



MINISTERSTVO VNITRA  
ČESKÉ REPUBLIKY



MVCRX005VG0J  
prvotní identifikátor

**č. j. MV-89765-1/ODK-2009**

Příloha č. 1

**ANALÝZA  
POSTUPU KRAJŮ PŘI ÚHRADÁCH  
REGULAČNÍCH POPLATKŮ ZA POJIŠTĚNCE  
A JEJICH ZÁKONNÉ ZÁSTUPCE**

Odbor dozoru a kontroly veřejné správy  
Praha dne 5. května 2009

## I. ÚVOD

Na základě zjištění z vlastní činnosti i podnětů veřejnosti přezkoumávalo Ministerstvo vnitra v rámci své dozorové pravomoci vůči územním samosprávným celkům **postup krajů při úhradách tzv. regulačních poplatků** za pojištěnce, resp. jejich zákonné zástupce v krajských zdravotnických zařízeních. Předmětem dozorového přezkumu byl soulad usnesení orgánů krajů (zastupitelstva nebo rady), jimiž byl nastaven systém této úhrady, s právními předpisy, jak vyplývá z § 82 zákona č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), v platném znění.

K prověření zákonnosti těchto aktů si Ministerstvo vnitra vyžádalo podklady od jednotlivých krajů a odborná stanoviska příslušných správních úřadů (zejména Ministerstva zdravotnictví a Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže) a po jejich vyhodnocení dospělo k **závěru**, že **systém úhrady regulačních poplatků, upravený usneseními orgánů jednotlivých krajů** – přestože mezi jednotlivými kraji existují dílčí odlišnosti – **je v rozporu se zákonem**. Konkrétně byl konstatován *rozpor se zákonem o krajích*, spočívající především v překročení zákonných mezí samostatné působnosti zásahem do oblasti, jejíž regulace je vyhrazena výlučně státu, a *rozpor se zákonem o veřejném zdravotním pojištění*, a to jak se samotným účelem právní úpravy regulačních poplatků tak s jeho právním provedením v § 12 písm. m) a § 16a zákona.

Ustanovení § 82 zákona o krajích předpokládá, že Ministerstvo vnitra vyzve příslušný kraj ke zjednání nápravy, a pokud kraj nápravu nezjedná do 60 dnů ode dne doručení výzvy, **pozastaví výkon dozorovaného usnesení. K pozastavení výkonu usnesení dochází dnem doručení rozhodnutí ministerstva kraji (od tohoto okamžiku tedy nelze podle usnesení nadále postupovat)**. V rozhodnutí o pozastavení výkonu se současně stanoví přiměřená lhůta pro zjednání nápravy. Pokud kraj nápravu nezjedná a není-li proti rozhodnutí ministerstva o pozastavení výkonu podán rozklad, podá Ministerstvo vnitra do 30 dnů od uplynutí lhůty pro zjednání nápravy návrh správnímu soudu na zrušení tohoto usnesení.

## II. ROZPOR POSTUPŮ KRAJŮ S PRÁVNÍMI PŘEDPISY

V následujícím textu uvádíme zobecněný přehled porušení zákona, která jsou společná všem krajům. Jelikož se postupy jednotlivých krajů v detailech či v celé koncepci (Plzeňský kraj) odlišují, budou tyto *obecné výhrady* platné vůči všem krajům v jednotlivých výzvách blíže konkretizovány či modifikovány.

### II.1 PŘEKROČENÍ MEZÍ SAMOSTATNÉ PŮSOBNOSTI KRAJE

V čl. 8 odst. 1 a dále v hlavě VII. Ústavy České republiky je zakotveno *právo územních samosprávných celků na samosprávu*. Dle čl. 104 odst. 1 Ústavy České republiky může být působnost zastupitelstev stanovena jen zákonem. Ustanovení § 2

zákona o krajích pak obecně vymezuje právo kraje samostatně spravovat své vlastní záležitosti, tedy *samostatnou působnost*, do níž podle § 14 zákona o krajích náleží záležitosti, které jsou v zájmu kraje a občanů kraje, pokud nejde o přenesenou působnost kraje. Do samostatné působnosti kraje patří zejména záležitosti uvedené v § 11, 35, 36 a 59 zákona o krajích, s výjimkou vydávání nařízení kraje, a dále záležitosti, které do samostatné působnosti svěří zákon.

Obecně sice platí, že *zabezpečování zdravotní péče*, jak vyplývá z ustanovení zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (viz též nálezný Ústavního soudu. zn. Pl. ÚS 51/06), spadá do samostatné působnosti územních samosprávných celků, do níž může stát podle čl. 101 odst. 4 Ústavy zasahovat, jen vyžaduje-li to ochrana zákona a jen způsobem stanoveným zákonem. *Hrazení regulačních poplatků* je však oblastí odlišnou, neboť se nejedná o poskytování zdravotní péče jako takové, ale o oblast veřejného zdravotního pojištění, která je upravena zvláštním zákonem a jako taková ponechána zcela státu a jeho orgánům. Tímto zvláštním zákonem je právě zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“), který dle svého ustanovení § 1 *upravuje veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona poskytována zdravotní péče, způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění. Zákon o veřejném zdravotním pojištění ani jiný zákon přitom krajům v oblasti veřejného zdravotního pojištění resp. v oblasti úhrady regulačních poplatků za poskytnutou zdravotní péči nesvěřuje žádnou samostatnou působnost, naopak, ponechává tuto oblast přímo státu, a to nejen v rovině regulační, ale i výkonné. S podílem územní samosprávy (resp. její samostatné působnosti) se tedy v této výlučné státní sféře vůbec nepočítá, což znamená, že ani úhradu regulačních poplatků nelze podřadit do samostatné působnosti krajů. Pokud tedy kraj regulační poplatky za pojištěnce hradí, činí tak mimo rámec své působnosti.*

Celý systém zdravotnictví je tedy vnitřně diferencován a na jeho realizaci resp. na jeho správě se podílí více subjektů, jejichž působnost na úseku zdravotnictví je vymezena v právních předpisech veřejnoprávního charakteru (např. zákon č. 20/1966 Sb., zákon č. 160/1992 Sb., zákon č. 258/2000 Sb. či zákon č. 48/1997 Sb.). Z mezí působnosti vymezených kogentními právními předpisy veřejného práva přitom nelze svévolně vybočovat, neboť by mohlo docházet k zásahům do působnosti a kompetencí dalších subjektů na systému participujících.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> O tom, že *zdravotnictví* je oblastí, na níž v různých, avšak striktně oddělených a právní úpravou odlišených úlohách participuje stát i územní samosprávné celky svědčí i právní teorie. V této souvislosti lze odkázat např. na publikaci doc. Průchy Veřejná správa a samospráva (vydané Vysokou školou aplikovaného práva, s. r. o., Praha, 2004): „...zdravotnictví samo o sobě je pojem zahrnující systém zdravotnických služeb, resp. péče o zdraví, společně se systémem zdravotnických zařízení a dalších zdravotnických organizací uspořádaných do soustavy zdravotnických zařízení, které tuto péči poskytují. Výkon veřejné správy na úseku zdravotnictví je zaměřen na realizaci opatření směřujících k péči

Z výše uvedeného tak vyplývá, že kraje v oblasti své samostatné působnosti nemohou vůbec zasahovat do problematiky veřejného zdravotního pojištění a zákonem vytvořené instituty nemohou žádným způsobem modifikovat. Zákon o veřejném zdravotním pojištění je kogentní, nikoliv dispozitivní právní normou a že tento zákon vymezuje působnost orgánů veřejné správy v této oblasti. **V opačném případě, tzn. pokud k zásahům do oblasti veřejného zdravotního pojištění dojde, kraje vybočují z mezí své zákonem vymezené samostatné působnosti.**

Uvedený závěr v žádném případě nezpochybňuje *hospodářskou samostatnost krajů*. Kraje jsou sice Ústavou i zákonem o krajích oprávněny hospodařit se svým majetkem, přičemž vystupují v právních vztazích svým jménem a nesou odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících, těchto oprávnění však nelze využít k jakékoliv modifikaci povinností či postupů stanovených kogentní normou veřejného práva, v tomto případě zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Kraje jsou totiž oprávněny „svobodně“ nakládat se svým majetkem jen v oblastech, které jim jsou zákonem svěřeny. Přitom vymezení těchto oblastí je úkolem státu<sup>2</sup>, který však krajům působnost pro oblast veřejného zdravotního pojištění nevymezil a není tudíž přípustné na úrovni krajské samosprávy do systému veřejného zdravotního pojištění zasahovat. Ostatně i ustanovení § 17 odst. 1 zákona o krajích stanoví, že „majetek kraje musí být využíván účelně a hospodárně v souladu s jeho zájmy a úkoly vyplývajícími ze zákonem vymezené působnosti“. V oblasti, která do působnosti kraje nespadá, tak kraj svůj majetek již z povahy věci využívat nemůže, resp. takové využití odporuje zákonu.

