

# **Potenciální diskriminační dopady návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích**

**Diplomová práce**

**Vedoucí práce:**

**Ing. Marcel Ševela, Ph.D.**

**Bc. Kateřina Petříková**

**Brno 2016**



Ráda bych poděkovala vedoucímu diplomové práce, Ing. Marcelu Ševelovi, Ph.D., za cenné rady a připomínky, které mi při zpracování této práce významně pomohly. Dále bych také ráda poděkovala své rodině a všem blízkým za jejich podporu.



### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto práci: **Potenciální diskriminační dopady návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích** vypracovala samostatně a veškeré použité prameny a informace jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Souhlasím, aby moje práce byla zveřejněna v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s platnou *Směrnicí o zveřejňování vysokoškolských závěrečných prací*.

Jsem si vědoma, že se na moji práci vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., autorský zákon, a že Mendelova univerzita v Brně má právo na uzavření licenční smlouvy a užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 Autorského zákona.

Dále se zavazuji, že před sepsáním licenční smlouvy o využití díla jinou osobou (subjektem) si vyžádám písemné stanovisko univerzity o tom, že předmětná licenční smlouva není v rozporu s oprávněnými zájmy univerzity, a zavazuji se uhradit případný příspěvek na úhradu nákladů spojených se vznikem díla, a to až do jejich skutečné výše.

V Brně dne 23. května 2016

---



## **Abstract**

Petříková, K. *Possible Discrimination Based on Nonprofit Health Institutions Proposal Act*. Diploma thesis. Brno: Mendel University, 2016.

This diploma thesis is focused on finding out the possible discrimination of the new nonprofit health institutions proposal act. The possible discrimination is tested mainly for health institutions that will be transformed into nonprofit health institutions. This type of health institutions is given a benefit in a form of a legal right for a contract with health insurance companies. Based on answering to the four steps of the modified discrimination test used by The Constitutional Court of the Czech Republic is concluded whether the possible discrimination occurs or not. Afterwards, the diploma thesis discusses the possible discrimination impacts of the new nonprofit health institutions proposal act.

## **Keywords**

Nonprofit health institution, health institution, health insurance company, discrimination, discrimination test.

## **Abstrakt**

Petříková, K. *Potenciální diskriminační dopady návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích*. Diplomová práce. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2016.

Diplomová práce se zabývá tím, zda nový návrh o neziskových zdravotnických organizacích s sebou přinese možný prostor pro diskriminaci zdravotnických zařízení. Potenciální diskriminace bude zkoumána především u těch zdravotnických zařízení, které se transformují na neziskové zdravotnické organizace a bude jim umožněna výhoda právního nároku na uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Odpověďmi na čtyři kroky upraveného testu diskriminace užívaného Ústavním soudem lze dojít k závěru, zda k diskriminaci dochází či nikoliv. Práce se následně zabývá potenciálními diskriminačními dopady nové právní úpravy.

## **Keywords**

Nezisková zdravotnická organizace, zdravotnické zařízení, zdravotní pojišťovna, diskriminace, test diskriminace.





# Obsah

<b>1</b>	<b>Úvod práce</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>Cíl práce a metodika</b>	<b>15</b>
2.1	Cíl práce.....	15
2.2	Metodika.....	15
2.2.1	Krok 1 .....	16
2.2.2	Krok 2 .....	17
2.2.3	Krok 3 .....	18
2.2.4	Krok 4 .....	18
2.2.5	Obecně vědecké metody.....	19
<b>3</b>	<b>Zdravotnické systémy</b>	<b>21</b>
3.1	Typologie zdravotnických systémů.....	21
3.1.1	Tržní model zdravotnictví .....	22
3.1.2	Beveridgeův model.....	23
3.1.3	Bismarckův model .....	23
3.2	Komparace zdravotnických systémů.....	24
3.3	Česká republika.....	28
3.3.1	Zdroje finančních prostředků.....	29
3.3.2	Úhradové mechanismy zdravotní péče .....	30
3.4	Německo .....	32
3.4.1	Zákonné a soukromé zdravotní pojištění .....	33
3.4.2	Financování zdravotnických služeb.....	34
3.5	Velká Británie .....	34
3.5.1	Financování zdravotnických služeb.....	35
<b>4</b>	<b>Návrh zákona o neziskových zdravotnických organizacích</b>	<b>37</b>
4.1	Nová právní forma právnické osoby.....	38
4.2	Zdravotní pojišťovny .....	41
4.3	Univerzitní nemocnice .....	43
4.4	Osvobození od daně z příjmů .....	43

4.5	Důsledky návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích .....	44
<b>5</b>	<b>Rovnost a zákaz diskriminace v judikatuře Ústavního soudu ČR a na úrovni Evropské unie</b>	<b>47</b>
5.1	Obecný zákaz diskriminace v jednání veřejné moci a ve věcech obecného zájmu .....	47
5.2	Test diskriminace .....	48
5.2.1	Srovnatelnost .....	49
5.2.2	Důvod vyčlenění zdravotnických zařízení (diskriminační důvody) ..	49
5.2.3	Znevýhodnění zdravotnických zařízení .....	50
5.2.4	Ospravedlnění .....	51
5.3	Test diskriminace na úrovni Evropské unie .....	52
5.4	Srovnání testů diskriminace .....	53
<b>6</b>	<b>Potenciální diskriminace zdravotnických zařízení</b>	<b>55</b>
6.1	Aplikace testu diskriminace .....	56
6.1.1	Srovnatelnost zdravotnických zařízení .....	56
6.1.2	Zakázaný (diskriminační) důvod .....	58
6.1.3	Uložení břemene/odepření dobra .....	60
6.1.4	Ospravedlnění .....	61
6.1.5	Závěry testu diskriminace .....	63
<b>7</b>	<b>Ekonomický pohled a další možné následky diskriminace</b>	<b>65</b>
7.1	Ekonomický pohled na diskriminaci .....	66
7.1.1	Náročnost poskytované zdravotní péče .....	67
7.1.2	Velikost nemocnic .....	67
7.1.3	Spádovost nemocnic .....	67
7.1.4	Limity provedených výkonů .....	68
7.1.5	Transakční náklady .....	68
7.2	Celospolečenské dopady .....	70
<b>8</b>	<b>Závěr</b>	<b>73</b>
<b>9</b>	<b>Literatura</b>	<b>75</b>

## Seznam použitých zkratek

<b>ČPZP</b>	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
<b>DRG</b>	Diagnosis-related group
<b>ESLP</b>	Evropský soud pro lidská práva
<b>HZ ČR</b>	Hospodářská komora České republiky
<b>LZPS</b>	Listina základních práv a svobod
<b>MZ ČR</b>	Ministerstvo zdravotnictví ČR
<b>NZO</b>	Nezisková zdravotnická organizace
<b>OZP</b>	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
<b>RBP</b>	Revírní bratrská pojišťovna
<b>VoZP ČR</b>	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
<b>VZP</b>	Veřejná zdravotní pojišťovna ČR
<b>ZP MV ČR</b>	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
<b>ZPŠ</b>	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda



# 1 Úvod práce

Zdravotnictví se v poslední době stává velmi diskutovaným tématem jak ve světě, tak v České republice. České zdravotnictví není dokonalé, díky čemuž vzniká neustálá potřeba nových reforem a změn. Existují zde problémy jako odchod lékařů do zahraničí za lepší pracovní nabídkou, zbytečně předražené léky, nedostatečná právní úprava zdravotnických zařízení, finanční zdroje apod., přičemž nový návrh zákona o neziskových zdravotnických organizacích ministra zdravotnictví Svato-pluka Němečka má za cíl řešit jen některé z nich.

Práce je rozdělena do čtyř hlavních částí. Začátek práce se zabývá zdravotnickými modely, se kterými se lze v praxi setkat. Jedná se o Beveridgeův, Bismarckův a tržní zdravotnický model. Tyto modely zdravotnických systémů jsou v nejrůznějších kombinacích uplatňovány v každé zemi jiným způsobem. V rámci těchto modelů jsou blíže popsány principy fungování zdravotnictví v České republice a dále ve dvou vyspělých evropských zemích, a to v Německu a Velké Británii.

Další část práce je zaměřena na samotný návrh zákona o neziskových zdravotnických organizacích a jeho možných důsledcích. Kapitola zmiňuje současný stav a zároveň ukazuje i na příklady změn, které by nový návrh zákona v případě jeho schválení s sebou přinesl. Jedná se o změnu v právní formě zdravotnických zařízení, nový postup uzavírání smluv mezi zdravotními pojišťovnami a neziskovými zdravotnickými organizacemi, změnu fakultních nemocnic na univerzitní nemocnice a změnu v daňové povinnosti u neziskových organizací.

Diplomová práce se dále zabývá problematikou zákazu diskriminace a představením dvou testů diskriminace na národní a evropské úrovni. U testu diskriminace užívaného českým právním systémem jsou popsány čtyři kroky, jejichž jednotlivé odpovědi mohou značit existenci diskriminačních prvků a v případě jejich současného splnění lze hovořit o porušení zákazu diskriminace. Následně je popsán druhý test diskriminace užívaný Evropským soudem pro lidská práva, který problematiku diskriminace chápe v některých částech odlišně.

Na diskriminaci může být pohlíženo i jiným způsobem, než jen z pohledu právního. Poslední část diplomové práce se tak zabývá potenciálními diskriminačními dopady z ekonomického pohledu a zároveň vymezuje oblasti, na základě nichž může k této diskriminaci zdravotnických zařízení dojít, co se odlišného obsahu smluv týče.



## 2 Cíl práce a metodika

### 2.1 Cíl práce

Diplomová práce se zabývá potenciálními diskriminačními dopady zdravotnických zařízení. Cílem práce je zjistit, zda návrh zákona o neziskových zdravotnických organizacích nevytváří prostor pro možnou diskriminaci především u fakultních nemocnic, které jsou zřizovány Ministerstvem zdravotnictví.

Návrh zákona s sebou nese určité výhody pro novou právní formu neziskové zdravotnické organizace, které nebudou dostupné zbylým zdravotnickým zařízením. Z těchto výhod bude vybrána jedna, kterou se test diskriminace užívaný samotným Ústavním soudem bude zabývat. Test diskriminace nebude simulačně aplikován na jednotlivce, jak běžně v praxi dochází, ale jeho užití bude právě u poskytovatelů zdravotních služeb. Test bude aplikován na vzorek neziskových zdravotnických organizací, avšak jeho aplikaci lze provést i v případě nestátních zdravotnických organizací.

Tento test říká, že porušení zákazu diskriminace nastává tehdy, pokud dochází k vyčlenění srovnatelného jednotlivce nebo skupiny, na základě zakázaného důvodu, které mu je k tíži a vyčleňování není možné ospravedlnit, tedy nesleduje legitimní cíl a použitá opatření nejsou přiměřená a nezbytná. K zodpovězení testu diskriminace nelze dojít přímo, ale musí být stanoveny další kritéria, na základě nichž lze dojít k odpovědím jednotlivých kroků a v závěru tedy k zodpovězení, zda zvýhodnění neziskových zdravotnických organizací po legislativní stránce je diskriminační, či nikoliv.

Diplomová práce se následně zabývá i ekonomickým pohledem diskriminace u fakultních nemocnic a vymezením soukromých a společenských nákladů, které mohou v případě přijetí návrhu zákona vzniknout.

### 2.2 Metodika

Práce se zabývá tím, zda návrh zákona porušuje zákaz diskriminačního jednání. K odhalení, zda k tomuto jednání skutečně dochází, je využito testu diskriminace užívaného Ústavním soudem.

Pro lepší rozlišování, zdravotnická zařízení jsou rozdělena do dvou kategorií. První kategorie obsahuje nové neziskové zdravotnické organizace, tzn. fakultní nemocnice a další zdravotnická zařízení s povinnou transformací a dále ta zařízení, která se transformují dobrovolně. Druhou kategorií tvoří zařízení, která se rozhodnou svoji stávající právní formu ponechat spolu s těmi, která by se chtěla transformovat dobrovolně, ale nemohou, protože by nebyly schváleny Ministerstvem zdravotnictví.

Test diskriminace je aplikován na problematiku zvýhodňování první kategorie zdravotnických zařízení oproti druhé. Zvýhodnění spočívá v právním nároku na uzavření smluv mezi nimi a zdravotními pojišťovnami. Tato výhoda je vybrána na základě jeho možného velkého vlivu na princip fungování zdravotnického systému v České republice. Ovlivněno totiž může být optimální rozložení sítě zdravotnic-

kých zařízení, dostupnost zdravotní péče pacientům či existence nemocničních oddělení, popřípadě celých nemocnic.

Test diskriminace nachází své využití především v posuzování diskriminace v oblasti základních práv a svobod jedinců. Pro účely práce však bude upraven a analogicky použit u zdravotnických zařízení jakožto organizací. Cílem testu diskriminace je poskytnutí odpovědi na možnou obrácenou diskriminaci u zvoleného vzorku, který představují právě zdravotnická zařízení první kategorie. Pro toto zjištění stačí zjistit pouze první a poslední krok testu, které musí být pozitivně zodpovězeny.

Test však lze využít i u zjištění diskriminace u druhé kategorie zdravotnických zařízení, které budou díky zvýhodnění ostatních poskytovatelů zdravotní péče v nevýhodné pozici. U této diskriminace je potřeba pozitivně zodpovědět všechny čtyři kroky testu, přičemž druhý a třetí krok bude této kategorii zdravotnických zařízení přizpůsoben.

Posouzení, zda k diskriminaci dochází či nikoliv, je velmi subjektivní záležitostí. I když test obsahuje 4 kroky, neuvádí dále žádná specifická kritéria či návod, jak k zodpovězení těchto kroků dojít. Čtyři kroky testu diskriminace jsou následující:

1. Dochází k vyčlenění srovnatelného jednotlivce nebo skupiny,
2. ze zakázaného (podezřelého, neospravedlnitelného) důvodu,
3. které mu je k tíži (uložením břemene nebo odepřením dobra)?
4. A vyčleňování není možné ospravedlnit, tedy nesleduje žádný legitimní či akceptovatelný důvod (veřejný, legitimní zájem) a opatření je nepřiměřené (disproporční)?

K těmto krokům jsou následně zvolena další kritéria, s jejichž pomocí lze test diskriminace dokončit. Kritéria k jednotlivým krokům jsou zvoleny následovně:

### **2.2.1 Krok 1**

V prvním kroku testu diskriminace je sledována srovnatelnost obou kategorií zdravotnických zařízení. Kritéria jsou přitom zvolena tak, aby obsahovaly nejdůležitější prvky obou dvou kategorií. Aby došlo k potvrzení srovnatelnosti, musí dojít k pozitivním odpovědím u všech kritérií. Ty jsou následující:

#### **Kritérium 1: Spadají obě posuzované kategorie do stejného odvětví a poskytují stejnou službu?**

Cílem zvoleného kritéria je zjistit, zda posuzované subjekty spadají do stejného odvětví a reagují tak na různé proměnné faktory (např. úhradová vyhláška, změny v systému zdravotnictví apod.) stejně. Součástí je i zaměření se na charakter poskytovaných služeb. Na základě toho lze určit srovnatelné/odlišné prvky, které první krok testu diskriminace podpoří či vyvrátí.



**Kritérium 2: Řídí se činnost posuzovaných skupin (poskytování zdravotní péče) stejným zákonem?**

Za nejdůležitější zákony ve zdravotnictví lze považovat Úmluvu o lidských právech a biomedicíně, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a dále zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Dále se ve zdravotnictví nachází množství vyhlášek, nařízení vlády a další zákony. Posuzováno tedy bude, jakými zákony se obě kategorie zdravotnických zařízení řídí.

**Kritérium 3: Jaký je úhradový mechanismus obou dvou kategorií zdravotnických zařízení z veřejného zdravotního pojištění?**

Kritérium je zvoleno na základě propojenosti financování zdravotnických zařízení z veřejného zdravotního pojištění se zdravotními pojišťovnami, které o výši úhrad také rozhodují. Kritérium je stanoveno za účelem zjištění úhradového mechanismu u obou kategorií zdravotnických zařízení.

**2.2.2 Krok 2**

Tento krok má za cíl určit, na základě jakého důvodu dochází k vyčleňování a následně tento důvod porovnat s výčtem zakázaných diskriminačních důvodů uvedených v Listině základních práv a svobod. Kritéria se zabývají i posouzením neakcesorické rovnosti.

**Kritérium 1: Mají posuzované skupiny stejnou/jinou právní formu?**

Kritérium je zaměřeno na důležitost právních forem zdravotnických zařízení a jejich charakteristické rysy. Právní forma jako kritérium je zvoleno z toho důvodu, jelikož se od ní odvíjí chod celého zdravotnického zařízení.

**Kritérium 2: Jedná se o zvýhodnění určité skupiny na základě jiného postavení?**

V tomto kritériu lze zjistit, zda nedochází k odlišnému jednání na základě jiného postavení, které je jedním ze zakázaných důvodů uvedených v čl. 3, odst. 1 Listiny základních práv a svobod. Odlišné jednání je zakázáno dále na základě pohlaví, rasy, barvy, pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku nebo rodu.

Kritérium tedy blíže specifikuje důvod, na základě něhož Ministerstvo zdravotnictví rozhodne, kdo právní nárok na automatické uzavírání smluv bude mít a kdo ne, a zda tento důvod je možné zařadit pod výčet diskriminačních důvodů uvedených v Listině.

V případě zjištění odlišného zacházení na základě jiného postavení je v rámci tohoto kritéria aplikován test neměnného postavení a zásadní volby, který se přímo tímto diskriminačním důvodem zabývá. Test je využíván v praxi primárně u hodnocení odlišného jednání u jednotlivců, v tomto případě jsou však jednotlivci

zaměnění za zdravotnická zařízení, přičemž o zvýhodnění založeném na jiném postavení jako jednoho z diskriminačních důvodů lze určit, pokud:

- toto postavení svým charakterem je neměnné a současně nezávislé na vůli znevýhodněné strany takovéto postavení získat, nebo
- jedná-li se o postavení či rysy, které jsou důsledkem zásadní volby, pro kterou se znevýhodněná strana rozhodla.

Jiné postavení jako diskriminační důvod je možné potvrdit tehdy, pokud dojde ke splnění alespoň jedné z uvedených podmínek.

### **Kritérium 3: Lze najít prvky neakcesorické rovnosti?**

Kritérium hodnocení neakcesorické rovnosti je vybráno na základě toho, že jeho podstatou je zkoumání libovůle normotvůrce. Aby byla libovůle vyloučena, musí existovat ze strany Ministerstva zdravotnictví dostatečná a objektivně nastavená kritéria, dle kterých ministerstvo bude rozhodovat. Pokud bude rozhodování ministerstva prvky libovůle vykazovat, dojde k porušení neakcesorické rovnosti.

#### **2.2.3 Krok 3**

Tento krok se zabývá charakterem zvýhodněného uzavírání smluv. Podle toho, zda se jedná o výhodu či nevýhodu u druhé kategorie zdravotnických zařízení, bude hned na začátku kroku určeno, zda se jedná o odepření dobra či uložení břemene.

### **Kritérium 1: Je nevýhodné postavení druhé kategorie zdravotnických zařízení kompenzováno nějakou jinou výhodou?**

Kritérium se zabývá kompenzací znevýhodněného postavení, k čemuž využívá nálezu Ústavního soudu ze dne 16. října 2014, sp. zn. Pl. ÚS 2554/14. Na jeho základě je určeno, zda dochází ke kompenzaci nevýhody plynoucí pro zdravotnická zařízení druhé kategorie jinou výhodou. Pokud žádná kompenzace nenastane, závěrem je možno říci, že k odepření dobra/uložení břemene u této kategorie dochází.

#### **2.2.4 Krok 4**

V rámci posledního kroku je potřeba vymezit legitimní cíl a proporcionalitu užitého prostředku k jeho dosažení. Aby bylo možné vyčleňování ospravedlnit, musí zvýhodněné uzavírání smluv jako užitého prostředku být ve vztahu k legitimnímu cíli nezbytné a přiměřené.

### **Kritérium 1: Sleduje zvolený prostředek veřejný zájem?**

Aby mohlo být odlišné zacházení ospravedlněno, muselo by být jeho legitimním cílem sledování veřejného zájmu. V této části je veřejný zájem ve zdravotnictví vymezen a je určeno, zda jej užitý prostředek splňuje.

**Kritérium 2: Je zvolený prostředek ve formě zvýhodněného uzavírání smluv pro splnění účelu návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích:****a) nezbytný?**

Další podmínka, která musí být splněna pro ospravedlnění použití daného prostředku, je jeho nezbytnost, která nepřipouští žádné další alternativy dosažení legitimního cíle. Při zkoumání nezbytnosti prostředku tedy budou hledány další způsoby, které by jej mohly se zachováním stejného legitimního cíle nahradit a tím pádem rovnou vyvrátit nezbytnost užitého prostředku. Zároveň alternativy musí menší mírou zasahovat do chráněných zájmů druhé kategorie zdravotnických zařízení.

**b) přiměřený?**

Přiměřenost neboli zásada proporcionality, je zde zkoumána s pomocí nálezu Ústavního soudu ze dne 20. června 2006, sp. zn. Pl. ÚS 38/04, který se otázkou proporcionality právě zabývá. Pro zkoumání vztahu mezi užitým prostředkem a legitimním cílem bude využito názoru D. Beattyho, který za nepřiměřené považuje takové jednání, které není nezbytné. Otázku nezbytnosti řeší kritérium výše zmíněné.

Další možností, jak přiměřenost odvodit, je srovnání pozitivních a negativních přínosů, které s sebou prostředek ve formě zvýhodněného uzavírání smluv přináší. Pokud nastane převaha pozitiv, bude prostředek hodnocen jako přiměřený.

**2.2.5 Obecně vědecké metody**

Diplomová práce při aplikování testu diskriminace na zdravotnická zařízení využívá obecně vědeckých metod a to metodu analýzy, metodu dekompozice problému, logické dedukce a metodu syntézy. První zmíněná metoda je využita pro analyzování návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích. Cílem analýzy je rozbor tohoto návrhu zákona a určení jeho podstatných částí, které budou mít největší vliv na zdravotnická zařízení a jež se zároveň mohou vyznačovat prvky možného porušení zákazu diskriminace.

Další užitou vědeckou metodou je dekompozice problému. V tomto případě problém představuje možné diskriminační jednání, jehož charakter je však potřeba rozlišovat. Test diskriminace se sice zabývá porušením zákazu diskriminace, ale pro jeho účely je potřeba rozdělit diskriminaci na dvě části, aby test mohl být aplikován. Jedná se konkrétně o diskriminaci, na kterou je pohlíženo z legislativní stránky a diskriminaci, která v sobě skrývá ekonomický charakter. Při aplikaci testu je nejpodstatnější právě ta diskriminace, na kterou je pohlíženo z právního hlediska.

