



**URČENÍ HODNOTY BODU, VÝŠE ÚHRAD A OBJEMU
POSKYTNUTÉ PÉČE HRAZENÉ Z VEŘEJNÉHO
ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ
Z HLEDISKA ÚSTAVNOSTI A ÚMLUV O LIDSKÝCH PRÁVECH**



Mgr. Vladimíra Pejchalová Grünwaldová, LL.M.
Katarzyna Krzyżanková
JUDr. Jindřiška Syllová, CSc.

Parlament České republiky
Kancelář Poslanecké sněmovny
Parlamentní institut

Obsah:

I. STÁVAJÍCÍ PRÁVNÍ STAV A JEHO PRÁVNÍ PROBLÉMY	3
A. PRÁVNÍ CHARAKTER RÁMCOVÝCH SMLUV	3
B. RÁMCOVÁ SMLOUVA PRO ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ A PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST A ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY.....	5
C. HODNOTY BODU A VÝŠE ÚHRAD ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	6
1. K ustanovení § 4 vyhlášky a ustanovení písm. D) bod 1 Přílohy č. 2 k vyhlášce.....	7
2. K ustanovení § 5 vyhlášky a Příloze č. 3 k vyhlášce.....	8
3. K písm. D) bod č. 2 Přílohy č. 2 k vyhlášce.....	9
4. K písm. D) bod č. 5 Přílohy č. 2 k vyhlášce.....	10
II. HODNOCENÍ SOULADU S ÚSTAVNÍM POŘÁDKEM ČR (JINDŘIŠKA SYLLOVÁ)	10
A. HODNOCENÍ FORMY PŘEDPISU	10
B. HODNOCENÍ SOULADU REGULAČNÍHO OMEZENÍ - PÍSM. D) BOD 5 PŘÍLOHY Č. 2 K VYHLÁŠCE Č. 619/2006 SB. - Z HLEDISKA ZÁKAZU DISKRIMINACE.....	14
III. HODNOCENÍ SOULADU S ÚMLUVOU O LIDSKÝCH PRÁVECH A BIOMEDICÍNĚ (OVIEDO, 4.4.1997).....	15
A. SOULAD REGULAČNÍCH OMEZENÍ - PÍSM. D) BODY 1 AŽ 3 PŘÍLOHY Č. 2 K VYHLÁŠCE Č. 619/2006 SB. S ÚMLUVOU.....	16
B. SOULAD REGULAČNÍHO OMEZENÍ - PÍSM. D) BOD 5 PŘÍLOHY Č. 2 K VYHLÁŠCE Č. 619/2006 SB. S ÚMLUVOU	16
IV. SOULAD S MEZINÁRODNÍM PAKTEM O HOSPODÁŘSKÝCH, SOCIÁLNÍCH A KULTURNÍCH PRÁVECH (NEW YORK, 19.12.1966)	17
V. SOULAD S EVROPSKOU ÚMLUVOU O OCHRANĚ LIDSKÝCH PRÁV A ZÁKLADNÍCH SVOBOD.....	17
A. SOULAD S ČLÁNKEM 1 PROTOKOLU 1 (POKOJNÉ UŽÍVÁNÍ MAJETKU A JEHO ÚPRAVA)	17
B. SOULAD S ČLÁNKEM 14 ÚMLUVY O OCHRANĚ LIDSKÝCH PRÁV A ZÁKLADNÍCH SVOBOD (ZÁKAZ DISKRIMINACE).....	21
VI. PRÁVNÍ ÚPRAVA VE VYBRANÝCH ČLENSKÝCH STÁTECH EVROPSKÉ UNIE.....	23
A. FRANCIE	23
B. ITÁLIE	24
C. POLSKO (KATARZYNA KRZYŻANKOVÁ)	25
D. VELKÁ BRITÁNIE	29
E. ZÁVĚR.....	31
POUŽITÉ PRAMENY:.....	32

I. STÁVAJÍCÍ PRÁVNÍ STAV A JEHO PRÁVNÍ PROBLÉMY

A. Právní charakter rámcových smluv

Podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen „zákon“), se smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče (mezi pojišťovnou a zdr. zařízením) řídí rámcovými smlouvami. Rámcové smlouvy se přijímají v dohodovacím řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci smluvních zdravotnických zařízení. Jednotlivé rámcové smlouvy jsou předkládány Ministerstvu zdravotnictví k posouzení, zda jsou v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. V případě, že Ministerstvo zdravotnictví dospěje k závěru, že smlouvy jsou v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá je jako vyhlášku. V opačném případě a v případech, kdy mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy do šesti měsíců, může Ministerstvo zdravotnictví samo rozhodnout o obsahu rámcové smlouvy. V takovém případě ji rovněž vydá jako vyhlášku.

Rámcová smlouva musí, dle § 17 odst. 3 zákona, obsahovat mimo jiné ustanovení o době účinnosti, způsobu a době ukončení smlouvy, přičemž výpovědní lhůta musí být nejméně šest měsíců. Tato výpovědní lhůta však neplatí v případech, kdy v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy.

Dle našeho názoru¹ podloženého odbornou literaturou lze na rámcové smlouvy pohlížet jako na akty soukromého práva i jako na akty veřejného práva. Je nutno rozlišovat mezi vztahem soukromoprávním, tj. vztahem mezi příslušnými zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami vznikajícím na základě rámcové smlouvy jako aktu soukromého práva, a vztahem veřejnoprávním, tj. povinností adresátů podzákonného právního aktu – v daném případě vyhlášky jako normativního aktu veřejného práva, jehož obsah rámcová smlouva tvoří - řídit se jejími ustanoveními. Existují zde tak dva druhy odpovědnostního vztahu – soukromoprávní a veřejnoprávní – vyvolávající různé právní účinky. V případě prvním lze smlouvu ukončit výpovědí v případech, kdy některá ze smluvních stran neplní závazky ze smlouvy. V případě druhém nedodržení ustanovení vyhlášky, jejíž nedílnou

¹ V souvislosti se zákonnou úpravou výpovědi rámcové smlouvy vyvstává neřešená otázka možných důsledků. Jan Mach a kolektiv ve svém komentáři k zákonu uvádí: *Rámcová smlouva je sice po skončení dohodovacího řízení skutečně dohodou účastníků tohoto řízení, nicméně poté je vydána Ministerstvem zdravotnictví jako vyhláška. Zrušení vyhlášky výpovědí náš právní řád nezná, a pokud by Ministerstvo zdravotnictví po vypovězení rámcové smlouvy k tomu oprávněným subjektem ponechalo příslušnou vyhlášku v účinnosti, musely by ji dotčené subjekty i nadále dodržovat, bez ohledu na skutečnost, že došlo k výpovědi rámcové smlouvy, která je ve*

součástí rámcová smlouva je ve formě přílohy, vyvolává důsledky spojené s nedodržováním právní normy vydané orgánem státní správy v podobě její vynutitelnosti státní mocí.

Veřejnoprávní charakter rámcových smluv spočívá v tom, že jsou součástí právní normy – vyhlášky, která je spojena se státním donucením jako definičním znakem právní normy. Rámcové smlouvy jsou tak právně závazné, což znamená, že právní povinnosti v nich stanovené neponechávají adresátovi na vůli jak se má zachovat, nýbrž z množiny možných chování vybírají jedno (nebo některá) a stanoví je jako povinná. V důsledku toho je chování subjektu právní normy, které je v rozporu s chováním, k němuž byl povinen, protiprávní (došlo jím k porušení práva, nastal protiprávní stav), a nastupuje sankce vynutitelná státní mocí.

Veřejnoprávní charakter rámcových smluv tedy znamená, že nevzniká pouze právní vztah *inter partes* mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovny, ale také vztah mezi zdravotnickými zařízeními a státem. A tudíž, pokud zdravotnické zařízení nedodrží povinnosti stanovené ve vyhlášce č. 619/2006 Sb., nenastupuje pouze sankce rámcovou smlouvou předvídaná, ale také jejich vynutitelnost státní mocí. Sankční postihy pro zdravotnická zařízení za nedodržení povinností stanovených v rámcové smlouvě jsou tak kumulativní (dvojnásobné) a dvojího charakteru – soukromoprávní a veřejnoprávní.

Vyhláška jako sekundární (podzákonná) právní norma nižší právní síly musí být v souladu se zákonem - právní normou originární a vyšší právní síly. Povinnosti v ní stanovené nesmí tudíž jít nad rámec zákonného zmocnění a musí být v souladu s čl. 4 odst. 1 a 2 Listiny základních práv a svobod, které stanoví, že *povinnosti mohou být ukládány toliko na základě zákona a v jeho mezích a jen při zachování základních práv a svobod. Meze základních práv a svobod mohou být za podmínek stanovených Listinou základních práv a svobod upraveny pouze zákonem.*

Z uvedeného vyplývá, že rámcové smlouvy mohou ukládat povinnosti zdravotnickým zařízením pouze na základě zmocnění zákonem, v jeho mezích a při zachování základních práv a svobod. Rámcové smlouvy nesmí překračovat meze základních práv a svobod dané zákonem.

formě vyhlášky vydána. Jan Mach a kolektiv, Zdravotnictví a právo, komentované předpisy, strany 209-210, LexisNexis CZ s.r.o., vydání 2., 2005.

B. Rámcová smlouva pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost a zdravotní pojišťovny

Rámcové smlouvy platné pro rok 2007 tvoří přílohu vyhlášky č. 618/2006 Sb., která nabyla účinnosti dnem 1.1.2007. Tato vyhláška zrušuje vyhlášku č. 290/2006 Sb., kterou se vydává rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o rámcových smlouvách podle § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Rámcová smlouva pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost a zdravotní pojišťovny je součástí Přílohy č. 1 k vyhlášce č. 618/2006 Sb. K této rámcové smlouvě lze učinit několik poznámek:

- 1) Podle článku 2 odst. 1 rámcové smlouvy právní vztahy „ve věcech neupravených těmito právními předpisy a smlouvou se řídí obchodním zákoníkem“.

