

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií



Bakalářská práce

Vymáhání pohledávek v oblasti zdravotního pojištění

Iva Volešová

© 2018 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Iva Volešová

Veřejná správa a regionální rozvoj

Název práce

Vymáhání pohledávek v oblasti zdravotního pojištění

Název anglicky

Recovery of Claims in Field of Health Insurance

Cíle práce

Cílem práce je vyhodnotit situaci v oblasti vymáhání pohledávek plynoucích z neuhrazeného zdravotního pojištění v České republice. Budou identifikovány hlavní problémy s ním spojené. V rámci práce bude vyhodnoceno zatížení zdravotních pojišťoven v souvislosti právě s nedodržením povinnosti úhrady zdravotního pojištění jejich plátcí.

Metodika

Pro zpracování literární rešerše bude využita metoda studia odborné literatury. Vzhledem k zaměření práce budou informace získávány nejen z českých materiálů, ale i zahraniční. Aktuální informace budou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Významným zdrojem dat a informací jsou interní materiály zdravotních pojišťoven, ÚZIS ČR, aktuální právní normy a legislativní předpisy Ministerstva zdravotnictví ČR. Využita bude metoda deskripce, komparace, analýzy, syntézy a dedukce.

Doporučený rozsah práce

30 – 40 stran

Klíčová slova

dlužník, exekuce, platební výměr, pohledávka, pojištěnec, správa pohledávek, správní řízení, vymáhání pohledávek, zdravotní pojištění, zdravotní pojišťovna

Doporučené zdroje informací

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.

ČERVINKA, Tomáš. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ. 8. aktualizované vydání*. Český Těšín: Vydavatelství ANAG, 2016. 159.s. ISBN 978 80 7263 999 1.

JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví. 1. vyd.* Praha: Portál, 2012. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění. 1. vydání*. Praha : Vydavatelství Grada, 2008. 240 s. ISBN 978 80 247 2628 1.

VANČUROVÁ, Alena, KLAZAR, Stanislav. *Sociální a zdravotní pojištění – Úvod do problematiky. 2. vydání*. Praha: Vydavatelství ASPI. 2008. 124 s. ISBN 978 80 7357 381 2.

ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví. Vyd. 2., upr.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-551-8

Předběžný termín obhajoby

2017/18 LS – PEF

Vedoucí práce

Ing. Dana Stará, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra ekonomických teorií

Elektronicky schváleno dne 11. 1. 2018

doc. PhDr. Ing. Lucie Severová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 12. 1. 2018

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 17. 02. 2018

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci " Vymáhání pohledávek v oblasti zdravotního pojištění " jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 13. března 2018

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Ing. Daně Staré Ph.D. za odborné vedení při zpracování mé práce.

Vymáhání pohledávek v oblasti zdravotního pojištění

Abstrakt

Bakalářská práce je věnována tématu vymáhání pohledávek na veřejném zdravotním pojištění. Zaměřuje se na pravomoci zdravotních pojišťoven a postupy, které používají při výběru pojistného na veřejném zdravotní pojištění. Definiuje plátce pojistného, stanovuje, do které kategorie plátců patří, a vymezuje rozsah jejich povinností. Práce se zabývá sankcemi, které hrozí plátcům za nehrzení veřejného zdravotního pojištění. Dále se zabývá procesem kontrolování plátců pojistného, minimálním zálohám a způsobům doručování. Řeší způsoby zahajování správního řízení, vydávání výkazu nedoplatků a platebních výměrů, coby rozhodnutí ve správním řízení. Popisuje také způsob doručení písemností, aby byl v souladu se zákonem. Práce se věnuje exekučnímu řízení, dědickému řízení a insolvenčnímu řízení za předpokladu, že dlužník nemůže anebo není schopen hradit své závazky, které mu plynou z veřejného zdravotního pojištění. Zabývá se, jakým způsobem se zdravotní pojišťovny přihlašují do těchto řízení a jak jsou tyto procesy na zdravotních pojišťovnách řešeny. Samostatnou kapitolou jsou pak pohledávky z náhrad nákladů na hrazené služby, které zdravotní pojišťovny vymáhají v rámci takzvaného regresního řízení. Řeší, jakým způsobem tyto pohledávky vznikají, jak se uplatňují a vymáhají.

Klíčová slova: dlužník, exekuce, platební výměr, pohledávka, pojištěnec, správa pohledávek, správní řízení, vymáhání pohledávek, zdravotní pojištění, zdravotní pojišťovna.

Recovery of claims in the field of health insurance

Abstract

This thesis is dedicated to the topic of recovery of claims in regards to public health insurance. It focuses on the powers of health insurance companies and on the procedures which they use to collect insurance in regards to public health insurance. It defines insurance payers, determines which category of insurance payers they belong to and specifies the extent of their duties. The thesis deals with sanctions that insurance payers are subject to upon not paying public health insurance. Furthermore, it deals with the controlling process of insurance payers, with minimal reserves and means of service of documents. It tackles ways of initiating the administrative procedure, of issuing statements of arrears and payment notices, which present the decisions in the administrative procedure. It also describes the service of documents, so that it is in accordance with the law. The thesis deals with the enforcement proceedings, succession proceedings and insolvency procedures in the case that the debtor cannot or is not able to fulfill his commitments which result from public health insurance. It looks at the ways health insurance companies register into these proceedings and how these procedures are tackled at the health insurance companies. A separate chapter is dedicated to entitlements from cost payments to covered services which health insurance companies recover through the so-called recovery proceedings. It deals with the ways these entitlements are created, how they are applied and recovered.

Key words: debtor, enforcement, payment notice, entitlements, policyholder, management of entitlements, administrative procedures, recovery of claims, health insurance, health insurance company.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| 1 Úvod | 14 |
| 2 Cíl práce a metodika | 16 |
| 3 Teoretická východiska | 18 |
| 3.1 Vývoj zdravotního pojištění na území ČR | 18 |
| 3.1.1 Pojištění v době 19. století v ČR..... | 18 |
| 3.1.2 Vývoj zdravotního pojištění ve 20. století na území ČR..... | 19 |
| 3.1.3 Vývoj zdravotního pojištění v ČR po roce 1989 do současnosti..... | 19 |
| 3.2 Zdravotní pojišťovny v České republice | 20 |
| 3.2.1 Plátcí zdravotního pojištění | 22 |
| 3.2.2 Pojem pohledávka, dluh, věřitel, dlužník | 25 |
| 3.2.3 Kontroly plátců pojistného na veřejném zdravotním pojištění..... | 26 |
| 3.2.4 Sankce za nesplnění povinností | 28 |
| 3.3 Správní řízení vedené ve zdravotních pojišťovnách | 29 |
| 3.3.1 Vedení správního řízení..... | 29 |
| 3.3.2 Zahájení správního řízení | 30 |
| 3.3.3 Vydání rozhodnutí ve správním řízení | 31 |
| 3.3.4 Odvolání – řádný opravný prostředek..... | 33 |
| 3.3.5 Přezkumné řízení – řádný opravný prostředek | 34 |
| 3.3.6 Obnova řízení – mimořádný opravný prostředek | 35 |
| 3.3.7 Autoremedura | 36 |
| 3.3.8 Odstraňování tvrdosti zákona, podpora de minimis..... | 36 |
| 3.4 Vymáhání pohledávek na zdravotním pojištění v exekučním řízení | 37 |
| 3.5 Úpadek a vymáhání pohledávek na zdravotním pojištění v insolvenčním řízení..... | 38 |
| 3.6 Dědické řízení v rámci zdravotního pojištění | 40 |
| 3.7 Odpis pohledávek za pojistným, penále a pokutami | 41 |
| 3.8 Pohledávky z náhrad nákladů na hrazené zdravotní služby | 42 |
| 3.8.1 Definice pohledávky z náhrad nákladů na hrazené zdravotní služby | 42 |
| 3.8.2 Zahájení regresního řízení z náhrad nákladů na hrazené zdravotní služby..... | 43 |
| 3.8.3 Uplatnění pohledávky z náhrad nákladů na hrazené zdravotní služby | 44 |
| 3.8.4 Upuštění od vymáhání regresních pohledávek z náhrad nákladů na hrazené zdravotní služby | 45 |
| 3.8.5 Návrh na vydání platebního rozkazu – žalobní návrh..... | 45 |
| 3.8.6 Exekuce pohledávek z náhrad nákladů na hrazené služby | 46 |
| 4 Praktická část práce | 48 |
| 4.1 Přehled a vývoj počtů pojištěnců ve zdravotních pojišťovnách | 48 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 4.2 | Vývoj průměrné hrubé mzdy a minimálních záloh na veřejném zdravotním pojištění..... | 51 |
| 4.3 | Vybrané pojistné na veřejném zdravotním pojištění v České republice | 52 |
| 4.4 | Kontrolní činnosti vybraných zdravotních pojišťoven | 54 |
| 4.5 | Rozbor zahájených správních řízení, vydaných výkazů nedoplatků a platebních výměrů ve vybraných zdravotních pojišťovnách v rámci vymáhání pohledávek na veřejném zdravotním pojištění..... | 59 |
| 4.6 | Rozbor předpisu a úhrad na penále a pokutách za nesplnění povinností v rámci České republiky..... | 65 |
| 4.7 | Rozbor exekučních pohledávek ve vybraných zdravotních pojišťovnách na veřejném zdravotním pojištění | 66 |
| 4.8 | Rozbor vymáhání pohledávek z náhrad nákladů na hrazené služby na Zdravotní pojišťovně Ministerstva vnitra České republiky | 69 |
| 5 | Zhodnocení výsledku a diskuse | 74 |
| 6 | Závěr | 77 |
| 7 | Seznam použitých zdrojů | 78 |
| | Přílohy | I |

Seznam grafů

| | |
|--|----|
| Graf 1 Minimální mzda v ČR v letech 2006–2018 (v Kč) | 22 |
| Graf 2 Průměrná hrubá mzda v ČR v letech 2006–2018 (v Kč)..... | 23 |
| Graf 3 Vývoj minimálních záloh na zdravotním pojištění v ČR v letech 2006–2018 (v Kč) | 24 |
| Graf 4 Přehled a vývoj počtů pojištěnců v jednotlivých zdravotních pojišťovnách v letech 2010 až 2016 | 25 |
| Graf 5 Přehled počtu pojištěnců ve zdravotních pojišťovnách v roce 2010..... | 48 |
| Graf 6 Přehled počtu pojištěnců ve zdravotních pojišťovnách v roce 2016..... | 49 |
| Graf 7 Změna počtu pojištěnců v roce 2016 vyjádřená v procentech proti roku 2010 | 50 |
| Graf 8 Celkové předepsané pojistné na veřejném zdravotním pojištění v ČR v letech 2006– 2016 (v mil. Kč) | 53 |
| Graf 9 Přehled předepsaného pojistného na veřejném zdravotním pojištění za jednotlivé kategorie plátců v letech 2006-2016 (v mil. Kč) | 54 |
| Graf 10 Počet kontrol provedených u zaměstnavatelů v období roku 2010-2016..... | 55 |
| Graf 11 Počet kontrol provedených u OSVČ v období let 2010-2016 | 56 |
| Graf 12 Počty kontrol u OBZP v letech 2012-2016..... | 57 |
| Graf 13 Procento provedených kontrol z celkového počtu plátců ve vybraných zdravotních pojišťovnách v letech 2010-2016..... | 58 |
| Graf 14 Průměrná výše dluhu a průměrná výše úhrady na provedenou kontrolu u ZP MV ČR v letech 2010-2014 (v Kč) | 59 |
| Graf 15 Počty zahájených správních řízení na dlužném pojistném | 60 |
| Graf 16 Počet vydaných výkazů nedoplatků na dlužné pojistné v období let 2010-2016 .. | 61 |
| Graf 17 Počet vydaných platebních výměrů na dlužné pojistné a penále | 62 |
| Graf 18 Počet vydaných platebních výměrů a počet zahájených správních řízení z celkového počtu pojištěnců u ZP MV ČR v letech 2010-2016 | 63 |
| Graf 19 Procento vydaných výkazů nedoplatků z celkového počtu kontrol plátců ve vybraných zdravotních pojišťovnách v letech 2010-2016 | 64 |
| Graf 20 Předepsané a inkasované pokuty a penále na veřejném zdravotním pojištění (v tis. Kč)..... | 65 |

| | |
|--|----|
| Graf 21 Procentuální vyjádření vymožených dluhů na pojistném včetně pokut a penále U ZP MV ČR..... | 66 |
| Graf 22 Počty podaných exekučních návrhů na dlužném pojistném | 68 |
| Graf 23 Počty zahájených regresních řízení u ZPMV ČR | 70 |
| Graf 24 Vymožené pohledávky v regresním řízení u ZPMV ČR v letech 2012-2017 (v tis. Kč)..... | 71 |
| Graf 25 Průměrné vymožené částky na jeden zahájený regres | 72 |

Seznam tabulek

| | |
|--|-----|
| Tabulka 1 Procento exekucí z celkového počtu plátců u ZP MV ČR v období 2010-2016 | 68 |
| Tabulka 2 Procento zahájených regresních řízení z celkového počtu pojištěnců v letech 2010-2016..... | 72 |
| Tabulka 3 Počty regresních řízení, vymožená částka a průměrná částka jednoho regresního řízení u ZP MV ČR v letech 2012-2016 | 73 |
| Tabulka 4 Přehled minimální mzdy a průměrné hrubé mzdy v ČR | I |
| Tabulka 5 Počty pojištěnců u vybraných zdravotních pojišťoven..... | I |
| Tabulka 6 Počty provedených kontrol zaměstnavatelů u vybraných zdravotních pojišťoven v období 2010-2016 | II |
| Tabulka 7 Počty kontrol u vybraných zdravotních pojišťoven v období 2010-2017 | II |
| Tabulka 8 Procento kontrol z celkového počtu pojištěnců ve vybraných zdravotních pojišťovnách v letech 2010-2016..... | II |
| Tabulka 9 Počty zahájených správních řízení, vydaných výkazů nedoplatků, vydaných platebních výměrů ve vybraných zdravotních pojišťovnách v období 2010-2016 | III |
| Tabulka 10 Počty zahájených exekucí ve vybraných zdravotních pojišťovnách v letech 2010-2016..... | III |
| Tabulka 11 Počty exekucí u ZP MV ČR ve vztahu k platebním výměrům a výkazům nedoplatků | III |
| Tabulka 12 Procentní vyjádření výše záloh v kategorii OBZP a OSVČ k průměrné hrubé mzdě v ČR | IV |
| Tabulka 13 Počty zahájených regresních řízení po jednotlivých pobočkách u ZP MV ČR | IV |

| | |
|---|----|
| Tabulka 14 Počty regresních řízení, celková vymožená částka a průměrná částka na jedno regresní řízení..... | IV |
| Tabulka 15 Přehled vymožených pohledávek u ZP MV ČR za jednotlivé pobočky (tisíce Kč)..... | V |
| Tabulka 16 - Procentuální podíl jednotlivých plátců | V |
| Tabulka 17 Procentuální podíl inkasovaných pokut a penále..... | V |
| Tabulka 18 Počty pojištěnců na jednoho zaměstnance zdravotní pojišťovny v roce 2017 .. | V |

Seznam použitých zkratk

- OSVČ – osoby samostatně výdělečně činné
- OBZP – osoby bez zdanitelného příjmu
- PVP – pravděpodobná výše pojistného
- ČPZP – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- OZP – Oborová zdravotní pojišťovna
- RBZP – Revírní bratrská zdravotní pojišťovna
- VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna
- VOZP – vojenská zdravotní pojišťovna
- ZP MV ČR – Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR
- ZPŠ – Zdravotní pojišťovna Škoda

1 Úvod

Již v článku 31 Listiny základních práv a svobod je uvedeno, že každý má právo na základě veřejného zdravotního pojištění na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky v rámci zákona. Výběr pojistného od plátců na veřejné zdravotní pojištění je nedílnou a důležitou součástí financování veřejného zdravotnictví v České republice. Základním principem zdravotního pojištění je spoluúčast občanů na systému zdravotního pojištění. Princip spočívá v tom, že občané hradí pravidelně relativně malé povinné platby, které jim umožní předejít následným velkým finančním výdajům, v případě, že občan bude potřebovat nákladnou léčbu. Z tohoto důvodu by měly zdravotní pojišťovny klást důraz na řádný výběr zdravotního pojištění.

Práce je zaměřena na vymáhání pohledávek v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Ve zdravotním systému ČR je každý povinen hradit pojistné na zdravotní pojištění zdravotním pojišťovnám, které umožňují poskytování těchto bezplatných služeb. Aby zdravotní pojišťovny měly dostatek prostředků k zajišťování bezplatné zdravotní péče, je nutné, aby bylo pojistné řádně hrazeno. V případě, kdy pojištěnec neuhradí pojistné na veřejné zdravotní pojištění, vzniká mu u zdravotní pojišťovny dluh, který má pojišťovna povinnost vymáhat. Proto je nutné zdravotním pojišťovnám nastavit efektivní mechanismy pro výběr pojistného a vymáhání nedoplatků na veřejném zdravotním pojištění.

Téma je zajímavé, neboť trendem současné doby je neustálé hledání a řešení nedostatku finančních prostředků ve zdravotnictví. Z povinného zdravotního pojištění se hradí veškerá zdravotní péče občanů, operace, léky, zdravotní pomůcky, následná péče, přispívá se na hospice atd. Vzhledem k objemu finančních prostředků, které se na tyto činnosti vynakládá je nutné, aby se zdravotní pojišťovny chovaly jako řádní hospodáři a dbaly na řádný výběr pojistného na zdravotní pojištění. Zdravotní pojišťovny by si měly nastavit vnitřní mechanismy tak, aby dosáhly co nejefektivnějšího výběru pojistného a byly schopny kontrolovat své plátce. Své povinnosti k výběru pojistného nemají jen zdravotní pojišťovny, ale velká část stojí na samotných pojištěncích. Není povinností zdravotních pojišťoven upozorňovat své pojištěnce, že mají povinnost odvádět platby na zdravotní pojištění. S osvětou lze začít již na základních školách, kde se žáci mohou učit, jaké povinnosti jim budou plynout v souvislosti s jejich výdělkem. Studenti mnohdy nevědí, kdy

jim vzniká povinnost hradit zdravotní pojištění a jaké povinnosti vůči zdravotním pojišťovnám mají. Mnohdy ani netuší, že jsou vedeni u zdravotních pojišťoven jako dlužníci a je proti nim vedeno exekuční řízení. Faktor, který má také vliv na hrazení zdravotního pojištění je platební schopnost občanů ČR. Lidé se zadlužují a dostávají do dluhových pastí, z tohoto důvodu nejsou schopni řádně hradit své závazky. Mají několik exekucí nejen u zdravotních pojišťoven, ale také u jiných společností. Řešením pak bývá vyhlášení osobního bankrotu. Toto řešení je efektivní pro dlužníka, ale už ne tolik pro zdravotní pojišťovny, kterým není celý dluh uhrazen. Vzhledem k tomu, že statistické analýzy predikují stárnutí populace občanů České republiky, je důležité upozorňovat na povinnosti plátců a dbát na efektivní vymáhání těchto pohledávek.

Vedle pohledávek ve správním řízení zdravotní pojišťovny řeší a vymáhají pohledávky z náhrad nákladů za hrazené služby, které vznikají nedbalostním nebo úmyslným ublížením na zdraví pojištěnců zdravotních pojišťoven. Jedná se o pohledávky, které vznikají nejčastěji dopravními nehodami, fyzickým napadením osob, napadením psem, pracovními úrazy a zanedbání povinností rodičů při péči o dítě. Takto vzniklé pohledávky zdravotní pojišťovny vymáhají v souladu se zákonem. Jedná se o finanční prostředky, které jsou příjmem zdravotní pojišťovny a slouží k financování preventivních programů zdravotních pojišťoven.

2 Cíl práce a metodika

Cílem bakalářské práce je vyhodnotit situaci v oblasti vymáhání pohledávek plynoucích z neuhrazeného zdravotního pojištění v České republice. V této práci budou identifikovány hlavní problémy s ním spojené. V rámci práce bude vyhodnoceno zatížení zdravotních pojišťoven v souvislosti právě s nedodržením povinnosti úhrady zdravotního pojištění jejich plátců.

V bakalářské práci jsou popsány zákonné způsoby vymáhání pohledávek na veřejném zdravotním pojištění, které mají zdravotní pojišťovny k dispozici. Pro zhodnocení jednotlivých forem vymáhání pohledávek byla zvolena metoda deskripce. Čerpáno bylo převážně z platných právních předpisů, Správního řádu, Exekučního řádu, směrnic Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky a dalších odborných publikací.

Pro popis jednotlivých forem vymáhání byla zvolena forma literární rešerše. Studium odborné literatury, platných zákonů a jiných dostupných materiálů byl získán popis a definice jednotlivých částí vymáhání pohledávek, jakým způsobem jsou jednotlivé procesy při vymáhání na sebe navázány a fungují jako celek. Věnuje se plátcům pojistného a popisu kategorií, kontrolní činnosti zdravotních pojišťoven, vystavování kontrolních zpráv a splátkových kalendářů, zahajování správního řízení, vydávání platebních výměrů a výkazů nedoplatků po vymáhání v exekučním, insolvenčním a dědickém řízení.

Aby bylo možno určit úspěšnost vymáhání pohledávek na zdravotních pojišťovnách, je nutné shromáždit data. Statistická data v případě počtu provedených kontrol, zahájených správních řízení, vydaných výkazů nedoplatků, platebních výměrů a podaných návrhů na exekuci jsou čerpána z výročních zpráv jednotlivých zdravotních pojišťoven za období let 2010-2017. Statistická data o příjmu pojistného za jednotlivé kategorie, výše minimální mzdy a průměrné mzdy v ČR za období roku 2010-2018 jsou čerpána z databázi Českého statistického úřadu. Statistická data pro vymáhání pohledávek z náhrad nákladů jsou z interních zdrojů Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky. Samotná efektivita byla následovně vypočítána pomocí standardních vzorců pro výpočet procent.

Vyhodnocením dat byla stanovena procentuální úspěšnost vymáhání jednotlivých pohledávek ve vybraných zdravotních pojišťovnách a v jednotlivých kategoriích. Za použití časových řad je přehledně zobrazen dosavadní vývoj a úspěšnost v této oblasti. Omezujícím kritériem pro posouzení efektivnosti vymáhání pohledávek z neuhrazeného veřejného zdravotního pojištění jsou rozlišně uváděná data zdravotních pojišťoven. U pohledávek z náhrad nákladů za hrazené služby nejsou statistická data veřejně dostupná. Zdravotní pojišťovny nemají zákonem stanovenou povinnost uvádět počty zahájených regresních řízení a ani výši vymožených pohledávek z náhrad nákladů za hrazené služby. Proto jsou v kapitole Vymáhání pohledávek z náhrad nákladů využita data pouze ze Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky.

Následující metodou, která byla v této práci využita je metoda komparace. Komparací byla porovnána úspěšnost vymáhání v jednotlivých kategoriích plátců a srovnání mezi jednotlivými pojišťovnami. Také byla porovnána kontrolní činnost u jednotlivých kategoriích plátců pojistného a výsledky. V případě, že nedošlo k dobrovolné úhradě dlužného pojistného, je procentuálně vyhodnoceno, kolik správních řízení bylo zahájeno a kolik platebních výměrů a výkazů nedoplatek bylo v návaznosti vydáno. Součástí bakalářské práce je i vyhodnocení počtu exekučních řízení zahájených ve vybraných zdravotních pojišťovnách. Zhodnocena byla úspěšnost vymáhání pohledávek na veřejném zdravotním pojištění a to tím, že bude porovnáno předepsané a uhrazené pojistné na veřejném zdravotním pojištění.

Procentuální podíly počítané v práci jsou zjišťovány výpočty podle vzorce:

$$P = \frac{X}{Y} \times 100$$

Pro zjišťování podílu z celkových počtů byl použit vzorec:

$$A = \frac{X}{Y}$$

Pro výpočty je využíván program Microsoft Excel, jehož prostřednictvím jsou vytvářeny tabulky a grafy ze zpracovávaných dat.

3 Teoretická východiska

V teoretických východiscích je popsán vývoj zdravotního pojištění na území České republiky. Dále se tato práce věnuje kontrole plátců pojistného na veřejném zdravotním pojištění, jejich povinnostem, a postupům zdravotních pojišťoven při předepisování pojistného na veřejném zdravotním pojištění v zákonném rozsahu. Jakými právními předpisy a procesy se zdravotní pojišťovny řídí při zahajování správního řízení, vydávání výkazů nedoplatků a rozhodnutí ve správním řízení, které jsou rozhodné pro exekuční vymáhání. Také se tato práce zabývá pohledávkami z náhrad nákladů za hrazené zdravotní služby, které mají možnost zdravotní pojišťovny vymáhat.

3.1 Vývoj zdravotního pojištění na území ČR

Vývoj zdravotního pojištění v České republice byl nejvýraznější v období mezi 19. a 20. stoletím. Podrobný popis tohoto vývoje v jednotlivých stoletích je v následujících kapitolách.

3.1.1 Pojištění v době 19. století v ČR

Dle Němce (2008, s. 14-16) jsou první zmínky o sociálním a zdravotním pojištění existují již ve středověku. Nebyla to ještě forma pojištění v takové podobě, jak je známá dnes, ale byl to počátek vývoje. Od pradávna se řešila pomoc chudým obyvatelům, kteří neměli prostředky na léčení a zajištění rodiny. Proto v období průmyslové revoluce v 19. století na pomoc chudým začali zaměstnavatelé zřizovat příspěvkové fondy, které sloužily k pojištění proti ztrátě příjmu. Posléze se s rozvojem medicíny přidalo pojištění pro krytí nemocí a výdajů na zdravotní péči. Vzhledem k průmyslovému rozmachu a změně majetnosti obyvatel se začal klást důraz na snahu zabezpečit dostupnou zdravotní péči i pro osoby, které na ní nemají prostředky. Jednalo se o princip solidarity, se kterým přišel Bismarck. Byly zřizovány pojišťovny a fondy, do kterých odváděl příspěvky ze dvou třetin zaměstnavatel a z jedné třetiny příjmu zaměstnanec. Pojištění rodinných příslušníků nebylo povinné, ale vzhledem k výši sazeb pojistného bylo dostupné. Zaměstnanec, který byl pojištěn, měl nárok na bezplatné ošetření u lékaře, na léky a od třetího dne nemoci i nemocenské dávky. V Rakousku-Uhersku byl v roce 1886 přijat zákon o pojištění, který se

vztahoval na všechny zaměstnané osoby a částečně i na živnostníky. Ke konci 19. století začaly vstupovat do systému i komerční zdravotní pojišťovny, které převážně nabízely produkty pro zaměstnavatele v souvislosti s pojištěním rizika pro vznik pracovních úrazů.

