

**Právnická fakulta Masarykovy univerzity**

**Právo a právní věda**

**Katedra ústavního práva a politologie**



Diplomová práce

**Právo na bezplatnou zdravotní péči**

David Pham

2016

## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Právo na bezplatnou zdravotní péči* zpracoval sám. Veškeré prameny a zdroje informací, které jsem použil k sepsání této práce, byly citovány v poznámkách pod čarou a jsou uvedeny v seznamu použitých pramenů a literatury.

V Brně dne 31. října 2016

.....  
David Pham

## **Poděkování**

Rád bych na tomto místě poděkoval vedoucímu diplomové práce panu doc. JUDr. Mgr. Pavlu Molkovi, Ph.D., LL.M., za ochotu, vstřícnost a podnětné rady.

Dále bych chtěl poděkovat mé sestře Melanii a celé rodině za podporu během studia.

Dále JUDr. Radku Policarovi za rady a motivaci nejen u diplomové práce.

V neposlední řadě mým kamarádům, kteří to se mnou vždy nějak zvládli.

Bez Vás by to nešlo. Děkuji.

## **Abstrakt**

Předmětem diplomové práce je analýza zdravotní péče, resp. práva na bezplatnou zdravotní péči tak, jak je zakotveno v čl. 31 Listiny základních práva a svobod. Hlavní pozornost bude věnována rozboru a vymezení práva v jeho dvou složkách; právu na ochranu zdraví a právu na bezplatnou zdravotní péči. Práce úvodem popíše historii práva na zdravotní péči v československém a poté českém právu, analyzuje veřejné zdravotní pojištění včetně jeho propojení s poskytovanou zdravotní péčí, zákonné zakotvení i aplikační praxi regulačních poplatků a jejich posouzení Ústavním soudem. Závěrem práce provede srovnání analyzovaného institutu se slovenským právem.

## **Klíčové slova**

právo na bezplatnou zdravotní péči, právo na ochranu zdraví, zdravotní péče, regulační poplatky, lidská práva.

## **Abstract**

### **Title: The Right to Access Free Health Care**

The subject of the thesis is an analysis of health care, or more precisely its right to access free health care as is it embedded in article 31 of Charter of Fundamental Rights and Freedoms. Main focus is paid to the analysis and definition of the right in its two parts; right to protection of health and right to access free health care. Introduction of thesis describes the history of right to health care in Czechoslovakian and Czech law, analyses public health insurance including its connection to provided health care, problems of legislative adoption and realization of regulatory fees. In the conclusion the thesis compares analysed institute with Slovakian law.

## **Keywords**

The right to access free health care, the right to health protection, health care, regulation fees, human rights.

<b>Úvod</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Historie</b> .....	<b>7</b>
1.1. Právo na zdraví.....	7
1.2. Vývoj práva v Československu.....	9
1.3. Porevoluční situace .....	10
<b>2. Čl. 31 Listiny</b> .....	<b>12</b>
2.1. Právo na ochranu zdraví .....	13
2.1.1. Zdraví.....	16
2.1.2. Orgány ochrany (veřejného) zdraví.....	18
2.2. Právo na bezplatnou zdravotní péči.....	19
2.2.1. Osobní rozsah.....	20
2.2.2. Podmínky přiznání.....	22
2.2.3. Věcný rozsah.....	23
2.2.4. Poskytovatelé zdravotních služeb.....	25
<b>3. Veřejné zdravotní pojištění</b> .....	<b>28</b>
3.1. Zdravotní pojišťovny .....	29
3.2. Plátcí pojistného .....	30
<b>4. Regulační poplatky</b> .....	<b>32</b>
4.1. Pojem bezplatnost.....	34
4.2. Řízení o ústavnosti regulačních poplatků.....	35
4.2.1. Podmínky .....	36
4.2.2. Esenciální obsah u sociálních práv .....	38
4.2.3. Rozpor vůle a reality .....	40
4.2.4. „Rdousící efekt“ .....	41
4.2.5. Regulační efekt .....	43
4.2.6. Navýšení poplatků za lůžkovou péči.....	45
4.3. Vymahatelnost poplatků .....	46
<b>5. Srovnání se slovenským institutem</b> .....	<b>48</b>
5.1. Prvotní zavedení.....	48
5.1.1. Řízení před Ústavním soudem Slovenské republiky.....	49
5.1.2. Úprava zpoplatnění .....	51
5.2. Srovnání české a slovenské úpravy.....	52
<b>Závěr</b> .....	<b>54</b>
Seznam použité literatury a pramenů.....	56

## Úvod

Právo na bezplatnou zdravotní péči si v České republice získalo v minulosti velkou mediální pozornost. Toto právo zakotvené v českém ústavním řádu, konkrétně v čl. 31 Listiny základních práva a svobod (dále také jako „**Listina**“):

*„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.“*

bylo posuzováno před Ústavním soudem z hlediska ústavnosti tehdy nově zavedených tzv. regulačních poplatků. Ačkoliv od rozhodnutí soudu, který tehdy vyslovil jejich ústavní konformitu, již uběhla řada let, nezdá se, že by se nyní široká veřejnost nebo i odborníci na všeobíjající interpretaci práva na péči shodli.

Regulační poplatky představují v české a československé historii vůbec navíc první institut přímého zpoplatnění ve zdravotnictví. Na tuzemské poměry se tak jednalo o problematiku novou a dosud neprobádanou, která přinesla mnoho otázek, a domnívám se, že ne všechny byly uspokojivě odpovězeny.

Právě relativně aktuální a zdaleka ne vyčerpaná problematika práva na bezplatnou zdravotní péči mě přivedla k psaní této diplomové práce, jíž je shora zmíněnému právu věnována hlavní pozornost.

Výběr tématu podmínila i má zkušenost s regulačními poplatky, se kterými jsem se setkával jako pacient-pojištěnec, a také v Masarykově onkologickém ústavu, kde jsem byl jako právní asistent odpovědný mimo jiné právě za vymáhání neuhrazených poplatků. Bylo tak zajímavé sledovat jejich postupný vývoj z různých úhlů.

V této práci se nejprve zaměříme na krátký historický exkurs pro porozumění podstaty práva a způsobu jeho ochrany v českém právním řádu, neboť právě tento vývoj významně ovlivnil přístupy k zakotvenému právu.

Z doslovného zakotvení práva v čl. 31 Listiny můžeme právo oddělit na dvě složky, a to na právo každého na ochranu zdraví a právo občana na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky na základě veřejného pojištění. Vymezení a rozbor obou složek pojednávaného článku bude následovat. Hlavní pozornost bude věnována zejména druhé ze zmiňovaných složek, neboť právě z této vychází již konkrétní lékařská péče.

Pokračovat budeme popisem veřejného zdravotního pojištění, které v České republice představuje hlavní zdroj financování zdravotnictví. Konečně přejdeme k tématice regulačních poplatků, k jejich vymezení a srovnání s obdobným slovenským institutem zpoplatnění.

Cílem práce není podat vyčerpávající přehled veškerých informací o bezplatné zdravotní péči. Tato práce si klade za cíl především vymezení postavení regulačních poplatků ve zdravotnictví, posouzení jejich ústavní konformity a toho, zda mohly poplatky představovat reálnou překážku k přístupu ke zdravotní péči.

V předloženém textu využiji metodu historickou, metodu analytickou a v závěru metodu komparativní. Mezi použité zdroje informací patří především knižní a komentářová literatura, platná a účinná, částečně i neúčinná právní úprava, judikatura či elektronické díla.

# 1. Historie

V úvodní kapitole se budeme věnovat právní úpravě, která se na pojednávané právo vztahuje, a to z jeho historického hlediska. Vzhledem ke skutečnosti, že právo na ochranu zdraví a zdravotní péči spadá pod základní lidská práva, je pro práci důležité i vysvětlení podstaty sociálních práv.

## 1.1. Právo na zdraví

Jedním z uznávaných dělení základních lidských práv<sup>1</sup> je dělení do tří generací, kterou zavedl přední právní teoretik českého původu Dr. Karel Vašák v 70. letech. Jeho třígenerační terminologie vychází z hesel Velké francouzské revoluce *svoboda – rovnost – bratrství*. První generaci zastupuje princip svobody (liberté) a spadají sem práva politická a občanská. Generaci druhou rovnosti (egalité) ztělesňují práva hospodářská, kulturní a ekonomická a práva sociální, tedy i práva obsažená v čl. 31.<sup>2</sup> Do generace třetí představované *bratrstvím* (fraternité) pak patří práva zahrnující příznivé životní podmínky jako např. právo na životní prostředí, právo na mír či právo na sebeurčení.<sup>3</sup>

V moderním pojetí je generační dělení považováno za překonané<sup>4</sup> a lidská práva na generace nedělí, neboť jsou všechny *univerzální, nedělitelná a vzájemně podmíněná a propojená*<sup>5</sup>. Převažuje tak dělení, které v roce 1987 Asbjørn Eide<sup>6</sup> navrhl tripartitní rozdělení závazků státu, které lépe odpovídá současnému stavu: závazek státu

---

<sup>1</sup> Lidská práva tak, jak je chápeme dnes, vychází z filozofických základů z dob osvícenství. Jedná se o ideový základ Velké francouzské revoluce a Americké revoluce vycházející z hodnoty lidské života a jeho důstojnosti. Přírozenoprávní původ lidské důstojnosti byl obsažen také v Preambuli Všeobecné deklarace lidských práv z roku 1948. Z těchto základů také vychází Listina.

<sup>2</sup> d's justice: law and religion in the Western tradition. Grand Rapids, Mich.: William B. Eerdmans Pub., c2006, 498 s., str. 75.

<sup>3</sup> Práva třetí generace bývají označována jako práva solidární. V kontextu zdravotního pojištění, založeného na solidaritě, by bylo možné toto právo na zdraví označit také jako za právo třetí generace. Domnívám se však, že je možné zde podřadit pouze část práva na ochranu zdraví, a to např. právo na životní prostředí, a to z důvodu dřívějšího vzniku práv druhé generace, nikoli tedy právo na ochranu zdraví jako celek, a už vůbec ne právo na zdravotní péči.

<sup>4</sup> Srovnej např.: ŠTURMA, P. Pojem a teorie lidských práv. Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. 2013, s. 13., nebo KRATOCHVÍL, J. Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv a Mezinárodním paktu o občanských a politických právech. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. 2010., s. 24, nebo WAGNEROVÁ, E. a kol. *Listina základních práv a svobod. Komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR. 2012, s. 627.

<sup>5</sup> All human rights are universal, indivisible and interdependent and interrelated.

<sup>6</sup> Asbjørn Eide (\*1933) - norský lidskoprávní expert, t. č. Zvláštní zpravodaj OSN.



*respektovat (obligation to respect), chránit (obligation to protect) a naplňovat (obligation to fulfill).* Tento názor byl podpořen i na světové konferenci o lidských právech, která se konala ve Vídni v roce 1993, na které byla schválena Vídeňská deklarace a Akční program<sup>7</sup> shrnující *universální podstatu myšlenky lidských práv a vyslovují potřebu bojovat proti všem formám rasismu, xenofobie a netolerance. Kladou důraz také na práva žen, dětí, menšin a domorodého obyvatelstva.*<sup>8</sup>

Pro příklad si můžeme Eidovo dělení aplikovat na právo na zdraví. Závazek státu *respektovat* může být mimo jiné reprezentován povinností zdržet se zásahů do výkonu tohoto práva. Závazek *chránit* představuje mimo jiné komisivní jednání státu za účelem ochrany v případě zásahu do práva na zdraví. V případě *naplňování* je stát povinen zajistit přijetí předpisů pro implementaci lidských práv.

V souladu s Vídeňskou konferencí argumentuje i Kratochvíl, že rozdělení na práva občanská, sociální atd. je pouze didaktickou pomůckou, neboť zde nejsou faktické rozdíly v povaze těchto práv, a toto rozdělení slouží k určení, jaký přístup byl zvolen k určité skupině práv.<sup>9</sup>

Generační dělení nepovažují ovšem nutně za překonané, neboť toto dělení obsahuje také informaci o materiálním pramenu daného práva. Může tak zejména v určitém kontextu lépe vystihovat podstatu důležitou pro pochopení přístupu k němu. Jak je uvedeno výše, právo na zdraví spadá pod sociální práva, někdy označována také jako práva socioekonomická. Jakožto *práva druhé generace* jsou zejména veřejnými subjektivními právy a vyznačují se převážně povinností státu aktivně vystupovat a přijmout vhodná opatření, která jsou nezbytná k realizaci těchto práv<sup>10</sup>.

Sociální práva, společně s právy hospodářskými a politickými, zažily většího rozmachu po druhé světové válce v reakci na válečné události. Předtím se lidská práva *de iure* chápala jako práva explicitně přiznaná ústavou daného státu. Po zkušenostech s událostmi druhé světové války se ochrana lidských práv přesunula do popředí ve

---

<sup>7</sup> World Conference on Human Rights <http://www.ohchr.org/EN/ABOUTUS/Pages/ViennaWC.aspx> [cit. 25.9.2016]

<sup>8</sup> <http://www.archiv.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=543> [cit. 4. 10 2016]

<sup>9</sup> KRATOCHVÍL, op. cit., s. 40.

<sup>10</sup> ŠTURMA, op. cit., s. 14.

smyslu legitimního zájmu na ochranu lidské společnosti, což vyústilo v přijetí Všeobecné deklarace lidských práv v roce 1948, která představovala první celosvětovou deklaraci základních lidských práv.<sup>11</sup> Deklarace prohlásila lékařskou péči v čl. 25 odst. 1 za součást práva každého *na životní úroveň, která by byla s to zajistit jeho zdraví a blahobyt i zdraví a blahobyt jeho rodiny.*

## 1.2. Vývoj práva v Československu

Ústavní zakotvení práva na zdravotní péči se v československém právu poprvé objevilo v Ústavě z roku 1948<sup>12</sup>, a to v části věnující se právům sociálním v § 29, větě druhé: *„Všem občanům přísluší právo na léčebnou péči a na zaopatření jak ve stáří, tak i při nezpůsobilosti k práci a při nemožnosti obživy.“* Ve větě třetí zmíněného paragrafu je pak stanoveno zajištění tohoto práva zákony o národním pojištění a veřejnou zdravotní a sociální péčí. Zaměstnancům a jejich rodinným příslušníkům byla na základě zákona o jednotné preventivní a léčebné péči poskytována léčebná péče, a to bezplatně a na účet státu.<sup>13</sup> Dle doprovodných zákonů musela být tato péče hodnotná a musela odpovídat současnému stavu a úrovni lékařské vědy.<sup>14</sup>

V Ústavě Československé socialistické republiky z roku 1960<sup>15</sup> ve článku 23, odstavci prvním nalezneme právo na ochranu zdraví a na léčebnou péči: *„Všichni pracující mají právo na ochranu zdraví a na léčebnou péči, jakož i právo na hmotné zabezpečení ve stáří a při nezpůsobilosti k práci.“* Je důležité vnímat znění ústavy v tehdy panujících historických souvislostech. Ačkoliv je zde právo doslovným gramatickým výkladem přiznáno pracujícím, bylo fakticky přiznáváno každému, nejen pracujícím.<sup>16</sup> Otázka zaměstnání byla řešena na jiné úrovni, kdy v případě, že jedinec nepracoval, provinil se proti socialistické pracovní kázni a byl vinen trestným činem

---

<sup>11</sup> Ačkoliv Československo jako součást tzn. Východního bloku pro rezoluci nehlasovalo.

<sup>12</sup> Ústavní zákon č. 150/1948 Sb., ze dne 9. května 1948.

<sup>13</sup> § 5 zákona č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči.

<sup>14</sup> § 10 zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců. Toto ustanovení bylo účinné až do 31. 12. 1991.

<sup>15</sup> Ústavní zákon č. 100/1960 Sb., ze dne 11. července 1960.

<sup>16</sup> ZDOBINSKÝ, S., a kol. Československá ústava: komentář. 1. vyd. Praha: Panorama, 1988, s. 531.

příživnictví<sup>17</sup>. Zákon o péči o zdraví lidu<sup>18</sup> nahradil zákon o jednotné preventivní a léčebné péči a reguloval např. ochranu zdraví, prevenci nebo bezplatnost zdravotní péče.

V roce 1966 byl v New Yorku přijat Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech spolu s Mezinárodním paktem o občanských a politických právech. První jmenovaný pakt zavázal smluvní strany k uznání práva každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví. Toto právo představovalo povinnost státu na zajištění lékařské pomoci a péči v případě nemoci.<sup>19</sup> Pro Československo vstoupily oba pakty v platnost v roce 1976. Vzhledem k událostem tzv. pražského jara se i navzdory přijetí uvedených mezinárodních paktů sedmdesátá a osmdesátá léta vyznačovala tvrdým státním režimem a tyto práva tak byla pouhou proklamací.<sup>20</sup> Pakty nicméně ovlivnily společenskou situaci tehdejší doby a pomohly mimo jiné ke vzniku Charty 77.

