

Univerzita Palackého v Olomouci
Právnická fakulta

Právní vztah veřejného zdravotního pojištění

Diplomová práce

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Právní vztah veřejného zdravotního pojištění vypracovala samostatně a citovala jsem všechny použité zdroje.

Ve Václavovicích dne 1. února 2011

Lucie Časnochová“

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce JUDr. Gabriele Halířové, Ph.D. za trpělivé a důsledné vedení při psaní této práce.

Obsah

Úvod	5
1. Veřejné zdravotní pojištění	6
1.1. Zdravotní pojištění jako součást práva sociálního zabezpečení	6
1.2. Historie veřejného zdravotního pojištění	8
1.3. Prameny veřejného zdravotního pojištění	11
1.4. Principy veřejného zdravotního pojištění	14
2. Právní vztah veřejného zdravotního pojištění	16
2.1. Pojištěnci a jejich práva a povinnosti	20
2.1.1. Práva pojištěnců	22
2.1.2. Povinnosti pojištěnců	26
2.2. Plátcí pojistného	31
2.2.1. Stát	32
2.2.2. Zaměstnanci a zaměstnavatelé	34
2.2.3. Osoby samostatně výdělečně činné	39
2.2.4. Osoby bez zdanitelných příjmů	42
2.3. Zdravotní pojišťovny	44
2.4. Zdravotnická zařízení	48
3. Předmět právního vztahu veřejného zdravotního pojištění	52
3.1. Poskytování zdravotní péče	53
3.2. Úhrada zdravotní péče	56
4. Zdravotní pojištění v rámci EU	61
Závěr	64
Anotace práce	70
Seznam použité literatury	72
Seznam použitých zkratek	75
Seznam příloh	75

Úvod

Zdraví patří mezi nejpřednější zájmy každého člověka a zachování zdraví jednotlivce i celé společnosti je důležitým zdrojem společenského rozvoje. „Téma investic do zdraví patří k nejfrekventovanějším tématům ve všech vyspělých i v rozvíjejících se společnostech.“¹ Zdravotnictví jako jeden ze sektorů národní ekonomiky odčerpává značný podíl společenských zdrojů. V Evropské unii náklady na zdravotnictví činí v průměru 8-10% hrubého domácího produktu,² v České republice kolem 7% hrubého domácího produktu.³

Hlavním zdrojem financování zdravotní péče v ČR je veřejné zdravotní pojištění (pokrývá pravidelně přibližně 75% celkových výdajů na zdravotnictví),⁴ vedle něj přicházejí do systému peníze z rozpočtů státu a krajů. Dále se v poslední době často setkáváme i s přímými platbami občanů, jedná se například o doplatky za léky, některé výkony za zubní péči a další.

Součástí systému naší zdravotní péče je i soukromý sektor, který stojí zcela mimo systém veřejného zdravotního pojištění a poskytuje zdravotní výkony pouze za přímou úhradu pacientů. Tento sektor však tvoří velmi malou část objemu zdravotní péče v ČR.

Každý obyvatel ČR⁵ je na základě zákona účastníkem právního vztahu veřejného zdravotního pojištění, kde mu zákon ukládá povinnost odvádět část svého příjmu zdravotním pojišťovněm na zdravotní pojištění. Za ekonomicky neaktivní osoby přebírá tuto povinnost stát. Zdravotní pojišťovny hospodaří s prostředky z pojistného a dalších příjmů a hradí zdravotnickým zařízením zdravotní péči poskytnutou jejich pojištěncům. Takto je zajištěna občanům bezplatná zdravotní péče, kterou zakotvuje Listina základních práv a svobod.

Český systém veřejného zdravotního pojištění se nyní potýká s problémem velkého zvyšování nákladů na zdravotní péči. Výdaje na zdravotnictví ve všech vyspělých státech dlouhodobě rostou rychleji než jejich ekonomiky. Což je způsobeno vědeckým pokrokem, který přináší nové, avšak často dražší možnosti léčby, stárnutím obyvatelstva a také zvyšujícími se nároky obyvatelstva na zdravotní péči.⁶ Na dostupnost zdravotní péče a

¹ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 8.

² JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 8.

³ DAŇKOVÁ, Šárka a kol. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*, s. 43 [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Dostupné na <<http://www.uzis.cz/publikace/vyvoj-zdravotnictvi-ceske-republiky-roce-1989>>.

⁴ DAŇKOVÁ, Šárka a kol. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*, s. 43 [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Dostupné na <<http://www.uzis.cz/publikace/vyvoj-zdravotnictvi-ceske-republiky-roce-1989>>.

⁵ Viz § 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

⁶ ANTOŠOVÁ, Lucie. Vyhledky českého zdravotnictví. *Zdravotnictví a finance*, 2005, č. 1, s. 5.

fungování systému veřejného zdravotního pojištění se proto v poslední době obrací pozornost nejen odborníků, ale i politiků a laické veřejnosti.

Ve své práci se věnuji právnímu vztahu zdravotního pojištění, jelikož se domnívám, že veřejnost není podrobněji seznámena s fungováním systému našeho zdravotního pojištění, což je potřeba pro správný názor na nové potřeby a změny tohoto systému. Cílem předkládané diplomové práce je seznámit se fungováním systému veřejného zdravotního pojištění z hlediska právních vztahů, které vznikají mezi jednotlivými subjekty veřejného zdravotního pojištění, a zjistit zda současná úprava je schopna si poradit s aktuálními problémy dnešního zdravotnictví.

Právní vztah veřejného zdravotního pojištění rozeberu z hlediska jeho subjektů, tedy pojištěnce, plátce pojistného, zdravotní pojišťovny a zdravotnického zařízení. V jednotlivých kapitolách se zaměřím na jejich vzájemná práva a povinnosti. Jedna samostatná kapitola bude patřit předmětu právního vztahu zdravotního pojištění, tedy poskytování a úhradě zdravotní péče. Krátce se zmíním o vývoji zdravotního pojištění na našem území a úpravě zdravotního pojištění v Evropské unii, které je ČR členem.

Tato práce je vypracována k právnímu stavu platnému ke dni 1. 1. 2011.

1. Veřejné zdravotní pojištění

1.1. Zdravotní pojištění jako součást práva sociálního zabezpečení

Veřejné zdravotní pojištění (dále zdravotní pojištění) je jedním ze systému práva sociálního zabezpečení. Právo sociálního zabezpečení se zabývá řešením nepříznivých sociálních situací v životě člověka, které jsou způsobeny sociálními událostmi. Sociální událostí je například nemoc, úraz, invalidita, mateřství, stáří. V těchto zákonem vymezených situacích, kdy si občané nejsou schopni sami zajistit pokrytí základních životních potřeb, přichází zabezpečení ze strany státu, tedy určité společnosti.

Sociální zabezpečení můžeme definovat jako „soubor právních norem, institutů, institucí a vztahů, jejichž účelem je předcházet možným sociálním rizikům, odstraňovat nepříznivé následky, které vzniknou jedincům v důsledku stanovených sociálních událostí, a vytvářet tak příznivé podmínky pro všestranný sociální rozvoj člověka“.⁷

Právo sociálního zabezpečení se dělí na tři části, a to sociální pojištění, státní sociální podporu a sociální pomoc.

Sociální pojištění se vyznačuje odkladem části finančních prostředků na sociální situace, které lze dopředu očekávat. Je financováno z příspěvků pojištěnců, zaměstnavatelů a státu.⁸ Nárok na dávku sociálního pojištění vzniká přímo ze zákona po splnění zákonných podmínek, kdy jednou z nich je povinnost se na systému podílet, tedy platit po určitou stanovenou dobu pojistné. Jedná se o tzv. pojistný princip, „který je charakteristický vzájemnou podmíněností práv a povinností, jejichž naplnění zajišťuje vyváženost systému z pohledu financování.“⁹

V České republice systém sociálního pojištění tvoří důchodové pojištění, nemocenské pojištění a veřejné zdravotní pojištění, kterému se tato práce věnuje. Systém sociálního pojištění je největším příjmovým i výdajovým kanálem veřejných rozpočtů. V České republice tvoří platby odvedené na veřejné zdravotní pojištění a sociální zabezpečení 40% celkových veřejných příjmů státu.¹⁰

⁷ GREGOROVÁ, Zdeňka, GALVAS, Milan. *Sociální zabezpečení*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita: Doplněk, 2005, s. 22.

⁸ GREGOROVÁ, Zdeňka, GALVAS, Milan. *Sociální zabezpečení*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita: Doplněk, 2005, s. 32.

⁹ BREJCHA, Aleš, HŮRKA, Petr. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. vydání. Praha: C. H. Beck, 2008, s. 89.

¹⁰ Fiskální výhled Ministerstva financí pro rok 2008. Dostupné na http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/ek_fiskalni_vyhledy_50594.html.

Státní sociální podpora je financována ze státního rozpočtu a není zde potřeba být účastníkem pojistného systému jako v předchozím případě, tzv. zabezpečovací princip. Nárok na dávky státní sociální podpory vzniká na základě zákonem vymezených podmínek. Těmito dávkami jsou např. přírůdek na dítě, příspěvek na bydlení, příspěvek na dopravu, rodičovský příspěvek, porodné.

Sociální pomoc pomáhá občanům, kteří se ocitli v hmotné nouzi či mimořádně tíživé životní situaci. Je to pomoc ve formě např. jednorázových příspěvků na opatření zvláštních pomůcek pro zdravotně postižené, poskytování ústavní péče (domovy pro seniory), pomoc občanům postiženým přírodní katastrofou. Sociální pomoc přichází až v případě, kdy si člověk v těchto situacích není schopen poradit sám ve spolupráci s rodinou. „Dávky a služby sociální péče se poskytují bez úhrady nebo za plnou či částečnou úhradu, v závislosti na konkrétní situaci občana“.¹¹

1.2. Historie veřejného zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění se vyvíjelo společně s nemocenským a důchodovým pojištěním v rámci celého sociálního pojištění. Zpočátku bylo nejdůležitější nemocenské pojištění proti ztrátě příjmu, ale s rozvojem medicíny se k němu přidávalo zdravotní pojištění pro krytí výdajů na zdravotní péči.¹²

Základy dnešního sociálního pojištění můžeme nalézt v tzv. svépomocných podpůrných spolcích,¹³ které zakládali již v 15. století horníci. Do těchto pokladen přispívali horníci ze svých platů i vlastníci dolů. Spolky pak zabezpečovaly horníky ve stáří, po dobu úrazu, či trvalé invalidity. Také podporovaly pozůstalé rodiny v případě smrti horníka. Následně vznikaly obdobné spolky i pro řemeslnické cechy a tovaryšská bratrstva. „V roce 1854 došlo k uzákonění povinného zřizování bratrských pokladen v dolech, čímž byl položen základ pro samostatné hornické sociální pojištění, které existovalo v Československu až do roku 1948.“¹⁴

O moderním systému sociálního pojištění lze hovořit na konci 19. století, kdy Otto von Bismarck v Německu zavádí povinné nemocenské, úrazové, starobní a invalidní pojištění.¹⁵

¹¹ GREGOROVÁ, Zdeňka, GALVAS, Milan. *Sociální zabezpečení*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita: Doplněk, 2005, s. 232.

¹² NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 14.

¹³ „První záznam na našem území o hornické podpůrné pokladně pochází z roku 1527, kdy císař Ferdinand I. potvrdil statut pokladny.“ KALENSKÁ, Marie a kol. *Československé právo sociálního zabezpečení*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1986, s. 40.

¹⁴ ŠTANGOVÁ, Věra. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. vydání. Praha: C. H. Beck, 2008, s. 26.

¹⁵ KOLDINSKÁ, Kristina. *Sociální právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2007, s. 8.

V duchu německé reformy předseda vlády Eduard Taaffe přichází s povinným sociálním pojištěním v Rakousku-Uhersku. Pojištění upravovaly tři zákony, zákon č. 1/1888 ř.z., o úrazovém pojištění dělníků, zákon č. 33/1888 ř.z., o nemocenském pojištění dělníků a zákon č. 127/1889 ř.z., o bratrských pokladnách.

Celý systém sociálního pojištění vznikl jako důsledek industrializace, vznikajících tržních vztahů v Evropě a s nimi spojený nárůst sociálně slabé dělnické třídy. Právě řešení pracovních úrazů, způsobených zaváděním strojů do výroby, a nemocí dělníků byla v Rakousku-Uhersku věnována v rámci pojištění největší pozornost. Proto také jako první zákony upravující pojištění byly výše zmíněné zákony o úrazovém a nemocenském pojištění. Úrazové pojištění hradilo újmu, která vznikla zraněním nebo smrtí pojištěnce při práci. Nemocenské pojištění pokrývalo nemocenskou podporu, ta zahrnovala lékařskou péči, léčiva, dopravu do nemocnice a ošetření v nemocnici, dávku 60% denní mzdy po dobu nemoci. „Pojistné platili zaměstnavatelé a z 10% pojištěnci dle výše výdělku pojištěnce.“¹⁶ Nemocenské a úrazové pojištění spravovaly již dříve vzniklé bratrské pokladny.

S všeobecným sociálním pojištěním pro všechny obyvatele, ne jen pro určitou profesi, přišel v roce 1942 Wiliam Henry Beveridge v Anglii. Jeho konceptem se později inspirovali tvůrci systému národního pojištění v Československu v roce 1948.

Všeobecné pojištění však u nás bylo zavedeno již po rozpadu Rakouska-Uherska zákonem č. 221/1924 Sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a staří.¹⁷ Povinně tedy byli pojištěni všichni zaměstnanci.¹⁸ Z nemocenského pojištění byly vypláceny dávky pomoci v nemoci a mateřství, které obsahovaly bezplatnou zdravotní péči i náhradu ušlého příjmu. Nemocenské pojištění spravovaly nemocenské pojišťovny. O tento zákon, který přispěl k posílení demokratického vývoje v Československu,¹⁹ se zasloužili Karel Engliš a Antonín Zelenka. Zaměstnanci ve službě státu (státní úředníci, četníci, učitelé) měli svou speciální úpravu v zákoně č. 221/1925 Sb. z. a n., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců, jenž jim poskytoval určité sociální výhody.

Po 2. světové válce však již došlo úspěšně k úplnému sjednocení sociálního pojištění zákonem č. 99/1948 Sb. z. a n., o národním pojištění, který byl na svou dobu velmi moderním a pokrokovým předpisem. Upravoval nemocenské pojištění pro případ nemoci i mateřství a

¹⁶ KOLDINSKÁ, Kristina. *Sociální právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2007, s. 36.

¹⁷ Zvláštností tohoto předpisu bylo, že upravoval společně nemocenské i důchodové pojištění.

¹⁸ Zaměstnanci dle zákona č. 221/1924 Sb. § 2-4: „ti, kdo v Československé republice vykonávali práce nebo služby na základě smluveného poměru pracovního, služebního nebo učňovského i zaměstnanci, kteří vykonávali přechodně práce mimo území státu.“

¹⁹ ŠTANGOVÁ, Věra. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. vydání. Praha: C. H. Beck, 2008, s. 28.

důchodové pojištění (pojištění pro případ staří, invalidity, ztráty živitele smrtí a pro případ úrazu). Správcem celého systému národního pojištění byla Ústřední národní pojišťovna.

Orientací na Sovětský svaz po roce 1948 přišly změny i v sociálním pojištění, byl v podstatě zrušen pojišťovací princip a veškeré dávky byly hrazeny ze státního rozpočtu. Došlo ke znárodnění zdravotnictví a správu nemocenského pojištění převzalo Revoluční odborové hnutí. Zdravotní péče se poskytovala bezplatně, povinně všem obyvatelům a na účet státu.²⁰

Po pádu komunismu v roce 1989 bylo nutné vytvořit moderní a fungující a systém sociálního zabezpečení, jelikož jeho stávající úprava byla finančně velmi náročná. Proto byla rychle zahájena reforma celého zdravotnictví, jejímž cílem bylo především znovuzavedení systému veřejného zdravotního pojištění, kde hlavní odpovědnost za financování a organizaci zdravotní péče byla předána zdravotním pojišťovnám. Byla vytvořena zcela nová koncepce systému zdravotní péče, která spočívala na následujících principech. Stát bude garantovat adekvátní zdravotní péči všem občanům, monopolní postavení státního zdravotnictví bude odstraněno, zdravotní péče bude poskytována veřejnosti bez ohledu na typ vlastnictví zdravotnického zařízení (státní, obecní, privátní), základním prvkem veřejného zdravotnictví bude samostatné zdravotnické zařízení s vlastní právní subjektivitou, zdravotnictví bude financováno z více zdrojů (zdravotní pojištění, státní rozpočet, prostředky obcí, obyvatel), součástí systému zdravotní péče bude povinné zdravotní pojištění.²¹

V lednu 1992 nabyl účinnosti zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. O několik měsíců později byl přijat ještě zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, odborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, vnášející do zdravotního pojištění konkurenční prostředí.²² V lednu 1993 s účinností zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění začali pojištěnci odvádět pojistné na zdravotní pojištění zdravotním pojišťovnám.

Nová legislativní úprava všeobecného zdravotního pojištění však měla určité nedostatky, které se projevily nejprve rychlým nárůstem počtu zdravotních pojišťoven až na 27 v roce 1992. Většina pojišťoven se bez jakékoliv regulace a kontroly ze strany státu potýkala s finančními problémy, což vedlo k jejich krachu a zániku. Dalším problémem byla

²⁰ Dle zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců.

²¹ DAŇKOVÁ, Šárka a kol. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Dostupné na <<http://www.uzis.cz/publikace/vyvoj-zdravotnictvi-ceske-republiky-roce-1989>>.

²² Tamtéž.

správná podoba úhrady poskytnuté zdravotní péče. Přijatá forma plateb za výkony vedla k jejich nekontrolovatelnému nárůstu²³ a značnému plýtvání finančními prostředky.

V roce 1997 byl přijat současný zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který přinesl nová pravidla pro poskytování a úhradu zdravotní péče v rámci veřejného zdravotního pojištění.

1.3. Prameny veřejného zdravotního pojištění

V České republice je problematika zdravotního pojištění řešena v několika právních předpisech.

Listina základních práv a svobod (Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky) zakotvuje v čl. 6 LZPS právo každého člověka na život a zaručuje ochranu lidského života již před narozením. Koncepti systému veřejného zdravotního pojištění zakládá čl. 31 LZPS, který upravuje právo na ochranu zdraví. Tento článek zní „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ Toto ustanovení doplňuje čl. 41 LZPS, jenž stanovuje možnost domáhat se těchto práv jen v mezích zákonů, které čl. 31 provádějí.

Základním předpisem veřejného zdravotního pojištění je **zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění** a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Upravuje obecně zdravotní pojištění, stanoví, kdo je pojištěncem a plátcem zdravotního pojištění a jejich práva a povinnosti, rozsah a podmínky poskytování zdravotní péče. Tento zákon byl přijat z podnětu Ústavního soudu ČR, jenž svým náležením sp. zn. Pl. ÚS. 35/1995 ze dne 10. 7. 1996 zrušil některá ustanovení tehdejšího zákona č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, kterým bylo u nás zdravotní pojištění zavedeno. Ústavní soud stanovil, že odporuje čl. 31 LZPS, který zaručuje občanům právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. V nastalé situaci tyto podmínky upravovaly podzákonné právní předpisy (nařízení vlády č. 216/1992 Sb., zdravotní řád, vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 467/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované za úhradu a vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 426/1992 Sb., o úhradě léčiv a prostředků zdravotnické techniky), které byly Ústavním soudem také zrušeny. „Takovou úpravou byla

²³JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 123.

ochrana základních práv a svobod pod pravomocí moci výkonné, která k takovým pravomocím není oprávněna.²⁴ Byl tedy narychlo vypracován a přijat nový zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ten nabyl účinnosti 1. 4. 1997 a vymezil rozsah a výši poskytované zdravotní péče. Nový zákon měl platit pouze provizorně, do doby než bude přijata nová a kvalitní úprava, k tomu však nedošlo a zákon č. 48/1997 Sb., je účinný dodnes.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění upravuje výši pojistného na všeobecné zdravotní pojištění (dále jen pojistné), penále, způsob jejich placení, kontrolu, vedení evidence plátců pojistného a zřízení zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění.²⁵

Pojišťovny a zdravotnická zařízení jako subjekty zdravotního pojištění mají svou vlastní zákonnou úpravu, a to např.:

- zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České Republiky,
- zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, odborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách,
- zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních,
- zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu a zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů stanoví základní zásady a podmínky poskytování zdravotní péče a ochrany zdraví.

Jelikož úprava určitých institutů veřejného zdravotního pojištění vyžaduje častou změnu, jsou upraveny podzákonnými předpisy, a to především vyhláškami Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí. Z četného množství můžeme zmínit například:

- vyhlášku č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu,
- vyhlášku č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

S rozvojem cestovního ruchu a pohybem pracovních sil překračuje potřeba úpravy veřejného zdravotního pojištění územní rozsah zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, tedy území České republiky. Tuto problematiku řeší systém mezinárodních smluv a mezvládních dohod o sociálním zabezpečení, které Česká republika uzavřela s některými státy. V současnosti poskytování zdravotní péče upravují dvoustranné mezinárodní smlouvy

²⁴ MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 195.

²⁵ § 1 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů

s Chorvatskem, Srbskem, Černou Horou, Makedonií a Tureckem.²⁶ Význam smluv spočívá ve vzájemném poskytnutí nezbytné a neodkladné péče pojištěnci smluvního státu dle předpisů země, kde je péče poskytnuta. Tedy český pojištěnec bude mít nárok na poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče za stejných podmínek jako pojištěnci státu, kde je péče poskytnuta, a to na účet své české zdravotní pojišťovny. Jelikož výše spoluúčasti bude stejná jako pro pojištěnce smluvního státu a dle těchto smluv zpravidla není hrazen převoz pacienta zpět do České republiky, je lepší pro pobyt v těchto zemích uzavřít cestovní zdravotní připojištění.²⁷

V rámci Evropské unie, které je Česká republika členem, je problematika sociálního zabezpečení osob upravena nařízením Evropského parlamentu a Rady č. 883/2004 a jeho prováděcí nařízením č. 987/2009. Nařízení jsou přímo aplikovatelná a tvoří tak součást národního zákonodárství. Pro bilaterální smlouvy mezi členskými státy, které vznikly před vstupem do EU, platí úprava dle čl. 8 odst. 1) nařízení č. 883/2004, „kdy nařízení nahrazuje úpravu těchto úmluv, týkajících se sociálního zabezpečení, avšak jsou-li ustanovení smluv pro příjemce dávek příznivější nebo vycházejí ze zvláštních historických okolností a jejich účinek je časově omezený, zůstávají smluvní ustanovení účinná. Pro použitelnost takových ustanovení je potřeba jejich uvedení v příloze II. nařízení.“ Nařízení č. 883/2004 také umožňuje členským státům uzavřít vzájemné úmluvy v oblasti jeho působnosti v souladu se zásadami nařízení.

Mezinárodní úprava neřeší pouze pomoc turistům a lidem pohybujícím se za prací, ale významně přispívá k úhradě zdravotní péče, poskytnuté cizincům v našich zdravotnických zařízeních, které bez těchto smluvních vztahů v podstatě nemají možnost úhradu péče vymoci. Například v roce 2000 byla zdravotním pojišťovnám uhrazena pouze polovina zdravotní péče poskytnuté cizincům.²⁸

Pro zabezpečení provádění mezinárodních smluv a pravidel EU bylo v roce 2001 zřízeno Centrum mezistátních úhrad,²⁹ které zprostředkovává platby mezi českými zdravotními pojišťovnami a pojišťovnami smluvních států.

²⁶ „ČR má uzavřenou i smlouvu o sociálním zabezpečení s Chilskou republikou, jež se vztahuje na zdravotní péči pro důchodce, kteří požívají důchod dle právních předpisů jedné smluvní strany a bydlí na území druhé smluvní strany.“ HEBORT, Dušan. Systém mezinárodních smluv o poskytování zdravotní péče. *Zdravotnictví a právo*, 2008, č. 1, s. 13.

²⁷ DANĚK, Antonín, GLET, Jiří. Zdravotní pojištění: doporučeno ke studiu. Praha: Linde, 2003, s. 95.

²⁸ DANĚK, Antonín, GLET, Jiří. Zdravotní pojištění: doporučeno ke studiu. Praha: Linde, 2003, s. 94.

²⁹ CMU je zájmovým sdružením všech zdravotních pojišťoven činných v ČR, které jej povinně založily dle předpisů EU.

