



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Zdravotní pojištění a práva pojištěnců v ČR

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE**

Autor: Eliška Suková

Vedoucí práce: JUDr. Božena Kučerová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Zdravotní pojištění a práva pojištěnců v ČR jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledky obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4.8. 2023

.....

Eliška Suková

Poděkování

Ráda bych poděkovala mé vedoucí bakalářské práce JUDr. Boženě Kučerové, Ph.D. ze vedení práce, trpělivost a laskavost. Také bych chtěla poděkovat mé rodině a kamarádům, kteří mě při studiu a psaní této bakalářské práce podporovali.

Zdravotní pojištění a práva pojištěnců v ČR

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem Zdravotní pojištění a práva pojištěnců v České republice. S ohledem na aktuální nedostatek finančních prostředků v oblasti zdravotnictví a pojišťovnictví se o této problematice velmi diskutuje. Cílem bakalářské práce je analyzovat fungování českého veřejného zdravotního pojištění a upřesnit a více rozebrat práva pojištěnců.

Tato bakalářská práce obsahuje čistě teoretickou část. Celá teoretická část práce se zaměřuje na popis právních předpisů, které upravují zdravotní pojištění u nás v České republice a také se zaměřuje na vztah mezi zdravotní pojišťovnou a pojištěncem. S ohledem na rozsáhlou legislativu je identifikace zákonů a vyhlášek klíčovým aspektem této práce. Veškeré nalezené informace pomáhají pochopit roli zdravotního pojištění jako finanční zabezpečení pro poskytovanou péči všem pojištěncům. Také se tato bakalářská práce zabývá tím, jaké jsou veškeré možnosti čerpání zdravotního pojištění na zdravotní péči. Studie, články, zákony, statistiky a další různé zdroje slouží jako podklad pro analýzu a vyhodnocení této problematiky.

Bakalářská práce se klade za cíl přispět k lepšímu porozumění současné situace zdravotního pojištění v České republice a jeho dopady na práva pojištěnců a pacientů.

Závěry této práce mohou být využity pro další zkoumání a diskusi o této klíčové oblasti národního hospodářství, která značně ovlivňuje všechny občany všech věkových kategorií. Tato bakalářská práce může sloužit rovněž jako zdroj pro pracovníky, které se pohybují ve zdravotně sociální oblasti a kteří se každodenně setkávají s praktickými aspekty zdravotní péče a poskytování informací pacientům.

Klíčová slova

Zdravotní pojištění; práva pojištěnců; Česká republika; finanční prostředky; zdravotní péče

Health Insurance and Insureds' Rights in the Czech Republic

Abstract

This bachelor's thesis addresses the topic of Health Insurance and Insureds' Rights in the Czech Republic. Considering the current shortage of financial resource in the field of healthcare and insurance, this issue is extensively discussed. The aim of the thesis is to analyze the functioning of the Czech Republic health insurance system and delve into the rights of the insured individuals.

The theoretical part of the thesis purely focuses on describing the legal regulations governing health insurance in the Czech Republic and explores the relationship between health insurance companies and policyholders. Given the extensive legislation, the identification of key laws and regulations is crucial in understanding the role of health insurance as financial protection for all insured individuals. The thesis also examines the various possibilities for utilizing health insurance in healthcare. Studies, articles, laws, statistics, and other relevant sources serve as the basis for analysis and evaluation of this issue.

The bachelor's thesis strives to contribute to a better understanding of the current situation of health insurance in the Czech Republic and its impact on the rights of the insured and patients. The conclusions of the thesis can be used for further research and discussion in this crucial area of the national economy, which affects citizens of all age groups. Moreover, the thesis can serve as a resource for professionals working in the health and social field, who daily encounter practical aspects of healthcare and provide information to patients.

Key words

Health Insurance; insureds' rights; Czech Republic; financial resources; healthcare

Obsah

Úvod.....	9
1 Historie zdravotního pojištění.....	11
1.1. Historický vývoj zdravotního pojištění.....	11
1.2. Evoluce českého veřejného zdravotního pojištění.....	12
2 Bismarckův model.....	12
2.1. Výhody Bismarckova modelu	13
2.2. Nevýhody Bismarckova modelu.....	13
3 Zdravotní pojištění.....	14
4 Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění	15
4.1 Poplatky	17
5 Zdravotní výkony a služby, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění	17
5.1 Příloha č. 1 k zákonu č. 48/1997 Sb.	18
6 Vznik a zánik zdravotního pojištění	18
6.1 Vznik zdravotního pojištění.....	18
6.2 Zánik zdravotního pojištění.....	19
7 Systémy zdravotního pojištění a jejich charakteristika.....	20
8 Soukromé zdravotní pojištění	22
8.1 Soukromé zdravotní pojištění.....	22
8.2 Soukromé zdravotní pojištění v Evropě a České republice	22
8.2.1 Služby nezdravotního charakteru, které souvisí s čerpáním zdravotních služeb.....	22
8.2.2 Možnost výběru léku, zdravotnického prostředku, způsobu provedení zdravotní služby	23
8.3 Soukromé zdravotní pojištění v USA.....	23
9 Veřejné zdravotní pojištění.....	24
10 Zdravotní pojištění v rámci Evropské unie.....	25
10.1 Evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC).....	25
10.2 Placení zdravotního pojištění při dlouhodobém pobytu v cizině	25
11 Dostupnost zdravotní péče	26
12 Plátcí pojistného	27
13 Výše platby pojistného	30
13.1 Výše platby pojistného – zaměstnanci	31
13.1.1. Platba	31
13.2 Výše platby pojistného – osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ).....	31

13.3	Výše platby pojistného – osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP).....	31
13.3.1	Platba.....	32
14	Povinnost platit pojistné.....	32
15	Povinnosti plátců pojistného.....	33
15.1.	Oznamovací povinnost plátců pojistného	34
16	Zdravotní pojišťovny.....	35
16.1.	Všeobecná zdravotní pojišťovna.....	36
16.2.	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky	36
16.3.	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	37
16.4.	Oborová zdravotní pojišťovna.....	37
16.5.	Zaměstnanecká pojišťovna škoda.....	37
16.6.	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky	37
16.7.	Revírní bratrská pokladna	37
17	Zdravotní pojišťovny – §12 zákona č. 550/1991.....	38
18	Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.....	38
18.1.	Příjmy Pojišťovny	38
18.2.	Výdaje Pojišťovny.....	38
18.3.	Fondy Pojišťovny.....	39
18.3.1.	Základní fond.....	39
18.3.2.	Rezervní fond	39
18.3.3.	Fond prevence.....	40
18.3.4.	Ostatní fondy.....	40
19	Zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.....	41
19.1.	Druhy zaměstnaneckých pojišťoven dle zákona č. 280/1992 Sb.....	41
19.1.1.	Resortní zaměstnanecká pojišťovna.....	41
19.1.2.	Oborová zaměstnanecká pojišťovna.....	41
19.1.3.	Podniková zaměstnanecká pojišťovna	42
20	Revizní lékaři zdravotní pojišťovny	42
21	Průkaz pojištěnce.....	42
22	Práva pojištěnce.....	43
22.1	Právo na výběr zdravotní pojišťovny	43
22.2	Právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky	43
22.3	Právo na místní a časovou dostupnost hrazených služeb.....	44
22.3.1	Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.....	44

22.4	Právo na poskytnutí informací od zdravotní pojišťovny o jemu poskytnutých hrazených službách.....	47
22.4.1	Osobní účet pojištěnce	47
22.4.2	Výpis z osobního účtu pojištěnce.....	47
22.5	Právo na uhrazení částky přesahující ochranný limit	48
22.5.1	Limity pro vrácení doplateků za léčiva	48
22.5.2	Ochranný limit	49
22.5.3	Léky započítávané do ochranného limitu	49
22.5.4	Invalidní osoby a nárok na doplatek	50
22.5.5	Vrácení přeplatku za léky.....	50
22.6	Právo na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku podle §16a zákona č. 48/1997 Sb.....	50
22.7	Právo na náhradu cestovních nákladů.....	51
23	Práva pacientů.....	51
23.1.	Práva pacientů při poskytování zdravotních služeb.....	51
23.1.1.	Pacient se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy	54
23.1.2.	Pacient se smyslovým nebo tělesným postižením využívající psa se speciálním výcvikem.....	54
23.2.	Informování pacienta	54
	Závěr.....	55
	Seznam literatury.....	56

Úvod

V mé bakalářské práci se zabývám tématem Zdravotní pojištění a práva pojištěnců v České republice.

V současné době je to velmi diskutovaná otázka s ohledem na nedostatek finančních prostředků, se kterými se potýká celá oblast zdravotnictví a pojišťovnictví. Problematika poskytované hrazené péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění se dotýká nejen nás zdravotnických pracovníků, ale především pacientů.

Největším důvodem, proč jsem se rozhodla ke zpracování této problematiky je pro mě, jako pro zdravotně sociálního pracovníka, roztržitost zákonů a vyhlášek, informací, které přímo souvisejí s poskytováním zdravotní péče a následně úhradou za ni.

Při přípravě potřebných podkladů k mé bakalářské práci jsem zjistila, že je velmi omezené množství zdrojů, ze kterých mohu čerpat. Výjimku tvoří zákony a vyhlášky, kterých je sice dostatečné množství pro využití tohoto tématu, ale orientace v nich je lehce náročná. Nejenže odkazují v mnoha směrech na jiné právní úpravy, ale setkala jsem se i s případy platnosti zákonů, které ač již nabyly svou právní účinností, neměly své prováděcí vyhlášky, které byly zákonem deklarovány.

Zdravotnictví, a i zdravotní pojištění je součástí národního hospodářství. Problematika těchto dvou sektorů se dotýká všech věkových skupin obyvatelstva České republiky.

Úroveň zdravotní péče není jediným faktorem ovlivňujícím zdraví obyvatelstva. Dalším faktorem je tedy právě zdravotní pojištění, které nám může pomoci k lepší a jednodušší dostupnosti léků nebo potřebných zdravotních technologií, které můžou zásadně ovlivnit kvalitu lidského života.

Zdravotní pojištění představuje finanční část péče o zdraví. Přímou zahrnuje ambulantní a ústavní léčebnou péči, včetně diagnostické péče, rehabilitace, péče o chronicky nemocné, pohotovostní a záchrannou péči a také preventivní péči.

Tato bakalářská práce obsahuje čistě teoretickou část, jejíž hlavním cílem je popis fungování českého zdravotního pojištění a práva pojištěnců České republiky. Dále se také v této práci pokusím popsat historii tohoto celého systému a jak se poposunuly práva našich občanů z historie do současnosti a také se budu snažit odpovědět na otázky – jaké jsou hlavní právní

předpisy týkající se zdravotního pojištění, jaký je vztah mezi pojišťovnou a pojištěncem, jaké mají možnosti čerpání pojištění ve zdravotní péči.

Při dopsání této bakalářské práce zjišťuji, že toto téma má vlastně neomezené možnosti, které by bylo možné podrobněji rozpracovat.

1 Historie zdravotního pojištění

1.1. Historický vývoj zdravotního pojištění

Rozvoj průmyslové výroby a s ním spojený nárůst sociálně slabé dělnické třídy v 19. století vedl k založení několika příspěvkových fondů, a to jak zaměstnavateli, tak komunitami. Tyto příspěvkové fondy doplňovaly činnost dobročinných organizací při pomoci chudým.

Ze začátku byla nejvyšší prioritou pojištění proti ztrátě příjmu – nemocenské pojištění. Postupem času a s rozvojem medicíny, se přidalo k nemocenskému pojištění, pojištění zdravotní pro krytí výdajů na zdravotní péči.

Jako první povinné zdravotní pojištění bylo zavedeno pro horníky, v roce 1849 v Prusku. Povinnost platit toto pojištění měli jak zaměstnavatelé, tak i zaměstnanci (Principy zdravotního pojištění, 2008).

V roce 1881 vydal německý císař Vilém II. dokument k zavedení sociálního pojištění. Tento dokument byl podnětem pro zákon o povinném zdravotním pojištění pro zaměstnané dělníky a byl schválený německým parlamentem již v roce 1883. Zákon byl do určité míry výsledkem kompromisu, s původním návrhem kancléře Bismarcka, který navrhl zřízení systému národní zdravotní služby. Bismarck přišel s návrhem, který byl založen na již existujících zaměstnaneckých fondech, vznikajících místních pojišťovnách a svobodných vzájemných pojišťovnách. Příspěvek ze 2/3 platil zaměstnavatel a z 1/3 zaměstnanec.

Do pojištění zaměstnance se mohli zahrnout i rodinní příslušníci. Nebylo to však povinné, ale v závislosti na stanovení sazeb pojistného, to bylo u mnoha zdravotních pojišťoven možné. Pojištěný zaměstnanec měl také nárok na bezplatné ošetření u lékaře, na léky a od třetího dne nemoci i na nemocenské dávky. Zákon se postupně stahoval na všechny zaměstnané osoby a později i částečně na živnostníky. Kritéria povinného zdravotního pojištění byly dvojí, buď podle zaměstnání, jako tomu bylo například v Německu nebo podle výše příjmu jako ve Velké Británii. V mnoha zemích nebylo zdravotní pojištění dlouho uzákoněno a pojistná ochrana byla naprosto dobrovolná, jako například v Holandsku (Principy zdravotního pojištění, 2008).

