



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra právních oborů, řízení a ekonomiky

Bakalářská práce

Práva a povinnosti pojištěnců v systému veřejného zdravotního pojištění

Vypracovala: Beata Rajčanová

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

České Budějovice 2014

Abstrakt

Název práce: Práva a povinnosti pojištěnců v systému veřejného zdravotního pojištění

Pro svou práci jsem si vybrala toto téma, protože se domnívám, že v současné době je vše, co se týká zdravotní péče, předmětem rozsáhlé diskuse. Jelikož je zdravotní pojištění provázané se zdravotní péčí, každý by měl mít o této oblasti alespoň základní znalosti, především přehled o svých právech a povinnostech. Tato práce souhrnně zpracovává jak práva, tak povinnosti pojištěnce. Jelikož se jedná o teoretickou práci, vycházela jsem z různých odborných zdrojů, a ke každému právu a povinnosti jsem shromažďovala informace.

V posledních letech prochází české zdravotnictví reformami a zákony jsou novelizovány. Tato práce aktuálně shrnuje práva a povinnosti pojištěnce, které jsou uvedeny v § 11 a 12 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Jelikož každý pojištěnec může být zároveň i pacientem, zabývala jsem se také zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

V práci vysvětluji stěžejní pojmy, které se týkají zdravotního pojištění, tedy co je pojištění a jeho vývoj. Částečně jsem se také zaměřila na historický vývoj zdravotního pojištění. Ten souvisí se sociální politikou a sociálním zabezpečením. Tato problematika je obsažena v předmětech, které provázejí mé studium, takže si myslím, že je vhodné zmínit historická východiska. Další část bakalářské práce se zabývá právní úpravou a principy, na kterých je všeobecné zdravotní pojištění založeno. Do těchto principů spadá povinná účast na veřejném zdravotním pojištění, svobodná volba zdravotní pojišťovny a lékaře a princip solidarity.

Stěžejní část práce je již konkrétně věnována jednotlivým právům a povinnostem.

Z práv pojištěnce stojí za zmínku především právo na výběr zdravotní pojišťovny a problematika s tím související, právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky. Hodně diskutovaným právem v současné době je právo na časovou a místní dostupnost, a také právo kontroly poskytnuté zdravotní péče. Z mého pohledu se mi zdá důležité zmínit projekt Karty života, který provozuje ZPMV ČR a ČPZP.

Ještě bych zmínila jedno důležité právo pojištěnce spojené s uplatňováním práv v rámci Evropské unie. V dnešní době hodně lidí cestuje jak za prací, tak rekreačně, a zajisté všechny zajímá, jak je to s pojištěním ve státech celé EU a státech mimo EU.

Z povinností stojí za zmínku např. oznamovací povinnost pojišťovně a zaměstnavateli, hrazení pojistného, protože pojistné musí hradit všichni pojištěnci. Domnívám se, že důležitou povinností je prevence, tedy podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám. Od ledna 2014 všechny zdravotní pojišťovny začaly zvat první klienty v rámci projektu „Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR – screeningové programy“ na tyto vysoce důležité prohlídky. Jsem přesvědčena, že tento preventivní program je správným krokem zdravotních pojišťoven. Díky prevenci lze ušetřit ve zdravotnictví velké finanční částky. A zastávám názor, že do budoucna bychom se všichni měli zaměřit hlavně na prevenci – zejména preventivní prohlídky, očkování atd.

Klíčová slova:

Veřejné zdravotní pojištění – Práva pojištěnce – Povinnosti pojištěnce – Vývoj pojištění

Abstract

Title: The rights and obligations of insured people in the public health insurance system

I chose this theme for my thesis because I believe that everything concerning health care is widely discussed nowadays. Because of the interconnection between insurance and health care, everyone should have at least basic knowledge about this topic, most importantly about the rights and obligations. This thesis summarizes both rights and obligations of an insured person. Since this is a theoretic thesis, I decided to base it on various expert sources and unite the information about each right and obligation.

In recent years the health care system is often being reformed and novelized, this thesis concerns the rights and obligations of an insured person as they are listed in Section 11 and 12 of Act No. 48/1997 Coll., on Public health insurance. Because of the fact that every insured person could also be a patient, I also followed up Act No. 372/2011 Coll., on Health care services and terms and conditions for the provision.

In this thesis I explain crucial terms regarding health insurance, thus I concentrate on what insurance is and on its history. Partially I also focused on historical development of health insurance, which is connected to social politics and social security. These issues are included in some of my school subjects, so I think it is appropriate to mention the historical background. Other part of this bachelor thesis concerns legislation and principles, which the general health insurance is based on. These principles cover mandatory involvement in public health insurance, freedom of one's choice among health insurance companies and doctors, and the principle of solidarity.

Then there is the main part of the thesis, which concerns individual rights and obligations.

From rights of an insured person, the right to choose your health insurance company and associated issues, or the right to choose the provider of health services in the territory of the Czech Republic, are worth a mention. Widely discussed right nowadays is the right for time and place availability and also the right for inspection of provided health service.

In my opinion it is important to mention a project called "Karta života" (The Card of life), which is run by ZPMV ČR and ČPZP.

I would also like to mention an important right - the exercise of rights in the European Union. Nowadays a lot of people travel for work or recreation and they are surely interested in the ways the health insurance work in the European Union and individual states.

There are also obligations of an insured person worth a mention - for example the obligation to notify the insurance company and the employer, and also the reimbursement of insurance, because every insured person is obliged to pay for health insurance. I believe that prevention (meaning to undergo preventive examinations when asked), is another important obligation. Since January 2014 all health insurance companies started to send invitations to clients as a part of a project called "Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR – screeningové programy" (System for support of prevention of selected neoplastic diseases in the Czech Republic - screening programmes). I think that health insurance companies are taking a step in the right direction with this preventive programme. Large amounts of money can be saved thanks to correct prevention. In my opinion we all should focus on prevention in the future - particularly on preventive examinations, vaccinations, etc.

Key words:

Public health insurance - Rights of an insured person - Obligations of an insured person - History of insurance

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 11. 8. 2014

.....

Beata Rajčanová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především vedoucí mé bakalářské práce paní JUDr. Boženě Kučerové, Ph.D. za cenné rady a odborné vedení.

Obsah

1	Úvod	12
2	Vymezení pojmů	15
	2.1 Co je to pojištění	15
	2.2 Vývoj pojištění	15
3	Vývoj všeobecného zdravotního pojištění	16
	3.1 Vývoj v Evropě	16
	3.2 Vývoj po vzniku Československa	17
	3.2.1 První republika	17
	3.2.2 Poválečné Československo	18
	3.2.3 Československá socialistická republika	20
	3.3 Zdravotní pojištění po roce 1990	20
4	Veřejné zdravotní pojištění v ČR.....	21
	4.1 Právní úprava.....	21
	4.2 Základní principy veřejného zdravotního pojištění.....	21
	4.2.1 Povinná účast na veřejném zdravotním pojištění	21
	4.2.2 Svobodná volba zdravotní pojišťovny a lékaře	22
	4.2.3 Princip solidarity	22
5	Práva a povinnosti pojištěnce.....	23
	5.1 Práva pojištěnce.....	23
	5.1.1 Právo na výběr zdravotní pojišťovny	23
	5.1.2 Právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky	26
	5.1.3 Právo na časovou a místní dostupnost hrazených služeb	29
	5.1.4 Právo na poskytnutí hrazených služeb	30
	5.1.5 Právo na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely	32
	5.1.6 Právo na poskytnutí informací od zdravotní pojišťovny o jemu poskytnutých hrazených službách	33
	5.1.7 Právo podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním	33
	5.1.8 Právo na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku.	34
	5.1.9 Právo na uhrazení částky přesahující limit pro regulační doplatky a poplatky	35

5.1.10	Právo na náhradu nákladů, které vynaložil na neodkladnou zdravotní péči čerpanou v cizině	36
5.1.11	Právo na náhradu nákladů, které vynaložil na zdravotní služby v jiném členském státě Evropské unie.....	37
5.1.12	Právo na informace týkající se možností čerpat zdravotní služby v jiných členských státech Evropské unie.....	39
5.2	Povinnosti pojištěnce.....	41
5.2.1	Oznamovací povinnost	41
5.2.2	Povinnost sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn	44
5.2.3	Povinnost hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné	44
5.2.4	Povinnost poskytnout součinnost při poskytování zdravotních služeb a kontrole průběhu individuálního léčebného postupu a dodržovat poskytovatelem stanovený léčebný postup	46
5.2.5	Povinnost podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám	46
5.2.6	Povinnost dodržovat opatření směřující k odvrácení nemoci....	50
5.2.7	Povinnost vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví	50
5.2.8	Povinnost prokazovat se při poskytování zdravotních služeb platným průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem vydaným příslušnou zdravotní pojišťovnou	51
5.2.9	Povinnost oznámit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce	52
5.2.10	Povinnost vrátit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce	53
5.2.11	Povinnost oznámit příslušné zdravotní pojišťovně změny jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla	53
5.2.12	Povinnost při změně zdravotní pojišťovny předložit nově zvolené zdravotní pojišťovně doklad o výši záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu, jde-li o osobu samostatně výdělečně činnou	54
5.2.13	Povinnost hradit poskytovateli regulační poplatky	54
6	Závěr	56
7	Seznam použitých zdrojů	56

Seznam použitých zkratk

AČMN	Asociace českých a moravských nemocnic
aktualiz.	aktualizované
BMI	index tělesné hmotnosti
CMÚ	Centrum mezistátních úhrad
č.	číslo
ČR	Česká republika
ČNR	Česká národní rada
ČPZP	Česká podnikatelská zdravotní pojišťovna
ČSR	Československá republika
EHIC	Evropský průkaz zdravotního pojištění
EHP	Evropský hospodářský prostor
EHS	Evropské hospodářské směrnice
EU	Evropská unie
HIV	virus lidské imunodeficiency
JUDr.	doktor práv
Kč	korun českých
MBA	Master of Business Administration
MUDr.	doktor medicíny
OBZP	osoba bez zdanitelných příjmů
odst.	odstavec
ONP	Okresní národní pojišťovny
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná

OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
Ph.D.	doktor
ř. z.	říšský zákoník
Sb.	Sbírka zákonů
Sb. z. a n.	Sbírka zákonů a nařízení
SSSR	Svaz sovětských socialistický republik
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný
USA	Spojené státy americké
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
vyd.	vydání
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
zák.	zákon
ZPMVČR	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

1 Úvod

Osoby s trvalým pobytem na území České republiky a také osoby, které jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR, a jsou v tomto zaměstnání účastny nemocenského pojištění, jsou také účastníky veřejného zdravotního pojištění, tedy pojištěnci. Jako takoví mají zákonem stanovena práva a povinnosti. Všichni bychom tato práva a povinnosti měli znát, neboť platí obecné pravidlo, že neznalost zákona neomlouvá. V případě, že občan nevyužije svých práv, žádný postih mu nehrozí. A je pravdou, že občané se vždy spíše zajímají o to, jaká mají práva, v případě povinností tomu je ale jinak. Nicméně i ve zdravotním pojištění má pojištěnec celou řadu povinností vůči zdravotní pojišťovně a při porušení některých z nich mu může být uložena sankce.

Právní systém veřejného zdravotního pojištění prošel zejména v posledních dvou letech úpravami a změnami, byl novelizován zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Dopad těchto změn se dotýká plátců veřejného zdravotního pojištění. Doposud nebyla souhrnným způsobem zpracována teoretická práce, která se zabývá právy a povinnostmi pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění. Neexistuje ucelená publikace, která by se věnovala pouze problematice práv a povinností pojištěnců v systému veřejného zdravotního pojištění. Existují pouze dílčí práce, které se tohoto tématu dotýkají pouze okrajově.

Sama jsem zaměstnancem zdravotní pojišťovny, a tak jsem toto téma pro svou bakalářskou práci uvítala. Ve zdravotní pojišťovně jsem zaměstnána na úseku služeb klientům a moje každodenní práce vycházela především ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tedy v rámci své činnosti ve zdravotní pojišťovně jsem pracovala se všemi skutečnostmi, které jsou uvedeny právě v § 11 a 12 tohoto zákona. Moje pracovní náplň především spočívala ve vydávání nových průkazů EHIC, zpracování hlášení zaměstnavatelů, na vyžádání pojištěnce jsem vydávala výpisy čerpání zdravotní péče atd. Také se dá říci, že práva pojištěnce se ve velké míře prolínají s právy pacienta, což je patrné v každé příručce rad pacientům. Každý pacient je zároveň pojištěncem zdravotní pojišťovny. V práci jsem se také dotkla práv pacientů, viz informovaný souhlas a revers.

Práva a povinnosti pacientů jsou uvedeny v zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, z kterého jsem čerpala.

Hned na začátku bakalářské práce, tedy ve druhé kapitole, jsem se zaměřila na vysvětlení pojmu pojištění a na vývoj typů pojištění. V třetí kapitole seznamuji s historickým vývojem všeobecného zdravotního pojištění. Nejprve průřezově shrnuji vývoj v Evropě a dále se zabývám vývojem pojištění po vzniku Československa. S účinností od 1. 1. 1992 se rozhodlo o zavedení všeobecného zdravotního pojištění. V roce 1997 byl přijat zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který v novelizovaném znění platí doposud.

Čtvrtá kapitola je věnována právní úpravě veřejného zdravotního pojištění a konkrétním principům, na kterých je všeobecné zdravotní pojištění založeno. Do těchto principů spadá povinná účast na veřejném zdravotním pojištění, svobodná volba zdravotní pojišťovny a lékaře a princip solidarity.

Stěžejní část, tedy pátá kapitola, se zabývá právy pojištěnců, např. právem na výběr zdravotní pojišťovny – jsou zde uvedena obecná pravidla včetně aktuálního seznamu zdravotních pojišťoven. Také je zde popsáno právo na místní a časovou dostupnost, které je v současné době hodně diskutované širokou veřejností, a také možnosti na poskytnutí hrazených služeb. Domnívám se, že důležité je právo na poskytnutí informací o hrazených službách pojištěnci, a s tím je spojené právo podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním. Nyní také dochází ke změnám v regulačních poplatcích, v této mé práci je tedy zpracována i tato problematika – viz vystavení dokladu o zaplacení regulačních poplatků, právo na uhrazení částky přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky. Regulační poplatky jsou i zpracovány v povinnostech pojištěnce, neboť pojištěnci mají povinnost hradit poskytovateli regulační poplatky. Poslední část práv pojištěnce je zaměřena na důležitá práva spojená s uplatňováním práv v rámci Evropské unie.

