

Univerzita Karlova v Praze
Právnická fakulta

Mgr. Dušan Hebert

Poskytování zdravotní péče ve vybraných zemích EU a její úhrada

Disertační práce

Školitel: Prof. JUDr. Petr Tröster, CSc.
Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení

19. září 2010

Prohlašuji, že jsem předkládanou disertační práci vypracoval samostatně za použití zdrojů a literatury v ní uvedených.

V Praze dne 29. září 2010

Mgr. Dušan Hebert

Poděkování za podporu při psaní této disertační práce vyjadřuji především konzultantovi Prof. JUDr. Petru Trösterovi, CSc., kolegům ze Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, svým příbuzným za nastínění problematiky zdravotnické profese a v neposlední řadě mé ženě za trpělivost a celkovou jazykovou korekturu této práce.

Obsah

Obsah.....	II
Seznam použitých zkratk	V
Úvod	1
1.1. Vymezení předmětu kvalifikační práce	2
Oddíl 2. Systémy financování	3
Kapitola 1 Česká republika.....	6
Oddíl 1. Vývoj veřejného zdravotního pojištění	6
1.1. Poválečné období a socialistická zákonnost.....	6
Oddíl 2. Prameny práva	7
2.1. Sociální práva a ústavní pořádek	7
2.2. Vnitrostátní zákony a podzákonné právní předpisy.....	8
2.3. Reforma zdravotního pojištění	30
2.4. Komunitární právo	35
2.5. Význam původních koordinačních nařízení	51
2.6. Rozsudky Evropského soudního dvora.....	51
2.7. Nová komunitární právní úprava	63
2.8. Mezinárodní smlouvy	66
2.9. Rozhodování Ústavního soudu	78
2.10. Rozhodování obecných soudů	89
Oddíl 3. Osobní a věcný rozsah	102
3.1. Rezidenční systém	102
3.2. Pojištění výdělečně činných osob	109
Oddíl 4. Práva a povinnosti pojištěnce	114
4.1. Právo na výběr zdravotní pojišťovny.....	114
4.2. Právo na volbu lékaře, zdravotnického zařízení a dopravní služby.....	114
4.3. Neposkytování náležité péče	115
4.4. Oznamovací povinnost.....	119
4.5. Povinnost vzhledem ke zdravotnímu stavu	119
4.6. Povinnost odvádět pojistné.....	119
4.7. Výše regulačních poplatků	121
Oddíl 5. Náhrada nákladů zdravotní péče.....	126
5.1. Bezhotovostní zúčtování nákladů	126
5.2. Hotovostní úhrada nákladů.....	133
5.3. Náhrada nákladů v evropském režimu	134
5.4. Náhrada nákladů poskytovatelům.....	137
5.5. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	141
Kapitola 2 Slovenská republika	144
Oddíl 1. Prameny práva	144
1.1. Zákony.....	144
1.2. Rozhodování Ústavního soudu	145
Oddíl 2. Veřejné zdravotní pojištění	147
2.1. Osobní rozsah	147
2.2. Úhrada zdravotní péče.....	147
2.3. Poskytovatelé zdravotní péče	150

2.4. Zdravotní pojišťovny	150
2.5. Další prameny práva	152
Kapitola 3 Spolková republika Německo	153
Oddíl 1. Formy zdravotního pojištění	153
1.2. Struktura SGB V	154
1.3. Osobní působnost.....	156
1.4. Rozsah poskytovaných dávek.....	156
Oddíl 2. Zdravotní pojišťovny	157
2.1. Organizační zajištění	158
Oddíl 3. Poskytovatelé zdravotní péče	159
3.1. Nemocniční poskytovatelé	160
Oddíl 4. Současný stav reformovaného zdravotního pojištění	160
4.1. Zdravotní pojišťovny	160
4.2. Osoby nekryté veřejným zdravotním pojištěním.....	162
Kapitola 4 Francie	163
Oddíl 1. Druhy zdravotního pojištění a jejich nositelé	163
1.1. Všeobecný typ pojištění	163
1.2. Typ zemědělství	164
1.3. Typ pro OSVČ	165
1.4. Vztah jednotlivých schémat zdravotního pojištění	165
Oddíl 2. Rozsah a způsob hrazení zdravotní péče.....	166
2.1. Platba předem	166
2.2. Poskytovatelé zdravotní péče	168
Oddíl 3. Dobrovolné komplementární připojištění	170
3.1. Soutěž pojistitelů, sjednání pojištění.....	170
Oddíl 4. Srovnání se zdravotním pojištěním ve Velké Británii	171
Kapitola 5 Rakousko	172
1.1. Vznik zdravotního pojištění	172
1.2. Nositelé zdravotního pojištění	172
1.3. Přímá úhrada a náhrada	173
1.4. Připojištění.....	174
Kapitola 6 Švýcarsko.....	175
1.1. Prameny práva	175
Oddíl 2. Zdravotní pojištění	175
2.1. Poskytované dávky, způsob ošetření	176
2.2. Zdravotní pojišťovny	177
2.3. Poskytovatelé zdravotních služeb	177
Oddíl 3. Soukromé zdravotní připojištění.....	179
Kapitola 7 Nizozemí.....	180
1.1. Reformované zdravotní pojištění	180
1.2. Pojistitelé	181
1.3. Následky reformovaného pojištění	182
Kapitola 8 Velká Británie	183
Oddíl 1. Organizace Národní zdravotní služby.....	184
1.2. Primární péče.....	184
1.3. Sekundární péče.....	185
1.4. Poskytovatelé zdravotní péče	185
Oddíl 2. Rozsah zdravotní péče	186

2.1. NHS Constitution.....	186
2.2. Spoluúčast	189
2.3. Soukromé zdravotní pojištění	189
Kapitola 9 Lucembursko	190
1.1. Zdravotní péče	190
1.2. Soukromé zdravotní pojištění	192
Kapitola 10 Zhodnocení vybraných úprav veřejného zdravotního pojištění	193
1.1. Zdravotní pojišťovny	194
1.2. Česká právní úprava ve srovnání se zahraničím.....	194
Oddíl 2. Možnosti právní úpravy de lege ferenda	195
2.1. Variabilní rozsah hrazené péče	196
2.2. Model financování veřejného zdravotního pojištění.....	200
2.3. Zdravotní pojišťovny	201
2.4. Vynutitelnost nároků subjektů veřejného zdravotního pojištění	203
Oddíl 3. Konformita navržené koncepce variabilní péče	206
3.1. Udržitelnost	206
3.2. Soulad s Listinou	207
3.3. Soulad s mezinárodním právem.....	212
Závěr.....	213
Seznam použité literatury	216
Publikované články.....	217
Kvalifikační práce.....	218
Jiné zdroje	219
Abstrakt	220
Summary.....	223
Seznam klíčových slov	226

Seznam použitých zkratek

CMU	Centrum mezistátních úhrad
ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
EHIC	European Health Insurance Card, Europäischer Krankenkassenausweis, Evropský průkaz zdravotního pojištění.
EHS	Evropský hospodářské společenství
ES, Společenství	Evropské společenství
ESD	Evropský soudní dvůr
EU	Evropská unie
Listina	Listina základních práv a svobod, vyhlášená pod č. 2/1993 Sb.
Nářízení	Nářízení Rady (EHS) č. 1408/71 z 14. června 1971 o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství, ve znění pozdějších novel.
Nářízení o rozšíření působnosti	Nářízení Rady (ES) č. 859/2003 ze dne 14. května 2003, kterým se působnost nařízení (EHS) č. 1408/71 a Nařízení (EHS) č. 574/72 rozšiřuje na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti.
Nové nařízení	Nářízení (ES) č. 883/2004 Evropského parlamentu a Rady ze dne 29. března 2004 o koordinaci systémů sociální bezpečnosti.
Nové Prováděcí nařízení	Nářízení (ES) č. 987/2009 Evropského parlamentu a Rady ze dne 16. září 2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení č. 883/2004 o koordinaci systémů sociální bezpečnosti.
o.z.	Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník.
OSN	Organizace spojených národů založena 26. června 1945 v San Francisco (USA).
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná.
PF UK	Právnická fakulta Univerzity Karlovy v Praze.
Prováděcí nařízení	Nářízení Rady (EHS) č. 574/72 z 21. dubna 1972 stanovující postup provádění Nařízení (EEC) 1408/71 o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství.
SES, Smlouva	Smlouva o založení Evropského společenství (konsolidované znění).

SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung, v překladu Sociální zákoník, kniha V Zákonné zdravotní pojištění (SRN).
SRN	Spolková republika Německo.
Ústava	Ústava České republiky, vyhlášená pod č. 1/1993 Sb.
VZP, VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, zřízená zákonem č. 551/1991 Sb. o Všeobecná zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.
Zákon o v.z.p.	Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
Zákon o VZP	Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.
Zpoj	Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Úvod

Poskytování zdravotní péče a její úhrada je velmi náročný organizační proces, kterého se účastní v průběhu života každý člověk. Ani lidé, kteří nejsou kryti pojištěním nebo zabezpečením proti nemoci a úrazu, nejsou vyloučeni z tohoto procesu, neboť také mají nárok na minimální standard zdravotní péče a náklady této péče musejí být též někým uhrazeny, v krajním případě i samotným poskytovatelem zdravotní péče.

Oč je něco složitější a náročnější, o to paradoxně může klesat ochota poznávat tuto složitost, jelikož zejména při začátcích poznávání je zjištěna pouze větší míra složitosti a ještě větší náročnosti. Zdraví je na jednu stranu nejcennější hodnota každého člověka, na druhou stranu většina populace úzkostlivě váží jakékoliv volné peněžní prostředky na prokazatelně účinnou léčbu. U léčby s méně prokazatelným účinkem¹, ale eventuálně lepším placebo efektem, úzkost často opadá a investice se odehrávají v mnohem velkorysejším a nahodilejším stylu.

Zákonitosti efektivity rozdělování a financování zdravotní péče se mohou rozcházet s povrchními, ale často hlasitě artikulovanými potřebami většinového voliče. V postmoderním světě je péče o zdraví neoddelitelná od organizovaného systému jejího poskytování a úhrady. Peněžní oceňování se zdravotní péči vyhýbá čím dál méně, resp. zdravotní péče je na dostatečném financování čím dál více závislá, a bez bližšího ocenění jednotlivých výkonů nelze různé varianty zdravotní péče dostatečně rozvinout z pohledu plánování, rozpočtové předpovědi nebo vztahů s kompetentními institucemi a poskytovateli mimo členský stát EU.

Dobrovolnické nebo charitativní zabezpečení zdravotní péče není schopné splnit ani subjektivní očekávání pacienta, ani požadavky moderního hospodářství, které by se bez profesionální zdravotní péče mohlo setkávat se stále většími výpadky a poklesem produktivity kvůli neodpovídající zdravotní kondici lidských zdrojů.

Vztah poskytování a úhrady péče v České republice lze stěží označit za optimální. Velkou chloubou českého zdravotnictví je vysoký medicínský standard poskytované zdravotní péče, klientský přístup a spokojenost pacientů je paradoxně v protikladu s

¹ Alternativní medicína, případně lidové léčitelství.

kvalitou zdravotních výkonů na opačném konci hodnocení. Vysvětlení poskytuje systém hrazení poskytované zdravotní péče. Optimální není ale ani znalost a pochopení rozsahu, systému, podmíněnosti poskytování zdravotní péče a její úhrady.

1.1. Vymezení předmětu kvalifikační práce

Těžiště této práce je zaměřeno na zdravotní péči (služby), léčiva a prostředky zdravotní techniky jsou zmíněny příležitostně v mezích rozsahu této práce jako doplněk k informacím o poskytování a úhradě zdravotní péče v užším smyslu.

Zahrnutí problematiky léčiv by překročilo předvídaný rozsah kvalifikační práce. Z obdobného důvodu není předmětem této práce problematika výkonu lékařského povolání a jeho kvalifikačních podmínek, je rozvinuta toliko problematika poskytovatelů z pohledu poskytování a úhrady zdravotní péče.

I přes neustále se blížící reformu veřejného zdravotního pojištění v ČR je disertační práci používán více výraz zdravotní péče než zdravotní služby. Jedná se o preferenci autora, který upřednostňuje spíše kontinuitu v obsahu terminologie bez nutnosti zavádět zcela novou terminologii, např. právě zdravotní služby, které obsahově nemusejí znamenat nic méně nebo více než starší pojem zdravotní péče. Oba pojmy vyjadřují spíše jiný úhel pohledu na totožný předmět, než že by se jednalo o obsahově odlišné pojmy.

Je příznačné pro českou právní kulturu, že s reformou vybraného právního odvětví bývá zaváděna i zcela nová terminologie, která se předtím v právním řádu nevyskytovala². Autor se domnívá, že nová terminologie působí příliš diskontinuálně a proto tak nečiní, pokud je možné zachovat dosavadní legální terminologii.

Pokud se mění obsah termínu beze změny terminologie, je to také znak proměnlivého přístupu pojištěnce za podmínek koncepce variabilního rozsahu zdravotní péče, která je de lege ferenda nastíněna od str. 195 Možnosti právní úpravy de lege ferenda.

Zkoumání, rozbor a hodnocení vybraných zemí co do poskytování a úhrady zdravotní péče začíná tuzemským veřejným zdravotním pojištěním. Následuje

² Např. nový občanský zákoník.

nejpříbuznější slovenská úprava a veřejné zdravotní pojištění SRN, která je ekonomicky nejsilnějším státem v EU. Z vybraných států EU nelze opomenout francouzské veřejné zdravotní pojištění, které jakoby zaujímá třetí vrchol trojúhelníku s Velkou Británií a Německem. Rakousko je významným sousedem ČR a jeho veřejné zdravotní pojištění pozornosti neuniká.

Aby z vybraných států EU byla kompletní alespoň úprava německy mluvících zemí, je zahrnuto rozpracování systému veřejného zdravotního pojištění ve Švýcarsku, které sice není členem ES ani EHS³, nicméně vztah díky vzájemným dohodám je mnohem užší než u nečlenského státu a držitelé průkazu EHIC jej mohou na území Švýcarska používat.

Reformované veřejné zdravotní pojištění v Nizozemí je vzhledem k inspiraci pro reformu českého veřejného zdravotního pojištění hodné pozornosti. Autor však předesílá, že jeho hodnocení nizozemské reformy není jednoznačně pozitivní.

Státní zdravotnictví⁴ Velké Británie bylo vytvořeno v období po 2. světové válce, v duchu tradice funguje prakticky v nezměněné podobě dodnes. Bezplatnost a oddělení čínskou zdí od privátního zdravotnictví jsou jeho stěžejními principy.

Vybrané země EU i německy mluvící země uzavírá zdravotní pojištění státu Lucembursko. Disertační práce odpovídá právnímu stavu ke dni 19. 09. 2010.

Oddíl 2. Systémy financování

K teoretickým východiskům konstrukce financování lze uvést, že je popsán Bismarckův model průběžného financování⁵ (státy střední Evropy), Beveridgeův model s hlavním zdrojem příjmů ze státního rozpočtu (vzorovou zemí je Velká Británie) a smíšený model. Historickým příkladem je sovětský model obhospodařovaný v rámci plánovaného hospodářství, který byl výsledkem tzv. Semaškova centralizovaného systému zdravotních služeb (někdy též označován jako státoprávní model). Jedná se o modely financování celého sociálního zabezpečení, základní přístupy jsou platné i pro oblast financování dávek v nemoci a mateřství.

³ Norsko, Lichtenštejnsko a Island.

⁴ Národní zdravotní služba, anglickou zkratkou NHS.

⁵ V angličtině "Pay As You Go".

Při rozdělení jednotlivých systémů financování zdravotní péče lze zohlednit s přihlédnutím k vybraným státům EU následující kritéria:

- Způsob naplňování fondu veřejného zdravotního pojištění (daně, pojistné, jiné zdroje). Velká Británie je daňově financovaným systémem, ostatní systémy jsou financovány z pojistného s příspěvím z veřejných rozpočtů, v ČR se připravují místo pojistného odvody na veřejné zdravotní pojištění.
- Míra soukromoprávních prvků při provádění veřejného zdravotního pojištění (zdravotní pojišťovny, státní nebo soukromí poskytovatelé zdravotní péče, národní zdravotní služba). Nejsoukromější zdravotnictví je francouzské a nizozemské (po reformě), následují smíšené modely, které uzavírá v podstatě státní zdravotnictví Velké Británie.
- Podíl přímých plateb na poskytované zdravotní péči (míra spoluúčasti pojištěnce nebo výše regulačních poplatků). Spoluúčast pojištěnce byla zavedena v minimálním rozsahu i ve státním zdravotnictví Velké Británie, je znakem všech systémů veřejného zdravotního pojištění. Potenciálně nejvyšší částky k doplacení bez sjednaného zdravotního připojištění lze v určitých případech očekávat ve francouzském zdravotním pojištění.
- Prostupnost veřejného zdravotního pojištění do sféry privátních zdravotnických zařízení (možnost refundace nákladů od privátního poskytovatele, resp. možnost volby nesmluvního poskytovatele zdravotní péče). Nizozemí, SRN a návrh reformy v ČR umožňuje volbu zdravotního plánu i pro čerpání péče mimo určený okruh smluvních lékařů. Slovensko, Rakousko a Švýcarsko poskytují omezenější možnosti. Nепrostupné je veřejné a privátní zdravotnictví ve Velké Británii.
- Možnost privátního poskytovatele uzavřít smlouvu s veřejnou zdravotní pojišťovnou. Je v zásadě omezena ve všech systémech, které mají zaveden systém smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče. V SRN uzavírají smlouvy u menších poskytovatelů jejich svazy, které nepřijímají nové členy volně, ale po předchozí proceduře, která nezakládá nárok žadatele k přijetí do svazu poskytovatelů.
- Souhlas deklarovaných práv a povinností subjektů veřejného zdravotního pojištění s faktickým stavem nebo možnostmi domáhat se přiznaných práv

nebo vynutit uložené povinnosti. Tento soulad není lehké posoudit, protože je pojmově vyloučeno o něm nalézt rozsáhlejší publikované statě, vychází se také z pozorování nebo vlastní zkušenosti. Vzhledem k nastaveným regulačním mechanismům v českém veřejném zdravotním pojištění může časově nákladnější zdravotní péče způsobit, že deklarovaná práva na dávky veřejného zdravotního pojištění nejsou dostupné.

Systemy poskytování a úhrady dávek zdravotní péče jednotlivých zemí tvoří pestrou mozaiku i v rámci makroskupin systémů, které vykazují podobné stěžejní znaky. Co mají systémy zdravotní péče v různých zemích společné? Snaží se reagovat na rozšiřující možnosti medicínských postupů, které prošly experimentální stádiem a jsou považovány za standardizovaný a odpovídající postup při léčení pacientů.

Společným rysem je, že každá péče musí být v dlouhodobém pohledu uhrazena. V tomto ohledu se zdravotnictví nevymyká zásadám ostatních odvětví hospodářství, kde peněžní vztahy, resp. směna služeb za peníze, je neopominutelnou součástí a podmínkou úspěšného fungování a rozvoje.

Úkolem veřejného zdravotního pojištění je zvládat významné protiklady a náročné úkoly. Klade si za cíl zpřístupnit i velmi nákladnou zdravotní péči pro všechny příjmové kategorie, pokud je taková péče nutná vzhledem k jejich zdravotnímu stavu. Zajistit profinancování nákladů zdravotní péče v uceleném systému nebo soustavě systémů pojištění není jednoduché ani organizačně, ani z právního hlediska, včetně legislativní techniky.

Jak se daří systémům veřejného zdravotního pojištění ve vybraných zemích zvládat náročné úkoly veřejného zdravotního pojištění je posouzeno a vyhodnoceno po popisech a komentářích jednotlivých právních úprav.

Kapitola 1 Česká republika

Oddíl 1. Vývoj veřejného zdravotního pojištění

Taafeho reforma přinesla v roce 1888 zákon č. 1/1888 ř.z. o úrazovém pojištění dělníků, zákon č. 33/1888 ř.z. o nemocenském pojištění dělníků a zákon č. 127/1889 ř.z. o bratrských pokladnách. Vzniknuvší Československo převzalo tyto předpisy recepční normou podle principu kontinuity právního řádu s diskontinuitou orgánů veřejné moci.

Na osoby v poměru služebním, učňovským a pracovním byla rozšířena pojistná povinnost zákonem č. 268/1919 Sb. z. a n. Další navýšení standardu pojistného krytí přinesl zákon č. 221/1924 Sb. z. a n. o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří (novelizován zákonem č. 184/1928 Sb. z. a n). Na státní zaměstnance pamatoval zákon č. 221/1925 Sb. z. a n. o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců. Nad nemocenskými pojišťovnami měla dozor Ústřední sociální pojišťovna, hornické pojištění upravovaly zvláštní předpisy.⁶

Za protektorátu byl zachován v podstatě systém léčebné péče z první republiky, existovala státní a soukromá zdravotnická zařízení, která měla smlouvy s příslušnými zdravotními pojišťovnami, které platily za své pojištěnce lékařům za léčebné úkony, nadstandardní léčebnou péči si hradil pacient sám.⁷

1.1. Poválečné období a socialistická zákonost

Významným centralizačním a sjednocujícím počinem byl zákon č. 99/1948 Sb. o národním pojištění, po kterém již následovaly změny se společným jmenovatelem řízené ekonomiky, ústředního plánování a přímého financování ze státního rozpočtu započaté zákonem č. 102/1951 Sb. o přebudování národního pojištění. Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu je i při podstatné novelizaci platný a účinný dodnes. Myšlenkovým podkladem byl tzv. Nedvědův model (plán).

⁶ Malý, K., Dějiny českého a československého práva do roku 1945. 3. přepracované vydání. Praha: Linde, 2003, s. 408.

⁷ Malý, K., Dějiny českého a československého práva do roku 1945. 2. přepracované vydání. Praha: Linde, 2003, s. 394 (autorka části doc. JUDr. PhDr. Karolina Adamová, CSc.).

Odklon od socialistického modelu zdravotnictví začal zákonem č. 548/1991 Sb. Následovaly zákony č. 550/1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění, zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění a zákon č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře.

Z hlediska poskytovatelů spočívala markantní změna ve zrušení Krajských a Okresních ústavů národního zdraví⁸.

Oddíl 2. Prameny práva

V tomto oddíle jsou uvedeny jak prameny práva poskytování a úhrady zdravotní péče ve formálním smyslu (prameny označené zákonodárcem samotným), tak výběr z judikatury obecných soudů a Ústavního soudu jako materiální prameny práva, které soudy při své rozhodovací činnosti zohledňují.

2.1. Sociální práva a ústavní pořádek

Vrchol pyramidy z vnitrostátních zákonů tvoří čl. 31 spolu s čl. 6 Listiny. Doslovné znění čl. 31 Listiny, který je systematicky zařazen ve čtvrté části hospodářských, sociálních a kulturních práv, zní: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ Na základě čl. 41 Listiny je možno tohoto povahou sociálního práva se domáhat v mezích zákonů, které jej provádějí, v tomto případě tedy v mezích zákona o v.z.p. Zákonodárce přesto musí respektovat reálný normativní význam sociálních práv, aniž by narušil minimální standard⁹ sociálního práva, jeho smysl a podstatu. Tato práva vyžadují většinou materiální plnění ze strany státu, a tudíž nároky z nich vyplývající musejí být zákonem specifikovány¹⁰.

⁸ Do té doby známá zkratka „OÚNZ“.

⁹ Někdy též nazývaný jako tzv. core závazky, které je stát povinen okamžitě plnit.

¹⁰ Musil, Jan. Sociální práva v judikatuře Ústavního soudu České republiky in Pocta Petru Trösterovi k 70. narozeninám. Praha: ASPI – Wolters Kluwer, 2009, s. 277.

Čl. 6 v odstavci prvním zní: „Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.“ Podmínky, které jsou předmětem práva na život, jsou širší, než jenom zdravotní péče, avšak tato péče je svojí povahou velmi významná, protože je schopna odvrátit bezprostřední ohrožení na životě v důsledku nedostatku ostatních životních podmínek.

Uvedená práva na život a na ochranu zdraví náležejí každé fyzické osobě a působí erga omnes. Ochrany požívá i člověk s trvale podlomeným zdravím, ačkoli význam pojmů „zdraví“ a „ochrana zdraví“ je pro něj jiný, než u osob zdravých¹¹. Povinnost k ochraně vlastního zdraví explicitně vyjádřena není. Podmínkou *conditio sine qua non* práva občanů na bezplatnou zdravotní péči je existence veřejného zdravotního pojištění s povinnou účastí občanů České republiky. Je na úvaze zákonodárce, které další osoby do systému veřejného zdravotního pojištění zahrne a kdo bude systém veřejného zdravotního pojištění spravovat – organizační složka státu po vzoru ČSSZ, veřejnoprávní korporace jako VZP nebo soukromé obchodní společnosti pověřené naplňováním veřejnoprávních cílů.

Samotnou bezplatnost je třeba chápat z hlediska placení nákladů, nikoli však jejich hrazení, což by bylo pojmově vyloučeno, protože poskytování zdravotní péče nemůže probíhat bez nákladů (bezúplatně). Podstatou bezplatnosti je tedy absence přímé úhrady, kdy náklady jsou hrazeny¹² ze strany zdravotních pojišťoven, které zase většinu prostředků získávají odvodem pojistného, resp. placením odvodů v terminologii zamýšlené reformy veřejného zdravotního pojištění.

2.2. Vnitrostátní zákony a podzákoné právní předpisy

Časté novelizace se nevyhýbají obdobně jako u jiných právních odvětví ani předpisům v oblasti poskytování zdravotní péče a její úhrady. Následuje výtah nejdůležitějších ustanovení zákonů, které se týkají poskytování zdravotní péče a její

¹¹ Suchánek, Radovan. K ústavnímu právu na ochranu zdraví a na bezplatnou zdravotní péči in Pocta Jánů Grónském. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008, s. 252.

¹² Ač není příliš obvyklé používat v hmotném právu vysvětlení pomocí nauky procesního práva, pak pojmy placení a hrazení nákladů podle § 143 o.s.ř. jsou příkladnou ukázkou rozdílu mezi placením vzniklých nákladů a jejich náhradou podle úspěchu ve sporném řízení.

úhrady. Pozornost je zaměřena zejména na ustanovení, která jsou povahou velmi významná, nejasná, problematická nebo zajímavá.

2.2.1. Zákon o veřejném zdravotním pojištění

Systém veřejného zdravotního pojištění byl započat zákonem č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění. Jelikož se zákonodárce rozhodl reagovat na nález Ústavního soudu¹³ novým zákonem, který posléze nazval zákon o veřejném zdravotním pojištění, vyhlášený pod č. 48/1997 Sb., aniž obdobnou úpravu provedl se zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění a se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, nastala nekonzistentnost už v samotných názvech zákonů a institucí¹⁴.

Původně spočívalo těžiště právní úpravy původního zákona o všeobecném zdravotním pojištění nikoli v zákoně samotném, ale ve Zdravotním řádu, který měl formu nařízení vlády a který rozlišoval zdravotní péči podle zákona na péči hrazenou plně nebo částečně hrazenou, s ohledem na charakter postižení zdravotního stavu pojištěnce a objem finančních zdrojů na úhradu této péče. Výchozí idea „pružného“ Zdravotního řádu o ohraničenosti hospodářských, sociálních a kulturních práv, kam právo na základě čl. 31 Listiny spadá, disponibilními prostředky není neúčelná a je těmto základním právům vlastní.

Jestliže je zakotveno právo na bezplatnou zdravotní péči v Listině, shledal Ústavní soud na základě čl. 41 odst. 1 Listiny, že flexibilní rozlišování zdravotní péče vymezené zákonem na plně a částečně hrazenou ve Zdravotním řádu jakožto nařízení vlády je neústavní. „Úprava zdravotní péče plně nebo částečně hrazené byla duplicitně upravena několika právními předpisy, přičemž základní podmínky, rozsah a meze takto poskytované péče jsou zcela jasně řešeny až resortními vyhláškami a Zdravotním řádem.“¹⁵

¹³ Vyhlášen pod č. 206/1996 Sb., sp. zn. Pl. ÚS 35/95, vykonatelnost nálezu byla odložena vzhledem k nezbytné legislativnímu postupu, který nahradí zrušené předpisy.

¹⁴ Kde se v jiných předpisech používá pojmu „všeobecné zdravotní pojištění“, rozumí se tím „veřejné zdravotní pojištění“ (§ 56 odst. 3 Zákona o v.z.p.).

¹⁵ Citace z nálezu Ústavního soudu sp. zn.: Pl. ÚS 35/95.

Nelze však přehlédnout, že navrhovatelé nejen ve výše uvedeném podání k Ústavnímu soudu, ale i v těch pozdějších, byli vedeni problematikou věcnou, materiální, která se projevovala trvalou nespokojeností s řešením vztahů poskytovatele, pojištěnce a jeho zdravotní pojišťovnou. K hlubší úvaze nad materiální stránkou však Ústavní soud odvalu nenašel a omezil se i u pozdějších nálezů toliko na přezkum formálních náležitostí.

Hektická příprava znění zákona o v.z.p., kterým bylo nutné nahradit podzákonnou úpravu zdravotního řádu, měla za následek provizorní znění, které nebylo zamýšleno jako trvalé, nýbrž s omezením na jeden rok¹⁶. „Nový zákon nemá ambici přinášet převratná, často diskutovaná, avšak neucelená nová koncepční řešení systému všeobecného zdravotního pojištění, která navíc dosud nenalézají širší odborný, politický i občanský konsensus. Osnova vychází z poznání, že dosavadní systém, který se vyvíjí již šestým rokem, představuje takový způsob financování zdravotnictví, jehož možnosti se dosud nevyčerpaly, byť je zřejmé, že bude potřebné sáhnout k základní revizi celého systému.“¹⁷

Signál koncepčně nového řešení je možné vysledovat až z věcného záměru vlády ČR přijatého ke konci roku 2007, který si klade za cíl optimalizaci a reformu vztahů jednak v oblasti veřejného zdravotního pojištění, jednak v oblasti veřejných zdravotních pojišťoven a v neposlední řadě ve zřízení nového Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Terminologicky se zavádějí legislativní zkratky „zdravotní služby“ a „zdravotní plán“.

Důležitým předsignálem změn ale určitě byla už část čtyřicátá zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů¹⁸ s účinností od 1.ledna 2008. Z hlediska pojištěnců na první pohled nejzřetelnější změnou je zavedení regulačních poplatků. Po ne příliš přehledné diskusi zůstanou regulační poplatky nakonec příjmem smluvního poskytovatele zdravotní péče z toho důvodu, že nikde není upraveno proporcionalní snížení úhrady za poskytnutou péči podle zákona o veřejném zdravotním pojištění.

¹⁶ Na semináři „Praktické problémy medicínského práva“ pořádaný dne 9.listopadu 2007 v Justiční akademii v Praze uvádí ředitel právního oddělení ČLK JUDr. Jan Mach na vysvětlenou aprílový zákon: účinný od 1.dubna 1997, navíc jehož dočasná účinnost nakonec nebyla dodržena.

¹⁷ Citováno z důvodové zprávy k návrhu zákona o veřejném zdravotním pojištění.

¹⁸ Vyhlášen pod č. 261/2007 Sb.

2.2.1.1. Principy veřejného zdravotního pojištění

Každý systematicky zpracovaný předpis nebo právní odvětví je ovládáno společnými zásadami (principy), které jsou buď výslovně zmíněny v úvodních ustanoveních, nebo implicitně vyplývají ze smyslu a podstaty předmětných ustanovení, v neposlední řadě jsou zásady dovozovány doktrinálně a judikaturně. Za principy veřejného zdravotního pojištění lze považovat následující: *obligatornost pojišťovacího systému, univerzalitu osobního rozsahu, sociální solidaritu pojištěnců, pluralitu pojišťovacích institucí, svobodnou volbou povinných subjektů a ingerenci státu*¹⁹.

Obligatornost pojišťovacího systému stojí proti smluvní autonomii občana (pojištěnce). Pojištěnec nemůže svým projevem vůle ovlivnit vznik, zánik nebo průběh pojištění přímo. Může tak učinit pouze nepřímo, např. nástupem do pracovního poměru, odstěhováním (přesunem bydliště) do jiného členského státu EU, apod.

Sociální solidarita zahrnuje jednak solidaritu bohatých s chudými, jednak solidaritu zdravých s nemocnými. Dochází tedy k násobené solidaritě a ve vybraných případech jsou veřejným zdravotním pojištěním zvládnány rozdíly, které by komerční zdravotní pojištění nemuselo být schopno zabezpečit, když na kraji jedné strany spektra pojištěnců stojí chudí a nemocní, oproti druhému pólu spektra, kde jsou zastoupeni zdraví a bohatí²⁰.

Volný výběr povinných subjektů představuje primární právo pojištěnce na výběr poskytovatele zdravotní péče. Smyslem této zásady vedle svobody rozhodování je udržování soutěže mezi poskytovateli s cílem kvalitní zdravotní péče a v neposlední řadě i subjektivní spokojenost pojištěnce.

Princip ingerence státu je naplňován jednak pozitivně, kdy stát je jedním z předvídaných plátců pojistného. Negativním aspektem ingerence je výkon kontroly zdravotních pojišťoven a případné sankce za zjištěné nedostatky, které nemají za cíl

¹⁹ Tröster, P. Právo a zákonost č. 4/1992. K základním zásadám všeobecného zdravotního pojištění, str. 216-223.

²⁰ Statistickým rozdělením podle Gaussovy křivky jsou krajní hodnoty zastoupeny velmi nízkým procentem oproti mnohem četnějšímu výskytu středových hodnot – v případě veřejného zdravotního pojištění budou nejčastějšími pojištěnci ti s průměrným příjmem a s průměrnou nemocností, resp. výdaji na hrazenou péči.

ubrat disponibilní prostředky veřejného zdravotního pojištění, nýbrž zjednat nápravu do příštích období a neefektivním a nesprávným postupům tímto předejít.

2.2.2. Ostatní zákony

Vedle zákona o v.z.p. je odvětví veřejného zdravotního pojištění v širším smyslu regulováno soustavou dalších zákonů, dílem modernějších, dílem přežívajících torz z doby před rokem 1989, kde asi nejhorším příkladem je zákon o péči o zdraví lidu.

2.2.2.1. Zákon o nestátních zdravotnických zařízeních

Tento předpis umožnil start soukromých ordinací lékařů a větších zdravotnických zařízení, včetně těch, které jsou komerčněji orientovány²¹, a to udělováním registrací k provozování nestátních zdravotnických zařízení. V § 5 zákona č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních je stanoven smluvní přímus zdravotnického zařízení s vyšším územním samosprávným celkem²² o zajištění pohotovosti. Poskytování zdravotní péče za přímou úhradu je výslovně dovoleno.

Ke splnění obecné způsobilosti fyzické osoby, resp. odborného zástupce²³, jsou stanoveny přísnější podmínky než u zaměstnanců ve zdravotnictví. Překážkou pro odbornou způsobilost je jakékoliv pravomocné odsouzení pro trestný čin spáchaný i z nedbalosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče²⁴. Samotné řízení o registraci provádí ve většině případů krajský úřad.

2.2.2.2. Zákon o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních

Tímto zákonem byl novelizován i zákon o v.z.p., kde byla vložena ustanovení o kontraktační povinnosti²⁵ zdravotních pojišťoven s veřejným zdravotnickým zařízením

²¹ Např. estetická medicína.

²² Tedy s krajem (krajským úřadem).

²³ Povinně ustanovován u právnických osob.

²⁴ Z ověření podmínek je rozhodné, jestli se pravomocné odsouzení objeví na výpisu z rejstříku trestů. Z toho pohledu je zachována bezúhonnost odborného zástupce, jestliže by byl pravomocně odsouzen, ale „trestem“ bylo samotné projednání v trestním řízení. Je však vhodné podotknout, že takové skončení trestního řízení před soudem je spíše výjimečné.

²⁵ Jedná se o synonymum staročeského smluvního přímusu.

pod sankcí pokuty do 10 milionů Kč, kterou ukládá Ministerstvo zdravotnictví a vybírá celní úřad jako příjem státního rozpočtu.

Cílem zákona bylo vytvoření sítě vybraných veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízení, která budou vyjmenována v příloze zákona. Stávající ústavní zdravotnická zařízení byla převedena před účinností zákona z příspěvkových organizací států na příspěvkové organizace krajů nebo obcí, nebo byla transformována do obchodních společností. Politickým záměrem zákona bylo zamezit plošné privatizaci nemocnic, resp. jejich transformaci do obchodních společností.

Samotný zákon byl předmětem návrhu skupiny senátorů Senátu PČR na zrušení vybraných ustanovení, na základě kterého Ústavní soud ustanovení, která byla v rozporu s právem na místní samosprávu jako nezastupitelnou složkou rozvoje demokracie, nálezem zrušil²⁶. Jádrem testu proporcionality začíná od bodu 59. nálezu, který se skládá z celkem tří kritérií: a) způsobilost naplnění cíle nebo schopnost dosáhnout zamýšleného cíle, b) princip potřebnosti, resp. použití ve vztahu k dotčeným právům a svobodám nejšetrnějšího prostředku z více možných, c) a princip přiměřenosti (v užším smyslu) – negativa zvoleného prostředku nesmějí přesáhnout pozitiva, která představuje veřejný zájem na dotčených opatřeních.

Bod 62 Nálezu – „... Kraji je tak uložena povinnost na své vlastní náklady plnit úkoly, ... aniž by mohl účinným způsobem ovlivnit zařazení toho kterého veřejného zdravotnického zařízení do sítě. Na druhé straně z napadených ustanovení nevyplývá, že by stát jakýmkoliv způsobem garantoval finanční zajištění nově zřizovaného veřejného zdravotnického zařízení z veřejných prostředků.“

V bodě 72 Nálezu Ústavní soud poměruje režim uzavírání smlouvy u zdravotnických zařízení v příloze uvedených zákona s povinností zdravotní pojišťovny u zdravotnických zařízení neuvedených v příloze a v případě těchto příkazuje konat před uzavřením zdravotní smlouvy výběrové řízení. Poskytovatel uvedený v příloze by měl právo na uzavření smlouvy, účastník výběrové řízení takové právo nemá, ani když by byl vítězem v takovém řízení.

Je škoda, že nejsou rozvedeny otázky o možnosti zdravotní pojišťovny vybírat si k uzavření smlouvy kteréhokoli účastníka z výběrového řízení, resp. uvést, že pořadí ve

²⁶ Nález Ústavního soudu Pl. ÚS 51/06 (vyhlášen pod č. 483/2006 Sb.).

výběrovém řízení nemá právní význam, zároveň zdravotní pojišťovna nemusí smlouvu o poskytování péče uzavřít s žádným účastníkem. Tento náleží je další z řady zdravotnické judikatury, kde ústavní soud nerad zachází do podstaty problému ve zdravotnictví a omezuje se na konstatování práva státu zvolit způsob zajištění práv plynoucích z čl. 31 Listiny.

Vzhledem k vázanosti rozsahem návrhu na zrušení části zákona zůstal proces zřizování, vzniku a fungování veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízení jako takový zachován.

2.2.2.3. *Zákon o péči o zdraví lidu*

Jedná se o starý zákon²⁷, který byl za dobu své účinnosti podstatně novelizován. Z hlediska poskytování a úhrady zdravotní péče je vhodné zdůraznit následující pasáže zákona.

Právo na volbu lékaře, klinického psychologa nebo zdravotnického zařízení (§ 9) je důležité jednak z hlediska zákona o v.z.p., který toto právo nezpochybňuje, ale ještě více slouží jako opora při uvolnění z důvodu důležité osobní překážky v práci²⁸. Zaměstnavatel nemá možnost určit zaměstnanci lékaře (netýká se samozřejmě závodní preventivní péče), kterého smí navštívit v průběhu pracovní doby, zvláště tehdy, jestli je zaměstnanec dlouhodobým pacientem lékaře s vybudovaným vztahem důvěry, kterého hodlá navštívit. Zde by jistě zaměstnavatel měl snahu vyhledat ordinaci nebo jiné zdravotnické zařízení, které je geograficky nejbližší místu výkonu práce a současně má oprávnění k poskytnutí předmětné péče. Opatření proti zneužívání volby lékaře nespočívá v časovém rozsahu uvolnění, ale v rozsahu, po který bude po dobu nepřítomnosti zaměstnance vyplácena náhrada mzdy. Jak je uvedeno v Nařízení vlády č. 590/2006 Sb., kterým se stanoví okruh a rozsah jiných důležitých osobních překážek v práci, kde v bodu 1 Přílohy je provedeno právo na náhradu mzdy ve výši průměrného výdělku za nezbytně nutnou dobu, bylo-li vyšetření nebo ošetření provedeno ve zdravotnickém zařízení, které je ve smluvním vztahu ke zdravotní pojišťovně, kterou si zaměstnanec zvolil, a které je nejbližší bydlišti nebo pracovišti zaměstnance a je schopné potřebnou zdravotní péči poskytnout.

²⁷ vyhlášen pod č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu.

²⁸ § 199 zákona č. 262/2006 Sb. zákoník práce.

Důležitá odlišnost od zákona o v.z.p. je širší osobní působnost, která není omezena jen na pojištěnce. Např. § 9 odst. 4 ukládá obecnou povinnost podrobit se zdravotním prohlídkám a v neposlední řadě také dezinfekčním a jiným opatřením na ochranu před nákazou. Na základě tohoto ustanovení by pak už mohl „stačit“ podzákoný právní předpis ve formě vládního nařízení ke stanovení bližších podrobností k provedení uložené povinnosti²⁹. Obdobný význam zákona je jeho působnost i na zdravotnické zařízení, která nejsou ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou.

Variety úhrady zdravotní péče dovolené zákonem jsou bez přímé úhrady na základě všeobecného zdravotního pojištění³⁰, bez přímé úhrady z prostředků státního rozpočtu ČR a dalších fyzických a právnických osob. Zbývající dvě varianty jsou zajímavější než první dvě uvedené, protože ustanovení § 11 odst. 2 písm. b) zmiňuje režim úhrady pro občany Slovenské republiky, který ale není prakticky, zejména po vstupu do EU, využíván, ale občas se objeví jako argument v soudním řízení u nepojištěných slovenských občanů, kteří odkazují na povinnosti úhrady ze strany VZP ČR, i když nejsou ve Slovenské republice zdravotně pojištěni. Tato úprava je výhodná pro poskytovatele, kterým se rozšiřuje možnost „regresu“ nákladů poskytnuté zdravotní péče. Z hlediska VZP ČR by bylo vhodné zase z rozpočtového hlediska definici podle občanského principu upravit jen o občany Slovenské republiky, kteří jsou na jejím území pojištěni, protože jen tak je reálná šance, že se zdravotní pojišťovna domůže náhrady nákladů od slovenské zdravotní pojišťovny.

Poslední čtvrtá varianta poskytování péče, a to za plnou nebo částečnou finanční úhradu je důležitá jednak pro možnost spoluúčasti u osob krytých veřejným zdravotním pojištěním, jednak pro možnost poskytovat zdravotní péči mimo rámec veřejného zdravotního pojištění za plnou úhradu.

Ustanovení o zdravotní výchově (§§ 13, 14), která je uložena zdravotnickým zařízením, neodpovídají současnému trendu individuální odpovědnosti ohledně vlastního zdraví a poskytování zdravotní péče proti úhradě, která může nebo nemusí pokrývat i širší poučení o zdravém životním stylu nebo jiných širších zdravotních souvislostech.

²⁹ Judikatura k provedení uložené povinnosti povinného očkování na str. 101 Povinné očkování.

³⁰ Jedná se o terminologickou nejednotnost od nahrazení zákona o všeobecném zdravotním pojištění zákonem o veřejném zdravotním pojištění.

Zařízení záchranné služby zřizuje kraj, který odpovídá za organizaci a zajištění činnosti záchranné služby ve svém územním obvodu (§ 18b). Zákonné zakotvení zřizovatele má zejména finanční důsledky, neboť jenom část běžných nákladů záchranné služby je možné krýt z plateb za vyúčtované výkony zdravotní péče pojištěncům.

Hlava druhá zákona „Zdravotnická soustava“ je velmi významná a bylo již předmětem pozornosti Ústavního soudu³¹ v souvislosti s organizačním zajištěním lékařské služby první pomoci, zdali spadá do kompetence obce nebo kraje.

Podstatou sporu bylo dodržení formy při přenesení nebo rozdělení kompetencí ze zanikajících okresních úřadů. Argumentace ze strany krajů³² spočívala na obecné klausuli v přechodných a závěrečných ustanoveních „zákona o ukončení činnosti okresních úřadů“³³, která stanovovala, pokud okresní úřad vykonával činnosti, které mu nebyly stanoveny obecně závazným právním předpisem, přechází tyto činnosti na obecní úřad obce s rozšířenou působností jako výkon přenesené působnosti. Dřívější předpisy Ministerstva zdravotnictví stanovovali tuto působnost právě zřizovateli – okresnímu úřadu.

Ústavní soud konstatoval, že není sporu o tom, že kraje jsou zřizovateli záchranné služby, která poskytuje přednemocniční neodkladnou péči. Dále odůvodnil své rozhodnutí tím, že otázka v oblasti zajišťování lékařské služby první pomoci není upravena takto výslovně, ovšem plyne již z faktu, že je součástí poskytování péče o zdraví, a odkázal na tzv. kompetenci z věcné souvislosti nebo z povahy věci³⁴. Jiné ústavně konformní svěřeni působnosti ve zdravotní péči nebo úžeji ohledně lékařské služby první pomoci není příslušnými předpisy upraveno, a proto se jedná o působnost kraje, a to v samostatné působnosti. Volba způsobu zajištění činnosti je věcí územního samosprávného celku.

³¹ Nález Pl. ÚS 5/04 ze dne 25.9.2007, nepublikován se Sbírce zákonů

³² V konkrétním případě se jednalo o Krajský úřad Jihomoravského kraje.

³³ Zákon č. 320/2002 Sb., o změně a zrušení některých zákonů v souvislosti s ukončením činnosti okresních úřadů.

³⁴ Ústavní soud odkazuje na Stettner, R.: Grundfragen der Kompetenzlehre. Berlin 1983, s. 287n., s. 404n.

Z hlediska financování poskytnuté zdravotní péče je v praxi problematické ustanovení § 55 Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví³⁵. Ve zdravotnické legislativě je běžné, např. i z hlediska legislativní techniky zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, že stanovuje povinnosti přímo fyzické osobě, která často vykonává činnosti v pracovním poměru³⁶. Naštěstí není tato povinnost uplatňována na náklady zaměstnanců, provozovatelé zdravotnických zařízení po nich náklady nepožadují. Nepochybně by bylo vhodnější stanovit povinnost provozovateli, např. proto, že povinnost se vztahuje nejen na první pomoc, ale i podle potřeby na další odbornou péči nebo také z důvodu, že z ní při poskytování další odborné péče mohou vznikat podstatné náklady.

Zejména lůžková zařízení ve větších městech jsou čas od času povinna poskytnout první pomoc a podle potřeby další odbornou péči každému, tedy včetně osob, které nejsou kryté veřejným, ani soukromým zdravotním pojištěním a vymáhání dlužné částky je nemožné, neúspěšné z různých důvodů. Dvě velké skupiny tvoří bezdomovci nebo cizí státní příslušníci. Pokud se zdravotnickému zařízení nepodaří vymoci dlužnou částku za poskytnutou zdravotní péči podle § 55 na pacientovi, potom neexistuje v ČR v současné době žádný garanční fond³⁷ pro nepojištěné osoby nebo společná povinnost zdravotních pojišťoven podílet se na úhradě povinně poskytnuté péče pro nepojištěnce.

Širší odůvodnění českých veřejných zdravotních pojišťoven se opírá o následující úvahy při odmítnutí plnění za nepojištěné osoby: veřejné zdravotní pojištění je založeno na principu solidarity bohatých s chudšími, nemocných se zdravými, mladších se

³⁵ Podle § 55 odst. 1 písm. c) je každý zdravotnický pracovník je povinen zejména poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči. Tato povinnosti se vztahuje i na zdravotnické pracovníky, kteří nevykonávají zdravotnické povolání.

³⁶ § 23 Zpoj Povinnost zachovávat mlčenlivost. Např. zaměstnanci jsou povinni zachovávat mlčenlivost, ale žádostem bezplatně poskytnout informace vyhovují zdravotní pojišťovny, které také zodpovídají za vytváření podmínek pro zachovávání mlčenlivosti. Zdravotní pojišťovně mlčenlivost ale výslovně tímto zvláštním zákonem uložena není.

³⁷ Přirovnějme eventuální existenci takového fondu ke Garančnímu fondu Kanceláře pojistitelů podle zákona č. 168/1999 Sb. o pojištění odpovědnosti z provozu vozidla, ze kterého se poskytuje poškozenému neznámým škůdcem v závažnějších případech náhrady škody. Garanční fond naplňují všichni pojistitelé, kteří nabízejí „povinné ručení“ na českém trhu.

staršími, ale bylo by zjevně v rozporu s principem obecné spravedlnosti, kdyby mělo jít také o solidaritu pojištěných s nepojištěnými.

Obdobné žádosti o úhradu Ministerstvo zdravotnictví³⁸ nevyhoví. Případný soudní spor proti státu o náhradu nákladů zdravotní péče poskytnuté z důvodu § 55 by však neměl být bez šance na úspěch. V české zdravotnické judikatuře precedenční rozhodnutí zatím neexistuje, druhově příbuzné rozhodnutí Ústavního soudu je možné získat pod sp. zn.: Pl. ÚS 36/01, ten se skutkově týká správce konkursní podstaty, který po skončení konkursu neobdržel za činnosti odměnu, neboť k tomu nepostačoval majetek konkursní podstaty. Ústavní soud přesto dovedl jeho nárok na odměnu ze státního rozpočtu.

Z odůvodnění by se dalo citovat zejména: *...Vzhledem k rozmanitosti účelů veřejných funkcí z ústavního pořádku neplynou bez dalšího kautely, týkající se zdrojů odměn a úhrady nákladů spjatých s jejich výkonem, jakož i kautely, týkající se jejich struktury a výše. Nicméně z ústavního principu neakcesorické rovnosti, jejímž obsahem je vyloučení libovůle ze strany zákonodárce v rozlišování subjektů a práv, i pro oblast odměňování a náhrady nákladů spjatých s výkonem veřejných funkcí plyne maxima přiměřenosti... Obsahem ustanovení, jehož absence v zákonu o konkursu a vyrovnání zakládá neodůvodněnou nerovnost, je stanovení subjektu, jenž by uhradil, resp. zdroje, z něhož by došlo k úhradě odměny a hotových výdajů správce v případě insolventního úpadce a osvobození navrhovatele konkursu od zaplacení zálohy na náklady konkursu. Normu, jež by byla obsahem takového ustanovení, ale z dikce zákona o konkursu a vyrovnání interpretací dovést nelze.*

2.2.2.4. Zákon o ochraně veřejného zdraví

Předmětem zákona o ochraně veřejného zdraví je zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin a z povahy věci se zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví zabývá zejména infekčními onemocněními, péčí o životní a pracovní podmínky, a to jak z hlediska zdrojů (např. pitná voda nebo ovzduší), tak z hlediska prostor (koupaliště, stravovací služby). Nejnižšími správními orgány jsou krajské hygienické stanice podle § 82.

³⁸ Úřad se svěřenou kompetencí jednat jménem České republiky v oblasti zdravotnictví.

Otázka očkování je upravena v § 45 a násl., přičemž stanovení konkrétních očkovacích látek a chorob, před kterými očkování chrání, je přenechán prováděcím předpisům³⁹. K nemožnosti uložit pokutu za nepodrobení se očkování viz str. 101 Povinné očkování.

2.2.2.5. Zákon o zdravotnických prostředcích

Účelem zákona č. 123/2000 Sb. o zdravotnických prostředcích je zajistit poskytování zdravotní péče vhodnými, bezpečnými a účinnými zdravotnickými prostředky tak, aby při jejich správném použití k účelům, pro něž jsou určeny, nedošlo k poškození zdraví lidí. Realizací předpisu se vytváří podmínky pro podstatné prohloubení bezpečnosti pacientů, zaměstnanců zdravotnických zařízení i třetích osob v rámci poskytování zdravotní péče s použitím zdravotnických prostředků.⁴⁰

2.2.2.6. Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Příjmová stránka veřejného zdravotního pojištění není stěžejním tématem této práce, přesto nelze v krátkosti nezmínit zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Samotný název zákona upomíná na již neúčinný zákon o všeobecném zdravotním pojištění.

Nejdůležitější úprava spočívá ve vyměřovacím základu pro výpočet pojistného, způsob výpočtu penále při neplacení pojistného, způsob odvodu pojistného u jednotlivých kategorií pojištěnců. Třetí část zákona se týká přerozdělování pojistného pomocí nákladových indexů jednotlivých věkových skupin. Zvláštní účet pro přerozdělování pojistného vede Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

Kontrolu placení pojistného a s tím spojenou mlčenlivost zaměstnanců upravuje část čtvrtá. Jelikož je mlčenlivost stanovena výslovně zaměstnancům, vznikají při vyžadování informací spory o tom, jestli je tato povinnost stanovena i zdravotní pojišťovně jako právnické osobě. Logika rozlišení by mohla spočívat v tom, že stanovené informace je zdravotní pojišťovna povinna bezplatně poskytnout, což podporuje ustanovení § 23 odst. 6.

³⁹ Vyhláška č. 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem.

⁴⁰ Důvodová zpráva k zákonu č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích ze dne 29. září 1999.

De lege ferenda se již delší dobu uvažuje o vytvoření JIM⁴¹, které by vybíralo veškeré finanční prostředky plynoucí z pojistného nebo daní. Z hlediska plátců je pochopitelný požadavek na zjednodušení Přehledů za zdaňovací období, včetně zmenšení jejich počtu za situace, kdy zaměstnavatelé podávají samostatné přehledy zdravotního pojištění, sociální pojištění a jednotlivé daně. Zdravotní pojišťovny by zřízením Jednotných inkasních míst mohly přesunout významnou část aktivit z příjmové strany na stranu výdajovou. Při rozšíření možností pojištěnců z hlediska zdravotních plánů asi ani jiné řešení při zachování konstantního počtu zaměstnanců nepřichází příliš v úvahu.

2.2.2.7. Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně

Oproti ostatním zdravotním pojišťovnám, které působí na českém trhu veřejného zdravotního pojištění, je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky zřízena přímo zákonem v § 1 zákona. Specifikum VZP ČR spočívá také v tom, že návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za uplynulý rok schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR.

Hospodaření pojišťovny se odehrává v rámci obligatorně a fakultativně vytvářených fondů. Mezi obligatorně vytvářené fondy náleží základní, provozní a sociální fond, fond majetku a reprodukce majetku. Fakultativně vytvářené fondy jsou fond pro úhradu závodní preventivní péče a fond prevence. Fond prevence je naplňován penězi, které neplynou z pojistného na veřejné zdravotní pojištění, ale z pokut, které pojišťovny vyberou v souvislosti s ním. Léky a léčba se hradí z vybraného pojistného, které jde do základního fondu. Z fondu prevence se tedy platí preventivní programy. Peníze se směrem ze základního fondu do fondu prevence přelévat nesmějí, opačný postup je možný, nicméně zřídka. Podrobnější úpravu fondového hospodaření z hlediska obligatorně vytvářených fondů upravuje podzákonný předpis⁴².

⁴¹ Jednotné inkasní místo.

⁴² Vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

Oč je jasnější rozdělení jednotlivých příjmů a výdajů mezi předvídané fondy, o to méně průkazný je např. efekt provozovaných preventivních programů, které jsou často skrytým marketingovým programem pro vybrané skupiny pojištěnců, které chce zdravotní pojišťovna získat do svého „portfolia“. Lze tvrdit, že většinu nemarketingových preventivních programů financuje pojišťovna ze základního fondu, a to v rozsahu povinně hrazené péče. Dobrým příkladem preventivního programu hrazeného z fondu prevence je prázdninový pobyt pro pojištěnce mladší 18 let „Mořský koník“. Rozhodně nelze tvrdit, že by pobyt u moře byl škodlivý, naopak, ale zůstává otázkou, zdali problematiku zdravého životního stylu je vhodné řešit přes veřejné zdravotní pojištění. Myslím, že ani VZP ČR by nezpochybňovala vztah mezi preventivním programem Mořský koník a propagací vlastního jména.

Pojišťovna nesmí zřizovat a provozovat zdravotnické zařízení a podnikat s prostředky plynoucími ze všeobecného zdravotního pojištění. Statutárním orgánem VZP ČR je ředitel, kterého jmenuje a odvolává Správní rada⁴³. Orgány Pojišťovny jsou Správní a Dozorčí rada. Funkční období členů orgánů je stejné jako funkční období ředitele – 4 roky.

Informační systém zdravotní pojišťovny upravuje § 24 a násl. Tento systém obsahuje vedle jiných údajů také informace o čerpané zdravotní péči pojištěnci. Používat údaje z informačního systému smí zdravotní pojišťovna pro vlastní potřebu. Poskytování jeho údajů jiným osobám lze jen způsobem a za podmínek stanovených tímto zákonem, což je důležité např. z hlediska ochrany lékařského tajemství, z informací o poskytnutých zdravotních výkonech lze usuzovat na povahu onemocnění včetně jeho průběhu.

2.2.2.8. Zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách

Zákonem č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách je vytvořeno alespoň formálně konkurenční prostředí mezi zdravotními pojišťovnami. Mnohost zdravotních pojišťoven je prvotní podmínkou pro vzájemné soutěžení, nicméně samo o sobě nestačí, protože neexistuje možnost nabízet něco jiného kromě marketingových benefitů z fondu prevence.

⁴³ Zde nastala v souvislosti se skončením ředitelky VZP ČR Ing. Jiřiny Musílkové změna postavení ředitele, který byl původně neodvolatelný. Neodvolatelnost ředitele měla podtrhovat nezávislost VZP ČR provádějící veřejné zdravotní pojištění.

K samotnému zákonu lze uvést zejména následující. Zákon upravuje celkem čtyři podtypy zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, což ale nemá praktický význam krom Vojenské zdravotní pojišťovny (§ 8 odst. 3). Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny jsou právními osobami, které se zapisují do obchodního rejstříku. Z hlediska právní formy se nejedná o některou z forem předvídaných obchodním zákoníkem, nýbrž o právní formu *sui generis* – zdravotní pojišťovny.

Orgány zaměstnanecké pojišťovny jsou upraveny obdobně jako u VZP ČR: statutárním orgánem je ředitel, dalšími orgány jsou Správní a Dozorčí rada. Obdobné je i hospodaření skrze obligatorně a fakultativně vytvářené fondy, nad rámec toho může Vojenská zdravotní pojišťovna vytvářet fond pro úhradu preventivní péče poskytované nad rámec preventivní péče hrazené ze zdravotního pojištění pro vojáky v činné službě.

Specifickým institutem u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven je zajišťovací fond⁴⁴. Účelem existence zajišťovacího fondu je úhrada zdravotní péče poskytnuté zdravotnickými zařízeními pojištěncům zaměstnanecké pojišťovny v likvidaci v případech, kdy nebyly ke dni skončení likvidace zaměstnanecké pojišťovny uspokojeny všechny splatné pohledávky zdravotnických zařízení, a v případech, kdy zaměstnanecká pojišťovna má více věřitelů a není schopna po delší dobu plnit své splatné závazky, nebo je-li předložena⁴⁵.

2.2.3. Předpisy Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva financí, nařízení vlády

Mezi tyto předpisy nejčastěji spadají vyhlášky vydávané na základě zákonného zmocnění, nejčastěji Ministerstvem zdravotnictví. Pokud se jedná o úpravu přerozdělování pojistného nebo fondové hospodaření zdravotních pojišťoven, je podmínkou vydání vyhlášky buď dohoda s Ministerstvem financí, nebo projednání s Ministerstvem zdravotnictví, jestliže zmocněným ministerstvem k vydání vyhlášky je Ministerstvo financí.

⁴⁴ § 22a a násl. zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách

⁴⁵ Definice podmínek, za kterých je plněno ze zajišťovacího fondu je vlastně definicí úpadku podle insolvenčního zákona (č. 182/2006 Sb.), který jinak insolvenční řízení se zdravotní pojišťovnou vylučuje.

2.2.3.1. Nákladové indexy pojištěnců, fondové hospodaření, státní pojištěnci

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 294/2007 Sb., kterou se stanoví nákladové indexy věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2008, vydaná na základě § 20 odst. 6 Zpoj, stanovuje důležité koeficienty pro přerozdělení pojistného. Tyto koeficienty jsou tím důležitější, čím větší procento z vybraného pojistného prochází procesem přerozdělení. Pojištěnci, za které je plátcem pojistného stát, jsou často velmi nízkého nebo vyššího věku, pojistné je relativně nižší a u nákladových indexů je to zpravidla naopak. Jelikož VZP ČR měla a stále má podíl těchto nákladných pojištěnců vzhledem k svému pojistnému kmeni vyšší než odpovídá jejich podílu v celkovém souhrnu (portfoliu) pojištěnců všech zdravotních pojišťoven, hospodaření VZP ČR se s vyšší mírou přerozdělení pojistného zlepšilo. Samotné věkové skupiny jsou stanoveny v Příloze k Zpoj.

Je zajímavé, že míra přerozdělení pojistného není stanovena zákonem, ač je to významný faktor pro stanovení celkové sumy, která náleží příslušné zdravotní pojišťovně z vybraného pojistného. Technicky probíhá přerozdělení na zvláštním účtu spravovaným VZP ČR. Míra přerozdělení byla původně stanovena na 60 % z vybraného pojistného⁴⁶, s účinností od 1. ledna 2005 stanovilo Ministerstvo zdravotnictví přerozdělení veškerého vybraného pojistného⁴⁷.

Naplnění rezervního fondu VZP, jehož režim podobně jako ostatních mandatorních fondů provádí vyhláška⁴⁸, je možné zejména při absenci závazků po lhůtě splatnosti. Na základě zlepšení hospodaření byl rezervní fond VZP zcela naplněn až v roce 2007, kdy z hlediska příjmové stránky pozitivně ovlivnily hospodaření tyto skutečnosti:

- výše zmíněné přerozdělení veškerého pojistného

⁴⁶ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 305/1996 Sb. o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění a o jednacím řádu dozorčího orgánu.

⁴⁷ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 644/2004 Sb. o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu.

⁴⁸ Vyhláška Ministerstva financí č. 418/2003 Sb. kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

- rostoucí odvody pojistného z rostoucích mezd během hospodářského růstu a vyšší zaměstnanosti (nahrazení státem hrazeného pojistného)
- legislativní změna v určování vyměřovacího základu pojištěnců, za něž je plátcem pojistného stát, která měla za následek navýšení odváděného pojistného⁴⁹.
- prodloužení lhůt splatnosti s poskytovateli z 20 na 30 dní⁵⁰

Vyměřovací základ pro odvod pojistného za státní pojištěnce byl původně stanovován pevnou částkou, následně bylo k této pevné částce vloženo zmocnění vlády zvýšit vyměřovací základ nařízením s přihlédnutím k míře inflace a výsledkům hospodaření v systému veřejného zdravotního pojištění. V současné době je vyměřovací základ stanoven ve výši 25 % všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o 2 roky předchází kalendářnímu roku, pro který se vyměřovací základ zjišťuje.

2.2.3.2. Preventivní prohlídky

Preventivní péče je upravena v § 29 Zákona o v.z.p. z hlediska časového harmonogramu prohlídek u praktického lékaře, gynekologa a stomatologa, tj. u registrujících lékařů⁵¹. Název prováděcí vyhlášky⁵² může být zavádějící, neboť její význam spočívá jen v podrobnějším obsahovém vymezení prohlídek u registrujících lékařů, samotné časové rozmezí je pouze opakováno podle zákonné úpravy, protože vzhledem k povinnosti stanovit rozsah bezplatné zdravotní péče zákonem by blanketní zmocnění pro stanovení frekvence prohlídek nebylo ústavně konformní. K podrobnější obsahové úpravě lze uvést, že by v samotném zákoně mohla působit příliš rozsáhle, jelikož je již odbornějšího rázu.

⁴⁹ Vzhledem k tomu, že se jedná o nejvyšší výdajovou položku Ministerstva financí, byla nedlouho poté zahájena diskuse o možném opětovném snížení tohoto „státního příspěvku“.

⁵⁰ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Do smluvních vztahů se tato změna prosadila jen u části poskytovatelů (Zdravotně pojistný plán VZP na rok 2008).

⁵¹ § 18 odst. 3 písm. a) Zákona o v.z.p.

⁵² Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 3/2010 Sb. o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek, která nahradila vyhlášku Ministerstva zdravotnictví č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek. Později nahrazena

Preventivní prohlídka u stomatologa je pro dospělé osoby stanovena jedenkrát ročně, nicméně Česká stomatologická komora si v rámci své profesní samosprávy odsouhlasila způsob vybírání regulačního poplatku tak, aby pojištěnec byl motivován k návštěvě 2x do roka, přičemž obě návštěvy mají preventivní význam a při objednávání stomatologové obě návštěvy označují jako prohlídky preventivní.

Důvod pro výše uvedený postup se datuje od roku 1997, kdy byla zavedena platba stomatologických výkonů dle „Úhrady standardní stomatologické péče“, tzv. ceníku, na základě kterého hradí zdravotní pojišťovny z veřejného zdravotního pojištění dvě prohlídky v roce dospělých pacientů. Vedle preventivní prohlídky je hrazena tzv. pravidelná prohlídka, která v sobě zahrnuje různé drobné výkony prováděné i v průběhu roku, např. ošetření sliznic aj.⁵³

Regulační poplatek při návštěvě stomatologa se nehradí až při druhé preventivní prohlídce v roce, resp. stomatologové s odkazem na vyhlášku o preventivních prohlídkách tvrdí, že preventivní prohlídkou je až druhá návštěva za účelem preventivního vyšetření chrupu v roce.

2.2.3.3. Lázeňská péče

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost, je další z vyhlášek, které obsahově provádějí právo na bezplatnou zdravotní péči, alespoň v případě tzv. komplexní lázeňské péče, oproti tzv. příspěvkové lázeňské péči, kde je úhrada zdravotní pojišťovny omezena na vyšetření a léčení pojištěnce. Je vhodné upřesnit, že nárok na lázeňskou péči není příliš jasně definován, a to ani v prováděcí vyhlášce obdobně jako u preventivních prohlídek.

