

MASARYKOVA UNIVERZITA

PRÁVNICKÁ FAKULTA

OBOR PRÁVO A PRÁVNÍ VĚDA

KATEDRA FINANČNÍHO PRÁVA A NÁRODNÍHO HOSPODÁŘSTVÍ



Diplomová práce

ZDRAVOTNÍ PÉČE A MODELY JEJÍHO FINANCOVÁNÍ

Lenka Leckéšiová

Brno 2015/2016

Čestné prohlášení

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Zdravotní péče a modely jejího financování“ zpracovala sama. Veškeré prameny a zdroje informací, které jsem použila k sepsání této práce, byly citovány v poznámkách pod čarou a jsou uvedeny v seznamu použitých pramenů a literatury.“

V Brně dne 28. března 2016

.....
Lenka Leckéšiová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala panu JUDr. Ing. Liboru Kynclovi, Ph.D., za jeho odbornou pomoc, vedení a čas, které mi při zpracování diplomové práce poskytl, a dále panu JUDr. Radkovi Policarovi, legislativnímu náměstkovi Ministerstva zdravotnictví České republiky, za jeho cenné rady a vstřícný přístup při konzultaci mé práce. Poděkování patří také mým nejbližším, zejména pak mým rodičům, za jejich podporu a trpělivost během mých studií.

Abstrakt

Tato diplomová práce pojednává o zdravotní péči a o často diskutovaných modelech jejího financování. Práce si klade za cíl potvrdit nebo vyvrátit zadanou hypotézu, zda „*mohou podmínky financování zdravotní péče výrazně zvýhodnit nebo znevýhodnit některá zdravotnická zařízení podle právní formy zdravotnického zařízení, jeho zřizovatele a smluvních vztahů, které má zdravotnické zařízení se zdravotními pojišťovnami, popř. s jinými subjekty*“.¹ Dále se zaměřuje na zmapování existujících modelů financování zdravotní péče v rámci českého systému zdravotnictví, přičemž se soustředí a blíže se zabývá toliko vybranými stěžejními zdroji, a to jak veřejného, tak soukromého charakteru. Součástí závěrečné kapitoly práce je rovněž návrh de lege ferenda, jenž představuje další možný zdroj financování zdravotní péče v České republice.

Klíčová slova

Financování zdravotní péče, modely financování zdravotní péče, veřejné zdravotní pojištění, zdravotní pojišťovna, soukromé zdravotní pojištění, poskytovatel zdravotních služeb

¹ S ohledem na terminologické změny v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, se pro účely zadané hypotézy pod pojmem zdravotnické zařízení rozumí poskytovatel zdravotních služeb ve smyslu ustanovení § 2 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., který bude dále v práci užíván.

Abstract

This diploma thesis deals with health care and models of its financing that are often discussed. The aim of the diploma thesis is to confirm or disprove the hypothesis if the terms of financing of health care could significantly give an advantage or disadvantage to some medical service providers depending on their legal form, founder and contractual relationships between providers and health insurance companies or others. The diploma thesis also focuses on analysis of existing financing models of health care within the Czech health care system while focusing only on selected key public as well as private sources. A part of the closing chapter of this diploma thesis is suggestion of de lege ferenda solution which represents another possible source of financing of health care in the Czech Republic.

Key words

Financing of health care, models of financing of health care, public health insurance, health insurance company, private health insurance, medical care provider

Obsah

Úvod.....	7
1 Základní souvislosti v rámci systému zdravotnictví a jeho financování	11
1.1 Zdraví	11
1.2 Zdravotnictví, zdravotní péče a služby	14
1.3 Modely financování zdravotnictví	16
1.4 Veřejné zdravotní pojištění a zdravotní pojišťovny	18
2 Zdravotní péče a její poskytování	22
2.1 Pacient	22
2.2 Poskytovatel zdravotních služeb	23
2.2.1 Dělení poskytovatelů zdravotních služeb podle jejich zřizovatele.....	25
2.2.2 Dělení poskytovatelů zdravotních služeb podle jejich právní formy	26
2.3 Zdravotnické zařízení	30
2.4 Jednotlivé druhy a formy zdravotní péče	31
3 Veřejné zdravotní pojištění jako primární zdroj financování zdravotní péče.....	37
3.1 Zdroje příjmů zdravotních pojišťoven, jejich výše a přerozdělování	41
3.2 Výdaje zdravotních pojišťoven a jejich výše	46
3.3 Rozsah zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění	48
3.4 Úhrada zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění	51
4 Vybrané sekundární zdroje financování zdravotní péče soukromého charakteru ...	59
4.1 Finanční spoluúčast pacientů na financování zdravotní péče	59
4.2 Regulační poplatky jako zdroj financování zdravotní péče	63
4.3 Soukromé zdravotní pojištění jako návrh de lege ferenda	68
Závěr	71
Seznam použitých zkratk	76
Seznam použité literatury a zdrojů	77
Seznam tabulek	90

Úvod

„Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství je bezcenné a důvtip bezmocný.“²

- Herakleitos z Efesu -

Zdraví je základním předpokladem pro plnohodnotný a kvalitní život, ačkoli je v dnešní hektické době chápáno spíše jako prostředek k realizaci životních plánů nežli jako primární cíl. Jeho význam a hodnotu velmi přiléhavě vyjadřuje citát Herakleita z Efesu, z něž plyne nutnost o zdraví pečovat. Sic zdraví *„není vším, vše ostatní je bez něj ničím.“³*

Za účelem zajištění poskytování kvalitní a zároveň dostupné zdravotní péče je nezbytné zvolit vhodný způsob jejího financování, jenž zajistí fungování zdravotnictví jako systému. Způsob financování je nicméně zpravidla ovlivněn nestálou politickou situací, a tak dochází k jeho častým změnám, které jsou spojeny s politickou orientací vládnoucí skupiny.

Tématem této diplomové práce je proto často diskutovaná Zdravotní péče a modely jejího financování. Práce si klade za cíl potvrdit či vyvrátit zadanou hypotézu, zda *„mohou podmínky financování zdravotní péče výrazně zvýhodnit nebo znevýhodnit některá zdravotnická zařízení podle právní formy zdravotnického zařízení, jeho zřizovatele a smluvních vztahů, které má zdravotnické zařízení se zdravotními pojišťovnami, popř. s jinými subjekty“⁴*, a zároveň zmapovat existující modely financování zdravotní péče v rámci českého systému zdravotnictví.

² ZDRAVÍ 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 1. října 2015]

³ MAHLER, H. Health for All or Hell for All? The Role of Leadership in Health Equity. *Journal of Humanitarian Medicine* [online]. 2003, vol. III, no. 4, s. 43 [cit. 5. září 2015]

⁴ S ohledem na terminologické změny v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, se pro účely zadané hypotézy pod pojmem zdravotnické zařízení rozumí poskytovatel zdravotních služeb ve smyslu ustanovení § 2 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., který bude dále v práci užíván.

Za účelem dosažení vytyčeného cíle a jako prostředek k zformování elementárního textu práce je užívána zejména deskriptivní a analytická metoda. S ohledem na značnou obsáhlost tématu financování zdravotní péče, do nějž spadají nejen otázky právního a finančního charakteru, ale také otázky medicínské, není cílem této diplomové práce vyčerpávající syntéza, ale snaha přiblížit deskriptivní a analytické poznatky, stejně tak jako dílčí závěry, ohledně vybraných stěžejních zdrojů financování zdravotní péče a služeb, jejich podílu a významu na fungování systému zdravotnictví v České republice se zaměřením na potvrzení či vyvrácení zadané hypotézy. Proto se tato práce zabývá toliko některými vybranými zdroji financování zdravotní péče a služeb, jejichž význam je značný, a jiné pouze okrajově zmiňuje, popřípadě se jim nevěnuje vůbec. Výběr těchto zdrojů spočívá v myšlence znázornění podílu veřejných a soukromých zdrojů na financování zdravotní péče v České republice. Za účelem dosažení cíle práce, ale také s ohledem na její omezený rozsah, tak budou k bližšímu zkoumání vybrány pouze zdroje rozhodujícího charakteru reprezentující jak veřejnou, tak soukromou sféru.

Vedle výše zmiňované deskriptivní, analytické a syntetické metody je v příhodných částech práce využívána také metoda komparativní, a to jak z hlediska časového srovnání české právní úpravy, tak z hlediska místního srovnání financování zdravotní péče a služeb v České republice s některými vybranými státy světa.

Co se týče koncepce struktury, práce je členěna na dvě části, a to na část obecnou a na část zvláštní. Financováním zdravotní péče se nelze zabývat bez alespoň stručného vysvětlení pojmů, které se vážou k této problematice. Obecná část práce je proto věnována objasnění elementárních souvislostí v rámci systému zdravotnictví se zaměřením na explikaci základních pojmů týkajících se poskytování zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb. Jejich interpretace je nezbytná pro orientaci v textu práce a nutná také s ohledem na některé nedávné terminologické změny v legislativě související s tématem této diplomové práce.

První kapitola se proto zabývá obecnými souvislostmi v rámci systému zdravotnictví a přibližuje, pro práci stěžejní, pojem zdraví, zdravotnictví, zdravotní péče

a zdravotní služby. Dále se věnuje shrnutí a stručnému popisu čtyř základních, ve světě nejčastěji se vyskytujících, modelů financování zdravotnictví. Tato kapitola je zakončena obecnou charakteristikou systému veřejného zdravotního pojištění jako primárního zdroje financování zdravotní péče v České republice, jeho stručným vývojem a významem.

Následující, druhá, kapitola podrobněji rozebírá poskytování zdravotní péče a zaměřuje se na vysvětlení základních pojmů užívaných v této souvislosti. Zabývá se subjekty vztahu, který při poskytování zdravotní péče vzniká, tedy poskytovateli zdravotních služeb a jejich pacienty. S ohledem na zadanou hypotézu se tato kapitola blíže věnuje právním formám poskytovatelů zdravotních služeb a také jejich zřizovatelům. V neposlední řadě pak vyhrazuje prostory určené k poskytování zdravotní péče a služeb a popisuje také jednotlivé druhy a formy péče, které jsou v České republice poskytovány.

Zvláštní část práce se pak blíže zabývá vybranými zdroji financování zdravotních služeb, které charakterizují model financování fungující v České republice. Stěžejním je v této části veřejné zdravotní pojištění, kterému je, jako zdroji primárnímu, věnována kapitola třetí. Tato kapitola rozebírá základy fungování systému veřejného zdravotního pojištění a vzájemné vztahy jednotlivých subjektů v rámci něj vystupujících. Zabývá se jeho financováním, rozsahem zdravotních služeb hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění a popisuje možné způsoby úhrady zdravotních služeb z těchto prostředků.

Poslední, čtvrtá, kapitola je věnována vybraným sekundárním zdrojům financování zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb, jež mají soukromý charakter, tedy zdrojům významným, zejména však také velmi kontroverzním a nepopulárním. Tato kapitola se blíže zabývá finanční spoluúčastí pacientů na financování zdravotních služeb formou přímých úhrad z jejich vlastních finančních prostředků. Rozebírá situace, kdy se pacient podílí na úhradě poskytovaných zdravotních služeb, přičemž se zaměřuje zejména na péči z prostředků veřejného zdravotního pojištění nehrazenou a na nadstandardní služby, a to jak ve smyslu „hotelových služeb“, tak ve smyslu

nadstandardní varianty zdravotní péče. Část této kapitoly se věnuje také velmi specifické, ve své době velmi diskutované formě spoluúčasti pacientů na financování zdravotní péče a služeb, regulačním poplatkům, zejména pak jejich vývoji a významu. Závěr kapitoly představuje návrh de lege ferenda, který se týká soukromého zdravotního pojištění jako dalšího potenciálního zdroje financování zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb v České republice.

Hlavním podkladem pro zpracování této práce jsou zejména aktuálně platné a účinné právní předpisy spolu s jejich důvodovými zprávami, dále judikatura českých soudů, odborná literatura a články, a to jak v tištěné, tak elektronické podobě, stejně tak jako vyjádření, informace a data mezinárodních či národních institucí a orgánů. S ohledem na skutečnost, že je téma této diplomové práce zaměřeno na český systém zdravotnictví, podkladem pro její zpracování budou primárně prameny v českém jazyce, a to z důvodu nedostatku cizojazyčných publikací o českém systému zdravotnictví. Tyto publikace tak budou mít spíše doplňující charakter.

1 Základní souvislosti v rámci systému zdravotnictví a jeho financování

Financováním zdravotní péče se nelze zabývat bez alespoň základního objasnění pojmů souvisejících s touto problematikou. Následující kapitola je proto věnována stručnému vysvětlení elementárních, pro práci stěžejních, pojmů. Tato kapitola dále shrnuje a krátce popisuje čtyři základní, ve světě nejčastěji se vyskytující, modely financování zdravotnictví a je zakončena obecnou charakteristikou systému veřejného zdravotního pojištění jako primárního zdroje financování zdravotní péče v ČR.

1.1 Zdraví

Jedním z těchto, pro práci stěžejních, pojmů, který je nezbytné alespoň krátce vysvětlit, je pojem zdraví. Nejčastěji v literatuře zmiňovaná definice pojmu zdraví je definice zakotvená v Ústavě Světové zdravotnické organizace, podle níž je zdraví „*stav naprosté fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady*“.⁵ Bureš definuje zdraví jako potenciální vlastnost či schopnost vyrovnat se s působením vnitřního a také vnějšího prostředí bez narušení životních funkcí.⁶ Pokud hovoříme o zdraví veřejném, rozumí se jím zdravotní stav obyvatelstva, který určují přírodní, životní a pracovní podmínky a také způsob života.⁷

Zdraví je ideálním, nikoli však samozřejmým, stavem člověka. Zdravotní stav je velmi nestálý a podléhá vlivům celé řady biologických, sociálních, kulturních, ekologických či ekonomických faktorů. Velmi podstatný vliv na zdravotní stav má také vlastní jednání člověka, které, stejně tak jako ostatní zmiňované faktory, může zdraví buď prospívat, anebo naopak, škodit.⁸ Jedná se však o jeden z mála faktorů, který je

⁵ The Constitution of the World Health Organization. *who.int* [online]. World Health Organization [cit. 1. září 2015]

⁶ BUREŠ, R. *Úvod do teorie zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1960, 139 s.

⁷ § 2 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

⁸ The Ottawa Charter for Health Promotion (November 1986). *who.int* [online]. World Health Organization [cit. 1. září 2015]

poměrně ovlivnitelný a závisí na vlastní vůli daného jedince. Neopomenutelný a značný je rovněž vliv pramenící z úrovně zdravotnictví v daném místě.

Zdraví je základním předpokladem pro plnohodnotný a kvalitní život. Ačkoli je v dnešní hektické době chápáno spíše jako prostředek k realizaci životních plánů nežli jako prvotní cíl, každý si dříve či později uvědomí, že dobrý zdravotní stav je hlavním předpokladem pro osobní, sociální, ale i ekonomický rozvoj, a také důležitým faktorem ovlivňujícím kvalitu života.⁹

Pocit zdraví je však vnímán velmi subjektivně, a proto zdánlivě zdravý člověk objektivně vůbec nemusí být zdravý. Může trpět poruchou zdraví, která je označována jako nemoc. Holčík a Žáček nemoc vymezují jako zjistitelnou a klasifikovatelnou poruchu zdraví, která se vyznačuje jistými charakteristickými příčinami, průběhem a následky, a která je spojena se zdravotními potížemi pacienta.¹⁰ Za účelem kategorizace nemocí vytvořila Světová zdravotnická organizace Mezinárodní statistickou klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (ICD-10), která je pravidelně revidována a aktualizována.¹¹

Důležitou roli hraje ochrana zdraví. V ČR je jeho ochrana garantována již na ústavní úrovni, a to čl. 31 LZPS.¹² Ten zahrnuje jak právo na ochranu zdraví, které je garantováno každému, tak právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky (na základě veřejného zdravotního pojištění), jež naopak přísluší pouze občanům. Jedná se o práva spadající do skupiny práv sociálních, která jsou jako všechna základní práva a svobody veřejnými subjektivními právy vůči státu. U sociálních práv tak obecně převažuje komisivní povinnost státu. Ta spočívá zejména v jeho povinnosti zajistit nositeli základního práva určité plnění nebo službu.

⁹ The Ottawa Charter for Health Promotion (November 1986). *who.int* [online]. World Health Organization [cit. 1. září 2015]

¹⁰ HOLČÍK, J.; ŽÁČEK, A. *Sociální lékařství*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995, s. 25

¹¹ Aktuální verze pro rok 2016 je dostupná na webových stránkách Světové zdravotnické organizace.

¹² Čl. 31 LZPS: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“

Povinnost státu pečovat o veřejné zdraví je spojena již s vládou Marie Terezie. Ta nechala v r. 1753 vydat Generální zdravotní řád pro Království české. Ústavně pak byla tato povinnost státu vůbec poprvé v Evropě zakotvena německou ústavou r. 1919, v Československé republice pak o 29 let později, tedy r. 1948. Tehdejší § 29 Ústavy Československé republiky byl obsahově téměř totožný s dnešním čl. 31 LZPS, každému garantoval právo na ochranu zdraví a výhradně občanům pak právo na léčebnou péči.¹³

Právo na ochranu zdraví má dle čl. 31 věty první LZPS každý. Spolu s právem na život¹⁴ patří právo na ochranu zdraví mezi absolutní základní hodnoty. Odpovědnost za zajištění a naplnění tohoto základního práva přitom nese stát, který za tímto účelem přijímá adekvátní opatření – od vytváření podmínek pro dostupnost zdravotní péče a služeb až po zlepšování vnějších životních podmínek.¹⁵ Tato opatření jsou zmíněna také v čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech¹⁶, podle kterého „*státy, smluvní strany tohoto paktu, uznávají právo každého na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví, přičemž učiní opatření¹⁷ k dosažení plného uskutečnění tohoto práva.*“

Zdraví je zkrátka základ a proto nelze než souhlasit s myšlenkou Herakleita z Efesu¹⁸: „*Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství je bezcenné a důvtip bezmocný.*“¹⁹ Důležitost a význam zdraví podtrhl také prof. Halfdan Mahler, generální ředitel Světové zdravotnické organizace v letech 1973 až 1988²⁰,

¹³ WAGNEROVÁ, E. a kol. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha: Wolters Kluwer, 2012, s. 645

¹⁴ Čl. 6 odst. 1 LZPS

¹⁵ Nález Ústavního soudu ze dne 23. září 2008, sp. zn. Pl. ÚS 11/08

¹⁶ Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 120/1976 Sb., o Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

¹⁷ Jako například opatření ke zlepšení vnějších životních podmínek, hygienická opatření anebo opatření prevence.

¹⁸ 530-470 př. n. l.

¹⁹ ZDRAVÍ 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 1. října 2015]

²⁰ Former Directors-General. *who.int* [online]. World Health Organization [cit. 5. září 2015]

podle kterého: „*Health may not be everything but without health there is very little to well-being.*“²¹

1.2 Zdravotnictví, zdravotní péče a služby

Za účelem zajištění péče o zdraví vznikla soustava institucí, osob a prostředků, jejichž společným cílem je ochrana zdraví a snaha o zabezpečení poskytování zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb.²² Tato soustava tvoří systém zdravotnictví, který je součástí národního hospodářství a spadá do sektoru služeb, tedy sektoru terciárního.²³

Mezi stěžejní pojmy systému zdravotnictví patří, mnohdy nedostatečně odlišované, pojmy zdravotní péče a zdravotní služby. Jejich zákonnou definici²⁴, a tedy vzájemný vztah, upravují právní předpisy relativně krátkou dobu. Zatímco pojem zdravotní péče byl užíván již původní právní úpravou²⁵, nikoli však definován, pojem zdravotní služby je pojmem nově zavedeným zákonem o zdravotních službách.²⁶

Pokud jde o zdravotní péči, jedná se o pojem užší a její poskytování je tak možné pouze v rámci poskytování zdravotních služeb. Zdravotní péči se rozumí činnost a opatření, jejichž cílem je posoudit zdravotní stav pacienta, předejít, odhalit, popřípadě odstranit diagnostikovanou nemoc, udržet, obnovit a zlepšit zdravotní stav či život pacienta nebo alespoň zmírnit jeho utrpení, stejně tak jako poskytnout mu pomoc při reprodukci a porodu, a to prostřednictvím zdravotních výkonů²⁷ prováděných zdravotnickými pracovníky.²⁸ Zjednodušeně tedy lze zdravotní péči definovat jako poskytnutí preventivní, popřípadě potřebné, odborné lékařské péče zdravotnickými

²¹ MAHLER, H. Health for All or Hell for All? The Role of Leadership in Health Equity. *Journal of Humanitarian Medicine* [online]. 2003, vol. III, no. 4, s. 43 [cit. 5. září 2015]

²² The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth (June 2008). *who.int* [online]. World Health Organization [cit. 11. března 2016]

²³ GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, s. 26

²⁴ § 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

²⁵ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

²⁶ Zákon č. 372/2011 Sb.

²⁷ Zdravotními výkony se dle ustanovení § 2 odst. 4 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb. rozumí například výkony preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační či ošetrovatelské.

²⁸ § 2 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb.

pracovníky za účelem zjištění zdravotního stavu pacienta či jeho zlepšení – jedná se zkrátka o péči o pacientovo zdraví.

Zákon zdravotní péči dále dělí a vymezuje její jednotlivé druhy a formy²⁹, a to zejména z důvodu spojení specifických práv a povinností s konkrétním druhem či formou poskytované zdravotní péče. Rozlišení zdravotní péče na dílčí druhy a formy hraje roli rovněž v rámci udělování oprávnění k poskytování zdravotních služeb³⁰ a projevuje se také ve financování jejího poskytování.

Zdravotní péče může být pacientovi poskytnuta ve formě ambulantní, jednodenní, lůžkové anebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta³¹, zatímco druhy zdravotní péče zákon dělí z hlediska časové naléhavosti³² a z hlediska účelu³³ poskytnutí zdravotní péče. O konkrétních druzích a formách bude blíže pojednáno v následující kapitole.

Pokud jde o pojem zdravotní služby, rovněž tento je pro přehlednost zákonem definován.³⁴ Mimo poskytování zdravotní péče se zdravotními službami rozumí například také služby konzultační, zdravotnická záchranná či dopravní služba, ale také specifické zdravotní služby³⁵ či zdravotní služby podle transplantačního zákona³⁶ a zákona o umělém přerušení těhotenství³⁷.

²⁹ § 5 a § 6 zákona č. 372/2011 Sb.

³⁰ Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), sněmovní tisk 405/0 (VI. volební období, 2011). *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 22. listopadu 2015]

³¹ § 6 zákona č. 372/2011 Sb.

³² § 5 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.

³³ § 5 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb.

³⁴ § 2 odst. 2 a 3 zákona č. 372/2011 Sb.

³⁵ Podle zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

³⁶ Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

³⁷ Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

Zákonné definice obou pojmů byly zákonem zavedeny za účelem zabránění poskytování zdravotních služeb mimo režim zákona o zdravotních službách³⁸ a za účelem snadnějšího rozlišení, zda určitá činnost je anebo není zdravotní péčí, a tedy zda daný subjekt potřebuje oprávnění k poskytování zdravotní péče či nikoli.³⁹

1.3 Modely financování zdravotnictví

Za účelem zajištění poskytování kvalitní a zároveň dostupné zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb je nezbytné zvolit vhodný způsob jejich financování, který zajistí fungování zdravotnictví jako systému. Způsob financování je zpravidla ovlivněn nestálou politickou situací. V rámci systému zdravotnictví tak dochází k častým změnám, zejména právě v oblasti jeho financování, a to v návaznosti na politickou orientaci vládnoucí skupiny.

