

**Univerzita Palackého v Olomouci**

**Právnická fakulta**

**Lucie Coritarová**

**Úhrada zdravotních služeb**

**Diplomová práce**

**Olomouc 2021**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Úhrada zdravotních služeb“ vypracovala samostatně a citovala jsem všechny použité zdroje.

V Olomouci dne 26. 3. 2021

Lucie Coritarová

Tímto bych chtěla vyjádřit poděkování vedoucí diplomové práce JUDr. Gabriele Halířové, Ph.D. za metodické vedení práce, její čas a trpělivost, věcné připomínky a odborné rady a zejména za její ochotný přístup při konzultacích.

## Obsah

Seznam použitých zkratk.....	5
Úvod.....	6
1 Vymezení důležitých pojmů.....	8
2 Veřejné zdravotní pojištění.....	9
2.1 Pojištěnci a pojistné na zdravotním pojištění.....	11
3 Organizace a správa veřejného zdravotního pojištění.....	13
3.1 Obecně k modelům financování zdravotnictví.....	15
3.1.1 Fondové financování.....	17
3.2 Přerozdělování finančních prostředků.....	18
4 Subjekty veřejného zdravotního pojištění a právní vztahy mezi nimi.....	20
4.1 Právní vztahy mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovny.....	21
4.1.1 Rámcové smlouvy a smlouvy o úhradě.....	22
4.1.2 Výběrové řízení.....	24
4.2 Dohodovací řízení o stanovení hodnoty bodu a výše úhrad hrazených služeb.....	26
4.2.1 Právo dohodnout se jinak.....	29
4.3 Provádění výkazů zdravotních služeb a jejich úhrada.....	29
4.4 Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.....	32
5 Právní úprava hrazení zdravotních služeb.....	33
5.1 Způsoby úhrady zdravotních služeb.....	33
5.2 Participace pojištěnců na zdravotním pojištění.....	34
5.2.1 Přímá úhrada.....	34
5.2.2 Spoluúčasť pojištěnců.....	35
5.3 Problematika regulačních poplatků a přímých úhrad v judikatuře Ústavního soudu.....	35
5.3.1 Nález Ústavního soudu ze dne 20. 5. 2008 sp. zn. Pl. ÚS 1/08.....	36
5.3.2 Nález Ústavního soudu ze dne 20. 6. 2013 sp. zn. Pl. 36/11.....	37
5.3.3 Analýza a dopady nálezu ÚS 1/08 a nálezu ÚS 36/11.....	38
6 Hrazení zdravotní péče v cizině a v členských státech Evropské unie.....	40

6.1	Geneze úpravy přeshraniční péče.....	41
6.2	Hrazení zdravotní péče poskytnuté v cizině a hrazení přeshraničních zdravotních služeb 43	
6.2.1	Hrazení zdravotní péče v cizině .....	43
6.2.2	Hrazení přeshraničních zdravotních služeb podle směrnice a koordinačního nařízení 43	
6.2.3	Evropský průkaz zdravotního pojištění.....	46
7	Závěr .....	48
8	Seznám použité literatury .....	51
8.1	Bibliografie.....	51
8.2	Právní předpisy.....	51
8.2.1	Právní předpisy Evropského práva.....	51
8.2.2	České právní předpisy .....	51
8.3	Internetové zdroje .....	52
8.4	Ostatní zdroje.....	53
	Shrnutí.....	55
	Abstract.....	56
	Seznam klíčových slov.....	57
	Key words.....	58

## Seznam použitých zkratek

<b>Pojišťovna a zdravotní pojišťovna</b>	zdravotní pojišťovna, sídlící a působící na území České republiky. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecská pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky a Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.
<b>VZP</b>	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
<b>Poskytovatel a poskytovatel zdravotních služeb</b>	fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle z. č. 372/2011 Sb.
<b>EU</b>	Evropská unie
<b>Právo EU a Evropské právo</b>	obě tyto zkratky budou v sobě zahrnovat komunitární právo a právo Evropské unie
<b>Soudní dvůr</b>	Soudní dvůr EU a Evropský soudní dvůr
<b>LZPS</b>	usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky
<b>Ústava</b>	ústavní zákon č. 1/1993 Sb.
<b>ZVZP</b>	z. č. 48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
<b>Zákon o zdravotních službách</b>	z. č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
<b>VšeozP</b>	z. č. 551/1991 Sb., zákon České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky
<b>ZZZP</b>	z. č. 280/1992 Sb., zákon České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
<b>Rámcová smlouva</b>	rámcová smlouva, uvedená v příloze k Vyhlášce č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy
<b>Smlouva o úhradě</b>	smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb, uzavíraná mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb, postupem podle § 17 odst. 1 ZVZP
<b>Úhradová vyhláška</b>	vyhláška o stanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení, vydávaná Ministerstvem zdravotnictví
<b>MZ</b>	Ministerstvo zdravotnictví

## Úvod

V této diplomové práci se budu zabývat problematikou veřejného zdravotního pojištění a právními aspekty hrazení zdravotních služeb. Vymezené téma je multidisciplinární povahy, a proto bude text diplomové práce v některých případech obohacen o ekonomické či medicínské přesahy. Jádrem problematiky přesto zůstává česká právní úprava, její analýza a dopady na systém veřejného zdravotního pojištění a hrazení zdravotních služeb.

Problematika fungování zdravotnictví je aktuálně jedno z nejdiskutovanějších témat. V České republice se dlouhodobě řeší poskytování zdravotních služeb a jejich financování. Kvalita poskytovaných zdravotních služeb, jejich dostupnost a úhrada jsou aspekty, které vyvěrají ze systému zdravotního pojištění a nelze je zcela pochopit bez znalosti jejich vzájemné provázanosti. Vybrané téma je velmi komplexní, a proto se budu v rámci diplomové práce snažit poskytovat kontext mezi jednotlivými kapitolami.

Práce je rozdělena do pěti kapitol. Účelem první kapitoly je vysvětlit používání stěžejních pojmů v diplomové práci.

Druhá kapitola vymezuje veřejné zdravotní pojištění, jeho zařazení, ústavní a zákonná východiska. Vysvětleny jsou základní principy jeho fungování a jeho rozsah.

Naprostozastupitelným předpokladem fungování českého zdravotnictví je existence zdravotních pojišťoven. Bez těchto institucí by zdravotnictví nemohlo fungovat v té podobě, v jaké funguje nyní. Právě o nich bude pojednáváno ve druhé kapitole. Vysvětleny budou také jiné modely financování zdravotnictví. Tato kapitola dále představuje fondové financování a přerozdělování vybraného pojistného podle české právní úpravy.

Třetí kapitola je zaměřena na subjekty veřejného zdravotního pojištění s důrazem na vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb. Zde se zaměřím na analýzu právní úpravy, která předurčuje postavení těchto subjektů a vyzdvihnu problematické aspekty. Představeny budou instituty jako je dohodovací řízení o stanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení, tvorba sítě poskytovatelů zdravotních služeb atd. Cílem této kapitoly bude vysvětlit právní mechanismy, na základě kterých vzniká právní úprava upravující podmínky a rozsah poskytování hrazených zdravotních služeb. Tato část bude také doplněna o soudní spory, které vznikají mezi výše uvedenými osobami.

Čtvrtá kapitola je do určité míry analytická. Předmětem je rozbor právní úpravy ohledně hrazení zdravotních služeb se zaměřením na problematiku přímých úhrad a spoluúčasti pojištěnců. Zevrubně budou analyzovány dva stěžejní nálezy Ústavního soudu, vč. jejich dopadů na praxi.

Konečně pátá kapitola je věnována právní úpravě hrazení přeshraniční zdravotní péče se zaměřením na právo EU. Krátká část popíše genezi právní úpravy, která se tvarovala díky

rozhodnutím Soudního dvora. S ohledem na kapacitní možnosti diplomové práce bude o přeshraniční péči pojednáno pouze stručně, přičemž hlavním cílem této kapitoly bude popsat a vysvětlit diferenciační aspekty jednotlivých režimů hrazení zdravotní péče vycházející z dvojkolejnosti evropské úpravy.

Cílem práce je popsat a vysvětlit fungování systému veřejného zdravotního pojištění v České republice, analyzovat právní úpravu a představit základní mechanismy hrazení zdravotních služeb. Dotčená problematika bude doplňována o relevantní judikaturu obecných soudů, Ústavního soudu i Soudního dvora. Aby diplomová práce nezůstala pouze v teoretické rovině, budu jednotlivé problematické aspekty právní úpravy demonstrovat na konkrétních případech.

Co se týče právní úpravy, nejdůležitějším právním předpisem, který bude v diplomové práci často citován je z. č. 48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Dalším důležitým zákonem je z. č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který v mnoha ohledech změnil doposud užívanou terminologii (viz dále). Stěžejní právní úpravu, zajišťující faktickou realizaci veřejného zdravotního pojištění je zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotním pojištění.

V rámci psaní diplomové práce budu hledat odpovědi na tyto výzkumné otázky:

1. Jaký má právní úprava vliv na poskytování a hrazení zdravotních služeb ze systému veřejného zdravotního pojištění?
2. Mají zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb rovné postavení?
3. Jaký má vliv rozhodovací praxe soudů na tvarování ústavních limitů v oblasti veřejného zdravotního pojištění?
4. Jaký má vliv právní úprava přeshraniční zdravotní péče na český systém zdravotního pojištění?

Diplomová práce je zpracovaná ke dni 28. 2. 2021.



# 1 Vymezení důležitých pojmů

Přijetím zákona o zdravotních službách s účinností k 1. 4. 2012 došlo k zásadní změně terminologie některých pojmů. Dosavadně používaný termín „péče o zdraví“ byl nahrazen termínem „zdravotní služby“. Definici zdravotních služeb obsahuje zákon o zdravotních službách v § 2 odst. 2, a podle tohoto ustanovení sem patří například poskytování zdravotní péče, konzultační služby za účelem posouzení individuálního léčebného postupu, zdravotnická záchranná a dopravní služba etc. Z dikce zákona jasně vyplývá, že zdravotní péče je podmnožinou zdravotních služeb, přičemž základní vymezení obsahuje § 2 odst. 4 zákona o zdravotních službách. V diplomové práci se budu snažit ve vlastním textu rozlišovat mezi pojmy zdravotní služby a zdravotní péče v souladu s aktuální legální terminologií. S ohledem na to, že mnoho použitých zdrojů je z dob před přijetím zákona o zdravotních službách, budou občas tyto pojmy používány *promiscue*.<sup>1</sup>

Výše uvedené platí obdobně pro termín „zdravotnické zařízení“. Předešlá právní úprava zdravotnické zařízení nedefinovala a tento pojem představoval jakýsi provozně celený soubor hmotných, osobních a nehmotných složek určených k poskytování zdravotní péče.<sup>2</sup> Hmotnou složku představovaly zejm. prostory, v nichž je zdravotní péče poskytována, osobní složku představují zdravotnický personál a nehmotnou složku především práva a jiné majetkové hodnoty.<sup>3</sup> Dnešní právní úprava definuje zdravotnické zařízení jako prostory určené pro poskytování zdravotních služeb.<sup>4</sup>

Poskytovatelem zdravotních služeb se rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> To platí zejm. pro šestou kapitolu, kde je pojmosloví ovlivněno také Evropským právem a nemusí odpovídat tuzemské legální terminologii.

<sup>2</sup> SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a kol. *Zdravotnictví a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2016 s. 12.

<sup>3</sup> Tamtéž.

<sup>4</sup> Viz § 4 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

<sup>5</sup> Viz § 2 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

## 2 Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění řadíme do práva sociálního zabezpečení. Zdravotní pojištění je státem organizovaný a pro občany povinný systém<sup>6</sup>, který má svůj základ v hlavě čtvrté, konkrétně v čl. 31 LZPS. Práva uvedená v hlavě čtvrté nepůsobí bezprostředně jako ostatní základní práva uvedená v LZPS. Právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky je zúženo na rozsah veřejného pojištění. Hlava čtvrtá je do jisté míry závislá na dosažení hospodářské a sociální úrovně státu a s tím spojené výše životní úrovně. Z čl. 31 LZPS vyplývá státu povinnost vytvořit systém veřejného zdravotního pojištění a jeho prostřednictvím zajistit občanům spravedlivý přístup ke zdravotní péči přiměřené kvality.<sup>7</sup>

Systém zdravotního pojištění tak, jak ho známe dnes, vznikl na počátku 90. let minulého století, a je vystavěn na Bismarckovskému modelu (viz dále). Zdravotní pojištění je postaveno na konceptu sdíleného rizika. Pojištěnci pravidelně odvádějí relativně nízkou platbu a díky tomu v případě nepředvídatelné události nejsou vystaveni velkým výdajům.

Prováděním veřejného zdravotního pojištění lze rozumět vedení evidence pojištěnců a plátců pojistného a vymáhání jejich povinností, spojených s účastí ve zdravotním pojištění, správa pojistného, navazování a udržování smluvních vztahů s poskytovateli zdravotních služeb, zejm. uzavíráním smluv o úhradě, kontrola a úhrada poskytnuté zdravotní péče a zajištění fungování soustavy sítě poskytovatelů zdravotních služeb.<sup>8</sup> Jedná se o pojištění, které je povinné, resp. zákonné a na jehož základě jsou oprávněným osobám (pojištěncům) v intencích jednotlivých právních předpisů poskytovány bezplatně zdravotní služby. Tyto zdravotní služby jsou pojištěnci poskytovány s cílem zlepšit nebo zachovat zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení.<sup>9</sup> Ne všechny lékařské výkony a zdravotní služby jsou však z veřejného zdravotního pojištění hrazeny. Objem finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění je limitován objemem finančních prostředků, které se získávají na základě povinnosti platit pojistné na všeobecném zdravotním pojištění.<sup>10</sup>

Mezi základní principy veřejného zdravotního pojištění řadíme princip obligatornosti pojišťovacího systému, princip sociální solidarity, princip přerozdělování, princip plurality pojišťovacích institucí a s ní související zásada svobodné volby, dále se ve větší či menší míře uplatňuje princip ekvivalence.

---

<sup>6</sup> ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš a kol. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2016, s. 52.

<sup>7</sup> Usnesení Ústavního soudu ze dne 5. 5. 1999, sp. zn. Pl. ÚS 23/98.

<sup>8</sup> ŠUSTEK: *Zdravotnické právo...*, s. 54.

<sup>9</sup> § 13 odst. 1 ZVZP.

<sup>10</sup> Nález ÚS ze dne 10. 7. 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95.

Princip sociální solidarity lze charakterizovat jako solidaritu mezi „bohatými a chudými“, kdy občané s vyššími příjmy do systému veřejného zdravotního pojištění odvádějí díky vyššímu vyměřovacímu základu vyšší částku pojistného a také jako solidaritu „zdravých s nemocnými“, kdy zdravý občan nečerpá z pojistných fondů tak vysokou částku jako nemocný občan nebo občan s chronickými zdravotními potížemi.<sup>11</sup> Sociální solidarita se také odráží mezi generacemi jako solidarita mezi mladšími a staršími občany.

Princip plurality pojišťovacích institucí spočívá v tom, že pojištěnec si může zvolit, u jaké ze sedmi zdravotních pojišťoven bude pojištěn. Při výběru se uplatňuje zásada svobodné volby<sup>12</sup> v souladu s § 11 odst. 1 písm. a) ZVZP.

Podle § 2 odst. 1 ZVZP se pojištěncem rozumí osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky, a osoby, které nemají trvalý pobyt na území České republiky, ale jedná se o zaměstnance a také osoby, které mají sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky. Dále zde patří také osoby podle Nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systému sociálního zabezpečení (dále jen „koordináční nařízení“). Tento princip se označuje jako princip univerzality osobního rozsahu zdravotního pojištění, což znamená, že jde o pojištění všeobecně platné, dostupné pro všechny osoby v zákoně vyjmenované, jimž se na základě jednotné právní úpravy hraadí poskytnutá zdravotní péče v rozsahu vymezeném zákonem.<sup>13</sup>

Obecně lze konstatovat, že pro pojistné systémy je charakteristické protiplnění, které alespoň přiměřeně odpovídá odváděné částce. V systému veřejného zdravotního pojištění tak, jak je realizováno v České republice, to úplně neplatí. Všichni pojištěnci odvádí (resp. je za ně odváděno) stejné procento z vyměřovacího základu, který se však liší. Tato disproporce se však vůbec nezohledňuje při plnění ze zdravotního pojištění při přijímání zdravotní péče. Lze argumentovat tím, že jedním ze základních principů, na kterých zdravotní pojištění v České republice stojí, je princip sociální solidarity, míněno i solidarity mezi bohatými a chudými. Pokud jsou však prvky solidarity natolik silné, že v podstatě bez ohledu na výši placeného pojistného obdrží pojištěnci vždy totéž, dá se spíš mluvit o dani, která je jako pojištění, resp. pojistné pouze nazvaná.<sup>14</sup>

V České republice (ale i v jiných státech) je snaha o dosažení vysoké míry ekvity (spravedlnosti) ve zdraví jedním z nejdůležitějších cílů zdravotní politiky.<sup>15</sup> Ekvitu ve zdraví

---

<sup>11</sup> KOLDINSKÁ, Kristina, TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 7., podstatně přepracované vydání. Praha: C. H. Beck, 2018, s. 109.

<sup>12</sup> Tamtéž.

<sup>13</sup> KOLDINSKÁ, TRÖSTER: *Právo sociálního...*, s. 110.

<sup>14</sup> ŠUSTEK, HOLČAPEK: *Zdravotnické právo ...* s. 68 – 69.