Koncem 19. století vstupovaly do oblastí zdravotního pojištění i komerční pojišťovny, v souvislosti s legislativou, která již v této době byla přijata v řadě evropských zemích, a i ve Spojených státech. Určovala, že pracovní úraz je rizikem zaměstnavatele. Komerční pojišťovny začaly tak zaměstnavatelům nabízet produkty, které umožnily pojištění tohoto rizika.

Mimo výplaty invalidních dávek nebo odškodnění pozůstalým, se pojištění vztahovalo i na léčebné výlohy.

Od poloviny 20. století řada západoevropských zemí nahrazovala systém statutárního pojištění, který byl zajišťovaný samosprávnými fondy, národní zdravotní službou. K tomu tak došlo ve Velké Británii, Dánsku, Itálii, Portugalsku, Řecku a Španělsku. Cílem bylo rozšíření pojistné ochrany na celou populaci a větší rovnováha přístupu ke zdravotní péči. V ostatních zemích zůstal systém statutárního zdravotního pojištění, který byl založen na samosprávných pojišťovnách.

Jednou ze zajímavostí je role lékařských organizací v historii celého vývoje zdravotního pojištění. Působily zde dva protikladné směry. Na jedné straně rozšiřování statutární pojistné ochrany lékaři vítali, kvůli rozšíření okruhů pacientů, na druhé straně nesli zasahování kteréhokoliv nelékařského zprostředkovatele do svého vztahu s pacienty velmi nemile. Proto v některých zemích, jako například ve Spojených státech, kde první formy statutárního pojistného vznikly až někdy v 60. letech 20. století, bylo výsledkem zablokování tohoto vývoje, který směřoval k systému statutárního zdravotního pojištění (Principy zdravotního pojištění, 2008).

1.2. Evoluce českého veřejného zdravotního pojištění

Systém veřejného zdravotního pojištění v České republice vznikl na počátku 90. let 20. století, jako snaha přetvořit socialistické zdravotnictví. Určitým podnětem pro jeho sestavení byly dva podobné systémy, a to prvorepublikový systém nemocenských pokladen a tehdejší německý systém zákonného zdravotního pojištění. Po jeho vzniku došlo poměrně rychle k nárůstu počtu pojištěných, který dosáhl až na počet 27. Spolu se zavedením tzv. „bodového systému výkonových plateb“, celý systém vykazoval značnou finanční nestabilitu. Tato finanční nestabilita se poté vyřešila změnou úhradových metod, centrální regulací a postupným posilováním částečného přerozdělení pojistného. Postupem času došlo ke snížení počtu pojištěných na stávajících 7. Základní prvky financování systému zůstaly zhruba stejné až do současnosti (Mertl, 2019).

2 Bismarckův model

Bismarckův model, jehož zakladatelem je Otto von Bismarck, vznikl koncem 19. století v Německu a je historicky nejstarším zdravotnickým systémem.

Jedná se o model sociálního zdravotního pojištění, který je financován z povinných odvodů

pojistného, z příjmů pojištěnců a je provozovaný samosprávnými zdravotními pojišťovnami. Výše pojistného je stanovena s ohledem na výši příjmů pojištěnce.

Poskytovatelé zdravotní péče jsou smluvně vázáni na zdravotní pojišťovny nebo mají ze zákona právo zdravotním pojišťovnám zdravotní péči, která byla pojištěncům poskytnuta, účtovat (Principy zdravotního pojištění, 2008).

Tento model je založen na principu sociální solidarity. To znamená, že každý občan přispívá do systému určitou částku, dle svých možností, na základě svého příjmu. Každý ale čerpá zdravotní péči dle své potřeby (Bismarckův model zdravotnického systému v ČR, 2016).

2.1. Výhody Bismarckova modelu

- rovný přístup, všeobecná dostupnost zdravotní péče
- jistota pojištěnce, že mu bude poskytnuta potřebná pomoc
- vysoká kvalita péče
- svobodný výběr a mnohočetnost poskytovatelů zdravotní péče
- spokojenost pacientů
- výrazná decentralizace, významnou roli mají regionální orgány a poskytovatelé, méně pravomocnou a významnou je centrální vláda
- povinností zdravotní pojišťovny je pojistit občana, bez ohledu na jeho zdravotní stav (Hlaváček, 2017).

2.2. Nevýhody Bismarckova modelu

- vysoké ceny péče
- velké administrativní náklady (provoz pojišťoven, IT technologie, vysoký počet administrativního personálu)
- složitost vztahů: pacient – poskytovatel zdravotní péče – pojišťovna (Hlaváček, 2017).

3 Zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění je určeno k úhradě zdravotní péče, u které je za cíl zlepšit nebo zachovat, zdravotní stav pojištěnce či zmírnit jeho utrpení, pomocí zdravotních služeb, a to například v době nemoci, po úrazu, ale také pokud jde o preventivní prohlídku nebo rehabilitaci.

Podmínky zdravotního pojištění se řídí zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

U nás v České republice je systém poskytování zdravotní péče založen na principu solidarity a týká se na všech občanů (pojištěnců), bez ohledu na to, kdo a jak za ně zdravotní pojištění platí. V České republice zdravotní pojištění historicky vychází z Bismarckovského modelu. Všichni občané jsou podle tohoto modelu povinni odvádět platbu za zdravotní pojištění. Platba je odváděna do fondů zdravotních pojišťoven. Tyto odvody na zdravotní pojištění se pak přerozdělují jednotlivým nestátním zdravotním pojišťovnám. Zdravotní pojišťovny pak tyto finanční prostředky shromažďují v pojišťovacích fondech (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).

Z těchto fondů zdravotního pojištění se pak hradí potřebné zdravotní služby.

Tyto potřebné zdravotní služby zahrnují zejména:

- léčebnou péči ambulantní a ústavní, včetně péče diagnostické, rehabilitace a péče o chronicky nemocné
- pohotovostní a záchrannou službu
- preventivní péči
- dispenzární péči (soustavnou péči o určité skupiny nemocných nebo rizikových pojištěnců)
- poskytování léčivých přípravků
- poskytování zdravotních prostředků
- poskytování stomatologických výrobků (stanoveno platným ceníkem stomatologických výrobků)
- lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách

- dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů
- posudkovou činnost
- prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu (je zde započtena i přeprava zemřelého) (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2023).

4 Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění

Dle §13 zákona č. 48/1997 Sb. se ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby, které jsou poskytovány pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav či zmírnit jeho utrpení.

Těmito službami jsou:

- a) které odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné
- b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy
- c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování

Hrazenými službami v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem č. 48/1997 Sb., jsou:

- a) zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, lékárenská, klinicko-farmaceutická, léčebně rehabilitační, lázeňská léčebně rehabilitační, posudková, ošetrovatelská, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem, a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách
- b) poskytování léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků
- c) přeprava pojištěnců a náhrada cestovních nákladů
- d) odběr krve a odběr tkání, buněk a orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření)
- e) přeprava žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů
- f) přeprava zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa
- g) přeprava odebraných tkání, buněk a orgánů
- h) prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva včetně přepravy

- i) pobyt průvodce pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče
- j) zdravotní péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem; tuto péči hradí zdravotní pojišťovna, kterou na základě identifikačních údajů pojištěnce o úhradu požádá příslušný poskytovatel

Ze zdravotního pojištění se dle §14 zákona č. 48/1997 Sb. hradí zdravotní péče, která je poskytnutá pojištěncům na území České republiky. Pojištěncům se hradí také částka, kterou zaplatili za nutné a neodkladné léčení, jehož potřeba nastala během jejich pobytu v cizině, a to do výše stanovené pro úhradu takové péče na našem území.

Dle §15 zákona č. 48/1997 Sb. se ze zdravotního pojištění hradí maximálně třikrát za život zdravotní péče, která je jim poskytnutá na základě doporučení registrujícího ženského lékaře v souvislosti s mimotělním oplodněním, a to ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 do 39 let, ostatním ženám ve věku od 22 do 39 let.

Veškeré zdravotní služby, hrazené ze zdravotního pojištění, jsou poskytovány zdravotnickými pracovníky, popřípadě jinými odbornými pracovníky ve zdravotnictví, a to v rozsahu jejich odborné způsobilosti. Hrazené služby jsou poskytovány v zařízeních poskytovatelů zdravotních služeb. Na základě smlouvy mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou pojištěnce jsou tyto hrazené služby hrazeny zdravotní pojišťovnou. Toto se ovšem netýká lékáren, jelikož pojištěnec má nárok na to, využít jakékoliv zařízení lékárenské péče bez ohledu na existenci smluvního vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně pojištěnce, a recept si vyzvednout. Recept musí pojištěnci většinou vystavit lékař, který je ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou pojištěnce (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012).

Existují ovšem výjimečné případy, kdy se mohou hrazené zdravotní služby poskytnout i na jiném místě nebo v zařízení, než které má smlouvu se zdravotní pojišťovnou pojištěnce.

Pacient finančně přispívá určitou částí na úhradě některých léčivých přípravků. Léčivé přípravky jsou rozděleny do skupin. Každá skupina musí obsahovat nejméně jeden léčivý přípravek, který je plně hrazen zdravotní pojišťovnou.

Pokud je pojištěnec hospitalizován, tak po dobu hospitalizace nehradí žádné náklady na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky.

Ty jsou hrazeny v plné výši zdravotní pojišťovnou (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012).

4.1 Poplatky

V dnešní době je pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, povinen hradit poskytovateli zdravotních služeb regulační poplatek ve výši 90 Kč. Tento regulační poplatek se platí za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství. Pokud se jedná o poskytnutí ambulantní péče v rámci pravidelné ordinační doby poskytovatele, pak tedy nejde o pohotovostní službu a tento poplatek pojištěnec platit nemusí (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

5 Zdravotní výkony a služby, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění

Služby, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, jsou uvedeny v §15 zákona č. 48/1997 Sb. a v příloze č. 1 k tomuto zákonu.

Dle ustanovení §15 se také určuje úhrada na základě vyhodnocení terapeutické intervence.

Pod pojmem účelná terapeutická intervence můžeme chápat zdravotní službu, která je určena k prevenci nebo léčbě onemocnění za účelem dosažení co neúčinnější a nejbezpečnější léčby při zachování nákladové účinnosti (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Ze zdravotního pojištění se nehradí zdravotní výkony, u kterých není cílem zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce, ale provádí se v zájmu samotného pojištěnce nebo jiné fyzické či právnické osoby, případně státního orgánu. Jedná se obzvláště o vyšetření, prohlídky a administrativní výkony, které se provádějí především, pokud si o to zažádá sám pojištěnec anebo pokud potřebuje například doklad o způsobilosti držet střelnou zbraň, řídit motorové vozidlo, vykonávat určitou sportovní činnost nebo určité povolání (Mach, 2010).

Dle zákona č. 48/1997 Sb. se ze zdravotního pojištění také nehradí například výkon akupunktury. Pojištěnec si veškeré tyto výkony hradí sám (Mach, 2010).

Jednotné stanovení cen, za tyto jednotlivé výkony, by mohlo být považováno za porušení pravidel hospodářské soutěže. Cenu těchto výkonů si každý lékař stanovuje sám. Jde vesměs o cenu „smluvní“, kdy je lékař při jejím stanovení vázán obecnými ustanoveními zákona o cenách. To znamená, že cena nesmí být nepřiměřená vynaloženým nákladům a přiměřené odměně (Mach, 2010).