V souvislosti se zdravotní péčí je třeba jako pramen zmínit i vícestranné mezinárodní smlouvy, kterými je ČR vázána. Tyto smlouvy stanovují určité minimální standardy poskytování zdravotní péče v rámci vnitrostátní úpravy.³⁰ Jedná se o Úmluvu o lidských právech a biomedicíně,³¹ Evropskou sociální chartu³² a další.

1.4. Principy veřejného zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění umožňuje oprávněným osobám poskytnutí zdravotní péče, která je hrazená z prostředků tohoto pojištění. Jeho podstatou je soustředění finančních prostředků pravidelným přispíváním do fondu zdravotního pojištění (placení pojistného) a v případě nahodilé sociální události (nemoci, úrazu) úhradu nákladů zdravotní péče z tohoto fondu – tzv. **pojišťovací systém**.

Toto řešení vzniklo na principu vzájemnosti a solidarity, jelikož fyzická osoba není sama schopna pokrýt náročnější léčení vlastními prostředky. Princip vzájemnosti řeší uspokojování potřeb jednotlivců pomocí velkého počtu jednotlivců, kteří pociťují stejné potřeby.³³ Proto stát stanoví zdravotní pojištění jako **všeobecné, tedy povinné** pro všechny obyvatele státu.

Povinná účast činí základní rozdíl mezi komerčním a zdravotním pojištěním, kdy komerční pojištění (úrazové pojištění, pojištění nemovitosti, atd.) je uzavíráno dobrovolně na základě projevu vůle jednotlivce, zatímco účast na zdravotním pojištění vzniká povinně na základě zákona. Veřejné zdravotní pojištění je tedy pojištění obligatorní - vznik, zánik, práva a povinnosti pojištěnců a další podmínky jsou upraveny kogentní zákonnou úpravou.³⁴

Povinné tzv. statutární zdravotní pojištění mají všechny evropské země a většina vyspělých neevropských zemí. V poslední době se v některých evropských zemích (Švýcarsko, Německo, Holandsko) můžeme setkat s privátním zdravotním pojištěním pro některé skupiny obyvatelstva, ale i v těchto případech je toto pojištění tak silně regulováno státem, že se od povinného příliš neliší.³⁵ V USA právě proběhlo schválení reformy

³⁰ HEBORT, Dušan. Systém mezinárodních smluv o poskytování zdravotní péče. *Zdravotnictví a právo*, 2008, č. 1, s. 15.

³¹ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Úmluva Rady Evropy z roku 1997, ČR přistoupila v roce 1998.

³² Úmluva Rady Evropy z roku 1961. ČR přistoupila v roce 1992, plně uznala platnost čl. 13, že zajistí osobě bez přiměřených prostředků v případě nemoci poskytnutí nezbytné péče a stejně tak bude zacházet i příslušníky smluvních stran charty, kteří se legálně nacházejí na jejím území.

³³ TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. vydání. Praha: C. H. Beck, 2008, s. 114.

³⁴ TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. vydání. Praha: C. H. Beck, 2008, s. 131.

³⁵ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 11.

zdravotnictví, která zavádí takřka bez výjimky povinné zdravotní pojištění pro všechny Američany,³⁶ které nahrazuje dosavadní privátní systém zdravotního pojištění. Na druhé straně se v poslední době často diskutuje o využití určitých forem konkurence privátního pojištění v rámci statutárního pojištění.³⁷

Veřejné zdravotní pojištění funguje na **principu sociální solidarity**, kdy osoby ekonomicky činné a osoby s vyššími příjmy přispívají na zabezpečení osob, které nepracují v důsledku sociální události nebo mají nižší příjmy. Solidaritu chápeme jako solidaritu mezi generacemi, tedy mladých se starými (např. starobní důchod), solidaritu uvnitř generací, což je solidarita mezi zdravými a nemocnými, a v poslední řadě jako solidaritu bohatých s chudými vzhledem k výši příspěvků do systému a čerpání jeho prostředků. Tak je tomu i v případě veřejného zdravotního pojištění, tedy výše příjmové skupiny obyvatelstva platí vyšší pojistné, zatímco plnění z pojistného je pro všechny stejné. Početnou skupinu pojištěnců tvoří osoby, za které odvádí pojistné stát ze státního rozpočtu. Velký význam má solidarita zdravých s nemocnými, kdy náklady na zdravotní péči každého občana se značně liší. Jedná se o případy léčby těžkých úrazů, péče o chronicky nebo vážně nemocné pacienty, jejichž zdravotní péče je finančně velmi náročná.

Pojistné na veřejné zdravotní pojištění vybírají a spravují zdravotní pojišťovny. Těmito finančními prostředky pak následně hradí náklady na zdravotní péči svých pojištěnců. Pojištěncům jsou tedy poskytovány věcné dávky ve formě zdravotní péče, léků a prostředků zdravotnické techniky. Systém veřejného zdravotního pojištění ČR stojí dále na principu **plurality pojišťovacích institucí**, máme tedy více zdravotních pojišťoven, které si vzájemně konkurují.

Pojištěnci mohou uplatnit zásadu svobodné volby při výběru zdravotní pojišťovny, lékaře nebo zdravotnického zařízení, kde chtějí být ošetřeni.

Posledním principem zdravotního pojištění je **princip univerzality** osobního rozsahu zdravotního pojištění, který počítá s co největším okruhem příjemců dávek (§ 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění) a shrnuje tak všeobecnou platnost zdravotního pojištění a dostupnost zdravotní péče pro každého.

³⁶ NOVÁK, Martin a kol. *Obamova zdravotnická reforma prošla Kongresem i podruhé* [online]. Aktuálně.cz, 26. března 2010. Dostupné na

<http://aktualne.centrum.cz/zahranici/amerika/clanek.phtml?id=664322>.>

³⁷ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 11.

2. Právní vztah veřejného zdravotního pojištění

Právní vztahy jsou společenské vztahy upravené objektivním právem. Vznik, změna a zánik právních vztahů závisí na existenci právem předvídaných právních skutečností. V právu sociálního zabezpečení je nejvýznamnější právní skutečností sociální událost, u zdravotního pojištění je takovou právní událostí nemoc. Znakem sociální události je, že vyvolává negativní důsledky pro sociální postavení určité fyzické osoby, subjektu právního vztahu. Úkolem právních vztahů sociálního zabezpečení je zmírnění důsledků sociálních událostí.

Právní vztah veřejného zdravotního pojištění je tedy společenským vztahem upraveným objektivním právem, jehož vznik, zánik a změna jsou závislé na existenci, trvání a charakteru právem definovaných právních skutečností a sociálních událostí. Jeho základní funkcí je poskytnutí zdravotní péče v případě nemoci. V rámci právního vztahu zdravotního pojištění je třeba vymezit podmínky, za nichž je poskytována zdravotní péče hrazená z tohoto pojištění, určit subjekty, jimž je tato péče poskytována, a dále stanovit rozsah péče hrazené ze zdravotního pojištění.

V případě veřejného zdravotního pojištění lze rozlišit právní vztahy, které vznikají přímo ze zákona a vztahy vznikající na základě smlouvy. V případě smluvních právních vztahů se jedná o vztahy mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními, které mezi sebou uzavírají smlouvy o poskytování zdravotní péče.³⁸

Zákonné právní vztahy vznikají přímo na základě určité právní události, se kterou právo spojuje vznik právního vztahu. Právní vztah zdravotního pojištění má dvě roviny své existence. První fáze je rovinou klidovou, jedná se o **pojistný vztah**, který se vyznačuje vzájemnou podmíněností práv a povinností. Základní povinností účastníka pojistného vztahu je splnění pojistné povinnosti, z hlediska zdravotního pojištění to znamená, že musí být pojištěn a platit pojistné. Splněním pojistné povinnosti mu vzniká nárok na plnění v případě sociální události, proti níž je pojištění stanoveno. Pojistný vztah dokládá, že právní vztah vznikl a existuje, není zde však naplňován předmět právního vztahu zdravotního pojištění, tedy poskytnutí zdravotní péče.

³⁸ VETTERLOVÁ, Michaela. *Poskytování a úhrada zdravotní péče ze zdravotního pojištění*. Diplomová práce, Právnická fakulta Masarykovy Univerzity, Brno, 2008/2009, s. 12.

Poskytnutím bezplatné zdravotní péče se dostáváme do druhé fáze – **realizační**. Přejít nastává na základě konkrétních právních skutečností (poskytnutí zdravotní péče zařazené do věcného rozsahu zdravotního pojištění).³⁹

Stejně jako všechny právní vztahy i právní vztah zdravotního pojištění lze charakterizovat dle jeho prvků, tedy subjektů, obsahu a objektu.

Subjekty jsou nositelé práv a povinností, které jsou obsahem vztahu zdravotního pojištění. Právní vztah zdravotního pojištění je charakteristický vyšším počtem subjektů. Subjekty pojistného vztahu jsou:

- pojištěnec,
- zdravotní pojišťovna,
- vedlejším subjektem je zaměstnavatel a stát v případech, kdy za pojištěnce přebírají povinnost platit pojistné.

V realizační rovině právního vztahu zdravotního pojištění se setkáme s:

- pojištěncem, kterému je poskytována bezplatná zdravotní péče,
- zdravotnickým zařízením,
- zdravotní pojišťovnou hradící poskytnutou zdravotní péči.

Pojištěnec je fyzická osoba, která je v postavení oprávněné osoby, tedy je poživatelem dávek ve formě zdravotní péče hrazené na účet zdravotního pojištění. S pojmem pojištěnce se shoduje termín „osobní rozsah zdravotního pojištění,“ který označuje okruh fyzických osob zabezpečených zdravotním pojištěním. Vzhledem k závažnosti sociální události jakou je nemoc, snaží se stát o co nejširší pokrytí obyvatelstva zdravotním pojištěním, proto jsou v České republice ze zákona pojištěni všichni obyvatelé státu. Na osobu pojištěnce se tedy váže vznik a zánik pojistného právního vztahu zdravotního pojištění, který vzniká a zaniká obligatorně na základě skutečností stanovených zákonem.

Nejen oblast zdravotního pojištění, ale celé právo sociálního zabezpečení má specifickou úpravu právní subjektivity a způsobilosti k právním úkonům fyzických osob. Souvisí to s postavením fyzické osoby v rámci konkrétního právního vztahu. Právní subjektivita fyzických osob zdravotního pojištění se nejvíce ze všech blíží úpravě v občanském zákoníku, tedy vzniká narozením, neboť příjemcem zdravotních výkonů je každá fyzická osoba bez ohledu na věk.⁴⁰

³⁹ GREGOROVÁ, Zdeňka, GALVAS, Milan. *Sociální zabezpečení*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita: Doplněk, 2005, s. 142.

⁴⁰ BREJCHA, Aleš, HŮRKA, Petr. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. vydání. Praha: C. H. Beck, 2008, s. 87.

Ze zákona o veřejném zdravotním pojištění lze dovodit, že způsobilost nabývat práv a brát na sebe povinnosti nabývají pojištěnci zletilostí. Ta je definována v občanském zákoníku dosažením 18 let, popřípadě uzavřením sňatku u osob starších 16 let⁴¹. V tomto případě je však potřeba vzít v úvahu práva a povinnosti jednotlivých subjektů zdravotního pojištění, kdy zaměstnanec je způsobilý k právním úkonům téměř v plném rozsahu⁴² dosažením 15 let. Osoba starší 15 let, která se stane zaměstnancem, tak bude mít povinnost platit pojistné, jelikož se jedná o právní úkon související s postavením zaměstnance, ale například právo na změnu zdravotní pojišťovny, náležející jí z titulu pojištěnce, bude moci využít až nabytím zletilosti. Stejně se bude postupovat i v případě osoby samostatně výdělečně činné (dále OSVČ).⁴³ Občanský zákoník se analogicky použije pro všechny fyzické osoby jako subjekty zdravotního pojištění, stejně jako se podle něj odvodí zákonné zastoupení osob, které ještě nemají plnou způsobilost k právním úkonům nebo jim byla soudem omezena či odebrána.

Každý pojištěnec má zákonnou povinnost odvádět do systému zdravotního pojištění pojistné jako definovaný podíl ze svého příjmu. Za ekonomicky neaktivní osoby, které nemají příjmy ze zákonem stanovených důvodů (děti, osoby pobírající důchod a další) přebírá tuto povinnost stát. V případě pojištěnců, kteří jsou zaměstnání v pracovním poměru, odvádí část pojistného za své zaměstnance jejich zaměstnavatel ze svých příjmů. Rozlišujeme pět skupin plátců pojistného, mezi kterými jsou podmínky odvodu pojistného různě nastaveny. Jsou jimi stát (plátce pojistného za ekonomicky neaktivní pojištěnce), zaměstnanci, zaměstnavatelé, osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů.

Zdravotní pojišťovny vyvíjejí činnost při realizaci právního vztahu zdravotního pojištění. Jejich úkolem je provádět zákonné veřejné zdravotní pojištění. Jsou to veřejnoprávní instituce, které jsou na základě zákona právníckými osobami a mají tedy právní subjektivitu a způsobilost k právním úkonům. Hospodaří s vybraným pojistným a dalšími svými příjmy, kdy jsou dle zákonných pravidel příjmy všech pojišťoven přerozděleny dle složení pojištěnců (z hlediska pohlaví, věkových skupin, a další) mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny. Následně hradí zdravotní péči poskytnutou jejich pojištěncům. Mezi povinnosti pojišťoven patří i zajištění dostupnosti zdravotní péče všem svým pojištěncům. Zdravotní péči hradí zdravotnickému zařízení na základě smluv o poskytování zdravotní péče uzavřených mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Přestože smlouva je uzavírána mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, právní vztahy na jejím základě vzniklé mají povahu trilaterálních

⁴¹ § 13 zákona č. 94/1963 Sb., zákon o rodině, ve znění pozdějších předpisů

⁴² § 11 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů

⁴³ Dle § 9 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění může být OSVČ osoba, která dosáhla 15 let a ukončila povinnou školní docházku.

vztahů, tedy mezi pojištěnci, příslušným zdravotnickým zařízením a příslušnou zdravotní pojišťovnou.⁴⁴

Zdravotnická zařízení poskytují zdravotní péči jako věcnou dávku zdravotního pojištění. Zdravotní péči u nás poskytují státní i nestátní zdravotnická zařízení dle příslušných právních předpisů.

Právní vztahy zdravotního pojištění lze dle jeho subjektů rozlišit. Takové dělení vymezuje vztahy plátce pojistného a zdravotní pojišťovny, vztahy pojištěnce a zdravotní pojišťovny, dále vztahy zdravotní pojišťovny a zdravotnického zařízení nebo vztahy mezi pojištěnci (resp. pacienty) a zdravotnickými zařízeními.⁴⁵

Obsahem právního vztahu zdravotního pojištění jsou práva a povinnosti, které zákon stanoví jednotlivým subjektům. Tato práva a povinnosti mají hmotněprávní i procesní charakter. Z hlediska hmotného práva je základní povinností fyzické osoby splnění podmínek dávkového nároku, pojistná povinnost, a jejím oprávněním naopak nárok na poskytnutí dávkového plnění. Mezi procesní práva patří např. možnost podat stížnost, možnost uplatnit opravný prostředek a další.

Porušením primární povinnosti právního vztahu vznikají tzv. odpovědnostní právní vztahy, například porušení povinnosti platit pojistné na zdravotní pojištění je sankcionováno sekundární povinností zaplatit penále, pokutu či přírážku k pojistnému.

Objektem právního vztahu zdravotního pojištění je právně relevantní chování jeho subjektů. Toto chování se realizuje prostřednictvím řady hmotněprávních a procesních úkonů. Například zaplacení pojistného jako splnění pojistné povinnosti, plnění oznamovací povinnosti, podání opravného prostředku.

Mimo objekt má právní vztah zdravotního pojištění také svůj **předmět**, jímž je konkrétní dávkové plnění. Právo sociálního zabezpečení rozlišuje toto plnění na peněžité a věcné. Zdravotní pojištění má pouze věcné plnění, a to ve formě poskytnutí bezplatné zdravotní péče. S předmětem zdravotního pojištění souvisí pojem „věcný rozsah zdravotního pojištění“, tedy stanovení okruhu bezplatné zdravotní péče, na kterou mají pojištěnci zdravotního pojištění nárok.

⁴⁴ TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. vydání. Praha: C. H. Beck, 2008, s. 144.

⁴⁵ „Stejného rozlišení použilo i MZ ve svém vyjádření ve věci týkající se návrhu na zrušení zákona ze dne 27. října 2007, sp. zn. Pl. ÚS 1/08, kde posuzuje právní povahu jednotlivých právních vztahů ve zdravotním pojištění.“ VETTERLOVÁ, Michaela. *Poskytování a úhrada zdravotní péče ze zdravotního pojištění*. Diplomová práce, Právnická fakulta Masarykovy Univerzity, Brno, 2008/2009, s. 13.

Právní vztah zdravotního pojištění vzniká mezi subjekty zdravotního pojištění, jeho obsahem jsou vzájemná práva a povinnosti stanovená právními normami, který směřuje k poskytování zdravotní péče plně nebo částečně hrazené na účet zdravotního pojištění.

Vznik a zánik pojistného právního vztahu se váže na osobu pojištěnce, je tedy úzce spjatý s definicí osobního rozsahu zdravotního pojištění. Vnik pojistného vztahu zakládá § 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to dnem:

- a) narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,
- b) kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem,
- c) získání trvalého pobytu na území České republiky.

Zdravotní pojištění zaniká dnem:

- a) úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého,
- b) kdy osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem,⁴⁶
- c) ukončení trvalého pobytu na území České republiky.

„S existencí výše uvedených skutečností pro vznik zdravotního pojištění je spojen vznik právně relevantních účinků, které se netýkají pouze účasti na pojištění, ale také samotné pojistné povinnosti, která je jednou ze základních složek obsahu zdravotního pojištění.“⁴⁷ Vznik některých dalších složek právního vztahu zdravotního pojištění již závisí na dalších právních skutečnostech, především na sociální události (nemoci), na jejímž základě vzniká nárok na bezplatné poskytnutí zdravotní péče, realizační fáze právního vztahu zdravotního pojištění.

V následujících kapitolách se budu věnovat právnímu vztahu zdravotního pojištění z hlediska jeho jednotlivých subjektů, tedy pojištěnců, plátců pojistného, zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení.

2.1. Pojištěnci a jejich práva a povinnosti

Pojištěnec je fyzická osoba, které je poskytována zdravotní péče hrazená na účet zdravotního pojištění.

Z čl. 31 LZPS o právu každého ochranu zdraví, vyplývá, že okruh pojištěnců by měl být co nejširší. V tomto pojistném subsystému neplatí, že nárok na plnění má jen ten, kdo do systému přispívá. A to z toho důvodu, že základní zdravotní péče by měla být dostupná

⁴⁶ „V situaci, kdy osoba bez trvalého pobytu přestane být zaměstnancem z důvodu neplatného skončení pracovního poměru, je třeba použít analogicky § 69 - 72 zákona č. 262/2006 Sb. zákoníku práce, kde jsou upraveny nároky z neplatného rozvázání pracovního poměru.“ – MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 181.

⁴⁷ TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. vydání. Praha: C. H. Beck, 2008, s. 101.

každému. Proto kritériem účasti na veřejném zdravotním pojištění je trvalý pobyt na území České republiky. Tedy každá osoba, která má trvalý pobyt na území ČR, je zdravotně pojištěna.⁴⁸

Trvalý pobyt je definován v zákoně č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatelstva ve znění pozdějších předpisů jako „adresa pobytu občana v České republice, kterou si občan zvolí zpravidla v místě, kde má rodinu, rodiče, byt nebo zaměstnání.“ Trvalý pobyt na území České republiky může získat dle zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky i cizinec na základě povolení k pobytu.

S růstem mobility pracovní síly jsou také pojištěny fyzické osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky⁴⁹. Tyto osoby jsou pojištěny, jelikož se u nich jako u zaměstnanců očekává dlouhodobější pobyt na našem území.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění obsahuje i negativní vymezení okruhu oprávněných subjektů. Ze zdravotního pojištění jsou vyňaty osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR a jsou činné pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit, nebo pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území ČR. Vyňaty jsou také osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině a neplatí pojistné, kdy se za dlouhodobý pobyt považuje nepřetržitý pobyt delší šesti měsíců.

Je třeba také zmínit koordinační úpravu Evropské unie, která vymezuje podmínky pro zdravotní pojištění osob z členských zemí v jiném členském státě. Podrobněji se této úpravě věnuji v kapitole č. 4.

Osoby, které nejsou pojištěny na základě zákona ani dle předpisů EU, se mohou stát účastníky zdravotního pojištění na základě smlouvy.⁵⁰ Zdravotní péče je poskytována v rozsahu pojistné smlouvy, nikoli v zákonném rozsahu zdravotního pojištění. Nejčastěji se jedná o cizince, kteří pracují u zaměstnavatele, který za ně nehradí pojistné.⁵¹ Zvažuje se zahrnutí všech cizinců (mimo země EU), kteří pracují a odvádějí státu daně a dávky, a jejich rodinných příslušníků do systému veřejného zdravotního pojištění. Peníze odvedené cizinci za smluvní zdravotní pojištění totiž zůstávají komerčním pojišťovnám, které do systému

⁴⁸ § 2 odst. 1) a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

⁴⁹ § 2 odst. 1) b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

⁵⁰ V souvislosti se změnou zákona o pojišťovnictví, který v ustanovení § 3 odst. 2 stanoví možnost provozování pojišťovací činnosti pouze právníckými osobami ve formě akciových společností nebo družstev, byla VZP nucena založit dceřinou společnost (Pojišťovna VZP, a.s.), která provádí smluvní zdravotní pojištění cizinců.
- KAREŠ, R. Stručný přehled vývoje smluvního pojištění v rámci VZP ČR, řešení negativních dopadů zákonných úprav až po založení dceřiné společnosti a dopad této skutečnosti. Zdravotnictví a právo, 2008, č. 3-4, s. 36 - 39.

⁵¹ Zaměstnavatel, který nemá sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky.

veřejného zdravotního pojištění odvádí jen zlomek vybraných peněz za poskytnutou péči. Po odečtení průměrných nákladů za péči vynaloženou o cizince od částky, kterou by zhruba 100 tisíc cizinců žijících v České republice odvedlo do systému veřejného zdravotního pojištění, kdyby byli jeho účastníky, zbývá asi 400 milionů korun, o které nyní systém přichází. V tomto případě by však bylo třeba klást důraz na to, aby se účastníky veřejného zdravotního pojištění stali pouze pracující cizinci a jejich rodinní příslušníci nikoli například osoby nevýdělečně činné, což by mohlo vést k zneužívání systému a Česká republika by se stala „nemocnicí Evropy“.⁵²

Zákonní pojištěnci mohou také uzavírat smlouvy se zdravotními pojišťovnami ke krytí zdravotní péče přesahující rámec hrazené péče, včetně léčení v cizině. Zdravotní pojišťovny jsou oprávněny provádět toto smluvní pojištění na základě zvláštního povolení dle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví.⁵³

2.1.1. Práva pojištěnců

Postavení jednotlivých subjektů zdravotního pojištění není rovnovážné, jelikož u pojištěnce dochází ke koncentraci oprávnění, zatímco všechny ostatní subjekty jsou povinny jednat, tak aby oprávnění pojištěnce byla naplněna.⁵⁴ To ovšem neznamená, že by pojištěnec neměl i určité povinnosti stanovené zákonem a ostatní subjekty určitá práva.

Mezi základní práva, která pojištěnci náleží, patří **právo na výběr zdravotní pojišťovny**. Zákon stanoví, že lze pojišťovnu změnit jednou za 12 měsíců a to vždy jen k prvnímu dni kalendářního čtvrtletí. V případě, že pojišťovna vstoupí do likvidace nebo je na ni zavedena nucená správa nebo ode dne, který ministerstvo zdravotnictví na základě zjištění nerovnováhy v hospodaření zdravotní pojišťovny vyhlásí ve sdělovacích prostředcích, mohou pojištěnci takové zdravotní pojišťovny změnit pojišťovnu i ve lhůtě kratší.

Za osoby nezletilé a osoby bez způsobilosti k právním úkonům provádí změnu zdravotní pojišťovny jejich zákonný zástupce.⁵⁵ U novorozenců právo na výběr pojišťovny nelze využít. Dítě se dnem narození stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna jeho matka. Následně lze změnit dítěti pojišťovnu poté, co mu bylo přiděleno rodné číslo.

⁵² ŠPAČKOVÁ, Iva. Stát tratí na cizincích stamiliony ročně, neplatí veřejné zdravotní pojištění [online]. idnes.cz, 24. srpna 2008. Dostupné na <http://ekonomika.idnes.cz/stat-trati-na-cizincich-stamiliony-rocne-neplati-verejne-zdravotni-pojisteni-1h9-/ekonomika.aspx?c=A090823_200122_ekonomika_anv>.