<sup>15</sup> BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, s. 56.

chápeme jako rovné příležitosti ke zdraví a snižování překážek a nerovností ve společnosti na nejnižší úrovni, a to především co se týče kvality a (geografické) dostupnosti.<sup>16</sup>

## 2.1 Pojištěnci a pojistné na zdravotním pojištění

Jak už bylo výše uvedeno, osobní rozsah zdravotního pojištění vymezuje § 2 ZVZP. *Prima facie* by se podmínka trvalého pobytu pro účast v systému veřejného zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. a) ZVZP mohla jevit jako diskriminační a neslučitelná s Evropským právem. Tak tomu není, a to z toho důvodu, že práva a povinnosti osob, které vyplývají z jejich účasti v systému sociálního zabezpečení, jsou součástí pravidel volného pohybu osob<sup>17</sup>, přičemž každý členský stát má právo koncipovat svůj systém sociálního zabezpečení nezávisle na ostatních členských státech. Zároveň platí, že právo na účast v systému sociálního zabezpečení mají občané EU pouze v jednom státě (tzv. princip jednoho pojištění). Právní předpisy EU<sup>18</sup> pouze koordinují použití předpisů jednotlivých zemí vůči migrujícím pracovníkům, vč. jejich rodinným příslušníkům tak, aby bylo v zásadě vyloučeno, že pracovník nebude pojištěn vůbec, nebo bude pojištěn vícekrát.<sup>19</sup> To však neznamená, že by právo na bezplatnou zdravotní péči v České republice měli pouze její občané, resp. osoby podle § 2 odst. 1 ZVZP. Takové právo mají také osoby pojištěné v jiném členském státě EU, evropském hospodářském prostoru (dále jen „EHP“), nebo ve Švýcarské konfederaci, popř. jiní pojištěnci ze státu, se kterými má Česká republika uzavřenou bilaterální smlouvu týkající se této oblasti, a to v rozsahu, který stanoví taková mezinárodní smlouva nebo příslušný předpis EU.<sup>20</sup>

ZVZP rozlišuje mezi plátcem pojistného (pojištěnec, stát nebo zaměstnavatel) a pojištěncem.<sup>21</sup> Povinnost platit pojistné se odvozuje vždy od pojištěnce a zákon jen stanoví, zda pojištěnec toto pojistné platí a odvádí sám, nebo zda je za něj platí či odvádí zcela či zčásti jiná osoba.<sup>22</sup> Základní rozdíl spočívá v tom, že plátce pojistného má povinnost platit pojistné na zdravotní pojištění, ale nemusí mu z toho plynout protiplnění (ve smyslu hrazení zdravotních služeb), naproti tomu pojištěnci vždy plyne právo čerpat zdravotní služby na základě zdravotního pojištění (přestože sám pojistné do zdravotního systému neodvádí nebo jej neodvádí v plné výši).

Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu na rozhodné období. Povinností plátců pojistného je platit pojistné (výjimku tvoří ty skupiny, za které platí pojistné stát) a pokud tak

---

<sup>16</sup> Tyto ukazatele lze sledovat ve zveřejňovaných statistikách dostupných z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>.

<sup>17</sup> Viz čl. 21 Smlouvy o fungování Evropské unie (konsolidované znění).

<sup>18</sup> Např. Nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, nařízení (ES) č. 988/2009, kterým se mění nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a kterým se stanovuje obsah jeho příloh a jeho prováděcí nařízení (ES) č. 987/2009.

<sup>19</sup> ŠUSTEK, HOLČAPEK: *Zdravotnické právo...*, s. 582.

<sup>20</sup> SVEJKOVSKÝ: *Zdravotnictví a právo...*, s. 133.

<sup>21</sup> S ohledem na rozsáhlost definice plátce a pojištěnce pouze odkazují na § 5 ZVZP.

<sup>22</sup> ŠUSTEK, HOLČAPEK: *Zdravotnické právo...*, s. 80.

neučiní, pak má zdravotní pojišťovna povinnost vymáhat na dlužníkovi jeho zaplacení včetně penále.<sup>23</sup> V České republice je stanoveno pojistné bez ohledu na individuální rizikové faktory.

U pojištěnců, za které odvádí pojistné stát prostřednictvím státního rozpočtu (dále jen „státní pojištěnci“),<sup>24</sup> je pojistné stanoveno pevnou částkou. Mezi okruh osob, za které stát hradí pojistné na zdravotní pojištění, patří např. příjemci rodičovského příspěvku, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené, uchazeči o zaměstnání, nezaopatřené děti, důchodci nebo poživatelé důchodu z důchodového pojištění atd. Za tyto pojištěnce tedy platí pojistné stát té pojišťovně, u které má pojištěnec zřízeno zdravotní pojištění. V souvislosti s pandemickou situací ohledně nového typu koronaviru s odborným označením SARS-CoV-2 (dále jen „onemocnění COVID 19“) se výše pojistného, hrazeného ze státního rozpočtu za státní pojištěnce, výrazně zvýšilo. V období od 1.1. 2020 do 31. 5. 2020 pojistná částka tvořila 1067 Kč, v období od 1. 6. 2020 do 31. 12. 2020 tvořila pojistná částka za tyto pojištěnce 1 567 Kč a od počátku roku 2021 se částka pojistného vyšplhala až na 1 767 Kč.<sup>25</sup> Navýšení pojistného za státní pojištěnce je pozitivní krok, a to bez ohledu na současnou epidemickou situaci. Předchozí výše pojistného placeného státem za státního pojištěnce (do 31. 5. 2020) nebylo považováno za plnohodnotné pojistné a nemohlo pokrýt ani náklady na zdravotní služby poskytnuté těmto pojištěncům.<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> Viz § 8 odst. 5 ZVZP.

<sup>24</sup> Viz § 7 ZVZP.

<sup>25</sup> *Vyměřovací základ a výpočet pojistného* [online]. VZP: © 2021. [cit. 26. 1. 2021]. Dostupné z: <<https://www.vzp.cz/platci/informace/stat/vymerovaci-zaklad-a-vypocet-pojistneho>>

<sup>26</sup> NĚMEC, Jirí: *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grata Publishing, a.s., 2008. s. 191.

### 3 Organizace a správa veřejného zdravotního pojištění

Pod organizací zdravotnictví rozumíme souhrn materiálních podmínek pro poskytování služeb k ochraně zdraví obyvatelstva, tedy celou infrastrukturu (zdravotnická zařízení), kvalifikovaný personál, léčivé přípravky, zdravotnické prostředky (zejména přístroje a nástroje), dodavatele léčiv a zdravotnických prostředků (zde patří také distributoři a výrobci) a konečně také i provozně organizační opatření, jejichž účelem je zajistit, aby občanovi byla poskytována vždy odpovídající služba, která je bezpečná a účinná (viz § 13 odst. 1 ZVZP).<sup>27</sup>

Veřejné zdravotní pojištění je systém, který je vybudován vně státního rozpočtu, je samosprávný a samostatný. Nezastupitelnou roli zde hrají zdravotní pojišťovny, kterých je v současné době sedm: Všeobecná zdravotní pojišťovna a 6 zaměstnaneckých pojišťoven. Jmenovitě se jedná o Vojenskou zdravotní pojišťovnu České republiky, Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu, Oborovou zdravotní pojišťovnu zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnaneckou pojišťovnu Škoda, Zdravotní pojišťovnu ministerstva vnitra České republiky a Revírní bratrskou pokladnu, zdravotní pojišťovnu.

Dominantní úlohu má Všeobecná zdravotní pojišťovna, která byla zřízena z. č. 551/1991 Sb., zákon České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. VZP je zčásti kontrolována státem<sup>28</sup> a ze zákona jí plyne povinnost provádět veřejné zdravotní pojištění také tehdy, pokud toto pojištění neprovádějí resortní, oborové nebo podnikové zdravotní pojišťovny.<sup>29</sup>

Zaměstnanecké pojišťovny upravuje z. č. 280/1992 Sb., zákon České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách a po splnění zákonných podmínek vznikají zápisem do obchodního rejstříku.<sup>30</sup> Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny jsou pojišťovny resortní, oborové a podnikové. Jednotlivé druhy zaměstnaneckých pojišťoven jsou blíže definovány v § 2 ZZZP. Tato diferenciativní koncepce se zdá být již překonána, jelikož s ohledem na vývoj trhu se všechny zaměstnanecké zdravotní pojišťovny staly více či méně tzv. dalšími zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami, tedy pojišťovnami s meziresortní a mezioborovou působností.<sup>31</sup> Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny jsou sdruženy

---

<sup>27</sup> ŠUSTEK, HOLČAPEK: *Zdravotnické právo...*, s. 65.

<sup>28</sup> Tato kontrola se projevuje např. v tom, že podle § 21 odst. 3 VšeZP tři členy Dozorčí rady VZP jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra financí, práce a sociálních věcí a dalších deset členů volí a odvolává Poslanecká sněmovna. Další kontrola se projevuje v kontrole činnosti VZP Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí (§ 7a VšeZP), povinností předkládat návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku, za minulý kalendářní rok nebo zprávu auditora podle § 6 odst. 3 VšeZP, jinak se VZP dopustí přestupku podle § 23b odst. 1 písm. b) ZVZP.

<sup>29</sup> Viz § 2 odst. 2 ZVZP.

<sup>30</sup> Viz § 3 – 4b ZZZP.

<sup>31</sup> KOLDINSKÁ, TRÖSTER: *Právo sociálního...*, s. 85.

ve Svazu zdravotnických pojišťoven, který má prioritně hájit společné zájmy zdravotních pojišťoven a jejich klientů s hlavním cílem zkvalitňovat služby pro své klienty.<sup>32</sup>

Zdravotní pojišťovnu lze definovat jako právnickou osobu představující specifickou zdravotně-finanční instituci, která v právních vztazích vystupuje svým jménem na vlastní odpovědnost a jejíž hlavním úkolem je organizace a provádění veřejného zdravotního pojištění.<sup>33</sup>

Zdravotní pojišťovny jsou samostatnými právními subjekty, které mají za úkol provádět veřejné zdravotní pojištění.<sup>34</sup> Všeobecná zdravotní pojišťovna je považována ze veřejnoprávní instituci a podle judikatury Ústavního soudu<sup>35</sup> mají zaměstnanecké zdravotní pojišťovny povahu soukromoprávních subjektů. Zdravotní pojišťovny při své činnosti uplatňují instrumenty jak veřejného, tak soukromého práva. Při uplatňování prostředků veřejného práva mají pojišťovny postavení správního orgánu a v rámci pravomocí, svěřenými jim zákonem, mohou ukládat povinnosti subjektům v rámci správního řízení.<sup>36</sup> Naopak jako rovnocenný partner by měly vystupovat vůči poskytovatelům, jelikož jejich vzájemná kooperace je založena na soukromoprávním nástroji, tj. smlouvou. Postavení a pravomoci zdravotních pojišťoven se tedy mění v závislosti na konkrétním právním vztahu, ve kterém vystupuje. Lze tedy shrnout, že zdravotní pojišťovny jsou právnickou osobou *sui generis*, účelově vzniklou k výkonu nepodnikatelské činnosti, kterou je provozování veřejného zdravotního pojištění v rozsahu a za podmínek stanoveným zákonem a ostatními právními předpisy.<sup>37</sup>

Mezi příjmy zdravotních pojišťoven patří platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu, příjmy plynoucí z přírůžek k pojistnému, pokut a poplatků z prodlení účtované pojišťovnou, dary a ostatní příjmy. Výdajové položky vyjmenovává § 5 VšeZP a § 13 ZZZZP, jedná se např. o platby za poskytované hrazené zdravotní služby, náhrady nákladů za neodkladnou zdravotní péči čerpanou pojištěncem v cizině, úhrady částek přesahující limit pro doplatky za léčivé přípravky, úhrady za zdravotní služby a náhrady nákladů vynaložené pojištěncem na zdravotní služby čerpané v členských státech EU, EHP nebo ve Švýcarské konfederaci, náklady na činnost pojišťovny a další.

Zdravotní pojišťovny mají (mj.) povinnost sestavovat každý kalendářní rok zdravotně pojistný plán na následující kalendářní rok (dále jen „zdravotně pojistný plán“) a výhled nejméně

---

<sup>32</sup> MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zdravotní pojišťovny* [online]. mzcr.cz, 5. 8. 2020 [cit. 13. 1. 2021]. Dostupné z <<https://www.mzcr.cz/zdravotni-pojistovny-2/>>.

<sup>33</sup> ADAMEC, Martin. *Zdravotní pojišťovna v postavení správního orgánu*. Právníprostor. [online]. 10. 4. 2015 [cit. 2. 2. 2021]. Dostupné z: <<https://www.pravniprostor.cz/clanky/spravni-pravo/zdravotni-pojistovna-v-postaveni-spravniho-organu>>.

<sup>34</sup> MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zdravotní pojišťovny* [online]. mzcr.cz, 5. 8. 2020 [cit. 13. 1. 2021]. Dostupné z <<https://www.mzcr.cz/zdravotni-pojistovny-2/>>.

<sup>35</sup> Viz náleží Ústavního soudu ze dne 20. 6 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, bod 69.

<sup>36</sup> Viz např. § 44 ZVZP, § 45 ZVZP.

<sup>37</sup> ŠUSTEK, HOLČAPEK: *Zdravotnické právo...*, s. 83 – 84.

na dva další kalendářní roky následující po roce, na který je sestaven zdravotně pojistný plán (dále jen „výhled“). Při sestavování zdravotně pojistného plánu se vychází z výhledu.<sup>38</sup> Obsah ve zdravotně pojistném plánu a výhledu stanoví vyhláška Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí č. 125/2018 Sb., Vyhláška o informacích uváděných ve zdravotně pojistném plánu a výhledu a o způsobu jejich předkládání zdravotními pojišťovnami. Zdravotně pojistný plán a výhled by zejména měly obsahovat údaje o pojišťovně, plánované příjmy a výdaje pojišťovny a jejich členění do jednotlivých fondů pojišťoven. Dále by měly oba dokumenty obsahovat předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, údaje o rozsahu hrazených služeb zajišťovaných pojišťovnou, informace o zajištění dostupnosti hrazených služeb a v neposlední řadě také plán provozních nákladů. Zdravotně pojistný plán je v podstatě prognóza o tom, jakým způsobem bude pojišťovna hospodařit, s jakými příjmy a výdaji počítá, vč. výdajových položek za hrazené zdravotní služby, přičemž je postaven na predikci, která byla vytvořená dva roky před tím, než je zdravotně pojistný plán pro daný rok schvalován.

Zdravotní pojišťovny při vytváření zdravotně pojistného plánu zohledňují zejm. stav veřejného zdraví, ekonomické, sociální, demografické, medicínské a legislativní aspekty. Proto je třeba vytvářet a udržovat legislativu v oblasti hrazení zdravotních služeb na takové úrovni, aby byla ústavně konformní a dlouhodobě konzistentní. Zásahy ze strany soudů totiž mohou disbalancovat nastavené plány hrazení zdravotních služeb. Tím vzniká právní i faktická nejistota, která má za následek přehodnocování příjmových a výdajových položek zdravotních pojišťoven, což může destabilizovat ekonomické vize zdravotních pojišťoven.

### **3.1 Obecně k modelům financování zdravotnictví**

Každá země je jedinečná díky svým různým hospodářským, politickým, kulturním a společenským poměrům. V zájmu každého státu je mít zdravé obyvatelstvo schopné ekonomické aktivity. To by měl zajišťovat systém péče o zdraví. Podle World health organization se dobrým systémem péče o zdraví rozumí poskytování kvalitní služby všem lidem v době, kdy je potřebují, a v místě, kde je potřebují.<sup>39</sup> Za tímto účelem státy vytvářejí vlastní systém financování zdravotnictví, který má za úkol zabezpečit dostatečné finanční prostředky, jež jsou pak v rámci populace rozdělovány. V neposlední řadě je třeba vytvořit relevantní právní rámec, mít propracovaný systém auditu a kontroly užívání prostředků včetně nástrojů pro zajištění efektivního využívání dostupných

---

<sup>38</sup> Viz § 6 VšeoZP a § 15 odst. 7 ZZZP.

<sup>39</sup> *Key components of a well functioning health system.* World health organization [online]. WHO, May 2010 [cit. 8. 2. 2021]. Dostupné z: <[https://www.who.int/healthsystems/EN\\_HSSkeycomponents.pdf](https://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf)>.



finančních prostředků.<sup>40</sup> Obecně platí, že ekonomicky vyspělejší země vykazují větší podíl veřejných zdrojů na financování zdravotní péče.<sup>41</sup>

Rozlišujeme čtyři základní modely financování zdravotnictví, a to v závislosti na tom, jak jsou v daném systému zastoupeny tržní (liberální) či netržní formy poskytování zdravotnických služeb. Tyto modely neexistují izolovaně a mohou se více či méně prolínat.

1. Národní zdravotní služba (NHS), známá také jako Beveringovský model<sup>42</sup>, který stojí na financování zdravotnictví prostřednictvím státního rozpočtu, resp. zdrojů vzniklých zdaněním. Tento model se uplatňuje např. v Norsku, Velké Británii, Kanadě, Švédsku, Finsku, Španělsku aj.
2. Veřejné pojištění, označováno také jako Bismarckovský model.<sup>43</sup> Tento model stojí na povinném pojištění odváděným pojištěncem a všeobecné dostupnosti zdravotní péče. Zdravotní péče je hrazena z vybraného zdravotního pojištění za uplatnění principu sociální solidarity. Tento model se uplatňuje *e.g.* v Německu, Francii, na Slovensku i v České republice.
3. Soukromé (tržní, liberální) zdravotní pojištění, jež bývá veřejně podpořené (zejm. USA).<sup>44</sup>
4. Semaškův model<sup>45</sup>, který se uplatňoval v bývalém SSSR a v zemích bývalého východního sovětského bloku. Tento model byl státní a jednotně centralizovaný.

Pro Evropu je v různých podobách typický druhý zmíněný model. Bismarckovský model je založený na principu povinného, avšak solidárního zdravotního pojištění s pluralitou zdravotních pojišťoven jakožto institucí realizujících fondové hospodaření s finančními prostředky určenými k úhradě zdravotních služeb.<sup>46</sup> Cílem je umožnit přístup ke zdravotním službám veškerému obyvatelstvu nehledě na věk, společenské postavení nebo finanční možnosti. Tento model však nevyklučuje soukromé financování v podobě přímé úhrady, spoluúčast nebo soukromé připojištění. To je však vedlejší, resp. podpůrné vůči systému veřejného zdravotního pojištění. V tomto systému jsou zdravotnické služby poskytovány smluvními poskytovateli, a to za předem stanovených podmínek, co se týče rozsahu a ceny poskytnutých služeb.<sup>47</sup>

---

<sup>40</sup> BARTÁK, Miroslav. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. s. 30.

<sup>41</sup> NĚMEC: *Principy zdravotního pojištění...*, s. 186.

<sup>42</sup> Název je podle inspirován podle britského ekonomu a politika B. W. H. Beveridge.

<sup>43</sup> Podle německého kancléře Otto von Bismarcka.

<sup>44</sup> KŘEPELKA, Filip. Složitě a zdlouhavě propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky. Journal of Medical Law and Biotechics*. Vol 4, No 3 (2014) [online]. Ústav státu a práva. AV ČR, 2014, [cit. 29. 1. 2021]. ISSN 1804-8137. Dostupné z: <<http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal>>.

<sup>45</sup> Podle N. A. Semaško, který byl prvním lidovým komisařem pro zdravotnictví v sovětském Rusku.

<sup>46</sup> SVEJKOVSKÝ: *Zdravotnictví a právo...*, s. 168.

<sup>47</sup> BARTÁK: *Mezinárodní srovnávání...*, s. 49.

