

Západočeská Univerzita v Plzni

Fakulta právnická

Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Zdravotní pojištění a právní postavení pojištěnce

Studijní program: Právo a právní věda

Studijní obor: Právo

Vedoucí diplomové práce: Ing. Antonín Vacík, KPP

Plzeň, 2014

MUDr. Markéta Hellerová

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **MUDr. Markéta HELLEROVÁ**
Osobní číslo: **R08M0076P**
Studijní program: **M6805 Právo a právní věda**
Studijní obor: **Právo**
Název tématu: **Zdravotní pojištění a právní postavení pojištěnce**
Zadávající katedra: **Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení**


Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

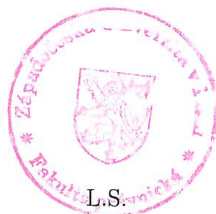
1. Úvod
2. Vývoj systému zdravotního pojištění
3. Postavení pojištěnce, práva a povinnosti pojištěnce dle platné legislativy
4. Právní nárok pojištěnce (ústavní nárok na poskytnutí péče hrazené ze zdravotního pojištění v kontextu platné legislativy)
5. Právní nárok pojištěnce z pohledu občana EU (nárok na zdravotní péči občana EU hrazené ze zdravotního pojištění v rámci jiných zemí EU, než které je státním příslušníkem)
6. Vymahatelnost nároku pojištěnce, ochrana práv pojištěnce
7. Návrhy de lege ferenda (vlastní návrhy, co změnit)
8. Závěr


Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury: **viz příloha**

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Antonín Vacík**
Katedra pracovního práva a práva sociálního
zabezpečení

Datum zadání diplomové práce: **18. února 2013**
Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2014**


Doc. JUDr. Jan Pauly, CSc.
děkan




Doc. JUDr. Jarmila Pavlátová, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 9. září 2013

Příloha zadání diplomové práce

Seznam odborné literatury:

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění
- Zákon č. 373/2011 Sb, o specifických zdravotních službách, v platném znění
- Úmluva o lidských právech a biomedicine 4.96/2001 m.s.
- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU o uplatňování práv pacientů v přeshraniční péči
- Barták, M. Mezinárodní srovnání zdravotnických systémů. Praha: Wolters Kluwer, 2013
- Drbal, C. Česká zdravotní politika a její východiska. Praha: Galén, 2005
- Němec J. Principy zdravotního pojištění. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008
- Těšínová, J., Žďárek, R., Polícar. R. Medicínské právo. Praha: C. H. Beck, 2011
- Doležal, A., Doležal, T. Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví I. Praha: Wolters Kluwer, 2011
- Mach, J. Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví II. Praha: Wolters Kluwer, 2012
- Tröster, P. a kol. Právo sociálního zabezpečení. Praha: C. H. Beck, 2010
- Černá, J., Trinnerová, D., Vacík, A. Právo sociálního zabezpečení. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci na téma: Zdravotní pojištění a právní postavení pojištěnce zpracovala samostatně pod vedením Ing. Antonína Vacíka, a že jsem vyznačila prameny, z nichž jsem pro svou práci čerpala způsobem v diplomové práci obvyklým.

.....

vlastnoruční podpis autora

V Praze, dne 29. 3. 2014

Poděkování

Tímto bych chtěla velmi poděkovat vedoucímu práce, Ing. Antonínu Vacíkovi, za odborné vedení, cenné rady a podněty při vypracování této diplomové práce. Velice děkuji také za ochotu a vstřícnost při konzultacích.

Obsah

1	ÚVOD	10
1.1	SYSTÉMY ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	11
1.1.1	<i>Statutární zdravotní pojištění.....</i>	<i>11</i>
1.1.2	<i>Privátní zdravotní pojištění</i>	<i>12</i>
1.2	SROVNÁNÍ SYSTÉMŮ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	13
2	VÝVOJ SYSTÉMU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	15
2.1	HISTORICKÝ VÝVOJ SYSTÉMU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	15
2.2	ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V SOUČASNOSTI.....	17
3	POSTAVENÍ POJIŠTĚNCE, PRÁVA A POVINNOSTI POJIŠTĚNCE.....	19
3.1	DEFINICE POJIŠTĚNCE	19
3.2	POVINNOSTI POJIŠTĚNCE	20
3.2.1	<i>Povinnosti pojištěnce dle zákona o veřejném zdravotním pojištění.....</i>	<i>20</i>
3.2.2	<i>Povinnosti pacienta dle zákona o zdravotních službách</i>	<i>21</i>
3.3	OSTATNÍ POVINNOSTI.....	22
3.4	PRÁVA POJIŠTĚNCE	22
3.4.1	<i>Práva pojištěnce dle zákona o zdravotním pojištění</i>	<i>23</i>
3.4.2	<i>Práva pacienta dle zákona o zdravotních službách.....</i>	<i>24</i>
3.5	OSTATNÍ PRÁVA	27
4	PRÁVNÍ NÁROK POJIŠTĚNCE.....	28
4.1	ÚSTAVNÍ NÁROK NA HRAZENOU PÉČI	28
4.2	DEFINICE NÁROKU PODLE ZÁKONA Č.550/1991 SB.	28
4.3	VÝVOJ DEFINICE NÁROKU PODLE ZÁKONA O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ DO 31.12.2013.....	30
4.4	DEFINICE NÁROKU DLE ZÁKONA O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ PLATNÉHO KE DNI 15.3.2014	34
4.4.1	<i>Nárok na hrazenou péči</i>	<i>34</i>
4.4.2	<i>Místní a časová dostupnost</i>	<i>38</i>

4.5	PRÁVNÍ ÚPRAVA REGULAČNÍCH POPLATKŮ	40
4.6	PRÁVNÍ ÚPRAVA NADSTANDARDNÍ PÉČE	44
4.7	SHRNUTÍ	46
5	PRÁVNÍ NÁROK POJIŠTĚNCE Z POHLEDU OBČANA EU	48
5.1	EVROPSKÝ PRŮKAZ POJIŠTĚNCE	49
5.2	NÁROK NA HRAZENOU ZDRAVOTNÍ PÉČI PODLE NAŘÍZENÍ	49
5.3	NÁROK NA ZDRAVOTNÍ PÉČI PODLE SMĚRNICE EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY 2011/24/EU ZE DNE 9.3.2011, O UPLATŇOVÁNÍ PRÁV PACIENTŮ V PŘESHRANIČNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI	51
5.4	PLATNÁ PRÁVNÍ ÚPRAVA V ČESKÉ REPUBLICCE	53
5.5	EURONOVELA ZÁKONA O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ	53
5.6	MOŽNÉ DOPADY SMĚRNICE O PŘESHRANIČNÍ PÉČI	56
6	VYMAHATELNOST NÁROKU POJIŠTĚNCE A OCHRANA JEHO PRÁV	58
6.1	ODMÍTNUTÍ POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	58
6.2	NEOPRÁVNĚNÉ POŽADOVÁNÍ ÚHRADY	59
6.3	VYMAHATELNOST NÁROKU NA ČASOVOU A MÍSTNÍ DOSTUPNOST	61
6.4	VYMAHATELNOST NÁROKU NA PÉČI NA NÁLEŽITÉ ODBORNÉ ÚROVNI	61
7	NÁVRHY DE LEGE FERENDA	63
7.1	UMOŽNĚNÍ PŘIPLATIT SI NA NADSTANDARD	63
7.2	ZABRÁNĚNÍ NADUŽÍVÁNÍ HRAZENÝCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	64
7.3	UMOŽNĚNÍ KONKURENCE ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN	66
7.4	ZMĚNA SYSTÉMU ÚHRAD	66
7.5	SHRNUTÍ	67
8	ZÁVĚR	68
	RESUMÉ	71
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	73

Seznam zkratek

Apod. – a podobně

ČR – Česká republika

DRG – Diagnosis Related Group

EP – Evropský parlament

ESD – Evropský soudní dvůr

EU – Evropská unie

HTA – Health Technology Assessment

SES – Smlouva o Evropském společenství

Tj. – to je

Tzv. – takzvaně

VZP ČR- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

1 Úvod

K výběru tématu diplomové práce jsem se snažila přistoupit tak, abych mohla využít i svých praktických zkušeností z oblasti zdravotnictví, kde již řadu let pracuji. Denním problémem je odpověď na otázku, jak skloubit požadavek pojištěnce na nejmodernější a nejnákladnější léčbu a ekonomické možnosti poskytovatele zdravotních služeb, potažmo zdravotních pojišťoven jakožto plátců za poskytované zdravotní služby. Ve své diplomové práci se budu nejprve zabývat popisem jednotlivých typů zdravotního pojištění a vývojem zdravotního pojištění na území České republiky. Vydefinuji základní práva a povinnosti pojištěnce. Hlavní část diplomové práce ale věnuji otázce nároku pojištěnce na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně právní úpravy nadstandardní zdravotní péče a problémům s tím spojených. Definuji i nárok pojištěnce na úhradu zdravotních služeb poskytnutých v jiné zemi EU, tedy nároku pojištěnce jakožto občana EU. Pokusím se odpovědět zejména na 3 otázky.

- A. Jak je definován nárok pojištěnce na hrazenou péči?
- B. Existuje-li právně stanovený nárok, je skutečně vymahatelný v praxi?
- C. Je možné definovat nárok podrobněji?

V České republice máme statutární systém veřejného zdravotního pojištění, tedy zákonného pojištění založeného na odvádění povinných příspěvků na toto pojištění, které jsou placeny zaměstnanci, zaměstnavateli, osobami samostatně výdělečně činnými, ale také státem (za určité skupiny pojištěnců)¹. Pojištěnec platí pojistné zdravotní pojišťovně. Zdravotních pojišťoven je šest a jejich postavení se řídí zákonem č.280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění (dále jen „zákon o oborových pojišťovnách“) a v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR zákonem č.551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění (dále jen „zákon o VZP“).

¹ BARTÁK, Miroslav. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, s. 52. ISBN 978-80-7357-984-5.

1.1 Systémy zdravotního pojištění

Hned na úvod bych ráda vysvětlila dva základní systémy zdravotního pojištění – statutární a privátní.

1.1.1 Statutární zdravotní pojištění

Statutární zdravotní pojištění je na základě zákona povinné pro všechny občany v dané zemi nebo je povinné alespoň pro určité skupiny obyvatelstva². Tyto skupiny jsou definovány buď podle typu výdělečné činnosti, výše příjmu nebo podle věku. I v některých zemích zavedené systémy národních zdravotních služeb jsou taktéž řazeny mezi statutární zdravotní pojištění.

Statutární zdravotní pojištění můžeme dále dělit na model Beveridgeův a Bismarckův. Představitelem Beveridgeova modelu je systém národní zdravotní služby, jak ji známe například z Velké Británie. Jde o model financovaný ze všeobecných daní. Tento model se vyznačuje universálním pojistným krytím populace s poskytováním zdravotní péče ve veřejných zdravotnických zařízeních nebo u smluvně vázaných poskytovatelů zdravotní péče s různou vlastnickou formou³. Stát nebo regionální samosprávy zřizují specializované úřady, jejichž úlohou je financování, případně i provozování zdravotnických zařízení. Nejsou-li přímo jejich provozovateli, uzavírají se zdravotnickými zařízeními smlouvy o poskytování zdravotní péče pro obyvatelstvo určitého území. Model Beveridge, založený na úplném postátnění správy, financování i poskytování zdravotní péče v podobě, tedy model, jaký byl typický pro Českou republiku v dobách komunistického režimu, se nazývá Semaškův model. Za formu modelu Beveridge je možné považovat i Douglasův model národního zdravotního pojištění, který se používá v Kanadě a Austrálii a rovněž je založen na daňových příjmech, přičemž federální stát dotuje jednotlivé provincie, které zodpovídají za financování a poskytování zdravotní péče obyvatelstvu na svém území⁴.

² NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, s. 17. ISBN 978-80-247-6378-1

³ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, s. 19. ISBN 978-80-247-6378-1

⁴ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, s. 20. ISBN 978-80-247-6378-1.

Bismarckův model je naopak založen na systému sociálního zdravotního pojištění. Základem jsou povinné odvody pojistného, přičemž jeho výše je většinou stanovena podle velikosti příjmu pojištěnce. Hlavní úlohu zde mají samosprávné zdravotní pojišťovny, které uzavírají smluvní vztahy o úhradě zdravotní péče s poskytovateli zdravotní péče (systém v České republice) nebo poskytovatelé účtují náklady za péči za pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovně (systém ve Francii).

1.1.2 Privátní zdravotní pojištění

Druhou skupinou pojištění je privátní zdravotní pojištění. To je dobrovolné, každá osoba má právo svobodně se rozhodnout, zda do systému pojištění vstoupí.

Oba systémy se mohou navzájem v jedné zemi doplňovat, systém privátního pojištění funguje jako komplementární pojištění. Kupříkladu některé skupiny obyvatel mohou být účastníky statutárního zdravotního pojištění a ostatní skupiny pod něj nespádající se mohou z vlastní vůle stát účastníky privátního zdravotního pojištění. Nebo jeho prostřednictvím si osoby (účastníci statutárního pojištění) zajišťují svoji větší pojistnou ochranu nad rámec rozsahu statutárního pojištění.

Častější je komplementární úloha privátního zdravotního pojištění k systému statutárnímu. Komplementární privátní zdravotní pojištění můžeme dále rozdělit na 4 typy.

Reaguje-li privátní pojištění na neúplné pokrytí obyvatelstva statutárním pojištěním (příkladem jsou země, kde se statutární pojištění nevztahuje na osoby s vysokými příjmy – Německo, Holandsko), hovoříme o náhradním (substitučním) pojištění. Tyto osoby se pak mohou pojistit v systému privátního pojištění či hradit náklady na zdravotní péči přímo.

Reaguje-li privátní pojištění na neúplný rozsah zdravotní péče kryté statutárním zdravotním pojištěním, čili umožňuje-li osobám pojistit se i na zdravotní péči, která je nehrazená ze systému statutárního pojištění, pak hovoříme o doplňkovém pojištění.

Reaguje-li privátní pojištění na nedostatečnou výši pojistného krytí statutárního systému zdravotního pojištění, to znamená, pokrývá-li případnou spoluúcast pojištěnce, hovoříme o zbytkovém (reziduálním) pojištění.

Alternativní zdravotní pojištění umožňuje pojistit se na služby poskytované alternativními poskytovateli zdravotní péče (obvykle privátními) v případě omezených kapacit kontrahovaných v rámci systému statutárního zdravotního pojištění, nebo

pojistit se na vyšší standard služeb u poskytovatelů působících v rámci statutárních systémů, jako je například vyšší standard ubytování v nemocničních zařízeních⁵.

Mimo tyto základní čtyři typy privátního pojištění nemohu zapomenout zmínit i jeho zvláštní formu, mikropojištění, typické pro rozvojové země, kde statutární pojištění buď vůbec neexistuje, nebo zahrnuje pouze zlomek trvale pracujícího obyvatelstva. Nejchudší vrstvy jsou potom odkázány na přímé platby za zdravotní péči, což ji pro ně činí nedostupnou. Proto jsou zakládány společné fondy, kam obyvatelé dle svých možností odvádí příspěvky na základě dobrovolnosti, a z nich je poté hrazena péče v místních zdravotnických zařízeních. Provozovateli těchto fondů jsou zejména nevládní neziskové organizace, církve, někdy i samotná zdravotnická zařízení. Kromě příspěvků obyvatel jsou hlavním příjmem dary. Úloha státu v systému mikropojištění je velmi rozdílná. V některých případech stát pouze stanovuje zákonné rámce, ale například thajská vláda poskytuje do systému významné státní dotace.

Z výše uvedeného je tedy patrné, že základním parametrem rozhodujícím o tom, zda se jedná o statutární nebo privátní zdravotní pojištění, je povinná či nepovinná účast v něm.

1.2 Srovnání systémů zdravotního pojištění

V následující tabulce uvádím shrnutí charakteristik jednotlivých typů statutárního pojištění a jeho rozdíly od pojištění privátního.

	Bismarckův model	Beveridgeův model	Semaškův model	Model privátního pojištění
Financování	Příspěvky zaměstnavatelů	Daně, státní nebo municipální rozpočet	Státní rozpočet	Pojistné privátního pojištění

⁵ NĚMEC, Jiří. Principy zdravotního pojištění. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, s. 23. ISBN 978-80-247-6378-1

Řízení	Samospráva ze zástupců zaměstnavatelů a pojištěnců	Stát a jeho úřady	Centrální vláda, ministerstvo zdravotnictví	Privátní organizace – pojišťovny
Rozhodování o právech a povinnostech	Zdravotní pojišťovny v rámci svých zákonných kompetencí	Stát a jeho úřady	Centrální vláda	Práva nejsou zaručena, záleží na vztahu nabídky a poptávky
Pojistné krytí obyvatelstva	Veškeré obyvatelstvo s možnými výjimkami	Veškeré obyvatelstvo	Veškeré obyvatelstvo	Svobodné rozhodnutí jednotlivce
Solidarita	Určená konstrukcí pojistného	Určená daňovým systémem	Určená daňovým systémem	Neexistuje nebo velmi omezená
Plánování sítě	Stát a zdravotní pojišťovny	Stát	Stát	Neexistuje

Tab. 1. Charakteristika modelů statutárního zdravotního pojištění⁶

⁶ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, s. 23. ISBN 978-80-247-6378-1

2 Vývoj systému zdravotního pojištění

2.1 Historický vývoj systému zdravotního pojištění

Ve středověku vznikaly tzv. cechovní zajišťovací spolky, které vykazovaly některé rysy dnešních pojišťoven. V 19. století byly zřizovány různé příspěvkové fondy. Tyto fondy zřizovali buď zaměstnavatelé, nebo různé komunity, které poskytovaly pomoc chudým. Důvodem byl velký rozmach průmyslové výroby a s tím spojený nárůst chudé dělnické třídy. Zpočátku bylo nejvyšší prioritou pojištění proti ztrátě příjmu, tj. nemocenské pojištění, ale postupně s rozvojem medicíny se k nemocenskému pojištění přidávalo pojištění zdravotní pro pokrytí výdajů na zdravotní péči⁷.

První povinné zdravotní pojištění bylo zavedeno pro horníky v roce 1849 Prusku, kdy povinnost platit pojistné měli zaměstnavatelé i zaměstnanci. Následně začalo vznikat velké množství podnikových a nemocenských pojišťoven. V roce 1881 vydal císař Vilém II. v Německu dokument k zavedení sociálního pojištění, v roce 1883 vydal německý parlament zákon o povinném zdravotním pojištění pro zaměstnané dělníky. Podkladem pro něj byl právě výše uvedený dokument císaře Viléma II. Hovoříme-li o historii zdravotního pojištění, nemůže zapomenout na jednu z klíčových osobností – Otto von Bismarcka, významného německého politika, pruského prvního ministra v letech 1862 – 1890. Ten prosazoval zpočátku vznik systému národní zdravotní služby, přijatý zákon byl ale jakýmsi kompromisem mezi jeho názorem a názorem liberálních poslanců. Bismarck přišel tedy nakonec s návrhem, který byl založen na existujících zaměstnaneckých fondech, vznikajících místních pojišťovnách a svobodných vzájemných pojišťovnách. Příspěvky na pojištění platil ze dvou třetin zaměstnavatel a z jedné třetiny zaměstnanec⁸. Zákon řešil u některých zdravotních pojišťoven mimo jiné i možnost pojištění rodinných příslušníků. Nárokem pojištěnce bylo bezplatné ošetření u lékaře, léky bez úhrady a od 3. dne nemoci i nemocenské dávky. Z toho stručného popisu je jasně patrné, že na těchto principech je postaven do

⁷ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, s. 14. ISBN 978-80-247-6378-1.

