

Stanovisko veřejné ochránkyně práv

k návrhu zákona o soukromém zdravotním pojištění cizinců při pobytu na území České republiky a o změně zákona o pobytu cizinců (č. j. předkladatele 24300/14)

OBECEŇ

Návrh zákona považuji za špatný, a to jak z hlediska obsahového, tak i legislativně-technického. Zákon nepřináší systémové a koncepční řešení problematiky zdravotního pojištění cizinců, po němž již řadu let volá Rada vlády pro lidská práva¹, koncepce integrace cizinců², odborná veřejnost³, veřejný ochránce práv⁴, nevládní neziskové organizace pracující s migranty⁵ i kontrolní orgány mezinárodních lidskoprávních úmluv, jimiž je Česká republika vázána⁶. Skutečným řešením je zahrnout do systému veřejného zdravotního pojištění většinu cizinců s dlouhodobým pobytem na území České republiky a rodinných příslušníků občanů ČR ze zemí mimo EU, kteří na území nemají trvalý pobyt a nejsou zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem na území ČR.

Systém veřejného zdravotního pojištění je jako jediný schopen garantovat jak potřebný rozsah pojistného krytí zdravotní péče poskytované cizincům, tak jistotu bezproblémového proplacení poskytované péče zdravotnickým zařízením. Komerční zdravotní pojištění cizinců může hrát pouze doplňkovou roli, a to výhradě u cizinců, u nichž je ze systémového hlediska výhodnější, aby nebyli začleněni do systému veřejného zdravotního pojištění (např. pobývají v České republice jen po velmi krátkou dobu). Většina dlouhodobě pobývajících cizinců, zejména

- osoby samostatně výdělečně činné,
- rodinní příslušníci českých občanů, cizinců s trvalým pobytem a cizinců, kteří jsou v ČR výdělečně činní, a
- cizinci, kteří ukončili výdělečnou činnost, ovšem požívají dávky nemocenského pojištění nebo rodičovského příspěvku,

by však měla být začleněna do působnosti zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

¹ Usnesení Rady vlády pro lidská práva ze dne 26. února 2009 a 7. října 2013 ke zdravotnímu pojištění cizinců.

² Aktualizovaná Koncepce integrace cizinců - Společné soužití, usnesení vlády České republiky ze dne 9. února 2011 č. 99, s. 13.

³ Usnesení XXVI. sjezdu delegátů České lékařské komory konaného ve dnech 3. – 4. listopadu 2012 v Praze (http://www.lkcr.cz/doc/clanky_file/xxvi-sjezd-clk-usneseni-99346.pdf).

⁴ Viz legislativní doporučení ochránce k začlenění vybraných kategorií cizinců do systému veřejného zdravotního pojištění, které se objevuje již v souhrnné zprávě o činnosti ochránce v roce 2011 (str. 15) a opakovaně i v letech následujících.

⁵ Viz prohlášení Konsorcia nevládních organizací pracujících s migranty a Nesehnutí, 2. října 2012 (<http://www.konsorciem-nno.cz/prohlaseni-ke-zdravotnimu-pojisteni-migrantu.html>).

⁶ Výbor pro odstranění všech forem diskriminace žen, 47. zasedání, 4. 10. - 22. 10. 2010 (<http://uhri.ohchr.org/document/index/eb06bfce-8eb2-4c4d-87f3-71edb18091b2>), závěrečná vyjádření (CEDAW/C/CZE/CO/5), odst. 32 - 33. Dále Výbor pro práva dítěte, 57. zasedání, 30.5. - 17. 6. 2011 (<http://uhri.ohchr.org/document/index/3e09e5be-19e6-464d-8d2d-5417e0da6347>), závěrečná vyjádření (CRC/C/CZE/CO/3-4), odst. 53 - 54. Dále též Výbor pro ekonomická, sociální a kulturní práva, závěrečná doporučení (E/C.12/CZE/CO/2), 23. května 2014, s. 5 - 6, bod 15.

Návrh zákona oproti tomu konzervuje stávající nevyhovující systém komerčního zdravotního pojištění, který nefunguje, v praxi působí problémy jak cizincům, tak poskytovatelům zdravotní péče, a je proto opakovaně kritizován. Namísto odstranění stávajících nedostatků navržená právní úprava naopak zhoršuje postavení cizinců odkázaných na komerční zdravotní pojištění. Radu problematických prvků komerčního zdravotního pojištění pro cizince, které zákon dosud výslovně nereguluje (např. četné výluky z pojistného krytí, stanovení tzv. čekacích dob pro možnost čerpání pojistného plnění, nedostatečná garance vrácení nespotřebovaného pojistného apod.), povyšuje na úroveň zákona a podporuje tak dosavadní problematickou praxi pojišťoven.

Návrh zákona jen zdánlivě reaguje na některé problémy fungování současného systému komerčního zdravotního pojištění cizinců, jako je např. neexistence kontraktační povinnosti na straně pojišťovny a z toho plynoucí fenomén tzv. nepojistitelných cizinců (zejména novorozenců se zdravotními komplikacemi či starších osob). Při podrobném seznámení s textem navrhované úpravy je zřejmé, že v praxi bude potenciální přínos těchto ustanovení zcela bagatelizován četnými výlukami z rozsahu hrazených zdravotních služeb stanovením čekací doby pro jejich proplacení, neexistencí limitu maximální výše pojistného či možností pojistnou smlouvu vypovědět při změně pojistného rizika oproti době uzavírání smlouvy (fakticky tedy při jakémkoli výskytu závažnějšího onemocnění či zdravotní komplikace v průběhu trvání pojištění).

Veřejný zájem na zajištění proplacení poskytnuté zdravotní péče jejím poskytovatelům vyžaduje, aby byla úprava zdravotního pojištění cizinců v maximální míře přiblížena systému veřejného zdravotního pojištění. Navržená právní úprava však tomuto požadavku neodpovídá a v mnohých aspektech jde naopak přímo proti základním principům jeho fungování. Je proto třeba se zásadně ohradit proti textu obecné části důvodové zprávy, která opakovaně uvádí, že rozsah zdravotního pojištění „*bude kryt veškerá rizika běžně hrazená z veřejného zdravotního pojištění*“ a „*cizincům ze třetích zemí se po dlouhé době dostane kvalitního rozsahu zdravotní péče*“.

Tvrzení, uvedené v důvodové zprávě ve vztahu k ekonomickému hledisku navrhované právní úpravy a otázky zatížení veřejných rozpočtů, podle něhož u příchozích cizinců „*často dochází k brzkému čerpání zdravotní péče*“ a jejich přesun do veřejného zdravotního pojištění by vedl „*ke zvýšeným nákladům v řádech miliard korun ročně*“, považuji za nepravdivé a ničím nepodložené. Naopak, odborníci dlouhodobě upozorňují na skutečnost, že zahrnutí dosud vyloučených skupin dlouhodobě pobývajících cizinců do veřejného zdravotního pojištění by nejen nezvýšilo náklady systému veřejného zdravotního pojištění, dokonce by naopak bylo pro tento systém ekonomicky výhodné. To vyplývá ze specifické věkové struktury cizinců během prvních let jejich pobytu na území (tedy v rámci dlouhodobého či přechodného pobytu na území). Oproti běžnému složení české populace jsou mezi nimi ve vyšší míře zastoupeni mladí muži v produktivním věku a naopak v nesrovnatelně menší míře starší osoby. Rovněž odkazují na tzv. efekt zdravého migranta - pro migraci se rozhodují zdravější a odolnější jedinci, než je průměrná většinová populace v zemi původu i v zemi cílové.⁷ Z toho plyne, že cizinci