Modely financování zdravotnictví, tedy způsoby, jakými jsou zdravotní péče a ostatní služby financovány, se v různých zemích liší a jejich kombinace je rozličná.⁴⁰ Souvisí zejména se specifickými potřebami, prioritami, historickým či například demografickým kontextem v dané zemi.⁴¹ Dá se však říci, že existují čtyři základní, nejčastěji se vyskytující modely financování⁴², kdy jeden z nich je zpravidla modelem primárním, další jej pak obvykle doplňují.

Historicky prvotním modelem je systém spočívající v přímých úhradách pacientů za poskytnutou zdravotní péči a služby, který má již v dnešní době ve většině vyspělých států pouze doplňkový charakter⁴³ a spoluúčast pacientů je tak mnohem nižší, než tomu bylo dříve.⁴⁴ Hlavním důvodem mnohem menšího výskytu tohoto modelu jsou

³⁸ Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), sněmovní tisk 405/0 (VI. volební období, 2011). *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 22. listopadu 2015]

³⁹ Tamtéž.

⁴⁰ BLANK, op. cit., s. 74

⁴¹ The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth (June 2008). *who.int* [online]. World Health Organization [cit. 11. března 2016]

⁴² BLANK, op. cit., s. 13

⁴³ BARTÁK, M. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2012, s. 50

⁴⁴ Jak je uvedeno dále, výjimku představují např. Spojené státy americké, kde podíl veřejných výdajů na zdravotnictví představuje méně než 50%.

obrovské výdaje, které poskytování zdravotní péče a ostatních služeb vyžaduje, a tak je pro jednotlivce téměř nemožné zaplatit z vlastních finančních prostředků byt' jen základní zdravotní péči.⁴⁵

Riziko těchto nečekaných a vysokých výdajů na zdravotní služby je však možné přenést na třetí subjekt. Tím je zdravotní pojišťovna. Model postavený na systému veřejného zdravotního pojištění, z jehož prostředků jsou zdravotní péče a ostatní služby primárně hrazeny, je, v ČR klíčový, Bismarckův model. Zdravotní pojišťovna, na níž bylo riziko výdajů přeneseno, je připravena k úhradě pojištění poskytnutých zdravotních služeb z prostředků systému veřejného zdravotního pojištění za předpokladu, že se jedná o služby z těchto prostředků hrazené. S ohledem na množství pojištěnců a na finanční náročnost poskytované zdravotní péče a služeb jsou zdravotní pojišťovny povinny vytvářet také rezervy finančních prostředků právě pro zajištění dostatku financí v tomto systému.⁴⁶

Dalším modelem je tzv. Beveridge model, který spočívá ve financování zdravotních služeb z daňových výnosů.⁴⁷ Výše finančních prostředků pro úhradu zdravotních služeb je tak závislá na výši vybraných daní. Tento model má původ ve Velké Británii, kde funguje dodnes tzv. National Health Service (NHS)⁴⁸ zajišťující dostupnost a bezplatnost⁴⁹ zdravotní péče všem svým obyvatelům.⁵⁰

V mnoha vyspělých zemích jsou možným zdrojem financování zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb také prostředky ze systému soukromého zdravotního pojištění.⁵¹ Při jeho sjednávání jsou zohledňovány rizikové faktory jako věk či zdravotní stav zájemce o pojištění, čímž se významně liší od systému veřejného zdravotního

⁴⁵ BARTÁK, op. cit., s. 50

⁴⁶ A to v souladu s ustanovením § 7 odst. 1 písm. b) zákona č. 551/1991 Sb., o VZP ČR, ve znění pozdějších předpisů, a § 16 odst. 1 písm. b) zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších ZP, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

⁴⁷ LAMAIRE, N. et al. Healthcare Systems – An International Review: An Overview. In: *Nephrology Dialysis Transplantation*. *oxfordjournals* [online]. 1999, vol. 14, no. 6, s. 5 [cit. 7. března 2016]

⁴⁸ National Health Service tvoří NHS zvlášť pro Anglii, Skotsko, Wales a Severní Irsko.

⁴⁹ Až na několik výjimek, například v oblasti stomatology.

⁵⁰ About the National Health Service (NHS). *nhs.uk* [online]. The National Health Service [cit. 3. února 2016]

⁵¹ PEKOVÁ, op. cit., s. 309

pojištění, které tyto faktory při jeho sjednávání a při stanovení výše pojistného nebere v potaz.⁵² Blíže bude o systému soukromého zdravotního pojištění pojednáno v rámci kapitoly 4.

Jak již bylo řečeno, zdravotní péče a ostatní zdravotní služby jsou zpravidla financovány z několika zdrojů a jinak tomu není ani v ČR. Zde jsou primárním zdrojem jednoznačně finanční prostředky systému veřejného zdravotního pojištění. Doplňující charakter pak mají finanční prostředky ze státního a územních rozpočtů, které tvoří výnosy z daní⁵³, a také soukromé finanční prostředky pojištěnců.⁵⁴ Minimální podíl pak mohou tvořit také dary, granty⁵⁵, investiční nebo provozní příspěvky zřizovatelů anebo například reinvestice pronajímatelů zdravotnických zařízení.

Přesto, že se modely financování, nejen v ČR, ale také v jiných zemích světa, často mísí⁵⁶, jednoznačným cílem všech je zajištění kvalitní odborné lékařské péče dostupné pro všechny.⁵⁷

1.4 Veřejné zdravotní pojištění a zdravotní pojišťovny

Jak již bylo naznačeno v rámci předchozích podkapitol, primárním zdrojem financování zdravotnictví v ČR je systém veřejného zdravotního pojištění. Existence tohoto systému je zakotvena již na úrovni ústavní, a to čl. 31 LZPS, podle kterého mají občané právo na bezplatnou zdravotní péči a také na zdravotní pomůcky (za podmínek, které stanoví zákon) právě na základě veřejného zdravotního pojištění. Ustanovení tak ukládá státu povinnost zavedení a zajištění provozování systému veřejného zdravotního pojištění, jehož prostřednictvím svým občanům zajistí rovný a spravedlivý přístup ke zdravotní péči a službám náležité kvality.⁵⁸

⁵² NĚMEC, op. cit., s. 77

⁵³ ALEXA, J. et al. Czech Republic: Health System Review. *Health Systems in Transition* [online]. 2015, vol. 17, no. 1, s. 55 [cit. 5. února 2016]

⁵⁴ ALEXA, 2015, op. cit., s. 52

⁵⁵ Granty lze získat například od Interní grantové agentury MZ ČR či prostřednictvím regionálních operačních programů se zaměřením na zdravotnictví.

⁵⁶ Jeden z nich však většinou převažuje.

⁵⁷ KŘEPELKA, op. cit., s. 49

⁵⁸ Usnesení Ústavního soudu ze dne 5. května 1999, sp. zn. Pl. ÚS 23/98

Aktuální model financování zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb v ČR je založen právě na obligatorním zákonném zdravotním pojištění⁵⁹, které je subsystémem systému sociálního pojištění.⁶⁰ Vždy tomu tak ale nebylo.⁶¹ V roce 1951 došlo ke zrušení systému národního pojištění⁶², který byl v ČR znovu obnoven až v průběhu let 1992 a 1993⁶³, a stal se tak namísto státního rozpočtu hlavním zdrojem, z jehož prostředků je zdravotnictví financováno.⁶⁴ Model financování zdravotnictví, pro nějž je charakteristické financování právě prostřednictvím povinně odváděného pojistného do systému veřejného zdravotního pojištění, který je provozován zdravotními pojišťovnami, se označuje jako tzv. Bismarckův model.⁶⁵

Veřejné zdravotní pojištění lze charakterizovat jako všeobecně platné pojištění sloužící k zajištění financování zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb, které byly pojištěncům, tedy osobám pojištěným, poskytnuty. Zdravotní pojištění je všeobecné, jelikož pojištěnci nejsou pouze jisté skupiny fyzických osob, ale veškeré fyzické osoby, které se na území ČR trvale zdržují, tedy žijí zde nebo pracují. Veřejné zdravotní pojištění, resp. účast na něm, je zákonem uloženou povinností nezávislou na vůli jednotlivce.⁶⁶ Ke dni 31. prosince 2014 bylo v ČR evidováno 10,4 mil. pojištěnců, přičemž 5,97 mil. z nich představovali pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny.⁶⁷

Systém veřejného zdravotního pojištění je postaven na tzv. principu sociální solidarity pojištěnců. Tento princip se vyznačuje solidaritou občanů s vyššími příjmy, kteří přispívají do systému veřejného zdravotního pojištění vyššími částkami, s občany s

⁵⁹ JANEČKOVÁ, H.; HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 125

⁶⁰ VANČUROVÁ, A.; KLAZAR, S. *Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky*. 2. vyd. Praha: ASPI, 2008, s. 20

⁶¹ K tomu blíže EXTER, A. *Health Care Law-making in Central and Eastern Europe: Review of a Legal-Theoretical Model*. Antwerp: Intersentia, 2002, s. 165-166

⁶² K tomu blíže MARRÉE, J.; GROENEWEGEN, P. *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition* [online]. England: Ashgate Publishing Company Ltd., 1997, s. 52-53 [cit. 11. března 2016]

⁶³ NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 190

⁶⁴ GLADKIJ, op. cit., s. 77

⁶⁵ NĚMEC, op. cit., s. 20

⁶⁶ GREGOROVÁ, Z.; GALVAS, M. *Sociální zabezpečení*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, s. 162

⁶⁷ Souhrnné hodnocení vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2014. *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 1. února 2016]

příjmy nižšími, jejichž příspěvky jsou poměrně nižší. Solidaritu v rámci systému veřejného zdravotního pojištění charakterizuje také solidarita zdravých pojištěnců s těmi nemocnými, kdy zdravý občan z pojistných fondů nečerpá žádné prostředky, popřípadě čerpá pouze částky minimální, kdežto nemocný občan, jehož výdaje na zdravotní péči jsou mnohem vyšší, čerpá z pojistných fondů více finančních prostředků.⁶⁸ Solidarita se projevuje také ve vztahu mezi mladšími a staršími pojištěnci.⁶⁹

Veřejné zdravotní pojištění je ovládáno zásadou svobodné volby zdravotní pojišťovny.⁷⁰ Ty jsou samostatnými subjekty hospodařícími s finančními prostředky systému veřejného zdravotního pojištění.⁷¹ Jedná se o instituce, které inkasují pojistné, z něž následně, zpravidla na základě smlouvy uzavřené s příslušným poskytovatelem zdravotních služeb, hradí výdaje, které poskytovateli zdravotních služeb vznikly při poskytování konkrétní zdravotní péče či jiných služeb pojištěnci. Stát tak na zdravotní pojišťovny přenesl svou odpovědnost za dodržení a naplnění některých LZPS⁷² garantovaných práv.⁷³

S právem volby zdravotní pojišťovny souvisí též právo na její změnu. Změnu zdravotní pojišťovny však nelze provést kdykoli, obecně vždy jen jednou v průběhu 12 měsíců, a to k 1. dni kalendářního pololetí. Zákon umožňuje pojištěnci změnit zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší, to však pouze ve stanovených případech.⁷⁴ O tom, že možnost změny zdravotní pojišťovny je pojištěnci využívána v nemalé míře, svědčí přehled zpracovaný MZ, který reflektuje změny počtu pojištěnců ZP v období od

⁶⁸ BLANK, R.; BURAU, V. *Comparative Health Policy*. 2 ed. New York: Palgrave Macmillan, 2007, s. 69-70

⁶⁹ PEKOVÁ, J.; PILNÝ, J.; JETMAR, M. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 2. přepracované vyd. Praha: ASPI, 2005, s. 309

⁷⁰ § 11 odst. 1 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

⁷¹ GREGOROVÁ, op. cit., s. 162

⁷² Zejména čl. 31 LZPS

⁷³ VODIČKA, G. Zamyšlení nad deseti lety zdravotního pojištění v České republice. *Zdravotnictví a právo*. 2001, roč. 5, č. 10, s. 10

⁷⁴ § 11a zákona č. 48/1997 Sb.

1. ledna 2015 do 1. ledna 2016.⁷⁵ Ke změnám dochází zejména z důvodu různorodé nabídky benefitů, které jsou ze strany zdravotních pojišťoven pojištěncům nabízeny. Každý si tak může vybrat zdravotní pojišťovnu, jíž nabízené výhody jsou pro něj atraktivnější a s ohledem na jeho zdravotní stav také

Co se týče počtu zdravotních pojišťoven v ČR, jde o poměrně proměnlivé číslo. V r. 1995, tedy pár let po zavedení systému veřejného zdravotního pojištění, v ČR fungovalo na 27 zdravotních pojišťoven⁷⁶, přičemž aktuálně mají pojištěnci možnost vybírat ze 7 pojišťoven⁷⁷, což je, například ve srovnání se sousedním Polskem, kde se Bismarckův systém zdravotního pojištění založený na pluralitě zdravotních pojišťoven neuchytil⁷⁸, stále poměrně vysoké číslo. V Polsku má monopol na správu vyinkasovaných odvodů veřejná instituce⁷⁹, tzv. Narodowy Fundusz Zdrowia.⁸⁰

⁷⁵ K tomu blíže Změny počtu pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven mezi 1. lednem 2015 a 1. lednem 2016 po krajích. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 10. března 2015]

⁷⁶ BRYNDOVÁ, L. et al. Czech Republic: Health System Review. *Health Systems in Transition* [online]. 2009, vol. 11, no. 1, s. 90 [cit. 8. března 2016]

⁷⁷ Zdravotní pojišťovny. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 27. února 2015]

⁷⁸ RADZIWIŃ, K. Problémy polského zdravotnictví. *Tempus Medicorum* [online]. 2016, roč. 25, č. 1, s. 19 [cit. 6. února 2016]

⁷⁹ KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. 1. vyd. Praha: LexisNexis, 2004, s. 53

⁸⁰ Narodowy Fundusz Zdrowia. *nfz.gov.pl* [online]. Narodowy Fundusz Zdrowia [cit. 20. února 2016]

2 Zdravotní péče a její poskytování

Zdravotní péči lze simplifikovaně definovat jako poskytnutí preventivní, popřípadě nezbytné, odborné lékařské péče zdravotnickými pracovníky za účelem zjištění zdravotního stavu pacienta či jeho zlepšení.

Jak je uvedeno v předchozí kapitole, právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného zdravotního pojištění je garantováno již na ústavní úrovni, a to čl. 31 LZPS. Jeho garance je však omezena, a to pouze na občany ČR, na rozdíl od výše uváděného práva na ochranu zdraví, které dle znění LZPS náleží každému. S ohledem na skutečnost, že poskytování zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb lze podřadit pod výše zmiňovanou ochranu zdraví, nelze tvrdit, že by byla zdravotní péče poskytována pouze občanům ČR. Zdravotní péče bude poskytnuta každému, kdo se nachází na území ČR, rozdíl však bude spočívat v její úhradě. Zatímco českým občanům bude zdravotní péče poskytnuta bezplatně, respektive bez přímé úhrady, po ostatních je naopak možné za poskytnutou zdravotní péči požadovat její přímou úhradu.

Následující kapitola je věnována bližšímu objasnění základních pojmů užívaných v souvislosti poskytováním zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb. Zabývá se otázkou komu, kým a kde mohou být různé druhy a formy zdravotní péče poskytovány.

2.1 Pacient

Pojmem, který je velmi frekventovaný a užívaný, a to jak laiky, tak odbornou veřejností, je, dnes již zákonem definovaný, pojem pacient. Zákon označuje jako pacienta fyzickou osobu, které je poskytována zdravotní péče či ostatní zdravotní služby⁸¹ - mezi pacientem a poskytovatelem zdravotních služeb tedy vzniká

⁸¹ § 3 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.

soukromoprávní vztah.⁸² Přesto, že se jedná o vztah soukromoprávního charakteru, kontraktační svoboda stran je velmi omezena rozsáhlou veřejnoprávní regulací.⁸³

S ohledem na výše zmiňovanou zákonnou definici je osoba pacienta velmi často přirovnávána, v některých případech dokonce subsumována, pod pojem spotřebitel.⁸⁴ Také podle judikatury ÚS nelze přehlížet, že je pacient slabší stranou při sjednávání podmínek léčebného postupu. Poskytuje-li právní úprava ochranu spotřebiteli v oblasti závazkových právních vztahů majících materiální podstatu, tím spíše musí poskytovat ochranu pacientovi, v jehož případě jde o hodnoty podstatnější.⁸⁵

Za pacienta je vesměs považována pouze nemocná osoba, které je, s přihlédnutím k diagnostikované nemoci, poskytována zdravotní péče a ostatní zdravotní služby vhodné pro její léčbu. Nicméně také zdravá osoba může být pacientem ve smyslu zákonné definice tohoto pojmu, jak uvádí důvodová zpráva.⁸⁶ Zdravotní služby totiž nespočívají pouze v léčbě diagnostikované nemoci, ale také například v poradenství či preventivních prohlídkách. Zohlednění jedinečnosti pacienta je přitom základem poskytování zdravotní péče na dobré úrovni.⁸⁷

2.2 Poskytovatel zdravotních služeb

K poskytování zdravotní péče, jakož i ostatních zdravotních služeb pacientům, je však kompetentní pouze osoba⁸⁸ mající oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Tuto zákon označuje jako poskytovatele zdravotních služeb.⁸⁹ Na rozdíl od zdravotnického zařízení, které je pouze prostorem k poskytování zdravotních služeb⁹⁰, disponuje poskytovatel zdravotních služeb právní subjektivitou a je tedy nositelem práv

⁸² TĚŠINOVÁ, J.; ŽDÁREK, R.; POLICAR, R. *Medicínské právo*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2011, s. 4

⁸³ Nález Ústavního soudu ze dne 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13

⁸⁴ Srov. DOLEŽAL, T.; DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde Praha, 2007, s. 75

⁸⁵ Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11

⁸⁶ Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), sněmovní tisk 405/0 (VI. volební období, 2011). *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 22. listopadu 2015]

⁸⁷ NĚMEC, op. cit., s. 81

⁸⁸ Ať už fyzická nebo právnická

⁸⁹ § 2 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.

⁹⁰ Viz následující kapitola

a povinností plynoucích z poskytování zdravotních služeb.⁹¹ Terminologické odlišení těchto dvou pojmů je však novinkou zavedenou zákonem o zdravotních službách.⁹² Dříve byla terminologie omezena toliko na pojem zdravotnické zařízení, který byl užíván dvojznačně – jak ve smyslu prostor k poskytování zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb, tak ve smyslu dnes užívaného pojmu poskytovatel zdravotních služeb.⁹³

K poskytování zdravotních služeb musí být jejich poskytovateli uděleno oprávnění⁹⁴, v němž je stanoven rozsah zdravotních služeb, které je poskytovatel oprávněn poskytovat.⁹⁵ Až na výjimky⁹⁶ mohou být tyto zdravotní služby poskytovány jen ve zdravotnických zařízeních, a to v místech, která jsou uvedena v oprávnění⁹⁷, pouze osobami způsobilými k výkonu zdravotnických povolání či k výkonu činností s poskytováním zdravotních služeb souvisejících.⁹⁸ Poskytování služeb prostřednictvím osob k této činnosti nezpůsobilých může vést až k odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb.⁹⁹

S tím souvisí jedna ze základních povinností poskytovatele ve vztahu k pacientovi. Tou je zajištění poskytování zdravotní péče a ostatních služeb na odborné úrovni, tzv. *lege artis* postup.¹⁰⁰ Jelikož je lékař tímto postupem vázán, nelze stavět pacienta do role klienta lékaře, který by mu diktoval svá přání. Takové přání, jež by bylo v rozporu s uznávanými lékařskými postupy a pravidly a odporovalo by tak

⁹¹ Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), sněmovní tisk 405/0 (VI. volební období, 2011). *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 22. listopadu 2015]

⁹² Zákon č. 372/2011 Sb.

⁹³ TĚŠINOVÁ, op. cit., s. 230

⁹⁴ § 15 a násl. zákona č. 372/2011 Sb.

⁹⁵ Tedy v souladu s ustanovením § 11 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. Podle následujícího odstavce však zákon č. 372/2011 Sb. umožňuje poskytování zdravotních služeb i bez tohoto oprávnění v ustanovení uváděných případech.

⁹⁶ § 11 odst. 5 věta druhá zákona č. 372/2011 Sb.

⁹⁷ § 11 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb.

⁹⁸ Minimální požadavky na personální zabezpečení zdravotních služeb pak v souladu s § 11 odst. 3 a 4 zákona č. 372/2011 Sb. stanoví vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

⁹⁹ § 24 odst. 4 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁰⁰ § 45 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.

postupu *lege artis*, je lékař povinen odmítnout a za každou cenu dodržet postup *lege artis*.¹⁰¹

2.2.1 Dělení poskytovatelů zdravotních služeb podle jejich zřizovatele

V ČR je vytvořena relativně hustá síť poskytovatelů zdravotních služeb. Za účelem jejich evidence byl zřízen tzv. Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb¹⁰² jako součást Národního zdravotnického informačního systému, jehož správcem je MZ.¹⁰³ Síť poskytovatelů tvoří jak tzv. státní poskytovatelé, jejichž zřizovatelem je stát, resp. ústřední orgán státní správy¹⁰⁴, tak poskytovatelé zdravotních služeb nestátního charakteru, kteří se dále dělí na poskytovatele soukromé a veřejné. Rozhodující pro toto dělení je přitom skutečnost, kdo je zřizovatelem daného poskytovatele.¹⁰⁵ Zřizovatelem soukromých poskytovatelů zdravotních služeb mohou být fyzické nebo právnické osoby¹⁰⁶, pokud se jedná o poskytovatele veřejné, jejich zřizovatelem může být obec¹⁰⁷, městská část¹⁰⁸ nebo kraj¹⁰⁹. Na území ČR jsou aktuálně také 3 poskytovatelé zdravotních služeb, jejichž zřizovatelem je církev.¹¹⁰

Jak plyne ze statistických údajů pro rok 2013 uveřejněných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, jehož zřizovatelem je MZ, na konci r. 2013 bylo na našem území evidováno 29 218 poskytovatelů zdravotních služeb, z nichž naprostou většinu (29 005) představovali poskytovatelé nestátního charakteru, tedy ti

¹⁰¹ MACH, J. Lékař není dodavatel plnicí požadavky zákazníka. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 10, s. 27 [cit. 13. prosince 2015]

¹⁰² § 19 odst. 4 ve spojení s § 73 odst. 1 písm. d) a § 74 zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁰³ § 70 a násl. zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁰⁴ Příkladem může být Fakultní nemocnice U sv. Anny v Brně zřízená Ministerstvem zdravotnictví, Vojenská nemocnice Brno, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo obrany anebo Institut Klinické a Experimentální Medicíny (IKEM), příspěvková organizace zřízená Ministerstvem zdravotnictví.

¹⁰⁵ TĚŠINOVÁ, op. cit., s. 230

¹⁰⁶ Například společnost Agel a.s. je zřizovatelem Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.

¹⁰⁷ Příkladem může být Úrazová nemocnice v Brně, jejímž zřizovatelem je Statutární město Brno.

¹⁰⁸ Například zřizovatelem pražské Nemocnice Na Františku (příspěvková organizace) je Městská část Praha 1.

¹⁰⁹ Jako příklad lze uvést Nemocnici Břeclav, jejímž zřizovatelem je Jihomoravský kraj.