⁵³ § 54 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

⁵⁴ GREGOROVÁ: *Sociální zabezpečení*, s. 143.

⁵⁵ § 11 odst. 1) a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Zdravotní pojišťovna je povinna žádosti o přijetí vyhovět. Pojištěnci nesmí být stanovena doba, po níž by mohl být u pojišťovny pojištěn, a stejně tak nesmí zdravotní pojišťovna sama tento vztah ukončit.⁵⁶

Dále má pojištěnec **právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení**. Výjimku činí pouze závodní zdravotní služba, která poskytuje pojištěnci pracovně-lékařskou péči. Svobodná volba spadá i na výběr nelékařských zdravotnických povolání jako klinického psychologa, klinického logopeda, fyzioterapeuta a další.

Právo na volbu lékaře a zdravotnického zařízení je však v praxi omezeno. Důvodem jsou smluvní vztahy lékaře/zdravotnického zařízení se zdravotní pojišťovnou pojištěnce. V případě, kdy lékař/zdravotnické zařízení nemají s pojišťovnou uzavřenou smlouvu, nemůže být poskytnutá zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění, a to ani předepsané léčivé přípravky a indikované výkony jako rentgeny, laboratorní vyšetření a podobně.⁵⁷

Tato právní úprava je předmětem diskuzí a uvažuje se o přijetí jiného modelu, kdy by pojišťovna nesmluvnímu lékaři/ zdravotnickému zařízení uhradila převážnou část zdravotního úkonu, léčivé přípravky a indikované výkony. Pojištěnec by tak získal možnost vybrat si mezi plně hrazeným úkonem nebo si jej částečně zaplatit za cenu širší svobodné volby.

Právo na volbu lékaře/zdravotnického zařízení má pojištěnec jednou za tři měsíce. Zvolený lékař může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze v případě, že by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře, tak že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo ostatní pojištěnce, které má ve své péči. Další příčinou k odmítnutí pojištěnce může být přílišná vzdálenost místa trvalého nebo přechodného pobytu pojištěnce pro výkon návštěvní služby.⁵⁸ Míru únosného pracovního zatížení a závažnost příčiny pro nepřijetí pojištěnce do své péče posuzuje zvolený lékař. Jsou-li však stanovena určitá spádová území (zatím jsou stanovena pouze pro ústavní zdravotnická zařízení⁵⁹), nemůže lékař odmítnout pojištěnce ze stanoveného spádového území. Nikdy však nemůže být pojištěnci odmítnuta neodkladná péče. Termín neodkladné péče není právem přesně vymezen, blíže se mu věnuji v kapitole věnované zdravotnickým zařízením.

⁵⁶ MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 204.

⁵⁷ MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 204.

⁵⁸ § 11 odst. 1) b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

⁵⁹ Spádová území upravují vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 242/1991 o soustavě zdravotnických zařízení řízených okresními úřady a obcemi a vyhláška č. 394/1991 o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic a dalších nemocnic, vybraných odborných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic v řídicí působnosti ministerstva zdravotnictví České republiky, ve znění vyhl. č. 259/2006 Sb.

„Pokud by pojištěnec s volbou neuspěl a nepodařilo se mu zvolit si lékaře příslušné odbornosti, je jeho zdravotní pojišťovna povinna zajistit mu lékaře, který mu poskytne potřebnou zdravotní péči a přijme jej do své evidence.“⁶⁰

Zákon hovoří o možnosti lékaře odmítnout pojištěnce v případě přijetí. V situacích, kdy lékař již přijal pacienta do své evidence, nemůže s pacientem tento vzniklý právní vztah ukončit. A to ani v případě, kdy pacient soustavně porušuje léčebný režim, lékaře a další zdravotnický personál slovně či jinak napadá. V souvislosti se zvýšeným výskytem tohoto problému, je třeba se zamyslet, zda by nebylo potřeba provést legislativní změny a stanovit situace (například kdy chování pacienta vůči lékaři naplňuje znaky trestného činu), ve kterých se mimo neodkladnou péči bude moci lékař ze své povinnosti poskytovat péči takovému pacientovi vyvázat. Zatím je vypovězení péče takovému pojištěnci bráno jako etické pochybení lékaře.⁶¹

Pojištěnec může také uplatnit své **právo na výběr dopravní služby**, která je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně.

Právo na výběr zdravotní pojišťovny a lékaře nenáleží určitým specifickým skupinám obyvatel. Zákon o veřejném zdravotním pojištění stanoví, že vojáci v činné službě a žáci vojenských škol, kteří se připravují na službu vojáka z povolání, jsou povinně pojištěni u Vojenské zdravotní pojišťovny. Základní zdravotní péči jim poskytuje posádkové zařízení zdravotní péče nebo jiné zdravotnické zařízení, se kterým uzavřela Vojenská zdravotní pojišťovna smlouvu o poskytování zdravotní péče. Možnost výběru lékaře/zdravotnického zařízení je omezena a upravena zvláštními právními předpisy⁶² u osob, kterým jsou poskytovány služby v oblasti zaměstnanosti (uchazeči o zaměstnání), a u osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody.

Stěžejním právem pojištěnce a smyslem celého právního vztahu veřejného zdravotního pojištění je **právo na zdravotní péči bez přímé úhrady** v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Pojištěnec má také právo na výdej léčivých přípravků bez přímé úhrady, jde-li o léčivé přípravky hrazené ze zdravotního pojištění. Právo na výdej léčivých přípravků má i v případech, kdy zařízení lékárenské péče nemá s pojišťovnou pojištěnce uzavřenou smlouvu. „Lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnické zařízení nesmí za tuto zdravotní péči přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Při porušení této povinnosti je oprávněn příslušný orgán státní správy

⁶⁰ MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 205.

⁶¹ SLAVÍK, Jiří. Poskytování zdravotní péče. *Zdravotnictví a právo*, 2002, ročník 6, č. 1, s. 23.

⁶² Zákon č. 435/2004 zákon o zaměstnanosti, zákon č. 293/1993 zákon o výkonu vazby a zákon č. 169/1999 o výkonu trestu odnětí svobody.

odejmout oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložit pokutu. Ze stejných důvodů je příslušná zdravotní pojišťovna oprávněna vypovědět smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.⁶³

Citované ustanovení § 11 odst. 1) d) upravující právo na zdravotní péči bez přímé úhrady je jedním z nejproblematictějších v zákoně o veřejném zdravotním pojištění. Zákaz přijímání úhrady byl do zákona včleněn novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 2/1998 v roce 1998, aby zamezil vyžadování dvojí platby (od zdravotní pojišťovny i od pojištěnce) za tutéž péči. V praxi však činilo výkladové problémy, proto proti němu podala skupina poslanců ústavní stížnost. Ústavní soud nálezem Pl. ÚS 14/02 – č. 207/2003 Sb., tuto stížnost zamítnul, ale zároveň podal ústavně konformní výklad problematického ustanovení.⁶⁴ Ústavní soud z ustanovení vyvodil, že zákaz přijímání přímé úhrady se vztahuje pouze na sféru bezplatné zdravotní péče. Za zdravotní péči poskytnutou nad rozsah bezplatné péče přímá úhrada od pojištěnců vybírána být může. Na základě vyjádření Ústavního soudu je zdravotnické zařízení oprávněno přijmout sponzorský dar, poskytovat nadstandardní služby, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, za přímou úhradu.

Je třeba upozornit na častý jev, se kterým se dnes v ordinacích soukromých lékařů (převážně u gynekologů a zubařů) setkáváme v souvislosti s přijímáním „sponzorských darů“ a „registračních příspěvků“. Pacienti bývají vyzýváni k úhradě takových příspěvků bez upozornění, že se jedná pouze o dobrovolný příspěvek, a hradí jej jako podmínku k poskytnutí zdravotní péče. Přitom jsou všechna zdravotnická zařízení smluvně zavázána ve smlouvách uzavíranými se zdravotními pojišťovnami, že nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary⁶⁵. Všeobecná zdravotní pojišťovna potvrzuje, že registrační poplatky lékař nemá právo vybírat, stejně jako by neměl vymáhat na pacientovi sponzorský dar, současně však uvádí, že jestliže však pacient „sponzorský dar“ uhradí, není v možnostech pojišťovny lékaře za to postihnout, protože situace se jeví jako souhlasný krok pacienta.⁶⁶ Domnívám se, že toto posouzení situace VZP je pouze výmluvou, aby nově vzniklý trend nemusela řešit, spíše bych se přiklonila k názoru sdružení Platforma zdravotních pojišťoven, které se domnívá, že „pokud lékař vědomě požaduje po pojištěnci přímou platbu za hrazenou péči, jedná protiprávně a vystavuje se široké škále sankcí. Takové jednání totiž

⁶³ § 11 odst. 1) d) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

⁶⁴ MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 206.

⁶⁵ Čl. 3 odst. 2) k) přílohy č. 1 k vyhlášce č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.

⁶⁶ *Stanovisko Všeobecné zdravotní pojišťovny* [online]. [vzp.cz](http://www.vzp.cz), Dostupné na <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/FAQ/ZDR/index.html#FAQ43->>.

naplňuje znaky trestného činu podvodu.⁶⁷ I přestože si na vybírání příspěvků pacienti zatím nestěžují,⁶⁸ domnívám se, že by lékaři měli být za takové jednání postihováni, jelikož je v rozporu se současnou právní úpravou. Zda by měla být pro lepší zdravotní péči zaplácena i takováto přímá úhrada v ordinaci lékaře, je jistě otázka, která zaslouží zamyšlení, odpovědět na ni však musí zákonodárci změnou právních předpisů.

Právem pojištěnce je také jeho možnost podílet se na **kontrole poskytnuté péče** hrazené zdravotním pojištěním. Je oprávněn požadovat od své zdravotní pojišťovny písemnou informaci o zdravotní péči, která mu byla poskytnuta a uhrazena v předešlých dvanácti měsících. V případě, kdy má pojištěnec pocit, že mu není poskytována náležitá péče, má ze zákona možnost podat návrh na přezkoumání vedoucímu zdravotnického zařízení nebo jeho zřizovateli. Týkají-li se nedostatky odborného nebo etického postupu lékaře nebo lékárníka může se obrátit i na Českou lékařskou komoru, Českou stomatologickou komoru či Českou lékárnickou komoru. Další možností je zdravotní pojišťovna pojištěnce, zejména odmítne-li zdravotnický pracovník provést zdravotní výkon spadající do hrazené péče, nebo příslušný orgán statní správy, který provedl registraci zdravotnického zařízení.

2.1.2. Povinnosti pojištěnců

Povinnost oznamovací souvisí s postavením pojištěnce v jednotlivých kategoriích zdravotního pojištění, to se během jeho života mění. Záleží na tom, zda je osobou, za niž platí pojistné stát, zaměstnancem či osobou samostatně výdělečně činnou.

„Narození pojištěnce je jeho zákonný zástupce povinen oznámit do osmi dnů ode dne narození zdravotní pojišťovně, u které je pojištěna matka v den jeho narození.“⁶⁹ Příslušný obecní úřad pověřený vedením matriky je povinen oznámit Centrálnímu registru pojištěnců⁷⁰ narození dítěte bezprostředně po přidělení rodného čísla a úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého.

Pojištěnec je povinen oznámit zdravotní pojišťovně trvání skutečnosti, kdy po celý kalendářní měsíc není za něj plátcem pojistného zaměstnavatel ani on sám jako OSVČ a není

⁶⁷ DOSTÁL, Ondřej. *Gynekologové si přilepšují. Kromě 30 korun chtějí i tisíckorunový poplatek* [online]. idnes.cz, 28. října 2010. Dostupné na <[⁶⁸ „Pacientky si nestěžovaly ani Ministerstvu zdravotnictví, České lékařské komoře, sdružení zdravotních pojištěnců nebo Všeobecné zdravotní pojišťovně \(VZP\), která pojišťuje více než polovinu obyvatel.“ VÁLKOVÁ, Hana. *Gynekologové si přilepšují. Kromě 30 korun chtějí i tisíckorunový poplatek* \[online\]. idnes.cz, 28. října 2010. Dostupné na <\[⁶⁹ § 10 odst. 6\\) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů\]\(http://zpravy.idnes.cz/gynekologove-si-prilepsuji-krome-30-korun-chteji-i-tisicikorunovy-poplatek-1bj-/domaci.asp?c=A101025_171321_domaci_hv.>.</p></div><div data-bbox=\)](http://zpravy.idnes.cz/gynekologove-si-prilepsuji-krome-30-korun-chteji-i-tisicikorunovy-poplatek-1bj-/domaci.asp?c=A101025_171321_domaci_hv.>.</p></div><div data-bbox=)

⁷⁰ V centrálním registru pojištěnců jsou evidováni všichni účastníci veřejného zdravotního pojištění v ČR, vede jej Všeobecná zdravotní pojišťovna.

za něj plátcem pojistného stát. Skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit pojistné. Za osoby zaměstnané plní tuto povinnost zaměstnavatel, pokud jsou mu tyto skutečnosti známy.⁷¹ Stejně tak plní tuto oznamovací povinnost určité státní instituce, např. škola oznamující pojišťovně nástup a ukončení školní docházky, úřad práce zařazení a vyřazení z evidence úřadu práce. I v těchto případech má sám pojištěnec podpůrnou povinnost doplnit informace, které povinný subjekt neuvedl.

Zaměstnanec musí svému zaměstnavateli v den nástupu do práce sdělit, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn a nahlásit změnu zdravotní pojišťovny v průběhu zaměstnání. Přijetí těchto sdělení je zaměstnavatel povinen písemně potvrdit. Zaměstnavatel má právo požadovat na zaměstnanci úhradu penále, které zaplatil v souvislosti s neoznámením nebo opožděným oznámením změny pojišťovny pojištěncem.

Zaměstnavatel musí do osmi dnů oznámit příslušné zdravotní pojišťovně nástup zaměstnance do zaměstnání a jeho ukončení. Dále má povinnost odhlásit placení pojistného a přihlásit se k placení u vybrané pojišťovny, pokud zaměstnanec zdravotní pojišťovnu změnil. Zaměstnavatel musí informovat také o skutečnostech rozhodných pro vznik povinnosti státu platit za zaměstnance pojistné. V případě, kdy zaměstnavatel neuvede všechny povinné informace, které jako plátce pojistného musí oznámit zdravotní pojišťovně, má zaměstnanec podpůrnou oznamovací povinnost ohledně těchto informací. Pojištěnec, který je osobou samostatně výdělečně činnou, je povinen oznámit své zdravotní pojišťovně zahájení a ukončení samostatně výdělečné činnosti nejpozději do osmi dnů ode dne vzniku takové skutečnosti. Stejná oznamovací povinnost platí i pro pojištěnce, který se stane osobou bez zdanitelných příjmů. Za nesplnění této oznamovací povinnosti hrozí pokuta ze strany zdravotní pojišťovny až do výše 10 000 Kč, v případě zaměstnavatele až 200 000 Kč. Při opakování nesplnění oznamovací povinnosti lze výši pokuty zdvojnásobit. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny a může být uložena do jednoho roku, kdy se pojišťovna o nesplnění oznamovací povinnosti dozvěděla, nejdéle však do tří let, kdy tato povinnost měla být splněna.

Mezi další oznamovací povinnosti patří oznámení ztráty nebo poškození průkazu pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovně.

Veškeré povinné informace musí být sděleny zdravotní pojišťovně v osmidenní zákonné lhůtě ode dne jejich vzniku nebo změny. Odlišnou 30 ti denní lhůtu má pojištěnec k oznámení změny jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla.

⁷¹ §10 odst. 5) zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České Republiky, ve znění pozdějších předpisů

Povinnost platit pojistné je základní povinností pojištěnce. Ne každý pojištěnec má povinnost platit pojistné. „Pojištěnec je plátcem pojistného tehdy, jestliže je v produktivním věku a má příjmy ze své pracovní aktivity, event. je v produktivním věku a mohl by mít příjmy ze své pracovní aktivity.“⁷² V souvislosti s povinností platit pojistné se stává subjektem právního vztahu zdravotního pojištění zaměstnavatel. Ten odvádí pojistné za své zaměstnance z jejich platu a sám na ně částečně přispívá. Osoby samostatně výdělečně činné odvádějí pojistné samy.

Zdravotní pojišťovna je oprávněna vyměřit zaměstnavateli přírážku k pojistnému, jestliže u něj došlo v uplynulém roce k opakovanému výskytu pracovních úrazů nebo nemocí z povolání ze stejných příčin a v důsledku toho i ke zvýšení nákladů na zdravotní péči. Přírážka může být stanovena až do výše 5 % z části pojistného hrazeného zaměstnavatelem za všechny jeho zaměstnance.

Nebylo-li pojistné uhrazeno včas nebo bylo zapláceno v nižší částce, musí plátcem pojistného uhradit penále ve výši 0,05 % dlužné částky za každý den, ve kterém takto vzniklý dluh trval. Stejně penále musí hradit i zdravotní pojišťovna, pokud nevrátí včas přeplatek na pojistném. Právo předepsat dlužné pojistné má zdravotní pojišťovna do pěti let ode dne splatnosti, pak je toto právo promlčeno. Byl-li proveden úkon ke zjištění pojistného nebo jeho vyměření, plyne nová promlčecí doba ode dne, kdy se o tom plátcem dozvěděl. Další pětiletá promlčecí lhůta platí od právní moci platebního výměru, kterým bylo pojistné vyměřeno.

Jednání, kdy zaměstnavatel úmyslně neodvede ve větším rozsahu (nejméně 50 000 Kč) pojistné za svého zaměstnance, se postihuje jako trestný čin dle § 241 trestního zákoníku⁷³. Neodvedením plateb se rozumí neodvedení té části, která se zvrhává z příjmu zaměstnance, nikoli neodvedení dvou třetin placených za zaměstnance samotným zaměstnavatelem.⁷⁴

Plátcům pojistného a povinnosti platit pojistné se podrobně věnuji v následující kapitole.

Povinnost platit pojistné a oznamovací patří mezi stěžejní povinnosti pojištěnce, § 12 zákona o veřejném zdravotním pojištění ukládá další výčet povinností. Velkým nedostatkem je, že některé povinnosti postrádají sankci za jejich nesplnění. Zákon stanovuje pojištěncům pouze v určitých situacích pokuty, jež jsou příjmem zdravotní pojišťovny, která je uložila.

⁷² GREGOROVÁ: *Sociální zabezpečení*, s. 155.

⁷³ Trestný čin neodvedení daně, pojistného na sociální zabezpečení a podobné povinné platby, § 241 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

⁷⁴ TRUBAČ, Ondřej. *Trestní právo daňové* [online]. epravo.cz, 12. března 2010. Dostupné na <<http://www.epravo.cz/top/clanky/trestni-pravo-danove-60585.html>>.

Pojištěnec má i povinnosti v rámci poskytování zdravotní péče. Musí dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí, vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví, poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a dodržovat lékařem stanovený léčebný režim, podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám. Sankci ukládá zákon v § 44 odst. 4) pouze za opakované nesplnění povinnosti podrobit se na vyzvání preventivní prohlídce nebo byl-li pojištěnec předčasně propuštěn z ústavní péče pro soustavné hrubé porušování domácího řádu ústavního zdravotnického zařízení. Symbolická výše pokuty do 500 Kč, však nemůže nikdy přimět pojištěnce, aby svým chováním zbytečně nečerpali prostředky z fondu zdravotního pojištění.

Velmi časté a zcela bez sankce jsou případy, kdy pacienti nedodržují léčebný režim nebo nespolupracují s lékařem. V těchto situacích nás může napadnout, že by si měl pacient následnou léčbu, která bude zcela jistě ještě dražší vzhledem ke komplikacím, které si svým chováním způsobil, alespoň poměrně hradit sám. Se sankcí za nedodržení léčebného režimu se naopak setkáme v souvislosti s dočasnou pracovní neschopností dle zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Dle této právní úpravy lékař ukončí dočasnou pracovní neschopnost pojištěnci nemocenského pojištění, který se nedostaví k lékařskému ošetření nebo kontrole zdravotního stavu ve stanovený den, aniž by prokázal existenci vážných důvodů, pro které se k tomuto ošetření nebo kontrole nemohl dostavit. V případě porušení „režimu dočasně neschopného pojištěnce“ dává zákon o nemocenském pojištění možnost orgánu nemocenského pojištění krátit nebo úplně odejmout dávky nemocenského pojištění. Závažné porušení povinnosti zdržovat se v době dočasné pracovní neschopnosti v místě pobytu a dodržovat rozsah a dobu povolených vycházek kvalifikuje zákon na přestupek, za který lze uložit pokutu do 20 000 Kč.

Pojišťovny přicházejí s návrhy jako je pokutování rizikového chování, přímý příjem pojišťovně z daně z tabáku a alkoholu (v řadě zemí jde o jedno, dvě procenta z daně na cigarety a alkohol na léčbu zničeného zdraví). Kromě toho navrhují i legislativní zakotvení postihu pojištěnce za neúčelné čerpání zdravotní péče.⁷⁵ S návrhem tzv. daně z tloušťky přišla Strana zelených ve svém volebním programu. Z daně na „potravinu s vysokým obsahem cukru rafinovaného cukru a živočišných tuků“, tedy například cukrovinky, uzeniny, sladké limonády, by stát získal více peněz na léčení zdravotních problémů konzumentů těchto

⁷⁵ PETRÁŠKOVÁ, Lenka. *Lék na choré zdravotnictví* [online]. tribune.cz, MfD, 15.4.2010. Dostupné na <<http://www.tribune.cz/clanek/17328>>.

pochutin. I když se s podobnou daní setkáme v mnoha státech (Dánsko, Velká Británie, Francie), v České republice má zatím takový návrh spíše odpůrce.⁷⁶

Pro řádné provádění zdravotního pojištění má pojištěnec povinnost prokazovat se při poskytování zdravotní péče platným průkazem pojištěnce. Při prokazování se průkazem zdravotní pojišťovny, u které osoba není pojištěna, hrozí pokuta do výše 5 000 Kč. V souvislosti s touto povinností je třeba uvést, že v situacích vyžadujících poskytnutí neodkladné péče k záchraně života nebo zdraví, není možno vázat poskytnutí zdravotní péče na předložení průkazu pojištěnce.⁷⁷ Pojištěnec je povinen vrátit průkaz pojištěnce při změně zdravotní pojišťovny, dlouhodobému pobytu v zahraničí, ukončení trvalého pobytu v České republice.

Velkou diskuzi vyvolalo zavedení regulačních poplatků zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů v lednu 2008, které stanovily povinnost platit za návštěvu u lékaře 30 Kč, za jeden den pobytu v nemocnici 60 Kč, za pohotovost 90 Kč a za každou položku na receptu 30 Kč. Účelem zavedení regulačních poplatků bylo zamezení zneužívání a neúčelného čerpání zdravotní péče. Mnozí však spatřují v poplatcích porušení práva na poskytování bezplatné zdravotní péče, které zakotvuje čl. 31 LZPS. Zda stanovení poplatků není v rozporu s čl. 31 LZPS, se zabýval i Ústavní soud, který svým usnesením sp. zn. Pl. ÚS 01/08 zamítl návrh na zrušení části zdravotnické reformy veřejných financí, včetně poplatků.⁷⁸ Ústavní soud se přiklonil k názoru, že poplatky pouze regulují přístup k zdravotní péči hrazené z veřejného zdravotního pojištění a zamezují tak jejímu nadužívání, čímž přispívají k tomu, že se zdravotní péče dostane těm skutečně nemocným. Tedy nevybočují z obsahu ústavního práva dle čl. 31, ale naopak sledují jeho cíl. Neshledal v regulačních poplatcích překážku, která by činila pro kohokoliv zdravotní péči nedostupnou. Do budoucna však ponechal na zákonodárcích, aby po vyhodnocení skutečného dopadu regulačních poplatků posoudily, zda každý konkrétní poplatek skutečně sleduje legitimní cíl čl. 31 LZPS.⁷⁹

A skutečně byly vzhledem k ekonomické a sociální vhodnosti samotnými zákonodárci některé poplatky změněny. Zrušily se poplatky za pobyt novorozenců, u lékaře přestaly platit děti do 18 let, osvobození jsou dárci orgánů a lidé, kterým byla léčba soudně nařízena. Také

⁷⁶ KUČERA, Petr. *Daň z tloušťky má zdražit sladkosti, buřty a limonády* [online]. aktuálně.cz, 21. dubna 2010. Dostupné na < <http://aktualne.centrum.cz/finance/nakupy/clanek.phtml?id=665838>>.