V páté kapitole jsou také uvedeny povinnosti pojištěnce, konkrétně potom oznamovací povinnost pojištěnce, zaměstnance a zaměstnavatele. Jednou z povinností je hrazení pojistného pojišťovně – kdo jsou plátcí pojistného, výpočet pojistného na

zdravotní pojištění, způsob platby pojistného. Jsem přesvědčena, že velmi důležitá je povinnost podrobit se preventivním prohlídkám. V této části se zabývám tím, jaké jsou typy prevence, typy očkování a také základním přehledem zdravotních prohlídek. V této Pojištěnci mají též povinnost prokazovat se platným průkazem pojištěnce, případnou ztrátu průkazu musí tuto skutečnost pojišťovně nahlásit a v jasně definovaných situacích také průkaz stávající pojišťovně vrátit.

Má bakalářská práce tedy přináší přehled všech práv a povinností, které jsou uvedeny v § 11 a 12 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění včetně jejich podrobného rozpracování.

2 Vymezení pojmů

2.1 Co je to pojištění

Pojištění je systém, soubor činností, kterými se lidé pojišťují na možná budoucí zdravotní rizika, a v případě, že taková potřeba nastane, čerpají ze sjednaného pojištění. To znamená, že pokud je někdo pojištěn, snižuje pojištění dopad různých nežádoucích událostí na pojištěnce. Nežádoucí události mohou být různé i s odlišnými dopady na jedince. Příkladem těchto událostí může být úraz, krádež, ztráta výtěžku, neúmyslné poškození věci, ale také zdraví. Pojištění je také způsob, který má za úkol uspokojit nahodilé potřeby jedince nebo i právních subjektů a kolektivů při určitých, přesně vymezených činnostech. [10]

2.2 Vývoj pojištění

Principy pojištění se časem vyvinuly do dnešní doby ze dvou základních směrů: institut soukromého, individuálního pojištění a institut veřejného kolektivního pojištění. Institut veřejného kolektivního pojištění dospěl až do stádia povinného pojištění, které ukládá zákon a které platí buď pro určitou skupinu občanů, nebo pro všechny občany daného státu. Institut veřejného pojištění se pojmenoval sociálním pojištěním. Do sociálního pojištění spadá nemocenské pojištění i zdravotní pojištění. [10]

3 Vývoj všeobecného zdravotního pojištění

3.1 Vývoj v Evropě

Zajištění odpovídající úrovni zdravotnictví, zdravotní a nemocenské pojištění se považují za součást povinností státu vůči svým občanům, na které podle ratifikovaných mezinárodních smluv a podle Listiny základních práv a svobod mají občané právo. Historicky se nejprve vyvíjelo preventivní veřejné zdravotnictví, to se týkalo veřejné ochrany obyvatelstva před infekcemi a teprve poté se začala vyvíjet individuální zdravotní péče. Veřejné ochranné preventivní zdravotnictví, tedy ochrana obyvatelstva, se začalo postupně vyvíjet poté, co se objevila epidemie moru a neštovic. Náklady na tyto služby byly hrazeny pouze z veřejných prostředků. Individuální péče byla v rukou rodiny nemocného. Poté, co se v 19. století začala rozvíjet industriální společnost, v rámci jednotlivých obcí se ukládaly povinnosti zaměstnavatelům a postupně se začaly utvářet i nemocenské pokladny. Nemocenské pokladny byly nejprve na bázi dobrovolnosti a posléze se přeměnily na povinné nemocenské pojištění. [19]

Na počátku osmdesátých let 19. století bylo na našem území okolo 400 pokladen s mnoha tisíci členy. V druhé polovině 19. století nastal v medicíně výrazný pokrok. Mezi počínající moderní medicínou a finančním krytím nákladů se začaly objevovat velké rozpory. Tím vznikl významný sociální problém. Tento problém, který rychle narůstal a postupně zachvacoval především průmyslově se rozvíjející země Evropy, se pokusil řešit německý císař Vilém I., který vydal koncem roku 1881 prohlášení, že sociální zákonodárství se stane podstatnou složkou politiky německé říše a sociální pojištění bude opatřením nejvýznamnějším. Do čela německé vlády se v roce 1883 dostává Otto von Bismarck a jeho vláda přijala první zákony o pojištění nemocenském, úrazovém a také invalidním. [10]

Byly tak položeny základy tzv. Bismarckova modelu sociálního pojištění, který velkou měrou ovlivnil pojišťovací systémy v mnoha zemích Evropy, včetně Rakouska-Uherska (především Předlitavsko), tj. i pro české země. Jelikož v té době byl předsedou rakousko-uherské vlády JUDr. Eduard hrabě von Taaffe, jsou někdy tyto zákony označo-

vány jako Taafeho reforma. V jejím rámci byl v roce 1888 přijat zákon o úrazovém pojištění dělníků (zákon č. 1/1888 ř. z.), zákon o nemocenském pojištění dělníků (zákon č. 33/1888 ř. z.) a v roce 1889 také zákon o bratrských pokladnách (č. 127/1889 ř. z.). Nemocenské pojištění bylo obligatorní, pojistné platili jak pojištěnci, tak i zaměstnavatelé. Zavedení povinného sociálního pojištění bylo důležitým okamžikem. V době prudkého industriálního rozvoje se totiž ukazovalo, že pojištění, fungující do té doby pouze na dobrovolném principu (svépomocné spolky, dělnické pokladny), vzhledem k malé zodpovědnosti některých zaměstnanců za svůj osud, není příliš vhodným řešením. [9]

V rámci chudinské péče byl již v druhé polovině 19. století v Rakousku i Uhrách zabezpečen nárok sociálně potřebných na lékařskou pomoc, ošetření a poskytnutí léků. Československá republika tedy zdělila po Rakousko-Uhersku soustavu zabezpečení státních zaměstnanců, kterým zdravotní péči hradil stát z veřejných rozpočtů, a také soustavu nemocenských pokladen fungujících podle zákona o nemocenském pojištění z roku 1888, které částečně hradily zdravotní služby. První republika tak zdělila soustavu rakousko-uherského nemocenského pojištění včetně financování zdravotní péče. [19]

Začátky pojišťovacích schémat byly na území dnešní České republiky zcela totožné s vývojem v Rakousku-Uhersku. [7]

3.2 Vývoj po vzniku Československa

3.2.1 První republika

Po skončení první světové války v hektické době vzniku Československé republiky, nebylo jednoduché vytvořit vlastní zákonodárství. ČSR proto převzala na základě tzv. recepční normy od Rakouska-Uherska i právní předpisy ze sociální oblasti. Posléze byly postupně přijímány vlastní nové právní předpisy. Nejvýznamnějším právním předpisem byl zákon č. 221/1924 Sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, jehož přijetí znamenalo pozitivní i prozíravý krok, zejména s ohledem na blížící se období nestability (hospodářská krize, nástup nacismu k moci). Nemocenské pojištění tedy podle tohoto zákona prováděly nemocenské pojišťovny, pojištění invalidní a starobní zajišťovala Ústřední sociální pojišťovna. [9]

Po vzniku Československa byly zákony vydanými v letech 1919 – 1924 zdravotní pojištění rozšířeno na všechny námezdně pracující a od roku 1925 bylo dále rozšířeno i na státní a veřejné zaměstnance. [10]

Jako první v Evropě ČSR v roce 1924 uskutečnila myšlenku komplexního sociálního pojištění dělníků. Tímto zákonem inspirovala další evropské státy. [20]

Zákon č. 221/1924 Sb. upravil pojištění zaměstnanců pro případ invalidity, nemoci a stáří. Již v roce 1930 působilo v tehdejším Československu několik typů nemocenských pojišťoven. V té době žilo v Československu přibližně 14 700 000 obyvatel a z toho byla zhruba polovina obyvatelstva pojištěna. Rozdíl v pojištění byl patrný mezi obyvatelstvem žijícím ve městech a na venkově. Ve městech bylo pojištěno zhruba 80 % obyvatel, na venkově to bylo necelých 40 %. Začaly také vznikat svazy nemocenských pojišťoven, které sdružovaly menší pojišťovny. Tyto svazy nemocenských pojišťoven začaly samy zřizovat a provozovat léčebny, ozdravovny, lázně, lékárny apod. Svazy také zajišťovaly smluvní vztahy mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče. Dozorčím orgánem nad nemocenskými pojišťovnami byla Ústřední sociální pojišťovna, které musely ostatní pojišťovny povinně předkládat podrobné zprávy o své činnosti. Základem zdravotní péče byl praktický lékař. Pojišťovna rozhodovala, zda uzná volnou volbu lékaře, či přikáže vázanou volbu. V té době nebylo ošetření u odborného lékaře-specialisty ze strany pojišťovny dávkou povinnou. Zajímavý byl vývoj počtu nemocenských pojišťoven, v roce 1925 bylo registrováno celkem 431 nemocenských pojišťoven, v roce 1935 počet poklesl na 281 nemocenských pojišťoven. [10]

3.2.2 Poválečné Československo

Po druhé světové válce bylo zákonodárství první Československé republiky v oblasti sociální převzato. Sociální situace byla velmi komplikovaná, jelikož pojistné fondy byly buď zabaveny okupační mocností, nebo znehodnoceny v důsledku válečných událostí (inflace). [9]

Do evropského vývoje sociálního pojištění po první světové válce zasáhlo i Československo svým zákonem o sociálním pojištění (1924), tento zákon se stal pro mnohé země vzorem, např. pro Řecko (1932). [20]

System zavedený v předválečném Československu přečkal i období okupace a ani v letech 1945 – 1948 nedošlo k velkým změnám. Teprve po únoru 1948 došlo ke změně, kdy nemocenské a důchodové pojištění bylo sjednoceno do jednoho povinného systému ve smyslu zákona č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, který byl na svou dobu velmi pokrokový. [9], [10]

Zákon o národním pojištění č. 99/1948 Sb. představuje ucelenou koncepci, která nahradila systémy z konce 19. a začátku 20. století. [11]

Vycházel z principů modelu národního pojištění, jak jej vypracoval v roce 1942 a také představil britský politik, ekonom a sociální reformátor sir William Beveridge. [9]

Správu tohoto systému přejala Ústřední národní pojišťovna se svými Okresními národními pojišťovnami (ONP). Pojišťovna získávala finance z příspěvků od pojištěnců a od zaměstnavatelů a zdravotní péči hradila pouze ve stanoveném rozsahu. V případě, že někdo nebyl pojištěn, hradil si péči přímou úhradou. V té době došlo ke znárodnění nemocnic, léčeben, lázní, zdravotnického a farmaceutického průmyslu i distribuce léčiv. [10]

Po roce 1948 se začalo upouštět od pojišťovacího principu a byly přijímány nové předpisy, které vycházely ze sovětských zkušeností. Stát převzal péči o občany (tzv. paternalismus) jako výraz ideologie redistributivního pojetí socialismu. [9]

V roce 1951 byl u nás zaveden sovětský tzv. Semaškův model (po vzniku SSSR byl Semaško prvním ministrem zdravotnictví). [10]

Semaškův model znamená naprosto zestátněné poskytování zdravotní péče a taktéž státem zajištěné pojistné krytí. [14]

Zákonem č. 102/1951 Sb. se důchodové pojištění oddělilo a osamostatnilo a zákonem č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči převzal na sebe péči o zdraví lidu stát. Finanční prostředky na zajišťování zdravotní péče dostávalo ze státního rozpočtu ministerstvo zdravotnictví a rozdělovalo je prostřednictvím krajských a okresních národních výborů tzv. přísně účelovým způsobem. Zdravotní péče se tak stala pro občany bezplatnou, i když byla financována z daní. [10]

3.2.3 Československá socialistická republika

Dne 17. března 1966 přijalo tehdejší Národní shromáždění Československé socialistické republiky zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., kde v článku V. v hlavních zásadách péče o zdraví lidu bylo konstatováno, že „péči o zdraví lidu poskytuje stát všem občanům bezplatně“. Zákon č. 20/1966 Sb. zrušil zákon č. 103/1951 Sb. a celou řadu dalších zákonů, vládních nařízení a nařízení ministerstva zdravotnictví. Důchodové pojištění zůstalo samostatné, to zákon č. 20/1966 Sb. nezměnil. [10]

3.3 Zdravotní pojištění po roce 1990

Zavést všeobecné zdravotní pojištění bylo rozhodnuto s účinností od 1. 1. 1992. Českou národní radou byl tedy přijat zákon – ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, a zákon ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně. Z důvodu omezení monopolu jedné zdravotnické pojišťovny, tj. Všeobecné zdravotní pojišťovny, došlo zákonem ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách k vytvoření určitého konkurenčního prostředí. Jenom do roku 1995 vzniklo 27 zdravotních pojišťoven. Řada z těchto pojišťoven zkrachovala a vložené finanční prostředky ochudily celý systém. [10]

V současné době je v ČR 7 zdravotních pojišťoven (viz kap. 5).

Největší zdravotní pojišťovnou s určitým privilegovaným postavením nadále zůstává Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP). V roce 1997 byl přijat zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který v platném znění dále platí. [10]

4 Veřejné zdravotní pojištění v ČR

4.1 Právní úprava

Právní úprava veřejného zdravotního pojištění je provedena:

- zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- zák. č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění

Činnost zdravotních pojišťoven, které zajišťují rozsáhlou činnost spojenou s financováním zdravotní péče, je provedena:

- zák. č. 551/1991 Sb., o VZP
- zák. č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

Velmi důležitou roli hrají také nařízení Evropské unie pro oblast zdravotního pojištění a sociálního zabezpečení a mezinárodní předpisy. Jde hlavně o tyto předpisy:

- nařízení Rady EHS č. 1408/71 a prováděcí nařízení Rady EHS č. 574/72
 - nařízení Rady EHS č. 883/2004 a prováděcí nařízení Rady EHS č. 987/2009
- [4]

4.2 Základní principy veřejného zdravotního pojištění

4.2.1 Povinná účast na veřejném zdravotním pojištění

Každý občan České republiky musí být zdravotně pojištěn, účast na zdravotním pojištění nezávisí na rozhodnutí občana, ale vzniká na základě zákona. Podle zákona č. 48/1997 Sb. jsou zdravotně pojištěny osoby, které:

- a) mají trvalý pobyt na území ČR;
- b) nemají trvalý pobyt na území ČR, ale tyto osoby jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR, a jsou v tomto zaměstnání účastny nemocenského pojištění

Zdravotní pojištění vzniká dnem narození, získáním trvalého pobytu na území ČR nebo také případně dnem, kdy se osoba bez trvalého pobytu na území ČR stala zaměstnancem.