Od přijetí Ústavy z roku 1960 již k žádným změnám v oblasti práva na zdraví na ústavní úrovni nedošlo. Za socialismu byla v praxi zdravotní péče nadále bezplatná, tedy bez přímé úhrady za jednotlivé úkony, a hrazená z daní ze státního rozpočtu s výjimkou receptu, za který se platila 1 Kčs.<sup>21</sup> Povšimnout si můžeme silné tradice zdravotnictví zajišťované státem.

### 1.3. Porevoluční situace

Po tzv. sametové revoluci docházelo v právním řádu k reformním snahám, které se dotkly také sociálních práv. Nejdůležitějším krokem na ústavní úrovni bylo přijetí Listiny základních práv a svobod počátkem roku 1991<sup>22</sup>, která představilo dosud nejširší katalog základních práv a svobod v české právní historii. Listina, která byla prohlášena za ústavní zákon<sup>23</sup>, se hlásí ke koncepci přirozených a nezcizitelných práv člověka.

---

<sup>17</sup> Např. § 188a zákona č. 86/1950 Sb., trestní zákon.

<sup>18</sup> Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

<sup>19</sup> čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

<sup>20</sup> BOBEK, M., MOLEK, P., ŠIMÍČEK, V. Komunistické právo v Československu, kapitoly dějin bezpráví. Brno: Masarykova univerzita. 2009. s. 359.

<sup>21</sup> Srovnaj zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

<sup>22</sup> WAGNEROVÁ, op. cit. s. 10.

<sup>23</sup> Ústavním zákonem č. 23/1993 Sb.

Listina tak pro sociální práva vytvořila *nepodkročitelný* práh<sup>24</sup> vycházející z povahy a ochrany lidské důstojnosti.<sup>25</sup> Na přijetí Listiny navázalo Československo ratifikací Evropské úmluvy o lidských právech.<sup>26</sup> „Listina byla tedy od počátku koncipována nikoli jako výlučný pramen úpravy o lidských a občanských právech, ale jako jejich výchozí, tradiční ústavní katalog.“<sup>27</sup> Listina zachovala fakticky totožné znění práva na zdravotní péči jako Ústava z roku 1948.

V roce 1990 byl navržen „Scénář sociální reformy“, na jehož základě byl vytvořen mimo jiné systém veřejného zdravotního pojištění zřízený zákonem č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění. Dále došlo k vytvoření na státu nezávislých právnických osob - zdravotních pojišťoven, a to navazujícím zákonem č. 551/1991 Sb., kterým došlo k vytvoření do současnosti největší Všeobecné zdravotní pojišťovny, a dále zákonem č. 280/1992 Sb., který upravuje resortní oborové, podnikové a dalších zdravotních pojišťovny. Zákon č. 550/1991 Sb. byl posléze zrušen a nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále také jako „PojZdrav“). Zmíněné zákony jsou účinné dodnes.<sup>28</sup>

---

<sup>24</sup> Česká republika je vázána také např. Úmluvou Mezinárodní organizace práce č. 102 o minimálních standardech sociálního zabezpečení nebo Evropským zákoníkem sociálního zabezpečení, které se předmětného práva dotýkají, nicméně ústavní garance obsažené v čl. 31 Listiny představují oproti nim vyšší standard.

<sup>25</sup> WAGNEROVÁ, op. cit. s. 10 (552).

<sup>26</sup> V úplném znění „Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod“.

<sup>27</sup> GERLOCH, A. a kol. Ochrana základních práv a svobod v proměnách práva na počátku 21. století v českém, evropském a mezinárodním kontextu. Praha: Auditorium. 2011. s. 21.

<sup>28</sup> Česká republika v souladu s principem právní kontinuity přejala právní systém Československa jakožto svého právního předchůdce.

## 2. Čl. 31 Listiny

V podkapitolách této části se práce bude podrobněji věnovat oběma složkám obsaženým v čl. 31 Listiny, a to právu na ochranu zdraví a právu na bezplatnou zdravotní péči.

Čl. 31 Listiny spadá do její hlavy čtvrté a je tak nutné jej číst v kontextu čl. 41, který uvádí, že je možné se domáhat mimo jiné práv z čl. 31 *pouze v mezích zákonů, které tento článek provádí*. Tímto dochází k omezené vymahatelnosti práv, které jsou čl. 41 jistým způsobem *limitovány*.<sup>29</sup> Toto řešení bylo poslanci zvoleno z důvodu vázanosti na společenskou, hospodářskou a ekonomickou situaci ve společnosti.<sup>30</sup>

Sociálním právům se běžně přiřazuje charakteristika progresivních práv. V Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech nalezneme, že se *státy zavazují podniknout kroky k postupnému dosažení plného uskutečnění těchto práv*.<sup>31</sup> Nelze však tvrdit, že charakteristice občanských práv odpovídají okamžité závazky a naopak sociálním právům progresivní závazky. Obě práva mají samozřejmě závazky, které určitým způsobem převažují, nicméně nelze zjednodušeně tvrdit, že oběma právům pouze odpovídají okamžité či progresivní závazky. Tímto byla pouze zvolena jiná metoda realizace obou práv.<sup>32</sup>

---

<sup>29</sup> Česká právnička JUDr. Dagmar Burešová se při projednávání návrhu Listiny vyjádřila, že „Ne nadarmo existují dva základní pakty OSN. Jeden je věnován právům lidským a politickým a druhý je věnován právům hospodářským, sociálním a kulturním. To vyjadřuje i skutečnost, že povaha a možnost uplatnění se liší. Upozornit na možnost diferenciací bylo základní připomínkou i zahraničních odborníků.“ Právě na základě jejich připomínek byl formulován nový článek 41 ve znění zpravodajské zprávy.

<sup>30</sup> „Práva z této hlavy jsou převážně relativní, a to v tom smyslu, že jejich rozvoj - a platí to především o právech hospodářských a sociálních - je závislý na stavu národního hospodářství a především na jeho hmotných výsledcích. Proto také koncepce těchto práv sice dodržuje základní principy jejich vynutitelnosti cestou soudní ochrany, nicméně u práv sociálních ve většině nejsou ústavním zákonem dány podmínky, z nichž by obyčejný zákon měl vycházet.“ srov. WAGNEROVÁ, op. cit., s. 484.

<sup>31</sup> Čl. 2 odst. 1 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

<sup>32</sup> Srovnej KRATOCHVÍL, op. cit., s. 37, nebo WAGNEROVÁ, op. cit., komentář k čl. 41.

## 2.1. Právo na ochranu zdraví

Právo na ochranu zdraví vyplývá z první věty předmětného článku, dle něhož „Každý má právo na ochranu zdraví.“ Dané ustanovení přiznává každému právo na ochranu zdraví.<sup>33</sup> Vzhledem k širšímu okruhu příjemců práva na ochranu zdraví než práva na bezplatnou zdravotní péči lze očekávat určitý nižší standard základního práva<sup>34</sup>. Tento standard je představován převážně komisivní povinností státu, tedy vytvářením podmínek vhodných pro život, ale také omisivní povinností státu nejednat takovým způsobem, který může přinášet negativní důsledky pro zdraví.<sup>35</sup>

Právo na ochranu zdraví spočívá primárně v prevenci poškození zdraví a je propojeno s mnoha dalšími základními právy. „Listina výslovně připouští ochranu zdraví jednotlivce či veřejného zdraví jako faktor potenciálně omezující zákaz nucených prací (čl. 9 odst. 2), vlastnickou svobodu (čl. 11 odst. 3), nedotknutelnost obydlí (čl. 12 odst. 3), svobodu pohybu a pobytu (čl. 14 odst. 3), svobodný projev náboženství či víry (čl. 16 odst. 4), svobodu projevu a právo na informace (čl. 17 odst. 4) a právo pokojně se shromažďovat (čl. 19 odst. 2). Ochrana životů a zdraví je součástí základní povinnosti státu podle čl. 1 ústavního zákona č. 110/1998 Sb., o bezpečnosti České republiky, nouzový stav může být podle čl. 5 téhož ústavního zákona vyhlášen mimo jiné v případě nebezpečí, které ve značném rozsahu ohrožuje životy nebo zdraví. Vůči právu na ochranu zdraví je lex specialis právo žen, mladistvých a zdravotně postižených na zvýšenou ochranu zdraví při práci (čl. 29 Listiny).“<sup>36</sup> Evropské úmluva o lidských právech připouští, aby ochrana zdraví omezovala soukromý život (čl. 8 odst. 2), svobodné myšlení (čl. 9 odst. 2), svobodný projev (čl. 10 odst. 2) nebo např. svobodu shromažďování (čl. 11 odst. 2).

---

<sup>33</sup> Nutnou podotknout, že největší ochrana je věnována dětem a mládeži, matkám, starým a zdravotně postiženým, jako osobám potenciálně více ohroženým.

<sup>34</sup> WAGNEROVÁ, op. cit., s. 404.

<sup>35</sup> Tamtéž, s. 374.

<sup>36</sup> Tamtéž, s. 375.

Koldinská ve svém rozdělení koncepce ochrany zdraví zahrnuje obě složky čl. 31., kdy uvádí, že „ochrana zdraví je koncipována

1. všeobecně – jako ochrana veřejného zdraví, tedy ochrana celé společnosti před především infekčními chorobami. Ochranu veřejného zdraví vykonávají státní orgány prostředním orgánu hygieny;
2. individuálně – poskytováním zdravotní péče, a to nejen preventivně (preventivní prohlídky, ozdravné pobyty apod.), ale již také jako řešení nemoci poskytnutím zdravotní péče. Tuto individuální ochranu zdraví zabezpečují poskytovatelé zdravotních služeb, jejichž činnost je hrazena převážně z veřejného zdravotního pojištění.<sup>37</sup>

Jakožto derivát základního lidského práva na život se jedná o právo silně provázané s téměř všemi základními právy. „Zdraví je jeden z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících kvalitu lidského života a patří mezi absolutní základní práva a hodnoty. Ústavní soud vychází z ústavní koncepce ochrany zdraví, jež je zakotvena v čl. 6 odst. 1 Listiny, podle něhož má každý právo na život.<sup>38</sup>“ Z čl. 7 a 8 Listiny vyplývá nedotknutelnost osoby a zaručení její osobní svobody. I toto lze v určitých případech omezit s ohledem na ochranu zdraví.<sup>39</sup> Všechna lidská práva je tak nutno interpretovat v mezích první věty čl. 31, aby nedocházelo k ohrožení zdraví, a tedy života.

Toto se projevuje množstvím předpisů, které ochranu zdraví obsahují a jsou jí ovlivněny. Nejdůležitějším pramenem práva na poli ochrany zdraví je zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů (dále také jako „zákon o ochraně zdraví“). Ten vymezuje ochranu zdraví v § 2 odst. 2 jako „souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění,

---

<sup>37</sup> KOLDINSKÁ, K. Sociální právo. Praha: C. H. Beck. 2007. s. 90.

<sup>38</sup> Pl. ÚS 51/06.

<sup>39</sup> Srovnaj nález IV.ÚS 639/2000 nebo § 38 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

*ohrožení zdraví v souvislosti s vykonávanou prací, vzniku nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním.“*

Vzhledem k množství předpisů upravujících ochranu zdraví si uvedeme pouze pár příkladů. Ze zákonů mimo výše uvedeného zákona o ochraně veřejného zdraví např. tyto<sup>40</sup>:

- zákon č. 309/2006 Sb., **o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci**<sup>41</sup>,
- zákon č. 76/2002 Sb., **o integrované prevenci**<sup>42</sup>,
- zákon č. 379/2005 Sb., **o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů (kouření a alkohol jakožto nejrozšířenější užívané drogy vedoucímu k zavádění nutných opatření před škodlivými účinky jednotlivých látek),**
- zákon č. 40/2009 Sb., **trestní zákoník** (trestní zákoník sankcionující jednání poškozující život či zdraví viz trestné činy proti životu a zdraví), nebo
- zákon č. 89/2012 Sb., **občanský zákoník** (hlavní kodex soukromého práva stanovující jednu z jeho zásad, a to že každý má právo na ochranu svého života a zdraví, jakož i svobody, cti, důstojnosti a soukromí).

Z přímo použitelných předpisů Evropské unie uvádíme např.:

- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 851/2004 ze dne 21. dubna 2004 **o zřízení Evropského střediska pro prevenci a kontrolu**

---

<sup>40</sup> Ochrana zdraví v sobě obsahuje podmnožinu, poskytování zdravotní péče. Záměrně tak zde neuvádím zákony spojené s poskytováním zdravotní péče, neboť bude toto téma podrobněji rozebráno v následujících kapitolách.

<sup>41</sup> V úplném znění „zákon, kterým se upravují další požadavky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v pracovněprávních vztazích a o zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při činnosti nebo poskytování služeb mimo pracovněprávní vztahy“.

<sup>42</sup> V úplném znění „o integrované prevenci a omezování znečištění, o integrovaném registru znečišťování a o změně některých zákonů (zákon o integrované prevenci)“. Zákon cílený k uplatnění integrované prevence a omezování znečištění.



**nemocí** (za účelem ochrany veřejného zdraví by měla být Evropská unie společně schopna reagovat na ohrožení),

- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1223/2009 ze dne 30. listopadu 2009 o **kosmetických přípravcích** (cílem tohoto nařízení je mimo jiné sjednocení postupů s cílem zajistit vysokou úroveň ochrany lidského zdraví), nebo
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 852/2004 ze dne 29. dubna 2004 o **hygieně potravin** (nařízení zavádí zdraví nezávadná hygienická pravidla pro celou Evropskou unii).

Ze směrnic zmíníme příkladmo tyto:

- Směrnice Rady 98/83/ES ze dne 3. listopadu 1998 o **jakosti vody určené k lidské spotřebě** (voda a její jakost je důležitá pro lidský život),
- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2002/49/ES ze dne 25. června 2002 o **hodnocení a řízení hluku ve venkovním prostředí** (hluk jako prvek potenciálně ohrožující lidské zdraví), nebo
- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2006/7/ES ze dne 15. února 2006 o **řízení jakosti vod ke koupání** a o zrušení směrnice 76/160/EH<sup>43</sup>.

### 2.1.1. Zdraví

Pojem zdraví je sám o sobě velice zajímavý. Představuje jednu z nejdůležitějších lidských hodnot. Není úlohou ani ambicí právní vědy se pokoušet izolovaně definovat, co je zdraví.<sup>44</sup> Právem však může pouze vymezit přístupy k němu – tedy podporou činností vedoucím ke zlepšení zdraví nebo naopak zákazem činností vedoucím ke zhoršení zdraví. Napomocť nám může dedukce z legislativní definice veřejného zdraví. To je v § 2 odst. 1 zákona o ochraně veřejného zdraví definováno jako *zdravotní stav obyvatelstva, kdy je zdravotní stav určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a*

---

<sup>43</sup> Koupání jako oblíbená aktivita s předpokladem ke stanovení stejného standardu.

<sup>44</sup> Srovnej WAGNEROVÁ, op. cit., komentář k čl. 7.

*způsobem života*. Na zdraví je tak možné nahlížet jako na souhrn těchto podmínek a způsobu života. Jedním z přístupů tak může být nahrazení pojmu *obyvatelstva* pojmem *jednotlivec* a dojdeme k vymezení zdraví jednotlivce, které je Listinou chráněno.

Dalším přístupem ke zdraví může být vymezení Světové zdravotnické organizace definuje (WHO)<sup>45</sup> jako „*stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a ne jenom jako absenci nemoci nebo vady*“<sup>46</sup>. Můžeme si povšimnout dvojího pohledu na zdraví, které WHO vystihla: pozitivního a negativního. Z pozitivního hlediska se jedná o souhrn fyzické, mentální a sociální pohody. Podle definice WHO můžeme stanovit, že člověk je zdravý, když je „fit, v pohodě a daří se mu“, kterému svědčí jeho životní styl. Z negativního hlediska se jedná o člověka ne nemocného nebo nestiženého vadou. Je otázkou, jak nahlížet na člověka, který má např. oční vadu nebo zlomenou nohu. Tato definice je tak poměrně přísná a představuje spíše ideál, za kterým by se mělo směřovat. Zdraví jako takové je velice abstraktní pojem a neexistuje jeho jednoznačná definice. Z právního pohledu je tak nutné vnímat zdraví a jeho ochranu odlišně. Je nutné si určit, zda určité jednání zdraví prospívá či nikoli, a jedině tak můžeme stanovit, zda se jedná o jednání které zdraví chrání či jej poškozuje. Vždy se však jedná o komplexní problém, ve kterém hraje roli mnoho faktorů, neboť co může prospívat jednomu, nemusí prospívat druhému.<sup>47</sup>

Každý den při naší cestě do školy nebo do práce potkáme desítky opatření, které chrání naše zdraví. Při cestě výtahem je zakázáno skákat. Jsme povinni přecházet cestu přes přechod a řidiči jsou povinni nám zastavit. Při cestě autobusem se musíme držet madel. V práci máme nárok na přestávku po odpracování určitého času. Na staveništích jsme povinni nosit helmy. Ochrana zdraví zasahuje již i tak daleko, že i klimatizace je regulována.<sup>48</sup>

---

<sup>45</sup> World Health Organization založená jako agentura OSN v 7. dubna 1948 v Ženevě. Tento den se slaví jako Světový den zdraví.