¹¹⁰ Jedná se o Nemocnici Milosrdných bratří ve Vizovicích, jejímž zřizovatelem je Českomoravská provincie Hospitálského řádu sv. Jana z Boha, dále o Nemocnici Milosrdných sester v Kroměříži zřízenou Českou provincií Kongregace Milosrdných sester sv. Vincence de Paul a o Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, která byla zřízena Kongregací Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Zavádějící je však název například Nemocnice Milosrdných bratří v Brně. Jejím zřizovatelem totiž není v názvu uváděný církevní řád, ale Statutární město Brno. V případě Nemocnice Milosrdných bratří Letovice je zřizovatelem zase Jihomoravský kraj.

poskytovatelé zdravotních služeb, jejichž zřizovatelem není MZ ani jiný ústřední orgán státní správy.¹¹¹

Skutečnost, že je MZ zřizovatelem některých státních poskytovatelů zdravotních služeb a zároveň normotvůrcem v oblasti zdravotnictví, může budít podezření ze střetu zájmů. MZ totiž může, prostřednictvím právní úpravy, nastavit výhodnější podmínky pro poskytovatele, jejichž zřizovatelem je buď samotné MZ anebo jiný ústřední orgán státní správy. Příkladem možného zvýhodnění mohou být fakultní nemocnice, jejichž zřizovatelem je MZ a jejichž součástí je většina specializovaných center v ČR. Na specializovaná centra připadají, díky jejich odbornému zaměření, mnohem vyšší finanční prostředky ze systému zdravotnictví. Právní úprava sice stanoví totožné podmínky pro veškerá specializovaná centra v rámci území ČR, nicméně zřizovatelem většiny z nich je právě MZ. To může budít podezření, že MZ prostřednictvím právní úpravy financování zdravotní péče nepřímo zvýhodňuje ty poskytovatele zdravotních služeb, které samo zřizuje.

Na tento střet zájmů je třeba upozornit. Pokud však hovoříme o přímém výslovném zvýhodňování či naopak znevýhodňování poskytovatelů zdravotních služeb podle jejich zřizovatele, aktuálně platná a účinná právní úprava tuto nerovnost nepřipouští. Na všechny poskytovatele zdravotních služeb totiž klade naprosto identické podmínky bez ohledu na jejich zřizovatele.¹¹²

2.2.2 Dělení poskytovatelů zdravotních služeb podle jejich právní formy

Vedle dělení poskytovatelů zdravotních služeb podle jejich zřizovatele je možné jejich rozlišení také z hlediska druhů a forem jimi poskytované zdravotní péče, které jsou popsány níže.

¹¹¹ ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Síť zdravotnických zařízení 2013* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013, s. 12 [cit. 16. února 2016]

¹¹² Také podle důvodové zprávy se zákon naopak snaží nastavit rovné podmínky pro veškeré poskytovatele zdravotních služeb bez ohledu na jejich zřizovatele či zakladatele. K tomu blíže viz Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), sněmovní tisk 405/0 (VI. volební období, 2011). *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 22. listopadu 2015]

Dalším možným dělením poskytovatelů zdravotních služeb je také jejich dělení z hlediska právní formy. Poskytovatelé zdravotních služeb se v ČR vyskytují v různých právních formách, zejména však ve formě společnosti s ručením omezeným, akciové společnosti, ve formě příspěvkové organizace, obecně prospěšné společnosti, ústavu, popřípadě jsou osobami samostatně výdělečně činnými. Zákon nijak neomezuje volbu právní formy poskytovatele zdravotních služeb¹¹³, a to ani pozitivně ani negativně. Výjimku však představují fakultní nemocnice. Tyto mají obligatorně¹¹⁴ formu státní příspěvkové organizace.¹¹⁵

Často se vyskytující právní formou poskytovatelů zdravotních služeb je forma společnosti s ručením omezeným¹¹⁶ a forma akciové společnosti¹¹⁷. Velkou část představují rovněž osoby ve zdravotnictví samostatně výdělečně činné, tedy lékaři - podnikatelé¹¹⁸ podnikající na základě jiného než živnostenského oprávnění.¹¹⁹ Jde zejména o stomatology, gynekology, praktické lékaře pro dospělé a pro děti a dorost nebo lékaře různých specializací¹²⁰, kteří pacientům poskytují zdravotní služby zpravidla ve svých soukromých lékařských praxích. V minulosti přibývalo případů¹²¹, kdy byly tyto lékařské praxe převáděny do formy společnosti s ručením omezením¹²², a to zejména z důvodu jejich následného snazšího prodeje.¹²³ Nedávná novela zákona¹²⁴ však

¹¹³ Rovněž podle důvodové zprávy se zákon snaží nezvýhodňovat některé poskytovatele zdravotních služeb před jinými pro jejich právní formu. K tomu blíže viz Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), sněmovní tisk 405/0 (VI. volební období, 2011). *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 22. listopadu 2015]

¹¹⁴ § 111 zákona č. 372/2011 Sb.

¹¹⁵ Ve smyslu ustanovení § 54 a násl. zákona č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

¹¹⁶ Příkladem může být Poliklinika Olomouc spol. s r.o.

¹¹⁷ Právní formu akciové společnosti užívají především nemocnice, jako například Vítkovická nemocnice a.s. či Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.

¹¹⁸ To, že je výkon soukromé lékařské praxe podnikáním, konstatoval také Nejvyšší soud ve svém rozsudku ze dne 18. dubna 2005, sp. zn. 22 Cdo 2296/2004.

¹¹⁹ V souladu s ustanovením § 420 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

¹²⁰ Například kardiologové

¹²¹ A to zejména s ohledem na ustanovení § 46 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb.

¹²² Příkladem lze uvést Stomatologickou ordinaci MUDr. Novotná s.r.o., IČ 241 54 296, kde jediným společníkem a zároveň jednatelem společnosti je stomatoložka MUDr. Daniela Novotná.

¹²³ BURIÁNEK, A. Prodej lékařských praxí – stále aktuální téma. *Tempus Medicorum* [online]. 2014, roč. 23, č. 3, s. 24 [cit. 30. ledna 2016]

zapřičila, že převádět soukromou praxi lékaře na společnost s ručením omezeným pouze za účelem jejího snazšího prodeje již nadále není potřeba.¹²⁵

Ačkoli již na základě platné a účinné právní úpravy nelze zříditi obecně prospěšnou společnost¹²⁶, tato právní forma zatím zcela nevymizela a můžeme se s ní v praxi i nadále setkávat.¹²⁷ Ty obecně prospěšné společnosti, které byly založeny a existovaly před vstupem nového občanského zákoníku¹²⁸ do účinnosti, si totiž tuto právní formu mohou i nadále ponechat. Pakliže ji chtějí změnit, alternativou k obecně prospěšné společnosti může být právní forma zavedená novým občanským zákoníkem – ústav.¹²⁹

V oblasti zdravotnictví je časté také sdružování lékařů do spolků.¹³⁰ De iure zůstávají členové spolku ekonomicky samostatnými subjekty s právní subjektivitou, dochází však k jejich sdružení v oblasti prosazování společných zájmů.¹³¹ Takovýmto spolkem je například Sdružení praktických lékařů ČR, Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z.s. či Mladí lékaři, z.s.

V současné době MZ pracuje na návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích, kterým má být zavedena další - nová - právní forma poskytovatelů lůžkové zdravotní péče. Její hlavní činností nebude podnikání, nýbrž poskytování zdravotní péče a služeb s tím souvisejících jako služeb obecného hospodářského zájmu. Neziskové zdravotnické organizace tak nebudou tvořit zisk a veškeré své příjmy budou moci použít jen za účelem úhrady výdajů souvisejících s jejich činností.

K 1. lednu 2017 by tímto zákonem stanovené státní příspěvkové organizace zřízené MZ, které jsou poskytovateli lůžkové zdravotní péče, měly změnit svou právní formu na formu neziskové zdravotnické organizace. Případná změna právní formy

¹²⁴ Účinná od 1. září 2015

¹²⁵ K tomu blíže ustanovení § 17 odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb.

¹²⁶ § 3050 a § 3080 bod 163, 164 a 170 zákona č. 89/2012 Sb.

¹²⁷ Poskytovatelem zdravotních služeb ve formě obecně prospěšné společnosti je například Nemocnice Žatec o.p.s.

¹²⁸ Zákon č. 89/2012 Sb.

¹²⁹ § 402 a násl. zákona č. 89/2012 Sb.

¹³⁰ Sdružení (dřívější označení) se dle ustanovení § 3045 zákona č. 89/2012 Sb. považují za spolky.

¹³¹ ZLÁMAL, J.; BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. upravené vyd. Brno: NCONZO, 2013, s. 67

ostatních poskytovatelů lůžkové zdravotní péče na formu neziskové zdravotnické organizace, jejichž zřizovatelem není MZ, by podle návrhu zákona měla podléhat schválení MZ. Přesto, že o změnu právní formy na formu neziskové zdravotnické organizace může požádat jakýkoli poskytovatel lůžkové zdravotní péče, MZ tuto přeměnu může, avšak nemusí schválit. Dle návrhu zákona si vydání souhlasu nelze nárokovat a vyloučen je rovněž soudní přezkum tohoto rozhodnutí. Při svém rozhodování o udělení souhlasu má přitom MZ vycházet zejména z potřeby zajištění dostupnosti zdravotních služeb a z předpokladů organizace splnit podmínky pro poskytování zdravotní péče. Jedná se tak o poměrně vágní a ne příliš transparentní formulaci, v níž není zcela jasně stanoveno, na základě čeho bude MZ o udělení souhlasu ke změně právní formy poskytovatele na neziskovou zdravotnickou organizaci rozhodovat.¹³²

S tím zásadně nesouhlasí ČLK a navrhuje zavedení kritérií, při jejichž splnění bude žadateli souhlas MZ udělen a stane se tak nárokovým.¹³³ S návrhem ČLK se naprosto ztotožňuji, stanovení jasných kritérií, která učiní rozhodování MZ transparentnější a předvídatelnější, považuji za nezbytné z důvodu zachování rovnosti mezi státními a nestátními poskytovateli zdravotních služeb. MZ je totiž samo zřizovatelem některých poskytovatelů zdravotních služeb¹³⁴ a tak by jeho rozhodování nemuselo být zcela objektivní a nepodjaté, což by mohlo mít za následek zvýhodnění postavení poskytovatelů zdravotních služeb, jejichž zřizovatelem je samo MZ.

S novou právní formou poskytovatelů lůžkové zdravotní péče by měla být spjata také řada zvýhodnění. Jedním z nich by měla být povinnost zdravotní pojišťovny uzavřít s touto organizací smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. To by znamenalo velkou změnu oproti nynější praxi, kdy zákon ponechává rozhodnutí o uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb s jakýmkoli

¹³² Návrh zákona o neziskových zdravotnických organizacích a důvodová zpráva k návrhu tohoto zákona. *vlada.cz* [online]. Úřad Vlády České republiky [cit. 28. února 2016]

¹³³ KUBEK, M. Rozpaky okolo zákona o neziskových organizacích. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 12, s. 28 [cit. 4. února 2016]

¹³⁴ Konkrétně těch poskytovatelů, jejichž právní forma státní příspěvkové organizace má být na základě zákona automaticky změna na formu neziskových zdravotnických organizací, jak je již zmíněno výše.

poskytovatelem, bez ohledu na jeho právní formu či jeho zřizovatele, pouze na uvážení zdravotní pojišťovny. Neziskové zdravotnické organizace by tak byly značně zvýhodněny oproti poskytovatelům zdravotní péče jiných právních forem. Se zvýhodněním se počítá také v oblasti daní. Neziskové zdravotnické organizace by měly být podle návrhu zákona osvobozeny od placení daně z příjmů.

Další zásadní změnou, kterou by měl zákon o neziskových zdravotnických organizacích přinést, je přeměna fakultních nemocnic na nemocnice univerzitní.¹³⁵

Prozatím však nelze s jistotou říci, zda bude návrh zákona opravdu schválen a jaké bude případně jeho konečné znění, které může být v rámci legislativního procesu ještě výrazně pozměněno. Změnu ustanovení způsobujících značnou nerovnováhu mezi postavením jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb podle jejich právní formy přitom považuji za změnu žádoucí.

2.3 Zdravotnické zařízení

S ohledem na výše uvedené je zřejmé, že si specifická činnost poskytovatele zdravotních služeb žádá také zvláštní prostory, které jsou vyhrazeny a určeny k poskytování zdravotních služeb¹³⁶ a které jsou k tomuto účelu také věcně a technicky vybaveny.¹³⁷ Tyto tvoří zdravotnické zařízení. Pro specifický účel, k němuž zdravotnické zařízení slouží, se na požadavky ohledně jeho prostor, vedle právních předpisů, které se vztahují všeobecně na různé prostory, použije rovněž vyhláška MZ¹³⁸ upravující požadavky specifické pro prostory zdravotnických zařízení. Vyhláška¹³⁹ stanovuje jak obecné požadavky na minimální technické a věcné vybavení kladené na každé zdravotnické zařízení, tak požadavky zvláštní s ohledem na zdravotnickým

¹³⁵ Návrh zákona o neziskových zdravotnických organizacích a důvodová zpráva k návrhu tohoto zákona. *vlada.cz* [online]. Úřad Vlády České republiky [cit. 28. února 2016]

¹³⁶ § 4 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.

¹³⁷ § 11 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb. a důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), sněmovní tisk 405/0 (VI. volební období, 2011). *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 22. listopadu 2015]

¹³⁸ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

¹³⁹ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb.

zařízením poskytované zdravotní služby. Na provoz zdravotnických zařízení jsou samozřejmě kladeny také velmi striktní hygienické požadavky.¹⁴⁰

2.4 Jednotlivé druhy a formy zdravotní péče

Jak již bylo zmíněno výše, zákon rozlišuje mezi různými druhy a formami zdravotní péče¹⁴¹, které může poskytovatel zdravotních služeb poskytovat, a to zejména z důvodu spojení specifických práv a povinností s konkrétním druhem či formou zdravotní péče. Rozlišení zdravotní péče na dílčí druhy a formy hraje roli také v rámci udělování oprávnění k poskytování zdravotních služeb.¹⁴²

Co se týče druhů zdravotní péče, tyto jsou dále děleny do dvou skupin podle časové naléhavosti poskytnutí zdravotní péče a podle účelu jejího poskytnutí. Podle časové naléhavosti zákon dělí zdravotní péči na péči neodkladnou, která je poskytována v případě, kdy je vážně ohrožen život nebo zdraví pacienta či při velmi bolestivém zranění, jako například při bodném poranění dutiny břišní či infarktu myokardu. V případech vážného ohrožení života či zdraví, kdy je možné se zdravotním výkonem přiměřený čas posečkat, jde o poskytování péče akutní. Jedná se například o operaci slepého střeva či ošetření zlomeniny zápěstí.

Co se týče zdravotní péče poskytované zahraničním pojištěncům, zákon jim přiznává specifický druh péče, tzv. nezbytnou péči, kterou jejich zdravotní stav vyžaduje, a to s přihlédnutím zejména k délce jejich pobytu na území ČR. Jako příklad lze uvést zlomeninu horní končetiny, kdy je zahraniční pojištěnec na dovolené v ČR. Zlomenina mu bude ošetřena v nezbytné míře tak, aby byl schopen přesunu do země pojištění, kde mu bude, žádá-li si to rozsah zranění, provedena například ještě operace této zlomeniny. Pro pojištěnce z členských států EU, Evropského hospodářského

¹⁴⁰ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

¹⁴¹ § 5 a násl. zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁴² Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), sněmovní tisk 405/0 (VI. volební období, 2011). *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 22. listopadu 2015]

prostoru či Švýcarské konfederace je však zákonem stanovený rozsah nezbytné péče širší. Zdravotní péče jim bude v případě potřeby poskytnuta v takovém rozsahu, aby tito pojištěnci nebyli nuceni vycestovat zpět do země pojištění dříve, než původně plánovali.

Nejméně naléhavý druh zdravotní péče z hlediska časové naléhavosti pak představuje péče plánovaná, kterou se dle negativního vymezení zákona rozumí péče, která není neodkladná, akutní ani nezbytná. Jedná se zkrátka o výkony, jejichž provedení lze, s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu pacienta, dopředu naplánovat na konkrétní termín. Spadá zde ta část operativních výkonů, jejichž výkon není okamžitě nezbytně nutný.¹⁴³

Podle účelu poskytnutí zdravotní péče rozlišujeme péči preventivní, jejímž účelem je předcházení vzniku, popřípadě včasné odhalení, nemoci, péči diagnostickou, jejímž účelem je odhalení a rozpoznání nemoci, či péči dispenzární, která spočívá ve sledování zdravotního stavu pacienta, kterému hrozí jeho změna. Brzké zjištění této negativní změny zdravotního stavu pacienta přitom může být velmi zásadní pro další vývoj jeho zdravotního stavu.¹⁴⁴ Dispenzární péče je tak poskytována například HIV/AIDS pozitivním pacientům, pacientům po ukončení léčby onkologických onemocnění, pacientům po operaci srdce, diabetikům, ale také při nemoci z povolání, pacientům trpícím závažnými alergiemi či kožními nemocemi, těhotným pacientkám či pacientkám užívajícím antikoncepci.¹⁴⁵

Dalším druhem zdravotní péče je péče léčebná, která spočívá v realizaci konkrétního léčebného postupu nejvhodnějšího pro daného pacienta. Jejím cílem je v ideálním případě jeho vyléčení nebo alespoň zmírnění dopadů nemoci.¹⁴⁶ Nepostradatelným druhem zdravotní péče, a to zejména ve spojení s odvětvím pracovního práva, je péče posudková, jejíž poskytování spadá pod poskytování specifických zdravotních služeb.¹⁴⁷ Prostřednictvím posudkové péče se zjišťuje, zda

¹⁴³ § 5 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁴⁴ § 5 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁴⁵ Příloha k vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

¹⁴⁶ § 5 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁴⁷ § 41 a násl. zákona č. 373/2011 Sb.

zdravotní stav pacienta vyhovuje požadavkům pro výkon jisté práce, povolání či jiné činnosti. Ověřuje se také, zda nemůže dojít k negativnímu ovlivnění jeho zdravotního stavu v souvislosti s výkonem této činnosti. Na základě zhodnocení zdravotního stavu pacienta je pak posuzujícím lékařem vydán lékařský posudek o jeho zdravotní způsobilosti či zdravotním stavu.¹⁴⁸

Mezi druhy zdravotní péče spadá rovněž péče léčebně rehabilitační, jež směřuje k maximálnímu možnému obnovení funkcí¹⁴⁹ pacienta. Zvláštní druh léčebně rehabilitační péče pak představuje péče lázeňská¹⁵⁰, při jejímž poskytování jsou využívány příznivé účinky přírodních léčivých zdrojů či klimatických podmínek.¹⁵¹

Primárním cílem dalšího druhu zdravotní péče, péče ošetrovatelské, je udržení zdravotního stavu pacienta, v ideálním případě pak navrácení zdraví. Spočívá zejména v pomoci při uspokojování potřeb pacienta, které sám není schopen učinit, a směřuje k navrácení jeho částečné či úplné soběstačnosti.¹⁵²

V případě, že pacient trpí nevyléčitelnou nemocí nebo je nemoc ve stádiu, které se neslučuje se životem, anebo jej již léčbou nelze ovlivnit¹⁵³, specifickým druhem péče, jehož účelem je snaha alespoň minimalizovat utrpení pacienta, zachovat jeho důstojnost a určitou kvalitu života v pokročilé fázi onemocnění, je tzv. paliativní péče.¹⁵⁴ Tento druh péče se zaměřuje nejen na fyzickou stránku zdravotního stavu pacienta, ale klade důraz také na stav psychický a zohledňuje rovněž duchovní stránku. Jeho cílem není urychlení či naopak oddálení pacientovy smrti, ani jeho vyléčení, jako v případě péče léčebné, ale zajištění důstojného a ohleduplného prostředí a péče s ohledem na jeho

¹⁴⁸ § 42 a násl. zákona č. 373/2011 Sb.

¹⁴⁹ Podle § 5 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb. jde o funkce fyzické, poznávací, řečové, smyslové a psychické.

¹⁵⁰ Zákon č. 164/2001 Sb., o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů (lázeňský zákon), ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

¹⁵¹ § 5 odst. 2 písm. f) zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁵² § 5 odst. 2 písm. g) zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁵³ TĚŠINOVÁ, op. cit., s. 118

¹⁵⁴ § 5 odst. 2 písm. h) zákona č. 372/2011 Sb.

zhoršující se zdravotní stav.¹⁵⁵ Tomuto cíli jsou přizpůsobeny například návštěvní hodiny zdravotnických zařízení, jež pacientům umožňují trávit neomezený čas s rodinou.¹⁵⁶

Posledním druhem zdravotní péče z hlediska účelu poskytování zdravotní péče je péče lékárenská a klinicko-farmaceutická. Jejím účelem je zajišťování, uchovávání, prodej a výdej léčiv, zdravotnických prostředků¹⁵⁷ a potravin pro zvláštní lékařské účely. Lékárenská péče dále zahrnuje také přípravu, popřípadě úpravu, a kontrolu léčiv, a v neposlední řadě také konzultační a poradenské služby.¹⁵⁸

Pokud jde o formy zdravotní péče, zákon rozlišuje mezi formou ambulantní, jednodenní, lůžkovou a zdravotní péčí poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta.¹⁵⁹

Forma zdravotní péče, jež nevyžaduje přijetí pacienta na lůžko ani jeho hospitalizaci, je ambulantní forma zdravotní péče. Typickým zdravotním výkonem, který je prováděn v rámci ambulantní péče, je například zašití tržné rány. Ambulantní péči zákon ještě dále dělí na péči primární, specializovanou a stacionární.¹⁶⁰ Primární péče je pacientovi poskytována tzv. registrujícím poskytovatelem, kterým je praktický lékař, stomatolog či gynekolog, u něž je pacient registrován. Ten pacientovi poskytuje preventivní, diagnostickou, v případě potřeby léčebnou a posudkovou péči a také konzultace.¹⁶¹ Naproti tomu specializovaná ambulantní péče je poskytována specialisty v jednotlivých oborech, například kardiology.¹⁶² Ambulantní péče je také poskytována

¹⁵⁵ WHO Definition of Palliative Care. *who.int* [online]. World Health Organization [cit. 7. února 2016]

¹⁵⁶ Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), sněmovní tisk 405/0 (VI. volební období, 2011). *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 22. listopadu 2015]

¹⁵⁷ Podle zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

¹⁵⁸ § 5 odst. 2 písm. i) zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁵⁹ § 6 zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁶⁰ § 7 zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁶¹ § 3 odst. 5 a § 7 odst. 2 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁶² § 7 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb.

jako tzv. stacionární péče, jestliže zdravotní stav pacientů vyžaduje opakovanou denní péči.¹⁶³

Pokud není ambulantní forma dostačující a zdravotní stav pacienta vyžaduje jeho krátký pobyt na lůžku, avšak méně než 24 hodin, jedná se o tzv. péči jednodenní.¹⁶⁴ Tuto formu zdravotní péče zpravidla vyžadují zejména malé operační zákroky, například chirurgické či gynekologické.

Zdravotní péče, kterou nelze poskytnout ani ve formě ambulantní ani jednodenní a která vyžaduje hospitalizaci pacienta, se označuje jako péče lůžková. Ta se ještě dále dělí na akutní lůžkovou péči intenzivní a standardní, na lůžkovou péči následnou a na lůžkovou péči dlouhodobou, a to zejména z důvodu odlišných požadavků na vybavení zdravotnických zařízení – ať už technických, věcných či personálních.¹⁶⁵

Akutní lůžková péče intenzivní je poskytována pacientům v případě náhlého selhávání či ohrožení jejich životních funkcí anebo pacientům, u nichž lze toto náhlé selhání či ohrožení důvodně předpokládat. Tato forma zdravotní péče je poskytována například na jednotce intenzivní péče. Zdravotní péče ve formě akutní lůžkové péče standardní je naproti tomu poskytována pacientům z důvodu provedení zdravotního výkonu, který nelze provést v ambulantní formě, nebo pacientům, jež trpí nemocí, která vážně ohrožuje jejich zdraví, ale bezprostředně nevede k selhávání jejich životních funkcí. Tato forma zdravotní péče je poskytována například pacientům po složitějších operačních výkonech.