5.1 Příloha č. 1 k zákonu č. 48/1997 Sb.

Zdravotní výkony nehrazené z veřejného zdravotního pojištění:

- zdravotně výchovná činnost
- pečetění fisury – zub
- koferdam – jedna čelist
- trepanace alveolu
- augmentace, řízená tkáňová regenerace a implantace v zubním lékařství
- provizorní můstek zhotovený v ordinaci
- oprava fixní náhrady v ordinaci
- odborná ortodontická konzultace na žádost pacienta
- rekonstrukce a. iliaca int. a další výkony pro vaskulární impotenci
- rekanalizace vejcovodu po předchozí sterilizaci
- nepřímá laryngoskopie s instalací léku do hrtanu
- implantace penilních protéz
- penis – kavernosometrie
- kavernosografie
- logopedické preventivní vyšetření – depistáž v terénu

6 Vznik a zánik zdravotního pojištění

6.1 Vznik zdravotního pojištění

Dle §3 zákona č. 48/1997 Sb., zdravotní pojištění vzniká:

- a) osobě, která získala trvalý pobyt na území České republiky narozením, dnem narození
- b) osobě, která získala trvalý pobyt na území České republiky povolením trvalého pobytu, dnem nabytí právní moci rozhodnutí o povolení trvalého pobytu

- c) osobě, které vzniklo oprávnění trvale pobývat na území České republiky rozhodnutím příslušného orgánu o svěřeni do náhradní výchovy. Musí být ovšem alespoň jedna fyzická osoba, které je tato osoba svěřena, přihlášená k trvalému pobytu na území České republiky nebo pokud se na území České republiky nachází ústav, ve kterém je tato osoba umístěna
- d) osobě bez trvalého pobytu na území České republiky dnem
1. nástupu do zaměstnání
 2. nabytí právní moci rozhodnutí o povolení k dlouhodobému pobytu za účelem vědeckého výzkumu
 3. nabytí právní moci rozhodnutí o udělení azylu
 4. nabytí právní moci rozhodnutí o udělení doplňkové ochrany
 5. nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění k pobytu za účelem poskytnutí dočasné ochrany na území České republiky nebo dnem, od něhož je považována za osobu s udělenou dočasnou ochranou podle zákona o pobytu cizinců na našem území
 6. vykonatelnosti předběžného opatření nebo usnesení soudu o umístění nebo svěřeni nezletilého dítěte do péče
 7. kdy se Česká republika podle koordinačních nařízení nebo podle vyhlášené mezinárodní smlouvy, kterou je Česká republika vázána, stala příslušnou ke zdravotnímu pojištění
 8. přihlášení občana České republiky k trvalému pobytu na území České republiky po předchozím pobytu v cizině
 9. narozením, a to, pokud se narodila matce s povoleným dlouhodobým pobytem na území České republiky, a to do konce kalendářního měsíce, v němž tato osoba dovršila 60 dnů věku
 10. narozením, a to, pokud se narodila matce s povoleným trvalým pobytem, a to do konce kalendářního měsíce, v němž tato osoba dovršila 60 dnů věku nebo dnem, kdy byla za tuto osobu podána žádost o povolení k trvalému pobytu

6.2 Zánik zdravotního pojištění

Dle §3 zákona č. 48/1997 Sb., zdravotní pojištění zaniká:

- a) smrtí pojištěnce
- b) skončením trvalého pobytu na území České republiky
- c) osobě bez trvalého pobytu na území České republiky

1. dnem ukončení zaměstnání
2. dnem skončení platnosti povolení k dlouhodobému pobytu za účelem vědeckého výzkumu
3. dnem nabytí právní moci rozhodnutí o odnětí azylu nebo dnem zániku azylu
4. dnem nabytí právní moci rozhodnutí o odnětí doplňkové ochrany nebo dnem zániku této ochrany
5. dnem nabytí právní moci rozhodnutí o odnětí oprávnění k pobytu za účelem poskytnutí dočasné ochrany na území České republiky, dnem zániku tohoto oprávnění
6. dnem zrušení nebo zániku předběžného opatření nebo rozhodnutí o umístění nebo svěřeni nezletilého dítěte do péče
7. dnem, kdy Česká republika podle koordinačních nařízení nebo podle vyhlášené mezinárodní smlouvy, kterou je Česká republika vázána, přestala být příslušnou ke zdravotnímu pojištění
8. posledním dnem měsíce, v němž osoba, která se narodila na území České republiky matce s povoleným dlouhodobým pobytem na území České republiky, a to do konce kalendářního měsíce, v němž tato osoba dosáhla 60 dnů věku
9. osoba, která se narodila na území České republiky matce s povoleným trvalým pobytem – posledním dnem měsíce, v němž tato osoba dosáhla 60 dnů věku, nebo dnem nabytí právní moci rozhodnutí o zamítnutí žádosti o povolení k trvalému pobytu na území České republiky, nastala-li tato skutečnost později

7 Systémy zdravotního pojištění a jejich charakteristika

V systému zdravotního pojištění rozlišujeme dva základní typy, podle míry dobrovolnosti účasti:

1) Statutární zdravotní pojištění

Podle zákona je povinné pro všechny občany v dané zemi nebo alespoň pro určité skupiny obyvatelstva. Kategorie lidí mohou být vymezeny svým zaměstnaneckým statutem (například statutární zdravotní pojištění může být povinné jen pro zaměstnance), výší svého příjmu nebo věkem. Za statutární zdravotní pojištění můžeme brát i národní zdravotní služby provozované státem a poskytující zdravotní služby obecně všem občanům (Principy zdravotního pojištění, 2008).

2) Privátní zdravotní pojištění

Toto pojištění je oproti statutárnímu zdravotnímu pojištění dobrovolné. Jeho účastníkem je osoba ze svého vlastního rozhodnutí. Může jít o osoby, které nespádají pod statutární zdravotní pojištění anebo o osoby, které sice jsou účastníky ve statutárním systému zdravotního pojištění, ale z nějakých důvodů chtějí zvýšit svou pojistnou ochranu některou z forem tzv. komplementárního zdravotního pojištění (Principy zdravotního pojištění, 2008).

3) Dobrovolná účast osob ve statutárním pojištění

V tomto pojištění jde o osoby, které jsou vyjmuté ze statutárního zdravotního pojištění a které se pro toto pojištění rozhodly obzvláště z důvodu finanční výhodnosti. Například v Německu mohou osoby, které dosáhly určité příjmové hranice, vystoupit z tzv. zákonného zdravotního pojištění a mohou se pojistit privátně nebo mohou zůstat v systému zákonného pojištění, což tak i 2/3 oprávněných osob činí (Principy zdravotního pojištění, 2008).

Další podmínkou pro klasifikaci zdravotního pojištění je to, jestliže se riziko potřeby zdravotní péče hodnotí dle individuálních atributů pojištěnce nebo na základě příslušnosti pojištěnce k určité skupině, například zaměstnanců jednoho zaměstnavatele, jednoho zaměstnavatelského svazu, členům jedné odborové centrály nebo jedné skupině státních zaměstnanců.

Pokud se riziko hodnotí na základě individuálních znaků pojištěnce, jde o individuální zdravotní pojištění. Naopak, pokud riziko se hodnotí pro jasně určenou skupinu pojištěnců, mluví se o skupinovém zdravotním pojištění.

Při individuálním pojištění se zdravotní pojišťovny snaží dosáhnout přijatelného rizika určením pojistného, které odpovídá riziku každého individuálního pojištěnce, popřípadě eliminaci osob s velmi vysokým rizikem potřeby zdravotní péče z pojistného kmene.

U skupinového zdravotního pojištění se zdravotní pojišťovna snaží dosáhnout přijatelného rizika potřeby zdravotní péče v rámci každé pojišťované skupiny (Principy zdravotního pojištění, 2008).

8 Soukromé zdravotní pojištění

8.1 Soukromé zdravotní pojištění

Existují možnosti smluvního, tj. soukromého zdravotního pojištění vně veřejnoprávní soustavu veřejného zdravotního pojištění. Soukromé zdravotní pojištění je ovšem velmi drahé. Český pojišťný trh v tomto směru není rozvinut. Nabídka je velmi malá a týká se spíše jednotlivých doprovodných služeb, dětských ozdravně léčebných pobytů anebo cestovního zdravotního pojištění pro případ pojistné události v cizině.

V České republice celkově chybí výraznější právně politický hlas v zájmu slabší strany, již jsou pojištěnci (a často také plátcí) veřejného zdravotního pojištění (Telec, 2017).

8.2 Soukromé zdravotní pojištění v Evropě a České republice

Rozvoj soukromého zdravotního pojištění jako doplněk k veřejnému pojištění je jednou z mála eventuálních cest k zajištění udržitelného financování českého zdravotnictví. Je zahrnut i v nynějším vládním programu.

Recese a omezené schopnosti státního rozpočtu nejsou jediným důvodem pro nastolení tohoto tématu. Hlavní důvod, proč se zajímat o doplňkové pojištění, je dlouhodobý. Tímto hlavním důvodem je stárnutí obyvatelstva, které vede především ke zvýšení spotřeby zdravotních služeb a zároveň vede ke snížení podílu ekonomicky aktivního obyvatelstva, jehož odvody jsou důležitým zdrojem pro průběžně financované veřejné zdravotní pojištění (oPojištění.cz, 2023).

8.2.1 Služby nezdravotního charakteru, které souvisí s čerpáním zdravotních služeb

Do těchto služeb patří peněžité dávky v nemoci. Dnes pravděpodobně nejvíce rozšířený produkt v soukromém zdravotním pojištění v České republice, pokud tedy pomineme cestovní zdravotní pojištění. Dále sem patří také „hotelové“ služby, do kterých zahrnujeme stravu, jídlo, případně dopravu. V této oblasti nejsou žádné zásadní legislativní nejasnosti. Pokud ještě není v nemocnicích dostatečná nabídka „nadstandardních“ služeb, je to hlavně tedy tím, že standard hotelových služeb není jasně definován, a tím, že veřejné nemocnice byly politickými tlaky občas odrazovány od jejich nabízení (oPojištění.cz, 2023).

8.2.2 Možnost výběru léku, zdravotnického prostředku, způsobu provedení zdravotní služby

Hrazené služby jsou všeobecně účinné. Jsou vhodné pro konkrétního pacienta v konkrétní situaci a odpovídající nejnovějším poznatkům medicínské vědy.

V dalších oblastech je podobný přístup založen pouze na zákonném požadavku na hospodárné vynakládání prostředků z veřejného zdravotního pojištění. O jasnější vymezení tohoto požadavku, včetně umožnění doplatků na určité zdravotnické prostředky, které jsou použité poskytovatelem bezprostředně při provedení zdravotního výkonu (například nitrooční čočky), se pokusil ministr Heger.

Jeho změny byly zvráceny Ústavním soudem. Podstatné ale je, že se tak stalo z formálních důvodů. Principiálně Ústavní soud naopak právo pacienta na výběr způsobu poskytnutí služby, i možnost doplatku, ve své zprávě potvrdil. Řada právníků, které se věnují zdravotnictví dokonce nevidí hlavní překážku podobnému postupu ani v současné legislativě. Z praktických bylo obecné vymezení nároku pacienta na hrazenou péči přijatelné. Do oblasti výběru pacienta patří v dnešní době i vzdálené poskytování péče (nad rámec výkonů hrazených zdravotními pojišťovny), ošetření nesmluvním lékařem a také různé doplatky, zejména u některých ambulantních služeb, jako je například gynekologie. Často jsou sice poskytovateli vybírány na hraně zákona, pokud ale jde o péči jinak nehrazenou, pro kterou se pacient dobrovolně rozhodl, je to právně v pořádku (oPojištění.cz, 2023).

8.3 Soukromé zdravotní pojištění v USA

Pojistné se hradí pravidelně každý měsíc. Výše pojistné částky závisí na striktně daných faktorech – věk, stát, jehož je daná osoba rezidentem, užívání tabákových výrobků, počet pojištěnců a konkrétní plán zdravotního pojištění.

Je zakázáno určovat výši pojistného na základě zdravotního stavu, pohlaví či již existujících stavů a onemocnění.

Maximální výše pojistného nesmí být více než třikrát vyšší než jeho minimální výše. Pojišťovny musí tak alespoň 80 % získaného pojistného využít na úhradu zdravotní péče a zvýšení kvality služeb, které poskytují. Zbýlých 20 % se může využít na pokrytí administrativních, režijních a marketingových nákladů. V některých pojišťovnách je limit přísnější, a to 85 % a 15 %. Jestliže pojišťovna využije na úhradu zdravotní péče méně jak 80-85 % pojistného, klient dostane část svých peněz zpět.

Klient si zdravotní pojišťovnu vybírá sám. Smluvní vztah začíná mezi listopadem a polovinou prosince. Zdravotní pojišťovna klienta pojistit musí (Srovnání soukromého zdravotního pojištění v USA a v České republice, 2022).

9 Veřejné zdravotní pojištění

Všichni pojištěnci se účastí pouze všeobecného veřejného zdravotního pojištění. Během cest do zahraničí, včetně členských států Evropské unie, mohou být pojištěnci připojištěni u komerčních pojišťoven na úhradu zdravotní péče.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění stanovuje, že ze zdravotního pojištění jsou hrazeny všechny výkony zdravotní péče. Některé podmínky úhrady léčby, například mimotělní oplodnění, kdy úhrada je omezena věkem ženy, se ze zdravotního pojištění nehradí.

Určuje, které prostředky zdravotnické techniky jsou plně hrazeny, které jsou hrazeny částečně a které hrazeny nejsou vůbec. Hradí se prostředek zdravotnické techniky v základním provedení, nejméně finančně náročný v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení. Určuje také, za kterých podmínek a které stomatologické výrobky jsou hrazeny ze zdravotního pojištění (Mach, 2010).

Veřejné zdravotní pojištění je veřejným blahem. Souvisí se sociálním právem na bezplatnou zdravotní péči z veřejnoprávního pojištění. V zájmu lidskosti, tzn. v zájmu nemocných lidí, pojištěnců a často i plátců veřejného zdravotního pojištění je, aby podstatný rozsah zdravotních služeb byl hrazen ze zákonného pojištění. Má být přitom bezvýznamné, zda se jedná o zdravotní výkony tzv. konvenční medicíny anebo nekonvenční, když ani žádný zákon tak nerozlišuje.