3.1.2 Vývoj zdravotního pojištění ve 20. století na území ČR

Vurm uvádí (2007, s. 12), že v roce 1924 byl v Československé republice přijat zákon o pojištění zaměstnanců v případě nemoci, invalidity a stáří. Nově vzniklé pojišťovny byly samosprávnými institucemi, v jejichž čele stáli zaměstnavatelé a pojištěnci, kteří odváděli povinnou částku ze mzdy. V té době byla částka stanovena mezi 6-7 procenty jejich průměrné mzdy. Novinkou byla bezplatná zdravotní péče pro rodinné příslušníky, kteří měli nárok na ošetření a léky.

Po druhé světové válce došlo k přechodu na socialismus a tím byl zasažen i systém zdravotního pojištění. Přijatý zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění upravoval nemocenské a důchodové pojištění. Tímto zákonem vznikla povinnost platit pojištění osobám zaměstnaným, nezaměstnaným, osobám samostatně výdělečně činným a důchodcům. Nově vznikla Ústřední národní pojišťovna, která byla nejvyšší institucí neodvádějící daně.

Nutno zmínit konstatování Němce (2008, s. 21), že zdravotnictví bylo ve všech socialistických zemích znárodněno. Všichni obyvatelé měli bez ohledu na postavení nárok na stejnou zdravotní péči, léky a lékařské pomůcky. Financování zdravotnictví převzal stát. Tomuto modelu se říká Semaškův model financování a poskytování zdravotní péče.

3.1.3 Vývoj zdravotního pojištění v ČR po roce 1989 do současnosti

Veřejné zdravotní pojištění bylo znovu zavedeno mezi lety 1992-1993. Legislativa byla na počátku devadesátých let vytvářena Českou národní radou a posléze Poslaneckou sněmovnou. Prvním přijatým zákonem byl zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, na jehož základě byla tato pojišťovna zřízena. Tento zákon stanovuje její formu, způsob hospodaření a určuje její orgány.

Dalším zákonem, na kterém se usnesla Česká národní rada, je zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, který upravuje vznik a činnost pojišťoven.

Oproti tomu zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejném zdravotním pojištění, stanovuje výši pojistného na veřejném zdravotním pojištění, penále, způsob placení, kontrolní činnost a vedení evidence plátců pojistného.

Posledním zákonem, který se týká zdravotního pojištění, je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který stanovuje rozsah zdravotního pojištění, vznik a zánik zdravotního pojištění, kategorie pojištěnců, povinnosti plátců, způsob placení pojistného, práva a povinnosti pojištěnců a podmínky poskytování hrazených služeb.

Dle Němce (2008, s. 190) je zdravotní pojištění v České republice je povinné, nelze z něj vystoupit, ale je možné ho za určitých podmínek přerušit. Zároveň neexistuje rodinné pojištění, každá osoba je povinna platit pojištění zvlášť. Sazba z vyměřovacího základu je pevná a určená zákonem. Stále se uplatňuje prvek solidarity, kdy osoby s vyšším příjmem do systému zdravotního pojištění odvádějí více než osoby s příjmem nižším. Dále existuje kategorie osob, za které pojištění hradí stát, např.: děti až do věku, kdy ukončí studium, ženy na mateřské dovolené, ženy v domácnosti, důchodci.

Durdisová (2005, s. 169) konstatuje, že hlavní výhodou zdravotního systému založeného na principu veřejného zdravotního pojištění je dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele bez ohledu na to, zda a v jaké výši přispívají do systému zdravotního pojištění. Každá osoba platí v závislosti na svých příjmech a dostává péči dle svých potřeb.

3.2 Zdravotní pojišťovny v České republice

Součástí systému veřejného zdravotního pojištění jsou zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny jsou zřízeny a fungují dle zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Od roku 1993 působilo v České republice již 29 pojišťoven. V současné době působí na našem území sedm zdravotních pojišťoven,

dle informací publikovaných Ministerstvem zdravotnictví ČR (2018) se jedná o Všeobecnou zdravotní pojišťovnu, Zdravotní pojišťovnu ministerstva vnitra, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Vojenská zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna, Revírní bratrská pokladna, Zaměstnanecká pojišťovna škod.

Zdravotní pojišťovny fungují jako veřejnoprávní instituce a jsou samostatnými právními subjekty. Zákon č. 280/1992 Sb., (§ 3, § 4) stanovuje, že k zahájení činnosti potřebuje zdravotní pojišťovna povolení ministerstva zdravotnictví, sto tisíc registrovaných pojištěnců, které musí získat v prvním roce fungování, rozbor příjmů a výdajů, závazek, že uhradí náklady spojené se založením pojišťovny.

Zákon č. 280/1992 Sb. (§ 9) stanovuje organizační strukturu zdravotních pojišťoven, které tvoří správní a dozorčí rada, přičemž statutárním orgánem je ředitel, kterého schvaluje a odvolává Správní rada.

Zdravotní pojišťovny nevytvářejí zisk. Zákonem č. 418/2003 Sb. (§1- §4) je stanoveno, že zdravotní pojišťovny vytváří a spravují základní fond, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond investičního majetku a fond reprodukce investičního majetku. Zdroj jejich příjmů tvoří pojistné na veřejné zdravotní pojištění, penále, pokuty, pravděpodobná výše pojistného, prostředky plynoucí z měsíčního přerozdělení finančních prostředků, dohadné položky k pojistnému, náhrady škod, finanční dary, kdy dárce blíže nespécifikoval účel daru, pohledávky uhrazené cizinci za poskytnuté ošetření v ČR, rezervy atd., tyto prostředky tvoří základní fond zdravotní pojišťovny. Všechny finanční prostředky, které zdravotní pojišťovny vyberou, jsou zasílány od 1.1.2017 na účty u ČNB. Rezervní fond si zdravotní pojišťovna vytváří převodem pojistného ze základního fondu, výnosy držeb cenných papírů. Dalším fondem, které zdravotní pojišťovny mají je provozní fond, ze kterého se hradí náklady na provoz zdravotní pojišťovny. Pro zaměstnance zdravotních pojišťoven vytváří zdravotní pojišťovna sociální fond, který se používá zejména k zajištění kulturních a sociálních potřeb svých zaměstnanců.

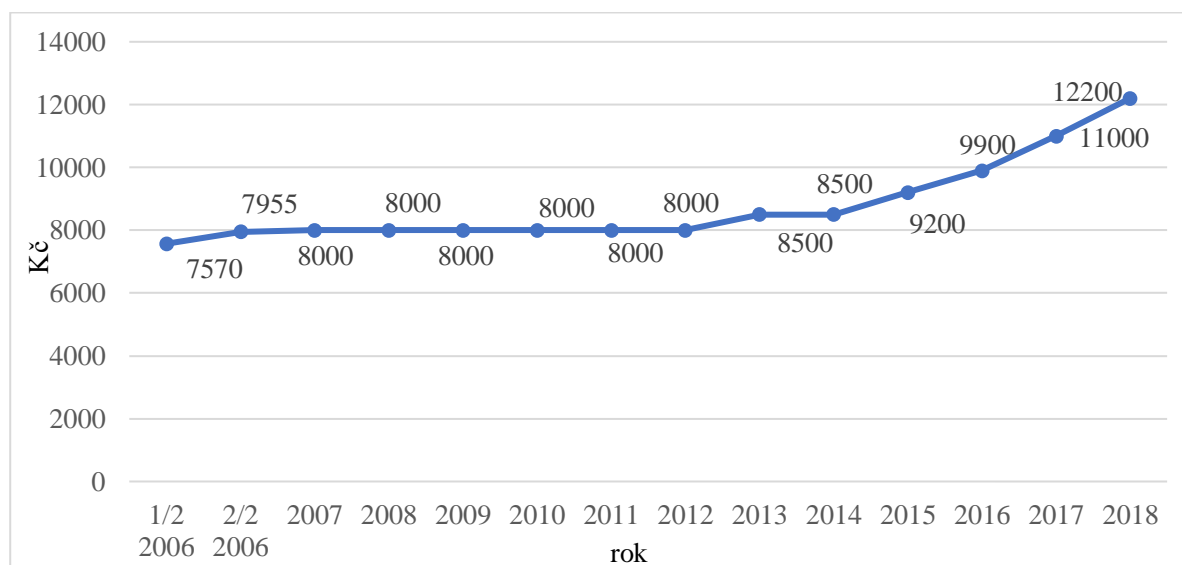
3.2.1 Plátcí zdravotního pojištění

Zákon č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění definuje plátce jako pojištěnce, kteří jsou klienti zdravotní pojišťovny a čerpají zdravotní služby. Jedná se o fyzické osoby, které se narodily v ČR nebo zde mají trvalý pobyt. Dále jsou to osoby, které zde trvalý pobyt nemají, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo anebo trvalý pobyt na území ČR. Pojištěnec je také plátcem pojistného i v případě, že je zaměstnancem, z čehož mu plynou nebo mohou plynout příjmy ze závislé činnosti, osoba bez zdanitelného příjmu (dále jen OBZP) a osoba samostatně výdělečně činná (dále jen OSVČ).

Dalšími plátcí, které uvádí Červinka a Daněk (2009, s. 82-87), jsou zaměstnavatelé, kteří odvádí pojistné za zaměstnance a stát, v případě, že platí pojistné za nezaopatřené děti do 26 let, které neukončily soustavnou přípravu na budoucí povolání, poživatele důchodu, příjemce rodičovského příspěvku, ženu na mateřské dovolené a osobu na rodičovské dovolené, uchazeče o zaměstnání, osobu pobírající dávku v hmotné nouzi, osobu, která je závislá na péči jiné osoby, osobu konající službu v ozbrojených silách, osobu ve výkonu trestu odnětí svobody, mladiství, který je umístěný v zařízení pro výkon ústavní výchovy, příjemce penze z doplňkového penzijního spoření, manželé státních zaměstnanců v zahraničí.

Graf 1 znázorňuje vývoj minimální mzdy v letech 2006-2018 v České republice.

Graf 1 Minimální mzda v ČR v letech 2006–2018 (v Kč)

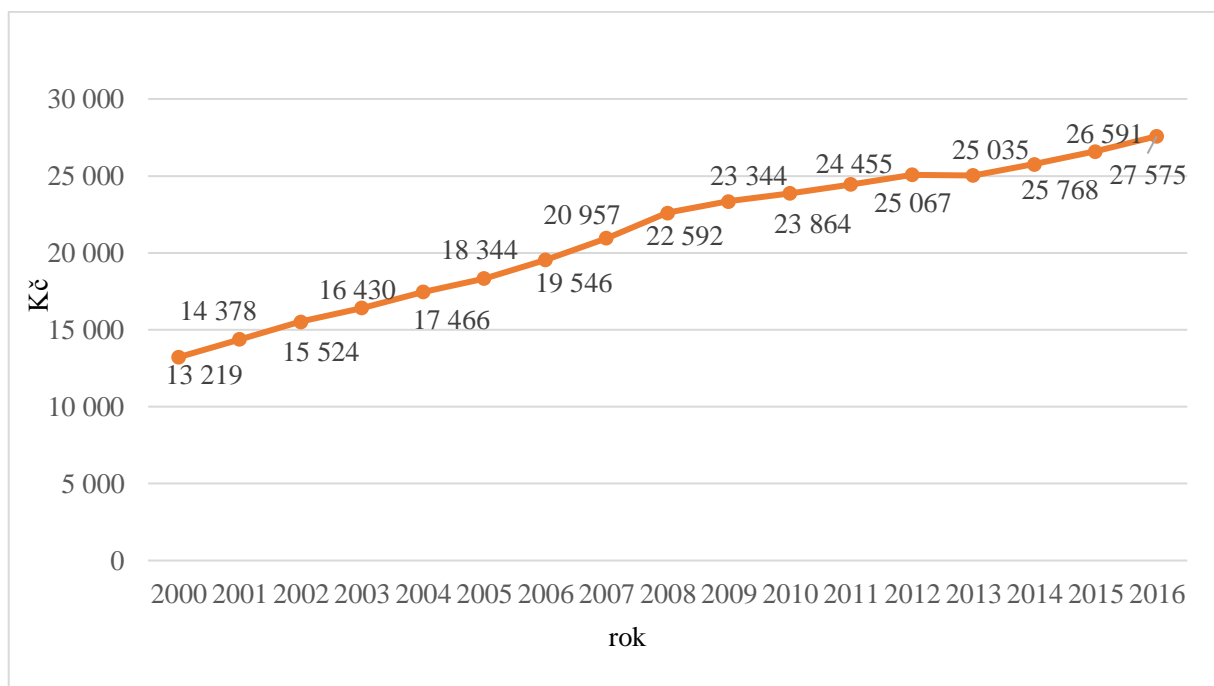


Zdroj 1 vlastní zpracování, ČSÚ (2018)

Z grafu 1 je patrné, že do roku 2012 se minimální mzda prakticky nezvyšovala. Od roku 2015 vzrostla minimální mzda o 3 000 Kč. Pokud roste minimální mzda, zvedají se i odvody plátců pojistného.

V grafu 2 je znázorněn vývoj průměrné hrubé mzdy v ČR v letech 2006-2018.

Graf 2 Průměrná hrubá mzda v ČR v letech 2006–2018 (v Kč)

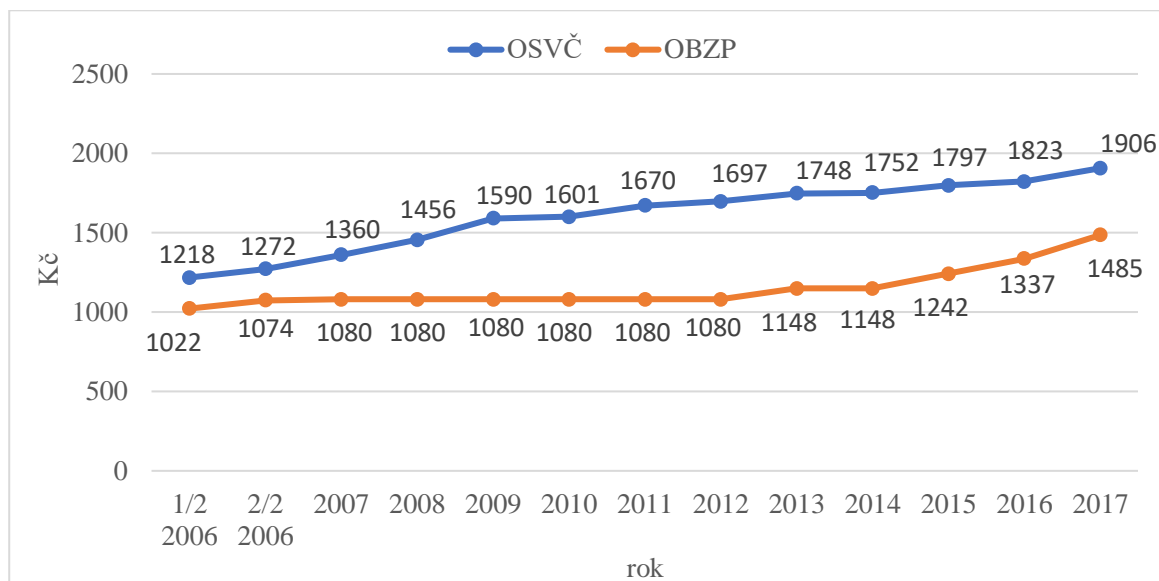


Zdroj 2 vlastní zpracování, ČSÚ (2018)

Graf 2 zobrazuje vývoj průměrné hrubé mzdy v ČR v období let 2000-2016. Lze vidět, že se průměrná hrubá mzda dostala v roce 2016 na dvojnásobek průměrné hrubé mzdy v roce 2000.

Dalším důležitým ukazatelem, který má vliv na výši příjmů zdravotních pojišťoven je výše stanovených minimálních záloh, které musejí plátcí hradit. V grafu 3 je přehledně vidět, jakým způsobem se výše stanovených minimálních záloh vyvíjela.

Graf 3 Vývoj minimálních záloh na zdravotním pojištění v ČR v letech 2006–2018 (v Kč)



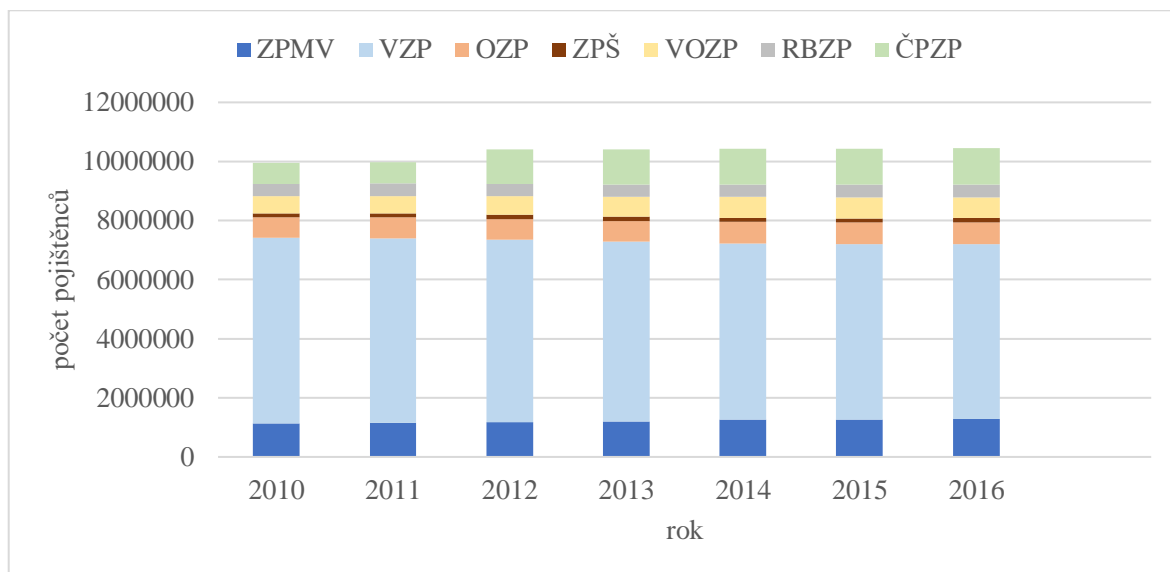
Zdroj 3 vlastní zpracování, ČSÚ (2018)

Graf 3 porovnává vývoj minimálních záloh na veřejné zdravotní pojištění. Minimální zálohy pro kategorii plátců OSVČ se navyšovaly každý rok, zatímco pro plátce v kategorii OBZP zůstaly od roku 2007-2012 neměnné.

Pojistné se platí zdravotní pojišťovně, u které je plátce přihlášen. Zaměstnavatel hradí za pojištěnce ode dne nástupu do zaměstnání, OSVČ dnem zahájení samostatné výdělečné činnosti. Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období (592/1992, § 2). Daněk (2017, s. 121) uvádí, že plátci pojistného jsou povinni platit zálohy na pojistné ve stanovené výši a v zákonem stanovených lhůtách. To znamená, že zaměstnavatelé mají stanovenou lhůtu pro úhradu pojistného do 20. dne následujícího kalendářního měsíce, kategorie OSVČ a OBZP mají zálohy splatné od prvního kalendářního dne měsíce, na který zálohu platí, do osmého dne následujícího měsíce. V případě, že tento den připadne na sobotu, neděli nebo svátek, je posledním dnem lhůty následující pracovní den. Za den platby se považuje den, kdy byla záloha zaplacená v hotovosti na pokladně zdravotní pojišťovny, případně den, kdy byla připsána na účet zdravotní pojišťovny.

V grafu 4 znázorňuje počty pojištěnců u zdravotních pojišťoven v období 2010-2016.

Graf 4 Podíl počtů pojištěnců v jednotlivých zdravotních pojišťovnách v letech 2010 až 2016



Zdroj 4 vlastní zpracování, výroční zprávy ZP MV ČR, VZP, OZP, ZPŠ, VOZP, RBZP, ČPZP (2018)

V grafu 4 je možno vidět změny v počtech pojištěnců u jednotlivých zdravotních pojišťoven v období od roku 2010 do roku 2016. Kdy VZP zaznamenává každým rokem úbytek pojištěnců oproti zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám, kterým pojištěnci narůstají. Počet pojištěnců u zdravotních pojišťoven má vliv na příjem zdravotní pojišťovny ve formě vybraného pojistného na veřejné zdravotní pojištění.

3.2.2 Pojem pohledávka, dluh, věřitel, dlužník

Dle Knappové, Švestky a Dvořáka (2005, s. 20) je pohledávka právo jednoho subjektu (věřitele) požadovat od druhého subjektu (dlužníka) plnění. Pokud se pohledávka stane splatnou, lze ji vymáhat soudně, a to za předpokladu, že ze strany dlužníka nedošlo k dobrovolnému plnění. V případě zdravotního pojištění se pohledávkou stává neuhrazené pojistné, penále, pokuta a přírážka k pojistnému. Dluh (závazek) je povinnost dlužníka poskytnout věřiteli požadované plnění v souladu s pohledávkou. Věřitel je oprávněný subjekt, který má pohledávku u dlužníka neboli subjektu povinného.

Zákon č. 48/1997 Sb. (§ 8) definuje, že dlužníkem (v rámci zdravotního pojištění) je fyzická či právnická osoba, která řádně a včas neodvedla pojistné, neuhradila penále, pokutu nebo přírážku k pojistnému na účet příslušné zdravotní pojišťovny. Jedná se o kategorie zaměstnavatelů, osob samostatně výdělečně činných a osob bez zdanitelných příjmů.

3.2.3 Kontroly plátců pojistného na veřejném zdravotním pojištění

Kontrolní činnost dle Červinky a Daňka (2009, s.151) provádí pověřený pracovník příslušné zdravotní pojišťovny, který má oprávnění provádět kontrolu plátců pojistného v souvislosti s výběrem pojistného.

Kontrola placení pojistného se provádí na základě ustanovení § 22, zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejném zdravotním pojištění. Kontrolní pracovník v rámci své činnosti kontroluje u kategorie zaměstnavatelů plnění oznamovací povinnosti za zaměstnance, plnění vlastních oznamovacích povinností za zaměstnavatele, vyměřovací základy zaměstnanců, odvod pojistného za zaměstnance. U kategorie OSVČ kontroluje oznamovací povinnosti plátce, vyměřovací základy a platby. Poslední kategorií je kategorie OBZP. U této kategorie kontroluje kontrolní pracovník pojistné doby a odvod pojistného za kategorii OBZP.

Chvojková (2016, s. 3) uvádí, že za nesplnění svých povinností může zdravotní pojišťovna udělit pojištěnci pokutu do výše 10 000 Kč a zaměstnavateli do výše 200 000 Kč.

Dle Richterové a Mrázové (2017, s. 5) pokud zaměstnavatel nebo OSVČ nesplnil svoji povinnost podat přehled a tato povinnost nebyla splněna ani ve lhůtě, která byla určena zdravotní pojišťovnou v písemné výzvě, může zdravotní pojišťovna stanovit rozhodnutím pravděpodobnou výši pojistného (dále jen „PVP“), pokud byl plátce pojistného v této výzvě na tento následek upozorněn. PVP zdravotní pojišťovna stanoví z údajů, které si sama zjistí či opatří. Nelze-li pro nedostatek podkladů stanovit pravděpodobnou výši příjmů zaměstnavatele anebo OSVČ, má se za to, že jejich měsíčním příjmem je částka 1,5násobku všeobecného vyměřovacího základu za kalendářní rok, který o dva roky předchází kalendářnímu roku, ve kterém příslušná zdravotní pojišťovna stanoví PVP.

Než se přistoupí k samotné realizaci kontroly, zdravotní pojišťovna zasílá plátcům upomínku, ve které je upozorňuje na mezery v pojistných dobách, chybějící platby pojistného a nepředložené přehledy. Po tomto upozornění může plátce doložit chybějící doklady, aniž by mu byla vystavena kontrolní zpráva a vyměřeno penále. Pokud přesto

nejdou chybějící doklady doloženy, pojistné nebylo uhrazeno a plátce ve stanovené lhůtě nereagoval, kontrolní pracovník provede plátci kontrolu.

Zákon č. 592/1992 Sb., upravuje kontrolování plátců pojistného, kdy pověřený pracovník vystaví kontrolní zprávu, ve které ukládá plátci povinnost uhradit ve stanovené lhůtě nedoplatek na pojistném a zároveň se mu již vyměřuje penále, které činí 0,05 % dlužné částky za každý kalendářní den, a to i v případě, že bylo pojistné nebo záloha na pojistné zapláceno jiné zdravotní pojišťovně, bylo pojistné poukázáno pod špatným variabilním symbolem, bylo zasláno pozdě, případně v jiné výši. Ve všech těchto případech se považuje pojistné za nezaplacené ve stanovené lhůtě.

Pokud plátce ve stanovené lhůtě, kterou mu ukládá kontrolní zpráva, dluh neuhradí, nepodá si odvolání a ani si nepožádá o splátkový kalendář, pojišťovna s dlužníkem zahájí správní řízení dle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád. Chvojková (2016, s. 21-22) konstatuje, aby mohla být kontrolní zpráva použita k zahájení správního řízení, je nutné, aby byla dlužníkovi řádně doručena. V případě, že plátce, právnická či fyzická osoba má aktivní datovou schránku, veškeré písemnosti se doručují prostřednictvím této schránky. Pokud datovou schránku zřízenou nemá, kontrolní zpráva se mu zasílá prostřednictvím provozovatele poštovních služeb, a to do vlastních rukou adresáta. Plátce si zásilku s kontrolní zprávou převezme, nebo si jí v odběrné lhůtě nevyzvedne, nebo se vrátí, že je adresát na uvedené adrese neznámý atd. V případě, že je kontrolní zpráva nedoručitelná, kontrolní zpráva se doručuje veřejnou vyhláškou, dle § 53 b, zákona č. 48/1997.

Doručování veřejnou vyhláškou se řídí dle § 53 b) zákona č. 48/1997 Sb., který říká, že veřejnou vyhláškou se doručuje v případě, když není znám pobyt či sídlo účastníka řízení, nebo v případě, že se účastník řízení nezdržuje na místě svého pobytu, sídla nebo adrese pro doručování, které pojišťovně oznámil. Zdravotní pojišťovna vyvěsí ve svém sídle po dobu 15 dnů způsobem v místě obvyklým oznámení o místě uložení písemnosti s jejím přesným označením. Oznámení se rovněž vyvěsí v sídle místně příslušné organizační jednotky zdravotní pojišťovny, která písemnost doručuje. Poslední den lhůty podle první věty se považuje za den doručení.

3.2.4 Sankce za nesplnění povinností

Pokud plátce veřejného zdravotního pojištění nesplní z nějakého důvodu svou zákonnou povinnost, může mu zdravotní pojišťovna dle správního řádu a zákona o pojistném na veřejném zdravotním pojištění uložit sankci. Těmito sankcemi jsou penále, pokuta a pravděpodobná výše pojistného.

Penále se plátcům veřejného zdravotního pojištění předepisuje z důvodu nezaplacení pojistného, pozdní platby pojistného nebo zaplacení pojistného v nesprávné výši. Předepsat penále nařizuje zdravotní pojišťovně § 18 zákona č. 592/1992 Sb., dále stanovuje, že penále je plátce povinen platit ve výši 0,05 % z dlužné částky za každý kalendářní den z prodlení. Zdravotní pojišťovny nepředepíší penále plátcům v případě, že platbu provedl na správný účet příslušné zdravotní pojišťovny, ale pod špatným variabilním symbolem. Dále se nepředepíše, pokud v souhrnu za jeden kalendářní rok nepřesáhne 100 Kč. Zdravotní pojišťovny mají zákonem stanovenou povinnost předepisovat a vymáhat vyměřené penále.