Návrh na lázeňskou léčbu doporučuje ošetřující lékař, potvrzuje revizní lékař (§ 33 odst. 1 zákona o v.z.p.), podmínkou je indikace v uvedené vyhlášce, ale konečné rozhodnutí závisí na revizním lékaři, který je jako zaměstnanec zdravotní pojišťovny vázán vnitřními předpisy⁵⁴. Těmito vnitřními předpisy zaměstnavatele je nepochybně sledována i finanční rovnováha při financování lázeňské péče. Výraznější omezení

⁵³ O zdraví se vyplatí pečovat, preventivní prohlídka u zubního lékaře. Svět pojištěnce, Jaro 2010, ORA Print, Praha, str. 11.

⁵⁴ Od vnitřních předpisů zaměstnavatele se obecně nelze libovolně odchylovat.

lázeňské péče je zapovězeno pro zdravotní pojišťovnu spíše z hledisek práva pojištění zvolit si zdravotní pojišťovnu a veřejné kontroly nad strukturou výdajů při schvalování zdravotně pojistného plánu. Právo na lázeňskou péči je relativně více závislé na aktuální finanční situaci, než jiné druhy plně nebo částečně hrazené zdravotní péče, protože kritéria pro posuzování není možné vždy přesně vyhodnotit a mohou být odvislá od subjektivního přesvědčení revizního lékaře⁵⁵.

Pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách platí mutatis mutandis to co pro lázeňskou léčbu na základě Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 59/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách. Vyhláškou ani její přílohou není indikační seznam pro pobyt dítěte v ozdravovně stanoven přímo, což se paradoxně může z hlediska pojištění jevit jako možné pozitivum, neboť revizní lékař není na základě závazného právního předpisu povinen porovnávat vhodnost indikace podle vhodnosti stanovené vyhláškou. Omezení odborné dětské péče v léčebnách spočívá v seznamu léčeben, které mají stanovenou indikaci. Jestliže není uvedena léčebna s požadovanou indikací v příloze, není možné odbornou dětskou péči v léčebně poskytnout.

Okruh osob s nárokem na hrazenou dispenzární péči, tj. soustavné aktivní sledování zdravotního stavu spojené s komplexně preventivní a léčebnou péčí, je místy až velmi obecně⁵⁶ stanoven zákonem. Nemoci, které definovaný okruh osob opravňuje k čerpání dispenzární péče, jsou stanoveny ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 60/1997 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře.

Výše uvedené vyhlášky jsou opatřovány ve všech případech Přílohami, které kromě přílohy k vyhlášce o zdravotní péči v odborných dětských léčebnách, nejsou uváděny pro svou rozsáhlost v Úplném znění zákonů o zdravotním pojištění a zdravotní péči⁵⁷, ale předmětem samostatných tištěných publikací, jejichž adresáty jsou zdravotničtí profesionálové a širší odborná veřejnost.

⁵⁵ Se stejnými obtížemi se však může potýkat např. i posudková komise ČSSZ.

⁵⁶ Vybraným mladistvým podle § 31 odst. 1 písm. c) zákona o v.z.p.

⁵⁷ Nakladatelství Sagit.

2.2.3.4. *Rámcové smlouvy, hodnota bodu*

Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 618/2006 Sb. se vydávají rámcové smlouvy. Tyto rámcové smlouvy jsou stanoveny pro celkem 9 segmentů poskytovatelů zdravotní péče a jednotlivé vzory jsou uvedeny v přílohách vyhlášky.

Velmi důležitým předpisem pro úhradu zdravotní péče je vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 417/2009 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010. Tato vyhláška je vydávána v závislosti na výsledku dohodovacího řízení každý rok a vzhledem ke svému významu se také těší velké pozornosti. Výši bodu stanoví vyhláška pro jednotlivé segmenty poskytovatelů zdravotní péče v různé výši. Vedle stanovení výše hodnoty bodu je stěžejní předposlední paragraf vyhlášky (§ 15), který umožňuje odchýlení smluvních stran⁵⁸ na základě vzájemné dohody. Vyhláška tímto nabývá dispozitivní povahy z hlediska stanovené výše hodnoty bodu v intervalu od 0,85 do 1,06 Kč/bod.

Vzájemná dohoda zdravotní pojišťovny a smluvního poskytovatele, kterou se odchylují od ustanovení vyhlášky, se nicméně zřídka týká hodnoty výše bodu, mnohem častěji je ve smlouvě o poskytování zdravotní péče zakotven paušální způsob úhrady. Při úhradě paušální platbou není přípustné po rozsudcích Nejvyššího soudu (více o judikatuře počínaje str. 97 Cenová regulace), aby zdravotní péče byla regulována navíc podle maximální hodnoty po přepočtu na poskytnuté výkony a jejich bodové ohodnocení. Regulovat lze paušální platbou nebo hodnotou bodu, nikoli oběma způsoby najednou.

2.2.3.5. *Seznam zdravotních výkonů*

Česká republika se řadí do skupiny členských států EU, které umějí svoji zdravotní péči ohodnotit v cenách konkrétních úkonů⁵⁹. Klíčovým předpisem v tomto směru je Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami. Obsahem vyhlášky je příloha, která

⁵⁸ Rozuměj smlouvy o poskytování zdravotní péče.

⁵⁹ Opačně je tomu např. u Velké Británie nebo Polské republiky, kde jsou financovány rozpočty poskytovatelů zdravotní péče bez přesných cen jednotlivých výkonů. Jinými slovy, poskytovatel obdrží rozpočet, ze kterého potom hradí péči ve svěřené územní působnosti.

svojí rozsáhlostí je předmětem samostatných publikací, tj. obdobný systém jako u vyhlášek k provedení rozsahu zdravotní péče s plnou a částečnou úhradou (např. indikační seznamy).

Z hlediska ohodnocení jednotlivých zdravotních výkonů není tolik podstatná absolutní hodnota, ale vztah vzhledem k hodnotám jiných výkonů zejména mezi jednotlivými odbornostmi a související nákladovostí, jelikož disponibilní prostředky jsou potom rozdělovány pomocí dohodnuté nebo stanovené hodnoty bodu. Jinými slovy i malý počet bodů může znamenat štedrou úhradu, je-li hodnota bodu náležitě nastavena.

Jelikož zdravotní pojišťovny uzavírají se zdravotnickými zařízeními smlouvy o poskytování zdravotní péče za účelem věcného plnění při poskytování zdravotní péče (§ 17 odst. 1 první věta zákona o v.z.p.), jsou zároveň vydávány vyhláškou Ministerstva zdravotnictví rámcové smlouvy. Tyto vyhlášky nejsou dlouhotrvající jako vyhláška o bodových hodnotách a podléhají občasným novelizacím.

Na vyhlášku o rámcových smlouvách navazuje vyhláška, kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení. Tato vyhláška je také často obměňována.

Jestliže výše uvedené úhradové vyhlášky mají na dostupnost bezplatné zdravotní péče nepřímý vliv⁶⁰, má Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 589/2004 Sb. o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, vliv přímý, jelikož oproti zdravotním výkonům je běžnější částečná úhrada ze zdravotního pojištění, se kterou je spojen doplatek. Zajímavostí vyhlášky je, že neprovádí jenom ustanovení zákona o v.z.p., ale ve větší míře jeho jednotlivé přílohy.

2.2.3.6. Úhradové vyhlášky

Další z oblastí podmínek úhrady zdravotní péče jsou vedle hodnoty bodu a vzorových rámcových smluv také způsoby výpočtu nákladů zdravotní péče, které smluvní poskytovatelé vyúčtovávají zdravotní pojišťovně, v terminologii vyhlášky se jedná o „regulační omezení“. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 546/2005 Sb.

⁶⁰ Tato úvaha je založena na předpokladu o tom, že poskytovatel není motivován léčit ve frekvenci nebo nad rozsah, který nedostane v rámci regulačních opatření uhrazen.

kteřou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006, používá regulační omezení zejména v následujících oblastech.

Poskytnutá úhrada v referenčním období a zastropování jejího navýšení v navazujícím období, výpočet paušální sazby, úhrada kapitačně výkonovou platbou. Příslušné vzorce jsou definovány v Příloze vyhlášky, jejich konstrukce je logická, nicméně jejich porozumění je časově náročnější.

Je nesporné, že matematicky založená regulace úhrady zdravotní péče přináší efekt plánovatelnosti, z hlediska poskytovatelů zdravotní péče je však problematická zpětnost této regulace, tj. regulační dopad (regulační srážky) lze přesně vyčíslit až poté, co byla zdravotní péče poskytnuta. Poskytovatel je na jedné straně povinen poskytnout pojištěnci zdravotní péči, kterou jeho zdravotní stav vyžaduje, na druhé straně by ji měl poskytovat v souladu s regulačními omezeními, protože jinak jeho vynaložené náklady nebudou v plném rozsahu nahrazeny.

Podle názvu se úhradová vyhláška vztahuje na 1. pololetí 2006, konstrukce regulačních omezení je ale taková, že jsou využitelná i na další referenční období, dokud nebude vydána nová úhradová vyhláška. Nebo do doby, než poskytovatelé zdravotní péče prosadí nepřipustnost matematické regulace poskytování zdravotní péče s tím, že odmítnout úhradu zdravotní péče bude možné toliko v neindikovaných případech (medicínské důvody).

2.2.3.7. Předepisování léčivých přípravků

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 54/2008 Sb. o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů, upravuje předepisování humánních léčivých přípravků a oblast veterinární péče ve třetí části. Forma receptu může být i elektronická. Mezi lékařské předpisy náleží kromě receptů také objednávka a žádanka.

Vedle pravidelných náležitostí receptu může předepisující lékař označit předepsané léčivo vlastností „nezaměňovat“. Tato volba je pro pojištěnce významná u částečně hrazených léčiv, znemožňuje lékářníkovi nabídnout alternativu se stejnou účinnou látkou v plně hrazené variantě. Je vhodné, aby předepisující lékař na nezaměnitelné

léčivo upozornil pacienta předem. Motivem k předepsání nezaměnitelného léčiva může být individuální snášenlivost nebo relativní šíře skupin léčivých látek, které lze dále z medicínského pohledu dělit na další podskupiny.

2.3. Reforma zdravotního pojištění

Stále očekávaná reforma veřejného zdravotního pojištění a jeho institucionálního zabezpečení zatím nebyla uskutečněna. Achillovou patou této reformy je její zařazení mezi významná volební témata v soutěži politických stran, což znemožňuje razantnější řešení nerovnováhy, která v současném veřejném zdravotním pojištění existuje. Pokud je alespoň rámcově odsouhlasen věcný záměr, konkrétní paragrafové znění se již tolik potřebné shodě netěší.

Z věcného záměru je možné předpokládat, že bude zachován způsob zákonného vymezení zdravotní péče se zachováním příloh současného zákona o v.z.p. včetně koncepce skupin léčivých látek, přílohy budou jenom drobně přepracovány a aktualizovány⁶¹. Slibované vymezení „standardu“ a „nadstandardu“ bude provedeno obecnými pojmy, nikoli kasuistikou na konkrétních příkladech poskytování zdravotní péče.

Záměrem je také vytvoření více zdravotních plánů⁶², ze kterých by si pojištěnec vybíral. Výchozím zdravotním plánem bude plán řízené péče se standardním způsobem úhrady. Další možností by byl zdravotní plán se spoluúčastí, který by umožňoval větší možnosti volby v přístupu ke zdravotní péči.

Nově bude zakotven termín zdravotní služba místo dosavadní zdravotní péče. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování by měl nahradit dosluhující zákon o péči o zdraví lidu. Mělo by být definováno zdravotnické zařízení, které dle současné právní úpravy představuje jednak osoby s právní subjektivitou, jednak organizační útvar bez samostatné právní subjektivity⁶³. V souvislosti se zdravotními

⁶¹ Např. z hlediska minimálního standardu poskytování zdravotní péče pojištěncům, kteří nehradí pojistné.

⁶² Nezaměňovat s léčebným plánem o poskytování zdravotních služeb v logické a časové posloupnosti konkrétnímu pacientovi, který se odehrává mezi poskytovatelem a pojištěncem, nikoli mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou.

⁶³ Příspěvkové organizace, zdravotní ústavy.

službami lze očekávat zároveň terminologický odstup od „zdravotnického zařízení“, které bude označovat prostory a další infrastrukturu, směrem k „poskytovateli zdravotních služeb“, jehož podmínkou právní subjektivita bude.

Při poskytování zdravotních služeb by pacient měl nárok na náležitou odbornou úroveň. Tato legislativní zkratka popisuje obecně poskytování zdravotních služeb odpovídajících jeho zdravotnímu stavu a současným dostupným odborným medicínským poznatkům s přihlédnutím k doporučeným postupům – v medicínské terminologii *postup lege artis*.

Zákon o specifických zdravotních službách bude upravovat asistovanou reprodukci, sterilizaci, kastraci, změnu pohlaví transsexuálních osob, psychochirurgické výkony, lidské genetické dědictví a klonování, darování a odběry krve, léčbu krví, lékařské ozáření a klinický audit, ověřování nových poznatků použitím metod, které dosud nebyly v klinické praxi na živém člověku zavedeny, umělé ukončení těhotenství, zajištění pracovně lékařské služby, ochranné léčení apod.

Zákon o zdravotních službách a zákon o specifických zdravotních službách nebude obsahovat úpravu ohledně úhrady poskytování těchto služeb z veřejného zdravotního pojištění, obdobně tomu je za účinnosti stávajícího zákona o péči o zdraví lidu nebo dalších speciálních zákonů⁶⁴, které by měl nahradit zákon o specifických zdravotních službách.

Poměrně významný je záměr o zřízení Národního zdravotního informačního systému⁶⁵, který lze naplňovat informacemi bez souhlasu osob, kterých se týkají, a to v rozsahu vyhodnocování zdravotního stavu obyvatelstva a evidence vybraných společensky významných onemocnění.

U fyzických osob poskytovatelů zdravotních služeb je záměr upravit pokračování v poskytování zdravotních služeb dědicem, nástupce zemřelého by měl mít možnost požadovat nadále úhradu od zdravotní pojišťovny podle uzavřené smlouvy alespoň po dobu 90 dnů.

⁶⁴ Např. zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství.

⁶⁵ Zkratka „NZIS“.

Pravděpodobně nebude zakotvena tzv. zástupná platba⁶⁶, která reflektuje běžný model ve starších zemích EU. Pojistné platí živiťel za své rodinné příslušníky, a to bez navýšení pojistného, tedy ve stejné výši i bez rodinných příslušníků. Tato varianta by znamenala podstatný výpadek příjmů ve veřejném zdravotním pojištění, které v současné době odvádí za své pojištěnce stát. Modifikovaná varianta navýšení pojistného přímo u živiťelů by znamenala zvýšení již tak vysoké odvodové zátěže a také by v širším záběru mohla znamenat snížení motivace k vyšší porodnosti.

Chystá se změna terminologie pojistného, které by napříště označovalo pouze prostředky určené zdravotní pojišťovně po přerozdělení. Finance od výběru do jejich přerozdělení by se označovaly jako odvody.

Pro řešení sporů o rozsah a úhradu zdravotní péče mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou je záměrem vytvoření rozhodčích orgánů, které by efektivně odstraňovaly spory o rozsah a způsob úhrady. Možnost řešit spor před soudem tímto by nebyl vyloučen, zdravotní pojišťovny avizovaly, že se rozhodčím řízením nebudou bránit a pokud podá pojištěnec návrh k rozhodčímu orgánu, potom také do rozhodčího řízení dobrovolně přistoupí.

2.3.1. Institucionální reforma

Vedle reformy veřejného zdravotního pojištění se připravuje také související institucionální reforma. Uvažuje se o vytvoření dohledového úřadu (Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami), který by převzal některé kompetence spadající pod VZP ČR (např. přerozdělování pojistného, vedení centrálního registru pojištěnců a v neposlední řadě také agendu výběru pojistného, resp. odvodů⁶⁷).

Zdravotní pojišťovny by měly být převedeny na akciové společnosti se záměrem zvýšit jejich flexibilitu a konkurenceschopnost (vyšší efektivita), toto by mohlo být předmětem samostatného transformačního zákona.

⁶⁶ Souvisí s „navazováním rodinných příslušníků“ na živitele, který je zdravotně pojištěn.

⁶⁷ V případě zřízení Jednotného inkasního místa by tato agenda spolu s výběrem pojistného a sociální zabezpečení přešla na centralizovaný úřad.

O vytvoření komplexní právní úpravy v jednotném zákoně, který by upravoval veřejné zdravotní pojištění a jeho institucionální zabezpečení pohromadě, se neuvažuje⁶⁸.

2.3.2. Možnosti a výhledy zdravotní reformy

Na blížící se reformu veřejného zdravotního pojištění a zdravotních služeb je nutné nahlížet optikou „volebních“ mantinelů, které neumožňují příliš významný pokrok nebo hlubší reformu. Jakoby nedeklarovaným cílem reformy bylo alespoň zmírnit rozpor mezi deklarovanými možnostmi současného veřejného zdravotního pojištění, rovností nároků pojištěnců a faktickým stavem, ve kterém již dlouho existují různé skupiny pojištěnců, kteří se neliší průkazem zdravotního pojištění, ale úrovní „získané“ zdravotní péče a možnostmi při výběru poskytovatelů⁶⁹.

Je snahou vymezit standardní zdravotní péči, nad kterou si bude možné u poskytovatele „příplatit“. Současné pravidlo, že u plně hrazené péče již požadovat vyšší medicínský (nad)standard nelze, je v rozporu se skutečnými možnostmi současné medicíny. Toto pravidlo je také obcházeno⁷⁰. Dobrým příkladem jsou totální endoprotézy kyčelních kloubů, které se metaforou dají kvalitativně i cenově rozdělit jakoby od „Škody Fabia až po Mercedes-Benz třídy S“. Jestliže dva pojištěnci obdrží plně hrazený kyčelní kloub, za předpokladu, že už se na ně dostala řada na pořadníku, je možné, že se nebude jednat o klouby na stejné cenové a kvalitativní úrovni, i když by se jednalo o pojištěnce stejného věku, případně povolání a podobné zdravotní anamnézy.

Tvorba více zdravotních plánů v rámci veřejného zdravotního pojištění stojí proti souběhu veřejného zdravotního pojištění a smluvního komerčního připojištění. Vytvořením více plánů veřejného zdravotního pojištění nevznikne významnější poptávka po komerčním zdravotním připojištění. V oblasti komerčního zdravotního pojištění by se mohly realizovat marketingové koncepce v plném rozsahu. Představa, že se z mandatorních odvodů na veřejné zdravotní pojištění bude financovat také

⁶⁸ Např. po vzoru Obchodního zákoníku, který upravuje jak závazkové vztahy, tak obchodní společnosti.

⁶⁹ Dlužno ovšem dodat, že lépe vychází při čerpání zdravotní péče aktivní pojištěnci, kteří se o svůj zdravotní stav zajímají, pečují o něj a jsou ochotni vynaložit i další nemalé hmotné i nehmotné náklady na zlepšení svého zdravotního stavu.

⁷⁰ Např. smlouvami o sponzoringu poskytovateli zdravotní péče.

konkurenční boj veřejných zdravotních pojišťoven, je jen zdánlivě v souladu s optimalizací výdajů na zdravotní péči. Skutečná optimalizace výdajů veřejného zdravotního pojištění na zdravotní péči se odehrává v nastavení smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče s poskytovateli.

Přínos soutěže mezi poskytovateli zdravotní péče nelze jednoduše uplatnit i na soutěž veřejných zdravotních pojišťoven. Varianta vytvoření jediného základního fondu pro financování drahé nebo životně důležité péče není obsahem věcného záměru, ačkoli právě tímto způsobem by bylo možné dosáhnout významné optimalizace nákladů jak provozních, transakčních, tak marketingových, které jdou na vrub konkurenčnímu prostředí. Méně nákladná péče, zejména poskytovaná mimo nemocnice by mohla být předmětem komerčního pojištění, které by nebylo povinné, protože by nekrylo životně důležité zdravotní výkony. Přímá platba pacienta přes veškerou snahu zůstává nejvýkonnějším optimalizačním výdajovým prvkem, nicméně je také opatřením nejtvrdější povahy.

Objevují se námitky ohledně zhoršení zdravotního stavu populace, protože by nebyly dodržovány preventivní prohlídky, zanedbávány drobné prohlídky, a následkem toho by pak docházelo k nákladnému léčení vážných onemocnění. Tyto námitky jsou dle názoru autora případně pouze částečně. Preventivní prohlídky by mohl hradit základní fond zdravotní péče, protože by to byl právě tento fond, který by nesl pozdější nákladnou péči. Představa chování občanů, že raději budou riskovat pobyt v nemocnici, než aby vydávali pravidelně částky lékaře za ambulantní ošetření, se nepotvrzuje u jiných statků, o které občané usilují⁷¹. Samotné předcházení pobytu v nemocnici je dokladem motivace k péči o vlastní zdraví. Nelze tvrdit, že za současného relativně vysokého standardu co do úhrady zdravotní péče, by se nevyskytovali pojištěnci, kteří péči o své zdraví zanedbávají, ačkoli požadovanou péči mají plně hrazenou.

Reforma vůbec neobsahuje úvahu o sloučení kompetentních institucí, které provádějí věcné a peněžité dávky v nemoci a mateřství. Vzhledem k záměru vytvoření Jednotného inkasního místa by neměl být takový problém v separaci jednotlivých částí pojistného

⁷¹ Není běžné, že by občan po nákupu nového osobního automobilu šetřil na výměně oleje a riskoval zadření celého motoru a znehodnocení celého vozidla, obdobně vlastníci nemovitostí je nenechávají nepojištěné, aby působením přírodních sil přišli působením náhody o nashromážděný majetek.

z odvodu na agregované pojistné na sociální zabezpečení⁷². Čerpání peněžitých a věcných dávek v nemoci se vzájemně podmiňuje.

Dále by stál za zvážení model sociální pojišťovny po vzoru jiných členských států, kde tato instituce zaručuje krytí v základním rozsahu a ve zbytku nechává prostor pro vlastní aktivitu příjemců dávek (pojištěnců).

Z hlediska koordinace věcných dávek zdravotního pojištění bude nutné vyřešit postavení Centra mezistátních úhrad, které do dnešní doby dostalo své úlohy a má nepopíratelnou zásluhu na úrovni koordinace věcných dávek podle Nařízení v ČR. V současné době existuje CMU jako sdružení právnických osob podle § 20 o.z., členy jsou české zdravotní pojišťovny, vnitřní záležitosti upravují stanovy sdružení. Jelikož zásluhy CMU jsou poměrně dobře přičitatelné jeho řediteli a zaměstnancům, není nutné za každou cenu trvat na zachování názvu nebo právní postavení CMU, ale je stejně tak dobře možné zohlednit zásluhy z personálního hlediska u jiného úřadu, ať by to byl Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami nebo Kancelář zdravotních pojišťoven.

2.4. Komunitární právo

Současná Nařízení o koordinaci sociálního zabezpečení č. 1408/71 a Prováděcí nařízení č. 574/72 přijala Rada (tenkrát ještě EHS) na základě čl. 42 SES⁷³, v preambuli Nařízení je možné získat odkaz na čl. 51 podle původního číslování. V souvislosti s judikaturou ESD, ve které se vyskytují odkazy na Nařízení, je často uváděna také svoboda pohybu služeb na základě čl. 49 SES, přičemž nelze zcela tvrdit, že koordinační Nařízení tuto svobodu provádějí. Koordinační nařízení svobodu pohybu služeb a osob doplňují a usnadňují. Výrazem toho je např. čl. 22 odst. 1 písm. c)

⁷² Míněno v širším smyslu při souhrnném odvodu na inkasní místo.

⁷³ Rada přijme postupem podle článku 251 v oblasti sociálního zabezpečení taková opatření, která jsou nezbytná k zajištění volného pohybu pracovníků; za tímto účelem Rada vytvoří systém, který migrujícím pracovníkům a oprávněným příslušníkům jejich rodin zajistí:

- a) započtení všech dob získaných podle práv členských států pro účely vzniku a zachování nároků na dávky, jakož i pro výpočet jejich výše,
- b) vyplácení dávek osobám s bydlištěm na území členských států.

Rada rozhoduje jednomyslně postupem podle článku 251.

Nařízení o možnosti vycestovat za zdravotní péčí do jiného státu. Koordinační nařízení zejména usnadňují realizaci svobody volného pohybu pracovníků (čl. 39 SES), svobody usazování (čl. 43 SES) a svobody pohybu nezdravotních služeb, tj. sociálního zabezpečení jejich poskytovatelů⁷⁴ obdobně jako u sociálního zabezpečení migrujících pracovníků (čl. 50 SES).

Ačkoliv Smlouva o ES svěřuje oblast zdravotnictví do pravomoci členských států⁷⁵ a ve svém článku 152 výslovně uvádí, že činnost Společenství v oblasti veřejného zdraví plně respektuje pravomoci členských států v organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče a služeb, volný pohyb občanů EU po členských státech EU vede nutně k situacím, kdy občan jednoho členského státu vyhledá lékařskou pomoc v jiném státě, a tím je naplněn komunitární prvek pro přítomnost právního vztahu regulovaného také právem evropským⁷⁶.

Ustanovení zakládajících smluv ES z hlediska přímého účinku v oblasti poskytování zdravotní péče a její úhrady se vztahují na svobodu pohybu služeb, díky které vznikla již poměrně rozsáhlá judikatura ESD (v rámci předběžné otázky vznesené soudem členského státu). V ČR zatím soudní spor mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou ohledně svobody pohybu služeb nebyl zahájen. Příčinou je vícero faktorů, jedním z nich je určitě přístup zdravotních pojišťoven, které se, alespoň co se týče největší zdravotní pojišťovny VZP ČR, snaží maximálně přesně zmapovat rozsah práv pojištěnců plynoucích z rozhodovací činnosti ESD a podle toho také vyřizovat žádosti o povolení zdravotní péče mimo území ČR. Dalším faktorem také je, že soudní řízení mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou ohledně poskytování a přístupu ke zdravotní péči by mohlo vyvolat negativní publicitu v hromadných sdělovacích prostředcích a pod tímto tlakem jsou zdravotní pojišťovny připraveny přezkoumat přiměřenost čekacích lhůt, tj. časovou dostupnost zdravotní péče.

⁷⁴ Z povahy věci se jedná o osoby samostatně výdělečně činné.

⁷⁵ „Neodevzdané pravomoci“.

⁷⁶ Tomášek, M., Soudržnost národních systémů zdravotního pojištění jako kategorický požadavek omezení volného pohybu zdravotních služeb v EU in Pocta Petru Trösterovi k 70. narozeninám. Praha: ASPI – Wolters Kluwer, 2009, s. 388.

2.4.1.1. Listina základních práv EU

Charta základních práv EU (Listina základních práv EU) je v současné době podle svého čl. 51 odst. 1 “při náležitém respektování zásady subsidiarity určena institucím a orgánům Unie, jakož i členským státům, pokud aplikují právo Unie“. Význam této Charty se zvýšil vstupem Lisabonské smlouvy v účinnost, tj. po schválení všemi členskými státy, ve formě Listiny základní práv EU⁷⁷.

Nejvýznamnějším ustanovením z hlediska poskytování zdravotní péče a její úhrady je Článek 34 - Sociální zabezpečení a sociální výpomoc - Unie uznává a respektuje právo na sociální dávky a služby zajišťující ochranu v mateřství, nemoci, při pracovním úrazu..., a to v souladu s postupy stanovenými právem Společenství a zákony a praxí jednotlivých států. Dalším nezpochybnitelným právem disponuje čl. 2 Právo na život. Účelem Charty není stanovení výše jednotlivých dávek, toto zůstává ponecháno jednotlivým členským státům⁷⁸.

Česká republika usilovala po vzoru Polska a Velké Británie o výjimku z vynutitelnosti této Charty před ESD nebo před tuzemským soudem. Jelikož výjimka byla vznesena Českou republikou až po zahájení schvalovací procedury členskými státy, bude plnohodnotným způsobem zakotvena v primárním právu při návrhu a schválení v pořadí další změny zakládajících smluv (primárního práva), tedy výjimka je v rovině příslibu nikoli jako ustanovení Protokolu č. 30 k Lisabonské smlouvě.

2.4.1.2. Směrnice o zdravotních službách

Zdravotní služby se předmětem Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2006/123/ES ze dne 12. prosince 2006 o službách na vnitřním trhu (směrnice o službách) nakonec nestaly. Nicméně se připravuje Směrnice o právech pacientů při přeshraničním poskytování zdravotní péče. Věcný záměr této směrnice, který ale podléhá průběžným změnám a aktualizacím, lze shrnout do několika oblastí:

⁷⁷ Na základě čl. 6 Lisabonské smlouvy: „Unie uznává práva, svobody a zásady obsažené v Listině základních práv Evropské unie ze dne 7. prosince 2000, ve znění upraveném dne 12. prosince 2007 ve Štrasburku, jež má stejnou právní sílu jako Smlouvy.“

⁷⁸ Becker, U., *Der nationale Sozialstaat in der Europäischen Union: von Einwirkungen und Verschränkungen in Pocta Petru Trösterovi k 70. narozeninám*. Praha: ASPI – Wolters Kluwer, 2009, s. 60.

- Zdravotní péči hrazenou v tuzemsku mohou pacienti vyhledat v jiném čl. státě bez předchozího souhlasu.
- Úhradu takové péče provede pacient, ale po návratu bude mít nárok na náhradu v tuzemských sazbách.
- Plánuje se zřízení národních kontaktních míst pro informování o přeshraničním poskytování zdravotní péče.
- Bude usnadněno přijímání cizích receptů v tuzemských lékárnách.

Další směr obsahu směrnice o právech pacientů nebo o zdravotních službách dalo jednání ministrů zdravotnictví členských států EU⁷⁹. Není překvapivé, že se zástupci vlád členských států dohodli spíše na omezení stávajícího pohybu nemocničních zdravotních služeb. Přínosem je, že práva migrujících pojištěnců budou lépe kodifikována, ne každý pojištěnec je schopen ověřit existenci norem, které plynou z judikatury ESD.

Projednání návrhu směrnice čeká nemálo pozměňovacích návrhů a vlastní schválení v Evropském parlamentu také není jednoduché předpovědět.

2.4.2. *Zásady koordinace*

K zabezpečení cílů primárního práva bylo potřeba sladit sociální systémy, aby nedocházelo k diskriminaci pracovníků v oblasti sociálního zabezpečení mj. z důvodu národnosti nebo státní příslušnosti. Za prostředek byla zvolena koordinace, která je postavena na čtyřech principech (zásadách), které zůstaly zcela zachovány i v podmínkách nových nařízení:

- aplikace právního řádu jediného státu a kolizní pravidla u nároků ve dvou státech,
- rovné zacházení,
- sčítání dob pojištění a
- výplata dávek do ciziny.

Harmonizace znamená, že členské státy jsou povinny včlenit do svého právního řádu normy evropského práva, např. členské státy musely vlastními právními normami

⁷⁹ Jednání se konala 8. června 2010.

umožnit výdělečnou činnost státních příslušníků z jiných čl. států, kterou jim přiznává Nařízení č. 1612/68.

Koordinací se rozumí v podstatě nejvolnější forma přiblížení právních řádů čl. států. Nařízení č. 1408/71 má pouze zabezpečit, aby se neporušily zásady, jež nařízení stanovilo, žádná konkrétní ustanovení se do právního řádu včleňovat nemusela.

Systémy sociální ochrany jednotlivých členských států jsou velmi rozdílné a sociální politika nespadá do výlučné působnosti ES, nejde proto obejít zásadu subsidiarity (Společenství provede jen ty kroky, které čl. státy nejsou schopny provést lépe) a vytvořit minimální sociální standardy.⁸⁰ Nařízení neupravují vznik pojistného vztahu, koordinují stávající pojištění.

2.4.3. Koordinační nařízení

Prvopočáteční úprava koordinace sociálního zabezpečení v EHS nebyla schopna uspokojivě překonat rozdíly Bismarckovského modelu (konceptu) sociálního zabezpečení a sociálního zabezpečení vycházejícího z jiných koncepcí, např. sira Williama Beveridge. Na uvedený konflikt reagoval ESD značně komplikovanou judikaturou, která však nemohla nahrazovat nedostatky koordinace systémů sociálního zabezpečení členských států vytvořené Nařízeními (EHS) č. 3 a 4 o sociálním zabezpečení migrujících pracovníků, jejichž původ se odvozuje z Evropské úmluvy o sociálním zabezpečení pro migrující pracovníky, kterou v roce 1957 podepsala zakládající šestka členských států Montánní unie za účelem vytvoření vzorové předlohy do budoucna uzavíraných bilaterálních a multilaterálních dohod o sociálním zabezpečení mezi evropskými státy.⁸¹ Význam koordinace systémů sociálního zabezpečení již v raných dobách EHS naznačují např. pořadová čísla výše citovaných Nařízení.

⁸⁰ Tomeš, I., Koldinská, K. Sociální právo Evropské unie. 1. vydání. Praha: C.H.Beck, 2003, str. 71.

⁸¹ Lacko, M. Prenos dávok podľa Nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71 zo 14.júna 1971 o uplatňovaní systémov sociálneho zabezpečenia na zamestnané osoby, samostatne zárobkovo činné osoby a členov ich rodín pohybujúcich sa v rámci spoločenstva in Pracovné právo v zjednotenej Európe. Žilina: Poradca podnikateľa, 2004, s. 288.

Jelikož i dnes, téměř 40 let od přijetí stávajícího Nařízení, nelze příliš sázet na harmonizaci jednotlivých systémů sociálního zabezpečení členských států, je metoda koordinace zbývajícím uchopitelným řešením pro zajištění rovnosti nakládání, aplikace jednoho právního řádu, sčítání dob pojištění a zachování jednou získaných práv. Způsob koordinace je možné přirovnat k mezinárodnímu právu soukromému⁸², které sice je řekněme ryzím odvětvím soukromého práva (alespoň v hmotné části), technika volby rozhodných předpisů je ale obdobná včetně občasné se vyskytujícími aplikačními obtížemi.

Otevřená metoda koordinace je v sociální politice EU často používaným pojmem. Na rozdíl do kolizní metody koordinačních nařízení, která má za cíl určení rozhodného právního řádu, je otevřená metoda koordinace zacílena na kvalitativní nebo kvantitativní výsledek, přičemž je ponecháno na úvaze členského státu, jaké prostředky k dosažení takového cíle zvolí.

Nařízení tedy vzhledem k pramenům vnitrostátního práva čl. států je nadřazené, zvolená kolizní metoda ale onu hierarchii přeci jen staví trochu naruby, neboť doménou členských států zůstalo to základní v oblasti sociálního zabezpečení: okruh pojištěných nebo krytých osob, okruh pojištěných nebo krytých sociálních událostí a výše pojistného plnění nebo krytí.

Osobní rozsah koordinace sociálního zabezpečení se vyvíjel od jen vybraných ekonomicky aktivních osob směrem k ostatním kategoriím „euroobčanů“. Kategorii státních úředníků zavedla novela⁸³ z roku 1998, čímž bylo lépe zohledněno zachování účasti v těchto speciálních schématech pojištění některých členských států. Z Nařízení 1399/99⁸⁴, které dále rozšířilo nároky studentů, je patrný vývoj komunitárního práva od prvotního zabezpečování migrujících pracovníků k postupnému rozšiřování ochrany Společenství i na nevýdělečně činné osoby.⁸⁵

⁸² V ČR se jedná o zákon č. 97/1963 Sb. o mezinárodním právu soukromém a procesním.

⁸³ Nařízení Rady (ES) č. 1606/98 ze dne 29. června 1998.

⁸⁴ Nařízení Rady (ES) č. 1399/99 ze dne 29. března 1999.

⁸⁵ Bauer, J. (ed.) Sociální zabezpečení osob pohybujících se v rámci Evropské unie. 2. vydání. Praha: Úsek pro evropskou integraci a mezinárodní vztahy MPSV, 2001, s. 5.

2.4.4. Publikace a překlad do úředního jazyka

Na základě Aktu o přistoupení byla vyžadována publikace všech „aktů obecného rozsahu“ ve Zvláštním vydání Úředního věstníku. Veškeré právo obsažené v „aktech obecného rozsahu“ tak mělo být před vstupem či nejpozději v okamžiku vstupu publikováno v jazyce nových členských států – nestalo se tak.⁸⁶ Jazyk publikace právních aktů Společenství je v případě sekundárního práva rámcově stanoven nařízením EHS č. 1/1958, o užívání jazyků v Evropském hospodářském společenství, novelizovaná verze s účinností od 1. května 2004 stanoví 20 úředních jazyků.⁸⁷

Nařízení podléhá povinnosti publikace v Úředním věstníku Evropské unie podle čl. 254 odst. 1, 2 SES a podle výše uvedeného nařízení o užívání jazyků v ES je nezbytné jej vyhlásit i v českém jazyce. Nařízení a Prováděcí nařízení byla publikována v úředním (českém) jazyce ve Zvláštním vydání Úředního věstníku EU z roku 2004 v kapitole 5, svazku 01. Novely Nařízení a Prováděcího nařízení v úředním jazyce byly publikovány se zpožděním. Vzhledem k tomu, že v systému vyhledávání právních norem EUR-Lex je v současné době k dispozici v českém jazyce i konsolidované znění, od přistoupení ČR do EU uběhly již 4 roky, není problematika náležitě publikace v úředním jazyce natolik stěžejní. Soudní spor v ČR ohledně nemožnosti seznámit se s Nařízením nebo s Prováděcím nařízením určitou lhůtu po přistoupení zatím není znám.

ESD nicméně již skutkově obdobný problém posuzoval⁸⁸ a je zajímavé jej uvést. Skutkově se jednalo o situaci po přistoupení Řecka do EU. Problematika byla ze vzdálené oblasti cel, leč argumentace vězela v překladu nařízení jako pramene práva do řeckého jazyka, který nebyl k dispozici hned prvním dnem přistoupení. Odůvodnění rozhodnutí bralo v úvahu konkrétní okolnosti adresáta právní normy, který nebyl mezinárodní obchodní firmou, učinil potřebné, byť neúspěšné kroky ke zjištění pravidla stanoveného nařízením, sídlem se nacházel relativně daleko od hlavního města Atén. Z toho závěru se dá dovodit, že případná argumentace zdravotní pojišťovny spočívající na neexistenci Nařízení nebo Prováděcího nařízení v českém jazyce bezprostředně od 1.

⁸⁶ Bobek, M. K absenci řádného vyhlášení komunitární legislativy v jazycích nových členských států in Soudní rozhledy 12/2006. C.H.Beck Praha, 2006, s. 449.

⁸⁷ Tamtéž.

⁸⁸ Rozhodnutí ESD C-160/84 Oryzomyli Kavallas v. Komise.

května 2004 co do závaznosti stanovených postupů (pravidel pro určení rozhodných předpisů, nároků pojištěnců z Nařízení) by neuspěla. Na druhé straně by však mohla být úspěšná obrana pojištěnce proti uloženým povinnostem po dobu neexistence českého překladu Nařízení, jestliže by pojištěnec prokázal předchozí odpovídající (nebo také rozumně očekávanou) snahu vedoucí ke zjištění stanovených právních norem⁸⁹.

2.4.5. Nařízení Rady (EHS) č.1408/71

Výchozím předpisem sekundárního práva z hlediska úhrady zdravotní péče a jejího poskytování je Nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 z 14. června 1971 o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství, ve znění pozdějších novel.

Systematicky je Nařízení členěno na obecnou část pro všechna odvětví sociálního zabezpečení⁹⁰ a na zvláštní část, z nichž pro poskytování zdravotní péče a její úhradu jsou významné části Nemoc a mateřství v čl. 18 až 36, Pracovní úrazy a nemoci z povolání v čl. 52 až 63 (zejména však čl. 59 ohledně přepravy osob a čl. 61 ohledně pravidel pro zvláštní případy) a Nezaměstnané osoby, které hledají práci v jiném členském státě než kompetentním v čl. 69 až 71a.

Další významná pravidla obsahují povahou společná a závěrečná ustanovení o Administrativní komisi sociální bezpečnosti pro migrující pracovníky⁹¹, o Poradním výboru sociální bezpečnosti pro migrující pracovníky, Různá ustanovení a Přejícná a závěrečná ustanovení.

⁸⁹ V tomto případě by zřejmě musel prokázat, že vznesl např. dotaz u své zdravotní pojišťovny, aby se na druhé straně vyloučila varianta vypočítavého jednání.

⁹⁰ Nebo také sociální bezpečnosti. Srovnej stati Pojem sociálního zabezpečení in Tröster, P. a kol. Právo sociálního zabezpečení. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: C.H.Beck, 2005, s. 1 a násl.

⁹¹ V úředních překladech je možné narazit na překlad termínu „Administrative Commission“ jako „Správní komise“.

2.4.5.1. Územní působnost

Samotné Nařízení ustanovení o územní působnosti neobsahuje. Je nutné vycházet z obecné územní platnosti sekundárního práva⁹². Nařízení se tedy v první řadě vztahuje na území všech členských států⁹³. Vzhledem k existenci Evropského hospodářského prostoru, který byl zachován na přání jeho posledních členů (Norsko, Island, Lichtenštejnsko) a jehož smyslem je účast dalších států na vnitřním trhu bez plného členství ve Společenství⁹⁴, jsou mezi částí *acquis*, které státy EHP přebírají ze Společenství, také koordinační nařízení o sociálním zabezpečení.

Švýcarsko se Společenstvím uzavřelo Dohodu o volném pohybu osob (účinná od července 2001)⁹⁵. Při rozšiřování EU však Švýcarsko nebylo připravené jako státy EHP a vstupem České republiky do EU bylo pro české pojištěnce možné užívat výhody na jeho území, které Nařízení poskytuje, např. průkaz EHIC, až od 1. dubna 2006.

Z hlediska možnosti používat Evropský průkaz zdravotního pojištění je pro zajímavost možné uvést Chorvatsko a od 1. června 2008 Makedonii. Důvodem je dohoda styčných míst států, která zjednodušuje tuto legitimaci pojištěncům českých zdravotních pojišťoven pomocí EHIC. Byl zaznamenán i případ poskytnutí zdravotní péče na EHIC v Černé Hoře.

2.4.5.2. Osobní rozsah

Jak bylo zmíněno ohledně koordinačních nařízení obecně, osobní rozsah se postupně rozšiřoval, až do něj byly zahrnuty i nevýdělečně činné osoby. Z hlediska poskytování zdravotní péče a její úhrady existují základní kategorie osob: zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné, nezaměstnané osoby, žadatelé o důchod, důchodci a studenti nebo osoby, které se jinak připravují na povolání. K těmto kategoriím patří

⁹² U vyslaných pracovníků mimo územní působnost Nařízení může být postupováno také podle Nařízení a pravidla pro rozhodné předpisy sociálního zabezpečení se určí v jeho souladu, ale z hlediska poskytování zdravotní péče a její úhrady je tato extenze u vyslaných pracovníků bezpředmětná.

⁹³ „Nařízení je závazné ve všech svých částech a platí v okamžiku vstupu v platnost bezprostředně ve všech členských státech“ in Tichý, L., Arnold, R., Svoboda, P., Zemánek, J., Král, R. Evropské právo. 2. vydání. Praha: C.H.Beck, 2004, str. 235.

⁹⁴ Zdroj: http://ec.europa.eu/external_relations/eea/index.htm .

⁹⁵ Dohoda o volném pohybu osob mezi Evropským společenstvím a jeho členskými státy na jedné straně a Švýcarskou konfederací na straně druhé (podepsána 21. června 1999).

podle čl. 22a Nařízení i další občané EU, kteří jsou zdravotně pojištěni, avšak výhody plynoucí jim z Nařízení jsou omezenější povahy.

U všech kategorií osob je třeba kalkulovat i s jejich rodinnými příslušníky, jejichž určení je z větší části ponecháno předpisům státu, ve kterém bydlí. Tímto státem nemusí být nezbytně stát, ve kterém má bydliště nebo místo výkonu práce živitel. Samotný pojem živitele obdobně jako pojištění rodinných příslušníků z hlediska osobního rozsahu českého veřejného zdravotního pojištění zákon o v.z.p. nepoužívá. Termín „živitel“ paradoxně nepoužívá ani samotné Nařízení, rodinné příslušníky uvádí v souvislosti se základními kategoriemi osob, které jsou vyjmenované v předchozím odstavci. Nicméně se jedná o pojem názorný a odbornou veřejností používaný.

Rozsah rodinných příslušníků v případě České republiky je vymezen vkladem v Příloze I Nařízení: manželka nebo nezaopatřené dítě⁹⁶ podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. Mezi manžele se tedy řadí i registrovaní partneri⁹⁷. Obdobně jako u termínu živitele, ani u termínu „nezaopatření rodinní příslušníci“ není možné nalézt zmínku v Nařízení. „Nezaopatřené dítě⁹⁸“ se vyskytuje u ustanovení pro Českou republiku ve výše zmíněné Příloze. Zde se jedná o nepochybnou inspiraci ze zákona o státní sociální podpoře, i když se zde vyskytuje i pojem „společně posuzované osoby“. I u termínu „nezaopatření rodinní příslušníci“ lze tvrdit, že je termínem názorným a odbornou veřejností používaným.

Posledním, nikoli však méně významným prvkem osobního rozsahu je státní občanství EU, kterým je obecně podmíněno zahrnutí migrujících pracovníků do režimu koordinace. Státní občanství EU se však nevyžaduje u rodinných příslušníků. Obdobně je tomu u zaměstnaných nebo samostatně výdělečně činných osob bez státního občanství a uprchlíků, kteří bydlí na území členských států. Nejkomplikovanější je postavení osob pozůstalých, jejich problematika se však v českém zdravotním pojištění prakticky nevyskytuje, a proto nebude ani předmětem této práce.

⁹⁶ §11 odst. 1 zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře: Za nezaopatřené dítě se pro účely tohoto zákona považuje dítě do skončení povinné školní docházky, a poté, nejdéle však do 26. roku věku, jestliže a) se soustavně připravuje na budoucí povolání (§ 12 až 15), nebo b) se nemůže soustavně připravovat na budoucí povolání nebo vykonávat výdělečnou činnost pro nemoc nebo úraz, anebo c) z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je neschopno vykonávat soustavnou výdělečnou činnost.

⁹⁷ Zákon č. 115/2006 Sb., o registrovaném partnerství.

⁹⁸ V anglickém znění Nařízení se jedná o termín „dependent child“.

Při zahrnování rodinných příslušníků migrujících pracovníků do českého veřejného zdravotního pojištění dochází k zajímavé situaci, ve které mají rodinní příslušníci v přeshraničním režimu výhodnější postavení, aniž by byla porušena zásada rovného zacházení. Zákon o v.z.p. pojištění (tzv. navazování) rodinných příslušníků nezná, Nařízení na druhé straně upravuje pojištění rodinných příslušníků s výdělečně činnou osobou podle čl. 19 odst. 2 v případě, že stát pojištění osoby zaměstnané nebo samostatně výdělečně činné je odlišný od státu bydliště jeho/jejích rodinných příslušníků.

Rodinní příslušníci migrujícího občana EU, který je výdělečně činný v ČR a se kterým se do ČR přestěhují, aniž získají trvalý pobyt podle zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců, jednoznačný nárok na pojištění ve veřejném zdravotním pojištění nemají. Zásada stejného zacházení podle judikatury ESD dovoluje, aby státní příslušníci země i výrobky z daného státu byli posuzováni v domovské zemi přísněji než příslušníci cizích zemí nebo dovezené zboží, tzv. „obrácená diskriminace“ je důsledkem omezených kompetencí Společenství, a proto není snadné ji zamezit.⁹⁹

2.4.5.3. *Věcný rozsah*

Rozsah koordinovaných věcných dávek pojištění proti nemoci a mateřství je také a priori stanoven zákonodárci jednotlivých členských států, protože rozsah hrazených věcných dávek Nařízení neupravuje. Z hlediska migrujícího pojištěnce je běžné, že i nezbytná péče vzhledem k povaze dávek a délce pobytu v jednotlivých členských státech nebude vždy plně hrazena kompetentní institucí, protože i u tuzemských pojištěnců podléhá spoluúčasti.

S některými věcnými dávkami v koordinaci může být přesto problém, i když jejich rozsah určuje zákonodárce členského státu. Hrazená péče podle § 39 zákona o v.z.p. zahrnuje i prohlídku zemřelého pojištěnce, pitvu a související dopravu. Zdravotní pojištění zaniká dnem právní skutečnosti (úmrtí, skončení zaměstnání, ukončení trvalého pobytu na území ČR). Skončení pojištění však z povahy věci není pojímáno

⁹⁹ ABC práva Evropských společenství. Informační centrum Evropské Unie, Praha, 2004, s. 16. Pozn.: veřejné zdravotní pojištění v ČR nebere v potaz občanství pojištěnců, jde tedy o srovnání situace s přeshraničním prvkem a bez přeshraničního prvku a posléze uvedená může být méně výhodná.

jako překážka pro úhradu pitvy poskytovateli na území ČR ze strany zdravotních pojišťoven.

Model úhrady pitvy z veřejného zdravotního pojištění není v ostatních členských státech obvyklý¹⁰⁰. To je možná důvodem, proč se setkalo přeučtovávání nákladů pitev na základě Nařízení s námitkami z okolních členských států, zejména při přeučtování v rámci nezbytné péče vzhledem k povaze dávek a délce pobytu.

2.4.6. *Prováděcí nařízení*

Z hlediska formální právní síly je Prováděcí nařízení na stejné úrovni jako Nařízení a jedná se o model úpravy, který je použit i v jiných právních odvětvích evropského práva. Nicméně čl. 98 Nařízení zmiňuje další nařízení, které má stanovit postup pro provádění Nařízení.

Není náhodou, že hned čl. 2 Prováděcího nařízení zmiňuje tištěné vzorové formuláře, které vydává Administrativní komise. Význam a právní síla vzorových tištěných formulářů byla už předmětem pozornosti ESD¹⁰¹, který se vyjádřil k formuláři E 101 (Potvrzení o příslušnosti k právním předpisům). Předmětné potvrzení má za cíl usnadnit svobodu pohybu pracovníků a poskytování služeb, vztahy kompetentních institucí jsou založeny na spolupráci a dobré víře a soudy hostitelského státu (stát, do kterého byl pracovník vyslán) nejsou oprávněny posuzovat důvodnost vystavení potvrzení¹⁰². Nesprávně vystavený formulář E 101 pro vyslaného pracovníka je tedy nezbytné řešit v rovině spolupráce kompetentních institucí (nositelů pojištění) vysílajícího a hostitelského státu. Do zrušení formuláře E 101 nemohou orgány hostitelského státu zpětně vyměřit případné pojistné nebo jiné příspěvky na sociální zabezpečení¹⁰³.

¹⁰⁰ Není tomu tak např. ani na Slovensku, kde pitvy hradí Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

¹⁰¹ Rozsudek ESD C-2/05 *Herbosch Kiere NV*.

¹⁰² Body 20, 30 a 32 Rozsudku.

¹⁰³ Jelikož formulář E 101 může být vystaven z víceřých důvodů, vztahuje se zřejmě závaznost na situaci, která je popsána v příslušných kolonkách formuláře, včetně označení zaměstnavatele.

2.4.6.1. Přílohy k Nařízení a Prováděcímu nařízení

Přílohy k Nařízení a Prováděcímu nařízení mají podstatný význam z hlediska aplikace v konkrétních případech. Často citovanou je Příloha Nařízení VII o příslušnosti k dvojím právním předpisům podle čl. 14c písm. a) Nařízení¹⁰⁴. Pro osoby samostatně výdělečně činné na území SRN je důležitá Příloha I, která u Německa definuje osobu samostatně výdělečně činnou podle povinnosti připojit se k důchodovému pojištění (starobní důchod) v rámci soustavy pro osoby samostatně výdělečně činné nebo připojit se k soustavě náležející do povinného důchodového pojištění¹⁰⁵.

Přílohy Prováděcího nařízení jsou z velké části seznamem příslušných úřadů, kompetentních institucí, institucí místa bydliště a institucí místa pobytu, styčných orgánů (míst). Z hlediska paušální náhrady nákladů je významná Příloha 9 Výpočet průměrných ročních nákladů na věcné dávky.

Pro zajímavost lze uvést, že přílohy Nařízení jsou číslovány arabskými číslicemi oproti přílohám Prováděcího nařízení, které jsou číslovány římsky, a tímto by bylo lze rozeznat „příslušnost“ přílohy.

2.4.7. Nařízení o rozšíření působnosti

Nařízení Rady (ES) č. 859/2003 ze dne 14. května 2003, kterým se působnost nařízení (EHS) č. 1408/71 a nařízení (EHS) č. 574/72 rozšiřuje na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti, je významné z hlediska osobního rozsahu. Samotný normativní obsah je tvořen třemi nikterak obsáhlými články.

Kuriozitou je územní působnost tohoto Nařízení, která nekopíruje územní působnosti Nařízení 1408/71, protože na základě článků 1 a 2 Protokolu o postavení Dánska připojeného ke Smlouvě o Evropské unii a ke Smlouvě o založení Evropského

¹⁰⁴ V případě ČR se jedná o osobu samostatně výdělečnou činnou v tuzemsku a závislou činnost (zaměstnání) v jiném členském státě – dvojí příslušnost k právním předpisům.

¹⁰⁵ Osoby samostatně výdělečně činné v SRN nemusejí být povinně zdravotně pojištěny, takže při souběhu se samostatnou výdělečnou činností v ČR mohou doložit status OSVČ pro vynětí z pojištění dokladem o příslušném důchodovém pojištění.

společenství, se Dánsko neúčastní přijímání tohoto nařízení, a proto pro něj není závazné ani použitelné¹⁰⁶.

Dále jsou v Příloze Nařízení o rozšíření působnosti u osob pohybujících se na území Rakouska stanovena omezení, resp. upřesnění v případě Německa, ohledně jejichž pobytových povolení je možné dovolávat se tohoto Nařízení. Pokud by se Česká republika účastnila již jako členský stát EU jednání o konečné verzi Nařízení o rozšíření působnosti, pak by pravděpodobně z podnětu Ministerstva zdravotnictví usilovala o zpřesnění zákonného pobytového povolení nebo by se snažila o omezení okruhu osob ve vybrané oblasti sociálního zabezpečení, jak učinilo Rakousko v oblasti rodičovských dávek. Toto však nebylo vzhledem ke vstupu ČR do EU v květnu 2004 možné.

Pro rozšíření na občany třetích států jsou stanoveny tyto podmínky:

- Nařízení a Prováděcí nařízení se nevztahují na občany třetích států jen kvůli jejich občanství (včetně rodinných příslušníků a pozůstalých),
- oprávněně bydlí (pobývají) na území členského státu, tedy jenom států EU, nikoli dalších států EHP a Švýcarska, které se zavázaly dodržovat pravidla koordinace na základě samostatných dohod,
- a situace se neomezuje ve všech ohledech na jediný členský stát.

Podmínka, aby se situace neomezovala na jediný členský stát je logická, při aplikaci Nařízení v konkrétním případě ale nikterak jednoduchá. Toto může být sporné např. při žádosti o vystavení Evropského průkazu zdravotního pojištění, který nevystavují české zdravotní pojišťovny občanům třetích zemí právě ochotně s odkazem na (ne)doložení přeshraničního prvku. Tento přeshraniční prvek je možné chápat velmi široce včetně pobytu v zahraničí během dovolené na zotavenou v pracovním poměru, nebo naopak velmi restriktivně a uznat např. až v případě bydliště rodinného příslušníka mimo stát bydliště výdělečně činného občana EU. Situace, kterou lze považovat vždy za situaci s přeshraničním prvkem, je např. vyslání pracovníka do jiného státu EU¹⁰⁷.

Vzhledem k četným zásluhám CMU o provádění koordinace sociálního zabezpečení v podmínkách ČR a důvěře, kterou styčné místo ze stran zdravotních pojišťoven požívá,

¹⁰⁶ Bod 19 preambule Nařízení o rozšíření působnosti.

¹⁰⁷ Manuál provádění evropského práva – Příručka pro zdravotní pojišťovny. 3. vydání. CMU, 2007, vydáno v elektronické podobě, s. 12.

je možné vyjít z Manuálu provádění evropského práva – Příručka pro zdravotní pojišťovny a „za přeshraniční prvek považovat vycestování do jiného státu z osobních důvodů (např. turistický pobyt)“.¹⁰⁸

Případ, kdy cizinec ze třetího státu byl již v jiném členském státě zaměstnán a následně zahájí zaměstnání nebo výdělečnou činnost v ČR, nemusí v případě českého zdravotního pojištění přeshraniční prvek vždy naplňovat. Např. Ukrajinec zaměstnaný dva roky v Polské republice, přijme nové zaměstnání v Česku ve srovnání s Ukrajincem, který po stejnou dobu pracoval jenom v ČR (nebo jenom v Polsku). Pokud se účast v systému českého veřejného zdravotního pojištění neváže na splnění jakýchkoli kvalifikačních lhůt, ať už zaměstnání, pojištění nebo bydlení, pak nemá předchozí příslušnost k právním předpisům jiného členského státu odpovídající význam. To ale nemusí platit u dávek, které jsou od dob zaměstnání, pojištění nebo bydlení naopak významně odvislé. Názor na posouzení/splnění přeshraničního prvku nicméně není jednotný ani v ostatních členských státech a jeho aplikace představuje značné úskalí. Posuzování splnění podmínek pojištěnců ze třetích zemí je značně ovlivněno individuálními okolnostmi.

Nespornou výhodou zjištění předchozí výdělečné činnosti v jiném státě EU jako kvalifikačního kritéria je jeho názornost a doložitelnost a zřejmě proto je možné se s tímto kritériem nadále setkat. Další z možností pro lepší prověření přeshraničního prvku je podmínit jeho uznání určitou dobou pojištění u české zdravotní pojišťovny, což je ale více uvažování *de lege ferenda* než obsah zákona o v.z.p. Kvalifikační lhůty v zákoně o v.z.p. by také musely respektovat povinnost jejich zápočtu, pokud by byly získány v jiném členském státě.

Článek 2 Nařízení o rozšíření působnosti obsahuje ne zcela jednoznačná intertemporální ustanovení vzhledem k možným problémům s počátkem účinnosti právního předpisu, tj. od 1. června 2003. Čl. 3 upravuje nabytí účinnosti.

¹⁰⁸ Tamtéž.

2.4.8. Rozhodnutí Administrativní komise

Nejvýznamnější, nebo možná také nejviditelnější úlohou Administrativní komise pro sociální bezpečnost migrujících pracovníků jsou publikovaná rozhodnutí o otázkách interpretace. Formálně nemají rozhodnutí obdobnou právní sílu jako rozhodnutí ESD, nicméně působí vahou přesvědčivosti a rozhodnutí jsou pojímána jako vítané vodítko. Zmínka o Evropském průkazu zdravotního pojištění se v Nařízení ani Prováděcím nařízením nevyskytuje¹⁰⁹, to je doménou právě rozhodnutí Administrativní komise.

Mezi významná a platná rozhodnutí v oblasti poskytování zdravotní péče a její úhrady patří tato rozhodnutí:

Rozhodnutí č. 202 ze dne 17. dubna 2005 ohledně vzorových formulářů (formuláře řady 100 pro nemoc a mateřství).

Rozhodnutí č. 198 ze dne 23. března 2004 o náhradě a ukončení používání vzorových formulářů nezbytných pro uplatňování nařízení (E 110, E 111, E 111 B, E 113, E 114, E 119, E 128 a E 128 B).

Rozhodnutí č. 197 ze dne 23. dubna 2004 o přechodném období k zavedení Evropského průkazu zdravotního pojištění v souladu s čl. 5 Rozhodnutí č. 191.

Rozhodnutí č. 196 ze dne 23. dubna 2004 o výkladu čl. 22(1a) u osob, které podstupují dialýzu nebo oxygen terapii (při pobytu v jiném čl. státě musí pacient v zásadě dohodnout dostupnost uvedené zdravotní péče s poskytovatelem¹¹⁰).

Rozhodnutí č. 195 ze dne 23. dubna 2004 o jednotné aplikaci čl. 22(1a)i ohledně zdravotní péče při těhotenství a porodu (věcné dávky související s těhotenstvím a porodem jsou hrazené během pobytu v jiném čl. státě jako nezbytná péče kompetentní institucí).

Rozhodnutí č. 194 ze dne 17. prosinec 2003 o jednotné aplikaci čl. 22(1a)i v členském státě pobytu. Pozn.: Účelem nezbytných věcných dávek je, aby se pojištěná osoba nemusela vracet ze státu pobytu ze zdravotních důvodů dřív, než měla v plánu. Vycestování za zdravotní péči však není v nezbytné péči zahrnuto.

Rozhodnutí č. 191 ze dne 18. června 2003 o nahrazení formulářů E 111 a E 111 B Evropským průkazem zdravotního pojištění.

Rozhodnutí č. 190 ze dne 18. června 2003 o technické specifikaci Evropského průkazu zdravotního pojištění. Bod 3.5.4. Přílohy I Rozhodnutí zmiňuje oprávnění k náhradě

¹⁰⁹ Čl. 21 Prováděcího nařízení zmiňuje potvrzení vystavené kompetentní institucí, ve kterém je uveden nárok na věcné dávky v rozsahu čl. 22(1a)i – nezbytná péče vzhledem k povaze dávek ve státě pobytu.

¹¹⁰ Tímto rozhodnutím není míněna dohoda se zdravotní pojišťovnou, jak je někdy mylně vykládáno, protože se jedná o nezbytnou péči vzhledem k povaze dávek a délce pobytu (čl. 22 odst. 1 písm. a), nikoli o vycestování za zdravotní péči, která souhlasu podléhá. Toto rozhodnutí předvídá dohodu s poskytovatelem předmětné péče.

nákladů poskytnuté zdravotní péče, jestliže průkaz byl platný, i když skutečný průběh pojištění mohl být odlišný.

Rozhodnutí č. 189 ze dne 18. června 2003 o zavedení Evropského průkazu zdravotního pojištění. Průkaz EHIC může mít podobu samostatné karty, nebo existovat na rubové straně stávajícího průkazu platného v členském státě. Dobu platnosti průkazu určuje vydávající instituce.

Rozhodnutí č. 176 ze dne 24. června 1999 o náhradě nákladů vzniklých během pobytu v jiném členském státě podle čl. 34(4) Prováděcího nařízení. Rychlá náhrada podle sazeb kompetentního státu smí po souhlasu pojištěnce proběhnout, jestliže celková výše vzniklých nákladů je nižší nebo rovna částce 1.000,- EUR.

Rozhodnutí č. 170 ze dne 11. června 1998 o sestavení seznamů podle čl. 94(4) a 95(4) Prováděcího nařízení.

2.5. Význam původních koordinačních nařízení

I když Nové Nařízení a Nové Prováděcí nařízení nahrazuje od 1. května 2010 stará koordinační nařízení, nelze učinit od tohoto data zatím „tlustou čáru“. Z hlediska interpretace bude nadále využíván výklad starých nařízení včetně jejich podpory ve formě jednotlivých rozhodnutí administrativní komise.

Příslušná ustanovení starých Nařízení budou v plné míře zatím využita v režimu nařízení Rady (ES) č. 859/2003 o rozšíření působnosti na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti. Dále budou stará nařízení použita v souvislosti s Dohodou o Evropském hospodářském prostoru a Dohodou mezi Evropským společenstvím a jeho členskými státy na jedné straně a Švýcarskou konfederací na druhé straně o volném pohybu osob a jiných dohod, které obsahují odkaz na nařízení (EHS) č. 1408/71, do změny těchto dohod s ohledem na toto nařízení¹¹¹.

Obdobná přechodná ustanovení jsou zakotvena v čl. 96 Nového Prováděcího nařízení ohledně použitelnosti staršího Prováděcího nařízení po 1. květnu 2010.

2.6. Rozsudky Evropského soudního dvora

Nepominutelným pramenem práva koordinace sociálního zabezpečení jsou rozhodnutí Evropského soudního dvora. Nejčastější formou je rozsudek vydávaný

¹¹¹ Článek 90 odst. 1 Nového Nařízení.

v rámci předběžných otázek, které vnesou soudy členských států. Pro širší orientaci a dodatečné informace je možné využít také dostupná stanoviska generálního advokáta, která jsou předkládána soudnímu dvoru a zveřejňována.

Ohledně příslušnosti k právním předpisům by neměl uniknout pozornosti C-121/92 Zinnecker, C-302/02 Effing a C-543/03 Dodl, Oberhollenzer. Ohledně svobody pohybu pracovníků: C 2-05 Kiere NV, C-50/05 Nikula.

Četná judikatura v oblasti ambulantní a nemocniční péče (svoboda pohybu služeb): Kohll C-158/96, Decker C-120/95, Peerboms-Smits C-157/99, Vanbraekel C-368/98, Ioannidis C-326/00, Müller-Fauré van Riet C-385/99, Inizan 56/01, Watts 372/04, Acereda Herrera C-466/04, Stamatelaki C-444/05.

2.6.1.1. Kohll/Decker

Sousloví Kohll¹¹² Decker¹¹³ je pojmenováním celkem dvou samostatných rozsudků, kterými byla zahájena judikatura Evropského soudního dvora ohledně volného pohybu zdravotních služeb, které jsou alespoň částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Raymond Kohll proti Svazu zdravotních pojišťoven v Lucemburku požadoval náhradu zubního ošetření své dcery (pojištěna na základě živitele) mimo území Lucemburska, konkrétně v Trieru, Německo, přestože žádost byla odmítnuta z důvodu, že ošetření nebylo urgentní a na území Lucemburku je poskytováno, dále s odkazem na tuzemské zákonodárství. Pan Kohll na náhradě trval přímým odkazem na čl. 59 SES.

ESD hned v úvodu vlastního odůvodnění podřadil zubní ošetření pod pojem služeb ve smyslu komunitárního práva¹¹⁴ a nepřistoupil na možnost jeho vyloučení ze svobody pohybu služeb.

Zajímavé odůvodnění obsahuje odstavec č. 48 o tom, že svoboda poskytování služeb implikuje záruky zahraničním lékařům postavené na roveň tuzemským lékařům (poskytovatelům), pokud by měly vliv na zmíněnou svobodu poskytování služeb.