Zdravotní pojištění zaniká dnem úmrtí pojištěnce, ukončením trvalého pobytu na území ČR, nebo v případě, kdy osoba bez trvalého pobytu na našem území přestala být zaměstnancem. [10]

4.2.2 Svobodná volba zdravotní pojišťovny a lékaře

Dle § 11 odst. 1 písm. a zák. č. 48/1997 Sb. má každý pojištěnec právo na svobodnou volbu zdravotní pojišťovny. A dále dle § 11 odst. 1 písm. b zák. č. 48/1997 Sb. má pojištěnec právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení. Více informací k těmto právům v kapitole 5. [10]

4.2.3 Princip solidarity

V České republice je postaven systém veřejného zdravotního pojištění na principu solidarity, tak jako v řadě zemí, kde se uplatňuje evropské pluralitní zdravotnictví. Tuto solidaritu lze chápat v trojím smyslu.

- a) solidarita zdravých a nemocných – v tomto případě si občan předplácí na možná budoucí zdravotní rizika
- b) solidarita v čase - solidarita mezi mladými a seniory zastoupenými v populaci
- c) solidarita v objemu – solidarita mezi bohatšími a chudšími, tzn. každý občan platí stejné procento pojistného z rozdílné výše příjmů

Při financování zdravotní péče platí také důležitá zásada, a to princip rovného přístupu občanů ke zdravotní péči. [10]

5 Práva a povinnosti pojištěnce

5.1 Práva pojištěnce

Práva pojištěnce jsou upravena zejména v § 11 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

5.1.1 Právo na výběr zdravotní pojišťovny

Dle § 11 odst. 1 písm. a zák. č. 48/1997 Sb. má každý pojištěnec právo na svobodný výběr zdravotní pojišťovny provádějící veřejné zdravotní pojištění. Každý pojištěnec může změnit zdravotní pojišťovnu jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni následujícího kalendářního roku. Přihlášku lze podat vybrané zdravotní pojišťovně a to nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny.

Přihlášku ke změně zdravotní pojišťovny k 1. lednu kalendářního roku můžeme podat pouze jednou. K případným dalším přihláškám se již nepřihlíží, a to ani tehdy, jsou-li podány v zákonem stanovené lhůtě.

Pokud chtěl pojištěnec např. změnit zdravotní pojišťovnu k 1. lednu 2015, musel podat k nově zvolené zdravotní pojišťovně přihlášku nejpozději do 30. června 2014.

Volba zdravotní pojišťovny je omezena nebo rozšířena jen v těchto případech: [10]

- **Likvidace, nucená správa, nerovnováha v hospodaření zdravotní pojišťovny**

V níže uvedených případech jsou pojištěnci oprávněni změnit zdravotní pojišťovnu v kratší lhůtě. Ke změně v těchto případech může dojít jen k 1. dni kalendářního měsíce, nejdříve však k 1. dni kalendářního měsíce následující po jedné ze tří uvedených variant.

- zdravotní pojišťovna vstoupí do likvidace (toto platí pouze pro zaměstnanecké pojišťovny)
- u pojišťovny je zavedena nucená správa

- Ministerstvo zdravotnictví na základě zjištěné nerovnováhy v hospodaření zdravotní pojišťovny vyhlásí ve sdělovacích prostředcích den pro změnu zdravotní pojišťovny [6],[10]

- **Narození dítěte**

Při narození dítěte se právo na výběr zdravotní pojišťovny nepoužije. Dnem narození se dítě stává pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna jeho matka v den jeho narození. [6],[8]

U novorozenců nemusí být uplatněná podmínka registrace 6 měsíců před požadovaným dnem změny, např. novorozenci narozenému v červenci 2014, je změna zdravotní pojišťovny umožněna k 1. lednu 2015. [37]

- **Vojáci v činné službě**

Vojáci v činné službě s výjimkou vojáků, kteří jsou povoláni v záloze k vojenskému cvičení a žáci vojenských škol, jsou podle zákona pojištěni u Vojenské zdravotní pojišťovny ČR (VoZP). V případě žáků vojenských škol, kteří nejsou v činné službě, jsou u VoZP pojištěni jen do posledního dne kalendářního měsíce, v němž ukončili službu nebo studium na vojenské škole. Od 1. dne následujícího kalendářního měsíce jsou pojištěni u zdravotní pojišťovny, u které byli před přechodem do VoZP registrováni. Pokud se rozhodnou pro přeregistraci k jiné pojišťovně, mohou tak učinit pouze v případě, že u stávající pojišťovny byli pojištěni nejméně 12 měsíců, přičemž doba pojištění u VoZP se do této doby nezapočítává. [10]

- **Sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny**

V případě sloučení nebo splynutí přecházejí všichni pojištěnci zrušené zdravotní pojišťovny podle zákona do nové pojišťovny. Když chtějí pojištěnci uplatnit vlastní volbu pojišťovny, mohou tak učinit v souladu se základními podmínkami pro změnu zdravotní pojišťovny, přičemž do 12 měsíců pojištění u jedné zdravotní pojišťovny se počítá i pojištění u sloučené nebo splynuté zdravotní pojišťovny. [10]

- **Osoby podléhající koordinaci EU**

U rodinných příslušníků výdělečně činných osob z EU, pokud nemají trvalý pobyt v ČR a v některých jiných případech podléhající koordinacím předpisům EU, může být svobodná volba zdravotní pojišťovny omezena s ohledem na administrativní možnosti. Pokud jsou pojištěni v ČR i rodinní příslušníci výdělečně činných osob na základě Nařízení Rady, je celá rodina pojištěna u jedné zdravotní pojišťovny. [10]

Obecná pravidla pro volbu zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovna není oprávněna přijmout pojištěnce v jiných lhůtách, než jaké jsou uvedeny v zákoně. Za osoby, které jsou nezletilé nebo za osoby bez způsobilosti k právním úkonům provádí změnu zdravotní pojišťovny jejich zákonný zástupce. [6],[10]

V případě, že pojištěnec žádá o změnu zdravotní pojišťovny, je pojišťovna povinna pojištěnci vyhovět, a to bez zbytečných průtahů. Stejně tak pojišťovna nemůže pojištěnci omezit dobu, po kterou u ní bude pojištěn, nebo vztah pojištěnce ke zdravotní pojišťovně sama ukončit. Zdravotní pojišťovna není oprávněna přijmout pojištěnce v jiných lhůtách, než je uvedeno v zákoně. [6],[10]

Aktuální seznam zdravotních pojišťoven

Plátcí pojistného a pojištěnci jsou povinni při plnění oznamovací povinnosti a při placení pojistného vždy komunikovat s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Základní informace o komunikaci zveřejňují jednotlivé zdravotní pojišťovny i na svých internetových stránkách, které jsou níže uvedeny. [10]

U většiny zdravotních pojišťoven se lze nyní registrovat i pomocí online formuláře, a tak odpadá návštěva konkrétní pobočky.

Výše zdravotního pojištění je ze zákona vždy stejná u všech zdravotních pojišťoven. Změnou zdravotní pojišťovny nemůže dojít ke snížení zdravotního pojištění ani pro zaměstnance ani pro OSVČ. Co však může být důvodem pro změnu zdravotní pojišťovny, je rozsah lékařské sítě, bonusy nebo dostupnost. [44]

Počet zdravotních pojišťoven v České republice postupně klesal, některé zdravotní pojišťovny se slučovaly, v současné době působí v ČR 7 zdravotních pojišťoven: [44]

- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (1. října 2012 došlo ke sloučení s pojišťovnou Metal - Aliance) [45]
 - ČPZP (<http://www.cpzp.cz> – kód 205)
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví - Oborová (<http://www.ozp.cz> – kód 207)
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
 - Revírní (<http://www.rbp-zp.cz> – kód 213)
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
 - VoZP (<http://www.vozp.cz> – kód 201)
- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (28. 3. 2011 došlo ke sloučení s pojišťovnou Média) [3]
 - VZP (<http://www.vzp.cz> – kód 111)
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
 - ZPŠ (<http://www.zpskoda.cz> – kód 209)
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky
 - ZPMVČR (<http://www.zpmvcr.cz> – kód 211)

[10],[56]

5.1.2 Právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky

Na stránkách České lékařské komory je umístěn seznam všech lékařů. Každá zdravotní pojišťovna má seznam zdravotnických zařízení a lékařů, se kterými uzavřela smlouvu. Každý pojištěnec může do těchto seznamů nahlédnout.

Pojištěnec má nárok na výběr lékaře, s výjimkou závodní zdravotní služby, který má uzavřenou smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Toto právo platí i ve vztahu k jakémukoliv zdravotnickému zařízení a pojištěnec ho může uplatnit jednou za tři měsíce. Pojištěnec má také právo na výběr dopravní služby, která má smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou. [8]

V § 48 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách je jasně definováno, kdy může poskytovatel odmítnout přijetí pacienta do péče a jde tedy o případ, kdy přijetím pojištěnce do péče bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře. Tím se rozumí stav, kdyby zajištěním zdravotních služeb o tohoto pacienta došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientům již přijatým. Dalším důvodem odmítnutí pacienta může být situace, kdy tomu brání provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení. [10], [55]

Dalším případem odmítnutí pacienta je důvod přílišné vzdálenosti místa trvalého nebo přechodného pobytu, a lékař by tedy nemohl řádně plnit povinnost návštěvní služby. Každé takové odmítnutí převzetí pacienta do péče musí být lékařem pojištěnci písemně potvrzeno. Lékař nemůže odmítnout pojištěnce v případě neodkladné péče a také ze stanoveného spádového území. [10]

Lékař dále může odmítnout pacienta, který není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění; toto právo se nevztahuje na pojištěnce z jiných států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Švýcarské konfederace, či ze států, se kterými má Česká republika uzavřenu smlouvu o sociálním zabezpečení, zahrnující ve věcném rozsahu nároky na zdravotní péči. [55]

Poskytovatel má ale také ze zákona určeno, kdy může ukončit péči o pacienta, a to např. v případě, že se souhlasem pacienta ho předá do péče jiného poskytovatele, pominou důvody pro poskytování zdravotních služeb nebo pokud pacient vysloví nesouhlas s poskytováním veškerých zdravotních služeb.

Dalším důvodem může být i to, že pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, úmyslně a soustavně nedodržuje navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb nevyslovil souhlas, nebo se neřídí vnitřním řádem a jeho chování není způsobeno zdravotním stavem, nebo pokud přestal poskytovat součinnost nezbytnou pro další poskytování zdravotních služeb; to neplatí, jestliže neposkytování součinnosti souvisí se zdravotním stavem pacienta.

Důležité je, že ukončením péče nesmí dojít k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému poškození zdraví pacienta. [55]

Nemělo by se stávat, že smluvní poskytovatel zdravotních služeb by nemocného pojištěnce odmítal bez důvodu, nebo že by jeho přijetí a ošetření podmiňoval nějakou finanční platbou.

Lékař musí ošetřit pacienta v případě, že jde o:

- neodkladnou péči
- porod
- ochranu veřejného zdraví
- ochranu zdraví při práci
- krizové situace
- výkon ochranného léčení nařízeného soudem

Naproti tomu nesmluvní poskytovatel zdravotních služeb má povinnost poskytnout pouze péči nutnou a neodkladnou, v případě péče „odkladné“ je přijetí či nepřijetí pacienta věcí smluvní svobody. V tom případě je na rozhodnutí pacienta a nesmluvního poskytovatele zdravotních služeb, zda se dohodnou na podmínkách a ceně, kterou bude třeba zaplatit. [47],[55]

5.1.3 Právo na časovou a místní dostupnost hrazených služeb

Eduard Sohlich [68], ředitel Nemocnice Hranice na Přerovsku, předseda AČMN uvádí, že problémem v dostupnosti hrazených služeb je ve finanční úhradě na straně zdravotních pojišťoven. „*Kapacita zdravotnických zařízení, ta je dostatečná v naší republice, ale zdravotní pojišťovny nás limitují v úhradách a paradoxně úhradová vyhláška letošního roku, kterou vydalo ministerstvo zdravotnictví, zhorší časovou dostupnost zdravotní péče.*“

Definice místní a časové dostupnosti:

- **místní** dostupnost hrazených služeb - tím se rozumí přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu trvalého pobytu nebo k místu bydliště pojištěnce. Místní dostupnost se vyjadřuje dojezdovou dobou, tu stanovuje vláda nařízením.
- **časovou** dostupnost hrazených služeb - rozumí se jí zajištění poskytnutí neodkladných a akutních hrazených služeb ve lhůtě odpovídající jejich naléhavosti. Lhůty vyjadřující časovou dostupnost plánovaných hrazených služeb stanoví vláda nařízením. [57]

Dostupnost lze negativně vymezit jako překážky, které pacient má anebo nemá při čerpání zdravotní péče. Systém by tedy neměl umožňovat vznik překážek, které by pacient nebyl schopen překonat. V případě, že tyto překážky existují, měly by se postupně odstraňovat. Z hlediska dostupnosti zdravotní péče zaznamenáváme překážku geografickou, časovou, finanční a profesionální. [31]

Časovou a místní dostupnost zdravotnických služeb řeší nařízení vlády č. 307/2012 Sb. [49]

V poslední době se objevilo v médiích několik případů, že nemocnice odmítla přijmout pacienta v akutním stavu, kterého dopravuje Rychlá záchranná služba. V takovém případě pak Rychlá záchranná služba hledá další dostupnou nemocnici a tím ztrácí čas, který je v akutním případěch pro pacienta zásadní.