Žádá-li si zdravotní stav pacienta doléčení popřípadě léčebně rehabilitační péči poté, co mu byla stanovena diagnóza a jeho zdravotní stav byl stabilizován, je mu poskytnuta tzv. následná lůžková péče. Příkladem může být rehabilitace a doléčení po zlomenině krčku stehenní kosti. Pokud však pacientův zdravotní stav nelze léčbou

¹⁶³ § 7 odst. 2 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁶⁴ § 8 zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁶⁵ Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), sněmovní tisk 405/0 (VI. volební období, 2011). *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 22. listopadu 2015]

podstatně zlepšit a bez neustálého poskytování ošetrovatelské péče dochází k jeho zhoršování, jedná se o tzv. dlouhodobou lůžkovou péči.¹⁶⁶

Veškeré výše uvedené formy poskytované zdravotní péče vyžadují prostředí zdravotnického zařízení. Zdravotní péče však nemusí být pacientovi vždy nutně poskytována ve zdravotnickém zařízení. Návštěvní službu či domácí péči lze pacientovi poskytnout také v jeho vlastním sociálním prostředí, tedy doma. Využití této formy zdravotní péče je však samozřejmě omezeno na zdravotní výkony, k jejichž poskytnutí není nutné speciální technické či věcné vybavení, které je dostupné pouze ve zdravotnickém zařízení.¹⁶⁷ Tato forma zdravotní péče bývá často kombinována s péčí ambulantní. Nejenže tak zkracuje pobyt pacienta na lůžku ve zdravotnickém zařízení a tím uvolňuje kapacitu pro další pacienty, ale má rovněž příznivý vliv zejména na psychický stav pacienta a následně mnohdy také na jeho celkový zdravotní stav vlivem známého domácího prostředí a přítomnosti rodiny.¹⁶⁸

¹⁶⁶ § 9 zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁶⁷ § 10 zákona č. 372/2011 Sb.

¹⁶⁸ Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), sněmovní tisk 405/0 (VI. volební období, 2011). *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 22. listopadu 2015]

3 Veřejné zdravotní pojištění jako primární zdroj financování zdravotní péče

Jak již bylo zmíněno výše, aktuální model financování zdravotní péče v ČR je založen na obligatorním zákonném zdravotním pojištění.¹⁶⁹ Veřejné zdravotní pojištění je označováno jako prostředek k ochraně před rizikem nečekaných a vysokých výdajů na zdravotní služby.¹⁷⁰ Zaplacením pojistného v předepsané výši tak pojištěnci předejdou přímé úhradě za poskytnutou zdravotní péči, popřípadě jiné zdravotní služby. K jejich úhradě jsou totiž určeny právě finanční prostředky systému veřejného zdravotního pojištění.¹⁷¹ Tyto mají charakter veřejných prostředků¹⁷², nelze s nimi proto nakládat libovolně.¹⁷³ Pro svůj veřejný charakter podléhají finanční kontrole, jejímž účelem je prověření¹⁷⁴ hospodárného, účelného a efektivního nakládání s nimi.¹⁷⁵

Výše pojistného se u každého pojištěnce liší v závislosti na jeho příjmech. Pro jeho výpočet, pokud jde o osoby vykonávající závislou činnost, je zákonem stanovena pevná sazba 13,5% z vyměřovacího základu za rozhodné období.¹⁷⁶ Pro OSVČ je vyměřovacím základem polovina jejich příjmů.¹⁷⁷ Pokud je plátcem pojistného stát, zákonem stanovená výše vyměřovacího základu, z něž se počítá výše pojistného, činí částku ve výši 6.444,- Kč na kalendářní měsíc.¹⁷⁸ Zákon stanoví rovněž minimální vyměřovací základ.¹⁷⁹

¹⁶⁹ JANEČKOVÁ, op. cit., s. 125

¹⁷⁰ Musí se však jednat o tzv. čisté riziko, tedy o riziko náhodné, postrádající úmysl.

¹⁷¹ NĚMEC, op. cit., s. 17

¹⁷² Hospodaření s veřejnými prostředky upravuje zákon č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě a o změně některých zákonů (zákon o finanční kontrole), ve znění pozdějších předpisů.

¹⁷³ NĚMCOVÁ, L. Ekonomické souvislosti kontroly veřejných financí. In: KYNCL, L.; MRKÝVKA P. a kol. *Metoda a ekonomické limity regulace ve finančním právu*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, Právnická fakulta, 2013, s. 166

¹⁷⁴ K tomu blíže KYNCL, L. Zneužívání veřejných výdajů a svévole v právu veřejných výdajů. *MUNI Law Working Paper* [online]. 2014, no. 8, s. 5 [cit. 7. března 2016]

¹⁷⁵ Ve smyslu § 4 odst. 1 zákona č. 320/2001 Sb.

¹⁷⁶ § 2 a násl. zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

¹⁷⁷ § 3a zákona č. 592/1992 Sb.

¹⁷⁸ Nařízení vlády č. 158/2015 Sb., o stanovení vyměřovacího základu u osoby, za kterou je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění stát, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

¹⁷⁹ § 3 odst. 6 zákona č. 592/1992 Sb.

Za účelem ochrany pacientů před rizikem nečekaných a vysokých výdajů na zdravotní služby uzavírají jednotlivé zdravotní pojišťovny s konkrétními poskytovateli zdravotních služeb smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb¹⁸⁰ a vytvářejí si tak síť svých smluvních poskytovatelů¹⁸¹, čímž zajišťují dostupnost zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb pro své pojištěnce.¹⁸² Hustota této sítě může mít přitom velký vliv na pacienta při výběru konkrétní zdravotní pojišťovny.

Uzavření smlouvy zpravidla předchází konání výběrového řízení¹⁸³, které vyhláší místně příslušný krajský úřad.¹⁸⁴ Tento ustanoví pro dané řízení komisi, která posuzuje přihlášky uchazečů do výběrového řízení přihlášených.¹⁸⁵ Výsledky výběrového řízení jsou následně jeho vyhlášovatelem uveřejněny. I přesto, že komise v rámci výběrového řízení zdravotní pojišťovně doporučí uzavřít smlouvu s daným poskytovatelem, není tím založeno právo poskytovatele na uzavření smlouvy.¹⁸⁶ S ohledem na absenci kontraktační povinnosti v zákoně je tak finální rozhodnutí o uzavření smlouvy ponecháno čistě na rozhodnutí zdravotní pojišťovny, čímž je dán prostor autonomii vůle zdravotních pojišťoven – na jejich svévolném rozhodnutí jsou však mnozí poskytovatelé zdravotních služeb existenčně závislí.¹⁸⁷ Pokud naopak

¹⁸⁰ Smlouva se však vztahuje pouze na zdravotní služby, které je poskytovatel oprávněn poskytovat na základě uděleného oprávnění.

¹⁸¹ K soustavě smluvních poskytovatelů zdravotních služeb jednotlivých ZP blíže Hodnocení výročních zpráv jednotlivých ZP za rok 2014. *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 7. března 2016]

¹⁸² § 46 zákona č. 48/1997 Sb.

¹⁸³ Výběrové řízení se v souladu s ustanovením § 46 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. nekoná, pokud jde o poskytovatele lékárenské péče, také pokud je poskytovatel hrazených služeb Vězeňská služba a dále pokud jde o rozšíření sítě poskytovatele zdravotnické záchranné služby, který už smluvním poskytovatelem je. Výběrové řízení neprobíhá ani při uzavírání nové smlouvy se stejným subjektem, pokud nedochází k rozšíření rozsahu poskytovaných služeb. Výběrové řízení se nekoná ani v případě, že jde o centrum vysoce specializované zdravotní péče.

¹⁸⁴ Jde-li o hlavní město Praha, vyhlášovatelem je v souladu s ustanovením § 47 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. Magistrát hlavního města Prahy. Jde-li o výběrové řízení týkající se poskytování lůžkové a lázeňské léčebně rehabilitační péče, vyhlášovatelem je Ministerstvo zdravotnictví.

¹⁸⁵ § 48 a násl. zákona č. 48/1997 Sb.

¹⁸⁶ § 52 zákona č. 48/1997 Sb.

¹⁸⁷ JEŽKOVÁ, M. Svévole veřejných zdravotních pojišťoven. In: MRKÝVKA, P.; PAŘÍZKOVÁ, I.; VALDHANS, J. *Dny práva 2014 – Days of Law 2014: Část VIII. Zneužití práva a svévole při veřejné finanční činnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2015, s. 117 [cit. 4. února 2016]

komise uzavření smlouvy pojišťovně nedoporučí, k jejímu uzavření mezi zdravotní pojišťovnou a daným poskytovatelem zdravotních služeb dojít nemůže.¹⁸⁸

Pro zvýšení transparentnosti smluvních vztahů mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb je zdravotní pojišťovna povinna¹⁸⁹, způsobem umožňujícím dálkový přístup, uveřejnit tyto smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, včetně dodatků, ve lhůtě 60 dnů ode dne uzavření smlouvy.¹⁹⁰ Na webových stránkách zdravotních pojišťoven je tak možné dohledat kdo je smluvním poskytovatelem které zdravotní pojišťovny.

Přesto, že smluvními stranami této smlouvy jsou zdravotní pojišťovna na straně jedné a poskytovatel zdravotních služeb na straně druhé a jde tedy o dvoustranné právní jednání, právní vztahy, které následně vznikají, nejsou vztahy bilaterální, nýbrž trilaterální. Vedle poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny se vztahu účastní také pojištěnec.¹⁹¹

Smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb zakládá povinnost zdravotní pojišťovny uhradit poskytovateli zdravotních služeb konkrétní službu, kterou pojištěnci dané pojišťovny poskytl a která je ze systému veřejného zdravotního pojištění pacientům hrazena. Pojištěnci jsou tak při výběru konkrétního poskytovatele zdravotních služeb a jeho zdravotnického zařízení limitováni. Má-li jim být poskytnutá hrazená zdravotní služba zaplacená z prostředků veřejného zdravotního pojištění, výběr poskytovatele zdravotních služeb je omezen rámcem sítě smluvních poskytovatelů

¹⁸⁸ V souladu s ustanovením § 49 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. je k přijetí rozhodnutí komise potřeba souhlas nadpoloviční většiny přítomných jejích členů. Dojde-li při hlasování k rovnosti hlasů, rozhodující je zcela logicky hlas zástupce dané zdravotní pojišťovny.

¹⁸⁹ Tato povinnost zdravotních pojišťoven byla zavedena tzv. transparentní novelou – zákonem č. 200/2015 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, zákon č. 551/1991 Sb., o VZP ČR, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016] – a to s účinností od 1. září 2015.

¹⁹⁰ § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb.

¹⁹¹ TRÖSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. podstatně přepracované a aktualizované vyd. Praha: C. H. Beck, 2013, s. 97

zdravotních služeb dané pojišťovny.¹⁹² V opačném případě budou nuceni zaplatit poskytnutou zdravotní službu z vlastních finančních prostředků. Pouze v zákonem stanovených případech je pojišťovna povinna poskytovateli službu poskytnutou jejímu pojištěnci uhradit i přesto, že se nejedná o jejího smluvního poskytovatele.¹⁹³

Uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb mezi konkrétní zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb však předchází vytvoření rámcových smluv¹⁹⁴ rozdělených dle oblasti poskytované péče¹⁹⁵, jimiž se jednotlivé smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb řídí.¹⁹⁶ Jejich účelem je zamezit, aby zdravotní pojišťovny při sjednávání jednotlivých smluv s poskytovateli zdravotních služeb zneužívali svého silnějšího postavení.¹⁹⁷ Konkrétní smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a poskytovateli tak musí být s těmi rámcovými v souladu, čímž mají být zajištěny také rovné podmínky a postavení všech poskytovatelů poskytujících zdravotní péči určitého zaměření. Od rámcové smlouvy je možné se odchýlit pouze ve vybraných ustanoveních.

¹⁹² § 11 odst. 1 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb.

¹⁹³ Dle ustanovení § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. jde o situaci, kdy je pojištěnci poskytována neodkladná péče, dále při poskytování zdravotních služeb pojištěncům, kteří jsou ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody anebo zabezpečovací detence poskytovatelem, kterého určí Vězeňská služba a dále také při poskytování zdravotních služeb pojištěnci, jež je ve výkonu ochranné léčby, jsou-li tyto služby poskytovány v souvislosti s onemocněním, pro které se pojištěnec musí podrobit léčbě.

¹⁹⁴ Dle ustanovení § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. rámcové smlouvy vznikají na základě dohodovacího řízení mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotních služeb. Následné posouzení jejich souladu s právními předpisy a s veřejným zájmem provede Ministerstvo zdravotnictví, které je následně vydá jako vyhlášku.

¹⁹⁵ Dle aktuálně platné a účinné právní úpravy je touto vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]. Její přílohy tvoří rámcové smlouvy pro ZP a pro zdravotnická zařízení poskytující:

1. zdravotní péči praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost,
2. ambulantní specializovanou péči (s jistými výjimkami) a pro zdravotnická zařízení poskytující péči ženských lékařů stanovené odbornosti a klinickou logopedii,
3. ambulantní péči zubních lékařů,
4. zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných,
5. ambulantní diagnostickou péči stanovené odbornosti,
6. domácí zdravotní péči, fyzioterapii stanovené odbornosti, ergoterapii, porodní asistenci, ortoptickou a pleoptickou péči,
7. zdravotnickou záchrannou službu a dopravu,
8. lékárenskou péči,
9. lázeňskou péči.

¹⁹⁶ § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.

¹⁹⁷ MACH, J. *Univerzita medicínského práva*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 194

3.1 Zdroje příjmů zdravotních pojišťoven, jejich výše a přerozdělování

Zdravotní pojišťovny mají zákonem¹⁹⁸ uloženou povinnost předložit MZ a MF ke schválení zdravotně pojistný plán na následující kalendářní rok.¹⁹⁹ Tento plán je obdobou rozpočtu, jímž se má nadcházející rok řídit hospodaření pojišťovny.²⁰⁰ A jednou z jeho obsahových složek²⁰¹ je také plán příjmů zdravotní pojišťovny.

Pro úhradu zdravotní péče a ostatních služeb, které byly pojištěncům dané zdravotní pojišťovny poskytnuty, je nutné získat potřebné finanční prostředky. Příjem zdravotních pojišťoven proto tvoří několik zdrojů.²⁰² Vedle vyinkasovaného pojistného, jež představuje drtivou většinu příjmů, tvoří příjmy zdravotních pojišťoven také příjmy od pojišťoven zahraničních. Za rok 2014 tyto příjmy dosáhly částky ve výši 0,67 mld. Kč a představovaly tak necelé 0,3% celkových příjmů systému veřejného zdravotního pojištění v daném roce. Mezi příjmy zdravotních pojišťoven dále patří také příjmy ze zdaňované činnosti. Tou je například pronájem nevyužitých prostor. Podíl těchto příjmů na příjmech celkových je však naprosto minimální, v roce 2014 představoval méně než 0,03% celkových příjmů systému zdravotního pojištění. Do zbývajících kategorií příjmů zdravotního pojištění pak spadají zejména příjmy plynoucí z pokut, penále, přírážek k pojistnému či poplatků z prodlení. O tom, že se tato skupina příjmů zásadním způsobem nepodílí na celkových příjmech zdravotních pojišťoven, svědčí i skutečnost, že například za rok 2014 činily tyto příjmy částku ve výši 2,02 mld. Kč, což je méně než 0,85% celkových příjmů systému veřejného zdravotního pojištění v daném roce.²⁰³

¹⁹⁸ § 6 zákona č. 551/1991 Sb. a § 15 zákona č. 280/1992 Sb.

¹⁹⁹ Zdravotně pojistný plán je po schválení MZ a MF předkládán vládou k finálnímu schválení Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR, a to v souladu s § 6 odst. 4 zákona č. 551/1991 Sb. a § 15 odst. 7 zákona č. 280/1992 Sb.

²⁰⁰ Zdravotně pojistný plán. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 13. února 2016]

²⁰¹ Dle § 6 odst. 6 zákona č. 551/1991 Sb. a § 15 odst. 3 zákona č. 280/1992 Sb. obsahuje plán příjmů a výdajů na následující rok, předpokládaný vývoj skladby pojištěnců, také plán nákladů na provoz pojišťovny, rozsah pojišťovnou hrazených služeb a způsob zajištění jejich dostupnosti.

²⁰² S ohledem na ustanovení § 4 zákona č. 551/1991 Sb. a § 12 zákona č. 280/1992 Sb. příjmy zdravotních pojišťoven zahrnují platby pojistného, vlastní zdroje vytvořené využíváním fondů zdravotních pojišťoven, příjmy z pokut či například dary.

²⁰³ Souhrnné hodnocení vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2014. *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 5. ledna 2016]

Jak již bylo zmíněno výše, primární a nejvýznamnější zdroj příjmů zdravotních pojišťoven představuje pojistné hrazené jeho plátcí.²⁰⁴ Takto vyinkasované pojistné²⁰⁵ plyne do tzv. základního fondu zdravotní pojišťovny, který je mimo jiné určen k úhradě zdravotních služeb.²⁰⁶ Z důvodu nerovnoměrné finanční zátěže jednotlivých pojišťoven zapříčiněné různorodou strukturou jejich pojištěnců, zejména pak různorodou věkovou skladbou, která negativně ovlivňuje finanční bilanci některých pojišťoven ve srovnání s ostatními²⁰⁷, však každý měsíc dochází k přerozdělování finančních prostředků získaných prostřednictvím výběru pojistného mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Za účelem přerozdělování vybraného pojistného Všeobecná zdravotní pojišťovna zřizuje a následně také spravuje zvláštní účet, na hospodaření dohlíží dozorčí orgán.²⁰⁸ Mechanismus přerozdělování je považován za jeden z projevů principu solidarity²⁰⁹, který ovládá systém veřejného zdravotního pojištění.²¹⁰

V současné době dochází k přerozdělování veškerého vybraného pojistného, v minulosti však přerozdělování podléhalo pouze 60% z této částky.²¹¹ Následující tabulka představuje srovnání jednotlivých zdravotních pojišťoven co do výše jimi vybraného pojistného za kalendářní měsíc a výsledné částky po jeho přerozdělení

²⁰⁴ Těmi jsou dle ustanovení § 4 zákona č. 48/1997 Sb. pojištěnci, z části také jejich zaměstnavatelé, případně také stát. Ustanovení § 5 a násl. zákona č. 48/1997 Sb. stanoví, kdo je v jakých případech plátcem pojistného, kdy vzniká jeho povinnost pojistné platit atp. Výši a způsob placení pak upravuje zákon č. 592/1992 Sb.

²⁰⁵ Spolu s dalšími zdroji uvedenými v ustanovení § 1 vyhlášky Ministerstva financí č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

²⁰⁶ Avšak nejen to. Dle ustanovení § 7 odst. 1 písm. a) zákona č. 551/1991 Sb. a § 17 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb. slouží také například k přidělení do provozního fondu, z něž jsou kryty náklady na činnosti zdravotní pojišťovny.

²⁰⁷ ALEXA, 2015, op. cit., s. 44 a 92

²⁰⁸ § 20 zákona č. 592/1992 Sb.

²⁰⁹ ŠABACKÝ, J. Vybrané informace o všeobecném zdravotním pojištění. *Daně*. 1993, č. 3, s. 1

²¹⁰ Dle ustanovení § 20 a násl. zákona č. 592/1992 Sb. je přerozdělováno 100% pojistného vybraného všemi zdravotními pojišťovnami. K jeho přerozdělování se použijí tzv. nákladové indexy 18 věkových skupin všech pojištěnců rozdělených také podle pohlaví. Zohledňován je také počet pojištěnců, jimž pojišťovna hradí mimořádně nákladné hrazené zdravotní služby.

²¹¹ K tomu blíže JEŽKOVÁ, M. Healthcare and Finance. In: BLAŽEK, J. (ed.). *System of Financial Law: Financial Markets: Conference Proceedings*. 1 vyd. Brno: Masarykova Univerzita, Právnická fakulta, 2015, s. 248

v daném období. S ohledem na údaje z posledních let je, myslím si, zřejmé, že tento způsob přerozdělování 100% vybraného pojistného zlepšuje finanční bilanci zejména Všeobecné zdravotní pojišťovně.²¹²

Tabulka č. 1 – Komparace finančních prostředků jednotlivých ZP před a po přerozdělení pojistného mezi nimi v daném období²¹³ (částky v tis. Kč)

Název ZP	Kód ZP	Leden 2014		Leden 2015		Leden 2016	
		Výše vybraného pojistného	Částka po přerozdělení	Výše vybraného pojistného	Částka po přerozdělení	Výše vybraného pojistného	Částka po přerozdělení
Všeobecná ZP ČR	111	9 376 425	16 517 742	8 645 928	12 850 329	7 933 133	12 063 812
Vojenská ZP ČR	201	1 158 060	1 621 550	1 099 640	1 297 869	1 036 847	1 205 483
Česká průmyslová ZP	205	1 779 932	2 702 171	1 669 351	2 139 118	1 467 846	2 050 403
Oborová ZP zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	207	1 576 024	1 644 170	1 453 580	1 294 908	1 320 221	1 210 962
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	209	254 046	346 788	245 600	272 257	242 741	257 349
ZP ministerstva vnitra ČR	211	2 282 487	2 881 482	2 164 254	2 307 937	2 017 519	2 211 007
Revírní bratrská pokladna, ZP	213	657 106	936 751	547 922	746 007	492 965	707 323
Celkem zaměstnanecké ZP		7 707 655	10 132 910	7 180 348	8 058 096	6 578 139	7 642 527
Celkem ZP		17 084 080	26 650 652	15 826 276	20 908 426	14 511 272	19 706 339

V současné době je projednávána novela zákona o pojistném na veřejném zdravotním pojištění²¹⁴, která se týká právě přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami. Dne 3. února 2016 již došlo k jednomyslnému schválení návrhu ze strany

²¹² K tomu blíže EXTER, op. cit., s. 189

²¹³ Vlastní tvorba za využití informací o Přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění.

mzcr.cz [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 25. února 2015]

²¹⁴ Zákon č. 592/2012 Sb.

vlády, nyní bude návrh předložen k posouzení Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR.²¹⁵ Novelizace se týká větší míry zohlednění nákladů, jež jsou pojišťovnou vynaloženy na nákladné pojištění, a dále přináší zavedení nového ukazatele přerozdělování (vedle věku a pohlaví), kterým by měla být spotřeba léků užívaných při některých chronických onemocněních.²¹⁶

Jen pro ilustraci, příjmy z výběru pojistného za rok 2014 představovaly podle údajů MZ a MF částku ve výši 238,48 mld. Kč²¹⁷, což je více než 98% z celkových příjmů systému veřejného zdravotního pojištění.²¹⁸ Co se týče průměrných příjmů zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce v roce 2014, tyto činily částku ve výši 23.167,- Kč.²¹⁹

Pokud jde o odhad za rok 2015, předpokládaná celková výše příjmů systému veřejného zdravotního pojištění činí částku ve výši 247,54 mld. Kč, přičemž naprostou většinu, tedy částku ve výši 245 mld. Kč, by opět měly tvořit částky vybrané na pojistném.²²⁰

MZ se však každoročně snaží o navýšení příjmů systému veřejného zdravotního pojištění prosazením zvýšení plateb za pojištěnce, za něž má povinnost pojistné hradit stát.²²¹ Podle MZ by v ideálním případě mělo dojít k navýšení vyměřovacího základu u těchto pojištěnců na 6.695,- Kč, což by do zdravotnictví přineslo dalších 59,- Kč měsíčně za každého takového pojištěnce navíc. Ve výsledku by

²¹⁵ Tisková zpráva MZ ze dne 3. února 2016. Vláda schválila návrh novely zákona o pojistném. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 16. února 2016]

²¹⁶ Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, sněmovní tisk 715/0 (VII. volební období, 2016). *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 15. března 2016]

²¹⁷ Souhrnné hodnocení vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2014. *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 10. ledna 2016]

²¹⁸ Tamtéž. Celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění dosáhly v roce 2014 částky ve výši 241,24 mld. Kč, což je ve srovnání s rokem 2013 o 12,64 mld. Kč více – došlo tak k meziročnímu nárůstu o téměř 5,6%.

