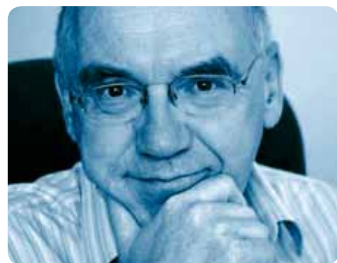


Před dvaceti lety jsme se, po pětadvacetileté pauze, vrátili k financování zdravotnictví prostřednictvím pluralitního veřejného pojištění. Ve



chvíli zásadních systémových změn se zdálo praktické budovat je pouze pro zdravotnictví a neobnovovat bismarckovský model v jeho plné kráse. Jinak by si nově vznikající pojišťovny musely přibrat ještě správu nemocenské, invalidních důchodů a dalších sociálních dávek kompenzujících následky nepříznivého zdravotního stavu občanů a to by bylo sousto k zahlcení. I toto rozhodnutí přispělo k tomu, že transformace zdravotnictví proběhla ve srovnání s ostatními postkomunistickými zeměmi relativně hladce.

Jinou kapitolou je, že po úspěšném vykročení od přidělového systému k regulovanému trhu jsme se „zakecali“ a už dlouho vězíme v mezifázi kumulující nedostatky obou modelů. Bez elementární shody nad základními rysy, které bychom rádi viděli u zdravotního a sociálního systému za 5, 10 či 15 let, se jednotlivé nápady na jejich vylepšení vzájemně nedoplnují, či dokonce potírají. A tak

zavádíme a rušíme poplatky, zvyšujeme efektivitu a bráníme nadbytečné kapacity, posíláme peníze za pacientem a uplatňujeme historické paušály, dlouhodobě investujeme a každým rokem měníme úhradová pravidla, chceme více peněz ve zdravotnictví a nechceme nechat rozhodovat občany, nejsme spokojeni s návazností zdravotních a sociálních služeb a posilujeme resortismus...

Kuchaření pejska s kočičkou po zásluze odsákal zlý pes, ale my jsme přece až tak nezlobili. Celá společnost prochází obdobím deziluze, pochybností a tápání, všechno vypadá šedě a bezvýhodně, ale jistotně se už někde rodí její nová dynamika. Právě teď je ta správná chvíle podívat se kriticky na zdravotní a sociální systém, zkusit vystoupit z trepek všední reality a popustit uzdu smělym úvahám. Před dvaceti lety jsme z rybí polévky obnovovali akvárium, teď nastal čas se podívat, co v něm ještě chybí.

Měli bychom si znovu zkusit odpovědět na otázky, jak správně nastavit poměr mezi solidaritou a osobní odpovědností ve zdravotnictví a v sociální sféře, jaká je odpovědnost společnosti, komunity a rodiny a za co, jak řešit konflikt mezi uniformitou a individualitou, jaké jsou role jednotlivých subjektů, co má být regulováno a jak, co udělat pro lepší funkční propojení zdravotního a sociálního systému. Nalezení shody nad základním nastavením zdravotního a sociálního systému, a tím jejich sta-

## V jaké zemi chceme žít?



Jiří Běhounek



Jiří Horecký

úhel pohledu

## volné fórum



Markéta Šichtařová

David Ondráčka



Jana Bendová



Stanislav Komárek



Jiří Müller

právní  
okénko

**Rozhodnutí Ústavního soudu ve věci tzv. nadstandardů**

bilizace, se zdá utopii, ale bylo by hříchem se o to nepokoušet.

