

Univerzita Karlova v Praze
Právnická fakulta

Diplomová práce

2011

Marie Stieberová

Univerzita Karlova v Praze
Právnická fakulta

Komparace systémů zdravotního pojištění
České republiky a Spolkové republiky Německo

Vypracovala: Marie Stieberová

Vedoucí diplomové práce: JUDr. Martin Štefko, Ph. D.

Ročník 5., magisterské prezenční studium

Studijní obor: právo a právní věda

Termín zadání práce: leden 2010

Termín odevzdání práce: červen 2011

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci vypracovala samostatně, všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 27. června 2011

Marie Stieberová

Tímto bych chtěla poděkovat JUDr. Martinovi Štefkovi, Ph.D. za odbornou pomoc a konzultace při zpracování této práce. Současně bych ráda vyjádřila svůj dík Česko – německému fondu budoucnosti, který mi umožnil studovat v zimním a letním semestru 2007/2008 na Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät.

Obsah:

Obsah:.....	5
Úvod	6
1. Historický vývoj.....	8
1.1 Česká republika	8
1.1.1 Moderní formy sociálního zabezpečení	9
1.1.2 1918 – 1938	11
1.1.4 1946 – 1948	12
1.1.5 1949 – 1989	12
1.1.6 1989.....	13
1.2 Spolková republika Německo.....	14
1.2.1 Tzv. Bismarckův model sociálního pojištění	16
1.2.2 První světová válka	17
1.2.3 Nacionalismus.....	17
1.2.4 1945.....	17
1.2.5 70. léta 20. století	18
1.2.6 Rozdělení Německa.....	18
1.2.7 Sjednocení Německa	19
2. Právní úprava.....	20
2.1 Česká republika	20
2.2 Spolková republika Německo.....	23
3. Institucionální zajištění (zdravotní pojišťovny)	27
3.1 Česká republika	27
3.2 Spolková republika Německo.....	29
3.3 Evropský průkaz zdravotního pojištění.....	30
3.4 Elektronický zdravotní průkaz.....	31
4. Osobní rozsah veřejného zdravotního pojištění	34
4.1 Česká republika	34
4.2 Spolková republika Německo.....	35
5. Věcný rozsah veřejného zdravotního pojištění	37
5.1 Česká republika	37
5.1.1 Úhrada poskytnuté péče	39
5.1.2 Poskytování zdravotní péče	41
5.2 Spolková republika Německo.....	43
6. Financování	45
6.1 Česká republika	45
6.1.1 Pojistné	45
6.1.2 Regulační poplatek.....	49
6.2 Spolková republika Německo.....	51
6.2.1 Finanční spoluúčast pojištěnce	52
7. Řízení ve veřejném zdravotním pojištění	54
7.1 Česká republika	54
7.1.1 Řízení o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění	55
7.1.2 Správní řízení (pojištění)	55
7.1.3 Správní řízení (zdravotní péče) – nároky pojištěnců na úhradu zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění.....	57
7.2 Spolková republika Německo.....	58

7.2.1	Trojinstanční soustava	58
7.2.2	Tzv. přípravné řízení.....	59
7.2.3	Soudní proces.....	60
7.2.4	Soudce z povolání	61
7.2.5	Soudci laikové.....	62
Závěr:.....		63
Seznam zkratk:		66
Použitá literatura:		67
Příloha č. 1:		69

Úvod

V předkládané diplomové práci se zabývám tématem „Komparace systémů zdravotního pojištění České republiky a Spolkové republiky Německo“. Problematika zdravotního pojištění nás v různých podobách provází po celý život, což je jeden z důvodů, proč mě toto téma zaujalo a rozhodla jsem se mu blíže věnovat.

Za zajímavé považuji srovnání systémů veřejného zdravotního pojištění dvou sousedních států, zejména systémů České republiky, jejíž mám státní občanství, a Spolkové republiky Německo, jejíž systém má v porovnání s českým systémem řadu odlišností a zvláštností (např. samostatné sociální soudnictví). Oba systémy však spočívají i na několika společných základech. Za zmínku stojí některé německé reformy v této oblasti, které se už v 80. letech 19. století staly vzorem pro ostatní evropské státy (např. Bismarckův model sociálního pojištění), které Německo v procesu přijímání sociálních reforem postupně následovaly.

V diplomové práci jsem se zaměřila na historický vývoj, právní úpravu, osobní a věcný rozsah, institucionální zajištění a financování zdravotního pojištění v obou státech. Poslední část je věnována komparaci řízení ve věci zdravotního pojištění.

Text diplomové práce je dokončen k právnímu stavu platnému ke dni 31. květnu 2011.

1. Historický vývoj

Abychom získali přehled o systému zdravotního pojištění jako celku, je třeba se seznámit s předchozími procesy, které postupně během dlouholetého vývoje ovlivňovaly zdravotní pojištění a napomohly tak k jeho dnešní podobě. Už v antickém Řecku a Římě se objevuje uspořádání státu, které je charakteristické pro sociální stát. Význam tohoto pojetí vzrostl ve středověku, kdy ve společnosti přetrvávala morální a náboženská povinnost poskytnout pomoc potřebným v případě jejich nouze. Zatím neexistovalo donucení ze strany právních předpisů. Staří, chudí a nemocní dostávali potravinovou pomoc. Města se postarala o raněné ve válce a o pozůstalé po obětech války.

Je na každé společnosti, jak se vypořádá se sociálními událostmi svých občanů (staří, invalidita, ztráta živitele, mateřství, nemoc, pracovní úraz atd.). Záleží, na jakém stupni rozvoje se daná společnost nachází. Na řešení sociálních problémů má vliv demografické složení obyvatelstva, tradice, etické a morální názory, které daná společnost zastává, úroveň lékařské vědy a zájem občanů na uspokojování svých potřeb.

1.1 Česká republika

V rodovém společenství byla péče o staré a nemocné přenechána široké rodině.

V nevolnické společnosti byl nevolník (rolník) závislý na majiteli půdy, byl nájemcem pánovy půdy a měl povinnost odvádět dávky pánovi. Míra jeho práv spočívala na vůli pána. Na majiteli záleželo, jak se o nevolníka v případě nemoci nebo úrazu postará.

Ve středověku se o chudé a nemocné starala převážně církev. Nařízením z roku 1785 pro Království české přechází tato povinnost na vrchnost a později na obce. Vznikají svépomocné podpůrné spolky, zpočátku mezi horníky a v 15. století vznikají i tzv. hornická bratrstva. Úkolem spolků bylo postarat se o staré a práce neschopné členy a v případě nutnosti podpořit i pozůstalé rodinné příslušníky. Bratrstva zřizovala

pokladny, do kterých přispívali horníci a částečně i těžaři. Horníkům byl příspěvek strháván z jejich mezd. Hornická bratrstva jsou považována za předchůdce dnešních odborových organizací. Podobné spolky zřizovaly i některé řemeslné cechy a tovaryšská bratrstva.

V roce 1661 byl přijat patent o tulácích a žebrácích. Právo žebrat tak bylo přiznáno pouze práce neschopné chudině.

Od roku 1854 byly podle zákona zřizovány bratrské pokladny v dolech. Vzniklo tak hornické sociální pojištění, které v Československu přetrvávalo až do roku 1948.

V českých zemích byla od roku 1868 péče o chudé poskytována pouze lidem s domovským právem. Chudinská péče zahrnovala základní stravu a ubytování v obecních chudobincích.

Ve druhé polovině 18. století proběhla za vlády Marie Terezie reforma státní správy, kdy se poprvé do vysokých úřadů dostali i nešlechtici, kteří neměli velký majetek a byli tak odkázáni jen na svůj plat. Vystala tak otázka, jak zajistit úředníky a jejich rodiny pro případ nemoci a stáří. Proto roku 1771 a 1781 byly vydány dva pensijní normály, díky kterým došlo k zabezpečení vdov a sirotků po zaměstnancích a státních úředníků, kteří se po deseti letech služby stali práce neschopnými. Na našem území tak byl položen základ pro státní sociální zaopatření.

1.1.1 Moderní formy sociálního zabezpečení

Rozvoj moderních forem sociálního zabezpečení souvisí se zrušením nevolnictví v roce 1781, venkovské obyvatelstvo se stěhovalo do měst a rozvíjela se průmyslová výroba. Podle uplatňované liberalistické zásady „laissez faire – laissez passer“¹ byly státní zásahy minimální.

Dělnické podpůrné spolky navazovaly na tradici hornických bratrstev. Spolkové nemocenské pokladny, které měly zajistit dělníky v případě nemoci, byly na území Rakouska-Uherska zakládány na základě zákonů z roku 1852 a 1867.² Podrobnější úpravu obsahoval např. Dekret dvorské kanceláře z roku 1837, který obsahoval povinnost pro továrníky a živnostníky, aby v případě nemoci platili za dělnictvo stravné

¹ „Nechme věci vyvíjet se vlastní cestou a lidi starat se o sebe“. Tröster, P. a kolektiv. Právo sociálního zabezpečení. Praha: C. H. Beck, 2008, s. 28.

² Zákon č. 253/1852 ř. z. a zákon č. 134/1867 ř. z.

po čtyři týdny.

Povinnost založit vlastní závodní nemocenskou pokladnu nebo přihlásit své dělníky k nějaké již existující pokladně byla zavedena novelou živnostenského řádu.³

Povinnými byli majitelé živnostenských podniků, kteří nepatřili k žádnému společenstvu.

V 2. polovině 19. století jsou zakládány sociálně demokratické strany a odborové organizace. Sociálně-demokratická strana Rakouska byla založena v roce 1874 a Československá sociálně demokratická strana dělnická v roce 1878.

Ve střední Evropě se čím dál tím častěji stávalo sociální pojištění zaměstnanců aktuálním tématem. Ale protože z fondů nemocenských pokladen byly často financovány také akce dělnického hnutí, byly snahy tyto fondy zestátnit.

V českých zemích bylo povinné sociální pojištění zavedeno krátce po německém tzv. Bismarckovu modelu sociálního pojištění, který ovlivnil pojišťovací systémy v celé Evropě. Bismarckova reforma zahrnovala celkem tři zákony, a sice zákon o povinném nemocenském pojištění (1883), zákon o úrazovém pojištění (1884) a zákon, který upravoval starobní a invalidní pojištění (1889).

Zákony platné pro české země jsou podle tehdejšího předsedy vlády označovány jako tzv. Taafeho reforma. Obsahovala zákon o úrazovém pojištění dělníků⁴ a zákon o obligatorním nemocenském pojištění dělníků.⁵ Nárok na věcné a peněžité dávky neměli rodinní příslušníci, ale jen pojištěnci. Jako třetí byl přijat zákon o bratrských pokladnách.⁶ Těmito zákony bylo zavedeno obligatorní veřejnoprávní pojištění, kde pojištěnci i zaměstnavatelé platili pojistné. S účinností od roku 1909 byl přijat zákon o penzijním pojištění zřízců ve službách soukromých a některých zřízců ve službách veřejných.⁷ Starobní a invalidní pojištění dělníků bylo zavedeno až od roku 1918, dřívější návrhy zákona nebyly dokončeny.

Spolkové nemocenské pokladny fungovaly na principu dobrovolného pojištění zaměstnanců. Členové byli pojištěni proti sociálním událostem, které vedly ke zhoršení jejich finanční situace. V souvislosti s nezodpovědným přístupem některých zaměstnanců, s rozvojem průmyslu a se společenským pokrokem se ukázalo, že princip

³ Zákon č. 39/1883 ř. z.

⁴ Zákon č. 1/1888 ř. z.

⁵ Zákon č. 33/1888 ř. z.

⁶ Zákon č. 127/1889 ř. z.

⁷ Zákon č. 1/1907 ř. z.

dobrovolnosti není vhodný. Postupně se tedy přešlo k obligatornímu pojištění zaměstnanců.

1.1.2 1918 – 1938

V sociální oblasti byly právní předpisy přejaty od Rakouska-Uherska, než Československá republika vytvořila své vlastní právní předpisy.

Mezi nejvýznamnější nové právní předpisy patří zákon o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří.⁸ Pojištění byli všichni zaměstnanci, pokud nebyli z pojištění výslovně vyloučeni, jako tomu bylo u soukromých úředníků a státních zaměstnanců, na které se vztahovala výhodnější pravidla, dále byli vyloučeni zaměstnanci, kteří byli zaměstnáni až po 60. roce věku.

Nemocenské pojištění prováděly nemocenské pojišťovny. Věcné dávky nemocenského pojištění zahrnovaly lékařskou pomoc, léčiva a nemocenské ošetřování. Peněžité dávky byly poskytovány v podobě nemocenských a mateřských dávek a pohřebného. Výše nemocenské dávky závisela na tom, do jaké z deseti mzdových tříd byl zařazen pojištěnec, a nárok příslušel maximálně po dobu jednoho roku. Na dávky v mateřství měly ženy nárok šest týdnů před porodem a šest týdnů po porodu.

Invalidní a starobní pojištění prováděla Ústřední sociální pojišťovna, která měla sídlo v Praze. Peněžité dávky z invalidního a starobního pojištění zahrnovaly invalidní a starobní důchod, vyrovnávací příplatky, vdovský a vdovecký důchod, sirotčí důchod a odbytné. Polovinu pojistného hradil zaměstnanec a druhou polovinu zaměstnavatel.

Zákon o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců⁹ platil pro státní zaměstnance, četnictvo, učitele, pro zaměstnance státních podniků a veřejných fondů spravovaných státem a další. Toto pojištění prováděl Léčebný fond veřejných zaměstnanců.

Během první republiky byli v oblasti sociálního pojištění zvýhodněni především státní zaměstnanci. Obce s domovským právem zajišťovaly veřejnou chudinskou péči, za tímto účelem zřizovaly obce sirotčince, chudobince a útulky. Podobně tomu bylo na úrovni okresů a celé země. Různé spolky, charitativní a církevní organizace (např.

⁸ Zákon č. 221/1924 Sb. z. a n.

⁹ Zákon č. 221/1925 Sb. z. a n.

Československý červený kříž, Česká diakonie) působily v oblasti sociální péče.

1.1.3 1939 – 1945

Období okupace nepřineslo žádné výrazné zlepšení v oblasti sociálního pojištění, spíše byla snaha pojištění přizpůsobit tehdejšímu poměru.

1.1.4 1946 – 1948

Právní předpisy v oblasti sociálního zabezpečení byly převzaty v podobě, jakou měly za první republiky. Součástí právního řádu nebyly uznány právní předpisy z okupačního období. Fondy sociálního pojištění byly okupující mocí zabaveny, zrušeny nebo znehodnoceny. Košický vládní program obsahoval hlavní ideje sociálního zákonodárství.

Velmi významným byl zákon o národním pojištění¹⁰ z roku 1948, který vycházel z anglického modelu Sira Williama Beveridge (1942). Sir William Beveridge zastával názor, že každý má v případě nemoci i ve stáří nárok na minimální standard. A vzhledem k tomu, že základní potřeby jsou u všech přibližně stejné, je pro beveridgeský model charakteristické paušální základní plnění. Zákon o národním pojištění vytvořil jednotnou soustavu národního pojištění, byly zrovnoprávněny nároky dělníků s ostatními zaměstnanci, byly zvýšeny dávky a důchodové pojištění se vztahovalo i na samostatně hospodařící pojištěnce.

1.1.5 1949 – 1989

Po roce 1948 se systém sociálního pojištění změnil v systém sociálního zabezpečení, kdy se stát má postarat o své občany. Sovětské sociální zákonodárství ovlivnilo československé právní předpisy. Zdravotnictví bylo v roce 1950 znárodněno.

Udály se tři reformy sociálního zabezpečení. Po první reformě (1956) se zvýšil počet důchodově zabezpečených osob i počet vyplácených dávek, takže vzrostly

¹⁰ Zákon č. 99/1948 Sb.

náklady celého sociálního zabezpečení. Byl přijat zákon o nemocenském pojištění zaměstnanců¹¹ a zákon o sociálním zabezpečení.¹²

Po druhé reformě sociálního zabezpečení (1964) následovalo zhoršení úrovně důchodového zabezpečení. Původ byl spatřován v málo efektivním hospodářství a v nepříznivém ekonomickém vývoji. Byly vydány zákony o sociálním zabezpečení¹³ a o sociálním zabezpečení družstevních rolníků.¹⁴ V roce 1968 vzniklo Ministerstvo práce a sociálních věcí.¹⁵

Třetí reforma sociálního zabezpečení v 70. letech byla menšího rázu. Zabezpečení rodin s dětmi bylo na velmi dobré úrovni. Tzv. populační opatření ovlivnila demografický růst obyvatelstva.¹⁶ V roce 1975 byl přijat nový zákon o sociálním zabezpečení.¹⁷

1.1.6 1989

Po listopadu 1989 došlo v systému sociálního zabezpečení k zásadním změnám. Hlavní cílem byl návrat od systému sociálního zabezpečení k systému sociálního pojištění. Stávající systém byl velmi finančně náročný, zaostával v oblasti důchodů, v některých směrech byl nespravedlivý (např. institut osobních důchodů), ale na druhé straně byl i v něčem pokrokový, např. zabezpečení rodin s dětmi.

Sociální reforma samostatné České republiky se dělí na tři etapy. Během první etapy (1989 – 1992) byla vytvořena tzv. záchranná sociální síť¹⁸ zaručená minimální mzdou a životním minimem.

Během druhé etapy sociální reformy (1993) byly přijaty dva významné zákony, a sice zákon o státní sociální podpoře¹⁹ a zákon o důchodovém pojištění.²⁰

Třetí etapa sociální reformy (1998) je charakteristická přípravou důchodové

¹¹ Zákon č. 54/1956 Sb.

