

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Informovanost veřejnosti o systému veřejného zdravotního
pojištění**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor práce: Bc. Jana Řeháková

Vedoucí práce: JUDr. Božena Kučerová

V Českých Budějovicích dne 18. srpna 2008

Public Knowledge of the System of the Public Health Insurance

Public health insurance is an important part of the Czech health system. In the Czech Republic the model of national health insurance is administered using system of several insurance companies. The main target of these companies is to collect insurance rate from the payers and to cover health care provided to the insuree.

The aim of this work is to map and assess professional and non - professional public knowledge of the system of the public health insurance. Three goals were set within the work. The first one was to find out the level of the professional public knowledge of the public health insurance. The second one was to find out the level of the non - professional public knowledge of the public health insurance. The third one was to compare both groups knowledge of the public health insurance. To realize the above mentioned aims three hypotheses were set. Hypothesis No.1: Most of the professional public is informed about the valid legal arrangement of the public health insurance. Hypothesis No. 2: Most of the non -professional public is informed about the valid legal arrangement of the public health insurance. Hypothesis No. 3: There is no difference between the professional and non - professional public knowledge of the valid legal arrangement of the public health insurance.

To prove the set hypotheses the form of quantitative research was used. The technique of questionnaire was used for data collecting. For practical part the identical questionnaire for both professional and non - professional public was used.

The research group of the questionnaire investigation was formed by respondents living and working in České Budějovice. The professional public within the research work was formed by people who work or worked in the health or social sphere. The final research group was formed by 200 respondents of professional and 200 respondents of non - professional public.

The target of the thesis and partial aims were accomplished. The first two hypotheses were proved. The third one was not proved by the research work. It has been investigated what areas is professional and non - professional public most or less

informed in. The results of the research work may be used for publication in the professional journals.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Informovanost veřejnosti o systému veřejného zdravotního pojištění vypracovala 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 18. srpna 2008

Podpis

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce JUDr. Boženě Kučerové za ochotu, podporu a poskytnutí informací, které mi pomohly při zpracování mé práce. Taktéž bych chtěla poděkovat všem, kteří se podíleli na výzkumné části diplomové práce.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav.....	5
1.1. Systém veřejného zdravotního pojištění v České republice	5
1.1.1. Základní principy veřejného zdravotního pojištění	5
1.1.2. Právní úprava veřejného zdravotního pojištění.....	6
1.1.3. Institucionální zajištění veřejného zdravotního pojištění	10
1.1.4. Osobní a věcný rozsah veřejného zdravotního pojištění.....	11
1.1.5. Pojistné na veřejné zdravotní pojištění.....	13
1.1.5.1. Vznik a zánik zdravotního pojištění.....	13
1.1.5.2. Rozhodné období	14
1.1.5.3. Vyměřovací základ.....	14
1.1.6. Plátcí pojistného na zdravotní pojištění	18
1.1.6.1. Stát.....	18
1.1.6.2. Zaměstnavatelé	19
1.1.6.3. Pojištěnci	20
1.1.7. Práva a povinnosti pojištěnce	22
1.1.8. Práva a povinnosti plátců pojistného	26
1.1.9. Způsob placení pojistného	29
1.1.9.1. Přelatek pojistného	30
1.1.9.2. Úhrada dlužného pojistného.....	30
1.1.9.3. Promlčení pojistného	30
1.1.9.4. Přírážky k pojistnému	31
1.1.9.5. Penále	31
1.1.9.6. Pokuty	31
1.1.10. Způsob a formy poskytování a úhrady zdravotní péče	32
1.1.10.1. Ambulantní péče	33
1.1.10.2. Ústavní péče	34

1.1.10.3. Pohotovostní a záchranná služba	35
1.1.10.4. Závodní preventivní péče.....	35
1.1.10.5. Lékařenské služby.....	36
1.1.10.6. Lázeňská péče	36
1.1.11. Regulační poplatky.....	37
1.2 Zdravotní pojištění a zdravotní péče po vstupu České republiky do Evropské unie	42
1.2.1. Právní úprava.....	42
1.2.2. Poskytování zdravotní péče.....	43
1.2.3. Základní principy při poskytování a úhradě zdravotní péče v EU	44
1.2.4. Evropský průkaz zdravotního pojištění	45
2. Cíl práce a hypotézy	47
2.1. Cíl práce	47
2.2. Hypotézy	47
3. Metodika	48
3.1. Použité metody	48
3.2. Charakteristika výzkumného souboru	48
4. Výsledky.....	50
5. Diskuse	77
6. Závěr	89
7. Seznam použité literatury	91
8. Klíčová slova.....	102
9. Přílohy.....	103
9.1. Seznam příloh.....	103

Úvod

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma „Informovanost veřejnosti o systému veřejného zdravotního pojištění.“ K volbě tohoto tématu mě inspirovaly přednášky z předmětů Zdravotnické právo a legislativa a Právo sociálního zabezpečení, které jsem absolvovala během studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Během těchto přednášek jsem si uvědomila, že sama nemám dostatečné znalosti o zdravotnickém systému v České republice, především pak v oblasti práv a povinností s ním spojených. Proto jsem měla zájem zjistit povědomí odborné i laické veřejnosti České republiky v oblasti veřejného zdravotního pojištění a v oblasti poskytování zdravotní péče a následně případně zvýšit jejich informovanost.

Veřejné zdravotní pojištění je důležitou součástí systému českého zdravotnictví. Zdravotní pojištění je zákonné pojištění, které je povinné pro osoby s trvalým pobytem na území České republiky a pro osoby bez trvalého pobytu ode dne, kdy se staly zaměstnancem. Systém veřejného zdravotního pojištění v České republice je postaven na principu solidarity, kdy jednotliví plátcí přispívají na zdravotní pojištění rozdílnými částkami. Všichni pojištěnci však mají garantováno rovné právo na poskytování potřebné zdravotní péče. **(17)**

V České republice je uplatňován model národního zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami. Hlavním úkolem zdravotních pojišťoven je výběr pojistného od plátců a těmito získanými finančními prostředky zaplatit zdravotnickým zařízením za zdravotní péči, která je poskytnuta pojištěnci.

Odborná i laická veřejnost by měla být dostatečně informována o veřejném zdravotním pojištění a též o rozsahu a podmínkách poskytování zdravotní péče, aby nedocházelo k případným dluhům na pojistném a dále, aby lidé věděli, na co mají v rámci zdravotní péče poskytované na základě veřejného zdravotního pojištění nárok.

V současnosti jsou zdravotnictví a zdravotní pojištění velmi diskutovanými tématy. Od 1. ledna 2008 došlo ke změně zákona o veřejném zdravotním pojištění a tím především k zavedení regulačních poplatků v českém zdravotnictví. V současné době je v České republice připravována reforma zdravotnictví. Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek se svým týmem dokončil paragrafová znění reformních zákonů a v současnosti je připraven o nich vést otevřenou veřejnou diskusi. Nyní se jedná o zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách a zákon o zdravotnické záchranné službě. Další reformní zákony, které se týkají veřejného zdravotního pojištění, budou nejprve představeny odborné veřejnosti. Připravovaná reforma zdravotnictví je založena na reformně veřejného zdravotního pojištění. **(36)**

Diplomová práce by měla postihnout nedostatky týkající se znalosti veřejnosti v základních oblastech veřejného zdravotního pojištění, především však v oblasti práv a povinností plátců pojistného a v oblasti zavedených regulačních poplatků v českém zdravotnictví. Výsledky sledování úrovně znalostí laické veřejnosti jsou dobrou zpětnou vazbou pro pracovníky zdravotních pojišťoven dále pro osoby, které pracují v oblasti veřejného zdravotního pojištění a pro poskytovatele zdravotní péče.

1. Současný stav

Veřejné zdravotní pojištění je zákonné pojištění, na jehož základě je hrazena zdravotní péče, která je poskytnuta pojištěnci. Rozsah a podmínky poskytování zdravotní péče, která je hrazena ze zdravotního pojištění, upravuje zákon o veřejném zdravotním pojištění číslo 48/1997 Sb. **(78)**

1.1. Systém veřejného zdravotního pojištění v České republice

Na počátku 90. let 20. století vznikl v České republice systém veřejného zdravotního pojištění. Systém veřejného zdravotního pojištění v České republice je postaven na principu solidarity, kdy jednotliví plátcí přispívají na zdravotní pojištění rozdílnými částkami. Přitom však všichni pojištěnci mají garantováno rovné právo na poskytování potřebné zdravotní péče. **(17)**

Veřejné zdravotní pojištění funguje na základě činnosti zdravotních pojišťoven. Hlavním úkolem zdravotních pojišťoven je výběr pojistného od plátců a těmito získanými finančními prostředky zaplatit zdravotnickým zařízením za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům a dále také hradit náklady za léky a prostředky zdravotnické techniky. **(17)**

1.1.1. Základní principy veřejného zdravotního pojištění

Veřejné zdravotní pojištění je důležitou součástí systému českého zdravotnictví a je též podmínkou jeho fungování. Toto pojištění je všeobecně platné a na jeho základě se dle jednotné právní úpravy poskytuje oprávněným osobám zdravotní péče hrazená z prostředků tohoto povinného zákonného pojištění. **(58)** „Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěncům s cílem zachovat nebo zlepšit jejich zdravotní stav (§ 13 odst. 1 zákona číslo 48/1997 Sb.).“ **(58, str. 141)**

Prvním principem, na jehož základě funguje veřejné zdravotní pojištění v České republice je *princip obligatornosti pojišťovacího systému*. Jde tedy o povinné pojištění veřejnoprávního typu, jež je dané zákonem. Jeho zákonná úprava upravuje důvody

vzniku a zániku zdravotního pojištění, okruh plátců pojistného, jejich práva a povinnosti, práva a povinnosti pojištěnců a další podmínky, podle kterých se právní vztahy veřejného zdravotního pojištění řídí. **(58)**

Veřejné zdravotní pojištění funguje také na *principu sociální solidarity pojištěnců*, který lze charakterizovat jako solidaritu „bohatých s chudými“, „zdravých s nemocnými“ a solidaritu „mladých se starými“. Solidarita „bohatých s chudými“, spočívá v tom, že občané s vyššími příjmy přispívají na zdravotní péči vyšším pojistným než občané s nižšími příjmy. Solidarita „zdravých s nemocnými“, spočívá v tom, že zdraví občané nečerpají nebo čerpají z pojistných fondů nižší částky než nemocní občané, jejichž náklady na zdravotní péči jsou vyšší. **(58)**

Dalším principem, na jehož základě je založeno veřejné zdravotní pojištění, je *princip plurality pojišťovacích institucí*. Každá fyzická osoba musí být zdravotně pojištěna u některé zdravotní pojišťovny, jež si sama zvolila. Je zde uplatňována zásada svobodné volby při výběru zdravotní pojišťovny. **(58)**

Veřejné zdravotní pojištění je pojištěním všeobecně platným, dostupným pro všechny osoby, které jsou uvedeny v zákoně, jimž je na základě jednotné právní úpravy hrazena v rozsahu, který vymezuje zákon, poskytnutá zdravotní péče. Tento princip je označován jako *princip universality osobního rozsahu* zdravotního pojištění. **(58)**

1.1.2. Právní úprava veřejného zdravotního pojištění

Hlavními prameny práva v oblasti zdravotního pojištění v České republice jsou obecně závazné právní předpisy a mezinárodní smlouvy. **(28)**

Obecně závazné právní předpisy

Článek 31 Listiny základních práv a svobod stanoví, že každý občan má právo na ochranu zdraví a na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, jež stanoví zákon. **(28)**

Mezi obecně závazné právní předpisy se řadí:

- Zákon číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- Zákon číslo 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon číslo 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon číslo 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon číslo 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon číslo 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon číslo 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů
- Zákon číslo 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů
- Zákon číslo 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů
- Zákon číslo 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů
- Zákon číslo 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů
- Vyhláška číslo 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek
- Vyhláška číslo 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost
- Vyhláška číslo 59/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách
- Vyhláška číslo 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami

- Vyhláška číslo 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu
- Vyhláška číslo 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu
- Vyhláška číslo 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu
- Vyhláška číslo 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy
- Vyhláška číslo 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely
- Vyhláška číslo 384/2007 Sb., o seznamu referenčních skupin
- Vyhláška číslo 385/2007 Sb., o stanovení seznamu léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě
- Vyhláška číslo 386/2007 Sb., díky které jsou stanoveny nemoci, u nichž se poskytuje dispensární péče, časové rozmezí dispensárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře
- Vyhláška číslo 294/2007 Sb., jež stanoví nákladové indexy věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2008
- Vyhláška číslo 54/2008 Sb., ze dne 85. února 2008, o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů. **(73)**

Mezinárodní smlouvy

Oblast zdravotní péče v oblasti veřejného zdravotního pojištění není ohraničena územím České republiky, tedy územním rozsahem zákona číslo 48/1997 Sb., o

veřejném zdravotním pojištění. Systémem mezinárodních smluv o poskytování zdravotní péče je tento územní rozsah rozšiřován. Pramenem českého práva je část mezinárodní smlouvy, která obsahuje pravidla chování, jež jsou zpracovaná do českého právního řádu. **(4, 25)**

Mezinárodní smlouvy platné pro Českou republiku jsou mezinárodní smlouvy dvoustranné a vícestranné. Dále mezi ně můžeme řadit mezinárodní smlouvy ve zvláštním režimu a mezivládní dohody (např. Dohoda mezi českou a izraelskou vládou).**(25)**

Dvoustranné úmluvy Česká republika uzavírá především s cílem dohodnout lékařskou spolupráci, nebo poskytnout svým občanům v cizině stejnou zdravotní péči, na jakou mají nárok občané cizího státu. Úprava poskytování věcných dávek zdravotního pojištění bývá nejčastěji zakotvena ve dvoustranných smlouvách o sociálním zabezpečení. K rozhodujícím a platným mezinárodním smlouvám v současné době patří smlouvy s Chorvatskem, Jugoslávií, Makedonií a Tureckem. S ratifikací smluv o sociálním zabezpečení musí vyslovit souhlas Parlament České republiky a poté smlouvy ratifikuje prezident republiky. Smlouvy se vztahují na pojištěnce jedné či druhé smluvní strany. **(25, 28)**

Účelem mezinárodních smluv obsahujících standardy je zajištění minimálních norem, jež daný stát zachovává vůči stanoveným skupinám osob v rámci své vnitrostátní úpravy. Mezi nejdůležitější mnohostranné mezinárodní úmluvy se řadí Mezinárodní pakt o právech hospodářských, sociálních a kulturních. Mezi vícestranné mezinárodní smlouvy dále například patří Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která v čl. 3 zavazuje Českou republiku se zřetelem na zdravotní potřeby a dostupné zdroje učinit odpovídající opatření, aby zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality. Mezi vícestranné mezinárodní smlouvy, jimiž se Česká republika řídí, dále patří například Evropská sociální charta, jež obsahuje v čl. 13 právo na sociální a lékařskou pomoc. **(25, 28)**

Před vstupem České republiky do Evropské unie byla problematika poskytování a úhrady zdravotní péče řešena především v rámci mezistátních smluv o sociálním zabezpečení. V souladu s těmito ujednáními byla občanům na území druhého státu

poskytována nutná a neodkladná zdravotní péče. Po vstupu České republiky do EU se tyto podmínky zásadním způsobem změnilly. Tyto doposud platné mezinárodní smlouvy pozbývají platnosti a poskytování zdravotní péče v rámci EU upravují právní normy. Základními právními normami pro účastníky veřejného zdravotního pojištění a pro zdravotní péči poskytovanou v rámci Evropské unie jsou: nařízení Rady EHS číslo 1408/71 a číslo 574/72. Obě tato nařízení jsou platná ve všech státech EU. Obecně lze říci, že nařízení mají přednost před zákonem. Podle těchto nařízení postupují i některé státy, jež nejsou státy Evropské unie. Jsou jimi státy Evropského hospodářského prostoru, tedy Norsko, Island a Lichtenštejnsko. Od 1. dubna 2006 je státem postupujícím podle uvedených nařízení ve vztahu k České republice také Švýcarsko. **(16, 24, 48)**