Zjištění přítomnosti diskriminace je možné nalézt na základě vyřešených kroků testu diskriminace. Tento test však neuvádí žádný specifický postup, jak k samotným závěrům dospět. V této fázi je tedy užito metody logické dedukce, která umožní zužitkovat jak právní, tak další poznatky z oblasti diskriminace získané

v této práci. Logickou dedukcí dojde k vytvoření jednotlivých kritérií u každého ze čtyř kroků, která pomohou nalézt odpovědi jak na tyto kroky, tak i na samotný test diskriminace.

Poslední užitou metodou v diplomové práci je metoda syntézy, která shromažďuje veškeré poznatky získané testem diskriminace a poskytuje závěrečnou odpověď na otázku, zda dochází k potvrzení či vyvrácení porušení zákazu diskriminace zdravotnických zařízení v důsledku návrhu zákona, který jednu právní formu zdravotnických zařízení zvýhodňuje.

## 3 Zdravotnické systémy

Zdravotnický systém představuje souhrn veškerých aktivit společnosti, které vykonává kvůli "prevenci a léčení nemocí, k zachování a rozvoji fyzické a duševní zdatnosti, pracovní schopnosti, k prodloužení života a zabezpečení zdravého vývoje nových generací" (Gladkij, 2003, s. 26).

Vývoj zdravotnictví jako uceleného společenského systému vznikalo podobně jako další systémy v průběhu historického vývoje, které se odvíjely z potřeb každodenního života. Různá zdravotnická zařízení ambulantního a lůžkového typu vznikala spontánně postupem času a lékařská pomoc byla poskytována charitativními či jinými organizacemi. Jádrem každého zdravotnického systému na úrovni státu v současné době tvoří agregát těchto činitelů (Gladkij, 2003, s. 27):

1. Strategické cíle státu v oblasti ochrany zdraví a rozvíjení zdraví (zdravotní politika státu).
2. Způsob zajištění dostupnosti základní zdravotnické péče pro občany.
3. Způsob financování zdravotní péče.
4. Řešení vztahů mezi různými účastníky procesu poskytování zdravotní péče (občany, poskytovateli péče, správními a samosprávnými institucemi, plátcí).
5. Podíl účasti státu a jeho orgánů na vlastnictví a řízení zdravotnických zařízení.

Jedná se o hlavní kritéria, která mohou tvořit metodický základ typologie zdravotnických systémů. V současné době však zatím neexistuje ideální zdravotnický systém, který by splňoval všechna kritéria optimálnosti.

Zdravotnický systém v sobě zahrnuje působení tří subjektů, kteří jsou pro systém nepostradatelní. Jedná se o pacienta, financující subjekty a poskytovatele zdravotní péče, kteří se neustále vzájemně ovlivňují. Pacient se nachází v roli spotřebitele zdravotní péče a současně se podílí na financování. Dle Listiny základních práv a svobod má právo na zdravotní péči, výběr zdravotnického zařízení, ošetřujícího lékaře i výběr zdravotní pojišťovny a na zdravotní péči se podílí příspěvky do veřejného zdravotního pojištění. Další, financující subjekty, jsou tvořeny státem a systémem zdravotního pojištění. Třetím subjektem jsou poskytovatelé zdravotní péče, pod kterými si lze představit zdravotnická zařízení s dalšími poskytovateli zdravotní péče - stát, kraje, obce, fyzické a právnické osoby. Mezi další subjekty zdravotní péče můžeme zařadit zdravotní pojišťovny, komory, asociace apod. (Durdisová, 2005).

### 3.1 Typologie zdravotnických systémů

Durdisová (2005) typologie zdravotnických systémů člení dle základního kritéria, kterým je způsob finančního zajištění dostupnosti základní zdravotní péče. Rozlišují se tři typy zdravotnických systémů - typ tržní, Bismarckův a Beveridgeův, přičemž poslední dva modely vznikly mezi prvními. Bismarckův model vycházel z nemocenského a zdravotního pojištění a poprvé byl zaveden za vlády kancléře Otto von Bismarcka v Prusku a Rakousku. Jeho princip spočíval v odvodech ze

mzdy a na základě smluvního vztahu byla lékařům proplácena poskytnutá péče. V roce 1849 bylo poprvé zavedeno povinné zdravotní pojištění pro horníky a se spoluúčastí zaměstnance a zaměstnavatele. Na konci 19. století a počátku 20. století se účast v systému zdravotního pojištění postupně rozvinula i do dalších oblastí.

Zdravotnický systém vyvinutý anglickým ekonomem Williamem Beveridgem byl rozpracován v průběhu 2. světové války na území britských ostrovů, v rámci něhož v roce 1948 došlo ve Velké Británii k zavedení systému tzv. Národní zdravotní služby. Princip modelu spočíval v odvodech poplatků občanů do státního rozpočtu, které poté stát rozděluje mezi poskytovatele zdravotní péče. Systém přitom klade důraz na rovný přístup ke zdravotní péči.

V současnosti se nevyskytují jednotlivé modely ve své čisté podobě. Důsledkem různých reforem vlád v průběhu 20. století se spíš lze setkat s různými kombinacemi všech zdravotnických systémů.

### 3.1.1 Tržní model zdravotnictví

Tržní model zdravotnictví klade důraz na individuální svobodu a odpovědnost člověka za své zdraví. Zdravotní péče není garantována státem, ale je záležitostí každého jedince a jeho svobodného rozhodnutí. Mezi vztah poskytovatele a plátce stát vůbec nevstupuje. Zabývá se pouze přístupem určitých sociálních skupin populace ke zdravotní péči skrz státních programů a nedohlíží na nabídku ani cenu zdravotních služeb. Je pouze na pacientovi, jakého poskytovatele si zvolí a zdravotní péči si hradí sám ze soukromých zdrojů, kde financování probíhá na základě výkonových plateb. Zdravotní pojištění je dobrovolné a soukromé, záleží tedy na každém, zda si pojištění zřídí, či nikoliv (Durdisová, 2005).

Nejlepším příkladem tržního modelu zdravotnictví je USA. Podobně jako je tomu u Bismarckova modelu, zdravotní pojištění může být financováno zaměstnancem i zaměstnavatelem. Americký systém zdravotnictví je méně progresivní kvůli lidem s nižšími příjmy, kteří oproti těm majetnějším platí za pojištění vyšší částky (Knickman a Kovner, 2015).

Jak Durdisová (2005) uvádí, tržní model zdravotnictví disponuje volnou konkurencí poskytovatelů i pojišťoven. V případě poskytovatelů je konkurence podporována prostřednictvím cen a kvality služeb. Plátcí si vzájemně konkurují obsahem pojištění, standardem a cenou. Lékaři jsou pracovníky soukromého sektoru a nemocnice jsou soukromými zařízeními ziskového i neziskového typu.

Problémy tržního modelu zdravotnictví spočívají v nerovnosti v dostupnosti péče, kdy občané z nižších příjmových skupin nemají dostatek financí na přístup ke kvalitní zdravotní péči. To má za následek i horší zdravotní stav jednotlivých skupin obyvatelstva, přičemž lidé z lepších poměrů dosahují lepšího zdravotního stavu. V systému se pohybuje více nepojištěných osob a také osob nepojistitelných. Tyto osoby nedosahují na kvalitní zdravotní péči skrz komerční pojišťovny, ať už z důvodu výše svého příjmu nebo svého určitého typu onemocnění.

Systém se vyznačuje vysokými náklady na zdravotní péči i vysokým podílem finančních zdrojů na administrativu systému.

### 3.1.2 Beveridgeův model

Tento model je pojmenován podle Williama Beveridge, který pro Velkou Británii navrhl model Národní zdravotní služby (NHS). V systému je zdravotní péče poskytována a financována vládou z přijatých daní. Převážná většina nemocnic a klinik jsou ve vlastnictví vlády a lékaři mohou být buď státními zaměstnanci a nebo soukromými subjekty. Vláda přitom kontroluje činnost lékařů a rozhoduje i o tom, co si mohou a nemohou naučtovat (Atri a Sharma, 2011). Stát má tak kompetenci určovat síť zdravotnických zařízení a sledovat jejich využívání. Jelikož je zdravotní péče hrazena z daní, spoluúčast pacienta je buď velmi nízká a nebo žádná. Základ zdravotnického systému tvoří ordinace praktických lékařů, kde praktický lékař umožňuje vstup pacienta na další, specializovanou úroveň péče. Lékař zároveň vykonává funkci koordinátora poskytovaných zdravotních služeb (Durdisová, 2005). Je označován za tzv. gatekeepera, který vykonává funkci zprostředkovatele mezi primární a sekundární zdravotní péče (Bhattacharya, Hyde a Tu, 2013).

Oproti tržnímu modelu jsou v tomto modelu výdaje nižší a zdravotní péče je garantována větší části populace. V systému není vyloučena možnost soukromého pojištění a připojištění pro nadstandardní péči. Tato péče však nepředstavuje jinou kvalitu zdravotní péče, ale je v podobě např. kratších čekacích lhůt, luxusnějšího vybavení zdravotnického zařízení apod.

Jelikož je zdravotní péče financována z daňových příjmů, je v systému kladen velký důraz na kontrolu vynakládaných zdrojů a jejich efektivnost. V případech financování z veřejných prostředků dochází k problémům nadužívání zdravotní péče a neefektivnímu využívání zdrojů (Durdisová, 2005).

### 3.1.3 Bismarckův model

Model financování dle Bismarcka je založen na státem organizovaném zdravotním pojištění. Jedná se o první historicky organizovanou snahu státu zabývajícím se způsobem, jak financovat garantovanou zdravotní péči pro celou populaci. Jeho financování tak spočívá v povinném předplacení služeb u zdravotních pojišťoven. Model je využíván v zemích jako Německo, Rakousko, Česká republika a další.

Na straně garanta zdravotní péče vystupuje stát, který je současně odpovědný za zajišťování efektivního vynakládání zdrojů, kontrolní funkce je však přenechána veřejnoprávním pojišťovnám, které působí mimo státní správu. Model se vyznačuje vysokou solidaritou, kdy každý jedinec odvádí pojistné ve výši odvíjející se od jeho příjmu a dostává zdravotní péči dle své potřeby. Za osoby společensky uznané (např. děti, studenti a další) odvádí finanční prostředky stát ve formě plateb pojistného, které plynou do fondu zdravotního pojištění. Systém má však nevýhodu ve vzrůstajícím rozdílu mezi přijatými platbami pojistného a výdaji plynoucích na úhradu zdravotní péče, což v něm vede k tvorbě deficitů. Ještě dražším se navíc stává díky náročné administrativě, která už tak náročný systém spravuje.

V systému převládají individuální soukromé praxe ambulantních lékařů a specialistů. Lékaři jsou financováni na základě plateb za výkon a kapitačních plateb. Systém tak nebere v úvahu schopnosti a kvalitu péče lékaře, poskytující zdra-

votnickou péči. Navíc díky výkonovému systému úhrad dochází k čerpání nadměrné a často nepotřebné zdravotní péče. Nevýhodou systému je též vytvoření prostoru pro lobbing ze strany majetnějších vrstev proti solidárnímu způsobu financování (Durdisová, 2005).

## 3.2 Komparace zdravotnických systémů

V současné době neexistuje žádný zdravotnický systém, který by uspokojoval jedince, lékaře, zdravotnický personál, zdravotní pojišťovny a samotný stát a zároveň by zachovával podmínku nejvhodnějšího způsobu financování. Každá země disponuje odlišnými parametry, na které nelze vytvořit jeden univerzální systém tak, aby byl vhodný pro všechny. Země se formovaly odlišně na základě svého historického vývoje, kultury, právního prostředí, centralizace, decentralizace, apod. Každý ze čtyř zdravotnických systémů tak má určité přednosti i nedostatky, které jsou specifikovány níže.

### • Tržní model

Tržní model se vyznačuje vysokou odborností kvality zdravotní péče. Je to dáno tím, že v zemích s tímto modelem vystupují na trhu vzájemně si konkurující soukromí poskytovatelé s dalšími subjekty podnikající v sektoru zdravotnictví. Financování zdravotnictví tak probíhá z více zdrojů, které mohou být uplatněny na širokou škálu investic do rozvoje nových, lepších technologií, vědecké výzkumy apod.

Stejně jako u Bismarcka se tržní model vyznačuje svobodnou volbou poskytovatele zdravotní péče a krátkými čekacími dobami. Každý pacient, který do nemocnice či k lékaři přijde, pro ně představuje určitý zdroj financí. Poskytovatelé zdravotní péče si v péči o pacienty konkurují, snaží se jich získat co nejvíce a poskytnout jim co nejlepší zacházení v podobě nadstandardní péče.

Oproti předchozím zdravotnickým modelům se tržní model vyznačuje velkou mírou nepojištěné či podpojištěné populace. Nízkopříjmová skupina lidí si ve většině případů zdravotní péči může dovolit pouze z části a nebo vůbec, právě kvůli její finanční nákladnosti. Tím vznikají lidé s nedostatečným pojištěním, od čehož se dále odvíjí omezené čerpání kvalitní zdravotní péče. V zemi tak vznikají velké disproporce mezi lidmi, kteří si zdravotní pojištění mohou dovolit a mezi těmi, kterým na jeho financování prostředky nezbývají. Celková spotřeba zdravotní péče tak ve výsledku u bohatých lidí výrazně převažuje.

Síť zdravotnických zařízení v zemi není nikterak kontrolována, což může vyústit v jejich nerovnoměrné rozložení a tím pádem v nedostupnost zdravotní péče, především té primární, v některých oblastech. Vliv má i převaha specialistů v sekundární péči, která je hlavně v USA na úkor primární péče velmi rozšířená. Lidé tak ve většině případů do prvního kontaktu s lékařem přijdou až u specialistů a nebo v nemocnicích.

V zemích uplatňující tento systém se často vyskytuje plývání zdravotní péče. Především v USA je to způsobeno častými soudními spory, kde odškodnění pacientů na základě lékařského pochybení je příliš vysoké. To má vliv na výši pojištění lékařů, samotných nemocničních zařízení a cenu zdravotní péče. Aby se lékaři vy-



hnuli právnímu napadení ze zanedbání péče, provádí často i vícekrát nepotřebná vyšetření kvůli zajištění potřebné dokumentace, právě kvůli možnosti vzniku soudního sporu. K plýtvání zdravotní péče může docházet i v rámci rozšířené nabídky služeb, které občané ani nepotřebují.

- **Beveridgeův model**

Výhoda solidarity v Beveridgeově modelu je stejná, jako v Bismarckově. Systém spravedlivě rozděluje finanční prostředky získané od občanů a poskytuje je zpět těm, kteří zdravotní péči potřebují. Další jejich společnou výhodou je zajištění všeobecné dostupnosti dle její klinické potřeby a ne schopnosti platit. Oproti Bismarckově modelu se tento model vyznačuje velmi dobrou kontinuitou zdravotní péče. Primární a sekundární péče je totiž od sebe oddělena pomocí tzv. gatekeepera. Gatekeeper vykonává funkci zprostředkovatele přístupu ke specializované, sekundární péči. Díky tomu nedochází ke zneužívání systému a plýtvání zdrojů ve zdravotnictví. Výhodou systému je také jeho relativní úspornost s nízkou spoluúčastí pacientů či jeho centralizovaná struktura, která určuje kontrolní procesy a vymezuje dalším subjektům jasné pravomoci, což pomáhá stejnoměrnému rozvržení zdravotnických zařízení.

Nevýhodou tohoto zdravotního systému jsou dlouhé čekací doby na finančně náročnější operace, pokud se nejedná o akutní případy. Čekací doba může být dlouhá třeba i dva roky a na některé diagnózy musí pacienti čekat i několik měsíců. Pacienti v důsledku toho využívají soukromé pojištění, které jim problém dlouhých čekacích lhůt odstraní.

Nevýhoda Beveridgeova modelu je financován z omezených finančních prostředků. To se odráží v kvalitě zdravotní péče a v omezených možnostech investování. Na nové lékařské metody a technologie se tak nedostavuje dostatek financování a zdravotní péče se nerozvíjí tak, jak v jiných zemích.

Tomuto systému nepřispívá ani nízká motivace občanů k péči o své zdraví. Pečováním o své zdraví a prevencí lze předejít určitým nemocím úplně, popřípadě předejít vážnějším stavům, které budou ve výsledku vyžadovat finančně nákladnější péči. Pasivní role pacienta v péči o své zdraví tak pomáhá ke zbytečnému zvyšování vynaložených prostředků na zdravotní péči.

- **Bismarckův model**

Mezi výhody u Bismarckova modelu lze zařadit solidaritu. Celá populace v zemi je tak spadá pod veřejné zdravotní pojištění bez ohledu na zaměstnanost, zdravotní stav, příjem či schopnost platit. Model tak i odráží rovnost mezi obyvatelstvem, kdy každý občan odvádí povinně pojištění ze svého příjmu a čerpá zdravotní péči dle svých potřeb.

Výhodou tohoto modelu je i přístup k velmi dobré zdravotní péči. Úroveň zdravotní péče v České republice je vysoká díky značnému objemu finančních prostředků směřující do zdravotnictví, čímž dochází také k podpoře vědy a výzkumu. Mezi další výhodou systému lze zařadit i svobodný výběr poskytovatele zdravotní péče, kdy lidé nejsou ve svém výběru nijak omezeni.

Co může být výhoda v Bismarckově systému, v určité oblasti se může jevit i jako nevýhoda. Například solidarita sice zajišťuje dostupnost zdravotní péče pro všechny, ale zároveň může vést k plýtvání a zneužívání finančních prostředků. Například v České republice je vždy někdo za někoho plátcem zdravotního pojištění, přičemž za určitou skupinu osob platí zdravotní pojištění stát. Pokud se však někdo z této skupiny rozhodne dobrovolně nepracovat, i když by mohl, stále za něj platí pojistné stát. Tím dochází k plýtvání finančních zdrojů, které by mohly být využity hospodárnějším způsobem. Jelikož úloha státu v tomto modelu roste, následkem takovéto ingerence do zdravotnictví může dojít i k vytvoření prostoru pro byrokracii, korupci apod.

K efektivnějšímu využití zdrojů nepřispívá ani nastavený DRG systém, který na jednu stranu sice zkracuje dobu hospitalizace, ale tím, že nemocnice mohou s diagnózami v rámci jednotlivých skupin částečně manipulovat, tak dostávají od zdravotních pojišťoven více peněz, čímž dochází k plýtvání finančních prostředků.

Další nevýhodu systému lze spatřit v jeho nákladovosti a vysoké ceně péče, v důsledku čehož dochází k nerovnováze mezi příjmy z vybraného pojistného a výdaji na zdravotní péči. Nevýhodou systému je také finančně nákladná administrativa. Zdravotní pojišťovny totiž spotřebovávají část financí na svůj provoz, zaměstnance, informační technologie apod.

Jako další nevýhodou se může jevit problematika kontinuity péče, jelikož zdravotní péče v České republice na sebe nenavazuje. Mezi zdravotnickými zařízeními totiž neexistuje žádný prvek, který by zastával funkci koordinace. Pacienti mají volný přístup do nemocnic, přičemž s jedním zdravotním problémem mají možnost navštívit vícero zdravotnických zařízení. K čerpání zdravotní péče tak dochází opakovaně, což má vliv opět na plýtvání jak finančních, tak zdravotních prostředků.

Poslední nedostatek v Bismarckově modelu, konkrétně tedy v České republice, lze spatřit v nedostatečně vyhovující právní formě státních zdravotnických zařízení. Státní nemocnice jsou vedeny jako příspěvkové organizace, které nejsou právně dostatečně upraveny. Problémy spočívají ve financování příspěvkových organizací a následném neefektivním řízení jejich cash flow, v omezeném zacházení s majetkem a dále v málo propracovaném vztahu fakultních nemocnic a vysokých škol, což může způsobovat problémy na obou stranách.

Tab. 1 Výhody a nevýhody zdravotnických systémů

<b>Bismarckův model</b>	
Výhody	Nevýhody
1. <b>solidarita</b>	1. <b>plýtvání finančních prostředků</b>
2. <b>všeobecně dostupná zdravotní péče</b>	2. <b>nákladovost a vysoká cena zdravotní péče</b>
3. <b>svobodný výběr</b> poskytovatele zdravotní péče	3. <b>nadhodnocování DRG diagnóz</b>
	4. <b>kontinuita péče</b>
	5. <b>nevyhovující právní forma</b> příspěvkových organizací
<b>Beveridgeův model</b>	
Výhody	Nevýhody
1. <b>solidarita</b>	1. <b>dlouhé čekací doby</b> na dražší a náročnější procedury
2. <b>všeobecně dostupná zdravotní péče</b>	2. <b>omezené množství finančních prostředků</b> plynoucích do systému
3. <b>gatekeeper</b>	3. <b>nízká motivace</b> občanů k péči o zdraví
4. <b>úsporný systém s nízkou spoluúčastí</b> pacientů	
5. <b>centralizovaná struktura</b>	
<b>Tržní model</b>	
Výhody	Nevýhody
1. <b>vysoká odborná kvalita zdravotní péče</b>	1. <b>nepojištění/podpojištění</b> lidé
2. rychlé zavádění <b>nových technologií</b>	2. <b>nákladnost a nedostatečná dostupnost</b>
3. <b>svobodný výběr</b> poskytovatele	3. <b>nerovnoměrná distribuce</b> spotřeby
4. žádné dlouhé <b>čekací lhůty</b>	3. <b>převaha sekundární péče</b>
	4. <b>plýtvání zdravotní péče</b>

Mezi společné nevýhody všech tří systémů lze zařadit omezenost finančních zdrojů vzhledem ke stále se zvyšujícím nárokům na rozsah i kvalitu zdravotní péče. Děje se tak v důsledku demografických změn, technologického pokroku vyžadující finančně náročnější péči a ve stále častějších případech v důsledku chronického onemocnění, oslabování imunity obyvatelstva apod.

### 3.3 Česká republika

Univerzální dostupnost zdravotní péče v České republice je ustanovena v Zákoně o veřejném zdravotním pojištění 48/1997 Sb. Tento systém je financován primárně z veřejného zdravotního pojištění, z přímých plateb pojištěnců a příspěvků ze státního rozpočtu (Alexa a spol., 2015). Dalším důležitým právním předpisem ve zdravotnictví je Úmluva o lidských právech a biomedicíně, jejíž právní síla je vyšší než zákony schválené Parlamentem (Dostál a Kraj Vysočina, 2011).

Systém veřejného zdravotního pojištění je spravován sedmi zdravotními pojišťovnami, přičemž přihlášení u jedné z nich je ze zákona povinné pro všechny české občany i pro rezidenty trvale žijící v zemi. Zdravotní pojišťovny zde působí jako plátcí a poskytovatelé zdravotní péče. Nemocenské dávky a jiné peněžní dávky nejsou kryty ze zákonného zdravotního pojištění, ale jsou součástí sociálního systému, který je spravován Ministerstvem práce a sociálních věcí a financovány prostřednictvím příspěvků na sociální zabezpečení.

Stát je reprezentován Parlamentem, jehož hlavní působnost je v oblasti legislativy a dále Ministerstvem zdravotnictví, jehož zodpovědnost spočívá ve stanovení politické agendy zdravotní péče a v dohledu nad zdravotním systémem, stejně jako nad zdravotnickými zařízeními. Tyto orgány doplňuje Státní zdravotní ústav, Státní ústav pro kontrolu léčiv.