⁷ K efektu zdravého migranta viz např. WESTERLING, R. ROSÉN, M.: “Avoidable” mortality among immigrants in Sweden. *European Journal of Public Health*, 2002, 12, s. 279-286, DOBIÁŠOVÁ, K. a kol.: Zdravotní stav a péče

dlouhodobě pobývajících na území ČR, kteří jsou nyní vyloučeni z veřejného zdravotního pojištění, spotřebovávají v průměru méně zdravotní péče s menšími náklady, než průměrný pojištěnec veřejného zdravotního pojištění. Z pohledu systému veřejného zdravotního pojištění se proto jedná o lukrativní skupinu pojištěnců, jejíž integrace by systému nepřinesla zvýšené náklady, před nimiž nepodloženě varuje obecná část důvodové zprávy. To ostatně potvrzují rovněž výsledky hospodaření pojišťoven, které nyní na trhu nabízejí komerční zdravotní pojištění pro tyto skupiny cizinců, kdy „[v]ýběr pojistného výrazně překračuje náklady na pojistné plnění, které se pohybují v intervalu 6 – 30 % pojistného pro daný rok, přitom vykazované náklady na pojistné plnění zahrnují vedle úhrady poskytnuté péče zdravotnickým zařízením ještě další externí a interní náklady.“⁸

Na druhou stranu musím upozornit na nepoměrné transakční náklady spojené s vytvořením navrženého systému soukromého zdravotního pojištění cizinců, fungujícího paralelně vedle systému veřejného zdravotního pojištění. Idea vhodnosti vyčlenění zdravotního pojištění dané skupiny cizinců do samostatného systému zdravotního pojištění je nepřijatelná z důvodu vysoké nákladovosti a pravděpodobné dlouhodobé nefunkčnosti tohoto systému, pokud má mít obdobný rozsah pojistného krytí a způsob fungování jako veřejné zdravotní pojištění. Udržování takového systému je z logiky věci velmi nákladné a neefektivní. Pojištění cizinci musí v rámci početně omezeného okruhu pojištěnců nést náklady tohoto systému v podobě vyššího pojistného. Poskytovatelé zdravotní péče budou zatíženi jednak uzavíráním nových smluv s pojišťovnami nabízejícími soukromé zdravotní pojištění cizinců, a dále i zvýšenou administrativní náročností při vyřizování jednotlivých pojistných událostí a vznikajícími spory o rozsah pojistného krytí (blíže viz připomínka k § 8 odst. 3 návrhu zákona o soukromém zdravotním pojištění cizinců). Zvýšené provozní náklady a nehospodárnost působení paralelního systému zdravotního pojištění pro omezenou skupinu cizinců ukazují též výsledky hospodaření pojišťoven nabízejících pojistné produkty v rámci stávajícího systému komerčního zdravotního pojištění dlouhodobě pobývajících cizinců, z jejichž analýzy vyplývá, že „[v]šechny pojišťovny vykazují extrémně vysoké provozní náklady, které několikanásobně převyšují náklady na pojistné plnění a představují podle jednotlivých pojišťoven 47 – 80 % vybraného pojistného. Provozní výdaje veřejnoprávních pojišťoven v ČR jsou přitom limitovány příslušnými vyhláškami MZ ČR a MF ČR a činí 3,5% pojistného.“⁹

Mám zásadní výhrady a připomínky prakticky ke všem ustanovením navrhované úpravy. V řadě případů návrh vykazuje zjevnou neznalost příslušných institutů zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění pozdějších předpisů (dále také jen „zákon o pobytu cizinců“) (např. povinná doba prvního pojištění na jeden rok, přitom vízum k pobytu nad 90 dnů lze udělit maximálně na 6 měsíců). Používá terminologii, kterou zákon o pobytu cizinců nezná (např. povolení k pobytu na území České republiky nad 90 dnů). Některá

o zdraví občanů bývalého SSSR pobývajících dlouhodobě v ČR a občanů ČR. In: *Zdravotní politika a ekonomika 1/2004*, Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004, ISSN 1213-8096, INGLEBY, D. et al: *Social integration and mobility: education, housing and health. IMISCOE Cluster B5 State of the art report*. Estudos para o Planeamento Regional e Urbano n° 67, Fonseca, L. and Malheiros, J. (eds.), Lisbon: Centro de Estudos Geográficos, 2005, s. 89-119, KRISTIANSEN, K, MYGIND, A., KRÁSNÍK, A.: Health effects of migration. *Dan Med Bull*, 2007, vol. 54, s. 46-7 atd.

⁸ Viz Hnilicová et al. *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců*. 2012, s. 49, dostupné z http://www.konsorcium-nno.cz/dokumenty/analiza_komerčního_zdravotního_pojisteni_pro_vybor171012_201210180815049.pdf.

⁹ Tamtéž, str. 49.

z navržených ustanovení by cizincům mohla fakticky znemožnit prodlužování dlouhodobého pobytu (možnost uzavřít následné pojištění na dobu kratší šesti měsíců). Dále pak z návrhu zákona není vůbec patrné, zda se podrobná úprava v dílu II vztahuje i na pojištění sjednané mimo území České republiky. V opačném případě zůstává tato oblast prakticky neregulována, což je v příkrém rozporu s deklarovaným cílem navrhované úpravy (!).

Jsem tak přesvědčena, že předložený návrh zákona by neměl být vůbec přijat, neboť svou podstatou přímo odporuje nezbytnému koncepčnímu řešení problematiky zdravotního pojištění cizinců, jímž je začlenění významné části cizinců, kteří v ČR pobývají dlouhodobě, do systému veřejného zdravotního pojištění. Tento zásadní obsahový nedostatek nemůže zhojit ani komplexní přepracování navrhované úpravy, protože řešení může spočívat pouze ve změně zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, konkrétně v rozšíření osobního rozsahu zákona.

K JEDNOTLIVÝM USTANOVENÍM

A K části první, úprava zdravotního pojištění cizinců

1. K hlavě I

V úvodních ustanoveních návrhu zákona absentuje vymezení pojmů,¹⁰ což vede k obtížné srozumitelnosti navrhované úpravy a limituje možnost jasného a jednoznačného výkladu některých navržených ustanovení.

2. K § 4 odst. 1

Návrh zákona používá terminologii, kterou zákon o pobytu cizinců nezná. Zákon o pobytu cizinců v hlavě III dílu 1 § 17 písm. c) uvádí, že „[c]izinec může pobývat na území přechodně ... na základě dlouhodobého víza, povolení k dlouhodobému pobytu nebo povolení k přechodnému pobytu“. V téže hlavě III je díl 4 nazván „Přechodný pobyt na území na dlouhodobé vízum nebo na povolení k dlouhodobému pobytu“. Zákon o pobytu cizinců tak rozlišuje mezi dlouhodobým vízem, resp. vízem k pobytu nad 90 dnů (§ 30 až 41 a § 51 až 62) a dlouhodobým pobytem (§ 42 až 49). Zároveň v hlavě IVa dílu 1 upravuje kromě přechodného pobytu občana Evropské unie i přechodný pobyt jeho rodinných příslušníků na území (kam spadají i rodinní příslušníci nemigrujícího občana ČR, viz § 15a odst. 4 zákona o pobytu cizinců), tedy kategorie cizinců, na které by měl návrh zákona rovněž dopadat. Naproti tomu návrh zákona používá frazém „povolení k pobytu na území České republiky nad 90 dnů“. Co je tím myšleno? Zahrnuje i cizince s vízem k pobytu nad 90 dnů? Zahrnuje i rodinné příslušníky občana EU (ČR) s povolením k přechodnému pobytu? Tato nepřesná, zavádějící kategorie se pak prolíná celým návrhem zákona (viz dále). Použitou terminologii je tak zapotřebí sladit s pojmy (pobytovými oprávněními) používanými zákonem o pobytu cizinců, v opačném případě není zřejmé, na které kategorie cizinců návrh zákona vůbec dopadá.