Normativní akt nižší právní síly, kterým je vyhláška č. 618/2006 Sb. (včetně jejích příloh, tedy včetně rámcové smlouvy), nemůže odkazovat na normativní akt vyšší právní síly – obchodní zákoník. Pokud takový odkaz existuje, má normativní charakter.

- 2) Podle článku 4 odst. 1 rámcové smlouvy „Hodnoty bodu pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče podle § 17 odst. 6 zákona se uvedou v dodatku ke smlouvě.“ V čl. 2 odst. 3 písm. c) se navíc stanoví, že „Smlouva obsahuje hodnoty bodu, výši úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče v souladu s vyhláškou vydanou podle § 17 odst. 6 zákona“.

Z uvedeného vyplývá, že vyhláška č. 619/2006 Sb. tvoří dodatek k této rámcové smlouvě, která je součástí Přílohy č. 1 k vyhlášce č. 618/2006 Sb, a je zároveň jejím obsahem. Vyhláška č. 619/2006 Sb. je tak součástí vyhlášky č. 618/2006 Sb.

- 3) Podle článku 3 odst. 2 písm. m) rámcové smlouvy „Zdravotnické zařízení **nebude zvýhodňovat** pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem.“ Podle článku 3 odst. 3 písm. c) rámcové smlouvy „Pojišťovna nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních pojišťoven.“

Tato ustanovení však odporují regulačním omezením pod písm. D) bod 2 Přílohy č. 2 k vyhlášce č. 619/2006 Sb., podle kterého mohou být zdravotnická zařízení penalizována

zdravotní pojišťovnou neuhrazením převýšení celkové úhrady o 5% za „ošetřené neregistrované pojištěnce“ této zdravotní pojišťovny. Nepřímo je tak upraveno preferenční zacházení s registrovanými pojištěnci příslušné zdravotní pojišťovny v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních.

Stejně tak těmto ustanovením odporuje regulační omezení pod písm. D) bod 5 písm. c) Přílohy č. 2 k vyhlášce č. 619/2006 Sb., podle kterého jsou zvýhodňována ta zdravotnická zařízení, která „poskytla zdravotní péči 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny“, v tom, že se na ně nevztahují regulační omezení. Opět jsou tak **nepřímo zvýhodňováni** pojištěnci určitých zdravotních pojišťoven oproti jiným pojištěncům.

- 4) Článek 7 rámcové smlouvy stanoví, že „Smlouva se uzavírá na dobu 8 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.“

Vzhledem k tomu, že rámcová smlouva je obsahovou součástí vyhlášky č. 618/2006 Sb., omezuje tak v části její účinnost, a zároveň nepřímo také účinnost vyhlášky č. 619/2006 Sb. ve vztahu k praktickým lékařům. Taková právní úprava umožňuje, že po uplynutí stanovené doby (8 let, nedohodnou-li se smluvní strany jinak) jedna vyhláška (618/2006 Sb.) bude v části rušit účinnost vyhlášky jiné (619/2006 Sb.)

Nutno dále zmínit, že doba účinnosti rámcových smluv tvořících jednotlivé přílohy k vyhlášce č. 618/2006 Sb. není shodná. Např. u rámcové smlouvy pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných a zdravotní pojišťovny a u rámcové smlouvy pro zdravotnická zařízení poskytující ambulantní péči zubních lékařů a zdravotní pojišťovny je doba účinnosti stanovena na dobu 5 let.

- 5) Podle článku 9 rámcové smlouvy „Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí s výpovědní lhůtou 5 měsíců Podle článku 10 písm. b) lze před uplynutím sjednané doby smlouvu ukončit „... ve lhůtě uvedené v této dohodě.“

Tato ustanovení jsou však v rozporu s ust. § 17 odst. 3 zákona, podle kterého výpovědní lhůta musí být nejméně 6 měsíců.

C. Hodnoty bodu a výše úhrad zdravotní péče

V souladu s ust. § 17 odst. 6 zákona hodnoty bodu a výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění se, tak jako rámcové smlouvy, dohodují v dohodovacím řízení, jehož výsledek je předkládán Ministerstvu zdravotnictví. V případě, že Ministerstvo

neshledá nesoulad s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá jej jako vyhlášku, která je pro zdravotnická zařízení a pro zdravotní pojišťovny závazná. Pokud dohoda odporuje platným právním předpisům nebo veřejnému zájmu, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

V současné době je v platnosti vyhláška č. 619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007, která byla přijata podle § 17 odst. 6 zákona, tj. po dosažení dohody uzavřené v rámci dohodovacího řízení.

1. K ustanovení § 4 vyhlášky a ustanovení písm. D) bod 1 Přílohy č. 2 k vyhlášce

Vyhláška v § 4 stanoví, že: *Pro zdravotní péči poskytovanou praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost ... se hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.*

Příloha č. 2 k vyhlášce v písm. D) bod 1 stanoví, že v případě, že průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané na jednoho „přepočteného pojištěnce“ příslušné zdravotní pojišťovny v 1. nebo 2. pololetí 2007 převyší „stanovenou referenční hodnotu průměrné úhrady“ předepsané na jednoho „přepočteného pojištěnce“ příslušné zdravotní pojišťovny za 1. nebo 2. pololetí 2006, **může** zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení **snížit z celkové úhrady 40% překročení úhrady** nad „stanovenou referenční hodnotu“.

K tomuto ustanovení je nutno učinit několik poznámek:

- Termín „**přepočtený pojištěnec**“ zákon nezná. Zákon uvádí pouze termín „registrovaný pojištěnec“.
- Je v diskreci zdravotní pojišťovny, zda 40% srážku provede či nikoliv („může“ snížit), přičemž není stanoveno, na základě jakých kritérií pojišťovna postupuje. Vyhláška č. 619/2006 Sb. umožňuje **arbitrární** (případně i diskriminační) **jednání** ze strany zdravotních pojišťoven, které mohou zdravotnickým zařízením snižovat celkovou úhradu bez pevně stanovených pravidel.

Pro srovnání vyhláška č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006,

v rámci úpravy regulačních omezení operovala s termínem „registrovaný pojištěnec“ a nepřipouštěla možnost uvážení zdravotních pojišťoven u snižování úhrad zdravotnickým zařízením, když stanovila, že „... v rozpětí 101% až 105% zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající 20% překročení úhrady...“. Tato vyhláška dále, na rozdíl od vyhlášky č. 619/2006 Sb., zohledňuje u registrovaných pojištěnců věkové skupiny.

2. K ustanovení § 5 vyhlášky a Příloze č. 3 k vyhlášce

Vyhláška v § 5 stanoví:

Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči poskytovanou v ambulantních zdravotnických zařízeních ... se hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce.

Porovnáním obsahů Přílohy č. 3 a Přílohy č. 2 lze dospět k následujícím poznatkům, které naznačují nerovné postavení praktických lékařů ve vztahu k poskytovatelům specializované ambulantní zdravotní péče v rámci vyhlášky č. 619/2006 Sb.:

- 1) U specializované ambulantní péče, kde „oproti příslušnému pololetí 2006 dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady zdravotnickému zařízení ... **navýší** o hodnotu zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů ...“

U zdravotní péče poskytované praktickými lékaři pro dospělé, děti a dorost není žádné takové „navýšení“ upraveno.

Vyhláška tak neupravuje podmínky stanovování celkových výší úhrad u primární zdravotní péče a u specializované ambulantní zdravotní péče stejně. Zakládá tak prostor pro diskriminační jednání ze strany zdravotních pojišťoven ve vztahu k poskytovatelům primární zdravotní péče - praktickým lékařům.

- 2) Vyhláška v Příloze č. 3 užívá další nový termín, který zákon nezná – „**unikátní pojištěnec**“.
- 3) V Příloze č. 3 je stanoveno, že „... může zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení snížit úhradu o částku odpovídající 40% **zvýšených nákladů** za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky (nad 100%), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.“

Z uvedeného je patrné, že poskytovatelům specializované ambulantní péče mohou zdravotní pojišťovny snížit úhradu pouze o částku odpovídající 40% „zvýšených nákladů“, nikoliv o částku odpovídající 40% „překročení úhrady“ nad stanovenou referenční hodnotu. Ukazatelem v daném případě není překročení úhrady nad stanovenou referenční hodnotu, nýbrž „zvýšené náklady“. Není přitom zřejmé co je přesně míněno termínem „zvýšené náklady“. Vyplývá tedy, že i když v rámci poskytnuté specializované ambulantní zdravotní péče dojde k překročení průměrné úhrady za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky na jednoho registrovaného pojištěnce nad stanovenou referenční hodnotu, takové překročení pro potenciální snížení úhrady od zdravotní pojišťovny není relevantní, jelikož se snížení bude vyměřovat ve vztahu k vágnímu termínu „zvýšené náklady“. Termín „zvýšené náklady“ je navíc evidentně méně striktní než „překročení úhrady“ u praktických lékařů.

- 4) Na rozdíl od praktických lékařů u specializované ambulantní zdravotní péče zdravotní pojišťovny mohou snížit úhrady pouze „**způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny**“. Zatímco u praktických lékařů Příloha č. 2 takové omezení neupravuje.

Lze tak konstatovat, že **mez diskrečního uvážení** zdravotních pojišťoven ve vztahu k praktickým lékařům je **širší a neomezená** i co se prostředků týče.

3. K písm. D) bod č. 2 Přílohy č. 2 k vyhlášce

V souladu s tímto ustanovením v případě, že praktický lékař v roce 2007 ošetří také neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a celková úhrada za jejich ošetření převyší o **5%** celkovou úhradu za registrované pojištěnce této pojišťovny čítanou zpětně k roku 2006, „**může** zdravotní pojišťovna ... **toto převýšení** neuhradit“.

Z uvedeného tudíž vyplývá, že v případech, kdy je celková úhrada za ošetření neregistrovaných pojištěnců nižší nebo vyšší než stanovená hranice 5 %, zdravotní pojišťovna není oprávněna rozhodnout, že takové převýšení neuhradí. Dané ustanovení tak diskriminuje lékaře, kteří dosáhnou přesně 5% výše převýšení celkového úhrady. Naopak lékaři, kteří dosáhnou převýšení o více nebo méně než 5%, nemohou být rozhodnutím zdravotní pojišťovny neuhradit takové převýšení postižení.