¹¹² Rozsudek Kohl C-158/96.

¹¹³ Rozsudek Decker C-120/95.

¹¹⁴ Pozn.: Tuto judikaturu ohledně lékařských výkonů jako služeb soud již neopustil.

Závěrem rozsudku bylo, že podmínka předchozí autorizace svazu zdravotních pojišťoven k následné refundaci zubního ošetření v jiném členském státě není slučitelná se svobodou pohybu služeb, v tomto případě zdravotních.

Nicolas Decker proti zaměstnanecké zdravotní pojišťovně v Lucemburku požadoval náhradu za brýle vyhotovené v Arlonu, Belgie, a to na základě předpisu lucemburského lékaře (oftalmologa). Náhrada byla odmítnuta z důvodu absence předchozí autorizace zdravotního fondu.

V odstavci 21 byl připomenut judikaturou ESD již potvrzený názor, že organizace sociálního zabezpečení nespadá do přenesených pravomocí na Společenství. V odstavci 29 byl vyjádřen velmi důležitý vztah čl. 22 Nařízení ohledně náhrady zdravotní péče čerpané v jiném členském státě k vnitrostátní úpravě členského státu o standardu takové náhrady. Režim podle čl. 22 je garantován jako minimální a členský stát jej může libovolně v rámci organizace systému sociálního zabezpečení vylepšit ve prospěch pojištěnce.

V odstavci 34 vyhodnotil ESD lucemburskou právní úpravu o náhradách nákladů na brýle tak, že motivuje pojištěnce k nákupu u poskytovatelů optiky v Lucembursku oproti jiným členským státům. V odstavci 39 připouští soud, že prevence rizika vážné destabilizace systému sociálního zabezpečení konstituuje veřejný zájem, který omezení svobody pohybu služeb umožňuje.

Z odstavce 43 plyne, že záruka kvality zpracování brýlí leží na předpisech a úřadech státu, ve kterém je poskytována služba a stát poskytující náhradu nákladů nemůže požadovat zhotovení brýlí kvůli záruce kvality a odbornosti pouze u domácího zhotovitele.

Závěrem rozsudku Decker je, že paušální náhradu za brýle z jiného členského státu není možné podmiňovat předchozí autorizací.

2.6.1.2. Stamatelaki

Rozsudek z řeckého zdravotnictví, ve které se Aikaterini Stamatelaki domáhal náhrady za nemocniční ošetření v Londýně proti řecké zdravotní pojišťovně osob samostatně výdělečně činných.

Předběžná otázka vznesená řeckým soudem se netýkala Nařízení, ale rovnou svobody pohybu služeb podle čl. 49 Smlouvy, konkrétně možnosti vyloučit ošetření v soukromé nemocnici v jiném členském státě z režimu náhrady na vrub veřejného zdravotního pojištění.

ESD dospěl k závěru, že náhradu nákladů z hlediska svobody pohybu služeb nelze podmínit povahou zdravotnického zařízení, tj. vyloučit soukromé poskytovatele. Možnost náhrady podle Nařízení ESD neřešil, neboť tímto směrem nebyla položena předmětná otázka, a je možné, že pojištěnec žádal náhradu podle vyššího standardu zakotveného v řeckých předpisech.

2.6.1.3. Peerbooms/Smits

ESD spojil pod spisovou značku C-157/99 řízení o dvou předběžných otázkách paní Geraets-Smits a pana Peerbooms proti zdravotním pojišťovnám v Nizozemí. Nizozemsko tehdy disponovalo zákony o systému zdravotního pojištění, omezeného na smluvní poskytovatele bez přímé úhrady pojištěnci, a zákonem o zdravotním pojištění, který byl založen naopak na refundačním principu.

Paní Geraets-Smits podstoupila multidisciplinární ošetření Parkinsonovy choroby v Kasselu, SRN a následně žádala náhradu nákladů v Nizozemí. Náhrada byla odmítnuta s vyzdvižením povahy léčby, která nebyla běžně uznávána v odborných kruzích s odkazem na jiné postupy, kterým je Parkinsonova choroba léčena v Nizozemí.

Pan Peerbooms byl ve vegetativním stavu (kómatu) ošetřován v Innsbrucku, Rakousko¹¹⁵ metodou, jejímž příjemcem by v Nizozemí nemohl být z důvodu věku nad 25 let. Po probuzení z kómatu se pan Peerbooms domáhal náhrady za léčbu v Rakousku proti své zdravotní pojišťovně v Nizozemí. Žádost byla odmítnuta ze dvou důvodů. Za prvé v případě pana Peerbooms nebyla péče na území Nizozemí poskytována, za druhé se nejednalo o léčebný postup, který by byl odsouhlasen ve vědeckých kruzích, a proto mělo léčení experimentální povahu.

Možnost autorizačního řízení před čerpáním zdravotní péče v zahraničí byla připuštěna jako souladná se svobodou pohybu služeb, pokud je řízení o souhlasu přístupné, trvající rozumnou dobu a založeno na objektivních, nediskriminačních

¹¹⁵ Prvotní ošetření bylo provedeno v Nizozemí a jednalo se o zdravotní převoz.

kritériích, která jsou zároveň zjiitelná dopředu. Výsledek řízení musí být přezkoumatelný v soudním nebo obdobném řízení.

Rozsah věcných dávek nizozemského veřejného zdravotního pojištění je určen generální klausulí¹¹⁶ tak, že zahrnuje vše „obvyklé (běžné) ošetření v jednotlivých profesních kruzích“¹¹⁷ ESD se však vyjádřil, že obvyklost musí být posuzována z hlediska rozsahu mezinárodních profesních kruhů, protože omezení rozsahu nizozemskými profesními kruhy by vyústilo v preferenci poskytovatelů v Nizozemí¹¹⁸.

Pokud je ošetření běžné v mezinárodních odborných kruzích, nelze vyžádaný souhlas s léčením v jiném členském státě omezit z důvodu zachování udržitelnosti a stability systému poskytování zdravotní péče na území členského státu. Takový souhlas lze odepřít v případě, že péči je bez zbytečného odkladu možné čerpat na území členského státu, kde je pojištěnec kryt veřejným zdravotním pojištěním (kompetentní stát).

Pokud by poskytovatelem v kompetentním státě bylo nesmluvní zdravotnické zařízení, pak podle odstavce 107 nesmí být zvýhodněno oproti nesmluvnímu poskytovateli z jiného členského státu. Takto shrnuje soudní dvůr v právních větvách rozsudek ohledně náhrady nákladů potenciálně experimentální medicínské péče, za kterou pojištěnec vycestoval do jiného členského státu.

2.6.1.4. *Vanbraekel*

Rozsudkem sp. zn. C-368/98 se ESD vyjádřil ke sporu paní Abdon Vanbraekel proti belgické zdravotní pojišťovně o náhradu nákladů nemocničního ošetření ve Francii. Je poměrně časté, že v obdobných sporech vystupují až dědicové pojištěnců, v tomto případě dědicové paní Descamps, která bydlela v Belgii.

Při vznesení předběžné otázky bylo nesporné, že léčba mimo Belgie (ve Francii) byla potřebná, přestože předchozí žádost o souhlas s takovým postupem byla zamítnuta. Samotná otázka na ESD se týkala jednak rozhodných předpisů pro výpočet náhrady, jednak rozhodných předpisů ohledně „zastropování“ takové náhrady, pokud se aplikují.

¹¹⁶ Rozsah tedy není stanoven vyčerpávající výčtem dávek.

¹¹⁷ Anglicky „Treatment normal in the professional circles concerned“.

¹¹⁸ Odstavec 96 rozsudku.

O vztahu čl. 22 odst. 1 písm. c) Nařízení a předpisů členského státu platí, že splnění podmínky pro poskytnutí předchozího souhlasu s vycestováním za zdravotní péči je možné posoudit jak podle předpisů členského státu, tak ze samotného Nařízení, pokud by režim členského státu nedosahoval příslušného standardu z hlediska Nařízení (in favorem pojištěnce).

Sazby jsou v Belgii a Francii rozdílné, když belgické sazby poskytují vyšší náhradu než sazby francouzské¹¹⁹. Nařízení stanovuje minimální standard náhrady podle předpisů státu, ve kterém byly poskytnuty zdravotní výkony. V odstavci 41 stanovil ESD kategorizaci zdravotních služeb do svobody pohybu jak v případě ambulantních, tak v případě nemocničních služeb. V odstavci 44 je vyřčena výchozí premisa o tom, že opatření, která ztěžují pohyb služeb více mezi členskými státy než uvnitř členského státu, nejsou v souladu se svobodou pohybu služeb. Případný doplatek v jiném členském státě za zdravotní péči, k jejímuž čerpání byl udělen souhlas, by mohl odradit pojištěnce s nižšími příjmy od svobody přiznané Smlouvou.

Na druhé straně Soud neshledal vyplacení rozdílu mezi belgickou a francouzskou náhradou za tak závažné, že by mohlo dojít k narušení poskytování zdravotní péče na území Belgie a tím k legitimaci omezení svobody pohybu služeb z důvodu ochrany veřejného zdraví podle čl. 46 Smlouvy. Samotný doplatek případného rozdílu nezpůsobuje navýšení výdajů na potřebnou zdravotní péči (odstavec 52).

Náhrada poskytnutá belgickou pojišťovnou podle tohoto rozsudku by tedy činila součet náhrady podle francouzských předpisů a doplatek za spoluúčast a regulační poplatky nadto uhrazené francouzskému poskytovateli. Zmíněný doplatek by byl omezen výší rozdílu francouzských a belgických sazeb pro náhradu nákladů. Jak bylo zmíněno výše, francouzské sazby pro náhradu byly nižší než belgické, v opačném případě by doplatek k náhradě nákladů nepřicházel v úvahu z povahy věci.

Pojistná zásada, že pojištěnec neobdrží vyšší náhradu, než je součet jeho vynaložených nákladů, se uplatní bez výjimky.

¹¹⁹ Zde se nejedná nutně o nižší cenu francouzských zdravotních služeb oproti belgickým zdravotním službám, nýbrž o vztah náhrady poskytované pojištěnci po odečtení případné spoluúčasti a regulačních poplatků.

2.6.1.5. Müller-Fauré/van Riet

V rozsudku pod sp. zn. C-385/99 spojil ESD řízení o předběžné otázce paní Müller-Fauré a paní van Riet proti nizozemským zdravotním pojišťovněm o náhradu nákladů za zdravotní péči v Německu (vícenásobné ošetření u zubaře), resp. v Belgii (zdravotní výkony na zmírnění bolesti v zápěstí, zčásti provedené v nemocnici).

Ke zdravotním službám poskytovaným v nemocnici se ESD vyjádřil v odstavcích 76 a násl. v takovém smyslu, že plánování a stabilita zdravotního sektoru by mohla být narušena bez kontroly formou předchozího souhlasu s vycestováním za zdravotní péči do jiného členského státu.

Předchozí souhlas ale musí být vyřízen podle objektivních kritérií, v rozumné době a odmítnutí souhlasu musí být přezkoumatelné v soudním nebo obdobném řízení. Souhlas s nemocniční péčí je možné odmítnout v případě, že zdravotní péče stejná nebo obdobná je dostupná na území členského státu bez zbytečného odkladu¹²⁰. Posouzení rozumné čekací doby musí probíhat v souladu s konkrétními a individuálními okolnostmi. Podle odstavce 92 rozsudku samotný odkaz na existenci čekacích listů (pořadníků) na zdravotní výkony neopravňuje omezit svobodu pohybu zdravotních služeb tak, že by souhlas s vycestováním za nemocniční zdravotní péči byl po právu odmítnut.

Ohledně ambulantních zdravotních služeb neshledal ESD důvod omezit svobodu pohybu služeb z důvodu ochrany veřejného zdraví, která by mohla být narušena nestabilitou financování zdravotního sektoru. Zároveň soud nenabyl přesvědčení, že absence předchozího souhlasu s vycestováním za zdravotní péči by mohla způsobit hromadné cestování za ambulantní zdravotní péči do dalších členských států. V odstavci 98 Soud vyloučil u ambulantních služeb možnost výhodnějších náhrad, jaké mohou přicházet v úvahu u nemocniční péče a pojištěnec má právo na náhradu podle sazeb státu pojištění¹²¹.

Průlomová věta rozsudku se nachází v odstavci 102 s tím, že pro dosažení základních svobod zaručených Smlouvou může být nutná úprava národních systémů sociálního zabezpečení. Systém poskytování věcných dávek nemůže být důvodem omezení

¹²⁰ Přesný anglický termín zní: „without undue delay“.

¹²¹ Podle sazeb kompetentního státu.

svobody pohybu zdravotních služeb. Zaručení takové svobody může vyžadovat zakotvení mechanismu pro výpočet a poskytování náhrad.

Z právní věty rozsudku lze vyčíst, že náhradu nákladů za zdravotní péči nelze odmítnout s poukazem na to, že je zakotven výlučně systém poskytování věcných dávek a tyto jsou tedy pojištěncům poskytovány zdarma.

2.6.1.6. Herrera

V rozsudku pod sp. zn. C-466/04 se Soud zabýval sporem pana Manuel Acereda Herrera proti španělskému fondu zdravotního pojištění¹²² o náhradu cestovních nákladů a nákladů ubytování v souvislosti s vycestováním za zdravotní péči do Francie, ke které měl souhlas od instituce pojištění¹²³. Součástí požadované náhrady nákladů byly také výdaje doprovázející osoby.

Závěrem ESD omezil režim náhrady podle komunitárního práva na zdravotní péči a případné náklady přímo spojené s pobytem v nemocnici (nocleh, stravování v nemocnici). Zároveň uznal právo zákonodárce členského státu, aby stanovil vyšší rozsah náhrad než minimální standard, který plyne z komunitárního práva sociálního zabezpečení.

2.6.1.7. Inizan

Rozsudkem pod sp. zn. C-56/01 se vyjádřil Soud k předběžné otázce ve sporu paní Patricie Inizan proti francouzské zdravotní pokladně¹²⁴ o náhradu nemocničního ošetření ve Spolkové republice Německo. Předběžná otázka národního soudu zněla v případě dotazů na svobodu pohybu zdravotnických služeb neobvykle: Je čl. 22 (náhrad nákladů zdravotní péče) Nařízení slučitelný s čl. 49 a 50 (svoboda pohybu služeb) Smlouvy?

Odpověď zněla, že předmětné články Smlouvy nijak neomezují režim náhrady podle čl. 22 Nařízení. V odůvodnění se ESD zabýval také šířeji ustanoveními francouzského sociálního zákoníku o paušální náhradě za péči čerpanou mimo území Francie

¹²² Servicio Cántabro de Salud.

¹²³ Jednalo se o formulář E 112.

¹²⁴ Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine (v zkratce hojně používané ve Francii „CPAM“).

(podmíněno souhlasem designované úřední osoby). K tomu Soud uvedl, že souhlas je možné vyžadovat u nemocniční zdravotní péče. Takový souhlas nemůže být odmítnut, pokud zdravotní péče je poskytována také na území státu pojištění¹²⁵ a zároveň nemůže být poskytnuta bez zbytečného odkladu - nepřiměřená čekací doba vzhledem ke zdravotnímu stavu s přihlédnutím k individuálním okolnostem.

2.6.1.8. *Ioannidis*

V rozsudku pod sp. zn. C-326/00 ohledně pana Vasileiose Ioannidise proti řecké zdravotní pojišťovně - Úřadu sociálního zabezpečení¹²⁶ se soud vyjádřil k náhradě nákladů nad rámec nezbytné zdravotní péče u důchodců (poživatelů důchodu) a otázce zdravotní péče během pobytu v jiném členském státě a zdravotní péče, za kterou pojištěnec vycestoval.

Skutkově se jednalo o důchodce, který vycestoval z bydliště v Řecku na návštěvu svého syna v Německu, kde měl zdravotní problémy (Angína Pectoris), zčásti chronického rázu, které tvořily podstatnou část požadované náhrady vůči řeckému Úřadu sociálního zabezpečení (IKA). IKA žalovala důchodce u vnitrostátního soudu na zaplacení nákladů na zdravotní péči v SRN. Během projednávání se vnitrostátní soud obrátil na ESD s předběžnou otázkou.

Nařízení č. 1408/71 bylo v roce 2004 dotčeno novelou, která omezila znění čl. 31 o pobytu důchodců a jejich rodinných příslušníků v jiném čl. státě co do rozsahu věcných dávek z plné zdravotní péče na nezbytnou s odkazem na analogii čl. 22 Nařízení.

Do zmíněné novely měli důchodci (a i jejich rodinní příslušníci) právo na plnou péči i v případech, kde podle čl. 22 ostatní kategorie osob měly nárok na péči nezbytnou. I pro důchodce však platí zákaz vycestovat za nemocniční zdravotní péčí, skutkové posouzení této skutečnosti náleží vnitrostátnímu soudu.

Dřívější přiznání plné péče zdůvodnil ESD jako úmysl zákonodárce stanovit kategorii důchodců odlišný režim k zajištění efektivní mobility a k zohlednění

¹²⁵ Tedy je zahrnuta mezi poskytované věcné dávky.

¹²⁶ Idryma Koinonikon Asfaliseon (IKA).

zdravotního stavu v pokročilém věku¹²⁷. Formulář E 111 tedy opravňoval k čerpání plné péče při pobytu v ostatní čl. státech EU a nebyl důvod požadovat ani vydávat E 112.

Důchodce předložil formulář E 111, zdravotní pojišťovna v SRN žádala IKA o vydání E 112 nebo o sdělení o odmítnutí jeho vydání. ESD poskytl vnitrostátnímu soudu závazný právní názor, že čl. 31 (před novelou) přiznává důchodci (a jeho rodinným příslušníkům) nárok plnou péči na základě formuláře E 111.

Po novelizaci v roce 2004 je nárok důchodce a jeho rodinných příslušníků na základě E 111 postaven na roveň ostatním kategoriím v čl. 22, tj. nárok na věcné dávky v nezbytném rozsahu. Z hlediska aplikace je určitě prospěšné, pokud formulář E 111 nebo průkaz EHIC dokládají u všech kategorií osob podléhajících koordinaci stejný, tedy nezbytný rozsah zdravotní péče.

2.6.1.9. *Watts*

Po průkopnických rozsudcích Kohl/Decker v oblasti zdravotní péče je mezi judikaturou ESD významný a mediálně proslavený rozsudek pod sp. zn. C-372/04, který se týkal sporu paní Yvonne Watts s bydlištěm ve Velké Británii proti Bedford Primary Care Trust a proti Secretary of State for Health o náhradu nákladů nemocniční zdravotní péče. Význam rozsudku spočíval také v tom, že potvrdil dosavadní judikaturu o volném pohybu zdravotních služeb.

Specifikem Velké Británie je existence Národní zdravotní služby¹²⁸, která organizuje bezplatné poskytování zdravotní péče pro rezidenty Velké Británie. Zdroje jsou získávány z daní. Národní zdravotní služba se stará také o pořadníky ohledně méně urgentní péče, které mají za následek ne zcela bezvýznamné prodloužení mezi vznikem potřeby zdravotní péče a jejím poskytnutím, cílem je regulace nabídky a s tím související úspora nákladů zdravotní péče. Zdravotnictví Velké Británie nedisponuje oceněním jednotlivých výkonů¹²⁹. Sektory veřejného a soukromého zdravotnictví jsou

¹²⁷ Pozn.: Zdůvodnění z menší části narušují rodinní příslušníci důchodce, kteří by jinak na obdobný režim plné péče nedosáhli a důchodci, kteří jsou nadále výdělečně činní.

¹²⁸ National Health Service, zkratka „NHS“.

¹²⁹ Z hlediska koordinace poskytování věcných dávek zdravotní péče je toto pro Británii úskalí při přeúčtování péče přes styčné místo do kompetentního státu. Výsledkem je, že Británie poskytnutou péče ani nepřeučtovává, ani neproplácí přes styčné místo jí došlé požadavky k úhradě.

z hlediska financování neprostopně odděleny. Veřejný sektor zdravotnictví je organizován na neziskovém a rozpočtovém¹³⁰ principu.

Skutkově se spor vyvinul odmítnutím vystavit souhlas s čerpáním zdravotní péče v jiném členském státě – nevystavení formuláře E 112. Paní Watts trpěla bolestivou artritidou (trvalé bolesti, podstatně omezená schopnost pohybu) a shledala čekání v pořadníku na léčení jako příliš dlouhé (1 rok).

Anglický soud vznesl zajímavé otázky. Např. je-li rozhodné, že na refundaci léčení v zahraničí nemá Národní zdravotní služba žádný fond nebo rozpočtovou kapitolu? Jak nahlížet na skutečnost, že ve Velké Británii náklady zdravotní péče mimo veřejný sektor refundaci nepodléhají, ale náklady privátního zařízení ve Francii by měly být nahrazeny? Jaký má vliv, jestliže pacient ani nepožádal o souhlas s vycestováním za zdravotní péčí?

Na základě odstavce 100 odůvodnění rozsudku nelze z vnitrostátních pravidel o neprostopnosti veřejného a soukromého zdravotnictví z hlediska financování dovodit, že by tím měla být modifikována svoboda pohybu služeb. Požadavek předchozího souhlasu s vycestováním za zdravotní péčí je potvrzen i touto judikaturou jako nutné odůvodněné omezení, které má zabránit riziku vážné destabilizace financování zdravotní péče (odst. 110). Předchozí souhlas ale nelze odmítnout s odkazem na existenci pořadníků na zdravotní výkony bez dalšího posouzení individuálního zdravotního stavu.

Soud zopakoval v odstavci 131 již judikované refundační pravidlo v případě svobody pohybu nemocničních zdravotních služeb, že náhrada hostitelského státu - Francie, pokud je nižší, než náhrada kompetenčního státu – Velká Británie, se o tento rozdíl dorovná. Navíc soud v rozsudku uvedl, že ve Velké Británii je zdravotní péče poskytována bezplatně, pak musí být uhrazen zcela i podíl, který by jinak francouzský pojištěnec hradil přímo, vlastním nákladem (spoluúčast, regulační poplatky).

Náklady samotné cesty, mimonemocniční stravování a ubytování se náhrady netýkají, ledaže by taková náhrada přicházela v úvahu uvnitř členského státu. K závěrečné otázce ohledně skutečnosti, že Velká Británie nedisponuje sazbami za

¹³⁰ Rozuměj přebytky se vracejí zpátky, jejich převádění do dalšího rozpočtového období není pravidlem.

zdravotní výkony, soud uvedl, že v tomto směru mají členské státy povinnost přijmout opatření, které povedou k vyčíslitelnosti náhrady¹³¹ v případech čl. 22 Nařízení nebo čl. 49 Smlouvy.

2.6.1.10. *Kiere NV*

Rozsudkem pod spisovou značkou C-2/05 se Soud vyjádřil k povaze formulářů¹³² určených k provádění koordinace sociálního zabezpečení, tedy i k formulářům, na základě kterých migrující osoby čerpají zdravotní péči v jiných členských státech¹³³.

Skutkově se spor týkal vyslaných pracovníků z Irska, kteří vykonávali činnost pro belgickou společnost Herbosch Kiere NV. Při vyslání zůstali irské předpisy rozhodné pro pojistný vztah, i když vyslaní pracovníci konali práci na území Belgie¹³⁴. Možná nikoli náhodou nebylo sporné to, že odvody podle belgických předpisů by byly bývaly podstatně vyšší, než jak stanoví irská úprava. Žalobcem byla národní služba sociální bezpečnosti, která se domáhala pojistného podle belgických předpisů.

Soud odkázal na ustanovení čl. 10 Smlouvy o vzájemné spolupráci členských států v dobré víře, ze kterého se dovozuje korektní postup při vystavování potvrzení o příslušnosti k právním předpisům (E 101). Meritum odůvodnění začíná odstavcem 26, ve kterém se uvádí: Dokud formulář E 101 není vzat zpět nebo prohlášen za neplatný, musí kompetentní instituce členské státy, do kterého jsou pracovníci vyslaní, respektovat jejich příslušnost k předpisům státu vyslání (Irsko).

Pro případ, že se kompetentní instituce nedohodnou na příslušnosti k právním předpisům, předloží spor Administrativní komisi a dále mohou podle čl. 227 Smlouvy předložit spor k ESD.

¹³¹ Soud samozřejmě připomíná s dovětkem v odstavci 147, aniž by byla narušena svrchovanost členských států v oblasti organizace sociálního zabezpečení.

¹³² V rozsudku se jedná se o rozhodnutí Administrativní komise č. 128 o vyslaných pracovnících.

¹³³ Rijksdienst voor Sociale Zekerheid.

¹³⁴ Jinak by se tedy uplatnily belgické předpisy podle zásady *lex loci laboris*.

2.7. Nová komunitární právní úprava

Nařízení (ES) č. 883/2004 Evropského parlamentu a Rady ze dne 29. března 2004 o koordinaci systémů sociální bezpečnosti nabylo platnosti 20. den po vyhlášení v Úředním věstníku EU. Vstup v účinnost byl vázán podle čl. 91 Nového nařízení na nabytí platnosti Nového Prováděcího nařízení. Jednotlivé kapitoly připravovaného Prováděcího nařízení byly předmětem víceletých jednání zástupců členských států a výsledek schvalovacího procesu orgánů ES byl publikován pod č. 987/2009 Úředního věstníku EU, s účinností od 1. května 2010.

Pokud bude cílem ES vyřadit zcela z užívání dosavadní Nařízení a Prováděcí nařízení, pak bude nezbytné nahradit (minimálně novelizovat) i stávající Nařízení o rozšíření působnosti, které na Nařízení a Prováděcí nařízení odkazuje. Dočasně budou osoby kryté Nařízením o rozšíření působnosti podléhat nadále režimu „starých“ koordinačních nařízení spolu s pojištěnci ze států Evropského hospodářského prostoru¹³⁵ a Švýcarska.

V krátkosti je Nové nařízení formulačně modernizované a částečně zjednodušené. Z hlediska osobního rozsahu poskytování zdravotní péče a její úhrady nedošlo k zúžení ani rozšíření. Podstatnou novinkou je zakotvení rovného zacházení se skutečnostmi a dávkami jednoho členského státu stejným způsobem v druhém členském státě.¹³⁶ Došlo ke zjednodušení podmínek pro vyslání a souběh výdělečných činností ve více členských státech.

Pokrokově je nazvána zvláštní část s akcentem na obě pohlaví „Dávky v nemoci, mateřství nebo obdobné dávky otcovské“. Rozsah a podmínky nezbytné péče vzhledem k povaze dávek a délce pobytu lze nalézt v čl. 19(1). Je rozšířen podíl výchozího přeučtování přes styčná místa ve skutečných nákladech na úkor náhrady na základě paušálních částek vypočítávaných jednou ročně. Přílohy III-V jsou významné z hlediska územního rozsahu plné péče důchodců, přeshraničních pracovníků a jejich rodinných

¹³⁵ Norsko, Lichtenštejnsko a Island.

¹³⁶ Výstižným termínem může být „asimilace dávek a skutečností“.

příslušníků. Např. Příloha IV uvádí členské státy, které umožní důchodcům bydlicím v jiném členském státě, aby čerpali plnou péči i ve státě kompetentním¹³⁷.

2.7.1. *Nové Nařízení č. 883/2004*

Čl. 78 vyjadřuje podporu elektronické výměně dat, která probíhá testovacím provozem ještě za účinnosti Nového nařízení. Brzy by měla být elektronická výměna dat plně v provozu, nebo po přechodné období se budou nadále používat E-formuláře. S elektronickou výměnou byly představeny SEDy¹³⁸ a PD, posléze zmíněné dokumenty jsou předávány pojištěnci, naopak SEDy mají elektronickou podobu a slouží komunikaci přes styčná místa.

Lhůta pro vyslání pracovníků do jiného členského státu byla prodloužena do 24 měsíců, bez možnosti dodatečného prodloužení. Průkaz EHIC k čerpání nezbytné péče zůstává zachován.

Souhrnně se přínos a změny nových nařízení projevují v těchto oblastech¹³⁹:

- Všeobecné změny: zavedení asimilace faktů, jinak definovaný osobní rozsah kryjící výslovně i neaktivní osoby, nové definice zdravotní péče, bydliště, RP ad.
- Změny technického charakteru: zavedení SEDů, přenositelných dokumentů, elektronizace, vznik Master Directory.
- Změny v oblasti určování příslušnosti: zavedení provizorního určení legislativy, delšího vyslání, institutu podstatné části činnosti ve státě bydliště – 25%, resp. sídla firmy, postupu pro určování leg. v případě souběhu atd.
- Změny v oblasti rozsahu nároků na dávky: např. rozšíření nároků na zdravotní péči důchodců a rodin pendlerů v příslušném státě, nároky bývalých pendlerů, nároky na výhodnější refundaci.

¹³⁷ Tedy ve státě, ve kterém nebydlí, ale kde má sídlo kompetentní instituce (zdravotní pojišťovna) zodpovědná za úhradu nákladů instituci ve státě bydliště důchodce. V seznamu je uvedena Česká republika.

¹³⁸ Zkratka SED znamená „Structured Electronic Document“, v překladu strukturovaný elektronický dokument H-horizontální, A-aplikovaná leg., S-dávky v nemoci, DA-pracovní úrazy a nemoci z povolání.

¹³⁹ Švec, J., Janalík, Presentace CMU: Nařízení o koordinaci systémů sociálního zabezpečení 883/2004 a 987/2009, snímek č. 140.

- Změny v oblasti přeúčtovacích procedur: přechod na skutečné náklady, zavedení lhůt, úroků, záloh.
- Změny v oblasti spolupráce institucí: výměna a sdílení informací, pružnější pravidla pro komunikaci, doručování apod., zápočet, mezinárodní vymáhání pohledávek.

Nová nařízení nepředstavují revoluci v koordinaci věcných dávek v nemoci a mateřství. Význam nových nařízení spočívá i v konsolidaci novel starých nařízení a lepší zohlednění judikatury ESD přímo v textu předpisu.

Čl. 75 a násl. Nového nařízení ustanovuje již zaběhnuté orgány (Administrativní a Technická komise) včetně Poradního výboru pro koordinaci systémů sociálního zabezpečení, který zaujímá stanoviska pro Administrativní komisi v zásadních otázkách a problémech vyplývajících z prováděcích předpisů Společenství o koordinaci systémů sociálního zabezpečení.

2.7.2. Nové Prováděcí nařízení č. 987/2009

Lze tvrdit, že podstatnější změny se odehrály v rovině prováděcího nařízení, jehož schválení také trvalo mnohem déle. Jestliže panovala obecná shoda členských států na principech a rámcové úpravě koordinace, v konkrétnějším provedení se vyhovující úprava hledala déle a obtížněji.

Není náhodou, že Prováděcí nařízení začíná Ustanoveními týkajícími se spolupráce a výměny údajů. Články provádějící koordinaci dávek v nemoci, mateřství a rovnocenné otcovské dávky se vyskytují v článku 22 a násl.

Nenápadná, leč významná změna je v čl. 23, který stanovuje při výpomocném poskytování věcných dávek příslušnost k systému pro zaměstnané osoby. Tato situace je bezpředmětná při výpomocném poskytování dávek v ČR, členské státy, které mají více systémů (úrovní) pojištění, však podle starší úpravy poskytovaly držitelům EHICu zpravidla péči pro osoby kryté zdravotním pojištěním v základní rozsahu¹⁴⁰. Jedná se tedy o podstatné vylepšení nároků pro čerpání nezbytné péče, ačkoli je toto ustanovení

¹⁴⁰ Např. ve Francii v takovém případě může být i u nemocniční péče spoluúčast v desítkách procent k úhradě, u pojištěnců, kteří jsou kryti jako zaměstnané osoby, však taková situace nenastane.

v Novém Prováděcím nařízení, nikoli v Novém Nařízení. Uvedený režim se týká také vycestování za zdravotní péči do jiného státu na základě čl. 20 Nařízení a migrujících důchodců.

2.8. *Mezinárodní smlouvy*

Přednost ustanovení mezinárodních smluv, které jsou pro Českou republiku závazné a s nimiž vyslovil souhlas Parlament, zakotvuje výslovně § 55a zákona o v.z.p. vedle obecné přednosti na základě čl. 10 Ústavy. Význam a dopad mezinárodní integrační Smlouvy o přistoupení ČR k EU (ES) je zmíněn v jiné části.

Problematikou vztahu vnitrostátních zákonů a mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení se zabýval opakovaně Ústavní soud. Ohledně vztahu mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení a již přiznaných nároků českým zákonem ohledně důchodového pojištění lze odkázat na náleží Ústavního soudu I. ÚS 1375/07, který se vyjadřuje, že smyslem uzavření mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení totiž nemůže být krácení nároků vlastním občanům, které jim byly přiznány zákonem. Uvedenou premisu není důvod nevztáhnout na úpravu veřejného zdravotního pojištění, i když skutkově to nebyl projednávaný případ.

Ještě zřetelnější vyjádření Ústavního soudu k vztahu mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení a českých zákonů je v nálezu sp. zn. I. ÚS 366/05, ke kterému nebylo jediné odlišné stanovisko ústavního soudce: “Ústavní soud zaujal stanovisko, že ratifikací mezinárodních smluv nejsou dotčena výhodnější práva, jejich ochrana a podmínky, poskytované a zaručené vnitrostátním zákonodárstvím.” Judikatury ústavního soudu s tímto závěrem při aplikaci mezinárodních smluv je opravdu dostatek (další náleží sp. zn. Pl. ÚS 31/94) a ani Nejvyšší správní soud, který např. ohledně slovenských důchodů zastával odlišný právní názor, nezaložil tento svůj postoj na odmítnutí citované zásady práva sociálního zabezpečení. Zásadu o přednosti výhodnějšího režimu uznává i Evropský soudní dvůr, z pohledu komunitárního práva.

2.8.1. Dvoustranné mezinárodní smlouvy

Úprava poskytování věcných dávek zdravotního pojištění je nejčastěji zakotvena ve dvoustranných smlouvách o sociálním zabezpečení. Nosnou právní úpravou těchto mezinárodních smluv jsou spíše dávky důchodového pojištění, úprava věcných dávek v nemoci a mateřství není pravidlem. K relevantním a platným mezinárodním smlouvám v současné době patří smlouvy s Chorvatskem, Jugoslávií, Makedonií a Tureckem. Připravovaná smlouva o sociálním zabezpečení se Spojenými státy americkými ustanovení o věcných dávkách v nemoci obsahovat nebude.

S ratifikací smlouvy vyslovuje souhlas Parlament České republiky a prezident republiky smlouvy ratifikuje. Smlouvy se vztahují na pojištěnce jedné nebo druhé smluvní strany, jejich význam spočívá v zakotvení rovnosti nakládání s pojištěncem ve vztahu k předpisům druhého státu při poskytování dávek¹⁴¹, na něž vznikl nárok v prvním státě. Tyto dávky jsou však omezeny na ty, které jsou povahou nezbytné a neodkladné, ledaže kompetentní instituce vyjádří souhlas s širším rozsahem dávek¹⁴². Ustanovení o sčítání dob pojištění je z hlediska účasti v českém systému pojištění za stávající konstrukce osobního rozsahu bezpředmětné. Z hlediska systematiky jsou ustanovení o dávkách v nemoci a mateřství uváděna ve smlouvách jako první kapitola ve zvláštní části, což vyjadřuje frekvenci použití těchto ustanovení. V neposlední řadě jsou stanovena kolizní kritéria pro určování rozhodných právních předpisů. Podrobnosti provádění jednotlivých smluv obsahuje následně sjednávané správní ujednání na vládní nebo resortní úrovni.

Ve správních ujednáních je zakotveno styčné místo pro zdravotní pojištění, a to Centrum mezistátních úhrad, dále je stanovena podmínka předložení, případně vyžádání osvědčení příslušného nositele pojištění jako doklad o nároku na věcné dávky ve druhém státě. Na základě dohody styčných míst ČR a Chorvatska z roku 2005 je možné vedle osvědčení o nároku HR/CZ 111 na nezbytnou péči používat také plastový průkaz EHIC nebo jeho dočasné potvrzení v papírové formě. Tento nadstandard

¹⁴¹ čl. 6 odst. 2 Správního ujednání s Chorvatskem: Nositel v místě pobytu je povinen zajistit osobě, která je pojištěna podle právních předpisů druhého smluvního státu věcné dávky tak, jako by se jednalo o vlastního pojištěnce.

¹⁴² Tento souhlas je vyjadřován např. z Chorvatska formulářem CZ/HR 111A nebo CZ/RM 112 z Makedonie.

v dokládání nároku na nezbytné a neodkladné věcné dávky je z povahy věci využitelný jen pro české pojištěnce na území Chorvatska. Vstupem Chorvatska do EU by ztratila příslušná smlouva se správním ujednáním a dohodou styčných míst účinnost.

Územní rozsah smlouvy s Jugoslávií je vymezen jednak územím ČR, jednak územím Srbska, jako nástupnickým státem bývalé Svazové republiky Jugoslávie, a územím Černé Hory, která vyhlásila 3. června 2006 nezávislost a účinnost Smlouvy nadále uznává. Smlouva s Jugoslávií patří mezi smlouvy, které uvádějí možnost přepravy českého pojištěnce zpět do ČR za předpokladu předchozího souhlasu české zdravotní pojišťovny (čl. 11 odst. 3 Smlouvy).

Na rozdíl od přímého přístupu ke zdravotní péči podle Nařízení ve státech EU/EHP a Švýcarska je nutné podle mezinárodní smlouvy osvědčení o nároku na dávky vystavené zahraničním nositelem pojištění předložit české zdravotní pojišťovně a tato zdravotní pojišťovna vystaví tzv. Potvrzení o registraci¹⁴³, kterým se migrující pojištěnec prokazuje ve smluvních zdravotnických zařízeních. Jistá překážka však může spočívat v tom, že poskytovatel zdravotní péče musí na základě současného znění smluv o poskytování zdravotní péče předat zdravotní výkony v samostatné dávce a uplatnit samostatnou fakturou, k čemuž zejména menší zdravotnická zařízení nejsou vždy, např. z důvodu větší administrativní náročnosti, ochotna. Z hlediska budoucího vývoje je možné předvídat, že pro zdravotní pojišťovny bude zvládnutelné i vyúčtování ve společné dávce s českými pojištěnci, a proto je jen otázkou času, kdy se tato technická bariéra odstraní a promítne do platných smluvních vztahů s poskytovateli.

Z neevropských smluvních států¹⁴⁴ má význam Smlouva o sociálním zabezpečení s Chilskou republikou, která upravuje zdravotní péči pro důchodce. Osoby, které bydlí na území jedné smluvní strany a požívají důchod pouze podle právních předpisů druhé smluvní strany, mají nárok na zdravotní péči podle právních předpisů smluvní strany, kde bydlí, za stejných podmínek jako osoby, které mají nárok na obdobnou zdravotní péči podle právních předpisů této smluvní strany (čl. 9 Smlouvy). Obvyklé vyúčtování

¹⁴³ Formulář ohledně vymezení nároku na péči obsahuje terminologicky nepřesný pojem „nutná a neodkladná péče“, v současné době aplikované mezinárodní smlouvy používají termín „nezbytná a neodkladná péče“, kromě Správního ujednání ke Smlouvě s Makedonií. Ze smluv ve zvláštním režimu pojem „nutná a neodkladná“ péče používá např. Smlouva se Slovenskou republikou.

¹⁴⁴ Smlouva s Tureckem byla zmíněna v předchozích odstavcích.

nákladů zdravotní péče poskytnuté podle mezinárodní smlouvy přes tzv. formulář E 125¹⁴⁵ kompetentní instituci v druhém smluvním státě neprobíhá a chilští důchodci jsou pojištěni u české zdravotní pojišťovny jako u kompetentní instituce. Z toho jim také plyne oprávnění z ostatních mezinárodních smluv, které nejsou omezeny jen na občany ČR. U chilských důchodců je možné uvažovat i o působnosti Nařízení o rozšíření působnosti.

Dalším neevropským smluvním státem je Japonsko. Podle čl. 11 odst. 2 této smlouvy jsou pojištěni i rodinní příslušníci japonských zaměstnanců, i když nemají povolení k trvalému pobytu. Další ustanovení ohledně poskytování zdravotní péče tato mezinárodní smlouva nemá.

2.8.2. Mezinárodní smlouvy ve zvláštním režimu

Jak již bylo předesláno u smlouvy s Chorvatskem, znamená vstup smluvních států do EU změnu aplikace příslušné smlouvy. Podle čl. 6 odst. 6 Nařízení jsou nahrazena ta ustanovení dvoustranných mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení, která jsou z hlediska věcného a osobního rozsahu upravena koordinačními nařízeními. Čl. 8 Nového nařízení již podmiňuje účinnost koordinačních pravidel (ustanovení) v jiných mezinárodních smlouvách jednak zmínkou v příloze II Nového nařízení, jednak vyšším přiznaným standardem, než který upravuje Nové Nařízení. Čl. 8 Nového Prováděcího nařízení reaguje obdobným způsobem na dosavadní správní ujednání k mezinárodním smlouvám o sociálním zabezpečení.

V režimu starého Nařízení počínaje 1. lednem 2007 toto derogační pravidlo postihlo smlouvu o sociálním zabezpečení s přistoupivším Rumunskem. Vstupem ČR do EU byla nahrazena korespondujícím ustanovením smluv s Německem, Rakouskem, Lucemburskem, Španělskem, Francií, podobně se Slovenskem, Polskem, Maďarskem a Slovinskem¹⁴⁶. Smlouva s Itálií sjednaná v roce 2001 nevstoupila v platnost. V režimu Nového nařízení jsou na základě výčtu v příloze II použitelné mezinárodní smlouvy

¹⁴⁵ Výkaz skutečných výdajů, v podmínkách EU se používá zkratka „E“, u dvoustranných mezinárodních smluv zkratka obou států oddělená lomítkem, následovaná kódem formuláře.

¹⁴⁶ Název smlouvy: Úmluva mezi Československou republikou a Federativní lidovou republikou Jugoslávií o sociálním pojištění, nejedná se však o smlouvu, jejímž nástupnickým státem je Srbsko a Černá Hora.

ohledně věcných dávek zdravotního pojištění s Německem a Slovenskem. I když nejsou zmíněna jednotlivá ustanovení těchto smluv, požadavek Nařízení na citaci předmětné smlouvy je splněn.

Mohou se vyskytnout pojištěnci, kteří budou pojištěni v ČR, ale nebudou zahrnuti v osobní působnosti Nařízení, a to ani v případě jejího rozšíření podle Nařízení o rozšíření působnosti. Ve smlouvách, které byly sjednány pro pojištěnce bez ohledu na státní občanství, by pak ustanovení o poskytování zdravotní péče byla nadále účinná alespoň co do rozsahu nezbytných a neodkladných dávek (nutných a neodkladných dávek ve Smlouvě se Slovenskou republikou). U smluv se Slovenskem, Německem a Rakouskem je tento názor potvrzen v publikaci Centra mezistátních úhrad¹⁴⁷.

Ohledně Smlouvy se Spolkovou republikou Německo o sociálním zabezpečení¹⁴⁸ sjednané v roce 2001 zůstávají nepochybně účinná ustanovení o dopravě českých pojištěnců v Závěrečném protokolu ke Smlouvě. Bod 10 Protokolu opravňuje českého nositele pojištění, v případě poskytování nezbytných věcných dávek v německé nemocnici, k informaci od lékaře o možnosti přepravy zpět do ČR. V případě kladného vyjádření lékaře německé nemocnice je možné českého pojištěnce převézt zpět do ČR, přepravu organizuje a hradí česká strana. Reciproční oprávnění pro německé pojištěnce v ČR správní ujednání neobsahuje.

Na základě uznání a výkonu rozhodnutí o příspěvcích na sociální zabezpečení, které bylo aplikováno již na základě Smlouvy, je u pravomocných platebních výměrů na dlužné pojistné na veřejné zdravotní pojištění a penále vystavených českými

¹⁴⁷ „Další důležitou částí smluv, která může být nadále uplatňována, je ustanovení o osobním rozsahu smluv s Německem, Slovenskem i Rakouskem ve věci nároku na nutnou a neodkladnou péči. V těchto smlouvách je osobní rozsah rozšířen na všechny české pojištěnce bez ohledu na jejich státní příslušnost. Znamená to, že pokud bude v některém ze smluvních států čerpat nutnou a neodkladnou zdravotní péči český pojištěnec z třetího státu, který nesplňuje podmínky pro získání celého nároku z nařízení (nemá český EHIC), bude mít od české ZP přesto nárok na úhradu nákladů na nutnou a neodkladnou zdravotní péči do výše tarifů země, kde byla péče poskytnuta (pro tento účel by bylo dle našeho názoru možné využít proceduru E126)“ (Manuál provádění evropského práva – Příručka pro zdravotní pojišťovny. 3. vydání. CMU, 2007, vydáno v elektronické podobě, str. 37).

¹⁴⁸ Smlouva vyhlášena pod č. 94/2002 Sb. m. s., Ujednání ke Smlouvě sjednané na základě čl. 35 Smlouvy pod č. 95/2002 Sb. m. s.

zdravotními pojišťovny realizován výkon těchto rozhodnutí i podle čl. 92 Nařízení. Obdobně u Smlouvy o sociálním zabezpečení s Rakouskem¹⁴⁹.

V souvislosti se Smlouvou s Německou spolkovou republikou vznikaly spory o příslušnost k právním předpisům na základě čl. 6, který stanovil, že na zaměstnance se vztahuje pojistná povinnost státu výkonu zaměstnání. Řešení nebylo jednoduché ve všech případech. Účast ve veřejném zdravotním pojištění byla u zaměstnance podmíněna účastí na nemocenském pojištění zaměstnanců podle příslušného zákona, který ale obsahoval výjimku z osobní působnosti, jestliže zaměstnanec byl cizím státním příslušníkem, který nemá v České republice trvalý pobyt a je činný pro zaměstnavatele v pracovněprávním vztahu uzavřeném podle cizích právních předpisů¹⁵⁰. Obvykle se však pro hraniční určovatele používá odkaz na „rozhodné právní předpisy“¹⁵¹ nikoli na „pojistnou povinnost“, jak tomu bylo a je v předmětné Smlouvě.

Nejvyšší správní soud v nepublikovaném rozhodnutí o kasační stížnosti¹⁵² se k řešení této situace na konkrétním případě vyjádřil a přiklonil k názoru, že Článek 6 Smlouvy určuje, že na zaměstnance se vztahují právní předpisy toho smluvního státu, na jehož výsostném území jsou zaměstnání.

Samotné blanketní zmocňovací ustanovení o přednosti mezinárodní smluv ve vnitrostátním zákoně nemohlo tedy v tomto případě problém vyřešit, alespoň z hlediska záměru při uzavírání Smlouvy, který by spíše odpovídal pojištění podle českých předpisů, protože mezinárodní smlouvy se ohledně podmínek pojištění omezují na kolizní úpravu a hmotněprávní ustanovení v tomto směru neobsahují.

Nejen na základě uvedeného případu je zřejmé, že vnitrostátní kolizní normy práva sociálního zabezpečení mohou vytvářet s kolizními normami mezinárodních smluv tzv. další odkazy, jejichž problematika je rozpracována v mezinárodním právu

¹⁴⁹ Vyhlášena pod č. 55/2001 Sb. m. s., Ujednání o provádění Smlouvy pod č. 79/2001 Sb. m. s.

¹⁵⁰ § 5 písm. b) zák. č. 54/1956 Sb. o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění účinném do 31. 12. 2003.

¹⁵¹ Např. Čl. 6 Smlouvy s Chorvatskem nebo stejný článek ve Smlouvě s Jugoslávií.

¹⁵² spisová značka 5 As 18/2004-93, ve webové databázi rozhodnutí a stanovisek Nejvyššího správního soudu je uvedena oblast úpravy „Zdravotní pojištění“, účastníkem řízení však byla ČSSZ.

soukromém¹⁵³. Z hlediska legislativní techniky by bylo proto vhodné takto vyjmenovat v ustanovení o přednosti mezinárodních smluv, která kolizní ustanovení (nebo také výjimky z osobní působnosti) vnitrostátního zákona eventuálně pozbývají účinnosti. V uvedeném případě byl zákon o nemocenském pojištění zaměstnanců novelizován a vložena podmínka neexistence mezinárodní smlouvy přímo do příslušného ustanovení. Ve světle problematiky dalšího odkazu v kolizní úpravě sociálního zabezpečení je již podružná otázka, jestli podmínka o existenci mezinárodní smlouvy je vnesena přímo do příslušného ustanovení osobní působnosti zákona nebo je konsolidována za blanketním ustanovením o přednosti závazných a vyhlášených mezinárodních smluv.

Dohoda mezi Československou republikou a Svazem sovětských socialistických republik o sociálním zabezpečení vyhlášená pod č. 116/1960 Sb. byla formálně ukončena ve vztahu k Ukrajině¹⁵⁴. Ohledně mezinárodně právní sukcese bývalých svazových republik je možné citovat z odůvodnění rozhodnutí o kasační stížnosti Nejvyššího správního soudu pod sp. zn.: 6 Ads. 40/2003: „Čl. 12 Dohody o vytvoření Společenství nezávislých států z 8. 12. 1991 a následné Alma-atské deklarace z 21. 12. 1991 sice vyplývalo, že státy, jež vznikly na území bývalého SSSR, projeví vůli zaručit splnění mezinárodních závazků vyplývajících ze smluv a dohod, kterými byl vázán bývalý SSSR, v praxi se nicméně projevilo, že řada nástupnických států do těchto smluv odmítala sukcedovat. Česká republika jako subjekt mezinárodního práva proto ve vztahu k těmto státům postupovala tak, že vycházela (v souladu s principem obsaženým v čl. 34 Vídeňské úmluvy) z presumpce platnosti mezinárodních smluv, a to až do formálního uzavření sukcesních jednání.“¹⁵⁵

Ve vztahu k Ruské federaci lze s jistotou tvrdit, že ustanovení o vzájemném poskytování zdravotní péče občanům druhého státu nejsou prováděna. Na základě vzájemného uznávání důchodů je pro ruské důchodce s trvalým pobytem na území ČR možné požádat ČSSZ o přiznání důchodu podle českých předpisů. Režim povinnosti

¹⁵³ Vzhledem k výstavbě zákona č. 97/1963 Sb. o mezinárodním právu soukromém, je nezbytné pro upřesnění uvést, že tento problém v mezinárodním právu soukromém nevzniká ve vztahu zákona a mezinárodní smlouvy, ale jen mezi zákony dvou a více států. „Přikazuje-li kolizní norma použití právního řádu cizího státu, vzniká otázka, zda se tomu má rozumět tak, že se má použít jen cizího hmotného práva nebo cizí kolizní normy určené pro rozhodovanou otázku.“ (Kučera, Z. Mezinárodní právo soukromé. 6. vydání. Brno: Doplněk, 2004, str. 158.)

¹⁵⁴ viz 81/2000 Sb. m. s.

¹⁵⁵ Ohledně Arménie je možné uvést rozhodnutí Nejvyššího soudu sp. zn.: 30 Cdo 2353/98.

platit pojistné se pak změnil z osoby bez zdanitelných příjmů¹⁵⁶, která hradí pojistné sama, na kategorii státního pojištěnce. Na základě usnesení vlády o ukončení smlouvy s Ruskem, je možné očekávat, po souhlasu Parlamentu, vypovězení této dohody¹⁵⁷.

Jediná specializovaná mezinárodní smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče byla sjednána se Slovenskou republikou¹⁵⁸ včetně Správního ujednání sjednaného ministerstvy zdravotnictví ve znění Dodatku č. 1 ke Správnímu ujednání. Obdobně jako u Smlouvy s Německem zůstávají nepochybně účinná ustanovení o dopravě českých pojištěnců zpět do ČR. Toto právo je podmíněno předchozím písemným souhlasem české zdravotní pojišťovny na základě čl. 4 a čl. 5 Smlouvy – specializovaná zdravotní péče včetně dopravy a jiná zdravotní péče. O převoz ze Slovenska do Česka může český pojištěnec požádat, úhradu převozu však nemůže bez souhlasu zdravotní pojišťovny nárokovat. Obdobný režim platí pro slovenské pojištěnce v Česku¹⁵⁹, kteří žádají slovenskou zdravotní pojišťovnu.

Před účinností Smlouvy se Slovenskou republikou bylo vzájemné poskytování zdravotní péče upraveno mezivládní dohodou. Dohoda mezi vládou České republiky a vládou Slovenské republiky pro oblast zdravotní péče¹⁶⁰ vstoupila v platnost den po zániku společného federativního státu. Na tuto dohodu navázala na základě čl. 8 resortní dohoda ministerstev zdravotnictví o způsobu účtování při provádění letecké záchranné služby. Obě dohody se vztahovaly na občany smluvních států.

2.8.3. *Mezivládní dohody*

Dohoda mezi českou a izraelskou vládou má zúžený rozsah věcných dávek na pracovní úrazy a nemoci z povolání a na dávky v mateřství (čl. 12 a čl. 21), osobní rozsah je zúžen na občany smluvních států. Nebývá zvykem sjednávat k mezivládním dohodám další správní ujednání a není tomu tak ani v případě této Dohody. Uplatnění je

¹⁵⁶ Je možné, že důchodce by spadl do kategorie státních pojištěnců na základě pobírání důchodu z ciziny, který měsíčně nepřesahuje částku minimální mzdy na základě § 7 odst. 1 písm. k) zákona o v.z.p.

¹⁵⁷ MF Dnes ze dne 22. listopadu 2007.

¹⁵⁸ Vyhlášená sdělením Ministerstva zahraničních věcí pod č. 48/2001 Sb. m. s., Správní ujednání pod č. 49/2001 Sb. m. s.

¹⁵⁹ Slovenské zdravotní pojišťovny toto ustanovení o dopravě využívají výrazně méně oproti českým zdravotním pojišťovnám.

¹⁶⁰ Vyhlášená pod č. 202/1993 Sb.

možné přes Ministerstvo zdravotnictví ČR, nikoli přes české zdravotní pojišťovny, které ani nevystavují potvrzení o nároku na dávky, které by občané mohli předložit ve druhém smluvním státě, byť jen v omezeném věcném rozsahu Dohody. O závaznosti vůči zdravotním pojišťovnám platí *mutatis mutandis* potřeba další dohody uvedené v následujícím odstavci. Mezivládní dohoda obsahuje i další odvětví sociálního zabezpečení, která provádějí orgány v subordinovaném postavení k vládě ČR. Dohody příkladmo uváděné v následujícím odstavci jsou na rozdíl od dohody s izraelskou vládou specializované na oblast zdravotnictví.

Před mezivládní dohodou s Izraelem byly sjednány i další smlouvy nebo dohody vládou tehdejšího Československa o spolupráci v oblasti zdravotnictví s Vietnamem, Tuniskem, Sýrií, Súdánem, Mosambikem, Libyí, Kubou, Kambodžou, Jemenem, Afghánistánem, Bulharskem, Řeckem, Velkou Británií¹⁶¹. Uvedené smlouvy byly uzavřeny před rokem 1989, takže jednak nebylo možné předvídat provádění skrze české zdravotní pojišťovny, jednak by při postavení zdravotních pojišťoven jako samosprávných veřejnoprávních korporací nebylo možné usnesením vlády takové povinnosti přenést alespoň bez další dohody. Ustanovení o poskytování zdravotní péče těchto smluv buďto vyšla z užívání, nebo jsou užívána sporadicky, v každém případě je náhrada českému poskytovateli zdravotní péče poukazována z rozpočtu Ministerstva zdravotnictví a takovou náhradu je praktické mít předem odsouhlasenou.

Je obecný trend přesouvat úhradu péče poskytnuté na základě mezinárodní smlouvy nebo mezivládní dohody do kompetence zdravotních pojišťoven s následným přeúčtováním skutečných nákladů přes styčná místa smluvních stran.

2.8.4. Vícestranné mezinárodní smlouvy

Vícestranné mezinárodní smlouvy obecně zakotvují závazky smluvních států, které mohou být vynutitelné ze strany jednotlivce pouze za dodatečných podmínek, např. ustanovením soudního tribunálu, na které se může jednat obrátit po vyčerpání vnitrostátních prostředků. Mezinárodní smlouvy, které nedávají jednotlivci oprávnění k vynutitelnosti vůči jeho státu, dávají možnost mezinárodnímu společenství¹⁶², aby

¹⁶¹ Jedná se o demonstrativní výčet pro ilustraci geografické pestrosti.

¹⁶² Může se jednat o radu vytvořenou na základě předmětné mezinárodní smlouvy.

působila na smluvní stát směrem k převedení smluvního závazku do vnitrostátního právního řádu.

V souladu s čl. 10 Ústavy jsou vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je České republika vázána, součástí právního řádu. V případě rozporu se zákonem se použije mezinárodní smlouva. V případě sociálních práv v oblasti zdravotní péče by neměl nastat rozpor s ústavním pořádkem, neboť při existenci více platných úprav je možné se dožadovat nejvyššího standardu, který je právně zakotven. Významné vícestranné mezinárodní smlouvy vznikají na platformě mezinárodních organizací. Povaha a možnost uplatnění přiznaných práv je tedy odlišná od ustanovení dvoustranných mezinárodních smluv upravujících poskytování zdravotní péče.

2.8.4.1. OSN

Všeobecná deklarace lidských práv, jak lze z názvu dovodit, nemá závazný charakter, obsahuje v čl. 22 ustanovení: „Každý člověk má jako člen společnosti právo na sociální zabezpečení a nárok na to, aby mu byla národním úsilím i mezinárodní součinností a v souladu s organizací a s prostředky příslušného státu zajištěna hospodářská, sociální a kulturní práva, nezbytná k jeho důstojnosti a k svobodnému rozvoji jeho osobnosti.“

Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech¹⁶³ zavazuje Českou republiku takto: 1. Státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví. 2. Státy, smluvní strany Paktu, učiní opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva, která budou zahrnovat: a) opatření ke snížení počtu potratů a kojenecké úmrtnosti a opatření ke zdravému vývoji dítěte; b) zlepšení všech stránek vnějších životních podmínek a průmyslové hygieny; c) prevenci, léčení a kontrolu epidemických, místních nemocí, chorob z povolání a jiných nemocí; d) vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci.

¹⁶³ Publikován pod č. 120/1976 Sb.

2.8.4.2. Mezinárodní organizace práce

Mezinárodní organizace práce je jednou z organizací OSN. Úmluva o minimální normě sociálního zabezpečení¹⁶⁴ obsahuje část II – Léčebné péče a část VIII – Dávky v mateřství. Na základě čl. 2 Úmluvy je Česká republika zavázána provádět alespoň tři z celkem devíti částí, ve kterých se nacházejí i „Léčebná péče“ a „Dávky v mateřství“.

Úmluva o léčebně preventivní péči a dávkách v nemoci¹⁶⁵ a Úmluva o ochraně zdraví a lékařské péči pro námořníky¹⁶⁶ jsou další z Úmluv Mezinárodní organizace práce ratifikovaných Českou republikou. Mezi úmluvami Mezinárodní organizace práce lze nalézt další úmluvy s předmětem poskytování zdravotní péče, ty ale nebyly ze strany České republiky ratifikovány.

Účelem mezinárodních smluv obsahujících standardy, je zajištění minimálních norem, které daný stát zachovává vůči stanoveným skupinám osob v rámci své vnitrostátní právní úpravy, nejde tedy o koordinaci systémů sociální ochrany¹⁶⁷.

2.8.4.3. Rada Evropy

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně¹⁶⁸ v čl. 3 zavazuje Českou republiku se zřetelem ke zdravotním potřebám a dostupným zdrojům učinit odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality. Rovná dostupnost je dále vysvětlena tak, že se nejedná o absolutní rovnost, cílem je účinné zajištění dostatečného stupně péče.

Evropská sociální charta¹⁶⁹ obsahuje relevantní ustanovení v čl. 11 a 13. Závaznost obou článků Česká republika plně uznala. Článek 11 obsahuje Právo na ochranu zdraví: S cílem zajistit účinné uplatnění práva na ochranu zdraví se smluvní strany zavazují buď přímo nebo ve spolupráci s veřejnými a soukromými organizacemi přijímat

¹⁶⁴ Vyhlášena pod č. 461/1991 Sb., Úmluva mezinárodní organizace práce č. 102.

¹⁶⁵ Vyhlášena pod č. 537/1990 Sb., Úmluva mezinárodní organizace práce č. 130.

¹⁶⁶ Vyhlášena pod č. 445/1991 Sb., Úmluva mezinárodní organizace práce č. 164.

¹⁶⁷ Tröster, P. a kol. Právo sociálního zabezpečení. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: C.H.Beck, 2005, str. 53.

¹⁶⁸ Vyhlášena pod č. 96/2001 Sb. m. s.

¹⁶⁹ Vyhlášena pod č. 14/2000 Sb. m. s. s Dodatkovým protokolem vyhlášeným pod č. 15/2000 Sb. m. s.

opatření zaměřená zejména k: 1. odstranění příčin nemocí v co nejvyšší možné míře, 2. poskytování poradenských a vzdělávacích služeb na podporu zdraví a zvýšení odpovědnosti jednotlivce v záležitostech zdraví, 3. co největší prevenci epidemických, endemických a jiných nemocí.

Článek 13 obsahuje Právo na sociální a lékařskou pomoc: S cílem zajistit účinné uplatnění práva na sociální a lékařskou pomoc se smluvní strany zavazují: 1. zajistit, že každé osobě, která je bez přiměřených prostředků a která není schopna si takové prostředky zajistit buď sama vlastním úsilím nebo je získat z jiných zdrojů, zejména prostřednictvím dávek ze systému sociálního zabezpečení, bude poskytnuta přiměřená pomoc a v případě nemoci i péče nezbytná podle jejího stavu, 2. zajistit, že osoby, kterým je poskytována takováto pomoc, nebudou z tohoto důvodu zkráceny na svých politických a sociálních právech, 3. stanovit, že každému se může prostřednictvím kompetentních veřejných nebo soukromých služeb dostat takového poradenství a osobní pomoci nezbytné k zabránění, odstranění nebo zmírnění stavu potřeby jednotlivce nebo rodiny, 4. aplikovat ustanovení odstavců 1, 2 a 3 tohoto článku na základě principu rovného zacházení se svými státními příslušníky i s příslušníky ostatních smluvních stran Charty, kteří se nacházejí legálně na jejich území, v souladu s jejich závazky vyplývajícími z Evropské úmluvy o sociální a lékařské pomoci podepsané v Paříži 11. prosince 1953.

Z Evropského zákoníku sociálního zabezpečení¹⁷⁰ přijala Česká republika povinnosti v části II – Zdravotní péče a části III – Dávky v nemoci. V části II je vedle stanovení okruhu chráněných osob a minimálního rozsahu dávek v nemoci a mateřství také uvedeno, že na příjemci dávky nebo jeho živiteli lze požadovat, aby se podílel na nákladech za poskytnutou léčebnou péči v případě onemocnění; pravidla spoluúčasti musí být stanovena tak, aby nevedla k přílišnému zatížení. Z povahy ustanovení části III je nutné dovodit, že se jedná o peněžité, nikoli věcné dávky v nemoci.

Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod¹⁷¹ je orientována na individuální lidská práva, sociální práva neobsahuje. V čl. 2 je zakotveno právo na život, jedná se však o imperativ při ukládání trestu v oblasti trestního práva.

¹⁷⁰ Vyhlášen pod č. 90/2001 Sb. m. s.

¹⁷¹ Vyhlášena pod č. 209/1992 Sb.

2.8.5. Mezinárodní asociace sociálního zabezpečení¹⁷²

Ne všechny mezinárodní organizace disponují vlastní normotvornou činností. Účelem Mezinárodní asociace sociálního zabezpečení (dále „MASZ“), která vznikla v r. 1927 a sídlí v Ženevě, je ochrana, podpora a rozvoj sociálního zabezpečení ve světě. MASZ vyvíjí aktivity v mnoha oblastech. Jsou to především odborné aktivity (sledování široké problematiky sociálního zabezpečení z celosvětového pohledu), dále regionální aktivity k podpoře speciálních potřeb členských organizací působících v jednotlivých světadílech (organizování konferencí, kulatých stolů, pracovních skupin, seminářů a kursů pro pracovníky členských organizací) a vědecká a dokumentační činnost.

2.9. Rozhodování Ústavního soudu

Převažující rozhodovací činností Ústavního soudu v oblasti veřejného zdravotního pojištění je abstraktní kontrola ústavnosti v souvislosti s návrhem na zrušení zákonného nebo podzákonného předpisu oproti ústavní stížnosti na konkrétní zásah do práva na bezplatnou zdravotní péči¹⁷³. Toto může souviset i s horší vymahatelností práv na věcné dávky veřejného zdravotního pojištění před obecnými soudy. V poslední době je ústavní soud vtahován do aktuálně probíhajících politických sporů, při jejichž legislativním řešení nebylo dosaženo potřebného dostatečně stabilního společenského konsensu¹⁷⁴.

Následující statě o jednotlivých nálezech a usneseních Ústavního soudu obsahují také autorův komentář k tomu, jak přispěly, mohly přispět nebo nepřispěly v posunu řešení palčivých problémů veřejného zdravotního pojištění, které mají tu ústavní, tu zákonný nebo podzákonný rozměr.

2.9.1. Zrušení Zdravotního řádu

Poslanecký návrh na zrušení několika zmocňujících ustanovení vládě a Ministerstvu zdravotnictví k prováděcím předpisům zákona č. 550/1991 Sb. o všeobecném

¹⁷² Informace z Ministerstva práce a sociálních věcí pod <http://www.mpsv.cz/cs/1030>.

¹⁷³ Zde je myšleno zejména hledisko významu pro aplikaci veřejného zdravotního pojištění, kdy zatím nebyl zaznamenán patrnější význam konkrétních ústavních stížností v tomto ohledu.

¹⁷⁴ Musil, Jan. Sociální práva v judikatuře Ústavního soudu České republiky in Pocta Petru Trösterovi k 70. narozeninám. Praha: ASPI – Wolters Kluwer, 2009, s. 292.

zdravotním pojištění a souvisejícím podzákoným ustanovením. Ústavní soud návrhu vyhověl s odkladem vykonatelnosti¹⁷⁵. Argumentace navrhovatelů se opírala o požadavek, aby meze práva na bezplatnou zdravotní péči byly stanoveny, jak ukládá Listina, zákonem, podobně se poukazovalo na ukládání povinností toliko zákonem.