### 3.1.1 Fondové financování

Hospodaření zdravotních pojišťoven je založeno na tzv. fondovém principu. To znamená, že vybrané pojistné zdravotní pojišťovny ukládají do fondů a jejich činnosti jsou financovány přesně určenými prostředky z těchto fondů. Povinnost vytvářet fondy plyne pojišťovnám ze zákona<sup>48</sup>. Pojišťovny takto vytvářejí základní fond, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond majetku a fond reprodukce majetku. Pojišťovna může fakultativně vytvářet fond prevence. Zdravotní pojišťovny se mohou navzájem lišit svojí smluvní politikou vůči poskytovatelům zdravotních služeb. V rozsahu hrazených zdravotních služeb je jejich prostor pro odlišení velmi malý a je určen objemem prostředků ve fondu prevence.<sup>49</sup>

Nejdůležitější ze zmíněných fondů je základní fond, ze kterého se primárně hradí poskytnuté hrazené zdravotní služby pojištěncům. Příjmovou složku tvoří především všechny povinně odvedené částky ze zdravotního pojištění po jejich přerozdělení a některé další prostředky o kterých tak stanoví zákon. Ze základního fondu se realizují přiděly do dalších fondů.<sup>50</sup>

Vybrané pojistné se přerozdělí podle zákonného klíče mezi zdravotní pojišťovny a ty pak hradí svým pojištěncům čerpané zdravotní služby, farmaka, stomatologické služby a zdravotnické pomůcky.<sup>51</sup>

Zdravotní pojišťovny nemají moc prostoru pro konkurenční chování. Jedinou možností, jak se vzájemně odlišit, je prostřednictvím fondu prevence. Zdrojem tohoto fondu jsou např. finanční prostředky z výnosů z pokut a přírážek k pojistnému. Z fondu prevence lze hradit nad rámec hrazených služeb zdravotní služby s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem, jsou-li poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Prostředky fondu lze využít také k realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu pojištěnců a dále na podporu projektu podporujících zvýšení kvality zdravotních služeb, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců. Přiděly do tohoto fondu jsou limitovány a jejich celková výše za kalendářní rok nesmí překročit 0,3 % celkového objemu příjmů z pojistného po přerozdělení provedeném podle ZVZP. Čerpání služeb z fondu prevence je dobrovolné a většinou se vyžaduje, aby pojištěnec splnil nějaké podmínky stanovené zdravotní pojišťovnou.<sup>52</sup>

---

<sup>48</sup> Viz § 7 a násl. VšeoZP, § 16 a násl. ZZZP.

<sup>49</sup> NĚMEC: *Principy zdravotního...*, s. 192.

<sup>50</sup> *Fondy zdravotních pojišťoven* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, poslední změna 5. 8. 2020 [cit. 14. 2. 2021]. Dostupné z: <<https://www.mzcr.cz/fondy-zdravotnich-pojistoven/>>.

<sup>51</sup> KOLDINSKÁ, TRÖSTER: *Právo sociálního...*, s. 84.

<sup>52</sup> *Fondy zdravotních pojišťoven* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, poslední změna 5. 8. 2020 [cit. 14. 2. 2021]. Dostupné z: <<https://www.mzcr.cz/fondy-zdravotnich-pojistoven/>>.

Dalším důležitým fondem je rezervní fond. Minimální výše rezervního fondu činí 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Rezervní fond slouží ke krytí schodků základního fondu a ke krytí hrazených služeb v případě výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof nebo pojišťovnou nezaviněného významného poklesu výběru pojistného; v takovém případě může být minimální výše rezervního fondu prolomena.

### 3.2 Přerozdělování finančních prostředků

Systém veřejného zdravotního pojištění v ČR nefunguje tak, že každá zdravotní pojišťovna disponuje pouze s těmi prostředky, které od svých pojištěnců vybrala. V systému, který stojí na povinné účasti na zdravotním pojištění, přičemž výběr pojišťovny záleží (v zásadě) na pojištěnci, je nutné předpokládat, že každá zdravotní pojišťovna bude mít jiné složení pojištěnců (pojistný kmen) s různým zastoupením rizikových faktorů. Různé zatížení pojistného kmene rizikovými faktory může být přitom rozhodujícím prvkem finanční úspěšnosti zdravotní pojišťovny.<sup>53</sup> Vybrané pojistné se proto rozděluje mezi všechny zdravotní pojišťovny, které jsou na území ČR registrované. Účelem tohoto přerozdělování je alespoň do jisté míry vyrovnat rozdíly, které jsou mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami z hlediska jejich pojistného kmene, resp. rozdílných nákladů na péči jejich pojištěnců.<sup>54</sup> Zjednodušeně řečeno, cílem přerozdělování je, aby pojišťovny měly zhruba stejný objem finančních prostředků na počet pojištěnců v určitém věku, tedy aby se pojišťovna, která ve svém portfoliu má pojištěnce vysokého věku (což je kategorie pojištěnců, která je velmi riziková a vyžaduje náročnější péči), nedostala do deficitu.

Právní úprava přerozdělovacího klíče je uvedena v § 20 a násl. ZPOJ. Za účelem kumulace a následného přerozdělení finančních prostředků zřizuje a spravuje VZP tzv. zvláštní účet. Předmětem přerozdělování je pojistné vybrané všemi zdravotními pojišťovnami a příjmy zvláštního účtu, kterými jsou položky uvedené v § 20 odst. 2 ZPOJ.<sup>55</sup>

Od roku 2005 se přerozděluje veškeré vybrané pojistné všech pojišťoven, přičemž kritériem přerozdělování byla nákladovost pojištěnců podle věku a pohlaví, a také byl zaveden systém kompenzace rizika (tedy kompenzace za rizikové pojištěnce). V roce 2018 došlo k (další) modifikaci přerozdělovacího systému, když byl zaveden tzv. PCG (Pharmacy-based cost groups) systém přerozdělování. Konkrétní mechanismus systému přerozdělování je uveden v § 20a a násl. ZPOJ. Pro tuto práci postačí předestřít, že PCG systém přerozdělování je nástroj sloužící k odhadování zdravotních rizik a nákladů u každého jednotlivce. Tento model má zjednodušeně

---

<sup>53</sup> NĚMEC: *Principy zdravotního...*, s. 152.

<sup>54</sup> BARTÁK: *Ekonomika zdraví...*, s. 94.

<sup>55</sup> Například celkové platby státu za státní pojištěnce.

řečeno odhadnout náklady zdravotní péče u konkrétního pojištěnce, přičemž v zásadním měřítku jsou tyto propočty doplněny o informace chronických onemocnění pacientů, které model odvozuje od druhu a spotřeby léků užívaných pacienty. Základními veličinami výpočtu jsou věk a pohlaví konkrétního pojištěnce.

Každá zdravotní pojišťovna má také nárok na náhradu části nákladů za tzv. nákladného pojištěnce<sup>56</sup> za nákladné hrazené služby. Náhrady se provádí z fondu přerozdělení, tzn., že fond přerozdělení se o náhrady za nákladné pojištěnce každý měsíc sniží.

---

<sup>56</sup> Viz § 21a ZPOJ.

## 4 Subjekty veřejného zdravotního pojištění a právní vztahy mezi nimi

Při poskytování zdravotních služeb a realizaci zdravotního pojištění vystupuje triáda subjektů, kteří mají mezi sebou různá práva a povinnosti. Patří mezi ně pojištěnci, zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb. Tyto subjekty tedy tvoří pomyslný trojúhelník vztahů, které spolu souvisejí, vzájemně se doplňují i podmiňují.

Základní povinností plátce pojištění je platit pojistné a tomu odpovídá právo pojištěnce na zajištění poskytnutí zdravotních služeb hrazených ze zdravotního pojištění ze strany zdravotní pojišťovny. Poskytovatel zde vystupuje jako zprostředkovatel těchto služeb směrem k pojištěnci, přičemž zdravotní pojišťovna hradí náklady spojené s poskytnutím zdravotních služeb přímo poskytovateli.

Co se týče poskytovatelů zdravotních služeb, je třeba na ně nazírat zejména jako na podnikatele. Nezanedbatelným motivem výkonu jejich činnosti je totiž dosahování kladného hospodářského výsledku tím, že své služby budou nabízet svým klientům, a to za úplatu. Když tedy vezmeme v úvahu právo na bezplatnou zdravotní péči vyjádřené v čl. 31 LZPS, je na místě doplnit, že požadavek „bezplatnosti“ péče a pomůcek není směřován vůči poskytovatelům, ale vůči zdravotním pojišťovnám. K postavení poskytovatelů a práva na „zisk“ se vyjádřil Ústavní soud např. ve svém nálezu ze dne 22. 10. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13 (dále jen „náleží ÚS 19/13“), kde uvedl, že „ačkoliv z práva podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost podle čl. 26 odst. 1 LZPS neplyne právo na zisk, stát je povinen vytvářet takové podmínky, které umožní jednotlivcům usilovat o jeho dosažení. Tento závěr se v plné míře uplatní i ve specifických poměrech podnikání v oblasti poskytování zdravotní péče, kde jsou v některých odbornostech hrazeny zdravotní výkony převážně nebo dokonce výlučně z veřejného zdravotního pojištění. Důsledkem jsou tak požadavky ve vztahu k regulaci úhrad za poskytnuté výkony, které by při normálním běhu věcí, odhlédnouv od případných rizik přirozeně spojených s podnikáním, měly umožňovat (nikoliv zajišťovat) víc než jen pokrytí nákladů poskytovaných služeb. Z hlediska práva na podnikání by naopak byla nepřijatelná taková úprava, která by tyto náklady, byť jen částečně, systémově přenášela na poskytovatele.“

## 4.1 Právní vztahy mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami

Na začátek této podkapitoly je třeba uvést, že úhrady poskytovatelům, o kterých se bude následně pojednáno, nelze zaměňovat s pojmem financování. Úhrada je totiž jednou z funkcí financování, jedná se o technický způsob, jakým je péče hrazena.<sup>57</sup>

Mezi hlavní povinnost zdravotních pojišťoven patří zajistit pojištěncům poskytování hrazených zdravotních služeb, které musí být místně a časově dostupné (viz § 46 odst. 1 ZVZP). Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavírají smlouvu o úhradě podle § 17 odst. 1 a § 46 ZVZP. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny mají povinnost hospodařit s prostředky veřejného zdravotního pojištění tak, aby takové hospodaření bylo vyrovnané.

Vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovatelem jsou soukromoprávní, založené titulem soukromého práva (smlouvou), a to přes skutečnost, že tyto vztahy jsou častokrát modifikovány veřejnoprávními předpisy. Vzájemné postavení těchto subjektů by mělo být tedy rovné, nicméně tomu tak vždy není. Jako příklad můžeme uvést náleze Ústavního soudu ze dne ze dne 20. 6. 2013, sp. zn. 36/11 (dále jen „náleze ÚS 36/11“), který prohlásil sankční oprávnění pojišťoven vůči poskytovatelům za nevybírání regulačních poplatků jako protiústavní a narušující vyvážený vztah těchto dvou subjektů. Porušení rovnosti v právech, tedy rozpor s čl. 1 a čl. 26 LZPS shledal Ústavní soud nálezem ÚS 19/13 ustanovení, které dovolovalo zdravotním pojišťovnám proplatit poskytovatelům, kteří nemají se zdravotní pojišťovnou pacienta uzavřenou smlouvu o úhradě, pouze ¾ skutečné hodnoty bodu za poskytnutí neodkladné péče.

S nemalou nadsázkou se dá říct, že poskytovatelé jsou na zdravotních pojišťovnách existenčně závislí. Samozřejmě je možné vykonávat lékařskou praxi (za splnění zákonných podmínek) i bez uzavření smlouvy o úhradě se zdravotními pojišťovnami (dále jen „nesmluvní poskytovatel“), ale v takovém případě by se pojištěnec vzdal nároku na bezplatné zdravotní služby hrazené ze zdravotního pojištění a musel by poskytovateli poskytnuté služby (až na výjimky) přímo uhradit sám. Na druhou stranu bez poskytovatelů by zdravotní pojišťovny neměly jak pojištění realizovat.

Základním pilířem spolupráce mezi pojišťovnami a poskytovateli je uzavření smlouvy o úhradě. Obsah těchto smluv je vymezen v rámcových smlouvách, od kterých se však v určitých ohledech lze odchýlit. Předmětem jejich spolupráce je především shoda ohledně objemu poskytovaných služeb a ceny úhrad. Pokud se nedohodnou jinak, ceny úhrad se budou řídit úhradovou vyhláškou na daný kalendářní rok.

---

<sup>57</sup> BARTÁK: *Mezinárodní srovnávání...*, s. 59.

#### 4.1.1 Rámcové smlouvy a smlouvy o úhradě

Jak už bylo zmíněno, základním kamenem spolupráce poskytovatelů a zdravotních pojišťoven jsou smlouvy o úhradě hrazených služeb.<sup>58</sup> Tyto smlouvy jsou uzavírané za účelem zajištění dostupnosti zdravotních služeb hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro širší kontext je třeba dodat, že pojištěnec má právo na výběr poskytovatele, který je ve smluvním vztahu k pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěný (dále jen „smluvní poskytovatel“). Právo na poskytnutí bezplatných zdravotních služeb (tedy bez přímé úhrady) je možné uplatňovat pouze u smluvního poskytovatele pojištěnce<sup>59</sup>, nejedná-li se o výjimky podle § 17 odst. 1 písm. a) až d) ZVZP.

Co se týče povahy těchto smluv, jedná se o soukromoprávní závazek, který však obsahuje prvky veřejnoprávní. Povahu vztahu mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami a znaky typické pro smlouvu o úhradě hezky popsal Nejvyšší soud<sup>60</sup>, který uvedl, že smlouva o úhradě představuje zvláštní smluvní typ s prvky veřejnoprávního charakteru, přičemž smluvní autonomie při sjednávání obsahu smlouvy je modifikována vlivem státu tak, že stanoví obecné podmínky, za něž mohou autonomní osoby vstupovat do vzájemných vztahů a na jejichž základě mohou tyto vzájemné vztahy realizovat.

Poskytovatelé a zdravotní pojišťovny se při úpravě vzájemného smluvního vztahu řídí rámcovou smlouvou. Rámcové smlouvy jsou součástí příloh vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy (dále jen „vyhláška o rámcových smlouvách“). Rámcové smlouvy představují základní šablonu vymezující základní práva a povinnosti účastníků smluvního vztahu, jejímž předmětem je poskytování a úhrada zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění.<sup>61</sup> Znění rámcových smluv je výsledkem dohodovacího řízení podle § 17 odst. 2 ZVZP mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Od rámcové smlouvy se lze odchýlit pouze tam, kde takovou možnost rámcová smlouva připouští. Smlouva o úhradě musí obsahovat určité, zákonem<sup>62</sup> a vyhláškou o rámcových smlouvách stanovené obligatorní náležitosti, jako například způsob úhrady a provádění úhrady poskytovaných hrazených služeb<sup>63</sup> nebo dobu účinnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení. ZVZP v této souvislosti uvádí, že smlouva může být ukončena vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta činí nejméně 6

<sup>58</sup> SVEJKOVSKÝ: *Zdravotnictví a právo...*, s. 152.

<sup>59</sup> Toto pravidlo se logicky nebude uplatňovat ve vztahu k zahraničnímu pojištění (viz dále).

<sup>60</sup> rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 25. 5. 2011, sp. zn. 25 Cdo 3047/2008.

<sup>61</sup> SVEJKOVSKÝ: *Zdravotnictví a právo...*, s.141.

<sup>62</sup> § 17 odst. 2 ZVZP.

<sup>63</sup> Tato položka se zpravidla uvádí jako dodatek smlouvy a každoročně se mění s ohledem na změny v úhradové vyhlášce nebo seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kterou vydává MZ v souladu podle § 17 odst. 4 ZVZP.

měsíců. Výpovědní lhůta se neuplatní v případech, kdy v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy. Mimo ujednání, která explicitně vyžaduje konkrétní rámcová smlouva,<sup>64</sup> si smluvní strany mohou upravit i jiná ujednání, jako např. podmínky pro předávání dokumentů nezbytných pro vykazání poskytnutých hrazených služeb a jejich následnou úhradu, vč. lhůt.

Znění rámcových smluv je výsledkem dohodovacího řízení podle § 17 odst. 2 ZVZP. Dohodovací řízení může vyvolat kterákoliv ze stran nebo Ministerstva zdravotnictví. MZ předložené návrhy rámcových smluv posuzuje z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění. Pokud takový návrh nespĺňuje dané požadavky nebo nedojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy do šesti měsíců, pak má MZ pravomoc vydat text rámcové smlouvy formou vyhlášky samo. Poslední dohodovací řízení v této souvislosti proběhlo v roce 2006, kdy byla přijata vyhláška o rámcových smlouvách, která je účinná dodnes.

Uzavření smlouvy o úhradě předchází výběrové řízení, které má ověřit schopnosti uchazečů, zda splňují předpoklady dané odborností, aby zdravotní služby byly poskytovány v odpovídající kvalitě, a to bez ohledu na cenová ujednání.

S ohledem na to, že zdravotní služby jsou hrazené z veřejných peněz, vyvstal ve společnosti požadavek na transparentnost a veřejné kontroly nad efektivním využíváním veřejných prostředků ve zdravotnictví. Proto novelou č. 200/2015 Sb. (dále jen „transparentní novela“), bylo do ZVZP přidáno ustanovení (mj.) § 17 odst. 9, které stanovuje povinnost zdravotním pojišťovnám zveřejňovat uzavřené smlouvy o úhradě, a to včetně všech dodatků. Tato povinnost je podtrhnuta tím, že na řádné a včasné zveřejnění smlouvy je vázána také účinnost uzavřené smlouvy. Sankcí za nezveřejnění smlouvy o úhradě je kromě nemožnosti nabytí její účinnosti také peněžitá sankce vůči zdravotní pojišťovně v řádech milionů korun.

Výše uvedená kontraktační pravidla se týkají smluv o úhradách podle § 17 odst. 5. Zákon však v ustanoveních § 17 odst. 7 a § 17a pamatuje i na další, resp. zvláštní smlouvy o úhradách. Z nich bych chtěla zmínit zvláštní smlouvu, kterou zdravotní pojišťovny uzavírají s poskytovateli sociálních služeb, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské péče pojištěncům umístěných v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby. Specifičnost této smlouvy spočívá v tom, že zdravotní pojišťovny mají povinnost smlouvu uzavřít, pokud o to poskytovatel sociálních služeb požádá a prokáže splnění zákonných požadavků. Pro zvláštní smlouvy také neexistuje žádná rámcová smlouva, natož striktní pravidla při tvorbě jejich

---

<sup>64</sup> Např. čl. 2 odst. 3 Přílohy č. 1 k vyhlášce o rámcových smlouvách.



obsahu, ani zde není povinnost podstupovat výběrové řízení. Další odchylkou je to, že výše úhrady zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění je čistě v rukách smluvních stran na základě individuálního ujednání.

