

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Právnická fakulta

Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení

**VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ A
JEHO REFORMA V ČR**

Diplomová práce

Josef Spolek

Vedoucí diplomové práce:

Prof. JUDr. Petr Tröster, CSc.

Praha, Prosinec 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracoval samostatně a že jsem v ní vyznačil všechny prameny, z nichž jsem čerpal, způsobem ve vědecké práci obvyklým.

V Praze 15. 12. 2008

Josef Spolek

Poděkování

Děkuji panu prof. JUDr. Petru Trösterovi, CSc., vedoucímu mé diplomové práce za cenné připomínky a účinnou pomoc při zpracování.

V Praze 15.12.2008

Josef Spolek

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| 1. ÚVOD..... | 7 |
| 2. SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ..... | 9 |
| 2.1. Pojem sociálního zabezpečení | 9 |
| 2.2. Financování sociálního zabezpečení..... | 10 |
| 3. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE | 12 |
| 3.2. Veřejný a soukromý systém financování..... | 12 |
| 3.2.1. Veřejný systém | 13 |
| 3.2.2. Soukromý systém..... | 13 |
| 3.3. Základní modely financování | 13 |
| 3.3.1. Porovnání jednotlivých modelů | 15 |
| 3.4. Financování zdravotnictví v ČR a ve vybraných státech..... | 17 |
| 3.4.1. Česká republika..... | 17 |
| 3.4.2. Spolková republika Německo | 18 |
| 3.4.3. Francie | 20 |
| 3.4.4. Švýcarsko..... | 21 |
| 4. VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ | 23 |
| 4.1. Pojem veřejného zdravotního pojištění..... | 23 |
| 4.2. Vývoj pojišťování zdraví na území České republiky | 24 |
| 4.2.1. Období před vznikem 1. republiky | 24 |
| 4.2.2. Období 1. republiky | 25 |
| 4.2.3. Období 1939 – 1945 | 28 |
| 4.2.4. Poválečný vývoj..... | 28 |
| 4.2.5. Vývoj po roce 1990..... | 30 |
| 4.3. Prameny veřejného zdravotního pojištění (zdravotní péče) | 31 |
| 4.3.1. Ústava a ústavní zákony | 32 |
| 4.3.2. Mezinárodní smlouvy a úmluvy | 33 |
| 4.3.3. Zákony | 37 |
| 4.3.4. Podzákoné právní předpisy | 38 |
| 4.4. Principy veřejného zdravotního pojištění | 38 |
| 4.4.1. Universalita osobního rozsahu..... | 39 |
| 4.4.2. Obligatornost pojišťovacího systému | 39 |
| 4.4.3. Pluralita pojišťovacích institucí | 40 |
| 4.4.4. Sociální solidarita pojištěnců | 40 |
| 4.4.5. Volný výběr povinných subjektů (svobodná volba)..... | 41 |
| 4.4.6. Princip ingerence státu..... | 41 |
| 5. PLATNÁ PRÁVNÍ ÚPRAVA VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE..... | 43 |
| 5.1. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění | 43 |
| 5.2. Právní vztahy ve veřejném zdravotním pojištění..... | 44 |
| 5.2.1. Subjekt | 45 |
| 5.2.2. Obsah | 45 |
| 5.2.3. Objekt..... | 45 |
| 5.3. Osobní a věcný rozsah veřejného zdravotního pojištění | 46 |
| 5.4. Vznik a zánik veřejného zdravotního pojištění..... | 48 |
| 5.4.1. Vznik veřejného zdravotního pojištění | 48 |
| 5.4.2. Zánik veřejného zdravotního pojištění | 49 |

| | |
|---|-----------|
| 5.5. Pojistné na veřejné zdravotní pojištění | 49 |
| 5.5.1. Plátcí pojistného..... | 49 |
| 5.5.2. Výše a způsob placení pojistného..... | 51 |
| 5.6. Společně k pojistnému na veřejné zdravotní pojištění | 55 |
| 5.6.1. Odvod pojistného při souběhu příjmů | 55 |
| 5.6.2. Přeplatek pojistného..... | 56 |
| 5.6.3. Úhrada dlužného pojistného | 56 |
| 5.6.4. Promlčení pojistného | 56 |
| 5.6.5. Způsob placení pojistného | 56 |
| 5.6.6. Penále..... | 56 |
| 5.6.7. Přerozdělování pojistného..... | 57 |
| 5.6.8. Pravděpodobná výše pojistného..... | 58 |
| 5.6.9. Pokuty | 58 |
| 5.7. Práva a povinnosti subjektů veřejného zdravotního pojištění | 58 |
| 5.7.1. Práva subjektů veřejného zdravotního pojištění | 59 |
| 5.7.2. Povinnosti subjektů veřejného zdravotního pojištění | 61 |
| 5.8. Zdravotní péče | 63 |
| 5.8.1. Ambulantní péče | 64 |
| 5.8.2. Ústavní péče..... | 65 |
| 5.8.3. Poskytování zdravotní péče | 65 |
| 5.8.4. Typy úhrad zdravotní péče | 68 |
| 5.9. Institucionální zajištění veřejného zdravotního pojištění | 70 |
| 5.9.1. Druhy zdravotních pojišťoven..... | 71 |
| 5.10. Veřejné zdravotní pojištění a Evropská unie | 74 |
| 5.10.1. Čeští pojištěnci pobývající v jiném členském státě na přechodnou dobu... 75 | |
| 5.10.2. Důchodci a jejich rodinní příslušníci | 75 |
| 5.10.3. Pracovníci a osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ)..... | 76 |
| 5.10.4. Žadatelé o vyžádanou péči (vycestování za péčí)..... | 77 |
| 5.10.5. Přeshraniční pracovníci (pendleři)..... | 78 |
| 5.10.6. Rodinní příslušníci bydlící v jiném členském státě než pracovník..... | 79 |
| 6. SYSTÉM ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ VE VYBRANÝCH STÁTECH | 80 |
| 6.1. Jednotlivé ukazatele | 80 |
| 6.2. Rakousko | 82 |
| 6.3. Nizozemí..... | 84 |
| 6.4. Spolková republika Německo | 85 |
| 6.5. USA | 86 |
| 7. REFORMA ZÁKONA O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ | 88 |
| 7.1. Zásadní změny zákona o veřejném zdravotním pojištění..... | 89 |
| 7.1.1. Předmět nové právní úpravy | 89 |
| 7.1.2. Stanovení jasné definice péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění ... | 90 |
| 7.1.3. Zajištění dostupnosti zdravotních služeb (časové a místní)..... | 94 |
| 7.1.4. Zavedení transparentních čekacích (objednacích) seznamů..... | 96 |
| 7.1.5. Efektivnější vynakládání prostředků z veřejného zdravotního pojištění | 97 |
| 7.1.6. Ochrana pojištěnců | 103 |
| 7.1.7. Možnost připlatit si legálně na „nadstandard“ | 103 |
| 7.1.8. Rozlišení odvodů na veřejné zdravotní pojištění a pojistného | 103 |
| 7.1.9. Zpřísnění sankcí pro dlouhodobé neplatiče odvodů | 105 |
| 7.2. Zhodnocení věcného záměru | 105 |

| | |
|---|------------|
| 8. ZÁVĚR | 109 |
| SEZNAM ZKRATEK | 115 |
| SEZNAM LITERATURY | 116 |
| PUBLIC HEALTH INSURANCE AND ITS REFORM IN THE CZECH REPUBLIC | 118 |

1. ÚVOD

Na tomto místě seznámím s důvody, které mě vedly k výběru tohoto tématu diplomové práce, a obecně nastíním danou problematiku. Hned zpočátku předesílám, že jde o oblast podléhající častým změnám, ke kterým došlo i během psaní této diplomové práce.

Pokud jde o důvody výběru tématu, je to v první řadě především zájem o tuto oblast sociálního zabezpečení a s tím související současný stav a budoucí vývoj českého zdravotnictví, resp. veřejného zdravotního pojištění. Dalším důvodem je také současná reforma českého zdravotnictví uskutečňovaná nynější vládou (2008), která do systému zdravotního pojištění zavedeného na území ČR (resp. ještě tehdejší ČSSR) po r. 1989, přináší nemalé změny, které napříč celou společností vyvolávají jak kladné, tak i silící negativní reakce. K tomu nutno dodat, že se jedná o oblast, která se týká všech osob pobývajících na území ČR, zejména jejích občanů a proto je nezbytné při její úpravě a provádění postupovat citlivě, v souladu se základními principy zdravotního pojištění. Toto se dle mého názoru našim zákonodárcům bohužel nepovedlo.

Hlavním cílem této reformy je vytvořit efektivní a transparentní systém poskytování zdravotní péče, a to péče dostupné a kvalitní, tedy opatření směřující ke stabilizaci systému z dlouhodobého hlediska.

Není pochyb o tom, že péče státu o veřejné zdraví je veřejným zájmem a jako taková patří k základním funkcím a předpokladům každého moderního státu. Jedná se tedy o povinnost státu zajistit ochranu zdraví a s tím související právo každého na takovou ochranu na straně jedné, ale i tomu odpovídající povinnost každého respektovat a dodržovat opatření k ochraně zdraví na straně druhé. Mluvíme-li o ochraně zdraví, je nezbytné již v úvodu tento pojem osvětlit. Např. v definici Světové zdravotnické organizace jím je míněn **stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody**, a z medicínského hlediska se jedná o **uspořádaný souhrn normálních tělesných funkcí, tělesné stavby a normální látkové výměny**.

Lidstvo prošlo dlouhým a obtížným vývojem než se výše zmíněné stalo „standardem“. Tzv. moderní formy sociálního zabezpečení totiž vznikaly až ve druhé polovině 19. století. Zaměříme-li se na území českého státu, je možno hovořit o dlouhé tradici sahající až do dob reforem Marie Terezie a Josefa II.

Uvědomuji si, že veřejné zdravotní pojištění, jakožto součást sociálního zabezpečení, je pojem velice široký, a proto komplexní zpracování této oblasti by zcela určitě přesahovalo rámec této diplomové práce. Je třeba si uvědomit, že reforma veřejného zdravotního pojištění je „pouze“ součástí reformy zdravotnictví jako celku a je nezbytné na ní nahlížet mj. v kontextu dalších šesti reformních zákonů¹. Záměrně se v této práci nebudu věnovat problematice regulačních poplatků, jelikož se domnívám, že do zákona o veřejném zdravotním pojištění byly umístěny nevhodně. S veřejným zdravotním pojištěním přímo nesouvisí, protože nejsou příjmem fondu zdravotního pojištění, nýbrž poskytovatelů zdravotní péče. Nicméně jsou upraveny v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, jde o významný reformní krok, a z těchto důvodů se o nich stručně zmíním v závěru diplomové práce.

Účelem této diplomové práce je tedy popsat danou problematiku, upozornit na její nedostatky a pokusit se nalézt jejich řešení. Pozornost bude věnována především pojmu sociálního zabezpečení a jeho financování, jehož neoddělitelnou součástí je oblast veřejného zdravotního pojištění a zdravotní péče, dále současnému stavu veřejného zdravotního pojištění (kde bude mj. také podán výklad o vývoji pojišťování zdraví na území ČR) a samozřejmě také budoucímu vývoji, zejména reformním krokům v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Část bude věnována i srovnání se systémy zdravotního pojištění ve vybraných státech.

Vzhledem k výše uvedenému se pokusím zaměřit zejména na nejdůležitější aspekty a rysy veřejného zdravotního pojištění a podat ucelený výklad.

Ve své práci vycházím z právního stavu platnému ke dni 28. listopadu 2008.

¹ Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon o specifických zdravotních službách, zákon o zdravotnické záchranné službě, zákon o zdravotních pojišťovnách, zákon o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami a zákon o univerzitních nemocnicích a univerzitních zdravotnických pracovištích.

2. SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ

Obsahem této kapitoly bude stručně osvětlit pojem sociálního zabezpečení, jelikož veřejné zdravotní pojištění je jeho neoddelitelnou součástí a poukázat na základní formy financování sociálního zabezpečení.

Ve vyspělých zemích je sociálněpolitická činnost velmi významnou součástí společenského života. Pokud se podíváme zpět do historie, můžeme říci, že počátky sociálních opatření byly skromné. Postupem času se ale z jednotlivých sociálních zásahů stával ucelený systém, který byl z pohledu státu a jeho sociálního a hospodářského rozvoje chápán jako nutnost. Dlužno dodat, že zejména v hospodářském životě založeném na volné konkurenci nebyl přijímán zcela bez rozpaků.

Nicméně tato sociální opatření v průběhu vývoje ukázala svoji opodstatněnost a lze mluvit o trendu jejich posilování, avšak míra a rozsah těchto opatření se liší stát od státu v návaznosti na jeho politicko-ekonomickou situaci.

2.1. Pojem sociálního zabezpečení

Historickými předchůdci pojmu sociálního zabezpečení byly pojmy *chudinská péče* a *sociální správa*.² Pojem sociální zabezpečení vznikl až ve 20. století a jeho obsah se v průběhu dějin měnil a vyvíjel.

Slovo *sociální* má také více významů, např. jej používáme ve smyslu *společenský*, nebo ve smyslu *určité stránky společenských jevů* ale i ve smyslu *řešícím nepříznivé sociální situace*.³ V 80. letech minulého století se u nás nepřesně užíval ve smyslu *hygienický*. Nejdříve byl pojem *sociální* spojován s pojmem *bezpečnost* (toto spojení bylo poprvé použito generálem S. J. A. Bolivarem y Pontem. Tento pojem se dodnes používá v anglicky, německy, francouzsky a španělsky mluvících zemích (např. „social security“). Nám známý pojem *sociální zabezpečení* je zřejmě převzat z ruštiny („obespečenie“).

Pojem sociální zabezpečení má v ČR v různých právních předpisech různý obsah (např. v zákoně o sociálním zabezpečení zahrnuje důchodové zabezpečení,

² Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 2. vydání, strana 1 a násl.

³ Jan Kotous, Úvod do sociální politiky

sociální péči a nemocenské pojištění osob samostatně výdělečně činných).

V praxi se pojmu sociálního zabezpečení používá v různém pojetí, např. zahrnuje zabezpečení ve stáří, při invaliditě a při ztrátě živitele a sociální péči, dále např. zabezpečení v nemoci, při pracovním úrazu a nemoci z povolání, mateřství a rodičovství, těhotenství a při nezaměstnanosti. Tento pojem je užíván i v mezinárodních dokumentech (např. úmluvy MOP).

Cílem dnešního sociálního zabezpečení, tvořícího samostatný obor práva na pomezí práva veřejného a soukromého, je opatřit a poskytnout pomoc lidem v případě sociálních událostí, kterými jsou: nemoc, nezaměstnanost, zdravotní poškození a invalidita, pracovní úraz a nemoc z povolání, stáří, mateřství, rodičovství a úmrtí živitele.

K tomu využívá nejčastěji tyto nástroje: sociální pojištění, sociální podpora, sociální pomoc a sociální služby.

2.2. Financování sociálního zabezpečení

Jak vyplývá z předchozího oddílu, každý moderní stát poskytuje svým občanům ochranu před finančními dopady sociálních událostí. Sociální systémy jednotlivých států můžeme definovat podle metod a nástrojů v něm použitých a podle finančních a právních vztahů v něm vznikajících.

Nejobecněji lze rozlišit tři základní koncepce:

1) koncepce zajištění v celém svém rozsahu z daňových prostředků.

V tomto modelu občan odvádí státu daně představující příjem státního rozpočtu, ze kterého jsou poté podle předem stanovených pravidel vypláceny dávky sociálního zabezpečení,

2) koncepce, ve které se zajištění ponechává na jednotlivci.

Zde se jednatel zajišťuje sám, např. prostřednictvím získávání majetku, vytvářením úspor, soukromým životním pojištěním, v rámci rodiny atd.,

3) koncepce představující kombinaci předchozích dvou.

Jedná se systém sociálního pojištění. Občan se povinně pojišťuje pro případ budoucí pojistné události nebo občana pojišťuje někdo jiný (např. zaměstnavatel).

Významnou roli v sociálním zabezpečení sehrávají i jiné subjekty. Např. v oblasti důchodového zabezpečení jsou to zaměstnavatelé.

Ve světě je možno dále rozlišovat tři základní modely systémů sociálního zabezpečení:⁴

- 1) *Bismarckovský model* (viz oddíl 4.2.1.),
- 2) *Beveridgeský model* – tento model, na rozdíl od tzv. Bismarckovského, který vznikl doslova “revolučně zdola“, vznikl tzv. “nerevolučně shora“. Beveridge požadoval, aby vláda pro své občany zajistila rodinné přídatky, zdravotní péči a plnou zaměstnanost. Cílem bylo zaručit základní životní standard všem,
- 3) *Státoprávní model*. Pochází z 20. let minulého století z tehdejšího sovětského Ruska (tzv. Semaškův model). Byl nedílnou součástí socialistického plánovaného hospodářství. Tohoto systému se povinně účastnili všichni zaměstnanci. Financování bylo prováděno prostřednictvím daně z příjmů. Tento model fungoval v bývalých komunistických zemích, kde zanikl v 90. letech, dnes existuje jen na Kubě.

Vedle těchto základních modelů se objevují ale i jiné modely, zejména v Latinské Americe (ty v poslední době prodělaly významné reformy). Např. tzv. *chilský model* přešel od systému repartičního k systému plného kapitálového krytí a dále došlo k nové organizaci důchodového pojištění založeného na soukromém podnikání.

V současné době je v celosvětovém měřítku nejpoužívanější systém sociálního pojištění.

⁴ Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 4. vydání, str. 112 a násl., publikace Institutu zdravotní politiky a ekonomiky: Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad (dále jen „IZPE ČR“).

3. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE⁵

3.1. Problematika financování obecně

Financování zdravotnictví a zdravotní péče spadá do zdravotní politiky státu. Centrem pozornosti oblasti financování zdravotnictví je otázka, jaké zdroje a v jaké výši budou každoročně příjmem celého systému péče o zdraví. Pro poskytovatele zdravotních služeb bude neméně důležitá otázka, jakým způsobem jim budou příslušné finanční zdroje rozděleny. Pojmy organizace, financování, úhrady, poskytování zdravotnických služeb a dosažené výsledky představují dosti komplikované vztahy a je nutno na ně nahlížet z globálního hlediska, tedy řešit je společně a nikoli odděleně.

Je velmi důležité se při provádění zdravotní politiky zaměřit na všechny zúčastněné subjekty, např. i pojišťovny a neupínat se jen na poskytovatele zdravotnických služeb, zdravotní pojišťovny, jejich zaměstnance apod.

Aby bylo financování zdravotnictví opravdu kvalitní, účelné a efektivní, je zapotřebí vyrovnaný hospodářský vývoj státu. Při hledání dalších zdrojů nelze spoléhat jen na formy spolulátek a přímých látek, pokud nechceme ohrozit dostupnost zdravotních služeb i pro osoby s nízkými příjmy. Bohužel se domnívám, že právě touto cestou se vydala současná vláda (2008). Nadto podotýkám, že si nemyslím, že by v současném zdravotnictví byl akutní nedostatek finančních prostředků (průměr nákladů v EU na zdravotní péči je 8 % HDP, v ČR 7 % HDP, SRN 10,5 % HDP, Rakousko 9 % HDP), ale problémem je spíše plýtvání, neefektivní hospodaření, chybná manažerská rozhodnutí, špatné právní prostředí a mnohdy i korupce.

3.2. Veřejný a soukromý systém financování

Financování zdravotnictví je v širším smyslu charakterizováno dvěma systémy, a to systémem veřejným a soukromým (komerčním). Toto členění nemá základ ve formě vlastnictví (státní nebo soukromé), ale spočívá ve způsobu financování.

Pomineme-li USA, je zdravotnictví ve vyspělých zemích financováno převážně z veřejných systémů a doplňkově z komerčních systémů.

⁵ IZPE ČR str. 17 a násl.

3.2.1. Veřejný systém

Složkami jsou zde zdravotnická zařízení a ambulantní ordinace. Ty jsou zřizovány státem (ministerstvy), kraji, městy a obcemi, ale také soukromými neziskovými subjekty (FO či PO) i ziskovými subjekty. Řadíme sem i peněžní účast pacientů při úhradě léků a prostředků zdravotnické techniky předepsané lékaři, které nejsou plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Největší podíl financí v tomto systému poskytují veřejné zdravotní pojišťovny, dále prostředky ze státního rozpočtu, v menší míře pak peněžní účast pacientů. Pro tento systém je příznačná universalita, která vyjadřuje, že je zde zahrnuta komplexní škála zdravotnických služeb a žádný občan není vyloučen.

3.2.2. Soukromý systém

Tento systém zahrnuje veškeré činnosti zdravotnických zařízení a ambulantních ordinací (viz výše), které nejsou hrazeny veřejným zdravotním pojištěním a které pacienti a instituce platí přímo nebo prostřednictvím komerčních pojišťoven.

3.3. Základní modely financování

V celosvětovém měřítku jsou ve financování zdravotnictví užívány čtyři modely:⁶

- *národní zdravotní systémy* – prioritní jsou státní příjmy (z všeobecných daní) a služby poskytované především veřejnými institucemi,
- *soustavy sociálního zdravotního pojištění* – normálně financované z daní poplatníků, je možná účast soukromého i veřejného sektoru v poskytování služeb,
- *zdravotně pojistné plány* – jde o soukromé zdravotní pojištění, služby poskytují smluvní obstaravatelé,
- *zdravotní pojištění založené na občanské společnosti* – financované dobrovolnými příspěvky a někdy i veřejnými subwencemi.

Např. v Dánsku a Velké Británii je zdravotní péče financována daňovými odvody, naopak např. v Belgii, Francii a Německu zdravotní péči financují z příjmů povinného zdravotního pojištění. Do fondu zdravotního pojištění přispívají pojištěnci, zaměstnavatelé a stát prostřednictvím dotací.

⁶ Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 4. vydání, str. 110 a násl.

Tyto čtyři základní modely je možno zredukovat do tří oblastí -

- daňové financování,
- soukromé pojištění,
- sociální pojištění.

1) *daňové financování* – výhoda spočívá v nenákladném vytvoření fondů, které jsou spojeny s dalšími aktivitami financovanými z daní. Naopak jejich nevýhodou je růst tlaku na odčerpání zdrojů z jiných oblastí (např. školství, bydlení). Financování poté provádí přímo příslušná státní organizace, nebo např. ve Velké Británii smluvně zajištěné organizace. Vzhledem k tomu, že daně jsou vybírány z různých zdrojů (daně přímé a nepřímé), úrovní (národní a lokální), je třeba si uvědomit jejich dopad na spravedlnost a efektivitu.

Přímé dani podléhají jednotlivci, domácnosti, firmy atd. a pro systém daňového financování je asi efektivnější progresivní daňová sazba (v ČR se od 1. 1. 2008 uplatňuje tzv. rovná daň). Nepřímou daň představuje např. DPH a tato daň je pro všechny plátce stejná, bez ohledu na příjem.

2) *soukromé pojištění* – v porovnání s předchozím způsobem je zde nesporná interakce mezi platbou pojistného a nárokem na služby, ty jsou totiž tímto pojištěním financovány. Jejich čerpání je upraveno právním předpisem.

Toto pojištění je určeno obyvatelstvu, které může být vyloučeno, nebo které má možnost vystoupit z veřejného systému. Např. v SRN a Holandsku je upraveno substituční zdravotní pojištění, které mohou získat občané s vyššími příjmy. Na jeho základě dochází k plné nebo částečné úhradě služeb, které jsou buď úplně vyjmuty, nebo ne zcela hrazeny zákonným zdravotnickým systémem. Negativním výsledkem může být odlišný přístup ke zdravotnickým službám mezi těmi, kdo mají a kdo nemají soukromé pojištění. Dalším nepříjemným rysem je menší dostupnost tohoto pojištění pro jedince s nízkým příjmem, kteří pak z tohoto důvodu platí poplatky. Na druhou stranu, při správném nastavení celého systému jako celku, může vznikat více prostředků v systému veřejném.

3) *sociální pojištění* – povinným subjektem je stát, který jakožto pojišťovatel, v souladu s právními předpisy vyžaduje od svých občanů, aby se na pojištění podíleli. Organizaci pojištění zajišťuje stát, popřípadě skupina pojišťoven nebo nemocenských fondů, pověřených za tím účelem státem.

V Evropě existuje sociální pojištění ve dvou variantách:

- a) systém sociálně zdravotního pojištění v západní Evropě – je založen na Bismarckově modelu, vyvíjel se dlouhou dobu a řada organizačních rysů a regulačních vztahů jsou výsledkem procesu adaptace na měnící se podmínky doby,
- b) systémy sociálně zdravotního pojištění ve střední a východní Evropě – ty naopak prošly o mnoho rychlejším a radikálnějším vývojem. Bez zajímavosti není nezávislost tehdejších pojišťoven na státu a větší odpovědnost vůči pacientům. Nezávislost pramenila zčásti z ideologických důvodů (populace nevěřila státu a nepovažovala ho za legitimní pro zajištění před takovým rizikem jako je nemoc).

Mezi výhody sociálního pojištění patří jeho transparentnost a s tím korespondující přijatelnost pro veřejnost. Výhodou je také přenosnost pojištění pro ty pojištěnce, kteří mění zaměstnání apod. Jejich zdravotní péče je tak nadále kryta. Umožňuje vyšší sdílení rizika než soukromé zdravotní pojištění.

Sociální pojištění má však i své nevýhody. Ta leží v povinnosti zaměstnavatele přispívat určitou částkou (částí) na sociální pojištění. To ve svém důsledku vede ke zvýšení nákladů na pracovní sílu a s tím spojené problémy jiné.

3.3.1. Porovnání jednotlivých modelů

Rozdíl ve výše zmíněných třech systémech financování spočívá v rozložení nákladů na zdravotnický systém na celou populaci. Daňové zatížení je rozloženo zhruba proporcionálně s ohledem na příjem, někde mírně progresivně. To je v souladu s jednou ze základních zásad sociálního zabezpečení, totiž *zásadou solidarity*, jinak řečeno, lidé s vyššími příjmy takto přispívají na občany s příjmy nižšími. Tato zásada se ale již neuplatní např. v případě přímých plateb (v ČR regulační poplatky), v těchto případech jsou lidé s nižšími příjmy podrobeni celkově vyššímu finančnímu zatížení než lidé s vyššími příjmy.

Nízkopříjmové skupiny obyvatel by byly znevýhodněny, pokud by došlo k přechodu ke koncepci soukromého pojištění při současném snížení daňového podílu na financování zdravotnictví. To by znamenalo částečné snížení principu solidarity. Tito lidé by za dané situace zřejmě nebyli schopni pokrýt příslušnou část nákladů na

zdravotní péči. Ovšem k největšímu kontrastu mezi daňovým a soukromým financováním dochází z pohledu plátců. Při daňovém financování jsou zatěžováni nejvíce lidé s vysokými příjmy, naopak u přímých plateb jsou to skupiny nízkopříjmové. Právě tyto spory o systém financování zdravotnictví představují problém nejen v rámci legislativního procesu při tvorbě zdravotní politiky. V případě daňového financování nelze v žádném případě hledat souvislost mezi platbou pojistného a nemocností (užití péče), jinak tomu je u přímých plateb, protože ty mají vztah k obojímu. Z hlediska financování jsou přímé platby a jejich rozšiřování výhodné pro “bohaté a zdravé” a rozšiřování daňového zatížení snižuje zatížení nemocných a chudých.

Od počátku 90. let dochází ke stále větším střetům zastánců té či oné koncepce. Projevuje se trend k přesunu do soukromého financování. Takový přesun podporují v první řadě lidé bohatí a zdraví. Je to dáno jednak tím, že mají dostatek zdrojů, aby tímto způsobem své potřeby uspokojili, ale také tím, že čím méně budou přispívat prostřednictvím systému daňového financování na ostatní, tím větší mají ekonomický užitek. Zcela opačný názor budou zastávat nejčastěji lidé s nízkými příjmy, jak už bylo řečeno, pro ně by se zdravotní péče stala obtížně dostupnou, v horším případě nedostupnou úplně.

V zemích jako je např. Velká Británie existuje tzv. dvoustupňový systém, zjednodušeně řečeno, je zajištěna v určité míře péče všeobecná, ale pro pacienty je zde možnost, aby si formou přímé platby obstaraly péči “kvalitnější”.

Problémem je zcela jistě vymezení standardní a “nadstandardní“ péče, ale např. i lékař pracující současně ve veřejném, tak soukromém sektoru, pak už bude záležet jen na něm, který sektor hodlá preferovat, dále to může být i vládní politika, která může pomocí daňových úlev upřednostňovat soukromá zařízení a stimulovat jejich zájem dosáhnout zisku na úkor kvality zdravotní péče jimi poskytované nebo neposkytne veřejným zdravotnickým zařízením odpovídající finanční prostředky a tím zároveň poskytne výhodu soukromým zařízením.

Osobně se přikláním k systému daňového financování, i když ani ten není prostý chyb a zejména v době ekonomických krizí (která zde shodou okolností je), kdy příjmy obyvatel klesají a lidé se budou logicky bránit jakékoli vyšší daňové zátěži, se projeví jeho nedostatky. Vláda poté musí přehodnotit výdaje na jednotlivé kapitoly státního

rozpočtu. Pokud by se nadále posiloval trend přesunu do soukromého financování, mohl by princip solidarity utrpět ještě více, nemluvě o dostupnosti zdravotní péče pro nízkopříjmové skupiny.

3.4. Financování zdravotnictví v ČR a ve vybraných státech

V tomto oddílu se stručněji zmíním o formách financování zdravotnictví v České republice a ve vybraných státech.

3.4.1. Česká republika

Financování zdravotnictví, resp. jeho systém, prodělal po roce 1989 velké změny. V počátku 90. let spočíval na zbytkovém financování ze státního rozpočtu a oscilloval okolo hranice 5 % HDP. Tato suma ještě nezahrnovala výdaje na sociální a zdravotní pojištění a DPH, takže reálně mohla dosahovat zhruba 6 % HDP. Po přechodu na financování z příjmů zdravotního pojištění ve vazbě na státní rozpočet na přelomu let 1992/1993, se výdaje navýšily o bezmála 50 % (ze 46 mld. na 62 mld.). Např. na Slovensku došlo ve stejné době k poklesu na 80 %, což byl začátek potíží slovenského zdravotnictví.

Po roce 1993 však došlo k prudkému nárůstu výdajů na léčiva, ale růst výdajů v oblasti nemocničního sektoru naopak zpomalil. Tento stav trvá dodnes a je také mj. důvodem reformy zdravotnictví.

Dnešní systém financování zdravotnictví, podobně jako v jiných státech Evropy, je vícezdrojový. Řadíme sem především prostředky veřejného zdravotního pojištění, přímé platby, prostředky veřejných rozpočtů (státní rozpočet, krajské a obecní rozpočty, prostředky zřizovatelů apod.), okrajově také doplňkové formy, ale i prostředky poskytnuté církevními, charitativními a jinými právníckými a fyzickými osobami (např. dary).

1) Veřejné zdravotní pojištění

Legislativně je tato oblast upravena v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Do systému veřejného zdravotního pojištění je zapojen každý občan ČR. Na základě prováděných plateb pojistného tak získává nárok na zdravotní péči. V některých případech je plátcem tohoto pojištění stát (např. nezaopatřené děti,

důchodci aj.). Zákon o veřejném zdravotním pojištění „přesně“ stanoví, co lze a nelze ze zdravotního pojištění uhradit (viz níže).

2) Veřejné zdroje

Jak bylo výše řečeno, veřejnými zdroji jsou zejména státní rozpočet, krajské a obecní rozpočty, prostředky zřizovatelů apod.

3) Přímé platby

Přímé platby jsou prvním uskutečněným krokem reformy zdravotnictví, uskutečňované současnou vládou. Zavedeny byly s účinností od 1. 1. 2008 zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Lze sem samozřejmě zahrnout i spoluúcast pacientů (např. doplatky na léky, prostředky zdravotnické techniky atd.).