Navíc, úprava zdravotního pojištění cizince v situaci, kdy žádá o povolení k pobytu mimo území České republiky, přináší snížení standardu uzavíraného pojištění oproti stávající úpravě v § 180j zákona o pobytu cizinců. Odstraňuje garance pro případ, že je pojištění uzavřeno s pojistitelem z jiných zemí než z České republiky či členských států EU. Stávající § 180j v odst. 2 omezuje okruh pojistitelů, s nimiž lze pojištění sjednat a zároveň v odst. 8 „zmocňuje“ ministerstvo zdravotnictví, aby vyhláškou stanovilo, doklady kterých pojišťoven z třetích zemí nelze uznávat jako doklady o cestovním zdravotním pojištění. Veškeré tyto záruky, jejichž smyslem je zvýšit jistotu proplacení poskytnuté zdravotní péče pojistiteli z třetích zemí, v návrhu zákona zcela absentují, což povede ke zvýšení rizika neproplacení poskytnuté zdravotní péče ze strany těchto pojistitelů.

Navzdory proklamované komplexnosti navrhované úpravy a její snahy o maximální zajištění pokrytí nákladů zdravotní péče pro cizince pobývajících na území déle než 90 dnů, je pro část cizinců, kteří spadají do osobního rozsahu návrhu zákona dle § 2, stanoven nižší standard a rozsah pojištění. Rozlišuje se mezi cizinci, kteří žádost o „povolení k pobytu na území České republiky nad 90 dnů“ podali mimo území ČR,

¹⁰ Viz např. § 2 zákona č. 168/1999 Sb., o pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem vozidla a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

a cizinci, kteří žádost o povolení k pobytu či žádost o jeho prodloužení podali na území ČR. Pro cizince, kteří žádost podali mimo území ČR, je zcela neopodstatněně stanoven minimální rozsah pojištění pouze v rozsahu akutní a neodkladné péče a limit pojistného plnění na jednu pojistnou událost vymezen ve výši 1 700 000 Kč. Ze systémového hlediska není pro toto rozlišení důvod. Jeho zavedení znamená výrazné snížení záruky proplacení poskytnuté zdravotní péče jak pro danou skupinu cizinců¹¹, tak pro poskytovatele zdravotní péče a odporuje tak základní myšlence, na níž má být navržený zákon postaven.

Tato kategorie cizinců je pak s ohledem na definici kontraktační povinnosti pojišťoven v § 5 odst. 2 vyloučena z nároku na uzavření pojištění. V praxi ovšem není vyloučeno (spíše naopak), že i cizinec nacházející se mimo území České republiky může uzavřít pojištění s pojišťovnou definovanou ustanovením § 6 odst. 1 návrhu zákona. V takovém případě nevidím jakýkoli důvod, proč by se kontraktační povinnost měla vztahovat jen na případy pojištění sjednávaného na území České republiky.

Z návrhu zákona rovněž není patrné, zda se podrobná úprava soukromého zdravotního pojištění v dílu 2 vztahuje i na pojištění sjednané mimo území České republiky. Pokud tomu tak není, pak tato oblast, tedy pojištění sjednané mimo území České republiky, zůstává zákonem naprosto neupravena (!), což je pro mě nepřijatelné. Jen pro ilustraci, ze zahraničí mohou žádat o dlouhodobý pobyt za účelem sloučení rodiny (§ 42a zákona o pobytu cizinců) i cizinci, kteří splňují podmínky směrnice Rady 2003/86/ES o právu na sloučení rodiny. A jak uvedl Soudní dvůr Evropské unie v rozsudku ze dne 27. června 2006, *Evropský parlament proti Radě Evropské unie*, C-540/03, Recueil, s. I-5829, směrnice 2003/86/ES při splnění stanovených podmínek ukládá členským státům pozitivní povinnost umožnit sloučení. Nerozumím tak tomu, proč by měl mít cizinec slučující se podle uvedené směrnice ze zahraničí nižší standard zacházení v oblasti zdravotního pojištění než tentýž cizinec, který již pobývá na území. Navíc, pokud bude kontraktační povinnost pojišťovny omezena pouze na případy cizinců nacházejících se na území, může dojít k odepření nároku na uzavření pojištění v podstatě u všech cizinců, kteří se nacházejí mimo území ČR, včetně těch, na které dopadá některá z unijních směrnic, zejména směrnice 2003/86/ES. Česká republika se tak vystavuje riziku porušování závazků plynoucích z unijního práva.

3. K § 4 odst. 2

Již jsem opakovaně uvedla, že za významný problém celé navržené úpravy vnímám neprovázanost užitých pojmů s instituty a pojmoslovím zákona o pobytu cizinců. V ustanovení § 4 odst. 2 se tento problém projevuje v generálním vymezení pravomoci libovolného „*příslušné[ho] útvaru*“ Ministerstva vnitra vyžádat předložení úředně ověřených překladů pojistné smlouvy a pojistných podmínek do českého jazyka, aniž by bylo blíže specifikováno, který předpis určuje příslušnost tohoto „*útvaru*“, či vymezeny situace, v nichž lze vyžadovat předložení úředně ověřených překladů. To přináší zmatečnost navrhované úpravy a svědčí o její nedostatečné kvalitě z legislativně-technického hlediska.

¹¹ Může se jednat např. o rodinné příslušníky zde trvale žijících cizinců z třetích zemí, kteří žádali přímo ze zahraničí o povolení k dlouhodobému pobytu za účelem sloučení rodiny dle § 42a zákona o pobytu cizinců.

4. K § 5 odst. 1

Ustanovení § 5 odst. 1 navrhuji vypustit bez náhrady.

Návrh § 5 odst. 1 obsahuje vnitřně rozpornou a pro praxi zcela zmatečnou a obtížně proveditelnou úpravu. Na jedné straně je po cizinci požadováno, aby již před podáním žádosti měl sjednáno soukromé zdravotní pojištění. Na straně druhé je mu však splnění této podmínky technicky znemožněno hned následující částí ustanovení, které stanoví, že „*cizinec je povinen před uzavřením pojistné smlouvy předložit potvrzenou žádost o povolení k pobytu nad 90 dnů s vyznačením příslušného čísla jednacího*“. Již pouhým jazykovým výkladem je patrné, že obě stanovené podmínky nelze splnit, neboť jedna předchází druhé a naopak.

Za krajně problematické a z hlediska legislativně-jazykového řešení nešťastné považuji též samotné vymezení kategorií cizinců, na něž se má vztahovat § 5 odst. 1 (a tedy i povinnost pojišťoven vymezená v § 5 odst. 2) v závislosti na typu pobytu či víza, o jehož udělení cizinec žádá. Jak jsem již uvedla v připomínce k § 4 odst. 1, zákon o pobytu cizinců nezná pojem „*povolení k pobytu nad 90 dnů*“. V praxi tak může být v jednotlivých případech sporné, na které kategorie cizinců toto ustanovení dopadá. Z použitého vymezení rovněž není jasné, zda by mělo dopadat i na situace, kdy cizinec žádá o změnu účelu dlouhodobého pobytu (§ 45 zákona o pobytu cizinců).

5. K § 5 odst. 2

Jak jsem uvedla v připomínce k § 4 odst. 1, i cizinci nacházející se mimo území České republiky mohou sjednat zdravotní pojištění s pojišťovnou vymezenou ustanovením § 6 odst. 1 návrhu zákona. V takovém případě nevidím důvod, proč by se kontraktační povinnost měla vztahovat jen na případy pojištění sjednávaného na území České republiky. Navíc, pokud bude kontraktační povinnost pojišťovny omezena pouze na případy cizinců nacházejících se na území, může dojít k porušení závazků plynoucích pro Českou republiku z unijního práva (např. v souvislosti s cizinci slučujícími se na základě směrnice 2003/86/ES).

6. K § 6 odst. 1

Návrh zákona považuji za neslučitelný s právem EU, z důvodu rozporu s jednou ze základních svobod uplatňovaných v rámci fungování jednotného vnitřního trhu, tedy svobodou pohybu služeb. Omezení možnosti sjednat soukromé zdravotní pojištění pouze u pojišťovny oprávněné provozovat toto pojištění na území České republiky dle zákona o pojišťovnictví¹² a zapsané do seznamu České národní banky dle § 20 návrhu zákona představuje překážku volného poskytování služeb, kterou je možné hodnotit jako neospravedlnitelnou, a tedy v rozporu s čl. 56 Smlouvy o fungování EU.