Na daném místě zřejmě došlo k legislativní chybě, jelikož lze předpokládat, že úmyslem orgánu, který vyhlášku vydal, bylo stanovit výši 5% jako minimální hranici.

4. K písm. D) bod č. 5 Přílohy č. 2 k vyhlášce

Podle tohoto ustanovení se regulační omezení nepoužijí v alternativních případech, kdy:

- byla poskytnuta zdravotní péče pojištěncům z EU,
- zdravotnické zařízení registrovalo v příslušném pololetí 2007 padesát a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny,
- zdravotnické zařízení poskytlo zdravotní péči padesáti a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.

Z uvedeného ustanovení vyplývá, že:

- pro zdravotnické zařízení je výhodnější poskytovat zdravotní péči pojištěncům z ostatních členských států EU,
- zdravotnická zařízení, která ošetří více pojištěnců z ČR, jsou v horším postavení než ta, která ošetří více pojištěnců z ostatních členských států EU,
- zdravotnické zařízení, které za jedno pololetí 2007 registrovalo padesát a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, je v lepším postavení než zdravotnické zařízení, které registrovalo více než padesát takových pojištěnců, a které tak ošetřilo více pacientů
- jsou znevýhodněna ta zdravotnická zařízení, která poskytla zdravotní péči více než padesáti neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.

II. HODNOCENÍ SOULADU S ÚSTAVNÍM POŘÁDKEM ČR

A. Hodnocení formy předpisu

Listina základních práv a svobod obsahuje ustanovení, která jsou určující pro to, zda forma právního předpisu Listině odpovídá:

- Článek 3 odst. 1 Listiny:
Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení.
- Článek 4 odst. 1 Listiny:
*Povinnosti mohou být ukládány toliko **na základě zákona a v jeho mezích** a jen při zachování základních práv a svobod.*
- Článek 26 odst. 1 a 2 Listiny
*(1) Každý má právo na svobodnou volbu povolání a přípravu k němu, jakož i **právo podnikat** a provozovat jinou hospodářskou činnost.*
*(2) **Zákon** může stanovit podmínky a omezení pro výkon určitých povolání nebo činností.*
- Článek 31 Listiny:
*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví **zákon**.*

Plénum Ústavního soudu judikovalo ve svém nálezu Pl. ÚS 35/95: „definovat zákonné vymezení obsahu a rozsahu podmínek a způsob uplatnění práva občana na bezplatnou zdravotní péči je možné jen zákonem. Těto povinnosti se zákonodárce nemůže zbavit tím, že zplnomocní orgán moci výkonné k vydání právních norem nižší právní síly než zákon. (...) 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 a tedy i ústavností². Ústavní soud vymezil vztah čl. 4 odst. 1 a čl. 31 Listiny: „Právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky ... spadá pod režim čl. 4 odst. 1 Listiny, kdy povinnosti mohou být ukládány toliko na základě zákona v jeho mezích a jen při zachování základních lidských práv.“

Výše uvedené nálezy Ústavního soudu jsou doplňovány nálezem Pl. ÚS 14/02, kde je mimo jiné uvedeno: *Napadené ustanovení sleduje zřetelně úkony vzájemně související v rámci bezplatné zdravotní péče, tedy úkony, jež dle návěti § 11 odst. 1 písm. d) spadají do "zdravotní péče bez přímé úhrady, pokud... byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem". Zákaz přijímání přímé úhrady se tedy týká především samotného výkonu bezplatné zdravotní péče. To plyne z dikce zákona: "za tuto zdravotní péči", přičemž ze znění předcházející věty je nepochybné, že "touto" péčí se rozumí "zdravotní péče bez přímé úhrady" a žádná jiná. Zákaz se rovněž týká i souvislosti s poskytnutím této péče, tedy opět péče bezplatné. Ze znění zákona však současně vyplývá, že nic nebrání ani tomu, aby za zdravotní péči, poskytnutou nad rámec podmínek pro bezplatnou péči, přímá úhrada od pojištěnců vybírána být mohla. Dle názoru Ústavního soudu napadené ustanovení nemění smysl a obsah zákona, ale zvýrazňuje pouze ochranu sféry bezplatné zdravotní péče*

² Ústavní soud výslovně konstatoval, že hospodářská, sociální a kulturní práva se konkretizují zákonem: Zejména v nálezu Pl. ÚS 32/95 vyvodil, že přímo Listinou uvedená rozdílná úprava jednotlivých základních práv umožňuje tvrdit, že zatímco koncepce základních lidských práv je vyjádřena tím, že omezení jakékoli formy těchto práv je možné "bez dalšího" jen zákonem, práva uvedená v hlavě čtvrté Listiny, nazvaná Hospodářská, sociální a kulturní práva, mezi něž patří i čl. 31, jsou konkretizována výslovně až příslušným zákonem a na jeho základě (v jeho mezích) je možné se těchto práv a svobod domáhat (čl. 41 odst. 1 Listiny). V dalším nálezu č. Pl. ÚS 45/2000 plénum Ústavního soudu judikovalo, že právo zaručené v čl. 26 Listiny lze omezit pouze zákonem: *Základní právo každého podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost zaručené čl. 26 Listiny základních práv a svobod nepůsobí sice bezprostředně, a lze se ho dovolávat jen v mezích zákonů, na druhé straně však pro jakékoliv limity takového podnikání či činnosti existuje výhrada zákona.*

před pokusy narušovat její integritu a zužovat její rozsah. Tato interpretace je ústavně konformní a smyslu zákona zcela přiměřená.

Rovněž je nutno brát v úvahu nálezy Pl. ÚS 5/01, které zpochybňují bezvýjimečnost toho, že by všechny prvky stanovené povinnosti musely být obsaženy jen v zákoně: „závěr, který by požadoval stanovení jakékoliv povinnosti přímo a výhradně zákonem, by zjevně vedl k absurdním výsledkům, a to k popření smyslu sekundární (a v některých případech i primární) normotvorby, jelikož pojmovou součástí každé právní normy je vymezení určitých práv a povinností adresátů normy.“ .

V kontextu této judikatury Ústavního soudu je zapotřebí posuzovat regulační omezení pod písm. D) body 1 až 3 Přílohy č. 2 k vyhlášce č. 619/2006 Sb., která zní následovně:

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v 1. pololetí nebo ve 2. pololetí 2007 převyší stanovenou referenční hodnotu průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za 1. pololetí nebo 2. pololetí 2006, může zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení snížit úhradu o částku odpovídající 40 % překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky nad stanovenou referenční hodnotu. Referenční hodnota se stanoví jako vyšší ze dvou hodnot, kterou je 105 % průměrné úhrady v odpovídajícím pololetí 2006, nebo 95 % průměrné úhrady v odpovídajícím pololetí 2005.

2. Pokud celková úhrada za ošetřené neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v 1. pololetí nebo ve 2. pololetí 2007 převyší o 5 % celkovou úhradu za registrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v 1. pololetí nebo ve 2. pololetí 2006, může zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení toto převýšení neuhradit.

3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů na 1 přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v 1. pololetí nebo ve 2. pololetí 2007 převyší stanovenou referenční hodnotu, může zdravotní pojišťovna snížit úhradu o částku odpovídající 40 % překročení úhrady za vyžádanou péči nad stanovenou referenční hodnotu. Pro stanovení výše referenčních hodnot, výše úhrad hodnoceného období i překročení úhrady se zdravotní výkony vyžádané péče ohodnotí podle platného seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč pro odbornost 809 a v ostatních odbornostech s hodnotou bodu ve výši 0,86 Kč. Do objemu vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu. Referenční hodnota se stanoví jako vyšší ze dvou hodnot, kterou je 107 % průměrné úhrady této vyžádané péče na 1 přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v 1. pololetí nebo ve 2. pololetí 2006, nebo 100 % průměrné úhrady této vyžádané péče na 1 přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v 1. pololetí nebo ve 2. pololetí 2005.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, (dále jen „zákon“) stanoví v § 17 a násl. rámeček, na základě

kterého rámcové smlouvy a příslušné vyhlášky stanoví práva a povinnosti, která vymezují výše citovaná základní práva uvedená v Listině. Dosavadní judikatura Ústavního soudu se nevyjadřuje k podzákonné normotvorbě v oblasti bezplatné zdravotní péče (i práva na podnikání) zcela jednoznačně. Závěr o ústavní konformitě sporných podzákonných předpisů musí vycházet z toho, co už Ústavní soud konstatoval.

Je tedy třeba se ptát, zda se v tomto případě jedná o zákonné vymezení obsahu a rozsahu podmínek práva na bezplatnou zdravotní péči, popřípadě zda se jedná o způsob uplatnění práva občana na bezplatnou zdravotní péči. V tomto případě můžeme téměř s jistotou konstatovat, že zkoumaná podzákonná úprava se týká rozsahu i obsahu podmínek práva na zdravotní péči, rovněž se týká i způsobu uplatnění práva na tuto péči (to, že je lékař omezován v úhradách za lékařskou péči, a jak je omezován, má bezprostřední vliv na pacienta – na to, v jakém rozsahu může být ošetřen a za jakých podmínek).

Dále je třeba se dotazovat, zda jsou tyto záležitosti v nepřípustné míře ponechány na podzákonných předpisech. Nebo zda jde jen o podrobnosti, které je možno při tom, že zákonné vymezení obsahu a rozsahu podmínek a způsobu uplatnění práva na zdravotní péči je dostatečně upraveno zákonem, připustit?

Podle judikatury se spíše zdá, že Ústavní soud je ochoten připustit nezbytnost podzákonných předpisů, pokud je vymezení obsahu, rozsahu a způsobu uplatnění práva na bezplatnou zdravotní péči v zákoně dostatečně přesné a neumožňuje svévolnou diskreci.