V souhrnu lze dodat, že české zdravotnictví „stojí“ ročně 7 % HDP (230 mld.). V absolutních hodnotách v přepočtu na paritu kupní ceny je to méně než dvojnásobně oproti Rakousku. Za tyto finanční prostředky poskytujeme 91 % veškerých zdravotnických služeb z povinného zdravotního pojištění. Rozsahem péče hrazené ze zdravotního pojištění jsme druhým nejsociálnějším státem na světě. Průměr podílu soukromých zdrojů na financování zdravotnictví je v EU 25 % v USA dokonce přes 60 %.⁷

3.4.2. Spolková republika Německo (SRN)⁸

Celkový objem finančních prostředků vydaných na zdravotnictví (zdravotní péči) v SRN činí zhruba 10,5 % HDP, čímž převyšuje průměr členských států EU, který činí 8 %.

Podstatná část těchto prostředků je tvořena příspěvky zákonného sociálního zdravotního pojištění (Gesetzliche Krankenversicherung – dále jen „GKV“), které tvoří příjem zhruba 450 zdravotních pojišťoven. Dalším zdrojem je státní rozpočet, spoluplatby a přímé platby, a soukromé zdravotní pojištění.

⁷ Zdroj: www.davidrath.cz, www.uzis.cz

⁸ Publikace Institutu zdravotní politiky a ekonomiky: Německo I., str. 31 a násl.

1) Zákonné zdravotní pojištění

Členství v jedné ze zdravotních pojišťoven je pro dělníky a úředníky, jejichž příjem nepřekračuje určitou výši (48 150 eur ročně), povinné, a pro osoby, které tuto výši přesahují je členství dobrovolné. V tomto systému je pojištěno 88 % obyvatelstva, 9 % obyvatel má soukromé zdravotní pojištění (viz níže), 2 % obyvatel je pojištěno v rámci bezplatné veřejné zdravotní péče (např. policisté) a 0,1 % není pojištěna vůbec. Výše příspěvků se odvíjí od příjmů, nikoli od zdravotních rizik pojištěnců. Na placení příspěvků se podílí rovným dílem zaměstnanec a zaměstnavatel, pokud se nejedná o osoby s nízkým příjmem, kde příspěvek hradí pouze zaměstnavatel. Téměř všichni zaměstnanci mají právo na volný výběr zdravotní pojišťovny.

2) Daně

Daně se používají k placení různých oblastí zdravotnictví. Např. na příspěvky zdravotního pojištění, na bezplatnou státní zdravotní péči, kapitálové investice nemocnic a jiné. Příjem z daní tvoří zhruba 10 % výdajů ve zdravotnictví.

3) Spoluplatby a přímé platby

Tyto dva zdroje mají v SRN dlouhou tradici, zejména u léčiv. Dále se užívají např. u zubní péče, u pobytů v nemocnici, rehabilitačních prostředků apod.

Doplatky jsou omezeny jak osobně, tak věcně. Např. osoby s nízkými příjmy, osoby pobírající podporu v nezaměstnanosti, nemusí doplatky platit. Až na výjimky jsou od poplatků osvobozeny osoby do 18 let věku. Pro ostatní osoby jsou doplatky omezeny do určité výše v závislosti na příjmu. Chronicky nemocní, kteří již za léky, nelékařskou zdravotní péči a přepravu již stanovenou maximální částku zaplatili, jsou od dalšího placení osvobozeni.

4) Soukromé zdravotní pojištění

Jeho cílem je *plně pojistit* část obyvatelstva a nabídnout *doplňkové pojištění*. Takto plně pojištěné osoby většinou požívají stejných či lepších služeb než pojištěnci GKV. Výše pojištění se odvíjí od věku, pohlaví, zdravotní anamnéze atd. Oproti GKV je stanovena povinnost platit příspěvky i za manžela/ku a děti.

Ve většině případů hradí pojištěnci jiných pojišťoven než GKV zdravotní úkony

přímo. Tyto úhrady jsou jim poté pojišťovnou proplaceny zpět. Tyto služby zdravotní pojišťovny poskytovat nemohou, a tak spadá doplňkové pojištění plně do sféry soukromých pojišťoven. Tuto formu pojištění využívá podle odhadů asi 7 milionů Němců.

5) Náklady na zdravotnictví s SRN

V celosvětovém měřítku je německý zdravotnický systém dražší. Mezi léty 1975 – 1990 byly stabilní a představovaly 8,7 % HDP. Po roce 1990 dochází k postupnému nárůstu, až k dnešním 10,5 % HDP.

3.4.3. Francie ⁹

Ve výdajích na zdravotnictví i Francie převyšuje průměr EU, konkrétně jde o 9,5 % HDP. Největší část je financována sociálním zabezpečením (76 %), stát a obce se podílí pouhým 1 %, vzájemné zaměstnanecké zdravotní pojišťovny 7 %, soukromé pojišťovny 3 %, instituce sociální péče 2 % a domácnosti 11 %.

1) Sociální zdravotní zabezpečení

Jde o povinné pojištění a je zajišťováno národním zdravotním pojištěním (odnož Sociálního zabezpečení), které je zákonným zařízením spravovaným státem. Pokud jde o organizace vzájemného zaměstnaneckého pojištění a soukromé pojišťovny, ty navíc nabízejí doplňkové pojištění.

Celé obyvatelstvo je zabezpečeno národním zdravotním pojištěním (z důvodu svého povolání, rodinného postavení). K sociálnímu zabezpečení v oblasti zdraví mají přístup i nezaměstnaní a lidé s nízkými příjmy.

Zdravotní pojištění má různé formy:

- a) *Všeobecný režim sociálního zabezpečení* – pojišťuje zaměstnance obchodu a průmyslu, včetně jejich rodin (zhruba 81 % populace),
- b) *Vzájemná zemědělská sociální pojišťovna* – pojišťuje zemědělské pracovníky a zaměstnance i jejich rodinné příslušníky (asi 9 % populace),
- c) *Národní zdravotní pojišťovna* – je určena pro umělce, obchodníky a osoby samostatně výdělečně činné (asi 6 % populace).

⁹ Publikace Institutu zdravotní politiky a ekonomiky, Francie, str. 5 a násl.

2) Doplnkové pojištění

Tyto formy existují ve Francii ve třech podobách a využívá je asi 84 % francouzů.

- a) *Vzájemné zaměstnanecké pojišťovny* – zahrnuje zhruba 6500 pojišťoven, pojišťují přes 30 milionů osob a činí 7 % výdajů zdravotní péče,
- b) *Soukromé pojišťovací společnosti* – odhadem jde asi o 80 společností, financují 3% výdajů na zdravotní péči,
- c) *Pojišťovací organizace sociální péče* – jedná se asi o 20 organizací a na financování zdravotní péče se podílejí 2 %.

4) Daně

Tato daň má formu daně ze mzdy a týká se tedy jen pracujících.

5) Náklady na zdravotnictví ve Francii

Až do 90. let bylo francouzské zdravotnictví charakteristické růstem výdajů, poté se zastavil a to díky reformám a také hospodářské situaci. Reformy byly zahájeny v roce 1996. Největší výdaj představují léčiva (19 %), naopak služby lékařů „jen“ 13 %. Jak výše řečeno, Francie patří se svými 9,5 % HDP v rámci EU k nejšetrnějším státům. Průměrná domácnost pracujících vydá na zdravotnictví 20 % svého hrubého příjmu.

3.4.4. Švýcarsko ¹⁰

Švýcarské zdravotnictví se vyznačuje určitou pluralitou (má federalistický charakter), tudíž nelze mluvit o jednotném systému. Počet 26 kantonů je přímo úměrný počtu zdravotnických systémů. V rámci zdravotního pojištění má Konfederace své dozorové a legislativní kompetence, vykonávané prostřednictvím Úřadu pro vnitřní záležitosti. Švýcarské zdravotnictví je financováno z více zdrojů. Těmi jsou povinné zdravotní pojištění, doplňkové zdroje, daně a tzv. vnější zdroje.

1) Povinné zdravotní pojištění

Týká se všech trvale žijících obyvatel ve Švýcarsku. Pojistné platí jednotlivci nebo jejich zákonní zástupci. Vyjmuti jsou státní zaměstnanci a občané s jinou než

¹⁰ Publikace Institutu zdravotní politiky a ekonomiky, Švýcarsko I., str. 23 a násl.

švýcarskou státní příslušností. Tímto pojištěním je pokryt široký rozsah péče. Péče nehrazená z tohoto systému může být financována z doplňkových systémů. Povinné zdravotní pojištění představuje zhruba 40 % celkových výdajů.

2) Doplňkové zdroje

Těmi jsou přímé platby a doplňkové zdravotní pojištění:

- a) *přímé platby* – většina zdravotních pojišťoven vyžaduje spoluúčast pojištěnců při úhradě nákladů (fixní částka). Spoluúčast se pohybuje v rozmezí 230 – 1500 švýcarských franků (v roce 2003). Některé osoby jsou osvobozeny. Spoluplatby jsou užity i u nákladů na dopravu a nemocniční péči.

Podíl tohoto zdroje na financování zdravotnictví představuje asi 30 %,

- b) *doplňkové zdravotní pojištění* – existuje více druhů. Asi 25 % populace využívá tuto formu. Hlavními poskytovateli jsou pojišťovny, které zajišťují povinné pojištění.

Celkem představují tyto zdroje 11 % výdajů na zdravotnictví.

3) Daně

Daňovými výnosy je vládou Švýcarské konfederace (i jednotlivých kantonů), z důvodu zmírnění sociálních dopadů, dotován systém povinného zdravotního pojištění. Tento zdroj představuje 25 %.

4) Vnější zdroje

Vnější zdroje jsou tvořeny příjmy občanů jiných států, kteří se přicházejí do Švýcarska léčit. V celkových výdajích na zdravotnictví představují 2 %.

5) Náklady na zdravotnictví ve Švýcarsku

Náklady na zdravotnictví v posledních 20 letech neustále rostly. V roce 1996 činily 10,1 % HDP. V nákladech se odrazila především hustá síť nemocničních zařízení, vysoký počet špičkové zdravotnické techniky a vybavení, ale třeba i veliký počet lékařů.¹¹ Vysokému podílu přímých plateb a spoluplateb a existenci doplňkového zdravotního pojištění koresponduje skutečnost, že Švýcarsko patří v Evropě k zemím s nejnižším podílem veřejných výdajů na zdravotnictví.

V současnosti vydává Švýcarsko na zdravotnictví 11,3 % HDP.

¹¹ Z těchto důvodů došlo ve Švýcarsku k tzv. "stop stavu", jde-li o otvírání nových zdravotnických pracovišť v rámci povinného veřejného pojištění.

4. VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

4.1. Pojem veřejného zdravotního pojištění

Veřejné zdravotní pojištění (dále jen „VZP“) zůstává základním zdrojem financování zdravotní péče poskytované na území ČR.¹² Legislativně je upraveno v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „zákon o VZP“).

Zdravotní pojištění představuje způsob, jakým lze zvládnout riziko, spočívající ve výskytu onemocnění a s ním spojené náhlé a mnohdy i dosti vysoké výdaje. Samozřejmě existují i jiné možnosti, zejména zajištění této péče formou úspor, podporou přátel a rodiny, ale i na základě charity. Posledně zmíněné však nepředstavuje spravedlivé a optimální řešení zdravotních potřeb celé populace. Je potřeba si uvědomit, že zdravotní pojištění si neklade za cíl jen existenčně zajistit poskytovatele zdravotních služeb, ale v první řadě zajistit kvalitní a dostupnou péči. Dalším cílem je eliminovat riziko spojené s velkými rozdíly v nákladech na léčbu (prevenci) různých typů onemocnění. Toho je dosaženo zvyšujícím se počtem pojištěnců.

Vedle VZP existuje ještě systém soukromého zdravotního pojištění. Ten je založen především na hodnocení individuálního rizika, nebo rizika menších skupin. Výše pojistného se zvyšuje např. s věkem, se zdravotním stavem apod. Negativem je tedy právě výše pojistného, která nízkopříjmovým skupinám obyvatel neumožní takové pojištění sjednat, resp. se pro ně stane obtížněji dostupným.

Smluvní zdravotní pojištění umožňuje zákon o VZP. V jeho § 54 se uvádí, že „zdravotní pojišťovny jsou vedle provádění zdravotního pojištění podle tohoto zákona oprávněny provádět rovněž smluvní zdravotní pojištění pro:

- a) osoby, které nejsou pojištěnci podle tohoto zákona,
- b) pojištěnce ke krytí zdravotní péče přesahující rámec hrazené péče včetně léčení v cizině“.

Druhý odstavec téhož paragrafu stanoví, že k provádění smluvního pojištění je třeba povolení podle zvláštního zákona. Tím je zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví.

¹² Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 4. vydání, str. 117

4.2. Vývoj pojišťování zdraví na území České republiky

Na území českého státu má péče o veřejné zdraví dlouhou tradici sahající až do dob reforem Marie Terezie a Josefa II., které byly logickým vyústěním vývoje této oblasti. V roce 1753 byl vydán zdravotní řád pro Království české, v roce 1770 pro celou rakouskou monarchii, jež položily základy státní zdravotní správy. V roce 1870 byl v rakouské části monarchie vydán zákon č. 68, o organizaci veřejné zdravotní služby.

4.2.1. Období před vznikem 1. republiky

V 18. století stát do řešení tíživých sociálních problémů zasahoval minimálně, ve smyslu liberální zásady „laissez faire – laissez passer“ – nezasahování do podnikání, nezasahování do věcí lidí a ponechání řešení lidem. Na přelomu 18. a 19. století dochází k řešení určitých dílčích sociálních problémů.

Moderní formy sociálního zabezpečení a s tím spjaté formy pojišťování vznikají až v 19. století ve spojitosti se zrušením nevolnictví v roce 1781 a s tím souvisejícím přílivem venkovského obyvatelstva do měst, a s rozvojem průmyslové výroby. Stále pokračující industrializace a koncentrace kapitálu ve 2. polovině 19. století vede k zakládání politických stran a odborových organizací. V roce 1874 byla založena Sociálně demokratická strana Rakouska a v roce 1878 Československá sociálně demokratická strana dělnická. Tato skutečnost a dále též složitá ekonomická a politická situace ve střední Evropě vedly k tomu, že se vlády začaly hlouběji zabývat otázkou sociálního pojištění.¹³

Projekt sociálního pojištění prosadil v Německu kancléř Otto von Bismarck. Jednalo se o sociálněpolitický program s cílem zmírnit bídu pracující třídy na straně jedné a omezit či odstranit vliv sociálnědemokratických vůdců na masy dělnictva na straně druhé.¹⁴ Tak došlo k uzákonění povinného nemocenského pojištění (1883), úrazového pojištění (1884) a invalidního a starobního pojištění (1889). O tom, že se jednalo o pozitivní zlom dosavadní sociální politiky, není pochyb, je však třeba upozornit i na stinnou stránku spočívající ve vydávání zákonů zaměřených proti

¹³ Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 2. vydání, str. 27 a násl.

¹⁴ „Zuckerbrot und Peitsche“ neboli tzv. politika cukru a biče.

socialistům.¹⁵ Platba příspěvků na pojistné byla rozdělena mezi zaměstnavatele a zaměstnance. Úhrady pojišťoven zahrnovaly nejdříve léčení a nemocenskou do maximální výše 13 týdnů. V roce 1883 bylo zdravotně pojištěno asi 10 procent obyvatelstva. Vedle povinnosti pojistit se byl důležitým znakem velký počet pojišťoven (v roce 1885 asi 1755 s v průměru 200 členy, ty se členily na závodní, místní a svobodné pomocné pojišťovny). Ve správních orgánech usedly ze dvou třetin zástupci zaměstnanců, z jedné třetiny reprezentanti zaměstnavatelů.

Povinné sociální pojištění pro rakouskou část Rakousko – Uherska (tj. i pro české země) bylo zavedeno krátce po Bismarckově reformě a po jejím vzoru tzv. Taafeho reformou. V roce 1888 byl přijat zákon o úrazovém pojištění dělníků a zákon o nemocenském pojištění dělníků (účinnosti nabyl 1. srpna 1889).

Nemocenské pojištění tímto zákonem upravené bylo pojištěním povinným. Nárok na dávky měli pouze pojištěnci, nikoliv rodinní příslušníci. Jednalo se o dávky peněžité (pojištěné ženy, které porodily, měly nárok na peněžitou podporu ve výši nemocenského po dobu 4 týdnů po porodu) i věcné (např. pojištěné ženy měly nárok na bezplatnou pomoc při porodu od porodní asistentky, nárok na léky, léčebné pomůcky atd.). V roce 1889 byl přijat zákon o bratrských pokladnách dle obecného zákona horního. Tyto tři zákony zavedly povinné veřejnoprávní pojištění. Pojistné platili pojištěnci i zaměstnavatelé.

Dále byl v roce 1907 schválen zákon o penzijním pojištění zřízců ve službách soukromých a některých zřízců ve službách veřejných (účinnosti nabyl v roce 1909). Práce na přípravě návrhu zákona o penzijním pojištění dělníků nebyly dokončeny, starobní a invalidní pojištění dělníků nebylo do roku 1918 zavedeno.¹⁶

4.2.2. Období 1. republiky

V poválečném, nově vzniklém Československu, došlo k převzetí právních předpisů Rakousko-Uherských i v oblasti sociální a postupně byly přijímány předpisy nové. Vůbec nejdůležitějším právním předpisem v oblasti sociálního zabezpečení tohoto období byl zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. Účinnosti nabyl 1. července 1926.

¹⁵ Kotous Jan, Úvod do sociální politiky.

¹⁶ Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 2. vydání, str. 27.

Přijetí tohoto zákona přispělo nejen k řešení některých naléhavých problémů, ale i k posílení demokratického vývoje v Československu. Byl totiž součástí politických reforem, které se ukázaly jako velice prozíravé zejména s ohledem na budoucí politický vývoj v sousedních zemích, který byl negativně ovlivněn nástupem nacismu počátkem 30. let v Německu.¹⁷

Tento právní předpis byl formulován jako základní a vztahoval se na zaměstnance, kteří nevykonávali své zaměstnání jako vedlejší či příležitostné, a naopak z jeho působnosti byli vyloučeni zaměstnanci, kteří byli zaopatřeni státem nebo zaměstnavateli poskytujícími zaopatření na úrovni penzijního připojištění (což ve své podstatě znamenalo, že se tato úprava vztahovala prakticky jen na dělníky).

Z nemocenského pojištění se poskytovala pomoc v nemoci, pomoc v mateřství a pohřebné. Z invalidního a starobního pojištění se poskytovaly tyto dávky – důchody:

- a) invalidní a starobní,**
- b) vdovský a vdovecký,**
- c) sirotčí a odbytné.**

Podle výše výdělku byli pojištěnci rozděleni do čtyř tříd, zejména pro účely výměry pojistného a důchodů. Na pojistném se z poloviny podílel zaměstnavatel a z poloviny zaměstnanec.

V roce 1925 byl schválen zákon č. 221/1925 Sb., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců, který se vztahoval především na civilní zaměstnance ve službě státu, státních podniků, veřejných fondů státem spravovaných, příslušníky četnictva, učitele obecních a občanských škol a další.

V roce 1929 bylo upraveno zabezpečení starších zaměstnanců, a to zákonem č. 43/1929 Sb., jež zavedl státní starobní podpory. Zákon se vztahoval na československé státní příslušníky, pokud dovršily věku 65 let, byli nemajetní a výdělku neschopní. Nově bylo v roce 1929 také upraveno penzijní pojištění soukromých zaměstnanců a v roce 1936 provizní pojištění hornické.¹⁸

Základem tedy bylo *sociální pojištění* a můžeme říci, že již v první republice existoval propracovaný systém nemocenských pojišťoven.¹⁹

¹⁷ Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 2. vydání, str. 28.

¹⁸ Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 2. vydání, str. 29.

¹⁹ Publikace IZPE ČR.

Sociálním pojištěním se rozumělo:

1) pojištění proti přechodné nezpůsobilosti k výdělku:

- pojištění nemocenské,
- pojištění úrazové,
- pojištění v mateřství.

2) pojištění proti nezaměstnanosti.

3) pojištění proti trvalé ztrátě pracovní nebo výdělečné způsobilosti:

- pojištění invalidní nebo úrazové,
- pojištění starobní.

Úžeji se pod pojem sociální pojištění zahrnovalo zabezpečení pro případ nemoci, invalidity a stáří. Samostatně byla upravena oblast pojištění úrazového a v nezaměstnanosti. Základ sociálního pojištění tvořilo pojištění pro zaměstnance. Sociální pojištění osob samostatně výdělečně činných nebylo tak široce upraveno. Byly vytvořeny zaměstnanecké kategorie a ty rozlišovaly dělníky, horníky, soukromé úředníky, veřejné úředníky. Vlastní výkon nemocenského pojištění prováděly nemocenské pojišťovny, nejdůležitější byly okresní nemocenské pojišťovny. Pojištění u těchto pojišťoven bylo povinné pro zaměstnance, kteří pracovali v jejím obvodu a zároveň nebyli pojištěni u žádné jiné nemocenské pojišťovny. Ostatní zaměstnanci byli pojištěni podle oboru činnosti povinně u některé další nemocenské pojišťovny (zemědělské, závodní, spolkové apod.). Nemocenské pojišťovny byly samosprávné instituce, jejich orgány měl být voleny, přičemž volební právo měli pojištěnci i zaměstnavatelé (poslední volby však proběhly ještě v době rakouské). Vzhledem k tomu nynější správu provádějí sbory jmenované zemskými úřady. Největší pravomoc měla společná schůze představenstva a dozorčího úřadu, tvořená z poloviny pojištěnci a z poloviny zaměstnavateli. Dozorem nad pojišťovnami byla pověřena Ústřední sociální pojišťovna (ÚSP). Mohla např. požadovat potřebné knihy, listiny, zápisy, činit nátlak ke svolání správních orgánů pojišťoven, kontrolovat výkon povinností apod. Orgány ÚSP byly složeny ze zástupců pojištěnců, zaměstnavatelů a odborníků. Nad ÚSP vykonávalo dozor ministerstvo sociální péče (ve finančních záležitostech i ministerstvo financí).

Pokud se jedná o zaměstnance v hornictví, ti byli pojištěni v revírních bratrských pokladnách. Dozor nad nimi vykonával báňský úřad, na ústřední úrovni pak ministerstvo veřejných prací. Soukromí zaměstnanci ve vyšších službách byli pojištěni

z části u nemocenských pojišťoven dělnických, z části u speciálních nemocenských pojišťoven úřednických. Někteří zaměstnavatelé měli zákonem stanovenou možnost vyloučit své zaměstnance z pojistné povinnosti, týkalo se to státu, zemí, okresů, obcí, a korporací prohlášených za rovnocenné ministerstvem sociální péče. Nemocenské pojištění těchto zaměstnanců pak zabezpečovaly tzv. léčebné fondy.

Honorace lékařů byly upraveny několika způsoby, např. za jednotlivé ordinace a návštěvy, za případ onemocnění, paušálem za hlavu a rok a ročním nebo měsíčním paušálem.

4.2.3. Období 1939 – 1945

K některým změnám v oblasti sociálního zabezpečení došlo i v době okupace, s cílem přizpůsobit československé sociální pojištění tehdejšímu politickému, hospodářskému, sociálnímu a měnovému podmínkám. Tyto změny ale nepřinesly pojištěncům žádná významná zlepšení.

4.2.4. Poválečný vývoj

Toto období je možno rozdělit na 2 etapy - *období do roku 1948,*

- období po roce 1948.

1) období do roku 1948

Předpisy z doby okupace nebyly uznány za součást československého právního řádu. Zákonodárství 1. ČSR bylo v zásadě převzato. Oblast sociálního zabezpečení byla komplikována faktem, že fondy sociálního pojištění byly buďto zabaveny v době okupace nebo znehodnoceny válečným hospodářstvím. Základní zásady poválečného sociálního zákonodárství byly obsaženy v Košickém vládním programu. V této době probíhaly práce na dokončení (již za války připravovaného) zákona o národním pojištění. Mimo jiné měl odstranit stavovsky diferencované sociální pojištění z dob 1. ČSR. Zákon o národním pojištění č. 99/1948 Sb., byl přijat a vstoupil v platnost v roce 1948. Vycházel z prvků Beveridgeovy koncepce. Sjednotil pojistné nároky pro jednotlivé skupiny pracujících a pojištění bylo rozšířeno i na další skupiny obyvatelstva (občané samostatně hospodařící). Došlo tedy k sjednocení všech druhů nemocenského, úrazového a důchodového pojištění. Toto pojetí veřejného pojištění bylo považováno za jedno z nejmodernějších ve své době.

2) období po roce 1948

Změny politické, sociální a hospodářské situace po roce 1948 se promítly mj. i do oblasti sociálního zabezpečení, což se projevuje především přebíráním sovětských vzorů a zkušeností. Postupně je opouštěn pojišťovací princip a péči o občany přebírá stát jako výraz ideologie socialismu. Jinými slovy se jedná o přechod od systému sociálního pojištění k systému sociálního zabezpečení.

Na základě zákona č. 99/1948 Sb., o národním pojištění došlo ke sjednocení všech druhů nemocenského, úrazového a důchodového pojištění. Pojištění bylo povinné pro zaměstnance, osoby samostatně výdělečně činné, důchodce, nezaměstnané a veřejné zaměstnance. Byli sem zahrnuti i rodinní příslušníci pojištěnců. Do té doby instituce zajišťující sociální pojištění byly zrušeny a byly nahrazeny Ústřední národní pojišťovnou (ÚNP), která se tak stala jediným nositelem pojištění. Jejimi územními organizačními složkami byly národní pojišťovny a okresní národní pojišťovny. Jejich orgány byly voleny z řad pojištěnců. Není bez zajímavosti, že toto pojetí veřejného pojištění bylo považováno za nejmodernější ve své době.

Zdravotnická činnost byla řízena jednotným celostátním plánem zdravotní péče (byl součástí hospodářského plánu). Nejvyšším poradním orgánem ÚNP byla Zdravotnická rada (ZR), složená ze zdravotnických odborníků. Povinností pojišťovny bylo zajistit potřebnou lékařskou pomoc. Odměny smluvních i nesmluvních lékařů byly stanoveny ve vyhlášce. Ty vydávalo na návrh ÚNP ministerstvo sociální péče ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví. Pojištěnci měli nárok na lékařské ošetřování lékařem svobodně zvoleným ze smluvních lékařů pojišťovny. Způsob poskytování dávek a povinnosti pojištěnců, zaměstnavatelů a lékařů upravoval léčebný řád. Ten opět vydávala ÚNP.

V roce 1950 došlo ke znárodnění zdravotnictví a o rok později byla správa nemocenského pojištění převedena na Revoluční odborové hnutí. Od počátku 50. let tedy veřejné zdravotnické služby financoval stát z prostředků státního rozpočtu. Jakékoli přímé platby a spoluplatby za zdravotnické služby byly zrušeny.

Reforma v letech 1956 znamenala zánik národního pojištění a vznik systému státního sociálního zabezpečení. Byly přijaty zákony č. 54/1956 Sb. o nemocenském pojištění, který přes mnohé novelizace platí dosud a zákon č. 55/1956 Sb. o sociálním

zabezpečení. Tato reforma, ač představovala narůst nákladů v celém systému, přinesla pro obyvatelstvo zlepšení.

4.2.5. Vývoj po roce 1990

Rok 1989 znamenal naprostou změnu politické, sociální a hospodářské situace, což nemohlo zůstat bez odezvy ve společenském životě. Byla zahájena transformace společnosti, sociální zabezpečení nevyjímaje. Dosavadní systém měl i kladné stránky (např. zabezpečení rodin s dětmi), ale z celkového pohledu nemohl splnit svůj účel, zejména v oblasti financování, které bylo v celé své výši napojeno na státní rozpočet. Dle mého názoru mohlo být toto pojetí financování, po provedení určitých úprav, životaschopné v socialistickém systému. Nicméně v přechodu ke kapitalistickému způsobu života nemohlo obstát. Vše tedy směřovalo ke společnému provedení jak reformy ekonomické tak sociální. Zatímco ve výše zmíněné reformě provedené po roce 1948, kde došlo ke změně systému sociálního pojištění na sociální zabezpečení, nyní tomu bylo naopak, tedy přechod od systému sociálního zabezpečení na sociální pojištění.

Na počátku 90. let došlo k politickému rozhodnutí obnovit systém VZP. Na toto rozhodnutí poté navázala zásadní reforma českého zdravotnictví jako celku. Reforma si kladla za cíl zavést zdravotní pojištění jakožto hlavní zdroj financování zdravotní péče, nahradit soustavu ústavů národního zdraví a privatizovat zdravotnické služby. Pro občany to znamenalo svobodnou volbu zdravotnických zařízení.

Základ nové právní úpravy tvořily dva klíčové zákony z roku 1991. Prvým byl zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a druhým zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR.

Celý systém byl založen na principu obligatornosti, universality osobního rozsahu a plurality pojišťovacích institucí (viz níže). Byl upraven osobní a věcný rozsah zdravotního pojištění, jeho vznik a zánik, pojistné, práva a povinnosti pojištěnců, základní organizace zdravotního pojištění a také pokuty a přirážky k pojistnému. Všeobecná zdravotní pojišťovna vznikla jako právnická osoba, stala se tedy subjektem práva. Byla zrušena soustava krajských, městských, a okresních ústavů národního zdraví, které do té doby zajišťovaly financování zdravotnických služeb. Dalším přijatým zákonem byl zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových, a dalších

zdravotních pojišťovnách (tzv. zaměstnanecké pojišťovny), který doplnil organizaci zdravotního pojištění. Celý systém nakonec doplnil zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, který upravil výši pojistného, penále, způsob placení atd.

V roce 1992 začala vznikat nestátní zdravotnická zařízení (zákonem č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Problém představovala roztržitá legislativní úprava, kdy postavení Všeobecné zdravotní pojišťovny bylo komplexně upraveno samostatným zákonem, naopak tzv. zaměstnanecké pojišťovny měly organizační strukturu ponechanou vlastnímu statutu té které pojišťovny (schvalovaném MPSV). Z toho pramenila určitá nerovnost.

Základním způsobem úhrady byl tzv. *výkonový systém* (platba za výkon). Úhrady byly upraveny převážně v podzákonných právních normách. Nakonec zbývá dodat, že v čele státní správy stálo Ministerstvo zdravotnictví.

V polovině 90. let došlo ke změnám v systému, které souvisely s problémy nově zavedené koncepce. Největší nedostatky představovalo neefektivní působení velkého počtu zdravotních pojišťoven, špatně nastavený systém úhrad, a problémy s výběrem pojistného. To vše vyústilo v zavedení kontrolních mechanismů a v novou právní úpravu vzniku, likvidace a zániku pojišťoven.

Na přelomu století byl další vývoj zdravotního pojištění poznamenán nálezem Ústavního soudu č. 206/1996 Sb., díky kterému byla přijata původně provizorní norma, a to zákon o VZP, účinný, ač mnohokrát novelizován, dodnes. Tento zákon zároveň zrušil dosavadní právní předpis č. 550/1991 Sb. Zákon o VZP převzal dosavadní způsob úhrady zdravotní péče a zavedl možnost paušálních plateb. Dále také nově zavedl Informační centrum zdravotního pojištění za účelem kontroly čerpání finančních prostředků zdravotního pojištění zdravotnickými zařízeními.

V současné době prodělal zákon o VZP další významné změny, které přinášejí do stávajícího systému zcela nové prvky (regulační poplatky).

4.3. Prameny veřejného zdravotního pojištění (zdravotní péče)

Pojem prameny práva je ustálený název pro formy objektivního práva. Pokud se dnes v právní vědě hovoří o pramenech práva, míní se tím zpravidla jen prameny ve formálním smyslu, tj. formy, v nichž je právo obsaženo a v nichž pak nalzáme právní

normy, které představují bezprostřední zdroj poznání práva.²⁰ Za právní normu považujeme jen takové pravidlo chování, které má podobu státem uznaného pramene práva.

Za prameny práva sociálního zabezpečení se považují **normativní právní akty** a **normativní smlouvy**.