Poslední dobou se legislativa ve zdravotnictví více zaměřuje na zlepšení efektivnosti v poskytování péče (uživatelské poplatky, DRG schéma financování a restrukturalizace veřejných zdravotních orgánů). Lékárny a laboratoře spolu s dalšími téměř 90 % ambulantními zařízeními jsou soukromé. Někteří ambulantní specialisté jsou zaměstnanci nemocnice, poskytující ambulantní péči na poliklinikách (Alexa a spol., 2015).

Funkci zřizovatele u fakultních nemocnic, hygienických stanic a odborných léčebných ústavů zastává Ministerstvo zdravotnictví, zároveň vykonává dohled a zabývá se změnami ve zdravotnickém systému země. Zdravotní pojišťovny přímo poskytují finanční prostředky na polikliniky, státní a soukromá zdravotnická zařízení, nemocnice, léčebny, dopravní zdravotní služby a ostatní zdravotnická zařízení, se kterými uzavřely pojišťovny smlouvu (Peková, Pilný a Jetmar, 2012, s. 262).

Nemocnice se vyznačují svým specifickým postavením v systému zdravotní péče, které je dáno jejich zvláštními funkcemi a velkým podílem spotřeby finančních zdrojů na celkových výdajích na zdravotnictví. Jejich činnost je sice velmi finančně náročná, ale zato nezastupitelná. Jsou to instituce oprávněné k poskytování zdravotní péče (Durdisová, 2005).

V České republice se nemocnice zřizují buď jako obchodní společnosti a nebo jako příspěvkové organizace. Jejimi zakladateli může být stát, kraj, obec či právnická osoba. Forma příspěvkových organizací je často využívána u středních a větších nemocnic, které mají jasně vymezený předmět činnosti. Zakladatel poskytuje organizacím majetek, jmenuje statutární orgán (Zlámal a Bellová, 2013). Finanční vztahy příspěvkových organizací zřizované státem, respektive příslušným ústředním orgánem se odvíjí od rozpočtové kapitoly státního rozpočtu, přičemž jejich hlavní činnost je neziskového charakteru. Příspěvkové organizace hospodaří dle vlastního

rozpočtu, ve kterém se zahrnují pouze příjmy a výdaje, popřípadě náklady a výnosy, které se vztahují k její hlavní neziskové činnosti. Příjmy příspěvkové organizace jsou uplatňovány na úhradu nákladů, které jí vzniknou v rámci její činnosti (Rektořík, 2010). Oproti tomu obchodní společnosti mohou mít formu společnosti s ručením omezeným a nebo formu akciové společnosti, přičemž mohou pro financování své činnosti využívat jak vlastní, tak i cizí zdroje (Jindřichovská, 2013).

### 3.3.1 Zdroje finančních prostředků

Finanční zdroje na podporu zdravotnictví se získávají v každém státě jiným způsobem. V České republice nejčastějšími možnostmi jsou výnosy z příspěvků na zdravotní pojištění od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu, dále státní rozpočet, přímé platby od ošetřených pacientů a kombinace uvedených. Prostředky na financování investic lze získat i z místních rozpočtů.

#### • Všeobecné zdravotní pojištění

Základem principu zdravotního pojištění je "pojištění proti riziku onemocnění, kdy se toto riziko a nutnost finanční úhrady příslušných zdravotnických služeb přесouvá z potenciálního konzumenta (občana - pacienta) na veřejně-správní subjekt, kterým je některá zdravotní pojišťovna" (Peková, Pilný a Jetmar, 2012, s. 266).

Princip realizace spočívá v tom, že každému občanovi je podle dané zákonné normy strhávána určitá výše z hrubé mzdy. Tato výše je stanovena buď procentem z variabilního základu mzdy, nebo je vyjádřena konkrétní dohodnutou částkou v určitém čase bez ohledu na mzdu. V České republice platí, že každý občan musí mít zdravotní pojištění u některé ze zdravotních pojišťoven. To se nevztahuje na osoby, které nemají trvalý pobyt na území České republiky (Peková, Pilný a Jetmar, 2012).

Měsíční příspěvky na zákonné zdravotní pojištění od zaměstnanců, zaměstnavatelů a osob samostatně výdělečně činných tvoří hlavní zdroj financování zdravotní péče. Výše odvodů je stanovena na 9 % pro zaměstnance se spoluúčastí 4,5 % od zaměstnavatele. Osoby samostatně výdělečně činné platí celkově též 13,5 %, ale pouze z poloviny svých příjmů. Za ekonomicky neaktivní obyvatelstvo přispívá do fondů stát (studenti, děti, ženy/muži na mateřské dovolené, senioři, apod.).

Příspěvky putující do fondů jednotlivých zdravotních pojišťoven se následně přerozdělují mezi jednotlivá zdravotnická zařízení. Nad přerozdělováním financí dohlíží Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP). Od roku 2007 jsou nemocnicím vypláceny příspěvky v kombinaci DRG systému, individuálních smluv a rozpočtů, přičemž podíl financování dle DRG neustále stoupá (Alexa a spol., 2015).

#### • Státní rozpočet

Prostředky na výdaje ve zdravotnictví lze čerpat buď ze státního, nebo z jiného veřejného rozpočtu (např. z regionálního nebo municipálního). Z těchto finančních zdrojů jsou hrazeny náklady na ekonomicky neaktivní obyvatelstvo, které nedispонуje pravidelným příjmem (Peková, Pilný a Jetmar, 2012).

Tyto rozpočty jsou financovány z daní, které jsou použity na úhradu zdravotních výdajů. Na národní úrovni Ministerstvo zdravotnictví financuje investice do

vybavení fakultních nemocnic, specializovaných zdravotnických zařízení, specializovaných institucí pro výzkum a postgraduální vzdělávání a leteckou záchrannou službu. Na krajské úrovni jsou krajské nemocnice a místní nemocnice financovány příslušnými úřady, avšak i tyto nemocnice mohou žádat o finanční příspěvky Ministerstvo zdravotnictví (Alexa a spol., 2015).

- **Přímé platby od ošetřených pojištěnců**

Alexa a spol. (2015) uvádí přímé platby, které se skládají převážně z přímých plateb od pacientů za léčiva a materiál u některých dentálních výkonů, spoluúčasti na zakoupení zdravotnických pomůcek a léčiv, kdy skutečná cena je vyšší než referenční cena v určité farmaceutické skupině a dále z poplatků za předpis léčiv a dalších zdravotních služeb. V roce 2012 v České republice přibyla i možnost připlatit si u určitých výkonů za nadstandardní zdravotní péči.

V roce 2008 byly v České republice zavedeny regulační poplatky, které se staly částí finančních zdrojů. Jejich účelem bylo především snížit poptávku po zdravotních službách. Regulační poplatky na začátku byly ve výši 90 Kč za návštěvu lékaře, 60 Kč za den v nemocnici a 90 Kč za využití lékařských pohotovostních služeb. Do roku 2016 se však regulační poplatky značně měnily a v současnosti byl zachován pouze poplatek 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubního lékařství.

### 3.3.2 Úhradové mechanismy zdravotní péče

Za hlavní dokument pro úhradu zdravotní péče v České republice je považována úhradová vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení platná pro aktuální rok 2016. Tento dokument dále určuje, jaká zdravotní péče bude zahrnuta pod výkonový způsob či kapitační platbu, jaká péče se bude hradit skrz globální rozpočty či jaká péče se bude hradit například přes DRG systém. Úhradová vyhláška je velmi obsáhlým a komplikovaným dokumentem, který zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví každý rok vždy před jeho koncem. Finanční prostředky hrazené poskytovatelům lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče jsou přerozdělovány jako (MZ ČR, 2010):

- **Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady**

Tento způsob úhrady se odvíjí od vzájemné dohody mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní péče. Pokud se však tyto dvě strany nedohodnou každý rok do určitého data stanoveného v úhradové vyhlášce, bude poskytovateli lůžkové a zvláštní lůžkové péče stanovena úhrada dle postupu vymezeném v úhradové vyhlášce. Do této formy financování spadá i úhrada léčiv, které jsou poskytnuty pojištěncům na léčbu přesahující stanové limity.

- **Úhrada formou paušálu**

Paušální systém úhrad nemocnic je v České republice zaveden již od roku 1997. Velikost těchto plateb se odvíjí od skutečnosti v minulém roce. Je založena na principu, že převážná část nákladů nemocnic je fixní a do určité míry nezávislá na tom,

kolik nemocnice ošetří pacientů nebo provede zdravotnických výkonů (Duková, Duka a Kohoutová, 2013).

Nemocnicím je poskytnutý určitý objem peněz, který je čerpán na zdravotní výkony dle jejich uvážení. Paušální platby mohou být poskytovány ročně, čtvrtletně, měsíčně apod. V praxi je však systém nedostatečně flexibilní, jelikož nedokáže pohotově reagovat na aktuální změny ve struktuře a objemu poskytnuté péče. Jeho nejlepší využití tak spočívá v krátkodobém časovém intervalu. V dlouhodobém časovém horizontu je možné změnit výši finančních prostředků pouze procentuálně (Barták, 2010).

- **Úhrada formou DRG systému**

Od roku 2007 jsou nemocnice placeny prostřednictvím kombinace "diagnosis-related group", zkráceně DRG systému, individuálních smluv a rozpočtů.

DRG systém se postupem času vyvíjel a momentálně zastupuje největší část finančních zdrojů, které jsou nemocnicím vypláceny na poskytnutou zdravotní péči. Dle Ministerstva zdravotnictví nemocnice čerpají ze systému DRG finanční prostředky, které tvoří bezmála 80 % celkového objemu přijatých zdrojů. Těch zbylých 20 % příjmů se stávají předmětem smluv mezi pojišťovny a nemocnicemi.

Klasifikační systém DRG v České republice se vyvinul z tzv. „International Refined-DRG“, zkráceně IR-DRG systému, který byl přizpůsoben českým podmínkám. Tento systém v sobě zahrnuje náklady na léky, zdravotní péči a platy lékařů. Systém se člení na jednotlivé skupiny, které jsou tvořeny v rámci Národního referenčního centra, jemuž nemocnice dobrovolně poskytují data ke zpracování. To je následně využívá ke zpracování a stanovení sazeb za jednotlivé zdravotní úkony (De Lagasnerie, Mueller a Kumar, 2015). DRG systém tak představuje metodiku pro oceňování hospitalizačních případů s ohledem na ekonomické standardy. Využití systému spočívá i v oblasti monitoringu a benchmarkingu produkce u poskytovatelů zdravotní péče (ÚZIS, 2015).

Systém DRG obsahuje 25 hlavních diagnostických skupin, které se člení na dalších skoro 1000 podskupin, v rámci nichž se hospitalizační případy řadí dle určitých znaků. Tyto znaky znázorňují klinické a demografické rysy pacienta, které jsou určeny právě k zařazení hospitalizačních případů v rámci DRG klasifikace. Pro klasifikaci případů se využívají atributy jako základní diagnóza, vedlejší diagnóza, kritické výkony, věk, způsob přijetí, způsob ukončení a porodní hmotnost novorozence. Pro klasifikaci hospitalizačních případů do skupin byl vytvořen speciální počítačový program tzv. grouper, který po zadání příslušných informací případ zařadí.

Zdravotnická zařízení následně získávají finanční prostředky dle relativních vah DRG skupin a základní sazby. Relativná váha je bezrozměrné číslo, které udává nákladovost komplikace případu a do určité míry souvisí i s jeho klinickou složitostí. Váhy se vypočítávají z reálných dat minulých období získaných z nemocnic. Základní sazba představuje částku, kterou nemocnice dostanou za poskytnutou zdravotní péči. Každá nemocnice má stanovenou svoji základní sazbu jinak, jelikož každá z nich řeší jinak komplikované a jinak finančně náročné pacienty (Kožený, 2010).

Princip plateb z DRG od pojišťoven za poskytování zdravotní péče je tedy založeno na DRG skupinách vynásobených základní sazbou. V praxi je tato základní sazba již stanovena, ale stále zde existuje prostor pro vyjednávání mezi nemocnicemi a pojišťovnami. Sazby se stanovují každý rok v úhradové vyhlášce Ministerstva zdravotnictví (De Lagasnerie, Mueller a Kumar, 2015).

Hospitalizační případ je charakterizován jako časově vymezený pobyt pacienta v jedné nemocnici, který není přerušen na delší dobu než na jeden kalendářní den počínaje ode dne přijetí pacienta na akutní lůžko až do dne ukončení hospitalizace na akutním lůžku. Případ končí propuštěním pacienta do ambulantní péče, přeložením do jiné nemocnice, přeložením na nebo z lůžka odbornosti, přeložením na lůžko následné péče v rámci stejné i jiné nemocnice, přeložením pacienta do ústavu sociální péče, předčasným ukončením hospitalizace a nebo úmrtím (ÚZIS, 2015). Psychiatrická péče, rehabilitace a některé skupiny pacientů s vysokou variabilitou nákladů jsou z DRG plateb vyloučeny. Psychiatrická a rehabilitační péče je placena platbami za provedené služby (De Lagasnerie, Mueller a Kumar, 2015).

Vláda České republiky plánuje budoucí rozvoj plateb nemocnicím na DRG bázi. V současné době je klasifikační systém využíván k odstranění finančních nepřesností v klinické praxi. V roce 2014 byl spuštěn tzv. "DRG Restart", jehož cílem je dosáhnout lepší transparentnosti a zlepšení DRG metodologie. Jelikož nemocnice přijímají platby, které se od sebe liší a nejsou objektivní, zaměří se nový systém i na spravedlivější rozdělování plateb. Nově se tedy zavádí i další faktory, na jejichž základě lze platby z DRG lépe přerozdělit (Informační bulletin DRG Restart a Alexa a spol., 2015).

- **Úhrada za ambulantní péči**

Poskytování zdravotní péče může být hrazena i formou kapitačních plateb, jež se odvíjí od počtu registrovaných pacientů a ne od toho, zda k léčbě vůbec došlo. Výše úhrady plateb se vypočítává se zohledněním věku a pohlaví pacienta a je vypočítáno za určité období, často v kombinaci s platbami za výkon. Ty představují spravedlivou úhradu péče, jelikož náklady poskytovatele v tomto případě jsou snadno stanoveny na základě ceny spotřebovaného materiálu, léků, nákladů na provoz, platů zdravotníků a přiměřeného zisku. Problémem tohoto typu úhrady je však růst množství poskytnuté péče a s tím spojených nákladů (Sucharda a Zlatohlávek, 2015).

### 3.4 Německo

Zdravotní systém v Německu je založen na Bismarckově modelu, stejně jako Česká republika. Organizace zdravotní péče probíhá buď na federální, státní nebo soukromé úrovni. Německá vláda odpovídá za legislativní stránku a zdravotní politiku, ale do organizace a financování zdravotnictví přímo nevstupuje (Busse a Blümel, 2014). Většina univerzitních nemocnic je vlastněna státem, zatímco municipality se starají o veřejné zdraví. Nejdůležitější institucí je Společný spolkový výbor, vytvořený v roce 2004, který se skládá ze zástupců zákonného zdravotního pojištění, nemocnic, lékařů a dentistů (Thomson, Osborn a Squires, 2013).



### 3.4.1 Zákonné a soukromé zdravotní pojištění

Od roku 2009 je zdravotní pojištění povinné pro všechny občany a rezidenty s trvalým pobytem v Německu, kteří se mohou pojistit u nemocničních fondů a nebo doplňkově u soukromých zdravotních pojišťoven. Zákonné zdravotní pojištění funguje na principu solidarity. Jeho cílem je zlepšit či obnovit zdraví pojištěných osob, přičemž každý pojištěnec je povinen se o své zdraví starat. V rámci zákonného pojištění je možné pojistit i rodinné příslušníky zdarma, pokud se jedná o nevýdělečně činného druhu bez příjmu a nebo s příjmem do určité výše, dále děti do 18 let, nezaměstnané příslušníky mladší 23 let, studující do 25 let a postižené děti (Busse a Blümel, 2014).

Hlavní roli zde hrají tzv. nemocniční fondy, ze kterých plynou prostředky na poskytnutou zdravotní péči. Finanční prostředky naopak získávají od zaměstnanců, zaměstnavatelů a dále z vybraných daní státu. Nemocniční fondy spravuje Federální pojišťovna, která následně přerozděluje příspěvky zdravotním pojišťovnám, jejichž výše se liší v závislosti na věku, pohlaví a zdravotním stavu jedince (Euro-Informationen, 2008). Počet nemocničních fondů se neustále rok od roku pravidelně mění a celkem se rozlišují na sedm typů - všeobecné regionální fondy, náhradní fondy, podnikové fondy, cechovní fondy, zemědělské fondy, fond pro horníky a fond pro námořníky. Všechny fondy jsou neziskové (Drabik, Lungen a Stock, 2011).

Druhým typem pojištění je pojištění soukromé, které lze využít dvojnásobným způsobem. Buď pacient využije plně soukromé pojištění, které nahrazuje funkci zákonného zdravotního pojištění a nebo se rozhodne pro doplňkové zdravotní pojištění, které je určeno pro zvláštní případy zdravotní péče v nemocnicích. Částka pojistného se zde odvíjí od individuálního rizika, které je posuzováno na základě věku, pohlaví a zdravotního stavu. Busse a Blümel (2014) zároveň popisují soukromé zdravotní pojištění, které mohou využít:

- Stávající i bývalí státní zaměstnanci (např. učitelé a univerzitní profesori, zaměstnanci na ministerstvech apod.), kteří jsou ze systému zákonného zdravotního pojištění vyloučeni, jelikož nejméně 50 % soukromé zdravotní péče jim je proplácena státem a zbylá polovina je hrazena ze soukromého zdravotního pojištění.
- Osoby samostatně výdělečně činné, které ze systému zákonného zdravotního pojištění byly vyloučeny, pokud nebyly členy již dříve a nebo se pro zákonné zdravotní pojištění nerozhodly dobrovolně (výjimku tvoří pracovníci v zemědělství, kteří ze zákona spadají pod zákonné zdravotní pojištění).
- Zaměstnanci, jejichž příjem za poslední tři kalendářní roky překročí určitou hranici výdělku.

Uzavřít pojištění lze celkem u 42 soukromých pojišťoven, které jsou sdruženy ve Spolku soukromých zdravotních pojišťoven, nebo u dalších zhruba 30 menších soukromých pojišťoven, které jsou založeny zpravidla na regionální úrovni (Busse a Blümel, 2014).

### 3.4.2 Financování zdravotnických služeb

Nemocnice v Německu jsou financovány ze dvou zdrojů, které tvoří zdravotní pojištění a vláda. Odpovědnost za financování nemocnic ze zdravotního pojištění je rozdělena mezi federální úroveň vlády, jednotlivé vlády spolkových zemí a mezi nemocniční fondy. Nemocniční fondy celkově financují jednotlivcům poskytnuté zdravotní služby, avšak pravomoc měnit cenu či objem péče nemají.

Smlouvy s nemocnicemi jsou uzavřeny se všemi nemocničními fondy na dvou úrovních. Stanovení všeobecně platného cenového tarifu probíhá na národní úrovni a vyjednávání o celkové výši ceny na úrovni regionální. Bez ohledu na právní formu jsou nemocnicím poskytovány investice do kapitálu a infrastruktury ze strany vlád spolkových zemí (Kumar a Schoenstein, 2013). Veřejné nemocnice a vlastníci soukromých neziskových a ziskových nemocnic získávají finance na investice do doby, kdy neodporují nemocničním plánům a zdroje na financování jsou dostupné (Busse a Blümel, 2014).

S výjimkou psychiatrické péče, psychosomatické medicíny a psychoterapie jsou soukromé i veřejné nemocnice placeny systémem DRG. V Německu se systém DRG vyvíjel a nakonec i ustálil v rámci probíhající reformy mezi lety 2003 a 2009. Platby ze systému jsou navíc doplněny o další platby, které pokrývají určité komplexní a finančně náročné služby (např. léčiva v onkologii) a dalšími platbami, které plynou jednotlivým nemocnicím. Motivací přechodu z klasických nemocničních rozpočtů na systém DRG bylo podpořit soudržnější a spravedlivější alokaci zdrojů, lépe odměnit efektivněji hospodařící nemocnice a poskytnout transparentnost ve financování, kterou systém DRG nabízí. Před touto změnou byla nemocnicím poskytnuta záruka, že platby z DRG nebudou nižší než platby, které nemocnicím byly vypláceny ještě při využívání klasického rozpočtu (Kumar a Schoenstein, 2013).

Praktičtí lékaři a specialisté v ambulantní péči, hrazení ze systému zákonného zdravotního pojištění, musí být dle právních norem členy regionálních sdružení, které sjednávají smlouvy se zdravotními pojišťovny. Z větší části tito lékaři pracují ve své soukromé praxi a všeobecně jsou placeni za jednotlivé výkony. Pro stanovení odměn je důležitý vztah mezi nemocničními fondy a svazy lékařů, jelikož tyto fondy jim v souladu se smlouvami určují objem finančních prostředků, které je následně přerozdělují (Thomson, Osborn a Squires, 2013).

## 3.5 Velká Británie

Zdravotní systém ve Velké Británii byl založen již v roce 1948 jako systém Národní zdravotní služby (NHS). Z větší části je péče volně přístupná a pro legální rezidenty je umožněn tedy jak přístup k NHS, tak přístup k soukromému pojištění dle jejich výběru. Finanční prostředky na zdravotní péči rozděluje Velká Británie pro Anglii přímo a ve formě blokových grantů pro Skotsko, Wales a Severní Irsko, přičemž jednotlivé státy si již samy rozhodují, na co finanční prostředky ve své zemi použijí (Cylus a spol., 2015).

NHS byla založena s ideou, že kvalitní zdravotní péče by měla být přístupná všem obyvatelům, nehledě na jejich bohatství. Již od počátku svého zahájení v roce

1948 stála na třech hlavních principech, které jsou: vyhovět potřebám každého, být dostupná v místě dodání a být založena na lékařské potřebě a ne na schopnosti platit (NHS, 2015).

### 3.5.1 Financování zdravotnických služeb

Veřejně poskytovaná zdravotní péče v rámci NHS je ve Velké Británii financována primárně z veřejných daní a následně z národního pojištění, které tvoří částky odvedené z mezd pracovníků. NHS je dále financována příspěvky od soukromých pacientů a z dalších vedlejších zdrojů (Thomson, Osborn a Squires, 2013).

I přesto, že zdravotní péče z NHS je ve většině případů zdarma, v některých situacích úhrada zdravotní péče vyžaduje spoluúčast pacienta a přímé platby u soukromého typu péče a u péče, která není z NHS hrazena. Některé specifické části populace, jako senioři nad 65 let, děti či osoby s nízkým příjmem mohou být od některých úhrad osvobozeny. Nastavení těchto podmínek se může v každé zemi mírně lišit. Ve Skotsku a Severním Irsku je například stomatologie v rámci NHS doplněna spoluúčastí pacienta, která tvoří až 80 % celkových nákladů poskytnuté péče. Pod NHS není například zahrnuta oční zdravotní péče, která v některých zemích pro děti a seniory je zdarma (Cylus a spol., 2015).

