických pomůcek, zprostředkovatele a další. Model (veřejného) zdravotnictví upravuje vztahy mezi subjekty, zejména způsob získávání a rozdělování finančních prostředků, jejich objem a formu úhrady za poskytnuté služby, léčivé látky, zdravotnické a kompenzační pomůcky, strukturu a dostupnost věcného a personálního vybavení aj.

Modely financování se mezi státy liší v jednotlivostech a jejich hranice jsou neostře, přesto je možné odlišit tři hlavní formy a jejich kombinace. V systému přímých úhrad klient hradí protislužbu přímo poskytovateli. Proti němu stojí systém státního zdravotnictví hrazeného ze státního rozpočtu. Třetím a ve vyspělém světě nejrozšířenějším je systém zdravotního pojištění, ve kterém jsou úhrady poskytovány nepřímo, prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Samotná volba modelu, jakož i jeho finanční parametry jsou stěžejní pro naplnění jednotlivých principů spravedlnosti. Otázka spravedlivé (re)distribuce omezených prostředků pak vysvítá v několika úrovních. První a nejobecnější je samotná organizace zdravotnictví a množství prostředků, které jsou do něj přivedeny. Ty jsou poskytnuty jako úhrada za služby osobám zařazeným do systému. Právní úprava zdravotních pojišťoven a poskytovatelů

hrazených služeb včetně úpravy mechanismů úhrady tvoří druhou úroveň možné regulace. Tou poslední je pak otázka rozdělení prostředků mezi konkrétní pacienty. Na této úrovni ovládané zejména zásadou rovnosti a zákazem diskriminace se může do budoucna nejvíce projevit princip zásluhovosti a odpovědnosti za vlastní zdraví.

Předmětem práce jsou jednotlivé nástroje regulace přerozdělování na různých úrovních z hlediska jejich možností a právních limitů. Zmiňujeme zejména legislativní a organizační předpoklady. Práce má za cíl kritické hodnocení současné právní úpravy a nastínění možných směrů úvah vedoucích ke spravedlivému a udržitelnému zdravotnictví fungujícímu v realitě omezených prostředků. Užívá metody analýzy právní regulace a jejích dopadů na praktický chod zdravotnictví, jeho ekonomiku a spravedlivý přístup potřebných k službám. Mimo odbornou literaturu pracuje též se statistickými daty.

## 2. Spravedlnost ve zdravotnictví

Každé lidské jednání v sobě nese řadu přívlastků, které jej definují. Odrážejí jeho projev v objektivním světě stejně jako subjektivní záměr konatele – otisk nitra osoby, která jedná, její vnitřní direktivu. Tato práce se věnuje právnímu rámci rozdělování prostředků. Lze si představit rozdělování efektivní, dobré, ekvivalentní, solidární, účelné, rovné, regulované atd. Za stěžejní direktivu jsme zvolili přívlastek spravedlivý. Nikoli náhodně. Spravedlnost je syntetickou hodnotou nejen výše zmíněných přívlastků, je obsahově širší a odráží nejlépe hloubku humanity. Tvrdíme, že rozdělení prostředků, jež by bylo možné označit za spravedlivé, bude kvalitní společností obecně přijato. Je však také nutné připojit, že subjektivní pojetí spravedlnosti se bude mezi členy společnosti lišit. Má-li tedy (distributivní) spravedlnost být direktivou legislativní tvorby ve zkoumané oblasti a zároveň výsledným stavem distribuce, je třeba ji vymezit, včetně jednotlivých pojetí, kterými spravedlnost prošla a které lze i dnes stojí za různými pohledy na to, jaké rozdělení prostředků je či není spravedlivé.

Týká-li se problém spravedlnosti rozdělování určitého všeobecného dobra, hovoříme o spravedlnosti distributivní. Termín patří Aristotelovi, on je také autorem analýzy jeho obsahu, ze kterého budeme vycházet. Ještě předtím však zmíníme Aristotelova předchůdce Platóna. Autor v prvních dvou knihách zaznamenává Sokratovu při o spravedlnost s jeho současníky, kteří zastávají roli *advocati diaboli*, když reprezentují obecné mínění společnosti o spravedlnosti. Hlavní roli zde hraje užitek jednotlivce. Tak Polemarchos tvrdí, že: „*spravedlnost přátelům prospívá a nepřítelům škodí.*“<sup>2</sup> Thrasymachovo pojetí spravedlnosti jde dále: „*při správném usuzování vychází závěr, že všude totéž jest spravedlivé, totiž prospěch silnějšího.*“<sup>3</sup> Utilitaristický přístup vrcholí v dalším pojetí, jež vnáší do rozpravy Glaukón a

---

2 PLATÓN, 2014. *Ústava*. 5. vydání. Překlad František Novotný. Praha: OIKOYMENH. 427 s. Platónovy dialogy. ISBN 978-80-7298-504-3. s. 50.

3 PLATÓN, 2014. *Ústava*. 5. vydání. Překlad František Novotný. Praha: OIKOYMENH. 427 s. Platónovy dialogy. ISBN 978-80-7298-504-3. s. 56.



Adeimantós. Spravedlnost odmítají jako takovou pro její ekonomickou neužitečnost konajícímu: „Z kteréhopak tedy ještě důvodu bychom dávali přednost spravedlnosti před největší nespravedlností, když přece osvojíme-li si tuto s klamnou rouškou vnější slušnosti, povede se nám u bohů i u lidí podle našeho přání(?)“<sup>4</sup> Sókrates se proti tomu pokouší nalézt spravedlnost obsaženou v samém jednání, nikoli měřenou pouze jeho účinkem. Za spravedlivé prohlašuje držení a konání vlastního a svého<sup>5</sup>. Směrnici spravedlnosti je však konání prospěšného obci. Člověk má dělat to, k čemu je přirozeností<sup>6</sup> určen. Jakákoli snaha o pozdější změnu činnosti (povolání) za jiné „jest největší škodou pro obec“,<sup>7</sup> tedy nespravedlností, jak dodává. Pozoruhodné je, že ani tento postulát se nevyhýbá měření užiteků a prospěchu, pouze přesouvá měřicí objektív z jedince na obec. Ze současného individualistického hlediska (a vzhledem k historické zkušenosti zejm. 20. století) je také nepřijatelné posuzovat spravedlnost konání přirozeností, kterou je člověku dán při narození určitý úděl.<sup>8</sup> Různé výchozí pozice lidí, i vzhledem ke zdravotnímu stavu a různým predispozicím je třeba přijmout jako fakt bez hodnotového přívlastku spravedlnosti či nespravedlnosti.<sup>9</sup>

Do značné míry nahodilé zkoumání Platónovo nahradil pokusem o systematickou analýzu Aristoteles. Poukázal na to, že jinou oblastí je rozdělování prostředků a jinou následná náprava bezpráví – tedy neúměrnosti. Obě však nazýváme spravedlností – první spravedlností rozdílečí a druhou opravnou (distributivní a komutativní).<sup>10</sup> Má-li být rozdělováno mezi lidmi spravedlivě, je spravedlností rovnost (chápána jako úměrnost). Aristoteles předkládá rovnici, kde na každé straně je jedna poměřovaná osoba a jedna část věci, jež je rozdělována.<sup>11</sup> Hodnota věci je zřejmá, je

4 PLATÓN, 2014. *Ústava*. 5. vydání. Překlad František Novotný. Praha: OIKOYMENH. 427 s. Platónovy dialogy. ISBN 978-80-7298-504-3. s. 89.

5 Srovn. podobné formuace např. u Cicerona, Ulpiána nebo Tomáše Akvinského.

6 Přes zjevnou kritizovatelnost konceptu jde o změnu chápání jiných kultur. Jak upozorňuje Horák, byl Platón „(p)rvním, kdo se vymanil z vnímání spravedlnosti jako danosti od Boha.“ (HORÁK, Z. 2014. *Distributivní spravedlnost ve zdravotnictví v kontextu racionalizace zdravotní péče*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Právnická fakulta. Katedra občanského práva. s. 7.)

7 PLATÓN, 2014. *Ústava*. 5. vydání. Překlad František Novotný. Praha: OIKOYMENH. 427 s. Platónovy dialogy. ISBN 978-80-7298-504-3. s. 171-173.

8 Antická filosofie je v tomto ohledu ovlivněna určitým fatalismem, který nacházíme i v jiných částech její kultury. Srovn. postavu Oidipa.

9 Jednalo by se o tzv. „naturalistický omyl.“ To ovšem nikterak nevyklučuje ani možnost ani hodnotu snahy tento stav zvrátit ve prospěch slabšího. Spravedlivé se tu ovšem mění na solidární.

10 Dnes používáme i další kategorie, např. spravedlnost procesní.

11 ARISTOTELES, 1937. *Etika Nikomachova*. Praha: Jan Laichter, 305 s. Laichterova filosofická knihovna. s. 104 – 106.

třeba do rovnice doplnit hodnotu osoby, která má být v přímé úměře k relativní hodnotě osoby. Tady Aristoteles upozorňuje na problém určovatele: „*všichni totiž souhlasí v tom, že právo v rozdělování se má díti podle osobní hodnoty, ale nikdo nerozumí hodnotou totéž, nýbrž demokraté ji vidí ve svobodě, oligarchové v bohatství, jiní v urozenosti, aristokraté v duševní zdatnosti.*“<sup>12,13</sup> Poukazuje také na to, že spravedlnost je ctností, a tedy se vztahuje k druhému. Dát někomu z vlastní vůle více, než mu náleží není spravedlivé<sup>14</sup>, nicméně zřejmě může být správné.<sup>15</sup> Zdá se tedy, že je možné rozdělit prostředky v určité oblasti podle zásad spravedlnosti nebo volit jakousi „nadstavbu“. Nejblíže k této roli má zřejmě solidarita.

Způsob, jakým Evropa hodnotí rozdělování a přístup k majetkovým nerovnostem, zásadně ovlivnilo křesťanství. Zájem osoby na vlastním prospěchu je směřován k posmrtnému životu a pro ten pozemský se její pozornost zcela obrací k druhému člověku. Prakticky pokaždé se zde jedná o „ochranu slabší strany“, milosrdenství je často označováno jako spravedlnost: „*Neboť jsem hladověl a dali jste mi jíst, žíznil jsem a dali jste mi pít (...) byl jsem nemocen a navštívili jste mě (...) Tu mu ti **spravedliví** odpoví...*“<sup>16</sup> Za spravedlivé<sup>17</sup> je považováno i jednání „zaměstnavatele“, který smluví s dělníkem námezdní práci za denár na celý den a poté s jiným ujedná stejnou odměnu za výrazně kratší časový úsek. (Bible, Mt 20:1-15) Je tedy na rozdíl od Aristotela spravedlivé dávat neúměrně, pokud je dobrovolně dáváno více ku prospěchu druhého. Dát každému „méně než náleží“ není možné: „*(...) neboť hoden je dělník své mzdy.*“<sup>18</sup> Princip zásluhovosti je jednosměrný a tvoří pouze nepodkročitelné minimum pro rozdělení. Důležitá je typologie spravedlnosti, kterou můžeme rozdělit na „božskou“ a „lidskou“. „*Nový zákon přidává k opozitu spravedlivé/nespravedlivé ještě pojem viny, která je hodnotovým vyjádřením lidského konání ve vztahu k Božím příkazům. V*

12 Smysluplné řešení (byť ne bezchybné) nabízí J. Rawls v konceptu „původní situace“.

13 ARISTOTELES, 1937. *Etika Nikomachova*. Praha: Jan Laichter, 305 s. Laichterova filosofická knihovna. s. 106.

14 Spravedlnost jako úměra se však vrátí, dostane-li dávající zpět „*více jiného dobra, na příklad slávy anebo naprostého krásna.*“ (ARISTOTELES, 1937. *Etika Nikomachova*. Praha: Jan Laichter, 305 s. Laichterova filosofická knihovna. s. 121.)

15 ARISTOTELES, 1937. *Etika Nikomachova*. Praha: Jan Laichter, 305 s. Laichterova filosofická knihovna. s. 102, 110.

16 Bible, Mt 25:36,37.

17 Srovn. značně odlišné představy „spravedlivého“ odměňování v evropském pojetí. Zejm. v otázce rovných odměn mužů a žen.

18 Bible, Lk 10:7.

důsledku toho přestává být spravedlnost pojímána jen jako morální ekvivalent, ale opětovně se jí přiřazuje religiozní charakter.“<sup>19</sup> Křesťanství tedy zaznamenává odklon od Platónova světského pojetí a určitou část spravedlnosti (konkrétně tu vztahující se k druhému člověku a Bohu) resakralizuje a vrací ji fundamentální charakter. Ve středověku sehrává sociální imperativ křesťanství významnou roli ve formaci „neziskových“ zdravotnických zařízení. V osvícenství hraje roli zejména deistické pojetí Boha a křesťanská etika, která ovlivnila např. Locke, ale i další původce názorů tohoto období - zejména princip lásky k bližnímu, snášenlivosti atd.<sup>20</sup>

V rámci novověké politické filosofie ustupuje poněkud jednak otázka spravedlnosti distribuce prostředků (s výjimkami jako např. K. Marx) na druhou kolej za otázky spravedlivého institucionálního rozdělení moci<sup>21</sup>, jednak se důraz přesouvá od formálního pojetí k procedurálnímu, jelikož je uznána individualita člověka a neuniverzální vnímání dobra ze strany různých osob. Za hlavní představitele tohoto posunu je možno označit Hobbese a Kanta. „*Distributivní spravedlnost ustupuje do pozadí, jakmile problém řádu, podle něhož je koncipováno právo, se již netýká zachování rovnováhy mezi částmi určitého celku, nýbrž vytvoření jistoty mezi nesrovnatelnými (a proto formálně rovnými) jednotkami.*“<sup>22</sup> Ve 20. století pak mj. v důsledku odklonu od materiálních otázek distribuce došlo dokonce (slovy Pettera Lasletta) k smrti politické filosofie. Procedurální pojetí spravedlnosti a liberální směr neměly konkurenta. Obrat nastává kritikou dosavadního utilitarismu východiskem liberálních myslitelů v 70. letech 20. stol. Za stěžejní dílo je v tomto směru považována *Teorie spravedlnosti* Johna Rawlse.<sup>23</sup>

Princip spravedlnosti je pro Rawlse limitem, korektivem uspořádání institucí, jejich jednání i redistribuce užitek. Rawls tento princip nekonkretizuje, jeho výběr

---

19 VÁNĚ, J. 2006. *Teorie spravedlnosti. Pokus o typologii*. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita. Filosofická fakulta. Katedra filosofie. s. 36.

20 Svoboda in: SVOBODA, P., ONDŘEJEK, P., ŠUSTEK, P., a kol. 2013. *Filosofické a právně teoretické aspekty lidských práv*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. 120 s. ISBN 978-80-87146-88-0. s. 28.

21 Těchto otázek se v různé míře dotkli takřka všichni velcí myslitelé tehdejší doby, mj. Hobbes, Spinoza, Locke, Rousseau, Kant, Hegel, Marx a Mill. (KIS, J. 1997. *Současná politická filosofie*. Praha: Oikoymenh. 501 s. ISBN 80-86005-60-7. s. 8)

22 GÜNTHER, K. 1994. *Was heisst: „Jedem das Seine“? Zur Wiederentdeckung der distributiven Gerechtigkeit*. Překlad Bakešová, Velek. In: BAKEŠOVÁ, A., VELEK, J. 1997. *Spor o spravedlnost*. 1. vyd. Praha: Filosofia. 168 s. ISBN 80-7007-115-X. s. 162

23 KIS, J. 1997. *Současná politická filosofie*. Praha: Oikoymenh. 501 s. ISBN 80-86005-60-7. s. 8-10.

ponechává na společnosti v tzv. počáteční situaci, která musí splňovat určité předpoklady. „*Spravedlnost jako slušnost je v jednom ohledu charakterizována tím, že se účastníci počáteční situace chovají racionálně a navzájem nezainteresovaně. To neznamena, že jsou egoisté, tj. jedinci projevující pouze nějaký druh zájmů, dejme tomu o bohatství, prestiž nebo nadvládu.*“<sup>24</sup> V původní situaci (férové vyjednávací postavení všech) si společnost dohodne principy spravedlnosti, kterými se bude řídit. Každý z účastníků má přitom právo veta. Autor přibližuje mechanismus, který nazývá reflexní rovnováhou – principy a jednotlivé názory podléhají kritické reflexi všech, dokud neobstojí nebo nejsou zamítnuty.<sup>25</sup>

Proto, aby byly podmínky konsenzu<sup>26</sup> spravedlivé, navrhuje Rawls koncept „závoje nevědomosti.“ Ten spočívá ve skutečnosti, že žádná z vyjednávacích stran nezná své budoucí postavení ve společnosti a tedy nebude jednat pro jednostranný zisk svého postavení. Tato koncepce je kritizovatelná pro filosofickou nestabilitu<sup>27</sup>, nelze jí však upřít významnou metodologickou hodnotu pro normotvůrce – pravidla je třeba přijímat tak, aby se dočkala stejného přijetí všech zainteresovaných skupin, přičemž stejné přijetí neznamena přijetí absolutní, jako spíše stejnou míru kompromisu. Přestože liberalista, hájí Rawls redistribuci, kterou nazývá spravedlivou, pokud je pro nejvíce znevýhodněného člena společnosti výhodnější než prostá rovnost.<sup>28</sup> Přes existující rozdíly mezi lidmi se Rawls dovolává rozumu, slušnosti nebo dobra jako univerzálních hodnot, přirozeně vlastních všem; východiskem je dobrý člověk: „*nejstabilnější koncepce spravedlnosti je ta, která je jasná a průhledná našemu rozumu, je v souladu s naším dobrem a bezpodmínečně je zohledňuje(.*)“<sup>29</sup>

Rawls důsledně hájí dohodu a slušnost před maximalizací výnosů jedince bez

---

24 RAWLS, J. 1995. *Teorie spravedlnosti*. 1. vydání. Praha: Victoria Publishing. 361 s. ISBN 80-85605-89-9. s. 18. Text českého vydání vychází z německého překladu, který autor na základě následných argumentací oproti původní verzi z r. 1971 částečně revidoval.

25 RAWLS, J. 1995. *Teorie spravedlnosti*. 1. vydání. Praha: Victoria Publishing. 361 s. ISBN 80-85605-89-9.; KIS, J. 1997. *Současná politická filosofie*. Praha: Oikoymenh. 501 s. ISBN 80-86005-60-7. s. 12.

26 Za spravedlivých podmínek přijatý konsensus je již odpovědností smluvních stran. Jeho spravedlnost není předmětem zkoumání.

27 Zejména proto, že by v takovém případě společnost pravděpodobně volila všemi jedinci stejně. Byla by tedy popřena potřeba konsenzu zahrnujícího kompromis. (KIS, J. 1997. *Současná politická filosofie*. Praha: Oikoymenh. 501 s. ISBN 80-86005-60-7. s. 12)

28 KIS, J. 1997. *Současná politická filosofie*. Praha: Oikoymenh. 501 s. ISBN 80-86005-60-7. s. 12.

29 RAWLS, J. 1981. *The Basic Liberties and Their Priority*, in: *The Tanner Lectures on Human Values*, sv. III. Salt Lake City and Cambridge. 1982. (in: KIS, J. op. cit. s. 188) s. 24.

ohledu na ostatní (libertarianismus) a maximalizací výhod společnosti jako celku bez ohledu na konkrétního člověka (utilitarismus). „*Nikdo zřejmě nemůže doufat, že dostane vše, co by chtěl. Znemožňuje to již pouhá existence jiných osob. Pro každého člověka je absolutně nejlepší to, že se každý spojí s někým jiným při uskutečňování svých představ o dobru, ať již jsou tyto představy jakékoliv.*“<sup>30</sup> V tak sociálně citlivé oblasti, jakou je zdravotnictví za předpokladu omezených zdrojů, je třeba mu v tomto dát za pravdu. Věta získává váhu, zejména vezmeme-li v potaz nesouměrné vyjednávací síly stran – pacientů, státu, pojišťoven, poskytovatelů aj. Závoj nevědomosti jako koncept se zde jeví jako ne zcela bez užitku.

Poněkud odlišný pohled na věc nabízí rakouský liberalista Friedrich A. Von Hayek. Upozorňuje na rozdíly pojmů spravedlnosti a rovnosti a upřednostňuje první z nich. Před rovností v materiálním slova smyslu varuje: „*(...) požadavek rovnosti je pouze předstíraným motivem těch, kdo si přejí zavést ve společnosti nějaký předem vykonstruovaný model rozdělování.*“<sup>31</sup> Podstatné je, že původní nerovnost (v majetku, schopnostech, zdravotním stavu...) nevnímá Hayek jako nespravedlnost. Jakékoli další zlepšení situace jedince je v součtu zlepšením pro celou společnost.<sup>32</sup> Hayek upozorňuje i na to, že příslušnost k nějaké skupině s lepším standardem s sebou nese i větší nároky a práva, ne však kvůli spravedlnosti, jak se často může zdát, ale ze solidarity (či zvyku).<sup>33</sup>

Lidé nejsou rovní a tato nerovnost není nespravedlivá, nespravedlivé může být různé zacházení s nimi ze strany zákona (to je jediná rovnost, kterou Hayek připouští) nebo výsledná rovnost, která by nutně musela předcházet redistribuci. Zajímavá je úvaha nad pojmy hodnota a zásluha. Nespravedlnost přerozdělování spočívá podle Hayeka v tom, že distributivní systémy mají tendenci hodnotit *zásluhu* (tedy subjektivní postoj člověka k dané činnosti bez ohledu k jeho schopnostem), a tím imitovat rovnost

---

30 RAWLS, J. 1995. *Teorie spravedlnosti*. 1. vydání. Praha: Victoria Publishing. 361 s. ISBN 80-85605-89-9. s. 83.

31 HAYEK, F. A. *Equality, Value and Merit*, in: *The Constitution of Liberty*, Chicago 1960, str. 87.

32 Představa přinejmenším pochybná, jelikož by autor musel stejně postupovat i vůči nerekipročnímu snížení schopností jednoho např. z důvodu nemoci.

33 Příkladem mohou být obyvatelé sousedních vesnic, jež leží na opačných stranách hranic dvou rozdílně bohatých států. Pokud mají ve své společnosti stejné postavení (přidejme např. stejnou národnost, vzájemné příbuzenství), neexistuje jediný spravedlivý důvod, proč by jeden měl mít nárok na lepší zdravotní péči, kterou mu sociální systém jeho státu může dopřát.

všech lidí, namísto *hodnoty* coby objektivního přínosu toho kterého pro společnost.<sup>34</sup>

Podobně daleko jde libertarianismus a teze amerického filosofa Roberta Nozicka. Za model považuje jakékoli pojetí rozdělování, které je možné popsat heslem „každému podle jeho...“ Nejde o to, zda kritériem je majetek, zásluha nebo potřeba. Nespravedlnost tkví v procesu přerozdělení samém, v principu přechodu majetku na nabyvatele.

Distributivní spravedlnost je spravedlnost historická: nabytí majetku prvním držitelem proběhlo v souladu s principem spravedlnosti pro takové nabytí a jeho následné opakované převedení bylo v souladu s principem spravedlnosti převodu. Obojí určuje zákon, nicméně podmínkou je dobrovolnost obou úkonů. Jiná distribuce majetku je rozdělením na principu „momentálního časového řezu“ a nelze ji považovat za spravedlivou. Každý takový model je totiž podle Nozicka možné popsat součtem užitků pro členy celé společnosti a ke každému existuje ekvivalent jiného řezu se stejnou sumou dober. Svévolný výběr rozdělujícího (normotvůrce) bez opory v historickém principu je nespravedlivým.<sup>35</sup>

Předchozí tři myslitelé představují různá pojetí liberálního myšlení. Jeho hlavním konkurentem (posléze však začalo docházet ke značné syntéze obou směrů) se ve 20. století stal komunitarismus. Kritika liberálního myšlení útočila na fakt, že tento vnímá jedince neutrálně jako oddělené, nezávislé subjekty a u předmětu spravedlnosti, zejména sociálních statků, pomíjí jejich *konkrétní* sociální význam. Viz. Walzerovy názory: „(...)teorie spravedlnosti musí v první řadě zohledňovat to, že při práci se sociálními statky máme co do činění s jejich společenskými významy a hodnoceními (...) Moderním liberálním a demokratickým společnostem přiznává schopnost „rozlišovací analýzy“, tj. schopnost sociální kritiky, která jim umožňuje spravedlivě diferencovat distribuce sociálních statků a z nich plynoucích dober (...)“<sup>36</sup> Při posuzování spravedlnosti distribučního systému tedy musíme brát v potaz i společnost jako celek a dobro vůči tomuto celku. Dochází k „rematerializaci“ rozdíleci spravedlnosti – hovoříme o určité „sociální tezi.“ „Podle sociální teze jsou identity jednotlivých

---

34 HAYEK, F. A. *Equality, Value and Merit*, in: *The Constitution of Liberty*, Chicago 1960, str. 85 – 102.

35 NOZICK, R. *Distributive Justice*, in: *Anarchy, State and Utopia*, Blackwell, 1973, s. 149 – 154.

36 VÁNĚ, J. 2006. *Teorie spravedlnosti. Pokus o typologii*. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita. Filosofická fakulta. Katedra filosofie. s. 83.

*lidských bytostí (částečně) definovány jejich příslušností.*“<sup>37,38</sup>

Otázka distributivní spravedlnosti, byť by se mohla zdát dočasně zmrazená enormními (a závaznými) katalogy lidských práv, není mrtvá. Silně ji rozvíjí např. německá praktická filosofie. Předmětem této práce však není sledovat podrobně její stopu, nýbrž nastínit hlavní koncepce, které se (byť často v současnosti nerozlišeny) archetypizovaly v našem podvědomí a ovlivňují, či by měly ovlivňovat, sociální jednání státu. Za společnou všem autorům považujeme spravedlnost jako řád, který člověka přesahuje bez ohledu na jeho původ (boží zákon, původní kontraktualismus). V materiálním pojetí sociální distribuce, do níž patří i zdravotnictví, však zdaleka nevystačíme se spravedlivým rozdělením liberálního typu, tedy pouhou akceptací nerovnosti lidí.

Na druhou stranu je nutné odmítnout utilitaristické měření součtu užiteků, právě protože jsme (liberálně) uznali jednotlivce za nestejně, ale formálně rovné v právech. Je tedy třeba připojit další princip – solidaritu. To má jeden závažný následek co do nárokovosti statků, které z něj plynou. Byť i solidární systém redistribuce je právně upraven zejména v otázkách zdravotního pojištění, jedná se o původní dobrovolný závazek členů společnosti vůči sobě navzájem. Ústavní teorie hovoří o tzv. právech druhé generace, která nejsou vlastní lidské osobě jako takové, ale jsou podmíněna reálnými možnostmi státu, potažmo společnosti. Ve veřejném diskurzu je třeba mít na paměti, že reálné možnosti společnosti mohou solidaritu umožnit ve větší, ale i menší míře, byť takové úvahy stále částečně nesou nálepku „tabu“.

V zásadě je prakticky možné dosáhnout v jedné oblasti naplnění jedné určité koncepce spravedlnosti – spravedlnost jako rovnost výsledku, jako rovnost zacházení, odměna za zásluhu či rozdělení statků do jejich výše podle potřeby. Žádná z těchto koncepcí však není univerzální. Je třeba syntézy a adekvátního omezení všech principů, tak aby bylo možné zahrnout všechny členy společnosti. Je třeba, aby toto omezení přijal jako nutné každý takový člen.

V dalších kapitolách budeme proto za spravedlivé považovat podle Rawlsovy

---

37 Lze tu nalézt určitou odpověď na Heyekovu poznámku o „nespravedlnosti“ různých výhod dvou identických jedinců s různou příslušností. Stejně tak výtka míří i vůči Rawlsově představě rozhodování „atomizovaných“ jedinců bez znalosti jak budoucího postavení ve společnosti, tak vazeb, které budou člověka formovat.

38 KIS, J. 1997. *Současná politická filosofie*. Praha: Oikoymenh. 501 s. ISBN 80-86005-60-7. s. 41.

teorie to, na čem by se shodli racionálně uvažující občané (při vědomí reálných omezení) bez ohledu na své postavení s tím korektivem, že budou brát v potaz možné i nutné (v platónském pojetí)<sup>39</sup> interakce lidí navzájem. Stejná míra kompromisu všech zúčastněných, potřebná pro dohodu v původním stavu bude nutně reflektovat část každého pojetí distributivní spravedlnosti. Ve zbytku, tedy nadstavbě nad spravedlnost, budeme mluvit o solidaritě – nikoli jako o nutnosti, nýbrž jako o výsadě.

---

39 Platónovo pojetí spravedlnosti je kritizováno jako totalitární. Jeho východisko spravedlnosti jako organizační nutnosti pro kooperaci naproti tomu zůstává v platnosti: „Člověk není soběstačný. Díky této pravdě je stále živá Platónova Ústava.“ (FISCHER, P. 1995. *Über die Gerechtigkeit*. Překlad Bakešová, Velek. In: BAKEŠOVÁ, A., VELEK, J. 1997. *Spor o spravedlnost*. 1. vyd. Praha: Filosofia. 168 s. ISBN 80-7007-115-X. s. 65)



### 3. Zdravotnictví - účel, organizace, prostředky

„Zdraví je stavem naprosté tělesné, duševní i sociální pohody, ne pouze nepřítomnosti nemoci či vady.“<sup>40</sup> Definice zdraví existuje celá řada. Text, který přijala WHO bývá často kritizován pro svou nereálnou rozsáhlost. Zastánci tvrdí, že jde o obecný cíl, který pouze určuje směr lidské snahy, s jeho úplným nenaplněním je však počítáno.

Zdravotnictví, které je předmětem této práce tvoří jen malou část péče o veřejné zdraví. Pro optimální zdravotní stav společnosti ve smyslu výše zmíněné definice je třeba souhry mnoha faktorů. Jmenujme namátkou genetické determinace jednotlivců, jejich životní styl, vliv komunit a vztahů kolem nich, úroveň životního prostředí, pracovní podmínky, vzdělání, nezaměstnanost, bydlení, celková sociální situace společnosti a mnoho dalších.<sup>41</sup> Tyto vlivy dalece přesahují rozsah práce a pozornost bude zaměřena výhradně na poskytování zdravotní péče za předpokladu její racionální koordinace s ostatními politikami veřejného zdraví.

Spravedlnost samotného systému a jeho vnitřních vztahů lze zhodnotit poté, co porovnáme jeho jednotlivé účastníky, vstupy jimi do systému vložené a výstupy, které získali. Práce je zaměřena na systém zdravotnictví, nejlépe proto na začátku popsat zájmy základních skupin této oblasti a jejich členů, ke kterými je třeba celou dobu počítat:

*Příjemce zdravotních služeb:* zájmem jsou co nejkvalitnější služby v co možná nejkratším čase. Někteří autoři přidávají zájem na co nejnižší ceně. Právní prostředí pak silně akcentuje důstojnost poskytování služeb a autonomii vůle příjemce. Důraz je kromě výsledku kladen i na průběh poskytování.

---

40 CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1946. Dostupné na WWW: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).

41 BARTÁK, M. 2010. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

*Poskytovatel:* zájmem je co nejlépe ohodnocená práce v prostředí co nejmenšího administrativního rizika a zátěže. Zřejmě by bylo možné doplnit ještě prostředí umožňující co nejlepší výsledky práce a vysokou autonomii rozhodování. V případě poskytovatele jako entity vnímané tržní optikou je dominantním zájmem zisk.

*Zprostředkovatel (stát, pojišťovna, zdr. účet apod.):* ve všech případech je jeho logickým zájmem udržitelné financování systému. V případě soukromých subjektů přibývá motivace zisku. Nepřímo u všech vzniká zájem nejen o finančně, ale i věcně funkční politiku zdraví, jelikož zdravá společnost generuje vyšší zisky státu či snižuje náklady soukromých subjektů.

*Dodavatelé, zprostředkovatelé a farmaceutický průmysl:* zájmem je co nejvyšší zisk. K tomu požadují prostředí co nejmenší regulace a co nejvyšší ochrany investic (např. formou patentů).

K dosažení spravedlivého stavu (nejblíže Rawlsově pojetí) je třeba kompromis, který by byli schopni odsouhlasit všichni aktéři ve stavu neznalosti budoucí role. To za předpokladu, že uvažujeme systém rovnocenných účastníků. Přes přístupy, které popisují zdravotnictví jako platformu pro běžný tržní vztah (s rovností účastníků), máme za to, že zájmy posledních tři skupin jsou v tomto vztahu podřízeny zájmům pacienta, neboť jeho zdraví je primárním účelem existence celého systému. Navíc „(t)eorie veřejné ekonomie prokázala, že zdraví a zdravotní péče na rozdíl od ostatních statků a služeb spotřebovaných jsou statky zvláštního druhu, tzv. vyšší statky a externality.“<sup>42</sup> A ani účastníci vztahů nejsou v rovném postavení: „*primárním aktérem v oblasti zdravotnických služeb je pacient, v systému zdravotního pojištění pojištěnec. (...) Primárními aktéry zdravotní politiky nemohou být poskytovatelé zdravotnických služeb nebo pracovníci zdravotních pojišťoven a jejich partikulární zájmy.*“<sup>43</sup> Cílem systému tedy musí být zdraví pacienta/pojištěnce. Důstojnost poskytování služeb pro všechny zúčastněné je pak žadáným parametrem naplňování cíle. Zisk zúčastněných tržních subjektů je hodnotou společensky nejméně významnou, nicméně nezbytnou do té míry, do které tyto subjekty za účelem jeho dosažení zlepšují naplňování primárního

---

42 INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. 2003. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Dotisk 2004. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. 302 s. ISSE 1213-8096. s. 14.

43 INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. 2003. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Dotisk 2004. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. 302 s. ISSE 1213-8096. s. 6.

cíle. Toto podřízení zisku účelu, které je následně mantinelem legislativní tvorby považujeme za legitimní hranici. Více k právu na svobodné podnikání ve zdravotnictví viz. judikatura ÚS dále.

Má-li být distribuce v systému nastavena správně, je třeba klást také otázky po přesné formě vytčeného cíle, jeho mantinelech a vzájemném postavení s dalšími hodnotami s nimiž soupeří o veřejné či soukromé prostředky. Otázky mohou být formulovány následovně:

1) jak vysokou hodnotou je z hlediska celospolečenského zdraví populace a zdraví jedince? Tedy, jaký systém bude zvolen, jak velká bude ingerence státu, jaká míra svobody ponechána ostatním aktérům systému a zejména jak velký objem (veřejných) prostředků bude systému poskytnut.

2) Jak budou vyváženy jednotlivé složky péče? Jaká důležitost bude přikládána primární, sekundární a terciární péči? Jaké bude geografické rozdělení personálu, zdravotní kapacity a prostředků? A jak velká část sektoru bude ponechána tržnímu fungování?

3) I při dokonalém nastavení není možné do zdravotnictví nasměrovat prostředky k pokrytí veškeré potenciálně prospěšné péče. Komu tedy bude nedostatková péče poskytnuta a komu ne? Které služby dostanou přednost a jaké rozhodovací procesy tyto hranice určí?

Skupiny otázek kopírují tři základní úrovně, na kterých dochází k aplikaci principů distributivní spravedlnosti. Postupně se jim budou věnovat kapitoly 3.-5.