Svaz pacientů ČR v čele s prezidentem Lubošem Olejářem již na tuto problematiku upozornil, když zveřejnil výzvu určenou pro ministra zdravotnictví MUDr. Svatopluka Němečka, MBA. V této výzvě zdůrazňuje nepřijatelnou situaci, která vzniká, když pražské nemocnice nejsou ochotny přijímat akutní pacienty. Pražské nemocnice tak porušují zákonné právo pacientů na poskytnutí potřebné zdravotní péče v jejich akutním stavu. [61]

Luboš Olejář [61], prezident Svazu pacientů ČR ve výzvě zasláné ministru zdravotnictví, uvádí: *„Důrazně upozorňujeme, že význam Rychlé záchranné služby pro pacienty vzrostl, protože zbyla jako jediný způsob záchrany pro pacienty v nouzi. K jejímu dobrému fungování je nutné, aby pacienti byli přijímáni a ošetřeni v první nemocnici, do které jsou přivezeni, a teprve po jejich vyšetření se rozhodovalo, zda tam také budou hospitalizováni, nebo odvezeni jinam, jestliže to je nutné z důvodu umístění na specializovaném pracovišti.“*

Ministr zdravotnictví MUDr. Svatopluk Němeček MBA [64] v článku uvádí: *„Jestli je pacient v ohrožení života, či nikoliv, na to existují standardizované postupy. Pokud zdravotnický personál záchranné služby stanoví, že jde o život, tak se dispečink vůbec s nemocnicí nebaví, ale rovnou jí oznámí, že pacienta veze a nemocnice je povinna se o něj postarat, byť by měla stávající pacienty z jednotek intenzivní péče přeložit na standardní lůžka.“*

5.1.4 Právo na poskytnutí hrazených služeb

Pojištěnec má právo na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. [56]

Právo na bezplatnou zdravotní péči je zakotveno v článku 31 Listiny základních práv a svobod, podle kterého mají nárok na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky občané České republiky, a to na základě veřejného pojištění a podmínek, které stanovuje zákon. V Listině základních práv a svobod je článek 31 systematicky zařazen do hlavy čtvrté označené jako „Hospodářská, sociální a kulturní práva“, právo na bezplatnou péči

tedy není základním právem, ale jeho realizace je závislá na dosažené hospodářské a sociální úrovni státu. To znamená, že se nejedná o nárok neomezený, jak je někdy z Listiny dovozováno, ale jde o nárok limitovaný možnostmi státu, respektive rozsahem veřejného zdravotního pojištění.

Ekonomickými možnostmi státu je možné omezit nárok pojištěnce na bezplatnou péči, ale pouze na úrovni zákona. Tento zákon musí schválit Parlament České republiky.

Nikdo nemůže pojištěnce omezovat v tomto nároku ani zdravotní pojišťovna ani poskytovatel zdravotních služeb.

Na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění platí, že ze zdravotního pojištění musí být uhrazeny zdravotní služby, které:

- nejsou zákonem o veřejném zdravotním pojištění vyloučeny z úhrady a současně
- byly poskytnuty s cílem zlepšit nebo zachovat zdravotní stav pojištěnce, nebo zmírnit jeho utrpení [18]

Tedy bezplatné čerpání péče mohou užívat jen ti pacienti, kteří jsou ze zákona účastníky zdravotního pojištění. Bezplatné čerpání péče lze uplatnit jen u těch poskytovatelů zdravotních služeb, kteří uzavřeli smlouvu o poskytování a úhradě péče se zdravotní pojišťovnou konkrétního pojištěnce. Jinde se tato práva (s výjimkou neodkladné péče) neuplatní; nesmluvní poskytovatel zdravotních služeb jej až na nouzové situace nemusí vůbec přijmout a pokud pacientovi poskytne své služby, bude je muset pacient zaplatit. [47]

Ze zákona vyplývá, že jakýkoliv lékařský zákrok může být proveden pouze tehdy, pokud s ním souhlasí pacient. Aby byl souhlas platný, musí pacient mít k dispozici dostatek informací. Právě proto se mluví o informovaném souhlasu. [2]

Informace, které pacient získá, musí především zahrnovat poučení o účelu, povaze, důsledcích a rizicích zákroku. [17]

Podle zákona je povinen poučení poskytnout pacientovi lékař, nikoliv zdravotní sestra či jiný zdravotnický pracovník. [16]

V § 31 odst. 3, zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách je uvedeno, že informaci o zdravotním stavu podává ošetřující zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb, kterých se podání informace týká; ošetřující zdravotnický pracovník provede do zdravotnické dokumentace záznam o tom, že byla informace podána. [55]

Klíčovou výzvou k reformě zdravotnictví v příštích desetiletích bude hlavní úkol udržovat kvalitní péči dostupnou pro všechny obyvatele České republiky, přičemž se bere v úvahu hospodářský rozvoj, demografické stárnutí a kapacita systému. Budoucí reformy se zaměří především na práva pacientů. [25]

5.1.5 Právo na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely

Pojištěnec má právo na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely bez přímé úhrady, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu s tímto zákonem; to platí i v případech, kdy poskytovatel lékařské péče nemá se zdravotní pojišťovnou pojištěnce uzavřenu smlouvu. [50]

Podle přílohy č. 2 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění se ze zdravotního pojištění při poskytování ambulantní zdravotní péče hradí léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely. V případě poskytování lůžkové péče se hradí veškeré léčivé přípravky ze zdravotního pojištění. [13]

Na léky si musí pojištěnec většinou připlácet, a to je tzv. spoluúčast. Spoluúčast se tedy týká především léků, stomatologických výrobků a zdravotnických pomůcek. Léky jsou rozděleny do skupin, podle toho, k čemu slouží. V každé takové skupině je alespoň jeden lék plně hrazený, ostatní se hradí jen částečně, nebo nejsou hrazeny vůbec. [2]

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

Pojištěnec může získat výpisem údaje o zdravotní péči, kterou uhradila pojišťovna v období posledních 12 měsíců včetně částečně hrazených léčivých přípravků, regulačních poplatků a doplatků a potravin pro zvláštní lékařské účely. [33]

Pojištěnci mohou informace získat několika způsoby. Mají možnost o výpis požádat přímo na pobočce své zdravotní pojišťovny, někdy je možné výpis předložit klientovi na počkání. Pojištěnec má také možnost o výpis požádat písemně a zároveň písemně dostane v doporučeném dopise informace o jemu poskytnutých hrazených službách. [63]

Podle získaných dat si každý pojištěnec může zkontrolovat, zda zdravotní péče vyúčtovaná na jeho rodné číslo byla skutečně poskytnuta a je tedy oprávněně uhrazena. [63]

5.1.7 Právo podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním

Za účelem kontroly poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním si může pojištěnec 1 x ročně vyžádat od zdravotní pojišťovny údaje o zdravotní péči uhrazené za něj v období posledních 12 měsíců. [8]

Některé zdravotní pojišťovny umožňují kontrolu dálkovým přístupem do osobního účtu a zde si může pacient zkontrolovat prvky poskytnuté zdravotní péče. Tuto možnost nabízí např. ZPMV ČR a ČPZP prostřednictvím Karty života. [46]

Karta života je souhrn důležitých údajů o zdravotním stavu pojištěnce, které má pojišťovna v databázi uložené. Pojištěnec dostane symbol na průkaz pojištěnce, a tak je zdravotní záchranná služba informována o tom, že má pojištěnec zřízenou Kartu života.

Karta života obsahuje 3 následující služby:

- **výpis ze zdravotního účtu** – podrobný přehled výdajů za poskytnutou zdravotní péči, přehled vydaných léků a zdravotnických prostředků za 3 roky zpětně
- **správná a bezpečná léčba** – na Kartě života si může pojištěnec vyplnit důležité údaje o svém zdravotním stavu, tyto údaje jsou pojištěnci kdykoliv přístupné

v elektronické podobě, má možnost si je kdykoliv vytisknout, to vše vede k dalšímu zkvalitnění zdravotní péče

- **záchrana života** – umožňuje rychlý přístup k informacím pro zdravotnickou záchrannou službu, to může pomoci zachránit život nebo alespoň zmírnit zdravotní následky [69]

Pokud je pojištěnec nespokojen a má za to, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče, může:

- podat návrh na přezkoumání vedoucímu zdravotnického zařízení nebo jeho zřizovateli
- obrátit se na Českou lékařskou komoru, Českou stomatologickou komoru nebo Českou lékárnickou komoru
- obrátit se na zdravotní pojišťovnu, jejímž je pojištěncem v případě, že zdravotnický pracovník odmítne provést zdravotní výkon spadající do hrazené péče
- obrátit se na příslušný orgán státní správy, který provedl registraci zdravotnického zařízení [8]

5.1.8 Právo na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku

Každý pacient má ze zákona právo vyžádat si při každé platbě doklad o zaplaceném regulačním poplatku. Tento doklad se však vydává pouze na žádost pacienta, pokud se tak nestane, lékař není povinen ho vydat. Doklad pacientovi slouží především jako potvrzení o provedené platbě. Doklad o zaplacených regulačních poplatcích a doplácích by měl vždy obsahovat tyto základní položky: výši regulačního poplatku, datum zaplacení poplatku, číslo pojištěnce, razítko zdravotnického zařízení a podpis odpovídajícího pracovníka. Pokud doklad vystavilo zařízení lékárenské péče, neměl by na dokladu chybět navíc ještě název léku a výše doplatku, který se započítává do výše ročního ochranného limitu. [36]

5.1.9 Právo na uhrazení částky přesahující limit pro regulační doplatky a poplatky

Limity regulačních poplatků:

Limit regulačních poplatků je stanoven pro děti do 18 let a pojištěnce nad 65 let ve výši 2 500 Kč. Pro všechny ostatní pojištěnce je stanoven limit ve výši 5 000 Kč za rok.

Částky započitatelných regulačních poplatků a započitatelných doplatků na léčiva přesahující tento limit v kalendářním roce pojišťovna pojištěncům vyplácí. [67]

Paradoxem ale je, že regulační poplatky jsou příjmem poskytovatelů zdravotních služeb, ale přeplatky nad 2500 Kč a 5000 Kč vrací zdravotní pojišťovny.

Všichni poskytovatelé zdravotních služeb mají stanovenou povinnost sdělovat zdravotním pojišťovnám informace o vybraných regulačních poplatcích.

Do ochranného limitu se započítávají:

- poplatek 30 Kč za vyšetření u lékaře
- poplatek 30 Kč za recept
- doplatky za léky – pouze nejlevnější varianta

Do ochranného limitu se nezapočítává poplatek 90 Kč za návštěvu pohotovosti. Seznam léčiv s jejich poplatky a doplatky je uveden na stránkách ministerstva zdravotnictví. [62]

Zákon ukládá zdravotním pojišťovnám, aby hlídaly překročení limitu pojištěnce. Po skončení každého čtvrtletí má zdravotní pojišťovna povinnost do 60 dnů odeslat klientovi případné přeplatky. Zdravotní pojišťovny pak vracejí přeplatky v částce vyšší než 50 Kč, v případě nižší částky jsou pojištěnci převedeny peníze do dalšího čtvrtletí. V případě úmrtí pojištěnce finanční částky nezůstávají zdravotní pojišťovně, ale mají na ní nárok pozůstalí, tzn. poplatky se stávají součástí dědictví. [62]

5.1.10 Právo na náhradu nákladů, které vynaložil na neodkladnou zdravotní péči čerpanou v cizině

Podmínky účasti v systému zdravotního pojištění se řídí pouze místními národními předpisy.

Účast pojištěnce v systému zdravotního pojištění třetího státu automaticky nevylučuje účast v systému českém. Osoba může být současně pojištěna ve více státech.

Pojištěnec se může odhlásit z účasti v českém systému veřejného zdravotního pojištění v případě očekávaného dlouhodobějšího pobytu v jiném státě (musí trvat alespoň 6 měsíců). Tato možnost existuje pro pojištěnce, i v případě, že je do třetího státu vyslán českým zaměstnavatelem.

Po dobu odhlášení pojištěnce nemá český systém jakoukoliv odpovědnost za hrazení nákladů na zdravotní péči.

Po návratu do ČR je při podání žádosti o obnovení účasti v systému veřejného zdravotního pojištění nutno doložit existenci jiného zdravotního pojištění (komerčního nebo zákonného), a to po celou dobu trvání odhlášení. Pokud se ukáže, že pojištěnec nebyl po dobu zahraničního pobytu pojištěn, bude zdravotní pojišťovna vymáhat doplacení pojistného za celé uplynulé období, jako by se osoba vůbec neodhlásila. [35]

OBZP je povinna v případě, že neodváděla pojistné, platit také penále ve výši 0,05 % dlužné částky za každý kalendářní den, ve kterém nebylo pojistné nebo záloha na pojistné uhrazena ve stanovené lhůtě. Zdravotní pojišťovna je podle zákona povinna v takovém případě vymáhat na dlužníkovi zaplacení pojistného včetně penále. [65]

Pokud není osoba pojištěncem tamního systému veřejného zdravotního pojištění, nemusí být garantováno stejné zacházení, jaké je běžné u tamních pojištěnců. [35]

Co se týče EU zde platí princip rovného zacházení tzv. našemu občanovi je v zahraničí poskytována zdravotní péče za stejných podmínek a ve stejných cenách jako místním občanům. [41]

Nárok na náhradu nákladů na zdravotní péči ze strany české pojišťovny existuje pouze v případě českého pojištěnce, neodhlášeného z důvodu dlouhodobého pobytu v zahraničí, který ve třetím státě čerpal a také sám uhradil náklady na poskytnutou neodkladnou péči. Náhrada vynaložených nákladů je provedena do výše české ceny na základě §14 zákona č. 48/1997 Sb.

Pokud si pojištěnec sjednal komerční cestovní pojištění, může mu vzniknout nárok na úhradu nákladů v případě, že pojistná smlouva ve svém rozsahu kryje pojistnou událost. [35]

5.1.11 Právo na náhradu nákladů, které vynaložil na zdravotní služby v jiném členském státě Evropské unie

Dnem 22. dubna 2014 nabyly účinnosti změny zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a dalších souvisejících zákonů. Přijaté změny zákona implementují do českého právního řádu směrnici Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24 ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

Na základě této novely zákona mohou pojištěnci čerpat plánovanou zdravotní péči v jakémkoliv zdravotnickém zařízení, ať už soukromém či smluvním, a to kdekoliv v rámci celé Evropské unie. V případě, že jim bude taková péče poskytnuta, pak za ni na místě zaplatí v hotovosti a následně pojištěnec požádá svoji zdravotní pojišťovnu o náhradu takto vynaložených nákladů. Zdravotní pojišťovna nahradí takovou částku, kterou by vynaložila za stejnou péči v České republice, nejvýše však v takové výši, kolik pojištěnec skutečně zaplatil. Podmínkou náhrady nákladů je, že se jednalo o péči, která je v České republice hrazenou, přičemž byly současně splněny případné podmínky stanovené pro čerpání takové péče.