¹² Zákon č. 55/1956 Sb.

¹³ Zákon č. 101/1964 Sb.

¹⁴ Zákon č. 103/1964 Sb.

¹⁵ Zákon č. 53/1968 Sb., o změnách v organizaci a působnosti některých ústředních orgánů.

¹⁶ Tehdejší generální tajemník ÚV KSČ Gustáv Husák prosadil zvýšení přídavků na děti. Období od roku 1970 do roku 1980 bývá označováno jako tzv. babyboom a děti v této době narozené jako „Husákovy děti“.

¹⁷ Zákon č. 121/1975 Sb.

¹⁸ Stát v určitých tíživých situacích garantuje všem občanům stejnou minimální pomoc.

¹⁹ Zákon č. 117/1995 Sb.

²⁰ Zákon č. 155/1955 Sb.

reformy. Novelizována byla celá řada právních předpisů.

1.2 Spolková republika Německo

Německo bylo prvním státem, který zavedl sociální zabezpečení, a následovala ho celá řada dalších států. V osmdesátých letech 19. století v Německu proběhla reforma sociálního zabezpečení, která ovlivnila vývoj sociálního zabezpečení v celé Evropě. Tzv. Bismarckův model sociálního pojištění tvoří tři zákony: povinné nemocenské pojištění (1883), úrazové pojištění (1884) a starobní a invalidní pojištění (1889). Tzv. Bismarckovy zákony v oblasti sociálního zabezpečení jsou považovány za předchůdce dnes platné právní úpravy SGB V, VI a VII.

Zpočátku se sociální zabezpečení zaměřovalo na okrajové skupiny společnosti, postupně do něj byli zahrnováni všichni zaměstnanci a později i osoby samostatně výdělečně činné.

Ve středověku roste význam církve a v oblasti péče o chudé, nemocné, vdovy a sirotky, jejichž útočištěm byly kláštery, se projevuje křesťanská láska k bližnímu. Z iniciativy církve vznikají útulky a nemocnice. Také potřební dostávají almužnu z milodarů církve. Výjimkou nejsou ani závěti s odkazem veškerého majetku na dobročinné účely. V pozdním středověku se rozvíjejí řemeslnické cechy, které poskytují záštitu pro své příslušníky. Ve 13. století se horníci sdružují do tzv. bratrstev horníků,²¹ které po pracovním úrazu horníkům nebo v případě smrti následkem úrazu pozůstalým poskytují příspěvky. Bratrstva lze považovat za předchůdce sociálního zabezpečení.

V 18. a 19. století se rozvíjí přírodní věda a technika. Obojí umožňuje mechanizovanou práci a tím průmyslovou výrobu zboží. Prosazuje se tovární výroba, která zatlačuje dříve převládající odvětví, jako bylo zemědělství. S rozvojem průmyslu souvisí stěhování obyvatelstva z venkova do měst, kde vznikají nová pracovní místa. Heslem doby bylo rčení: „*Stadtluft macht frei*“. Podniky musely šetřit, aby mohly investovat zpět do výroby a staly se tak lépe konkurenceschopnými. Opatření tohoto druhu vedla k nízkým mzdám, které stěží stačily na pokrytí základních životních potřeb, natož na krytí nákladů v případě nemoci, pracovním úrazu atd. Vystala otázka, jak překonat bídu dělnictva zaměstnaného v průmyslu. Německo na situaci reagovalo

²¹ Knappschaften.

v 80. letech 19. století zavedením sociálního zabezpečení. Přidávaly se i ostatní státy, až ve třicátých letech 20. století postupně dochází k rozšíření sociálního zabezpečení do celého světa.

Na počátku 19. století se v německé společnosti odehrály velké změny. Města se rozrůstala o obyvatelstvo, které přicházelo z venkova. Bývalí zemědělci a řemeslníci sice našli zaměstnání v továrnách, ale na druhé straně ztratili původní společenské vazby. A přemíra zaměstnanců ve městech držela mzdy tak nízko, že se často celá rodina musela podílet na krytí rodinných výdajů. Takže i děti pracovaly čtrnáct až šestnáct hodin denně. V případě nemoci, ztráty zaměstnání nebo ve stáří byli zaměstnanci s rodinami odkázáni na péči o chudé.

Situaci dělníků měly zlepšit první zákonodárné pokusy. Pruský živnostenský řád²² ze 17. ledna 1845 umožnil zřídit pro případ nemoci nemocenské pokladny i pro tovární dělníky. Řád neobsahoval úpravu vnitřního uspořádání pokladen, ani jakým způsobem mají být získávány prostředky.

V nařízení z 9. února 1849²³ byla poprvé zaměstnavatelům stanovena povinnost, která platí dodnes, a sice platit příspěvky na sociální zabezpečení. V roce 1876 měly nemocenské pokladny, kterých bylo přes pět tisíc, přes osm set tisíc členů. Ale stále byla pro případ nemoci pojištěna pouze polovina zaměstnanců.

Císař Vilém I. proklamoval 17. listopadu 1881 před německým Říšským sněmem poselství,²⁴ které obsahovalo nová stanoviska pro německou sociální politiku. Aby se mohlo zlepšit sociální postavení dělnictva („*Heilung der sozialen Schäden*“),²⁵ je nutná státní pomoc, která však nemá mít jen podobu státních zakazů. Opatření jsou nezbytná pro upevnění sociálního klidu („*Bürgerschaften seines inneren Friedens*“).²⁶ Zákony mají zajistit, aby v případě nemoci, nehody, ve stáří a při invaliditě existovalo obligatorní pojistné krytí. Na pojištění se mají podílet dělníci a podniky jako samosprávné korporace.

²² Gewerbeordnung vom 17. Januar 1845.

²³ Verordnung vom 9. Februar 1849.

²⁴ Viz. Příloha č. 1 diplomové práce.

²⁵ Viz. Příloha č. 1 diplomové práce.

²⁶ Viz. Příloha č. 1 diplomové práce.

1.2.1 Tzv. Bismarckův model sociálního pojištění

Jako první byl schválen zákon o zdravotním pojištění z 15. června 1883,²⁷ který zavedl obligatorní pojištění pro dělnictvo. Mimo to se zdravotního pojištění mohly účastnit i jiné osoby, pokud jejich roční příjem nepřekročil stanovenou hranici. Nemocenské pokladny mohly rozšířit pojistné krytí i na rodinné příslušníky. Pojištěnci měli nárok na věcné dávky jako je bezplatné lékařské ošetření a léčivé prostředky, jakož i peněžní plnění v podobě nemocenských dávek a pohřebného. Pojistné platil z 1/3 zaměstnavatel a ze 2/3 zaměstnanec, pohybovalo se mezi 3 a 6 % odměny za práci. Podle stejného vzorce byli v samosprávných orgánech nemocenských pokladen ze 2/3 zaměstnanci a z 1/3 zastoupeni zaměstnavatelé. Z této doby pochází princip, že se výše pojistného odvozuje od hrubé mzdy.

Roku 1884 následoval zákon o úrazovém pojištění²⁸ a roku 1889 zákon týkající se pojištění pro případ invalidity a důchodového pojištění.²⁹ Německo pak v sociálním zákonodárství následovaly i ostatní státy.

Vyvstává otázka, jak to, že zrovna Německo má prvenství v oblasti sociálního zabezpečení. Velký vliv měla vnitřní politická nestabilita státu. Nepevný stát nemůže úspěšně čelit vnitřním konfliktům. Pomocí sociálního zabezpečení mělo být dělnictvo, které bylo pro stát nadějí na lepší budoucnost, více připoutáno na stát. Stát se neomezoval jen na stanovení vnějších hranic svobody, vždy si nárokoval i právo na aktivní vytvoření sociálního řádu. Stát byl garantem sociálního řádu. Koneckonců významné změny se v Německu tradičně projevovaly v reformách uložených „shora“.

V říšském řádu týkajícího se pojištění z roku 1911³⁰ byla shrnuta a zdokonalena právní úprava předchozích tří zákonů o zdravotním, důchodovém a úrazovém pojištění. Povinnost být zdravotně pojištěn se nově vztahovala na služebnictvo, pracující v zemědělství a lesnictví.

²⁷ Gesetz über die Krankenversicherung der Arbeitgeber vom 15. Juni 1883, RGBl. S. 73.

²⁸ Gesetz über die Unfallversicherung vom 6. Juli 1884, RGBl. S. 69.

²⁹ Gesetz über die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889, RGBl. S. 97.

³⁰ Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli, RGBl. S. 509.

1.2.2 První světová válka

Sociálně právní tematika se dostává do popředí po první světové válce. Válka s sebou přinesla nové sociální problémy, úkolem bylo postarat se o válečné oběti a pozůstalé. Také rozrůstající se nezaměstnanost vedla k rozšíření zajištění nezaměstnaných, jež bylo uloženo obcím. Přesto se na nákladech z ½ podílel stát a z 1/3 obce. Od 20. letech 20. století se na tomto financování podílí zaměstnanci a zaměstnavatelé a od roku 1927³¹ se stalo pojištění v nezaměstnanosti součástí sociálního zabezpečení. Na vysokých školách se vyvinulo sociální právo jako samostatná vědecká disciplína z práva pojišťovacího, živnostenského práva nebo z kolektivního pracovního práva.

1.2.3 Nacionalismus

Za nacionalismu v letech 1933 až 1945 byli v Německu ze sociálního pojištění vyloučeni Židé. Jakékoliv zdravotní odchylky nebyly tolerovány a zdravotnictví se stalo prostředkem, který sloužil k uplatňování rasistických záměrů. Podstatné změny se týkaly zdravotních pokladen, zejména pokud jde o jejich organizaci, financování a kontrolu. Byla zrušena samospráva a zřizovatelé byli pod dohledem státem dosazeného správce.³² Samospráva byla opět obnovena až po založení Spolkové republiky Německo v roce 1952. Významnou novinkou bylo roku 1941 zavedení zdravotního pojištění důchodců, čímž byl rozšířen okruh pojištěných osob.

1.2.4 1945

Po roce 1945 se značně rozvíjelo sociální zákonodárství. Následky války byly podnětem pro nové zákonodárství. Kromě toho se pronásledovaní dočkali odškodnění. Ve zdravotním pojištění roste podíl služeb k nákladům, které nahrazují příjmy. V případě nemoci měl zaměstnavatel povinnost vyplácet zaměstnanci mzdu. Na konci

³¹ Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 16. Juli 1927, RGBl. S. 187.

³² Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934 RGBl. S. 577.

50. let nastává průlom v důchodovém pojištění, důchod má zajistit určitou životní úroveň, takže i důchodci mají mít podíl na hospodářském přírůstku osob výdělečně činných. V 60. letech se rozvinulo právo státní sociální podpory (přídavky na děti, podpora při vzdělávání, podpora zaměstnanosti atd.). Jednotlivé zákony byly roku 1970 kodifikovány v podobě sociálního zákoníku (SGB).

1.2.5 70. léta 20. století

V 70. letech byli do veřejného zdravotního pojištění zahrnutí zemědělci,³³ postižení,³⁴ studenti,³⁵ umělci a publicisté.³⁶ Stálé rozšiřování okruhu pojištěnců souvisí i s rostoucími náklady veřejného zdravotního pojištění, proto je vydána řada zákonů, která má tomu zabránit. První z nich byl zákon o reformě zdravotnictví³⁷.

1.2.6 Rozdělení Německa

Díky rozdělení Německa, k němuž došlo roku 1949 a které trvalo až do roku 1990, měly dějiny sociálního práva odlišný vývoj jak v bývalém „západním“, tak ve „východním“ Německu. Systémy sociálního zabezpečení se začaly rozcházet už po roce 1945. Pro právo sociálního zabezpečení v bývalé západní zóně je charakteristické organizační členění sociálního zabezpečení. Zatím co v bývalé sovětské zóně se projevoval vliv okupující moci, tedy byl zaveden jednotný systém pro všechna odvětví sociálního zabezpečení.

V Německé demokratické republice byl systém sociálního zabezpečení součástí hospodářské politiky, společně měly zaručit sociální jistotu. Po 2. světové válce nebylo zavedeno pojištění v nezaměstnanosti, obce se měly postarat o nezaměstnané. Z toho důvodu zaměstnávaly v letech 1945 až 1952 nezaměstnané podniky, které před tím prošly zestátněním. Neexistoval volný trh s byty, byly přidělovány. Celá řada nemovitostí byla znárodněna. Stát stanovil i cenu potravin. Plánované hospodářství bylo

³³Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972, RGBl. I S. 1433.

³⁴Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7. Mai 1975, BGBl. I S. 1061.

³⁵Gesetz über die Krankenversicherung der Studenten vom 24. Juni 1975, BGBl. I S. 1536.

³⁶Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten vom 27. Juli 1981, BGBl. I S. 705.

³⁷Gesundheitsreformgesetz vom 16. Juni 1988, BGBl. I S. 2477.

vázáno na sociálně politické cíle. Základní potraviny a nájemy byly subvencované. Byl malý výběr potravin a omezený výběr obydlí. Existovalo „právo na práci“, takže práce byla pro každého, ale na úkor její produktivity a atraktivnosti. Sociální zabezpečení mělo zajistit lékařskou péči pro veškeré obyvatelstvo. Cílem byla spíše kontrola a potírání chudoby, než že by sociální zabezpečení poskytlo pomocnou ruku.

Spolková republika Německo navázala na organizaci zdravotního pojištění, která se v Německu vytvořila během dlouholetého vývoje, a dále ji rozvíjela. Nákladný systém veřejného zdravotního pojištění měl konkurovat soukromému zdravotnímu pojištění. Stát podporoval osoby s nízkými příjmy v podobě peněžních dávek na bydlení, přídatky na děti atd. Sociální politika měla upravit hospodářskou politiku. Cílem hospodářské politiky je racionální využití finančních zdrojů a rozvoj hospodářského růstu. Zatím co úkolem sociální politiky je zajistit základní potřeby těch, kteří nemohli dostatečně uspokojit své potřeby v tržním procesu.

1.2.7 Sjedení Německa

Mezi NDR a SRN byla 1. července 1990 založena měnová, hospodářská a sociální unie. Důsledkem měnové unie bylo, že v NDR byla zavedena německá marka jako zákonný platební prostředek. Hospodářská unie zaručila svobodu podnikání a díky sociální unii bylo převzato pracovní a sociální právo ze SRN. Jednalo se o první krok ke sjedení Německa. Dokončením tohoto procesu bylo sjednání smlouvy o sjedení 3. října 1990. Právo východního a západního Německa bylo harmonizováno. Ve východním Německu bylo zavedeno sociální právo západního Německa.

V lednu 1993 nabyt účinnosti zákon o zajištění a strukturálním zlepšení veřejného zdravotního pojištění,³⁸ který měl zaručit stabilní výši pojistného a dosáhnout větší konkurence mezi zdravotními pojišťovny. Od roku 1996 mají pojištěnci právo volby zdravotní pojišťovny.

Kapitola sociálních služeb byla do německého sociálního zabezpečení zavedena v roce 1995 a tím byl dotvořen ucelený systém sociálního zabezpečení.

³⁸ Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung des gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1992, BGBl. I S. 2266.

2. Právní úprava

2.1 Česká republika

Ústava České republiky, respektive Listina základních práv a svobod, která je podle čl. 112 odst. 1 Ústavy ČR součástí ústavního pořádku ČR, na rozdíl od německé ústavy neobsahuje výslovné označení českého státu jako státu sociálního. Ale je to patrné z jednotlivých ustanovení o sociálních právech Listiny.

Za sociální stát je označován každý stát, který přijal závazek chránit nejmladší generaci lidských práv, tzv. třetí generaci lidských práv.³⁹ „*Sociální stát musí zejména zabezpečovat obyvatelstvo proti sociálním důsledkům nemoci, invalidity, stáří, nezaměstnanosti, proti nezavazujícímu charakteru vlastnictví, k ochraně matek a dětí.*“⁴⁰

Sociálních práv se lze domáhat pouze na základě zákona, který je provádí, zatímco občanských a politických se lze dovolávat přímo.

Oporou pro veřejné zdravotní pojištění je čl. 31 Listiny, podle kterého „*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.*“⁴¹ V současné době nelze toto právo zaručovat jen občanům, proto je podmínkou účasti trvalý pobyt na území ČR nebo výkon práce pro zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR. Účast v systému zdravotního pojištění je povinná, aby bylo možné právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky realizovat. Účast nelze podmiňovat dobrým zdravotním stavem při sjednání pojištění, ale naopak u soukromého pojištění tomu tak být může.

Jedná se o veřejnoprávní pojištění, které je spravováno veřejnoprávními korporacemi, zdravotními pojišťovnami.

Obecně cílem pojištění je snaha snížit riziko, které vyplývá z určité situace nebo z určité činnosti, a sice tím, že se riziko rozdělí na více pojištěnců. U zdravotního

³⁹ Označení státu jako právního se váže k zaručení tzv. první generace lidských práv (záruka dodržování právního řádu ze strany státu i občanů, že stát nebude nad míru nezbytně nutnou zasahovat do práv jednotlivce a pouze na základě zákona atd.) a demokratický stát je ten, který zaručuje tzv. druhou generaci lidských práv, tedy demokratickou správu státu (politická práva čl. 17 až 23 Listiny).

⁴⁰ Pavlíček, V. a kolektiv. Ústavní právo a státověda I. díl – Obecná státověda. Praha: Linde, 2003, s. 170.

⁴¹ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

pojištění je pojištěným rizikem zhoršení zdraví. Pokud by k žádné újmě nedošlo, zůstává obnos pojišťovně.

Sociální zabezpečení může mít podobu sociálního pojištění, sociálního zaopatření a sociální pomoci. Souvisí to se způsobem financování sociálního zabezpečení.