Na úvod kapitoly o zdravotnictví je vhodné zmínit ještě často se opakující požadavek o tzv. „evidence based health policy“, který je zdůrazňován napříč literaturou.<sup>44</sup> I když objem přístupných informací za poslední roky dramaticky narostl, stále je upozorňováno na to, že je legislativní tvorba i rozhodovací procesy víceméně ignorují, a proto ČR v této oblasti postrádá ucelenou dlouhodobou koncepci.

---

44 Např. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9 či INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. 2003. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Dotisk 2004. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. 302 s. ISSE 1213-8096. s. 7.

### 3.1. Systémy zdravotnictví

O zajištění či alespoň regulaci zdravotní péče pro své občany se v určité míře pokouší každá země. V průběhu historie zdravotnictví postupně vykrytalizovaly tři nejvýraznější modely systémového uspořádání, které spíš než alternativní volbu nezávislou na ostatních tvoří vrcholy pomyslného trojúhelníku a organizace zdravotnictví každého státu je kompromisem mezi nimi. Charakteristickou vlastností všech tří je specifická cesta, kterou jsou vedeny prostředky za zdravotní péči (včetně léčiv apod.) od plátců k poskytovatelům. Jedná se o model veřejného (příp. statutárního) zdravotního pojištění, zdravotnictví financované státem z veřejných rozpočtů a méně redistributivní, tržně orientovaný model ve dvou základních formách: soukromé pojištění a přímá úhrada za výkon.

Žádná s těchto modelových situací se vzhledem k postupné evoluci zdravotnictví všech zemí není v žádném státě výlučnou, systém zdravotnictví té které země v sobě kombinuje vlastnosti každého z nich. Stejně tak se ve světě objevují nové způsoby uspořádání vztahů, které většinou zavedené modely doplňují, někdy se však samy stanou základním pilířem zdravotnictví země. WHO například mezi další systémovou formu řadí tzv. zdravotnické spořicí účty (Medical Savings Accounts), které v čisté podobě i v různých hybridech se zdravotním pojištěním našly své místo např. v některých státech jihovýchodní Asie. Základní charakteristikou účtu je omezení počtu subjektů, mezi něž se dělí riziko, a vázanost prostředků pouze na úhradu zdravotní péče v širokém slova smyslu.<sup>45</sup> Zdravotní účty zmiňujeme zejména kvůli jejich hypotetickému potenciálu řešit problém české zdravotní legislativy, kdy pojištěnec

45 Přes mnoho problematických stránek, které zpráva ukazuje na příkladu Singapuru, může být zavedení Zdravotních spořicíh účtů Národním zdravotním plánem asijské země v roce 1983 příkladem praktické aplikace určitých principů, kterým je vhodné zdravotnictví částečně podřídit, do praxe. Riziko se v rámci účtu (v čisté formě) nedělí mezi skupinu, ale jedinec ho „řadí“ v čase zdraví a ekonomické aktivity sám sobě. Dva základní pozitivní principy lze vyjádřit takto: 1, péče o vlastní zdraví je v první řadě věcí jednotlivce samého a 2, vzhledem k tomu, že peníze z účtu pocházejí přímo od konzumenta zdravotních služeb, lze očekávat důraz na jejich co nejefektivnější využívání. Nutno poznamenat, že pro mnoho situací, kterým tento systém nevyhovuje (pre- a postnatální péče, chudá část obyvatelstva, extrémní náklady v mladším věku), jsou třeba další, státní programy. (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2002. *Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience*. Dostupné na WWW: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69029/1/EIP\\_FER\\_DP\\_02.3.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69029/1/EIP_FER_DP_02.3.pdf).)

nemá možnost připlatit si k péči jinak hrazené pro lepší postup, případně pokud by mu péče nemohla být poskytnuta z ekonomických důvodů (viz. dále). Všechny modely kromě systému přímých úhrad, tzn. ty, které určitým způsobem zadržují finanční prostředky, mohou jejich správci poskytnout možnost tyto „trusty“ navyšovat skrze investiční nástroje. Přes riziko, které je s tím spojeno, je možné v budoucnu očekávat tlak na nalezení dalších zdrojů, včetně těchto variant.

### 3.1.1. Zdravotnictví financované z veřejných rozpočtů

Státní zdravotnictví lze rozdělit na typ Beveridgeovského<sup>46</sup> nebo Semaškova modelu, vzniklého v Sovětském svazu a v současnosti fungujícím v čisté podobě na Kubě.<sup>47</sup> Beveridgeovský model vznikl v první polovině 20. stol. ve Velké Británii a využívá jej v různých variantách Itálie, Portugalsko, Španělsko, Irsko, Skandinávie, Kanada, Austrálie a další. Na rozdíl od rigidního Semaškova modelu si v něm zachovaly vysokou autonomii profesní svazy lékařů. Jedním ze základních strategických principů obou je rovnost a „bezplatný“ přístup obyvatelstva ke zdravotní péči.<sup>48</sup> Společným pojmovým znakem obou přístupů je daň, resp. státní rozpočet, jako hlavní zdroj financí, jimiž je péče hrazena. Rozdílly jsou převážně v míře decentralizace rozhodovacích procesů a autonomie zúčastněných subjektů.

Teoretických konceptů státem zajišťovaného systému je pochopitelně více. Zmíněné dva považujeme za podstatné, kvůli jejich územnímu rozsahu. Na jejich základě se rozvíjelo zdravotnictví v prvním případě množství západních zemí, ve druhém případě ovlivnilo zdravotnictví většiny zemí postsovětských.<sup>49</sup>

---

46 Hranice mezi daní a pojistným je v případě zdravotnictví neostrá a často ji určuje jen samotné pojmenování platby (viz. výrazně daňový charakter pojištění v ČR). Např. Němec tak řadí Beveridgeův model mezi statutární pojištění, byť v daňové formě. (NĚMEC, J. 2008. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1. s 19)

47 Zmíňme ještě Douglasův model (Austrálie, Kanada). (NĚMEC, J. 2008. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1. s. 20)

48 JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 98.

49 Všechny z nich po rozpadu východního bloku zavedly veřejné zdravotní pojištění. Rusko samo tak učinilo v r. 1993. (BARTÁK, M. 2012. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 336 s. ISBN 978-80-7357-984-5. s. 99).

Organizace britského zdravotnictví je názorným příkladem aplikace principů výsledkové rovnosti, a komplexního centrálního řízení. Základem je veřejná organizace NHS (National Health Service), která je součástí výkonné moci (jako tzv. „non-departmental public body“).<sup>50</sup> „V Anglii stojí na nejvyšší úrovni NHS Státní sekretář pro zdraví či zdravotnictví (Secretary of State for Health). Zodpovídá za zdravotnické i sociální služby a vede Department of Health, který je součástí britské vlády (podobně jako MZ ČR).“<sup>51</sup> Na rozdíl od české vlády však v sobě NHS spojuje financování i poskytování zdravotní péče.

NHS má silně autonomní regionální organizace - „NHS Trusts“ (nejdůležitějším z nich je Trust primární péče - „PCT“), které jsou mj. přerozdělovacím uzlem<sup>52</sup> pro finance poskytnuté vládou.<sup>53</sup> Systém proklamuje vysokou rovnost mezi pacienty, transparentnost a dobrou úroveň péče. Všeobecně je ale také poukazováno na jeho neefektivitu v oblasti managementu, zejména extrémní čekací doby na plánované výkony. Britské zdravotnictví může být inspirací v některých jednotlivostech, např. v oblasti návaznosti péče, kde užívá významný racionalizační prvek, který střední Evropě včetně ČR chybí – tzv. gatekeeping, kdy je návštěva specialisty podmíněna doporučením lékaře primární péče.

### 3.1.2. Systém soukromého financování

Pokud je možné hovořit o Británii jako zemi s typickým modelem státního financování zdravotnictví, je pro systém s převahou soukromého sektoru představitelem číslo jedna jednoznačně USA. Jako poměrně ojedinělý případ, vykazovalo americké

---

50 NHS England. Leeds: NHS England. 2015. [cit. 19. 7. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.england.nhs.uk/about/>.

51 JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 102.

52 Hrazená péče se v oblastech spravovaných jednotlivými Trusty může mírně lišit. Jde o jeden z mechanismů, který racionalizuje péči, avšak na úkor silně akcentovaného principu rovnosti. Z toho mohou v praxi pramenit určité problémy vzhledem k tomu, že příslušnost Britů ke spádové oblasti jednotlivých Trustů je určena podle bydliště a tedy nerespektuje například aktuální hranice výskytu lokálně specifických onemocnění, jejichž léčba není hrazena všude.

53 JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 102.

zdravotnictví (v některých případech je tomu tak i po přijetí ACA v r. 2010) typické znaky tržního pojetí zdravotních služeb.

Podle OECD činily americké výdaje na zdravotnictví v roce 2013 astronomických 16,4 % HDP, což je nejvyšší světová hodnota. Druhé v pořadí OECD – Nizozemsko – vynaložilo ve stejném roce 11,1 %.<sup>54</sup> Zdravotnictví v USA má k dispozici jedno z nejlepších personálních i materiálních vybavení na světě. Přes tuto skutečnost a přes vysoké výdaje jsou ukazatele zdraví vesměs průměrné.<sup>55</sup> Systém plateb za výkony v kombinaci s vysokým rizikem právního postihu v případě pochybení poskytovatele vede k neefektivnímu využívání zdrojů, zejména zbytečným diagnostickým procedurám. Do přijetí ACA také neexistovala žádná povinnost mít zdravotní pojištění a počet nepojištěných se pohyboval kolem čtvrtiny obyvatel. Tyto nedostatky vedly americkou vládu k tomu, aby nakonec do systému výrazněji ingerovala.

Tržní systém si na rozdíl od zmíněných problémů dokázal poradit s jiným nedostatkem, a tím je minimální koordinace a návaznost péče. Protože levněji poskytnutá a úspěšná péče snižuje náklady zejména zdravotním pojišťovněm, začaly vznikat v průběhu posledních třiceti let tzv. „organizace řízené péče“ - „HMOs“. Jde o sdružení pojišťoven a struktury poskytovatelů, kteří nabízejí koordinované (a tedy pro obě strany výhodnější) služby za sníženou cenu. Negativem je omezení práva na svobodnou volbu poskytovatele.<sup>56</sup> Princip řízení návaznosti péče a její zefektivnění pojišťovnou za cenu omezení práva volby poskytovatele je inspirativní i pro české prostředí, neboť přináší možnou odpověď na situaci, kdy v praxi chybí efektivní koordinátor návaznosti péče.

S výjimkou federálních programů zaměřených na znevýhodněné osoby (zejm. děti, důchodce, chudé) – MEDICARE a MEDICAID je americké zdravotnictví podřízeno principu zásluhovosti. Zdravotní pojištění platí nejčastěji zaměstnavatel v rámci plošného pojištění všech zaměstnanců u jedné pojišťovny. Potíže spočívají v tom,

---

54 OECD. 2015a. *Focus on Health Spending. OECD Health Statistics 2015*. Dostupné na WWW: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf>.

55 BARTÁK, M. 2012. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 336 s. ISBN 978-80-7357-984-5. s. 191.

56 BARTÁK, M. 2010. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8. s. 112.

že USA se historicky jen velmi málo angažovaly v zmenšování rozdílů v přístupu k péči mezi obyvateli. Problém tvoří v současnosti zejména chudá a nezaměstnaná populace. Výrazné rozdíly jsou i mezi národnostními menšinami. Proto „(h)lavní reformní cíl amerického Ministerstva zdravotnictví (US Department of Health and Human Services) je již téměř dvacet let stejný – snížit a v konečném důsledku odstranit nerovnosti ve zdraví mezi jednotlivými skupinami obyvatel, a to nerovnosti založené na faktorech, jakými jsou gender, etnická příslušnost, sociodemografické charakteristiky nebo místo bydliště.“<sup>57</sup>

Zřejmě nejzásadnější změna nastala přijetím ACA, který Barrack Obama podepsal 23. března 2010.<sup>58</sup> Prakticky zavádí povinnost zdravotního pojištění pro trvalé rezidenty. Povinnost není vynutitelná, ale její nesplnění má za následek naúčtování poplatku v případě, že osoba nepatří do okruhu lidí z povinnosti vyjmutých. Ve stejném roce vešla na základě ACA v platnost „*Patient's Bill of Rights*,“ která zavedla některé ochranné prvky do trhu se zdravotním pojištěním.<sup>59</sup> ACA dále rozšiřuje federální programy a pro některé skupiny obyvatel nabízí prevenci zdarma<sup>60</sup> (účastníci MEDICARE od r. 2011). Nízkopříjmové rodiny, které nesplňují podmínky pro přijetí do programu MEDICAID, získají v případě pojištění daňové výhody, které jim pokryjí podstatnou část nákladů. V roce 2013 byl také otevřen „*Health Insurance Marketplace*,“ který Američanům nabízí přístup a porovnání dostupných pojistných

---

57 BARTÁK, M., HORÁKOVÁ, P. 2009. K současným reformám zdravotnictví v USA. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, roč. 2, č. 12, s. 60-62. ISSN: 1213-6050.

58 Cesta předpisu do praxe nebyla jednoduchá. Proti jeho přijetí se postavilo přes dvě desítky států a v roce 2011 se zákon dostal před Nejvyšší soud Spojených států. Řešila se otázka federální pravomoci – zejména k sacionování nepojištěných – a její případný ústavní základ, viz. stanovisko disentujících soudců Scali, Kenedyho, Thomase a Alita: „*Kongres se rozhodl přinést lék na problém, kdy nejlepší zdravotní péče je mimo dosah mnoha Američanů, kteří si ji nemohou dovolit. Bezpochyby je možné, aby tak činil v rámci pravomocí svěřených mu Ústavou. V tomto případě je však otázkou, zda struktura a ustanovení ACA tyto pravomoci nepřekračují. Náš názor je, že se tak stalo.*“ (Rozhodnutí Nejvyššího soudu USA v případě *National Federation of independent Business v. Sibelius* ze dne 28. července 2015, s. 127) Zákon byl nakonec v červenci 2012 těsnou většinou 5/4 shledán ústavním, i když pod jiným základem pravomoci Kongresu, než který tvůrci uvedli.

59 Zdravotně pojistné plány tak například již nemohou odmítnout všeobecné benefity mladým pod 19 let, kvůli předpokládané rizikovosti. Pojištěnci mají právo na odvolání a přehodnocení v případě odmítnutí úhrady péče pojišťovnou. Pojistné plány také nemohou nastavit tzv. „lifetime limit“, který dříve mohl omezit úhradu péče jen na určitou částku. Omezeny jsou i roční limity („*annual dollar limits*“), které by zastropovaly roční úhradu péče fixní sumou.

60 Nedostatek prevence a následně zbytečně drahá a méně účinná sekundární a terciární péče jsou dlouhodobým problémem amerického tržního systému.



plánů. Pro některé skupiny obyvatel byly také zřízeny plány na úrovni států (v případě, že stát odmítne, přechází povinnost plán zřídit na federální Department of Health<sup>61</sup>).<sup>62</sup>

Tak jako mají původně silně regulované, rovnostářské systémy tendenci zavádět tržní prvky a motivovat tak zdravotnictví k nabídce lepších služeb, posouvá se v posledních letech liberální prostředí Spojených států směrem k vyšší regulaci a celospolečenské solidaritě vůči slabším členům společnosti. Příklad USA ukazuje, že využití modelu zdraví jako ryze obchodovatelného statku má v bohaté společnosti své místo zejména ve výzkumu a nabídce vysoce kvalitní specializované péče. Jeho největší slabinou jsou však obrovské rozdíly mezi různými skupinami obyvatel a obecně nízká solidarita vůči chudým či neproduktivním.

### 3.1.3. Systém statutárního zdravotního pojištění

Třetí a rozsahem zřejmě nejvýznamnější je systém veřejného zdravotního pojištění<sup>63</sup>. Svůj původ má v Bismarckově modelu, který je postaven na dvou hlavních principech: sdílení rizika a solidarity. Do vztahu příjemce služeb – poskytovatel vstupuje zdravotní pojišťovna, která shromažďuje prostředky od pojištěnců a hradí péči poskytovateli. Bismarckův model se vyznačuje povinnými odvody na zdravotní pojištění a samosprávnými zdravotními pojišťovnami. Pojistné se často stanoví procentuální částkou z příjmu pojištěnce.<sup>65</sup> Okruh účastníků povinně pojištěných ve veřejném systému může zahrnovat všechny osoby určitého statusu (trvalý pobyt – ČR) nebo připouštět výjimky (dobrovolnost pro osoby určitého příjmu – SRN<sup>66</sup>). Pojištění

61 Např. tzv. „*Pre-existing Condition Insurance Plan*“ pro skupiny pacientů u nichž jsou zřejmé vysoké budoucí výdaje.

62 U.S. Department of Health & Human Services, 2015. *Health and Human Services/Health Care*. [cit. dne 20. 7. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.hhs.gov/healthcare/rights/index.html>.

63 Přívlastek „statutární“ je někdy užíván pro svou jednoznačnost, neboť veřejné zdravotní pojištění mohou v některých státech nabízet i soukromé zdravotní pojišťovny.

64 Ze zemí, které jej využívají jmenujme např. Německo, Rakousko, Belgie, ČR, Slovensko nebo v hybridní formě třeba Francii.

65 NĚMEC, J. 2008. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1. s. 20.

66 V Německu do r. 2009 neexistovala povinnost všech rezidentů pojistit se. V současné době tomu tak je. Občané s vysokým příjmem mají zachovanou možnost volit mezi veřejným a soukromým zdravotním pojištěním. (JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného*

může nabízet více subjektů (prakticky všechny státy Bismarckova modelu) či jedna, většinou státní či státem většinou vlastněná, pojišťovna (např. původní plán SR na rok 2014,<sup>67</sup> zatím nerealizovaný<sup>68</sup>).

Ne každý účastník je povinen pojistné platit. I tady existují rozdíly mezi jednotlivými národy. V ČR je plátcem pojistného za důchodce a některé nevýdělečné členy rodin stát.<sup>69</sup> V Německu „*důchodci platí zdravotní pojištění. Polovinu příspěvku hradí ze svého důchodu, druhou polovinu hradí jejich penzijní fond. Ze zdravotního pojištění ekonomicky aktivních občanů je hrazena zdravotní péče také pro nevýdělečné rodinné příslušníky (děti, manželky).*“<sup>70</sup>

S výjimkou USA a do roku 1996 i Švýcarska neuvádějí státy pouze soukromé pojištění. Často však jde o nástroj financování, který stojí vedle statutárního. Němec rozlišuje čtyři typy vztahu soukromého pojištění k veřejnému:

1. Náhradní – pokrývá okruh osob, na něž se statutární pojištění nevztahuje.<sup>71</sup>
2. Doplnkové – umožňuje pojistit služby nehrazené základním pojištěním.<sup>72</sup>
3. Zbytkové – obdoba předchozího: volí se v případě finančního limitu základního pojištění jako zdroj zbytkové částky.<sup>73</sup>

---

*zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 92.)

67 EPRAVO (Pojištěnívpraxi.cz). SR: *Jedna státní zdravotní pojišťovna bude. Díky prodeji Telekomu.* [online] 4. 3. 2013 [cit. 21. 7. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.pojistenivpraxi.cz/sr-jedna-statni-zdravotni-pojistovna-bude-diky-prodeji-telekomu/>.

68 Na Slovensku podobně jako v ČR nabízí pojištění Všeobecná zdravotná poisťovňa a (dvě) pojišťovny soukromé. (MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR. *Zdravotné poisťovne.* [online] 2011 [cit. 21. 7. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.health.gov.sk/?zdravotne-poisťovne>.)

69 § 7 zákona č. 48/1997 sb., o veřejném zdravotním pojištění.

70 JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 92.

71 Srov. již zmíněné Německo či některá svobodná povolání v Rakousku. Je nasnadě, že u vysokopříjmových skupin je riziko neschopnosti splatit/privátně pojistit péči nízké. Možnost jejich vystoupení z povinného celospolečenského systému snižuje míru solidarity – statutární systém získává za normálních okolností finance zejména od těchto skupin.

72 O doplňkovém pojištění jako přirozené součásti veřejného zdravotního pojištění má smysl uvažovat v rámci českého zdravotnictví, neboť v budoucnu musí dojít k vymezení zřetelné hranice mezi hrazenými a nehrazenými službami.

73 Zastropování maximální úhrady pojišťovnou je problematičtější než vymezení nehrazených služeb. Neřeší totiž ani nízkonákladovou léčbu, která je stále hrazena, ani vysokonákladovou, pro jejíž úhradu by pravděpodobně existovaly možnosti sehnání nedostatkových financí. Systém by tak výrazněji neušetřil. Jeho nízká míra solidarity s chronickými (a nákladnými) nemocnými – např. cystická fibróza – vedla mj. ke zrušení tzv. lifetime limits v jinak nepřilíš solidárním financování zdravotnictví USA.

4. Alternativní – slouží jako náhrada za veřejný systém v případě nespokojenosti se hrazenými službami.<sup>74</sup>

Statutární pojištění je účetně odděleno od státního rozpočtu. Je tedy možné prostředky do péče o zdraví přičerpat z rozpočtu, nikoli naopak. Pluralita pojišťovacích produktů při existenci více pojišťoven je co do zákonných požadavků pod kontrolou státu, případné výhody té či oné pojišťovny přinášejí žádoucí tržný prvek – konkurenci kvality nebo ceny. Na rozdíl od privátního pojištění je obvykle zakázáno stanovit cenu pojistného produktu s ohledem na rizikovost pojištěnce či jej vůbec nepojistit.

Základní struktura financování vzniká v každém státě převážně historicky. Jednotlivé regulační prvky, které země přijímají však mohou vytvořit ze stejného základu zcela odlišné systémy co do soběstačnosti, principů i úrovně.

## 3.2. Financování zdravotnictví ČR

### 3.2.1. Vývoj pojistného systému

Vývoj organizovaného zdravotnictví na našem území sahá do dob Rakouské monarchie, konkrétně do období vlády Marie Terezie a Josefa II. - patenty Generálního medicínského řádu: 1752 pro Moravu a 1753 pro Čechy. Od té doby se také datuje státní dohled nad zdravotnickým systémem. Moderní systém ve formě Veřejné zdravotní služby vznikl zákonem č. 68 z roku 1887. O rok později pak bylo zavedeno veřejné zdravotní pojištění, čímž se české země připojily do skupiny přijmuvší Bismarckův model. Na něj navázalo i prvorepublikové zdravotnictví.<sup>75</sup>

Z hlediska inspirace pro současnost je pozoruhodná organizace pojištění, kterou zavedla první republika. Moderní úprava se v lecčems podobala současné západní

---

74 NĚMEC, J. 2008. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1. s. 22.

75 EIM, J. 2008. *Vývoj zdravotního systému ČR*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita. Právnická fakulta. Katedra národního hospodářství. s. 18.

Evropě užívající Bismarckův model. Zákon 221/1924 Sb. upravoval nejen nemocenské pojištění,<sup>76</sup> ale zároveň i pojištění důchodové pro případ invalidity, stáří či úmrtí. Pozoruhodná byla z pohledu dnešní situace jednota organizační: „*Sociální pojištění pro zaměstnance v dělnických povoláních bylo poprvé sjednoceno organizačně: vznikla Ústřední sociální pojišťovna. Spravovala invalidní a starobní pojištění a starala se také o nemocenské pokladny, které zákon nově označil za nemocenské pojišťovny.*“<sup>77</sup> Okruh pojištěnců se vymezoval na zaměstnance a živnostníky<sup>78</sup>, nikoli na rezidenty.<sup>79</sup> Nemocenská pojišťovna musela poskytnout pomoc širokého rozsahu: „*pojištěnci zdarma lékařskou pomoc jakož i potřebná léčiva a jiné terapeutické pomůcky*“.<sup>80</sup> Dávky z pojištění se navíc poskytovaly i rodinným příslušníkům žijícím ve společné domácnosti a závislým na pojištěnci<sup>81</sup> (srov. SRN v současnosti). Výhodou zákona byl široký politický konsenzus a relativní stabilita úpravy, nevýhodou pak neúplné pokrytí obyvatelstva.

Nerovnostem v péči a problémům v přístupu k ní se věnoval poválečný Albertův-Nedvědův plán. Základním principem bylo právo každého občana na co nejučinnější péči. Plán počítal s bezplatností zdravotnictví a organizací do spádových oblastí Ústavů národního zdraví. Stejně jako zákon o národním pojištění z roku 1948<sup>82</sup>, měl původně Albert-Nedvědův plán určitý vliv na principy zdravotního systému, který však volant dějin směřoval neúprosně k Semaškově modelu. Proto již v roce 1953 národní pojištění neexistovalo a hlavní roli přejal stát společně s odborovými

---

76 Pojem zahrnoval dnešní zdravotní i nemocenské pojištění.

77 ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. 2004. *80 let sociálního pojištění*. Dostupné na WWW: [http://www.cssz.cz/stranky/konference-80let/brozura\\_c.pdf](http://www.cssz.cz/stranky/konference-80let/brozura_c.pdf).

78 Výjimku tvořili např. státní zaměstnanci.

79 § 2 – 5 zákona č. 221/1924 Sb. o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří.

80 § 95 zákona č. 221/1924 Sb. o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří.

81 § 96 zákona č. 221/1924 Sb. o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří.

82 Zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění.

organizacemi.<sup>83,84</sup> Všeobecné zdravotní pojištění bylo obnoveno k 1. 1. 1993.<sup>85</sup> O rok dříve vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna.<sup>86</sup>

### 3.2.2. Současná situace v ČR

Česká republika se v rámci celkové transformace po změně režimu přiklonila k systému veřejného zdravotního pojištění. Jde o výrazně dominantní prvek celkového financování – výdaje zdravotních pojišťoven za rok 2013 kryly 79,02 % všech nákladů na zdravotnictví.<sup>87</sup> Zbývající část tvoří soukromé platby – 15,25 % – a peníze z veřejných rozpočtů (5,73 %). Podíl obou částí na celkových výdajích se navíc od roku 2008 snížil o několik procent a jejich místo zaujalo právě pojištění.<sup>88</sup> To je upraveno zákonem o veřejném zdravotním pojištění<sup>89</sup>. Osobní rozsah pojištění je jedním z nejširších možných, vztahuje se na všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR a na zaměstnance zaměstnavatele s trvalým pobytem či sídlem na území ČR.<sup>90</sup> Stát se také rozhodl nepřipustit existenci případů, kdy rezident pojištěný není vůbec. Veřejné zdravotní pojištění nemá přípustnou alternativu v soukromém sektoru či zvláštních programech jako je tomu například v Německu. Pojištěncem se osoba stává nezávisle na své vůli přímo ze zákona, a to na základě jedné ze tří právních skutečností – narození,

---

83 Autoritativní řízení zdravotnictví a možnost státu ukládat občanům široké povinnosti v oblasti sociální hygieny vedly k razantnímu zvýšení ukazatelů zdraví ČSR v padesátých a částečně šedesátých letech minulého století. Tento postup ztratil svou účinnost právě koncem šesté dekády vlivem proměny hlavního soupeře zdravotníků. Místo infekčních nemocí zaujaly civilizační choroby v čele s kardiovaskulárními onemocněními a k nutnosti očkování a hygieny přibyla potřeba zdravého životního stylu a nedostatku stresu. (JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.) Poznámku uvádíme jako protiargument tezi, že vysoká míra ingerence státu a omezení autonomie občana musí přinést pozitivní posun ukazatelů, stejně jako tak na druhou stranu neučiní čistě liberální model (viz. USA).

84 JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 120.

85 Zákon České národní rady č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění a č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění.

86 Zákon č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně.

87 Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2014a. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2013*, Časové řady vybraných finančních ukazatelů. 56 s.

88 Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2014b. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013*. 131 s.

89 Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

90 § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 sb., o veřejném zdravotním pojištění .

získání trvalého pobytu nebo zaměstnání rezidentem.<sup>9192</sup> Se vznikem pojištění vzniká příslušnému plátcovi povinnost odvádět pojistné.

Stejně jako v otázce spravedlivého rozdělení již vybraných prostředků mezi potřebné, nalézáme prvky distributivní spravedlnosti i při rozdělení povinnosti odvádět pojistné. Jelikož účastníkem veřejného zdravotního pojištění je v ČR celá trvale usídlená populace, je nutné vymezit, po které její části je spravedlivé „fyzickou“ platbu skutečně požadovat.

Je-li pojištěncem zaměstnanec, dělí se zpravidla v zemích s pojistným systémem platební povinnost mezi něj a zaměstnavatele. Stanovení poměru těchto dílčích povinností má zejména psychologický charakter a z hlediska spravedlnosti rozdělení prostředků a povinností není až tak zásadní, neboť se jejich celkový součet promítá v nákladech zaměstnavatele na zaměstnance a čistá mzda bude při stejných nákladech zaměstnavatele stejná i při různém rozdělení povinnosti. Zákon náklady v současnosti dělí v poměru 1/3 - zaměstnanec a 2/3 - zaměstnavatel.<sup>93</sup>

Poněkud odlišná situace nastává, platí-li za pojištěnce jiný subjekt. Plátcem může být stát či výděleční příslušníci pojištěncovy rodiny. V prvním případě je částka uhrazena z veřejných rozpočtů a jejich prostřednictvím tak zdravotní pojištění jednotlivci hradí solidárně celá ekonomicky aktivní společnost. Tento systém zvolila i Česká republika.<sup>94</sup> Obecně lze říci, že jde o řešení, které spíše odpovídá programovým obsahům levicových stran pro silnou roli, kterou dává státu, vyšší sociální jistotu znevýhodněných osob a vysokou míru přerozdělování. Zásluhový princip pojištění ustupuje do pozadí a charakterem se přibližuje systému financování z daní.<sup>95</sup>

91 § 3 odst. 1 zákona č. 48/1997 sb., o veřejném zdravotním pojištění.

92 Alternativním řešením ke vzniku pojištění ex lege je zákonná povinnost k jeho sjednání, se kterou se lze setkat zejména ve státech s více nabízenými možnostmi (např. soukromé nebo veřejné pojištění). Takové řešení je možné považovat za liberálnější, neboť reflektuje svobodu člověka rozhodovat o svém životě i zdraví autonomně a nést za své jednání odpovědnost. Obrácenou stranou mince je však existence určitého procenta nepojištěné populace. (Německo, USA...)

93 § 9 odst. 2 zákona č. 48/1997 sb., o veřejném zdravotním pojištění.

94 § 4 a 7 zákona č. 48/1997 sb., o veřejném zdravotním pojištění.

95 Příkladem přenesení odpovědnosti za nevýdělečné členy na rodinu je (kromě našeho území v období první republiky) zmiňované Německo. Pod jedno pojištění s ekonomicky aktivním členem rodiny spadá manžel nebo manželka a děti. Jde-li o zákonné zdravotní pojištění (Gesetzliche Krankenversicherung), jsou tyto osoby pojištěny zdarma (tedy jejich přítomnost se pouze druhotně promítne do ceny pojistného v celém systému), v případě soukromého pojištění existuje platba i za tyto členy. (Barták 2010, s. 105)

Platba pojištění „hlavou rodiny“ a nikoli státem je koncept, vzniklý do jisté míry historickým společenským uspořádáním, avšak i když rodinní příslušníci pokrývají pouze část ekonomicky neaktivních obyvatel (zákon o veřejném zdravotním pojištění zná 18 kategorií osob, za které je plátcem pojištění stát), jde přesto o prvek, který výrazně přibližuje odpovědnost směrem k pojištěnci a motivuje jej k šetrnému nakládání s vlastním zdravím. Nelze také přehlédnout moment posílení role rodiny jako základní sociální a ekonomické buňky společnosti.

Česká republika také zvolila model plurality zdravotních pojišťoven.<sup>96</sup> V současné době jich své služby nabízí sedm a dochází mezi nimi k přerozdělování prostředků, tak aby se omezily vlivy různě nákladných pojištěneckých kmenů. Zvláštní postavení mezi pojišťovny zaujímá VZP. Sazba pojistného je určena již od jeho zavedení hodnotou 13,5 % z vyměřovacího základu, změny se v minulosti týkaly pouze případného zastropování základů.

Stále ještě v návaznosti na systém státního zdravotnictví je pojištěncům hrazen jeden z nejširších možných okruhů zdravotních služeb, zahrnující péči preventivní, dispenzární, diagnostickou, léčebnou, lékárenskou, klinickofarmaceutickou, léčebně rehabilitační, lázeňskou léčebně rehabilitační, posudkovou, ošetrovatelskou, paliativní aj. Dále sem patří rozličné přepravní služby, léčiva a pomůcky, pomoc v těhotenství aj.<sup>97</sup>

Negativní vymezení obsahuje příloha č. 1 k cit. zákonu, která obsahuje seznam pouhých 72 konkrétních služeb z pojištění nehrazených.

### 3.3. Právo na ochranu zdraví v kontextu redistribucí

Jistou specifitou práva na ochranu zdraví je fakt, že je jako postulát víceméně univerzální – většina států ho alespoň formálně uznává – jeho obsah je však v různých

96 V tomto ohledu není ČR výjimkou, podobně se zařídily prakticky všechny státy využívající pojištění. Např. Holandská reforma pluralitu zavedla v roce 2004, Německá ještě o 8 let dříve. (NĚMEC, J. 2008. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1. s. 188)

97 § 13 odst. 2 zákona č. 48/1997 sb., o veřejném zdravotním pojištění.

oblastech chápán značně rozdílně.<sup>98</sup> Opakovaně se v dokumentech setkáváme s povinnostmi státu zajistit podmínky pro dosažení „nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví“, „nejlepší možné zdravotní péče“, „ochranu zdraví“. Dát těmto pojmům obsah, tedy stanovit rozsah konkrétních možností jednotlivce, je plně v gesci státu, a proto je rozsah poskytované péče v různých státech odlišný. „*Může se jednat o minimální krytí, které zahrnuje pouze nezbytnou, život zachraňující péči, o standardní rozsah služeb, který je odvozen jak historicky, tak i podle ekonomické vyspělosti daného státu, ale také o celkové krytí veškeré, pro uživatele potřebné péče*“.<sup>99</sup> Česká legislativa se (i přes výjimky, které představují některé položky vyloučené z úhrad) řadí nejbližší ke třetí variantě. Ekonomická realita je nicméně v praxi významným korektivem.

Ještě před rozborem obsahu je nutno zmínit se o systematickém ukotvení práva na ochranu zdraví v LZPS. To se řadí k tzv. druhé generaci práv. Není tedy přímo vymahatelné adresátem a jeho aplikace se odvíjí od zmíněné ekonomické reality státu. Ústavní soud zmiňuje rozdíl i ve výkladu, konkrétně v užití principu proporcionality. Ten „*nemusí být vždy hlavním kriteriem úvahy o ústavnosti toho kterého zákonného ustanovení. To proto, že princip proporcionality se uplatňuje zejména v oblasti lidských práv a základních svobod (hlava druhá Listiny); v oblasti práv hospodářských, sociálních a kulturních je však třeba přihlídnout k čl. 41 odst. 1 Listiny, otevírajícímu široký prostor pro zákonodárce při volbě nejrůznějších řešení. (...) Testem ústavnosti v tomto smyslu projde taková zákonná úprava, u níž lze zjistit sledování nějakého legitimního cíle a která tak činí způsobem, jež si lze představit jako rozumný prostředek k jeho dosažení, byť nemusí jít o prostředek nejlepší, nejvhodnější, nejúčinnější či nejmoudřejší.*“<sup>100</sup> V tomto pojetí pak ÚS přistupoval i k některým zákonům napadeným pro rozpor s právem na zdraví zakotveným v LZPS, např. v otázce regulačních poplatků.