Prameny veřejného zdravotního pojištění jsou zejména:

- Ústava a ústavní zákony
- Mezinárodní smlouvy a úmluvy
- Zákony
- Podzákoné právní předpisy

4.3.1. Ústava a ústavní zákony²¹

Tato úprava je zakotvena v LISTINĚ ZÁKLADNÍCH PRÁV a SVOBOD (dále jen „LZPS“).

Vzhledem k čl. 3 a čl. 112 Ústavy ČR tvoří LZPS součást ústavního pořádku, který je chápán jako soubor právních předpisů tvořících ústavu ČR. Z toho plyne, že práva a svobody v LZPS obsažené ústavodárce považuje za **základní práva a svobody**.

Ústavní základ oblasti ochrany zdraví je obsažen v Hlavě IV. – Hospodářská, sociální a kulturní práva, konkrétně pak v čl. 31 LZPS:

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.

Ústavně zaručené právo na ochranu zdraví je vyjádřeno v první větě tohoto článku a vztahuje se na každého, tedy na každou fyzickou osobu. Jedná se o právo nikoli občanské, ale lidské a souvisí s čl. 6 LZPS, které zakotvuje právo na život. Povinným subjektem je zde stát.

Dále je třeba upozornit na čl. 3 a 41 LZPS. Čl. 3 LZPS zaručuje právo na ochranu zdraví každému bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka atd. a čl. 41 uvádí, že práv uvedených mj. v čl. 31 LZPS je možno se domáhat pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí. Na základě čl. 41 LZPS se u práv obsažených

²⁰ Boguszak, J., Čapek J. Teorie práva, Praha: Kodex Bohemia, 1997, s. 227 a násl.

²¹ Pavlíček, V. a kolektiv: Ústava a ústavní řád České republiky, 2. díl, Práva a svobody, str. 250-5.

v čl. 31 LZPS jedná o výjimku ze zásady, totiž, že LZPS je bezprostředně platným právem a práv v ní obsažených se lze domáhat přímo.

Z druhé věty naopak plyne (na rozdíl od věty první, kde je subjektem práva každý), že subjektem tohoto práva jsou jen občané ČR. Z LZPS tedy na základě veřejného pojištění plyne právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky s tím, že příslušné zákony stanoví podmínky, za kterých bude poskytnuta bezplatná zdravotní péče a zdravotní pomůcky. Jinak řečeno lze usuzovat, že v rozporu s ustanovením tohoto článku by byl zákon, jiný právní předpis ale např. i praxe, která by tento ústavní požadavek popírala, byla s ním v rozporu nebo by při poskytování zdravotní péče a zdravotních pomůcek docházelo k diskriminaci, a to jak negativní, tak pozitivní.

Limit zákonné úpravy představují jednak závazky z mezinárodních smluv a také čl. 4 odst. 4 LZPS, který stanoví, že při používání ustanovení o mezích základních práv a svobod musí být šetřeno jejich podstaty a smyslu. Taková omezení nesmějí být zneužívána k jiným účelům, než pro jaké byla stanovena.

Můžeme tedy shrnout, že se jedná o povinnost státu zajistit ochranu zdraví a s tím související právo každého na takovou ochranu na straně jedné, ale i tomu odpovídající povinnost každého respektovat a dodržovat opatření k ochraně zdraví na straně druhé.

S ohledem na výše uvedené se domnívám, že konkrétně s ustanovením čl. 31 LZPS je v rozporu současná právní úprava, účinná od 1. 1. 2008 na základě zákona č. 261/2007 sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, který novelizoval (mj.) příslušná ustanovení zákona o VZP a zavedl regulační poplatky. V této souvislosti je ale třeba upozornit na opačný názor Ústavního soudu.

4.3.2. Mezinárodní smlouvy a úmluvy

Smlouva obecně představuje souhlasný projev vůle dvou či více subjektů, který se vyznačuje specifickou kvalitou. Jde-li o mezinárodní smlouvu, váže ty státy, které ji podepsaly a ratifikovaly. Mezinárodní smlouva je dokument s mezinárodněprávními účinky, na jejímž obsahu se dohodly smluvní strany. Její ustanovení jsou obecná a upravují závazně celou skupinu společenských vztahů stejného druhu a neurčitého počtu.

Zakotvení mezinárodních smluv v našem právním řádu se opírá o znění čl. 10 Ústavy, „Vyhlášené **mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu; stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva**“, a také o čl. 10a Ústavy, který umožňuje přenos některých pravomocí orgánů ČR na mezinárodní organizaci nebo instituci.

Tyto smlouvy mohou být bilaterální, multilaterální, které vznikají nejčastěji na půdě mezinárodních organizací, a také kolektivní smlouvy.

1) Organizace spojených národů (OSN)

OSN byla založena 26. 6. 1945 v San Francisku na základě přijetí Charty OSN 50 státy včetně tehdejší ČSR. Nahradila Společnost národů, která jako garant kolektivní bezpečnosti a mírového řešení konfliktů neobstála. V sociální oblasti působí prostřednictvím specializovaných organizací OSN, především Mezinárodní organizace práce (MOP) a Světové zdravotnické organizace (WHO), dále také UNESCO, UNICEF a další.

Mezi nejdůležitější dokumenty lze zařadit:

- **Všeobecná deklarace lidských práv** – obsahuje obecný standard v oblasti ochrany lidských práv. V kontextu této diplomové práce je důležitý zejména její čl. 22, který stanoví, že *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 prostředky příslušného státu zajištěna hospodářská, sociální a kulturní práva, nezbytná k jeho důstojnosti a svobodnému rozvoji jeho osobnosti.*

I přesto že se nejedná o mezinárodní smlouvu a z hlediska práva se jedná o nezávazný dokument, působí především silou morální a je všeobecně respektována.

- **Mezinárodní pakt o občanských a politických právech**
- **Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech**

Právo na ochranu zdraví je definováno v čl. 12 **Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech**, jako závazek státu uznat právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického i duševního zdraví. Smluvní strany se zde zavázaly učinit opatření např. ke snížení potratů a kojenecké úmrtnosti,

opatření ke zdravému vývoji dítěte, dále např. prevence léčení a kontrola epidemických i místních nemocí, chorob z povolání a jiných nemocí, vytváření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči.

- **Úmluva o právech dítěte**
- **Dokumenty v rámci MOP**

a) úmluvy MOP

Úmluvy nabývají závaznosti ratifikací. Mezi zásadní patří **Úmluva o minimálních normách sociálního zabezpečení** (č. 102 z r. 1952), která upravuje minimální standardy zabezpečení odpovídající jednotlivým sociálním událostem, např. jde o péči o zdraví, dávky v nemoci, dávky v mateřství, dávky v invaliditě atd. Z úmluvy vyplývá pro státy, které ji ratifikovaly, povinnost zvolit alespoň 3 oblasti ve kterých přizpůsobí své vnitrostátní zákonodárství. Cílem je zajistit všeobecnou úroveň sociálního zabezpečení bez ohledu na sociální a ekonomický vývoj toho kterého státu.

Dále se jedná o **Úmluvu o ochraně mateřství** (č. 103 z r. 1952), **Úmluvu o rovném zacházení s cizinci jako s vlastními občany v sociálním zabezpečení** (č. 118 z r. 1962), **Úmluvu o invalidních, starobních a pozůstalostních dávkách** (č. 128 z r. 1967), **Úmluvu o zdravotní péči a dávkách v nemoci** (č. 130 z r. 1969), **Úmluvu o zřízení mezinárodního systému pro zachování práv v sociálním zabezpečení** (č. 157 z r. 1982).

b) doporučení a stanoviska MOP

Z těchto dokumentů MOP nevznikají členským státům žádné právní závazky. Další významnou organizací OSN je WHO, která se při své činnosti snaží zajistit nejvyšší možnou úroveň zdravotního stavu celého lidstva. Spíše v ekonomické sféře působí Světová banka a Mezinárodní měnový fond.

2) Rada Evropy (RE)

RE představuje významnou mezinárodní organizaci sdružující největší počet evropských států. Založena byla v roce 1949 a za cíl si klade posílení jednoty členských zemí v zájmu jejich hospodářského a sociálního pokroku, zlepšení životních podmínek, ochrany a upevňování lidských práv a základních svobod.

K nejvýznamnějším úmluvám patří:

- **Evropská prozatímní dohoda o sociálním zabezpečení (1963),**

- *Evropská úmluva o sociálním zabezpečení (1972),*
- *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (1950),*
- *Evropská sociální charta (1961)* – pro oblast zdravotní péče je důležitý především čl. 11 (právo každého na využití všech možností k dosažení co nejlepšího zdravotního stavu) a čl. 13 (právo každého, kdo nemá dostatek prostředků, na sociální a zdravotní pomoc),
- *Evropský zákoník sociálního zabezpečení (1964).*

3) Evropská společenství (ES)

ES, původně Evropské hospodářské společenství (EHS) bylo založeno šesti zakládajícími státy Rady Evropy. Právní základ v současné době tvoří tzv. Římské smlouvy (1957), jelikož smlouva o Evropském společenství uhlí a oceli (1951) pozbyla v roce 2002 platnosti.

Právo ES je tvořeno tzv. primárním právem (zakládající smlouvy) a sekundárním právem (zejména nařízení a směrnice).

Nařízení Rady ES jsou členské státy obecně závazná a bezprostředně použitelná. V současné době nařízení platí pro 30 států (27 členských států a dále 3 země jakožto členy EHP, tj. Island, Lichtenštejnsko a Norsko), včetně ČR. Směrnice naopak ponechává členským státům prostor, aby samy zvolily prostředky, jakými dosáhnou požadovaného cíle.

Významné dokumenty ES:

- *nařízení Rady ES č. 1408/1971, o uplatňování soustavy sociálního zabezpečení na zaměstnance, osoby samostatně výdělečně činné a členy jejich rodin migrujících v rámci Společenství,*
- *směrnice č 86/378 EEC, o naplňování zásady rovného zacházení s muži a ženami v systémech sociálního zabezpečení pro jednotlivé kategorie zaměstnanců,*
- *Jednotný evropský akt* – směřující k harmonizaci legislativy nejen v oblasti hospodářské a politické ale i sociální,
- *Charta základních sociálních práv zaměstnanců,*

- *Smlouva o Evropské unii (1992)* – obsahuje tzv. Sociální protokol, ve kterém čl. státy vyjadřují společnou vůli realizovat v sociální oblasti trend vyjádřený v Chartě a koordinovat svou národní sociální politiku,
- *Amsterdamská smlouva (1997)* – mj. zdůrazňuje právo na náležitou sociální ochranu a sociální zabezpečení,
- *Charta základních sociálních práv EU (2000)* – upravuje občanská, politická, hospodářská, sociální a kulturní práva.

4) Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD)

OECD je mezinárodní organizace založená v roce 1961. Členy jsou jak vyspělé evropské státy, tak i některé hospodářsky rozvinuté mimoevropské státy. K hlavním cílům patří zejména zvyšování hospodářské a sociální úrovně prostřednictvím koordinace postupu členských států. V rovině sociálního zabezpečení je pozornost OECD zaměřena na analyzování penzijních systémů, služeb zdravotní péče, jejich financování a opatření pro pomoc znevýhodněným skupinám obyvatelstva.

5) Mezinárodní asociace sociálního zabezpečení (MASZ)

Účelem MASZ, která vznikla v r. 1927, je ochrana, podpora a rozvoj sociálního zabezpečení ve světě. MASZ vyvíjí aktivity v mnoha oblastech. Jsou to především **odborné aktivity, dále regionální aktivity a vědecká a dokumentační činnost.**

4.3.3. Zákony

Zákony, jakožto normativní právní akty, jsou nejčastějším pramenem práva v sociálním zabezpečení.

Právní normy v oblasti zdravotního pojištění a zdravotní péče:

- **Zákon č. 20/1966 Sb.**, o péči o zdraví lidu,
- **Zákon č. 551/1991 Sb.**, o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR,
- **Zákon č. 280/1992 Sb.**, o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách,
- **Zákon č. 592/1992 Sb.**, o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, (dále jen „zákon o PVZP“),

- **Zákon č. 48/1997 Sb.**, o veřejném zdravotním pojištění, (dále jen „zákon o VZP“),
- **Zákon č. 258/2000 Sb.**, o ochraně veřejného zdraví,
- **Zákon č. 500/2004 Sb.**, Správní řád,
- **Zákon č. 245/2006 Sb.**, o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních.

4.3.4. Podzákoné právní předpisy

Jedná se zejména o tyto:

- **Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 58/1997 Sb.**, kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost,
- **Vyhláška Ministerstva financí ČR č. 418/2003 Sb.**, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů VZP 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,
- **Vyhláška č. 383/2007 Sb.**, o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z VZP pro rok 2008,
- **Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 386/2007 Sb.**, kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispensární péče, časové rozmezí dispensárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře.

4.4. Principy veřejného zdravotního pojištění ²²

Všeobecné zdravotní pojištění bylo na území ČR (tehdejší ČSFR) zavedeno zákonem č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, s účinností od 1. 1. 1992. Bez nadsázky lze říci, že po 40 letech socialistické koncepce zdravotní péče dochází k revoluční změně. Pojišťování zdraví má v českých zemích dlouhou tradici (viz výše).

²² Tröster Petr, Právo a zákonost, č. 4/1992, K základním zásadám všeobecného zdravotního pojištění, str. 216-223.

V současné době je VZP nezbytnou součástí a podmínkou stávajícího systému zdravotní péče. Bez pochyb hájí zájem občana, podněcuje ho k zájmu o vlastní zdraví, ale také motivuje zdravotnická zařízení a jejich pracovníky k dosažení co nejkvalitnější a zároveň nejefektivnější péče. Tento systém jako celek by samozřejmě nemohl správně fungovat, pokud by nevycházel ze základních demokratických principů. Samotný základ, v rovině ústavní, je obsažen v Listině základních práv a svobod (čl. 31).

Veřejné zdravotní pojištění je ovládáno šesti základními principy:

- *universalita osobního rozsahu,*
- *obligatornost pojišťovacího systému,*
- *pluralita pojišťovacích institucí,*
- *sociální solidarita pojištěnců,*
- *volná výběr povinných subjektů* – poskytovatelů zdravotní péče a její úhrady,
- *ingerence státu* (garance, kontrola).

4.4.1. Universalita osobního rozsahu

Universalita osobního rozsahu VZP vyjadřuje skutečnost, že jde o pojištění všeobecně platné, dostupné pro všechny občany ČR i další osoby v zákoně uvedené, kterým se na základě jednotné právní úpravy platné na celém území ČR poskytuje zdravotní péče v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem (§ 1 zákona o VZP).

4.4.2. Obligatornost pojišťovacího systému

Tento princip se odráží v povinnosti, aby právní podmínky zdravotního pojištění byly striktně stanoveny právním předpisem (nebo na jeho základě prováděcím právním předpisem) a nebyly tedy předmětem autonomní smluvní regulace. Tím není v žádném případě vyloučena fakultativní možnost smluvního pojištění (viz výše). Takové pojištění se pak vzhledem ke své soukromoprávní povaze bude řídit předpisy soukromého, nikoli veřejného práva.

S přihlédnutím k omezenosti veřejných prostředků, které jsou závislé na ekonomických možnostech státu a v čase se mění, je zřejmé, že VZP se nemůže vztahovat na všechny zdravotnické výkony (určené k dosažení jiného než léčebného účelu). Pro takové “nehrazené“ úkony je možné využít tzv. doplňkové formy soukromého pojištění.

Závazná (kogentní) právní úprava je tedy podmínkou obligatornosti systému VZP, jedná-li se o důvody vzniku a zániku VZP, práv a povinností pojištěnců, plátců pojistného apod. Jde tedy o úpravu právních vztahů z VZP vyplývajících. Ty mohou být dvoustranné, někdy i třístranné. Zdravotní pojišťovny jsou povinny uhradit zdravotnickým zařízením, popřípadě jiným subjektům, které v souladu s tímto zákonem poskytly zdravotní péči pojištěncům, tuto poskytnutou péči ve lhůtách sjednaných ve smlouvě (§ 40 odst. 2 zákona o VZP). Zde jde o trojstranný právní vztah mezi pojištěncem, konkrétním zdravotnickým zařízením a příslušnou zdravotní pojišťovnou.

4.4.3. Pluralita pojišťovacích institucí

Princip plurality pojišťovacích institucí se promítl již v zákoně č. 550/1991 Sb. Tento princip ve zkratce označuje situaci, kdy zdravotní pojištění neprovádí pouze jedna pojišťovací instituce (pojišťovna). Nezbytným krokem pro realizaci tohoto principu bylo kromě zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, přijetí zákona č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých pojišťovnách. Poté již mezi poskytovateli zdravotnických služeb a zdravotními pojišťovnami vznikaly postupně smluvní vztahy.

Účelem je tedy zajistit konkurenci zdravotních pojišťoven, které tak mezi sebou musí „soutěžit“ a nabídnout tak potencionálním pojištěncům ty nejvýhodnější podmínky. Těm zákon o VZP přiznává v § 11 odst. 1 právo na výběr zdravotní pojišťovny. Škoda jen, že zdravotní pojišťovny této možnosti nevyužily právě ve prospěch pojištěnců, což, alespoň doufám, byl hlavní záměr této právní úpravy. V polovině 90. let se zdravotní pojišťovny orientovaly především na svůj vlastní prospěch a výsledkem byla během krátké doby nutná likvidace některých pojišťoven. Dnes působí na území ČR deset zdravotních pojišťoven. Jen pro zajímavost, v 90. letech jich bylo celkem 29.

4.4.4. Sociální solidarita pojištěnců

Je to typický princip pro oblast sociálního pojištění, ale také jeden z principů, na kterém je postaveno VZP. Můžeme jej definovat ve dvou polohách. Za prvé jej charakterizujeme jako solidaritu bohatých s chudými, kdy občané s vyššími příjmy přispívají na zdravotní péči vyšším pojistným než občané s příjmy nižšími (§ 2 odst. 1 zákona o PVZP uvádí, že „výše pojistného činí 13,5 % vyměřovacího základu“). Ve

druhé rovině jde pak o solidaritu zdravých s nemocnými, kdy zdravý občan buď nečerpá vůbec, nebo čerpá s fondů zdravotního pojištění nižší částky než nemocný občan, který naopak čerpá částky vyšší.

Výsledkem je solidarita plátců pojistného s cílem omezit dopady sociálních událostí na jedince. V systému zdravotního pojištění dochází ke koncentraci zdrojů (pojistného) a to bez ohledu na sociální postavení jednotlivých pojištěnců. Tím je umožněno získání zdatelně vyššího objemu a kvality zdravotní péče, narozdíl od tzv. doplňkových forem zdravotního pojištění (viz výše), které se odvíjí od finančních možností jednotlivců.

4.4.5. Volný výběr povinných subjektů (svobodná volba)

Povinnými subjekty se rozumí poskytovatelé zdravotní péče. Jimi jsou zejména praktičtí lékaři, odborní lékaři a další pracovníci ve zdravotnictví, veškerá zdravotnická zařízení (státu, obcí, fyzických a právnických osob). Svobodná volba se vztahuje např. i na výběr zdravotní pojišťovny, lékaře, dopravní služby apod. (§ 11 zákona o VZP). Pokud občan volbu neprovede, neznamená to, že je dotčeno pojištěncovo právo na zdravotní péči, ale naopak mu vzniká právo na poskytnutí této péče ve stanoveném spádovém území (§ 11 zmíněného zákona).

4.4.6. Princip ingerence státu

Tento princip se projevuje především ve výčtu plátců pojistného. Z § 4 písm. c) zákona o VZP plyne, že plátcem pojistného je mimo pojištěnce také stát a zaměstnavatel. Stát je plátcem pojistného v zákonem stanovených případech, zejména v případech sociálně slabších skupin obyvatelstva (§ 7 zmíněného zákona uvádí např. nezaopatřené děti²³ atd.). Pro zdravotní pojišťovny to znamená záruku, že v těchto případech nebudou zkráceni na svých příjmech.

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (dále je „VZP ČR“) je podle § 1 zákona č. 551/1991 Sb., právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývající. VZP ČR není podnikatelským subjektem. Mezi její příjmy v souladu se zákonem patří v první řadě platby pojistného. Stát poskytuje státní garanci a především z toho důvodu je VZP

²³ § 11 zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

ČR uložena povinnost předložit Ministerstvu financí a zdravotnictví pojistný plán na následující rok, účetní závěrku, návrh výroční zprávy a zprávu auditora (§ 6 zákona č. 551/1991 Sb.).

Z výše uvedeného vyplývá povinnost státu ručit za solventnost VZP ČR prostřednictvím prostředků státního rozpočtu.

Dalším znakem ingerence státu je provádění kontroly využívání a poskytování zdravotní péče. Kontrolu činnosti Pojišťovny provádí Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí (§ 7a zákona o VZP). Kontrola je prováděna i ze strany pojištěnců

5. PLATNÁ PRÁVNÍ ÚPRAVA VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Účelem a smyslem VZP je úhrada nákladů zdravotní péče coby věcné dávky poskytnuté pojištěncům. Příslušné zdravotní pojišťovny provádějí platby za zdravotní péči poskytnutou na základě VZP podle smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními. Všechny zdravotní pojišťovny se řídí stejnými hledisky a principy.²⁴

Základním právním předpisem této oblasti je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tento právní předpis upravuje víceméně komplexně rozsah a podmínky poskytování zdravotní péče a jejich úhrady. Upravuje zejména jaká péče je hrazena ze zdravotního pojištění a jaká nikoli (např. výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob – kosmetické operace). Jde-li o nehrazenou péči, je nutno jí zcela či z části uhradit z vlastních prostředků, a to nad rámec stanovený zákonem o VZP. Dále zákon upravuje práva a povinnosti pojištěnců, pojistné, přírážky k pojistnému a další právní vztahy v oblasti VZP.

Jak již výše uvedeno, zákon o VZP zavedl jako další způsob úhrady zdravotní péče paušální platby za poskytované služby, do té doby to byly pouze úhrady na základě bodového hodnocení zdravotních výkonů (viz níže).

Následující řádky se budu věnovat platné právní úpravě VZP v ČR.

5.1. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění²⁵

Zákon o VZP nabyl účinnosti 1. dubna 1997 a nahradil v plném rozsahu zákon ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, který v ČR všeobecné zdravotní pojištění zavedl.

Důvodem byl náleží Ústavního soudu ČR z 10. července 1996 (č. 206/1996 Sb.), který k 1. dubnu 1997 zrušil některá ustanovení zákona č. 550/1991 Sb., jakož i většinu k němu vydaných prováděcích předpisů. Nález Ústavního soudu ČR byl vydán na základě ústavní stížnosti, jejímž důvodem byla tvrzená neústavnost zákona č. 550/1991 Sb., a některých jeho prováděcích předpisů. Neústavnost byla spatřována v rozporu

²⁴ Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 4. vydání, str. 119 a násl.

²⁵ Trnková Ludmila, Právo a zaměstnání, č. 5/1997, K novému zákonu o veřejném zdravotním pojištění, str. 2.

tohoto zákona s články 31 a 41 LZPS, a to v nedostatečném způsobu zákonné úpravy podmínek bezplatné zdravotní péče a meze, v nichž se občané tohoto práva mohou dovolávat a že tyto podmínky a meze byly obsaženy v podzákoných právních předpisech.

Stávající situace mohla být řešena jednak novelizací zákona č. 550/1991 Sb., a jednak předložením zákona nového. Novelizace zákona č. 550/1991 Sb. by ale musela být příliš rozsáhlá a tak se přistoupilo k legislativním pracím a výsledkem byl zákon o VZP. Nutno ale dodat, že co se týče celkové koncepce nového zákona, nešlo o žádnou revoluční změnu. To bylo logický vyústěním tehdejší situace, resp. časového tlaku, ve kterém musel být zákon, vzhledem k nálezu Ústavního soudu ČR, přijat.

5.2. Právní vztahy ve veřejném zdravotním pojištění²⁶

Právní vztahy upravuje obecně teorie práva, ale bez jakýchkoli problémů je možno tyto poznatky použít i v oblasti sociálního zabezpečení (resp. VZP). V nejširším slova smyslu rozumíme právním vztahem jakýkoli společenský vztah, který je regulován právem. Účelem právní úpravy těchto vztahů, zakotvené v právních předpisech, je stanovit základní práva a povinnosti, jednotlivé prvky, upravit jednání, ale i opomenutí subjektu práva, které je v rozporu s právní normou, je tedy porušením povinnosti a zakládá právní odpovědnost (např. penále).

Vznik změna a zánik právních vztahů jsou závislé na existenci právem předvídaných právních skutečností. V právu sociálního zabezpečení mají největší význam sociální události (viz výše).

Právní vztahy VZP jsou založeny na pojistném principu, a proto se vyznačují vzájemnou podmíněností práv a povinností, s cílem zajistit vyváženost systému z hlediska financování. Jde o oblast *sociálního pojištění*. Mezi základní povinnosti účastníka právního vztahu patří povinnost zaplatit pojistné (není-li např. plátcem stát v případě nezaopatřeného dítěte). Na základě pojistného vztahu (pojistného principu) dochází k hrazení peněžitých a věcných dávek z vybraného pojistného. Právní vztahy ve VZP jsou vztahy hybridními, jelikož se zde vyskytují prvky veřejného (ty převažují) i soukromého práva. Obecně můžeme říci, že právní vztahy založené na pojišťovacím

²⁶ Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 2. vydání, str. 79 a násl.

principu počítají s “vyšší“ participací účastníka (důchodové pojištění). VZP ale představuje výjimku a naopak vyjadřuje vysokou míru solidarity. Je to pochopitelné vzhledem k závažnosti sociálních událostí charakteristických pro oblast VZP, která se tyto důsledky snaží eliminovat.

Základními prvky jsou **subjekt, obsah, předmět**.

5.2.1. Subjekt

Subjekt právních vztahů je nositelem práv a povinností toho kterého vztahu. Subjekty jsou orgány sociálního zabezpečení, fyzické osoby a další (zdravotnická zařízení atd.). Způsobilost fyzických osob k právům a povinnostem ve vztazích VZP vzniká narozením. Zákon o VZP mluví o vzniku účasti na pojistném. Jde-li o způsobilost k právům a povinnostem ve vztazích pojistného na VZP, vycházíme z definice *osobního a věcného rozsahu*. Osobní rozsah je uveden v zákoně o VZP a věcný rozsah v zákoně o PVZP. Způsobilost k právům a povinnostem zaniká smrtí (analogicky se užije občanský zákoník²⁷).

Způsobilost k právním úkonům vyjadřuje schopnost subjektů nabývat práv a brát na sebe povinnosti. Právní předpisy regulující VZP úpravu právních úkonů neobsahují. Aplikujeme zde úpravu občanskoprávní, způsobilost k právním úkonům tedy vzniká dosažením zletilosti. Jde-li o vztahy pojistného na VZP, použije se analogicky úprava občanského zákoníku (způsobilost vzniká dosažením zletilosti)

5.2.2. Obsah

Obsahem jsou práva a povinnosti. Ty mohou mít podobu materiální nebo procesní. V oblasti sociálního pojištění se jedná zejména o splnění pojistné povinnosti (na straně fyzické osoby) a o oprávnění určitého orgánu toto plnění přijmout. Procesním oprávněním může být právo uplatnit nárok, podat žádost, uplatnit opravný prostředek apod.

5.2.3. Objekt

Objektem je právně relevantní chování subjektů těchto vztahů.

²⁷ Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník.

5.3. Osobní a věcný rozsah veřejného zdravotního pojištění²⁸

Osobní rozsah VZP není v legislativách jednotlivých zemí upravena shodně. I v rámci Evropy se vyskytují tu menší, tu větší rozdíly v okruhu osob, které jsou pojištěním zabezpečeny. Např. v SRN je uveden nejširší výčet, v jiných evropských zemích se pak úprava vztahuje na stanovené skupiny osob (např. zaměstnanci, nezaměstnaní, důchodci atd.), tak je tomu ve Francii, Řecku apod.

V ČR je osobní rozsah vymezen obecně a zabezpečeni jsou tedy všechny zde trvale žijící osoby. Konkrétně je osobní rozsah upraven v § 2 zákona o VZP, který uvádí, že zdravotně pojištěny jsou:

a) osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR,

b) osoby, které na území ČR nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR, (dále jen "pojištěnci").

Ve svém odstavci 2 uvádí osoby, které jsou ze zdravotního pojištění vyňaty:

- *osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR a jsou činny v ČR* pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit, nebo pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území ČR, a osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině a neplatí pojistné (§ 8 odst. 4).

V ČR je VZP vybudováno na principu obligatornosti. Každý pojištěnec je plátcem pojistného, pokud v zákonem taxativně stanovených případech nemá tuto povinnost stát (§ 7 zákona o VZP). Zákon zde "chrání" sociálně slabší skupiny obyvatel, a to např. nezaopatřené děti, poživatelé důchodu z důchodového pojištění, ženy na mateřské a rodičovské dovolené apod. V určitých případech (pracovní poměr²⁹) je pojistné rozděleno mezi zaměstnavatele (2/3) a zaměstnance (1/3), pokud zákon nestanoví jinak.

Z § 17 zákona o VZP vyplývá pro pojišťovnu, u které je pojištěnec pojištěn, povinnost uhradit příslušnému zdravotnickému zařízení v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem o VZP náklady zdravotní péče pojištěnci poskytnuté. To vše na základě smlouvy uzavřené mezi příslušnou zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení

²⁸ Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 4. vydání, str. 139 a násl.

²⁹ Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, § 30 a násl.

zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Zdravotnické zařízení může tuto smlouvu uzavřít jen ohledně té péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Na první pohled se jedná o dvoustranný právní úkon, ale právní vztahy z této smlouvy vznikající jsou již trojstranné, protože třetím subjektem do tohoto vztahu vstupujícím je pojištěnec.

V předchozím oddílu byly zmíněny právní vztahy. K tomu nutno uvést, o jaké vztahy se jedná a jak vznikají:

- 1) **na základě zákona** (ex lege) – jde o právní události, např. narození či smrt pojištěnce,
- 2) **na základě smlouvy** (ex contractu) – např. v § 11 zákona o VZP je zaručena svoboda výběru zdravotní pojišťovny. Tato smlouva zakládá dvoustranný právní vztah (pojišťovna x pojištěnec) a plynou z něj vzájemná práva a povinnosti.

Výše bylo řečeno, že zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvu se zdravotnickým zařízením. Při tom se řídí příslušnou rámcovou smlouvou (§ 17 odst. 3 zákona o VZP), kterou s účinností od 1. ledna 2007 vydalo Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.

Rámcové smlouvy – jsou uvedeny v příloze uvedené vyhlášky. Je jich devět a to v závislosti na poskytované péči, jsou vydány pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost, ambulantní specializovanou péči, ambulantní péči zubních lékařů atd. (viz § 1 uvedené vyhlášky).

Rámcové smlouvy stanoví podmínky pro uzavření smluv mezi uvedenými subjekty, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z VZP (článek 1 přílohy č. 1 uvedené vyhlášky).

Příslušná zdravotní pojišťovna je povinna poskytnout úhradu za provedené zdravotní výkony. To je možné realizovat dvěma způsoby. První možností je provést úhradu podle seznamu výkonů s bodovými hodnotami (seznam vydává Ministerstvo zdravotnictví po dohodovacím řízení v podobě vyhlášky). Druhou možností představují paušální částky za poskytnuté služby.

Obojí, tedy hodnotu bodu a výši úhrad hrazené zdravotní péče, dohodnou příslušné subjekty v dohodovacím řízení. Dohodovací řízení je upraveno v § 17 odst. 6 zákona o VZP a jeho svolavatelem je Ministerstvo zdravotnictví. Je zde upraven také

postup pro případ, kdy uzavřená dohoda odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, nebo není-li takový rozpor mezi účastníky odstraněn. V takové situaci pak stanoví hodnotu bodu a výši úhrad hrazené péče včetně regulačních omezení pro příslušný kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

Ze zdravotního pojištění se hradí při poskytování ambulantní zdravotní péče léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky ze skupin léčivých látek uvedených v příloze č. 2, pokud pro ně Státní ústav pro kontrolu léčiv rozhodl o výši úhrady (§ 15 odst. 5 zákona o VZP). Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů³⁰ vložil do zákona o VZP novou část šestou, která upravuje regulaci cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely. Přitom o výši úhrad, jakož i o maximálních cenách hromadně vyráběných léčivých přípravků a potravin pro zvláštní účely, o nichž je podle zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, stanoven tento způsob regulace cen, rozhoduje Státní ústav pro kontrolu léčiv (§ 39a zákona o VZP)³¹.