<sup>46</sup> Z angl. originálu: *Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity* <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [cit. 20. 9. 2016].

<sup>47</sup> Např. kouření bylo v minulosti poměrně ožehavé téma. Nedostatek důkazů o škodlivosti spojený s tabákovou lobby vedl i k dnes již nemyslitelnému kouření v letadlech.

<sup>48</sup> Nařízení vlády č. 93/2012 kterým se mění nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví, při práci, ve znění nařízení vlády č. 68/2010 Sb.

Sporným tématem, které vhodně ilustruje přístupy ke zdraví a jeho ochraně, je ochrana zdraví dítěte vzhledem k jeho imunitnímu systému, kdy mohou například rodiče nebo zákonní opatrovníci dítě vystavovat vysoce sterilnímu nebo naopak velmi nehygienickému prostředí, vystavovat dítě pasivnímu kouření apod. Uvedené příklady mohou mít na zdraví dítěte negativní následky ačkoliv představují protiklady, avšak pokud tím nejsou porušovány právní předpisy, neexistuje mnoho možností, jak nepříznivým vlivům na dítě zabránit.

## 2.1.2. Orgány ochrany (veřejného) zdraví

Hlavní role v oblasti ochrany (veřejného) zdraví je ze zákona dána Ministerstvu zdravotnictví (dále také jako „Ministerstvo“), které mimo jiné *„řídí a kontroluje výkon státní správy v ochraně a podpoře veřejného zdraví, odpovídá za tvorbu a uskutečňování národní politiky ochrany a podpory veřejného zdraví včetně prevence nemocí a řídí a kontroluje její plnění; jednou za 5 let hodnotí zdravotní stav obyvatelstva a jeho vývoj z hlediska všech aspektů ovlivňujících zdravotní stav obyvatelstva a na základě provedeného hodnocení stanoví priority k řešení problémů a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.“*<sup>49</sup> Další orgány se zúženým okruhem povinností jsou např. Ministerstvo dopravy, Ministerstvo životního prostředí, Ministerstvo pro místní rozvoj, krajské úřady, Ministerstvo vnitra nebo Ministerstvo obrany.

Dalším důležitým orgánem jsou krajské hygienické stanice. Ty jsou mimo jiné odpovědné za výkon státní správy v oblasti ochrany zdraví v případě, že k těmto krokům není příslušné Ministerstvo. Můžeme si povšimnout dvoustupňové ochrany, která zajišťuje ochranu zdraví.

Zákon o ochraně zdraví dále zřizuje zdravotní ústavy a Státní zdravotní ústav.<sup>50</sup> Ústavy vykonávají státní zdravotní dozor nad dodržováním předpisů k ochraně veřejného zdraví. Na rozdíl od krajských hygienických stanic, které jsou správními orgány, jsou zdravotní ústavy poskytovateli zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011

---

<sup>49</sup> § 80 zákona o ochraně zdraví.

<sup>50</sup> § 86 zákona o ochraně zdraví.

Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále také jako „*zákon o zdravotních službách*“).

Nejdůležitějším subjektem k ochraně zdraví každého je však paradoxně každý. John Stuart Mill řekl, že „*svoboda jednoho končí tam, kde začíná svoboda druhého.*“ Hlavně člověk je původcem poškození zdraví člověka. Je tedy na každém, aby činil jen v mezích, které nezpůsobují škodu druhým a zároveň jednal takovým způsobem, který je mu prospěšný.

## 2.2. Právo na bezplatnou zdravotní péči

Ve druhé větě čl. 31 nalezneme další složku práva na zdraví: „*Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“ Druhý odstavec představuje zúžený rámec ochrany zdraví.

Pojmem *bezplatnost* se zdá být poměrně jednoznačný a na první pohled bez výkladových komplikací. Bezplatně znamená bezplatně. Poskytování zdravotní péče je však finančně náročné a je třeba jej z něčeho platit. Chápání tohoto pojmu se v průběhu posledních let významně změnilo a budeme se jím podrobněji zabývat v kapitole věnované regulačním poplatkům.

Dalším prvkem práva na bezplatnou zdravotní péči je podmínka přiznání práva *na základě veřejného pojištění*. Státu je tak na ústavní úrovni uložena povinnost vytvořit systém veřejného (zdravotního) pojištění a tento systém také udržovat a spravovat. Subsidiárně z něj také vyplývá povinnost státu, v případě selhání zdravotního pojištění, zajistit základní zdravotní péči.<sup>51</sup> Veřejné zdravotní pojištění představuje systém, na kterém se pojištěnec podílí úhradami, z kterého je zdravotní péče hrazena. Základním principem veřejného zdravotního pojištění je sociální solidarita, na základě které je pojištěncům poskytnuta zdravotní péče, a to nehledě na výši pojistného, které do

---

<sup>51</sup> WAGNEROVÁ, op. cit., s 374.

systemu odvedli nebo za ně bylo zapláceno. Z důvodu samostatné kapitoly věnované veřejnému pojištění tento prvek nyní také vynecháme.

Hlavní prameny právní úpravy poskytování zdravotní péče<sup>52</sup> jsou např.:

- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách),
- zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách,
- zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě,
- zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta,
- zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních<sup>53</sup>.

### 2.2.1. Osobní rozsah

Osobní rozsah představuje okruh subjektů, kterým je poskytována zdravotní péče. V Listině nalezneme přiznání práva na zdravotní péči *občanům* (České republiky)<sup>54</sup>. Konkrétně najdeme okruh subjektů v PojZdrav, který vymezuje okruh subjektů rozdílně oproti textu Listiny a s pojmem občan vůbec neoperuje. PojZdrav vymezuje *pojištěnce*.<sup>55</sup> Pojem *pojištěnec* je v předmětném ustanovení implicitně zakotven, neboť péče se poskytuje na základě zdravotního pojištění. Při výkladu je tak nutné tento rozdíl vnímat. Zároveň nelze s určitostí konstatovat, že by jeden z pojmů představoval širší okruh nežli pojem druhý. Tyto pojmy se většinou překrývají, ale také

---

<sup>52</sup> Záměrně zde nezmiňuji prameny úpravy ochrany zdraví, které představují nadmnožinu této péče a taktéž inkorporované mezinárodní a evropské předpisy, které představují zpravidla obecnější rámec, který je v uvedených zákonech podrobněji zakotven.

<sup>53</sup> V úplném znění zákon podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

<sup>54</sup> Srovnej čl. 42 Listiny.

<sup>55</sup> Je nutné rozlišovat pojištěnce a plátce pojistného.

se mohou v detailech lišit (např. cizí státní příslušník pracující u nás nebo český občan žijící trvale v zahraničí).

Pojištěnec je definován jako osoba s trvalým pobytem na území České republiky, nebo jako osoba bez trvalého pobytu a zaměstnaná u zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalým pobytem na území České republiky.<sup>56</sup> Účast na zdravotním pojištění tak není vázána na občanství, ale na trvalý pobyt.

První možností získání trvalého pobytu je narozením, jedná-li se o osobu s trvalým pobytem na území České republiky. V případě narození dítěte je tak hlavním kritériem trvalý pobyt matky, popř. otce.<sup>57</sup>

Další možností je získání trvalého pobytu splněním podmínek dle zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců.<sup>58</sup>

Poslední možností je být zaměstnancem na území České republiky v případě, že zde nemáme trvalý pobyt.

Osobní rozsah je vymezen také negativně, a to tak, že jsou z účasti na zdravotním pojištění dle § 2 odst. 5 PójZdrav vyňaty osoby, které přesto, že splňují podmínky pro přiznání statusu pojištěnce, zůstávají nezúčastněni na veřejném zdravotním pojištění. Jedná se o osoby, které nemají trvalý pobyt na území České republiky a jsou činny v České republice pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit, nebo pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území České republiky. Vynětí platí také pro osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině, pokud je v cizině zdravotně pojištěn. Za dlouhodobý pobyt se považuje nepřetržitý pobyt delší šesti měsíců. Pojištěnec je také povinen podat prohlášení o dlouhodobém pobytu v cizině.<sup>59</sup>

---

<sup>56</sup> § 2 odst. 1 PójZdrav

<sup>57</sup> § 10 odst. 3 zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech a o změně některých zákonů (zákon o evidenci obyvatel).

<sup>58</sup> §§ 65 - 82 zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů.

<sup>59</sup> § 8 odst. 4 PójZdrav.

Ztráta účasti na zdravotním pojištění je představována negací jeho nabytí, tedy smrtí, ztrátou trvalého pobytu, popř. pozbytí zaměstnání na území České republiky.<sup>60</sup> Dále také výše uvedený dlouhodobý pobyt v zahraničí.

Účast na veřejném zdravotním pojištění je ze zákona povinná. Tato povinnost je implicitně obsažena v § 3 PojZdrav. Na druhou stranu existuje také soukromé zdravotní pojištění, které není obsaženo v předmětném článku Listiny a které funguje na bázi dobrovolnosti.

## 2.2.2. Podmínky přiznání

Další prvkem věty druhé čl. 31 Listiny je poskytování zdravotních služeb *za podmínek, které stanoví zákon*. Tato část daného ustanovení reflektuje zvolenou metodu progresivní realizace sociálních práv. Podmínky mohou být stanoveny pouze zákonným předpisem, nikoli předpisem nižší právní síly. Ústavní soud se k tomuto vyjádřil, že *„nelze připustit, aby vymezení rozsahu výše poskytované zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu byla ponechána na úpravě jiným než zákonným právním předpisům. Tím by se sféra ochrany základních práv a svobod dostala pod pravomoc moci výkonné, která k takovým pravomocím není oprávněna.“*<sup>61</sup> Zákonodárce dostává tímto ustanovením prostor ke stanovení rozsahu a podmínek poskytování zdravotní péče, které musí blíže vymezit zákonem. Zákonodárce proto musí mít při tvorbě zákonů na legální příkaz *šetření podstaty a smyslu základních práv a svobod* obsažený v čl. 4 odst. 4, který nám stanoví nejzazší mez pro omezení základního práva. *„Zákon tak nesmí mít diskriminační povahu, podmínky, za nichž je možno tato práva uplatňovat, jím musí být stanoveny tak, aby všem občanům byl zajištěn spravedlivý – tedy i vznik možných nerovností vylučující – způsob přístupu ke zdravotní péči přiměřené kvality“*<sup>62</sup> Ustanovení představuje jakousi záchrannou síť chránící před zneužitím daného

---

<sup>60</sup> § 3 odst. 2 PojZdrav.

<sup>61</sup> Pl. ÚS 35/95.

<sup>62</sup> Pl. ÚS 23/98.

ustanovení.<sup>63</sup> „Nadto je třeba podstatu základního práva třeba hledat vždy v individuálním případě, neboť základní práva svědčí jednotlivcům.“<sup>64</sup>

### 2.2.3. Věcný rozsah

Pojištěncům je poskytována *zdravotní péče*. Zdravotní péče představuje věcný rozsah druhé věty čl. 31 Listiny a její definici najdeme v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Zdravotní péčí se dle § 2 odst. 4 zmíněného zákona rozumí:

- „a) soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem
1. předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu (dále jen „nemoc“),
  2. udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,
  3. udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,
  4. pomoci při reprodukci a porodu,
  5. posuzování zdravotního stavu,
- b) preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky (dále jen „zdravotní výkon“) za účelem podle písmene a).“

Problematickým aspektem poskytování zdravotní péče je kvalita poskytované péče. V Listině požadavek na kvalitu poskytované péče nenalezneme. Ve čl. 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně<sup>65</sup> stanoví, že *jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy*. Úmluva tak mluví pouze o zákrocích, domnívám se však, že je

---

<sup>63</sup> Čl. 4. odst. 4 *in fine* Listiny uplatněný např. v Nálezu IV.ÚS 639/2000.

<sup>64</sup> WÁGNEROVÁ, op. cit., s. 65.

<sup>65</sup> V úplném znění „Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.“ Úmluva byla Českou republikou ratifikována v roce 2001 (č. 96/2011 Sb. m. s.).



nutné tuto definici vykládat extenzivně a aplikovat jej obecně na péči o zdraví, a postupovat vždy *lege artis*.<sup>66</sup>

Před účinností nynějšího zákona o zdravotních službách bylo nutné vycházet z § 11 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, který stanovil povinnost poskytovat zdravotní péči *v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy*. Problémem bylo, zda dané ustanovení interpretovat tak, zda u každého pacienta v každém zdravotnickém zařízení postupovat podle nejmodernějších dostupných metod lékařské vědy. Dané ustanovení bylo nutné interpretovat individuálně. Bylo tak povinností lékaře postupovat podle nejmodernějších metod lékařské vědy, které mu byly v té době k dispozici. Do hry vstupuje také pacient vyjadřující svou vůli prostřednictvím informovaného souhlasu, který může s něčím souhlasit, něco však může odmítat. Je tak potřeba vnímat, že standardizace léčby nemusí vést jen k pozitivním výsledkům a je nutné ponechat prostor pro individualizovanou léčbu.<sup>67</sup>

Stávající úprava v zákoně o zdravotních službách definuje náležitou odbornou péči takto: „*Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.*“ Stejný postup lékaře tak může vést u stejného případu ke dvou různým právním následkům, neboť v jednom případě je dána povinnost poskytovat zdravotní péči na nejvyšší možné úrovni.<sup>68</sup> Stávající úprava tak lépe reflektuje praktické možnosti lékařů. Kvalita poskytované péče je silně ovlivněna objektivně dostupnými prostředky, tedy tzv. etikou ekonomie. Zároveň nezakládá nereálné požadavky na poskytovatele zdravotních služeb, které mohli vést až k trestněprávní odpovědnosti.

---

<sup>66</sup> Srovnej Pl. ÚS 14/02. Odstavec začínající „Tím je stanoven v souladu s ústavními principy...“.

<sup>67</sup> PTÁČEK, R. a kol., *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada publishing, 2013 s. 167.

<sup>68</sup> Srovnej rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 7 Tdo 219/2005, ve kterém Nejvyšší soud posuzoval, zda je chybná diagnóza postupem *non lege artis*. Nejvyšší soud konstatoval, že to tak může být v případě, že je chybná diagnóza důsledkem například bezdůvodného nevyužití dostupných diagnostických metod. Dále doplnil, že je nutné případy posuzovat *ex ante*, tedy na základě informací, které měl v dané době doktor k dispozici.

## 2.2.4. Poskytovatelé zdravotních služeb

Kvalitu poskytované zdravotní péče garantuje stát, avšak jsou to právě poskytovatelé zdravotních služeb, kteří služby poskytují a nejvíce tak ovlivňují její výslednou podobu a kvalitu. Stát kvalitu péče garantuje tím, že rozhoduje o tom, kdo může a nemůže zdravotní péče poskytovat. Z těchto důvodů se podíváme se na to, kdo jsou poskytovatelé zdravotních služeb a jaké podmínky musí splnit.

Jazykovým výkladem bychom mohli jednoduše dospět k tomu, že poskytovatel zdravotních služeb je ten, co nám tyto služby poskytuje. Zákon o zdravotních službách nám však uvádí legální definici, a to že poskytovatelem zdravotních služeb *se rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona.*<sup>69</sup> Poskytovatelem se tak daná osoba stává až získáním oprávnění. Nezáleží, zda je poskytovatelem stát nebo státem založená nebo zřízená právnická osoba. Oprávnění musí mít všichni poskytovatelé.<sup>70</sup>

Podmínky přiznání oprávnění jsou formálně rozdílné pro fyzické a právnické osoby, avšak poskytovat zdravotní služby může logicky pouze fyzická osoba. Podmínky jdoucí za právnickou osobou v konečném důsledku naváží na podmínky u fyzických osob, neboť právnická osoba musí ustanovit odborného zástupce<sup>71</sup>, který splňuje dané požadavky na fyzické osoby.<sup>72</sup> V konečném důsledku zde praktické rozdíly nejsou, byť je formální cesta poněkud odlišná. Proto si uvedeme pouze podmínky stanovené pro fyzické osoby.