Současné sociální pojištění má původ v tzv. vzájemnostním pojištění a v komerčním pojištění. Základem vzájemnostního pojištění byly pokladny, do kterých pojištěnci (např. majitelé obchodních lodí, řemeslníci) pravidelně přispívali a ze kterých bylo v případě pojistné události placeno pojistné plnění. Komerční pojištění má původ v tzv. námořní půjčce, která odpovídala ceně zboží, které měl obchodník dopravit do jiné země. Když se přepravovanému zboží po cestě nic nestalo, vrátil obchodník vypůjčenou částku s velkými úroky (10 až 50 %). Obchodník nic nevracel při zničení nákladu.

Těmto druhům pojištění odpovídal princip ekvivalence, tedy čím vyšší bylo pojistné, tím větší byla ochrana před újmou. Postupně se v 19. století začalo osamostatňovat sociální pojištění, které je charakteristické svým principem sociální solidarity, tedy solidarita bohatých s chudými, zdravých s nemocnými a mladých se starými. Výše plnění není závislá na zaplaceném pojistném.

Sociální pojištění v ČR se skládá z jednotlivých subsystémů, kterými jsou důchodové pojištění (vlivem invalidity nebo stáří není pojištěnec dlouhodobě nebo trvale schopen si opatřit finanční prostředky vlastní ekonomickou činností), nemocenské pojištění (při krátkodobé pracovní neschopnosti, která nastala vlivem úrazu nebo nemoci, má nahradit příjmy), veřejné zdravotní pojištění (pokrývá výdaje na zdravotní péči) a státní politika zaměstnanosti (při ztrátě zaměstnání a neschopnosti si vlastními silami najít nové zaměstnání). Jako sociální zabezpečení bylo dříve v zákonech označováno nemocenské a důchodové pojištění.⁴²

Zdravotní pojištění se v ČR od ostatních systémů sociálních pojištění liší tím, že neposkytuje peněžité dávky, ale pouze věcné dávky v podobě zdravotní péče. Odlišnosti jsou i v organizaci, ústředním orgánem je Ministerstvo zdravotnictví a ne Ministerstvo práce a sociálních věcí. Systém veřejného zdravotního pojištění nespravuje státní orgán,

⁴² Od 1. 1. 2009 už jen důchodové pojištění.

ale jednotlivé zdravotní pojišťovny. Pojistné na jednotlivé systémy sociálního pojištění je vybíráno odděleně (společně jen pojistné na důchodové a nemocenské pojištění, společně s příspěvkem na státní politiku zaměstnanosti).

Jedním z hledisek pro dělení sociálního zabezpečení jako celku je pojistný a zabezpečovací princip. Pro pojistný princip je charakteristická vzájemná podmíněnost práv a povinností účastníků. Povinností pojištěnce je platit pojistné, tomu odpovídá jeho právo na pojistné plnění (sociální dávka). Pojištěnec si tak předem přispívá na budoucí pojistnou událost. Mezi pojištěnci se uplatňuje velká míra solidarity. Kromě zdravotního pojištění se pojistný princip uplatňuje v důchodovém, nemocenském a úrazovém pojištění.

Při použití zabezpečovacího principu se z hlediska financování neuplatňuje vzájemná podmíněnost práv a povinností. Právo na poskytnutí sociální dávky není vázáno na předchozí povinnost platit pojistné. Nárok na určitou sociální dávku vyplývá ze zákona a vzniká sociální událostí, která nastane, za současného splnění zákonem stanovených podmínek. Zabezpečovací princip je charakteristický pro státní sociální podporu a sociální pomoc. Je zde větší míra sociální solidarity, než je tomu u pojistného principu.

Smyslem sociálního zabezpečení je minimalizování negativních projevů některých skutečností. Pojem sociální zabezpečení se z českých právních předpisů pomalu vytrácí a právní předpisy upravují jednotlivá odvětví práva sociálního zabezpečení bez toho, aniž by je označily jako součást sociálního zabezpečení. Dochází ke změně legislativní terminologie.⁴³ Pojem sociální zabezpečení v ČR zahrnuje právo sociálního zabezpečení jako celek. Zatímco v jiných státech se používá pojem sociální bezpečnost.⁴⁴ Právo sociálního zabezpečení je právem veřejným se soukromoprávními prvky.⁴⁵

Účast osob na systému veřejného zdravotního pojištění je podmíněna kritériem trvalého pobytu v ČR. Ve veřejném zdravotním pojištění se jedná o široký okruh

⁴³ Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení považuje za sociální zabezpečení jen důchodové pojištění, do 31. 12. 2008 i nemocenské pojištění.

⁴⁴ Např. v německy mluvících zemích „Sicherheit“, v anglicky mluvících zemích „security“.

⁴⁵ Znakem veřejnoprávní povahy je např. povinný charakter pojištění, správní řízení, výkon veřejnými orgány (zejm. správními orgány, ale i orgány územních samosprávných celků v přenesené nebo samostatné působnosti). Soukromoprávní prvky jsou patrné např. v oblasti sociálních služeb (smlouva o poskytování sociální služby, kterou uzavírá poskytovatel služby s příjemcem služby).

pojištěnců, je vhodné, aby základní zdravotní péče byla dostupná všem. Už podle Ústavy mají občané ČR nárok na bezplatnou zdravotní péči. Neplatí, že nárok na plnění by měl jen ten, kdo do systému přispívá.

Sociální práva obsažená v Listině jsou provedena zákony. V případě veřejného zdravotního pojištění provádí Čl. 31 Listiny zákon o veřejném zdravotním pojištění. Proces přijetí běžného zákona je snazší,⁴⁶ než je tomu u ústavního zákona, kde je vyžadována tzv. kvalifikovaná většina,⁴⁷ takže běžným zákonem lze pružněji reagovat na případnou změnu společenských faktorů, které ovlivňují obsah sociálních práv.

Dalšími právní předpisy, které se dotýkají zdravotního pojištění, jsou zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu obsahuje i ustanovení o řízení v případě nesouhlasu s rozhodnutí ve věcech zdravotní péče, které vydalo zdravotnické zařízení.

K provedení zákona jsou vydávány podzákonné právní předpisy – nařízení vlády a vyhlášky ministerstva, popř. jiného ústředního správního úřadu (př. vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., která stanoví seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (oceňuje se tak náročnost zdravotní péče).

Právní úprava veřejného zdravotního pojištění je obsažena i v mezinárodních smlouvách, které jsou pro stát závazné (např. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech).

2.2 Spolková republika Německo

Německá ústava (Grundgesetz) výslovně uvádí Spolkovou republiku Německo jako demokratický a sociální spolkový stát.⁴⁸ Pojmenovává stát jako sociální *expressis*

⁴⁶ Nadpoloviční většina přítomných poslanců a nadpoloviční většina přítomných senátorů (čl. 39 odst. 2 Ústavy).

⁴⁷ Třipětinová většina všech poslanců a třipětinová většina přítomných senátorů (čl. 39 odst. 4 Ústavy).

⁴⁸ „*Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.*“ (čl. 20 odst. 1 GG).

verbis, což nebývá tak časté.⁴⁹ Ale na rozdíl od Ústavy ČR německá ústava výslovně nevyjmenovává jednotlivá sociální základní práva. Princip sociálního státu má trvalý charakter, změna německé ústavy, která by se dotýkala této zásady, je nepřípustná.⁵⁰

Úkolem veřejného zdravotního pojištění je zachovat pojištěncovo zdraví anebo zlepšit jeho zdravotní stav. Je zdůrazňována spoluodpovědnost pojištěnce za své zdraví bez toho, aniž by s tím byly spojeny konkrétní následky.⁵¹ Každý pojištěnec má vést zdravý životní styl, dodržovat preventivní opatření, spolupracovat při lékařském ošetření a rehabilitaci. Snahou je zamezit nástupu nemoci, případnému postižení a jejich následkům. Pojištěncům mají být poradenstvím, službami a poučením nápomocny zdravotní pojišťovny, které mají usilovat o zdravé životní podmínky.

Právní úprava je obsažena zejména v sociálním zákoníku (Sozialgesetzbuch). Na jeho jednotlivých částech je patrný časový vývoj. Během posledních třiceti let jsou zřejmé snahy zákonodárce o ucelenou kodifikaci sociálního zákoníku, přesto že je celá řada problematiky upravena i v zákonech stojících mimo sociální zákoník. Je důležité zmínit § 68 SGB I, který uvádí seznam zákonných ustanovení, která mají platnost zvláštních částí sociálního zákoníku (mezi ně patří např. zákon o podpoře vzdělávání, zákon o příspěvku na bydlení). Projevují se i snahy zapracovat do SGB pro dané období aktuální témata, se kterými se původně v SGB nepočítalo, jako např. sociální služby.

SGB se skládá z následujících 12 částí:

SGB I	Všeobecná část	(účinnost od 1. 1. 1976)
SGB II	Základní jistoty uchazečů o práci	(účinnost od 1. 1. 2005)
SGB III	Zaměstnanost	(účinnost od 1. 1. 1998)
SGB IV	Společná ustanovení sociálního pojištění	(účinnost od 1. 7. 1977)
SGB V	Zdravotní pojištění	(účinnost od 1. 1. 1989)
SGB VI	Důchodové pojištění	(účinnost od 1. 1. 1992)

⁴⁹ Stejně označení v ústavě má např. i Španělsko.

⁵⁰ „Eine Änderung, die in den Artikeln 1 und 20 niedergelegten Grundsätze berührt werden, ist unzulässig.“ (čl. 79 odst. 3 GG).

⁵¹ § 1 SGB I.

SGB VII	Úrazové pojištění	(účinnost od 1. 1. 1997)
SGB VIII	Pomoc dětem a mládeži	(účinnost od 1. 1. 1991)
SGB IX	Rehabilitace a účast postižených osob	(účinnost od 1. 7. 2001)
SGB X	Správní řízení, Ochrana sociálních dat	(účinnost od 1. 1. 1981, resp. 1. 7. 1983)
SGB XI	Sociální služby	(účinnost od 1. 1. 1995)
SGB XII	Sociální pomoc	(účinnost od 1. 1. 2005)

Zvláštní části SGB: § 68 SGB I

V německém veřejném zdravotním pojištění se uplatňuje princip věcného plnění, podle kterého musí zdravotní pojišťovna pojištěnci poskytnout věcné plnění a s ním spojené služby bez toho, aniž by od něj vyžadovala přímou platbu. Protože zdravotní pojišťovna sama nemůže pojištěnce ošetřit, obrací se pojištěnec na poskytovatele služeb, kterým je smluvní lékař zdravotní pojišťovny. Ani smluvní lékař nemá nárok na honorář vůči ošetřenému pojištěnci. Místo toho zdravotní pojišťovna uhradí sdružení smluvních lékařů celkovou odměnu a sdružení zaplatí honorář smluvním lékařům. Protějškem k věcnému plnění je v soukromém zdravotním pojištění náhrada vynaložených nákladů.

K čemu má sloužit sociální právo, je formulováno v § 1 SGB I. Sociální právo se v Německu dělí do tří částí: prevence (Vorsorge), odškodnění (Entschädigung) a sociální pomoc (Hilfe – Förderung).

Do části pojmenované prevence patří oblast sociálního pojištění. Sociální pojištění se člení na veřejné zdravotní pojištění (SGB V), důchodové pojištění (SGB VI), úrazové pojištění (SGB VII), sociální služby (SGB XI) a zaměstnanost (SGB III). Sociální pojištění má chránit v případě sociálních událostí, kterými jsou např. nemoc, nezaměstnanost a potřeba péče.

K sociálnímu pojištění se neřadí soukromé pojištění, které se uzavírá na základě smlouvy s pojišťovnou (např. soukromé zdravotní pojištění nebo životní pojištění).

Pro sociální pojištění je charakteristický pojistný princip (Versicherungsprinzip) a princip solidarity (Solidaritätsprinzip). Podle pojistného principu má pojištěnec

v případě, že nastane pojistná událost, nárok na pojistné plnění za předpokladu, že před pojistnou událostí přispíval určitým příspěvkem do daného systému. Plnění není vázáno na hledisko potřebnosti a riziko nástupu pojistné události se dělí mezi všechny pojištěnce. Takže např. i přesto, že pojištěnec vyhraje v loterii částku několika milionů, má stále nárok na „bezplatné“ lékařské ošetření, které mu zaručuje zákonné veřejné zdravotní pojištění (SGB V).

Princip solidarity je patrný z několika hledisek. Výše pojistného je často přizpůsobena ekonomickým možnostem pojištěnců (např. pokud je výše pojistného vázána na výši příjmu), ale výše pojistného plnění není nutně závislá na předchozí výši placeného pojistného (např. ve veřejném zdravotním pojištění dostávají všichni identická plnění). Jinak je tomu u starobního důchodu (SGB VI) nebo podpory v nezaměstnanosti (SGB III), jejichž výše se odvozuje od dříve placeného pojistného. Dále výše pojistného není závislá na individuálním riziku pojištěnce. Ve veřejném zdravotním pojištění tedy např. diabetik a chronicky nemocný pojištěnec neplatí vyšší pojistné.

U druhé části, odškodnění, se jedná o kompenzaci utrpěné újmy, za kterou nese společnost odpovědnost a která vznikla během služby veřejnosti (např. vojenská služba, náhradní vojenská služba). Kompenzována je i újma na zdraví, která vznikla po veřejně doporučeném očkování, stejně jako újma, kterou utrpěly oběti násilných trestných činů. Odškodnění je financováno z daní, náklady tak nese celá společnost. Právní úprava je obsažena např. v zákoně o odškodnění vojáků, zákoně o náhradní vojenské službě atd.

Co se třetí části, sociální pomoci, týče, stát tak pomáhá občanům v nouzi, aby jim zajistil jakési existenční minimum a poskytl jim rovné sociální šance při uspokojování jejich potřeb (např. vzdělání, výchova dětí). U jednotlivců se zkoumá jejich finanční potřebnost. Patří sem plnění v podobě přídatků na děti, příspěvek na bydlení nebo pomoc lidem s postižením. Plnění tohoto rázu nevyžadují předcházející členství v systému, který by byl financován placením pojistného od svých členů, ale je financováno z daní. Úprava je obsažena zejm. v zákoně o příspěvku na bydlení (Wohngeldgesetz), v zákoně o pomoci dětem a mládeži (Kinder- und Jugendhilfegesetz), v sociální pomoci (Sozialhilfe - SGB XII) atd.

3. Institucionální zajištění (zdravotní pojišťovny)

Na základě zdravotního pojištění mají pojištěnci nárok na zdravotní péči, kterou proplácí zdravotní pojišťovna, u které je daný pojištěnec pojištěn.

3.1 Česká republika

V České republice provádí veřejné zdravotní pojištění ze zákona Všeobecná zdravotní pojišťovna.⁵² Nejde o státní orgán, je právnickou osobou veřejného práva. Vedle Všeobecné zdravotní pojišťovny mohou na území České republiky na základě povolení působit i další zdravotní pojišťovny, tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny,⁵³ které se dělí na resortní, oborové, podnikové a další zaměstnanecké pojišťovny. Resortní zaměstnanecká pojišťovna je určena zejména pro zaměstnance všech organizací založených nebo zřízených jedním ministerstvem anebo podléhající ucelené části tohoto ministerstva, oborová zejména pro zaměstnance jednoho oboru a podniková zejména pro zaměstnavatele jednoho nebo více podniků. Další zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou je pojišťovna s meziresortní a mezioborovou působností.⁵⁴ Zaměstnanecké pojišťovny ale nemohou odmítnout přijmout pojištěnce i z jiné oblasti zaměstnanců.

Momentálně na našem území působí celkem devět zdravotních pojišťoven.⁵⁵ Předpokladem je, že Všeobecná zdravotní pojišťovna provádí všeobecné zdravotní pojištění, pokud ho neprovádí resortní, oborové a podnikové zdravotní pojišťovny. Zaměstnanecké pojišťovny potřebují k provádění všeobecného zdravotního pojištění povolení, o kterém na základě žádosti rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí, kdežto Všeobecná zdravotní pojišťovna je zřízena

⁵² Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

⁵³ Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

⁵⁴ § 2 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

⁵⁵ Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky; Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky; Česká průmyslová zdravotní pojišťovna; Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví; Zaměstnanecká pojišťovna Škoda; Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky; Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna; Zdravotní pojišťovna METAL – ALIANCE; Média zdravotní pojišťovna.

zákonem.

Zdravotní pojišťovny v právních vztazích vystupují svým jménem, mohou nabývat práv a povinností, nesou odpovědnost z těchto vztahů vyplývající a hospodaří s vlastním majetkem a majetkem jím svěřeným. Kontrolu činnosti provádí Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Pokud zjistí závažné nedostatky (např. nedodržení právních předpisů nebo schváleného zdravotně pojistného plánu), je oprávněno požadovat ve stanovené lhůtě zjednání nápravy nebo zavede nucenou správu nejvýše na dobu jednoho roku.

Pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny. Toto právo se nepoužije při narození dítěte, protože dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den narození dítěte. Pojišťovna není oprávněna pojistný vztah sama ukončit ani stanovit omezenou dobu, po kterou by byl u ní pojištěnec pojištěn. Pokud si pojištěnec nezvolí jinou pojišťovnu, je automaticky pojištěn u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Právo změnit zdravotní pojišťovnu lze maximálně jednou za 12 měsíců, vždy k prvnímu dni kalendářního čtvrtletí. U novorozeného dítěte lze změnu provést až po přidělení rodného čísla.