*Příjemné počtení přeje  
MUDr. Pavel Vepřek*

## úhel pohledu >

**MUDr. Jiří Běhounek**  
hejtman, Kraj Vysočina

### Zdravotní a sociální systém

Již více než 20 let budujeme zdravotní a sociální systém na nových základech. Je to možná vhodný čas se trochu zamyslet nad tím, kam jsme se dostali a zda jdeme správným směrem. Oba systémy, zdravotní i sociální, se vyvíjely odděleně. Nebyla příliš snaha koncepčně ani konkrétními kroky systémy koordinovat, a každý ze systémů se tudíž vydal jinou cestou. Trochu jsme zapomněli, že oba poskytují služby jednomu občanovi, klientovi, který často má potřebu kombinovanou ze zdravotních i sociálních služeb. Logicky jsme došli do stavu, kdy oba resorty si shodně myslí, že na ten druhý doplácují. Zapomněli jsme trochu řešit rozhraní sociální a zdravotní péče a vzájemné provázanosti. U obou systémů kromě společného klienta máme i řadu jiných společných problémů, například spoluúčast nebo solidaritu. Soustředili jsme se na řešení dílčích problémů a neřešila se koncepce a vize celého systému sociálně-zdravotní péče. Jsme uprostřed Evropy a kolem nás je řada modelů odpovědnosti za péči. Na sever od nás roste role komunity a státu, na jih od nás je zase významnější role rodiny. Významnou roli hrají pojistné systémy. Jsme uprostřed a někdy mám pocit, že nemáme jasno, jak by to tu mělo být. Trochu čekáme, že budeme mít „severský“ standard a „jižní“ daně. Máme uzákoněnou odpovědnost rodiny, ale nějak všichni čekáme, že stát se postará. Jsem přesvědčen, že stát se má postarat o každého, kdo se o sebe nemůže postarat sám. Nikdy ale nebudeme mít dost prostředků, abychom zajistili zdravotní a sociální péči na takové úrovni, na jaké bychom si ji představovali. O to více musíme dbát na to, jak s penězi v systému hospodaříme. Proto potřebujeme dlouhodobou vizi a naplánované kroky k jejímu naplňování. Musíme udělat systém efektivní, přehledný a srozumitelný pro občany, tak aby každý v konkrétní životní situaci našel pomoc a věděl, co má dělat. Proto musíme výrazně zlepšit informovanost. Platí, že kvalitní komunikace je základním předpokla-

**Trochu jsme zapomněli, že oba poskytují služby jednomu občanovi, klientovi, který často má potřebu kombinovanou ze zdravotních i sociálních služeb.**

dem, aby pacienti, klienti, občané byli spokojeni.

V obou systémech je příliš mnoho parciálních zájmů a příliš málo ochoty spolupracovat. Chybí mi diskuse, která by vyjasnila a zpřesnila roli státu, krajů a měst a obcí v systému sociální péče, chybí mi diskuse nad cílovým stavem pojistných systémů. Ve zdravotnictví jsme se pustili do DRG, ale zůstávají nám velké rozdíly v platbách historicky vzniklé před 15 lety a dnes nemající žádné opodstatnění. Není naplněna role zdravotních pojišťoven jako subjektů hájících zájmy pacientů. Chybí ochota sdílet a transparentně zveřejňovat informace. Někdy mám pocit, že snad ani nechceme, aby byly informace dostupné a kontrolovatelné.

Na prvním místě toho, co je potřeba udělat, vidím jasně formulovanou dlouhodobou vizi sociálně-zdravotního systému. Ta musí respektovat pohled občana, který v každé životní situaci musí najít tu službu, která odpovídá jeho potřebě a z pohledu státu je i ta neefektivnější. A pak jsem hluboce přesvědčen, že bez nastavení jasných a kontrolovatelných pravidel, jejich dodržování všemi včetně případného sankcionování neplnění se budeme dále točit v kruhu na jednom místě.

A jestli mají spolu zdravotní a sociální systém být provázané? Na to je jednoduchá odpověď – na konci je konkrétní občan, který často ani nedokáže rozlišit, který systém mu služby poskytuje. Zajímá ho jen, kdo a čím mu pomůže.



*Jiří Běhounek*

**Ing. Jiří Horecký, MBA**  
**prezident, Unie zaměstnavatelských svazů ČR**

## Participace na sociálním zabezpečení

Jedním ze základních úkolů každého státu v oblasti nastavení sociální politiky je stanovení míry či podílu finanční participace na sociálním zabezpečení. To



*Jiří Horecký*

Rozdílná míra je (a měla by být) v bytových službách a rozdílná pak ve službách ambulantních a terénních. Tento podíl na úhradách je determinován celkovým systémem financování sociálních služeb v daném státě.