Ústavní pořádek ČR se vypořádal s potřebou zakotvit ochranu zdraví takto: „*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění*

98 ŠUSTEK, Petr, Karel HLAVÁČEK a Michaela POVOLNÁ. Právní aspekty racionalizace zdravotní péče. In: SVOBODA, P., ONDŘEJEK, P., ŠUSTEK, P., a kol. 2013. *Filosofické a právně teoretické aspekty lidských práv*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. 120 s. ISBN 978-80-87146-88-0. s. 107.

99 BARTÁK, M. 2010. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8. s. 82.

100 Nález Ústavního soudu ze dne 12. 3. 2008, sp. zn. Pl. ÚS 83/06.



*právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*<sup>101</sup>

Zatímco první věta je vyjádřením vůle státu směřovat k určitému cíli, konkrétní formulace věty druhé již ponechává zákonodárci omezený prostor pro úvahu. Ústavní soud se musel v souvislosti s financováním zdravotnictví nejednou vypořádat zejména s termínem „bezplatnost“. Zaprvé bylo nutné vymezit jeho rozsah. ÚS rozlišuje bezplatnou zdravotní péči a bezplatné zdravotnictví, kdy spoluúčast na chodu zdravotnictví nepopírá bezplatnost samotné péče.<sup>102</sup>

Zadruhé i bezplatná péče má reálné limity svého financování. To je již na úrovni ústavního pořádku svěřeno veřejnému zdravotnímu pojištění: *„Právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky je tu zúženo na rozsah veřejného pojištění a je tedy odkázáno na retribuci pojistných částek. Celá tato hlava čtvrtá ve svém souhrnu je závislá na dosažené hospodářské a sociální úrovni státu a s tím spojené výše životní úrovně.*<sup>103</sup>

Bezplatnost ze své podstaty nemůže znamenat péči poskytnutou zdarma, tedy nefinancovanou, nehrazenou. Přesnějším pojmem je „poskytnutí péče bez přímé úhrady.“ Zákon také stanoví rozsah péče, která se bezplatně poskytuje. *„Zákaz přijímání přímé úhrady se týká především samotného výkonu bezplatné zdravotní péče. (...) Ze znění zákona vyplývá, že nic nebrání tomu, aby za zdravotní péči poskytnutou nad rámec podmínek pro bezplatnou péči přímá úhrada od pojištěnců vybírána být mohla.*<sup>104</sup>

Z formulace čl. 31 také vyplývá, že podmínky poskytování péče na základě pojištění, jeho parametry a strukturu je třeba stanovit formou zákona. Nemůže tak učinit ani podzákonný předpis, ani svévole lékaře.<sup>105</sup>

---

101 Čl. 31 zákona č. 2/1993 Sb., LZPS

102 Činí tak analogicky ke školství: *„Stát tedy může požadovat úhradu části nákladů v souvislosti s realizací práva na vzdělání (...) To v žádném případě nezpochybňuje principy bezplatného vzdělání“.* A dále: *„Analogicky k tomu Ústavní soud nyní dodává, že zdravotní péče a její financování je pouze významnou podmnožinou financování zdravotnictví“.* (Nález Ústavního soudu ze dne 20. 5. 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08)

103 Nález Ústavního soudu ze dne 10. 7. 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95.

104 Nález Ústavního soudu ze dne 4. 6. 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02.

105 Význam tohoto poznatku se stane zřejmým při bližším pohledu na řešení nedostatkových situací. V praxi je to totiž často lékař, který stojí před problémem vhodné péče, která mu již z kapacitních možností systému bude hrazena jen v určitém procentu případů. Poskytovatel v krajním případě péči hradí sám či vybírá, komu poskytnuta bude a komu ne. Jde tedy o rozhodování mimo zákonnou

Znění LZPS v dotčeném článku je v mezinárodním srovnání pro svou detailnost spíše ojedinělé. Bezplatnost péče a široký přístup ústavně garantují ještě některé státy východní Evropy vč. Ruska.<sup>106</sup> Široký rozsah ústavně garantované péče má např. také Portugalsko. Kompromisní řešení nalezneme mj. v italské ústavě, která bezplatnost zaručuje chudým.<sup>107</sup> Naopak např. Základní zákon Spolkové republiky Německo ve svých dvaceti člancích věnovaných lidským právům ochranu zdraví nezmiňuje.<sup>108</sup>

Uvedme ještě jeden mezinárodní dokument, který má úzký vztah k liberalitě systému zdravotnictví – Evropskou sociální chartu: „*V ESCH se státy zavázaly jako svůj cíl sledovat též naplnění práva každého využít jakýchkoli opatření, která mu umožní dosáhnout co nejlepšího zdravotního stavu.*“<sup>109</sup> České zdravotnictví nepřipouští účastníku veřejného zdravotního pojištění pořídit si hrazenou službu na svůj náklad.<sup>110</sup> Původní úmysl tohoto zákazu je zřejmý a legitimní. Nastane-li však situace, že péče je poskytnuta jen té části čekajících pacientů, za které je pojišťovna ochotna náklady poskytovateli uhradit, zbývající část, byť by tak za normálních okolností učinila a byť by péče mohla být prospěšná, nemá možnost pořídit si ji ze svého.

Ústavní rozměr mají i úvahy o přímém či nepřímém sankcionování zdraví škodlivého jednání. Pavlíček k tomu uvádí: „*S ohledem na důstojnost člověka a rovnost všech lidí v právech (čl. 1 Listiny) však musí být chráněno i zdraví těch, kdo o jeho zachování nedbají nebo si je dokonce sami vědomě poškozují či ohrožují, což platí zejména tehdy, pokud tak činí způsoby zákonem nezakázanými (...)* Právu na ochranu zdraví ze strany státu ne vždy odpovídá v pozitivním právu výslovně formulovaná

---

úroveň, jehož kritéria navíc nejsou předem známa. Z tohoto pohledu se situace zdravotnictví ocitá na prahu ústavnosti.

106 Ústava Ruské federace z 12. prosince 1993, Hlava 2. Práva a svobody člověka a občana, čl. 41: „Každý má právo na ochranu zdraví a lékařskou pomoc. Lékařská pomoc ve státních a municipálních zdravotnických zařízeních se poskytuje občanům bezplatně, z prostředků příslušného rozpočtu, pojistného a dalších příjmů.“ (Překlad z JIRÁSKOVÁ, V. 1996. *Dokumenty k ústavním systémům*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 329 s. ISBN 80-7184-212-5. s. 158)

107 Ústava Italské republiky ze dne 22. prosince 1947, hlava II. - vztahy eticko-sociální, čl. 32: „(1) *Republika chrání zdraví jako základní právo jednotlivce a zájem celku a zaručuje nuzným bezplatné léčení. (2) Nikdo nemůže být nucen, kromě ustanovení zákona, k určitému lékařskému zákroku. Zákon nesmí v žádném případě překročit meze dané úctou k lidské osobnosti.*“ (GOVERNO ITALIANO. 2015. *La Costituzione della Repubblica Italiana*. Dostupné na WWW: [http://www.governo.it/Governo/Costituzione/1\\_titolo2.html](http://www.governo.it/Governo/Costituzione/1_titolo2.html).)

108 DEUTSCHER BUNDESTAG. 2015. *Grundgesetz*. Dostupné na WWW: [https://www.bundestag.de/bundestag/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg\\_01/245122](https://www.bundestag.de/bundestag/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg_01/245122).

109 PAVLÍČEK, V. 2011. *Ústavní právo a státověda II. Díl*. Praha: Leges. 1119 s. ISBN 978-80-87212-90-5. s. 648.

110 § 11 odst. 1 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

*povinnost jednotlivce vlastní zdraví chránit.*<sup>111</sup> Obsah první věty by se dle našeho názoru měl stát předmětem bližšího kritického zkoumání s ohledem na to, že autonomie vůle zde podpíraná důstojností a rovností v sobě neoddělitelně nese odpovědnost za předvídané následky vlastních činů, konkrétně dobrovolné zhoršení zdravotního stavu.

Ve světle obecné šíře všech deklarací práva na ochranu zdraví i univerzálně vnímaného přístupu české společnosti ke zdravotním službám je nezbytné zdůraznit, že *„právo na zdravotní péči není právem absolutním a občany přímo vymahatelným a že možnost realizace tohoto práva vždy souvisí s ekonomickými možnostmi daného státu. Pak ale ani racionalizace, vedoucí k omezení práva jednotlivce na přístup ke konkrétní zdravotní péči, v oblasti vynakládání veřejných prostředků na zdravotní péči, nemůže být považována bez dalšího za protiústavní či nezákonnou.*<sup>112</sup>

### 3.4. Objem rozdělovaných prostředků; podíl na HDP

K dosažení spravedlivého rozdělení prostředků je nutné nejprve určit, jak velká suma bude zdravotnictví poskytnuta v rámci veřejných financí. Specifikem zdravotnictví je schopnost pohltit prostředky, které mnohonásobně přesahují možnosti daného státu. Další vlastností resortu je fakt, že neexistuje přímá úměra mezi objemem prostředků a dosaženými výsledky (měřeno střední délkou života, prevalencí či incidencí jednotlivých chorob). Podíl prostředků na HDP se až na výjimky zdá být funkcí využívaného systému a ekonomické vyspělosti státu:

<b>Model</b>	Bismarckův (západní Evr.)	Bismarckův (východní Evr.)	Daňový	Tržní
<b>Země</b>	Německo Belgie	ČR Slovensko	Británie Austrálie,	USA

111 PAVLÍČEK, V. 2011. *Ústavní právo a státověda II. Díl*. Praha: Leges. 1119 s. ISBN 978-80-87212-90-5. s. 650.

112 ŠUSTEK, Petr, Karel HLAVÁČEK a Michaela POVOLNÁ. Právní aspekty racionalizace zdravotní péče. In: SVOBODA, P., ONDŘEJEK, P., ŠUSTEK, P., a kol. 2013. *Filosofické a právně teoretické aspekty lidských práv*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. 120 s. ISBN 978-80-87146-88-0. s. 111.

	Rakousko Dánsko	Maďarsko		
<b>% HDP (2013)</b>	11,0 10,2 10,1 10,4	7,1 7,6 7,4	8,5 8,8	16,4
<b>Objem spotřebované péče</b>	Kontrolovaný	Kontrolovaný	Nízký	Vysoký

Tab. 1

Zdroj: OECD<sup>113</sup>; Objem spotřebované péče z IZPE<sup>114</sup>

Objem prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění určuje obvykle procentuální sazba z příjmu. Přestože si každý stát stanovuje podmínky samostatně a určité rozdíly v platební povinnosti mezi nimi lze zaznamenat, pohybuje se výše pojistného ve většině států se statutárním pojištěním kolem 13 % hrubého příjmu.<sup>115</sup> Fixní sazba ani její zákonné určení není v Evropě pravidlem. V Německu existuje silná autonomie (a pluralita) zdravotních pojišťoven. Ty nemají zákonem předepsanou fixní sazbu, ale určují ji v rámci nastavených mantinelů podle své politiky. Pohybuje se mezi 12 – 13 %. Pojišťovny se musí vejít do zákonem stanovených hranic a pokoušet se sazbu snižovat.<sup>116</sup>

Vhodným objemem prostředků alokovaným do zdravotnictví se zabývá normativní model společenské alokace zdrojů. Úspěšnost alokace je měřena získanými QALY (Quality-Adjusted Life Year) ve vztahu k nákladům zdravotní péče a prevence. Porovnáván je mezní užitek. Je-li tento stejný pro všechny činnosti,<sup>117</sup> jedná se o

113 OECD. 2015b. *Dépenses de santé et financement*. Dostupné na WWW:

[http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT&lang=fr](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT&lang=fr).

114 INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. 2003. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Dotisk 2004. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. 302 s. ISSE 1213-8096. s. 18.

115 JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 91.

116 SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V. 2012. *Proč transformace zdravotnictví kulhá*. Právní nástroje k ovlivnění ekonomiky. 1. vyd. Praha: Vlastní náklad. 59 s. ISBN 978-80260-2865-9. s. 13.

117 Příklad: přidáním jednoho milionu Kč specializovanému centrálnímu pracovišti dojde ke stejnému zlepšení sledovaného ukazatele jako stejně velkou subvencí v oblasti prevence v určitém území.

optimum.<sup>118</sup> Pokles mezního užitku s přibývajícím financemi v celkovém balíku bude nelineární a stanovit jeho žádoucí hodnotu je výhradně věcí společenského konsensu (v ideálním případě na základě předchozí odborné diskuse).<sup>119</sup>

Veřejná diskuse okolo objemu prostředků ve zdravotnictví je povětšinou velmi nepřehledná, s kolísající kvalitou argumentů a nezdědkakdy také velmi hlasitá. Prvním důvodem jsou osobní zájmy. Lobby zdravotnictví a na něj vázaných výrobců požadují společně s politickou reprezentací za oblast odpovědnou stále více financí do sektoru zdravotnictví a naopak omezení finančních toků požaduje zbytek politické reprezentace v rámci mezistranického boje. Snaha o voličův vděk vyvolává potřebu zvyšovat státní subvence do resortu a strach z jeho hněvu brání odrazit tyto subvence v daňovém zatížení či přímých platbách pacientů. Druhým důvodem je neexistence univerzálních normativních kritérií, které by určily, jaké nastavení správné je či není. Některé údaje přesto stojí za zmínku.

Zaprvé nemusí být nutně platným argument, že hlavním finančním problémem zdravotnictví je právě celkový nedostatek financí. Háva ve studii vypracované pro účely zamýšlené reformy na zadání ministryně Součkové několikrát zdůrazňuje, že: „(m)nozí veřejní představitelé se především zabývají snahou hledat další zdroje a orientují se zejména na oblast zdrojů v podobě zvýšení přímých plateb a spoluplateb pacientů. Téměř nikdo si neklade otázky po příčinách problémů hospodaření určité skupiny nemocnic či VZP. Spočívá příčina jejich problémů v nedostatku financí nebo v neodpovědném jednání, či v nedostatečném právním rámci a jeho aplikaci? Celá řada

---

118 INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. 2003. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Dotisk 2004. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. 302 s. ISSE 1213-8096. s. 73.

119 K tomu je vhodné poznamenat, že mechanické aplikace univerzálních metod výpočtu jsou většinou pouze orientační nejen díky rozdílům mezi nastaveními systému jednotlivých zemí, ale i kvůli rozdílné skladbě diagnóz. Z tohoto hlediska má smysl srovnávat země blízké zejména zeměpisnou polohou, socioekonomickou úroveň a historii zdravotnictví. Příkladem může být roztroušená skleróza, která se nově řadí mezi nejnákladnější položky českého zdravotnictví vůbec. (NOHL, R. 2015. *Nová data: Vážně nemocných je víc, za léčbou jezdí stovky km*. In: Aktualne.cz [online] 2. 8. 2015 [cit. 7. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://zpravy.aktualne.cz/domaci/nova-data-vazne-nemocnych-je-vic-za-lecbou-jezdi-stovky-km/r~4ad2785e2fa011e5b4780025900fea04/>.) Prevalence onemocnění činí celosvětově 1:2800 (uvažováno 7 mld. lidí), v ČR 1:610 (předpokl. 10,5 mil. Obyv.). (srov. LÉPORI, L. R. 2011. *Roztroušená skleróza*. Překlad Eva Krasulová, 1. vyd: Buenos Aires: Letbar Asociados. 41 s. ISBN 978-987-654-458-0. s. 14) Vzhledem k světovému vývoji, vyspělosti ČR a celospolečenské úrovni některých rizikových faktorů (kouření, alkohol...) budou v následujících letech autoimunitní onemocnění co do finanční náročnosti v ČR dominovat (společně s onkologickými a kardiovaskulárními chorobami).

objektivních fakt nasvědčuje spíše pro tuto druhou možnost.“<sup>120,121</sup>

Z tabulky 1 vyplývá, že v roce 2013 se u západních zemí s pojistným systémem pohybovaly výdaje na zdravotnictví kolem 10 %. Přes 11 % se dostalo Švýcarsko, které v minulosti vykazovalo ještě vyšší čísla zásluhou tržního systému blízkého USA. Země východní Evropy se pohybují mezi 6 – 8 %. Ukazatel procenta HDP spotřebovaného na péči o zdraví je jednou z možností, jak porovnat vyspělost zdravotnictví zemí jednoho systému. Má však poměrně nízkou vypovídající hodnotu sám o sobě. Podrobnější představu o systému umožní získat pohled na skladbu výdajů. Ze 7,1 % HDP určených na zdravotnictví činily v ČR v roce 2013 veřejné výdaje 84,7 %, soukromé 15,3 %. 79 % všech výdajů pak tvořilo pojištění a 5,7 % výdaje z veřejných rozpočtů. Od roku 2008 se přitom zvyšoval podíl pojištění, zbývající dvě položky trvale klesají. (viz. Příloha č. 1)

Pro srovnání veřejné výdaje zdravotnictví Německa činily 74,5 %, Dánska 84,6 % a Rakouska 76,2 %. Ze zemí bývalého východního bloku zmiňme opět Slovenských 73,7 % či Maďarských 64,9 %.<sup>122</sup> Česká republika tak stále patří mezi země s nejvyšším podílem veřejných výdajů, a zde je možné hledat prostor pro zapojení soukromého sektoru. Ne nadarmo se totiž někdy říká, že náklady zdravotnictví je oblastí veřejných výdajů a soukromých příjmů.

Stát se významně podílí na financování zdravotnického systému. Děje se tak zejména úhradou pojistného za nevýdělečné skupiny lidí určené zákonem. Současná hodnota příspěvku činí 845 Kč za měsíc a pojištěnce.<sup>123</sup> Po přerozdělení připadalo v červnu 2015 zdravotním pojišťovnám na jednoho pojištěnce 2175 Kč za měsíc.<sup>124</sup> Státní

---

120 Nutno částečně souhlasit. Podíl nákladů zdravotnictví na DPH v ČR od vzniku Hávovy práce do r. 2013 vzrostl o bezmála jedno procento, (6,2 → 7,1) požadavky a argumenty jsou však vesměs stále stejné. Také je jako argument nutné přidat následnou pozitivní zkušenost s regulačními poplatky, konkrétně omezením zbytečného čerpání zdravotních služeb.

121 INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. 2003. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Dotisk 2004. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. 302 s. ISSE 1213-8096. s. 12.

122 OECD. 2015b. *Dépenses de santé et financement*. Dostupné na WWW: [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT&lang=fr](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT&lang=fr).

123 Platí pro rok 2015. Srov. § 3c odst. 1 a § 2 odst. 1 zák. č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

124 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2015. [Cit. 27.7.2015] *Přerozdělování pojištěnce\_výsledek\_2015\_07*. Dostupné na WWW: [http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=23744&typ=binary/octet-stream&nazev=prerozdelovani\\_pojistenec\\_vysledek\\_2015\\_07.pdf](http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=23744&typ=binary/octet-stream&nazev=prerozdelovani_pojistenec_vysledek_2015_07.pdf).

platba tak nepokrývá ani polovinu nákladu na průměrného pojištěnce. Vzhledem k věkové a sociální skladbě této skupiny je však její spotřeba mnohem vyšší. Výrazně se tak uplatňuje prvek solidarity zdravých s nemocnými a výdělečně činných s neaktivními. Úvahy o nutnosti či potřebě zvyšování příspěvků za státního pojištěnce<sup>125</sup> jsou pouhými pokusy navýšit současný budget zdravotnictví a nemají vliv na míru společenské solidarity. Peníze vybrané na pojistném i zaplacené státem z daní jsou výsledkem činnosti produktivní části společnosti. Zvýšení procenta daňového financování zvyšuje míru přerozdělování a současně posouvá daňový systém na Lafferově křivce doprava, čímž může působit dokonce kontraproduktivně.

Proti příjmům zdravotnictví stojí jeho výdaje. V oblasti zdraví jistě není cílem prostředky plošně šetřit, ale využít je s maximálně pozitivním dopadem. K současným trendům v oblasti redukce nákladů patří omezení rozsahu hrazené péče, spoluúčast pacientů, restriktivní léková politika, výdajové stropy nákladných terapií s ohledem na předpokládaný efekt apod.<sup>126</sup> Stejně jako je možné a žádané na úrovni managementu jednotlivých poskytovatelů náklady omezovat při zachování úrovně péče, má zdravotnická politika i své makroekonomické nástroje. Těmi jsou zdravotní pojistné plány, kontrola cen léků a globální rozpočet veřejného zdravotnictví.<sup>127</sup>

### 3.5. Nadstandardní zdroje a rozsah hrazené péče

Narůstající rozdíl mezi tím, co zdravotnictví umí vyléčit a co dokáže ufinancovat vede k hledání dodatečných zdrojů. Zvyšování objemu celkových financí se může zjednodušeně řečeno dít dvěma způsoby. Prvním je rozšíření objemu peněz plynoucího ze základního zdroje financování, tedy rozšíření daňové dotace zdravotnictví či zvýšení sazby pojistného (příp. kombinace obojího). Dodatečné finance jsou směřovány přes

<sup>125</sup> V zákoně je mj. obsaženo zmocnění vlády k zvyšování příspěvku s ohledem na vývoj spotřebitelských cen. § 3c odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

<sup>126</sup> JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 83.

<sup>127</sup> INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. 2003. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Dotisk 2004. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. 302 s. ISSE 1213-8096. s. 72.

centrum přerozdělování (rozpočet, účet pojišťovny) a sledují stejné principy distributivní spravedlnosti jako celý systém. Případná neefektivita takového dofinancování spočívá v tom, že proces rozhodování je vzdálen poplatníkovi/pojištěnci a právě nedostatkové (nemandatorní) prostředky vyžadují zvláště citlivé rozdělení. Druhou možností je přidání dalšího zdroje, který bude vázán na konkrétní případy čerpání zdravotní péče a bude proto povahově blízko soukromému financování typu fee-for-service. Velmi často je tento typ kofinancování spojen s předchozím vynětím dané služby z okruhu hrazených (či omezením výše úhrady).<sup>128</sup> Ústavní soud v rámci posuzování ústavnosti regulačních poplatků vyslovil větu, která se blíže dotýká všech diverzifikovaných zdrojů: „*Esenciálním obsahem (jádrem) čl. 31 věty druhé Listiny je ústavní zakotvení obligatorního systému veřejného zdravotního pojištění, který vybírá a kumuluje prostředky od jednotlivých subjektů (plátců), aby je mohl na základě principu solidarity přerozdělit a umožnit jejich čerpání potřebným, nemocným, chronikům. Ústavní garanci, na základě které se bezplatná zdravotní péče poskytuje, požívá pouze a jenom suma takto shromážděných prostředků.*“<sup>129</sup>

### 3.5.1. Regulační poplatky

Už přívlastek „regulační“<sup>130</sup> naznačuje, že se v tomto případě nejedná pouze o dodatečný zdroj financování, ale že poplatek má plnit i jinou funkci. V ideálním případě je jí omezení nadužívání péče, úspory za zbytečnou práci zdravotnických pracovníků a nepotřebně vydaná léčiva. Základním principem distributivní spravedlnosti jež se zde uplatňuje je efektivita a zprostředkovaně potřebnost. Horák upozorňuje na zajímavý výukový aspekt poplatků: „*je možné usuzovat, že v případě předpokládaného efektu poplatků na pacienty dojde po určitém čase k internalizaci žádoucího postoje k*

128 Tak je tomu v případě zbytkového doplňkového zdravotního pojištění, přímé úhrady nadstandardů či spoluúčasti u léčiv. Platbu při zachování úhrady služby ze zdravotního pojištění představují např. regulační poplatky spojené s vyšetřením lékařem.

129 Nález Ústavního soudu ze dne 20. 5. 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08.

130 Pokud nebude uvedeno jinak, bude se text týkat regulačních poplatků v kontextu české legislativy, tak jak je poznala po svém zavedení v roce 2008. Poplatek za den na lůžku (za hospitalizaci) je vzhledem k specifickému charakteru vyčleněn do samostatné kapitoly. „Regulační poplatek“ je jako termín ponechán zbývajícím platbám.



poskytování zdravotní péče ve společnosti a regulační poplatky tak již nebudou nezbytnou součástí příjmového mixu veřejného zdravotnictví.“<sup>131</sup> Regulační působení na pacienty je tedy nejdůležitějším úkolem poplatku. Druhým je již zmiňovaná funkce aditivního zdroje financí. Jeho výše, tak jak byla známa v ČR, byť nebyla z hlediska financování zásadní, nebyla zanedbatelná. Vláda jejich zrušení<sup>132</sup> musela kompenzovat navýšením plateb za státního pojištěnce ve výši 4,2 mld. Kč.<sup>133</sup>

Poplatek je jednorázovou, veřejnoprávní platbou, adresovanou poskytovateli, která není protiplněním za poskytnuté služby (kupní cenou). Slouží místo toho jako „vstupní brána,“ která má za úkol přimět pojištěnce k úvaze, zda jeho problém skutečně vyžaduje lékařskou či farmaceutickou intervenci. Horák upozorňuje na to, že „(a)bsence protiplnění za poplatek se v praxi ukazuje být problémem. Pokud pacient zaplatí regulační poplatek, mělo by se mu dostat náležitě péče, bez nutnosti dalšího využití služeb některého z poskytovatelů“ a argumentuje situací, kdy si specialisté pacienta posílají v kruhu a nutí ho platit neustále další a další poplatky.<sup>134</sup> V této souvislosti je vhodné s odstupem času upozornit na to, že přes obecně pozitivní vliv, jež měly poplatky ve vztahu k chování pacientů v ČR, vznikl také jeden nežádoucí vzorec uvažování: a sice že někteří pacienti považovali uhrazení regulačního poplatku právě za jakousi kupní cenu, která jim dává nárok na úspěšné (příp. časově neomezené či jediné, všezahrnující atd.) vyšetření. Netřeba opakovat, že vzhledem k charakteru poplatku jde o argument mylný. I řádná péče se může a často musí odehrávat v navazujících krocích, které je ze zmíněných důvodů záhodno v pacientově vnímání alespoň psychologicky ocenit.

Regulační poplatky byly zavedeny do českého právního řádu s cílem stabilizovat

---

131 HORÁK, Z. 2014. *Distributivní spravedlnost ve zdravotnictví v kontextu racionalizace zdravotní péče*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Právnická fakulta. Katedra občanského práva. s. 62.

132 S výjimkou platby za pohotovostní ošetření.

133 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2014a. *Vláda zrušila poplatky za návštěvu lékaře a za recept v lékárnách*. [online] [cit. 7. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-zrusila-poplatky-za-navstevu-lekare-a-za-recept-v-lekarnach-9289\\_3030\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-zrusila-poplatky-za-navstevu-lekare-a-za-recept-v-lekarnach-9289_3030_1.html).

134 HORÁK, Z. 2014. *Distributivní spravedlnost ve zdravotnictví v kontextu racionalizace zdravotní péče*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Právnická fakulta. Katedra občanského práva. s. 65.

finance ve zdravotnictví k 1. lednu 2008.<sup>135</sup> Šlo o poplatek za návštěvu lékaře, položku na receptu (30 Kč) a pohotovostní službu (90 Kč).<sup>136</sup> Zákon výslovně uváděl, že se jedná o poplatek placený v souvislosti s poskytováním péče.<sup>137</sup> Před účinností ZoSVR bylo zakázáno přijímat úhradu od pacienta nejen za hrazenou péči, ale i „v souvislosti s poskytnutím této péče“.<sup>138139</sup> Zavedení poplatků tedy provázelo zúžení okruhu bezplatnosti pouze na „poskytování péče.“

Princip solidarity vyjadřovala důvodová zpráva následovně: „je nutné minimalizovat riziko, že navrhované platby povedou k nečerpání nebo odkladu čerpání potřebné zdravotní péče. Proto jsou navrhovány v marginální výši a současně se zakotvují některá opatření na ochranu pojištěnců tak, že jsou stanoveny případy, kdy předemtné platby nebudou vyžadovány. (...) Současně se navrhuje stanovit maximální výši regulačních poplatků a doplatků (...) tak, aby výše těchto doplatků spolu s předemtnými regulačními poplatky byla sociálně únosná.“<sup>140</sup> Hranice činila 5000 Kč ročně na jednoho pojištěnce. Hranice jednotlivých poplatků a omezení přitom hrály významnou roli v následném posuzování ústavnosti.

Ústavní soud se musel vypořádat s napadením celého ZoSVR ze strany politické opozice, a vyčlenil proto část týkající se poplatků zvlášť. Konstatoval, že tyto sledují legitimní cíl, jímž je zvýšení pravděpodobnosti, že se péče dostane skutečně potřebným a že i díky omezení principem solidarity<sup>141</sup> nemají poplatky rdousící charakter. Naopak „formalistické lpění na bezplatnosti lékařství pro jednotlivce v rozšiřujícím pojetí by mohlo spíše vést ke snížení úrovně bezplatné lékařské péče hrazené z veřejného pojištění v pravém slova smyslu pro všechny členy společnosti.“<sup>142</sup>

Regulační poplatky „za návštěvu lékaře“ a za recept byly zrušeny k 1. 1. 2015<sup>143</sup>

---

135 Zavedeny byly zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů a staly se součástí zákona o veřejném zdravotním pojištění.

136 § 16a odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění od 1. 1. 2008.

137 § 16a odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění od 1. 1. 2008.

138 § 11 odst. 1 písm. d) zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění před 1. 1. 2008.

139 Ústavnost vyloučení přímé úhrady „v souvislosti s poskytováním“ vyslovil i ÚS v Nálezu ze dne 4. 6. 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02.

140 Zvláštní část důvodové zprávy k zákonu č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.

141 § 16b zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění od 1. 1. 2008.

142 Nález Ústavního soudu ze dne 20. 5. 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08. Toto rozhodnutí bylo přijato nejtěsnější možnou většinou 8/7!

143 Čl. 1 bod 5, zákona č. 256/2014 Sb.

z důvodů spíše historických, kdy se jednalo o dlouhodobé politické téma nastupující vládní strany, byť společensky už v době zrušení nerezonovalo zdaleka tak silně jako v době, kdy tento pro zdravotnictví i veřejné finance ekonomicky nevýhodný slib vznikal.

Podle analýz MZ ČR skutečně způsobilo zavedení poplatků snížení návštěv u lékaře a snížení návštěv pohotovostí. Lidé si také levné léky začali kupovat sami, a tím systém zdravotního pojištění ušetřil na úhradách.<sup>144</sup> Tato analýza podporuje názor, že zavádět spoluúčasť pacienta na zdravotních službách má smysl zejména v levných, běžných a očekávatelných případech. Systém solidarity pojištění je třeba naopak uplatnit tam, kde výdaje přichází nenadále nebo jsou enormní.

Přes epizodický charakter regulačních poplatků (byť nebyly zrušeny všechny) lze očekávat, že se k jejich zavedení český právní řád dříve či později vrátí, neboť se v zásadě ukázaly jako účinné v obou svých předpokládaných funkcích.

### 3.5.2. Poplatek za hospitalizaci

Hospitalizační poplatek či poplatek za pobyt na lůžku je specifickým typem regulačního poplatku. Stejně jako předešlé typy má funkci přídatného zdroje a funkci regulační, kterou by měl plnit demotivací těch, kdo nemají naléhavou potřebu, využívat nemocniční a jiná zpoplatněná lůžka. Zároveň učí pojištěnce vnímat cenu nejen zdravotních služeb, ale i činností s jejich poskytováním souvisejících.

Specifičnost spočívá v kauze poplatku. Povinnost jej hradit vzniká nikoli v souvislosti s poskytnutím lékařských, ošetrovatelských či farmaceutických (zdravotnických) služeb, nýbrž služeb „hotelových.“<sup>145</sup> Poplatek kompenzuje relativně malou část nákladů, které vynakládá poskytovatel zdravotní služby v souvislosti s ubytováním a stravou pojištěnce.

Jeho výše je symbolická, což je podstatné právě pro naplnění funkce regulačního poplatku. Úplná úhrada nákladů by změnila poplatek v kupní cenu, k jejíž výši by

---

144 JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 136.

145 Ty se pohybují na hranici zdravotnických služeb či zdravotní péče.

adekvátně vznikal nárok na určité služby. Odhlédneme-li od faktu, že úroveň „ubytování“ se v jednotlivých zařízeních značně liší (a tedy by se lišila i cena přístupu k lůžku a rozevíraly se tak rozdíly mezi skupinami obyvatel), je hospitalizace nezbytnou součástí léčení některých stavů. Přestože poplatek není platbou za zdravotnickou službu<sup>146</sup>, jedná se o přímou, nevyhnutelnou finanční zátěž s touto službou spojenou. Její výše, (která by však z výše uvedených důvodů měla být stanovena pevnou částkou pokrývající pouze část skutečných nákladů), je věcí zákonodárce.

Ten musí rovněž zajistit to, aby poplatek nesnižoval možnost ani ochotu přístupu ke zdravotním službám těm, kdo je potřebují. Jako nástroje mu k tomu slouží maximální výše roční úhrady, vynětí některých případů z povinnosti platit, systém sociálního zabezpečení a výše poplatku, kterou však lze výše zmíněnými nástroji dostatečně kompenzovat.

K minimální výši lze dospět na základě racionální úvahy, a sice, že minimální náklady na osobu a den za stravu, ubytování a nezbytné pomůcky musí pojištěnec hradit i mimo hospitalizaci. Taková výše poplatku tedy vylučuje jak „výhodnost“ hospitalizace, tak „rdousící“ charakter. Zákonodárce může kalkulovat s nejchudší příjmovou skupinou obyvatel<sup>147</sup> anebo poplatek posadit výše a rozdíl nejchudším kompenzovat pomocí sociálního systému.

Do českého právního řádu byl hospitalizační poplatek zaveden společně s ostatními regulačními poplatky k 1. lednu 2008. Výše byla stanovena na 60 Kč za den hospitalizace.<sup>148</sup> V rámci ústavní kontroly celého systému regulačních poplatků změna obstála.<sup>149</sup> Její výhodou v tomto konkrétním bodě bylo, že ani navrhovatelé (v tomto případě tehdejší politická opozice) nezpochybnila možnost zpoplatnění hotelových služeb. Hospitalizační poplatek však byl zahrnut pod problém celkového zpoplatnění zdravotnictví, jež byl podle navrhovatelů zásahem do „minimálního standardu sociálních práv,<sup>150</sup> kterýžto standard je údajně nepodkročitelný. Vzhledem k odlišnosti zdravotních a „ubytovacích“ služeb byl princip poplatku shledán ústavně konformním. Podle výše zmíněných zásad testu rozumnosti tak předmětem kontroly zůstala do

---

146 Srov. § 2 odst. 2 – 4 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

147 Srov. vyjádření MZČR pro ÚS k případu sp. zn. Pl. ÚS 36/11. (bod 12. nálezu č. 238/2013 Sb.)

148 Čl. LXIV. bod 18. zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.

149 Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08.