Proto je nutné odmítnout i případnou námitku, že postup krajů je uplatňován vůči jim zřízeným či založeným zdravotnickým zařízením, a tedy do (samostatné) působnosti krajů spadá. Při použití takové argumentace by bylo analogicky možno dospět k závěru, že kraje mohou zasahovat do organizace a způsobu vzdělávání v jimi zřízených školách, tedy modifikovat pravidla stanovená závazně právními předpisy na úseku školství, což je zjevně závěr nesprávný a zákonu odporující.

**Lze tak (i v intencích níže uvedeného) shrnout, že kraje svým postupem vybočují z mezí jim zákonem vymezené působnosti prostřednictvím zásahů do kogentní zákonnou normou upraveného systému veřejného zdravotního pojištění. V takovém případě není primárně rozhodující intenzita takového zásahu, ke konstatování nezákonnosti postačuje již samotná skutečnost, že k takovému zásahu nebo jeho pokusu vůbec došlo.**

---

*o zdraví, včetně ochrany a podpory tzv. veřejného zdraví. (...). V organizaci správy na úseku zdravotnictví se projevuje jednak to, že veřejná správa zdravotnictví je diferencována vertikálně, resp. úrovně, a dále i to, že se na ní podílejí jak orgány státní správy, tak subjekty samosprávy“.*

<sup>2</sup> Jak vyplývá např. z nálezu Ústavního soudu Pl. ÚS 34/02, náleží „vymezení oné části veřejných záležitostí, již je místní nebo oblastní společenství občanů způsobilé řídit, je svěřeno zákonodárci, čili státní moci (čl. 104)...“,

## II.2 ROZPOR S ÚČELEM ZÁKONA O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ (SE ZÁKONODÁRCEM PŘEDPOKLÁDANÝM ÚČELEM REGULAČNÍCH POPLATKŮ)

Ustanovení § 12 písm. m) zákona o veřejném zdravotním pojištění stanoví, že pojištěnec je povinen hradit zdravotnickému zařízení regulační poplatky podle § 16a. V ustanovení § 16a zákona o veřejném zdravotním pojištění jsou tyto regulační poplatky blíže specifikovány ve smyslu rozvedení kogentní povinnosti pojištěnců, resp. jejich zákonných zástupců platit poplatky, vymezení případů, kdy se poplatek platí, resp. neplatí, stanovení jejich výše či pravidel pro jejich úhradu. Zároveň je zde stanovena povinnost zdravotnického zařízení poplatek vybrat a jsou stanoveny sankce, které je možno uložit při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti.

Institut regulačního poplatku byl do zákona o veřejném zdravotním pojištění zaveden především za **účelem omezení neúčelného čerpání pojištěnci**, přičemž hlavním cílem těchto poplatků je **zajištění efektivního využívání finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění** (jak vyplývá z důvodové zprávy k návrhu zákona, kterým byly regulační poplatky zavedeny – zákon byl schválen pod č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů).

Rovněž i **Ústavní soud**, který se danou problematikou zabýval v nálezu pod spisovou značkou Pl. ÚS 1/08 ze dne 20. května 2008, přičemž návrh na zrušení příslušné části zákona č. 261/2007 Sb. zamítl a **zákonnou úpravu regulačních poplatků tak zhodnotil jako ústavně konformní**, v tomto nálezu uvedl, že „zákonem zavedené poplatky, jak vyplynulo i z provedeného dokazování, regulují přístup k zdravotní péči hrazené z veřejného pojištění, čímž zamezují jejímu nadužívání; to v důsledcích zvyšuje procento pravděpodobnosti, že se zdravotnická péče dostane opravdu těm skutečně nemocným. Tímto, skrze poplatky, dochází i k naplňování legitimního cíle ústavodárce, a to aniž by se použitý prostředek jevil nerozumným. (...) Ústavní soud pokládá za zjištěné, že účelem původních intencí zákonodárce ve vztahu k regulaci byl akcent na takovou organizaci zdravotnictví, která by zajistila kvalitnější faktickou realizaci čl. 31 věty první Listiny, resp. poskytování místně a časově dostačující a kvalitnější zdravotní péče. Tohoto cíle má být dosaženo i tím, že občané mají být napadenou právní úpravou vedeni i k solidárnímu chování ve vztahu k druhým, resp. těm, kteří potřebují náročnější zdravotní péči. (...) V první řadě je třeba zdůraznit, že účelem zavedení regulačních poplatků byla regulace chování pacientů ve vztahu ke zdravotnickým zařízením a k pořizování léků v lékárnách, jakož i chování mezi pacienty navzájem. Jak již bylo řečeno, tato regulace má za cíl umožnit poskytování kvalitní zdravotní péče a léků těm, kteří ji skutečně potřebují, a zároveň prohloubit solidaritu mezi pacienty, resp. potenciálními pacienty. Regulační prvek může mít v praxi různou formu i odlišný dopad. Markantní je jistě snaha v kontextu zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů optimalizovat čerpání veřejných zdrojů, a tím

*formou regulace omezit nadužívání lékařské péče či plýtvání a ne hospodárnost při pořizování léků. Podstatným faktorem je však i subjektivní stránka regulace. Kromě toho, že by měla vést k popsané změně chování ve vztahu k čerpání zdravotnických služeb a potřeb, odráží se v ní okolnost, že ač je zde právo na bezplatnou zdravotní péči, zdravotní péče je zdravotnímu zařízení obdobně jako lék lékárníkovi placena, a to třetím subjektem – zdravotní pojišťovnou. Princip solidarity se promítá do dvoustranného vztahu, a to jak vůči tomu, kdo s někým solidarizuje, tak vůči tomu, s nímž je solidarizováno. Na jedné straně stojí ten, kdo by se neměl neomezeně dožadovat zdravotní péče, kterou v požadovaném rozsahu nepotřebuje, na straně druhé ten, kdo by si měl uvědomit, že i poskytnutím zdravotní péče právě jemu jsou prostředky z veřejného zdravotního pojištění přerozděleny tak, že on z nich čerpá více než ten, komu zdravotní péče nebyla poskytnuta.(...) Obdobně se Ústavní soud zabýval problematikou „regulačního poplatku“ a „doplatku na léky“. I v tomto případě zkoumal Ústavní soud podstatu a účel těchto plateb. (...) Také u tohoto typu regulačního poplatku je velmi významným faktorem regulační funkce, a tedy naplňování legitimního cíle shora uvedeného. Jak vyplynulo z provedeného dokazování, je účelem tohoto regulačního poplatku vést pacienty k odpovědnému přístupu k opatřování si léků tak, aby si pacient na lékařský recept opatřil pouze léky, které potřebuje a spotřebuje, nikoliv aby je – jak se dosud, o čemž existuje obecné povědomí, stávalo – měl možnost opatřovat do zásoby či si je v lékárně vyzvednout jen proto, aby u lékaře, který mu je předepsal, vzbudil dojem, že se léčí, léky však přitom neužíval a ani je do lékárny nevrátil.“*