Využití komplementární medicíny ve zdravotních službách ve světě s právní vazbou na veřejná zdravotní pojištění mívá svá zřejmá opodstatnění. Spočívají v nákladové účinnosti a účelnosti, pokud jde o co nejúčinnější a zároveň co nejbezpečnější léčbu.

Zároveň rozhoduje i povaha nemoci, její stádium a celkový zdravotní stav pacienta apod. (Telec, 2017).

10 Zdravotní pojištění v rámci Evropské unie

Každý občan Evropské unie má během svého dočasného pobytu v jiné zemi Unie nárok na lékařské ošetření, které je neodkladné a nemůže počkat do návratu domů (Your Europe, 2023).

10.1 Evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC)

Evropský průkaz je bezplatná karta, která slouží jako doklad o tom, že je pojištěnec pojištěn. S tímto průkazem může být pojištěnec během dočasného pobytu v kterékoliv z 27 zemí Evropské unie, na Islandu, v Lichtenštejnsku, Norsku a Švýcarsku nebo ve Velké Británii poskytnuta nezbytná lékařská péče ve státním lékařském zařízení, a to za totožných podmínek a za totožnou cenu (v některých zemích zdarma) jako lidem pojištěným v dané zemi.

Pokryje to tak například lékařské úkony spojené s chronickou nemocí, s těhotenstvím nebo porodem.

Nicméně evropský průkaz se ale nevztahuje na zdravotní péči, která je poskytována soukromými subjekty nebo také na to, pokud pojištěnec cestuje do zahraničí pouze za účelem léčby. Nezaručuje tedy ošetření zdarma. Systémy zdravotnictví se v jednotlivých zemích liší, proto ošetření, které je u nás v České republice zdarma, nemusí být bezplatné i v ostatních zemích.

Jestliže člověk, který vycestoval do jiné země, nemá evropský průkaz zdravotního pojištění nebo ho nemůže uplatnit (například v soukromém zdravotnickém zařízení), nemohou jeho ošetření ve zdravotnickém zařízení odmítnout, ale musí si zaplatit za danou péči na místě a pak zpětně může žádat o proplacení částky po návratu domů (Your Europe, 2023).

10.2 Placení zdravotního pojištění při dlouhodobém pobytu v cizině

Za dlouhodobý pobyt v cizině se považuje nepřetržitý pobyt, který trvá déle než 6 měsíců.

Zda osoba splní podmínky, je vyňata z povinností platit zdravotní pojištění v České republice po celou dobu pobytu, co se nachází v cizině.

Podmínky:

- nepřetržitý pobyt v cizině, který trvá nejméně 6 měsíců
- osoba, která má uzavřeno zdravotní pojištění v cizině po celou dobu pobytu v cizině
- zdravotní pojišťovna obdrží písemné prohlášení osoby, že bude pobývat dlouhodobě v cizině, kde má uzavřeno zdravotní pojištění, před dnem ukončení platby pojistného

Po návratu z ciziny je nutné, aby se pojištěnec opět přihlásil u zdravotní pojišťovny.

Jestliže pojištěnec pobývá dlouhodobě v cizině a platí si tak i nadále zdravotní pojištění v České republice, může si zažádat u své zdravotní pojišťovny o uhrazení případných lékařských úkonů, které mu byly poskytnuty v době jeho pobytu v cizině a které byly nutné vykonat. Zdravotní pojišťovna posuzuje naléhavost těchto ošetření a proplácí úkon do výše, který by hradila na území České republiky (Generální konzulát České republiky v Sydney).

11 Dostupnost zdravotní péče

Je třeba zdůraznit, že není žádná spádovost do nemocnic či zdravotnických zařízení. Každý pojištěnec má právo se svobodně rozhodnout pro poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky, který má uzavřenou smlouvu s jeho zdravotní pojišťovnou. Pokud má poskytovatel v uvedených oborech více lékařů, má pacient právo zaregistrovat se u konkrétního lékaře (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

V případě registrujícího poskytovatele ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, zubní lékařství, gynekologie a porodnictví může pojištěnec změnit poskytovatele jednou za tři měsíce (§ 11 odst. 1 písm. b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění).

Ministerstvo zdravotnictví má za cíl zajistit stejnoměrné rozmístění zdravotní péče po celém území České republiky tak, aby byla včas a místně dostupná všem pacientům. Situace pacientů v některých lokalitách tomu v současnosti neodpovídá. Pacient má při poskytování zdravotních služeb také právo vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, popřípadě zdravotnického pracovníka, než který mu poskytuje zdravotní služby (§ 28 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách).

Poskytovatel, kterého si sám pacient zvolil, nemusí pacienta přijmout do své péče pouze v zákonem stanovených případech, které vyjmenovává §48 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Nepřijetí do péče může být z důvodu:

- kapacitní důvody – Přijetím pacienta by poskytovatel zdravotních služeb překročil přijatelné pracovní zatížení nebo by jeho přijetí bránilo provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení. Překročením

přijatelného pracovního zatížení se rozumí stav, kdy by zajištěním zdravotních služeb o tohoto pacienta došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientů již přijatým.

- v případě praktického lékaře a praktického lékaře pro děti a dorost – Pokud by vzdálenost místa pobytu pacienta neumožňovala výkon návštěvní služby.
- pokud nejde o pojištěnce zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu

Poskytovatel nesmí pacienta odmítnout do péče, pokud jde o pacienta, u kterého je potřeba poskytnout neodkladnou péči, pokud jde o porod nebo o zdravotní služby, které jsou nezbytné z hlediska ochrany veřejného zdraví nebo ochrany zdraví při práci (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

12 Plátcí pojistného

Dle zákona č. 48/1997 Sb., se plátcí pojistného zdravotního pojištění dělí na tři skupiny:

1) Stát – platí pojistné za osoby uvedené v §7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.

Za tyto osoby platí stát měsíčně pojistné ve výši 13,5 % z částky, která se rovná vyměřovacímu základu pro platbu pojistného státem.

Jedná se o:

- nezaopatřené dítě
- poživatele důchodu z důchodového pojištění
- příjemce rodičovského příspěvku
- ženy na mateřské dovolené nebo osoby na rodičovské dovolené, popřípadě osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství
- uchazeče o zaměstnání včetně uchazečů o zaměstnání, kteří přijali krátkodobé zaměstnání
- osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované
- osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II. nebo III. anebo stupni IV. a osoby pečující o tyto osoby (též skupina dětí do 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I.)

- osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby, osoby ve výkonu trestu odnětí svobody nebo osoby ve výkonu ústavního ochranného léčení
- osoby celodenně, osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku
- příjemce starobní penze na určenou dobu, doživotní penze nebo penze na přesně stanovenou dobu s přesně stanovenou výší důchodu podle zákona o doplňkovém penzijním spoření
- osoby, která je invalidní ve třetím stupni nebo dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, která však nesplňuje podmínky pro přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně nebo starobního důchodu (nemá odpracovaný předepsané roky)
- osoby s trvalým pobytem na území České republiky, která není plátcem pojistného jako zaměstnanec ani jako OSVČ a je příjemcem dávek nemocenského pojištění
- osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu
- mladistvých, umístěných ve školském zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy
- cizince, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území České republiky za účelem poskytnutí dočasné ochrany, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti
- žadatele o udělení mezinárodní ochrany a jeho dítě narozené na území České republiky, cizince, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu na území České republiky, a jeho dítě narozené na území České republiky, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti
- manžele nebo registrované partnery státních zaměstnanců podle zákona o státní službě nebo jiných zaměstnanců v organizačních složkách státu, pokud je následují do místa jejich vyslání k výkonu práce v zahraničí nebo k výkonu zahraniční služby se souhlasem této organizační složky státu a nemají příjem ze závislé činnosti nebo nejsou osobami samostatně výdělečně činnými, nebo nejsou osobami vykonávajícími obdobné činnosti podle práva cizího státu, do kterého byli jejich manželé nebo registrovaní partneři vyslání k výkonu práce v zahraničí nebo k výkonu služby v zahraničí

- osoby poskytující dítěti nezprostředkovanou pěstounskou péči
 - osoby starší 26 let studující prvně v doktorském studijním programu
- 2) Zaměstnavatel – odvádí pojistné za zaměstnance
- 3) Pojištěnec – je plátcem pojistného sám, pokud je:
- a) osobou samostatně výdělečně činnou – touto osobou se rozumí
1. osoba vykonávající činnost, ze které plynou příjmy ze samostatné činnosti podle zákona o daních z příjmů
 2. spolupracující osoba osoby podle bodu 1, pokud na ni lze podle zákona o daních z příjmů rozdělovat příjmy a výdaje na jejich dosažení, zajištění a udržení
- b) osobou bez zdanitelných příjmů – za tyto osoby jsou považováni nezaměstnaní lidé, kteří nejsou v evidenci na úřadu práce, studenti starší 26 let, lidé v domácnosti nesplňující podmínku péče o jedno dítě do 7 let nebo dvě děti do 15 let a občané pouze s pasivními příjmy nezakládajícími účast na pojištění.
- c) má na území České republiky trvalý pobyt, avšak není zaměstnancem a není za něj plátcem pojistného stát, pokud uvedené skutečnosti trvají po celý kalendářní měsíc
- d) osobou, která se na území České republiky narodila matce s povoleným pobytem na území České republiky, a to do konce kalendářního měsíce, v němž tato osoba dovršila 60 dnů věku
- e) zaměstnancem (za zaměstnance se pro účely zdravotního pojištění považuje fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti podle zvláštního právního předpisu, s výjimkou
1. osoby, která má pouze příjmy ze závislé činnosti, které nejsou předmětem daně nebo jsou od daně osvobozeny
 2. žáka nebo studenta, který má pouze příjmy ze závislé činnosti za práci z praktického výcviku
 3. osoby činné na základě dohody o provedení práce, popřípadě více dohod o provedení práce u jednoho zaměstnavatele, pokud úhrn příjmů z takových dohod v kalendářním měsíci nedosáhl příjmu ve výši částky, jež je podmínkou pro účast takové osoby na nemocenském pojištění podle zákona upravujícího nemocenské pojištění. Započitatelný příjem zúčtovaný zaměstnavatelem, až po skončení dohody o provedení práce, se považuje za příjem zúčtovaný do kalendářního měsíce, v němž tato dohoda skončila.

4. člena družstva, který není v pracovněprávním vztahu k družstvu, ale vykonává pro družstvo práci, za kterou je jím odměňován, a který v kalendářním měsíci nedosáhl započitatelného příjmu
5. osoby činné na základě dohody o pracovní činnosti, popřípadě více dohod o pracovní činnosti u jednoho zaměstnavatele, pokud úhrn příjmů z takových dohod v kalendářním měsíci nedosáhl započitatelného příjmu
6. dobrovolného pracovníka pečovatelské služby, který v kalendářním měsíci nedosáhl započitatelného příjmu
7. člena okrskové volební komise nebo zvláštní okrskové volební komise, který plní úkoly podle volebních zákonů

Všichni pojištěnci odvádí platbu ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu. Zaměstnanci hradí pouze 4,5 %, zbytek odvádí zaměstnavatel.

13 Výše platby pojistného

Stát platí za zákonem vyjmenované skupiny pojištěnců pojistné, které je vypočtené z vyměřovacího základu. Výše vyměřovacího základu je stanovena zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.

Veřejné zdravotní pojištění v České republice je založeno na principu solidarity. Tato solidarita zdravých s nemocnými, majetných s nemajetnými apod., je zaručením dostatečných peněžitých prostředků z odvedeného pojistného na hrazení zdravotní péče všem pojištěncům v čase, kdy tuto péči potřebují. Rozměr odvedeného pojistného za jednotlivého pojištěnce neovlivňuje rozsah jemu poskytované zdravotní péče a není ani individuálně porovnáván s výší úhrad za tuto péči. Často může nastat situace, kdy pojištěnec, který do systému sám nijak nepřispívá, například proto, že za něj hradí pojistné stát, může i přes to čerpat i vysoké náklady na zdravotní péči. Naopak pojištěnec, který je zaměstnancem, osobou samostatně výdělečně činnou nebo osobou bez zdanitelných příjmů, využívá zdravotní péči minimálně, přestože se podílí osobně na placení pojistného velkou měrou (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

13.1 Výše platby pojistného – zaměstnanci

Vyměřovací základ je dle příjmů ze zaměstnání. Minimální vyměřovací základ je minimální mzda, která je vymezena nařízením vlády. Ne všichni zaměstnanci, jejichž mzda nedosahuje minimální mzdy, musí platit pojistné, alespoň z minimálního vyměřovacího základu. Jde například o pojištěnce, za které platí pojistné i stát.