150 Srov. nález Ústavního soudu ze dne 15. 2. 1994, sp. zn. Pl. ÚS 35/93.

budoucná pouze výše poplatku. S účinností od 1. prosince 2012 došlo v tomto ohledu k nárůstu, když byla denní platba nově stanovena na 100 Kč.<sup>151</sup>

I toto zvýšení bylo napadeno opozicí u Ústavního soudu. Podle navrhovatelů vyšší poplatek „pro některé sociální skupiny bude bariérou v přístupu ke zdravotní péči, zvláště když nejsou stanoveny žádné ochranné limity.“<sup>152</sup> ÚS nejdříve vyjádřil znepokojení nad tím, že zákon nerozlišuje mezi lůžkem a stravou poskytnutými jako (v krajním případě) nahraditelné „hotelové služby“ např. při čekání na vyšetření a nutnou hospitalizaci např. v rámci intenzivní péče, která je sama o sobě zdravotní péčí (a tedy její poskytování službou)<sup>153</sup> a tudíž spadá pod kritérium „bezplatnosti“. ÚS se také ohradil proti neexistenci finančního limitu pro poplatek za lůžkovou péči.<sup>154</sup> Při vyslovení neústavnosti (výše, ne poplatku samého) vycházel také z omezení poplatku v SRN a Rakousku na max. 28 dní hospitalizace.<sup>155</sup>

Rozhodnutí je přinejmenším diskutabilní. V první řadě (přestože je to stricto sensu možné) působí velmi křehce hranice ústavnosti položená mezi 60 a 100 Kč při stejných principech poplatku. V druhém ohledu je možné brát výklad testu rozumnosti „4) zvažení otázky, zda zákonný prostředek použitý k jeho dosažení je rozumný (racionální)“ soudem jako extenzivní v tom smyslu, že rozumnost přijatého řešení ve smyslu detailní úvahy přísluší spíše zákonodárci, ÚS by měl dle našeho názoru pod „rozumností“ vidět vyloučení zjevné chyby, absurdity či extrémního kvantitativního vybočení z rozumných limitů. Jak vyplývá z vyjádření MZČR: denní náklady na spotřebu základních položek (bez bydlení) jako potraviny, nápoje, elektřina, voda, kultura, sport, pohonné hmoty... u 10 % nejchudších domácností tvořily v roce 99,74 Kč/osoba/den.<sup>156</sup> I při celoroční lůžkové péči je proto rdousící efekt diskutabilní.

Poplatek za hospitalizaci nebyl v rámci Evropy výjimečným. Podobnou platbu měly v odpovídající době např.:

- Belgie: 14,71 €/den (státní nemocnice); navíc příjmací poplatek: 42 €.

---

151 Čl. 1 bod. 26 novelizačního zák. č. 298/2011 Sb.

152 Bod 5. nálezu Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11.

153 § 2 odst. 4 písm. a) bod 3. a § 2 odst. 2 písm. a) zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

154 Vůči tomu je možné se ohradit. I při nepřetržité celoroční lůžkové péči (kde jsou z poplatku vyjmuty např. karanténa či dětské domovy) existuje taxativní strop (365 \* 100 Kč = 36.500 Kč/rok). Otázkou tak není existence, ale výše limitu.

155 Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11.

156 Bod 12. nálezu Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11.

- Bulharsko: 2,76 €/den (stanoveno procentuálně k min. mzdě.)
- Estonsko: Max. 1,60 €/den.
- Francie: 18 €/den.
- Lotyšsko: Různé. Min. 14 €.
- Lucembursko: 19,62 €/den.
- Německo a Rakousko: 10 €/den. (za max. 28 dní hospitalizace), v Rakousku modifikace podle oblasti a nemocnice.
- Švédsko: Různá výše, max. 8,94 €/den.
- Švýcarsko: 12 €/den.<sup>157</sup>

Citovaný nálezkromě výše poplatku upozorňuje i na rozdíly v jeho směřování. V úvahu přichází německý model, kde je příjemcem peněz zdravotní pojišťovna. V ČR bylo stanoveno, že poplatek získá poskytovatel služby. Druhá možnost naplňuje obě funkce poplatku – regulační i úhradovou. Využití německého modelu by bylo problematické, neboť důvodem platby je poskytnutí hotelových služeb. Nasměrování poplatku pojišťovně by však financovalo služby zdravotní, a to bez přihlédnutí k rozdělení nákladů mezi jednotlivé poskytovatele.

Po zrušení poplatku Ústavním soudem nedošlo k jeho obnovení ani v původní výši. Vzhledem k obvyklosti institutu v Evropě a obecnému trendu diverzifikace zdrojů lze však jeho obnovení v nějaké formě do budoucna očekávat.

### 3.5.3. Spoluúčast, nadstandard a nehrazené služby

Proveďme v duchu Rawlsovy teorie myšlenkový experiment. Společnost, kde je uvažováno racionálně a žádný člen nezná své budoucí zařazení v sociálním žebříčku má přidělit konkrétní částkou stanovené prostředky na prakticky neomezený rozsah dostupné péče. Přestože pravidla budou mít na každého v konečném důsledku jiný dopad, jejich princip by neměl být diskriminační; pravidlo musí být obecné. V tu chvíli

---

<sup>157</sup> Upr. podle GOLLA, P. 2012. *Za den v nemocnici platíme 100 Kč, jak je to v ostatních zemích?* In: Finexpert.cz [online] 6. 11. 2012 [cit. 9. 8. 2015] Dostupné z WWW: <http://finexpert.e15.cz/za-den-v-nemocnici-platime-100-kc-jak-je-to-v-ostatnich-zemich>.

bude úkol jednoznačný – vymezit ten okruh možné péče, na který prostředky přiděleny budou, resp. v českém kontextu univerzální hrazené péče spíše tu, která hrazena být nemá. Pro toto vymezení se nabízejí tři varianty:

1. Zákon stanoví, že
  - některé extrémně nákladné léčebné postupy hrazeny nebudou z důvodu ekonomické reality systému. V takových případech bývá kritériem (např. u pojišťoven v USA) maximální úhrada za časové období/diagnózu.
  - některé levné, hojně užívané a ekonomicky dostupné služby nebudou do péče zahrnuty, tak aby systém zachoval solidaritu potřebným ve finančně extrémních případech. (Nehrazená péče)

Obě varianty nabízejí vznik zákonem upravených doplňkových pojistných produktů v systému veřejného zdravotního pojištění.

2. Z variant zdravotních služeb vztahujících se k jednomu problému bude vybrána nejlevnější a bude zahrnuta mezi hrazené. Užití ostatních je ponecháno jako volba pojištěnce s úhradou celé částky či rozdílu oproti základní variantě. (Standard a nadstandard)
3. V okruhu hrazené péče je ponechán univerzální rozsah, ale k úhradě nákladů pojišťovnou přistupuje spoluúčast pojištěnce. (Institut opět běžný v USA) Ta může být stanovena fixně podobně jako regulační poplatek či jako poměrná část úhrady s finančním limitem. (Spoluúčast)

### *3.5.3.1. Nehrazené služby*

Za podmínek stanovených zákonem a na základě veřejného zdravotního pojištění má občan ČR právo na bezplatnou zdravotní péči a pomůcky. Samotné znění LZPS připouští diskuse o tom, zda a v jakém rozsahu je možné omezit zákonem rozsah hrazené péče. ÚS v jednom ze svých rozhodnutí sice nezpochybil<sup>158</sup> rozdělení péče na

158 Naopak ji připustil v nálezech sp. zn. Pl. ÚS 35/95, Pl. ÚS 14/02 a Pl. ÚS 1/08, a to i v stanoviscích

hrazenou a nehrazenou, nicméně konstatoval, že „(v)ývojová orientace zdravotnictví, podložená zákony, je tedy založena nikoli na přesunu „lepších“ úkonů zdravotní péče z bezplatné péče do sféry pojištěnci přímo hrazené, ale naopak ve směru zlepšování úkonů poskytovaných bezplatně z veřejného zdravotního pojištění.“<sup>159</sup> Omezování rozsahu hrazených služeb je tak vnímáno jako nežádoucí trend. Podobně lze chápat i všudypřítomný požadavek na poskytování kvalitní péče v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy ve světle textu ESCH: „Každý, kdo nemá dostatečné prostředky má právo na sociální a zdravotní pomoc.“<sup>160</sup>

Je nasnadě, že současný rozsah hrazených služeb<sup>161</sup> v kombinaci s rozvojem objemu lege artis péče je neudržitelný.<sup>162</sup> A protože nadstandard nezužuje paletu poskytovaných služeb, pouze vybírá levnější varianty, a spoluúčast u zdravotních výkonů český právní řád nezná, řeší praxe problém právě odmítáním úhrady/indikace nákladných služeb, které by v konkrétních případech kritéria lege artis snesly. (Této problematice se věnuje kapitola 4.4)

V rámci distributivní spravedlnosti je proto dle našeho názoru více než legitimní úvaha o druhé zmíněné variantě řešení, tedy odsunutí běžných a méně nákladných služeb mimo kategorii hrazenou z pojištění. Tato reforma by pochopitelně vyžadovala revizi současného znění LZPS, které však, jak bylo uvedeno, patří k nejsociálnějším v Evropě vůbec. Zásadní pro tento krok by také byla úprava sociálně citlivých případů zejména zastropováním maximální platby za určité období. Cílem by bylo zavést tam, kde je to možné princip zásluhovosti a vlastní odpovědnosti. Názorným příkladem je stomatologická péče, která není v mnoha evropských zemích (některé služby i v ČR) hrazena z veřejného pojištění.<sup>163</sup> Je více než očekávatelné, že v průběhu roku má každý výdaje na zubní péči, které se pohybují v řádu několika set až tisíc korun. Obyvatelé by

---

disentujících soudců.

159 Nález Ústavního soudu ze dne 4. června 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02.

160 Část I. bod. 13 ESCH.

161 § 13 a příloha č. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

162 Pro ilustraci můžeme uvést příklady monoklonálních protilátek v některých onkologických případech či léčbu cystické fibrózy, obojí bez významné šance na úplné vyléčení pacienta. Tyto služby se pohybují v řádech desítek tisíc korun měsíčně na osobu a zejména monoklonální protilátky jsou z toho důvodu předmětem usilovného vývoje ze strany farmaceutických společností. Nabídka tak pravděpodobně dále poroste.

163 NĚMEC, J. 2008. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.



tak byli nuceni počítat s náklady na svou běžnou zdravotní péči s vědomím, že pro případy finančně nadstandardních a neočekávaných událostí je zde zdravotní pojištění. V těchto případech by bylo naopak záhodno zachovat co nejvyšší míru solidarity a celospolečenské rozložení rizika. Nehrazené služby by pochopitelně musely být solidárně cíleny na osoby v produktivním věku a musely by se vyhnout chronickým onemocněním a poruchám souvisejícím se stářím. Nevýhodou této varianty je však pravděpodobné vyhýbání se zdravotní péči ze strany chudších či méně zodpovědných osob.

Jinou nevýhodou takového řešení je fakt, že sice může výrazně zvýšit objem prostředků k redistribuci pro závažné případy, nezastaví však vývoj lege artis péče na „nákladném konci“ spektra, a získaný polštář tak bude dříve nebo později vyčerpán. Přijetí finančních limitů pro hrazení péče z veřejného pojištění se tak jeví jako nevyhnutelné.

### *3.5.3.2. Standard a nadstandard*

Jak bylo zmíněno, rozdělení zdravotnických služeb na standard a nadstandard spočívá ve volbě ekonomicky nejvýhodnější varianty ze skupiny podobných (zaměřených na zvládnutí stejné diagnózy) a zpoplatnění zbývajících. Jedná se o řešení plně v souladu se zásadou efektivity, která vyžaduje nejmenší možné vynaložené prostředky na stejný mezní užitek. Toto pojetí je blízké i vnímání ÚS, který upozorňuje, že nižší cena zvolené varianty nesmí být na úkor kvality služby. *„Z ústavních i zákonných principů nelze tuto péči dělit na jakousi základní, 'levnější', ale méně vhodnou a méně účinnou, a na nadstandardní, 'dražší', ale vhodnější a účinnější. Rozdíl mezi standardní a nadstandardní péčí nesmí spočívat v rozdílech ve vhodnosti a účinnosti léčby.“*<sup>164</sup> V zásadě tak soud připustil pouze takový nadstandard, který bude znamenat větší komfort pro pojištěnce. Legálně však nelze rozdělit žebříček služeb (seřazený podle ceny i vhodnosti) na kategorie „nevyhovující“, „vyhovující“ - tedy

---

<sup>164</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 4. června 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02.

standardní a „lepší“, byť výrazně dražší. Ad absurdum by takový výklad vedl k tomu, že kritérium ceny by nemohlo být bráno v potaz u dvou léčebných postupů s malým rozdílem efektivity, ale markantní odlišností v nákladech (byť rozlišení takových situací je jedním z nejdůležitějších způsobů rationingu).

Právní řád ČR zažil epizodický pokus zavést nadstandardy v roce 2011.<sup>165</sup> Tzv. „ekonomicky náročnější variantou“ se rozuměla péče, splňující obecné požadavky zákona na zdravotní péči, která má ve srovnání s ostatními stejný terapeutický účinek, je však oproti nim dražší. Pojištěnec měl hradit rozdíl mezi základní a ekonomicky náročnější variantou. Poskytovatel byl povinen pojištěnce informovat o obou případných variantách včetně jejich finančních aspektů. Zákon také výslovně zakazoval upřednostnění pacientů, kteří zvolí nadstandardní péči.<sup>166</sup> Zákonodárce si však nevystačil s vymezením obecných rysů nadstandardu. Požadoval přesné vymezení té zdravotní péče, která bude nadstandardem a toto vymezení delegoval na exekutivu, resp. určil, že seznam má být součástí úhradové vyhlášky.<sup>167</sup> I tato změna byla tehdejší opozicí přednesena k posouzení Ústavnímu soudu.

K rozsahu služeb hrazených z pojištění ÚS sdělil: „*Z pohledu Ústavního soudu je podstatné, aby obsah čl. 31 Listiny nebyl zákonem fakticky vyprazdňován. V jeho duchu musí být prostředky veřejného zdravotního pojištění plně kryta kvalitní, plnohodnotná a účinná péče jakožto péče základní, standardní.*“ Ponechme stranou otázku, co může být (kromě pohodlí pacienta) označeno jako nadstandard oproti „kvalitní, plnohodnotné a účinné péči.“<sup>168</sup>

ÚS správně zmínil individualitu každého pacienta, ze které vyplývá, že to, co je ekonomicky nejlevnější účinná varianta pro jednoho, může se ukázat zcela neúčinným v případě druhém. V takovém případě je na stole otázka lege artis postupu a lékař musí nabízet variantu dražší. Podle ÚS je však nutné, aby i ona byla v takovém případě plně hrazena.<sup>169</sup>

Poněkud zamotaná situace nastává u argumentace, jaké má mít lékař pravomoci

165 Novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, č. 298/2011 Sb.

166 § 13 odst. 4 an. zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění platném k 14. 10. 2011.

167 § 17 odst. 5. zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění platném k 14. 10. 2011.

168 Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11.

169 Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11.

z hlediska doporučení náročnější varianty, případně, kdy je možné, aby ji označil za nejlepší možnou, a tím ji přesunul do kategorie hrazených. Na jednu stranu je požadováno, aby lékař zvolil nejvhodnější variantu a tedy mohl i příplatkovou péči změnit na plně hrazenou a aby toho využíval ve všech případech, kdy je takové jednání lege artis. Na straně druhé se vyskytuje obava<sup>170</sup> z toho, že lékaři budou využívat možnost doporučovat nadstandardní postupy (a tím je povýší na standard) z důvodu touhy po zisku, obrany před možným právním postihem (tzv. defenzivní medicína) či proto, že podlehnou dojemnému příběhu pacienta nebo jeho finanční nabídce.<sup>171</sup> Podobné obavy zmiňuje ÚS i v citovaném judikátu.

Rozdělení na standard a nadstandard bylo posléze i s přihlédnutím k právním úpravám dalších států uznáno za ústavně konformní. Mimo rámec ústavnosti však byla shledána delegace pravomoci ke stanovení seznamu nadstandardních výkonů exekutivě. Čl. 31 LZPS vyžaduje, aby podmínky poskytování bezplatné péče stanovil zákon. Novela tak byla zrušena pro rozpor s tímto ustanovením, fakticky pro rozpor s principem dělby moci.

Z hlediska současného právního stavu stojí za zmínku analýza, kterou provedli Šustek a spol. Upozorňují na znění nálezu ÚS,<sup>172</sup> který konstatuje, že přímá úhrada (pacientem) nesmí být poskytnuta za hrazené služby, avšak nic nebrání tomu, aby za zbylé služby úhrada vybírána být mohla. Vzhledem k tomu, že existují přípravky, jejichž (hrazená) indikace je omezena na určité případy (autoři pracují s příkladem léčiv ze skupiny nových orálních antikoagulans – NOAC), přestože by bylo lze shledat

170 Srov. HORÁK, Z. 2014. *Distributivní spravedlnost ve zdravotnictví v kontextu racionalizace zdravotní péče*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Právnická fakulta. Katedra občanského práva. 94 s.

171 Úvaha, zda zákonodárství liberální společnosti tvořit restriktivně z obavy před obcházením pravidel či nechat případnou odpovědnost za postih na aktérech je zřejmě bez řešení. Máme však za to, že ve vztahu k lékařům chybí společnosti jasný (právní) postoj. Varianty jsou v zásadě dvě. Je možné zvolit cestu důvěry k lékaři a označení jeho role za „toho, kdo chce pomáhat“ (částečně v duchu paternalistického pojetí). Pak je možné nechat řešení podobných otázek jako vhodnost nadstandardní varianty právě na něm a nežádat revizi každého kroku znaleckým posudkem před soudem. Nebo je možné (a legitimní) označit lékaře jako běžnou součást nerovného soukromoprávního (komerčního) vztahu s tím, že mnohý v podobném vztahu se bude snažit z něj vytěžit maximum. Poté však je logickým krokem nastavení závazných kazualistických kritérií jak u lege artis postupu, tak v případě posuzování nadstandardu. K této úvaze viz. odlišné stanovisko S. Balíka k citovanému judikátu: „Bude 281 zákonodárců kvalifikovaně číst v odborných lékařských časopisech, aby mohli hlasovat o variantách zdravotních služeb? (...) Vždy to ve skutečnosti začne a skončí u skutečných odborníků. Jejich návrhu nezbude než přikývnout, protože laickou neznalost bude třeba doplnit důvěrou.“

172 Nález Ústavního soudu ČR ze dne 4. 6. 2003, sp. zn. Pl ÚS 14/02.

prospěch pro pacienta i v případech jiných, nabízí se otázka, zda je možné tyto léky indikovat na žádost pacienta a k jeho úhradě. Autoři odpovídají kladně: „*Je-li jednoznačně zákonem nebo na základě zákona dáno, jakou zdravotní péči je poskytovatel povinen pacientovi poskytnout na náklady zdravotního pojištění, není v rozporu se zákonem umožnit, aby se pacient rozhodl pro dražší péči, a rozdíl mezi úhradou ze zdravotního pojištění a konečnou cenou si zaplatil sám. O takové alternativě však musí být pacient rovněž poučen.*“<sup>173</sup>

Nad rámec popisu nabízíme úvahu nad vymezením garantovaného standardu zdravotních služeb. Je nasnadě že podle shora uvedených výkladů ÚS se bude rozsah hrazeného zvyšovat tempem převyšujícím možnosti systému. Je to dáno tím, že dosavadní pokusy racionalizovat tento rozsah spočívaly ve vyčleňování jednotlivostí ze stále bobtnající palety nabízených služeb. Za argumentačně schůdnější považujeme naopak taxativní stanovení rozsahu standardu s ohledem na objem prostředků v systému. Tento standard by podléhal průběžné revizi. Sociální pojistkou by pak měla být možnost žádat o uznání péče za standardní v individuálním případě.

### **3.5.3.3. Spoluúčast**

Institut spoluúčasti má blízko k regulačním poplatkům. Stejně jako u nich je zde funkce regulační a funkce finančního zdroje. V případě spoluúčasti je však těžištěm druhá z nich. K nim se přidává ještě aspekt protiplnění, neboť spoluúčast je na rozdíl od poplatků (v tomto pojetí se jí blíží pouze poplatek za hospitalizaci) částečnou a přímou protihodnotou za dané plnění. Spoluúčast je institut typický pro komerční pojistné produkty, a proto nepřekvapí, že je jeho užití v případě „klasických“ zdravotních služeb typické pro USA. V případě Evropy je možné se setkat s tzv. pokladenským systémem. Funguje tak, že pacient uhradí přímo ambulantnímu specialistovi potřebnou částku, následně ji vyúčtuje pojišťovně. Ta odečte 25 – 30 % spoluúčasti a zbytek proplatí. S

---

173 ŠUSTEK, P., HLAVÁČEK, K., POVOLNÁ, M. 2015. *Právo na zdravotní péči a jeho ekonomické limitace 1*. In: Výzkumné centrum pro lidská práva. [online] 10. 7. 2015 [cit. 20. 11. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.vclp.cz/news/pravo-na-zdravotni-peci-a-jeho-ekonomicke-limitace-1/>.

pokladenským systémem je možné se setkat např. ve Francii, Belgii nebo Austrálii.<sup>174</sup>

Výši platby lze u spoluúčasti nastavit fixně pro daný úkon/službu či procentuálně. V obou případech je pak žádanou součástí právní úpravy soustava sociálních pojištění (zejm. maximální jednotlivá i celková výše platby). V Německu „široký rozsah garantované péče nebrání existenci finanční spoluúčasti pacientů. Dlouhodobě jsou již zavedeny doplatky na léky a poplatky za návštěvu ambulantního lékaře, za pobyt v nemocnici i za dopravu pacientů.“<sup>175</sup> Osvobození však jsou děti, chudí a pro ostatní existuje strop ve výši 1 % ročního příjmu u důchodců a 2 % u ostatních. Podobně v Anglii, kde také existuje omezená spoluúčast pacientů (mj. spoluúčast na ceně zubního ošetření) neplatí z důvodu osvobození poplatky za recept až 85 % lidí.<sup>176</sup>

Česká republika zná spoluúčast v podobě doplateků na léky. Maximální cenu léčivých přípravků a podmínky úhrady stanovuje SÚKL ve správním řízení.<sup>177</sup> Léčivý přípravek může být plně anebo částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Nejvyšší možná úhrada pro konečného spotřebitele se skládá ze stanovené úhrady, maximální výše obchodních přírůžek a DPH.<sup>178</sup> Transparentnímu stanovení cen humánních léčiv a jejich úhradám z veřejného zdravotního pojištění se věnuje i evropské právo.<sup>179</sup>

---

174 JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 129.

175 JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 93.

176 JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 106.

177 § 39a an. zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

178 § 39h odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

179 Směrnice Rady ze dne 21. prosince 1988, č. 89/105/EHS.

## 4. Distribuce prostředků mezi subjekty realizujícími zdravotnictví<sup>180</sup>

Jedním z hlavních úkolů státu je zajistit svým obyvatelům zdravotní péči a související servis. V mnohých mezinárodních smlouvách stát přejímá „odpovědnost za výsledek“ (v obecném slova smyslu), kdy se zavazuje dosáhnout určité úrovně služeb či zdraví a přitom mu zůstává řada organizačních možností, jak se úkolu zhostit. Tradičními otázkami je úroveň centralizace, procentuální zastoupení soukromého sektoru, míra participace pacientů (pojištěnců) a zaměstnavatelů na rozhodování a kontrole a v neposlední řadě rozdělení kompetencí mezi zúčastněné subjekty. Zvláště je třeba zdůraznit kompetenci tvorby a racionalizace poskytovatelské sítě, rozhodování o přidělení či nepřidělení nedostatkových financí a důraz na jednotlivé úrovně poskytovaných služeb (primární, sekundární, terciární a služby související) včetně způsobů jejich odměňování. V kontextu českého zdravotnictví jsou proto na „druhé rozdílec“ úrovni (kap. 4) základním tématem zdravotní pojišťovny a dále pak poskytovatelé zdravotních služeb. Kap. 4.2 – 4.5 se věnují možnostem distribuce prostředků mezi těmito subjekty.

### 4.1. Postavení zdravotních pojišťoven

V Bismarckově modelu vstupují mezi stát, poskytovatele a příjemce služeb zdravotní pojišťovny. Jejich cílem je zejména rozložit riziko neúměrných nákladů spojených s péčí o zdraví horizontálně (mezi členy jedné generace) a vertikálně (mezi generaci současně ekonomicky aktivní a ostatní). Vlastní právní osobnost, samostatné

---

<sup>180</sup> Kapitola se omezuje na dva hlavní typy subjektů: zdravotní pojišťovny a poskytovatele zdravotních služeb.

vedení financí a (více či méně<sup>181</sup>) samosprávné řízení pojišťoven odděluje tyto od státu<sup>182</sup> a dává možnost zavést do zdravotního pojištění určité racionalizační prvky charakteristické pro soukromou sféru. Přes tyto společné znaky se postavení pojišťoven v jednotlivých státech liší, a to jak v kompetencích, tak v jejich organizaci.

Rozdíly mohou spočívat v právní formě, kde zaznamenáváme tři hlavní kategorie. Statutární zdravotní pojištění může nabízet veřejná instituce zřízená přímo zákonem. Příkladem je VZP.<sup>183</sup> Dále může být zákonem svěřeno soukromým (nejčastěji ve formě akciové společnosti) zdravotním pojišťovnám jako pojistný produkt určitých parametrů fungující vedle jejich dosavadní nabídky. Takové uspořádání hojně využívá např. Holandsko, Německo či Švýcarsko. I v ČR může zdravotní pojišťovna nabízet komerční pojistné produkty, finance pro toto podnikání však musí být odděleny od prostředků všeobecného zdravotního pojištění.<sup>184</sup> Pokračovateli tradice 19. století jsou pak různé formy neziskových, vzájemných pojišťoven, mezi které lze zařadit i některé zaměstnanecké pojišťovny<sup>185</sup> v ČR. V tradiční formě jsou vzájemné pojišťovny podobné odborovým organizacím. „(P)říkladem jsou *sociétés mutuelles* ve Francii, *mutualités* v Belgii, *Innungskrankenkassen* a *Betriebskrankenkassen* v Německu nebo *Bupa* ve Velké Británii.“<sup>186</sup>

---

181 Obsazení řídicích orgánů zdravotních pojišťoven určuje zákon o veřejném zdravotním pojištění. V případě správních rad jde de iure o třetinu členů. „Ve skutečnosti je veřejnost v těchto orgánech zastoupena pouze politickou reprezentací a záležitosti týkající se hospodaření a tvorby pojistných plánů pojišťoven jsou tak pod vlivem politických a ekonomických zájmových skupin. Politická reprezentace zastupuje občany též ve zdravotně sociálních komisích a výborech na lokální, regionální i národní (parlamentní, senátní) úrovni.“ (JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 223.)

182 Ne všichni autoři se přiklánějí k názoru, že je dobré udržovat pojišťovny a poskytovatele oddělené: „Ve vyspělých státech se mj. osvědčuje oprávnění veřejnoprávních pojišťoven vlastnit a provozovat v regulované míře svá zdravotnická zařízení.“ Pojišťovny motivované propojením zdravotního, nemocenského, úrazového a invalidního pojištění zajišťují vlastními silami rehabilitační péči velmi zdatně, např. v SRN to slouží mj. k ověřování skutečných nákladů na péči při tvorbě cen zdravotnických služeb. Pokud pojišťovna dosáhne kvalitních léčebných výsledků za nízké ceny, má argument pro nižší úhrady i proti jiným poskytovatelům. (SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V. 2012. *Proč transformace zdravotnictví kulhá*. Právní nástroje k ovlivnění ekonomiky. 1. vyd. Praha: Vlastní náklad. 59 s. ISBN 978-80260-2865-9. s. 22)

183 § 1 zák. č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

184 § 19 odst. 3 zák. č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách a § 7 odst. 6 zák. č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

185 Vzájemnost pojistného kmene může být buď na základě místní příslušnosti (mikropojištění v rozvojových zemích) nebo na základě výdělečné činnosti - Resortní pojišťovnou je např. ZPMV. Do kategorie oborových lze zařadit ČPZP a podnikové reprezentuje např. ZPŠ.

186 NĚMEC, J. 2008. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1. s. 151.

Z hlediska nákladů na zdravotnictví a racionální koordinace jednotlivých veřejných systémů není nepodstatný faktor provázanosti se systémy sociálního zabezpečení. Česká republika má roztržitý systém, kdy vedle sebe stojí (legislativně, organizačně i finančně) systém zdravotního pojištění, systém pojistného na sociální zabezpečení (zahrnujícího nemocenské a důchodové pojištění).<sup>187</sup> Účinnost zákona o úrazovém pojištění zaměstnanců byla naposledy odložena k 1. 1. 2017<sup>188</sup>, a tak tento produkt zůstává v komerční nabídce pojišťoven, stejně jako zůstává v platnosti povinnost zaměstnavatelů sjednat pojištění pro případ úrazu či nemoci z povolání.<sup>189</sup> Není přitom výjimkou, že koordinaci zdravotnického systému s ostatními zajišťuje jediná instituce. „V době první republiky (...) dominovala v institucionálním zajištění správy veřejných prostředků ústřední sociální pojišťovna jako veřejnoprávní instituce se správní radou, s právem občanů volit vlastní rukou své zástupce do ní (vedle zaměstnavatelů).“<sup>190</sup> V polistopadovém vývoji lze vysledovat tendence návratu k sociální pojišťovně oddělené od státního rozpočtu např. v programovém prohlášení vlády z roku 2002.<sup>191</sup> Současným příkladem jednotnosti může být Rakousko – roli koordinátora zde má svaz nositelů sociálního pojištění. Mezi jeho kompetence patří zdravotní, nemocenské, úrazové, invalidní a starobní pojištění. Svaz má k dispozici nástroje k ovlivnění pojišťoven. V Německu pak stojí za zmínku jednotná síť revizních lékařů sociálních systémů včetně zdravotnictví.<sup>192</sup> Jednotnost systémů oddělených od rozpočtu dává jednak zastřešující organizaci možnost vyžadovat zkracování doby hospitalizace a vynucovat efektivitu léčení. Péči přesouvá do dalších systémů a zajišťuje jednotnou posudkovou revizi pojištěnce. Oddělení od státního rozpočtu vytváří výrazný tlak na samofinancovatelnost systémů a dává prostor k úsporám za byrokratický aparát.

---

187 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. 2009. *Systém sociálního zabezpečení v České republice*. Dostupné na WWW: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7175/ssz\\_cr\\_cz.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7175/ssz_cr_cz.pdf).

188 Zákon č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců. Poslední odklad [k 8/2015] účinnosti novelou č. 182/2004 Sb.

189 § 365 an. zák. č. 262/2006 Sb., zákoník práce.

190 SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V. 2012. *Proč transformace zdravotnictví kulhá*. Právní nástroje k ovlivnění ekonomiky. 1. vyd. Praha: Vlastní náklad. 59 s. ISBN 978-80260-2865-9. s. 7.

191 VLÁDA ČR. 2002. *Programové prohlášení vlády*. Dostupné na WWW: [http://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/vladimir-spidla/Programove-prohlaseni-vlady\\_1.pdf](http://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/vladimir-spidla/Programove-prohlaseni-vlady_1.pdf). s. 18.

192 SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V. 2012. *Proč transformace zdravotnictví kulhá*. Právní nástroje k ovlivnění ekonomiky. 1. vyd. Praha: Vlastní náklad. 59 s. ISBN 978-80260-2865-9.



Rozdíly mezi zeměmi jsou i v počtu a míře konkurence zdravotních pojišťoven.<sup>193</sup> Důvodem k zavedení plurality ve zdravotním pojištění byly zejména možnost nových subjektů hradit specifickou a závodní preventivní péči, autonomie preventivních programů a konkurence v nasmlouvané péči.<sup>194</sup> Preventivní programy nabízí v současnosti všechny zdravotní pojišťovny v ČR. Konkurence mezi pojišťovnami je pak omezená následujícími skutečnostmi:

1. Výše pojistného je dána zákonem formou procentuální sazby.
2. Do výše pojistného se nepromítá rizikovost osoby ani jeho pojistná minulost.
3. Zdravotní pojišťovna nemůže odmítnout pojistit oprávněného žadatele, ani o své vůli ukončit vztah s pojištěncem.<sup>195</sup>
4. Vybrané prostředky jsou přerozdělovány, tak aby se kompenzovaly rozdíly pojistných kmenů.
5. Vyšší odvod na zdravotní pojištění nedává pojištěnci nárok na vyšší protiplnění.

Pojišťovny mezi sebou mohou naopak soutěžit rozsahem sítě zaměstnavatelů, preventivními programy a různými bonusy. Možnost zvýšení konkurence spočívá zejména v odblokování výše pojistného, tak aby ji každá pojišťovna mohla stanovit sama v rámci předem definovaného pásma a za předpokladu vyrovnaného rozpočtu a zachování možnosti volby pojišťovny. Podmínkou takového kroku je oddělení financí jednotlivých pojišťoven a ukončení přerozdělování. Výhodou je odklon od faktické daně a přiblížení se konceptu pojištění. V současné situaci se financování zdravotnictví výše zmíněnými charakteristikami připodobňuje spíše dani, což je z hlediska slučitelnosti s ústavním pořádkem stav nežádoucí.<sup>196</sup> Obrácenou stranou mince je pochopitelně sbírání smetany pojišťovnami s mladším a produktivním pojistným kmenem do doby, než konkurenční nabídka výdělečnějších pojišťoven nepřivede nákladnější pojištěnce od konkurence.

193 Rozdíly jsou patrné i v rámci Bismarckova modelu: na Slovensku působí 3 zdravotní pojišťovny, v Německu a Švýcarsku se jejich počet pohybuje v desítkách až stovkách.

194 PSP ČR. *Důvodová zpráva k zák. č. 280/1992 Sb.* [cit. 3. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.psp.cz/eknih/1990cnr/tisky/t0654\\_02.htm](http://www.psp.cz/eknih/1990cnr/tisky/t0654_02.htm).

195 § 11 odst. 1 písm. a) zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

196 „(S)oud stanovil, že je povinností zákonodárce transparentně vyjádřit poměr komponentů solidarity a ekvivalence v systému sociálního pojištění (včetně zdravotního pojištění), dále stanovil, že toto rozdělení nesmí být libovolné. V případě opačném, tj. absence prvku ekvivalence, posuzovaný institut ztrácí svou právní povahu, přestává být pojištěním a nabývá povahy daně.“ Odlišné stanovisko k nálezu ÚS ze dne 4. června 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02 a Nález ÚS ze dne 12. 4. 1995 sp. zn. Pl.ÚS 12/94.

V oblasti rozdělování prostředků mají zdravotní pojišťovny zejména následující pravomoci:

1. Vytváří sítě smluvních poskytovatelů uzavíráním smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb.<sup>197</sup> Tato síť musí zajistit časovou i místní dostupnost služeb stanovené nařízením vlády.<sup>198</sup>
2. V zastoupení se pojišťovny účastní dohodovacího řízení o rámcových smlouvách, podle nichž se smlouvy v bodu 1 uzavírají.<sup>199</sup>
3. Kontrolují poskytování hrazených služeb a jejich účtování co do objemu a kvality.<sup>200</sup> Kontrolu provádí svými revizními lékaři a odbornými pracovníky.<sup>201</sup>

Zdravotní pojišťovny jsou v ČR odděleny od poskytovatelů.<sup>202</sup> Tím se liší od HMO's, jejichž organizace je založena zejména kvůli efektivnímu využití finančních prostředků. Zdravotní pojišťovna tak působí na poskytovatele dvěma silnými, nicméně poněkud neohrabanými prostředky – možností neuzavřít/neprodloužit smlouvu a neuhrazením služeb označených za poskytnuté nad rámec zákonného nároku. V oblasti racionalizace by bylo třeba uvažovat o jemnějších mechanismech koordinace péče z hlediska návaznosti a pokrytí. Neexistence jednotného systému sociálního a zdravotního pojištění dále ubírá pojišťovnám možnost působit na předcházení pracovním úrazům a nemocem z povolání a na zamezení zneužívání této oblasti.