Návrh zákona je ve vymezení pojišťovny, která je oprávněna provozovat soukromé zdravotní pojištění cizince ve smyslu § 6 odst. 1 návrhu, v podstatě totožný s návrhem zákona o zdravotním pojištění cizinců při pobytu na území České republiky, který podala skupina poslanců v čele s Borisem Šťastným v květnu 2013 (sněmovní tisk č. 1023/0). Tento návrh odmítla tehdejší vláda Petra Nečase, a to

¹² Zákon č. 227/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů.

mimo jiné právě pro neslučitelnost s právem EU z důvodu překážky volného pohybu služeb dle čl. 56 Smlouvy o fungování EU. Obsahově totožnou výtku lze vznést i k nyní navrhované právní úpravě.

7. K § 6 odst. 3

Požadavek uzavření smlouvy na pojistnou dobu minimálně jednoho roku není slučitelný s dobou platnosti víza k pobytu nad 90 dnů dle zákona o pobytu cizinců. Vízum k pobytu nad 90 dnů se uděluje s dobou platnosti maximálně 6 měsíců (viz § 30 odst. 3 zákona o pobytu cizinců), rovněž tak vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu na území (viz § 33 odst. 5 zákona o pobytu cizinců). Naopak některé dlouhodobé pobyty mohou být uděleny na dobu kratší než jeden rok [viz § 44 odst. 4 písm. a) či § 44 odst. 5 zákona o pobytu cizinců]. Je proto zcela nelogické požadovat trvání pojistné smlouvy po dobu minimálně jednoho roku.

8. K § 8 odst. 1 písm. a)

Z návrhu zákona není zřejmé, zda se povinnost pojišťoven k pojistnému plnění vztahuje pouze na proplacení zdravotní péče poskytnuté některým z tzv. smluvních poskytovatelů, či zda je v případě některých druhů zdravotní péče (zejména nutné a neodkladné) garantováno proplacení péče poskytnuté i poskytovatelem, s nímž pojistitel nemá uzavřenou smlouvu.

Z návrhu znění § 8 odst. 1 písm. a) zákona lze dovodit záměr omezit proplacení zdravotní péče přinejmenším v případech poskytnutí lůžkové zdravotní péče. Za použití systémového výkladu v kontextu dalších ustanovení, zejména ustanovení § 10 a k němu se vztahující části důvodové zprávy či § 8 odst. 1 písm. c) třetí odrážky, se však domnívám, že tvůrci zákona zamýšleli zcela vyloučit možnost (povinnost) pojišťovny proplatit zdravotní péči poskytnutou nesmluvním poskytovatelem i v dalších případech. Takové řešení jednoznačně odmítám, neboť snižuje garanci poskytnutí úhrady za vynaloženou zdravotní péči pojištěným cizincům, potažmo i „nesmluvním“ poskytovatelům zdravotní péče, kteří takto pojištěného cizince ošetřili, a to i v rámci nutné a neodkladné péče.

Pro tyto případy je proto třeba jasně vymezit nezávislost nároku na proplacení poskytnuté péče na existenci smlouvy mezi pojistitelem a poskytovatelem zdravotní péče, stejně jako v systému veřejného zdravotního pojištění.

9. K § 8 odst. 2

Má-li navrhované soukromé zdravotní pojištění účinně naplňovat veřejný zájem na proplacení i nákladné zdravotní péče jejím poskytovatelům, je třeba trvat na zvýšení, či nejlépe úplném odstranění minimálních limitů pojistného plnění pro jednu pojistnou událost. Návrhem zákona stanovenou výší 3 000 000 Kč již v současné době v pojistných podmínkách uplatňují pojišťovny poskytující komerční zdravotní pojištění pro cizince. V praxi tak v důsledku uplatnění tohoto limitu není proplacena část poskytnuté péče (zejména v případě dlouhodobějších vážných onemocnění a poúrazových stavů) a náklady jejího poskytnutí tak jdou často k tíži poskytovatelů zdravotní péče. Výskyt těchto situací je třeba eliminovat.

10. K § 8 odst. 3

Zásadně nesouhlasím s vymezením navrhované délky možných čekacích dob pro poskytnutí pojistného plnění za uvedené zdravotní služby. Stanovení čekacích dob v takovéto délce a v natolik extenzivním věcném rozsahu není ospravedlnitelné a jde proti smyslu uzavírání zdravotního pojištění. Jeho jediným cílem je umožnit pojistiteli vyhnout se plnění rozsáhlejších závazků z uzavřené pojistné smlouvy. To potvrzuje i důvodová zpráva k § 8 odst. 3, podle níž jsou tyto čekací doby „*uplatněny z důvodu, že se jedná o vysoce nákladnou zdravotní péči*“.

Stanovení čekacích dob dle návrhu zákona znamená, že soukromé zdravotní pojištění cizinců se ani vzdáleně nepřibližuje rozsahu a standardu veřejného zdravotního pojištění, jemuž se chce dle důvodové zprávy návrhu zákona přiblížit, neboť celá řada běžně se vyskytujících a léčených onemocnění bude z jeho rozsahu dlouhodobě či dokonce trvale vyloučena. Úvodní konstatování důvodové zprávy k § 8, podle něhož navrhované soukromé zdravotní pojištění bude „*co do výčtu hrazených služeb na území České republiky, srovnatelné s veřejným zdravotním pojištěním v České republice*“, proto pokládám za nepravdivé.

K § 8 odst. 3 písm. a) a b)

Stanovení čekací doby 3 měsíce pro poskytnutí pojistného plnění spojeného s těhotenstvím a 8 měsíců pro poskytnutí pojistného plnění spojeného s porodem fakticky znamená neproplacení řady úkonů zdravotní péče, které je nutno ve vztahu k těhotenství a porodu provádět. Proplacení zdravotní péče spojené s porodem je stanovenou čekací dobou fakticky vyloučeno vždy, pokud dojde k předčasnému porodu či nedojde k uzavření pojištění již během prvního měsíce těhotenství.

K § 8 odst. 3 písm. c)

Toto ustanovení umožňuje z pojistného rozsahu po dobu 12 měsíců (ve většině případů tedy po celou dobu trvání jedné pojistné smlouvy) vyloučit proplacení léčby chronických onemocnění. Neurčitý pojem „chronická onemocnění“ přitom zahrnuje významnou část běžně se vyskytujících a léčených onemocnění (např. vysoký tlak, cukrovka, alergie, astma, ateroskleróza), zároveň se jedná o stav, do něhož může řada dalších onemocnění přejít.¹³ Faktické vyloučení všech těchto onemocnění z rozsahu navrhovaného soukromého zdravotního pojištění pro cizince představuje naprosté popření účelu uzavření zdravotního pojištění a smyslu předkládaného zákona. Jeho uplatnění by mělo za následek neproplacení velké části poskytnutých zdravotních služeb běžně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a zároveň by s ohledem na nejednoznačné vymezení pojmu přineslo zcela nepřijatelnou míru nejistoty pojištěnců i zdravotnických zařízení ohledně skutečného rozsahu pojistného krytí poskytované léčby.

K § 8 odst. 3 písm. d)

Toto ustanovení z rozsahu pojištění bez jakéhokoli bližšího zdůvodnění vylučuje skupinu onemocnění vymezenou v příloze č. 1 návrhu zákona. Problematická je kromě samotného faktu vyloučení některých typů onemocnění z rozsahu pojištění, které má být svým pokrytím srovnatelné s veřejným zdravotním pojištěním, rovněž

¹³ Viz též Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MNK-10). World Health Organization, Geneva 2008. Desátá revize, aktualizovaná verze k 1. 4. 2014. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

arbitrárnost vyloučení uvedených onemocnění. Není zřejmé, jakou logikou byli tvůrci návrhu zákona vedeni při sestavení tohoto značně nesourodého seznamu onemocnění. Jsou zde zahrnuta některá vzácně se vyskytující či dědičná onemocnění (zejm. prvních 7 onemocnění uvedených v příloze), dále některá onemocnění, jejichž léčba je značně nákladná (např. roztroušená skleróza), a zároveň i onemocnění, která se vyskytují naprosto běžně (např. astma, jímž trpí přibližně 10 % populace) a náklady na jejich léčbu jsou nesrovnatelné s náklady některých jiných zde uvedených onemocnění. Zejména vyloučení poslední jmenované kategorie onemocnění považuji za krajně problematické, neboť se může dotknout většího počtu pojištěnců.