Mezi mezinárodní smlouvy ve zvláštním režimu patří mezinárodní smlouvy uzavřené se smluvními státy, které vstoupily do EU, protože došlo ke změně aplikace příslušné smlouvy. Na základě čl. 6 odst. 6 Nařízení jsou nahrazena ta ustanovení dvoustranných mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení, která jsou z hlediska věcného a osobního rozsahu upravena koordinačními nařízeními. Jedná se například o dvoustrannou mezinárodní smlouvu s Chorvatskem. **(25)**

1.1.3. Institucionální zajištění veřejného zdravotního pojištění

Zdravotní pojišťovna je finanční instituce, která má za úkol provádět zákonné veřejné zdravotní pojištění. Zdravotní pojišťovna může také provádět smluvní zdravotní pojištění, které přesahuje rámec zdravotní péče hrazené veřejným zdravotním pojištěním, má-li k tomu povolení podle zákona o pojišťovnictví. Veřejné zdravotní pojištění upravuje zákon číslo 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. **(58)**

Veřejné zdravotní pojištění uskutečňuje Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a zdravotní pojišťovny resortní, oborové, podnikové a další zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Resortní zaměstnanecká zdravotní pojišťovna je zákonem určena především pro zaměstnance všech organizací, které byly založeny nebo zřízeny jedním

ministerstvem. Oborová zaměstnanecká zdravotní pojišťovna je zákonem určena především pro zaměstnance jednoho oboru a podniková především pro zaměstnance jednoho či více podniků. Mezi další zaměstnanecké pojišťovny se řadí pojišťovna s meziresortní a mezioborovou působností. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny jsou však otevřeny všem fyzickým osobám, tudíž nesmí odmítnout přijmout pojištěnce i mimo okruh uvedených zaměstnanců. **(58)**

Zdravotní pojišťovny patří mezi právnické osoby, které v právních vztazích vystupují svým jménem, nabývají práv a povinností a nesou odpovědnost, jež vyplývá z těchto vztahů. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR byla zřízena přímo zákonem číslo 551/1991 Sb. **(58)**

Zdravotní pojišťovny samy kontrolují využívání i poskytování zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě. Vnější kontrola činnosti všech zdravotnických pojišťoven je prováděna Ministerstvem zdravotnictví. **(58)**

1.1.4. Osobní a věcný rozsah veřejného zdravotního pojištění

Za věcný rozsah zdravotního pojištění se považuje okruh zdravotní péče, jež je hrazená na účet zdravotního pojištění. Osobním rozsahem zdravotního pojištění je míněn okruh subjektů, jimž je zdravotní péče na účet zdravotního pojištění poskytnuta. **(23)**

Veřejné zdravotní pojištění je v České republice koncipováno tak, že každý pojištěnec je současně plátcem pojistného, nemá-li tuto povinnost stát. Mezi osoby, za které je plátcem pojistného stát, patří především sociálně slabší, včetně dětí. Osoby, které jsou zaměstnány v pracovním poměru, platí jednu třetinu pojistného na zdravotní pojištění. Zbýlé dvě třetiny platí zaměstnavatel, kromě výjimek výslovně uvedených v zákoně. **(58)**

Zdravotní pojištění je v České republice podle zákona o veřejném zdravotním pojištění číslo 48/1997 Sb. povinné pro všechny osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky a pro osoby, které na území České republiky trvalý pobyt nemají, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky. **(69)**

Osoby, které nemají trvalý pobyt na území České republiky a jsou činny v České republice pro zaměstnavatele, jež požívají diplomatických výhod a imunit, jsou vyňaty ze zdravotního pojištění. Ze zdravotního pojištění jsou dále vyňaty osoby, které nemají trvalý pobyt na území České republiky a jsou činny v České republice pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území České republiky, a též osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině a neplatí pojistné. **(69)**

Za zaměstnavatele je v rámci zdravotního pojištění považována právnická nebo fyzická osoba, jež je plátcem příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků podle §6 zákona číslo 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, zaměstnává zaměstnance a má sídlo či trvalý pobyt na území České republiky, jakož i organizační struktura státu. **(69)**

Za zaměstnání se v rámci zdravotního pojištění považuje činnost zaměstnance, z níž mu plynou od zaměstnavatele příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků zdaňované podle §6 zákona číslo 586/1992 Sb. **(69)**

Na základě smlouvy uzavřené mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou, má zdravotní pojišťovna povinnost za podmínek a rozsahu stanovených zákonem o veřejném zdravotním pojištění, uhradit příslušnému zdravotnickému zařízení náklady zdravotní péče, která byla pojištěnci poskytnuta. **(58)**

Mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami jsou uzavírány smlouvy o poskytování zdravotní péče na ty druhy zdravotní péče, které jsou zdravotnická zařízení oprávněna poskytovat. Zdravotnická zařízení jsou zařízení, která poskytují léčebnou péči, péči diagnostickou, rehabilitační, ošetrovatelskou, preventivní, lékařskou, poradenskou, lázeňskou nebo hygienickou. Provedené zdravotní výkony jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou buď podle seznamu výkonů s bodovými hodnotami, který je formou vyhlášky vydáván Ministerstvem zdravotnictví, nebo na základě paušálů za poskytnuté služby. Hodnota bodu a výše úhrad je dohodnuta zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci smluvních zdravotnických zařízení v dohodovacím řízení. Výsledek tohoto řízení je pak vyhlášen ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Nedojde-li k dohodě v dohodovacím řízení, nebo odporuje-li tato dohoda uzavřená v dohodovacím řízení právním předpisům či veřejnému zájmu, stanoví výši úhrad

hrazené péče včetně regulačních omezení pro příslušné kalendářní pololetí Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. **(58, 62)**

V případě, že zdravotnické zařízení nemá uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami, může zdravotní péči poskytovat bezplatně nebo za přímou úhradu. **(32)**

1.1.5. Pojistné na veřejné zdravotní pojištění

U veřejného zdravotního pojištění platí zásada, že v každém okamžiku musí být za každého pojištěnce někdo plátcem pojistného. **(64)**

Zákon číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění stanoví, kterým dnem vzniká povinnost platit pojistné na zdravotní pojištění pojištěnci, kdy vzniká a zaniká platební povinnost státu a zaměstnavatele. **(58)**

Pojistné na veřejné zdravotní pojištění je finanční částka, kterou mají povinnost platit všichni jeho plátcí. Tato finanční částka se zpravidla platí za jednotlivé kalendářní měsíce. Pojistné je odváděno buď na účet Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, nebo na účty jiných zdravotních pojišťoven provádějících veřejné zdravotní pojištění, u nichž je pojištěnec pojištěn. Pojištěnec musí pojistné na veřejné zdravotní pojištění platit vždy, nemá-li tuto povinnost stát. **(58)**

Výše pojistného je stanovena za rozhodné období 13,5 % z vyměřovacího základu. Výši pojistného si musí jeho plátcé sám vypočítat. Pojistné je zaokrouhlováno na celé koruny směrem nahoru. **(17, 69)**

1.1.5.1. Vznik a zánik zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění vzniká dnem narození, jedná-li se o osobu, která má trvalý pobyt na území České republiky. Jedná-li se o osobu, která nemá trvalý pobyt na území České republiky, vzniká zdravotní pojištění dnem, kdy se osoba stala zaměstnancem nebo dnem, kdy osoba získala trvalý pobyt na území České republiky. **(69)**

Zdravotní pojištění zaniká dnem úmrtí pojištěnce nebo dnem, kdy je pojištěnec prohlášen za mrtvého. Zdravotní pojištění dále zaniká dnem, kdy osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem, nebo kdy osobě s trvalým pobytem na území České republiky byl trvalý pobyt ukončen. **(69)**

1.1.5.2. Rozhodné období

Obecně se rozhodným obdobím rozumí časový úsek, ve kterém se zjišťuje vyměřovací základ pro odvod pojistného. Rozhodné období je upraveno zvláště pro zaměstnance, zaměstnavatele a pro OSVČ.

Za rozhodné období, z něhož se zjišťuje vyměřovací základ za zaměstnance je považován kalendářní měsíc, za který se platí pojistné. U osob samostatně výdělečně činných se rozhodným obdobím rozumí kalendářní rok, za který se pojistné platí. **(17, 26)**

1.1.5.3. Vyměřovací základ

Za vyměřovací základ pro stanovení pojistného se považují částky, které jsou diferencovány různě pro jednotlivé skupiny poplatníků.

Vyměřovací základ zaměstnance

Počínaje 1. lednem 2008 je vyměřovacím základem zaměstnance úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, jež jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmů a nejsou od daně osvobozeny a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním. To znamená, že z toho, co se zaměstnanci zdaňuje podle § 6 zákona o daních z příjmů, se odvádí pojistné, až na zákonem stanovené výjimky. **(70)**

Za minimální vyměřovací základ u zaměstnance je považována minimální mzda pracovníků v pracovním poměru, kteří jsou odměňováni měsíční mzdou, jež platí k prvnímu dni kalendářního měsíce, v němž je pojistné na zdravotní pojištění platí.

V případě, že je vyměřovací základ zaměstnance nižší, než je výše minimálního vyměřovacího základu, je zaměstnanec povinen doplatit zdravotní pojišťovně prostřednictvím svého zaměstnavatele pojistné ve výši 13,5 % z rozdílu těchto základů. Má-li zaměstnanec více zaměstnavatelů, musí zaměstnanec provést takovýto doplatek pojistného na zdravotní pojištění prostřednictvím zaměstnavatele, kterého si zvolí. Tento doplatek má povinnost provést vždy současně s odvodem pojistného v následujícím kalendářním měsíci. V případě, že je vyměřovací základ nižší z důvodů překážek na straně zaměstnavatele, musí tento rozdíl doplatit zaměstnavatel. Vzhledem k tomu, že od 1. ledna 2008 nedošlo ke změně výše minimální mzdy, jejíž částka je 8 000 Kč, činí výše minimálního měsíčního pojistného na zdravotní pojištění zaměstnanců 1 080 Kč, jako v roce 2007. **(70)**

Maximální vyměřovací základ u zaměstnanců tvoří částku čtyřicetiosminásobku průměrné mzdy. V roce 2008 činí maximální vyměřovací základ 1 034 880 Kč. Maximální vyměřovací základ tvoří součet vyměřovacích základů zaměstnance, které byly zjištěny v kalendářním roce, za který je zjišťován maximální vyměřovací základ. V případě, že zaměstnanec v daném roce dosáhne u jednoho zaměstnavatele maximálního vyměřovacího základu z částky, která přesahuje maximální vyměřovací základ, již pojistné neplatí. Dosáhne-li vyměřovací základ u zaměstnance maxima, je od té chvíle jeho vyměřovací základ do konce roku nulový. **(70)**

V případě, že úhrn vyměřovacích základů zúčtovaných u více zaměstnavatelů přesáhne částku maximálního vyměřovacího základu, je považována část pojistného zaplaceného zaměstnancem vypočtená z úhrnu vyměřovacích základů přesahujících maximální vyměřovací základ za přeplatek zaměstnance na pojistném. **(70)**

Přeplatek zaměstnance na pojistném na zdravotní pojištění může být pojištěnci vrácen pouze na písemnou žádost. Na této žádosti musí zaměstnavatel potvrdit zaměstnanci úhrn vyměřovaných základů za kalendářní rok, za který bylo za zaměstnance odvedeno pojistné, a to nejdéle do 8 dnů ode dne obdržení žádosti. Změnil-li zaměstnanec během kalendářního roku zdravotní pojišťovnu, musí podat žádost u každé z těchto pojišťoven. Každá taková pojišťovna zaměstnanci vrátí pojistné v poměru podle délky pojištění. **(68, 70)**

Vyměřovací základ osoby samostatně výdělečně činné

Osoba samostatně výdělečně činná musí odvést pojistné alespoň z minimálního vyměřovacího základu, pokud zákon nestanoví jinak, a nejvýše z maximálního vyměřovacího základu. Výše všeobecného vyměřovacího základu a výše přepočítacího koeficientu se řídí nařízením vlády. Nařízení vlády číslo 257/2007 Sb., ze dne 24. září 2007 stanovilo výši vyměřovacího základu za rok 2006 na 20 050 Kč a výši přepočítacího koeficientu na 1,0753. **(40)**

Výše minimálního měsíčního vyměřovacího základu pro jednotlivé měsíce roku 2008 je 10 780 Kč. Z toho minimální měsíční záloha na pojistné činí po zaokrouhlení 1 456 Kč. Minimální vyměřovacím základem OSVČ je dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství. Průměrnou měsíční mzdou v národním hospodářství je částka, která je vypočtena jako součin všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, jež o dva roky předchází kalendářnímu roku, pro který se průměrná mzda zjišťuje, a přepočítacího koeficientu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění pro úpravu tohoto všeobecného vyměřovacího základu. Takto vypočtená částka průměrné mzdy je zaokrouhlena na celé koruny směrem nahoru. Pro rok 2008 činí průměrná mzda 21 560 Kč. **(75)**

S platností od 1. ledna 2008 došlo zákonem číslo 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů k novelizaci zákona číslo 592/1992 Sb. Výše maximálního vyměřovacího základu OSVČ díky této novele činí od 1. ledna 2008 čtyřicetinásobek průměrné mzdy. Maximálním vyměřovacím základem pro rok 2008 je částka 1 034 880 Kč. Maximálním měsíčním vyměřovacím základem je částka 86 240 Kč a maximální zálohu na pojistné činí částka 11 643 Kč. **(75)**

S účinností novely zákona číslo 592/1992 Sb. platné od 1. ledna 2008 je OSVČ povinna předložit Přehled nejpozději do jednoho měsíce ode dne, v němž měla podat daňové přiznání. Tento přehled o svých příjmech a výdajích musí předložit všem zdravotním pojišťovnám, u kterých byla v tomto období pojištěna. Zpracovává-li osobě samostatně výdělečně činné daňové přiznání daňový poradce, musí tuto skutečnost

doložit příslušné zdravotní pojišťovně do 30. dubna kalendářního roku, v němž má povinnost podat daňové přiznání za předchozí kalendářní rok. **(40)**

Doplatek rozdílu mezi zálohami a skutečnou výší pojistného vypočtenou z dosažených příjmů je splatný do 8 dnů po podání daňového přiznání za uplynulý kalendářní rok. **(40)**

Vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem

Vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem za osobu, za kterou je plátcem pojistného stát, dle § 7 zákona číslo 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, je stanoven pro období kalendářního roku. Od 1. ledna 2008 dochází zákonem číslo 261/2007 Sb. k novele zákona číslo 592/1992 Sb.. Tato novela stanoví, že vyměřovací základ pro platbu pojistného státem je 25 % všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o dva roky předchází kalendářnímu roku, pro který je vyměřovací základ zjišťován. Vypočtená částka je zaokrouhlována na celé koruny směrem nahoru. **(55, 75)**

Od 1. ledna 2008 činí vyměřovací základ pro platbu pojistného státem částku 5 013 Kč. Od stejného data platí stát z tohoto vyměřovacího základu za osoby, za které je podle zvláštního právního předpisu plátcem pojistného, měsíčně pojistné ve výši 677 Kč. **(55, 75)**

Vyměřovací základ pro osoby bez zdanitelných příjmů

Osoby bez zdanitelných příjmů si musí platit pojistné ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu každý měsíc. Pro osoby bez zdanitelných příjmů je vyměřovacím základem výše platné minimální mzdy po zaokrouhlení na celé koruny směrem nahoru. **(38)**

Protože od 1. ledna 2008 nedošlo ke změně výše minimální mzdy, činí pro rok 2008 minimální mzda, tedy i vyměřovací základ pro OBZP částku ve výši 8 000 Kč.