Poněkud kacířskou myšlenkou za současného stavu by bylo uvolnit určité procento prostředků zdravotního pojištění k zásluhovému přerozdělení na základě předem určených kritérií. U přerozdělení mezi pojišťovnami by se tato kritéria musela týkat aktivní práce s pojištěnci a důrazu na diagnostiku některých onemocnění v prvních stádiích, kdy jsou celkové náklady léčby i prognóza příznivější. V rámci přerozdělení mezi pacienty naráží tato otázka na těsné ústavní limity. Právo na ochranu zdraví má i

---

197 § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

198 § 40 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

199 § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

200 V současné době je revizními lékaři zejména vytvářen tlak na výkonově placené poskytovatele (praktické lékaře a ambulantní specialisty) neproplácením položek, které nejsou uznány za nezbytné a na dobu pobytu v lázeňských zařízeních a zařízeních sociální péče. Zásluhu za zkrácování doby hospitalizace v nemocnicích v posledním desetiletí lze připsat zejména redukci lůžek akutní péče a vlivu zavedení metody DRG.

201 § 42 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

202 § 7 odst. 6 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a § 4 odst. 1 a § 19 odst. 3 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

ten, kdo o své zdraví nedbá. Aktivní péče o vlastní zdraví (vyhýbání se škodlivým faktorům, absolvování preventivních prohlídek apod.) však může fungovat jako kritérium přerozdělení určitých nadstandardů, bude-li taková možnost pro každého stejná. (viz. kap. 5.3.) V „slabší“ verzi se může jednat např. o lepší vybavení nemocničního pokoje, přednostní výběr lékaře, bude-li např. možnost volby operatéra uzákoněna. V „silnější“ verzi za předpokladu opětovného zavedení nadstandardů je možno uvažovat o bezplatném zpřístupnění takovýchto služeb právě aktivním pojištěncům.

## 4.2. Metody úhrad zdravotních služeb (kapitace, výkony, rozpočet, DRG)

Jedním z pilířů distributivní spravedlnosti ve zdravotnictví je náležité rozdělení prostředků mezi poskytovatele zdravotních služeb. Jelikož drtivou část tvoří finance z veřejného zdravotního pojištění, je fundamentální otázkou mechanismus přesunu peněz od zdravotních pojišťoven směrem k poskytovatelům. V ideálním případě by tento mechanismus poskytoval spravedlivou odměnu za vykonanou práci, zohledňoval její kvalitu a náročnost a zároveň by motivoval lékaře k šetrnému přístupu k financím, takže by nedocházelo k nadbytečným výkonům či jejich neadekvátní ceně. K odměňování práce poskytovatelů za zdravotní služby slouží úhradové mechanismy.

Úhrady probíhají na pozadí vztahu poskytovatele s pojišťovnou. Jedná se o vztah soukromoprávní,<sup>203</sup> avšak podléhající silné regulaci ze strany státu. Charakterem jde o inominátní právní vztah,<sup>204</sup> jehož obecnou úpravu<sup>205</sup> nelze užít tam, kde existuje výslovná úprava zvláštním zákonem.<sup>206</sup> K řešení případných sporů mezi poskytovatelem a pojišťovnou je proto dána pravomoc soudu.<sup>207</sup> Smlouva mezi poskytovatelem a

203 Usnesení Ústavního soudu ze dne 27. ledna 1999, sp. zn. I. ÚS 247/98.

204 Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 2. října 2004, sp. zn. 29 Odo 405/2003.

205 § 1746 odst. 2 zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

206 Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 22. listopadu 2001, sp. zn. 33 Odo 470/2001.

207 Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 25. ledna 2006, sp. zn. 32 Odo 518/2005.

pojišťovnou se řídí rámcovými smlouvami,<sup>208</sup> které jsou výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci poskytovatelů a zdravotních pojišťoven.<sup>209</sup> Tato smlouva se nevyžaduje pro poskytování neodkladné péče.<sup>210</sup>

Mezi úhradové mechanismy na jejichž základě hradí pojišťovny poskytnuté služby patří zejména platba za výkon, kapitační platba, platba za diagnózu, platba za ošetřovací den a globální rozpočet. Jejich funkční specifika zjednodušeně nabízí tab. 2:

Úhradový mechanismus	Počet léčených případů	Objem poskytnutých služeb	Kvalita služeb	Nákladová efektivita	Ceny vstupů
Platba za výkon	růst	růst	pokles	pokles	pokles
Kapitační platba	pokles	pokles	pokles	růst	pokles
Platba za diagnózu	růst	pokles	pokles	růst	pokles
Platba za ošetřovací den	růst	pokles	pokles	růst	pokles
Rozpočet	pokles	pokles	pokles	růst	pokles
Účelové paušály	růst	růst	růst	pokles	růst

Upraveno<sup>211</sup> podle Hejdukové<sup>212</sup>

Po roce 1990 byla stanovena jako jediný úhradový mechanismus v transformovaném zdravotnictví výkonová platba.<sup>213</sup> Brzy se však ukázalo, že pro jednotlivé segmenty zdravotnictví je kvůli jejich specifickým vhodně zavést různé, jim na míru ušité úhradové mechanismy.<sup>214</sup>

208 Vyhláška č. 618/2006 Sb, kterou se vydávají rámcové smlouvy.

209 § 17 odst. 2 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

210 § 17 odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

211 Mj. změna v poli Nákladová efektivita u výkonové platby (růst → pokles). Z dalších citovaných zdrojů jednoznačně vyplývá nízká efektivita výkonově hrazeného systému.

212 HEJDUKOVÁ, P. Zdravotnická zařízení v kontextu reformních změn v ČR. *Trendy v podnikání – business trends*. Plzeň: Vydavatelství ZČU. 2011, č. 2, s. 115 – 123. ISSN 1805-0603.

213 ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. 2013. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. upr. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8. s. 84.

214 O této vhodnosti nás učí i zahraniční zkušenost. Tak např. přechod německých nemocnic na systém DRG znamenal během dvou let zkrácení průměrné hospitalizace o více než den oproti roku 2000. (JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 95.) V USA zase přechod od výkonové platby ke kapitačním v polovině 80 let. 20. stol. vedl u neziskových HMO's ke snížením ceny péče bez toho, aby významně poklesla její kvalita. (BERENSON, R. A., Capitation and Conflict of Interest. *Health Affairs*. [online] Roč. 5, č. 1, 1986. s. 141-146. [cit. 17. 8. 2015] Dostupné z WWW: <http://content.healthaffairs.org/content/5/1/141.short>.)

#### 4.2.1. Kapitační platby

Kapitací se rozumí platba za registrovaného pojištěnce za určité období bez ohledu na to, zda čerpal zdravotní služby či nikoli. V ČR je tímto mechanismem placena část práce praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost. Ti obdrží částku stanovenou v úhradové vyhlášce, násobenou koeficientem daným pro příslušnou věkovou kategorii.<sup>215</sup> Tato forma úhrad dává PL jistotu určitého finančního zajištění bez ohledu na to, jaké služby bude v následujícím období nutné poskytovat. Koeficient pak kompenzuje zjevnou nerovnost mezi časovou náročností pacientů různých věkových kategorií. Kapitace pro PL je v ČR kombinována s výkonovou platbou za výkony, první platba nezahrnuje.

Úhrada formou kapitace obecně stimuluje PL k vyšší efektivitě práce a rozšíření obvodu. Mechanismus, který zabraňuje přílišné kumulaci pojištěnců u jednoho lékaře se nazývá degresní koeficient. Naopak je-li obvod z geografických důvodů příliš malý (méně než 70 % celostátního průměru), může pojišťovna, která PL v dané oblasti udržet potřebuje,<sup>216</sup> přejít na tzv. kapitačně-výkonovou platbu s dorovnáním<sup>217</sup> a platbu navýšit.

Úpravu úhrad práce PL v ČR lze hodnotit jako principiálně zdařilou, přestože konkrétní částky a limity budou vždy předmětem protichůdných požadavků zainteresovaných stran. V budoucnu lze proto očekávat změny ve finančních motivacích spíše z důvodů úbytku PL a jejich alarmujícího věkového průměru.

#### 4.2.2. Výkonové platby

Pokud je kapitace vhodná pro ty lékařské obory, ve kterých je pojištěnec v kontaktu se stále stejným lékařem a tento kontakt lze alespoň s určitou pravděpodobností předpokládat, je pro ambulantní sféru specialistů, kde je naopak kontakt převážně nepředpokládaný, typická platba za výkon. Hradí se podle seznamu

---

215 V roce 2015 činila kapitace 47 – 52 Kč na hlavu (podle nabídky ordinačních hodin lékaře) a koeficienty u dospělých osob 0,9 – 3,4. (Příloha č. 2 k vyhlášce č. 324/2014 Sb.)

216 § 46 odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

217 Příloha č. 2 k vyhlášce č. 324/2014 Sb.

výkonů, kterým je přiřazena bodová hodnota.<sup>218</sup> Podle typu poskytovatele je pak bod ohodnocen finanční částkou. Bodovou hodnotu výkonů i sazbu za jeden bod stanoví MZ vyhláškou.<sup>219</sup> Jako výhradní způsob financování zdravotních služeb ze zdravotního pojištění se uplatňuje pouze u ambulantních specialistů, stomatologů<sup>220</sup>, zdravotnické záchranné služby<sup>221</sup> a lékařské pohotovostní služby. Platba za výkon reflektuje množství práce lékaře a tím jej motivuje k jejímu co největšímu rozsahu. Chybí zde vazba na efektivitu poskytovaných služeb a tlak na úspornost. Lůžková zařízení metodu užívala do roku 1997.<sup>222</sup>

Výkonová platba má svým mechanismem nejbližší k soukromému systému financování typu fee-for-service. Vzhledem k tendenci motivovat lékaře k nadužívání zdrojů musí pojišťovny objem výkonů významně regulovat. „*Financování ambulantních specialistů představuje z hlediska financování jejich výkonů asi nejvíce problémovou oblast, neboť systém financování zřetelně neuspokojuje obě strany, lékaře i pojišťovny. Předpokládá se však, že část odborných lékařů by mohla v budoucnosti přejít na systém kapitačních plateb.*“<sup>223</sup>

#### 4.2.3. Globální rozpočty

Globální granty/rozpočty jsou formou úhrad, ve které je nemocnici poskytován rozpočet na pokrytí (s výjimkami) všech služeb. Významným prvkem je stanovení výdajového stropu, který objem poskytnutých služeb limituje. Rozpočtem je rámcově upraven jak jejich objem, tak hypotetická jednotková cena.<sup>224</sup> Kupujícím může být podle

218 Výjimkou jsou hrazené výkony stomatologů, které jsou ohodnoceny přímo v Kč (Příloha č. 11 k vyhlášce č. 324/2014 Sb.)

219 § 17 odst. 4 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

220 Kde je však mnoho výkonů vyňato z úhrad ze zdravotního pojištění a těžištěm zisku se stávají přímé platby. (srov. příloha č. 1 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.)

221 V tomto případě však přistupují jako významné zdroje úhrady za ujetou vzdálenost a v případě příspěvkových organizací i případná finanční dopomoc z rozpočtu zřizovatele.

222 ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. 2013. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. upr. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8.

223 ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. 2013. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. upr. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8. s. 85.

224 Tato paušální úhrada však na rozdíl od výkonového hrazení nepodléhá cenové regulaci podle § 10 odst. 1 zákona o cenách. (Rozhodnutí velkého senátu Nejvyššího soudu, občanskoprávního a obchodního kolegia ze dne 19. 9. 2007, sp. zn. 31 Cdo 3142/2006)

uspořádání systému stát, jeho instituce, pojišťovny či jejich sdružení apod. Má se však za to, že existence pouze jednoho subjektu, který péči nakupuje, je pro tento model nejefektivnější. Globální rozpočty užívá například Austrálie, Kanada, Dánsko, Irsko, Mexiko, Nový Zéland, Norsko, Švédsko a v nemocnicích sociálního zabezpečení např. Španělsko či Francie.<sup>225</sup> Paušální platby znala ČR v případě nemocnic po roce 1997.

Mezi výhody rozpočtového financování je možné zařadit snadné řízení nákladů v globálním měřítku a zejména možnost nakupujících distribuovat prostředky podle různých potřeb regionů, ať už z důvodu různého demografického složení či zdravotní rizikovosti dané oblasti. Tvorba rozpočtu je navíc vázaná na znalost dosavadních poměrů poskytovatele – objemu péče, který jeho pacienti potřebovali a cenu, za kterou se jim jí dostalo. Tím je umožněna kontrola efektivního vynakládání prostředků nakupujícím. Nevýhodou systému je ekonomická hrubost systému a zaměření takřka pouze na ekonomická kritéria. Vztah ke kvalitě poskytované péče je minimální, tu je třeba řešit samostatně. Celková částka za veškerou péči také vyžaduje precizní součinnost obou stran při tvorbě rozpočtu z hlediska lékařské odbornosti. Pouhý důraz na snižování celkových nákladů motivuje poskytovatele snižovat jednotkovou cenu k únosné hranici stejně jako upřednostňovat zejména služby s výhodným poměrem cena/výdaj či počet výkonů prostě omezovat.

#### 4.2.4. Diagnosis Related Groups

V 80. letech 20. století vznikl zcela nový koncept pro klasifikaci a oceňování lékařské péče.<sup>226</sup> Je postaven na předpokladu, že je možné na základě diagnózy rozřadit pacienty do skupin, ve kterých budou případy podobné z hlediska medicínského řešení i finančních potřeb. Úhrada podle DRG pak oceňuje daný případ na základě diagnózy a dalších parametrů, bez ohledu na počet výkonů, které poskytovatel služeb k jeho zvládnutí potřeboval. Systém se tak z hlediska jemnosti zachycení lékařské práce řadí

---

225 BARTÁK, M. 2010. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8. s. 98-99.

226 Systém vyvinula univerzita v Yale v USA pro potřebu federálního programu Medicare. Poprvé byl zaveden v roce 1983 (ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. 2013. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. upr. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8. s. 94)

mezi výkonovou a paušální platbu. Jeho užití má smysl tam, kde je součástí řešení diagnózy hospitalizace a určitý minimální počet výkonů.

Principem metody je rozřazení pacientů do jednotlivých diagnostických skupin, ve kterých se jednotlivé případy podobají. K tomu slouží atributy tzv. hospitalizačního případu.<sup>227</sup> Jsou jimi zejména hlavní a vedlejší diagnóza, délka hospitalizace, věk, pohlaví, komorbidita, komplikace léčby a tzv. kritický výkon. Všechny tyto parametry pak slouží soustavě algoritmů (Grouper) jako vstupní hodnoty pro zařazení pacienta do diagnostické skupiny. Hrazeny jsou jednotlivé případy podle relativní váhy své skupiny násobené základní sazbou. DRG jsou vertikálně systematizovány. Prvním větvením jsou tzv. MDC (Major Diagnostic Categories), kterých je v ČR 25 a kromě těch, které popisují výjimečné či chybné případy jsou rozděleny podle postižených orgánových systémů. V druhé fázi větvení už dochází na skupiny podobných případů, tzv. DRG baze. Ty se dále dělí podle přítomnosti a závažnosti komplikací či komorbidit na tři DRG skupiny. Celkový počet těchto skupin záleží na konkrétním klasifikačním systému.<sup>228</sup> Jejich seznam uvádí úhradová vyhláška.<sup>229</sup> DRG v ČR využívá ke kódování nemocí klasifikaci MKN-10.<sup>230</sup>

DRG fungují nejen jako nástroj finančního ohodnocení zdravotnických služeb, jsou také užitečným zdrojem dat pro srovnání jednotlivých poskytovatelů. Každé skupině je přiřazena relativní váha, která vychází z poměru nákladnosti DRG skupiny vůči průměru. Vypočítá se z dat za referenční období jako podíl průměrných nákladů na případ ve skupině a nákladů na průměrný případ celkově. Z hlediska hodnocení jednotlivých poskytovatelů je užitečným nástrojem tzv. casemix, případně casemix index. První je součtem relativních vah hospitalizačních případů sledovaného subjektu/subjektů (nemocnice, oddělení, region) za časové období. Vydělením výsledné

---

227 „Hospitalizační případ je pro potřeby DRG časově vymezen pobytem nemocného v jedné nemocnici, který nebyl přerušen na více než 1 kalendářní den ode dne přijetí na akutní lůžko do dne ukončení hospitalizace na akutním lůžku.“ (NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. 2015a. [cit. 18. 8. 2015] Metodika sestavení případu hospitalizace 012. Dostupné na WWW: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicke-materialy-pro-rok-2015\\_9906\\_1058\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicke-materialy-pro-rok-2015_9906_1058_3.html).)

228 IR-DRG systém v ČR pracuje s 636 skupinami. (ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. 2013. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. upr. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8. s. 95) Od 1. 1. 2015 platí v ČR aktualizovaná verze IR-DRG (International Refined Diagnosis Related Groups) podle sdělení Statistického úřadu č. 274/2014 Sb.

229 Přílohy č. 9 a 10 vyhlášky č. 324/2014 Sb.

230 MATUŠEK, Z. 2011. *DRG systém v ČR*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Ústav zdravotnického managementu. s. 20.



hodnoty počtem případů vznikne CMI. Ukazuje průměrné relativní náklady na jeden případ.<sup>231</sup> Na základě CMI lze usuzovat<sup>232</sup> na efektivitu poskytování služeb v daném lůžkovém zařízení.

V ČR začala se zaváděním pilotních projektů DRG v roce 1997 VZP. Od roku 2001 se projektu chopilo MZČR. Koordinací projektu bylo pověřeno Národní referenční centrum.<sup>233</sup> DRG se postupně staly převažujícím nástrojem financování hospitalizačních zařízení v ČR i západních zemích<sup>234</sup> na úkor paušálů a výkonových plateb.<sup>235</sup> U velkých nemocnic je však zapotřebí vzít v úvahu fakt, že velká část nákladů je fixních, tzn. nezávislých na poskytování zdravotních služeb. Zda se má efektivita hospitalizací promítnout i do těchto nákladů, jako by tomu bylo v případě financování výlučně podle DRG, je otázkou.

Pozitiva DRG spočívají jednoznačně v transparentnosti a jednotnosti financování. Není tajemstvím, že financování českých nemocnic trpělo zejména v devadesátých letech velikými rozdíly ve financování jednotlivých zařízení. Prostředky, které pojišťovny hradily jednotlivým nemocnicím za srovnatelnou péči se, pokud je autorovi známo, v případě srovnatelných menších zařízení lišily i více než dvojnásobně. Jednotná klasifikace i její ohodnocení by měly platby sjednotit, což je také jednou z priorit MZČR v této oblasti.<sup>236</sup> Další výhodou je tlak na efektivitu zvládnutí případu jako celku a redukci počtu vyšetření. Odpadá i administrativní zátěž, neboť objem dat potřebných pro fungování DRG je oproti předchozím mechanismům až o dva řády nižší.<sup>237</sup> Obrovskou výhodou DRG je možnost nastavením relativních vah upravovat

---

231 MATUŠEK, Z. 2011. *DRG systém v ČR*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Ústav zdravotnického managementu. s. 25.

232 Při zvážení faktorů jakými jsou personální a věcné vybavení poskytovatele, specifika regionu apod.

233 Od 1. 1. 2015 byly úkoly spojené s DRG převedeny z NRC na ÚZIS. (NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. 2015b. *Ukončení kultivace DRG v NRC*. [online] 1. 7. 2015 [cit. 18. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://nrc.cz/aktualne/novinky/ukonceni-kultivace-drg-v-nrc>.)

234 Německé nemocnice jsou již od roku 2003 hrazeny formou DRG (celkem 40 hlavních diagnostických skupin). Platba za ošetrovací den se skládá právě z platby za diagnózu, provozní a ošetrovací sazby. (JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 95.)

235 ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. 2013. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. upr. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8. s. 98.

236 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2014b. [cit. 18. 8. 2015] *Ministerstvo zdravotnictví představilo projekt DRG restart*. Dostupné na WWW: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-predstavilo-projekt-drg-restart-9803\\_3030\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-predstavilo-projekt-drg-restart-9803_3030_1.html).

237 MATUŠEK, Z. 2011. *DRG systém v ČR*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Ústav zdravotnického managementu. s. 46.

atraktivitu jednotlivých odvětví či přímo diagnóz pro poskytovatele, a tím eliminovat přesun jejich pozornosti pouze do lukrativních oblastí.

Mezi negativa je nutno zařadit nutnou normalizaci případů. Přes snahu nalézt podobné znaky napříč spektrem neexistují v celém zdravotnictví dva stejní pacienti. Systém tak spoléhá na zákony velkých čísel, tedy na to, že při dostatečně velkém objemu případů dané skupiny u poskytovatele dojde k redukci statistické odchylky na nulu a tím i k omezení špatného hodnocení (finančního a efektivnostního). Nevýhodou je i závislost výše úhrady na délce hospitalizace. Pacient, jehož hospitalizace se vejde do stanoveného časového rozmezí pro danou skupinu (inlier), vydělá poskytovateli za každý další den nezanedbatelnou částku. Redukce úhrad je významná až mimo horní a dolní mez hospitalizace (pacienti = outliers), kdy hrozí nebezpečí v prvním případě systému (plýtvání) a ve druhém pacientovi (předčasné propuštění). Další nevýhodou systému je možnost „efektivně s ním pracovat“. Z oblíbených způsobů práce lékařů se zařazováním pacientů do DRG je možné zmínit např. záměnu hlavní a vedlejší diagnózy, (pokud obě nastaly v podobnou dobu) či přesuny pacientů mezi odděleními „z kapacitních důvodů“.

### 4.3. Úhradové vyhlášky

Úhradová vyhláška<sup>238</sup> je právní předpis vydávaný každoročně MZČR na základě zmocnění<sup>239</sup> zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Ten říká, že vyhláškou se stanoví seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.<sup>240</sup> Rozsah úhradové vyhlášky upravuje také výši a podmínky úhrad zdravotních služeb poskytovatelům z veřejného zdravotního pojištění a regulační omezení těchto úhrad. V současné podobě se také vyhláška netýká jen ocenění výkonů stricto sensu, ale i DRG skupin, které zastávají v úhradách obdobnou roli. Jelikož se nejedná o úpravu poskytování bezplatné péče pojištěnci, ale o úpravu úhrad této péče poskytovatelům, postačí v tomto případě

---

238 Pro rok 2015 se jedná o předpis č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015.

239 Podle čl. 79 odst. 3 zák. č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky.

240 § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

podzákonná forma normativního právního aktu.<sup>241</sup>

Na úhradové vyhlášky jsou kladeny vysoké nároky co se ústavní konformity týče, neboť se zde střetává ekonomická realita s ústavně zaručenými právy na ochranu zdraví a na svobodné podnikání. Častým argumentem ve sporech o podobu vyhlášky je také předvídatelnost práva. ÚS dokonce přikročil k jejímu<sup>242</sup> zrušení pro rok 2013,<sup>243</sup> byť tak učinil s odkladem účinnosti, takže nález ponechal pouze jako výkladový nástroj, kterým se ale také pro futuro musí tvůrce vyhlášky řídit.

V první řadě poznamenal, že právo podnikat podle čl. 26 LZPS se vztahuje i na poskytovatele zdravotních služeb a jejich legitimním očekáváním je možnost tvorby zisku. Případná cenová regulace do práva zasahuje, a je proto nutné ji užívat výjimečně a s ohledem právě na možnost tvorby zisku. LZPS předpokládá možnost omezení některých povolání nebo činností zákonem, je však třeba šetřit podstaty práva.<sup>244</sup>

Další otázka řešená ÚS se týkala předvídatelnosti právní úpravy. Ta má vliv na možnost poskytovatele rozvážit prostředky na další rok a uzpůsobit tomu svoji strategii. Nutno přiznat, že úhradová vyhláška obsahuje množství vzorců s mnoha proměnnými. Samotnou složitost výpočtových mechanismů však podle ÚS, za předpokladu, že jsou při správném užití dostatečně určité, nelze považovat za nepředvídatelnost. Nepředvídatelné jsou naopak srážky z úhrad nadlimitní péče, je-li pojišťovně dána možnost uplatňovat tyto selektivně. V daném případě šlo o možnost pojišťovny neuhradit polovinu ceny za léčivé přípravky a zdravotní prostředky, o kterou poskytovatel překročil úhradu za referenční období (rok 2011). Riziko libovůle a fakt, že regulace preskripcí nebyla úměrná regulaci objemu služeb (tedy poskytovatel v rámci poskytování nasmlouvaných služeb musí lege artis předepisovat léčiva, která již budou hrazena jen částečně) uznal ÚS jako v rozporu se zásadou předvídatelnosti.<sup>245</sup>

---

241 Novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 2/1998 Sb., bylo stanoveno, že v případě nedohody zainteresovaných subjektů stanoví hodnotu bodu a výši úhrad vláda ČR rozhodnutím. Takto vydané rozhodnutí bylo napadeno u Ústavního soudu. ÚS konstatoval, že obsahově je takovéto stanovení normativním právním aktem a jako takové musí splňovat náležitou formu. Jediným normativním právním aktem, který vláda může přijímat, je podle čl. 78 Ústavy ČR nařízení. Pro tuto neshodu obsahu a formy bylo dotčené ustanovení soudem zrušeno. (Nález ÚS ze dne 23. 5. 2000 sp. zn. Pl. ÚS 24/99)

242 Vyhláška č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013.

243 Nález Ústavního soudu ze dne 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13.

244 Bod 44 – 46 nálezu Ústavního soudu ze dne 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13.

245 Bod 57 – 62 nálezu Ústavního soudu ze dne 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13.

Za velmi pozitivní je nutno označit zdrženlivý přístup ÚS v otázce paušálního snížení úhrad zdravotních služeb (o 2 %). ÚS konstatoval, že přestože snížení přišlo v době, kdy naopak stoupal objem prostředků vybraných na zdravotním pojištění, je věcí zákonodárce, jakým způsobem bude udržovat životaschopnost systému. ÚS by považoval (obiter dictum) za nutné zasáhnout, kdyby tak stát fakticky znemožnil podnikání v oblasti, ve které ho sám povolil. Pouhé ztížení podmínek podnikateli nestačí.<sup>246</sup>

Protiústavním naopak bylo shledáno snížení hodnoty bodu (pro výkony poskytnuté nad sjednaný limit úhrad) pro ambulantní specialisty o více než 60 %. ÚS rozlišuje mezi ztrátou poskytovatele-podnikatele způsobenou povahou vlastní činnosti (ústavně konformní) a ztrátou z důvodu nastavení úhrad, kterým se nelze vyhnout (např. při poskytování neodkladné péče).<sup>247</sup> Nelze proto jednoduše snížit hodnotu úhrady nadlimitní péče pod cenu režijních nákladů, aniž by přitom existoval mechanismus, jakým se domoci úhrady plné částky v odůvodněných případech.<sup>248</sup>

Nelze také stavět smluvní a nesmluvní poskytovatele (jde-li o poskytování neodkladné péče, která je zákonnou povinností poskytovatele a již je podle výše uvedených judikátů pojišťovna povinna hradit i nesmluvnímu zařízení) do takové nerovnosti, jež by (v konkrétním případě snížením úhrady neodkladné péče na 75 % u nesmluvních poskytovatelů) postavila jednu skupinu do situace, kdy bude péči dotovat ze svého. Problém tedy spočíval v konkrétní výši regulace a v tom, že se týkala právě neodkladné péče. Samotný cíl úpravy, tedy motivovat poskytovatele k uzavírání smluv s pojišťovnami, je podle ÚS legitimní.<sup>249</sup>

Na příkladu úhradových vyhlášek lze demonstrovat šírku manévrovacího prostoru pro případné úhradové racionalizace zdravotního systému. Výrazným

---

246 Bod 66 – 67 nálezu Ústavního soudu ze dne 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13.

247 Bod 68 – 74 nálezu Ústavního soudu ze dne 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13.

248 To se týká zejména neodkladné péče. Už Nejvyšší soud přitom dovodil, že „pokud zdravotnické zařízení poskytlo nutnou a neodkladnou péči pojištěnci zdravotní pojišťovny, je příslušná zdravotní pojišťovna povinna tuto péči mu uhradit i v situaci, že dohodnutý finanční limit byl v daném období vyčerpán.“ (Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 27. dubna 2011, sp. zn. 25 Cdo 3507/2008) ÚS názor nejen potvrdil, ale ještě rozšířil: „Uvedený závěr považuje i Ústavní soud za ústavně plně konformní; je však třeba doplnit, že tento závěr - sám o sobě - nepokrývá všechny v úvahu přicházející případy, kdy lze smluvně dohodnutý objem zdravotní péče překročit (např. nárůst počtu pacientů dané pojišťovny, preskripce léků u chroniků apod.)“ (Nález Ústavního soudu ze dne 13. 9. 2011, sp. zn. 2785/08)

249 Bod 78 – 84 nálezu Ústavního soudu ze dne 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13.

omezením (bez hodnotícího znaménka) je skutečnost, že zdravotnictví není plně podřízeno prospěchu pacienta, ale že ústavní ochranu zde ve významném rozsahu požívá i poskytovatel služeb coby podnikatel a že je mu také přiznáváno právo usilovat o zisk.

#### 4.4. Přidělování financí a břemeno nadlimitních nákladů

Každý veřejný systém zdravotnictví musí pro případ omezených zdrojů vyřešit tři základní otázky:

1. Je možné, narazí-li indikace (*lege artis*) postupu na nedostatek financí, tento postup neprovést, případně zvolit levnější avšak méně vhodnou variantu?
2. Podle jakých kritérií je rozhodováno o tom, komu bude péče poskytnuta a komu ne?
3. Kdo má právo a povinnost takto rozhodnout?

Listina základních práv a svobod rozsah péče ani jeho omezení nestanoví. Právo na ochranu zdraví přiznává obecně a podmínky jeho realizace deleguje na zákon.<sup>250</sup> Ten stanoví taxativně omezující podmínky,<sup>251</sup> za kterých jsou dále uvedené zdravotní služby hrazené. Jsou jimi:

- bezpečnost služby, adekvátnost zdravotnímu stavu pacienta a účelu léčby
- kritérium *lege artis*<sup>252</sup> a
- existence důkazů o jejich účinnosti („evidence based medicine“).

Kritéria obsažená v těchto ustanoveních jsou odborná, zdravotnická. Zákon mezi omezující podmínky nezařazuje ekonomickou dostupnost zdravotní služby. De lege lata tedy odborně správná indikace zdravotní služby zakládá nárok pojištěnce na jeho úhradu ze systému veřejného zdravotního pojištění.<sup>253</sup> V procesu rozhodování o nároku

---

250 Čl. 31 LZPS.

251 § 13 odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

252 Definice *lege artis* § 13 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotním pojištění je širší než vymezení v zákoně o zdravotních službách a odkazem na dostupné poznatky lékařské vědy odpovídá definici, kterou užíval zákon o péči o zdraví lidu.

253 § 11 odst. 1 písm. d) zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

na úhradu hrají roli účast na pojištění a lékařská věda, naopak finanční hledisko zde místo nemá. Nedostupnost dalších prostředků proto nemůže být důvodem odmítnutí zdravotní péče.

Přesto takové odmítnutí ekonomická realita vyžaduje a s rozvíjejícími se možnostmi medicíny a souvisejícími náklady se tak bude dít stále častěji. Ústavní soud k tomu poznamenal: „*Nárok občanů na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky je vázán na ústavní požadavek a rámec veřejného pojištění. Systém veřejného pojištění je jako každý pojišťovací systém limitován objemem finančních prostředků (...) (p)rávo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky je tu zúženo na rozsah veřejného pojištění a je tedy odkázáno na retribuci pojistných částek.*“<sup>254</sup> Přestože se posledních dvacet let vývoj v ČR neomezil pouze na redistribuci pojištění, ale ukázal také na možnost vícezdrojového financování, hlavním zdrojem zůstávají prostředky získané od pojištěnců. Ústavní soud výslovně připouští takové uspořádání, které bude vycházet z omezenosti systému objemem peněz (pokud bude naplněna ústavním pořádkem požadovaná forma zákona). Toto uspořádání musí nutně odpovědět (v určitém ohledu kladně) na první otázku z úvodu této kapitoly. Na právní mezery v tomto ohledu upozorňuje i Šustek a kol.: „*Pokud uvážíme dnes již reálné situace, že by poskytnutí potenciálně prospěšné zdravotní péče konkrétnímu pacientovi ze skupiny, splňující stejné předpoklady, nebylo možné z důvodů nikoliv medicínských, ale výhradně ekonomických (...), právní postup bychom hledali marně.*“<sup>255</sup>

Dlužno poznamenat, že určitý posun v této otázce se pokusila učinit např. administrativa ministra zdravotnictví Leoše Hegera v souvislosti s přijímáním zákona o zdravotních službách. Podle něj má „*pacient právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni.*“<sup>256</sup> Limitující klauzuli obsahuje výkladové ustanovení, které říká: „*Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.*“<sup>257</sup> Tato změna se

---

254 Nález Ústavního soudu ze dne 10. 7. 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95.

255 ŠUSTEK, Petr, Karel HLAVÁČEK a Michaela POVOLNÁ. Právní aspekty racionalizace zdravotní péče. In: SVOBODA, P., ONDŘEJEK, P., ŠUSTEK, P., a kol. 2013. *Filosofické a právně teoretické aspekty lidských práv*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. 120 s. ISBN 978-80-87146-88-0. s. 110.

256 § 28 odst. 2 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

257 § 4 odst. 5 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

však v praxi při definování lege artis postupu neprosadila, a to z důvodu svého systematického zařazení v právním řádu. Pokud by mělo být např. snížení standardu léčby pro nedostatek financí považováno za legální postup (nikoli lege artis, ale nejlepší možný), bylo by nutné upravit tuto problematiku zákonem o veřejném zdravotním pojištění, který se věnuje otázce rozdělení prostředků. Zákon o zdravotních službách naproti tomu vymezuje standard toho, co lze považovat za lege artis, a akceptace jeho platného znění by hrozila vytvořením regionálně odlišných standardů lege artis péče navzdory objektivním výsledkům lékařské vědy. Z těchto důvodů se zatím soudní praxe v civilních sporech nepřiklonila ke změně vnímání „náležité odborné úrovně“ podle ekonomických kritérií a výkladové ustanovení v tomto ohledu neakceptovala.

Nereálnost normy, která nabízí to, co stát nabídnout nemůže, vede k vytvoření praktických mechanismů řešení situace. Některé z nich je možné označit za legální, jiné nikoli, faktem ovšem zůstává, že jejich „volba“ a provedení klade na zúčastněné subjekty nemalé nároky a že, a to považujeme za zásadnější, stát (resp. zákon) v těchto případech ztrácí možnost ovlivnit kritéria distribuce pojistného. Lze tedy říci, že systém, který neuznává svoji omezenost ztrácí takové nástroje rozdělování, které mohou vést ke spravedlivému výsledku.