Vznikne-li pochybnost zda jde o hrazený či nehrazený výkon zdravotní péče, je pro úhradu nezbytný souhlas revizního lékaře příslušné zdravotní pojišťovny.

5.4. Vznik a zánik veřejného zdravotního pojištění

Vznik, změna a zánik právních vztahů sociálního zabezpečení jsou závislé na existenci, resp. trvání právních skutečností. Mimořádný význam přitom mají především právní skutečnosti, které jsou v právu sociálního zabezpečení označovány jako sociální události.³² Beze zbytku to platí i pro oblast VZP.

Vznik a zánik veřejného zdravotního pojištění upravuje zákon o VZP v § 3.

5.4.1. Vznik veřejného zdravotního pojištění

Podle § 3 odst. 1 zákona o VZP vzniká veřejného zdravotního pojištění dnem:

- a) narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území ČR,*
- b) kdy se osoba bez trvalého pobytu na území ČR stala zaměstnancem [§ 5 písm. a)],*
- c) získání trvalého pobytu na území ČR.*

³⁰ Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.

³¹ Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 4. vydání, str. 142.

³² Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 2. vydání, str. 99.

5.4.2. Zánik veřejného zdravotního pojištění

Podle § 3 odst. 2 zákona o VZP zaniká veřejného zdravotního pojištění dnem:

- a) úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého,
- b) kdy osoba bez trvalého pobytu na území ČR přestala být zaměstnancem [§ 5 písm. a)],
- c) ukončení trvalého pobytu na území ČR.

5.5. Pojistné na veřejné zdravotní pojištění ³³

Pramenem této oblasti je zákon o PVZP a také zákon o VZP. Již bylo vyloženo, že účelem VZP je vytvořit fond, do kterého přispívají povinné osoby. Z tohoto fondu dochází ke krytí potřeb zdravotní péče, kterou by si vzhledem k její nákladnosti nemohl každý dovolit. To vše v souladu se základními principy VZP.

V tomto oddílu se zaměřím na pojistné (pojem, výše atd.) a plátce pojistného.

5.5.1. Plátcí pojistného

Plátcí pojistného jsou subjekty, o kterých to stanoví zákon o VZP. Tyto subjekty mají povinnost platit pojistné na VZP. Pojištěnec je plátcem pojistného vždy, není-li tato povinnost přenesena zákonem na stát. V pracovním poměru je pojistné rozděleno mezi zaměstnance a zaměstnavatele.

Zákon o VZP v § 4 označuje za plátce pojistného tři subjekty a to:

- a) pojištěnce uvedené v § 5,**
- b) zaměstnavatele,**
- c) stát.**

1) Zaměstnanci

Zaměstnanec jakožto pojištěnec je plátcem pojistného z důvodu pracovního poměru. Za zaměstnance považuje zákon o VZP (§ 5 písm. a)) fyzickou osobu, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků podle zvláštního právního předpisu³⁴, s výjimkami v tomto § stanovenými (např. osoby činné na základě dohody o provedení práce).

³³ Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 4. vydání, str. 142 a násl.

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

2) Osoba samostatně výdělečně činná

Osobou samostatně výdělečně činnou jsou podle § 5 písm. b) zákona o VZP považovány např. osoby podnikající v zemědělství, osoby provozující živnost, osoby provozující podnikání podle zvláštních předpisů a další.

3) Další osoby

Tyto osoby jsou uvedeny v § 5 písm. c) zákona o VZP jako osoby, které mají na území ČR trvalý pobyt, avšak není uveden pod předchozími písmeny a není za něj plátcem pojistného stát, pokud uvedené skutečnosti trvají po celý kalendářní měsíc.

4) Osoby bez zdanitelných příjmů

Osoba bez zdanitelných příjmů (dále jen „OBZP“) je definována v § 3b zákona o PVZP jako osoba, která po celý kalendářní měsíc nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a není za ni plátcem pojistného stát. Jsou to např. studenti, kteří studují na školách, které nebyly Ministerstvem školství označeny jako soustavná příprava na budoucí povolání, případně studenti starší 26 let, nezaměstnaní, kteří nejsou v evidenci úřadu práce atd.

5) Zaměstnavatelé

Povinnost zaměstnavatele platit pojistné je stanovena v § 6 zákona o VZP, ten uvádí: „zaměstnavatel je plátcem části pojistného za své zaměstnance s výjimkou zaměstnanců, kteří postupují podle § 8 odst. 4 (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)“.

Zaměstnavatelem se tedy pro účely zdravotního pojištění rozumí právnická nebo fyzická osoba, která je plátcem příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků podle § 6 zákona o daních z příjmů, zaměstnává aspoň jednoho zaměstnance a která má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR.

6) Stát

V zákoně o VZP jsou taxativně vyjmenovány subjekty, za které je prostřednictvím státního rozpočtu plátcem pojistného stát (§ 7 zákona o VZP). Tyto

subjekty jsou z určitých, zákonem stanovených důvodů, povinnosti platit pojistné zproštěni. Uplatňuje se zde princip ingerence státu. Jedná se např. o nezaopatřené děti, poživatele důchodů z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku apod.

V druhém odstavci téhož paragrafu je povinnost platit pojistné rozdělena mezi stát a osoby uvedené v § 7 odst. 1 písm. a) až i), pokud mají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti.

5.5.2. Výše a způsob placení pojistného

Pojistné se odvádí na účet příslušné zdravotní pojišťovny, tou může být VZP ČR nebo některá z tzv. zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven (§ 8 zákona o VZP). Tato finanční částka se zpravidla odvádí za příslušný kalendářní měsíc. Zákon o VZP v otázce výše pojistného, penále a způsobu jejich placení odkazuje v § 9 odst. 1 na zvláštní zákon. Tím je zákon o PVZP. Dále v § 9 odst. 2 upravuje úhradu pojistného za zaměstnance, které hradí z 2/3 zaměstnavatel a z 1/3 zaměstnanec. Nakonec v § 9 odst. 3 umožňuje, aby si zaměstnavatel a zaměstnanec mezi sebou uzavřeli písemnou smlouvu, kterou si vzájemně upraví rozsah placení pojistného. Ostatní úprava je obsažena v zákoně o PVZP.

1) Základní pojmy

Z důvodu větší přehlednosti a snazšího pochopení následujícího výkladu na tomto místě stručně vysvětlím pojmy *vyměřovací základ* a *rozhodné období*.

- **Vyměřovací základ** - úzce souvisí s výší pojistného na VZP. Vyměřovací základ představuje konkrétní částku, ze které se vypočítá výše pojistného. Výše pojistného činí v souladu s § 2 odst. 1 zákona o PVZP 13,5 % z *vyměřovacího základu* za *rozhodné období*. Jeho výši je povinen plátce spočítat sám a zaokrouhluje se na celé stokoruny směrem nahoru.

- **Rozhodné období** - je upraveno v § 4 zákona o PVZP a je jím období, za které se zjišťuje vyměřovací základ. Tím je buď kalendářní měsíc, nebo kalendářní rok, za který se pojistné platí (viz níže).

2) Zaměstnanci

- **Vyměřovací základ**

Jeho úpravu obsahuje § 3 zákona o PVZP. *Vyměřovacím základem* zaměstnance je úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmů³⁵ a nejsou od této daně osvobozeny, a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním. Zúčtovaným příjmem je plnění, které bylo v peněžní nebo nepeněžní formě nebo formou výhody poskytnuto zaměstnavatelem zaměstnanci.

Dále se do vyměřovacího základu např. započítává odměna ve zvláštních případech vyplácená pěstounům podle zákona o státní sociální podpoře, a naopak se do něj nezapočítává např. náhrada škody podle zákoníku práce, odstupné a další (§ 3 odst. 2 zákona o PVZP).

Pojistné za zaměstnance se stanoví z vyměřovacího základu, nejméně však z *minimálního vyměřovacího základu*, tím je, není li stanoveno jinak, minimální mzda³⁶.

Minimální vyměřovací základ zaměstnance se snižuje na poměrnou část odpovídající počtu kalendářních dnů v případech, kdy např. zaměstnání netrvalo po celé rozhodné období. Pokud je vyměřovací základ zaměstnance *nižší než* minimální vyměřovací základ, je zaměstnanec povinen doplatit zdravotní pojišťovně prostřednictvím svého zaměstnavatele pojistné ve výši 13,5 % z rozdílu těchto základů.

Maximálním vyměřovacím základem je částka ve výši *čtyřicetiosminásobku* průměrné mzdy. Je tvořen součtem vyměřovacích základů zjištěných v kalendářním roce, za který se maximální vyměřovací základ zjišťuje. Pokud v kalendářním roce úhrn vyměřovacích základů přesáhne maximální vyměřovací základ, neplatí zaměstnanec ani zaměstnavatel, u něhož ho bylo dosaženo, v tomto kalendářním roce pojistné z částky, která maximální vyměřovací základ přesahuje.

- **Rozhodné období**

Je jím kalendářní měsíc, za který se pojistné platí, pokud zákon nestanoví jinak.

- **Odvod pojistného**

Jen zopakuji, že podle § 9 odst. 2 zákona o VZP hradí pojistné za zaměstnance z 1/3 zaměstnanec sám a z 2/3 zaměstnavatel.

³⁵ Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů.

³⁶ Podle nařízení vlády č. 567/2006 Sb., činí 8 000 Kč.

Zaměstnavatel tedy odvádí část pojistného, které je povinen hradit za své zaměstnance. Současně také odvádí i část pojistného, které je povinen hradit zaměstnanec. Odvod provede srážkou ze mzdy či platu, a to i bez souhlasu zaměstnance. Pojistné se platí za jednotlivé kalendářní měsíce. Je splatné v den, který je zaměstnavatelem určen pro výplatu mezd a platů za příslušný měsíc. Zaměstnavatel je povinen pojistné odvést na účet příslušné zdravotní pojišťovny, provádějící všeobecné zdravotní pojištění u níž je pojištěnec pojištěn. Dojde-li k přechodu práv a povinností, ručí právní nástupce zaměstnavatele za pojistné, které měl platit předchůdce.

3) Osoby samostatně výdělečně činné (dále jen „OSVČ“)

- **Vyměřovací základ**

Vyměřovacím základem OSVČ se § 3a zákona o VZP rozumí od roku 2006 50 % příjmu z podnikání a z jiné SVČ po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení (za rok 2005 45 % a za rok 2004 40 % příjmu z podnikání a z jiné SVČ). Zákon o PVZP stanoví další předpoklady pro určení příjmu ze SVČ, jde-li např. o spolupracující osoby s OSVČ, společníka veřejné obchodní společnosti a komplementáře téže společnosti a jiné.

OSVČ je povinna odvést pojistné z vyměřovacího základu, *nejvýše však z maximálního vyměřovacího základu*. Pokud by vyměřovací základ byl *nižší než minimální vyměřovací základ*, je OSVČ povinna odvést pojistné z *minimálního vyměřovacího základu*, pokud zákon nestanoví jinak.

Minimální vyměřovací základ tvoří dvanáctinásobek 50 % průměrné mzdy a **maximální vyměřovací základ** částka ve výši čtyřicetiosminásobku průměrné mzdy.

Výčet osob, pro které vyměřovací základ neplatí je stejný jako v případě zaměstnanců (§ 3 odst. 8 písm. a) až c)), neplatí také pro osobu, která současně vedle SVČ je zaměstnancem a z tohoto zaměstnání odvádí pojistné, a osobu za kterou je plátcem stát. Toto platí jen za předpokladu, pokud tyto skutečnosti trvají po celé rozhodné období. Vyměřovací základ pak tvoří skutečný příjem těchto osob po odpočtu výdajů vynaložených na dosažení, zajištění a udržení příjmu.

Minimální vyměřovací základ se u OSVČ snižuje na poměrnou část, která odpovídá počtu kalendářních měsíců, v případě že OSVČ:

a) *nevykonávala SVČ po celé rozhodné období,*

b) byla uznána práce neschopnou a měla nárok na nemocenské z nemocenského pojištění, popř. pobírala takové nemocenské

c) se stala osobou, pro kterou neplatí minimální vyměřovací základ za předpokladu, že tyto skutečnosti trvaly po celý kalendářní měsíc.

Vyměřovací základ se za splnění podmínek uvedených v § 3a odst. 5 zákona o PVZP snižuje v případě, kdy OSVČ byla činná v kalendářním roce též jako zaměstnanec.

- **Rozhodné období**

Tím je kalendářní rok, za který se pojistné platí.

- **Odvod pojistného**

Odvod pojistného za OSVČ upravuje § 7 a násl. zákona o PVZP. OSVČ platí pojistné formou záloh na pojistné a doplatku pojistného, pokud zákon nestanoví jinak. Stejně jako zaměstnavatel platí OSVČ zálohy na pojistné na účet příslušné zdravotní pojišťovny za celý kalendářní měsíc. Záloha je splatná od prvního dne kalendářního měsíce, na který se platí, do osmého dne následujícího kalendářního měsíce. Zálohy na pojistné se ale neplatí za kalendářní měsíc (měsíce), v nichž byla OSVČ uznána po celý kalendářní měsíc neschopnou práce, nebo jí byla nařízena karanténa.

Je-li OSVČ současně zaměstnancem, přičemž SVČ nepředstavuje hlavní zdroj jejich příjmů, nemá povinnost platit zálohy na pojistné. Pojistné zaplatí formou doplatku.

Nakonec zbývá dodat, že je-li úhrn záloh na pojistné zaplacených za rozhodné období vyšší než pojistné stanovené podle § 2 odst. 1, jde o přeplatek.

4) Osoby bez zdanitelných příjmů

- **Vyměřovací základ**

Vyměřovacím základem OBZP je minimální mzda. Pojištěnec, u kterého budou výše uvedené skutečnosti trvat jen po část kalendářního měsíce, nebude povinen platit sám za tuto část měsíce pojistné.³⁷

- **Rozhodné období**

U OBZP jím je kalendářní měsíc, za který se pojistné platí.

³⁷ Účelem této úpravy je odstranění situací, ke kterým docházelo například při změně zaměstnání, kdy pojištěnec musel sám za sebe platit pojistné třeba za jeden nebo dva dny od ukončení starého zaměstnání do začátku nového. Docházelo k tomu i tehdy, když těmito dny byly sobota, neděle či svátek.

- **Odvod pojistného**

Odvod pojistného pro OBZP upravují §§ 10 a 11 zákona o PVZP. OBZP má ze zákona uloženu povinnost platit pojistné na účet příslušné zdravotní pojišťovny za celý kalendářní měsíc. Pojistné je splatné od prvního dne kalendářního měsíce, za který se platí, do osmého dne následujícího kalendářního měsíce.

Pokud OBZP pracuje v zahraničí pro zaměstnavatele nemajícího na území ČR sídlo, ani místo podnikání, dává OBZP zákon možnost, aby si s příslušnou zdravotní pojišťovnou dohodla placení pojistného za dobu delší, než měsíční období, ale vždy jen dopředu (na základě žádosti OBZP).

5) Stát

Výše bylo vysvětleno, že stát je plátcem pojistného za osoby, které určuje § 7 odst. 1 zákona o VZP.

- **Vyměřovací základ**

Pro rok 2008 jím je částka 5013 Kč a výše pojistného na jednoho takového pojištěnce činí 677 Kč měsíčně. V současné době se jedná o 5,9 mil. pojištěnců.³⁸

- **Rozhodné období**

Rozhodným obdobím je kalendářní měsíc, za který se pojistné platí.

- **Odvod pojistného**

Za osoby, za které je plátcem pojistného stát, hradí měsíčně pojistné Ministerstvo financí ČR. Úhradu provádí na zvláštní účet zřízený podle § 20 zákona PVZP (viz přerozdělování pojistného), a to v období do 20. dne předcházejícího kalendářního měsíce.

5.6. Společně k pojistnému na veřejné zdravotní pojištění

Následující řádky budou věnovány některým pojmům, které jsem záměrně vynechal v předchozím oddílu. Doufám, že to přispěje k větší přehlednosti.

5.6.1. Odvod pojistného při souběhu příjmů

Zde postačí uvést znění § 13 zákona o PVZP. Ten říká, že „má-li pojištěnec současně více příjmů podle § 3 nebo § 3a, odvádí pojistné ze všech těchto příjmů“.

³⁸ Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 4. vydání, str. 145.

5.6.2. Přeplatek pojistného

§ 14 řeší nárok na jeho vrácení. Promlčecí lhůta nároku na vrácení přeplatku činí pět let od uplynutí kalendářního roku, v němž vznikl. Oprávněným subjektem je přímo plátce nebo jeho právní nástupce, neexistuje-li jiný splatný závazek ze strany příslušné zdravotní pojišťovny. Pokud existuje, použije se přeplatek na jeho úhradu. Příslušná zdravotní pojišťovna je povinna vrátit přeplatek pojistného v subjektivní lhůtě jednoho měsíce. Vrácený přeplatek na pojistném se v následujícím kalendářním měsíci zúčtuje s poukázanými finančními prostředky.

5.6.3. Úhrada dlužného pojistného

Úhrada dlužného pojistného je upravena v § 15 zákona o PVZP. Osoby, které dluží pojistné jsou povinny jej doplatit. Doplatek je splatný na účet příslušné zdravotní pojišťovny. Nedoplatky lze vymáhat až od částky 50 Kč včetně. V případech, kdy má plátce pojistného vůči zdravotní pojišťovně splatný závazek, stanoví zákon závazné pořadí jeho splácení: pokuty / přirážka k pojistnému / nejstarší nedoplatky pojistného / běžné platby pojistného / penále.

5.6.4. Promlčení pojistného

Dlužné pojistné, resp. právo jej předepsat, se promlčuje ve lhůtě pěti let ode dne splatnosti. Pokud byl proveden úkon ke zjištění výše pojistného nebo jeho vyměření, počíná běžet nová promlčecí lhůta ode dne, kdy se o tom plátce pojistného dozvěděl. Jde-li o právo pojistné vymáhat, to je promlčeno ve lhůtě pěti let od právní moci platebního výměru, kterým bylo vyměřeno. Promlčecí doba neběží po dobu řízení u soudu.

5.6.5. Způsob placení pojistného

Pravidlem je, že se pojistné platí v české měně. Zákon o PVZP (§ 17) uvádí dva způsoby placení pojistného. Tím prvním je bezhotovostní převod na účet příslušné zdravotní pojišťovny a tím druhým je naopak hotovostní platba, opět na účet příslušné zdravotní pojišťovny, popř. zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny pověřenému přijímat pojistné. Za den platby se považuje den uvedený v § 17 odst. 2 zákona o PVZP.

5.6.6. Penále

Penále představuje sankční prostředek v případech, kdy pojistné nebylo povinným subjektem řádně a včas splaceno. Legislativně je penále upraveno v části II. Zákona o PVZP, konkrétně v §§ 18 a 19. Nebylo-li pojistné nebo záloha na pojistné

zaplaceno ve stanovené lhůtě anebo bylo-li zaplaceno v nižší částce, než ve které mělo být zaplaceno, je plátce pojistného povinen platit penále ve výši 0,05 % dlužné částky. Penále se platí za každý kalendářní den prodlení. I zdravotní pojišťovna může být povinna platit penále, když přeplatek na pojistném včas nevrátí. Penále se vždy zaokrouhluje na celé koruny směrem nahoru. Penále není možno předepsat, nepřesáhne-li v úhrnu 100 Kč za jeden kalendářní rok. Pro splatnost penále, způsob jeho placení, vymáhání, promlčení a vracení přeplatku na penále, se použije úprava pojistného.

5.6.7. Přerozdělování pojistného

Tento institut je upraven v §§ 20 až 21a zákona o PVZP a jde o poměrně složitý mechanismus. Uvedu jen základní rysy a v konkrétnostech odkazuji na příslušná ustanovení. Přerozdělení podléhá 100% vybraného pojistného. Kritérium přerozdělování je počet všech pojištěnců nikoliv jen státních podle:

1. nákladovosti pojištěnců dle věku a pohlaví 36 nákladových indexů,
2. počtu nákladných pojištěnců ve smyslu zákona – „nákladná péče“ (fond sdílení rizika).

Nákladovost pojištěnců je zohledňována prostřednictvím nákladových indexů. Zavádí se 36 věkových skupin v intervalu pěti let, a to zvláště pro muže a zvláště pro ženy. Zásadní změnou v nastavení mechanismu přerozdělování je zavedení kritéria nákladovosti pojištěnců. Jedná se o způsob přerozdělování, který zohledňuje riziko nákladovosti zdravotní péče u jednotlivých pojištěnců dle věkových skupin a pohlaví.

Nákladná péče je zdravotní péče uhrazená VZP poskytnutá na území ČR, u níž výše úhrady na jednoho pojištěnce překročila v období jednoho kalendářního roku částku odpovídající třicetinásobku průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v systému VZP za posledně účetně uzavřený kalendářní rok.

Přerozdělování se děje prostřednictvím zvláštního účtu zdravotního pojištění. Zvláštní účet zdravotního pojištění spravuje VZP ČR.

Prakticky u každé zdravotní pojišťovny jsou pojištěnci různého věku. To s sebou nese riziko nemalých rozdílů ve výdajích zdravotních pojišťoven, které tyto musejí v souladu se zákonem vynaložit na jejich zdravotní péči. Cílem přerozdělování pojistného je právě tyto rozdíly minimalizovat (zamezit jim). Přerozdělování pojistného

se povinně účastní všechny zdravotní pojišťovny, které mají k tomu účelu zákonem stanoveny konkrétní povinnosti.³⁹

5.6.8. Pravděpodobná výše pojistného

Účelem tohoto institutu upraveného v § 25a zákona o PVZP je, aby příslušná zdravotní pojišťovna mohla stanovit výši pojistného, určit výši částky dlužného pojistného a penále v případě, kdy plátce pojistného na zdravotní pojištění nesdělil údaje potřebné pro stanovení konkrétní výše pojistného a penále.

5.6.9. Pokuty

Zákon o PVZP v § 26 vyjmenovává ustanovení, za jejichž nesplnění nebo porušení může být příslušnou zdravotní pojišťovnou uložena pokuta až do výše 5000 Kč. Jedná se např. o povinnosti spojené s kontrolou placení pojistného. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy se příslušná zdravotní pojišťovna dozvěděla o nesplnění nebo porušení povinnosti, nejpozději však do pěti let ode dne, kdy k nesplnění nebo porušení povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

I podle části osmé zákona o VZP, je možné uložit pokutu a přírážku k pojistnému. Jde o případy nesplnění oznamovací povinnosti, o opětovném nesplnění povinnosti podrobit se preventivní prohlídce atd. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy příslušná zdravotní pojišťovna zjistila porušení (nesplnění) povinnosti, nejdéle však do tří let ode dne, kdy k porušení (nesplnění) povinnosti došlo a je příjmem zdravotní pojišťovny.

Přirážku k pojistnému může vyměřit zdravotní pojišťovna zaměstnavateli, u něhož došlo v uplynulém kalendářním roce k opakovanému výskytu pracovních úrazů, nebo nemocí z povolání ze stejných příčin a v jejichž důsledku došlo i ke zvýšení nákladů na zdravotní péči. Přirážka k pojistnému se platí jednorázově na účet příslušné zdravotní pojišťovny.

5.7. Práva a povinnosti subjektů veřejného zdravotního pojištění

Tento oddíl rozdělím na dva pododdíly. První oddíl se bude týkat práv subjektů podle zákona o PVZP a zákona o VZP. Druhý oddíl se pak bude věnovat povinnostem subjektů podle uvedených zákonů. S ohledem na skutečnost, že některá práva a

³⁹ Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 4. vydání, str. 144. www.vzp.cz.

povinnosti jsem již uvedl v předchozím textu, na tomto místě se zmíním především o základních právech a povinnostech příslušných subjektů.

Základními subjekty jsou pojištěnci, plátcí a příslušné zdravotní pojišťovny.

5.7.1. Práva subjektů veřejného zdravotního pojištění

1) Pojištěnci

Pojištěnec má právo na (§ 12 odst. 1 zákona o VZP):

- **výběr zdravotní pojišťovny**, nestanoví-li zákon jinak. Má také právo na změnu zdravotní pojišťovny jednou za 12 měsíců, ale jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí. Za osobu nezletilou (a osoby nezpůsobilé k právním úkonům) provádí změnu její zákonný zástupce. Výjimka platí u narození dítěte, zde se volba neprovádí a dnem narození se dítě stává pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození. Po přidělení rodného čísla lze provést změnu zdravotní pojišťovny.

Žádosti pojištěnce (zákonného zástupce) je zdravotní pojišťovna povinna provést bez průtahů. Není oprávněna stanovit pojištěnci dobu, po kterou u ní bude pojištěn, nebo vztah pojištěnce ke zdravotní pojišťovně sama ukončit. Naopak zdravotní pojišťovna není oprávněna přijmout pojištěnce v jiných než těchto lhůtách,

- **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. Toto právo může uplatnit jednou za tři měsíce. Odmítnout pojištěnce smí zvolený lékař jen v případě, kdy by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře a ten by z toho důvodu nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pojištěnce, které má ve své péči (dalším důvodem může být např. vzdálenost trvalého či přechodného pobytu též pojištěnce atd.). Zvolený lékař však nesmí odmítnout pojištěnce ze stanoveného spádového území a také jde-li o neodkladnou péči. O každém odmítnutí pojištěnce musí lékař vydat pojištěnci písemné potvrzení,

- **výběr dopravní služby**, která je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně,

- **zdravotní péči bez přímé úhrady**, poskytnuté v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem,

- **léčivé přípravky** a potraviny pro zvláštní lékařské účely bez přímé úhrady, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu s tímto zákonem,

- **účast na kontrole** poskytnuté zdravotní péče hrazené VZP,

- **na vystavení dokladu** o zaplacení regulačního poplatku podle § 16a, doklad je zdravotnické zařízení povinno vydat na žádost pojištěnce. To samé platí v případech § 16 odst. 1 písm. d) a u zaplacení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízením lékárenské péče,

- **uhrazení částky přesahující** limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 16b.

V odstavci druhém téhož § 12 jsou přiznány pojištěnci určitá “obranná“ práva pro případy, kdy má pojištěnec za to, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče a *pojištěnec je oprávněn:*

- **podat návrh** na přezkoumání vedoucímu zdravotnického zařízení nebo jeho zřizovateli,

- **obrátit se na** Českou lékařskou komoru, Českou stomatologickou komoru, Českou lékárnickou komoru, zdravotní pojišťovnu, příslušný orgán státní správy (který provedl registraci zdravotnického zařízení podle zvláštního zákona), došlo-li ze strany příslušných povinných subjektů k porušení povinností při poskytování zdravotní péče, resp. k nedostatkům z hlediska odborného či etického postupu.

V odst. třetím je pak upravena zdravotní péče vojáků v činné službě, kteří jsou s určitými výjimkami pojištěni u Vojenské zdravotní pojišťovny. Základní zdravotní péči jim poskytuje posádkové zařízení zdravotní péče.

2) Zdravotní pojišťovny

Příslušně zdravotní pojišťovny mají zejména právo, aby jim v souladu se zákonem bylo řádně a včas zaplaceno pojistné.

5.7.2. Povinnosti subjektů veřejného zdravotního pojištění

1) Plátcí pojistného

- **Oznamovací povinnost** (§ 10 zákona o VZP)

Oznamovací povinnost se týká všech plátců pojistného. Účelem je, za podmínek stanovených zákonem, oznámit příslušné zdravotní pojišťovně všechny relevantní skutečnosti významné pro splnění pojistné povinnosti.

Zaměstnavatel je povinen nejpozději do osmi dnů od vzniku skutečnosti, která se oznamuje, provést u příslušné zdravotní pojišťovny oznámení o nástupu zaměstnance do zaměstnání a jeho ukončení, změně zdravotní pojišťovny zaměstnancem, sdělil-li mu tuto skutečnost a o skutečnostech rozhodných pro povinnost státu platit za zaměstnance pojistné. O těchto skutečnostech je zaměstnavatel povinen vést evidenci a dokumentaci. Při plnění oznamovací povinnosti sděluje zaměstnavatel jméno, příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo zaměstnance, případně jiné číslo pojištěnce.

Zaměstnanec je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně skutečnosti (viz zaměstnavatel) neprodleně, pokud zjistí, že jeho zaměstnavatel tuto povinnost nesplnil, popř. tyto údaje svému zaměstnavateli nesdělil.

OSVČ je povinna oznámit příslušné zdravotní pojišťovně zahájení a ukončení SVČ nejpozději do osmi dnů ode dne, kdy tuto činnost zahájila nebo ukončila.

Pojištěnec má zákonem stanovenou povinnost oznámit příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do osmi dnů skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit za něj pojistné. Jde-li o osoby zaměstnané, plní tuto povinnost zaměstnavatel, jsou-li mu tyto skutečnosti známy. U osob nezletilých (nezpůsobilých k právním úkonům) tak činí jejich zákonný zástupce.

Dojde-li k narození pojištěnce, je jeho zákonnému zástupci uložena povinnost oznámit příslušné zdravotní pojišťovně, u které je pojištěna matka dítěte, jeho narození, a to do osmi dnů ode dne narození.

Úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého je povinen oznámit Centrálnímu registru pojištěnců do osmi dnů od zápisu do matriky příslušný obecní úřad pověřený vedením matriky.

Zákon stanoví pro tyto subjekty údaje, které jsou předmětem oznamovací povinnosti a dále i povinnost oznamovat změny v těchto skutečnostech ve lhůtě osmi dnů. Jde např. o jméno, příjmení, trvalý pobyt, rodné číslo apod.

2) Zdravotní pojišťovny

Některá práva a povinnosti zdravotní pojišťoven již byly zmíněny (např. povinnost vrátit přeplatek pojistného, penále). Stručně uvedu některé další.

- poskytování informací plátcům pojistného,
- vedení evidence pojištěnců – registr všech pojištěnců vede Ústřední pojišťovna VZP ČR. Registr obsahuje údaje o pojištěncích: např. rodné číslo, jméno, příjmení, adresu pobytu, datum vzniku a zániku pojistného vztahu u příslušné zdravotní pojišťovny apod. Na úhradě nákladů za vedení registru pojištěnců se podílejí další zdravotní pojišťovny, a to podle počtu svých pojištěnců,
 - povinnost zachovávat mlčenlivost – týká se zaměstnanců příslušné zdravotní pojišťovny a vztahuje se na skutečnosti, o kterých se dozvěděli při kontrole plateb pojistného nebo v souvislosti s ní. Z této povinnosti existují výjimky v zákonně taxativně uvedeném,
 - kontrola placení pojistného - pověření zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny jsou oprávněni provádět v souvislosti s výběrem pojistného kontrolu plateb pojistného. Zákon stanoví náležitosti a podmínky kontroly,
 - povinnost uhradit zdravotnickým zařízením, popř. jiným subjektům zdravotní péči, kterou poskytly pojištěncům,
 - povinnost bezplatně vydat svým pojištěncům průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad.

3) Pojištěnci (§ 12 zákona VZP)

- **Oznamovací povinnost** (viz výše)
- **Povinnost platit pojistné.** Ta je uvedena v § 8 zákona o VZP. Pojistné se platí příslušné zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěn.

Pojištěnci vzniká povinnost platit pojistné např. dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání, dnem zahájení samostatné výdělečné činnosti a v dalších případech stanovených zákonem.

Zaměstnavateli vzniká povinnost platit část pojistného za své zaměstnance dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání a zaniká dnem skončení zaměstnání, s výjimkami stanovenými v zákoně. Zákon upravuje den nástupu zaměstnance do zaměstnání a ukončení zaměstnání. Např. u pracovního poměru je dnem nástupu do

zaměstnání den, kdy zaměstnanec nastoupil do práce a dnem ukončení zaměstnání je den skončení pracovního poměru. Obdobným způsobem je v zákoně upraven služební poměr, pracovní vztah členů družstva, výkon funkce soudce, poměr členů zastupitelstev územních samosprávných celků, poslanců a senátorů, členů vlády apod.