⁸ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, s. 14. ISBN 978-80-247-6378-1.

značné míry i dnešní systém veřejného zdravotního pojištění, často označovaný jako „Bismarckův model zdravotního pojištění“.

Po vzoru Pruska byl v roce 1887 přijat také v Rakousko-Uhersku podobný zákon, nicméně jeho dosah byl mnohem širší, vztahoval se totiž nejen na všechny zaměstnané osoby, ale postupem času i na živnostníky. Systém zdravotního pojištění byl i zde povinný pro určité skupiny obyvatel a kritériem pro účast v pojištění bylo právě zaměstnání. V jiných zemích bylo naopak kritériem výše příjmu, jak tomu bylo například ve Velké Británii. V některých jiných evropských zemích byl zvolen zcela odlišný systém, založený na dobrovolnosti vstupu do systému zdravotního pojištění, jak tomu bylo například v Dánsku.

Po vzoru USA začaly koncem 19. století vstupovat na trh i komerční zdravotní pojišťovny s různými produkty, zejména pojištěním pro případ pracovního úrazu, který byl stanoven jako riziko zaměstnavatele. Pojistit se tedy mohl zaměstnavatel, následně byly z pojištění vypláceny nejen invalidní dávky, ale i odškodnění pozůstalým a léčebné výlohy.

Vraťme se ale zpět ke zdravotnímu pojištění v užším smyslu. Ve 20. století se začaly objevovat snahy o zlepšení přístupu ke zdravotní péči cestou rozšíření přístupu ke zdravotnímu pojištění. Některé země šly cestou národních zdravotních služeb, v jiných zemích zůstal zachován systém statutárního zdravotního pojištění založený na samosprávných pojišťovnách. V zemích bývalého socialistického bloku byl většinou systém samosprávných pojišťoven nahrazen tzv. Semaškovým modelem naprosto zestátněného poskytování zdravotní péče a taktéž státem zajištěného pojistného krytí⁹.

V letech 1992 – 1993 přešla Česká Republika zpět ke statutárnímu systému veřejného zdravotního pojištění, postupně byly přijímány klíčové zákony k jeho naplňování. Dnes tvoří jeho základ 4 klíčové zákony, a to zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění (nahradil původní zákon č.550/1991 Sb.) (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“), zákon č.592/1992 Sb., o pojistném na veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, zákon č.551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění, a zákon č.280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění.

⁹ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, s. 16. ISBN 978-80-247-6378-1

2.2 Zdravotní pojištění v současnosti

Veřejné zdravotní pojištění je vybudováno na principu sociální solidarity pojištěnců¹⁰. V konstrukci zdravotního pojistného se uplatňuje prvek solidarity bohatších s chudými, protože osoby s vyšším příjmem do fondu zdravotního pojištění přispívají více¹¹. Princip sociální solidarity v sobě zahrnuje i další aspekt, a to solidaritu zdravých s nemocnými. Znamená to, že osoby přispívající do systému zdravotního pojištění čerpají pouze v případě nemoci, respektive potřeby zdravotních služeb. S touto solidaritou souvisí i další často napadaná skutečnost. Stát hradí pojistné přibližně ve výši 23-25% celkového výběru pojistného, přičemž tito státní pojištěnci (pojem definován níže) čerpají následně přibližně 75% nákladů na zdravotní péči. Pokud by stát měl hradit plnohodnotné pojistné za uvedené skupiny nevýdělečných osob, musel by platit dvakrát více než doposud¹². Rozhodování o výši pojistného za státní pojištěnce je často ryze politickou otázkou, nicméně jeho zásadní zvyšování nepovažují osobně za nejlepší cestu finanční stabilizace zdravotnického sektoru.

Hovoříme-li o systému zdravotního pojištění, musím zde alespoň stručně uvést základní informace o způsobu placení pojistného a jeho výši. Kromě zákona o veřejném zdravotním pojištění upravuje tyto skutečnosti zejména zákon č.592/1992 Sb., o pojistném na veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Sazba pojistného z vyměřovacího základu je pevná a činí 13,5% ze hrubé mzdy. Plátcem pojistného je pojištěnec, zaměstnavatel a stát. Tyto pojmy jsou dále rozvedeny v § 5, 6 a 7 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Pojištěnec je plátcem pojistného, je-li zaměstnancem, osobou samostatně výdělečně činnou anebo má-li na území České republiky trvalý pobyt a přitom současně není ani zaměstnancem ani osobou samostatně výdělečně činnou. Zaměstnavatel hradí pojistné za své zaměstnance s výjimkou těch, kteří pobývají dlouhodobě v zahraničí, jsou tam pojištěni, písemně tuto skutečnost ohlásili na své zdravotní pojišťovně a splnili další podmínky, které stanovuje zákon o veřejném zdravotním pojištění. Zaměstnanec hradí pojistné ve výši jedné třetiny, zaměstnavatel dvou třetin. Dalším významným plátcem pojistného je stát. Nebudu zde

¹⁰ TRÖSTER, Petr. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: C.H. Beck, 2008, s. 138. Právníké učebnice (C.H. Beck). ISBN 9788074000324.

¹¹ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 191. ISBN 9788024763

¹² NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 191. ISBN 9788024763

vyjmenovávat taxativně skupiny tzv.státních pojištěnců, obecně lze říci, že stát hradí pojistné zejména na osoby nezaopatřené, nevýdělečné, osoby zdravotně či sociálně znevýhodněné, vojáky a některé cizince, kteří splňují podmínky v zákoně uvedené.

3 Postavení pojištěnce, práva a povinnosti pojištěnce

3.1 Definice pojištěnce

Dle zákona o veřejném zdravotním pojištění je pojištěncem každá osoba mající trvalý pobyt na území České republiky a dále i každá osoba, které sice nemá na území České republiky trvalý pobyt, ale je zaměstnávána u zaměstnavatele, který má na území České republiky sídlo nebo trvalý pobyt. Pojištěncem jsou také osoby, které spadají pod režim zabezpečení nařízení č.1408/71. Tento princip označujeme jako princip universalit osobního rozsahu zdravotního pojištění¹³. Jde o kogentní ustanovení zákona, ze systému pojištění tedy nelze dobrovolně vystoupit, pojištěncem se člověk stává ze zákona v případech zákonem stanovených. Jde-li o osobu, která má trvalý pobyt na území České republiky, stává se pojištěncem dnem narození. Jde-li o osobu bez trvalého pobytu na území České republiky, pak se stává pojištěncem okamžikem, kdy se stane zaměstnancem nebo kdy získá trvalý pobyt. Zánik pojištění je možný, analogicky jeho vzniku, pouze úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého, ukončením trvalého pobytu na území ČR nebo ukončením pracovního poměru u zaměstnavatele se sídlem za území na ČR.

Budu-li hovořit o právech a povinnostech pojištěnce, mám na mysli nejen práva a povinnosti pojištěnce v užším smyslu (tzn. práva a povinnosti přímo související s postavením osoby v systému veřejného zdravotního pojištění), ale současně i práva a povinnosti pacienta (tzn. práva související s postavením osoby v systému poskytování zdravotních služeb). Práva a povinnosti pojištěnce v užším smyslu upravuje zejména zákon o veřejném zdravotním pojištění, práva pacienta zejména zákony č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění (dále jen „zákon o zdravotních službách“) a zákon č.373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, v platném znění (dále jen „zákon o specifických zdravotních službách“), ale i řada dalších speciálních zákonů. Cílem mé diplomové práce není provést kompletní taxativní výčet všech práv a povinností pojištěnce, ale zaměřím se na ta práva a povinnosti, která jsou nejdůležitější z pohledu pochopení postavení pojištěnce

¹³ TRÖSTER, Petr. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: C.H. Beck, 2008, s. 139. Právnícké učebnice (C.H. Beck). ISBN 9788074000324.

v systému zdravotního pojištění a uplatnění nároku pojištěnce na hrazené zdravotní služby.

3.2 Povinnosti pojištěnce

3.2.1 Povinnosti pojištěnce dle zákona o veřejném zdravotním pojištění

Základní povinností pojištěnce je platit pojistné, s výjimkou případů, kdy pojistné hradí za pojištěnce stát. Pojistné hradí zdravotní pojišťovně, u níž je pojištěn.

Pojištěnec je také povinen oznamovat zdravotní pojišťovně skutečnosti, které taxativně vyjmenovává zákon o veřejném zdravotním pojištění a jsou rozhodující pro způsob nebo výši platby zdravotního pojištění. Jedná se například o povinnosti nahlásit narození dítěte, zahájení a ukončení výkonu samostatné výdělečné činnosti, splnění podmínek pro to, že se plátcem pojistného za pojištěnce stává stát apod. Vzhledem k tomu, že zaměstnavatel je plátcem pojistného za své zaměstnance, stanovuje zákon o veřejném zdravotním pojištění povinnost pojištěnci oznámit zaměstnavateli, u které pojišťovny je pojištěn, případně mu oznámit změnu pojišťovny. Pojištěnec je také povinen pojišťovně nahlásit změny osobních údajů (jména, bydliště apod.). Za nesplnění oznamovací povinnosti může pojišťovna uložit pojištěnci pokutu až do výše 10 tisíc Kč, při opakovaném neplnění poté až pokutu dvojnásobnou.

Zdravotní pojišťovna vystaví každému pojištěnci průkaz pojištěnce, kterým se je pojištěnec povinen prokázat poskytovateli zdravotních služeb při poskytování zdravotních služeb. Je taktéž povinen nahlásit zdravotní pojišťovně neprodleně jeho ztrátu. Pojišťovna může uložit pokutu až do výše 500 Kč pojištěnci, prokáže-li se jejím průkazem v době, kdy není jejím pojištěncem.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění stanovuje také okruh povinností pojištěnce, jejichž společnou vlastností je snížení rizika povinnosti pojistného plnění. Myslím tím zejména povinnosti vyplývající z § 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění: *„povinnost podrobit se preventivní prohlídce, vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškozování zdraví, dodržovat opatření směřující k odvrácení nemoci, ale i povinnost součinnosti při poskytování zdravotních služeb a kontrole průběhu individuálního léčebného postupu a dodržovat poskytovatelem stanovený léčebný*

režim“¹⁴. Tyto povinnosti (s výjimkou nepodrobení se preventivní prohlídce) považují osobně za spíše deklaratorní, neboť není zajištěna jejich vymahatelnost. Zákon o veřejném zdravotním pojištění sice umožňuje zdravotní pojišťovně uložit pokutu až do výše 500 Kč v případě, že se pojištěnec nepodrobí opětovně preventivní prohlídce a v případě, že pojištěnec byl předčasně propuštěn z lůžkové péče pro soustavné hrubé porušování vnitřního řádu poskytovatele lůžkové péče. Nicméně šance poskytovatele prokázat pojištěnci, že jsou splněny podmínky pro propuštění z lůžkové péče z důvodu porušování vnitřního řádu a že propuštěním nedojde ke zhoršení zdravotní stavu pojištěnce ani není nijak jinak ohrožen jeho život, je velmi nízká. Poskytovatel zdravotních služeb se právem obává možného soudního sporu v případě, že se pojištěnec odvolá na ohrožení života nebo poškození zdraví vzniklého předčasným propuštěním.

Pojištěnec je dále povinen platit regulační poplatky. Tuto povinnost považují vzhledem k nároku pojištěnce za důležitou a budu se jí dále věnovat v kapitole o nároku.

Stanovuje-li zákon povinnosti, měl by zajistit i jejich účinnou vymahatelnost prostřednictvím zákonných sankcí. Proto i zákon o veřejném zdravotním pojištění umožňuje zejména zdravotním pojišťovnám uložit v případě neplnění povinnosti pojištěnci pokutu.

3.2.2 Povinnosti pacienta dle zákona o zdravotních službách

V okamžiku, kdy pojištěnec čerpá pojistné ze zdravotního pojištění, stává se současně pacientem, a proto se na něj v danou chvíli vztahují i povinnosti pacienta. Ty upravuje § 41 zákona o zdravotních službách. Pacient je povinen prokázat svoji totožnost platným dokladem, je-li o to zdravotnickým pracovníkem požádán. Nicméně i v případě, že tak neučiní, je odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb problematické, neboť závisí na zdravotním stavu pacienta a riziku jeho zhoršení, přičemž jeho vyhodnocení není bez náležitého vyšetření možné stanovit.

Pacient je při poskytování zdravotních služeb povinen dle § 41 zákona o zdravotních službách: „*dodržovat navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas, řídit se vnitřním řádem, uhradit*

¹⁴ Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

poskytovateli cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění nebo jiných zdrojů, které mu byly poskytnuty s jeho souhlasem, pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb, nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v odůvodněných případech vyšetřením za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek“¹⁵. Za porušení těchto povinností nestanovuje zákon žádné sankce (kromě již výše zmíněné možnosti propustit pacienta z péče v případě opakovaného porušování vnitřního řádu), jde tedy opět o povinnosti spíše deklaratorní povahy.

3.3 Ostatní povinnosti

Pro úplnost ještě zmíním i některé povinnosti pacienta vyplývající ze zákona o specifických zdravotních službách, tedy ze zákona, který doplňuje zákon o zdravotních službách tím, že stanovuje další podmínky pro poskytování některých vybraných služeb. Zde není taxativní výčet povinností, ale mohu zde uvést třeba povinnost pojištěnce zažádat o provedení konkrétního výkonu apod. Podobné povinnosti bychom našli i v jiných speciálních zákonech.

Z uvedeného výčtu povinnosti pojištěnce a pacienta je patrné, že povinností je mnohem méně než práv, kterými disponuje.

3.4 Práva pojištěnce

Od roku 1989 došlo k zásadní změně v pojetí chápání zdraví. Do roku 1989 byl kladen důraz zejména na zdraví společností, zdraví bylo chápáno jako státní majetek a dominantní postavení v rozhodování o způsobu péče o zdraví jednotlivce měl stát, případně v jeho zastoupení lékaři. Rokem 1989 došlo k zásadní změně, odpovědnost za péči o zdraví je přenesena na jednotlivce a s tím je spojeno množství práv, která mu

¹⁵ Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění

mají umožnit odpovědné rozhodování. Vztah lékař – pacient je vztahem rovnocenným, pacient má právo se vždy svobodně rozhodnout.

Právě k velkému množství práv se budu ve své práci zabývat pouze některými z nich, které přímo či nepřímo souvisí se tématem práce.

3.4.1 Práva pojištěnce dle zákona o zdravotním pojištění

Základním právem pojištěnce je jistě právo na volbu zdravotní pojišťovny. Toto právo může pojištěnec uplatnit jedenkrát ročně, přihlášku ke zvolené pojišťovně musí podat nejpozději do 30.6., a pojištěncem se stává od 1.1.následujícího roku. Dle mého názoru by si pojištěnec měl zvolit pojišťovnu na základě nabídky pojistných produktů, podle hustoty sítě poskytovatelů zdravotních služeb konkrétní zdravotní pojišťovny, tedy schopnosti pojišťovny zajistit mu dostupnou a kvalitní péči. V tomto směru spatřuji osobně prozatím velký nedostatek systému, neboť konkurence mezi pojišťovnami téměř neexistuje. Zákon nezná možnost různých pojistných plánů, definice hrazené péče je natolik obecná, že pod ní lze zahrnout téměř veškerou péči, nadstandard byl nálezem Ústavního soudu zrušen. Síť poskytovatelů zdravotních služeb je u všech pojišťoven prakticky stejná, s výjimkou některých spíše lokálních zdravotních pojišťoven. Opět v praxi až na výjimky platí, že uzavře-li smlouvu s poskytovatelem VZP ČR jakožto nejsilnější zdravotní pojišťovna, uzavřou ji i ostatní. Nabídka pojišťoven se tak v konečném důsledku liší pouze v nabídce preventivních programů, tedy ve zcela okrajovém spektru služeb dané pojišťovny, nabízející pojištěncům výhody v podobě poukázek na vitamíny, plavání, cyklistické helmy, ozdravné pobyty, příspěvky na nepovinná očkování apod. Pojišťovny tak volí různě intenzivní marketingové metody k získání nových pojištěnců, často na hranici zákona.

Další důležitým právem je právo pojištěnce na volbu poskytovatele zdravotních služeb. Podmínkou je, aby daný poskytovatel byl smluvním poskytovatelem příslušné zdravotní pojišťovny. Má-li poskytovatel více zdravotnických zařízení, má pak pojištěnec právo i na volbu zdravotnického zařízení. Pojištěnec ale nemá právo volby konkrétního lékaře poskytovatele, neboť právo této volby by činilo značné provozní obtíže.

Dvě další práva – nárok na poskytnutí hrazených služeb za podmínek daných zákonem a právo na místní a časovou dostupnost hrazených služeb – budou obsahem samostatné kapitoly této diplomové práce.

Pojištěnec má také právo na to, aby mu zdravotní pojišťovna poskytla na jeho žádost informace o jemu poskytnutých zdravotních službách a má právo se podílet na kontrole poskytnuté hrazené zdravotní péče.

Zaplatí-li regulační poplatek, má také dle § 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění „*právo na vystavení dokladu o zaplacení a na uhrazení částky přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely za podmínek stanovených zákonem*“¹⁶.

Je-li pojištěnec nespokojen s poskytováním hrazených služeb, může podat stížnost, kterou upravuje zákon o zdravotních službách. Podat tuto stížnost může kromě pacienta i jeho zákonný zástupce, osoba blízká v případech, že toho pacient není sám schopen nebo zmocněnec pacienta přímo dotyčnému poskytovateli zdravotních služeb. Ten stížnost prošetří a vyrozumí o výsledku pojištěnce. Není-li ten se závěrem spokojen, může se obrátit na registrující správní úřad. Ten stížnost znovu prošetří, je oprávněn provést kontrolu, ustanovit zvláštní odbornou komisi apod. I on pojištěnce o výsledku vyrozumí, eventuálně zjistí-li pochybení, učiní kroky k jejich nápravě.

3.4.2 Práva pacienta dle zákona o zdravotních službách

Práva pacienta jsou v zákoně o zdravotních službách vymezena taxativně, nicméně další práva můžeme odvodit sekundárně z povinností stanovených poskytovatelům zdravotních služeb, event. samotným zdravotnickým pracovníkům.

Z pohledu nároku pojištěnce je jistě základním právem právo na poskytování zdravotní služeb na náležitě odborné úrovni, často označované také jako péče lege artis. § 4 zákona o zdravotních službách říká, že „*náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti*“¹⁷. Při výkladu tohoto pojmu můžeme ale vycházet mimo jiné i z Úmluvy o lidských právech a biomedicině, kde je řečeno: „*Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy*“. Profesní povinnosti jsou obsaženy v předpisech profesních organizací lékařů a nelékařských pracovníků, standardy vytváří zejména

¹⁶ Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

¹⁷ Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění

odborné společnosti. Také Nejvyšší soud se v Usnesení 7Tdo 219/2005 vyjádřil k péči lege artis následovně: „V trestněprávní nauce se běžně považuje za porušení "lege artis“, pokud lékař při výkonu svého povolání nedodrží rámec pravidel vědy a medicínských způsobů a to v mezích daných rozsahem svých úkolů podle pracovního zařazení i konkrétních podmínek a objektivních možností¹⁸.