V praxi totiž poskytovatel v situaci, kdy zhodnotí indikaci určitého postupu jako správnou, avšak za hranicí toho, co mu bude pojišťovnou uhrazeno, volí mezi finanční ztrátou (zdravotní službu uhradí ze svých prostředků) a odpovědností za protiprávní jednání. Toho se dopustí např. užitím levnějších avšak méně vhodných materiálů, postupů apod. Nadto se ve snaze situaci vyřešit může přidat riziko odpovědnosti za nepravdivé či neúplné vedení zdravotnické dokumentace.

Současně vzrůstajícím trendem v oblasti neakutní péče je apelace poskytovatele na zdravotní pojišťovnu s výzvou k úhradě i nad rozsah vzájemné smlouvy, a to z důvodu práva pacienta na úhradu a nemožnosti poskytnout non lege artis službu. Tato metoda byt' většinou úspěšná s sebou nese dva zásadní negativní momenty. Prvním je čekací doba pro pacienta na rozhodnutí pojišťovny a s ní spojený diskomfort či rizika. Je-li doba příliš dlouhá, může se stát sama právně relevantní skutečností a postavit postup do rozporu se zákonem zajištěnými právy pojištěnců. Ochota poskytovatele jít do konfrontace s pojišťovnou také do značné míry závisí na jeho vyjednávací pozici.

Riziko ztráty smlouvy zejména s VZP je často dostatečnou motivací pro převzetí finančního břemene. Druhým momentem je finanční zátěž na systém veřejného zdravotního pojištění. Domůže-li se každý pacient práva na úhradu péče v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy, systém v současné podobě neobstojí.

Základem problému je podle všeho uspořádání vztahů, které zahrnuje linii pojištěnec – poskytovatel a pojišťovna – poskytovatel. Pojištěnec od poskytovatele dostane službu, na kterou má nárok a je na poskytovateli, aby úhradu vyžádal od pojišťovny, avšak s přihlédnutím k praxi a vyjednávacímu postavení menších poskytovatelů bez záruky, že úhradu obdrží.

Řešení může spočívat v převodu povinnosti vyjednat úhradu od pojišťovny na pojištěnce. I v prostředí, které se řídí komerčními principy je přitom možné, aby úhradu služeb ve většině případů žádal od pojišťovny právě její pojištěnec. Pokud se jedná o enormní náklady spojené s plánovanými výkony, je zajisté možné nastavit systém tak, aby pojišťovna uhradila poskytovateli výkon předem nebo se zavázala, že tak posléze učiní. Poskytovatel je garantem odborné stránky služby, pojišťovna by v tomto případě převzala plně svůj úkol, totiž vyřizovat finanční záležitosti spojené s poskytováním služeb. Nelze také přehlédnout výchovný moment, kdy se pojištěnec musí sám zajímat o cenu svého zdraví.

#### 4.5. Prevence<sup>258</sup> – rozdělení prostředků v rámci hierarchie poskytovatelů

Jestliže v předchozích tématech dominovaly na jedné straně distributivní a na straně druhé sociální spravedlnost ovládané principy zásluhovosti a rovnosti, v otázce prevence jde téměř výhradně o efektivitu systému. Spravedlnost pak lze shledat v tom,

---

<sup>258</sup> Rozlišujeme prevenci primární, sekundární a terciární. Primární se zjednodušeně týká zdravého životního stylu a omezování obecných rizikových faktorů. Sekundární a terciární jsou pak již předmětem činnosti zdravotnictví. V prvním případě jde o včasný záchyt problému u asymptomatických jedinců, ve druhém o prevenci následků a komplikací u člověka s již stanovenou diagnózou. (ŠEFLOVÁ, A. 2009. *Prevence jako součást zdravotní politiky ČR*. Diplomová práce. Brno. Masarykova univerzita. Ekonomicko-správní fakulta. s. 17) Není-li uvedeno jinak, kap. 4.5. se věnuje sekundární prevenci.



že k ušetřeným prostředkům se dostane ten člověk, jehož problém naopak nebylo možné odstranit včasným vyšetřením a zásahem.

Zejména na příkladu USA je možné demonstrovat, jak neregulovaný liberalismus ve zdravotnictví přesouvá těžiště služeb do drahých, specializovaných výkonů s nízkou nákladovou efektivitou, zatímco prevenci podporují zejména integrované systémy typu HMO's či přímo federální vláda; jinak je tato fáze služeb poddimenzovaná.

Z praxe přitom známe mnoho diagnóz, kde přímo úměrně včasnosti záchyty stoupá šance na přežití i kvalita života.<sup>259</sup> Současně velmi často klesá nákladovost pacienta. Tento obecný poznatek nejlépe dokumentuje příklad kolorektálního karcinomu,<sup>260</sup> jehož průběh dělíme na čtyři stadia:

Stadium	Šance na pětileté přežití
I. (nádor se omezuje na střevní stěnu)	94,0%
II. (nádor prorůstá do okolních tkání)	75,0%
III. (postiženy jsou lymfatické uzliny)	57,0%
IV. (metastázy jsou na vzdálených místech)	2,4%

Zdroj: Musil<sup>261</sup>

Přidržíme-li se příkladu, je zřejmé, že pokud by se všichni rizikovní pojištěnci (zejm. muži 40+) povinně podrobili jednou za (méně než) deset let vyšetření,<sup>262</sup> rovnal by se počet diagnostikovaných onemocnění v 1. stadiu senzitivě vyšetření.<sup>263</sup> Léčba

259 Chápáno v QALY's i absolutně.

260 Onemocnění (nádor tlustého střeva či konečníku) bylo v nedávné době klasifikováno jako druhá nejčastější onkologická diagnóza u žen, třetí u mužů v ČR. (MUSIL, D. 2003. Populační skrining kolorektálního karcinomu. *Endoskopie* [online] č. 3 [cit. 22. 8. 2015] Dostupný z WWW: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/913.pdf>.) Zejména díky preventivním screeningům stoupá incidence (tedy i úspěšná diagnostika) a klesá mortalita onemocnění. (INSTITUTE OF BIOSTATISTICS AND ANALYSES. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice*. 2015. [online] IBA [cit. 22. 8. 2015] Dostupné z WWW: <http://www.svod.cz/>.) Kolorektální karcinom je dobrým příkladem, neboť jeho cesta od tzv. prekancerózy (adenomové polypy) k malignímu stavu je dlouhá (řádově deset let) a má proto smysl vytvářet soustavu pravidelných vyšetření. Již v začátcích screeningů desetiletý program vyšetřování okultního krvácení ve stolici vedl ke snížení rizika úmrtí o 19 %. (MUSIL, D. 2003. Populační skrining kolorektálního karcinomu. *Endoskopie* [online] č. 3 [cit. 22. 8. 2015] Dostupný z WWW: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/913.pdf>.)

261 MUSIL, D. 2003. Populační skrining kolorektálního karcinomu. *Endoskopie* [online] č. 3 [cit. 22. 8. 2015] Dostupný z WWW: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/913.pdf>.

262 Srov. § 2 písm. e) bod 4 vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.

263 V současnosti mají všechny stadia podobné zastoupení. (srov. „klinická stadia“ in: INSTITUTE OF BIOSTATISTICS AND ANALYSES. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice*. 2015. [online] IBA [cit. 22. 8. 2015] Dostupné z WWW: <http://www.svod.cz/>.)

nezhoubných polypů je také daleko méně nákladná než u pokročilé rakoviny, nehledě na další náklady spojené s případnými pomůckami, invalidním důchodem pro pokročileji nemocné apod.

Druhou strnou mince k medicínské teorii v této oblasti je ochrana člověka soukromým právem, tak aby se mohl brát o své štěstí způsobem, ze kterého druzí nebudou mít bezdůvodnou újmu.<sup>264</sup> Jeho zájem je nadřazen zájmu společnosti<sup>265</sup> a jakýkoli zákrok lze provádět pouze se svobodným a informovaným souhlasem dané osoby.<sup>266</sup> Při omezení základních práv člověka musí být šetřeno jejich podstaty a smyslu.<sup>267</sup> Nařídít člověku podstoupení určitých zdravotních výkonů stát může, pokud k tomu existuje důležitý veřejný zájem ve smyslu veřejné bezpečnosti či práv druhých. Přístup šetřící autonomii vůle je však daleko od sociálního inženýrství, které by vyžadovalo ekonomicky ideální nastavení systému. Tvůrce zdravotní politiky proto musí při přesunu těžiště do primární péče využívat zejména motivačních a informativních nástrojů.

Nejen včasná diagnostika, žádoucí jsou i další přesuny pozornosti v rámci soustavy navazující péče. „Výrazným trendem je přesun těžiště zdravotní péče ze sféry nemocniční do sféry ambulantní a terénní. Důvodem je snižování nákladů (...) Významné jsou také psychologické a sociální důvody. Nemocný člověk léčený ambulantně není vytržen ze svého sociálního prostředí, kde snadněji získává psychologickou oporu a pomoc a jeho sociální role zůstává zachována“.<sup>268</sup> Dalším významným důvodem pro větší důraz na primární péči jsou nozokomiální nákazy<sup>269</sup>, které mohou hospitalizaci v některých případech učinit dokonce kontraproduktivní.

*„Preventivní zaměření zdravotnictví znamená větší zahrnování preventivních procedur do základního balíku služeb. Nejčastěji jde o onkologické screeningové*

264 § 3 odst. 1 zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Příčinná souvislost mezi spotřebováním zbytečných prostředků ze zdravotnictví a újmou toho, komu nebyla péče zaplácena logicky existuje, jakkoli je právně prakticky neuchopitelná.

265 Čl. 3 Úmluvy o biomedicíně.

266 Čl. 5 Úmluvy o biomedicíně.

267 Čl. 4 odst. 4 LZPS.

268 JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 85.

269 Aktuálním problémem je zejména Methicilin-rezistentní zlatý stafylokok (MRSA), jehož rezistence vůči léčivům v nových generacích stále stoupá, a i proto jsou na místě úvahy o způsobech, jak zamezit co největšímu počtu hospitalizací v případech, které nejsou nezbytné.

*programy, screening hladiny cholesterolu a hypertenze, antiobezitologické programy, antikuřácké programy a další.*“<sup>270</sup>

Prevenici může přinést žádaný progres kvality pouze v případě, pokud i důraz na její upřednostňování podléhá celkové racionalizaci systému. Zvyšovat procento prostředků zaměřené na včasné odhalení onemocnění s progredující nákladovostí lze do té doby, dokud analýza nákladové efektivity nezjistí „nepřiměřené“ prostředky na jeden další zachráněný život.<sup>271</sup>

#### 4.5.1. Prevence v ČR

Sekundární prevence je na území ČR vykonávána zejména činností lékařů primární péče, specializovaných pracovišť, lázní, zdravotních pojišťoven a orgánů veřejné správy:

Všechny čtyři typy registrujících poskytovatelů (lékaři primární péče) provádějí pravidelné preventivní prohlídky.<sup>272</sup> Ty jsou hrazeny z veřejného pojištění v rozsahu zákona.<sup>273</sup> Jejich obsah a časové podmínky stanoví vyhláška ministerstva zdravotnictví.<sup>274</sup> Zákon či jiný obecně závazný právní předpis mohou stanovit povinnost podrobit se preventivní prohlídce.<sup>275</sup> Za nesplnění této povinnosti může pojištěnci jeho pojišťovna udělit pokutu až 500 Kč, která se stane jejím příjmem.<sup>276</sup> Zákon o veřejném zdravotním pojištění však prohlídky označuje pouze za hrazené, nikoli povinné.<sup>277</sup> Odlišná je situace v pracovněprávních vztazích, kde je zaměstnanec naopak povinen

---

270 JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 84.

271 Srov. ŠUSTEK, P., HLAVÁČEK, K., POVOLNÁ, M. 2015. *Právo na zdravotní péči a jeho ekonomické limitace 1*. In: Výzkumné centrum pro lidská práva. [online] 10. 7. 2015 [cit. 20. 11. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.vclp.cz/news/pravo-na-zdravotni-peci-a-jeho-ekonomicke-limitace-1/>.

272 § 1 odst. 2 vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.

273 § 29 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

274 Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.

275 § 12 písm. e) zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

276 § 44 odst. 4, 6 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

277 § 29 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

podrobit se pracovnělékařským prohlídkám a posuzování zdravotní způsobilosti.<sup>278</sup>

V rámci terciární prevence je v ČR prováděna dispenzární péče. Patří mezi hrazené služby.<sup>279</sup> Nemoci, vady a stavy, pro něž je pacienta možné zařadit do dispenzární péče jsou stanoveny vyhláškou MZČR.<sup>280</sup>

Významným aktivním hráčem na poli prevence jsou také zdravotní pojišťovny. Již zmíněné diagnostické programy na odhalování nemocí v počátečním stádiu jsou buď přímo organizovány, či (většinou) pouze hrazeny zdravotní pojišťovnou na základě její konkrétní nabídky. Nabídka bonusů a preventivních programů je jedním ze zásadních faktorů, kterým se pojišťovny od sebe mohou v jinak silně regulovaném prostředí odlišovat. Pro tyto služby mohou vytvořit fond prevence. Z něj se hradí služby u nichž je prokazatelný preventivní, diagnostický nebo léčebný efekt. Prostředky do fondu pojišťovna může převádět v případě kladného hospodářského výsledku, a to z financí získaných činnostmi nad rámec všeobecného zdravotního pojištění.<sup>281</sup> Mezi častou nabídku patří např. orientační vyšetření, pomoc s odvykáním kouření, jednorázové příspěvky, „úhrady nákladů“ dárčům krve, pomoc při obezitě apod.<sup>282</sup>

Významnou součástí sekundární prevence jsou i tři organizované onkologické screeningové programy. Jejich cílem je zachytit nádory prsu,<sup>283</sup> tlustého střeva, konečníku nebo děložního hrdla a provádějí je akreditovaná pracoviště.<sup>284</sup> Onkologický screening adenomu prsní žlázy a kolorektálního karcinomu je i součástí preventivních prohlídek po 45-ti resp. 55-ti letech věku.<sup>285</sup>

---

278 § 56 zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

279 § 13 odst. 2 pís. a) a § 31 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

280 Vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči.

281 § 7 odst. 2 zák. č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně a § 16 odst. 4 zák. č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

282 Srov. např. (VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Výhody a příspěvky*. 2015a. [online] VZP [cit. 23. 8. 2015] Dostupné z WWW: <http://www.vzp.cz/klienti/vyhody-a-prispevky>.) nebo (ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA. *Průvodce preventivní péčí ZP MV ČR*. 2015. [online] ZPMV [cit. 23. 8. 2015] Dostupné na WWW: <https://eforms.zpmvcr.cz/jforum/forums/list.page>.)

283 Jedná se o mamografická vyšetření, která mají zachytit již případně existující nádor. Ke stanovení rizikivosti pacientky se užívají genetická vyšetření (polymorfismy genů BRCA1/BRCA2), která jsou však hrazena už pouze v případě indikace lékařem.

284 VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Preventivní prohlídky*. 2015b. [online] VZP [cit. 23. 8. 2015] Dostupné z WWW: <http://www.vzp.cz/klienti/programy-prevence/preventivni-prohlidky>.

285 „2 pís. e) bod 4 a 5 vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.

V rámci primární prevence je významnou službou očkování. V ČR patří mezi hrazené služby pravidelná očkování podle účinných látek<sup>286</sup> a některé taxativně určené vakcíny.<sup>287</sup> Pravidelná očkování jsou stanovena vyhláškou MZČR.<sup>288</sup> V rámci ochrany veřejného zdraví jsou osoby s trvalým pobytem a přechodným pobytem delším než 90 dní povinny se vyhláškou určeným očkováním podrobit.<sup>289</sup> Poskytovatel zdravotních služeb je pak povinen tato očkování provést.<sup>290</sup> Odmítnutí je přestupkem na úseku zdravotnictví a osobě, která se očkování nepodrobila, může být udělena pokuta až 10 000 Kč.<sup>291</sup> Těmto povinnostem, jejichž součástí je i zásah do osobní integrity (včetně rizika nepříznivé reakce organismu na očkování zejména u dětí, pokud se na tuto kontraindikaci ex ante nepřijde) se několikrát věnoval i Ústavní soud. Konstatoval, že povinné očkování proti infekčním nemocem je evidentně opatřením v demokratické společnosti nezbytným pro ochranu veřejné bezpečnosti, zdraví, práv a svobod druhých.<sup>292</sup> Současně uvedl, že je pro něj dostatečnou zárukou „*šetření podstaty a smyslu práv*“ výjimka z povinnosti očkování podstoupit v případě neúčinnosti či kontraindikace.<sup>293</sup> Žel, nepříznivá reakce organismu na danou látku patří mezi často předem nezachycená rizika a může být spojena s fatálními následky zejména u dětských pacientů. Tato riziková situace je nepříjemná i pro druhou stranu – poskytovatele zdravotních služeb, neboť stát sice povinnost podrobit se očkování stanoví, nepřejímá však odpovědnost za případné následky. Tu nese v případě škody na zdraví poskytovatel (jako garant lege artis postupu); ten má však povinnost zdravotní službu provést uloženu ze zákona.

Z hlediska přesunutí těžiště zdravotních služeb do primární péče je důležitá organizace návaznosti jednotlivých segmentů zdravotnictví. Jedná se obecně o slabší stránku českého systému. Koordinátorem zdravotní péče o pojištěnce je praktický lékař ( PL pro děti a dorost). Případná návštěva specialisty či specializovaného zaměření by

---

286 § 30 odst. 2 pís. a) zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

287 § 30 odst. 2 pís. b) zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

288 Vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem.

289 § 46 odst. 1 zák. č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

290 § 45 odst. 2 zák. č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

291 § 29 odst. 1 pís. f) a odst. 2 zák. č. 200/1990 Sb., o přestupcích.

292 Nález Ústavního soudu ze dne 3. února 2011, sp. zn. III. ÚS 449/06.

293 Nález Ústavního soudu ze dne 27. ledna 2015 sp. zn. Pl. ÚS 19/14, dotčené ustanovení: § 46 odst. 2 zák. č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

se měla odehrát na jeho doporučení po zvážení všech pro a proti. Praxe je u nás zatím, bohužel, jiná. Pacient má totiž ke specialistovi volný přístup. Podobně je návaznost nastavena např. v Německu.<sup>294</sup> Institutem, který danou problematiku řeší je již zmíněný gatekeeping. Specialistu (např. ve Velké Británii) může pacient navštívit pouze na doporučení lékaře primární péče. Netřeba dodávat, že podobná úprava slouží k zamezení plýtvání prostředky, kdy člověk v praxi často vyhledá přímo drahou lékařskou pomoc, či prodlouží zbytečně čekací doby na základě dojmu či poplašné zprávy získané např. z internetových zdravotních rádců. V ČR byla podobná možnost zvažována v souvislosti s poplatkovou politikou zdravotnictví, k její realizaci nicméně nikdy nedošlo.<sup>295</sup>

---

294 JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 94.

295 PERGL, V. 2010. *Návštěva specialisty bez doporučení by měla stát 200 Kč, navrhuje ministr*. In: Novinky.cz [online] 24. 6. 2010 [cit. 23. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.novinky.cz/domaci/206794-navsteva-specialisty-bez-doporuceni-by-mela-stat-200-kc-navrhuje-ministr.html>.

## 5. Rozdělení prostředků mezi pojištěnce

Nejdůležitější úrovní distribuce ve zdravotnictví je rozdělení prostředků v širším slova smyslu mezi konečné adresáty – pojištěnce, neboť ono je primárním důvodem existence celé soustavy. K realizaci práva na ochranu zdraví je třeba, aby měl pojištěnec k dispozici personální a materiální zázemí zdravotních služeb, dostupných v odpovídající kvalitě a rozumném čase, dále přidělený balík financí, kterým bude své potřeby kryt a nakonec fungující právní pozadí, které mu zajistí reálnou vymahatelnost předchozích dvou jistot. Zejména peněžní částka v absolutním tvaru i relativní podobě vůči ostatním je zdrojem třenic různých pohledů na distribuční politiku, ať už teoretických či obsažených ve společenské diskusi.<sup>296</sup>

### 5.1. Kritéria rozdělování nedostatkových financí

Využijme nyní teoretické koncepty spravedlnosti nastíněné v úvodu a přenesme je do zdravotnické oblasti. Skutečným jádrem celé distributivní problematiky je rozdílnost lidí. Projevuje se rozdílným potenciálem zdraví, jinými nemocemi získanými za života, různým sociálním zázemím, schopností zdravotní problémy řešit a předcházet jim a v neposlední řadě různým finančním zázemím, díky kterým se mohou lidé dostat ke zcela odlišným standardům zdravotních služeb.

Rozdíly jsou jediným důvodem potřeby redistribuce a lze na ně hledět jako na nespravedlnost (ve smyslu hodnotového soudu) či jako fakt (ve smyslu skutkového stavu). Kritérium rozdělování, které se nejvíce věnuje rozdílům je *rovnost*. Zatímco

---

<sup>296</sup> Na úvod této kapitoly učinme poznámku: diskuse nad omezením nerovností ve zdraví zejména v evropských dokumentech často sklouzává k otázkám podpory zdraví, sociálního prostředí, vzdělání a dalších determinant sociálního charakteru, jejichž vliv na úroveň zdraví obyvatel je nepopíratelný, nicméně vybočuje z vymezeného tématu DP – zdravotnictví. Kap. 5 se tedy z kapacitních důvodů omezuje pouze úzké téma rozdělení veřejných financí na zdravotní služby, byť autor uznává, že podpora vzdělanosti, redukce chudoby a další celospolečenské procesy mají (vyjádřeno i ukazateli zdraví) ve zdravotní politice zásadní význam.

čeština užívá slovo „nerovnost,“ angličtina umožňuje rozlišovat termín „inequity“ a „inequality.“ Inequity je normativního charakteru, tedy hodnotově orientovaná („nespravedlnost“) zatímco inequality popisuje stav („nestejnost“). Z práce Bravemana a Gruskina vyplývá, že nelze paušalizovat inequity jako nežádoucí a inequality jako nutnou. Příkladem akceptovatelné inequality je fakt, že mladší člověk je zdravější či že se dívky rodí s nižší porodní váhou. Za nespravedlivé považují naopak neopodstatněné rozdíly ve výživě či rozdíly spočívající na etnickém nebo rasovém základě.<sup>297</sup> WHO definuje ekvitu ve zdraví jako „nepřítomnost rozdílů mezi skupinami lidí, jež nejsou nevyhnutelné nebo jsou zvládnutelné, liší-li se tyto skupiny společensky, ekonomicky, demograficky nebo geograficky.“<sup>298</sup>

Rovnost jako princip ve zdravotnictví je nutné rozdělit na dva typy: rovnost příležitostí a výsledku. Rovnost příležitosti preferuje např. Whitehead: „*ekvita ve zdraví je naplněna, pokud má ideálně každý jedinec rovnou příležitost dosáhnout plně svého zdravotního potenciálu.*“<sup>299</sup> Posoudit zdravotní potenciál jedince je věcí lékařskou, odbornou a poměrně nejednoznačnou, neboť v současné době se rozvíjí takové medicínské možnosti, které už nejsou pouhým naplňováním potenciálu, ale spíše hraničí s jeho rozšiřováním.<sup>300</sup> Přesto jde o neakceptovatelnější koncept rovnosti, neboť jeho hlavním požadavkem je zejména rovnost před zákonem, která je vyžadována i liberalistickým proudem filosofů.

Rovnost výsledku je produktem socialistického myšlenkového proudu a zaměřuje se zejména na rozdělování finančních prostředků, neboť rovnost výsledku ve zdraví není z pochopitelných důvodů možná. Libertariáni i utilitaristé odmítají tuto rovnost usadit do sedla řídicího principu, neboť je podle nich pouhou záminkou k nespravedlivému přerozdělování. Všichni lidé jsou přesto rovni v právech<sup>301</sup> a vzhledem k tomu, že právo na ochranu zdraví musí stát aktivně zajistit (druhá generace práv),

---

297 BRAVEMAN, P., GRUSHKIN, S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*. [online] 2003. č. 57, s. 254 – 258 [cit. 24. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://jech.bmj.com/content/57/4/254.full.pdf+html>.

298 WORLD HEALTH ORGANISATION. 2015. *Equity*. [online] WHO [cit. 24. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>.

299 WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. 1992. roč. 22, č. 3, s. 429 – 445.

300 Příkladem mohou být rozvíjející se metody genové terapie či operace prováděné již na zárodku in utero.

301 Čl. 1 zák. č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.



nelze se spokojit s prohlášením, že stačí každému zpřístupnit zdravotnická zařízení a platbu ponechat na majetkových možnostech jednotlivců podle historického principu distribuce (Nozick). Solidarita, skrze níž může stát získat prostředky pro nemajetné, je tu nutným předpokladem naplnění práva na ochranu zdraví. Vzhledem ke svému demotivačnímu charakteru by však měl princip rovnosti ovládat nutné minimum vymezené například standardem minimální garantované péče.

Právní řád ČR implementuje princip zejména v LZPS. Právo na ochranu zdraví je tu právem lidským (všeobecným a bezpodmínečným) a právo na bezplatnou péči na základě pojištění právem občanským.<sup>302</sup> Zákon přitom poskytnutí služeb a jejich úhradu vztahuje pouze na medicínská kritéria, nikoli tedy na rozsah účasti na pojištění.<sup>303</sup> Nerovnosti v přístupu ke službám tedy nepramení z principu zásluhovosti, ale efektivity.<sup>304</sup> Stejně tak zákon vyžaduje pro všechny stejný minimální standard dostupnosti péče.<sup>305</sup>

Společenská *solidarita* je v nastavení systému dána vývojem (historií veřejného pojištění i socialistického zákonodárství). Jedná se zejména o solidaritu bohatých s chudými danou procentuálním nastavením výše pojistného bez horního limitu a zdravých, kteří nemají potřebu čerpat prostředky, s nemocnými. Solidarita produktivních se starými či velmi mladými lidmi je patrná pouze na momentálním řezu, v dlouhodobějším kontextu každý člověk splácí platbami pojistného náklady za svá vlastní neproduktivní období. Solidární zákonodárství je v tomto ohledu dáno zněním ústavních norem.<sup>306</sup> Pokud by došlo k jeho revizi a byl odstraněn požadavek bezplatné péče občanům na základě pojištění, došlo by k uvolnění cesty vícezdrojovému financování a zejména přímých úhrad. Prostor pro zvážení rozsahu solidarity by pak umožňoval její redukci ze současné absolutní na částečnou.

Vzhledem k tomu, že se jedná o kategorii etickou a často emotivně zabarvenou, je třeba, aby byla sounáležitost různých skupin vnímána celospolečensky pozitivně. Proto je žádoucí, aby bylo zamezeno černému pasažérství v systému. To se týká

---

302 Čl. 31 zák. č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.

303 § 13 odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

304 Tak například transplantace jater nebude provedena alkoholikovi, který nejeví tendenci svůj problém vyřešit, neboť by takové jednání bylo z medicínského hlediska neúčelné:(

305 § 11 odst. 1 pís. c) zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

306 Čl. 31 LZPS, věta druhá.

zejména dalšího projevu solidarity v legislativě – státních plateb za pojištěnce.<sup>307</sup> Již byla řeč o možnostech zahrnout pod jedno pojištění několik osob současně (členové rodin). Problematická je však zejména státní platba za uchazeče o zaměstnání,<sup>308</sup> která díky své paušálnosti vede některé pojištěnce k tomu, aby za sebe nechali platit pojistné stát jako nezaměstnaní a zdroje živobytí si obstarávali jinými způsoby.

Ze stejné kategorie je také úvaha, že solidarita ostatních by neměla vést k výhodnějšímu postavení beneficianta, než mají ti, kdo mu zdravotní služby umožnili čerpat. Z tohoto důvodu je nutné umožnit pojištěncům v ČR, aby si v případě možnosti mohli obstarat ze svých prostředků služby jinak hrazené, pokud by k nim jinak neměli přístup, nebo by takto obstarané služby byly z nějakého důvodu výhodnější.<sup>309</sup> I vzhledem k stoupajícím nákladům zdravotnictví se proto ukazuje jako potřebné, aby stát upustil od alibistické a nerealistické garance veškeré lege artis péče všem a stanovil udržitelný standard, jenž bude plně ovládán principem solidarity.

Méně než o solidaritě a rovnosti se v souvislosti se zdravotnictvím nemluví ani o *efektivitě*. Aby bylo možné zjistit, zda je uvažovaný krok či opatření efektivní, je nutno efektivitu změřit. Základním nástrojem je nákladová analýza. Metody zjištění efektivity vynaložených nákladů se liší podle hodnoty, jež je za náklady pořizována:

- Metoda lidského kapitálu (Human Capital Approach)<sup>310</sup>
- Metoda hodnocení nákladů a přínosů (Cost Benefit Analysis)<sup>311</sup>
- Analýza nákladů a účinku (Cost Effectiveness Analysis)<sup>312</sup>
- Analýza nákladů a užítku (Cost-Utility Analysis)<sup>313,314</sup>

---

307 § 7 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

308 § 7 odst. 1 pís. e) zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

309 Tyto výhody se nesmí dotknout pojištěnců čerpajících na základě pojištění zhoršením jejich postavení. Výhody se však mohou týkat souvisejících služeb. Výběr lékaře, pokoje, stravy a dalších služeb.

310 Uvažuje o zdraví jako o výrobním kapitálu. Porovnává náklady určitého celku (společnosti) v případě uskutečnění opatření (zlepšení zdraví jedinců a současná vyšší ekonomická síla celku) oproti situaci bez něj (ušetřené prostředky za aplikaci opatření).

311 Zajímá se o subjektivní ocenění určitého opatření dotčeným člověkem. Měří se například u preventivních programů jako cena, kterou jsou lidé ochotni zaplatit za uskutečnění pozitivního programu či u restriktivních opatření jako hodnota, kterou lidé považují za dostatečnou kompenzaci za jeho přijetí.

312 Měřenou hodnotou jsou tzv. přirozené jednotky, tedy zejména zachráněné roky života.

313 Kromě prodloužení života uvažuje i jeho kvalitu. Základní jednotkou jsou QALY's (viz. výše).

314 HROBONĚ, P. 1998. *Ekonomické hodnocení preventivních zdravotnických programů: možnosti použití v ČR*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky. 52 s. ISBN 80-2382-852-8.

Při diskusi o efektivitě je důležité rozlišit i úhel pohledu, ze kterého je vedena. Opatření, které znamená náklady pro pacienta a nikoli pro ostatní (náklady na cestování za péčí), pro Ministerstvo zdravotnictví a celou společnost (platba za státního pojištění), apod.<sup>315</sup> Náklady je vždy nutno porovnávat, pokud zasahují stejné skupiny. Zatímco ostatní kritéria mají často charakter obecných postulátů, efektivita ve formě cost-effectiveness analysis je, jak upozorňují Šustek a spol. „je jedním ze základních podkladů pro faktické uskutečňování racionalizace zdravotní péče.“<sup>316</sup>

Tyto metody jsou aplikovatelné v rozhodování o tom, komu v rámci potřebných nedostatkové služby poskytnout. Jde však pouze o ideální situaci, ve které mohou být stanoveny konečné prostředky v systému a kde existuje apriorní porovnání jednotlivých pacientů s výběrem těch, u kterých bude poskytnutí služby nejefektivnější.<sup>317</sup> V současné době známe některé rozhodovací procesy, které alespoň omezují nejneefektivnější případy. Horák upozorňuje na to, že transplantace se v praxi neprovádí u lidí od určitého věku.<sup>318</sup> Na úrovni pojišťoven existuje podobný rozhodovací proces.<sup>319</sup>

S přibývajícím věkem stoupá nákladnost pojištění pro veřejnou pokladnu a zároveň klesá efektivita zdravotních zásahů. V ideálně fungující společnosti však z úcty k důstojnosti stáří, (nebo alespoň proto, že již neproduktivní člověk celoživotním přispíváním stojí na vrcholu pomyslného žebříčku zásluhovosti) musí být starým lidem poskytnuta péče přinejmenším stejně ohleduplná a kvalitní jako lidem produktivním. Problémem je tu však samotná úroveň schopností medicíny. Lékařská věda je schopna posunout průměrný lidský věk daleko za hodnotu jeho přirozeného genetického nastavení. V extrémním případě je možné udržet člověka ve formě vegetativního stavu,

---

315 WILSON, S. H. Methods for the economic evaluation of health care programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1987. roč. 41, č. 4, s. 355-356.

316 ŠUSTEK, P., HLAVÁČEK, K., POVOLNÁ, M. 2015. *Právo na zdravotní péči a jeho ekonomické limitace 1*. In: Výzkumné centrum pro lidská práva. [online] 10. 7. 2015 [cit. 20. 11. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.vclp.cz/news/pravo-na-zdravotni-peci-a-jeho-ekonomicke-limitace-1/>.

317 Tento výběr se pochopitelně kvůli nedostatku prostředků děje, provádí ho lékař v rámci svých pacientů – napůl skrytě, bez taxativních a přezkoumatelných pravidel.

318 HORÁK, Z. 2014. *Distributivní spravedlnost ve zdravotnictví v kontextu racionalizace zdravotní péče*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Právnická fakulta. Katedra občanského práva. s. 30.

319 Například biologickou léčbu roztroušené sklerózy hradí zdravotní pojišťovny pouze v případě, pokud byl pacient po první atace zaléčen kortikoidy. V opačném případě totiž klesá efektivita dalšího postupu, který patří mezi velmi nákladné. (DUFEK, M. Praktický průvodce labyrintem úhrad léčby RS. *Medical Tribune*. [online] 2013. č. 13 [cit. 25. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.tribune.cz/clanek/30418-prakticky-pruvodce-labyrintem-uhrad-lecby-rs.>)

který z legálního hlediska stále není smrtí.<sup>320</sup> Jaká je hranice, za kterou věk prodlužován nebude? Má ji stanovit zákonodárce, lékař, správce fondu zdravotního pojištění? Kde končí právo na život, který existuje už jen díky zdravotní péči. A je samo prodlužování života cílem, nebo je účelné a důstojné zaměřit se na jeho kvalitu v pozdějším věku?<sup>321</sup> To všechno jsou citlivé otázky, na které si reálná situace brzy vynutí odpovědi, které v současné době považujeme za nepřijatelné. Autor se osobně přiklání k tomu, že důstojné stáří je hodnotou vyšší než délka života a že jeho prodlužování není samo o sobě cílem. Za mnohem důležitější než vývoj nových metod k odvrácení smrti proto považujeme detabuizaci společenské diskuse o stáří a umírání a nastolení celospolečenského kurzu péče o blízké „do konce.“ Trochu cynicky je možné poznamenat, že i tento přístup (jakkoli vážně míněný) svým způsobem také naplňuje princip efektivity.

*Zásluhovost* již byla několikrát zmíněna. Je třeba rozlišit zásluhovost historickou (ta hodnotí, jakou měrou se člověk na systému již podílel), aktuální (řeší současný přínos osoby) a potenciál člověka.<sup>322</sup> Jako taková nemůže být z principu rovnosti před zákonem aplikována na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění (jedním z jeho tradičních znaků je totiž nezávislost plnění na výši pojistného). Je však velmi dobře aplikovatelná na tržně hrazené služby. Je tedy na zákonodárci, aby princip (momentální) zásluhovosti převedl do praxe zapojením možností přímé úhrady v nadstandardních zařízeních nad rámec pojistného systému, či ve formě nadstandardních výkonů v rámci poskytovatelů klasických. Stejně tak by se otevřel prostor zásluhovosti v případě nastavení standardního balíku hrazených služeb a ponechání zbytku na

---

320 Smrt je definována jako nevratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového kmene, nebo nevratná zástava krevního oběhu. § 2 pís. e) zák. č. 285/2002 Sb., transplantační zákon.