V případě zaměstnanců hradí 1/3 pojistného zaměstnanec a 2/3 pojistného hradí zaměstnavatel, přičemž celou částku pojistného odvádí dané zdravotní pojišťovně zaměstnavatel (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

13.1.1 Platba

Zaměstnanci si 1/3 platí sami, což dělá 4,5 %. Částka se jim strhává z výplaty. Zbylý 2/3, což je 9 %, tak hradí zaměstnavatel.

Minimální vyměřovací základ činí pro rok 2023 částku 17 300 Kč. Minimální pojistné, které je 13,5 % z této částky činí tedy 2335,5 Kč (výše se každý rok mění podle výše minimální mzdy). Tuto částku každý kalendářní měsíc odvádí zaměstnavatel na účet pojišťovny, u které je zaměstnanec registrovaný (Roger a.s., 2023).

13.2 Výše platby pojistného – osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ)

Osoby samostatně výdělečně činné platí pojistné ve formě záloh a doplatku pojistného. Vyměřovacím základem je u těchto osob 50 % příjmu ze samostatné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení. Minimálním ročním vyměřovacím základem je dvanáctinásobek 50 % průměrné mzdy v národním hospodářství. Výše platby pojistného je pro každý rok určeno nařízením vlády pro účely důchodového pojištění (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

13.3 Výše platby pojistného – osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP)

Osoby bez zdanitelných příjmů jsou osoby, které po celý kalendářní měsíc nejsou zaměstnanci, ani nejsou osobami samostatně výdělečně činnými a ani za ně neplatí pojistné stát. Tyto osoby platí pojistné z vyměřovacího základu, kterým je minimální mzda určená nařízením vlády (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

13.3.1 Platba

Pojistné těchto osob činí pro rok 2023 částku 2335,5 Kč za jeden kalendářní měsíc (Finance.cz, 2020).

14 Povinnost platit pojistné

Dle §8 zákona č. 48/1997 Sb. se pojistné platí zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěn, a to s výjimkou záloh na pojistné osoby samostatně výdělečně činné, která je poplatníkem v paušálním režimu.

Povinnost platit pojistné vzniká pojištěnci dnem:

- a) nástupu zaměstnance do zaměstnání
- b) zahájení samostatné výdělečné činnosti
- c) ke kterému se po návratu do České republiky pojištěnec přihlásil u příslušné zdravotní pojišťovny

Dle zákona č. 48/1997 Sb. vzniká zaměstnavateli povinnost platit část pojistného za svého zaměstnance dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání.

Pojištěnec není povinen platit pojistné po dobu, kdy je dlouhodobě v cizině nebo pokud je v cizině zdravotně pojištěn a učinil o této skutečnosti u příslušné zdravotní pojišťovny písemné prohlášení.

Zánik povinnosti platit pojistné nastává dnem, který pojištěnec uvedl v prohlášení a kdy toto prohlášení bylo doručeno příslušné zdravotní pojišťovně. Od stejného dne až do dne, kdy se pojištěnec u příslušné zdravotní pojišťovny opět přihlásil, nemá pojištěnec nárok na poskytování hrazených služeb. Zároveň s opětovným přihlášením u příslušné zdravotní pojišťovny, má pojištěnec povinnost této pojišťovně dodatečně doložit doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a jeho délce. Pokud pojištěnec předloží doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině, ale nekryje celou dobu, kdy nebyl povinen platit pojistné v České republice, je pak povinen doplatit zpětně pojistné za každý kalendářní měsíc, ve kterém zdravotní pojištění v cizině netrvalo po celý takový kalendářní měsíc. Penále se v tomto případě nevymáhá. Další prohlášení lze zdravotní pojišťovně předložit nejdříve po uplynutí dvou kalendářních měsíců následujících po dni opětovného přihlášení.

Dle tohoto zákona platí, že pokud plátce pojistného nezaplatí pojistné v dané výši a včas, tak je příslušná zdravotní pojišťovna povinna vymáhat na dlužníkovi jeho zaplacení včetně penále. Penále se nevymáhá, pokud je pojištěnec na dlouhodobém pobytu v cizině, před kterým nedodal písemné prohlášení, neplatil pojistné a po celou dobu pobytu v cizině nečerpal hrazené služby. V tomto případě je pojištěnec povinen předložit doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a jeho délce, které kryje celou dobu dlouhodobého pobytu v cizině. Doba dlouhodobého pobytu v cizině se v tomto případě počítá ode dne uvedeného jako počátek pojištění v dokladu o uzavření zdravotního pojištění v cizině.

15 Povinnosti plátců pojistného

Dle zákona č. 48/1997 je pojištěnec povinen:

- a) plnit oznamovací povinnost
- b) sdělit v den nástupu do zaměstnání své u zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn. Stejnou povinnost má i tehdy, stane-li se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny v době trvání zaměstnání. Tuto povinnost splní do 8 dnů ode dne změny zdravotní pojišťovny.
- c) hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné
- d) poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu a dodržovat lékařem stanovený léčebný režim.
- e) podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám
- f) dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí
- g) vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví
- h) prokazovat se při poskytování zdravotní péče, s výjimkou poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky, platným průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem vydaným příslušnou zdravotní pojišťovnou
- i) oznámit do 8 dnů příslušné zdravotní pojišťovně ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce
- j) vrátit do 8 dnů příslušné zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce při
 1. zániku zdravotního pojištění, a to skončením trvalého pobytu na území České republiky anebo osoba bez trvalého pobytu na území České republiky
 2. změně zdravotní pojišťovny
 3. dlouhodobém pobytu v zahraničí

- k) oznámit příslušné zdravotní pojišťovně změna jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla, a to do 30 dnů ode dne, kdy ke změně došlo
- l) při změně zdravotní pojišťovny předložit nově zvolené zdravotní pojišťovně doklad o výši záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu, jde-li o osobu samostatně výdělečně činnou.

15.1 Oznamovací povinnost plátců pojistného

Dle §10 zákona č. 48/1997 Sb. je zaměstnavatel povinen nejpozději do osmi dnů od vzniku skutečnosti, která se oznamuje, provést u příslušné zdravotní pojišťovny oznámení o:

- a) nástupu zaměstnance do zaměstnání a jeho ukončení
- b) změně zdravotní pojišťovny zaměstnancem, pokud mu tuto skutečnost sdělil. Oznámení se provede odhlášením od placení pojistného u původní zdravotní pojišťovny a přihlášením k placení pojistného u zdravotní pojišťovny, kterou si zaměstnanec zvolil.
- c) skutečnostech rozhodnutých pro povinnost státu platit za zaměstnance pojistné, a to i v těch případech, kdy povinnost státu vznikla v době, kdy zaměstnanci poskytl pracovní volno bez náhrady příjmu.

O oznamovaných skutečnostech je zaměstnavatel povinen vést evidenci a dokumentaci.

Při oznamovací povinnosti sděluje zaměstnavatel jméno, příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo zaměstnance, případně jiné číslo pojištěnce.

Zaměstnanec je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně skutečnosti podle předchozího odstavce neprodleně, pokud zjistí, že jeho zaměstnavatel tuto povinnost nesplnil nebo pokud údaje pod písmeny b) a c) svému zaměstnavateli nesdělil.

Dle zákona č. 48/1997 Sb. má pojištěnec, který je osobou samostatně výdělečně činnou, povinnost oznámit příslušné zdravotní pojišťovně zahájení a ukončení samostatné výdělečné činnosti, a to nejpozději do osmi dnů ode dne, kdy tuto činnost zahájil nebo ukončil.

Pojištěnec je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do osmi dnů skutečnosti, které jsou rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit za tohoto pojištěnce pojistné podle § 7. Za osoby zaměstnané plní však tuto povinnost zaměstnavatel.

Za osoby s omezenou svéprávností plní tuto povinnost buď jejich zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník.

Zákon č. 48/1997 Sb. stanovuje, že narozením pojištěnce je jeho zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník povinen oznámit do osmi dnů ode dne jeho narození zdravotní pojišťovně, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození. Pokud není matka dítěte zdravotně pojištěna podle tohoto zákona, oznámí zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník dítěte jeho narození zdravotní pojišťovně, u které je pojištěn otec dítěte v den jeho narození. Pokud ani jeden z rodičů není zdravotně pojištěn podle tohoto zákona, oznámí zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník dítěte jeho narození Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

16 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou samostatnými právními subjekty a mají za úkol realizovat veřejné zdravotní pojištění. Na jedné straně zahrnuje jejich činnost výběr pojistného od plátců pojistného a na druhé straně úhrady zdravotních služeb poskytovatelům zdravotních služeb. Všechny zdravotní pojišťovny mají celkovou zodpovědnost po odborné i ekonomické stránce za hrazené zdravotní služby poskytované svým pojištěncům. Činnost zdravotních pojišťoven obsahuje také spoustu dalších souvisejících oblastí, jako například vedení evidence pojištěnců (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky vede centrální registr všech pojištěnců), vedení evidence poskytovatelů zdravotních služeb, kontrolní činnost (jak plátců pojistného, tak i poskytovatelů zdravotních služeb), a další činnosti.

Jako jedna z hlavních povinností zdravotních pojišťoven je zajistit svým pojištěncům poskytování hrazených služeb, které musí být místně a časově dostupné. Tuto povinnost plní pomocí poskytovatelů, se kterými uzavírají smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří tzv. síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny.

Činnost a hospodaření zdravotních pojišťoven podléhají různým kontrolám, které provádí v souladu se zněním příslušných zákonů (v souladu s platnou právní úpravou) Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Nezávisle na dohledu prováděném Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí hospodaření zdravotních pojišťoven

podléhá také kontrole Nejvyššího kontrolního úřadu. Zdravotní pojišťovny mají však i interní kontrolu (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).

Od roku 1993 působilo na území České republiky celkem 29 zdravotních pojišťoven. Tento počet se postupem času snížil na současných 7.

V České republice nyní působí zdravotní pojišťovny:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (111)
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (201)
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207)
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (211)
- Revírní bratrská pokladna (213)

(Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).

16.1 Všeobecná zdravotní pojišťovna

Všeobecná zdravotní pojišťovna je tahounem českého systému veřejného zdravotního pojištění již 31 let. Byla zřízena dne 1. ledna 1992, a to zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Všeobecná zdravotní pojišťovna je stále ale největší zdravotní pojišťovnou na území České republiky vůbec (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2023).

16.2 Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky vznikla v roce 1993. Zajišťuje svým klientům zdravotní péči prostřednictvím odborníků ve vojenských i civilních zdravotnických zařízeních a lázeňských domech (Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, 2022).

16.3 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna byla založena rozhodnutím ministerstva práce a sociálních věcí České republiky a vznikla dne 1. prosince 1992 pod názvem Hutnická zaměstnanecká pojišťovna. Na základě Hutnické zaměstnanecké pojišťovny tak vznikl subjekt s 1,2 miliony pojištěnců a Česká průmyslová zdravotní pojišťovna je tak druhou největší zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou v České republice (ČPZP, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna).

16.4 Oborová zdravotní pojišťovna

Oborová zdravotní pojišťovna je třetí největší zaměstnaneckou pojišťovnou u nás. Byla založena roku 1992 rozhodnutím Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky podle zákona č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (OZP, oborová zdravotní pojišťovna).

16.5 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda vznikla v roce 1992 na základě žádosti podané firmou ŠKODA, automobilové akciové společností a postupně se vyvinula v regionální zdravotní pojišťovnu (Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, 2023).

16.6 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky působí na českém trhu již od roku 1992. Je druhou největší zdravotní pojišťovnou u nás. Má smlouvu s více než 27 tisíci lékaři a zdravotnickými zařízeními kdekoliv na území České republiky.

Byla jako první na trhu zdravotního pojištění, která zřídila pozici ombudsmana – ochránce práv pojištěnců (ZP MV ČR).

16.7 Revírní bratrská pokladna

Revírní bratrská pokladna je největší regionální zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou na území České republiky (RBP, zdravotní pojišťovna).

17 Zdravotní pojišťovny – §12 zákona č. 550/1991

Dle §12 zákona č. 550/1991 Sb. zdravotní pojištění provádějí tyto zdravotní pojišťovny:

- a) Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
- b) Resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny

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

Všeobecná zdravotní pojišťovna má sídlo v Praze.

Dle zákona č. 551/1991 Sb. pojišťovna provádí všeobecné zdravotní pojištění, pokud toto pojištění neprovádějí resortní, oborové a podnikové zdravotní pojišťovny. Je právnickou osobou. V právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících. Také hospodaří s vlastním majetkem a vykonává právo hospodaření s majetkem jí svěřeným.