⁷⁷ Dle §55 odst. 2) c) zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

⁷⁸ Ústavního soud však neshledal zdravotnické poplatky protiústavními dosti nejednoznačně, rozhodnutí bylo odhlasováno 8 soudci, zatímco 7 bylo proti.

⁷⁹ nález Ústavního soudu ze dne 28. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08, body 112, 118

byl snížen roční limit, nad který pacient již poplatky nehradí, a to pro děti a seniory nad 65 let z 5000 na 2500Kč. „Dle prvních publikovaných analýz MZČR se projevil dopad regulačních poplatků v poklesu počtu návštěv u lékaře, ve snížení počtu návštěv pohotovostí a došlo k úsporám plateb za léky, jelikož si lidé začali levné léky kupovat sami, na druhou stranu znamenalo zavedení poplatků velké finanční břemeno zejména pro staré lidi a pro rodiny s dětmi.“⁸⁰ Zavedení regulačních poplatků se stalo významným politickým tématem, pozornost jaká je poplatkům věnována, ale zastíňuje mnohem podstatnější reformní kroky v oblasti zdravotního pojištění jako je koncepce změn systémového řízení, systému financování a způsobu úhrad.⁸¹

2.2. Plátcí pojistného

Dle zákona o veřejném zdravotním pojištění jsou plátcí pojistného:

- stát,
- zaměstnavatelé,
- pojištěnci uvedení v §5:
 - zaměstnanci, kdy se za zaměstnance považuje fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků dle zákona o daních z příjmu,
 - osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ),
 - osoby s trvalým pobytem na území ČR, které nejsou zaměstnanci ani osobami samostatně výdělečně činnými a není za ně plátcem pojistného stát, pokud uvedené skutečnosti trvají po celý kalendářní měsíc.

Pojištěnec není povinen platit pojistné po dobu dlouhodobého pobytu v cizině. Musí ale být v cizině zdravotně pojištěn a učinit o této skutečnosti písemné prohlášení u své zdravotní pojišťovny. Povinnost platit pojistné zaniká dnem uvedeným v tomto prohlášení, ne však dříve než dnem následujícím po dni doručení prohlášení. Za dlouhodobý pobyt se považuje nepřetržitý pobyt delší než šest měsíců. Pojištěnec tak ztrácí nárok na úhradu péče hrazené ze zdravotního pojištění, až do doby než se u příslušné pojišťovny opět přihlásí. Současně s přihlášením musí pojištěnec předložit zdravotní pojišťovně doklad o uzavřeném pojištění

⁸⁰ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 136.

⁸¹ BUCHAR, JIŘÍ. Která opatření reformy zdravotnictví jsou opravdu nutná. *Zdravotnictví a právo*, 2008, č. 1, s. 21 - 26.

v cizině a délce jeho trvání. V případě, že takový doklad nepředloží, musí doplatit pojistné zpětně, jako by se v cizině nezdržoval.

2.2.1. Stát

Dle LZPS je nezbytné co možná nejširší pokrytí obyvatelstva veřejným zdravotním pojištěním, avšak v určitých sociálních situacích (předproduktivní, poproduktivní věk, atd.) by bylo nevhodné, aby si tyto osoby platili pojistné sami. V těchto případech přebírá za pojištěnce povinnost platit pojistné stát (dále státní pojištěnci). Pojistné je vypláceno každý měsíc v zákonem stanovené výši za každého pojištěnce z prostředků státního rozpočtu. Počet státních pojištěnců činil v roce 2009 6 milionů, což čítalo 58 % z celkového počtu pojištěnců ČR.⁸² Tuto početnou skupinu osob taxativně vymezuje § 7 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Stát hradí pojistné za nezaopatřené děti⁸³, poživatele důchodu z důchodového pojištění, tedy důchodu starobního, invalidního, vdovského/vdoveckého, sirotčího a to i v měsících, kdy jim dle předpisů o důchodovém pojištění výplata důchodu nenáleží. Stát odvádí pojistné za příjemce rodičovského příspěvku dle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře,⁸⁴ za ženy na mateřské a rodičovské dovolené dle zákoníku práce a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění.

U uchazečů o zaměstnání je třeba zdůraznit, že musí být v evidenci úřadu práce. Uchazeč, který o evidenci na úřadě práce nepožádal, nebo do ní nebyl přijat, případně byl z evidence vyřazen, musí platit pojistné sám. Stát hradí pojistné i uchazečů o zaměstnání, kteří přijali krátkodobé zaměstnání.

Pojistné neplatí osoby pobírající dávky pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované⁸⁵, a to za podmínky, že nejsou podle tvrzení plátce dávky pomoci v hmotné nouzi v pracovním ani obdobném vztahu ani nevykonávají samostatnou výdělečnou činnost a nespádají zároveň pod jinou skupinu pojištěnců, za které platí pojistné stát.

Do skupiny státních pojištěnců patří také osoby závislé na péči jiné osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu ve stupni středně těžké, těžké a úplné závislosti a osoby pečující o tyto osoby a o dítě mladší 10 let s lehkou závislostí na péči jiné osoby.⁸⁶

⁸² Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2009 [online]. Dostupné na http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/O-nas/Rocenky/rocenka_VZP_2009.pdf.

⁸³ Nezaopatřenost dítěte je definována v zákoně č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

⁸⁴ §30 zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů

⁸⁵ Hmotnou nouzi definuje § 2 zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů

⁸⁶ § 8 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje osobu za závislou na pomoci jiné fyzické osoby.

Za účastníka veřejného zdravotního pojištění, který je povolán k vojenskému cvičení je plátcem zdravotního pojištění stát. Od těchto osob musíme odlišit vojáky z povolání, kteří platí pojistné jako osoby v pracovním poměru. I osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody jsou v rámci zdravotního pojištění zabezpečeny státem. Stát je plátcem pojistného i za mladistvé, kteří nejsou nezaopatřenými dětmi, ale jsou umístěni ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Jedná se o mladistvé, kterým byla soudem prodloužena ochranná výchova do 19 let.

Stát za všechny výše uvedené pojištěnce platí pojistné i v případě, že mají příjmy ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti, z nichž tyto osoby také odvádí pojistné.

Existují však i skupiny osob, za které stát platí pojistné pouze v případě, že své vlastní příjmy ze zaměstnání či samostatně výdělečné činnosti nemají. Pokud příjmy mají a stát za ně tedy neplatí, je jim však ponechána výhoda v rámci stejného vyměřovacího základu jako u osob, za které platí pojistné stát.

Jsou to osoby celodenně osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do sedmi let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku, nejde-li o osoby na mateřské dovolené, rodičovské dovolené nebo příjemce rodičovského příspěvku. Podmínkou je, že osoba pečující o dítě je pouze jedna, a to matka, nebo otec dítěte, či osoba, která převzala dítě do trvalé péče nahrazující péči rodičů. Podmínka celodenní péče se považuje za splněnou i tehdy, je-li dítě předškolního věku umístěno v jeslích, mateřské škole, v podobném zařízení na dobu, která nepřevyšuje čtyři hodiny denně, a jde-li o dítě plnící povinnou školní docházku, po dobu návštěvy školy.

Dále do této kategorie spadají osoby, které jsou invalidní ve třetím stupni nebo dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, ale nesplňují podmínky pro jeho přiznání (např. neodpracovaný potřebný počet let) a nemají příjmy ze zaměstnání, samostatně výdělečné činnosti nebo nepobírají důchod z ciziny.

Stejně tak platí stát pojistné za cizince, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území České republiky za účelem poskytnutí dočasné ochrany podle zákona č. 221/2003 o dočasné ochraně cizinců, nebo za žadatele o udělení mezinárodní ochrany a jeho dítě, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu.

Jako poslední jsou v § 7 uvedeny osoby s trvalým pobytem na území ČR, které po ukončení zaměstnání nemají již žádný jiný příjem, ani za ně neplatí pojistné stát

z předchozích důvodů, a které pobírají dávky nemocenského pojištění zaměstnanců, jelikož onemocněly v průběhu zaměstnání nebo po jeho ukončení v ochranné lhůtě.

Stát platí za jednotlivého pojištěnce měsíčně pojistné ve výši 13,5 %⁸⁷ z vyměřovacího základu pro platbu pojistného státem. Stanovení výše vyměřovacího základu pro platbu pojistného státem bylo k 1. lednu 2010 novelizováno zákonem č. 362/2009 Sb., o změně zákonů v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu.⁸⁸ Tento zákon stanovil výši vyměřovacího základu na 5 355 Kč. Částku vyměřovacího základu může vláda vždy do 30. června změnit svým nařízením, a to s účinností k 1. lednu následujícího roku. Na tomto základě letos odvede stát za každého svého pojištěnce měsíčně pojistné ve výši 723 Kč.

Tak vysoký počet osob, za které platí pojistné stát, dokládá obrovskou míru solidarity tohoto systému. Ta je dána právě specifickým, že se jedná o zdravotní péči, která by na základě konsensu společnosti měla být v určité míře poskytována všem. V neposlední řadě je také jistě účinnější například v případě přenosných chorob či očkování působit na co nejvyšší procento populace.⁸⁹

2.2.2. Zaměstnanci a zaměstnavatelé

Zaměstnanci jsou jako ekonomicky činná část populace povinni platit pojistné. Pojistné hradí z jedné třetiny sám zaměstnanec ze svého platu a ze dvou třetin je za něj platí jeho zaměstnavatel. Ten také odvádí celou částku za sebe i zaměstnance zdravotní pojišťovně, u které je jeho zaměstnanec pojištěn. Zaměstnavatel má vůči pojišťovně určité zákonné povinnosti, které nesmí přenášet na své zaměstnance. „Pro zaměstnavatele je povinnost platit pojistné za své zaměstnance důležitým aspektem zvyšujícím cenu pracovní síly.“⁹⁰

Zaměstnancem se rozumí fyzická osoba, která má příjem z pracovněprávního nebo obdobného vztahu. Od roku 2008 se rozšířil okruh osob považovaných za zaměstnance v rámci zdravotního pojištění. Do té doby se za zaměstnance považovaly osoby činné v takovém pracovněprávním vztahu, který zakládal účast na nemocenském pojištění zaměstnanců. Tato definice platí pro celý okruh práva sociálního zabezpečení. Zdravotní

⁸⁷ Dle § 2 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění činí výše pojistného vždy 13,5% z vyměřovacího základu za rozhodné období. Vyměřovací základ je částka stanovená zákonem, ze které se procentní sazbou vypočítává výše pojistného, placeného jednotlivými skupinami plátců.

⁸⁸ Novelizován byl § 3 c) zákona č. o. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, který upravuje vyměřovací základ pro platbu pojistného státem.

⁸⁹ VANČUROVÁ, Alena, KLAZAR, Stanislav. Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky. 2. vydání. Praha: Aspi, 2008, s. 23.

⁹⁰ VANČUROVÁ, Alena, KLAZAR, Stanislav. Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky. 2. vydání. Praha: Aspi, 2008, s. 30.

pojištění definuje pojem zaměstnance odlišně, a to dle zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu. Za zaměstnance je považován ten, kdo má příjem ze závislé činnosti nebo funkční požitek dle § 6 zákona o daních z příjmu. Ten upravuje příjem ze závislé činnosti jako příjem ze současného nebo dřívějšího pracovněprávního, služebního (např. vojáci, policisté) nebo členského poměru (např. člen družstva) a obdobného poměru, v nichž poplatník při výkonu práce pro plátce příjmu je povinen dbát příkazů plátce (např. smlouva příkazní).⁹¹ I příjmy, které zaměstnanci plynou od zaměstnavatele po skončení pracovního poměru, jsou zahrnuty do definice příjmu, např. je tak znesnadněno vyhnout se dani v případě penze vyplácené bývalému zaměstnanci.

Zákon o daních z příjmů k příjmům ze závislé činnosti připočítává i další druhy příjmů, které mají obdobný charakter, např. práce jednatele společnosti s ručením omezeným nebo družstva, příjmy za práci likvidátorů, odměna za výkon funkce člena statutárního nebo jiného orgánů právnické osoby a další činnosti.

Funkčním požitkem rozumíme odměnu za výkon funkce voleného nebo jmenovaného představitele státu nebo občanských sdružení, politických stran a podobně.

Zdravotní pojištění však vymezuje několik výjimek, kdy nepovažuje za zaměstnance osobu definovanou v § 6 zákona o daních z příjmů. Jedná se o:

- Osoby, které mají pouze příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků, které nejsou předmětem daně nebo jsou od daně osvobozeny (§ 3 odst. 4), § 4, § 6 odst. 7), § 9 zákona o daních z příjmů).
- Žáky nebo studenty, kteří mají pouze příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků za práci z praktického výcviku. (Např. žák střední školy má praxi ve školní provozovně, nemá s touto provozovnou uzavřen pracovní vztah, ale obdrží za svou činnost odměnu. Ať je výše odměny jakkoli vysoká, nebude se z ní odvádět pojistné na zdravotní pojištění.)
- Osoby činné na základě dohody o provedení práce.⁹²

Dohoda o provedení práce slouží jako flexibilní zaměstnavatelský nástroj pro krátkodobé zaměstnání. Zaměstnavatel může tuto dohodu uzavřít s fyzickou osobou na rozsah práce nepřekračující 150 hodin ročně. Jednou z výhod práce na dohodu o provedení práce je právě neodvádění sociálního a zdravotního pojištění, proto je zaměstnavateli velmi často využívána. Z hlediska zdravotního pojištění se však v poslední době zvažuje odvod pojistného

⁹¹ § 6 odst. 1) a) zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu, ve znění pozdějších předpisů

⁹² Dohodu o provedení práce nepovažuje za zaměstnání ani nemocenské pojištění. Jde o práci dle zákoníku práce, kdy doba práce nesmí přesáhnout 150 hodin ročně a bez ohledu na výši výdělku se v tomto případě zdravotní pojištění neodvádí.

v případě, kdy si lidé vydělají na dohodu o provedení práce více než dva tisíce korun. Zamezilo by se tak případům, kdy lidé ve snaze ušetřit na pojistném pracují na dohodu, ale značně překračují povolený limit 150 hodin ročně. Současný ministr zdravotnictví Leoš Heger se domnívá, že pokud chce stát podporovat vybrané skupiny daňových poplatníků, měl by je zvýhodnit na daních, ne na pojistném. Odpůrci tohoto návrhu se obávají, že zvýšené náklady a administrativní zátěž pro zaměstnavatele by mohla vyhnat část takto zaměstnaných lidí do šedé ekonomiky.⁹³

V následujících skupinách zůstal zachován odkaz na úpravu nemocenského pojištění, kdy se zaměstnanci stanou plátcí pojistného, jestliže dosáhnou v kalendářním měsíci započitatelného příjmu, což je výše měsíčního příjmu, která je podmínkou pro účast osoby na nemocenském pojištění. Pro rok 2011 činí výše započitatelného příjmu 2000 Kč. Důvodem takové úpravy je většinou snížení administrativních nákladů spojených s výběrem pojistného. Zákon o veřejném zdravotním pojištění do této kategorie řadí následující skupiny osob.

- Osoby činné na základě dohody o provedení pracovní činnosti.
- Dobrovolné pracovníky pečovatelské služby.
- Členy družstev, kteří nemají pracovněprávní poměr k družstvu, ale vykonávají pro družstvo práci, za kterou jsou jím odměňováni.
- Tzv. zaměstnance na nepravdelnou výpomoc, ale vzhledem k tomu, že předpisy o nemocenském pojištění ani zákoník práce od roku 2008 nepřipouštějí tuto formu práce, nelze již praxi tuto výjimku uplatnit.⁹⁴

Zaměstnavatelem se pro účel zdravotního pojištění rozumí právnická nebo fyzická osoba, která zaměstnává alespoň jednoho zaměstnance, definovaného pro účely zdravotního pojištění. Musí mít sídlo⁹⁵ nebo trvalý pobyt v České republice. Zaměstnavatelé ze zemí EU, EHS a Švýcarska podmínku sídla a trvalého pobytu splňovat nemusí.

Definice zaměstnance a zaměstnavatele pro zdravotní pojištění se neshoduje s vymezením tohoto pojmu pro účely pracovního práva. Pracovněprávním vztahem je dohoda o

⁹³ VLKOVÁ, Jitka. *Pojištění si budou platit i lidé pracující na dohodu, navrhlo vládě ministerstvo* [online]. idnes.cz, 6. listopadu 2010. Dostupné na < http://ekonomika.idnes.cz/pojisteni-si-budou-platit-i-lide-pracujici-na-dohodu-navrhlo-vlade-ministerstvo-gdy-/ekonomika.aspx?c=A101105_192115_ekonomika_brm>.

⁹⁴ ČERVINKA, Tomáš, DANĚK Antonín. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ, s komentářem a příklady 2009*. Olomouc: ANAG, 2009, s. 36.

⁹⁵ §2 odst. 4) zákona o veřejném zdr. pojištění: Sídlem zaměstnavatele se pro účely zdravotního pojištění rozumí: u právnické osoby její sídlo, jakož i sídlo organizační složky, u fyzické osoby místo jejího trvalého pobytu, v případě zahraniční fyzické osoby, místo jejího podnikání, u zaměstnavatele ze zemí EU, EHS, Švýcarska jeho zahraniční sídlo.

provedení práce, která v rámci zdravotního pojištění za zaměstnání považována není. Stejně tak je i v případě zaměstnání na základě dohody o pracovní činnosti, bez dosažení započitatelného příjmu.

Po vymezení pojmu zaměstnance a zaměstnavatele se nyní budu věnovat **odvodu pojistného u zaměstnanců**. Pojistné na veřejné zdravotní pojištění má povinnost z platu zaměstnance vyměřit a odvést zaměstnavatel na účet příslušné zdravotní pojišťovny. Není možné, aby se zaměstnavatel dohodl se zaměstnancem, že si zaměstnanec bude odvádět pojistné sám.

Pojistné zaměstnanců se odvádí za jednotlivé kalendářní měsíce (rozhodné období)⁹⁶ a je splatné v den, který je zaměstnavatelem určen jako den výplaty mezd. Jestliže je takových dnů více, je dnem splatnosti pojistného poslední den výplaty za uplynulý kalendářní měsíc. Pokud není den výplaty mezd zaměstnavatelem určen, je pojistné splatné do osmého dne kalendářního měsíce, který následuje po měsíci, za který se pojistné odvádí.

Odvádí se 13,5 % z měsíčního příjmu zaměstnance, respektive z částky, která je vymezena zákonem o pojistném jako vyměřovací základ. Jedna třetina (4,5 %) se strhává ze mzdy zaměstnance, zbývající dvě třetiny (9 %) platí zaměstnavatel ze svých prostředků.

Vyměřovacím základem zaměstnance je součet příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jim zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním (plnění v peněžní i nepeněžní formě a jiné výhody poskytnuté zaměstnavatelem), tedy „hrubý příjem“.

Do vyměřovacího základu se nezapočítávají příjmy osvobozené od daně z příjmu fyzických osob (např. příspěvky zaměstnavatele na penzijní připojištění, nepeněžité plnění související se vzděláním zaměstnance, atd.) a příjmy z předmětu této daně vyňaté (např. náhrady cestovních výdajů v rámci pracovních cest).

Mimo to se do vyměřovacího základu zaměstnance nezahrnují příjmy uvedené v § 3 odst. 2) zákona o pojistném,⁹⁷ a to náhrada škody podle zákoníku práce, odstupné, odchodné a odbytné poskytované na základě zvláštních právních předpisů, věrnostní přídavek horníků a další.

Ne vždy se však pro odvod pojistného použije vyměřovací základ stanovený takto z měsíčního příjmu zaměstnance. A to v situacích, kdy by byl takto stanovený základ až příliš nízký nebo naopak vysoký vzhledem k odvodům většiny plátců pojistného, jde o omezení až příliš velké solidarity bohatých s méně příjmovými skupinami, která by bez takového

⁹⁶ Rozhodné období určuje dobu, za níž se pojistné stanoví a odvádí.

⁹⁷ zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů

omezení nastala. Každá osoba musí přispívat do systému alespoň v určité míře a na druhou stranu je stanovena hranice, kdy už příspěvek nemůže být vyšší. Proto byl zaveden tzv. minimální a maximální vyměřovací základ.

Minimální vyměřovací základ představuje hranici, pod kterou vyměřovací základ plátce (poplatníka) nesmí klesnout. Je výrazem požadavku na minimální příspěvek do pojistného systému.⁹⁸ Minimální vyměřovací základ u zaměstnanců musí být roven minimální mzdě,⁹⁹ jejíž aktuální výše činí 8 000 Kč za měsíc. Pokud je tedy vyměřovací základ (hrubá mzda) zaměstnanec nižší než minimální mzda, je zaměstnanec povinen doplatit zdravotní pojišťovně prostřednictvím svého zaměstnavatele pojistné ve výši 13,5 % z rozdílu těchto základů. Pojistné z částky převyšující skutečný příjem zaměstnanec se hradí celé ze mzdy zaměstnanec, nedochází již k rozdělení mezi zaměstnavatele a zaměstnanec. Je-li ale vyměřovací základ nižší z důvodů překážek na straně organizace, doplácí celý rozdíl zaměstnavatel.

Jelikož existují skupiny zaměstnanců, pro které by byl v dané situaci odvod pojistného z minimálního vyměřovacího základu příliš vysoký, stanoví zákonodárce výjimky. Jedná se například o:

- osoby s těžkým zdravotním postižením (II. a III. stupně),
- osoby důchodového věku bez nároku na důchod,¹⁰⁰
- osoby celodenně, řádně a osobně pečující o jedno dítě do 7 nebo dvě děti do 15 let,
- osoby, které vedle zaměstnání odvádí pojistné alespoň z minimálního vyměřovacího základu ze samostatně výdělečné činnosti,
- osoby, za které je plátcem pojistného stát.

Pokud zmíněné skutečnosti trvají celé rozhodné období, je vyměřovacím základem skutečný příjem těchto zaměstnanců.

Čerpá-li však zaměstnanec neplacené volno nebo má nepovolenou absenci v práci, využije se ke stanovení vyměřovacího základu zaměstnanec minimální vyměřovací základ. V případě neplaceného pracovního volna se za každý jeho den vezme poměrná část minimální mzdy s přesností na kalendářní dny a připočítá se ke skutečně dosaženému příjmu do

⁹⁸ VANČUROVÁ, Alena, KLAZAR, Stanislav. *Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky*. 2. vydání. Praha: Aspi, 2008, s. 34.

⁹⁹ Minimální mzda je nejnižší přípustná výše odměny za práci v pracovněprávním vztahu. Výši základní sazby minimální mzdy, dalších sazeb minimální mzdy stanovuje nařízení vlády č. 567/2006 Sb., o minimální mzdě, o nejnižších úrovních zaručené mzdy, o vymezení ztíženého pracovního prostředí a o výši příplatku ke mzdě za práci ve ztíženém pracovním prostředí, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰⁰ Osoby, které nemají (mimo dosažení věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu) splněny ostatní podmínky pro přiznání důchodu a mají příjmy ze zaměstnání.

vyměřovacího základu. S neplaceným volnem souvisí ještě jedna výjimka, a to možnost písemné dohody, kdy se zaměstnanec a zaměstnavatel dohodnou, že po dobu pracovního volna bez náhrady mzdy bude zaměstnanec platit nejen svou ale i zaměstnavatelovu část pojistného. Za dny neomluvené absence v práci je zaměstnanec povinen vždy uhradit celou část pojistného.

Maximální vyměřovací základ slouží k tomu, „aby lidé s vyššími příjmy neplatili nepřiměřené částky za služby, které nevyužívají častěji ani ve vyšší kvalitě než ostatní.“¹⁰¹

Přestože v případě zaměstnanců se používá měsíční vyměřovací základ, maximální vyměřovací základ je vymezen na kalendářní rok. Přesáhne-li součet vyměřovacích základů během jednoho roku strop, pojistné se již ve zbytku roku neplatí. Zaměstnanci pak zbude mnohem vyšší čistá mzda a ušetří samozřejmě i firma, která tak neodvádí své dvě třetiny za svého zaměstnance. Má-li jednotlivý pojištěnec více příjmů, platí maximální vyměřovací základ pro všechny jeho účasti na pojistném. Pro zaměstnance byl maximální vyměřovací základ zaveden od roku 2008 a činil 48 násobek roční průměrné mzdy. Od 1. 1. 2010 byl zvýšen na 72 násobek roční průměrné mzdy,¹⁰² což je 1 781 280 Kč. Stropu tedy dosáhnou a nebudou již dále v daném roce odvádět pojistné lidé s příjmem přesahujícím měsíčně 148 tisíc hrubého.