Problém dle mého názoru nastává ve spojení práva pojištěnce na poskytování péče na náležité odborné úrovni s nárokem pojištěnce na hrazenou péči, neboť právo pacienta na péči lege artis a chybějící přesné vymezení rozsahu hrazené péče klade neúměrné finanční nároky na systém veřejného zdravotního pojištění a staví poskytovatele do pozice, kdy bilancuje mezi požadavkem na finanční stabilitu a zákonným nárokem pojištěnce. Současně zde vzniká z mého pohledu jedno z největších rizik pro pojištěnce z pohledu práva na dostupné zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění v kontextu práva na péči na náležité odborné úrovni. Vraťme se k možnostem poskytovatele, kterými disponuje. V dalším textu, v části o způsobu úhrad, hovořím o tom, že poskytovateli není hrazeno podle objemu skutečně poskytnuté péče, ale podle pravidel úhrad pro daný rok stanovený úhradovou vyhláškou. Úhrady zohlední vždy jakýsi povolený meziroční nárůst počtu pojištěnců a s tím spojených nákladů. Roční úhrada je pak limitována s ohledem na finanční možnosti rozpočtu veřejného zdravotního pojištění, možnosti pojišťoven jsou dány schválenými zdravotně pojistnými plány. Žádný zdravotní systém ve světě není schopen finančně pokrýt 100% nároku na něj kladených. Odpovědnost je pak z pojišťoven přenesena na poskytovatele – má smlouvu s pojišťovnou, tedy je povinen poskytnout jejím pojištěncům péči hrazenou ze zdravotního pojištění. Má povinnost udržet vyrovnané hospodaření, nemá však garantovanou úhradu veškeré poskytnuté péče. Má prakticky dvě možnosti – přijmout do péče všechny pacienty, kteří si ho zvolili a snižovat kvalitu péče o ně s cílem dosáhnout nižších nákladů nebo omezit příjem nových pacientů do péče. Snižování kvality péče je v přímém rozporu s pacientovým právem na péči na náležité odborné úrovni. Vymahatelnost tohoto práva ze strany pacienta je běžnou praxí soudů v civilním řízení. Zbývá mu tedy možnost využít druhé cesty – využít svého zákonného práva na odmítnutí pacienta. Zákon o zdravotních službách taxativně vyjmenovává důvody, pro které lze pacienta odmítnout. Tento taxativní výčet má zvýšit jeho ochranu a zvýšit

¹⁸ Usnesení Nejvyššího soudu České republiky ze dne 22.3.2005 sp.zn.7 Tdo 219/2005 dostupné na www.kraken.slv.cz/7Tdo219/2005

dostupnost zdravotních služeb. Jde zejména o kapacitní důvody uvedené v § 48 zákona o zdravotních službách – „pokud by přijetím pacienta bylo překročeno únosné pracovní zatížení nebo jeho přijetí brání provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení; překročením únosného pracovního zatížení se rozumí stav, kdy by zajištěním zdravotních služeb o tohoto pacienta došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientům již přijatým“.¹⁹ Další důvody jsou již z pohledu této diplomové práce spíše okrajové – poskytovatel zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost může pacienta odmítnout i v případě, že by vzdálenost místa pobytu pacienta neumožňovala poskytování návštěvní služby. Dále dle § 48 může poskytovatel odmítnout pacienta v případě, že „není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění; toto právo se nevztahuje na pojištěnce z jiných států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Švýcarské konfederace, či ze států, se kterými má Česká republika uzavřenu smlouvu o sociálním zabezpečení, zahrnující ve věcném rozsahu nároky na zdravotní péči“.²⁰ Současně zákon uvádí případy, kdy nelze pacienta odmítnout vůbec. Jde zejména o stavy spojené s ohrožením života a zdraví, zabráněním šíření infekcí a další důvody ve veřejném zájmu. Vraťme se ale ke kapacitním důvodům. Jsem-li poskytovatelem zejména vysoce nákladné zdravotní péče, jejíž úhradu mám limitovanu maximálním ročním objemem úhrad, zbývá mi jediná možnost – omezit kapacitu pracoviště. V souladu se zákonem poskytovatel vydá pacientovi písemné potvrzení o důvodu odmítnutí a odkáže ho na jeho zdravotní pojišťovnu, která je dle zákona o veřejném zdravotním pojištění povinna zajistit mu místně a časově dostupné hrazené zdravotní služby.

Pacient má právo na veškeré informace o jeho zdravotním stavu. Kromě toho má právo také právo rozhodnout, kdo další a v jakém rozsahu může tyto informace znát, kdo může nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace, pořizovat si z ní opisy, výpisy. Toto právo považuji osobně také za velmi důležité, neboť umožňuje pacientovi vykonávat další práva, jako udělovat informovaný souhlas s poskytováním zdravotních služeb. Má právo znát jména ošetřujících zdravotnických pracovníků, duplicitně se

¹⁹ Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění

²⁰ Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění

zákonem o veřejném zdravotním pojištění je zde stanoveno právo na volbu poskytovatele zdravotních služeb.

Další práva zajišťují pacientovi ochranu jeho důstojnosti a ochranu informací o jeho zdravotním stavu, může rozhodovat o tom, zda léčebnému procesu mohou být účastny osoby připravující se na výkon povolání, může přijímat návštěvy, požadovat duchovní péči a podporu. Nesmí být omezován více, než to vyžaduje jeho zdravotní stav a práva ostatních pacientů. Musí být vždy předem informován po plánovaných zdravotních výkonech a vyslovit s nimi předem souhlas.

Zákon o zdravotních službách také v § 28 počítá s tím, že všechna péče poskytovaná pacientovi není péčí hrazenou ze zdravotního pojištění, proto má „*být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje*“²¹.

Zákon o zdravotních službách obsahuje řadu dalších práv, které však s hlavním tématem této práce nesouvisí.

3.5 Ostatní práva

Zásadní změny v právech pacientů přinesl zákon č.40/2012 Sb., nový Občanský zákoník, v platném znění, který obsahuje mimo jiné ustanovení týkající se právě způsobu informování pacientů, respektive ve kterých případech je povinnost podat informace písemně.

Také zákon o specifických zdravotních službách upravuje řadu dalších práv pacientů v souvislosti se zdravotními výkony, které upravuje. Z povahy věci je patrné, že se jedná o výkony většinou nevratné nebo pracující s genetickým materiálem pacienta, které vyžadují zvýšenou ochranu pacienta, proto je zde kladen důraz zejména na způsob podání informací a souhlas pacienta s výkonem.

²¹ Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění

4 Právní nárok pojištěnce

Hlavní otázkou dnešní doby je problém, jak vyřešit stále se zvyšující nároky pojištěnců na jedné straně a limitované finanční možnosti zdravotního systému na straně druhé. Především vidíme, že současný rozvoj vědy, a medicíny zvláště, zaznamenal od posledního desetiletí minulého století natolik mohutný posun v množství i kvalitě nových poznatků, že umožňuje stále účinněji zasahovat do etiologických a patogenetických procesů, do zdraví i nemoci člověka²².

4.1 Ústavní nárok na hrazenou péči

Listina základních práv a svobod jako součást ústavního pořádku České republiky definuje v článku 31 právo na ochranu zdraví každému občanovi ČR. „*Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon*“²³.

Ústavní soud vymezil podstatu práva občanů na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného zdravotního pojištění v tom smyslu, že mu odpovídá povinnost státu vytvořit systém veřejného zdravotního pojištění a jeho prostřednictvím zajistit občanům spravedlivý, tedy i vznik možných nerovností vylučující způsob přístupu ke zdravotní péči přiměřené kvality²⁴. Všichni pojištěnci by tak měli mít nárok na taková ošetření a léčby, jež odpovídají objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležité úrovně a lékařské etiky²⁵.

4.2 Definice nároku podle zákona č.550/1991 Sb.

Po období státního zdravotnictví byl prvním zákonem, který upravoval nárok pojištěnce na zdravotní péči, zákon č.550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění. Tento zákon v §2 taxativně vyjmenovával, které druhy péče řadí do péče plně nebo

²² DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, s. 21. ISBN 8072623400

²³ Zákon č.2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

²⁴ Usnesení Ústavního soudu ze dne 5.5.1999. K právu na bezplatnou zdravotní péči. Sp.zn.Pl.ÚS 23/98. Dostupné na <http://czp.prf.cuni.cz/?q=node/87>

²⁵ Nález Ústavního soudu ze dne 4.6.2003. Přímá úhrada za zdravotní péči. Sp.zn.Pl.ÚS 14/02. Dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=PI-14-02>

částečně hrazené. Rozhodnutí pro vlastní rozdělení péče na plně a částečně hrazenou bylo závislé na charakteru postižení zdravotního stavu a objemu finančních zdrojů na úhradu této péče²⁶. Zákon dále obsahoval zmocnění pro Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s dalšími subjekty vydat v dohodovacím řízení Zdravotní řád, kde byly uvedeny okruhy péče plně a částečně hrazené. Tento Zdravotní řád byl závazný pro všechny zdravotní pojišťovny. Výjimku zákon stanovil pro pojištěnce do věku 18 let, kteří i péči zařazenou do částečně hrazené měli hrazenou plně. Z pojištění nebyla hrazena péče vyžádaná fyzickými nebo právníckými osobami v jejich zájmu, a péče vyžádaná jinými orgány. Uplatňovalo se zde pravidlo – kdo žádá, platí. Pojištěnec měl právo na úhradu nákladů spojených se zdravotní péčí, která byla dle zákona péčí hrazenou. Současně měl právo na úhradu péče i v nesmluvních zdravotnických zařízeních, šlo-li o naléhavou péči. Zdravotní pojišťovny plnily svoji povinnost vůči pojištěncům prostřednictvím plateb smluvním zdravotnickým zařízením, platba byla realizována podle seznamu výkonů s bodovými hodnotami nebo paušální úhradou podle Zdravotního řádu. Pojišťovny hradily taktéž léky, zdravotní pomůcky a prostředky zdravotnické techniky, byly-li předepsány způsobem dle zákona.

Zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, (dále jen „zákon o péči o zdraví lidu“) obsahoval zmocnění k vydání podzákonného právního předpisu, kterým se blíže vymezuje zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu.

Skupina 43 poslanců podala v roce 1996 Ústavnímu soudu návrh na zrušení ustanovení zákonů o péči o zdraví lidu a zákona č.550/1991 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, které zmocňovaly vládu České republiky a ministerstvo zdravotnictví k vydání Zdravotního řádu, vyhlášky o zdravotní péči poskytované za úhradu a vyhlášky o úhradě léčiv a prostředků zdravotnické techniky a na současné zrušení podzákonných předpisů s odůvodněním, že jsou neústavní, a to v rozporu hned s několika ustanoveními Listiny základních práv a svobod a Ústavy. Listina základních práv a svobod garantuje občanům nárok na bezplatnou zdravotní péči za podmínek, které stanoví zákon. V tomto případě je péče nehrazená ze zdravotního pojištění definována nikoliv zákonem, ale podzákonnými právními předpisy. Současně tyto předpisy ukládají občanům povinnost hradit péči, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Ukládají tedy povinnosti, které dle čl.4 odst.1 Listiny

²⁶ Zákon č.550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění

základních práv a svobod lze ukládat toliko na základě zákona a v jeho mezích a při zachování základních práv a svobod.

Ústavní soud shledal rozpor s ústavním pořádkem ČR a napadená zmocňovací ustanovení obou zákonů i příslušné podzákoné předpisy zrušil s vykonatelností k datu 1.4.1997. Definovat zákonné vymezení obsahu a rozsahu podmínek a způsob uplatnění práva občana na bezplatnou zdravotní péči je možné jen zákonem. Této povinnosti se zákonodárce nemůže zbavit tím, že zplnomocní orgán moci výkonné k vydání právních předpisů nižší právní síly než zákon. Nárok občanů na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky je vázán na ústavní požadavek a rámec veřejného pojištění. Systém veřejného pojištění je jako každý pojišťovací systém limitován objemem finančních prostředků, které získává na základě povinnosti platit na všeobecné zdravotní pojištění podle zákona ČNR č.592/1992 Sb., v platném znění²⁷.

4.3 Vývoj definice nároku podle zákona o veřejném zdravotní pojištění do 31.12.2013

Na uvedené usnesení zareagoval zákonodárce přijetím zcela nového zákona o veřejném zdravotním pojištění, zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Zákon byl přijat jako zákon dočasný, účinnosti nabyl dne 1.4.1997 a pozbyt účinnosti měl 30.6.1998. Přechodnými ustanoveními byla jeho účinnost prodlužována, až bylo omezení zcela vypuštěno a zákon je po mnoha novelizacích platný dodnes. Definice nároku pojištěnce na hrazenou péči se několikrát měnila a stala se i předmětem několika řízení u Ústavního soudu. Stala se bohužel i předmětem politických kampaní a slibů, často bez ohledu na konkrétní přínos pacienta a už vůbec bez ohledu na zajištění finanční stability systému veřejného zdravotního pojištění.

Nárok pojištěnce v novém zákoně byl definován jako právo pacienta na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem a dále na výdej léčivých přípravků bez přímé úhrady, opět za podmínek tohoto zákona. Hrazenou zdravotní péčí se rozumí zdravotní péče poskytovaná pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav. Zákon dále

²⁷ Nález Ústavního soudu č.206/1996 Sb., ze dne 10.7.1996. Právo na ochranu zdraví a na bezplatnou zdravotní péči, na zdravotní pomůcky na základě veřejného zdravotního pojištění. Dostupný na <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1996-206>

vyjmenoval druhy péče, na které se tato definice vztahuje. Vyjmuty z hrazené péče byly pouze zdravotní výkony uvedené v příloze zákona (jde zejména o zubní a kosmetické výkony), akupunktura a péče poskytnutá pojištěnci v jeho vlastním zájmu, na jeho žádost nebo žádost jiné fyzické či právnické osoby nebo státní instituce. Zde platilo pravidlo – kdo žádá, platí. Definice hrazené péče tedy byla velmi široká a kromě taxativně vyjmenovaných zdravotní výkonů zahrnovala vlastně všechnu zdravotní péči. Do popředí diskuzí se začala dostávat otázka, co vše lze do pojmu zdravotní péče zahrnout, zda-li lze zpoplatnit například pobyt ve zdravotnickém zařízení, jelikož služby (strava, praní prádla, topení apod.) sice s poskytováním zdravotní péče souvisí, ale považovat je za její součást nelze.

Další podrobnosti úhrad upravoval § 17 odst.5 zákona, podle kterého se hodnota bodu, ceny i další ujednání ohledně cen zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění stanovovaly v rámci dohodovacího řízení mezi zástupci zdravotních pojišťoven a profesních sdružení poskytovatelů. Tato dohoda byla následně posouzena z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem ministerstvem zdravotnictví a financí a vydána v cenovém věstníku.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění byl ale následně novelizován zákonem č.2/1998 Sb. Právo pojištěnce na zdravotní péči bez přímé úhrady bylo rozšířeno i o zákaz pro lékaře či jiné odborné pracovníky ve zdravotnictví a pro zdravotnická zařízení přijmout za tuto zdravotní péči ani v souvislosti s poskytnutím této péče od pojištěnce žádnou úhradu. V případě porušení hrozilo odejmutí oprávnění k poskytování zdravotní péče, pokuta nebo výpověď smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Skupina poslanců podala Ústavnímu soudu návrh na zrušení části věty vyjádřené slovy „ani v souvislosti s poskytnutím této péče“. Podle nich se jedná o ustanovení, které přesahuje rámec zákona o veřejném zdravotním pojištění a ve svém důsledku prakticky vylučuje poskytování zdravotní péče a služeb, které z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazeny nejsou. Spatřují tak rozpor s čl.26 Listiny základních práv a svobod, kdy brání lékařům a jiným odborným pracovníkům ve zdravotnictví nechat si uhradit náklady za nehrazenou zdravotní péči, je-li poskytnuta v souvislosti s péčí hrazenou. Tím jim prakticky brání v provozování zdravotnického zařízení. Ústavní soud předložený návrh zamítl s odůvodněním, že výklad poslanců je zcela nepřiměřený a účelový. Uvedené ustanovení lze vyložit ústavně konformním způsobem, což Ústavní soud učinil. Zákaz přijmout úhradu se dle Ústavního soudu jednoznačně týká pouze bezplatné zdravotní

péče a činností související s bezplatnou zdravotní péčí. Ze znění zákona jednoznačně vyplývá, že nic nebrání ani tomu, aby za zdravotní péči, poskytnutou nad rámec podmínek pro bezplatnou péči, přímá úhrada od pojištěnců vybírána být mohla²⁸.

Uvedenou novelou byl nově upraven také postup pro dohodovací řízení o hodnotě bodu a výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění mezi zdravotními pojišťovnami a zástupci profesních sdružení. Došlo-li k dohodě a posoudilo-li ministerstvo zdravotnictví tuto dohodu jako souladnou s veřejným zájmem a právními předpisy, uveřejní ji ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR. Nedošlo-li k dohodě, nebo byla-li tato dohoda v rozporu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, vláda České republiky rozhodla na návrh ministerstva zdravotnictví sama a rozhodnutí opět uveřejnila ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

Na základě ústavní stížnosti podané poskytovatelem zdravotní péče zrušil dne 23. 5. 2000 Ústavní soud nálezem č.167/2000 Sb. § 17 odst. 5, tedy ustanovení, který upravoval průběh dohodovacího řízení, a to s účinností k 31. 12. 2000. Soud dospěl mimo jiné k názoru, že vláda je oprávněna vydávat pouze nařízení jakožto podzákonné právní akty, nikoliv sdělení uveřejňovaná ve Věstníku ministerstva. Nezbytnou součástí demokratického právního státu je i ochrana svobody smluvní vůle, jež je derivátem ústavní ochrany práva vlastnického dle čl. 11 odst. 1 Listiny základních práv a svobod (jehož základním komponentem je *ius disponendi*). Cenová regulace je proto opatřením výjimečným a akceptovatelným pouze za zcela omezených podmínek²⁹.

Na toto usnesení reagoval zákonodárce novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění, kdy upravil průběh dohodovacího řízení odlišně od napadené úpravy. Ministerstvo zdravotnictví v případě nedohody upraví výši úhrad a regulační omezení vyhláškou a cena bodu zůstává na poslední platné sjednané výši.

Ke změně dotčených sledovaných ustanovení došlo poté až zákonem č. 117/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v oblasti zdravotního pojištění, v platném znění. Dohodovací řízení se zjednodušilo, obsahem dohodovacího řízení se stala opět i hodnota bodu. Dohodu vydá ministerstvo vyhláškou, nebo uvedené parametry stanoví vyhláškou v případě nedohody.