Dle Mrázové (2016, s. 27) pokuty zdravotní pojišťovny mohou udělovat plátcům pojistného za nesplnění svých povinností, a to do dvou let ode dne, kdy zjistila nesplnění oznamovací povinnosti plátce pojistného, nejdéle však do pěti let, kdy měla být povinnost splněna. Udělování pokut se řídí § 26 zákona č. 592/1992 Sb. Výše pokuty se stanovuje dle četnosti porušení povinností, podle počtu pojištěnců, doby prodlení a spolupráce plátce s pojišťovnou. Správní orgán by měl dbát na to, aby při rozhodování skutkově shodných či podobných případů nevznikaly nedůvodné rozdíly. Pokuty by měly mít výchovný účinek, měly by být vymahatelné a ekonomicky účelné. Udělení pokuty je plně v kompetenci zdravotní pojišťovny.

Pravděpodobnou výši pojistného (dále jen PVP) stanovuje zdravotní pojišťovna rozhodnutím dle § 25a zákona č. 592/1992 Sb. o pojistném na veřejném zdravotním pojištění, jestliže zaměstnavatel nebo OSVČ nesplnil v zákonné lhůtě povinnost podat přehled o platbách pojistného, daňové přiznání a to ani ve lhůtě, kterou mu stanovila zdravotní pojišťovna, v případě, že byl plátce pojistného ve výzvě na tuto skutečnost upozorněn. Zdravotní pojišťovna při stanovení PVP spolupracuje s krajskou pobočkou Úřadu práce, u které si může vyžádat údaje o počtu zaměstnanců zaměstnavatele, tato pobočka je povinna

zdravotní pojišťovně potřebné údaje sdělit, pokud je má k dispozici. Paragraf 25 a odst.2, zákona č.592/1992 Sb. stanoví: „pokud zdravotní pojišťovna nemá k dispozici dostatek podkladů pro stanovení PVP, vychází z předpokladu, že jejich měsíčním příjmem je 1,5násobku všeobecného vyměřovacího základu za kalendářní rok, který o dva roky předchází roku, kdy příslušná zdravotní pojišťovna stanoví PVP. U OSVČ je tato částka jejich měsíčním příjmem ze samostatné výdělečné činnosti, který je snížen o výdaje vynaložené na jeho dosažení, zajištění, udržení.“

3.3 Správní řízení vedené ve zdravotních pojišťovnách

Hendrych a spol. (2016, s. 246) říká, že pojmem správní řízení rozumíme řízení nebo proces, který vede k vydání konkrétního rozhodnutí a opatření. Výsledkem procesu je správní akt, v němž osoby, kterých se řízení týká, podléhají tvorbě obsahu rozhodnutí. Účastníci řízení se podílejí na vytváření obsahu a průběhu řízení, tím, že svá práva hájí a prosazují. Správní řízení by mělo mít nezastupitelnou roli při hájení zájmů osob a jejich práv.

Správní řízení zahajuje zdravotní pojišťovna v případě, že plátce dobrovolně nesplnil svoji povinnost a to tím, že neuhradil dobrovolně dlužné pojistné, penále či pokutu. Zdravotní pojišťovna vede správní řízení s dlužníkem pojistného na veřejné zdravotní pojištění dle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád.

3.3.1 Vedení správního řízení

V § 15 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu jsou vyjmenovány úřední osoby, které jsou oprávněny vést řízení podle vnitřních předpisů správního orgánu. Účastníky řízení jsou žadatel a další dotčené osoby, na které se pro společenství práv nebo povinností s žadatelem musí vztahovat rozhodnutí správního orgánu, v řízení z moci úřední dotčené osoby, jimž má rozhodnutí založit, změnit nebo zrušit právo či povinnost, a osoby, které mohou být rozhodnutím přímo dotčeny ve svých právech a povinnostech.

Obecné zásady vedení spisu správního řízení jsou upraveny v ustanovení § 65 zákona 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě, ve znění pozdějších předpisů a v § 17

správného řádu. Součástí spisu by měl být vždy záznam o určení oprávněné úřední osoby, zpráva o výsledku kontroly placení pojistného na veřejné zdravotní pojištění, včetně dokladu o doručení, nebo doklady o nesplnění povinnosti, oznámení o zahájení správního řízení, rozhodnutí ve věci a seznam písemností uložených ve spise. Spis je opatřen seznamem písemností. Každá písemnost musí být očíslována a opatřena datem vložení do spisu, datem doručení a počtem listů.

3.3.2 Zahájení správního řízení

Správní řízení se zahajuje dnem doručení oznámení o zahájení správního řízení dlužníkovi. Opět se zde uplatňuje podmínka doručení, jako u kontrolní zprávy. Je-li oznámení o zahájení správního řízení nedoručitelné, využije zdravotní pojišťovna možnost doručení prostřednictvím veřejné vyhlášky. Ministerstvo vnitra ČR (2017) stanovuje, pokud právnická či fyzická osoba má zřízenou datovou schránku, přednostně se písemnost doručuje do datové schránky. Jestliže se tak nestane, nelze považovat písemnost za doručenu.

Dle Bártíka a Janečkové (2012, s. 255-256) účastník řízení může během probíhajícího správního řízení činit podání správnímu orgánu, a to buď písemně, elektronicky nebo ústně. O ústním podání musí být sepsán protokol a činí se u orgánu věcně a místně příslušného. Podání je učiněno dnem, kdy bylo orgánu doručeno. Podáním se ve správním řízení rozumí, že účastníci řízení mohou navrhnout důkazy a činit jiné návrhy po celou dobu řízení až do vydání rozhodnutí. V případě správního řízení, které vede zdravotní pojišťovna, se může jednat o potvrzení z úřadu práce nebo potvrzení o přiznání důchodu. Jsou to tedy dokumenty, které dokládají doby pojištění dlužníka. Ve správním řízení není možné připustit jako důkaz čestné prohlášení.

Účastníci a jejich zástupci po předložení oprávnění mají právo nahlížet do spisu, a to i v případě, že je rozhodnutí ve věci v právní moci dle § 38 zákona č. 500/2004 Sb.

Zákon § 66 zákona č. 500/2004 Sb., vydá správní orgán usnesení, kterým správní řízení zastaví, z důvodu, že:

- plátce zemřel nebo zanikl;
- odpadl důvod řízení – dluh byl v průběhu řízení zaplacen nebo si plátce dodatečně splnil svou povinnost, např. předložil přehled o příjmech a výdajích;
- zaniklo právo – účastník doložil doklady ve kterých prokáže, že mu nevznikla povinnost hradit zdravotní pojištění.

Mrázová (2016, s. 11) konstatuje, že lhůta pro vydání rozhodnutí je stanovena v §71 správního řádu, kdy správní orgán neboli oprávněná osoba vydá rozhodnutí do 30 dnů od zahájení správního řízení, pokud nelze rozhodnout bezodkladně. Lhůtu pro vydání rozhodnutí lze prodloužit až o 30 dnů, a to u zvláště složitých případů, kdy se písemnosti doručují do ciziny, účastník jednání se vyjádří nesrozumitelně či nedostatečně doloží tvrzené skutečnosti. Správní orgán je na základě toho nucen vyzvat účastníka k doplnění či opravě podání. Řízení lze prodloužit i z důvodu reklamace doručení zásilky. Lhůta neběží v případě, že správní orgán učiní dožádání dokladů u třetích osob, např. živnostenský úřad, finanční úřad, správa sociálního zabezpečení. V případě, že účastník nereaguje na oznámení o zahájení správního řízení, nepředloží dokumenty, které jsou pro řízení rozhodné, správní orgán vydá konečné rozhodnutí.

3.3.3 Vydání rozhodnutí ve správním řízení

Zdravotní pojišťovna ukončí správní řízení vydáním platebního výměru. Platební výměr je rozhodnutí ve správním řízení.

Platební výměr dle Hendrycha (2016, s. 269-270) musí obsahovat:

- výrokovou část, ve které se uvede předmět řízení, právní ustanovení, podle kterých bylo rozhodováno, označení účastníků, lhůta ke splnění povinnosti, údaje potřebné k jejich splnění, výrok o vyloučení odkladného účinku odvolání;
- odůvodnění, které obsahuje důvody výroku nebo výroku rozhodnutí, podklady pro jeho vydání, úvahy, kterými se správní orgán řídil při jejich hodnocení, jak se vypořádal s návrhy a námitkami účastníků a s jejich vyjádřením k podkladům k rozhodnutí;

- poučení účastníků, v této části se uvede, zda je možní proti rozhodnutí podat odvolání, v jaké lhůtě je možno tak učinit, od kterého dne se tato lhůta počítá, který správní orgán o odvolání rozhoduje a u kterého správního orgánu se odvolání podává. Pokud odvolání nemá odkladný účinek, musí být tato skutečnost v poučení uvedena.

Alternativou platebního výměru je pro zdravotní pojišťovny výkaz nedoplatků. Výkazem nedoplatků zdravotní pojišťovna může předepsat dlužné pojistné a penále.

Výkaz nedoplatků dle Kobíka a Kohoutkové (2013, s. 875) a § 53, odst. 3, zákona č. 48/1997 Sb. musí obsahovat následující údaje: označení plátce pojistného, jemuž se nedoplatky vykazují, výši nedoplatků podle stavu účtu plátce pojistného k určitému dni vycházejíc z údajů vykázaných plátcem nebo z kontrol zdravotní pojišťovny, den, ke kterému byla výše nedoplatků zjištěna, čísla účtů, na které mají být nedoplatky uhrazeny, poučení o vykonatelnosti, poučení o námitkách, označení pojišťovny, která výkaz vydala, a datum jeho vydání. Výkaz nedoplatků musí být opatřen úřední razítkem, podepsán s uvedením jména, příjmení a funkce oprávněné osoby. Výkaz nedoplatků je vykonatelný dnem doručení. Podmínky doručení a samotné doručování je stejné jako u platebního výměru.

Dle § 53 zákona č. 48/1997 Sb., lze proti výkazu nedoplatků lze do 8 dnů od doručení podat písemnou námitku příslušné zdravotní pojišťovně, která výkaz nedoplatků vydala, ale tato námitka nemá odkladný účinek. Pojišťovna do 30 dnů od podání vydá rozhodnutí, kterým buď výkaz nedoplatků potvrdí anebo zruší. Pokud ve stanovené lhůtě pojišťovna o námitkách nerozhodne, pozbývá výkaz nedoplatků platnost.

Zdravotní pojišťovna také může výkaz nedoplatků zrušit z vlastního podnětu. Na výkaz nedoplatků se nevztahují obecné předpisy o správním řízení. Po zrušení výkazu nedoplatků se postupuje dle správního řádu.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (2018, VZP) uvádí, že zdravotní pojišťovny samy rozhodují, jakým způsobem uplatní pohledávku vůči plátcí, zda využijí správní řízení a vydání platebního výměru či výkazu nedoplatků. Vykonatelný platební výměr i výkaz nedoplatků jsou tituly pro soudní výkon rozhodnutí.

3.3.4 Odvolání – řádný opravný prostředek

Opravné prostředky ve správním řízení slouží k tomu, aby se účastníci řízení mohli bránit proti rozhodnutí správního orgánu v případě, že s ním nesouhlasí, je nezákonné, ale také, aby správní orgán měl možnost své rozhodnutí zrušit či změnit. Z tohoto důvodu dělíme opravné prostředky na řádné a mimořádné.

Odvolání je řádný opravný prostředek a Hendrych (2016, s. 272-274) uvádí, že účastník řízení je oprávněn dle příslušných ustanovení správního řádu podat odvolání do 15 dnů ode dne rozhodnutí správnímu orgánu. Může jím napadnout výrokovou část rozhodnutí, jednotný výrok nebo jeho vedlejší ustanovení. Odvolání proti odůvodnění rozhodnutí je nepřípustné. Odvolání musí obsahovat údaje, proti kterému rozhodnutí směřuje, v jakém rozsahu ho odvolatel napadá, v čem je spatřován rozpor s právními předpisy, nesprávnost rozhodnutí nebo řízení, jež mu předcházelo. Není-li v odvolání uvedeno, v jakém rozsahu odvolatel rozhodnutí napadá, platí, že se domáhá zrušení celého rozhodnutí. Odvolání má odkladný účinek, tudíž rozhodnutí nemůže nabýt právní moci.

Odvolání plátce proti platebnímu výměru dle Zatloukala a Krupičkové (2011, s. 285-286):

- může správní orgán 1. stupně sám zpracovat rozhodnutí o odvolání v rámci tzv. autoremedury, kdy správní orgán napadené rozhodnutí může zrušit nebo změnit, pokud tím plně vyhoví odvolání a pokud tím nebude způsobena újma žádnému účastníku řízení.
- správní orgán 1. stupně odvolání postoupí spolu s celým spisem a se svým stanoviskem rozhodčímu orgánu pojišťovny do 30 dnů od doručení odvolání, v případě nepřípustného nebo opožděného odvolání předá spis ve lhůtě 10 dnů.

Zákon č. 48/1997 Sb. (§ 53) stanovuje, že Rozhodčí orgán je nadřízený správnímu orgánu. Dále, že se Rozhodčí orgán skládá z jednoho zástupce zdravotní pojišťovny, jednoho zástupce Ministerstva zdravotnictví, jednoho zástupce Ministerstva práce a sociálních věcí,

jednoho zástupce Ministerstva financí, tři zástupců, které ze svých členů určí Správní rada zdravotní pojišťovny a tři zástupců, které ze svých členů určí Dozorčí rada.

Dle Hendrycha (2016, s. 273-274) se odvolací správní orgán a rozhodčí orgán zabývá odvoláním jen v takovém rozsahu, které bylo uvedeno v řádném opravném prostředku. V případě, že zjistí že rozhodnutí je nezákonné nebo nesprávné, tak rozhodne a:

- napadené rozhodnutí zruší;
- napadené rozhodnutí změní;
- napadené rozhodnutí zruší a vrátí věc k projednání správnímu orgánu.

V případě dlužného pojistného včas podané odvolání nemá ze zákona odkladný účinek.

3.3.5 Přezkumné řízení – řádný opravný prostředek

Zákon č. 48/1997 Sb. (§53) upravuje přezkumné řízení neboli přezkum zákonitosti řízení, to znamená, že správní orgán přezkoumává pravomocná rozhodnutí z moci úřední, kdy lze důvodně pochybovat o tom, že rozhodnutí je v souladu s právními předpisy. Přezkumné řízení lze zahájit i v případě, že rozhodnutí dosud nenabýlo právní moci. Účastník může podat podnět k zahájení přezkumného řízení, ale tento podnět není návrhem na zahájení správního řízení. Jestliže správní orgán neshledá důvody k zahájení přezkumného řízení, sdělí tuto skutečnost s odůvodněním účastníkovi do 30 dnů.

Usnesením o zahájení přezkumného řízení dle Hendrycha (2016, s. 280-281) se zahajuje do 2 měsíců ode dne, kdy se správní orgán o důvodu zahájení řízení dozvěděl, nejpozději však do 1 roku od právní moci rozhodnutí ve věci. Příslušným orgánem k přezkoumání je nadřízený správní orgán, který rozhodnutí vydal. Pokud správní orgán po zahájení řízení zjistí, že právní předpis nebyl porušen, usnesením řízení zastaví. Rozhodnutí, které bylo vydáno v rozporu s právními předpisy správní orgán zruší anebo změní. Správní orgán může rozhodnutí zrušit a vrátit věc k novému projednání příslušnému správnímu orgánu. Při vydání rozhodnutí se vychází se skutkového stavu věci, který byl v době vydání

rozhodnutí. Dle § 81 odst. 1 správního řádu má rozhodnutí charakter prvoinstančního rozhodnutí a lze proti němu podat řádný opravný prostředek.

3.3.6 Obnova řízení – mimořádný opravný prostředek

Dle Mrázové (2016, s.14) řízení, které bylo již ukončeno pravomocným rozhodnutím lze na žádost účastníka obnovit, jestliže vyšly najevo dříve neznámé skutečnosti, které existovaly v době původního řízení a které účastník, kterému jsou ku prospěchu, nemohl bez svého zavinění v původním řízení uplatnit, anebo se provedené důkazy ukázaly nepravdivými nebo bylo zrušeno či změněno rozhodnutí, které bylo podkladem rozhodnutí vydaného řízení, které má být obnoveno. Obnova řízení nám umožňuje znovu rozhodnout již v pravomocně ukončené věci. (Mrázová, 2016, s. 14)

Dále zákon č. 500/2004 Sb. (§100) říká, že účastník může podat žádost o obnovu řízení u orgánu, který ve věci rozhodoval, a to do 3 měsíců ode dne, kdy se o důvodu obnovy řízení dozvěděl, nejpozději však do 3 let ode dne právní moci rozhodnutí. Obnovy řízení se nemůže domáhat ten, který mohl důvod obnovy uplatnit v odvolacím řízení, např. obnovu řízení nelze povolit v případě, že účastník věděl, že je s ním vedeno správní řízení a poklady rozhodné pro dané řízení mohl správnímu orgánu doložit během tohoto řízení. Obnovu řízení může správní orgán nařídit z moci úřední, jestliže je dán některý z výše uvedených důvodů.

Rozhodnutí o nařízení obnovy řízení dle Hendrycha (2016, s. 277-279), musí být vydáno nejpozději do 3 let od právní moci rozhodnutí. Předmětem zkoumání jsou zákonné podmínky pro povolení obnovy řízení či zamítnutí. Proti tomuto rozhodnutí lze podat odvolání. Pravomocné rozhodnutí o povolení obnovy řízení má ze zákona odkladný účinek, pokud ve věci již nebylo konáno. Původní a obnovené řízení tvoří jeden celek, nové řízení je pokračováním řízení prvního. Správní orgán při novém rozhodování přihlíží jak původnímu řízení, tak i k novému řízení. Zohledňuje všechny nové a zjištěné skutečnosti tak, aby v novém řízení správně rozhodl. Teprve nové pravomocné rozhodnutí ruší rozhodnutí předešlé. Proti novému rozhodnutí lze podat řádný opravný prostředek.

3.3.7 Autoremedura

Dle Spirita (2014, s. 172) je autoremedura druh vyřízení opravného prostředku, který upravuje § 87 zákona 500/2004 Sb., správní řád. Správní orgán prvního stupně může své rozhodnutí změnit nebo zrušit za předpokladu, že tím plně vyhoví odvolání a jestliže tím nevznikne újma žádnému z účastníků, ledaže by s tím všichni, kterých se to týká, vyslovili souhlas.

Pokud zdravotní pojišťovna, jako správní orgán uzná, že odvolání je důvodné, přihlédne k novým skutečnostem za předpokladu, že účastník řízení nemohl skutečnost nebo důkaz uplatnit již dříve, může rozhodnout autoremedurou tak, že plně vyhoví odvolání a samo rozhodnutí zruší, proti tomuto rozhodnutí lze podat odvolání (Zatloukal, Krupičková, 2011, s. 284-285).

3.3.8 Odstraňování tvrdosti zákona, podpora de minimis

Dle §53 zákona č.48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotnictví mohou zdravotní pojišťovny samy odstraňovat tvrdosti zákona, které se vyskytly při předepsání penále, jehož výše nepřesahuje 20 000 Kč ke dni doručení žádosti o odstranění tvrdosti.

Daněk (2017, s. 120) konstatuje, že rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny rozhoduje o žádostech o odstranění tvrdosti zákona v případě, že předepsané penále, pokuta či přírážka k pojistnému je vyšší než 20 000 Kč. Zdravotní pojišťovny i rozhodčí orgán vždy rozhoduje na základě žádosti plátce pojistného nebo jiné oprávněné osoby, které bylo penále, pokuta či přírážka k pojistnému vyměřena. O žádosti o odstranění tvrdosti nelze rozhodnout v případě, že plátce pojistného neuhradil dlužné pojistné do dne vydání rozhodnutí o prominutí penále, pokuty či přírážky k pojistnému, plátce vstoupil do likvidace nebo byl podán insolvenční návrh.

Dle Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže (2017) Podpora „de minimis“, neboli podpora malého rozsahu (prominutí penále):

- není považována za „veřejnou podporu“, protože vzhledem k její nízké částce má Evropská komise za to, že nenaplnuje poslední dva znaky definice veřejné podpory;
- neměla by ovlivnit obchod a narušit hospodářskou soutěž mezi členskými státy;
- je omezena na limit 200 000 EUR na jeden podnik v tříletém období, proto jsou zdravotní pojišťovny povinné nejdříve v centrální registru de minimis ověřit, zdali poskytnutím podpory nedojde k překročení limitu stanoveného příjemci v přímo použitém předpisu Evropských společenství;
- zdravotní pojišťovny mají zřízeny dálkový přístup do registru de minimis, který jim poskytl Úřad pro ochranu hospodářské soutěže;
- údaje o poskytnutí podpory, tj. o prominutí penále a o jejím příjemci, je pojišťovna povinna zaznamenat do 5 pracovních dnů ode dne rozhodnutí o prominutí penále do Centrálního registru podpor de minimis. Za nedodržení stanovené lhůty nebo za nezaznamenání všech relevantních údajů je možno pojišťovně uložit pokutu až do výše 100 000 Kč.

3.4 Vymáhání pohledávek na zdravotním pojištění v exekučním řízení

Dle Šínové a Kovářové Kochové (2015, s. 5-10) v České republice v současné době existují dva systémy civilních exekucí a to tzv. výkon rozhodnutí upraveného v šesté části OSŘ a systém soukromých soudních exekutorů vykonávajících soudní exekuci podle EŘ. Záleží jen na výběru oprávněného, jaký systém pro vymožení své pohledávky zvolí. Soudní výkon rozhodnutí se uskutečňuje ve dvou fázích. První fáze spočívá v nařízení výkonu rozhodnutí a druhá fáze v provedení výkonu rozhodnutí. Oproti tomu exekuce vedená soudním exekutorem se uskutečňuje na výkonu rozhodnutí soudního exekutora. Soudní exekutor je fyzická osoba, kterou stát pověřil exekutorským úřadem. Tento vykonává svou činnost nezávisle a za úplatu. Účastníci exekučního řízení jsou oprávněný a povinný. Oprávněný je v tomto případě zdravotní pojišťovna, v roli povinného je plátce, který nesplnil svoji povinnost, a to neuhradil řádně a včas dlužné pojistné, penále nebo pokutu.

Čepicová uvádí (2017, s. 178-179), pokud plátce dobrovolně nesplnil svou zákonnou povinnost, zdravotní pojišťovna přistupuje k vymáhání dlužného pojistného a penále a pokuty exekuční cestou. Jako exekuční titul slouží vykonatelný platební výměr nebo výkaz nedoplatků. Na základě těchto exekučních titulů vypracuje pověřený zaměstnanec návrh na

exekuci, který je zaslán na místně příslušný soud nebo přímo pověřenému exekutorskému úřadu, se kterým má pojišťovna uzavřenou smlouvu. Jsou-li splněny všechny zákonem stanovené předpoklady, vydá soud pověření do 15 dnů. Pověření není soudním rozhodnutím a nedoručuje se účastníkům řízení. Exekutorský úřad do 15 dnů od obdržení návrhu na exekuci zašle zdravotní pojišťovně vyrozumění o zahájení exekuce. Pověřený exekutorský úřad či soud pohledávku vymáhá do doby, než bude uhrazena.

Šínová a Kovářová Kochová (2015, s. 21-22) konstatuje, že dle povahy plnění můžeme rozlišovat dva druhy exekucí. První druh je exekuce pro peněžitá plnění. Tuto exekuci můžeme vést všemi zákonem stanovenými způsoby. Vždy záleží na výši vymáhané částky, a na majetku povinného. Exekuce se provádí srážkami ze mzdy a jiných příjmů, příkázáním pohledávky, správou nemovité věci, prodejem věci movitých a nemovitých, zřízením zástavního práva k nemovitým věcem. Druhý druh je pro nepeněžitá plnění. Tato exekuce se realizuje vyklizením, odebráním věci, rozdělením společné věci a provedením prací a výkonů. V případě zdravotních pojišťoven se využívá exekuce pro peněžitá plnění.

V případě že pověření exekutor zjistí, že dlužník je nemajetný, zašle návrh na zastavení exekuce zdravotní pojišťovně, pokud během řízení zjistí, že je dlužník v insolvenční, konkursu, oddlužení nebo zemřel, sděluje toto zjištění oprávněné zdravotní pojišťovně z důvodu, aby stihla svoji pohledávku vůči povinnému přihlásit do probíhajícího řízení (Mrázová, 2016, s. 7-8).

3.5 Úpadek a vymáhání pohledávek na zdravotním pojištění v insolvenčním řízení

Dlužník dle Šínové a Kovářové Kochové (2015, s. 161) je v úpadku, jestliže má více věřitelů, peněžité závazky po dobu delší 30 dnů po lhůtě splatnosti, tyto závazky není schopen plnit, je předlužen.

Dle Smolíka (Smolík, 2016, s. 51) známe tři základní formy úpadku:

- platební neschopnost, kdy se dlužník ocitá v platební neschopnosti za podmínek, že má dva a více věřitelů, jeho pohledávky jsou po splatnosti více jak 30 dnů a není schopen plnit své závazky;
- předlužení dlužníka se týká právnické nebo fyzické osoby – podnikatele, za podmínek, že má dva a více věřitelů a souhrn jeho závazků převyšuje hodnotu jeho majetku;
- hrozící úpadek se týká dlužníka, u kterého lze předpokládat, že nebude schopen řádně a včas plnit podstatnou část svých peněžitých závazků. Je to stav, který předchází úpadku.

Zákon č.182/2006 Sb. (§1-4) stanovuje tři způsoby řešení úpadku či hrozícího úpadku dlužníka v insolvenčním řízení: konkurs – prohlášením konkursu na majetek dlužníka, reorganizace – rozhodnutím o povolení reorganizace, oddlužení – rozhodnutím o povolení oddlužení.

Šínová a Kovářová Kochová (2015, s. 163) stanoví, že konkurs je založen na poměrném uspokojení věřitelů a ze zpeněžení majetkové podstaty, tedy především s prodáním veškerého a v konkursu nově nabytého majetku dlužníka a z jeho příjmů v zákonem stanoveném rozsahu. Jedná se o likvidační způsob řešení úpadku. Reorganizace je pro dlužníky, kterým patří závod. V průběhu reorganizace se stanoví nový hospodářský plán, který buď obnoví ekonomický růst dlužníka, který bude schopen uhradit své závazky zcela. Pokud reorganizace nepomůže k obnově ekonomického růstu a uspokojení pohledávek věřitelů, bude reorganizace z rozhodnutí soudu přeměněna na konkurs. Oproti tomu oddlužení může na rozdíl od konkursu navrhnout sám dlužník prostřednictvím advokáta, notáře, insolvenčního správce, soudního exekutora. Oddlužení se týká hlavně fyzických osob, které nemají dluhy z podnikání, jsou ale podnikateli, ale splňují zákonem stanovené podmínky. Dlužník v oddlužení splácí své dluhy dle splátkového kalendáře nebo je na úhradu jeho dluhů prodán majetek. Dlužník musí uhradit 30 % svých dluhů vůči věřitelům, od zbytku dluhů ve výši 70 % je osvobozen. Pokud dlužník nesplní své závazky ve stanovené výši, je oddlužení zrušeno a přeměněno na konkurs. O přeměně úpadku v konkurs rozhoduje soud.