Ve Velké Británii existuje i soukromé pojištění, které má spíše doplňkový charakter. Své uplatnění nachází především tam, kde státní zdravotnictví není dostačující. Využit jej lze například v situacích dlouhých čekacích lhůt na určité výkony. Tento typ pojištění má uzavřeno zhruba 11 % populace, jehož financování primárně probíhá formou benefitů od zaměstnavatelů. Poplatky za soukromou zdravotní péči zde nejsou nijak regulovány vládou a neexistuje ani možnost veřejné podpory soukromého pojištění. Kromě soukromého pojištění také existuje varianta přímých úhrad, která je v soukromém sektoru nejčastěji využívána (Thomson, Osborn a Squires, 2013).

Primární péče je poskytována skrz všeobecné lékaře, u kterých je povinná registrace. Ti, kteří spadají pod stát, jsou placeni kapitální platbou, odměnami za specifické služby a bonusy odvíjející se od určitých výkonů (většinou spojených s poskytováním dlouhodobé péče), které mohou tvořit až jednu čtvrtinu lékařova příjmu. Na druhé straně stojí soukromí praktičtí lékaři, kteří si mohou stanovit svoji výši poplatku (Thomson, Osborn a Squires, 2013). Oba dva typy lékařů, jak státní tak soukromí, vykonávají roli tzv. gatekeepera, který rozhoduje o přechodu z primární do sekundární péče. Tento mezník je možné přeskočit v případě nehod a potřeby pohotovostních služeb (OECD, 2014).

Specialisté ve Velké Británii jsou téměř všichni zaměstnaní v nemocnicích pod NHS. Za poskytování konzultací pacientům jsou odměňováni platem dle státně určených sazeb. Pacienti mají ve výběru specialisty svobodu volby. Většina konzultací probíhá v nemocnicích, i když některé mohou být v samotných ambulancích lékařů (Thomson, Osborn a Squires, 2013).

Sekundární a terciární sektor tvoří převážně veřejné nemocnice, které jsou čím dál tím víc doplňovány ziskovými. Veřejné nemocnice jsou seskupovány do tzv. nemocničních trustů umožňující efektivní zajišťování komplexních služeb, ambu-

lantní a lůžkové péče (Janečková a Hnilicová, 2009). Více jak z poloviny jsou veřejné nemocnice financovány systémem DRG, jeho užití však není univerzální. V některých případech jsou platby z DRG uskutečňovány za celou poskytnutou službu (např. neodkladná péče), ale existují i případy, u kterých stanovení tarifu v rámci DRG systému zatím chybí, jelikož nejsou dostupná data, ze kterých by se výše úhrady vypočítala (Thomson, Osborn a Squires, 2013).

Hlavními poskytovateli paliativní péče jsou charity, financované z větší části z NHS. Oproti tomu soukromé společnosti jsou hlavními poskytovateli zdravotní péče pro starší populaci. Mimo ně zde vystupují i soukromé nemocnice a kliniky, které poskytují zdravotní služby pro pacienty za poplatky placené přímo a nebo přes soukromé zdravotní pojištění (Cylus a spol., 2015).

## 4 Návrh zákona o neziskových zdravotnických organizacích

Důvodová zpráva (HK ČR, 2015) zveřejněná Ministerstvem zdravotnictví uvádí podrobnější informace k návrhu zákona, který upravuje podmínky poskytování lůžkové zdravotní péče na neziskovém principu. Návrh přitom vychází z programového prohlášení vlády, ve kterém se vláda zavázala připravit návrh zákona o veřejných neziskových nemocnicích, který má umožnit neziskovým zdravotnickým organizacím (NZO) transparentnější a efektivnější řízení.

Cílem návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích je dle zprávy upravit stávající právní formu právnické osoby - neziskovou zdravotnickou organizaci, která bude poskytovat lůžkovou zdravotní péči a navazující zdravotní služby. Současně s tím bude probíhat i přeměna stávajících fakultních nemocnic na univerzitní, určité změny v osvobození od daně z příjmů, zajištění nepovinného výběrového řízení či změna povinnosti pojišťoven uzavřít smlouvu s NZO.

Nová úprava zákona bude mít dopad i na státní rozpočet a ostatní veřejné rozpočty. V rámci transformace jedné organizace Ministerstvo zdravotnictví odhaduje v průměru náklady ve výši 450 000 Kč. Změnu lze očekávat i ve výši odvodů daní z příjmů, kterou NZO nebudou muset odvádět. Očekávaný pokles daní však není možné zatím určit. Další dopad návrhu zákona bude na státní rozpočet kvůli přechodu majetku státu do vlastnictví NZO. Nyní majetek náleží státu a příspěvkové organizace s ním hospodaří, ale s návrhem zákona o tento majetek stát přijde. Ostatní veřejné rozpočty budou ovlivněny náklady na transformaci současných příspěvkových organizací územních samosprávných celků, pokud se tyto celky pro transformaci rozhodnou. Tyto náklady však není možné dle Ministerstva zdravotnictví zatím stanovit. Příloha k návrhu zákona však za rok 2014 uvádí skoro 200 milionů korun odvedených ze státních nemocnic jako daň z příjmu.

Transformace stávajících zdravotnických zařízení na novou právní formu neziskové organizace bude povinná pro státní příspěvkové organizace zřizované Ministerstvem zdravotnictví poskytující lůžkovou zdravotní péči. Dobrovolně této právní formy budou moci využít příspěvkové organizace zřizované krajem či obcí a dále také akciové společnosti a společnosti s ručením omezeným, které mají jediného akcionáře či společníka.

Ke změně právní formy u státních příspěvkových nemocnic na NZO má dojít k 1. lednu 2017. Téhož dne dojde i k samotnému převodu majetku České republiky na nové neziskové organizace, které s ním hospodařily k 31. prosinci 2016 ještě jako státní příspěvkové organizace. Automaticky bude na novou právní formu překlopeno devět fakultních nemocnic, další velké nemocnice, psychiatrické kliniky, specializované ústavy a nebo další ústavy. Celkem se jedná o 39 poskytovatelů zdravotních služeb. O statut neziskové organizace si však může požádat jakýkoliv zřizovatel, ať už se jedná o církev, obec, kraj či soukromou osobu, jak z důvodové zprávy (HK ČR, 2015) k návrhu zákona vyplývá. Zpráva zároveň uvádí, že o jejich transformaci bude rozhodovat Ministerstvo zdravotnictví ovšem bez možnosti přezkumu tohoto rozhodnutí. Listina základních práv a svobod však zakládá právo

jedinice na přezkoumání rozhodnutí založených na základě rozhodnutí orgánů veřejné správy (Wagnerová, 2012), v tomto směru by tak mohlo dojít k rozporu mezi návrhem zákona a Listinou.

#### 4.1 Nová právní forma právnické osoby

Jak z důvodové zprávy k návrhu zákona vyplývá, současná právní úprava státních příspěvkových organizací působících ve zdravotnictví je nedostatečná. Její původ se nachází především v zákoně č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, ve znění pozdějších předpisů, a zákoně č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Právní úprava pocházející ze zákona č. 219/2000 Sb. měla být původně pouze přechodná.

Obě zmíněné právní úpravy vyplývající z těchto zákonů neodrážejí specifika konkrétních činností, které se během fungování státních příspěvkových organizací vyvíjejí. Příkladem takové činnosti je poskytování zdravotních služeb. Jejich poskytování v působnosti státu zajišťují v rozhodující míře fakultní nemocnice, které se navíc ve spolupráci s vysokými školami a dalšími vzdělávacími zařízeními podílejí na vzdělávání zdravotnických a dalších pracovníků ve zdravotnictví. Poskytování zdravotních služeb je komplexní činností a neobejde se bez dostatečného personálního, materiálního a institucionálního zajištění, přičemž stávající právní úprava státních příspěvkových organizací je nedostačující převážně v institucionálním zajištění.

Hlavní nedostatky jsou primárně zjišťovány ve financování, jelikož státní příspěvkové organizace nelze financovat z bankovních úvěrů. Následkem toho je bránění efektivnímu řízení cash flow. Další nedostatky lze spatřit v omezeném nakládání s majetkem, jelikož některá právní jednání musí projít schválením orgány státu a celý proces se tedy může stát velmi časově náročným.

Česká právní úprava v současné době postrádá takovou úpravu formy právnické osoby, která by svou činnost vedla na základě principu neziskovosti, jako poskytovatel zdravotních služeb tuto činnost efektivně rozvíjela a zároveň by měla chráněný svůj majetek. Zároveň současná právní úprava neupravuje dostatečně vztah mezi fakultními nemocnicemi a vysokými školami, což může způsobovat problémy na obou stranách. Zmíněné problémy má návrh zákona za cíl odstranit novou právní formou NZO.

Hlavní činnost neziskové zdravotnické organizace bude spočívat v poskytování lůžkové zdravotní péče a navazujících zdravotních služeb. Její hlavní činnost nebude spočívat v podnikání, ale tato činnost bude považována za službu obecného hospodářského zájmu a příjmů plynoucích neziskové zdravotnické organizaci bude možno využít pouze na úhradu těch výdajů, které budou s její činností spojeny. Celkem bude pět nových typů neziskových zdravotnických organizací, které jsou uvedeny v příloze č. 1 k návrhu zákona (HK ČR, 2015).

- **Nezisková zdravotnická organizace 1. typu**

První typ NZO poskytuje akutní lůžkovou péči intenzivní a standardní, lůžkovou péči a návaznou ambulantní péči pro více krajů, popřípadě pro celý stát.

Zdravotní služby jsou zajišťovány na úrovni nezbytné pro zabezpečení klinické a praktické výuky v akreditovaných studijních oborech všeobecného lékařství, zubní lékařství nebo farmacie a v akreditovaných studijních programech nelékařských zdravotnických oborů.

Na jejich pracovištích je poskytována klinická a praktická výuka v akreditovaných studijních oborech všeobecné lékařství, zubní lékařství nebo farmacie a v akreditovaných studijních programech nelékařských zdravotnických oborů a související výzkumná nebo vývojová činnost.

- **Nezisková zdravotnická organizace 2. typu**

Další typ organizace poskytuje zvláště specializovanou lůžkovou péči na vysoké úrovni, a to minimálně v rozsahu akutní péče intenzivní a standardní a návazné ambulantní péče pro více krajů popřípadě pro území celého státu, nebo lůžkovou péči v oboru psychiatrie, a to minimálně v rozsahu akutní péče intenzivní a standardní, následné a dlouhodobé péče a návazné ambulantní péče.

Zároveň tento typ musí splňovat podmínky udělení akreditace pro vzdělávání, které se řídí zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Dále se musí podílet na specializačním a celoživotním vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v akreditovaných oborech.

- **Nezisková zdravotnická organizace 3. typu**

Třetí typ poskytuje akutní lůžkovou péči intenzivní a standardní, následnou a dlouhodobou lůžkovou péči a návaznou péči ambulantní.

Poskytování zdravotních služeb organizacemi 3. typu je minimálně v rozsahu oborů chirurgie, vnitřní lékařství, gynekologie a porodnictví, dětské lékařství, kardiologie, neurologie, ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, klinická onkologie, otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, dermatovenerologie, infekční lékařství, oftalmologie, anesteziologie a intenzivní medicína, psychiatrie, patologie, hematologie a transfuzní lékařství, klinická biochemie a radiologie a zobrazovací metody.

U tohoto typu je zároveň požadavek splnění podmínky pro udělení akreditace pro vzdělávání podle zákona č. 95/2004 Sb. a podílení se na specializačním a celoživotním vzdělávání zdravotnických pracovníků v akreditovaných oborech.

- **Nezisková zdravotnická organizace 4. typu**

Předposlední typ neziskové organizace poskytuje akutní lůžkovou péči intenzivní a standardní, následnou a dlouhodobou lůžkovou péči a dále návaznou ambulantní péči.

Zdravotní služby jsou vykonávány minimálně v rozsahu oborů chirurgie, vnitřní lékařství, gynekologie a porodnictví, dětské lékařství, anesteziologie

a intenzivní medicína, hematologie a transfuzní lékařství, klinická biochemie a radiologie a zobrazovací metody.

Poskytovatelé musí splňovat podmínky pro udělení akreditace pro vzdělávání v oborech chirurgie, vnitřní lékařství, gynekologie a porodnictví a dětské lékařství podle zákona č. 95/2004 Sb. a dále se podílet na specializačním a celoživotním vzdělávání zdravotnických pracovníků v akreditovaných oborech.

- **Nezisková zdravotnická organizace 5. typu**

Poslední typ organizace poskytuje především dlouhodobou nebo paliativní lůžkovou péči, péči ošetrovatelskou a rehabilitační.

Všechny uvedené typy NZO jak důvodová zpráva (HK, 2015) uvádí, budou moci v rámci své hlavní činnosti poskytovat související vědeckou, výzkumnou, vývojovou a inovační činnost. Zároveň bude moci spolupracovat s vysokými školami a dalšími vzdělávacími zařízeními při uskutečňování klinické a praktické výuky v akreditovaných studijních programech a studijních oborech se zdravotnickým zaměřením a dále při specializačním a celoživotním vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Nová právní forma v podobě NZO získá nový, manažerský způsob řízení a vedoucím pracovníkům bude dána odpovědnost za hospodaření. Správní rada a zakladatel budou přítomni při rozhodování o zásadních záležitostech organizace.

Výhodou tato právní forma bude mít ve formě automatické povinnosti zdravotních pojišťoven uzavřít s ní smlouvu o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb. Povinnost uzavření smluv bude provázáno se souhlasem Ministerstva zdravotnictví se zápisem nové NZO do obchodního rejstříku.

Mezi další cíle návrhu zákona lze uvést:

- otevření možnosti stát se NZO i dalším poskytovatelům zdravotních služeb, jejichž zřizovatelem nebo zakladatelem není stát
- zpřístupňování údajů o NZO ve veřejném rejstříku
- zefektivnění motivace zaměstnanců NZO využitím možnosti sjednání smluvního platu
- zajištění transparentnosti a efektivnosti fungování NZO ze strany jejího zakladatele a správní rady

O nemocnicích, které se dobrovolně rozhodnou pro novou právní formu, bude rozhodovat jediný člověk, ministr zdravotnictví. Proti tomuto výroku však nebude existovat možnost odvolání a návrh zákona vylučuje i možnost přezkoumání tohoto rozhodnutí soudem.

Za správnou implementaci nové právní úpravy bude odpovědno Ministerstvo zdravotnictví, které při její realizaci bude spolupracovat i s dalšími institucemi. Plnění povinností bude vynucováno subjekty, které jsou oprávněny vykonávat kontrolu podle tohoto zákona, zákona o zdravotních službách a dalších právních předpisů. Mezi tyto subjekty patří především Ministerstvo zdravotnictví, Nejvyšší kontrolní úřad, zdravotní pojišťovny a zakladatelé NZO. Ministerstvo zdravotnictví



a další oprávněné subjekty budou také průběžně provádět přezkum účinnosti právní úpravy a v případech univerzitních nemocnic bude spolupracovat též s vysokými školami, jak důvodová zpráva vysvětluje (HK ČR, 2015).

## 4.2 Zdravotní pojišťovny

Dalším cílem návrhu zákona v důvodové zprávě (HK ČR, 2015) ministerstvo uvádí povinnost zdravotních pojišťoven uzavřít s NZO smlouvu o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb. Touto povinností se automaticky ruší výběrové řízení, které se před uzavřením smlouvy koná.

Účast na výběrovém řízení nezakládá automatický nárok na uzavření individuální smlouvy mezi poskytovatelem zdravotní péče a zdravotní pojišťovnou. Tomu předchází ještě dohodovací řízení, ve kterém zástupci z VZP, ostatních zdravotních pojišťoven a další zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče vedou diskuzi o cenách zdravotní péče a obsahu smluv. Výsledkem tohoto řízení je tzv. rámcová smlouva, dle které se uzavření konkrétní smlouvy mezi pojišťovnou a poskytovatelem řídí (Mach, 2010).

Nově tak NZO bude moci bez výběrového řízení poskytovat zdravotní služby v oborech a rozsahu stanoveném v souhlasu se zápisem NZO do obchodního rejstříku. Ministerstvo zdravotnictví v důvodové zprávě uvádí jako důvod to, že NZO nemůže bez uzavření smlouvy poskytovat zdravotní služby, které mají stanoveny v rámci své hlavní činnosti (HK ČR, 2015).

V současné době v České republice existuje 7 zdravotních pojišťoven a jejich výčet je následující (MZ ČR, 2010):

- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (VZP)
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (VoZP ČR)
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP)
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ)
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZP MV ČR)
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP)

Nárok na uzavření smluv právě mezi těmito pojišťovnami a NZO je upraveno v návrhu zákona v § 52a odst. 1) a odst. 2), jejichž znění je:

*(1) Zdravotní pojišťovna je povinna uzavřít s neziskovou zdravotnickou organizací smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb v oborech zdravotní péče uvedených v souhlasu k zápisu neziskové zdravotnické organizace do obchodního rejstříku nebo v případě neziskové zdravotnické organizace vzniklé změnou právní formy státní příspěvkové organizace v oborech zdravotní péče uvedených v zakladatelské listině. Smlouva podle věty první se uzavírá na dobu neurčitou.*

*(2) Rozsah hrazených služeb ujednaný ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb podle odstavce 1 musí odpovídat povinnosti zdravotní pojišťovny zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům podle § 46 odst. 1 při zohlednění již existující sítě smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny.*

První odstavec říká, že pojišťovna musí uzavřít s NZO povinně smlouvy na ty služby v oboru zdravotní péče, které jsou uvedeny v obchodním rejstříku anebo v zakladatelské listině. Druhý odstavec však zpochybňuje odstavec první, který říká, že pojišťovna musí zohlednit již existující síť poskytovatelů zdravotních služeb. Nabízí se tedy otázka, jestli u nových NZO musí pojišťovny uzavřít smlouvu v plném rozsahu, jak vyplývá z prvního odstavce a jak je také zmíněno v důvodové zprávě k návrhu zákona, nebo zda pojišťovna může odmítnout uzavření smluv v těch případech, kdy zohlední současné poskytovatele a následně dostupnost zdravotní péče zhodnotí jako dostačující. Na základě důvodové zprávy se lze přiklonit k prvnímu výkladu, povinnosti pojišťoven uzavřít s NZO smlouvy za všech okolností.

Jestliže se však NZO vyhnou výběrovému řízení a smlouva s pojišťovnami bude automaticky uzavřena, může dojít výrazně k ovlivnění vývoje zdravotnictví v České republice. Jelikož zdravotní pojišťovny mají odpovědnost za zajištění dostupnosti zdravotní péče pro své pojištěnce, může být výběr zdravotnických zařízení, se kterými pojišťovny smlouvy uzavřou, výrazně omezen právě díky zvýhodnění NZO. Návrh zákona tak jde proti směru optimálního rozložení sítě poskytovatelů zdravotních služeb tím, že právě narušuje činnost pojišťoven. Tvorba sítě poskytovatelů bude zcela v kompetenci státu a zdravotní pojišťovny se ocitnou v roli pasivního pozorovatele, jelikož jejich role v zajišťování časové a místní dostupnosti služeb bude ohrožena.

Vedlejším účinkem návrhu zákona, i když s tím Ministerstvo zdravotnictví předtím nepočítalo, může být vývoj českého zdravotnictví směrem k centralizovanému systému. Realnost této situace se odvíjí od toho, kolik nemocnic na novou právní formu neziskové organizace přejde. Pokud by k transformaci došlo pouze u nemocnic povinně stanovených návrhem zákona, pojišťovnám by stále zůstávala volnost pro efektivní tvorbu sítě poskytovatelů zdravotních služeb. V těchto případech by stále probíhalo povinné výběrové řízení jako nyní a dále by následovalo uzavřením smluv. Na druhou stranu, pokud se však pro novou právní formu rozhodne větší počet zdravotnických zařízení, o jejich zařazení do sítě poskytovatelů zdravotních služeb rozhodne místo zdravotních pojišťoven právě Ministerstvo zdravotnictví.

Důvodová zpráva (HK ČR, 2015) dále uvádí, že přístup ke smlouvám o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb se zdravotními pojišťovnami u ostatních poskytovatelů zdravotních služeb nebude významně omezen, čímž zdravotní pojišťovny budou stále disponovat možností i účinně regulovat vlastní síť smluvních poskytovatelů.

Za implementaci této změny spočívající v novém, výhodnějším postupu uzavírání smluv u NZO bude odpovídat Ministerstvo zdravotnictví a dále ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami bude průběžně provádět přezkum účinnosti právní

úpravy. Plnění povinnosti uzavírání smluv mezi zdravotními pojišťovnami a NZO o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb bude vynucováno podle zákona č. 48/1997 Sb.

### 4.3 Univerzitní nemocnice

Jako další změna vyplývající z návrhu zákona je v důvodové zprávě (HK ČR, 2015) uvedena přeměna fakultních nemocnic na univerzitní. Současné fakultní nemocnice jsou od 1. 4. 2012 upraveny v § 111 zákona č. 372/2011 Sb. a jejich činnost a spolupráce s vysokými školami je z hlediska právní úpravy pouze rámcová a pro praxi nedostatečná. Státní příspěvkové organizace díky své právní formě nemohou vytvářet pro činnost fakultních nemocnic v určitých oblastech potřebné podmínky. Zejména se to týká oblasti hospodaření, řízení a oblasti zajišťování spolupráce s vysokými školami.

Současné fakultní nemocnice poskytují velmi specializovanou zdravotní péči spolu s vědeckou, výzkumnou a vývojovou činností. Na sdílených pracovištích fakultních nemocnic a lékařských fakult se uskutečňuje klinická a praktická výuka v akreditovaných studijních programech spadající pod všeobecné lékařství, dále zubní lékařství a farmacie v akreditovaných studijních programech a vzdělávacích programech nelékařských zdravotnických oborů a v neposlední řadě také související výzkumná a vývojová činnost.

Cílem návrhu zákona je změna právní úpravy univerzitních nemocnic, které již nadále nebudou příspěvkovými organizacemi. Změna bude také v jejich kvalitnějším manažerském řízení, stanovení odpovědnosti vedoucích pracovníků a dále v pravidlech pro jejich jmenování. Mezi přednosti univerzitních klinik, univerzitních ústavů, univerzitních lékáren, akademickou radu a ředitele univerzitní nemocnice budou jednoznačně rozděleny rozhodovací činnosti. Návrhem zákona se i zkvalitní spolupráce mezi univerzitními nemocnicemi a vysokými školami při výzkumu, vědecké práci a vzdělávání.

Odpovědnost za implementaci regulace připadne Ministerstvu zdravotnictví, při níž bude spolupracovat s univerzitními nemocnicemi a zainteresovanými vysokými školami.