²⁸ Usnesení ústavního soudu ze dne 4.6.2003. Přímá úhrada za zdravotní péči. Sp.zn.Pl.ÚS 14/02. Dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-14-02>

²⁹ Nález ústavního soudu č.167/2000 Sb. ze dne 23. května 2000 ve věci návrhu na zrušení § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Dostupný na <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-167>

Zásadní změny v otázce nároku pojištěnce přinesl zákon č.261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, část čtyřicátá. V ustanovení § 11 vypustil zákonodárce zákaz přijmout úhradu za služby poskytnuté v souvislosti s poskytnutou péčí, čímž otevřel prostor pro možnost zákonné úpravy nadstandardů, regulačních poplatků, eventuálně další doplatků za služby poskytované v souvislosti se zdravotní péčí. Dalším zlomovým bodem bylo uzákonění regulačních poplatků v § 16a. O těch budu hovořit dále. Poprvé se v zákoně také objevila přednost dohody mezi pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb před úhradovou vyhláškou, kterou se stanoví hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení. Dle § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění se „*vyhláška použije, pokud se zdravotnické zařízení a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak*“³⁰. Z uvedené citace je patrné, že jediným omezujícím faktorem dohody je dodržení zdravotně pojistného plánu, tedy podmínky udržení finanční stability systému.

Dalším průlomovou novelou byla novela zákonem č.298/2011 Sb. Poprvé se do zákona dostala definice nadstandardu, v zákoně označovaná pojmem ekonomicky náročnější varianta. Nadstandardu se budu věnovat v samostatné kapitole. Druhou novinkou je zavedení časové a místní dostupnosti, i v tomto případě si zaslouží více pozornosti a budu se jí věnovat dále.

Pro úplnost zmíním i novelu zákonem č.369/2011 Sb., která řešila zejména terminologický soulad s dalšími novými zákony - zákonem o zdravotních službách, zákonem o specifických zdravotních službách a zákonem č.374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, v platné, znění. Nicméně z pohledu pojištěnce bylo jistě zásadní i omezení možnosti volby zdravotní pojišťovny pouze jedenkrát ročně oproti dřívější frekvenci 4x ročně.

³⁰ Zákon č.261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, v platném znění. Novelizační bod 23. Dostupné na <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-261#cast40>.

4.4 Definice nároku dle zákona o veřejném zdravotním pojištění platného ke dni 15.3.2014

4.4.1 Nárok na hrazenou péči

Pojištěnec má podle § 11 aktuálně platného znění zákona „*právo na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu a dále na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely bez přímé úhrady, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu s tímto zákonem; to platí i v případech, kdy poskytovatel lékařské péče nemá se zdravotní pojišťovnou pojištěnce dosud uzavřenou smlouvu*“³¹. Vzhledem k rozsahu diplomové práce se nebudu věnovat otázce úhrad léčivých prostředků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, neboť vzhledem k rozsáhlosti dané problematiky by to bylo téma na samostatnou diplomovou práci.

Rozsah hrazených služeb je následně definován dvojím způsobem. Nejprve se zákonodárce pokusil v § 13 definovat hrazené zdravotní služby jako „*zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování*“³². Dále zákon uvádí výčet druhů a forem zdravotní péče, na kterou se definice hrazené péče vztahuje. Z hrazené péče tak jsou vyjmuty pouze zdravotní služby poskytované na žádost pacienta, právnické nebo fyzické osoby a dále výkony uvedené v příloze zákona. Dle mého názoru se jedná o definici zcela obecnou, která je schopna pojmut veškeré zdravotní služby poskytované pacientům. V České republice neexistuje žádná oficiální autorita, která by se vyjadřovala k požadavku na existenci důkazů o účinnosti léčby vzhledem k účelu jejího poskytování. Mám tím na mysli tzv.HTA agentury, zřizované v řadě zemí jako vládní či nevládní neziskové instituce, které vyhodnocují na základě dostupných poznatků

³¹ Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

³² Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

efektivitu daného léčebného postupu, tedy jeho přínos pro pacienta a společnost vzhledem k jeho nákladovosti. Podle toho poté navrhuje agentura zařadit danou metodu mezi péči hrazenou, částečně hrazenou či nehrazenou. V našem systému toto posouzení náleží pouze danému poskytovateli zdravotních služeb, respektive konkrétnímu lékaři, rozhodujícímu o léčebném plánu. Odůvodnit léčebný postup existující studií, prokazující jeho přínos pro pacienta, chybí-li v systému autorita, která by relevantnost dané studie odmítla, není těžké.

Úprava vydání vyhlášky, kterou se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení (úhradová vyhláška), je obsahem § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Je-li výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci pojišťoven a poskytovatelů dohoda, že uveřejněna formou vyhlášky. Nedojde-li k dohodě, nebo nemůže-li být dohoda přijata pro rozpor s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví ministerstvo tyto hodnoty pro další kalendářní rok vyhláškou. Objem úhrad určitému poskytovateli zdravotních služeb se tak vzhledem k nastaveným regulacím odvíjí často od výše úhrad v referenčním období a nezohledňuje zcela objem poskytované péče v daném roce. Poskytovatel pak stojí před rozhodnutím, jak udržet vyrovnané hospodaření na straně jedné a poskytnout odpovídající zdravotní péči pojištěncům, kteří si ho v rámci svobodné volby zvolili. V roce 2013 podala skupina 39 senátorů návrh na zrušení vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č.475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013 (dále jen „úhradová vyhláška“). Ústavní soud se návrhem na zrušení úhradové vyhlášky zabýval poprvé. Senátoři spatřovali protiústavnost hned v několika bodech. Vyhláška je podle nich projevem svévole a porušuje zásadu předvídatelnosti tím, že ve všech segmentech snižuje objem úhrad, přičemž náklady prokazatelně rostou. Výpočet úhrad je natolik složitý, že poskytovatelé nejsou schopni vypočítat předpokládaný objem úhrady a do poslední chvíle tedy nebudou znát svoje příjmy. Poskytovatelé jsou hrazení prostřednictvím předběžných měsíčních záloh odvíjejících se od referenčního období, mezi jednotlivými poskytovateli je neodůvodněný velký rozptyl. Zpětný dopočet úhrad dle výkonnosti umožňuje z pohledu senátorů prostor pro stanovení doplatků pojišťoven tak, aby si zachovaly vyrovnané hospodaření. Odpovědnost a riziko je tak přenesena z pojišťoven na samotné poskytovatele. Dále spatřují překročení zákonného zmocnění ministerstva zdravotnictví v tom, že kromě hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení stanovilo i podrobnosti výpočtu úhrady,

jednotlivé složky úhrady a práva a povinnosti účastníků. Vyhlášece vytýkají i další nerovnosti mezi účastníky, používání nedefinovaných a nejednoznačných pojmů apod. Na základě podrobného přezkoumání dospěl Ústavní soud k názoru, že vyhláška je v částech týkajících se stanovení regulační srážky v rozporu se zásadou předvídatelnosti a zákazem svévole dle čl.1 odstav.1 Ústavy a dále se zásadou rovnosti v právech podle čl.1 Listiny základních práv a svobod a právem podnikat podle čl.26 Listiny základních práv a svobod. V částech, kterými stanoví limitace výše úhrad prostřednictvím snížené hodnoty bodu, je napadená vyhláška v rozporu s čl.26 odstav.1 Listiny základních práv a svobod. Současně Ústavní soud shledal neodůvodněnou nerovnost mezi smluvními a nesmluvními poskytovateli z hlediska výše úhrad za poskytnutou neodkladnou péči³³. Z výše uvedených důvodů rozhodl Ústavní soud o zrušení napadené vyhlášky uplynutím dne 31.12.2013.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění připouští i dohodu mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pojišťovnou odlišnou od znění úhradové vyhlášky za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu pojišťovny, tento princip respektuje smluvní volnost obou stran.

Pojišťovna je povinna zajistit hrazené zdravotní služby svým pojištěncům, a je povinna zajistit místní a časovou dostupnost dle nařízení vlády. Zajišťuje je prostřednictvím sítě poskytovatelů zdravotních služeb. Na základě výběrového řízení, které v případě ambulantních poskytovatelů vyhlašuje a organizuje příslušný krajský úřad a v případě lůžkových poskytovatelů Ministerstvo zdravotnictví ČR, podepisuje s příslušným poskytovatelem smlouvu o úhradě zdravotní péče. Výsledek výběrového řízení je pro pojišťovnu pouze doporučující, tedy nezavazuje pojišťovnu k uzavření smlouvy ani v případě doporučujícího stanoviska. Osobně se domnívám, že je to správné řešení, odpovědnost za zajištění hrazených služeb má pouze pojišťovna, naproti tomu v komisi výběrového řízení mají hlasovací právo i subjekty, které jsou sice schopni posoudit odbornost žadatele, ale nenesou náklady spojené s uzavřením smlouvy, nemají odpovědnost ani za zajištění péče o pojištěnce ani za udržení finanční stability systému veřejného zdravotního pojištění.

³³ Nález Ústavního soudu ze dne 22. října 2013 sp. zn. Pl. ÚS 19/13 ve věci návrhu na zrušení vyhlášky č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013. Dostupné na <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-396>.

V této souvislosti bych chtěla zmínit usnesení Ústavního soudu ze dne 5.5.1999 k právu na bezplatnou zdravotní péči. Ústavní soud obdržel stížnost stěžovatelky, která se domáhá úhrady provedeného mamografického vyšetření ve zdravotnickém zařízení, které si sama zvolila na základě jeho dobré pověsti a doporučení. Toto zdravotnické zařízení je však ve vztahu k této pojišťovně nesmluvním partnerem, a proto požaduje po stěžovatelce úhradu za provedení výkonu. Svoji stížnost odůvodňuje uplatněním práva na svobodnou volbu lékaře, kterého využila a odepřením ústavního práva na bezplatnou zdravotní péči dle článku 31 Listiny základních práv a svobod. Ústavní soud návrh odmítl s následujícím odůvodněním. Zákon upravující práva plynoucí z článku 31 Listiny základních práv a svobod nesmí mít diskriminační povahu, podmínky, za nichž je možno toto právo uplatňovat, jím musí být stanoveny tak, aby všem občanům byl zajištěn spravedlivý - tedy i vznik možných nerovností vylučující - způsob přístupu ke zdravotní péči přiměřené kvality³⁴. Stát je ale oprávněn prostřednictvím zákona právo na bezplatnou zdravotní péči přiměřeně regulovat. Tuto regulaci uplatňuje právě prostřednictvím zákona o veřejném zdravotním pojištění, kdy jednou z regulací je i tvorba sítě zdravotnických zařízení prostřednictvím výběrových řízení a uložení odpovědnosti zdravotním pojišťovnám zajistit hrazenou péči pojištěncům prostřednictvím smluvních zdravotnických zařízení. Právě zdravotní pojišťovny tak tvoří síť zdravotnických zařízení, respektive síť poskytování a úhrady zdravotní péče. Tato síť má odstraňovat neodůvodněné teritoriální i kvalitativní rozdíly a vyloučit možné nerovnosti v přístupu k hrazené zdravotní péči.

Jak jsem již několikrát zmínila, zdravotní pojišťovna uzavírá s poskytovatelem zdravotních služeb smlouvu o úhradě zdravotních služeb. Vzájemné plnění spočívá na jedné straně v zajišťování poskytování zdravotních služeb pojištěncům pojišťovny (tedy svým charakterem zajišťování veřejné služby), na druhé straně ve finančním plnění za tyto poskytnuté služby. Nabízí se tedy otázka, zda se jedná o smlouvy veřejnoprávní či soukromoprávní. S tím souvisí totiž i další významná skutečnost, a to vzájemné postavení obou smluvních partnerů. V případě veřejnoprávní smlouvy jde většinou o vztah vzájemné podřízenosti a nadřízenosti, v soukromoprávním vztahu jsou si oba účastníky rovni. Opakovaně zaznívá argumentace, že poskytovatelé zdravotních služeb jsou vůči pojišťovně v nerovném postavení. Odpověď na tuto otázku nám dává Judikát

³⁴ Usnesení Ústavního soudu ze dne 5.5.1999. K právu na bezplatnou zdravotní péči. Sp.zn. Pl.ÚS 23/98. Dostupné na <http://czp.prf.cuni.cz/?q=node/87>

č.1/2005 Nejvyššího soudu ČR, který tyto vztahy označuje za soukromoprávní. Zdravotnické zařízení poskytující zdravotní péči a zdravotní pojišťovna totiž nejsou ve vztahu subjekty nadřizenými a podřizenými a není zde dán ani prvek způsobilosti jedné smluvní strany autoritativně rozhodnout o právech a povinnostech smluvní strany druhé³⁵. Skutečnost, že při tom dochází k uspokojování veřejných potřeb, ještě nezakládá veřejnoprávní charakter smlouvy. Ke stejnému závěru dospěl i Ústavní soud, který v Usnesení Ústavního soudu ze dne 27.ledna 1999, sp.zn.I.ÚS 247/98 Sb.n.u.ÚS 6/1999 uvádí, že právní vztah mezi poskytovatelem zdravotní péče a pojišťovnou, v jehož rámci je či není uzavřena smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, je vztahem soukromoprávním, a jako takovému, s ohledem na to, že mu není poskytnuta ochrana jinak, by mu měla být poskytnuta ochrana podle občanského zákoníku³⁶.

4.4.2 Místní a časová dostupnost

Zákonem č.298/2011 Sb., kterým se mění zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, bylo pojištěnci přiznáno další právo, a to na časovou a místní dostupnost zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění poskytované smluvními zdravotnickými zařízeními příslušné zdravotní pojišťovny, v poslední účinné verzi zákona definované v § 11 jako „*právo na časovou a místní dostupnost zdravotních služeb poskytovaných smluvními poskytovateli příslušné zdravotní pojišťovny*“³⁷. Na základě zmocnění vydala vláda nařízení č.307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Záměrem zákonodárce bylo zvýšení právní jistoty pojištěnce. Stanovení místní a časové dostupnosti blíže specifikuje právo pojištěnce na dostupnost hrazených služeb, nastavení jasných pravidel má umožnit i lepší vymahatelnost nároku pojištěnce.

Místní dostupnost je definována jako přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu trvalého pobytu nebo k místu bydliště pojištěnce a vyjadřuje se dojezdovou dobou vyjádřenou v celých minutách. Dojezd musí být realizovatelný dopravním prostředkem rychlostí nepřekračující povolenou rychlost a

³⁵ Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 2. září 2004 ve věci sp. zn. 29 Odo 405/2003

³⁶ Doležal, A., Doležal, T.: Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2011, s. 115. ISBN 9788073576769.

³⁷ Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

odpovídající stavu komunikací. V příloze nařízení jsou stanoveny dojezdové časy v minutách pro jednotlivé skupiny druhů a forem zdravotních služeb.

Časovou dostupností se rozumí podle § 40 zákona o veřejném zdravotním pojištění „zajištění poskytnutí neodkladných a akutních hrazených služeb ve lhůtě odpovídající jejich naléhavosti“³⁸. Časová dostupnost je nařízením stanovena pouze pro plánovanou péči a vyjadřuje maximální povolenou délku objednávací doby. Zákon neobsahuje definici plánovaných hrazených služeb, nalezneme ji následně v nařízení. V § 2 uvedeného nařízení autor uvádí: „Plánovanými hrazenými službami se pro účely tohoto nařízení rozumí hrazené služby, jejichž poskytnutí je z důvodu veřejného zájmu třeba plánovat tak, aby pojištěncům k nim byl zajištěn dostatečný, trvalý a vyvážený přístup“³⁹. Lhůty stanovené nařízením jsou považovány za maximální přípustné, vlastní lhůtu (čekací či objednávací dobu na plánované zdravotní služby) stanoví vždy ošetřující zdravotnický pracovník v případě konkrétního pacienta. Zohlední jeho aktuální subjektivní potíže a objektivní zdravotní stav a další skutečnosti, které mohou negativně ovlivnit další vývoj onemocnění. Rozhodující pro začátek běhu lhůty je den skutečné indikace, kterou musí zdravotnický pracovník zaznamenat do zdravotnické dokumentace.

Zde vznikají časté spory mezi pacientem a poskytovatelem zdravotních služeb. Co je vlastně dnem indikace? Pacient je často přesvědčen, že lhůta začíná běžet od jeho první návštěvy u poskytovatele. Dle mého názoru tomu tak není. Pacient přichází většinou nevyšetřen, pouze s podezřením na určité onemocnění, případně s předpokladem následné indikace určitého typu hrazených služeb. K indikaci potřebuje poskytovatel provést doplňující vyšetření, zhodnotit všechny dostupné údaje o zdravotním stavu pacienta a teprve poté může kvalifikovaně rozhodnout o dalším nejvhodnějším postupu. Přesné a nezpochybnitelné stanovení dne začátku běhu lhůty považuji z pohledu účinné vymahatelnosti tohoto práva pacientem za zásadní. Ale i v zájmu poskytovatele zdravotních služeb, z důvodu jeho právní ochrany, by mělo být stanovit prokazatelná pravidla a pro vlastní vnitřní potřebu si definovat pojem indikace. Termín „indikace“ není žádným právním předpisem definován. Jedná se o všeobecně známý termín používání mezi odbornou zdravotnickou veřejností. Dal by se definovat jako odborně podložené doporučení kompetentního zdravotnického pracovníka

³⁸ Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

³⁹ Nařízení vlády č.307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, v platném znění

k provedení určitého výkonu či léčby. Dle mého názoru je úkolem poskytovatele definovat zejména to, kdo je oprávněn indikaci provést a jakým způsobem ji provést. Indikovat hrazenou péči je oprávněn lékař s příslušnou specializovanou způsobilostí, případně pro tento účel zvlášť zřízená indikační komise složená z více odborníků. Zápis o indikaci musí být uveden ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

Časová dostupnost je prozatím stanovena pouze pro 13 zdravotních výkonů. Aby byl naplněn účel zákonodárce spočívající ve zvýšené ochraně práva pojištěnce na hrazené služby, je dle mého názoru nutné, aby se jejich počet do budoucna rozšířil. Na druhé straně si uvědomuji rizika rozšíření počtu výkonů, a to je nepochybně rozkolísání finanční stability systému veřejného zdravotního pojištění. Je veřejným tajemstvím, že délka čekacích dob na plánované hrazené zdravotní služby je ve všech zdravotních systémech odrazem finančních možností sektoru zdravotnictví daného státu. Stanovení maximální délky čekací doby umožní vymahatelnost nároku pojištěnce a může při přísném nastavení znamenat významný dopad do nákladů za zdravotní péči vynaložené zdravotními pojišťovnami. Jednou nastavené délky čekacích dob je z politických důvodů téměř nereálné prodlužovat. Z výše uvedených důvodů tedy nepředpokládám významné rozšíření počtu výkonů v příloze nařízení.

Samostatně je řešena dostupnost služeb zdravotnické záchranné služby, která je stanovena maximální dobou dojezdnosti dle zákona č.374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, v platném znění.

Prozatím nemáme k dispozici žádné rozhodnutí soudu v otázce nedodržení místní a časové dostupnosti, nicméně lze předpokládat, že se v budoucnu toto téma jistě otevře i na půdě Ústavního soudu.

4.5 Právní úprava regulačních poplatků

Z mého pohledu za zásadní průlom v otázce práva na bezplatnou zdravotní péči znamenalo uzákonění regulačních poplatků. Stalo se od té doby předmětem řady politických sporů, jejichž výsledkem byly opakované novely zákona o veřejném zdravotním pojištění týkající se části regulačních poplatků, i předmětem ústavních stížností.