Přijetím zákona č. 60/2014 Sb. jsou tak upraveny podmínky týkající se čerpání zdravotních služeb na území členských států Evropské unie, případně v přímé návaznosti na institut předchozího souhlasu dle nového ustanovení § 14b zákona č. 48/1997 Sb. [40]

Doklady pro zdravotní pojišťovnu

Za účelem bezproblémového finančního vyrovnání se zdravotní pojišťovnou si pojištěnec musí nechat vystavit co nejpodrobnější doklad o zaplacení. Po návratu pojištěnec kontaktuje svou zdravotní pojišťovnu a požádá ji o proplacení péče v zahraničí. K vyplněné žádosti se přikládá:

- originál účetního nebo jiného dokladu o zaplacení zahraničnímu poskytovateli zdravotních služeb
- lékařskou zprávu, z níž bude patrný charakter a rozsah poskytnuté péče [38]
- rozdíl mezi komerčním cestovním pojištěním a nárokem z koordinačních nařízení EU

Rozdíl mezi sjednaným komerčním cestovním pojištěním a nárokem z koordinačních nařízení EU (883/2004 a 987/2009) spočívá v rozsahu krytí pojistných událostí a v poskytovaných službách.

- **nevýhody nároku** z nařízení ve srovnání s nárokem z komerční pojistky.
Nárok z titulu nařízení nekryje:
 - náklady na spoluúčast
 - náklady na převoz do ČR
 - náklady na převoz ostatků

Při potřebě ošetření nelze využít možnosti asistenční služby.

- **výhody nároku** z nařízení oproti nároku z komerční pojistky:
 - bezplatné vystavení Evropského průkazu zdravotního pojištění nebo potvrzení dočasně nahrazujícího tento průkaz
 - nárok pojištěnce není omezen maximální finanční částkou
 - nárok není omezen na nemoci, které se vyskytnou u osoby poprvé až při pobytu v jiném státě

- na rozdíl od komerčního cestovního pojištění jsou lékaři v jednotlivých státech povinni uznávat nárok z nařízení
- většinou může pojištěnec uplatnit nárok i v případě, kdy k úrazu došlo při vysokohorské turistice nebo při jiné rizikové činnosti
- nárok trvá po celou dobu pojistného vztahu u české zdravotní pojišťovny a lze jej uplatnit i dodatečně

V zemích „evropského prostoru“ vstupuje český občan do režimu zdravotního pojištění platného pro místní pojištěnce. Z toho vyplývá mimo jiné i povinnost českých občanů platit spoluúcast za poskytnutou zdravotní péči jako místní pojištěnci, přičemž v porovnání s našimi poměry je spoluúcast v mnoha státech vysoká.

Případná spoluúcast by byla hrazena z komerčního cestovního zdravotního připojištění, přičemž je nutno si uvědomit, že tato spoluúcast by pojištěnci jinak v žádném případě českou zdravotní pojišťovnou refundována nebyla.

Zdravotní pojišťovna posoudí, jakou část nákladů lze nahradit, a tuto částku zašle pojištěnci způsobem, který si zvolil v žádosti. [38]

5.1.12 Právo na informace týkající se možností čerpat zdravotní služby v jiných členských státech Evropské unie

Daněk [38] v článku uvádí, že: „*v souvislosti s možností čerpat zdravotní služby v jiném členském státě Evropské unie je zakotveno právo pojištěnce na potřebné informace, na jejichž základě by mohl využít svých práv v rámci volného pohybu po členských státech EU. Informace o čerpání zdravotních služeb doposud poskytovalo Centrum mezinárodních úhrad (CMÚ), které je sdružením právnických osob (zdravotních pojišťoven). Hlavním úkolem CMÚ je však především zajišťování agendy přeúčtování nákladů za zdravotní služby čerpané podle nařízení č. 883/2004 a nařízení č. 987/2009 a mezinárodních smluv.*“

Pro vyšší přehlednost je § 14 zákona č. 48/1997 Sb. nově rozdělen do pěti odstavců. Oproti stávající právní úpravě se zavádí nově pojem náhrada. Pojmem náhrada se rozumí

následné proplacení částky, která byla v předchozí době bezprostředně uhrazena za zdravotní služby. V zákoně se tedy rozlišují pojmy úhrada a náhrada.

Ve správním řízení rozhoduje zdravotní pojišťovna o výši náhrady nákladů. Způsob, jakým je vypočítána částka, která by za služby byla jinak hrazena na území České republiky, je stanoven v § 14 zák. č. 48/1997 Sb. Pojištěnci se však nenahrazuje částka vyšší, než která byla na poskytnuté zdravotní služby skutečně vynaložena.

V některých případech je podmíněna náhrada nákladů na hrazené přeshraniční služby, a to za situace, že je udělen předchozí souhlas podle § 14b zákona č. 48/1997 Sb. V tomto případě se pojištěnci poskytne náhrada nákladů pouze tehdy, byl-li předchozí souhlas udělen. [40]

Jako hrazené přeshraniční služby, které vymezuje vláda České republiky nařízením, u nichž je poskytnutí náhrady nákladů podmíněno předchozím souhlasem, lze vymezit pouze:

- **plánované hrazené služby**, pro které jsou nařízením vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb stanoveny lhůty časové dostupnosti a které současně vyžadují hospitalizaci nebo vysoce specializované přístrojové nebo zdravotnické vybavení
- **hrazené služby zahrnující léčbu**, která představuje zvláštní riziko pro pacienta nebo obyvatelstvo.

Zdravotní pojišťovna může odmítnout udělit pojištěnci předchozí souhlas například tehdy, jestliže je důvodná obava, že by čerpání hrazených přeshraničních služeb mohlo mít za následek podstatné ohrožení veřejného zdraví. [40]

Čeští pojištěnci, kteří chtějí cíleně vycestovat za účelem čerpání zdravotní péče do jiného státu, mají z hlediska úhrady nákladů léčení následující možnosti:

- pojištěnec může bez souhlasu své zdravotní pojišťovny vycestovat do jiného státu EU za účelem čerpání zdravotní péče (v tom případě náklady platí poskytovateli pacient a má poté nárok na dodatečnou náhradu nákladů do výše české ceny stejné péče; péče musí být hrazena i v ČR)

- pojištěnec může požádat svou českou zdravotní pojišťovnu o souhlas s úhradou plánované zdravotní péče v členském státě EU, EHP, ve Švýcarsku (náklady jsou poskytovateli hrazeny prostřednictvím systému zdravotního pojištění v místě léčení)
- pojištěnec může požádat svou českou zdravotní pojišťovnu o výjimečný souhlas s úhradou plánované zdravotní péče ve státě mimo EU, EHP, Švýcarsko a smluvní státy, pokud jde o péči v ČR nehrazenou a neposkytovanou, která je jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce
- pojištěnec může požádat svou českou zdravotní pojišťovnu o souhlas s úhradou plánované zdravotní péče ve smluvním státě (Srbsko, Černá Hora, Makedonie, Turecko) [34]

5.2 Povinnosti pojištěnce

Povinnosti pojištěnce jsou upraveny zejména v § 12 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Gola uvádí, že povinnosti vyplývající z právní úpravy veřejného zdravotního pojištění tvoří ve svém komplexu rozsáhlou oblast, které je třeba věnovat mimořádnou pozornost, protože vedle aspektů majetkových a administrativně právních může z jejich porušení vznikat za jistých okolností i odpovědnost trestněprávní.

Nedodržení splnění těchto povinností je sankcionováno pokutami. [28]

5.2.1 Oznamovací povinnost

Co se týče oznamovací povinnosti vůči zdravotní pojišťovně, Gola [28] uvádí, že jde o základní povinnost každého pojištěnce. Dále Gola [28] v článku uvádí, že pro každou pojišťovnu mají nové skutečnosti vliv na výši zdravotního pojištění, a je pro ni nezbytné mít ve svém registru pojištěnců správné údaje.

Nejdůležitější plnění oznamovací povinnosti musí dodržovat především zaměstnavatel. Při nesplnění oznamovací povinnosti zaměstnavatele může zdravotní

pojišťovna udělit pokutu až do výše 200 000 Kč, zatímco pokud oznamovací povinnost nesplní pojištěnec, může pokuta dosáhnout maximální výše 10 000 Kč.

Pojištěnec je povinen plnit oznamovací povinnost v níže uvedených případech, a to do 8 dnů, kdy se o skutečnosti dozvěděl:

- **pokud zaměstnavatel nesplní oznamovací povinnost** – v případě, že zaměstnanec zjistí, že jeho zaměstnavatel tuto povinnost nesplnil, nebo pokud údaje svému zaměstnavateli nesdělil
- **zahájení samostatné výdělečné činnosti** - tuto povinnost plní OSVČ prostřednictvím příslušné zdravotní pojišťovny nebo prostřednictvím Živnostenského úřadu na tzv. Jednotném registračním formuláři
- **v případě, že se stane OBZP**, to znamená, že osoba s trvalým pobytem na území ČR oznamuje např.:
 - zánik povinnosti zaměstnavatele odvádět pojistné
 - pojištěnec je nadále zaměstnán, ale má takový pracovněprávní vztah, který není z pohledu zdravotního pojištění zaměstnáním (dohoda o provedení práce)
 - není OSVČ
 - neplatí za něj pojištění stát
- **kdy jsou pojištěnci známy skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit na něho pojistné** – pokud je pojištěnec zaměstnán, plní tuto povinnost zaměstnavatel, pokud jsou mu tyto skutečnosti známy
- **narození dítěte** - registrace dítěte u zdravotní pojišťovny, u které byla v době porodu matka dítěte pojištěna [4]

V případě, že je osoba nezletilá, plní oznamovací povinnost její zákonný zástupce. Za osoby bez způsobilosti k právním úkonům plní oznamovací povinnost soudem určený opatrovník. Pokud je osoba bezmocná nebo zbavená svéprávnosti, plní oznamovací povinnost zplnomocněný zástupce.

Pokud je pojištěnec nebo plátce pojistného zastupován při jednání jinou osobou, předloží tato zastupující osoba notářem ověřenou plnou moc, kterou ji pojištěnec k takovému úkonu zmocňuje. [3]

Každý pojištěnec je navíc povinen do 30 dnů oznámit své zdravotní pojišťovně změnu jména, či změnu trvalého bydliště nebo přechodného bydliště. Především nahlášení změny adresy je velmi důležité a může pojištěnci ušetřit nepříjemnosti. I v těchto případech může být nesplnění povinnosti sankcionováno pokutou. [28]

Dále je také sankcionován pojištěnec, který nesplní oznamovací povinnost v případě, že se stane pojištěncem dle příslušných právních předpisů jiného státu EU, EHP nebo ve Švýcarsku. Pokud vznikne situace z hlediska nároku podle Nařízení rady, má pojištěnec povinnost informovat příslušnou zdravotní pojišťovnu a zdravotní pojišťovnu v místě bydliště o jakékoliv změně situace. Jedná se např. o situaci, kdy je přeshraniční zaměstnanec pojištěn v systému jiného státu a spolu s ním by měli být pojištěni i jeho nezaopatření rodinní příslušníci. [4]

Registr obyvatel, jehož správcem je Ministerstvo vnitra, je od 1.července 2012 hlavním zdrojem referenčních dat a slouží ke shromažďování údajů o:

- všech občanech ČR
- cizincích s povolením k pobytu v ČR
- cizincích, kterým byl na území ČR udělen azyl nebo doplňková ochrana
- jiných fyzických osobách, o nichž jiný právní předpis stanoví, že budou vedeny v Registru obyvatel

Hlavní přínos Registru obyvatel je pro občany především v tom, že data vedená ve formě referenčních údajů nemusí nositel těchto údajů již prokazovat jiným způsobem. Každá změna referenčního údaje se promítne ve všech ostatních agendách veřejné správy. Referenční údaje vedené v základních registrech jsou státem garantovány jako aktuální a správné. To pro pojištěnce znamená, že v případě změny trvalého bydliště to pouze nahlásí na příslušném obecním úřadě, a tato změna bude avizována do všech ostatních oprávněných informačních systémů. [59],[60]

Některé zdravotní pojišťovny již ve zkušebním provozu plně čerpají data z registru obyvatel.

5.2.2 Povinnost sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn

Každý zaměstnanec je povinen v den nástupu do zaměstnání nahlásit svému zaměstnavateli zdravotní pojišťovnu, u které je pojištěn. Tato informace je pro zaměstnavatele důležitá z důvodu odvodu zdravotního pojištění ve správné výši správné zdravotní pojišťovně. V případě, že by zaměstnanec nesplnil tuto oznamovací povinnost svému zaměstnavateli a ten by odvedl zdravotní pojištění (třeba i ve správné výši) na účet nesprávné zdravotní pojišťovny, u které není zaměstnanec pojištěn a zaměstnavateli by bylo připsáno penále, může zaměstnavatel požadovat po zaměstnanci úhradu penále, které mu bylo z důvodu pochybení zaměstnance vyměřeno příslušnou zdravotní pojišťovnou. [28]

5.2.3 Povinnost hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné

V České republice je povinností každého platit zdravotní pojištění. [28]

Pojištěnec má povinnost hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, pokud není zařazen do kategorie, za kterou platí pojistné stát. Pokud je pojištěnec zaměstnaný, odvádí za něj pojistné zaměstnavatel. Pojištěnci odpadá povinnost platit pojistné, pokud je dlouhodobě v cizině, kde je také zdravotně pojištěn a tuto skutečnost předem pojišťovně ohlásil.

Jestliže pojištěnec neplatí pojistné, je povinen platit zdravotní pojišťovně penále ve výši 0,05 % z dlužné částky za každý den prodlení. [8]

Plátcí pojistného

Podle zákonů ve veřejném zdravotním pojištění jsou stanoveny tři skupiny plátců pojistného na zdravotní pojištění:

- zaměstnavatel – odvádí pojistné za zaměstnance
- stát – platí pojistné za definované skupiny osob
- pojištěnec – je plátcem pojistného pokud:

- je zaměstnancem vykonávajícím činnost, ze které mu plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků
- je OSVČ
- je OBZP [5]

Výpočet pojistného na zdravotní pojištění

Výše pojistného tvoří u všech skupin 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období (kalendářní měsíc, u OSVČ je rozhodným obdobím kalendářní rok), (dle § 2 zák. č. 592/1992 Sb.) [4],[10]

Jak uvádí Červinka [4], tato sazba se nezměnila po celou dobu samostatného zdravotního pojištění.