Rámcové smlouvy jsou velmi formalistické a detailní. Je tomu tak právě proto, že tyto smlouvy mají zajišťovat vyváženost a spravedlivost ve smluvních vztazích silnějšího (pojišťovny) a slabšího (poskytovatele) smluvního partnera.<sup>65</sup> Přestože se jedná o soukromoprávní institut, je nezbytné nastavit kogentní kritéria a zajistit ochranu poskytovatelům, kteří jsou vůči pojišťovně v nevýhodné vyjednávací pozici. Bez rámcových smluv by pojišťovny mohly *de facto* libovolně „sjednat“ jakýkoli obsah smluv.

#### 4.1.2 Výběrové řízení

Před uzavřením smlouvy o úhradě se musí konat výběrové řízení. Výběrové řízení se nekoná v případech vypočtených v § 46 odst. 2 a 3 ZVZP<sup>66</sup>. Konání výběrového řízení může iniciovat zdravotní pojišťovna, uchazeč nebo obec. Uchazečem je poskytovatel oprávněný poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru nebo fyzická nebo právnická osoba, která hodlá poskytovat zdravotní služby a je schopná ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení splnit předpoklady k poskytování zdravotních služeb v příslušném oboru zdravotní péče. Vyhláшателеm výběrového řízení je krajský úřad (Magistrát hlavního města Prahy), nebo MZ (v případě lůžkové a lázeňské léčebné rehabilitační péče). Vyhlášovatel zřizuje pro každé výběrové řízení komisi (§ 48, § 49 ZVZP). Nabídky se doručují vyhlášovatelovi ve lhůtě uvedené ve vyhlášení výběrového řízení. Uchazeč je povinen prokázat, že splňuje nebo je schopen splnit předpoklady pro poskytování hrazených služeb v příslušném oboru zdravotní péče, který je předmětem výběrového řízení. Při posuzování přihlášek členové komise přihlížejí zejm. k síti zdravotní pojišťovny v daném oboru a území, k dobré pověsti uchazeče, k praxi uchazeče v příslušném oboru, k disciplinárním opatřením uloženým podle příslušných zákonů, k etickému přístupu k pacientům a ke stížnostem na poskytování zdravotních služeb uchazečem. Členové komise dále posuzují záměr uchazeče na zajišťování hrazených služeb v oboru zdravotní péče, který je předmětem řízení, a jeho možnostem splnit předpoklady pro zajištění hrazených služeb ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení.<sup>67</sup> Jednou z podmínek pro to, aby smlouva o úhradě mohla být uzavřena, je získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 16 zákona o zdravotních službách. Zákon v tomto ustanovení stanoví relativně rozsáhlý výčet podmínek,

---

<sup>65</sup> MACH, Jan, BURIÁNEK, Aleš, ZÁLESKÁ, Dagmar a kol. *Univerzita medicínského práva*. GRADA Publishing, a.s., s. 193.

<sup>66</sup> Např. při rozšíření sítě již smluvního poskytovatele záchranné služby při uzavírání nové smlouvy o úhradě, pokud se jedná o smluvní vztah se stejným subjektem a současně nedochází k rozšíření rozsahu poskytovaných hrazených služeb.

<sup>67</sup> Viz § 51 odst. 1 ZVZP.

za kterých bude oprávnění uděleno, přičemž některé podmínky jsou dosti náročné. Například podmínka oprávnění užívat k poskytování zdravotních služeb zdravotnické zařízení, které splňuje požadavky na technické a věcné vybavení staví lékaře, který chce založit novou vlastní praxi do pozice, kdy ještě před tím, než bude znát výsledky výběrového řízení (které mu nezaručí uzavření smlouvy o úhradě), musí mít k dispozici prostory vybavené technickými zdravotnickými prostředky, které splňují speciální zákonná kritéria. Řízení o získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb je správním řízením a pokud jsou splněny všechny zákonné (a podzákonné) podmínky, pak na něj existuje právní nárok.

Výsledky výběrového řízení zveřejní vyhlašovatel a zdravotní pojišťovna má povinnost přihlížet k těmto výsledkům při uzavírání smluv o úhradě. Výsledek výběrového řízení nezakládá nárok poskytovatele na uzavření smlouvy s pojišťovnou, ale zdravotní pojišťovna je oprávněná uzavřít smlouvu s uchazečem pouze tehdy, bylo-li uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno. To znamená, že smlouvu lze uzavřít pouze s uchazečem, který se zúčastnil výběrového řízení a byl k uzavření smlouvy o úhradě doporučen. Pokud by zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu s jiným poskytovatelem, pak by se dopustila přestupku podle § 45a odst. 1 písm. e) ZVZP.

Jaká je povaha výběrového řízení? Podle nedávného rozhodnutí Městského soudu v Praze<sup>68</sup> má výběrové řízení dva stupně a v obou svých fázích se nejedná o řízení podle správního řádu, ale jedná se o zvláštní postup podle ZVZP. Uchazeč se proto nemůže domáhat přezkoumání rozhodnutí o výsledku výběrového řízení, které má sloužit k zajištění poskytování hrazených služeb zdravotními pojišťovnami, neboť tento úkon není rozhodnutím v oblasti veřejné správy, nejedná se tedy o rozhodnutí ve smyslu § 65 z. č. 150/2002 soudní řád správní (dále jen „sřs“). Neúspěšná lékařka, se kterou smlouva nebyla uzavřena podle tohoto rozhodnutí, nemůže výsledek výběrového řízení napadnout správní žalobou.

Naopak jako rozhodnutí ve smyslu § 65 sřs shledal Městský soud v Praze sdělení o vyřazení přihlášky do výběrového řízení v rozhodnutí ze dne 15. 6. 2020, sp. zn. 14 Ad 9/2017. V této záležitosti podávala žalobkyně žalobu proti sdělení Magistrátu hl. m. Prahy, na základě kterého byla vyloučena z výběrového řízení o uzavření smlouvy o úhradě v oboru dermatovenerologie. Důvodem měla být opakovaná účast na výběrovém řízení o uzavření smlouvy o úhradě v oboru dermatovenerologie, když mimo to žalobkyně iniciovala výběrové řízení o uzavření smlouvy o úhradě v oboru dětské dermatovenerologie. Městský soud došel k závěru, že bylo zasaženo veřejné subjektivní právo žalobkyně, protože příslušný orgán aplikoval § 52 odst. 3 ZVZP a protiprávně vyřadil uchazečku (žalobkyni) z výběrového řízení. Městský soud v Praze uvedl, že § 52 odst. 3

---

<sup>68</sup> Rozhodnutí Městského soudu v Praze ze dne 13. 3. 2018, sp. zn. 14 Ad 5/2018 – 17.

ZVZP omezuje právo uchazeče podávat návrhy na vyhlášení výběrového řízení ve stejném oboru a území (v horizontu tří měsíců ode dne zveřejnění výsledku takového výběrového řízení) nikoliv podávat přihlášky do již vyhlášených výběrových řízení. Totéž ustanovení uchazeče neomezuje ani v účasti v jakémkoliv výběrovém řízení iniciovaném obcí (v tomto případě žalovaným) či zdravotní pojišťovnou ve stejném oboru a území.

Dílčí shrnutí: Co se týče prvního uvedeného rozhodnutí Městského soudu v Praze (rozhodnutí sp. zn. 14 Ad 5/2018 – 17), dá se s ním souhlasit jen zčásti. Je jasné, že druhá část výběrového řízení, tedy kontraktační proces mezi uchazečem a zdravotní pojišťovnou, není správním řízením, nýbrž se jedná o soukromoprávní kontraktaci, která je vedená autonomií vůle stran. První část výběrového řízení však, dle mého názoru, naplňuje znaky správního řízení. O výsledku výběrového řízení rozhoduje komise, která tímto předurčí, zda se bude moci uchazeč vůbec obrátit na zdravotní pojišťovny za účelem uzavření smlouvy o úhradě. V takovém případě by uchazeč měl mít možnost nechat přezkoumat alespoň proces výběrového řízení, zda nedošlo k libovůli, nadřizování nebo diskriminačnímu chování. Skutečnost, že zákon řízení podle části desáté ZVZP nepovažuje za správní řízení, neznamená, že jím není. Koneckonců samotné sdělení o vyřazení přihlášky do výběrového řízení považoval Městský soud v Praze za zásah do veřejného subjektivního práva a připustil aplikaci správního řádu.

## **4.2 Dohodovací řízení o stanovení hodnoty bodu a výše úhrad hrazených služeb**

Dohodovací řízení podle § 17 odst. 5 ZVZP se dá popsat jako jednání mezi účastníky řízení, jehož výsledkem by měla být shoda na stanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb na nadcházející kalendářní rok. Účastníky řízení jsou zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny a ostatních (zaměstnaneckých) zdravotních pojišťoven (na straně jedné) a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů zdravotních služeb v jednotlivých skupinách (dále jen „zástupci sdružení poskytovatelů“), kterých se projednává úhrada přímo týká (na straně druhé). Poskytovatelé zdravotních služeb se dělí do skupin<sup>69</sup> a proces jednání mezi jednotlivými skupinami a pojišťovnami je upraven v Jednacím řádu dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení (dále jen „JŘ DR“).<sup>70</sup> Dohled nad hlasováním, stanovováním počtů hlasů a jejich váhy vykonává mandátová komise.

---

<sup>69</sup> Např. skupina poskytovatelů akutní lůžkové péče a dalších zdravotních služeb poskytovaných v nemocnicích, skupina praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost.

<sup>70</sup> Původní znění jednacích řádů dohodovacího řízení bylo schváleno v roce 2009. Od tohoto roku prošel jednacím řád drobnými úpravami, nicméně jádro tohoto dokumentu zůstalo v zásadě stejné.

Svolavatelem a zahajovatelem dohodovacího řízení je MZ a řízení by mělo být zahájeno nejpozději do 15. 2. roku, který předchází kalendářnímu roku, pro který se výše hodnot bodů a ostatní náležitosti úhradové vyhlášky sjednávají (dále jen „příslušného kalendářního roku“). Dohodovací řízení musí být skončeno do 30. června příslušného kalendářního roku. Samotné vyjednávání se pak děje podle jednacního řádu, který si účastníci dohodovacího řízení schvalují vždy pro každé konkrétní dohodovací řízení.<sup>71</sup>

Dohodovací řízení se realizuje v jednotlivých fázích: přípravná fáze, fáze oponentní (schvalovací), závěrečná fáze a nadstavbová fáze. Hlavním bodem přípravné fáze je projednání jednotlivých návrhů účastníků řízení uvnitř jednotlivých skupin a volba koordinátora, který bude konkrétní skupinu zastupovat v dalších fázích dohodovacího řízení. Výstupem těchto jednání je dosažení buď předběžné dohody, pro kterou musí hlasovat všichni přítomní zástupci zdravotních pojišťoven a nejméně dvě třetiny přítomných zástupců sdružení poskytovatelů, nebo nedohody. Dohoda či nedohoda se zhmotní do podoby protokolu. Ve fázi oponentní je možné prostřednictvím zvolených koordinátorů uplatnit protest proti předběžné dohodě jiné skupiny poskytovatelů z přípravné fáze, který musí být písemný a náležitě odůvodněný, proč některá z předběžných dohod zasahuje do oprávněných zájmů této skupiny.<sup>72</sup> Pokud nebude protest uplatněn, považuje se předběžná dohoda za schválenou. Pokud bude protest uplatněn, nabízí se dvě možnosti: bude schválena nová předběžná dohoda z oponentní fáze, anebo nic schváleného nebude. V rámci závěrečné fáze probíhá konečné jednání dohodovacího řízení a předání výsledků dohodovacího řízení Ministerstvu zdravotnictví.<sup>73</sup> I zde je ještě šance sjednat dohodu ze závěrečné fáze dohodovacího řízení za podmínky, že proti ní nebude uplatněn protest. Výstupem závěrečné fáze je zápis a „závěrečný protokol o výsledku dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních“ pro nadcházející kalendářní rok.

O společných otázkách, které se týkají všech skupin poskytovatelů zdravotních služeb jednají společně všichni účastníci dohodovacího řízení ve společném jednání.<sup>74</sup> K hlasování jsou oprávněni zástupci zdravotních pojišťoven a koordinátoři a pro usnášeníschopnost je potřeba nadpoloviční polovina zástupců zdravotních pojišťoven i koordinátorů a pro přijetí rozhodnutí je třeba alespoň 2/3 hlasů takto přítomných. Závěrečná fáze končí ke dni 30. 6. příslušného kalendářního roku.

---

<sup>71</sup> SVEJKOVSKÝ: *Zdravotnictví a právo...*, s. 137.

<sup>72</sup> Tamtéž.

<sup>73</sup> čl. 3 bod C) JŘ DŘ.

<sup>74</sup> čl. 4 JŘ DŘ.

Po závěrečné fázi dohodovacího řízení nastupuje nadstavbová fáze. Pokud v dohodovacím řízení došlo k dohodě, pak ji MZ přezkoumává z pohledu jejího souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Pokud MZ shledá nesoulad, pak hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a další položky stanoví vyhláškou samo do 31. října kalendářního roku, ve kterém se koná dohodovací řízení s účinky na následující rok. Tato vyhláška se také použije v případě, kdy se poskytovatelé a zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních ve smlouvě o úhradě jinak. Naopak pokud MZ shledá, že je dohoda v pořádku, vtělí ji do formy vyhlášky.

Dohodovací řízení je zcela jistě užitečnou platformou pro diskuzi o relevantních otázkách, kde se mohou vyjádřit jednotliví zástupci reprezentující určitou skupinu poskytovatelů, kteří v dohodovacím řízení mají příležitost předestřít témata, jež jsou v daném segmentu problematiska a obhájit si svoje požadavky či postoje. Z dosavadní praxe je však zjevné, že dosažení konsensu je velice problematiska a ojedinelé. Historicky byla dohoda sjednána pouze jednou, a to v roce 2018, ale ani zde nebylo jednání 100 % úspěšné (dohodu se nepodařilo sjednat s lékárnami). Celý proces tedy z více než 90 % vyústí ve vydání úhradové vyhlášky MZ, která (ovšem) vzápětí čelí časté kritice, a občas, uznejme, oprávněně. Tomu odpovídá i četnost návrhů na zrušení úhradových vyhlášek.<sup>75</sup>

Výsledkem postupu podle § 17 odst. 5 ZVZP je vydání úhradové vyhlášky Ministerstvem zdravotnictví. Úhradová vyhláška je právní předpis s výjimečným významem. Stanovuje základní představu o možném nastavení úhrad za poskytnuté zdravotní služby z prostředků veřejného zdravotního pojištění založeného na kvalifikovaném odhadu vývoje ekonomického růstu, který je jedním ze základních faktorů ovlivňující výběr pojistného na zdravotní pojištění, jakožto zdroje finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění.<sup>76</sup>

Úhradová vyhláška člení poskytovatele do jednotlivých segmentů,<sup>77</sup> pro které ve svých přílohách stanovuje způsob úhrady hrazených zdravotních služeb. Kromě toho vyhláška stanoví výši úhrady za poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon. Úhradová vyhláška je nesmírně komplikovaný dokument, obsahující množství vzorečků, které jsou nepřehledné, a mnohdy ani sami zástupci pojišťovny nebo poskytovatelé nejsou schopni na základě vzorců vypočítat, kolik je možné za poskytnuté zdravotní služby ze zdravotního pojištění účtovat. To jistě s sebou nese i pochybnosti o ústavnosti takového právního předpisu, zda dodržuje kautely zákazu libovůle a zásady předvídatelnosti práva.

---

<sup>75</sup> Například: nález Ústavního soudu ze dne 23. 5. 2000, sp. zn. Pl. ÚS 24/99, usnesení Ústavního soudu ze dne 7. 4. 2003, sp. zn. IV. ÚS 127/03. Úhradová vyhláška na rok 2006 byla napadena hned 3x.

<sup>76</sup> SVEJKOVSKÝ: *Zdravotnictví a právo...*, s. 134.

<sup>77</sup> Viz § 1 odst. 2 úhradové vyhlášky.

#### 4.2.1 Právo dohodnout se jinak

Jak už bylo výše mnohokrát naznačeno, výsledek dohodovacího řízení, resp. text úhradové vyhlášky ještě nemusí být jedinou a definitivní možností, jak výši ceny hrazených služeb upravit. Poskytovatelé mají podle § 17 odst. 5 *in fine* ZVZP možnost sjednat individuální dohodu o stanovení hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení s jednotlivými zdravotními pojišťovnami za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu. Tuto možnost mohou využít dokonce v průběhu kalendářního roku s účinky pro celý rok nebo jen část tohoto roku. Pokud si tedy poskytovatel a zdravotní pojišťovna dohodnou odchylné parametry výše úhrady za hrazené zdravotní služby od úhradové vyhlášky, platí toto dvoustranné ujednání, které musí být součástí smlouvy o úhradě. Právo dohodnout se jinak vnímám velmi pozitivně a považuji jej za záchrannou síť v případě excesivních ustanoveních úhradové vyhlášky, nebo v případě, kdy jsou pro poskytovatele obecně stanovené výše úhrady nadměru nevýhodné. Pořád ale platí smluvní volnost, a tedy k uzavření dohody je třeba vůle obou dotčených stran.

#### 4.3 Provádění výkazů zdravotních služeb a jejich úhrada

Součástí smlouvy o úhradě je stanovení podmínek úhrad hrazených zdravotních služeb. Tyto podmínky zahrnují kritéria a postupy pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů, které jsou nezbytné pro dosažení správnosti vykazovaných dávek<sup>78</sup> a oprávněnosti účtovaných částek úhrad za poskytnuté zdravotní služby hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění<sup>79</sup>. Tato pravidla se mají řídit Metodikou pro pořizování a předávání dokladů a Pravidly pro vyhodnocování dokladů (dále jen „Metodika pro předávání dokladů“ a „Pravidla“, společně pak jako „Metodiky“), které vydává VZP, a to v součinnosti se zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb. Vyúčtování poskytnutých hrazených služeb provádějí smluvní poskytovatelé, přičemž zdravotní pojišťovny hradí zdravotní služby poskytnuté jejím pojištěncům nebo osobám, které si danou pojišťovnu vybraly jako výpomocnou instituci při realizaci práva EU, nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení uzavíraných s Českou republikou, a to na základě dokumentů poskytnutých podle výkazů provedených podle výše uvedených Metodik.<sup>80</sup> Dalším důležitým dokumentem v souvislosti s vykazováním zdravotní péče poskytovateli jsou Pravidla. Ta mohou být modifikovaná jednotlivými pojišťovnami.