Při výběru zdravotní pojišťovny hraje úlohu, se kterými zdravotními pojišťovnami má uzavřenou smlouvu zdravotnické zařízení, které chce pojištěnec navštěvovat, nebo i spektrum výhod nabízených pojišťovnou svým pojištěncům v rámci tzv. fondu prevence.

Při náboru nových pojištěnců nesmí zdravotní pojišťovny nabízet v souvislosti s přihlášením se k pojišťovně žádné výhody nad rámec plnění poskytovaného jejím pojištěncům z veřejného zdravotního pojištění, i kdyby tato výhoda byla hrazena z jiných zdrojů, než jsou prostředky z veřejného zdravotního pojištění.

Zdravotní pojišťovna na základě smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče uzavřené se zdravotnickými zařízeními hradí výkony zdravotní péče poskytnuté pojištěncům v rámci veřejného zdravotního pojištění.⁵⁶

Zdravotní pojišťovny jsou oprávněny vedle provádění veřejného zdravotního pojištění provádět i smluvní zdravotní pojištění pro osoby, které nejsou pojištěnci podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, a pro pojištěnce ke krytí zdravotní péče

⁵⁶ Podmínky poskytování zdravotní péče a její rozsah jsou stanoveny zákonem o veřejném zdravotním pojištění, resp. zákonem o péči o zdraví lidu a zákonem o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.

přesahující rámec hrazené péče včetně léčení v cizině.⁵⁷ K provádění smluvního pojištění je třeba povolení podle zákona o pojišťovnictví.⁵⁸

Samy zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče, co se její kvality, objemu a dodržování cen se smluvními zařízeními týče. Děje se tak prostřednictvím informačních dat a činností revizních lékařů.

Zdravotní pojišťovna vede osobní účet každého pojištěnce, kde je přehled veškerých výdajů na zdravotní péči poskytnutou konkrétnímu pojištěnci a současně i úhrn regulačních doplatků a doplatků na léky zaplacených pojištěncem. Na žádost pojišťovna bezplatně jednou ročně vydá výpis z osobního účtu.

3.2 Spolková republika Německo

Zdravotní pojišťovny, kterých je v Německu přibližně 250, jsou právně způsobilými korporacemi veřejného práva s vlastní samosprávou. Jejich úkolem je dojednat se zdravotními zařízeními rozsah, kvalitu a cenu hrazené péče, ke které pak mají přístup všichni pojištěnci určité pojišťovny. V Německu působí zákonné a soukromé zdravotní pojišťovny. Zákonné zdravotní pojišťovny mají povinnost přijmout pojištěnce, soukromá zdravotní pojišťovna může žadatele odmítnout.

Zákon v § 4 odst. 2 SGB V rozlišuje mezi regionálními,⁵⁹ podnikovými⁶⁰ a cechovními⁶¹ zdravotními pojišťovnami, zdravotními pojišťovnami pro námořníky⁶² a horníky,⁶³ zemědělskými⁶⁴ a náhradními⁶⁵ zdravotními pojišťovnami. Členství vzniká výkonem určité činnosti v regionu (regionální zdravotní pojišťovna), podnikáním (podnikové zdravotní pojišťovny) nebo řemeslným odvětvím (cechovní zdravotní pojišťovna). Naproti tomu u náhradních zdravotních pojišťoven se tomu děje přistoupením.

⁵⁷ § 54 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

⁵⁸ Zákon č. 363/1999 Sb.

⁵⁹ Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) § 143 n. SGB V.

⁶⁰ Betriebskrankenkassen (BKK) § 147 n. SGB V.

⁶¹ Innungskrankenkassen (IKK) § 157 n. SGB V.

⁶² See-Krankenkasse § 165 SGB V.

⁶³ Bundesknappschaft § 167 SGB V.

⁶⁴ Landwirtschaftliche Krankenkassen § 166 SGB V.

⁶⁵ Ersatzkrankenkassen § 168 n. SGB V.

Na zemské úrovni vytváří zdravotní pojišťovny zemský svaz a na úrovni federace spolkový svaz zdravotních pojišťoven.

Až na některé výjimky (např. námořníci a horníci) mají pojištěnci právo zvolit si pojišťovnu, u které se chtějí nechat pojistit. Soutěžní jednání pojišťoven není zákonem výslovně upraveno. Je sporné, zda se na něj vztahují normy veřejného práva nebo přímo zákon o nekalé soutěži. Znevažování a klamavé soutěžní jednání mezi pojišťovnami je stejně jako v zákoně o nekalé soutěži zakázáno. Na druhé straně srovnávací reklama je přípustná. Také zaměstnavatel nesmí vyvíjet žádný tlak na zaměstnance, pokud jde o jeho svobodnou volbu zdravotní pojišťovny, a pojišťovny nemají dovoleno shromažďovat údaje za účelem získávání nových pojištěnců.

Aby existovala rovnoměrná konkurence, je zapotřebí mezi pojišťovnami vyrovnat riziko strukturálního složení pojištěnců,⁶⁶ čímž pojišťovny, které mají pojištěnce s vysokým rizikem nemoci, ale s nízkými příjmy, jsou vyrovnány s ostatními pojišťovnami. Prospívá to regionálním zdravotním pojišťovnám, které pravidelně vykazují pojištěnce s nízkými průměrnými příjmy a staršího věku. Projevuje se zde princip solidarity.

Činnost veřejnoprávních pojišťoven doplňují soukromé zdravotní pojišťovny. Jejich úkolem je zajistit tu část obyvatel, která nespadá do povinného zákonného zdravotního pojištění. A dále se u nich nechávají připojistit občané pro případy, které nejsou hrazeny z povinného zákonného pojištění. Jedná se o jakýsi nadstandard.

3.3 Evropský průkaz zdravotního pojištění

Zdravotní pojišťovna vydává svým pojištěncům bezplatně průkaz pojištěnce, kterým se prokazují při návštěvě zdravotnického zařízení. Také při přechodném pobytu v zahraničí mají pojištěné osoby členských států nárok na lékařské ošetření ve státě pobytu. Předpokladem je, že německý nebo český občan má u sebe platný Evropský průkaz zdravotního pojištění⁶⁷, který vystavuje zdravotní pojišťovna, u které je daná osoba pojištěna. Průkaz platí od 1. června 2004 na území členských států Evropské

⁶⁶ Risikostrukturausgleich § 266 SGB V.

⁶⁷ European Health Insurance Card.

unie,⁶⁸ Evropského hospodářského prostoru⁶⁹ a Švýcarska. Jde o první společný průkaz. Na základě tohoto průkazu je poskytována lékařsky nezbytná zdravotní péče, tedy veškerá zdravotní péče, která je v dané situaci potřeba, aby se pojištěnec nemusel vracet do státu pojištění dříve, než zamýšlel. Pojištěnec průkaz předkládá přímo u ošetřujícího lékaře v hostitelském státě a již se nemusí před návštěvou lékaře v jiném členském státě prokazovat formulářem E 111 na místní instituci zodpovědné za hrazení nákladů na zdravotní péči, jak tomu bylo před rokem 2004. Došlo tak ke zjednodušení procesu uplatňování nároku na zdravotní péči v zahraničí. Průlomem je i rozšíření nároku na těhotné a chronicky nemocné.

Při případné ztrátě nebo odcizení Evropského průkazu zdravotního pojištění během pobytu v zahraničí lze požádat českou zdravotní pojišťovnu o zaslání potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz zdravotního pojištění.

Pojištěnec má nárok na stejné služby, které poskytují veřejná zdravotnická zařízení, jako občané státu přechodného pobytu. V některých zemích je vyžadována spoluúčast ve stejné výši jako u obyvatel daného státu. Zdravotní pojišťovna proplatí na základě dokladu o zaplacení pojištěnci náklady, které byl nucen hradit v zahraničí přímo.

Průkaz neplatí u soukromých poskytovatelů zdravotní péče a také pojišťovna nekryje výlohy, pokud účelem vycestování bylo čerpání zdravotní péče v zahraničí, ke kterému nedala zdravotní pojišťovna předem souhlas.

Výhodou Evropského průkazu je, že není omezen časově, není stanovena maximální částka krytí, jak tomu bývá u komerčního pojištění, a také není vyžadován údaj, z jaké příčiny došlo k pojistné události. Obecně se doporučuje kombinovat Evropský průkaz s komerčním pojištěním.

⁶⁸ Belgie, Bulharsko, Česká republika, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Irsko, Itálie, Kypr, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Maďarsko, Malta, Německo, Nizozemsko, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Rumunsko, Řecko, Slovensko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko, Velká Británie.

⁶⁹ Island, Lichtenštejnsko, Norsko.

3.4 Elektronický zdravotní průkaz

V Německu by měl dosavadní průkaz pojištěnce nahradit elektronický zdravotní průkaz. Průkaz je vybaven čipem, fotografií pojištěnce, základními údaji o pojištěnci (jméno a příjmení, adresa, datum narození, pohlaví a jméno zdravotní pojišťovny, která průkaz vydala atd.), přehled pojištěncem zaplacených doplatků, lékařské předpisy (v netištěné podobě) a na zadní straně je označení, že se jedná o evropský průkaz zdravotního pojištění (umožňuje čerpání zdravotní péče v členských státech EU). Dobrovolně může být zaznamenán i přehled užívaných léků, informace potřebné při náhlém ošetření (např. alergie, astma, nemoci srdce), přehled prodělaných operací, očkování a rentgenových vyšetření, sdělení v elektronické podobě (př. lékařská zpráva).

Cílem je zlepšit kvalitu lékařského ošetření, snaha o lepší komunikaci mezi všemi, kdo se podílejí na poskytování zdravotní péče, hospodárnost a přehlednost poskytnutých plnění.

Mezi výhody patří lepší dostupnost dat (např. změní-li pacient lékaře nebo v nouzové situaci), pojištěnec získá lepší přehled o svém zdravotním stavu (zaznamenávají se např. alergie, očkování, prodělané nemoci, preventivní prohlídky atd.), pojištěnec rozhoduje, které údaje o jeho zdraví budou na kartě nahrány a komu budou zpřístupněny. Pro poskytovatele zdravotní péče je výhodou zamezení dvojího vyšetření a rychlejší přehled o zdravotním stavu pacienta v případě nouze.

Důležitou úlohu hraje bezpečnost a ochrana dat. Pacient rozhoduje o tom, jaké údaje a komu budou zpřístupněny, má právo do svých dat nahlížet a pořizovat si výpisy, zaznamenává se posledních 50 změn, data jsou individuálně kódována. Ke zdravotním údajům na kartě mají přístup jen zdravotní pracovníci.

Od roku 2006 probíhá testování funkčnosti elektronického zdravotního průkazu. Zúčastnilo se přibližně 63 tisíc pojištěnců, 190 lékařů, 115 lékáren a 11 nemocnic ze sedmi spolkových zemí.⁷⁰ Od roku 2009 v Německu probíhá fáze tzv. rollout, která se děje v několika krocích. Prvním krokem je vybavení lékařských ordinací příslušnou technikou (přístroje na čtení karet, software). Zdravotní pojišťovny pak mohou začít vydávat elektronické zdravotní průkazy. Jako první začalo Severní Porýní – Vestfálsko,

⁷⁰ Bádensko – Württembersko, Bavorsko, Dolní Sasko, Porýní – Falc, Sasko, Severní Porýní – Vestfálsko, Šlesvicko – Holštýnsko.

které by měly postupně následovat další spolkové země.

V ČR slouží k podobnému účelu tzv. elektronická zdravotní knížka, kterou si momentálně může dobrovolně zřídit jen pojištěnec VZP. Obsahuje souhrnné informace o zdravotním stavu pacienta, které jsou se souhlasem pacienta přístupné zdravotním pracovníkům v elektronické podobě.

4. Osobní rozsah veřejného zdravotního pojištění

4.1 Česká republika

Zdravotně pojištěny jsou osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky a osoby bez trvalého pobytu, které jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky.⁷¹ Zákon tyto osoby označuje jako pojištěnce.

Pojištěnec má právo na zdravotní péči. Je pojištěn u zdravotní pojišťovny, která z vybraného pojistného hradí zdravotnickým zařízením zdravotní péči, kterou zařízení poskytlo pojištěnci. Zdravotnická zařízení, která uzavřela se zdravotní pojišťovnou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče, tvoří síť smluvních zdravotnických zařízení zdravotní pojišťovny.

Ze zdravotního pojištění jsou vyňaty osoby, které nemají trvalý pobyt na území České republiky a vykonávají zde činnost pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výsad a imunit. Pojištění nejsou povinny platit ani osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině. Za dlouhodobý pobyt v cizině se považuje nepřetržitý pobyt po dobu delší než šest měsíců. Pojištěnec ale musí být zdravotně pojištěn v cizině a oznámit tuto skutečnost písemným prohlášením u příslušné zdravotní pojišťovny. S opětovným přihlášením u příslušné zdravotní pojišťovny je povinen dodatečně předložit doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a o jeho délce. Pokud tak neučiní, musí doplatit zpětně pojistné za dobu strávenou v cizině.

Zdravotní pojištění vzniká dnem narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky, dnem, kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stane zaměstnancem anebo dnem, kdy získá trvalý pobyt na území České republiky. Pojištění zaniká dnem úmrtí pojištěnce nebo dnem jeho prohlášení za mrtvého, ukončením zaměstnání osoby bez trvalého pobytu na území České republiky a ukončením trvalého pobytu v České republice.⁷²

Mezi práva pojištěnce patří zejména právo na výběr zdravotní pojišťovny, výběr

⁷¹ § 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

⁷² § 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

lékaře a zdravotnického zařízení, právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku. Pokud má pojištěnec pocit, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče, může podat návrh na přezkoumání vedoucímu zdravotnického zařízení, obrátit se na jednu z profesních komor,⁷³ jde-li o nedostatky odborného nebo etického postupu lékaře, popř. lékárníka. A pokud mu bylo odmítnuto provedení zdravotního výkonu spadajícího do hrazené péče, může se obrátit přímo na zdravotní pojišťovnu, u níž je pojištěn.

Práva pojištěnce jsou na druhé straně vyvážena povinnostmi. Je povinen hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, hradit zdravotnickému zařízení regulační poplatky, prokazovat se při poskytování zdravotní péče platným průkazem pojištěnce, oznámit příslušné zdravotní pojišťovně změny týkající se jeho jména, příjmení a trvalého pobytu, vyvarovat se jednání, které by vedlo k vědomému poškození vlastního zdraví a dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí.

4.2 Spolková republika Německo

Oproti České republice je v Německu velmi rozsáhlý taxativní výčet osob pojištěných z moci zákona (zdravotní pojištění za ně platí stát) obsažen v § 5 SGB V.⁷⁴ Mezi osoby pojištěné z moci zákona patří zaměstnanci, nezaměstnaní pobírající dávky v nezaměstnanosti, podnikající zemědělci, umělci a publicisté podle zákona o sociálním pojištění umělců,⁷⁵ zdravotně postižení, kteří jsou zaměstnáni v chráněných dílnách, studenti státních a státem uznávaných vysokých škol, praktikanti a učňové a osoby, které pobírají dávky na základě důchodového pojištění, pokud převážnou část svého výdělečně činného života byly účastny na veřejném zdravotním pojištění nebo se účastnily v rámci rodinného pojištění.

Zaměstnanec, který pravidelně vydělává více jak 400 € brutto měsíčně⁷⁶ a zároveň během posledních tří kalendářních let hranice jeho ročního výdělku nepřesáhla každý rok částku 49 950 € (měsíčně 4 162,50 €, pro rok 2010), je pojištěn z moci

⁷³ Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora a Česká lékárnická komora.

⁷⁴ Versicherungspflicht.

⁷⁵ Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten vom 27. Juli 1981, BGBl. I S. 705.

⁷⁶ Vydělává-li méně než 400 € měsíčně, jedná se o tzv. Minijob.

zákona.

Pokud by se na pojištěnce měla vztahovat pojišťovací povinnost např. kvůli tomu, že se změnila maximální hranice pro roční výdělek, kvůli pobírání dávek v nezaměstnanosti, kvůli zahájení studia atd., může být pojištěnec od pojišťovací povinnosti na žádost osvobozen.⁷⁷ Žádost musí být zdravotní pojišťovně předložena do tří měsíců od vzniku pojišťovací povinnosti.

Dobrovolně se může nechat pojistit ten, na koho se nevztahuje pojišťovací povinnost.⁷⁸ K zákonnému zdravotnímu pojištění lze přistoupit dobrovolně, naplnil-li pojištěnec, který byl až dosud povinně pojištěn, určitou dobu pojištění a jeho pojišťovací povinnost končí nebo jedná-li se o těžce zdravotně postiženého (za určitých podmínek) anebo dojde-li ke skončení pojištění u osoby, která byla spolupojištěna jako rodinný příslušník (naplnila-li daná osoba určitou předchozí dobu pojištění) např. u dítěte dosažením určitého věku.

S účinností od 1. ledna 2009 platí v Německu pojišťovací povinnost pro veškeré obyvatelstvo.

V rámci tzv. pojištění rodiny⁷⁹ jsou pojištěni manžel nebo manželka, partner (podle zákona o registrovaném partnerství⁸⁰) a děti pojištěnce do dosažení určitého věku.⁸¹ Tito rodinní příslušníci jsou spolupojištěni, aniž by platili pojistné, za předpokladu, že jejich celkový měsíční příjem (manžela nebo manželky, životního partnera a dítěte) činí maximálně 360 € a oni sami nejsou v rámci zdravotního pojištění pojištěni jinak. Zákonné povinné pojištění má přednost před rodinným pojištěním. Další podmínkou je trvalý pobyt v Německu.

Stejně jako v ČR i v Německu mají všichni povinně pojištěni ze zákona povinnost obratem oznámit zdravotní pojišťovně změnu těch finančních a rodinných poměrů, které mají vliv na právní vztahy zdravotního pojištění.