Stropy zdravotního pojištění někteří považují právě naopak za nespravedlivé zvýhodnění nejbohatších na úkor veřejných financí. "Například pokladní v supermarketu poctivě platí na pojistné plných 13,5 procenta své hrubé mzdy, zatímco ti velmi dobře placení lidé jen 11,6 procenta a méně, přičemž nárok na kvalitu a rozsah zdravotní péče mají všichni stejný," tvrdí poslankyně Soňa Marková.¹⁰³

2.2.3. Osoby samostatně výdělečně činné

Osobami samostatně výdělečně činnými, pro účely zdravotního pojištění jsou:

- osoby podnikající v zemědělství,
- osoby provozující živnost,
- osoby provozující podnikání podle zvláštních předpisů, např. zákon o advokacii, zákon o auditorech, zákon o znalcích a tlumočnicích,

¹⁰¹ KUČERA, Petr. *Manažeři přijdou o desítky tisíc, peníze si vezme stát* [online]. Aktuálně.cz, 2. října 2009. Dostupné na <<http://aktualne.centrum.cz/finance/prace/clanek.phtml?id=649097>>.

¹⁰² Průměrná mzda: parametr, který se každoročně vyhláší nařízením vlády, pro rok 2010 činí 24 740 Kč.

¹⁰³ KUČERA, Petr. *Manažeři přijdou o desítky tisíc, peníze si vezme stát* [online]. Aktuálně.cz, 2. října 2009. Dostupné na <<http://aktualne.centrum.cz/finance/prace/clanek.phtml?id=649097>>.

- osoby vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost na základě autorskoprávních vztahů,
- společníci veřejných obchodních společností a komplementáři komanditních společností,
- osoby vykonávající nezávislé povolání, které není živností ani podnikáním podle zákona o daních z příjmu,¹⁰⁴
- osoby vykonávající činnost mandátáře na základě mandátní smlouvy uzavřené podle obchodního zákoníku, pokud tato činnost není považována za zaměstnání a mandátní smlouva nebyla uzavřena v rámci jiné samostatné výdělečné činnosti.

Z hlediska veřejného zdravotního pojištění je každá osoba, která dosáhne jakéhokoli příjmu z podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti, považována za osobu samostatně výdělečně činnou a tedy plátcem pojistného z tohoto příjmu. Tak tomu není například v případě důchodového pojištění osob samostatně výdělečně činných, kdy OSVČ musí být vždy účastna na důchodovém pojištění v případě, že se u ní jedná o hlavní činnost. Jestliže OSVČ vykonává tuto činnost jako vedlejší, nemusí být vždy účastníkem důchodového pojištění.

Výpočet a odvod pojistné u OSVČ se liší od postupu placení pojistného u zaměstnanců, jelikož se předpokládá, že jen část vytvořeného „zisku“ mohou využít pro svou osobní spotřebu.¹⁰⁵ Největší rozdíl je ve vymezení vyměřovacího základu, který činí pro OSVČ 50 % ze zisku, kdy zisk je příjem z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení. Parametr 50 % ze zisku, který platí od roku 2006 a vzrostl z původních 35 % v roce 1993, je často diskutovaným tématem odborné i laické veřejnosti. Mnozí považují takto v podstatě o polovinu snížený příspěvek OSVČ do systému veřejného zdravotního pojištění za nespravedlivý vůči zaměstnaným osobám, u kterých se pojistné vypočítává z celého příjmu. Pro doplnění, takto definovaný vyměřovací základ OSVČ platí pro celou oblast sociálního zabezpečení. „Návrhy na vyrovnání odvodů obou skupin poplatníků zaznívají už několik let, protože na tom státní pokladna trpí. Podnikatelé se brání tím, že podle nich je toto zvýhodnění zaslouženým

¹⁰⁴ § 7 odst. 2 písm. b) zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu. Jedná se o činnosti vykonávané vlastním jménem a na vlastní odpovědnost za účelem dosažení příjmu, k nimž není nutné povolení nebo evidence (např. likvidátoři, profesionální sportovci). VANČUROVÁ, Alena, KLAZAR, Stanislav. *Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky*, s. 34.

¹⁰⁵ VANČUROVÁ, Alena, KLAZAR, Stanislav. *Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky*, s. 64.

bonusem za riziko a formou podpory živnostníků, kteří vytvářejí pracovní místa. Vlastní zaměstnanec má přitom zhruba pětina z nich.¹⁰⁶

Rozhodným obdobím je pro OSVČ kalendářní rok. Je důležité poznamenat, že rozsah příjmů zahrnutých do vyměřovacího základu OSVČ se neshoduje s rozsahem příjmů zdanitelných jako daň z příjmů fyzických osob. Do vyměřovacího základu spadá například i příjem autorů¹⁰⁷, který pro oblast zdanění tvoří samostatný základ daně, nebo příjmy od daně osvobozené (některé příjmy z provozování malé vodní elektrárny). Naopak pojem výdajů je pro oblast veřejného zdravotního pojištění vymezen shodně se zákonem o daních z příjmů.

I pro osoby samostatně výdělečně činné je stanoven minimální a maximální vyměřovací základ. Minimální vyměřovací základ je odvozen od průměrné mzdy a vztahuje se vždy k období jednoho měsíce, kdy se následně určuje počet kalendářních měsíců v rozhodném období. Za každý měsíc se vezme polovina průměrné mzdy, ta se vynásobí počtem měsíců, kdy daná činnost trvala. Pokud OSVČ bude vykonávat samostatně výdělečnou činnost celý rok, její minimální vyměřovací základ bude:

$$12 \text{ (měsíců)} \times 0,5 \text{ (50\%)} \times 24\,740 \text{ (z průměrné mzdy)} = 148\,440 \text{ Kč.}$$

Minimální vyměřovací základ se na OSVČ nebude nevztahovat, jestliže během kalendářního měsíce bude osoba po celý měsíc státním pojištěncem, osoba bude pobírat po celý měsíc nemocenskou, nebo bude celodenně, řádně a osobně pečovat o jedno dítě do 7 let nebo 2 děti do 15 let, osoba bude mít po celý měsíc přerušenu činnost a v dalších případech uvedených v § 3a odst. 3) zákona o pojistném. Jedná se o situace, kdy jsou příjmy takové osoby většinou velmi nízké a povinnost dodržet minimální vyměřovací základ by pro ni byla příliš zatěžující. V takovém případě se minimální vyměřovací základ vypočítá dle počtu měsíců, v nichž taková situace po celý kalendářní měsíc neexistovala. Pobírala-li tedy například osoba v průběhu celého kalendářního měsíce nemocenské dávky, vypočítá se její minimální vyměřovací základ takto:

$$11 \text{ měsíců} \times 0,5 \text{ (50\%)} \times 24\,740 \text{ (z průměrné mzdy)} = 136\,070 \text{ Kč.}$$

I pro OSVČ platí maximální vyměřovací základ, ten je stanoven ve stejné výši jako u zaměstnanců.

Sazba pojistného 13, 5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období platí pro celou oblast zdravotního pojištění. Pro názornost uvádím příklad.

¹⁰⁶ VLKOVÁ, Jitka. *Ministerstvo práce chce, aby živnostníci platili vyšší odvody* [online]. idnes.cz, 5. května 2010. Dostupné na <http://ekonomika.idnes.cz/ministerstvo-prace-chce-aby-zivnostnici-platili-vyssi-odvody-pbq-/ekonomika.aspx?c=A100504_203212_ekonomika_vel>.

¹⁰⁷ Např. některé honoráře autorů za příspěvky do novin a časopisů. VANČUROVÁ, Alena, KLAZAR, Stanislav. *Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky*, s. 65.

Podnikatel na základě živnostenského oprávnění dosáhl za rok 2010 příjmů 400 000 a výdaje na jeho dosažení byly 180 000.

Vypočteme: $400\,000 - 180\,000 = 220\,000$ - roční zisk.

Vyměřovací základ je 50 % ze zisku - tedy 110 000 Kč.

Ze 110 000 Kč by se tedy měla spočítat sazba 13,5 %, ale musí se brát ohled na minimální vyměřovací základ, ten činí pro rok 2011 - 148 440 Kč. Výše pojistného se tedy bude počítat z něj

$148\,440 \times 0,135 = 20\,039$ Kč.

Za kalendářní rok 2010 podnikatel odvede na pojistné na veřejné zdravotní pojištění 20 039 Kč.

Způsob placení pojistného OSVČ je dosti složitý. Jelikož vyměřovací základ lze určit až po uplynutí rozhodného období (kalendářní rok), platí OSVČ pojistné měsíčně formou záloh. Po uplynutí rozhodného období podávají OSVČ tzv. Přehled o příjmech a výdajích a platbách na pojistné. Pro snížení administrativních nákladů platí pro pojistné OSVČ podobná pravidla, jako pro vyměření jejich daně z příjmů. Proto výběr pojistného navazuje až na dokončenou evidenci daně z příjmu za příslušné zdaňovací období (kalendářní rok). Přehled o příjmech a výdajích na pojistné na zdravotní pojištění jsou tyto osoby povinny podat do jednoho měsíce po posledním dni lhůty pro podání daňového přiznání k dani z příjmu (dle platné právní úpravy do konce dubna).

Zálohy, které musí být zaplacený nejpozději do osmi dnů po skončení příslušného kalendářního měsíce, se odvozují z vyměřovacího základu z předchozího rozhodného období, ale minimální výše zálohy musí být ve výši zálohy vypočtené dle minimálního vyměřovacího základu stanoveného pro nové rozhodné období.¹⁰⁸ Zálohy nemusí odvádět osoby, pro které je hlavním zdrojem příjmů zaměstnání a platí z něho alespoň z minimálního vyměřovacího základu, jelikož již platí z velké části měsíční pojistné ze zaměstnání. Dále zálohy neplatí státní pojištěnec v prvním roce výkonu samostatné výdělečné činnosti, jelikož pro něj neplatí minimální vyměřovací základ a zálohy se nemají od čeho odvíjet.

Dle Přehledu o příjmech a výdajích na pojistné pak vznikne přeplatek, o jehož vrácení je možno požádat, nebo doplatek, který se musí uhradit.

2.2.4. Osoby bez zdanitelných příjmů

Poslední skupinou plátců pojistného na veřejné zdravotní pojištění jsou osoby bez zdanitelných příjmů. Tyto osoby platí pojistné na základě zásady, že do systému veřejného

¹⁰⁸ V roce 2011 činí minimální měsíční záloha 1 670 Kč.

zdravotního pojištění mají přispívat všichni pojištěnci, nepřebíral-li za ně tuto povinnost stát.¹⁰⁹

Osobou bez zdanitelných příjmů je každý, kdo má na území České republiky trvalý pobyt a kdo po celý kalendářní měsíc není ani státním pojištěncem, ani zaměstnancem¹¹⁰, ani osobou samostatně výdělečně činnou.

Jedná se například:

- o ženy v domácnosti, které jsou bez zaměstnání a nejsou evidovány na úřadu práce jako nezaměstnané,
- o studenty, kteří ukončili studium a nezaregistrovali se včas u úřadu práce,
- osoby činné pouze na základě dohod o provedení práce a další.

Výčet osob bez zdanitelných příjmů v rámci veřejného zdravotního pojištění je odlišný od pojmu „zdanitelné příjmy“ pro účely daní z příjmu. Což vyplývá z odlišného pojetí zaměstnance, kdy zákon o veřejném zdravotním pojištění nepovažuje za zaměstnance některé osoby, které mají příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků dle zákona o daních z příjmů FO. Tak bude například osoba, které plynou příjmy pouze z dohod o provedení práce, danit tyto příjmy z hlediska daně z příjmů fyzických osob, ale z hlediska veřejného zdravotního pojištění se bude jednat o osobu bez zdanitelných příjmů a nebude se z tohoto příjmu pojistné vypočítávat.

Vyměřovacím základem pro osoby bez zdanitelných příjmů je dle § 3b zákona o pojistném minimální mzda. Rozhodné období trvá kalendářní měsíc a sazba pojistného je 13,5%. Jelikož aktuální výše minimální mzdy je 8 000Kč za měsíc, odvádí osoba bez zdanitelných příjmů měsíčně pojistné ve výši 1 080 Kč. Tuto částku musí odvést své zdravotní pojišťovně do osmého dne následujícího kalendářního měsíce.

Často nastává tzv. souběh účasti na pojištění, jedná se o situace, kdy jedna osoba má více zaměstnavatelů nebo zaměstnanec je současně i OSVČ či státním pojištěncem a další. Taková účast může mít v rámci veřejného zdravotního pojištění vliv na uplatnění minimálního vyměřovacího základu (např. pro určité státní pojištěnce nebude platit minimální vyměřovací základ, ale pojistné se bude odvádět z dosaženého příjmu). Vždy platí, že u jedné osoby může být maximálně jednou za měsíc využit minimální vyměřovací základ a

¹⁰⁹ VANČUROVÁ, Alena, KLAZAR, Stanislav. *Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky*, s. 89.

¹¹⁰ Zaměstnancem dle zákona o veřejném zdravotním pojištění.

maximální vyměřovací základ je pro každou osobu stanoven jen jeden za celý kalendářní rok.¹¹¹

2.3. Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojištění v České republice provádí zdravotní pojišťovny. Jejich úkolem je vybírat a spravovat pojistné na veřejné zdravotní pojištění a z těchto prostředků hradit zdravotní péči svým pojištěncům. Ustanovení § 46 zákona o veřejném zdravotním pojištění dále ukládá zdravotním pojišťovnám povinnost zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům.¹¹²

V roce 1992 byla zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna. O rok později zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách¹¹³ stanovil možnost zakládání zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a upravil podmínky jejich vzniku a činnosti. Na základě tohoto zákona bylo v novém systému zdravotního pojištění založeno až 29 zdravotních pojišťoven, dnes jich v České republice působí 9 a vhodný počet těchto institucí je stále předmětem diskuze.¹¹⁴

Všeobecné zdravotní pojišťovně i zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám zákon přiznává postavení právnických osob. „Mohou v právních vztazích vystupovat svým jménem, mohou nabývat práv a povinností a nesou odpovědnost z těchto vztahů vyplývající.“¹¹⁵ Pojišťovna hospodaří s vlastním majetkem a s majetkem, který jí byl svěřen.

Všeobecná zdravotní pojišťovna má specifické postavení v systému zdravotních pojišťoven. Původně byl každý, kdo podléhal zdravotnímu pojištění ze zákona pojištěncem VZP. Možnost přestoupit k zaměstnanecké pojišťovně měli jen zaměstnanci oborů nebo podniků, pro které byla pojišťovna založena. Později však nový zákon č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění v souladu se zásadou rovné dostupnosti zdravotní péče stanovil v § 11 právo pojištěnce na výběr zdravotní pojišťovny. Zdravotním pojišťovnám tak vznikla povinnost přijmout kterékoliv pojištěnce, dále nemohou zdravotní pojišťovny pojištění

¹¹¹ VANČUROVÁ, Alena, KLAZAR, Stanislav. *Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky*, s. 95.

¹¹² Povinnost zajistit péči o zdraví mají taky dle právních předpisů státní orgány-kraje a ministerstvo zdravotnictví. JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 143.

¹¹³ Dále zaměstnanecké zdravotní pojišťovny.

¹¹⁴ VOMLELA, Jan. *Historie a současnost Revírní bratrské pokladny* [online]. rbp-zp.cz, 13. září 2009. Dostupné na < <http://www.rbp-zp.cz/index.php?m=94&c=0>>.

¹¹⁵ § 2 odst. 3) zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České Republiky, § 5 odst. 1) zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, odborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

pojištěnce časově omezit, nebo stanovit jakékoliv podmínky pro jeho přijetí, nebo s pojištěncem smluvní vztah ukončit.¹¹⁶

Stále však je Všeobecná zdravotní pojišťovna naší největší zdravotní pojišťovnou a platí pravidlo, že pokud není pojištěnec pojištěn u zaměstnanecké pojišťovny, provádí toto pojištění VZP.¹¹⁷ VZP také vede registr všech pojištěnců veřejného zdravotního pojištění v České republice.

Všeobecná zdravotní pojišťovna je právnická osoba zřízena zákonem.¹¹⁸ Ve smyslu správního práva je subjektem veřejné správy.¹¹⁹ Řadí se mezi tzv. „ostatní (zbytkové) vykonavatele veřejné správy“¹²⁰ jako nesamosprávná instituce, která plní veřejné úkoly.¹²¹ Podléhá kontrole Ministerstva zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. V případě nedostatků v její činnosti může ministerstvo vyžadovat po pojišťovně nápravu nebo zavést nucenou správu pojišťovny na dobu nejvýše jednoho roku.

Za VZP jedná navenek jako statutární orgán ředitel. Ředitel je jmenován a odvoláván správní radou, nejvyšším orgánem pojišťovny. Správní radu tvoří 10 členů jmenovaných vládou na návrh Ministerstva zdravotnictví a 20 členů, kteří jsou voleni Poslaneckou sněmovnou Parlamentu dle principu poměrného zastoupení politických stran v Poslanecké sněmovně. Na dodržování právních předpisů a správné hospodaření pojišťovny dohlíží dozorčí rada. Tento orgán je složen z 3 členů jmenovaných vládou na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví. Další 10 členů dozorčí rady volí Poslanecká sněmovna Parlamentu opět podle poměrného zastoupení politických stran v této komoře.

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny potřebují k provádění veřejného zdravotního pojištění povolení Ministerstva zdravotnictví, kterému předchází vyjádření Ministerstva financí. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny se zapisují do obchodního rejstříku. Na jejich činnost a hospodaření dohlíží Ministerstvo zdravotnictví spolu s Ministerstvem financí. Ministerstvo zdravotnictví může v případě závažných nedostatků v činnosti zaměstnanecké

¹¹⁶ MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 233.

¹¹⁷ § 2 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České Republiky, ve znění pozdějších předpisů

¹¹⁸ Z hlediska formy vykazuje pojmové znaky veřejného ústavu.

¹¹⁹ Veřejná správa: státní správa, samospráva, ostatní veřejná – zbytková správa. Do zbytkové veřejné správy spadá činnost VZP. SLÁDEČEK, Vladimír. *Obecné správní právo*. 2. vydání. Praha: ASPI, 2009, s. 240.

¹²⁰ U nesamosprávných institucí, které plní zbytkovou veřejnou správu, je obtížné odlišit subjekt veřejné správy a vykonavatele, proto lze VZP považovat za subjekt i vykonavatele. SLÁDEČEK, Vladimír. *Obecné správní právo*, s. 289.

¹²¹ SLÁDEČEK, Vladimír. *Obecné správní právo*, s. 236.

Postavení VZP definoval i Vrchní soud ve svém rozhodnutí ze dne 10. května 1995, sp. zn. 7A 68/95, kde judikoval, že VZP není ústředním orgánem státní správy, ale pouze právnickou osobou, které zákon svěřuje rozhodování o povinnostech a právech fyzických a právnických osob v oblasti veřejné správy.

pojišťovny vyžadovat nápravu nebo zavést nucenou správu na pojišťovnu na dobu nejvýše jednoho roku. Správce je zaměstnancem Ministerstva zdravotnictví nebo financí a jeho schválení podléhají veškeré úkony a rozhodnutí ředitele pojišťovny.

Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna zaniká zrušením a výmazem z obchodního rejstříku, jestliže o zrušení sama požádá nebo jí Ministerstvo zdravotnictví odejme povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění. Může také dojít ke sloučení zaměstnanecké pojišťovny s VZP, nebo ke sloučení či splynutí s jinou zaměstnaneckou pojišťovnou. Sloučení nebo splynutí zaměstnaneckých pojišťoven vyžaduje opět povolení Ministerstva zdravotnictví.

Provozem zdravotní pojišťovny jsou pověřeny orgány pojišťovny, jsou jimi správní a dozorčí rada a ředitel jako statutární orgán. Organizační strukturu a postavení jednotlivých orgánů upravuje statut schválený Ministerstvem zdravotnictví. Ředitele jmenuje a odvolává správní rada. Správní rada zaměstnanecké pojišťovny je složena z 5 členů jmenovaných vládou na návrh ministra zdravotnictví a 10 členů volených zaměstnavateli a pojištěnci. Dozorčí radu tvoří 3 členové jmenováni vládou na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví.

Zdravotní pojišťovny mají v právním vztahu zdravotního pojištění četné povinnosti. Zákon o veřejném zdravotním pojištění jim ukládá v § 40 povinnost uhradit zdravotnickým zařízením péči poskytnutou jejich pojištěnci v souladu s tímto zákonem. Vedle všeobecného (veřejného) pojištění mohou zdravotní pojišťovny uzavřít i smluvní zdravotní pojištění s osobami, které nejsou pojištěny povinně ze zákona, a s našimi pojištěnci ke krytí zdravotní péče poskytnuté v cizině.¹²²

„Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení.“¹²³ Je to tedy právě zdravotní pojišťovna, na koho se může pojištěnec obrátit, pokud nemá zajištěnu náležitou zdravotní péči. Například neuspěje-li s volbou lékaře nebo jsou-li lhůty k přijetí s ohledem na zdravotní stav pojištěnce dlouhé. Zjistí-li zdravotní pojišťovna, že nemá v určitém regionu dostatečný počet smluvních zdravotnických zařízení, měla by vyhlásit výběrové řízení pro nová smluvní zařízení, aby byla schopna zajistit náležitou péči všem svým pojištěncům.

¹²² Podmínky pro provádění smluvního zdravotního pojištění stanoví zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů.

¹²³ § 46 odst. 1) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Svým pojištěncům jsou pojišťovny povinny bezplatně vydat průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad. V případě nezletilého dítěte nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům se průkaz vydá jejich zákonnému zástupci.

Zdravotní pojišťovny vedou ve svých informačních systémech údaje o pojištěncích potřebné k provádění pojištění. Používání údajů z informačního systému pro vlastní potřebu je výhradním právem pojišťovny, pro jiné účely však lze tyto údaje použít jen, stanoví-li tak zvláštní právní předpis. Členové orgánů a zaměstnanci pojišťovny jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděli z informačního systému pojišťovny. Za porušení povinnosti mlčenlivosti se považuje i využití údajů získaných při kontrole plateb pojistného. Za porušení povinnosti mlčenlivosti v souvislosti s platbou pojistného může Ministerstvo zdravotnictví uložit pojišťovně pokutu až do výše 500 000 Kč.

Ze svého systému je zdravotní pojišťovna povinna podávat na žádost informace praktickému lékaři o zdravotní péči poskytnuté osobám, které jsou u něj registrovány. Pojištěnec má zase právo si jednou za rok písemně vyžádat bezplatný výpis informací o zdravotní péči, kterou za něj pojišťovna uhradila za posledních 12 měsíců.

Jestliže zdravotní pojišťovna uhradila svému pojištěnci zdravotní péči, jejíž potřeba vznikla v důsledku zaviněného protiprávního jednání třetí osoby vůči pojištěnci, má zdravotní pojišťovna vůči třetí osobě právo na náhradu nákladů za tuto péči. Náhrada škody je příjmem zdravotní pojišťovny. V souvislosti s tímto ustanovením jsou zdravotnická zařízení povinna oznámit příslušné zdravotní pojišťovně úrazy a jiná poškození zdraví osob, pokud mají důvodné podezření, že úraz nebo jiné poškození zdraví byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby. Jedná se například o násilné trestné činy, dopravní nehody, pracovní úrazy.¹²⁴ Stejnou oznamovací povinnost mají i orgány Policie ČR, státního zastupitelství a soudy.

V souvislosti s placením pojistného mají zdravotní pojišťovny určitá sankční oprávnění vůči pojištěncům a plátcům pojistného. Mohou ukládat pokuty a přirážky k pojistnému. Při rozhodování pojišťoven ve věcech placení pojistného se použijí obecné předpisy o správním řízení. Zdravotní pojišťovny rozhodují tzv. platebními výměry.¹²⁵

Výběr a způsob placení pojistného, kontrolu, vedení evidence plátců pojistného upravuje zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

V našem systému veřejného zdravotního pojištění bylo zavedeno přerozdělování pojistného. Veškeré pojistné a další příjmy zdravotních pojišťoven jsou přerozdělovány tak,

¹²⁴MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 237.

¹²⁵ § 53 odst. 1) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

aby byla zohledněna nákladnější zdravotní péče u jednotlivých skupin pojištěnců. Přerozděluje se dle počtu pojištěnců, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců.

K přerozdělování pojistného vede Všeobecná zdravotní pojišťovna zvláštní účet. Každá zdravotní pojišťovna musí každý měsíc uvést správci účtu počty svých pojištěnců v jednotlivých skupinách a výši pojistného vybraného za konkrétní měsíc. Správce účtu pak vypočte výši pojistného pro každou pojišťovnu dle složení jejich pojištěnců z celkové částky vybrané všemi zdravotními pojišťovnami. Přesahuje-li pojistné, vybrané zdravotní pojišťovnou, částku, která jí připadá po přepočtení, odvede tato pojišťovna tyto finanční prostředky na zvláštní účet. V opačném případě jí bude částka chybějící do výše přepočteného pojistného z tohoto zvláštního účtu zaslána.