Z výše uvedeného tak lze jednoznačně dovodit, že primárním účelem sledovaným zákonem o veřejném zdravotním pojištění, který i Ústavní soud shledal jako legitimní a ústavně konformní, je **formou regulace chování pacientů zamezit nadužívání zdravotní péče**. Způsob nastavení regulačních poplatků totiž vede pojištěnce ke zvýšené odpovědnosti za čerpání zdravotní péče a zároveň (zamezením nadužívání zdravotní péče) k úspoře veřejných prostředků vynakládaných z veřejného zdravotního pojištění. **Postupy krajů, jimiž dochází v jakékoliv formě k úhradě poplatků za pojištěnce, resp. jeho zákonného zástupce krajem, tuto regulační funkci eliminují a tedy jednoznačně směřují proti účelu zákona o veřejném zdravotním pojištění, resp. jeho ustanovení upravujících regulační poplatky.**

To, že cílem sledovaným zákonem o veřejném zdravotním pojištění je nejen regulace přístupu ke zdravotní péči ale též optimalizace čerpání veřejných zdrojů, dovodil i Ústavní soud v již výše zmíněném nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (*„Markantní je jistě snaha v kontextu zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů optimalizovat čerpání veřejných zdrojů<sup>3</sup>, a tím formou regulace omezit nadužívání lékařské péče či plýtvání*

---

<sup>3</sup> Veřejné zdroje v tomto smyslu lze chápat obsahově totožně jako veřejné prostředky ve smyslu § 2 písm. g) zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole, ve znění pozdějších předpisů, podle níž jsou veřejnými prostředky veřejné finance, věci, majetková práva a jiné majetkové hodnoty patřící státu

*a nehospodárnost při pořízování léků“).* Postupem krajů však nastává stav zcela opačný, neboť namísto **optimalizace čerpání veřejných rozpočtů** dochází zcela proti smyslu a cíli právní úpravy ke zvyšování nároků na veřejné rozpočty, a to jak dalšími přidávanými výdaji z rozpočtů krajů tak k vyloučením úsporné funkce regulačních poplatků na výdaje ze zdravotního pojištění. Postup krajů totiž nejen, že zjevně eliminuje zákonem sledovaný cíl omezit nadužívání lékařské péče či plýtvání a nehospodárnost při pořízování léků a ohrožuje tak snahu o optimalizaci veřejných zdrojů, ale vede i ke zmenšování těchto zdrojů o další finanční prostředky vynaložené na úhradu regulačních poplatků za pacienty (odpouštěním regulačních poplatků je totiž způsobilé zapříčinit celkový nárůst čerpané zdravotní péče, a tudíž objem veřejných prostředků z veřejného zdravotního pojištění vydaných na hrazení léčebné péče a hrazené části léků).

**Protože postup krajů směřuje proti účelu zákona o veřejném zdravotním pojištění (resp. jeho ustanovení upravujících regulační poplatky), jako zákona sledujícího zájem na optimalizaci čerpání veřejných zdrojů, který je bezpochyby zájmem veřejným, dochází zároveň k porušování povinnosti krajů stanovené v ustanovení § 2 odst. 3 zákona o krajích, tzn. povinnosti chránit veřejný zájem („Kraj při výkonu samostatné působnosti a přenesené působnosti chrání veřejný zájem“) (viz níže).**

### **II.3 ROZPOR S USTANOVENÍM § 12 PÍSM. M) A § 16A ODS. 1 ZÁKONA O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ**

Ustanovení § 12 písm. m) zákona o veřejném zdravotním pojištění stanoví, že pojištěnec je povinen hradit zdravotnickému zařízení regulační poplatky podle § 16a. Ustanovení § 16a odst. 1 téhož zákona návazně stanoví, že *„pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči uvedenou v písmenech a) až f) poskytl, regulační poplatek...“*

Zákon sice explicitně nevylučuje, aby za pojištěnce, resp. jeho zákonného zástupce uhradil poplatek v souladu s předpisy občanského práva někdo jiný, **povinnost hradit poplatek a způsob jejího plnění je však třeba posuzovat vždy v kontextu s účelem zákona.** V důvodové zprávě deklarovaným účelem existence regulačních poplatků přitom je omezení neúčelného čerpání zdravotní péče pojištěnci. Dle názoru Ústavního soudu vysloveného v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08 „...účelem zavedení regulačních poplatků byla regulace chování pacientů ve vztahu ke zdravotnickým zařízením a k pořízování léků v lékárnách, jakož i chování mezi pacienty navzájem. (...) tato regulace má za cíl umožnit poskytování kvalitní zdravotní péče

---

nebo jiné právnické osobě uvedené v písmenu a) téhož ustanovení – mimo jiné územnímu samosprávnému celku.

*a léků těm, kteří ji skutečně potřebují, a zároveň prohloubit solidaritu mezi pacienty, resp. potenciálními pacienty.“*

Naplnění účelu zákona tak předpokládá hrazení poplatků samotným pojištěncem, resp. jeho zákonným zástupcem (resp. z jiných než veřejných zdrojů), neboť jen tento postup může regulovat jeho chování a přístup k čerpání zdravotní péče. **Úhrada regulačních poplatků za pojištěnce nebo jejich zákonné zástupce krajem, tedy z veřejných zdrojů (a to jakýmkoli způsobem) tak směřuje proti samotné podstatě ustanovení § 12 písm. m) a navazujícího § 16a odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění a dostává se tak do rozporu s těmito ustanoveními.**

Přestože kraje úhrady vůči jednotlivým pojištěncům realizují úkony soukromého práva (poskytnutí daru, úhrada dluhu za jiného apod.), které jsou samozřejmě z dozorové (i kontrolní) působnosti Ministerstva vnitra vyloučeny (uzavírané smlouvy nejsou svou povahou ani *usneseními*, ani *rozhodnutími* ani *jinými opatřeními* ve smyslu § 82 zákona o krajích) a přestože ani dozorovatelné akty (usnesení, rozhodnutí či opatření) nepodléhají přezkumu z hlediska dodržení předpisů soukromého práva (§ 82 odst. 6 zákona o krajích), **dochází postupem krajů i k porušení předpisů práva veřejného (zákon o krajích, zákon o veřejném zdravotním pojištění) a tedy usnesení, jimiž příslušné krajské orgány rozhodly o realizaci těchto úkonů, jsou pro rozpor s veřejnoprávními předpisy nezákonné.**

Jinak řečeno byť instituty občanského práva obecně umožňují provést úkony směřující k poskytnutí daru, resp. úhradě za jiného, směřuje postup krajů při hrazení regulačních poplatků svými důsledky a svou povahou jednoznačně k výsledku zákonu odporujícímu. Pakliže totiž regulační poplatek neuhradí pojištěnec, resp. jeho zákonný zástupce, ale uhradí ho za něj kraj, eliminuje se tímto již z povahy věci regulační dopad na chování pacienta, jelikož ten tak není veden k omezení nadužívání lékařské péče či plýtvání a nehospodárnosti při pořizování léků. Pacientovi je naopak v souvislosti s poskytováním zdravotní péče nabízena další možnost čerpat prostředky z veřejných zdrojů – z rozpočtů krajů, a to de facto bez jakýchkoliv omezujících podmínek. V tomto kontextu je přitom nutné zdůraznit též skutečnost, že kraji poskytované „dary“ nejsou fakticky nijak individualizovány a jsou poskytovány bez dalšího všem pojištěncům bez rozdílu jejich sociální, příjmové a zdravotní situace.

Ve vztahu k občanům je tak prakticky deklarováno, že veřejné prostředky mohou být využívány k plnění jejich individuálních povinností, aniž by občanovi vznikala jakákoliv další povinnost alespoň se spolupodílet na splnění této povinnosti, což rozhodně nemá efekt vedoucí k odpovědnému, nadužívání zdravotní péče omezujícímu, chování. Naopak může nastat efekt naprosto opačný, a to nejen ve vztahu k čerpání zdravotní péče, *ad absurdum* může být v občanovi vzbuzen dojem, že využívání veřejných prostředků na plnění jeho individuálních povinností je běžným postupem, a že tak plnění těchto povinností jím samotným by bylo nadbytečné.