Současný systém financování sociálních služeb je stále ještě reziduem socialistického pojetí sociální politiky státu před r. 1989. V současné době lze v oblasti sociálních služeb označit či lépe řečeno detekovat posuny od sociálnědemokratického modelu (skandinávské země) k modelu konzervativnímu (např. Německo, Rakousko, Belgie). Současný systém poskytování sociálních služeb lze označit základní premisou: sociální služby ve srovnatelné kvalitě, ceně pro všechny občany s dostatečnou ochranou jejich majetku, zůstatku příjmů a bez automatické finanční participace osob blízkých. Větší využití soukromých zdrojů je ale nevyhnutelné a je zcela běžné v zemích, jako je Německo, Rakousko, Švýcarsko, Belgie, Lucembursko, Slovinsko, aj. Jde o zdroje jak soukromé, tak korporátní.

Příčin nedostatečného využití soukromých zdrojů je několik: od zažitých sociálních zvyklostí a jistot, přes absenci politické vize, síly a odvahy ke změně, až po absenci jakékoliv analýzy a syntézy těchto možných změn. Důsledkem tohoto problému, tj. nedostatečného využití soukromých zdrojů, je tlak na veřejné rozpočty, nedostatečná síť a dostupnost sociálních služeb, vytváření bariér pro rozvoj sociálních služeb a pro zavedení víceúrovňové nabídky sociálních služeb z pohledu kvality. Podrobná analýza, ekonomicko-demografické propočty, výzkum možných dopadů, zhodnocení rizik a přiležitostí, včetně pilotních modulací a konkrétních legislativních návrhů, jsou prvotním a základním předpokladem odstranění současného problému, resp. možného širšího využití soukromých zdrojů v sociálních službách, a tím i snížení závislosti poskytovatelů sociálních služeb na veřejnorozpočtových subvencích v kvantifikovatelném měřítku.

Je však jen otázkou času a relativně blízké budoucnosti, kdy se přiblížíme k ostatním západním zemím a vyšší míru participace zavedeme. Důvodů pro toto očekávání je více. Zcela jistě bude zesilovat tlak na veřejné rozpočty v souvislosti s poskytováním sociální, ale i zdravotní péče, paralelně s tím lze očekávat akcentování principu solidarity a vyžadování rodinného zaopatření, a to zejména ve vztahu dětí k rodičům.

Rakousko patří mezi země, se kterými máme poměrně hodně podobných charakteristik. Nejen z hlediska historického, ale i v rámci financování sociálních služeb či sociálního zabezpečení. Dovolte mi uvést jeden konkrétní příklad, z jednoho konkrétního zemského státu Rakouska, který je možným příkladem (a nechávám na čtenáři, do jaké míry je tento příklad dobrý, špatný, či aplikovatelný na současnou situaci v ČR).

Paní S. pochází z Burgenlandu. Když dosáhla věku 65 let, přestěhovala se do Vídně za svým synem, nahlásila zde své trvalé bydliště a starala se zde o domácnost a svá vnoučata. Svůj dům v Oberwartu si ponechala a také se do něj pravidelně vracela. Asi o dva roky později dostala mrtvici a v noci potřebovala ošetrovatelskou péči. Ve Vídni jí odmítli tuto péči poskytnout a poslali ji zpět do Burgenlandu. Důvod? Její skutečné místo pobytu zůstalo stále v Oberwartu. Rozhodující bylo dokonce i to, ve kterém místě si přebírala poštu.

Pro jejího syna mělo toto všechno závažné finanční důsledky: zatímco ve Vídni by za péči o matku bý-

**Je však jen otázkou času a relativně blízké budoucnosti, kdy se přiblížíme k ostatním západním zemím a vyšší míru participace zavedeme.**

val nemusel nic platit, v Burgenlandu po něm poskytovatel sociální péče požadoval měsíční příspěvek ve výši 600 €.

A není jediný, koho obdobná situace potkala. Od přibližně 1500 € do 3500 € stojí v Rakousku jedno místo v domovu pro seniory. V soukromých domech to může být v některých případech až 7000 €, což není nijak zanedbatelná suma, když si člověk uvědomí, že průměrný důchod je v Rakousku 947 €.

Ani příspěvek na péči jejímu uživateli nevystačí, většina potřebných dostává 273 € za stupeň 2, maximální dosažitelná částka činí 1562 €.