Dále se při přerozdělování zohledňuje tzv. nákladná péče. Jedná se o zdravotní péči, u níž úhrada za jednoho pojištěnce během jednoho roku je vyšší než třicetinásobek průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v systému veřejného pojištění za posledně uzavřený kalendářní rok. Za takového pojištěnce bude zdravotní pojišťovně ze zvláštního účtu zapláceno 80% z částky, o kterou nákladná péče přesáhla průměrné náklady.

Přerozdělování pojistného předchází finančním problémům, které by mohly pojišťovně vzniknout v případě nadprůměrného výskytu drahých pojištěnců. Jde o solidaritu v rámci nadměrného výskytu zdravotního rizika.¹²⁶ A také tento systém motivuje zdravotní pojišťovny ke zlepšení služeb pro chronicky nemocné a nákladné pojištěnce.

2.4. Zdravotnická zařízení

Zdravotnická zařízení poskytují zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Zdravotnické zařízení musí být personálně, věcně a technicky vybaveno pro druh a rozsah zdravotní péče, kterou poskytuje, a musí splňovat hygienické požadavky na svůj provoz.¹²⁷ Podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních upravují zvláštní zákony a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví.¹²⁸

¹²⁶ *Přerozdělování pojistného* [online]. vzp.cz, dostupné na http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/Stat/Přerozdelovani_pojistneho/.

¹²⁷ § 12a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

¹²⁸ § 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

Primárním právním předpisem, který upravuje soustavu zdravotnických zařízení, je zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Tento zákon vymezuje několik skupin těchto subjektů zdravotního pojištění dle způsobu poskytování zdravotní péče.

Základní dělení zdravotnických zařízení je na státní a nestátní zdravotnická zařízení. Po roce 1989 došlo ke zrušení centrálně řízeného zdravotnictví. „Celá ambulantní sféra zdravotní péče (primární i specializovaná) byla privatizována a rovněž většina nemocnic (ústavní péče) prošla privatizací nebo byla alespoň odstátněna a převedena pod správu kraje nebo obce.“¹²⁹ Téměř dvě třetiny zdravotnických pracovníků pracuje a více než polovina nemocničních lůžek spadá do soukromého sektoru. Právní subjektivita poskytovatelů zdravotnických služeb je dosti různorodá a vlastnické poměry zdravotnictví dodnes procházejí změnami.¹³⁰

Zdravotnická zařízení tedy mohou být zřízena Ministerstvem zdravotnictví, krajem v samostatné působnosti, obcí, fyzickou nebo právnickou osobou. Zřizují se, spravují a provozují podle jednotných celostátních zásad stanovených Ministerstvem zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví zakáže zřízení, stavbu nebo provoz zdravotnického zařízení, jež je v rozporu s těmito zásadami.¹³¹ Nestátní subjekty potřebují k poskytování zdravotní péče získat registraci krajského úřadu (Magistrátu hl. m. Prahy).¹³²

Zdravotní pojišťovny uzavírají se zdravotnickými zařízeními smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Na základě těchto smluv následně hradí zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením a lékařům péči poskytnutou jejich pojištěncům.

V případě, kdy zdravotnické zařízení nemá uzavřenou smlouvu s určitou zdravotní pojišťovnou, musí pojištěnec této pojišťovny poskytnutou zdravotní péči přímo uhradit, aniž by mohl tuto částku požadovat po své pojišťovně. Uzavření smlouvy není potřeba, jedná-li se o poskytnutí nutné a neodkladné péče pojištěnci, kdy pojišťovna uhradí poskytnutou péči i nesmluvnímu zdravotnickému zařízení.

Co lze pokládat za nutnou a neodkladnou péči zákon nedefinuje. Nejvyšší soud se ve svém rozhodnutí ze dne 12. ledna 2005, sp. zn. Odo 808/2003 tímto pojmem zabýval a došel k tomu, že není možné obecně stanovit, co je nutná a neodkladná péče, a ponechal posouzení

¹²⁹ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 144.

¹³⁰ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 144.

¹³¹ § 42 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

¹³² JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 145.

nutné a neodkladné péče na lékařích a zdravotnických zařízeních v každém konkrétním případě.¹³³

Uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče předchází výběrové řízení, které může navrhnout zdravotní pojišťovna nebo zdravotnické zařízení. Vyhlášovatelem výběrového řízení je příslušný krajský úřad pro ambulantní zdravotnické zařízení a Ministerstvo zdravotnictví pro zařízení ústavní a lázeňské péče. Pro výběrové řízení je zřizována komise ve složení: zástupce krajského úřadu / Ministerstva zdravotnictví, zástupce profesní komory dle poskytované péče (lékařská, stomatologická, lékárnická), zástupce příslušné zdravotní pojišťovny, odborník pro druh zdravotní péče, kterou zdravotnické zařízení poskytuje.

Výsledek výběrového řízení má však pouze doporučující charakter a konečné rozhodnutí o uzavření smlouvy je pouze na managementu zdravotní pojišťovny.

Systém uzavírání smluv mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními je v mnoha směrech nedostatečný. Chybí například možnost obce a kraje navrhnout konání výběrového řízení k doplnění potřebných smluvních zdravotnických zařízení na svém území. Zákon také neřeší, kam se může sám pojištěnec obrátit, pokud pojišťovna nesplní povinnost zajistit mu potřebnou péči v určitém místě nedostatkem smluvních zařízení.^{134 135}

Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami se řídí tzv. rámcovou smlouvou. Rámcová smlouva upravuje podrobněji podmínky poskytování zdravotní péče, způsob uzavírání smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče, práva a povinnosti účastníků smlouvy, kontrolní mechanismy, způsob a důvody ukončení smluvního vztahu a řešení sporů. Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se nesmí od znění rámcové smlouvy lišit, pokud to samotná rámcová smlouva neumožňuje.

Rámcová smlouva je vypracovaná na základě dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci smluvních zdravotnických zařízení, které zastupují

¹³³ Zdravotní pojišťovny vymezují nutnou a neodkladnou péči jako péči poskytnutou při úrazech, vzniku akutního onemocnění, akutním zhoršení zdravotního stavu, při neodkladném porodu, kdy by odklad zdravotní péče mohl vést k ohrožení života nebo k závažnému zhoršení zdravotního stavu.

¹³⁴ MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 244.

¹³⁵ Dále je česká úprava specifická rozdílnou úpravou, kdy v případě převodu, zdravotnického zařízení provozovaného fyzickou osobou na jinou fyzickou osobu, je potřeba uzavřít nové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami (např. přenechání soukromé lékařské praxe, jinému soukromému lékaři). Ale je-li provozovatelem právnická osoba, nemůže být změna právnické osoby provozovatele důvodem k ukončení smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami. MACH: *Medicína a právo*, s. 242.

příslušná zájmová sdružení¹³⁶. Dohodnutou rámcovou smlouvu posoudí Ministerstvo zdravotnictví a neshledá-li rozpor smlouvy s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá tuto smlouvu formou vyhlášky. Pokud k dohodě v dohodovacím řízení nedošlo nebo by dohoda byla v rozporu s právními předpisy a veřejným zájmem, Ministerstvo zdravotnictví samo stanoví obsah rámcové smlouvy a vydá ji opět jako vyhlášku.

Jelikož se rámcové smlouvy se uzavírají pro jednotlivé úseky poskytovatelů zdravotní péče, je možné, aby pro některá odvětví byla smlouva dána na základě dohodovacího řízení a pro některá odvětví dle rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví. V současné době je vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, vydáno devět rámcových smluv pro jednotlivé oblasti poskytované zdravotní péče.

V právních vztazích mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami se objevuje řada sporných případů, kdy není zcela jasné, zda má být poskytnutá zdravotní péče hrazena ze zdravotního pojištění, nebo v jakém rozsahu, atd. Řešení takových sporů probíhá vzájemným jednáním zástupců smluvních stran zpravidla na regionální úrovni na základě výzvy jedné ze stran. Neskončí-li toto jednání dohodou, je zde možnost tzv. smírčího jednání, které probíhá na úrovni ústředních orgánů zdravotní pojišťovny. Účastníkem je také občanské sdružení poskytovatelů zdravotní péče, které si zdravotnické zařízení k tomuto smírčímu jednání zvolí. Nedojde-li k uzavření smíru, může kterákoliv ze stran uplatnit svůj nárok u soudu. K tomu však často v praxi nedochází z důvodu obavy zdravotnických zařízení, že s nimi daná zdravotní pojišťovna v následném období již neobnoví smluvní vztah. K odstranění této nerovnováhy by přispělo zavedení trvalého smluvního vztahu mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními, který by byl vypověditelný jen z taxativně stanovených důvodů.¹³⁷

¹³⁶ Mezi občanská sdružení jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče patří např. Sdružení soukromých nemocnic České republiky, Asociace nemocnic ČR, Sdružení ambulantních specialistů ČR.

¹³⁷ MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 232.

3. Předmět právního vztahu veřejného zdravotního pojištění

Pojištěnci na základě jeho postavení oprávněného subjektu veřejného zdravotního pojištění vzniká ze zákona nárok na poskytnutí bezplatné zdravotní péče. Poskytnutí této zdravotní péče je naplněním realizačního právního vztahu, tedy předmětem právního vztahu zdravotního pojištění. Vymezení rozsahu poskytování a úhrady zdravotní péče v rámci zdravotního pojištění tvoří tzv. věcný rozsah právního vztahu zdravotního pojištění.

Zdravotní péči můžeme definovat ve smyslu § 17 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který vymezuje pojem léčebně preventivní péče jako péči o ochranu, navrácení a upevnění zdraví jednotlivců i kolektivů; je poskytována obyvatelstvu ve zdraví i v nemoci, v mateřství a při jiných stavech vyžadujících lékařskou pomoc. Jde o ambulantní i ústavní péči včetně lázeňské péče, závodní preventivní péče, přednemocniční neodkladné péče a léčebné výživy, poskytování léčiv s výjimkou vyhrazených léčiv prodávaných prodejci těchto léčiv, zdravotnických prostředků, potravin pro zvláštní lékařské účely a dopravu nemocných.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně zakotvuje principy poskytování a úhrady zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Dle čl. 3 musí být zajištěna rovná dostupnost zdravotní péče patřičné kvality a dle čl. 4 je jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví nutno provádět s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.

Důležitým ustanovením, které je potřeba v této souvislosti zmínit, je již dříve uváděný článek 31 Listiny základních práv a svobod, podle kterého má každý právo na ochranu zdraví a občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

V souladu s článkem 36 Listiny základních práv a svobod se každý, kdo se domnívá, že jeho právo zaručené článkem 31 LZPS bylo porušeno, může domáhat realizace tohoto práva u soudu. „Ústavní stížnost by patrně připadala v úvahu, pokud by obecné soudy takovou žalobu odmítly nebo pokud by byla taková žaloba zamítnuta a žalobce by tento postup obecných soudů považoval za porušení svých práv, zaručených článkem 31 LZPS.“¹³⁸

Z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně ani z článku 31 Listiny základních práv a svobod nevyplývá, že všechny zdravotní výkony a veškerá zdravotní péče musí být hrazena ze zdravotního pojištění.¹³⁹ Rozsah hrazené péče upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném

¹³⁸ MACH, Jan a kol. *Zdravotnictví a právo Komentované předpisy*. Praha: Lexis Nexis CZ, 2005, s. 95.

¹³⁹ MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 209.

zdravotním pojištění. Tento zákon přesně stanoví, která péče je v rámci veřejného zdravotního pojištění poskytována. Dále určuje pravidla pro její poskytování a způsob úhrady za tuto péči.

Ze zdravotního pojištění se hradí taková zdravotní péče, která je pojištěnci poskytována s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav.¹⁴⁰ Na základě tohoto ustanovení je tedy většina veškeré zdravotní péče hrazena ze standardního veřejného pojištění. Do skupiny nehrazených výkonů patří oblast kosmetické chirurgie, částečně výkony stomatologické péče, některé nadstandardní případy psychiatrické a psychologické péče.

3.1. Poskytování zdravotní péče

Lékaři a zdravotnická zařízení poskytují zdravotní péči ve dvou formách, a to ambulantní formu zdravotní péče a ústavní péči. Těmto druhům zdravotní péče se věnuje zákon o veřejném zdravotním pojištění v § 19-26.

Ambulantní péče se skládá z primární zdravotní péče, specializované ambulantní zdravotní péče a zvláštní ambulantní péče.

Primární péči zajišťuje pojištěncům jejich registrující lékař, kterým je praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař a ženský lékař. Registrující lékař zakládá pojištěnci, kterého přijímá do péče registrační list. Je také povinen vyžádat si od předchozího lékaře informace, důležité pro návaznost zdravotní péče. Předchozí registrující lékař musí tyto informace poskytnout novému lékaři písemně a bezplatně. Registrující lékař pak poskytuje zdravotní péči svým registrovaným pacientům. Praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost navíc musí být poskytnout zdravotní péči svým pacientům v místě jejich trvalého nebo přechodného pobytu.

Specializovanou ambulantní péči doporučí registrující praktický lékař pro dospělé nebo děti a dorost pojištěnci, jehož zdravotní stav takovou péči vyžaduje. Pojištěnec má však právo na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení, nemusí se tedy řídit doporučením svého praktického lékaře ohledně zdravotnického zařízení. I bez doporučení praktického lékaře lze specializovanou ambulantní péči vyhledat a využít. Lékaři specializované ambulantní péče a v ústavních zdravotnických zařízeních mají povinnost informovat registrující lékaře o průběhu léčení, zvláště o skutečnostech důležitých pro posouzení zdravotní způsobilosti k práci a epidemiologické situaci.

¹⁴⁰ § 13 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Za zvláštní ambulantní péči hrazenou ze zdravotního pojištění je označována péče poskytovaná osobám s akutním nebo chronickým onemocněním a osobám tělesně, smyslově nebo mentálně pojištěným v jejich vlastním sociálním prostředí. Jedná se o domácí zdravotní péči na základě doporučení lékaře, zdravotní péči ve stacionářích, dále zdravotní péči v zařízeních sociálních služeb nebo ošetrovatelskou a rehabilitační péči určenou pojištěnci jeho lékařem, pokud tato zařízení uzavřela smlouvu se zdravotní pojišťovnou k poskytování takové péče.

Ústavní péči rozumíme péči v nemocnicích a odborných léčebných ústavech. V těchto zařízeních je možné mimo ústavní péči vykonávat i ambulantní péči.

Podstatné je, že osoba musí být vždy přijata do ústavní péče v případech:

- kdy by nepřijetím nebo odložením přijetí byl ohrožen její život nebo zdraví (neodkladná péče);
- jde-li o povinné léčení, např. přenosných chorob, u kterých je třeba poskytnout povinné léčení¹⁴¹ formou ústavní péče;
- jde-li o porod.

V ostatních situacích může být přijetí pojištěnce odloženo nebo nemusí být přijat do ústavní péče vůbec, nejsou-li shledány dostatečné zdravotní problémy k poskytnutí ústavní péče. Nepřijetí osoby do ústavní péče však musí být řádně dokumentováno a je třeba vypracovat zprávu o nepřijetí pro ošetřujícího lékaře. Pokud přijetí do ústavní péče odmítne pojištěnec a hrozí mu nebezpečí újmy na zdraví, musí být toto odmítnutí písemné (tzv. negativní revers).

Za ústavní péči je považován i pobyt průvodce dítěte mladšího 6 let, které je přijato do ústavní péče, je-li potřeba celodenní přítomnost průvodce při péči o takové dítě. Pokud potvrdí nezbytnost průvodce revizní lékař zdravotní pojišťovny, je možný pobyt průvodce i v jiných případech. Pobyt průvodce nehradí jeho zdravotní pojišťovna, ale pojišťovna doprovázeného dítěte.

Požaduje-li pacient předčasné propuštění z ústavní péče, může být propuštěn na základě svého písemného prohlášení (revers). Takové propuštění není možné v případech, kdy se musí provádět léčebné výkony i bez souhlasu nemocného. I samotné zdravotnické zařízení může propustit pacienta z ústavní péče předčasně. Jedná se o situace, kdy pojištěnec porušuje hrubým způsobem řád zdravotnického zařízení a zásadním způsobem odmítá spolupráci při

¹⁴¹ Nucená neboli povinná péče je péče, kdy je pacient povinen léčbě se podrobit. Jedná se o případy izolace a karantény, povinného léčení, povinného očkování a psychiatrickou péči. Dále se mezi nucenou péči řadí péče, kterou je lékař povinen poskytnout, tedy první pomoc a nutná a neodkladná péče. ŠTUDENTOVÁ, M. Nucená péče ve zdravotnictví. *Zdravotnictví a právo*, 2007, č. 6, s. 7 - 12.

léčbě. Okamžitým přerušением péče však nesmí být vážným způsobem ohroženo zdraví osoby a nesmí jít o případy povinného léčení.

Potřebuje-li pacient po propuštění z ústavní péče vzhledem ke svému zdravotnímu stavu pomoc a dohled další osoby, musí zdravotnické zařízení osobu, zajišťující takovou péči, o propuštění pacienta předem vyrozumět. Není-li taková osoba, zdravotnické zařízení se obrátí na obecní úřad příslušný dle místa pobytu pacienta. Stejně tak postupuje i v případech dětí a mladistvých se závažnou sociální problematikou v rodině. „Náklady, které vzniknou další hospitalizaci pojištěnce, který nemůže být propuštěn vzhledem k nezajištění další péče, již nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění.“¹⁴²

Rozlišení na ambulantní a ústavní péči je pro úhradu zdravotní péče podstatné, jelikož některé typy zdravotní péče jsou hrazené pouze v případě ústavní péče (např. léčivé přípravky dle § 15 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění).¹⁴³

V praxi bývá pro pojem ústavní péče častěji používán termín hospitalizace, ten ovšem není zákonem přesně definován. Otázkou, zda jsou tyto termíny shodné či nikoli, se zabýval Nejvyšší soud, který rozhodnutím ze dne 25. 11. 2004, sp. zn. 33 Odo 547/2002 rozhodl, že pojem hospitalizace a ústavní péče jsou totožné. Vycházel při tom z vyhlášky č. 134/1998 Sb. (tuto vyhlášku později nahradila vyhláška č. 439/2008 Sb.,¹⁴⁴), v jejíž příloze jsou ústavní péče a hospitalizace uvedeny jako shodné názvy.¹⁴⁵

Mimo ambulantní a ústavní péči zákon o veřejném zdravotním pojištění upravuje další typy zdravotní péče, které jsou hrazené ze zdravotního pojištění. Jedná se o zdravotní péči mimo zdravotnická zařízení, tedy služby první pomoci a péči zdravotnické záchranné služby při poskytování přednemocniční neodkladné péče. Mezi další typy hrazené péče dále patří pohotovostní služby, preventivní péče, dispenzární péče,¹⁴⁶ poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky, lázeňská péče, péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách, péče související s transplantací tkání a orgánů.

¹⁴² MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 214.

¹⁴³ VETTERLOVÁ, Michaela. *Poskytování a úhrada zdravotní péče ze zdravotního pojištění*. Diplomová práce, Právnická fakulta Masarykovy Univerzity, Brno, 2008/2009, s. 26.

¹⁴⁴ Vyhláška č. 439/2008 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

¹⁴⁵ VETTERLOVÁ, Michaela. *Poskytování a úhrada zdravotní péče ze zdravotního pojištění*. Diplomová práce, Právnická fakulta Masarykovy Univerzity, Brno, 2008/2009, s. 27.

¹⁴⁶ Dispenzární péče: pravidelný lékařský dohled nad pacientem trpícím určitou chorobou.

3.2. Úhrada zdravotní péče

Rozsah hrazené péče ze zdravotního pojištění vymezuje zákon o veřejném zdravotním pojištění v § 13. Pojištěnci se hradí zdravotní péče poskytnutá s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav. Taková péče zahrnuje:

- ambulantní a ústavní péči – léčebnou, diagnostickou, rehabilitační, včetně péče o chronicky nemocné a dárce tkání nebo orgánů,
- pohotovostní a záchrannou službu,
- preventivní péči,
- dispenzární péči,
- odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi,
- poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků,
- potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách,
- závodní preventivní péči,
- dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů,
- dopravu 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,
- dopravu zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,
- dopravu odebrání tkání a orgánů,
- posudkovou činnost,
- prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu, včetně dopravy.

Ze zdravotního pojištění se hradí též 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 požádá o úhradu příslušné zdravotnické zařízení.

Ustanovení § 14 zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále zákon o ZP) stanoví, že ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá na území České republiky. Pojištěncům se také uhradí částka, kterou vynaložili na nutné a neodkladné léčení, jehož potřeba nastala během jejich pobytu v cizině, a to do výše stanovené pro úhradu takové péče na území České republiky. Nastane-li taková situace, pojištěnec musí nejprve sám uhradit v zahraničí péči, mu zde poskytnutou. V České republice pak má právní nárok na částku, která odpovídá nákladům na stejnou zdravotní péči u nás. Není však možné péči uhradit,

jestliže potřeba léčení nastala na našem území a pojištěnec za tímto účelem vycestoval do zahraničí. Pojištěnec musí prokázat, že potřeba nutné a neodkladné péče nastala až v zahraničí. Vzhledem k výši nákladu na zdravotní péči a častou spoluúčasť pacientů v zahraničí je vhodné uzavřít při cestách do zahraničí komerční cestovní pojištění.

V případě zdravotních výkonů zákon o ZP negativně vymezuje, které výkony nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění nebo jsou hrazeny jen za určitých podmínek zdravotní péče. Výčet jednotlivých zdravotních výkonů, které nejsou hrazeny nebo jsou hrazeny jen za určitých podmínek, uvádí příloha č. 1 tohoto zákona. Sám zákon vylučuje výkony akupunktury a dále omezuje poskytnutí zdravotní péče v souvislosti s mimotělním otěhotněním na doporučení registrujícího lékaře na tři úhrady během života.

Zákon následně upravuje úhradu léčivých přípravků, kdy se vždy plně hradí léčivé přípravky, které obsahují sérum proti stafylokokovým infekcím, záškrtu, hadímu jedu, botulismu, plynatě sněti, vzteklině, dále se hradí imunoglobulin proti tetanu, proti hepatitidě B, tetanový toxoid a vakcína proti stafylokokovým infekcím a proti vzteklině.

Příloha č. 2. zákona o ZP se podrobněji věnuje úhradě léčivých přípravků a potravin obsahujících léčivé látky ze skupiny léčivých látek, v příloze uvedených. Z každé skupiny těchto léčivých látek je vždy nejméně jeden plně hrazený léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařský účel. Konkrétní výčet léčivých přípravků a potravin stanovuje Ministerstvo zdravotnictví v seznamu léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění. Ministerstvo zdravotnictví formou vyhlášky upravuje výši úhrady jednotlivých léčivých látek uvedených v příloze č. 2. zákona o ZP a výši úhrad individuálně připravených léčivých přípravků, radiofarmak a transfúzních přípravků.

Třetí příloha zákona o ZP stanoví, které prostředky zdravotnické techniky nejsou hrazeny z veřejného pojištění. Pro ty zdravotnické prostředky, které nejsou v příloze uvedeny, platí pravidlo, že ze zdravotního pojištění se hradí 75% z ceny z jednotlivého prostředku zdravotnické techniky pro konečného spotřebitele. Prostředek musí být předepsaný za účelem pokračovat v léčebném procesu, podpořit stabilizaci zdravotního stavu pojištěnce nebo jej výrazně zlepšit, vyloučit jeho zhoršení, kompenzovat či zmírnit následky zdravotní vady, včetně procesu náhrady nebo modifikace anatomické struktury nebo fyziologického procesu. Hradí se vždy prostředek zdravotnické techniky v základním nejméně náročném provedení vzhledem k závažnosti zdravotního postižení. Poslední příloha č. 4. zákona o ZP se věnuje úhradě stomatologických výrobků.

Do zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění nespádají vyšetření a další výkony, které jsou provedeny na žádost fyzických nebo právnických osob či v jejich osobním zájmu a

jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce.¹⁴⁷ Prohlídky, zdravotní výkony i administrativní výkony (např. výpis ze zdravotnické dokumentace) provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a Policie České republiky hradí orgán, který si je vyžádal.