Dle důvodové zprávy bylo účelem zavedení regulačních poplatků omezení neúčelného čerpání zdravotní péče pojištěnci, přičemž hlavním cílem těchto poplatků je zajištění efektivního využívání finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění⁴⁰. Zákodárce k tomu vedl mimo jiné důvody i abnormálně vysoký počet návštěv u lékaře na jednoho obyvatele za rok ve srovnání s jinými vyspělými státy, který nebylo možné odůvodnit racionálními důvody. Současně si zákonodárce uvědomoval riziko vytvoření bariéry dostupnosti hrazené péče, odkládáním nebo nečerpáním hrazené péče z důvodu nemožnosti poplatek uhradit. Proto stanovil poplatky v marginální výši a současně vyjmul z povinnosti hradit poplatky některé skupiny obyvatel, u kterých je na léčbě veřejný zájem nebo by poplatek znamenal skutečnou bariéru v přístupu ke zdravotní péči. Dalším ochranným prvkem bylo stanovení ochranného limitu, respektive maximální výše regulačních poplatků a doplateků za poskytování léčivých přípravků a potravin pro zvláštní léčivé účely, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, a to ve výši 5000 Kč ročně. Překročí-li pojištěnec tuto částku, překročení je mu jeho zdravotní pojišťovna povinna vrátit. Význam tohoto opatření má chránit zejména chronicky nemocné pacienty, kteří jsou nuceni čerpat opakovaně zdravotní péči. Osobně se domnívám, že opatření podle výše částek vyplácených zpět zdravotní pojišťovnou splnilo požadovaný efekt.

Zdravotnickému zařízení byla pod sankcí pokuty uložena povinnost poplatek vybrat a poplatek byl příjmem zdravotnického zařízení.

Bylo podáno několik návrhů na zrušení zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů podaných k Ústavnímu soudu. Bylo napadáno, že zákon byl přijat neústavním způsobem, zejména proto, že pod pojem stabilizace veřejných rozpočtů byla zahrnuta i změna zákonů se stabilizací nesouvisející, že formou pozměňovacích návrhů v podobě tzv. přílepků se součástí zákona staly úpravy zcela nových systémů, jako například systém stanovení cen léků apod. Kromě zrušení zákona jako celku se návrhem domáhali zrušení i jeho konkrétních ustanovení týkajících se mimo jiné právě regulačních poplatků. Usnesením pléna byly části týkající se problematiky financování zdravotní péče vyjmuty k samostatnému řízení.

Ústavní soud se vyjádřil jednak obecně ve vztahu k reformě zdravotnictví, jako jejíž součástí byly poplatky prezentovány, a to tak, že konstatoval, že není možné stavět

⁴⁰ Důvodová zpráva k zákonu č.261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Dostupné na <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&CT=222&CT1=0>

se k ní příliš aktivisticky, jelikož by vytvořením judikatury uzavřel dveře jejímu pokračování. Dále uvedl, že je věcí zákonodárce, aby posléze vyhodnotil dopad regulačních poplatků na realizaci práva na bezplatnou zdravotní péči dle článku 31 Listiny základních a práv a svobod, i splnění účelu, pro který byly zavedeny. Esenciálním obsahem čl.31 Listiny základních práv a svobod je ústavní zakotvení obligatorního systému veřejného zdravotního pojištění, který vybírá a kumuluje prostředky od jednotlivých subjektů (plátců), aby je mohl za základě principu solidarity přerozdělit a umožnit jejich čerpání potřebným, nemocným, chronikům. Ústavní garanci, na základě které se bezplatná zdravotní péče poskytuje, požívá pouze a jenom suma takto shromážděných prostředků. Ústavní soud pokládá za zjištěné, že účelem původních intencí zákonodárce ve vztahu k regulaci byl akcent na takovou organizaci zdravotnictví, která by zajistila kvalitnější faktickou realizaci čl.31 věty první Listiny základních práv a svobod, respektive poskytování místně a časově dostačující a kvalitnější zdravotní péče. Tohoto cíle má být dosaženo i tím, že občané mají být napadenou právní úpravou vedeni i k solidárnímu chování ve vztahu k druhým, respektive těm, kteří potřebují náročnější péči⁴¹. Ústavní soud tak dal zapravdu zákonodárci ve věci účelu zavedení regulačních poplatků. Stejně tak neshledal neústavnost ve skutečnosti, že je poplatek příjmem zdravotnického zařízení. I v případě, že by byl příjmem zdravotní pojišťovny, v konečném důsledku by se stal příjmem zdravotnického zařízení cestou plateb za zdravotní péči. Z mého hlediska je velmi důležité tvrzení soudu obsažené v právní větě, a to že formalistické lpění na bezplatnosti lékařství pro jednotlivce v rozšiřujícím pojetí by mohlo spíše vést ke snížení úrovně bezplatné lékařské péče hrazené z veřejného pojištění v pravém slova smyslu pro všechny členy společnosti⁴².

Ústavní soud neshledal neústavnost ani v uložení povinnosti zdravotnickým zařízením poplatky vybírat, a to pod hrozbou sankce.

Právní úprava regulačních poplatků ale ani po usnesení Ústavního soudu nebyla konečná. Bez ohledu na závěr Ústavního soudu probíhala dále politická diskuze zdůrazňující škodlivost poplatků a docházelo z mého pohledu často ke zcela zbytečným

⁴¹ Nález Ústavního soudu ze dne 20.5.2008. Ústavní konformita regulačních poplatků. Sp.zn. Pl.ÚS 1/08-1. Dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-36-11>

⁴² Nález Ústavního soudu ze dne 20.5.2008. Ústavní konformita regulačních poplatků. Sp.zn.Pl.ÚS 1/08-1. Dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-36-11>

k ústupkům. Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, provedená zákonem č.270/2008 Sb., osvobodila od poplatků osoby darující tkáň a orgány a novorozence po dobu pobytu v porodnici. O rok později byly novelou provedenou zákonem č.59/2009 Sb., částečně osvobozeny od poplatků děti do 18 let (v případě ambulantní zdravotní péče) a byla snížena hranice pro dosažení ochranného limitu pro děti do 18 let a seniory nad 65 let na polovinu, tedy na 2500 Kč ročně. Současně byl zákonem stanoven účel, pro který mohou zdravotnická zařízení použít příjem z poplatků – na provoz zdravotnického zařízení a jeho modernizaci.

Poslední novela týkající se poplatků byla provedena zákonem č. 298/2011 Sb., kdy byl zvýšen poplatek za den hospitalizace z 60 Kč na 100 Kč. Poplatek 30 Kč za položku na receptu byl změněn na poplatek za recept bez ohledu na počet položek a balení na receptu předepsané. I v tomto případě byl podán návrh Ústavnímu soudu na zrušení ustanovení zákona týkající se ekonomicky náročnější varianty péče a zvýšení poplatku za hospitalizaci. Ve věci zvýšení poplatku Ústavní soud žádosti vyhověl a dotčené ustanovení zákona zrušil. Ústavní soud v odůvodnění sice odkazuje na svůj předchozí nálezh ve věci regulačních poplatků a konstatuje, že na jejich zavedení neshledal nic protiústavního, nicméně se domnívá, že došlo-li k tak výraznému zvýšení poplatku, je nezbytné o věci znovu rozhodnout, a to s ohledem na své předchozí konstatování, že k posouzení otázek souvisejících se sociálními právy nepřistupuje staticky, ale s mimořádným důrazem na to, jaký je stav v době jeho rozhodování. Hospitalizace, která je zdravotní péčí v užším slova smyslu, hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, musí být poskytnuta bezplatně, neboť k ní pro pacienta neexistuje žádná alternativa⁴³. Toto své tvrzení opírá mimo jiné i o odůvodnění zvýšení poplatku za hospitalizaci ze strany Ministerstva zdravotnictví, které ustoupilo ze svého původního odůvodnění poplatku jako ryze regulačního mechanismu zneužívání péče a odůvodňuje ho nově poplatkem za hotelové služby, přičemž vyčísluje náklady na den pobytu v lůžkovém zařízení. Ústavní soud se domnívá, že rozhodně nelze za hotelový pobyt považovat například hospitalizaci pacienta na jednotce intenzivní péče. Ústavní soud shledal neústavnost i v chybějící diferenciaci (povinnost platit mají všechny

⁴³ Nález Ústavního soudu ze dne 20.6.2013. Zdravotnické standardy a nadstandardy, zvýšení poplatku za hospitalizaci a sankční pravomoc zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotních služeb. Dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=PI-36-11>.

skupiny obyvatel bez ohledu na jejich ekonomické možnosti) a chybějícím ochranném limitu pro tento typ poplatku.

4.6 Právní úprava nadstandardní péče

Zákonem č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, byla uzákoněna možnost doplatit si rozdíl mezi výší úhrady ze zdravotního pojištění a výší nákladů za ekonomicky náročnější variantu zdravotních služeb. Zákonodárce dal pojištěnci další právo – právo na varianty zdravotní péče, a současně i novou povinnost – uhradit poskytovateli zdravotních služeb rozdíl mezi cenou poskytnuté zdravotní péče a výší úhrady ze zdravotního pojištění.

Definice nadstandardu si vyžádala i zásadní změnu definice hrazené péče. Dle § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění se „ze zdravotního pojištění hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejím poskytnutím dosaženo, a je pro pojištěnce přiměřeně bezpečná, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a existují důkazy její účinnosti vzhledem k účelu jejího poskytování“⁴⁴. Tato definice platná do dnešního dne byla rozšířena o následující definici nadstandardu. Existuje-li více způsobů, kterými lze poskytnout zdravotní péči, všechny tyto způsoby splňují definici hrazené péče a mají stejný terapeutický účinek, ze zdravotního pojištění se hradí základní varianta, tedy varianta ekonomicky nevýhodnější. Ostatní ekonomicky náročnější varianty jsou hrazeny pouze do výše varianty základní. Finanční rozdíl mezi oběma variantami hradí pacient. Zákonodárce současně omezil rozsah péče, kde je přípustná ekonomicky náročnější varianta, pouze na péči uvedenou v prováděcím právním předpisu. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen vždy pacienta seznámit s existencí základní varianty a nabídnout mu její poskytnutí, současně ho musí seznámit s ekonomicky náročnější variantou včetně ceny, kterou by za ni byl pacient v případě volby povinen zaplatit. Do zdravotnické dokumentace pacienta zdravotnický pracovník musí zaznamenat jak podání uvedených informací o variantách, tak případný souhlas pacienta s úhradou ceny

⁴⁴ Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

za rozdíl mezi oběma variantami. Ceníky musí mít vždy dostupné ve zdravotnickém zařízení. Poskytovatel také nesmí upřednostňovat pacienty, kteří si zvolili ekonomicky náročnější variantu. Za porušení těchto povinností hrozila poskytovateli pokuta až do výše 1 milionu korun, kterou mu mohla udělit pojišťovna. Opakuje-li porušování povinností, může být sankcí i rozvázání smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou.

Zmocnění ministerstva zdravotnictví k vydání Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami formou vyhlášky bylo rozšířeno o doplnění variant zdravotní péče, tedy zda se jedná o základní nebo ekonomicky náročnější variantu. To, zda se tedy jedná o plně hrazenou péči nebo nadstandardní péči, bylo de facto dáno podzákonným právním předpisem.

Rozdělení péče na variantu základní, plně hrazenou a variantu ekonomicky náročnější, která je doplácena pojištěncem, a stanovení a výše sankcí ze strany zdravotních pojišťoven bylo skupinou poslanců napadeno u Ústavního soudu. Ústavní soud zrušil dotčená ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění a části vyhlášky Seznamu výkonů s bodovými hodnoty v části, kde je označeno, že jde o ekonomicky náročnější variantu s odkazem na protiústavnost. Soud se zabýval v rámci přezkumu zejména dvěma otázkami, a to zda je možné vůbec rozdělit péči na standardní a nadstandardní a zda tak zákonodárce učinil v tomto případě ústavně konformním způsobem.

Ústavní soud již v minulosti dospěl v nálezu sp.zn.Pl.ÚS 35/95 k závěru, že lze péči rozdělit na plně hrazenou a částečně hrazenou. Právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky mají občané na základě veřejného pojištění a za podmínek blíže vymezených zákonem. Jestliže tedy tyto podmínky mohou být upraveny pouze zákonem, je zcela nezbytné, aby i rozsah a způsob jejich poskytování byl vymezen stejným legislativním režimem. Jiná než zákonná úprava by byla porušením Listiny základních práv a svobod, a tedy i ústavnosti. Nelze připustit, aby vymezení rozsahu výše poskytované zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu bylo ponecháno na úpravě jiným než zákonným právním předpisům. Tím by se sféra ochrany základních práv a svobod dostala pod pravomoc moci výkonné, která k takovým pravomocem není

oprávněna⁴⁵. Současně soud odkázal svá další stanoviska, která výslovně připouští platby za péči mimo péči plně hrazenou ze zdravotního pojištění.

Soud tedy nepopřel možnost definice péče plně hrazené a částečně hrazené, tedy péče standardní a nadstandardní. Neústavnost shledal ve způsobu vymezení standardní a nadstandardní péče formou vyhlášky. Konkrétní určení toho, co je v intencích čl.31 Listiny základních práv a svobod bezplatnou péčí, nemůže být upraveno pouhou prováděcí vyhláškou⁴⁶.

Současně Ústavní soud shledal neústavní i výše sankcí a jejich rozpětí, které mohou zdravotní pojišťovny ukládat poskytovatelům zdravotních služeb, vztah označil za nevyrovnaný a i tato ustanovení zákona zrušil.

Dle mého názoru je uzákonění práva pacienta na volbu ekonomicky náročnější varianty péče jednoznačně žádoucí. Z důvodu ochrany pojištěnce považují za zásadní, aby byla splněna podmínka, že standardní péčí nemůže být péče méně účinná a nadstandardní péčí péče účinnější. Zrušený návrh splňoval podmínku stejné terapeutické účinnosti obou způsobů. Musí být zachována možnost svobodné volby pojištěnce, i toto bylo splněno. Zákonodárce myslel i na zákaz upřednostnění pojištěnců, kteří se pro ekonomicky náročnější variantu rozhodli. Bohužel se zákonodárce při tvorbě legislativy nepoučil z předchozích nálezů Ústavního soudu a dovolím si konstatovat, že se opakovala historie z let 1995 a 1996, kdy Ústavní soud zrušil ustanovení zákona dělící péči na plně hrazenou a částečně hrazenou ze zcela stejných důvodů.

4.7 Shrnutí

Odpovědnost za zajištění místně a časově dostupných zdravotních služeb pro pojištěnce má jeho zdravotní pojišťovna. Tuto svoji povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů zdravotních služeb, se kterými uzavírá smlouvu o úhradě zdravotních služeb. Ti mají povinnost poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni. V praxi tak často dochází k tomu, že odpovědnost za poskytnutí kvalitativně

⁴⁵ Nález Ústavního soudu ze dne 10.7.1996, sp.zn.Pl.ÚS 35/95. K právu na bezplatnou zdravotní péči a omezení jejího rozsahu. Dostupné na <http://kraken.slv.cz/Pl.US35/95>.

⁴⁶ Nález Ústavního soudu ze dne 20.6.2013. Zdravotnické standardy a nadstandardy, zvýšení poplatku za hospitalizaci a sankční pravomoc zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotních služeb. Dostupné na <http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-36-11>.

odpovídající hrazených zdravotních služeb je přenesena na poskytovatele zdravotních služeb, který musí neustále hledat možnosti, jak dosáhnout kladného hospodářského výsledku, respektovat právo pojištěnce na svobodnou volbu poskytovatele a poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni. Pojištěnec má právo volby zdravotní pojišťovny a následně i volby poskytovatele zdravotních služeb.

5 Právní nárok pojištěnce z pohledu občana EU

Hovořím-li v diplomové práci o nároku pojištěnce, nemohu opomenout alespoň okrajově zmínit nárok pojištěnce na hrazenou zdravotní péči čerpanou v rámci jiného státu Evropské unie. Vzhledem k rozsahu této práce se nebudu zabývat vlastní koordinací systémů zdravotního pojištění v rámci EU, ale zaměřím se na možnosti čerpání zdravotní péče a její úhradu zdravotní pojišťovnou.

Poskytování zdravotní péče v rámci Evropské unie je upraveno Nařízením EP a Rady (ES) č.883/2004 ze dne 29.dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a Nařízením EP a Rady (ES) č.987/2009 ze dne 16.září 2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení (dále jen „Nařízení“). Tato Nařízení jsou přímo závazná pro všechny orgány členských států EU a mají přednost před zákonem. Nařízení jsou postavena na principu koordinace jednotlivých systémů a jejich úkolem je naplnění jednoho ze základních principů EU – volného pohybu osob v rámci společenství. Upravují nejen oblast poskytování zdravotní péče, ale i otázky související s účastí v systému zdravotního pojištění a podmínkách této účasti.

V systému evropského práva hraje důležitou úlohu judikatura Evropského soudního dvora. V této souvislosti chci zmínit rozsudek Kohll, kde bylo poprvé jasně konstatováno, že čl.49 SES je aplikovatelný na zdravotní služby, které jsou poskytovány v rámci systému sociálního zabezpečení⁴⁷. Dalším významným rozsudkem je rozsudek Decker, ve kterém soud konstatoval, že národní systémy sociálního zabezpečení a zdravotní péče by také měly respektovat čl.28 SES o volném pohybu zboží⁴⁸. Oba tyto rozsudky se týkaly ambulantní péče a pokladenského systému zdravotního pojištění. V oblasti volného poskytování služeb měly zásadní význam i další rozsudky, a to Geraets-Smits a Peerbooms, který rozšířil oblast volného poskytování zdravotních služeb i na oblast nemocniční péče a oblast smluvního systému pojištění⁴⁹. O těchto rozsudcích se zmiňují proto, že daly základ pro vydání Směrnice Evropského

⁴⁷ Odstavec 20, Rozsudek ESD ze dne 28.4.1998, C-158/96 Kohll, CELEX: 61996J0158

⁴⁸ Rozsudek ESD ze dne 28.4.1998, C-120/95 Decker, CELEX: 61995J0120

⁴⁹ Rozsudek ESD ze dne 12.7.2002, C-157/99, Geraets-Smits and Peerbooms (2001) ECR I-5473, CELEX:61999J0157

parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9.3.2011, o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči (dále jen „Směrnice o přeshraniční péči“).

5.1 Evropský průkaz pojištěnce

Pojištěnec je povinen prokázat se Evropským průkazem pojištěnce, který mu vydává jeho zdravotní pojišťovna. Rozhodnutí Správní komise pro koordinaci systémů sociálního zabezpečení č.S1 ze dne 12.června 2009 o evropském průkazu zdravotního pojištění stanovuje základní podmínky, které musí průkaz splňovat. Průkaz musí odpovídat jednotnému vzoru. Jeho účelem je zjednodušit pojištěncům přístup ke zdravotní péči v jiném státě EU. Evropský průkaz zdravotního pojištění potvrzuje nárok pojištěné osoby a důchodce i jejich rodinných příslušníků pobývajících v jiném členském státě než v příslušném členském státě na věcné dávky, které se stanou nezbytnými ze zdravotních důvodů, s přihlédnutím k povaze těchto dávek a k očekávané délce pobytu. Evropský průkaz zdravotního pojištění nelze používat v situaci, kdy je cílem dočasného pobytu lékařská péče⁵⁰. V případě ztráty průkazu vystaví pojišťovna potvrzení dočasně nahrazující evropský průkaz zdravotního pojištění.