V podstatě si ale musí každý za své místo v domově platit sám. K pokrytí nákladů se používá příjem (např. penze, renta, příspěvky na péči, výtěžky z nájemného, úrokové výnosy) a majetek (hotovost, prostředky ze spořicíh účtů, cenné papíry, movitost a nemovitost a další). Klientovi zůstává „kapesné“ ve výši 20 procent jeho příjmu, celkový 13. a 14. plat, malá část z příspěvku na péči (asi 42 €) a také příspěvek na „řádný pohřeb“.

### **Ověřování údajů ze strany sociálních úřadů**

Při zhodnocování majetku klienta sociální služby jsou sociální úřady odkázány na poctivost žadatele. Ve Vídni se kontrolují pohyby na účtech za posledních šest měsíců. Pokud se zjistí, že na spořicíh účtu došlo k výběru, je dotyčný „požádán o vysvětlení“, a to i v případě, kdy žadatel o umístění do zařízení sociální péče pobírá vysokou penzi a pokouší se tvrdit, že nemá žádné úspory. Ani poté však poskytovatelé sociální péče nedostávají od bankovních institucí žádné přímé informace. Porušení anonymity u spořicíh účtů nijak nenarušuje bankovní tajemství.

Je také ještě stále možné zavčas převést svoje spořicí účty na děti a vnoučata. Pokud je však majetek převeden s cílem poškodit poskytovatele sociální péče, je tím spáchán trestný čin.

Zatímco peníze a spořicí účty mohou být převedeny relativně bez problému, tak převést na jiného byty, domy nebo pozemky ještě před přestěhováním se do domova je již o něco složitější. Nahlédnutí do katastru nemovitostí je samozřejmostí při ověřování návrhu ze strany poskytovatele sociální služby. K prodeji nemovitostí nebo pozemku není však pravidla nikdo ihned nucen; tato skutečnost se oznamuje orgánu odpovědnému za sociální služby (odborům sociálních věcí) dané země. Především pak ne v případě, že v domě žijí ještě další lidé. Ale ve většině spolkových zemí nechávají poskytovatelé sociální péče udělat záznam do katastru nemovitostí jako pojistku pro případ, že by náklady na pobyt v domově nemohly být placeny. A pak je již v určitém oka-

mžiku, nejčastěji po smrti uživatele pečovatelských služeb, prodej nezbytný; dědicům nezůstává nic.

Pouze ve Vorarlbergu se vyskytují tzv. „malé domky“, ve vorarlberském dialektu také „Hütle“: Slouží jako „chráněné vlastnictví“, pokud slouží k bydlení manželovi, manželce nebo dětem, zůstává nemovitost beze změny v katastru nemovitostí.

Také v ostatních spolkových zemích se lze ochránit před situací, kdy by dotyčný zcela pozbyl vlastnictví svého domu, ve kterém vyhradí právo bydlet dětem či partnerovi, jakmile to bude možné, nebo který zakáže jakkoli zatěžovat či převést na jiné. Obě skutečnosti je třeba zaznamenat či vložit do katastru nemovitostí. Jedná se o práva absolutní, a platí tedy například i pro toho, kdo by chtěl v budoucnu dům koupit.

### **Odporovatelnost darování**

Chce-li tedy někdo přenechat jinému pozemky a nemovitosti, musí je včas darovat. Zvláštní důraz je kladen na „včasnost“: v každé spolkové zemi smí poskytovatel sociální péče odporovat darování od 3 do 5 let od účinnosti darování. Jen v Tyrolsku a Vorarlbersku nejsou žádné pevně dané lhůty, a tak se zde vychází ze všeobecné promlčecí doby 30 let. Není zde však zpravidla zohledňována celková cena nemovitosti, ale pouze zákonná část čtyř procent z majetku. Od té jsou odedčena protiplnění, jako například doživotní renty, práva na bydlení nebo domácí péče. Důležité je proto nezapomenout ve smlouvě na protiplnění vždy, když se osoba vzdává nemovitosti ve prospěch dětí. Snižuje to totiž celkovou hodnotu darování.