V roce 2008 činí minimální měsíční pojistné na zdravotní pojištění OBZP 1 080 Kč. **(38, 75)**

Pojistné je splatné vždy od prvního dne kalendářního měsíce, za který se platí pojistné, do osmého dne měsíce, který následuje po kalendářním měsíci, za který se platí pojistné. Pokud připadne poslední den splatnosti na sobotu, neděli či svátek, je za poslední den lhůty splatnosti nejbližší následující pracovní den. **(38)**

1.1.6. Plátcí pojistného na zdravotní pojištění

Všichni plátcí pojistného jsou povinni platit pojistnou částku na veřejné zdravotní pojištění za jednotlivé kalendářní měsíce. Dle Zákona o veřejném zdravotním pojištění číslo 48/1997 Sb., jsou rozlišovány 3 skupiny plátců pojistného. Jsou jimi stát, zaměstnavatelé a pojištěnci uvedení v § 5 tohoto zákona. Za pojištěnce uvedené v § 5 zákona číslo 48/1997 Sb. tedy jsou zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) a osobou bez zdanitelných příjmů (OBZP). **(17, 69)**

Zákon o veřejném zdravotním pojištění číslo 48/1997 Sb. stanoví den, jimž vzniká povinnost pojištěnci platit pojistné na zdravotní pojištění. Stejný zákon též stanoví den, kdy vzniká a zaniká povinnost státu a zaměstnavatele platit pojistné na zdravotní pojištění. **(58)**

1.1.6.1. Stát

Více než polovinu obyvatel České republiky tvoří v oblasti veřejného zdravotního pojištění osoby, za které je plátcem pojistného stát. **(58)**

Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu České republiky za nezaopatřené děti, za poživatele důchodů z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské a rodičovské dovolené a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství (§ 32 a násl. zákona číslo 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění). Nezaopatřenost dítěte je pro účely zdravotního pojištění posuzována podle zákona číslo 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. Stát

je plátcem zdravotního pojištění za poživatele důchodů z důchodového pojištění, jimž byl přiznán důchod před 1. lednem 1993 dle předpisů České a Slovenské Federativní republiky a po 31. prosinci 1992 dle předpisů České republiky, a to i v měsících, kdy těmto osobám podle předpisů o důchodovém pojištění výplata důchodu nenáleží. **(69)**

Dále je stát plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu České republiky za uchazeče o zaměstnání podle § 7 odst. 1 a §17 odst. 7 zákona číslo 1/1991 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Také za osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni středně těžké, těžké nebo úplné závislosti, a za osoby, které o tyto osoby pečují, a dále za osoby, které pečují o osoby mladší 10 let, jež jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni lehké závislosti. **(69)**

Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu České republiky též za osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby, které jsou s nimi společně posuzované. Podmínkou je, že nejsou v pracovním ani obdobném vztahu ani nevykonávají samostatnou výdělečnou činnost, nejsou v evidenci uchazečů o zaměstnání a nejedná se o poživatele starobního, plného invalidního, vdovského či vdoveckého důchodu, ani o poživatele rodičovského příspěvku či o nezaopatřené dítě. Společně posuzované osoby jsou stanoveny v zákoně číslo 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. **(69)**

Stát je také plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu České republiky za osoby ve vazbě nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody. Dále též za osoby, které celodenně osobně a řádně pečují alespoň o jedno dítě do 7 let věku, nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku, nejde-li o příjemce rodičovského příspěvku nebo ženy na mateřské a rodičovské dovolené a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství a další osoby, které jsou uvedeny v § 7 zákona o veřejném zdravotním pojištění číslo 48/1997 Sb. **(69)**

1.1.6.2. Zaměstnavatelé

Pro účely zdravotního pojištění je za zaměstnavatele považována právnická nebo fyzická osoba, která je plátcem příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků podle

§ 6 zákona číslo 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, a která zaměstnává zaměstnance a má sídlo či trvalý pobyt na území České republiky. **(69)**

Zaměstnavatel hradí za své zaměstnance pojistné na zdravotní pojištění ze dvou třetin. Odvádí část pojistného, kterou má povinnost platit za své zaměstnance, i část pojistného, kterou mají povinnost hradit zaměstnanci. Část pojistného, kterou mají povinnost platit zaměstnanci jim zaměstnavatel srazí ze mzdy či platu, a to i bez jejich souhlasu. **(58)**

1.1.6.3. Pojištěnci

Pojištěnec je plátcem pojistného, pokud je zaměstnancem, osobou samostatně výdělečně činnou (OSVČ) nebo osobou bez zdanitelných příjmů (OBZP). **(69)**

Zaměstnanci

V rámci veřejného zdravotního pojištění je za zaměstnance považována fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků podle § 6 zákona číslo 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů. Zákon číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění stanoví v § 5 výjimky, jako například žáka či studenta, který má jen příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků za práci z praktického výcviku, osoby činné na základě dohody o provedení práce a osoby činné na základě dohody o pracovní činnosti, jež v kalendářním měsíci nedosáhla započitatelného příjmu. Pro rok 2008 činí započitatelný příjmem částka 400 Kč. **(69, 74)**

V rámci novelizace zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění jsou za zaměstnance od 1. ledna 2008 nově považováni i například členové statutárních orgánů a dalších orgánů právnických osob, neuvolnění zastupitelé a členové společenství vlastníků bytových jednotek. **(70)**

Osoby samostatně výdělečně činné

Výčet osob, které se pro účely zdravotního pojištění považují za osoby samostatně výdělečně činné jsou uvedeny v § 5 zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Za OSVČ jsou v rámci zdravotního pojištění považovány například osoby, které podnikají v zemědělství (dle §12a zákona číslo 105/1990 Sb., o soukromém podnikání občanů, ve znění zákona číslo 219/1991 Sb.) a osoby, které provozují živnost (dle zákona číslo 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, ve znění pozdějších předpisů). **(69)**

Osoby bez zdanitelných příjmů

Za osobu bez zdanitelných příjmů je dle zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění považován pojištěnec, který má trvalý pobyt na území České republiky, za něhož není po celý kalendářní měsíc plátcem pojistného zaměstnavatel, ani stát, ani pojištěnec sám není plátcem pojistného jako OSVČ. **(39)**

Je-li tedy tento pojištěnec během kalendářního měsíce byt' i jeden den zaměstnán nebo veden jako OSVČ nebo by byl v některé kategorii, za kterou je plátcem pojistného na zdravotního pojištění stát, není v tomto měsíci osobou bez zdanitelných příjmů. Mezi osoby bez zdanitelných příjmů patří například student starší 26 let nebo student studující na škole, která nebyla Ministerstvem školství označena jako soustavná příprava na budoucí povolání. Soustavná příprava na budoucí povolání je stanovena v § 12 až § 15 zákona číslo 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. Za OBZP je také například považován nezaměstnaný, který není v evidenci úřadu práce, nebo zaměstnanec, který pracuje jen na dohody o provedení práce, dle ustanovení § 75 zákona číslo 262/2006 Sb., zákoníku práce, a další osoby. Aby však byl takový pojištěnec považován za osobu bez zdanitelných příjmů, musí tyto skutečnosti trvat po celý kalendářní měsíc. **(5, 17, 39)**

1.1.7. Práva a povinnosti pojištěnce

V oblasti veřejného zdravotního pojištění má pojištěnec práva a povinnosti stanovené zákonem. Práva pojištěnce jsou uvedeny v § 11 zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Povinnosti pojištěnce stanoví tentýž zákon v § 12. **(69)**

Práva pojištěnce

Pojištěnci mají základní práva týkající se veřejného zdravotního pojištění. Tato práva občanů jsou daná především zákonem číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. **(17)**

Mezi základní práva pojištěnců veřejného zdravotního pojištění patří právo pojištěnce na výběr zdravotní pojišťovny provádějící veřejné zdravotní pojištění. Občan může (až na zákonem stanovené výjimky) změnit zdravotní pojišťovnu jednou za dvanáct měsíců, a to vždy pouze k 1. dni kalendářního čtvrtletí. **(43)**

Za nezletilé osoby a za osoby bez způsobilosti k právním úkonům podává žádost o změnu zdravotní pojišťovny jejich zákonný zástupce. Narozené dítě se stává v den porodu pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka. U takového dítěte může jeho zákonný zástupce změnit zdravotní pojišťovnu až po přidělení rodného čísla dítěti, a to k 1. dni kalendářního čtvrtletí. Svobodná volba zdravotní pojišťovny je omezena též u pojištěnce, který studuje na vojenské škole. Takový pojištěnec musí být pojištěn u Vojenské zdravotní pojišťovny. Žádná zdravotní pojišťovna nesmí odmítnout žádost pojištěnce o přijetí. Dále zdravotní pojišťovna nesmí určit dobu pojištění a nemůže ani pojistný vztah sama ukončit. **(5, 7, 69)**

K právům pojištěnců patří také právo pojištěnce na výběr lékaře nebo jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení, kromě závodní zdravotní služby. Musí však být ve smluvním vztahu k dané zdravotní pojišťovně. Toto právo může občan uplatnit jednou za tři měsíce. Z toho tedy vyplývá právo měnit zvoleného lékaře či zdravotnické zařízení jednou za tři měsíce. Zvolený lékař může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče. Může tak však učinit jen tehdy, bylo-li by jeho přijetím překročeno únosné pracovní zatížení lékaře natolik, že by nebyl schopen zajistit

kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pojištěnce, které má daný lékař ve své péči. Další příčinou, kdy může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je přílišná vzdálenost místa trvalého či přechodného pobytu pojištěnce pro výkon návštěvní služby. Míru únosného pracovního zatížení a též závažnost příčiny pro kterou nepřijme pojištěnce do své péče, posuzuje zvolený lékař. Lékař nemůže odmítnout pojištěnce ze spádového území a též v případech neodkladné péče. Odmítnutí převzetí pojištěnce do péče musí lékař danému pojištěnci písemně potvrdit. **(32, 34)**

Právo na zdravotní péči bez přímé úhrady také patří mezi základní práva pojištěnců veřejného zdravotního pojištění. Musí mu ale být poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem. Lékař ani jiný odborný pracovník ve zdravotnictví, taktéž zdravotnické zařízení nesmí za tuto zdravotní péči přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. **(69)**

Mezi základní práva pojištěnců dále patří právo na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely bez přímé úhrady. Musí se však jednat o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu se zákonem číslo 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. **(69)**

Pojištěnec má právo podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče, která je hrazena ze zdravotního pojištění. Na vyžádání pojištěnce musí zdravotní pojišťovna písemně poskytnout jednou za rok údaje o zdravotní péči, která byla uhrazena za tohoto pojištěnce v období posledních dvanácti měsíců. **(17)**

Pojištěnec má dále právo na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku (dle § 16 a zákona číslo 48/1997). Na jeho žádost musí zdravotnické zařízení tento doklad vydat. Též má každý pojištěnec právo na vystavení dokladu o zaplacení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku či potraviny pro zvláštní lékařské účely. Tento doklad musí vydat zařízení lékařské péče na žádost pojištěnce. **(69)**

Pojištěnec má právo na uhrazení částky, která přesahuje limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky či potraviny pro zvláštní lékařské účely zdravotní pojišťovnou. (podle § 16 b zákona číslo 48/1997) **(69)**

Mezi základní práva pojištěnců se také řadí právo na výběr dopravní služby, jež je ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou. **(69)**

V případech, kdy má pojištěnec za to, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče, může podat návrh na přezkoumání vedoucímu zdravotnického zařízení nebo zřizovateli tohoto zařízení. Dále se pojištěnec může obrátit na Českou lékařskou komoru, Českou stomatologickou komoru nebo Českou lékárnickou komoru, jestliže se nedostatky týkají odborného či etického postupu lékaře nebo lékárníka. Také se pojištěnec může obrátit na jinou profesní organizaci, týkají-li se nedostatky jiného zdravotnického pracovníka. Pojištěnec se dále může obrátit na zdravotní pojišťovnu, u níž je pojištěncem, zejména pak odmítne-li zdravotnický pracovník provést zdravotní výkon, který spadá do hrazené péče. Pojištěnec má také možnost, obrátit se na příslušný orgán státní správy, který provedl registraci zdravotnického zařízení podle zvláštního zákona. **(17, 69)**

Povinnosti pojištěnce

Pojištěnec má řadu povinností vůči zdravotní pojišťovně. Při porušení těchto povinností mu může být uložena majetková sankce – pokuta nebo penále. Pokuta i penále se pojištěnci ukládají ve správním řízení. Tím se rozumí správní rozhodnutí, platební výměre, případně vystavení jiných dokladů (Vyúčtování, Zpráva o kontrole apod.). **(17)**

K základním povinnostem pojištěnce patří povinnost plnit oznamovací povinnost. Například pojištěnec, který je osobou samostatně výdělečně činnou, má povinnost oznámit příslušné zdravotní pojišťovně zahájení a ukončení samostatné výdělečné činnosti. Oznámení musí učinit nejpozději do osmi dnů ode dne, kdy tuto činnost zahájil nebo ukončil. Pojištěnec, jenž má trvalý pobyt na území České republiky, není zaměstnancem ani osobou samostatně výdělečně činnou a není za něj plátce pojistného stát, má povinnost tuto skutečnost oznámit příslušné zdravotní pojišťovně do osmi dnů. **(17, 69)**

Pojištěnec též musí oznámit příslušné zdravotní pojišťovně skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit za něj pojistné. Zákonný zástupce

narozeného dítěte je povinen oznámit narození zdravotní pojišťovně, u níž je v den porodu pojištěna matka narozeného dítěte. Obě tyto skutečnosti musí být oznámeny zdravotní pojišťovně do osmi dnů ode dne zjištění. V případě, že pojištěnec nesplní oznamovací povinnost, může příslušná zdravotní pojišťovna uložit pojištěnci pokutu až do výše 10 000 Kč. **(8, 17)**

Další povinností pojištěnce je sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli zdravotní pojišťovnu, u níž je pojištěn. Stejnou povinnost má při změně zdravotní pojišťovny v době trvání zaměstnání. Tuto skutečnost musí svému zaměstnavateli oznámit nejdéle do osmi dnů ode dne změny zdravotní pojišťovny. Zaměstnavatel může požadovat na zaměstnanci či bývalém zaměstnanci úhradu penále, jež zaměstnavatel zaplatil při neoznámení nebo opožděném oznámení změny zdravotní pojišťovny pojištěncem. **(34, 69)**

Všichni pojištěnci mají povinnost hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, nestanoví-li zákon jinak. **(69)**

Dále má každý pojištěnec povinnost poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu. Musí také dodržovat lékařem stanovený léčebný režim. Povinnost dodržovat opatření, která směřují k odvrácení nemocí a povinnost vyvarovat se jednání, které má za cíl vědomě poškodit vlastní zdraví, patří také mezi základní povinnosti pojištěnců. V případě, že byl pojištěnec předčasně propuštěn z ústavní péče pro soustavná hrubá porušování domácího řádu ústavního zdravotnického zařízení, může takovému pojištěnci zdravotní pojišťovna udělit pokutu až do výše 500 Kč. **(8, 69)**

Pojištěnci se musí podrobit na vyzvání preventivním prohlídkám, dle zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění nebo obecně závazných právních předpisů. V případě opětovného nesplnění povinnosti podrobit se preventivní prohlídce může zdravotní pojišťovna uložit pojištěnci pokutu až do výše 500 Kč. **(8, 17, 69)**

Všichni pojištěnci se musí prokazovat při poskytování zdravotní péče, s výjimkou poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky, platným průkazem pojištěnce. Mohou se též prokazovat náhradním dokladem, který vydala příslušná zdravotní pojišťovna. Zdravotní pojišťovna může uložit pokutu až do

výše 5 000 Kč. pojištěnci, jež se při poskytování zdravotní péče prokázal jejím průkazem pojištěnce, i když v té době již jejím pojištěncem nebyl. **(8, 17, 69)**

Při ztrátě či poškození průkazu pojištěnce musí pojištěnci oznámit nejdéle do osmi dnů tuto skutečnost příslušné zdravotní pojišťovně. V případě, že pojištěnec tuto lhůtu nedodrží, může příslušná zdravotní pojišťovna uložit pojištěnci pokutu do výše 500 Kč. **(8, 17, 69,77)**