Z hlediska vývoje udržitelnosti české koncepce veřejného zdravotního pojištění muselo být navrhovatelům jasné, že tímto směrem se pojištění lepším směrem neposune. Zejména argumentem, že Listina nepodmiňuje poskytování zdravotní péče výsledky ekonomických aktivit zdravotních pojišťoven, nezohledňuje podmíněnost sociálních práv rozpočtovými možnostmi, jejichž řešení je stále aktuálnější. Jistě je hodné pozornosti, že navrhovatelé ani netvrdili nedostatečnou šíři přiznaných dávek zdravotní péče co do smyslu a podstaty sociálního práva.

Rozhodnutí o zrušení příslušných ustanovení, aby zákonodárce vymezil bezplatnou zdravotní péči obsáhleji zákonem, nelze cokoli vytknout, nicméně problém právní techniky vyladění rozpočtových možností k co nejširšímu poskytování bezplatné zdravotní péče se tím nijak nezjednodušil. Kdyby zákonodárce chtěl vymezit rozsah bezplatné zdravotní péče tak, aby byl profinancovatelný z příjmů zdravotních pojišťoven i v době ekonomické recese, kdy je příjem z pojistného nižší¹⁷⁶, musel by záměrně stanovit rozsah „pod pari“, tj. o něco nižší než je potenciál veřejného zdravotního pojištění.

V současné době jsme svědky toho, kdy rozsah bezplatné zdravotní péče je naopak stanoven „nad pari“, tj. nad možnosti veřejného zdravotního pojištění. Uvedená teze vychází z rigidity změny zákona oproti nařízení vlády nebo vyhlášky ministerstva, což je z jedné strany smyslem požadavku na zákonné provedení mezí, z druhé strany přitěžující okolností z hlediska přesného využití potenciálu veřejného zdravotního pojištění. Je nutné připustit, že úprava vyhláškou skrývá i rizika náhlého poklesu dosaženého standardu bezplatné zdravotní péče, což vyjadřuje ústavní soud nepřipustným přesunutím kompetence z moci zákonodárné na moc výkonnou.

¹⁷⁵ Nález Pl. ÚS 35/95 ze dne 10. července 1996 publikovaný pod č. 206/1996 Sb.

¹⁷⁶ Nejvýznamnějším faktorem je pokles zaměstnanosti a stagnace až pokles mezd, které jsou „nejvydatnějším“ zdrojem pojistného, na rozdíl od OSVČ, které nevykazují objemově konkurenceschopný příjem na pojistném.

Po přijetí nového zákona o veřejném zdravotním pojištění legislativní technika prováděcích podzákonných předpisů nebyla a ani nemohla být zcela opuštěna, nicméně těžiště vymezení práva na bezplatnou zdravotní péči se více vychýlilo ve prospěch úpravy v samotném zákoně.

V komplikovaném vymezení složitosti a pestrosti zdravotní péče, kde není zcela možné se obejít bez seznamů látek, postupů nebo prostředků, je hranice mezi zákonným zakotvením povinnosti a jejím podzákonným provedením velmi tenká. Vtažení seznamů do stabilnější zákonné úpravy může svojí rigiditou znamenat překážku ke splnění požadavku k dosažení co nejvyšší úrovně fyzického a duševního zdraví¹⁷⁷, které je závislé na zohlednění aplikace jednak výsledků vědeckých výzkumů, jednak cenového vývoje léčiv, prostředků a zdravotních postupů (služeb).

2.9.2. Ošetření v nesmluvním zdravotnickém zařízení

Ústavní stížností, která byla zamítnuta usnesením sp. zn. III. ÚS 718/2000 ze dne 24. května 2001, se navrhovatel neúspěšně domáhal náhrady nákladů za ošetření tuzemským nesmluvním zdravotnickým zařízením, konkrétně nemocnicí ve Vrchlabí. Zákon o v.z.p. zakotvuje právo na úhradu nesmluvnímu zdravotnickému zařízení, pokud se jedná o nutnou a neodkladnou zdravotní péči. Právo náhrady přímo pacientovi, i když náklady uhradil nesmluvnímu poskytovateli, zakotveno není.

Problematika je důležitá také z perspektivy de lege ferenda, kdy by svobodná volba lékaře byla umocněna za předpokladu možnosti refundace (náhrady) nákladů za ošetření ve zdravotnickém zařízení, které buď nemá zájem o vstup do systému veřejného zdravotního pojištění, anebo do takového systému není vpuštěno. Taková náhrada nemusí nutně být do výše účtovaných nákladů, které se dobře mohou pohybovat v řádech násobku sazeb zdravotních pojišťoven. Z povahy věci může být stanoveno, že náhrada bude např. do výše 70 % bodového ohodnocení výkonu, a to z důvodů absence regulačních mechanismů a směřování veřejných prostředků mimo veřejnou síť, což způsobuje náročnější plánování jak výdajů pojišťoven, tak příjmů zdravotnických zařízení.

¹⁷⁷ Čl. 12 odst. 1 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, vyhlášeného pod č. 120/1976 Sb.

Dalším okruhem, který zákon o v.z.p. uspokojivě neřeší, je situace nedostatečně nasmlouvané kapacity poskytovatelů zdravotní péče. Jedno z řešení nezajištění dostupnosti péče by mohl být právě presumovaný souhlas zdravotní pojišťovny s úhradou nesmluvnímu poskytovateli za podmínek úhrad pro smluvní poskytovatele.

2.9.3. Nesmluvní laboratoř

Ústavní stížností sp. zn. IV. ÚS 154/2000 ze dne 30. července 2001, kterou ústavní soud odmítl pro neopodstatněnost, se provozovatel histologické a cytologické laboratoře, který nebyl ve smluvním vztahu s VZP, dovolával porušení čl. 9 Listiny o zákazu nucených prací a služeb.

Ústavní soud nemohl přisvědčit stěžovatelem namítanému rozporu výkladu zaujatého obecnými soudy s čl. 9 Listiny, neboť oba obecné soudy se otázkou stěžovatelem požadované úhrady provedených úkonů zabývaly a zaujaly k ní ve svých rozhodnutích stanovisko, přitom zároveň uvedly, že stěžovatel by úhradu provedených úkonů mohl požadovat, avšak po jiném subjektu než je zdravotní pojišťovna. Tuto tezi podpořila i VZP ČR ve svém vyjádření.

Způsob úhrady laboratorních vyšetření nicméně ve veřejném zdravotním pojištění nehradí objednatel, ale přímo zdravotní pojišťovny, tj. úhradu za laboratorní vyšetření neposkytují zařízení, které laboratorní vyšetření objednají. Proveditelnost takové představy¹⁷⁸ je ztížena i zákazem přijímat od pojištěnce přímou úhradu za plně hrazenou péči, kdyby smluvní zdravotnické zařízení chtělo objednat laboratorní vyšetření u nesmluvní laboratoře.

Nedá se zcela přehlížet, že absolutní neprostupnost smluvního a nesmluvního sektoru zdravotnických zařízení je krkolomná. Důvodem striktního zákazu náhrady nesmluvním zdravotnickým zařízení je tzv. plánovitost a hospodárnost poskytování zdravotní péče za podmínek zdravotního pojištění. Jeho podstatou je pak trvale nižší nabídka objemu zdravotní péče než by pojištěnci mohli důvodně za předmětné období poptávat. Jedná se tedy o regulaci na straně nabídky, regulace poptávky ze strany pojištěnců je ztížena

¹⁷⁸ Rozuměj požadovat úhradu po jiném subjektu než je zdravotní pojišťovna.

dosaženou úrovní zdravotní péče, která je v převažující a podstatné části bezplatná, alespoň co se týče zdravotních výkonů (u léčiv je tento poměr méně příznivý).

U obou zmiňovaných ústavních stížností bylo zřetelné, jednak odkud se jejich problematika generuje, jednak bylo zřejmé, že tyto stížnosti neměly ústavní rozměr.

2.9.4. Zajišťování lékařské služby první pomoci

Usnesení sp. zn. Pl. ÚS 5/04 ze dne 25. září 2007 se Ústavní soud vyjádřil k odpovědnosti za zajištění lékařské služby první pomoci. Problém vznikl v souvislosti s rušením okresních úřadů, které lékařskou službu první pomoci zajišťovali. Kraje nesouhlasily, aby tuto službu zajišťovaly v rámci samostatné působnosti a naopak dovozovaly, že tato odpovědnost je na státu nikoli na vyšších územních samosprávných celcích. Po obsáhlém a podrobném rozboru právních i metodických předpisů dospěl Ústavní soud k tomu, že kraje zajišťují lékařskou službu první pomoci z věcné souvislosti¹⁷⁹. Podle § 5 odst. 2 písm. e/ zákona o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních je stanoven smluvní přímus nestátního zdravotnického zařízení s krajem k zajištění pohotovostní služby včetně lékařské služby první pomoci.

Odůvodnění Ústavní soud uzavřel: „Cestou řešení kompetenčního sporu lze získat jen odpověď na otázku právě v tomto kompetenčním sporu položenou, nikoli však dospět k vyřešení problémů poskytování zdravotní péče a zejména organizace a financování této péče.“

2.9.5. Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče

Usnesením Ústavní soud pod sp. zn. I. ÚS 247/98 ze dne 27. ledna 1999 odmítl ústavní stížnost zdravotnického zařízení (společnost s ručením omezeným), které se dožadovalo uzavření smlouvy o poskytování zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou.

¹⁷⁹ Z odstavce 45 odůvodnění: Např. ve školství by to znamenalo vést spor o to, zda např. na kraje podle školského zákona např. přešlo rovněž zajišťování výuky matematiky nebo zda je na místě, aby policie zajišťovala bezpečnost jen v pracovní době či aby policista neplnil úkoly ochrany bezpečnosti, i když není ve službě. Stejně tak je obtížně představitelné, že by bylo úmyslem kompetenčního zákonodárce, aby svěřil zajišťování této péče obcím, když je to evidentně záležitost, která z hlediska principu subsidiarity zpravidla (mimo velkých měst) přesahuje jejich možnosti.

Ústavní stížnost směřovala proti zásahu orgánu veřejné moci (Magistrát města Brna), který svým rozhodnutím nedoporučil uzavření smlouvy o poskytování zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že proti takovému rozhodnutí, resp. výsledku výběrového řízení není přípustný opravný prostředek ani žaloba, tvrdil stěžovatel porušení práva na spravedlivý proces zaručený článkem 36 odst. 2 Listiny. S přihlédnutím k výsledku výběrového řízení neuzavřela zdravotní pojišťovna požadovanou smlouvu a stěžovatel utrpěl zásah do svobody podnikání podle čl. 26 Listiny.

V průběhu řízení bylo vyžádáno odborné vyjádření katedry občanského práva Právnické fakulty MU v Brně ohledně podřazení právního vztahu s výsledkem kategorizace do soukromoprávní oblasti, s čímž se ÚS ztotožnil. Z toho důvodu došlo k odmítnutí stížnosti kvůli nevyčerpání procesních prostředků u obecných soudů.

Stěžovatel namítal, že vyčerpání procesních prostředků u obecných soudů není podmínkou v případě, že se jedná o stížnost, která svým významem podstatně přesahuje vlastní zájmy stěžovatele a byla podána do jednoho roku. ÚS vykládá tuto možnost velmi úzce (podstatný přesah zájmů) a přijetí takové ústavní stížnosti bez předchozích řízení u obecných soudů je méně pravděpodobné.

Okolnosti, za kterých tato ústavní stížnost vznikla, lze popsat jako regulaci nabídky zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění oproti regulaci poptávky po zdravotní péči, která je takto hrazená. Nabídka hrazené zdravotní péče je omezována počtem uzavřených smluv o poskytování zdravotní péče, případně regulací takových úhrad vůči konkrétnímu smluvnímu poskytovateli. Samotná registrace nestátního zdravotnického zařízení je dostatečná k poskytování zdravotní péče pacientům, nikoli však pojištěncům, kteří požadují zúčtování nákladů přes jejich zdravotní pojišťovnu.

Mandatorní účast na veřejném zdravotním pojištění téměř všech pacientů ošetřených v českých zdravotnických zařízeních, pokud se jedná o péči, která druhově spadá do péče plně nebo částečně hrazené, podnikání umožňuje z tržního pohledu leda teoreticky. Stávající poptávka po zdravotních výkonech, jinak plně nebo částečně hrazených, ze strany nepojištěných osob lze tvrdit neexistuje.

2.9.6. „Lex Fischerová“¹⁸⁰

Nálezem sp. zn. Pl. ÚS 14/02 vyhl. pod č. 207/2003 Sb. byl zamítnut poslanecký návrh na zrušení ustanovení části § 11 odst. 2 písm. d) zákona o v.z.p., které znělo „ani v souvislosti s poskytnutím této péče“. Význam tohoto ustanovení spočívá jednak v sankci, kterou může krajský úřad odebrat oprávnění k poskytování zdravotní péče, při přijmutí úhrady v souvislosti s plně nebo částečně hrazenou péčí, jednak v omezení možností nabízet doprovodné zdravotní a nezdravotní služby s plně hrazenou péčí z veřejného zdravotního pojištění a požadovat za takové služby úplatu.

Tvrzení navrhovatelů se opírá o extenzivní výklad, který je oprávněný vzhledem k sankci, která za byť drobné porušení hrozí. Jistota, že krajský úřad by v případě přijmutí úhrady v souvislosti s plně nebo částečně hrazenou péčí neuložil odebrání oprávnění k poskytování zdravotní péče, spočívá zejména v současném nedostatku lékařů, zejména praktiků nebo zubařů. Odebrání oprávnění byť jednoho poskytovatele by mohlo znamenat v předmětném regionu citelný pokles dostupnosti zdravotní péče.

Pokud chtěl zákonodárce vyloučit vybírání registračních a ročních poplatků, mohl přistoupit k legislativní technice demonstrativního výčtu a sankci za porušení určitě by bylo lze odstupňovat.

Jako jednu ze širších souvislostí této problematiky lze citovat vyjádření Ministerstva zdravotnictví „Problém však spočívá právě ve skutečnosti, že žádné standardy ani standardní medicínské postupy nejsou závazně popsány a jestliže se lékař domnívá, že poskytnutý zdravotní výkon ze zdravotního pojištění není hrazen, protože pojišťovna hradí jen určitý postup, zdravotní prostředek nebo léčivo, pak pacient nemá žádnou možnost ověřit si, zda tomu tak skutečně je a co mu pojišťovna vlastně hradí. Stávající zákon totiž pouze uvádí, jaký druh péče se hradí, nikoliv jakým postupem či s použitím jakých léčiv či zdravotnických prostředků má být tato péče poskytnuta.“

Odlišné a zároveň jednotné stanovisko uplatnilo celkem 7 soudců, kteří se na separátním stanovisku bez výjimky shodli. Jelikož je tento názor zmiňován i v pozdějších nálezech Ústavního soudu a dle názoru autora se jedná o řešení

¹⁸⁰ Předmětná novelizované ustanovení vzniklo poslaneckou iniciativou a vzhledem k ustálenému používání si autor dovolil použít toto populární pojmenování.

problematiky veřejného zdravotního pojištění hodné zvážení, následuje stručná rekapitulace obsahu minoritního vota.

Disentující soudci vyslovili odlišný názor v ohledu věcného rámce ochrany zdraví, který nezahrnuje platby za věci, postupy, zákroky či služby, jež slouží k zajišťování životních podmínek, které jsou uspokojovány nezávisle na ochraně zdraví. Odlišné stanovisko bylo argumentačně zcela mimo oblast navrhovatelů, nicméně takový postup je dovolen závazností petitu ústavní stížnosti, nikoli jejím odůvodněním. Z pohledu menšiny soudců zákon o v.z.p. v uvedeném ohledu překročil mantinely ústavního pořádku tím, že znemožňuje vybírat od pojištěnců přímé platby za péči, jež není péčí zdravotní a jež sama o sobě neslouží k ochraně zdraví pojištěnce.

Dále z odůvodnění minoritního vota: "...napadené ustanovení § 11 zákona o v.z.p. ani samo o sobě ani ve spojení s jinými ustanoveními zákona neobsahuje transparentní vymezení podílu komponentů solidarity a ekvivalence z pohledu hrazení úkonů zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění. Přestože v souladu s ústavním pořádkem zřejmě je subjektivní záměr zákonodárce, výsledný objektivní produkt jeho legitimního záměru v souladu s ústavním pořádkem naopak není. Ústavní soud je Ústavou povolán k tomu, aby posuzoval ústavnost platných podústavních předpisů, nikoli cílů, které k jejich schválení vedly. Část věty v napadeném ustanovení vyjádřená slovy "ani v souvislosti s poskytnutím této péče" proto měla být zrušena."

2.9.7. Nemocnice jako obchodní společnosti

Ústavní soud rozhodl nálezem Pl. ÚS 51/06 ze dne 27. září 2006 o zrušení ustanovení zákona č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních, který měl favorizovat formu veřejných neziskových zařízení pro nemocnice oproti jiným formám, zejména obchodním společnostem.

K vytvoření sítě veřejných neziskových zařízení se stát rozhodl až po převodu některých zdravotnických zařízení na vyšší územní samosprávné celky¹⁸¹, což již kolidovalo s čl. 8 Ústavy o zaručení samosprávy územních samosprávných celků.

¹⁸¹ Odstavec 72: Pro úplnost Ústavní soud dodává, že stát mohl uspořádat zdravotnická zařízení ve smyslu své garance základních práv vymezených v čl. 6 odst. 1 a v čl. 31 Listiny již před tím, než přenechal svůj majetek v rozsahu stanoveném zákonem č. 290/2002 Sb. krajům a obcím.

Jistě neujde pozornosti, že vyřazení nemocničního zdravotního zařízení z oblasti veřejného zdravotního pojištění má závažnější následky než u ambulantního zdravotnického zařízení. Oč důležitější pro zákonodárce bylo vytvoření sítě veřejných nemocničních zdravotních zařízení, o to větší zásah se jednalo z perspektivy samosprávy a vlastnictví majetku, což se neobešlo bez odezvy v řízení o zrušení částí zákona o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních.

Další informace k tomuto zrušovacímu nálezu jsou obsaženy na str. 12 Zákon o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních.

2.9.8. Seznam hrazených léčiv

Nálezem sp. zn. Pl. ÚS 36/05 ze dne 16. ledna 2007 bylo vyhověno návrhu na zrušení § 15 odst. 5 a 10 zákona o v.z.p. a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 589/2004 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely. Důvod návrhu byl způsob rozhodování o plné nebo částečné úhradě léčiva, nepřímě šlo o působení kategorizační komise Ministerstva zdravotnictví. Na návrh této komise ministru zdravotnictví přes příslušný odbor, vydávalo Ministerstvo vyhlášku s výčtem plně hrazených léčiv a výší úhrady léčivých látek.

Navrhovatelé namítali, že zařazení léčiva do seznamu léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely sice ve správním řízení probíhá, v tomto řízení ale neprobíhá samotné rozhodování o výši úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Bylo taktéž poukázáno na Směrnici Rady č. 89/105/EHS o průhlednosti opatření upravujících tvorbu cen u humánních léčivých přípravků a jejich začlenění do oblasti působnosti vnitrostátních systémů zdravotního pojištění s tím, že nezařazení léčiva na seznam musí být odůvodněno na základě objektivních a ověřitelných kritérií.

Stanovení výše úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění má podobu ministerského předpisu, ale ve své podstatě není obecnou normou, nýbrž souborem individuálních rozhodnutí. Stanovení konkrétní výše úhrady má zásadní význam pro poptávku po tom kterém léčivu, a to dle zásady, že poptávka je tím větší, čím je vyšší podíl úhrady z veřejného zdravotního pojištění.

Tento náleží je uváděn zejména pro srovnání náhledu ÚS na výrobce a prodejce léčiv na straně jedné a na poskytovatele zdravotní péče na straně druhé. Proti nezařazení léčiva do kategorie hrazené nebo částečně hrazené se výrobce nebo distributor léčiva může dovolávat spravedlivého procesu podle čl. 36 odst. 1 Listiny, protože se jedná nebo má jednat o individuální právní akt. Proti neuzavření smlouvy o poskytování zdravotní péče poskytovatel teoreticky může podat žalobu u obecného soudu, výsledek je ale předurčen uvážením zdravotní pojišťovny k uzavření předmětné smlouvy, k čemuž nemá povinnost. Je však pochopitelné, že poskytovatelé zdravotní péče se obdobně těší větší poptávce na trhu zdravotních služeb, pokud mají smlouvu se zdravotní pojišťovnou.

2.9.9. Regulační poplatky

Nálezem sp. zn. Pl. ÚS 1/08 ze dne 20. května 2008, vyhlášeného pod č. 251/2008 Sb., Ústavní soud zamítl návrh na zrušení části zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů, který zakotvil ve veřejném zdravotním pojištění regulační poplatky.

Navrhovatelé a vedlejší účastníci snesli mnoho argumentů, z nichž někteří se omezili na výtky z hlediska postupů schvalování a výsledné formy zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů bez zpochybňování porušení práva na bezplatnou zdravotní péči v čl. 31 Listiny.

K argumentům ohledně bezplatné zdravotní péče lze uvést tezi: „...poukazují z hlediska jazykového výkladu na obsah pojmů „bezplatný“, „bez úplaty“, „bez placení“, „neplacený“, „platit“ a „hradit“ a zdůrazňují, že důležitou roli při výkladu čl. 31 věty druhé Listiny hraje i systematická interpretační metoda. Navrhovatelé důrazně tvrdí, že bude-li připuštěno, aby i základní zdravotní péče byla zatížena poplatkem, stal by se ústavní příkaz bezplatnosti zdravotní péče na základě veřejného pojištění již naprosto bezobsažným. Ustanovení čl. 31 Listiny sice obsahuje dovětek „za podmínek, které stanoví zákon“, a navrhovatelé připouštějí, že tato okolnost může například vyloučit z režimu bezplatnosti nadstandardní zdravotní péči (např. péči na pomezí medicíny a kosmetiky) nebo „hotelové služby“ pobytu v nemocnici, či např. vázat bezplatnost péče na řádné placení zdravotního pojištění občanem apod., zdravotní péče v zásadě bezplatná však musí být zachována. Rozhodně dovětek neumožňuje nastavit systém

zdravotní péče tak, že občané, kteří se řádně účastní veřejného zdravotního pojištění, nemohou čerpat ani základní zdravotní péči, aniž by byli povinni platit nějaké další poplatky. Navrhovatelé odmítají pojetí, dle něhož Listina brání zpoplatnění zdravotní péče *stricto sensu*, tj. pouze zdraví obnovujících úkonů a zdravotních pomůcek.“

Úprava regulačních poplatků tedy vychází z principů, že v podstatě za veškerou, i tu nejzákladnější zdravotní péči, a to včetně péče neodkladné, má občan (pojištěnec) přímo platit¹⁸². Skutečnost, že poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, poukazuje na rozdíl mezi označením platby a jejím účelem.

Ústavní soud poodhalil v odstavci 91 optiku, kterou na zrušení nebo nezrušení regulačních poplatků nahlížel: „Ústavní soud vychází i z faktu, že účinky reformy lze hodnotit až poté, kdy již vytvořené mechanismy mohly začít fungovat, a dodává, že z pohledu posouzení ústavnosti napadených ustanovení mu přísluší pouze rozhodnout o základních principech, nikoliv již o konkrétní fakticitě.“

V nálezu došlo také ke zmínění existence mezí, které oddělují neústavnost sociálních práv od pravomoci zákonodárce zvolit způsob řešení na základě výsledku soutěže politických sil. Dále Ústavní soud zopakoval v odstavci 94, že sociální práva „jsou závislá zejména na ekonomické situaci státu. Úroveň jejich poskytování reflektuje nejen hospodářský a sociální vývoj státu, ale i vztah státu a občana, založený na vzájemné odpovědnosti a na uznání principu solidarity.“

Velmi přílehavě je vystižena problematika ideální a dostupné zdravotní péče¹⁸³: Ústavní soud si je vědom rozdílu mezi ideální medicínou, tj. lékařskými postupy, které jsou v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky a dostupnou medicínou, tj. stavem praktické lékařské praxe. Odborná literatura uvádí, že ve století vědy a techniky se distance ideální a dostupné medicíny zvětšila. Dospívá k závěru, že nelze předpokládat, že by matematika milosrdenství mohla trvale řešit rozpor mezi ideální a dostupnou medicínou. To proto, že ve výchozí roztavě došlo k záměně problémů ekonomických za etické.¹⁸⁴

¹⁸² Suchánek, Radovan. K ústavnímu právu na ochranu zdraví a na bezplatnou zdravotní péči in Pocta Jánu Grónskému. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008, s. 266.

¹⁸³ Odstavec 100 nálezu Pl. ÚS 1/08 ze dne 20. května 2008, vyhlášeného pod č. 251/2008 Sb.

¹⁸⁴ H. Haškovcová, Lékařská etika, Galén Praha 1994, str. 81 – 89.

Stěžejní věta, která opírá zamítnutí návrhu na zrušení regulačních poplatků, je uvedena v odstavci 111: „...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.“ a v odstavci 114: „je zřejmé, že abstraktní přezkum zákona nemůže teoreticky přezkoumat a spolehlivě vyloučit všechny jeho myslitelné účinky do osobní sféry adresátů norem. Takové případné individuální zásahy jsou však pochopitelně i nadále reparovatelné standardními postupy včetně ústavní stížnosti.“

Pojem „rdousící efekt“, který je v odůvodnění nálezu použit, je použit přílehlavým způsobem co do zjištění smyslu a podstaty práva na ochranu zdraví, ve vztahu k atributu bezplatnosti se však už nejeví příliš šťastným.

Celkem sedm ústavních soudců včetně jejich předsedy zaujalo odlišné stanovisko k zamítavému nálezu na zrušení poplatků. Tyto stati je možné jedině doporučit k seznámení, vzhledem k jejich obsáhlosti si na ně autor dovoluje toliko odkázat.

Ústavní soud v tomto nálezu musel učinit náročné rozhodnutí, které respektuje jak ekonomický efekt regulačních poplatků z hlediska hospodárnosti veřejného zdravotního pojištění, tak bezplatnost zdravotní péče, kterou jinak, než jako zdravotní péči bez přímé úhrady, nevysvětlil.

2.10. Rozhodování obecných soudů

2.10.1. Osvobození od soudních poplatků

Na úvod nelze začít jiným rozhodnutím, než rozsudkem Nejvyššího soudu ze dne sp. zn. 20. září 2004, č.j. 29 Odo 22/2002, kterým bylo potvrzeno osvobození zdravotních pojišťoven¹⁸⁵ od placení soudních poplatků. Právní názor není opřen o Přílohu zákona č. 151/2002 Sb. o soudních poplatcích, která věcně osvobozuje řízení ve věcech pojistného na veřejné zdravotní pojištění, ale o § 11 odst. 1 písm. a/ vyhlášky Ministerstva financí č. 117/1998 Sb., o osvobození od soudních poplatků. Tím jsou od soudního poplatku

¹⁸⁵ Přesněji se jedná o věcné, nikoli osobní osvobození vzhledem k předmětu řízení, takže výhodu osvobození může využít i žalobce, který není zdravotní pojišťovnou.

osvobozeny i poplatné úkony ve věcech veřejného zdravotního pojištění a Nejvyšší soud vyložil, že se pod veřejné zdravotní pojištění vztahují i spory ze smluv o poskytování zdravotní péče.

Tento výklad je jednoznačně prospěšný vývoji judikatury veřejného zdravotního pojištění (tedy v širším smyslu), nicméně podřazení smluv o poskytování zdravotní péče pod režim obchodního zákoníku směřuje mimo rámec veřejného práva. Na základě zdánlivě nepodstatné věci se pak dá dospět k diskusi o významu dělení veřejného a soukromého práva, má význam orientační nebo rozhodující při určování práv a povinností?

2.10.2. Osvobození od soudních poplatků II

Obecnou formální nezávaznost rozhodnutí Nejvyššího soudu dobře vystihuje usnesení Krajského soudu v Plzni ze dne 22. října 2008, sp. zn. 15 Co 444/2008 o neosvobození od soudního poplatku žalobce, který se domáhal zaplacení regulačního poplatku. Krajský soud žalobu na zaplacení poplatku nepodřadil mezi spory ve věci veřejného zdravotního pojištění¹⁸⁶.

2.10.3. Doprava nezdravotnickým zařízením

Právní věta rozsudku Nejvyššího soudu pod sp. zn. 33 Odo 555/2001 ze dne 29. května 2003 zní: Subjekt, který není zdravotnickým zařízením, může provádět dopravu nemocných jen na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v případě nebezpečí z prodlení. I v tomto případě však by měl nárok na úhradu této dopravy pouze od příslušné zdravotní pojišťovny, neboť jde o dopravu nemocných hrazenou z veřejného zdravotního pojištění.

2.10.4. Náhrada nákladů podle smlouvy se Slovenskem

Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 32 Odo 243/2006 je významný z hlediska náhrady nákladů zdravotní péče čerpané v jiném smluvním státě (na základě

¹⁸⁶ § 11 odst. 1 písm. a/ vyhlášky Ministerstva financí č. 117/1998 Sb., o osvobození od soudních poplatků.

dvoustranné mezinárodní smlouvy). Ačkoliv se jednalo o smlouvu se Slovenskem, která se z podstatné části neaplikuje následkem účinnosti Nařízení, jsou závěry využitelné obecně pro státy, na které se působnost Nařízení nevztahuje.

Konkrétně se ve sporu jednalo o náhradu výkonů společných vyšetřovacích a léčebných složek (ve zkratce „SV a LZ“)¹⁸⁷, o kterých žalobkyně tvrdila, že se nahrazují samostatně k provedeným zdravotním výkonům. Soud vyložil předmětné slovenské předpisy tak, že podle části B odst. 2 písm. d) výměru Ministerstva financí Slovenské republiky č. R – 1/1996 a bodu 5 jeho přílohy č. 8 se výkony SV a LZ účtují samostatně (zvlášť), takže nejsou součástí jiných resp. celkových nákladů, na jejichž náhradu má příslušné zdravotnické zařízení nárok (srov. dikci „s výjimkou výkonů SV a LZ“), přičemž účinnost citovaného výměru byla do 1. 6. 2000.

Od 1. 6. 2000 do 1. 1. 2002 bylo v účinnosti obdobné opatření MF SR č. R – 4/2000 se stejnou úpravou (viz bod B odst. 1 a odst. 2 písm. d) citovaného opatření). Rovněž podle přílohy č. 1 k opatření MF SR č. R – 6/2001 (účinnost od 1. 1. 2002), a to odst. 7 písm. d), ceny výkonů nezahrnovaly náklady na společné vyšetřovací a léčebné složky (SV a LZ). Konečně totožná úprava byla obsažena též v příloze č. 4 k opatření MF SR č. 01/Z/2002 (účinnost od 1. 9. 2002), a to odst. 7 písm. d) Všechny citované předpisy se vztahovaly na případy léčebné péče 8 pojištěnců, o náhrady na jejichž léčení v tomto řízení šlo. Cena za výkony SV a LZ se v těchto případech podle citovaných předpisů určovala ve výši 0,22 až 0,40 Sk za bod.¹⁸⁸

Díky příbuznosti slovenštiny s češtinou mohl Nejvyšší soud posoudit ustanovení slovenských předpisů o úhradě nákladů zdravotní péče a dovodit z opatření Ministerstva financí Slovenské republiky zjišťovaný způsob úhrady. V případě dalších smluvních států by musel být přibrán znalec pro oblast zahraničního práva.

2.10.5. Pojistné vymáhané v exekuci

Nejvyšší soud rozhodl usnesením pod sp. zn. 20 Cdo 1958/2005 ze dne 21. února 2006 o problematice vymáhání pojistného na veřejné zdravotní pojištění podle

¹⁸⁷ „Spoločné vyšetřovacie a liečebné zložky“.

¹⁸⁸ Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 32 Odo 243/2006 ze dne 26. září 2007.

exekučního řádu¹⁸⁹. Možnost vymáhat dlužné pojistné a penále podle exekučního řádu byla postavena na roveň vymáhání podle občanského soudního řádu, i když výslovné ustanovení zákona o v.z.p. zmiňuje pouze posléze uvedený občanský soudní řád.

2.10.6. Náhrada nákladů zdravotní péče způsobených trestným činem

Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1113/2002 ze dne 31. března 2003 přinesl jasný právní názor na subsidiární platnost občanského zákoníku při aplikaci zákona o v.z.p. z hlediska náhrady škody (výdajů na zdravotní péči), která byla způsobena zaviněným protiprávním jednáním. Skutkově se jednalo o střet motorového vozidla s chodcem, který byl pod vlivem alkoholu. Vzhledem k částečnému zavinění na straně chodce odmítla pojišťovna motorového vozidla poskytnout náhradu nákladů v plném rozsahu.

Zdravotní pojišťovna odůvodňovala svůj požadavek na plnou náhradu nákladů tím, že zákon o v.z.p. neobsahuje ustanovení o částečné náhradě v případě zaviněného protiprávního jednání, a pevně věříc v tento právní názor dovedla řízení až k dovolacímu soudu.

Nejvyšší soud vyložil ustanovení § 55 zákona o v.z.p. tak, že je ve vztahu k ustanovením občanského zákoníku o náhradě škody speciální normou, zakládá zdravotní pojišťovně specifické právo požadovat náhradu škody od třetích osob za náklady vynaložené na péči hrazenou zdravotním pojištěním, které vznikly v důsledku jejich zaviněného protiprávního jednání vůči osobám účastným zdravotního pojištění.

Zdravotní pojišťovna tedy při požadování náhrady podle § 55 zákona o v.z.p. musí respektovat míru spoluzavinění pojištěnce, za kterého náklady léčení uhradila.

2.10.7. Komerční a veřejné zdravotní pojištění

Právní věta z rozsudku Nejvyššího soudu ČR ze dne 28.3.2002, sp. zn. 33 Odo 41/2001 zní následovně:

¹⁸⁹ Zákon č. 120/2001 Sb., exekuční řád.

Podmínkou k aplikaci § 14 věta druhá zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, je to, že pojištěnec VZP ČR sám náklady na nutné a neodkladné léčení v cizině vynaložil. Postoupení finančního plnění mající oporu v § 14 zák. č. 48/1997 Sb. ve prospěch komerční pojišťovny, se kterou pojištěnec VZP ČR uzavřel smluvní zdravotní pojištění na cestu do zahraničí (konkrétní pojistnou smlouvu), je možné za podmínky, že:

1. komerční pojišťovna pojištěnci VZP ČR poskytla pojistné plnění nad rámec komerčního pojištění (dle příslušné pojistné smlouvy)

a zároveň

2. pojištěnec VZP ČR toto pojistné plnění přesahující rozsah stanovený v komerční pojistné smlouvě vrátí komerční pojišťovně¹⁹⁰.

Poznámka na okraj: rozsudek je zajímavý také poměrem obdobné zdravotní péče pojištěnce v Nizozemí a ČR (263.947,- Kč vs. 30.594,- Kč), což dokládá, že poměr výše úhrad za zdravotní péči ve starších členských státech EU k českým sazbám je až 10 násobně větší.

Předmětem se spor týkal možnosti postoupit pohledávky podle § 14 zákona o v.z.p. (náhrada nákladů za nutné a neodkladné léčení v cizině, které pojištěnec vynaložil). Nejvyšší soud potvrdil právní názor Městského soudu v Praze o možnosti postoupit předmětnou pohledávku podle § 524 a násl. občanského zákoníku. Ohledně vynaložení nákladů se splnění této podmínky posuzuje širěji a je splněno i v případě, že za pojištěnce plnil jiný subjekt to, co pojištěnec měl po právu plnit sám¹⁹¹.

2.10.8. Náhrada nákladů nesmluvnímu zdravotnickému zařízení

V rozsudku Nejvyššího soudu sp. zn. 32 Odo 808/2003 ze dne 12. ledna 2005 je řešena problematika úhrady nákladů poskytnuté zdravotní péče podle § 40 odst. 2

¹⁹⁰ Příklad: Pojištěnec VZP ČR uzavře komerční pojistnou smlouvu s tím, že komerční pojišťovna za něj uhradí náklady nutné a neodkladné péče do limitu 10.000,-Kč v cenách platných v ČR. Komerční pojišťovna uhradí celé náklady nutného a neodkladného léčení v zahraničí přesahující smluvenou částku 10.000,-Kč, a to částku 12.000,-Kč. Pojištěnec se zaváže přeplacenou částku 2.000,-Kč představující úhradu nutné a neodkladné péče komerční pojišťovně vrátit a k tomu použije institutu postoupení pohledávky, kterou má ve smyslu § 14 zák. č. 48/1997 Sb. vůči VZP ČR nebo jiné zdravotní pojišťovně.

¹⁹¹ Tato situace vznikne při sjednaném cestovním zdravotním pojištění a vzniku pojistné události.

zákona o v.z.p. v případě, že poskytovatel nemá uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou o poskytování zdravotní péče.

Nejvyšší soud dospěl k závěru, že z vlastního znění ust. § 40 odst. 2 zákona i jeho zařazení v systematice zákona nelze dovozovat nic jiného, než že není rozdíl v podmínkách (plnění) zdravotní pojišťovny vůči smluvním zdravotnickým zařízením, jímž má pojišťovna povinnost plnit dle smlouvy, k podmínkám plnění vůči dalším subjektům, s nimiž smlouvu sice nemá (dále jen „nesmluvní zařízení“), avšak taková povinnost plnit vůči nim jí vznikla. Kdy, tj. ve kterých případech, tato povinnost pojišťovny zdravotnickému zařízení plnit (tj. uhradit poskytnutou péči spočívající ve výkonech, léčebných a dalších přípravech, technických prostředcích, atd.) vzniká, upravuje zákon v části páté, v § 17, jenž upravuje zároveň blíže podmínky tohoto plnění pojišťovny a určuje taxativně, za jakých předpokladů pojišťovna poskytne plnění i nesmluvním zařízením a jiným subjektům. Není to tedy samo ustanovení § 40 odst. 2 zákona, jež by zakládalo právo nesmluvních zařízení na plnění pojišťovny – jak se domnívají žalobci - ve shodném rozsahu, v jakém takové právo vzniká smluvním zařízením, toto ustanovení jim pouze, jako nesmluvním zařízením, zaručuje rovné postavení v podmínkách, za nichž – pokud jim právo na plnění vzniklo – jim také bude pojišťovnou plněno. Předpoklady, za nichž vzniká nesmluvnímu zařízení nárok na proplacení poskytnuté péče určitému pojištěnci jeho zdravotní pojišťovnou, stanoví zákon v § 17. Nesmluvní zařízení má - za stejných podmínek, jakoby s ním smlouva uzavřena byla – právo na uhrazení pojištěnci zdravotní pojišťovny tímto zařízením poskytnuté nutné a neodkladné péče dle § 17 odst. 1 a dále právo na úhradu v případech stanovených v § 17 odst. 7 zákona.

Uvedený rozsudek je odrazem zaměření Nejvyššího soudu, který pojímá právní normy na základě textu předpisů velmi pozitivisticky, bez přílišného odchýlení od jejich textu ve prospěch smyslu a podstaty. Otázka, na kterou čekal, žalobce odpověď, pravděpodobně zněla: Je po právu být v tomto případě vyřazen z trhu zdravotních služeb, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění? Lze však Nejvyšší soud těžko za uvedený přístup kritizovat, jestliže aktivističtější Ústavní soud je ohledně poskytovatelů zdravotní péče taktéž velmi zdrženlivý a neshledává současné postavení smluvních a nesmluvních poskytovatelů výslovně jakkoli problémové.

2.10.8.1. Zajištění dopravní služby v regionu

Rozsudkem sp. zn. 32 Odo 32/2004 ze dne 29. září 2004 smetl Nejvyšší soud naděje zájemců na uzavření smlouvy o poskytování zdravotnické dopravy v případě, že zdravotní pojišťovna považuje svůj region z tohoto pohledu za dostatečně zajištěný. Dovolací soud se dokonce pustil do tragikomických úvah o tom, že vstupem dalšího poskytovatele dopravní služby do regionu by zdravotní pojišťovně vzrostly náklady na vyúčtování: *Není správný ani názor dovolatele, že racionálními důvody pro odmítnutí smlouvy nemohou být důvody hospodárnosti, jestliže by se vstupem žalobce do oblasti zajišťování dopravních služeb nezvýšil počet pacientů vyžadujících tyto služby. Dovolatel však pominul, že například náklady zdravotní pojišťovny se zcela určitě zvýší, bude-li muset zajišťovat vyúčtování služeb s dalším subjektem.*

V odůvodnění byla zmíněna i problematika hospodářské soutěže, přičemž soud dovodil podle zákona č. 63/1991 Sb. o ochraně hospodářské soutěže, že hospodářská soutěž byla zachována vyhlášením výběrového řízení a dále tím, že zdravotní pojišťovna nezneužila své dominantní postavení¹⁹², protože nelze učinit závěr, že by se žalovaná dopustila uplatňování rozdílných podmínek vůči jednotlivým účastníkům trhu.

Zajímavý argument dovolatele zněl: Není důvodu, aby zdravotní pojišťovna odmítla uzavřít smlouvu s žalobcem, protože je vázána požadavkem hospodárnosti, neboť vstupem nového přepravce nemůže dojít k eskalaci nákladů, bude-li pacientů vyžadujících přepravu stále stejně. Z toho lze rozvinout dvě velmi zajímavé oblasti¹⁹³.

Jednak by ani zdravotní pojišťovny dlouho nedovedly popírat, že výběrem smluvních poskytovatelů (tedy omezením jejich počtu) je výsledkem regulace poskytování zdravotní péče na straně nabídky. Jinými slovy při menším než ideálním počtu poskytovatelů¹⁹⁴ dochází k úsporám na výdajové stránce zdravotní pojišťovny, protože všichni pojištěnci nemohou čerpat potřebnou péči ihned, část požadované péče musí odložit na jindy, přičemž při trvalé podnabídce kapacity zdravotní péče je pouze

¹⁹² Z tohoto pohledu se nejčastěji jedná o VZP ČR, která má dominantní postavení ve všech regionech kromě některých regionů v Moravskoslezském kraji.

¹⁹³ Nejvyšší soud je ve svém odůvodnění nerozvíjel, zčásti proto, že jsou to oblasti, kde se právo dostává do nezpochybnitelného průniku s principy ekonomie, zčásti možná proto, že by takové úvahy mohli skončit průlomovým rozhodnutím ohledně soutěže na trhu zdravotních služeb, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

¹⁹⁴ Nebo také při menší než ideální nabídce zdravotní péče, tedy takové péče, která by byla v daný čas, v daném místě potřebná pro daný počet pojištěnců.

otázkou statistického šetření, v kolika případech nakonec k čerpání péče nedojde vůbec. Bylo by velmi idealistické konstruovat vztahy veřejného zdravotního pojištění tak, že by došlo k neodkladnému poskytnutí a náhradě nákladů veškeré potřebné zdravotní péče. Takový systém rozdělování disponibilních zdrojů by mohl rychle vyčerpat rezervy hospodářství a obrátit by se proti samotným pojištěncům. Ekonomická teorie, v tomto ohledu ověřená praxí, považuje statky k uspokojování potřeb za vzácné, omezené. Není důvod se domnívat, že je tomu jinak u zdravotních služeb, pokud i služby jsou omezenými statky pro uspokojování potřeb. Otázkou však zůstává, jestli je smysluplné přísným způsobem regulovat nabídku zdravotní péče a poptávku po ní nechávat formálně bez omezení¹⁹⁵.

Další oblastí, také se prolínající s ekonomikou, je úvaha o lepší dostupnosti a kvalitnější poskytování zdravotní péče na trhu, který je regulován nad rámec regulace ostatních služeb, které nejsou bezprostředně poskytováním zdravotní péče. V širokém smyslu má vliv na zdraví a s tím související náklady léčení doslova leccos (způsob stravování, možnost kontaktovat rychlou lékařskou pomoc nebo navštívit zvoleného lékaře¹⁹⁶). Pokud by regulovaný trh zdravotních služeb ve stávající podobě zajišťoval vyšší efektivitu (nelze vyjádřit jinak než jako poměr kvality zdravotní péče a její nákladovosti), pak by se stejnými principy mohly řídit trhy se službami, které zdraví ovlivňují nepřímo. To je však sporné. Představa, že by např. trh telefonních služeb, potravin, dopravy, sportovního vyžití nebo kulturních potřeb (odreagování od stresu) fungoval lépe, kdyby vstup poskytovatelů na tento trh byl omezen, se nezdá být přesvědčivá. Průzkumem veřejného mínění v ČR by stěží bylo hodnoceno centrálně plánované hospodářství, což bylo případem Československé socialistické republiky, lépe v porovnání s tržním hospodářstvím.

Způsob regulace trhu zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění je zásadní, neboť o vstupu poskytovatelů na něj rozhoduje zdravotní pojišťovna s dominantním postavením. Kritériem dominantní zdravotní pojišťovny je dostupnost zdravotní péče v regionu. Vztah úspory na výdajové stránce a posuzování dostupnosti zdravotní péče je však příliš podmíněn na to, aby zdravotní pojišťovna

¹⁹⁵ I po zavedení regulačních poplatků stačí mít v ruce průkaz pojištěnec a 30,- Kč na další neomezené čerpání zdravotní péče, pokud ji poskytovatelé mají možnost poskytnout. Nezaplacení poplatku překážkou dalšího čerpání zdravotní péče být ani nesmí.

¹⁹⁶ Komunikační infrastruktura: např. silniční, železniční, telefonní, internetová síť.

mohla rozhodovat objektivně. Ani zájem zdravotní pojišťovny objektivně rozhodovat však nemůže překonat schopnost trhu z hlediska efektivity distribuce vzácných statků, mezi které zdravotní služby náleží.

2.10.9. Absolutní neplatnost smlouvy

Rozsudkem sp. zn. 33 Odo 555/2001 ze dne 29. května 2003 se Nejvyšší soud vyjádřil k absolutní neplatnosti smlouvy o poskytování zdravotní péče, jestliže poskytovatel nespĺňuje požadavky (náležitosti) na ně kladené zákonem o v.z.p., resp. zákonem č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních¹⁹⁷. Absolutní neplatnost smluv nebo jejich dodatků nastává podle § 39 občanského zákoníku.

Dovolání nebylo připuštěno v otázce bezdůvodného obohacení, které dovolatel spatřoval v plnění (dopravní služba) pojištěncům a za které neobdržel od nikoho jakoukoliv úhradu.

2.10.10. Cenová regulace

Následující část obsahuje rozsudky z oblasti regulace cen zdravotní dopravní služby.

2.10.10.1. Cenová regulace I

Předmětem rozsudku sp. zn. 32 Odo 1166/2005 Nejvyššího soudu ze dne 20. října 2005 byl tentokrát mj. zákon č. 526/1990 Sb., o cenách, ve kterém je regulována maximální cena za jeden bod. Oproti zákonnému ustanovení o regulaci ceny jednoho bodu je čím dál častěji sjednávána ve smlouvách o poskytování zdravotní péče¹⁹⁸ paušální úhrada s limitem počtu ošetřených¹⁹⁹ pacientů-pojištěnců za rozhodné období.

Právní střet s významnými rozpočtovými důsledky vznikl v momentě, když zdravotní pojišťovna provedla při vyúčtování náhrady poskytovateli dopravní služby

¹⁹⁷ Podle ustanovení § 36 odst. 3 písm. c) zákona o v.z.p. může dopravu nemocných podle rozhodnutí ošetřujícího lékaře provést jednorázově, nikoli soustavně i jiný dopravce, pokud hrozí nebezpečí z prodlení.

¹⁹⁸ V projednávaném případě se jedná o smlouvy se zdravotními dopravními službami.

¹⁹⁹ Ošetřených z hlediska úhrady, ne nutně z hlediska kapacity poskytovatele.

přepočítání z paušální na výkonovou platbu. Jak již bylo uvedeno, na výkonovou platbu se předmětné regulační ustanovení zákona o cenách výslovně vztahovalo. Tento rozsudek byl z ranějších, které do rozsudku na str. 99 Cenová regulace III končily závěrem, že kombinace regulace paušální úhradou a maximální hodnotou jednoho bodu je ze strany zdravotní pojišťovny přípustná.

2.10.10.2. Cenová regulace II

Odmítavým usnesením se Nejvyšší soud pod sp. zn. 25 Cdo 1237/2007 ze dne 28. května 2009 zabýval opačnou situací než v předchozím rozsudku 2.10.10.1 Cenová regulace I. Nejednalo se o případ krácení paušální odměny zdravotní pojišťovnou, nýbrž o požadavek na zvýšení sjednané paušální odměny ze strany zdravotnického zařízení.

Dovolací soud se v citovaném rozhodnutí vypořádal s problematikou úhrad za poskytnutou zdravotní péči sjednanou ve formě tzv. paušálních náhrad a dovedl, že podstata jakýchkoliv paušálních náhrad nebo úhrad (dovolených smluvně nebo stanovených právními předpisy i v jiných právních oblastech) tkví ve zprůměrování příslušných nákladů tak, že vybočení z tohoto průměru jedním či druhým směrem je pro konkrétní případy oběma stranám takového vztahu vynahrazeno tím, že je zjednodušen systém dokládání těchto náhrad či úhrad, což vede ke snížení administrativní náročnosti při vykazování příslušných výdajů a při jejich kontrole. Je v rozporu se smyslem úpravy paušálních úhrad či náhrad takové ujednání, podle něž je sjednaný paušál nastaven nebo vykládán způsobem, který jednostranně bez rozumného opodstatnění zvýhodňuje pouze jednu stranu smluvního vztahu, v jehož rámci byl paušál sjednán. Nelze tedy přisvědčit ani námitce dovolatelky, že paušální způsob odměny neodpovídá principům soukromého podnikání; z uvedeného je zřejmé, že je naopak přípustný, má svůj smysl a jeho případná momentální nepřínosnost pro jednu stranu jej nemůže a priori diskvalifikovat (uplatňuje se bez problémů např. u odměn advokátů a v řadě jiných oblastí).

Z tohoto pohledu je tedy správný a ustálené judikatuře dovolacího soudu odpovídající závěr odvolacího soudu, že žalobkyně nemá v rámci paušálně sjednané odměny nárok na úhradu zvýšenou oproti sjednané částce s poukazem na skutečně provedené výkony.

2.10.10.3. Cenová regulace III

Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 31 Cdo 3142/2006 ze dne 19. září 2007 potvrdil jinou povahu regulace v případě sjednání paušální úhrady, resp. potvrdil neregulaci zákonem o cenách ohledně ceny za jeden bod. Tento rozsudek však byl průlomový předložením věci k rozhodnutí velkému senátu občanskoprávního kolegia²⁰⁰, protože žalovaná zdravotní pojišťovna odkazovala na četnou judikaturu senátů Nejvyššího soudu, které souběh regulace paušální úhradou a cenou za jeden bod podle zákona o cenách připouštěly²⁰¹. Velký senát judikaturu obrátil a potvrdil ve prospěch poskytovatelů zdravotní péče.

Nosný důvod rozhodnutí velkého senátu lze shrnout takto: Podstata jakýchkoliv paušálních náhrad nebo úhrad dovolených smluvně nebo stanovených právními předpisy i v jiných právních oblastech tkví ve zprůměrování příslušných nákladů tak, že vybočení z tohoto průměru jedním či druhým směrem je pro konkrétní případy oběma stranám takového vztahu vynahrazeno zjednodušením systému dokládání těchto náhrad či úhrad a vede ke snížení administrativní náročnosti při vykazování příslušných výdajů a při jejich kontrole. Smyslu úpravy paušálních úhrad či náhrad se protíví, je-li takový paušál nastaven nebo vykládán způsobem, který jednostranně bez rozumného opodstatnění zvyhodňuje pouze jednu stranu smluvního vztahu, v jehož rámci byl paušál sjednán.

Namítaný ústavní rozměr problematiky řešil Nejvyšší soud v souladu s názorem Ústavního soudu, a to ústavně konformním výkladem.

Možná, že ještě výstižněji vyložil problematiku odvolací soud²⁰², který je shodný se závěry rozsudku velkého senátu: Kdyby byl přepočítán paušální úhrady na bodové ohodnocení přípustný, stalo by se sjednání paušální úhrady bezpředmětným. Takový přepočítání je též v rozporu se zásadou *pacta sunt servanda* i s obecně uznávaným principem zákazu retroaktivity. Takový postup není podle odvolacího soudu zdůvodnitelný ani cenovou regulací podle zákona o cenách. Ten totiž reguluje pouze maximální cenu jednoho bodu za zdravotní výkon, nikoliv množství bodů a hodnotu výkonu.

²⁰⁰ Dle § 20 zákona č. 6/2002 Sb., o soudech a soudcích.

²⁰¹ Např. rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 3. ledna 2007, sp. zn. 30 Cdo 1024/2006.

²⁰² Městský soud v Praze rozsudkem ze dne 29. června 2006.

2.10.10.4. Cenová regulace IV

Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1896/2007 ze dne 27. února 2008 již vyšel z judikatury Velkého senátu občanskoprávního kolegia pod 2.10.10.3 Cenová regulace III, je to mj. vidět na „převzatých“ stavebních kamenech v odůvodnění rozsudku. Tento rozsudek byl vydán ze setrvačnosti, jelikož dovolání bylo podáno před vynesením zmiňovaného průlomového rozsudku.

Zdravotní pojišťovny zvrát judikatury uznaly nejen vůči účastníkům řízení v uvedených sporech, ale také vůči ostatním smluvním poskytovatelům v obdobné situaci, tj. se sjednanou paušální úhradou²⁰³.

2.10.11. Prodej podniku (praxe)

Rozsudkem sp. zn. 29 Odo 405/2003 se Nejvyšší soud vyjádřil k otázce prodeje zdravotnické praxe na základě smlouvy o prodeji podniku (části podniku) podle § 476 obchodního zákoníku. Podle ustanovení § 477 obchodního zákoníku na kupujícího přecházejí všechna práva a závazky, na které se prodej vztahuje, přičemž dovolatelka se domáhala určení, že přechod se týká i práv a povinností ze smlouvy o poskytování zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou.

V odůvodnění rozsudku bylo připomenuto, že se Ústavní soud ve své judikatuře²⁰⁴ již vyjádřil, že smlouva o prodeji podniku podle obchodního zákoníku nezpůsobuje přechod veřejnoprávních povinností, skutkově se jednalo o daňové povinnosti.

Vztahy při poskytování zdravotní péče mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením nelze kvalifikovat jako veřejnoprávní, protože mezi smluvními stranami neexistuje vztah nadřízenosti a podřízenosti a není právem jedné smluvní strany autoritativně rozhodnout o právech a povinnostech smluvní strany druhé. Dovolací soud neposoudil ve směru veřejnoprávní povahy ani kontrolní oprávnění, ani oprávnění smluvně omezit úhradu vykazované zdravotní péče zdravotní pojišťovnou.

Na veřejnoprávní charakter práv a závazků založených smlouvou podle ustanovení § 13 odst. 1 zákona pak nelze usuzovat ani z toho, že zdravotní péče se poskytuje převážně

²⁰³ Vzhledem ke konstrukci paušální sazby a jejímu krácení v konkrétních podmínkách se jednalo zejména o poskytovatele zdravotnické dopravní služby.

²⁰⁴ Usnesení sp. zn. IV. ÚS 499/98 ze dne 15. ledna 1999.

bez přímé úhrady na základě všeobecného zdravotního pojištění v rozsahu stanoveném zvláštními předpisy nebo na základě smluvního zdravotního pojištění [srov. § 11 odst. 2 písm. a) zákona č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů].

Závěr dovolacího soudu vyneseny v roce 2004 se vyjádřil ve prospěch převoditelnosti smlouvy o poskytování zdravotní péče při prodeji podniku. Je tato možnost v současné době využívána? Vzhledem k faktickému postupu zdravotních pojišťoven nikoli. Zastavení proplácení vynaložených nákladů zdravotní péče při nezohlednění přechodu smlouvy o poskytování zdravotní péče je tak významný zásah z hlediska financování, že se podnikatelům při poskytování služeb na trhu hrazené zdravotní péče jeví příliš riskantní. V praxi tedy kupující²⁰⁵ subjekty žádají o novou registraci nestátního zdravotnického zařízení, na základě které iniciují nové výběrové řízení.

K argumentu pojišťoven lze přitakat z hlediska časové působnosti ustanovení o výběrovém řízení, které za projednávaného skutku nebylo účinné. Nelze však souhlasit se závěrem, že existence výběrového řízení by způsobovala nepřevoditelnost smlouvy o poskytování zdravotní péče podle smlouvy o prodeji podniku. Regulace ve smlouvě zůstávají zachovány ve stejném rozsahu jako u původního subjektu, počet nasmlouvaných zařízení ani jeho dojednaná kapacita pro pojištěnce se nemění.

Pokud zdravotní pojišťovny na jedné straně neuznávají při prodeji praxe smlouvy o prodeji podniku, pak budiž stávajícím poskytovatelům zdravotní péče útěchou, že při změně právní formy z podnikatele fyzické osoby na obchodní společnosti²⁰⁶ nejsou stavěny nadbytečné administrativní překážky a zdravotní pojišťovny jsou ochotny přistoupit na uzavření nové smlouvy, která se spočívá ve změně poskytovatele zdravotní péče.

2.10.12. Povinné očkování

Na závěr přehledu judikatury jeden judikát z oblasti správního soudnictví. Nejvyšší správní soud se rozsudkem pod sp. zn. 3 Ads 42/2010 ze dne 21. července 2010 vyjádřil

²⁰⁵ Podnikatel, který má zájem o odkup praxe, v současné době např. MediClinic a.s. nebo MOJE AMBULANCE a.s., které se na odkup praxí lékařů specializují.

²⁰⁶ Nejčastěji společnost s ručením omezených, u ordinací s jediným společníkem.

k vynutitelnosti povinného očkování (možnosti uložit pokutu), které je provedeno podzákoným právním předpisem - vyhláškou. Argumentem žalovaného správního orgánu bylo tvrzení, že vyhláška přímo povinnosti nestanoví, ale pouze je provádí, specifikuje a konkretizuje povinnost stanovenou v § 48 odst. 1 zákona o ochraně veřejného zdraví.

Nejvyšší správní soud vyložil imperativ naprosto jasné a určitě stanovené povinnosti přímo v zákoně, aby mohla být za její porušení stanovena sankce. Soud uvážil i potřebu reagovat pružně na změny a poznatky ohledně očkování, ale posoudil povinnost ve vyhlášce jako originární, nikoli jako blíže specifikovanou povinnost. Ve správním trestání platí stejné zásady jako v obecném trestním právu.

V projednávaném případě nebyla pokuta potvrzena za nepodrobení se očkování, které bylo stanoveno vyhláškou. Hranice mezi originárně stanovenou povinností ve vyhlášce a bližším provedením povinnosti může být velmi tenká.

Oddíl 3. Osobní a věcný rozsah

Osobní a věcný rozsah je předmětem pozornosti právní vědy sociálního zabezpečení i „horkým“ politickým tématem. Z legislativního pohledu je osobní rozsah vymezen přesně a stručně, leč stručnost má za následek „paušální“ přístup, který nedokáže odlišit drobné nuance, které by mohly činit osobní rozsah normativně správnější a ohleduplnější z hlediska solidarity pojištěnců.

Věcný rozsah je naopak méně přesně, ale obsáhle vymezen, a to včetně provedení podzákonými předpisy. Zde je namístě otázka, jestli je vůbec možné v případě věcného rozsahu poskytovaných dávek požadovat stručnější úpravu, nebo spíš ještě rozšířit definiční vymezení až do určitého stupně kazuistiky, neboť pak se teprve dá z pohledu pacienta-pojištěnce hovořit o přesné a jasné úpravě.

3.1. Rezidenční systém

Osobní rozsah zákona o v.z.p. vychází z pojištění založeného na bydlišti, tj. rezidenční systém. Pro účely přesné a doložitelné aplikace veřejného zdravotního pojištění byl zvolen institut trvalého pobytu podle zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci

obyvatel (§ 10 a násl.). Institut trvalého pobytu je evidenční povahy a někdy ani nemusí korespondovat se skutečným bydlištěm²⁰⁷. Ve srovnání s občany třetích zemí a také s ostatními občany členských států EU mají občané ČR na zaevidování trvalého pobytu nárok, byť by takovým místem bylo sídlo ohlašovny²⁰⁸.

3.1.1. Bydliště

Vůdčím přístupem Nařízení i Nového Nařízení je zásada koordinace, která respektuje odlišnost systémů sociálního zabezpečení jednotlivých čl. států. Kromě úvodních, přechodných a závěrečných ustanovení se jedná z hlediska určování právních předpisů o souhrn kolizních norem²⁰⁹.

Kolizní normy neupravují věcně práva a povinnosti účastníků právního vztahu, omezují se jen na to, že podle určitých hledisek (kritérií) určí právní řád některého státu, jehož normami se právní vztah řídí.²¹⁰ Kolizní normy upravují tak právní vztahy nepřímo, zapojením, prostřednictvím hmotněprávních (věcných - na rozdíl od kolizních) norem určeného právního řádu, který je kolizní normou povolán k úpravě vztahu, z jeho věcných norem se teprve zjistí obsah práv a povinností účastníků.²¹¹ Příkladem kolizní normy z Nařízení 1408/71 je např. čl. 19 a 21, část III, kapitola I, Nemoc a mateřství, resp. čl. 17 a 19 Nového Nařízení.

Kdykoli je zmíněno v koordinačních nařízeních bydliště nebo trvalé bydliště, je zároveň odkázáno na předpisy příslušného státu.²¹² Čl. 21 odst. 4 Nařízení zmiňuje

²⁰⁷ § 10a zákona o evidenci obyvatel: Neměl-li občan pobyt na území České republiky nebo jej nelze zjistit, je místem jeho trvalého pobytu sídlo ohlašovny, v jejímž územním obvodu se narodil, nebo sídlo zvláštní matriky v případě, že se narodil v cizině.

²⁰⁸ Legislativní zkratkou „ohlašovna“ jsou míněny podle § 2 písm. d) zákona o evidenci obyvatel: „obecní úřady, v hlavním městě Praze a ve městech Brno, Ostrava a Plzeň úřady městských částí nebo městských obvodů, pokud tak stanoví statuty těchto měst, a na území vojenských újezdů újezdní úřady“.

²⁰⁹ Rozsudek ESD „de Laat“ ze dne 15. března 2001: Ustanovení části II představují podle ustálené judikatury plnohodnotný a jednotný systém kolizních norem... Pozn.: část II je zmiňována, jelikož se mezi nimi nacházel dotčený článek, to samé z většiny platí i o ostatních ustanoveních.

²¹⁰ Kučera, Z., Mezinárodní právo soukromé. 6. vydání. Brno: Doplněk, 2004, str. 23.

²¹¹ Kučera, Z., Mezinárodní právo soukromé. 6. vydání. Brno: Doplněk, 2004, str. 23.

²¹² Čl. 19 odst. 1 písm. b) Nařízení předvídá dohodu o vyplácení peněžitých dávek, že se tak bude dít ve státě bydliště podle předpisů kompetentního státu. Šlo by o jakýsi import předpisů kompetentního státu do státu bydliště po vzájemné dohodě, ale i při této variantě se jedná zase jen o odkaz na předpisy jednoho čl. státu.

právo obdržet věcné dávky, ale podle ustanovení předpisů daného státu a pro kategorie osob, které jsou zdravotně pojištěny (výdělečně činné osoby a jejich rodinní příslušníci).

V koordinačních nařízeních tedy ustanovení, které by zakládalo přímý nárok na účast v systému veřejného zdravotního pojištění některého z čl. států EU, nenajdeme, protože to Nařízení řeší odkazem na předpisy jednotlivých právních řádů.

Přímé normy samy upravují hmotněprávně práva a povinnosti účastníků, tzn. bez ohledu na kolizní normy, a aniž by na ně kolizní norma odkazovala.²¹³ Přímé normy Nařízení také obsahuje, ale pouze v rozsahu, který je nutný k bezpečnému určení kolizních kritérií a následného určení rozhodného právního řádu, např. definice pojmů zaměstnaná a samostatně výdělečně činná osoba, přechodná a částečná nezaměstnanost²¹⁴, minimální okruh rodinných příslušníků a v neposlední řadě také bydliště.

Další přímé normy řekněme „druhého pořadí“²¹⁵ určují rozsah věcných dávek v nemoci a mateřství (např. definice nezbytné a plné péče). Tyto normy velmi obecně usměrňují rozsah péče přiznaný příslušným právním řádem, ale jen v případě splnění podmínek předpisů kompetentního státu pro vznik nároku na dávky. Nejčastěji používaným příkladem je čl. 22 Nařízení. Je zřejmé, že ani tyto přímé normy „druhého pořadí“ nezakládají prvotně nárok na věcné ani peněžité dávky.

Bydliště je tedy bezpochyby nutné vykládat v celém evropském hospodářském prostoru jednotně, ale na jeho základě Nařízení přímou účast v systému veřejného zdravotního pojištění nestanovuje. Nařízení pomocí bydliště určuje rozhodné předpisy čl. státu EU. Jen takové pojetí je slučitelné s převažující zásadou koordinace, kde jsou harmonizována jen kolizní kritéria pomocí přímých norem. V konečném důsledku bude většina osob skutečně pojištěna ve státě bydliště, ale jde o postup, který je slučitelný se zásadou koordinace, a dodržení respektu k jednotlivým odlišnostem systémů sociálního zabezpečení.

²¹³ Kučera, Z., Mezinárodní právo soukromé. 6.vydání. Brno: Doplněk, 2004, str. 27. Pozn.: Autor citace do definice přímé normy zahrnuje pouze soukromoprávní vztahy, to samé však lze vztáhnout i na oblast veřejného práva, které má se soukromým právem mnoho styčných bodů.

²¹⁴ Rozsudek ESD „de Laat“ ze dne 15. března 2001: Posouzení, je-li přeshraniční pracovník částečně nezaměstnaný, se nemůže řídit kritérii vnitrostátního práva.

²¹⁵ Označení v uvozovkách je ilustrativní a názorné, není odborným termínem.