Pokud jde o věci velké hodnoty, jako jsou například nemovitosti, je vždy dobré poradit se ve své spolkové zemi s advokátem, který má v této oblasti odpovídající zkušenosti. Tato problematika je totiž choulostivá: za určitých okolností může být převod, obzvláště prostřednictvím darovací smlouvy, ze strany poskytovatele sociální služby napaden. Konkrétně v případě, kdy bylo darováno očividně v rozporu s dobrými mravy s účelem „založit povinnosti úhrady za služby poskytovateli sociální služby“.

Rozhodující je proto časová souslednost: když darující osoba již v okamžiku uzavření smlouvy musí počítat s tím, že se stane klientem pečovatelského zařízení, za jehož služby nebude schopna zaplatit celou požadovanou částku, bude takový převod v rozporu s dobrými mravy. Poskytovatel sociální služby má poté dvě možnosti: může odmítnout převzít povinnost hradit náklady za poskytnutou péči, nebo napadnout darovací smlouvu. „Úspěšné napadení smlouvy by znamenalo, že příbuzný klienta, na

kterého byla nemovitost převedena, musí nemovitost převést zpět na klienta,“ říká Dr. Trojer. Poskytovatel může poté zajistit své již poskytnuté služby zřízením hypotekárního práva v katastru nemovitostí. Pokud by však měla být nemovitost mezi těmito dvěma událostmi prodána a výnos z prodeje „v dobré víře“ spotřebován či dále převeden na jiného, ztrácí poskytovatel sociální služby všechny své nároky.

V Horních Rakousech platí zvláštní pravidlo: je-li dům, byt či pozemek v době od 5 let před nástupem klienta do zařízení sociální péče převeden bez odpovídajícího protiplnění, smí poskytovatel sociální služby odhadnout tržní hodnotu nemovitosti. Obdarovaný, resp. příbuzný se však může „vykoupit“, a to tak, že ponese náklady za překlenutí pětileté lhůty.

V případě, že příjem a majetek klienta na uhrazení sociálních služeb nepostačují, zakročí poskytovatel sociální služby a vypočítá – nejdříve jednou – rozdíl. Pokouší se ale získat zpět prostředky od obdarovaného příbuzného. Zpravidla jsou jimi manžel či manželka (ne pokud jsou rozvedeni), děti a v případě mladších klientů sociální služby i jejich rodiče. Výše jejich úhrady závisí na jejich vlastním příjmu, jejich výdajích a v neposlední řadě také na konkrétní spolkové zemi.

V zásadě platí, že všem musí zůstat dostatek prostředků na úhradu životních nákladů a majetek příbuzných (např. dům, úspory) nesmí být dotčen.

Závisí na jednotlivých spolkových právních rádech, kolik musí manžel či manželka platit za svého partnera, který je klientem sociální služby. Právní úprava je však velmi nejednotná, procentuálně se jedná o 30 až 40 procent „započitatelného příjmu“.

U uhrazovací povinnosti dětí se v právní úpravě vyskytují ještě větší rozdíly: ve Vídni, Salzburgu a Horních Rakousech s jejich úhradou vůbec nepočítají. V ostatních spolkových zemích se jejich podíl na úhradě pečovatelských služeb pohybuje mezi 0 a 28 procenty jejich „započitatelného příjmu“.

Co se tím rozumí? Zpravidla čistý roční příjem (včetně příplatků, odměn atd.), od něhož jsou odečteny výdaje na bydlení (nájemné, půjčky, provozní náklady atd.), náklady na vyživovací povinnosti a zvláštní výdaje (nemoc, osobní automobil potřebný k výkonu povolání, zvýšené náklady na vzdělání atd.). Co konkrétně spadá pod tyto vyjmenované fixní náklady, se liší podle konkrétní spolkové země. V Burgenlandu se například nezohledňují náklady na telefon, elektrinu a pojištění. V některých spolkových zemích se však dodatečně odpočítává paušální částka na nezbytné životní náklady. To, co poté zbude, se nazývá jako „započitatelný příjem“.

Celkově mají poskytovatelé sociálních služeb při určování výše úhrady za služby volné ruce. Je brán ohled na složité sociální situace a je možné přistoupit na splátky a odložení plateb. Často se strany dohodnou na mimosoudním vyrovnání.