Ministerstvo spravedlnosti ČR (2017, isolvencni-zakon.justice.cz) definuje rozdíly mezi konkursem a oddlužením tak, že konkurs se prohlásí v případě, že je dostatek majetkové podstaty na uspokojení věřitelů, zatímco oddlužením musí dlužník uhradit věřitelům minimálně 30 % zajištěných pohledávek. Dále konkurs na rozdíl od oddlužení má pro dlužníka horší následky, protože je prodán veškerý jeho majetek a úspory. Nejpodstatnější rozdílem je, že pokud nedojde v konkursu k úplnému uspokojení věřitelů, odpovídá dlužník za své dluhy až do jejich zaplacení, zatímco u oddlužení je od zbytku dluhů vůči věřitelům rozhodnutím soudu osvobozen. Pro zdravotní pojišťovny z toho vyplývá, že pokud nedojde z konkursu k uspokojení celkové pohledávky, můžou neuhrazenou část pohledávky vymáhat po dlužníkovi v exekučním řízení, zatímco po oddlužení musí nezaplacenou část pohledávky odepsat.

3.6 Dědické řízení v rámci zdravotního pojištění

Dědické řízení upravuje Nový občanský zákoník č. 89/2012 Sb. (§460 -§487) dle tohoto zákona jsou účastníky řízení zůstavitelovi dědici, případně věřitelé, kteří vyčíslili a přihlásili svoji pohledávku do dědického řízení. Pokud zůstavitel nezanechal žádný majetek nebo zanechal majetek nepatrné hodnoty, je dědicem vypravitel pohřbu. V případě odúmrti je účastníkem řízení stát.

Dle Tichého (2018, VZP) pokud zdravotní pojišťovna zjistí, že pojištěnec, plátce zemřel a má nezaplacené dlužné pojistné, penále či pokutu, zdravotní pojišťovna bez zbytečného odkladu přihlásí svoji pohledávku do dědického řízení, které vede soudem pověřený notář. Do dědického řízení zdravotní pojišťovna přihlašuje i přeplatky, které vznikly na dlužném pojistném a penále. Po ukončení dědického řízení, je zdravotní pojišťovně zasláno usnesení o ukončení dědického řízení, ze které ho se dozví, jakým způsobem bylo dědické řízení ukončeno. Zůstavitelovi dědici odpovídají za dluhy v plné výši, pokud neuplatní tzv. výhradu soupisu. Pokud výhradu soupisu dědic uplatnil, odpovídá za dluhy pouze ve výši sepsaného majetku zůstavitele. Pokud si dědic dobrovolně nesplní svoji povinnost a dlužné pojistné, penále či pokutu neuhradí, má zdravotní pojišťovna právo vymáhat pohledávku v exekučním řízení. Dojde-li notář ke zjištění, že zemřelý nemá žádný

movitý ani nemovitý majetek, dědické řízení ukončí likvidací. Zdravotní pojišťovna po obdržení usnesení o likvidaci pozůstalosti, pohledávku za zemřelým odepíše.

3.7 Odpis pohledávek za pojistným, penále a pokutami

Nedobytná pohledávka je definována v § 26c zákona č.592/1992 Sb. o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění, kdy zdravotní pojišťovna může odepsat pohledávku na pojistném, penále a pokutami v případě, že tuto pohledávku bezvýsledně vymáhala po plátcí pojistného i jiných osobách nebo je-li patrné, že náklady na vymáhání by přesáhli jeho výtěžek. Nedobytný je dále dluh u zaměstnavatele, u kterého došlo k výmazu z obchodního rejstříku nebo u fyzické osoby která zemřela, v případě, že neměla ustanoveného dědice.

Dle Mrázové (2016, s.6) jsou potřebné k odpisu nedobytné pohledávky následující doklady:

- pravomocné usnesení exekučního soudu jímž byl výkon rozhodnutí zastaven pro nedostatek dlužníkovu majetku;
- pravomocné usnesení notáře o nemajetnosti, předlužení nebo odmítnutí dědictví;
- pravomocné usnesení insolvenčního soudu, ze kterého je patrné, že došlo ke zrušení konkurzu;
- pravomocné usnesení soudu, který zamítl návrh na prohlášení konkurzu z důvodu nedostatku majetku;
- doklad o faktické neexistenci dlužníka, např. zánik právnické osoby bez právního nástupce nebo výmaz dlužníka z obchodního rejstříku;
- pohledávka u níž došlo k prekluzi lhůty (promlčení z moci úřední);
- pohledávka je vyčíslena jako nepatrná;
- náklady na vymáhání dluhu převýší jeho výtěžek.

Mrázová dále (2016, s.9) uvádí, že nedobytnou pohledávku zdravotní pojišťovna odepíše pouze v případě, že odpisová komise většinou hlasů doporučí pohledávku odepsat. Tato komise o svém jednání a rozhodnutí sepíše zápis, který se na zdravotní pojišťovně archivuje. Pro usnášeníschopnost komise jsou třeba minimálně tři členové komise. Teprve po doporučení komise může pověřený pracovník odpis provést.

3.8 Pohledávky z náhrad nákladů na hrazené zdravotní služby

Zdravotní pojišťovny se kromě vymáhání dlužného pojistného, penále a pokut zaměřují na vymáhání pohledávek z náhrad nákladů. Jedná se o pohledávky, které zdravotním pojišťovnám vznikají uhrazením zdravotních výkonů za pojištěnce, kterým byl způsoben úraz zaviněním jednáním třetí osoby.

3.8.1 Definice pohledávky z náhrad nákladů na hrazené zdravotní služby

Pohledávku z náhrad nákladů Mikyska definuje (2010, s.63), jako regresní pohledávku zdravotní pojišťovny, kdy zdravotní pojišťovna má právo vůči třetí osobě na náhradu nákladů na hrazené služby, které vynaložila v důsledku zaviněného protiprávního jednání této třetí osoby vůči pojištěnci. Náhrada nákladů je příjmem fondů zdravotní pojišťovny.

Zákon č. 48/1997 Sb., § 55 odst. 2 definuje dlužníky na pohledávkách z náhrad nákladů (dále jen „regresní pohledávka“) jako fyzické či právnické osoby, které způsobí újmu na zdraví pojištěnci zdravotní pojišťovny a za tuto újmu byly uznány vinnými. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou povinni zdravotní pojišťovně oznamovat úrazy osob, pokud mají důvodné podezření, že úraz anebo jiné poškození zdraví byly způsobeny jednáním právnické či fyzické osoby. Tuto oznamovací povinnost mají i orgány Policie ČR, státní zastupitelství, soudy a zaměstnavatelé.

Arnoldová uvádí (2015, s. 206) že zdravotní pojišťovny mají nárok na náhradu nákladů vůči třetí osobě, při protiprávním jednání, která vznikla porušením právních norem z nedbalosti nebo úmyslu. Nejčastěji se jedná o trestné činy a přestupky, které se týkají ublížení na zdraví, přestupky a trestné činy v oblasti silničního provozu, porušení norem v oblasti ochrany zdraví při práci, týrání svěřené osoby nebo úrazy spojené s chovem psů.

3.8.2 Zahájení regresního řízení z náhrad nákladů na hrazené zdravotní služby

Dle Dupalové (2017, s. 3-5) zdravotní pojišťovna zahájí regresní řízení na základě zaslání oznámení o zranění osoby, hlášení o zranění pojištěnců ze zdravotnického zařízení, hlášení o pracovním úraze či školním úraze. Ze zaslání hlášení by mělo být zřejmé, jestli si postižený pojištěnec způsobil úraz sám nebo mu byla újma způsobena další osobou. V případě, že z tohoto hlášení není zcela zřejmé, jak se úraz stal, zdravotní pojišťovna má povinnost danou skutečnost prověřit.

Dále Arnoldová (2015, s. 206) konstatuje, že regresní pohledávka je celková výše nákladů, kterou zdravotní pojišťovna zaplatila zdravotnickým zařízením v důsledku úrazu, způsobenému jejímu pojištěnci. Do tohoto vyčíslení musí být zahrnuty pouze zdravotní výkony, které byly vynaloženy v přímé souvislosti s protiprávním jednáním.

Dle Dupalové (2017, s.5-6, s. 9-11) zdravotní pojišťovna v tomto řízení zjišťuje, která osoba je zodpovědná za úraz jejího pojištěnce, z tohoto důvodu spolupracuje v tomto řízení s Policií ČR, s přestupkovými komisemi jednotlivých úřadů, soudy ČR, zaměstnavateli. Dále oslovuje vlastní pojištěnce ve snaze zjistit, jakým způsobem se úraz stal. Vyčíslení zdravotních výkonů provádí revizní lékař zdravotní pojišťovny, který posoudí a vyhodnotí způsobené zranění. Revizní lékař dbá na to, že ve vyčíslené pohledávce budou pouze zdravotní výkony, které bezprostředně souvisí s daným zraněním. V případě, že má pochybnosti, zda zdravotní výkony souvisí s uvedeným zraněním, může požádat o součinnost nemocnice a ošetřující lékaře, kteří jsou povinno spolupracovat se zdravotní pojišťovnou. To znamená, že umožní zdravotní pojišťovně nahlédnout do zdravotní dokumentace nebo jí na základě žádosti zdravotní pojišťovně předloží. Zdravotní pojišťovna v rámci regresního řízení zjišťuje, zda skutek, který vedl ke zranění jejího pojištěnce způsobila známá osoba, a zda tato osoba byla za tento skutek uznána vinnou. Pověřený pracovník, který spravuje svěřenou agendu komunikuje s Policií ČR, přestupkovými komisemi úřadů, státními zastupitelstvími, soudy, Probační a mediační službou, zaměstnavateli atd. Formou dožádání zjišťuje, zda v dané věci proběhlo či probíhá trestní nebo přestupkové řízení a jestli bylo již pravomocně ukončeno. V rámci trestního řízení se zdravotní pojišťovna může s náhradou nákladů připojit k tomuto řízení. Soud poté může

rozhodnout o náhradě nákladů, a to tak, že uloží viníkovi povinnost náhrady nákladů, nebo zdravotní pojišťovnu odkáže na občanskoprávní řízení.

3.8.3 Uplatnění pohledávky z náhrad nákladů na hrazené zdravotní služby

Dupalová (2017, s.6) dále uvádí, že pokud je zjištěna konkrétní osoba či osoby, která je či jsou odpovědné za zranění pojištěnce, a pověřený pracovník dle vnitřních předpisů usoudí, že je pohledávka ekonomicky rentabilní, zašle viníkovi výzvu k náhradě nákladů, ve které se stanoví lhůta 30 dnů k zaplacení pohledávky. Je zcela na viníkovi, zda se rozhodne dobrovolně pohledávku uhradit. Ve výzvě je upozorněn, že v případě, že pohledávku dobrovolně neuhradí a zůstane v nečinnosti vystavuje se tak riziku soudního vymáhání a nárůstu pohledávky o další náklady. Zejména se jedná o náklady za podání žalobního návrhu nebo exekuční náklady. Pohledávka z náhrad nákladů se neřídí správním řádem, proto se nelze proti této výzvě odvolat, ani zde není podmínka doručení.

Viník, který způsobil dopravní nehodu a z tohoto důvodu došlo ke zranění osoby, může dle § 6 odst. 4 zákona č. 168/1999 Sb., uplatnit regresní pohledávku u pojišťovny, kde mělo vozidlo v době dopravní nehody sjednáno povinné ručení. Toto pojištění pokrývá jak škodu na zdraví, tak škodu na majetku způsobenou provozem motorového vozidla. Pokud vozidlo nemělo sjednané tzv. povinné ručení, povinný pohledávku uhradí sám nebo pojišťovna regresní pohledávku uplatní u České kanceláře pojistitelů. Dále lze u některých případech využít pojištění domácnosti, osobní pojistky pro vznik škody. Vždy záleží na způsobu vzniku zranění.

Některé regresní pohledávky lze uplatnit z pojistných smluv, které mají viníci sjednané s komerčními pojišťovnami. Jedná se například pojistný produkt dle České pojišťovny (2018, ČP) „*Pojištění odpovědnosti občana*“, kdy toto pojištění pokrývá pojistné události, které se stanou provozem domácnosti, při sportu či chovu domácích zvířat. Tento druh pojištění se vztahuje na všechny členy domácnosti.

Dle Vebera a Srpové (2012, s.164-165) za pracovní úrazy, které vznikly zaviněním třetí osoby při výkonu práce, odpovídá vždy zaměstnavatel. Vůči zaměstnavateli zdravotní

pojišťovna vede také řízení. I tento zaměstnavatel má povinnost mít uzavřenou pojistnou smlouvu o odpovědnosti za škodu, která vznikla jeho zaviněním či zaviněním zaměstnanců.

Dle Dupalové, (2017, s. 9-10) zdravotní pojišťovna umožňuje viníkům sjednat si splátkový kalendář, ve výjimečných případech si povinný může zažádat o odklad placení, pokud mu v placení brání finanční možnosti, je výkonu trestu a bez zaměstnání.

3.8.4 Upuštění od vymáhání regresních pohledávek z náhrad nákladů na hrazené zdravotní služby

Zdravotní pojišťovna dle Zákona č. 48/1997 Sb., (§ 55 odst. 6,7) může upustit od vymáhání části nebo celé výše regresní pohledávky za podmínek:

- je-li vymáhání této pohledávky spojeno se zvláštními nebo nepoměrnými obtížemi,
- je-li pravděpodobné, že náklady vymáhání převýší jeho výtěžek.

Hrazdilová stanovuje (2016, s.3-5), že v případě, kdy viník (osoba, která odpovídá za zranění pojištěnce) nemá prostředky na uhrazení regresní pohledávky, nemá majetek, je v těžké životní situaci, újmu na zdraví způsobila nezletilá osoba nebo jeho zdravotní stav mu nedovoluje pohledávku splácet může požádat o prominutí či odpuštění části dluhu za určitých podmínek. Jednou z nejdůležitějších podmínek je, že újma na zdraví byla způsobena z nedbalosti. Druhá podmínka je žádost, kterou si musí viník podat. O této žádosti rozhoduje komise zdravotní pojišťovny. Je nutné upozornění, že na upuštění od vymáhání celé nebo části pohledávky nemá viník právní nárok.

3.8.5 Návrh na vydání platebního rozkazu – žalobní návrh

V případě, že si viník nesplní svou povinnost dobrovolně, zdravotní pojišťovna přistoupí k vymáhání formou žaloby. Žalobní návrh neboli návrh na vydání platebního rozkazu dle Dupalové, (2017, s. 11) podá zdravotní pojišťovna v případě, že povinný právnická či fyzická osoba neuhradila dobrovolně náklady, které vznikly jejím zaviněním nebo zaviněním osoby, za kterou nese odpovědnost, či se jedná o osobu v pracovně právním vztahu. Jednalo-li se o přešůpek či trestný čin a zdravotní pojišťovna nemá k dispozici

rozhodnutí, kde byla povinnému uložena povinnost nahradit náklady, zdravotní pojišťovna podá proti viníkovi žalobu. Soud poté rozhodne, zda nárok zdravotní pojišťovny je oprávněn či nikoliv. Soud rozhodne vydáním platebního rozkazu nebo rozsudku. Povinnému je k jeho tíži uložena povinnost nahradit náklady řízení a úroky z prodlení.

Pro vydání platebního rozkazu dle Spirita (2014, s.144-145) jsou nutné splnit tyto podmínky:

- předmětem žaloby musí být peněžité plnění, kdy výše není omezena;
- žaloba musí obsahovat náležitosti stanovené zákonem;
- k žalobě musejí být připojeny listinné důkazy, které osvědčují existenci nároku.

Dále Spirit uvádí existenci elektronického platebního rozkazu, který se podává na elektronickém formuláři s ověřeným elektronickým podpisem žalobce, kdy vydání elektronického platebního rozkazu omezuje výše jistiny, která je 1 milion korun českých. Aby mohl platební rozkaz nabýt právní moci musí být řádně doručen, a to do vlastních rukou žalovaného. V případě, že se nepodaří žalovanému platební rozkaz doručit, je tento platební rozkaz zrušen a příslušný soud rozhodne v nařízeném jednání. Proti doručenému platebnímu rozkazu může žalovaný podat v příslušné lhůtě odpor. Soud poté usnesením platební rozkaz zruší a žalobou se bude zabývat v nařízeném jednání. Soud rozhodne vydáním rozsudku.

3.8.6 Exekuce pohledávek z náhrad nákladů na hrazené služby

Dupalová (2017, s. 12) konstatuje, jestliže zdravotní pojišťovna má k dispozici rozhodnutí s přiznanou náhradou nákladů nebo již obdržela pravomocný platební rozkaz či rozsudek z občanskoprávního řízení, může svou pohledávku vymáhat exekuční cestou. K tomu buď využije exekuční soud nebo podá návrh na exekuci rovnou exekutorskému úřadu, se kterým spolupracuje v rámci smlouvy. Tento exekutorský úřad pověří vedením exekučního řízení. K tíži povinného, který dobrovolně neuhradil pohledávku, jsou účtovány exekuční náklady. Pověřený exekutor vede exekuční řízení do doby, než je pohledávka uhrazena, nebo do doby, než zjistí, že povinný nemá žádný movitý či nemovitý majetek. V tomto případě zašle oprávněné zdravotní pojišťovně návrh na zastavení exekuce pro

nemajetnost. Pokud je povinný v úpadku nebo zemřel exekutorský úřad neprodleně informuje zdravotní pojišťovnu, aby stihla svoji pohledávku přihlásit do příslušného řízení. V tomto případě se postupuje stejně, jako u vymáhání pohledávek na veřejném zdravotním pojištění.

4 Praktická část práce

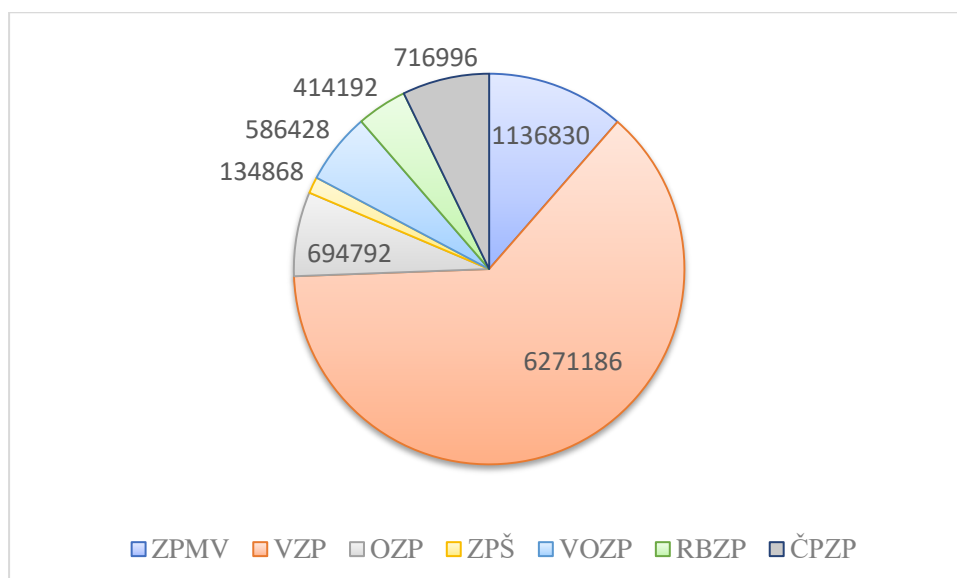
Praktická část bakalářské práce řeší vývoj pojištěnců ve zdravotních pojišťovnách, porovnává kontrolní činnost těchto pojišťoven a počty zahájených správních řízení. Také se zaměřuje na pohledávky z náhrad nákladů za hrazené služby.

4.1 Přehled a vývoj počtů pojištěnců ve zdravotních pojišťovnách

Zdravotní pojišťovny v současné době vynakládají nemalé prostředky na kampaně a náborové akce nových pojištěnců. Čím víc bude mít zdravotní pojišťovna pojištěnců, tím víc by měla vybrat na zdravotním pojištění finančních prostředků. V současné době může pojištěnec změnit zdravotní pojišťovnu jednou za rok, ale pouze ve dvou termínech, a to vždy od 1.1. a 1.7.

Graf 5 zobrazuje počet pojištěnců v jednotlivých zdravotních pojišťovnách v roce 2010, kdy bylo možno měnit zdravotní pojišťovnu každé čtvrtletí a náborové kampaně zdravotních pojišťoven nebyly tak rozsáhlé.

Graf 5 Struktura pojištěnců ve zdravotních pojišťovnách v roce 2010

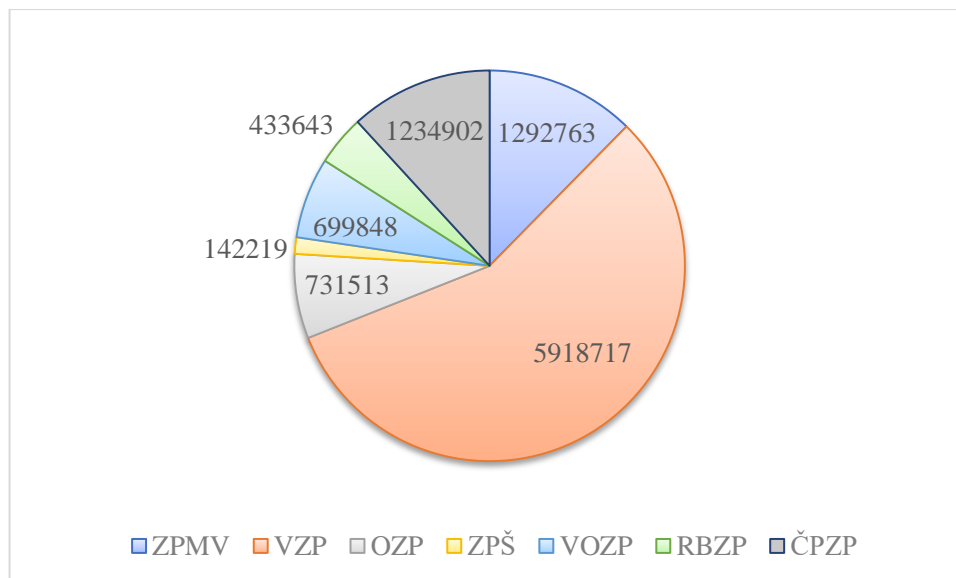


Zdroj 5 vlastní zpracování, výroční zprávy ZPMVČR, VZP, OZP, ZPŠ, VOZP, RBZP, ČPZP (2018)

Grafu 5 znázorňuje, že největší zdravotní pojišťovnou v ČR z pohledu pojištěnců v roce 2010 byla VZP s 6 mil. pojištěnců. Druhá největší zdravotní pojišťovna v té době byla ZP MV ČR, která jako jediná přesáhla 1 mil. pojištěnců.

Graf 6 zobrazuje strukturu pojištěnců u zdravotních pojišťoven v roce 2016.

Graf 6 Struktura pojištěnců ve zdravotních pojišťovnách v roce 2016

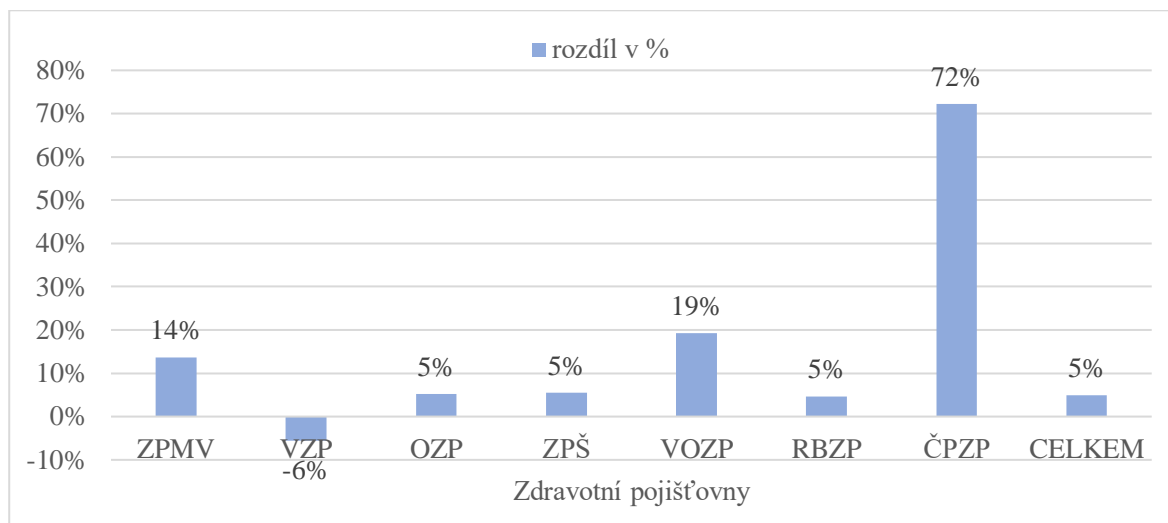


Zdroj 6 vlastní zpracování, výroční zprávy ZPMVČR, VZP, OZP, ZPŠ, VOZP, RBZP, ČPZP (2018)

Z grafu 6 je patrné, že zdravotní pojišťovnou v ČR s nejvyšším počtem pojištěnců zůstává s necelými 6 mil. VZP, druhou největší zdravotní pojišťovnou s 1,3 mil. pojištěnců je ZP MV ČR. Další zdravotní pojišťovna, která přesáhla milionovou hranici pojištěnců je ČP ZP. Je zde patrný pokles počtu pojištěnců Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a nárůsty počtů pojištěnců u všech ostatních pojišťoven. Nejvyšší nárůst počtu pojištěnců ve sledovaném období vykázala Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.

Graf 7 procentuálně porovnává vývoj počtu pojištěnců roku 2016 proti roku 2010.