### 4.4 Osvobození od daně z příjmů

Daň z příjmů u veřejně prospěšných poplatníků je nyní řešen zákonem č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů. Tento zákon bude přizpůsoben nové právní formě zdravotnických zařízení. Kromě příjmů z investičních dotací bude předmět daně zahrnovat všechny příjmy veřejně prospěšných poplatníků, kteří jsou v pozici poskytovatele zdravotních služeb a na něž mají oprávnění k poskytování dle zákona, přičemž výjimku budou tvořit právě NZO, které budou osvobozeny i od daně z nabytí nemovitých věcí (Návrh zákona o neziskových nemocnicích je na světě. Jaké má přednosti a rizika?, 2015).

Jako následek osvobození od daně z příjmů důvodová zpráva uvádí snížení výběru daně z příjmů kvůli tomu, že NZO bude mít statut veřejně prospěšného poplatníka (HK ČR, 2015).

#### **4.5 Důsledky návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích**

Návrh zákona může mít vliv na více oblastí, se kterými Ministerstvo zdravotnictví nemuselo ani počítat. Jedná se například o možné ovlivnění existence nemocničních oddělení, nezaměstnanosti, finanční stability, sítě poskytovatelů zdravotních služeb, míru korupce či změnu příjmů a výdajů státního rozpočtu.

Zdravotní pojišťovny disponují určitým objemem peněz, který následně přerozdělují mezi poskytovatele zdravotních služeb. Pokud však pojišťovna bude mít povinnost s NZO uzavřít smlouvu a následně jim poskytovat úhrady za zdravotní péči, může nastat situace, ve které pojišťovny nebudou mít dostatek financí na úhrady pro nové, či stávající poskytovatele a novou smlouvu s nimi tedy neuzavřou. Existence některých oddělení popřípadě celých zdravotnických zařízení, které nejsou v režii státu, by tak mohla být ohrožena z důvodu nedostatku finančních zdrojů pojišťoven. Rušení těchto oddělení by znamenalo i propouštění personálu, čímž by došlo k ovlivnění míry nezaměstnanosti v České republice. V jakém rozsahu však zatím nelze říci, jelikož vše záleží na tom, k jakému rozsahu by mohlo k omezení finančních zdrojů ze strany zdravotních pojišťoven dojít.

Možná existenční likvidita některých oddělení je propojena i s finanční stabilitou zdravotnických zařízení, jelikož za závazky neziskových organizací založených státem bude ručit právě stát. Tím může u těchto poskytovatelů zdravotní péče dojít k poklesu zájmu o jejich efektivní hospodaření a může nastat situace, že budou pořizovat například nevýhodné a drahé přístroje. V investování do přístrojů neziskové organizace nebudou oproti ostatním ničím limitovány, jelikož za jejich závazky ručí právě stát. Následkem toho by bylo plýtvání finančních zdrojů, které by se mohly použít uváženějším způsobem. Finanční stabilita zdravotnických zařízení tak může být ovlivněna i tímhle způsobem. Pokud by se navíc některá NZO ocitla ve finančních problémech, s největší pravděpodobností by byly dodatečně financovány z daní, což by mělo za následek snížení státního rozpočtu.

Návrh zákona bude mít vliv i na síť poskytovatelů zdravotních služeb. V současné době je kompetence rozhodování o této síti svěřena zdravotním pojišťovnám, avšak nově by byla převedena na Ministerstvo zdravotnictví, přičemž rozhodování o udělení nové právní formy by probíhalo na základě nedostatečně vypracovaných kritérií. Změnou sítě poskytovatelů zdravotní péče by docházelo k ovlivnění celého českého zdravotnictví, které by se mohlo vyvíjet směrem k centralizovanému řízení.

Hospodaření NZO by mohlo mít vliv i na míru korupce. Tím, že by zdravotnické zařízení nemohlo dosahovat zisku, by mohlo dojít k ovlivnění managementu v efektivním řízení. I jistota přílivu finančních prostředků by mohla vést k vytvoření prostoru pro korupci v oblasti investičních a provozních prostředků. Korupce by

mohla vzniknout i přímo na úrovni ministerstva, které by dle návrhu zákona bylo jediným rozhodujícím subjektem o právní formě NZO. Mohlo by tedy dojít k úplatkářství za účelem získání této právní formy ze strany zdravotnických zařízení. Korupční jednání by tak vedlo k neefektivnímu hospodaření s veřejnými prostředky, zvyšování nákladů, snižování finančních zdrojů na budoucí investice, negativnímu ovlivnění ekonomického růstu, apod.

Další ekonomické dopady by se mohly týkat přímo státního rozpočtu. Tím, že by došlo u některých zdravotnických zařízení k osvobození od placení daní a nebo by jim byly výhodněji upraveny daňové podmínky, by tak stát mohl přijít o významný příjem. Závažnost této situace by se odvíjela od počtu transformovaných zdravotnických zařízení. Čím větší by byl zájem o novou právní formu NZO, tím více by stát o finanční zdroje přicházel. V příloze k návrhu zákona Ministerstvo zdravotnictví uvádí odvody daně z příjmů u všech 39 příspěvkových organizací, kterých se návrh zákona týká povinně. Za rok 2014 bylo do státního rozpočtu z daní odvedeno skoro 200 milionů korun. Minimálně o tuto částku bude státní rozpočet ponížěn, pokud se návrh zákona uvede v platnost od plánovaného roku 2017.

V současné době státní zdravotnická zařízení hospodaří s majetkem, který patří státu. Přijetím návrhu zákona však dojde k jeho převodu na NZO, která za něj bude mít odpovědnost. Stát tak přijde o část svého majetku a zároveň s tím zdravotnickým zařízením odpadne i náročná administrativa, která se na využívání státního majetku váže. Zdravotnická zařízení tak mohou ušetřit i finanční prostředky, které mohou využít na jiné účely.



## **5 Rovnost a zákaz diskriminace v judikatuře Ústavního soudu ČR a na úrovni Evropské unie**

Ústava ČR princip rovného zacházení zmiňuje ve své preambuli, kde Česká republika je označena jako vlast rovnoprávných svobodných občanů. Vysloveně ale tuto problematiku Ústava ČR neupravuje (Fredman, 2007). Za hlavní pramen na nejvyšší ústavní úrovni, který se principem rovnosti a zákazem diskriminace zabývá, je považován čl. 3 odst. 1 Listiny základních práv a svobod (Bobek, Boučková a Kühn, 2007).

K diskriminaci v oblasti zdravotní péče dle LZPS dochází, pokud se vyskytnou neodůvodněné rozdíly v možnostech jejího čerpání, ať už na základě dostupnosti, věku, typu choroby, rasy a etnika či dalších důvodů. Zájem jednotlivce musí být důležitější než zájem společnosti či vědy. Na nárok pacienta na zdravotní péči plynoucí ze zákona musí být pohlíženo jako na individuální nárok a ne jako na kolektivní (Wagnerová, 2012).

Diskriminací na evropské úrovni se zabývá v úzké spolupráci Evropský soud pro lidská práva (ESLP) a Soudní dvůr Evropské unie. Antidiskriminační pravidla v Evropské unii jsou stanoveny v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv a základních svobod a dále ve dvou směrnících - směrnice o rasové rovnosti a směrnice o rovnosti v zaměstnání (ESLP a Agentura Evropské unie pro základní práva, 2011).

Typů členění diskriminace existuje několik. Nejčastějšími zmiňovanými je členění na přímou a nepřímou diskriminaci. K přímé diskriminaci dochází, jestliže je s jednou osobou zacházeno méně příznivě než s osobou jinou, byly nebo se budou vyskytovat ve srovnatelné situaci, a k odlišnému zacházení dochází na základě pohlaví, rasy, etnického původu, nezpůsobilosti, věku či sexuální orientace. Nepřímá diskriminace se vyskytuje, pokud neutrální ustanovení, kritéria nebo praxe má pro jedince nebo skupinu jiný dopad a tento jednatel či skupina jsou následně vůči zbytku v určité nevýhodě. Takové jednání je ospravedlnitelné, pokud ustanovení, kritéria či praxe jsou objektivně odůvodněny legitimním cílem a prostředky k dosažení tohoto cíle jsou přiměřené a nezbytné (Maliszewska-Nienartowicz, 2014).

### **5.1 Obecný zákaz diskriminace v jednání veřejné moci a ve věcech obecného zájmu**

Jak uvádí Čížinský a spol. (2006), dodržování zásady rovného zacházení je platné stejně pro veřejnoprávní i soukromé osoby, pokud jednají z titulu veřejné moci nebo v jiném ohledu v oblasti obecného zájmu. Tento zákaz diskriminace je přímo zakotven v legislativě, konkrétně v čl. 1 Ústavy, čl. 1 a čl. 3 Listiny a dále v mezinárodních úmluvách o lidských právech. Zásada zákazu diskriminačního jednání pro veřejnoprávní subjekt platí jak pro jeho výkon veřejné správy, tak

i v jeho jiných činnostech. To samé platí i pro osoby, které jednají na základě pověření veřejné moci. Zákaz diskriminace se vztahuje na všechny v oblasti veřejného práva, tedy na:

- orgány státní správy
- orgány moci soudní, Parlament a další ústavní orgány a činitele
- územní samosprávy
- profesní samosprávy, univerzity
- instituce zřízené veřejnoprávními subjekty pro vykonávání určitých úkolů veřejného významu - veřejné ústavy
- soukromé osoby pověřené výkonem veřejných pravomocí anebo zajišťující obecné úkoly.

Zákaz diskriminace se vztahuje dále také na:

- soukromé osoby (fyzické i právnické), které jsou třeba i jen z části financovány z veřejných zdrojů a
- mohou fungovat jako subdodavatelé pro stát nebo jiné veřejnoprávní osoby.

Ať už se jedná o subjekty ve veřejném právu nebo o soukromé osoby, zákaz diskriminace by měl být v podobě povinnosti anebo omezení svévole zmíněných subjektů. Může se jednat například o odpovědnost za vyúčtování veřejných prostředků, zamezení libovůle, zákaz střetu zájmů anebo povinnost dohlížet na dodržování sledování veřejného zájmu při vykonávání činností pro stát.

Zákaz diskriminace pro veřejné subjekty platí nejen při jejich výkonu, ale i v jejich jednání. Jedná se zejména o normotvorbu státu a samosprávy, normy zabývající se fungováním veřejných institucí, normy interní povahy úřadů, vnitřní směrnice a podobné předpisy a v neposlední řadě také o jiné jednání samospráv v samostatné působnosti.

Veřejné subjekty jsou vázány zákazem diskriminace i pokud působí v oblasti soukromoprávních vztahů. V těchto vztazích, ve kterých je či není zákaz diskriminace platný pro soukromé subjekty, se stejně vztahuje i na subjekty veřejné. Soukromé subjekty zde mají zakázáno diskriminovat v oblasti výdělečné činnosti a věci související, v přístupu a poskytování vzdělání a zdravotní péče, a v přístupu ke zboží a službám včetně bydlení (Čížinský a spol., 2006).

## 5.2 Test diskriminace

Test diskriminace, neboli také test přímé diskriminace, je navržen s přihlédnutím k novější judikatuře ESLP posledních deseti let a je upraven právě v již zmiňovaném čl. 3 odst. 1 Listiny.

Nástrojem k zajištění ústavní rovnosti v právech je nerozlišovat jednotlivce či skupiny z nějakých důvodů. Nejedná se však o jediné řešení, které lze uplatnit. Kromě rovnosti může být zákaz diskriminace vztážen i k jiným ústavním cílům



a hodnotám. Těmi jsou racionalita a předvídatelnost výkonu veřejné správy. Nerozvážná, svévolná a i korupční rozlišování nevede pouze k nerovnému zacházení a poškozování lidské důstojnosti, ale vede také k ne hospodárné a k společensky ztrátové činnosti. Diskriminace tedy nastává, pokud (Wagnerová, 2012):

1. Dochází k vyčlenění srovnatelného jednotlivce nebo skupiny,
2. ze zakázaného (podezřelého, neospravedlnitelného) důvodu,
3. které mu je k tíži (uložením břemene nebo odepřením dobra)?
4. A vyčleňování není možné ospravedlnit, tedy nesleduje žádný legitimní či akceptovatelný důvod (veřejný, legitimní zájem) a opatření je nepřiměřené (disproporční)?

Test diskriminace je využíván k posouzení diskriminace u jednotlivců či skupin. Pro účely diplomové práce však bude tento test modifikován a v úvahu budou nadále brány zdravotnická zařízení.

### 5.2.1 Srovnatelnost

Srovnatelnost tvoří důležitou otázku diskriminačního práva, která hodnotí shodné a odlišné prvky posuzovaných skupin. Pokud srovnatelnost není vůbec nalezena, pak nemůže dojít k diskriminaci z důvodu jiného zacházení s obdobnými subjekty. Diskriminace nastane pouze tehdy, pokud je se stejnými subjekty zacházeno jiným způsobem bez udání důvodu, ale také, pokud je s odlišnými subjekty zacházeno stejně bez uvedení důvodu.

Stanovení závěru, zda se o srovnatelné prvky jedná či nikoliv, je velmi subjektivním procesem, kde záleží na názoru a hodnotách pozorovatele. Rovněž při posuzování srovnatelnosti se jedná o selektivní proces. Nikdy totiž nikdo neobsáhne všechny relevantní znaky, které prvky A a B mají odlišné a nebo naopak shodné. Výběr znaků je tedy velmi důležitý. Posuzování srovnatelnosti by mělo probíhat alespoň s minimální racionalitou a především by mělo být zdůvodněno. Zdůvodnění, proč bylo dosaženo daného závěru o pozitivní srovnatelnosti dvou prvků, může být zároveň i ospravedlněním odlišného zacházení s danými prvky.

Pokud se soud nechce v případě dané kauzy diskriminací zabývat, pak na samotném začátku ihned odmítne srovnatelnost přítomných subjektů. K tomu dochází často právě díky tomu, že se nastaví velice úzký okruh srovnání, jehož výsledkem je vytvoření jednoprvkové množiny, která se již nedá srovnat s ničím dalším (Wagnerová, 2012).

### 5.2.2 Důvod vyčlenění zdravotnických zařízení (diskriminační důvody)

Jak Wagnerová (2012) uvádí, diskriminační důvody tvoří stěžejní část testu diskriminace. Samotné zpracování a ústavní prosazování rovného zacházení vzniklo následkem stigmatizace a existujícího znevýhodňování ve společnosti. Jak evropská, tak i zahraniční judikatura se shodují na nutném odlišném jednání s různými typy důvodů diskriminace a také na tvrdším přístupu k těm morálně závadným. Stanovit lze celkem tři způsoby:

- Test diskriminace může být omezen pouze a výlučně na rozlišování morálních či eticky závažných důvodů mající negativní vliv na lidskou důstojnost (v případě jednotlivců či skupin např. rasa, pohlaví, náboženství) s tím, že diskriminace je poté determinována vyjmenováním diskriminačních důvodů. Rozlišování důvodů předtím nevyjmenovaných je poté v rukou státu, jež se dále odvíjí od jeho volné úvahy. Pod diskriminační jednání by tyto důvody neměly být vůbec zahrnuty.
- Další možný způsob je žádný diskriminační důvod nevyřazovat, ať už se jedná či nejedná o morálně závažný důvod. Tento diskriminační důvod se následně řeší i ve fázi zdůvodnění rozdílného zacházení.
- Poslední možností jsou samostatné testy, které berou v potaz každý diskriminační důvod zvlášť.

Za nejlepší variantu řešení je možno brát variantu druhou. Je totiž zřejmé, že v situaci jakéhokoliv rozlišování je nutné znát základní kategorie, co v porovnání s čím je odlišováno a na základě jakého důvodu. Až ve fázi zdůvodnění a ospravedlnění bude brán zřetel na morální stránku (Wagnerová, 2012).

Na to, jak diskriminační kritérium zvolit a zároveň jej odůvodnit, existuje celá řada přístupů. Jedním z nich je i test neměnného postavení a zásadní volby, který zvolené kritérium hodnotí jako diskriminační, pokud spočívá v postavení, které je svou podstatou neměnné a zároveň nezávislé na vůli znevýhodněných osob dané postavení získat, anebo se jedná o postavení či rysy, které znázorňují důsledek zásadní volby, pro které se znevýhodněná osoba rozhodla (Jílek, Větrovský a Šmigová, 2015).

### 5.2.3 Znevýhodnění zdravotnických zařízení

Znevýhodnění uvažovaných subjektů se neurčuje odděleně, ale je výsledkem posouzení okolností případu. Jedná se o identifikační prvek diskriminačního zacházení a může mít různou podobu. Může to být například odepření určitého statku či vyměření dodatečného břemene, které pro většinu nemusí platit. Pokud by docházelo k situaci zvýhodňování cílové skupiny, pak nedochází k diskriminaci, ale jedná se o tzv. pozitivní opatření, neboli obrácenou diskriminaci (Wagnerová, 2012).

#### • **Obrácená diskriminace**

Nástroje obrácené diskriminace lze rozčlenit na nástroje orientované na pracovní trh a na nástroje s cílem podpořit účast cílových skupin ve veřejném životě, politické a vzdělávací oblasti. Snahou je pomoci cílovým skupinám začlenit se do moderních povolání, vzdělávacích institucí, politiky apod. (Střílková, 2005).

Jak Wagnerová (2012) uvádí, cílem obrácené diskriminace je získat buď rovnost šancí, anebo zajistit rovnost výsledků. Tato problematika s sebou nese i řadu otázek. Za závažnou otázku lze považovat, zdali je vůbec systém obrácené diskriminace v souladu se zákazem diskriminace. Jestliže je diskriminace vnímána jako imperativ formální, tak poté rovnosti, jež má zajistit jednotné zacházení pro všech-

ny, právě bez použití jakýchkoliv rozlišovacích kritérií, pak může být státní vize rozlišování založených na jednotných kritériích problematická.

Tato podoba diskriminace představuje úmyslné zvýhodnění určité skupiny subjektů či jednotlivců, které není dostupné zbytku společnosti. Základem této diskriminace tedy je, že se musí jednat o určité zvýhodnění. Obrácená diskriminace může mít podobu obecné prevence, aktivního odstraňování příčin znevýhodnění, různých kvót nebo se může jednat o změnu kritérií přístupu k určitým statkům či povoláním.

Obrácenou diskriminací se zabývá zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů. Ten vymezuje ji jako diskriminace, ke které dochází, pokud není rozdílné zacházení zdůvodněno legitimním cílem a užití prostředky k tomuto cíli nejsou přiměřené a nezbytné (Sbírka zákonů, 2009).

V případě obrácené diskriminace lze pro její posouzení využít první a čtvrtý krok testu diskriminace. První krok je zaměřen na hodnocení srovnatelnosti subjektů a čtvrtý krok následně určí přiměřenost a nezbytnost použitých opatření.

#### • Akcesorická a neakcesorická rovnost

K vyčlenění akcesorické a neakcesorické rovnosti Ústavním soudem došlo na základě toho, že v praxi docházelo k posuzování rovnosti někdy samostatně a někdy pouze ve spojitosti s jiným základním právem. Akcesorická rovnost představuje zákaz diskriminace týkající se přístupu k základním právům, která jsou uvedena v čl. 3 odst. 1 Listiny. Jako na samostatné základní právo na tuto rovnost není pohlíženo a musí být tedy provázána s jiným základním právem. I přesto, že Listina i Úmluva obsahují široký výčet základních práv a svobod, nelze vyloučit možnost, že dojde k diskriminaci jedince v oblasti práva na základě toho, že se zrovna toto právo ve výčtu základních práv a svobod nenachází (Wagnerová, 2012).

Oproti tomu s neakcesorickou rovností je nejvíce provázán čl. 1 Listiny. Rovnost je chápána jako samostatné právo, které je vynutitelné samo o sobě a nemusí být provázáno s jiným základním právem (Winter, 2006). Aby k obecnému zakazu diskriminace nedošlo, nesmí dle Ústavního soudu právní rozlišování mezi jednotlivými subjekty v jejich přístupu k určitým právům vzejít na základě libovůle zákonodárce. K nahodilému rozlišování skupin a jejich práv nesmí docházet ani ze strany soudů a orgánů výkonné moci, pokud se tak děje bez nějakého rozumného ospravedlnění (Wagnerová, 2012).

#### • Celospolečenský dopad

V případě, že nastává riziko újmy pro větší skupinu osob na delší dobu, jedná se o tzv. celospolečenský dopad. I když se může vyznačovat diskriminačními prvky, nejedná se o závaznou podmínku, která musí být splněna pro potvrzení diskriminace (Čížinský a spol., 2006).

### 5.2.4 Ospravedlnění

Příčiny ospravedlnění lze též nazvat legitimním cílem či státním nebo veřejným zájmem. Tyto příčiny však nejsou nikde v zákoně vymezeny. Veřejný zájem se bude

odvíjet od cílů jednotlivé právní úpravy a záměrů, kterých zákonodárce chce jejím přijímáním dosáhnout. Za obecnou podmínku se považuje nutnost akceptovatelnosti legitimního cíle či veřejného zájmu na ústavní úrovni a existující souvislost mezi nimi a napadeným opatřením (Wagnerová, 2012).

Veřejný zájem představuje opatření či činnost, které společnosti prospívá jako celku. Oproti státnímu zájmu, který vyjadřuje vliv mocenské autority, se veřejný zájem více vyznačuje demokratickými prvky, jelikož kromě vlády zohledňuje také veřejnost a jeho cílem je zajištění potřeb většiny obyvatel určitého správního celku. Vzhledem k tomu, že veřejný zájem se neustále mění, stalo se z něj velmi diskutované téma jak v politice, tak i v běžném životě (Heger, 2012).

Další podmínkou, jak ospravedlnit jiné zacházení, je na základě jeho přiměřenosti, kterou je možno označit i jako princip proporcionality. Proporcionalita představuje vztah mezi definovaným legitimním cílem a zvolenými opatřeními pro jeho splnění. Ústavní soud se však zabývá hodnocením přiměřenosti pouze zřídka. Často se totiž stává, že opatření neobstojí v některé z již zmíněných podmínek předtím, např. ihned na začátku v posuzování srovnatelnosti (Wagnerová, 2012).

Dle názoru Davida Beattyho (2004) princip proporcionality může být v každé zemi vnímán odlišně. Důraz v této oblasti klade i na spravedlnost, která se odvíjí od místa a sociální skutečnosti. Dle jeho názoru za nepřiměřené je možné považovat takové jednání, které nesplňuje požadavek nezbytnosti.

Ústavní soud neposuzuje otázku proporcionality vždy stejně do hloubky. Pokud se jedná o případ, který se dotýká lidské morálky a nějakým způsobem poškozuje lidskou důstojnost, pak se soud uchyluje k velmi důraznému testu proporcionality. Na druhou stranu, pokud se jedná o situaci, která v sobě otázku morálky vůbec neobsahuje a nedochází k pošlapání lidské důstojnosti (např. rozdělení produkčních kvót mezi výrobce mléka dle regionu), pak soud zkoumá diskriminaci v menším rozsahu (Wagnerová, 2012).

### 5.3 Test diskriminace na úrovni Evropské unie

ESLP se zabývá otázkou diskriminace v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv a základních svobod, konkrétně v čl. 14. K první interpretaci tohoto článku ze strany ESLP došlo u případu *Belgian Linguistics* ze dne 23. července 1968, č. 1474/62 (Moeckli, Shah a Sivakumaran, 2014).