**Postupem krajů proto dochází k porušování ustanovení § 12 písm. m) a § 16a odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění tím, že poplatek nehradí přímo pojištěnec resp. jeho zákonný zástupce.**

Tento závěr přitom nezpochybňuje ani případný argument, podle kterého § 16a zákona o veřejném zdravotním pojištění *výslovně* krajům nezakazuje hradit regulační poplatky z veřejných zdrojů za pojištěnce. Je totiž absurdní tvrdit, že kraje mají v této situaci stejné postavení jako soukromé subjekty a tedy že mohou činit vše, co jim zákon nezakazuje. Naopak, kraje jsou veřejnoprávní korporace a i při nakládání s veřejným majetkem jsou omezeny zákonem stanovenými cíli a podmínkami a jsou povinny respektovat *zákonem předpokládaný cíl regulace*, v daném případě veřejný zájem na optimalizaci poskytování a hrazení zdravotní péče. Stejně absurdní se může jevit i z tohoto argumentu vyplývající požadavek, aby veškerá nepřipustná chování byla v normě výslovně a taxativně uvedena. Nepřipustnost určitého jednání přitom samozřejmě může vycházet nejen z výslovného zákazu, ale právě z rozporu tohoto jednání se smyslem právní normy, jímž v daném kontextu je *regulační efekt* na pacienty a *optimalizační efekt* pro veřejné rozpočty.

V této souvislosti lze podpůrně odkázat i na rozsudek Nejvyššího správního soudu č.j. 8 Afs 88/2007 – 60, ve kterém se uvádí, že „*obecně je možno souhlasit se stěžovatelem, že při ne zcela přesné formulaci zákonného ustanovení, které je možno vyložit dvojím způsobem, je nutno vycházet z výkladu, který je pro účastníka správního řízení výhodnější. Tohoto principu se však nelze dovolávat pokud při použití příslušných metod výkladu zjevně tato další interpretace nepřichází v úvahu a byla by zjevným obcházením zákona. Nepochybně ustanovení § 18 odst. 3 zákona o loteriích bylo vhodné formulovat přesněji např. tak, že k žádosti je možno vydat povolení na stávající kalendářní rok nebo na následující kalendářní rok. Při použití všech metod výkladu, tedy nejen gramatické, ale především i logické a systematické, je nutno dospět k závěru, že toto ustanovení připouští jediný výklad a to ten, jak právě bylo zde uvedeno.*“ V uvedeném rozsudku se Nejvyšší správní soud zabýval odlišnou situací (výklad ustanovení § 18 odst. 3 zákona č. 202/1990 Sb.), základní princip ovšem lze uplatnit i v tomto případě, tzn. že v ustanovení § 16a odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění mohlo být sice explicitně stanoveno, že úhrada regulačního poplatku jiným subjektem než osobou zde uvedenou (tj. pojištěncem, resp. jeho zákonným zástupcem), je vyloučena, „*při použití všech metod výkladu, tedy nejen gramatické, ale především i logické a systematické, je nutno dospět k závěru, že toto ustanovení připouští jediný výklad a to ten, jak právě bylo zde uvedeno.*“

**V daném případě je absurdita opačného výkladu ještě akcentována skutečností, že úhradu provádí orgán veřejné moci z veřejných zdrojů, což zákonodárce zcela jistě nepředpokládal, naopak, takovému hrazení (byť z jiných veřejných zdrojů) bránil přijetím této úpravy.**

Rozpor se zákonem je ovšem dán i tehdy, jestliže poplatek v první fázi uhradí sám pojištěnec, resp. jeho zákonný zástupce a až následně je možné požádat o poskytnutí daru krajem. Tím sice nedochází k přímému porušení postupu předpokládanému § 16a odst. 1 zákona veřejném zdravotním pojištění, **i tento způsob však odporuje účelu zákona o veřejném zdravotním pojištění, respektive tento zákon obchází**, neboť zákon o veřejném zdravotním pojištění ukládá povinnost hradit regulační poplatky pojištěnci, resp. jeho zákonnému zástupci, což by v daném případě splněno bylo toliko formálně, když by byl těmto osobám byl poplatek krajem nahrazen. **Ve svém důsledku totiž regulační poplatky za pojištěnce, resp. jejich zákonné zástupce, hradí ve skutečnosti kraj a regulační funkce poplatku se i zde zcela vytrácí.**

#### **II.4 ROZPOR S USTANOVENÍM § 16a ODS. 6 ZÁKONA O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ**

V odst. 6 ustanovení § 16a zákona o veřejném zdravotním pojištění je stanoveno, že „regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) až e) se platí zdravotnickému zařízení v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. f) se platí zdravotnickému zařízení nejdéle do 8 kalendářních dnů po propuštění z ústavní péče, s výjimkou případů, kdy je pojištěnec umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dnů; v takovém případě se regulační poplatek hradí vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce“.

Zákon tedy výslovně stanoví splatnost regulačních poplatků dle § 16a odst. 1 písm. f) zákona o veřejném zdravotním pojištění /tedy 60 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách/. Zde je splatnost stanovena do 8 dnů po propuštění s výjimkou v uvedeném ustanovení uvedenou.

V případě *ostatních regulačních poplatků* lze z dikce zákona dovodit, že pacient musí zaplatit ihned anebo podle dohody se zdravotnickým zařízením, např. v ordinaci, oddělení, pokladně, automatu atd. – dle nastavení systému placení u konkrétního zdravotnického zařízení („v souvislosti s poskytováním zdravotní péče“).

Lze tak shrnout, že pakliže není regulační poplatek dle ustanovení § 16a odst. 1 písm. f) zákona o veřejném zdravotním pojištění uhrazen do 8 dnů po propuštění pacienta (s výjimkou tam uvedenou), jedná se o porušení zákona. V případě ostatních regulačních poplatků není splatnost zákonem explicitně ke konkrétnímu okamžiku stanovena.

**Z tohoto hlediska proto je v rozporu se zákonem takový postup, při kterém regulační poplatek dle ustanovení § 16a odst. 1 písm. f) zákona o veřejném zdravotním pojištění není uhrazen do 8 dnů po propuštění pacienta. V úvahu**

**takové porušení připadá zejména u těch krajů, které hradí zdravotnickým zařízením finanční prostředky v celkové výši regulačních poplatků za uplynulý měsíc.** Pokud totiž je ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách poskytovaná pojištěnci ukončena více než 8 dní před vyplacením regulačních poplatků zdravotnickému zařízení krajem dochází k porušení tohoto ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění.

## **II.5 ROZPOR S USTANOVENÍM § 16a ODS. 9 ZÁKONA O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ**

V odst. 9 § 16a zákona o veřejném zdravotním pojištění je stanoveno, že „zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 nebo 3“.

K tomuto ustanovení lze obdobně konstatovat, co již bylo výše uvedeno k ustanovení § 16a odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, tzn. že naplnění účelu zákona předpokládá hrazení poplatků samotným pojištěncem, resp. jeho zákonným zástupcem, neboť jen tento postup může regulovat jeho chování a přístup k čerpání zdravotní péče. Pokud pojištěnec, resp. jeho zákonný zástupce regulační poplatek vůbec sám nehradí, ale hradí ho za něj kraj (přímo či nepřímo), je sice formálně splněna povinnost zdravotnického zařízení regulační poplatek vybrat, úhrada však není provedena přímo povinnou osobou, tj. pojištěncem, resp. jeho zákonným zástupcem (regulační funkce poplatku nespočívá v „obohacení“ zdravotnického zařízení, ale naopak v potencionálním zmenšení majetku pojištěnce).