3.1.1.1. Vztah bydliště a trvalého pobytu

Zdravotní pojišťovny se setkávají s žádostmi osob bez trvalého pobytu k zaregistrování ve veřejném zdravotním pojištění z důvodu existence bydliště na území ČR. Bydliště dokládají nájemními smlouvami, vlastnictvím nemovitosti nebo jinými podpůrnými doklady. U těchto osob je vhodné na začátku zkoumat, co jim brání v možnosti evidenční trvalý pobyt získat. Pokud je to pouhé podání žádosti o jeho přidělení bez dalších překážek, pak se nabízí otázka, proč u žadatele složitě zkoumat bydliště, když má možnost „obratem“ o trvalý pobyt úspěšně požádat a doložit jej.

Subjekty jednající diskriminačně mohou být:

- právnické osoby
- správní orgány
- stát v roli zákonodárce, tedy prostřednictvím parlamentu²¹⁶

Nařízení Rady (EHS) č. 1612/68 o svobodě pohybu zaměstnanců uvnitř Společenství stanovuje zákaz diskriminace v přístupu k zaměstnání na základě státní příslušnosti. Tento zákaz je v ČR plně respektován a stejně je respektováno právo pobytu těchto pracovníků a právo usadit se na území ČR. Možnost získat povolení k trvalému pobytu občanem EU je předvídáno, ale je vázáno buď na výkon určité činnosti (podnikání, člen statutárního orgánu) nebo na uplynutí několika let nepřetržitého pobytu během zaměstnání. Udělení trvalého pobytu není podmínkou pro další setrvání ani usazení takové osoby na území ČR. Spíše lze tvrdit, že udělením povolení k trvalému pobytu je deklarován užší vztah k území, který může směřovat až k získání občanství ČR, ale na právo zvolit si bydliště nemá vliv.

Občanství unie lze považovat za předstupeň společné státní příslušnosti. Základem statutu unijního občana je zákaz diskriminace na základě státní příslušnosti.²¹⁷ Právo volného pobytu a volného pohybu v každém čl. státě znamená, že občan Unie se může

²¹⁶ Tomeš, I., Koldinská, K. Sociální právo Evropské unie. 1. vydání. Praha: C.H.Beck, 2003, str. 112.

²¹⁷ Tichý, L., Arnold, R., Svoboda, P., Zemánek, J., Král, R., Evropské právo. 2. vydání. Praha: C.H.Beck, 2004, str. 109-110.

v každém čl. státě volně pohybovat, může si libovolně zvolit své bydliště a může opět členský stát opustit.²¹⁸

Zdravotní pojišťovna v ČR by se chovala diskriminačně, pokud by odmítla zaregistrovat občana jiného čl. státu s povolením k trvalému pobytu na území ČR a souběžně by registrovala občany ČR s trvalým pobytem. Takový postup zákon o veřejném zdravotním pojištění neumožňuje. Diskriminační mohou být leda podmínky pro udělení povolení k trvalému pobytu pro ostatní občany EU a odpovědným subjektem by byl stát v roli zákonodárce.

Domovské právo představovalo kromě jiného právo na poskytnutí chudinské péče, jednalo se o skutečnou péči.²¹⁹ V průběhu 20. století se chudinská péče postupně přerodila v sociální péči a sociální pomoc.²²⁰ Pro modernizaci evropského sociálního modelu, a tedy i pro formulování politiky boje proti sociálnímu vyloučení byla zvolena otevřená metoda koordinace.²²¹

Trvalý pobyt není pro občany ČR ani překážkou ani podmínkou pobytu ani pohybu na území ČR. Jeho význam je evidenční a občan mající trvalý pobyt na území ČR si jej může změnit, odhlásit, aniž by musel měnit své skutečné bydliště ve smyslu Nařízení. Ztotožňování trvalého pobytu a bydliště ve smyslu evropského práva je problematické, jelikož jeden z institutů se vyznačuje především materiálním pojetím a druhý spíše formálním, evidenčním významem.

Rozdělení bydliště a trvalého pobytu na materiální a formální pojetí je cum grano salis podobné jako rozdělení správních aktů nebo soudních rozhodnutí na deklaratorní a konstitutivní nebo rozdělení zákonů na soukromé a veřejné. I bydliště ve smyslu evropského práva má svojí formální stránku tím, že může být pouze na jednom místě, „na jedné adrese“. Přesto mohou nastat situace, kdy osoba má 80 % těžiště zájmů (jakoby většinové bydliště) v jednom místě a zbytek v jiném místě, kde např. trvale bydlí její děti, které navštěvuje, nebo když osoba pravidelně pobývá v dalším místě,

²¹⁸ Tichý, L., Arnold, R., Svoboda, P., Zemánek, J., Král, R., Evropské právo. 2. vydání. Praha: C.H.Beck, 2004, str. 109-110.

²¹⁹ Tomeš, I., Koldinská, K. Sociální právo Evropské unie. 1. vydání. Praha: C.H.Beck, 2003, str. 237.

²²⁰ Tomeš, I., Koldinská, K. Sociální právo Evropské unie. 1. vydání. Praha: C.H.Beck, 2003, str. 237.

²²¹ Lisabonská strategie přijatá Evropskou radou v březnu 2000.

tráví zde podstatnou část času (jakoby menšinové bydliště). Koncepce bydliště je založena na jediném bydlišti v EU, nikoli na více bydlištích jako tomu může být s občanstvím (víceré občanství).

Formální pojetí trvalého pobytu má na druhé straně materiální stránku v tom ohledu, že zpravidla pro jeho vznik je nutné doložit vztah k ohlašovanému místu (nájemní smlouva, souhlas bydlící osoby, doklad o vlastnictví nemovitosti). Trvalý pobyt není podmínkou pobytu v nahlášeném místě, je teprve následkem, tj. až když je doložitelný pobyt v místě, mohu ohlásit trvalý pobyt. Druhá z uvedených vlastností způsobuje převahu evidenčního významu nad materiálním pojetím. Specifický případ je u občana v době narození, u kterého nelze trvalý pobyt zjistit a stává se jím sídlo ohlašovny. To je právní fikce, která odpovídá formálnímu pojetí, jehož cílem je zabezpečit, aby narozený občan se neocítl mimo systém sociálního zabezpečení, neboť zákonodárce takovou situaci považoval za krajně nežádoucí a k zamezení této situace zvolil výše popsanou konstrukci. Řešení by mohlo mít i jinou podobu, může být vystavěno na jiných kritériích, ale to je výlučná pravomoc zákonodárce.

Místem trvalého pobytu je sídlo ohlašovny dále u bezdomovců s občanstvím ČR nebo občanů ČR, jejichž trvalý pobyt byl úředně zrušen, kvůli tomu, aby stát dostal své povinnosti vyplývající z obsahu občanství jako vztahu občana a státu, jehož obsahem je také zabezpečení vlastních občanů ze strany státu. Občanství unie zatím nezakládá obdobný plnohodnotný vztah mezi občanem EU a jiným čl. státem.

Osoba s trvalým pobytem na území ČR má usnadněnou cestu k věcným a peněžitým dávkám sociálního zabezpečení, a proto je pro neobčany ČR získání trvalého pobytu náročnější. Jedná se o důležité kritérium při poskytování dávek sociálního zabezpečení. Každý členský stát EU se brání spekulativnímu pohybu osob, které nesledují naplnění základních svobod Společenství a chtějí zatížit systém sociálního zabezpečení jenom ve svůj prospěch.

3.1.2. Cizinci z hlediska rezidenčního systému

Pravidla pro neobčany ČR ohledně získání trvalého pobytu upravuje zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky. Obecné podmínky pro udělení trvalého pobytu cizinců ze třetích zemí řeší §§ 65-68, ohledně občanů EU a

jejich rodinných příslušníků jsou stanoveny mírnější podmínky v §§ 87g-87j. Přes mírnější podmínky u občanů EU zůstává faktem, že oproti českým občanům, z hlediska vstupu do systému pojištění na základě rezidenčního systému, jsou podmínky přísnější z důvodu kvalifikačních lhůt, přičemž výchozí lhůta je 5 let nepřetržitého pobytu na území ČR²²².

Vedle osob s trvalým pobytem jsou na základě rezidenčního systému účastni i pojištěnci, kteří trvalý pobyt nemají, avšak je stanovena fikce, že pro účely veřejného zdravotního pojištění se za osoby s trvalým pobytem považují.

Např. cizinec mladší 18 let svěřený do náhradní výchovy rozhodnutím příslušného orgánu podle zákona o rodině je oprávněn trvale pobývat na území, je-li alespoň jedna fyzická osoba, již je cizinec svěřen, přihlášená k trvalému pobytu na území ČR nebo se na území ČR nachází ústav, ve kterém je cizinec umístěn. Dále je významné ustanovení § 48 zákona o pobytu cizinců, které pro účely zdravotní péče stanoví obdobnou fikci u

- cizince, který je držitelem povolení k dlouhodobému pobytu za účelem strpění pobytu,
- cizince s vízem k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu, kterému ve vycestování z území brání překážka na jeho vůli nezávislá, jehož vycestování není možné nebo který v době platnosti oprávnění k pobytu požádal na území o vydání povolení k trvalému pobytu,
- cizince s povolením k dlouhodobému pobytu za účelem ochrany na území, který je pravděpodobnou obětí trestného činu obchodování s lidmi,
- a u cizince, který požádal nebo mu již bylo uděleno povolení k dlouhodobému pobytu za účelem ochrany na území.

Výše uvedený výčet podmínek, za kterých se cizinci kvalifikují k účasti ve veřejném zdravotním pojištění, byl přiměřeně zjednodušen. Původně se vyskytovala častěji varianta úhrady z rozpočtové kapitoly Ministerstva vnitra, ale legislativním trendem je

²²² Nejkratší kvalifikační lhůta, resp. žádná, se uplatní v případě, kdy občan EU skončil zaměstnání, podnikání nebo jinou výdělečnou činnost z důvodu vzniku plné invalidity a pobývá na území nepřetržitě po dobu nejméně 2 let; podmínka doby nepřetržitého pobytu na území neplatí, pokud občanu Evropské unie vznikl nárok na plný invalidní důchod z důvodu pracovního úrazu nebo nemoci z povolání.

přesun k zakládání účasti ve veřejném zdravotním pojištění, přičemž snahou Cizinecké policie ČR je, aby tuto možnost mohl využívat co nejširší okruh cizinců²²³.

Z hlediska dalších „cizineckých“ zákonů je držitelem trvalého pobytu azylant, který má platné povolení o udělení azylu na území ČR²²⁴. V § 88 zákona o azylu je neobvyklé (nestandardní z hlediska používané terminologie) ustanovení: „Náklady spojené s poskytováním zdravotní péče žadatelů o udělení mezinárodní ochrany²²⁵ nese stát; náklady vzniklé zdravotnickému zařízení jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění“. Původně odmítala největší zdravotní pojišťovna uznat na základě tohoto ustanovení účast takových žadatelů v systému veřejného zdravotního pojištění, ale později s registrací těchto osob souhlasila, neboť záměr o zahrnutí těchto osob do veřejného zdravotního pojištění vyplýval ze souběžné novelizace seznamu osob, za které je plátcem pojistného stát²²⁶. Text § 88 zákona o azylu je výsledkem novely na základě poslanecké iniciativy a bylo opomenuto náležitě novelizovat definici osobního rozsahu ať přímo v zákoně o v.z.p., nebo fikcí trvalého pobytu žadatelů o mezinárodní ochranu přímo v zákoně o azylu.

Posledním ze zákonů, podle kterého se může nevýdělečně činný cizinec stát pojištěncem veřejného zdravotního pojištění, je zákon č. 221/2003 Sb. o dočasné ochraně cizinců, který cizince požívajícího dočasné ochrany pro účely poskytování zdravotní péče považuje za cizince s povoleným trvalým pobytem (§32).

3.2. Pojištění výdělečně činných osob

Většina osob, která je účastna veřejného zdravotního pojištění z důvodu výdělečné činnosti, by zůstala pojištěna i po skončení výdělečné činnosti na základě rezidenčního

²²³ Takové osoby jsou ale zároveň plátcí pojistného, nejedná-li se o státní kategorii podle § 7 odst. 1 písm. o, p) zákona o v.z.p.: Cizinci, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území České republiky za účelem poskytnutí dočasné ochrany podle zvláštního právního předpisu nebo žadatelé o udělení mezinárodní ochrany a jeho dítě narozené na území, cizinci, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti.

²²⁴ § 76 zákona č. 325/1999 Sb., o azylu.

²²⁵ V dřívější terminologii žadatelé o azyl.

²²⁶ § 7 odst. 1 písm. p) zákona o v.z.p. (žadatelé o udělení mezinárodní ochrany).

systemu. Pro většinu cizinců²²⁷ je na druhé straně výkon výdělečné činnosti jedinou možností (a zároveň povinností), jak se účastnit zdravotního pojištění, které obsahuje bezlimitní krytí a neobsahuje výluky z pojistných událostí.

Podle zákona o v.z.p. jsou pojištěny osoby, které jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území České republiky. Zaměstnáním se pro účely zdravotního pojištění původně rozuměl výkon činností, ze kterých je zaměstnanec účasten nemocenského pojištění²²⁸.

Definice zaměstnání, používaná od vzniku veřejného zdravotního pojištění, tedy spočívala v podmínce účasti na nemocenském pojištění. Od 1. ledna 2007 byl tento přístup změněn zákonem č. 261/2007 o stabilizaci veřejných rozpočtů, a to odkazem na zákon o daních z příjmů²²⁹: „Za zaměstnance se pro účely zdravotního pojištění považuje fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků podle zvláštního právního předpisu“.

Definice osob samostatně výdělečně činných změny reformním zákonem nedoznala a je konstruována výčtem, přičemž tento výčet nelze považovat za jiný než taxativní. Zvláštností je, že kategorie OSVČ je definována toliko pro účely plátcovství pojistného²³⁰. Bez dalšího není důvodem pro vstup do systému veřejného zdravotního pojištění, protože tímto důvodem je trvalý pobyt. Proto se může při postupu ze strany zdravotních pojišťoven stát, že OSVČ, která není držitelem trvalého pobytu, není oprávněna k účasti ve veřejném zdravotním pojištění (zároveň není ani povinna platit pojistné podle Zpoj).

Nejčastěji v takové situaci dochází ke sporům u občanů, kteří jsou státními občany státu, s nímž je sjednána mezinárodní smlouva o sociálním zabezpečení (zahrnující zdravotní pojištění), podrobnější rozbor viz v následujících odstavcích. Je pozoruhodné, že samotné zdravotní pojišťovny se neumějí rozhodnout, jestli by spíš chtěly nebo spíš nechtěly OSVČ bez trvalého pobytu mít de lege ferenda „v systému“.

²²⁷ Nikoli jenom ze třetích zemí, ale za současných podmínek udílení trvalého pobytu se toto týká i většiny občanů z jiných států EU bez českého státního občanství.

²²⁸ Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců. Pozn.: Od 1. ledna 2009 je zákon nahrazen komplexním (konsolidovaným) předpisem, a to zákonem č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění.

²²⁹ § 6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů.

²³⁰ Pojištěnec je plátcem pojistného, pokud je osobou samostatně výdělečně činnou (§5 písm. b) Zákona o v.z.p.).

OSVČ s místem podnikání na území ČR, která má občanství EU, avšak nemá na území ČR trvalý pobyt, bude účastna českého veřejného zdravotního pojištění. Takový je i faktický postup českých zdravotních pojišťoven. Zdůvodnění tohoto postupu vychází z Nařízení, které si klade za cíl řešení přeshraničních situací v EU tak, aby jejich výsledkem nebyla ztráta nároků nebo neodůvodněná/nepřiměřená právní nejistota. Vyžadovat doložení trvalého pobytu u těchto OSVČ nelze jednak z toho důvodu, že ne každý stát disponuje institutem trvalého pobytu. Na základě čl. 18 Nařízení lze dovést, že kompetentní instituce (zdravotní pojišťovna) posoudí splnění podmínky bydlení v jiném členském státě, jakoby byla splněna ve státě pojištění (kompetentní stát). Doslovně se sice čl. 18 týká započítávání „kvalifikačních“ lhůt, ale vzhledem k cílům koordinace sociálního zabezpečení je důvodné se domnívat, že je nezbytné uznat i trvalý pobyt v jiném čl. státě pro účely splnění podmínky trvalého pobytu ve státě výkonu samostatné výdělečné činnosti.

U dvoustranných mezinárodních smluv lze vysledovat obdobný záměr. Např. čl. 5, 6 Smlouvy s Chorvatskem stanovuje, že na výdělečně činné osoby se vztahují právní předpisy smluvního státu, na jehož území je výdělečná činnost vykonávána a nárok na dávky nesmí být zamítnut jen z důvodu, že oprávněná osoba má bydliště nebo vykonává výdělečnou činnost na území druhého smluvního státu. Faktický postup českých zdravotních pojišťoven je ale odlišný, tj. OSVČ zůstane pojištěna v rezidenčním systému druhého smluvního státu a pojistné také odvede jako by nebyla výdělečně činná.

3.2.1. Souběh výdělečných činností ve více členských státech

Velkým přínosem Nařízení je úprava souběhu výdělečných činností a stanovení příslušnosti k jediným právním předpisům. Nelze úplně přehlédnout, že evropská úprava trochu pozměnila daňovou povahu pojistného na zdravotní pojištění v českých podmínkách a upřednostnila zabezpečení migrujících pracovníků a OSVČ v EU. Jistou korekturou byla Příloha VII Nařízení, která stanovuje dvojí příslušnost k právním předpisům, a to podle místa zaměstnání a místa výkonu samostatné výdělečné činnosti. V Novém Nařízení tato výjimka ke dvojí příslušnosti k právním předpisům již zakotvena není.

Příslušnost při souběhu výdělečných činností dokládají migrující pracovníci „Potvrzením o příslušnosti k právním předpisům“ (formulář E 101)²³¹. V ČR přijímá a vyřizuje žádosti o vystavení tohoto potvrzení ČSSZ podle Přílohy 10 Prováděcího nařízení²³². Na příkladu vyslaných pracovníků, u kterých se používá stejné potvrzení (jen s uvedením jiného důvodu, resp. odkazu na příslušný článek Nařízení v části 5.1 formuláře) měl možnost ESD vyjádřit se k závaznosti těchto potvrzení²³³, podrobněji na str. 62 Kiere NV.

Význam rozsudku nejlépe vystihuje jeho bod 33: „S ohledem na všechny výše uvedené úvahy je třeba na první a druhou otázku odpovědět tak, že dokud potvrzení E 101 nebylo odvoláno nebo prohlášeno neplatným, orgány členského státu, v němž bylo v souladu s čl. 11 odst. 1 písm. a) nařízení č. 574/72 vydáno, je závazné pro příslušnou instituci a soudy členského státu, do něhož jsou pracovníci vysláni. V důsledku toho není soud hostitelského členského státu zmíněných pracovníků oprávněn ověřit platnost potvrzení E 101, pokud jde o osvědčení skutečností, na základě kterých bylo takové potvrzení vydáno, zejména existenci organického vztahu ve smyslu čl. 14 odst. 1 písm. a) nařízení č. 1408/71, ve spojení s bodem 1 rozhodnutí č. 128, mezi podnikem usazeným v jednom členském státě a pracovníky, které tento podnik vyslal na území jiného členského státu, v průběhu doby vyslání těchto pracovníků.“

3.2.1.1. Souběh závislých činností

Souběh závislé činnosti (zaměstnání) ve více členských státech upravuje čl. 11 a následující Nového Nařízení²³⁴, podle kterého jsou příslušné právní předpisy státu bydliště migrujícího pracovníka, který je zaměstnán ve více státech EU, případně stát sídla jeho zaměstnavatele, jestliže ve státě bydliště zaměstnání není vykonáváno.

Starší Nařízení pamatovalo i na v ČR neobvyklé případy u podniků, jejichž umístění fakticky zasahuje do území dvou členských států²³⁵. Zaměstnanec takového podniku

²³¹ Vzorový formulář vydala Administrativní komise Přílohou rozhodnutí č. 202 ze dne 17. dubna 2005.

²³² Koncepce se liší stát od státu, např. v Německu vystavují toto potvrzení také instituce nemocenského pojištění, což jsou ale zdravotní pojišťovny. U osob dobrovolně nepojištění je příslušným úřadem instituce důchodového pojištění.

²³³ Rozsudek ESD č. 2/05 Herbosch Kiere ze dne 26. ledna 2006.

²³⁴ Bližší se jedná o čl. 13 Výkon činností ve dvou nebo více členských státech Nového Nařízení.

²³⁵ Jako příklad lze uvést tunel nebo vodní elektrárnu na francouzsko-švýcarské hranici.

přísluší předpisům státu sídla firmy, která podnik provozuje, i kdyby zaměstnanec bydlel na území druhého členského státu, do kterého území podniku také zasahuje. Tuto velmi speciální úpravu Nové Nařízení opustilo.

Poměr, ať z hlediska doby výkonu, výdělku nebo jiných kritérií, jednotlivých závislých činností nebyl pro určení rozhodných právních předpisů podle Nařízení významný. Z hlediska časového rozsahu se tak vyjádřil ESD v rozsudku C-2/89 Kits van Heijningen ze dne 3. května 1990. Podle Nového Nařízení je v čl. 13 uvedeno kritérium podstatného výkonu činnosti v místě bydliště jak u zaměstnanců, tak u OSVČ pro určení rozhodných předpisů.

3.2.1.2. Souběh samostatných výdělečných činností

Konstrukce určení příslušných právních předpisů byla podle Nařízení obdobná jako u zaměstnanců, kromě toho, že nelze použít odkaz na sídlo zaměstnavatele, takže ve zvláštních případech se může vycházet z umístění provozovny, dále z povahy a délky činnosti, z počtu objednávek a příjmů z nich (čl. 12a odst. 5 písm. d/ Prováděcího nařízení). Podle Nového nařízení byla kolizní kritéria více sjednocena se zaměstnanci a bylo zavedeno pro OSVČ kolizní kritérium „středu zájmu její činnosti“ (čl. 13 odst. 2 písm. b/ Nového Nařízení).

Kolizní ustanovení při souběhu samostatných výdělečných činností bývá předmětem pozornosti daňových poradců, neboť na základě předem stanovených pravidel je možné zjistit, kde by měla mít OSVČ bydliště a část výkonu samostatné výdělečné činnosti, aby se vyhnula povinným nebo příliš vysokým odvodům na zdravotní a sociální pojištění. Případ Zinnecker²³⁶ (není záměrem poukazovat na eventuální vypočítavost podnikatele) se skutkově týkal podnikatele na území Německa a Nizozemska se závěrem, že OSVČ podléhá předpisům státu bydliště a tedy i pravidlům pro eventuální dobrovolnou neúčast v systému veřejného zdravotního pojištění. Česká republika byla uvedena v Příloze č. VII Nařízení o výjimce z pojištění podle jedné právních předpisů. Nové Nařízení již dvojí příslušnost k právním předpisům neumožňuje.

²³⁶ Rozsudek ESD sp. zn. C-121/92 Zinnecker ze dne 13. října 1993.

Oddíl 4. Práva a povinnosti pojištěnce

Práva a povinnosti pojištěnce jsou upraveny v §§ 11 a 12 zákona o v.z.p. Právo na hrazenou zdravotní péči poskytovanou s cílem zachování nebo zlepšení zdravotního stavu zakotvuje § 13 zákona o v.z.p.

4.1. Právo na výběr zdravotní pojišťovny

Jedná se zatím o jednu z mála oblastí, ve které se odehrává skutečný konkurenční boj o klienty zdravotních pojišťoven. „Náborové kampaně“ jsou vedeny o to usilovněji, oč mladší a menší pojišťovna nábor provádí. Výhodou i nevýhodou těchto kampaní je možnost pojištěnce změnit zdravotní pojišťovnu na základě vlastního rozhodnutí jednou za 12 měsíců k 1. dni kalendářního čtvrtletí. Pojišťovna nemůže akceptovat změnu pojištěnce v jiném termínu. Velmi důležité omezení ze strany zdravotní pojišťovny zní, že žádného pojištěnce se nemůže jednostranně zbavit ani nemůže při změně pojišťovny stanovit lhůtu pro takovou změnu.

Pojištěnec může změnit zdravotní pojišťovnu mimo stanovené lhůty k 1. dni kalendářního měsíce v případě vstupu pojišťovny do likvidace, zavedením nucené správy nebo vyhláškou Ministerstva zdravotnictví o zjištění nerovnováhy v hospodaření. Z historie zdravotních pojišťoven: Během vyhlášení nucené správy na VZP ČR nedocházelo k masovému odlivu pojištěnců největší zdravotní pojišťovny, mj. i na základě iniciativy samotného ministra zdravotnictví, který dohodl se zaměstnaneckými pojišťovnami „neútočení“ na VZP ČR.

Určenou zdravotní pojišťovnu mají vojáci Armády České republiky, kterou nemohou bez opuštění ozbrojeného sboru změnit. Určenou zdravotní pojišťovnu mají dále novorozenci, a to podle zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození. Změnu zdravotní pojišťovny dítěte může jeho zákonný zástupce provést až po přidělení rodného čísla dítěti.

4.2. Právo na volbu lékaře, zdravotnického zařízení a dopravní služby

Právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení s výjimkou závodní zdravotní služby, kteří jsou ve smluvním

vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně, může pojištěnec uplatnit častěji než změnu zdravotní pojišťovny, a to jednou za tři měsíce.

Spíše „papírové“ povahy je ustanovení o povinnosti vyhotovit písemné potvrzení lékařem v případě odmítnutí převzetí pojištěnce do své péče. Sklon lékaře k „papírování“ ohledně nemedicínských záležitostí je nízký, takže legislativní představa, že lékař bude potvrzovat pojištěnce, proč jej nechce, není naplňována²³⁷.

Možnost k odmítnutí pojištěnce do péče je dvojí:

- Překročení únosného pracovního zatížení lékaře (posuzuje zvolený lékař). Odmítnutí z toho důvodu není přípustné u neodkladné péče a u pacienta ze stanoveného spádového území²³⁸.
- Přílišná vzdálenost místa trvalého nebo přechodného pobytu pojištěnce pro výkon návštěvní služby.

Pojištěnec má právo na výběr zdravotní služby se smlouvou o poskytování zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou, kterou si zvolil. Výrazné omezení ve volbě lékaře nebo zdravotnického zařízení mají vojáci Armády České republiky. Výhodou omezené volby lékaře vojáků je doplatek rozdílu částečně hrazené péče do celkových nákladů Ministerstvem obrany prostřednictvím Vojenské zdravotní pojišťovny.

4.3. *Neposkytování náležité péče*

Má-li pojištěnec za to, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče, § 11 odst. 2 zákona o v.z.p. předvídá tyto možnosti:

- i. Podat návrh na přezkoumání vedoucímu zdravotnického zařízení nebo jeho zřizovateli²³⁹.
- ii. Obrátit se na Českou lékařskou komoru, Českou stomatologickou komoru nebo Českou lékárnickou komoru, týkají-li se nedostatky odborného nebo

²³⁷ Jedná se o leges imperfekte, za porušení povinnosti lékaře není stanovena přímá sankce.

²³⁸ Vymezení spádových území však není zcela použitelné vzhledem k neaktuálnosti vyhlášky č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi a vyhlášky č. 394/1991 Sb., o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic a dalších nemocnic, vybraných odborných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic v řídicí působnosti ministerstva zdravotnictví České republiky.

²³⁹ Z hlediska poznámky pod čarou k předpisu se jedná se o návrh na přezkoumání lékařského posudku podle § 77 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu.

etického postupu lékaře nebo lékárníka, anebo na jinou profesní organizaci, pokud byla zřízena, týkají-li se uvedené nedostatky jiného zdravotnického pracovníka.

- iii. Obrátit se na zdravotní pojišťovnu, jejíž je pojištěncem, zejména odmítne-li zdravotnický pracovník provést zdravotní výkon spadající do hrazené péče.
- iv. Obrátit se na příslušný orgán státní správy, který provedl registraci zdravotnického zařízení podle zvláštního zákona²⁴⁰.

Již hypotéza právní normy v § 11 odst. 2 zákona o v.z.p. implicitně připouští, že se pojištěnec při podávání návrhu může mýlit. Vyplývá to ze složitosti a rizikovosti samotného léčení pojištěnce-pacienta, toto dokládá i nutnost vyžadování znaleckých posudků v řízeních o náhradu škody způsobených postupem non lege artis.

Je snad již tradicí současného českého veřejného zdravotního pojištění, že plno postupů je „papírové povahy“ a nenachází praktického uplatnění. Postup ad i/ je použitelný spíše u vypracovaného lékařského posudku, který je vyhotovován pro třetí osobu, i když nic nebrání pojištěnci, aby se s odkazem na toto ustanovení obrátil na vedoucího zdravotnického zařízení nebo jeho zřizovatele i v dalších záležitostech souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

Postup ad ii/ je často využíván, protože z hlediska pojištěnce není spojen s dalšími náklady a je šance, že se stížností nebo podmětem nebude zabývat lékař z dotčeného zdravotnického zařízení. Nicméně výsledky vyřizování stížností nelze přeceňovat. Jedním z důvodů může být kolegialita, míněna však v kladném smyslu, kdy lékaři sdružení v profesní samosprávě si dobře uvědomují úskalí procesů při léčení pacientů, rizikovosti jednotlivých postupů, složitosti diagnostiky, personálních a materiálních podmínek pro výkon lékařského povolání apod.

Pravděpodobně nejrozporuplnější výsledek v porovnání s ostatními stížnostmi čeká pojištěnce při stížnosti u své zdravotní pojišťovny. Je pro to několik důvodů. Na prvním místě je to systém regulace zdravotní péče, kdy pojištěnec má ze zákona o v.z.p. nárok na leccos bez čekání, nicméně ustanovení v konkrétní smlouvě o poskytování zdravotní péče ohledně regulace nákladů zdravotní péče vykonané poskytovatelem poskytuje

²⁴⁰ Registrace nestátních zdravotnických zařízení spadá do kompetence krajských úřadů podle § zákona č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.

méně optimistické výhledy ve srovnání s rozsahem a dostupností přiznanou zákonem. Stížnost pojištěnce na to, že lékař nechce poskytnout zdravotní péči, u které je pravděpodobnost, že nebude ze strany zdravotní pojišťovny v rámci nasmlouvaného objemu zdravotní péče uhrazena, nedává pojišťovně příliš velký manévrovací prostor při jejím vyřízení. Nejvýznamnější dopad mají limity na hrazenou nemocniční péči, která není vyloženě akutní²⁴¹, nicméně bez ní trpí pojištěnec vážnými zdravotními komplikacemi²⁴².

Dalším úskalím stížnosti ke zdravotní pojišťovně je racionalizace jejího provozu a časové možnosti jejich zaměstnanců k řešení stížnosti. Stížnosti jsou buď přeposílány jiným orgánům, např. samosprávným profesním komorám nebo krajskému úřadu v případě nestátního zdravotnického zařízení. Další častou variantou vyřízení stížnosti je vyplnění archu A4 několika odstavci, s opakovaným oslovením stěžovatele na začátku posledního nebo předposledního odstavce. Oč lépe byla splněna v takovém případě forma, o to víc to bývá na úkor obsahu odpovědi ke stížnosti, která se v lepším případě pouze okrajově a pouze obecně dotýká předmětu stížnosti pojištěnce, o vyřešení předmětu stížnosti nemluvě.

Skutečným „kladivem“ na nestátní zdravotnické zařízení může být podnět ke krajskému úřadu, který je příslušný k registraci tohoto zařízení. Za stanovených podmínek, kdy lékař, jiný odborný pracovník ve zdravotnictví nebo zdravotnické zařízení by přijalo v rozsahu hrazené zdravotní péče od pojištěnce další úhradu, je oprávněn krajský úřad odejmout oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložit pokutu. Ze stejných důvodů je příslušná zdravotní pojišťovna oprávněna vypovědět smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny koordinují svůj postup s orgány státní správy při uplatňování postihu za porušení povinnosti uložené tímto ustanovením zákona.

Poslední zmíněná věta by mohla spíš znít vzhledem k vykonávané praxi opačně, tj. krajské úřady koordinují svůj postup se zdravotními pojišťovnami. Vypovězení

²⁴¹ Rozuměj nezbytné zahájení předmětné péče není otázkou hodin vzhledem k zachování života pacienta.

²⁴² V médiích je často zmiňována problematika onkologické péče ve specializovaných centrech. Původně specializovaná centra nefungovala, jejich vytvořením se řízení a racionalizace poskytování onkologické péče vylepšily (včetně jejich výsledků), nicméně ani tímto opatřením nelze abstrahovat od mimořádné nákladovosti onkologické péče.

smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče je opravdu vysoký „trest“²⁴³, pokud by připadal v úvahu, pak u menších zdravotnických zařízení v regionu s dostatečnou dostupností zdravotní péče. Možnost vypovězení smlouvy s velkou nemocnicí se spádovým regionem přesahujícím město jejího sídla je pouze teoretická.

4.3.1. Náhrada škody způsobené na zdraví pojištěnce

Pokud je pojištěnci způsobena škoda na zdraví, pak jedinou možností jejího vymožení je připojení se k náhradě škody v rámci trestního řízení nebo podáním žaloby na náhradu škody v civilním řízení. Posléze uvedeným způsobem může skončit i trestní stíhání odpovědného zdravotnického pracovníka. Pojištěnec může zvolit variantu trestního oznámení kvůli výši nákladů řízení. V případě trestního řízení jsou náklady řízení placené obětí nebo poškozeným výrazně nižší bez rizika případné náhrady nákladů ostatních účastníků řízení než v civilním řízení podáním žaloby. Orgány činné v trestním řízení opatřují důkaz ve prospěch i neprospěch obviněného na náklady státu²⁴⁴, vyhotovené znalecké posudky je při zastavení trestního řízení nebo při zproštění obžaloby možné použít v řízení civilním.

K podávání trestních oznámení jako prostředku řešení nespokojenosti pojištěnce s poskytnutou zdravotní péčí je nutné uvést, že tím dochází k hypertrofní kriminalizaci zdravotnických pracovníků, zejména lékařů. Úmyslné trestné činy jsou ve zdravotnictví výjimečné a nejčastější pochybení vznikají při rizikových, znalostně náročných postupech léčení. De lege ferenda by bylo vhodné zvýšit hladinu významnosti pro trestní stíhání pracovníků ve zdravotnictví a naopak poskytnout pojištěncům větší možnosti domoci se peněžních náhrad v případě pochybení v rámci civilních řízení.

Současný systém motivace pracovníků ve zdravotnictví je až nezdravě založen negativně, tj. hrozbami postihů a dalších opatření proti jejich osobám. Pracovníci ve zdravotnictví jsou stejně vyčerpatelní a závislí na svém příjmu z výdělečné činnosti jako pracovníci v jiných oborech. Nelze neustále apelovat na lékařské poslání, přísahu, vyšší

²⁴³ Zejména ze strany VZP ČR by se jednalo o podstatný výpadek ve financování zdravotnického zařízení. Jediným regionem, kde VZP ČR má vyrovnanější podíl se zaměstnaneckým zdravotními pojišťovnami je Moravskoslezský kraj.

²⁴⁴ Při pravomocném odsouzení je uložena odsouzenému paušální náhrada nákladů

morální standard, jestliže toto znamená pouze zvyšování povinností a nikoli související odměny, ať ve formě peněžní nebo nepeněžní.

4.4. Oznamovací povinnost

Oznamovací povinnost pojištěnce je významnou povinností z hlediska průběhu jeho pojistného vztahu k veřejné zdravotní pojišťovně a s tím související výše pojistného a jeho plátce. Systematicky je oznamovací povinnost upravena v §§ 10 a 12 zákona o v.z.p.

Další oznamovací povinnosti dopadají na ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce do 8 dnů, změna jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla do 30 dnů ode dne, kdy ke změně došlo.

4.5. Povinnost vzhledem ke zdravotnímu stavu

Mezi další povinnosti patří poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu a povinnost dodržovat lékařem stanovený léčebný režim, podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám, stanoví-li tak zákon, dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí, vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví, prokazovat se při poskytování zdravotní péče platným průkazem pojištěnce, vrátit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce při zániku zdravotního pojištění, hradit zdravotnickému zařízení regulační poplatky.

4.6. Povinnost odvádět pojistné

Povinnost odvádět pojistné je stanovena zákonem o v.z.p. Povahou prováděcím zákonem je zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, který upravuje otázky vyměřovacího základu a další oblasti zmíněné počínaje str. 19 Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Plátcem pojistného je pojištěnec, zaměstnavatel nebo stát. Konstrukce plátce a poplatníka z teorie finančního práva²⁴⁵ je použita u zaměstnanců, a to z jedné třetiny odváděného pojistného, ve zbytku je poplatníkem i plátcem zaměstnavatel. Kategorie státních pojištěnců je vymezena v § 7 zákona o v.z.p., jedná se o rozsáhlejší a podrobný seznam kategorií osob, za které je plátcem pojistného stát, je odkazováno na další předpisy zejména z oblasti sociálního zabezpečení. Podmínkou pro přiznání kategorie státních pojištěnců je zahrnutí do osobní působnosti zákona podle § 2 osobní rozsah zdravotního pojištění zákona o v.z.p. Osoba, za kterou je plátcem pojistného stát, tedy musí být účastna veřejného zdravotního pojištění a spadat do jedné z kategorií státních pojištěnců.

Pojištěnec je dále plátcem pojistného jako osoba samostatně výdělečně činná. Poslední, nikoli nejméně významnou kategorií „samoplátců“ pojistného jsou osoby, které mají na území České republiky trvalý pobyt, avšak nejsou zaměstnanci ani OSVČ ani za ně není plátcem pojistného stát, pokud uvedené skutečnosti trvají po celý kalendářní měsíc²⁴⁶.

4.6.1. Odhlášení z důvodu dlouhodobého pobytu v zahraničí

Pojištěnec není povinen platit pojistné po dobu, kdy je dlouhodobě v cizině, pokud je v cizině zdravotně pojištěn a učinil o této skutečnosti u příslušné zdravotní pojišťovny písemné prohlášení. Povinnost platit pojistné však zaniká až dnem, který pojištěnec v prohlášení podle věty první uvedl, ne však dříve než dnem následujícím po dni, kdy toto prohlášení bylo doručeno příslušné zdravotní pojišťovně. Od stejného dne až do dne, kdy se pojištěnec u příslušné zdravotní pojišťovny opět přihlásil, nemá pojištěnec nárok na úhradu péče hrazené zdravotním pojištěním. Současně s opětovným přihlášením u příslušné zdravotní pojišťovny je pojištěnec povinen této pojišťovně dodatečně předložit doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a jeho délce. Pokud pojištěnec takový doklad nepředloží, je povinen příslušné zdravotní pojišťovně doplatit

²⁴⁵ Stejná konstrukce je využita např. u poplatníka (spotřebitele) a plátce DPH (prodejce) – nositel povinnosti je odlišný od subjektu, který je povinen k úhradě.

²⁴⁶ Tato kategorie pojištěnců je označována jako osoby bez zdanitelných příjmů.

zpětně pojistné tak, jako by podle tohoto ustanovení nepostupoval. Za dlouhodobý pobyt v cizině se považuje nepřetržitý pobyt delší šesti měsíců²⁴⁷.

Jako doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině pojištěnci nejčastěji předkládají doklad o sjednaném cestovním pojištění, může být i doloženo pojištěním na platební kartě, pokud umožňuje souvislé pojištění v dostatečné délce, vzhledem k předchozímu odstavci alespoň po dobu přesahující šest měsíců. Je-li možné doložit „náhradní doby pojištění“ cestovním pojištěním, potom není důvod neuznat doklad o zahraničním veřejném zdravotním pojištění se stejným účinky pomocí argumentu a *minori ad maius*²⁴⁸.

Uvedené odhlašování je povahy dočasné s úmyslem pojištěnce opět se přihlásit. Zdravotní pojišťovny však musí řešit čas od času žádosti o zpětné odhlášení bez úmyslu pojištěnce vrátit se na území České republiky. Takovýmto žádostem se zpětným účinkem je vyhověváno s respektem k evidenční povaze trvalého pobytu, který se nemusí shodovat se skutečným bydlištěm.

4.7. Výše regulačních poplatků

Regulační poplatky byly zakotveny do zákona o v.z.p. zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, s účinností od 1. ledna 2008. Výše regulačních poplatků je stanovena ve výši 30, 60 a 90 Kč.

Poplatek ve výši 30,- Kč je povinno zdravotnické zařízení vybrat při návštěvě, při které bylo provedeno klinické vyšetření²⁴⁹ u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči, klinického psychologa, klinického logopeda a u zubního lékaře. Dá se dovodit, že klinické vyšetření provede příslušný lékař nejvýše jednou za den, není ale vyloučeno, že pojištěnec podstoupí více klinických vyšetření u lékařů s různou odborností za jeden den, v takovém případě je k úhradě regulační poplatek vícekrát za

²⁴⁷ § 8 odst. 4 zákona o v.z.p.

²⁴⁸ Od menšího k většímu.

²⁴⁹ Mezi klinické vyšetření se zahrnuje vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření a je vykázáno až na výjimky příslušnými výkony v dané odbornosti podle Seznamu výkonů včetně vyšetření pojištěnce spojené s vystavením návrhu na komplexní nebo příspěvkovou lázeňskou péči nebo předoperační vyšetření pojištěnce.

den. Poplatku podléhá také návštěva praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost (návštěvní služba).

Dále poplatku ve výši 30,- Kč podléhá vydání každého léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely plně nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení. Na jednom receptu mohou být předepsány maximálně dva druhy léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, tedy dvě položky. Poplatek za jeden recept tak může činit nejvýše 60,- Kč.

Dvojnásobné výši (60,- Kč) podléhá den ústavní péče²⁵⁰, den komplexní lázeňské péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách. Tento druh poplatku již není zanedbatelné výše, nikoli z hlediska jednoho dne, ale z hlediska průměrného počtu dnů v měsíci, kdy se částka „vyšplhá“ na úroveň 1.800,- Kč (výsledek součinu 60,- Kč á 30 dnů). Pojištěnci se může stát, že uhradí regulační poplatek za jeden den hospitalizace dvakrát, např. při přeložení do ústavního zdravotnického zařízení s vyšší odborností nebo z jiného vhodného důvodu pro přeložení.

Poplatku za den ústavní péče tedy podléhá i několikahodinová hospitalizace, podmínkou není přenocování v ústavním zdravotnickém zařízení. Jednodenní péče na lůžku se oproti tomu do kategorie ústavní péče a s tím souvisejícím poplatkem nepodřazuje.

V případě příspěvkové lázeňské péče je režim odlišný než u komplexní lázeňské péče a poplatek ve výši 60,- Kč se nehradí. Hradí se poplatek ve výši 30,- Kč, pokud je při návštěvě u lékaře v lázeňském zařízení provedeno klinické vyšetření, zejména se může jednat o vstupní, kontrolní a výstupní vyšetření v průběhu pobytu.

Nejnákladnější je z hlediska poplatku pohotovostní služba, regulační poplatek činí 90,- Kč. Mezi pohotovostní službu se řadí LSPP²⁵¹, která zahrnuje i zubní pohotovost.

Poplatku podléhá také ústavní pohotovostní služba o dnech pracovního klidu a mimo běžnou pracovní dobu ústavního zdravotnického zařízení v případě, že pojištěnec není

²⁵⁰ Ústavní péče zahrnuje péči v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech, jiných zařízeních vykazujících ošetřovací den dle Seznamu výkonů a v LDN.

²⁵¹ Lékařská služba první pomoci.

následně přijat do ústavní péče. V posléze uvedeném případě se pojištěnec nevyhne regulačnímu poplatku ve výši 60,- Kč za den hospitalizace, byť by nedospěla ani k přenocování.

4.7.1. Věcné osvobození od regulačních poplatků

Regulačnímu poplatku nepodléhají preventivní prohlídky, vyšetření a prohlídky z důvodu opatření proti infekčním onemocněním a závodní zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, která je nařízena právním předpisem²⁵². Pokud se během poskytování závodní zdravotní péče objeví potřeba vyšetření, které již předpisy o závodní zdravotní péči neukládají, vzniká regulační poplatek ve výši 30,- Kč k úhradě pojištěncem. Regulační poplatek se také nehradí při ochranném léčení nařízeném soudem.

Regulačnímu poplatku nepodléhá dispenzární péče, a to těhotným ženám ode dne zjištění těhotenství nebo vybraným dětem od jednoho roku věku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu, a to v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí.

Poplatku nepodléhá hemodialýza, psychoterapie bez klinického vyšetření nebo laboratorní vyšetření, které bylo vyžádáno ošetřujícím lékařem.

Jelikož vybírání regulačních poplatků je důvodné pouze při souběžné náhradě zdravotní pojišťovnou z veřejného zdravotního pojištění, nevybírá se poplatek za recept, jestliže vydané léčivé přípravky hradí pacient²⁵³. Obdobný režim stíhá výdej léčivých přípravků, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis a pojištěnec je hradí plně.

Úhrada regulačního poplatku za podmínky úhrady péče nebo léčivých přípravků z veřejného zdravotního pojištění je vyžadována také při výpomocné úhradě zdravotní péče, kde konečný účet hradí kompetentní instituce mimo Českou republiku.

²⁵² Např. nařízení vlády č. 352/2003 Sb. v případě dobrovolných hasičů.

²⁵³ Se zaškrtnutím příslušné kolonky na receptu: hradí pacient.

4.7.2. Kdo a kdy neplatí regulační poplatky

Důvodem může být osvobození z hlediska osobního postavení pojištěnce nebo z hlediska limitu na regulační poplatky ve výši 5.000,- Kč. Pojištěnec, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, regulační poplatek neplatí v žádné výši (§ 16a odst. 2 písm. d/ zákona o v.z.p.). Potvrzení o dávce nesmí být starší 30 dnů. Pojištěnci do dovršení 18 let včetně neplatí regulační poplatek ve výši 30,- Kč (kromě návštěvy klinického psychologa nebo logopeda a poplatku za položku receptu).²⁵⁴

Překročení limitu na regulační poplatky nemůže nastat hrazením poplatků v případech, ve kterých je k úhradě poplatek ve výši 60,- a 90,- Kč. Do limitu 5 tis. Kč se tedy započítávají jen regulační poplatky ve výši 30,- Kč a započitatelné doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit (§ 32 odst. 2); v takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši.

Do limitu se nezapočítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě; to neplatí, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsané na recept pojištěncům starším 65 let, včetně dne, ve kterém dovršili 65. rok věku. Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

Po překročení limitu 5.000,- Kč, resp. 2.500,- Kč u pojištěnců mladších 18 let a starších 65 let včetně, jsou započitatelné regulační poplatky refundovány do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen. Podmínkou úspěšné refundace je oznámení vybraných poplatků zdravotní pojišťovně ze strany zdravotnického zařízení, jinak by uhrazené poplatky musel zpětně dokládat pojištěnec.

²⁵⁴ Podle § 16a odst. 3 písm. f/ zákona o v.z.p. – toto ustanovení bylo doplněno až po novelizaci zákonem o stabilizaci veřejných rozpočtů.

4.7.3. Režim úhrady poplatků

Vedle povinnosti pojištěnce regulační poplatek uhradit je recipročně stanovena povinnost poskytovateli zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění regulační poplatek vybrat. Aby regulační poplatky mohly plnit svoji ekonomickou úlohu²⁵⁵, musí být placeny a vybírány, nemohou fungovat na základně dobrovolné dohody pojištěnce a zdravotnického zařízení.

Za nevybrání regulačního poplatku může zdravotní pojišťovna uložit pokut do výše 50.000,- Kč, a to i opakovaně. Porušení povinnosti vybrat regulační poplatek nemůže nastat, jestliže pojištěnec nespolupracuje²⁵⁶. Pojištěnec může požadovat potvrzení (doklad) o zaplacení poplatku.

Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, lékárnám je část inkasovaných regulačních poplatků započítávána na pohledávku vůči zdravotní pojišťovně. Splatnost poplatku za den ústavní péče je do 8 dnů po propuštění, ledaže je pojištěnec umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dnů. V posléze uvedeném případě se regulační poplatky hradí k poslednímu dni kalendářního měsíce. Splatnost ostatních regulačních poplatků je z povahy věci do skončení vyšetření nebo výdeje na recept.

4.7.4. Zpětné proplácení regulační poplatků

Proběhlá iniciativa ze strany některých krajů při proplácení výdajů na regulační poplatky je sporná, dle názoru autora se jedná o obcházení zákonných ustanovení o regulačních poplatcích. Aby regulační poplatky plnily svoji úlohu, musí je pojištěnec nést vlastním nákladem, jejich náhrada, byť z veřejných zdrojů stojících mimo veřejné zdravotní pojištění, popírá smysl a účel regulačních poplatků, ať je formálně činěna jako dar, dotace nebo zastřena jiným úkonem ze strany kraje.

²⁵⁵ Z ekonomického pohledu je úloha dvojitá: dodatečný finanční příjem pro poskytovatele nebo zdravotní pojišťovnu a samotná regulace poptávky po plně nebo částečně hrazené zdravotní péči tak, že je vytvořena přiměřená bariéra pro vstup do režimu čerpané péče.

²⁵⁶ Rozuměj tak, že pojištěnec nesouhlasí s úhradou regulačního poplatku a poplatek neuhradí.

Problematika proplácení regulační poplatků je předmětem řízení u Ústavního soudu²⁵⁷, správní řízení zahájená Ministerstvem vnitra s kraji jsou z tohoto důvodu přerušena do vynesení rozhodnutí v této věci. Návrh na zahájení řízení ze dne 15. února 2010 o rozsah kompetencí státních orgánů a orgánů územní samosprávy, který by určil, zda je systém poskytování prostředků na úhradu regulačních poplatků v kompetenci kraje nebo státu, učinil Ústecký kraj. Řízení u Ústavního soudu nakonec skončilo tak, že Ústecký kraj před meritorním rozhodnutím vzal přípisem ze dne 9. července 2010 svůj návrh na zahájení řízení zpátky, a ÚS jej zastavil.

Oddíl 5. Náhrada nákladů zdravotní péče

Předmětem náhrady nákladů z veřejného zdravotního pojištění je zdravotní péče poskytnutá pojištěnci za účelem zachování nebo zlepšení jeho zdravotního stavu.

5.1. Bezhotovostní zúčtování nákladů

Bezhotovostní úhradu zdravotní péče velmi dobře popisuje § 11 odst. 1 písm. d) o právu pojištěnce na zdravotní péči bez přímé úhrady. Lékař, jiný odborný pracovník ve zdravotnictví nebo zdravotnické zařízení má zakázáno přijmout za hrazenou péči další úhradu. Toto ustanovení samozřejmě nelze vykládat jako zákaz přijmout úhradu u částečně hrazené péče, a to za tu část péče, které hrazena není. Dříve bylo předmětné ustanovení ještě „ostřejší“ a obsahovalo i zákaz přijmutí úhrady i v souvislosti s hrazenou péčí. K tomuto ustanovení se vyjadřoval také ÚS, který jej vyložil restriktivně, více na str. 84 „Lex Fischerová“. Sankce za porušení zákazu jsou pro zdravotnické zařízení velmi citelné. Může dojít k odejmutí oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložení pokuty krajským úřadem. Další sankce může nabýt podoby výpovědi smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče zdravotní pojišťovnou, přičemž zdravotní pojišťovny koordinují svůj postup s orgány státní správy při uplatňování tohoto postihu.

Od § 13 začíná podrobnější vymezení hrazené zdravotní péče tímto výčtem:

²⁵⁷ Spisová značka Pl. ÚS 8/10.

- léčebná péče ambulantní a ústavní (včetně diagnostické péče, rehabilitace, péče o chronicky nemocné a zdravotní péče o dárce tkání nebo orgánů související s jejich odběrem podle transplantačního zákona č. 285/2002 Sb.),
- pohotovostní a záchranná služba,
- preventivní péče,
- dispenzární péče,
- odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření), 23a)
- poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků,
- potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- lázeňská péče a péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách,
- závodní preventivní péče,
- doprava nemocných a náhrada cestovních nákladů,
- doprava žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa, do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů,
- doprava zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,
- doprava odebraných tkání a orgánů (§ 36 odst. 4),
- posudková činnost,
- prohlídka zemřelého pojištěnce a pitvu, včetně dopravy.

5.1.1.1. Přílohy zákona o v.z.p.

Oproti výčtu hrazené péče v § 13 obsahuje příloha č. 1 zákona o v.z.p. výčet nehrazené péče, resp. péče hrazené jen za určitých podmínek, v celkem 118 položkách²⁵⁸. Např. vstupní komplexní vyšetření je hrazeno pouze 1x ročně, zdravotně výchovná činnost není zásadně z veřejného zdravotního pojištění hrazena.

Příloha č. 2 zákona o v.z.p. obsahuje seznam skupin léčivých látek (celkem 300 položek). Léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, které obsahují léčivé

²⁵⁸ Položky jsou okódovány písmeny N – zásadně nehrazeno, W – hrazeno při splnění podmínek bez schvalování revizním lékařem a Z – hrazeno při splnění podmínek a po schválení revizním lékařem.

látky z vyjmenovaných skupin v Příloze č. 2, splňují jednu z podmínek úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Další podmínkou je rozhodnutí Ústavu pro kontrolu léčiv²⁵⁹ o výši maximální úhrady. Úhrada léčivých přípravků potravin pro zvláštní lékařské účely musí být nastavena tak, že v každé skupině léčivých látek musí být nejméně jedna varianta poskytnutí léčivé látky plně hrazena.

Podmínky uvedené v předchozím odstavci dopadají na ambulantní zdravotní péči. V ústavní zdravotní péči má pojištěnec z hlediska náhrady jiný režim. Rozsah plně hrazených léčivých přípravků potravin pro zvláštní lékařské účely je širší, poskytují se plně hrazené v ekonomicky nejméně náročném provedení.

Z hlediska ambulantní zdravotní péče a Přílohy č. 2 lze tvrdit, že skupiny léčivých látek jsou relativně širší a při poskytování zdravotní péče v individuálních případech by bylo lze rozlišovat další podskupiny skupin léčivých látek. Řešení může spočívat v „zakřížkování“ receptu a nezaměnitelnosti léčiva.

Příloha č. 3 obsahuje Seznam zdravotnických prostředků, který se dále člení na oddíly B a C²⁶⁰. Oddíl B obsahuje negativní výčet prostředků, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění (např. náplasti na kuří oka). Oproti tomu oddíl C obsahuje pozitivní výčet prostředků zdravotnické techniky hrazených z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantní péče, a to ve výši 75 % nejméně ekonomicky náročného provedení.

Poslední z příloh zákona o v.z.p. č. 4 určuje rozsah a podmínky úhrady stomatologických výrobků. Seznam je rozdělen pro pojištěnce do 18 let a pro starší pojištěnce. Výplň stálého zubu je ale např. položkou č. 34 Přílohy č. 1 označenou kódem W, tj. hrazenou za splnění podmínek bez schválení revizním lékařem, výplň stálého zubu tedy není podřazena režimu stomatologických výrobků v Příloze č. 4.

²⁵⁹ Ústav pro kontrolu léčiv nerozhodne o úhradě léčivého přípravku a potravin pro zvláštní lékařské účely, které jsou podpůrné a doplňkové, užívání je z odborného hlediska nevhodné, nejsou dostatečné důkazy o terapeutické účinnosti a nejsou splněny podmínky účelné terapeutické intervence.

²⁶⁰ Oddíl A tvoří Seznam použitých zkratk a symbolů.

5.1.1.2. Jiná péče

Podle § 16 zákona o v.z.p. je hrazena i jinak nehrazená zdravotní péče, je-li její poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zdravotní péče. Vyjma nutné a neodkladné péče se vyžaduje souhlas revizního lékaře. Je otázkou, jestli úhrada jinak nehrazené péče se vztahuje jen na péči poskytovanou na území České republiky nebo i mimo její území. Z hlediska územní působnosti se nabízí první z variant. Mělo-li by ustanovení naplňovat možnost pojištěnce na eventuální péči²⁶¹, pak by naopak přicházela v úvahu územní působnost § 16 zákona o v.z.p. i mimo území ČR.

5.1.2. Ambulantní péče

Mezi ambulantní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění náleží primární zdravotní péče, specializovaná ambulantní zdravotní péče a zvláštní ambulantní péče²⁶².

Primární zdravotní péči poskytuje pojištěnci registrující lékař (praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, ženský lékař), popřípadě ošetřující lékař (lékař poskytující pojištěnci specializovanou ambulantní zdravotní péči nebo lékař poskytující pojištěnci zdravotní péči v zařízení ústavní péče). Výkon primární zdravotní péče ošetřujícím lékařem je méně častý, přichází v úvahu při poskytování ambulantní zdravotní péče v prostorách ústavního zdravotnického zařízení.

Registrující lékař ke specializované ambulantní zdravotní péči vystavuje pojištěnci doporučení k přijetí specializovaným lékařem a zasílá také písemné odůvodnění a důležité zdravotní údaje včetně výsledků předem provedených vyšetření a informace o provedeném léčení. Přístup pojištěnce ke specializované zdravotní péči není vystaveným doporučením podmíněn, nicméně bez náležité spolupráce, díky níž budou potřebné údaje lékaři specialistovi poskytnuty (např. předložení dosavadní dokumentace, reference o proběhlých vyšetřeních, dostatečná znalost pojištěnce o svém zdravotní stavu), bude ztížen samotnými okolnostmi.

Zvláštní ambulantní péče je poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na

²⁶¹ Péče, která má experimentální povahu, její prozatímní výsledky však naznačují slibné výsledky a zavedení postupů mezi obvyklou péčí.

²⁶² § 19 zákona o v.z.p.

cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí. Zvláštní ambulantní péče se poskytuje formou domácí zdravotní péče, zdravotní péče ve stacionářích, zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ústavní péče osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů, zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb a ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče.

5.1.2.1. Pohotovost a záchranná služba

Povahu ambulantní péče vykazuje také zdravotní péče poskytovaná v akutních případech praktickými a zubními lékaři mimo jejich ordinace hodiny, lékařská služba první pomoci, ústavní pohotovostní služba a zdravotnická záchranná služba při poskytování odborné přednemocniční neodkladné péče.

Zřizovatelem pohotovostní a zdravotnické záchranné služby je krajský úřad. Podrobnosti o zdravotnické záchranné službě stanovuje prováděcí předpis²⁶³. Kompetence pro zajištění záchranné služby přísluší kraji podle § 18b zákona o péči o zdraví lidu. Ohledně kompetence za zajištění pohotovosti je zdůvodnění složitější a je obsaženo v rozhodnutí Ústavního soudu na str. 82 Zajišťování lékařské služby první pomoci. Kompetence kraje je dovozována z věcné příslušnosti.

5.1.2.2. Preventivní péče

Ustanovení o preventivní péči v zákoně o v.z.p. jsou provedeny vyhláškou zmíněnou na str. 24 Preventivní prohlídky. Součástí preventivní péče je také závodní preventivní péče. Závodní preventivní péči zabezpečuje zaměstnavatel včetně ochrany zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví z práce a prevenci úrazů.²⁶⁴

²⁶³ Vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky č. 434/1992 Sb. ze dne 28. července 1992 o zdravotnické záchranné službě.

²⁶⁴ § 35 zákona o v.z.p.

5.1.3. Nemocniční (ústavní) péče

Ústavní péči poskytují nemocnice a odborné léčebné ústavy²⁶⁵. Charakter úhrady nemocniční péče má oproti úhradě ambulantní péče svá specifika. Do ústavní péče jsou pojištěnci zpravidla přijímáni na doporučení ošetřujícího lékaře, pojištěnec musí být přijat, jestliže by nepřijetí nebo samotné odložení přijetí do ústavní péče ohrozilo jeho život nebo vážně ohrozilo jeho zdraví, a jestliže jde o porod. Pojištěnec může být propuštěn z ústavní péče na vlastní žádost²⁶⁶, dále v případě, že v léčení lze pokračovat ambulantně.

Součástí ústavní péče je také paliativní lůžková péče poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.

5.1.4. Lázeňská péče

Lázeňskou péči je možné čerpat pouze na doporučení ošetřujícího lékaře a po potvrzení revizním lékařem. Indikační seznam pro lázeňskou péči je stanoven vyhláškou Ministerstva zdravotnictví, blíže str. 25 Lázeňská péče.

Lázeňská péče se poskytuje ve dvou podstatných formách, a to formou komplexní péče²⁶⁷ nebo příspěvkové péče. Komplexní lázeňská péče navazuje na ústavní péči nebo specializovanou ambulantní zdravotní péči a je zaměřena na doléčení, zabránění vzniku invalidity a nesoběstačnosti nebo na minimalizaci rozsahu invalidity²⁶⁸. Příspěvková lázeňská péče je poskytována především pojištěncům s chronickým onemocněním.

Komplexní lázeňská péče je plně hrazenou zdravotní péčí, příspěvková péče je částečně hrazená. Pojištěnci mohou vyvíjet zvýšené úsilí o splnění podmínek pro poskytnutí komplexní lázeňské péče vzhledem k rozdílu úhrady zdravotní pojišťovnou.

²⁶⁵ Tato zařízení mohou také poskytovat ambulantní péči.

²⁶⁶ Revers.

²⁶⁷ Hovorově se tato péče označuje jako křížková.

²⁶⁸ U účastníků nemocenského pojištění se poskytuje v době jejich dočasné neschopnosti k práci.

5.1.4.1. Péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách

Jedná se o péči poskytovanou pojištěncům do 18 let. Schvalovací procedura o péči je obdobná postupům u lázeňské péče. Podrobnosti o indikačním seznamu pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách jsou uvedeny taktéž na str. 25 Lázeňská péče.

5.1.5. Dopravní služba

Hrazená Dopravní služba, kromě záchranné zdravotní dopravní služby, zahrnuje dopravu pojištěnce do nejbližšího smluvního zdravotnického zařízení, které je schopné péči poskytnout. Výchozím způsobem dopravy je pozemní přeprava silničním motorovým vozidlem, letecká přeprava je schválena revizním lékařem tehdy, je-li indikována a zároveň ekonomicky přiměřená. Úhrada za provedenou dopravní zdravotní službu se hradí smluvním dopravcům, v mimořádných případech se poskytuje úhrada i jiným dopravcům.

5.1.6. Další zdravotní péče

Dispensární péče, poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky, posudková činnost, prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva, transplantace tkání a orgánů.

Posudková činnost je hrazena pouze k prokazování rozhodných skutečností podle zákoníku práce co do omluvené nepřítomnosti na pracovišti. Jinak posudkovou činnost hradí subjekty nebo orgány, které takový posudek vyžadují, úhrada tedy může připadnout i na samotného pojištěnce²⁶⁹.

Úhrada prohlídky zemřelého pojištěnce a pitvy je speciálním ustanovením k samotnému osobnímu rozsahu veřejného zdravotního pojištění, neboť podle § 3 odst. 2 písm. a/ zaniká zdravotní pojištění dnem úmrtí pojištěnce. Z povahy věci však nelze předmětnou péči ani považovat za péči poskytovanou s cílem zachovat nebo zlepšit zdravotní stav.

²⁶⁹ Prohlídka vykonaná v osobním zájmu.

Nejedná se o jedinou výjimku z působnosti zákona o v.z.p. Ze zdravotního pojištění se hradí též zdravotnická péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem. Úhradu péče provede zdravotní pojišťovna, kterou zdravotnické zařízení osloví na základě kontaktních údajů matky. Číslo pojištěnce se nepředává standardní formou, ale zůstává uchovávané utajovaným způsobem ve zdravotnickém zařízení podle § 67b odst. 20 zákona o péči o zdraví lidu. S odkazem na § 40 odst. 1 bývá žádána o úhradu často VZP ČR, neboť je uvedena na prvním místě zdravotních pojišťoven, které provádějí zdravotní pojištění.

Hrazenou péčí je také nejvýše třikrát za život mimotělní oplodnění na základě doporučení registrujícího lékaře.

5.2. Hotovostní úhrada nákladů

Ačkoli je české veřejné zdravotní pojištění vystavěno v maximální možné míře na bezhotovostní úhradě hrazené zdravotní péče, ani tak nelze předejít situacím, kdy je nutné náklady hrazené zdravotní péče pojištěnci refundovat až následně, tedy poté, co je sám přímo uhradil²⁷⁰.

5.2.1. Zahraniční zdravotní péče

Na poskytovanou zdravotní péči v zahraničí je významný § 14 zákona o v.z.p., který opravňuje pojištěnce k náhradě částky, kterou vynaložil na nutné a neodkladné léčení, jehož potřeba nastala během jejich pobytu v cizině, a to do výše stanovené pro úhradu takové péče na území České republiky. Podrobnosti při souběhu soukromého cestovního zdravotního pojištění a § 14 zákona o v.z.p. jsou rozvedeny na str. 92 Komerční a veřejné zdravotní pojištění.

5.2.2. Zdravotní péče čerpaná na území ČR

Řešení situace pojištěnce, který přímo uhradil jinak hrazenou zdravotní péči smluvnímu zdravotnickému zařízení, není jednoznačné. Občas se to stane u

²⁷⁰ Samozřejmě se tak mohlo stát jak hotovostní úhradou nebo bezhotovostní převodem z účtu na účet.

zahraničních pracovníků, které jsou účastni pojištění pouze jako zaměstnanci a teprve hledají registrujícího lékaře. Řešení takové situace jsou dvě, ani jedno však není zcela schůdné:

- Zdravotní pojišťovna by mohla refundovat přímo uhrazenou zdravotní péči pojištěnci, dojde však k obejití nastavených regulačních mechanismů.
- Zdravotnické zařízení vrátí pojištěnci úhradu a zdravotní péči vyúčtuje zdravotní pojišťovně v rámci stávajících smluvních vztahů. Od poskytovatelů zdravotní péče však nelze očekávat přílišnou ochotu k vrácení částky účtované podle ceníku poskytovatele a dodatečné vyúčtování pojišťovně, protože vyúčtování podle ceníku je pro poskytovatele více motivující při poskytování zdravotní péče. Tedy o to menší motivaci má poskytovatel k vrácení již inkasované částky.