18.1 Příjmy Pojišťovny

Dle zákona č. 551/1991 Sb. jsou příjmy pojišťovny:

- platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu
- vlastní zdroje vytvořené využíváním fondů Pojišťovny
- příjmy plynoucími z přírážek k pojistnému, pokut a poplatků z prodlení účtované Pojišťovnou
- dary a ostatní příjmy

18.2 Výdaje Pojišťovny

Dle zákona č. 551/1991 Sb. jsou výdaje pojišťovny:

- platby za poskytované zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotní pojištění podle smluv uzavřených s osobami oprávněnými poskytovat zdravotní služby podle zákona o zdravotních službách
- platby jiným zdravotním pojišťovnám nebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za hrazené služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny
- náhrady nákladů za neodkladnou zdravotní péči čerpanou pojištěncem v cizině a

náhrady nákladů za zdravotní služby čerpané pojištěncem v jiném členském státě Evropské unie podle §14 zákona o veřejném zdravotním pojištění

- náklady na činnost Pojišťovny v rámci schváleného rozpočtu
- úhrady částek, přesahujících limit pro doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo úhrady podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem
- úhrady za zdravotní služby a náhrady nákladů vynaložené pojištěncem na zdravotní služby čerpané v členských státech Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo ve Švýcarské konfederaci podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systému sociálního zabezpečení a podle mezinárodních smluv v oblasti sociálního zabezpečení
- úhrady částek poskytnutých podle § 40 odst. 3 a 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění poskytovatelům hrazených služeb

18.3 Fondy Pojišťovny

18.3.1 Základní fond

Tento fond dle zákona č. 551/1991 Sb. slouží k úhradě hrazených služeb, k přidělům do provozního fondu, ke krytí nákladů na činnost Pojišťovny, k přidělům dalším fondům a k dalším platbám v rozsahu stanoveném zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Slouží také k úhradám částek přesahujících limit pro doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo k úhradám podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem.

Zdrojem tohoto fondu jsou platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění a další příjmy v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem.

18.3.2 Rezervní fond

Rezervní fond dle zákona č. 551/1991 Sb. kryje neočekávané výkyvy ve spotřebě základního fondu. Minimální výše rezervního fondu činí 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.

Tento fond je tvořen přiděly části zůstatku základního fondu nebo ostatních fondů.

Rezervní fond používá Pojišťovna ke krytí schodků základního fondu a ke krytí hrazených služeb v případě výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof nebo Pojišťovnou nezaviněného významného poklesu výběru pojistného. Výše rezervního fondu může v takovém případě klesnout v průběhu kalendářního roku pod minimální výši.

Pokud nejde o případ, který je uvedený v předchozí větě, má Pojišťovna povinnost udržovat rezervní fond ve stanovené minimální výši.

18.3.3 Fond prevence

Z fondu prevence dle zákona č. 551/1991 Sb. lze nad rozsah hrazených služeb hradit zdravotní služby s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem, pokud jsou poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich již dosavadním nebo hrozícím onemocněním.

Prostředky fondu prevence lze využít také k realizaci preventivních zdravotnických programů, které slouží k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu pojištěnců anebo na podporu projektů podporujících zvýšení kvality zdravotních služeb, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců.

Zdrojem tohoto fondu jsou finanční prostředky z podílu na výsledku hospodaření po zdanění nebo také finanční prostředky z výnosu z pokut, přírážek k pojistnému a penále ukládaných podle jiných právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a přijatých Pojišťovnou v průběhu kalendářního roku.

18.3.4 Ostatní fondy

Dalšími fondy, dle tohoto zákona jsou:

- provozní fond
- sociální fond
- fond majetku
- fond reprodukce majetku

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

Tento zákon č. 280/1992 Sb. upravuje vznik, činnost a zánik resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven a jejich vztah k Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Dle tohoto zákona jsou všechny zdravotní pojišťovny v České republice ze zákona otevřené.

Musejí tedy přijímat všechny pojištěnce, nemohou nikoho odmítnout, pokud chce být pojištěn u konkrétní zdravotní pojišťovny.

Jiné zaměstnanecké pojišťovny jsou pojišťovny s meziresortní a mezioborovou působností.

Zaměstnanecká pojišťovna je právnickou osobou. V právních vztazích vystupuje pod svým jménem. Může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících. Zaměstnanecká pojišťovna se zapisuje do obchodního rejstříku. K zániku zaměstnanecké pojišťovny proto tedy dochází ode dne výmazu z obchodního rejstříku. Návrh na výmaz z obchodního rejstříku podává zanikající zdravotní pojišťovna nebo likvidátor.

19.1 Druhy zaměstnaneckých pojišťoven dle zákona č. 280/1992 Sb.

Zaměstnaneckými pojišťovnami jsou:

- Resortní zaměstnanecká pojišťovna
- Oborová zaměstnanecká pojišťovna
- Podniková zaměstnanecká pojišťovna

19.1.1 Resortní zaměstnanecká pojišťovna

Tato pojišťovna provádí všeobecné zdravotní pojištění zvláště pro zaměstnance všech organizací, které jsou založeny nebo zřízeny jedním ministerstvem České republiky anebo které podléhají ucelené části tohoto ministerstva.

19.1.2 Oborová zaměstnanecká pojišťovna

Oborová zaměstnanecká pojišťovna provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho oboru.

19.1.3 Podniková zaměstnanecká pojišťovna

Provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho nebo více podniků.

20 Revizní lékaři zdravotní pojišťovny

Revizní lékaři kontrolují, zda poskytnuté hrazené služby odpovídají hrazeným službám, které byly vyúčtovány zdravotní pojišťovně nebo zda byly vyúčtovány výkony, léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, které je zdravotní pojišťovna povinna uhradit. Dále kontrolují také rozsah a druh hrazených služeb odpovídající zdravotnímu stavu pojištěnce (Čeledová, 2018).

Další činnost, kterou provádí revizní lékař je kontrolní činnost podle zákonných ustanovení, platných smluv a doporučených léčebných a diagnostických postupů (proLékaře.cz, 2020). Také potvrzuje lázeňské pobyty výhradně jako následnou lůžkovou péči, posuzuje žádost na lázeňskou rehabilitační péči v zahraničí, dle platné metodiky a schvaluje nárok na přepravu, pokud se pojištěnec, který má nárok na přepravu hrazenou z veřejného zdravotního pojištění rozhodne pro dopravu soukromým vozidlem řízeným jinou osobou a provádí také revizní činnost zdravotnických zařízení a kontrolu účtování zdravotních služeb (proLékaře.cz, 2020).

21 Průkaz pojištěnce

Dle §40 zákona č. 48/1997 Sb. jsou Pojišťovny povinny vydat svým pojištěncům bezplatně průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad. Průkaz nebo náhradní doklad nezletilého pojištěnce nebo pojištěnce, který je omezen na způsobilosti k právním úkonům, vydá pojišťovna jeho zákonnému zástupci, opatrovníkovi nebo poručníkovi. Tento průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad obsahuje: jméno, příjmení, popřípadě titul, platnost a číslo pojištěnce, kterým je, v případě občanů České republiky jejich rodné číslo.

22 Práva pojištěnce

22.1 Právo na výběr zdravotní pojišťovny

Každý má právo si sám zvolit, u jaké pojišťovny chce být pojištěn. Změnu zdravotní pojišťovny lze provést jednou za 12 měsíců, a to vždy k 1. dni kalendářního pololetí. Podepsanou přihlášku ke zvolené zdravotní pojišťovně musí pojištěnec podat v průběhu kalendářního pololetí předcházejícímu tomu, ve kterém má dojít ke změně pojišťovny. Nejpozději lze podat přihláška tři měsíce před termínem požadované změny (Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, 2020).

Dle zákona č. 48/1997 Sb. změnu zdravotní pojišťovny provádí za osoby nezletilé a osoby omezené na způsobilosti k právním úkonům jejich zákonný zástupce. Při narození dítěte toto právo na svobodný výběr zdravotní pojišťovny neplatí. Změnu zdravotní pojišťovny již narozeného dítěte může jeho zákonný zástupce provést až když je dítěti přiděleno jeho rodné číslo, a to k 1. dni kalendářního čtvrtletí.

Dle tohoto zákona nemá zdravotní pojišťovna oprávnění k tomu, aby určila pojištěnci dobu, po kterou u ní bude pojištěn nebo vztah pojištěnce sama ukončit. Nemá také žádné oprávnění k tomu, přijmout pojištěnce v jiných lhůtách, než jsou stanoveny.

22.2 Právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky

Dle § 11 zákona č. 48/1997 Sb. má pojištěnec právo si vybrat lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnické zařízení, kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. U poskytovatelů primární péče toto právo může využít jednou za tři měsíce. Výjimku tvoří například závodní zdravotní služby, kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně.

Osoby ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody mají právo na výběr lékaře, zdravotnického zařízení nebo dopravní služby omezen podle zvláštních předpisů.

Lékař, kterého si pojištěnec zvolí může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze pokud by jeho přijetím překročil přijatelné pracovní zatížení tak, že by nemohl zajistit kvalitní péči o tohoto pojištěnce nebo o ostatní, které má ve své péči. Také může vybraný lékař odmítnout přijetí pojištěnce, z důvodu příliš velké vzdálenosti místa trvalého nebo přechodného pobytu pojištěnce pro výkon návštěvní služby.

Kdy ale lékař nemůže odmítnout pojištěnce, tak je, pokud se jedná o neodkladnou péči. Každé odmítnutí převzetí pojištěnce do péče musí lékař pojištěnci písemně potvrdit.

Poskytovatel může ukončit péči o pacienta v případě, že:

- předá pacienta s jeho souhlasem do péče jiného poskytovatele
- pacient vysloví nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb
- pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů nebo úmyslně a soustavně nedodrжуje doporučený individuální léčebný postup
- ukončením péče nesmí dojít k ohrožení života nebo vážnému poškození zdraví (Ombudsman pro zdraví, 2018).

22.3 Právo na místní a časovou dostupnost hrazených služeb

Dostupnost zajišťují svým pojištěncům zdravotní pojišťovny, a to místní dostupnost a časovou dostupnost. Místní dostupnost se vyjadřuje dojezdovou dobou a časová dostupnost znamená zajištění poskytnutí neodkladných či akutních hrazených služeb v dané lhůtě, která odpovídá jejich naléhavosti. To znamená, že například náhrada kyčelního kloubu by měla být pojištěnci provedena do 52 týdnů od té doby, kdy mu byl zákrok indikován jeho ošetřujícím lékařem (Vojtěch a Rögnerová, 2019).

22.3.1 Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb

Místní dostupnost

Dle nařízení vlády č. 307/2012 Sb. dojezdová doba vyjadřuje místní dostupnost zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Dojezdové doby jsou stanovené pro jednotlivé obory nebo služby. Tyto doby jsou stanoveny jako nejzazší možné. Zvláště jsou tyto doby určeny pro ambulantní péči a péči lůžkovou.

Dle tohoto vládního nařízení se místní dostupnost ambulantní péče dělí do 5 skupin a dojezdová doba se určuje v minutách.

Místní dostupnost ambulantní péče:

- 35 minut – zubní lékař, lékárna, gynekologie a porodnictví, praktické lékařství pro děti a dorost, všeobecné praktické lékařství.
- 45 minut – diabetologie, chirurgie, neurologie, ortopedie, oftalmologie, otorinolaryngologie, fyzioterapie, urologie, vnitřní lékařství, radiologie a zobrazovací metody (jen ultrazvukové a rentgenové a skiagrafické vyšetření), rehabilitační a fyzikální medicína
- 60 minut – psychiatrie, psychologie, logopedie, kardiologie, gastroenterologie, pneumologie a fúzeologie, hematologie a transfuzní lékařství, revmatologie, hemodialýza, dermatologie
- 90 minut – alergologie a klinická imunologie, nefrologie, endokrinologie, klinická onkologie, dětská chirurgie, dětská neurologie, dětská a dorostová psychiatrie, angiologie, ortodoncie, počítačová tomografie
- 120 – dětská gynekologie, geriatric, plastická chirurgie, infekční lékařství, lékařská genetika, sexuologie, foniatric a audiologie, radiační onkologie, magnetická rezonance, nukleární medicína, kardiochirurgie, neurochirurgie, cévní chirurgie

Místní dostupnost lůžkové péče se dle vládního nařízení č. 307/2012 Sb. dělí do 4 skupin:

- 60 minut – chirurgie, dlouhodobá péče (ošetřovatelská péče), dětské lékařství, vnitřní lékařství, neonatologie, gynekologie a porodnictví, anesteziologie a intenzivní medicína
- 75 minut – neurologie, ortopedie, pneumologie a fúzeologie, rehabilitační a fyzikální medicína (akutní lůžková péče), urologie
- 120 minut – traumatologie, psychiatrie, oftalmologie, klinická onkologie, dermatovenerologie, infekční lékařství, otorinolaryngologie, následná lůžková péče (léčebně rehabilitační péče)
- 180 minut – kardiochirurgie, cévní chirurgie, geriatric, radiační onkologie, neurochirurgie

Časová dostupnost

Dle vládního nařízení č. 307/2012 Sb. se plánovanými hrazenými službami rozumí hrazené služby, jejichž poskytnutí je z důvodu veřejného zájmu třeba plánovat tak, aby pojištěncům k nim byl zajištěn dostatečný, trvalý a vyvážený přístup.

Plánované hrazené služby se určují lhůtou časové dostupnosti. Tuto časovou dostupnost nelze překročit.