Uvedené je třeba dále posuzovat i v kontextu toho, že kraj hradí poplatky pouze ve zdravotnických zařízeních, jejichž je zřizovatelem. Tímto hromadným postupem omezeným pouze na zdravotnická zařízení, jejichž je kraj zřizovatelem, ve svém důsledku dochází k „odpouštění“ placení poplatků v těchto zařízeních a tedy porušování povinnosti stanovené v § 16a odst. 9 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Podpůrně lze na tomto místě rovněž využít nálezy Ústavního soudu Pl. ÚS 1/08, konkrétně pak v něm vyslovenou myšlenku, že „*důsledky neplnění povinnosti vybírat regulační poplatek se mohou projevit např. v deformaci přístupu ke zdravotnickému zařízení či na snížení kvality tam, kde by zdravotnické zařízení nevybírající poplatky překračovalo kapacitu pacientů*“ (viz níže).

## **II.6 DISKRIMINACE**

Dle ustanovení Čl. 1 Listiny základních práv a svobod jsou lidé svobodní a rovní v důstojnosti i právech. Dle více nálezů Ústavního soudu přitom „*právní rozlišování v přístupu k určitým právům nesmí být projevem libovůle, přičemž k porušení*

*zásady rovnosti přístupu k právům dojde tehdy, jestliže se s různými subjekty, které se nacházejí ve stejné nebo srovnatelné situaci, zachází rozdílným způsobem, aniž by existovaly objektivní a rozumné důvody pro uplatněný rozdílný přístup.*

**Postupem krajů ovšem dochází k narušení principu rovného přístupu k právům a povinnostem, jelikož regulační poplatky jsou poskytovány pouze osobám, které čerpají zdravotní péči u krajských zdravotnických zařízení.**

Dochází tak k objektivnímu znevýhodnění těch osob, které nemají z různých důvodů (např. vzdálenější místo bydliště, vznik akutní potřeby využít zdravotní péče v místě, kde se nenachází krajské zdravotnické zařízení, apod.) stejnou možnost přístupu ke krajskému zdravotnickému zařízení, resp. k čerpání zdravotní péče u těchto zařízení. Přitom se jedná o subjekty (osoby) nacházející se ve srovnatelné situaci, tj. o subjekty, které potřebují využít zdravotní péči. Mimo to v některých krajích dochází i k tomu, že regulační poplatky jsou krajem hrazeny pouze občanům kraje, tj. osobám majícím na území kraje trvalý pobyt. I v tomto případě tak dochází ke zvýhodňování určitých osob na základě kritérií vykazujících diskriminační znaky, a to ještě výraznějším způsobem než v prvním případě.<sup>4</sup>

## **II.7 ROZPOR S PRÁVNÍ ÚPRAVOU NAKLÁDÁNÍ S MAJETKEM KRAJE (USTANOVENÍ § 17 ODS. 1 ZÁKONA O KRAJÍCH)**

Dle ustanovení § 1 odst. 2 zákona o krajích je kraj veřejnoprávní korporací, která má vlastní majetek a vlastní příjmy vymezené zákonem a hospodaří za podmínek stanovených zákonem podle vlastního rozpočtu. Kraj vystupuje v právních vztazích svým jménem a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících.

Kraje jsou nepochybně oprávněny hospodařit se svým majetkem a při tomto nakládání disponují možností svobodné úvahy, zda určitý úkon realizují a jakým způsobem [jak ostatně potvrzuje i Ústavní soud (viz nálezní Pl. ÚS 5/03): „územní samosprávné celky reprezentující územní společenství občanů musí tak mít - prostřednictvím autonomního rozhodování svých zastupitelských orgánů - možnost svobodně rozhodnout, jakým způsobem naloží s finančními prostředky, jimiž jsou pro plnění úkolů samosprávy vybaveny. Právě hospodaření se svým majetkem samostatně na vlastní účet a vlastní odpovědnost je atributem samosprávy“].

Nakládání s tímto majetkem však není prosté určitých omezení a podmínek a nelze tedy souhlasit s některými prezentovanými názory, podle nichž mají kraje

---

<sup>4</sup> Přitom obdobné zvýhodňování občanů územního samosprávného celku (obce) při zajišťování dopravní obslužnosti území obce (zde městskou hromadnou dopravou) bylo shledáno jako odporující právě principu rovného zacházení a zákazu diskriminace – srov. rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 20. prosince 2006, č. j. 1 As 14/2006-68, publikovaný pod č. 1162 ve Sbírce rozhodnutí Nejvyššího správního soudu č. 5/2007.

*plnou ekonomickou (hospodářskou, majetkovou) autonomii.* Kraje se totiž při hospodaření se svým majetkem musí řídit celou řadou zákonných povinností a nemohou tedy s majetkem nakládat s takovou mírou „libovůle“ jakou mohou soukromé fyzické nebo právnické osoby. Byť má kraj při nakládání se svým majetkem postavení právnické osoby, nelze jej bez dalšího ztotožnit co do dispoziční volnosti, resp. co do uvážení při dispozicích s majetkem s právnickými osobami ryze soukromého práva.

Zákon především stanoví, že kraj může finanční prostředky, jimiž disponuje, využívat pouze v mezích své zákonem vymezené působnosti (viz též ustanovení § 17 odst. 1 zákona o krajích, dle kterého „*majetek kraje musí být využíván účelně a hospodárně v souladu s jeho zájmy a úkoly vyplývajícími ze zákonem vymezené působnosti*“), což ostatně potvrzuje i citovaný nálezný Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 5/03 („...*jimiž jsou pro plnění úkolů samosprávy vybaveny*“). **V oblastech veřejného práva, které nejsou zákonem vůbec svěřeny do působnosti krajů, tedy nemůže jít o hospodárné a účelné nakládání s majetkem již svou podstatou, neboť takové nakládání není v souladu se zájmy a úkoly vyplývajícími ze zákonem vymezené působnosti** (kde není působnost, nemůže být ani dispozice). Jako přípustnou proto nelze hodnotit jakoukoli modifikaci povinností či postupů stanovených kogentní normou veřejného práva, v daném případě zákonem o veřejném zdravotním pojištění, prostřednictvím majetkoprávních úkonů.

Rovněž tak v této souvislosti nelze odhlédnout od charakteru kraje jako veřejnoprávní korporace. **Kraje jako subjekty veřejného práva zřízené jeho normami musí hospodařit efektivně**, což je ostatně explicitně vyjádřeno v samotném zákoně o krajích, konkrétně v jeho ustanovení § 17 odst. 1, a to slovy **účelně a hospodárně**. Kraje hospodaří s veřejnými prostředky ve veřejném zájmu (dle ustanovení § 2 odst. 3 zákona o krajích jsou kraje povinny chránit veřejný zájem). Subsidiárně lze v tomto odkázat i na rozsudek Nejvyššího správního soudu čj. 2 Afs 49/2007 – 96, ve kterém se v návaznosti na hospodaření obcí ve veřejném zájmu (pro kraje platí obdobně) uvádí, že „*přitom se musí dále mimo jiné řídit principy legitimacy, hospodárnosti a přihlídnout k imperativnímu charakteru příslušné právní regulace. Nakládání s veřejnými penězi musí podléhat takové disciplíně a takovému způsobu nakládání, aby nebyl ohrožen v konečném důsledku samotný ekonomický základ státu a jeho základní ekonomické zájmy s ohledem na jeho uspořádání a fungování*“.

**V kontextu uvedeného proto nelze postup krajů při úhradách regulačních poplatků považovat za souladný s ustanovením § 17 odst. 1 zákona o krajích.** Majetek krajů, který je využíván na úhradu regulačních poplatků za pacienty, není využíván účelně a hospodárně v souladu s jeho zájmy a úkoly vyplývajícími ze zákonem vymezené působnosti, jelikož v oblasti veřejného zdravotního pojištění, resp. v oblasti úhrady regulačních poplatků za poskytnutou zdravotní péči kraj žádné úkoly ani zákonem vymezenou samostatnou působnost nemá. Majetek krajů je naopak ztenčován o finanční prostředky poskytované ve prospěch soukromých subjektů (osob) na úhradu jim zákonem uložené povinnosti, a to bez jakékoliv objektivní

a odůvodněné individualizace těchto subjektů nediskriminačními znaky a zejména pak při absenci jakéhokoliv veřejného zájmu na takovém postupu, který je kraj vždy povinen ve svém postupu chránit. Zájem na plnění pojištěnci, resp. jeho zákonnému zástupci zákonem uložené povinnosti hradit regulační poplatek za tyto povinné osoby krajem, nelze totiž označit za zájem veřejný. Naopak se zde jedná o individuální zájmy pojištěnců, resp. jejich zákonných zástupců, jelikož výhoda je poskytována výhradně těmto osobám a její poskytnutí, resp. přijetí je tak pouze v jejich zájmu, *nota bene* v situaci, kdy vztah mezi zdravotnickým zařízením a osobou, jíž je poskytována zdravotní péče a v důsledku toho i určité plnění ze strany kraje (uhrazení regulačního poplatku, poskytnutí daru na jeho úhradu), je vztahem v principu soukromoprávním, nikoliv veřejnoprávním, přičemž veřejnoprávní povahu nemá ani samotný regulační poplatek.