⁷⁷ Befreiung von der Versicherungspflicht § 8 SGB V.

⁷⁸ Freiwillige Versicherung § 9 SGB V.

⁷⁹ Familienversicherung § 10 SGB V.

⁸⁰ Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft, BGBl. I S. 266, z roku 2001.

⁸¹ Do dosažení 18 let; do dosažení 23 let, nejsou-li výdělečně činní; do dosažení 25 let věku, připravují-li se na budoucí povolání; bez věkové hranice, jde-li o zdravotně postižené.

5. Věcný rozsah veřejného zdravotního pojištění

5.1 Česká republika

Ze zdravotního pojištění jsou hrazeny věcné dávky, tedy zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav a také zdravotní péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem (tuto péči hradí zdravotní pojišťovna, kterou na základě identifikačních údajů pojištěnce o úhradu požádá příslušné zdravotnické zařízení). Finanční dávky se ve veřejném zdravotním pojištění nevyskytují.

Hradí se zdravotní péče poskytnutá na území České republiky a částka, kterou pojištěnec vynaložil na nutné a neodkladné léčení během jeho pobytu v cizině, a to do výše stanovené pro úhradu takové péče na území České republiky.

Hrazená zdravotní péče zahrnuje⁸² léčebnou péči ambulantní a ústavní (včetně diagnostické péče, rehabilitace, péče o chronicky nemocné a zdravotní péče o dárce tkání nebo orgánů související s jejich odběrem), pohotovostní a záchrannou službu, preventivní péči, dispensární péči, odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření), poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků, potraviny pro zvláštní lékařské účely,⁸³ lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách, závodní preventivní péči, dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů, dopravu žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa, do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů, dopravu zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa, dopravu odebraných tkání a orgánů, posudkovou činnost, prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu, včetně dopravy.

Ze zdravotního pojištění se vždy plně hradí léčivé přípravky obsahující léčivé

⁸² § 13 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

⁸³ Vyhláška č. 23/2001 Sb., kterou se stanoví druhy potravin určené pro zvláštní výživu a způsob jejich použití.

látky, jako jsou např. sérum proti záškrtu, hadímu jedu, vzteklině, imunoglobulin proti tetanu, proti hepatitidě B a další.⁸⁴

Ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce třikrát za život zdravotní péče poskytnutá na základě doporučení registrujícího ženského lékaře v souvislosti s mimotělním oplodněním ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 do 39 let, ostatním ženám ve věku od 22 do 39 let.⁸⁵

Příloha č. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění obsahuje seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených (př. zdravotně výchovná činnost, usazení nitrokostního implantátu, provizorní můstek aj.) nebo hrazených jen za určitých podmínek (např. odstranění zubního kamene).

Ze zdravotního pojištění se hradí prostředky zdravotnické techniky ve výši 75 % jejich ceny předepsané za účelem pokračovat v léčebném procesu, výrazně zlepšit zdravotní stav pojištěnce nebo za účelem zmírnit následky zdravotní vady. Výjimkou jsou prostředky zdravotnické techniky uvedené v oddílu B přílohy č. 3⁸⁶ zákona o veřejném zdravotním pojištění, které se ze zdravotního pojištění nehradí, konkrétně se jedná např. o obvazový materiál (náplastí aj.), ortopedické pomůcky (tenisový návlek, sportovní ortézy aj.) atd.

Další výjimkou jsou vybrané prostředky zdravotnické techniky uvedené v oddílu C přílohy č. 3⁸⁷ zákona o veřejném zdravotním pojištění, které se hradí ve výši a za podmínek v této příloze stanovených, např. invalidní vozíky včetně příslušenství (rukavice kožené pro vozíčkáře – maximálně dva páry ročně – nejvýše do 300 Kč, elektrický vozík – pouze na základě předepsání např. ortopeda a schválení revizním lékařem, 1 ks za 5 let – 100 %, sluchadla – pouze na základě předepsání lékařem foniatrem, maximálně 1 ks za 3 roky – 100 % nejvýše do 3200 Kč, další: brýle a optické pomůcky (brýlová obruba, brýlová čočka, kontaktní čočka), respirační a inhalační pomůcky (inhalátor), pomůcky pro diabetiky (glukometr, inzulinová pumpa), kompenzační pomůcky pro tělesně postižené (berle, chodítka, hůl - maximálně 1 ks za 3 roky – 100 % nejvýše do 130 Kč), dále nspecifikované pomůcky (paruka, hůl bílá

⁸⁴ § 15 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

⁸⁵ § 15 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

⁸⁶ Seznam prostředků zdravotnické techniky nehrazených z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantní péče.

⁸⁷ Seznam prostředků zdravotnické techniky hrazených z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantní péče.

slepecká), ortopedická obuv atd.

Ze zdravotního pojištění se hradí péče poskytovaná v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.

Z rozpočtu zřizovatele se hradí zdravotní péče poskytovaná v kojeneckých ústavech, dětských domovech a jeslích.

Ze zdravotního pojištění se nehradí výkony akupunktury a různé kosmetické výkony. Hrazená péče také nezahrnuje zdravotní výkony, jako jsou vyšetření a prohlídky, provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky. Úhradu těchto zdravotních výkonů poskytne zdravotnickému zařízení orgán, pro který se zdravotní výkony provádějí.

Zdravotní pojišťovna ve výjimečných případech hradí zdravotní péči, jinak zdravotní pojišťovnou nehrazenou, je-li její poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zdravotní péče. Je nutný předchozí souhlas revizního lékaře, s výjimkou případů, kdy hrozí nebezpečí z prodlení.

5.1.1 Úhrada poskytnuté péče

Zdravotní pojišťovny uzavírají se zdravotnickými zařízeními smlouvy o poskytování zdravotní péče. Účelem je zajistit věcné plnění.

Smlouva o poskytování zdravotní péče se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Ministerstvo zdravotnictví posuzuje jednotlivé rámcové smlouvy z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění, a poté je vydá veřejnou vyhláškou.

Pokud mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy do šesti měsíců nebo pokud předložená rámcová smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, je oprávněno Ministerstvo zdravotnictví učinit

rozhodnutí.

Rámcová smlouva musí obsahovat⁸⁸ způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče, práva a povinnosti účastníků smlouvy, pokud nejsou stanoveny zákonem, obecné podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, podmínky nezbytné pro plnění smlouvy, kontrolní mechanismus kvality poskytované péče a správnosti účtovaných částek, jakož i povinnost vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy o poskytování zdravotní péče, způsob a důvody ukončení smlouvy, ustanovení o rozhodčím řízení.

Rámcová smlouva obsahuje vždy ustanovení, které se týká doby účinnosti, způsobu a důvodu ukončení smlouvy o poskytování zdravotní péče s tím, že smlouvu je možné ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta musí být nejméně šest měsíců. Jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, neplatí šestiměsíční výpovědní lhůta.

Ministerstvo zdravotnictví vydává vyhláškou seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení se každý rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení. Obsah dohody posoudí Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li vše v pořádku, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku.

Příslušná zdravotní pojišťovna hradí zdravotnickým zařízením léčivé přípravky paušální částkou (s výjimkou zařízení lékárenské péče), jejíž výše se sjednává ve smlouvě o poskytování zdravotní péče.

Zdravotní pojišťovny uzavírají zvláštní smlouvy se zařízeními sociálních služeb s pobytovými službami. Účelem je zajistit pojištěncům umístěným v těchto zařízeních věcné plnění při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče. Pojišťovna zvláštní smlouvu uzavře, pokud o to zařízení sociálních služeb požádá, a současně prokáže, že ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky zařízení sociálních služeb, kteří jsou způsobilí k výkonu

⁸⁸ § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

zdravotnického povolání podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních.⁸⁹

5.1.2 Poskytování zdravotní péče

Zdravotní péči poskytují zdravotničtí pracovníci (např. lékaři, zdravotní sestry atd.), popř. další odborní pracovníci ve zdravotnictví (př. asistent ochrany veřejného zdraví), v rozsahu své odborné způsobilosti. Zdravotní péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních a s ohledem na zdravotní stav pojištěnce i na jiném místě.

Zdravotní péče je poskytována ve formě ambulantní nebo ústavní péče. Ambulantní péčí se rozumí primární zdravotní péče, specializovaná ambulantní zdravotní péče a zvláštní ambulantní péče.⁹⁰

Primární zdravotní péči pojištěncům poskytuje jejich registrující lékař, popřípadě ošetřující lékař. Registrující lékař zajišťuje zdravotní péči o registrované pojištěnce, na základě registračního listu, který vyplní při převzetí do péče. Ošetřujícím lékařem⁹¹ se rozumí praktický lékař, lékař pro děti a dorost, zubní lékař, u žen ženský lékař, který registruje pojištěnce. Ošetřujícím lékařem je i lékař poskytující pojištěnci specializovanou ambulantní zdravotní péči a lékař poskytující pojištěnci zdravotní péči v zařízení ústavní péče.

Registrující lékař doporučí pojištěnci smluvní zdravotnické zařízení, které na náležitě úrovni poskytne specializovanou ambulantní zdravotní péči, vyžaduje-li to zdravotní stav pojištěnce. Spolu s doporučením k přijetí specializovaným lékařem zasílá registrující lékař písemné odůvodnění, důležité zdravotní údaje a informace o provedeném léčení.

Zvláštní ambulantní péče je poskytována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče⁹² poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pojištěnce. Tato péče se poskytuje jako domácí zdravotní péče, ve stacionářích, ve zdravotnických zařízeních ústavní péče osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních

⁸⁹ 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.

⁹⁰ § 19 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

⁹¹ § 18 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

⁹² Péče poskytovaná pacientům, kteří trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém stadiu, cílem je zmírnit bolest a zachovat pacientovu důstojnost.

důvodů a v zařízeních sociálních služeb.

Ústavní péči se rozumí péče v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech. Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková - je poskytována ve speciálních zařízeních hospicového typu.⁹³ Pojištěnci jsou přijímáni zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře. Do ústavní péče musí být pojištěnec přijat, jestliže by nepřijetím nebo odložením přijetí byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo jeho zdraví a jestliže jde o porod. Pobyt průvodce dítěte mladšího šesti let v nemocnici se považuje za ústavní ošetřování. Zdravotní pojišťovna, u které je doprovázené dítě pojištěno, hradí pobyt průvodce.

Pojištěnce je možné propustit do domácího ošetřování na propustku z léčebných důvodů. Z ústavní péče se pojištěnec propustí, jakmile jsou provedena potřebná vyšetření a ošetření nebo dojde-li k takovému zlepšení zdravotního stavu, že další péči lze poskytovat ambulantně. Předčasně je pojištěnec propuštěn na vlastní písemnou žádost, tzv. revers nebo v případě, že odmítá zásadním způsobem spolupráci a soustavně hrubým způsobem porušuje řád zdravotnického zařízení.

Hrazená péče zahrnuje zdravotní výkony provedené v rámci tzv. pohotovostní a záchranné služby. Jde o případy, kdy je zdravotní péče poskytována v akutních případech praktickými a zubními lékaři mimo jejich ordinační hodiny, v rámci lékařské služby první pomoci a ústavní pohotovostní služby a v rámci zdravotnické záchranné služby při poskytování odborné přednemocniční neodkladné péče.

V rámci hrazené péče se u pojištěnců provádějí preventivní prohlídky, které provádí registrující lékař. Účelem je včasné zjištění ohrožení nebo poruch zdraví. Obsahem preventivních prohlídek je zjištění údajů nutných pro posouzení zdravotního stavu a zdravotních rizik pojištěnce, jakož i podrobné klinické vyšetření a zajištění potřebných laboratorních vyšetření. Preventivní prohlídka se provádí u pojištěnců starších tří let jedenkrát za dva roky, v oboru stomatologie u dospělých jedenkrát ročně a v oboru gynekologie jedenkrát ročně (počínaje patnáctým rokem).

⁹³Hospic je specializované zařízení, které poskytuje péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské péče zaměřené na léčbu nemoci.

5.2 Spolková republika Německo

Zákon⁹⁴ uvádí výčet plnění, na která mají pojištěnci nárok. Zdravotní pojišťovny zastávají názor, že nejen finančně se více vyplatí nemocem předcházet, než je následně léčit. Pojištěnci mají nárok na opatření včasného rozpoznání nemocí a na prevenci. Do oblasti prevence se řadí očkování, prevence proti rakovině, preventivní zdravotní prohlídky a pravidelné prohlídky u stomatologa. Zdravotní pojišťovny hradí příplatky nebo přebírají veškeré náklady na preventivní opatření (např. pojištěnec starší 35 let má každý druhý rok nárok na zdravotní prohlídku, aby byly včas rozpoznány případné kardiovaskulární nemoci, cukrovka nebo rakovina; u dětí do 6 let jsou hrazeny pravidelné lékařské prohlídky a nově i prohlídka na začátku puberty).

V případě nemoci mají pojištěnci nárok na lékařské ošetření. Pojem nemoci není v SGB V definován, ale pro potřeby zákonného zdravotního pojištění nemoc definoval Spolkový sociální soud.⁹⁵ Za nemoc je považován nesprávný tělesný nebo duševní stav, který vyžaduje lékařské ošetření a zároveň činí dotčenou osobu práce neschopnou. K této anomálii se připojuje narušení tělesných funkcí nebo zkreslující účinek anatomické odchylky.

Pokud je to nutné k rozpoznání nemoci, k uzdravení, k zabránění zhoršení stavu nebo k mírnění potíží, mají pojištěnci nárok na lékařské a stomatologické ošetření, léky, obvazový materiál, pomůcky (např. invalidní vozík, berle, sluchové pomůcky atd.), léčebné prostředky (např. masáže), domácí ošetřování, nemocniční ošetření, stacionární a ambulantní hospicové služby, rehabilitaci a doplňkové služby.⁹⁶

Na rozdíl od českého právního systému obsahuje právní úprava veřejného zdravotního pojištění v Německu i úpravu nemocenských dávek. V ČR se jedná o samostatnou kapitolu - nemocenské pojištění. V případě pracovní neschopnosti a při pobytu v nemocnici nebo v rehabilitačním zařízení mají pojištěnci nárok na nemocenské dávky.⁹⁷ Stane-li se zaměstnanec díky nemoci práce neschopným, od sedmého týdne pracovní neschopnosti nahrazují jeho plat nebo mzdu nemocenské dávky, které vyplácí

⁹⁴ § 11 n. SGB V.

⁹⁵ Bundessozialgericht, rozhodnutí ze dne 19. 10. 2004, B 1 KR 28/02 R.

⁹⁶ § 27 n. SGB V.

⁹⁷ Krankengeld § 44 n. SGB V.

zdravotní pojišťovna. Prvních šest týdnů pracovní neschopnosti dostává zaměstnanec stále mzdu nebo plat od zaměstnavatele. Jedná se o vyrovnávací dávku, která obnáší 70 % hrubého platu nebo mzdy. Je stanovena maximální hranice, do jejíž výše je možno nemocenské dávky vyplácet, a sice ne více než 90 % čisté mzdy dosažené před nástupem pracovní neschopnosti. Nemocenské dávky je možné pobírat maximálně 78 týdnů během doby tří let.

Pojištěnec může ročně pobírat po dobu 10 dnů nemocenské dávky při ošetřování nemocného dítěte mladšího 12 let (vztahuje se na každé dítě). Za předpokladu, že lékařským potvrzením prokáže nutnost ošetřování dítěte, že se o dítě nemůže postarat jiná osoba žijící ve společné domácnosti. Pokud dítě vychovává jediný rodič samostatně, doba se zdvojnásobí na 20 dnů. U zdravotně postiženého dítěte, které je odkázáno na pomoc jiných, neplatí omezení věku 12 let dítěte.

Na peněžitou pomoc v mateřství má nárok pojištěná žena v tzv. ochranné době (6 týdnů před a 8 týdnů po porodu; při vícečetném a předčasném porodu 12 týdnů po porodu). Výše dávky se odvíjí od výše průměrného platu během posledních tří měsíců před začátkem zákonné ochranné doby. Zdravotní pojišťovna vyplácí maximálně 13 € za každý kalendářní den. Zaměstnavatel k tomu během ochranné doby doplácí oproti průměrné čisté mzdě rozdíl. V ČR je peněžitá pomoc v mateřství upravena v rámci nemocenského pojištění.

Kvalita a účinnost plnění mají odpovídat všeobecně uznávaným lékařským poznatkům a má být zohledněn medicínský pokrok. Jednotlivá plnění mají podobu věcných dávek nebo služeb. Současně musí být splněn požadavek hospodárnosti⁹⁸, což znamená, že jednotlivá plnění mají být vyhovující, účelná a hospodárná. V konkrétním případě se musí jednat o nutnost. Pojištěnci nemohou nárokovat plnění, která nejsou nezbytně nutná nebo jsou nevhodná, zdravotní pojišťovna k nim nedá souhlas. Takže např. mladá žena nemůže na pojišťovně nárokovat zvětšení poprsí, pokud je jinak zdravotně v pořádku. Ale za předpokladu, že by ji tento stav způsoboval psychickou újmu, přicházelo by v úvahu psychoterapeutické léčení hrazené zdravotní pojišťovnou.

⁹⁸ Wirtschaftlichkeitsgebot § 12 SGB V.

6. Financování

6.1 Česká republika

Sociální zabezpečení může mít podobu sociálního pojištění, sociálního zaopatření a sociální pomoci. Souvisí to se způsobem financování sociálního zabezpečení.