Zdravotní pojišťovny podle § 42 ZVZP provádějí kontrolní činnost využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vyúčtování zdravotní pojišťovně, a to z hlediska objemu a kvality, vč. dodržování cen poskytovatelů a pojištěnců (dále jen „revizní činnost“). Revizní činnost provádějí pojišťovny zejm. za pomoci odborných pracovníků, nebo revizních lékařů, popř. prostřednictvím

---

<sup>78</sup> Dávka je pomocná jednotka pro vyúčtování a předávání dokladů pojišťovně.

<sup>79</sup> SVEJKOVSKÝ: *Zdravotnictví a právo...*, s. 153.

<sup>80</sup> SVEJKOVSKÝ: *Zdravotnictví a právo...*, s. 154.

přístupu do Centrálního úložiště elektronických receptů. Předmětem kontrolní činnosti jsou pak skutečnosti uvedené v § 42 odst. 3 ZVZP, přičemž pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb, zdravotní pojišťovna takové služby neuhradí. Pokud již nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou položku zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradila, má vůči tomuto poskytovateli právo na vrácení zaplacené částky.<sup>81</sup>

Revizní lékař a odborní pracovníci při kontrolní činnosti posuzují mj. to, zda zvolený způsob provedené zdravotní péče byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný. Podle rámcových smluv může poskytovatel proti závěrům provedené kontroly podat u příslušné pojišťovny písemně zdůvodněné námitky, které nemají suspenzivní účinek. O těchto námitkách vydá pojišťovna stanovisko. Podané námitky nemají vliv na právo poskytovatele vyjádřit svůj nesouhlas v jiném řízení.<sup>82</sup> Další možnost řešení sporů se také nabízí z rámcových smluv, a to buďto vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, nebo smířcím jednáním.<sup>83</sup>

Skutečnost, že produktivita práce poskytovatelů je ohraničená dohodnutým objemem výkonů při vykazování poskytnutých zdravotních služeb, je běžný a kritizovaný jev. Například soudce Pavel Holländer ve svém disentu k nálezů Ústavního soudu ze dne 20. 5. 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (dále jen „nálezu ÚS 1/08“) kritizoval skutečnost, že tehdy účinná úhradová vyhláška<sup>84</sup> umožňovala zdravotním pojišťovnám uplatňovat vůči některým poskytovatelům regulační srážku, pokud úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce, převyšuje určitou procentuálně vyjádřenou hranici průměrné úhrady za konkrétní léčiva či přípravy nebo zdravotnické prostředky. Pokud by tedy poskytovatelé léčili víc, než je celostátně uznávaný průměr, nebyla by jim taková práce pojišťovnou nahrazena.

Spory o tom, zda byly zdravotní služby vykázané řádně, v souladu s Metodikami, smlouvami o úhradě a relevantní právní úpravou, jsou relativně časté a nehledě na výše popsané mechanismy řešení vzniklých konfliktů se mohou obě strany domáhat svého práva u soudu. Z povahy věci se jedná o spory soukromoprávní, které jsou řešeny před civilními soudy, a to podle z. č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád.<sup>85</sup>

Soudy například řešily spory ohledně dopravy nemocných, kdy bylo dovozeno, že dopravu nemocných může po rozhodnutí ošetřujícího lékaře provést i jiný dopravce než zdravotnické zařízení, přičemž náklady této dopravy hradí tomuto dopravci zdravotní pojišťovna.<sup>86</sup>

---

<sup>81</sup> SVEJKOVSKÝ: *Zdravotnictví a právo...*, s. 157.

<sup>82</sup> Čl. 5 odst. 7 Příloha č. 1 Vyhlášky o rámcových smlouvách.

<sup>83</sup> Čl. 12 Příloha č. 1 Vyhlášky o rámcových smlouvách.

<sup>84</sup> Vyhláška č. 338/2007 Sb.

<sup>85</sup> Viz např. nálezu Ústavního soudu ze dne 27. 1. 1999, sp. zn. I. ÚS 247/98.

<sup>86</sup> Rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 27. 11. 2014, sp. zn. 33 Cdo 2487/2012.

V nikoli malém měřítku nastávají v praxi situace, kdy poskytovatel překročí limit provedených výkonů pro úhradu hrazených zdravotních služeb stanovený buď úhradovou vyhláškou, nebo smlouvou o úhradě. Poskytovatelé se pak dostávají do situace, že provedená a vykázaná péče jim není ze strany zdravotní pojišťovny proplacena. Jedním z těchto případů se zabýval Nejvyšší soud ve svém rozhodnutí ze dne 30. 6. 2015, sp. zn. 30 Cdo 115/2015, který stanovil, že ani zvýšení bodového ohodnocení zdravotních výkonů nelze posoudit jako skutečnost zakládající právo poskytovatele na úhradu nad limit stanovený úhradovou vyhláškou; nejedná se tedy za zvláštní individuální okolnost konkrétního případu, která by mohla opodstatnit překročení limitu. Ústavní soud ve svém nálezu ze dne 13. 9. 2011 sp. zn. I. ÚS 2785/08 dovedl, že v případě, kdy zdravotnické zařízení poskytlo nutnou a neodkladnou péči pojištěnci zdravotní pojišťovny, je příslušná pojišťovna povinna tuto péči uhradit i v situaci, kdy byl vyčerpán dohodnutý finanční limit pro dané období.

Nemalá část sporů mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami plyne z aplikace úhradové vyhlášky, která je častokrát předmětem vášnivých debat a rozporuplných názorů. Za všechny bych v této souvislosti chtěla uvést scénář, který se odehrál okolo zrušení úhradové vyhlášky č. 475/2012 Sb. Ústavní soud nálezem ÚS 19/13 prohlásil jako protiústavní celou vyhlášku č. 475/2012 Sb. a zrušil ji *en bloc*. Důvodem tohoto závěru byla libovůle ze strany původce zákona ohledně regulačních srážek, které se uplatnily v případě, kdy poskytovatel předepsal léky a zdravotní prostředky v rozsahu vyšším než byly úhrady v předchozím roce. Za porušení práva podnikat a práva na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči označil Ústavní soud omezení výše úhrad při překročení objemu poskytnuté zdravotní péče. Podle Ústavního soudu poskytovatelé nemohou odmítnout poskytnutí péče, avšak současně jsou nuceni ji při překročení objemu v kalendářním roce poskytovat za situace, kdy úhrada nepokrývá ani nezbytné náklady. Poskytovatelé totiž nemohou předvídat celkový rozsah zdravotních služeb, které budou nuceni v průběhu roku poskytnout, a už vůbec nemohou ovlivnit, zda nedojde k jejich výraznému navýšení v důsledku mimořádných událostí, např. hromadných nehod, epidemií atd. Ústavní soud dále shledal neústavnost také v nerovném postavení smluvních a nesmluvních poskytovatelů při proplácení úhrad za poskytnutou neodkladnou péči, kdy nesmluvnímu poskytovateli za poskytnutí neodkladné péče vznikl nárok na věcné plnění od pojišťovny pouze na úrovni 75 % hodnoty bodu. Ústavní soud odložil derogaci vyhlášky ke dni 31. 12. 2014, tedy ke dni, kdy by účinnost této vyhlášky stejně vypršela. Odůvodňoval to tím, že okamžité zrušení některých částí napadané vyhlášky by mohlo vést ještě k většímu zhoršení postavení poskytovatelů, než jaké by měli za účinnosti vyhlášky, a také by negativně zasáhl do veřejných financí. Derogační důvody zrušení vyhlášky mají především působit *pro futuro*, tedy mají se promítnout ve vyhláškách, které budou



vydávány v následujících letech. Ústavní soud tedy nechal vyhlášku do konce roku 2014 v platnosti a připustil její regulační účinky, které bylo možné uplatňovat „v intencích tohoto nálezu“.<sup>87</sup> Co se týče možnosti domáhat se úhrady za poskytnutou neodkladnou péči, i tehdy, došlo-li k překročení touto vyhláškou stanovených limitů, Ústavní soud se odvolával na předešlou judikaturu, která poskytovatelům přiznává nárok na úhradu neodkladné péče i v případech, kdy byl dohodnutý finanční limit v daném období vyčerpán.<sup>88</sup> Z tohoto nálezu jde vidět, že pravomoc Ústavního soudu je v otázce přezkumu úhradových vyhlášek ohraničena krátkou dobou účinnosti napadené materie, její složitostí a skutečností, že i *prima facie* oprávněný zásah soudu do nastolených pravidel úhrad hrazených zdravotních služeb může ve svém důsledku znamenat zásah do zdravotně pojistného plánu zdravotních pojišťoven. S ohledem na časovou omezenost účinnosti úhradových vyhlášek by bylo velmi obtížné včas sjednat správnou legislativní nápravu. To však neznamená, že by Ústavní soud měl rezignovat na své postavení negativního zákonodárce. Naopak, je důležité držet konzistentní judikaturu a ukazovat tvůrcům úhradových vyhlášek jejich (ústavně)právní limity.

#### **4.4 Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami**

Výše úhrad hrazených služeb se pro jednotlivé výkony odvíjí od počtu bodů, kterými je tento výkon ohodnocen, a hodnoty bodu vyjádřené peněžní částkou, která je stanovena rozdílně pro jednotlivé skupiny výkonů.<sup>89</sup> Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami vydává MZ vyhláškou podle § 17 odst. 4 ZVZP a v souladu s pravidly podle § 17b ZVZP. Aktuálně platí vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami (dále jen „Seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami“). Proces zařazení, změny či vyřazení zdravotního výkonu ze Seznamu zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami nebyl až do transparentní novely nijak upraven. Nyní je tento postup uveden přímo v § 17b ZVZP a konkretizován ve Statutu a Jednací řádu Pracovní skupiny k seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Tento Seznam pak používají poskytovatelé při vykazování zdravotních výkonů, pokud se se zdravotní pojišťovnou nedomluví ve smlouvě o úhradě jinak.

---

<sup>87</sup> Nález ÚS, sp. zn. 19/13, bod 89.

<sup>88</sup> Nález ÚS, sp. zn. 19/13, bod 74.

<sup>89</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 22. 10. 2013 sp. zn. 19/13, bod 55.

## 5 Právní úprava hrazení zdravotních služeb

Hrazené zdravotní služby vyjmenovává ZVZP v § 13 a násl. Toto ustanovení je třeba interpretovat v souvislosti s § 11 odst. 1 písm. d) ZVZP, který zakotvuje zásadu zákazu dvojí úhrady. Podle § 13 odst. 1 ZVZP má pojištěnec právo na poskytnutí zdravotních služeb ze zdravotního pojištění s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování. Zjednodušeně lze konstatovat, že pojištěnec má nárok na úhradu veškerých zdravotních služeb, které splňují požadavky § 13 odst. 1 ZVZP a nejsou z úhrady vyloučeny jinými ustanoveními zákona o veřejném zdravotním pojištění, popř. jiným zákonem či právním předpisem vyšší právní síly.<sup>90</sup>

Obecně můžeme zdravotní služby z hlediska jejich hrazení dělit na hrazené nebo nehrazené, zdravotní služby hrazené jen za určitých podmínek a zdravotní služby hrazené ve výjimečných případech.

Podle LZPS podmínky hrazení zdravotních služeb musí být stanoveny zákonem. Ústavní soud požaduje zákonný podklad nejen při vymezení podmínek bezplatné péče, ale také pro stanovení jejího rozsahu a způsobu jejich poskytování.<sup>91</sup>

### 5.1 Způsoby úhrady zdravotních služeb

Poskytnutá zdravotní služba může být poskytovateli uhrazena následujícími subjekty:

1. Zdravotní pojišťovnou na základě uzavřené smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb,
2. Zdravotní pojišťovnou bez uzavřené smlouvy na základě dohody o úhradě konkrétní služby pro konkrétního pacienta,
3. Pacientem, kterému poskytl zdravotní službu hrazenou z veřejného zdravotního pojištění v případě, že nemá uzavřenou smlouvu s jeho zdravotní pojišťovnou,
4. Pacientem, kterému poskytl zdravotní službu hrazenou z veřejného zdravotního pojištění v případě, že pacient není u zdravotní pojišťovny v České republice pojištěn,
5. Pacientem, kterému poskytl zdravotní službu nehrazenou z veřejného zdravotního pojištění.

---

<sup>90</sup> MACH, BURIÁNEK, ZÁLESKÁ: *Univerzita medicínského práva...*, s. 186.

<sup>91</sup> Nález ÚS 36/11.

Popis aktuálně používaných forem úhrady zdravotní péče poskytují Pravidla vydané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.<sup>92</sup> Jednotlivé pojišťovny a smluvní poskytovatelé si mohou formu úhrady stanovit i jiným způsobem.

1. Výkonová úhrada: úhrada je poskytnuta za provedený výkon, který je bodově ohodnocen. Hodnota bodu se v zásadě stanoví smluvně, nebo se použije úhradová vyhláška.
2. Platba podle ceníku: dávky<sup>93</sup> a doklady jsou ohodnoceny podle Pravidel.
3. Paušální platba: na základě smlouvy o úhradě je sjednána čtvrtletní paušální úhrada. Výše paušální úhrady vychází z objemu poskytnuté péče v porovnávacím období. Metodika výpočtu porovnávacího objemu úhrady je součástí smlouvy. Paušální platba v zásadě nezohledňuje reálné množství poskytnuté péče v posuzovaném roce.
4. Kombinovaná kapitačně-výkonová platba: na základě počtu a věkové struktury zaregistrovaných pojištěnců je stanovena kapitační platba, a to za vyjmenované výkony. V této kombinaci se tedy prolíná počet registrovaných pacientů a objem provedených výkonů. Další výkony a výkony neodkladné péče pro neregistrované pojištěnce jsou hrazeny mimo kapitační platbu.
5. Kombinovaná paušální a výkonová platba v dopravě se stanoví jako procento z porovnávacího objemu úhrady v Kč + fixní částka v Kč/km.

Dále např. při lázeňské péči je platba čistě na smluvním ujednáním. Tato se skládá z platby za léčení, pobyt, stravu a případně stravu a ubytování doprovodu.

## 5.2 Participace pojištěnců na zdravotním pojištění

### 5.2.1 Přímá úhrada

Jedním z předpokladů hrazených zdravotních služeb ze zdravotního pojištění je (až na výjimky) to, že pojištěnci byla poskytnutá hrazená služba u smluvního poskytovatele, tedy existuje zde smlouva o úhradě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou. Pokud poskytovatel nemá uzavřenou smlouvu o úhradě se zdravotní pojišťovnou, nic mu nebrání v tom, aby poskytoval zdravotní služby za přímou úhradu. V takovém případě se poskytovatel řídí výlučně zákonem o zdravotních službách.<sup>94</sup>

Cena poskytovaných zdravotních služeb v režimu přímé úhrady u nesmluvního poskytovatele je předmětem dohody mezi poskytovatelem a pacientem. Poskytovatel smí do ceny promítnout

---

<sup>92</sup> Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR, verze 6. 2. [online]. Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Praha říjen 2006. s. 51. [cit. 11. 2. 2021]. Dostupné z: <<https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/vyuctovani/metodika-vyuctovani-pravidla-pro-vyhodnocovani-dokladu.pdf>>.

<sup>93</sup> Dávka je pomocná jednotka pro vyúčtování a předávání dokladů pojišťovně.

<sup>94</sup> SVEJKOVSKÝ: *Zdravotnictví a právo ...*, s. 166.

pouze ekonomicky oprávněné náklady doložitelné z účetnictví a přiměřený zisk poskytovatele a zároveň je omezen cenovými předpisy, které vydává MZ ve Věstníku MZ.<sup>95</sup>

V některých případech je přímá úhrada na místě, i když je zdravotní služba poskytována u smluvního poskytovatele, pokud se jedná o zdravotní služby nehrazené ze zdravotního pojištění, nebo hrazené, ale pouze za určitých podmínek.

### 5.2.2 Spoluúčast pojištěnců

Spoluúčast pojištěnců může sledovat rozmanité cíle, jako jsou získání dalšího zdroje pro financování zdravotních služeb, omezení nadužívání zdravotnických služeb nebo i snížení pojistného. Mezi základní formy spoluúčasti patří franšíza, soupojištění a pevný poplatek.<sup>96</sup> Regulační poplatky mají podobu pevného poplatku, tedy fixně stanovené částky, kterou musí pacient platit za určitou poskytnutou službu. Soupojištění funguje tak, že pojištěnec musí zaplatit určité procento z úhrady každé služby. Franšíza je pevná částka, kterou pacient musí zaplatit dříve, než začíná plnit zdravotní pojišťovna.<sup>97</sup>

## 5.3 Problematika regulačních poplatků a přímých úhrad v judikatuře Ústavního soudu

Problematika regulačních poplatků v českém prostředí je kapitolou sama o sobě. Téma regulačních poplatků, jakožto přímé platby poskytovatelům, se bohužel na úrovni zákonodárné moci často politizuje a napříč obyvatelstvem nebývá tento druh participace na financování zdravotnictví vnímán pozitivně. Judikatura Ústavního soudu v tomto ohledu také není úplně konzistentní a nepřináší jednoznačně ucelený závěr o ústavnosti regulačních poplatků.

Regulační poplatky byly do českého právního řádu zavedeny z. č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů (dále jen „stabilizační zákon“). Tento zákon (jeho částí) byl vzápětí předmětem přezkumu ze strany Ústavního soudu, který jej svým nálesem ÚS 1/08 ponechal nedotčený. Absenci regulačních mechanismů pro zajištění efektivní spotřeby zdravotní péče v podobě regulačních poplatků vnímal původce stabilizačního zákona jako obrovský nedostatek ZVZP. Podle důvodové zprávy lze motivaci k zakotvení těchto poplatků spatřovat v zahraniční právní úpravě, kdy ČR (s výjimkou Velké Británie) byla jediným státem v EU, který povinnost platit regulační poplatky v jakékoliv variantě nestanovil, což mělo vést k nadužívání čerpání zdravotní péče. Vybrané poplatky měly být zdanitelným příjmem poskytovatelů a nárůst příjmů měl být zohledněn v dohodovacím řízení. Změna příjmů lékáren měla být zohledněna úpravou marže regulované Ministerstvem financí.

---

<sup>95</sup> Cenové předpisy jsou dostupné na: <https://www.mzcr.cz/vestniky/>.

<sup>96</sup> NĚMEC: *Principy zdravotního pojištění...*, s. 55.