²¹⁹ Tamtéž.

²²⁰ Souhrnné hodnocení předpokládaného vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2015 na základě vyhodnocení údajů ZPP 2015 činných zdravotních pojišťoven působících na území ČR. *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 3. ledna 2016]

²²¹ Ustanovení § 7 zákona č. 48/1997 Sb. stanoví pojištěnce, za něž hradí pojistné na veřejné zdravotní pojištění stát.

tak stát ze státního rozpočtu vydal na pojistné ročně o cca 4,3 mld. Kč více. Záměrem MZ je použít tyto prostředky na lepší finanční ohodnocení práce lékařských pracovníků.²²²

Podle návrhu ČLK by měly odvody státu za dané pojištěnce činit 13,5% z poloviny všeobecného vyměřovacího základu, čímž by došlo k navýšení plateb státu až na 1.808,- Kč za každého pojištěnce měsíčně.²²³ Navýšení plateb státu za danou skupinu pojištěnců navrhovali také LOK-SČL a OSZSP. Podle jejich stanoviska by měl odvod státu odpovídat alespoň výši pojistného odváděného osobami bez zdanitelných příjmů počítaného z minimální mzdy. Tento v současné době činí částku ve výši 1.242,- Kč za kalendářní měsíc.²²⁴

Současný ministr financí²²⁵ zprvu navyšování plateb jakýmkoli způsobem odmítal²²⁶, později však souhlasil s navýšením plateb státu o 25,- Kč měsíčně za každého pojištěnce, za nějž má povinnost pojistné hradit.²²⁷ S účinností od 1. ledna 2016 tak došlo k navýšení vyměřovacího základu u pojistného hrazeného ze státního rozpočtu za zákonem stanovené pojištěnce, a to tak, že nově činí částku ve výši 870,- Kč na pojištěnce za kalendářní měsíc namísto původních 845,- Kč.²²⁸ Toto navýšení by do systému zdravotnictví mělo přinést asi o 1,8 mld. Kč více.²²⁹

V současné době však MZ s MF projednává návrh novely zákona týkající se zavedení pravidelné valorizace plateb pojistného za pojištěnce, za které pojistné na

²²² NĚMĚČEK, S. Více peněz pro zdravotníky bez valorizace nebude. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 5, s. 5 [cit. 8. února 2016]

²²³ PŘEDSTAVENSTVO ČLK. Komora požaduje spravedlnost v pojistném a vyšší nárůst platby za státní pojištěnce. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 5, s. 7 [cit. 8. února 2016]

²²⁴ ENGEL, M.; ŽITNÍKOVÁ, D. Stanovisko LOK-SČL a OSZSP ČR. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 5, s. 7 [cit. 3. ledna 2016]

²²⁵ Andrej Babiš

²²⁶ BABIŠ, A. Ministr financí: Valorizace plateb za státní pojištěnce pro mne není akceptovatelná. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 5, s. 6 [cit. 3. ledna 2016]

²²⁷ BABIŠ, A. (rozhovor) České zdravotnictví není dostatečně transparentní. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 9, s. 14 [cit. 3. ledna 2016]

²²⁸ Nařízení vlády č. 158/2015 Sb.

²²⁹ Platby za státní pojištěnce se zvýší. *vlada.cz* [online]. Úřad Vlády České republiky [cit. 3. prosince 2016]

veřejné zdravotní pojištění hradí stát.²³⁰ Kodifikovaný způsob pravidelné valorizace plateb by tak měl nahradit nařízení vlády, prostřednictvím kterých byly změny výše těchto úhrad prováděny doposud. Systém by tak měl být mnohem předvídatelnější. Mezi MZ a MF však v této otázce stále nedošlo ke konsenzu a je tedy otázkou, zda se MZ tuto novelu podaří prosadit.²³¹

3.2 Výdaje zdravotních pojišťoven a jejich výše

Pokud jde o výdajovou stránku systému veřejného zdravotního pojištění, v roce 2014 bylo z prostředků tohoto systému vydáno 231,88 mld. Kč na zdravotní služby, což je 97% celkových výdajů²³² systému veřejného zdravotního pojištění.²³³ Za rok 2015 činí odhadovaná výše výdajů systému zdravotního pojištění částku ve výši 247,92 mld. Kč, přičemž výdaje na poskytnuté zdravotní služby by měly představovat částku v přibližné výši 239,14 mld. Kč.²³⁴

Co se týče průměrných výdajů zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce, tyto dosáhly v roce 2014 částky 22.268,- Kč, tedy částky nižší než činily průměrné příjmy na jednoho pojištěnce.²³⁵

Jak již bylo uvedeno výše, systém veřejného zdravotního pojištění je založen na principu sociální solidarity pojištěnců, který je charakterizován nejen solidaritou občanů s vyššími příjmy s občany s příjmy nižšími, ale také solidaritou zdravých pojištěnců s těmi nemocnými. Proto je průměrná výše ročních výdajů pojišťovny na

²³⁰ Blíže viz Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a důvodová zpráva k tomuto návrhu, sněmovní tisk 721/0 (VII. volební období, 2016). *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 15. března 2016]

²³¹ Tisková zpráva MZ ze dne 14. března 2016. Ministr Němeček: Oceňuji snahy ČLK. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 15. března 2016]

²³² Celkové výdaje veřejného zdravotního pojištění za rok 2014 činily částku ve výši 239,01 mld. Kč, což je o téměř 10 mld. Kč více, než za rok předchozí, kdy výdaje dosáhly částky ve výši 229,90 mld. Kč.

²³³ Souhrnné hodnocení vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2014. *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 16. února 2016]

²³⁴ Souhrnné hodnocení předpokládaného vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2015 na základě vyhodnocení údajů ZPP 2015 činných zdravotních pojišťoven působících na území ČR. *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 16. února 2016]

²³⁵ Souhrnné hodnocení vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2014. *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 16. února 2016]

jednoho pojištěnce velmi zkreslující. Mezi částkami reálně poskytnutými jednotlivým pojištěncům jsou časté velmi markantní rozdíly, kdy na některého pojištěnce pojišťovna vynaloží ročně částku v řádech desítek či stovek korun, za jiného naopak částku v řádech statisíců až milionů korun.

Také věk pojištěnců je faktorem ovlivňujícím výši výdajů, které zdravotní pojišťovny ročně vynaloží za poskytnuté zdravotní služby. V rámci věkových skupin pojištěnců se tyto výdaje s přibývajícím věkem přirozeně zpravidla zvyšují. Nejvyšší výdaje tak případnou na zdravotní péči a ostatní služby poskytnuté pojištěncům ve věkové skupině 85 let a více. Nutná je však diferenciací pojištěnců také podle jejich pohlaví. Ačkoli náklady zdravotních pojišťoven vynaložené v průměru na jednu ženu převyšovaly v roce 2012 o 1.875,- Kč průměrné náklady na zdravotní služby pro muže, v rámci některých věkových skupin případně vyšší náklady naopak na muže. Například průměrné náklady pojišťoven na zdravotní služby poskytované ženám spadajícím do věkové skupiny od 55 let a více v letech 2010 až 2012 představovaly částku nižší, nežli náklady na zdravotní péči a služby v daném období poskytované mužům.²³⁶

Celkové výdaje na zdravotnictví za rok 2014 by podle předběžných údajů uveřejněných MF a ÚZIS měly činit částku v přibližné výši 299,907 mld. Kč. Podíl veřejných výdajů přitom představuje²³⁷ částku ve výši 254,683 mld. Kč, tedy téměř 85% z celkových výdajů za zdravotnictví za rok 2014, z čehož 239,012 mld. Kč činí výdaje zdravotních pojišťoven, výdaje státního rozpočtu pak částku ve výši 6,495 mld. Kč a výdaje veřejných rozpočtů nižších úrovní částku ve výši 9,176 mld. Kč.²³⁸ Soukromé výdaje by podle předběžných odhadů ÚZIS měly dosáhnout částky ve výši 45,224 mld. Kč.²³⁹

²³⁶ ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2013 - zdravotnická statistika* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013, s. 46 [cit. 16. února 2016]

²³⁷ Po vzájemné konsolidaci

²³⁸ Vládní finanční statistika – 2014. Tabulka 3 – Výdaje. *mfer.cz* [online]. Ministerstvo financí České republiky [cit. 13. ledna 2016]

²³⁹ Výdaje zdravotnictví 2010-2014. *uzis.cz* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 13. ledna 2016]

Ve srovnání s rokem 2013 tak došlo k mírnému navýšení podílu veřejných výdajů na celkových výdajích zdravotnictví. Zemí OECD s vůbec největším podílem veřejných výdajů na celkových výdajích systému zdravotnictví bylo v roce 2013 Nizozemské království, kde podíl veřejných výdajů činil 87,6%. Velká část výdajů na zdravotnictví je z veřejných zdrojů kryta také v Norském království, kde podíl veřejných výdajů v roce 2013 dosáhl 85% z celkových výdajů, v Japonsku pak 83,2%.

V některých zemích však systém financování zdravotnictví nestojí na principu solidarity a výdaje na zdravotní péči musí být pokrývány převážně ze soukromých zdrojů pacientů. Zemí s vůbec nejnižším podílem veřejných výdajů na zdravotnictví byly v roce 2013 v rámci zemí OECD²⁴⁰ s 48,2% Spojené státy americké. Také například v Mexiku je zdravotnictví financováno pouze z 51,1% z veřejných zdrojů, v rámci sousední Slovenské republiky veřejné zdroje pokrývají 74,2% celkových výdajů na zdravotnictví. ČR tak patří, ve srovnání s ostatními zeměmi OECD (za rok 2013), mezi země, kde je naprostá většina výdajů na zdravotnictví kryta právě z veřejných zdrojů. V ČR, stejně jako ve Švédském království, tento podíl veřejných výdajů dosáhl v roce 2013 84,1%.²⁴¹

3.3 Rozsah zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění

Obecně platí, že z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou hrazeny, a tedy naprostou většinu výdajů tvoří, zdravotní služby pacientovi-pojištěnci poskytnuté za účelem zlepšení nebo zachování jeho zdravotního stavu nebo zmírnění jeho utrpení. Tyto zdravotní služby však musí odpovídat zdravotnímu stavu pojištěnce a také účelu, kterého má být jejich prostřednictvím dosaženo. Musí být pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, odpovídat současným dostupným poznatkům lékařské vědy a musí rovněž existovat důkazy o jejich účinnosti.²⁴²

²⁴⁰ V roce 2013

²⁴¹ Health Expenditure and Financing. *oecd.org* [online]. Organisation for Economic Co-operation and Development [cit. 13. ledna 2016]

²⁴² § 13 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.

Pojištěnci mají právo na ošetření, popřípadě léčbu, odpovídající náležitě odborné úrovni²⁴³ a kvality vždy s přihlédnutím k jejich konkrétním individuálním potřebám a k objektivním možnostem.²⁴⁴ Dostupnost této standardní odborné zdravotní péče, resp. služeb, patříčné úrovně pro každého občana²⁴⁵, která se vyznačuje jistou kvalitou a „bezplatností“, je podstatným obsahem základního lidského práva vyjádřeného čl. 31 LZPS.²⁴⁶

Ačkoli čl. 31 LZPS garantuje právo na bezplatnou zdravotní péči, slovo bezplatný nelze vykládat ve smyslu „zdarma“. Ve skutečnosti totiž „bezplatnost“ zdravotní péče značí její nepřímou úhradu. Při interpretaci „bezplatnosti zdravotní péče“ ÚS odkázal na svou předchozí judikaturu, v níž se zabýval výkladem slova „bezplatnost“ v souvislosti s právem na bezplatné vzdělání.²⁴⁷ Bezplatnost vzdělání dle ÚS nelze chápat jako bezplatnost absolutní v tom smyslu, že by stát nesl veškeré náklady vzniknuvší a související s uplatnění tohoto LZPS garantovaného práva, jako například náklady na koupi psacích potřeb či přezůvek. Od práva na bezplatné vzdělání tudíž odlišil činnosti s výkonem tohoto práva související a použil je analogií právě na bezplatnost zdravotní péče.²⁴⁸ Formalistické lpění na bezplatnosti zdravotní péče hrazené ze systému veřejného pojištění by dle názoru ÚS mohlo vést spíše ke snížení její celkové úrovně.²⁴⁹ Objem finančních prostředků systému veřejného zdravotního pojištění je totiž limitován jako každý jiný pojišťovací systém.²⁵⁰

²⁴³ Jedná se o již zmiňovaný *lege artis* postup, tedy odborně správný postup, který je zakotven již v čl. 4 Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb.m.s., Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně ze dne 4. dubna 1997. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 21. března 2016]

²⁴⁴ § 4 odst. 5 ve spojení s § 28 odst. 2, § 45 odst. 1 a § 49 odst. 1 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb.

²⁴⁵ Tímto standardem zdravotních služeb se zabýval také Ústavní soud ve svém nálezu ze dne 27. listopadu 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12.

²⁴⁶ WAGNEROVÁ, op. cit., s. 654

²⁴⁷ Čl. 33 LZPS

²⁴⁸ Nález Ústavního soudu ze dne 13. června 1995, sp. zn. Pl. ÚS 25/94

²⁴⁹ Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08

²⁵⁰ Nález Ústavního soudu ze dne 10. července 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95

S ohledem na výše uvedené lze zdravotní výkony dělit z hlediska jejich úhrady na výkony plně hrazené, plně hrazené za určitých podmínek, částečně hrazené anebo ze systému veřejného zdravotního pojištění nehrazené.

Zdravotní služby z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazené jsou vymezeny prostřednictvím pozitivní i negativní zákonné formulace.²⁵¹ Takto stanovený rozsah hrazených služeb je závazný pro veškeré zdravotní pojišťovny. Omezený prostor k diferenciaci rozsahu jimi hrazených služeb je však pojišťovnám přece jen ponechán. Prostředkem k tomuto odlišení jsou finanční prostředky nashromážděné v tzv. fondu prevence, který mají pojišťovny možnost vytvořit.²⁵² Nad rámec hrazených služeb z něj mohou pojištěncům, kteří jsou nemocní, popřípadě také těm, jimž onemocnění hrozí, hradit služby, jejichž účinek, ať už preventivní, diagnostický nebo dokonce léčebný, lze prokázat. Finanční prostředky z fondu prevence jsou často využívány také za účelem realizace zdravotnických programů v oblasti prevence²⁵³, projektů, jež podporují zdraví pojištěnců, jejich zdravý životní styl²⁵⁴ či směřují ke zvýšení kvality poskytované zdravotní péče.²⁵⁵ A právě tato různorodá nabídka benefitů od sebe jednotlivé pojišťovny odlišuje a činí je tak atraktivními pro různé skupiny lidí.²⁵⁶

K zdravotním výkonům z veřejného zdravotního pojištění hrazeným jen částečně, popřípadě jen za určitých podmínek, či nehrazeným vůbec pak blíže v rámci kapitoly 4.

²⁵¹ § 13 a násl. zákona č. 48/1997 Sb.

²⁵² NĚMEC, op. cit., s. 192

²⁵³ Preventivní programy bývají zpravidla zaměřeny na určité věkové skupiny pojištěnců. Příkladem může být preventivní program OZP STOP infarktu, na základě kterého OZP svým pojištěncům nabízí bezplatné komplexní preventivní lékařské vyšetření určené pojištěncům ve věku od 30 do 55 let u svých vybraných smluvních poskytovatelů zdravotních služeb. K tomu blíže Bezplatný preventivní program STOP infarktu. *ozp.cz* [online]. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví [cit. 1. března 2016]

²⁵⁴ Příkladem mohou být příspěvky VZP na prevenci kardiovaskulárních onemocnění, které se vztahují na vybrané pohybové aktivity, jako např. plavání, fotbal nebo třeba golf. K tomu blíže Příspěvky na prevenci kardiovaskulárního onemocnění. *vzp.cz* [online]. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR [cit. 3. března 2016]

²⁵⁵ Dle ustanovení § 7 odst. 2 zákona č. 551/1991 Sb. a § 16 odst. 4 zákona č. 280/1992 Sb.

²⁵⁶ K přehledu nákladů jednotlivých ZP na zdravotní péči čerpanou z fondu prevence blíže Hodnocení výročních zpráv jednotlivých ZP za rok 2014. *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 7. března 2016]

3.4 Úhrada zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění

Mechanismus úhrad zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb hrazených z prostředků systému veřejného zdravotního pojištění je poměrně komplikovaný. Způsob úhrady za poskytnutou zdravotní péči a ostatní služby stanoví dle jednotlivých segmentů zdravotní péče každoročně vydávaná úhradová vyhláška MZ, která by měla být výsledkem dohodovacího řízení zástupců zdravotních pojišťoven a profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče. Zpravidla však ke shodě v mnoha bodech nedojde a znění vyhlášky stanoví přímo MZ.²⁵⁷

Zákon však připouští možnost odchýlení se od ustanovení této úhradové vyhlášky, a to prostřednictvím individuálních dohod o způsobu úhrady poskytnuté zdravotní péče, její výši a regulačních omezeních. Tyto dohody jsou uzavírány mezi zdravotní pojišťovnou a jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb a mají před úhradovou vyhláškou přednost.²⁵⁸ Vyhláška se tak použije v případě, kdy k této individuální dohodě nedošlo anebo v případě, že se jedná o úhradu neodkladné péče, která byla pojištěnci poskytnuta nesmluvním poskytovatelem dané pojišťovny.²⁵⁹ Úhradová vyhláška má tedy dispozitivní charakter.

Podle názoru ÚS jsou však tyto individuální dohody mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb uzavírány za absence transparentních pravidel. To může mít za následek nerovné zacházení s jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb ze strany zdravotních pojišťoven²⁶⁰, stejně tak jako zneužívání jejich dominantního postavení vůči poskytovatelům. Oprávnění k jinému určení výše úhrad či regulačních omezení prostřednictvím individuálních ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a konkrétním poskytovatelem zdravotních služeb však nemá být chápáno jako autonomie vůle zdravotních pojišťoven. Podle názoru ÚS je smyslem oprávnění k uzavírání těchto individuálních smluv zajištění poskytování hrazených služeb a jejich

²⁵⁷ § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb.

²⁵⁸ § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb.

²⁵⁹ Nález Ústavního soudu ze dne 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13

²⁶⁰ Nález Ústavního soudu ze dne 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13

dostupnosti²⁶¹ pro pojištěnce dané zdravotní pojišťovny a nikoli upřednostňování některých poskytovatelů zdravotních služeb před jinými na základě libovůle zdravotní pojišťovny.²⁶² Ta je limitována toliko zákonem, který pojišťovnám ukládá povinnost hospodařit s prostředky systému veřejného zdravotního pojištění efektivně, účelně a hospodárně s ohledem na jejich veřejný charakter.²⁶³

O tom, že dochází k častému uzavírání těchto individuálních smluv odlišných od úhradové vyhlášky, svědčí nedávná kontrola hospodaření Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR za období let 2012 až 2014 ze strany NKÚ. Při této kontrole NKÚ zjistil, že v 82% případů došlo k uzavření individuálních smluv o způsobu a výši úhrady za poskytnutou zdravotní péči. Úhradová vyhláška tak byla využita pouze v naprosté menšině případů.²⁶⁴ Kontrola NKÚ²⁶⁵ odhalila také markantní rozdíly mezi smlouvami uzavřenými s jednotlivými poskytovateli, kdy se výše úhrad téhož výkonu lišila o téměř 50%.²⁶⁶ V návaznosti na tuto skutečnost NKÚ ve svém kontrolním závěru upozornil na riziko nerovného postavení poskytovatelů zdravotních služeb. Důvodem je podle něj přílišná autonomie vůle při uzavírání individuálních úhradových dodatků mezi zdravotními pojišťovnami a konkrétními poskytovateli zdravotních služeb. Pakliže si zdravotní pojišťovna sjedná s jednotlivými poskytovateli rozličné podmínky úhrady za poskytnuté zdravotní služby, měla by být také schopna tyto individuální podmínky odůvodnit. Ideálním řešením by byla předem stanovená transparentní kritéria, na základě kterých by bylo možné tyto individuální výhodnější podmínky sjednat.²⁶⁷ V současné době je totiž pro zdůvodnění uzavření individuálních smluv rozhodující

²⁶¹ Ve smyslu § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.

²⁶² Nález Ústavního soudu ze dne 8. prosince 2015, sp. zn. Pl. ÚS 5/15

²⁶³ Ve smyslu § 4 odst. 1 zákona č. 320/2001 Sb.

²⁶⁴ Tisková zpráva NKÚ ke KA č. 14/33 ze dne 4. ledna 2016. Hospodaření Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra: výdaje za miliony na marketing, dárkové předměty a poradce. *nku.cz* [online]. Nejvyšší kontrolní úřad [cit. 22. února 2016]

²⁶⁵ NKÚ je oprávněn ke kontrole hospodaření zdravotních pojišťoven na základě ustanovení § 3 odst. 1 písm. a) zákona č. 166/1993 Sb., o Nejvyšším kontrolním úřadu, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

²⁶⁶ Tisková zpráva NKÚ ke KA č. 14/33 ze dne 4. ledna 2016. Hospodaření Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra: výdaje za miliony na marketing, dárkové předměty a poradce. *nku.cz* [online]. Nejvyšší kontrolní úřad [cit. 22. února 2016]

²⁶⁷ Kontrolní závěr k KA č. 14/33. Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR. *nku.cz* [online]. Nejvyšší kontrolní úřad [cit. 22. února 2016]

pouze velmi obecně stanovená podmínka spočívající v povinnosti zdravotní pojišťovny hospodařit s finančními prostředky hospodárně, účelně a efektivně²⁶⁸, která je zřejmě nedostatečná. Riziko zvýhodnění některých poskytovatelů zdravotních služeb před jinými totiž nijak výrazně neeliminuje.

Jedna z povinností pojišťovny však činí uzavírání těchto smluv přece jen o něco transparentnější. Zdravotní pojišťovny jsou totiž povinny tyto smlouvy uveřejnit²⁶⁹ spolu se smlouvou o poskytování a úhradě hrazených služeb způsobem umožňujícím dálkový přístup.²⁷⁰ Na webových stránkách zdravotních pojišťoven je tak možné dohledat nejen kdo je smluvním poskytovatelem dané zdravotní pojišťovny, ale také přesný obsah smluv mezi konkrétním poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou.

S ohledem na citlivost osobních údajů a v zájmu jejich ochrany se k této zákonné povinnosti zveřejňování smluv v minulosti vyjadřoval Úřad pro ochranu osobních údajů. Ve svém stanovisku uvedl, že pojišťovny, jako správci osobních údajů²⁷¹, musí při zveřejňování smluv uzavřených s poskytovatelem zdravotních služeb dbát ochrany údajů o poskytovatelích, kteří jsou podnikajícími fyzickými osobami, a stejně tak musí chránit údaje o fyzických osobách jednajících za osoby právnické.²⁷² Zveřejňování smluv však nic jiného nebrání.