Základními předpoklady jsou dosažení věku 18 let, svéprávnost a bezúhonnost<sup>73</sup>. Za bezúhonného se považuje ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody pro úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním

---

<sup>69</sup> § 2 zákona o zdravotních službách.

<sup>70</sup> Tamtéž, § 18.

<sup>71</sup> Tamtéž, § 14.

<sup>72</sup> Odbornou způsobilost, bezúhonnost a plnou svéprávnost.

<sup>73</sup> § 16 odst. 1, písm. a), b) a c) zákona o zdravotních službách.

zdravotních služeb, nebo se na něho hledí, jako by nebyl odsouzen.<sup>74</sup> Podmínkou je také povolení k pobytu v případech, pokud má osoba povinnost takové povolení mít.

Další podmínkou, která je bezesporu nejdůležitější, je způsobilost k samostatnému výkonu zdravotnického povolání v oboru zdravotní péče, kterou bude poskytovat jako zdravotní službu, popř. také členství v příslušné komoře<sup>75</sup>, jestliže je toto členství podmínkou pro výkon daného povolání. U lékařských povolání se jedná o lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

Příkladem si z lékařských povolání uvedeme pouze lékaře, neboť získání odborné způsobilosti lze analogicky aplikovat na zubní lékaře a farmaceuta. Odbornou způsobilost lékař získává absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství – získáním titulu MUDr.<sup>76</sup>

Následuje podmínka disponovat právem užívat k poskytování zdravotních služeb zdravotnické zařízení, které splňuje požadavky na technické a věcné vybavení. Zdravotnickým zařízením se rozumí prostory určené k poskytování zdravotnických služeb.<sup>77</sup> Právem užívat se zde myslí užívací právo ve smyslu občanského zákoníku. Požadavky technického a věcného vybavení zdravotnického zařízení konkretizuje vyhláška č. 92/2012 Sb.<sup>78</sup> Ta stanoví obecné požadavky pro zaručení minimálního standardu poskytované péče.<sup>79</sup>

Provozovatel musí mít k dispozici minimální personální zabezpečení zdravotních služeb dle vyhlášky č. 99/2012 Sb.<sup>80</sup> To je stanoveno podle jednotlivých odborností zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, druhu a oboru poskytované péče apod. V případě poskytování lékárenské péče je zapotřebí souhlasné závazné

---

<sup>74</sup> Tamtéž, § 13.

<sup>75</sup> Komořou se myslí Česká lékařská komory, Česká stomatologická komora nebo Česká lékárnická komora.

<sup>76</sup> § 4 zákona o zdravotních službách.

<sup>77</sup> Tamtéž, § 4.

<sup>78</sup> O požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení.

<sup>79</sup> Např. aby zařízení tvořilo provozně uzavřený a funkčně provázaný celek nebo požadavky vybavení jednotlivých sálů a ordinací.

<sup>80</sup> O požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

stanovisko Státního úřadu pro kontrolu léčiv.<sup>81</sup> Pokud se při poskytování zdravotnických služeb budou používat zdravotnické prostředky užívané k lékařskému ozáření, je nutné povolení k činnosti vydaného Státním úřadem pro jadernou bezpečnost podle atomového zákona.<sup>82</sup> V případě lázeňské léčebně rehabilitační péče je nutné udělení souhlasu Ministerstvem zdravotnictví. Dále je nutné schválení provozního řádu orgánem ochrany veřejného zdraví dle zákona o ochraně zdraví.<sup>83</sup>

U žadatele nesmí existovat překážka k udělení předmětného oprávnění. Tyto překážky svědčí o tom, že žadatel není způsobilý zajistit řádné poskytování zdravotních služeb nebo řádně plnit své závazky.<sup>84</sup> Jedná se zejména o ztrátu oprávnění k poskytování zdravotnických služeb a problémy se solventností.

V případě splnění těchto podmínek (a samozřejmě úspěšnou žádostí o poskytnutí oprávnění<sup>85</sup>) se stává žadatel poskytovatelem zdravotnických služeb.

---

<sup>81</sup> § 15 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

<sup>82</sup> §§ 9- 23 zákona č. 18/1997 Sb., o mírovém využívání jaderné energie a ionizujícího záření (atomový zákon) a o změně a doplnění některých zákonů.

<sup>83</sup> Zde záleží, jakou činnost provozovatel provozuje. Převážně se bude jednat o hygienické požadavky na vodu, zejména její jakost.

<sup>84</sup> § 17 zákona o zdravotních službách.

<sup>85</sup> Řízení se vede dle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád.

### 3. Veřejné zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění je subsystémem sociálního pojištění a rozumíme jím *způsob řešení nahodilých, v budoucnosti nastalých sociálních situací (nemoc nebo úraz) fyzických osob.*<sup>86</sup> Představuje základní zdroj financování poskytování zdravotní péče, jelikož je zdravotnictví finančně náročné a zpravidla by docházelo k situacím, kdy by fyzické osoby neměli dostatek finančních prostředků pro uhrazení své léčby a nákladu s tím spojených.

Současný český systém zdravotního pojištění je veřejný a vychází z druhého odstavce čl. 31 – *na základě veřejného pojištění. „Stát má povinnost vytvořit systém veřejného zdravotního pojištění a jeho prostřednictvím zajistit občanům spravedlivý, tedy i vznik možných nerovností vylučující způsob přístupu ke zdravotní péči přiměřené kvality.“*<sup>87</sup> Tento systém je založen na principu sociální solidarity. Tato solidarita je jednak reprezentována finanční solidaritou. Jednotliví plátcí pojistného tak přispívají na zdravotní pojištění různými rozdílnými částkami, kdežto nárok všech pojištěnců na zdravotní péči je garantován všem bez rozdílu. Dále ji můžeme charakterizovat jako solidaritu *„zdravých s nemocnými“*. Zdravý jedinec z pravidla čerpá méně, popř. nečerpá vůbec, kdežto náklady nemocného na zdravotní péči jsou vyšší.<sup>88</sup>

Účast v systému je povinná, neboť kogentní normy PojZdrav neumožňují autonomní smluvní regulaci. Na rozdíl od ostatních systémů sociálního zabezpečení je systém zdravotního pojištění jediný, na základě kterého se příjemcům, tedy pojištěncům, neposkytuje dávka, nýbrž přímá úhrada. Fakticky tak pojištěnec nemá finanční prostředky ve své moci, jen je za něj uhrazen dluh, který má vůči poskytovateli zdravotních služeb.

---

<sup>86</sup> TRÖSTER, P. a kol. Právo sociálního zabezpečení. 6. vydání. Praha: C. H. Beck. 2013. s. 82.

<sup>87</sup> Nález ÚS ČR Pl. ÚS 19/13.

<sup>88</sup> TRÖSTER, op. cit., s. 96.

Hlavními prameny právní úpravy zdravotního pojištění nalezneme v těchto zákonech:

- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů,
- zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky,
- zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách,
- zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

### 3.1. Zdravotní pojišťovny

Správa zdravotního pojištění je ze státu delegována na zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny jsou finanční instituce *sui generis* a mají za úkol provádění pojištění, zejména tedy přerozdělování pojistného. Zdravotní pojišťovny jsou právníckými osobami, které v právních vztazích vystupují svým jménem, mohou nabývat práv a povinností a nesou odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících.

V současné době<sup>89</sup> u nás funguje 7 zdravotních pojišťoven. Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále také jako „VZP“) je z pojišťoven největší a provádí pojištění pro více než 50 % pojištěnců.<sup>90</sup> VZP představuje institucionální zajištění a zabezpečení veřejného zdravotního pojištění v případě, že toto pojištění neprovádí zaměstnanecké pojišťovny. VZP tak funguje jako určitá základní síť pro pojištěnce, pokud se nepojistí u jedné ze zaměstnaneckých pojišťoven.

Zaměstnanecké pojišťovny jsou zřízeny zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, máme jich na našem území

---

<sup>89</sup> Stav ke dni 10. 10. 2016.

<sup>90</sup> K 1. 1. 2016 bylo u VZP zapsáno 5 918 128 pojištěnců z celkového počtu 10 432 196 pojištěnců. zdroj: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/zmeny-poctu-pojistencu-jednotlivych-zdravotnich-pojistoven-mezi-112015-a-112016-po-krajich\\_3507\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/zmeny-poctu-pojistencu-jednotlivych-zdravotnich-pojistoven-mezi-112015-a-112016-po-krajich_3507_3.html) [cit. dne 10. 10. 2016]

celkem 6 a každá provádí pojištění zejména pro určitých okruh zaměstnanců. Zaměstnanecské pojišťovny dělíme na resortní<sup>91</sup>, oborové<sup>92</sup>, podnikové<sup>93</sup> a další<sup>94</sup>.

### 3.2. Plátcí pojistného

Účast na zdravotním pojištěním je prováděna úhradou pojistného. Pojistné představuje finanční částku, kterou jsou plátcí pojistného povinni odvést.<sup>95</sup> Pojistné představuje 13,5 % z vyměřovacího základu, tedy odvodem částky z příjmu.<sup>96</sup> Veřejné zdravotní pojištění je u nás charakteristické zásadou, že každý pojištěnec je plátcem pojistného, pokud tuto povinnost nemá stát. Pojištěnec a plátce pojistného jsou tedy rozdílné pojmy.

Plátcí pojistného se dělí do tří kategorií:

- 1) pojištěnci jako plátcí pojistného,
- 2) zaměstnavatelé,
- 3) stát.

Pojištěnec je plátcem pojistného v případě, že je zaměstnancem a plynou mu příjmy ze závislé činnosti. Jedná se především o zaměstnance z titulu pracovního poměru. Dále se jedná o osoby samostatně výdělečně činné a osoby s trvalým pobytem na území České republiky, pokud se na něj nevztahují výjimky. Výjimky, kdy pojištěnec, ačkoliv zaměstnanec, není plátcem pojistného, představují zejména případy, kdy pojištěncův příjem nedosahuje tzv. započitatelného příjmu<sup>97</sup>

---

<sup>91</sup> Provádí pojištění zejména pro zaměstnance všech organizací založených nebo zřízených jedním ministerstvem České republiky anebo podléhající ucelené části tohoto ministerstva.

<sup>92</sup> Provádí pojištění zejména pro zaměstnance jednoho oboru.

<sup>93</sup> Provádí pojištění zejména pro zaměstnance jednoho nebo více podniků.

<sup>94</sup> Pojišťovna s meziresortní a mezioborovou působností.

<sup>95</sup> § 8 PojZdrav.

<sup>96</sup> Vymezení a přesnější definici vyměřovacího základu nalezneme v zákoně č. 592/1992 Sb.

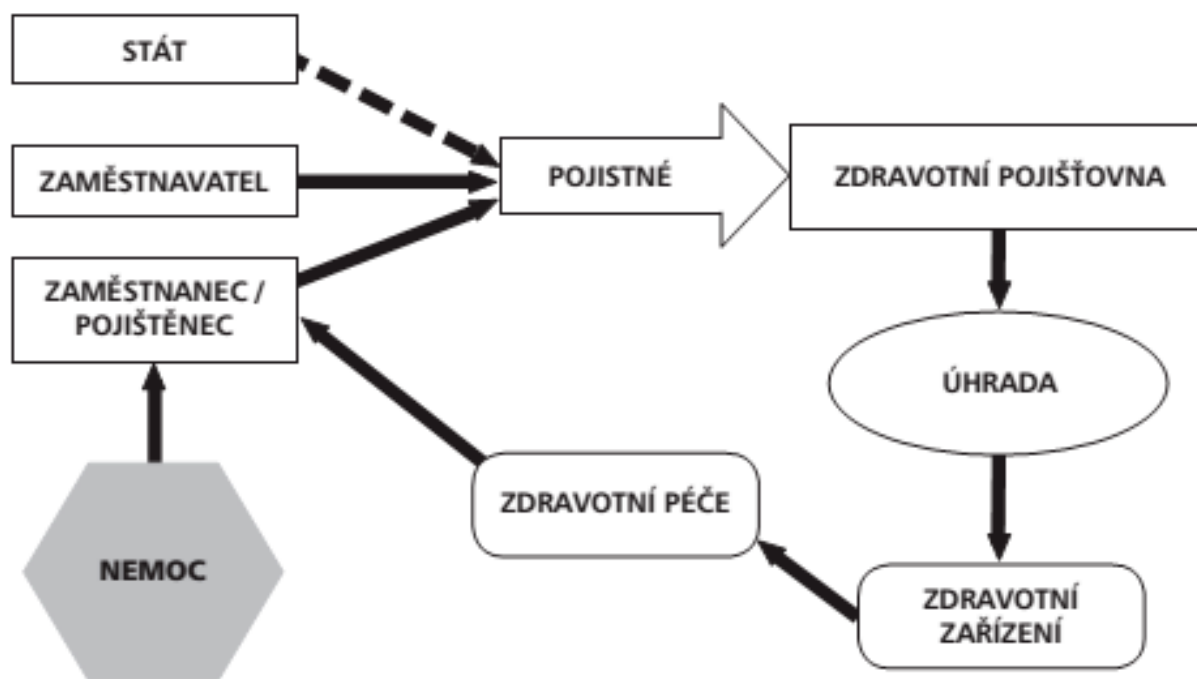
<sup>97</sup> Ke dni 10. 10. 2016 se jedná o částku 2.500,- Kč.

Zaměstnavatelé mají obecnou povinnost platit za své zaměstnance pojistné. Pojistné za zaměstnance hradí z jedné třetiny zaměstnanec a ze dvou třetin zaměstnavatel.<sup>98</sup>

V neposlední řadě je plátcem pojistného stát, a to za osoby, které jsou taxativně vymezeny.<sup>99</sup> V tomto případě jde zejména o studenty<sup>100</sup> a důchodce, kteří představují nejpočetnější skupinou.

Pojistné představuje paušální finanční úhradu, na základě které nám nenáleží konkrétní plnění v určité výši. Představuje jakési „předplatné“, kterým se dostáváme do systému zdravotního pojištění, na základě kterého nám vzniká nárok na zdravotní péči hrazenou z pojištění. Pojistné je v mnoha ohledech totožné s daní z příjmu. Daně z příjmu se dotýkají všech ekonomicky aktivních obyvatel. Příspěvek do systému také odpovídá poměru vůči příjmům.

Takto vypadal systém zdravotní pojištění do roku 2007, tedy bez regulačních poplatků.



101

<sup>98</sup> § 9 odst. 2 PjZdrav.

<sup>99</sup> § 7 odst. 1 PjZdrav.

<sup>100</sup> Student či žák jako nezaopatřené dítě ve smyslu § 11 zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.



## 4. Regulační poplatky

Regulační poplatky byly součástí vládního návrhu zákona č. 261/2007, o stabilizaci veřejných rozpočtů předloženého Poslanecké sněmovně dne 24. května 2007. Tento zákon směřoval zejména ke snižování deficitů a stabilizaci veřejných rozpočtů. Tyto změny měly být prováděny mimo jiné změnami v oblasti daní (např. zavedením jednotné sazby daně ve výši 15 % pro fyzické osoby), v oblasti sociálních systémů (např. za první tři kalendářní dny pracovní neschopnosti nebude proplácena náhrada mzdy), či změnami ve zdravotnictví (snaha o zjednodušení průběhu dohodovacího řízení mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami nebo právě zavedením regulačních poplatků). V práci se budeme věnovat oblasti regulačních poplatků, které systém zdravotnictví výrazně proměnily.

Návrh zákona prosadil tehdejší Ministr zdravotnictví MUDr. Tomáš Julínek s tehdy vládnoucí koalicí ODS, KDU-ČSL a Strany zelených. Návrh zákona byl schválen dne 21. srpna 2007<sup>102</sup>. Zákon vešel v platnost svým vyhlášením dne 16. října 2007.

Regulační poplatky byly zavedeny výše uvedeným zákonem, který novelizoval PojZdrav, konkrétně zavedením nových ustavení § 16a a § 16b. Zákon tak nově stanovil povinnost pacientům hradit regulační poplatky poskytovatelům zdravotních služeb a těmto poskytovatelům tyto poplatky vybírat.<sup>103</sup> Tentýž poskytovatel si poplatky nechal, neboť tvořily jeho příjem.<sup>104</sup> Regulační poplatky tak představovaly zcela nový institut zdravotního pojištění. Od 1. ledna 2008 byly zavedeny tyto poplatky:

- poplatek 30,- Kč za návštěvu lékaře v ambulanci,<sup>105</sup>
- poplatek 90,- Kč za využití pohotovostních služeb,<sup>106</sup>

---

<sup>101</sup> KOLDINSKÁ, op. cit., s. 60.