Mimo to je v daném případě s veřejnými penězi (majetkem krajů) nakládáno způsobem, který ohrožuje ekonomické zájmy státu na optimalizaci veřejných zdrojů tím, že eliminuje snahu regulovat chování občanů ve vztahu k nadužívání zdravotní péče (viz výše).

Krajům nelze upřít jejich právo hospodařit s vlastním majetkem ani právo v oblasti samostatné působnosti poskytovat dary, na druhou stranu však je třeba respektovat i imperativ účelnosti a hospodárnosti při využívání majetku kraje a rovněž tak zákony stanovené meze samostatné působnosti kraje. **Za hospodárné a účelné nakládání s majetkem nikdy nebude možno považovat takové nakládání, které je v rozporu se zákonem.** Nastalou situaci, kdy je majetek krajů využíván k zásahům do oblasti nespádající do působnosti krajů (systém veřejného zdravotního pojištění), *nota bene* s cílem zásadním způsobem modifikovat, resp. eliminovat zákonodárcem vytvořený systém platby regulačních poplatků, a to způsobem, který vůli zákonodávce odporuje, je tudíž třeba hodnotit i jako **porušení ustanovení § 17 odst. 1 zákona o krajích.**

## **II. 8 ROZPOR S USTANOVENÍM § 2 ODS. 3 ZÁKONA O KRAJÍCH A § 17 ZÁKONA O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ**

Postupem krajů, který směřuje proti účelu zákona o veřejném zdravotním pojištění (resp. jeho ustanovení upravujících regulační poplatky) jako zákona sledujícího zájem na optimalizaci čerpání veřejných zdrojů, který je bezpochyby zájmem veřejným, dochází zároveň k porušování povinnosti krajů stanovené v ustanovení § 2 odst. 3 zákona o krajích, tzn. povinnosti chránit veřejný zájem („*Kraj při výkonu samostatné působnosti a přenesené působnosti chrání veřejný zájem*“).

Samotné regulační poplatky, jak ostatně vyplývá i z důvodové zprávy k zákonu o stabilizaci veřejných rozpočtů, nemají veřejnoprávní charakter. Jistý veřejnoprávní aspekt však těmto poplatkům nelze upřít. Zejména se přitom jedná o účel jejich za-



vedení (optimalizace nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění) a dále pak i o sankci za nevybírání regulačních poplatků (§ 16a odst. 9 zákona o veřejném zdravotním pojištění). Viz v této souvislosti rozlišení v judikatuře - např. nálezy Ústavního soudu sp. zn. II. ÚS 529/05 – „*Právo soukromé a právo veřejné jsou dvě pouze relativně oddělené části jednotného právního řádu. Relativnost jejich oddělení spočívá v tom, že primárně směřují k ochraně odlišných zájmů. Veřejné právo směřuje primárně k ochraně zájmů veřejných a soukromé právo primárně k ochraně zájmu jednotlivců*“).

Ústavní soud v nálezu Pl. ÚS 1/08 v této souvislosti zkonstatoval, že „*ve všech případech regulačních poplatků se obsahově jedná o platbu pacienta zdravotnickému zařízení sui generis podle principu do ut facias*“.(...) Ústavně konformní shledal Ústavní soud i stanovení sankce zdravotnickému zařízení za nevybírání poplatků a pravomoc zdravotní pojišťovny tuto sankci udělit. Jak již bylo řečeno, zdravotní péče je poskytována v systému zdravotnictví, bez něhož by nemohla být poskytována kvalitně, eventuálně vůbec. Zdravotnické zařízení není nositelem práva ve smyslu čl. 31 Listiny, tím je občan, resp. pacient. Zdravotnické zařízení je jednak poskytovatelem zdravotní péče, jednak subjektem v systému zdravotnictví, který plní i funkce organizační, ekonomické, finanční, zaměstnavatelské, vědecko-výzkumné, osvětové atp. Okolnost, že zdravotnické zařízení nevybírá regulační poplatky, je deliktem, ježhož objektem je zájem na fungování systému zdravotnictví a jeho ochrana. Jistou analogii lze shledat v sankcích ukládaných např. za porušování pravidel hospodářské soutěže či v úpravě ochrany spotřebitele. I v těchto oblastech je za porušení povinnosti spočívající v nekalé deformaci soukromoprávního vztahu ukládána veřejnoprávní sankce. Důsledky neplnění povinnosti vybírat regulační poplatek se mohou projevit např. v deformaci přístupu ke zdravotnickému zařízení či na snížení kvality tam, kde by zdravotnické zařízení nevybírající poplatky překračovalo kapacitu pacientů.

**Právě na zákonem sledované optimalizaci čerpání veřejných zdrojů (nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění) přitom nepochybně veřejný zájem panuje a je tak povinností kraje tento zájem chránit.** Úkolem kraje v jeho samostatné působnosti je řešit otázky regionálního významu („*Kraj pečuje o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů*“) a imanentní součástí jejich řešení tak je i kompetence kraje posuzovat existenci a obsah konkrétních veřejných zájmů souvisejících s řešením takovýchto otázek. V daném případě (optimalizace nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění) se však jedná o **veřejný zájem nikoliv místního či regionálního, nýbrž celostátního významu**, přičemž za účelem ochrany tohoto veřejného zájmu zákonodárce přijal určitou právní úpravu. Je tak povinností kraje za současného sledování zákonodárcem definovaného a chráněného veřejného zájmu, zákonodárcem přijatou úpravu respektovat a dodržovat. V opačném případě, tj. pokud kraj do zákonodárcem vytvořeného systému jakýmkoliv způsobem zasahuje, nerespektuje krajská samospráva zákonný požadavek na ochranu veřejného zájmu. V této souvislosti je přitom na místě opětovně při-

pomenout skutečnost, že účel sledovaný zákonnou úpravou regulačních poplatků jako ústavně konformní a legitimní shledal i Ústavní soud.

V obecnější rovině lze pro daný případ subsidiárně využít i vymezení veřejného zájmu v ustanovení § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění a posuzovat tak regulační poplatky, resp. postup krajů v souvislosti s jejich úhradou v kontextu s „*veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění*“. Rovněž je v této souvislosti třeba opakovaně uvést již výše zmíněné, a to že zájem na plnění pojištěnci, resp. jeho zákonnému zástupci zákonem uložené povinnosti hradit regulační poplatek za tyto povinné osoby krajem, nelze označit za zájem veřejný. Naopak se zde jedná o individuální zájmy pojištěnců, resp. jejich zákonných zástupců, jelikož výhoda je poskytována výhradně těmto osobám a její poskytnutí, resp. přijetí je tak pouze v jejich zájmu.