5.2 Nárok na hrazenou zdravotní péči podle Nařízení

Pojištěnec má nárok na zdravotní péči na účet české zdravotní pojišťovny za stejných podmínek, jako občan daného státu, a to včetně povinnosti zaplatit stejnou spoluúčast. Musí ji čerpat ve zdravotnickém zařízení, které je v daném státě součástí systému hrazeného z veřejných zdrojů. Ve většině případů je péče uhrazena nejprve místním plátcem, který následně náklady přeúčtuje české zdravotní pojišťovně. Před poskytnutím zdravotní péče je povinen prokázat se platným evropským průkazem pojištěnce.

V oblasti úhrady poskytnuté péče existují dva odlišné režimy.

Pojištěnec má nárok na úhradu lékařsky nezbytné péče (péče neodkladné), a to s přihlédnutím k povaze nemoci a předpokládané době pobytu na území jiného státu. Tímto pojmem rozumíme péči, jejíž poskytnutí je nezbytné z lékařského hlediska. Péče

⁵⁰ Rozhodnutí Správní komise pro koordinaci systémů sociálního zabezpečení č.S1 ze dne 12.června 2009 o evropském průkazu zdravotního pojištění

musí být poskytována tak, aby se pacient nemusel vracet do země pojištění dříve, než zamýšlel. Nejde o péči, za níž pacient vycestoval.

Odlišná situace je v případě, že pojištěnec vycestuje do země EU za účelem poskytnutí specifické zdravotní péče, tedy plánované péče. Tato péče je uhrazena pouze s předchozím souhlasem pojišťovny, žádost se podává na speciálním formuláři a na vydání tohoto povolení není právní nárok. Nařízení ale stanoví případy, kdy souhlas vydán být musí. Podmínkou v tomto případě je, že péče, která je v ČR hrazenou péčí, není možné v ČR poskytnout včas.

Pojištěnec má v tomto případě nárok na dávky poskytované pojišťovnou v místě pobytu, ale podle právních předpisů místa poskytnutí péče a to za podmínek, jako by pojištěnec byl pojištěn podle těchto právních předpisů. Znamená to, že úhrada nákladů proběhne za stejných podmínek, jako je hrazena osobám pojištěným ve státě ošetření. V této souvislosti bych zmínila rozsudek ESD Vanbraekel, který se týkal právě otázky výše úhrady za péči poskytnutou v jiném státě než státě pobytu. Paní Descamps trpící oboustranným onemocněním kolenních kloubů vyžadující chirurgickou léčbu, se rozhodla tuto léčbu absolvovat ve Francii přesto, že pro to jakožto belgická občanka neměla od své pojišťovny předchozí souhlas. Následně žalovala svoji pojišťovnu s nárokem na úhradu péče a belgický soud jí přiznal právo na úhradu. Po její smrti ve sporu o výši úhrady pokračoval její manžel – pan Vanbraekel. Belgická pojišťovna vydala totiž následný souhlas s poskytnutím péče ve Francii. Znalec ustanovený soudem uvedl, že péče poskytovaná ve Francii byla na vyšší úrovni než by byla péče poskytnutá v Belgii, nicméně byla i o třetinu dražší. Podle Nařízení má pojištěnec nárok na úhradu péče za stejných podmínek, jako by byl pojištěn v zemi poskytnutí péče. Předběžná otázka se tedy týkala rozhodnutí, zda mají být belgickou pojišťovnou uhrazeny náklady ve výši francouzských nebo belgických tarifů. ESD rozhodl, že článek 49 SES musí být vykládán tak, že pokud je náhrada nákladů vynaložených na nemocniční služby poskytované v členském státě místa pobytu vypočítaných podle pravidel platných v tomto státě nižší než částka, která by byla podle legislativy platné v členském státě, v němž je pojištěný registrován, musí příslušná instituce poskytnout pojištěnému dodatečné plnění pokrývající tento rozdíl⁵¹. Toto tvrzení ESD odůvodňuje tím, že rozdíl ve výši úhrady v obou zemích by mohl znamenat překážku volného pohybu služeb,

⁵¹ Rozsudek ESD, C-368/98, Vanbraekel, ze dne 12.7.2001, str.I-05363, CELEX: 61998J0368

neboť by odrazil pojištěnce k čerpání zdravotních služeb u zahraničních poskytovatelů.

5.3 Nárok na zdravotní péči podle Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9.3.2011, o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči

Diskuze o volném pohybu zdravotních služeb na půdě Evropské komise a Parlamentu byly velmi dlouhé a složité. Již Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2006/123/ES ze dne 12. prosince 2006 o službách na vnitřním trhu v původním návrhu obsahovala otázku volného pohybu zdravotních služeb, nicméně v konečné schválené podobě Směrnice byla vypuštěna. Z judikatury ESD opakovaně jednoznačně vyplynul nárok pojištěnce na dodatečnou úhradu nákladů na péči poskytnutou v rámci volného pohybu služeb v jiném státě EU než státě pobytu. Smyslem uvedené Směrnice o přeshraniční péči bylo zejména zakotvit výstupy judikatury ESD do legislativy EU.

Směrnice není na rozdíl od nařízení právním předpisem přímo závazným, ale je povinností státu implementovat ji do právního řádu do uplynutí stanoveného termínu. Termín pro implementaci Směrnice o přeshraniční péči vypršel 25.10.2013, aniž by byla do českého právního řádu provedena.

Již v úvodu Směrnice o přeshraniční péči je uvedeno, že jejím cílem není podněcovat pojištěnce k čerpání zdravotních služeb mimo území státu, kde jsou pojištěni a členskými státy zůstává i nadále odpovědnost za poskytování bezpečné, vysoce kvalitní, účinné a kvantitativně dostačující zdravotní péče občanům na svém území⁵². Dle mého názoru nepřináší Směrnice o přeshraniční péči v zásadě nic, co by již v minulosti nebylo přiznáno pojištěnci judikaturou ESD.

Ze Směrnice o přeshraniční péči je vyjmuta problematika dlouhodobé péče a programů očkování veřejnosti. Velký důraz je kladen na informovanost pacientů o standardech bezpečnosti a kvality péče, o poskytovatelích, na které se tyto pravidla vztahují, o specifických aspektech služeb zdravotní péče, o alternativách léčby apod. Akceptuje i důraz na spolupráci mezi státy a ochranu osobních údajů pacienta. Pacient má právo na písemný nebo elektronický záznam o poskytnuté léčbě, právo na

⁵² Odstavec 6 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9.3.2011, o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. CELEX: 32011L0024

poskytnutí důležitých informací ze strany poskytovatele zdravotní péče, které mu pomáhají informovaně se rozhodovat, včetně informací o možnostech léčby, dostupnosti, kvalitě a bezpečnosti zdravotní péče.

Jaké konkrétní nároky tedy směrnice přináší? Pacient má nárok na náhradu nákladů na plánovanou zdravotní péči v jiném státě EU, kam může vycestovat i bez souhlasu zdravotní pojišťovny. Pacient je v tomto případě nejprve povinen péči uhradit poskytovateli zdravotních služeb a následně žádá o refundaci svoji zdravotní pojišťovnu. Má nárok na úhradu nákladů do výše, jakou by zaplatila pojišťovna za stejnou péči ve státě, ve kterém je plátcem zdravotního pojištění. Směrnice o přeshraniční péči uvádí i možnost pojišťovny uhradit náklady v plné výši, vyhodnotí-li to jako potřebné. Je vždy nezbytné, aby se ale pojištěnec informoval předem na konkrétní podmínky. Směrnice o přeshraniční péči totiž umožňuje státům, aby podmínily úhradu nákladů na přeshraniční péči jednak stejnými podmínkami, jako je podmíněno poskytnutí péče podle vnitrostátních právních předpisů, tedy například doporučením příslušného specialisty. Dále umožňuje státům podmínit úhradu nemocniční péče a péče mimonemocniční, která podléhá v daném státě plánování z toho důvodu, že využívá vysoce specializované a nákladné infrastruktury nebo zdravotnického vybavení, předchozímu povolení pojišťovny. Tuto péči jsou však povinny přesně vymezit ve svých právních předpisech. Toto omezení může být odůvodněno jen s ohledem na naléhavé důvody obecného zájmu. Mezi ně ESD řadí nebezpečí vážného narušení finanční rovnováhy systému sociálního zabezpečení, cíl zachování vyvážených lékařských a nemocničních služeb přístupných pro všechny z důvodu ochrany veřejného zdraví a cíl zajištění kapacity pro léčbu nebo způsobilost lékařských odborníků na území daného členského státu mající zásadní význam pro veřejné zdraví a dokonce pro přežití obyvatelstva⁵³.

Směrnice o přeshraniční péči také garantuje nárok na úhradu nákladů za nákup léků nebo zdravotnických prostředků. I zde je stanovena podmínka, že musí být hrazeny pojišťovnou v domovské zemi pojištěnce podle vnitrostátních předpisů. I zde mohou být stanoveny podmínky, které jsou obecně platné pro úhradu ze zdravotního pojištění

⁵³ Odstavec 43 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9.3.2011, o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. CELEX: 32011L0024

v daném státě. Směrnice zakotvuje také uznávání lékařských předpisů vystavených v jiném členském státě, tedy pacient má nárok na výdej léčivého přípravku nebo zdravotnického prostředku předepsaného v jiném členském státě na území státu, kde je pojištěn, při splnění podmínek stanovených vnitrostátním právem.

Z pohledu úhrady nákladů je velmi důležitá povinnost poskytovatele zdravotních služeb poskytnout pacientovi přehledné faktury a jasné informace o cenách, přičemž má také povinnost uplatňovat na pacienta z jiné členské země stejný sazebník poplatků za zdravotní služby jako uplatňuje na tuzemské pacienty.

5.4 Platná právní úprava v České republice

I přesto, že lhůta pro provedení Směrnice o přeshraniční péči vypršela dne 25.10.2013, je stávající právní úprava - účinné znění zákona o veřejném zdravotním pojištění, v rozporu s touto směrnicí. Tento nedostatek bude v krátké době pravděpodobně napraven, neboť dne 21.3.2014 schválil Senát Parlamentu ČR dotčenou euronovelu zákona o veřejném pojištění a nyní čeká na podpis Prezidenta republiky.

Stávající znění §14 zákona o veřejném zdravotním pojištění upravuje pravidla pro úhradu zdravotní péče poskytnuté během pobytu v cizině. Podmínkou je, aby se jednalo o péči neodkladnou, maximální výše úhrady nesmí přesáhnout částku, kterou by pojišťovna uhradila poskytovateli na území České republiky. V případě plánované péče je požadován předchozí souhlas pojišťovny v podobě, o kterém hovoří Nařízení.

5.5 Euronovela zákona o veřejném zdravotním pojištění

Touto novelou zákona o zdravotním pojištění plní Česká republika povinnost provedení Směrnice o přeshraniční péči. Do českého právního řádu trasponuje ale i další právní předpisy EU.

V § 11 zákonodárce vymezuje právo pojištěnce na volbu poskytovatele zdravotních služeb pouze na území České republiky. Nově zakotvuje právo pojištěnce na náhradu nákladů, které vynaložil na neodkladnou zdravotní péči čerpanou v cizině a právo na náhradu nákladů, které pojištěnec vynaložil na zdravotní služby čerpané v jiném členském státě Evropské unie, jde-li o zdravotní služby, které by byly při poskytnutí na území České republiky hrazeny ze zdravotního pojištění. Maximální výše úhrady je v obou případech omezena výší úhrady za stejné zdravotní služby poskytnuté

na území České republiky. Současně získává pojištěnec právo na informace týkající se možností čerpat zdravotní služby v jiných členských státech Evropské unie.

Zákon zavádí legislativní zkratku „hrazené přeshraniční služby“. Jde o zdravotní služby čerpané v jiném členském státě Evropské unie, které patří mezi služby hrazené na území České republiky.

Jak jsem uvedla v předchozím textu, úhradu zdravotních služeb poskytnutých v cizině doposud upravoval § 14 zákona o veřejném zdravotním pojištění. V euronovele prošel zásadní změnou. Zákonodárce zde zavedl nový pojem, kromě úhrady zdravotních služeb hovoří o náhradě. Tímto pojmem se rozumí refundace nákladů zaplacených pojištěncem za hrazené přeshraniční služby. Zůstává nárok pojištěnce na náhradu nákladů na neodkladnou zdravotní péči poskytnutou při pobytu v cizině. Výši náhrady stanovuje zdravotní pojišťovna ve správním řízení, odpovídá výši, kterou by pojišťovna uhradila za totožnou péči poskytnutou v České republice a nesmí přesáhnout skutečně vynaložené náklady pojištěncem. Definice hrazené péče byla rozšířena o náhradu nákladů vynaložených na hrazené přeshraniční služby. V jejich případě je rozhodující, zda jsou alespoň částečně hrazeny dle Nařízení. Jsou-li alespoň částečně hrazeny, určí nejprve pojišťovna částku, kterou by za tyto služby uhradila v České republice, od této částky odečte částku, která byla hrazena podle Nařízení a zbývající částku nahradí pojištěnci. Tato částka nesmí být nikdy vyšší než skutečně vynaložené náklady. Jde-li o hrazené přeshraniční služby, které nejsou ani z části hrazené podle Nařízení, určí pojišťovna částku, kterou by za tyto služby uhradila v České republice, podle výpočtu v zákoně a nahradí ji pojištěnci. I zde platí zásada, že náhrada nesmí převýšit skutečné náklady uhrazené pojištěncem. Způsob výpočtu částky, kterou by pojišťovna zaplatila za stejné zdravotní služby na území České republiky, stanovuje zákonodárce v dalším paragrafu.

Náhrada nákladů na hrazené přeshraniční služby je podmíněna splněním podmínek, které by musely být pro hrazení těchto zdravotních služeb splněny i na území České republiky. Je-li těchto podmínek více, musí být splněny všechny. Stanovuje je zákon o veřejném zdravotním pojištění nebo Státní ústav pro kontrolu léčiv. Z logických důvodů nemusí být splněna podmínka, že poskytovatel musí mít uzavřenou s pojišťovnou smlouvu o úhradě zdravotních služeb.

Zákonodárce využil i možnosti legislativně vymezit okruhy zdravotních služeb, jejichž nahrazení je podmíněno předchozím povolením. Pojištěnec musí požádat

příslušnou zdravotní pojišťovnu o povolení ještě před zahájením čerpání přeshraničních služeb. Z důvodu právní jistoty vymezuje zákonodárce taxativně důvody, pro které může pojišťovna povolení odmítnout vydat. Pojišťovna ho může neudělit v případě, že by byl pojištěnec vzhledem ke svému zdravotnímu stavu vystaven nepřijatelnému riziku, jejich poskytnutí by mohlo mít za následek podstatné ohrožení veřejného zdraví, u požadovaných služeb je důvodná obava, že nejsou poskytovány podle standardů a pokynů týkajících se kvality a bezpečí a v případě, že lze požadované služby poskytnout v České republice ve lhůtě časové dostupnosti dané nařízením vlády o místní a časové dostupnosti. Vzhledem k tomu, že náhrada nákladů na hrazenou přeshraniční péči realizovaná dle Nařízení je pro pojištěnce ve většině případů výhodnější (náklady jsou nahrazeny do výše odpovídající úhradě ve státě poskytnutí) než náhrada realizována dle Směrnice o přeshraniční péči (náhrada do výše nákladů vynaložených při poskytování služeb v ČR), je pojišťovna vždy povinna vyhodnotit možnost náhrady dle Nařízení a pacienta o tom informovat a poučit ho o výhodách.

Vlastní výčet zdravotních služeb, ke kterým bude požadováno předchozí povolení, bude stanovovat vláda nařízením. Nařízení vlády stanovící hrazené služby, jejichž náhrada je podmíněna udělením předchozího povolení, může vymezit jen takové hrazené služby, které mají určenou lhůtu časové dostupnosti podle přílohy č. 2 nařízení č. 307/2012 Sb., v platném znění, a zároveň je při čerpání těchto služeb nutná hospitalizace nebo je vyžadováno vysoce specializované přístrojové nebo zdravotnické vybavení. Jiné hrazené služby, které nemají určenou lhůtu časové dostupnosti, mohou být vládou vymezeny pouze, pokud zahrnují léčbu, která představuje zvláštní riziko pro pacienta nebo obyvatelstvo. Služby vymezené podle věty předchozí tudíž nemusí být uvedeny v příloze č. 2 nařízení č. 307/2012 Sb.⁵⁴.

Směrnice o přeshraniční péči také ukládá členským státům povinnost poskytovat informace týkající se čerpání zdravotních služeb. Zákonodárce zřizuje vnitrostátní kontaktní místo, které bude tyto služby zajišťovat.

⁵⁴ Sněmovní tisk č.10/0. Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony

V novele nalezneme i další povinnosti pojišťoven, které jim vyplývají ze Směrnice o přeshraniční péči. Za důležité považují mimo jiné povinnost shromažďovat data o čerpání hrazených přeshraničních službách svých pojištěnců.

5.6 Možné dopady Směrnice o přeshraniční péči

V současné době můžeme jen odhadovat, jak často a zda vůbec budou čeští občané těchto nároků využívat. Pojištěnci měli uvedená práva i v minulosti, jak dokládají judikáty ESD, nicméně výslovné uvedení těchto nároků ve Směrnici o přeshraniční péči posílí zcela jistě jejich právní jistotu. V krátké době lze očekávat i zakotvení uvedených práv v českém právním řádu. Jak uvedl JUDr. Ladislav Švec na IV. konferenci medicínského práva, v roce 2012 bylo na území České republiky léčeno 99 000 pojištěnců EU a celková hodnota takto poskytnuté péče dosáhla téměř 600 000 000 Kč. Naproti tomu ve státech EU bylo léčeno 134 000 českých pojištěnců při celkové hodnotě péče více než 800 000 000 Kč⁵⁵. Přeshraniční poskytování péče probíhalo i před platností Směrnice o přeshraniční péči, ročně pojišťovny schválily cca 300 pojištěncům plánovanou péči v zahraničí, vyhověly kladně více než 95% žádostí ročně.

V této souvislosti souhlasím s obavou Doc. JUDr. Filipa Křepelky, Ph.D., který uvádí, že provedení směrnice přinese znevýhodnění domácích poskytovatelů zdravotní péče. Na vyhledané zahraniční poskytovatele nebudou dopadat limity hrazení⁵⁶. Pokusím se vysvětlit, v čem spatřuji riziko. Objem finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění je omezen, bude-li větší část než doposud hrazena zahraničním poskytovatelům, o to méně budou pojišťovny moci hradit tuzemským poskytovatelům. Nabízí se argument, že současně s tím se ale sníží počet pacientů. S tím ale nemohu také souhlasit, zejména v oblasti plánované péče jsou běžnou praxí čekací listiny, kterými poskytovatelé reagují na omezenou kapacitu i omezené finance dané právě výše zmiňovanými regulacemi úhrad. Prakticky se tedy jen zkrátí čekací doby, ale nesníží se celkový počet pacientů léčených v daných zdravotnických zařízeních. Vlastní dopad Směrnice o přeshraniční péči tedy bude záviset na schopnosti

⁵⁵ Sborník ke IV.konferenci medicínského práva. Str.98-103. JUDr.Švec,L. Směrnice o právech pacientů při přeshraniční zdravotní péči č.24/2011 – praktické důsledky.