Evropský soud zde jasně vymezil, že porušení principu rovného zacházení nastává tehdy, pokud důvody rozdílného zacházení nemají objektivní a rozumné ospravedlnění. Existující ospravedlnění musí být posuzováno s ohledem na cíl a účinky posuzovaného opatření. V úvahu musí být brány také principy, které jsou obvykle převažující v demokratických společnostech.

Sledování legitimního cíle však není jedinou podmínkou pro ospravedlnění rozdílného zacházení při výkonu práva stanoveného Úmluvou. Článek 14 je porušen také tehdy, je-li jasně prokázáno, že neexistuje žádný rozumný vztah proporcionality mezi použitými prostředky a sledovaným cílem (Moeckli, Shah a Sivakumaran, 2014).

Dle Bobka a spol. (2007) je test diskriminace na evropské úrovni používaného samotným Evropským soudem možné rozdělit do následujících kroků, které se sestávají ze čtyř částí:

1. Spadá namítané porušení čl. 14. do sféry některého z dalších práv, které Úmluva zaručuje?
2. Sledovalo dotčené zacházení legitimní cíl?
3. Byla užitá opatření ve vztahu k legitimnímu cíli přiměřená?
4. Zašlo rozdílné zacházení za hranici volného uvážení daného státu?

Pokud se jedná o čl. 14, je nutné, aby dané rozdílné zacházení mohlo být obsaženo v rámci alespoň jednoho dalšího ustanovení Úmluvy. Pro lepší představu, pokud se jedná například o diskriminační jednání v oblasti vlastnického práva, je nezbytné, aby dané rozhodnutí nebo jednání státního orgánu spadalo pod čl. 1 Dodatkového protokolu, který se ochranou vlastnictví zabývá (Bobek, Boučková a Kühn, 2007).

Splnitelnost druhého kritéria by pro státy mělo být jednoduché. Většina případů odlišného zacházení může být ospravedlněno tím, že cílem takového jednání je ochrana veřejného pořádku (Weston a Grear, 2016) nebo například národní bezpečnost (Bobek, Boučková a Kühn, 2007).

Třetí kritérium je však obtížněji splnitelné. Požadavek proporcionality odráží fakt, že spravedlivé nastolení rovnováhy by mělo nastat mezi zájmy komunity a respektováním práv jednotlivce. K tomu je potřeba zvážit širokou škálu faktorů. Jedná se například o posouzení vhodnosti rozdílů k dosažení sledovaného cíle, dostupnost alternativních způsobů a otázku, zda znevýhodnění postižených jedinců či skupin je tedy proporcionální ve vztahu k cíli (Weston a Grear, 2016). Judikatura soudu je tak obsáhlá a rozdílná, že nelze určit ani hlavní rysy a kritéria, dle kterých v otázce přiměřenosti postupovat. Ta se hodnotí na základě individuálních případů, kde největší ohled je brán na daný diskriminační důvod.

Poslední, čtvrté kritérium poskytuje členským státům určitý prostor pro jednání dle jejich vůle. Přístup vyplývá ze subsidiární povahy Úmluvy, jelikož orgány na národní úrovni mají v porovnání s orgány na úrovni mezinárodní lepší úsudek, co se hledání optimálního poměru mezi veřejným a individuálním zájmem týče (Bobek, Boučková a Kühn, 2007).

## 5.4 Srovnání testů diskriminace

Oba dva uvedené testy si jsou velmi podobné a sledují stejný cíl - zjistit, zda dochází k porušení principu rovnosti. Jejich společnou silnou stránkou je ospravedlnění diskriminace v tom případě, pokud je sledován legitimní cíl s použitím přiměřených prostředků. Soudy tak hledají i další alternativy, které by se nemusely diskriminačními prvky vyznačovat.

Diskriminační test používaný ESLP oproti testu diskriminace navíc obsahuje přísnější podmínku, kdy diskriminační důvod musí spadat pod další sféru některého z práv, což může představovat jeho slabou stránku. Pokud totiž propojení možného diskriminačního jednání s dalším právem nebude nalezeno, nemůže se jednat

ve výsledku o diskriminaci, i když se odlišné jednání diskriminačními prvky může vyznačovat. Podobně je tomu i u testu diskriminace užívaného Ústavním soudem, jehož slabou stránkou je naopak to, že pokud důvod odlišného zacházení nebude nalezen ve výčtu zakázaných důvodů uvedených v LZPS, o diskriminaci se též nemůže jednat.

Další nevýhodou obou dvou testů je jejich subjektivní pojetí, jelikož neexistuje žádný specifický postup, dle kterého oba testy aplikovat. V některých případech tak nestačí nic jiného, než úsudek hodnotitele, přičemž také záleží na jeho osobních hodnotách a postojích. Neexistence dalších, hodnotících kritérií je tedy v tomto případě velkou slabinou. Objevuje se zde však otázka, jestli nějaký univerzální postup je vůbec možno nalézt, jelikož otázka diskriminace je problematikou velmi obsáhlou, vyžadující důkladnější přístup.

Pro účely testování diskriminace zdravotnických zařízení je možné využít oba dva typy testů za předpokladu, že dojde k jejich částečné modifikaci. První test diskriminace, který bude následně aplikován, bere v úvahu jednotlivce. Pro účely diplomové práce však dojde k záměně a počítáno bude se zdravotnickými zařízeními.

## 6 Potenciální diskriminace zdravotnických zařízení

Návrh zákona s sebou nese určité výhody pro nové, transformované nemocnice a nevýhody pro ty, kteří se rozhodnou svoji stávající právní formu ponechat a dále ty, kteří se přeměnit chtějí, ale nemohou. Prvky potenciální diskriminace lze nalézt například ve zvýhodněném uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami, daňových úlevách u NZO či v odmítnutí udělení nové formy pro zdravotnické zařízení na základě neobjektivně stanovených kritérií ze strany Ministerstva zdravotnictví.

S potenciální diskriminací souvisí i stanovení postupu, podle něhož by se rozhodovalo, která zdravotnická zařízení právní formu NZO získají a která ne. Návrh zákona o neziskových zdravotnických organizacích, ani důvodová zpráva k němu přidělená se tímto postupem dostatečně nezabývá. Ministerstvo pouze vyjmenovalo zdravotnická zařízení, pro které bude právní forma NZO povinná. Další faktory, jako například hospodaření, počet lůžek, vybavenost nemocnic, rozsah provedených úkonů či další normativy ministerstvo neuvádělo.

Zákon umožňuje stát se NZO i těm poskytovatelům zdravotní péče, jejichž zřizovatelem či zakladatelem není stát. Novou právní formu by tak nemohly využít nemocnice bez poskytování vzdělávání zdravotníků a ani ty nemocnice, jež poskytují převážně dlouhodobou lůžkovou péči. Znevýhodněn by tak byl velký podíl nemocnic, které by i o neziskovou právní formu stály, ale zákon je automaticky vylučuje.

Tato část diplomové práce se tak bude zabývat identifikováním potenciální diskriminace u vzorku NZO. Na základě návrhu zákona bude zvýhodněno devět fakultních nemocnic spolu s dalšími třiceti zdravotnickými organizacemi, u kterých Ministerstvo zdravotnictví rozhodlo o změně právní formy na neziskovou zdravotnickou organizaci povinně. K ověření potenciální diskriminace, spočívající ve zvýhodněném uzavírání smluv mezi zdravotními pojišťovnami a NZO, bude využito testu diskriminace.

Tato část práce se tedy bude věnovat testu diskriminace a jeho užitím na zdravotnická zařízení. Test se sestává ze 4 kroků, které však neobsahují žádná specifická kritéria, podle kterých se má při jejich řešení postupovat. V rámci každého kroku tedy budou stanovena taková kritéria, která povedou k jejich zodpovězení. Výsledek testu diskriminace by měl říci, zda dochází k potenciální diskriminaci u zdravotnických zařízení. Fakultní nemocnice spolu s dalšími NZO budou označovány jako zdravotnická zařízení první kategorie. Zdravotnická zařízení druhé kategorie budou představovat ty, které si svoji stávající právní formu ponechají.

Potvrzení jednotlivých kroků testu značí, že předmět testování v sobě obsahuje diskriminační prvky, aby však bylo možné uvažovat o diskriminaci jako celku, musí být splněny všechny jeho kroky zároveň. V rámci testu je možno zjistit diskriminaci nejen u první kategorie zdravotnických zařízení, ale také u zbylých zdravotnických zařízení tvořící kategorii druhou. Pro potvrzení potenciální obrácené diskriminace u NZO je potřeba splnit pouze první a poslední krok a pro potvrzení porušení zákazu diskriminace u zbylých zařízení musí být splněny všechny kroky

současně. První a čtvrtý krok testu tedy bude zaměřen na obě kategorie, druhý a třetí krok se bude zabývat druhou kategorií zdravotnických zařízení, jelikož pro potvrzení obrácené diskriminace u neziskových poskytovatelů zdravotní péče nejsou potřeba.

## 6.1 Aplikace testu diskriminace

Mezi všemi výhodami plynoucími z návrhu zákona pro první kategorii nemocnic byla vybrána ta výhoda, která umožňuje zvýhodněné uzavírání smluv mezi NZO a zdravotními pojišťovnami. Pro ověření, zda k diskriminaci dochází či nikoliv, je využito testu diskriminace používaného Ústavním soudem České republiky, ve kterém dochází k posouzení čtyř kroků:

1. Dochází k vyčlenění srovnatelných zdravotnických zařízení,
2. ze zakázaného (podezřelého, neospravedlnitelného) důvodu,
3. které jim je k tíži (uložením břemene nebo odepřením dobra)?
4. A vyčleňování není možné ospravedlnit, tedy nesleduje žádný legitimní či akceptovatelný důvod (veřejný, legitimní zájem) a opatření je nepřiměřené (disproporční)?

Aby se o diskriminaci jednalo, musí být naplněny všechny čtyři kroky současně. Vzhledem k tomu, že test je určen primárně pro oblast lidských práv, bude uvažována jeho modifikovaná verze.

### 6.1.1 Srovnatelnost zdravotnických zařízení

V rámci tohoto kroku dochází ke srovnání postavení dvou kategorií zdravotnických zařízení. Na jedné straně vystupují NZO s povinnou transformací, jejichž hlavní činnost bude spočívat v poskytování lůžkové a navazující zdravotní péče. Do této kategorie již teď lze zařadit 9 fakultních nemocnic a dalších 30 zdravotnických zařízení. K nim se řadí i nemocnice, které se budou chtít dobrovolně transformovat na novou právní formu s plynoucími výhodami. Jejich změnu ale bude muset schválit Ministerstvo zdravotnictví.

Oproti tomu v druhé kategorii stojí zdravotnická zařízení převážně typu obchodních společností, též poskytující zdravotní péči, avšak čerpání výhody nároku na automatické uzavření smluv s pojišťovnami mít nebudou. Jejich fungování bude nezměněno a žádné výhody jim přiřazeny nebudou.

Aby byl splněn první krok testu diskriminace, je potřeba, aby obě dvě kategorie zdravotnických zařízení byly srovnatelné. Cílem tohoto kroku je tedy zjistit takové společné prvky, které jejich srovnatelnost či podobnost potvrdí anebo vyvrátí. Nicméně obsáhnout a porovnat společné a rozdílné znaky mezi první a druhou kategorií zdravotnických zařízení je velmi náročné, ne-li nemožné. Zvoleny jsou tedy taková kritéria, která vystihnou ty nejdůležitější znaky.



**Kritérium 1: Spadají obě posuzované kategorie do stejného odvětví a poskytují stejnou službu?**

Pokud je potřeba najít společné znaky mezi posuzovanými zařízeními, tak jedním z těchto znaků by mělo být poskytování stejných anebo podobných služeb a jejich působení ve stejném odvětví anebo aspoň v odvětví, ve kterém reagují posuzované strany na stejné proměnné podobně. Bylo by totiž nesmyslné zabývat se srovnatelností dvou skupin, jejichž činnost je diametrálně odlišná.

Zásadní rozdíl je však v úrovni poskytované péče. Fakultní nemocnice a další specializovaná centra v první kategorii jsou všeobecně známy vykonáváním mnohem náročnějších úkonů, než ostatní nemocnice. Je to dáno především jejich vybaveností pracovišť a odbornou specializací. Mimo běžnou zdravotní péči dokážou ošetřit i těžší případy pacientů s komplikacemi, kritickými stavy či dalšími stavy, které mohou být schopni jako jediní na svých odděleních zvládnout. Současně s léčebnou činností jako jediný typ fakultní nemocnice v České republice poskytují praktickou výuku mediků, podílí se na vědě a zajišťují výzkumnou činnost. Oproti tomu, zbylé nemocnice poskytují omezenější zdravotní péči, jelikož nejsou až tak specializovaná a vybavená jako fakultní nemocnice. Jejich činností je zajišťování zdravotní péče v běžném rozsahu. Na vědě, výzkumu a ani na výuce budoucích lékařů se tedy nemusejí podílet.

V tomto případě obě dvě skupiny působí v odvětví zdravotnictví, a to na stejném, geograficky vymezeném území České republiky. Bez ohledu na právní formu, hospodaření či zřizovatele je náplní a cílem všech zdravotnických zařízení poskytování zdravotnických služeb pacientům. Při bližším zaměření se však oba dva typy nemocnic liší škálou poskytovaných služeb. Oba dva typy zdravotnických zařízení z pohledu poskytované zdravotní péče tedy za srovnatelné považovat nelze.

**Kritérium 2: Řídí se činnost posuzovaných skupin (poskytování zdravotní péče) stejným zákonem?**

Další důležité kritérium, které je pro posouzení srovnatelnosti dvou kategorií zvoleno, je jejich zákonná úprava zdravotnických zařízení.

Na mezinárodní úrovni za nejdůležitější právní dokument lze považovat Úmluvu o lidských právech a biomedicíně (96/2001 Sb. mezinárodních smluv), která se zabývá právy pacientů v souvislosti s medicínou, léčbou a výzkumem. Česká republika ji ratifikovala v roce 2001 a je závazným dokumentem pro celou zemi, tedy všechna zdravotnická zařízení.

Právní úpravou na národní úrovni ve zdravotnictví se zabývá zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, dále množství vyhlášek, nařízení vlády a dalších zákonů, které jsou závazným právním nástrojem pro všechna zdravotnická zařízení. Za důležité zákony lze považovat první dva uvedené. Zákon č. 372/2011 Sb. určuje jako poskytovatele zdravotních služeb fyzickou nebo právnickou osobu, které bylo uděleno oprávnění k poskytování zdravotních služeb vymezené zákonem. Zákon též de-

finuje zdravotnická zařízení jako prostory určené pro poskytování zdravotních služeb.

Obě dvě kategorie zdravotnických zařízení se musí stejně bez rozdílu řídit jak mezinárodní, tak i národní právní úpravou. Na právní úpravě zdravotnických zařízení v tomto ohledu tedy nezáleží.

### **Kritérium 3: Jaký je úhradový mechanismus obou dvou kategorií zdravotnických zařízení z veřejného zdravotního pojištění?**

Další vybrané kritérium pro zhodnocení srovnatelnosti tvoří posouzení úhradového mechanismu z veřejného zdravotního pojištění. To je zvoleno na základě jeho souvislosti se zdravotními pojišťovnami, na které se vztahuje povinnost uzavřít s NZO automaticky smlouvu.

Úhradový mechanismus veřejného zdravotního pojištění se řídí dle úhradových vyhlášek zveřejňovaných každoročně Ministerstvem zdravotnictví. Dle těchto právních předpisů se musí řídit všechna zdravotnická zařízení, která mají se zdravotními pojišťovnami uzavřenou smlouvu. Zákony přitom nerozlišují úhradové mechanismy dle právní formy, hospodaření, ziskovosti ani dalších faktorů, ale zdravotnická zařízení berou jako celek a jejich předpisy jsou tedy platné pro všechna zdravotnická zařízení stejně.

#### **6.1.2 Zakázaný (diskriminační) důvod**

Tato část se zabývá relevantností důvodu, na základě kterého zákonodárce vyčleňuje a zvýhodňuje jeden typ zdravotnických zařízení. Pro připomenutí, LZPS ve svém čl. 3 odst. 1 uvádí výčet diskriminačních důvodů, v rámci něhož je diskriminace zakázána. Jedná se o zákaz rozlišování na základě neuzavřeného výčtu důvodů, a to pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka,... rodu nebo jiného postavení. Tady je nejdůležitější poslední důvod výčtu - jiné postavení. Kritéria pro posouzení zakázaného důvodu v testu diskriminace jsou stanoveny následující:

### **Kritérium 1: Mají posuzované skupiny stejnou/jinou právní formu?**

I když obě kategorie zdravotnických zařízení jsou zřízeny jako právnické osoby, navzájem se odlišují svými charakteristickými rysy. Jedna kategorie se řadí pod obchodní společnosti - jedná se o ty, které se rozhodnou svou stávající právní formu i nadále užívat, a další kategorie je definována jako nově zřízená státní zdravotnická zařízení neziskového charakteru. Oba dva typy se staví k otázkám vlastnictví a principu ziskovosti jinak.

První kategorie neziskových zdravotnických organizací jsou, jak už z názvu vyplývá, založeny na neziskovém principu. Jejich hlavním posláním tedy není generovat zisk. Druhá kategorie zdravotnických zařízení obchodního typu vykonává svou hlavní činnost na základě dosažení zisku. Je zde také další rozdíl oproti právní formě NZO, spočívající v jiné úpravě vlastnictví a ručení za závazky, která se liší v návaznosti na jednotlivě zvolené formy obchodních společností. Na otázku o jakou právní formu lze odpovědět jednoduše - právní forma zdravotnických organizací je odlišná.

**Kritérium 2: Jedná se o zvýhodnění určité skupiny na základě jiného postavení?**

Za jiné postavení v tomto případě je možné považovat již zmíněnou odlišnou právní formu zdravotnických zařízení. Jedna kategorie zdravotnických zařízení totiž bude mít formu státních neziskových organizací a druhá kategorie bude mít stávající právní formu typu nestátních zdravotnických zařízení. Jiné postavení, definované právní formou, lze tedy považovat za kritérium, na základě něhož bude rozhodnuto, komu bude umožněn nárok na automatické uzavírání smluv a komu ne. V tomto případě tedy lze poukázat na zvýhodnění jedné strany oproti druhé s diskriminačními prvky, jelikož jiné postavení je jedním z diskriminačních důvodů uvedených v Listině.

Přidělování výhody zdravotnickým zařízením na základě jejich právních forem (jiného postavení), lze také ověřit testem neměnného postavení a zásadní volby. V praxi se tento test používá pouze u jednotlivců, avšak jeho analogií ho lze převést i na zdravotnická zařízení. Jeho podstata spočívá v tom, že jiné postavení jako důvod pro zvýhodňování jedné strany oproti druhé je možno považovat za diskriminační tehdy, je-li:

- toto postavení svým charakterem neměnné a současně nezávislé na vůli znevýhodněné strany takovéto postavení získat, nebo
- jedná-li se o postavení či rysy, které jsou důsledkem zásadní volby, pro kterou se znevýhodněná strana rozhodla

Zabývání se první podmínkou může být rovnou vyloučeno, jelikož zvolená právní forma je závislá na vůli znevýhodněné strany, která se pro tu či onu právní formu sama rozhodla dle svého uvážení a svých preferencí.

Přejít se tedy může rovnou k podmínce druhé, u které zásadní volba může představovat zvolenou právní formu zdravotnického zařízení. Za zásadní ji lze považovat z toho důvodu, že od ní se právě odvíjí celý chod zdravotnického zařízení. Má vliv na vlastnictví, způsob hospodaření, ručení za závazky, financování, tvorbu zisku apod. a pro zdravotnické zařízení tak je velmi důležitým rozhodnutím. Důsledkem této volby je konečné rozhodnutí o tom, zda si zdravotnické zařízení ponechá svoji stávající právní formu a nebo se rozhodne pro novou formu NZO. Pokud zvolí právní formu neměnit a ponechat si stávající, jedná se tedy o postavení, pro které se znevýhodněná strana rozhodla ve své zásadní volbě.

**Kritérium 3: Lze najít prvky neakcesorické rovnosti?**

Neakcesorická rovnost je založena na předpokladu, že k jejímu porušení, tedy ke vzniku obecného zákazu diskriminace dochází tehdy, pokud právní rozlišování mezi jednotlivými skupinami v přístupu k určitým právům (zde právo zvýhodněného uzavírání smluv) dochází na základě libovůle normotvůrce.

O tom, zda zbylým zdravotnickým zařízením bude tato právní forma povolena, bude dle návrhu zákona rozhodovat Ministerstvo zdravotnictví. V souvislosti s tím lze tedy říci, že ministerstvo bude rozhodovat o zvýhodněném přístupu ke smlouvám přímo, jelikož s novou právní formou přichází automaticky.

Aby byla libovůle Ministerstva zdravotnictví v rozhodování o tomto privilegiu vyvrácena, z jeho strany by zde musely být stanovena předem daná objektivní kritéria hodnocení. Ta by sloužila pro vytvoření postupu, na základě jehož uplatnění bude jasné, kdo na novou právní formu doplněnou privilegiem bude mít nárok a kdo ne. Existence těchto kritérií by tedy potvrdila neakcesorickou rovnost subjektů. Avšak vzhledem k tomu, že Ministerstvo zdravotnictví žádná dostatečná a objektivní kritéria nerozpracovala a jediným posuzovacím kritériem zde bude převážně uvážení ministerstva, nelze závěrem neakcesorickou rovnost potvrdit a k jejímu porušení tedy dochází.

Libovůle v rozhodování ze strany ministerstva je doplněno i vyloučením možnosti soudního přezkumu takového rozhodnutí. I když tedy o právní formu NZO může požádat kdokoliv, konečné rozhodnutí bude v pravomoci ministerstva bez možnosti přezkumu. To je navíc v rozporu s čl. 36 odst. 1 Listiny, dle kterého se každý může domáhat svého práva u nezávislého a nestranného soudu, popřípadě u jiného orgánu a dále v rozporu s odst. 2 téhož článku, říkajíc, že ti, jež se cítí být dotčeni na svých právech na základě rozhodnutí orgánů veřejné správy, se mohou obrátit na soud s žádostí o přezkum zákonnosti tohoto rozhodnutí, není-li stanoveno zákonem jinak.

### 6.1.3 Uložení břemene/odepření dobra

Další krok, který musí být splněn, aby došlo k potvrzení diskriminace u druhé kategorie zdravotnických zařízení, je potřeba obhájit, že ní došlo k odepření dobra. O zvýhodněném uzavírání smluv pouze pro první kategorii zdravotnických zařízení lze jednoznačně říci, že se jedná o odepření dobra pro zbylá zařízení, jelikož ta této výhody jednoduše využít nemohou.