**Kromě již opakovaně uvedeného pozitivního dopadu regulačních poplatků na veřejné zdroje je dále nutné upozornit především na důsledky úhrady regulačních poplatků krajem pouze v krajských zdravotnických zařízeních, tj. faktické znevýhodnění ostatních poskytovatelů zdravotní péče a zejména pak znevýhodnění osob majících ztíženou možnost přístupu ke krajskému zdravotnickému zařízení, které tak mají objektivně sníženou dostupnost zdravotní péče, byť jen pokud se týče zásahů do jejich majetkové sféry. Podpůrně lze na tomto místě rovněž opětovně odkázat na nálezh Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/08, konkrétně pak na v něm vyslovenou myšlenku, že „*důsledky neplnění povinnosti vybírat regulační poplatek se mohou projevit např. v deformaci přístupu ke zdravotnickému zařízení či na snížení kvality tam, kde by zdravotnické zařízení nevybírající poplatky překračovalo kapacitu pacientů.*“**

V souvislosti s hrazením poplatků pouze v krajských zdravotnických zařízeních je možno taktéž analogicky odkázat na rozsudek Nejvyššího správního soudu č.j. 2 Afs 107/2007 – 168, ve kterém Nejvyšší správní soud odmítl zvýhodňování obcí zřízených útulků, tedy zařízení obce. Nejvyšší správní soud konkrétně uvedl: „*nelze ostatně pominout ani to, že výklad provedený stěžovatelem nutně vede k nerovnosti. Pokud by totiž platilo, že od placení tohoto poplatku jsou skutečně osvobozeny výhradně útulky zřizované obcí, bylo by lze takovéto zvýhodnění akceptovat jen tehdy, jestliže by na něm existoval srozumitelný a rozumný veřejný zájem. Tak tomu však v daném případě podle přesvědčení soudu není. Všechny útulky pro psy totiž plní stejnou veřejnou službu, bez ohledu na osobu svého zřizovatele. Rovněž způsob jejich financování je v konečném důsledku přinejmenším podobný...*“

**Obdobně tak nelze akceptovat zvýhodnění krajských zdravotnických zařízení, jelikož všechna zdravotnická zařízení plní stejnou úlohu – veřejnou službu, bez ohledu na osobu svého zřizovatele (či akcionáře).**



Při shrnutí výše popsaného tak je dle názoru Ministerstva vnitra jako dozorového orgánu odůvodněn závěr o porušování ustanovení § 2 odst. 3 zákona o krajích ve spojení s § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění, tzn. o porušování povinnosti kraje chránit při výkonu své působnosti veřejný zájem.

### III. KONKRÉTNÍ POSTUPY REALIZACE ÚHRADY REGULAČNÍCH POPLATKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ ZA PACIENTA KRAJEM FORMOU DARU Z HLEDISKA SOULADU SE ZÁKONEM

V současné době lze rozlišit dva základní způsoby realizace hrazení poplatků za pojištěnce, resp. jejich zákonné zástupce krajem formou daru, a to přímou úhradu za pojištěnce krajem a nepřímou úhradu ve smyslu následného refundování platby pacientovi krajem.

#### III.1 ÚHRADA REGULAČNÍHO POPLATKU PŘÍMO KRAJEM

Jedná se o případ, kdy zastupitelstvo kraje schválí postup, při kterém pacient nezaplatí regulační poplatek, nýbrž pouze vyplní návrh na uzavření darovací smlouvy. Návrh na uzavření darovací smlouvy poté schválí rada kraje a pověřený zástupce kraje (hejtman) smlouvu následně podepíše. Na základě tohoto poté kraj vyplatí příslušnou částku dotčenému zdravotnickému zařízení. Takto přijaté usnesení de facto předpokládá eliminaci postupu placení poplatků, zakotveného v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, což je znamená, že občan nebude za podmínek dle usnesení poplatek platit a jedná se tak evidentně o přímé porušení výše cit. ustanovení § 16a odst. 1, odst. 6, odst. 9 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění jednoznačně stanoví povinnost pojištěnce resp. jeho zákonného zástupce v souvislosti s poskytováním hrazené péče uhradit ve vyjmenovaných případech regulační poplatek v zákonem stanovené výši (§ 16a odst. 1). V návaznosti na to zákon upravuje splatnost poplatku k okamžiku poskytnutí zdravotní péče (§ 16a odst. 6). Pouze regulační poplatek za ústavní péči, komplexní lázeňskou péči atd. (§ 16a odst. 1 písm. f) je splatný do osmi kalendářních dnů po propuštění z ústavní péče, resp. k poslednímu dni každého kalendářního měsíce v případě umístění ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní. Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o zákonem stanovenou výjimku z placení regulačního poplatku (§ 16a odst. 9).

Lze tak shrnout, že zákon o veřejném zdravotním pojištění stanoví kogentní povinnost pojištěnců, resp. jejich zákonných zástupců platit poplatky, vymezuje i pravidla pro jejich úhradu a zároveň stanoví povinnost zdravotnic-

**kého zařízení poplatek vybrat.** Pokud proto kraj v usnesení svého orgánu předpokládá jakoukoliv odchylku od takto závazně zákonem stanovených pravidel, postupuje v rozporu se zákonem. Daná problematika totiž vůbec není svěřena do samostatné působnosti krajů; i kdyby tomu tak bylo, nemohl by kraj stanovit postup odlišný od zákona.

### **III.2 ÚHRADA REGULAČNÍHO POPLATKU PACIENTEM A NÁSLEDNÉ POSKYTNUTÍ DARU KRAJEM**

V tomto případě sice pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce fyzicky poplatek nejprve sám zaplatí, nicméně dle následného postupu schváleného orgány kraje požádá kraj o poskytnutí daru ve výši uhrazeného poplatku. Kraj následně dle občanskoprávních předpisů uzavře s takovým pacientem darovací smlouvu, na jejímž základě mu poplatek zpětně proplatí, respektive vrátí. Pouze zdánlivě se tak jedná o individuální soukromoprávní situaci, neboť usnesení *de facto* stanoví pravidla pro postup, který následuje po uhrazení poplatku občanem v souladu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění, avšak uzavření takové darovací smlouvy jde zjevně proti smyslu a účelu zákona o veřejném zdravotním pojištění.

**Taková usnesení se tak na první pohled nezdají a ani nejsou v přímém rozporu se zákonem, nicméně** svým účelem odporují zákonu o veřejném zdravotní pojištění, respektive tento zákon obchází, neboť zákon o veřejném zdravotním pojištění ukládá povinnost hradit regulační poplatky pojištěnci či jeho zákonnému zástupci, což v daném případě sice splněno bude, avšak následně by pojištěnci či jeho zákonnému zástupci, kraj tyto poplatky uhradil. Fakticky by tudíž regulační poplatky za pojištěnce, resp. jejich zákonné zástupce, hradil kraj a smysl a funkce regulačních poplatků by tímto byly zcela smazány.

Navíc, že je takový postup přinejmenším obcházením zákona, je zjevné zejména v kontextu toho, že **krajem poskytované „dary“ nejsou fakticky nijak individualizovány a jsou poskytovány bez dalšího všem pojištěncům bez rozdílu jejich sociální, příjmové a zdravotní situace**, a rovněž i v kontextu toho, že **kraj hradí poplatky formou „daru“ pouze ve zdravotnických zařízeních, jejichž je zřizovatelem**. Tímto hromadným postupem omezeným pouze na zdravotnická zařízení, jejichž je kraj zřizovatelem, ve svém důsledku dochází k „odpouštění“ placení poplatků a tedy porušování povinnosti stanovené v § 16a odst. 9 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Nelze přitom přehlédnout ani to, že nevybírání poplatků ze strany zdravotnických zařízení je zákonem sankcionováno (zdravotní pojišťovna může uložit pokutu).

Jak v případě přímé úhrady poplatku krajem, tak v případě nepřímé úhrady uzavřením darovací smlouvy nelze pominout dopady do hospodářské soutěže, která je postupem kraje narušována, a to zřejmě jednak tím, že jsou zvýhodňována některá (vlastní) zdravotnická zařízení (a to nejen na úkor zdravotnických zařízení, jejichž

provozovatelem je soukromý subjekt, ale též na úkor zařízení provozovaných jinými veřejnoprávními subjekty, typicky obcemi), a v neposlední řadě tím, že celkově deformují prostředí v tomto segmentu trhu. Je nasnadě, že odpuštěním **regulačních poplatků** dojde k celkovému nárůstu čerpané zdravotní péče, a tudíž objemu veřejných prostředků z veřejného zdravotního pojištění vydaných na hrazení léčebné péče a hrazené části léků. Tento dopad by mohl v době poklesu příjmů zdravotních pojišťoven vést k finančním problémům zdravotních pojišťoven. Faktické problémy čerpání léčebné péče (čekací doby na operace, přeplněnost nemocničních lůžek, uzavření některých ztrátových zdravotnických zařízení včetně lékáren a následně omezení dostupnosti zdravotnické péče apod.) sice nepřísluší Ministerstvu vnitra komentovat, nicméně zákon o veřejném zdravotním pojištění právě s ohledem na tyto vedlejší důsledky koncipoval regulační poplatek, aby tyto negativní jevy co nejvíce eliminoval.