<sup>102</sup> Zajímavostí je, že ke schválení zákona došlo pouze o jeden jediný hlas, tedy v poměru 101 pro a 99 proti.

<sup>103</sup> Zákon ve svém původním znění nesprávně zaměnil pojem „zdravotnické zařízení“ se správným „poskytovatelé zdravotních služeb“.

<sup>104</sup> § 16 a odst. 4 PojZdrav.

<sup>105</sup> § 16a, odst. 1 písm. a) PojZdrav.

<sup>106</sup> Tamtéž, písm. e). Pohotovostí/pohotovostními službami se rozumí lékařská služba první pomoci nebo ústavní pohotovostní služba.

- poplatek 30,- Kč za vydání každého léčivého přípravku předepsaného na receptu,<sup>107</sup>
- poplatek 60,- Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách.<sup>108</sup>

Byla stanovena výjimka v § 16a odst. 2 pro osoby, na které se poplatky nevztahovaly. Jednalo se např. o pojištěnce v dětských domovech, při ochranném léčení, při nařízeném léčení nebo o pojištěnce pobírající dávky v hmotné nouzi.

Zaveden byl také roční limit nákladů regulačních poplatků v § 16b, a to na částku 5.000,- Kč. V případě, že pojištěncem celková uhrazená částka přesahovala stanovený limit, byla pojištěnci částka přesahující tento limit pojišťovnou vrácena.

K samotným regulačním poplatkům a jejímu zavedení konstatoval tehdejší Ministr zdravotnictví MUDr. Tomáš Julínek, že regulační poplatky nepředstavují pouze nástroj vedoucí k omezení plýtvání financí ze zdravotního pojištění, ale také poslouží jako psychologický nástroj, který povede občany k větší odpovědnosti a solidaritě při čerpání zdravotní péče, která ani jako bezplatná není zadarmo. Uváděl také, že Ministerstvo zdravotnictví je přesvědčeno o souladnosti poplatků z čl. 31 Listiny.<sup>109</sup>

Regulační poplatky od počátku vzbuzovaly silné emoce napříč politickým spektrem. Pouhých 6 dní po vyhlášení zákona skupina 67 poslanců ČSSD zastoupená poslancem Mgr. Michalem Haškem se domáhala zrušení celého zákona, popř. jeho jednotlivých návrhů, které novelizovaly další dotčené zákony. Jednalo se především o způsob, jakým byl zákon přijat, tedy formou tzv. *přílepku*<sup>110</sup>. Jako zástupci levého politického spektra taktéž nesouhlasili se zaváděním jakýchkoliv dalších poplatků, v tomto případě ve zdravotnictví.

---

<sup>107</sup> § 16a odst. 1 písm. d) PojZdrav.

<sup>108</sup> Tamtéž, písm. f).

<sup>109</sup> Stenoprotokol Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky ze schůze 6. června 2007 Dostupné z: [<http://www.psp.cz/eknih/2006ps/stenprot/015schuz/s015034.htm>] [cit. 14. 10. 2016].

<sup>110</sup> Srovnej nález ÚS Pl. ÚS 77/06.

Dále proti zákonu podala skupina 43 poslanců KSČM zastoupená poslancem JUDr. Vojtěchem Filipem obdobný návrh dne 19. listopadu 2007, který byl následován návrhem ze dne 7. prosince 2007 podanou skupinou 19 senátorů zastoupenou advokátkou JUDr. Kateřinou Šimáčkovou. Ústavní soud přibral tyto dvě skupiny jako vedlejší účastníky<sup>111</sup>, a to z důvodu překážky litispendence.

Ústavní soud vyčlenil obsahově samostatnou problematiku sociálního zabezpečení do dvou samostatných řízení. Zdravotnictví a s ním i regulační poplatky byly vedeny pod sp. zn. Pl. ÚS 1/08 a problematika sociálních věcí byla vedena pod sp. zn. Pl. ÚS 2/08.

#### 4.1. Pojem bezplatnost

Než přejdeme k samotnému řízení před Ústavním soudem, uděláme si avizovaný exkurz k pojmu bezplatnosti, který přímo souvisí s regulačními poplatky. Pojem bezplatnost *prima facie* evokuje spojitost s pojmem zdarma. Tato spojitost je logická, nicméně je poměrně zjednodušující a zavádějící. Zdravotnictví je spojeno s principem solidarity především z toho důvodu, že je finančně náročné a pro většinu občanů je neúnosné, aby si náklady na zdravotní péči hradili sami. Na druhou stranu nelze očekávat, že bude samo zdravotnictví zdarma. Z těchto důvodů bylo do předmětného článku zaveden požadavek *na základě veřejného zdravotního pojištění*. Pojištění tak představovalo ono požadované finanční zajištění poskytování zdravotní péče, jinými slovy ukládalo státu povinnost vytvořit systém pojištění a zajistit jeho fungování. K čemu je zde tedy požadavek bezplatnosti?

Při projednávání návrhů možných znění čl. 31 Listiny byla určitá snaha o vyloučení pojmu bezplatnost z čl. 31 Listiny. Původní návrh Slovenské národní rady obsahoval právo na *bezplatnú liečebnú starostlivosť*, kdežto navrhované znění České národní rady tento adjektiv nezmiňovalo a z české strany byla snaha jej vypustit.<sup>112</sup>

---

<sup>111</sup> Vedlejší účastníci mají dle § 28 odst. 2 zákona o 182/1993 Sb., o Ústavním soudu stejné práva a povinnosti jako hlavní účastník.

<sup>112</sup> V tomto kontextu se jeví zajímavým, že se institut poplatků, resp. zpoplatnění zdravotnictví nakonec na Slovensku objevil dříve než u nás.

*"Nepřehlédli jste, že ve společné zprávě bylo vypuštěno slovo bezplatné, a to z důvodu, že je pravděpodobně nemožné říci, že něco je poskytováno bezplatně. Vždy musí být někým, nějak a z něčeho placeno, ať už je to z daní, z nemocenského pojištění nebo jiných zdrojů. Léčebná péče a zdravotní pomůcky poskytované občanům za podmínek stanovených zákonem přirozeně zahrnou i to, že zákon dá možnost úpravy různých druhů nemocenského pojištění nebo různého jiného upravení poskytování léčebné péče."*<sup>113</sup>

Již z původních debat při tvorbě Listiny tak můžeme vidět dvojí přístup k pojmu bezplatnost, zjednodušeně přístup „slovenský“ a „český“. Od počátku zde nebyl jednotný názor. V kontextu bezplatnosti bylo nakonec zachováno znění „slovenské“, tedy zachování tohoto pojmu, ačkoliv ve zbytku došlo k upřednostnění českého návrhu.<sup>114</sup>

Již při vzniku Listiny byl dán důraz na textaci jednotlivých článků. Pojem *bezplatnost* představoval požadavek přístupné zdravotní péče bez přímé úhrady. Financování bylo zajišťované z veřejného pojištění. Právě tyto souvislosti jsou při výkladu tak důležitého textu, jakým bezesporu Listina je, velice důležité. Je nutné vnímat, že již při samotné tvorbě ústavodárci vnímali komplexnost pojmu *bezplatnost*, který byl do čl. 31 odst. 2 záměrně vložen.

## 4.2. Řízení o ústavnosti regulačních poplatků

Ústavní soud vyčlenil<sup>115</sup> problematiku zavedení regulačních poplatků do samostatného řízení vedeného sp. zn. Pl. ÚS 1/08. Toto řízení dosáhlo silné mediální pozornost. S napětím se očekávalo, jak Ústavní soud ve sporu rozhodne. Obecně se nabízely dvě možnosti, a jak to tak bývá, ani jedna nebyla bez problémů.

---

<sup>113</sup> WAGNEROVÁ, op. cit., s. 376 (512).

<sup>114</sup> Slovenský návrh přiznával právo na ochranu zdraví a (bezplatnou) zdravotní péči pouze občanům. Český návrh rozlišoval ochranu zdraví, která byla přiznána všem, a právo na zdravotní péči, kterou přiznával občanům.

<sup>115</sup> Nebudu se zde zabývat problematikou obsaženou v původním řízení, tedy zda vůbec bylo přijetí předmětného zákona o stabilizaci veřejných rozpočtu v souladu se zákonem, resp. zda nedošlo k porušení zákona při přijetí formou tzv. přílepků. Jedná se o samostatnou problematiku, která se této tématiky nedotýká. Budu tak vycházet z premisy, že zákon byl přijat v souladu s procedurálními požadavky na přijetí.

Na jednu stranu mohl Ústavní soud rozhodnout v neprospěch regulačních poplatků, tedy v ústavní nesoulad. Ústavní soud má tendenci zákony nerušit, pokud je pro tuto možnost prostor, a to s odkazem na princip zdrženlivosti.

Na druhou stranu se nabízela soudem prohlášená ústavní konformita regulačních poplatků. V konečném důsledku nešlo ani tak o to, zda se Ústavní soud přikloní k té či oné straně, neboť je jasné, že řízení musí nějak skončit. Problémem tohoto řízení byly nosné důvody. Jak tedy soud rozhodl a jaké důvody jej k tomu vedly?

Ústavní soud návrh na zrušení předmětných ustanovení svým nálezem zamítl a vyslovil se pro jejich ústavní konformitu. Nález sám o sobě je v mnoha ohledech kontroverzní a vyvolat širokou diskuzi, jak v odborných kruzích, tak v rámci veřejnosti. Ústavní soud učinil několik závěrů, na základě kterých podložil ústavní konformitu regulačních poplatků, kdy hlavní otázku si položil v bodě 87: *„Meritum věci je v otázce, zda – řečeno slovy navrhovatelů – „zpoplatnění téměř veškeré zdravotní péče“ je či není ústavně konformní.“*

#### 4.2.1. Podmínky

Připomeňme si opětovně čl. 31 větu druhou, kolem které se celá problematika zpoplatnění točí:

*„Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“*

U daného ustanovení můžeme vidět dvojí způsob, jak na něj nahlížet:

- a) Občané mají právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky. Péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Konkrétní podmínky stanoví zákon.
- b) Zákon nám stanoví podmínky, za kterých mají občané právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky.

V případě samotné druhé věty předmětného článku se nám jeví na první pohled oba výklady jako možné. Výklad a) dává důraz na právo občana, který má právo na tuto péči. V mezích tohoto práva nám konkrétní podmínky stanoví zákon. Tím pádem nám zákonodárce může stanovit podmínky, které se však nesmí odchýlit od samotné

podstaty tohoto práva, neboť jsou mu určeny již samotným zněním určeny hranice, které nesmí přesáhnout a zasáhnout tak do podstaty a smyslu tohoto práva.

Výklad b) je poněkud odlišný, neboť přiznává větší autonomii zákonodárci, kdy ten určí, za jakých zákonných podmínek se občanům poskytuje (bezplatná) zdravotní péče. V tomto případě by přístup ke zdravotní péči mohl být podmíněn výběrem určité částky. Situace se dá přirovnat k situaci, kdy za turniketem je zdravotní péče bezplatná, ale turniket se dá projít pouze za poplatek. Dochází tak ke splnění podmínky „bezplatnosti“. V celkovém kontextu je dle mého názoru výklad b) nesprávný, neboť připouští nepřípustné omezení práva na bezplatnou zdravotní péči. Přístup ke zdravotní péči je tak podmíněn uhrazením regulačního poplatku. Dle mého názoru je jediným správným výkladem výklad a). Domnívám se, že většinové plénum Ústavního soudu zvolila výklad b).

*„Ústavní soud se „bezplatností“ v minulosti zabýval (...) a uvedl, že „bezplatnost vzdělání nepochybně znamená, že stát nese náklady na zřizování škol a školských zařízení, na jejich provoz a údržbu, především však nevyžaduje tzv. školné, tedy poskytování vzdělání na základním a středním stupni za úplatu.“<sup>116</sup>* Dále doplnil, že to neznámá, že stát nese veškeré náklady, které s tím bezprostředně souvisí (přezůvky, aktovka, psací potřeby atd.) Analogicky tak soud implicitně přirovnal poplatky k nákladům, které se zdravotní péči souvisí. Zde si nejsem jistý, zda je výklad soudu správný. Regulační poplatky bych spíše přirovnal ke školnému, které nediferencuje, je aplikováno plošně pro všechny a je podmínkou přístupu ke vzdělání, resp. ke zdravotní péči. Rozdělení střední a vysoké školy by byla představována standardní a nadstandardní (pomezí medicíny a kosmetiky) lékařskou péči. Vhodné je také dodat, že nemoc představuje nežádoucí sociální událost na rozdíl od vzdělání.

Toto však bylo konstatováno především u 30,- a 90,- Kč poplatku z toho důvodu, že povinnost uhrazení vznikala již za návštěvu. Oproti tomu poplatek 60,- Kč měl odlišnou povahu.

---

<sup>116</sup> Bod 126 nález ÚS ČR Pl. ÚS 1/08.

Poplatek ve výši 60,- Kč byl často přirovnáván k péči, která nesouvisí přímo s lékařskou péčí, a obě strany sporu, tedy zastánci i odpůrci poplatků, připouštěly možnost ústavně konformní zpoplatnění této péče jako tzn. „hotelových služeb“. Poplatek samotný nepředstavoval překážku v bezplatnosti zdravotní péče. Pacient zde hradil za každý den strávený v nemocnici. Jeho účel byl jasnější. Zpoplatněny byly služby související (jídlo, ubytování atd.), kdy by jedinec tyto náklady musel tak či tak vynaložit. Taktéž výše poplatku představující denní náklady vč. ubytování nebyla nikterak velká. Vytýkána byla pouze plošnost poplatku nezohledňující některé případy, např. anesteziologicko-resuscitační léčbu nebo případy kojenců v inkubátorech.<sup>117</sup>

#### 4.2.2. Esenciální obsah u sociálních práv

Soud odkázal na užití testu rozumnosti<sup>118</sup>(rationality-based test) oproti testu proporcionality, který je vhodnější u sociálních práv.<sup>119</sup> Tento test se dělí do 4 kroků, které soud vytyčil.

Prvním krokem je vymezení podstaty a smyslu daného práva, tedy esenciálního obsahu.<sup>120</sup> Vymezení esenciálního bodu je důležité, neboť nám říká, kde je tzn. „*bod nulového zásahu*“, tedy chráněná sféra daného práva, kterou již nelze „podkročit“. Druhým krokem je zhodnocení, zda se daná úprava nedotýká esenciálního obsahu daného práva. Třetí krok sleduje legitimitu cíle a čtvrtý krok konečně, zda je tento cíl rozumný (byť ne nutně nejlepší, nejrozumnější atd.)

V případě podstaty a smyslu - bodu nulového zásahu – je nutné dle mého názoru vycházet z pojmu bezplatnost a zde tento bod stanovit. Ústavní soud vymezil za jádro předmětného článku „*ústavní zakotvení obligatorního systému veřejného zdravotnictví*“.<sup>121</sup> V tomto případě se Ústavní soud nelogicky odklonil od své předchozí

---

<sup>117</sup> Odlišné stanovisko Jiřího Nykodýma.

<sup>118</sup> Bod 103 nálezu ÚS ČR Pl. ÚS 1/08.

<sup>119</sup> Srovnej VYHNÁNEK, L. *Proporcionálně či jinak? Problém ústavního přezkumu zásahů do sociálních práv*. Časopis pro právní vědu a praxi. 2014, roč. XXII, č. 3.

<sup>120</sup> Tamtéž.

<sup>121</sup> Bod 106 nálezu ÚS ČR Pl. ÚS 1/08.

judikatury.<sup>122</sup> Systém zdravotního pojištění je dle mého názoru pouze jedná z podmínek, nikoli však nulový bod. Rychetský k závěru Ústavního soudu dodává: „*Nesl jsem to velmi úkorně. Měl jsem pocit, že si těchto svých kolegů vlastně nemohu vážit. Protože jsem při úvahách a motivech jejich postoje našel jen dvě varianty vysvětlení: buď nepochopili, že bezplatná znamená bezplatná, a pak mají jistý deficit intelektuální, nebo to pochopili velmi dobře, ale rozhodli se nepoškorpit si a nepoštvat proti sobě politickou reprezentaci, a pak mají jistý deficit etický. To jsem některým řekl do očí.*“<sup>123</sup>

Druhým krokem je zhodnocení, zda se daná úprava nedotýká samotné existence sociálního práva. V případě, že se přikloníme k názoru, že jádrem předmětného ustanovení je právo na zdravotní péči, nikoli tedy s podmínkou bezplatnosti, nemyslím si, že by se úprava regulačních poplatků dotýkala samotné existence, byť představuje určité omezení. Pokud se však přikloníme k názoru, že existence tkví v bezplatnosti, je tato úprava zásahem do jejího esenciálního obsahu. Z vymezení esenciálního obsahu daného soudem by tento zásah musel představovat pravděpodobně zrušení celého systému zdravotního pojištění.