Pokud jde o samotné úhradové mechanismy zdravotních pojišťoven za zdravotní péči, resp. služby, poskytnuté pacientům-pojištěncům, mohou být prováděny hned několik způsoby, které bývají často různě kombinovány. Jedním z těchto způsobů je retrospektivní platba pojišťovny za jednotlivé zdravotní výkony provedené poskytovatelem. Prostřednictvím ní získávají zdravotní pojišťovny detailní přehled o každém provedeném výkonu daného poskytovatele a proplácí mu pouze skutečně provedené výkony. Tento způsob úhrady, charakteristický zejména pro péči ambulantní,

²⁶⁸ Ve smyslu § 4 odst. 1 zákona č. 320/2001 Sb.

²⁶⁹ A to s účinností od 1. září 2015

²⁷⁰ § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb.

²⁷¹ § 4 písm. e) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

²⁷² K tomu blíže Stanovisko Úřadu pro ochranu osobních údajů č. 4/2015 z října 2015. *uouu.cz* [online]. Úřad pro ochranu osobních údajů [cit. 22. února 2016]

má pro poskytovatele zcela jistě motivační charakter, jelikož mezi výší úhrad z prostředků zdravotního pojištění a provedenými výkony existuje přímá úměra.²⁷³ Výše úhrad či metoda jejich výpočtu je předem pevně stanovena, přičemž sazba za jednotlivé výkony může být vyjádřena v bodech anebo penězích.

Základem tzv. bodového systému, v rámci kterého jsou zdravotní výkony hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění obodovány, je seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, který má formu vyhlášky.²⁷⁴ Počet bodů by měl reflektovat náročnost daného zdravotního výkonu, a to jak z odborného, tak i finančního hlediska. Při překročení stanoveného objemu poskytnuté zdravotní péče a ostatních služeb přitom zpravidla dochází ke snížení hodnoty bodu, což má zajistit efektivní hospodaření a poskytování zdravotní péče a ostatních poskytovatelem poskytovaných zdravotních služeb. Tato limitace však ve výsledku může vést až k záměrnému omezení poskytovatelem poskytované zdravotní péče v obavě z překročení stanovených limitů, jež zdravotní pojišťovny nechtějí proplácet. To může mít negativní vliv na zdraví pacientů, kteří zdravotní péči v danou chvíli potřebují.²⁷⁵ Jelikož je lékař vázán postupem *lege artis*, tento by měl převážít nad regulačními limity zdravotních pojišťoven a zdraví pacienta by mělo být před ekonomickou stránkou věci vždy upřednostněno.²⁷⁶

Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, resp. jeho návrh, je zpravidla²⁷⁷ výsledkem každoročně konaného²⁷⁸ dohodovacího řízení mezi zástupci

²⁷³ NĚMEC, op. cit., s. 98

²⁷⁴ Jedná se o vyhlášku Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

²⁷⁵ K tomu náleží Ústavního soudu ze dne 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13, náleží Ústavního soudu ze dne 13. září 2011, sp. zn. I. ÚS 2785/08, nebo rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 27. dubna 2011, sp. zn. 25 Cdo 3507/2008

²⁷⁶ MACH, J. Nabídka zdravotních pojišťoven na „jiný úhradový dodatek“ nebo „jinou smlouvu“. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 1, s. 25 [cit. 2. února 2016]

²⁷⁷ Pokud však v rámci zákonem stanovené lhůty k dohodě nedorazí, popřípadě není-li dohoda v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, o hodnotě bodu, výši úhrad a omezeních pro další období rozhodne vyhláškou Ministerstva zdravotnictví, a to v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb.

²⁷⁸ Dle ustanovení § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. se obsah seznamu stanoví vždy pro následující kalendářní rok.

pojišťoven a profesními organizacemi poskytovatelů zdravotních služeb jako zainteresovanými subjekty. Dojde-li k dohodě a je-li tato podle MZ v souladu s právními předpisy i veřejným zájmem, vydá jej ve formě vyhlášky.²⁷⁹ Pokud však k dohodě nedojde, normotvorná kompetence zůstává na MZ.²⁸⁰

Finální výše úhrady za poskytnuté zdravotní služby se pak vypočte na základě úhradové vyhlášky, která stanoví hodnotu bodu v korunách českých dle poskytovatelem poskytované péče, popřípadě dle sazby sjednané ve smlouvě, a bodového ohodnocení konkrétního výkonu dle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Ukázkovým příkladem ze seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami může být stomatologický výkon komplikované extrakce zubu. Pro úplnost, hodnota bodu služeb poskytovaných v rámci oboru zubního lékařství je pro letošní rok stanovena na 0,95 Kč.²⁸¹

04630	EXTRAKCE ZUBU KOMPLIKOVANÁ Komplikovaná extrakce zubu vyžadující separaci kořenů, případně exkochleaci. Kategorie: P – hrazen plně OF: 1/1 zub OM: bez omezení Čas výkonu: 60 Body: 261, s připočtením 10% navýšení práce nositelů celkem: 285	<table border="1"><thead><tr><th>Nositel</th><th>INDX</th><th>Čas</th></tr></thead><tbody><tr><td>L2</td><td>2</td><td>60</td></tr></tbody></table> ZUM: ne ZULP: ne	Nositel	INDX	Čas	L2	2	60
Nositel	INDX	Čas						
L2	2	60						

Zdroj: Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Rozhodující pro úhradu stomatologické péče je nicméně ceník provedených výkonů vytvořený na základě dohody zdravotních pojišťoven s ČSK.²⁸² Ceník určuje

²⁷⁹ Jde o vyhlášku Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, jejíž přílohu tvoří právě seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

²⁸⁰ Usnesení Ústavního soudu ze dne 25. srpna 2004, sp. zn. Pl. ÚS 13/03

²⁸¹ § 8 vyhlášky č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. března 2016]

²⁸² Které zubní výkony patří mezi výkony standardní a tedy plněn hrazené ze zdravotního pojištění? *ozp.cz* [online]. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví [cit. 22. února 2016]

náplň výkonů, metodiku jejich vykazování, cenu jednotlivých výkonů, popřípadě jejich nadstandardní variantu provedení. Pouze menší část výkonů je v oboru zubního lékařství hrazena podle seznamu výkonů s bodovými hodnotami.

Níže uvedená tabulka příkladem uvádí údaje o stomatologickém výkonu ošetření zubního kazu na stálém zubu dle ceníku stomatologických výkonů a provádí komparaci variant jeho provedení. Tabulka také pro představu znázorňuje, v jakých případech je stomatologům tento výkon hrazen z prostředků zdravotního pojištění a v jaké výši, a kdy už je pacient povinen k jeho úhradě z vlastních finančních prostředků.

Tabulka č. 2 – Komparace variant ošetření zubního kazu²⁸³

Název výkonu	Ošetření zubního kazu - stálý zub	Ošetření zubního kazu - stálý zub – fotokompozitní výplň
Kód výkonu	00921	00920
Cena výkonu	od 1. ledna 2016 navýšena z 242,- Kč na 270,- Kč – hradí ZP	od 1. ledna 2016 navýšena z 315,- Kč na 350,- Kč – hradí ZP
Omezení frekvence	každý zub 1x za 365 dní	každý zub 1x za 6 měsíců
	výjimky z omezení - závažná celková onemocnění nebo profesionální poškození chrupu	
Omezení materiálu	výplň standardním materiálem (nedózaný amalgam) hrazena ZP <u>v rozsahu celého chrupu</u>	výplň nadstandardním materiálem (fotokompozitní výplň) ZP <u>nehrazena</u>
	při použití samopolymerujících kompozitních materiálů (tzv. bílá plomba) výplň hrazena ZP <u>v rozsahu po špičáky včetně</u>	
Omezení věkem	žádné	výkon <u>hrazený ZP pouze</u> pacientům do 18 let, avšak pouze v rozsahu po špičáky včetně
		dospělý pacient si výkon hradí sám

²⁸³ Vlastní tvorba za využití přílohy č. 11 k vyhlášce č. 273/2015 Sb. a přílohy č. 1 k zákonu č. 48/1997 Sb.

Dalším možným způsobem úhrady za poskytnuté služby jsou tzv. kapitační platby. Tento způsob je využíván v případech, kdy poskytovatel dlouhodobě registruje a poskytuje zdravotní služby vymezenému okruhu pojištěnců. Za pojištěnce pak takovému poskytovateli náleží fixní částka, a to bez ohledu na to, zda v daném období pojištěnci zdravotní péči čerpali či nikoli.²⁸⁴ Tato stálá platba za pojištěnce však závisí na jeho věku, provádí se tedy za tzv. jednicového pojištěnce (kapitační jednotku).²⁸⁵

Kapitační platba nicméně nemusí existovat pouze v čisté podobě a může být kombinována i s jiným úhradovým mechanismem. Typickým příkladem jsou poskytovatelé v oboru všeobecného praktického lékařství a v oboru praktického lékařství pro děti a dorost. Kapitační platby jsou totiž v rámci těchto oborů kombinovány s platbami za výkon.²⁸⁶

Jiný způsob úhrady, převažující a stěžejní zejména v lůžkových zdravotnických zařízeních²⁸⁷ (pro jejich vysoké fixní náklady), pak představuje úhrada paušální (zálohová), jejíž výše vychází z údajů za minulá období. Pro výpočet výše paušální úhrady stanoví úhradová vyhláška velmi komplikovaný mechanismus. Jako jeden z nástrojů pro tento výpočet lze zmínit tzv. DRG systém (z anglického *Diagnosis Related Groups*) spočívající v platbě za diagnózu. V rámci klasifikačního systému DRG jsou definovány skupiny, do nichž jsou pacienti rozřazováni dle vzájemně podobných léčebných a ekonomických parametrů. Tento systém vychází z předpokladu srovnatelných nákladů na ošetření, popřípadě léčbu, pacientů v rámci dané skupiny.²⁸⁸ DRG systém se využívá pro úhradu a také monitoring akutní lůžkové péče.²⁸⁹ S ohledem na jeho neuspokojivou srozumitelnost a funkčnost v ČR aktuálně probíhá projekt DRG restart, jehož cílem je získání ekonomických a zdravotnických dat o poskytované

²⁸⁴ NĚMEC, op. cit., s. 103

²⁸⁵ GLADKIJ, op. cit., s. 114

²⁸⁶ Způsob výpočtu kombinované kapitačně výkonové platby pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a v oboru praktické lékařství pro děti a dorost tvoří přílohu č. 2 k vyhlášce č. 273/2015 Sb.

²⁸⁷ Tedy například v nemocnicích

²⁸⁸ GLADKIJ, op. cit., s. 123-124

²⁸⁹ PAVLÍK, T. a kol. Současný systém DRG používaný v ČR má nedostatečnou prediktivní sílu s ohledem na náklady akutní lůžkové péče. *Informační bulletin DRG restart* [online]. 2015, roč. 1, č. 1, s. 22 [cit. 22. února 2016]

zdravotní péči, zvýšení transparentnosti a efektivity úhradových mechanismů a následně možné stanovení skutečné ceny zdravotní péče.²⁹⁰

Způsob úhrady bývá zpravidla předem stanoven. Pokud však nastane situace, kdy způsob úhrady za poskytovanou zdravotní péči a ostatní zdravotní služby není dán ani zákonem ani smluvním ujednáním, určí se na základě soudního rozhodnutí. Spravedlivé, rozumné a účelné určení úhrady bude dle judikatury Nejvyššího soudu zpravidla určení na základě bodového hodnocení daných zdravotních výkonů.²⁹¹

²⁹⁰ Tisková zpráva MZ ze dne 3. prosince 2014. Ministerstvo zdravotnictví představilo projekt DRG restart. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 8. února 2016]

²⁹¹ Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 27. května 2013, sp. zn. 32 Cdo 2309/2011

4 Vybrané sekundární zdroje financování zdravotní péče soukromého charakteru

Jak již bylo uvedeno výše, zdravotní pojišťovny z prostředků veřejného zdravotního pojištění nehradí veškeré zdravotní výkony, popřípadě ne vždy v plném rozsahu. Na financování zdravotní péče se tedy přímo podílí také samotní pacienti. O tom, že je jejich podíl nezanedbatelný, svědčí skutečnost, že soukromé výdaje na zdravotnictví podle předběžných odhadů ÚZIS za rok 2014 měly dosáhnout částky ve výši 45,224 mld. Kč, což je něco málo přes 15% celkových výdajů na zdravotnictví za daný rok.²⁹²

Nejčteněji se vyskytujícími formám finanční spoluúčasti pacientů je tak pro jejich značný význam, ale také kontroverznost, věnována následující kapitola. Tato se blíže zabývá zejména nadstandardní variantou zdravotní péče, a to jak ve smyslu „hotelových služeb“, tak ve smyslu medicínského nadstandardu, stejně tak jako ve své době velmi diskutovanými regulačními poplatky. V závěru zpracovává rovněž další potenciální zdroj financování zdravotní péče v ČR, soukromé zdravotní pojištění, jako návrh de lege ferenda.

4.1 Finanční spoluúčast pacientů na financování zdravotní péče

Jak již bylo zmíněno, povinnost zdravotních pojišťoven k úhradě zdravotní péče či jiné zdravotní služby se vztahuje na služby z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazené a vzniká na základě smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb mezi konkrétním poskytovatelem a pojišťovnou. Pouze v zákonem stanovených případech je zdravotní pojišťovna povinna uhradit poskytovateli službu poskytnutou jejímu pojištěnci i přesto, že se nejedná o smluvního poskytovatele dané pojišťovny.²⁹³ Ve výjimečných případech může pojišťovna svému pojištěnci uhradit také zdravotní

²⁹² Výdaje zdravotnictví 2010-2014. *uzis.cz* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 13. ledna 2016]

²⁹³ Dle ustanovení § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. jde o situaci, kdy je pojištěnci poskytována neodkladná péče, dále při poskytování zdravotních služeb pojištěncům, kteří jsou ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody anebo zabezpečovací detence poskytovatelem, kterého určí Vězeňská služba a dále také při poskytování zdravotních služeb pojištěnci, jež je ve výkonu ochranné léčby, jsou-li tyto služby poskytovány v souvislosti s onemocněním, pro které se pojištěnec musí podrobit léčbě.

službu jinak z prostředků veřejného zdravotního pojištění nehrazenou. Tímto výjimečným případem je situace, kdy jinak nehrazená zdravotní služba představuje pro pojištěnce jedinou možnost a neexistuje k ní žádná alternativa.²⁹⁴ Mimo tyto případy je však pacient povinen hradit služby mu poskytnuté nesmluvním poskytovatelem zdravotních služeb dané pojišťovny ze svých finančních prostředků.

I přes ústavně garantované právo na bezplatnou zdravotní péči totiž nelze tuto „bezplatnost“ chápat jako bezplatnost absolutní v tom smyslu, že by stát nesl veškeré náklady vzniknuvší a související s uplatnění tohoto práva.²⁹⁵ S tímto výkladem se však velká část veřejnosti neztotožňuje. Úhrada zdravotní péče z vlastních finančních prostředků bývá trnem v oku mnoha pacientů, kteří si pod pojmem bezplatná zdravotní péče představují péči poskytovanou zdarma. Pokrok je však neúprosný, a tak si i dobrá zdravotní péče žádá stále lepší a lepší metody, postupy a technologie, jejichž vývoj a koupě vyžadují mnohdy obrovské finanční prostředky.

Kýženým cílem spoluúčasti pacientů na úhradě zdravotních služeb je zamezení jejich nadužívání²⁹⁶, a to právě s ohledem na častou neochotu pacientů k jejich přímé úhradě z vlastních finančních prostředků. Předpokládá se tedy větší míra rozvážnosti než při nakládání s prostředky veřejnými.

Finanční prostředky vynaložené na zdraví a jeho ochranu přitom nelze považovat pouze za výdaje. Jedná se spíše o investici přínosnou jak pro stát, tak pro samotného jednotlivce.²⁹⁷ Nezdráhají-li se pacienti investovat své finanční prostředky do jiných, podstatně méně důležitých statků, finanční spoluúčast a investice do toho nejcennějšího, co můžou mít, tedy do vlastního zdraví, je, myslím si, také na místě. To však samozřejmě za předpokladu rozumného a přiměřeného podílu této spoluúčasti.

²⁹⁴ § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

²⁹⁵ Čl. 31 LZPS

²⁹⁶ NĚMEC, op. cit., s. 137

²⁹⁷ PAŘÍZKOVÁ, I.; LOSKOTOVÁ, J. Publicly Financed Health Care in the Czech republic. In: PAŘÍZKOVÁ, I.; LOSKOTOVÁ, J. (eds.). *2nd International Summer School on Health Law: Assisted reproduction, Mediation, Complementary and Alternative medicine*. Brno: Masarykova univerzita, 2011, s. 159

Za účelem dosažení této přiměřenosti bývá spoluúcast pacientů na úhradě poskytovaných zdravotních služeb různým způsobem limitována. Omezení může spočívat v limitu plnění poskytovaného ze strany zdravotní pojišťovny za určité časové období, kdy jde suma přesahující tento limit na vrub pojištěnce. Omezena může být také částka, kterou pacient hradí ze svých zdrojů - jakmile dojde k jejímu překročení za jisté časové období, veškeré následné výdaje na zdravotní služby hradí ze svých prostředků zdravotní pojišťovna.²⁹⁸

Úhrada zdravotních služeb je obecně požadována po pojištěncích, kterým byla poskytnuta zdravotní služba spadající mezi služby nehrazené, popřípadě hrazené jen částečně, a dále po pojištěncích, jež vyžadují zdravotní služby nad rámec péče bezplatné anebo lepší „hotelové služby“. Úhrada je požadována také po pojištěncích, s jejichž zdravotní pojišťovnou nemá daný poskytovatel uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb²⁹⁹ a v neposlední řadě také po některých pacientech, kteří nejsou pojištěnci v rámci českého systému veřejného zdravotního pojištění.

Co se týče zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění nehrazených, obecně jde o služby, jejichž cílem není zlepšení či alespoň zachování zdravotního stavu pojištěnce. Poskytnutí těchto služeb zpravidla vyžadují samotní pojištěnci.³⁰⁰ Ze skupiny zdravotních služeb hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou dále vyňaty některé služby poskytované zejména v oblasti všeobecné stomatologie a ortodontie, estetické plastické chirurgie, ale také gynekologie a porodnictví, urologie či ortopedie.³⁰¹ Jedná se o zdravotní výkony ze zdravotního pojištění nehrazené, popř. hrazené jen za splnění určitých podmínek.³⁰²

²⁹⁸ NĚMEC, op. cit., s. 136

²⁹⁹ Až na výjimky uvedené v ustanovení § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.

³⁰⁰ K tomu MACH, J. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 203

³⁰¹ Příloha č. 1 k zákonu č. 48/1997 Sb. stanoví, které konkrétní zdravotní výkony nejsou z veřejného zdravotního pojištění hrazeny, popřípadě stanoví podmínky, při jejichž splnění lze tyto výkony přece jen hradit z finančních prostředků systému zdravotního pojištění.

³⁰² Jako příklad lze uvést již v předchozí kapitole zmiňované ošetření zubního kazu, kde je možné zřetelně vidět, v jakých případech tento stomatologický výkon hradí zdravotní pojišťovna a kdy je pacient povinen jej uhradit z vlastních prostředků.

Pokud jde o nadstandardní variantu péče, v tomto směru je nutné rozlišovat mezi nadstandardem ve smyslu „hotelových služeb“ poskytovaných ve zdravotnických zařízeních v souvislosti se zdravotním výkonem a mezi jakýmsi medicínským nadstandardem spočívajícím v ekonomicky náročnější variantě zdravotní péče.

Prostřednictvím příplatku za nadstandardní „hotelové služby“ lze pacientovi na jeho přání zajistit větší míru komfortu při pobytu na lůžku, což obvykle spočívá v možnosti hospitalizace v jednolůžkovém pokoji, připojení k internetu či možnosti výběru z více jídel. Nabídka jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb je v tomto směru individuální a různorodá. Například při hospitalizaci v pražském Institutu Klinické a Experimentální Medicíny (IKEM) si pacient může za samostatný pokoj připlatit 1.000,- Kč za den hospitalizace či 200,- Kč na den za nadstandardní stravu.³⁰³ Příplatek za nadstandardní pokoj ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně se pohybuje v rozmezí od 500,- do 1.000,- Kč za den hospitalizace³⁰⁴, ve Fakultní nemocnici Brno pak tento příplatek činí částku od 360,- do 1.000,- Kč za den hospitalizace.³⁰⁵

Ačkoli tyto „lepší hotelové služby“ zajistí pacientům větší komfort než pacientům, kteří této možnosti nevyužijí, nemají přímý vliv na zdravotní stav pacienta v tom smyslu, že by jim byly poskytovány zdravotní služby vyšší kvality než ostatním. Tyto služby spočívají pouze ve „zpříjemnění“ pobytu na lůžku a zajišťují tak pacientovi vyšší míru pohodlí a soukromí, nikoli však lepší zdravotní služby.

Co se týče medicínského nadstandardu, z prostředků systému veřejného zdravotního pojištění je hrazena, jak již bylo zmíněno výše, toliko základní standardní varianta zdravotní péče. Nadstandardní zdravotní péče pak představuje její variantu, jež je ekonomicky náročnější a přesahuje tak rámec této základní bezplatné péče. Zpravidla spočívá ve volbě lékaře či například lepšího materiálu pro daný výkon. Bez ohledu na to, jaká varianta péče je pacientovi poskytována, je nicméně nezbytné, aby byla

³⁰³ Ceník služeb. *ikem.cz* [online]. Institut Klinické a Experimentální Medicíny [cit. 12. listopadu 2015]

³⁰⁴ Ceník placených služeb od 8. ledna 2013. *fnusa.cz* [online]. Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně [cit. 12. listopadu 2015]

³⁰⁵ Placené služby – nadstandardní pokoje. Ceník č. 7/2016 – 09.5. *fnbrno.cz* [online]. Fakultní nemocnice Brno [cit. 12. listopadu 2015]

v každém případě zachována vhodnost a účinnost jeho léčby. Kvalita poskytovaných zdravotních služeb musí být udržena za všech okolností na stejné úrovni.³⁰⁶

Ačkoli ÚS označil možné dělení zdravotních služeb na služby plně hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění (standardní) a na služby ekonomicky náročnější (nadstandardní) za ústavně konformní, aktuálně platná a účinná česká právní úprava toto dělení nezná a nijak neupravuje. Bývalému ministru zdravotnictví Leoši Hegerovi se sice podařilo k 1. lednu 2012 zdravotnické nadstandardy v ČR zavést, neměly však dlouhého trvání. Chybou byla zvolená forma právní úpravy, kterou byla po předchozích úvahách³⁰⁷ nakonec vyhláška.³⁰⁸ Zákon³⁰⁹ sice rozlišoval základní a ekonomicky náročnější variantu, ale až z vyhlášky bylo patrné, co je považováno za standard hrazený z prostředků veřejného zdravotního pojištění a za jaké zdravotní služby si pacienti v případě zájmu o ně musí doplatit sami. A právě špatně zvolená forma právní úpravy, která odporovala požadavku čl. 4 odst. 2 LZPS, jež pro vytyčení mezí základních práv a svobod³¹⁰ vyhrazuje formu zákona a podzákoný právní předpis nepřipouští, měla za následek zrušení zdravotnických nadstandardů v ČR.³¹¹

Z uvedených skutečností je zřejmé, že je jen otázkou času, kdy dojde k pokusu o znovuzavedení tohoto dělení zdravotní péče na péči standardní a nadstandardní.

