

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 problematické 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 publikace 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

pojišťovny 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.