Je-li plátcem stát, vzniká mu tato povinnost dnem, kdy se podle § 7 zákona o VZP stává plátcem pojistného. Tato povinnost zaniká dnem, ke kterému stát přestal být plátcem pojistného.

Povinnost platit pojistné se nevztahuje na pojištěnce po dobu, kdy je dlouhodobě (nepřetržitý pobyt delší šesti měsíců) v cizině, za předpokladu, že je v cizině zdravotně pojištěn a učinil o této skutečnosti u příslušné zdravotní pojišťovny písemné prohlášení. Povinnost mu však zanikne až dnem, který pojištěnec v prohlášení uvedl, v žádném případě ne dříve než dnem následujícím po dni, kdy toto prohlášení bylo doručeno příslušné zdravotní pojišťovně.

Mezi další povinnosti patří poskytnout **součinnost při** zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu a 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.

5.8. Zdravotní péče

Zdravotní péče je věcnou dávkou a její rozsah se liší v závislosti na povaze a druhu poskytované zdravotní péče. V § 18 odst. 1 zákona o VZP se uvádí, že „zdravotní péči poskytují ve zdravotnických zařízeních, nebo je-li to nezbytné s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, na jiném místě, kde je nutno péči poskytnout, zdravotničtí pracovníci. Jiní zdravotničtí pracovníci než lékaři poskytují hrazenou péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře“. Ošetřujícím lékařem se rozumí:

- a) praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, u žen ženský lékař, který registruje pojištěnce (registrující lékař),
- b) lékař poskytující pojištěnci specializovanou ambulantní zdravotní péči,

c) lékař poskytující pojištění zdravotní péči v zařízení ústavní péče.

V druhé odstavci se pak zdravotní péče, která je pojištěnci poskytována, dělí na péči *ambulantní* a *ústavní* (včetně péče diagnostické, rehabilitace a péče o chronicky nemocné) a dále pak např. pohotovostní a záchrannou službu, preventivní péči, dispenzární péči atd.

5.8.1. Ambulantní péče

Ambulantní péče zahrnuje péči *primární, specializovanou ambulantní a zvláštní*.

1) Primární zdravotní péče – tu pojištěncům poskytuje jejich registrující lékař, popř. ošetřující lékař. Při převzetí do péče vyplní lékař registrační list. Registrující lékař je povinen zajišťovat zdravotní péči o registrované pojištěnce, v případě praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost je dále povinen zajišťovat pro registrované pojištěnce též návštěvní službu.

2) Specializovaná ambulantní zdravotní péče – o tu se jedná v situacích, kdy to vyžaduje zdravotní stav pojištěnce. Registrující lékař pojištěnci doporučí takové smluvní zdravotnické zařízení, které je schopno specializovanou ambulantní zdravotní péči na náležité úrovni poskytnout.

3) Zvláštní ambulantní péče – i tato péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí je péčí hrazenou. Tato péče se poskytuje jako domácí zdravotní péče, zdravotní péče ve stacionářích, zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb a ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče, za podmínek stanovených zákonem.

Ještě se sem řadí zvláštní ústavní péče, a to péče paliativní lůžková.

Ošetřující lékař je povinen vhodným způsobem poučit nemocného nebo členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných zdravotních výkonech. Jak vyšetřovací, tak léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, popř. pokud lze tento souhlas předpokládat. Jestliže pacient odmítne zdravotní péči, ošetřující lékař si vyžádá revers. Jde-li však o neodkladné provedení výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout i přes nesouhlas rodičů.

V zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, je umožněno převzít nemocného do ústavní péče i bez jeho souhlasu. V takovém případě je zdravotnické zařízení povinno tuto hospitalizaci oznámit soudu do 24 hodin (viz čl. 8 LZPS). Jde např. o převzetí nemocného, který jeví známky duševní choroby nebo intoxikace, ohrožuje sebe nebo své okolí apod.

5.8.2. Ústavní péče

Vyžaduje-li to zdravotní stav pojištěnce, poskytne se mu hrazená péče formou péče ústavní. Ústavní péčí se rozumí *péče v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech*. V těchto zařízeních může být poskytována vedle ústavní péče i péče ambulantní. Do ústavní péče jsou pojištěnci přijímáni zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře. Naopak, pojištěnec musí být přijat do ústavní péče, byl-li by nepřijetím nebo odložením přijetí do ústavní péče ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo jeho zdraví, a jestliže jde o porod (obdobně v případě povinného léčení).

Je-li při přijetí dítěte do zdravotnického zařízení vzhledem k jeho zdravotnímu stavu nutná celodenní přítomnost průvodce, může s ním být průvodce přijat do ústavní péče. Pobyt průvodce hradí zdravotní pojišťovna, u které je pojištěno doprovázené dítě.

Zákon o VZP upravuje možnost propuštění pojištěnce do domácího ošetřování na propustku. V ostatních případech se propustí v případech, jakmile jsou provedena potřebná vyšetření nebo dojde k takovému zlepšení zdravotního stavu, kdy je vhodnější např. ambulantní péče apod. Předčasné propuštění pojištěnce je možné na vlastní písemnou žádost (revers), nejde-li o případy, kdy je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony bez souhlasu nemocného.

Byl-li pojištěnec předčasně propuštěn z ústavní péče pro soustavné hrubé porušování domácího řádu ústavního zdravotnického zařízení, může příslušná zdravotní pojišťovna uložit pojištěnci pokutu.

5.8.3. Poskytování zdravotní péče

Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení. Je nutné rozlišovat, zda se jedná o zdravotnické zařízení, se kterým má příslušná zdravotní pojišťovna uzavřenou smlouvu nebo nikoli. Jde-li o smluvní zdravotnické zařízení, má pojištěnec právo na poskytnutí zdravotní péče bez přímé úhrady, a to v rozsahu a za podmínek stanovených

zákonem. Jinak řečeno, smluvní zdravotnická zařízení nesmějí za poskytnutí zdravotní péče od pojištěnců požadovat přímou platbu (jednalo by se o porušení zákona). Takto poskytnutou zdravotní péči poté zdravotní pojišťovna, v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví (o výši úhrad hrazené péče a regulačních omezení), vyúčtuje zdravotní pojišťovně.

1) Zdravotní péče hrazená veřejným zdravotním pojištěním

Zdravotní péči, která je hrazena z prostředků VZP vyjmenovávají §§ 13, 14, 15 zákona o VZP. Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci *za účelem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav*. Zdravotní péče je hrazena v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem o veřejném zdravotním pojištění.

Hrazená péče zahrnuje např.:

- *léčebnou péči ambulantní a ústavní,*
- *pohotovostní a záchrannou službu,*
- *preventivní péči, dispenzární péči,*
- *nejvíce třikrát za život se hradí zdravotní péče poskytnutá na základě doporučení registrujícího ženského lékaře v souvislosti s mimotělním oplodněním,*
- *stomatologické výrobky v rozsahu a za podmínek uvedených v příloze č. 4 tohoto zákona,*
- *péče poskytovaná v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a další.*

Velmi důležitým je § 16 zákona o VZP, který umožňuje, aby příslušná zdravotní pojišťovna hradila ve *výjimečných* případech zdravotní péči (jinak nehrazenou), je-li její poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zdravotní péče. Nehrozí-li nebezpečí z prodlení, je poskytnutí zdravotní péče vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře.

Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá na území ČR. Ze zdravotního pojištění se pojištěncům uhradí též částka, kterou vynaložili na nutné a neodkladné léčení, jehož potřeba nastala během jejich pobytu v cizině, a to do výše stanovené pro úhradu takové péče na území ČR.

2) Zdravotní péče nehrazená z veřejného zdravotního pojištění

Péči nehrazená z VZP, popř. hrazená jen za určitých podmínek je uvedena příloze 1 zákona o VZP. Jedná se např. o odstranění zubního kamene s tím, že jednou ročně je i tento výkon hrazen.

Nehrazená péče: (§ 15 zákona o VZP)

- *výkony akupunktury,*
- *léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely uvedené v § 15 odst. 5, pokud Ústav rozhodnutím úhradu nepřiznal,*
- *prostředky zdravotnické techniky uvedené v oddílu B přílohy č. 3 tohoto zákona (např. sportovní ortézy),*
- *vyšetření, prohlídky, léčivé přípravky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce,*
- *vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky.*

3) Zdravotní péče z části hrazená z veřejného zdravotního pojištění

Z části hrazená péče představuje spoluúčast pojištěnce. V porovnání s jinými zeměmi je tato spoluúčast v ČR velmi malá. V západním světě (ale nejen tam) je obvyklý podíl pojištěnců ve formě přímé platby. Nejčastěji se jedná o léky, prostředky zdravotnické techniky, lékařské ošetření, pobyt v nemocnici apod. V ČR je spoluúčast uplatněna především u některých léků, lázeňské péče a vybraných prostředků zdravotnické techniky. Existují však i případy, kdy pojištěnec hradí veškeré léčebné úkony jako např. vyšetření způsobilosti k řízení motorového vozidla. Úpravu obsahuje §15 zákona o VZP.

Částečně hrazená péče:

- *s výjimkami ve výši 75 % jejich ceny pro konečného spotřebitele prostředky zdravotnické techniky předepsané za účelem:*

- a) pokračovat v léčebném procesu, nebo*
- b) podpořit stabilizaci zdravotního stavu pojištěnce nebo jej výrazně zlepšit anebo vyloučit jeho zhoršení, nebo*

c) kompenzovat nebo zmírnit následky zdravotní vady včetně náhrady nebo modifikace anatomické struktury nebo fyziologického procesu.

Hradí se vždy prostředek zdravotnické techniky v základním provedení nejméně ekonomicky náročném v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení.

5.8.4. Typy úhrad zdravotní péče ⁴⁰

V celosvětovém pohledu lze rozlišit několik modelů úhrady za ambulantní a nemocniční péči. Může jít o:

- *přímou platbu*
- *úhradu za výkon*
- *úhradu za případ*
- *úhradu dle rozpočtu*
- *kapitace*
- *úhradu za ošetrovací den*
- *mzdu*

Nikde neexistuje ten či onen model v čisté podobě, ale jde o kombinace jednotlivých koncepcí.

1) *přímá platba* – jde o vystavení účtu bez jakékoli cenové regulace (regulační poplatek)

2) *úhrady za výkony* – neboli tzv. fee for service. Úhrada se poskytuje zpětně za poskytnuté služby, je transparentní. Tento model v evropských zemích, ale i v USA a Japonsku převládá. Lékař tedy má zájem na poskytování péče, pacient je častěji ošetřován svým lékařem mj. i z důvodu platby za výkony a celkově zde může existovat zájem poskytnout co nejvíce služeb na úkor jejich kvality a efektivity. Právě to byl problém našeho zdravotnictví na počátku 90. let. Ukazuje se, že platba za výkon je vhodná zejména u akutní, intenzivní péče (nedojde-li ke zneužití), protože tyto výkony lze zpravidla jednoznačně vymežit. Z toho plyne, že nevhodný bude např. u chronicky nemocných.

3) *úhrada za případ* – vnitřně je možno jej dále členit na systém, kde se úhrada provádí za jeden případ péče bez ohledu na léčenou chorobu a na systém, kde se úhrady provádějí právě podle diagnóz. První metoda je jednodušší, ale vede k tendenci zvýšení příjmů pacientů

⁴⁰ Publikace IZPE ČR, str. 58 a násl.

Druhá metoda se v poslední době mnohem více prosazuje. Původ má v USA a cílem je snižovat náklady. Je nazvána jako systém DRG (diagnosis related grouping). Pomocí ní lze objektivně měřit výkony a hrazení služeb, je ovšem náročná na podklady. Je pro ní charakteristický vztah vynaložených nákladů a poskytnutých úhrad (u první metody je tomu naopak). Problémem je, že nemocnice se na tento systém adaptují poměrně pružně, nikoli již zdravotní pojišťovny. Obecně systém vytváří blízké skupiny diagnóz, jejichž náklady byly standardizovány. Zahrnuje tedy náklady jednotlivých výkonů. V modifikované podobě funguje např. v Rakousku.

4) úhrada dle rozpočtu – úhrada nemocnici je stanovena pevnou částkou na dané období a nemůže být překročena. I tento model se rozpadá do dvou systémů. Prvým je tzv. *line item model*, který stanoví rozpočtové částky za jednotlivé skupiny nákladů a jejichž součet dává celkový rozpočet nemocnice. Druhým je model *globálního rozpočtu*, kdy je rozpočet stanoven na celou nemocnici.

5) kapitace (kapitační platby, tzv. *capitation fee*) – úhrada je zde předem stanovena a lékař za ni zajišťuje základní péči o svého pacienta. K jeho základnímu platu mohou být přidány platy za některé specifické výkony. Výše úhrad je někdy závislá na věku pacientů. Ve Velké Británii naopak lékař dostává vedle kapitace platby za péči o nejmladší děti. Kapitační platby jsou vhodné pro úhrady praktickým lékařům. Vede lékaře k regulaci spotřeby péče a prostředků, neprovádění zbytečných výkonů a na druhou stranu podněcuje zájem o preventivní péči. Celkově by tento model měl přispět k vyrovnanosti mezi náklady a výsledky. Ovšem jsou tu i negativní stránky v podobě snížení zájmu o pacienta, výběru pacientů dle “výnosnosti“ apod. Je třeba dodat, že zamezení těchto negativních rysů by nemělo představovat problém.

6) úhrada za ošetřovací den – je velice prostou metodou. Do poloviny 80. let naprosto převládala v úhradách nemocniční péče v zemích se systémem zdravotního pojištění. Sazby mohou být průměrné, za základní služby, které se kombinují se sazbami za speciální výkony.

Problémem je ekonomické riziko spočívající v prodlužujícím se pobytu pacienta v nemocnici, neboť náklady v počátečním období jsou vyšší a postupně klesají, což není poté zachyceno ve stabilních sazbách za den pobytu po celou dobu pobytu. To je výhodné především pro nemocniční zařízení a ad absurdum může nastat situace, kdy nemocnice nebude mít zájem přijímat nové pacienty. V jednotlivých zemích, kde tento

system funguje, jsou nastaveny limity, aby k tomu nedocházelo. Např. ve Francii je stanovena hranice hospitalizace 20 dní a delší pobyt musí být schválen příslušnou pojišťovnou.

7) *mzda* – je typickým nástrojem v případě existence pracovně právního vztahu, kde je lékař zaměstnancem. V ČR je většina ambulantních lékařů v zaměstnaneckém poměru, ale zdravotní sestry jsou zaměstnány u lékařů.

V ČR se až do roku 1997 používal výlučně systém úhrady zdravotní péče na základě bodového hodnocení zdravotních výkonů. Zákon o VZP tento systém ponechal a navíc umožnil úhradu podle paušálů za poskytované služby. Paušální platba představuje platbu za počet registrovaných pojištěnců (kapitační platby) v ambulantní péči a agregovaná platba za lůžko/den nebo platba za diagnózu (DRG).⁴¹

Závěrem možno shrnout, že každý systém má své klady a zápory. Žádný systém se nikde neuplatňuje v čisté podobě a vždy dochází k určitému prolínání jednotlivých modelů. Tím lze dle mého názoru nejlépe minimalizovat rizika jednotlivých modelů.

5.9. Institucionální zajištění veřejného zdravotního pojištění⁴²

Institucemi působícími v oblasti VZP jsou zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna je finanční instituce zřízená za účelem provádění VZP. Do její činnosti patří zajišťování financování poskytnuté zdravotní péče pro všechny její pojištěnce.

Zdravotní pojišťovny mají vlastní i svěřený majetek, s kterým hospodaří. Jsou limitovány skutečností, že nesmějí zřizovat a provozovat nemocniční zařízení a stejně tak nesmí využívat prostředků VZP k podnikatelským účelům. Zdravotní pojišťovny mají kontrolní systém, kterým kontrolují využívání zdravotní péče. To je zabezpečeno pomocí informačního systému a vnitřního kontrolního systému, ten zajišťují revizní lékaři zdravotní pojišťovny. Kontrolou činnosti všech zdravotních pojišťoven je pověřeno Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Za účelem odstranění nedostatků může být požadováno zjednání nápravy nebo zavedena nucená správa (max. na 1 rok).

Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. To se děje prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými pro tento

⁴¹ Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 4. vydání, str. 120.

⁴² Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 4. vydání, str. 145 a násl.

účel uzavřela pojišťovna smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Zdravotnická zařízení mohou být jak státní tak i nestátní. Tato zdravotnická zařízení tvoří síť smluvních zdravotnických zařízení zdravotní pojišťovny.

Zdravotní péče může být tedy poskytována státními i nestátními zdravotnickými zařízeními. Tuto péči ale mohou poskytovat pouze zdravotničtí pracovníci.⁴³

5.9.1. Druhy zdravotních pojišťoven

V ČR uskutečňuje veřejné zdravotní pojištění VZP ČR nebo některá tzv. zaměstnanecká pojišťovna. Tyto tzv. zaměstnanecké pojišťovny jsou zákonem určeny především pro zaměstnance všech organizací založených nebo zřízených jedním ministerstvem (resortní), pro zaměstnance jednoho oboru (oborová) a pro zaměstnance jednoho nebo více podniků (podniková). Ještě existuje zaměstnanecká pojišťovna s meziresortní a mezioborovou působností. Zaměstnanecké pojišťovny nejsou určeny jen pro určité osoby, jak plyne z jejich názvu, ale každá fyzická osoba může být u této pojišťovny pojištěna a zaměstnanecká pojišťovna jí nesmí odmítnout.

U obou druhů pojišťoven se jedná o právnické osoby, které v právních vztazích vystupují vlastním jménem, mohou nabývat práv a povinností a nesou odpovědnost vyplývající z těchto vztahů. Rozdíl je ve způsobu zřízení pojišťovny. VZP ČR je zřízena přímo zákonem, ale zaměstnanecké pojišťovny potřebují ke své činnosti příslušné povolení, které uděluje Ministerstvo zdravotnictví. Žádost podává právnická osoba se sídlem na území ČR (po složení kauce 50 mil. Kč).

1) Všeobecná zdravotní pojišťovna⁴⁴

Sídlem VZP ČR je Praha. Organizační struktura VZP ČR je tvořena Ústředím, krajskými pobočkami, územními pracovišti a úřadovkami. Organizaci a postavení organizačních složek podrobně upravuje organizační řád VZP ČR. Krajské pobočky a územní pracoviště jsou organizačními složkami a nemají právní subjektivitu. V čele VZP ČR stojí ředitel, kterého jmenuje a odvolává správní rada VZP ČR (na čtyři roky). Ředitel VZP ČR je statutárním orgánem VZP ČR a jedná jejím jménem.

⁴³ **Zákon č. 95/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, dále **zákon č. 96/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

⁴⁴ www.vzp.cz, **zákon č. 551/1991 Sb.**, o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Organizační strukturu tvoří *Správní rada* a *Dozorčí rada*. Členství v těchto orgánech je vzájemně neslučitelné. Funkční období člena orgánu činí čtyři roky a funkci může vykonávat nejvýše ve dvou po sobě následujících funkčních obdobích. Člen orgánu nevykonává svou funkci v pracovněprávním vztahu k VZP ČR a má nárok na náhradu výdajů spojených s výkonem funkce a za výkon funkce mu lze poskytnout odměnu ve výši stanovené ve zdravotně pojistném plánu. Jeho návrh, účetní uzávěrky a návrh výroční zprávy VZP ČR projednává na společném zasedání Správní a Dozorčí rada. O schválení rozhoduje pouze Dozorčí rada.

V samosprávných orgánech zdravotních pojišťoven jsou zastoupeni pojištěnci, zaměstnavatelé pojištěnců a stát. Prostřednictvím orgánů je zajišťována účast těchto zástupců na řízení pojišťovny. Do každého orgánu VZP ČR jsou na stejné funkční období voleni nebo jmenováni nejméně tři náhradníci.⁴⁵

Členem orgánu VZP ČR anebo jeho náhradníkem může být pouze bezúhonný občan ČR s trvalým pobytem na území ČR, který dosáhl věku nejméně 25 let a je plně způsobilý k právním úkonům.

1) Správní rada

Správní radu tvoří 10 členů jmenovaných vládou a 20 členů volených Poslaneckou sněmovnou Parlamentu (dále jen „PSP“) podle principu poměrného zastoupení politických stran v Poslanecké sněmovně. Členy Správní rady jmenované vládou jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra zdravotnictví. Členy Správní rady volené Poslaneckou sněmovnou volí a odvolává PSP. Ze svého středu volí Správní rada předsedu a místopředsedu Správní rady. Ti pak svolávají a řídí jednání Správní rady.

Do působnosti Správní rady patří např. schválení organizačního řádu VZP ČR, schválení návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy, schválení objemu úhrad zdravotnickým zařízením jmenování a odvolání ředitele VZP ČR atd. Správní rada je usnášeníschopná, je-li přítomna nadpoloviční většina všech jejích členů. Správní rada rozhoduje hlasováním a k přijetí rozhodnutí Správní rady je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů Správní rady, popř. nadpoloviční většiny přítomných členů.

⁴⁵ Tröster Petr a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, 4. vydání, str. 149.

2) Dozorčí rada

Dozorčí radu tvoří 3 členové jmenovaní vládou na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví, dále 10 členů volených a odvolávaných Poslaneckou sněmovnou. Při jmenování se postupuje podle principu poměrného zastoupení politických stran v Poslanecké sněmovně.

Také Dozorčí rada rozhoduje hlasováním. K přijetí rozhodnutí Dozorčí rady je zapotřebí souhlasu nadpoloviční většiny všech členů Dozorčí rady. Dozorčí rada dohlíží na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů a její celkové hospodaření.

2) Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny⁴⁶

Zaměstnanecké pojišťovny působí na území ČR na základě zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách. Každá takováto pojišťovna musí být zapsána do obchodního rejstříku. I ona hospodaří s vlastním majetkem a vykonává právo hospodaření s majetkem jí svěřeným.

Ke své činnosti potřebuje povolení, o jehož vydání rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. Náležitosti žádosti a povolení stanoví zákon. Organizační struktura je obdobná organizační struktuře VZP ČR, proto stručně uvedu jen nejdůležitější rozdíly.

1) Správní rada

Je tvořena 5 členy jmenovanými vládou a 10 členy volenými zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny. 5 těchto členů je voleno z kandidátů reprezentativními organizacemi zaměstnavatelů a 5 členů je voleno z kandidátů předložených reprezentativními odborovými organizacemi. Členy Správní rady jmenované vládou jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra zdravotnictví

2) Dozorčí rada

Dozorčí rada se skládá z 3 členů, které na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví jmenuje a odvolává vláda, dále z 6 členů volených zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny. 3 z nich jsou voleni z kandidátů předložených reprezentativními organizacemi zaměstnavatelů a 3 z kandidátů předložených reprezentativními odborovými organizacemi.

Dnem zániku zaměstnanecké pojišťovny je den výmazu z obchodního rejstříku.

⁴⁶ Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Výmazu musí předcházet zrušení s likvidací nebo bez likvidace. Dochází-li ke zrušení bez likvidace, může se jednat o sloučení s VZP ČR nebo splynutí (sloučení) s jinou zaměstnaneckou pojišťovnou. O zrušení s likvidací se jedná v případě, že jí bylo Ministerstvem zdravotnictví odejmuto povolení k činnosti. Pojišťovna o to může také sama požádat.

5.10. Veřejné zdravotní pojištění a Evropská unie ⁴⁷

Česká republika se 1. května 2004 stala členským státem Evropské unie. Členství s sebou přináší i změnu v zajištění našich nároků na zdravotní péči při pohybu v rámci zemí Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru (Norsko, Island a Lichtenštejnsko) a Švýcarska (dále jen „členský stát“).

Poskytování zdravotní péče v rámci Evropské unie je upraveno nařízením Rady EHS 1408/71 o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství a prováděcím nařízením 574/72 EHS (dále jen „nařízení“). Tato nařízení jsou přímo platná ve všech státech EU a mají přednost před zákonem.⁴⁸

Členství v Evropské unii (dále jen „EU“) přináší v oblasti zdravotní péče zcela nové prvky. Jde zejména o získání nároku na zdravotní péči v jiných členských státech a dále je také zásadním způsobem ovlivněna samotná příslušnost k českému zákonnému systému zdravotního pojištění. V EU jako celku totiž platí pravidlo, že každý je pojištěn v zákonném systému pouze jednoho členského státu. To je důležité především pro ty, kteří se pohybují v rámci své pracovní kariéry mezi jednotlivými členskými státy. Pro tyto osoby mají stěžejní význam pravidla o příslušnosti k právním předpisům, jež stanoví, v které zemi mají být pojištěni. Z toho pak vyplývá povinnost osob platit pojistné pouze v tomto členském státě a pouze právní předpisy tohoto členského státu poté určují, jaká práva a povinnosti mají v rámci pojišťovacího systému konkrétního členského státu.

⁴⁷ www.vzp.cz, www.cmu.cz

⁴⁸ S některými státy také Česká republika uzavřela mezistátní Smlouvu o sociálním zabezpečení (např. s tzv. exotickými státy). V těchto státech mají občané ČR nárok na nutnou a neodkladnou zdravotní péči ze svého českého pojištění.

V členských státech EU mají čeští občané nárok na zdravotní péči na účet své zdravotní (české) pojišťovny, a to za stejných podmínek jako místní pojištěnci. To mimo jiné znamená, že i oni budou muset zaplatit „stejnou“ spoluúčast jako místní pojištěnci, že musí čerpat zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních financovaných z veřejných zdrojů (jinak budou muset zpravidla zaplatit celou péči). Pro uplatnění nároku je nezbytné prokázat se Evropským průkazem (EHIC - European Health Insurance Card) zdravotního pojištění, případně potvrzením, které jej dočasně nahrazuje (tyto doklady vydává příslušná zdravotní pojišťovna). Náklady na zdravotní péči jsou nejdříve uhrazeny nositelem zdravotního pojištění (zdravotní pojišťovnou) v místě ošetření a tyto náklady přeúčtuje své zdravotní pojišťovně. Platil-li pojištěnec za ošetření v hotovosti, má po návratu do ČR nárok na vrácení vynaložených nákladů, a to až do výše tarifu platných pro pojištěnce v členském státě, kde byla péče poskytnuta. To se netýká nákladů na spoluúčast.

Platí to samozřejmě i opačně. V případě, že pojištěnec některého členského státu potřebuje během pobytu na území ČR nezbytnou zdravotní péči, musí být ošetřen za stejných podmínek jako český pojištěnec (viz nařízení).

5.10.1. Čeští pojištěnci pobývající v jiném členském státě na přechodnou dobu

Tato kategorie zahrnuje turisty, vyslané pracovníky, studenty apod. Tyto osoby mají v jiném členském státě nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči za stejných podmínek jako místní pojištěnci. To zejména znamená, že místní systém zdravotního pojištění za ně zaplatí ošetření do té výše, jakou by zaplatil za svého pojištěnce. Ve většině členských států je běžná existence příplatků za péči a je potřeba počítat s možností placení části účtů v hotovosti. Případný převoz zpět na území ČR není kryt a pojištěnec jej musí platit sám. V některých státech bude nutné zaplatit při ambulantním ošetření celý účet a s tímto účtem zajít na tamní zdravotní pojišťovnu (např. Francie).

Vhodným doplňkem proto může být komerční pojištění, prostřednictvím kterého jsou kryty i náklady na spoluúčast nebo převoz zpět do ČR, za podmínek ve smluvním pojištění stanovených.

5.10.2. Důchodci a jejich rodinní příslušníci

Tyto osoby, bydlící v jiných členských státech EU mají na základě nařízení

nárok na plnou zdravotní péči v zemi bydliště na účet české zdravotní pojišťovny za podmínky, že nepobírají důchod také v zemi bydliště

Jde-li o důchodce, který má v úmyslu se sám (nebo spolu se svými nezaopatřenými rodinnými příslušníky) přestěhovat na území jiného členského státu, musí svou zdravotní pojišťovnu požádat o vystavení příslušného formuláře.⁴⁹ Stejný formulář obdrží i nezaopatření rodinní příslušníci, kteří se s výše uvedenou osobou do jiného členského státu stěhují. Stěhuje-li se také rodinný příslušník, který do té doby hradil pojistné jako samoplátce, bude jej muset hradit dál i ze země nového bydliště.

Na území členského státu, kde příslušná osoby hodlá bydlet, předloží potvrzený formulář instituci, která je uvedena na poslední straně formuláře. Tato instituce osobu zaregistruje jako důchodce z jiného členského státu.

Zdravotní péče v členském státu bydliště bude poskytována za stejných podmínek jako místním důchodcům. Důchodce nadále zůstane pojištěn v ČR, kde za něj bude státem placeno pojistné. Česká zdravotní pojišťovna, u níž byl důchodce pojištěn, bude instituci v novém místě bydliště, která jej registrovala, hradit jednou ročně náklady na jeho zdravotní péči.

Při návštěvě ČR, zde bude mít důchodce po dobu pobytu nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči. K tomu bude potřebovat "EHIC" který mu vydá instituce, která jej v členském státě bydliště zaregistrovala.

5.10.3. Pracovníci a osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ)

Pracovníci, vykonávající výdělečnou činnost pouze v ČR, jsou zdravotně i nemocensky pojištěni v ČR bez ohledu na to, zda mají bydliště v jiném členském státě. Výdělečnou činností v ČR se rozumí zaměstnání nebo samostatná výdělečná činnost.

Po dobu, po kterou jsou v ČR pojištěni z titulu výkonu výdělečné činnosti, nemusí oni, ani jejich nezaopatření rodinní příslušníci hradit pojistné do systému zdravotního pojištění členského státu, kde bydlí.

Na základě nařízení získávají nárok na plnou zdravotní péči v ČR i v členském státě, kde bydlí. To se týká i jejich nezaopatřených rodinných příslušníků.⁵⁰ Zdravotní

⁴⁹ Formulář E 121 – Potvrzení pro registraci důchodců a aktualizaci seznamů.

⁵⁰ Kdo je nezaopatřeným rodinným příslušníkem pracovníka určuje pojišťovna v místě bydliště v souladu s místními právními předpisy. V ČR § 11 zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

péče v členském státě bydliště je pracovníkovi i jeho nezaopatřeným rodinným příslušníkům poskytována zdravotní pojišťovnou v místě bydliště. Této pojišťovně hradí vynaložené náklady česká zdravotní pojišťovna pracovníka.

Pokud osoba pracuje a je pojištěna v ČR, přičemž bydlí v jiném členském státě, opět se musí obrátit na příslušnou zdravotní pojišťovnu a požádat ji o vystavení formuláře ve dvou vyhotoveních. Ten v době co nejkratší doručí zahraniční zdravotní pojišťovně v místě svého bydliště a ta jej na základě formuláře zaregistruje spolu s jejími nezaopatřenými rodinnými příslušníky jako české pojištěnce.

Po dobu registrace nemusí osoba v členském státě bydliště přispívat do systémů sociálního pojištění a bude zde mít spolu se svými nezaopatřenými rodinnými příslušníky nárok na plnou zdravotní péči na účet jejich zdravotní pojišťovny. O jakékoli změně (např. rodinný příslušník v členském státě pobytu začal pracovat) je nutné bez odkladu uvědomit českou zdravotní pojišťovnu.

V případě, že má osoba v členském státě bydliště nezaopatřené rodinné příslušníky, kteří byli registrováni spolu s ní, je nezbytné o této skutečnosti předložit své české zdravotní pojišťovně doklady o jejich situaci z hlediska placení pojistného. Doložení těchto dokladů je důležité pro to, aby za ně mohl být plátcem pojistného český stát (např. doklady o studiu u dětí nad 15 let, o tom, že je manžel/ka na mateřské nebo rodičovské dovolené, o tom, že koná vojenskou službu atd.