## volné fórum

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Jak nejlépe nakombinovat solidaritu a osobní odpovědnost ve zdravotní a sociální sféře?
2. Jakým tématům ve zdravotní a sociální oblasti by se naše společnost měla prioritně věnovat?
3. Je lepší zpřesňovat, nebo bourat hranice mezi zdravotním a sociálním systémem?

**odpovědi Markéty Šichtařové:**

1. Solidarita alias základní zdravotní pojištění má pokrýt nejjzákladnější péči bez jakéhokoliv nadstandardu. Nadnesené a ošklivě řečeno, péči „aby člověk přežil“. Vše byt jen lehce nadstandardní nechť je hrazeno ze soukromého připojištění. Nehrajme si na to, že „každý má nárok na stejnou péči“. Tak tomu nikdy nebylo a tak tomu ani nikdy nebude. Už proto ne, že každý bydlí jinak daleko od nemocnice, takže jinak

dlouho trvá jeho převoz – tolik ten nejsnáze pochopitelný příklad. Peněz není ve zdravotnictví málo. Peníze se však ztrácejí po cestě zejména u farmaceutických firem a u firem poskytujících zdravotnické pomůcky. A to právě proto, že lidé si osobně nemají šanci kontrolovat, jak jsou jejich peníze použity.

2. Přežívá u nás, tedy míněno zejména u služebně staršího personálu, představa, že člověk rovná se pacient rovná se pod-

řízený, který musí poslouchat. Zdravotnický personál je v některých případech arogantní a opomíjí psychickou stránku zdraví. A mnozí lidé to přijímají. Musíme na obou stranách rozšířit povědomí, že člověk je nikoli podřízený pacient, ale klient, který si kupuje dle svého uvážení zdravotnické služby. Argument, že takový klient nemůže službám lékaře rozumět, je lichý, protože když si klient zavolá opraváře televize, také si jej volá proto, že televizím

nerozumí. Tak je tomu vždy, když nakupujeme nějakou službu.



*Ing. Markéta Šichtařová,  
ředitelka, Next Finance*

3. Sociální systém je záchraná síť určená k tomu, aby člověk důstojně přežil, nemůže-li se o sebe postarat. Je čistě a jen otázkou solidarity. Zdravotnický systém je trhem zdravotních služeb, kde si klient kupuje zdravotnické služby. To je nebetýčný rozdíl. Pouze zcela základní péče, taková, aby člověk „přežil“, by měla spadat do plošného zdravotního pojištění, a tedy do solidarity. Pokud si toto uvědomíme a jasně nadefinujeme, bude se ztrácet méně peněz, a tedy i služby zdravotnictví budou v konečném důsledku kvalitnější a dostupnější.

*odpovědi Davida Ondráčky:*

1. Populace stárne a tím se stává ze zdravotního i sociálního systému ještě větší politikum než dnes. Bude dále silnit trend vstupu soukromého kapitálu, který v obou oblastech vidí příležitosti, a je důležité, aby byznys nevytěsnil solidaritu a osobní odpovědnost. Pochopitelně musíme pořád hledat cesty, jak nastavit systém efektivněji, jak omezit úniky a plýtvání, protože

k zásadnímu navýšení rozpočtových prostředků nedojde.

2. Hranice mezi oběma oblastmi je potřeba průběžně upřesňovat a reagovat na nově vznikající problémy, nikdy to nebude ukončený proces.



*David Ondráčka, ředitel,  
Transparency International*

3. Konkrétním a smutným příkladem, jak se to nemá dělat, je podle mě reforma systému péče o ohrožené děti. Šlo o špatně připravenou, překotně a silově prosazovanou změnu doprovázenou až hysterickou kampaní jedné lobby – a výsledek podle mě nepomáhá ničemu.

*odpovědi Stanislava Komárka:*

1. Je třeba podporovat zejména odpovědnost; naše společnost, tak jak je konstruována, na mnoha rovinách podporuje nezodpovědné jednání a přenašování tíží a rizik na jiné.

2. Nějakým způsobem odměňovat ty, kdo o své zdraví pečují, či lépe řečeno ty, kdo jsou dlouhodobě zdraví (ne tedy ty, kdo chodí na nekonečné preventivní kontroly, ale ty, kdo efektivně nejsou nemocní).