Graf 7 Změna struktury pojištěnců v roce 2016 vyjádřená v procentech proti roku 2010



Zdroj 7 vlastní zpracování, výroční zprávy ZPMVČR, VZP, OZP, ZPŠ, VOZP, RBZP, ČPZP (2018)

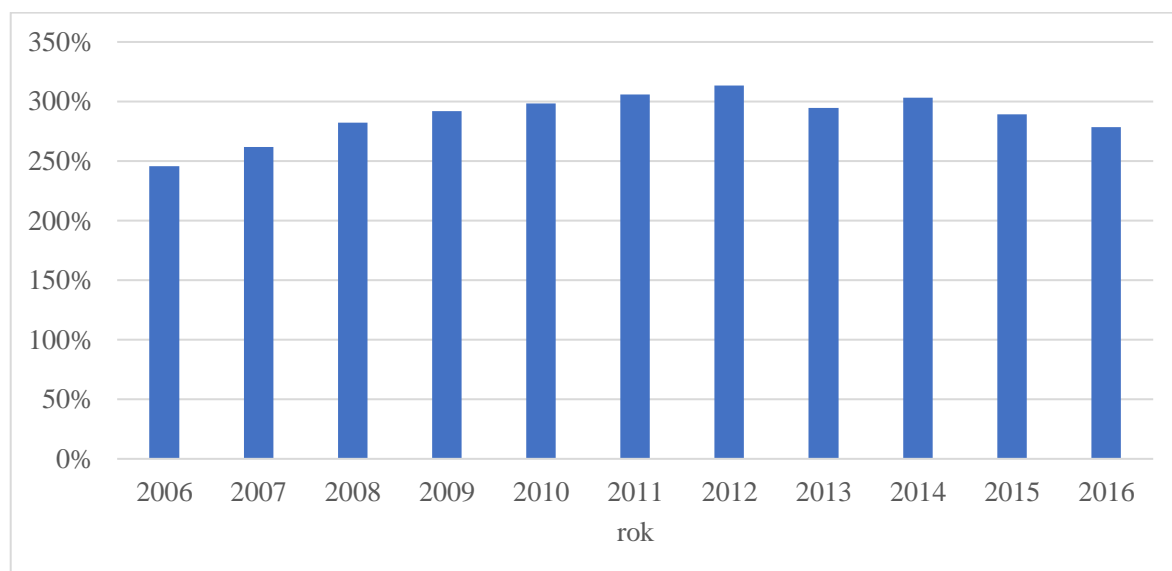
Graf 7 ukazuje procentní rozdíl vývoje počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven z roku 2016 oproti roku 2010. Největší úbytek pojištěnců zaznamenala VZP, a největší nárůst pojištěnců zaznamenává ČP ZP. Ostatní zdravotní pojišťovny zaznamenaly také nárůst, ale v menším rozsahu. Porovnáním těchto údajů vyšlo najevo, že nejsou tak velké pohyby v přechodech pojištěnců a zdravotní pojišťovny by měly s rozvahou investovat do náborových kampaní a spíše se zaměřit na klienty, kteří tvoří jejich hlavní kmen. To znamená, lidé, kteří jsou zaměstnaní a pravidelně platí pojistné na veřejné zdravotní pojištění. Prostředky, které vydávají na kampaně, pak mohou využít na preventivní programy svých dlouholetých pojištěnců.

4.2 Vývoj průměrné hrubé mzdy a minimálních záloh na veřejném zdravotním pojištění

Důležitým ukazatelem, který zdravotní pojišťovny sledují je stanovení výše a vývoj minimální mzdy a minimálních záloh na veřejné zdravotní pojištění. Pokud roste minimální mzda, tak rostou i minimální odvody na veřejné zdravotní pojištění, které zdravotní pojišťovny plánují jako příjem ve svých zdravotně pojistných plánech.

Graf 8 přehledně zobrazuje vývoj průměrné hrubé mzdy k mzdě minimální v období 2010-2016.

Graf 8 Procentuální vyjádření průměrné hrubé mzdy ve vztahu k minimální mzdě v období 2010-2016 (v %)

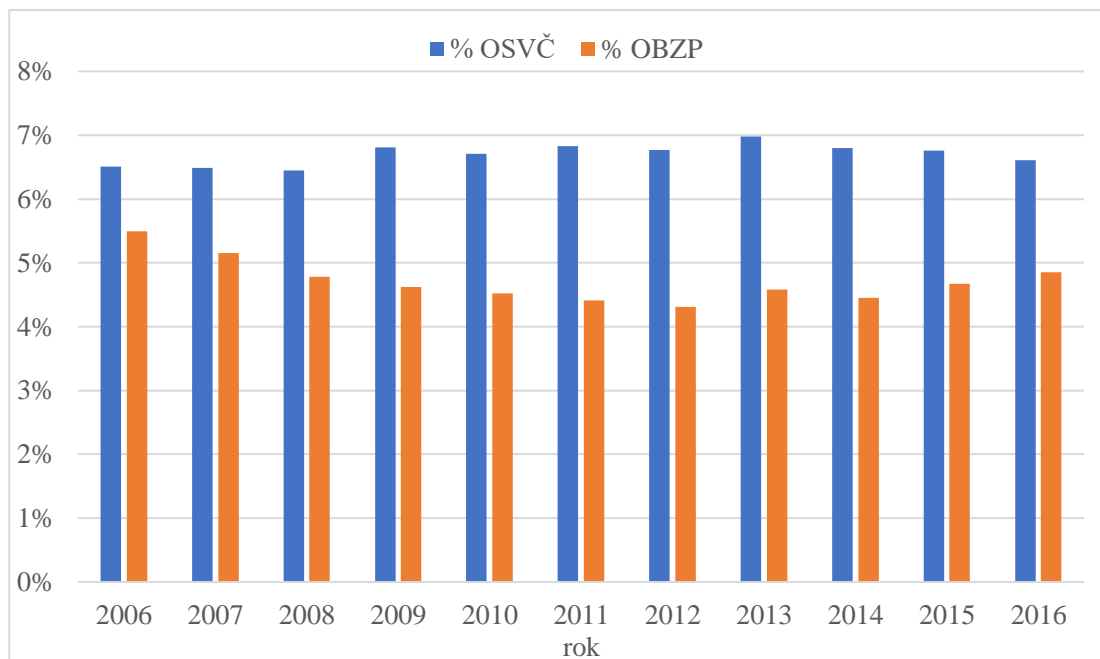


Zdroj 8 vlastní zpracování, ČSU (2018)

Z grafu 8 je zřejmé, že vývoj průměrné hrubé mzdy ve vztahu k minimální mzdě má rostoucí tempo růstu do roku 2012, kdy dosáhla svého vrcholu. Její výše dosáhla 313 % vůči minimální mzdě. Od roku 2013 došlo k rychlejšímu růstu minimální mzdy.

Graf 9 hodnotí procentuální vývoj minimální zálohy na zdravotní pojištění v kategoriích OSVČ a OBZ k výši průměrné hrubé mzdy v letech 2006-2016.

Graf 9 Procentuální vyjádření minimálních záloh ve vztahu k průměrné hrubé mzdě v období 2006-2016 (%)



Zdroj 9 vlastní zpracování, ČSÚ (2018)

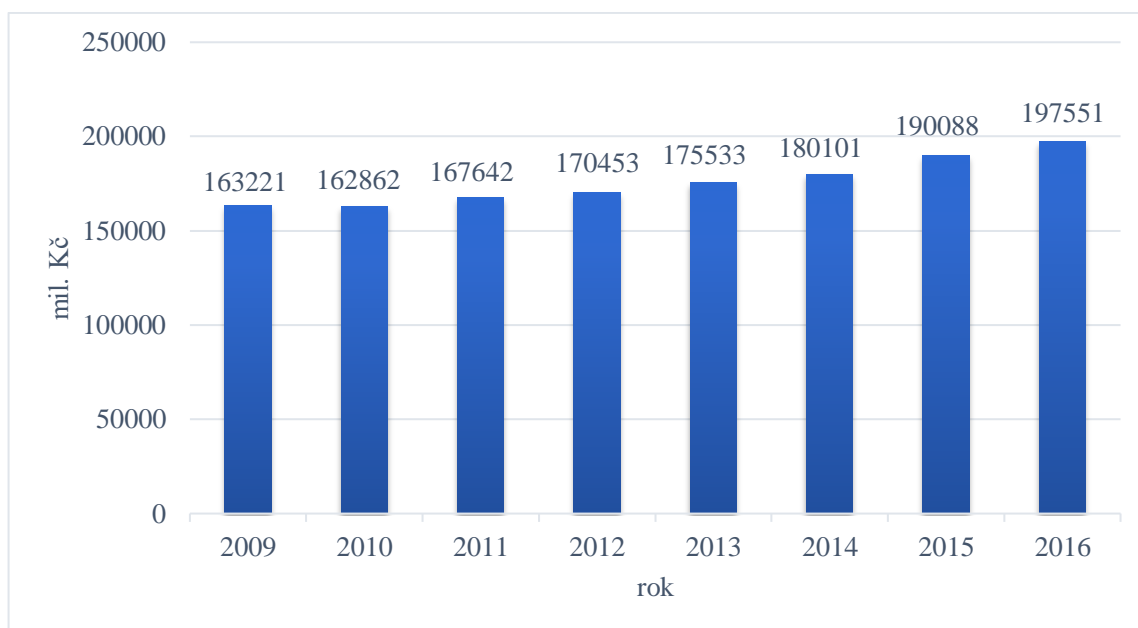
Porovnání vývoje stanovených minimálních záloh na zdravotní pojištění pro plátce v kategoriích OSVČ a OBZP vůči průměrné hrubé mzdě je názorně vidět na grafu 8. Přehledně je zobrazeno, jaké procento průměrné hrubé mzdy odváděli na pojistné ve formě záloh plátci v kategoriích OSVČ a OBZP. Z grafu 8 jednoznačně vyplývá, že po sledované období kategorie plátců OSVČ odvádí na minimálních zálohách průměrně o 2 % více než kategorie plátců OBZP, přičemž žádná ze skupin plátců neodváděla na pojistném na zdravotní pojištění více než 7 % z průměrné hrubé mzdy.

4.3 Vybrané pojistné na veřejném zdravotním pojištění v České republice

Předpis pojistného na veřejném zdravotním pojištění se u jednotlivých plátců pojistného řídí zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejném zdravotním pojištění. Pojistné na veřejné zdravotní pojištění hradí z jedné třetiny zaměstnanec a ze dvou třetin zaměstnavatel. Výše pojistného se dále řídí dle § 2, zákona č. 592/1992 Sb., který stanovuje odvod ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období, kdy plátce pojistného je povinen si pojistné spočítat sám.

Graf 10 znázorňuje kolik zdravotní pojišťovny v České republice v období let 2009–2016 předeepsaly plátcům pojistného na veřejném zdravotním pojištění.

Graf 10 Celkové předeepsané pojistné na veřejném zdravotním pojištění v ČR v letech 2006–2016 (v mil. Kč)

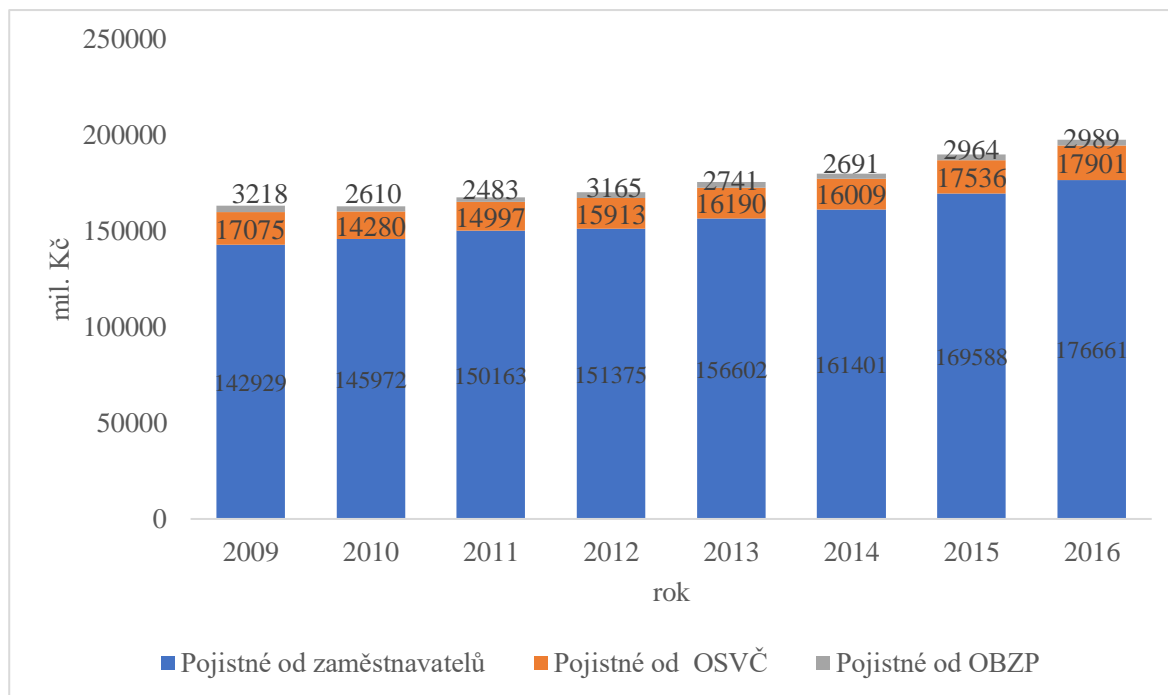


Zdroj 10 vlastní zpracování, ČSÚ (2018)

Z grafu 10 je patrný postupný nárůst předeepsaného pojistného na veřejném zdravotním pojištění. Tento nárůst je zapříčiněn ekonomickým růstem ČR a nárůstem mezd v ČR. Je zde přehledně zobrazeno, že se zdravotním pojišťovnám daří zvyšovat vybrané pojistné na veřejném zdravotním pojištění. Vybrané pojistné na veřejném zdravotním pojištění je rozsahu od 160 miliard korun českých do 200 miliard korun českých za každý kalendářní rok. Předeepsané pojistné se skládá z pojistného vybraného od zaměstnavatelů, pojistného od osob samostatně výdělečně činných a od osob bez zdanitelných příjmů.

V grafu 11 je vidět podíl předeepsaného pojistného u jednotlivých skupiny plátců pojistného.

Graf 11 Přehled předepsaného pojistného na veřejném zdravotním pojištění za jednotlivé kategorie plátců v letech 2006-2016 (v mil. Kč)



Zdroj 11 vlastní zpracování, ČSÚ (2018)

Z grafu 11 je zřejmé, že největší podíl na celkovém předpisu a výběru pojistného mají zaměstnavatelé, kdy u této kategorie je nejvíce patrná vzrůstající tendence. Nárůst předepsaného pojistného od zaměstnavatelů je zapříčiněn zejména růstem mezd, přičemž procentuální podíl jednotlivých skupin se téměř neliší. Porovnáním podílů jednotlivých plátců v roce 2009 a v roce 2016 bylo zjištěno, že v roce 2009 šlo o 88 % a v roce 2016 o 89 %, jak dokládá tabulka č. 16 v příloze práce. Stoupají-li mzdy, tak vzrůstají odvody zaměstnavatelů a zaměstnanců. U osob samostatně výdělečně činných v roce 2010-2011 zaznamenáváme pokles, ale s vývojem ekonomické situace v ČR se trend od roku 2012 postupně zvyšuje. Osoby bez zdanitelných příjmů neboli samoplátci mají nejmenší podíl na celkovém výběru veřejného zdravotního pojištění. Vývoj u této kategorie pojištěnců je velmi kolísavý.

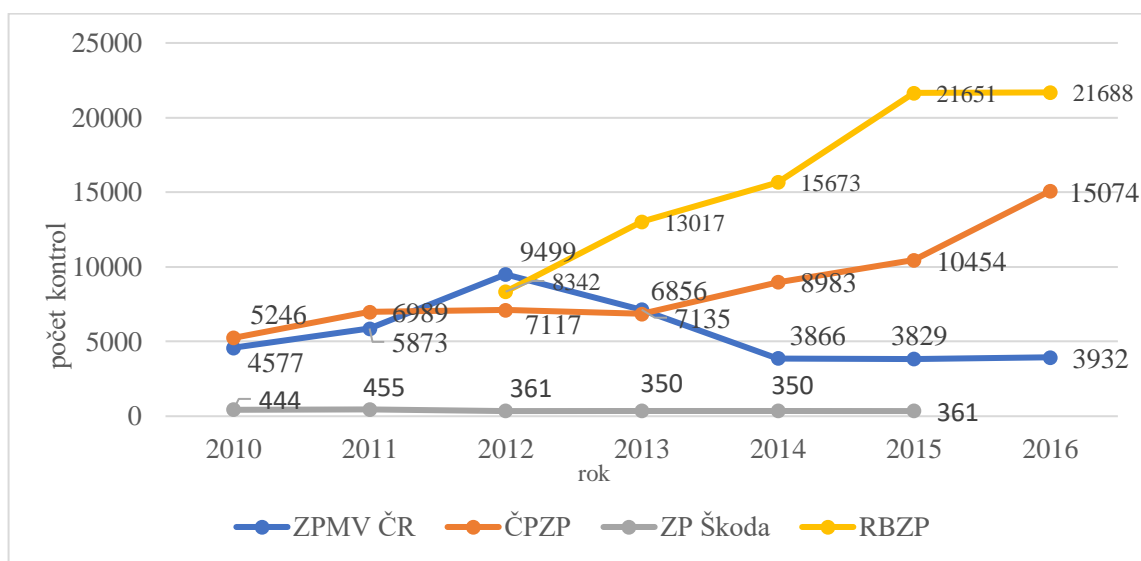
4.4 Kontrolní činnosti vybraných zdravotních pojišťoven

Pro srovnání kontrolní činnosti pojišťoven bude použita Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Zdravotní pojišťovna Škoda a Revírní bratrská zdravotní pojišťovna, ostatní zdravotní pojišťovny ve svých

výročních zprávách data užitá pro danou statistickou analýzu nezveřejňují. Data jsou tedy čerpána z výročních zpráv vybraných zdravotních pojišťoven v jednotlivých letech.

V grafu 12 je přehledně zobrazen počet provedených kontrol plátců veřejného zdravotního pojištění v kategorii zaměstnavatelů.

Graf 12 Počet kontrol provedených u zaměstnavatelů v období roku 2010-2016

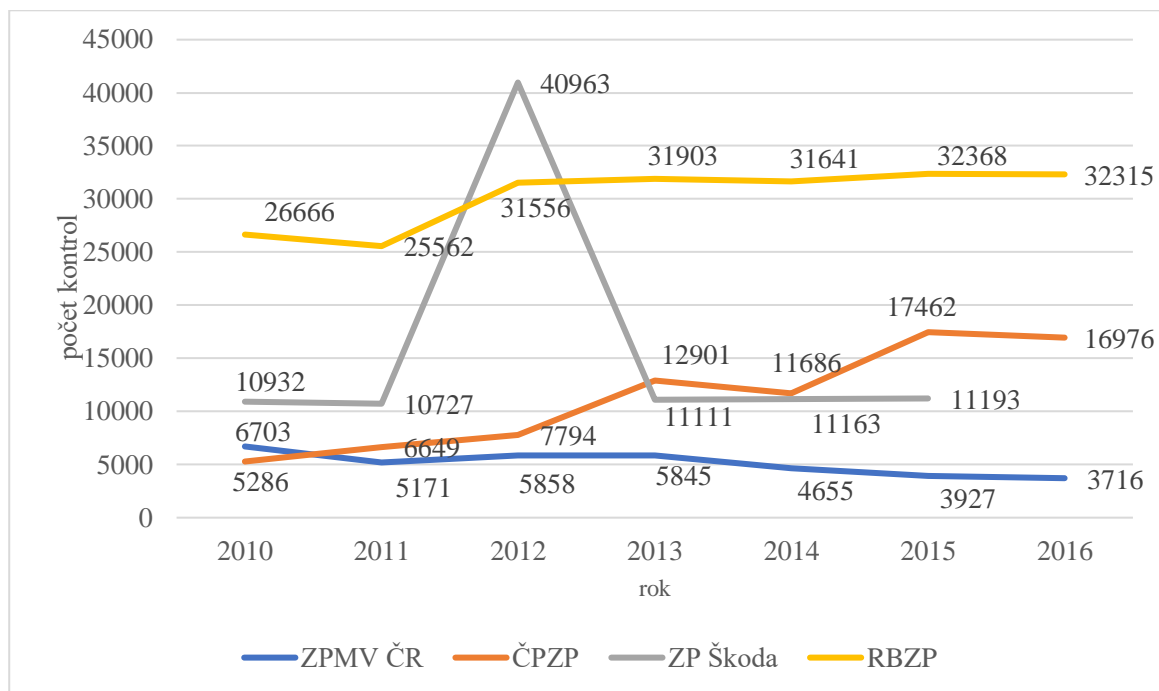


Zdroj 12 vlastní zpracování, výroční zprávy ZPMVČR, ČPZP, ZPŠ, RBZP (2018)

Z grafu 12 lze vyčíst, jak velký je rozdíl v počtu provedených kontrol ve vybraných pojišťovnách. Zdravotní pojišťovna Škoda má průměrně 350 kontrol za kalendářní rok, zatímco Revírní bratrská pojišťovna má 21 500 provedených kontrol zaměstnavatelů. Pokles kontrol plátců je výrazný u Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR. Velké rozdíly v počtu provedených kontrol u zaměstnavatelů může způsobovat jiný systém vykazování činnosti zdravotní pojišťovny. U Zdravotní pojišťovny Škoda nebyla statistická data za rok 2016 uveřejněna, proto nejsou v grafu znázorněna.

Graf 13 ukazuje počet provedených kontrol v kategorii Osob samostatně výdělečně činných.

Graf 13 Počet kontrol provedených u kategorie OSVČ v období let 2010-2016

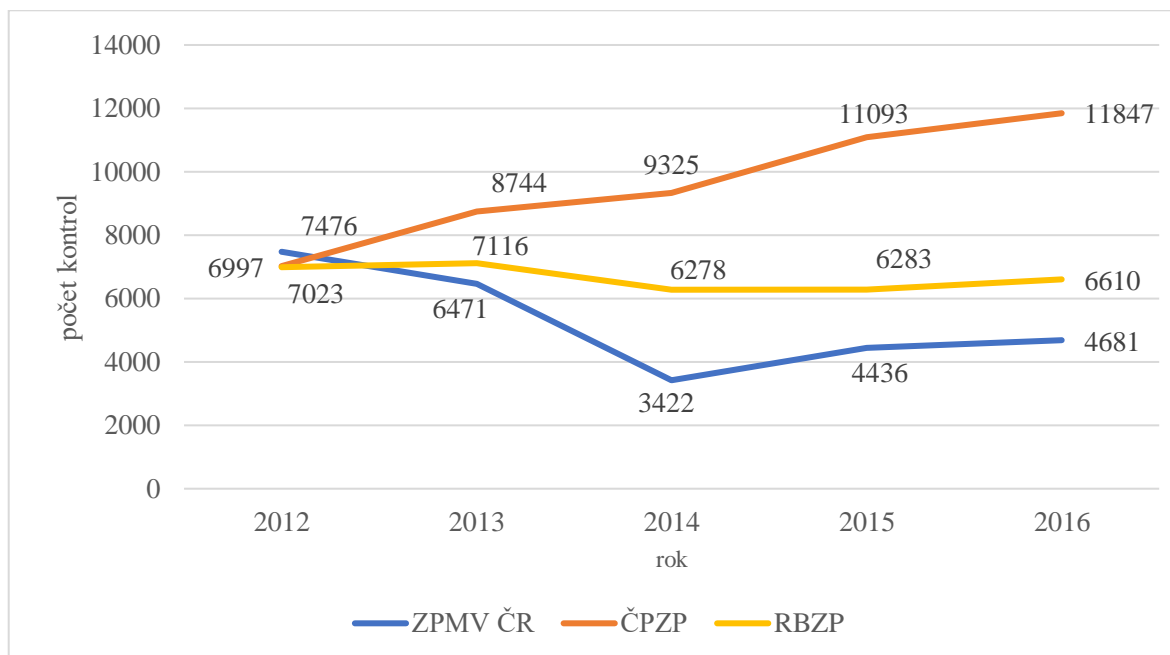


Zdroj 13 vlastní zpracování, výroční zprávy ZPMVČR, ČPZP, ZPŠ, RBZP (2018)

Dle grafu 13 dopadla nejhůře v porovnání s vybranými zdravotními pojišťovnami Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR, která od roku 2014 zaznamenává pokles v této kategorii. Nejlépe si v této kategorii vede Revírní bratrská pojišťovna, která dokáže za rok provést kontrolu u 32 000 plátců v kategorii OSVČ. Zdravotní pojišťovna Škoda zaznamenala v roce 2012 nárůst počtu kontrol bezmála v počtu o 30 000. Následující rok se vrátila k svému standardu. Z jakého důvodu došlo k takovému rozdílu, není zřejmé. Statistická data za rok 2016 pojišťovna Škoda nezveřejnila, proto nejsou v grafu 8 znázorněna.

V grafu 14 je zobrazeno počet provedených kontrol v kategorii Osob bez zdanitelných příjmů.

Graf 14 Počty kontrol u kategorie OBZP v letech 2012-2016

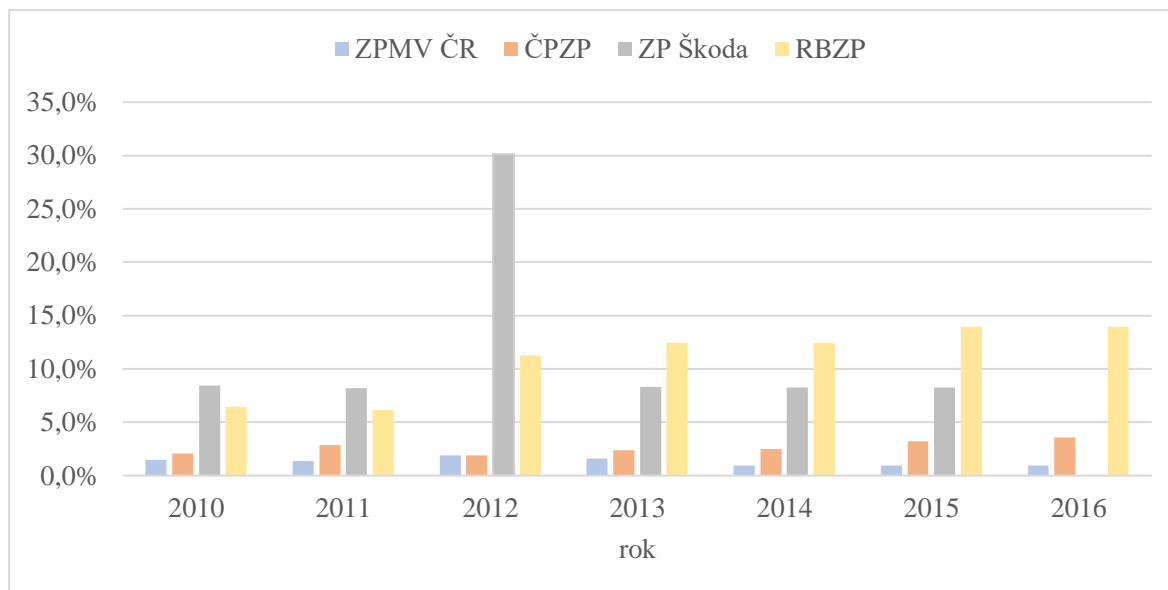


Zdroj 14: vlastní zpracování, výroční zprávy ZPMVČR, ČPZP, RBZP (2018)

Kategorie OBZP je kategorií samoplátců veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o osoby, které nejsou zaměstnány a není za ně plátcem pojistného stát, proto mají povinnost si zdravotní pojištění hradit samy. Graf 14 zobrazuje počty kontrol plátců pojistného v kategorii OBZP u vybraných zdravotních pojišťoven. U Zdravotní pojišťovny Škoda nebyla statistická data uveřejněna, proto nejsou v grafu znázorněna. Z grafu lze vyčíst, že nejproduktivnější zdravotní pojišťovnou v počtu kontrol v kategorii OBZP je Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, které od roku 2014 počet zkontrolovaných plátců roste. U Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR je možné zaznamenat v letech 2013-2014 velký pokles zkontrolovaných plátců pojistného, který mohl být například způsoben sloučením některých poboček této zdravotní pojišťovny nebo nedostatkem kontrolních pracovníků. Od roku 2015 je možné zaznamenat vzrůstající tendenci, a to i u Revírní bratrské zdravotní pojišťovny.