Sledování legitimního cíle je podmínka úspěchu ve třetím kroku. Zde se jedná o snad nejsilnější pozici poplatků. Sledovaným cílem je zamezení nadužívání, zvýšení příjmů do zdravotnictví, přidání psychologického kroku při volbě, zda si člověk zajde k doktorovi.<sup>124</sup> Je taktéž otázkou, jak tento psychologický krok může působit přesně opačně. Výše jsme si uvedli, že věta první předmětného článku představuje výrazný preventivní charakter ochrany zdraví. Jakým efekt bude na člověka mít přecházení nemocí v důsledku „regulace“? Tento aspekt tak může jednoduše fungovat jako dvojsečná zbraň.

Čtvrtým a posledním krokem je zodpovězení otázky, zda je použitý prostředek rozumný, byť nikoliv nutně nejlepší, nejvhodnější atp. Úprava regulačních poplatků se nejvíce nerozumnou, kdy posouzení, zda se jedná o nejlepší prostředek již není na soudu.

---

<sup>122</sup> Srovnej nález ÚS ČR Pl. ÚS 35/95 nebo nález ÚS ČR Pl. ÚS 14/02. V souladu s judikaturou taktéž soud konstatuje v bodě 122 *in fine* nálezu ÚS ČR Pl. ÚS 1/08.

<sup>123</sup> NĚMEČEK, T. a RYCHETSKÝ, P.: Diskrétní zóna. 272 s. Praha: Vyšehrad, 2012, s. 216.

<sup>124</sup> K psychologickému aspektu se trefně vyjadřuje Eliška Havlovicová ve stejnojmenné práci (Právo na bezplatnou zdravotní péči), když ukazuje, že lidé se v případě placení byt' symbolické částky rozhodují výrazně odlišně v případě stejné situace bez placení.



Problémem však není užití tohoto testu, nýbrž chyba v prvním kroku. Při takto provedeném testu rozumnosti poplatky poměrně jednoduše projdou. Špatně vymezení esenciálního obsahu představuje znehodnocení celého testu (a také odklon od judikatury téhož soudu). V případě matematického příkladu činí chyba na začátku celé následující počítání zbytečným. Při takto užitém testu mohl soud konstatovat, že právní úpravou nedošlo k popření esenciálního obsahu.

Ústavní soud zvažoval, zda vůbec může posuzovat snahu o reformu zdravotnictví v tak rané fázi. Soud vycházel z přesvědčení, že účinky reformy není možné posuzovat před tím, než mohla začít fungovat. Soud dále tvrdil, že z pohledu posouzení ústavnosti přísluší soudu rozhodovat pouze o základních principech, nikoli fakticitě. Doplnil, že by příliš aktivistický přístup ze strany soudu vytvořil judikaturu, která by představovala apriorní překážku reformním snahám.<sup>125</sup> Navrhovatele odkázal, aby proti napadené právní úpravě brojili v rámci politické soutěže, nikoli soudní kontrolou ústavnosti, a po zvážení celé situace se rozhodl, že mu nepřísluší v tomto případě vstupovat na politické kolbiště.<sup>126</sup> Tento závěr soudu se mi jeví jako problematický. *„Tato úvaha jde ovšem mimo poslání (a odpovědnost) Ústavního soudu, který má naopak přesně vymezit ústavní mantinely, ve kterých se musí legislativa pohybovat a jejichž překročení je důvodem pro jeho derogační zásah. Tak se náleží, kterému tímto disentem oponuji, vyhýbá tomu podstatnému – rozporu s čl. 31 Listiny základních práv a svobod a veškeré dosavadní judikatuře Ústavního soudu, kterou navíc nelze bez aplikace § 13 zákona o Ústavním soudu (ke které v daném případě plénum Ústavního soudu nepřistoupilo) úspěšně překlenout.“<sup>127</sup>*

### 4.2.3. Rozpor vůle a reality

Ústavní soud dále tvrdil *„rozpor mezi vůlí ústavodárce a dobovou politickou realitou“*.<sup>128</sup> Připomněl také, že ústavodárce výslovně zvažoval, zda zavést výslovně

---

<sup>125</sup> Bod 91 nálezu ÚS ČR Pl. ÚS 1/08.

<sup>126</sup> V případě, že považujeme regulační poplatky za ústavně nekonformní, lze tento argument využít přesně naopak. V případě, že chceme zavést regulační poplatky, je toto možné, a to prosazením novely ústavního zákona – Listiny; vypuštěním slova *bezplatnost*.

<sup>127</sup> Bod 2 odlišného stanoviska soudce Rychetského.

<sup>128</sup> Bod 98 nálezu ÚS ČR Pl. ÚS 1/08.

bezplatnost či nikoliv. Soud čl. 31 interpretovat tak, že od dob jeho vzniku došlo ke změně politické reality, že zakotvení bezplatnosti může být již dnes obsolentní. S tímto v zásadě nemohu souhlasit. Dle mého názoru se politická realita nezměnila takovým způsobem, aby šlo o tomto výkladu hovořit. Listina je stále poměrně „mladý“ dokument, který výslovně bezplatnost zakotvil. O změně bychom se mohli bavit ve dvou směrech. V případě, že by došlo k horšení politické a hospodářské situace, že by již by systém zdravotního pojištění nepostačil na uhrazení nutných nákladů tak, aby stát mohl dostát svému závazku tuto péči poskytovat „bezplatně“, a tedy by příjmy nedostačovaly na pokrytí výdajů. V této situace se neocítáme a nelze se o tomto směru bavit. Druhý směr by naznačoval výraznou hojnost, která by naznačovala, že je spravedlivé požadovat, aby se od bezplatnosti upustilo, popř. by vznikl požadavek jiného přístupu k solidaritě. Ani tímto směrem se však nemůžeme vydat. Ani Ústavní soud tento svůj argument nikterak nepodložil. Problém s nepodloženou argumentací se objevuje napříč celým nálezem.<sup>129</sup>

#### **4.2.4. „Rdousící efekt“**

Jako jeden ze závěrečných argumentů soud posuzoval poměr sociálních práv a cílům reformy s konstatováním, že regulační poplatky nemají všeobecně „rdousící efekt“ a činily by reálně pro kohokoliv zdravotní péči či zdravotní pomůcky nedostupnými.<sup>130</sup> Soud dále uvedl alternativní cesty pro individuální případy, kdy by tato překážka přeci jen nastala. Dle mého názoru nedošlo k posouzení celé soustavy regulačních poplatků. Ano, lze konstatovat, že 30,- Kč nepředstavuje částku, která by se ve většině vyznačovala požadovaným efektem.

Samotná léčba nekončí na samotném třicetikorunovém poplatku. V kombinaci s doplatky na každý jeden lék obsažený na receptu je tento argument lichý. Pokud bych se dostavil k lékaři, který by mi následně preskriboval jeden lék, z pohledu pracujícího člověka se nejedná o velký zásah do rozpočtu. V případě starobního důchodce se však bude jednat o diametrálně odlišný případ. S přibývajícím věkem přibývají zdravotní

---

<sup>129</sup> Srovnej např. body 90, 98, 110 nebo 114 předmětného nálezu.

<sup>130</sup> Bod 118 nálezu ÚS ČR Pl. ÚS 1/08.

komplikace, jejíž léčení si vyžádá více návštěv jdoucích ruku v ruce s více léky. Částky tak mohou dosahovat velice rychle „rdousícího“ efektu. Zavedení limitu je v tomto případě irelevantní, neboť samotné dosažení limitu může představovat existenční problém. Taktéž možnost přiznání dávky v hmotné nouzi nepředstavuje pro tuto skupiny často řešení v kontrastu s lidskou důstojností, kterou si na „stará kolena“ chtějí zachovat. Netřeba tak dodávat, že souběžně dochází k porušení zaručeného práva na lidskou důstojnost. Zákon taktéž vůbec nekoresponduje se zvolenou ochranou určitých skupin, za které platí pojistné stát<sup>131</sup>.

Vnitřně rozporný je celkově institut u doplatků za léky, který je součástí regulace. *„Argumentace nálezu ve vztahu k tomuto poplatku se pak omezuje na význam regulační funkce, která má vést pacienty k „odpovědnému přístupu k opatřování léků na recept“. Logicky se vnucuje závěr, že lékaři předepisující recepty jsou nesvéprávné osoby a k odpovědnému výkonu lékařské praxe je přivede jen pacient – patrně pod efektem poplatku, který však Ústavní soud neshledal „rdousícím“ – viz body 118 a 130 (opět bez doložené argumentace), aniž by přihlédl ke kumulaci zavedených poplatků a zejména k ústavně zaručenému základnímu právu každého na zachování jeho lidské důstojnosti podle čl. 10 odst. 1 Listiny.“*<sup>132</sup>

Dalším problematickým prvkem se stal čl. 16a odst. 8 PojZdrav. Ten stanovil sankci 50.000,- Kč (později dokonce 1.000.000,- Kč<sup>133</sup>) za nevybrání regulačního poplatku, kterou mohla zdravotní pojišťovna udělit poskytovateli zdravotních služeb. Ustanovení sleduje poměrně legitimní cíl. Poskytovatel, který poplatky vybírat nebude, zvýší svou návštěvnost u pacientů, resp. nedojde k požadované „regulaci“. Větší počet pacientů tak s sebou přináší větší příjmy, zároveň ale diskriminuje jiné poskytovatele, kteří zákon dodržují. „Nevybírající“ poskytovatel tak jedná v rozporu se zásadou *nemo turpitudinem suam allegare potest*. Samotná sankce je tak poměrně vhodným institutem. Nelogické je však udělení tohoto oprávnění pojišťovně. Pojišťovna vystupuje vůči zdravotnickému zařízení v rovném soukromoprávním vztahu, kdežto oprávnění

---

<sup>131</sup> § 7 odst. 1 PojZdrav

<sup>132</sup> 6. odlišné stanovisko soudce Pavla Rychetského.

<sup>133</sup> Od 1. 12. 2011 – viz zákon č. 59/2009 Sb.

sankcionovat „okořeňuje“ tento vztah veřejnoprávním prvkem. Nelze se tak jednoznačně přiklonit k jednomu názoru.

Rozhodnutí Ústavního soudu se mi jeví jako značně kontroverzní a vnitřně rozpolcené. Vzhledem k těsnému poměru hlasů 8:7 bych očekával, že Ústavní soud předloží značně obsáhlejší argumentaci. Ústavním zakotvením dle mého názoru tak jednoznačného pojmu jako je *bezplatnost* vznikly problémy, které si snad ústavodárce ani nepředstavoval.

Zákon byl nicméně účinný, soud se vyslovil pro jejich ústavní konformitu a pojištěnci tak byli povinni tyto poplatky platit. Vzhledem k argumentaci založené na zdrženlivosti kvůli teoreticky neměřitelnému efektu bylo nutné počkat na faktický efekt, zda se tedy avizovaný regulační efekt dostaví či nikoliv.

#### 4.2.5. Regulační efekt

Ze statistiky lze vyčíst, že již před zavedením regulačních poplatků docházelo k postupnému snižování spotřeby zdravotnických služeb.<sup>134135</sup> Od roku 2005 s celkovým počtem 133 milionů ambulantních ošetření, tedy ošetření s doplatkem 30,- Kč,<sup>136</sup> do roku 2007 došlo ke snížení o 3,6 % na celkový počet 128 milionů ošetření. Po zavedení se však nedá mluvit o klesající tendenci, nýbrž o strmém pádu. Požadovaný efekt se jednoznačně dostavil. Počet ošetření klesl oproti předchozímu roku o 21 milionů, tedy téměř o 17 %, na 107 milionů ošetření. V porovnání s rokem 2005 se jedná obrovský počet 26 milionů.

U pohotovosti<sup>137</sup> vidíme taktéž regulační tendence. Efekt regulačních poplatků ve výši 90,- Kč zde dosáhl dokonce většího efektu. V roce 2005 dosáhl počet ošetření na pohotovosti počtu 1,445 milionů. Rok 2007 představoval cca 6% snížení na celkový

---

<sup>134</sup> Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2005–2008. [online] Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. [cit. dne 15. 10. 2016] dostupný z [http://www.uzis.cz/system/files/63\\_09.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/63_09.pdf)

<sup>135</sup> Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007 – 2013. [online] Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. [cit. dne 15. 10. 2016] dostupný z [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2014\\_26.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2014_26.pdf)

<sup>136</sup> Počet ambulantních ošetření bez pohotovosti a stomatologické péče.

<sup>137</sup> Odborně: Lékárenská služba první pomoci.

počet 1,363 milionů. V prvním regulovaném roce 2008 došlo ke snížení oproti předcházejícímu roku o obrovských 40 % na 873 tisíc. Následně došlo k mírnému zvýšení a ustálení počtu pacientů na pohotovosti, kdy se tento počet mezi lety 2009 až 2013 usměrnil v každém roce na přibližných 950 tisících.

U poplatků za vydání léku na receptu je trend obdobný jako u pohotovosti. Recepty vydává lékař po prohlídce, vazby jsou logicky vzájemně propojené. V roce 2007 dosáhl počet receptů čísla 90 milionů. Po zavedení došlo ke snížení na 68 milionů receptů. Tato situace byla stabilní a čísla se již výrazně neproměnila. Např. roce 2013 dosáhl počet receptů 69 milionů.

U lůžkové péče zpoplatněné 60,- Kč nedošlo k výraznějšímu snížení počtu pacientů. V roce 2005 dosáhl počet ošetřených dní 17,7 milionů a v roce 2007 16,8 milionů dní. Po zavedení poplatků došlo v roce 2008 ke snížení o 739 000 dní na 16 mil. dní. Tento trend mírného snižování zůstal až do roku 2013 a v posledním měřeném roce dosáhl počet dní čísla 147 mil. dní. Vidíme tedy snižování, které nezažilo větších výkyvů po zavedení poplatků. Toto nebylo ovlivněné ani navýšením poplatků z 60,- na 100,- Kč. K tomuto se vrátíme však níže.

Vzhledem ke komplexnosti problematiky se domnívám, že neexistuje jediné vysvětlení pro daný efekt. Část lidí využívala pohotovost jako lékaře, který je kdykoliv k dispozici. Po roce 2008 tak lidé přehodnotili své jednání a dvakrát se rozmysleli, než využili zdravotních služeb. Od roku 2009 můžeme obecně pozorovat stabilnější situaci. Domnívám se, že většina lidí k lékaři nechodí proto, že by chtěli, nýbrž proto, že je něco trápí. U pacientů využívajících lůžkovou péči se dle mého názoru dá konstatovat, že situace jim neumožňuje se využití lůžkové péče vyhnout, neboť je z pravidla naordinovaná lékařem jako „nutné zlo“. Procento zneužívající lékařskou péči tak bude zásadně méně než pacientů, kteří péči potřebují. Regulační efekt tak víceméně po roce 2008 „vyšuměl“ a situace se ustálila.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR přestal od roku 2014 sbírat data o spotřebě zdravotnických služeb. Z těchto důvodů již nejde statisticky srovnat dopady zrušení regulačních doplatků po roce 2015. Při dotazování doktorů na jejich subjektivní

pocit vlivu regulačních poplatků se zpravidla vyjádřili tak, že regulační efekt pocítli vyloženě krátce po zavedení, že došlo po pár měsících k ustálení a následné změny již nebyly nikterak výrazné, a to ani po zrušení regulačních poplatků.<sup>138</sup>

#### 4.2.6. Navýšení poplatků za lůžkovou péči

Novelou zákona došlo k navýšení poplatků za lůžkovou péči z původních 60,- Kč nově na 100,- Kč s účinností od 1. 12. 2012. Důvodem tohoto navýšení bylo že zavedený poplatek nesplňoval dostatečně požadovanou regulační funkci. *„Navržená změna poskytuje pojištěncům na straně jedné motivaci k účelné spotřebě zdravotní péče, na straně druhé pak ochranu před vysokými náklady na zdravotní péči.“*<sup>139</sup> Chránit před vysokými náklady navýšením nákladů působí zvláště. Je možné, že zákonodárce mínil ochranu vysokých nákladů na zdravotnictví formou snížením počtu pacientů, nicméně je tento důvod poměrně skrytý. Zajímavé je, že regulační efekt se v tomto případě nedostavil. Jeden z důvodů vidím v rozdílnosti zavedené úpravy. V případě původního regulačních poplatků došlo k podstatně změně: z bezplatnosti na zpoplatnění. Nyní došlo pouze k procentuálním navýšení a regulující psychologický efekt se již nedostavil, neboť zde k výraznějším změnám v počtu pacientů nedošlo.<sup>140</sup>

Na návrh 51 poslanců, v jejichž čele stál Mgr. Bohuslav Sobotka, se problematika regulačních poplatků opětovně dostala před Ústavní soud, a to v řízení vedeném pod sp. zn. Pl. ÚS 36/11. Ten tak opětovně otevřel otázku ústavní konformity poplatků. *„Navýšení sazby poplatku o 2/3 je totiž natolik výrazné, že jde ve skutečnosti o ustanovení ve své podstatě jiné.“*<sup>141</sup> Odkázal taktéž na svůj původní nález Pl. ÚS 1/08, ve kterém tvrdil, že je nutné problematiku sociálních práv posuzovat vždy podle stavu

---

<sup>138</sup> Samozřejmě myšleno bez poplatků za pohotovost, které platí stále.