Sociální pojištění, tedy i zdravotní pojištění, není financováno ze státního rozpočtu, je financováno z pojistného, které vybírá a spravuje samostatná veřejnoprávní instituce (zdravotní pojišťovna). Z vybraného pojistného si pojišťovna vytváří rezervy.

Jinak je tomu u důchodového a nemocenského pojištění, které je spravováno Českou správou sociálního zabezpečení, státním orgánem. Sice se také vybírá pojistné, ale je příjmem státního rozpočtu. Část pojistného na důchodové pojištění jde na samostatný účet státního rozpočtu, druhá část jde na státní politiku zaměstnanosti.

Naopak financování ze státního rozpočtu je charakteristické pro sociální zaopatření a sociální pomoc. Tyto dva systémy jsou spravovány státními orgány nebo orgány územních samosprávných celků v rámci přenesené působnosti. V rámci sociálního zaopatření jsou peněžité dávky poskytovány jen v případech stanovených zákonem (státní sociální podpora) a podle hlediska potřeby je poskytována sociální pomoc (hmotná nouze, sociální péče, sociální služby).

V ČR u sociálního pojištění (tedy i zdravotní pojištění) hovoříme o tzv. průběžném financování (z anglického „pay as you go“), kdy vybrané pojistné se hned používá na vyplácené dávky. Výjimkou je penzijní připojištění, u kterého se vybrané příspěvky shromažďují ve zvláštním fondu a až po určité době se vyplácejí dávky. Jedná se o tzv. fondové financování.

6.1.1 Pojistné

Pojistné je finanční částka, kterou odvádí plátce na účet zdravotní pojišťovny,

u které je pojištěnec pojištěn.

Mezi zdravotními pojišťovnami dochází k přerozdělování pojistného, aby se odstranily negativní dopady nerovnoměrného složení pojištěnců různých věkových skupin s různými náklady na zdravotní péči. Je určena finanční částka, která připadá na standardního pojištěnce. Pokud zdravotní pojišťovna vybere na pojistném větší obnos, než který na ni připadá podle podílu standardizovaných pojištěnců, odvede tuto přesahující částku na zvláštní účet Všeobecné zdravotní pojišťovny. A pokud příslušná zdravotní pojišťovna nedosáhne na vybraném pojistném celkové finanční částky, které by měla dosáhnout podle podílů na standardizované pojištěnce, jsou jí tyto finanční prostředky poskytnuty ze zmiňovaného účtu Všeobecné zdravotní pojišťovny. Všeobecná zdravotní pojišťovna spravuje zvláštní účet, na kterém je shromažďováno přesahující pojistné vybrané jednotlivými pojišťovnami.

Plátcem pojistného může být sám pojištěnec, zaměstnavatel nebo stát. Pojištěnec je plátcem pojistného, pokud je zaměstnancem, osobou samostatně výdělečně činnou anebo osobou bez zdanitelných příjmů.

Za zaměstnance se pro účely zdravotního pojištění považuje fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků podle zákona o daních z příjmů s výjimkami, které stanoví zákon.⁹⁹ Pojistné za zaměstnance hradí ze dvou třetin zaměstnavatel (9 %) a z jedné třetiny zaměstnanec (4,5 %). Zaměstnavatel sráží jednu třetinu zaměstnanci z platu nebo mzdy a odvádí společně s částkou, kterou je sám povinen platit za zaměstnance.

Pro účely zdravotního pojištění se za osoby samostatně výdělečně činné považují např. osoby podnikající v zemědělství, osoby provozující živnost, osoby vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost, advokáti, notáři, auditori, daňoví poradci, znalci, tlumočníci aj.

Za osobu bez zdanitelných příjmů je považován pojištěnec, který má na území České republiky trvalý pobyt, neplatí za něj pojistné zaměstnavatel ani stát a ani sám pojištěnec neplatí pojistné jako osoba samostatně výdělečně činná¹⁰⁰ (např. ženy v domácnosti a osoby, které jsou bez zaměstnání a nejsou evidovány u úřadu práce jako nezaměstnané, studenti, osoby pracující jen na základě dohody o provedení práce, studenti, kteří dokončili studium a nezaregistrovali se u příslušného úřadu práce).

⁹⁹ § 5 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

¹⁰⁰ § 5 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Stát je plátcem pojistného např. za nezaopatřené děti,¹⁰¹ poživatele důchodů z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, uchazeče o zaměstnání, osoby pobírající dávku v hmotné nouzi, osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby.¹⁰² Tyto osoby se nacházejí v situaci, kterou stát pokládá za tak významnou, že za ně platí pojistné z prostředků státního rozpočtu. Trvalý pobyt má na území ČR kolem 10 mil. obyvatel a stát platí pojistné přibližně za 6 mil., tedy za více jak 50 % pojištěnců.

Výše pojistného, kterou je jeho plátce povinen si sám vypočítat, činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období¹⁰³. Pojistné se zaokrouhluje na celé koruny směrem nahoru a platí se v českých korunách. Výše pojistného závisí na výši příjmů pojištěnce, bez ohledu na to, že zdravotní péči pojištěnec nečerpá. Na druhé straně vyšší pojistné neplatí pojištěnci, kteří čerpají zdravotní péči častěji než ostatní nebo ti, u kterých došlo ke zhoršení zdravotního stavu vlastním zaviněním. Projevuje se zde princip solidarity a veřejnoprávní prvek zdravotního pojištění.

Vyměřovacím základem zaměstnance je úhrn příjmů ze závislé činnosti, které zaměstnanci zúčtoval zaměstnavatel v souvislosti s výkonem zaměstnání. Zákon taxativně uvádí příjmy, které se do vyměřovacího základu nezahrnují¹⁰⁴ (např. náhrada škody podle zákoníku práce, odstupné, odměny vyplácené podle zákona o vynálezech a zlepšovacích návrzích). Minimálním vyměřovacím základem je minimální mzda, tj. 8 000 Kč měsíčně při týdenní pracovní době 40 hodin. Rozhodným obdobím je kalendářní měsíc.

Vyměřovacím základem u osoby samostatně výdělečně činné je od roku 2006 50 % příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odečtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení¹⁰⁵. Rozhodným obdobím je kalendářní rok. Minimálním vyměřovacím základem se rozumí dvanáctinásobek 50 % průměrné mzdy.

¹⁰¹ Dítě do skončení povinné školní docházky, a poté, nejdéle však do 26. roku věku, jestliže se soustavně připravuje na budoucí povolání, nebo se nemůže soustavně připravovat na budoucí povolání nebo vykonávat výdělečnou činnost pro nemoc nebo úraz, anebo z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je neschopno vykonávat soustavnou výdělečnou činnost (§ 11 zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře).

¹⁰² § 7 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

¹⁰³ § 2 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

¹⁰⁴ § 3 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

¹⁰⁵ § 3a odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Pro osobu bez zdanitelných příjmů, tedy osoba, která po celý kalendářní měsíc nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a není za ni plátcem pojistného stát, je vyměřovacím základem minimální mzda¹⁰⁶ (8 000 x 13,5 % = 1080 Kč).

U osob, za které je plátcem pojistného stát, je vyměřovací základ stanoven ve výši 5 355 Kč na kalendářní měsíc.¹⁰⁷

Pojistné za zaměstnance odvádí zaměstnavatel srážkou ze mzdy nebo platu, a to i bez souhlasu zaměstnance. Zaměstnavatel odvádí současně část pojistného, kterou je povinen hradit za své zaměstnance, i část pojistného, kterou je povinen hradit zaměstnanec. Pojistné za jednotlivé kalendářní měsíce je splatné od 1. do 20. dne následujícího kalendářního měsíce.¹⁰⁸

Osoby samostatně výdělečně činné platí formou záloh a doplatku pojistného. Záloha na pojistné je splatná od 1. dne kalendářního měsíce, na který se platí, do 8. dne následujícího kalendářního měsíce. Záloha na pojistné se neplatí za kalendářní měsíc, pokud byla osoba samostatně výdělečně činná po celý měsíc práce neschopnou.¹⁰⁹

Osoba bez zdanitelných příjmů platí pojistné na účet příslušné zdravotní pojišťovny. Pojistné je splatné od 1. dne kalendářního měsíce, za který se platí, do 8. dne následujícího kalendářního měsíce.¹¹⁰

Za osoby, za které je plátcem pojistného stát, hradí měsíčně pojistné Ministerstvo financí České republiky na zvláštní účet u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Splatnost je do 20. dne předcházejícího kalendářního měsíce.¹¹¹

Plátcí pojistného jsou povinni doplatit dlužné pojistné, a vznikne-li přeplatek na pojistném, má zdravotní pojišťovna povinnost jej vrátit. Nárok na vrácení přeplatku se promlčuje za pět let od uplynutí kalendářního roku, ve kterém vznikl, a právo předepsat dlužné pojistné se promlčuje za pět let ode dne splatnosti.

Za den platby pojistného se považuje den, kdy je pojistné připsáno na účet poskytovatele platebních služeb zdravotní pojišťovny.

¹⁰⁶ § 3b zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

¹⁰⁷ § 3c odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

¹⁰⁸ § 5 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

¹⁰⁹ § 7 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

¹¹⁰ § 10 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

¹¹¹ § 12 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Nebylo-li pojistné nebo záloha na pojistné zapláceno ve stanovené lhůtě nebo bylo zapláceno v nižší částce, zdravotní pojišťovna uloží sankci v podobě penále ve výši 0,05 % dlužné částky za každý kalendářní den. Pověřeni pracovníci zdravotních pojišťoven kontrolují platby pojistného.

6.1.2 Regulační poplatek

Regulační poplatek hradí pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce zdravotnickému zařízení v souvislosti s poskytováním hrazené péče. Výše poplatku je stanovena na 30 Kč, 60 Kč a 90 Kč.¹¹² Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo.

Zdravotnické zařízení, které zdravotní péči poskytlo, dostane od pojištěnce 30 Kč za návštěvu lékaře nebo specializovaného lékaře, za návštěvu u klinického psychologa nebo logopeda a za vydání léků předepsaných na receptu.¹¹³ Regulační poplatek se neplatí, jde-li o preventivní prohlídku, hemodialýzu, laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně.

Za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách, hradí pojištěnec zdravotnickému zařízení 60 Kč. S tím, že se den přijetí k poskytování takovéto péče a den ukončení počítají jako jeden den. Regulační poplatek se neplatí při ústavní péči o narozené dítě ode dne porodu do dne propuštění ze zdravotnického zařízení ústavní péče, ve kterém k porodu došlo, nebo ode dne propuštění z jiného zařízení, do kterého bylo dítě ze zdravotních důvodů bezprostředně po porodu převezeno.

Za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službu první pomoci (včetně zubních lékařů) a ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo svátek¹¹⁴ a v pracovních dnech od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud

¹¹² Pozn. Má dojít ke zvýšení z 90 Kč na 100 Kč atd.

¹¹³ Pozn. Dosud se platí za každou položku na receptu, měla by nastat změna, že se bude platit jedna suma za celý recept.

¹¹⁴ Státní svátky ČR: 1. leden – Den obnovy samostatného českého státu, 8. květen – Den vítězství, 5. červenec – Den slovanských věrozvěstů Cyrila a Metoděje, 6. červenec – Den upálení mistra Jana Husa, 28. září – Den české státnosti, 28. říjen – Den vzniku samostatného československého státu a

nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče, hradí pojištěnec zdravotnickému zařízení 90 Kč.

Neplatí se ani, jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech, ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy nebo umístěné k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Dále se neplatí při ochranném léčení nařízeném soudem, při výkonu zabezpečovací detence, při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit k zajištění ochrany veřejného zdraví, jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zákona o pomoci v hmotné nouzi¹¹⁵, ne starším 30 dnů a při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání nebo orgánů podle transplantčního zákona.¹¹⁶

Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek od pojištěnce vybrat, pokud se nejedná o některou z výše jmenovaných výjimek. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč, lze ji uložit i opakovaně. Zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo.

Zdravotnické zařízení nesmí vybírat regulační poplatky v souvislosti s poskytováním hrazené péče, která nepodléhá regulačním poplatkům. Opakované udělení pokuty při porušení tohoto zákazu je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bez výpovědní lhůty.

Pokud celková částka uhrazená pojištěncem za regulační poplatky překročí v kalendářním roce limit ve výši 5 000 Kč, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci částku, o kterou je tento limit překročen. Do limitu se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit, do limitu se tedy započítává doplatek v plné výši.

17. listopad – Den boje za svobodu a demokracii; Ostatní svátky: 1. leden – Nový rok, Velikonoční pondělí, 1. květen – Svátek práce, 24. prosinec – Štědrý den, 25. prosinec – 1. svátek vánoční a 26. prosinec – 2. svátek vánoční; § 1 a § 2 zákona č. 245/2000 Sb., o státních svátcích, o významných dnech a o dnech pracovního klidu.

¹¹⁵ Zákon č. 111/2006 Sb.

¹¹⁶ Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů.

6.2 Spolková republika Německo

Od 1. ledna 2009 platí v zákonném zdravotním pojištění v Německu nový způsob financování. Nově je zřízen zdravotní fond (Gesundheitsfonds) a po celém Německu je zavedena jednotná sazba pojistného 15,5 %.¹¹⁷ Ve zdravotním fondu je společně s daňovými prostředky (např. za spolupojištěné děti) soustředěno vybrané pojistné. Z finančních prostředků poskytnutých zdravotním fondem jsou financovány výdaje zdravotní pojišťovny na zdravotní péči a správní výdaje pojišťovny. Zdravotní pojišťovny vybírají pojistné a následně ho převádějí na zdravotní fond, který je spravován spolkovým pojišťovacím úřadem (Bundesverwaltungsamt, Bonn). Zaměstnavatel odvádí zdravotní pojišťovně pojistné i za zaměstnance.

Různé složení pojištěnců s rozdílnými nemocemi je zohledněno tak, že zdravotní pojišťovny dostanou od zdravotního fondu na každého pojištěnce pevně stanovenou částku plus příplatky určené podle věku, pohlaví a rizika (u chronicky nemocných). Zdravotní pojišťovny se starými a nemocnými pojištěnci dostanou více finančních prostředků než pojišťovny s velkým počtem zdravých a mladých pojištěnců. Při přidělování financí se nepřihlíží k příjmům, kterých dosahují pojištěnci. Obdrželi-li zdravotní pojišťovna větší přiděl financí, než je její finanční potřeba, může svým členům poskytnout prémie, pokud má k dispozici dostatečnou finanční rezervu. Naopak nevystačí-li zdravotní pojišťovně zdravotním fondem poskytnutý přiděl financí, může pojišťovna po svých členech požadovat dodatečné pojistné. Dosahuje-li dodatečné pojistné částky do 8 € měsíčně, nepřihlíží se k příjmům, jakých dosahuje pojištěnec, při překročení této hranice (8 €), může dodatečné pojistné činit maximálně 1 % z příjmů pojištěnce. Pojištěnci se mohou vyhnout placení dodatečného pojistného tím, že změní zdravotní pojišťovnu.

Jednotlivé zdravotní pojišťovny si neurčují sazbu pojistného samy, jak tomu bylo do konce roku 2008, ale jednotnou sazbu shodnou pro všechny zdravotní pojišťovny stanoví spolková vláda. Od začátku roku 2011 platí jednotná sazba pojistného 15,5 % z příjmu (7,3 % zaměstnavatel, 8,2 % pojištěnec).

Zákonné zdravotní pojištění je financováno z pojistného a dalších příjmů, mezi které patří spoluúcast pacientů, příspěvky sponzorů, úroky, platby z nároku na náhradu

¹¹⁷ § 241 SGB V.

škody, výnosy z kapitálu a výtěžky z pronájmu.

Nehledě na výši zaplaceného pojistného se uplatňuje princip solidarity mezi pojištěnci s vysokými a nízkými příjmy, starými a mladými (solidarita mezi generacemi), mezi zdravými a nemocnými a solidarita svobodných s rodinami s dětmi.

Činnost veřejnoprávních pojišťoven doplňují soukromé pojišťovny. Pojistné je sjednáváno individuálně na základě smlouvy a jeho výše se odvíjí od zdravotního stavu a věku pojištěné osoby, tedy od toho, jak velké je riziko čerpání zdravotní péče. Záleží i na počtu pojištěných členů rodiny.

Z pojištění jsou hrazeny náklady na preventivní péči, nemocenské dávky (v Německu je nemocenské pojištění součástí zdravotního pojištění) a další služby. Doplnkem je přímá platba pacienta, tedy jeho spoluúčast. Účelem je omezit nadbytečné čerpání zdravotních služeb. Upozornění na to, že zdravotní péče není zcela zdarma, je snahou vzbudit v občanech odpovědnost za své zdraví. Povědomí o cenách má zabránit zneužívání. Výše přímých plateb je limitována. Nejvíce se pacienti podílejí v oblasti lázeňství, rehabilitace, stomatologie a domácí péče. I pro tuto oblast, kdy pacient platí nad rámec základního pojištění, je možné se nechat připojistit.

Zákonné zdravotní pojištění prošlo vývojem od celkového pojištění k pojištění s doplatky (např. návštěva u lékaře, pobyt v nemocnici atd.).

6.2.1 Finanční spoluúčast pojištěnce

Pojištěnci nesou odpovědnost za své zdraví, je to jedním z důvodů, proč se pojištěnci finančně podílejí na některých plněních, aby si uvědomili nákladnost jednotlivých plnění a svoji spoluodpovědnost. Na druhé straně nesmí být pojištěnec finančně zatěžován nad míru únosnosti, zákonodárce proto počítá s výjimkami, kdy je pojištěnec od doplatků zcela nebo zčásti osvobozen. Zcela osvobozeni jsou děti a mladiství do 18 let (nevztahuje se na zubní náhrady a jízdní výlohy).