321 Srovn. dle názoru autora velmi paušální požadavek cíle 5.1. Zdraví 21. (MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2002. *Zdraví pro všechny v 21. století*. [online] [cit. 28. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html).)

322 V tomto bodě zásadně nesouhlasíme s Horákem. Jakkoli je nutné ve stáří v určitý moment péči omezit na paliativní, je nutné odmítnout názor, že „není na škodu uvažovat, zda například některé věkové skupiny nemají větší perspektivu přínosu pro společnost, což by opravňovalo eventuálně vyšší výdaje na kvalitu a rozsah poskytovaných služeb.“ (HORÁK, Z. 2014. *Distributivní spravedlnost ve zdravotnictví v kontextu racionalizace zdravotní péče*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Právnická fakulta. Katedra občanského práva. s. 24.) Měření přínosnosti člověka pro společnost, a tedy jeho „ocenění“ jako ekonomické jednotky, je podle nás velmi nebezpečné a v hrubém rozporu s humanistickým prostředím Evropy. Dovedeno do extrému: jistý program T4 před více než 70-ti lety také „zajistil odlišné zacházení“ lidem s odlišným ekonomickým potenciálem pro německou společnost.

případné úhradě pacientem. Zásluhovost nemůže ovládat podstatnou část zdravotnictví, ale jako princip je pozitivním motivátorem ekonomické aktivity a pomáhá i udržet pozitivní vnímání solidárního systému ve společnosti.

## 5.2. Dostupnost zdravotních služeb

K tomu, aby měl každý občan právo na zdravotní péči na základě pojištění, musí existovat odpovídající materiální a personální zázemí. Síť poskytovatelů je předpokladem realizace práva na ochranu zdraví, a jako předpoklad je ovládána principem rovnosti. Rovnost je zde na místě i z principiálního hlediska, neboť tu nejde o rovnost výsledku, ale o rovné podmínky pro naplnění vlastního zdravotního potenciálu – rovnost příležitostí.

Z tohoto důvodu musí stát přijmout legislativní podmínky, na které jsou kladeny nároky v několika směrech: zaprvé, pojištěnec musí mít ve svém okolí přístup ke zdravotním službám, a to v rozumném čase a vzdálenosti. Zadruhé, i v regionech, kde je pro tvůrce poskytovatelské sítě obtížné zajistit odpovídající personální obsazení, by měla existovat možnost alternativy (např. druhý PL), tak aby právo na svobodnou volbu poskytovatele nebylo fakticky vyprázdněno. Zatřetí, prostředí tvorby sítě má být transparentní pro poskytovatele a má obsahovat prvky svobodného podnikání, které přes nutná racionalizační omezení učiní tuto činnost pro poskytovatele atraktivní. Začtvrté je žádoucí, aby existovala jasná struktura subjektů odpovědných za fyzickou existenci poskytovatelů, kteří dané území efektivně pokryjí, a aby tito poskytovatelé obdrželi příslušné smlouvy od pojišťoven. Tvůrci této sítě mají mít legislativně nastavené vzájemné vztahy a jejich odpovědností má být na jedné straně dostupnost kvalitních služeb, na straně druhé jejich racionální územní rozložení a kapacita. Žádoucí rovněž je, aby tyto kompetence byly pod efektivní veřejnou a soudní kontrolou.

Bohužel je nutné konstatovat, že tato část organizace českého zdravotnictví patří k nejproblematictějším vůbec. Česká republika se během své existence dlouhodobě potýká s neefektivním rozložením poskytovatelů zdravotních služeb, a to geografickým, demografickým i oborovým. Příčiny lze hledat ve startovní pozici nastavené zdravotním

systémem reálného socialismu, legislativě polistopadového období a působení zájmových skupin na všech úrovních organizace.

### 5.2.1. Současné problémy ČR

Česká republika stále ještě trpí naddimenzovaným lůžkovým fondem, jako pozůstatkem minulého režimu. Se svými 6,46 lůžky na 1000 obyvatel se podle OECD řadí na třetí místo v Evropě.<sup>323</sup> Lůžka zvyšují fixní náklady nemocnic, a zatěžují tak veřejné finance bez ohledu na počet a délku hospitalizací. Je proto žádoucí, aby jejich rozložení v rámci země bylo přísně racionální a využití maximální. V roce 2013 přitom dosahoval průměr obsazenosti nemocničního lůžka pouze 256 dní v roce.<sup>324</sup> K redukci celkového fondu vybízí také pozitivní fakt, že průměrná doba hospitalizace se od roku 1990 neustále snižuje. (viz. Příloha č. 2) Příčinu lze hledat jak v pokroku medicíny, která umožňuje stále rychlejší léčbu a méně invazivní zákroky, tak v racionalizačních mechanismech, např. DRG. Ve veřejné diskusi téma reorganizace zaznívá poměrně často. Radikálním praktickým krokem v tomto ohledu byl konsenzus všech zdravotních pojišťoven a MZČR k snížení celkového počtu všech lůžek o 10 % a jejich územní racionalizace z roku 2012. K tomuto kroku se zavázaly ve společném memorandu.<sup>325</sup> Vzhledem k tomu, že bez smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami není prakticky možné služby v ČR poskytovat, je taková dohoda pojišťoven pro poskytovatele direktivní bez ohledu na jejich názor či stav.

Vzhledem k velikosti ČR nelze v případě špatného pokrytí regionu lékaři hovořit o geografické nedostupnosti, tak jak je známá ze států, kde existují celá nepřístupná

---

323 Dlužno dodat, že vyšší počty mají i některé vyspělé země, např. Německo, Rakousko, Jižní Korea nebo Japonsko. Naopak stav USA je zhruba třikrát nižší. (OECD. 2015c. *Health Care Resources: Hospital beds*. Dostupné na WWW: [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT).) Údaje jsou z roku 2013 a ve statistice jsou zahrnuta i jiná než nemocniční lůžka. Těch akutních měla ČR 5,5 na obyvatele. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2014c. *Lůžková péče 2013*. 138 s. ISBN 978-80-7472-094-9.)

324 Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2014c. *Lůžková péče 2013*. 138 s. ISBN 978-80-7472-094-9.

325 VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Restrukturalizace lůžkového fondu musí vést k jeho optimalizaci*. 2012. [online] VZP [cit. 28. 8. 2015] Dostupné na WWW: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/aktuality/restrukturalizace-luzkoveho-fondu-musi-vest-k-jeho-optimalizaci>.

teritoria (např. Kanada, Švýcarsko v 70. letech 20. století apod.), ale o relativní geografické nedostupnosti.<sup>326</sup> Přesto v pokrytí jednotlivých regionů existují značné rozdíly.<sup>327</sup> Právě snižování neopodstatněných územních a sociálně podmíněných rozdílů je jedním ze základních cílů ekvity ve zdraví, vyplývajícím z mnohých koncepčních dokumentů. Vůli tyto rozdíly odstranit vyjádřila ČR velmi podrobně v programu Zdraví 21.<sup>328</sup>

Problémem je také segment primární péče, zejména obě kategorie PL. Zatímco počet ambulantních specialistů neustále roste, praktických lékařů ubývá. (viz. Příloha č. 3) Některé regiony již lze hodnotit jako poddimenzované pod legální úroveň místní dostupnosti.<sup>329,330</sup> Situaci se několik let snaží zvládnout zdravotní pojišťovny a s podporou nových ordinací PL v nedostatkových regionech počítají v pojistných plánech.<sup>331</sup> Nedostatek PL se bohužel nejeví jako přechodná záležitost, ale koncepčně chybné nastavení. Pro toto tvrzení svědčí fakt, že se průměrný věk PL přibližuje 60-ti(!) letům a má stoupající tendenci. V roce 2012 bylo 54,7 % PL starších 55-ti let (šestina aktivních PL již dosáhla 65-ti let).<sup>332</sup> V poslední době lze mezi lékaři vysledovat tendenci opouštět nemocnice a otevírat soukromé ambulance, ať už jako PL či jako ambulantní specialisté. Tyto přesuny však jdou většinou na vrub neutěšeným pracovním podmínkám v nemocnicích než překonání krize v segmentu PL. Přesun z nemocnic

---

326 BARTÁK, M. 2010. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8. s. 57.

327 Nejvyšší pokrytí vykazuje tradičně Praha. Na 1000 obyvatel zde připadá 5,9 ambulantních lékařů, zatímco v nejslabším – Středočeském kraji je to pouze 2,17. Rozdíly jsou také v dostupnosti primární péče. Silně zastoupené regiony jako Hl. m. Praha, Plzeň, Královéhradecký, Olomoucký a Ostravský okres mají méně než 1600 obyvatel na jednoho PL. Přitom hned v pěti okresech v ČR přesahuje počet obyvatel na praktika 2500. Podobné rozdíly najdeme i v lůžkovém fondu. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2015. *Sít zdravotnických zařízení 2013*. 142 s. ISBN 978-80-7472-141-0.)

328 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2002. *Zdraví pro všechny v 21. století*. [online] [cit. 28. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html).

329 § 1 nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o časové a místní dostupnosti zdravotních služeb.

330 STROHMAIEROVÁ, A. 2013. *V Karlovarském kraji chybí praktičtí lékaři v odlehlých oblastech, daleko jsou i zubaři*. In: Český rozhlas [online] 7. 1. 2013 [cit. 28. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.rozhlas.cz/zpravy/regiony/\\_zprava/v-karlovarskem-kraji-chybi-prakticti-lekari-v-odlehlych-oblastech-daleko-jsou-i-zubari--1158138](http://www.rozhlas.cz/zpravy/regiony/_zprava/v-karlovarskem-kraji-chybi-prakticti-lekari-v-odlehlych-oblastech-daleko-jsou-i-zubari--1158138).

331 VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Pojistný plán VZP pro příští rok: Vítejte v lepších časech! Pomohou si lázně a hospice*. 2014 [online] VZP [cit. 28. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/pojistny-plan-vzp-pro-pristi-rok-vitejte-v-lepsich-casech-pomohou-si-lazne-a-hospice>.

332 Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2014d. *Aktuální informace č. 16/2014. - Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2013*. 5 s.

zároveň neřeší generační problém praktiků, protože do soukromého sektoru z nich míří převážně starší lékaři, kteří již upřednostní méně stresové prostředí ambulance před kariérní příležitostí nemocnice.

### 5.2.2. Příčiny a možnosti jejich řešení

Při zajištění podmínek pro rovný přístup obyvatel všech regionů ke zdravotním službám má zákonodárce více možností volby organizačních i technických parametrů. První otázkou je výběr nositele odpovědnosti za existenci funkční sítě. Zde je nutné rozlišit faktickou existenci poskytovatelů a jejich územní a kapacitní rozvrstvení od smluvní sítě zdravotních pojišťoven. Teprve synergie obou podmínek zajišťuje dostupné služby pro konečného uživatele. I v rámci ČR je v tomto ohledu patrná dvoukolejnost.

#### 5.2.2.1. Organizační zajištění sítě poskytovatelů

Zdravotní pojišťovny totiž nesmějí zřizovat ani provozovat poskytovatele zdravotních služeb.<sup>333</sup> V otázce existence poskytovatele jsou odkázány na fyzické či právnické osoby s oprávněním poskytovat zdravotní služby.<sup>334</sup> Těmi jsou soukromé právnické a fyzické osoby, územní samosprávné celky či organizační složky státu.<sup>335</sup> Zdravotní pojišťovna s nimi uzavírá smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb, a tím vytváří síť smluvních poskytovatelů, kterou je povinna zajistit svým<sup>336</sup> pojištěncům.<sup>337</sup> Problém nastává, nemá-li pojišťovna v daném území s kým smlouvu uzavřít, což je dáno legislativou v oblasti „fyzické tvorby“ poskytovatelů.

---

333 § 7 odst. 6 zák. č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně a § 19 odst. 3 zák. č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

334 § 2 odst. 1 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

335 § 18 odst. 1 a 2 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

336 Je-li pojistný kmen malé pojišťovny situován do jedné oblasti (příkladem je ZPŠ), postačí vytvoření smluvní sítě pouze v místech pobytu pojištěnců. Každá pojišťovna tedy nemá povinnost pokrýt smlouvami celé území ČR.

337 § 46 odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.



Zákon o péči o zdraví lidu pracoval s pojmem soustava zdravotnických zařízení. Zařízení a organizace zdravotnické soustavy zřízené ministerstvem zdravotnictví, kraji v samostatné působnosti nebo obcemi byly řízeny svými zřizovateli.<sup>338</sup> Ústavní soud pak dovodil příslušnost zřizovatelů (v daném případě krajů) k zajištění lékařské služby<sup>339</sup> na svém území. Přijetím zákona o zdravotních službách došlo v oblasti ke změnám.<sup>340</sup> Kraj má v dané oblasti pouze taxativně stanovenou povinnost zajistit lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.<sup>341</sup> Jedním z důvodů zamítnutí zákona o zdravotních službách v senátu byl fakt, že: „*Ministerstvo zdravotnictví se návrhem zákona vzdává koordinační funkce ve zdravotnictví a současně se zbavuje odpovědnosti za rozvoj zdravotnictví a vlivu na tvorbu sítě zdravotnických zařízení.*“<sup>342</sup> V současné době neexistuje subjekt odpovědný za zřízení poskytovatele<sup>343</sup> v nepokryté oblasti a věc je ponechána na strategii zdravotních pojišťoven, které mají k zajištění funkční sítě přivést a nasmlouvat poskytovatele již existujícího. To je problém v situaci, kdy je systém postaven na oddělení pojišťoven a poskytovatelů, neboť se tak pojišťovnám fakticky dává aktivní zřizovací funkce.

Ještě silnější postavení mají pojišťovny v ČR při „rušení“ poskytovatelů. Zatímco o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb rozhoduje správní orgán

---

338 § 33 zák. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění k 31. 3. 2012.

339 V tomto případě šlo o lékařskou službu první pomoci. Argumentace i vzhledem ke znění dotčených ustanovení byla platná i pro zajištění další zdravotní péče. (bod 46. nálezu Ústavního soudu ze dne 25. září 2007, sp. zn. Pl. ÚS 5/04)

340 Mj. byla zrušena Vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi.

341 § 110 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

342 DERNEROVÁ, A. Důvody zamítnutí návrhu zákona o zdravotních službách v senátu. 2011. [online] ČLK/Aktuality [cit. 31. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.lkcr.cz/doc/m\\_prezentace\\_file/duvody-zamitnuti-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-4.ppt](http://www.lkcr.cz/doc/m_prezentace_file/duvody-zamitnuti-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-4.ppt).

343 O centrální síť tzv. veřejných neziskových zdravotních zařízení se pokusil zákonodárce zákonem č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních. Zákon ukládal krajům povinnost zajistit na svém území v každém okrese nejméně jedno veřejné zdravotnické zařízení, pokud už nevzniklo činností jiného zřizovatele. Zařízení by mělo garantovanou smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Tuto principiálně pozitivní snahu zastavil Ústavní soud ze dvou hlavních důvodů: 1) porušovala autonomii kraje, neboť zřizování zdravotnických zařízení spadá do samostatné působnosti. Mimoto zákon krajům k zajištění této povinnosti negarantoval dodatečné finanční prostředky. 2) Síť veřejných zdravotnických zařízení byla nastavena přílohou zákona, která status přiznávala 146-ti zdravotnickým zařízením bez specifikace kritérií výběru, čímž došlo k vytvoření nerovných podmínek v rozporu se zásadou obecnosti zákona. (S argumentací druhého bodu autor souhlasí) (Nález Ústavního soudu ze dne 27. září 2006, sp. zn. Pl. ÚS 51/06)

(prakticky pokaždé jde o krajský úřad) ve správním řízení<sup>344</sup> a na základě taxativně stanovených podmínek,<sup>345</sup> o uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou o poskytování a úhradě služeb rozhoduje pouze pojišťovna. Předpokladem uzavření smlouvy je výběrové řízení konané na návrh uchazeče či zdravotní pojišťovny.<sup>346</sup> Bez kladného výsledku výběrového řízení není možné smlouvu uzavřít, naproti tomu ani kladný výsledek nedává uchazeči na uzavření smlouvy nárok.<sup>347</sup> Faktické rozhodování o povolení činnosti se tak děje v kancelářích zdravotních pojišťoven bez zákonem daných pravidel a mimo jistoty správního řízení. Toto nastavení v sobě skrývá značný korupční potenciál nehledě na to, že omezení práva podnikat by stejně jako u dalších práv zajištěných LZPS mělo mít formu zákona a šetřit podstatu daného práva.

Stejně účinky pro poskytovatele má i neprodloužení smlouvy ze strany více pojišťoven najednou (či samotné VZP). V již zmiňovaném memorandu deklarovaly pojišťovny vůli jednat ve shodě, a tak společně (ne)poskytnout novou smlouvu všem zdravotním zařízením. Toto jednání je možno považovat za praeter legem, neboť úkolem pojišťovny stricto sensu není rušit existující poskytovatele: „*Není jasné, kdo a na základě čeho oprávnil zdravotní pojišťovny k takovému postupu, na základě čeho zdravotní pojišťovny rozhodují, ve které nemocnici bude pro občany omezena a ve které ponechána příslušná zdravotní péče.*“<sup>348</sup> Že však nejde o chování contra legem potvrdil i Úřad pro ochranu hospodářské soutěže, když konstatoval, že nejde o kartelovou dohodu, neboť zdravotní pojišťovny nelze považovat za soutěžitele, jakkoli je tento názor diskutabilní.<sup>349</sup> Lze tedy uzavřít, že vymezení kompetencí zdravotních pojišťoven není dostatečné i vzhledem k tomu, že jde o subjekty rozhodující autoritativně (byť pouze fakticky – na základě kontraktační volnosti) o právech a povinnostech druhých, a tedy je na místě uvažovat o větší transparentnosti i zákonných parametrech takového rozhodování, byť nemusí jít nutně o formu správního řízení.

---

344 § 15 odst. 1 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

345 § 16 a 17 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

346 § 46 odst. 1 a 4 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

347 § 52 odst. 2 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

348 MACH, J. Změny v síti poskytovatelů zdravotních služeb a transparentnost. *Zdravotnické fórum*. [online] 2013 č. 1 [cit. 31. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.zdravotnicke-pravo.cz/kestazeni/zmeny\\_v\\_siti\\_poskytovatelu\\_zdravotnich\\_sluzeb\\_a\\_transparentnost.pdf](http://www.zdravotnicke-pravo.cz/kestazeni/zmeny_v_siti_poskytovatelu_zdravotnich_sluzeb_a_transparentnost.pdf).

349 MACH, J. Změny v síti poskytovatelů zdravotních služeb a transparentnost. *Zdravotnické fórum*. [online] 2013 č. 1 [cit. 31. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.zdravotnicke-pravo.cz/kestazeni/zmeny\\_v\\_siti\\_poskytovatelu\\_zdravotnich\\_sluzeb\\_a\\_transparentnost.pdf](http://www.zdravotnicke-pravo.cz/kestazeni/zmeny_v_siti_poskytovatelu_zdravotnich_sluzeb_a_transparentnost.pdf).

### 5.2.2.2. Nastavení parametrů sítě poskytovatelů

Pojištěnec má v ČR právo na časovou a místní dostupnost hrazených služeb poskytovaných smluvními poskytovateli příslušné zdravotní pojišťovny.<sup>350</sup> Služby jsou dostupné, pokud se jich může pojištěnci dostat v rozumné vzdálenosti od domova (místa pobytu) a v rozumném čase. Hovoříme proto o časové a místní dostupnosti. V otázce místní dostupnosti existuje více druhů legislativního řešení. Český zákonodárce zvolil jako kritérium dojezdovou vzdálenost,<sup>351</sup> jež je stejně jako časová dostupnost pro plánované služby stanovena nařízením vlády.<sup>352</sup> Lze vést polemiku o tom, zda je právě toto kritérium vhodné. Jedna z nevýhod dojezdové vzdálenosti je v tom, že tato nerespektuje rozložení hustoty obyvatel v rámci území či přirozené demografické útvary - obce. V praxi se tak může například stát,<sup>353</sup> že ze dvou menších měst ležících v rámci dojezdové vzdálenosti, bude několik ambulantních lékařů dané odbornosti pouze v jednom z nich (přitom k naplnění ordinace potřebují obyvatele obou). Zdravotní pojišťovna v takovém případě může odmítnout nasmlouvat lékaře do nepokrytého města, jelikož z hlediska dojezdových vzdáleností splňuje síť poskytovatelů zákonná kritéria. Další nevýhodou jsou mnohdy pouze administrativně určené dojezdové vzdálenosti. V neposlední řadě je vzdálenost závislá na typu dopravního prostředku, který má pojištěnec k dispozici, což se jeví jako nepraktické i vzhledem k tomu, že rozdíly nemobilních pojištěnců v ochotě využívat dopravu hrazenou z pojištění jsou značné.

Jinou formou stanovení sítě poskytovatelů je normativní právní akt, jehož součástí je rozdělení území na obvody, ve kterých musí zdravotní pojišťovny nasmlouvat alespoň jednoho poskytovatele dané odbornosti. Nejkonkrétnějším typem je forma mapy, která stanoví obvody jako katastrální území. Jinou možností jsou obecná

---

350 § 11 odst. 1, písm. c) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

351 Nabízí se např. řešení formou mapy spádových oblastí či maximální vzdálenosti v km.

352 Nařízení č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.

353 Autor se s takovými případy v praxi setkal, včetně oboru PL pro děti a dorost, kdy region s 20000 obyvateli neměl svého lékaře s odůvodněním pojišťovny, že dojezdové vzdálenosti do ordinací okolních měst splňují zákonné limity.

kritéria, podle kterých oblasti s určitým počtem obyvatel musí pokrývat určitý počet určitých typů zdravotnických zařízení. Tak je docíleno rozvrstvení vysoce specializovaných center a fakultních nemocnic do největších měst či spádových oblastí a racionální pokrytí menších měst odpovídajícími typy zdravotnického zařízení (nemocnice, polikliniky, soukromé ordinace). Inspiraci pro tento druh organizace zdravotnické sítě je možno hledat v plánovacích systémech západní Evropy (SRN, Rakousko, Švýcarsko, Francie) v institutech jako jsou zdravotní mapy, regionální zdravotní organizační plány či směrná čísla.

Národní zdravotní mapy („*Cartes sanitaires*“) byly ve Francii uzákoněny<sup>354</sup> v roce 1970. Důvodem byla potřeba redukce lůžek<sup>355</sup> a kontrola pokrytí území důležitým vybavením. Přijímány byly jako kvantitativní plánovací mechanismy na centrální úrovni. V roce 2003 byly nahrazeny<sup>356</sup> regionálními zdravotními organizačními plány („*Schema régional d'organisation sanitaire*“), které již zahrnovaly kvalitativní kritéria, počty lékařů, pokrytí nedostatkových oblastí apod. Plány jsou přijímány na regionální úrovni mj. jako legální podklad pro následné uzavírání cílových smluv („*contract d'objectifs et de moyens*“) mezi nemocnicemi a regionálními zdravotnickými autoritami. Těmi jsou od roku 2009 Regionální zdravotní agentury („*Agence régionale de santé*“), které jsou orgánem veřejné moci a jednotným koordinátorem ambulantní, nemocniční a sociální péče. Plány se přijímají každých pět let, přičemž pro kvantifikaci rozložení poskytovatelů zdravotních služeb je nutné vycházet z dat změn rozložení obyvatelstva i z hodnocení (ne)dostatkivosti pokrytí území.<sup>357</sup>

I německy hovořící země pracují s apriorními plány rozložení poskytovatelů. „*rakouský zákon pro zdravotní pojištění obsahuje (...) ustanovení, podle nichž lékařská komora spolu se zastřešujícím svazem veřejnoprávních pojišťoven rozhoduje (při stejné váze hlasů) o počtu smluvních ordinací a ambulantních zdravotnických zařízení v jednotlivých spolkových zemích, resp. o povolení otevření nové ordinace či naopak o*

354 Zákon č. 70-1318 ze dne 31. prosince 1970, o nemocniční reformě („*Portant réforme hospitalière*“).

355 Do roku 1991 došlo skutečně k redukci akutních lůžek ze 6,2 na 5,2 na 1000 obyvatel. Další plánovací mechanismy číslo snížily dokonce na 3,7 v roce 2004.

356 Předpis č. 2003-850 ze dne 4. září 2003, o zjednodušení organizace a fungování systému zdravotnictví (...) („*portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé*“ (...))

357 CHEVREUL, K., DURAND-ZALESKI, I., BAHRAMI, S., HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C., MLADOVSKY, P. 2010. *France: Health Systems in Transition*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. č. 12(6): s. 1-291. ISSN 1817-6127.

tlumení jejich počtu (např. při odchodu lékaře do důchodu se nadbytečná ordinace definitivně uzavře). (...) V Rakousku se tito partneři dokázali shodnout (...) na dimenzi zdravotní péče, v SRN vláda svým nařízením určila (...) směrná čísla, která nesmějí být překročena.“ Ve Švýcarsku naopak může spolková vláda vyhlásit stop stav na otevírání nových ordinací.<sup>358</sup> Další možností je vazba rozvrstvení poskytovatelů nikoli na dané území ale na počet obyvatel. Tak je možno docílit stavu, kdy základní péčí bude pokryto celé území, kdežto specializovaná nákladná zařízení budou v nízkém počtu rozvrstvena maximálně efektivně tak, aby k nim co nejvíce lidí mělo co nejkratší přístup. „Vídeňský nemocniční zákon stanovuje, že pro lokalitu s 300 000 obyvateli postačí jedna 'specializovaná' nemocnice určitého typu, pro spádovou oblast s obyvatelstvem kolem jednoho miliónu postačí jedna 'větší' nemocnice fakultního typu (...). Dalším vodítkem jsou předpisy stanovující, že např. jedna magnetická rezonance postačuje pro určitý počet obyvatel, podobně jedno CT atd.“<sup>359</sup>

Jinou možnost tvorby zdravotnické sítě zmiňuje Mach ve své kritice současného uspořádání ČR, podle nějž by řešením byl „trvalý smluvní vztah mezi oprávněnými poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami s tím, že tvorbu trhu by tvořila, tak jako u nás za první republiky a jako v řadě evropských zemí, svobodná volba pojištěnců, nikoli rozhodování úředníků zdravotních pojišťoven.“<sup>360</sup>

Inspiraci lze také hledat v Rakousku, kde jsou podmínky nasmlouvání lékařů plánovány (viz. výše), avšak nesmluvní lékař po splnění kritérií pro výkon povolání může služby poskytovat i bez smlouvy s pojišťovnou. Získá za ně však pouze 60 % úhrady ze zdravotního pojištění, 40 % je placeno přímou úhradou pacienta.<sup>361</sup> Tak je odstraněna direktivní a netransparentní role pojišťovny vůči poskytovatelům a zároveň zachována možnost čerpat místně dostupné a plně hrazené služby. Velmi dobrý lékař se však na bázi tržních mechanismů užívá i bez vazby na pojišťovnu.

---

358 SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V. 2012. *Proč transformace zdravotnictví kulhá*. Právní nástroje k ovlivnění ekonomiky. 1. vyd. Praha: Vlastní náklad. 59 s. ISBN 978-80260-2865-9. s. 19.

359 SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V. 2012. *Proč transformace zdravotnictví kulhá*. Právní nástroje k ovlivnění ekonomiky. 1. vyd. Praha: Vlastní náklad. 59 s. ISBN 978-80260-2865-9. s. 48.

360 MACH, J. Změny v síti poskytovatelů zdravotních služeb a transparentnost. *Zdravotnické fórum*. [online] 2013 č. 1 [cit. 31. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.zdravotnicke-pravo.cz/kestazeni/zmeny\\_v\\_siti\\_poskytovatelu\\_zdravotnich\\_sluzeb\\_a\\_transparentnost.pdf](http://www.zdravotnicke-pravo.cz/kestazeni/zmeny_v_siti_poskytovatelu_zdravotnich_sluzeb_a_transparentnost.pdf), s. 3.

361 MACH, J. Změny v síti poskytovatelů zdravotních služeb a transparentnost. *Zdravotnické fórum*. [online] 2013 č. 1 [cit. 31. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.zdravotnicke-pravo.cz/kestazeni/zmeny\\_v\\_siti\\_poskytovatelu\\_zdravotnich\\_sluzeb\\_a\\_transparentnost.pdf](http://www.zdravotnicke-pravo.cz/kestazeni/zmeny_v_siti_poskytovatelu_zdravotnich_sluzeb_a_transparentnost.pdf).

Máme za to, že přinejmenším páteří sít' větších poskytovatelů (nemocnic) by měla být stanovena zákonem (či by měly být stanoveny povinné mechanismy její tvorby). Tato zařízení by měla pokrývat minimální standard nemocniční péče a měla by být chráněna proti libovůli zdravotních pojišťoven či neefektivnímu chování krajských reprezentací, které jak známo nejsou ochotny rušit přebytná zařízení v obavách o hlasy voličů. Nutno podotknout, že v této otázce České republiky velmi chybí zákon o nemocnicích, byť se o něj některé politické reprezentace již pokoušely. V současné době je na MZČR rozpracovaný návrh zákona, který se touto problematikou zabývá.<sup>362</sup>

### 5.3. Ekonomické aspekty odpovědnosti za vlastní zdraví

Již bylo zmíněno, že současná legální úprava ochrany zdraví nereflektuje aktivní účast pojištěnce na systému prevence ani vztah k vlastnímu zdraví.<sup>363</sup> Citovaný názor se týkal skutečnosti, že ani škodlivé chování neopravňuje zákonodárce snížit standard hrazené péče dotčeným osobám. To je dle našeho názoru otázkou míry, či spíše úhlu pohledu. Budeme-li za standard považovat současný objem a kvalitu poskytovaných služeb s předpokladem jejich případného rozšiřováním, pak je možné tento zachovat a rizikové chování reflektovat nad tuto úroveň. Předpokladem je však adekvátní změna legislativního rámce. V současnosti je pojištěnec povinen vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví.<sup>364</sup> Kromě toho, že norma nemá odpovídající sankci, je problematické i samotné znění. Terminologií trestního práva bychom hovořili o zákazu jednání s přímým úmyslem. Podstatou uvažované změny by však musel být úmysl nepřímý (a vědomá nedbalost), tedy jednání s vědomím a přijetím (či spoléháním se na nepřijetí) daného následku, kterýžto však není primárním cílem činnosti (zejména kouření, alkoholismus, konzumace drog, nedodržování léčebného režimu či odmítáním prevence).

Možnou inspirací je soukromé zdravotní pojištění. Ocenění rizika pojištěnce zde

362 PERKNEROVÁ, K., *Vzniká zákon o nemocnicích. Stanoví i jejich sít'*. In: Denik.cz [online] 31. 8. 2015 [cit. 31. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.denik.cz/z\\_domova/vznika-zakon-o-nemocnicich-standovi-i-jejich-sit-20150830.html](http://www.denik.cz/z_domova/vznika-zakon-o-nemocnicich-standovi-i-jejich-sit-20150830.html).

363 Srov. výše PAVLÍČEK, V. 2011. *Ústavní právo a státověda II. Díl*. Praha: Leges. 1119 s. ISBN 978-80-87212-90-5.

364 § 12 písm. g) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění.

patří k nástrojům efektivity. „Pokud je možné při stanovení pojistných sazeb vycházet alespoň z některých rizikových faktorů na straně pojištěnce, které mají určitou vypovídací schopnost ve vztahu k budoucí potřebě zdravotní péče, lze méně rizikovým pojištěncům ve srovnání s komunitní sazbou nabídnout sazby pojistného nižší, a tím je motivován k nákupu pojistných produktů s takovými pojistnými sazbami.“<sup>365</sup> Přesto je zřejmé, že většina rizik musí v systému veřejného zdravotního pojištění zůstat nereflektována. Antidiskriminační zákon za přímou diskriminaci označuje znevýhodnění ve srovnatelné situaci z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru.<sup>366</sup> Je tedy zřejmé, že rozdíly mezi pojištěnci musí být v sazbě pojistného, nikoli úrovni služeb, a to pouze z důvodů, jež vedou k poškození zdraví a jež lze je označit za nežádoucí. Tedy jejich příčinou není žádný z citovaných důvodů. Základním kritériem je, že předmětné chování vychází z vůle člověka.<sup>367</sup>

Formou, jež je běžnou v systému soukromého pojištění (a také nejspíše představitelnou v sociálně navyklém systému zdravotnictví ČR), je stanovení základního (dražšího) pojistného pro všechny osoby účastné v systému. Za plnění předem stanovených kritérií (nekouření, absolvování preventivních prohlídek a skriningů...) je pak možno docílit bonusů v podobě snížení pojistného. Tento mechanismus není jen nástrojem efektivity. Jeho principem je zároveň i rovnost lidí, neboť v současné době je šetrné chování k vlastnímu zdraví nepřímo sankcionováno tím, že nezodpovědný přístup druhých, který v konečném důsledku ubírá všem pojištěným prostředky na jejich případné potřeby, nevede k adekvátním důsledkům.

---

365 NĚMEC, J. 2008. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1. s. 49.

366 § 2 odst. 3 zák. č. 198/2009 Sb., antidiskriminační zákon.

367 Ostrá hranice toho, co je a není přípustné regulovat neexistuje. Je proto nutné zapojit kritérium rozumnosti, které koneckonců (po svém) aplikuje v testu proporcionality i Ústavní soud. Právě neostrost hranice toho co je přípustnou regulací a co už nepřipustným zásahem do svobody úspěšně využívají zainteresované skupiny. (KINDL, T. *Zákaz kouření chrání svobodu*. In: *Jinepravo.blogspot.cz* [online] 10. 7. 2015 [cit. 31. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://jinepravo.blogspot.cz/2015/07/tomas-kindl-zakaz-koureni-chrani-svobodu.html>.)

## 6. Závěr

Vnímání významu distributivní spravedlnosti je velmi těsně svázáno se stavem společnosti, její kulturou, historií, bohatstvím a také úrovní sebereflexe. Rozdělování prostředků ve zdravotnictví je velmi citlivou otázkou pro značnou část populace, neboť se může citelně dotknout každého jejího člena. To však neznamená, že systém je neměnný, nebo že jeho správným nastavením je univerzální sociálně orientovaná garance všeho dostupného. Citlivost oblasti je nutno reflektovat ve zvýšené komunikaci normotvůrce s veřejností a zvýšenou citlivostí k dopadům případných reforem. Více než kde jinde se zde také projeví úroveň společenské sebereflexe. Má-li dojít k nějaké změně, je také nutno více než kde jinde zaměřit pozornost právě na principy spravedlnosti a jejich vzájemné vyvážení.

Česká republika je státem s rozdílnými historickými zkušenostmi zahrnujícími bohatou liberální zemi vyznávající hodnoty solidarity i zemi zakusivší socialistický ekonomický koncept. Pozůstatky těchto extrémních pólů jsou ve zdravotnictví stále patrné. ČR se po roce 1990 vydala cestou liberalizace zdravotního systému, kterýžto proces lze hodnotit jako principiálně pozitivní, leč v mnoha ohledech nedotažený nebo jen načatý.