K § 8 odst. 3 písm. e)

Výhrady mám rovněž k vyloučení vzácných onemocnění dle § 8 odst. 3 písm. e) návrhu. Tato onemocnění jsou v návrhu zákona vymezena prostřednictvím odkazu na Sdělení Komise o vzácných onemocněních z roku 2008.¹⁴ Citované Sdělení Komise neobsahuje žádné konkrétní vymezení typů onemocnění, která mají být klasifikována jako vzácná – naopak teprve předpokládá vytvoření klasifikace, která přispěje k odstranění „*neznalosti toho, která onemocnění se řadí mezi vzácná.*“¹⁵ Z uvedeného je tedy patrné, že zákonný odkaz na Sdělení Komise neurčitý pojem „vzácná onemocnění“ nijak nedefinuje. Lze naopak očekávat negativní dopad tohoto ustanovení na právní jistotu pojištěnců i poskytovatelů zdravotní péče ohledně rozsahu proplacené zdravotní péče.

V souhrnu lze konstatovat, že zcela vágní vymezení onemocnění vyloučených z rozsahu pojištění dle písm. c) až e) navrhované úpravy bude mít v praxi negativní následky jak pro pojištěnce, tak pro poskytovatele zdravotních služeb. Lze očekávat, že v řadě případů bude přetrvávat nejistota ohledně existence a rozsahu nároku na proplacení poskytnuté zdravotní péče. Rozhodnutí o (ne)proplacení pojistného plnění za poskytnuté zdravotní služby přitom předchází komplikované zjišťování, zda daná péče byla poskytnuta ve vztahu k vyloučenému onemocnění či nikoli. To přinese zvýšené administrativní náklady pro zdravotnická zařízení i pro samotné pojistitele a představuje rovněž potenciál pro vznik celé řady soukromoprávních sporů o poskytnutí pojistného plnění. Tuto nevyhovující situaci lze identifikovat již v současné praxi fungování komerčního zdravotního pojištění cizinců.¹⁶ Navrhované ustanovení § 8 odst. 3 však přináší namísto zmírnění těchto problémů jejich další zhoršení a omezení právní jistoty ohledně rozsahu proplácené péče. Znemožňuje tak naplnění základní funkce zdravotního pojištění, kterou je zajištění potřebné zdravotní péče pro pojištěnce a zároveň předvídatelná záruka úhrady nákladů poskytnuté péče pro její poskytovatele.

¹⁴ Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů o vzácných onemocněních, č. KOM(2008) 679 (dále jen „Sdělení Komise“).

¹⁵ Viz bod 4.2 („*Komise povede činnost s ohledem na vzácná onemocnění v rámci procesu revize stávající Mezinárodní klasifikace nemocí s cílem zajistit lepší kodifikaci a klasifikaci vzácných onemocnění.*“) a dále bod 4.3. („*Vytvoření dynamického soupisu vzácných onemocnění na úrovni EU přispěje k boji proti některým hlavním příčinám zanedbávání problematiky vzácných onemocnění, včetně neznalosti toho, která onemocnění se řadí mezi vzácná.*“) Sdělení Komise, s. 5.

¹⁶ Likvidace pojistné události je pro poskytovatele zdravotní péče spojena s nepřiměřenou administrativní zátěží při zjišťování rozsahu povinnosti pojištěnec uhradit péči (ve srovnání s péčí proplácenou v rámci veřejného zdravotního pojištění). Tato zátěž přitom není nijak kompenzována, ani zohledněna ve výši plateb z pojistného plnění. Viz např. Hnilicová et al. *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců*. 2012, s. 23.

Ustanovení písm. c) až e) zakotvují čekací dobu v rozmezí 12 až 18 měsíců. Upozorňuji, že v kombinaci s úpravou zániku pojištění dle § 14 umožňují v podstatě nikdy neproplatit péči poskytnutou v souvislosti se zde uvedenými onemocněními. Postačí, aby ke konci pojistného období v délce trvání jednoho roku pojišťovna vypověděla pojistnou smlouvu [v souladu s § 14 odst. 1 písm. f) návrhu zákona]. I kdyby cizinec mohl vůči stejné pojišťovně následně uplatnit nárok na (opětovně) uzavření pojištění, dojde již k přerušení jeho trvání ve smyslu § 8 odst. 3 a čekací doby se tak začnou počítat znovu od počátku. Tento výklad potvrzuje rovněž důvodová zpráva, dle níž se čekací doba vztahuje „*k délce trvání soukromého zdravotního pojištění cizince v rámci všech navazujících pojistných smluv u jednoho pojistitele*“. Pokud jednotlivé smlouvy nebudou bezprostředně navazovat (což lze v případě výpovědi předchozího pojištění očekávat), uplynulá čekací doba se do nového smluvního vztahu nepromítne.

11. K § 8 odst. 4 písm. a)

Zásadně nesouhlasím s povinností pojištěného cizince kontaktovat před čerpáním zdravotních služeb smluvního poskytovatele asistenčních služeb, ve smyslu podmínky uplatnění práva na pojistné plnění. Taková podmíněnost možnosti čerpání pojistného plnění je neodůvodnitelná. V praxi by vedla k řadě případů, kdy poskytnutá zdravotní péče nebude fakticky proplacena, byť by spadala pod rozsah pojištění, a to proto, že pojištěný cizinec nekontaktoval asistenční službu před poskytnutím zdravotní péče (být ze zcela objektivních příčin, kdy mu to např. zdravotní stav neumožnil). Fakticky tak navržené ustanovení zcela vylučuje nárok na poskytnutí pojistného plnění v případech nutné a neodkladné péče, s jejímž poskytnutím z důvodu bezprostředního ohrožení života a zdraví pacienta nelze čekat na to, až se podaří navázat kontakt s asistenční službou pojišťovny.

Problematickostí navrženého ustanovení nijak nezmírňuje ani dále vymezená možnost, že tuto povinnost může namísto pojištěného cizince splnit jiná osoba – typicky tedy poskytovatel zdravotní péče. Pro něj by tato povinnost znamenala další neopodstatněnou zátěž a navíc i zde platí, že v případech zcela neodkladného lékařského zásahu nemusí být v praxi pro podobný postup prostor.

Navrhuji tak vypustit ustanovení § 8 odst. 4 písm. a) bez náhrady.

12. K § 10

Má-li navrhovaný systém soukromého zdravotního pojištění pro cizince garantovat alespoň částečně obdobný rozsah a kvalitu pojištění, jaká existuje v rámci veřejného zdravotního pojištění, je nezbytné povinnost zajištění smluvní sítě poskytovatelů zdravotní péče akcentovanou rovněž v důvodové zprávě k § 10, vymezit nikoli pouze absolutním podílem počtu smluvních poskytovatelů. Je nutné rovněž zajistit určitou míru místní dekoncentrace takto získaných smluvních poskytovatelů tak, aby z ní mohli mít reálně prospěch pojištěnci žijící v různých částech republiky.

13. K § 11 odst. 2

V ustanovení § 11 odst. 2 navrhuji doplnit druhou větu: „*Náklady na přezkoumání zdravotního stavu či zjištění příčiny smrti nese pojistitel.*“

Důvodem navrhovaného doplnění je vyjasnění nároku na pojistné plnění v případech, kdy si pojišťovna vyžádá dodatečné vyšetření či lékařský úkon pro přezkoumání zdravotního stavu či příčiny úmrtí pojištěnce za účelem určení, zda se původně poskytnutá zdravotní péče vztahuje k onemocnění, které spadá do rozsahu pojištění.