Další varianta jiné úhrady pojištěnci nebo poskytovateli vzniká při dopravě. Úprava v § 37 zákona o v.z.p. umožňuje pojištěnci náhradu cestovních nákladů soukromým vozidlem v mimořádných případech za podmínky schválení ošetřující lékařem.

5.3. Náhrada nákladů v evropském režimu

Náhradě nákladů podle koordinačních nařízení podléhá v první řadě nezbytná péče čerpaná v jiném členském státě, v režimu nových Nařízení provedeno rozhodnutím Administrativní komise S3²⁷¹. Může dojít k bezhotovostní náhradě nákladů poskytovateli zúčtováním přes styčné místo nebo migrující pojištěnec požádá o náhradu nákladů až po návratu do kompetentního státu. Při hotovostní náhradě se vyjde buď ze sazeb státu pobytu, nebo ze sazeb kompetentního státu.

Pro čerpání plánované péče, za kterou pojištěnec má zájem vycestovat, se nově dokládá S2 (dříve E 112).

²⁷¹ V podstatě s nezměněnými ustanoveními ve srovnání s příslušným rozhodnutím Administrativní komise ke „starým“ nařízením.

5.3.1. *Přeúčtování mezi institucemi*

Bezhotovostní vypořádání nákladů ze strany pojištěnce se odehrává přes styčná místa. Náhrada probíhá buď ve skutečných nákladech pomocí typizovaných faktur S026 (dříve E 125) nebo pomocí paušální náhrady. Paušální náhrada je v režimu nových nařízení výrazně omezena a vyskytuje se spíše jako výjimka u několika členských států. Seznam členských států, které požadují úhradu nákladů na věcné dávky na základě paušálních částek, je uvedena v Příloze 3 Nového Prováděcího nařízení, jedná se o celkem devět členských států²⁷². Z pohledu ČR může tedy po novu dojít podle Nových nařízení k paušální náhradě nákladů jen v případě ošetření českého pojištěnce v jiném členském státě.

Z hlediska doručení faktury (typizované žádosti o proplacení) je podle čl. 76 a násl. Nového nařízení rozhodné doručení styčnému místu, nikoli přímo kompetentní instituci (zdravotní pojišťovně) jako podle starých Nařízení.

5.3.1.1. *Vycestování za zdravotní péči*

Možnost vycestovat za zdravotní péčí podle práva ES vychází jednak z primárního práva, jednak ze sekundárního práva (koordinační Nařízení). V režimu vycestování za zdravotní péčí podle Nařízení je nezbytné, aby pojištěnec požádal o souhlas kompetentní zdravotní pojišťovnu.

Pojištěná osoba, které příslušná instituce povolila cestu do jiného členského státu za účelem léčení odpovídajícího jejímu stavu, obdrží jménem příslušné instituce věcné dávky poskytované institucí místa pobytu, a to podle právních předpisů, které uplatňuje tak, jako by byla podle uvedených právních předpisů pojištěna. Povolení je mandatorně vydáváno, pokud předmětné léčení patří mezi dávky stanovené právními předpisy v členském státě, kde má dotyčná osoba bydliště a kde se jí nemůže dostat takového léčení v lékařsky odůvodnitelné lhůtě, s přihlédnutím k jejímu zdravotnímu stavu a pravděpodobnému průběhu její nemoci.²⁷³

²⁷² Irsko, Španělsko, Itálie, Malta, Nizozemsko, Portugalsko, Finsko, Švédsko a Spojené království.

²⁷³ Článek 20 odst. 2 Nového nařízení.

Pokud by pojištěnec nepožádal o souhlas kompetentní zdravotní pojišťovny, ačkoli tak mohl učinit, byla by náhrada omezena na režim podle primárního práva ES. Ačkoli text příslušného ustanovení Nového nařízení (předchozí odstavec) nezmiňuje výslovně omezení na nemocniční péči, je nasnadě, že svoboda pohybu ambulantních zdravotních služeb (bez podmínky předchozího souhlasu) tímto ustanovením nemůže být dotčena.

Tvůrce předpisu však mohl zamýšlet konstrukci vyžádání souhlasu jak pro ambulantní, tak pro nemocniční péči jinak, a to vzhledem k čl. 26 odst. 7 Nového Prováděcího nařízení. Pokud by totiž pojištěnec požádal o souhlas s vycestováním za ambulantní zdravotní péčí a tento souhlas by byl buď udělen, nebo neoprávněně odmítnut, pak režim náhrady nákladů ambulantní péče (nemocniční také) se dostává do „výhodného režimu“, který dovoluje pojištěnci požadovat doplatek dalších nákladů²⁷⁴. Doplatek do výše náhrady podle předpisů kompetentního státu, který udělil nebo měl udělit povolení k vycestování za zdravotní péčí. Tento „výhodný režim“ byl ve starších nařízeních podpořen judikaturou, více na str. 55 Vanbraekel.

Úhradu cestovních výdajů a výdajů za pobyt řeší čl. 26 v odst. 8 Nového Prováděcího nařízení tak, že v souladu s dosavadní judikaturou (na str. 58 Herrera), podléhají náhradě náklady, které jsou podle předpisů členského státu neoddělitelné od léčení pojištěnce včetně případného doprovodu. V této oblasti není vytvořena minimální úroveň úhrady nebo definován minimální rozsah nákladů neoddělitelných od léčení pojištěnce.

5.3.2. *Refundace*

Refundaci náhrady vynaložených nákladů na věcné dávky upravuje čl. 25 odst. B a násl. a čl. 62 a násl. Nového Prováděcího nařízení. Žádost o náhradu vynaložených nákladů podle předpisů státu pobytu může pojištěnec vznést jak u instituce místa pobytu, která by jinak výpomocně hradila věcné dávky, tak u vlastní (příslušné) zdravotní pojišťovny, která vznesla dotaz na výši náhrady u instituce místa pobytu.

Náhradu podle předpisů domovského státu může pojištěnec obdržet po udělení vlastního souhlasu s takovýmto postupem nebo v případě, že instituce místa pobytu

²⁷⁴ Např. spoluúčast na zdravotní péči, poplatek za den nemocničního pobytu, jiný regulační poplatek.

nedisponuje sazbami pro úhradu ve skutečných nákladech (čl. 62 Nového Prováděcího nařízení). Stále platí princip, že nahrazovaná částka nemůže být vyšší než vynaložená částka, po novu je možné vyplacení přiměřené zálohy.

Podle starších nařízení byla náhrada podle předpisů kompetentního státu (nikoli státu pobytu nebo státu sídla výpomocné instituce) upravena Rozhodnutím Administrativní komise č. 176 ze dne 24. června 1999 u vynaložených nákladů do ekvivalentu 1.000,- EUR včetně. Význam této starší úpravy byl vzhledem k předpisům českého veřejného zdravotního pojištění částečný a omezoval se na rozdíl nezbytné péče vzhledem k povaze dávek a délce pobytu (definičně širší rozsah péče) oproti nutné a neodkladné péči²⁷⁵ podle § 14 zákona o v.z.p., který ani pro nahrazovanou částku, ani pro výši náhrady nestanovil horní limit.

5.4. Náhrada nákladů poskytovatelům

Obecně probíhá náhrada nákladů následně po předložení vyúčtování, přičemž minimálně příloha faktury s rozpisem provedených výkonů se předává elektronicky. Přestože náhrada nákladů poskytovatelům probíhá až následně po provedení výkonu pojištěnci, lze ji označit za zálohovou. Definitivní zúčtování proběhne až na konci období dohodnutého ve smlouvě o poskytování zdravotní péče, a to s přihlédnutím k aplikujícím se regulačním omezením.

Mezi možné varianty úhrad patří platba za výkon, kapitační platba za pojištěnce, paušální platba, platba za ošetřovací den a platba za diagnózu DRG²⁷⁶ a rozpočtová úhrada. Každá varianta má své pro a proti, ne všechny jsou zastoupeny u každého segmentu poskytovatelů. Pro a proti jednotlivých variant je nutné nahlížet z perspektivy zdravotní pojišťovny, poskytovatelů zdravotní péče a pojištěnců.

²⁷⁵ Nutná a neodkladná péče se posuzuje vzhledem k míře ohrožení života nebo závažného poškození zdraví, nikoli už vzhledem k délce zbývajících pobytu v hostitelském státě. Z posléze uvedeného důvodu může být refundační § 14 zákona o v.z.p. vztážen na libovolný pobyt v kterémkoliv státě mimo ČR.

²⁷⁶ Zkr. pro Diagnosis related grouping.

5.4.1. *Diagnosis related grouping*

DRG je zatím experimentálně zastoupena u nemocničních poskytovatelů²⁷⁷. Z pohledu zdravotní pojišťovny lze transparentně ohraničit nákladovost na jednotlivé diagnózy, vykazování nákladů obsahuje odkaz na jednu diagnózu, nikoli na podrobné položky jednotlivých výkonů a materiálů. Stejně výhody lze vysledovat u poskytovatelů do té doby, než je léčen pojištěnec s komplikovanějším průběhem, protože v takovém případě poskytovatelé musejí nadprůměrnou péči hradit z příjmů na „jiné diagnózy“ a motivace na poskytnutí co nejlepší péče z ekonomického hlediska klesá.

5.4.2. *Platba za ošetrovací den*

Platba za ošetrovací den je používána u LDN²⁷⁸ nebo u dnu na JIP²⁷⁹. Výhody a nevýhody jsou podobné jako u DRG s tím, že tato forma úhrady je také odstupňována podle když ne přímo diagnózy, tak povahy ošetřování, za které se poskytuje denní paušální platba. Jedná se tedy příbuznou úhradou k DRG.

5.4.3. *Paušální úhrada*

Paušální úhrada je velmi často sjednávána u nemocničních poskytovatelů. Judikurně bylo dovozeno, že nelze kombinovat paušální náhradou s omezením podle zákona o cenách, blíže str. 97 Cenová regulace. Tato úhrada je pro pojištěnce dvojsečná. Přijde-li na začátku období, za který se poskytuje paušální náhrada, peníze na léčení jsou k dispozici. Pokud poskytnutá hrazená péče je z hlediska limitu vyčerpána před koncem zmiňovaného období, ekonomická motivace k dalšímu poskytování zdravotní péče je podstatně snížena²⁸⁰.

²⁷⁷ Výše úhrady je stanovena do 5 až 10 % z celkové částky nahrazovaných nákladů.

²⁷⁸ Léčebna dlouhodobě nemocných.

²⁷⁹ Jednotka intenzivní péče.

²⁸⁰ Tato varianta může nastat např. při léčbě onkologických pacientů ve specializovaných centrech.

5.4.4. *Kapitační platba*

Kapitační platba, resp. kapitačně-výkonová platba, je specifíkem praktických lékařů. Kapitační platba je úhradou za registrovaného pojištěnce, má paušální povahu, která je zmírněna rozlišením výše úhrady podle věkové skupiny pojištěnce. Úskalí kapitační platby je příchod nového pojištěnce k registraci, který většinou přijde s požadavkem na čerpání zdravotní péče. Na náklady poskytované zdravotní péče však lékař šetří z plateb za jednotlivé měsíce a kapitační platba je vystavěna na předpokladu, že měsíčně se všichni registrovaní pojištěnci nedostaví se zdravotním problémem. Vybrané výkony praktických lékařů (praktických lékařů se specializací) jsou hrazeny výkonově.

Zdravotní pojišťovny by měly vytvářet fond neproplacené kapitace za vlastní pojištěnce, kteří nejsou registrováni u žádného praktického lékaře. Tyto prostředky by se potom rozdělovali buď poměrně, nebo za nově registrované pojištěnce smluvním praktickým lékařům.

5.4.5. *Platba za výkon*

Z hlediska kvality je tato platba pro pojištěnce nejpříznivější, poskytovatel zdravotní péče je motivován ekonomicky na poskytování péče. Nutno dodat, že takový způsob úhrady vytváří doslova spirálu nákladů a objem vydávaných prostředků je nejvyšší v porovnání s ostatními způsoby úhrady. ČR má zkušenost s tímto způsobem úhrady z počátku veřejného zdravotního pojištění v 90. letech²⁸¹.

5.4.6. *Rozpočtová úhrada*

Tento způsob úhrady není v České republice obvyklý, přesto je hodný pozornosti. Uplatňuje se např. ve Španělsku nebo Velké Británii a souvisí s tím skutečnost, že neexistují sazby (není k dispozici výše náhrad) za jednotlivé výkony zdravotní péče²⁸². Jinými slovy se dá systém popsat takto: poskytovatel zdravotní péče nebo jinak

²⁸¹ Dlužno dodat, že se občas vykytovaly nesrovnalosti ve vykazování provedených výkonů, tj. stalo se, že byl vykázán vyšší objem péče, než byl poskytovatelem skutečně poskytnut.

²⁸² Tyto systémy zdravotního pojištění mají potom problémy s vyúčtováním podle skutečných nákladů podle koordinačních Nařízení. V. Británie např. z této skutečnosti legitimuje neproplácení zaslaných faktur (E 125), protože je sama nevystavuje a nezasílá k úhradě.

vymezená organizační jednotka dostane určitý objem peněžních prostředků na určené období, během kterého potom financuje v daných rozpočtových mantinelech požadovanou zdravotní péči.

5.4.7. Nesmluvní poskytovatelé

Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům, tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče a které tvoří síť smluvních zdravotnických zařízení příslušné zdravotní pojišťovny²⁸³. Náhradu nákladů nesmluvním poskytovatelům umožňuje § 40 odst. 2 zákona o v.z.p., a to za stejných podmínek jako poskytovatelům s uzavřenou smlouvou o poskytování zdravotní péče. Podle poslední věty § 17 zákona o v.z.p. se smlouva o poskytování zdravotní péče nevyžaduje při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnci.

Mimo nutnou a neodkladnou péči nemůže nesmluvní poskytovatel požadovat z veřejného zdravotního pojištění náhradu nákladů a cena za poskytnutou zdravotní péči se řídí dohodou, resp. ceníkem poskytovatele zdravotní péče. I smluvní zdravotnické zařízení se chová jako nesmluvní poskytovatel, pokud pacient nevystupuje jako osoba krytá veřejným zdravotním pojištěním.

5.4.7.1. Povinnost poskytnout zdravotní péči

Z povahy věci se povinnost poskytnout zdravotní péči vztahuje v první řadě na nepojištěné osoby nebo na mimořádné situace, ve kterých se pojištěnec nevyskytuje v blízkosti zdravotnického zařízení vůbec.

Na základě § 9 odst. 4 zákona o péči o zdraví lidu je v zájmu svého zdraví a zdraví spoluobčanů každý povinen poskytnout nebo zprostředkovat nezbytnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky závažné poruchy zdraví.

Speciální povinnost je stanovena zdravotnickým pracovníkům podle § 55 odst. 2 písm. c) zákon o péči o zdraví lidu, poskytnout neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li

²⁸³ § 46 odst. 1 zákona o v.z.p.

pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči.

Trestem za neposkytnutí pomoci podle § 150 odst. 1 a 2 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, je odnětí svobody až na dvě léta. U zdravotnických pracovníků s povinností péči poskytnout je horní sazba zvýšena na tři léta trestu odnětí svobody. Nejprísněji je postihováno neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku, který měl účast na dopravní nehodě, a to trestem odnětí svobody až na 5 let²⁸⁴.

5.4.7.2. Soukromé zdravotní pojištění

Smluvní zdravotní pojištění pro území ČR využívají zejména osoby, které nejsou kryty veřejným zdravotním pojištěním. Kogentní zákaz poskytovat smluvní zdravotní pojištění pro osoby kryté českým veřejným zdravotním pojištěním se vztahuje jen na případ, kdy smluvní zdravotní pojištění nabízí přímo zdravotní pojišťovna (např. VZP ČR nebo zaměstnanecká zdravotní pojišťovna). Pro komerční pojišťovny²⁸⁵ tento zákaz neplatí.

Na poskytování smluvního zdravotního pojištění se vztahuje režim zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojišťovnictví).

5.5. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky je právnická osoba zřízená zákonem, která na rozdíl od ostatních zdravotních pojišťoven není zapsána v obchodním rejstříku podle obchodního zákoníku. V prvních dvou letech činnosti jí byla uložena povinnost uzavřít smlouvu o poskytování zdravotní péče s každým zdravotnickým zařízením, které o to požádá (§ 26 Zákona o VZP). Zřízením VZP zanikla Správa všeobecného zdravotního pojištění, zřízená při ministerstvu zdravotnictví České republiky.

²⁸⁴ § 151 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

²⁸⁵ Např. Pojišťovna VZP, a.s. sídlem Praha 7, Holešovice, Jankovcova 1566/2b, s jediným akcionářem Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

Podstatou činnosti je úhrada zdravotní péče pro vlastní pojištěnce podle zákona o v.z.p. Příjmy a výdaje jsou stanoveny zákonem, přičemž je z hlediska fondového hospodaření velmi důležité, co může být příjmem toho kterého fondu a recipročně také výdajem²⁸⁶. Organizační strukturu VZP tvoří Ústředí, krajské pobočky a územní pracoviště. Jako jedna ze dvou českých zdravotních pojišťoven má VZP dceřinou společnost Pojišťovna VZP, a. s., která vykonává v souladu s povolením Ministerstva financí ČR pojišťovací činnost v rozsahu pojistného odvětví neživotního pojištění – smluvní zdravotní pojištění.²⁸⁷

Vzhledem ke koncepci samosprávy v oblasti veřejného zdravotního pojištění jsou vždy s ročním předstihem zahájeny přípravné práce na návrhu zdravotně pojistného plánu, který schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna PČR. Soulad s právními předpisy a veřejným zájmem posuzuje Ministerstvo financí a Ministerstvo zdravotnictví. Prvotním schvalujícím orgánem pro zdravotně pojistný plán je ale Správní rada VZP ČR, která zpravidla vrací několikrát návrh příslušným útvarům k dopracování.

Zdravotně pojistný plán²⁸⁸ obsahuje plán příjmů a výdajů pojišťovny včetně členění podle jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, plán provozních nákladů, údaje o rozsahu zdravotní péče hrazené Pojišťovnou, způsob zajištění dostupnosti služeb nabízených Pojišťovnou včetně předpokládané soustavy zdravotnických zařízení, se kterými Pojišťovna uzavírá smlouvu o úhradě zdravotní péče (§ 6 odst. 6 zákona o VZP).

Z minulých zdravotně pojistných plánů je zajímavý záměr vytvoření tzv. klientsky orientované instituce počínaje rokem 2008, přičemž tento záměr je míněn nejen k pojištěncům, ale i ke smluvním poskytovatelům zdravotní péče. K naplnění tohoto cíle je plánováno vytvoření komplexních klientských center, která budou spojena se stavebními investicemi. Celkový počet registrovaných pojištěnců VZP za rok 2009 činil

²⁸⁶ Podrobnosti a upřesnění stanovují prováděcí vyhlášky.

²⁸⁷ Jedná se o cestovní zdravotní pojištění mimo území ČR a zdravotní pojištění pro území ČR cílené na cizince, kteří nemohou být účastni ve veřejném zdravotním pojištění. VZP je jediným akcionářem Pojišťovny VZP, a.s.

²⁸⁸ Podle § 6 odst. 4 Zákona o VZP zveřejňuje schválený zdravotně pojistný plán VZP způsobem umožňujícím dálkový přístup, v konkrétním případě se jedná o odkaz na soubor uložený na serveru www.vzp.cz.

v průměru 6,2 milionů. Z fondu prevence jsou snad až na akci Mořský koník, které se účastní chronicky nemocné děti, spíše financovány marketingové programy pro stávající nebo nové pojištěnce, kdy úspora na výdajích ze základního fondu buďto není vůbec doložitelná nebo je sotva přiměřená nákladovosti.

5.5.1. *Klientské programy*

Stávající úprava naplňování fondu prevence, který zdravotní pojišťovny v žádném případě nejsou povinny vytvářet, umožňuje jeho naplňování i při existenci závazků po lhůtě splatnosti²⁸⁹. Jinými slovy fond prevence je možné tvořit i tehdy, když není naplněn nebo naplňován obligatorně vytvářený rezervní fond.

Klientské bonusové programy procházel a stále procházejí schvalovacími procesy ve zdravotně pojistných plánech všech zdravotních pojišťoven. Je bohužel skutečností, že tento nešvar v ukrajování peněz ze základního fondu zdravotního pojištění je jedním z mála hmatatelných, nikoli pozitivních projevů konkurenčního boje zdravotních pojišťoven.

Předmětem výdajů fondu prevence není klientský časopis²⁹⁰. Ten je hrazen z provozního fondu a jeho roční náklady v roce mají činit 91,5 milionů Kč. O vztahu informační hodnoty a obsahu klientského časopisu lze dojít k obdobnému závěru jako o vztahu zdravotní prevence a výdajích z fondu prevence.

²⁸⁹ § 6 odst. 7 zákona o VZP: „Výnos z pokut, přírážek k pojistnému a penále ukládaných podle zvláštních právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a přijatých Pojišťovnou v průběhu kalendářního roku může Pojišťovna přidělit do fondu prevence; tyto přiděly do fondu prevence lze v průběhu kalendářního roku provádět zálohově tak, aby jejich celková výše za kalendářní rok nepřekročila 0,3 % celkového objemu příjmů pojistného po přerozdělení provedeném podle zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.“

²⁹⁰ Dříve „Pohoda“, dnes „Svět pojištěnce“.

Kapitola 2 Slovenská republika

Právní úprava poskytování a úhrady zdravotní péče ve Slovenské republice je české úpravě nejpodobnější ze všech zahraničních úprav. Odlišný vývoj se projevil následkem rozpočtových možností, protože Slovensko není na ekonomické úrovni jako Česko, muselo zavést regulační poplatky dříve. Dřívější zavedení regulačních poplatků mohlo souviset i s rozšířenějším obyčejem odvádět ošetřujícímu lékaři neformální platby oproti Česku. I po zániku společné federace je slovenské veřejné zdravotní pojištění nejpodobnější zahraniční právní úpravou.

Oddíl 1. Prameny práva

Ústava Slovenské republiky²⁹¹ zakotvuje v čl. 40 právo každého na ochranu zdraví, občanům pak právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Z hlediska dikce se jedná o totožné ustanovení článku 31 české Listiny, neboť po zániku federace zůstala Listina součástí i slovenského ústavního řádu.

1.1. Zákony

Základní podmínky poskytování zdravotní péče upravuje zejména zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení, jednak zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Zákon o zdravotním pojištění se skládá ze čtyř částí, kterými jsou základní ustanovení, veřejné zdravotní pojištění, přerozdělení pojistného na veřejné zdravotní pojištění a společná a přechodná ustanovení.

K důležitým zákonům právního odvětví veřejného zdravotního pojištění patří dále zákon č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Institucionální otázky zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče upravuje zákon č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohl'ade nad zdravotnou

²⁹¹ Ústava Slovenské republiky č. 460/1992 Zb.

starostlivosťou a zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve.

1.2. Rozhodování Ústavního soudu

Judikatura slovenského Ústavního soudu je velmi dobrým komparativem, neboť vychází ze srovnatelného znění čl. 40 slovenské Ústavy a čl. 31 české Listiny. Znění předmětného práva na bezplatnou zdravotní péči i požadavku na vymezení zákonem je také stejné jako v českém ústavním pořádku.

1.2.1. Liečebný poriadok

Ústavný súd nálezem PL. ÚS 7/94 ze dne 6. října 1994 „předběhl“ judikaturu českého Ústavního soudu, když zrušil na návrh generálního prokurátora Liečebný poriadok²⁹².

Ústavní soud hledal odpověď na otázku: „...potřebné nájst' odpoveď, či i proces poskytovania bezplatnej (potrebnej) zdravotníckej starostlivosti, konkrétne jej rozsah, podmienky a spôsoby poskytovania, má byť upravený výlučne zákonom alebo či "aplikačná fáza" poskytovania potrebnej zdravotníckej starostlivosti môže byť upravená i iným druhom právnej úpravy, a to napríklad i nariadením vlády Slovenskej republiky.“

Tím, že ústavní soud nepodpořil argument, že podzákonná úprava je jenom bližším provedením rozsahu a podmínek poskytování zdravotní péče, odpověděl na výše uvedenou otázku tak, že rozsah, podmínky a způsob musejí být upraveny zákonem včetně „aplikační fáze“.

1.2.2. Úhradová vyhláška

Ústavný súd nálezem Pl. ÚS 8/94 ze dne 6. října 1994 zrušil na návrh generálního prokurátora „úhradovou vyhlášku“²⁹³. Zrušení podzákonného právního předpisu opřel

²⁹² Rozuměj Zdravotní řád ve smyslu prováděcího předpisu.

²⁹³ Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 221/1993 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrad poisťovne za poskytnutú zdravotnícku starostlivosť zmluvným zdravotníckym zariadeniam.

ústavní soud o souvislost mezi základním právem a zaručením jeho naplnění ze strany třetí osoby

„Ak ústava upravuje, že obsahom základného práva občana na ochranu zdravia je aj ochrana /určitého druhu/ poskytovaná bezplatne, a teda, že platby za tieto plnenia bude platiť osoba tretia, prípadne štát sám, je nevyhnutné, aby povinnosti týchto subjektov boli tiež upravené zákonom, lebo priamo určujú medze základného práva v tomto smere. Ak povinnosti kohokoľvek by sa mohli dotknúť zachovania základného práva alebo slobody, aj tieto možno podľa článku 13 ods. 1 ústavy ukladať len zákonom.“

1.2.3. Přímé úhrady

Nálezem PL. ÚS 38/03²⁹⁴ ze 17. května 2004 zamítl Ústavní soud návrh skupiny poslanců na zrušení přímých úhrad. Tento nález obdobně jako zrušení Liečebného poriadku přecházel judikatuře českého Ústavního soudu o regulačních poplatcích, tentokrát to bylo jednoznačně z důvodu pozdějšího zakotvení regulačních poplatků v ČR.

Z hlediska materie šlo o vymezení služeb souvisejících s poskytováním zdravotní péče a jejich režimu, tj. zda jsou také poskytovány bezplatně na základě veřejného zdravotního pojištění. Na kolik jsou takové služby oddělitelné, pokud jde o stravování, pobyt na lůžku, zpracování údajů při vedení zdravotní dokumentace?²⁹⁵

Zavedenie poplatkov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti vo „vecnom“ rozsahu upravenom v § 2a ods. 2 a 4 zákona č. 277/1994 Z. z. a v „korunovom vyjadrení“ v rozsahu upravenom v § 3a ods. 1, 5 až 7 a 9 a § 10 ods. 2 zákona č. 98/1995 Z. z. nemôže podľa názoru ústavného súdu natoľko zasiahnuť do integrity občana (fyzickej osoby, poistenca), že by to znamenalo zásah do jeho/jej základných práv upravených v čl. 19 ods. 1 a 2 ústavy a v čl. 8 Dohovoru. V súvislosti s možným sociálnym ohrozením možno uviesť, že zákonodarca v záujme vylúčiť možnosť takejto „hrozby“ ustanovil v napadnutom zákone aj okruh osôb, ktoré sú (boli) od „platobnej povinnosti“ za služby spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

²⁹⁴ Publikován pod č. 396/2004 Z.z.

²⁹⁵ Pozn. autora: Nabízí se posouzení oddělitelnosti z hlediska poskytování a z hlediska financování.

oslobodené, a to podľa kritéria ich osobného, osobnostného, sociálneho a zdravotného statusu.

K tomuto nálezu pripojili dva sudci odlišné stanovisko²⁹⁶ s poukazem na nemožnosť odstupňovať bezplatnosť, tj. bezplatnosť svojí podstatou nepripouští míru alebo odstupňovanie, s tým, že nutnou podmíanku regulácie a financovateľnosti je treba riešiť z hľadiska podmienok pojištní, nikoli zavedením poplatkovej povinnosti mimo pojistný vzťah.

Oddíl 2. Veřejné zdravotní pojištění

Právni úprava zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení vychází z koncepcie českého zákona o v.z.p., nicméně obsahuje i úpravu pojistného a neobsahuje na druhej strane provedení rozsahu poskytovanej zdravotní péče ani ďalší podrobnosti a podmienky s poskytovaním zdravotní péče související.

2.1. Osobní rozsah

Vychází z trvalého pobytu na území Slovenskej republiky a ďalej je doplněn o osoby bez trvalého pobytu, pokud jsou v rámci územního rozsahu zaměstnané, samostatně výdělečně činné nebo spadají pod jinou zvláštní kategorii²⁹⁷.

2.2. Úhrada zdravotní péče

Jedna z největších odlišností oproti českému zdravotnímu pojištění spočívá v úhradě nákladů zdravotní péče nemocničním poskytovatelům. Od 1.5.2006 byla čiastočne zrušena regulácia cen ve zdravotníctví, včetně maximální ceny za hospitalizaci, a neexistuje právní předpis ohledně výše náhrady za den hospitalizace. Náhrada nákladů poskytovateli za den hospitalizace je výlučně určena ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou. Předchozí způsob úhrady byl vystavěn na paušálním způsobu náhrady,

²⁹⁶ Odlišné stanovisko sudkyne Ľudmily Gajdošíkovej a sudcu Eduarda Barányu vo veci PL. ÚS 38/03.

²⁹⁷ Azylant, osoba ve väzbe alebo výkonu trestu apod.

který poskytovatel obdržel bez ohledu na počet dnů hospitalizace nebo spotřebovaných léčiv.

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, začíná ustanovením o definíci zdravotní péče: soubor pracovních činností, které vykonávají zdravotničtí pracovníci, včetně poskytování léků, zdravotnických pomůcek a dietetických potravin s cílem prodloužení života fyzické osoby, zvýšení kvality jejího života a zdravého vývoje budoucích generací; zdravotní péče zahrnuje prevenci, dispenzární péči, diagnostiku, léčbu, biomedicínský výzkum, ošetrovatelskou péči a porodní asistenci (§ 2). Definici následují v dalších ustanovení podrobnější rozvedení jednotlivých komponentů zdravotní péče.

2.2.1. Zdravotní výkony

Katalog zdravotních výkonů zahrnuje všechny zdravotní výkony s popisem jejich charakteristik. Seznam zdravotních výkonů obsahuje výkony z katalogu zdravotních výkonů ve vztahu k jednotlivým chorobám²⁹⁸. Ministerstvo zdravotnictví zřizuje Kategorizační komisi pro zdravotní výkony k návrhu katalogu a seznamu zdravotních výkonů. Katalog a seznam zdravotních výkonů vydává vláda nařízením.

Definice zdravotní péče (zdravotnej starostlivosti) vymezuje její obsah, formy poskytování péče jsou tři: ambulantní, ústavní a lékárenská péče. Ambulantní péče se dělí na všeobecnou a specializovanou, zahrnuje také domácí péči poskytovanou pojištěnci. Ústavní péče se poskytuje na základě doporučení ošetřujícího lékaře, z rozhodnutí soudu nebo po žádosti pojištěnce, aniž má doporučení, v případě, že ústavní péče je indikována.

2.2.1.1. Poplatky za služby související s poskytováním zdravotní péče

Poplatky za služby související s poskytováním zdravotní péče jsou určeny co do výše nařízením vlády SR č. 722/2004 Z. z. o výške úhrady pacienta za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ve znění novely č. 485/2006 Z. z. účinné od 1.

²⁹⁸ Včetně indikace a frekvence používání.

září 2006. Nařízení vlády provádí § 38 odst. 9 zákona č. 577/2004 Z.z. o rozsahu uhrádzanej zdravotnej starostlivosti.

Výše poplatků za služby související s poskytováním zdravotní péče je stanovena v lékárně 0,17 € za recept nebo zdravotní pomůcku, za pohotovost 1,99 €, zdravotní doprava 0,07 €/km, pobyt průvodce v nemocnici 3,32 €/den a poplatek za lázeňskou péči dle diagnózy 1,66 – 7,30 € za den.

Od 1. září 2006 nepodléhá poplatku návštěva ambulantního lékaře (20 Sk) a den hospitalizace v nemocnici nebo LDN (50 Sk).

2.2.2. *Dohoda o poskytování zdravotní péče*

Podle § 12 zákona o zdravotnej starostlivosti, právní vztah, jehož předmětem je poskytování zdravotní péče, vzniká na základě dohody o poskytování zdravotní péče, kterou uzavírá pojištěnec s poskytovatelem. Ust. § 13 obsahuje výčet služeb souvisejících s poskytováním zdravotní péče²⁹⁹.

Na nesprávné poskytnutí zdravotní péče se může pojištěnec obrátit na poskytovatele s písemnou žádostí o zjednání nápravy. Pokud poskytovatel žádosti nevyhoví nebo na žádost nereaguje, může se pojištěnec obrátit na Úřad pro dohled nad zdravotní péčí s žádostí o vykonání dohledu.

2.2.3. *Rozsah hrazené péče*

Rozsah hrazené péče na základě veřejného zdravotního pojištění provádí zákon č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Jednotlivá onemocnění jsou kategorizována Kategorizační komisí při Ministerstvu zdravotnictví jak z hlediska samotné úhrady, tak z hlediska spoluúčasti. Mezi možné formy spoluúčasti na úhradě nákladů zdravotní péče při onemocnění náleží:

- doplatek ve stanovené výši úhrady zdravotní pojišťovnou,

²⁹⁹ Jedná se o stravování, pobyt na lůžku, zpracování údajů, statistické zpracování informací, doprava, pobyt průvodce, vypracování lékařského posudku a výpis ze zdravotní dokumentace.

- procentní podíl z celkové výše úhrady za zdravotní péči,
- spoluúčast stanovená pevnou částkou.

Spoluúčast hradí pojištěnec zásadně v hotovosti, poskytovateli ústavní zdravotní péče převodem na účet. Služby související s poskytováním zdravotní péče jsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění za podmínky plné nebo částečné úhrady péče, se kterou služby souvisejí. Spoluúčast na stravování a pobytu na lůžku při ústavním ošetřování se hradí do 21 dnů u jednoho poskytovatele. Jsou stanoveny kategorie osob, které jsou osvobozeny od spoluúčasti na souvisejících službách, a to poměrně složitými výčty k jednotlivým typům souvisejících služeb.

2.2.3.1. Nesmluvní poskytovatel

Pojištěnec může požádat o příspěvek na úhradu zdravotní péče, kterou mu poskytl nesmluvní poskytovatel³⁰⁰. Předpokladem úspěšné žádosti je předběžný souhlas zdravotní pojišťovny.

2.3. Poskytovatelé zdravotní péče

Výchozí úpravou poskytovatelů zdravotní péče je zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve, ktorý byl od svého schválení již 20x novelizován.

Výchozím přístupem je svobodná volba poskytovatele zdravotní péče. U všeobecné ambulantní péče a zdravotní záchranné služby není pojištěnec omezen rozsahem smluvních vztahů.

2.4. Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny mají formu akciových společností s povolením provádět veřejné zdravotní pojištění. Název (firma) zdravotní pojišťovny musí obsahovat část „zdravotná poisťovňa, a.s.“. Dovolené činnosti jsou taxativně vymezeny v § 6 zákona č.

³⁰⁰ § 42 zákona č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou, ostatní činnosti jsou zdravotním pojišťovnám zapovězeny.

Zdravotní pojišťovna má smluvní povinnost s ambulantním poskytovatelem všeobecné zdravotní péče, má-li registrovaného alespoň jednoho pojištěnce dotčené zdravotní pojišťovny (§ 7 odst. 2). Dále má zdravotní pojišťovna smluvní přímus s poskytovatelem zdravotnické záchranné služby. U ostatních poskytovatelů zdravotní péče musí zdravotní pojišťovna zveřejnit kritéria pro uzavírání nových smluv.

2.4.1. Úřad pro dohled nad zdravotní péčí

Je vytvořen úřad³⁰¹, který dohlédá nad zdravotním pojištěním a nad poskytováním zdravotní péče.³⁰² Mezi orgány Úřadu patří jeho předseda (statutární orgán), představenstvo a dozorčí rada³⁰³. Činnost Úřadu je financována příspěvky zdravotních pojišťoven. K významným činnostem Úřadu náleží udělování povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění žadatelům z řad akciových společností. Náležitosti žádosti a její přílohy vyjmenovává § 35. V souvislosti udělováním povolení k činnosti má Úřad taktéž pravomoc k jeho změnám a odebrání.

V rámci dohledu Úřadu nad poskytováním zdravotní péče rozlišuje zákon dohled na dálku a místní dohled s využitím místního šetření. Specifickým oprávněním Úřadu je nařizování pitev z vlastního podnětu nebo na návrh osoby blízké (§ 48). Pokud Úřad pitvu nařídí, nese také její náklady podle § 49, kde se stanovuje povinnost Úřadu v rámci dohledové činnosti jednak nést náklady dohlédaných osob, jednak výslovně stanovuje povinnost hradit náklady pitev.

Zákon upravuje také nucenou správu, likvidaci a transformaci zdravotní pojišťovny na základě transformačního projektu, v závěru i speciální ustanovení ohledně vzniku akciové společnosti.

³⁰¹ Úřad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

³⁰² § 18 zákona 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou.

³⁰³ Správní rada o počtu 7 členů, dozorčí rada o počtu 5 členů.

2.5. Další prameny práva

Mezi další zákonné předpisy, které souvisejí s poskytováním a úhradou zdravotní péče na Slovensku náleží zákon Slovenskej národnej rady č. 73/1986 Zb. o umelom prerušení tehotenstva, zákon č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach, zákon č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe, zákon č. 470/2005 Z. z. o pohrebníctve³⁰⁴.

2.5.1. Podzákonné právni predpisy

Z podzákonných právni predpisů lze uvést nariadenie vlády Slovenskej republiky z 15. decembra 2004 č. 722/2004 Z.z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, nariadenie vlády Slovenskej republiky z 15. decembra 2004 č. 776/2004 Z.z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov, nariadenie vlády Slovenskej republiky z 15. decembra 2004 č. 776/2004 Z.z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov, nariadenie vlády Slovenskej republiky zo 17. decembra 2008 č. 640/2008 Z.z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

2.5.1.1. Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva

Mezi nejvýznamnější vyhlášky náleží vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 15. decembra 2004 č. 765/2004 Z.z. o výške úhrady za úkony Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 30. novembra 2005 č. 548/2005 Z.z. o poplatku za vydanie európskeho preukazu zdravotného poistenia, vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 12. októbra 2009 č. 412/2009 Z.z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti.

³⁰⁴ Zákon č. 131/2010 Z.z. o pohrebníctve s účinností od 1. ledna 2011.

Kapitola 3 Spolková republika Německo

Výchozím zákonem pro zdravotní pojištění je federální Zákon o sociálním zabezpečení, konkrétně jeho V. kniha o zákonném zdravotním pojištění³⁰⁵, která se dále člení na 13 kapitol. Kniha V je součástí sociálního zákoníku s účinností od 1. ledna 1989³⁰⁶.

Právo na přístup k sociální bezpečnosti zakotvuje SGB I, podle § 4 zahrnuje zákonné zdravotní pojištění nutná opatření k ochraně, udržení, zlepšení a obnově zdraví a hospodářskou bezpečnost při nemoci, mateřství, snížení schopnosti výdělků a stáří. Sociální práva jsou tedy zmíněna v úvodní I. knize sociálního zákoníku.

Ustanovení X. knihy sociálního zákoníku upravují procesní právo sociálního zabezpečení, ochranu osobních dat, spolupráci s poskytovateli zdravotních služeb a vztah ke třetím osobám.

Samotný Základní zákon³⁰⁷, jak je nazývána ústava SRN, ve výčtu základních práv v čl. 1-19 právo na zdraví nezmiňuje. Sociální práva jsou v Základním zákoně zakotvena toliko pojmem demokratického a sociálního státu (spolku) v čl. 20 odst. 1 a imperativem souladu sociálního pořádku jednotlivých spolkových zemí s principy sociálního státu ve smyslu Základního zákona (čl. 28 odst. 1). Uvedená teze nachází potom projev v ústavách jednotlivých spolkových zemí, např. čl. 171 o právu na sociální pojištění v ústavě Bavorska. Poslední možností k dovození obsahu sociálních práv v Základním zákoně je čl. 1 odst. 1 o nedotknutelnosti lidské důstojnosti.

Oddíl 1. Formy zdravotního pojištění

Výchozím zdravotním pojištěním je zákonné zdravotní pojištění podle SGB V. Za současného stavu reformovaného zdravotního pojištění si soukromé a zákonné zdravotní pojišťovny konkurují např. základním zdravotním plánem, který musejí oba segmenty pojištěncům nabízet a nemohou zájemce o registraci, resp. o uzavření pojistné smlouvy odmítnout.

³⁰⁵ Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung („SGB V“) ve znění poslední novely účinné od 17. března 2009.

³⁰⁶ BGBl. I 1988, S. 2477.

³⁰⁷ Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland ze dne 23. května 1949.

1.1.1. Soukromé zdravotní pojištění

Vedle veřejného zdravotního pojištění představuje významnou část soukromé zdravotní pojištění³⁰⁸, které se zakládá smluvně. Soukromým zdravotním pojištěním jsou kryty zejména osoby samostatně výdělečně činné, úředníci, soudci³⁰⁹ nebo členové statutárních orgánů právnických osob, které nejsou povinně pojištěny v sociálním pojištění.

Pojistná smlouva podléhá soukromému právu a řídí se zákonem o pojistné smlouvě³¹⁰. Výhodou pro pojištěnce „osvobozené“ ze sociálního pojištění může být širší možnost jednat v rámci dispoziční autonomie o variantách výše pojistného, spoluúčasti a rozsahu pojištěného rizika. Soukromé zdravotní pojišťovny zohledňují při stanovení výše pojistného i zdravotní riziko v individuálním případě, od reformy v roce 2007 je toto ve vybraných pojistných plánech zapovězeno. Soukromé zdravotní pojišťovny bývají nazývány jako Ersatzkassen, což vystihuje výchozí způsob úhrady péče v tomto segmentu³¹¹.

1.2. Struktura SGB V

První kapitola deklaruje souběh principu solidarity a spoluodpovědnosti pojištěnců. Věcné dávky jsou poskytovány s ohledem na hospodárnost, obecně uznávanou úroveň medicínských poznatků a medicínský pokrok, s ohledem na mnohost poskytovatelů a náboženské požadavky pojištěnců. Dávky jsou financovány příspěvky pojištěnců, přičemž za pojištěné rodinné příslušníky nejsou příspěvky vybírány.

Druhá kapitola upravuje vznik pojištění a okruh pojištěných osob. Třetí kapitola upravuje dávky zdravotního pojištění ve čtyřech oblastech. Jako prevenci před nemocemi nebo jejich zhoršením, antikoncepci, sterilizaci a umělé přerušování

³⁰⁸ Nejedná se o nadstavbové, nýbrž o plnohodnotné pojištění, které veřejné zdravotní pojištění v individuálním případě nahrazuje.

³⁰⁹ Bližší výčet pod § 6 SGB V, kam spadají také zaměstnanci, jejichž příjem přesahuje úředně stanovenou hranici.

³¹⁰ V ČR by se taková smlouva event. řídila režimem zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, de lege lata by ale muselo dojít k rozsáhlé novelizaci co do speciálních ustanovení o obsahu pojistné smlouvy na zdravotní péči.

³¹¹ V odborné terminologii „Kostenerstattungsprinzip“, v překladu jako zásada náhrady nákladů (na rozdíl od placení nákladů), možno přeložit také jako refundační princip.

těhotenství, dále včasné zjištění onemocnění a jeho samotné léčení. Mezi dávky zdravotního pojištění jsou zahrnuty i peněžité dávky nemocenského pojištění z pohledu českého sociálního zabezpečení (řešeno v souvislosti s SGB IX o rehabilitaci).

Čtvrtá kapitola se zabývá vztahem zdravotních pojišťoven k poskytovatelům dávek, jednak na federální úrovni, jednak v rovině konkrétních vztahů s poskytovateli. Je upraveno smírčí řízení (§ 89 SGB V) při uzavírání smluv a zakotven Smírčí úřad³¹², který řeší spory o výši úhrad za nemocniční ošetřování. Zdravotní pojišťovny mohou v omezeném rozsahu vytvořit vlastní zařízení na poskytování věcných dávek.

Radě znalců při Ministerstvu zdravotnictví je věnována pátá kapitola. Úkolem rady je vyhotovení posudků k vývoji zdravotního zabezpečení se zaměřením na odbourávání deficitů a nástinem možného směřování v budoucnosti.

Organizací zdravotních pojišťoven se zabývá šestá kapitola. Každá pojišťovna má stanovy a správní radu, což však nedokládá monistický model řízení, neboť jedna z funkcí správní rady je dohled nad představenstvem a funkčně orgán odpovídá postavení dozorcí rady. V této kapitole je také stanovena oznamovací povinnost zaměstnavatelů, ostatních plátců důchodů a pojištěnců samotných. Svazy zdravotních pojišťoven upravuje sedmá kapitola, kde je také upraveno DVKA³¹³ jako styčné místo pro koordinaci dávek v nemoci a mateřství podle Nařízení, které působí při Spolku zdravotních pojišťoven.

Financování zdravotních pojišťoven upravuje kapitola osmá. U příspěvků je rozlišován poplatník a plátce. Je upraveno také přerozdělení v případě nákladného léčení a vyrovnávací příspěvek kvůli rizikové struktuře (zdravotní pojištění osob pobírajících důchod). Devátá kapitola stanovuje posuzování sporných případů pracovní neschopnosti Medicínskou službou zdravotního pojištění (§ 275 SGB V).

Náležité zpracování dat potažmo ochranu osobních údajů garantuje desátá kapitola. Jedenáctá kapitola stanovuje ustanovení o správním trestání a ukládaných pokutách, dvanáctá kapitola zmiňuje záležitosti ohledně sjednocení Německa a třináctá kapitola obsahuje další přechodná ustanovení.

³¹² Schiedsamt.

³¹³ Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (§ 219a SGB V) v překladu Německé styčné místo zdravotního pojištění – zahraničí.

1.3. Osobní působnost

Mezi povinně pojištěné osoby patří zaměstnanci, příjemci dávek podpory v nezaměstnanosti, zemědělci, studenti³¹⁴. Pojištění provádějí zdravotní pojišťovny³¹⁵, které jsou z hlediska formy koncipovány jako VZP ČR nebo zaměstnanecké zdravotní pojišťovny – veřejnoprávní korporace se samosprávou.

V roce 1999 bylo v Německu registrováno 72 miliónů pojištěnců u 453 zákonných zdravotních pojišťoven³¹⁶. O deset let později v roce 2009 se zvýšil počet registrovaných pojištěnců o téměř 10 milionů vzhledem k plošné povinné účasti ve veřejném zdravotním pojištění.

Zbytková kategorie pojištěnců, která je stanovena v § 5 odst. 1 bodu 13 SGB V, zahrnuje osoby bez jiného nároku na ochranu při onemocnění, které byly naposledy zákonně zdravotně pojištěny nebo byly osvobozeny bez předchozího zákonného zdravotního pojištění.

1.4. Rozsah poskytovaných dávek

Sociální události kryté sociálním pojištěním jsou pojmovým znakem knihy V. sociálního zákoníku, bližší vymezení však zákoník neobsahuje. Je možné nalézt ustanovení: „Cílem zdravotního pojištění je zdraví pojištěnců uchovat, obnovit nebo zlepšit...Pojištěnci mají nárok na potřebné zdravotní ošetření ke zjištění nemoci, k jejímu léčení, odstranění nebo zmírnění. Zdravotní ošetření zahrnuje lékařské ošetření včetně psychoterapie, zubní péči, poskytnutí léčivých, obvazových, léčebných a pomocných prostředků, domácí zdravotní péči, nemocniční ošetření, rehabilitaci.“³¹⁷

Možné druhy dávek vyjmenovává § 21 SGB I ve dvou skupinách: jednak dávky pro zdravé pojištěnce (podpora zdraví, předcházení a odhalování nemocí), jednak dávky pro nemocné pojištěnce (lékařské a zubní ošetření, poskytnutí léčivých, obvazových,

³¹⁴ Bližší výčet pod § 5 SGB V.

³¹⁵ Pozn.: Doslovnému překladu německého termínu „Krankenkasse“ lépe odpovídá „zdravotní pokladna“, v textu je zvolen překlad „zdravotní pojišťovna“ kvůli ustálené terminologii v ČR.

³¹⁶ Podnecký, D. Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech in Integrace. Institut pro evropskou politiku EUROPEUM, Praha, 2004.

³¹⁷ §§ 1, 27 SGB V.

léčebných a pomocných prostředků)³¹⁸, domácí zdravotní péče a pomoc v domácnosti, nemocniční ošetření, medicínskou a rozšířenou rehabilitaci, podnikovou pomoc zemědělcům a nemocenské dávky). Podniková pomoc zemědělcům a nemocenské dávky jsou peněžité dávky a pomoc v domácnosti má povahu dávek ve formě služeb.

Na rozdíl do soukromého pojištění mají dávky zákonného zdravotního pojištění zásadně povahu věcných dávek³¹⁹. Následkem reformy³²⁰ se prosazovaly výjimky směrem k principům soukromého zdravotního pojištění, např. v oblasti zubní péče, které ale nepřestaly další vlnu reformy a návrat k „Sachleistungsprinzip“.

V některých případech je zdravotní péče proplácena na základě odborného posudku o nezbytnosti léčby. Toto povolení je například nezbytné pro preventivní lázeňskou léčbu, rehabilitaci a krátkodobou ošetrovatelskou domácí péči. Institut ekvivalentní reviznímu lékaři českých zdravotních pojišťoven není pravidlem.

Oddíl 2. Zdravotní pojišťovny

Je celkem 6 forem zdravotních pojišťoven: regionální zdravotní pojišťovny, podnikové, cechovní, zemědělské a záložní zdravotní pojišťovny a zdravotní pojišťovna pro horníky, zaměstnance železnic a námořníky. Jejich posláním je vyjednat jménem svých pojištěnců ceny, rozsah a kvalitu hrazené péče s poskytovateli. Takto vyjednaný rozsah péče je obvykle dostupný pro všechny pojištěnce fondu bez omezení. Pokud to povaha zdravotní pojišťovny nevyklučuje, může si jak povinně, tak dobrovolně zdravotně pojištěná osoba mezi zdravotními pojišťovnami vybírat dle vlastních preferencí³²¹.

Reformou z roku 2007 byl povolen přestup i k pojišťovnám horníků nebo námořníků (Knappschaft, Seekrankenkasse), aniž by pojištěnec musel mít k předmětným profesím užší vztah. Ze zákona mají zdravotní pojišťovny právo a povinnost zvýšit příspěvek (pojistné), jestliže si to vyžaduje krytí nákladů zdravotní péče.

³¹⁸ Léčebné a pomocné prostředky se liší podle směru působení: léčebné prostředky působí zevnitř a pomocné prostředky působí zevně.

³¹⁹ Sachleistungsprinzip.

³²⁰ 2. GKV-NOG - Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung s účinností do 18. srpna 2006.

³²¹ Blíže § 173 SGB V.

Do přijetí zákona o posílení hospodářské soutěže mezi zákonnými zdravotními pojišťovnami nebylo jasné, zdali se na hospodářskou soutěž zdravotních pojišťoven vztahují vlastní veřejnoprávní pravidla nebo soukromoprávní pravidla o hospodářské soutěži.³²² Problematiku nákladných pojištěnců řeší § 265 SGB V, a to z důvodů struktury pojištěnců. Tímto v rámci náhrady „strukturálního deficitu“ obdrží nejvíce regionální zdravotní pojišťovny, které mají v porovnání jednak věkově starší, jednak příjmově podprůměrné pojištěnce.

Podle § 29 odst. 1 SGB V jsou zdravotní pojišťovny samosprávné veřejnoprávní korporace. Mezi obligatorní orgány patří správní rada s funkcí dozorčí rady nad představenstvem, představenstvo v čele s jeho předsedou a valná hromada. Zdravotní pojišťovny vytvářejí povinně spolky na zemské a spolkové úrovni.

2.1. Organizační zajištění

Nejvyšší dohlédacím orgánem ve veřejném zdravotním pojištění je Spolkové ministerstvo pro zdraví a sociální bezpečnost³²³ spolu se Spolkovým úřadem pojištění (BVA – Bundesversicherungsamt). Další úlohu hrají ministerstva a úřady jednotlivých spolkových zemí.

Společný spolkový výbor³²⁴ je orgánem s kompetencí činit právně závazná rozhodnutí o tom, které ambulantní nebo nemocniční zdravotní služby budou zahrnuty do veřejného zdravotního pojištění.

Institut pro kvalitu a hospodárnost zdravotnictví je zakotven v § 139 knihy V. sociálního zákoníku, sídlem v Kolíně a působností od roku 2004. Svěřeným úkolem instituce je posuzování aktuálního vědeckého poznání v oblasti diagnostiky a terapie nemocí a vypracování výstupů pro Společný spolkový výbor (hodnocení přínosu nových postupů ve veřejném zdravotním pojištění).

³²² Eichenhofer, E. Sozialrecht. 4. bearbeitete Auflage. Tübingen: J.C.B.Mohr (Paul Siebeck) 2003, s. 193.

³²³ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

³²⁴ Gemeinsamer Bundeszuschuss-GBA.

Oddíl 3. Poskytovatelé zdravotní péče

Vzhledem k principu věcných dávek zákonného zdravotního pojištění mohou poskytovat zdravotní pojišťovny tyto dávky skrze nemocnice, lékaře, zubaře, lékárny a dodavatele léčivých a léčebných prostředků. Mezi poskytovateli a zdravotní pojišťovnou pojištěnce však není bezprostřední vztah, mezi nimi stojí lékařské nebo stomatologické svazy³²⁵, které se vyznačují veřejnoprávní povahou a povinným členstvím.

Nejedná se však o lékařské nebo stomatologické komory, smysl povinného členství u uvedených svazů je v zajištění vztahu se zdravotní pojišťovnou, protože smlouvy včetně ustanovení o výše úhrad se zdravotními pojišťovnami uzavírají právě svazy nikoli jednotlivě poskytovatelé. Tyto smlouvy mají povahu normativních smluv veřejnoprávní povahy, které jsou závazné pro členy svazů. Podle § 85 SGB V je pak úhrada poukázána spolkovému svazu, který ji dělí na zemské svazy a ty dále mezi své členy.

Je možné, ale nikoli běžné, že lékař má oprávnění k poskytování zdravotní péče, ale není přijat do svazu, přestože většina obyvatelstva je kryta zákonným zdravotním pojištěním³²⁶. Podstatou regulace mezi svazem a lékařem-poskytovatelem jsou stanovy a zákonná ustanovení, což více koresponduje s povinným členstvím.

Ohledně vztahu pacienta-pojištěnce a lékaře-poskytovatele je Spolkový soudní dvůr názoru, že se jedná o soukromoprávní vztah, Spolkový sociální soud soudí ve prospěch veřejnoprávního vztahu lékaře a pojištěnce³²⁷. Vedle žádosti a oprávnění k poskytování zdravotní služeb je pro zahrnutí do sítě smluvních lékařů³²⁸ nutné kladné rozhodnutí přijímacího výboru podle § 96 SGB V.

³²⁵ Waltermann, R. Sozialrecht. Heidelberg: Müller 2000, s. 90.

³²⁶ Eichenhofer, E. Sozialrecht. 4. bearbeitete Auflage. Tübingen: J.C.B.Mohr (Paul Siebeck) 2003, s. 201.

³²⁷ ZB BGHZ 76, 259 (261); ZB BSGH 33, 158.

³²⁸ Ačkoli smlouvy uzavírají až svazy poskytovatelů.

3.1. Nemocniční poskytovatelé

Nemocniční zařízení uzavírají vlastní smlouvy³²⁹ se zemskými svazy. Na základě těchto smluv získávají ale toliko prostředky ke krytí provozních nákladů, a to na základě sazeb za ošetřující dny a paušálních odměn³³⁰. Investiční náklady nemocničních zařízení jsou kryty z jiných veřejných zdrojů.

Vysokoškolské kliniky a nemocnice zřízené spolkovými zeměmi k přijetí do zemských svazů nepotřebují vlastní smlouvu, postačuje jejich forma, aby byly zahrnuty do sítě smluvních zařízení.

Oddíl 4. Současný stav reformovaného zdravotního pojištění

Na základě zdravotní reformy z roku 2007 bylo reformováno i veřejné zdravotní pojištění. Současné veřejné zdravotní pojištění se vyznačuje rozšířenou povinnou účastí osob s povinností zdravotních pojišťoven uzavřít zdravotní pojištění prakticky pro všechny obyvatele Německa. Osoby, které byly zbaveny ochrany veřejného zdravotního pojištění proti své vůli, jsou také znovu pojištěnci.

Plošné pokrytí obyvatelstva zdravotním pojištěním je novum v historii sociální bezpečnosti na území Německa. Reforma z roku 2007 byla ojedinělou změna také z pohledu dalšího nezvyšování pojistného a zachování stávajícího rozsahu hrazené zdravotní péče (např. rehabilitační péče) je nově povinně hrazena zdravotními pojišťovnami.

4.1. Zdravotní pojišťovny

Dalším z cílů reformy bylo zvýšení hospodářské soutěže mezi pojišťovnami, a to rozšířením nabízených tarifů pojistného a zdravotních plánů. Soukromé zdravotní pojišťovny nabízejí povinně základní rozsah péče³³¹ za relativně nejnižší pojistné, bez možnosti odmítnout uzavřít smlouvu nebo stanovit rizikový příplatek k pojistnému.

³²⁹ Versorgungsvertrag podle § 108 bodu 3 SGB V.

³³⁰ Bližší úprava v zákoně o financování nemocnic – Krankenhausfinanzierungsgesetz (KfG) publikovaný pod BGBl. I. 1991, S. 886.

³³¹ Basistarif s pojistným pohybujícím se kolem částky 500,- EUR.

Smlouva se základním rozsahem péče uzavíraná soukromou zdravotní pojišťovnou musí být srovnatelná rozsahem kryté zdravotní péče s plánem zákonných zdravotních pojišťoven.

Mezi zdravotními plány zákonných zdravotních pojišťoven je plán řízené péče „Hausarzttarif“ nebo „Selbstbehalttarif“ s důrazem na vyšší spoluúčast pojištěnce.

Partikularismus zdravotních pojišťoven zůstal zachován, ale byla vytvořena nadstavba ve formě speciálního zdravotního fondu³³², který přijímá pojistné od zdravotních pojišťoven a po přerozdělení vrací finanční prostředky zdravotním pojišťovnám. Počínaje rokem 2011 bude umožněno zaměstnavatelům, aby pojistné za zaměstnance odváděli jedné pojišťovně, které se postará o převody na odpovídající pojišťovny zaměstnanců zaměstnavatele.

Byl zvýšen podíl daňového financování veřejného zdravotního pojištění, aby pojištěnci nebyli vystaveni neustále rostoucímu pojistnému. Počínaje rokem 2009 byla dále zavedena jednotná sazba pojistného³³³, kterou určuje spolková vláda. Při přerozdělení pojistného se zohledňuje struktura pojištěnců z hlediska věku, pohlaví a zdravotních rizik. Zákonná zdravotní pojišťovna, která není schopna uhradit čerpanou zdravotní péči z prostředků, které získá po přerozdělení, je oprávněna požadovat po pojištěncích dodatečný příspěvek³³⁴. Obdobně při dobrém hospodaření může zdravotní pojišťovna rozdělit neupotřebený přebytek přerozdělených prostředků mezi své pojištěnce.

Rozsah hrazené zdravotní péče je určován pravidelně Společným spolkovým výborem (Gemeinsamer Bundeszuschuss-GBA). Tato forma je záměrná, aby byly co nejrychleji zahrnuty do režimu veřejného zdravotního pojištění a nové léčebné postupy. Tento model není zcela schůdný v podmínkách České republiky, neboť na rozdíl od ústavního pořádku Německa je v českém ústavním pořádku vyžadováno stanovit rozsah hrazené péče zákonem, nikoli usnesením vlády, vyhláškou Ministerstva nebo opatřením správního orgánu.

³³² Nejedná se o sjednocenou zastřešující organizaci Spitzenverband Bund (z původně sedmi organizací), ale o samostatný fond.

³³³ Gleicher Beitragssatz.

³³⁴ Do výše 1% z vyměřovacího základu, bez ohledu na příjem může zdravotní pojišťovna požadovat po pojištěnci do 8,- EUR, u vybraných skupin pojištěnců (např. příjemci dávek pomoci v hmotné nouzi, nezaměstnaní) je plátce dodatečného příspěvku odlišný od pojištěnce.

4.2. Osoby nekryté veřejným zdravotním pojištěním

Před rozšířením osobního rozsahu veřejného zdravotního pojištění se mohlo stát, že pojištěnci bylo jeho pojištění ukončeno, aniž se za původní právní úpravy mohl vrátit zpátky. Jednalo se např. o pojištěnce, kteří byli pojištěni z titulu svého živitele (rozvedený manžel, potomci nad 23 let, kteří jsou nezaměstnaní a nemají nárok na podporu v nezaměstnanosti nebo jiné dávky sociální bezpečnosti) nebo OSVČ, které kvůli finančním potížím při svém podnikání nedokázaly platit pojistné a ztratily nárok být pojištěny. Původně se nemohli zaregistrovat zpátky ani bývalý pojištěnci, kteří žili v cizině a vrátili se zpátky do SRN.

Citelná sankce podle původní právní úpravy za neplacení pojistného spočívala také ve vyloučení z veřejného zdravotního pojištění a platilo, že po 2 měsících neplacení pojistného, byl pojištěnec vyloučen ze zákonného pojištění a jeho návrat již nebyl možný. Podle reformované právní úpravy bude sankce za pozdní placení pojistného spočívat v omezení rozsahu hrazené péče na nezbytnou péči³³⁵.

³³⁵ Nezbytná péče zahrnuje péči v těhotenství a po porodu.

Kapitola 4 Francie

Kdo by chtěl vybrat protiklad ostrovnímu britskému zdravotnictví, nic se nenabízí na kontinentu lépe, než francouzský systém poskytování a úhrady zdravotní péče. Jednoduše se francouzský systém liší tím, že je o hodně dražší, s minimálními čekacími lhůtami a s mnoha variantami připojištění.

Oddíl 1. Druhy zdravotního pojištění a jejich nositelé

Nositeli veřejného zdravotního pojištění jsou fondy zdravotního pojištění, zřízené podle soukromého práva s cílem veřejné služby. Fondy podléhají dohledu Ministerstva zdravotnictví. Existuje více typů (schémat) veřejného zdravotního pojištění, celkem je 17 registrovaných. Hlavními typy jsou všeobecný, pro zemědělství a pro OSVČ, které mají vlastní strukturu fondů na celostátní, regionální a místní úrovni. Účast v jiném typu pojištění ruší obligatorní pojištění ve všeobecném typu.

1.1. Všeobecný typ pojištění

Všeobecný typ pojištění zahrnuje zaměstnané osoby a ostatní nevýdělečně činné osoby, které jsou pojištěny na základě bydliště ve Francii. Hlavním fondem všeobecného typu zdravotního pojištění je CNAMTS³³⁶, který je činný na celostátní úrovni a plní koordinační funkci. CRAM – regionální fondy zdravotního pojištění (16 fondů), zodpovídají za oblast prevence, pracovních úrazů a nemocí z povolání. CPAM³³⁷ – základní fondy zdravotního pojištění (128 fondů) obstarávají registraci pojištěnců, výplatu dávek, sdělují informace o poskytovaných službách a první pomoci. Mohou také pověřit vzájemný fond výkonem vlastních úkolů. Úřadovny CPAM jsou téměř v každém městě.

³³⁶ Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés – Národní fond zdravotního pojištění pro zaměstnance.

³³⁷ Caisse Primaire Assurance Maladie – Primární fond zdravotního pojištění.

1.1.1. Pojistné

Pojistné je hrazeno u zaměstnanců na základě podílu z dosaženého příjmu a je sráženo ze mzdy. Dále je všeobecný typ pojištění financován z všeobecného sociálního příspěvku, který má daňovou povahu a je odváděn z celkového příjmu všech osob včetně OSVČ. Pojistnému podléhají starobní důchody a dávky v nezaměstnanosti. Pro zajímavost v roce 2003 činil podíl všeobecného sociálního příspěvku na celkových příjmech všeobecného typu pojištění 34 % (ze třetiny se tedy jedná o soustavu financovanou z daní), součet příspěvku a pojistného od zaměstnanců činil 89 % na celkových příjmech.

Osoby pojištěné z důvodu rezidentství ve Francii odvádějí pojistné ve výši 8 % z ročního příjmu domácnosti po odečtení dávek a částky cca. 7.000,- EUR, která odpovídá hranici pro přístup k pojištění CMU-C, viz níže.

Každý pojištěnec má přiděleno spolu s průkazem³³⁸ číslo sociálního zabezpečení, které je nezbytné k náhradě nákladů zdravotní péče. Průkaz pojištěnce má být v dohledné době opatřen fotografií a otisky prstů držitele k omezení zneužívání přístupu ke zdravotní péči.

1.2. Typ zemědělství

Typ zemědělství se vyznačuje svobodnou volbou pojistitele (pojišťovny) a poskytuje pojištěnci výhodu „one-stop shopping” (vedle zdravotního pojištění též starobní, rodinné a další pojištění). Struktura fondů na jednotlivých úrovních je podobná jako u všeobecného typu pojištění. Vyměřovací základ se stanovuje s přihlédnutím k povaze činnosti logicky, ale vzhledem k českým zvyklostem při konstrukci vyměřovacích základů pro pojistné velmi netradičně, a to na základě součinu výměry půdy a její úředně stanovené hodnoty místním katastrálním úřadem.

³³⁸ Francouzsky označována jako „carte vitale”.

1.3. Typ pro OSVČ

Typ OSVČ existuje vedle všeobecné soustavy a soustavy pro zemědělství s vlastní strukturou zdravotních fondů. Pojistné je stanoveno podílem z celkových zdanitelných příjmů. Vedle pojistného je odváděna z celkových příjmů dávka do fondu na uhrazení sociálního deficitu s předpokládanou činností na dalších nejméně 10 let.

1.4. Vztah jednotlivých schémat zdravotního pojištění

Probíhá kompenzace mezi jednotlivými schématy pojištění, mezi kterým je všeobecné schéma zaměstnanců čistým plátcem vůči ostatním schématům. Fondy spravují peněžité a věcné dávky zdravotního pojištění neodděleně, tj. provádějí i výplatu peněžitých nemocenských dávek.