Příloha č. 2 k vládnímu nařízení č. 307/2012 Sb.:

52 týdnů – náhrada kyčelního a kolenního kloubu

30 týdnů – operace katarakty

16 týdnů – denzitometrie

10 týdnů – echokardiografie

8 týdnů – artroskopie, angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkony

6 týdnů – mamografické vyšetření

5 týdnů – magnetická resonance

4 týdny – endoskopické vyšetření, zahájení biologické léčby roztroušené sklerózy

3 týdny – počítačová tomografie

2 týdny – skiografie a sonografie

Dle tohoto vládního nařízení se plánované hrazené služby poskytují ve lhůtě, která je lékařsky odůvodnitelná a vychází z objektivního lékařského posouzení současného zdravotního stavu pojištěnce, anamnézy a předpokládaného průběhu jeho nemoci, bolestivosti nebo povahy onemocnění. Lhůtu časové dostupnosti stanovuje v rámci sestavení individuálního léčebného postupu ošetřující zdravotnický pracovník, který plánovanou hrazenou službu indikoval. Tato lhůta ovšem nesmí překročit lhůtu, která je stanovena pro tuto plánovanou hrazenou službu.

Lhůta časové dostupnosti začíná dnem následujícím po dni, kdy ošetřující zdravotnický pracovník plánovanou hrazenou službu indikoval a potřebu této služby a lhůtu časové dostupnosti k jejímu poskytnutí zapsal do zdravotnické dokumentace pojištěnce. Nesplněním lhůty časové dostupnosti se nepočítá, pokud zdravotní pojišťovna zajistí poskytnutí plánované hrazené služby pojištěnci ve stanovené lhůtě časové dostupnosti, ale pojištěnec si sám zvolí jiného smluvního poskytovatele, který mu plánovanou hrazenou službu poskytne po uplynutí této lhůty.

O plánování hrazené služby nejde, pokud je potřeba zdravotní službu poskytnout jako akutní nebo neodkladnou zdravotní péči.

22.4 Právo na poskytnutí informací od zdravotní pojišťovny o jemu poskytnutých hrazených službách.

22.4.1 Osobní účet pojištěnce

Dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, vede zdravotní pojišťovna osobní účet každému pojištěnci. Pojištěnec si může zažádat o výpis z osobního účtu. Zdravotní pojišťovna je povinna mu písemně, bezplatně a bez zbytečného odkladu poskytnout jedenkrát ročně formou výpisu z osobního účtu údaje o hrazených službách, které mu byly poskytnuty v období posledních 12 měsíců, a to včetně zaplacených regulačních poplatků a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely za toto období, popřípadě tyto údaje za počet měsíců, po které byl pojištěnec v průběhu posledních 12 měsíců u této zdravotní pojišťovny pojištěn.

Zdravotní pojišťovna je dále povinna na vyžádání pojištěnce zajistit dálkový přístup k jeho osobnímu účtu (Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, 2020).

22.4.2 Výpis z osobního účtu pojištěnce

1) elektronický způsob umožňující dálkový přístup

Pojištěnec si může vyhledat výpis ze svého osobního účtu i za poslední 3 roky zpětně. Osobní účet pojištěnce, který je mladší 18 let může sledovat jeho zákonný zástupce, a to v rámci svých přístupových údajů. Podmínkou ovšem je, že jeho zákonný zástupce musí doložit doklad, že je opravdu zákonným zástupcem dítěte. Pokud není zákonný zástupce pojištěncem té samé zdravotní pojišťovny, jako je pojištěnec mladší 18 let, musí si zažádat o vystavení osobních identifikátorů, které se vztahují přímo k osobě daného dítěte a doložit doklad prokazující vazbu k dítěti, jako například rodný list (Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, 2020).

2) písemný v listinné podobě

Pojištěnec musí požádat osobně nebo písemně klientské centrum, a to formou vyplnění žádosti.

Výpis z osobního účtu je možné získat na počkání. V případě, že klient chce výpis zaslat poštou,

obdrží pak následně poštovní zásilku do vlastních rukou adresáta. Za zastupované osoby (například děti mladší 18 let) je nutné kromě vyplnění formuláře, doložit také písemnosti, které osvědčí zastupování pojištěnce (Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, 2020).

Ve výpisu jsou uvedeny pouze provedené zdravotní služby, které jsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění a které byly poskytovatelem zdravotních služeb řádně vykázány. Pokud poskytovatel z nějakého důvodu pojišťovně určitou část hrazených služeb nevykáže, nemohou být tyto zdravotní služby následně uvedeny ve výpisu z osobního účtu (Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, 2020).

22.5 Právo na uhrazení částky přesahující ochranný limit

22.5.1 Limity pro vrácení doplatků za léčiva

Dle zákona č. 48/1997 Sb., má pojištěnec nárok, aby mu byla vrácena částka, kterou uhradil na doplatcích nad zákonem stanovený limit. Limit na doplatcích je stanoven vždy pro kalendářní rok, a to následovně:

- 1000 Kč – u dětí mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku
- 500 Kč – u pojištěnců starších 70 let
- 500 Kč – u poživatelů invalidního důchodu pro invaliditu III. stupně, které doložili tuto skutečnost kopií rozhodnutí o invalidním důchodu pro invaliditu III. stupně a dále u pojištěnců, kteří byli uznáni invalidními ve II. nebo III. stupni, ale nejsou poživateli invalidního důchodu z jiných důvodů a doložili tuto skutečnost kopií posudku o posouzení zdravotního stavu
- 5000 Kč – u pojištěnců výše neuvedených

(Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, 2020).

Zdravotní pojišťovna vyplácí částku překračující limit do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen. V případě, že vypočtená částka nepřesáhne 200 Kč, nebude vyplacena a bude převedena do dalšího kalendářního čtvrtletí v rámci daného roku. Obdobně budou převedeny i přeplatky zasílané pojištěnci poštovní poukázkou, které si nestihl na České poště vyzvednout.

Zmíněný převod nevyplacených přeplateků do dalších kalendářních čtvrtletí, probíhá ale pouze během jednoho kalendářního roku. Pokud si pojištěnec nestihne vyzvednout přeplatek poukázaný složenkou ani po uzavření roku, tedy přeplatek vypočtený za 4. čtvrtletí (vyplácený v únoru následujícího roku), musí si pak o opětovnou výplatu sám aktivně požádat na nejbližším pracovišti zdravotní pojišťovny, u které je pojištěn a optimálně nahlásit svůj bankovní účet, aby se pro příště zamezilo obdobným komplikacím. Zásadou ale je, že se pojištěnci vrací přeplatek pouze v případě, že v rámci kvartálu přesáhl částku 200 Kč (tedy dosáhl 201 Kč a více).

(Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, 2020).

22.5.2 Ochranný limit

Pokud pojištěnec kupuje často léky na předpis, na které v lékárně doplácí, je možné, že přesáhne ochranný limit. Pak se ovšem tento přeplatek za léky vrací.

O limitech doplateků na léčiva a potraviny pro zvláštní lékařské účely se píše v § 16b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tento zákon také upravuje, kdo a za jakých podmínek má nárok na vrácení přeplatku za doplatky za léky a o jednotlivých limitech (Finance.cz, 2023).

22.5.3 Léky započítávané do ochranného limitu

Do ochranného limitu se započítávají veškeré doplatky na pojišťovnou částečně hrazené léčivé přípravky s obsahem stejného množství léčivé látky a stejné cesty podání za předpokladu, že je doplatek na daný počet tablet nejnižší.

Lék nebo potravina musí být dostupná na trhu a nesmí dojít k pozastavení nebo úplnému zrušení dodávání, aby se mohla uplatnit podmínka, alespoň nejnižšího doplatku.

Není však určeno, že každý léčivý přípravek, na který pacient doplácí, se započítává do ochranného limitu.

Není možné sem zařadit také částky na zdravotní prostředky. Například nástroj, pomůcka nebo materiál, které se používají za účelem zmírnění nemocí, k vyšetření pacientů, diagnóze anebo k prevenci nemocí (Finance.cz, 2023).

22.5.4 Invalidní osoby a nárok na doplatek

U osob starších 70 let, které jsou invalidní a které pobírají invalidní důchod, není nutné, aby něco dokládaly a oznamovaly zdravotní pojišťovně. Nárok pro limit 500 Kč mají, a to, protože splnily druhou podmínku, kterou je věk.

22.5.5 Vrácení přeplatku za léky

Pojištěnec si nijak nemusí doplatky na léky hlídat. To za něj obstarává zdravotní pojišťovna, která poctivě sleduje překročení ochranného limitu. Pojištěnec proto o přeplatek také nemusí nijak žádat. Je mu zasílán na bankovní účet nebo poštovní poukázkou na adresu, kterou má zaevidovanou u pojišťovny (Finance.cz, 2023).

22.6 Právo na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku podle § 16a zákona č. 48/1997 Sb.

Dle zákona č. 48/1997 Sb. je pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce povinen, uhradit poskytovateli regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.

Dle tohoto zákona se regulační poplatek neplatí pokud:

- pojištěnec prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která mu je poskytována podle jiného právního předpisu, ne starším 30 dnů
- pojištěnec, kterému jsou podle jiného právního předpisu poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče nebo pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu, méně než 800 Kč nebo pokud nemá žádný příjem.

Pojištěnec dokazuje tuto skutečnost potvrzením, které nesmí být starší 30 dnů a které mu je povinen na jeho žádost vydat poskytovatel sociálních služeb.

- v rámci pohotovostní služby ošetřující lékař zjistil, že pojištěnec potřebuje hospitalizaci
- se jedná například o děti z dětských domovů

22.7 Právo na náhradu cestovních nákladů

Dle § 36 zákona č. 48/1997 Sb. se toto právo vztahuje na přepravu pojištěnce ke smluvnímu poskytovateli, od smluvního poskytovatele do místa trvalého bydliště, mezi smluvními poskytovateli apod. A to vše v případě, že zdravotní stav pojištěného mu neumožňuje se přepravit běžným způsobem bez použité zdravotnické dopravní služby.

Tato přeprava je pomocí vozidel, které jsou ve vztahu zdravotnické dopravní služby.

23 Práva pacientů

Každý pacient, hospitalizovaný ve zdravotnickém zařízení, má právo na poskytnutí zdravotních služeb na příslušné odborné úrovni. Tou se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů a také respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. V neobvyklých případech mohou být některá uvedená práva vyloučena nebo omezena. Tyto neobvyklé případy jsou stanoveny v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, případně dalších obecně závazných právních předpisech (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2019).

23.1 Práva pacientů při poskytování zdravotních služeb

- právo na úctu, důstojné zacházení, ohleduplnost, a především respektování soukromí
- právo zvolit si poskytovatele, který je oprávněný k tomu, poskytovat zdravotní služby, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta
- právo na vyžádání konzultační služby od jiného poskytovatele, než který mu již zdravotní služby poskytuje. Toto právo ovšem neplatí, pokud se jedná o neodkladnou zdravotní péči.
- vyžádat si zprávu o veškerých poskytnutých zdravotních službách

- právo na nepřerušovanou přítomnost zákonného zástupce pacienta, popřípadě osoby, která je určena zákonným zástupcem pacienta, pěstouna nebo jiné osoby, který byl pacient svěřen do péče na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu, jde-li o nezletilou osobou. U osoby, která je omezena na svéprávnosti a není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě jejich důsledky, má tato osoba právo na nepřerušovanou přítomnost opatrovníka, popřípadě přítomnost osoby, která byla opatrovníkem určena.
- osoba, která je omezena na svéprávnosti a není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí nebo osoba která je nezletilá, může požadovat, aby při poskytování zdravotních služeb nebyla přítomna osoba, která je uvedena v předešlém bodu, z důvodu, pokud uvádí, že ho týrá, zneužívá či zanedbává
- právo být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb, které nejsou hrazené nebo jen částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje
- pacient by měl znát jméno, popřípadě jména a příjmení všech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří se zúčastní na poskytování zdravotních služeb a také by měl znát jméno osob, které se připravují u poskytovatele na výkon zdravotnického povolání a které jsou při poskytování zdravotních služeb přítomny, popřípadě provádějí činnosti, které jsou součástí jejich výuky
- právo odmítnutí přítomnosti osob, které se nezúčastní na poskytování zdravotních služeb a osob, které se připravují na výkon povolání zdravotnického pracovníka
- každý pacient má přijímat návštěvy, a to s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů
- právo přijímat duchovní péči a duchovní podporu, která je v souladu s vnitřním řádem a pokud neporušuje práva ostatních pacientů, a s ohledem na svůj zdravotní stav
- právo na poskytnutí zdravotní služby v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb
- právo nahlížet do zdravotnické dokumentace, která je vedena o pacientovi, právo pořizovat si výpisy nebo kopie, a to v přítomnosti osoby pověřené
- pacient, který se cítí jako oběť spáchaného trestného činu a kterému jsou bezprostředně po spáchání trestného činu poskytovány zdravotní služby má právo si zažádat o odbornou pomoc a obrátit se na subjekty, které jsou zapsané v registru poskytovatelů pomoci obětem trestných činů