Pokud se podíváme na § 17 zákona, o který v tomto případě jde, vidíme, že je velmi podrobný. Pro příklad uvádíme § 17 odst. 3:

Smlouva podle odstavce 1 uzavřená mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Jednotlivé rámcové smlouvy jsou předkládány Ministerstvu zdravotnictví, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění (dále jen "veřejný zájem"), a poté je vydá jako vyhlášku. Jestliže před ukončením platnosti smlouvy nedojde k uzavření smlouvy nové, bude platnost smlouvy prodloužena až do doby, než bude uzavřena nová rámcová smlouva. Pokud mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy do šesti měsíců nebo pokud předložená rámcová smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, je oprávněno učinit rozhodnutí Ministerstvo zdravotnictví. Rámcová smlouva obsahuje vždy ustanovení, které se týká doby účinnosti, způsobu a důvodu ukončení smlouvy podle odstavce 1 s tím, že smlouvu je možno ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta musí být nejméně šest měsíců. Tato výpovědní lhůta neplatí v případech, že v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy. Dále rámcová smlouva musí obsahovat způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče, práva a povinnosti účastníků smlouvy podle odstavce 1, pokud nejsou stanoveny zákonem, obecné podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, podmínky nezbytné pro plnění smlouvy podle odstavce 1, kontrolní mechanismus kvality poskytované péče a správnosti účtovaných částek, jakož i povinnost vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy o poskytování zdravotní péče, způsob a důvody ukončení smlouvy podle odstavce 1, ustanovení o rozhodčím řízení.

Z formulace zákona však přes velkou detailnost zákonné úpravy podle našeho názoru vyplývá, že diskrece zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení, resp. konec konců Ministerstva zdravotnictví (prostřednictvím rámcových smluv) je velmi vysoká a podstatným způsobem právo na bezplatnou zdravotní péči určuje, omezuje a modifikuje. Zákon neobsahuje podle našeho názoru odpovídající limity, které by zajistily hranice pro omezení práva na bezplatnou zdravotní péči (a možná i práva na svobodné podnikání). Z tohoto důvodu se přikláníme k názoru, že konstrukce úpravy zákona plus rámcové smlouvy obsažené ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví atakuje limity ústavnosti. Konečné slovo může mít jenom Ústavní soud, který bude vycházet z výše uvedené judikatury.

B. Hodnocení souladu regulačního omezení - písm. D) bod 5 Přílohy č. 2 k vyhlášce č. 619/2006 Sb. - z hlediska zákazu diskriminace

Regulační omezení stanovené v Příloze č. 2 bod 5 vyhlášky č. 619/2006 Sb., na základě kterého zdravotní pojišťovny nesníží úhradu zdravotnickým zařízením za poskytnutou zdravotní péči v případech, kdy byla péče poskytnuta „pojištěncům z EU“, kdy zdravotnické zařízení registrovalo „padesát a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny“, nebo kdy zdravotnické zařízení ošetřilo „padesát a méně neregistrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny“, by mohly být v rozporu s čl. 3 odst. 1 ve spojení s čl. 31 Listiny, a to z následujících důvodů:

Vyhláška zvyhodňuje zdravotnická zařízení, která poskytla zdravotní péči pojištěncům z České republiky oproti těm zdravotnickým zařízením, která poskytla zdravotní péči stejnému počtu „pojištěnců z EU“. Ustanovení také nepřímou znevýhodňuje pojištěnce z České republiky tím, že pro zdravotnická zařízení je z hlediska možných postihů ze strany zdravotních pojišťoven výhodnější ošetřovat nebo přednostně ošetřovat pojištěnce z ostatních členských států EU, neboť za jejich ošetření jim bude poskytnutá péče vždy uhrazena. Ošetřili-li zdravotnické zařízení nadlimitní počet pojištěnců z ČR, riskuje, že mu nebude péče poskytnutá těmto pojištěncům zdravotní pojišťovnou uhrazena. U pojištěnců z ostatních členských států EU však nejsou žádné limity jako základ pro snižování úhrad stanoveny. Pojištěnci z ČR se tak nacházejí v méně výhodném postavení.

Vyhláška také znevýhodňuje ta zdravotnická zařízení, která registrovala v příslušném pololetí 2007 padesát a více registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, a která

tak vykázala více výkonů a více úspěšnosti, oproti těm zdravotnickým zařízením, která vykázala činnost minimální, když registrovala padesát a méně takových pojištěnců.

Dále vyhláška znevýhodňuje zdravotnická zařízení, která ošetřila padesát a více neregistrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.

Je nutno se ptát, zda zde vyjmenovaná „znevýhodnění“ jsou porušením zákazu diskriminace ve smyslu čl. 3 odst. 1 Listiny.

Nejprve je nutno konstatovat, že důvod popsaných zdůvodnění není vyjmenován v čl. 3 odst. 1 Listiny. Nejedná se ani o diskriminaci z důvodu rasového ani jiného důvodu, který je příkladmo v Listině vyjmenován.

Dále je třeba s Ústavním soudem konstatovat, že „prostředky zvýhodněného zacházení nejsou zásadně v rozporu a právními principy rovnosti“, (...) že „určitá zákonná úprava, jež zvýhodňuje jednu skupinu či kategorii osob proti jiným, nemůže být sama o sobě označena za porušení principu rovnosti³“. Podle Ústavního soudu má zákonodárce prostor k úvaze, zda preferenční zacházení zakotví. Musí přitom dbát toho, aby zvýhodňující přístup byl založen na objektivních a rozumných důvodech a aby mezi tímto cílem a prostředky k jeho dosažení existoval vztah přiměřenosti.

Účelem popsaných zvýhodnění je udržení výdajů za zdravotnictví na únosné úrovni a přitom ošetření všech pacientů. Složitě technické konstrukce při vypočítávání úhrad za ošetření jsou imanentní solidárnímu systému zdravotního pojištění. Účelem popsaných zvýhodnění není iracionální diskriminace určitých skupin (lékařů, zařízení, pacientů), ale snaha o racionální systém financování zdravotnictví. Je velmi těžké rozhodnout, zda jednotlivá pravidla odporují zákazu diskriminace. Bylo by třeba posoudit tato pravidla v celém kontextu. Podle našeho názoru nejsou tyto účinky natolik závažné, aby odporovaly zákazu diskriminace podle čl. 3 Listiny.

III. Hodnocení souladu s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně (Oviedo, 4.4.1997)

Článek 3 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (dále jen „Úmluva“), zní: *Smluvní strany, majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učiní odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality.*

³ Pl. ÚS 15/02

A. Soulad regulačních omezení - písm. D) body 1 až 3 Přílohy č. 2 k vyhlášce č. 619/2006 Sb. s Úmluvou

Podle písm. D) body 1 až 3 Přílohy č. 2 k vyhlášce č. 619/2006 Sb. jsou zdravotnickým zařízením stanoveny limity průměrných úhrad na jednoho pojištěnce. Důsledkem těchto ustanovení může v krajním případě být také odmítnutí poskytnout (určitou) zdravotní péči z důvodu překročení stanovených limitů a z nedostatku finančních prostředků. Je evidentní, že stanovení limitů úhrad od zdravotních pojišťoven může mít také negativní vliv na kvalitu zdravotní péče.

Není však možno říci vzhledem k obecnosti ustanovení čl. 3 Úmluvy, že by regulační omezení byla přímo v rozporu s tímto ustanovením Úmluvy. Dikce o *dostupných zdrojích* umožňuje učinit taková opatření, aby byl zdravotní systém ufinancovatelný a zároveň aby přístup všech (bez ohledu na jejich finanční možnosti) k dostatečně kvalitní zdravotní péči nebyl ztížen.

B. Soulad regulačního omezení - písm. D) bod 5 Přílohy č. 2 k vyhlášce č. 619/2006 Sb. s Úmluvou

Podle písm. D) bod 5 Přílohy č. 2 k vyhlášce č. 619/2006 Sb. u zdravotnických zařízení, která poskytla zdravotní péči „pojištěncům z EU“, se úhrady s takovou péčí spojené nezapočítávají do úhrad za účelem aplikace regulačních omezení. Příslušná vyhláška tak vytváří výhodnější postavení pro zdravotnická zařízení, která poskytují péči „pojištěncům z EU“, tedy cizincům. Článek 3 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně usiluje pokud možno o stejné zacházení s cizinci jako s občany státu. Opačné diskriminace se podle našeho názoru netýká. Je zřejmé, že stejný cíl vyhláška č. 619/2006 Sb. nesleduje. Naopak, poněkud zvýhodňuje ta zdravotnická zařízení, která ošetří více pojištěnců z jiných členských států EU. I kdyby tomu bylo naopak, a příslušný článek by mohl znamenat, že se nesmí diskriminovat domácí pacienti, článek je tak obecný, že se určitá technická diskriminace připouští. Pokud článek 3 hovoří o „*dostupných zdrojích*“ a „*přířičné kvalitě*“, neznamená to, že za všech okolností je nutno všem poskytnout stejné podmínky. Rovněž v tomto případě není možno říci, že by regulační opatření odporovala této úmluvě.

IV. SOULAD S MEZINÁRODNÍM PAKTEM O HOSPODÁŘSKÝCH, SOCIÁLNÍCH A KULTURNÍCH PRÁVECH (NEW YORK, 19.12.1966)

Článek 12 odst. 1 Mezinárodního paktu stanoví: *Státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví.*

Článek 12 odst. 2 Mezinárodního paktu stanoví: *Státy, smluvní strany Paktu, učiní opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva ...*

Uvedená ustanovení zavazují smluvní strany Paktu, včetně České republiky, aby učinily opatření k plné realizaci práva každého na nejvýše dosažitelnou úroveň zdraví.

Vyhláška č. 619/2006 Sb. umožňuje penalizovat ze strany zdravotních pojišťoven ta zdravotnická zařízení, která převýší stanovené limity průměrné úhrady za poskytnutou péči a za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na „jednoho přepočteného pojištěnce“. Podle stávající právní úpravy pokud zdravotnická zařízení předepisují kvalitní, a tedy zpravidla dražší léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, a překročí stanovený limit průměrné úhrady, zdravotní pojišťovny jim „za trest“ celkovou úhradu „mohou“ snížit. Zdravotnická zařízení jsou tak tlačena k tomu, aby se v předepisování omezovala a předepisovala léčivé přípravky a zdravotnické prostředky levnější (a zpravidla méně kvalitní), tak aby nepřevýšila stanovené limity průměrné úhrady, a vyhnula se tak případným postihům ze strany zdravotních pojišťoven.