Pojištěnec, který dosáhl věku 18 let, zaplatí poskytovateli čtvrtletně při prvním

čerpání lékařského ošetření (ambulantní, zubní, psychoterapeutické) finanční spoluúčast stanovenou podle § 61 věty druhé SGB V.¹¹⁸ Částka činí za návštěvu u lékaře 10 €¹¹⁹ za každé započaté čtvrtletí, při pobytu v nemocnici 10 € za každý kalendářní den, u léků se platí 10 € za předpis a 10 % prodejní ceny léku.

Dosáhne-li pojištěnec během kalendářního roku stanovené hranice maximálního finančního zatížení, vystaví mu zdravotní pojišťovna potvrzení a do konce kalendářního roku už pojištěnec žádné příplatky nedoplácí.¹²⁰ Hranice finančního zatížení pojištěnce činí 2 % (u chronicky nemocných 1 %) hrubého příjmu na živobytí. Pokud tedy pojištěnec již tuto částku během kalendářního roku na doplatecích vydal, nedoplácí už do konce roku nic. Zákonodárce vychází z hrubého příjmu rodiny. Záleží, kolik členů rodiny je závislých na rodinném rozpočtu. Pro prvního rodinného příslušníka žijícího ve společné domácnosti činí hranice finančního zatížení 15 % ročních příjmů, pro rok 2009 to bylo 4 536 €. Pro každého dalšího rodinného příslušníka ve společné domácnosti to je 10 % ročních příjmů, 3 024 € pro rok 2009. U dětí se jedná o částku 3 864 €.

¹¹⁸ § 28 odst. 4 SGB V.

¹¹⁹ Tzv. Praxisgebühr.

¹²⁰ § 62 odst. 1 SGB V.

7. Řízení ve veřejném zdravotním pojištění

7.1 Česká republika

Právní úprava řízení je ovlivněna členěním sociálního zabezpečení na jednotlivá odvětví. Právní úpravy řízení pro jednotlivá odvětví sociálního zabezpečení mají společné, že pokud zvláštní ustanovení předpisů sociálního zabezpečení nestanoví jinak, použijí se subsidiárně obecné předpisy o správním řízení.¹²¹ Rozhodnutí ve věcech sociálního zabezpečení podléhají přezkumu v rámci správního soudnictví, nestanoví-li zákony sociálního zabezpečení jinak.

Jednotlivé procesní zásady spolu souvisejí, proto je zapotřebí je uplatňovat ve vzájemné souvislosti. Mezi základní zásady činnosti subjektů,¹²² které rozhodují ve věcech zdravotního pojištění, patří zásada zákonnosti,¹²³ zásada materiální pravdy,¹²⁴ zásada rychlosti a hospodárnosti,¹²⁵ zásada dvoustupňového řízení,¹²⁶ dispoziční zásada,¹²⁷ zásada přístupu orgánu k osobám, jichž se činnost orgánů v jednotlivých případech dotýká,¹²⁸ zásada ochrany práv nabytých v dobré víře¹²⁹ a další.

Na základě veřejného zdravotního pojištění je pojištěncům hrazena zdravotní péče. Činnost zdravotních pojišťoven je považována za výkon veřejné správy. Vyplývá

¹²¹ Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád.

¹²² § 2 n. zákona č. 500/2004 Sb., správní řád.

¹²³ Subjekt, který rozhoduje, postupuje v souladu se zákony a ostatními právními předpisy, jakož i mezinárodními smlouvami, které jsou součástí právního řádu.

¹²⁴ Skutkový stav musí být zjištěn tak, aby o něm nebyly důvodné pochybnosti, a pouze na takovém základě lze činit rozhodnutí. Je důležitá v případě podání odporu proti rozhodnutí, kdy je rozhodující prokázat, že byla porušena tato zásada a nebyl dostatečně zjištěn skutečný stav věci.

¹²⁵ Správní orgán vyřizuje věci bez zbytečných průtahů a postupuje tak, aby nikomu nevznikaly zbytečné náklady.

¹²⁶ Účastníci mají možnost projevit nesouhlas s řízením a nechat přezkoumat jeho průběh a rozhodnutí.

¹²⁷ Je zcela na účastníku, zda dá podnět k tomu, aby bylo zahájeno řízení. Zejména se jedná o případy, kdy je předmětem řízení rozhodnutí o přiznání dávky. Jejím opakem je zásada oficiality, kdy jsou orgány povinny postupovat ex offi, orgán má povinnost zahájit řízení bez ohledu na přání účastníků z moci úřední, stanoví-li tak zákon.

¹²⁸ Orgán má povinnost chovat se k osobám, jichž se činnost orgánu v jednotlivých případech dotýká, zdvořile a podle možností jim vycházet vstříc, také této osobě poskytne přiměřené poučení o jejích právech a povinnostech.

¹²⁹ Orgán šetří práva účastníka řízení nabytá v dobré víře a je oprávněn do těchto práv zasahovat jen za podmínek stanovených zákonem a v nezbytném rozsahu.

to ze zákona o veřejném zdravotním pojištění. Jedná se o správu ve věcech placení pojistného, ve věcech nároků pojištěnců na úhradu zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění a správu ve věcech účasti na veřejném zdravotním pojištění.

7.1.1 Řízení o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Na řízení ve věcech pojistného se použije zákon o veřejném zdravotním pojištění,¹³⁰ který stanoví, že na rozhodování zdravotních pojišťoven ve věcech týkajících se přirážek k pojistnému, pokut a pravděpodobné výše pojistného a ve sporných případech ve věcech placení pojistného, penále, vrácení přeplatků na pojistném a snížení záloh na pojistné se vztahuje správní řád, nestanoví-li zákon o veřejném zdravotním pojištění jinak. Rozhodnutí zdravotní pojišťovny má podobu platebního výměru. Proti platebnímu výměru lze podat odvolání. O odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny rozhoduje rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny, který se skládá z jednoho zástupce zdravotní pojišťovny, Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva financí, po třech zástupcích Správní rady a Dozorčí rady zdravotní pojišťovny. Pravomocná rozhodnutí zdravotních pojišťoven jsou přezkoumatelná soudem.

Dlužné pojistné a penále může zdravotní pojišťovna také stanovit výkazem nedoplatků. Proti výkazu nedoplatků lze zdravotní pojišťovně, která výkaz vydala, podat do osmi dnů od doručení písemné námitky.

7.1.2 Správní řízení (pojištění)

Na rozhodování zdravotních pojišťoven ve věcech týkajících se přirážek k pojistnému, pokut a pravděpodobné výše pojistného a ve sporných případech ve věcech placení pojistného, penále, vrácení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné se vztahuje správní řád.¹³¹

Správní řízení je postup správního orgánu, jehož účelem je vydání rozhodnutí, jímž se v určité věci zakládají, mění nebo ruší práva a povinnosti jmenovitě určené

¹³⁰ § 53 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

¹³¹ § 53 odst. 1 zákona č. 48/1998 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

osoby nebo jímž se v určité věci prohlašuje, že taková osoba práva nebo povinnosti má anebo nemá.¹³²

Zdravotní pojišťovny rozhodují platebními výměry.¹³³ Platební výměr na dlužné pojistné je vykonatelný bez ohledu na právní moc, jestliže od jeho doručení uplynulo 15 dnů.

Zdravotní pojišťovny ukládají pojištěnci sankce v případě, že pojištěnec nesplnil některou z povinností uloženou mu právními předpisy o veřejném zdravotním pojištění. Sankcí je pokuta, penále nebo přirážka k pojistnému.

Pokuta se ukládá např. za nesplnění oznamovací povinnosti plátců pojistného,¹³⁴ za nepředložení dokladů¹³⁵ ke kontrole, za nesplnění oznamovací povinnosti¹³⁶ zaměstnavatelem. Zákon stanoví maximální výši pokuty.

Penále je částka, o kterou se navyšuje původní dlužná částka na pojistném nebo záloze na pojistném, pokud nebylo zapláceno ve stanovené lhůtě, nebo bylo-li zapláceno v nižší částce, než ve které mělo být zapláceno. Výše penále je 0,05 % dlužné částky za každý kalendářní den.

Příslušná zdravotní pojišťovna může vyměřit přirážku k pojistnému zaměstnavateli, u něhož došlo v uplynulém kalendářním roce k opakovanému výskytu pracovních úrazů nebo nemocí z povolání ze stejných příčin a v důsledku toho i ke zvýšení nákladů na zdravotní péči. Výjimkou jsou ty pracovní úrazy a nemoci z povolání, jejichž příčina nebyla zjištěna nebo k nimž došlo ohrožením zvířaty nebo přírodními živly anebo v důsledku protiprávního jednání třetích osob. Výše přirážky je až 5 % z podílu na jím hrazeném pojistném všech zaměstnanců.

Zdravotní pojišťovna může odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při předepsání penále, jehož výše nepřesahuje 20 000 Kč ke dni doručení žádosti o odstranění tvrdosti a rozhodčí orgán může odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při uložení pokuty, vyměření přirážky k pojistnému nebo předepsání penále, jehož výše přesahuje 20 000 Kč.¹³⁷

O prominutí pokuty, přirážky k pojistnému nebo penále se rozhoduje na základě

¹³² § 9 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád.

¹³³ § 53 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

¹³⁴ Povinnosti podle § 10 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

¹³⁵ Doklady podle § 22 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

¹³⁶ Povinnost podle § 25 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

¹³⁷ § 53a odst. 1 a odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

písemné žádosti plátce pojistného. Žádost může být podána do nabytí právní moci rozhodnutí, kterým byla uložena pokuta, vyměřena přírážka k pojistnému nebo předepsáno penále.¹³⁸ Žádost může být podána do tří let od právní moci tohoto rozhodnutí, jestliže se objevily nové skutečnosti, které žadatel bez vlastního zavinění nemohl uplatnit do doby nabytí právní moci tohoto rozhodnutí. Rozhodnutí o odstranění tvrdosti je konečným, takže opravný prostředek nepřichází v úvahu.

Na řízení o prominutí pokuty, přírážky k pojistnému nebo penále se nevtahuje správní řád.

Platební výměr na dlužné pojistné je vykonatelný, jestliže uplynulo patnáct dnů od jeho doručení. Platební výměr na penále, přírážku k pojistnému nebo pokutu je vykonatelný po marném uplynutí lhůty k plnění. Nesplní-li plátce pojistného dobrovolně v určené lhůtě povinnost, která mu byla uložena vykonatelným rozhodnutím nebo vykonatelným výkazem nedoplatků, provede se jejich výkon, tedy exekuce.¹³⁹

7.1.3 Správní řízení (zdravotní péče) – nároky pojištěnců na úhradu zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění

Postup zdravotní pojišťovny je dvojitý. Jednak zdravotnické zařízení poskytne pojištěnci zdravotní péči, na kterou má nárok ze zákona, a zdravotní pojišťovna příslušnou péči zaplatí a zkontroluje. Nebo je vyžadováno rozhodnutí zdravotní pojišťovny, aby byl přiznán nárok pojištěnci (př. schválení úhrady revizním lékařem).

Pojišťovna se vyjádří zejména tím, že potvrdí určitý formulář k tomu, zda uhradí z prostředků veřejného zdravotního pojištění zdravotní péči, kterou zdravotnické zařízení v konkrétním případě pojištěnci navrhuje. Obsahem vyjádření není, zda se navrhovaná zdravotní péče uskuteční nebo ne, o tom rozhoduje zdravotnické zařízení společně se souhlasem pojištěnce. Zdravotní pojišťovna také vydává vyjádření k tomu, zda jsou splněny zákonné podmínky, s jejichž splněním zákon spojuje účast ve veřejném zdravotním pojištění. Správní řád obsahuje právní úpravu vyjádření.¹⁴⁰

Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění pojišťovna vydává vyjádření k tomu, zda a v jaké výši uhradí pojištěnci náklady, které vynaložil na nutné a

¹³⁸ § 53a odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

¹³⁹ § 103 n. zákona č. 500/2004 Sb., správní řád.

¹⁴⁰ § 154 až § 158 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád.

neodkladné léčení během jeho pobytu v cizině, zda pojišťovna uhradí zdravotní výkon nebo prostředek zdravotnické techniky, pokud je podmínkou úhrady jeho schválení revizním lékařem, vyjádření ke zdravotní péči jinak zdravotní pojišťovnou nehrazenou, zda pojišťovna uhradí pobyt ve zdravotnickém zařízení průvodci dítěte staršího šesti let, vyjádření k úhradě lázeňské péče, vyjádření k úhradě péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách, vyjádření, zda pojišťovna uhradí nezbytnou leteckou dopravu.

Zdravotní pojišťovna, která vydává vyjádření, jedná přímo se zdravotnickým zařízením, které v konkrétní věci zastupuje daného pojištěnce. Zdravotnické zařízení podává pojišťovně žádost o vyjádření.

7.2 Spolková republika Německo

Sociální soudnictví je v Německu od ledna 1954. Dříve řešily spory o nároky pojištěnců na plnění pojišťovací úřady. Kromě rozhodování právních sporů plnily tyto úřady i funkci sociálních správních úřadů.

V porovnání s ostatními evropskými státy je samostatné sociální soudnictví německou zvláštností.

Sociální soudy rozhodují v oblasti sociálního zabezpečení kromě případů zdravotního pojištění i věci týkající se důchodového pojištění, úrazového pojištění, sociální pomoci, podpory v nezaměstnanosti, zdravotně postižených a odškodnění válečných obětí.¹⁴¹

V sociálním soudnictví se uplatňují procesní zásady, mezi které patří zásada vyšetřovací,¹⁴² zásada materiální pravdy, zásada bezprostřednosti, zásada rychlosti a zásada ústnosti. Obě strany mají před sociálním soudem rovné postavení.

7.2.1 Trojinstanční soustava

Sociální soudnictví je trojinstanční – sociální soudy, zemské sociální soudy a

¹⁴¹ § 51 Sozialgerichtsgesetz vom 24. Juli 2003, BGBl. I Bl. 1526.

¹⁴² § 103, § 106 SGG, § 86 VwGO (Ermittlungsgrundsatz).

Spolkový sociální soud.¹⁴³

V první instanci rozhodují právní spory sociální soudy, které rozhodují spory svěřené jim podle zákona o sociálních soudech (Sozialgerichtsgesetz). Ke každému sociálnímu soudu patří určitý soudní obvod, v jehož rámci soud vykonává svoji působnost. Každý sociální soud se podle druhu své činnosti dělí na komory, které se zabývají spory z jednoho nebo více právních odvětví sociálního zabezpečení. Při ústním jednání, kdy je rozhodováno v podobě rozsudku nebo usnesení, se komory skládají z jednoho soudce z povolání a dvou soudců laiků, předsedou je vždy soudce z povolání. Některá rozhodnutí může vydávat předseda komory samostatně, zejména ta, která nevyžadují ústní jednání.

Zemské sociální soudy¹⁴⁴ rozhodují spory v druhé instanci. Jednotlivé spolkové země mají každá svůj vlastní zemský sociální soud nebo mohou vytvořit jeden společný zemský sociální soud pro více zemí (např. Berlín a Braniborsko, Dolní Sasko a Brémy). Do jejich pravomoci patří vyřizovat odvolání proti rozsudkům a stížnosti proti ostatním rozhodnutím sociálních soudů. Zemské sociální soudy se skládají z pětičlenných senátů (dají se srovnat s komorami sociálních soudů první instance), které si rozdělují podle oblastí své činnosti pravomoc zemského sociálního soudu. Senáty se skládají ze tří soudců z povolání a dvou soudců z lidu. Předsedou senátu je jeden ze soudců z povolání.

Třetí a zároveň i poslední instancí je Spolkový sociální soud¹⁴⁵ se sídlem v Kassel v Hesensku. Zabývá se revizemi proti rozsudkům zemských sociálních soudů. Jeho činnost je rozdělena do senátů. Senát se skládá z předsedy, dvou soudců z povolání a dvou soudců laiků. V případě, že zemský sociální soud nedovolil revizi, Spolkový sociální soud nejdříve rozhodne o stížnosti proti nepřipuštění revize. Skutkový stav musí být zjištěn během první nebo druhé instance, na úrovni třetí instance je rozhodováno jen o právních otázkách.

7.2.2 Tzv. přípravné řízení

Než dojde k podání žaloby u soudu, musí být vyčerpány možnosti nápravy u

¹⁴³ § 2 Sozialgerichtsgesetz vom 24. Juli 2003, BGBl. I Bl. 1526.

¹⁴⁴ Landessozialgerichte.

¹⁴⁵ Bundessozialgericht.

příslušného sociálního orgánu. Chce-li oprávněná osoba uplatnit svůj sociálně právní nárok (žádá-li změnu nebo vydání zamítnutého rozhodnutí v konkrétní věci), obrátí se na příslušný sociální orgán (např. na zdravotní pojišťovnu), který zjistí stav věci a vydá písemné úřední rozhodnutí, jehož součástí je poučení o tom, že v případě nesouhlasu je možnost nechat úřední rozhodnutí přešetřit formou odporu¹⁴⁶. Odpor se podává v maximálně měsíční lhůtě u orgánu, který rozhodoval „v první instanci“, a ten ještě jednou přezkoumá své rozhodnutí a vydá nové rozhodnutí s odůvodněním. Při přetrvávající rozdílnosti názorů je teprve proti rozhodnutí o odporu¹⁴⁷ možné vznést žalobu u soudu. Žaloba je nepřipustná, pokud nebyla tato možnost využita. Snahou je tak zabránit zbytečným právním sporům.

7.2.3 Soudní proces

Sociální soudy kontrolují zákonnost těch rozhodnutí, která vydaly orgány sociálního zabezpečení a napomáhají tak k ochraně sociálních práv jednotlivých občanů.