K základním povinnostem pojištěnců též patří povinnost do osmi dnů vrátit příslušné zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce, jestliže zanikne zdravotní pojištění, dále při změně zdravotní pojišťovny a při dlouhodobém pobytu v zahraničí. Za dlouhodobý pobyt v cizině je považován nepřetržitý pobyt delší šesti měsíců. Zdravotní pojištění zaniká při ztrátě trvalého pobytu na území ČR a při ukončení zaměstnání u pojištěnců, kteří nemají trvalý pobyt na území ČR. Při porušení těchto povinností může být pojištěnci uložena pokuta do výše 500 Kč. **(8, 17, 20, 69, 77)**

Každý pojištěnec musí oznámit příslušné zdravotní pojišťovně změny jména, příjmení, trvalého pobytu či rodného čísla. Tyto změny musí pojištěnec nahlásit do 30 dnů ode dne, kdy změna nastala. Při porušení této povinnosti může příslušná zdravotní pojišťovna uložit pojištěnci pokutu. **(17, 69)**

Osoby samostatně výdělečně činné mají povinnost při změně zdravotní pojišťovny předložit nově zvolené zdravotní pojišťovně doklad o výši záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu. **(69)**

Všichni pojištěnci mají povinnost hradit zdravotnickému zařízení regulační poplatky podle § 16a zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. **(69)**

1.1.8. Práva a povinnosti plátců pojistného

Dle zákona o veřejném zdravotním pojištění číslo 48/1997 Sb., patří mezi plátce pojistného stát, zaměstnavatelé a pojištěnci uvedení v § 5 tohoto zákona. Pojištěnci uvedenými v § 5 zákona číslo 48/1997 Sb. jsou zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) a osobou bez zdanitelných příjmů (OBZP). Plátcí pojistného mají především oznamovací povinnost. **(69)**

V případě neplnění svých povinností jsou provinilcům ukládány pokuty, neplacení či nesprávné placení pojistného nebo záloh na pojistné vede ke vzniku dlužného pojistného a návazně k vyměření penále. **(18)**

Zaměstnavatelé

Mezi skutečnosti, které má zaměstnavatel povinnost oznámit, nejdéle však do 8 dnů od jejího vzniku příslušné zdravotní pojišťovně, patří oznámení o: nástupu zaměstnance do zaměstnání a jeho ukončení, změně zdravotní pojišťovny zaměstnancem a skutečnostech rozhodných pro povinnost státu platit za zaměstnance pojistné. O oznamovacích skutečnostech musí vést zaměstnavatel evidenci a dokumentaci. Při plnění oznamovací povinnosti musí zaměstnavatel sdělit jméno, příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo zaměstnance. **(69)**

Další povinností zaměstnavatele je předávání přehledu o platbě pojistného. Z tohoto přehledu příslušná zdravotní pojišťovna stanovuje předpis pojistného a porovnává s uskutečněnými platbami. Pokud ho zaměstnavatel neodevzdá, může mu být vyměřena pokuta a zároveň mu je možné stanovit částku pojistného v tzv. pravděpodobné výši. **(45)**

Pro účely zdravotního pojištění je za zaměstnání považována činnost zaměstnance, ze které mu plynou od zaměstnavatele příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků zdaňované podle § 6 zákona o daních z příjmů. Dle novelizace zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která je v platnosti od 1. ledna 2008 se za den nástupu zaměstnance do zaměstnání považuje den, kdy začal zaměstnanec vykonávat práci, na jejím základě mu plynou příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků. Tato novela též upravuje den ukončení zaměstnání. Za ten je považován den ukončení výkonu práce. V tomto zákoně je podrobně vymezeno období zaměstnání pro jednotlivé konkrétní kategorie zaměstnanců. Při posuzování vzniku a zániku zaměstnání se díky novelizaci zákona číslo 48/1997 Sb. od 1. ledna 2008 již nevychází z vazby na nemocenské pojištění. Nově je rozhodující, zda z určité činnosti plynou příjmy, které jsou zdaňované podle § 6 zákona o daních z příjmů. **(70)**

Změnu zdravotní pojišťovny zaměstnance oznámí zaměstnavatel příslušné zdravotní pojišťovně odhlášením od placení pojistného u původní zdravotní pojišťovny a následným přihlášením k placení pojistného u zdravotní pojišťovny, jež si zaměstnanec zvolil. **(69)**

Pokud zaměstnanec zjistí, že zaměstnavatel nesplnil oznamovací povinnost vůči zdravotní pojišťovně, případně nesdělil-li zaměstnanec svému zaměstnavateli změněné rozhodné skutečnosti, má zaměstnanec povinnost oznámit je příslušné zdravotní pojišťovně. **(69)**

Pojištěnci

Pojištěnec má povinnost oznámit příslušné zdravotní pojišťovně skutečnosti, které jsou rozhodné pro vznik či zánik povinnosti státu platit za něj pojistné. Tuto oznamovací povinnost musí pojištěnec provést nejdéle do 8 dnů od vzniku této rozhodné skutečnosti. V případě nedodržení dané lhůty 8 dnů, může zdravotní pojišťovna uplatnit svůj nárok na uložení sankčního postihu. Za zaměstnané osoby plní tuto oznamovací povinnost zaměstnavatel a za nezletilé osoby nebo osoby bez právní způsobilosti ji plní jejich zákonný zástupce. Výčet osob, za které má stát povinnost platit pojistné na zdravotní pojištění je uveden v § 7 zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. **(7, 69)**

Narození pojištěnce musí jeho zákonný zástupce oznámit zdravotní pojišťovně, u které je pojištěna matka v den porodu dítěte. Oznámení této skutečnosti musí provést nejdéle do 8 dnů od jejího vzniku. Bezprostředně po přidělení rodného čísla dítěti pak narození pojištěnce oznámí příslušný obecní úřad pověřený vedením matriky Centrálnímu registru pojištěnců. **(33)**

V případě úmrtí pojištěnce či jeho prohlášení za mrtvého musí tuto skutečnost oznámit příslušný obecní úřad pověřený vedením matriky Centrálnímu registru pojištěnců. Tuto skutečnost musí provést do 8 dnů od zápisu do matriky. **(69)**

Osoba, která je v rámci veřejného zdravotního pojištění osobou samostatně výdělečně činnou, musí oznámit příslušné zdravotní pojišťovně zahájení a ukončení samostatné výdělečné činnosti. Toto oznámení musí však provést do 8 dnů ode dne, kdy

tato skutečnost nastala. Za zahájení samostatné výdělečné činnosti se považuje den, kdy pojištěnec začne skutečně podnikat. Pojištěnec, který podniká na základě živnostenského oprávnění splní tuto povinnost i oznámením této skutečnosti příslušnému živnostenskému úřadu. Změní-li OSVČ zdravotní pojišťovnu, musí této nově zvolené zdravotní pojišťovně jako samoplátce předložit doklad o výši záloh, které bude platit. Tento doklad vystaví zdravotní pojišťovna, od které pojištěnec odchází. V případě, že OSVČ změni zdravotní pojišťovnu během rozhodného období, tedy kalendářního roku, musí předložit u zdravotních pojišťoven, kde byl v příslušném roce pojištěn, Přehled o příjmech a výdajích ze samostatné výdělečné činnosti a úhrnu zaplacených záloh na pojistné. **(6, 7, 69)**

1.1.9. Způsob placení pojistného

Pojistné na veřejné zdravotní pojištění se platí v české měně. Pojištěnec může pojistné zaplatit buď bezhotovostním převodem nebo v hotovosti. V případě bezhotovostního převodu převede peníze z účtu, který je veden v České republice u banky, spořitelního či úvěrního družstva, nebo z účtu, který je veden v cizině. U platby v hotovosti prostřednictvím banky, spořitelního a úvěrního družstva nebo držitele poštovní licence v České republice na příslušný účet nebo může pojistné zaplatit zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny k tomu určenému. **(69)**

Za den platby pojistného je považován u bezhotovostních převodů z účtu, který je veden v České republice u banky, spořitelního či úvěrního družstva den, kdy byla potřebná částka odepsána z účtu plátce pojistného. Za den platby pojistného u bezhotovostních převodů z účtu, který je veden v zahraničí je považován den, kdy byla příslušná částka připsána na účet příslušné zdravotní pojišťovny. V případě platby v hotovosti v České republice se za den platby pojistného považuje den přijetí platby bankou, spořitelním či úvěrním družstvem, držitelem poštovní licence nebo příslušnou zdravotní pojišťovnou. **(69)**

Na žádost plátce pojistného mu musí zdravotní pojišťovna vydat potvrzení o stavu jeho závazků, které se týkají pojistného, penále, pokuty a přírážky k pojistnému. V případě, že má plátce pojistného dluh, je v tomto potvrzení uvedena jeho výše, a údaj

o dluhu na pojistném, včetně záloh, dluhu na penále, dluhu na pokutě a dluhu na přirážce k pojistnému. **(10)**

1.1.9.1. Přeplatek pojistného

Přeplatek pojistného je vrácen plátcí pojistného nebo jeho právnímu zástupci, není-li jiného splatného závazku vůči příslušné zdravotní pojišťovně. Má-li plátec pojistného závazek vůči příslušné zdravotní pojišťovně, přeplatek pojistného se použije k jeho úhradě. Zdravotní pojišťovna musí vrátit přeplatek pojistného do jednoho měsíce ode dne, kdy přeplatek zjistila. Nárok na vrácení přeplatku je promlčen za pět let od uplynutí kalendářního roku, ve kterém přeplatek vznikl. **(68)**

1.1.9.2. Úhrada dlužného pojistného

Dlužné pojistné musí plátcí pojistného doplatit. Doplatek je splatný na účet zdravotní pojišťovny, u níž byla osoba pojištěna v období, za které má pojistné doplatit. Nedoplatky pojistného, které dohromady u jednoho plátce pojistného činí částku menší než 50 Kč, nelze dle zákona číslo 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění vymáhat. **(68)**

V případě, že má plátec pojistného vůči zdravotní pojišťovně splatný závazek, musí ho splácet v pořadí, které ukládá zákon číslo 592/1992 Sb. Nejprve plátec pojistného splácí pokuty, poté přirážky k pojistnému, nejstarší nedoplatky pojistného, běžné platby pojistného a naposledy penále. **(68)**

1.1.9.3. Promlčení pojistného

„Právo předepsat dlužné pojistné se promlčuje za pět let ode dne splatnosti. Byl-li proveden úkon ke zjištění výše pojistného nebo jeho vyměření, plyne nová promlčecí lhůta ode dne, kdy se o tom plátec pojistného dozvěděl. Právo vymáhat pojistné se

promlčuje ve lhůtě pěti let od právní moci platebního výměru, jímž bylo vyměřeno. Promlčecí doba neběží po dobu řízení u soudu.“ **(68, § 16)**

1.1.9.4. Přírážky k pojistnému

Zdravotní pojišťovna může vyměřit přírážku k pojistnému zaměstnavateli, u kterého došlo v uplynulém kalendářním roce k opakovanému výskytu pracovních úrazů nebo nemocí z povolání ze stejných příčin. V důsledku toho dochází u jeho zaměstnanců ke zvýšení nákladů na zdravotní péči. **(17)**

Zdravotní pojišťovna může zaměstnavateli vyměřit přírážku k pojistnému až do výše 5 % z podílu pojistného všech zaměstnanců jím hrazeným. **(17)**

1.1.9.5. Penále

Penále je majetková sankce, kterou musí zaměstnavatelé, OSVČ a OBZP platit za porušení povinností při placení pojistného na veřejné zdravotní pojištění. **(17)**

V případě, že pojištěnec nezaplatí ve stanovené lhůtě pojistné nebo zálohu na pojistné, nebo zaplatí-li jej v nižší částce, než ve které mělo být zapláceno, je plátce pojistného povinen platit penále. Pojištěnec platí penále ve výši 0,05 % dlužné částky za každý kalendářní den, v němž některá z těchto skutečností trvala. Platba penále je zaokrouhlována na celé koruny směrem nahoru. **(68)**

1.1.9.6. Pokuty

Pokutu může uložit příslušná zdravotní pojišťovna plátcí pojistného za neplnění nebo porušení povinností, které jsou stanovené v § 22, § 24, § 25 a § 28 zákona číslo 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotní pojišťovna může plátcí pojistného uložit pokutu až do výše 50 000 Kč za jednotlivé nesplnění nebo porušení povinnosti. **(68)**

Zdravotní pojišťovna může plátcí pojistného uložit pokutu do jednoho roku ode dne, kdy se o nesplnění nebo porušení povinnosti dozvěděla. Tuto pokutu však může

uložit nejpozději do pěti let ode dne, kdy došlo k nesplnění nebo porušení povinnosti. Pokuta uložená plátcí pojistného se považuje za příjem zdravotní pojišťovny, která ji uložila. **(68)**

1.1.10. Způsob a formy poskytování a úhrady zdravotní péče

Na území České republiky je základní zdravotní péče poskytována všem občanům na základě zdravotního pojištění zdarma. **(60)**

Ústava zaručuje právo na bezplatnou zdravotní péči za podmínek, které stanoví zákon. Tímto zákonem je zákon o veřejném zdravotním pojištění, který stanoví druhy zdravotní péče hrazené zdravotními pojišťovnami, zdravotní výkony, které pojišťovny nehradí, a výkony, které hradí jen v určených případech. Dále tento zákon stanoví také zdravotnické prostředky a skupiny léčivých látek. V každé skupině léčivých látek, které jsou uvedené v příloze číslo 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění, musí být alespoň jeden léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely, které se ze zdravotního pojištění hradí plně. Na ostatní si buď musí pojištěnec připlatit, nebo je pojišťovny nehradí vůbec. **(69)**

V České republice existují státní i nestátní zdravotnická zařízení. Téměř veškerá zdravotnická zařízení v České republice mají uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami. Tyto smlouvy slouží k upřesnění podmínek, za nichž bude péče poskytována, kontrolována, účtována a hrazena. V těchto zařízeních je pak poskytnuta klientům, kteří jsou u příslušných zdravotních pojišťoven pojištění zdravotní péče bez přímé úhrady. Tyto smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se nevyžadují při nutné a neodkladné péči poskytnuté pojištěnci. Zdravotní péče se v takových případech hradí i nesmluvnímu zdravotnickému zařízení. **(27, 32, 46)**

Zdravotní služby v České republice poskytují zdravotnická zařízení ambulantní péče, ústavní čili lůžkové péče, závodní preventivní péče, neodkladné péče a dopravy nemocných, raněných a rodiček. Dále jsou jimi zařízení lázeňské péče a zařízení, která zajišťují léčiva a zdravotní pomůcky a stomatologické výrobky. **(46)**

1.1.10.1. Ambulantní péče

Dle zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění se ambulantní péčí rozumí primární zdravotní péče, specializovaná ambulantní zdravotní péče a zvláštní ambulantní péče. **(69)**

V případě onemocnění se klient obrací nejprve na lékaře tzv. *primární péče*, kteří pracují v okolí klientova bydliště. Lékaři primární péče jsou praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, zubní lékaři čili stomatologové a ženští lékaři, tzv. praktičtí gynekologové. **(46)**

Dle zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění má pojištěnec právo na výběr lékaře. Každý klient se však musí přihlásit pouze u lékaře, který má uzavřenou smlouvu o poskytování zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou, u níž je pojištěn. **(46, 69)**

U všech lékařů primární péče se klient musí nejprve zaregistrovat. Zvolený lékař může odmítnout zaregistrovat, tedy odmítnout klienta přijmout do své péče pouze tehdy, bylo-li by jeho přijetím překročeno únosné pracovní zatížení lékaře natolik, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní klienty, které má ve své péči. Dále může lékař primární péče odmítnout zaregistrovat klienta z důvodu přílišné vzdálenosti místa trvalého bydliště či přechodného pobytu klienta pro výkon návštěvní služby. Lékař však nemůže odmítnout pojištěnce ze stanoveného spádového území. Lékař též nemůže odmítnout vyšetřit ani ošetřit klienta, jehož zdravotní stav vyžaduje poskytnutí nutné a neodkladné péče, jako například úrazu nebo náhlého akutního onemocnění. V případě odmítnutí má klient právo na písemné potvrzení odmítnutí lékařem. Klient se poté může obrátit na odbor zdravotnictví místního krajského úřadu s žádostí o prošetření. **(46, 61, 69)**