<sup>139</sup> Důvodová zpráva k zákonu 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.

<sup>140</sup> Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007 – 2013. [online] Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. [cit dne 15. 10. 2016] dostupný z [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2014\\_26.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2014_26.pdf)

<sup>141</sup> Bod 55 nálezu ÚS ČR Pl. ÚS 36/11.

v době rozhodování, nikoli zakonzervovaně.<sup>142</sup> Soud opětovně použil test racionality, kdy v prvních třech krocích použil závěry z původního nálezu. Stran čtvrtého kroku došlo ke zhodnocení, že nová úprava již neodpovídá požadavku rozumnosti. Úhrada 60,- Kč za lůžkovou péči představovala ekvivalent nákladů nesouvisejících s poskytnutou zdravotní péčí, které by pacient tak či tak vynaložil. Nově dospěl Ústavní soud k závěru, že částka 100,- Kč již neodpovídá tomu požadavku rozumnosti. Dané ustanovení se tak dle názoru soudu dostalo do rozporu s dikcí čl. 31 odst. 2 Listiny.<sup>143</sup> Dalším faktorem, kterým soud podložil svou argumentaci, byl fakt, že u daných poplatků nedošlo ke stanovení limitů a také k plošnému nediferenčnímu uplatnění. Soud konečně dospěl k názoru, že novela ust. § 16a odst. 1 písm. f) není ústavně konformní a dané ustanovení zrušil. Současně stanovil legiskvanční lhůtu do konce roku 2013, aby zákonodárce mohl reagovat na ne nevýznamný výpadek příjmu ve zdravotnictví.<sup>144</sup>

K odůvodnění je vhodné dodat, že totožnou argumentaci bylo možné uplatnit u původní výše poplatků. Samozřejmě je nutné posuzovat, zda daná výše poplatku stále odpovídá stejné charakteristice, zda je stále tato výše vhodná a rozumná. V odlišném stanovisku k tomuto soudce Kůrka doplňuje, že z procesního hlediska se nejedná o poplatek 100,- Kč, nýbrž pouze o 40,- Kč navýšení, neboť u 60,- Kč byla již ústavní konformita jednou vyslovena: „Že jde o takovou zásadní změnu, však většina pléna přesvědčivě neodůvodňuje a nepochybně to ani nejde; čtyřiceti korunami se na "plošnosti, ne-diferenciaci či ne-limitech" nezměnilo ničeho a v nálezu se výslovně poukazuje jen na skutečnosti, které zde již dříve, v době předchozího rozhodování, byly (body 57 a 58).“<sup>145</sup>

### 4.3. Vymahatelnost poplatků

Výše uvedený nález Pl. ÚS 36/11 ovlivnil vykonatelnost 100,- Kč poplatků Vzhledem k ust. § 71 odst. 2 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, jsou rozhodnutí

---

<sup>142</sup> Bod 121 *in fine* nálezu ÚS ČR Pl. ÚS 1/08.

<sup>143</sup> Srovnej nález ÚS ČR Pl. ÚS 36/11.

<sup>144</sup> Tamtéž, bod 60.

<sup>145</sup> Odlišné stanovisko soudce Vladimíra Kůrky, II. Ad "zvýšení regulačního poplatku".

vydané na základě zrušeného ustanovení § 16 odst. 1 písm. f) PojZdrav, ve znění od 1. 12. 2011, nevykonatelné, jakkoli zůstávají formálně platné. „Pokud vznikl poskytovateli zdravotní péče nárok na regulační poplatek ve výši 60 Kč za den poskytování péče podle § 16a odst. 1 písm. f) zákona o veřejném zdravotním pojištění ve znění účinném do 30. 11. 2011, pak nárok na zaplacení a případné vymožení tohoto regulačního poplatku nezanikl ani vydáním nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013, ani okamžikem, kdy bylo v důsledku odložené účinnosti tohoto nálezu samo pozdější znění ustanovení § 16a odst. 1 písm. f) zákona, stanovící od 1. 12. 2011 poplatek ve výši 100 Kč za den, zrušeno jako protiústavní.“<sup>146</sup>

Dluhy z regulačních poplatků za poskytování lůžkové péče ve výši 100,- Kč tak nebyly ani na základě pravomocného soudního rozhodnutí vykonatelné. Toto nemělo vliv na ostatní regulační poplatky, které zůstaly nedotčeny a jejich vymahatelnost nebyla omezena.

Situace se kolem regulačních poplatků vyvíjela a zákonodárce dospěl k jejich postupnému rušení. Od 1. 1. 2015 došlo ke zrušení všech regulačních poplatků s výjimkou 90,- Kč za využití pohotovostní služby. Vláda k návrhu zákona dodávala, že úbytek financí plynoucích z regulačních poplatků bude dotčeným poskytovatelům a lékárnám hradit formou zvýšených odvodů ze státního rozpočtu.

---

<sup>146</sup> Bod 26 nálezu Ústavního soudu I.ÚS 491/15.



## 5. Srovnání se slovenským institutem

Ústava Slovenskej republiky<sup>147</sup> (dále také jako „slovenská ústava“) obsahuje totožné zakotvení, jako český čl. 31 Listiny, když ve svém čl. 40 říká:

*„Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“*

Český a slovenský právní řád tak vychází ze stejného základu. Na Slovensku se objevilo „zpoplatnění“ také, nicméně se nejednalo o úplně identický případ. Vzhledem k provázanosti systémů, které vychází z totožného základu, se v této kapitole podíváme na to, jakým způsobem došlo k zavedení poplatků na Slovensku a následně tyto poplatky srovnáme s regulačními poplatky v České republice.

### 5.1. Prvotní zavedení

Ke zpoplatnění služeb došlo na základě novelizace<sup>148</sup> zákona č. 277/1994 Z. z., o zdravotnej starostlivosti (dále jen „zákon č. 277/1994 Z. z.“), a to novým institutem, který uváděl, že se zdravotní péči souvisí i některé služby.<sup>149</sup> Zpoplatnění prosadil tehdejší Ministr zdravotnictví Rudolf Zajac. Nově se od 1. 6. 2003 na Slovensku platilo u lékaře za služby, které souvisely s poskytnutou zdravotní péčí, avšak nepředstavovaly zdravotní péči samotnou.

Tyto služby souvisely s

- a) ústavní péčí (stravovací služby, pobyt na lůžku, poradní/konziliární služby, zpracování údajů apod.),
- b) ambulantní péčí (zpracování údajů apod.),
- c) lékárenskou péčí (výdej léků, zdravotnických pomůcek atp.),
- d) s dopravou zejména do a ze zdravotnického zařízení (použití vozidla, zpracování údajů apod.).

---

<sup>147</sup> Ústavný zákon č. 460/1992 Zb..

<sup>148</sup> Zákon č. 138/2003 Z. z.

<sup>149</sup> § 2a odst. 1

Tyto částky byly konkretizovány v zákoně č. 98/1995 Z. z., o Liečebnom poriadku a konkrétne predstavovali částku 50 Sk za ústavní péči, 20 Sk za využití ústavní pohotovostní péče, dále 20 Sk za návštěvu lékaře v ambulanci, 2 Sk za jeden kilometr jízdy, popř. 20 Sk za vydání léků nebo zdravotnických pomůcek na základě receptu<sup>150</sup>. Zákon také poskytoval široké osvobození od povinnosti hradit pro pojištěnce v daných případech (např. těhotné ženy, děti do 6 let, v případech povinného očkování apod.).

### 5.1.1. Řízení před Ústavním soudem Slovenské republiky

O ústavnosti zpoplatnění se na návrh skupiny poslanců Národní Rady Slovenské republiky, který byl soudu doručen dne 16. června 2003, vedlo řízení před Ústavním soudem pod sp. zn. PL. ÚS 38/03, mimo jiné právě proti nově zavedeným zpoplatněným službám. Navrhovatelům přirozeně vadilo zpoplatnění zdravotní péče spočívající v protiústavnosti zavedených ustanovení. Z důvodu tematického vymezení se budeme zabývat pouze zpoplatněním zdravotní péče, nikoli problematikou, kterou se nálezný také zabývá, jako např. problematika převodu majetku ze zdravotních zařízení.

Navrhovatelé shledávali porušení čl. 40 slovenské ústavy v tom, že služby, které byly nově zpoplatněny, jsou součástí práva na bezplatnou zdravotní péči, představují neoddělitelnou součást zdravotní péče a proto musí být v rámci čl. 40 poskytovány na základě zdravotní pojištění bezplatně. Dále, že zařazení těchto služeb mimo dané ustanovení je přísně účelové a neodůvodněné, které představuje umělé vytvořené plnění. Pobyt na lůžku i stravovací služby představují neoddělitelnou a často nevyhnutelnou podmínku správné léčby. Taktéž je vedení zdravotnické dokumentace je podmínkou pro správnou léčbu a zároveň je tato dokumentace vedena v zájmu zdravotní pojišťovny. Vzhledem k jednoznačnému pojmu *bezplatnost*, které ústavodárce zakotvit, není možné tuto minimální ochranu garantovaných práv zúžit. Dané ustanovení tak dle názoru navrhovatelů nedbalo podstaty a smyslu ústavně garantovaného práva v čl. 40 slovenské ústavy.<sup>151</sup>

---

<sup>150</sup> § 10 zákona č. 98/1995 Z. z.

<sup>151</sup> Nálezu ÚS SR Pl. ÚS 38/03, s. 5 a násl.

Odpůrci, tedy ti, kteří dané ustanovení prosadili, argumentovali rozdílným chápáním druhé věty čl. 40, a to tak, že se bezplatnost zdravotní péče váže výslovně na:

- pouze státních občanů,
- na existenci pojištění,
- na podmínky, které stanoví zákon.<sup>152</sup>

Problém druhého bodu spočíval v tom, že *pojištění* dle argumentace těch, kteří zákon prosadili, vymezuje chápání *bezplatnosti* dvojím způsobem. Zaprvé, že občan obvykle neplatí za samotný úkon zdravotní péče, nýbrž platí pojistné, které mu danou péči kryje. Druhé vymezení představuje spojení *bezplatnosti* pouze s těmi pojistnými událostmi, které jsou předmětem pojištění. Nelze tak tvrdit, že je vše kryté pojmem *bezplatnost*, když ani v ústavě, ani v dotčených zákonech, nenalezneme, že by pojištěním měly být kryté všechny úkony zdravotní péče. Pojem *bezplatnost* je nutné chápat jako úplnou dostupnost zdravotní péče, která chrání životy, nikoliv však krytí veškerých položek. Příkladem uvádí, že pobyt na lůžku dle jejich názoru nepředstavuje nevyhnutelnou součást zdravotní péče, ani strava (mimo speciální diety) sama o sobě neléčí např. zlomeninu nohy. Bezplatnost je tak nutné spojit pouze s těmi úkony, které mají léčebný účinek. Vzhledem k rozvoji lékařské vědy je zároveň vhodné požadovat rozumnou spoluúčasť pacienta. Od spoluúčasti jsou zároveň osvobozeni určité skupiny pojištěnců. Na závěr dodali, že z výše uvedených důvodů si nemyslí, že by bylo napadené ustanovení v rozporu s čl. 40.<sup>153</sup>

Ústavní soud se přiklonil k názoru odpůrců, v tomto případě tedy k zákonodárci, který dané ustanovení prosadil, a konstatoval, že nové naplnění obsahu základního práva, byť se jeho rozsah tímto způsobem zúžil, které není negací respektování základního práva, není možné klasifikovat jako omezení tohoto práva. Rozhodl dne 17. května 2004, že nová úprava není v rozporu čl. 40.<sup>154</sup> Usoudil, že cíl zákonodárce bylo najít řešení, které finančně pokryje zdravotní péči, kdy ani základní pojistný vztah není bezplatný, neboť je jeho účast podmíněna placením pojistného. Bezplatnost je tak

---

<sup>152</sup> Nálezu ÚS SR Pl. ÚS. 38/03, s. 42.

<sup>153</sup> Tamtéž, s. 42-47.

<sup>154</sup> Tamtéž, s. 57.

vyloučena již z důvodu podmíněnosti poskytování zdravotní péče na základě zdravotního pojištění.

S názorem většinového pléna soudu nesouhlasili soudci Ľudmila Gajdošíková a Eduard Bárány. Ti shodně tvrdili, že znění čl. 40 neumožňuje, aby za poskytovanou péči bylo možné požadovat jakoukoli platbu, nehledě na označení. Výraz „bezplatná“ dle jejich názoru nepřipouští míru anebo odstupňování, neboť výraz samotný představuje míru. Zákon, zákonodárce i ústavní soud musí při výkladu tento jednoznačný výraz a jím stanovenou míru respektovat. Prvek podmíněnosti zákonem tak připouští upřesnění této péče zákonem, nepřipouští však vybočení z těchto hranic. Ačkoliv je podmínka zákonnosti splněna, nelze tímto opomenout druhou podmínky bezplatnosti. Doplnili, že bezplatnost není vázána pouze na zdravotní pojištění. Bezplatnost je bezplatnost a v těchto mezích je nutné zbývající podmínky upravit.

### 5.1.2. Úprava zpoplatnění

Jak jsme již uvedli, zpoplatnění souvisejících služeb bylo upraveno v původně v zákoně č. 277/1994 Z. z. a v zákoně č. 98/1995 Z. z., o Liečebnom poriadku. Posléze došlo k reformě a uvedené zákony byly s účinností od 1. 1. 2005 nahrazeny novými zákony, a to zejména zákonem č. 576/2004 Z. z., o o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, a zákonem č. 577/2004 Z. z., rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Do 1. 1. 2005 byla výše poplatky za služby související stanovena přímo v zákoně č. 98/1995 Z. z.<sup>155</sup> S účinností zákona č. 577/2004 Z. z. bylo od 1. 1. 2005 stanovení výše úhrady odkázáno na nařízení vlády Slovenské republiky.<sup>156</sup> Další změna proběhla s účinností od 1. 1. 2006. Některé poplatky byly přímo zrušené (za služby v ambulancích), byla stanovena maximální výše úhrady procentní sazbou vycházející z životního minima (např. za den ústavní péče se hradilo maximálně 1,5 % z částky

---

<sup>155</sup> § 3a zákona č. 98/1995 Z. z.

<sup>156</sup> § 38 odst. 9 zákona č. 577/2004 Z. z.

životního minima, tedy přibližně 75 Sk, v přepočtu pak přibližně 60 Kč<sup>157</sup>)<sup>158</sup>. Bylo zároveň možné stanovit částku odlišně podle jednotlivých případů s přihlédnutím na zdravotní stav, věk anebo jiné důvody hodné zřetele.

Slovenské zpoplatnění se postupem času vyvíjelo. Poplatky spojené s návštěvou lékaře v ambulanci byly k 1. 9. 2006 zrušeny, resp. pacient měl povinnost hradit poplatek ve výši 0 €. <sup>159</sup> Naopak byla pacientům dána možnost se k lékaři za poplatek objednat na vyšetření na konkrétní čas. Pacienti, kteří zaplatili, nemuseli čekat a byli přednostně vyšetřeni. <sup>160</sup> Pacienti hradili lékařům také vypsání výměnného lístku, na základě kterého mohli navštívit specialistu, tedy doktora s příslušnou odborností. Od 1. 4. 2015 došlo k plošnějšímu rušení těchto poplatků a lékaři již nesměli požadovat poplatky za přednostní objednání nebo za vydání výměnného lístku. Pacienti tedy za samotnou návštěvu nic neplatí, nicméně se hradí ty úkony, které nejsou hrazeny zdravotním pojištěním. Lékař je povinen tyto úkony zveřejnit na ceníku. <sup>161</sup>

## 5.2. Srovnání české a slovenské úpravy

Česká i slovenská úprava práva na bezplatnou zdravotní péči vychází ze stejného textu čl. 31 Listiny, resp. čl. 40 slovenské ústavy. V čem jsou si tyto instituty podobné a v čem se liší?