4.2 Regulační poplatky jako zdroj financování zdravotní péče

Podíl spoluúčasti pacientů na financování zdravotní péče byl v minulosti navýšen také prostřednictvím zavedení specifické skupiny plateb, tzv. regulačních poplatků. Ty byly označovány jako prostředek k zajištění co nejefektivnějšího využívání zdravotní péče.³¹² V dnešní době jsou však již téměř minulostí.

³⁰⁶ Nález Ústavního soudu ze dne 4. června 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02

³⁰⁷ Tisková zpráva MZ ze dne 17. května 2011. Stanovení základní a ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče přinese úspory, stabilitu a zamezení korupci. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 12. listopadu 2015]

³⁰⁸ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb.

³⁰⁹ Zákon č. 48/1997 Sb.

³¹⁰ A tedy i pro právo na bezplatnou zdravotní péči

³¹¹ Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11

³¹² Usnesení Nejvyššího správního soudu (zvláštní senát) ze dne 19. března 2013, sp. zn. Konf 38/2012

K nelibosti velké většiny veřejnosti byly zavedeny rozsáhlou reformou veřejných rozpočtů³¹³, a to s účinností od 1. ledna 2008. Zavedením regulačních poplatků vyvstala spousta otázek, z nichž nejvíce zásadní byla otázka jejich ústavnosti, s ohledem na čl. 31 LZPS³¹⁴, který občanům garantuje právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky. ÚS tedy musel vyřešit interpretační problém týkající se bezplatnosti zdravotní péče garantované LZPS a její namítané přeměny na péči placenou právě z důvodu zavedení regulačních poplatků. Tento náleží ÚS³¹⁵ byl velmi kritizován, a to jak samotnými soudci ÚS, tak odbornou veřejností.

S ohledem na čl. 41 odst. 1 LZPS, který zákonodárci poskytuje poměrně široký prostor k úpravě rozsahu poskytování bezplatné zdravotní péče, shledal ÚS ustanovení o regulačních poplatcích ústavním. Uvedl, že regulační poplatek je platbou pacienta *sui generis* podle principu *do ut facias*, která je vybírána za účelem usměrnění chování pacientů ve smyslu zamezení nadužívání zdravotních služeb. Ty tak měly být poskytovány toliko těm, kteří je skutečně potřebují. ÚS tedy neshledal, že by zavedené regulační poplatky představovaly bariéru komukoli omezující přístup ke zdravotní péči a službám. Naopak uvedl, že nemají tzv. rdousící efekt. Podle názoru ÚS je regulační poplatek příspěvkem na úhradu nákladů vzniklých v souvislosti se zajišťováním provozu zdravotnických zařízení jako úklid, administrativní práce či například právní pomoc. Nejedná se tedy o platbu za poskytnutou zdravotní péči a ostatní zdravotní služby.

Se zavedením regulačních poplatků, stejně tak jako se závěrem ÚS v uvedeném rozhodnutí, nelze než souhlasit. Regulační poplatky v předepsaných částkách³¹⁶ nečinily zdravotní služby pro kohokoli nedostupnými, a to nejen z důvodu jejich přijatelné výše, ale také pro zákonem stanovený limit jejich přípustné výše za kalendářní rok na jednotlivce. Ten se vztahoval jak na regulační poplatky, tak na doplňky na léčiva nebo

³¹³ Zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů

³¹⁴ Čl. 31 LZPS, který zní:

„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“

³¹⁵ Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08

³¹⁶ Viz níže

potravin. Účelem zákonem zavedeného limitu byla snaha o zabránění vzniku překážky bránící využití zdravotních služeb z důvodu nedostatku finančních prostředků. Pokud tedy pojištěnec překročil zákonem stanovený limit ve výši 5.000,- Kč, zdravotní pojišťovna byla povinna uhradit za něj částku, o níž limit překročil.³¹⁷ Pro specifickou skupinu pojištěnců, pro děti mladší 18 let a pojištěnce starší 65 let, byl limit dokonce snížen, a to na částku ve výši 2.500,- Kč ročně.³¹⁸

Ve srovnání s výší úhrad pojistného na veřejné zdravotní pojištění, která se odvíjí od výše příjmu jedince, byla výše regulačních poplatků stanovena pro všechny bez rozdílu ve stejné výši, a to na 30,- Kč, 60,- Kč, 90,- Kč a později také 100,- Kč v závislosti na konkrétně poskytované službě.³¹⁹

Postupnou novelizací však docházelo ke zmírňování poplatkové povinnosti. První citelná a velmi vítaná novela v oblasti regulačních poplatků se týkala lékařských receptů. Tato zúžila poplatkovou povinnost, a to tak, že od 1. dubna 2009 byl pacient povinen uhradit pouze 30,- Kč za recept a nikoliv 30,- Kč za každou předepsanou položku na receptu, jak tomu bylo dříve.

Podstatně méně vítanou však byla novela účinná od 1. prosince 2011, která změnila výši regulačního poplatku za poskytnutou lůžkovou péči a způsobila jeho navýšení z 60,- Kč za den hospitalizace na 100,- Kč. ÚS posuzoval ústavní konformitu systému regulačních poplatků, včetně poplatku za poskytování lůžkové péče, hned několikrát, přičemž dospěl k různým závěrům. Při posuzování poplatku za poskytování lůžkové péče v původní výši 60,- Kč za den hospitalizace ÚS konstatoval, že jde o souběžně poskytovanou jinou související službu, kterou přirovnal ke službě hotelové a která tak nespadá pod bezplatnou zdravotní péči garantovanou čl. 31 LZPS.³²⁰

Později se však otázkou posouzení poplatku za lůžkovou péči zabýval znova právě z důvodu navýšení jeho denní sazby na 100,- Kč, jelikož toto navýšení o více než

³¹⁷ Tehdejší ustanovení § 16b zákona č. 48/1997 Sb.

³¹⁸ A to s účinností od 1. dubna 2009

³¹⁹ Tehdejší ustanovení § 16a zákona č. 48/1997 Sb.

³²⁰ Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08

2/3 považoval za výrazné a zásadní.³²¹ V dané věci se odvolával na konstatování z předchozího rozhodnutí, ve kterém uvedl, že k posouzení otázek souvisejících se sociálními právy nepřistupuje staticky, ale s mimořádným důrazem na to, jaký je stav v době jeho rozhodování.³²² Ve vztahu k sociálním právům odkázal dále na předchozí judikaturu, podle níž může ÚS překonat vlastní judikaturu mimo jiné v případě, že dojde ke změně sociálních či ekonomických poměrů³²³, k čemuž v předmětné věci došlo.

ÚS konstatoval, že poplatek za poskytnutou lůžkovou péči je obdobou platby za hotelové služby a je tedy považován za ekvivalent odpovídající nákladům, které by pacient nutně vynaložil, aniž by byl ve zdravotnickém zařízení. Podle ÚS však zákonem stanovená poplatková povinnost nijak neodlišuje situaci, kdy pobyt na lůžku se zdravotní službou pouze souvisí a představuje součást léčby, kterou lze nahradit pobytem mimo zdravotnické zařízení, od situace, kdy je pobyt na lůžku nezbytnou součástí lékařského výkonu, jako například v případě nutnosti umístění pacienta na jednotku intenzivní péče, kdy k pobytu na lůžku ve zdravotnickém zařízení neexistuje žádná adekvátní alternativa. Proto byl dle ÚS poplatek ve výši 100,- Kč za den hospitalizace ve zdravotnickém zařízení v rozporu s dikcí čl. 31 LZPS.

ÚS v právní úpravě dále postrádal absenci jakéhokoli ochranného limitu této platby, na rozdíl od plateb jiných, čímž byla popřena podstata zásady solidarity charakteristická pro čerpání zdravotní péče. S ohledem na výše uvedené ÚS rozhodl o zrušení regulačního poplatku za poskytnutou lůžkovou péči pro rozpor s čl. 31 LZPS. Od 1. ledna 2014 tak tento poplatek poskytovatelé nemohou od pacientů vybírat.³²⁴

Přesto, že se ztotožňuji s některými argumenty ÚS, s jeho závěrem o nutnosti derogace předmětného ustanovení nesouhlasím a v jistých bodech se přikláním k odlišným stanoviskům soudců Kůrky a Janů. Jako jeden z důvodů pro derogaci daného ustanovení ÚS uvedl absenci limitu, který by poskytl ochranu „slabší skupině

³²¹ Nález Ústavní soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11

³²² Nález Ústavní soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08

³²³ Nález Ústavního soudu ze dne 11. června 2003, sp. zn. Pl. ÚS 11/02

³²⁴ Nález Ústavní soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11

pojištěnců“, tedy dětem, sociálně slabým, zdravotně postiženým nebo starším lidem, či který by poplatkovou povinnost omezoval časově. S tímto konstatováním bezvýhradně souhlasím, avšak nelze si nevšimnout absenci této „výtky“ v předchozí judikatuře ÚS, která se týkala rovněž regulačních poplatků. Na tuto skutečnost upozorňují také zmiňovaná odlišná stanoviska.

S čím však nesouhlasím je argumentace použitá v odůvodnění rozhodnutí, dle které ÚS považuje výši poplatku za neúnosnou. Jakkoli může stokorunový poplatek za den hospitalizace na první pohled působit „neúnosně“, při hlubší úvaze nelze než dojít k závěru opačnému. Při běžném denním režimu je podle mého názoru výše životních nákladů jednotlivce připadajících na jeden den v průměru stejná, spíše vyšší, a to s ohledem na nutnost stravování se, spotřebu energií, dopravu či nájem, což je při posuzování adekvátnosti výše poplatku potřeba vzít v potaz. Podle mého názoru by tak pouhé zavedení zákonných ochranných limitů, které by spočívaly v omezení počtu dnů, za něž je pacient povinen tento poplatek hradit, stačilo k tomu, aby se zdravotní péče nestala pro kohokoli nedostupnou. Po přesáhnutí tohoto limitu by totiž pacient nebyl k této úhradě nadále povinen, ačkoli by byl stále hospitalizován.

Následně, rok po zrušení regulačního poplatku za pobyt na lůžku, tedy s účinností k 1. lednu 2015, došlo rovněž ke zrušení veškerých ostatních regulačních poplatků. Výjimku představuje jediný dodnes vybíraný regulační poplatek, a to za využití lékařské či zubní pohotovosti ve výši 90,- Kč, který můžeme zařadit mezi stávající zdroje financování zdravotnictví.

Zavedení systému regulačních poplatků bylo pro zdravotnictví velmi razantní změnou, na kterou si museli dlouho zvykat zejména pacienti. Četné novelizace právní úpravy regulačních poplatků, které byly mnohdy matoucí také pro samotné poskytovatele zdravotních služeb, ke zlepšení této situace také nepřispěly. Nezanedbatelné a poměrně dlouho trvající pozdvižení a chaos však v praxi způsobilo také jejich zrušení, které přišlo ve chvíli, kdy se systém zaběhl – poskytovatelé zdravotních služeb v rámci svého hospodaření počítali s příjmem z vybraných poplatků a pacienti si na jejich výběr tak nějak zvykli. Nemyslím si, že právní úprava tohoto

regulačního mechanismus byla ideální, ale jeho zrušením, dle mého názoru, zdravotnictví přišlo o miliardy korun ročně, jež mohly být využity ke zlepšení kvality poskytované péče a služeb.

4.3 Soukromé zdravotní pojištění jako návrh de lege ferenda

Dalším potenciálním zdrojem financování zdravotní péče by mohlo být, v ČR prozatím nevyužívané, soukromé zdravotní pojištění, které patří mezi zdroje financování zdravotní péče v mnoha zemích OECD. V některých z nich je jeho význam rozhodující, obecně má však spíše komplementární povahu.³²⁵ Zemí, pro niž je soukromé zdravotní pojištění hlavním zdrojem financování zdravotnictví³²⁶, jsou typicky Spojené státy americké³²⁷.

Na rozdíl od pojištění veřejného, které je povinné minimálně pro určitou skupinu osob, je soukromé zdravotní pojištění ve většině zemí OECD založeno na principu dobrovolnosti.³²⁸ Při jeho sjednávání jsou zohledňovány rizikové faktory potenciálních pojištěnců, tedy zejména jejich věk či zdravotní stav, čímž se významně liší od systému veřejného zdravotního pojištění, které má všeobecnou povahu a tyto faktory při stanovení výše pojistného a vůbec při sjednávání pojištění nebere v potaz.³²⁹

Role a charakter soukromého zdravotního pojištění se v rámci systému zdravotnictví různých zemí různí. Soukromé zdravotní pojištění může hrát primární roli v přístupu ke zdravotní péči v případech, kdy pacient není pojištěn v rámci systému veřejného zdravotního pojištění. Ve vztahu k veřejnému zdravotnímu pojištění však soukromé pojištění může mít také duplicitní povahu a zahrnovat tak stejné zdravotní služby jako pojištění veřejné. Rozdíl mezi soukromým a veřejným zdravotním

³²⁵ OECD. *Private Health Insurance in OECD Countries* [online]. Paris: OECD Publications, 2004, s. 30 [cit. 10. března 2016]

³²⁶ THE COMMONWEALTH FUND. *The U.S. Health Care System*, 2015. In: MOSSIALOS, E. et al. *International Profiles of Health Care Systems 2015* [online]. New York: The Commonwealth Fund, 2016, s. 171-178 [cit. 7. března 2016]

³²⁷ ZELENÝ, T.; BENCKO, V. Healthcare System Financing and Profits: All That Glitters is Not Gold. *Central European Journal of Public Health* [online]. 2015, vol. 23, no. 1, s. 4 [4. března 2016]

³²⁸ OECD. *Private Health Insurance in OECD Countries* [online]. Paris: OECD Publications, 2004, s. 30 [cit. 10. března 2016]

³²⁹ NĚMEC, op. cit., s. 77

pojištěním však v tomto případě spočívá v úrovni poskytovaných zdravotních služeb z pojištění hrazených nebo například v rozdílných smluvních poskytovatelích zdravotních služeb.

Soukromé zdravotní pojištění může mít ve vztahu k pojištění veřejnému také doplňkový charakter. Ten spočívá v krytí zdravotních služeb, jejichž úhrada je ze systému veřejného zdravotního pojištění vyloučena. V případě, že jsou zdravotní služby ze systému veřejného zdravotního pojištění přece jen kryty, avšak v nedostatečné výši a pacient tak musí hradit značnou část poskytnuté zdravotní služby ze svých prostředků, může k úhradě těchto zbylých výdajů využít soukromé pojištění, jež má zbytkový charakter a spočívá tedy v úhradě těchto reziduálních výdajů z veřejného zdravotního pojištění nehrazených.³³⁰

Jak již bylo zmíněno výše, z prostředků veřejného zdravotního pojištění je v ČR hrazena naprostá většina zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb. Případné zavedení soukromého zdravotního pojištění by tak mohlo představovat pouze sekundární zdroj.³³¹ Přesto by byl jeho přínos nepochybně značný. Příliv dalších finančních prostředků do systému českého zdravotnictví by totiž umožnil zvýšení kvality poskytované zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb, a to zejména prostřednictvím nákupu nových technologií a materiálů či lepšího finančního ohodnocení lékařských pracovníků, které by eliminovalo jejich odchod za lépe placeným zaměstnáním do zahraničí. To by mohlo přispět ke zlepšení zdraví celé společnosti.

Pro zavedení soukromého zdravotního pojištění v ČR je však nejprve vhodné, ne-li nezbytné, definovat standard poskytované zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění a nadstandard z prostředků veřejného zdravotního pojištění nehrazený. Na tomto rozlišení je pak možné postavit koncepci systému soukromého zdravotního pojištění, jelikož bude jasné, v jaké podobě jsou zdravotní

³³⁰ OECD. *Private Health Insurance in OECD Countries* [online]. Paris: OECD Publications, 2004, s. 31 [cit. 10. března 2016]

³³¹ A to ať už v podobě výše zmiňovaného doplňkového anebo zbytkového soukromého zdravotního pojištění

služby považovány za standard hrazený z prostředků veřejného pojištění. Varianty zdravotních služeb tento standard přesahující tak bude možné pojistit v rámci systému soukromého zdravotního pojištění, z jehož prostředků bude kryta jejich úhrada.

MZ se však prozatím zavedením systému soukromého zdravotního pojištění nezabývá a je tedy otázkou času, zda bude někdy v budoucnu v ČR zavedeno. Z uvedených skutečností je však zřejmé, že se jedná o velice kontroverzní a politicky nepopulární téma, jehož otevření si žádá notnou dávku odvahy ze strany politiků vzhledem k negativnímu postoji většiny obyvatel ČR v otázce „prolomení bezplatnosti“ zdravotní péče a jejímu rozlišování na „péči pro bohaté a chudé“, jak ji mnozí nesprávně označují a vnímají.

Závěr

Předkládaná diplomová práce si kladla za cíl potvrdit nebo vyvrátit zadanou hypotézu, zda *„mohou podmínky financování zdravotní péče výrazně zvýhodnit nebo znevýhodnit některá zdravotnická zařízení podle právní formy zdravotnického zařízení, jeho zřizovatele a smluvních vztahů, které má zdravotnické zařízení se zdravotními pojišťovnami, popř. s jinými subjekty“*, a zároveň zmapovat existující modely financování zdravotní péče v České republice.

Za účelem dosažení cíle práce bylo v první řadě nutné vysvětlit a porozumět danému tématu v širších souvislostech. S ohledem na to byla obecná část práce, tedy její dvě úvodní kapitoly, věnována objasnění elementárních pojmů užívaných v rámci systému zdravotnictví. Jejich interpretace byla nezbytná pro orientaci v textu práce a nutná také s ohledem na některé nedávné terminologické změny v legislativě. Tato její část tak má převážně popisný charakter.

Deskripce a analýza pro práci stěžejních pojmů však byla podkladem pro dílčí závěr ohledně zadané hypotézy týkající se zvýhodňování poskytovatelů zdravotních služeb na základě právní formy a podle jejich zřizovatele. Pokud jde o otázku zvýhodnění některých poskytovatelů zdravotních služeb podle jejich právní formy, v současné době platná a účinná právní úprava z hlediska financování zdravotních služeb nijak přímo nezvýhodňuje poskytovatele zdravotních služeb v závislosti na jejich právní formě. Výraznou změnu by však mohlo přinést přijetí aktuálně projednávaného návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích, na základě kterého by měla být zavedena nová právní forma poskytovatelů lůžkové zdravotní péče.

Nejvýznamnější změna v podmínkách financování zdravotní péče a ostatních služeb související s přijetím tohoto zákona spočívá v uzákonění kontraktační povinnosti zdravotních pojišťoven s poskytovateli zdravotních služeb této právní formy. Jednalo by se tak o zcela nové pravidlo, které by neziskovým zdravotnickým organizacím zajistilo, na rozdíl od poskytovatelů jiných právních forem, uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. To by znamenalo velkou změnu oproti nynější praxi, kdy zákon

ponechává rozhodnutí o uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb s jakýmkoli poskytovatelem, bez ohledu na jeho právní formu či jeho zřizovatele, čistě na uvážení zdravotní pojišťovny. Neziskové zdravotnické organizace by tak byly značně zvýhodněny oproti poskytovatelům zdravotní péče jiných právních forem. Se zvýhodněním se počítá také v oblasti daní. Neziskové zdravotnické organizace by podle navrhovaného znění zákona měly být osvobozeny od placení daně z příjmu.

V tuto chvíli je však těžké odhadovat, zda bude návrh zákona opravdu schválen, popřípadě jaké bude jeho konečné znění, které může být v rámci legislativního procesu ještě výrazně pozměněno, což je ostatně podle mého názoru žádoucí, jelikož současné znění návrhu zákona značně zvýhodňuje neziskové zdravotnické organizace oproti poskytovatelům zdravotních služeb jiných právních forem.

Co se týče možného zvýhodnění některých poskytovatelů zdravotních služeb v závislosti na jejich zřizovateli, podezření ze střetu zájmů a s tím souvisejícího zvýhodnění některých poskytovatelů zdravotních služeb podle jejich zřizovatele může vzbuzovat skutečnost, že ministerstvo zdravotnictví, jako normotvůrce v oblasti zdravotnictví, je zároveň také zřizovatelem některých poskytovatelů zdravotních služeb. Mohlo by tedy, prostřednictvím právní úpravy, zvýhodnit ty poskytovatele, jejichž zřizovatelem je buď samo ministerstvo zdravotnictví anebo jiný ústřední orgán státní správy, a tím zapříčinit nerovné postavení jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb.

Příkladem oblasti možného zvýhodnění mohou být fakultní nemocnice, jejichž zřizovatelem je ministerstvo zdravotnictví a jejichž součástí je většina specializovaných center v České republice. Vzhledem k odbornému zaměření těchto specializovaných center je zřejmé, že si jejich financování žádá mnohem vyšší finanční prostředky ze systému zdravotnictví. Ačkoli právní úprava stanovuje totožné podmínky pro veškerá specializovaná centra v rámci území České republiky, skutečnost, že zřizovatelem většiny z nich je právě ministerstvo zdravotnictví, může budít podezření, že se prostřednictvím právní úpravy financování zdravotních služeb snaží nepřímo zvýhodnit

ty poskytovatele zdravotních služeb, které samo zřizuje. Na tento střet zájmů je třeba upozornit a brát jej v potaz. Pokud však hovoříme o přímém výslovném zvýhodňování či naopak znevýhodňování poskytovatelů zdravotních služeb podle jejich zřizovatele, aktuálně platná a účinná právní úprava tuto nerovnost nepřipouští. Na všechny poskytovatele zdravotních služeb totiž klade naprosto identické podmínky, a to bez ohledu na jejich zřizovatele.

Druhá část této diplomové práce, tedy část zvláštní, kterou představuje třetí a čtvrtá kapitola, se pak blíže zabývala vybranými zdroji financování zdravotní péče a služeb, které charakterizují model financování fungující v České republice, se zaměřením na potvrzení či vyvrácení zadané hypotézy. Za účelem dosažení vymezeného cíle práce, ale také s ohledem na její omezený rozsah, byly pro bližší analýzu vybrány pouze některé ze zdrojů financování zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb. Jejich výběr přitom spočíval ve snaze poukázat na rozdíl mezi podílem veřejných zdrojů a zdrojů soukromého charakteru.

Třetí kapitola proto byla věnována primárnímu zdroji financování zdravotní péče a služeb veřejného charakteru, jímž je systém veřejného zdravotního pojištění. Z deskriptivních a analytických poznatků o tomto systému jsem došla k závěru potvrzujícímu část zadané hypotézy, a tedy že podmínky financování zdravotní péče mohou poměrně výrazně zvýhodnit nebo naopak znevýhodnit některé poskytovatele zdravotních služeb na základě jejich smluvních vztahů se zdravotními pojišťovkami.

Tyto zákonem stanovené podmínky jsou totiž nastaveny tak, že umožňují uzavření individuální dohody mezi zdravotní pojišťovnou a konkrétním poskytovatelem zdravotních služeb ohledně způsobu úhrady poskytovatelem poskytnuté zdravotní péče, její výši a regulačních omezení, což může mít, resp. má, za následek zvýhodnění některých poskytovatelů zdravotních služeb před jinými. Tyto individuálně sjednané smluvní podmínky, jejichž obsah je odchylný od všeobecné úhradové vyhlášky, která stanoví totožné podmínky pro všechny bez rozdílu, tak představují riziko vzniku nerovnosti a nespravedlnosti mezi jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb.