Graf 15 zobrazuje u kolika procent všech plátců byla provedena kontrola. K porovnání byla vybrána ZP MV ČR, ČP ZP a RB ZP.

Graf 15 Procento provedených kontrol z celkového počtu plátců ve vybraných zdravotních pojišťovnách v letech 2010-2016 (v %)

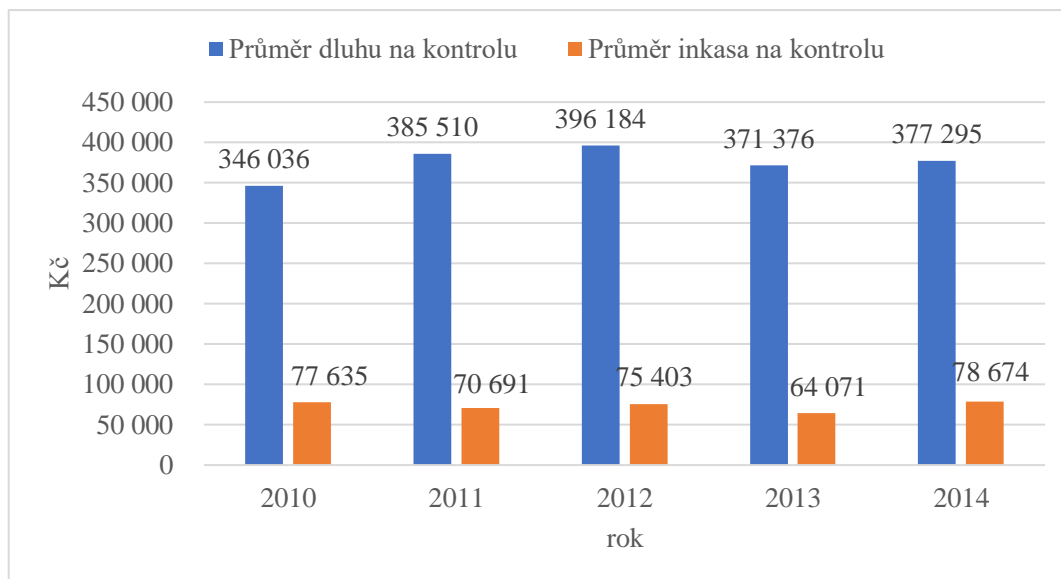


Zdroj 15 vlastní zpracování, výroční zprávy ZPMVČR, ČPZP, ZPŠ, RBZP (2018)

Z grafu 15 vyplývá, že vybrané zdravotní pojišťovny provádí na počet pojištěnců různé množství kontrol. Kontroly jsou v rozsahu od 0,9 % do 14 %. Rok 2012 byl u ZP Škoda nadprůměrný a ojedinělý. Ve sledovaném období pojišťovny zaznamenávají menší nárůst procenta provedených kontrol plátců nebo stagnaci. Výjimkou je pouze ZP MV ČR, která má nejnižší procento zkontrolovaných plátců pojistného. Tato pojišťovna vykázala od roku 2013-2014 pokles procenta kontrolovaných plátců, kdy změna mohla být způsobena slučováním poboček v roce 2013. V roce 2015 zaznamenává mírné zvýšení.

Graf 16 ukazuje průměrnou výši dluhu u provedené kontroly a průměrnou výši úhrady na jednu kontrolu u ZP MV ČR.

Graf 16 Průměrná výše dluhu a průměrná výše úhrady na provedenou kontrolu u ZP MV ČR v letech 2010-2014 (v Kč)



Zdroj 16 vlastní zpracování, výroční zprávy ZP MV ČR (2018)

Z grafu 16 je zřejmé, že průměrná výše dluhu, který byl vyčíslen kontrolním zprávou u ZP MV ČR, přesahuje 300 000 Kč. V roce 2012 se průměrný dluh plátců na jednu kontrolní zprávu přiblížil k hranici 400 000 Kč. Oproti tomu výše průměrné úhrady nepřekročí 80 000 Kč. Z grafu 16 je zřejmé, jak vysoké dluhy mají plátcí pojistného na veřejném zdravotním pojištění, a v jakém objemu zdravotní pojišťovna kontrolní činností tyto dluhy vyčíslí. Naproti tomu se zdravotní pojišťovně v této fázi nedaří vymoci dostatečné množství finančních prostředků.

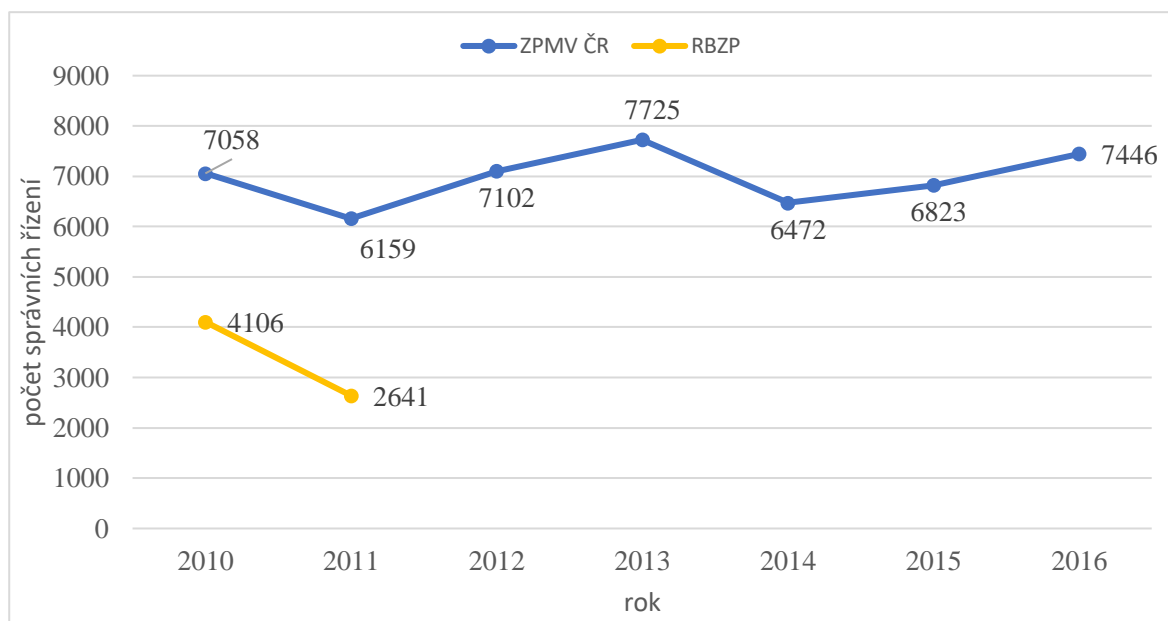
4.5 Rozbor zahájených správních řízení, vydaných výkazů nedoplatků a platebních výměrů ve vybraných zdravotních pojišťovnách v rámci vymáhání pohledávek na veřejném zdravotním pojištění

Zdravotní pojišťovny v rámci vymáhání pohledávek vzniklých neuhrazením veřejného zdravotního pojištění zahajují s plátcem dlužného pojistného správní řízení dle zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Cílem správního řízení je vydání platebního výměru a výkazu nedoplatků na dlužné pojistné.

K dané problematice bylo zjištěno, že jednotlivé zdravotní pojišťovny, které působí na území České republiky s výjimkou Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra využívají k vymáhání dlužného pojistného výkazy nedoplatků.

Graf 17 zobrazuje počty zahájených správních řízení v ZP MV ČR a RB ZP v letech 2010-2016.

Graf 17 Počty zahájených správních řízení na dlužném pojistném v období 2010-2016 u ZP MVČR a RBZP

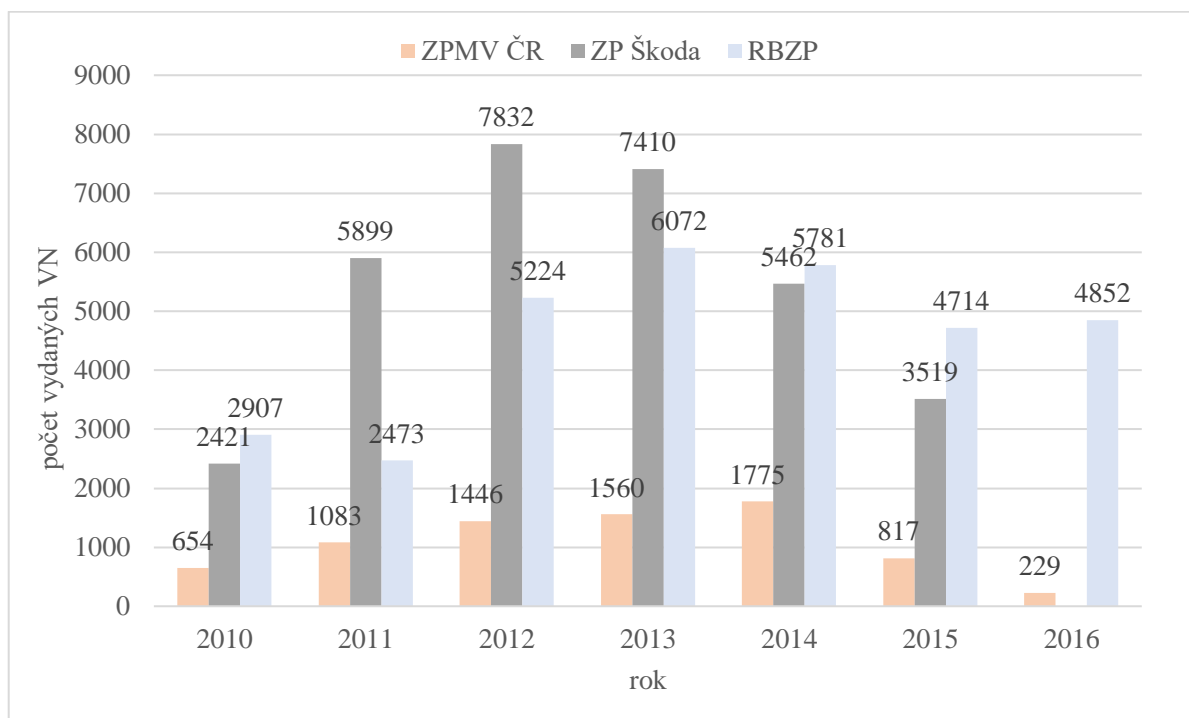


Zdroj 17 vlastní zpracování, výroční zprávy ZPMVČR, RBZP (2018)

V grafu 17 jsou zobrazena data pouze ZP MV ČR za období 2010–2016, a data RBZP za období 2010-2011. RB ZP upustila od vymáhání pohledávek formou správního řízení a pohledávky vymáhá výkazem nedoplatků. ZP MV ČR je jediná ze zdravotních pojišťoven, která preferuje správní řízení a vydávání platebních výměrů, z tohoto důvodu není porovnání více zdravotních pojišťoven. ZP MV ČR dosáhla nejvyššího počtu zahájených správních řízení v roce 2013, poté došlo k poklesu. Od roku 2015 zaznamenává stoupající tendenci v počtu zahájených správních řízení, přesto nedosáhla výsledků z roku 2013. Počet zahájených správních řízení má přímou souvislost s počtem kontrol plátců pojistného. Pokud nestoupá počet provedených kontrol plátců, nemůže stoupat ani počet zahájených správních řízení.

V grafu 18 jsou znázorněny počty vydaných výkazů nedoplatků v období let 2010-2016 ve vybraných zdravotních pojišťovnách.

Graf 18 Počet vydaných výkazů nedoplatků na dlužné pojistné v období let 2010-2016 ve vybraných zdravotních pojišťovnách.

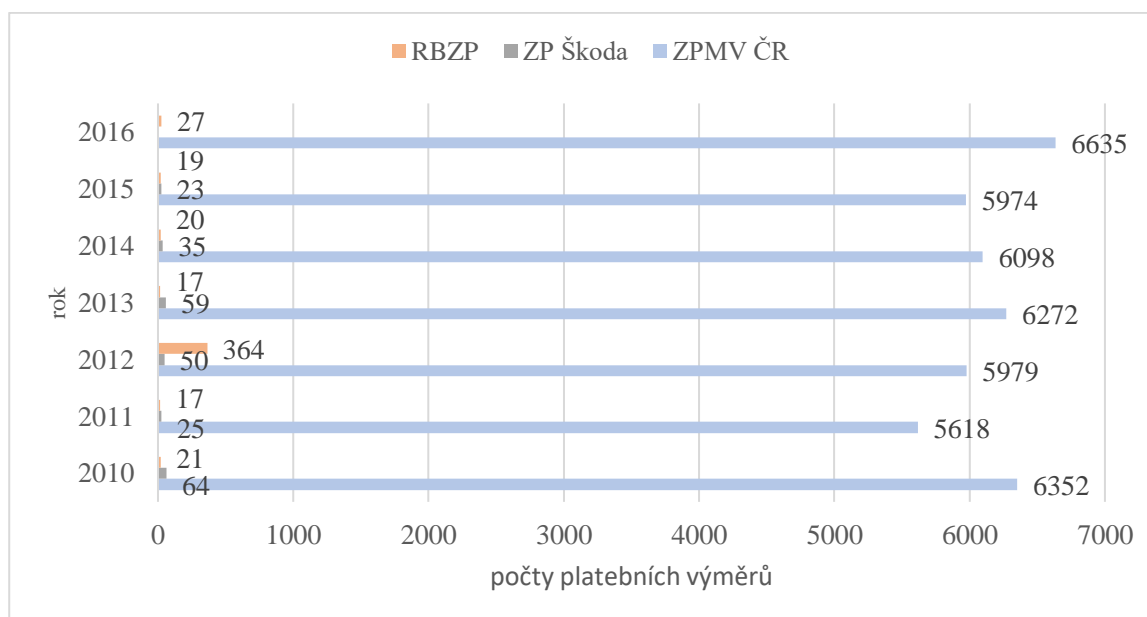


Zdroj 18 vlastní zpracování, výroční zprávy ZPMVČR, ZPŠ, RBZP (2018)

V grafu 18 jsou porovnány ZP MV ČR, ZP Škoda a RBZP. I když v předchozím grafu bylo konstatováno, že jediná ZP MV ČR využívá k vymáhání dlužného pojistného správní řízení a vydávání platebních výměrů, přesto ve výročních zprávách lze nalézt údaje i o vydaných výkazech nedoplatků. Je tedy zřejmé, že ZP MV ČR i tuto formu vymáhání dlužného pojistného využívá. Množství vydaných výkazů nedoplatků však od roku 2014 značně klesá. Zdravotní pojišťovna Škoda neměla k dispozici výsledky počtu vydaných výkazu nedoplatků za rok 2016, proto nejsou data dána k porovnání. Tato pojišťovna dosáhla nejvyššího počtu vydaných výkazů nedoplatků v roce 2012, kdy oproti roku 2010 zaznamenala nárůst počtu bezmála o 5000 výkazů nedoplatků. Od roku 2013 do roku 2015 má tendence vydávání výkazů nedoplatků klesající trend. Revírní bratrská zdravotní pojišťovna vykazuje od roku 2010-2013 vzrůstající tendenci, nicméně od roku 2014 zaznamenává úbytek vydaných výkazů nedoplatků. Stejně jako u zahájených správních řízení se i počet vydaných výkazů nedoplatků odvíjí od počtu provedených kontrol.

Graf 19 zobrazuje počet vydaných platebních výměřů za období let 2010-2016 ve vybraných zdravotních pojišťovnách.

Graf 19 Počet vydaných platebních výměřů na dlužné pojistné a penále v období let 2010-2016

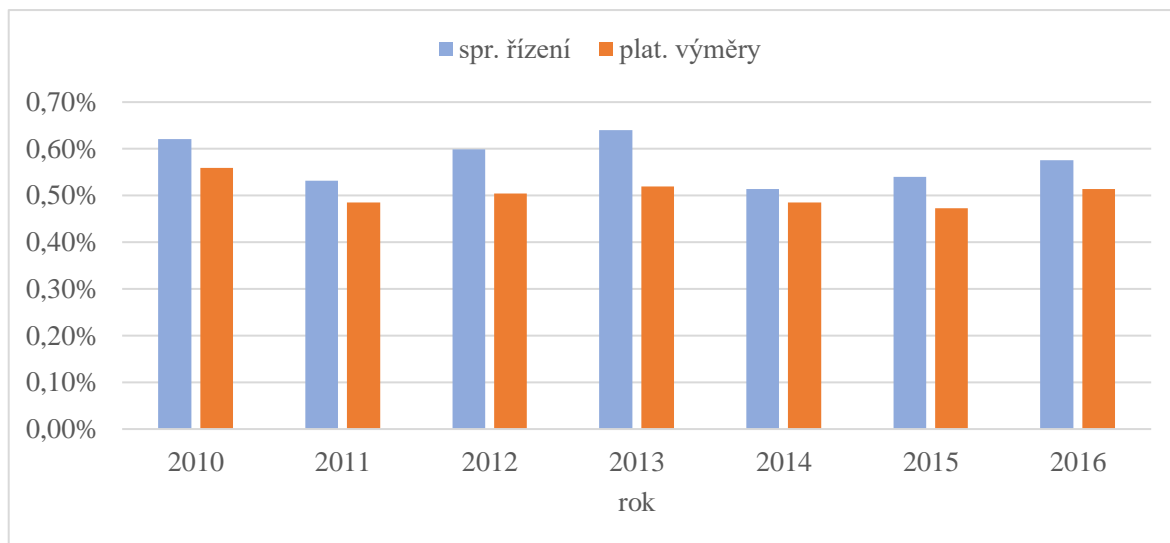


Zdroj 19 vlastní zpracování, výroční zprávy ZPMVČR, ZPŠ, RBZP (2018)

Platební výměř je forma rozhodnutí ve správním řízení, který slouží zdravotním pojišťovnám jako exekuční titul. Na základě vykonatelného platebního výměřu mohou zdravotní pojišťovny pohledávky na zdravotním pojištění vymáhat v exekučním řízení. Z grafu 19 je patrné, že ve vydávání platebních výměřů převyšuje ZP MV ČR ostatní vybrané zdravotní pojišťovny, protože ostatní zdravotní pojišťovny využívají k vymáhání dlužného pojistného výkazy nedoplatků.

Graf 20 zobrazuje procentní podíl pojištěnců ZP MV ČR, se kterými bylo zahájeno správní řízení ve věci neuhrazeného zdravotního pojištění a následně jim byl vydán platební výměř, jako rozhodnutí ve správním řízení.

Graf 20 Počet vydaných platebních výměrů a počet zahájených správních řízení z celkového počtu pojištěnců u ZP MV ČR v letech 2010-2016 (v %)



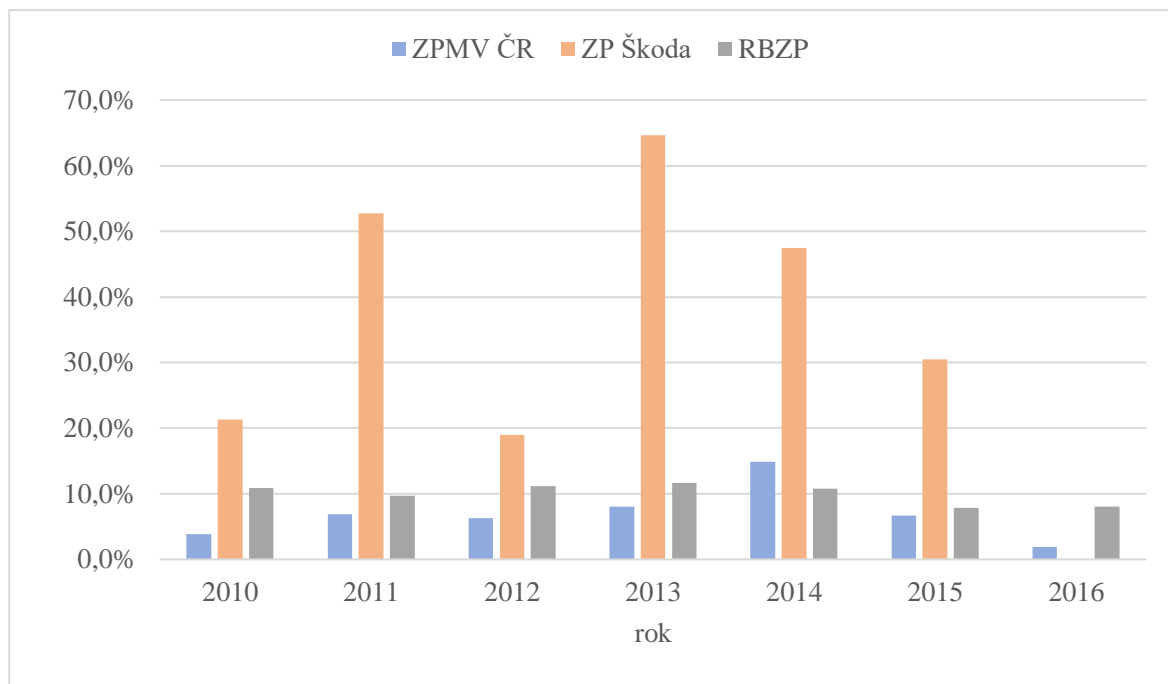
Zdroj 20 vlastní zpracování, výroční zprávy ZP MV ČR (2018)

Z grafu 20 je zřejmé, s jakým procentem pojištěnců ZP MV ČR zahajuje správní řízení, a kolika procentům pojištěnců je vydán platební výměr. Vývoj za jednotlivá období ukazuje, že existuje rozdíl v jednotkách procentních bodů. V roce 2013 ZP MV ČR zahájila správní řízení s největším počtem svých pojištěnců. Rozdíl mezi počtem pojištěnců se kterými bylo vedeno správní řízení a počtem pojištěnců, kterým byl vydán platební výměr, je způsoben tím, že někteří pojištěnci uhradí své dluhy na pojistném ještě před vydáním platebního výměru.

V grafu 21 lze vidět procento vydaných výkazů nedoplatků v jednotlivých zdravotních pojišťovnách z celkového počtu provedených kontrol plátců pojistného.

V případě, že zdravotní pojišťovna vydá výkaz nedoplatků a plátcem dlužného pojistného do 8 dnů podá proti tomuto výkazu námitku, zdravotní pojišťovna námitky posoudí a do 30 dnů může výkaz nedoplatků zrušit. Námitky nemají odkladný účinek a dnem doručení je výkaz nedoplatků vykonatelný. Poté zdravotní pojišťovna zahájí s plátcem dlužného pojistného správní řízení. Správní řízení se ukončuje vydáním platebního výměru. Proto jsou v grafu 21 uvedeny ZP MV ČR, ZP Škoda a RBZP, přesto, že bylo uvedeno, že tuto formu vymáhání nevyužívají.

Graf 21 Procento vydaných výkazů nedoplatků z celkového počtu kontrol plátců ve vybraných zdravotních pojišťovnách v letech 2010-2016



Zdroj 21 vlastní zpracování, výroční zprávy ZPMVČR, ZPŠ, RBZP (2018)

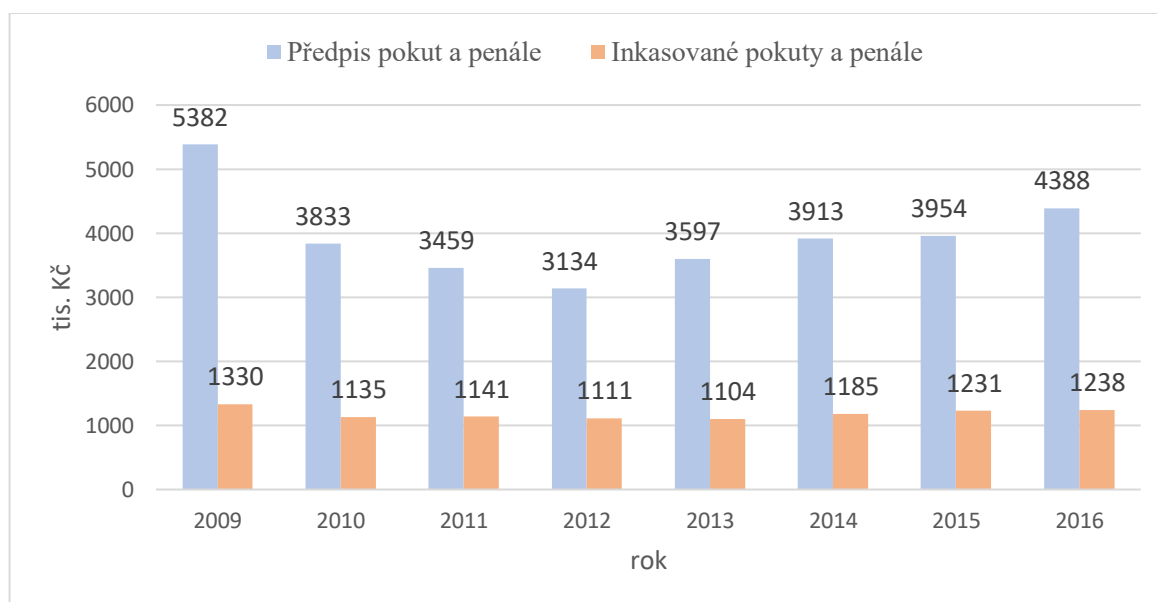
Graf 21 vyhodnocuje procento vydaných výkazů nedoplatků s počtem provedených kontrol plátců pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Opět zde vidíme vysoké procento v roce 2013 u ZP Škoda, které je způsobeno vysokým počtem provedených kontrol. Zdravotní pojišťovna Škoda vysoce přesahuje vybrané zdravotní pojišťovny v tomto srovnání. U ZP MV ČR se projevuje procentní pokles poměru vydaných výkazů nedoplatků k počtu kontrol, a to již z uvedeného důvodu, že pojišťovna využívá k vymáhání dlužného pojistného Platební výměry. Zdravotní pojišťovna Škoda neměla data z roku 2016 k dispozici. Revírní bratrská ZP se pohybuje v průměru kolem 10 % vydaných výkazů nedoplatků z celkového počtu kontrol plátců.

4.6 Rozbor předpisu a úhrad na penále a pokutách za nesplnění povinností v rámci České republiky

Dle platných právních předpisů, jako sankci za nedodržení lhůt pro zaplacení pojistného na veřejné zdravotní pojištění předepisuje zdravotní pojišťovna plátcům pojistného penále, a to ve výši 0,05 % za každý kalendářní den. Za to, že plátce pojistného na veřejném zdravotním pojištění nesplní své zákonné povinnosti vůči zdravotní pojišťovně, například nedodání přehledů, nepřihlášení zaměstnance, neplacení povinných záloh na veřejném zdravotním pojištění, může zdravotní pojišťovně plátcí udělit pokutu.