Z hlediska základní úrovně zdravotního pojištění (tzv. univerzální zdravotní pojištění) je takto zajištěno 100 % populace Francie. Toto je následkem zbytkové kategorie pojištění podle bydliště a obligatorní účasti v systému, podobně jako v ČR na základě trvalého pobytu.

1.4.1. Rodinní příslušníci

Nárok na věcné dávky zdravotního pojištění vyplývá rodinným příslušníkům z pojištění osoby, na které jsou závislé, jestliže nemají samostatné pojištění. Mezi rodinné příslušníky se podle francouzských předpisů řadí:

- manželka,
- děti do 16 let nebo do 20 let pokud studují nebo nejsou fyzicky/mentálně schopny nalézt zaměstnání,
- příbuzní do třetího stupně, kteří sdílí domácnost s pojištěným a starají se nejméně o jeho dvě děti do 14 let a
- osoba, která žije s pojištěným jakoby manžel/manželka a uzavřel smlouvu o společném jmění a je skutečně a úplně na pojištěném závislý/á.

Nabízí se otázka rozlišení navázání pojištěnce oproti pojištění z titulu rezidentství, odpověď by mohla spočívat v odlišném výpočtu a odvodu pojistného, tj. rezidenčně

pojištěná osoba má samostatné zdroje pojistného, kdežto „navázaný“ pojištěnec, který odvozuje pojištění od jiného pojištěnce (živitele), je financován taktéž skrze pojistné živitele.

Oddíl 2. Rozsah a způsob hrazení zdravotní péče

Výchozím přístupem úhrady nákladů zdravotní péče je refundace nákladů uhrazených pojištěncem. Všechny zdravotní výkony jsou ohodnoceny základní výší a výší náhrady (refundací). Ke každému kódu lze přiřadit nejvýše tři hodnoty na základě katalogu zdravotních výkonů, na základě sazeb lékařů-expertů z oboru a na základě seznamu zdravotních pomůcek. Na základě těchto sazebníků pro pojištěnce s univerzálním zdravotním pojištěním – CMU, vyplývá obvykle spoluúčast, která ale může být uhrazena jinou organizací (third party payment³³⁹).

Držitelé pojištění CMU kategorie C³⁴⁰, tj. s příjmem do cca 600,- EUR, mají z univerzálního zdravotního pojištění krytu i spoluúčast pacienta.

2.1. Platba předem

Francouzský model je důvodné kategorizovat do skupiny systémů s významnou platbou „z peněženky“, která zahrnuje nejen spoluúčast, ale i další náklady, které za určitých podmínek refundaci podléhají³⁴¹. V praxi není platba celé částky požadována u lékařů, kteří jsou v on-line kontaktu s místní CPAM a pacient předloží platný průkaz pojištění. Pokud pacient uvede jen číslo sociálního zabezpečení, poté nárok na refundaci pacient předloží u místní CPAM, která případně postoupí nárok i nositeli komplementárního pojištění.

³³⁹ Pojem third party payment je uveden kvůli úzu jeho používání v mnoha starších členských státech EU. Z hlediska českého pojištěnce je zúčtování všech nákladů často samozřejmostí, nicméně vztah není zvykem nazvat tímto mezinárodním výrazem.

³⁴⁰ Ve zkratce CMU-C, kde poslední písmeno je zkratkou „complémentaire“.

³⁴¹ Ve výsledku je mnoho transakcí zúčtováno bezhotovostně přímo přes fondy zdravotního pojištění, nicméně kulturní odlišnost spočívá ve výchozím principu (náhledu) hotové, resp. bezhotovostní, ale přímé úhrady celých nákladů zdravotnickému zařízení. V ČR je standardem naopak „third party payment“ a přímá úhrada nákladů poskytovateli stále něco neobvyklého nebo spíše nadstandardního.

S refundačním systémem souvisí i možnost poskytovatele požadovat úhradu plné částky předem. Toto však stejně jako výchozí princip refundací je z většiny případů ošetření méně časté, protože další pravidla a komplementární pojištění fungují tak, že pacient většinou předem neplatí a zúčtování proběhne „mimo“ pojištěnce.

2.1.1. Third party payment

Jedna z výjimek, kdy nemusí pacient také hradit náklady ošetření předem je v případě závazku další organizace k úhradě (third party payment, viz výše) nebo v případě nároku na 100% refundaci, která zahrnuje dlouhodobá onemocnění, dále maligní nádory, cukrovka, duševní nemoci, cerebro-vaskulární onemocnění, roztroušená skleróza, AIDS, Parkinsonova choroba apod. Spoluúčastí také není zatížena péče o dospívající děti, dárcovství krve, ošetření těhotné v posledních 4 měsících těhotenství, sterilizace atd.

Z hlediska pojištěnců nepodléhají spoluúčasti invalidní důchodci a příjemci nadpolovičního důchodu z důvodu průmyslové nehody.

2.1.2. Sazby, příklady, spoluúčast

Konzultace u lékaře je zatížena obvykle spoluúčastí 30 %, ošetrovatelská péče doma 40 %, v nemocnici snížena na 20 %, některé preventivní vyšetření jsou bez spoluúčasti. Při každé refundaci je fixně odečítáno 1,- EUR z náhrady pojištěnci (omezeno horní limitem 50,- EUR/kalendářní rok).

Např. první návštěva/konzultace ošetřujícího lékaře stojí podle Tarifu 21,- EUR u dospělého člověka. Jednovrstvá plomba u zubaře podle Tarifu 17,- EUR. Poplatek za ubytování v nemocnici je 15,- EUR/den.

Léky jsou nahrazovány do 35 % v kategorii „komfortní“. Nezbytné do 100 % a ostatní kolem 65 %. Za zubní ošetření je zpravidla 30 % spoluúčast. Náročnější dentální zákroky, péče o oči jsou nahrazovány nízkými procenty. Ceny jednotlivých lékáren se mohou podstatně lišit.

2.1.2.1. Nemocniční péče

Náklady nemocničního ošetření jsou nahrazovány v průměru do 80 %, vyjma případů již uvedených na str. 167 Third party payment. Během hospitalizace vedle spoluúčasti za ošetření přichází v úvahu ještě fixní částka za den pobytu v nemocnici, platí se ale jen tehdy, je-li vyšší než samotná spoluúčast. Fixní částka a spoluúčast nejsou sčítány.³⁴²

Plná náhrada nemocničního ošetření je poskytována od 31. dne pobytu. Na základě výše uvedeného vztahu fixní částky a spoluúčasti ale plyne, že plná náhrada kryje pouze spoluúčast a na druhé straně je k úhradě vždy fixní částka ve výši 11,- EUR za den pobytu na oddělení psychiatrie a 15,- EUR na ostatních odděleních.

Náklady na ošetření u jednotlivých nemocnic se mohou lišit. Pacient, který nastoupí léčbu mimo nejbližší nemocnici, musí akceptovat náhradové stropy zdravotního fondu, jestliže zvolená nemocnice požaduje vyšší náklady než ta nejbližší. Rozdělení na státní, soukromé a neziskové nemocnice neposkytuje vodítko k určení „cenové hladiny“ nemocnice.

2.1.2.2. Invalidní důchodce

Příklad příjemce invalidního důchodu s roztroušenou sklerózou: návštěvy lékaře, účty za léky, běžné zubní ošetření a hospitalizace jsou bez spoluúčasti, i když se jedná o zdravotní problém, kvůli kterému invalidní důchod přiznán nebyl. Spoluúčastí nebo s plnou úhradou zůstávají léky označené modrou etiketou (nikoli nezbytná léčiva), denní platby za stravu v nemocnici³⁴³, naslouchadla, brýle, zubní korunky a „překročení“, tzv. depassements.

2.2. Poskytovatelé zdravotní péče

Každý pojištěnec starší 16 let je povinen zvolit si ošetřujícího lékaře³⁴⁴, který koordinuje jeho zdravotní péči. Nesplnění této povinnosti nebo konzultace specialisty „přímo“ je stížena vyšší spoluúčastí, avšak přímo návštěva gynekologa, očního lékaře,

³⁴² Fixní částka a spoluúčast nejsou v kumulativním vztahu.

³⁴³ Francouzsky „Forfait Journalier“.

³⁴⁴ Francouzsky „Médecin Traitant“.

psychiatra a zubaře není sankcionována. Postih se neuplatní ani při pobytu pojištěnce mimo vlastní bydliště.

Vztah poskytovatelů a pojišťoven (fondů) je řízen/upraven soustavou dohod s celkem třemi možnými sektory:

Sektor 1 – Poskytovatel souhlasí s navrženými cenami fondu, odměnou jsou dávky sociálního a důchodového pojištění pro lékaře/poskytovatele, které hradí druhá smluvní strana.

Sektor 2 – Poskytovatel může požadovat vyšší sazby, pojištěnec je refundován do výše navržených sazeb podle sektoru 1. V současné době přístup nových poskytovatelů do tohoto sektoru není možný. Stávajícím poskytovatelům tohoto sektoru je nabídnuta opce k částečnému přestupu do sektoru 1 výměnou za nižší platby příspěvků na sociální zabezpečení. Tato kategorie se nejčastěji vyskytuje ve větších městech a zejména v Paříži.

Sektor 3 – Poskytovatelé stanovují sazby za ošetření nad limit sektoru 1 i 2. Zahrnuje zhruba 15 % lékařů s privátní praxí.

Lékař, který se drží sazebníků (viz výše) ze strany pacientů, se označuje běžně jako „conventioné“³⁴⁵, leč výše náhrady a doplatku není vždy predikovatelná, protože lékař má právo v případě, že učinit tak je rozumné a taktní, přiúčtovat pacientovi tzv. „dépassement“³⁴⁶ za dodatečné znalosti a dovednosti získané dodatečnou užší specializací, např. ze zahraničí. Nejčastěji jsou depassements účtovány v Paříži. Tato překročení se ale nemusí týkat jen samotného zákroku, ale i první konzultace.

Je příznačné pro francouzskou kulturu, že institut depassement v úhradě zdravotní péče existuje a je obecně pojištěnci tolerován, protože se v podstatě jedná o příplatek lékaře, který se jednak sazebníku drží, jednak jej jakoby vylepšuje s přihlédnutím k okolnostem.

Kumulovaně 0,5 % lékařů není účastna dohod žádného ze sektorů. Členové jednotlivých lékařských oborů mohou uzavřít separátní dohody s Ministerstvem

³⁴⁵ Překlad: obvyklý, dohodnutý. Vztah k „Tarif de Convention“, tj. tarif podle dohodnutého sazebníku. Pozn. U tohoto sazebníku není pacient smluvní stranou, ve smluvním právu má povahu podmínek, na které se odkazuje.

³⁴⁶ Doslovný překlad: překročení.

sociálního zabezpečení nebo jednotlivými fondy. Poskytovatelé jsou zpravidla odměňováni za každý výkon, jehož ceny jsou stanoveny v dohodách. Dohody čím dál více upravují vztah poskytovatelů a pojišťoven v širším rozsahu (např. dobrá praxe).

2.2.1. Nemocnice

Nemocnice lze členit na veřejné, na soukromé s poskytováním veřejné služby a na ostatní. Zákon dovoluje provozovat soukromou praxi ve veřejné nemocnici, kde jsou jinak lékaři běžně zaměstnáni a odměňováni mzdou. V soukromých nemocnicích, které mají smlouvu se zdravotním fondem, jsou lékaři za služby odměňováni pacienty a z těchto výnosů hradí lékař poplatky za používání nemocničních zařízení. V posléze uvedeném příkladu vystupuje lékař jako OSVČ.

Oddíl 3. Dobrovolné komplementární připojištění

Mezi nositele dobrovolného, doplňkového pojištění³⁴⁷, které je komplementární k povinnému, patří vzájemné zdravotní fondy³⁴⁸, komerční pojišťovny a spořitelny (podobné více družstevním záložnám než bankám). Pojistné v komplementárním pojištění je stanovováno vzhledem k věku a požadavku na úroveň krytí rizika, jeho konečná výše je uvedena ve smlouvě.

Nejčastěji provádějí komplementární zdravotní pojištění vzájemné zdravotní fondy (mutual health funds). Vstup do oblasti povinného pojištění těmito vzájemným fondům není zakázána.

Dále se mezi nositele dobrovolného připojištění řadí fond zdravotního pojištění z povinné soustavy nebo jeden z nositelů dobrovolného typu pojištění (podle volby pojištěnce), jestliže organizuje všeobecné schéma CMU-C z povinné soustavy.

3.1. Soutěž pojistitelů, sjednání pojištění

Celkový počet soutěžících poskytovatelů komplementárního pojištění se pohybuje kolem jednoho tisíce. Problémem zůstávají nepřehledná pravidla jednotlivých

³⁴⁷ Francouzsky běžně označované jako police complémentaire nebo mutuelle.

³⁴⁸ Mutuelles.

pojistitelů, kteří ne vždy zpřístupní způsob stanovení pojistného, nýbrž sdělí výši konkrétního pojistného po sdělení vyžádaných osobních údajů. Zjištění nejvýhodnější sazby v porovnání s pojistným krytím je možné, ale časově může být velmi náročné. Jedni z poskytovatelů připojištění, tzv. mutuelles, jsou neziskové organizace, to ale neznamená nezbytně nižší sazby pojistného.

Výběr vhodné úrovně krytí není jednoduchý, protože např. v regionech s obvyklým účtováním depassements i při 100 % krytí (tedy do výše tzv. Tarif de Conventión) znamená v konečném důsledku doplácení „z vlastní kapsy“.

Sjednaná plná náhrada zubního a očního ošetření výrazně zvyšuje sazbu pojistného. Nabízení připojištění patří mezi jedny z aktivit finančních poradců, s přihlédnutím k těmto okolnostem je komplementární pojištění komerčním produktem.

Oddíl 4. Srovnání se zdravotním pojištěním ve Velké Británii

Na základě dostupných komentářů lze uvést, že rozdíl mezi veřejnou a soukromou nemocnicí ve Francii není tak výrazný jako ve Velké Británii, kde základní péče ve státem organizovaných zdravotnických zařízeních je údajně na nižší úrovni než ve Francii. Návštěva soukromé nemocnice ve Velké Británii neumožňuje ani částečnou náhradu (refundaci) od instituce sociálního zabezpečení.

Seznamy čekatelů na nemocniční ošetření jsou ve Francii rychleji uspokojovány. Bezplatná péče jako v UK není samozřejmostí, refundace nákladů zdravotní péče, které francouzský pojištěnec vynaložil přímo poskytovateli, trvá kolem 10 dnů. Francie má narozdíl od Velké Británie sazby za každý výkon.

Kapitola 5 Rakousko

Rakouská spolková ústava zmínku o sociálních právech, tedy i právu na zdraví, neobsahuje. Význam ústavy z hlediska zdravotního pojištění se omezuje na rozdělení zákonodárné kompetence mezi spolek a jeho devět zemí. Podle čl. 10 odst. 1 bodu 12 Ústavy³⁴⁹ je zákonodárnou záležitostí spolku oblast zdravotnictví kromě pohřebnictví.

Ani komplexní úprava obdobná zákoníku SGB ve Spolkové republice Německo, není v Rakousku k dispozici a jednotlivé sociální nároky jsou upraveny podle způsobu výdělečné činnosti nebo způsobu poskytování jiné náhrady příjmu. Tak jsou samostatně upraveny nároky osob zaměstnaných³⁵⁰, osob samostatně výdělečně činných³⁵¹, úředníků státní správy³⁵², přičemž logikou rozdělení je oddělená odpovědnost jednotlivých skupin k zabezpečení potřeb vlastních členů³⁵³. Tato reglementace upomíná na tradiční pojistný přístup 19. a první poloviny 20. století.

1.1. Vznik zdravotního pojištění

Rakouský zákon z roku 1888 o zdravotním pojištění zaměstnanců převzal tehdejší úpravu na území Německa. Poskytování a úhrada zdravotní péče byla vystavěna na systému smluvních lékařů a již tenkrát se objevovali spory mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami³⁵⁴.

1.2. Nositelé zdravotního pojištění

Počet zdravotních pojišťoven dosahuje počtu 30 subjektů, jejichž účelem existence není provádění hospodářské soutěže, nýbrž provedení jednotlivých soustav zdravotních

³⁴⁹ Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG).

³⁵⁰ ASVG – Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (zákon o všeobecné sociální bezpečnosti).

³⁵¹ GSVG – Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (zákon o živnostenské sociální bezpečnosti), BSVG – Bauern-Sozialversicherungsgesetz (zákon o sociální bezpečnosti zemědělců).

³⁵² B-KUVG – Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (zákon o zdravotním o úrazovém pojištění úředníků).

³⁵³ Grillberger, K. Österreichisches Sozialrecht. 6. neubearbeitete Auflage. Vídeň: Springer 2004, s. 9.

³⁵⁴ Flemmich, G., Ivansits, H., Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie. Vídeň: Verlag des ÖGB GesmbH, 2000, s. 188.

pojištění. S tím souvisí i skutečnost, že pojištěnec není oprávněn měnit pojistitele, specializace zdravotní pojišťovny (fondu) je tímto pro pojištěnce závazná. Vysoký počet zdravotních pojišťoven se odráží také v tom, že plno z nich působí pouze na území jedné spolkové země.

Až 80 % pojištěnců náleží do systému pojištění podle zákona o sociálním zabezpečení (zákona o sociální bezpečnosti), se sazbou pojistného od 6,4 % do 9,1 % (podle typu fondu) z vyměřovacího základu. Pojistné je také rozděleno mezi zaměstnance a zaměstnavatele, a to na rovné poloviny mezi oba poplatníky. Výše pojistného je odvislá od výše příjmu.

1.3. Přímá úhrada a náhrada

Na nákladech zdravotní péče se pojištěnec podílí také přímou spoluúčastí. Spoluúčast je obecně nižší u smluvních lékařů zdravotních fondů. Náhrada nákladů u nesmluvního poskytovatele zdravotní péče se pohybuje do výše 80 % nákladů.

Uplatňují se poukazy na stanovené částky spoluúčasti, kterou pojištěnec hradí u praktického lékaře (3,63 EUR), u lékaře specialisty (10,6 EUR) a u lékaře specialisty, ke kterému nemá doporučení (18,17 EUR). Výdej léčivého přípravku na předpis je zpoplatněn také, a to ve výši 4,25 EUR za jeden předpis³⁵⁵. Mezi pojištěnce s osobním osvobozením od hrazení spoluúčasti náleží děti, poživatelé důchodu a osoby s příjmem pod stanovenou hranicí. Dále podléhá spoluúčasti pobyt v ústavním zdravotnickém zařízení.

Změna poskytovatele na rozdíl od změny zdravotní pojišťovny je pravidelně možná. Podléhá však omezení frekvence změn³⁵⁶ a u vybraných odborností také souhlasu zdravotní pojišťovny. Ambulantní péče je zajišťována privátními lékaři, většinou se smlouvou alespoň s jedním zdravotním fondem.

³⁵⁵ Zdroj: www.sozialversicherung.at .

³⁵⁶ Pouze jednou za čtvrtletí.

1.4. Připojištění

Doplňkové soukromé zdravotní připojištění kryje náklady na zdravotní péči, která není proplácena povinným zdravotním pojištěním, a nabízí i možnost krytí nadstandardní péče. Toto pojištění je nabízeno ziskovými pojišťovacími společnostmi a podmínky a výše pojistného se liší. Tyto společnosti využívají také zaměstnavatelé, kteří přispívají svým zaměstnancům. Soukromým zdravotním pojištěním je zajištěna zhruba jedna třetina Rakušanů.³⁵⁷

Smlouvy o soukromém zdravotním pojištění se uzavírají na dobu neurčitou, bez možnosti výpovědi ze strany pojistitele³⁵⁸, ledaže došlo k zamlčení známých onemocnění při uzavírání smlouvy, byla naplněna skutková podstata podvodu nebo není hrazeno pojistné.

³⁵⁷ Podnecký, D. Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech in *Integrace*. Institut pro evropskou politiku EUROPEUM, Praha, 2004.

³⁵⁸ Flemmich, G., Ivansits, H., *Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie*. Vídeň: Verlag des ÖGB GesmbH, 2000, s 292.

Kapitola 6 Švýcarsko

Švýcarsko je spolu s Lichtenštejnskem ostrovem uvnitř EU. Obě země jsou v úzké spolupráci s EU, na jejich území se uplatňují unijní koordinační pravidla sociálního zabezpečení. Švýcarsko je zemí s velmi vysokým domácím produktem na obyvatele.

1.1. *Prameny práva*

Základem sociálního zabezpečení je čl. 111 a násl. spolkové ústavy, který vytváří 3-pilířový systém. Jednotlivé pilíře se od sebe odlišují zejména osobním rozsahem krytí a úrovní nezbytnosti. První pilíř kryje veškeré obyvatelstvo z hlediska základních životních potřeb. Druhý pilíř upravuje ochranu pro zaměstnance a jejich mzdy a třetí pilíř se týká individuálního spoření na zabezpečení občanů a je ovládán zásadou dobrovolnosti zabezpečení.

Ústavním základem pro zdravotní pojištění je čl. 117, který stanovuje povinnost spolku (konfederace) vydat předpisy o zdravotním pojištění s možností určit povinnou účast pro všechny nebo pro jednotlivé skupiny obyvatelstva.

O vztahu Švýcarska a Evropských společenství je blíže pojednáno na str. 43 Územní působnost.

Oddíl 2. Zdravotní pojištění

Zákonem o zdravotním pojištění³⁵⁹ je upraveno povinné základní zdravotní pojištění, připojištění a dobrovolné pojištění. V základním zdravotním pojištění je zahrnut každý, kdo má bydliště ve Švýcarsku a tímto pojištěním se také zabývají následující odstavce. Prováděcí právní úprava je delegována na jednotlivé územní samosprávné jednotky³⁶⁰.

³⁵⁹ Bundesgesetz über die Krankenversicherung ze dne 18. března 1994 - KVG.

³⁶⁰ Celkem 26 územních samosprávných jednotek - kantonů.

2.1. Poskytované dávky, způsob ošetření

Poskytované dávky základního zdravotního pojištění musejí splňovat kumulativně tyto atributy: účinnost, účelnost a hospodárnost³⁶¹. Účinnost musí být vědecky doložena. Účelnost se posuzuje v konkrétním případě, zdali žádoucí účinek může nastat, alespoň v přiměřeném rozsahu³⁶². Hospodárnost se poměřuje vztahem nákladů a přínosů. Při splnění účinnosti a účelnosti ustupuje požadavek hospodárnosti do pozadí vzhledem k nevhodnosti poměrování nákladů a ceny lidského života, ledaže se nabízí více způsobů ošetření. Poměrování více způsobů ošetření je nejnázornější u zubních ošetření.

2.1.1. Spoluúčast pojištěnce

Spoluúčast, vlastní úhrada a příspěvek na úhradu pobytu v nemocnici jsou formy přímé úhrady poskytovatelům. Je stanovena prvotní částka za kalendářní rok, která není nahrazována ze zdravotního pojištění a kterou hradí jako spoluúčast³⁶³ ve výši 300,- CHF pojištěnec. Z nákladů zdravotní péče jde k tíži pojištěnce po překročení roční spoluúčasti částka ve výši 10 % až do souhrnného limitu za kalendářní rok ve výši 700,- CHF. U dětí je částka stanovena za celou rodinu.

Příspěvek na ubytování a stravování činí 10,- CHF za den pobytu v nemocničním zařízení. Logika příspěvku spočívá na tom, že pojištěnec během svého pobytu v nemocnici nemusí vést svoji domácnost³⁶⁴. Spoluúčast pojištěnce ve Švýcarsku se někdy nazývá „franšíza“.

³⁶¹ KVG 32/1.

³⁶² Locher, T. Grundriss des Sozialversicherungsrechts. 3. vollständig neu bearbeitete Auflage. Bern: Stämpfli Verlag, 2003, s. 215.

³⁶³ Ve švýcarské terminologii „Franchise“.

³⁶⁴ Widmer, D. Die Sozialversicherung in der Schweiz. 4. Auflage. Ženeva: Schulthess Juristische Medien, 2003, 171 s.

2.2. Zdravotní pojišťovny

Výši³⁶⁵ pojistného nemohou pojišťovny stanovit podle věku (kromě dětí do 18 let) nebo pohlaví, ale je možné odlišit sazbu pojistného podle kantonů případně jiných územně menších regionů. Pojištěnci si mohou zdravotní pojišťovnu zvolit, buď z důvodu změny bydliště nebo místa výkonu práce nebo bez udání důvodu k 30. červnu nebo 31. prosinci příslušného kalendářního roku. Zdravotní pojišťovny mohou nabízet různou výši pojistného, nicméně rozsah dávek je stanoven zákonem a je proto u všech pojišťoven srovnatelný.

Financování poskytovatelů zdravotní péče je spíše vícezdrojové, zejména u zařízení, jejichž zřizovatelem je obec, město nebo kanton, který na provoz zařízení přispívá z vlastního rozpočtu. Placení pojistného není sjednoceno z hlediska výše v celém Švýcarsku, ale dospělí pojištěnci jedné zdravotní pojišťovny na území vymezeného regionu (kantonu) se stejným zdravotním plánem hradí pojistné ve stejné výši bez ohledu na věk, pohlaví nebo zdravotní rizikovost.

V oblasti zdravotního pojištění působí ombudsman (veřejný ochránce práv) pro zdravotní pojištění³⁶⁶ se sídlem v Lucernu.

2.3. Poskytovatelé zdravotních služeb

Pojišťovny uzavírají s poskytovateli smlouvy o výši úhrad³⁶⁷, čímž je určena také možnost volby pojištěnců vzhledem k poskytovaným dávkám, v zásadě však v místě bydliště nebo výkonu práce. Pokud se poskytovatel rozhodne neuzavřít smlouvu o výši úhrad, učiní oznámení příslušnému kantonálnímu úřadu.

Proti možnosti poskytovatelů uzavřít smlouvu o výši úhrad stojí smluvní přímus zdravotních pojišťoven k takovému požadavku. Tato kontraktační povinnost je vyvážena zákazem požadovat na pojištěnci další přímou úhradu na poskytnuté dávky, které se zdravotní pojišťovna zavázala hradit. Z uvedeného důvodu není možné

³⁶⁵ Widmer, D. Die Sozialversicherung in der Schweiz. 4. Auflage. Ženeva: Schulthess Juristische Medien, 2003, s. 150.

³⁶⁶ Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung.

³⁶⁷ Tarifvertrag.

požadovat příplatky např. za ošetření hlavním lékařem, jestliže ošetření je předmětem úhrady podle smlouvy se zdravotní pojišťovnou.

2.3.1. *Nemocnice*

U nemocničních zařízení je možné, aby smlouva o výši úhrady kryla nejvýše polovinu standardních provozních nákladů, přičemž zbytek nákladů jde k úhradě kantonu podle místa zařízení. U soukromých nemocničních zařízení z tohoto důvodu přicházejí v úvahu zejména ti pojištěnci s dodatečným zdravotním pojištěním, jiné řešení není možné, neboť předchozí zakotvení vyšších sazeb pro soukromé nemocnice (špitály) nebylo dlouhodobě udržitelné³⁶⁸. Současný model úhrady z rozpočtu kantonů jen ve prospěch veřejných nemocničních zařízení nezaručuje rovné konkurenční podmínky.

Obdobně jako v SRN existují také vyšší tarifní smlouvy s normativním významem, které jsou základem pro jednotlivé smluvní vztahy. Jelikož kantony se podílejí na úhradě zdravotní péče také, mají možnost určit úhrnnou částku³⁶⁹, která bude rozdělena nemocničním zařízením.

Z hlediska pojištěnce jsou poskytovatelé rozdělováni na „Tiers payant“ a „Tiers garant“. Prvně uvedená skupina poskytovatelů zasílá faktury přímo zdravotní pojišťovně, posléze pojmenovaní poskytovatelé žádají úhradu přímo od pojištěnce/pacienta.

2.3.2. *Formy poskytování zdravotních služeb*

Přes odlišnosti jednotlivých kantonů a působících zdravotních pojišťoven lze pojmenovat tři formy zdravotních služeb: model PPO, model rodinného lékaře a HMO-model. Jedná se o formy organizování řízené péče.

³⁶⁸ Widmer, D. Die Sozialversicherung in der Schweiz. 4. Auflage. Ženeva: Schulthess Juristische Medien, 2003, s. 169.

³⁶⁹ Global budget nebo Gesamtbetrag.

Model rodinného lékaře je spojen s nižším pojistným a omezenou volbou lékaře. Rodinný lékař je pro pojištěnce vstupní branou k dalším věcným dávkám, ke kterým vydává ošetřující lékař doporučení. Jedná se o jednoznačný model řízené péče.

HMO³⁷⁰-model je variantou modelu rodinného lékaře v podmínkách větších měst. Pojištěnec navštěvuje zdravotnická zařízení, ve kterých jsou seskupeni lékaři různých odborností. Jedná se také o model řízené péče, ve kterém pojištěnec alespoň zpočátku neplatí spoluúčast na nákladech léčení, pojistné na zdravotní pojištění je nižší.

Model PPO³⁷¹ je volnějším modelem řízení péče, pojištěnec vybírá poskytovatele odborné zdravotní péče ze seznamu své zdravotní pojišťovny. Model PPO je předstupněm pojistného plánu s vyšší spoluúčastí a větší volbou pojištěnce.

Oddíl 3. Soukromé zdravotní připojištění

Z hlediska systematiky podléhá soukromému právu a zákonu o pojistné smlouvě³⁷². Z toho vyplývá možnost pojistitele odmítnout žadatele o pojištění bez uvedení důvodu nebo ze zdravotních důvodů. Výše pojistného se řídí individuálním pojistným rizikem. Pojistná smlouva může být vypovězena i ze strany pojišťovny. Ve smluvních podmínkách je často uvedeno, že pojistné krytí se nevztahuje na onemocnění, které vzniklo před uzavřením pojistné smlouvy nebo již bylo předmětem ošetřování.

Zdravotní připojištění je možné sjednat i u jiné zdravotní pojišťovny, než té, u které má pojištěnec základní zdravotní pojištění. Soukromé zdravotní pojištění má často doplňkovou formu k veřejnému zdravotnímu pojištění, např. další stomatologická péče, příspěvky na lázeňský pobyt, výdaje za brýle nebo výdaje ohledně alternativní ambulantní péče. Pozn.: Ve Švýcarsku je alternativní léčba (alternativní medicína) nahlížena více jako běžný medicínský postup než v jiných evropských státech.

³⁷⁰ Health Maintenance System.

³⁷¹ Preferred Provider Organization.

³⁷² VVG – Versicherungsvertrag Gesetz.

Kapitola 7 Nizozemí

Nizozemský reformovaný systém veřejného zdravotního pojištění byl zahájen s účinností od 1. ledna 2006 a stal se předmětem četné pozornosti evropských států, které mají potíže s udržitelným financováním vlastního zdravotnictví. Pramenem nového zdravotního pojištění je Zákon o zdravotním pojištění³⁷³ č. 358 z 16. června 2005.

1.1. Reformované zdravotní pojištění

Reformou nedošlo ke změně osobního rozsahu, ani ke změně rozsahu hrazené zdravotní péče. Pro Nizozemsko byla zavedena nově volba pojistitele (zdravotní pojišťovny) jednou za kalendářní rok, byl podstatně změněn způsob odvodu pojistného a výpočet jeho výše. Pro nízkopříjmové skupiny osob není upravena sleva na pojistném, ale mají možnost požádat o příspěvek na zdravotní péči³⁷⁴, který částečně pokryje úhradu pojistného.

Reformované zdravotního pojištění zůstalo povinným pojištěním. Pojistitelé nemají možnost odmítnout pojištěnce, ani stanovit vyšší pojistné u rizikových osob, u dětí do 18 let pojistné není hrazeno³⁷⁵. Byla odstraněna také zvláštní soustava pro úředníky.

Motivační součástí zdravotní pojištění je „cash-back“ za nenavštěvování lékaře (návštěva praktického lékaře a gynekologa se do počtu návštěv nezahrnuje). Pojištěnec, který měl nulovou návštěvnost za rozhodné období, obdrží zpátky částku ve výši 255,- EUR z uhrazeného pojistného. Jelikož pojištěnci do 18 let pojistné nehradí, tato možnost se na ně tím pádem nevztahuje.

Reformované zdravotní pojištění nabízí vícero zdravotních plánů. Jedním z alternativních zdravotních plánů je plán s kombinací nižšího pojistného a spoluúčastí za prvních 100,- až 500,- EUR nákladů na zdravotní péči. Výchozím zdravotním plánem je plán věcných dávek (in-kind policy) s čerpáním zdravotní péče u smluvních poskytovatelů, čerpaná péče u nesmluvního poskytovatele však nezůstává zcela bez náhrady pro pojištěnce v tomto výchozím zdravotním plánu.

³⁷³ Zorgverzekeringswet.

³⁷⁴ Healthcare Allowance (Zorgtoeslag).

³⁷⁵ Jejich pojistná ochrana se odvozuje od živitele.

1.1.1. Pojistné

Výchozí pojistné³⁷⁶ hrazené pojištěnci není odvislé od výše příjmu, má podobu paušální částky, kterou musí pojistitel nabídnout všem pojištěncům, aniž by mohl zohledňovat věk, pohlaví, zdravotní stav nebo výši příjmu. Pro představu průměrná výše výchozího pojistného činí za rok na pojištěnce 1.100,- EUR, což by v přepočtu činilo přes 2.000,- Kč za měsíc.

K výchozímu paušálnímu pojistnému ale výdělečně činné osoby nebo osoby s jiným příjmem přispívají dalším pojistným ve výši 6,5 % ze mzdy nebo důchodu. Zaměstnavatel je povinen nahradit zaměstnanci uhrazené pojistné vypočtené z příjmu v plné výši.

1.2. Pojistitelé

Mezi zdravotními pojišťovnami je zaveden systém kompenzace strukturálních rizik s předem stanovenými rovnými kritérii pro všechny zdravotní pojišťovny. Zvláštností je možnost uzavírat u jednotlivých zdravotních pojišťoven skupinové pojistné smlouvy, jejichž cena může být až o 10% nižší než u stejné individuální pojistky. Tuto možnost dávají svým zaměstnancům např. zaměstnavatelé apod.

Předmětem reformy byla také oblast akutní a běžné zdravotní péče. Rozsah poskytování této zdravotní péče je stanoven zákonem. Stát nadále organizuje financování nákladné dlouhodobé zdravotní péče, jakou je přijetí do léčeben pro dlouhodobě nemocné nebo do ústavů pro zdravotně postižené nebo dlouhodobou hospitalizaci po 366 dnech. Posléze uvedenou soustavu pojištění zakotvuje Zvláštní zákon o mimořádných výdajích na zdravotní péči (AWBZ)³⁷⁷, jedná se o státem garantovaném pojištění.

V Nizozemsku v současné době působí 49 zdravotních pojišťoven, z nichž 5 ovládá 80% celého trhu. Jedná se o ziskové i neziskové organizace, které obdržely licenci a jsou zaregistrovány pro zdravotní pojištění. Pokud mají více než 850 000 pojištěnců,

³⁷⁶ Nebo také základní pojistné, nizozemsky „basisverzekering“.

³⁷⁷ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

mají povinnost mít působnost na celém území Nizozemska; v opačném případě mohou působit pouze regionálně.

Pojištěnci mohou dobrovolně uzavírat také doplňkové pojištění ke krytí další zdravotní péče, která není kryta povinným zdravotním pojištěním, např. nadstandardní hospitalizace, stomatologická péče pro dospělé, fyzioterapie, brýle. Stomatologická péče je plně hrazena osobám do 18 let.

Sazby péče veřejného zdravotního pojištění jsou regulovány zákonem o úhradách zdravotní péče³⁷⁸.

1.3. Následky reformovaného pojištění

Ani tvůrci reformovaného pojištění nezpochybňují, že pojistné hrazené v novém systému veřejného zdravotního pojištění bude v průměru vyšší. U nízkopříjmových skupin pojištěnců toto má být řešeno příspěvkem na zdravotní péči, viz předchozí odstavce.

Pojištěnec má možnost ovlivnit výši hrazeného pojistného buď nečerpáním zdravotní péče, nebo výběrem pojistitele, který nabízí nižší paušální částku pojistného, nebo výběrem zdravotního plánu. Dalším z cílů reformy bylo odstranění čekacích dob na zdravotní péči.

Nové nizozemské zdravotní pojištění se stalo inspirací reformy i v České republice, minimálně směrem k „nakupování“ zdravotní péče zdravotními pojišťovnami (jedná se o hlavní výchozí zdravotní plán). Nákupy se odehrávají skrze smlouvy o poskytování zdravotní péče. Inspirací nizozemské reformy je určitě mnohost zdravotních plánů a variabilita pojistného.

Rozsah nizozemské zdravotní péče je stanoven zákonem, v tomto ohledu reforma nenabídla žádný nový přístup, který by byl schopen pružně vyrovnávat nesoulad objemu disponibilních prostředků vybraných/odvedených na pojistném s objemem dostupné zdravotní péče a zdravotnické technologie používané při poskytování péče.

³⁷⁸ Zkratka WTG.

Kapitola 8 Velká Británie

Národní zdravotní služba³⁷⁹ působí na území Spojeného království od konce 2. světové války, tedy přes 50 let. V předchozím období byla organizace zdravotní péče výrazně regionalizovaná. Výchozí principem při založení Národní zdravotní služby byl rovný přístup ke zdravotní péči bez ohledu na výši příjmu a její bezplatnost. Národní zdravotní služba je financována převážně z daní.

V rámci Národní zdravotní služby neexistují sazby za zdravotní výkony a poskytovatelé jsou financováni rozpočtově, ambulantní poskytovatelé paušální platbou (kapitací). Tímto přístupem je sledována úspora na transakčních nákladech. Možnost výběru praktického lékaře³⁸⁰ vychází z bydliště pacienta neboli kryté osoby.

I přes odlišný způsob financování a zajištění zdravotní péče se systém nachází v potížích a končí deficitem. Tradiční bezplatnost zdravotní péče je stále zachována až na brýle a zubní ošetření. Ze spoluúčasti na ceně léčiv je značný počet pojištěnců osvobozen.

Národní zdravotní služba se uvnitř člení na další fondy (trusty) – primární³⁸¹, ambulantní, nemocniční, ošetrovatelské a pro psychiatrickou péči. Většina zdravotnického personálu včetně lékařů jsou zaměstnanci Národní zdravotní služby kromě ambulantních poskytovatelů zdravotní péče.

Vedle Národní zdravotní služby jsou ve Velké Británii náklady zdravotního pojištění hrazeny z privátního zdravotního pojištění. Obě soustavy jsou velmi rozdílné z hlediska nákladovosti, výše spoluúčasti, délky nebo existence čekacích listů nebo možnosti výběru poskytovatelů zdravotní péče. Privátní zdravotní pojištění má sjednáno 11 % populace.

³⁷⁹ NHS – National Health Service.

³⁸⁰ GP – „General practitioner“.

³⁸¹ NHS Primary Care Trusts, ve zkratce „PCTs“.

Oddíl 1. Organizace Národní zdravotní služby

Ministerstvo zdravotnictví³⁸² vykonává dohled nad poskytováním zdravotní péče a nese odpovědnost za její financování.

NICE³⁸³ je speciálním orgánem v oblasti zdravotnictví, který nepodléhá koordinaci jednotlivým zdravotním fondům (viz níže) a který vypracovává standardy klinických postupů. Standardy berou v potaz medicínskou účinnost a nákladovou efektivitu. Pokud je v českém, případně kontinentálním zdravotnictví zvažováno vytvoření standardizovaných postupů, inspiračním zdrojem mohou být výstupy tohoto úřadu.

1.1.1. Ombudsman

Ombudsman pro zdravotní péči přijímá stížnosti proti úřadům působícím ve zdravotnictví a proti Národní zdravotní službě. Úřad Ombudsmana byl ustanoven v roce 1967, jeho působnost v oblasti zdravotnictví byla zakotvena od roku 1993 (Health Service Commissioners Act).

Každá došlá stížnost, která spadá do působnosti Ombudsmana, je předmětem vyšetřování (zjišťování skutečného stavu) za předpokladu, že stěžovatel se již obrátil neúspěšně na úřad nebo fond Národní zdravotní služby. Pokud vyšetřování nevede k uspokojivému výsledku, je tato informace uvedena ve výroční zprávě Ombudsmana.

1.2. Primární péče

Fondy primární péče PCT jsou zodpovědné za 75 % rozpočtu na poskytování zdravotní péče včetně jejího plánování. Fondy jsou rozděleny pouze podle regionální působnosti, jiné rozdělení, např. podle výdělečné činnosti krytých osob, není uplatněno.

S cílem snížit nápor praktických lékařů byly zavedeny služby NHS Direct a Walk-in Centers. NHS Direct je telefonní služba, na které střední zdravotnický personál poskytuje poradenství ohledně vlastního ošetření (léčení), pokud to povaha zdravotního problému dovoluje. NHS Direct je hrazena z fondů zdravotní péče.

³⁸² Department of Health.

³⁸³ Národní ústav klinické dokonalosti – National Institute for Clinical Excellence.

Walk-in Centre je personálně obsazen také středním zdravotnickým personálem, který poskytuje jednoduché zdravotní ošetření a léčbu.

Je trendem současného britského zdravotnictví zvyšovat kvalifikaci některých zdravotních sester³⁸⁴, aby zastoupily méně náročné postupy lékařů. Důvod této snahy tkví v celkovém nedostatku lékařů.

1.3. Sekundární péče

Mezi fondy sekundární péče náleží CTs³⁸⁵, NHS Trusts a Foundation Trusts. CTs financují domácí zdravotní péči a příbuzné sociální služby. NHS Trusts se dále člení na fondy akutní, mentální a ambulantní péče. Poslední ze jmenovaných fondů je určen k financování rychlé zdravotní záchranné služby (s ošetřením na místě) a dalšího zdravotního transportu, jinak je ambulantní péče kryta fondy primární péče.

Foundation Trusts jsou fondy sekundární péče, které provádějí nadprůměrným způsobem svěřené úkoly.³⁸⁶ Na rozdíl od běžných fondů požívají Foundation trusts větší míru autonomie v rámci národní zdravotní služby. Ostatní země britského království (Wales, Skotsko, Severní Irsko) vycházejí z výše popsaného anglického modelu.

1.4. Poskytovatelé zdravotní péče

Praktičtí lékaři jsou odměňováni kapitační platbou za registrované pojištěnce, nejsou zaměstnanci Národní zdravotní služby. Dále je odměna praktických lékařů určována rozsahem sjednaných služeb s PCT (primárním fondem zdravotní péče).

Nejvyšší odměnu dosahuje praktický lékař při zajištění 24 hodinové péče (pohotovosti) pro registrované pojištěnce, není k tomu však povinen a může vlastním rozhodnutím omezit poskytovanou péči na ordinační hodiny. Potom je PCT povinen zajistit zbývající pohotovostní péči u jiného poskytovatele zdravotních služeb.

³⁸⁴ Anglicky „Practice Nurse“.

³⁸⁵ Zkratka pro „Care Trusts“.

³⁸⁶ Jedná se v podstatě o rating fondů sekundární zdravotní péče.

1.4.1. Vztah Národní zdravotní služby a privátní péče

Praktičtí lékaři mohou poskytovat i ryze soukromou péči osobám buď nekrýtným Národní zdravotní službou, nebo osobám, které mají zájem o ošetření mimo úhradový systém Národní zdravotní služby. Ve Velké Británii není jednotný nebo referenční sazebník zdravotních výkonů ani pro privátní péči. Jediný systém dohodnutých sazeb existuje mezi nemocnicemi a soukromými zdravotními pojišťovny.

Ostatní lékaři, zejména nemocniční specialisté, mají dovolenu privátní péči o vlastní klienty v případě, že je splněn denní rozsah péče (vyjádřený časově) o osoby kryté Národní zdravotní službou³⁸⁷.

Oddíl 2. Rozsah zdravotní péče

2.1. NHS Constitution

„Ústava“ Národní zdravotní služby³⁸⁸ obsahuje rekapitulaci práv a povinností pacientů, tzn. krytých osob, a výčet principů, které se vztahují na poskytování zdravotní péče. Samotná ústava je dále provedena Příručkou³⁸⁹. Formálně závaznou povahu nemá ani Příručka, ale obsahuje četné odkazy na britské právo, nejčastěji se jedná o Health Act 2009³⁹⁰. Ministr zdravotnictví má povinnost vydávání a aktualizace „Ústavy³⁹¹“ i její Příručky minimálně jednou za 10 let.

2.1.1.1. Principy národní zdravotní služby

Mezi sedm principů Národní zdravotní služby náleží: 1. Poskytování souhrnné péče, dostupné pro každého. 2. Přístup ke službám na základě zdravotní potřeby, nikoli podle finančních možností. 3. NHS usiluje o co nejvyšší standard péče a její profesionální poskytování. 4. Zdravotní služby musejí odpovídat potřebám a preferencím pacientů, jejich rodin a jejich pečovateli. 5. NHS spolupracuje s ostatními profesními a

³⁸⁷ Hemesse, J., Healthcare protection today. Brusel: Association Internationale de la Mutualité, 2005, s. 222.

³⁸⁸ National Health Service Constitution.

³⁸⁹ Handbook to NHS Constitution.

³⁹⁰ Zákon o zdraví.

³⁹¹ Na rozdíl od skutečné britské ústavy má tato zdravotní ústava písemnou nikoli nepsanou podobu.

zájmovými organizacemi pacientů včetně místních obcí. 6. NHS je zavázána k poskytnutí co nejlepší hodnoty z vybraných daňových příjmů. 7. NHS je odpovědná veřejnosti, místní samosprávě a pacientům, kterým slouží.

2.1.1.2. Práva pacientů

Práva pacientů se týkají přístupu ke zdravotním službám, kvality poskytované péče, okruhu schválených a poskytovaných léčiv, důstojného a informovaného ošetřování s ochranou osobních údajů, účast na rozhodování a plánování Národní zdravotní služby, právo podat stížnost a požadovat náhradu škody.

Nejvýznamnější zmíněná práva se týkají okruhu poskytovaných služeb. Pacient má právo požadovat, aby NHS vyhodnotila zdravotní požadavky místního samosprávného celku a zajistila tomu odpovídající zdravotní služby.

Významnou garancí je přístup ke zdravotním službám nejpozději do maximálně přípustné čekací doby, což Národní zdravotní služba zajišťuje i nabídkou alternativního poskytovatele.

U nabízených léčiv v rámci bezplatné péče je možné, aby pacient obdržel na návrh lékaře i léčiva, která nejsou schválena od standardizačního úřadu NICE³⁹². Pokud návrhu na alternativní medikaci není vyhověno, musí místní fond Národní zdravotní služby vysvětlit pacientovi důvody svého zamítavého rozhodnutí.

2.1.1.3. Povinnosti pacientů

Mezi povinnosti krytých osob (pacientů) je zahrnuto přispívat vlastní aktivitou k co nejlepšímu vlastnímu zdraví a zdraví svých bližních, registrační povinnost u praktického lékaře, povinnost přistupovat s respektem k ostatním pacientům a zdravotnickému personálu, poskytovat přesné údaje o svém zdraví, dodržovat objednáací termíny, kooperovat při plnění léčebného plánu, podrobit se očkování, zajistit, aby bližní znali přání ohledně darování orgánů a sdělit zpětnou vazbu o poskytnutých zdravotních službách (péči).

³⁹² K úloze a postavení úřadu více na str. 184 Organizace Národní zdravotní služby.

Praktický lékař je hlavním (majoritním) přístupovým bodem do celého systému Národní zdravotní služby. Ke snížení náporu praktických lékařů byly zavedeny předstupňové instituty NHS Direct a Walk-in Centre (více str. 184 Primární péče).

Národní zdravotní služba je ve vztahu k pacientovi orientována kolektivně a snaží se pojmenovat a pokrýt obecně sdílené potřeby, tento přístup podporuje i stručná úprava povinností pacienta a mnohem širěji zmiňovaná práva pacientů. Konkrétní poskytované dávky jsou v kompetenci místních fondů Národní zdravotní služby, zákonem upravený seznam (výčet) dávek není v britském systému obvyklý, což odpovídá i typu právní kultury.

2.1.2. Health Act 2009

Výchozím právním předpisem o poskytování zdravotní péče je Health Act 2009 ze dne 12. listopadu 2009. Britský zákon nevykazuje systematiku a vyčerpávající úpravu, kterou by adresát právní normy očekával od kontinentální právní úpravy. Rozsah věcných dávek je vymezen pouze implicitně rozpočtovými možnostmi fondů a infrastrukturou poskytovatelů zdravotních služeb.

První kapitola zákona upravuje Ústavu Národní zdravotní služby a Příručku k této Ústavě. Druhá kapitola upravuje informační povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb, zejména rozsah poskytovaných služeb. Další kapitoly regulují vztah fondů Národní zdravotní služby a dílčí ustanovení k vybraným institutům zdravotnictví (reklama tabákových výrobků, léčiva a jiné).

2.1.3. Volba poskytovatele

Kryté osoby mohou volit praktického lékaře zejména v místě bydliště, pokud se jedná o menší obec, volbou může být i jediný praktický lékař. Ke změnám v registraci praktického lékaře dochází především při změnách bydliště krytých osob, jinak se stane málokdy, že pacient změní svého lékaře.³⁹³

³⁹³ Podnecký, D. Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech in Integrace. Institut pro evropskou politiku EUROPEUM, Praha, 2004.

U nemocniční péče někdy iniciativně nabízejí fondy zdravotního pojištění jiné poskytovatele, a to tehdy pokud by mělo dojít k delšímu než přiměřenému čekání na plánovaný výkon v rámci poradníku nemocnice příslušné podle místa bydliště.

2.2. Spoluúčast

Ačkoli systém zdravotního pojištění vychází z koncepce bezplatné péče pro každého, není tento postup uplatněn u některých stomatologických a oftalmologických služeb a u léčiv. Léčiva podléhají spoluúčasti krytých osob, pokud jsou předepsána v rámci ambulantní péče.

Mezi osvobozené osoby od spoluúčasti náleží: těhotné ženy a ženy pečující o dítě do 1 roku věku, děti do 16 let nebo 19 let, pokud se připravují na povolání, poživatelé důchodů, členové rodin s nízkými příjmy, osoby trpící chronickými chorobami, v součtu je tím 85 % předpisů na léčiva osvobozeno od spoluúčasti.³⁹⁴

2.3. Soukromé zdravotní pojištění

Osoby kryté systémem národní zdravotní služby, mohou uzavřít plnohodnotné soukromé zdravotní pojištění, povinnost daňových odvodů na financování Národní zdravotní služby však zůstává, stejně jako možnost čerpat věcné dávky v systému Národní zdravotní služby.

Jedním z motivů uzavření soukromého zdravotního pojištění je absence pořadníků na plánované zdravotní výkony, které jsou nejpálčivější u nemocničních výkonů. Kosmetická chirurgie, péče v těhotenství a mateřství nebo zubní péče nejsou běžně zahrnuty do plnění poskytovaných z uzavřených smluv o soukromém zdravotním pojištění. Soukromé zdravotní pojištění má dvě základní formy: zaměstnavatelské a individuální. Je jím kryto přibližně 11 procent populace spíše z vyšších příjmových skupin a je využíváno zejména ke krytí nehrazené zdravotní péče.³⁹⁵

³⁹⁴ Hemesse, J., Healthcare protection today. Brusel: Association Internationale de la Mutualité, 2005, s. 220.

³⁹⁵ Podnecký, D. Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech in Integrace. Institut pro evropskou politiku EUROPEUM, Praha, 2004.

Kapitola 9 Lucembursko

Pro srovnání poskytování a úhrady zdravotní péče byl vybrán také stát o malé geografické rozloze, což ale nedokládá počet 9 zdravotních fondů, které jsou členěny profesně (oborově), z většiny se jedná o korporace veřejného práva.

1.1. Zdravotní péče

Na pomezí německého a francouzského systému veřejného zdravotního pojištění je lucemburské veřejné zdravotní pojištění, příbuznější spíše s německým modelem³⁹⁶.

1.1.1. Osobní rozsah veřejného zdravotního pojištění

Veřejného zdravotního pojištění se povinně účastní výdělečně činné osoby (zaměstnanci a OSVČ), poživatelé důchodů a nezaměstnané osoby. Pojištění nevýdělečně činných osob, které bydlí na území Lucemburska, je povinné ve vztahu k živiteli/živitelce. Lucemburské zdravotní pojištění využívá navazování rodinných příslušníků, resp. rodinnou vazbu. Tímto způsobem je veřejně zdravotně pojištěna drtivá většina populace Lucemburska, nicméně plošné pojištění všech osob z titulu trvalého pobytu na území státu není zakotveno.

Uplatňuje se institut ochranné lhůty po skončení pojistného vztahu u „oborové“ pojišťovny v délce tří měsíců. Pojistná událost během této lhůty zakládá nárok na pojistné plnění do skončení předmětné zdravotní péče.

1.1.2. Poskytované věcné dávky

Zdravotní pojištění je provozováno společně s peněžitými dávkami v nemoci, mateřství a s pohřebním. Preventivní programy jsou hrazeny přímo z vládních programů a z fondu Unie zdravotních fondů.

Pojištěnci mají při hospitalizaci nárok na hrazený pobyt v pokojích II. kategorie.³⁹⁷ Při nemocničním ošetřování nehradí pojištěnec spoluúčast na léčivech a léčebných

³⁹⁶ Rozuměj s jeho principy a výchozím přístupem. Ve výsledku jsou totiž vybrané systémy poskytování a úhrady zdravotní péče čím dál podobnější.

prostředcích. Podmínkou hrazeného nemocničního pobytu je obnova a zlepšení zdravotního stavu nebo úleva zdůvodněná faktem, že léčebné postupy nemohou být provedeny mimo nemocniční infrastrukturu.

Jednotlivé pojistné fondy hradí vedle ambulantní a nemocniční péče také domácí zdravotní péči a dopravu. Nemocniční pobyt probírá ve třech kategoriích. II. kategorie je standardně hrazena z veřejného zdravotního pojištění, III. kategorie je určena pro mimořádné situace a obnáší zejména ubytování na pokojích s více než 3 pacienty pohromadě.

Léčiva jsou částečně nebo plně hrazena při splnění dvou podmínek: souhlas s prodejem na území Lucemburska (úspěšná registrace léčiva) a zařazení na seznam, který je odsouhlasen mezi Unií zdravotních fondů a profesním sdružením chemiků.

1.1.2.1. Spoluúčast

Spoluúčasti na nákladech podléhá pobyt v nemocnici a většina léčiv na předpis. Návštěva praktického lékaře podléhá spoluúčasti při první návštěvě za 28 dní. Poskytovatel zdravotní služby nebo lékárna má povinnost spoluúčast pojištěnce na nákladech vybírat.

Spoluúčasti podléhá zubní péče. Výkony ze seznamu zubní péče se hradí se spoluúčastí 5 % až do stanoveného absolutního limitu. U zubních protéz je zvýhodněná spoluúčast při splnění předchozích preventivních prohlídek.

Specifickému režimu podléhá ortodoncie (léčba nepravidelnosti chrupu), která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění výjimečně.

Výše spoluúčasti je dohodována ve dvouletých intervalech. Během dohodování může být uplatněna i mediační služba. Poslední instancí k uzavření dohody je Rada sociálního pojištění, která je oprávněna autoritativně stanovit obsah dohody, bez možnosti odvolání proti takovému rozhodnutí.³⁹⁸

³⁹⁷ Čl. 75 zákona o sociálním pojištění.

³⁹⁸ Hemesse, J., *Healthcare protection today*. Brusel: Association Internationale de la Mutualité, 2005, s. 158.

1.1.3. Režim úhrad

Pojištěné osoby hradí náklady zdravotní péče buď přímo poskytovateli s následnou refundací u zdravotního fondu, nebo je zúčtování provedeno přímo přes Unii zdravotních fondů a poskytovatel povinně vybírá od pojištěnce spoluúčast na nákladech.

1.2. Soukromé zdravotní pojištění

Vzhledem ke skutečnosti, že prakticky celá populace Lucemburska je kryta veřejným zdravotním pojištěním, poskytování ryze privátní péče pacientům je výjimečné.³⁹⁹ Poskytování ryze privátní péče je také omezeno i nemocničními zdravotnickými zařízení, jejichž zřizovatelem je vždy státní zdravotní pokladna⁴⁰⁰.

Soukromé zdravotní pojištění se tedy pravidelně vztahuje na spoluúčast pojištěnců na nákladech zdravotní péče, na doplatek za I. kategorii nemocničního pokoje a na peněžité dávky v nemoci OSVČ. Vyšší úroveň pojistné ochrany zahrnuje širší krytí zubní péče, širší rehabilitační péči nebo zdravotní péči v zahraničí. Posledně jmenovaná zahraniční zdravotní péče je plně hrazena v případě smluvního vztahu komerční zdravotní pojišťovny a poskytovatele nemocniční zdravotní služby. S ohledem na geografickou polohu a rozlohu Lucemburska je obvyklé navázat smluvní vztah se zahraničním poskytovatelem.

³⁹⁹ Hemesse, J., *Healthcare protection today*. Brusel: Association Internationale de la Mutualité, 2005, s. 159.

⁴⁰⁰ Caisse de Maladie.

Kapitola 10 Zhodnocení vybraných úprav veřejného zdravotního pojištění

Při studiu úpravy poskytování zdravotní péče a její úhrady ve vybraných členských státech EU nelze přehlížet, že tyto systémy se do jednoho snaží poskytnout více péče, než kolik by odpovídalo objemy disponibilních prostředků. Už samotný cíl, pokud by byl stanoven na úrovni disponibilních prostředků, je problematický a potvrzuje to ekonomická teorie o tom, že využití veškerých dostupných zdrojů je ideálem a modelem pro popis rozdělování vzácných statků, než skutečností, kterou by šlo běžně realizovat⁴⁰¹. Vysvětlení se podává tím, že zdravotní péče je významné volební téma a v soutěži politických sil jej nelze pomíjet.

Dalším společným jmenovatelem studovaných systémů veřejného zdravotního pojištění je relativně pevně stanovený rámec rozsahu hrazených věcných dávek z veřejného zdravotního pojištění oproti proměnlivěji stanovované výši pojistného v reformovaných systémech zdravotního pojištění⁴⁰².

Ohledně vztahu k soukromému pojištění nebo nadstavbovému připojištění se nejlépe jeví francouzský systém s nejsilnějším využíváním možnosti nadstavbového připojištění, je to umožněno jak výší úhrad veřejného zdravotního pojištění, tak ochotou k dalším výdajům, např. formou dalšího pojistného, do zdravotní péče.

Slovenský a český systém náleží k těm, které mají nejnižší sazby náhrad za poskytnutou zdravotní péči. Je to patrné zejména při došlých fakturách ze zahraničí a jejich proplácení podle českých předpisů. Výše náhrady je odvislá od toho, kolik „nákladových“ úrovní kryje. Lze popsat náklady na přímo použitý materiál, náklady na personální zdroje, náklady na amortizaci prostor a další zdravotnické infrastruktury a přiměřený zisk poskytovatele, pokud je zároveň podnikatelem.

Ani jeden ze systémů veřejného zdravotního pojištění nevykazuje vzájemnou spokojenost pojištěnců, poskytovatelů a zdravotních pojišťoven. Buď se jedná o příliš náročný úkol, nebo stále existují mezery systémů poskytování a úhrady zdravotní péče.

⁴⁰¹ Jiným slovy při přerozdělování vzácných statků dochází ke ztrátám vlivem podmínek, které přerozdělování ovlivňují, vlivem informační asymetrie jejich adresátů apod.

⁴⁰² Nizozemí, SRN s možností příplatku na pojistném nebo vratky pojistného při přebytku.

Francouzský systém je příliš drahý, anglický má dlouhé čekací lhůty, nizozemská reforma znamenala navýšení celkových výdajů, švýcarský a rakouský systém jsou územně příliš partikularizované, německý systém je relativně složitý a zásluhou jeho funkčnosti je hlavně ekonomická výkonnost regionu. Slovenský systém podobně jako český má krajně nespokojené poskytovatele zdravotní péče. I tento popis demonstruje nelehký úděl veřejného zdravotního pojištění současné doby.

1.1. Zdravotní pojišťovny

Všechny zkoumané soustavy veřejného zdravotního pojištění kromě Velké Británie upřednostňují model mnohosti zdravotních pojišťoven a jejich soutěže i při provádění základního rozsahu veřejného zdravotního pojištění. Vedle hospodářské soutěže, kterou tyto zdravotní pojišťovny mezi sebou svádějí, je výsledkem také partikularismus z pohledu pojištěnce, který je omezován nasmlouvaným rozsahem smluvních poskytovatelů. Rakousko upravuje dílčí schémata veřejného zdravotního pojištění pro různé profesní skupiny, bez větší možnosti změny pojistitele.

Kdyby nepanovala vzájemná konkurence zdravotních pojišťoven, tedy soutěž o získání nového pojištěnce nebo udržení stávajícího pojistného kmenu, neměly by zdravotní pojišťovny náležitou motivaci k zajištění regionu dostupnou zdravotní péčí. Vyřčená teze platí i naopak. Pokud by přístup poskytovatelů nebyl omezován smluvním systémem⁴⁰³, důvod pro vzájemné soutěžení veřejných zdravotních pojišťoven ztrácí své jasné opodstatnění. Výše sazeb náhrad poskytovatelům je určována mimo působnost zdravotních pojišťoven, pojistné plány mohou být různé i v rámci jedné zdravotní pojišťovny. Stejně může být pojištěnec motivován částečnou vratkou na pojistném za nečerpání péče jen u jedné zdravotní pojišťovny.

1.2. Česká právní úprava ve srovnání se zahraničím

České veřejné zdravotní pojištění poskytuje relativně širší rozsah hrazených věcných dávek s relativně nižší výší náhrad poskytovatelům i u plně hrazené péče. Je zajímavé, že dofinancování ústavních poskytovatelů zdravotní péče z dalších zdrojů, zejména

⁴⁰³ Členstvím ve svazu poskytovatelů jednotlivých odborností v SRN.

z rozpočtů územních samosprávných celků, je obvyklé i ve Švýcarsku nebo Německu, tj. v zemích s nadprůměrným HDP v přepočtu na jednoho obyvatele.

České veřejné zdravotní pojištění ze svých náhrad za poskytnutou péči neumožňuje svým poskytovatelům zdravotní péče významnější investiční záměry. Zdravotnická infrastruktura je obstarávána s významnou pomocí vyšších územních samosprávných celků nebo měst (u menších ústavních zdravotnických zařízení) s příspěvím EU na vybrané projekty.

Rozsah hrazené zdravotní péče a neochota pojištěnců vydávat další finance poskytovatelům zdravotní péče mimo povinně odváděné, neumožňuje vytvoření trhu zdravotnických služeb mimo oblast veřejného zdravotního pojištění, ledaže se jedná o estetickou medicínu nebo např. oftalmologické zákroky k „odstranění dioptrických brýlí“.

Pokud má být spatřován přínos v tržním prostředí zdravotních pojišťoven, nezbyvá toto samé přiřknout tržnímu soutěžení poskytovatelů zdravotní péče. Kvalitu poskytované zdravotní péče lze velmi účinně ovlivnit motivací k získání nového pojištěnce-pacienta, případně k udržení stávajícího počtu ošetřovaných pacientů. Na str. 194 Zdravotní pojišťovny, je rozveden polemický názor na vzájemnou soutěž veřejných zdravotních pojišťoven, uvedené předpoklady a okolnosti nelze vztáhnout na vzájemnou soutěž poskytovatelů zdravotní péče, která je naopak velmi přínosná. Nastavení smluvního systému poskytovatelů tržní prostředí deformuje a omezuje.

Smluvní vztahy zdravotních pojišťoven s poskytovateli umožňují, aby byla regulována nabídka poskytovatelů zdravotní péče pojištěncům.

Oddíl 2. Možnosti právní úpravy de lege ferenda

Z hlediska systematiky a in favorem komplexní úpravy lze doporučit, aby stávající zákon o v.z.p., zákon o péči o zdraví lidu, zákony o zdravotních pojišťovnách, zákon o nestátních zdravotnických zařízeních, zákon o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění byly komplexně upraveny v jednom kodexu (zákoníku).

Souhrnná komplexní úprava reflektuje přístup např. obchodního nebo občanského zákoníku, které regulují jednak subjekty práva, jednak právní úkony a jejich objekt. Komplexní úprava poskytování zdravotní péče a její úhrady⁴⁰⁴ by sama o sobě zaručovala větší provázanost a ucelenost. Bylo by možné, aby v komplexní úpravě formou zákoníku vznikla diskrepance obdobná vztahu zákona o v.z.p., zákona o péči o zdraví lidu a další zákonů o poskytovatelích zdravotní péče? Může se to stát, pravděpodobnost je ale menší než u dílčí právní úpravy.

Uvažovaný kodex zdravotního pojištění by se aplikoval s podpůrnou platností občanského zákoníku u vztahů, kde je jedním ze subjektů pojištěnec nebo pacient, a obchodního zákoníku zejména pro vztahy poskytovatelů a zdravotních pojišťoven. U nepojištěných pacientů by našel uplatnění také přímo zákon o pojistné smlouvě.

2.1. Variabilní rozsah hrazené péče

Právní úprava *de lege ferenda* by měla vycházet více z proměnlivého vymezení částečně hrazené péče, s častější aplikací matematických vzorců rovnic a proměnných.⁴⁰⁵

Výchozím schématem rozdělení péče by byla matice s dvěma proměnnými - závažnost onemocnění a nákladnost léčby. Kombinací těchto dvou proměnných by se poskytovaná péče třídila do tří standardních skupin zdravotní péče: plně hrazené, částečně hrazené a nehrazené péče. Skupina částečně hrazené péče by se podrobněji členila z hlediska poměru úhrady z veřejného zdravotního pojištění a spoluúčasti pojištěnce.

⁴⁰⁴ Zamýšlený kodex by upravoval poskytování zdravotní péče, jak osobám krytým veřejným zdravotním pojištěním, tak osobám, které stojí mimo tuto oblast sociálního zabezpečení.