Nejvýše dosažitelná úroveň fyzického a duševního zdraví však neznamená, že každý má právo na péči poskytnutou nejdražšími prostředky na základě posledních vědeckých poznatků. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech je určen nejen pro nejvyspělejší státy, ale i pro státy chudé. Už z toho je možno vyvodit, že *nejvýše dosažitelná úroveň* je posuzována podle prostředků, které jsou k dispozici v příslušném státě. Z toho vyplývá, že předmětná ustanovení vyhlášek omezující právo na bezplatnou zdravotní péči by byla v rozporu s čl. 12 Mezinárodního paktu jen tehdy, pokud by bylo omezení tohoto práva svévolné nebo diskriminační nebo by podstatným způsobem by omezovalo dosud dosaženou úroveň zdravotní péče. Tak tomu však není. Neslučitelnost s tímto právem proto není možno konstatovat.

V. SOULAD S EVROPSKOU ÚMLUVOU O OCHRANĚ LIDSKÝCH PRÁV A ZÁKLADNÍCH SVOBOD

A. Soulad s Článkem 1 protokolu 1 (pokojné užívání majetku a jeho úprava)

Článek 1 Protokolu č. 1 k Úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod (dále jen

„Úmluva“) stanoví:

Každá fyzická nebo právnická osoba má právo pokojně užívat svůj majetek. Nikdo nemůže být zbaven svého majetku s výjimkou veřejného zájmu a za podmínek, které stanoví zákon a obecné zásady mezinárodního práva. Předchozí ustanovení nebrání právu států přijímat zákony, které považují za nezbytné, aby upravily užívání majetku v souladu s obecným zájmem a zajistily placení daní a jiných poplatků nebo pokut.

Podle judikatury Evropského soudu pro lidská práva (dále jen „ESLP“) čl. 1 Protokolu č. 1 obsahuje tři různá pravidla. V případě *Sporrong a Lönnroth*⁴ ESLP detailně rozebral význam a rozsah článku 1 Protokolu č. 1, přičemž identifikoval tato tři rozdílná pravidla následovně: První pravidlo, které je obecné povahy, a které je obsaženo ve větě první prvního odstavce článku 1, vyjadřuje princip pokojného užívání majetku, tedy záruku práva vlastnit majetek. Toto pravidlo zaručuje ochranu pokojného užívání majetku bez zásahu státu. Druhé pravidlo, které je obsaženo ve větě druhé prvního odstavce článku 1, stanoví podmínky, za kterých může dojít ke zbavení majetku státem v souladu s prvním pravidlem. Toto pravidlo tak představuje omezení pravidla prvního. Třetí pravidlo, které je obsaženo v druhém odstavci článku 1, stanoví případy, kdy stát může zasahovat do pokojného užívání majetku prostřednictvím kontroly jeho užívání, a to v souladu s obecným zájmem a v nezbytných případech k zajištění placení daní a jiných poplatků nebo pokut. Tato analýza článku 1 Protokolu č. 1 se stala ustálenou metodou aplikace článku 1 Protokolu č. 1. Obecný přístup ESLP při analýze stížností podle tohoto ustanovení je prvotní zkoumání aplikovatelnosti druhého nebo třetího pravidla. V případě, že ani jedno není aplikovatelné, ESLP zkoumá zda bylo dodrženo pravidlo první. Třetí pravidlo se vztahuje na situace, kdy stát zasahuje do vlastnických práv prostřednictvím kontroly užívání majetku. Opatření za účelem kontroly užívání majetku musí vždy splňovat požadavek zachování „spravedlivé rovnováhy“ v souladu s požadavky jak druhého odstavce, tak i první věty prvního odstavce čl. 1, jakož požadavek proporcionality. Tak jako v případě druhého pravidla judikatura ESLP je zřetelná: každý zásah do práv chráněných čl. 1 Protokolu č. 1 musí zachovávat „spravedlivou rovnováhu“ mezi požadavky obecného zájmu společnosti a požadavky ochrany základních práv jednotlivce, a dále musí existovat rozumný vztah proporcionality mezi užitými prostředky a sledovaným cílem. Požadavek, aby zásah do užívání majetku byl „v souladu s obecným zájmem“ je obdobný jako požadavek obsažený ve druhém pravidle, že odněti

⁴ *Sporrong a Lönnroth v. Švédsko*, rozsudek z 23. září 1982, Série A č. 52.

majetku musí být „ve veřejném zájmu“. V obou těchto případech stát musí prokázat, že zásah je v souladu s legitimním cílem ve prospěch společnosti.

ESLP konstatoval ve věci *Gasus Dosier - und Fordertechnik GmbH*⁵: Článek 1 Protokolu 1 má autonomní dosah a neomezuje se na vlastnictví hmotného majetku: některá jiná práva a zájmy představující aktiva mohou být také považována za „vlastnická práva“, a tedy za „majetek“. Majetkem ve smyslu majetku chráněného článkem 1 Protokolu č. 1 tak lze chápat movitý a nemovitý majetek - práva *in rem*, práva *in personam*, hmotný a nehmotný majetek. Do nehmotného majetku spadají také práva spojená s výkonem povolání. Práva spojená s výkonem povolání jsou práva *in personam*, které se obvykle objevují jako legitimní očekávání. V souladu s judikaturou ESLP je chráněno například dobré jméno (goodwill), licence/povolání nebo klientela. ESLP v případě *Van Marle*⁶ shledal, že goodwill je majetkovým právem. ESLP rozhodl, že „právo stěžovatelů může být připodobněno k majetkovému právu zaručenému čl. 1 Protokolu č. 1“, když „jejich vlastní prací si stěžovatelé vybudovali klientelu“, která měla v mnoha ohledech povahu soukromého práva a „tvořila jmění, a tedy majetek ve smyslu čl. 1 Protokolu č. 1“. I když je primárně na národních právních systémech přiznat a identifikovat majetkové právo, „majetek“ chráněný Úmluvou má autonomní význam (*Gasus Dossier*). Tudíž skutečnost, že vnitrostátní právo neuznává určité právo nebo jej neuznává jako právo majetkové, není určující pro účely článku 1 Protokolu č. 1. Pojem „majetek“ byl ESLP interpretován poměrně široce a neomezuje se pouze na vlastnictví.⁷ Pro účely článku 1 Protokolu č. 1 postačuje, aby stěžovatel prokázal nesporné právo mající ekonomickou hodnotu. Může se jednat o existující právo k majetkové hodnotě (hodnotě ocenitelné penězi), ale také o legitimní očekávání (nárok na) nabytí takové hodnoty. Článek 1 Protokolu č. 1 zaručuje právo na „pokojné“ užívání majetku. „Pokojným“ užíváním nutno rozumět užívání prost zásahů státu. Článek 1 Protokolu č. 1 tak poskytuje ochranu vlastníkům a uživatelům majetku proti zásahům veřejné moci. Článek 1 Protokolu č. 1 zaručuje právo jak fyzickým tak právnickým osobám (tj. i obchodním společnostem). Základní podmínkou však je, aby tyto osoby měly postavení přímé oběti zásahu do jejich Úmluvou chráněného práva. Tato přímá oběť musí nejdříve prokázat existenci majetkového práva a oprávnění jej užívat.

⁵ *Gasus Dosier - und Fordertechnik GmbH v. Nizozemí*, rozsudek z 23. února 1995, Série A č. 306-B.

⁶ *Van Marle a další v. Nizozemí*, rozsudek z 26. června 1986, Série A č. 101.

⁷ *Matos e Silva Lda a další v. Portugalsko*, rozsudek ze 16. září 1996, Reports of Judgments and Decisions 1996-IV.

Je nutno posoudit, zda je článek 1 Protokolu č. 1 na adresáty Přílohy č. 2 vyhlášky č. 619/2006 Sb., tedy praktické lékaře, aplikovatelný.

Z judikatury ESLP k článku 1 Protokolu č. 1 je zřejmé, že se jeho ochrana proti zásahům veřejné moci vztahuje na práva praktických lékařů v souvislosti s výkonem jejich povolání, ať své povolání vykonávají v jakékoliv formě – jako právnická či jako fyzická osoba, jakož i na jejich klientelu-pacienty. Dále je zřejmé, že se toto ustanovení nevztahuje pouze na existující majetek (hmotný či nehmotný majetek, který je užíván v souvislosti s výkonem povolání lékaře), ale také na legitimní očekávání jeho nabytí. V daném případě je nutno rozhodnout, zda nárok praktických lékařů, kteří poskytli zdravotní péči či předepsali určité léky, na jejich úhradu od zdravotních pojišťoven, představuje legitimní očekávání (ve výše analyzovaném smyslu) či nikoliv. Nesporně tento nárok nepostrádá ekonomickou hodnotu. Nicméně poskytování úhrady od zdravotních pojišťoven má - ve srovnání se systémem přímých plateb za poskytované služby - svá specifika, která je nutno do úvahy zahrnout. Je zřejmé, že zásahy státu do zdravotního solidárního systému jsou nezbytné, lépe řečeno tento systém je na zásazích státu přímo založen. Je proto sporné, zda je možno považovat určitý (dosavadní) státem regulovaný systém za legitimní očekávání, a nový regulovaný systém za legitimní očekávání porušující. Státem regulovaný systém může být vždy změněn, tyto změny se dají očekávat. Toto hledisko je nutno brát v úvahu, proto se domníváme, že právní úpravu limitů úhrad ze solidárního zdravotního pojištění obecně nelze hodnotit jako nepřipustný zásah do pokojného užívání majetku.