Ve většině případů jsou pojištěnci u sociálních soudů osvobozeni od soudních poplatků, platí to i v případě, když prohrají spor. Uplatňuje se zásada, že obava z nákladů soudního řízení nemá být na újmu ochrany sociálních práv u sociálních soudů. Výjimka je možná pouze v případě, že žalující strana žádá zhotovení lékařského posudku¹⁴⁸, soud po ní může požadovat zálohu na náklady, při tom zohlední, jak moc měl posudek význam pro rozhodování soudu. Osvobození od poplatků se vztahuje např. i na svědečné a tlumočné. Soud může také uložit procesní straně zaplacení nákladů, pokud je díky zavinění této strany odročeno ústní jednání.

V řízení před soudem je možné se nechat zastoupit právním zástupcem. Výjimkou je odvolací řízení před Spolkovým sociálním soudem, kde je právní zastoupení povinné. Náklady na právní zastoupení zpravidla nese ten, kdo prohrál, prohrál-li jen zčásti, nese jen částečné náklady. Náklady na právní zastoupení v sociálně právním řízení jsou ze sociálně politických důvodů ohraničeny určitým rámcem. Na žádost žalobce mu může být poskytnuta pomoc, prokáže-li nízké příjmy. Dalším

¹⁴⁶ Widerspruch.

¹⁴⁷ Widerspruchsbescheid.

¹⁴⁸ § 109 SGG.

předpokladem je, že žaloba má naději na úspěch a nejeví se jako svévolná. Na žádost žalující strany jí je k zastupování přidělen advokát.

Jednotlivec může podat žalobu proti orgánu sociálního zabezpečení v případě, že orgán požaduje neoprávněné pojistné anebo odepírá-li zákonem zaručené plnění. Žaloba se podává u příslušného soudu (podle místa bydliště žalobce) písemně nebo ústně do protokolu¹⁴⁹. Z žaloby musí být patrné, kdo ji podává, čeho se týká a proti komu směřuje.

Soud musí nejdříve přezkoumat, zda je zahájení řízení po právu, příslušnost soudu, způsobilost stran, překážku zahájeného řízení (litispedence) a překážku věci pravomocně rozhodnuté (non bis in idem). Jsou-li tyto požadavky splněny, je žaloba přípustná. Následuje příprava ústního jednání. Za tímto účelem je potřeba objasnit stav věci, označit svědky a další důkazní prostředky, zejména vyžádat lékařské posudky. Nevezme-li žalobce žalobu zpět, neuzná-li žalovaný uplatňovaný nárok ani nedojde-li k soudnímu smíru, je na konci veřejného ústního jednání vydán rozsudek soudu.

Proti prvoinstančnímu rozsudku jsou přípustné opravné prostředky, kterými jsou odvolání a dovolání. Odvolacími soudy jsou zemské sociální soudy. Dovolacím soudem je Spolkový sociální soud.

Odvolání slouží k přezkoumání rozhodnutí po věcné a právní stránce. Odvolání je přípustné proti rozsudkům správního soudu a je vázáno na zákonnou měsíční lhůtu.¹⁵⁰ Spor je prošetřován od začátku a mohou být vzneseny nové skutečnosti.

Dovolání slouží k přezkumu výlučně po právní stránce (procesní i materiální) a má zajistit jednotu aplikace práva. Revize je možná, pokud existuje neshoda mezi již vydaným rozsudkem, a projeví-li se nedostatky řízení, na kterých spočívá rozhodnutí. Revizní soud je vázán názorem soudu první instance.

7.2.4 Soudce z povolání

Soudce z povolání musí splňovat požadavky na funkci soudce stanovené německým zákonem o soudcích¹⁵¹. Uchazeč o funkci musí mít ukončené univerzitní studium v oboru právní vědy, které je zakončené první státní zkouškou. A musí úspěšně

¹⁴⁹ § 90 SGG, § 91 VwGO.

¹⁵⁰ § 151 SGG, § 124 VwGO, § 151 SGG.

¹⁵¹ § 5 n. DRiG.

absolvovat dvouletý tzv. referendariát¹⁵² s druhou závěrečnou státní zkouškou. Pokud by chtěl referendář po vykonání druhé státní zkoušky působit jako soudce sociálního soudnictví, přihlásí se u zemského sociálního soudu dané spolkové země. Začínající soudce projde tříletou zkušební dobou a na jejím zdárném konci je jmenován doživotně. Soudci jsou nezávislí a podřizují se pouze zákonu.¹⁵³

7.2.5 Soudci laikové

Soudci laikové působí ve všech třech instancích sociálního soudnictví. Jejich osobní zkušenosti z pracovního života pomáhají při posuzování konkrétních případů. Soudci z lidu mají stejná práva a povinnosti jako mají soudci z povolání. K výkonu funkce jsou povoláni na čtyři roky, funkci mohou vykonávat opětovně. Jsou vybíráni ze seznamů, do kterých je navrhla sdružení (např. sdružení zdravotních pojišťoven), která vyvíjejí činnost v oblasti práva sociálního zabezpečení, také soudci by měli být aktivní v této oblasti.

¹⁵² Přípravná služba, během které absolvent postupně projde praxí několika právními povoláními (např. advokacie, státní zastupitelství, soudnictví, orgány státní správy apod.)

¹⁵³ Artikel 97 GG, § 25n DRiG.

Závěr:

Zdravotní pojištění v obou mnou porovnávaných zemích prošlo dlouholetým vývojem, který se podepsal na jeho dnešním vzhledu. Každý stát k řešení sociálních událostí svých občanů, jako je nemoc, pracovní úraz, stáří, invalidita atd. přistupuje vlastním způsobem. V přístupu státu se odráží morální a etické názory převládající ve společnosti, ovlivnění historickými a náboženskými hodnotami a v daném případě nepochybně i stupeň vyspělosti zdravotnictví a jeho struktury v dané zemi.

Velmi podobné byly podmínky péče ve středověku a období do výrazného rozvoje technologického pokroku, do vzniku průmyslu a posílení vlivu centralizovaného jednotného národního státu. Péče o nemocné byla v té době přenechána rodině a ve značné míře církvi. I v těchto podmínkách byla ovšem nepřehlédnutelná role jakési spolkové samosprávy v oblasti péče o nemocné a chudé. Hornická bratrstva se objevují až překvapivě brzy. Teprve posléze přejímá roli regulátora a mocenské autority v oblasti péče o zdraví a pomoci nemocným a chudým stát. Musel. Nebylo zbylí.

Rozvoj průmyslu a anonymita lidí jako jedinců vyvolaly stav, kdy se ze sociálního zabezpečení vytratil prvek obecné morální odpovědnosti. Konec konců již v časných dobách sociálního pojištění se ukázalo, že dobrovolnost není ideálním řešením. Nezbylo, než uložit pojištění jako povinné. A tento trend obecně trvá dodnes. O tom, že stát pečuje o sociální oblast života občanů není pochyb. Jde dnes o to, jak úspěšně.

Fakt, že v českých zemích byla poměrně brzy akceptována Bismarckova idea sociálního pojištění, svědčí o poměrně souběžném ekonomickém a politickém vývoji

středoevropského prostoru a pružnosti myšlení tehdejších zákonodárců. Pak ovšem přišly dvě války a následovalo dlouholeté nepřírozené rozdělení kontinentu mezi jinak orientované ideje. S tím je spojen rozdílný vývoj i v oblasti zdravotního pojištění. V našich zemích se otěže chopil bez omezení stát a bylo nastoleno údajné právo všeho lidu na uspokojení všech potřeb, v rozsahu oním státem daném. V západní části Evropy, jmenovitě v západní části Německa, se osvědčil model zdravotního pojištění, do kterého byly postupně vkládány významné prvky sociálního cítění a diferenciací nároků. Po roce 1989 se zejména na stavu sociální sítě a sociálního a zdravotního zákonodárství obou německých států projevilo, který systém je životnější. Německá demokratická republika v rámci spojení převzala západoněmecký model.

Když jsem porovnávala legislativu obou států z písemností a fungování orgánů působících na poli zdravotní péče (díky roční stáži na univerzitě v Bonnu), zjistila jsem, že cíle máme totožné, cesty k jejich dosažení se však poněkud liší.

Zaujal mě kodex sociálního práva Spolkové republiky Německo. I s ním přirozeně působí některé další předpisy. Základní pravidla však jsou pro všechny spolkové země v jediné, byť silné knize, v jediném předpisu, který podrobně vymezuje vzájemná práva i povinnosti občanů i státu. My se k takovému kroku blížíme kodifikací občanského práva. Naše oddělené zákony a jejich novelizování, vyvolávají leckdy nejen u běžného občana, ale i u člověka do určité míry zběhlého v oblasti práva, pocitu marnosti. Uhlídat takto produkované změny je nad schopnosti jedince.

Sympatická je mi i současná idea soustředění agendy sociálního pojištění do jednoho místa. Právní jistotu člověka posiluje, když ví, že se jeho věci bude zaobírat úředník, který vše najde na jediném místě. Nepochybně by to bylo i lacinější.

V oblasti soudního projednávání sociálních a zdravotních záležitostí bych se minimálně přimlouvala za zřízení a konstituování speciálních senátů pro vyřizování této agendy. Domnívám se, že zřízení obdobného tříступňového sociálního soudnictví jako ve Spolkové republice Německo u nás nebude aktuální. Jsme přece jenom malá země. Podle mého názoru by napomohly kvalifikovanému a rychlému rozhodování záležitostí

tak citlivých, jako jsou otázky zajištění základních potřeb lidí.

Svoji práci jsem dokončila s oporou v právním stavu ku konci května 2011. V zápětí začalo zejména ve zdravotní sféře docházet k výrazným změnám. Spoluúčast pacientů na financování zdravotní péče se mění, definování nadstandardní péče a její placení se legislativně stalo skutkem, rozšiřují se práva pacienta a odpovědnost zdravotnických zařízení. V textu této práce jsem zmínila, že Spolková republika Německo od 1.1.2009 uzákonila výši zdravotního pojištění na 15,5%. Je zjevné, že i v této oblasti nastala doba pohybu, a že obecná filozofie povinností, nároků a odpovědností se mění. Soudím z toho, že čas hraje pro sjednocení základních práv a povinností i v oblasti zdravotního pojištění občanů v rámci Evropy. Nebude to asi hned. Jde o příliš citlivou problematiku a rozdílné dílčí názory (i možnosti) v členských státech Evropské unie. Ale nebude asi zbylí. Jako před dvěma sty léty v Německu.

Seznam zkratek:

BGBL.	Bundesgesetzblatt
DRiG	Deutsches Richtergesetz
GG	Grundgesetz
NDR	Německá demokratická republika
RGBL.	Reichsgesetzblatt
ř. z.	Říšský zákoník
S.	Seite
Sb. z.	Sbírka zákonů
Sb. z. a n.	Sbírka zákonů a nařízení
SGB	Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz
SRN	Spolková republika Německo
ÚV KSČ	Ústřední výbor komunistické strany Československa
VwGO	Verwaltungsgerichtsordnung
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Použitá literatura:

- Daněk, A., Glet, J. Zdravotní pojištění. Praha: Linde, 2003.
- Eichenhofer, E. Sozialrecht. Tübingen: Mohr Siebeck, 2007.
- Gitter, W.; Schmitt, J. Sozialrecht. München: C. H. Beck, 2001.
- Grün, C. Einführung in das Sozialrecht. Altenberge: Niederle Media, 2008.
- Koldinská, K. Sociální právo. Praha: C. H. Beck, 2007.
- Koldinská, K. Sociální zabezpečení osob migrujících mezi státy EU. Praha: C. H. Beck, 2007.
- Pavlíček, V. a kolektiv. Ústavní právo a státověda I. díl – Obecná státověda. Praha: Linde, 2003.
- Schimmelpfeng-Schütte, Soziale Gerechtigkeit und Gesundheitswesen, ZRP 2006 Heft 6 S. 181.
- Tröster, P. a kolektiv. Právo sociálního zabezpečení. Praha: C. H. Beck, 2008.
- Vančurová, A. Klazar, S. Sociální a zdravotní pojištění – úvod do problematiky. Praha: ASPI, a.s., 2005.
- Veselý, J. Právo sociálního zabezpečení. Praha: Vysoká škola aplikovaného práva, s.r.o., 2009.

Zákony:

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 245/2000 Sb., o státních svátcích, o ostatních svátcích, o významných dnech a o dnech pracovního klidu, ve znění pozdějších předpisů.
- Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky.

- Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) vom 23. 05. 1949 (BGBl. I S. 1).
- Sozialgesetzbuch (SGB) vom 11. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3015).
- Sozialgerichtsgesetz (SGG) vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535).
- Verwaltungsgerichtsordnung vom 19. März 1991 (BGBl. I S. 686).
- Deutsches Richtergesetz vom 19. April 1972 (BGBl. I S. 713).

Internetové stránky:

www.deutsche-sozialversicherung.de

www.szpcr.cz

<http://lexetius.com/2004,3679>

www.cmu.cz

www.euroskop.cz

www.vzp.cz

www.izip.cz

www.SZPCR.cz

www.juris.de

www.gesetze-im-internet.de

www.KrVdigital.de

www.justiz.nrw.de

www.bmas.de

<http://ec.europa.eu>

http://www.bmas.de/portal/10118/soziale__sicherung__im__ueberblick.html

www.bundesgesundheitsministerium.de

www.die-gesundheitskarte.de

www.cec.eu.de/gesundheitsfonds.html

Příloha č. 1:

„Kaiserliche Botschaft“¹⁵⁴:

„Wir, Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen u.s.w., thun kund und fügen hiermit zu wissen: Schon im Februar dieses Jahres haben Wir Unsere Überzeugung aussprechen lassen, daß die **Heilung der sozialen Schäden** nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderungen des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde. Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese Aufgabe von neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde **Bürgschaften seines inneren Friedens** und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. In Unseren darauf gerichteten Bestrebungen sind Wir der Zustimmung aller verbündeten Regierungen gewiß und vertrauen auf die Unterstützung des Reichstages ohne Unterschied der Parteistellungen.

In diesem Sinne wird zunächst der von den verbündeten Regierungen in der vorigen Session vorgelegte Entwurf eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle mit Rücksicht auf die im Reichstag stattgehabten Verhandlungen über denselben einer Umarbeitung unterzogen, um die erneute Berathung desselben vorzubereiten. Ergänzend wird ihn eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine gleichmäßige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens zur Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber einen begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zutheil werden können.

Für diese Fürsorge die rechten Mittel und Wege zu finden, ist eine schwierige, aber auch eine der höchsten Aufgaben jedes Gemeinwesens, welches auf den sittlichen Fundamenten des christlichen Volkslebens steht. Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichen Schutz und staatlicher Förderung

¹⁵⁴ Eichenhofer, E. Sozialrecht. Tübingen: Mohr Siebeck, 2007, s. 19-20.

werden, wie Wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichen Umfange nicht gewachsen sein würde. Immerhin aber wird auf diesem Wege das Ziel nicht ohne die Aufwendung erheblicher Mittel zu erreichen sein.“

Název práce v anglickém jazyce:

Comparison of health insurance systems in the Czech Republic and the Federal Republic of Germany.

Zusammenfassung:

Die Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema „Vergleich der Krankenversicherungssysteme in der Tschechischen Republik und in der Bundesrepublik Deutschland“. Zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungssystemen der Tschechischen Republik und der Bundesrepublik Deutschland bestehen viele Unterschiede und Besonderheiten. Es zeigt sich, dass beide Systeme auch eine ganze Reihe von gemeinsamen Aspekten aufweisen.

Die Arbeit besteht aus sieben Kapiteln, wobei sich jedes Kapitel einem besonderen Aspekt der gesetzlichen Krankenversicherung widmet. Im ersten Kapitel wird eine historische Entwicklung erklärt, wobei im Unterabschnitt 1 dieses Kapitels die historische Entwicklung in der Tschechischen Republik behandelt wird, während der Unterabschnitt 2 sich der Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland widmet. Das zweite Kapitel setzt sich mit der rechtlichen Regelung beider Staaten auseinander. Dieses Kapitel ist in zwei Teile untergliedert, wobei der erste Teil sich mit der Regelung in der Tschechischen Republik beschäftigt und der zweite Teil die Situation in der Bundesrepublik Deutschland beschreibt. Das dritte Kapitel befasst sich mit der Problematik der Krankenkassen in beiden Staaten. Die folgenden zwei Kapitel analysieren den Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung, und zwar zum einen des Personenkreises, zum anderen der Leistungen. Während im sechsten Kapitel die Finanzierung thematisiert wird, wird im siebten auf das Gerichtsverfahren eingegangen.

Unter Bezugnahme auf die Ergebnisse der Krankenversicherungsanalyse beider Staaten zeigt sich, dass die Teilnahme an dem Krankenversicherungssystem verpflichtend ist, die Versicherten für ihre Gesundheit mitverantwortlich (Zuzahlungen) sind und das Solidaritäts- und Versicherungsprinzip gelten.

Der Vergleich zeigt, dass die Beitragshöhe in der Bundesrepublik Deutschland um 2 % höher ist. Es wird auch erklärt, wie die deutsche selbstständige Sozialgerichtsbarkeit funktioniert. Unter anderem hat das deutsche Sozialgesetzbuch einen umfangreicheren Kreis der gesetzlich versicherten Personen im Vergleich zu der

tschechischen Regelung.

Zum Abschluss der Arbeit wird die Formulierung eines Vorschlags für eine neue Regelung unternommen.

Klíčová slova: veřejné zdravotní pojištění, zdravotní pojišťovna, zdravotní péče.

Keywords: health insurance, health insurance company, health care.