3. Spíše bourat, člověk je jen jeden a péče o něj také jedna.



*prof. RNDr. Stanislav Komárek,  
Dr., filosof a biolog*

*odpovědi Jany Bendové:*

1. Nadstandardy s komerčním připojištěním, bonusy za péči o vlastní zdraví.

2. Kvůli stárnutí populace dlouhodobé neakutní péči. Kvůli zvyšování nákladů na zdravotní i sociální péči motivaci občanů k péči o vlastní zdraví, a to metodou „cukru“, nikoli „biče“.



*Jana Bendová,  
vedoucí komentářů a publicistiky, MF DNES*

3. Zpřesňovat, aby se postupně mohly bourat.

**Mgr. Jiří Müller, advokátní koncipient,  
Advokátní kancelář Bradáč Advokáti**

## Rozhodnutí Ústavního soudu ve věci tzv. nadstandardů



Jiří Müller

Ústavní soud rozhodl v plénu složeném ze 14 soudců Ústavního soudu 2. července 2013 o návrhu skupiny poslanců Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky ve věci zrušení některých ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších úprav (dále také jen jako „zákon o veřejném zdravotním pojištění“), kterým byla zrušena právní úprava ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče, nálezem sp. zn. Pl. ÚS 36/11.

Jelikož Ústavní soud je soudem, který nespadá svým zařazením do obecné soudní soustavy, není další soudní instancí, a to ať už například odvolací, nebo dovolací, ale jeho základním posláním je garantovat ústavnost právního řádu a poskytovat ochranu základním (ústavním) právům fyzických a právnických osob na základě ústavního pořádku České republiky, do něhož patří zejména Ústava České republiky a Listina základních práv a svobod (dále jen „**Listina**“), zabýval se v této věci otázkou souladu příslušných ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění právě s ústavním pořádkem České republiky.

Rámec pro posuzování, zda příslušná ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění jsou v souladu s ústavním pořádkem České republiky, pak poskytuje článek 31. Listiny. V článku 31. Listiny je řečeno, že „každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“

Ústavní soud se ve svém nálezu zabíral nejprve široce otázkou rozdělení zdravotních služeb na základní a ekonomicky náročnější.

V souvislosti s dělbou zdravotní péče na základní a ekonomicky náročnější variantu obecně konstatoval, že „z ústavních i zákonných principů nelze tuto péči dělit na jakousi základní, ‚levnější‘, ale méně vhodnou a méně účinnou, a na nadstandardní, ‚dražší‘, ale vhodnější a účinnější. Rozdíl mezi standardní a nadstandardní péčí nesmí spočívat v rozdílech ve vhodnosti a účinnosti léčby. Zákon neupravuje, jakou zdravotní péči může lékař, resp. zdravotnické zařízení poskyto-

vat, ale jakou musí v obecném zájmu poskytovat, aby všichni pojištěnci měli stejnou měrou nárok na taková ošetření a léčby, jež odpovídají objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležitě úrovně a lékařské etiky. Vývojová orientace zdravotnictví, podložená zákony, je tedy založena nikoli na přesunu ‚lepší‘ úkonů zdravotní péče z bezplatné péče do sféry pojištěnci přímo hrazené, ale naopak ve směru zlepšování úkonů poskytovaných bezplatně z veřejného zdravotního pojištění.“

Následně Ústavní soud porovnal právní úpravu zákona o veřejném zdravotním pojištění se shora uvedeným stanoviskem k dělbě zdravotních služeb. Dospěl k závěru, že „stávající právní úprava takové obavy sice zásadně nebudí, neboť zákon o veřejném zdravotním pojištění v § 13 odst. 1 vymezuje kvalitativní podmínky zdravotní služby hrazené z veřejného pojištění shodně pro obě varianty péče tak, že a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.“

Ústavní soud ve svém rozhodnutí opětovně dospěl k závěru, že obecné rozdělení zdravotní péče na standardní, tedy hrazenou z veřejného pojištění, a nadstandardní, tedy částečně či úplně hrazenou pacientem, je možné. K tomuto se ostatně již Ústavní soud vyjádřil i dříve, například v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 35/95.