Je nutno rozhodnout, zda se v případě některých nových regulačních omezení upravených vyhláškou jedná o nepřipustnou kontrolu užívání majetku ve smyslu třetího pravidla čl. 1 Protokolu č. 1. Zda regulační omezení splňují požadavek spravedlivé rovnováhy mezi požadavky obecného zájmu společnosti a požadavky ochrany základních práv praktických lékařů, a zda byl zachován rozumný vztah proporcionality mezi užitými prostředky a sledovaným cílem. Z předmětných regulačních omezení vyplývá, že v případech, kdy lékaři poskytnou zdravotní péči nebo předepíší léčivé přípravky či zdravotnické prostředky nad určitý stanovený limit, jejich nárok na úhradu těchto poskytnutých výkonů „**může**“ zaniknout, a to v důsledku rozhodnutí zdravotní pojišťovny. Není předvídatelné, zda pojišťovna možnost zkrácení nároku uplatní. **Legitimní očekávání lékařů, jako majetková**

hodnota chráněná čl. 1 Protokolu č. 1, na úhradu jimi poskytnuté péče, je tímto narušeno.⁸

Čl. 1 Protokolu č. 1 v odstavci druhém stanoví, že užívání majetku může být upraveno pouze zákonem. V daném případě však takové opatření bylo učiněno ve formě vyhlášky. Platí tedy přiměřeně totéž co bylo řečeno výše o možnosti použití podzákoného právního předpisu k omezení základních práv. **Pokud se ukáže, že konstrukce § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění s uvedenou vyhláškou je nezbytná a přiměřená, je přípustná pravděpodobně i podle čl. 1 Protokolu č. 1.** Je v rozporu s podstatou právního státu a se souvisejícím požadavkem vlády práva, aby o tom, co je obecný zájem společnosti rozhodovala moc výkonná. Na druhou stranu obsah vyhlášky č. 619/2006 Sb. je výsledkem dohodovacího řízení mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami, a je součástí rámcové smlouvy jakožto aktu soukromého práva.

B. Soulad s článkem 14 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (zákaz diskriminace)

Článek 14 Úmluvy stanoví: *Užívání práv a svobod přiznaných touto Úmluvou musí být zajištěno bez diskriminace založené na jakémkoli důvodu, jako je pohlaví, rasa, barva pleti, jazyk, náboženství, politické nebo jiné smýšlení, národnostní nebo sociální původ, příslušnost k národnostní menšině, majetek, rod nebo jiné postavení.*

Zákaz diskriminace ve smyslu čl. 14 Úmluvy se vztahuje pouze na práva zaručená v Úmluvě nebo v jejích protokolech. Článek 14 Úmluvy nelze použít samostatně, nýbrž s jiným článkem Úmluvy, který se na konkrétní případ vztahuje. Námitka porušení čl. 14 musí být proto vždy spojena s jiným ustanovením Úmluvy zaručujícím materiální právo. Podle ustálené judikatury ESLP pro účely čl. 14 rozdílnost v zacházení je diskriminační pokud „nemá objektivní a racionální odůvodnění“, tedy pokud nesleduje „legitimní cíl“ nebo

⁸ Na daném místě je vhodné zmínit nález Ústavního soudu ČR ÚS 167/05⁸, který se k legitimnímu očekávání vyjadřuje následovně: *Princip ochrany legitimního očekávání je pevně svázán s principy právního státu a plyne tedy z čl. 1 odst. 1 Ústavy ČR. Jsou-li nejisté hranice legitimních očekávání založených na zákonu, je nejistá i svoboda. Ochrana legitimního očekávání je integrální součástí vlády práva. Legitimní očekávání je integrální součástí ochrany majetkových práv. Pojem "majetek" může zahrnovat jak existující majetek, tak majetkové hodnoty, včetně pohledávek, na jejichž základě stěžovatel může tvrdit, že na jejich splnění má přinejmenším legitimní očekávání.*

pokud neexistuje „přiměřený vztah proporcionality mezi užitými prostředky a zamýšleným cílem“.⁹ ESLP dále nikdy nevyloučil, že legislativa může být shledána v přímém rozporu s Úmluvou.¹⁰

Regulační omezení stanovená v Příloze č. 2 písm. D) bod 1 až 3 k vyhlášce č. 619/2006 Sb. stanoví limity na počet (registrovaných a neregistrovaných) pojištěnců, které mohou praktiční lékaři ošetřit, a na náklady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, které mohou předepsat, a s jejichž převýšením váží sankční postihy ze strany zdravotních pojišťoven v podobě snížených úhrad. V souladu s regulačním omezením stanoveným v Příloze č. 2 písm. D) bod 5 k vyhlášce č. 619/2006 Sb. zdravotní pojišťovny nesníží úhradu zdravotnickým zařízením za poskytnutou zdravotní péči v případech, kdy byla péče poskytnuta „pojištěncům z EU“, kdy zdravotnické zařízení registrovalo „padesát a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny“, nebo kdy zdravotnické zařízení ošetřilo „padesát a méně neregistrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny“.

Co se týče předmětu chráněného čl. 1 Protokolu č. 1, v souladu s judikaturou ESLP do majetkových práv chráněných čl. 1 Protokolu č. 1 spadají mimo jiné také práva spojená s výkonem povolání. Tato práva se obvykle objevují jako legitimní očekávání, tedy jako nárok na nabytí určité ekonomické hodnoty. Do majetku spadajícího pod ochranu čl. 1 Protokolu č. 1 judikatura ESLP zahrnuje také klientelu, která představuje jmění ve smyslu tohoto ustanovení. V daném případě klientelou nutno rozumět pacienty-pojištěnce.

Co se týče subjektů, jejichž práva jsou garantována čl. 1 Protokolu č. 1, judikatura ESLP zahrnuje jak osoby fyzické, tak právnické. V daném případě je tedy čl. 1 Protokolu č. 1 aplikovatelný jak na samostatně praktikující lékaře, tak i na zdravotnická zařízení jako právnické osoby.

Článek 14 Úmluvy nelze použít samostatně, nýbrž je aplikovatelný pouze ve vztahu k právům zaručeným Úmluvou a protokoly k ní. Článek 14 musí být proto vždy spojen s jiným ustanovením Úmluvy zaručujícím materiální právo. Ve smyslu čl. 14 Úmluvy lze v daném případě namítat, že regulační omezení stanovené v Příloze č. 2 písm. D) bod 5 k vyhlášce č. 619/2006 Sb. rozlišuje mezi praktickými lékaři ve vztahu k výkonu jejich majetkových práv chráněných čl. 1 Protokolu č. 1 v souvislosti s výkonem jejich povolání. Z uvedeného regulačního omezení je totiž zřejmé, že lékaři, kteří poskytují zdravotní péči (spíše) „pojištěncům z EU“, kteří „registrují v příslušném pololetí 2007 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny“ nebo kteří „poskytli zdravotní péči 50 a méně

⁹ viz. např. *Gaygusuz v. Rakousko*, rozsudek ze 16. září 1996, Reports of Judgments and Decisions 1996-IV; *Hoffmann v. Rakousko*, rozsudek z 23. června 1993, Série A č. 255-C; *Rasmussen v. Dánsko*, rozsudek z 28. listopadu 1984, Série A č. 87.

neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny“ mají zachováno legitimní očekávání (nárok) na úhradu od zdravotních pojišťoven za poskytnutou péči, jelikož je v těchto případech snižování úhrad vyloučeno.

Podle ustálené judikatury ESLP rozdílnost v zacházení je diskriminační pokud „nemá objektivní a racionální odůvodnění“, tedy pokud nesleduje „legitimní cíl“ nebo pokud neexistuje „přiměřený vztah proporcionality mezi užitými prostředky a zamýšleným cílem“. Zdůvodněním pro výše popsání znevýhodnění a rozlišování mezi lékaři a pojištěnci je snaha systém zdravotního pojištění upravit tak, aby finanční zdroje, které se do systému dostávají, stačily k financování systému jako celku. Limity, které jsou ve vyhláškách stanoveny, jsou v současnosti nezbytné a v tomto smyslu mají racionální účel. Pokud se týká proporcionality, je velmi těžké posoudit, zda limity samy o sobě mohou tohoto účelu dosáhnout, zda jsou úměrné tomuto účelu, a zda jsou minimálním zásahem do dotčeného práva. Jde o otázku spíše ekonomickou, než právní. Rozpor s článkem 14 ESLP však spíše shledán nebyl.

VI. PRÁVNÍ ÚPRAVA VE VYBRANÝCH ČLENSKÝCH STÁTECH EVROPSKÉ UNIE

A. Francie¹¹

Francouzský systém zdravotní péče je založen na dvou základních principech: všeobecném povinném zdravotním pojištění a svobodné volbě zdravotní péče bez doporučení lékaře.

Výkonnou institucí pro správu systému národního povinného zdravotního pojištění je Národní zdravotní pojišťovna (CNAMTS). Jejími pojištěnci jsou zaměstnanci a jejich rodinní příslušníci. Vedle Národní zdravotní pojišťovny jsou pro ostatní skupiny osob zřízeny specializované pojišťovny, například zdravotní pojišťovna pro zemědělce, pracovníky v zemědělství a jejich rodinné příslušníky (CCMSA) nebo zdravotní pojišťovna pro nezávislé profesionály (CANAM).

Princip svobodné volby zdravotní péče spočívá ve volném rozhodování pacienta navštívit specialistu nebo nemocnici bez doporučení svého lékaře. Soukromí praktičtí lékaři jsou nejvýznamnějšími poskytovateli ambulantní a domácí zdravotní péče. Pacient hradí tyto

¹⁰ případ *Belgian linguistic (meritum)*, rozsudek z 23. července 1968, Série A č. 6.

¹¹ Zdroj: Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech, Institut pro evropskou politiku EUROPEUM, únor 2004.

výkony v hotovosti a zdravotní pojišťovna mu je následně proplatí. Zdravotní pojišťovna však proplácí pouze 70 % vynaložených nákladů.

Praktičtí lékaři se dělí do dvou skupin: v první skupině jsou lékaři, kteří dodržují všeobecně stanovované limity cen zdravotní péče, ve druhé skupině jsou lékaři, kteří za poskytnutou zdravotní péči vyžadují poplatky vyšší. Zdravotní pojišťovna však proplácí pouze 70 % z částky, kterou by pacient zaplatil u lékaře z první skupiny.