14. K § 12 odst. 1

Zásadní nedostatek ovlivňující funkčnost a splnění účelu navrhovaného systému zdravotního pojištění představuje absence maximálních limitů pojistného v případech, kdy je třeba pojistit pojištěnce, jehož zdravotní stav je již v době uzavření pojištění zhoršený, případně je u něj dána vyšší míra pojistného rizika např. z důvodu věku. Tento nedostatek představuje faktické popření povahy pojištění jako povinného. U části cizinců odkázaných na soukromé zdravotní pojištění se tak bude v praxi i nadále projevovat fenomén tzv. nepojistitelných cizinců. Ten je znám již ze současného fungování systému komerčního zdravotního pojištění cizinců, kdy nemocní cizinci (kupř. děti narozené předčasně či s vrozenou vadou či pro starší osoby) prakticky nemohou uzavřít pojištění se žádným poskytovatelem zdravotního pojištění na trhu, neboť z hlediska pojistného rizika se pro pojistitele jedná o nelukrativního klienta. Se zavedením kontraktační povinnosti pojišťoven sice formálně zmizí možnost odmítnout pojistit takového cizince, fakticky však ke stejnému výsledku povede ničím neomezená výše pojistného, finančně nedosažitelná pro naprostou většinu těchto cizinců.

Nutnost stanovení maximálních limitů pojistného je jedním z dalších projevů nesystémovosti a dlouhodobé funkční neudržitelnosti navrhovaného odděleného systému soukromého zdravotního pojištění pro některé skupiny cizinců namísto jejich začlenění do systému veřejného zdravotního pojištění (viz obecnou připomínku). V systému veřejného zdravotního pojištění je problém zvýšeného pojistného rizika u některých pojištěnců kompenzován nepoměrně větším pojistným kmenem, díky němuž na krytí rizika postačuje nižší pojistné. V navrhovaném systému soukromého zdravotního pojištění se v tomto ohledu nevyhnutelně negativně projeví fakt, že potenciální počet pojištěnců, kteří mohou být účastníky tohoto systému pojištění, je neporovnatelně menší.

15. K § 12 odst. 2

Zásadně nesouhlasím se stanovením minimální výše ročního pojistného na dobu prvních pěti let ode dne účinnosti navrhovaného zákona. Podobné ustanovení zcela popírá smluvní povahu pojištění a bez legitimního důvodu narušuje rovnováhu v neprospěch pojištěných. Nevyváženost úpravy je jasně patrná ze srovnání s ustanovením § 12 odst. 1. Pojišťovna může při stanovení výše pojistného v plné míře zohlednit veškerá pojistná rizika budoucího pojištěnce a právní úprava ji nijak neomezuje stanovením maximální výše pojistného. Opačně však navrhovatel prolamuje princip stanovení výše pojistného dle míry pojistného rizika tím, že předepisuje povinnou minimální výši pojistného, a to navíc fixně pro období nadcházejících pěti let.

Navržená úprava tak jednoznačně straní pojistiteli, jemuž garantuje minimální roční příjem z každé uzavřené pojistky v konstantní výši na pět let dopředu. Tím mimo jiné potlačuje konkurenční působení jednotlivých poskytovatelů soukromého zdravotního

pojištění cizinců na trhu, které jinak vede ke zlevnění a zkvalitnění nabízených pojistných produktů. Důvodová zpráva blíže neobjasňuje nutnost „cenové regulace“ a dokonce ani kalkulaci navrhované minimální výše pojistného.

Mám pochybnosti o skutečném rozsahu „výrazného navýšení garantovaných zdravotních služeb“, které by dle důvodové zprávy mělo opodstatnit stanovení minimální výše pojistného (viz připomínky č. 8 až 10). Nemohu souhlasit ani s odůvodněním nutnosti „stabilizace nově vznikajícího pojistného trhu“, neboť navrhovaná úprava soukromého zdravotního pojištění cizinců se zásadně neliší od dosavadní podoby komerčního zdravotního pojištění cizinců, které je na českém trhu již dlouhodobou a stabilní součástí nabídky několika tuzemských pojišťoven (Pojišťovna VZP, Maxima, Uniqua a další). Nelze proto očekávat, že by v důsledku přijetí zákona měl vzniknout zcela nový pojistný trh s tímto produktem, který by se výrazně lišil od stávajícího, proto je nutné stabilizovat ho zakotvením minimálního pojistného.

Stanovení minimální výše pojistného nelze zdůvodnit ani nutností „zabezpečit trvalou splnitelnost závazků vzniklých provozováním soukromého zdravotního pojištění cizince“. Toto hledisko lze do navrhované úpravy nepochybně promítnout pouze zakotvením obecné formulace, podle níž je pojistitel povinen stanovit výši pojistného tak, aby zabezpečil trvalou splnitelnost závazků vzniklých provozováním soukromého zdravotního pojištění cizince. Není tedy nutné stanovit konkrétní výši minimálního pojistného.¹⁷ Nadto upozorňuji, že dosavadní situace na trhu s produkty komerčního zdravotního pojištění cizinců ukazuje, že poskytovatelé tohoto pojištění vynakládají pouze menšinový podíl finančních prostředků ze zaslouženého pojistného na proplácení pojistných událostí. Většina příjmů z pojistného jim zůstává v podobě zisku či nepřiměřeně vysokých provozních nákladů v řádech desítek procent.¹⁸ Tento stav nezavdává důvod k obavám z nesplnitelnosti závazků, které by opodstatnily zakotvení fixní minimální výše pojistného.

16. K § 12 odst. 3

Ustanovení opět svědčí o neprovázanosti navržené právní úpravy se zákonem o pobytu cizinců. Následná pojistná období mohou být dle návrhu sjednána v délce tří, šesti nebo dvanácti měsíců. Institut dlouhodobého pobytu v zákoně o pobytu cizinců přitom upravuje pobyty delší než 6 měsíců (viz § 42 zákona o pobytu cizinců). Při sjednání zdravotního pojištění na kratší dobu by tak z povahy věci nemohl být dlouhodobý pobyt cizinci vůbec udělen. Většina dlouhodobých pobytů se naopak prodlužuje na dobu jednoho a více let (viz § 44a zákona o pobytu cizinců), v některých případech až na 5 let (viz § 44a odst. 1 písm. d) zákona o pobytu cizinců). Navrhovaná právní úprava tak popírá institut dlouhodobého pobytu upraveného zákonem o pobytu cizinců a v celé řadě případů by mohla zcela reálně vést k tomu, že by dlouhodobý pobyt cizinci nemohl být prodloužen z důvodu nedoložení zákonem požadovaných náležitostí (dokladu o soukromém zdravotním pojištění).

¹⁷ Takové řešení lze nalézt např. v § 3b odst. 1 zákona č. 168/1999 Sb., o pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem vozidla a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁸ Viz Hnilicová et al. *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců*. 2012

17. K § 13 písm. a)

Obecně zásadně nesouhlasím s koncepcí okolností, které pojišťovnu opravňují požadovat po pojištění zpětně náhradu pojistného plnění. Do navržené úpravy tak nesystémově prolínají prvky komerčního pojištění, a to v rozporu s deklarovaným cílem přiblížit zdravotní pojištění cizinců standardu veřejného zdravotního pojištění. Návrh tak zcela popírá tvrzený smysl a účel zdravotního pojištění cizinců.

Ustanovení § 13 písm. a) návrhu zákona je zcela zmatečné i z hlediska jazykového. Není vůbec jasné, co je myšleno pojistným plněním poskytnutým „*v přímé souvislosti s jednáním pojištěného na trestném činu, ozbrojeném konfliktu, občanské válce, teroristickém útoku nebo povstání*“. Ve vztahu k „trestnému činu“ a „teroristickému útoku“ (jehož spáchání však naplňuje skutkovou podstatu trestného činu dle § 311 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, a jeho samostatné uvedení vedle obecné kategorie trestných činů se tak jeví zcela nadbytečné) je obvyklé užívat pojmu „(úmyslné) spáchání trestného činu“. U ostatních vyjmenovaných okolností není vůbec zřejmé, jakými hledisky byl návrhovač veden a jak by se mělo ustanovení aplikovat (vyložit). Pojem „*jednání*“ na ozbrojeném konfliktu, občanské válce nebo povstání nepoužívá trestněprávní úprava, a nejde ani o pojmosloví užívané v rámci mezinárodního humanitárního práva, k jehož předmětu úpravy se uvedené pojmy jasně vztahují. V praxi si lze jen stěží představit, že by uvedené ustanovení mohlo být vyloženo jinak než v neprospěch pojištěnce.