⁴⁰⁵ Nabízí se určitá paralela s indexováním věku odchodu do starobního důchodu, což z hlediska mladších generací není příliš optimistické, protože následkem kombinace indexování a stárnutí populace se věku odchodu do důchodu bude zvyšovat, aby poměr výdělečně činných osob a starobních důchodců byl akceptovatelný z hlediska odvodů na sociální zabezpečení a vyplácených starobních důchodů, když už nebude možnost současný poměr zachovat (teoreticky by možnost byla i pro další generace, ale materiálně by hranice odchodu do důchodu nebyla pro většinu pojištěnců pravidelně dosažitelná).

Tabulka 1

Nákladnost zdravotní péče				
velmi nákladná	Č	P	P	
středně nákladná	Č	Č	P	
nenákladná péče	N	Č	Č	
	méně závažné	středně závažné	velmi závažné	Závažnost zdravotních problémů

Legenda

- P** Plně hrazeno
- Č** Částečně hrazeno
- N** Nehrazeno

Výsledek všech kombinací závažnosti onemocnění a nákladnosti léčby (zdravotní péče) sumarizuje výše uvedená tabulka.

Skupina plně hrazené péče by zahrnovala většinu závažných onemocnění a některá středně závažná onemocnění (zdravotní výkony). Tuto skupinu není možné definovat tak široce, aby vyčerpala veškeré předvídatelné finanční prostředky i pro skupinu částečně hrazené péče, resp. je nutné zajistit dostatek prostředků stanovením pojistného (odvodů), aby nedocházelo k účelovému zeštíhlování této hlavní skupiny zdravotní péče, která je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Definice nákladného léčení je věcí úvahy, referencí by mohla být výše úhrady, kterou by pojištěnec s průměrným příjmem nebyl schopen bez odkladu za stanovené období vynaložit⁴⁰⁶.

Částečně hrazená péče by vzhledem k variabilitě, která by byla odvislá od disponibilních prostředků, oscilovala mezi plně hrazenou a nehrazenou péčí. Jak by vypadal výpočet či vzorec pro určení rozsahu? Od celkových disponibilních prostředků veřejného zdravotního pojištění se odečte předpokládaná suma na plně hrazenou péči, dále by se měla odečíst splátka případného deficitu z minulého období (minulého

⁴⁰⁶ Úvaha se může ubírat tak, že 1tis Kč by pojištěnec byl schopen bez odkladu uhradit. U částky 5 tis Kč lze mít pochybnosti, že úhrada by mohla být bezodkladná.

kalendářního roku). Mezivýsledkem je objem disponibilních prostředků pro částečně hrazenou péči.

Zbývá způsob rozdělení uvnitř skupiny částečně hrazené péče. Zdravotní výkony je třeba ohodnotit relativními koeficienty, které budou vyjadřovat pozici ve výše uvedeném grafu, tj. vyšší koeficient znamená blízkost ke kvadrantu s plně hrazenou péčí, nižší koeficient naopak relativní blízkost ke kvadrantu nehrazené péče. Zdravotní výkony s nižšími koeficienty by znamenaly relativně nižší úhradu z veřejného zdravotního pojištění oproti a vyšší spoluúcast pojištěnce. Koeficienty jsou v tomto modelu relativními hodnotami, procentuální náhrada by byla výsledkem funkce s těmito proměnnými: četnost jednotlivých zdravotních výkonů, součet koeficientů všech výkonů a objem disponibilních prostředků pro částečně hrazenou péči.

2.1.1. První a druhá úroveň variability částečně hrazené péče

V předchozích odstavcích byla rozvedena tzv. první úroveň variability částečně hrazené péče. Druhá úroveň variability spočívá v mantinelech částečně hrazené péče s plně hrazenou a nehrazenou péčí. K vymezení plně hrazené péče více na str. 206 Konformita navržené koncepce.

Rozřazení zdravotních výkonů do kategorií, jejichž výsledkem je výše úhrady z veřejného zdravotního pojištění, by mělo být výsledkem odborného lékařského posouzení. Je záměrem, aby plná nebo částečná úhrada nebyla stanovena přímo, ale znaleckými závěry o nákladovosti a závažnosti zdravotní péče (výkonů). Nicméně nelze přehlédnout, že čím víc zdravotních výkonů bude označeno tak, aby „spadlo“ do částečně hrazené péče nebo nehrazené péče, tím menší nároky na výdajovou stránku globálního rozpočtu veřejného zdravotního pojištění budou kladeny. I to je charakteristikou druhé úrovně variability částečně hrazené péče.

Vzdáleně příbuzný systém oceňování a náhrady z veřejného zdravotního pojištění se v současné době uplatňuje u léčiv. Existují léčiva nehrazená vůbec nebo částečně hrazená s významným doplatkem ze strany pojištěnce, který se vybírá při ambulantním léčení, nikoli v ústavní zdravotní péči.

2.1.1.1. Příklad první úrovně variabilního nastavení částečně hrazené péče

Jestliže každý zdravotní výkon částečně hrazené péče má svůj relativní koeficient, ve výsledku to znamená, že výše spoluúčasti pojištění bude u jednotlivých zdravotních výkonů různá. Pro stanovenou hodnotu disponibilních finančních prostředků bude možné získat výpočtem průměrnou výši náhrady v procentech. Platí přímá úměra: Čím více finančních disponibilních prostředků, tím vyšší průměrné náhradové procento u výkonů částečně hrazené zdravotní péče.

2.1.1.2. Prevence

Ve které skupině zdravotní péče by se nacházela prevence? Mezi minimálně nákladnou leč závažnou péčí, tj. zdravotní péče částečně hrazená. Je možné se domnívat, že prevence s potenciálně individuálními následky⁴⁰⁷ je způsobilá pro režim částečně hrazené péče, protože překážka využití preventivní péče spočívá i v jejím plánování pojištěncem, který si např. musí k jejímu čerpání vytvořit časový prostor v době, kdy žádný zdravotní problém neshledává.

Problematika z hlediska ochrany veřejného zdraví⁴⁰⁸ je odlišná a částečně hrazenou péči při provádění této ochrany nelze jednoznačně doporučit.

2.1.1.3. Forma předpisu pro stanovení variabilního rozsahu

Po zrušení Zdravotního řádu bylo přesunuto vymezení částečně hrazené a nehrazené péče přímo do příloh zákona o v.z.p., aby byl naplněn požadavek na vymezení podmínek formou zákona. Koncepce variabilního rozsahu hrazené péče, zejména stanovení náhradového procenta u částečně hrazené péče, předpokládá průběžné změny, aktualizace, na což se hodí podzákoný právní předpis, jehož vydání je operativnější.

Požadavky judikatury na zákonné vymezení povinnosti, která je dále provedena podzákoným předpisem, jsou spíše vyšší standardu. V právním řádu ČR je běžné, že jsou stanoveny na základě zmocnění např. výše správních poplatků. Zakotvení výpočtu

⁴⁰⁷ Tj. prevence, jejíž nedodržení může znamenat škodu na zdraví v individuálním případě, nikoli ohrožení veřejného zdraví (ostatních osob).

⁴⁰⁸ Není jednoznačný argument o tom, že stát nařizující povinné očkování její musí také zcela hradit. Může se jednat toliko o mandatorní přerozdělování prostředků, které zprostředkovaně nebo přímo hradí tak jako tak příjemce povinného očkování.

náhradového procenta v zákoně a zveřejnění výsledků např. vyhláškou by mělo být ústavně konformní.

Implementace obdobného mechanismu pro vymezení plně hrazené péče a částečně hrazené a nehrazené péče je již obtížnější. Pravidelná aktualizace rozsahu plně hrazené péče je příhodná s přihlédnutím k vývoji medicínských postupů⁴⁰⁹. Jedna z uvažovaných možností by se mohla ubírat směrem stanovených okruhů v zákoně, které by byly definovány velmi podobně jako otázky pro soudního znalce z příslušného oboru. Zákonodárce by stanovil, nevěda dopředu odpovědi na stanovené okruhy, algoritmus pro rozřazení jednotlivých výkonů do skupiny plně hrazené, částečně hrazené a nehrazené péče. Výsledek by byl vydán prováděcím předpisem, průběžné zodpovídání otázek by pak šlo nejspíše na Ministerstvu zdravotnictví. Okruhy pro odborné posouzení by vycházely z aspektů, které zevrubně zpracovává tabulka na str. 197.

2.2. Model financování veřejného zdravotního pojištění

Je přínosné, pokud jsou věcné dávky veřejného zdravotního pojištění financovány z více zdrojů, již vzhledem k rozdělení na plně, částečně hrazenou a nehrazenou zdravotní péči. Nepřispívá transparentnímu financování, jestliže systém zdravotního pojištění je jednorázově náhodně dotován mimo jeho předvídané zdroje, jedná se totiž o krátkodobá, nesystémová řešení, která nakrátko mění dostupné prostředky. Po uplynutí účinků náhodného financování se dostavuje efekt poklesu dosažené úrovně, jenž je pojištěncem vnímán velmi negativně.

Veřejné zdravotní pojištění v tradici, kterou má v českých podmínkách, má být financováno z pojistného (odvodů), nikoli dotováno z daní, výše pojistného potom nereflektuje rozsah hrazené péče. Spoluúčast pojištěnců na zdravotní péči je nejučinnější regulátor poptávky po zdravotní péči, s tímto ohledem má být také stanovena její výše a okruh dávek, které spoluúčasti pojištěnce podléhají, více na str. 196 Variabilní rozsah hrazené péče.

⁴⁰⁹ Např. německy modelu pružného stanovení rozsahu poskytovaných dávek z veřejného zdravotního pojištění, více na str. 158 Organizační zajištění.

2.2.1. Sloučení výběru pojistného

Pojištěnci a plátcí pojistného (odvodů) dosáhnou administrativních úspor, pokud odvody na zdravotní pojištění a pojistné na sociální zabezpečení a politiku nezaměstnanosti budou z pohledu odevzdávaných přehledů a inkasních míst sjednoceny.

2.3. Zdravotní pojišťovny

Pokud by došlo k zúžení rozsahu plně hrazené péče na vrub částečně hrazené nebo nehrazené péče, vytvořil by se prostor pro rozvinutí potenciálu hospodářské soutěže mezi zdravotními pojišťovnami v oblasti nehrazené nebo částečně nehrazené zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění.

Pro oblast hrazené péče z veřejného zdravotního pojištění se lépe jeví jediná zdravotní pojišťovna, která užším rozsahem hrazené zdravotní péče nechá prostor pro komerční připojištění. Komerční připojištění by nebylo povinné.

U zkoumaných systémů zdravotního pojištění zemí EU bylo obvyklé spojení věcných dávek zdravotního pojištění a peněžitých dávek v případě nemoci nebo mateřství. Koncepce sociální pojišťovny, která by zahrnovala obojí druh dávek v případě nemoci a mateřství zasluhuje pozornost jednak z hlediska podmíněnosti věcných a peněžitých dávek, jednak z pohledu transparentnosti a vysoké efektivity vzájemného provádění.

Klientský přístup a kvalitu zdravotní péče výrazně ovlivňuje hospodářská soutěž jejich poskytovatelů. Soutěž zdravotních pojišťoven umožňuje pojištěnci výběr z vícera subjektů, stávající diference zdravotních pojišťoven je spíše touhou, než hmatatelnou skutečností. Zdravotní pojišťovny by chtěly nabízet různý rozsah hrazené zdravotní péče, což je vhodnější pro oblast zdravotního připojištění.

Variabilitu rozsahu a diferencující přístup k pojištěncům mohou mnohem lépe nabídnout komerční pojišťovny s nabídkou připojištění, které na rozdíl od veřejného zdravotního pojištění není regulováno jednak Listinou, jednak připojištění není ovládáno principy veřejného zdravotního pojištění.

Principy veřejného zdravotního pojištění jsou nepominutelné, pokud chceme dosáhnout cílů, které si veřejné zdravotní pojištění stanovuje. Komerční připojištění má jiné cíle a je kontraproduktivní v oblasti připojištění principy veřejného zdravotního pojištění mandatorně zavádět.

2.3.1. Variabilní výše pojistného

Variabilní výše pojistného nachází uplatnění v SRN a Nizozemsku formou vratek na uhrazeném pojistném, v SRN je zdravotní pojišťovna oprávněna požadovat dodatečný příspěvek k pojistnému. Mnohost a konkurence zdravotních pojišťoven má mít pro pojištěnce přínos v možnosti nižšího pojistného, pokud zdravotní pojišťovna dobře hospodaří s uhrazeným pojistným.

Samotné pozornosti zasluhují důvody, jakými může zdravotní pojišťovna dosáhnout úspory na svěřených finančních prostředcích. Úspora provozních nákladů bude s největší pravděpodobností spojena se snížením počtu zaměstnanců, což pro pojištěnce nemusí být vždy pozitivní. Další možností je zregulování úhrady zdravotní péče u smluvních poskytovatelů (regulace nabídky zdravotní péče). To je výhodné pro zdravé pojištěnce, u pojištěnců čerpajících věcné dávky již nikoli.

Pojistné na veřejné zdravotní pojištění by mělo být stanoveno bez dodatečných slev za uplynulé období. Management slev je náročný na zpracování vzhledem k počtu pojištěnců, regulace poptávky ze strany pojištěnce po zdravotní péči umožňuje dosáhnout stejné cíle jako je motivace na vrácení části již odvedeného pojistného. Jestliže zdravotní pojištění má být provozováno udržitelným způsobem, v pořadí následující cíl je dosažení co nejvyššího standardu zdravotní péče, tj. uspořené prostředky mají být vloženy do navýšení zdravotní péče o pojištěnce, nikoli vráceny zpět mimo systém.

2.3.2. Nezávislost pojišťovnictví

Nezávislost pojišťovnictví byl zamýšlený model při zakládání českého veřejného zdravotního pojištění. Aplikovaná skutečnost s přihlédnutím k působení správních rad pojišťoven tento ideál příliš nenaplnila. Neodvolatelnost ředitele VZP ČR byla

zrušena⁴¹⁰. Lze tvrdit, že nezávislost zdravotních pojišťoven na státu je větší u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Materiálně se závislost VZP ČR na státu, resp. Ministerstvu zdravotnictví blíží postavení ČSSZ.

Než idealisticky konstruovat nezávislost orgánů zdravotních pojišťoven, nabízí se zaměřit pozornost více na vymezení práv pojištěnců s možností jejich vymožení v reálném čase. Vynutitelnost přiznaných práv pojištěnců má šanci být lepším garantem správného provádění veřejného zdravotního pojištění, než primární koncepce nezávislých orgánů zdravotní pojišťovny.

Nezávislost pojišťovnictví z hlediska státního rozpočtu se jeví bezpečnější, neboť nezávislost je koncipována plnohodnotně a zahrnuje také finanční a rozpočtovou nezávislost.

Státní rozpočet není případným deficitem základního fondu zdravotní pojišťovny přímo zatěžován, stát je ručitelem ze svého rozpočtu v případě platební neschopnosti ve formě návratné finanční výpomoci do výše 50 % závazků, poskytnutí finanční výpomoci je podmíněno rozhodnutím vlády⁴¹¹. Se zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou nelze zahájit insolvenční řízení⁴¹² dokud má povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění, odebrat povolení může pouze Ministerstvo zdravotnictví.

Nezávislost pojišťovnictví v případě VZP ČR se v užším smyslu rovná nezávislosti státního rozpočtu na deficitech jejího hospodaření. U zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven plně dostačuje ověřená koncepce orgánů akciové společnosti⁴¹³.

2.4. Vynutitelnost nároků subjektů veřejného zdravotního pojištění

Mezi „soft law“ se řadí i velmi zdařilé právní úpravy, které neobsahují sankce za porušení právních norem⁴¹⁴. Za současné právní kultury nelze na právní úpravu soft law

⁴¹⁰ Mediální kauza v souvislosti s ředitelkou VZP ČR Ing. Jiřinou Musílkovou, která odmítala odstoupit z funkce přes opakované výzvy předsedy vlády.

⁴¹¹ § 8 odst. 2, 3 zákona o VZP.

⁴¹² Výjimka z působnosti insolvenčního zákona na základě § 6 zákona č. 182/2006 Sb. o úpadku a způsobech jeho řešení (insolvenční zákon).

⁴¹³ Představenstvo, dozorčí rada a valná hromada akcionářů.

⁴¹⁴ Právní norma se skládá z hypotézy a dispozice, sankce chybí.

spoléhat. Současné možnosti vynutitelnost nároků subjektů veřejného zdravotního pojištění nejsou zcela vyloučeny, jsou však v níže popsaných oblastech ztíženy. Lze také rozlišovat nároky z pohledu zdravotních pojišťoven, poskytovatelů a pojištěnců.

2.4.1. Zdravotní pojišťovny

Vymáhání pojistného a penále probíhá ve správním řízení, které vedou zdravotní pojišťovny. Obtíže nastávají při výkonu pravomocně uložených povinností k zaplacení. Oblast výkonu uložených povinností souvisí s obecným stavem vymahatelnosti pohledávek, proto by bylo nesystémové snažit se o parciální úpravu ve veřejném zdravotním pojištění⁴¹⁵.

Vynutitelnost směrem k poskytovatelům zdravotní péče už příliš zlepšovat nelze. Zdravotní pojišťovny nejsou povinny uzavírat smlouvy, smlouvy uzavírají po vyhodnocení úrovně zabezpečení zdravotní péče v regionu⁴¹⁶, výsledek výběrového řízení krajského úřadu na uzavření smlouvy o poskytování zdravotní péče není pro zdravotní pojišťovny závazný.

Úskalí zdravotních pojišťoven spočívá v kontrole vyúčtované zdravotní péče. Důvody spočívají v počtu kontrolních pracovníků, případně revizních lékařů, na počet pojištěnců (počet vyúčtovaných výkonů), v bezhotovostní úhradě zdravotní péče a nastavené výši náhradových sazeb, resp. hodnoty bodu⁴¹⁷. Úskalí kontroly vzniká zejména u méně nákladných a opakujících se výkonů, řešení může spočívat v omezení plně a částečně hrazené péče, protože menší počet vyúčtovaných položek se snadněji kontroluje.

⁴¹⁵ Současný výkon správních rozhodnutí probíhá na základě § 106 odst. 3 zákona č. 500/2004 Sb. správní řád podle zákona č. 337/1992 Sb. o správě daní a poplatků, resp. s účinností od 1. ledna 2011 podle zákona č. 280/2009 Sb. daňový řád.

⁴¹⁶ Toto hodnocení je jednostranné a ovlivněné tendencí k regulaci nabídky zdravotní péče a s tím souvisejících úspor.

⁴¹⁷ Jakoby výše sazeb už předpokládala určité „nadúčtování“, protože vzhledem k nákladům, kvalifikovanosti zdravotní péče a srovnáním se zahraničím, tyto sazby nelze považovat za přiměřené z pohledu poskytovatelů.

2.4.2. Poskytovatelé zdravotní péče

Vynutitelnost nároku na úhradu poskytované zdravotní péče je možná na základě žaloby u obchodního soudu, tyto spory jsou osvobozeny od soudních poplatků, více na str. 89 Osvobození od soudních poplatků.

Výhrady poskytovatelů jsou více orientovány (mimo výše sazeb) k nastavení systému regulace, která je zpětná, ne zcela předvídatelná. Náklady poskytnuté zdravotní péče, jejíž úhrada byla odmítnuta kvůli regulaci, navíc není možné po pojištenci požadovat jako regres za péči, kterou jeho zdravotní stav vyžadoval.

Složitější je vynucení dlužných regulačních poplatků. Poskytnutí zdravotní péče nelze podmínit předchozí úhradou regulačního poplatku. Žalovatelnost spíše z pragmatických důvodů podléhá soudnímu poplatku (více na str. 90 Osvobození od soudních poplatků II), který je v poměru k nejnižšímu regulačnímu poplatku 20x vyšší. Pohledávka poskytovatele ve formě dlužného regulačního poplatku není exekucním titulem a musí být žalována u obecného soudu⁴¹⁸. Např. v Rakousku je výkaz zdravotnického zařízení o neuhrazených regulačních poplatcích vykonatelným titulem za pojištencem.

2.4.3. Pojištěnci

Pozice pojištěnce k vynucení svých práv plynoucích z veřejného zdravotního pojištění je nejméně příznivá v porovnání s poskytovateli zdravotní péče nebo zdravotními pojišťovnami. Práva pojištěnce se omezují na obranu proti nesprávnému poskytnutí péče, více viz str. 115 Neposkytování náležité péče. Při neposkytnutí žádné péče je možnost pojištěnce složitá, pokud nemá dostatek prostředků na profinancování požadované zdravotní péče, jejíž proplacení by následně žaloval u obecného soudu v civilním řízení.

Uvažuje se o zřízení rozhodčích orgánů, zpravidla tříčlenných se zastoupením lékaře, ekonomy a osoby s právnickým vzděláním, které by řešily spory o úhradu zdravotní péče. Zahájení řízení podléhá souhlasu jak pojištěnce, tak žalované zdravotní

⁴¹⁸ Okresní soud (Obvodní soudy v Praze).

pojišťovny⁴¹⁹. Z hlediska zákona o v.z.p. by vznikala pozoruhodná situace. Zdravotní pojišťovny jsou oprávněny regulovat proplácenou zdravotní péči poskytovatelům, pojištěnci však žádnému omezení, pokud jejich stav vyžaduje předmětnou zdravotní péči, nepodléhají. Pokud by se jednalo o nutnou a neodkladnou zdravotní péči, pak je možné čerpat péči i u nesmluvního poskytovatele.

Do září roku 2010 rozhodčí orgány ve zmíněném tříčlenném složení nebyly ustanoveny. Možná i proto pod tíhou hospodářské recese lze zaslechnout z Ministerstva zdravotnictví nebo zdravotních pojišťoven, že nákladná léčba nebude pro všechny⁴²⁰. Pojištěnec není při požadování zdravotní péče odpovídající jeho zdravotnímu stavu ze zákona časově omezen, ani když je zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Oddíl 3. Konformita navržené koncepce variabilní péče

Jaký je soulad českého ústavního pořádku s navrhovanou koncepcí variabilního rozsahu hrazené péče popsané na str. 196 a následujících? Imperativ stanovený čl. 31 Listiny o bezplatné zdravotní péči pojištěnců za podmínek stanovených zákonem je skutečným úskalím pro vytvoření rovnováhy disponibilních prostředků veřejného zdravotního pojištění s možnostmi poskytovatelů a poptávkou po zdravotní péči. Čl. 31 Listiny zakotvuje velmi vysoký standard ochrany zdraví.

3.1. Udržitelnost

Vznik a vývoj sociální zabezpečení je pochopitelně spjat s rozšiřováním a prohlubováním ochrany před sociálními událostmi. Postmoderní společnost je konfrontována s velmi vysokým standardem ochrany před sociálními událostmi, ve kterém se soustavy pojištění nebo financování peněžitých a věcných dávek ocitají v dlouhodobé finanční nerovnováze bez výhledu na zlepšení za stávajících podmínek. Jedním z důvodů zakotvení velmi vysokých standardů ochrany je také zkušenost s nástupem totalitních režimů, které využívali nespokojenosti k radikalizaci početných

⁴¹⁹ Zástupci zdravotních pojišťoven avizovali předběžný souhlas s přístupováním k rozhodčímu řízení.

⁴²⁰ Mediálně nejznámější jsou případy nákladného léčení roztroušené sklerózy nebo onkologické péče.

skupin obyvatelstva. V neposlední řadě je důvodem k vysoké ochraně také lidskost a humánnost sama o sobě.

Problémy institucí sociálního zabezpečení (bezpečnosti) jsou ve financování svěřených oblastí velmi závažné až kritické. V současné době lze hovořit o tom, že pojem udržitelnosti zastínil cíl co nejvyšší ochrany před sociálními událostmi a nelze vyloučit, že dalším vývojem odvětví sociálního zabezpečení se dostane natrvalo před cíl co nejvyšší ochrany před sociálními událostmi.

3.2. Soulad s Listinou

Právo na ochranu zdraví patří do skupiny hospodářských, sociálních a kulturních práv, které jsou podmíněny rozpočtovými možnostmi. Pokud čl. 31 Listiny zakotvuje bezplatnou zdravotní péči, i když k jejímu provedení je odkázáno na zákon, je nutno při zákonném provedení tohoto práva šetřit jeho smysl a podstatu.

Bezplatná péče by podle čl. 31 nemusela zahrnovat veškerou poskytovanou zdravotní péči na území ČR. I za současné široce pojaté plně hrazené péče je i zdravotní péče částečně hrazená a nehrazená. U léčiv je spoluúčast pojištěnce vzhledem k široké nabídce obvyklá, je sice stanoveno, že v každé indikační skupině musí být alespoň jeden léčivý přípravek plně hrazený, slabé místo je v šíři indikační skupin, které jsou někdy pojaty až příliš široce.

Navrhovaná koncepce variabilního rozsahu zdravotní péče počítá s častější spoluúčastí. Je otázkou, nakolik právo na bezplatnost zdravotní péče vyžaduje, aby se bezplatnost týkala všech léčených onemocnění. Pokud jedním ze základů koncepce je odstupňování onemocnění podle závažnosti⁴²¹, pak nepochybně se tato bezplatnost týká primárně péče u závažných onemocnění.

Listina předvídá soustavu veřejného zdravotního pojištění. Pojištění se pravidelně sjednává pro události, jejichž finanční řešení by bylo příliš nákladné a nárazové. Riziko drobných škodných událostí není běžně předmětem pojistných smluv.⁴²² Stejně pojetí lze vztáhnout na ústavní základ veřejného zdravotního pojištění, které není nutně určeno

⁴²¹ Viz tabulka na str. 197.

⁴²² Např. pojištění proti škodě bez jakékoliv spoluúčasti pojištěného je spojeno s výrazně vyšší pojistným, než pojištění se sjednanou spoluúčastí.

pro krytí nepatrných zdravotních obtíží, které jsou spojeny s minimálním finančním výdejem pacienta. Vyloučení úhrady léčení méně závažných zdravotních problémů, které představují minimální finanční výdej pojištěnce, by bylo lze považovat za ústavně konformní se zachováním smyslu a podstaty bezplatné péče.

3.2.1. Služby související se zdravotní péčí

Ať už má koncepce veřejného zdravotního pojištění *de lege ferenda* jakoukoli podobu, je škoda nepřihlédnout k závěrům, které jsou obsaženy v separátním vótu ústavních soudců, více na str. 84 „Lex Fischerová“.

Při poskytování zdravotních služeb mohou být zajišťovány také životní podmínky⁴²³, které jsou uspokojovány i mimo sféru ochrany zdraví. Veřejné zdravotní pojištění předvídané pro zajištění ochrany zdraví, není určeno k hrazení takových služeb.

Slovenská právní úprava má vtěleny do platné právní úpravy služby související s poskytováním zdravotní péče, je však přiznáno osvobození od jejich placení u vybraných kategorií pojištěnců, navíc se některé související služby nehradí, pokud souvisejí s plně hrazenou péčí, např. vyhotovení výpisu ze zdravotní dokumentace pojištěnce pro navazující léčení.

Ústavně konformní pojetí přímé úhrady souvisejících služeb se zdravotní péčí tkví v zachování bezplatnosti zdravotní péče v užším pojetí⁴²⁴. Variantou osvobození od úhrady související zdravotní péče je předpoklad, že ubytování a stravování, budou příjemci státní sociální podpory nebo pomoci v hmotné nouzi⁴²⁵ hradit z přijatých peněžitých dávek. Přímé osvobození ve veřejném zdravotním pojištění navyšuje složitost vzájemného zúčtovávání a v neposlední řadě také snižuje objem finančních prostředků, které poskytovatelům zdravotní péče plynou.

⁴²³ Nejnázornější příklad: ubytování, stravování, dále lze uvažovat o zpracování údajů, vyhotovování stejnopisů dokumentace.

⁴²⁴ Bez zahrnutí služeb souvisejících.

⁴²⁵ Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi.

3.2.2. Vztah variability hrazené péče a souvisejících služeb

U koncepce variability hrazené péče hradí pojištěnec spoluúčast jen u některé péče, zbývající péče je poskytována bez spoluúčasti, tedy bezplatně. Myšlenka samostatného hrazení služeb souvisejících se zdravotní péčí pojištěncem znamená pravidelné výdaje při čerpání zdravotní péče, ať jde o nenákladnou ambulantní zdravotní péči nebo o velmi nákladnou nemocniční péči.

Kombinace variability hrazené péče a souvisejících služeb má za následek peněžní výdej pojištěnce i u zdravotní péče, která je poskytována bezplatně, neboť ubytování, stravování, úplata za zpracování údajů bude podléhat úhradě. Hrazení souvisejících služeb je založeno na předpokladu, že pojištěnec tyto služby vyhledává, i když nečerpá zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění. S tím souvisí i koncepce neosvobozování vybraných skupin pojištěnců od hrazení služeb souvisejících při čerpání zdravotní péče, protože nikdo není osvobozen od hrazení ubytování nebo stravy a nedostatek prostředků k živobytí je řešen peněžitými dávkami z rozpočtu ČR nebo obcí.

Kombinací navrhovaných koncepcí může vzniknout z materiálního pohledu dvojí spoluúčast, jestliže u částečně hrazené péče je poskytované také nemocniční ubytování a stravování. Důvod pro obě „spoluúčasti“ zůstává odlišný. U variability hrazené péče je důvodem poměr disponibilních finančních prostředků k objemu poptávané částečně hrazené zdravotní péče.

3.2.3. Ústavně nekonformní varianty spoluúčasti pojištěnců

Ústavní požadavek bezplatnosti zdravotní péče umožňuje spoluúčast pojištěnce pouze odůvodněným způsobem bez narušení smyslu a podstaty přiznaného práva.

3.2.3.1. Zvyšování regulačních poplatků

Regulační poplatky shledal Ústavní soud ústavně konformní s tím, že jejich výše (intenzita) nenarušuje smysl a podstatu bezplatné zdravotní péče. Z takového odůvodnění plyne, že výše regulačních poplatků je rozhodujícím kritériem pro ústavní

konformitu. Navyšování regulačních poplatků tedy může ohrozit jejich soulad s čl. 31 Listiny.

Problémem také zůstává, že regulační poplatky jsou prakticky vybírány při každém čerpání zdravotní péče, tedy i při péči, která se týká velmi závažných onemocnění. Změkčení režimu regulačních poplatků přispívá zákaz podmiňovat poskytnutí zdravotní péče předchozí úhradou regulačního poplatku.

3.2.3.2. Nákladná zdravotní péče pouze některým pojištěncům

Nákladná zdravotní péče⁴²⁶ je velkým „pokusením“ při hledání úspor ve výdajové stránce veřejného zdravotního pojištění. Nákladná zdravotní péče je současně primárním důvodem existence veřejného zdravotního pojištění. Prostředky se soustředí od všech pojištěnců, aby někteří z nich podle potřeby obdrželi i nákladnou zdravotní péči.

Dalším z úskalí je i případný výběr pojištěnců, kteří nákladnou péči obdrží a kteří nikoli. Rozhodovacím kritériem je v první řadě pravděpodobnost úspěchu vynaložené léčby, což je odvislé od věku, zdravotní anamnézy atd. Bohužel pravděpodobnost úspěchu léčení lze dopředu pouze odhadovat a měla by zůstat ryze medicínským posouzením o zvoleném postupu, který nejlépe zohledňuje individuální stav pacienta pojištěnce. Stanovovat zákonem rozhodovací algoritmus o vyloučení některých pojištěnců z nákladné léčby popírá smysl a podstatu zdravotního pojištění, které má zabezpečit v první řadě nákladné léčení, které si pojištěnec s průměrným příjmem není schopen bez dlouhodobého spoření uhradit. Smysluplnost vynaložení nákladné léčby je věcí odborného posouzení lékařů. U nákladné léčby s cílem záchrany života pojištěnce je vyloučena regulace poptávky po takové péči, protože nemůže být úspěšná – záchrana vlastního života patří mezi nejvyšší motivaci jedince.

3.2.3.3. Příplatek za jiný léčebný postup

Totální endoprotézy kyčelních kloubů jsou plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění, přesto je zde prostor pro medicínský nadstandard, neboť trh nabízí širokou škálu endoprotetických materiálů, které lze použít. V rámci smluvních vztahů

⁴²⁶ Opět nejnázornější a mediálně rozšířené léčení roztroušené sklerózy nebo onkologická péče.

nasmloouvají zdravotní pojišťovny ekonomicky nejméně náročnou variantu použitých materiálů při poskytnutí zdravotní péče (na druhé straně takovou péči a materiály, které odpovídají individuálnímu zdravotnímu stavu pojištěnce).

Příplatky za lepší plně hrazenou zdravotní péči (medicínský nadstandard) zapovídá § 11 odst. 1 písm. d) zákona o v.z.p. Z ústavního hlediska není pro omezení příplácení za medicínský nadstandard důvod.

V denním tisku⁴²⁷ se objevil článek o legislativního záměru vypuštění ustanovení citovaného v předchozím odstavci. Dále byl nastíněn záměr zakotvit příplácení za jiný léčebný postup s tímto příkladem: operování invazivní metodou plně hrazené, laparoskopická operace (šetrnější postup) pouze za příplatek pojištěnce.

Je namístě rozlišovat medicínský nadstandard v rámci jednoho léčebného postupu a jiný léčebný postup. Příplatek za jiný léčebný postup u závažných a nákladných onemocnění⁴²⁸ narušuje podstatně právo na bezplatnou zdravotní péči.

Pokud se modernější a šetrnější zákrok, např. laparoskopická operace, stane běžným léčebným postupem v evropských podmínkách, je důvod pochybovat, jestli zastaralý a invazivní postup se závažnějšími následky na zdraví je vůbec postupem lege artis, tj. součástí zdravotní péče vůbec.

3.2.3.4. Příplatek za volbu ošetřujícího lékaře

Právo na výběr lékaře zakotvuje § 11 odst. 1 písm. b) zákona o v.z.p. U ústavní péče se volba vztahuje na právnickou osobu, příp. rozpočtovou a příspěvkovou organizaci. U ústavní péče nemá pojištěnec ze zákona možnost volby konkrétního ošetřujícího lékaře (např. operátora), o takovou volbu pojištěnci zbývá snažit se neformálním postupem.

Pokud by byla dána možnost volby jiného ošetřujícího lékaře nebo operátora, jednalo by se o medicínský nadstandard v rámci lékařského postupu nebo o jiný lékařský postup. Jelikož se jedná o stejnou operaci prováděnou toliko jiným lékařem se stejnou odborností, je na místě uvažovat pouze o medicínském nadstandardu v rámci stejného medicínského postupu, který není ústavně nekonformní.

⁴²⁷ Revoluce. Pacient zaplatí za dražší péči už v dubnu, říká ministr. MF Dnes ze dne 18. září 2010.

⁴²⁸ Např. operace zánětu slepého střeva, což je zdravotní komplikace, která bez adekvátního včasného zákroku vystavuje pacienta vážnému riziku úmrtí.

Podobný režim by se vztahoval na volitelnou konziliární zdravotní péči, pokud není nutná vzhledem k léčebnému postupu.

3.3. Soulad s mezinárodním právem

Definice zdraví Světové zdravotnické organizace: Stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody, z medicínského hlediska uspořádaný souhrn normálních tělesných funkcí, tělesné stavby a normální látkové výměny.

Vysoký standard v čl. 31 o bezplatné zdravotní péči na základě veřejného pojištění za podmínek, které stanoví zákon, nedává významnější prostor pro další vylepšování ratifikovanými a vyhlášenými mezinárodními smlouvami.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně v čl. 3 zavazuje Českou republiku se zřetelem na zdravotní potřeby a dostupné zdroje učinit odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistila rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality.

Čl. 13 Evropské sociální charty obsahuje Právo na sociální a lékařskou pomoc; zajistit, že každé osobě, která je bez přiměřených prostředků a která není schopna si takové prostředky zajistit buď sama vlastním úsilím nebo je získat z jiných zdrojů, zejména prostřednictvím dávek ze systému sociálního zabezpečení, bude poskytnuta přiměřená pomoc a v případě nemoci i péče nezbytná podle jejího stavu.

Z Evropského zákoníku sociálního zabezpečení plyne povinnost stanovit pravidla spoluúčasti tak, aby nevedla k přílišnému zatížení.

Z navrhované koncepce variabilního rozsahu zdravotní péče a koncepce souvisejících služeb není nijak dotčena rovná dostupnost péče patřičné kvality nebo dostupnost pro nízkopříjmové pojištěnce. Významnou garancí dostupnosti akutní zdravotní péče je nemožnost podmínit její čerpání předchozím uhrazením regulačního poplatku, spoluúčasti nebo jiné přímé platby poskytovateli.

Závěr

Transparentním cílem dosavadního vývoje sociálního zabezpečení bylo zakotvování a zvyšování úrovně zabezpečení. Neustálé zvyšování standardů narazilo na strop udržitelnosti, kterou bude nutné znovu obnovit. Stejně jako zvyšování a zakotvování nových standardů bude cesta k obnovení udržitelnosti soustavy sociálního zabezpečení srovnatelně náročná a svízelná.

Jistou paralelou je neschopnost členských států EU vést udržitelný státní rozpočet, tyto dvě oblasti jistě poukazují na současný problém udržitelnosti financování ať soustavy státních financí, tak soustavy poskytování a úhrady zdravotní péče. Vyspělost členských států nemusí být zárukou udržitelného financování⁴²⁹.

Právo na bezplatnou zdravotní péči spadá mezi sociální práva, která jsou podmíněna rozpočtovými možnostmi⁴³⁰. Skloubení této podmíněnosti a zákonným vymezením podmínek bezplatné zdravotní péče není jednoduché. Hospodářské cykly (střídání recese a konjunktury) a rychlý postup nových léčebných postupů způsobují kolísání objemu disponibilních finančních prostředků vůči rozšiřujícímu se spektru zdravotních výkonů⁴³¹. V souhrnu, ač se léčba stává i celkově efektivnější, dochází vlivem nových zdravotních postupů k nárůstu nákladů na provádění veřejného zdravotního pojištění⁴³².

Rozhodně nelze spoléhat na model deficitního financování zdravotní péče během recese s přebytkovým prováděním během konjunktury. Přesné ohraničení a predikce délky hospodářského útlumu, a tedy časového trvání deficitu, je nemožné předpovědět. Mezi členskými státy EU nelze označit stát, který by obdobně vedl státní rozpočet – tj. přebytkově v době konjunktury a deficitně během recese.

Nepřekonatelným pravidlem zůstává omezení rozsahu poskytované zdravotní péče disponibilními prostředky, resp. prostředky, které se zdraví a nemocní rozhodnou do oblasti poskytování zdravotní péče vložit. Vylepšení rozsahu zdravotní péče, která je

⁴²⁹ Krach státních financí v Řecku, hrozba krachu v Itálii, Portugalsku, Španělsku nebo Irsku.

⁴³⁰ Nebo s důrazem na vícezdrojové financování: sociální práva jsou podmíněna disponibilními prostředky, ať je to z rozpočtu osob veřejného práva nebo jiných dalších zdrojů.

⁴³¹ Nové zdravotní výkony a postupy lze hodnotit ze dvou aspektů: výše nákladů na nové léčení a délka pracovní neschopnosti nebo jiná absence výdělečné činnosti.

⁴³² Toto jde ale také na vrub prodloužené délce dožití, při které je počet zdravotních výkonů relativně vyšší.

profincovatelná ve stanoveném finančním rámci, se vylepšuje racionalizací a plánováním poskytované zdravotní péče. Z části se bohužel jedná o iluzi, neboť pojištěnec, kterému je péče poskytována, velmi citlivě vnímá také úroveň klientského přístupu (zastaralost infrastruktury, dlouhé čekací doby). Je naivní se domnívat, že je dlouhodobě možné udržet klientsky orientované zdravotnictví s podhodnocenými úhradami za zdravotní péči a se zdravotnickým personálem, který neustále namítá nízké ohodnocení a příliš dlouhou pracovní dobu. Snížení atraktivity lékařského povolání věští budoucí problémy s personálním naplněním sektoru zdravotnictví.

Nastavení systému poskytování a úhrady zdravotní péče je dilema, které má jen obtížná a bolestivá řešení. Problematickým východiskem je již samotné očekávání pojištěnců ohledně poměru souhrnu placeného pojistného a požadované zdravotní péče. Představa pojištěnců, že mají být hrazené všechny nákladné postupy moderní medicíny je pochopitelná a lze ji uspokojit jen tehdy, pokud oblast drobných nenákladných zdravotních výkonů nebude hrazena vůbec, čímž bude dosaženo jednak úspor na samotných výdajích za drobné výkony, jednak administrativních úspor při zpracování a kontrole. Platí nepřímá úměra: Cenově drobné zdravotní výkony jsou zastoupeny mnohem početněji než nákladná zdravotní péče.

Zdravotní pojištění není za současné neochoty k dalšímu zvyšování odvodů do veřejného zdravotního pojištění možno provozovat v luxusní variantě, kdy se hradí i cenově drobné zdravotní výkony. Je nutné veřejné zdravotní pojištění omezit na hrazení výkonů, které si pojištěnec s průměrných příjmem nemůže dovolit jednorázově hradit bez okamžitého zadlužení.

Jak řešit dostupnost zdravotní péče u pojištěnců s podprůměrnými příjmy? V současné době je toto řešeno přímo při poskytování zdravotní péče, a to jednak rozsahem plně hrazené péče, jednak osvobozením od regulačních poplatků přímo u poskytovatele⁴³³. Přijatelná konstrukce však může spočívat i v zahrnutí peněžní pomoci přímo v dávkách státní sociální podpory a pomoci v hmotné nouzi. Pojištěnec, kterého postihla sociální událost, by tímto nedostával zdarma věcnou dávku, ale prostředky na její nákup (nebo poukázky k uplatnění u poskytovatele). Uvedený postup akcentuje regulaci poptávky po zdravotní péči i u pojištěnců s nízkými příjmy.

⁴³³ Z části je toto řešení přímo na úkor poskytovatele zdravotní služby, pozn.: lékárnám jsou uhrazené regulační poplatky zčásti započítávány do úhrady od zdravotních pojišťoven.

Regulace poptávky po zdravotní péči je nastoleným trendem po éře regulace nabídky, případné uvolnění regulace nabídky bude možné až po nastolení déleodobého udržitelného stavu. S uvolněním regulace nabídky zdravotní péče by se měla uvolnit matematická regulace, která má své místo spíš v nastavení částečně hrazené zdravotní péče.

Na kolísající příjmy zdravotních pojišťoven by se mělo reagovat koncepcí variabilně stanovovaného náhradového procenta částečně hrazené péče. Neustále se rozšiřující a tedy měnící se spektrum zdravotních postupů by se mělo řešit variabilním vymezením plně hrazené, částečně hrazené a nehrazené zdravotní péče.

Nákladné, případně i šetrnější, medicínské zákroky, které vážným zdravotním potížím zabraňují nebo je léčí, by měly být plně hrazené i za cenu vyšších nákladů. Vyšší nákladovost se může vrátit nižší absencí výdělečné činnosti pojištěnce.

Existenčním jádrem veřejného zdravotního pojištění je zajištění nákladné péče přesahující momentální možnosti pojištěnce, péče, bez které dojde k závažným zdravotním obtížím a kterou jsou současní poskytovatelé schopni poskytnout díky investicím do medicínské infrastruktury s vysoce kvalifikovanými zdravotníky.

Seznam použité literatury

- ABC práva Evropských společenství. Informační centrum Evropské Unie, Praha, 2004, 116 s.
- Bauer, J. (ed.) Sociální zabezpečení osob pohybujících se v rámci Evropské unie. 2. vydání. Praha: Úsek pro evropskou integraci a mezinárodní vztahy MPSV, 2001, 248 str.
- Buddee, A. Der Arztvertrag. Tübingen: Köhler-Druck, 1997, 185 s.
- Buriánek, J. Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky. Linde Praha, 2005, 204 s.
- Černá, J., Trinnerová, D., Vacík, A. Právo sociálního zabezpečení. 2. rozšířené vydání. Plzeň: Aleš Čeněk, 2007. 230 s.
- Daněk, A. a kol. Zaměstnávání cizinců a vysílání zaměstnanců a OSVČ do ciziny. 2. aktualizované vydání. Anag Olomouc, 2006, 223 s.
- den Exter, A., Hermans, H. The Right to Health Care in Several European Countries. Hague: Kluwer Lax International, 1999, 187 s.
- Doležal, T., Doležal, A. Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví. Linde Praha, 2007, 138 s.
- Eichenhofer, E. Sozialrecht. 4. bearbeitete Auflage. Tübingen: J.C.B.Mohr (Paul Siebeck) 2003, 325 s.
- Erlenkämper, A., Fichte, W. Sozialrecht Allgemeine Rechtsgrundlagen und sonstige Sozialgesetze Verfahrensrecht. Köln: Carl Heymanns Verlag KG, 2002, 936 S.
- Flemmich, G., Ivansits, H., Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie. Vídeň: Verlag des ÖGB GesmbH, 2000, 513 s.
- Gitter, W., Schmitt, J. Sozialrecht. Mnichov: C.H.Beck, 2001, 403 s.
- Grillberger, K. Österreichisches Sozialrecht. 6. neubearbeitete Auflage. Vídeň: Springer 2004, 124 s.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, 2001, 95 s.
- Hemesse, J., Healthcare protection today. Brusel: Association Internationale de la Mutualité, 2005, 237 s.
- Hendrych, D. a kol. Správní právo. Obecná část. 4. vydání. Praha: C.H.Beck, 2001.
- Jabůrková, M., Mátl, O. Naše zdravotnictví po vstupu do Evropské unie: Vliv politik a práva Společenství na zdravotní péči členských států. ELS-ED, 2004, 97 s.
- Jorens, Y. Access to Health Care in an Internal Market: Impact for Statutory and Complementary Systems. Ghent University, Belgium, 2005, 80 s.
- Koldinská, K. Sociální právo. 1. vydání. Praha: C.H.Beck, 2007, 191 s.
- Křepelka, F. Evropské zdravotnické právo. 1.vydání. LexisNexis CZ, 2004, 135 s.

- Kučera, Z. Mezinárodní právo soukromé. 6. opravené a doplněné vydání. Brno: Doplněk, 2004, 460 s.
- Locher, T. Grundriss des Sozialversicherungsrechts. 3. vollständig neu bearbeitete Auflage. Bern: Stämpfli Verlag, 2003, 520 s.
- Malý, K., Dějiny českého a československého práva do roku 1945. 3. přepracované vydání. Praha: Linde, 2003, 673 s.
- Manuál provádění evropského práva – Příručka pro zdravotní pojišťovny. 3. vydání. CMU, 2007, vydáno v elektronické podobě, 125 s.
- Manuál provádění evropského práva – Příručka pro zdravotní pojišťovny. 1. vydání. CMU, 2004, vydáno v elektronické podobě, 146 s.
- Matlák, J. Zdravotné, sociálne poistenie a fond zamestnanosti (Komentár). Bratislava: Eurounion 1996, 189 s.
- Offene Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen. Akademische Verlagsgesellschaft Aka GmbH, Berlin, 2004, 133 s.
- Pieters, D. Social Security: An Introduction to the Basic Principles. Alphen aan den Rijn: Kluwer Law International, 2006, 137 s.
- Tichý, L., Arnold, R., Svoboda, P., Zemánek, J., Král, R. Evropské právo. 2. vydání. Praha: C.H.Beck, 2004, 919 s.
- Tomeš, I., Koldinská, K. Sociální právo Evropské unie. 1. vydání. Praha: C.H.Beck, 2003, 284 str.
- Tröster, P. a kol. Právo sociálního zabezpečení. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: C.H.Beck, 2005, 380 s.
- Waltermann, R. Sozialrecht. Heidelberg: Müller, 2000, 255 s.
- Widmer, D. Die Sozialversicherung in der Schweiz. 4. Auflage. Ženeva: Schulthess Juristische Medien, 2003, 323 s.

Publikované články

- Becker, U. Der nationale Sozialstaat in der Europäischen Union: von Einwirkungen und Verschränkungen in Pocta Petru Trösterovi k 70. narozeninám. Praha: ASPI – Wolters Kluwer, 2009, 49-62 s.
- Beran, Karel. Zamyšlení nad některými ústavněprávními aspekty privatizace zdravotnických zařízení in Pocta Jánu Grónskému. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008, 272-281 s.
- Bobek, M. K absenci řádného vyhlášení komunitární legislativy v jazycích nových členských států in Soudní rozhledy 12/2006. C.H.Beck Praha, 2006, 449-491 s.
- Dostál, O. Několik poznámek k věcným záměrům zákonů z oblasti zdravotního pojištění. Zdravotnictví a právo 02/2008, str. 3-12.

- Kühn, Z. K některým otázkám vyvolaným nálezem Ústavního soudu v kauze poplatků ve zdravotnictví in Pocta Zdeňku Jičínskému k 80. narozeninám. Praha: ASPI – Wolters Kluwer, 2009, 40-58 s.
- Lacko, M. Prenos dávok podľa Nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71 zo 14. júna 1971 o uplatňovaní systémov sociálneho zabezpečenia na zamestnané osoby, samostatne zárobkovo činné osoby a členov ich rodín pohybujúcich sa v rámci spoločenstva in Pracovné právo v zjednotenej Európe. Žilina: Poradca podnikateľa, 2004, 302 s.
- Musil, J. Sociální práva v judikatuře Ústavního soudu České republiky in Pocta Petru Trösterovi k 70. narozeninám. Praha: ASPI – Wolters Kluwer, 2009, 277-293 s.
- Pelikánová, I. Princip přednosti komunitárního práva a jeho důsledky pro národní právo in XV. Karlovarské právnické dny. Linde Praha, 2005, 431 s.
- Pitschas, R.. Regulierung des deutschen Gesundheitswesens durch Telematikinfrastruktur – die elektronische Gesundheitskarte in Pocta Petru Trösterovi k 70. narozeninám. Praha: ASPI – Wolters Kluwer, 2009, 297-316 s.
- Podnecký, D. Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech in Integrace. Institut pro evropskou politiku EUROPEUM, Praha, 2004.
- Steinmeyer, Heinz-Dietrich. Die Entscheidungs- und Exekutivorgane deutscher Krankenkassen in einem wettbewerblichen Umfeld in Pocta Petru Trösterovi k 70. narozeninám. Praha: ASPI – Wolters Kluwer, 2009, 363-374 s.
- Suchánek, R. K ústavnímu právu na ochranu zdraví a na bezplatnou zdravotní péči in Pocta Jánu Grónskému. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008, 249-272 s.
- Tomášek, M. Soudržnost národních systémů zdravotního pojištění jako kategorický požadavek omezení volného pohybu zdravotních služeb v EU in Pocta Petru Trösterovi k 70. narozeninám. Praha: ASPI – Wolters Kluwer, 2009, 388-400 s.
- Tröster, P. Die Gesundheitspolitik und Gesundheitsversicherung: Die Struktur und die rechtliche, finanzielle und administrative Gestaltung in der Tschechischen Republik in Europe and its Impact on National Healthcare Systems Yearbook 2001, Rotterdam: Erasmus University Press, 2002, 78 s.
- Tröster, P. K základním zásadám všeobecného zdravotního pojištění. Právo a zákonnost, č. 4/1992, str. 216-223.
- Tröster, P. Předmět a systém práva sociálního zabezpečení z českého pohledu in Pocta Zdeňku Jičínskému k 80. narozeninám. Praha: ASPI – Wolters Kluwer, 2009, 263-277 s.
- Tröster, P. Všeobecné zdravotní pojištění a jeho změny od 1. ledna 1994. Všehrd č. 1/1994, str. 33, ASPI.

Kvalifikační práce

- Gajdošová, E. Veřejné zdravotní pojištění a jeho pojetí v ČR, Diplomová práce. PF UK, Praha 2008, 98 s.

- Hrodějová, B. Clinton a reforma zdravotní péče, Bakalářská práce. FSV UK, Praha 2007, 56 s.
- Jenšíková, P. Participace pacientů a spoluúčast pacientů na zdravotní péči jako součást reformy zdravotnictví v ČR, Bakalářská práce. FHS UK, Praha 2007, 40 s.
- Novotná, L. Veřejné zdravotní pojištění a jeho nová legislativní koncepce v českém právním řádu, Diplomová práce. Centrum zdravotnického práva, Praha 2008, 63 s.
- Pytel, J. Trendy sociálního zabezpečení v Evropské unii a jejich vliv na právní úpravu v České republice, Diplomová práce. PF UK, Praha 2009, 79 s.
- Spolek, J. Veřejné zdravotní pojištění a jeho reforma v ČR, Diplomová práce. PF UK, Praha 2008, 119 s.
- Štěpánková, J. Veřejné zdravotní pojištění a jeho pojetí v ČR, Diplomová práce. PF UK, Praha 2007, 92 s.
- Uhlíř, M. Když se mění pravidla: neformální platby v transformujících se zdravotnických systémech východní Evropy, Magisterská práce. FHS UK, Praha 2007, 78 s.
- Ullmannová, N. Právní aspekty přeshraniční zdravotní péče, Rigorózní práce. PF UK, Praha 2009, 107 s.
- Ullmannová, N. Veřejné zdravotní pojištění v České republice a jeho reforma, Diplomová práce. PF UK, Praha 2008, 105 s.

Jiné zdroje

- Vybrané články publikované v časopise Všeobecné zdravotní pojišťovny Svět pojištěnce, ORA Print, Praha.
- Švec, J., Rozsudky evropského soudního dvora, Vývoj v oblasti volného poskytování zdravotní péče v rámci Evropské unie 1471/06-3948-Šv, CMU, 2006, 18 s.
- Švec, J., Janalík, Presentace CMU: Nařízení o koordinaci systémů sociálního zabezpečení 883/2004 a 987/2009.
- Stránky zdravotní pojišťovny DŮVERA zdravotná poisťovňa, a.s. www.dovera.sk ,
stránky zájmového sdružení www.see-europe.de ,
stránky Ombudsmana pro zdravotní péči www.ombudsman.org.uk ,
stránky Spolkového ministerstva zdravotnictví SRN www.bmg.bund.de www.die-gesundheitsreform.de ,
stránky rakouského sociálního zabezpečení www.sozialversicherung.at ,
stránky Národní zdravotní služby ve Velké Británii www.nhs.uk ,
stránky francouzského styčného místa www.cleiss.fr ,
stránky Evropského soudního dvora curia.europa.eu ,
stránky Britského zákonodárství www.legislation.gov.uk ,
stránky Institutu pro kvalitu a hospodárnost zdravotnictví www.iqwig.de ,
seznam mezinárodních smluv – ČSSZ www.cssz.cz .

Abstrakt

Poskytování zdravotní péče ve vybraných zemích EU a její úhrada

Předmětem disertační práce je analýza, srovnání a vyhodnocení způsobu poskytování a úhrady zdravotní péče ve vybraných zemích EU včetně České republiky. Všechny zkoumané státy se potýkají s rozpočtovými obtížemi při poskytování zdravotní péče. Tato disertační práce se snaží nalézt právní řešení s přihlédnutím k ekonomickým zákonitostem, aby systém poskytování a úhrady zdravotní péče byl finančně udržitelný.

Těžiště disertace je ve zdravotních službách (zdravotní péči v užším smyslu), léčiva a zdravotní pomůcky jsou zmiňovány příležitostně. Terminologicky text není omezen výrazy zdravotních služeb nebo zdravotní péče, oba termíny jsou používány jako synonyma. Problematika poskytování a úhrady zdravotní péče nespočívá ve „službách“ nebo „péči“.

Kapitoly jsou členěny podle jednotlivých zemí EU. První a nejobsáhlejší je věnována České republice, jejíž právní úprava je výchozím srovnávacím bodem. Po krátké historické rekapitulaci následuje přehled právních předpisů se zaměřením na problematiku nebo pozornosti hodné oblasti. Nástin chystané reformy veřejného zdravotního pojištění klade o něco větší důraz na formální stránku oproti obsahové stránce vztahů ve veřejném zdravotním pojištění.

V rámci kapitoly o veřejném zdravotním pojištění České republiky je věnována pozornost komunitárnímu právu. Květen 2010 byl zlomovým měsícem pro koordinaci celého sociálního zabezpečení. Nicméně stará koordinační nařízení si stále ponechávají důležitou aplikační úlohu. Správná aplikace sekundárního práva v úředním jazyce členského státu je *conditio sine qua non* platnosti a účinnosti. K plnému využití práv migrujících osob ve Společenství je nezbytná také znalost rozhodnutí Administrativní komise. Rozsudky ESD jsou důležitým pramenem pro přeshraniční poskytování zdravotních služeb, neboť směrnice s tímto předmětem zatím nebyla schválena v Evropském parlamentu. I po vstupu České republiky zůstává významný počet použitelných dvoustranných mezinárodních smluv, které upravují také věcné dávky v nemoci a mateřství.

Osobní rozsah českého veřejného zdravotního pojištění je založen na rezidenčním kritériu, které podléhá kolizní úpravě koordinačních nařízení u výdělečně činných osob, důchodců a jejich rodinných příslušníků. Práva a povinnosti pojištěných osob jsou upraveny zákonem o veřejném zdravotním pojištění, práva zahrnují právo výběru zdravotní pojišťovny a poskytovatele. Mezi nejdůležitějšími povinnostmi se vyskytují oznamovací povinnost, povinnost vzhledem ke zdravotnímu stavu a povinnost hradit regulační poplatky. Pojištěnci přísluší několik možností postupu, jestliže není poskytována náležitá zdravotní péče.

Náhrada nákladů poskytovatelům za vykonané služby probíhá ve většině případů bezhotovostně, náhrada probíhá v několika formách, které zahrnují spektrum od výkonové platby po paušalizované formy náhrady. Čtyři přílohy zákona o veřejném zdravotním pojištění určují částečně hrazenou a nehrazenou zdravotní péči. Formy zdravotní péče jsou zejména ambulantní a nemocniční péče, záchranná služba, preventivní, dispenzární a lázeňská péče, poskytování léčivých přípravků nebo prohlídky zemřelého pojištěnce a pitva. Přímá úhrada pojištěnce se vyskytuje ve stanovených případech. U zdravotní péče čerpané v zahraničí existuje několik variant náhrad vynaložených nákladů, na které má pojištěnec nárok, podle regionu a povahy čerpané zdravotní péče. Péče v zemích třetího světa je refundována zásadně v rozsahu nutné a neodkladné péče, evropské země jsou z většiny kryty do nezbytné péče vzhledem k povaze dávek a délce pobytu, se souhlasem zdravotní pojišťovny se může jednat i o plnou zdravotní péči. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky je největší zdravotní pojišťovnou v Česku, její příjmy a výdaje jsou realizovány skrze mandatorně a fakultativně vytvářené fondy.

Právní úprava poskytování a úhrady zdravotní péče ve Slovenské republice, kterou se zabývá kapitola 2, je české úpravě nejpodobnější ze všech zahraničních úprav. Odlišný vývoj se projevil následkem rozpočtových možností, protože Slovensko není na ekonomické úrovni jako Česko. Při poskytování zdravotní péče je vybírána přímá úhrada za služby související s poskytováním zdravotní péče, výše úhrady pojištěnce je určena prováděcím předpisem.

Kapitola 3 zpracovává Spolkovou republiku Německo. Právní úprava poskytování zdravotní péče a její úhrady je propracovanou a relativně náročnou právní úpravou.

Kapitola 4 je věnována francouzskému veřejnému zdravotnímu pojištění, které se vyznačuje významným sektorem soukromého připojištění a také významnými přímými platbami pojištěnců u lékaře. Kapitola 5 se zabývá zdravotním pojištěním v Rakousku, kapitola 6 se zabývá švýcarským zdravotním pojištěním. Právní úpravy obou zemí se vyznačují vyšší mírou partikularismu. Vztah Švýcarska a ES je založen na dvoustranných dohodách, které umožňují aplikovat koordinační nařízení sociálního zabezpečení migrujících pracovníků a dalších osob.

Na nizozemské reformované veřejné zdravotní pojištění, o kterém pojednává kapitola 7, je hojně odkazováno v odborných diskusích jako na referenční reformovanou úpravu. Klady a zápory nového zdravotního pojištění s akcentem hospodářské soutěže mezi zdravotními pojišťovnami jsou hodné pozornosti. Kapitola 8 - Rozpočtový systém Národní zdravotní služby ve Velké Británii funguje téměř beze změny přes 50 let. Celkový rozpočet se blíže člení na fondy, největší objem výdajů spravuje fond primární péče. Vzájemná propojenost Národní zdravotní služby se soukromým zdravotním pojištěním je minimální. Vybrané právní úpravy členských států EU uzavírá v kapitole 9 geograficky nejmenší Lucembursko, postavení tamějšího veřejného zdravotního pojištění téměř eliminuje existenci sektoru soukromého zdravotního pojištění.

Zhodnocení právní úpravy v kapitole 10 obsahuje legislativní záměr o zakotvení variabilní rozsahu částečně hrazené zdravotní péče. Soulad s ústavním pořádkem je v České republice vzhledem k imperativu bezplatnosti úskalím při každém pokusu o zvýšení spoluúčasti na nákladech poskytované zdravotní péče. Pro změnu právní úpravy nezávislosti zdravotního pojišťovnictví a vymahatelnosti práv pojištěnců je však přítomný důvod.

Závěr disertační práce vyznívá pro přednost principu udržitelného financování před zvyšováním standardu sociální ochrany. Spoluúčast pojištěnců s nízkými příjmy by měla být řešena odpovídajícím navýšením peněžitých dávek, resp. účelových kuponů k hrazení této spoluúčasti. Dosažení klientsky orientovaného zdravotnictví je možné přesunutím těžiště regulace zdravotní péče z nabídky na poptávku po zdravotní péči.

Summary

Provision of Health Care in Selected EU Countries and its Reimbursement

Subject matter of this thesis is to analyze, compare and evaluate way of provision and reimbursement of health care in selected EU countries including Czech Republic. All investigated countries deal with budgetary difficulties while providing health care. This thesis aspires to find out a legal solution with respect to economic principles in order the system of provision and reimbursement of health care was financially sustainable.

Focus of thesis lays in health services (health care in narrow sense), medicines and health appliances are mentioned occasionally. Terminology of the text is not confined to terms of health services or health care, both terms are used substitutable. Problems of provision and reimbursement of health care does not inhere in “services” or “care”.

Chapters are structured according to particular EU countries. First and most comprehensive chapter is devoted to Czech Republic, its legal regulations are default comparison test. Short historical retrospect follows overview of legal provisions with focus on problematic or attention worthy sections. Outline of forthcoming public health care reform puts something more emphasis on formal aspects against the content of relations in public health care.

Within the framework of chapter about public health insurance in Czech Republic is given consideration to *acquis communautaire*. May 2010 was turning point for coordination of the whole social security. Although old coordination regulations still keep its important applicable function. Proper promulgation of secondary law in official language of member state is *conditio sine qua non* to force and effect. Knowledge of Administrative commission’s decisions is necessary to fully enjoy rights for migrant workers in Community. Judgments of ECJ are important source of cross border provision of health services because directive with the subject was not approved in European Parliament yet. Further after accession of Czech Republic remains significant number of applicable bilateral international treaties which regulate also benefits in kind in sickness and maternity.

Personal scope of Czech public health insurance is based on residential criterion which underlies the conflicting rules of coordinating regulations for gainfully active persons, pensioners and their family members. Rights and duties of insured persons are regulated by Public Health Care Act, rights include right to choose health insurer and provider. Among most important duties occur duty of notification, duty according to state of health and duty to settle regulation fees. Several options of procedure belong insured in case of improper provision of health care.

Reimbursement of expenses for carried out services to providers proceed direct debit in majority cases, reimbursement takes place in several ways which embrace spectrum from service payment to flat rate forms of reimbursement. Four appendixes to Public Health Care Act determine partially reimbursed and non-reimbursed health care. Form of health care are namely out and in patient care, rescue service, prevention, dispensatory and balneal care, provision of medicines and inspection of deceased insured and autopsy. Out of pocket payment of insured occurs in defined causes. Several refund options of expended costs entitle insured to claim after drawing health care abroad depending on the region and nature of drawn health care. Health care in third world countries is refunded fundamentally in extent of essential and urgent care, European countries are generally covered to necessary care with respect to nature of benefits and length of stay, with consent of insurance company it may concern entire health care. General health insurance company Czech Republic is the biggest insurance company in Czech, its incomes and expenses are executed through mandatory or discretionary constituted funds.

Legal regulation of provision and reimbursement of health care in Slovak Republic which is dealt by chapter 2 is the closest to Czech law among foreign law branches. Different emergence has demonstrated itself due to budgetary potential while Slovakia is not on higher economical level like Czech. In the course of provision of health care is collected direct payment for services related to provision of health care, amount is set by implementing regulation.

Chapter 3 examines Federal Republic of Germany. Legal regulations of provision of health care and its reimbursement is sophisticated and relatively demanding. Chapter 4 is devoted to french public health insurance which is distinctive with significant sector

of private complementary insurance and also with notable out of pocket payments at the doctors. Chapter 5 deals with health care in Austria, chapter 6 deals with Swiss health insurance. Legal regulations of both countries are characterized with higher particularism. Relation between Switzerland and EC is established on bilateral agreements which allow the application of coordinating regulations of social security for migrant works and other persons.

In classified discussions it is often referred as referential reformed law to Dutch reformed public health care which is the object of chapter 7. Pros and cons of new health insurance with accent to economic competition among health insurance companies are worth attention. Chapter 8 - Budgetary system of National Health Service in Great Britain functions with almost no change over 50 years. Global budget divides closer into trusts, the biggest portion of expenses manages Primary Care Trust. Mutual interconnection of National Health Service with private health insurance is very low. Selected legal regulations of EC member states closes in chapter 9 the geographically smallest Luxembourg, position of local public health insurance almost eliminates presence of sector with private health insurance.

Evaluation of legal regulation in chapter 10 contains legislative intention about anchorage of variable extent of partially cover health care. Conformity with constitutional order in Czech Republic is difficulty with every attempt to raise the copayment on expenses of provided health care with regard to imperative of complimentary. The present ground is for alteration of independency of health insurance branch and recoverability of rights of insured.

Conclusion of thesis results in priority of sustainable financing to elevation of standard of social security. Copayments of insures with low incomes should be resolved with correspondent increase of cash benefits or more precisely vouchers to settle this copayments. Reaching client oriented health service is possible with relocating gravity center of health care regulation from supply side to demand after health care.

Seznam klíčových slov

Zdravotní péče
Veřejné zdravotní pojištění
Evropská unie

Health Care
Public Health Insurance
European Union