Největším problémem je přitom absence předem stanovených transparentních kritérií při sjednávání těchto individuálních smluv mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb, která dává poměrně široký prostor autonomii vůle zdravotních pojišťoven. V případě, že si zdravotní pojišťovna sjedná s jednotlivými poskytovateli rozličné podmínky úhrady za poskytnuté zdravotní služby, měla by být také schopna tyto specifické podmínky odůvodnit. V současné době je však pro zdůvodnění uzavření těchto individuálních smluv rozhodující pouze velmi obecně stanovená a nedostačující podmínka spočívající v povinnosti zdravotní pojišťovny hospodařit s finančními prostředky hospodárně, účelně a efektivně, a to s ohledem na jejich veřejný charakter. Je tedy žádoucí, aby došlo k vymezení jasných pravidel pro sjednávání těchto individuálních smluv, čímž by byla libovůle zdravotních pojišťoven omezena a nedocházelo by tak ke zvýhodňování některých poskytovatelů zdravotních služeb před jinými, jak je tomu v dnešní době.

Poslední, čtvrtá, kapitola se zabývala vybranými zdroji financování zdravotní péče soukromého charakteru, jež představují přímé platby pacientů. Tato část práce se zaměřila zejména na zdravotní péči z prostředků veřejného zdravotního pojištění nehrazenou a na nadstandardní variantu zdravotních služeb, a to jak ve smyslu běžně poskytovateli nabízených nadstandardních „hotelových služeb“, které spočívají v zajištění většího komfortu pacienta na lůžku při jeho hospitalizaci, tak ve smyslu medicínského nadstandardu. Tím se rozumí ekonomicky náročnější varianta zdravotní péče poskytnutá pacientovi nad rámec péče hrazené z prostředků systému veřejného zdravotního pojištění.

V neposlední řadě se tato část práce věnovala také specifické a velmi diskutované formě spoluúčasti pacientů na financování zdravotní péče a ostatních zdravotních služeb, a to regulačním poplatkům, jejichž účelem je zejména zamezení nadužívání zdravotních služeb a tím i eliminace nadbytečných výdajů systému zdravotnictví.

Závěrečná podkapitola této práce zpracovává návrh *de lege ferenda* představující další možný, ve světě velmi rozšířený, zdroj financování zdravotní péče a služeb

v České republice, a to soukromé zdravotní pojištění, které by mohlo zajistit příliv dalších finančních prostředků do systému českého zdravotnictví.

Závěrem lze říci, že financování zdravotnictví představuje velice kontroverzní a politicky nepopulární téma, které si žádá notnou dávku odvahy ze strany politiků vzhledem k negativnímu postoji většiny obyvatel České republiky v otázce „prolomení bezplatnosti“ zdravotní péče a jejímu rozlišování na „péči pro bohaté a chudé“, jak ji mnozí nesprávně označují.

Seznam použitých zkratek

ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
ČSK	Česká stomatologická komora
EU	Evropská unie
LOK-SČL	Lékařský odborový klub – svaz českých lékařů
LZPS	Listina základních práv a svobod
MF	Ministerstvo financí České republiky
MZ	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NKÚ	Nejvyšší kontrolní úřad
OECD	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
OSZSP	Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
ÚS	Ústavní soud
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZP	zdravotní pojišťovna

Seznam použité literatury a zdrojů

Seznam použité odborné literatury, publikací a článků

1. ALEXA, J. et al. Czech Republic: Health System Review. *Health Systems in Transition* [online]. 2015, vol. 17, no. 1, 165 s. [cit. 7. února 2016]. ISSN 1817-6127. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf
2. BABIŠ, A. Ministr financí: Valorizace plateb za státní pojištěnce pro mne není akceptovatelná. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 5, s. 6 [cit. 3. ledna 2016]. ISSN 1214-7524. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html?state=DATA_LIST&editing=0&paging.pageNo=0
3. BABIŠ, A. (rozhovor). České zdravotnictví není dostatečně transparentní. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 9, s. 11-16 [cit. 3. ledna 2016]. ISSN 1214-7524. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html?state=DATA_LIST&editing=0&paging.pageNo=0
4. BARTÁK, M. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2012, 335 s. ISBN 978-80-7357-984-5.
5. BLANK, R.; BURAU, V. *Comparative Health Policy*. 2 ed. New York: Palgrave Macmillan, 2007, 284 s. ISBN 978-0-230-00139-8.
6. BRYNDOVÁ, L. et al. Czech Republic: Health System Review. *Health Systems in Transition* [online]. 2009, vol. 11, no. 1, 119 s. [cit. 8. března 2016]. ISSN 1817-6127. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/97633/E92968.pdf
7. BUREŠ, R. *Úvod do teorie zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1960, 139 s.
8. BURIÁNEK, A. Prodej lékařských praxí – stále aktuální téma. *Tempus Medicorum* [online]. 2014, roč. 23, č. 3, s. 24-26 [cit. 30. ledna 2016]. ISSN 1214-7524. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html?state=DATA_LIST&editing=0&paging.pageNo=0
9. THE COMMONWEALTH FUND. The U.S. Health Care System, 2015. In: MOSSIALOS, E. et al. *International Profiles of Health Care Systems 2015* [online]. New York: The Commonwealth Fund, 2016, 179 s. [cit. 7. března 2016]. Dostupné z: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf

10. DOLEŽAL, T.; DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde Praha, 2007, 138 s. ISBN 978-80-7201-684-6.
11. ENGEL, M.; ŽITNÍKOVÁ, D. Stanovisko LOK-SČL a OSZSP ČR. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 5, s. 7 [cit. 3. ledna 2016]. ISSN 1214-7524. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html?state=DATA_LIST&editing=0&paging.pageNo=0
12. EXTER, A. *Health Care Law-making in Central and Eastern Europe: Review of a Legal-Theoretical Model*. Antwerp: Intersentia, 2002, 371 s. ISBN 90-5095-253-4.
13. GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
14. GREGOROVÁ, Z.; GALVAS, M. *Sociální zabezpečení*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, 280 s. ISBN 80-210-3686-9.
15. HOLČÍK, J.; ŽÁČEK, A. *Sociální lékařství*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995, 111 s. ISBN 80-210-1233-1.
16. JANEČKOVÁ, H.; HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
17. JEŽKOVÁ, M. Healthcare and Finance. In: BLAŽEK, J. (ed.). *System of Financial Law: Financial Markets: Conference Proceedings*. 1 vyd. Brno: Masarykova Univerzita, Právnická fakulta, 2015, 305 s. ISBN 978-80-210-7828-4.
18. JEŽKOVÁ, M. Svévole veřejných zdravotních pojišťoven. In: MRKÝVKA, P.; PAŘÍZKOVÁ, I.; VALDHANS, J. *Dny práva 2014 – Days of Law 2014: Část VIII. Zneužití práva a svévole při veřejné finanční činnosti* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2015, 394 s. [cit. 4. února 2016]. ISBN 978-80-210-7914-4. Dostupné z: http://www.law.muni.cz/sborniky/dny_prava_2014/financni_pravo.pdf
19. KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. 1. vyd. Praha: LexisNexis, 2004, 135 s. ISBN 80-86199-89-4.
20. KUBEK, M. Rozpaky okolo zákona o neziskových organizacích. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 12, s. 28 [cit. 4. února 2016]. ISSN 1214-7524. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html?state=DATA_LIST&editing=0&paging.pageNo=0
21. KYNCL, L. Zneužívání veřejných výdajů a svévole v právu veřejných výdajů. *MUNI Law Working Paper* [online]. 2014, no. 8, 9 s. [cit. 7. března 2016]. ISSN 2336-4785. Dostupné z: <http://workingpapers.law.muni.cz/dokumenty/29628>

22. LAMAIRE, N. et al. Healthcare Systems – An International Review: An Overview. In: Nephrology Dialysis Transplantation. *oxfordjournals* [online]. 1999, vol. 14, no. 6, s. 3-9 [cit. 7. března 2016]. Dostupné z: http://ndt.oxfordjournals.org/content/14/suppl_6/3.full.pdf+html
23. MACH, J. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
24. MACH, J. Lékař není dodavatel plnicí požadavky zákazníka. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 10, s. 26-27 [cit. 13. prosince 2015]. ISSN 1214-7524. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html?state=DATA_LIST&editing=0&paging.pageNo=0
25. MACH, J. Nabídky zdravotních pojišťoven na „jiný úhradový dodatek“ nebo „jinou smlouvu“. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 1, s. 25 [cit. 2. února 2016]. ISSN 1214-7524. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html?state=DATA_LIST&editing=0&paging.pageNo=0
26. MACH, J. *Univerzita medicínského práva*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 232 s. ISBN 978-80-247-5113-9.
27. MAHLER, H. Health for All or Hell for All? The Role of Leadership in Health Equity. *Journal of Humanitarian Medicine* [online]. 2003, vol. III, no. 4, s. 43 [cit. 11. března 2016]. Dostupné z: http://www.iahm.org/eng/home_publicazioni_old.htm
28. MARRÉE, J.; GROENEWEGEN, P. *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition* [online]. England: Ashgate Publishing Company Ltd., 1997, 126 s. [cit. 11. března 2016]. ISBN 1 85972 617 8. Dostupné z: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000680.pdf>
29. NĚMCOVÁ, L. Ekonomické souvislosti kontroly veřejných financí. In: KYNCL, L.; MRKÝVKA P. a kol. *Metoda a ekonomické limity regulace ve finančním právu*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, Právnická fakulta, 2013, 220 s. ISBN 978-80-210-6774-5.
30. NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
31. NĚMĚČEK, S. Více peněz pro zdravotníky bez valorizace nebude. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 5, s. 5 [cit. 8. února 2016]. ISSN 1214-7524. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html?state=DATA_LIST&editing=0&paging.pageNo=0

32. OECD. *Private Health Insurance in OECD Countries* [online]. Paris: OECD Publications, 2004, 239 s. [cit. 10. března 2016]. ISBN 92-64-01563-9. Dostupné z: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/private-health-insurance-in-oecd-countries_9789264007451-en#page26
33. PAŘÍZKOVÁ, I.; LOSKOTOVÁ, J. Publicly Financed Health Care in the Czech republic. In: PAŘÍZKOVÁ, I.; LOSKOTOVÁ, J. (eds.). *2nd International Summer School on Health Law: Assisted reproduction, Mediation, Complementary and Alternative medicine*. Brno: Masarykova univerzita, 2011, 160 s. ISBN 978-80-210-5697-8.
34. PAVLÍK, T. a kol. Současný systém DRG používaný v ČR má nedostatečnou prediktivní sílu s ohledem na náklady akutní lůžkové péče. *Informační bulletin DRG restart* [online]. 2015, roč. 1, č. 1, s. 22-26 [cit. 22. února 2016]. Dostupné z: <http://www.drg-cz.cz/res/file/bulletin/bulletin-201501.pdf>
35. PEKOVÁ, J.; PILNÝ, J.; JETMAR, M. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 2. přepracované vyd. Praha: ASPI, 2005, 555 s. ISBN 80-7357-052-1.
36. PŘEDSTAVENSTVO ČLK. Komora požaduje spravedlnost v pojistném a vyšší nárůst platby za státní pojištění. *Tempus Medicorum* [online]. 2015, roč. 24, č. 5, s. 7 [cit. 8. února 2016]. ISSN 1214-7524. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html?state=DATA_LIST&editing=0&paging.pageNo=0
37. RADZIWIŃ, K. Problémy polského zdravotnictví. *Tempus Medicorum* [online]. 2016, roč. 25, č. 1, s. 18-19 [cit. 6. února 2016]. ISSN 1214-7524. Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html>
38. ŠABACKÝ, J. Vybrané informace o všeobecném zdravotním pojištění. *Daně*. 1993, č. 3, s. 1-3
39. TĚŠINOVÁ, J.; ŽDÁREK, R.; POLICAR, R. *Medicínské právo*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2011, 414 s. ISBN 978-80-7400-050-8.
40. TRÖSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. podstatně přepracované a aktualizované vyd. Praha: C. H. Beck, 2013, 290 s. ISBN 978-80-7400-473-5.
41. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Sít zdravotnických zařízení 2013* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015, 142 s. [cit. 1. listopadu 2015]. ISBN 978-80-7472-141-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/sit-zdravotnickych-zarizeni>

42. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2013 - zdravotnická statistika* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013, 56 s. [cit. 16. února 2016]. ISBN 978-80-7472-132-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-jako-soucast-narodni-ekonomiky-2013>
43. VANČUROVÁ, A.; KLAZAR, S. *Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky*. 2. vyd. Praha: ASPI, 2008, 121 s. ISBN 978-80-7357-381-2.
44. VODIČKA, G. Zamyšlení nad deseti lety zdravotního pojištění v České republice. *Zdravotnictví a právo*. 2001, roč. 5, č. 10, s. 10. ISSN 1211-6432.
45. WÁGNEROVÁ, E. a kol. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha: Wolters Kluwer, 2012, 906 s. ISBN 978-80-7357-750-6.
46. ZELENÝ, T.; BENCKO, V. Healthcare System Financing and Profits: All That Glitters is Not Gold. *Central European Journal of Public Health* [online]. 2015, vol. 23, no. 1, s. 3-7 [4. března 2016]. ISSN 1210-7778. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/svi/cejph/archiv/2015-1-01-full.pdf>
47. ZLÁMAL, J.; BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. upravené vyd. Brno: NCONZO, 2013, 247 s. ISBN 978-80-7013-551-8.

Seznam použitých právních předpisů a souvisejících dokumentů

1. Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), sněmovní tisk 405/0 (VI. volební období, 2011). *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 22. listopadu 2015]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=405&CT1=0>
2. Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, sněmovní tisk 715/0 (VII. volební období, 2016). *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 15. března 2016]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=715&CT1=0>
3. Nařízení vlády č. 158/2015 Sb., o stanovení vyměřovacího základu u osoby, za kterou je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění stát, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. února 2016]
4. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a důvodová zpráva k tomuto návrhu, sněmovní tisk 721/0 (VII. volební období, 2016). *psp.cz* [online].

Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 15. března 2016]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=721&CT1=0>

5. Návrh zákona o neziskových zdravotnických organizacích a důvodová zpráva k návrhu tohoto zákona. *vlada.cz* [online]. Úřad Vlády České republiky [cit. 28. února 2016]. Dostupné z: <https://apps.odok.cz/veklep-detail?pid=KORNA2LCV27C>
6. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb.m.s., Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně ze dne 4. dubna 1997. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 21. března 2016]
7. Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 11. listopadu 2015]
8. Vyhláška Ministerstva financí č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. února 2016]
9. Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 120/1976 Sb., o Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 9. září 2015]
10. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. února 2016]
11. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. února 2016]
12. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 8. prosince 2015]

13. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. října 2015]
14. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 21. listopadu 2015]
15. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 8. prosince 2015]
16. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. ledna 2016]
17. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 11. listopadu 2015]
18. Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 9. září 2015]
19. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. října 2015]
20. Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. října 2015]
21. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. října 2015]
22. Zákon č. 166/1993 Sb., o Nejvyšším kontrolním úřadu, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 22. února 2016]
23. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. října 2015]

24. Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 19. ledna 2016]
25. Zákon č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 13. října 2015]
26. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 9. září 2015]
27. Zákon č. 164/2001 Sb., o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů (lázeňský zákon), ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 21. ledna 2016]
28. Zákon č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě a o změně některých zákonů (zákon o finanční kontrole), ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. února 2016]
29. Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 10. října 2015]
30. Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. února 2016]
31. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 11. listopadu 2015]
32. Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 1. prosince 2015]
33. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 8. ledna 2016]
34. Zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. října 2015]

35. Zákon č. 200/2015 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, zákon č. 551/1991 Sb., o VZP ČR, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. února 2016]

Seznam použitých soudních rozhodnutí

1. Nález Ústavního soudu ze dne 13. června 1995, sp. zn. Pl. ÚS 25/94. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 30. ledna 2016]
2. Nález Ústavního soudu ze dne 10. července 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 5. prosince 2015]
3. Usnesení Ústavního soudu ze dne 5. května 1999, sp. zn. Pl. ÚS 23/98. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. ledna 2016]
4. Nález Ústavního soudu ze dne 4. června 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 5. prosince 2015]
5. Nález Ústavního soudu ze dne 11. června 2003, sp. zn. Pl. ÚS 11/02. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 9. prosince 2015]
6. Usnesení Ústavního soudu ze dne 25. srpna 2004, sp. zn. Pl. ÚS 13/03. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. prosince 2015]
7. Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 1. února 2016]
8. Nález Ústavního soudu ze dne 23. září 2008, sp. zn. Pl. ÚS 11/08. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 12. ledna 2016]
9. Nález Ústavního soudu ze dne 13. září 2011, sp. zn. I. ÚS 2785/08. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 11. ledna 2016]
10. Nález Ústavního soudu ze dne 27. listopadu 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 5. prosince 2015]
11. Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. února 2016]
12. Nález Ústavního soudu ze dne 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 8. prosince 2015]

13. Nález Ústavního soudu ze dne 8. prosince 2015, sp. zn. Pl. ÚS 5/15. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 5. února 2016]
14. Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 18. dubna 2005, sp. zn. 22 Cdo 2296/2004. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 8. února 2016]
15. Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 27. dubna 2011, sp. zn. 25 Cdo 3507/2008. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 19. ledna 2016]
16. Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 27. května 2013, sp. zn. 32 Cdo 2309/2011. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 15. ledna 2016]
17. Usnesení Nejvyššího správního soudu (zvláštní senát) ze dne 19. března 2013, sp. zn. Konf 38/2012. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 22. ledna 2016]

Ostatní použité zdroje

1. About the National Health Service (NHS). *nhs.uk* [online]. The National Health Service [cit. 3. února 2016]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>
2. Bezplatný preventivní program STOP infarktu. *ozp.cz* [online]. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví [cit. 1. března 2016]. Dostupné z: <http://www.ozp.cz/benefit/zdravotne-preventivni-programy/stop-infarktu>
3. Ceník placených služeb od 8. ledna 2013. *fnusa.cz* [online]. Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně [cit. 12. listopadu 2015]. Dostupné z: http://www.fnusa.cz/files/ceniky/Ostratn%C3%AD%20zdravotnick%C3%A9%20slu%C5%BEby/Nadstandardn_pokoje_1.pdf
4. Ceník služeb. *ikem.cz* [online]. Institut Klinické a Experimentální Medicíny [cit. 12. listopadu 2015]. Dostupné z: <http://www2.ikem.cz/www?docid=1005977>
5. Former Directors-General. *who.int* [online]. World Health Organization [cit. 5. září 2015]. Dostupné z: <http://www.who.int/dg/former/en/>
6. Health Expenditure and Financing. *oecd.org* [online]. Organisation for Economic Co-operation and Development [cit. 13. ledna 2016]. Dostupné z: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
7. Hodnocení výročních zpráv jednotlivých ZP za rok 2014. *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 7. března 2016]. Dostupné z: www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=122389

8. Které zubní výkony patří mezi výkony standardní a tedy plněn hrazené ze zdravotního pojištění? *ozp.cz* [online]. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví [cit. 22. února 2016]. Dostupné z: <http://www.ozp.cz/pro-klienty/caste-dotazy/ktere-zubni-vykony-patri-mezi-vykony-standardni>
9. Narodowy Fundusz Zdrowia. *nfz.gov.pl* [online]. Narodowy Fundusz Zdrowia [cit. 20. února 2016]. Dostupné z: <http://www.nfz.gov.pl/>
10. Placené služby – nadstandardní pokoje. Ceník č. 7/2016 – 09.5. *fnbrno.cz* [online]. Fakultní nemocnice Brno [cit. 12. listopadu 2015]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nadstandardni-pokoje/placene-sluzby/k1579>
11. Platby za státní pojištěnce se zvýší. *vlada.cz* [online]. Úřad vlády České republiky [cit. 3. prosince 2016]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/platby-za-statni-pojistence-se-zvysi--132170/>
12. Přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 25. února 2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/prerозdelovani-pojistneho-na-verejne-zdravotni-pojisteni_3211_1.html
13. Příspěvky na prevenci kardiovaskulárního onemocnění. *vzp.cz* [online]. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR [cit. 3. března 2016]. Dostupné z: [http://www.klubpevnehozdراحی.cz/dospeli/](http://www.klubpevnehozdрави.cz/dospeli/)
14. Souhrnné hodnocení předpokládaného vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2015 na základě vyhodnocení údajů ZPP 2015 činných zdravotních pojišťoven působících na území ČR. *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 3. ledna 2016]. Dostupné z: www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=113039
15. Souhrnné hodnocení vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2014. *psp.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 1. února 2016]. Dostupné z: www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=122387
16. Stanovisko Úřadu pro ochranu osobních údajů č. 4/2015 z října 2015. *uoou.cz* [online]. Úřad pro ochranu osobních údajů [cit. 22. února 2016]. Dostupné z: https://www.uoou.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.ashx?id_org=200144&id_dokumenty=18881
17. The Constitution of the World Health Organization. *who.int* [online]. World Health Organization [cit. 1. září 2015]. Dostupné z: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

18. The Ottawa Charter for Health Promotion (November 1986). *who.int* [online]. World Health Organization [cit. 1. září 2015]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
19. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth (June 2008). *who.int* [online]. World Health Organization [cit. 11. března 2016]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf
20. Tisková zpráva MZ ze dne 17. května 2011. Stanovení základní a ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče přinese úspory, stabilitu a zamezení korupci. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 12. listopadu 2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/stanoveni-zakladni-a-ekonomicky-narocnejsi-varianty-zdravotni-pece-prinese-uspory-stabilitu-a-zamezi-korupci_5025_2160_1.html
21. Tisková zpráva MZ ze dne 3. prosince 2014. Ministerstvo zdravotnictví představilo projekt DRG restart. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 8. února 2016]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-predstavilo-projekt-drg-restart-_9803_3030_1.html
22. Tisková zpráva MZ ze dne 3. února 2016. Vláda schválila návrh novely zákona o pojistném. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 16. února 2016]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-schvalila-navrh-novely-zakona-o-pojistnem-_11388_1.html
23. Tisková zpráva MZ ze dne 14. března 2016. Ministr Němeček: Oceňuji snahy ČLK. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 15. března 2016]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-nemecekocenuji-snahu-clk_11584_3438_1.html
24. Tisková zpráva NKÚ ke KA č. 14/33 ze dne 4. ledna 2016. Hospodaření Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra: výdaje za miliony na marketing, dárkové předměty a poradce. *nku.cz* [online]. Nejvyšší kontrolní úřad [cit. 22. února 2016]. Dostupné z: <http://www.nku.cz/cz/media/hospodareni-zdravotni-pojistovny-ministerstva-vnitra:-vydaje-za-miliony-na-marketing--darkove-predmety-a-poradce-id8040/>
25. Vládní finanční statistika – 2014. Tabulka 3 – Výdaje. *mfcz.cz* [online]. Ministerstvo financí České republiky [cit. 13. ledna 2016]. Dostupné z: <http://www.mfcz.cz/cs/verejny-sektor/makroekonomika/statistika-vladniho-sektoru/2014/vladni-financi-stattistika-21676>
26. Výdaje zdravotnictví 2010-2014. *uzis.cz* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 13. ledna 2016]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vydaje-na-zdravotnictvi-2010-2014>

27. WHO Definition of Palliative Care. *who.int* [online]. World Health Organization [cit. 7. února 2016]. Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
28. ZDRAVÍ 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 1. října 2015]. ISBN 978-80-85047-47-9. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html
29. Zdravotně pojistný plán. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 13. února 2016]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/zdravotne-pojistny-plan_3344_29.html
30. Zdravotní pojišťovny. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 27. února 2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html
31. Změny počtu pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven mezi 1. lednem 2015 a 1. lednem 2016 po krajích. *mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 10. března 2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/zmeny-poctu-pojistencu-jednotlivych-zdravotnich-pojistoven-mezi-112015-a-1_11426_3507_3.html

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Komparace finančních prostředků jednotlivých ZP před a po přerozdělení pojistného mezi nimi v daném období (částky v tis. Kč).....	43
Tabulka č. 2 – Komparace variant ošetření zubního kazu.....	56