<sup>97</sup> Tamtéž.

O pár let později se otázka ústavnosti regulačních poplatků znovu dostala před Ústavní soud. Ústavní soud tehdy napadanou právní úpravu svým rozhodnutím ze dne 20. 6. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 zrušil (dále jen „nález ÚS 36/11“).

### **5.3.1 Nález Ústavního soudu ze dne 20. 5. 2008 sp. zn. Pl. ÚS 1/08**

V dané věci Ústavní soud posuzoval ústavnost některých částí stabilizačního zákona. Pro účely této práce je relevantní ta část rozhodnutí, která se zabývala přezkumem novelizačních ustanovení, které stabilizační zákon zavedl do ZVZP. Ústavní soud tehdy stál před otázkou, zda bylo ústavně souladné zavedení regulačních poplatků za pobyt v léčebném zdravotním zařízení ve výši 60 Kč/den, za návštěvu u lékaře ve výši 30 Kč, zavedení povinné platby do rukou provozovatele lékárny za každou položku vydanou na základě lékařském předpisu ve výši 30 Kč a poplatek za pohotovostní službu ve výši 90 Kč. Trnem v oku se návrhovateli také stala absence stanovení limitů při výběru poplatků za pobyt v léčebném zdravotním zařízení.

Ústavní soud došel k závěru, že návrhem napadená ustanovení jsou ústavně komfortní a pod rouškou zásady zdrženlivosti a minimalizace zásahu nevyužil své derogační pravomoci. Co se týče možných konsekvencí zavedených regulačních poplatků, Ústavní soud uzavřel, že bude povinností zákonodárce, aby po analýze dopadů zavedených poplatků posoudil u každého jednotlivého z nich, zda se nedotýkají samotné existence a realizace práva podle čl. 31 Listiny.<sup>98</sup>

Z odlišných stanovisek považují za důležité zmínit disent soudce Güttler, který (mj.) uvedl, že vybrané částky z regulačních poplatků jsou příjmem zdravotních pojišťoven, přestože bylo proklamováno, že regulační poplatek bude příjmem zdravotních zařízení. Vysvětluje to tím, že vybrané regulační poplatky se následně měly zohlednit v dohodovacím řízení. S touto tezí odkazuje na důvodovou zprávu původního návrhu dotčené novely zákona a vyjádření tehdejšího ředitele VZP a ministra zdravotnictví.

Soudce Pavel Holländer vyčítal původci zákona to, že neprovedl analýzu ohledně dopadů zavedení jednotlivých poplatků na konkrétní sociální skupiny nebo sociální vrstvy (zejm. na rodiny s dětmi, seniory s průměrnými důchody) a vycházel z jiných dat, zejm. ze zahraniční zkušenosti.

Soudce Nykodým ve svém disentu nesouhlasil s vymezením regulačních poplatků jako platby na jiné výdaje zdravotnického zařízení, přičemž se opíral o to, že tyto (provozní) náklady kompenzují zdravotní pojišťovny a konkrétní položky uvádí úhradová vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Regulační poplatky chápe jako hotovou platbu za zdravotní péči do rukou soukromoprávního subjektu (poskytovatelů). Podle soudce jsou poplatky neslučitelné s ústavním pořádkem, jelikož nad povinnost platit zdravotní pojištění je těmto plátcům uložena další povinnost platit regulační

---

<sup>98</sup> Bod 112.

poplatky, aby jim vůbec bylo možné péči poskytnout. Soudce Nykodým (jako většina disentujících soudců) vyzdvihl soukromoprávní povahu vztahu mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovateli a vyjádřil naprostý nesouhlas s možností ukládat pokuty za nevybrání regulačního poplatku.

### **5.3.2 Nález Ústavního soudu ze dne 20. 6. 2013 sp. zn. Pl. 36/11**

Navrhovatelům v této věci vadila část novely č. 298/2011 Sb., která (mj.) novelizovala ZVZP. Napadaná právní úprava rozdělovala zdravotní služby z hlediska úhrady z veřejného zdravotního pojištění na variantu základní, plně hrazenou a variantu ekonomicky náročnější, zvyšovala denní regulační poplatek za poskytování lůžkové péče z 60 Kč na 100 Kč a v neposlední řadě opravňovala zdravotní pojišťovny postihovat poskytovatele za porušení některých povinností uložených jim ZVZP.<sup>99</sup> Navrhovatelé ve vztahu ke zrušení nadstandardní péče uvádějí, že taková právní úprava má za následek to, že poskytovatelé budou upřednostňovat pojištěnce, kteří si zvolí ekonomicky náročnější variantu, neboť na tom budou hospodářsky zainteresovaní.

Co se týče navýšení poplatku za lůžkovou péči z 60 Kč na 100 Kč, Ústavní soud uvedl, že se jedná o služby, které jsou poskytovány souběžně se zdravotními službami a mají povahu „hotelové služby“, ale nejedná se o samotné zdravotní služby, které by spadaly pod čl. 31 LZPS. Ústavnost takového poplatku je podle něj v pořádku, nicméně Ústavní soud shledal poplatek jako neústavní kvůli jeho navýšení, nedostatečné diferenciaci a plošné aplikaci v kombinaci s absencí jakýchkoli limitů. U nadstandardní péče Ústavní soud shledal jako protiústavní skutečnost, že konkrétní vymezení standardní a nadstandardní péče bylo stanoveno až prováděcí vyhláškou, nikoliv zákonem. Nebyl tedy splněn požadavek formy. Možnost sankcionovat poskytovatele zdravotních služeb shledal soud neústavní, protože taková zákonem garantovaná pravomoc zdravotních pojišťoven odporuje principu rovnosti.

Zrušení regulačních poplatků mělo neblahý dopad na příjmy poskytovatelů v oblasti lůžkové péče. Tento deficit musel být nějakým způsobem vyplněn, a proto novelou č. 109/2014 Sb., bylo do ZVZP vloženo ustanovení § 40 odst. 2 a 3. Nutnost zakotvení tohoto ustanovení vysvětluje důvodová zpráva novely č. 109/2014 Sb. tím, že kompenzace regulačního poplatku ve výši 100 Kč za den hospitalizace nebyl legislativně nijak upraven, a tím došlo po rozhodnutí Ústavního soudu k významnému výpadku příjmu. Vzniklý výpadek měly podle nové právní úpravy poskytovatelům lůžkových zdravotních služeb dorovnat zdravotní pojišťovny. Těm také byla dotčenou novelou stanovena povinnost kompenzovat poskytovatelům lůžkových zdravotních služeb včetně poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravoven výpadek příjmů z hospitalizačních regulačních poplatků. Výpadek příjmů za regulační poplatky byl nakonec vyřešen zvýšením pojistného za státního pojištěnce.

---

<sup>99</sup> Bod 1.

### 5.3.3 Analýza a dopady nálezu ÚS 1/08 a nálezu ÚS 36/11

Co se týče nálezu ÚS 1/08, zčásti chápu zdrženlivý postoj Ústavního soudu. Regulační poplatky budou mít vždy větší či menší negativní dopad na finanční stránku jejich plátců. Právě to má být motivací, aby pojištěnci vážili cestu k lékaři a zdravotní služby byly řádně poskytnuty těm, kteří ji opravu potřebují. Lze však přisvědčit tomu, že regulační poplatky, alespoň za lůžkovou péči, by měly mít nastavený strop, při jehož dosažení by dlouhodobě hospitalizovaný pojištěnec za lůžko platit nemusel. Jako protiústavní však vnímám oprávnění zdravotních pojišťoven ukládat pokuty poskytovatelům, což nakonec Ústavní soud přiznal ve druhém z uvedených rozhodnutí.

Co se týče nálezu ÚS 36/11, chtěla bych se pozastavit u argumentace navrhovatelů ohledně zrušení nadstandardní péče. Použitou argumentaci (tedy upřednostňování ekonomicky zajímavějších pacientů) považuji za velice zjednodušenou a účelovou, a to z následujících důvodů: před tím, než je pacientovi nabídnuta jakákoli forma léčebné terapie, je třeba stanovit diagnózu. Poskytovatel přitom má právo odmítnout pacienta pouze a jen z důvodů uvedených v § 48 zákona o zdravotních službách. Pro praxi to tedy znamená to, že jakmile se lékař „podívá“ na pacienta ať už v ambulantní čekárně, nebo při jiné návštěvě pacienta zdravotního zařízení, musí jej přijmout a vyšetřit (nejsou-li zde důvody k odmítnutí podle § 48 odst. 1 nebo 2 zákona o zdravotních službách), provést potřebné úkony pro stanovení diagnózy, stanovit diagnózu a až poté nabídnout pacientovi variace řešení jeho zdravotního stavu. Tedy až v konečné fázi celého léčebného procesu může poskytovatel nabídnout v rámci léčebné terapie služby, které byly označeny za nadstandardní. Před tím to není v zásadě možné, a proto „upřednostňování“ lukrativnějších pacientů je relativně iluzorní záležitost. Navíc, jak již bylo zmíněno, lékař má povinnost pacientovi poskytnout zdravotní péči a pokud tak neučiní a zároveň zde nejsou splněny zákonné předpoklady pro jeho odmítnutí, pak se vystavuje riziku, že spáchá přestupek podle § 117 odst. 3 písm. a), b), c) zákona o zdravotních službách, nebo dokonce trestný čin.<sup>100</sup> Koneckonců, ani Ústavní soud neshledal možnost nadstandardní péče protiústavní a naopak se vyjádřil tak, že chápe potřebu zvyšování objemů finančních prostředků ve zdravotnictví, a to s ohledem na technologický a vědecký progres moderní doby, a sám uvádí, že zvyšování podílů přímých plateb pacienta je jednou z možných variant, jak získat prostředky pro financování zdravotních služeb.<sup>101</sup> Nadstandardní péče byla zrušena z toho důvodu, že byla stanovena až prováděcí vyhláškou. Zrušení možnosti poskytování nadstandardní zdravotních služeb se v praxi projevilo (mj.) tím, že není možné, aby si pacienti doplatili rozdíl mezi tím, co hradí zdravotní pojišťovna a cenou nadstandardu.

---

<sup>100</sup> Například trestný čin neposkytnutí pomoci podle § 150 odst. 2 z. č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

<sup>101</sup> Bod 40.

Nadstandardní zdravotní služby mohou být dále poskytovány v soukromých zařízeních, jestliže poskytovatelé nemají smlouvu se zdravotní pojišťovnou pojištěnce.<sup>102</sup>

Aktuální právní úprava regulačních poplatků je značně poznamenána zásahy Ústavního soudu. Je třeba připomenout, že Ústavní soud jako celek nikdy nedošel k závěru, že by regulační poplatky samy o sobě byly neústavní. Ústavní soud sice nálezem ÚS 36/11 zrušil regulační poplatky *en bloc*, nicméně v odůvodnění rozhodnutí vyslovil, že tyto poplatky jsou důležitým příjmem poskytovatelů zdravotních služeb, a poskytl zákonodárci lhůtu k tomu, aby právní úpravu v intencích nálezu napravil.<sup>103</sup>

V současné době jsou regulační poplatky upraveny v §16a ZVZP a podle této platné právní úpravy mají poskytovatelé povinnost regulační poplatky vybrat za lékařské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství ve výši 90 Kč, přičemž výjimky z této povinnosti stanoví § 16a odst. 2 ZVZP. Regulační poplatek je příjmem poskytovatele, který poplatek vybral.

---

<sup>102</sup> *Za nadstandardy již není možné si připlatit* [online]. © 2021 VZP ČR. 6. 8. 2013 [cit. 23. 2. 2021]. Dostupné z: <<https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/za-nadstandardy-jiz-neni-mozne-si-priplatit>>.

<sup>103</sup> Nález 36/11, bod 60.



## 6 Hrazení zdravotní péče v cizině a v členských státech Evropské unie

V souvislosti s globalizací, prací v zahraničí a cestováním vyvstala potřeba zajistit pojištění zdravotní péči i za hranicemi státu jeho pojištění. V rámci EU je tato potřeba markantní kvůli zavedení vnitřního trhu, jehož čtyři základní svobody občanů EU zahrnují volný pohyb zboží, osob, služeb a kapitálu. Přeshraniční poskytování zdravotní péče v takové podobě, jaké ji máme dnes, je výsledkem dlouhého, relativně divokého vývoje, který se odehrával v prostorách Soudního dvora. České zdravotní pojišťovny v současné době za určitých podmínek hradí zdravotní péči poskytnutou českým pojištěncům v členských státech EU i v jiných státech. Relevantní právní úprava je zakotvena v ZVZP, konkrétně se jedná o § 14 až § 14c ZVZP. Tato úprava je výsledkem naplnění závazků vycházejících z mezinárodního nebo evropského práva.

Oblast poskytování a hrazení<sup>104</sup> nákladů na poskytnuté zdravotní služby v jiných než členských státech, je předmětem úpravy jednotlivých bilaterálních smluv, které Česká republika uzavřela např. s Tuniskem, Tureckem, Izraelem atd.

Jak bylo naznačeno v úvodu, s ohledem na kapacitní možnosti diplomové práce bude o hrazení zdravotní péče v cizině a o přeshraniční zdravotní péči pojednáno pouze v intencích implementačních projevů právní úpravy vycházející ze směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči (dále jen „Směrnice o přeshraniční zdravotní péči“ nebo „směrnice“) a koordinačního nařízení v českém právním řádu. Hlavním cílem této kapitoly bude vysvětlit historické souvislosti pro tvorbu dotčených právních předpisů a rozlišení jednotlivých režimů hrazení zdravotní péče, vycházející z dvojkolejnosti evropské úpravy.

Zákon o zdravotních službách rozlišuje druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti a podle účelu jejího poskytnutí. Pro účely této kapitoly je důležité dělení zdravotní péče z hlediska časové naléhavosti podle § 5 odst. 1 zákona o zdravotních službách, a sice na neodkladnou péči, akutní péči, nezbytnou péči a plánovanou péči. V následujícím textu budou uvedeny do kontextu s přeshraniční zdravotní péčí všechny tyto druhy zdravotní péče. Stejným účelem přitom je vymezit atributy hrazení plánované zdravotní péče podle koordinačního nařízení a směrnice (viz podkapitola 6.2.2.).

---

<sup>104</sup> V následujícím textu budu používat pojmy „náhrada“, „úhrada“ a „hrazení“. Náhrada znamená zpětná finanční kompenzace za již vynaložené finanční prostředky. Úhradou se rozumí přímá úhrada mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Hrazení pak obsahuje významy obou těchto pojmů (jak náhrada, tak úhrada).

## 6.1 Geneze úpravy přeshraniční péče

Než přistoupím k rozboru právní úpravy upravující hrazení nákladů vynaložených na zdravotní péči za hranicemi České republiky, považuji za užitečné uvést kontext, ve kterém se právní úprava na poli EU tvořila.

Od roku 1971 byla přeshraniční zdravotní péče upravena nařízením (EHS) č. 1408/71 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnanecké osoby a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství (dále jen „nařízení č. 1408/71“). Toto nařízení se vztahovalo do roku 1982 pouze na zaměstnance, poté i na osoby samostatně výdělečně činné vč. rodinných příslušníků jako zaměstnanců, OSVČ a jimi vyživované osoby a také osoby bez státní příslušnosti a uprchlíky.<sup>105</sup> Nařízení č. 1408/71 umožnilo osobám vycestovat do jiného členského státu za účelem léčby. Podmínkou pro úhradu čerpané zdravotní péče bylo předchozí povolení zdravotní pojišťovny. Výše úhrady nebo náhrady nákladů na poskytnutou zdravotní péči nebylo limitováno výší sazby ve státě pojištěnce, ale pojišťovny proplácely poskytnuté zdravotní služby podle sazeb platných ve státě léčby. Po odstranění vnitřních hranic se začalo v Schengenském prostoru víc cestovat a stále víc pacientů využívalo možnosti ošetření u poskytovatelů v jiném členském státě. V té době musel Soudní dvůr řešit otázku, zda je předchozí povolení zdravotní pojišťovny opravdu nezbytné.

Prvním přelomovým rozhodnutím je rozsudek Soudního dvora ze dne 28. 4. 1998, ve věci Kohll, C-158/96 (dále jen „rozsudek SD ve věci Kohll“), kdy lucemburská zdravotní pojišťovna odmítla vydat povolení pro ošetření dcery pana Kohlla u ortodontisty usazeného v Německu. Pojišťovna to odůvodňovala tím, že ošetření není naléhavé a lze jej poskytnout v Lucembursku. Pan Kohll tvrdil, že má právo na ošetření své dcery v Německu bez předchozího povolení a že může po své zdravotní pojišťovně žádat náhradu nákladů na péči podle sazeb uplatňovaných u tohoto typu péče ve státě, v němž je pojištěn (tedy v Lucembursku),<sup>106</sup> a to s odkazem na svobodu poskytování služeb, nikoliv na nařízení č. 1408/71. Soudní dvůr dal panu Kohllovi za pravdu a uvedl, že ošetření zdravotnickým pracovníkem je službou, a úprava, která podmiňuje čerpání takových služeb předchozím souhlasem, odrazuje pojištěné osoby od toho, aby se obrátili na poskytovatele lékařských služeb usazených v jiném členském státě, a představuje tedy překážku volného pohybu služeb.<sup>107</sup>

---

<sup>105</sup> *Fakta a čísla o Evropské unii. Sociální zabezpečení v jiných členských státech EU* [online]. Evropský parlament: 11-2020. [cit. 27. 1. 2021]. Dostupné z: <<https://www.europarl.europa.eu/factsheets/cs/sheet/55/socialni-zabezpeceni-v-jinych-clenskyx-statech-e>>.

<sup>106</sup> *Soudní dvůr a zdravotní péče* [online]. Soudní dvůr Evropské unie: září 2018. [cit. 27. 1. 2021]. Dostupné z: <<https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2019-07/qd-04-18-747-cs-n.pdf>>.