Nebudou-li tyto doklady předloženy, bude nezaopatřený rodinný příslušník považován za osobu bez zdanitelných příjmů a bude muset české zdravotní pojišťovně hradit pojistné jako samoplátce.

5.10.4. Žadatelé o vyžádanou péči (vycestování za péčí)

V tomto případě se jedná o české pojištěnce, kteří z jakéhokoliv důvodu chtějí vycestovat do jiného členského státu za účelem čerpání konkrétní zdravotní péče (např. v ČR se neprovádí). K tomu mají z hlediska úhrady nákladů léčení dvě možnosti.

1) požádat svou (českou) zdravotní pojišťovnu o souhlas s čerpáním zdravotní péče v členském státě

K udělení souhlasu k zdravotní péči, v ČR z VZP nehrazenou, neexistuje právní nárok. Tak tomu je i u péče hrazené z VZP, lze-li jí bez zbytečného odkladu poskytnout

v ČR, avšak není-li možno tuto péči poskytnout v ČR bezodkladně, pak k udělení souhlasu existuje právní nárok.

Pojišťovna musí při rozhodování vzít v úvahu současný i minulý zdravotní stav pojištěnce stejně tak jako očekávaný vývoj nemoci, bolestivost a možnost návratu do pracovního procesu. Byl-li souhlas udělen, získává pojištěnec, ohledně členského státu kam za péči cestuje, nárok na stejné zacházení jaké mají místní pojištěnci.

Žádost o souhlas se podává u zdravotní pojišťovny žadatele prostřednictvím ošetřujícího zdravotnického zařízení. Rozhodnutí musí být oznámeno do 30 dnů od podání žádosti a musí být učiněno písemně s odůvodněním a poučením o odvolání. Po neúspěšném odvolání se může žadatel obrátit na soud.

2) vycestovat do zahraničí za účelem čerpání zdravotní péče bez souhlasu své zdravotní pojišťovny

V takovém případě si náklady na poskytnutou zdravotní péči ve státě ošetření hradí pojištěnec sám. Jde-li o mimonemocniční zdravotní péči, má pojištěnec za splnění stanovených podmínek po návratu do ČR nárok na refundaci vynaložených nákladů.

5.10.5. Přeshraniční pracovníci (pendleři)⁵¹

Přeshraniční pracovníci, kteří vykonávají výdělečnou činnost pouze v jiném členském státě a bydlí v ČR, jsou zdravotně i nemocensky pojištěni ve státě, kde pracují. Po dobu, po kterou jsou v jiném členském státě pojištěni z titulu výkonu výdělečné činnosti, nemusí oni ani jejich nezaopatření rodinní příslušníci hradit pojistné do českého systému zdravotního pojištění.

Na základě nařízení mají nárok na plnou zdravotní péči v ČR i v zemi, kde pracují. Jejich nezaopatření rodinní příslušníci, kteří bydlí v ČR, mají nárok na plnou péči v ČR. V členském státě kde pendler pracuje, mají nárok pouze na lékařsky nezbytnou zdravotní péči.

Zdravotní péče v ČR je pracovníkovi i jeho nezaopatřeným rodinným příslušníkům poskytována českou zdravotní pojišťovnou, u níž je pracovník

⁵¹ Pracovník, který je pojištěn v jiném členském státě, kde je zaměstnán, nebo kde podniká, přičemž nadále bydlí v České republice, kam se každodenně, nebo nejméně jednou týdně vrací (platí to i opačně).

zaregistrován a jí také hradí vynaložené náklady zahraniční zdravotní pojišťovna pendlera.

Za nezaopatřeného rodinného příslušníka pendlera je považována jeho manželka (manžel) bez vlastních příjmů z výdělečné činnosti, která nepobírá důchod, dávky v nezaměstnanosti ani peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění. Dále se za něj považuje nezaopatřené dítě dle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

Pokud manželka (manžel) nebo osoba pečující o dítě, vykonává v ČR výdělečnou činnost, zůstane i dítě pojištěno v ČR a pokud byl nezaopatřený rodinný příslušník v ČR samoplátcem, nemusí pojistné v ČR platit.

K tomu, aby byl pendler zaregistrován, musí dodržet následující postup. Musí se obrátit na svou zahraniční pojišťovnu a požádat ji o vystavení dvou vyhotovení formuláře. Ten poté doručí české zdravotní pojišťovně, u níž byl dosud pojištěn. Na základě toho pak nebude povinen hradit pojistné v ČR. Česká zdravotní pojišťovna mu na základě formuláře vystaví Potvrzení o registraci. Toto Potvrzení bude vystaveno na dobu uvedenou na formuláři. Potvrzení zároveň představuje nárok na stejnou zdravotní péči v ČR, jako má český pojištěnec. Pokud má pendler v ČR nezaopatřené rodinné příslušníky (viz výše), může předložit české zdravotní pojišťovně spolu s formulářem i oddací list, nebo rodný list dítěte a na základě těchto dokumentů budou zaregistrováni spolu s ním, bude jim vydáno samostatné Potvrzení o registraci. Tím získají v ČR nárok na stejnou péči jako český pojištěnec.

5.10.6. Rodinní příslušníci bydlící v jiném členském státě než pracovník

Za předpokladu, že se pracující osoba, jejíž nezaopatření rodinní příslušníci bydlí v jiném členském státě, obrátí na svou českou zdravotní pojišťovnu se žádostí o vydání formuláře a tento vyplní (viz výše), budou nezaopatření rodinní příslušníci pracovníka ve státě svého bydliště zaregistrováni. Získají tedy nárok na veškerou zdravotní péči jako místní pojištěnci, ale náklady na tuto péči ponese česká zdravotní pojišťovna.

6. SYSTÉM ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ VE VYBRANÝCH STÁTECH ⁵²

V tomto oddílu popíši systém zdravotního pojištění ve vybraných státech. Nejdříve se ale zaměřím na základní demografické, ekonomické a jiné ukazatele zdravotních systémů v Evropě. To doufám přispěje k přehlednějšímu a ucelenějšímu výkladu.

Ve všech vyspělých státech rok od roku roste výše peněžních prostředků vynakládaných na zdravotní péči. Tyto výdaje rostou rychleji než samotný ekonomický růst, což může do budoucna znamenat problémy v poskytování zdravotní péče. Právě objem peněžních prostředků vložených do zdravotnictví z velké části předurčuje kvalitu a účinnost zdravotní péče. Nesmíme však zapomenout ani na správnou koncepci zdravotní politiky jako celku. Bude-li celý systém nesprávně nastaven, dojde k plýtvání a neefektivnímu využívání vynaložených peněžních prostředků a v konečné fázi se to opět projeví v nedostatečné zdravotní péči a v problémech s tím spojených.

6.1. Jednotlivé ukazatele

1) Lidský věk

Dnes se lidský věk ve všech členských státech EU prodlužuje. Faktorů, které se na tom podílejí je více. V první řadě to je vysoká kvalita zdravotnictví. K tomu přistupují další faktory jako např. výchova směřující k zodpovědnosti za své zdraví a mohutný rozvoj vědy a techniky, která umožňuje provádět různé lidské činnosti takovým způsobem, jež jsou mnohem šetrnější k lidskému zdraví a životnímu prostředí vůbec. To vše má pozitivní vliv na prodlužující se lidský věk.

Na délku lidského života má významný vliv i životní styl, proto se mezi státy, kde se lidé dožívají nejdelšího věku, objevují zejména státy s nejmenším počtem kuřáků, s nejmenší spotřebou alkoholu, s nejmenším počtem obézních lidí apod., ale např. i jihoevropské státy, což je přičítáno tamějšímu způsobu života (např. siesta). Do určité míry má na délku lidského života vliv i příjem. S vyšším příjmem si lidé mohou dovolit pořídit takové služby a statky, které mají pozitivní vliv na lidský věk.

⁵² Gola, P.: Zdravotnictví ve světě, Zdravotnictví a právo, č. 5/2006, str. 12-16.

Nejvyššího věku se lidé dožívají ve Švýcarsku, Švédsku, Rakousku, Francii, Norsku, Německu, Itálii, Norsku apod. Průměrný věk se zde pohybuje okolo 80 let. Naopak nejnižšího věku se lidé dožívají v Rusku, Moldavsku, Bělorusku, Ukrajině, Turecku, Rumunsku, Lotyšsku, Estonsku atd., a to v průměru o 10 – 14 let méně.

2) Výše zdravotního pojištění

Dalším významným ukazatelem je výše zdravotního pojištění. Pokud vezmeme v potaz principy, na kterém je založeno a vybíráno, můžeme říci, že se ve své podstatě jedná o “daň“. Zdravotní pojištění je neoddělitelně spojeno s principem solidarity.

Zdravotní péče v EU je víceméně kvalitní a dostupná. V členských státech EU je zdravotní péče poskytována zdarma na základě „veřejného zdravotního pojištění“. Z celosvětového pohledu můžeme říci, že ne ve všech vyspělých státech tomu tak je. V EU tvoří základ financování zdravotnictví především prostředky členských států. Stát od státu se liší míra spoluúčasti občanů. V ČR, na rozdíl od jiných členských států EU, se na zdravotní péči téměř nic nedoplácí. Hlavním zdrojem finančních prostředků je zdravotní pojištění a v porovnání s členskými státy EU je zde z celkového pohledu zdravotní péče na velmi vysoké úrovni. V EU je zcela běžná spoluúčast např. při stomatologickém ošetření, pobytu v nemocnici, převozu sanitkou atd., přičemž tato spoluúčast není zanedbatelná.

Nejvyšší sazby zdravotního pojištění jsou v Belgii, Dánsku, Estonsku, Lotyšsku, Portugalsku a Velké Británii, ale v těchto státech je do této sazby zahrnuto i sociální pojištění. Podíváme-li se na státy, kde je sazba tvořena jen zdravotním pojištěním, tak vyšší sazby jsou v ČR, Francii, Německu a Švédsku. Nižší sazby jsou např. v Řecku, Litvě a Itálii, kde je naopak vyšší sociální pojištění.

3) Počet lékařů

Výše bylo uvedeno, že úroveň zdravotnictví v ČR je na vysoké úrovni, o čemž svědčí např. počet lékařů, sester a nemocničních lůžek. V ČR připadá na nemocniční jedno lůžko 156 lidí, ve Velké Británii je to už 245 lidí a v USA dokonce 289. Podobně si ČR vede i v počtu lékáren a prováděných operací. Na velmi vysoké úrovni je v ČR systém preventivních prohlídek. K plné objektivitě je třeba dodat, že české zdravotnictví trpí plýtváním (např. velké množství nevyužitých léků), i to byl jeden z důvodů pro zavedení regulačních poplatků.

Počet obyvatel na 1 lékaře: nejméně příznivá situace v tomto ohledu je např. v Nigeru (40000 obyvatel) a v Číně 3400 obyvatel. V Evropě je situace o poznání příznivější, např. v Irsku 633 obyvatel, ve Švýcarsku 510 obyvatel, v Dánsku 360 obyvatel, v ČR 270 obyvatel a nejlépe si v této statistice vede Itálie s 211 obyvateli na 1 lékaře.

4) Cena pobytu v nemocnici

V některých členských státech EU je pobyt v (státní) nemocnici zdarma. Mezi tyto státy patří např. Dánsko, Řecko, Španělsko a jiné. V ostatních státech je pobyt zpoplatněn, ale nejedná se o velké částky vzhledem ke mzdám (v ČR 60 Kč za den pobytu). Jiná je situace v privátních zdravotnických zařízeních, v kterých je pacientem hrazen celý pobyt. Tomuto účelu slouží soukromé zdravotní pojištění, které má v USA uzavřeno 50 % občanů. V Německu je den pobytu v nemocnici zpoplatněn částkou 10 euro, ve Francii 14 euro, ve Finsku 26 euro a v Irsku je to rozmezí mezi 20 a 55 eury.

5) Počet prvorodiček

V ČR věk prvorodiček postupně rostl z 22,9 let na 26,3 let. Důvodem jsou sociální a ekonomické změny po roce 1989 a tomu korespondující změna životního stylu. To vše se projevuje ve větší angažovanosti žen ve společenském životě a na trhu práce. Především v severských zemích je tento trend patrný. V EU je průměrný nejnižší věk prvorodičky nejnižší v Estonsku (24,6 let) a nejvyšší ve Švédsku (29,7 let).

6.2. Rakousko

Rakousko v současné době reformuje systém financování zdravotnictví. V roce 1997 byl např. přijat zcela nový systém úhrad za lékařskou péči nemocnicím. Bylo upuštěno od plateb za strávené dny v nemocnici a byl zaveden systém úhrad za výkony (bodový systém).

Podobně jako německá Ústava ani rakouská neobsahuje žádná zvláštní ustanovení týkající se sociálních práv. Také v Rakousku existují dva druhy zdravotního pojištění: povinné pojištění (Pflichtversicherung) a soukromé pojištění (Privatversicherung).

6.2.1. Povinné pojištění

Takto je pojištěn každý zaměstnanec. Zákonná úprava je zakotvena v Obecném zákoně o sociálním pojištění⁵³ a upravuje pouze pojištění osob v závislé činnosti, ostatní skupiny pojištěnců mají vlastní zákonnou úpravu. V případě, že osoba nespadá do žádné kategorie, má možnost pojistit se podle ASVG. Povinné pojištění má vztah k zaměstnavateli a jeho sídlu. V každé spolkové zemi je založena zemská nemocenská pojišťovna a ta je poté místně příslušná pro všechny zaměstnance v soukromém sektoru. Zaměstnanec je tedy pojištěn u pojišťovny, která se nachází v sídle zaměstnavatele.

Zemské pojišťovny zajišťují pojištění i pro jiné skupiny osob, např. důchodce, studenty atd. Vedle zemských pojišťoven působí ještě oborové pojišťovny určené pro specifické skupiny zaměstnanců (spolkoví úředníci, zaměstnanci dráhy apod.). Jelikož je každý pojištěn u své oborové nebo zemské pojišťovny, neexistuje mezi pojišťovnami konkurence.

Výše pojistného činí zhruba 7,5 %. Je hrazeno zaměstnavatelem a zaměstnancem přibližně stejným dílem. Tento poměr se odvíjí od oboru, ve kterém zaměstnanec pracuje. Každý pojištěnec má nárok na lékařskou péči, léčebné prostředky, pobyt ve veřejných nemocnicích a péči lékaře v jejich obydlí. Výše spoluúčasti může dosáhnout až 25 % a je opět závislá na oboru práce. Existují však výjimky s ohledem na určité skupiny obyvatel (např. děti). Standardem je spoluúčast u stomatologů a samozřejmě nesmluvních lékařů, přičemž není výjimkou úhrada v plné výši (zubní můstky).

Nemocniční péče je také zatížena spoluúčastí. Prvních 28 dní přispívá pacient zhruba 8 eury denně a jde-li o nezaopatřené rodinné příslušníky, ti hradí pouze 10 % denní sazby. Poplatky jsou dále zavedeny u lázeňské péče a rehabilitace, u léků se doplácí 4,25 eur na jeden předpis.

6.2.2. Soukromé pojištění

Soukromé pojištění je nepovinné a je na uvážení každé osoby, zda se takto pojistí a v jakém rozsahu či nikoli. Na základě soukromého pojištění je možno získat při hospitalizaci vyšší komfort lékařské péče, ale také např. možnost připojistit se na zvýšené náklady spojené se stomatologickou péčí.

⁵³ Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – „ASVG“.

6.3. Nizozemí

Také v Nizozemí proběhla v nedávné době reforma zdravotního pojištění. Do 31. prosince roku 2006 byli nizozemští pojištěnci pro běžnou zdravotní péči ze zákona pojištěni ve veřejném, nebo soukromém pojištění. Veřejný systém zdravotního pojištění byl postaven na poskytování péče smluvními lékaři pojišťoven. Vedle zákonného pojištění existovala ještě možnost soukromého připojištění na péči, která nebyla hrazena z běžného systému. Tato péče byla ale příliš nákladná, vládní regulace byla dosti komplikovaná a neumožňovala dostatečnou konkurenci mezi pojišťovny ani poskytovateli. Proto se přistoupilo k reformě a po 1. lednu 2006 je stav následující.

Do systému zákonného zdravotního pojištění jsou zahrnuti všichni rezidenti a osoby podléhající z titulu výdělečné činnosti nizozemským právním předpisům. Zdravotní pojištění spravují soukromé zdravotní pojišťovny, které potřebují pro svou činnost na trhu zdravotního pojištění licenci a registraci u příslušného úřadu. Zajímavým kritériem je počet pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Je-li u zdravotní pojišťovny pojištěno více než 850 000 pojištěnců, musí působit na celém území Nizozemí. Ostatní pojišťovny mohou působit regionálně.

Možnosti státu zasahovat přímo do nabídky zdravotní péče jsou velmi omezeny. Stát pouze funkčně definoval rozsah péče, kryté pojištěním. Co se týče nasmlouvání péče a podmínek její poskytnutí, ta je v každém případě plně v rukou pojišťoven, resp. pojišťoven a jejich smluvních partnerů.

Stejně jako v ČR zdravotní pojišťovna nesmí odmítnout pojistit žádného pojištěnce a pojištěnec může změnit pojišťovnu jednou ročně. Zdravotní pojišťovny nabízejí různé druhy pojistek. Mohou tak nabízet pojistku, na jejímž základě má pojištěnec nárok na léčení u smluvních poskytovatelů zdravotní péče, nebo pojistku, na jejímž základě si pacient péči zaplatí sám a částka je mu refundována, nebo pojistku, která je kombinací obou výše uvedených způsobů. Pojišťovna též může nabídnout pojištěnci pojistku s tzv. osobním příplatkem. V takovém případě se pojištěnec zavazuje hradit do sjednané výše péči sám (lze až do 500 eur) a od pojišťovny za to získává slevu na pojistném.

Zdravotním pojištěním je kryta akutní péče a běžná zdravotní péče. Nastane-li dlouhodobá hospitalizace, je kryto léčení po dobu jednoho roku, po uplynutí této doby je léčení kryto na základě zvláštního zákona o mimořádných léčebných výlohách.

Na rozdíl od ČR si zdravotní pojišťovny samy určují výši nominálního pojistného pro osoby starší 18 let (výše základního pojistného může tedy být rozdílná u každé pojišťovny). Pojistné za osoby do 18 let hradí stát. Zaměstnanci hradí k nominálnímu pojistnému ještě pojistné, jehož výše je odvozena od výše jejich příjmu. Toto pojistné odvádí zaměstnavatel zvláštnímu úřadu, odkud jdou prostředky do tzv. fondu přerozdělení. Do stejného fondu hradí pojistné i stát za pojištěnce mladší 18 let. Z tohoto fondu jsou prostředky přerozdělovány jednotlivým zdravotním pojišťovnám v zásadě podle skladby jejich pojištěnců z hlediska nákladnosti. Dalším zajímavým prvkem je možnost vrácení části pojistného, a to osobě, která nečerpá zdravotní péči, nebo čerpá péči pouze málo.

Při čerpání zdravotní péče na základě pojistky o nároku u smluvních poskytovatelů bude pojištěnec zpravidla povinen uhradit určitou část nákladů jako spoluúčast. Naopak při zvolení pojistky založené na pokladenském systému (tzn. zaplacení nákladů poskytovateli a poté refundace pojišťovnou) může pojišťovna refundovat do „rozumné výše v podmínkách holandského trhu“ a může tak dojít k plnému pokrytí nákladů.

V systému zdravotního pojištění je pamatováno na osoby s malými příjmy, těm může stát poskytnout příspěvek na zdravotní péči. Zákon upravuje také sankce, např. kdo si nezvolí pojišťovnu, ač je k tomu ze zákona povinen, bude muset doplatit dlužné pojistné ve výši 130%.

V Nizozemí existuje vedle zákonného pojištění možnost soukromého připojištění na péči, na kterou se nevztahuje zákonné pojištění.

Součástí reformy bylo i přijetí zákona o mimořádných léčebných výlohách. Tento zákon upravuje pojištění pro případ chronické, dlouhodobé péče a takto pojištěny jsou osoby, které jsou povinně pojištěné podle zákona o zdravotním pojištění.

Zdravotní pojištění v Nizozemí je vybudováno na soukromoprávním, tržním základě. Stát pouze reguluje rozsah kryté péče z povinného pojištění. Charakteristická je zde konkurence zdravotních pojišťoven (např. na rozdíl od Rakouska).

6.4. Spolková republika Německo (dále jen SRN)

SRN, na rozdíl od ČR, nemá ve svém Základním zákonu (Ústavě) zakotvená

žádná sociální práva, ale dle čl. 20 Ústavy je SRN sociálním státem.⁵⁴ Neexistence takového ustanovení však v žádném případě neznamená, že SRN tuto oblast zanedbává. Z tohoto článku je odvozená zákonná úprava, jejíž základ tvoří Zákon o sociálním zabezpečení (SGB). SGB upravuje celou oblast sociálního zabezpečení včetně zdravotního pojištění. V SRN existují dva druhy pojištění: zákonné a soukromé zdravotní pojištění.⁵⁵ Zákonné a soukromé pojištění v SRN jsem již popsal v kapitole 3 (oddíl 3.4.2.) a na tomto místě uvedu výši pojistného, doplatků apod.

Výše zdravotního pojištění činí v SRN v průměru 13,5 % a na jeho úhradě se stejnou měrou podílí zaměstnavatel i zaměstnanec. Ze zákona jsou pojištěni důchodci, studenti nebo nezaměstnaní a povinnost platit pojistné je v případě těchto osob přenesena na příslušný státní fond. Německé zdravotnictví je financováno z více zdrojů (60 % veřejné pojištění, 7 % soukromé pojištění, veřejné rozpočty 21 % a spoluúčast činí 12 %). Spoluúčast pacientů je zejména u léků, dopravy, stomatologické péče, rehabilitace, hospitalizace a jiné. Podobně jako v Rakousku jsou i v SRN ze spoluúčasti některé osoby vyloučeny (děti a sociálně slabší).

Za užitečný považují limit spoluúčasti, jež činí 2 % výše hrubého ročního příjmu. Kromě tohoto limitu existuje ještě limit určený pro určité skupiny populace. Sem patří především děti, studenti, sociálně slabší a chronicky nemocní.

Doplatky se týkají léků (10 % z ceny, minimálně 5 eur a maximálně 10 eur), zdravotní a stomatologické péče (tzv. ordinační poplatek 10 eur za čtvrtletí), transport (stejně jako u léků), denní poplatek při pobytu v nemocnici (10 eur).

Povinné pojištění pokrývá základní zdravotní péči, v které je zahrnuta prevence, vyšetření, léčba (ambulantní, zubní, léky, prostředky zdravotnické techniky, léčba nemocniční a ošetrovatelská domácí) a převoz pacienta.

Každý pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny za podmínky, že byl před změnou u pojišťovny (kterou hodlá změnit) pojištěn v délce nejméně 18 měsíců.

6.5. USA

V USA je zdravotní péče financována zejména z daňových prostředků, tedy z veřejných, potažmo federálních rozpočtů.

⁵⁴ „Spolková republika Německo je demokratický a právní stát“.

⁵⁵ Zákonné zdravotní pojištění – Gesetzliche Krankenversicherung, soukromé zdravotní pojištění – Private Krankemversicherung.

Jádro systému tvoří zdravotní pojištění Medicare, financované z daňových výnosů fyzických osob, a to zaměstnanců i osob samostatně výdělečně činných (OSVČ). Daňová sazba u OSVČ činí 2,9 % z příjmů po odečtení výdajů na jejich dosažení, zajištění a udržení. Medicare je dostupné pro americké občany a osoby s trvalým pobytem na území USA po dobu alespoň 5 let a vztahuje se na osoby ve věku 65 let a starší a také na osoby s omezenou pracovní schopností. Medicare je rozdělen do čtyř částí: A, B, C a D.

Část A pokrývá hospitalizační pobyty, jsou-li splněna následující kritéria:

- hospitalizace trvá nejméně 3 dny (den příjmu není započítáván),
- pobyt v ošetrovatelském domě musí být zdůvodněn diagnózou během hospitalizačního pobytu nebo hlavním důvodem hospitalizace,
- pokud pacient trpí nějakým lehčím onemocněním vyžadujícím kvalifikovaný sesterský dohled,
- péče realizovaná v ošetrovatelském domě musí být kvalifikovaná.

Maximální délka pobytu finančně krytá v ošetrovatelském zařízení po dobu lehčího onemocnění je 100 dní (prvních 20 dnů hrazeno plně a dalších 80 dní vyžaduje spoluúčast pacienta (v roce 2008 činí spoluúčast 128 USD denně).

Část B zdravotního pojištění je určena k úhradě některých zdravotnických výkonů, např. laboratorních a diagnostických testů (nepokrytých částí A).

Částí C zdravotního pojištění je od roku 1997 účastníkům umožněno podílet se na výkonech Medicare prostřednictvím programů soukromého zdravotního pojištění na místo plánů A a B. Každý účastník soukromého pojištění Medicare má smluvně stanovenou konkrétní částku (splatná měsíčně). Právní úprava vyžaduje finanční krytí zdravotnických výkonů v minimálním rozsahu, jako nabízí plán A nebo B. Jelikož je tento systém založen na smluvním základě, může nastat situace, kdy dojde k plné úhradě např. stomatologických výkonů nepokrytých plány A a B se současnou vyšší spoluúčastí v případě dlouhodobějšího čerpání zdravotnických výkonů.

Část D zdravotního pojištění Medicare se týká předepisování léčiv a je účinná od 1. ledna 2006. Tento plán je schvalován a regulován programem Medicare, ale v praxi je navrhován a spravován soukromými zdravotními pojišťovnami. V plánu jsou uvedeny léky, které jsou finančně kryty, resp. kryty do určité míry, ale mohou zde být i léky nehrazené.

7. REFORMA ZÁKONA O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ

Připravovaná novela zákona o VZP je součástí zdravotnické reformy. Jen pro úplnost dodávám, že dne 19. listopadu 2008 vláda přijala zákon o zdravotních službách, o specifických zdravotních službách a o záchranné službě. Novelu zákona o VZP odložila s tím, že o sporných bodech bude v rámci koalice nadále jednat. Dne 27. listopadu bylo vládou schváleno nové znění § 18 zákona o VZP (viz níže).

Důvodem reformy je současný nepříznivý stav českého zdravotnictví. Koaliční vláda spatřuje hlavní problémy a nedostatky v následujícím: ve zneužívání bezplatné zdravotní péče ze strany některých pacientů, kdy je ročně vydáno zhruba 96 mil. receptů a poukazů a do lékáren se vrací nepoužité léky za 2 mld. Kč (celková hodnota nepoužitých léků je pak až 10 mld.), v nemožnosti volby rozsahu pojistného krytí, v nemožnosti připlatit si na nadstandardní péči, v nedostatečné motivaci zdravotních pojišťoven k hospodárnému chování, v nízké zodpovědnosti managementu a správních rad, v neprůhledném účetnictví, v neefektivnosti a tím i zadluženosti systému.

V další části se budu věnovat pouze novele zákona o VZP, resp. jejímu věcnému záměru. Ten se ocitá před zásadní novelou⁵⁶, která má mj. odstranit nejednoznačnou a rozporuplnou legislativu upravující veřejné zdravotní pojištění.

Jaké jsou tedy cíle připravované reformy?

Nová právní úprava si klade za cíl přesné vymezení základního předmětu VZP a tím je zejména vymezení zdroje veřejného pojištění, okruh pojištěnců včetně jejich práv a povinností, definice nároků pojištěnců, jejich ochrana a zajištění dostupnosti zdravotních služeb, provozování VZP zdravotními pojišťovnami, zejména úprava zdravotních plánů a uzavírání smluv s poskytovateli, hrazení zdravotních služeb z VZP, možnost kombinace veřejných a soukromých zdrojů při poskytování zdravotních služeb, proces odvodu VZP a pojistného včetně sankcí pro neplatiče.

V novelizované úpravě má být zcela jasně a přesně vymezeno, jaká zdravotní péče je hrazena z VZP a dále v jaké lhůtě a kde musí být pojištěnci poskytnuta. Za naplnění tohoto nároku budou odpovědné zdravotní pojišťovny. Novela také umožní

⁵⁶ Současný zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, byl původně přijat jako přechodné řešení.

zdravotním pojišťovnám nabízet i jiné pojistné produkty než standardní rozsah VZP a legalizuje možnost pojištěnce připlatit si na nadstandardní péči, což dnes není možné. Právě v této otázce dochází k nejčastějším a největším sporům.

Další výklad se tedy bude zabývat věcným záměrem zákona o VZP.

7.1. Zásadní změny zákona o veřejném zdravotním pojištění⁵⁷

Při zpracování tohoto oddílu jsem jako podklad použil věcný návrh zákona o VZP, paragrafované znění ještě není k dispozici. Výklad obsahuje zásadní změny oproti dosavadní právní úpravě. Nastíním předpokládanou legislativní úpravu těchto změn a nakonec úpravu zhodnotím vlastním názorem.

Zásadní změny se týkají zejména těchto oblastí:

- *Stanovení jasné definice péče hrazené z VZP, včetně časové a místní dostupnosti,*
- *Zajištění dostupnosti zdravotních služeb,*
- *Zavedení transparentních čekacích seznamů,*
- *Efektivnější vynakládání prostředků z VZP (zdravotní plány),*
- *Ochrana pojištěnců.*
- *Pro pojištěnce možnost připlatit si legálně na „nadstandard“,*
- *Rozlišení odvodů na veřejné zdravotní pojištění a pojistného,*
- *Zpřísnění sankcí pro dlouhodobé neplatiče odvodů.*

7.1.1. Předmět nové právní úpravy

Nový zákon má být členěn na jednotlivé části, logicky a přehledně. V úvodu budou upraveny zdroje VZP a dále pak vymezen okruh pojištěných osob. V samostatné části bude upravena definice nároku pojištěnce a jeho práv a povinností. Následující dvě části se budou věnovat způsobu zajištění nároku pojištěnce, a to jak z pohledu samotného provozování VZP, tak i z hlediska jeho smluvního zajištění. Konečně poslední dvě části se pak budou zabývat povinnostmi smluvních poskytovatelů zdravotních služeb a úpravě centrálního registru pojištěnců.

Samotný předmět úpravy je definován takto: „VZP je systém financovaný z povinně odváděných solidárních finančních prostředků, které jsou spravedlivě

⁵⁷ www.mzcr.cz, věcný záměr zákona o VZP.

přerozdělovány“ (viz princip solidarity). VZP má zaručit pro pojištěnce všeobecně dostupné zdravotní služby⁵⁸, a to:

1) zajištěním bezplatného čerpání zdravotních služeb za podmínek stanovených tímto zákonem, včetně individuálního rozhodnutí pojištěnce o přistoupení ke specifickému zdravotnímu plánu,

2) zajištěním časové a místní dostupnosti zdravotních služeb, a to v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem a prováděcími právními předpisy.

VZP nebude jediným systémem zajištění zdravotní péče (zdravotních služeb) a nadále bude existovat smluvní zdravotní pojištění provozované na základě zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví.

Z úpravy stávajícího zákona o VZP bude nadále zachován princip povinné účasti na VZP pro osoby stanovené zákonem. Právní úprava bude pouze doplněna o některé skupiny. Zůstane také zachován nárok pojištěnce na zajištění hrazených zdravotních služeb z VZP bez ohledu na schopnost konkrétního pojištěnce platit odvody na VZP. Nedojde k jeho zúžení ani rozšíření, ale cílem je tento rozsah zpřesnit.

7.1.2. Stanovení jasné definice péče hrazené z VZP

Nový zákon má podstatně dokonaleji definovat nárok pojištěnce a za tím účelem využívá zdokonalené typologie zdravotních služeb zaváděné zákonem o zdravotních službách. Cílem je zajistit rovnou dostupnost zdravotních služeb hrazených z VZP pro všechny bez rozdílu.

1) Zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění

Věcný záměr uvádí, že z VZP budou hrazeny jen takové zdravotní služby, u kterých existují odůvodněné předpoklady, že jsou účinné, přiměřené zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, kterého má být jejich poskytnutím dosaženo, a které jsou při srovnatelném výsledku poskytnuty ekonomicky nejméně náročným způsobem,

⁵⁸ Jde o nový pojem vycházející ze zákona o zdravotních službách. Zdravotní služba dle tohoto zákona je definována takto: „zdravotní služba ve veřejném zájmu je ta zdravotní služba, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a jiných veřejných rozpočtů. Za činnosti ve veřejném zájmu se považují rovněž výzkumné a vzdělávací činnosti, které souvisejí s poskytováním zdravotních služeb“.

nestanoví-li zákon jinak. Jak již uvedeno, dne 27. listopadu bylo vládou schváleno nové znění, a to:

Zdravotní služby se poskytují jako hrazené služby, pokud:

a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné a jejich poskytnutí je v souladu s účelným vynakládáním zdrojů VZP,

b) jsou v souladu s posledním dosaženým poznáním medicínské vědy a

c) existují důkazy jejich účinnosti vzhledem k účelu poskytování zdravotních služeb podle zákona upravujícího poskytování zdravotních služeb; po dobu nutnou k získání takových důkazů postačují odůvodněné předpoklady jejich účinnosti.

Nejsou ovšem hrazeny takové zdravotní služby splňující uvedené podmínky v případě, že náklady na jejich poskytnutí jsou neúměrně vysoké vzhledem k očekávanému užítku pro pojištěnce.

Pokud jde o výčet nehrazených zdravotních služeb, zůstane i nadále zachován (v příloze zákona). V příloze budou vyjmenovány zdravotní služby, které sice splňují podmínky stanovené obecnou definicí, ale přesto hrazeny nebudou. V odůvodněných případech bude obecná definice konkretizována pozitivním výčtem zdravotních služeb, které budou hrazeny z VZP (např. preventivní zdravotní služby). Pozitivní výčet se bude týkat též úhrady léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků.

Revoluční novinkou je možnost připlatit si tzv. nadstandard. Pojištěnci si budou moci vybrat, resp. se rozhodnout pro zdravotní službu finančně náročnější, přičemž vzniklý rozdíl mezi cenou poskytnuté zdravotní služby (nadstandardní) a cenou zdravotní služby hrazené z VZP (standardní) nebude hrazen z VZP, nestanoví-li zákon jinak.

Nadále zůstane zachováno oprávnění zdravotní pojišťovny schválit úhradu takové léčby, která z VZP hrazena není, jedná-li se o jedinou alternativu péče z hlediska zdravotního stavu pojištěnce. Na schválení úhrady takové léčby nemá pojištěnec právní nárok.

2) Rozsah úhrady zdravotních služeb z VZP

V novém zákoně dojde k rozštěpení rozsahu úhrad zdravotních služeb z VZP na tzv. *standardní a minimální rozsah úhrady*.

- ***standardní rozsah úhrady zdravotních služeb z VZP*** (dále jen „standardní rozsah“).

Standardní rozsah je definován jako nárok každého pojištěnce, který plní všechny povinnosti uložené mu zákonem a který se zároveň dobrovolně nerozhodne jinak.

Standardní rozsah v sobě zahrnuje plnou úhradu zdravotních služeb hrazených z VZP v souladu s obecnou definicí zdravotní služby hrazené z VZP, s výjimkou zdravotních služeb uvedených v příloze zákona (výčet nehrazených zdravotních služeb z VZP). Standardní rozsah dále zahrnuje plnou úhradu zdravotních služeb vyjmenovaných v příloze zákona (preventivní zdravotní služby) a plnou či částečnou úhradu léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků v rozsahu daném přílohou zákona. Povinnost hradit regulační poplatky tím není dotčena a je zachován i nárok na vrácení částky představující překročení ochranného limitu.

V oblasti stanovování cen a úhrad léčivých přípravků bude převzata stávající právní úprava. To mj. znamená, že při stanovení lékových skupin musí být v každé skupině alespoň jeden plně hrazený léčivý přípravek (v příloze zákona). Možnost připlatit si na dražší léčivý přípravek zůstane zachována (poskytovatel je povinen pojištěnce informovat o všech možnostech a umožnit mu nahlédnout do ceníku).

Ke stávajícímu systému úhrad potravin pro zvláštní lékařské účely přistoupí možnost jejich úhrady měsíční paušální částkou, která bude pojištěnci vyplácena předem formou poukazu. Každá diagnóza bude mít nastavený zvláštní limit úhrady, což umožní pojištěnci získat mnohem širší možnost volby konkrétní potraviny podle svých preferencí.

Při poskytování ambulantních zdravotních služeb se z VZP hradí zdravotnické prostředky používané při léčení, stabilizaci zdravotního stavu nebo kompenzaci a zmírnění následku zdravotní vady vyjmenované v Seznamu skupin zdravotnických prostředků (dále jen „Seznam skupin“) uvedeného v příloze zákona. Stejně jako dnes bude v každé skupině zdravotnických prostředků uvedených v příloze zákona hrazen z

VZP vždy jeden zdravotnický prostředek ve výši 75% až 100 % jeho ceny pro konečného spotřebitele dle typu zdravotnického prostředku.

Vyšší transparentnosti se dočká i způsob a odborná kritéria zařazování konkrétních zdravotnických prostředků do skupin a podskupin podle Seznamu skupin. Státní ústav pro kontrolu léčiv bude pravidelně aktualizovat a zveřejňovat zařazení konkrétních zdravotnických prostředků do skupin a podskupin způsobem umožňujícím dálkový přístup.

- **minimální rozsah úhrady zdravotních služeb z VZP** (dále jen „minimální rozsah“).

Minimální rozsah představuje takový rozsah pojištění, který zaručí dostupnost potřebných zdravotních služeb a nárok na něj má vždy každý pojištěnec. Minimální rozsah se použije, neplní-li pojištěnec některé ze svých zákonných povinností (např. neplatí odvody). V žádném případě tím ale není dotčena volba zdravotního plánu provedená pojištěncem. Pojištěnec nadále zůstává registrován např. ve zdravotním plánu se standardním rozsahem úhrady, ale při čerpání zdravotních služeb se u něj uplatní pouze minimální rozsah úhrady. Minimální rozsah se uplatní i v případech, kdy se pojištěnec dobrovolně rozhodne pro zdravotní plán s vyšší spoluúčastí.

Minimální rozsah zajišťuje úhradu neodkladné zdravotní služby ve stejné výši jako standardního rozsah, tedy plně. To samé platí pro zdravotní služby vyjmenované v samostatné příloze zákona a v prováděcím předpisu týkající se minimálního rozsahu. Povinnost hradit regulační poplatky tím není dotčena.

Pro ostatní zdravotní služby nezahrnuté do tohoto výčtu je stanovena limitovaná spoluúčast pojištěnce definovaná v téže samostatné příloze zákona. Je zde také stanovena maximální částka, kterou pojištěnec registrovaný ve zdravotním plánu s vyšší spoluúčastí zaplatí za spoluúčast během jednoho roku. Jakmile dojde k dosažení (překročení) ročního limitu spoluúčasti jsou tyto zdravotní služby po zbytek příslušného roku hrazeny plně. Roční limit spoluúčasti se neuplatní u pojištěnců, na které se z důvodu neplnění svých povinností uplatní minimální rozsah.

3) Hrazení zdravotních služeb u smluvních a nesmluvních poskytovatelů

Nárok pojištěnce na zdravotní služby je věcnou dávkou a zdravotní pojišťovna je povinna zajistit čerpání tohoto nároku zpravidla smlouvou s konkrétními poskytovateli.

Zdravotní služby jsou poskytovány v rámci sítě poskytovatelů a ta je součástí specifických podmínek každého zdravotního plánu (dále jen „smluvní síť zdravotního plánu“).

Ani nová úprava neukládá zdravotní pojišťovně smluvní povinnost vůči všem existujícím poskytovatelům. Novinkou je ale výjimka týkající se poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, s nimiž bude zdravotní pojišťovna povinna smlouvu uzavřít.

V případě neodkladných zdravotních služeb, jejichž poskytnutí nelze vždy zajistit pouze prostřednictvím smluvní sítě příslušného zdravotního plánu, je nárok pojištěnce zajištěn povinností zdravotní pojišťovny hradit poskytnutí neodkladné zdravotní služby i tehdy, je-li poskytnuta poskytovatelem, s kterým zdravotní pojišťovna (před poskytnutím) neuzavřela smlouvu. Takto se postupuje také v situaci, kdy zdravotní pojišťovna není schopna zabezpečit pojištěnci poskytnutí plánované zdravotní služby ve smluvní síti v příslušné lhůtě.

U smluvních poskytovatelů jsou tyto zdravotní služby hrazeny v ceně dohodnuté ve smlouvě, u nesmluvních poskytovatelů v ceně obvyklé v čase a místě poskytnutí zdravotní služby nebo v dohodnuté ceně. Zdravotní pojišťovně nebude nic bránit v tom, aby mohla uhradit jakoukoli zdravotní službu také mimo smluvní síť.

Dojde-li k poskytnutí neplánované ambulantní zdravotní služby v jiném členském státě Evropské unie, které nemusí být zdravotní pojišťovnou předem schváleno, pojištěnec zaplatí poskytovateli cenu poskytnuté zdravotní služby v plné výši. Tuto částku bude pojištěnci uhrazena zdravotní pojišťovnou za příslušnou zdravotní službu v ČR.

Další významnou změnou je oprávnění zdravotních pojišťoven uzavírat smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb také se zahraničními poskytovateli a hradit tyto zdravotní služby z VZP.

7.1.3. Zajištění dostupnosti zdravotních služeb (časové a místní)

Připravovaná úprava ji bude řešit velmi podrobně. Vychází ze základního principu, že zajištění dostupnosti zdravotních služeb je povinností zdravotní pojišťovny. Tuto povinnost zdravotní pojišťovna naplní uzavřením smluv o poskytování zdravotních služeb s poskytovateli zdravotních služeb. Nová úprava bude obsahovat

zmocnění k vydání prováděcího předpisu, kterým budou stanoveny standardy *místní a časové dostupnosti* zdravotních služeb. Dále stanoví maximální délku objednávací doby.

1) Zajištění místní dostupnosti zdravotních služeb hrazených z VZP

Pojmem místní dostupnost se rozumí vzdálenost místa trvalého bydliště nebo pojištěncem prohlášeného místa pobytu (dále jen „místa pobytu“) od místa poskytování zdravotních služeb měřená v dojezdovém čase. Zásadním kritériem tedy je množství času potřebné k přemístění pojištěnce z jeho místa pobytu k poskytovateli, neboli kritérium dojezdnosti. Právě uvedené se ovšem neužije pro případy specializovanější služby, kde je zachován tzv. všeobecný princip. V těchto případech je místní dostupnost záměrně zatlačována do pozadí (typicky transplantace).

2) Zajištění časové dostupnosti zdravotních služeb hrazených z VZP

Pod pojmem časová dostupnost si můžeme představit kombinaci celkového počtu poskytovatelů příslušné zdravotní služby v daném místě, jejich provozní kapacity z hlediska ordinačních hodin, počtu lůžek, počtu personálu, náročnosti případů apod. Krajní (maximální) hodnota časové dostupnosti pak představuje lhůtu, ve které má pojištěnec nárok na poskytnutí příslušné plánované zdravotní služby (dále jen „objednávací doba“).

Pro jednotlivé zdravotní služby pak budou odlišně a v závislosti na jejich druhu, popř. oboru jejího poskytovatele stanoveny *maximální přípustné hodnoty* časové a místní dostupnosti. Konkrétní hodnoty stanoví prováděcí předpis. Tento předpis bude přitom muset mít na zřeteli současný stav sítě poskytovatelů zdravotních služeb a přizpůsobit se měnícím zdravotním potřebám a stále novějším a modernějším technologiím do zdravotnictví vstupujících.

Těmito hodnotami budou limitovány i zdravotní pojišťovny, jelikož jim bude uložena povinnost uzavřít smlouvy s poskytovateli alespoň v takovém rozsahu, aby jimi zajistila nepřekročení maximálních hodnot místní dostupnosti pro všechny pojištěnce zdravotního plánu, kteří mají místo pobytu v oblasti působnosti zdravotního plánu. Pro pojištěnce, kteří do této kategorie nebudou spadat, není pojišťovna povinna zajistit místní dostupnost, ovšem zajistit časovou dostupnost je povinností pojišťovny vždy.

Nezajistí-li zdravotní pojišťovna dostupnost potřebné zdravotní služby pojištěnci

ve smluvní síti v prováděcím předpisu stanoveném limitu, musí zajistit tuto dostupnost mimo smluvní síť. Při nesplnění ani této povinnosti je pojištěnec oprávněn čerpat příslušnou zdravotní službu mimo smluvní síť, a to bez souhlasu zdravotní pojišťovny a zdravotní pojišťovna musí tuto zdravotní službu uhradit. Nastane-li tato situace, jen s tím rozdílem, že pojištěnec využil svého práva čerpat zdravotní službu mimo smluvní síť u poskytovatele v jiném členském státě EU, je zdravotní pojišťovna povinna konkrétní zdravotní službu uhradit v ceně obvyklé v místě poskytnutí zdravotní služby.

Kontrolou, zda nedochází k překročení maximálních hodnot, bude pověřen Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami⁵⁹ (dále jen „Úřad“). V zákoně o zdravotních pojišťovnách pak budou stanoveny příslušné sankce.

Nástroji pro měření a kontrolu uvedených hodnot dostupnosti budou transparentní objednávací seznamy a služba řešení žádostí a stížností, též upravené novým zákonem o VZP.

7.1.4. Zavedení transparentních čekacích (objednací) seznamů

Zavedení transparentních čekacích seznamů je povinností smluvních poskytovatelů vybraných zdravotních služeb. V této souvislosti má pojištěnec právo na přístup k dostupným a aktuálním informacím o délce objednávacích dob u příslušných poskytovatelů (za zpřístupnění těchto informací odpovídá zdravotní pojišťovna).

Každý takovýto poskytovatel, který má uzavřenu smlouvu alespoň s jednou zdravotní pojišťovnou, má uloženu povinnost vést *objednací seznamy* na tyto vybrané zdravotní služby podle zvláštních podmínek stanovených prováděcím předpisem Ministerstva zdravotnictví (tzv. transparentní objednávací seznamy). Povinnost vést objednávací seznam počíná okamžikem, kdy čekací doba na tyto vybrané zdravotní služby dosáhne určité hodnoty stanovené uvedeným prováděcím předpisem. Prováděcím předpisem jsou také stanoveny Seznamy vybraných zdravotních služeb, na které se povinnost vést transparentní objednávací seznam vztahuje. Z toho plyne, že se bude jednat pouze o neakutní plánované zdravotní služby.

Další povinností smluvního poskytovatele vedoucího transparentní objednávací

⁵⁹ Jde o další reformní právní předpis, a to zákon o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami.

seznam je pravidelně informovat všechny zdravotní pojišťovny, se kterými má uzavřenu smlouvu o délce objednáciho seznamu.

Obsahem transparentního objednáciho seznamu jsou i informace o všech pojištěncích, kteří jsou v seznamu objednáni. Při vedení seznamu je proto třeba dodržet příslušný postup, aby bylo zachováno jejich právo na ochranu osobních údajů. Pro pojištěnce je transparentní objednáci seznam významný zejména z toho důvodu, že mu poskytne korektní a objektivní informaci o efektivní dostupnosti poptávané zdravotní služby u daného poskytovatele. Mimo jiné mu také umožňuje v předstihu získat potřebné informace o možných kapacitních problémech se zajištěním efektivní dostupnosti zdravotní služby a v případě těchto kapacitních problémů zajišťuje nekorupční prostředí. S ohledem na skutečnost, že povinnost vést transparentní objednáci seznamy není uložena plošně všem poskytovatelům a na všechny zdravotní služby (viz výše), je tedy možné dosáhnout maximálního efektu při minimálních administrativních nákladech.

7.1.5. Efektivnější vynakládání prostředků z veřejného zdravotního pojištění

Zákon umožní diferenciaci pojistných produktů provozovaných zdravotními pojišťovnami a ty pak budou moci nabízet a provozovat *zdravotní plány řízené péče* i *zdravotní plány s vyšší spoluúčastí* (dále jen „zdravotní plán“). Pojištěnci získají možnost volby mezi více produkty a zdravotní pojišťovny si tak v „boji“ o ně budou navzájem konkurovat a zvyšovat svou efektivitu. Pojištěnec se může registrovat u jakéhokoli zdravotního plánu, vždy však pouze u jednoho.

1) Zdravotní plán

Zdravotním plánem se rozumí produkt, prostřednictvím kterého zdravotní pojišťovna zajišťuje řádné poskytování zákonem stanoveného rozsahu zdravotních služeb, na který má pojištěnec nárok.

Každý zdravotní plán je charakterizován čtyřmi základními znaky:

- I. typ zdravotního plánu,*
- II. bonusy pro pojištěnce,*
- III. oblast působnosti,*
- IV. smluvní síť.*

I. Typ zdravotního plánu

Rozlišují se čtyři typy zdravotních plánů a ty se navzájem liší v následujících dvou základních kritériích:

- a) rozsah úhrady zdravotních služeb z VZP,
- b) způsob zajištění přístupu ke zdravotním službám hrazeným z VZP.

| | <i>Přístup pojištěnce ke zdravotním službám není řízen</i> | <i>Přístup pojištěnce ke zdravotním službám je řízen</i> |
|---------------------------------|--|--|
| <i>Minimální rozsah úhrady</i> | zdravotní plán s vyšší spoluúčastí | zdravotní plán řízené péče s vyšší spoluúčastí |
| <i>Standardní rozsah úhrady</i> | standardní zdravotní plán | zdravotní plán řízené péče |

V závislosti na úhradě rozlišujeme zdravotní plán se *standardním rozsahem úhrady* a *zdravotní plán s vyšší spoluúčastí*. Zdravotní plány s vyšší spoluúčastí jsou zdravotními plány s minimálním rozsahem úhrady. Použití minimálního rozsahu úhrady je přitom možné pouze za podmínek stanovených zákonem.

Standardní zdravotní plán je takový zdravotní plán se standardním rozsahem úhrady zdravotních služeb, ve kterém přístup pojištěnce ke zdravotním službám hrazeným z veřejného zdravotního pojištění není ani nepřímo řízen.

Zdravotní plán řízené péče je zdravotní plán s řízením přístupu pojištěnce ke zdravotním službám. Důvodem pro registraci pojištěnce ke zdravotnímu plánu řízené péče jsou výhody mu nabídnuté, včetně zpětného proplacení části úspor vznikající na základě řízení přístupu ke zdravotním službám na výdajích zdravotní pojišťovny.

Přístup ke zdravotním službám hrazeným z VZP je při dodržení zákonných požadavků na místní a časovou dostupnost zajištěn a ovlivněn následujícími skutečnostmi:

- a) hustotou smluvní sítě a z toho vyplývající možnost pojištěnce výběru poskytovatele,

- b) podílem smluv mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem přenášející finanční riziko na poskytovatele a motivující poskytovatele k omezenému poskytování zdravotních služeb (např. platba rozpočtem na rozdíl od výkonové platby), dále jen „rizikové smlouvy“,
- c) zda mezi zdravotní pojišťovnou a významnou částí poskytovatelů ve smluvní síti existuje úzké propojení ve smyslu majetkovém nebo hlasovacích práv,
- d) zda si zdravotní pojišťovna vyhrazuje možnost předem schválit čerpání vybraných zdravotních služeb (např. oprávnění zdravotní pojišťovny, aby ve zdravotním plánu stanovila seznam zdravotních služeb, které vyžadují posouzení oprávněnosti jejich čerpání před jejich poskytnutím a dále podmínky samotného posouzení. V Seznamu ale nesmí být jiné než akutní a neakutní plánované zdravotní služby.⁶⁰ Bude-li pojištěnec čerpat takovouto službu bez předchozího posouzení oprávněnosti, je na příslušné zdravotní pojišťovně, zda úhradu odmítne či nikoli. Pokud jí odmítne, přechází povinnost její úhrady na pojištěnce, není-li ve smlouvě s poskytovatelem uvedeno jinak.

Zdravotní plán posoudí a vyhodnotí Úřad a poté rozhodne, jde-li o zdravotní plán řízené péče, u kterého mají pojištěnci zvýšená práva za účelem lepší vymahatelnosti svého zákonného nároku. Samotný typ zdravotního plánu *nesmí* být změněn.

II. Bonusy pro pojištěnce

Bonusy představují další nástroj zajišťující efektivní vynakládání prostředků z VZP. Takovýto bonus poskytnutý zdravotní pojišťovnou pojištěncům může mít formu věcného bonusu, ale zdravotní pojišťovna jej může rovněž poskytnout ve formě proplacení předložených účetních dokladů za zdravotní a jiné služby. Bonusem mohou být pouze:

- a) **zdravotní služby nad rámec rozsahu, ve kterém jsou hrazeny z VZP, nebo**
- b) **služby podporující zdraví, které nejsou zdravotními službami.**

Prováděcím právním předpisem se stanoví maximální podíl na základním fondu zdravotního plánu, který je zdravotní pojišťovna oprávněna využít na bonusy.

⁶⁰ Jejich definici obsahuje zákon o zdravotních službách.

Zdravotní pojišťovna je oprávněna vázat poskytnutí bonusu na splnění určitých podmínek, jejichž splnění bude znamenat nárok na bonus. Podmínky musejí být stanoveny na nediskriminačním základě. Bonus nesmí být např. poskytnut při registraci pojištěnce ke zdravotnímu plánu, pokud by stejný bonus nemohli získat ostatní pojištěnci registrovaní u tohoto plánu.

Motivační programy jsou součástí specifických podmínek zdravotního plánu a musí být předem schváleny Úřadem.

III. Oblast působnosti zdravotního plánu

Touto oblastí je území, na kterém zdravotní pojišťovna tento zdravotní plán provozuje. Všechny zdravotní plány musí splňovat požadavky na dostupnost zdravotních služeb v celé své oblasti působnosti. To znamená, že mimo tuto oblast zdravotní pojišťovna nemá povinnost zajišťovat místní dostupnost.

Při nabídce svých zdravotních plánů (náboru nových pojištěnců) je zdravotní pojišťovna povinna podávat pravdivé informace o oblastech působnosti jí provozovaných zdravotních plánů a naopak mimo tyto oblasti působnosti nesmí aktivně nabízet zdravotní plán.

Zákon neukládá zdravotním pojišťovnám povinnost provozovat VZP na celém území ČR. Jedinou výjimku představuje situace, kdy je u všech zdravotních plánů konkrétní zdravotní pojišťovny celkem registrováno více než 500.000 pojištěnců. Tato zdravotní pojišťovna je poté povinna nabízet alespoň jeden zdravotní plán se standardním rozsahem s oblastí působnosti zahrnující celé území České republiky.⁶¹

To také implikuje povinnost zdravotní pojišťovny uvést v žádosti o povolení zdravotního plánu území, na jakém hodlá konkrétní zdravotní plán provozovat. Na rozdíl od platné úpravy dojde k zavedení explicitní povinnosti zdravotní pojišťovny informovat své pojištěnce o lokalizaci smluvní sítě. Platná úprava je omezena jen na síť smluvních zdravotnických zařízení, nejde-li o neodkladnou zdravotní službu. Tato výjimka bude zachována.

Ve stanovení oblasti působnosti⁶² není zdravotní pojišťovna neomezená, a to z důvodu zabránění roztříštěnosti a nepřehlednosti územních jednotek. Cílem je, aby

⁶¹ V Nizozemí činí tato hranice 850 000 pojištěnců.

⁶² Oblast působnosti zdravotní plánu bude vymezena pomocí územních jednotek.

územní jednotky tvořily souvislé území, kde má místo pobytu alespoň 200.000 pojištěnců (zákon připouští některé výjimky).

V oblasti, kde zdravotní plán pojišťovny působí, je zdravotní pojišťovna povinna tuto oblast také smluvně pokrýt. Tím se rozumí uzavření smluv s poskytovateli tak, aby byly splněny požadavky dostupnosti zdravotních služeb pro všechny pojištěnce s místem pobytu v oblasti působnosti zdravotního plánu.

Pokud se jedná o pojištěnce s pobytem mimo oblast působnosti zdravotního plánu, i tomu je zdravotní pojišťovna povinna umožnit registraci k jí provozovanému zdravotnímu plánu. Zdravotní pojišťovna jej při registraci musí informovat o tom, že v místě jeho pobytu nemusí zdravotní plán splňovat maximální hodnoty místní dostupnosti a že je s tím srozuměn.

Zdravotní pojišťovna může přestat provozovat zdravotní plán v situaci, kdy je k rušenému zdravotnímu plánu registrováno méně než 5% pojištěnců s místem pobytu v oblasti působnosti rušeného zdravotního plánu. Těmto pojištěncům je povinna k tomuto zdravotnímu plánu dojednat a nabídnout přechod k jinému zdravotnímu plánu (svému či jiné zdravotní pojišťovny).

IV. Smluvní síť

Prostřednictvím smluvní sítě zdravotního plánu zajišťuje zdravotní pojišťovna pro pojištěnce zdravotní služby (dále jen „smluvní síť“). Smluvní síť je tvořena:

- a) seznamem smluvních poskytovatelů, u kterých zdravotní pojišťovna zajišťuje pojištěncům registrovaným v tomto zdravotním plánu čerpání zdravotních služeb,
- b) rozsahem druhů a forem zdravotních služeb nasmlouvaných u jednotlivých poskytovatelů a
- c) dostupností těchto poskytovatelů ve smyslu místním (geografické umístění) i časovém (ordinační hodiny).

2) Zdravotního plánu řízené péče

Zdravotní pojišťovna je povinna nezávisle posoudit právo pojištěnce (registrovaného u tohoto zdravotního plánu) na nezávislý léčebný plán mimo smluvní síť a toto posouzení uhradit, je-li tento plán hrazený z VZP.

Jinak řečeno, zákon zakotví právo každého pojištěnce registrovaného ve zdravotním plánu řízené péče na poskytnutí hrazené zdravotní služby spočívající v přezkoumání stanoveného léčebného plánu, a to u jakéhokoli poskytovatele zdravotních služeb na území ČR, který je oprávněn stanovit léčebný plán ve stejném oboru a rozsahu jako ošetřující lékař pojištěnce.⁶³

Toto právo se netýká všech pojištěnců, avšak pouze pojištěnců registrovaných ve zdravotním plánu řízené péče. Ostatní pojištěnci mají neomezený přístup do smluvní sítě svého zdravotního plánu.

3) Zdravotní plán s vyšší spoluúčastí

Nově bude moci zdravotní pojišťovna provozovat nejen zdravotní plány se standardním rozsahem úhrady, ale i zdravotní plány s minimálním rozsahem úhrady (dále jen „zdravotní plány s vyšší spoluúčastí“). Zdravotní plány s vyšší spoluúčastí jsou charakteristické tím, že zajišťují pojištěncům *pouze* minimální rozsah úhrady. Pro registraci k tomuto zdravotnímu plánu je nezbytný projev vůle pojištěnce, kterým se dobrovolně rozhoduje pro vyšší spoluúčast na zdravotních službách hrazených z VZP. Na základě toho mu poté budou poskytnuty výhodnější podmínky zdravotního plánu (např. bonus).

Výše spoluúčasti bude stanovena v příloze tohoto zákona jako pevná procentuální spoluúčast na ceně jednotlivých druhů a forem zdravotních služeb hrazených z VZP.

Zdravotní plán s vyšší spoluúčastí je zdravotní pojišťovna oprávněna nabízet, pokud v celé oblasti působnosti zdravotního plánu s vyšší spoluúčastí provozuje současně alespoň jeden zdravotní plán se standardním rozsahem. Právní úprava má takto chránit pojištěnce, aby mu vždy bylo zachováno právo zvolit si zdravotní plán se standardním rozsahem.

⁶³ Tyto pojmy definuje zákon o zdravotnických službách. **Ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem** se rozumí zdravotnický pracovník, který sestavuje, koordinuje a realizuje konkrétní léčebný plán. **Léčebným plánem** se rozumí plán poskytování zdravotních služeb v logické a časové posloupnosti konkrétnímu pacientovi, včetně jejich možných variant a metod. Součástí léčebného plánu je i popis léčebného režimu, kterým se rozumí soubor opatření, která podporují léčbu a minimalizují její možná rizika, včetně doporučení úpravy životního stylu.

Důvodem pro registraci k tomuto zdravotnímu plánu je zejména podíl na úsporách na výdajích zdravotní pojišťovny.

7.1.6. Ochrana pojištěnců

Nová úprava má více chránit pojištěnce před důsledky smluvních vztahů zdravotních pojišťoven s poskytovateli zdravotních služeb, které je naopak motivují k nečinnosti. Tomu má přispět činnost Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Tato ochrana bude zajištěna zejména prostřednictvím zákona o zdravotních pojišťovnách a zákona o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami.

7.1.7. Možnost připlatit si legálně na „nadstandard“

Účelem je zajistit, do této doby neupravenou, možnost legální kombinace veřejných a soukromých zdrojů – v nové úpravě budou stanoveny podmínky, za kterých je možno legálně si připlatit na zdravotní službu, jejíž základní varianta je hrazena z VZP. Cílem je umožnit legální kombinace veřejných a soukromých zdrojů a také významný rozvoj komerčního připojištění na zdravotní služby. To vše povede ke zvýšení objemu soukromých zdrojů financování zdravotnictví.

Zákon tedy nově umožní připlácení na tzv. *nadstandard*. Pojištěnci na základě zákona získají možnost se rozhodnout pro zdravotní službu ekonomicky náročnější, ovšem za předpokladu, že v takovém případě rozdíl mezi cenou poskytnuté zdravotní služby a cenou zdravotní služby hrazené z VZP nebude hrazen z VZP, nestanoví-li zákon jinak.

Nadále zůstane zachováno stávající oprávnění zdravotní pojišťovny schválit úhradu takové léčby, která z VZP hrazena není, bude-li se jednat o jedinou alternativu péče z hlediska zdravotního stavu pojištěnce. V žádném případě tím není dotčena povinnost splnění obecných podmínek pro úhradu dané zdravotní služby z VZP. Na schválení úhrady takové léčby nemá pojištěnec právní nárok.

7.1.8. Rozlišení odvodů na veřejné zdravotní pojištění a pojistného

Tento zákon zavede novou terminologii a striktně odliší odvody na VZP a pojistné: pojistné je částka, která vznikne v procesu přerozdělování. Rozlišení je klíčové pro umožnění cenové konkurence zdravotních pojišťoven. Zároveň dovoluje přesně

oddělit dvě odlišné funkce zdravotních pojišťoven: na jedné straně jsou pověřeny výběrem a vymáháním odvodů na VZP – zde vykonávají přenesené kompetence státní správy, na druhé straně jsou provozovateli VZP, které provozují za pojistné hrazené z veřejných prostředků na regulovaném trhu veřejného zdravotního pojištění.

1) odvody na veřejné zdravotní pojištění

Zdroje VZP pocházejí od **plátců** odvodů, kteří mají ze zákona povinnost platit odvody. Povinnost platit odvody (penále), výše a způsobu placení se v zásadě neliší od současné právní úpravy. V následujícím textu jsou proto popsány především připravované změny.

Skupiny plátců pojistného zůstávají stejné jako dosud a totéž platí pro sazbu odvodů, která činí nadále 13,5% z vyměřovacího základu.

V nové právní úpravě je potvrzen dosavadní přístup sjednocování vyměřovacího základu pro odvody s příslušným základem pro daň z příjmu fyzických osob.

Nově bude zavedeno rozhodné období v délce jednoho kalendářního roku, a to pro účely souběhu různých příjmů. Zákon bude také řešit paralelní a sériové souběhy plátců za jednoho pojištěnce v rámci rozhodného období.

2) výběr a vymáhání odvodů

Tato činnost je svěřena zdravotním pojišťovnám, avšak nová právní úprava připouští možnost jejího budoucího převedení na finanční úřady. Zatímco v platném zákoně o VZP zahrnuje provádění VZP výběr a vymáhání pojistného a zajišťování poskytování zdravotní péče pojištěncům, v nové úpravě jsou tyto dvě činnosti zdravotních pojišťoven odděleny. Výběr a vymáhání pojistného je veřejnoprávní pravomocí svěřenou zdravotní pojišťovně a provozování VZP je poskytováním služby, která zajišťuje dostupnost zdravotních služeb pro pojištěnce v souladu se zákonem.