Ústavní soud dále posuzoval samotnou formu úpravy standardní a nadstandardní. Klád si otázku, jaký právní předpis blíže upravuje a konkretizuje, co je standardní a nadstandardní péčí. Ústavní soud totiž ve své judikatuře je názoru, že „právo na bezplat-

nou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky mají občané na základě veřejného pojištění a za podmínek blíže vymezených zákonem. Jestliže tedy tyto podmínky mohou být upraveny pouze zákonem, je zcela nezbytné, aby i rozsah a způsob jejich poskytování byl vymezen stejným legislativním režimem. Jiná než zákonná úprava by byla porušením Listiny, a tedy i ústavnosti. Nelze připustit, aby vymezení rozsahu výše poskytované zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu bylo ponecháno na úpravě jiným než zákonným právním předpisům. Tím by se sféra ochrany základních práv a svobod dostala pod pravomoc moci výkonné, která k takovým pravomocím není oprávněna.“ Ústavní soud zde totiž vychází ze znění článku 41. Listiny, kde je řečeno, že práva uvedených v článku 31. Listiny je možno se domáhat pouze v mezích zákonů, které toto ustanovení provádějí. Jinými slovy řečeno, musí to být zákon, který článek 31. Listiny bude konkretizovat, nestačí právní předpis podzákonný.

Ustanovení § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění, které upravovalo rozdělení zdravotní péče na standardní a nestandardní, svým zněním odkazovalo na prováděcí vyhlášku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Vyhláška sama o sobě je normou podzákonnou.

Ústavní soud došel k závěru, že „podzákonná normotvorba je protiústavní, jestliže meze základních práv a svobod nemůže stanovovat nic jiného než přímo zákon. Tak je tomu i v řešeném případě mezi práva na bezplatnou zdravotní péči. Problematika je sice upravena v základních rysech již v samotném zákoně o veřejném zdravotním pojištění, ovšem jen zčásti. Nutný základní rámec pro podzákonný právní předpis je proto příliš stručný a neurčitý.“

Důvodem pro zrušení příslušných ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění je tedy ta

skutečnost, že nadstandardní zdravotní péče, resp. slovy zákona ekonomicky náročnější varianta zdravotní péče, nebyla dostatečně konkretizována zákonnou právní normou, a proto byla v rozporu s čl. 31. Listiny, neboť ten může být konkretizován dále pouze jen zákonem, což vyplývá z dikce článku 41. Listiny.

Plénum Ústavního soudu však nerozhodlo jednomyslně. Dovolují si tímto upozornit především na odlišné stanovisko soudců Vladimíra Kůrky a Stanislava Balíka.

Především stojí za povšimnutí zcela zřejmý argument soudce Kůrky, který tvrdí, že požadavek čl. 41. Listiny, aby článek 31. Listiny byl dále konkretizován zákonnou právní normou, byl splněn, když, co jsou zdravotní služby hrazené ze zdravotního pojištění, zákon o veřejném zdravotním pojištění definuje v § 13 odst. 1 tohoto zákona. Na jím (takto) definovanou zdravotní službu má každý nárok a musí mu být poskytnuta bezplatně. Tím byl tedy dán zákonný rámec této úpravy a vyhláška pouze dále konkretizovala již zákonem upravený rámec.

Soudce Balík si v této souvislosti klade otázky, zda „pomůže k odstranění věčné nedůvěry změna formy právního předpisu?“ A zda „bude 281 zákonodárců kvalifikovaně číst v odborných lékařských časopisech, aby mohli hlasovat o variantách zdravotních služeb?“ Soudce Balík si totiž uvědomuje, že vyhláška upravující nadstandarty byla vypracována Ministerstvem zdravotnictví ČR, tedy nikoli úplnými laiky, a bylo jistě úmyslem zákonodárce, aby podrobnější úprava a rozvedení nadstandardní zdravotní péče bylo dáno do rukou alespoň příslušnému ministerstvu jako jakémusi garantu odbornosti a nikoli „pouze“ zákonodárci. Závěrem konstatuje: „Vždy to ve skutečnosti začne a skončí u skutečných odborníků. Jejich návrhu nezbude než přikývnout, protože laickou neznalost bude třeba doplnit důvěrou.“