<sup>107</sup> *Tisková zpráva č. 26/98. 28. dubna 1998. Rozsudky Soudního dvora ve věcech C-120/95 a C-158/96 Nicolas Decker c / Nemocenský fond pro soukromé zaměstnance a Raymond Kohll c / Unie nemocenských fondů* [online]. Tisková a informační

K podobnému závěru došel Soudní dvůr v druhém, ale stejně tak důležitém rozsudku ze dne 28. 4. 1998, ve věci Decker, C-120/95 (dále jen „rozsudek SD ve věci Decker“). Podle tohoto rozhodnutí je pacient oprávněn objednat si předepsané zdravotnické pomůcky (nebo léčiva) v jiném členském státě, než ve kterém je usazen lékař, který takovou zdravotní pomůcku předepsal, přestože neobdržel předchozí povolení zdravotní pojišťovny. Odepření náhrady by v takovém případě představovalo neodůvodněnou překážku volného pohybu zboží. Od té doby mohou pacienti nakupovat bez předchozího povolení léčiva i zdravotnické pomůcky v jiném členském státě a požadovat od své zdravotní pojišťovny náhradu vynaložených nákladů podle sazeb účtovaných v jejich vlastním státě.<sup>108</sup>

Dalším veledůležitým rozhodnutím je rozsudek Soudního dvora ze dne 12. 7. 2001, ve věci Vanbraekel, C-368/98. V této věci se jednalo o belgickou občanku (paní Descamps),<sup>109</sup> která trpěla oboustrannou artrózou kolenního kloubu. Kvůli trvajícím zdravotním komplikacím žádala svoji pojišťovnu o povolení k chirurgickému zákroku ve Francii, to však vydáno nebylo pro údajné nesplnění podmínek pro přeshraniční péči. Soudní dvůr došel v řízení o předběžné otázce k závěru, že bylo-li pojištěnci odmítnuto povolení a následně se prokáže, že toto odmítnutí bylo neopodstatněné, má dotyčný přímo k tíži příslušné instituce nárok na náhradu ve výši rovnocenné té, která by byla bývala hrazena institucí místa pobytu, kdyby povolení bylo bývalo od počátku řádně vydáno.<sup>110</sup> To však automaticky nezakládá nárok na náhradu veškerých zdravotních výdajů, které vynaložil pojištěnec v členském státě, kde mu byla poskytnuta péče, jakmile se prokáže, že toto odmítnutí bylo neopodstatněné.<sup>111</sup>

Výsledkem rozsudků SD ve věcech Kohll a Decker je možnost úhrady nákladů ambulantní zdravotní péče a nákupu léčiv nebo zdravotnických pomůcek v jiném členském státě podle sazeb, které jsou platné v místě, kde je pojištěnec pojištěný, a to bez předchozího povolení zdravotní pojišťovny. Toto právo je dovozováno z volného pohybu zboží a služeb. Ve věci Vanbraekel Soudní dvůr připustil možnost zpětného přezkumu a přiznání náhrady zdravotní péče, pokud se prokáže, že povolení k přeshraniční péči bylo odmítnuto neoprávněně.

Otázka je, zda pro uvedené závěry Soudního dvora existoval v té době legální základ, nebo zda Soudní dvůr při svém progresivním přístupu nepřiznal víc, než reálně z Evropského práva

---

divize: 28. 4. 1998 [cit. 27. 1. 2021]. Dostupné

z: <<https://curia.europa.eu/fr/actu/communiqués/cp98/cp9826fr.htm>>.

<sup>108</sup> *Soudní dvůr a zdravotní péče* [online]. Soudní dvůr Evropské unie: září 2018. [cit. 27. 1. 2021]. Dostupné

z: <<https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2019-07/qd-04-18-747-cs-n.pdf>>.

<sup>109</sup> Pan Vanbraekel spolu s jeho šesti dětmi, jako dědici paní Descamps pokračoval v řízení. Proto nese název rozhodnutí po panu Vanbraekel.

<sup>110</sup> Bod 53.

<sup>111</sup> Bod 56.

vyplývalo. Jisté je, že rozsudky SD ve věci Kohll, Decker a Vanbraekel spustily kaskádu rozhodnutí, které byly kodifikovány jak v koordinačním nařízení, tak i ve Směrnici o přeshraniční péči.

## **6.2 Hrazení zdravotní péče poskytnuté v cizině a hrazení přeshraničních zdravotních služeb**

Při čtení a uplatňování dotčené právní úpravy v ZVZP je třeba mít na paměti, že některá ustanovení se váží pouze k cizině, jiná k EU a některá také k EHP a Švýcarské konfederaci. Dále je třeba rozlišovat mezi úpravou vycházející z koordinačního nařízení a směrnice. Takové rozlišování je relevantní zejména pro určení toho, zda v případě plánované zdravotní péče je nutný pro úhradu zdravotních služeb předchozí souhlas zdravotní pojišťovny, popř. v jakém rozsahu bude taková úhrada poskytnuta.

### **6.2.1 Hrazení zdravotní péče v cizině**

§ 14 odst. 2 ZVZP se zabývá náhradou poskytnuté zdravotní péče v cizině. Základní východisko zní tak, že ze zdravotního pojištění se pojištěnci na základě jeho žádosti poskytne náhrada nákladů vynaložených na neodkladnou zdravotní péči, jejíž potřeba nastala během jeho pobytu v cizině, a to pouze do výše stanovené pro úhradu takových služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky.<sup>112</sup> Náhrada se poskytuje tedy *ex post*. Pojištěnec je povinen podat žádost o poskytnutí náhrady nákladů vynaložených na neodkladnou péči. Tato žádost se podává u zdravotní pojišťovny pojištěnce. Náhrada se však přiznává pouze do výše, která je v České republice za poskytnutou zdravotní péči hrazená ze systému veřejného zdravotního pojištění. Zbytek nákladů hradí sám pojištěnec. Dikce § 14 odst. 2 ZVZP dopadá pouze na situace, kdy potřeba vyhledat lékařskou pomoc vyvstala kvůli náhlým zdravotním problémům pojištěnce, a to v průběhu pobytu této osoby v zahraničí. Neodkladnou péčí se rozumí taková péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.<sup>113</sup> Nevztahuje se tedy na akutní péči<sup>114</sup> ani plánovanou péči.

### **6.2.2 Hrazení přeshraničních zdravotních služeb podle směrnice a koordinačního nařízení**

S účinností od 22. 4. 2014 byla do ZVZP transponována Směrnice o přeshraniční zdravotní péči, týkající se hrazení zdravotních služeb čerpaných v jiném členském státě Evropské unie, a to

---

<sup>112</sup> Viz § 14 odst. 2 ZVZP.

<sup>113</sup> SVEJKOVSKÝ: *Zdravotnictví a právo...*, s. 223.

<sup>114</sup> § 5 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách vymezuje akutní péči jako péči, jejímž účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí.

novelou ZVZP č. 60/2014 Sb. Na základě této novely byla (mj.) v § 14 a násl. zakotvená úhrada tzv. přeshraničních zdravotních služeb. Směrnice o přeshraniční zdravotní péči je v podstatě kodifikací judikatury Soudního dvora v oblasti volného pohybu zdravotních služeb a volného pohybu osob.<sup>115</sup> Základním pilířem této směrnice v oblasti hrazení přeshraničních zdravotních služeb je pravidlo, že stát hradí náklady, které musel pacient v jiném členském státě za zdravotní služby uhradit, a to minimálně podle právních předpisů a sazeb státu pojištění, nejvýše však do částky, která byla v jiném členském státě za poskytnuté zdravotní služby uhrazena. Směrnice je postavená na následujících principech: rovný přístup k osobám jiného členského státu a právo na náhradu poskytnutých zdravotních služeb, volný pohyb léčiv, proplácení léčiv a volný pohyb receptů s nárokem na následné proplácení ceny.

Vedle Směrnice o přeshraniční zdravotní péči platí v České republice koordinační nařízení.

Oba tyto právní předpisy upravují obdobnou problematiku, ale ne zcela stejným způsobem. Z hlediska místní působnosti je v první řadě třeba uvést, že směrnice se uplatňuje pouze v členských státech EU, zatímco koordinační nařízení platí také pro EHP a Švýcarskou konfederaci. Proto např. pokud bude chtít občan EU podstoupit léčbu nebo jakýkoliv lékařský výkon ve Švýcarské konfederaci, bude vždy potřebovat předchozí souhlas zdravotní pojišťovny pro účely náhrady nákladů na zdravotní péči podle koordinačního nařízení.

Koordinační nařízení i Směrnice o přeshraniční zdravotní péči zakotvuje institut předchozího povolení<sup>116</sup> pro účely hrazení plánované zdravotní péče v jiném státě. Viditelnou nuancí těchto povolovacích nástrojů je to, že narozdíl od koordinačního nařízení Směrnice o přeshraniční zdravotní péči chápe institut předchozího souhlasu pojišťovny jako výjimku, tzn., že předchozí povolení pojišťovny mohou jednotlivé státy požadovat jen v případech, kdy tak stanoví zákon<sup>117</sup> (v souladu s čl. 8 směrnice), a to pouze u těch hrazených zdravotních služeb, které stanoví vláda nařízením. Naproti tomu koordinační nařízení stanoví povolovací režim jako obligatorní. Povolení je pak vydáno, pokud dotyčné léčení patří mezi dávky stanovené právními předpisy v členském státě, kde má dotyčná osoba bydliště a kde se jí nemůže dostat takového léčení v lékařsky odůvodnitelné lhůtě s přihlédnutím k jejímu zdravotnímu stavu a pravděpodobnému průběhu její nemoci.<sup>118</sup>

---

<sup>115</sup> Lze zmínit například rozsudek ze dne 13. 5. 2003, Müller-Fauré a Van Riet, C-385/99, rozsudek ze dne 27. ledna 2011, Komise v. Lucembursko, C-490/09, nebo rozsudek ze dne 5. října 2010, Komise v. Francie, C-512/08.

<sup>116</sup> srov. čl. 20 koordinačního nařízení a čl. 8 směrnice.

<sup>117</sup> § 14b ZVZP.

<sup>118</sup> čl. 20 odst. 2 koordinačního nařízení.

O udělení předchozího souhlasu v obou případech rozhoduje zdravotní pojišťovna ve správním řízení.<sup>119</sup> Pokud bude podána žádost o povolení na základě směrnice, pak by zdravotní pojišťovna měla v souladu s čl. 8 odst. 3 směrnice zkoumat, zda jsou splněné podmínky pro udělení povolení podle koordinačního nařízení. Pokud ano, pak má povinnost vydat povolení podle koordinačního nařízení, nepožádá-li pacient o jiný postup.

Praktický význam jednotlivých režimů předchozího povolení tkví v tom, že koordinační nařízení na základě uděleného povolení zdravotní pojišťovnou umožňuje náhradu nákladů v plném rozsahu, tedy nad rámec toho, co je hrazeno podle českých právních předpisů. Pokud je ale v místě poskytnutí zdravotních služeb vyžadována spoluúčast pojištěnce (typicky při poskytování lůžkové péče), pak tuto část nákladů nese sám pojištěnec.

Další odlišností je to, že na základě koordinačního nařízení se „vyrovnání“ mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, který zdravotní službu pojištěnci poskytl, může odehrávat přímo, zatímco směrnice stojí na principu refundace, tedy vynaložené náklady se nahradí pojištěnci zpětně.

O výši náhrady nákladů zdravotních služeb poskytnutých podle § 14 odst. 2, 3 a 4 ZVZP rozhoduje zdravotní pojišťovna pojištěnce ve správním řízení. Přitom postupuje podle § 14a ZVZP, vč. všech dotčených právních předpisů.<sup>120</sup> Proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny ohledně výši úhrady lze podat opravný prostředek, popřípadě se bránit ve správním soudnictví.

Problematické v této souvislosti je vymezení hrazených zdravotních služeb, tedy kategorizace jednotlivých výkonů, vč. související péče (diagnostická, ošetrovatelská péče aj.), na kterou je třeba nahlížet komplexně. Může se pak stát, že v jiném členském státě vyhledaná zdravotní péče bude vesměs odpovídat doma z veřejných prostředků léčené diagnóze, ale provedené zákroky, výkony nebo použité zdravotnické prostředky nemusejí odpovídat těm, které by používalo domácí zdravotnictví.<sup>121</sup> Některé státy si uvědomují tuto nekoherenci, a proto už nyní existují detailně propracované katalogy zdravotnických výkonů, které klasifikaci zdravotních výkonů jasně stanovují.<sup>122</sup>

---

<sup>119</sup> Předchozí souhlas vydává zdravotní pojišťovna oproti žádosti, jejíž náležitosti jsou uvedeny v § 40 odst. 5 ZVZP. Pokud bude žádosti vyhověno, pojišťovna vydá pojištěnci potvrzení nároku na plánovanou zdravotní péči. Jedná se o standardizovaný formulář S2. Požadovaný výkon bude na základě předchozího souhlasu nahrazen v plné výši, pokud se jedná o hrazenou zdravotní službu podle českého zákona a pokud bude výkon proveden v nemocnici, spadající do systému veřejného zdravotního pojištění.

<sup>120</sup> Relevantními právními předpisy jsou: Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, cenový předpis regulující ceny zdravotních služeb vydaný Ministerstvem zdravotnictví na základě zmocnění v § 2a odst. 1 zákona č. 265/1991 Sb. Pokud se týče léčiv, je v některých případech třeba rozhodnutí Ústavu podle části šesté ZVZP.

<sup>121</sup> KŘEPELKA, Filip. Složitá a zdlouhavá propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky. Journal of Medical Law and Biotechics*. Vol 4, No 3 (2014) [online]. Ústav státu a práva. AV ČR, 2014, 23 [cit. 31. 1. 2021]. ISSN 1804-8137. Dostupné z: <<http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/81>>.

<sup>122</sup> Např. francouzská Classification commune des actes médicaux, dostupná z: <<http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php/>>.

Právní úprava nepřipouští náhradu nákladů poskytnutých zdravotních služeb v zahraničí, které nejsou v České republice z veřejného zdravotního pojištění hrazeny vůbec.<sup>123</sup> Otázka je, zda by bylo možné náhradu žádat na základě výjimečné úhrady podle § 16 ZVZP, nebo je tato možnost zcela ve vztahu k zahraničí vyloučená. Vzhledem k tomu, že pro náhradu zdravotních služeb poskytnutých v zahraničí je nutné splnit podmínky podle ZVZP,<sup>124</sup> lze si představit, že po splnění zákonných podmínek by bylo možné nahradit poskytnuté zdravotní služby v zahraničí, přestože by se jednalo o zdravotní služby jinak ze zdravotního pojištění nehrazené, a to s odkazem na § 14 odst. 5 ZVZP.

### 6.2.3 Evropský průkaz zdravotního pojištění

Právo rovného přístupu ke zdravotní péči bez ohledu na státní příslušnost je zhmotněno v plastové kartičce Evropského průkazu zdravotního pojištění (dále jen „EHIC“). EHIC platí jak ve členských státech EU, tak i ve Švýcarsku, Norsku, Islandu a Lichtenštejnsku. EHIC byl přijat rozhodnutím Komise č. 189 ze dne 18. června 2003. Tímto byly nahrazeny dosud platné formuláře E11 a E11B stanovené nařízením č. 1408/71 a prováděcím nařízením Rady (EHS) č. 574/72. EHIC slouží především k tomu, aby byla pojištěnci po dobu jeho přechodného pobytu v jiném státě poskytnuta nezbytná lékařská péče ve státním lékařském zařízení, a to za stejných podmínek a za stejnou cenu jako lidem pojištěným v dané zemi. Kryté jsou především lékařské úkony ve spojitosti s chronickou či stávající chorobou nebo s těhotenstvím a porodem.<sup>125</sup> EHIC však nepokrývá celou řadu zdravotních služeb, jako např. repatriaci nebo spoluúčast pojištěnců. Je omezen pouze na nezbytnou péči, nicméně tento pojem umožňuje různé interpretace. V českém právním prostředí je nezbytná péče definovaná v § 5 odst. 1 písm. c) zákona o zdravotních službách jako poskytnutí zdravotní péče v takovém rozsahu, aby zahraniční pojištěnec nemusel vycestovat do země pojištění dříve, než původně zamýšlel, přičemž se přihlíží k povaze dávek a délce pobytu na území jiného státu. Tato definice působí co do obsahu velmi neurčitě. Navíc se jedná o definici převzatou z koordinačního nařízení.<sup>126</sup>

Bližší vymezení nezbytné péče obsahuje dokument nazvaný „Explanatory notes on necessary care“<sup>127</sup> (dále jen „vysvětlivky“). Tyto vysvětlivky však nemohou obsahovat vyčerpávající katalog jednotlivých lékařských výkonů a situací, které by bylo možné podřadit pod nezbytnou péči. Proto je rozhodnutí, zda se jedná o nezbytnou péči či nikoliv, ponecháno na ošetřujícím lékaři.

<sup>123</sup> Výjimku lze dovodit z koordinačního nařízení.

<sup>124</sup> Srov. § 14 odst. 5 v souvislosti s např. Přílohou č. 1 k ZVZP.

<sup>125</sup> *Zaměstnanost, sociální věci a sociální začleňování. Evropský průkaz zdravotního pojištění* [online]. Evropská komise. [cit. 1. 2. 2021]. Dostupné z: <<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=cs>>.

<sup>126</sup> Srov. čl. 19 odst. 1 koordinačního nařízení.

<sup>127</sup> Tento dokument je volně přístupný na stránkách <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=cs>. Náplň tohoto pojmu je také dovozován ESD, ale tyto případy jsou velmi kazuistické a těžko se generalizují.

Otázkou zůstává, zda je v silách ošetřujícího lékaře danou situaci pro účely hrazení zdravotní péče podle kritérií uvedených ve vysvětlivkách posoudit.



## 7 Závěr

Zdravotnictví je oblast, která se neustále rozvíjí. Nové léčebné metody, vědecké poznatky a technologické pokroky vyžadují neustále další investice. Udržovat dlouhodobě *statu quo*, ať už z perspektivy poskytování zdravotních služeb nebo jejich financování, není ve společenském zájmu a betonovat možnosti modernější medicíny tím, že se zdravotní systém nebude konstantně rozvíjet, může být v konečném důsledku v rozporu s postupem *lege artis*. S tím souvisí první výzkumná otázka, která zní: *Jaký má vliv právní úprava na poskytování a hrazení zdravotních služeb ze systému veřejného zdravotního pojištění?* A odpověď zní: zcela zásadní. Z obsahu diplomové práce implicitně vyplývá, že právní předpisy v oblasti hrazení zdravotních služeb jsou naprosto stěžejní a determinují obsah, rozsah i kvalitu poskytovaných zdravotních služeb. Na základě svého bádání jsem zjistila, že zdravotní služby jsou limitovány co do objemu jejich poskytování sjednaným rozsahem mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli, popř. úhradovou vyhláškou. Naprosto se ztotožňuji s tím, že úhrada pouhých 3/4 bodu při poskytování neodkladné zdravotní péče nesmluvním poskytovatelem a provádění srážek nadlimitních výkonů odporuje principu rovnosti a práva na ochranu zdraví. Co do kvality jsou zdravotní služby omezeny např. nevolí zákonodárce ústavně konformně zakotvit poskytování nadstandardních zdravotních služeb. Úskalím stávající právní úpravy je také to, že nerozlišuje mezi překročením objemu poskytnuté péče v důsledku skutečného plýtvání či nadužívání péče, a v důsledku plnění zákonných povinností ze strany poskytovatele.<sup>128</sup> Právní úprava umožňuje sankcionovat poskytovatele snížením úhrady za výkon, aniž by zjišťovala, proč byl stanovený limit překročen. Lékaři jsou pak v podstatě tlačeni k tomu, aby redukovali poskytování zdravotních služeb, ale ne moc, aby splnili zase spodní limit. Taková úprava je podle mě na hraně etiky a v konečném důsledku je to pacient, kterému bude omezeno jeho právo na zdravotní péči.