V případě, že zdravotní stav klienta vyžaduje poskytnutí *specializované ambulantní zdravotní péče*, doporučí mu lékař primární péče smluvní zdravotnické zařízení, které klientovi poskytne potřebnou specializovanou ambulantní péči. Společně s doporučením pro přijetí specializovaným lékařem, zašle lékař primární péče též písemné odůvodnění a důležité zdravotní údaje. **(69)**

Zvláštní ambulantní péče je hrazená péče z veřejného zdravotního pojištění, která je poskytována pojištěncům s akutním či chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci. Za zvláštní ambulantní péči se též dle zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění považuje paliativní péče, která je poskytována pojištěncům v terminálním stavu v jejich vlastním prostředí. Zvláštní ambulantní péče je poskytována jako domácí zdravotní péče, zdravotní péče ve stacionářích, zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb, dále jako zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ústavní péče osobám, jež jsou tam umístěny z jiných než zdravotních důvodů. Do zvláštní ambulantní péče se také řadí ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče, která je poskytována pojištěncům, kteří jsou umístěni v zařízeních sociálních služeb odborně způsobilými zaměstnanci těchto oddělení. Podle zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění musí být zvláštní ambulantní péče, která je hrazená z veřejného zdravotního pojištění poskytována na základě doporučení ošetřujícího či registrujícího praktického lékaře. **(69)**

1.1.10.2. Ústavní péče

Pokud to vyžaduje zdravotní stav klienta, doporučí mu lékař primární péče nebo ambulantní specialista léčbu ústavní péče, nebo mu přijetí sám dohodne. Ústavní, neboli lůžková péče, je zdravotní péče poskytovaná v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech. Jedná se například o léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy a další. V těchto zařízeních je možné klientovi poskytnout mimo ústavní péče také péči ambulantní. **(46, 69)**

Do ústavní péče jsou přijímáni klienti na doporučení ošetřujícího lékaře. Ten zasílá s doporučením k přijetí do ústavní péče též písemné odůvodnění a důležité zdravotní údaje. Do odborných léčebných ústavů jsou klienti přijímáni na podkladě návrhu ošetřujícího lékaře. To se netýká přijetí do psychiatrické léčebny. Tam tato podmínka nemusí být splněna. **(69)**

Klient musí být přijat do ústavní péče, pokud by jeho nepřijetím či odložením jeho přijetí do ústavní péče byl ohrožen klientův život nebo bylo-li by vážně ohroženo

jeho zdraví. Povinné přijetí do ústavní péče je též v případě porodu nebo povinného léčení. Převzetí klienta bez jeho souhlasu do ústavní péče je možné pouze ve vyjmenovaných případech v § 23 zákona číslo 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Zdravotnické zařízení musí takovouto hospitalizaci oznámit do 24 hodin příslušnému soudu. Každé nepřijetí klienta do ústavní péče musí být řádně zdokumentováno a musí mu být také předána zpráva pro jeho ošetřujícího lékaře. **(58, 69)**

Při propuštění klienta z ústavní péče je bezodkladně odeslána ošetřujícímu lékaři, jež navrhl ústavní péči a registrujícímu lékaři zpráva o propuštění pojištěnce i s návrhem dalšího léčebného postupu. **(69)**

1.1.10.3. Pohotovostní a záchranná služba

Pohotovostní a záchranná služba zajišťuje zdravotní péči při náhlém onemocnění nebo úrazu hrazenou z veřejného zdravotního pojištění v době mimo ordinanční hodiny nebo při nepřítomnosti ošetřujícího lékaře. Ústavní pohotovostní služba probíhá v sobotu, v neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 hodin. **(35, 46)**

V případě náhlého těžkého onemocnění, kdy se klient nemůže sám dopravit k lékaři a kdy je nutné rychlé ošetření a přeprava klienta do zdravotnického zařízení, aby nedošlo k nebezpečnému zhoršení zdravotního stavu či ohrožení klientova života, je organizována záchranná služba. **(46)**

1.1.10.4. Závodní preventivní péče

Závodní preventivní péče je hrazená péče dle zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Ta zabezpečuje spolu se zaměstnavatelem prevenci a ochranu zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a dalšími poškozeními zdraví z práce a prevenci úrazů. Zařízení závodní preventivní péče provádějí odbornou poradní činnost, která se týká především ochrany a podpory zdraví a též sociální pohody zaměstnanců. Tato zařízení také zjišťují například vlivy práce a pracovních podmínek na zdraví zaměstnanců a vykonávají preventivní lékařské prohlídky zaměstnanců. **(46)**

1.1.10.5. Lékárenské služby

Lékařenské služby zajišťují klientům léčiva a zdravotnické prostředky. Jsou zajišťovány na základě lékařského předpisu i bez něj. Hradí-li zdravotní pojišťovna celou cenu léčiva, vydávají lékárny klientům léčiva bez úhrady. Hradí-li však zdravotní pojišťovna jen část ceny léčiva nebo je nehradí vůbec, vydávají lékárny klientům léčiva za poplatek. Lékařský předpis, který je vydaný z pohotovostní služby, platí v den jeho vydání a následující den. Lékařský předpis na antibiotika platí nejdéle 5 dnů a ostatní předpisy mají platnost 14 kalendářních dnů. **(46, 63)**

1.1.10.6. Lázeňská péče

Lázeňská péče je hrazená z veřejného zdravotního pojištění v případě, že je nezbytnou součástí léčebného procesu a doporučí-li jí ošetřující lékař a potvrdí revizní lékař. Lázeňská péče je poskytována a hrazena jako komplexní lázeňská péče nebo příspěvková lázeňská péče. Komplexní lázeňskou péči plně hradí zdravotní pojišťovna. Komplexní lázeňská péče navazuje na ústavní nebo specializovanou ambulantní zdravotní péči. Tato péče je zaměřena na doléčení, zabránění vzniku invalidity a nesoběstačnosti či na minimalizaci rozsahu invalidity. Při komplexní lázeňské péči hradí příslušná zdravotní pojišťovna svému pojištěnci plné náklady na vyšetření, léčení, ubytování a stravu, a to ve standardní úrovni nasmlouvané s poskytovateli lázeňské péče. Pojištěnci je po dobu poskytování lázeňské péče vystavena pracovní neschopnost. Doba platnosti návrhu, během níž musí pacient nastoupit k lázeňskému léčení, je buď jeden měsíc od data vystavení návrhu nebo tři měsíce od data vystavení návrhu. **(2, 13, 69)**

Příspěvková lázeňská péče je poskytována u nemocí, které jsou uvedeny v „Indikačním seznamu“, kde nejsou splněny podmínky komplexní lázeňské péče. V případě příspěvkové lázeňské péče hradí zdravotní pojišťovna pouze vyšetření a léčení klienta. Příspěvková lázeňská péče může být poskytnuta maximálně jednou za dva roky, nerozhodne-li revizní lékař jinak. **(1, 2, 13, 69)**

Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou číslo 58/1997 Sb., indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost, v platném znění. **(30)**

1.1.11. Regulační poplatky

Nová legislativa, která je spojená se zákonem číslo 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, jímž se mění zákon číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění přináší do zdravotnictví České republiky nový nástroj regulačních poplatků.

(54)

Zavedení regulačních poplatků, limitu regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely má dopad na činnost zdravotnických zařízení včetně zařízení lékařské péče a zdravotních pojišťoven. **(35)**

Regulační poplatky byly v českém zdravotnictví zavedeny za účelem omezení plýtvání a zneužívání zdravotních služeb, zkvalitnění zdravotní péče, posílení role klienta a pro zajištění efektivity a finanční stability systému veřejného zdravotního pojištění. **(53)**

Zavedení regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely se dotýká každého pojištěnce v České republice. Přínosem zavedených regulačních poplatků by měla být motivace klientů k účelné spotřebě zdravotní péče, uvědomění si, že zdravotní péče není zadarmo a ochrana klientů před nežádoucími dopady kumulovaných doplatků za léky. Očekávaným přínosem zavedených regulačních poplatků má dále být získání více prostředků na kvalitnější péči o vážně nemocné klienty a nárůst celkových příjmů a úspora celkových výdajů v systému veřejného zdravotního pojištění České republiky. Hlavním faktorem růstu celkových výdajů na zdravotnictví ve všech vyspělých zemích jsou především zvyšující se výdaje za léky. **(22, 51, 53)**

Každý pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce musí v souvislosti s poskytováním hrazené péče platit od 1. ledna 2008 regulační poplatky zdravotnickému zařízení, které určenou zdravotní péči poskytlo. Regulační poplatek je tedy příjmem zdravotnického zařízení, jež tento poplatek vybralo. Dalšími osobami, které musí regulační poplatky platit jsou klienti, kteří čerpají zdravotní péči na území České republiky, ačkoli jsou pojištěnci jiného členského státu EU nebo státu, s nímž je uzavřena dvoustranná smlouva. Cizinci, kterým je poskytována zdravotní péče na území ČR hrazená na

základě resortní mezinárodní smlouvy ze státního rozpočtu, nejsou zproštěni od povinnosti platby regulačních poplatků. **(35, 69)**

Pojištěnec má povinnost zaplatit regulační poplatek ve stanovené lhůtě pro hrazení poplatků dle zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Jedná-li se o uhrazení poplatku či doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízením lékařské péče, musí pojištěnec uhradit regulační poplatek ihned. V případě úhrady regulačního poplatku v souvislosti s poskytováním zdravotní péče je možné uhradit poplatek ihned nebo podle dohody se zdravotnickým zařízením. Nejdéle do 8 kalendářních dnů po propuštění z ústavní péče musí pojištěnec uhradit regulační poplatek v případě, že jeho hospitalizace byla kratší než 30 dní. Je – li pojištěnec umístěn ve zdravotnickém zařízení déle než 30 dní, musí regulační poplatek uhradit vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce. **(35)**

Od 1. srpna 2008 nabyla účinnosti novela zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která tímto dnem mění podmínky vybírání regulačních poplatků. Tímto dnem se zavádí pokuta za neoprávněné vybírání regulačních poplatků lékaři a zdravotnickými zařízeními. Tato pokuta je do výše 50 000 Kč. Opakované udělení pokuty je důvodem pro ukončení smluvního vztahu. **(76)**

Regulační poplatek 30 Kč

Regulační poplatek 30 Kč zaplatí každý klient za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře a u lékaře, který poskytuje specializovanou ambulantní zdravotní péči včetně ambulancí lůžkových zdravotnických zařízení. Dále tento poplatek zaplatí každý pojištěnec za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření u klinického psychologa, klinického logopeda a zubního lékaře. Regulační poplatek 30 Kč se musí též hradit dle § 20 zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění za návštěvní službu, která je poskytována praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost. Klinické vyšetření je komplexní, cílené, kontrolní nebo konziliární vyšetření, které je vykázáno příslušnými výkony v dané odbornosti podle Seznamu výkonů. **(37, 69)**

Regulační poplatek 30 Kč zaplatí každý klient, jemuž bude vydán z veřejného zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazený, léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely, předepsaný na receptu, bez ohledu na počet balení. Na jednom receptu mohou být předepsány dvě položky, a to maximálně dva druhy léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. Poplatek za recept může tedy činit nanejvýš 60 Kč. **(37)**

Regulační poplatek 60 Kč

Regulační poplatek 60 Kč musí každý pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce zaplatit za každý den pobytu, ve kterém mu byla poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách. Den, kdy byl klient přijat k poskytování této péče a den, v němž mu bylo poskytování této péče ukončeno, je počítán jako jeden den. To samé platí i pro pobyt průvodce dítěte, kterému je tento pobyt hrazen z veřejného zdravotního pojištění. **(37, 69)**

Klient, který je na propustce tento poplatek nehradí. Regulační poplatek 60 Kč se též nehradí při poskytování jednodenní péče na lůžku nebo jde-li o pobyt klienta ve stacionáři. **(35, 69)**

Regulační poplatek 90 Kč

Pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce má povinnost zaplatit 90 Kč za pohotovostní službu, která byla poskytnuta zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službou první pomoci (LSPP) včetně LSPP poskytované zubními lékaři. Dále se tento poplatek musí zaplatit za pohotovostní službu, která byla poskytnuta zdravotnickým zařízením poskytujícím ústavní pohotovostní službu ve dnech pracovního klidu, ve dnech pracovního volna a v pracovních dnech po 17. hodině do 7. hodiny. **(53, 69)**

Tento poplatek musí být uhrazen pouze v případě, že nedojde k následnému přijetí klienta do ústavní péče. **(35, 69)**

Limit regulačních poplatků a doplatků na léky

Zákon číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění stanoví společný roční limit 5 000 Kč na regulační poplatky a doplatky za léky. Hlavním úkolem limitu je chránit především chronicky nemocné před nadměrnou kumulací doplatků na léky a nově zavedenými regulačními poplatky. Tento limit se vztahuje například na poplatky za návštěvu lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření. Do ročního limitu se dále započítávají doplatky na léky pouze v rozsahu doplatku na nejlevnější lék se stejnou účinnou látkou. Do limitu se však nezahrnují léky, které jsou určeny pouze k podpůrné léčbě, jako například vitamíny. Do limitu se dále nezahrnují regulační poplatky za pohotovostní službu ani za pobyt v lůžkových zařízeních dle zmíněného zákona. Zmíněný zákon o veřejném zdravotním pojištění stanoví další započitatelné a nezapočitatelné položky do ročního limitu 5000 Kč. **(37, 53)**

Zdravotní pojišťovny mají ze zákona povinnost sledování limitů vždy ke konci kalendářního čtvrtletí. Příslušná zdravotní pojišťovna také musí uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou překračuje součet regulačních poplatků a doplatků stanovený limit. Tuto částku je zdravotní pojišťovna povinna uhradit do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, v němž byl limit překročen. **(52, 69)**

Výjimky z placení regulačních poplatků

Výjimky z placení regulačních poplatků jsou uvedeny v zákoně číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Osvobození od placení všech regulačních poplatků

Osvobození od placení všech regulačních poplatků jsou pojištěnci umístění v dětských domovech či školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pojištěnci při ochranném léčení, které je nařízené soudem. Dále jsou jimi pojištěnci při léčení infekčního onemocnění, kterému se klient musí podrobit, pojištěnci při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení a v nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví. **(69)**

Další skupinou pojištěnců, jež je osvobozena od placení regulačních poplatků, jsou pojištěnci v hmotné nouzi. Podmínkou však je, že se pojištěnec prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením, jež vydává orgán pomoci v hmotné nouzi, o dávce, která je mu poskytována podle zákona číslo 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. Potřebný doklad, který nesmí být starší 30 dnů vydávají pověřené obecní úřady a obecní úřady obcí s rozšířenou působností. **(37, 54)**

Od 1. srpna 2008 nabyla účinnosti novela zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která tímto dnem mění podmínky vybírání regulačních poplatků. Další skupinou osob, která je osvobozena od platby regulačních poplatků jsou narozené děti v ústavní péči, a to ode dne porodu do dne prvního propuštění ze zdravotnického zařízení. Dále jsou nově osvobozeni od platby všech regulačních poplatků pojištěnci, kteří jsou umístěni k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Od platby regulačních poplatků jsou rovněž nově osvobozeni dárce orgánů pro transplantace, které se bezprostředně vztahují k tomuto dárcovství. **(67, 76)**

Další osvobození od placení regulačního poplatku

Pojištěnec nemusí platit regulační poplatek v případě, že se jedná o preventivní prohlídku podle § 29, 30 a 35 zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a dispenzární péči, jež je poskytována osobám uvedeným v § 31 téhož zákona. Dále v případě, kdy se jedná o hemodialýzu, vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně a jde-li o laboratorní nebo diagnostické vyšetření, které si vyžádá ošetřující lékař, ovšem není-li zároveň provedeno klinické vyšetření. **(69)**