Způsob platby pojistného

Pojistné, zálohy, penále, pokuty, nedoplatky a přírážky k pojistnému se platí pouze v české měně.

Pojistné se platí:

- **na účet zdravotní pojišťovny** – za den platby se považuje den, kdy dojde k připsání pojistného na účet poskytovatele platebních služeb zdravotní pojišťovny
- **vyplacením v hotovosti** – za den platby se považuje den, kdy příslušný zaměstnanec zdravotní pojišťovny pověřený přijímat pojistné hotovost přijal
- **platba poštovní poukázkou** – držitel poštovní licence je povinen předat platbu poskytovateli platebních služeb do dvou pracovních dnů ode dne, kdy platbu přijal a poskytovatel platebních služeb je povinen ji převést na samostatný účet do konce následujícího pracovního dne. [4]

Plátce je povinen hradit pojistné a další závazky pod variabilním symbolem, kterým je desetimístné (v některých případech devítimístné) číslo. U samoplátce (OBZP, OSVČ) jde při platbě pojistného o jeho číslo pojištěnce (rodné číslo). [5]

5.2.4 Povinnost poskytnout součinnost při poskytování zdravotních služeb a kontrole průběhu individuálního léčebného postupu a dodržovat poskytovatelem stanovený léčebný postup

Pacient v případě porušování těchto povinností do určité míry trestá především sám sebe. [47]

Zde shledávám nutnost napsat něco k negativnímu reversu, zdá se mi, že pokud pacient negativní revers podepíše, je to zároveň v rozporu s touto povinností pojištěnce.

Pokud nemocný odmítá dát souhlas s léčbou, musí to potvrdit lékaři písemným prohlášením, tzv. negativním reversem. [32]

Negativní revers je tedy formulář, který podepisuje pacient, lékař a svědek (další člen ošetřovatelského týmu).

Lékař musí pacienta poučit o komplikacích, které mohou nastat a jaký dopad to může mít na jeho zdravotní stav. [23]

Pacient má právo být ošetřujícím lékařem předem informován o účelu a povaze zákroku, jejich alternativách, důsledcích a rizicích. Pouze v takovém případě lze považovat pacientům souhlas s příslušným výkonem za informovaný. Jako závažnější se jeví problematika informovaného nesouhlasu pacienta s lékařským zákrokem či výkonem. [12]

5.2.5 Povinnost podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám

Pojištěnec má právo v rámci hrazené péče na preventivní prohlídku. Účelem preventivní prohlídky je včasné zjištění ohrožení nebo poruch zdraví. [8]

Všichni pojištěnci se musí na vyzvání zdravotní pojišťovny podrobit preventivním prohlídkám, pokud je tak stanoveno v zákoně nebo obecně závazných právních předpisech. V případě nepodrobení se preventivní prohlídce může zdravotní pojišťovna udělit pojištěnci pokutu. [28]

Prevence je základní pracovní metodou ve všech oblastech preventivní medicíny a jejím cílem je udržení zdraví jedince. Rozlišují se tři typy prevence:

- **primární prevence** – opatření směřující ke snížení incidence onemocnění (např. očkování, vitamíny, fluoridace pitné vody a potravin atd.)

- **sekundární prevence** – opatření snižující prevalenci onemocnění, a to zejména pomocí preventivní prohlídky, screeningové metody, monitoring atd.
- **terciální prevence** – zaměřuje se na odstranění nebo alespoň zmírnění následků chorob a na snahu co nejvýrazněji zkrátit chorobný stav – cílem terciální prevence je zlepšit kvalitu života postiženého. [22]

Co se týče primární prevence, výše je uvedeno, že do ní spadá i očkování. Povinné očkování je hodně diskutované téma. [51]

O tom, která očkování budou povinná, v současné době rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví. [26]

Českou republiku můžeme zařadit mezi světovou špičku v oblasti proočkovanosti populace. Díky očkování se u nás již několik desítek let neobjevují nebezpečné a život ohrožující nemoci. Tento stav bohužel není neměnný. Jako příklad lze uvést Německo, kde v roce 2009 navzdory proočkovanosti populace vypukla epidemie spalniček. Tento příklad snad dostatečně dokazuje fakt, že očkování má smysl a že riziko nákazy nemocí, o nichž si myslíme, že se vyskytují už jen na stránkách učebnic, nadále trvá.

Pokud někdo odmítá očkování, popírá tím smysl předcházení vzniku nemoci a spoléhá se na mírný průběh nebo zázračnou léčbu. Lze říci, že očkováním chráníme životy svých dětí i životy své. Očkování chrání malé děti před nemocemi, se kterými by jejich imunitní systém ještě neuměl bojovat. Očkování je tak účinný nástroj, že některé vakcíny ochrání až 99 osob ze 100. Pokud bychom od očkování upouštěli (začíná se tak pomalu stávat), nepovede to k ničemu dobrému. Naším dětem tím život kvalitnější neučiníme, naopak děti vystavíme riziku, že se v budoucnu budou potýkat s velmi závažnými chorobami. [51]

Typy očkování:

- pravidelné očkování (povinné) – podle očkovacího kalendáře
- zvláštní očkování (povinné) – povinné u osob, které jsou vystaveny riziku nákazy určitými infekcemi z důvodu své profese (př. zdravotníci, pracovníci v soc. službách jsou povinně očkováni proti hepatitidě typu B)
- mimořádné očkování – vyhlašuje se v případě možnosti vzniku epidemie
- očkování při úrazech, poraněních a nehojících se ranách
- očkování před cestou do zahraničí
- očkování na vlastní žádost (př. klíšťová encefalitida) [15]

Preventivní prohlídky provádějí pouze registrující lékaři (praktičtí lékaři, stomatologové, gynekologové) a ti nemají povinnost zvat pojištěnce na tyto prohlídky. Je proto v zájmu každého pojištěnce se zajímat o provedení preventivní prohlídky. Ve stanovených intervalech je provedení preventivní prohlídky hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

Základní přehled preventivních prohlídek, jak je stanoví zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a vyhláška MZ č. 56/1997.

- **praktický lékař pro dospělé** – 1x za dva roky (po provedení poslední preventivní prohlídky však nejdříve za 23 měsíců)
- **praktický lékař pro děti a dorost** - prvotní prohlídka novorozence ve 14 dnech, v 6 týdnech, ve 3 měsících, ve 4-5 měsících, v 6 měsících, v 8 měsících, v 10-11 měsících, ve 12 měsících, v 18 měsících, ve 3 letech, v 5 letech, v 7, 9, 11, 13 letech, v 15 letech a nakonec v 17 letech před ukončením péče u praktického lékaře pro děti a dorost a převedením do péče praktického lékaře pro dospělé
- **stomatolog dospělý** – 2x ročně, těhotné ženy 2x v průběhu těhotenství
- **stomatolog děti a dorost** - 1x ročně v prvním roce života mezi 6. a 12. měsícem, poté 2x ročně

- **gynekolog** – v 15 letech dětským gynekologem, poté 1x ročně [70]

Každý občan České republiky má podle současné právní úpravy nárok na dílčí preventivní onkologická vyšetření hrazená ze zdravotního pojištění. Tato vyšetření slouží k včasnému záchytu nádorových onemocnění. [53]

Od ledna 2014 všechny zdravotní pojišťovny začaly zvat první klienty v rámci projektu „Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR – screeningové programy“. V rámci tohoto projektu v následujícím roce a půl dostane dopis s pozvánkou k preventivnímu vyšetření přibližně 1 850 000 pojištěnců.

Tento projekt připravilo ministerstvo zdravotnictví spolu se všemi zdravotními pojišťovnami. Zaměřuje se na prevenci před třemi diagnózami a to: rakovinou prsu, děložního hrdla a kolorekta. Jedná se o choroby, které jsou v České republice ve srovnání s jinými zeměmi velmi rozšířené, a jejich počet dlouhodobě neklesá. Často se stává, že v mnoha případech jsou tyto choroby diagnostikovány pozdě a následná léčba je pak mnohem náročnější a snižují se také pochopitelně šance na uzdravení.

Projekt si stanovil cíl, že kromě snížení výskytu karcinomu prsu, děložního hrdla a kolorekta v pozdních stádiích, chce také přispět ke zvýšení zájmu obyvatel České republiky o prevenci nádorových onemocnění obecně, zajistit větší účast na preventivních vyšetřeních a podpořit aktivní přístup občanů k péči o vlastní zdraví. [58]

Zdravotní pojišťovny samozřejmě prevenci podporují, protože čím zdravější pojištěnci budou, tím menší finanční částka se vynaloží na jejich léčení. Pokud pojištěnci nezanedbají prevenci, může se případná nemoc podchytit včas a tím pádem i podchytit její vývoj, a čím dříve se začne s léčbou, tím menšího může být rozsahu a zdravotní pojišťovny tím vynaloží menší finanční částky. Proto zdravotní pojišťovny vítají a podporují jakoukoliv formu prevence. Například sami pojišťovny v různých svých programech přispívají pojištěncům např. na očkování, zakoupení vitamínů na pohybové aktivity atd. Zdravotní pojišťovny také posílají obsílky s tím, že se má pojištěnec dostavit na konkrétní preventivní prohlídku. Také pořádají akce, kdy svým pojištěncům měří tlak, BMI index nebo třeba prostřednictvím lékařů kontrolují znaménka kvůli možnému výskytu karcinomu a vysvětlují pojištěncům jak o svou kůži pečovat (př. opalovací krémy, nevhodnost solária

apod.). Domnívám se, že dříve se na prevenci tolik nehledělo, ale nyní si lidé začínají uvědomovat, že zdraví je to nejdůležitější, co máme, a snaží se o své zdraví pečovat.

Co se třeba týče rakoviny prsu, je to nejčastější zhoubný nádor, který postihuje ženy na celém světě. Proto je třeba podstupovat screeningová vyšetření. [42]

Jak uvádí profesor Bencko [24] ve svém článku: „*Jednou ze strategických výzev medicíny 21. století je předcházení nemocem, tedy jejich primární prevence jako zásadní příspěvek ke snížení nákladů na zdravotní péči při současném zlepšení kvality života naší, a zejména dalších nastupujících generací.*“

5.2.6 Povinnost dodržovat opatření směřující k odvrácení nemoci

Do této povinnosti dodržování opatření směřující k odvrácení nemoci spadá především dodržování termínů preventivních prohlídek, dodržování karanténních nařízení, dodržování bezpečnosti a ochrany zdraví při práci apod. [1]

5.2.7 Povinnost vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví

Gola [27] uvádí, že každý je povinen v mezích zákona dodržovat opatření směřující k odvrácení nemoci a vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví.

Tuto povinnost lze vyjádřit tím, že pojištěnec by se měl vyvarovat takového jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví. Zejména se jedná o chování a jednání pojištěnce, které by mohlo vést ke změně zdravotního stavu ve smyslu poškození vlastního zdraví (kouření, alkoholismus, drogy, rizikové sporty apod.). [1]

Tady u této povinnosti bych ráda vyjádřila svůj názor, co se týče nespravedlnosti v systému veřejného zdravotního pojištění. Je mi jasné, že bez solidarity zdravých vůči nemocným by systém nebyl možný, ale vadí mi být solidární s lidmi, kteří si svoje zdraví kazí dobrovolně a pak se léčí za peníze osob, které se o své zdraví starají. Například ten, kdo užívá drogy a následně se léčí např. s HIV, pokud někdo ve velké míře požívá alkohol a následně se léčí s cirhózou jater, nebo pokud někdo celý život kouří a dostane rakovinu

plic, by si měl podle mého názoru připlácet za zdravotní péči více, než pojištěnec, který dbá o své zdraví.

5.2.8 Povinnost prokazovat se při poskytování zdravotních služeb platným průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem vydaným příslušnou zdravotní pojišťovnou

Pojištěnec je povinen prokazovat se při přijímání poskytované zdravotní péče (s výjimkou poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky) platným průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem, který vydává příslušná zdravotní pojišťovna.