Ze zdravotního pojištění se hradí péče poskytovaná v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, kdežto zdravotní péče v kojeneckých ústavech, dětských domovech, jeslích je hrazena z rozpočtu zřizovatele. Stejně tak se rozpočtu zřizovatele hradí i zdravotnická záchranná a pohotovostní služba, avšak s výjimkou zdravotních výkonů provedených v rámci této služby.

Zdravotní pojišťovna uhradí péči jinak ze zdravotního pojištění nehrazenou, jedná-li se o výjimečný případ, kdy je vzhledem k zdravotnímu stavu pojištěnce taková péče jedinou možností, jak mu potřebnou zdravotní péči zajistit. Poskytnutí takové péče však musí být, nehrozí-li nebezpečí z prodlení, předem schváleno revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny. V případě, kdy ošetřující lékař a pojištěnec nesouhlasí s rozhodnutím revizního lékaře o neposkytnutí takové zdravotní péče jinak z pojištění nehrazené, se lze obrátit na vedení příslušné zdravotní pojišťovny nebo lze podat žalobu, popřípadě návrh na vydání předběžného opatření u soudu, jedná se zde totiž o realizaci práva dle článku 31 Listiny základních práv a svobod.

Jelikož podmínky a rozsah úhrady zdravotní péče u jednotlivých výkonů, léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky mohou být stanoveny pouze zákonem,¹⁴⁸ jakákoliv změna v rozsahu úhrady zdravotní péče může nastat jediné formou zákona. Pouze zákon stanoví, kdy a do jaké míry není zdravotní péče hrazena ze zdravotního pojištění, ale přímou úplnou či částečnou úhradou ze strany pojištěnce.

V následující části této kapitoly se budu věnovat procesu stanovení výše úhrad, které jsou za poskytnutou zdravotní péči vypláceny zdravotnickým zařízením.

Způsob stanovení výše úhrad se je odlišný pro úhradu zdravotní péče a úhradu léčiv. Úhradu za zdravotní péči poskytnutou v rámci veřejného pojištění upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, a další podzákoné právní předpisy.

¹⁴⁷ § 10 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

¹⁴⁸ Dle čl. 31 LZPS „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, za podmínek, které stanoví zákon.“

Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami uvádí výčet jednotlivých zdravotních výkonů, podmínky a výši jejich úhrady, kdy výše úhrady je stanovena v tzv. bodech. Tento seznam vytváří, schvaluje a následně vydává formou vyhlášky Ministerstvo zdravotnictví. O hodnotě bodu a výši úhrad, tedy o ceně za zdravotní péči, se jedná každoročně v dohodovacím řízení mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče.¹⁴⁹ Svolavatelem je Ministerstvo zdravotnictví, to také výsledek dohodovacího řízení posoudí a v případě, že není v rozporu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá dohodu ve formě vyhlášky (v současnosti je to vyhláška č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011). Pokud se však účastníci řízení nedohodnou nebo Ministerstvo zdravotnictví shledá nesoulad dohody s právními předpisy nebo veřejným zájmem, určí hodnotu bodu a výši úhrad samo MZČR. Zdravotnická zařízení a pojišťovny ale nemusí postupovat podle takto vzniklé vyhlášky, pokud se dohodnou jinak a dodrží přitom pojistný plán zdravotní pojišťovny. V praxi zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení respektují spíše tuto vyhlášku.¹⁵⁰

Úhradu léčiv upravuje vedle zákona o ZP vyhláška MZČR č. 385/2007 Sb., o stanovení seznamu léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě, vyhláška MZČR č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely. Stanovení úhrady léku zdravotní pojišťovnou předchází ještě důležitý proces, který můžeme rozdělit do čtyř fází. První fází je registrace léčiva, kdy je léčivý přípravek uveden na český trh léčivých přípravků dle zákona č. 79/1997 Sb., o léčivech. V další fázi je stanovena maximální cena tohoto léčiva, o níž rozhoduje Státní ústav pro kontrolu léčiv. Ten také následně určí, zda se lék zařadí do seznamu léků hrazených zcela nebo částečně z veřejného zdravotního pojištění. V poslední fázi je stanovena cena léků z prostředků veřejného zdravotního pojištění, kdy Státní úřad pro kontrolu léčiv zařadí lék do tzv. referenční skupiny léčivých přípravků a určí výši úhrad pro každou referenční skupinu. Seznam referenčních skupin vytváří MZČR prováděcím předpisem a jedná se o skupiny léčivých přípravků s obdobnou nebo blízkou účinností.

K úhradě zdravotní péče je ještě potřeba doplnit jakým způsobem je hrazena již konkrétní poskytnutá zdravotní péče. V našem systému veřejného zdravotního pojištění

¹⁴⁹ Mezi občanská sdružení jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče patří např. Sdružení soukromých nemocnic České republiky, Asociace nemocnic ČR, Sdružení ambulantních specialistů ČR.

¹⁵⁰ VETTERLOVÁ, Michaela. *Poskytování a úhrada zdravotní péče ze zdravotního pojištění*. Diplomová práce, Právnická fakulta Masarykovy Univerzity, Brno, 2008/2009, s. 40.

rozlišujeme tři způsoby úhrady zdravotní péče, které jsou různě kombinovány. Jedná se o paušální, kapitační a výkonové platby.

Kapitační platba je platbou za pacienta-pojištěnce, který je registrován u lékaře, který za své evidované pacienty dostává měsíčně fixní částku, jedná se převážně o praktické lékaře. Výkonová platba uhrazuje provedené a vykázané úkony, kdy je každému výkonu přiřazen určitý počet bodů dle vyhlášky č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodů. Paušální platba se využívá zejména v případě zdravotnických zařízení ústavní péče, ale setkáme se s ní samozřejmě i v případech ambulantní péče.

Zdravotní zařízení musí při vykazování poskytnuté péče dodržovat pravidla stanovená vyhláškou č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Jedním z nich je pravidlo, že jednou provedený výkon pojišťovna hradí pouze pro jednoho pojištěnce, jedinému zdravotnickému zařízení a výkon se hradí pouze tehdy, byl-li naplněn celý obsah výkonu. Důležitá je i jasná identifikace pojištěnce. Problémem v oblasti vykazování mohou být případné úniky, kdy zdravotnické zařízení vykáže i péči, kterou neposkytlo.¹⁵¹

Kontrolu takových úniků a celkového využívání a poskytování zdravotní péče provádějí zdravotní pojišťovny. Tuto kontrolní činnost provádějí zdravotní pojišťovny prostřednictvím informačních dat v rozsahu stanoveném zákonem o veřejném zdravotním pojištění a dále prostřednictvím činností revizních lékařů a odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti. Revizní lékaři zdravotních pojišťoven posuzují odůvodněnost léčebného procesu a předepisování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a potřebu lázeňského pobytu jako součástí léčebné péče. Zdravotní pojišťovna dohlíží na to, zda poskytnutá péče odpovídá péči jí vyúčtované, zda byly vyúčtovány pouze ty výkony a léčivé přípravky, které je pojišťovna povinna uhradit, a zda rozsah a druh zdravotní péče odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce. Prokáže-li se neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování zdravotní péče, pojišťovna tuto péči neuhradí.

¹⁵¹ VETTERLOVÁ, Michaela. *Poskytování a úhrada zdravotní péče ze zdravotního pojištění*. Diplomová práce, Právnická fakulta Masarykovy Univerzity, Brno, 2008/2009, s. 42.

4. Zdravotní pojištění v rámci Evropské unie

Členství České republiky v Evropské unii přináší určitou míru zajištění nároků na zdravotní péči v zemích Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru¹⁵² a Švýcarska. Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 883/2004 a č. 987/2009 upravují problematiku související s volným pohybem osob mezi jednotlivými členskými státy EU v celé oblasti sociálního zabezpečení.¹⁵³ Nařízení jsou přímo platná ve všech státech EU a mají přednost před zákonem. V této sféře nedochází mezi zeměmi EU k harmonizaci právních úprav (není to reálné ani do budoucna, neboť v různých zemích je zaveden odlišný sociální systém), ale dochází k jejich koordinaci.¹⁵⁴

Pro oblast zdravotního pojištění nařízení zavádí **princip jediného pojištění**, na jehož základě má být jednotlivce povinně zdravotně pojištěn v jednom okamžiku pouze v jednom státě. A to ve státě, kde vykonává ekonomickou činnost. Za výdělečně činné jsou považované osoby zaměstnané a osoby samostatně výdělečně činné. V zemi pojištění mají tyto osoby nárok na lékařskou péči dle předpisů daného státu. Na území, na němž pracují, jsou pojištěni pracující bez ohledu na bydliště nebo sídlo zaměstnavatele. Bude-li tedy osoba s trvalým pobytem v ČR pracovat v některém z dalších států EU, bude pojištěna pouze v zemi, kde pracuje, a z našeho zdravotního pojištění bude vyňata. O vykonávání výdělečné činnosti v jiném státě a dalších změnách bude tato osoba povinna informovat svou zdravotní pojišťovnu. Pokud tak pojištěnec neučiní a česká zdravotní pojišťovna za něj uhradí v době, kdy měl podléhat pojištění jiného státu, zdravotní péči, může být tato úhrada vyžadována po něm samotném.

Rodinní příslušníci, kteří nemají vlastní příjem, jsou pojištěni ve státě pojištění živitele bez ohledu na to, kde bydlí. Nezaopatřenost se posuzuje podle vlastních předpisů určitého státu, dle místa bydliště nezaopatřeného člena rodiny.¹⁵⁵

¹⁵² Evropský hospodářský prostor čítá mimo země EU i Norsko, Island, Lichtenštejnsko.

¹⁵³ Mezi oblasti, na něž se ustanovení vztahují patří: nemoc a mateřství, pracovní úrazy, nemoci z povolání, dávky v nezaměstnanosti, dávky v případě invalidity, starobní důchody, rodinné dávky, dávky pro pozůstalé, pohřebné. *Předpisy EU o sociálním zabezpečení* [online]. euroskop.cz, dostupné na <<http://www.euroskop.cz/723/sekce/predpisy-spolecenstvi-o-socialnim-zabezpeceni/>>.

¹⁵⁴ ČERNÁ, Jana, VACÍK, Antonín. *Právo sociálního zabezpečení v rámci Evropské unie*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2005, s. 23.

¹⁵⁵ V ČR je za nezaopatřeného příslušníka rodiny považována manželka (manžel), registrovaný partner bez vlastních příjmů z výdělečné činnosti, kteří nepobírají důchod, dávky v nezaměstnanosti ani peněžitou pomoc v mateřství podle předpisu o nemocenském pojištění. Dále se za něj považuje nezaopatřené dítě ve smyslu zákona 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře.

Dalším principem je **princip rovného zacházení**. Ten ukládá zdravotnickým zařízením povinnost zacházet s každým občanem členského státu jako s občanem, který je účasten na jeho veřejném zdravotním pojištění.¹⁵⁶ Občan státu EU má právo na volbu lékaře či zdravotnického zařízení. Toto pravidlo se však vztahuje pouze na nezbytnou péči, s ohledem na povahu nemoci a předpokládanou délku a účel pobytu občana členského státu EU v jiném státě EU. Lékařsky nezbytná zdravotní péče musí být poskytnuta tak, aby se pacient nemusel vracet do země pojištění dříve, než zamýšlel. Rozsah nezbytné péče tedy v každém konkrétním případě stanoví lékař. Princip rovného zacházení se tedy netýká vycestování za péči, které má v rámci EU také svou úpravu.

Náklady na nezbytnou zdravotní péči jsou nejprve uhrazeny zdravotní pojišťovnou v místě ošetření. Zdravotnické zařízení požádá pacienta ze země EU o volbu jejich nositele zdravotního pojištění. Pokud to zdravotní stav pacienta nedovoluje, zvolí mu zdravotní zařízení smluvní zdravotní pojišťovnu samo. Tato zdravotní pojišťovna hradí péči ve stejném rozsahu jako v případě svého stálého pojištěnce. Poté tyto náklady přeučtuje příslušné zdravotní pojišťovně, u které je pacient ve své zemi pojištění evidován.

Vzhledem k tomu, že místní systém zdravotního pojištění uhradí ošetření stejně, jako by platil za svého pojištěnce, je třeba počítat s příplácením za zdravotní péči, které je běžné ve většině států. Případný převoz zpět do své země není kryt a je třeba si jej zaplatit.

Od 1. června 2004 jsou pojištěnci jednotlivých členských států vybavováni Evropským průkazem zdravotního pojištění, který usnadňuje čerpání zdravotní péče v jiném státě EU. Evropský zdravotní průkaz, označovaný také zkratkou EHIC (European Health Insurance Card) má ve všech státech stejný vzhled, což zaručuje snadnou rozpoznatelnost ze strany těch, co zdravotní péči poskytují. Každý členský stát odpovídá za vydání průkazu svým občanům a záleží na něm, zda ho bude vydávat samostatně nebo integrovat do národního zdravotního průkazu. Pokud u sebe pojištěnec z nějakého důvodu nemá průkaz, lze zažádat o dodatečné zaslání „Potvrzení dočasně nahrazující Evropský zdravotní průkaz“ ze země, kde je osoba pojištěna.

Stejně jako zdravotní péče i léčivé přípravky, vydávané na předpis příslušníkům státu EU, budou propláceny místními zdravotními pojišťovnami ve stejném rozsahu jako v případě vlastních pojištěnců.

Článek 3 Úmluvy o lidských právech a biomedicině, který zakotvuje princip rovné dostupnosti zdravotní péče, v této souvislosti vylučuje přednostní čerpání zdravotní péče za

¹⁵⁶ MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 220.

úhradu cizinci před vlastními účastníky zdravotního pojištění. Tedy i pro občany EU platí, že jim lze za úhradu poskytnout zdravotní péči nad rozsah stanovený dle pravidel Evropské unie, například nadstandardní pokoj nebo jiné dohodnuté služby. Je však vyloučeno, aby zdravotní péče (např. endoprotézy) byla poskytnuta osobám, které si ji sami uhradí, přednostně před vlastními účastníky zdravotního pojištění. Tím by byl princip rovné dostupnosti zdravotní péče narušen.

Problematika poskytování a úhrady zdravotní péče mezi zeměmi Evropské unie je upravena pouze rámcově. Důležitou roli proto zaujímá Evropský soudní dvůr, jehož rozhodovací činnost směřuje v této oblasti ve prospěch občanů Evropské unie a k rozšiřování jejich nároků.¹⁵⁷

¹⁵⁷ MACH, Jan a kol. *Zdravotnictví a právo Komentované předpisy*. Praha: Lexis Nexis CZ, 2005, s. 180.

Závěr

Z velkého a různorodého množství právních vztahů veřejného zdravotního pojištění lze odvodit, že správné přelévání finančních prostředků v tomto systému není snadným úkolem. Ať už se jedná o vymezení okruhu pojištěnců a výši pojistného, které mají odvádět, nebo efektivního hospodaření zdravotních pojišťoven a přerozdělování pojistného, správné nastavení výše úhrad za poskytnutou zdravotní péči a léky či samotného hospodaření zdravotnických zařízení.

System veřejného zdravotního pojištění České republiky je třeba zhodnotit pozitivně. České zdravotnictví se v roce 2008 zařadilo mezi pět nejvýkonnějších systémů v Evropě. „Poměr mezi kvalitou a financemi, které systém spotřebuje, je lepší pouze v Nizozemsku, Dánsku, Estonsku a Maďarsku.“¹⁵⁸

Přesto se Česká republika potýká stejně jako ostatní vyspělé země s problémem zvyšujících se nákladů zdravotní péči. Správné nastavení financování systému veřejného zdravotního pojištění je nyní stěžejním úkolem odborníků a politiků této oblasti veřejné správy.

V roce 2009 se podíl výdajů na zdravotnictví zvýšil ze 7% hrubé domácího produktu v předchozích letech na 7,9% hrubého domácího produktu. Veřejné výdaje na zdravotnictví vrostly v roce 2009 oproti roku 2000 o 45%. Celkové příjmy zdravotních pojišťoven činily na jednoho pojištěnce 20 451 Kč (nárůst o 0,3 % oproti roku 2008), výdaje na jednoho pojištěnce však dosáhly 21 071 Kč (nárůst o 8,9%).¹⁵⁹ Z výše uvedeného jasně vyplývá, že současný systém financování zdravotní péče již není dostatečný a je třeba provést určité reformní kroky. Aktuálním a velkým problémem našeho systému veřejného zdravotnictví je i nedostatečné finanční ohodnocení lékařů a dalších zdravotníků. Reforma nejen veřejného zdravotního pojištění ale celého zdravotnictví je tedy každodenním tématem odborníků i uživatelů zdravotní péče.

Je nesporné, že zvýšení nákladů na zdravotní péči přinesl vědecký pokrok v lékařství, stárnutí obyvatelstva a zvyšující se nároky pacientů na zdravotní péči. Nastalá situace tedy není rozhodně jen chybou současně nastaveného systému, také je však nepochybné, že velké množství peněz odvedených od pojištěnců je v tomto systému neúčelně „ztraceno“. Je třeba

¹⁵⁸ HOLUB, Petr. *Top 5 evropských zdravotnictví. České je mezi nimi* [online]. Aktuálně.cz, 7. ledna 2009. Dostupné na < <http://aktualne.centrum.cz/domaci/zivot-v-cesku/clanek.phtml?id=626429>>.

¹⁵⁹ ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009* [online]. Dostupné na < <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-zdravotnictvi-2009>>.

těmto únikům zabránit a snažit se o co nejefektivnější využití prostředků z fondů zdravotního pojištění. Zde je dle mého názoru třeba hledat řešení pro nastávající reformu.

Jedná se především o práva a povinnosti zdravotních pojišťoven, jejich hospodaření, z něhož nenesou odpovědnost, vysoké provozních náklady pojišťoven (hlavně u VZP), nespravedlivé přerozdělování pojistného, výhody sledující přístup zaměstnaneckých pojišťoven k úhradám služeb. Některé tyto nedostatky řeší návrh reformy zdravotnictví, který předložil současný ministr zdravotnictví Leoš Heger. Reforma přinese nový princip přerozdělování pojistného, ten by měl zohlednit zdravotní pojišťovny s větším podílem chronicky a vážně nemocných pacientů. Zaměstnanecké pojišťovny, které mají zdravější pacienty středního věku, jsou nyní zvýhodněny oproti VZP, která má mnohem větší procento starších a chronicky nemocných pacientů. Dalším správným krokem předkládané reformy je stanovení zodpovědnosti zdravotních pojišťoven. Budou muset opodstatnit důvody rozšíření smluvních zdravotnických zařízení, což bylo až doposud výlučně v jejich kompetenci a vedlo k uzavírání smluv se zdravotnickými zařízeními i v oblastech zdravotní péče, kde bylo pokrytí dostatečné. Reforma dále přináší možnost fúzí zdravotních pojišťoven, které by měly vést ke snížení nákladů celého systému.¹⁶⁰

Značná část prostředků je špatně využita vzhledem k nedostatečně řízené výdajové stránce pojištění. Jedná se, oblast léčiv, zdravotnických prostředků, o nezobjektizovanou spotřebu zdravotní péče, kdy počet diagnostických výkonů roste prakticky dvojnásobně než samotné příjmy zdravotního pojištění.

Nastávající reforma řeší i špatnou činnost Státního ústavu pro kontrolu léčiv a složitý administrativní postup pro stanovení ceny léčiv. Podle prezidenta České lékařské komory Milana Kubka přišlo zdravotnictví až o 10 miliard korun nakupováním léčiv za neaktuální ceny. Novela proto přichází s možností urychlením vstupu generických léků¹⁶¹ na trh za dva měsíce a snížením jejich ceny o 32%. Správní řízení o cenách a úhradách léčivých přípravků bude zjednodušeno a zrychleno, nové stanovování ceny léčiv přinese snížení jejich maximálních cen.

Ministerstvo plánuje kontrolu investic zdravotnických zařízení. Měla by vzniknout tzv. přístrojová komise, která bude regulovat nákup přístrojů nemocnicemi.

Domnívám se, že právě ve špatném hospodaření zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení a v nevyhovující regulaci cen léků se ztrácí peníze, které chybí

¹⁶⁰ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *REFORMA 2011* [online]. 6. ledna 2011. Dostupné na http://www.mzcr.cz/dokumenty/priprava-a-realizace-reformy-zdravotnictvi-je-v-plnem-proudu_4549_1.html.

¹⁶¹ Generický lék je lék odvozený z originálního léku, založený na stejné účinné látce.

českému systému zdravotnictví, třeba na dostatečné finanční ohodnocení našich zdravotníků. „Vzhledem k současné situaci je potřeba zhodnotit a změnit celkovou cenovou politiku a zregulovat náklady na léčbu hrazenou zdravotními pojišťovnyami.“¹⁶²

Jelikož pojištěnci vytvářejí svými příspěvky prostředky pro následné financování zdravotní péče, hrazené zdravotní pojištění, hledají se efektivnější cesty financování i zde. Domnívám se, že hranice odvodu pojistného 13,5% z měsíčního příjmu v případě zaměstnance, již nemůže být vyšší. Za velice nespravedlivé však považuji stanovení výše pojistného pro osoby samostatně výdělečně činné, většina OSVČ navíc odvádí jen stanovené povinné minimum. Takže zatímco zaměstnanec při průměrné mzdě 24 740 Kč odvede měsíčně 3 340 Kč, OSVČ odvede na pojistné na zdravotní pojištění 1 670 Kč. Stanovení stejného vyměřovacího základu pro zaměstnance i OSVČ považuji nejen za zdroj dalších finančních prostředků do systému, ale hlavně za dosažení spravedlivého přístupu k ekonomicky činným pojištěncům.

Souhlasím s návrhem zdravotních pojišťoven o poskytnutí pouze nutné a neodkladné zdravotní péče pro tzv. neplatiče pojistného na zdravotní pojištění v případě OSVČ a osob samostatně výdělečně činných. Zlepšila by se tak platební morálka a dále by tak byla dodržena podmínka právního vztahu zdravotního pojištění, že až na základě plnění pojistné povinnosti vzniká nárok na bezplatnou zdravotní péči.

Zdravotní pojišťovny požadují zvýšení pojistného za státní pojištěnce, které činí 723 Kč měsíčně za každého pojištěnce. Je sice pravda, že pojištěnci – aktivní plátcí pojistného spotřebují přibližně 40% výdajů veřejného zdravotního pojištění, ale zaplatí 76% jeho příjmů. Pokud by stát měl platit plnohodnotné pojistné a nebyla by snížena sazba pro ekonomicky činné osoby, vzrostl by podíl výdajů na zdravotnictví k poměru HDP na nejvyšší v Evropě. Dále by se zdravotní pojištění stalo značně závislé na státním rozpočtu, kdy by bylo jednodušší financovat celé zdravotnictví jen ze státního rozpočtu.¹⁶³ Toto tedy není správná cesta, jelikož by se jen přesunul fond, do kterého by přispívali stejně pouze ekonomicky aktivní plátcí daní. Domnívám se, že když selepší regulace úhrad za zdravotní péči, léky a dalších investice, nebudou zdravotní pojišťovny potřebovat za polovinu svých pojištěnců o více než trojnásobek zvýšenou platbu na pojistném. Pravidelné valorizace plateb státu za své pojištěnce však mají zcela jistě své opodstatnění.

¹⁶² PREZIDENT ČLK KUBEK, Milan. *Kdo nepodporuje lékaře, podporuje korupci* [online]. Aktuálně.cz, 11. ledna 2011. Dostupné na < <http://aktualne.centrum.cz/domaci/zivot-v-cesku/clanek.phtml?id=687716>>.

¹⁶³ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada, 2008, s. 191.

Mimo odvodu pojistného je zde také přímá spoluúčast pojištěnců na zdravotní péči. "Spoluúčast pacientů na úhradě zdravotní péče je nejrychlejší položkou ve výdajích a dál roste. V letech 2003 až 2008 stoupla o 123 procent, tedy z 19 na 43 miliard korun. Výdaje na zdravotnictví se ve stejném období přitom zvýšily o 35 procent."¹⁶⁴ I přes velkou kritiku zvyšující se spoluúčasti pacientů se domnívám, že je to správný krok k zamezení nadbytečného využívání zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Je třeba, aby si lidé uvědomili, že i když přímo za zdravotní péči neplatí, jedná se o velice nákladné úkony. Nic nebrání pacientovi navštívit s jedním problémem nespočet odborníků, nechat si udělat to samé drahé vyšetření a tak dále.