Stran podobnosti můžeme obecně konstatovat, že se v obou případech jedná o poplatky, které pacient platí ve spojitosti s poskytováním zdravotní péče. U nás i na Slovensku vznikala tato povinnost po poskytnutí služeb. Zavedený institut se v obou případech dostal před ústavní soudy a v obou případech bylo konstatováno, že nedošlo k porušení ústavního zakotvení. V obou případech se nemohu zbavit dojmu, že rozhodnutí obou ústavních soudů bylo spíše politické než ústavněprávní. Zastávám názor, že pojem *bezplatnost* je jednoznačný a je zajímavé, že navzdory této dikci

---

<sup>157</sup> Počítáno podle přibližného kurzu 100 Sk = 80 Kč.

<sup>158</sup> § 38a zákona č. 577/2004 Z. z.

<sup>159</sup> Nariadenie vlády č. 722/2004 Z. z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ve znění účinném od 1. 9. 2006.

<sup>160</sup> § 44 zákona č. 577/2004 Z. z., ve znění účinném do 31. 3. 2015.

<sup>161</sup> § 79 odst. 1 písm. g) zákona č. 578/2004 Z. z.

předmětného článku se podařilo v obou případech zpoplatnění, ať už nazývané jakkoliv, prosadit.

Ačkoliv poplatky vycházejí z téhož ústavního zakotvení, české regulační poplatky a slovenské poplatky za služby související s poskytováním zdravotní se v mnohém spíše liší. První zásadní rozdíl je již v samotném názvu. Pojem *regulační* v sobě označuje jasný důvod zavedení. Snahou bylo regulovat počet pojištěnců. U slovenského institutu se jedná o obecný poplatek, který tento záměr explicitně nepřiznává. Regulační poplatky měly regulovat a tak také činily. Regulovaly plošně a nerozlišovaly, zda se jedná o pojištěnce, za kterého platí pojištění stát. Slovenský institut jednotlivé typy pojištěnců rozlišoval a od úhrady je osvobozoval. Slovenský přístup je tedy o poznání citlivější vůči sociálně ohroženým skupinám.

Regulační poplatky byly příjmem toho poskytovatele, který jej vybral. Slovenské poplatky se dělily mezi poskytovatele a pojišťovnu v poměru 25 % ku 75 %. Ačkoliv se v případě českého poplatku dostaly regulační poplatky v konečném důsledku do kasičky dané pojišťovny, neboť ta snižovala financování poskytovatelů o právě přijaté finance z poplatků, je toto řešení odlišné.

Z pohledu pacienta se domnívám, že konečná výše finanční spoluúčasti ve formě poplatků byla v České republice nakonec nižší. Regulační poplatek je spojen fakticky s prvním „vstupem“ do zařízení, kdežto slovenská úhrada za služby má širší dosah a byla také spojena s více úkony (např. výměnný lístek, potvrzení o návštěvě lékaře, jednotlivé lékařské zákroky apod.).

Ve slovenském institutu vidím taktéž jeden paradox. Předmětný článek nám říká, že poskytování zdravotní péče lze upravit pouze zákonem, a ne předpisem nižší právní síly. Zákon však odkazuje na nařízení vlády, které stanoví výši úhrady.

## Závěr

Poskytování zdravotní péče je oblastí, která je pro lidstvo nenahraditelná. Její poskytování bude vždy potřebné. Ze své podstaty by měl mít za ideálních okolností neomezený přístup ke zdravotní péči každý, avšak ani ve vyspělých zemích není bezplatný přístup samozřejmostí. V České republice je toto právo zakotveno na ústavní úrovni a dovolím si konstatovat, že úroveň zdravotnictví je u nás zároveň na velmi vysoké úrovni.

Vysoká úroveň je však spojená s finanční náročností. I tato zapříčinila vzniku požadavku na další zdroje financování zdravotnictví.

Regulační poplatky v českém právu představily nový institut, který neměl uceleně definované postavení, a zejména vnímání nebylo jednotné. Různé politické názory a nejednoznačný názor Ústavního soudu vedly k tomu, že se na poplatky nazírá různě dodnes.

Cílem práce bylo toto postavení nalézt a posoudit, zda jsou ústavně konformní. Z práce vyplynulo, že poplatky nejsou ústavně konformní, a dále že regulační poplatky přesahují rámec veřejnoprávní a soukromoprávní sféry. Zvolená legislativní konstrukce byla značně problematická a jednoznačnou odpověď nám neposkytla. Jejich povaha zasahuje do obou sfér a můžeme pouze tvrdit, zda se té či oné sféry dotýká více. Domnívám se, že konstatování soukromoprávní nebo naopak veřejnoprávní povahy regulačních poplatků by představovalo zjednodušení komplexního problému.

Nešťastný se mi zdá proklamovaný úmysl zdravotnictví regulovat stojící trochu v pozadí, kterýžto oproti slovenskému institutu zpoplatnění souvisejících služeb snížil argumentační prostor pro obhajobu poplatků před Ústavním soudem. To je také jeden z důvodů, který vidím za silně politickým odůvodněním nálezu Ústavního soudu, který nechtěl stát v cestě možná i nutnému požadavku zvýšené spoluúčasti pacienta, neboť ústavněprávní argumenty nebyly na zvolenou legislativní koncepci použitelné. Účel posvětil prostředky.

Zajímavým mi přišlo také srovnání českého a slovenského přístupu. Obě zvolená řešení vycházely z totožného znění, a tedy i ze stejných historických souvislostí. V obou případech také konstatovaly soudy ústavní konformitu, a to i přes zdánlivě jednoznačné zakotvení pojmu bezplatnosti. Je tak zajímavé pozorovat, jakým způsobem došlo

k „obejití“ bezplatnosti. Vhodné je také doplnit, že obě řešení se značně rozcházejí. Slovenské řešení lépe reflektovalo povahu zdravotnictví spojené s pojištěním, a to osvobozením některých skupin pojištěnců od placení daných poplatků. České řešení zcela jistě inspirované slovenským, se nelogicky pokusilo poplatky definovat nově, jakožto poplatky směřující k regulaci, což vedlo k různým postojům vůči nim. Ani v jednom případě poplatky ve své původně prosazované podobě nepřežily. I to mě vede k názoru, že poplatky nepředstavovaly nejvhodnější řešení.

V případě, že zde opětovně bude požadavek zvýšení spoluúčasti pacientů, jeví se mi jako vhodnější navýšit spoluúčast pacientů formou navýšení jejich odvodů skrze pojistné, tedy skrze systém, na který jsou lidé zvyklí a který se osvědčil svým dlouhodobým fungováním.



## Seznam použité literatury a pramenů

### Monografie a odborné články

- 1) BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR. 2010. 224 s. ISBN: 978-80-7357-503-8.
- 2) BOBEK, M., MOLEK, P., ŠIMÍČEK, V. *Komunistické právo v Československu, kapitoly dějin bezpráví*. Brno: Masarykova univerzita. 2009. 1008 s. ISBN: 978-80-210-4844-7.
- 3) BOUČKOVÁ, P. *Rovnost a sociální práva*. Praha: Auditorium. 2009. 198 s. ISBN: 978-80-8728-402-5.
- 4) DANČÁK, B., ŠIMÍČEK, V. *Deset let listiny základních práv a svobod v právním řádu české republiky a slovenské republiky*. Brno: Masarykova univerzita. 2002. 248 s. ISBN: 80-201-2749-5.
- 5) DRGONEC, J. *Ústava Slovenskej republiky*. Bratislava: C.H. Beck. 2015. 1624 s. ISBN: 978-80-89603-39-8.
- 6) DUDOVÁ, J. *Právo na ochranu zdraví. Ochrana veřejného zdraví před rizikovými faktory venkovního prostředí*. Brno: Linde. 2011. 424 s. ISBN: 978-80-7201-854-3.
- 7) MAN, V. SCHELLE, K. *Základy ústavního práva České republiky*. Praha: Nakladatelství EUROLEX BOHEMIA. 2006. 250 s. ISBN: 978-80-7418-151-1.
- 8) FILIP, J. *Vybrané kapitoly ke studiu ústavního práva*. Brno: Masarykova univerzita. 2001. 458 s. ISBN: 80-210-2592-1.
- 9) FILIP, J. a kol. *Základy státovědy. 4. vydání*. Brno: Masarykova univerzita. 2006. 266 s. ISBN: 978-80-210-4057-1.
- 10) GERLOCH, A. a kol. *Ochrana základních práv a svobod v proměnách práva na počátku 21. století v českém, evropském a mezinárodním kontextu*. Praha: Auditorium. 2011. 536 s. ISBN: 978-80-87284-23-0.
- 11) GRONSKÝ, J. *Komentované dokumenty k ústavním dějinám Československa 1914-1945 – I. díl*. Praha: Nakladatelství Karolinum. 2005. 586 s. ISBN: 80-246-1027-2.

- 12) GRONSKÝ, J. *Komentované dokumenty k ústavním dějinám Československa 1945-1960 -II. díl.* Praha: Nakladatelství Karolinum. 2006. 512 s. ISBN: 80-246-1210-0.
- 13) GRONSKÝ, J. *Komentované dokumenty k ústavním dějinám Československa 1960-1989 -III. díl.* Praha: Nakladatelství Karolinum. 2006. 448 s. ISBN: 978-80-246-1285-0.
- 14) GRONSKÝ, J. *Komentované dokumenty k ústavním dějinám Československa 1989-1992 IV. díl.* Praha: Nakladatelství Karolinum. 2007. 650 s. ISBN: 978-80-246-1389-5.
- 15) HAVLÍČEK, K. *Nad veřejným zdravotním pojištěním.* Praha: Orac. 1998. 208 s. ISBN: 80-86199-04-5.
- 16) KLÍMA, K. JIRÁSEK, J. a kol. *Pocta Jánů Gronskému.* Plzeň: Aleš Čeněk. 2008. 616 s. ISBN: 978-80-7380-094-9.
- 17) KLÍMA, K. *Komentář k Ústavě a Listině. 2 díl, rozšířené vyd.* Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. 2009. 1448 s. ISBN: 978-80-7380-140-3.
- 18) KOLDINSKÁ, K. *Sociální právo.* Praha: C.H.Beck. 2007. 176 s. ISBN: 978-80-7179-620-6.
- 19) KRATOCHVÍL, J. *Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv a Mezinárodním paktu o občanských a politických právech.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. 2010. 224 s. ISBN: 978-80-87146-38-5.
- 20) KRATOCHVÍL, J. *Test racionality: skutečně vhodný test pro sociální práva?* Právník. 2016, č. 2, s. 52-74. ISSN 0231-6625.
- 21) KRÝSOVÁ, Z. KRÝSA, I. *Zákon o ochraně veřejného zdraví. Komentář.* Praha: Wolters Kluwer ČR. 2016. 279 s. ISBN: 978-80-7552-070-8.
- 22) NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění.* Praha: Grada publishing. 2008. 240 s. ISBN: 978-80-247-6378-1.
- 23) POLICAR, R. TĚŠINOVÁ, J., ŽDÁREK, R. *Medicínské právo.* Praha: C. H. Beck. 2011. 414 s. ISBN: 978-80-7400-050-8.
- 24) PTÁČEK, R. a kol. *Lege artis v medicíně.* Praha: Grada publishing. 2013. 232 s. ISBN: 978-80-247-5126-9.

- 25) ŠTURMA, P. *Pojem a teorie lidských práv*. Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. 2013. 199 s. ISBN: 978-80-87146-77-4.
- 26) TOMOSZEK, M. *Esenciální obsah základních práv jako součást podstatných náležitostí demokratického právního státu*. *Jurisprudence* 2015, č. 2, s. 3-15. ISSN 1802-3843.
- 27) TRÖSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. vydání. Praha: C. H. Beck. 2013. 320 s. ISBN: 978-80-7400-473-5.
- 28) VYHNÁNEK, L. *Proporcionálně či jinak? Problém ústavního přezkumu zásahů do sociálních práv*. *Časopis pro právní vědu a praxi*. 2014, roč. XXII, č. 3, s. 203-221. ISSN 1210-9126.
- 29) WAGNEROVÁ, E. a kol. *Listina základních práv a svobod. Komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR. 2012. 971 s. ISBN: 978-80-7357-750-6.
- 30) ZDOBINSKÝ, S. a kol. *Československá ústava: komentář*. Praha: Panorama. 1988. 519 s.

### České právní předpisy

- 31) Ústavní zákon č. 150/1948 Sb., Ústava Československé republiky. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 2. 9. 2016].
- 32) Zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči, ve znění pozdějších předpisů. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 2. 9. 2016].
- 33) Zákon č. 86/1950 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 2. 9. 2016].
- 34) Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 10. 10. 2016].
- 35) Ústavní zákon č. 100/1960 Sb., Ústava Československé socialistické republiky. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 5. 8. 2016].

- 36) Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 2. 9. 2016].
- 37) Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, ve znění zákona č. 162/1998 Sb.
- 38) Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 10. 9. 2016].
- 39) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 15. 9. 2016].
- 40) Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 15. 9. 2016].
- 41) Zákon č. 76/2002 Sb., o integrované prevenci a omezování znečištění, o integrovaném registru znečišťování a o změně některých zákonů (zákon o integrované prevenci), ve znění pozdějších předpisů. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 10. 10. 2016].
- 42) Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotního pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 6. 8. 2016].
- 43) Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 6. 8. 2016].
- 44) Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 6. 8. 2016].
- 45) Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 6. 8. 2016].

- 46) Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 6. 8. 2016].
- 47) Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
- 48) Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
- 49) Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky.
- 50) Zákon č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů.
- 51) Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů.

### **Česká judikatura**

- 52) Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 5. 5. 1999, sp. zn. Pl. ÚS 23/98. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 2. 5. 2016].
- 53) Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 10. 7. 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 2. 5. 2016].
- 54) Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 4. 6. 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 2. 5. 2016].
- 55) Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20. 5. 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 2. 5. 2016].
- 56) Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 23. 4. 2008, sp. zn. Pl. ÚS 2/08. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 2. 5. 2016].
- 57) Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20. 6. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 13. 8. 2016].
- 58) Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 22. 10. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 10. 10. 2016].

### **Slovenské právní předpisy a judikatura**

- 59) Ústavný zákon č. 460/1992 Zb., Ústava Slovenskej republiky.
- 60) Zákon č. 277/1994 Zb., o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.
- 61) Zákon č. 98/1995 Zb. o Liečebnom poriadku, v znení neskorších predpisov.
- 62) Nariadenie vlády č. 722/2004 Zb., o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

- 63) Zákon č. 576/2004 Zb., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v znení neskorších predpisov.
- 64) Zákon č. 577/2004 Zb., o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, v znení neskorších predpisov.
- 65) Zákon č. 578/2004 Zb., o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v znení neskorších predpisov.
- 66) Nález Ústavného súdu Slovenskej republiky sp. zn. Pl. ÚS 38/03, ze dne 30. 11. 2006.

### **Ostatní**

- 67) Sdělení Federálního ministerstva zahraničních věcí č. 209/1992 Sb., o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod ve znění protokolů č. 3, 5 a 8, ve znění sdělení č. 41/1996 Sb., č. 243/1998 Sb., č. 114/2004 Sb. m. s. a č. 48/2010 Sb. m. s.
- 68) Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.
- 69) Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech. In: *OSN* [online]. OSN, 1966 [cit. 10. 9. 2016]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/mezinarodni-pakt-o-hospodarskych-socialnich-a-kulturnich-pravech.pdf>.
- 70) Constitution of the World Health Organization. [online]. Světová zdravotnická organizace [cit. 25. 9. 2016]. Dostupné z: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
- 71) Důvodová zpráva k návrhu zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 10. 9. 2016].
- 72) Důvodová zpráva k zákonu č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 15. 9. 2016].
- 73) Důvodová zpráva k zákonu 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. In: Beck-online [online právní informační systém]. C. H. Beck [cit. 17. 9. 2016].

74) Dôvodová správa k návrhu Slovenskej národnej rady z 22. novembra 1990 na vydanie ústavného zákona, ktorým sa vyhlasuje Listina základných práv a slobôd. In: Tisk č. 330 [online] Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 20. 8. 2016]. Dostupné z: [http://www.psp.cz/eknih/1990fs/tisky/t0330\\_01.htm](http://www.psp.cz/eknih/1990fs/tisky/t0330_01.htm).