3) povinnosti plátců

Zaměstnavatel je povinen podávat měsíční hlášení o svých zaměstnancích (pojištěncích). Pokud se jedná o zaměstnavatele zaměstnávajícího více než 10 zaměstnanců, je povinen předávat tato hlášení elektronicky. Podle nové úpravy bude mít stát povinnost platit pojistné za pojištěnce na účet příslušné zdravotní pojišťovny.

4) kontrola plátců odvodů

Kontrolu provádí příslušné zdravotní pojišťovny, ale mohou jej přenést i na třetí osoby.

5) kontrola výběru a vymáhání placení odvodů

Kontrolním orgánem bude Ministerstvo financí.

6) sankce za porušování povinností platit odvody a přírážky k odvodům

I v nové úpravě je zachován institut penále. Novinkou je, v případě neplacení odvodů delšího 3 měsíců, omezení rozsahu úhrady poskytovaných služeb. Náklady na veškeré služby poskytnuté nad toto omezení budou požadovány po dlužníkovi. Bude-li plátcem (dlužníkem) zaměstnavatel, bude dlužná částka požadována po tomto zaměstnavateli, ale nárok pojištěnce (zaměstnance) v tomto případě dotčen není a k omezení rozsahu úhrady tedy u něj nedochází.

Ve stávající úpravě je sankce v celém rozsahu příjmem zdravotní pojišťovny, v nové úpravě to bude jen její část.

7) přerozdělování

Přerozdělování vychází ze stávající úpravy, pouze přibudou některé nové parametry pro přerozdělování.

7.1.9. Zpřísnění sankcí pro dlouhodobé neplatiče odvodů

Dosavadní právní úprava neumožňuje účinně postihovat vyhýbání se povinnosti platit pojistné na VZP.

Zákon přenesse část závazků hradit zdravotní služby na pojištěnce nehradící odvody na VZP, a to tak, že v jejich případě dojde k zúžení rozsahu úhrady zdravotních služeb z VZP. Ohledně sankcí odkazují na předchozí oddíl.

7.2. Zhodnocení věcného záměru

Na tomto místě se vyjádřím, alespoň dle mého názoru, k nejzajímavějším bodům připravovaného zákona.

1) Jedním z hlavních důvodů novely zákona o VZP bylo legislativně zpřesnit nárok (obsah) pojištěnce z VZP. Domnívám se, že tento záměr se nezdařil. Původní definice uvedená ve věcném záměru to dle mne potvrzuje. Definice je plná abstraktních

pojmu a nezbylo než počkat a doufat, že paragrafované znění bude legislativně přesnější. V opačném případě se domnívám, že by došlo k zúžení rozsahu služeb hrazených z VZP v porovnání se současným stavem. Myslím si, že velký problém by v praxi způsobil výklad pojmů jako „odůvodněné předpoklady“, „přiměřené zdravotnímu stavu“, „při srovnatelném výsledku“, „neúměrně vysoké vzhledem k očekávanému užítku pro pojištěnce“. Je nepřijatelné, aby při dnešní kvalitě a možnostech zdravotnictví rozhodovaly výše uvedené faktory o tom, zda se tato péče pojištěnci uhradí nebo nikoli, resp. zda mu bude poskytnuta. Jinými slovy, kvalitní péče by byla dostupná jen pro lidi s „adekvátními příjmy“, a to je velký krok zpět. Navíc, došlo-li by případně ke sporu mezi zdravotní pojišťovnou a pojištěncem, netřeba uvádět, která strana bude mít silnější a tedy výhodnější postavení. Tato definice byla po dílčích jednáních korigována, ale myslím, že ani tato není vhodná, neboť i ona obsahuje vágní pojmy. Nynější zákon je v oblasti vymezení hrazené péče nesporně přesnější a pro pojištěnce tedy příznivější.⁶⁴

Věcný záměr „zachová“ oprávnění zdravotní pojišťovny schválit úhradu léčby nehrazené z VZP, pokud jde o jedinou alternativu péče z hlediska zdravotního stavu pojištěnce. Na schválení úhrady takové léčby nemá pojištěnec právní nárok. Dosavadní právní úprava je opět přesnější.⁶⁵ Výraz „zachová“ je přinejmenším zavádějící. Bude-li zachována stávající tendence zdravotních pojišťoven jako podnikatelských subjektů, která mj. znamená snahu dosáhnout zisku, lze si jen stěží představit situaci, kdy taková pojišťovna úhradu dobrovolně schválí. Toto se týká zdravotních plánů se standardním rozsahem. Ovšem ani u plánu s minimálním rozsahem není situace nijak příznivější.

U zdravotního plánu s minimálním rozsahem je zaručena úhrada neodkladných služeb (definice v zákoně o zdravotních službách)⁶⁶ a dále služby vyjmenované v samostatné příloze zákona. V určitých případech nebude pro pojištěnce (laika) snadné svůj stav takto posoudit.

⁶⁴ § 13 zákona o VZP - ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav.

⁶⁵ § 16 - Příslušná zdravotní pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní péči, jinak zdravotní pojišťovnou nehrazenou, je-li její poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zdravotní péče. S výjimkou případů, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, je poskytnutí zdravotní péče podle předchozího odstavce vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře.

⁶⁶ Jsou takové zdravotní služby, které je nutno poskytnout bezprostředně, neboť v případě jejich neposkytnutí lze důvodně předpokládat smrt nebo vážné zhoršení zdravotního stavu pacienta, popřípadě vážné poškození zdraví, nebo protože se pacient nachází ve stavu nesnesitelného utrpení nebo ve stavu, v kterém bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí.

Výhrady mám také k úpravě tzv. „příplacení si nadstandardu“. Základní výtka se opět vrací k obecné definici nároku pojištěnce z VZP (viz výše) a s tím související problém vymezení standardní a nadstandardní péče. Velmi zajímavá je např. také otázka, zda si pacient příplácející nadstandard bude moci také vybrat lékaře, resp. zda mu bude zajištěn přístup k nejkvalifikovanějšímu lékaři. Pokud ano, ostatní pacienti se budou muset „spokojit“ s lékařem „standardním“. Nelze pominout fakt, že v každé oblasti lidské činnosti existuje omezený okruh nejkvalifikovanějších pracovníků, tím spíše v oblasti zdravotních služeb. Z toho důvodu je třeba zamezit situaci, kdy by osoby příplácející si nadstandard získali např. rychlejší přístup k těmto nejkvalifikovanějším lékařům a naopak osoby, které si tento nadstandard z jakéhokoli důvodu nepříplatí, by na takový zákrok čekali mnohem déle, a to např. i tehdy, je-li jejich zdravotní stav mnohem závažnější (typicky transplantace).

2) Nynějšímu systému jsou vytýkány také dlouhé čekací doby na operační a jiné výkony. Věcný záměr se toto snaží napravit institutem časové a místní dostupnosti. Myslím si, že institut je to zcela jistě správný za předpokladu spravedlivého nastavení a fungování. Bohužel, nejsou žádným tajemstvím korupční praktiky při čekacích dobách. Věcný záměr mj. nedává odpověď na otázku, zda (popř. jak) bude umožněn v rámci čekacího seznamu „rychlejší postup“ např. půjde-li o stejný zákrok, ale rozdílný z hlediska aktuálního stavu pacienta. V institutu čekacích dob spatřuji ovšem i jisté negativum, které je vždy spojeno s činností svázanou lhůtou, avšak v oblasti zdravotních služeb je tento rys mnohem významnější než v jiných oblastech (např. lhůta pro vydání určitého povolení). Vždy tedy může nastat situace, kdy se z jakýchkoli důvodů nepodaří lhůtu dodržet, resp. tato lhůta se bude blížit ke své hranici. Dále, vzhledem ke skutečnosti, že dodržení těchto lhůt bude dozorováno a případné nesplnění sankcionováno, nelze vyloučit případy, kdy bude zdravotní služba poskytnuta především proto, aby se např. předešlo sankci, což může někdy být na úkor kvality takto na poslední chvíli poskytnuté zdravotní služby.

3) Změn doznala také úprava čerpání služeb. Nárok pojištěnce na tyto služby je zdravotní pojišťovna povinna zajistit smlouvou s konkrétními poskytovateli. Zdravotní služby jsou poskytovány v rámci sítě poskytovatelů. Ve věcném záměru není zdravotní

pojišťovně uložena smluvní povinnost vůči všem existujícím poskytovatelům. Výjimkou jsou poskytovatelé zdravotnické záchranné služby. Věcný záměr upravuje podmínky čerpání služeb mimo smluvní síť, a to v případech neodkladných zdravotních služeb a tehdy, kdy zdravotní pojišťovna není schopna zabezpečit pojištěnci poskytnutí plánované zdravotní služby ve smluvní síti v příslušné lhůtě (viz výše).

Již výše jsem uvedl, že nemalým problémem bude pro laika posoudit svůj aktuální stav s ohledem na výraz „neodkladný“. Takové posouzení by měl s jistotou provést až ošetřující lékař, ale z pohledu pojištěnce se nanejvýše bude jednat o neodkladnou zdravotní službu. Názory z praxe se však přiklání ke stanovisku opačnému. To bude v konečné fázi znamenat náklad pro pojištěnce.

U ostatních zdravotních služeb podléhá úhrada zdravotních služeb schválení zdravotní pojišťovny s výjimkou poskytnutí neplánované ambulantní zdravotní služby v jiném členském státě Evropské unie, které nemusí být zdravotní pojišťovnou předem schváleno. Zde je třeba poukázat na nařízení č. 1408/71, na jehož základě má být poskytnuta zdravotní péče všem občanům EU, ve všech členských státech EU, za stejných podmínek. Nařízení má přednost před zákonem, a pokud je s ním v rozporu, aplikuje se nařízení.

4) Věcný záměr obecně zavádí řadu změn oproti dosavadnímu stavu, ty bude možno objektivně posoudit až v souvislosti s předloženým paragrafovaným zněním a samozřejmě také na základě konkrétních výsledků a poznatků z praxe. Určité obavy vyvolává také nový termín „zdravotní služba“ nahrazující pojem „zdravotní péče“, a to vzhledem k čl. 31 LZS hovořícím o bezplatné zdravotní péči. Věcný záměr z mého pohledu obsahuje až příliš mnoho odkazů na prováděcí právní předpisy (viz výše). Myslím si, že právní jistotě by v určitých oblastech svědčila zákonná úprava.

8. ZÁVĚR

V této kapitole se budu věnovat oblasti VZP, resp. se vyjádřím k současným reformním krokům a možnému budoucímu vývoji. Některé zmínky již byly uvedeny v příslušných pasážích této diplomové práce, na které tímto odkazuji.

O tom, že současný systém VZP vykazuje nedostatky, není pochyb. Mezi nejzásadnější problémy lze zařadit zejména finanční nevyrovnanost a neefektivitu celého systému VZP, nedostatečně definovaný nárok pojištěnce, dlouhé čekací doby, náročnou administrativu a jiné. Z těchto důvodů byla „spuštěna“ reforma zdravotnictví, VZP nevyjímaje, s cílem tyto nedostatky a chyby odstranit. Ovšem s koncepcí nynější reformy nesouhlasím. S ohledem na její příliš úsporná opáření, je příznačnější hovořit o ní jako o reformě veřejných financí, která snižuje objem finančních prostředků ve zdravotnictví bez zřetele na kvalitu a kvantitu poskytované zdravotní péče.

Nedá se říci, že nepříznivý stav českého zdravotnictví je způsoben pouze nedostatkem finančních prostředků. V roce 2007 činily výdaje na zdravotnictví přibližně 231 mld. Kč. Tato částka je z 88 % (203 mld. Kč) tvořena veřejnými výdaji a z 12 % (28 mld. Kč) soukromými výdaji. V souhrnu se jedná o 7 % HDP.⁶⁷ Je třeba dodat, že podíl HDP se ale stále snižuje a např. západoevropské země vydávají větší podíl HDP. Do budoucna je nutné podíl HDP v této oblasti postupně ročně zvyšovat až na stabilní hranici zhruba 9 % HDP. O to překvapivější je fakt, že na rok 2008 a 2009 bude „zastropena“ a „zmražena“ výše pojistného pro osoby, za které je plátcem stát (pokles o zhruba 7 mld. ročně). Je možno shrnout, že ve světě neexistuje „ziskový“ model zdravotnictví, ale jde o snahu dosáhnout co nejvyšší efektivity mezi hodnotou vloženou a vydanou. Myslím si, že právě oblast zdravotnictví patří mezi ty, kde se jistá míra ztrátovosti „očekává“ a je „přijatelná“, budou-li mít tyto ztráty pozitivní vliv na zdravotní stav populace.

⁶⁷ Zdroj www.uzis.cz

Prvním uskutečněným krokem bylo zavedení regulačních poplatků. Vláda si od něj slibuje úsporu asi 4 mld. Kč. To je samozřejmě pozitivní výsledek,⁶⁸ nicméně s sebou nese i určitá negativa. Ty je možno spatřovat ve dvou podobách. V prvním případě, zejména u sociálně slabších vrstev, dochází k omezení návštěv lékařů i v případech, kdy by tato péče byla nutná. To do budoucna neznamená nic jiného než zvýšení výdajů na léčbu chorob vzniklých z důvodu („úmyslně“) zanedbané péče. Snížení počtu návštěv může na druhou stranu vytvořit více prostoru a času k léčbě příchozích pacientů, ale nakonec i snížení příjmů lékařů. V druhém případě narůstá administrativní zátěž pro příjemce regulačních poplatků. K plné objektivitě dodávám, že díky těmto opatřením opravdu došlo k úspoře, jelikož méně návštěv u lékaře a méně předepsaných léků současně způsobilo, že zdravotní pojišťovny nemusely proplácet tolik výkonů a léků (nelze pominout ani předzásobení léky na konci roku 2007⁶⁹). S regulačními poplatky je spjat tzv. ochranný limit. S tímto institutem souhlasím, pokud se změní jeho koncepce, tedy bude-li se do něj započítávat více položek, aby sloužil svému účelu. Pak bude zcela jistě přínosem. Bohužel i s ochranným limitem je spojena nová administrativa. Zbývá si položit otázku, zda výše popsané úspory v systému VZP vyváží výdaje na budoucí léčbu, vzniklou zanedbáním vyšetření apod.

Novela zákona o VZP počítá se zavedením tzv. nadstandardní péče (viz výše). S tímto institutem nesouhlasím, resp. souhlasím, pokud se bude týkat pouze tzv. „hotelových“ a dalších obdobných služeb a tento nadstandard bude zpoplatněn přiměřeným způsobem.⁷⁰ Vedle výše uvedených výhrad se domnívám, že při dodržení základních principů VZP není možné vymezit pojmy standardní a nadstandardní péče tak, aby se na jejich základě dostalo kvalitní zdravotní péče všem bez rozdílu. S ohledem na kontinuální a zároveň rychlý vývoj v oblasti zdravotnictví se obávám, že platná právní úprava nebude schopna tento trend dostatečně rychle absorbovat, čímž může opět dojít k neadekvátnímu poskytování zdravotní péče. Velký problém může způsobit následující potencionální (nikoli nereálná) situace. Půjde např. o pacienty A a B s totožnou diagnózou. Pacient A absolvuje standardní péči a pacient B si připlatí

⁶⁸ Ačkoli vzhledem k celkovým výdajům jde o částku „zanedbatelnou“.

⁶⁹ Mnohem objektivnější bude statistika za rok 2008.

⁷⁰ V této souvislosti se objevují informace, že nadstandard bude zahrnovat také příplatek za zkrácení čekací doby, s takovou koncepcí nadstandardu nesouhlasím.

nadstandard. Oba druhy péče budou provedeny při dodržení lege artis a při vyloučení jiných vnějších nepříznivých jevů. Rekonvalescence pacienta B přitom bude rychlejší a šetrnější než u pacienta A. Institutem nadstandardní péče se dle mého názoru otevře cesta k „lepšímu“ zdraví pouze pro občany s „adekvátními příjmy“.

V krátké budoucnosti se také počítá s převodem nemocnic a pojišťoven na akciové společnosti. Aní s těmito kroky nesouhlasím. Myslím si, že takovéto tržní prvky, se všemi případnými riziky do oblasti zdravotnictví nepatří a jsou s nimi spojena spíše negativa než pozitiva. Je nesporné, že takovéto soukromoprávní subjekty se budou v první řadě orientovat na dosažení zisku, a to bohužel na úkor poskytované zdravotní péče. Základním rysem každé hospodářské soutěže je, při zachování právních předpisů, „zničit konkurenci“. Tento rys by ovšem v této oblasti zapříčinil naprosto fatální důsledky, např. v podobě krachujících nemocnic a pojišťoven (podobně jako tomu bylo v ČR v 90. letech). Nesmíme také zapomenout na případná selhání trhu (viz nynější celosvětová krize), která by tento systém mohla nepříjemně zasáhnout, a v souhrnu by se jednalo o dopad zejména na potenciální příjemce zdravotní péče.

Pokud bych měl shrnout, bude třeba zamezit především plýtvání finančními prostředky do zdravotnictví (resp. VZP) vložených, snižovat ztrátovost a docílit co nejvyšší efektivity při nakládání s těmito prostředky. V tom vidím zásadní problém současného systému VZP. Ve společnosti nepanuje shoda, jak dosáhnout efektivního fungování systému zdravotního pojištění. Mnozí se domnívají, že správnou alternativou je mj. privatizace zdravotních pojišťoven (dále jen „pojišťovna“), umožnění legálního nadstandardu apod., čímž dojde k žádoucí úspoře. Tento názor nesdílím.

Znovu opakuji, že stěží lze nalézt ideální model, ale cílem je zajistit odpovídající efektivitu systému jako celku a dosáhnout určitého kompromisu. Vycházím z předpokladu, že z VZP je důvodné hradit veškerou zdravotní péči, která je nutná pro udržení zdraví a života obyvatelstva. Stejně tak je důvodné ponechat možnost soukromého (doplňkového) pojištění a umožnit „nadstandardní“ služby (půjde-li o služby hotelové apod.), přičemž je nezbytné tyto formy upravit legislativně bezchybně. Hrazená péče se již nebude týkat kosmetických a jiných výkonů, jejichž cílem není

zlepšit zdravotní stav atd. (právě tyto výkony by mohly být mj. předmětem soukromého pojištění). Takto široce hrazená zdravotní péče je z mého pohledu účelná, avšak zároveň finančně nákladná. Je tedy třeba zajistit systému VZP odpovídající finanční zdroje. Proto se přikláním k následujícímu modelu VZP.

Ačkoliv jsem si vědom principu plurality pojišťovacích institucí, myslím si, že celý systém by fungoval lépe při existenci jediné veřejné zdravotní pojišťovny. Pluralitní systém pojišťovacích institucí vznikl v ČR po roce 1989 (viz výše) s cílem vytvořit konkurenci v oblasti zdravotního pojištění a zajistit tak pro pojištěnce nejvýhodnější podmínky. V 90. letech se ovšem tato konkurence neukázala jako životaschopná a výsledkem byl krach (likvidace) mnoha pojišťoven. Dnes jsou sice pojišťovny stabilizovány, ale ve spektru jimi nabízených služeb se nevyskytují zásadní rozdíly. Navíc vycházím z teze, že více pojišťoven zároveň znamená vyšší administrativní zátěž, jejímž výsledkem jsou opět rostoucí náklady. Nevyváženost a jistou nerovnost vidím také v příjmech, výdajích a tím i celkové finanční bilanci pojišťoven. **Příjmy pojišťoven**⁷¹ jsou tvořeny především pojistným, které ovlivňuje likviditu pojišťoven. V tomto pohledu je Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR oproti ostatním pojišťovnám „znevýhodněna“, jelikož u VZP ČR je evidováno např. cca 80 % pojištěnců ve věku 60-64 let a pojištěnců ve věku 80-84 let dokonce 90 % a u ostatních pojišťoven je procento těchto pojištěnců nesrovnatelně nižší. Jde tedy o tzv. státní pojištěnce a příjem za jednoho takového pojištěnce je cca 8000 Kč ročně, ale u standardního pojištěnce činí takovýto příjem zhruba pětkrát více a odvíjí se od úrovně mezd a platů. S věkovou strukturou pojištěnců plně souvisí také **výdaje pojišťoven**. Ty budou nejvyšší u VZP ČR vzhledem k výše uvedenému, naopak u ostatních pojišťoven (u nich je struktura pojištěnců tvořena mladšími a tedy „zdravějšími“ lidmi) budou výdaje jistě nižší. Nejsem si jist, zda přerozdělování pojistného tyto rozdíly dostatečně kompenzuje. Zejména z těchto důvodů vidím systém VZP s jedinou veřejnou zdravotní pojišťovnou jako lépe vyhovující.

⁷¹ Příjmy jsou přímo úměrné ekonomickému růstu, s vyšším růstem HDP stoupá celková suma vynaložených prostředků. S tím souvisí i růst mezd a platů, jelikož od nich se odvíjí výše pojistného. Při předpokládaném růstu HDP o 3,5 % ročně a při růstu mezd o 5 % ročně se zvýší vybrané pojistné každý rok o cca 4 % (asi 5 mld. ročně).

Pokud by došlo k vytvoření jediné zdravotní pojišťovny, mělo by dojít k úspoře administrativních a provozních nákladů a také by došlo k uvolnění dosud používaných prostor, které je možno využít jiným (účelným) způsobem. Dojde k mnohem snadnější kontrole hospodaření s těmito prostředky (audity). Výkonem této kontroly by byl pověřen Nejvyšší kontrolní úřad, popř. Ministerstvo financí. Bude také třeba zavést tvrdé sankce za zneužití těchto prostředků.

Dalším nezbytným krokem je zavedení tzv. „stop stavu“ v případě otevírání nových zdravotnických zařízení (ambulantních pracovišť a lékáren), kde je jimi poskytovaná zdravotní péče hrazena v VZP (jako např. ve Švýcarsku).

V ČR existuje velmi hustá síť ambulantních pracovišť znamenající neefektivní a nadměrné vynakládání finančních prostředků. Je tedy třeba vytvořit optimální síť těchto zdravotnických zařízení. Po zavedení „stop stavu“ bude účelné obsazovat uvolněná místa na základě výběrových řízení, což zajistí kvalitní lékařskou péči.

Podobně je tomu i v případě lékáren. Těch je dnes, pokud jde o „standardní“ lékárny, nadbytek. Bohužel tzv. pohotovostních lékáren ubývá. V součtu jde opět o neefektivní fungování. Nutností je zajištění vyvážené sítě lékáren z pohledu celé ČR, zejména ve venkovských oblastech, nikoli růstu počtu lékáren. K tomu přistupují vysoké zisky jejich „provozovatelů“ způsobené neexistencí odpovídající regulace. I v této oblasti se „volná“ konkurence nijak neosvědčila a z hlediska pacientů a celého systému představuje spíše krok zpět než přínos. Mnohem lépe fungující se z mého pohledu jeví organizace neziskových lékáren (provozovaných státem v právní formě obchodních společností) s předem stanovenou regulací a „přiměřenou marží“ odvíjející se od skutečné výrobní ceny léčiv. To vše za rovných podmínek, aby nedošlo k vyloučení možnosti existence lékáren soukromých. Domnívám se, že by došlo k „příznivější“ konkurenci z pohledu příjemců zdravotní péče.

Zavedením těchto prvků do systému VZP dle mého názoru dojde k úspoře nemalých finančních prostředků, z kterých bude možno výše vymezenou zdravotní péči hradit.

Reforma veřejného zdravotního pojištění je tedy nevyhnutelná. Po roce 1989 se objevila řada návrhů, jak tento systém reformovat, ale vždy se nakonec jednalo pouze o dílčí kroky, jejichž výsledkem je právě dnešní stav. Neúspěch všech dosavadních reformních snah spatřuji ve dvou faktorech:

1) Každou reformu, tím spíše v oblasti sociálního zabezpečení, je nutné provádět s ohledem na celou oblast společenských vztahů. Tyto reformy VZP (potažmo oblasti zdravotnictví) je nezbytné koordinovat především s politikou zaměstnanosti, důchodovou, rodinnou ale i s finanční politikou. Uvedená odvětví jsou na sobě závislá a vždy se odvíjí od množství populace, zejména jsou-li tyto oblasti založené na pojistném principu. Jinak řečeno, aby byly tyto oblasti soběstačné a neztrátové, je třeba jim zajistit přísun odpovídajících finančních prostředků od jejich plátců. V první řadě jde o zajištění kvalitní rodinné politiky a zvyšovat porodnost. K tomu se váže nutnost zajistit dostatečný počet adekvátních pracovních míst. Poté se již eliminuje riziko ztrátovosti pojistných systémů (zdravotní a důchodové pojištění). Není tedy možné, jako se tomu děje dnes, zvýšit hranici věku pro odchod do důchodu bez současného zajištění odpovídajících pracovních míst především pro lidi ve věku nad 50 let a stejně tak je potřeba zajistit kvalitní zdravotní péči, aby lidé vůbec mohli být takto déle pracovně aktivní apod.

2) Druhý faktor spatřuji v neschopnosti současné politické reprezentace a její politické kultuře. A to především proto, že se jedná o oblast, která se, jak výše řečeno, týká celé společnosti. Z toho vyplývá, že s jakoukoli reformou, tím spíše s reformou v oblasti VZP, je nutný souhlas napříč celým politickým spektrem, bez ohledu na stranickou příslušnost. Bez takového konsensu nemá jakákoli reforma šanci na úspěch a s příchodem nové vlády se objeví reforma nová. Vzhledem k současnému stavu českého zdravotnictví bude nutné tento konsensus najít, jinak se problémy, jako např. ztrátovost, neefektivita, platy lékařů a jiné, nepodaří s úspěchem vyřešit.

Splnění těchto dvou faktorů považuji za *condicio sine qua non* reformy VZP. Pouze při jejich respektování je možno systém VZP efektivně a úspěšně reformovat, a to z dlouhodobého hlediska.

SEZNAM ZKRATEK

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| IZPE | - | Institut zdravotní politiky a ekonomiky |
| LZPS | - | Listina základních práv a svobod |
| VZP | - | Veřejné zdravotní pojištění |
| VZP ČR | - | Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky |
| Zákon o VZP pojištění | - | Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění |
| Zákon o PVZP zdravotní pojištění | - | Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění |

SEZNAM LITERATURY

- Boguszak, J.: Čapek J.: Teorie práva, Praha: Kodex Bohemia, 1997
- Buchar, J.: Která opatření reformy jsou opravdu potřebná?, Zdravotnictví a právo, č. 1/2008, str. 21-25
- Buijsen, M. – Došljak, M. – den Exter, A : Europe and its Impact on National Health Care System, Yearbook 2001, Erasmus University, Rotterdam 2002
- Černý, P.: Zdravotní pojištění a právní postavení nemocnic v SRN, Rakousku a Švýcarsku, Zdravotnictví a právo, č. 5/2006, str. 3-6
- Dostál, O.: Několik poznámek k věcným záměrům zákonů v oblasti zdravotního pojištění, Zdravotnictví a právo, č. 2/2008, str. 3-13
- Gola, P.: Zdravotnictví ve světě, Zdravotnictví a právo, č. 5/2006, str. 12-16
- Havlíček, K., Hemelík, T.: Nad veřejným zdravotním pojištěním, ORAC, Praha, 2000
- Institut zdravotní politiky a ekonomiky: Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům (OECD), Kostelec nad Černými lesy, 2004
- Institut zdravotní politiky a ekonomiky: Zdravotní politika a ekonomika, Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad, Kostelec nad Černými lesy, 2003
- Institut zdravotní politiky a ekonomiky: Zdravotní politika a ekonomika, Francouzský zdravotnický systém: analýza, účty zdraví a komparace, Kostelec nad Černými lesy, 2004
- Institut zdravotní politiky a ekonomiky: Zdravotní politika a ekonomika, Německo I. (zdravotnický systém, zdravotní stav obyvatelstva, historický vývoj, zdravotnické právo, politický systém), Kostelec nad Černými lesy, 2004
- Institut zdravotní politiky a ekonomiky: Zdravotní politika a ekonomika, Švýcarsko (zdravotnický systém a zdravotní stav obyvatelstva, Kostelec nad Černými lesy, 2004
- Kotous, J.: Úvod do sociální politiky, Univerzita Karlova v Praze – Právnická fakulta, ediční středisko, 2003
- Olsson, O.: K financování zdravotní péče v zahraničí, Zdravotnictví a právo, č. 9/2008, str. 26

- Olsson, O.: Pojištění péče v Německu a Švýcarsku, Zdravotnictví a právo, č. 2/2008, str. 32-4
- Pavlíček, V. a kolektiv: Ústava a ústavní řád České republiky, 2. díl, Práva a svobody
- Trnková, L.: K novému zákonu o veřejném zdravotním pojištění, Právo a zaměstnání, č. 5/1997, str. 2
- Tröster, P. a kolektiv: Právo sociálního zabezpečení, 2. vydání, C.H. Beck, Praha, 2002
- Tröster, P. a kolektiv: Právo sociálního zabezpečení, 4. vydání, C.H. Beck, Praha, 2008
- Tröster P.: K základním zásadám všeobecného zdravotního pojištění, Právo a zákonost, č. 4/1992, str. 216-223
- Internetové zdroje: www.cmu.cz, www.cssz.cz, www.davidrath.cz, www.kulatystul.cz, www.medical-tribune.cz, www.osn.cz, www.pacienti.cz, www.portal.gov.cz, www.uzis.cz, www.vzp.cz, www.zdravotnireforma.cz, www.zmenyprobudoucnost.cz.

PUBLIC HEALTH INSURANCE AND ITS REFORM IN THE CZECH REPUBLIC

The aim of this thesis is to describe the system of public health insurance in the Czech Republic and its reform. This topic was selected due to my personal interest in this area of social security and its current reform measures. The current state of public health insurance shows many deficiencies, which I attempt to reveal and suggest their solutions. The social security involves all population and therefore is a sensitive subject; maximum effort must be made to resolve it successfully for the long term.

The thesis consists of eight chapters. Chapter 1 contains reasons for choosing the subject of the thesis, its aims and basic aspects of this area of social security.

Chapter 2 explains the concept of social security and its financing.

Financing of healthcare is described in Chapter 3. There is also the definition of public and private financing systems, the basic financing models and the respective sources of healthcare financing in the Czech Republic, Germany, France and Switzerland.

Chapter 4 deals with public health insurance and it contains the definition of public health insurance, its development from before the First Czechoslovak Republic until today, sources and finally the definition of the principles of public health insurance.

Chapter 5 contains the current legal coverage for public health insurance in the Czech Republic, in particular law 48/1997 Coll., On Public Health Insurance, legal bearings of public health insurance, its start and end, the premium and the payees. In the chapter there are also described the rights and obligations of the public health insurance subjects, the means of providing health care (paid and non-paid from the public health insurance), also institutional backing of the public health insurance (healthcare insurance companies), and finally the relation of public health insurance and European Union.

Chapter 6 describes health insurance systems in selected countries- Austria, Germany, Holland, and the U.S.A.

Chapter 7 focuses on the second part of the subject, i.e. the reform of the public health insurance. It starts off by presenting the intentions of the law on public health insurance, following on to the main changes to the currently valid laws. It concludes by evaluating these proposed changes.

In the last Chapter, nr. 8, I have concluded by pointing out the significant steps of the current reform measures and proposed a possible and in my opinion more efficient system of public health care. I have identified the main deficiency as wasting of financial resources put into healthcare, which will need to be stopped, I suppose that a suitable solution of this unfavourable situation is (among others) the establishment of just one public health insurance company, subjected to state supervision. I have excluded the private sector from this area, as it has not shown to be an effective tool for efficient coverage of quality health care.

I believe that such model would bring desirable savings and a more efficient functioning of the entire system of public health insurance. That would in final effect bring a positive contribution for the entire community - affordable and quality health care.

Keywords:

- 1) Public health insurance - veřejné zdravotní pojištění,
- 2) Social security - sociální zabezpečení,
- 3) Reform - reforma,
- 4) Financing of health care - financování zdravotní péče.