- každý pacient má právo podat stížnost proti postupu zdravotnického zařízení při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem, které úzce souvisí se zdravotními službami (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2019).
- právo na získání údajů od svého lékaře, které jsou potřeba k tomu, aby mohl být zahájen další diagnostický či terapeutický postup a mohl se tak rozhodnout, zda s tímto novým postupem souhlasí. Výjimkou je, zda se jedná o případ akutního ohrožení na životě. Pokud existují nějaké alternativní postupy nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má právo, aby ho zdravotnický pracovník s nimi seznámil. Má také právo znát jména všech osob, které se na těchto postupech účastní.
- pacient má právo očekávat, že veškeré záznamy a zprávy, které se vztahují k jeho léčbě, jsou považovány za velmi důvěrné. Ochrana informací o pacientovi by měla být zajištěna i pokud se týká počítačové zpracování informací.
- pacient má právo na vyhovění žádostí pacienta o poskytování péče, a to v míře, která odpovídá povaze jeho onemocnění. Pokud je nutné, má pacient právo na přeložení do jiného léčebného ústavu, popřípadě tam být převezen, jestliže mu bylo poskytnuto zdůvodnění a informace k důležitosti překlady. Instituce, která má přijmout nemocného do své péče, musí nejprve předklad schválit.
- pacient má právo na to znát předem, kteří lékaři mu budou k dispozici (v jakých ordinčních hodinách a na jakém místě). Po propuštění pacienta má právo očekávat, že zdravotnické zařízení určí předem postup, v kterém bude jeho lékař pokračovat a bude mu podávat informace o tom, jakou další péči mu poskytne.
- v případě nestandardního postupu či experimentu, je třeba, aby pacientovi byly poskytnuty veškeré potřebné informace a vysvětlení, proč se tak lékař rozhodl. Je třeba písemný souhlas pacienta. Pacient má právo kdykoliv, bez uvedení důvodu, přerušit experiment, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
- v závěru života, má pacient právo na citlivou péči všech zdravotnických pracovníků. Ti musí respektovat pacientova přání, pokud tedy ovšem nejsou v rozporu se zákonem.
- pacient má právo a povinnost znát a řídit se nemocničním řádem
- má právo na kontrolu svého účtu a vyžadovat odůvodnění jeho položek, bez ohledu na to, kým je účet placen (KZP, kancelář zdravotního pojištění, 2023).

23.1.1 Pacient se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy

Tyto osoby mají právo dorozumívat se způsobem, který jim vyhovuje, který je pro ně srozumitelným dorozumívacím prostředkem. Způsob, který si on sám zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2019).

23.1.2 Pacient se smyslovým nebo tělesným postižením využívající psa se speciálním výcvikem

Pacient, s tímto druhem postižení, má právo na doprovod a přítomnost psa u sebe přímo ve zdravotnickém zařízení. Nesmí být ovšem porušována práva ostatních pacientů (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2019).

23.2 Informování pacienta

Zdravotničtí pracovníci jsou povinni informovat pacienta o jeho zdravotním stavu, a to srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu a také jsou povinni mu podat informace o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách. Zdravotnický pracovník by měl pacienta informovat případně o dalších možných zdravotních službách a sociálních službách, které by mohly zlepšit jeho zdravotní stav a také by ho měl informovat o účelu, povaze, důsledcích, alternativách a rizicích každého vyšetřovacího a léčebného výkonu. Pacient nebo osoba jím určena má právo klást doplňující otázky, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu nebo navrhovaným zdravotním službám. Tyto otázky musí zdravotnický pracovník srozumitelně zodpovědět. Může se ale stát, že pacient veškeré tyto informace vědět nechce, proto každý pacient má zároveň také právo na odmítnutí podání informace o svém zdravotním stavu. Může zároveň určit, které osobě má být informace podána. Vzdání se podání informace o svém zdravotním stavu a určení osoby, které má být tato informace sdělena, je pak součástí zdravotnické dokumentace, která je vedena o pacientovi. Tento záznam pak podepisuje pacient i zdravotnický pracovník. Pokud ale jde o infekční nemoc nebo jinou nemoc, kterou může pacient ohrozit zdraví nebo život jiných osob, pak toto právo na vzdání se podání informace o zdravotním stavu neplatí (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2019).

Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem Zdravotní pojištění a práva pojištěnců v České republice. Cílem bylo zpracovat rozbor právní úpravy veřejného zdravotního pojištění a objasnit práva pojištěnců v České republice.

Veřejné zdravotní pojištění a zdravotní péče v jeho rámci poskytovaná, je oblastí, která nás provází po celý život od narození do smrti, proto tato práce sumarizuje fungování českého veřejného zdravotního pojištění a jsou v ní podrobně rozebrána práva pojištěnců a pacientů, která s tím také z velké části souvisí, jelikož většina pacientů jsou zároveň i plátcí zdravotního pojištění.

V teoretické části jsou tak vysvětleny základní pojmy, které se týkají zdravotního pojištění a také právní předpisy, zákony a vládní nařízení, které upravují oblast zdravotního pojištění u nás v České republice a zkoumají vztah mezi zdravotní pojišťovnou a pojištěncem. V této bakalářské práci byly identifikovány klíčové zákony a vyhlášky, které jsou zásadními pro pochopení role zdravotního pojištění jakožto finančního zabezpečení pro poskytovanou zdravotní péči všem pojištěncům.

Dále je v této bakalářské práci zmíněno, jaké jsou možnosti čerpání zdravotního pojištění, jaké jsou hrazené či nehrazené zdravotní služby, které značně ovlivňují kvalitu života pojištěnců či pacientů.

Závěrem lze tedy konstatovat, že zdravotní pojištění hraje velmi důležitou roli v zajištění přístupu ke zdravotní péči a ke zlepšení kvality života obyvatelstva. V kontextu omezených finančních zdrojů je nezbytné stále hledat efektivní způsoby, jak optimalizovat systém zdravotního pojištění a zároveň jak zachovat práva a zájmy pojištěnců.

Bakalářská práce může tak posloužit jako cenný zdroj informací pro další zkoumání a diskusi v oblasti zdravotního pojištění a práv pojištěnců.

Seznam literatury

- 1) *Principy zdravotního pojištění*. 2008. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 8024763788.
- 2) MERTL, Jan. *Evoluce českého veřejného zdravotního pojištění*. 2019.
- 3) Hrazená a nehrazená zdravotní péče: co je a co není hrazeno, kdy se doplácí? *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha, 2023 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/476-hrazena-a-nehrazena-zdravotni-pece>
- 4) Veřejné zdravotní pojištění. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha, 2020 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/verejne-zdravotni-pojisteni-2/>
- 5) Zdravotní služby hrazené ze zdravotního pojištění. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. Praha [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/naroky-pojistence/zdravotni-sluzby-hrazene-ze-zdravotniho-pojisteni>
- 6) MACH, Jan. *Lékař a právo: Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3683-9.
- 7) Soukromé zdravotní pojištění v Evropě a ČR. *OPojištění.cz s.r.o.* [online]. [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.opojisteni.cz/pojistny-trh/soukrome-zdravotni-pojisteni-v-evrope-a-cr/c:23654/>
- 8) *Srovnání soukromého zdravotního pojištění v USA a v České republice* [online]. 2022 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://pvzpnivzp.cz/cs/srovnani-soukromeho-zdravotniho-pojisteni-v-usa-a-v-ceske-republice>
- 9) Zdravotní pojištění při dočasném pobytu. *Your Europe* [online]. 2023 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: https://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/temporary-stays/index_cs.htm
- 10) Kolik za vás zaměstnavatel zaplatí za zdravotní a sociální pojištění? *Roger a.s.* [online]. 2023 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.roger.cz/kolik-za-vas-zamestnavatel-zaplati-za-zdravotni-a-socialni-pojisteni/>
- 11) TELEC, Ivo. Sociální právo a veřejné zdravotní pojištění. *Právník: Teoretický časopis pro otázky státu a práva*. Praha, 2017, **156**, 587-602.

- 12) Informace o zdravotním pojištění. *Generální konzulát České republiky v Sydney* [online]. [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: https://www.mzv.cz/sydney/cz/konzularni_informace/ostatni_informace/informace_o_zdravotnim_pojisteni_v_cr.html
- 13) MEČÍŘOVÁ, Lucie. Jak a kde se může OBZP přihlásit k platbám sociálního a zdravotního pojištění. *Finance.cz* [online]. 2020 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.finance.cz/526949-obzp-prihlaseni-k-platbam-pojisteni/>
- 14) O nás. *Vojenská zdravotní pojišťovna* [online]. Praha, 2022 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.vozp.cz/o-nas>
- 15) Česká průmyslová zdravotní pojišťovna [online]. Ostrava [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/clanek/70-0-Zakladni-informace.html>
- 16) O nás. *Zaměstnanecká pojišťovna Škoda* [online]. Mladá Boleslav, 2023 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas>
- 17) Organizační struktura. *Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR* [online]. Praha, 2020 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.zpmvcr.cz/>
- 18) O nás. *RBP, zdravotní pojišťovna* [online]. Ostrava [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.rbp213.cz/cs/o-nas/a-144/>
- 19) ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví: pro studenty zubního lékařství*. Univerzita Karlova: Nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3996-3.
- 20) Jak rozhoduje revizní lékař o úhradě zdravotní péče: Kdy revizní lékař schválí, povolí nebo potvrdí úhradu zdravotní péče? Za jakých podmínek? A posuzují také revizní lékaři „lege artis“ péči o pacienta? *ProLékaře.cz*. 2020. ISSN 1803-6597. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/novinky/jak-rozhoduje-revizni-lekar-o-uhrade-zdravotni-pece-121555>
- 21) Informace pro pacienty: Práva a povinnosti pacientů. *Všeobecná fakultní nemocnice v Praze* [online]. Praha, 2019 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.vfn.cz/pacienti/informace-pro-pacienty/prava-a-povinnosti-pacientu/>
- 22) Práva pacienta: Etický kodex práv pacientů. *Kancléř zdravotního pojištění* [online]. Praha, 2023 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://kancelarzp.cz/zdravotni-pojisteni-a-pece-v-cr/prava-pacienta-eticky-kodex-prav-pacientu/>
- 23) *OZP, oborová zdravotní pojišťovna* [online]. Praha [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.ozp.cz/>

- 24) ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*. In: . Praha, 2023, ročník 1997, číslo 48.
- 25) ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 550/1991 Sb., zákon České národní o všeobecném zdravotním pojištění*. In: . Praha, 1991, číslo 550.
- 26) ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 551/1991 Sb., zákon České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky*. In: . Praha, 2023, ročník 1991, číslo 551.
- 27) ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č.280/1992 Sb., zákon České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách*. In: . Praha, 2023, ročník 1992, číslo 280.
- 28) ČESKÁ REPUBLIKA. *Narizení vlády č.307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb*. In: . Praha, 2013, ročník 2012, číslo 307.
- 29) *Bismarckův model zdravotnického systému v ČR*. Brno, 2016. Diplomová práce. Mendelova univerzita v Brně Provozně ekonomická fakulta. Vedoucí práce Ing. Jitka Dušková, Ph.D.
- 30) HLAVÁČEK, Jiří. Bismarckovský model zdravotnictví v Čechách. *Idnes.cz* [online]. 2017 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://jirihavlicek1.blog.idnes.cz/blog.aspx?c=610820>
- 31) Zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha, 2012 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zdravotni-pece-hrazena-z-verejneho-zdravotniho-pojisteni/>
- 32) Ministerstvo zdravotnictví. Dostupnost zdravotní péče. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha, 2023 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/621-dostupnost-zdravotni-pece>
- 33) Plátcí pojistného na zdravotní pojištění. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. Praha, 2023 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/2-1-platci-pojistneho-na-zdravotni-pojisteni>
- 34) Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Veřejné zdravotní pojištění. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha, 2023 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/619-verejne-zdravotni-pojisteni>
- 35) Zdravotní pojišťovny. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha, 2020 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zdravotni-pojistovny-2/>

- 36) O nás. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. Praha, 2023 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas>
- 37) Práva pojištěnce. *Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR* [online]. Praha, 2020 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/informace-pro-pojistence/prava-pojistence>
- 38) MEČÍŘOVÁ, Lucie. Jak je to v roce 2023 s ochrannými limity u doplatků na léky? *Finance.cz* [online]. 2023 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.finance.cz/545329-ochranne-limity-u-doplatku-za-leky/>
- 39) VOJTĚCH, Adam a Helena RÖGNEROVÁ. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Místní a časová dostupnost zdravotních služeb*. Praha, 2019. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17825/38606/TK_dostupnost%20p%C3%A9%C4%8De_kontra%20MZ.pdf
- 40) *Ombudsman pro zdraví: Práva poskytovatele* [online]. Praha, 2018 [cit. 2023-08-02]. Dostupné z: <https://www.ombudsmanprozdravi.cz/prava-poskytovatele/>