#### **Kritérium 1: Je nevýhodné postavení druhé kategorie zdravotnických zařízení kompenzováno nějakou jinou výhodou?**

První zvolené kritérium využívá rozhodnutí uvedené v nálezů Ústavního soudu ze dne 16. 10. 2014, sp. zn. Pl. ÚS 2554/14, který se zabývá diskriminací dvou fyzických osob. Podstatou sporu bylo zmírňující opatření v podobě možnosti rozložit předmětné zvýšení základu daně na následujících 9 let u fyzické osoby, která uplatňuje výdaje jako procento z příjmů, přičemž druhá fyzická osoba uplatňující vykázaní výdajů v jejich prokázané výši možnost využít tohoto zmírňujícího opatření neměla. V případě je tedy podstatné to, že jedné straně byla odepřena možnost využít určité výhody. Soud ale u takovéto myšlenky konstatoval, že tato nevýhoda pro druhou skupinu je kompenzována jinou výhodou, která spočívá v neuložení povinnosti prokazovat výdaje v jejich skutečné výši.

To lze opačně převést na případ zvýhodnění zdravotnických zařízení. První kategorie bude mít výhodou právního nároku na smlouvy se zdravotními pojišťovkami, přičemž druhá kategorie zdravotnických zařízení tak bude v nevýhodě. K žádnému kompenzování této nevýhody však nedojde a celkovým nevyvážením výhod a nevýhod lze závěrem říci, že k odepření dobra netransformovaných zdravotnických zařízení dochází.

#### 6.1.4 Ospravedlnění

Zákon nijak nevymezuje příčiny, které jsou v případě diskriminace ospravedlňující. V následujících kritériích je určen vztah mezi zvoleným prostředkem a veřejným zájmem, přičemž následně je zhodnocení jeho nezbytnosti a přiměřenosti (zásady proporcionality). Aby bylo rozdílné jednání ospravedlněno, musí být tedy zvolený prostředek ve formě zvýhodněného uzavírání smluv nezbytný a přiměřený.

##### **Kritérium 1: Sleduje zvolený prostředek veřejný zájem?**

Ospravedlnění důvodu rozdílného zacházení je možné v případě, že legitimním cílem zvoleného prostředku je sledování veřejného zájmu. Veřejným zájmem ve zdravotnictví může být zajištění kvality a dostupnosti hrazené péče pro pacienty a současně zajištění udržitelnosti systému úhrad této péče. Sledování veřejného zájmu však nesmí eliminovat ostatní práva a ústavně chráněné hodnoty. V případě návrhu zákona je cílem vytvořit novou právní formu, jejíž hlavní činnost bude spočívat v poskytování lůžkové zdravotní péče a navazujících zdravotních služeb.

Nová právní úprava poskytnutím právního nároku na smlouvy zajišťuje dostupnost zdravotní péče pro pacienty, ale pouze pro první kategorii zdravotnických organizací. Zbylé poskytovatele právní úprava opomíjí. V současnosti se dostupností zdravotní péče zabývají zdravotní pojišťovny, které berou v úvahu všechna zdravotnická zařízení bez ohledu na to, jakou mají právní formu. K naplnění veřejného zájmu v celé jeho míře tedy nedochází.

##### **Kritérium 2: Je zvolený prostředek ve formě zvýhodněného uzavírání smluv pro splnění účelu návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích:**

###### **a) nezbytný?**

O nutnosti použití daného prostředku lze hovořit tehdy, neexistuje-li alternativní možnost, která by využila jiného, objektivně srovnatelného prostředku méně zasahujícího do chráněných zájmů na straně znevýhodněných zdravotnických zařízení. V tomto případě však zvýhodněné uzavírání smluv za jiný prostředek nahradit lze.

Při zachování sledování veřejného zájmu zvýhodněné uzavírání smluv může být nahrazeno změnami již stávající platné právní úpravy - zákona o zdravotních službách, eventuálně novelizací dalších právních předpisů nebo změnami v nastavení řízovacích listin či pověřovacích aktů NZO. Další alternativou je vytvoření samostatného zákona, který by se týkal například výlučně fakultních nemocnic. V případě uplatnění těchto prostředků by docházelo k mírnějším dopadům na zbylá zdravotnická zařízení a nedocházelo by k jejich znevýhodňování. Existence alternativ užitého prostředku tedy jeho nezbytnost nepotvrzují.

###### **b) přiměřený?**

V nález ze dne 20. června 2006, sp. zn. Pl. ÚS 38/04 a stejně tak v nález ze dne 13. srpna 2002, sp. zn. Pl. ÚS 3/02 Ústavní soud konstatoval, že v situacích, kde dochází ke střetu základních práv či svobod s veřejným zájmem, popřípadě jinými

základními právy či svobodami, je potřeba posuzovat účel takového jednání ve vztahu k použitým prostředkům, přičemž kritériem pro toto hodnocení je zásada proporcionality neboli přiměřenost užitého prostředku.

V této části je tedy zkoumán vztah mezi legitimním cílem (veřejným zájmem) a použitým prostředkem k jeho zajištění (zvýhodněným uzavíráním smluv). Dle názoru D. Beattyho je bráno v úvahu, že za nepřiměřené je možné považovat takové jednání, které nesplňuje kritérium nezbytnosti, které bylo popsáno výše. V tom bylo zjištěno, že kromě zvýhodněného uzavírání smluv jako prostředku k dosažení cíle zde existují i další, šetrnější alternativy. To značí, že prostředek není nezbytný a na základě tohoto faktu lze tedy konstatovat nepřiměřenost použití prostředku ve vztahu k cíli.

Přiměřenost lze posoudit i dle toho, zda zvýhodněné uzavírání smluv bude mít převažující očekávaný přínos nad jeho negativními dopady. Jak již bylo popsáno v této kapitole, k nepříznivým dopadům, které jsou významné z toho důvodu, že zasahují do fungování celého systému zdravotnictví v České republice, lze přiřadit i následující:

- možnou diskriminaci pacientů v přístupu zdravotní péče
- financování nehospodárných nemocnic typu NZO
- možnou existenční likvidaci nemocničních oddělení druhé kategorie
- neoptimální rozložení sítě poskytovatelů zdravotní péče
- možný potenciál vzniku korupce ze strany stávajících nemocnic, které o smlouvy a tím pádem o novou formu NZO usilují
- střet zájmů, jelikož Ministerstvo zdravotnictví bude disponovat pravomocí v nastavování úhrady zdravotní péče, dále bude rozhodovat o udělení právní formy NZO nemocnicím a současně bude plnit funkci regulátora návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích

Mezi výhody návrhu zákona mohou být uvedeny tyto:

- uchování místní a časové dostupnosti zdravotnických zařízení pro ty pacienty, kteří mají NZO ve svém nejbližším okolí
- výhodu převedení státního majetku do vlastnictví fakultních nemocnic
- změna právních vztahů mezi fakultními nemocnicemi a vysokými školami

Převedení státního majetku bude pro fakultní nemocnice znamenat velký krok dopředu. V současné době je tento majetek státní, přičemž fakultní nemocnice byly určitou formou v nakládání s ním omezeny. Změnou jeho vlastnictví by ale fakultním nemocnicím vzrostla odpovědnost, odpadly by jim omezení a následně i velké množství administrativy, jelikož nakládání s majetkem ve vlastnictví státu je vázáno na další pravidla a zákony.

Ze srovnání pozitiv a negativ zvoleného prostředku vyplývá převaha negativních dopadů. To potvrzuje předchozí konstatování, že přiměřenost mezi legitimním cílem a zvoleným použitým prostředkem nelze najít.

### 6.1.5 Závěry testu diskriminace

Stát má právo volit nástroje k zajištění práv plynoucích z čl. 31 Listiny a současně má právo volit i nástroje kontroly a zajištění těchto práv. Má právo také na volbu nástrojů pro kontrolu a regulaci zdravotnických zařízení, jelikož tak činí za účelem legitimního cíle. V úvahu však stát musí brát i všechna ostatní práva a chráněné hodnoty, které jsou zakotvené v Ústavě. Návrh zákona o neziskových organizacích výrazně zasahuje do zdravotnického systému tím, že se nadměru zabývá zajištěním ochrany zdraví a poskytováním zdravotní péče. Zastání tohoto úkolu je však v rukou zdravotních pojišťoven, které jej plní skrz zdravotnická zařízení, se kterými uzavřely smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Samotnému kroku uzavření těchto smluv předchází výběrová řízení, která mohou navrhnout jak zdravotní pojišťovny, tak samotná zdravotnická zařízení. Návrh zákona o neziskových zdravotnických zařízeních toto obchází a do nerovného postavení řadí dvě kategorie zdravotnických zařízení, kdy jednu zvýhodňuje oproti druhé. Aby bylo možno závěrem říct, že dochází k obrácené diskriminaci u první kategorie zdravotnických zařízení, musí dojít ke splnění prvního a posledního kroku testu. Pro potvrzení diskriminace u druhé kategorie je však potřeba splňovat všechny kroky testu současně.

Závěrem prvního kroku testu diskriminace lze tedy říci, že jeho cíle nebylo dosaženo. Na základě posouzení obou kategorií zdravotnických zařízení dle stanovených kritérií bylo možné najít společné, ale i rozdílné prvky, kterými se oba typy zdravotnických zařízení vyznačují. První krok testu přímé diskriminace tedy splněn není.

Druhý krok testu týkající se zakázaného důvodu zjišťoval, zda je důvod pro rozdílné zacházení možné určit jako zakázaný. Tento důvod byl shledán jako diskriminační, jelikož se zdravotnickými zařízeními se jedná odlišně kvůli jejich jinému postavení, které je uvedeno právě jako jeden ze zakázaných diskriminačních důvodů v Listině. Odlišné jednání potvrzuje i test neměnného postavení a zásadní volby spolu s dalšími zvolenými kritérii.

Další část testu se zabývá tím, zda došlo k situaci uložení břemene či odepření dobra. Tento krok využívá nálezu Ústavního soudu, dle kterého soud odepření dobra potvrdil, jelikož neexistovalo žádné jiné opatření, které by kompenzovalo znevýhodnění jedné skupiny subjektů oproti druhé. Třetí krok testu diskriminace tak lze považovat za splněný.

Poslední část testu diskriminace má za cíl zjistit, zda existuje ospravedlnění pro užití daného prostředku. Zvýhodněné uzavírání smluv nelze považovat za ospravedlňující, jelikož tento prostředek není nezbytný a není ani přiměřený, jak bylo potvrzeno dle názoru D. Beattyho. To bylo potvrzeno i převahou nevýhod nad výhodami návrhu zákona.

Ke splnění všech čtyř kroků testu diskriminace nedošlo. Splněn byl pouze druhý a třetí krok, které sice potvrzují existenci diskriminačních prvků, ale ani u jedné kategorie zdravotnických zařízení se z legislativního pohledu o diskriminaci tedy nejedná. Následující kapitola však pojednává o diskriminaci z ekonomického pohledu.





## 7 Ekonomický pohled a další možné následky diskriminace

Legislativní změny uvedené v návrhu zákona výrazně zasahují do více oblastí fungování současného systému českého zdravotnictví. Bude například ovlivněna síť zdravotnických zařízení, změní se podmínky pro odvody daně z příjmu, finanční ohodnocení zdravotního personálu v NZO, atd.

Účelem testu diskriminace bylo zjistit, zda takovéto jednání obsahuje diskriminační prvky a zda jej závěrem lze označit za diskriminaci. Při zohlednění pouze legislativní stránky právní úpravy k diskriminaci zdravotnických zařízení dle testu diskriminace tedy nedochází. Avšak ať už je jakýkoliv zákon napsán co nejdokonalěji, vždy se objeví nějaké jeho nedokonalosti a někdo, kdo najde možnosti, jak těchto úskalí využít. I přesto, že existence diskriminace byla vyloučena, stále se najdou právní oblasti, se kterými návrh zákona v rozporu přeci jen je.

V připomínkovém řízení Ministerstvo obdrželo více než 80 připomínek, které převážně obsahovaly žádosti o stažení celého návrhu zákona a nebo vyžadovaly jeho výraznou úpravu. Svá stanoviska k návrhu zákona poslala například VZP, Nejvyšší kontrolní úřad, Ministerstvo spravedlnosti, Koalice soukromých lékařů, Asociace českých a moravských nemocnic, Unie zaměstnavatelských svazů ČR a další. Jejich převažujícím obsahem bylo nalezení mnoha rozporů, ve kterých si jednotlivé paragrafy odporují samy sobě a nebo stávajícím zákonům České republiky. Nejvyšší kontrolní úřad (2015) spatřil rozpory například v následujících oblastech:

- Dle § 1 odst. 3 a 6 návrhu zákona hlavní činností NZO není podnikání, zároveň však tato NZO musí být zapsána do obchodního rejstříku. Občanský zákoník však za podnikatele považuje všechny osoby zapsané do obchodního rejstříku.
- V současné době státní příspěvkové organizace nejsou vedeny v obchodním rejstříku. Z toho důvodu zde nelze provést změnu jejich právní formy, jak uvádí § 50 odst. 1, ale pouze její vznik.
- Dle § 6 odst. 4 kontrolu plnění podmínek NZO v rámci její činnosti bude provádět Ministerstvo zdravotnictví. Tyto podmínky, podle kterých má kontrola probíhat, však ministerstvo neuvádí.
- Návrh zákona ve svém § 5 odst. 4 vylučuje možnost přezkumu rozhodnutí ministerstva o udělení právní formy NZO. To je však v rozporu s čl. 36 Listiny, který říká, že na přezkum rozhodnutí soudem má právo každý, kdo se cítí být na svých právech poškozen.

Stanovisko Unie zaměstnavatelských svazů ČR (2015) odhalilo další oblasti, kterým návrh zákona po právní stránce odporuje. Rozpory návrhu zákona lze najít především s:

- čl. 1 Listiny, garantující rovnost v právech,

- čl. 11 odst. 1 Listiny, který garantuje právo na vlastnictví majetku, včetně ochrany zásad, že vlastnické právo týkající se všech vlastníků má stejně vymezený zákonný obsah a ochranu,
- čl. 36 odst. 1 a 2 Listiny, dle kterých se každý může domáhat svých práv u nezávislého a nestranného soudu či jiného orgánu a dle kterých se každý může obrátit na soud s žádostí o přezkoumání zákonnosti takového rozhodnutí,
- ústavním principem legitimního očekávání,
- ústavním principem obecnosti zákona,
- čl. 106 odst. 2 Smlouvy a fungování Evropské unie, dle kterého podniky poskytující služby obecného hospodářského zájmu podléhají právní úpravě uvedené ve Smlouvách, zejména pravidlům hospodářské soutěže,
- ustanovení § 19a odst. 1 zákona č. 143/2001 o ochraně hospodářské soutěže, podle kterého orgány veřejné správy nesmí podporou zvýhodňovat určitého soutěžitele nebo jinými způsoby narušit hospodářskou soutěž,
- a další ...

Výčet těchto rozporů není rozhodně ukončený a jak lze vidět, návrh zákona neodporuje právní úpravě pouze na národní úrovni, ale jeho rozpory lze najít i s právem na úrovni Evropské unie.

## 7.1 Ekonomický pohled na diskriminaci

I přes vyloučenou diskriminaci návrh zákona stále zvýhodňuje novou právní formu zdravotnických zařízení. Fakultní nemocnice budou mít výhodu v udělení právního nároku na uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovkami o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb. Co se však jejich obsahu týče, návrh zákona neuvádí. Samotná povinnost uzavřít s fakultními nemocnicemi smlouvu není v tomto případě až tak důležitá, ale větší význam zde má právě obsah a vymezení parametrů úhrad těchto smluv. Každá zdravotní pojišťovna si stanovují své podmínky smluv a záleží tedy pouze na nich, na jakou formu financování, limity nebo výši úhrady toho či onoho zdravotního výkonu smlouvu uzavřou. Smlouvy pro fakultní nemocnice a pro další zdravotnická zařízení se tedy mohou lišit. Vymezený obsah smluv se přitom může každoročně vymykat zveřejňovaným parametrům ve vyhlášce, co se týče vymezení hodnot bodu, výše plateb za poskytnutou péči a regulačních omezení týče. Dojít tedy může k individuálnímu zvýhodnění fakultních nemocnic či jiných zdravotnických zařízení ze strany zdravotních pojišťoven. V tomto směru se lze zabývat otázkou ekonomické diskriminace zdravotnických zařízení.

Zdravotní pojišťovny se snaží o co nejvíce pacientů a tedy pokrytí co největší podílu trhu. Za tímto účelem při uzavírání smluv mohou brát v úvahu okolnosti, jako je náročnost poskytované zdravotní péče, velikost a spádovost nemocnic, limity provedených výkonů či transakční náklady.

### **7.1.1 Náročnost poskytované zdravotní péče**

Zdravotní pojišťovny mohou ekonomicky diskriminovat například na základě náročnosti poskytované péče. Fakultní nemocnice, jak je známo, poskytují zdravotní péči na vysoké úrovni právě díky své vybavenosti pracovišť a soustředění těch nejlepších lékařů ve svém oboru. Lepší technické a personální zajištění ve fakultní nemocnici však neznamená, že ostatní nemocnice poskytují méně kvalitní péči. Fakultní nemocnice přebírají ty nejtěžší zdravotní případy. V případě, že jiná nemocnice se setká s případem, kde bude muset poskytnout zdravotní výkony na odbornější úrovni na které však není specializovaná, pošle tento případ do fakultní nemocnice, která se o potřebnou zdravotní péči postará.

Zdravotní pojišťovny tak vyšší odbornost mohou brát v úvahu a jednat ve prospěch fakultních nemocnic s tím, že jim poskytnou lepší obsah smluv v porovnání s ostatními nemocnicemi.

### **7.1.2 Velikost nemocnic**

Dalším případem vzniku ekonomické diskriminace může být na základě uzavření smluv se zohledněním velikosti nemocnic. Fakultní nemocnice se od ostatních nemocnic liší svojí strukturou pracovišť, kterou tvoří jednotlivé kliniky příslušných oborů zabývající se léčbou, výzkumem či výukou. Tím, že poskytují širší spektrum činností, je potřeba využití větších prostorů. Dále se tyto kliniky mohou členit na další oddělení. Rozložení pracovišť u zbylých nemocnic je poněkud jednodušší, jelikož jejich jednotlivá oddělení slouží primárně klíčebné činnosti. Zaměření těchto oddělení se odvíjí především od velikosti nemocnice a od její spádovosti. Zdravotní pojišťovny by tak při uzavírání smluv mohly na velikost nemocnic brát zřetel.

### **7.1.3 Spádovost nemocnic**

S možnou ekonomickou diskriminací se zdravotnická zařízení mohou potýkat v případě, kdy zdravotní pojišťovny budou poskytovat výhodné smlouvy dle toho, na jakou část celkové populace České republiky mají dosah. V této oblasti lze hovořit o tzv. spádovosti nemocnic, jež vyjadřuje území, které spadají pod jednotlivé nemocnice poskytující zdravotní péči.

Malé nemocnice ve srovnání s fakultními budou mít menší podíl, jelikož jejich spektrum poskytovaných činností je více omezené. K tomu nepřispívá ani fakt, že četnost podobných nemocnic se stejným nebo srovnatelným rozsahem poskytované péče je vysoký. Tyto nemocnice tedy mohou být limitovány převážně svým okolím. Oproti tomu fakultním nemocnicím spádovou oblast tvoří de facto celé území České republiky. Je to dáno právě jejich poskytováním zdravotní péče na vyšší, specializované úrovni, kterou mohou poskytovat buď jako jediní a nebo jako jedni z mála.

S velikostí nemocnic a jejich spádovostí souvisí také možná ekonomická diskriminace na základě počtu ošetřených pacientů. Fakultní nemocnice s větší spádovostí mají možnost poskytnout zdravotní péči většímu počtu pacientů než ty

menší, které nejsou situovány ve velkých městech, jako například Brno či Praha. Zdravotní pojišťovny mají celkový přehled o pacientech, které nemocnice přijali. Na základě počtu přijatých pacientů mohou být fakultním nemocnicím poskytnuty smlouvy s výhodnějším obsahem, právě díky většímu počtu ošetřených pojištěnců té dané zdravotní pojišťovny.

Počet pacientů fakultních nemocnic se zvětšuje také s jejich přemístováním v rámci jednotlivých nemocnic. Pokud například do menší nemocnice přijde pacient vyžadující běžné ošetření, ale při jeho kontrole se zjistí závažnější komplikace, může jej nemocnice poslat do specializované, fakultní nemocnice. Ta je posledním místem, kde pacient se svým zdravotním problémem může zůstat a dál se nepřesouvat, jelikož v některých oblastech jsou fakultní nemocnice na vrcholu hierarchie co se specializovanosti zdravotní péče v České republice týče.

Díky omezenosti finančních prostředků zdravotních pojišťoven se jim nejlépe vyplatí uzavřít smlouvy s velkými nemocnicemi, které obslouží větší počet jejich pojištěnců. Menší nemocnice tak mohou být díky tomu diskriminovány, jelikož v jejich možnostech není možné zajistit jejich ošetření stejného či srovnatelného počtu.

#### **7.1.4 Limity provedených výkonů**

Limity provedených zdravotních výkonů jsou úzce propojeny s celkovým počtem ošetřených pacientů. Zdravotní pojišťovna může nastavit například podmínku 80% vytíženosti lůžkového fondu, 400 porodů ročně či 150 operací kolene. Pokud nemocnice tyto limity nesplní, zdravotní pojišťovna s nimi smlouvu jednoduše neuzavře.

Pojišťovny tak mohou cílit právě na fakultní a další větší nemocnice, které tyto limity snáze splní, jelikož obsluhují větší počet pacientů díky své velikosti, lokalitě a rozšířeným odbornostem. Tyto pravidla mohou znamenat zánik oddělení, popřípadě celých nemocnic, které nemají neziskovou právní formu.

Problém může nastat při změně zdravotní pojišťovny samotnými pojištěnci. Zdravotnická zařízení mohou tedy mít u určité zdravotní pojišťovny ve smlouvě uvedeno, že musí ošetřit určitý limit jejich pojištěnců, aby jim byla proplacena poskytnutá péče. Problém by však nastal, pokud by pojištěnci změnili svoji stávající zdravotní pojišťovnu za jinou díky tomu, že má například lepší marketing. I přesto, že tuto změnu nemohly nemocnice nijak ovlivnit, by se jim zkrátily příjmy finančních prostředků kvůli tomu, že nedodržel stanovené limity počtu ošetřených pojištěnců uvedených ve smlouvě.

#### **7.1.5 Transakční náklady**

Zdravotní pojišťovny mají k dispozici omezený objem finančních prostředků, které následně přerozdělují fakultním nemocnicím a dalším zdravotnickým zařízením. Každá další uzavřená smlouva je však spojena s novými transakčními náklady. Jedná se o čas, práci a další zdroje, jež musí být vynaloženy na uzavření smlouvy.