Jako velký problém vnímám nerovnost ve vztazích mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. S tím souvisí druhá výzkumná otázka, která zní: *Mají zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb rovné postavení?* Odpověď zní: nikoliv. Vztah mezi těmito subjekty je soukromoprávní, založený smlouvou, a přesto předešlá právní úprava dovolila pojišťovnám vést vůči poskytovatelům správní řízení.<sup>129</sup> Zdravotní pojišťovny provádějí vůči poskytovatelům kontrolní činnost<sup>130</sup> a uplatňují srážky z úhrady za poskytnutou zdravotní péči. Především na nich spočívá rozhodnutí, zda s poskytovatelem uzavřou smlouvu o úhradě, popř. zda ji prodlouží, nebo ji nevypoví pomocí § 17 odst. 2 ZVZP. Z mého dosavadního zjištění vyplývá, že postavení

---

<sup>128</sup> Takový deficit právní úpravy vyslovil také Ústavní soud ve svém nálezu ze dne 22. 10. 2013, sp. zn. 396/2013.

<sup>129</sup> Například viz možnost uložit pokutu poskytovateli za nevybrání regulačních poplatků.

<sup>130</sup> Viz § 42 a násl. ZVZP.

poskytovatelů je nevýhodné a zdravotní pojišťovny jsou dozajista silnější stranou. Poskytovatel má možnost po nezdařilých smírcích jednáních s pojišťovnou bránit své postavení soudní cestou, nicméně riskuje tím, že svojí „neposlušností“ zapříčiní neochotu další spolupráce ze strany zdravotní pojišťovny a ta vypoví smlouvu o úhradě. V této souvislosti musím zdůraznit, že zákonně stanovenou možnost vypovědět smlouvu o úhradě k 1. lednu každého roku vnímám jako naprostý exces legislativy, přičemž *ratio* takového ustanovení nevyčteme ani z důvodové zprávy k ZVZP.

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na to, *jaký vliv má rozhodovací praxe soudů na tvarování ústavních limitů v oblasti veřejného zdravotního pojištění*. Zde bych chtěla zmínit disentuující stanovisko soudkyně Ivany Janů vyjádřené k nálezů ÚS 36/11. Soudkyně uvádí, že zdravotnictví není nehybným systémem, který postačí prostřednictvím zákonů a nálezů Ústavního soudu zformovat, následně stabilizovat a který již potom bude fungovat bez problémů. S tímto tvrzením se ztotožňuji. Osobně ale shledávám judikaturu Ústavního soudu velmi důležitou, jelikož nastavuje ústavní parametry, ve kterých je možné tvořit pravidla pro fungování a rozvoj zdravotnického systému. Některé otázky (jako například zavedení regulačních poplatků, jiné přímé úhrady nebo možnosti nadstandardní péče) jsou vnímány jako politické. To je podle mého názoru velký omyl, jelikož se jedná o instrumenty, které determinují možnosti vývoje zdravotnictví a veřejného zdraví a také poskytují širší prostor pro rozhodování pacienta ohledně zvolené léčebné terapie. Tyto nástroje však musí dodržovat základní atributy právního státu, ctít princip rovnosti (podotýkám nikoli absolutní rovnosti)<sup>131</sup>, předvídatelnosti, právní jistoty a zákazu libovůle, na jejichž dodržování dohlíží k tomu povoláné soudy.<sup>132</sup> Z mého průzkumu vyplývá, že Ústavní soud je velmi zdrženlivý, co se týče zásahů do plánů politické garnitury související se snahami o reformu zdravotnického systému. Rozhodnutí jsou řádně odůvodněná a s vědomím možných negativních dopadů poskytuje soud zákonodárci dostatečnou časovou prodlevu, aby mohl sjednat nápravu. V českém prostředí bohužel chybí konzistentní politická vůle řešit otázky financování zdravotnictví komplexně a dlouhodobě. V případě zásahu ze strany Ústavního soudu pak zákonodárce rezignuje na nápravu, a to je naprosto zásadní a negativní realita, která se odráží na financování systému zdravotního pojištění i na kvalitě a možnostech poskytování zdravotních služeb pacientům.

Poslední výzkumná otázka se týkala *následků právní úpravy hrazení přeshraniční péče*. Díky judikatuře Soudního dvora a evropskému právu vzniká volný pohyb veřejných úhrad za poskytnuté zdravotní služby v jiném členském státě (popř. v cizině). Podle mého názoru liberalizace přístupu

---

<sup>131</sup> K problematice práva na rovné zacházení srov. HUSSEINI, Faisal. BARTONĚ, Michal. KOKEŠ, Marian. KOPA, Martin a kol. *Listina základních práv a svobod. Komentář*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2021, čl. 1 Listiny základních práv a svobod.

<sup>132</sup> Viz čl. 81 a čl. 93 Ústavy.

k náhradě nákladů zdravotních služeb v rámci EU usnadnila medicínskou turistiku. Přestože většina států se staví rezervovaně k možnosti náhrady zdravotních služeb poskytovaných pojištěncům za svými hranicemi, existuje legitimní, racionální a někdy nezbytný důvod, proč hledat možnosti léčby v jiné zemi. Pokud se zaměříme na plánovanou zdravotní péči, pak lze chápat pohnutky pacientů, kteří chtějí pro sebe (nebo své blízké) prvotřídní zdravotní péči, zejm. tehdy, kdy jiný stát zaručuje účinnější a modernější léčebnou terapii, anebo poskytuje zdravotní služby, které stát pobytu pojištěnce neposkytuje vůbec.<sup>133</sup> Na druhou stranu je třeba mít na paměti, že náhrada nákladů zdravotních služeb poskytnutých v jiném (členském) státě s sebou nutně nese odliv tuzemských finančních prostředků ze zdravotnického systému do zdravotnictví jiného státu, což pro české zdravotnictví ve větším měřítku určitě není chtěný jev. Členské státy v rámci některých řízení před Soudním dvorem poukazovaly na ohrožení finanční stability domácího zdravotnictví. Tak tomu bylo např. ve věci *Peerbooms a Geraet-Smits*.<sup>134</sup> Soudní dvůr tehdy připustil, aby členské státy v případě plánované zdravotní péče podmínily nákladnou zdravotní péči zahrnující hospitalizaci předchozím souhlasem orgánu veřejného financování zdravotní péče<sup>135</sup> (§ 14b odst. 1 písm. a) ZVZP tento důvod pro vyžadování předchozího souhlasu výslovně uvádí).

Negativně hodnotím zavedenou dvojkolejnou právní úpravu. Koordináční nařízení a směrnice upravují v podstatě tutéž materii. Hranice, kdy použít tu, kterou právní úpravu, jsou však někdy nezřetelné.

Jsem přesvědčena, že cíl diplomové práce byl naplněn a dostačujícím způsobem byly vysvětleny a zodpovězeny všechny výzkumné otázky.

---

<sup>133</sup> Aktuálně lze poukázat na situaci v sousedním Polsku, kde nález Ústavního soudu ze dne 22. 10. 2020 v podstatě zavřel dveře legálním interrupcím. Dá se logicky předpokládat, že Polky budou hledat možnosti v sousedních zemích které uměle přerušení těhotenství umožňují.

<sup>134</sup> Rozsudek o předběžné otázce Conseil arbitral des assurances sociales (Lucembursko) ke sporu N. Decker proti Caisse de maladie des employés privés ze dne 28. 4. 1998, C-120/95, I-01831.

<sup>135</sup> KŘEPELKA, Filip. Složitá a zdlouhavá propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky. Journal of Medical Law and Biotechics*. Vol 4, No 3 (2014) [online]. Ústav státu a práva. AV ČR, 2014, 14 [cit. 29. 1. 2021]. ISSN 1804-8137. Dostupné z: <<http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/81>>.

## 8 Seznám použité literatury

### 8.1 Bibliografie

- ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš a kol. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2016. 852 s.
- BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s.
- KOLDINSKÁ, Kristina, TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 7., podstatně přepracované vydání. Praha: C. H. Beck, 2018. 289 s.
- SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a kol. *Zdravotnictví a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2016, 456 s.
- BARTÁK, Miroslav. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. 336 s.
- MACH, Jan, BURIÁNEK, Aleš, ZÁLESKÁ, Dagmar a kol. *Univerzita medicínského práva*. Praha: GRADA Publishing, 2013. a.s., 232 s.
- NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 240 s.

### 8.2 Právní předpisy

#### 8.2.1 Právní předpisy Evropského práva

- Smlouva o fungování Evropské unie (konsolidované znění).
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, ve znění nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 988/2009 a nařízení Komise (EU) č. 1244/2010.
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, ve znění nařízení Komise (EU) č. 1244/2010.
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1231/2010, kterým se rozšiřuje působnost nařízení (ES) č. 883/2004 a nařízení (ES) č. 987/2009 na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti.
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 492/2011 ze dne 5. dubna 2011 o volném pohybu pracovníků uvnitř Unie.

#### 8.2.2 České právní předpisy

- Usnesení předsednictví České národní rady š. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky.
- Ústavní z. č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky.

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.
- Zákon č. 551/1991 Sb., zákon České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.
- Zákon č. 280/1992 Sb., zákon České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.
- Zákon. č. 150/2002 Sb., soudní řád správní.
- Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád.
- Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.
- Zákon č. 215/2015 Sb. (transparenční novela).
- Zákon č. 109/2014 Sb., kterým se mění z. č. 592/1992 Sb.
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí č. 125/2018 Sb., Vyhláška o informacích uváděných ve zdravotně pojistném plánu a výhledu a o způsobu jejich předkládání zdravotními pojišťovnami.
- Vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.
- Vyhláška č. 428/2020 Sb., kterou se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení.

### 8.3 Internetové zdroje

- *Vyměřovací základ a výpočet pojistného* [online]. VZP: © 2021. [cit. 26. 1. 2021]. Dostupné z <https://www.vzp.cz/platci/informace/stat/vymerovaci-zaklad-a-vypocet-pojistneho>.
- *Rozpočet na rok 2021 schválen* [online]. Ministerstvo financí České republiky: Praha: Poslední změna 18. 12. 2020. [cit. 26. 1. 2021]. Dostupné z: <https://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2020/rozpocet-na-rok-2021-schvalen-39709>.
- *Na kolik vzrostou odvody státu na zdravotním za děti, studenty, důchodce a další?* [online]. FINANCE.cz: Copyright 2021 Internet Info, s.r.o. [cit. 26. 1. 2021]. Dostupné z: <https://www.finance.cz/532085-zvyseni-plateb-za-statni-pojistence/#SP%205>.
- *Fakta a čísla o Evropské unii. Sociální zabezpečení v jiných členských státech EU* [online]. Evropský parlament: 11-2020. [cit. 27. 1. 2021]. Dostupné z: <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/cs/sheet/55/socialni-zabezpeceni-v-jinych-clenskych-statech-eu>.

- *Tisková zpráva č. 26/98. 28.dubna 1998. Rozsudky Soudního dvora ve věcech C-120/95 a C-158/96 Nicolas Decker c / Nemocenský fond pro soukromé zaměstnance a Raymond Kohll c / Unie nemocenských fondů* [online]. Tisková a informační divize: 28. 4. 1998 [cit. 27. 1. 2021]. Dostupné z: <<https://curia.europa.eu/fr/actu/communiqués/cp98/cp9826fr.htm>>.
- *Kancelář zdravotního pojištění – vnitrostátní kontaktní místo* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Praha: Poslední změna 16. 7. 2020 [cit. 28. 1. 2021]. Dostupné z: <<https://www.mzcr.cz/kancelar-zdravotniho-pojisteni-vnitrostatni-kontaktni-misto/>>.
- *Časopis zdravotnického práva a bioetiky. Journal of Medical Law and Bioethics* [online]. Ústav státu a práva. AV ČR. 2011 - [cit. 27.6.2011]. ISSN 1804-8137. Dostupné z: <<http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/index>>.
- *Classification Commune des Actes Médicaux* [online]. L'Assurance Maladie. Dostupné z: <<https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>>.
- *Zaměstnanost, sociální věci a sociální začleňování. Evropský průkaz zdravotního pojištění* [online]. Evropská komise. [cit. 1. 2. 2021]. Dostupné z: <<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=cs>>.
- ADAMEC, Martin. *Zdravotní pojišťovna v postavení správního orgánu*. Právní prostor. [online]. 10. 4. 2015 [cit. 2. 2. 2021]. Dostupné z: <<https://www.pravniprostor.cz/clanky/spravni-pravo/zdravotni-pojistovna-v-postaveni-spravniho-organu>>.
- *Key components of a well functioning health system*. World health organization [online]. WHO, May 2010 [cit. 8. 2. 2021]. Dostupné z: [https://www.who.int/healthsystems/EN\\_HSSkeycomponents.pdf](https://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf).
- *Přerozdělování ve zdravotnictví. PCG model. Tým PCG model*. [online]. KlientPRO, s.r.o. © 2016 [cit. 8. 2. 2021]. Dostupné z: <<https://monitorhc.cz/o-projektu/pcg-model>>.
- *Fondy zdravotních pojišťoven* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, poslední změna 5. 8. 2020 [cit. 14. 2. 2021]. Dostupné z: <<https://www.mzcr.cz/fondy-zdravotnich-pojistoven/>>.
- *Za nadstandardy již není možné si připlatit* [online]. © 2021 VZP ČR. 6. 8. 2013 [cit. 23. 2. 2021]. Dostupné z: <<https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/za-nadstandardy-jiz-neni-mozne-si-priplatit>>.

#### 8.4 Ostatní zdroje

- Nález Ústavního soudu ze dne 10. 7. 1996, sp. zn. Pl. ÚS. 35/95.
- Nález Ústavního soudu ze dne 4. 6. 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02.
- Nález Ústavního soudu ze dne 20. 5. 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08.

- Nález Ústavního soudu ze dne 20. 6. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11.
- Nález Ústavního soudu ze dne 3. 5. 2017, sp. zn. Pl. ÚS 2/15.
- Nález Ústavního soudu ze dne 22. 10. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13.
- Nález Ústavního soudu ze dne 13. 9. 2011, sp. zn. I. ÚS 2785/08.
- Usnesení Ústavního soudu ze dne 5. 5. 1999 sp. zn. Pl. ÚS 23/98.
- Rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 27. 11. 2014, sp. zn. 33 Cdo 2487/2012.
- Rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 25. 5. 2011, sp. zn. 25 Cdo 3047/2008.
- Rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 30. 6. 2015, sp. zn. 30 Cdo 115/2015.
- Rozhodnutí Městského soudu v Praze ze dne 15. 6. 2020, sp. zn. 14 Ad 9/2017-30.
- Rozhodnutí Městského soudu v Praze ze dne 13. 3. 2018, sp. zn. 14 Ad 5/2018-17.
- Soudní dvůr: Rozsudek ze dne 28. 4. 1998, *Raymond Kohll proti Union des caisses de maladie*, C-158/96
- Soudní dvůr: Rozsudek ze dne 28. 4. 1998, *Nicolas Decker proti Caisse de maladie des employés privés*, C-120/95.
- Soudní dvůr: Rozsudek ze dne 12. 7. 2001, *Abdonem Vanbraekel a další*, C-368/98.
- Jednací řád dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení na rok 2020.
- Důvodová zpráva k zákonu č. 569/2020 Sb., o distribuci léčivých přípravků obsahujících očkovací látku pro očkování proti onemocnění COVID-19, o náhradě újmy způsobené očkováním osobám těmito léčivými přípravky a o změně zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Důvodová zpráva k vyhlášce č. 305/2020 Sb., o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2020.
- Důvodová zpráva k z. č. 251/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.
- Důvodová zpráva k z. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
- Důvodová zpráva k z. č. 109/2014 Sb., kterým se mění z. č. 592/1992 Sb.
- Metodika pro pořizování a předávání dokladů, vydaná VZP.
- Pravidla pro vyhodnocování dokladů, vydané VZP.

## Shrnutí

Cílem diplomové práce je popsat, analyzovat a zhodnotit právní úpravu v oblasti hrazení zdravotních služeb. Diplomová práce se skládá ze sedmi kapitol. První kapitola vysvětluje základní pojmy užívané v diplomové práci. Druhá kapitola se zabývá veřejným zdravotním pojištěním, kde jsou představeny základní atributy a principy zdravotního pojištění. Třetí kapitola je věnována organizaci a správě veřejného zdravotního pojištění. Představeny jsou modely financování zdravotnictví se zaměřením na fondové financování a přerozdělování finančních prostředků podle české právní úpravy. Čtvrtá kapitola popisuje subjekty veřejného zdravotního pojištění se zaměřením na právní vztahy mezi poskytovateli a pojišťovny. Představeny jsou instituty, jako dohodovací řízení, způsoby vykazování zdravotní péče etc. V páté kapitole je zejm. analyzována judikatura Ústavního soudu, týkající se přímé úhrady a regulačních poplatků. Šestá kapitola se věnuje přeshraniční zdravotní péči. Sedmá, závěrečná kapitola shrnuje obsah diplomové práce a odpovídá na výzkumné otázky.



## **Abstract**

The aim of the diploma thesis is to describe, analyze and evaluate the legislation in the field of reimbursement for health services. The diploma thesis consists of seven chapters. The first chapter explains the basic terms used in the thesis. The second chapter deals with public health insurance, where the basic attributes and principles of health insurance are introduced. The third chapter is devoted to the organization and administration of public health insurance. Models of health care financing are presented in this chapter with a focus on financing and redistribution of funds according to the Czech legislation. The fourth chapter describes the subjects of public health insurance with a focus on the legal relations between health care providers and insurance companies. Institutes such as conciliation procedures, means of reporting health care etc. are introduced. In the fifth chapter, the case law of the Constitutional Court, concerning direct payment and regulatory fees, is analyzed. The sixth chapter deals with cross-border healthcare. The seventh, final chapter, summarizes the content of the diploma thesis and answers research questions.

## **Seznam klíčových slov**

Úhrada zdravotních služeb, veřejné zdravotní pojištění, poskytovatelé zdravotních služeb, přímá úhrada, přeshraniční péče.

## **Key words**

Reimbursement of health care, public health care insurance, health care provider, direct payment, cross-border healthcare.