Zdravotní pojišťovny jsou povinny bezplatně vydat svým pojištěncům průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad. [5]

Po vstupu do EU má většina pojištěnců nárok na vystavení Evropského průkazu zdravotního pojištění – známe pod zkratkou EHIC. Tento průkaz opravňuje držitele v případě čerpání lékařsky nezbytné zdravotní péče ve všech zemích EU, v zemích EHP a ve Švýcarsku a to za stejných podmínek, které jsou pro veřejné pojištění platné pro místní pojištěnce. [4]

Údaje, které jsou uvedeny na průkazu pojištěnce: jméno, příjmení, popř. titul (titul ale nepatří mezi údaje, které zdravotní pojišťovna eviduje v registru pojištěnců – na průkazu pojištěnce se tedy uvádí pouze v případě, že klient podá žádost o uvedení titulu) a číslo pojištěnce. Číslem pojištěnce je rodné číslo (desetimístné nebo devítimístné) nebo zvláštní číslo, které přiděluje zdravotní pojišťovna. Všechny údaje o pojištěnci jsou evidovány pod číslem pojištěnce, a také veškerá oznámení směřující k pojištěnci jsou identifikována pod tímto číslem. [3]

Zdravotní pojišťovna může vydat průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad nesoucí údaje v elektronické podobě (magnetický proužek, čipové karty apod.). Za vydání takového duplikátu (náhradního dokladu) má zdravotní pojišťovna nárok na úhradu průměrných nákladů. Vydávání takových průkazů pojištěnce zatím není v ČR příliš obvyklé, ale o zavedení této možnosti se opakovaně uvažuje – např. čipové karty. [5]

Možností vydání průkazu pojištěnce je několik např.:

- vydání standartního průkazu EHIC (modrý průkaz)
- vydání průkazu s platností jen pro ČR (zelený průkaz – např. pro zaměstnané cizince ze zemí mimo EU)
- vydání průkazu pro některé zvláštní případy (žlutý průkaz – např. pro rodinné příslušníky zaměstnanců z EU)
- vydání papírového dokladu potvrzující nárok na zdravotní péči

Od 1. ledna 2009 zavedly české zdravotní pojišťovny dva typy průkazů, a to Průkaz pojištěnce bydlicího v ČR a Průkaz pojištěnce pobývajícího v ČR. Tyto typy průkazů postupně nahradily do té doby používaná papírová Potvrzení o registraci. Průkaz pojištěnce bydlicího v ČR prokazuje nárok na plnou zdravotní péči ve stejném rozsahu, na jaký mají nárok čeští pojištěnci. Průkaz pojištěnce pobývajícího v ČR prokazuje nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči, tedy jinak řečeno na veškerou péči, kterou zdravotní stav osoby z lékařského hlediska vyžaduje. Tato péče má být poskytována v rozsahu odpovídajícím očekávané délce pobytu na území ČR. [4]

5.2.9 Povinnost oznámit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce

V případě, že dojde k poškození nebo ztrátě průkazu, je pojištěnec povinen oznámit tuto skutečnost příslušné zdravotní pojišťovně do osmi dnů. Zdravotní pojišťovna vydá pojištěnci duplikát průkazu nebo náhradní doklad. Podle toho, o jaký se jedná druh průkazu, trvá délka vystavení nového průkazu obvykle 14 dní. V případě vystavení nového průkazu pojištěnce je délka také 14 dní. [4]

Nejrychleji je vystavován papírový doklad, který neklade nároky na zvláštní výrobu a je ihned k dispozici. [5]

Jedním z důvodů, proč je důležité nahlásit zdravotní pojišťovně ztrátu průkazu, je zamezení tomu, aby na ztracený zdravotní průkaz čerpal někdo cizí zdravotní péči. [28]

5.2.10 Povinnost vrátit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce

Všichni pojištěnci musí své zdravotní pojišťovně vrátit do 8 dní průkaz pojištěnce jestliže:

- došlo k zániku zdravotního pojištění z důvodu ukončení zaměstnání osoby bez trvalého pobytu nebo při ztrátě trvalého pobytu (průkaz se nemusí vracet v případě úmrtí pojištěnce)
- došlo ke změně zdravotní pojišťovny – pokud by se prokázal pojištěnec při lékařském ošetření průkazem „staré“ zdravotní pojišťovny, může dostat pokutu až ve výši 5000 Kč [28]
- pojištěnec nahlásil dlouhodobý pobyt v zahraničí [4],[6],[28]

Při nesplnění této povinnosti může zdravotní pojišťovna dle zákona uložit pokutu až 500 Kč. [66]

5.2.11 Povinnost oznámit příslušné zdravotní pojišťovně změny jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla

Při vyřizování změn je nutné mít s sebou tyto doklady:

- platný průkaz totožnosti
- průkaz pojištěnce
- doklad zákonného zástupce [54]

Tato povinnost platí do 30 dnů ode dne, kdy ke změně došlo; pokud se pojištěnec v místě trvalého pobytu nezdržuje, je povinen příslušné zdravotní pojišťovně oznámit také adresu místa pobytu na území České republiky, kde se převážně zdržuje. [4]

Zdravotní pojišťovna v případě nedodržení oznamovací povinnosti může pojištěnci uložit pokutu. Ačkoliv je zákonem stanovena třicetidenní lhůta, není postup zdravotních pojišťoven zpravidla striktní v případě, kdy se jedná o nahodilé, mimořádné či jednorázové provinění. Zdravotní pojišťovny individuálně vyhodnocují každý případ. [39]

5.2.12 Povinnost při změně zdravotní pojišťovny předložit nově zvolené zdravotní pojišťovně doklad o výši záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu, jde-li o osobu samostatně výdělečně činnou

V případě, že pojištěnec změni zdravotní pojišťovnu, musí nové zdravotní pojišťovně sdělit dle oznamovací povinnosti všechny důležité informace mající vliv na výši pojistného. Tato uvedená povinnost se týká především OSVČ, která musí předložit doklad o výši záloh na pojistném vypočtených z vyměřovacího základu. [27]

Za nesplnění nebo porušení této povinnosti může příslušná zdravotní pojišťovna uložit plátcí pojistného pokutu až do výše 50 000 Kč. [4]

5.2.13 Povinnost hradit poskytovateli regulační poplatky

Gola [28] uvádí, že všichni pojištěnci jsou povinni hradit regulační poplatky až do zákonných limitů.

Výše regulačních poplatků a jejich účel:

- 30 Kč – za návštěvu lékaře, pokud je během ní provedeno klinické vyšetření (tj. vyšetření, které je provedeno před léčebným úkonem, nebo za účelem kontroly průběhu nebo výsledku léčby), dále náleží stejná částka praktickému lékaři, pokud navštíví pacienta doma
- 30 Kč – za recept v lékárně (bez ohledu na počet předepsaných léků či jejich balení)
- 90 Kč – za návštěvu pohotovosti [43]

S účinností od 1. ledna 2014 se ruší povinnost hradit regulační poplatek za poskytování lůžkové péče včetně lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče ve výši 100 Kč. [48]

Pro platby a výběr regulačních poplatků mají provozovatelé zdravotnických zařízení určité mechanismy vymáhání, ale tato činnost je administrativně náročná a drahá.

V případě preventivních prohlídek pojištěnec regulační poplatky neplatí.

Částečně jsou také osvobozeny všechny děti do 18 let věku, které neplatí regulační poplatky za návštěvy u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, dalších ambulantních specialistů či zubního lékaře, klinického logopeda či psychologa. [47]

Křepelka [29] uvádí, že *„Česká republika má přes regulační poplatky nízkou míru spoluúčasti nejen ve světovém, ale i v evropském srovnání“*

Jak je uvedeno výše, spoluúčast pacientů zůstává v České republice nevelká, a snaha ji zvyšovat je politicky citlivá. Regulační poplatky jsou neustále provázány vleklými spory, kterým se opakovaně věnuje vláda a parlament. [30]

Dne 2. 7. 2014 schválila vláda České republiky novelu zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která ruší regulační poplatky ve zdravotnictví s výjimkou devadesátikorunového poplatku za využití lékařské a zubní pohotovosti. [52]

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček [52] uvádí: *„Pacienti nebudou muset platit třicet korun za návštěvu lékaře a poplatek v lékárně od ledna příštího roku. Vláda a sociální demokracie tímto plní slib a odstraňuje bariéry v přístupu k lékařské péči. Výpadku v příjmech se nemusí obávat ani lékaři a lékárny, zrušené poplatky jim budou kompenzovány tak, aby nebyli poškozeni.“*

Tedy od 1. 1. 2015 pojištěnci nebudou muset hradit regulační poplatky až na 90 Kč za pohotovostní ošetření.

6 Závěr

Pokud jde o práva a povinnosti pojištěnce, každý z nás by měl začít svých práv využívat a dávat si bedlivý pozor, aby plnil také povinnosti. Pokud totiž nebudeme plnit povinnosti, můžeme tím uškodit především sami sobě. Stačí taková maličkost jako nenahlášení změny adresy a problém je na světě. Pojištěnec si ani neuvědomuje, že by měl změnu nahlásit, protože není seznámen s tím, že má vůči své zdravotní pojišťovně oznamovací povinnost. Dnes je možné vše řešit pomocí formulářů, které jsou přístupné na webových stránkách pojišťoven. V dnešní době má už téměř každý přístup k internetu a pojištěnec tedy nemůže použít výmluvu ve smyslu, že nechce čekat ve frontě, nebo že nemá čas na vyřízení.

A proč bychom neměli využívat toho, na co máme ze zákona právo? Tedy pokud máme právo 1x ročně zdarma získat výpis zdravotní péče, proč se jej zříkat? Samozřejmě zaslání výpisu poštou by bylo pro pojišťovny finančně náročné, a proto se některé pojišťovny snaží tyto přehledy zpřístupnit online, viz Karta života. Tento projekt zatím podporují pouze ZPMV ČR a ČPZP. Obdobné programy zavádí i jiné zdravotní pojišťovny, např. OZP má VITA kartu. Tímto směrem by se měly ubírat všechny zdravotní pojišťovny, protože z mého pohledu je to správný krok směrem kupředu, zejména co se týče kontroly zdravotní péče. Z takového výpisu se dozvíme vše, například zda jsme nepřesáhli limit pro regulační poplatky a doplatky, kolik stojí zdravotní péče o naši osobu, jaké prohlídky jsme za ten rok podstoupili, kolik stály léky, které jsme užívali atd. Pokud jde o výpisy zdravotní péče, myslím si, že občané nemají tušení, kolik financí zdravotní pojišťovny vynaloží na úhradu jim poskytnuté zdravotní péče. Já sama jsem byla velice překvapena, když jsem si poprvé vyžádala výpis zdravotní péče, jaká částka na něm byla, protože jsem očekávala mnohem méně. Měla jsem pocit, že ten rok jsem u lékaře téměř nebyla. Ale je pravda, že po započtení kapitální platby (ta spočívá v pevně určené částce za každého pojištěnce, a to bez ohledu, jestli je pojištěnec v daném období nemocný nebo zdravý [14]) je jasné, že částka nikdy nebude nulová.

Hlavně se domnívám, že je důležité o této možnosti výpisu ze zdravotní péče více pojištěnce informovat. Víím, že neznalost zákona neomlouvá, a vlastně každý jednotlivý

pojištěnec se může v zákoně s tímto svým právem seznámit, ale jak už bylo řečeno, málokdo se zajímá. Zdravotní pojišťovny se snaží své pojištěnce na toto právo upozorňovat, protože je to výhodou pro obě strany, pokud se kontroluje poskytnutá zdravotní péče. Pojištěnec si může zkontrolovat, jakou zdravotní péči čerpal a kolik tato péče stála a v případě, že objeví nějaké nesrovnalosti ve vykázané péči, upozorní pojišťovnu a ta díky tomu provede kontrolu hrazené péče. Zastávám názor, že lékaři dříve více zneužívali zdravotních pojišťoven a požadovali větší finanční částky a uváděli klamně u některých svých pacientů informace o poskytnutém ošetření atd. Díky těmto výpisům se může předejít manipulacím ze stran lékařů ve vykázané péči pojištěnců a tím zdravotní pojišťovny mohou ušetřit.

Další problematikou, na kterou jsem se především zaměřila, jsou regulační poplatky. Jejich zavedení pacientům nebylo nikterak příjemné, jelikož v České republice byli všichni zvyklí, že za návštěvu u lékařů se nic nehradí, a celkově, že vše je naprosto „zdarma“. To ale také vedlo k nadužívání zdravotní péče, protože někteří pacienti navštěvovali lékaře příliš často. Právě po zavedení regulačního poplatku se to projevilo na snížení návštěvnosti zdravotnických zařízení, především u praktických lékařů. Regulační poplatky měly ještě další pozitivní dopad, a to, že snížily spotřebu léků. Nemluvě samozřejmě o zvýšení finančních příjmů pro lékaře, které byly jinak nuceny vyplácet zdravotní pojišťovny.

Jsem přesvědčena, že zrušení všech regulačních poplatků, kromě poplatku za pohotovost, je jakýmsi krokem zpět. Pacienti si už zvykli, že péči musí uhradit a 30 Kč nebylo z mého pohledu tolik peněz, vždyť v jiných státech EU se platí mnohem více. Ale to je samozřejmě jen můj názor, chápu, že pokud někdo patří do nízkopříjmových rodin, může pro něj být tento poplatek ve finančním rozpočtu znatelný. Určitě mě bude zajímat statistika návštěvnosti zdravotnických zařízení a lékařů od roku 2015 po zrušení regulačních poplatků. Myslím si, že v porovnání s letošním rokem určitě vzroste. Ze své zkušenosti vím, že pokud jsem nebyla nijak vážně nemocná, léčila jsem se sama, než abych šla k lékaři a dala 30 Kč za ošetření, potom 30 Kč za recept, to jsem si radši došla do lékárny, kde jsem si pořídila léky, které jsou přístupné bez předpisu, vzala si dovolenou

a nemoc vyležela. Domnívám se, že takovým způsobem jednalo hodně lidí. Je tedy otázka, jaký bude vývoj návštěvnosti od roku 2015, když péče bude opět „bezplatná“.

Pokud České zdravotnictví porovnám se zdravotnictvím v USA, tak co se týče odbornosti, je zdravotnictví v USA na velice vysoké úrovni. Nutno říci, že systém v USA patří k těm nejdražším, kdy tento fakt je spojen s vysokou úrovní tohoto zdravotnictví. Ve Spojených státech mají lékaři povinnost ošetřit pacienta, který je ve vážném zdravotním stavu nebo v ohrožení života. V jiných případech, pokud není pojištěn, a v USA není v současné době pojištěno několik desítek milionů obyvatel, neboť si nemohou pojištění dovolit, nemusí jej ošetřit. V případě, že ho ošetří, vymáhají po něm dlužné částky. Pokud si postavím vedle sebe tyto dva odlišné systémy financování zdravotní péče, jsem ráda, že žiji v České republice, kde je zavedeno všeobecné zdravotní pojištění. Kdykoliv mám zdravotní problém, vím, že budu ošetřena a nikdo po mě nebude zpětně vymáhat horentní sumy za léčbu.

V České republice máme 7 zdravotních pojišťoven a je na každém pojištěnci, jakou si zvolí. Všechny zdravotní pojišťovny mají stejné zákonné povinnosti vůči pojištěncům s tím, že mají určité preventivní programy a akce, na kterých získávají nové pojištěnce. Např. přispívají na různá očkování proti – rakovině děložního čípku, klíšťové encefalitidě, rotavirovým infekcím atd. Též organizují preventivní akce, a pokud mají pojištěnci zájem, měří jim v rámci těchto akcí tlak, BMI index, kontrolují znamínka, jako prevenci rakoviny kůže, apod. Já sama jsem se takových akcích zúčastnila, jelikož jsem zaměstnancem zdravotní pojišťovny a mohu říci, že ze strany pojištěnců je o tyto akce velký zájem.

Úplným závěrem bych chtěla říci, že za každým právem a povinností se skrývá mnoho diskutovaných problémů. Celé zdravotnictví prochází reformou a zákony se neustále novelizují a je třeba pozorně sledovat každou změnu.