⁵⁶ Sborník ke IV.konferenci medicínského práva. Str.96-97. Doc.JUDr.Křepelka,F. České neprovedení rámce volného pohybu pacientů Evropské unie.

České republiky udržet si kontrolu nad nákladnými službami vyžadující plánování a nákladnou techniku, tedy kontrolu nad službami, které může podmínit předchozím souhlasem.

Kromě uvedeného rizika ale vidím i výzvu pro české poskytovatele v možnosti nabídnout svoje služby pacientům z okolních zemí. České zdravotnictví je kvalitní, jeho pověst ve světě je velmi dobrá a navíc cenově je stále pro většinu zemí velmi příznivé.

6 Vymahatelnost nároku pojištěnce a ochrana jeho práv

6.1 Odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb

Hovořím-li o nároku pojištěnce na hrazenou péči, nemohu opominout jeho obranu před odmítnutím poskytnutí zdravotních služeb jako takových. Způsob úhrad postavený na limitech a omezeně zohledňující navýšení počtu léčených pacientů logicky může vést k tomu, že poskytovatel bude odmítat zejména pacienty vyžadující nákladnou léčbu. Jak jsem již uvedla v předchozí části práce, na tuto možnost myslel zákonodárce při tvorbě zákona o zdravotních službách, kde v § 48 taxativně uvádí důvody pro odmítnutí přijetí pacienta do péče a ukončení péče o pacienta. Jakou možnost obrany má tedy pacient v případě, že je mu odmítnuto poskytnutí zdravotních služeb? Jeho právem je obdržet od poskytovatele písemnou zprávu s uvedením důvodů odmítnutí. To je pro další postup zásadní, neboť v opačném případě se pojištěnec dostává do důkazní nouze.

Pokud se pojištěnec domnívá, že odmítnutí bylo učiněno z důvodů, které zákon nepřipouští, může podat stížnost podle § 93 zákona o zdravotních službách. Stížnost podává pacient, jeho zákonný zástupce, osoba blízká v případech, že toho pacient není sám schopen nebo zmocněnec pacienta přímo poskytovateli zdravotních služeb, který ho odmítl. Ten stížnosti buď vyhoví a pacienta do péče přijme nebo stížnosti nevyhoví. V tomto případě, není-li pacient se závěrem stížnosti spokojen, může podat stížnost správnímu orgánu, který poskytovateli vydal oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Správní orgán stížnost prošetří a zjistí-li, že došlo k porušení zákona, zahájí s poskytovatelem správní řízení. Odmítnutí pacienta z jiných než v zákoně vyjmenovaných důvodů je totiž správním deliktem, za který může správní úřad udělit poskytovateli pokutu až do výše 300 000 Kč.

Zákon o zdravotních službách výslovně uvádí, že je možné postupovat i dle jiných zákonů. Podle § 48 zákona o veřejném zdravotním pojištění je zdravotní pojišťovna povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům včetně jejich místní a časové dostupnosti. Pojištěnec se může v případě odmítnutí obrátit tedy přímo na svoji zdravotní pojišťovnu a požadovat zajištění svého nároku. Postup pojišťovny zákon v tomto směru neupravuje, což lze vysvětlit tvrzením, že smluvní vztah mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem je vztahem soukromoprávním. Smlouvy však nejsou koncipovány tak, aby z nich bylo patrné, jaký objem péče je poskytovatel povinen

poskytnout za stanovenou úhradu. Pojišťovna tak má omezenou možnost domáhat se vůči poskytovateli toho, aby pojištěnce do péče poskytl, odmítá-li to ze zákonných důvodů. V praxi se další postup odvíjí následovně – odpovědný pracovník pojišťovny kontaktuje příslušného odpovědného pracovníka poskytovatele a probíhá diskuze nad možnostmi poskytovatele zdravotní služby poskytnout, přesněji řečeno diskuze o tom, jakým způsobem bude péče uhrazena. Tento problém se totiž týká téměř výhradně pacientů nákladných, hrazených v režimu tzv.centrové péče. V dosavadní praxi se nakonec vždy poskytovatel s pojišťovnou dohodl na kompromisním řešení.

Vraťme se ale ještě k povinnosti pojišťovny zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům včetně jejich místní a časové dostupnosti. Ze zákona nevyplývá, že by se tato povinnost pojišťovny vztahovala na poskytovatele, kterého si pojištěnec zvolil. Dle mého názoru splní pojišťovna svoji povinnost i tím, že na žádost pojištěnce mu zajistí péči u jiného poskytovatele zdravotních služeb, než si sám na počátku zvolil. Nesplnila-li by ale pojišťovna svoji povinnost, dopouští se správního deliktu, k jehož projednání je příslušné ministerstvo zdravotnictví a to může pojišťovně udělit pokutu až 1 000 000 Kč, kterou pojišťovna hradí z provozního fondu. Z uvedeného vyplývá, že nemůže-li se pojištěnec domoci svého nároku na zdravotní pojišťovně, může se obrátit na ministerstvo zdravotnictví.

Pojištěnec má právo využít svého ústavního práva na projednání své záležitosti nezávislým soudem. Toto své právo se poprvé rozhodlo využít v roce 2012 devět pacientů s roztroušenou sklerózou, kterým byla dle jejich názoru odmítnuta biologická léčba z ekonomických důvodů Krajskou zdravotní, a.s., přičemž její účinnost byla jednoznačně prokázána. Prostřednictvím svého zástupce chtěli nejprve podat předběžné opatření, kterým se chtěli domoci rychlého poskytnutí léčby a následně se žalobou domoci toho, aby jim byla léčba byla uhrazena ze zdravotního pojištění. Toho rozhodnutí by bylo velmi zajímavým precedentem, nicméně i zde došlo k dohodě poskytovatele a pojišťovny a léčba byla zahájena bez zásahu soudu. Na první podobný rozsudek tedy stále čekáme. Z pohledu vymahatelnosti nároku pojištěncem je to jistě velmi účinný mechanismus.

6.2 Neoprávněné požadování úhrady

V § 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění je zakotveno „*právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem,*

*přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu*⁵⁷. Podle zákona o zdravotních službách je poskytovatel povinen informovat pacienta o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, a to před jejich poskytnutím, a vystavit účet za uhrazené zdravotní služby a současně mít zpracovaný ceník těchto služeb a umístit ho tak, aby byl přístupný pacientům. Zákon o zdravotních službách tak posiluje ochranu pojištěnce tím, že mu přiznává právo předem znát, které služby jsou částečně či zcela nehrazené a svobodně se rozhodnout, zda mu mají být poskytnuty. Jestliže poskytovatel tuto povinnost nesplní, dopustí se správního deliktu a registrující správní orgán mu může uložit pokutu až do výše 50 000 Kč. Dle mého názoru, není-li zdravotní služba uvedena v ceníku, neměl by poskytovatel požadovat po pojištěnců žádnou úhradu.

Domnívá-li se pojištěnec, že mu bylo upřeno právo na hrazenou péči, resp. je po něm požadována úhrada za zdravotní služby, které dle jeho názoru jsou službami hrazenými, může se bránit stížností podle zákona o zdravotních službách. Podle § 24 uvedeného zákona může správní úřad odejmout oprávnění k poskytování zdravotních služeb, jestliže poskytovatel opakovaně požadoval neoprávněně úhradu za hrazené zdravotní služby podle zákona o veřejném zdravotním pojištění. Původně zajišťoval ochranu pojištěnce i zákon o veřejném zdravotním pojištění, který v případě, že byla požadována úhrada za hrazené služby, opravňoval zdravotní pojišťovnu až vypovědět smlouvu nebo registrující orgán zrušit registraci poskytovatele. Novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění provedenou zákonem č.369/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, byly tyto sankce zrušeny a zákon odkazuje již jen možnost podání stížnosti podle zákona o zdravotních službách. Osobně se domnívám, že to není zcela šťastné řešení. Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit dostupnost hrazené péče pro své pojištěnce prostřednictvím poskytovatelů zdravotních služeb, se kterými za tímto účelem uzavírá smlouvy o úhradě péče. Dá se říci, že se poskytovatel zavazuje poskytovat klientům

⁵⁷ Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

příslušné pojišťovny bezplatně hrazenou péči. Porušuje-li opakovaně tuto povinnost, považují za zcela legitimní sankci v podobě vypovězení smlouvy ze strany pojišťovny.

I zde samozřejmě platí, že pojištěnci nemůže být odňato ústavní právo na soudní ochranu.

6.3 Vymahatelnost nároku na časovou a místní dostupnost

Vymahatelnost nároku na časovou a místní dostupnost se řídí podobnými pravidly jako vymahatelnost nároku na hrazené zdravotní služby, o které hovořím výše. Není-li tedy zvolený poskytovatel schopen poskytnout pojištěnci potřebnou péči ve stanovené maximální lhůtě (časové dostupnost), například z důvodu přeplněné kapacity, provozních důvodů a dalších zákonných překážek, nebo nenachází-li se v dosahu dojezdnosti stanovené v nařízení vhodný poskytovatel, obrátí se pojištěnec na svoji zdravotní pojišťovnu. Ta je povinna vhodného poskytovatele za splnění podmínky místní a časové dostupnosti zajistit. V této souvislosti zákon přímo stanoví, že může péči zajistit u jakéhokoliv poskytovatele, tedy ne toho, kterého si pojištěnec zvolil. Naopak, trvá-li pojištěnec na poskytnutí zdravotních služeb u jím zvoleného poskytovatele, nejedná se o nesplnění povinnosti pojišťovny zajistit místní a časovou dostupnost hrazených služeb.

V případě, že by pojišťovna svoji povinnost neplnila, může jí ministerstvo zdravotnictví udělit pokutu až do výše 1 000 000 Kč, kterou je povinna uhradit z provozního fondu.

6.4 Vymahatelnost nároku na péči na náležitě odborné úrovni

Toto téma by bylo na samostatnou diplomovou práci, proto zde nebudu popisovat všechny možnosti obrany pacienta. Zaměřím se pouze na souvislosti s nárokem pojištěnce na hrazenou péči. Pacient má totiž nárok nejen na hrazené zdravotní služby, ale i na péči na náležitě odborné úrovni. Tyto dva nároky nejde od sebe oddělit. Často nastane situace, kdy je možnost volby více léčebných postupů. Ne všechny však musí být vždy stejně účinné a už vůbec stejně komfortní pro pacienta. Tuto situaci se zákonodárce pokusil řešit úpravou ekonomicky náročnější varianty péče neboli nadstandardu. Chránil pacienta v tom, že výslovně požadoval, že základní i ekonomicky náročnější varianta musela být stejně účinná. Po zrušení částí zákona o veřejném

zdravotním pojištění týkající se nadstandardu Ústavním soudem je opět jen na poskytovatelích, aby zvolili metodu, která je na náležité odborné úrovni, ale přitom ekonomicky co nejvýhodnější, neboť jsou nuceni hospodařit s omezeným množstvím finančních prostředků. A to i u těch pojištěnců, kteří sami mají zájem doplatit si za komfort. Tento stav vyvolává množství konfliktů. Domnívá-li se pojištěnec, že mu nebyla poskytnuta péče na náležité odborné úrovni, může se bránit stížností podle zákona o zdravotních službách. Stížnost nejprve prošetří poskytovatel, následně, není-li pojištěnec uspokojen, může se obrátit na registrující správní orgán. Ten při šetření stížnosti využívá odborníky, event. odbornou komisi.

Může podat stížnost i České lékařské komoře, České stomatologické komoře nebo České lékárnické komoře podle zákona o komorách.

Pojištěnec se může obrátit i na soud a uplatňovat své požadavky v občanskoprávním řízení. Poskytovatelé jsou povinni pro tyto případy uzavřít pojistnou smlouvu.

7 Návrhy de lege ferenda

Úvodem této kapitoly podotýkám, že tato kapitola je závislá na mém pohledu na systém financování zdravotnictví jako celek. Zdravotnictví je více než jiná odvětví ovlivněno politickými proklamacemi. Se změnou politické reprezentace dochází vždy k zásadní změně názoru na výši spoluúčasti pacienta, na přípustnost či nepřípustnost přímých plateb za zdravotní služby. Tyto změny, promítané do legislativy, způsobují značnou nestabilitu systému.

Jsem přesvědčena, že chceme-li zachovat zdravotnictví na špičkové úrovni, musí být prolomen striktní vyklad pojmu bezplatnosti zdravotní péče. Musí se zrušit mýtus, že zdravotní péče je zadarmo, panující doposud mezi širokou veřejností. Dle mého názoru, kdy se opírám i o četné nálezy Ústavního soudu, existuje možnost zákonem upravit rozsah hrazených zdravotních služeb tak, aby úprava neznamenal bariéru přístupu ke zdravotní péči pro sociálně slabší občany. Pokusím se navrhnout, jak.

Za žádoucí považuji následující opatření:

- 1 Umožnění připlatit si za nadstandard
- 2 Zabránění nadužívání hrazených zdravotních služeb
- 3 Umožnění konkurence zdravotních pojišťoven

7.1 Umožnění připlatit si na nadstandard

Vycházím-li z nálezu Ústavního soudu ze dne 20.6.2013, Zdravotnické standardy a nadstandardy, zvýšení poplatku za hospitalizaci a sankční pravomoc zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotních služeb, zákonná úprava rozdělení zdravotních služeb na základní a ekonomicky náročnější variantu zpochybněna nebyla. Vypustila bych zmocnění pro vydání nařízení vlády, které stanoví, co může být ekonomicky náročnější variantou, a upravila bych sankční ustanovení ve smyslu nálezu. Vymezení ekonomicky náročnější varianty zdravotních služeb bych uvedla do přílohy zákona o veřejném zdravotním pojištění. Taková příloha již dnes existuje, šlo by vlastně o její rozšíření o nové výkony. Z praktického hlediska zcela chápu původní záměr zákonodárce, neboť vymezení podzákonným předpisem umožňuje pružně reagovat na měnící se potřeby a rozsah snáze a rychleji upravovat. Na druhé straně, jedná-li se o úpravu ústavně garantovaného práva, je logický požadavek, aby toto omezení bylo

upraveno pouze zákonem, neboť každá novela zákona znamená rozsáhlou politickou diskuzi a hledání kompromisu. Ochrana práva je tak mnohem více zvýrazněna.

Stanovování seznamu ekonomicky náročnější variant je dynamický proces a považují za nutné, aby se jím zabývala příslušná pro to zřízená instituce. V zákoně o veřejném zdravotním pojištění bych upravila způsob založení, volby orgánů, rozsah pravomocí a působnosti této organizace. Šlo by o vládní instituci, jejíhož ředitele by jmenoval ministr zdravotnictví. Inspiraci nacházím v již existujícím Státního ústavu pro kontrolu léčiv, zejména v otázce financování činnosti tohoto úřadu. I zde je logickým zájmem výrobce přístroje, léčivého přípravku, zdravotnického prostředků apod., aby jejich výrobek byl součástí základní varianty zdravotních služeb, eventuálně se objevil v příloze zákona jako ekonomicky náročnější varianta. Řízení, jehož základní principy bych upravila v zákoně a subsidiárně bych použila správní řád, bych zatížila správním poplatkem. Úřad by tedy posuzoval nové technologie, léčebné metody apod. na základě dostupných výsledků odborných studií. Výsledky by předkládal ministerstvu zdravotnictví, které by 1x ročně připravilo návrh na změnu přílohy zákona o veřejném zdravotním pojištění.

7.2 Zabránění nadužívání hrazených zdravotních služeb

Česká republika je zemí s vysokým počtem návštěv u lékaře v průběhu jednoho roku. Tento fakt není možné vysvětlit objektivními důvody jako je vyšší nemocnost, starší populace apod. Jediným logickým vysvětlením je neexistence rozumných bariér přístupu ke zdravotním službám, které by účinně bránily zneužívání.

Osobně považuji úlohu regulačních poplatků v tomto směru za významnou. Za 5 let jejich existence se ukázalo, že neznamení bariéru v přístupu ke zdravotním službám do té míry, že by způsobily jejich nedostupnost v případě potřeby. Jejich zrušení považuji za nešťastné. Finanční výpadek v systému musí být stejně kompenzován, jak jinak než zvýšením platby za státní pojištění, tedy ze státního rozpočtu. Znamená to tedy, že tyto poplatky stejně zaplatí občan, pouze formou zvýšených daní. Navíc se ztratí jejich regulační efekt a lze očekávat navýšení nákladů za běžnou, banální péči.

V této souvislosti bych vyšla z obou dotčených nálezů Ústavního soudu. Ten ve svém nálezu ze dne 20.5.2008. Ústavní konformita regulačních poplatků. Pl.ÚS 1/08-1 potvrdil ústavní konformitu regulačních poplatků. Nálezem Ústavního soudu ze dne

20.6.2013, Zdravotnické standardy a nadstandardy, zvýšení poplatku za hospitalizaci a sankční pravomoc zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotních služeb zrušil Ústavní soud ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění týkající se zvýšení poplatku za hospitalizaci. Nesoulad s Ústavou shledává zejména v odůvodnění navýšení poplatku jako platby za hotelové služby.

Navrhuji v zákoně upravit regulační poplatek za hospitalizaci ve smyslu původního znění zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Kromě regulačních poplatků bych navrhla ještě další zákonnou úpravu, které by se dotýkala volného pohybu pacienta po systému. Ta je možná dvěma způsoby. V zákoně o veřejném zdravotním pojištění lze upravit, že pojištěnec má právo na úhradu poskytnutých zdravotních služeb svým registrujícím lékařem a na základě jeho doporučení na poskytnutí zdravotních služeb jiným poskytovatelem ambulantních služeb. Dále má nárok na úhradu zdravotních služeb poskytnutých poskytovatelem lůžkových zdravotních služeb na základě doporučení registrujícím poskytovatelem nebo jiným poskytovatelem ambulantních či lůžkových zdravotních služeb. Tímto způsobem lze upravit poskytování všech druhů zdravotních služeb. Současně, z důvodu ochrany pacienta, má nárok na hrazené služby u všech poskytovatelů, jde-li o poskytnutí neodkladných zdravotních služeb i bez doporučení. Žádá-li pojištěnec poskytnutí zdravotních služeb bez doporučení, hradí náklady na jejich poskytnutí v rozsahu, který stanoví zákon. Výsledkem politické dohody by byla právě tato výše úhrady. Současně by muselo dojít k přehodnocení časové a místní dostupnosti pro jednotlivé služby, neboť lze logicky očekávat, že zejména na registrující poskytovatele zdravotních služeb by byly kladeny vyšší nároky. Pojišťovny by musely v kontextu této úpravy upravit síť smluvních poskytovatelů. Uvedeným opatřením z mého pohledu není porušeno ústavní právo na bezplatnou zdravotní péči, podmínky jejího poskytování upraví zákon. Není porušeno ani právo na svobodnou volbu poskytovatele zdravotních služeb.