Od 1. srpna 2008, kdy nabyla účinnosti novela zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která tímto dnem mění podmínky vybírání regulačních poplatků, se regulační poplatky neplatí v případě umístění pojištěnce bez jeho souhlasu do ústavní péče z důvodů stanovených zvláštním zákonem. Pokud však tento souhlas s umístěním a držením pojištěnce v ústavní péči vysloví soud. **(67)**

1.2 Zdravotní pojištění a zdravotní péče po vstupu České republiky do Evropské unie

Vstup České republiky do Evropské unie k datu 1. 5. 2004 je považován za zlomový mezník v naší novodobé historii a nejvýznamnější politickou a ekonomickou událost po vzniku ČR. Začlenění do evropských struktur se projevilo v mnoha sférách a oblastech, včetně zdravotnictví a zdravotního pojištění. **(16)**

Před vstupem České republiky do Evropské unie byla problematika poskytování a úhrady zdravotní péče řešena především v rámci mezistátních smluv o sociálním zabezpečení. V souladu s těmito ujednáními byla občanům na území druhého státu poskytována nutná a neodkladná zdravotní péče. Po vstupu České republiky do EU se tyto podmínky zásadním způsobem změnily. Tyto doposud platné mezinárodní smlouvy pozbývají platnosti a poskytování zdravotní péče v rámci EU upravují právní normy. **(16)**

1.2.1. Právní úprava

Základními právními normami pro účastníky veřejného zdravotního pojištění a pro zdravotní péči poskytovanou v rámci Evropské unie jsou: nařízení Rady EHS číslo 1408/71 a číslo 574/72. Nařízení Rady (EEC) číslo 1408/71 je ze dne 14. června 1971 a týká se aplikace systémů sociálního zabezpečení na zaměstnance a jejich rodiny, kteří se pohybují uvnitř Společenství. Nařízení Rady (EEC) číslo 574/72 je ze dne 21. března 1972 a stanoví postup, při provádění nařízení Rady (EEC) číslo 1408/71. Obě tato nařízení jsou platná ve všech státech EU. Obecně lze říci, že nařízení mají přednost před zákonem. Podle těchto nařízení postupují i některé státy, jež nejsou státy Evropské unie. Jsou jimi státy Evropského hospodářského prostoru, tedy Norsko, Island a Lichtenštejnsko. Od 1. dubna 2006 je státem postupujícím podle uvedených nařízení ve vztahu k České republice také Švýcarsko. **(3, 16, 24)**

Občané České republiky mají na základě Mezistátních smluv o sociálním zabezpečení s některými státy nárok na nutnou a neodkladnou zdravotní péči ze svého českého pojištění. Zdravotní péče poskytovaná na základě mezistátních smluv je v Chorvatsku, Makedonii, Turecku, Srbsku, Rumunsku a Černé Hoře. **(16, 71)**

Na základě mezivládních dohod uzavřených před rokem 1989, lze nárokovat v těchto státech bezplatně nutnou a neodkladnou zdravotní péči pro občany České republiky. Smlouvy byly uzavírány především s tzv. lidově demokratickými státy. **(16)**

Poslední variantou je poskytování zdravotní péče občanům České republiky v ostatních státech světa. **(16)**

1.2.2. Poskytování zdravotní péče

Po vstupu České republiky do Evropské unie má pojištěnec České republiky ve všech zemích EU, EHP a Švýcarska zajištěn nárok na nezbytnou zdravotní péči za stejných podmínek jako místní pojištěnci. Musí také zaplatit stejnou spoluúčast jako místní pojištěnci. Spoluúčastní se rozumí finanční částka, kterou musí pojištěnec za ošetření sám zaplatit. Tato částka mu však nebude zdravotní pojišťovnou refundována. **(3)**

Pojištěnec musí čerpat nezbytnou zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních, která jsou financována z veřejných zdrojů. Ve zdravotnických zařízeních, která nevyužívají systém veřejného zdravotního pojištění, si musí pojištěnec zaplatit za poskytnutou zdravotní péči sám. Česká zdravotní pojišťovna by poté náklady refundovala pouze do výše, kterou by za danou zdravotní péči uhradila zdravotní pojišťovna v zemi, kde byl pojištěnec ošetřen. **(14,15)**

Při poskytnutí zdravotní péče v EU se musí pojištěnec prokázat Evropským průkazem zdravotního pojištění. Nemá-li tento průkaz, může předložit Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění. Náklady na zdravotní péči nejprve hradí nositel zdravotního pojištění v místě ošetření. Ten pak tyto náklady přeúčtuje příslušné zdravotní pojišťovně v České republice. **(3, 15)**

Pokud český pojištěnec nemá Evropský průkaz zdravotního pojištění v daném státě a současně potřebuje lékařské ošetření, může kdykoli kontaktovat českou zdravotní pojišťovnu a požádat o dodatečné zaslání Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění. O dodatečné zaslání může požádat pojištěnec sám, nebo prostřednictvím místního nositele zdravotního pojištění. V případě hospitalizace může

dodatečné zaslání Potvrzení zprostředkovat přímo nemocnice. Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění musí být na vyžádání zasláno. **(48)**

1.2.3. Základní principy při poskytování a úhradě zdravotní péče v EU

Při provádění nařízení 1408/71 EHS a 574/72 EHS o koordinaci systémů sociálního zabezpečení je nutné vycházet ze čtyř základních principů. Jsou jimi princip rovného zacházení, princip jednoho pojištění, princip výplaty dávek do ciziny a princip zachování nároku během jejich nabývání. **(29)**

Prvním principem je *princip rovného zacházení*. Ten zakazuje veškeré diskriminující opatření z důvodu státní příslušnosti. Tento princip zaručuje, že občanu České republiky je v zahraničí poskytována zdravotní péče za stejných podmínek a ve stejných cenách jako místním občanům. Tudíž i pojištěnci členského státu EU v České republice čerpají zdravotní péči za stejných podmínek, tedy ve stejné ceně a kvalitě, jako čeští pojištěnci. Osoby, které se staly českými pojištěnci z titulu nařízení, mají i stejné povinnosti jako čeští pojištěnci. Podstatou tohoto principu je zamezit pozitivní i negativní diskriminaci občanů a pojištěnců členských států. **(4, 15, 16, 29)**

Druhým principem je *princip jednoho pojištění*. Tento princip znamená, že v daném okamžiku nemůže občan EU (až na výjimky) podléhat současně právním předpisům dvou či více států EU. Takový občan je pojištěn ve státě, kde vykonává výdělečnou činnost. S touto výdělečnou osobou jsou společně pojištěni i nezaopatření rodinní příslušníci. Za nezaopatřeného rodinného příslušníka se považuje manžel/ka, který/á nemá příjem z vlastní výdělečné činnosti, nepobírá důchod ani dávky v nezaměstnanosti ani není během mateřské a rodičovské dovolené v pracovním poměru. Za nezaopatřeného rodinného příslušníka se také považuje nezaopatřené dítě podle zákona o státní sociální podpoře číslo 117/1995 Sb., v platném znění. **(3, 9, 16)**

V cizích zemích vstupuje občan České republiky do režimu zdravotního pojištění, který je platný pro místní pojištěnce. Z tohoto důvodu má český pojištěnec povinnost platit spoluúcast za poskytnutou zdravotní péči jako místní pojištěnci. Spoluúcast je finanční částka, jež musí pojištěnec sám zaplatit. Tato částka nebude pojištěnci zdravotní pojišťovnou refundována. **(11, 72)**

Princip výplaty dávek do ciziny se týká zejména peněžitých dávek nemocenského pojištění a dávek důchodových. (29)

Princip zachování nároku během jejich nabývání znamená, že se sčítají doby pojištění. Podmiňují-li například právní předpisy některého členského státu nárok na dávky zdravotní péče dosažením určité doby pojištění v systému dané země, je započítána do této doby i doba pojištění předtím dosažená v systému českého veřejného zdravotního pojištění. (29)

1.2.4. Evropský průkaz zdravotního pojištění

Evropský průkaz zdravotního pojištění (European Health Insurance Card – EHIC) byl zaveden od 1. 6. 2004. Tímto průkazem se prokazují pojištěnci účastní zdravotního pojištění v některých státech EU, EHP, Švýcarska a Chorvatska. **(16, 21)**

Tento průkaz umožňuje občanům EU čerpat komplexní (plnou) zdravotní péči v zemi svého bydliště. Dále umožňuje čerpat nutnou zdravotní péči v ostatních zemích EU. Za komplexní, nebo-li plnou zdravotní péči je považována veškerá zdravotní péče, která je pojištěnci poskytována v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky a na kterou mají nárok místní pojištěnci podle platných právních předpisů. Nutná, čili lékařsky nezbytná zdravotní péče je zdravotní péče, jejíž poskytnutí je nezbytné z lékařského hlediska a tato péče je pojištěnci poskytována tak, aby se nemusel vracet do země pojištění dříve, než zamýšlel. Nejde o péči, za níž klient vycestoval. **(3, 12, 16)**

Evropský průkaz zdravotního pojištění vydává každý stát ve svém jazyce. Všechny země EU používají na lícové straně tohoto průkazu stejný vzhled a uvádějí stejné údaje. Každý stát může průkaz EHIC vydávat jako samostatný průkaz nebo může mít i platnost národního průkazu. Evropský průkaz zdravotního pojištění v České republice má zároveň platnost národního průkazu pojištěnce. **(47)**

Evropský průkaz zdravotního pojištění je nepřenositelný a má rozdílnou platnost pro různé skupiny pojištěnců. Pro pojištěnce, kteří mají trvalý pobyt na území České republiky je platnost průkazu EHIC 5 let od data vydání. Pro pojištěnce z titulu nařízení Rady EHS číslo 1408/71, tedy pro cizince z členského státu EU nebo ze států EHP, zaměstnané nebo podnikající v ČR a pro nezaopatřené rodinné příslušníky těchto

cizinců, je platnost průkazu maximálně dva roky. Pro ostatní pojištěnce cizince z tzv. „třetích zemí“ má průkaz platnost maximálně jeden rok. **(12)**

Po skončení platnosti jej za nové vymění každá zdravotní pojišťovna České republiky, u které je pojištěnec pojištěn. **(47)**

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíl práce

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat a vyhodnotit informovanost laické a odborné veřejnosti o systému veřejného zdravotního pojištění. Na základě prostudované odborné literatury byly stanoveny tři dílčí cíle.

Dílčí cíle:

1. Zjistit úroveň informovanosti odborné veřejnosti o veřejném zdravotním pojištění.
2. Zjistit úroveň informovanosti laické veřejnosti o veřejném zdravotním pojištění.
3. Porovnat informovanost laické a odborné veřejnosti o veřejném zdravotním pojištění.

2.2. Hypotézy

Pro svou diplomovou práci jsem si stanovila tyto hypotézy:

Hypotéza 1: Většina odborné veřejnosti je informována o platné právní úpravě veřejného zdravotního pojištění.

Hypotéza 2: Většina laické veřejnosti je informována o platné právní úpravě veřejného zdravotního pojištění.

Hypotéza 3: Mezi informovaností odborné a laické veřejnosti o platné právní úpravě veřejného zdravotního pojištění není rozdíl.

Za veřejnost pro účely výzkumu této diplomové práce rozumíme občany starší 15 let, kteří žijí či pracují v Českých Budějovicích. Za odbornou veřejnost považujeme občany, kteří pracují či pracovali ve zdravotní či sociální oblasti.

3. Metodika

3.1. Použité metody

K dosažení cílů diplomové práce a ověření hypotéz byla zvolena forma kvantitativního výzkumu a metoda dotazování. Ke sběru dat byla použita technika dotazníku (viz. příloha č. 1). V diplomové práci byl použit identický dotazník pro laickou i odbornou veřejnost.

Předkládaný dotazník obsahoval celkem 26 otázek. V úvodu dotazníku byl respondent informován o účelu dotazníkového šetření, jeho anonymitě a o možnosti volby více variant odpovědí zároveň v celém dotazníku. V dotazníku byly použity uzavřené typy otázek. Tyto typy otázek se vyznačují tím, že odpovědi a otázky jsou předem formulovány a dotazovaný vybírá odpověď, která se nejvíce blíží názoru respondenta. Nejužší uzavřenou otázkou jsou otázky alternativní (dichotomické), respondent si zde může vybrat pouze ze dvou variant. Pokud se vybírá z více variant, jedná se o otázky polytomické. Ke sběru dat byly použity otázky obojího typu. **(19)**

V dotazníku byly použity otázky identifikační, které se týkaly zjištění základních údajů o respondentech, jako je pohlaví, věk, dosažené vzdělání, znalost zdravotního či sociálního prostředí. Jedná se o otázky číslo 1 až 4. Další otázky byly zjišťovací, které se týkaly veřejného zdravotního pojištění. Jedná se například o otázky zaměřené na práva a povinnosti pojištěnců a plátců pojistného, výše pojistného a dále otázky týkající se zavedení regulačních poplatků v českém zdravotnictví. Jde o otázky číslo 5 až 26.

Před vlastním výzkumem probíhal předvýzkum, kdy byly rozdány dotazníky pro ověření jejich srozumitelnosti. Po předvýzkumu proběhla konečná úprava dotazníku. Vyplňování dotazníku bylo zcela anonymní a dobrovolné.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořili respondenti, kteří žijí či pracují v Českých Budějovicích. Za odbornou veřejnost byly v rámci výzkumu považováni občané, kteří pracují či pracovali ve zdravotní či sociální oblasti.

Výběr výzkumného souboru byl podmíněn třemi kritérii:

1. věk (15 let a více)
2. lokalita (České Budějovice)
3. odbornost (práce ve zdravotní či sociální oblasti)

Dotazník byl distribuován fyzicky či emailovou formou 437 respondentům, z nichž 205 respondentů tvořilo odbornou veřejnost a 232 respondentů tvořilo laickou veřejnost. Pro relevantní srovnání získaných dat, konečný výzkumný soubor tvoří 200 respondentů odborné veřejnosti a 200 respondentů laické veřejnosti. Celkem tedy výzkumný soubor tvoří 400 respondentů.

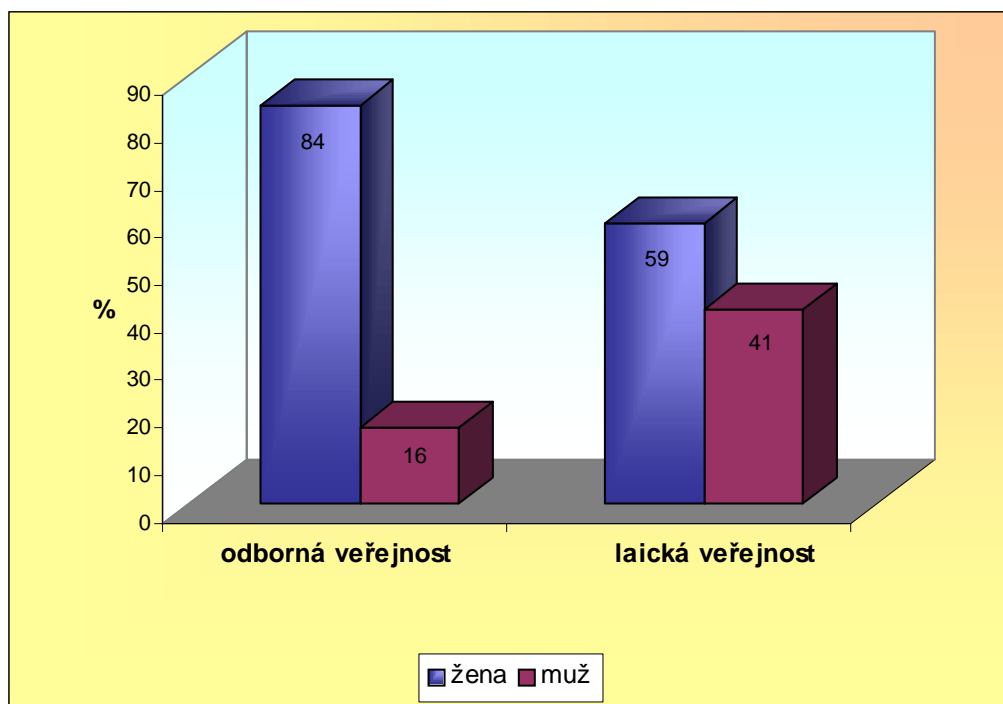
V rámci výzkumu, byli osloveni respondenti ve zdravotnických a zdravotně sociálních zařízeních, na úřadech, ve firmách, školách, knihovnách a v ulicích města České Budějovice.