Graf 22 přehledně zobrazuje předepsané a uhrazené penále a pokuty za období 2009-2016 ve všech zdravotních pojišťovnách.

Graf 22 Předepsané a inkasované pokuty a penále na veřejném zdravotním pojištění za všechny zdravotní pojišťovny (v tis. Kč)

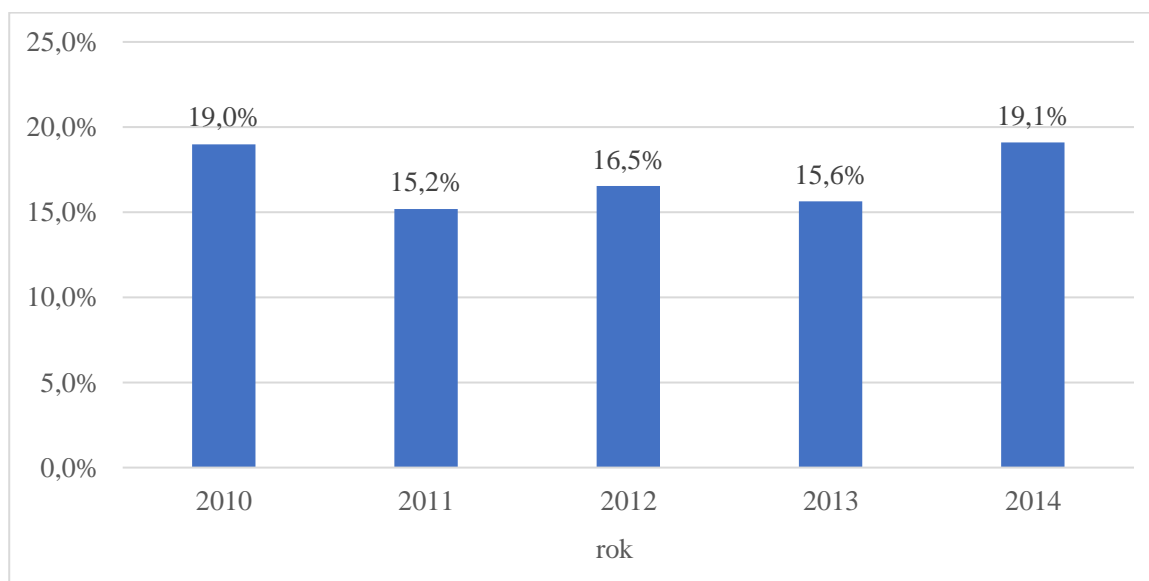


Zdroj 22 vlastní zpracování, ČSÚ (2018)

V grafu 22 jsou zobrazeny údaje o předpisech penále a pokut, které všechny zdravotní pojišťovny v letech 2009–2016 udělily, jako sankci plátcům veřejného zdravotního pojištění. Zároveň je v grafu pro srovnání uvedeno, kolik zdravotní pojišťovny obdržely úhrad oproti předpisům. Z grafu je zřejmé, že se předepsané penále a pokuty nedaří vymáhat v takové míře, v jaké je zdravotní pojišťovny předepisují. Z tabulky č. 17 je patrné, že podíl vymožených pokut a penále byl v roce 2009 24,7% a v roce 2016 28,2 %.

Graf 23 zobrazuje procentní vyjádření úspěšnosti vymáhaných pohledávek u ZP MV ČR z celkového předepsaného dlužného pojistného, penále i pokut. Vzhledem k tomu, že ostatní zdravotní pojišťovny data o úspěšnosti vymáhání pohledávek nezveřejňují, nelze jejich úspěšnost vzájemně porovnat.

Graf 23 Procentuální vyjádření vymožených dluhů na pojistném včetně pokut a penále u ZP MV ČR v období let 2010-2014



Zdroj 23 vlastní zpracování, analytická data ZP MV ČR (2018)

Z grafu 23 je zřejmé, že ZP MV ČR vymůže na celkovém dlužném pojistném, penále i pokutách pouze 15-19 % všech předepsaných dluhů. Úspěšnost vymáhání dlužného pojistného je tedy velmi nízká. Příčina může být ve špatné práci exekutorů, kteří nedostatečně vymáhají pohledávky. Další vliv má opakující se dluhy u jednotlivých plátců, kdy tito plátcí mají již několik exekucí.

4.7 Rozbor exekučních pohledávek ve vybraných zdravotních pojišťovnách na veřejném zdravotním pojištění

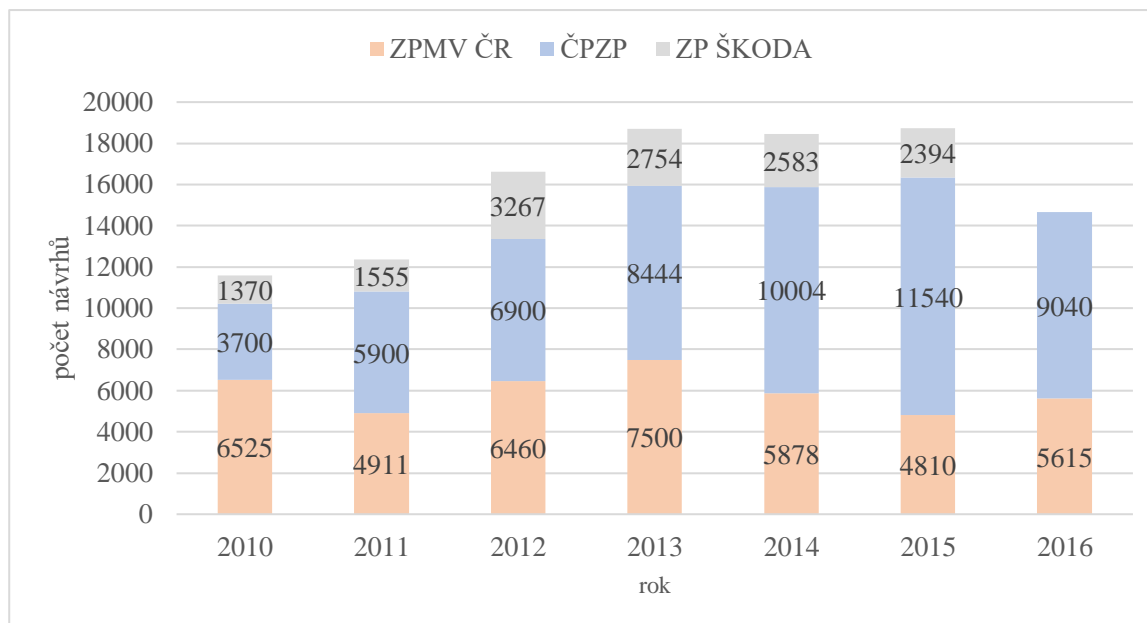
Poslední kapitolou ve věci vymáhání dlužného pojistného na veřejném zdravotním pojištění, která bude rozebrána je kapitola exekučního řízení. Vzhledem k zadluženosti velké

části populace v ČR, by měla být forma exekučního vymáhání až poslední možnost, ke které zdravotní pojišťovny přistoupí. Zdravotní pojišťovny by měly využívat všechny možné a dostupné prostředky pro komunikaci s klienty. To znamená, že by měly ověřovat a aktualizovat adresy, emaily a telefonní kontakty. Měly by se více soustředit na portfolio svých klientů a pracovat s ním.

Exekuční návrhy podávají zdravotní pojišťovny na základě pravomocných exekučních titulů, kdy v případě pohledávek na veřejném zdravotním pojištění se jedná o pravomocný výkaz nedoplatků a pravomocný platební výměr. Zdravotní pojišťovny podávají návrhy na exekuce prostřednictvím exekučního soudu nebo prostřednictvím soudního exekutora, kterého pověří vedením exekuce exekuční soud. Se zdravotní pojišťovnou tento soudní exekutor spolupracuje na základě uzavřené smlouvy o spolupráci. Exekuční řízení se vede do doby, než dojde k uhrazení dlužného pojistného, penále či pokuty. Exekuce se může ukončit usnesením o skončení exekuce i z důvodu nemajetnosti dlužníka, kdy se dluh vymáhá několik let bezvysledně. Na základě tohoto usnesení se pohledávka považuje za nedobytnou. Zdravotní pojišťovna může na základě usnesení nedobytnou pohledávku odepsat.

Graf 24 zobrazuje počty podaných exekučních návrhů v letech 2010-2016 ve vybraných zdravotních pojišťovnách.

Graf 24 Počty podaných exekučních návrhů na dlužném pojistném v letech 2010-2016 ve vybraných zdravotních pojišťovnách



Zdroj 24: vlastní zpracování, výroční zprávy ZPMVČR, ZPŠ, ČPZP (2018)

V grafu 24 jsou porovnána statistická data ZP MV ČR, ČP ZP a ZP Škoda. Lze vidět, že nejvíce podaných exekučních návrhů vykazuje ČP ZP, další pak ZP MV ČR. Nejméně podaných exekučních návrhů má ZP Škoda, a to i přesto, že vykázala v roce 2012 bezmála 40 000 kontrol v kategorii OSVČ. Data byla čerpána z výročních zpráv těchto zdravotních pojišťoven, kdy ZP Škoda neměla statistické údaje za rok 2016 zveřejněny.

Tabulka 1 vyjadřuje, u jakého procenta z celkového počtu pojištěnců ZP MV ČR zahájila exekuční řízení.

Tabulka 1 Procento exekucí z celkového počtu plátců u ZP MV ČR v období 2010-2016

| ZPMV ČR | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Exekuce | 6525 | 4911 | 6460 | 7500 | 5878 | 4810 | 5615 |
| Plátců | 1136830 | 1157355 | 1186964 | 1207918 | 1258081 | 1263024 | 1292763 |
| % plátců | 0,6 % | 0,4 % | 0,5 % | 0,6 % | 0,5 % | 0,4 % | 0,4 % |

Zdroj 25 vlastní zpracování, výroční zprávy ZP MV ČR (2018)

Z tabulky 1 je zřejmé, že počet zahájených exekučních řízení ku počtu plátců se pohybuje v průměru kolem půl procenta pojištěnců a v čase se příliš nemění. Z malého počtu exekučovaných plátců vyplývá, že tento nástroj zdravotní pojišťovna využívá v případech, kdy ostatní způsoby vymáhání pohledávek selhávají.

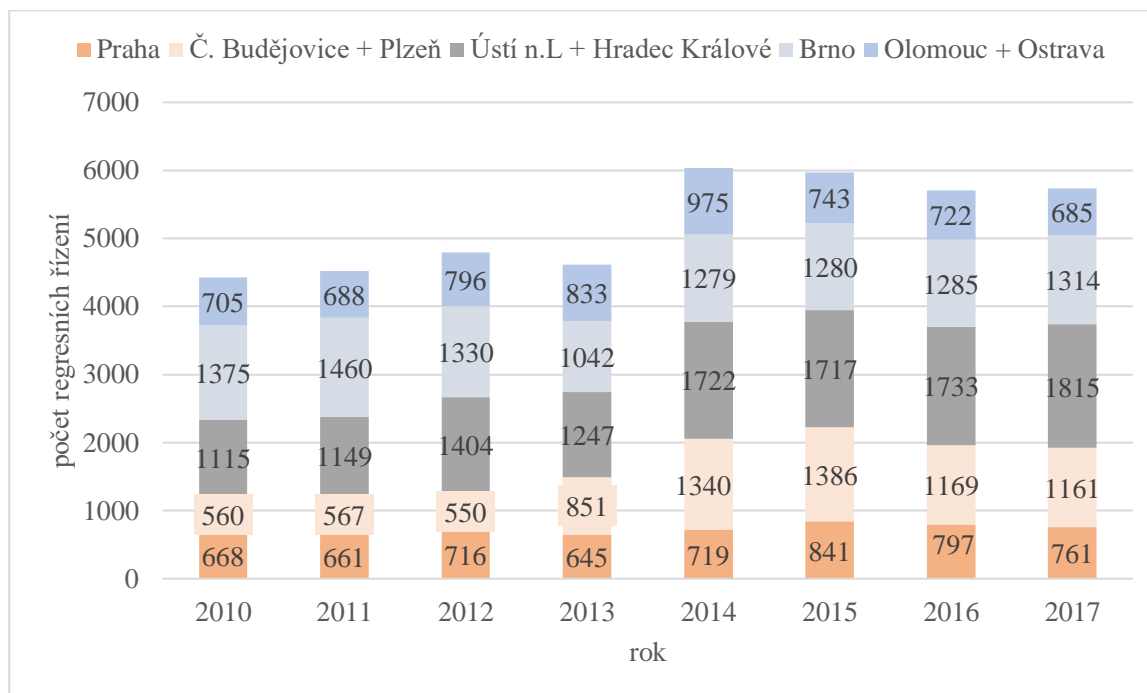
4.8 Rozbor vymáhání pohledávek z náhrad nákladů na hrazené služby na Zdravotní pojišťovně Ministerstva vnitra České republiky

Další pohledávky, které zdravotní pojišťovny vymáhají jsou pohledávky z náhrad nákladů na hrazené služby (dále „regresní pohledávka“). Uvedená data jsou Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR. V současné době žádná ze zdravotních pojišťoven výsledky úspěšnosti vymáhání regresních pohledávek nezveřejňuje. Statistická data ze Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR jsou uvedena z interních zdrojů této pojišťovny a na základě písemného souhlasu ředitele pobočky Ústí nad Labem a Hradec Králové

Vymáhání pohledávek z náhrad nákladů za hrazené služby se řídí ustanovením § 55 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tyto pohledávky vznikají tím, že je způsobena újma na zdraví pojištěnci příslušné zdravotní pojišťovny, a to převážně protiprávním jednáním třetí osoby. Toto jednání nemusí být úmyslné, může se jednat i o nedbalost. Jedná se o pohledávku, která se skládá ze zdravotních výkonů, které zdravotní pojišťovna uhradila za léčení svého pojištěnce zdravotnickým zařízením, a které bezprostředně souvisí s újmou na zdraví. Zdravotní pojišťovna nevymáhá pohledávky po svých pojištěncích, pokud si újmu na zdraví způsobili sami, a to z nedbalosti, nebo úmyslně.

V grafu 25 je znázorněno počet zahájených regresních řízení, dle jednotlivých poboček ZP MV ČR v období let 2010-2017.

Graf 25 Počty zahájených regresních řízení u ZPMV ČR, dle poboček v letech 2010–2017



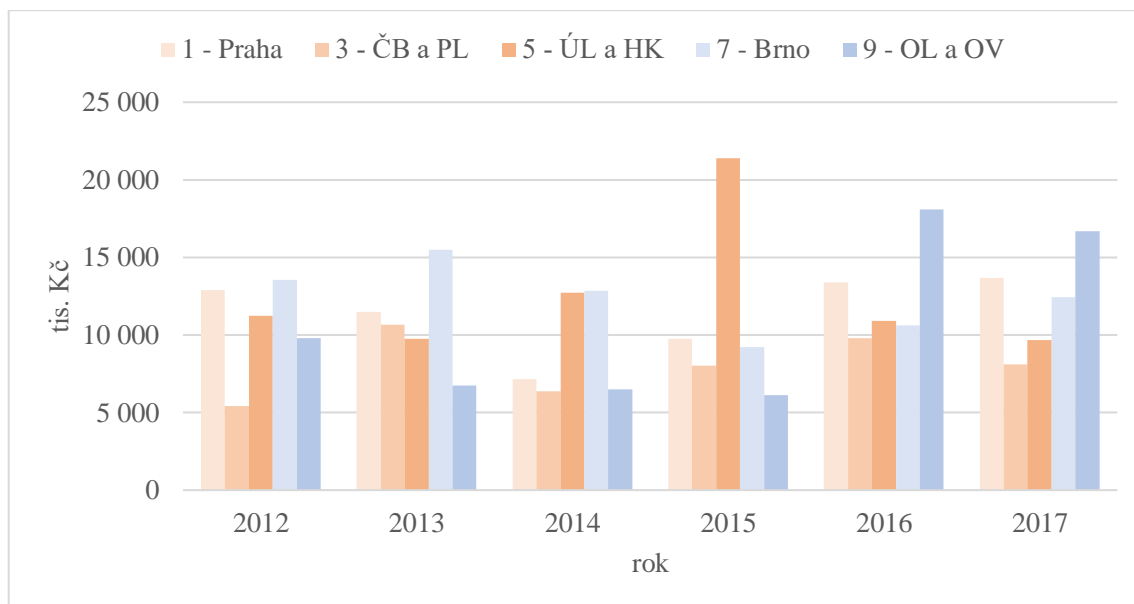
Zdroj 26 vlastní zpracování, analytická data ZP MV ČR (2018)

Graf 25 znázorňuje celkové množství zahájených regresních řízení v celé Zdravotní pojišťovně Ministerstva vnitra ČR. Počet zahájených regresních řízení mírně klesá. Je zřejmé, že nejvyšší počet regresních řízení vykazuje pobočka Ústí nad Labem a Hradec Králové, kdy tato pobočka zahrnuje kraje Ústecký, Liberecký, Královéhradecký a Pardubický. Důvod může být vyšší nezaměstnanost a sociálně vyloučené lokality.

Zdravotní pojišťovna MV ČR eviduje v současné době pět poboček – pobočka Praha, České Budějovice a Plzeň, Ústí nad Labem a Hradec Králové, Brno, Olomouc a Ostrava. Počet zahájených regresních případů znamená, kolik zdravotní pojišťovna obdržela podnětů nebo oznámení s podezřením ze způsobení zranění jejímu pojištěnci třetí osobou. V těchto regresních případech jsou například zahrnuty úrazy z dopravních nehod, napadení, pokousání psem, podávání alkoholu a drog mladistvým, zaviněné pracovní úrazy, úrazy při lyžování, nebo úrazy dětí vzniklé nedostatečným dohledem dospělého. V jednotlivých pobočkách je různé množství zahájených regresních řízení. Záleží na mnoha faktorech, např. na skladbě obyvatelstva, sociálních podmínkách v daném regionu a nehodovosti, resp. dopravní situaci. V těchto oblastech je pak zvýšená kriminalita, která se promítá i do regresních řízení.

Graf 26 zobrazuje vymožené regresní pohledávky v letech 2012-2017 za jednotlivé pobočky.

Graf 26 Vymožené pohledávky v regresním řízení u ZPMV ČR v letech 2012-2017 (v tis. Kč)

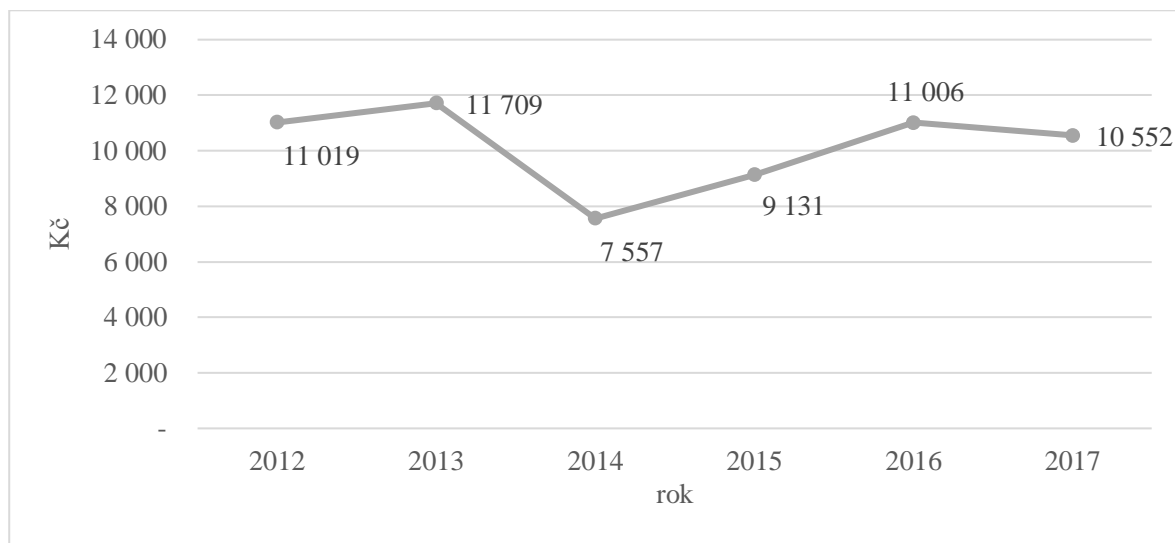


Zdroj 27: vlastní zpracování, analytická data ZP MV ČR (2018)

Z grafu 26 je patrné, kolik bylo uhrazeno na jednotlivých pobočkách ZP MV ČR za léčení pojištěnců, kterým byla způsobena újma na zdraví zaviněním jednáním třetí osoby. Pobočka Ústí nad Labem a Hradec Králové v letech 2014-2016 zahájila okolo 1700 regresních případů, ale vymožené částky v těchto letech jsou velice rozdílné. Na výsledné vymožené pohledávce se nepodílí množství regresních případů, jako zdravotní stav pojištěnců po napadení, dopravních nehodách a jiných úrazech. Některé těžké úrazy a nehody pojištěnců jdou v nákladech za léčení do milionů korun českých za rok, a i několik let za sebou. Proto u těchto pohledávek nelze dopředu predikovat jejich vývoj.

Graf 27 popisuje vývoj průměrné vymožené pohledávky na jedno regresní řízení u ZP MV ČR.

Graf 27 Průměrné vymožené částky na jeden zahájený regres v letech 2012-2017 u ZP MV ČR



Zdroj 28 vlastní zpracování, analytická data ZP MV ČR (2018)

Z grafu 27 lze vyčíst, že průměrná výše jednoho regresního řízení je kolísavá. Nedá se přesně dopředu predikovat jakým způsobem se vymáhání pohledávek z náhrad nákladů bude vyvíjet.

Tabulka 2 zobrazuje počet zahájených regresních řízení k počtu pojištěnců v ZP MV ČR.

Tabulka 2 Procento zahájených regresních řízení z celkového počtu pojištěnců v letech 2010-2016

| ZPMV ČR | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Regresy | 4423 | 4525 | 4796 | 4618 | 6035 | 5967 | 5706 |
| Pojištěnci | 1136830 | 1157355 | 1186964 | 1207918 | 1258081 | 1263024 | 1292763 |
| % pojištěnců | 0,39 % | 0,39 % | 0,40 % | 0,38 % | 0,48 % | 0,47 % | 0,44 % |

Zdroj 29 vlastní zpracování, analytická data ZP MV ČR (2018)

Z tabulky 2 vyplývá, že regresní řízení se zahajuje jen u necelého půl procenta z celkového počtu pojištěnců, přičemž tento podíl se v průběhu let nijak významně nemění. Vzhledem k tomu, že se regresní řízení vede v případech, kdy zdravotní pojišťovna má vůči třetí osobě právo na náhradu těch nákladů na hrazené služby, které vynaložila v důsledku zaviněného protiprávního jednání této třetí osoby vůči pojištěnci, je počet regresních řízení úměrný počtu regresních řízení.

V tabulka 3 je zobrazen počet regresních řízení, výše vymožených pohledávek a průměr jednoho regresního řízení na každý jednotlivý rok v letech 2012-2017.

Tabulka 3 Počty regresních řízení, vymožená částka a průměrná částka jednoho regresního řízení u ZP MV ČR v letech 2012-2016

| Regresy | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| počet | 4 796 | 4 618 | 6 035 | 5 967 | 5 706 | 5 736 |
| celkem Kč | 52 845 000 | 54 074 000 | 45 607 000 | 54 485 000 | 62 799 000 | 60 527 000 |
| průměr v Kč | 11 019 | 11 709 | 7 557 | 9 131 | 11 006 | 10 552 |

Zdroj 30: vlastní zpracování, analytická data ZP MV ČR (2018)

Z výsledků uveřejněných v tabulce 3 je zřejmé, že i když v roce 2015 bylo zahájeno o 250 regresních případů více než v roce 2016, tak výše vymožené částky a průměrná částka je vyšší v roce 2016 než v roce 2015.

Příjem zdravotní pojišťovny z regresních náhrad je příjmem zdravotní pojišťovny, která z těchto prostředků hradí různé benefity pro své pojištěnce. I když tyto pohledávky nejsou v objemu prostředků pro zdravotní pojišťovny srovnatelné s příjmem na zdravotním pojištění, nejsou v celkových částkách pro pojišťovnu zanedbatelné.

Samostatnou kapitolou by pak mohla být diskuse o účasti pojištěnců zdravotní pojišťovny na úhradě vzniklých regresních pohledávek v případě, kdy si za své zranění mohou sami nebo mají na svém zranění určitou míru spoluzavinění. Jedná se o zavinění dopravní nehody pod vlivem alkoholu, kdy je pojištěnec řidič, nebo si sedne k řidiči o kterém ví, že je pod vlivem alkoholu jako spolujezdec. I další úrazy jsou spojené s dopravní nehodou např. cyklista nepoužije helmu i když ví, že tak může zmírnit následky pádu, spolujezdec v automobilu není připoután bezpečnostním pasem atd. Za všechna tato spoluzavinění je zdravotní pojišťovna krácena komerčními pojišťovnami, které hradí náklady za léčení v rozsahu zákonného pojištění vozidla u nás známého jako povinné ručení.

5 Zhodnocení výsledku a diskuse

V České republice jsou pojištěnci rozvrženi mezi zdravotní pojišťovny nerovnoměrně. Dominuje VZP s počtem pojištěnců okolo 6 milionů. Druhý nejvyšší počet pojištěnců vykazuje dlouhodobě ZP MV ČR s počtem 1,2 milionu pojištěnců následována ČP ZP. Ve sledovaném období došlo k nárůstu počtu pojištěnců u všech zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, přičemž rekordní nárůst vykazala v roce 2016 právě ČP ZP s nárůstem o 72 % oproti roku 2010. Z analýzy údajů o počtech pojištěnců vyplývá postupná tendence přechodu pojištěnců od VZP k zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám.

Minimální zálohy na veřejné zdravotní pojištění u OBZP a OSVČ jsou závislé na tom, jak se vyvíjí minimální mzda v ČR. Z porovnání průměrné hrubé mzdy a minimální mzdy pak vyplynulo, že průměrná hrubá mzda ve vztahu k minimální mzdě od roku 2006 do roku 2012 stále stoupá, po mírném poklesu v roce 2013 opět stoupla a od roku 2014 stále mírně klesá. Tento pokles poměru mezi průměrnou hrubou a minimální mzdou je zapříčiněn postupným nárůstem minimální mzdy v posledních letech ekonomického růstu, kdy ze 7 500,-Kč v roce 2006 stoupla na částku 12 200,-Kč v roce 2016. Stejným tempem rostly i minimální zálohy na veřejné zdravotní pojištění u OSVČ a OBZP a to z 1 218,-Kč resp. 1 022,-Kč v roce 2006 na 1 906,-Kč resp. 1 485,-Kč v roce 2016.

Vyhodnocením statistických dat předepsaného pojistného na veřejné zdravotní pojištění v České republice, bylo zjištěno, předepsané pojistné u zdravotních pojišťoven narůstá. Z rozboru předepsaného pojistného dle jednotlivých plátců vyplývá, že nejvyšší část předepsaného pojistného odvádějí zaměstnavatelé a nejnižší je pojistné u OBZP.