Dále je třeba zdůraznit, že majetek kraje musí být využíván účelně a hospodárně v souladu s jeho zájmy a úkoly vyplývajících ze zákona vymezené působnosti (§ 17 odst. 1 krajského zřízení), o čemž lze v popisované záležitosti více než pochybovat; navíc kraji není zákonem vymezena jakákoliv působnost v oblasti úhrady regulačních poplatků za poskytnutou zdravotní péči.

#### **IV. DOZOROVÉ MOŽNOSTI MINISTERSTVA VNITRA V OBLASTI PŘEZKUMU DAROVACÍCH SMLUV**

**Darovací smlouva** je občanskoprávním úkonem, který není ani usnesením, rozhodnutím či opatřením orgánu kraje ve smyslu § 82 odst. 1 zákona o krajích (kromě toho je z dozorové působnosti Ministerstva vnitra vyňato i v případě dozorovatelných aktů i dodržování předpisů soukromého práva - viz cit. § 82 odst. 6 zákona o krajích). V rámci výkonu dozoru může Ministerstvo vnitra ve vztahu k darovacím smlouvám posuzovat toliko proces přijetí příslušných schvalovacích usnesení z hlediska zákona o krajích, zda byly schváleny oprávněným orgánem kraje na řádném zasedání (schůzi), zda pro ně hlasoval dostatečný počet zastupitelů (radních), apod. Posouzení těchto formálních otázek však na výše uvedené argumenty nemá vliv, jelikož celý tento systém postupu krajů je shledáván v rozporu se zákonem a jeho účelem.

Uplatnění dozoru i nad konkrétními usneseními orgánů krajů, jimiž bylo schváleno uzavření darovacích smluv, je přitom nadbytečné i z věcného hlediska. **Postup krajů totiž byl hodnocen ve svojí podstatě, tj. všechny výše vyslovené právní argumenty, které tvoří podklad pro učiněné závěry, směřují proti samotnému systému hrazení regulačních poplatků za pojištěnce, resp. jejich zákonné zá-**

**stupce, kraji.** To znamená, že v rozporu se zákonem je shledáván celý systém úhrady regulačních poplatků za pojištěnce z veřejných zdrojů jako takový a nehraje zde roli dílčí přezkoumávání jednotlivých usnesení, kterými by byly jednotlivé smlouvy uzavírány *en block* či dle potřeby a četnosti zájmu ze strany pojištěnců, neboť uplatněním dozorových opatření proti celému systému takových úhrad kraji bude zabráněno přijímání i těchto konkrétních smluv. **Samotné uzavírání darovacích smluv, tzn. realizace konkrétního mechanismu směřujícího k úhradě regulačních poplatků kraji, není přitom pro konstatování nezákonnosti relevantní skutečností. Jedná se totiž pouze o „technickou“ realizaci postupu, který je sám o sobě shledáván nezákonným.**

Kromě toho by uplatnění dozorových opatření vůči usnesením, jimiž byly **schváleny konkrétní darovací smlouvy**, bylo nadbytečné i proto, že smlouvy již byly podle těchto smluv uzavřeny a ani případné zrušení jednotlivých schvalovacích usnesení nemůže zpětně ovlivnit práva nabytá v dobré víře. Ačkoli zákon o krajích umožňuje zahájit dozorový proces i vůči již vykonaným usnesením (§ 82 odst. 4 zákona o krajích), je takový postup z hlediska ústavní zásady minimalizace zásahů do činnosti územních samosprávných celků (čl. 101 odst. 4 Ústavy) namístě jen tehdy, jestliže uplatnění dozorových opatření vůči vykonanému usnesení může reálně vést ke zjednání nápravy, tedy být účelné. Jelikož v tomto případě by na platnost již uzavřených smluv zrušení usnesení nemělo žádný vliv, není ani na místě uplatnit příslušná dozorová opatření.

Lze dodat, že za formálně vadný postup některých krajů nelze považovat případy, kdy již byla usneseními přijatými příslušnými orgány krajů vůle kraje vytvořena (schválení pravidel pro poskytování darů občanům na úhradu regulačních poplatků) a byly rovněž určeny podstatné náležitosti darovací smlouvy (např. schválení vzorové darovací smlouvy), aniž by však kraje schvalovaly uzavření darovací smlouvy s konkrétními individuálně určenými subjekty. Pro platnost darovací smlouvy je totiž takový postup dostačující, protože vůle kraje zde byla v dostatečně určitelných mezích dána již před uzavřením darovací smlouvy. V této souvislosti lze citovat nálezh Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS II. ÚS 87/04, který možnost takového postupu potvrzuje: *„starosta podle dřívější ani podle současné úpravy nemohl a nemůže sám vytvářet vůli obce. Avšak tam, kde již vůle obce v zásadních bodech vytvořena byla, mu nelze upřít právo, aby v intencích takto projevené vůle jednal“* (obdobným způsobem lze toto vztáhnout i vůči kraji). Právě proto je třeba zrušit ta usnesení, kterými byla vytvořena vůle kraje proplácet pojištěncům zpětně jimi uhrazené poplatky formou

darovacích smluv a nikoliv jednotlivá usnesení, jimiž je realizován tento předem schválený proces.

Ze shora uvedených důvodů tedy vyplývá, že uplatnění dozorových opatření vůči konkrétním usnesením, jimiž bylo schváleno uzavření konkrétních darovacích smluv, by ani z formálního ani z věcného hlediska nebylo účelné, neboť **dozor musí v tomto případě směřovat přímo vůči usnesením, jimiž byl nastaven celý systém úhrady poplatků za pojištění, resp. jejich zákonné zástupce kraje. Předmětem výzev proto nebudou ta usnesení, jimiž došlo pouze ke schválení konkrétních darovacích smluv.**

## V. SHRNUTÍ

Postup jednotlivých krajů byl Ministerstvem vnitra shledán jako nezákonný, tzn. odporující výše uvedeným zákonným ustanovením, neboť kraje nepřipustně zasáhly do těchto zákonných povinností (ať už vlastních nebo jiných subjektů):

- povinnosti jednat pouze v mezích zákonné působnosti kraje (oblast veřejného zdravotního pojištění nebyla státem do působnosti krajů svěřena)
- povinnosti respektovat účel zákona o veřejném zdravotním pojištění (omezení nadužívání zdravotní péče pacienty)
- povinnosti dodržet zákonná pravidla hrazení regulačních poplatků (osoba poplatníka, splatnost poplatků apod.)
- povinnosti zdravotnických zařízení vybrat poplatek od poplatníka
- zákazu diskriminace (uplatňováním postupu hrazení poplatků pouze vůči osobám využívajícím péči krajských zdravotnických zařízení)
- povinnosti hospodárného nakládání s majetkem kraje
- povinnosti chránit veřejný zájem (na optimalizaci čerpání veřejných zdrojů)

Ministerstvo vnitra proto kraje vyzve ke zjednání nápravy nezákonných aktů (usnesení) a v případě, že náprava zjednána nebude, pozastaví svým rozhodnutím účinnost těchto usnesení a následně podá žaloby na jejich zrušení příslušným (dle jednotlivých krajů) správním soudům.

**Ministerstvo vnitra si je vědomo, že Poslanecká sněmovna v současnosti projednává návrh novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, která by měla regulační poplatky zrušit. V případě jejího přijetí bude další postup Ministerstva vnitra přehodnocen podle obsahu novely.**