Na vyšší krytí poskytnuté zdravotní péče je možné uzavřít doplňkové zdravotní pojištění. Francouzský systém patří k systémům s vysokou spoluúčastí pacienta. Většina Francouzů má uzavřeno doplňkové zdravotní pojištění u některé ze soukromých zdravotních pojišťoven. V případě, že má pacient uzavřeno doplňkové zdravotní pojištění, ve většině případů jsou náklady za poskytnutou péči kryty v celé výši.

B. Itálie¹²

Zdravotní péči v Itálii zabezpečuje Italská národní zdravotní služba (*Servizio Sanitario Nazionale*, SSN). SSN je zřízena na třech základních úrovních – centrální, regionální a místní. Centrální úroveň představuje vláda a ministerstvo zdravotnictví. Na centrální úrovni jsou definovány základní principy národního zdravotního systému. Poskytování zdravotní péče na regionální úrovni je zajišťováno prostřednictvím regionálních zdravotních úřadů. Na místní úrovni se jedná o cílené poskytování zdravotní péče přes místní zdravotní střediska, veřejné nemocnice a soukromé nemocnice. Zdravotní střediska odpovídají za zajištění primární a sekundární péče a koordinují obvodní lékaře ve své oblasti. Pod správu středisek spadají i místní veřejné nemocnice, které poskytují specializovanou nemocniční či ambulantní péči. Příjem pacientů není vázán na konkrétní region.

Finanční prostředky do zdravotního systému se od občanů získávají z daní z příjmu, které jsou do národního rozpočtu, dále z daní, které jdou do regionálních rozpočtů, a spoluúčastí pacientů. Pacienti se podílí na platbách za diagnostická vyšetření, léky a návštěvy u specialistů. Zdravotní péče poskytovaná soukromým sektorem je hrazena ze soukromého pojištění. Soukromé zdravotnické služby a volně prodejné léky si pacienti hradí v plné výši.

¹² Zdroje: Systém zdravotnictví v Itálii, Parlamentní institut, srpen 2001; Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech, Institut pro evropskou politiku EUROPEUM, únor 2004 .

Návštěva specialisty se například hradí v celém rozsahu, ale do určité maximální výše. Výše spoluúčasti je pro určité skupiny osob (děti, důchodci, sociálně slabé skupiny) upravena zákonem.

Primární péči zajišťují praktičtí lékaři, kteří mají uzavřenu smlouvu s regionálními zdravotními úřady, a kteří jsou placeni kapitačními platbami podle počtu pacientů. Kapitačních plateb se při financování péče praktických lékařů využívá od roku 1978. Kapitační platby se v Itálii používají pro financování všeobecné lékařské péče v kombinaci s výkonovým systémem. Výše kapitační platby je různá podle délky lékařské praxe. Dalším kritériem pro výši kapitační platby je věk zaregistrovaných pacientů a region, ve kterém lékař provozuje praxi. Výše kapitačních plateb je sjednávána na centrální úrovni mezi zástupci lékařů a vládou.

C. Polsko

Po roce 1989 systém financování zdravotní péče v Polsku, jakož i způsob úhrady lékařům za poskytnuté služby pacientům prošly poměrně složitým vývojem. Současný stav, založený zákonem ze dne 27. srpna 2004, o poskytování zdravotní péče z veřejných prostředků (*o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*), je kritizován jako neefektivní a korupční. Lze předpokládat, že v nejbližší budoucnosti dojde buď k rozsáhlé novele stávající právní úpravy anebo k přijetí právní úpravy zcela nové.

Ústavním východiskem pro metody financování je čl. 68 polské Ústavy, který zakotvuje právo každého občana na ochranu zdraví, a dále zaručuje subjektivní veřejné právo každého občana na rovný přístup k poskytování zdravotní péče z veřejných prostředků, a to bez ohledu na materiální situaci. Podmínky a rozsah takto poskytované péče stanoví zákon. Lze vyčlenit několik základních etap financování zdravotnictví po roce 1989:

- období transformace (1989-1997) – základním cílem nové právní úpravy bylo zvýšení stupně zdravotní bezpečnosti, resp. jistoty (snaha odstranit komunistická rezidua), jelikož dřívější komunistický systém¹³ byl zejména neproporcionální (chyběla jakákoliv koordinace investic do zdravotních služeb na státní nebo regionální úrovni,

¹³ Srov. Zpráva vládního zmocněnce pro zavedení všeobecného zdravotního pojištění adresovanou předsedovi Poslanecké sněmovny (Sejm) p. Macieju Płuzyńskému. Sněmovní tisk č. 2413, Varšava, 17. listopadu 2000.

což vedlo k nerovnoměrnému rozmístění zařízení zdravotní péče v Polsku, nemluvě o různé úrovni jejich vybavenosti), neracionální (nekontrolované a netržní nákupy zdravotních prostředků, zneužívání zdarma poskytovaných léků apod.), a nebyla dodržována práva pacientů (zejména pak práva na ochranu osobních údajů, práva na vyjádření souhlasu s lékařským zákrokem). Pro toto období je charakteristická celá řada právních předpisů upravujících dílčí otázky. Snaha o komplexní reformu byla pak završena zákonem ze dne 6. února 1997 o všeobecném zdravotním pojištění¹⁴ (*ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*)

- stav mezi lety 1997 - 2003 - základním postulátem reformy, jež byla provedena na základě výše uvedeného zákona, bylo oddělení státního rozpočtu a financování zdravotnictví, tj. zavedení nového druhu pojišťoven (*kasy chorych*), jakožto samosprávních a nezávislých subjektů, které mají *pro futuro* zajišťovat financování zdravotnictví¹⁵. Prostředky pro svoji činnost získávaly z všeobecného zdravotního pojištění¹⁶, jež bylo zavedeno k 1.1. 1999. (Pro úplnost by bylo vhodné podotknout, že nadále určité vybrané oblasti zdravotnictví byly financovány ze státního rozpočtu jako třeba boj proti alkoholismu, péče o matku a dítě, prevence AIDS a narkomanie atd., lze tudíž hovořit o rozpočtově-pojistném systému financování zdravotnictví, nedošlo tedy k úplnému oddělení státního rozpočtu a financování zdravotnictví). Tento systém se však v praxi neosvědčil (chyběla jakákoliv koordinovanost jednání pojišťoven, jakož i efektivní dohled nad jejich činností, zejména pak každá pojišťovna si sama stanovila podmínky pro uzavírání smluv s poskytovateli zdravotních služeb na základě kterých jim byly hrazeny úkony), proto vyvstala potřeba další reformy.
- stav 2003 – 1. říjen 2004 – dne 1. dubna nabyl účinnosti zákon o všeobecném pojištění v Národním fondu zdraví (*ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym*

¹⁴ Dz.U. (*Dziennik ustaw*)97., č. 28, položka 153. Zákon byl přijat v době, kdy premiérem byl Jerzy Buzek. Zákon byl 41krát novelizován, poslední novela je z 1. ledna 2004.

¹⁵ Takto bylo vytvořeno 17 pojišťoven – 16 pro jednotlivá vojevodství, 17. pak byla sui generis čili pro ozbrojené sbory. Pojišťovny byly subjekty práva, jež se řídily vlastní finanční politikou.

¹⁶Toto pojištění bylo založeno na následujících základních zásadách: společenská solidarita, samospráva, právo svobodného výběru lékaře i pojišťovny, rovný přístup k lékařské péči, obligatornost tohoto pojištění atd. (srov. § 1a násl. zákona o všeobecném zdravotním pojištění).

*Funduszu Zdrowia*¹⁷). Tento zákon zřídil Národní fond zdraví (dále jen „Fond“), jež převzal práva a povinnosti pojišťoven, resp. tyto pojišťovny se proměnily v jeden fond. Základním cílem bylo zavedení jednotného systému pro uzavírání smluv s poskytovateli zdravotních služeb (*świadczeniodawcy*), analýza nákladů systémů, vytvoření Centrálního rejstříku pojištěnců (došlo tak k zamezení dříve poměrně častých případů registrace pojištěnců u více pojišťoven), zavedení jednotných zásad účetnictví fondu. Tento zákon však byl záhy zrušen nálezem Ústavního soudu PR (*Trybunał Konstytucyjny*) ze dne 7. ledna 2004¹⁸. Parlament přijal současný zákon o poskytování zdravotní péče z veřejných prostředků (srov. výše).

- stav 2004- současnost – současná úprava navazuje na dosavadní vývoj, tj. vychází jak z všeobecného zdravotního pojištění, tak jediného Fondu (název zůstal zachován, tj. Národní fond zdraví). Také některé vysoce specializované zákroky jsou nadále hrazeny toliko ze státního rozpočtu (nově např. záchranná služba). Základními cíli právní úpravy je vymezení (srov. § 1 předmětného zákona):
 - podmínek pro poskytování a rozsahu poskytované péče z veřejných prostředků¹⁹,
 - zásad a způsobu financování poskytnuté péče,
 - úkolů veřejné moci v oblasti zajištění rovného přístupu k poskytování zdravotních služeb,
 - podmínek všeobecného a povinného zdravotního pojištění,
 - zásad fungování, organizace a úkolů Národního fondu zdraví,
 - zásad kontroly nad realizací a financováním poskytovaných služeb.

Fungování tohoto modelu v praxi lze schématicky shrnout následovně:

¹⁷ Dz.U.03.45.391, tento zákon derogoval zákon o všeobecném zdravotním pojištění, sám byl 25krát novelizován.

¹⁸ Důvodem pro zrušení bylo dle ÚS porušení čl. 68 ve spojení s čl. 2 Ústavy PR, tj. protiústavní vytvoření veřejné instituce, fungující na nezcela jasných zásadách, jež porušuje právní stát, a to rovný přístup občanů k zdravotní péči hrazené z veřejných prostředků.

¹⁹ Součástí zákona je příloha, která specifikuje úkony, jež nejsou kryty pojištěním (např. plastické operace, které neslouží léčebným účelům, ozonoterapie, zooterapie...)