Z výročních zpráv jednotlivých zdravotních pojišťoven vyplynulo, že vykazují různé počty provedených kontrol plátců pojistného ve všech kategoriích plátců. Ve sledovaném období let 2010 až 2016 počty provedených kontrol u většiny pojišťoven postupně stoupají, pouze u ZP MV ČR je zaznamenán pokles. Ve vztahu k počtu plátců sledovaných zdravotních pojišťoven jsou kontroly prováděny jen u malého procenta plátců od 1 % kontrol u ZP MV ČR po 14 % kontrol u RB ZP. Z výsledků práce jednoznačně vyplývá, že pro efektivnější výběr pojistného na zdravotní pojištění je třeba provádět více kontrol plátců.

Z rozboru dat bylo zjištěno, že na jednu kontrolu provedenou zdravotní pojišťovnou u plátců připadá průměrný dluh na pojistném ve výši od 346 036,-Kč v roce 2010 do 396 184,-Kč v roce 2012. Na jednu kontrolu se pak zdravotním pojišťovnám daří vymáhat částky od 64 071,-Kč v roce 2013 do 78 674,-Kč v roce 2014.

Z práce dále vyplynulo, že ZP MV ČR jako jediná preferuje vymáhání dlužného pojistného formou správního řízení a vydávání platebních výměrů. Naproti tomu ostatní zdravotní pojišťovny preferují vydávání výkazů nedoplatků. Studium právních předpisů, které zdravotním pojišťovnám umožňují dlužné pojistné vymáhat formou vydávání platebních výměrů i výkazů nedoplatků, bylo zjištěno, že výkazy nedoplatků, jako forma rozhodnutí ve správním řízení, se jeví jako efektivnější. Takto vedené řízení je kratší a méně zatěžuje pracovníky, kteří agendu spravují.

ZP MV ČR ve sledovaném období let 2010 až 2016 zahajuje správní řízení a vydává platební výměry v podobném rozsahu. Ve vztahu k celkovému počtu pojištěnců je správní řízení zahajováno u 0,6 % pojištěnců a platební výměry jsou vydávány u 0,5 % pojištěnců. Výkazy nedoplatků ze sledovaných zdravotních pojišťoven využívá nejvíce ZP Škoda, která je vydala z celkového počtu provedených kontrol v roce 2013 u 64,7 %. ZP MV ČR dle vyhodnocovaných dat vydává výkazy nedoplatků jen u malého množství provedených kontrol, kdy se pohybuje od 3,9 % v roce 2010 do 14,9 % v roce 2014. V posledních letech však tento počet klesá a v roce 2016 byl výkaz nedoplatků vydán jen u 1,9 % provedených kontrol, což je nedostatečné.

Stává se běžnou praxí, že zdravotní pojišťovny evidují na jednoho plátce i několik exekučních řízení. Pohledávky se v tomto případě jeví jako nevymahatelné, přesto neexistuje způsob, jak takové situace řešit. V tomto směru není efektivní ani oddlužení, protože mnohdy si plátci neuvědomují, že mají povinnost hradit splátky v oddlužení, ale současně si musí hradit i běžné pojistné, aby jim nevznikal nový dluh a tím neporušovali podmínky oddlužení. Exekuční řízení je zahajováno u ZP MV ČR dle vyhodnocených dat průměrně u 0,5 % celkového počtu plátců.

Pohledávky z náhrad nákladů za hrazené služby jsou pohledávkami, o kterých občané ČR nemají velkou povědomost. Statistická data byla zajištěna ze ZP MV ČR. Na údajích lze vidět, že počet regresních případů a vymožené finanční prostředky nejsou zanedbatelné. ZP MV ČR využívá současnou platnou právní úpravu a s pohledávkami pracuje efektivně. Průměrná vymožená částka na jednu regresní pohledávku se ve sledovaném období příliš nemění a kolísá mezi 10 522,-Kč a 11 709,-Kč, jediným rozdílem je rok 2014, kdy tato průměrná částka poklesla na 7 557,-Kč. Počty regresních řízení ve sledovaném období stále stoupají, z celkového počtu pojištěnců ZP MV ČR jde ale jen o 0,38 % - 0,48 %.

Všeobecně lze konstatovat, že pro zdravotní pojišťovny představuje problém přechod pojištěnců v rámci zdravotních pojišťoven, protože někteří mění svou zdravotní pojišťovnu každý rok. Z tohoto důvodu je takový pojištěnec pro zdravotní pojišťovny administrativní zátěží, neboť musejí častěji takové pojištěnce kontrolovat. Většinou se jedná o pojištěnce, kteří nepracují a nejsou kontaktní na trvalých adresách. Zdravotním pojišťovnám by při vymáhání pohledávek pomohl přímý přístup k údajům z centrální evidence obyvatel a možnost sdílet informace o občanech v rámci státních institucí. Zdravotní pojišťovny spolupracují s Úřady práce, Finančními úřady a ČSSZ, aby zjistily jakékoliv informace o svých pojištěncích, což představuje další administrativní zátěž a tím dochází k prodloužení délky řízení. Další problém spočívá v nedostatečném počtu pracovníků na úsecích vymáhání dlužného pojistného. Z práce vyplynulo, že některé pojišťovny vykazují úbytek kontrolní činnosti a následných řízení, přičemž počty pojištěnců jsou víceméně stejné. Vyhodnocením efektivity jednotlivých způsobů vymáhání pohledávek bylo zjištěno, že by ZP MV ČR měla vydávat výkazy nedoplatků u většího počtu dlužníků, čímž by došlo k zefektivnění práce na úseku vymáháním pohledávek.

6 Závěr

Závěrem lze říci, že zdravotní pojišťovny pracují s platnými právními předpisy, které správně aplikují do praxe a využívají při správě a vymáhání pohledávek na zdravotním pojištění. Přestože roste objem vybraného pojistného na zdravotním pojištění, není tento růst způsoben efektivnějším vymáháním pohledávek, ale spíše ekonomickým růstem. Větší výběr pojistného zdravotním pojišťovnám nezaručí ani přechody pojištěnců. Zdravotním pojišťovnám náborů pojištěnců přináší větší finanční výdaje a administrativní zátěž.

Problémem zdravotních pojišťoven je nedostatečná kontrolní činnost. Zdravotních pojišťovny vykazují mírný nárůst kontrol plátců, ale v porovnání s počty pojištěnců se jedná o malé procento zkontrolovaných plátců. Nejhůře ze zdravotních pojišťoven dopadla ZP MV ČR. Tento výsledek lze přikládat tomu, že ZP MV ČR vykazuje nejméně zaměstnanců na počet pojištěnců ve srovnání s jinými zdravotními pojišťovnami, kdy na jednoho zaměstnance této pojišťovny připadá 2 100 pojištěnců, což je téměř o 500 pojištěnců více než například u VZP (tab.18). Kategorie zaměstnavatelů přináší zdravotním pojišťovnám nejvyšší procento úhrad zdravotního pojištění. Nejméně do systému zdravotního pojištění odvádí kategorie OBZP. Správa pohledávek na zdravotních pojišťovnách je závislá na počtu provedených kontrol. Nejeftivnější způsob vymáhání pohledávek na zdravotním pojištění je vydávání výkazů nedoplatků. Toto řízení není tak nákladné, je méně administrativně náročné a rychlejší než vydávání platebních výměrů. Zdravotním pojišťovnám ztěžuje výběr pojistného i množství exekučních a insolvenčních řízení. Plátcí mají i několik po sobě jdoucích exekucí, případně podávají insolvenční návrh. Problém pro zdravotní pojišťovny nastává ve chvíli, kdy musí včas přihlásit pohledávku do insolvenčního řízení. Opět je nutné zajistit dostatečný počet pracovníků, kteří budou s exekučními pohledávkami neustále pracovat.

V příštích letech je rovněž třeba věnovat pozornost agendě vymáhání pohledávek z náhrad nákladů, která zůstává opomenuta, navzdory tomu, že by mohla zdravotním pojišťovnám přinést nemalé finanční prostředky. Další problém, který z práce vyplynul je potřeba sjednocení vykazování výsledků činnosti zdravotních pojišťoven a jeho následné doplnění o přehled pohledávek z náhrad nákladů.

7 Seznam použitých zdrojů

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2015. 320 s. ISBN 978-80-247-5147-4.

ČERVINKA, Tomáš a Antonín DANĚK. *Zdravotní pojištění: zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ: s komentářem a příklady*. Olomouc: ANAG, 2009-. Práce, mzdy, pojištění. 175 s. ISBN 978-80-7263-999-1.

ČEPICOVÁ, Kateřina. *Nejčastější právní situace: rádce pro každý den*. Brno: Edika, 2014. 181 s. ISBN 978-80-266-0406-8.

DUPALOVÁ, Zuzana. *Směrnice ZP MV ČR, Správa a vymáhání pohledávek z náhrad nákladů, 2017*

DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.

HENDRYCH, Dušan. *Správní právo: obecná část*. 9. vydání. V Praze: C.H. Beck, 2016. Academia iuris (C.H. Beck). 600 s. ISBN 978-80-7400-624-1.

HRAZDILOVÁ, Lenka JUDr. *Směrnice ZP MV ČR, Upuštění od vymáhání pohledávek z náhrad nákladů, 2017*

CHVOJKOVÁ, Marta. *Směrnice ZP MV ČR PP 03.01.04, Kontrolování plátců pojistného, 2016*

KNAPPOVÁ, Marta, Jiří ŠVESTKA a Jan DVOŘÁK. *Občanské právo hmotné 2. 4., aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: ASPI, 2005. 196 s. ISBN 80-7357-131-5.

KOBÍK, Jaroslav a Alena KOHOUTKOVÁ. *Daňový řád s komentářem*. Olomouc: ANAG, 2013. Daně (ANAG). 1192 s. ISBN 978-80-7263-769-0.

MRÁZOVÁ, Anežka, RICHTEROVÁ, Hana. *Směrnice ZP MV ČR 03.01., Výběr pojistného, 2016*

MRÁZOVÁ, Anežka. *Směrnice ZP MV ČR, Vymáhání pohledávek za pojistným, penále a pokutami, 2016*

MRÁZOVÁ, Anežka. *Směrnice ZP MV ČR, Odstraňování tvrdosti na pobočkách, 2017*

MRÁZOVÁ, Anežka. Směrnice ZP MV ČR, *Soudní a mimosoudní vymáhání pohledávek na pojistném, penále a pokutách*, 2016

MIKYSKA, Martin. *Odškodňování pracovních úrazů a nemocí z povolání*. 4. aktualiz. a dopl. vyd. Olomouc: ANAG, 2010. Práce, mzdy, pojištění. 213 s. ISBN 978-80-7263-569-6

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

SMOLÍK, Petr. *Oddlužení v právním řádu ČR*. V Praze: C.H. Beck, 2016. Právní praxe. 352 s. ISBN 978-80-7400-617-3.

SPIRIT, Michal. *Úvod do studia práva*. 2. vyd., aktualiz. dle nového občanského zákoníku. Praha: Grada, 2014. Expert (Grada). 190 s. ISBN 978-80-247-5280-8.

ŠÍNOVÁ, Renáta a Ingrid KOVÁŘOVÁ KOCHOVÁ. *Civilní proces*. V Praze: C.H. Beck, 2015. 331 s. ISBN 807400600X.

VEBER, Jaromír a Jitka SRPOVÁ. *Podnikání malé a střední firmy*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Expert (Grada). 336 s. ISBN 978-80-247-4520-6.

VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

ZATLOUKAL, Tomáš a Lenka KRUPIČKOVÁ. *Daňová kontrola v širších souvislostech*. 2., přeprac. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2011. Beckova edice právní instituty. 348 s. ISBN 978-80-7400-366-0.

Zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění.

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Zákon č. 168/1999 Sb. - Zákon o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojištění odpovědnosti z provozu vozidla)

Zákon č. 499/2004 Sb. - Zákon o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů.

Zákon č. 500/2004 Sb., Správní řád.

Zákon č. 182/2006 Sb., Zákon o úpadku a způsobech jeho řešení (insolvenční zákon)

Zákon č. 89/2012 Sb., Nový občanský zákoník

Vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD *Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven* (online). 2018 (16.1.2018). Dostupné z www: <https://www.czso.cz/csu/czso>

ČESKÁ POJIŠŤOVNA a.s. *Pojištění odpovědnosti občana* (online). 2018 (cit. 10.1.2018). Dostupné z www: <https://www.ceskapojistovna.cz/p?pojisteni-odpovednosti-obcana>

MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR. *Konkurs* (online). 2017 (cit. 10.11.2017). Dostupné z www: <http://insolvencni-zakon.justice.cz/obecne-informace/konkurs>

MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR. *Oddlužení* (online). 2017 (cit. 10.11.2017). Dostupné z www: <http://insolvencni-zakon.justice.cz/obecne-informace/oddluzeni>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zdravotní pojišťovny* (online). 2018 (cit. 15.1.2018). Dostupné z www: https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html

MINISTERSTVO FINANCÍ ČR. *Makroekonomická predikce* (online). 2018 (cit. 12.1.2018). Dostupné z www: <http://www.mfcr.cz/cs/verejny-sektor/makroekonomika/makroekonomicka-predikce/2017>

TICHÝ, Oldřich. *Tiskové centrum, otázka týdne* (online). 2015 (cit. 19.2.2018). Dostupné z www: https://www.vzp.cz/tiskove-centrum/otazky-tydne/ot_umrti-osvc-2014

ÚŘAD PRO OCHRANU HOSPODÁŘSKÉ SOUTĚŽE, *Podpora de minimis* (online). 2018 (cit. 10.1.2018). Dostupné z www: <http://www.uohs.cz/cs/verejna-podpora/podpora-de-minimis.html>

Přílohy

Tabulka 4 Přehled minimální mzdy a průměrné hrubé mzdy v ČR

| | Minimální mzda | Průměrná hrubá mzda | vyjádření v % |
|------|----------------|---------------------|---------------|
| 2006 | 7955 | 19 546 | 246 % |
| 2007 | 8000 | 20 957 | 262 % |
| 2008 | 8000 | 22 592 | 282 % |
| 2009 | 8000 | 23 344 | 292 % |
| 2010 | 8000 | 23 864 | 298 % |
| 2011 | 8000 | 24 455 | 306 % |
| 2012 | 8000 | 25 067 | 313 % |
| 2013 | 8500 | 25 035 | 295 % |
| 2014 | 8500 | 25 768 | 303 % |
| 2015 | 9200 | 26 591 | 289 % |
| 2016 | 9900 | 27 575 | 279 % |

Zdroj 31 vlastní zpracování, ČSÚ (2018)

Tabulka 5 Počty pojištěnců u vybraných zdravotních pojišťoven

| | ZPMV | VZP | OZP | ZPŠ | VOZP | RBZP | ČPZP |
|------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 2010 | 1136830 | 6271186 | 694792 | 134868 | 586428 | 414192 | 716996 |
| 2011 | 1157355 | 6247532 | 696290 | 136202 | 598504 | 416461 | 727847 |
| 2012 | 1186964 | 6162465 | 702555 | 137188 | 626404 | 417191 | 1171395 |
| 2013 | 1207918 | 6076727 | 706765 | 137815 | 668854 | 418749 | 1188753 |
| 2014 | 1258081 | 5968807 | 730947 | 139437 | 696513 | 429916 | 1208249 |
| 2015 | 1263024 | 5934051 | 739643 | 139510 | 709083 | 431579 | 1214562 |
| 2016 | 1292763 | 5918717 | 731513 | 142219 | 699848 | 433643 | 1234902 |

Zdroj 32 vlastní zpracování, výroční zprávy ZPMVČR, VZP, OZP, ZPŠ, VOZP, RBZP, ČPZP (2018)

Tabulka 6 Počty provedených kontrol zaměstnavatelů u vybraných zdravotních pojišťoven v období 2010-2016

| | | Zaměstnavatelé | | | | | |
|----------------|-------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Zaměstnavatelé | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| ZPMV ČR | 4577 | 5873 | 9499 | 7135 | 3866 | 3829 | 3932 |
| ČPZP | 5246 | 6989 | 7117 | 6856 | 8983 | 10454 | 15074 |
| ZP Škoda | 444 | 455 | 361 | 350 | 350 | 361 | |
| RBZP | | | 8342 | 13017 | 15673 | 21651 | 21688 |
| | | OSVČ | | | | | |
| OSVČ | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| ZPMV ČR | 6703 | 5171 | 5858 | 5845 | 4655 | 3927 | 3716 |
| ČPZP | 5286 | 6649 | 7794 | 12901 | 11686 | 17462 | 16976 |
| ZP Škoda | 10932 | 10727 | 40963 | 11111 | 11163 | 11193 | |
| RBZP | 26666 | 25562 | 31556 | 31903 | 31641 | 32368 | 32315 |
| | | OBZP | | | | | |
| OBZP | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| ZPMV ČR | 5607 | 4692 | 7476 | 6471 | 3422 | 4436 | 4681 |
| ČPZP | 4351 | 7190 | 7023 | 8744 | 9325 | 11093 | 11847 |
| RBZP | | | 6997 | 7116 | 6278 | 6283 | 6610 |

Zdroj 33 vlastní zpracování, výroční zprávy ZP MV ČR, ČPZP, ZP Škoda, RBZP (2018)

Tabulka 7 Počty kontrol u vybraných zdravotních pojišťoven v období 2010-2017

| Počty kontrol | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ZPMV ČR | 16887 | 15736 | 22833 | 19451 | 11943 | 12192 | 12329 |
| ČPZP | 14883 | 20828 | 21934 | 28501 | 29994 | 39009 | 43897 |
| ZP Škoda | 11376 | 11182 | 41324 | 11461 | 11513 | 11554 | |
| RBZP | 26666 | 25562 | 46895 | 52036 | 53592 | 60302 | 60613 |

Zdroj 34 vlastní zpracování, výroční zprávy ZP MV ČR, ČPZP, ZP Škoda, RBZP (2018)

Tabulka 8 Procento kontrol z celkového počtu pojištěnců ve vybraných zdravotních pojišťovnách v letech 2010-2016

| % kontrol | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|
| ZPMV ČR | 1,5 % | 1,4 % | 1,9 % | 1,6 % | 0,9 % | 1,0 % | 1,0 % |
| ČPZP | 2,1 % | 2,9 % | 1,9 % | 2,4 % | 2,5 % | 3,2 % | 3,6 % |
| ZP Škoda | 8,4 % | 8,2 % | 30,1 % | 8,3 % | 8,3 % | 8,3 % | |

Zdroj 35 vlastní zpracování (2018)

Tabulka 9 Počty zahájených správních řízení, vydaných výkazů nedoplatků, vydaných platebních výměrů ve vybraných zdravotních pojišťovnách v období 2010-2016

| Správní řízení | | | | | | | |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| ZPMV ČR | 7058 | 6159 | 7102 | 7725 | 6472 | 6823 | 7446 |
| VZP ČR | | | | | | | |
| ZP Škoda | | | | | | | |
| RBZP | 4106 | 2641 | | | | | |
| Výkaz nedoplatků | | | | | | | |
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| ZPMV ČR | 654 | 1083 | 1446 | 1560 | 1775 | 817 | 229 |
| VZP ČR | 208248 | 191113 | 152689 | 197476 | 113424 | 96676 | 103049 |
| ZP Škoda | 2421 | 5899 | 7832 | 7410 | 5462 | 3519 | |
| RBZP | 2907 | 2473 | 5224 | 6072 | 5781 | 4714 | 4852 |
| Platební výměry | | | | | | | |
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| ZPMV ČR | 6352 | 5618 | 5979 | 6272 | 6098 | 5974 | 6635 |
| VZP ČR | 123931 | 109604 | 67920 | 28710 | 32046 | 30522 | 26870 |
| ZP Škoda | 64 | 25 | 50 | 59 | 35 | 23 | |
| RBZP | 21 | 17 | 364 | 17 | 20 | 19 | 27 |

Zdroj 36 vlastní zpracování, výroční zprávy ZP MV ČR, VZP, ZP Škoda, RBZP (2018)

Tabulka 10 Počty zahájených exekucí ve vybraných zdravotních pojišťovnách v letech 2010-2016

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------|------|------|------|------|-------|-------|------|
| ZPMV ČR | 6525 | 4911 | 6460 | 7500 | 5878 | 4810 | 5615 |
| ČPZP | 3700 | 5900 | 6900 | 8444 | 10004 | 11540 | 9040 |
| ZP ŠKODA | 1370 | 1555 | 3267 | 2754 | 2583 | 2394 | |

Zdroj 37 vlastní zpracování, výroční zprávy ZP MV ČR, ČP ZP, ZP Škoda (2018)

Tabulka 11 Počty exekucí u ZP MV ČR ve vztahu k platebním výměrům a výkazům nedoplatků

| ZPMV ČR | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Exekuce | 6525 | 4911 | 6460 | 7500 | 5878 | 4810 | 5615 |
| Správní řízení | 7058 | 6159 | 7102 | 7725 | 6472 | 6823 | 7446 |
| Výkazy nedoplatků | 654 | 1083 | 1446 | 1560 | 1775 | 817 | 229 |
| Platební výměry | 6352 | 5618 | 5979 | 6272 | 6098 | 5974 | 6635 |
| Celkem PV+VN | 7006 | 6701 | 7425 | 7832 | 7873 | 6791 | 6864 |
| % exekucí | 93,1 % | 73,3 % | 87,0 % | 95,8 % | 74,7 % | 70,8 % | 81,8 % |

Zdroj 38 vlastní zpracování, výroční zprávy ZP MV ČR (2018)

Tabulka 12 Procentní vyjádření výše záloh v kategorii OBZP a OSVČ k průměrné hrubé mzdě v ČR

| | Průměrná hrubá mzda | Pojistné OSVČ | Pojistné OBZP | % OSVČ | % OBZP |
|------|---------------------|---------------|---------------|--------|--------|
| 2006 | 19 546 | 1272 | 1074 | 7 % | 5 % |
| 2007 | 20 957 | 1360 | 1080 | 6 % | 5 % |
| 2008 | 22 592 | 1456 | 1080 | 6 % | 5 % |
| 2009 | 23 344 | 1590 | 1080 | 7 % | 5 % |
| 2010 | 23 864 | 1601 | 1080 | 7 % | 5 % |
| 2011 | 24 455 | 1670 | 1080 | 7 % | 4 % |
| 2012 | 25 067 | 1697 | 1080 | 7 % | 4 % |
| 2013 | 25 035 | 1748 | 1148 | 7 % | 5 % |
| 2014 | 25 768 | 1752 | 1148 | 7 % | 4 % |
| 2015 | 26 591 | 1797 | 1242 | 7 % | 5 % |
| 2016 | 27 575 | 1823 | 1337 | 7 % | 5 % |

Zdroj 39 vlastní zpracování, ČSÚ (2018)

Tabulka 13 Počty zahájených regresních řízení po jednotlivých pobočkách u ZP MV ČR

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Praha | 668 | 661 | 716 | 645 | 719 | 841 | 797 | 761 |
| Č. Budějovice + Plzeň | 560 | 567 | 550 | 851 | 1340 | 1386 | 1169 | 1161 |
| Ústí n.L + Hradec Králové | 1115 | 1149 | 1404 | 1247 | 1722 | 1717 | 1733 | 1815 |
| Brno | 1375 | 1460 | 1330 | 1042 | 1279 | 1280 | 1285 | 1314 |
| Olomouc + Ostrava | 705 | 688 | 796 | 833 | 975 | 743 | 722 | 685 |
| CELKEM: | 4423 | 4525 | 4796 | 4618 | 6035 | 5967 | 5706 | 5736 |

Zdroj 40 vlastní zpracování, interní analytická data ZP MV ČR (2018)

Tabulka 14 Počty regresních řízení, celková vymožená částka a průměrná částka na jedno regresní řízení

| Regresy | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| počet | 4 796 | 4 618 | 6 035 | 5 967 | 5 706 | 5 736 |
| Částka v Kč | 52 845 000 | 54 074 000 | 45 607 000 | 54 485 000 | 62 799 000 | 60 527 000 |
| Průměr v Kč | 11 019 | 11 709 | 7 557 | 9 131 | 11 006 | 10 552 |

Zdroj 41 vlastní zpracování, interní analytická data ZP MV ČR (2018)

Tabulka 15 Přehled vymožených pohledávek u ZP MV ČR za jednotlivé pobočky (tisíce Kč)

| středisko/rok | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Celkem za středisko |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------------|
| Praha | 12 878 | 11 498 | 7 136 | 9 751 | 13 381 | 13 662 | 68 304 |
| ČB a PL | 5 408 | 10 642 | 6 368 | 8 009 | 9 793 | 8 101 | 48 321 |
| ÚL a HK | 11 224 | 9 735 | 12 745 | 21 395 | 10 921 | 9 670 | 75 690 |
| Brno | 13 537 | 15 474 | 12 853 | 9 204 | 10 600 | 12 419 | 74 087 |
| OL a OV | 9 798 | 6 725 | 6 506 | 6 127 | 18 104 | 16 676 | 63 935 |
| Celkem | 52 845 | 54 074 | 45 607 | 54 485 | 62 799 | 60 527 | 330 337 |

Zdroj 42 vlastní zpracování, interní analytická data ZP MV ČR (2018)

Tabulka 16 Procentuální podíl jednotlivých plátců

| Rok | Pojistné od zaměstnavatelů | Pojistné od OSVČ | Pojistné od OBZP | CELKEM: |
|--------|----------------------------|------------------|------------------|---------|
| 2016 | 176661 | 17901 | 2989 | 197551 |
| 2009 | 142929 | 17075 | 3218 | 163222 |
| % 2016 | 89,4 % | 9,1 % | 1,5 % | |
| % 2009 | 87,6 % | 10,5 % | 2,0 % | |

Zdroj 43 vlastní zpracování, ČSU (2018)

Tabulka 17 Procentuální podíl inkasovaných pokut a penále

| Rok | Předpis pokut a penále | Inkasované pokuty a penále |
|------|------------------------|----------------------------|
| 2009 | 5382 | 1330 |
| 2016 | 4388 | 1238 |
| | rok 2009: | 24,7 % |
| | rok 2016: | 28,2 % |

Zdroj 44 vlastní zpracování, ČSÚ (2018)

Tabulka 18 Počty pojištěnců na jednoho zaměstnance zdravotní pojišťovny v roce 2017

| ROK 2017 | Pojištěnci | Zaměstnanci | Pojištěnců na jednoho zaměstnance |
|----------|------------|-------------|-----------------------------------|
| VZP | 5909000 | 3672 | 1609 |
| ZP MV ČR | 1299600 | 619 | 2100 |
| RB ZP | 431000 | 225 | 1916 |
| ZP Škoda | 142700 | 78 | 1829 |
| OZP | 728900 | 389 | 1874 |
| ČPZP | 1242000 | 641 | 1938 |
| VOZP | 700500 | 406 | 1725 |

Zdroj 45 vlastní zpracování, Ministerstvo financí ČR, Ministerstvo zdravotnictví ČR (2018)