V období od 9. června 2008 do 19. června 2008 probíhal předvýzkum k ověření srozumitelnosti předkládaných dotazníků. V předvýzkumu bylo osloveno celkem 20 respondentů v Českých Budějovicích ve věku od 20 do 50 let. 10 respondentů bylo v rámci odborné veřejnosti a 10 respondentů v rámci laické veřejnosti.

Dotazníkové šetření probíhalo od 20. června 2008 do 22. července 2008. Zkoumaná data byla zpracována formou grafů.

4. Výsledky

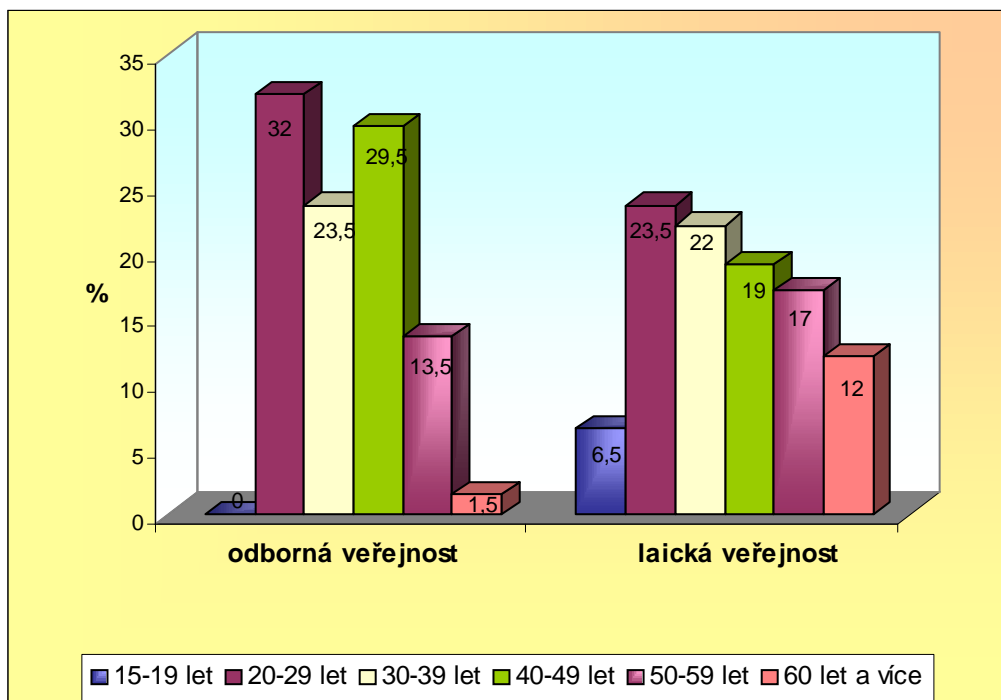
Graf 1 (otázka číslo 1): Pohlaví respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1 znázorňuje pohlaví respondentů odborné i laické veřejnosti. Z celkového počtu 200 (100 %) respondentů odborné veřejnosti tvoří výzkumný soubor 84 % (168) žen a 16 % (32) mužů. Z celkového počtu 200 (100 %) respondentů laické veřejnosti tvoří výzkumný soubor 59 % (118) žen a 41 % (82) mužů.

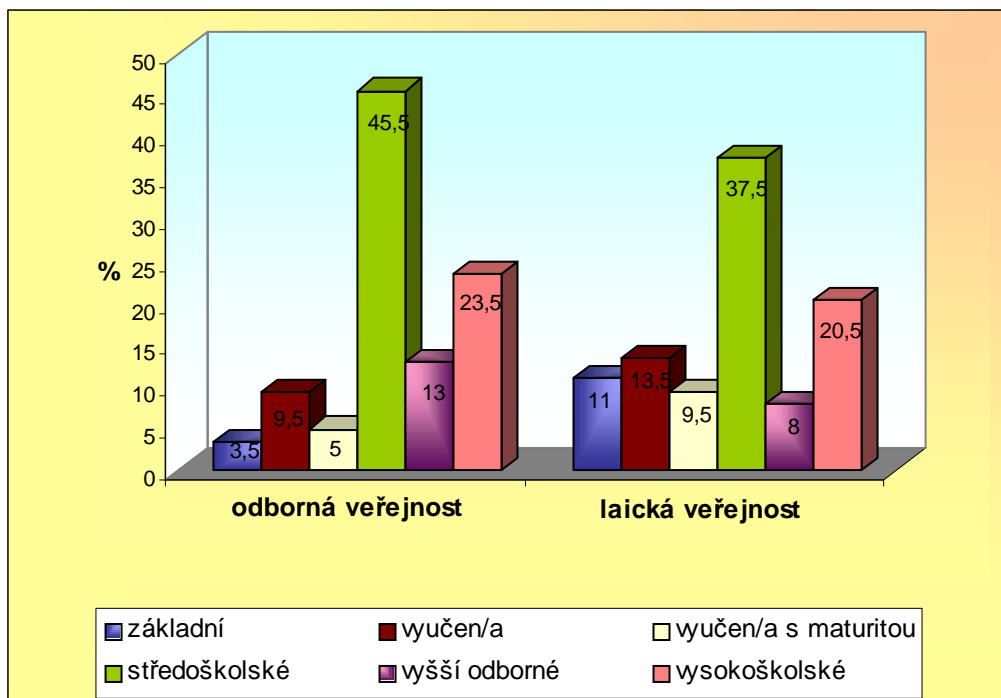
Graf 2 (otázka číslo 2): Věk respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2 znázorňuje věkovou strukturu respondentů odborné i laické veřejnosti. Věková struktura z celkového počtu 200 (100 %) dotázaných odborné veřejnosti byla následující: ve věkovém rozmezí 15 - 19 let nebyl žádný respondent, v rozmezí 20 – 29 let bylo 32 % (64) respondentů, ve věku 30 – 39 let bylo 23,5 % (47) respondentů, ve věkovém rozmezí 40 – 49 let 29,5 % (59) respondentů, v rozmezí 50 – 59 let 13,5 % (27) respondentů a ve věkovém rozmezí 60 let a více 1,5 % (3) respondentů. Věková struktura z celkového počtu 200 (100 %) dotázaných laické veřejnosti byla následující: ve věkovém rozmezí 15 - 19 let bylo 6,5 % (13) dotázaných, v rozmezí 20 – 29 let bylo 23,5 % (47) dotázaných, ve věku 30 – 39 let bylo 22 % (44) dotázaných, ve věkovém rozmezí 40 – 49 let bylo 19 % (38) dotázaných, v rozmezí 50 – 59 let 17 % (34) dotázaných a ve věkovém rozmezí 60 let a více 12 % (24) dotázaných.

Graf 3 (otázka číslo 3): Nejvyšší ukončené vzdělání (v %)



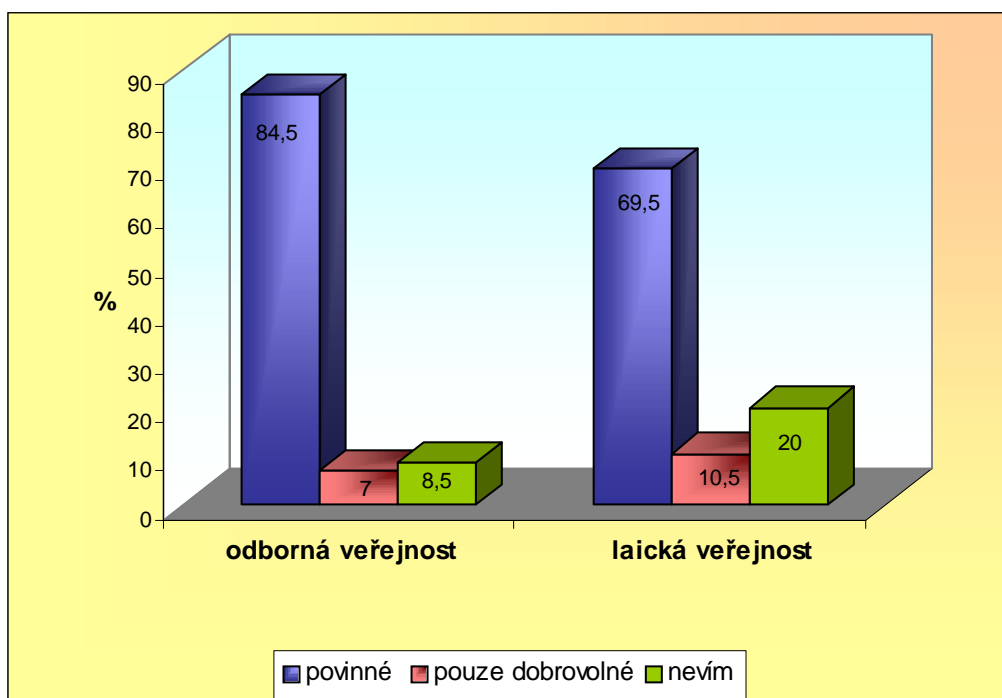
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3 znázorňuje nejvyšší ukončené vzdělání respondentů odborné i laické veřejnosti. Z celkového počtu 200 (100 %) respondentů odborné veřejnosti má 3,5 % (7) respondentů základní vzdělání. 9,5 % (19) respondentů je vyučeno, 5 % (10) respondentů je vyučeno s maturitou a 45,5 % (91) respondentů má středoškolské vzdělání. Respondenti s ukončeným vyšším odborným vzděláním tvoří 13 % (26) a 23,5% (47) respondentů je vysokoškolsky vzdělaných. Z celkového počtu 200 (100 %) dotázaných laické veřejnosti má 11 % (22) dotázaných základní vzdělání. 13,5 % (27) dotázaných je vyučeno, 9,5 % (19) respondentů je vyučeno s maturitou a 37,5 % (75) dotázaných má středoškolské vzdělání. Respondenti s ukončeným vyšším odborným vzděláním tvoří 8 % (16) a 20,5 % (41) dotázaných je vysokoškolsky vzdělaných.

Zaměstnání ve zdravotní či sociální oblasti

V otázce číslo 4 jsem se tázala, zda respondenti pracují či pracovali ve zdravotní nebo sociální oblasti. Tato otázka rozděluje výzkumný soubor na odbornou a laickou veřejnost. Výzkumný soubor tedy tvoří 200 (100 %) respondentů odborné a 200 (100 %) respondentů laické veřejnosti.

Graf 4 (otázka číslo 5): Zdravotní pojištění (v %)

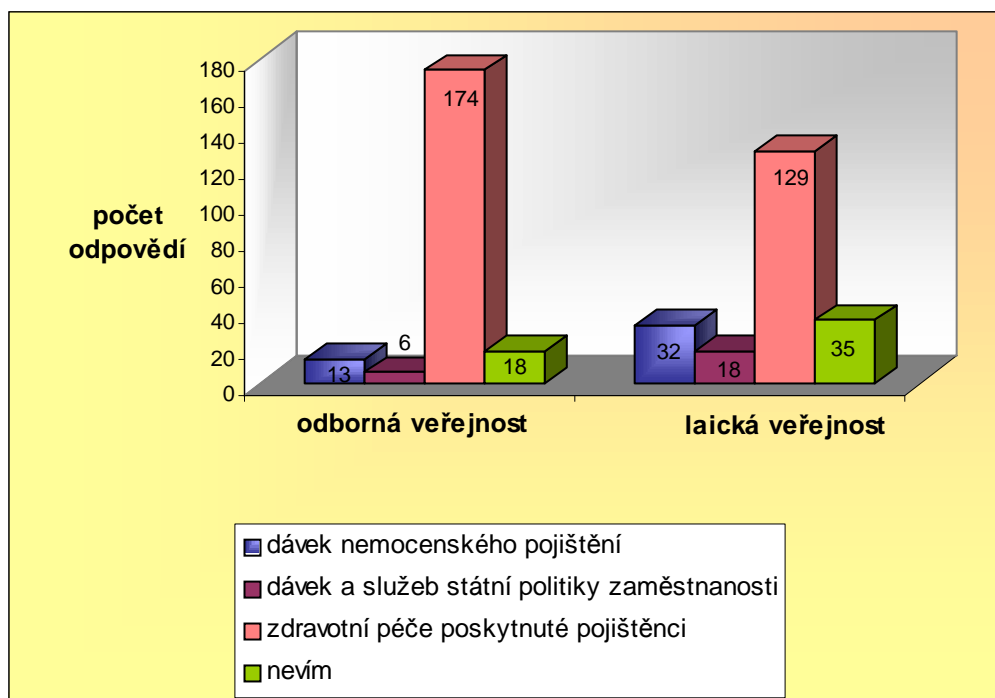


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4 znázorňuje názory respondentů, zda je zdravotní pojištění v České republice povinné, nebo pouze dobrovolné. Z celkového počtu 200 (100 %) respondentů odborné veřejnosti se 84,5 % (169) respondentů domnívá, že je zdravotní pojištění v České republice povinné, 7 % (14) respondentů, že je pouze dobrovolné a 8,5 % (17) respondentů zvolilo variantu nevím. Z celkového počtu 200 (100 %) dotázaných laické veřejnosti se 69,5 % (139) dotázaných domnívá, že je zdravotní

pojištění v České republice povinné, 10,5 % (21) dotázaných, že je pouze dobrovolné a 20 % (40) dotázaných zvolilo variantu nevím.

Graf 5 (otázka číslo 6): Zdravotní pojištění je určené na úhradu

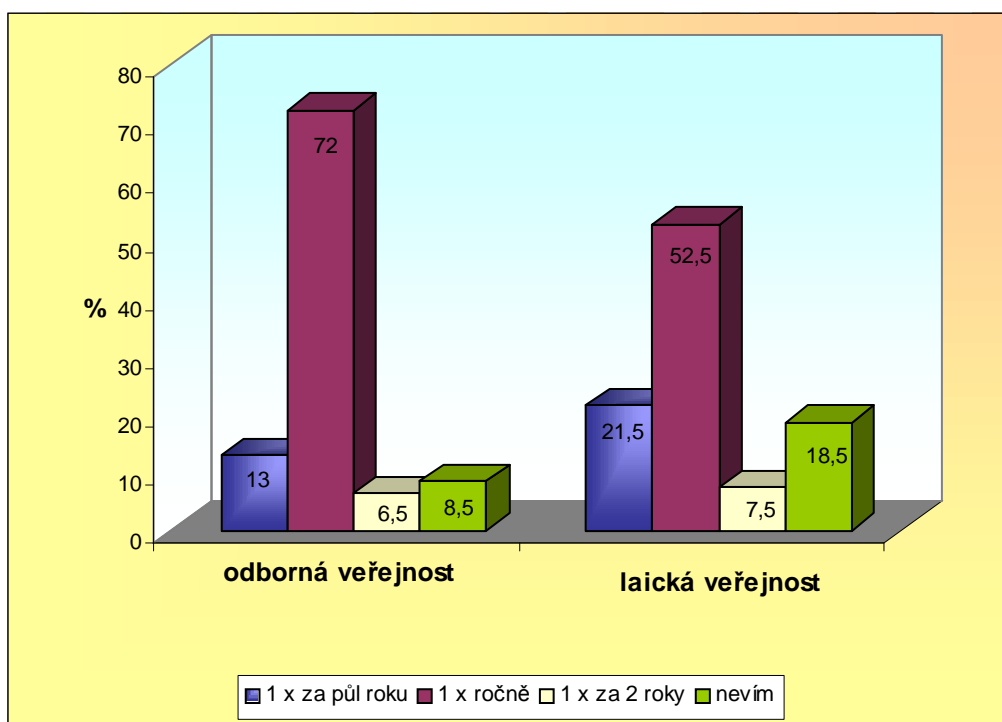


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 5 znázorňuje názory respondentů na otázku číslo 6, ve které jsem se tázala, na úhradu jakých dávek či péče je určené veřejné zdravotní pojištění. Z celkového počtu 200 respondentů odborné veřejnosti mylně zvolilo 11 respondentů více variant odpovědí. 13 respondentů se domnívá, že veřejné zdravotní pojištění je zákonné pojištění, určené na úhradu dávek nemocenského pojištění a 6 respondentů, že je určené na úhradu dávek a služeb státní politiky zaměstnanosti. 174 respondentů zvolilo variantu, že je veřejné zdravotní pojištění určené na úhradu zdravotní péče poskytnuté pojištěnci a 18 respondentů zvolilo variantu nevím. Z celkového počtu 200 dotázaných respondentů laické veřejnosti mylně zvolilo 14 respondentů více variant odpovědí. 32 dotázaných se domnívá, že veřejné zdravotní pojištění je zákonné pojištění, určené na úhradu dávek nemocenského pojištění a 18 respondentů, že je určené na úhradu

dávek a služeb státní politiky zaměstnanosti. 129 dotázaných uvedlo variantu, že je veřejné zdravotní pojištění určené na úhradu zdravotní péče poskytnuté pojištěnci a 35 respondentů zvolilo variantu nevím.