Nejmenší rozdíly mezi ČR a srovnatelnými státy lze vysledovat v makroskopickém měřítku – ukazatele zdraví a makroskopické ekonomické ukazatele. Pomáhá tomu tradičně dobrý stav lékařské vědy a zvyšující se procento HDP do oblasti vložené. Přesto náklady, byť jejich zvyšování samo o sobě není cílem, stále zaostávají za západními státy podobného typu. Mnohem hlubší rozdíly mezi ČR a západní Evropou však lze spatřit v organizaci a mechanismech zdravotnictví na úrovni poskytovatelů a zdravotních pojišťoven. Obecně lze konstatovat slabou úroveň veřejné kontroly procesů probíhajících ve zdravotních pojišťovnách stejně jako chybějící podrobná a racionální zákonná kritéria pro tvorbu sítě poskytovatelů zdravotních služeb.

Jako pozitivní lze naopak hodnotit pokusy české legislativy o vícezdrojové financování zdravotnictví, jejichž efekt je možné spatřovat spíše v ovlivnění chování a



přístupu obyvatelstva ke zdravotnictví než v získání nutných prostředků. Systém totiž nelze zcela prostředky nasytit, a regulace chování jeho účastníků se tak jeví jako jedno ze zásadních témat. Přes odpor některých částí politické reprezentace lze očekávat, že otázka vícedrožového financování i vzhledem ke své rozšířenosti v zahraničí bude v ČR znovu otevřena. Lze se také domnívat, že po prvních zkušenostech bude další změna trvalejší a hlubší.

Otázkami, které vyžadují trvalejší řešení je realistická reflexe toho, jaké možnosti poskytují veřejné finance, a stanovení ústavně konformního, avšak ohraničeného standardu hrazené péče. Dále se jeví jako vhodné vyřešit otázku postavení podnikatele ve zdravotnictví co do povolené míry regulace jeho činnosti a žádoucího rozsahu čistě liberálního chování ve zdravotnictví. Z hlediska právní jistoty a dosavadní reality se jako vhodnější jeví vymezení základních koncepcí formou zákona, neboť restriktivní přístup Ústavního soudu k otázce vlastních kompetencí je v oblasti zdravotnictví stále méně patrný, jak vyplývá z obsahu i rozsahu zpracovaných judikátů.

S úrovní zdravotnictví souvisí i obecný vývoj legislativy. Důraz na autonomii vůle a ochranu osobnosti jednotlivce vede k vyšší administrativní náročnosti zdravotnických povolání stejně jako jejich vyšší rizikovosti. S tím souvisí rozvoj jevů jako je neefektivní defenzivní medicína. V této realitě je nutné hledat jiné cesty, jak motivovat zdravotnický personál k práci v oboru. Ze současných problémů se nabízí k vyřešení zejména otázka iracionálního břemene nesení nadlimitních nákladů ve zdravotnictví poskytovatelem.

Obecným rysem českého zdravotnictví je z hlediska principů distributivní spravedlnosti nízké zaměření na efektivitu a stále ještě přetrvávající diktát rovnosti výsledků. S úrovní sebereflexe společnosti pak souvisí malá schopnost tvorby koncepčních a trvalých reforem tohoto stavu. Přitom ideálem distributivní spravedlnosti je zejména vyváženost jednotlivých principů, která je v praxi reflektována vyváženými (nikoli rovnými) podmínkami pro jednotlivé skupiny obyvatel i aktérů systému. Pro ČR je v současné době stěžejní důraz právě na mechanismy efektivity. Z informací uvedených v práci se také domníváme, že veřejná debata o potřebě reforem se týká pouze části reálných problémů zdravotnictví a že inspirace zahraničními právními úpravami může být, přihlédne-li se k tuzemským specifikům, bohatší.

## Seznam použitých zkratk:

<b>ACA</b>	Patient Protection and Affordable Care Act, federální zákon USA ze dne 23. března 2010
<b>CMI</b>	Casemix index
<b>ČPZP</b>	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Groups
<b>ESCH</b>	Evropská sociální charta
<b>HMO</b>	Health Maintenance Organization
<b>IBA</b>	Institute of Biostatistics and Analyses
<b>IZPE</b>	Institut zdravotní politiky a ekonomiky
<b>LZPS</b>	Listina základních práv a svobod
<b>MPSV</b>	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
<b>MZČR</b>	Ministerstvo zdravotnictví ČR
<b>NHS</b>	National Health Service
<b>NRC</b>	Národní referenční centrum
<b>PL</b>	Praktický lékař
<b>PSP</b>	Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR
<b>SÚKL</b>	Státní ústav pro kontrolu léčiv
<b>ÚS</b>	Ústavní soud
<b>ÚZIS</b>	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
<b>VZP</b>	Všeobecná zdravotní pojišťovna
<b>WHO</b>	Světová zdravotnická organizace
<b>ZoSVR</b>	Zákon 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů
<b>ZPMV</b>	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR

## Seznam použitých zdrojů:

1. ARISTOTELES, 1937. *Etika Nikomachova*. Praha: Jan Laichter, 305 s. Laichterova filosofická knihovna.
2. BARTÁK, M., HORÁKOVÁ, P. 2009. K současným reformám zdravotnictví v USA. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, roč. 2, č. 12, s. 60-62. ISSN: 1213-6050.
3. BARTÁK, M. 2010. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
4. BARTÁK, M. 2012. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 336 s. ISBN 978-80-7357-984-5.
5. BIBLE. 2013. Český studijní překlad. 3. vyd. Praha: KMS. ISBN 978-80-86449-94-4.
6. WILSON, S. H. Methods for the economic evaluation of health care programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1987. roč. 41, č. 4, s. 355-356.
7. EIM, J. 2008. *Vývoj zdravotního systému ČR*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita. Právnická fakulta. Katedra národního hospodářství. 56 s.
8. FISCHER, P. 1995. *Über die Gerechtigkeit*. Překlad Bakešová, Velek. In: BAKEŠOVÁ, A., VELEK, J. 1997. *Spor o spravedlnost*. 1. vyd. Praha: Filosofia. 168 s. ISBN 80-7007-115-X.
9. GÜNTHER, K. 1994. *Was heisst: „Jedem das Seine“? Zur Wiederentdeckung der distributiven Gerechtigkeit*. Překlad Bakešová, Velek. In: BAKEŠOVÁ, A., VELEK, J. 1997. *Spor o spravedlnost*. 1. vyd. Praha: Filosofia. 168 s. ISBN 80-7007-115-X.
10. HAYEK, F. A. *Equality, Value and Merit*, in: *The Constitution of Liberty*, Chicago 1960, str. 85 – 102.
11. HEJDUKOVÁ, P. Zdravotnická zařízení v kontextu reformních změn v ČR. *Trendy v podnikání – business trends*. Plzeň: Vydavatelství ZČU. 2011, č. 2, s. 115 – 123. ISSN 1805-0603.
12. HORÁK, Z. 2014. *Distributivní spravedlnost ve zdravotnictví v kontextu racionalizace zdravotní péče*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Právnická fakulta. Katedra občanského práva. 94 s.
13. HROBOŇ, P. 1998. *Ekonomické hodnocení preventivních zdravotnických programů: možnosti použití v ČR*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky. 52 s. ISBN 80-2382-852-8.
14. CHEVREUL, K., DURAND-ZALESKI, I., BAHRAMI, S., HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C., MLADOVSKY, P. 2010. *France: Health Systems in Transition*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. č. 12(6): s. 1-291. ISSN 1817-6127.
15. INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. 2003. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Dotisk 2004. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. 302 s. ISSE 1213-8096.
16. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1.

- vyd. Praha: Portál, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
17. JIRÁSKOVÁ, V. 1996. *Dokumenty k ústavním systémům*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 329 s. ISBN 80-7184-212-5.
  18. KIS, J. 1997. *Současná politická filosofie*. Praha: Oikoymenh. 501 s. ISBN 80-86005-60-7.
  19. LÉPORI, L. R. 2011. *Roztroušená skleróza*. Překlad Eva Krasulová, 1. vyd: Buenos Aires: Letbar Asociados. 41 s. ISBN 978-987-654-458-0.
  20. MATUŠEK, Z. 2011. *DRG systém v ČR*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Ústav zdravotnického managementu. 92 s.
  21. NĚMEC, J. 2008. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
  22. NOZICK, R. *Distributive Justice*, in: *Anarchy, State and Utopia*, Blackwell, 1973, str. 149 – 182.
  23. PAVLÍČEK, V. 2011. *Ústavní právo a státověda II. Díl*. Praha: Leges. 1119 s. ISBN 978-80-87212-90-5.
  24. PLATÓN, 2014. *Ústava*. 5. vydání. Překlad František Novotný. Praha: OIKOYMENH. 427 s. Platónovy dialogy. ISBN 978-80-7298-504-3.
  25. RAWLS, J. 1981. *The Basic Liberties and Their Priority*, in: *The Tanner Lectures on Human Values*, sv. III. Salt Lake City and Cambridge. 1982. (in: KIS, J. op. cit. s. 188)
  26. RAWLS, J. 1995. *Teorie spravedlnosti*. 1. vydání. Praha: Victoria Publishing. 361 s. ISBN 80-85605-89-9.
  27. RECHEL, B., McKEE, M. 2014. *Facets of Public Health in Europe*. Berkshire: Open University Press. 346 s. ISBN 978-0-33-526420.
  28. SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V. 2012. *Proč transformace zdravotnictví kulhá*. Právní nástroje k ovlivnění ekonomiky. 1. vyd. Praha: Vlastní náklad. 59 s. ISBN 978-80260-2865-9.
  29. ŠUSTEK, Petr, Karel HLAVÁČEK a Michaela POVOLNÁ. Právní aspekty racionalizace zdravotní péče. In: SVOBODA, P., ONDŘEJEK, P., ŠUSTEK, P., a kol. 2013. *Filosofické a právně teoretické aspekty lidských práv*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. 120 s. ISBN 978-80-87146-88-0.
  30. ŠEFLOVÁ, A. 2009. *Prevence jako součást zdravotní politiky ČR*. Diplomová práce. Brno. Masarykova univerzita. Ekonomicko-správní fakulta. 94 s.
  31. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2014a. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2013*, Časové řady vybraných finančních ukazatelů. 56 s.
  32. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2014b. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013*. 131 s.
  33. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2014c. *Lůžková péče 2013*. 138 s. ISBN 978-80-7472-094-9.
  34. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2014d. *Aktuální informace č. 16/2014. - Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2013*. 5 s.
  35. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2015. *Sít zdravotnických zařízení 2013*. 142 s. ISBN 978-80-7472-141-0.
  36. VÁNĚ, J. 2006. *Teorie spravedlnosti. Pokus o typologii*. Disertační práce. Brno:

- Masarykova univerzita. Filosofická fakulta. Katedra filosofie. 137 s.
37. WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. 1992. roč. 22, č. 3, s. 429 – 445.
  38. ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. 2013. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. upr. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8.

## Internetové zdroje:

1. BERENSON, R. A., Capitation and Conflict of Interest. *Health Affairs*. [online] Roč. 5, č. 1, 1986. s. 141-146. [cit. 17. 8. 2015] Dostupné z WWW: <http://content.healthaffairs.org/content/5/1/141.short>.
2. BRAVEMAN, P., GRUSHKIN, S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*. [online] 2003. č. 57, s. 254 – 258 [cit. 24. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://jech.bmj.com/content/57/4/254.full.pdf+html>.
3. CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1946. Dostupné na WWW: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
4. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. 2004. *80 let sociálního pojištění*. Dostupné na WWW: [http://www.cssz.cz/stranky/konference-80let/brozura\\_c.pdf](http://www.cssz.cz/stranky/konference-80let/brozura_c.pdf).
5. DEUTSCHER BUNDESTAG. 2015. *Grundgesetz*. Dostupné na WWW: [https://www.bundestag.de/bundestag/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg\\_01/245122](https://www.bundestag.de/bundestag/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg_01/245122).
6. DERNEROVÁ, A. Důvody zamítnutí návrhu zákona o zdravotních službách v senátu. 2011. [online] *ČLK/Aktuality* [cit. 31. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.lkcr.cz/doc/m\\_prezentace\\_file/duvody-zamitnuti-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-4.ppt](http://www.lkcr.cz/doc/m_prezentace_file/duvody-zamitnuti-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-4.ppt).
7. DUFEK, M. Praktický průvodce labyrintem úhrad léčby RS. *Medical Tribune*. [online] 2013. č. 13 [cit. 25. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.tribune.cz/clanek/30418-prakticky-pruvodce-labyrintem-uhrad-lecby-rs>.
8. EPRAVO (Pojištěnívpraxi.cz). *SR: Jedna státní zdravotní pojišťovna bude. Díky prodeji Telekomu*. [online] 4. 3. 2013 [cit. 21. 7. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.pojistenivpraxi.cz/sr-jedna-statni-zdravotni-pojistovna-bude-diky-prodeji-telekomu/>.
9. GOLLA, P. 2012. *Za den v nemocnici platíme 100 Kč, jak je to v ostatních zemích?* In: *Finexpert.cz* [online] 6. 11. 2012 [cit. 9. 8. 2015] Dostupné z WWW: <http://finexpert.e15.cz/za-den-v-nemocnici-platime-100-kc-jak-je-to-v-ostatnich-zemich>.
10. GOVERNO ITALIANO. 2015. *La Costituzione della Repubblica Italiana*. Dostupné na WWW: [http://www.governo.it/Governo/Costituzione/1\\_titolo2.html](http://www.governo.it/Governo/Costituzione/1_titolo2.html).
11. INSTITUTE OF BIOSTATISTICS AND ANALYSES. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice*. 2015. [online] IBA [cit. 22. 8. 2015] Dostupné z WWW: <http://www.svod.cz/>. INSTITUTE OF BIOSTATISTICS AND ANALYSES. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice*. 2015. [online] IBA [cit. 22. 8. 2015] Dostupné z WWW: <http://www.svod.cz/>.
12. KINDL, T. *Zákaz kouření chrání svobodu*. In: *Jinepravo.blogspot.cz* [online] 10. 7. 2015 [cit. 31. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://jinepravo.blogspot.cz/2015/07/tomas-kindl-zakaz-koureni-chrani-svobodu.html>.

13. MACH, J. Změny v síti poskytovatelů zdravotních služeb a transparentnost. *Zdravotnické fórum*. [online] 2013 č. 1 [cit. 31. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.zdravotnicke-pravo.cz/kestazeni/zmeny\\_v\\_siti\\_poskytovatelu\\_zdravotnich\\_sluzeb\\_a\\_transparentnost.pdf](http://www.zdravotnicke-pravo.cz/kestazeni/zmeny_v_siti_poskytovatelu_zdravotnich_sluzeb_a_transparentnost.pdf).
14. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. 2009. *Systém sociálního zabezpečení v České republice*. Dostupné na WWW: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7175/ssz\\_cr\\_cz.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7175/ssz_cr_cz.pdf).
15. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2002. *Zdraví pro všechny v 21. století*. [online] [cit. 28. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html).
16. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2014a. *Vláda zrušila poplatky za návštěvu lékaře a za recept v lékárnách*. [online] [cit. 7. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-zrusila-poplatky-za-navstevu-lekare-a-za-recept-v-lekarnach-9289\\_3030\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-zrusila-poplatky-za-navstevu-lekare-a-za-recept-v-lekarnach-9289_3030_1.html).
17. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2014b. [cit. 18. 8. 2015] *Ministerstvo zdravotnictví představilo projekt DRG restart*. Dostupné na WWW: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-predstavilo-projekt-drg-restart-9803\\_3030\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-predstavilo-projekt-drg-restart-9803_3030_1.html).
18. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2015. [Cit. 27.7.2015] *Prerozdělování pojištěnec\_výsledek\_2015\_07*. Dostupné na WWW: [http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=23744&typ=binary/octet-stream&nazev=prerozdelovani\\_pojistenec\\_vysledek\\_2015\\_07.pdf](http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=23744&typ=binary/octet-stream&nazev=prerozdelovani_pojistenec_vysledek_2015_07.pdf).
19. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVA SR. *Zdravotné poisťovne*. [online] 2011 [cit. 21. 7. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.health.gov.sk/?zdravotne-poisťovne>.
20. MUSIL, D. 2003. Populační skríníng kolorektálního karcinomu. *Endoskopie* [online] č. 3 [cit. 22. 8. 2015] Dostupný z WWW: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/913.pdf>.
21. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. 2015a. [cit. 18. 8. 2015] *Metodika sestavení případu hospitalizace 012*. Dostupné na WWW: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicke-materialy-pro-rok-2015\\_9906\\_1058\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicke-materialy-pro-rok-2015_9906_1058_3.html).
22. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. 2015b. *Ukončení kultivace DRG v NRC*. [online] 1. 7. 2015 [cit. 18. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://nrc.cz/aktualne/novinky/ukonceni-kultivace-drg-v-nrc>.
23. NHS England. Leeds: NHS England. 2015. [cit. 19. 7. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.england.nhs.uk/about/>.
24. NOHL, R. 2015. *Nová data: Vážně nemocných je víc, za léčbou jezdí stovky km*. In: Aktualne.cz [online] 2. 8. 2015 [cit. 7. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://zpravy.aktualne.cz/domaci/nova-data-vazne-nemocnych-je-vic-za-lecbou-jezdi-stovky-km/r~4ad2785e2fa011e5b4780025900fea04/>.
25. OECD. 2015a. *Focus on Health Spending. OECD Health Statistics 2015*. Dostupné na WWW: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf>.

26. OECD. 2015b. *Dépenses de santé et financement*. Dostupné na WWW: [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT&lang=fr](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT&lang=fr).
27. OECD. 2015c. *Health Care Resources: Hospital beds*. Dostupné na WWW: [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT).
28. PERGL, V. 2010. *Návštěva specialisty bez doporučení by měla stát 200 Kč, navrhuje ministr*. In: Novinky.cz [online] 24. 6. 2010 [cit. 23. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.novinky.cz/domaci/206794-navsteva-specialisty-bez-doporuceni-by-mela-stat-200-kc-navrhuje-ministr.html>.
29. PERKNEROVÁ, K., *Vzniká zákon o nemocnicích. Stanoví i jejich síť*. In: Denik.cz [online] 31. 8. 2015 [cit. 31. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.denik.cz/z\\_domova/vznika-zakon-o-nemocnicich-standovi-i-jejich-sit-20150830.html](http://www.denik.cz/z_domova/vznika-zakon-o-nemocnicich-standovi-i-jejich-sit-20150830.html).
30. PSP ČR. *Důvodová zpráva k zák. č. 280/1992 Sb.* [cit. 3. 8. 2015] Dostupné na WWW: [http://www.psp.cz/eknih/1990cnr/tisky/t0654\\_02.htm](http://www.psp.cz/eknih/1990cnr/tisky/t0654_02.htm).
31. STROHMAIEROVÁ, A. 2013. *V Karlovarském kraji chybí praktičtí lékaři v odlehlých oblastech, daleko jsou i zubaři*. In: Český rozhlas [online] 7. 1. 2013 [cit. 28. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.rozhlas.cz/zpravy/regiony/zprava/v-karlovarskem-kraji-chybi-prakticti-lekari-v-odlehlych-oblastech-daleko-jsou-i-zubari--1158138>.
32. ŠUSTEK, P., HLAVÁČEK, K., POVOLNÁ, M. 2015. *Právo na zdravotní péči a jeho ekonomické limity 1*. In: Výzkumné centrum pro lidská práva. [online] 10. 7. 2015 [cit. 20. 11. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.vclp.cz/news/pravo-na-zdravotni-peci-a-jeho-ekonomicke-limitace-1/>.
33. U.S. Department of Health & Human Services, 2015. *Health and Human Services/Health Care*. [cit. dne 20. 7. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.hhs.gov/healthcare/rights/index.html>.
34. VLÁDA ČR. 2002. *Programové prohlášení vlády*. Dostupné na WWW: [http://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/vladimir-spidla/Programove-prohlaseni-vlady\\_1.pdf](http://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/vladimir-spidla/Programove-prohlaseni-vlady_1.pdf).
35. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Restrukturalizace lůžkového fondu musí vést k jeho optimalizaci*. 2012. [online] VZP [cit. 28. 8. 2015] Dostupné na WWW: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/aktuality/restrukturalizace-luzkoveho-fondu-musi-vest-k-jeho-optimalizaci>.
36. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Pojistný plán VZP pro příští rok: Vítejte v lepších časech! Pomohou si lázně a hospice*. 2014 [online] VZP [cit. 28. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/pojistny-plan-vzp-pro-pristi-rok-vitejte-v-lepsich-casech-pomohou-si-lazne-a-hospice>.
37. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Výhody a příspěvky*. 2015a. [online] VZP [cit. 23. 8. 2015] Dostupné z WWW: <http://www.vzp.cz/klienti/vyhody-a-prispevky>.
38. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Preventivní prohlídky*. 2015b. [online] VZP [cit. 23. 8. 2015] Dostupné z WWW: <http://www.vzp.cz/klienti/programy-prevence/preventivni-prohlidky>.
39. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2002. *Medical Savings Accounts*:



- Lessons Learned from Limited International Experience*. Dostupné na WWW: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69029/1/EIP\\_FER\\_DP\\_02.3.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69029/1/EIP_FER_DP_02.3.pdf).
40. WORLD HEALTH ORGANISATION. 2015. *Equity*. [online] WHO [cit. 24. 8. 2015] Dostupné na WWW: <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>.
41. ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA. *Průvodce preventivní péčí ZP MV ČR*. 2015. [online] ZPMV [cit. 23. 8. 2015] Dostupné na WWW: <https://eforms.zpmvcr.cz/jforum/forums/list.page>.

## Judikatura:

1. Nález Ústavního soudu ze dne 15. 2. 1994, sp. zn. Pl. ÚS 35/93.
2. Nález Ústavního soudu ze dne 12. dubna 1995, sp. zn. Pl. ÚS 12/94.
3. Nález Ústavního soudu ze dne 10. července 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95.
4. Usnesení Ústavního soudu ze dne 27. ledna 1999, sp. zn. I. ÚS 247/98.
5. Nález Ústavního soudu ze dne 23. 5. 2000, sp. zn. Pl. ÚS 24/99.
6. Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 22. listopadu 2001, sp. zn. 33 Odo 470/2001.
7. Nález Ústavního soudu ze dne 4. června 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02.
8. Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 2. října 2004, sp. zn. 29 Odo 405/2003.
9. Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 25. ledna 2006, sp. zn. 32 Odo 518/2005.
10. Nález Ústavního soudu ze dne 27. září 2006, sp. zn. Pl. ÚS 51/06.
11. Rozhodnutí velkého senátu Nejvyššího soudu, občanskoprávního a obchodního kolegia ze dne 19. září. 2007, sp. zn. 31 Cdo 3142/2006.
12. Nález Ústavního soudu ze dne 25. září 2007, sp. zn. Pl. ÚS 5/04.
13. Nález Ústavního soudu ze dne 31. ledna 2008, sp. zn. Pl. ÚS 24/07.
14. Nález Ústavního soudu ze dne 12. března 2008 sp. zn. Pl. ÚS 83/06.
15. Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08.
16. Nález Ústavního soudu ze dne 3. února 2011, sp. zn. III. ÚS 449/06.
17. Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 27. dubna 2011, sp. zn. 25 Cdo 3507/2008.
18. Nález Ústavního soudu ze dne 13. září 2011, sp. zn. I. ÚS 2785/08.
19. Rozhodnutí Nejvyššího soudu USA v případě *National Federation of independent Business v. Sibelius* ze dne 28. července 2012. Dostupné na WWW: <http://www.supremecourt.gov/opinions/11pdf/11-393c3a2.pdf>.
20. Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013 sp. zn. Pl. ÚS 36/11.
21. Nález Ústavního soudu ze dne 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13.
22. Nález Ústavního soudu ze dne 27. ledna 2015 sp. zn. Pl. ÚS 19/14.

## Předpisy:

1. Zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří.
2. Zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění.
3. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
4. Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České socialistické republiky.
5. Směrnice Rady ze dne 21. prosince 1988, č. 89/105/EHS, o průhlednosti opatření upravujících ceny humánních léčivých přípravků.
6. Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích.
7. Zákon č. 526/1990 Sb., o cenách.
8. Vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi.
9. Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění.
10. Zákon č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně.
11. Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.
12. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.
13. Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky.
14. Zákon č. 2/1993 Sb., usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky.
15. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.
16. Zákon č. 2/1998 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 242/1997 Sb.
17. Evropská sociální charta, vyhlášená pod č. 14/2000 Sb. m. s.
18. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině. Vyhlášená pod č. 96/2001 Sb. m. s.
19. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.
20. Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů.
21. Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních.
22. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce.
23. Zákon č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců.
24. Vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.
25. Vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem.
26. Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.
27. Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon).
28. Patient Protection and Affordable Care Act, federální zákon USA ze dne 23. března 2010.
29. Zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném

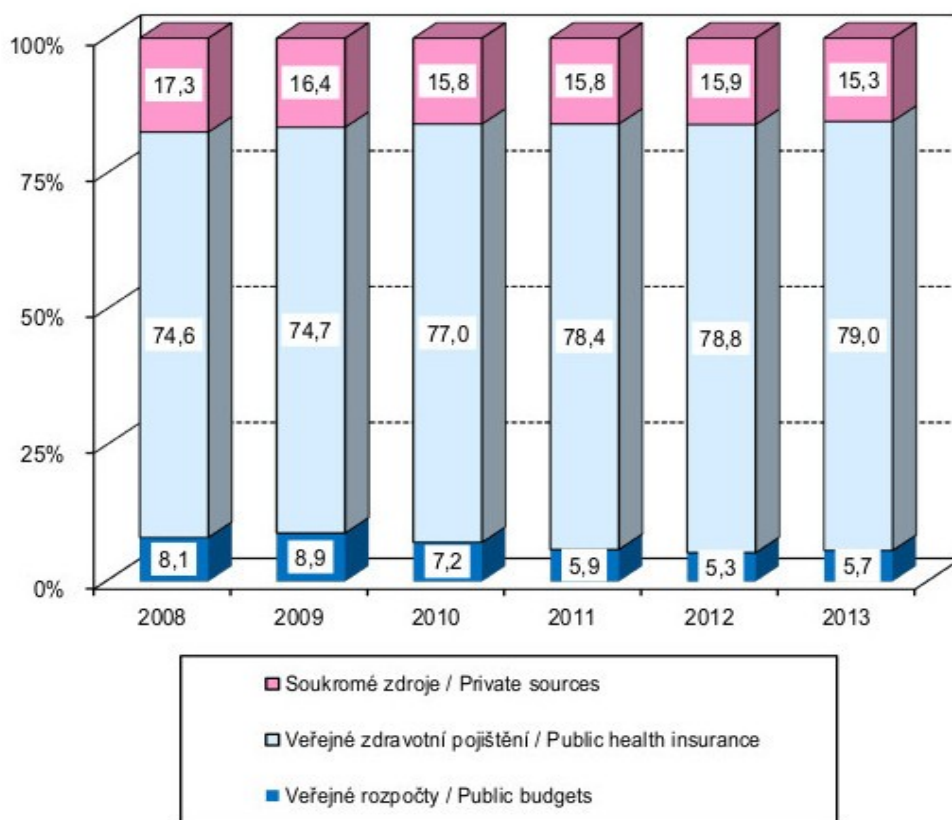
- zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.
30. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.
  31. Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.
  32. Vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči.
  33. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.
  34. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
  35. Nařízení č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.
  36. Vyhláška č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013.
  37. Zákon č. 256/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.
  38. Sdělení Českého statistického úřadu č. 274/2014 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).
  39. Vyhláška č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015.

## Přílohy:

Příloha č. 1:<sup>368</sup>

*Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013 / Economic information on health care 2013*

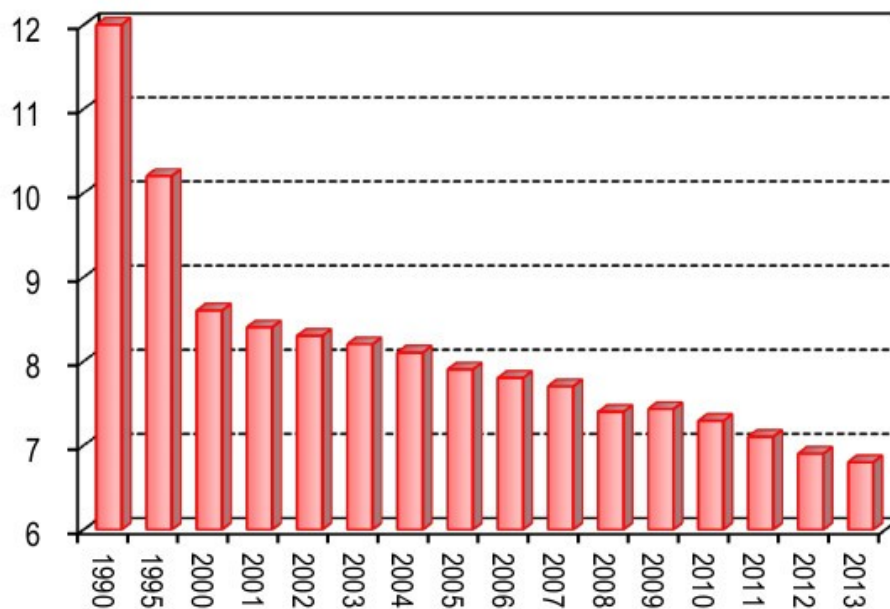
### 6. Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v %) Health care expenditure by sources of financing (in %)



Zdroj dat: ÚZIS ČR  
Source: IHIS CR

Příloha č. 2:

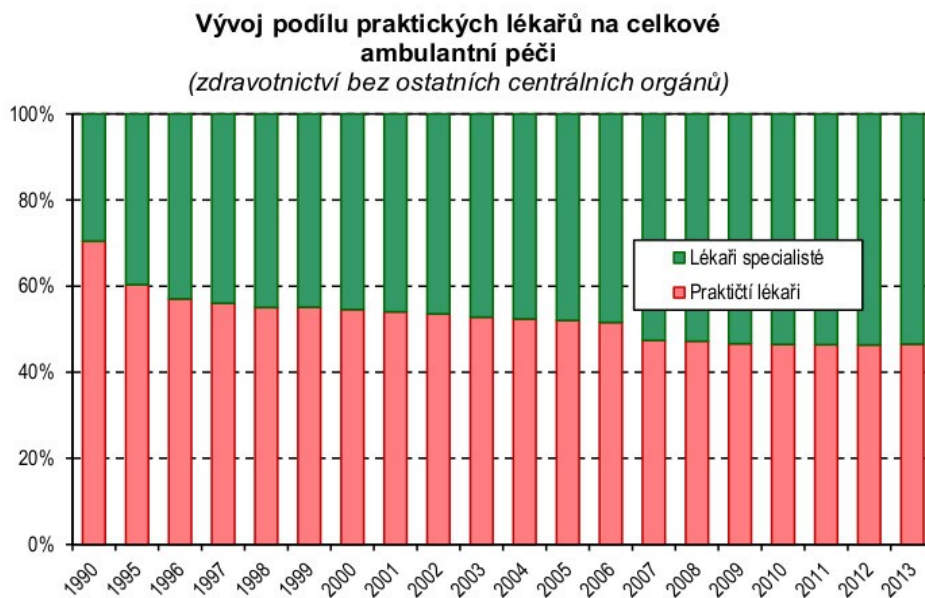
### Průměrná ošetrovací doba na nemocničním lůžku



Zdroj: ÚZIS ČR<sup>369</sup>  
data z roku 2013

<sup>369</sup> Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2014c. *Lůžková péče 2013*. 138 s. ISBN 978-80-7472-094-9.

Příloha č. 3:



Zdroj: ÚZIS ČR<sup>370</sup>

data z roku 2013

370 Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2015. *Sít' zdravotnických zařízení 2013*. 142 s. ISBN 978-80-7472-141-0.

## Shrnutí:

Cílem této práce je zhodnotit současný stav a vývoj hlavních právních institutů týkajících se financování zdravotnictví a vymežit jejich vztah k principům distributivní spravedlnosti. Financování zdravotní péče je v rámci ekonomie i práva specifickou problematikou, zejména proto, že se v této oblasti nakládá s lidským životem. První kapitola se proto zabývá distributivní spravedlností ve zdravotnictví jako potenciálně řídicím principem při tvorbě legislativy. Historický vývoj filosofie totiž přinesl některé užitečné nástroje, které mohou zákonodárci pomoci v rozhodnutí, zda uvažovaná norma nese přívlastek „spravedlivá“. Příkladem budiž Teorie spravedlnosti Johna Rawlse.

Další část práce je rozdělena na tři hlavní kapitoly, které se věnují úrovním redistribuce. První z nich se zabývá úrovní státní. Ta zahrnuje vývoj zdravotnického systému, jeho zařazení do kategorie financování z daní, pojištění či soukromých zdrojů a hlavní výhody či nevýhody každé této kategorie. Přerozdělování na úrovni státu se dále týká absolutní množství peněz, které je do systému státem alokováno, dalšími nadstandardními zdroji financování a problematikou práva na zdraví. Ke každému typu zdravotnického systému je v textu přiřazen a krátce charakterizován typický zástupce. Zvláštní kapitola je věnována České republice.

Další dvě kapitoly se věnují nižším úrovním redistribuce. První pojednává o poskytovatelích zdravotních služeb, zdravotních pojišťovnách, důrazu na jednotlivé úrovně zdravotních služeb a úhradových mechanismech v ČR. Druhá se týká rozdělení prostředků mezi pacienty.

Na všech třech úrovních je v první řadě diskutována současná právní úprava České republiky. Následně bývá zmíněno možné řešení eventuálního problému. Hlavním zdrojem inspirace těchto řešení je zahraniční právní úprava.

Celý text v kontextu redistribucí zdůrazňuje filosofické principy spravedlnosti, bez kterých se zdravotnictví stává místem střetů partikulárních zájmů a ztrácí svůj původní smysl, kterým je lidské zdraví.



## **Abstract:**

### **The Issue of the Just Distribution of Limited Resources in the Health Sector**

The aim of this thesis is to evaluate the current state and development of the principal legal institutes concerning health care financing and to define their relationship to the main principles of distributive justice. Health care financing is a specific issue, from both the economic as well as legal point of view, especially because human life is dealt with in this domain. The first chapter therefore deals with distributive justice in health care as a potentially leading principle for elaborating legislation. The history of philosophy has provided legislators with some useful tools which can help them to decide whether a norm can be labelled as „just“.

The following part of the text consists of three chapters which deal with different levels of redistribution. In the first chapter, the national level is focused on, the key issues being the evolution of health care systems, their typology according to the financial sources (taxes, insurance or private financing) and main advantages and disadvantages of each of the options. Furthermore, this part of the text discusses the total amount of money provided for health care by the state, extra financial resources and the question of the right to health. A characteristic representative of each type of health care system is given and described. A special chapter is dedicated to the situation in the Czech Republic.

The following two chapters of the thesis deal with lower redistribution levels. The first one concerns the health care providers, insurances, the importance given to individual levels of health care and the financing mechanisms in the Czech Republic. The second one analyses distribution of resources among the patients.

On each level, the current Czech legislation is discussed first of all. Then possible legal solutions of potential problems are mentioned. The main source of these suggestions is the legislation of foreign countries.

In the context of redistribution, the whole text emphasizes philosophical principles of justice. Without these, health care becomes a battlefield of personal interests and the principal value of health care – human health – is disregarded.

**Klíčová slova:** Zdravotnictví, Distributivní spravedlnost, Právo na zdraví, Zahraniční zdravotnické systémy, Rationing

**Key Words:** Health Service, Distributive Justice, Right to Health, Foreign Healthcare Systems, Rationing