7 Seznam použitých zdrojů

Použitá literatura

- [1] ARNOLDOVÁ, A. *Sociální zabezpečení I*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 352 s. ISBN 978-80-247-3724-9.
- [2] CANDIGLIOTA, Z. a kol. *Jak být pacientem v České republice a zachovat si důstojnost: medicínské právo v otázkách a odpovědích*. 2. vyd. Brno: Liga lidských práv, 2011, 191 s. ISBN 978-80-87414-04-0.
- [3] ČERVINKA, T. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ s komentářem a příklady 2012*. 4 aktualiz. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. 175 s. ISBN 978-80-7263-731-7
- [4] ČERVINKA, T. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ s komentářem a příklady 2014*. 6 aktualiz. vyd. Olomouc: ANAG, 2014. 173 s. ISBN 978-80-7263-860-4
- [5] ČERVINKA, T., DANĚK A. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ s komentářem a příklady 2009*. Olomouc: ANAG, 2009. 151 s. ISBN 978-80-7263-521-4
- [6] ČESKO. *Zákony III ... : sborník úplných znění zákonů a souvisejících předpisů z oblasti pracovního práva k 1. 1. 2012*. Český Těšín: Poradce, [1998]-. ISSN 1802-8284.
- [7] FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A. *Sociální politika v základech*. 1 vyd. Praha: Triton, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7387-125-3.
- [8] HORÁK, P., a kol. *Než (až) půjdete k lékaři – Důležité rady a informace pro každého*. 1 vyd. Praha: Agentura Lucie, 2009. 312 s. ISBN 978-80-87138-12-0
- [9] KAHOUN, V., a kol. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. 2 aktualiz. vyd. Praha: Stanislav Juhaňák – TRITON, 2013. 468 s. ISBN 978-80-7387-733-0.

- [10] KAHOUN, V., V. VURM a B. KUČEROVÁ. *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví*. 1 vyd. Praha: Triton, 2008. 87 s. ISBN 978-80-7387-7.
- [11] KREBS, V., a kol. *Sociální politika*. 4 vyd. Praha: ASPI, a. s., 2007. 504 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
- [12] MACH, J. *Lékař a právo: Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9
- [13] MACH, J. a kol. *Univerzita medicínského práva: Kolektiv právní kanceláře České lékařské komory*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 232 s. ISBN 978-80-247-5113-9.
- [14] NĚMEC, J., *Principy zdravotního pojištění*. 1 vyd. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
- [15] NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 3 díl: Učebnice pro obor sociální činnost ...* 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 144 s. ISBN 978-80-247-3707-2.
- [16] ŠTEFAN, J., MACH, J. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 247 s. ISBN 80-247-0931-7.
- [17] ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. *Informovaný souhlas: Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1 vyd. Praha: ASPI, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7357-268-6.
- [18] PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK a J. MACH a kol. *Lege artis v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 231 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4751-269.
- [19] RÁKOSNÍK, J., TOMEŠ, I., a kol. *Sociální stát v Československu – Právně institucionální vývoj v letech 1918 – 1992*. Praha: Auditorium, 2012. 416 s. ISBN 978-80-87284-30-8.
- [20] TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. 1 vyd. Praha: Portál, 2010. 440 s. ISBN 978-80-7367-680-3.

- [21] TRNKOVÁ, L., ŽENÍŠKOVÁ M. *Pojistné na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění zaměstnanců a osob samostatně výdělečně činných – právní stav k 1. 1. 2008*. 12 aktualiz. vyd. Olomouc: ANAG, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7263-426-2.
- [22] VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1 vyd. Praha: TRITON, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
- [23] VYTEJČKOVÁ, R. a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I. obecná část*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

Periodika

- [24] BENCKO, V. Primární prevence nemocí: současná úskalí a šance. *Tempus medicorum*. 2013, roč. 22, č. 4, s. 29. ISSN 1214-7524.
- [25] BRYNDOVÁ, L. a kol. Czech Republic. Health system review. *Health Systems in Transition*. 2009, roč. 11, č. 1. ISSN 1817-6127.
- [26] CANDIGLIOTA, Z., ČERVENÁ K. Nedostatky návrhů zdravotnických zákonů z hlediska práv pacientů. *Zdravotnictví a právo*. 2011, roč. 15, č. 9, s. 2 – 6. ISSN 1211-6432.
- [27] GOLA, P., Kdy se neplatí zdravotní pojištění? *Zdravotnictví a právo*. 2010, roč. 14, č. 1, s. 15. ISSN 1211-6432.
- [28] GOLA, P., Povinnosti pojištěnce ve zdravotním pojištění. *Zdravotnictví a právo*. 2010, roč. 14, č. 6, s. 31 – 32. ISSN 1211-6432.
- [29] KŘEPELKA, F. Evropské mýty a české zdravotnictví. *Zdravotnictví a právo*. 2009, roč. 13, č. 3, s. 2 – 6. ISSN 1211-6432.
- [30] KŘEPELKA, F. Zdravotní péče o cizince a v cizině a souvisící konzulární ochrana. *Zdravotnictví a právo*. 2010, roč. 14, č. 2, s. 17 – 21. ISSN 1211-6432.
- [31] SCHVARZ, Z. Dostupnost péče z pohledu Prahy. *Tempus medicorum*. 2014, roč. 23, č. 4, s. 22 – 25. ISSN 1214-7524.

- [32] ŠUSTEK, P., HOLČAPEK T. Informovaný souhlas – Odmítnutí zdravotní péče. *Zdravotnictví a právo*. 2011, roč. 15, č. 12, s. 20 – 33. ISSN 1211-6432.

Internetové zdroje

- [33] BUŘÍNSKÁ, A. *Podvody lékařů můžete odhalit sami. Požádejte o výpis zdravotní péče*. [online]. 15. 4. 2010 [cit. 2014-07-01]. Dostupné z: http://finance.idnes.cz/podvody-lekaru-muzete-odhalit-sami-pozadejte-o-vypis-zdravotni-pecce-1i5-/poj.aspx?c=A100413_112337_poj_bab
- [34] CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Na co mám nárok, pokud cestuji za zdravotní péčí*. [online]. 9. 5. 2014 [cit. 2014-06-28]. Dostupné z: <http://www.cmu.cz/cs/pojistenci/narok-kategorie/cesta-za-zdrav-peci>
- [35] CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *O zdravotním pojištění a péči mimo státy EU*. [online]. 21. 5. 2014 [cit. 2014-06-28]. Dostupné z: <http://www.cmu.cz/cs/pojistenci/zdr-poj-pecce-eu-2>
- [36] CZECHMED. *Příručka pacienta: Průvodce patientskými právy – aktualizované vydání pro rok 2008*. [online]. 2008 [cit. 2014-06-29]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Doma/Downloads/Pr%C5%AFvodce%20pacientsk%C3%BDmi%20pr%C3%A1vy.pdf>
- [37] ČESKÁ PRŮMYŠLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA. *Registrace pojištěnce k ČPZP*. [online]. © 2009 [cit. 2014-06-22]. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/registrace/>
- [38] ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Ing. Antonín Daněk: Jak se léčit v zahraničí?* [online]. 6/2014 [cit. 2014-06-28]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/NP06-2014-ing-antonin-danek-jak-se-lecit-v-zahranici.htm>
- [39] ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Ing. Antonín Daněk: Lhůty pro plnění povinností*. [online]. © 2014 [cit. 2014-08-03]. Dostupné z:

- http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/ing_antonin_danek_lhuty_pro_plneni_povinnosti.htm
- [40] ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Ing. Antonín Daněk: Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění*. [online]. 5/2014 [cit. 2014-06-27]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/ing-antonin-danek-novela-zakona-o-verejnem-zdravotnim-pojisteni.htm>
- [41] ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Pobyt v cizině a zdravotní pojištění*. [online]. © 2014 [cit. 2014-08-03]. Dostupné z: http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/pobyt_v_cizine_a_zdravotni_pojisteni.htm
- [42] DUŠEK a kol. BMC PUBLIC HEALTH. *Breast cancer screening in the Czech Republic: time trends in performance indicators during the first seven years of the organised programme*. [online]. 2011 [cit. 2014-07-1]. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/288>
- [43] FÉROVÁ NEMOCNICE. *Regulační poplatky*. [online]. 5. 4. 2012 [cit. 2014-06-24]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/platby-ve-zdravotnictvi-35/regulacni-poplatky-82.html>
- [44] GOLLA, P. *Na co si dát pozor při změně zdravotní pojišťovny?* [online]. 6. 5. 2014 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: <http://finexpert.e15.cz/na-co-si-dat-pozor-pri-zmene-zdravotni-pojistovny>
- [45] CHLÍBEK, R. *Oznámení o sloučení zdravotních pojišťoven*. [online]. 25. 9. 2012 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: file:///C:/Users/Doma/Downloads/Ozn%C3%A1men%C3%AD_o_slou%C4%8Den%C3%AD_poji%C5%A1%C5%A5oven.pdf
- [46] KARTA ŽIVOTA. *Jak můžete získat vaši kartu života*. [online]. © 2013 [cit. 2014-08-02]. Dostupné z: http://www.kartazivota.cz/jak_ziskat

- [47] KRAJ VYSOČINA. *Příručka pro pacienty*. [online]. 27. 3. 2012 [cit. 2014-06-29]. Dostupné z: <http://www.kr-vysocina.cz/prirucka-pro-pacienty/ds-302114/p1=52538>
- [48] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Informace o zrušení povinnosti platit regulační poplatek za poskytování lůžkové péče od 1. 1. 2014*. [online]. 7. 1. 2014 [cit. 2014-06-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-o-zruseni-povinnosti-platit-regulacni-poplatek-za-poskytovani-luzkove-_8619_114_1.html
- [49] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Narižení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb*. [online]. © 2010 [cit. 2014-06-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/narizeni-vlady-o-mistni-a-casove-dostupnosti-zdravotnich-sluzeb_7301_884_1.html
- [50] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Práva a povinnosti*. [online]. 11. 6. 2014 [cit. 2014-06-30]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/prava-a-povinnosti_2620_22.html
- [51] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Proč se nechat očkovat*. [online]. 30. 8. 2013 [cit. 2014-06-29]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/proc-se-nechat-ockovat_8221_114_1.html
- [52] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Vláda zrušila poplatky za návštěvu lékaře a za recept v lékárnách*. [online]. 2. 7. 2014 [cit. 2014-07-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-zrusila-poplatky-za-navstevu-lekare-a-za-recept-v-lekarnach-_9289_1.html
- [53] O LÉCÍCH.CZ. *Onkologická prevence*. [online]. © 2014 [cit. 2014-07-30]. Dostupné z: <http://www.olecich.cz/onkologicka-prevence>
- [54] PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY. *Oznámení důležitých změn zdravotní pojišťovně*. [online]. © 2014 [cit. 2014-08-03]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/portal/obcan/situace/224/228/4807.html#obsah>

- [55] PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. [online]. © 2014 [cit. 2014-07-31]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=75500&recShow=47&full-text=&nr=372~2F2011&part=&name=&rpp=50#parCnt>
- [56] PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY. *Změna zdravotní pojišťovny a registrace u nově zvolené zdravotní pojišťovny*. [online]. © 2014 [cit. 2014-06-22]. Dostupné z: http://portal.gov.cz/portal/obcan/situace/224/228/4805_full.html
- [57] PZP. *Místní a časová dostupnost zdr. péče*. [online]. 30. 8. 2012 [cit. 2014-06-27]. Dostupné z: http://www.zdravotnipojistenci.cz/article/TZ_dostupnost
- [58] SEDLÁČKOVÁ, H. *Prvních 150 000 klientů zdravotních pojišťoven je zváno na preventivní vyšetření*. [online]. 24. 1. 2014 [cit. 2014-07-31]. Dostupné z: <http://www.mou.cz/prvnich-150-000-klientu-zdravotnich-pojistoven-je-zvano-na-preventivni-vysetreni/t4299>
- [59] SPRÁVA ZÁKLADNÍCH REGISTRŮ. *Registr obyvatel*. [online]. © 2010 - 2014 [cit. 2014-08-02]. Dostupné z: <http://www.szrcr.cz/registr-obyvatel>
- [60] SPRÁVA ZÁKLADNÍCH REGISTRŮ. *Základní informace*. [online]. © 2010 - 2014 [cit. 2014-08-02]. Dostupné z: <http://www.szrcr.cz/registr-obyvatel/zakladni-informace>
- [61] SVAZ PACIENTŮ ČR. *Pacienti přivezení Rychlou záchrannou službou musí být přijati nemocnicemi*. [online]. 27. 6. 2014 [cit. 2014-07-30]. Dostupné z: <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=3203>
- [62] ŠTOUDKOVÁ, D. *Jak je to s ochranným limitem na léky?* [online]. 4. 3. 2014 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: <http://finexpert.e15.cz/jak-je-to-s-ochrannym-limitem-na-leky>
- [63] TICHÝ, O. *VZP začala klientům vydávat přehledy zdravotní péče za loňský rok*. [online]. 17. 3. 2014 [cit. 2014-07-1]. Dostupné z: http://www.baby-klub.cz/main.php?ru=2&id_polozky=394

- [64] VÁLKOVÁ, H. *Nemocnice a záchranka nepochybily, tvrdí Němečková komise k prodlevám*. [online]. 2. 7. 2014 [cit. 2014-07-30]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/zachranky-v-praze-nemecek-0yt-/domaci.aspx?c=A140702_154538_domaci_hv
- [65] VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *OBZP – Penále a pokuty*. [online]. © 2014 [cit. 2014-06-24]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/obzp/penale-a-pokuty>
- [66] VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Pojištěnci*. [online]. © 2014 [cit. 2014-06-24]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/3-1-pojistenci>
- [67] VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Regulační poplatky*. [online]. © 2014 [cit. 2014-06-24]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/klienti/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky>
- [68] ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA. *Narřízení o místní a časové dostupnosti zdravotní péče*. [online]. 8. 1. 2013 [cit. 2014-06-27]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/narizeni-o-mistni-a-casove-dostupnosti-zdravotni-pece-468462>
- [69] ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR. *Karta života*. [online]. © 2014 [cit. 2014-08-02]. Dostupné z: <https://eforms.zpmvcr.cz/info-linka/>
- [70] ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR. *Preventivní prohlídky*. [online]. © 2014 [cit. 2014-06-24]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/pojistenci/informace-pro-pojistence/o-zdravotnim-pojisteni/informace-o-zdravi/preventivni-prohlidky1/>