Druhou možností úpravy je cesta omezením svobodné volby poskytovatele zdravotních služeb. Tuto variantu považuji právě s ohledem na omezení svobodné volby poskytovatele za méně vhodnou. Je postavena na systému tzv. řízené péče, kdy pojišťovna směřuje pojištěnce k těm smluvním poskytovatelům, se kterými má nasmlouvány nejvhodnější podmínky. Zvolí-li si pojištěnec jiného poskytovatele, je tato volba zatížena platbou.

7.3 Umožnění konkurence zdravotních pojišťoven

Toto opatření by si vyžádalo zásadní změnu zákona o veřejném zdravotním pojištění, ale i zákona o oborových zdravotních pojišťovnách a zákona o VZP. Záměrem je umožnit pojišťovnám nabízet pojištěncům různé pojistné plány, lišící se od sebe rozsahem služeb zahrnutých do služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění, způsobem poskytování těchto služeb, rozsahem sítě smluvních partnerů apod. Podmínkou tohoto řešení je stanovení základního, nepodkročitelného rozsahu hrazené péče, kterou musí obsahovat všechny plány. Zůstala by povinná účast ve veřejném pojištění a i jednotná sazba odvodů na veřejné zdravotní pojištění. Pojištěnec by tedy při volbě základního pojistného plánu měl nárok vždy na základní variantu hrazených zdravotních služeb. V případě, že by se rozhodl pro plán jiný, zahrnující v sobě úhradu i některých variant ekonomicky náročnější zdravotních služeb nebo jiné výhody, pak by byl zatížen doplatkem pojistného v dané výši přímo své zdravotní pojišťovně. Základní podmínkou pro tuto variantu by muselo být právo pojištěnce na svobodnou volbu pojistného plánu, jinými slovy – nikdo nesmí být nucen vybrat si pojistný plán s doplatkem ani být jinak zvýhodňován, než vyplývá z práv daných mu tímto plánem. Porušila-li by pojišťovna toto právo pojištěnce, dopustila by se správního deliktu, k jehož řešení by bylo příslušné ministerstvo zdravotnictví a pokuta by byla hrazena z provozního fondu pojišťovny. Domnívám se však, naše společnost stále není připravena převzít odpovědnost za své zdraví do té míry, aby toto řešení bylo politicky průchozí.

7.4 Změna systému úhrad

Má-li být nárok pojištěnce na hrazené zdravotní služby, při dodržení podmínek místní a časové dostupnosti, skutečně vymahatelný, musí dojít ke změně v systému úhrad. Stávající systém, kdy výše úhrad se prakticky odvíjí od výše úhrad v referenčním období, kterým je, až na výjimky, období roku předcházející roku vydání úhradové vyhlášky, musí být nahrazen systémem úhrad sledující pohyb pacienta. Současně s tím se ale musí posílit revizní činnost pojišťovny zejména v oblasti kontroly indikovanosti poskytované péče. Po zavedení systému DRG není již ani v lůžkovém sektoru problém se zohledněním nárůstu poskytnutých služeb. Velmi zjednodušeně lze říci, že úhradový

system lze postavit na principu výkonové úhrady v ambulantní péči a platby za případ v lůžkové péči. Legislativní úprava by mohla být provedena úhradovou vyhláškou.

V případě systému „platby za pojištěncem“ by odpadlo riziko, že pojištěnec je ve skutečnosti odmítnut poskytovatelem zdravotních služeb z ekonomických důvodů, nicméně oficiálně pod hlavičkou důvodů zákonných, tedy nejčastěji kapacitních nebo provozních.

Zvýšení revizní činnosti shledávám nutné z toho důvodu, že bohužel stále platí pravidlo, že „každý poskytovatel zdravotních služeb si svého pacienta najde“. Tedy pouhé odstranění regulací povede zcela jistě k masivnímu nárůstu nákladů zdravotních pojišťoven. Kvalitní a vyhledávání poskytovatelé prokáží oprávněný nárůst péče a bude jim uhrazena. Poskytovatelé nacházející se na druhém konci spektra v oblíbenosti si pacienty do jisté míry zajistí taktéž. Rozhodnutí lékaře o přijetí pacienta na lůžko nebo častější zvaní na ambulantní návštěvy je založeno na subjektivním zhodnocení situace lékařem. Přijmout pacienta ke krátkodobé hospitalizaci v případě, který jiný poskytovatel dělá v ambulantním režimu, nadbytečné kontroly v ambulancích, to by měl být předmět revizní činnosti lékařů zdravotních pojišťoven. Obávám se, že na tuto změnu není systém veřejného zdravotního pojištění v současnosti připraven. Zdravotní pojišťovny by se musely začít chovat jako pojišťovny komerční, tedy striktně a důsledně posuzovat nároky smluvních partnerů na úhradu. Z důvodu udržení finanční stability systému veřejného zdravotního pojištění považuji prozatím za nutné ponechat regulace maximálních ročních úhrad.

7.5 Shrnutí

Při tvorbě návrhů zde uvedených vycházím zejména z potřeby finanční stabilizace systému veřejného zdravotního pojištění, zajištění ústavního nároku na bezplatné zdravotní služby v rozsahu stanoveném zákonem a dodržení všech dalších práv pojištěnce/pacienta, jak je upravuje legislativa České republiky.

Nárok pojištěnce musí být definován srozumitelně a jednoznačně, musí být zajištěna jeho vymahatelnost. Současně vycházím z přesvědčení, že odpovědnost za zdraví je odpovědností jedince a v maximální možné míře ponechávám rozhodnutí o volbě na něm.

8 Závěr

V úvodu této práce jsem si stanovila tři otázky, na které jsem se pokusila odpovědět.

1 Jak je definován nárok pojištěnce na hrazenou péči?

Nárok pojištěnce na hrazenou péči je definován v zákoně o veřejném zdravotním pojištění. Nárok je upraven jednak obecnou definicí, kdy hrazený službami jsou zdravotní služby poskytované pacientovi s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit utrpení, pokud odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování. Dále zákon vyjmenovává druhy a formy zdravotních služeb, na které se tato definice vztahuje. V příloze zákona pak nalezneme taxativní výčet výkonů, které jsou nehrazené či částečně hrazené ze zdravotního pojištění. Je upraven také nárok pojištěnce na úhradu zdravotní péče poskytnuté v jiném členském státě, v krátké době lze očekávat podobu souladnou se Směrnicí o přeshraničních službách.

Podoba nároku zaznamenala od roku 1989 několikrát zásadních proměn společně s tím, jak se měnilo politické obsazení Parlamentu a střídaly se pravicové a levicové názory. Na jedné straně byl zcela striktní výklad hrazené péče, kdy zdravotnické zařízení mělo pod sankcí zákaz přijmout platbu nejen za poskytnutou hrazenou zdravotní péči, ale i další činnosti poskytnuté v souvislosti s ním. Tím byl zcela uzavřen prostor pro možnost doplatku za nadstandardní služby a jedinou možností nadstandardu se tak staly hotelové služby v podobě jednolůžkových, lépe vybavených pokojů, nebo činnosti spojené s organizací péče. Novelou zákona, kterou byl vypuštěn právě dovětek týkající se bezplatnosti činností se zdravotní péči souvisejících, se otevřel prostor pro právní úpravu nadstandardu. Byly zavedeny regulační poplatky a nakonec uzákoněna poprvé i možnost doplácet si na ekonomicky výhodnější variantu, tedy nadstandard. Prolomení zásady absolutní bezplatnosti poskytovaných zdravotních služeb vedlo zejména levicovou část politické reprezentace k opakovaným podáním Ústavnímu soudu, který shledal soulad s Ústavou v případě regulačních poplatků na základě

odůvodnění právě jejich regulačním efektem, který současně posílí dostupnost nákladných zdravotních služeb pro pojištěnce. Zvýšení regulačního poplatku za hospitalizaci odůvodněné náklady za hotelové služby při pobytu v lůžkovém zdravotnickém zařízení již v souladu s ústavou neshledal, neboť pobyt v lůžkovém zařízení, zejména například na jednotce intenzivní péče, nelze považovat za poskytování hotelových služeb, ale za nedělitelnou součást poskytovaných zdravotních služeb, které patří mezi služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Ustanovení zákona o možnosti doplatit si ekonomicky náročnější variantu zdravotních služeb zrušil následně Ústavní soud s odůvodněním, že ekonomicky náročnější varianta nemůže být stanovena podzákoným předpisem. Zákonodárce se zde nepoučil z analogického nálezu Ústavního soudu z devadesátých let, kdy ze zcela stejného důvodu zrušil ustanovení zákona, které měly upravit nadstandardní služby již tehdy.

Lepší vymahatelnost nároku pojištěnce byla zvýšena také zakotvením práva na poskytnutí hrazených služeb při splnění podmínek místní a časové dostupnosti. Parametry místní a časové dostupnosti se tak staly i jakýmsi vodítkem pro hustotu sítě smluvních poskytovatelů zdravotních služeb, kterou si tvoří zdravotní pojišťovny k tomu, aby splnily svoji povinnost zajistit pojištěncům dostupnost hrazených služeb v podmínkách místní a časové dostupnosti.

2 Existuje-li právně stanovený nárok, je skutečně vymahatelný v praxi?

Zákony obsahují sankce za porušení povinností pojišťovny i poskytovatelů v souvislosti s nárokem pojištěnce na hrazené zdravotní služby. Pojištěnec má ústavní právo obrátit se na nezávislý soud. Z tohoto pohledu je nárok pojištěnce vymahatelný.

Skutečná vymahatelnost právně stanoveného nároku pojištěnce naráží v současné době na stávající způsob úhrad. Je-li maximální výše úhrady limitována s ohledem na referenční období a nezohledňuje-li skutečné nárůsty v objemu poskytnuté péče, hledají poskytovatelé, jejichž prostřednictvím pojišťovna svoji povinnost plní, cesty, jak regulovat nárůst objemu péče. Jedinou zákonnou možností je odmítání přijetí pacientů do péče z důvodů uvedených v zákoně o zdravotních službách, tedy zejména z důvodu kapacitních či provozních. Prozatím se nikdy pacient v této souvislosti neobrátil na soud, tedy neexistuje v této věci precedent. Důvodem je pravděpodobně to, že pojištěnec domáhající se svého práva u poskytovatele zdravotních služeb nebo své

pojišťovny, se ho domůže. Otázkou je, zda a případně kolik je pojištěnců, které se svého práva nedomáhají.

3 Je možné definovat nárok podrobněji?

Nárok na hrazenou péči by zcela jistě šlo definovat podrobněji, zejména rozdělením péče na základní varianty a výčtem ekonomicky nákladnějších variant v příloze zákona. Šlo by vlastně jen o rozšíření již dnes existující přílohy. Bylo by zcela nepochybné, na co má pacient v rámci hrazených služeb nárok. Nárok je možné definovat i jiným způsobem než tímto výčtem, a to definováním, za jakých podmínek má pojištěnec nárok na úhradu konkrétních druhů služeb. Zda je podmínkou doporučení jiného poskytovatele či nikoliv. Definice nároku ve vazbě na předchozí omezení je možné provést i prostřednictvím různých pojistných plánů zdravotních pojišťoven. Vždy však musí existovat základní pojistný plán, který garantuje pojištěnců hrazené služby v základní variantě a svobodná volby při výběru pojistného plánu.

RESUMÉ

In the introduction to this thesis I identified three questions that I tried to answer.

A. How is the claim to covered care defined?

The right of the insured person to covered health care is defined in the Act on Public Health Insurance . The claim is regulated partly by a general definition , when paid by services are health services provided to the patient in order to improve or maintain their health and to alleviate suffering , if they meet the health condition of the insured person and the purpose to be achieved and are reasonably safe in accordance with the current available knowledge of medical science and the evidence of their effectiveness in relation to the purpose of the provision. The Act lists types and forms of health care services to which this definition applies. There is also defined the right the insured person to reimbursement of healthcare provided in another Member State , in a short time a new law version in accordance to the Directive on cross-border services can be expected.

Since 1989, the form of the claim has recorded several major changes, together with how the political cast of Parliament changed and alternated with right-wing and left-wing views. On the one hand, there was quite strict interpretation of covered care, where medical institution was under sanctions ban only accept payment for provided paid health care, but also other activities provided in connection therewith. On the other hand, regulatory fees were introduced and there were attempts at legislation to specify above-standard care. The questions mentioned above were repeatedly arbitrated by the Constitutional Court. Better enforcement of insured person's claim was also raised by establishing the right to provide services covered under the conditions of location and time availability. Health insurance companies are responsible for ensuring the availability of covered services.

B. If there is a legally established claim is it actually enforceable in practice?

The Acts contain penalties for breach of the obligations of providers and insurers in connection with the claims of the insured person to public paid insurance health services . The insured person has the constitutional right to appeal to an independent court. From

this perspective, the insured person is entitled to enforce. The actual enforcement of a legally established claim of the insured person faces at present to existing method of payments. If the maximum amount of reimbursement is limited with respect to the reference period and fails in the actual increase in the volume of care provided, providers are seeking, through them the insurance obligation is met, the way to regulate the increase in the volume of care. The only legal option is refusing acceptance of patients for the reasons given in the Medical Services Act, namely because of capacity or operating reasons. So far, no patient has resorted to court, so there is no precedent in this matter. The reason probably is that the insured person always succeeded in claiming his/her right at the health service or his/her insurance company. The question is whether and how many insured people who do not claim their right exist.

C. Is it possible to define a claim in more detail?

Entitlement to public paid care could surely be defined in more detail, especially by dividing care into basic variants and by making a list of economically expensive variants in the Annex to the Act. There would be no doubt about what is the patient's rights to covered services by public paid insurance. The claim can be defined in a different way than this listing, and it is defining the conditions under which the insured person is entitled to reimbursement of specific types of services. Whether the condition is the reference of another provider or not. Definition of the claim in relation to the previous restrictions can also be done through a variety of insurance plans of health insurance companies. Always, however, there must be a basic insurance plan that guarantees the insured person public paid services in the basic version and free choice of an insurance plan.

Seznam použitých zdrojů

Literatura

- BARTÁK, Miroslav. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-984-5
- ČERNÁ, Jana, Dagmar TRINNEROVÁ a Antonín VACÍK. *Právo sociálního zabezpečení*. 2. rozš. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2007, 230 s. Právnické učebnice (Aleš Čeněk). ISBN 978-807-3800-192
- DOLEŽAL, A., DOLEŽAL, T.: *Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2011. ISBN 9788073576769.
- DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005. ISBN 8072623400
- JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-807-3675-929
- MACH, Jan. *Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví II: odpovědnost ve zdravotnictví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, 546 s. Judikatura, sv. 82. ISBN 978-807-3577-391
- NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-6378-1
- TĚŠINOVÁ, Jolana, Roman ŽDÁREK a Radek POLICAR. *Medicínské právo*. Vydání první. Praha: Nakladatelství H.C.Beck, 2011, xxxiii, 414 pages. ISBN 978-807-4000-508.
- TRÖSTER, Petr. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: C.H. Beck, 2008. ISBN 9788074000324.

Prameny

- Nařízení EP a Rady (ES) č.883/2004 ze dne 29.dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení. Text s významem pro EHP a Švýcarsko. CELEX 32004R0883
- Nařízení EP a Rady (ES) č.987/2009 ze dne 16.září 2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení
- Rozhodnutí Správní komise pro koordinaci systémů sociálního zabezpečení č.S1 ze dne 12.června 2009 o evropském průkazu zdravotního pojištění
- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9.3.2011, o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. CELEX: 32011L0024
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně 4.96/2001 m.s.

Zákon č.1/1993 Sb., Ústava České republiky, v platném znění
Zákon č.2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, v platném znění
Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění
Zákon č.592/1992 Sb., o pojistném na veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.
Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění
Zákon č.373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, v platném znění
Zákon č.374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, v platném znění
Zákon č.550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění
Zákon č.261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, v platném znění
Nařízení vlády č.307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, v platném znění
Zákon č.280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění
Zákon č.551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění
Zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
Sněmovní tisk č.10/0. Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony

Judikatura

Usnesení Nejvyššího soudu České republiky ze dne 22.3.2005 sp.zn.7 Tdo 219/2005
Usnesení Ústavního soudu ze dne 5.5.1999. K právu na bezplatnou zdravotní péči. Sp.zn.Pl.ÚS 23/98.
Nález Ústavního soudu ze dne 4.6.2003. Přímá úhrada za zdravotní péči. Sp.zn.Pl.ÚS 14/02.
Nález Ústavního soudu č.206/1996 Sb., ze dne 10.7.1996. Právo na ochranu zdraví a na bezplatnou zdravotní péči, na zdravotní pomůcky na základě veřejného zdravotního pojištění.
Nález ústavního soudu č.167/2000 Sb. ze dne 23. května 2000 ve věci návrhu na zrušení § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Nález Ústavního soudu ze dne 22. října 2013 sp. zn. Pl. ÚS 19/13 ve věci návrhu na zrušení vyhlášky č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013.

Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 2. září 2004 sp. zn. 29 Odo 405/2003

Nález Ústavního soudu ze dne 20.5.2008. Ústavní konformita regulačních poplatků. Sp.zn. Pl.ÚS 1/08-1.

Nález Ústavního soudu ze dne 10.7.1996, sp.zn.Pl.ÚS 35/95. K právu na bezplatnou zdravotní péči a omezení jejího rozsahu.

Nález Ústavního soudu ze dne 20.6.2013. Zdravotnické standardy a nadstandardy, zvýšení poplatku za hospitalizaci a sankční pravomoc zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotních služeb.

Rozsudek Evropského soudního dvora ze dne 28.4.1998, C-158/96 Kohll, CELEX: 61996J0158

Rozsudek Evropského soudního dvora ze dne 28.4.1998, C-120/95 Decker, CELEX: 61995J0120

Rozsudek Evropského soudního dvora ze dne 12.7.2002, C-157/99, Geraets-Smits and Peerbooms (2001) ECR I-5473, CELEX:61999J0157

Rozsudek Evropského soudního dvora, ze dne 12.7.2001, C-368/98, Vanbraekel, CELEX: 61998J0368

Odborné články

Z Judikatury. Judikát č.1/2005. In: Zdravotnictví a právo. ISSN 1211-6432. Roč. 2005, č. 3-4 (2005), s. 38-42.

Polícar, R. Lze vybírat regulační poplatky předem? Zdravotnické noviny: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii. roč. 2008, 1-2. ISSN ISSN 1805-2355

Ostatní zdroje

Sborník k IV. konferenci medicínského práva.

www.psp.cz

<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&CT=222&CT1=0>

http://zpravy.idnes.cz/pacienti-se-poprve-rozhodli-soudne-domahat-lecby-fbk-/domaci.aspx?c=A120120_103203_domaci_hv

<http://www.epravo.cz/top/clanky/prava-pojistenych-osob-na-uhradu-preshranicni-zdravotni-pece-73786.html>

http://www.rbp-zp.cz/userdata/pages/7/pruvodce_zdravotni_pece_v_eu_2013_05.pdf

<http://zdravotnickepravo.info/preshranicni-zdravotni-pece-implementace-smernice/>

http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/sp0002_cs.htm

www.cmu.cz

www.mzcr.cz

www.vzp.cz

www.mpsv.cz