Již dva roky fungující systém regulačních poplatků, který sice zvýšil soukromé výdaje na zdravotní péči (o 29,5% oproti období bez poplatků) pojištěnců, se však projevil velmi efektivně z hlediska zamezení nadbytečného využívání zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění.¹⁶⁵ Přípravovaná reforma zdravotnictví regulační poplatky ponechává, ale mění výši poplatku v nemocnici za ošetrovací den ze současných 60 Kč na 100 Kč a v lékárnách již nebude placen poplatek za položku na receptu, ale pouze za recept bez ohledu na počet předepsaných léků na něm. I když se zdravotnické poplatky setkaly se značnou nevolí veřejnosti, nelze jejich následnému vývoji upřít snahu nebránit osobám v dostupnosti zdravotní péče (zrušení poplatků u lékaře pro děti do 18 let, snížení ročního limitu pro děti a seniory, zrušení platby za položku na receptu), ale pouze zamezit plýtvání v poskytování zdravotní péče. Domnívám se, že zvýšení poplatku za ošetrovací den v nemocnici by mělo doprovázet jeho snížení pro pacienty mladší 18 - ti let, jelikož se prokázalo velké zatížení poplatky právě u rodin s dětmi a služby, které by poplatek za pobyt v nemocnici měl pokrýt (ubytování, strava), nejsou u dětí tak nákladné.

Zdravotní pojišťovny považují za problém oddělený systém zdravotního a nemocenského pojištění. Je snadné simulovat a není možné spočítat, jaká léčba je efektivnější a vrátí pacienta rychleji do práce. Oddělené systémy tak přicházejí dle propočtů zdravotních pojišťoven ročně až o pět miliard korun.¹⁶⁶

Chystaná novela zákona o veřejném zdravotním pojištění by měla přinést první otevření legálního prostoru pro transparentní formu spoluúčasti pacientů, tak aby pacientovi byla

¹⁶⁴ PERGL, Václav. *Spoluúčast pacientů stoupla o 123 procent* [online]. Medical tribune cz, 3. března 2010. Dostupné na < <http://www.tribune.cz/clanek/16793>>.

¹⁶⁵ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 137.

¹⁶⁶ PETRÁŠKOVÁ, Lenka. *Spoluúčast českého pacienta je dnes už 15 procent* [online]. idnes.cz, 13. května 2010. Dostupné na < http://zpravy.idnes.cz/spoluucast-ceskeho-pacienta-je-dnes-uz-15-procent-a-toto-cislo-urcite-dale-poroste-g1l-/kavarna.asp?c=A100511_110918_kavarna_chu>.

zpřístupněna volba mezi jednotlivými alternativami nabízené péče.¹⁶⁷ Péče by měla být rozdělena na standard a nadstandard, zatím jen seznamem nadstandardních materiálů a později i nadstandardními výkony, za které si budou moci pacienti při ošetření připlatit. Vzhledem k pokroku ve zdravotnictví je jisté, že se najde mnoho nadstandardních alternativ k zcela jistě adekvátní standardní péči. Pacient by také získal možnost se sám rozhodnout, ne jen odvádět povinně pojistné. Otázkou je, jak by se okruh nadstandardní péče dále rozšiřoval a jak hodně by byla taková péče upřednostňována poskytovateli zdravotní péče a zdravotnických prostředků.

Předseda sdružení Občan, které usiluje o posílení role občanů ve zdravotnictví, Pavel Vepřek se domnívá, že do budoucna by možným řešením pro dlouhodobou finanční stabilitu zdravotnictví bylo tzv. dvousložkové pojistné. Jedna část pojistného by byla totožná se současným zdravotním pojištěním, ale odváděné procento pojistného by bylo nižší. Za vyšší druhé složky by nesla odpovědnost každá pojišťovna samostatně a určovala by ji podle očekávaných výdajů v následujícím období pro všechny své pojištěnce stejně. Bude - li příliš drahá, přijde o své pojištěnce, pokud nastaví pojistné příliš nízko, zanikne. Takový systém by motivoval zdravotní pojišťovny k zodpovědnějšímu hospodaření. K této koncepci by samozřejmě bylo potřeba vymezit péči, kterou by hradil veřejný systém. Tento návrh jistě stojí z dlouhodobějšího hlediska k uvažování.

Stávající deficit postačí pokrýt prostředky unikající současnému systému, jak již bylo řečeno výše. Je dobrou zprávou pro české zdravotnictví, že reforma předložena současným ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem je koncipována tímto směrem. Ať již se jedná o transparentnost v lékové politice, novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění, nový zákon o zdravotních službách, který nahradí nedostačující zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Nový zákon by měl definovat pojem „zdravotnické zařízení“, postavení pacienta, práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků. Zaručuje se také vymahatelnost těchto práv a stanovení sankcí za jejich porušení. V reformě postrádám změnu systému úhrad zdravotních pojišťoven za poskytnutou zdravotní péči a trochu se obávám rozdělení zdravotní péče a prostředků na standardní a nadstandardní.

Podstatné však je, že tato reforma sleduje ve všech svých krocích úsporu ve prospěch zájmů pacientů a pracovníků ve zdravotnictví. Nezohledňuje určité zájmové skupiny a snaží

¹⁶⁷ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Reforma 2011* [online]. 6. ledna 2011. Dostupné na http://www.mzcr.cz/dokumenty/priprava-a-realizace-reformy-zdravotnictvi-je-v-plnem-proudu_4549_1.html.

se zabránit prosazování podnikatelských aktivit na úkor pojištěnců, ke kterému v našem systému zdravotnictví velmi často dochází. Jedná se například o korupci a klientelismus zdravotních pojišťoven, snahy o získání nemocnic, kontroly nad finančními zdroji a další. Půjde – li systém zdravotního pojištění a celého zdravotnictví v duchu této reformy, cestou zohledňující veřejný zájem nikoliv zájmy určitých podnikatelských skupin, má dle mého názoru Česká republika šanci nejen se udržet, ale i vystoupat výše v hodnocení nejvýkonnějších zdravotnických systémů v Evropě.

Anotace

Právní vztah veřejného zdravotního pojištění vzniká mezi subjekty zdravotního pojištění, kterými jsou pojištěnec, plátcé pojistného, zdravotní pojišťovna a zdravotnické zařízení. Jeho obsahem jsou vzájemná práva a povinnosti subjektů stanovená právními normami, jež směřují k poskytnutí a úhradě zdravotní péče ze zdravotního pojištění v případě nemoci (sociální události, která na základě principu solidarity a vzájemnosti spadá do událostí, pokrytých právem sociálního zabezpečení).

Rozlišujeme dvě roviny právního vztahu veřejného zdravotního pojištění, pojistnou a realizační. Pojistný právní vztah vzniká na základě zákona, kdy každý obyvatel musí být povinně pojištěn. Základní povinností každého pojištěnce je odvádět zákonem stanovené pojistné (ze svého příjmu, z příjmu zaměstnavatele nebo prostřednictvím státu) zdravotním pojišťovnám, které tyto příjmy spravují a hospodaří s nimi. Další fází je realizační právní vztah veřejného zdravotního pojištění, který vzniká na základě sociální události nemoci. Jeho úkolem je poskytnutí zdravotní péče pojištěnci zdravotnickým zařízením, kdy je tato konkrétní péče zdravotnickému zařízení uhrazena zdravotní pojišťovnou pojištěnce na základě smluvního právního vztahu mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou. Takto je pojištěnci poskytován zákonem stanovený okruh bezplatné zdravotní péče zaručené čl. 31 LZPS, který je předmětem právního vztahu zdravotního pojištění.

The legal relationship of public health insurance arises among the subjects of health insurance, which are insured, premium payer, health insurance company and medical facility. Its contents are the mutual rights and obligations of subjects established by legal standards, aiming to provide and reimbursement health care from health insurance in the event of illness (social event based on the principle of solidarity and reciprocity comes into the event, covered by social security).

There are two levels of the legal relationship of public health insurance, insurance level and implementation level. Insurance legal relationship is established by law, each population must be obligatorily insured. The basic responsibility of each insured is premium pay (from their income, income from an employer or through state) to health insurance companies that manage and operating with this revenue. The next phase is implementing the legal relationship of public health insurance, which arises from the social event of illness. Its mission is to provide health care insured by facilities, when this particular medical care is paid medical facility by health instance company. The legal relationship among health insurance

company and medical facility is based on contractual legal relationship. The free health care in statutory range is a subject of the legal relationship of health insurance, which guarantee Article 31 of Bill of rights and freedom of Czech republic.

Seznam klíčových slov

právní vztah – legal relationship

veřejné zdravotní pojištění – public health insurance

pojištěnec – insured

plátce pojistného – premium payer

zdravotní pojišťovna – health insurance company

zdravotnické zařízení – medical facility

odvod pojistného – premium pay

poskytování a úhrada zdravotní péče – provide and reimbursement health care

Seznam použité literatury

Bibliografie:

ČERNÁ, Jana, VACÍK, Antonín. *Právo sociálního zabezpečení v rámci Evropské unie*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2005. 222 s.

ČERVINKA, Tomáš, DANĚK Antonín. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ, s komentářem a příklady 2009*. Olomouc: ANAG, 2009. 151 s.

DANĚK, Antonín, GLET, Jiří. *Zdravotní pojištění: doporučeno ke studiu*. Praha: Linde, 2003. 95 s.

GREGOROVÁ, Zdeňka, GALVAS, Milan. *Sociální zabezpečení*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita: Doplněk, 2005. 280 s.

JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. 296 s.

KALENSKÁ, Marie a kol. *Československé právo sociálního zabezpečení*. Praha: Panorama, 1986. 373 s.

KOLDINSKÁ, Kristina. *Sociální právo*. Praha: C. H. Beck, 2007. 176 s.

MACH, Jan. *Medicína a právo*. Praha: C. H. Beck, 2006. 257 s.

MACH, Jan a kol. *Zdravotnictví a právo Komentované předpisy*. Praha: Lexis Nexis CZ, 2005. 455 s.

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada, 2008. 240 s.

SLÁDEČEK, Vladimír. *Obecné správní právo*. 2. vydání. Praha: ASPI, 2009. 463 s.

TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. vydání. Praha: C. H. Beck, 2008. 367 s.

VANČUROVÁ, Alena, KLAZAR, Stanislav. *Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky*. 2. vydání. Praha: Aspi, 2008. 121 s.

VETTERLOVÁ, Michaela. *Poskytování a úhrada zdravotní péče ze zdravotního pojištění*. Diplomová práce, Právnická fakulta Masarykovy Univerzity, Brno, 2008/2009. 60 s.

Odborné články:

ANTOŠOVÁ, Lucie. *Vyhlídky českého zdravotnictví. Zdravotnictví a finance*, 2005, č. 1, s. 5.

BUCHAR, JIŘÍ. *Která opatření reformy zdravotnictví jsou opravdu nutná. Zdravotnictví a právo*, 2008, č. 1, s. 21 - 26.

HEBORT, Dušan. *Systém mezinárodních smluv o poskytování zdravotní péče. Zdravotnictví a právo*, 2008, č. 1, s. 13.

SLAVÍK, Jiří. *Poskytování zdravotní péče. Zdravotnictví a právo*, 2002, ročník 6, č. 1, s. 23.

ŠTUDENTOVÁ, M. *Nucená péče ve zdravotnictví. Zdravotnictví a právo*, 2007, č. 6, s. 7 - 12.

Použité právní předpisy:

Zákon č. 2/1993 Sb. o vyhlášení Listiny základních práv a svobod

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

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České Republiky, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, odborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu a zákon č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů stanoví základní zásady a podmínky poskytování zdravotní péče a ochrany zdraví, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy

Vyhláška č. 439/2008 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů. Úř. věšt. L 166/1, 30. dubna 2004, s. 78.

Judikatura:

Nález Ústavního soudu ze dne 28. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08

Nález Ústavního soudu ze dne 4. června 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02

Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 12. ledna 2005, sp. zn. 32 ODO 808/2003

Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 25. listopadu 2004, sp. zn. 33 Odo 547/2002

Internetové zdroje:

DÁŇKOVÁ, Šárka a kol. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Dostupné na <<http://www.uzis.cz/publikace/vyvoj-zdravotnictvi-ceske-republiky-roce-1989>>.

DOSTÁL, Ondřej. *Gynekologové si přilepšují. Kromě 30 korun chtějí i tisícikorunový poplatek* [online]. idnes.cz, 28. října 2010. Dostupné na <http://zpravy.idnes.cz/gynekologove-si-prilepsuji-krome-30-korun-chteji-i-tisicikorunovy-poplatek-1bj-/domaci.asp?c=A101025_171321_domaci_hv.>.

HOLUB, Petr. *Top 5 evropských zdravotnictví. České je mezi nimi* [online]. Aktuálně.cz, 7. ledna 2009. Dostupné na <<http://aktualne.centrum.cz/domaci/zivot-v-cesku/clanek.phtml?id=626429>>.

KUČERA, Petr. *Daň z tloušťky má zdražit sladkosti, buřty a limonády* [online]. aktuálně.cz, 21. dubna 2010. Dostupné na < <http://aktualne.centrum.cz/finance/nakupy/clanek.phtml?id=665838>>.

KUČERA, Petr. *Manažeři přijdou o desítky tisíc, peníze si vezme stát* [online]. Aktuálně.cz, 2. října 2009. Dostupné na < <http://aktualne.centrum.cz/finance/prace/clanek.phtml?id=649097>>.

NOVÁK, Martin a kol. *Obamova zdravotnická reforma prošla Kongresem i podruhé* [online]. Aktuálně.cz, 26. března 2010. Dostupné na < <http://aktualne.centrum.cz/zahranici/amerika/clanek.phtml?id=664322>>.

PERGL, Václav. *Spoluúčast pacientů stoupla o 123 procent* [online]. Medical tribune cz, 3. března 2010. Dostupné na < <http://www.tribune.cz/clanek/16793>>.

PETRÁŠKOVÁ, Lenka. *Lék na choré zdravotnictví* [online]. tribune.cz, MfD, 15.4.2010. Dostupné na < <http://www.tribune.cz/clanek/17328>>.

PETRÁŠKOVÁ, Lenka. *Spoluúčast českého pacienta je dnes už 15 procent* [online]. idnes.cz, 13. května 2010. Dostupné na < http://zpravy.idnes.cz/spoluucast-ceskeho-pacienta-je-dnes-uz-15-procent-a-toto-cislo-urcite-dale-poroste-g11-kavarna.asp?c=A100511_110918_kavarna_chu>.

PREZIDENT ČLK KUBEK, Milan. *Kdo nepodporuje lékaře, podporuje korupci* [online]. Aktuálně.cz, 11. ledna 2011. Dostupné na < <http://aktualne.centrum.cz/domaci/zivot-v-cesku/clanek.phtml?id=687716>>.

Předpisy EU o sociálním zabezpečení [online]. euroskep.cz, dostupné na < <http://www.euroskep.cz/723/sekce/predpisy-spolecenstvi-o-socialnim-zabezpeceni/>>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *REFORMA 2011* [online]., 6. ledna 2011. Dostupné na < http://www.mzcr.cz/dokumenty/priprava-a-realizace-reformy-zdravotnictvi-je-v-plnem-proudu_4549_1.html>.

Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2009 [online]. Dostupné na < http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/O-nas/Rocenky/rocenka_VZP_2009.pdf>.

Stanovisko Všeobecné zdravotní pojišťovny [online]. [vzp.cz](http://www.vzp.cz), Dostupné na < <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/FAQ/ZDR/index.html#FAQ43>>.

ŠPAČKOVÁ, Iva. *Stát trati na cizincích stamiliony ročně, neplatí veřejné zdravotní pojištění* [online]. idnes.cz, 24. srpna 2008. Dostupné na < http://ekonomika.idnes.cz/stat-trati-na-cizincich-stamiliony-rocne-neplati-verejne-zdravotni-pojisteni-1h9-ekonomika.aspx?c=A090823_200122_ekonomika_anv>.

TRUBAČ, Ondřej. *Trestní právo daňové* [online]. epravo.cz, 12. března 2010. Dostupné na < <http://www.epravo.cz/top/clanky/trestni-pravo-danove-60585.html>>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008* [online]. uzis.cz, 17. července 2010. Dostupné na < <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-zdravotnictvi-2008>>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009* [online]. Dostupné na < <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-zdravotnictvi-2009>>.

VLKOVÁ, Jitka. *Ministerstvo práce chce, aby živnostníci platili vyšší odvody* [online]. idnes.cz, 5. května 2010. Dostupné na < http://ekonomika.idnes.cz/ministerstvo-prace-chce-aby-zivnostnici-platili-vyssi-odvody-pbq-ekonomika.aspx?c=A100504_203212_ekonomika_vel>.

VLKOVÁ, Jitka. *Pojištění si budou platit i lidé pracující na dohodu, navrhlo vládě ministerstvo* [online]. idnes.cz, 6. listopadu 2010. Dostupné na < http://ekonomika.idnes.cz/pojisteni-si-budou-platit-i-lide-pracujici-na-dohodu-navrhlo-vlade-ministerstvo-gdy-ekonomika.aspx?c=A101105_192115_ekonomika_brm>.

Seznam použitých zkratk

CMU	Centrum mezistátních úhrad
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
LZPS	Listina základních práv a svobod
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OSVČ	Osoby samostatně výdělečně činné
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Seznam příloh

Příloha č. 1	Zdravotní pojišťovny provádějící veřejné zdravotní pojištění v roce 2009
Příloha č. 2	Evropský zdravotní průkaz, EHIC
Příloha č. 3	Síť zdravotnických zařízení v ČR
Příloha č. 4	Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví
Příloha č. 5	Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví v roce 2007
Příloha č. 6	Index nákladů zdravotních pojišťoven na jednotlivé segmenty zdravotní péče

Přílohy

Příloha č. 1

Zdravotní pojišťovny provádějící veřejné zdravotní pojištění v roce 2009	Počet pojištěnců
Všeobecná zdravotní pojišťovna	6 200 000
Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky	1 130 000
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	730 000
Odborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	673 000
Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky	550 000
Revírní bratrská pokladna	410 000
Zdravotní pojišťovna Metal-Alliance	400 000
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	130 000
Zdravotní pojišťovna Média	50 000

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven za rok 2009.

Příloha č. 2



Evropský zdravotní průkaz, EHIC.

Příloha č. 3

Síť zdravotnických zařízení v ČR

<i>DRUH ZAŘÍZENÍ</i>	<i>POČET ZAŘÍZENÍ</i>
Nemocnice (fakultní nemocnice, nemocnice, nemocnice násl. péče)	191
Odborné léčebné ústavy (léčebny pro dlouhodobě nemocné, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy a další)	154
Lázně	86
Samostatná ambulantní zařízení (sdružená ambulantní zařízení, samost. ordinace prakt. lékaře pro dospělé, samost. ordinace prakt. lék. pro děti a dorost, samost. ordinace prakt. lékaře stomatologa a další)	24 236
Zvláštní zdravotnická zařízení (kojenecké ústavy a dětské domovy, jesle, dopravní a záchranná zdr. služba a další)	407
Zařízení lékárenské péče	2 513
Celkem absolutně	27 659

Zdroj: www.uzis.cz

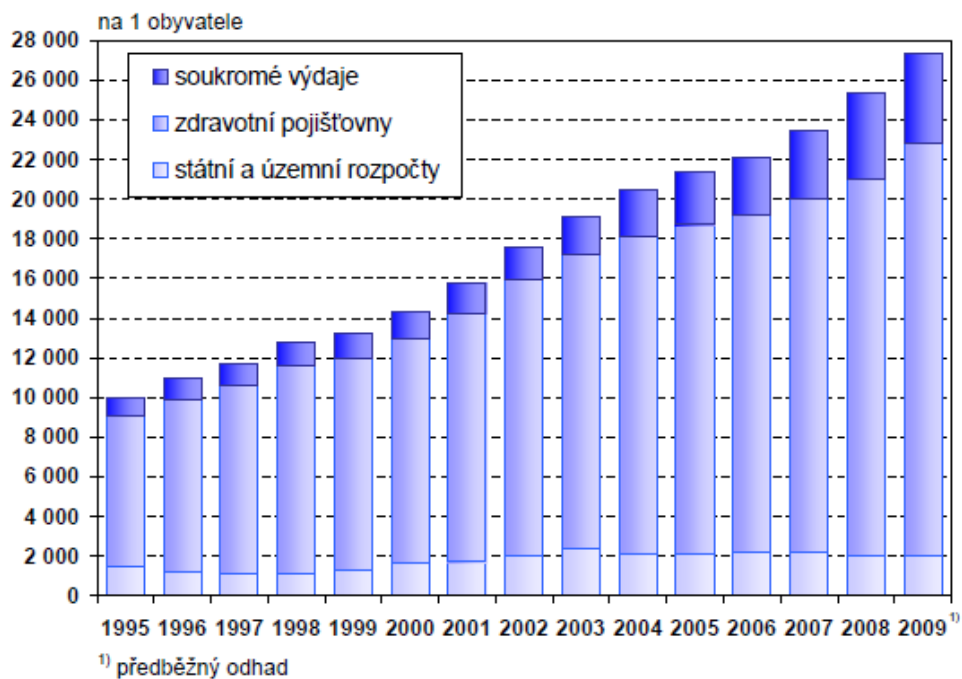
Příloha č. 4

Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví

Rok	Výdaje v milionech Kč			Výdaje na 1. obyv. v Kč
	Výdaje celkem	Státní a územní rozpočty	Zdravotní pojišťovny	
1995	93 309	15 076	78 233	9 032
2000	132 962	17 170	115 792	12 943
2001	145 206	17 346	127 860	14 202
2002	162 297	20 279	142 018	15 910
2003	175 592	23 891	151 701	17 212
2004	184 825	21 495	163 330	18 108
2005	191 356	21 263	170 093	18 698
2006	197 027	22 828	174 200	19 191
2007	206 565	22 851	183 713	20 011
2008	218 719	21 439	197 280	20 971

Zdroj: www.uzis.cz

Vývoj výdajů na zdravotnictví



Zdroj: www.uzis.cz

Příloha č. 5

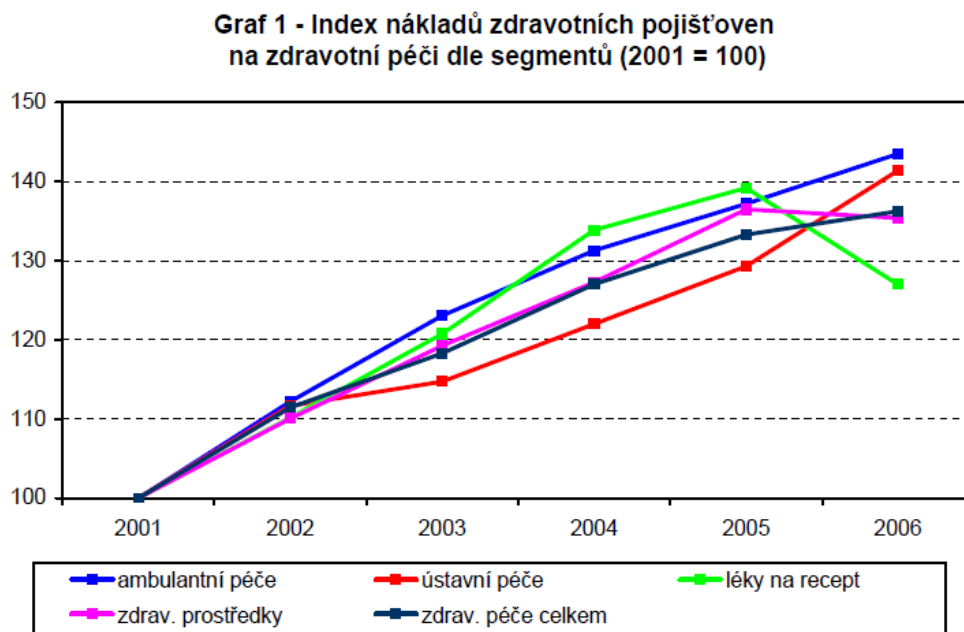
Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví v roce 2007

Věková skupina	Průměrné náklady na jednoho pojištěnce v Kč	
	Muži	Ženy
0 – 4	15 084	13 424
5 – 9	8 150	7 240
10 – 14	8 097	8 288
15 – 19	7 221	9 010
20 – 24	6 265	8 992
25 – 29	7 231	12 422
30 – 34	7 544	12 840
35 – 39	8 334	12 101
40 – 44	10 347	13 216
45 – 49	13 225	16 171
50 – 54	18 178	19 994
55 – 59	24 747	22 676
60 – 64	30 358	26 183
65 – 69	37 081	31 531
70 – 74	46 787	39 182
75 – 79	51 048	44 079
80 – 84	51 008	46 584
85 +	48 276	48 614
<i>průměr</i>	<i>16 418</i>	<i>19 029</i>

Zdroj: www.uzis.cz

Příloha č. 6

Index nákladů zdravotních pojišťoven na jednotlivé segmenty zdravotní péče



Zdroj: www.uzis.cz