Obecné konstatování důvodové zprávy, že jde „*o zcela běžné ustanovení stanovující postihové (regresní) právo pojišťoven, vycházející ze stávající právní úpravy*“, pokládám za zavádějící a nepravdivé. Obdobnou úpravu regresního práva pojišťoven nenalezneme ani ve stávající právní úpravě zdravotního pojištění cizinců, ani v úpravě pojistných vztahů a pojišťovnictví obecně.

Ustanovení § 13 písm. a) navrhuji vypustit bez náhrady.

18. K § 13 písm. b)

Dle stávajícího § 180j odst. 6 zákona o pobytu cizinců nesmí pojistná smlouva o komerčním zdravotním pojištění cizince „*vylučovat poskytnutí pojistného plnění v případě úrazu, ke kterému došlo z důvodu úmyslného jednání, zavinění nebo spoluzavinění pojištěného ani v důsledku požití alkoholu, omamných nebo psychotropních látek pojištěným*“. Tento požadavek se vztahuje i na zdravotní pojištění sjednávané při podání žádosti o udělení víza či pobytu mimo území České republiky, tedy v situaci, která se obecně vyznačuje nižším standardem a rozsahem pojištění, než je rozsah komplexní zdravotní péče ve smyslu § 180j odst. 7 zákona o pobytu cizinců. Citované ustanovení § 180j hovoří o vyloučení pojistného plnění, nikoli o možnosti požadovat po pojištěném náhradu poskytnutého pojistného plnění. Je tak zcela nemyslitelné, aby v rámci navrhovaného systému soukromého zdravotního pojištění cizinců, které má dle proklamovaných cílů výrazně zvýšit standard a kvalitu nabízeného pojištění a přiblížit ho rozsahu veřejného zdravotního pojištění, byla prakticky zcela totožná formulace použita pro vymezení regresního nároku pojistitele na náhradu poskytnutého pojistného plnění vůči pojištěnci.

Uvedené ustanovení tak představuje nepřiměřené omezení nároku pojištěnce plynoucího z uzavření soukromého zdravotního pojištění.

19. K § 13 písm. c)

Do ustanovení § 13 písm. c) navrhuji doplnit následující text (zvýrazněno): „pokud při sjednávání soukromého zdravotního pojištění cizince zájemce o toto pojištění **úmyslně** uvedl nepravdivé údaje, **záměrně** neúplně zodpověděl dotazy pojišťovny (...).“

Navrhované doplnění reaguje na situace, kdy pojištěnec neposkytne dostatečné informace, protože neporozuměl dotazu (z důvodu jazykové bariéry) nebo pojišťovna nevěnovala dostatečnou péči uzavírání pojistné smlouvy (zdravotní pojišťovny často zastupují zprostředkovatelé).

Návrh citovaného ustanovení doslova přebírá text ustanovení § 2780 občanského zákoníku, jeho formulace proto v rámci pojišťovnictví není neznámá. Regresní nárok pojišťovny vůči pojištěncům v rámci zdravotního pojištění však musí být upraven přesně a restriktivně, a to s ohledem na povahu „veřejného“ zdravotního pojištění a specifickou zranitelnou skupinu pojištěnců - cizinců. Zájmy pojišťovny v případě pochybností o pravdivosti a úplnosti informací o zdravotním stavu zájemce o uzavření pojistné smlouvy nadto dostatečně chrání ustanovení § 11 odst. 1 návrhu zákona. Pojišťovna je totiž oprávněna požadovat před uzavřením smlouvy zjištění zdravotního stavu zájemce a při odmítnutí tohoto požadavku není povinna uzavřít pojistnou smlouvu.

20. K § 14 odst. 1 písm. c)

Úprava možnosti zániku pojištění dnem marného uplynutí lhůty stanovené v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části je v přímém rozporu s ustanovením § 6 odst. 5 návrhu zákona, podle něhož soukromé zdravotní pojištění cizince „nelze z důvodu nezaplacení pojistného přerušit.“ Úprava, podle níž pojištění sice z tohoto důvodu nelze přerušit, ale rovnou zaniká, tuto zásadu evidentně obchází.

21. K § 14 odst. 1 písm. f)

Možnost zániku pojištění pouze na základě výpovědi pojistitele ke konci pojistného období pokládám za velmi problematickou, zejména v kontextu některých dalších ustanovení návrhu zákona, jejichž společné uplatnění v praxi může mít za následek citelné snížení rozsahu čerpání pojistného plnění ze soukromého zdravotního pojištění (viz výše moje připomínka k § 8 odst. 3 návrhu zákona).

Na druhou stranu návrh zákona postrádá úpravu ekvivalentní možnosti výpovědi pojištění ze strany pojištěnce, což porušuje rovnost stran pojistné smlouvy.

22. K § 14 odst. 1 písm. g)

Navržené ustanovení odporuje smyslu a účelu systému soukromého zdravotního pojištění. Bezprecedentně relativizuje samotný rozsah pojistného krytí plynoucí z navrhovaného systému pojištění. Je nepředstavitelné, aby takovou úpravu zániku pojištění obsahoval návrh zákona, jehož deklarovaným cílem je „*krýt veškerá rizika běžně hrazená z veřejného zdravotního pojištění*“ a poskytnout cizincům odkázaným na toto pojištění i poskytovatelům zdravotní péče srovnatelný standard a jistotu proplacení poskytnuté péče.

Aplikace navrženého ustanovení by v praxi vedla ke zcela absurdní situaci, kdy pojištění může zaniknout pouze z důvodu, že se v době jeho trvání změnila výše pojistného rizika, tedy zdravotní stav pojištěnce, a to např. z důvodu propuknutí nemoci či utrpění úrazu. Závazek nést pojistné riziko pro tyto případy tvoří podstatu a hlavní smysl uzavírání zdravotního pojištění. Ekonomické zájmy pojistitele jsou pro tento účel zohledněny prostřednictvím stanovení různé výše pojistného pro jednotlivé pojištěnce, a to právě v závislosti na míře pojistného rizika. Navržené ustanovení by tak *de facto* přeneslo toto riziko na pojištěnce, který právě v důsledku vzniku pojistné události může čelit zániku uzavřeného pojištění.

Přestože uvedené ustanovení doslova přebírá text ustanovení § 2792 občanského zákoníku, považuji je za nepoužitelné pro oblast zdravotního pojištění, kde zvýšení pojistného rizika nastává právě z důvodu pojistné události. Navržené ustanovení tak odporuje ustanovení § 2795 občanského zákoníku, podle něhož *„ustanovení o zvýšení pojistného rizika se nepoužijí, pokud ke zvýšení pojistného rizika došlo (...) v důsledku pojistné události.“*

Ustanovení § 14 odst. 1 písm. g) proto navrhuji vypustit bez náhrady.

23. K § 14 odst. 3

Do ustanovení § 14 odst. 3 navrhuji doplnit nové písm. c), které jasně vymezí povinnost pojistitele vrátit „nespotřebovanou“ část pojistného uhrazeného předem na celou dobu pojistného období. K zániku pojištění před uplynutím doby může dojít například vstupem pojištěného cizince do zaměstnaneckého poměru (čímž se automaticky stává účastníkem veřejného zdravotního pojištění), získáním trvalého pobytu apod. Pojišťovny v současnosti často nejsou ochotny proplácet pojištěným cizincům nespotebovanou část pojistného.