- pojištěnec (*świadczeniobiorca*²⁰) odvádí se své hrubé mzdy 9 % jako zálohy na pojistné (výjimka se vztahuje na rolníky – výše pojistného se odvíjí od cen určitých zemědělských komodit), jež povinně měsíčně odvádí buď Ústavu pro společenskou pojištění (*Zakład ubezpieczeń społecznych*, dále jen „ZUS“) anebo Pojišťovně zemědělců (*Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego*, dále jen „KRUS“). Tyto instituce postupují do 3 dnů všechny písemnosti a vybrané částky (včetně úroků z prodlení, uložených pokut apod.) Fondu²¹. ZUS a KRUS si ponechávají však 0,2 % vybrané sumy z titulu úhrady administrativních úkonů. ZUS, popř. KRUS, rovněž informují Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí ohledně výše vybrané částky atd.,
- Fond je právnickou osobou, resp. organizační složkou státu se samostatnou právní subjektivitou, která je územně i vnitřně strukturována (centrální úroveň – ředitelství, v čele je prezident Fondu, dalším orgánem je pak rada Fondu; vojevodská úroveň – jednotlivá oddělení Fondu, v čele je ředitel),
- prostředky, které Fond získává od ZUSu, popř. KRUSu jsou veřejnými a spravuje je k tomu určena banka (Banka národního hospodářství). Fond vytváří dva účty (subfondy), a to základní a rezervní (má sloužit ke krytí ztrát v následujících letech, popř. vzniklých dluhů z minulých let apod.). Ustanovení §§ 116 a 117 zákona blíže vymezují co tvoří příjmovou a výdejovou stránku Fondu (např. i dary, dědění). Fond vytváří finanční plán své činnosti, podává pravidelně (ročně) zprávy o své činnosti (resp. zákon v § 132 a násl. zakotvil širokou informační povinnost Fondu),
- vztah k lékařům, resp. poskytovatelům lékařských služeb,²² patří k nejvíce problematickým (kritizovaným) partiím úpravy. Přetrval totiž kontraktační systém, tj. ředitel vojevodského oddělení Fondu uzavírá s jednotlivými poskytovateli lékařských služeb smlouvy o rozsahu poskytovaných služeb,

²⁰Jde o legální zkratku po poměrně širokou skupinu subjektů, vymezení lze dohledat v § 3 zákona. Pro úplnost je nutno dodat, že v tomto nástinu nejsou nezohledněna specifika vztahující se např. na studenty, děti, důchodce apod.

²¹Vzájemná relace ZUSu a Fondu, popř. KRUSu a Fondu se řídí zákonem z roku 1998 o systému zdravotního pojištění.

jakož i o výši úhrady za tyto služby. Obecné náležitosti smlouvy jsou stanoveny vyhláškou Ministerstva zdravotnictví (samotnému vzniku této vyhlášky předchází poměrně složitá procedura²³), konkrétní znění smlouvy je pak výsledkem soutěže mezi Fondem a nejúspěšnějším poskytovatelem služeb. Jedná se buď o soutěž v podobě nabídek (*konkurs ofert*, zvítězí nejvhodnější) anebo vítěz je vybrán na základě negociačního řízení (*rokowanie*, tento způsob je výjimečný a je aplikován v případech, kdy je neúspěšný první způsob anebo je - li výjimečná situace). Zákon explicitně stanoví, že tyto dohody nemají být uzavírány častěji než každé dva roky, a zároveň stanoví, že nesmí být uzavírány na dobu neurčitou. Tuto dohodu lze postoupit na další subjekt. Pro výši a rozsah konkrétního plnění je tedy určující dohoda. Jednotliví poskytovatelé zdravotnických služeb mohou tedy dostávat za tentýž výkon jiné ohodnocení dle toho, jakou částku si subjekty smlouvy. Zákon toliko zakotvuje rovnost při soutěži o uzavření smlouvy. Za určitých podmínek (naléhavý případ apod.) lékař, který neuzavřel smlouvu obdrží náhradu z Fondu.

Stávající systém je velmi kritizován zejména z důvodů jeho nespravedlnosti, nízkého finančního ohodnocení lékařů (průměr je kolem 13 tisíc zlotých netto, zhruba 11,5 tisíc korun), možnosti korupce při kontraktaci atd.

D. Velká Británie²⁴

Státní systém zdravotní péče zastřešuje Národní zdravotní služba (*National Health Service*, NHS) od roku 1948. Zaměstnanci přispívají na zdravotní pojištění formou daní. Samostatně výdělečně činné osoby přispívají, jestliže jejich příjem překročí stanovenou hranici.

²² Lékař pokud je např. zaměstnancem nemocnice (tj. není samostatně výdělečně činný), pak není v přímém vztahu s Fondem. Jednotliví poskytovatelé lékařských služeb se sdružují do větších celků (samosprávně, ale i konsorcia) s cílem získání lepší negociační pozice, srov. výše.

²³Srov. § 137 a násl. zákona. Podle tohoto ustanovení: návrh vyhotovuje prezident Fondu, následuje diskuse se zástupci zájmových skupin (vyžaduje se souhlas všech), následně se předkládá ministrovi zdravotnictví, ten zhodnotí soulad legislativy s návrhem, případně text upraví a poté formou vyhlášky vydá návrh obecných náležitostí smlouvy. Pokud by se strany nedohodly na kompromisním řešení, ministr vydává rovněž vyhlášku.

²⁴ Zdroje: Zdravotnické systémy Velké Británie a Spojených států amerických, Parlamentní institut, červenec 2002; Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech, Institut pro evropskou politiku EUROPEUM, únor 2004.

Ministerstvo zdravotnictví rozděluje finanční prostředky jednotlivým oblastním zdravotním správám (*Health Authorities*) na základě počtu obyvatel žijících v dané oblasti. Pro zohlednění např. věkové struktury regionu nebo jiných rizik se používají vyrovnávací koeficienty.

Mezi doplňkové zdroje financování zdravotní péče patří soukromé zdravotní pojištění, které slouží pro krytí nákladů pacientů za poskytnutou zdravotní péči v soukromých zdravotnických zařízeních, a spoluúčast pacientů (např. za nadstandardní pokoje, doplatky na recepty). Soukromé zdravotní pojištění má dvě základní formy: zaměstnavatelské a individuální.

Praktičtí lékaři jsou stěžejními lékaři v NHS, pracují jako osoby samostatně výdělečně činné na základě smlouvy s NHS (smluvní podmínky jsou dohadovány mezi zástupci lékařů a vládou), což jim umožňuje podstatnou autonomii. Odměňování jsou na kapitační bázi (podle počtu registrovaných pacientů), přičemž je zohledňován věk pacientů. Za každého pacienta obdrží určitou částku, přičemž nezáleží na počtu provedených výkonů.

NHS přiděluje mnoha praktickým lékařům na zvláštní účet finance na nákup lékařských služeb pro pacienty. Takoví praktičtí lékaři jsou tzv. „fund-holders“ s vlastním rozpočtem (fondem) a svobodou nakupovat pro své pacienty nejlepší péči. Fondy tedy neslouží jako doplněk k příjmu lékaře, nýbrž jsou zdrojem pro nákup služeb od zdravotnických zařízení. Ušetřené finanční prostředky se sice nemohou stát osobním příjmem lékařů, mohou však být použity na vylepšení vybavení ordinace nebo na nákup dalších služeb ve prospěch pacientů.

Řízení a financování NHS je organizováno na základě oddělení „nákupu“ a „poskytování“ péče. Nákupčí jsou místní zdravotní správy a praktičtí lékaři (ti, kteří jsou „fund-holders“). Zdravotní správy jsou odpovědné za uspokojení zdravotních potřeb obyvatelstva a lékaři za péči pro své pacienty (proto pro ně kupují nejlepší možnou péči). Nákupčí mají možnost výběru a rozhodují o tom, od kterého zdravotnického zařízení jednotlivé služby „nakoupí“. Systém NHS tak vyvolává konkurenční tlak na poskytovatele (např. nemocnice nebo regionální zdravotnické služby).

Kontrola systému všeobecné zdravotní péče spočívá právě v postupném zavádění „fund-holding practise“. Tato forma financování znamená nejenom posilování role všeobecného lékaře, ale také přímou kontrolu jeho hospodaření a nepřímé omezení výkonů nemocnic. Všeobecní lékaři si navíc vybírají nemocnice podle toho jak rychle a kvalitně dokáží vyhovět jejich požadavkům a zájmům jejich pacienta. S těmito zařízeními potom uzavírají smlouvy. Management jednotlivých nemocnic monitoruje cenovou nabídku v okolí a snaží se konkurovat cenou a kvalitou.

E. Závěr

Většina evropských států vytváří zdravotní systémy na základě dvou základních modelů – modelu všeobecného pojištění a modelu národní zdravotní služby.

Systém zdravotního pojištění na základě modelu všeobecného pojištění je financován kombinací soukromých a veřejných zdrojů (tzv. bismarckovský model). Takový systém přijala ze shora uvedených vybraných států Francie.

Systém zdravotního pojištění na základě modelu národní zdravotní služby je financován z daní a podléhá kontrole parlamentu (tzv. beveridgeovský model). Zdravotní péče je bezplatná pro všechny občany příslušného státu. Tento model v podstatě přijaly ostatní shora uvedené vybrané státy.

Porovnáním stávajících právních úprav financování zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění ve shora uvedených vybraných členských státech Evropské unie lze dospět k závěru, že právní stav v Polsku je obdobný současnému právnímu stavu v České republice. Společným charakteristickým znakem je nízká transparentnost v nakládání s prostředky z veřejného zdravotního pojištění a připuštěné omezování svobodného výkonu povolání praktického lékaře na základě právních norem vydávaných výkonnou složkou státní moci.

Použité prameny:

- elektronická databáze právních informací ASPI,
- Jan Mach a kolektiv, Zdravotnictví a právo, komentované předpisy, LexisNexis CZ s.r.o., vydání 2., 2005,
- Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech, Institut pro evropskou politiku EUROPEUM, únor 2004,
- Systém zdravotnictví v Itálii, Parlamentní institut, srpen 2001.