Zdravotní pojišťovny tak přednostně uzavřou povinně smlouvy s neziskovými poskytovateli a následně podle toho, kolik finančních prostředků zbude, je rozdělí mezi zbývající poskytovatele. Mezi nimi může ale nemusí upřednostnit ty, se kterými již v minulosti spolupracovali oproti novým poskytovatelům, u kterých by transakční náklady na proces uzavření smluv byly vyšší. Zdravotní pojišťovny mohou brát také ohled na historii spolupráce, zda probíhala bez problémů apod. Upřednostnění těchto zdravotnických zařízení by bylo pro pojišťovny praktičtější a znamenalo by to ušetření jejich transakčních nákladů.

Při zohlednění všech těchto okolností při vymezování obsahu smluv se nabízí i otázka, zda je takovéto jednání racionální. Hlavním cílem zdravotních pojišťoven není primárně tvorba zisku, kterou mají částečně omezenou, ale mezi jejich hlavní cíle může patřit například pokrytí co největšího tržního podílu, s čímž souvisí zajištění co nejlepší pozice pro vyjednávání se zdravotnickými zařízeními. Nejlepším řešením pro pojišťovny je tedy zajímat se o ty poskytovatele zdravotní péče, kteří obslouží největší podíl trhu, tedy pojištěnců. Zohledňovat tak mohou například zmíněnou velikost zařízení, počet ošetřených pacientů, spádovost apod. a těmto poskytovatelům následně nastavit výhodnější obsah smluv. Až poté, co se domluví s těmito poskytovateli, zaměří se zdravotní pojišťovny na zbylou část poskytovatelů zdravotní péče.

Zastoupení z celkového podílu trhu uvádí následující tabulka, která obsahuje počet pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven mezi 1. 1. 2015 a 1. 1. 2016:

Tab. 2 Počet pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovna	Počet pojištěnců
VZP ČR	5 933 620
VoZP ČR	707 501
ČPZP	1 210 581
OZP	735 315
ZPŠ	139 909
ZP MV ČR	1 258 081
RBP	430 909
<b>Celkem</b>	<b>10 415 916</b>

Zdroj: MZ ČR, 2010.

Charakteristické prvky trhu zdravotní péče se přibližuje k chování modelu oligopolu s konkurenčním okrajem. Oligopolní tržní struktura se vyznačuje několika subjekty nabízejících odlišný produkt a vstup do odvětví či jejich výstup je podmíněn překonáním určitých bariér.

Představiteli oligopolu jsou zde právě fakultní nemocnice spolu s dalšími odbornými centry, které se vyznačují specializovanou zdravotní péčí na vysoké úrov-

ni a poskytováním vzdělávání budoucím lékařů. Jelikož se jedná o oblast regulovanou státem, je zde vstup do odvětví podmíněn splněním náročných administrativních požadavků, právních podmínek, stavbou či koupí nemocnice apod. Překonání těchto překážek je spojeno také s vynaložením nemalých nákladů. Tržní struktura konkurenčního okraje je naopak vymezen zbylými nemocnicemi. Jsou tvořeny souborem menších poskytovatelů zdravotní péče, které obsluhují minoritní podíl trhu. Zdravotní pojišťovny mohou nabízet výhodnější obsah smluv právě fakultním nemocnicím, které tvoří oligopolní strukturu a pojmají největší podíl trhu, co se počtu pojištěnců týče, a zbylý konkurenční okraj přijme to, co oligopol neobsáhne.

Zdravotním pojišťovnám se zvýhodňování fakultních nemocnic a dalších velkých poskytovatelů zdravotní péče může vyplácet. Z jejich pohledu se jedná o racionální strategické kroky, kterými dosáhnou na širší oblast populace.

## 7.2 Celospolečenské dopady

Schválení návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích bude mít dopad nejen na samotné poskytovatele zdravotní péče, ale i na další subjekty. K ovlivnění totiž může dojít i u zdravotních pojišťoven a pacientů.

Mimo jiné zájmy zdravotnických zařízení je jejich cílem také samotná udržitelnost na trhu. Tato udržitelnost samotného zdravotnického zařízení či jeho oddělení však může být ohrožena díky nedostatku finančních prostředků. K tomu může dojít v případech, kdy zdravotní pojišťovny budou muset upřednostnit novou formu NZO před ostatními, nestátními poskytovateli zdravotní péče. Zvýhodnění NZO bude spočívat v povinnosti zdravotních pojišťoven s nimi uzavřít smlouvu a dále v možném nabízení výhodnějšího obsahu smluv například pro fakultní nemocnice. Tím se objem finančních prostředků pojišťoven sníží a zbylým nestátním nemocnicím může být poskytnut menší objem peněz, než předtím.

Finanční problémy poskytovatelů bez uzavřených smluv tak mohou souviset například i s jejich poklesem investic do vybavení, možným rušením částí nemocnic a s tím spojeným propouštěním zaměstnanců. V jaké míře se tyto problémy ve skutečnosti projeví či neprojeví záleží od toho, kolik zdravotnických zařízení se na novou neziskovou formu překloupí a dále na tom, kolik finančních prostředků zdravotním pojišťovnám na přerozdělování zbude.

Dopad návrhu zákona na nestátní zdravotnická zařízení se může přenést i na samotné pacienty. Pokud totiž pojišťovnám finanční prostředky budou docházet a zrovna se objeví nový poskytovatel, popřípadě nové neziskové nemocniční oddělení, které bude mít zájem o uzavření smlouvy, mají pojišťovny povinnost dát přednost právě NZO. Upřednostnit neziskovou formu musí pojišťovny i v těch případech, kdy nové zdravotnické zařízení by mohlo hospodařit efektivněji, než například ztrátová NZO. Stejný příklad může být uveden i s hospodárnějším, ale již s existujícím zdravotnickým zařízením. Z důvodu nedostatku peněz tedy pojišťovna novou smlouvu neuzavře, což dopadne i na samotné pacienty. V případě potřeby zdravotní péče využívají pacienti zdravotnického zařízení nejbližšího jejich bydliště. Pokud však zdravotnické zařízení bude představovat právě to zařízení bez

smlouvy, mohou být pacienti nuceni navštívit jiné, které smlouvu s jeho zdravotní pojišťovnou uzavřenu mají.

V tomto případě tak negativní celospolečenský dopad bude omezen na pacienty, kteří mohou být diskriminováni v přístupu ke zdravotní péči z hlediska její časové a místní dostupnosti v důsledku toho, že dojde k upřednostnění financování NZO zdravotní pojišťovnou. Porušeno tak bude právo jedince na zdravotní péči z hlediska její časové a místní dostupnosti, které je uvedeno v § 11, zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Tyto dopady návrhu zákona vedou i k tržním selháním, jelikož lze o nich uvažovat i jako o soukromých a společenských nákladech, které jsou součástí negativních externalit. Soukromé náklady se mohou objevit u znevýhodněných zdravotnických zařízení, kterým se nyní objem finančních prostředků mohl snížit. V této situaci budou nuceni sáhnout do svých peněžních zdrojů, které mohly ušetřit a využít je například na výplatu mezd a platů svých zaměstnanců nebo na nákup nového vybavení. Společenské náklady si lze představit jako nepříznivé dopady na pacienty. Těch se sice návrh zákona přímo netýká, ale zprostředkovaně může vést k jejich diskriminování v přístupu ke zdravotní péči.





## 8 Závěr

Diplomová práce se zabývá problematikou diskriminace jak z legislativního, tak z ekonomického pohledu. Posuzování otázky zákazu diskriminace je subjektivní činností, na kterou neexistuje žádný předem stanovený postup, dle kterého se řídit. Tato problematika je zároveň velmi citlivým tématem, jelikož hranice, při jejímž překročení se už dá hovořit o diskriminačním jednání, je velmi tenká. Tato hranice je i z velké části ovlivněna politickými, mravními, náboženskými či dalšími názory těch, kteří se diskriminací v dané chvíli zabývají.

Celá práce je věnována návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích, jež byl vypracován podle Plánu legislativních prací vlády na rok 2015. Ke vzniku návrhu zákona, který se zabývá úpravou podmínek poskytování lůžkové zdravotní péče a přeměnou fakultních nemocni na univerzitní, se vláda zavázala ve svém programovém prohlášení. V současné době je pod číslem 204/15 návrh zákona v připomínkovém řízení.

Práce se zabývá tím, zda u neziskových organizací, které budou díky návrhu zákona zvýhodněny v právním nároku na uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami, nedochází k diskriminačnímu jednání. Ke zjištění, zda k porušení zákazu diskriminace opravdu dochází, bylo využito testu diskriminace používaného v českém právním systému, který se sestává ze čtyř kroků. Tento test si kladl za cíl zjistit, zda dochází k obrácené diskriminaci u NZO, které nově od 1. ledna 2017 vzniknou, pokud návrh zákona o neziskových zdravotnických organizacích bude uveden v platnost. Aby tedy došlo v této oblasti k diskriminačnímu jednání, musely by být splněny všechny jeho kroky současně.

V rámci jednotlivých kroků testu diskriminace byly zvoleny kritéria, na základě nichž došlo k zodpovězení samotných kroků a následně celého testu. První krok testu posuzující srovnatelnost zdravotnických zařízení vyšel negativně. Mezi NZO a ostatními zdravotnickými zařízeními jsou výrazné rozdíly ve specializaci poskytované zdravotní péče a dále v právní formě subjektů. Druhý a třetí krok testu byl splněn. Bylo zjištěno, že k odlišnému jednání dochází z důvodu jiného postavení, které je uvedeno v Listině jako jeden z výčtu diskriminačních důvodů. Splnění třetího kroku diskriminace značí odepření dobra pro ty zdravotnické zařízení, které nejsou neziskové, jelikož výhoda právního nároku na uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami jim udělena nebude. Stejně jako první krok, tak i poslední krok testu diskriminace splněn nebyl. Nebylo shledáno sledování veřejného zájmu v plné jeho míře a nebyla ani potvrzena nezbytnost a přiměřenost užitého opatření vzhledem k legitimnímu cíli.

Aplikací testu diskriminace na vzorek NZO sice došlo ke zjištění diskriminačních prvků (odlišné jednání na základě jiného postavení či porušení neakcesorické rovnosti), ale při komplexním uvažování výsledku testu po legislativní stránce nelze považovat zvýhodňování NZO za diskriminační.

Zákonodárci ze zákona při tvorbě legislativy nesmí jednat diskriminačně, což potvrzuje i výsledek samotného testu. Při uvedení v platnost návrhu zákona se však může objevit i jiná oblast, ve které lze najít diskriminační jednání, pokud se na ni bude pohlížet z ekonomického pohledu. Potenciální diskriminace je možná ze

strany zdravotních pojišťoven, které fakultní nemocnice mohou upřednostňovat za účelem pokrytí co největšího podílu trhu, tedy pojištěnců. Návrh zákona sice ukládá povinnost pro zdravotní pojišťovny uzavřít s fakultními nemocnicemi a dalšími NZO smlouvu, obsah těchto smluv však neřeší. Ten si může stanovit každá zdravotní pojišťovna částečně sama, přičemž právě to jim umožní nabídnout výhodnější obsah fakultním nemocnicím, jejichž dosah na pacienty je širší, než je tomu například u menších nemocnic poskytující běžnou zdravotní péči.

Zdravotní pojišťovny mohou zvýhodňovat fakultní a další velké nemocnice, pokud u nich budou brát ohled na náročnost poskytované péče, velikost a jejich spádovou oblast, limity zdravotních výkonů či velikost transakčních nákladů na uzavření jedné smlouvy s novým zdravotnickým zařízením. Takovéto jednání zdravotních pojišťoven lze považovat za ekonomicky diskriminační, které je zároveň racionální, jelikož pojišťovny tak činí za účelem pokrytí co největšího počtu pojištěnců co se dostupnosti zdravotní péče týče.

## 9 Literatura

- ALEXA Jan, REČKA Lukáš, VOTÁPKOVÁ Jana, VAN GINNEKEN Ewout, SPRANGER Anne, WITTENBECHER Friedrich. Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition*. Vol. 17 No. 1 2015. [online]. WHO © 2016. [cit. 2016-04-16]. ISSN 1817-6127. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/countries/czech-republic/publications3/czech-republic-hit-2015>.
- Antidiskriminační vzdělávání a veřejná správa v ČR: příručka pro zaměstnance veřejné správy*. Praha: Multikulturní centrum Praha, 2006. ISBN 80-239-7825-X.
- ATRI Ashutosh a Manoj SHARMA. *Essentials of international health*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, © 2010. ISBN 0763765295.
- BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.
- BEATTY, David M. *The ultimate rule of law*. New York: Oxford University Press, 2004. ISBN 0199269807.
- BHATTACHARYA Jay, HYDE Timothy a Peter TU. *Health Economics*. Velká Británie: Palgrave Macmillan, 2013. ISBN 978-1-137-02996-6.
- BOBEK Michal, BOUČKOVÁ Pavla a Zdeněk KÜHN (eds.). *Rovnost a diskriminace*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2007. Beckova edice ABC. ISBN 978-80-7179-584-1.
- BUSSE, Reinhard a Miriam BLÜMEL. Germany: Health system review. *Health Systems in Transition*. Vol. 16 No. 2 2014. [online]. WHO © 2016. [cit. 2016-03-16]. ISSN 1817-6127. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/countries/germany/publications/germany-hit-2014>.
- CYLUS Jonathan, RICHARDSON Erica, FINDLEY Lisa, Longley Marcus, O'NEILLI Cian, STEEL David. United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*. Vol. 17 No. 5 2015. [online]. WHO © 2016. [cit. 2016-03-16]. ISSN 1817-6127. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits>.
- ČIŽINSKÝ, Pavel a spol. *Diskriminace - Manuál pro pracovníky institucí*. 2006. [online]. Praha: Poradna pro občanství/Občanská a lidská práva, 2006. [cit. 2016-05-18]. Dostupný z: <http://poradna-prava.cz/pdf/diskriminace.pdf>.
- DE LAGASNERIE Grégoire, Michael MUELLER a Ankit KUMAR. Tapering payments in hospitals: Experiences in OECD countries. *OECD Health Working Papers*. No. 78. [online]. Paříž: OECD Publishing, 2015. [cit. 2016-04-20]. ISSN 1815-2015. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1787/5js4h5rlkxxr-en>.
- DOSTÁL, Ondřej a KRAJ VYSOČINA. *Právní rádce pacienta*. [online]. Kraj Vysočina. © 2002-2013. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.kr-vysocina.cz/prirucka-pro-pacienty/ds-302114>.

- DRABIK, Anna, Markus LÜNGEN a Stephanie STOCK. *Journal of Health Policy, Insurance and Management. Polityka Zdrowotna*, VIII/I, May 2011. [online]. Varšava: Insurance Institute in Poland © 2010. [cit. 2016-02-08]. ISSN 2082-5986. Dostupné z: [http://www.kiu.pl/userfiles/file/Publikacje%20KIU/Wydawnictwa/journal\\_8\\_1.pdf](http://www.kiu.pl/userfiles/file/Publikacje%20KIU/Wydawnictwa/journal_8_1.pdf).
- DUKOVÁ, Ivana, Martin DUKA a Ivana KOHOUTOVÁ. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3880-2.
- DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 9788024509983.
- EURO-INFORMATIONEN. *Der Gesundheitsfonds - Unabhängige Informationen zum Gesundheitsfonds*. [online]. Berlín © 2008. [cit. 2016-05-10]. Dostupné z: <http://www.der-gesundheitsfonds.de/>.
- EVROPSKÝ SOUD PRO LIDSKÁ PRÁVA a Agentura Evropské unie pro základní práva. *EU. Příručka evropského antidiskriminačního práva*. Lucemburk: EUR-OP, 2011. ISBN 9789291926640.
- FREDMAN, Sandra. *Antidiskriminační právo*. Překlad Tereza Kodíčková. Praha: Multikulturní centrum Praha, 2007. ISBN 978-80-254-1054-7.
- GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press, 2003. Praxe manažera (Computer Press). ISBN 80-7226-996-8.
- HEGER, Vladimír. *Komunikace ve veřejné správě*. Praha: Grada, 2012. Žurnalistika a komunikace. ISBN 978-80-247-3779-9.
- HZ ČR. Návrh zákona o neziskových zdravotnických organizacích; T: 23.10.2015. Hospodářská komora České republiky. [online]. © 2015 [cit. 2016-05-19]. Dostupné z: <http://www.komora.cz/pro-podnikani/legislativa-a-normy/pripominkovani-legislativy/nove-materialy-k-pripominkam/204-15-navrh-zakona-o-neziskovych-zdravotnickych-organizacich-t-23-10-2015.aspx>.
- Informační bulletin DRG Restart*. [online]. ÚZIS, 2015 1(1) [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: <http://www.drg-cz.cz/res/file/bulletin/bulletin-201501.pdf>.
- JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
- JÍLEK, Dalibor, Jaroslav VĚTROVSKÝ a Katarína ŠMIGOVÁ. *Segregace, vzdělávací příležitost a závazky států*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. Lidská práva. ISBN 978-80-7478-762-1.
- JINDŘICHOVSKÁ, Irena. *Finanční management*. Praha: C.H. Beck, 2013. Beckova edice ekonomie. ISBN 978-80-7400-052-2.

- KNICKMAN, James a Anthony R. KOVNER. *Jonas and Kovner's health care delivery in the United States*. 11. vyd. New York: Springer Publishing Company, 2015. ISBN 9780826125293.
- KOŽENÝ, Pavel. *Klasifikační systém DRG*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2701-1.
- KUMAR, Ankit a Michael SCHOENSTEIN. *Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries. OECD Health Working Papers*, No. 64. [online]. Paříž: OECD Publishing, 2013. [cit. 2016-04-19]. ISSN 1815-2015. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1787/5k3xwtg2szzr-en>.
- MACH, Jan. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada, 2010. ISBN 8024736837.
- MALISZEWSKA-NIENARTOWICZ, Justyna. *Direct and Indirect Discrimination in European Union Law – How to Draw a Dividing Line? International Journal of Social Sciences*, III(1), pp 41-55. [online]. 2014 [cit. 2016-05-10]. ISSN 1804-980X. Dostupné z: <http://www.iises.net/direct-and-indirect-discrimination-in-european-union-law-.html>.
- MOECKLI, Daniel, Sangeeta SHAH a Sandesh SIVAKUMARAN (eds.). *International human rights law*. 2. vyd. Oxford: Oxford University Press, 2014. ISBN 978-0-19-965457-4.
- MZ ČR. Vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016. *Ministerstvo zdravotnictví*. [online]. © 2010 [cit. 2016-02-19]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c273/2015-sb-o-stanoveni-hodnot-boduvyse-uhrad-hrazenych-sluzeb-a\\_10912\\_2439\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c273/2015-sb-o-stanoveni-hodnot-boduvyse-uhrad-hrazenych-sluzeb-a_10912_2439_11.html).
- MZ ČR. Zdravotní pojišťovny. *Ministerstvo zdravotnictví*. [online]. © 2010 [cit. 2016-03-03]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny\\_945\\_839\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html).
- MZ ČR. Změny počtu pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven mezi 1. 1. 2015 a 1. 1. 2016 po krajích. *Ministerstvo zdravotnictví*. [online]. © 2010 [cit. 2016-03-03]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/zmeny-poctu-pojistencu-jednotlivych-zdravotnich-pojistoven-mezi-112015-a-1\\_11426\\_3507\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/zmeny-poctu-pojistencu-jednotlivych-zdravotnich-pojistoven-mezi-112015-a-1_11426_3507_3.html).
- Nález Ústavního soudu, ze dne 13. srpna 2002, sp. zn. Pl. ÚS 3/02.
- Nález Ústavního soudu, ze dne 20. června 2006, sp. zn. Pl. ÚS 38/04.
- Nález Ústavního soudu, ze dne 16. října 2014, sp. zn. Pl. ÚS 2554/14.
- Návrh zákona o neziskových nemocnicích je na světě. Jaké má přednosti a rizika? *Zdravotnický deník* [online]. 5. 10. 2016 [cit. 2016-05-20]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/10/navrh-zakona-o-neziskovych-nemocnicich-je-na-svete-jake-ma-prednosti-a-rizika/>.

- NHS. *The principles and values of the NHS in England*. [online]. NHS 2015. [cit. 2016-04-19]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhscoreprinciples.aspx>.
- NKÚ. *Nejvyšší kontrolní úřad*. [online]. 2015 [cit. 2016-05-21]. Dostupné z: <https://apps.odok.cz/attachment/-/down/KORNA3SCHYWZ>.
- OECD. *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance? OECD Health Policy Studies*. [online]. Paris: OECD Publishing, 2014 [cit. 2016-03-03]. ISSN: 2074-319X. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.
- PEKOVÁ, Jitka, Jaroslav PILNÝ a Marek JETMAR. *Veřejný sektor - řízení a financování*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-936-4.
- REKTOŘÍK, Jaroslav. *Organizace neziskového sektoru: základy ekonomiky, teorie a řízení*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Ekopress, 2010. ISBN 978-80-86929-54-5.
- STRÍLKOVÁ, Ivana. *Dilemata pozitivní diskriminace a gender mainstreaming jako možné řešení? Gender, rovné příležitosti, výzkum*. [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR v.v.i., 2005, 6(2), 18-20. [cit. 2016-03-03]. Dostupné z: [http://www.genderonline.cz/uploads/e02e7e2b53d8b825a76dd855e1ba92618854764b\\_dilemata-pozitivni-diskriminace.pdf](http://www.genderonline.cz/uploads/e02e7e2b53d8b825a76dd855e1ba92618854764b_dilemata-pozitivni-diskriminace.pdf).
- SUCHARDA, Petr a Lukáš ZLATOHLÁVEK. *Základy klinické medicíny*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3091-5.
- THOMSON, Sarah, OSBORN, Robin, SQUIRES, David a JUN, Miraya. *International Profiles of Health Care Systems, 2013*. [online]. New York: The Commonwealth Fund. 2013. [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2013/nov/1717\\_thomson\\_intl\\_profiles\\_hlt\\_care\\_sys\\_2013\\_v2.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2013/nov/1717_thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf).
- UNIE ZAMĚSTNAVATELSKÝCH SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY. *Stanovisko Unie zaměstnavatelských svazů ČR k návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích* [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: [http://www.uzs.cz/soubory/Stanovisko%20UZS%20CR\\_Neziskov%C3%A1%20zdravotnick%C3%A1%20zar%C3%ADzen%C3%AD-2.pdf](http://www.uzs.cz/soubory/Stanovisko%20UZS%20CR_Neziskov%C3%A1%20zdravotnick%C3%A1%20zar%C3%ADzen%C3%AD-2.pdf).
- ÚZIS ČR. *Metodika sestavení případu hospitalizace, verze 013*. [online]. ÚZIS 18. 12. 2015. [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicke-materialy-2016\\_11198\\_1058\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicke-materialy-2016_11198_1058_3.html).
- WAGNEROVÁ Eliška. [ET AL.]. *Listina základních práv a svobod: komentář*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 807357750X.

- WESTON, Burns H a Anna GREAR. Human rights in the world community: issues and action. 4. vyd. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2016. Pennsylvania studies in human rights. ISBN 978-081-2247-381.
- Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). In: Sběrka zákonů. [online]. 23. 4. 2009. [cit. 2016-04-15]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>.
- ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. Ekonomika zdravotnictví. 2. vyd., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-551-8.