24. K § 16

Zásadně nesouhlasím s navrženým extenzivním sdílením údajů mezi Ministerstvem vnitra a zdravotními pojišťovnami. Není nijak ospravedlnitelné, aby ministerstvo poskytovalo pojišťovnám jako soukromým subjektům shromažďované údaje o pojišťovaných cizincích. Úprava nadto nezohledňuje povinnost ochrany osobních údajů a negarantuje ochranu před možným zneužitím těchto údajů či jejich poskytnutím dalším subjektům. Stejně tak není důvod, aby pojišťovny poskytovaly ministerstvu údaje ze své evidence pojištěných cizinců. Povinnost prokázat uzavření pojištění (včetně jeho zaplacení) stanoví přímo cizinci zákon o pobytu cizinců.

V žádném případě nesouhlasím s úpravou navrženou v § 16 odst. 5, podle níž mají orgány činné v trestním řízení poskytovat pojišťovnám údaje nezbytné k šetření pojistné události, popřípadě jim rovněž umožnit nahlížet do trestního spisu a pořizovat si z něho výpisy. Navrhovatel se zřejmě inspiroval úpravou obsaženou v § 55 zákona o veřejném zdravotním pojištění.¹⁹ V něm však jde o nárok pojišťovny vůči třetí osobě na náhradu nákladů na hrazené služby, které vynaložila v důsledku zaviněného protiprávního jednání této třetí osoby vůči pojištěnci. Logika návrhu § 16 odst. 5 je přitom zcela opačná. Nevztahuje se na regresní nárok vůči pachateli trestného činu, který měl za následek úraz či jiné poškození zdraví pojištěnce, ale

¹⁹ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

dopadá naopak na regresní nárok vůči pojišťenci, bylo-li pojistné plnění vynaloženo v souvislosti s jeho „jednáním“ na trestném činu dle § 13 písm. a) návrhu zákona. Jak jsem již uvedla v připomínce k § 13 písm. a) návrhu zákona, požadavek náhrady pojistného plnění po pojišťenci v takovém případě odporuje základním principům a smyslu zdravotního pojištění. Zásadně pak nesouhlasím s extenzivním vymezením oprávnění pojišťovny zjišťovat další údaje o šetření pojistné události, a už vůbec ne s případným oprávněním pojišťovny nahlížet do trestního spisu. Takto rozsáhlá oprávnění komerčních pojišťoven nejsou ničím opodstatněna.²⁰

B K části druhé – změna zákona o pobytu cizinců na území České republiky

- 25. K bodu 1 (§ 31 odst. 8), 2 [§ 34 písm. e)], 3 (§ 35 odst. 2), 4 [§ 37 odst. 2 písm. g)], 5 (§ 40 odst. 3), 6 (§ 42 odst. 3), 7 (§ 42b odst. 5), 8 [§ 42c odst. 3 písm. b)], 10 (§ 42d odst. 3), 11 (§ 42f odst. 4), 12 (§ 42h odst. 3), 13 (§ 42j odst. 3), 14 (§ 44a odst. 4), 15 [§ 44a odst. 6 písm. b)], 16 [§ 45 odst. 6 písm. e)], 17 (§ 46 odst. 1), 18 (§ 46 odst. 2), 19 [§ 46a odst. 2 písm. c)], 20 [§ 46b odst. 2 písm. e)], 21 [§ 46e odst. 2 písm. b)], 22 [§ 56 odst. 1 písm. i)], 23 (§ 57 odst. 1)**

Navrhovaná právní úprava počítá s tím, že před vyznačením víza k pobytu nad 90 dnů, při žádosti o (prodloužení) povolení k dlouhodobému pobytu, popř. při pobytové kontrole bude cizinec povinen předložit „*doklad o soukromém zdravotním pojištění*“ a na požádání „*předložit doklad o zaplacení pojistného*“. Návrh zákona o soukromém zdravotním pojištění cizinců přitom počítá s tím, že u pojištění sjednaného na území České republiky bude cizinec disponovat průkazem soukromého zdravotního pojištění, který je „*i dokladem o zaplacení pojistného*“ (§ 9). Minimálně v případech sjednání soukromého zdravotního pojištění na území České republiky (hlava II díl II návrhu zákona) je stanovení povinnosti předložení dokladu o zaplacení pojistného bezpředmětné, neboť jeho zaplacení bude prokazovat samotný doklad o sjednaném soukromém zdravotním pojištění (průkaz). Totéž platí i pro případy, kdy bude cizinec mimo území České republiky (hlava II díl I návrhu zákona o soukromém zdravotním pojištění) uzavírat soukromé zdravotní pojištění u pojišťovny, která je oprávněna pojištění provozovat dle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a je uvedena v seznamu České národní banky (§ 6). I v těchto případech je požadavek na předložení dokladu o zaplacení bezpředmětný, neboť cizinec bude disponovat průkazem, který je i dokladem o zaplacení pojistného.

- 26. K bodu 12 (§ 42h odst. 3)**

Zákon č. 101/2014 Sb. s účinností od 24. června 2014 v zákoně o pobytu cizinců zrušil institut zelených karet a nahradil ho tzv. zaměstnaneckou kartou. Navrhované znění § 42h odst. 3 zákona o pobytu cizinců tak odkazuje na již neplatnou právní úpravu. I kdybych zohlednila novou právní úpravu zaměstnaneckých karet, požaduje navrhovaná právní úprava uzavření pojistné smlouvy na období jednoho roku (§ 12 odst. 3 návrhu zákona). Držitelé zaměstnaneckých karet jsou však z titulu svého zaměstnání účastni na systému veřejného zdravotního pojištění dle zákona

²⁰ Pro ilustraci, dle již zmíněného § 55 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění je orgánům činným v trestním řízení stanovena pouze obecná oznamovací povinnost vůči zdravotní pojišťovně pokud jde o úrazy a jiná poškození zdraví osob, o nichž mají důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby. V žádném případě zde není stanovena povinnost orgánů činných v trestním řízení k poskytování dalších údajů ve vztahu k šetření pojistné události, a už vůbec ne povinnost zpřístupnit pojišťovně obsah trestního spisu, jako je tomu v případě § 16 odst. 5.

č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Považuji proto za nesmyslné, aby byli nuceni uzavírat roční pojištění pouze na mezidobí několika dnů od vyznačení víza k pobytu nad 90 dnů za účelem převzetí zaměstnanecké karty na zastupitelském úřadě do nástupu do zaměstnání na území České republiky [srov. § 3 písm. c) zákona o veřejném zdravotním pojištění].

27. K bodu 13 (§ 42j odst. 3)

Obdobně jako v případě zaměstnaneckých karet je i držitel modré karty z titulu svého zaměstnání účasten na systému veřejného zdravotního pojištění ode dne nástupu do zaměstnání. Považuji tak opět za nesmyslné, aby byl nucen uzavírat roční pojištění pouze na mezidobí několika dnů od vyznačení víza k pobytu nad 90 dnů za účelem převzetí modré karty na zastupitelském úřadě do nástupu do zaměstnání na území České republiky [srov. § 3 písm. c) zákona o veřejném zdravotním pojištění].

28. K bodu 28 (§ 180a)

Nepovažuji za vhodné užívat pojmu „osoba“ pro případ pojištění sjednaného mimo území České republiky, má-li odkazovat na pojišťovnu, resp. pojistitele v podmínkách soukromého zdravotního pojištění sjednávaného na území. S ohledem na argumenty, které jsem uplatnila v připomínce k § 4 odst. 1 návrhu zákona, kdy cizinec bude moci pojištění uzavřít u libovolné pojišťovny (tedy i u pojišťovny mimo stát, jehož cestovní doklad vlastní, popřípadě v jiném státě, než ve kterém má povolen pobyt), považuji za nereálné, aby zastupitelské úřady ověřovaly, zda je příslušná pojišťovna (která může mít sídlo kdekoli na světě) oprávněna vydávat doklad o soukromém zdravotním pojištění.

Brno 11. července 2014

Mgr. Anna Šabatová, Ph.D.
veřejná ochránkyně práv