Graf 6 (otázka číslo 7): Právo na výpis ze zdravotního účtu (v %)

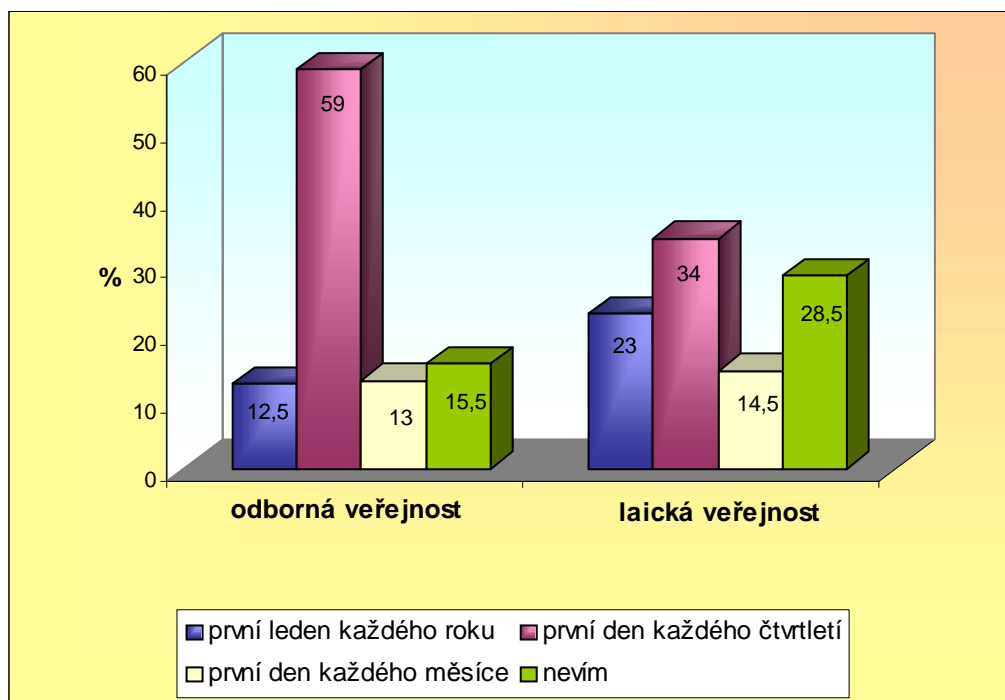


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6 znázorňuje názory respondentů na otázku číslo 7, kde jsem se tázala, jak často má pojištěnec právo na výpis ze zdravotního účtu (kontrolu poskytnuté péče). Z celkového počtu 200 (100 %) respondentů odborné veřejnosti se 13 % (26) respondentů domnívá, že správná varianta odpovědi je 1 x za půl roku, 72 % (144) respondentů volilo variantu 1 x ročně a 6,5 % (13) respondentů uvedlo variantu odpovědi 1 x za 2 roky. 8,5 % (17) respondentů odborné veřejnosti neví, jak často mají právo na výpis ze zdravotního účtu (kontrolu poskytnuté péče). Z celkového počtu 200 (100 %) dotázaných laické veřejnosti se 21,5 % (43) dotázaných domnívá, že má pojištěnec právo na výpis ze zdravotního účtu (kontrolu poskytnuté péče) 1 x za půl roku, 52,5 % (105) dotázaných volilo variantu odpovědi 1 x ročně a 7,5 %

(15) dotázaných variantu 1 x za 2 roky. 18,5 % (37) dotázaných laické veřejnosti neví, jak často mají právo na výpis ze zdravotního účtu (kontrolu poskytnuté péče).

Graf 7 (otázka číslo 8): Změna zdravotní pojišťovny (v %)

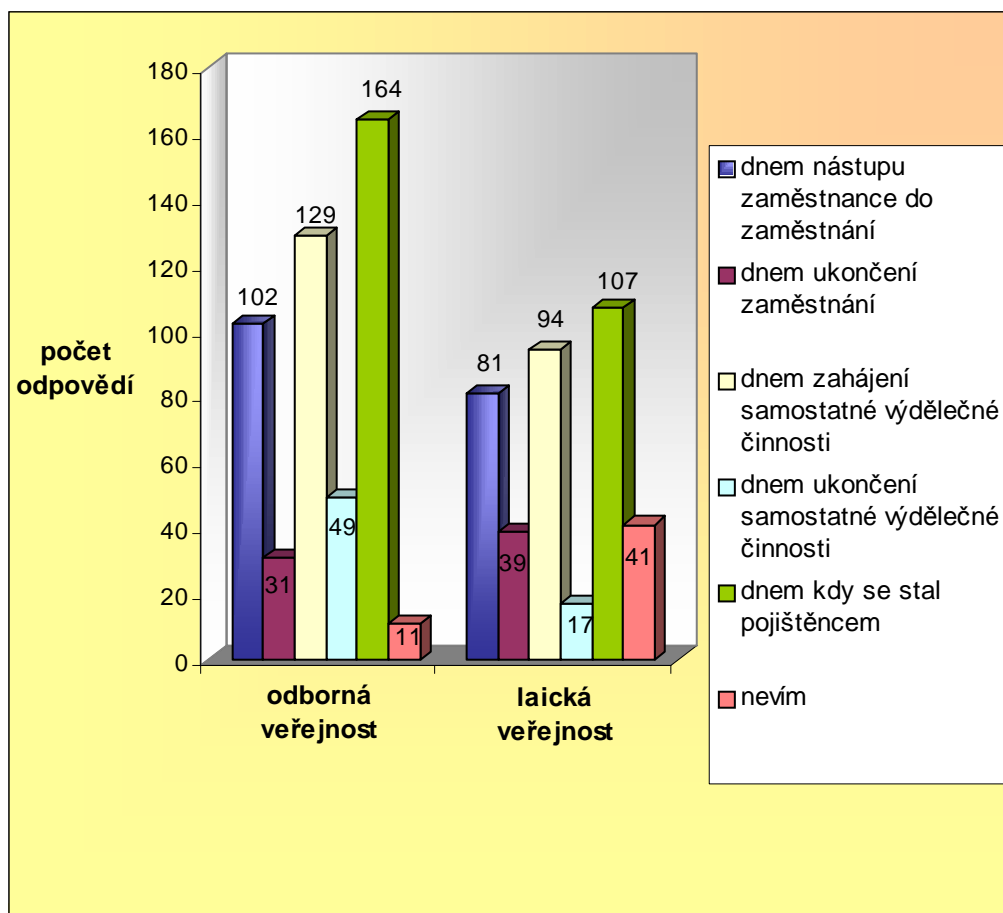


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7 znázorňuje názory respondentů na otázku číslo 8. Z výzkumného souboru 200 (100 %) respondentů odborné veřejnosti, odpovědělo na otázku, která se týkala změny zdravotní pojišťovny, 12,5 % (25) respondentů, že zdravotní pojišťovnu můžeme změnit vždy k prvnímu lednu každého roku, 59 % (118) k prvnímu lednu každého čtvrtletí a 13 % (26) respondentů zvolilo variantu k prvnímu dni každého kalendářního měsíce. 15,5 % (31) respondentů odborné veřejnosti neví, k jakému dni můžeme změnit zdravotní pojišťovnu. Z celkového počtu 200 (100 %) dotázaných respondentů laické veřejnosti 23 % (46) dotázaných odpovědělo, že zdravotní pojišťovnu můžeme změnit vždy k prvnímu lednu každého roku. 34 % (68) dotázaných zvolilo variantu odpovědi k prvnímu dni každého čtvrtletí a 14,5 % (29) k prvnímu dni každého kalendářního

měsíce. 28,5 % (57) dotázaných laické veřejnosti neví, k jakému dni můžeme změnit zdravotní pojišťovnu.

Graf 8 (otázka číslo 9): Povinnost platby pojistného

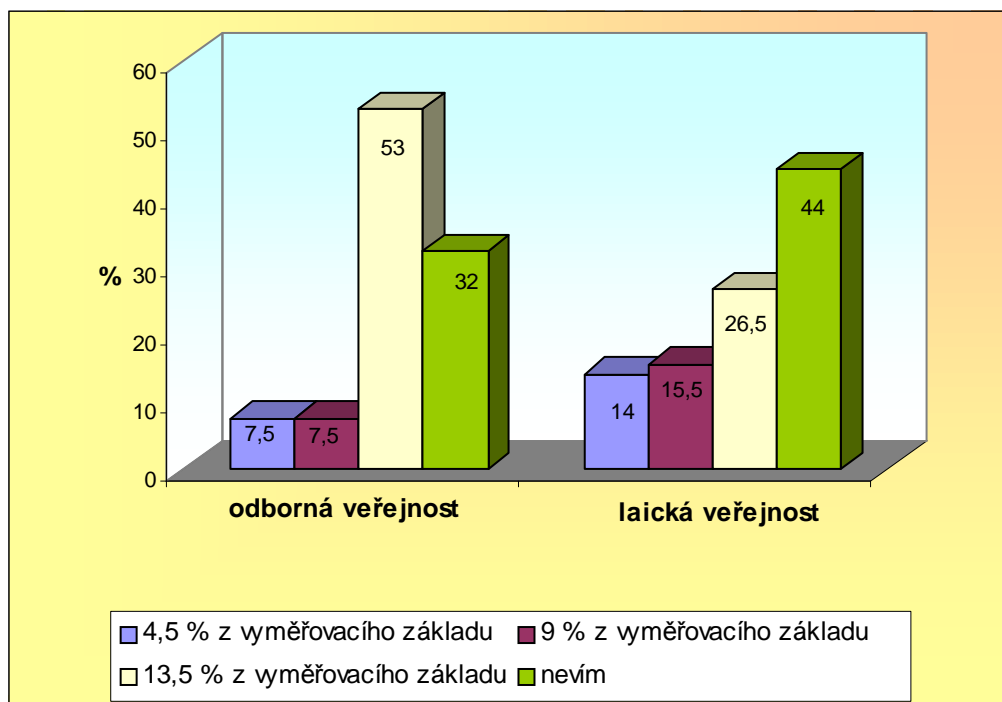


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 9, kde jsem se tázala, kterým dnem vzniká pojištěnci povinnost platit pojistné. Na tuto otázku respondenti volili více variant odpovědí zároveň. 102 respondentů odborné veřejnosti uvedlo, že pojištěnci vzniká povinnost platit pojistné dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání, 31 volilo variantu odpovědi dnem ukončení zaměstnání. 129 respondentů odborné veřejnosti zvolilo variantu dnem zahájení samostatné výdělečné činnosti a 49 uvedlo variantu odpovědi dnem ukončení samostatné výdělečné činnosti. 164 respondentů volilo variantu dnem

kdy se stal pojištěncem. 11 respondentů odborné veřejnosti neví odpověď na tuto otázku. Dotazovaní laické veřejnosti taktéž volili více variant odpovědí na otázku, kdy vzniká pojištěnci povinnost platit pojistné. 81 dotázaných uvedlo variantu že pojištěnci vzniká povinnost platit pojistné dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání, 39 zvolilo variantu odpovědi dnem ukončení zaměstnání. 94 dotázaných laické veřejnosti zvolilo variantu dnem zahájení samostatné výdělečné činnosti a 17 uvedlo variantu odpovědi dnem ukončení samostatné výdělečné činnosti. 107 dotázaných volilo variantu dnem kdy se stal pojištěncem. 41 dotázaných laické veřejnosti neví, kterým dnem vzniká pojištěnci povinnost platit pojistné.

Graf 9 (otázka číslo 10): Výše pojistného (v %)

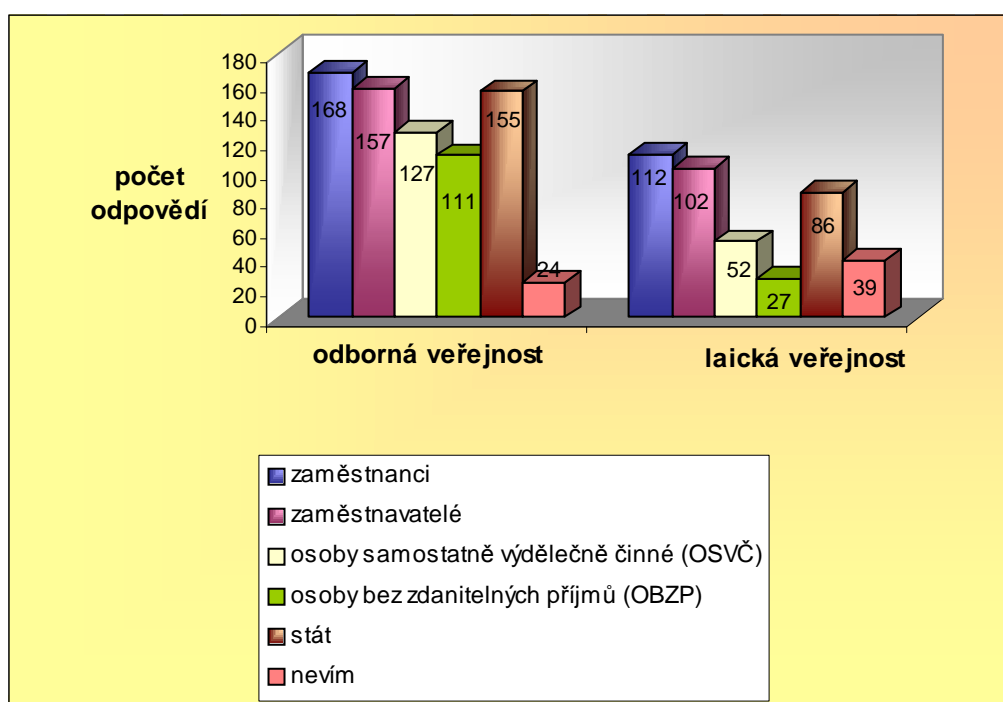


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 10. V této otázce jsem se tázala, kolik procent celkem činí výše pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Z výzkumného souboru 200 (100 %) respondentů odborné veřejnosti si 7,5 % (15) respondentů myslí, že výše pojistného celkem na zdravotní pojištění je 4,5 % z vyměřovacího základu.

Stejný počet respondentů odborné veřejnosti zvolilo variantu odpovědi 9 % z vyměřovacího základu. 53 % (106) respondentů uvedlo variantu 13,5 % z vyměřovacího základu a 32 % (64) zvolilo variantu nevím. Z celkového počtu 200 (100%) dotázaných laické veřejnosti si 14 % (28) dotázaných myslí, že výše pojistného celkem na zdravotní pojištění je 4,5 % z vyměřovacího základu. 15,5 % (31) dotázaných zvolilo variantu odpovědi 9 % z vyměřovacího základu a 26,5 % (53) dotázaných zvolilo variantu 13,5 % z vyměřovacího základu. Variantu nevím uvedlo 44 % (88) dotázaných laické veřejnosti.

Graf 10 (otázka číslo 11): Plátcí pojistného

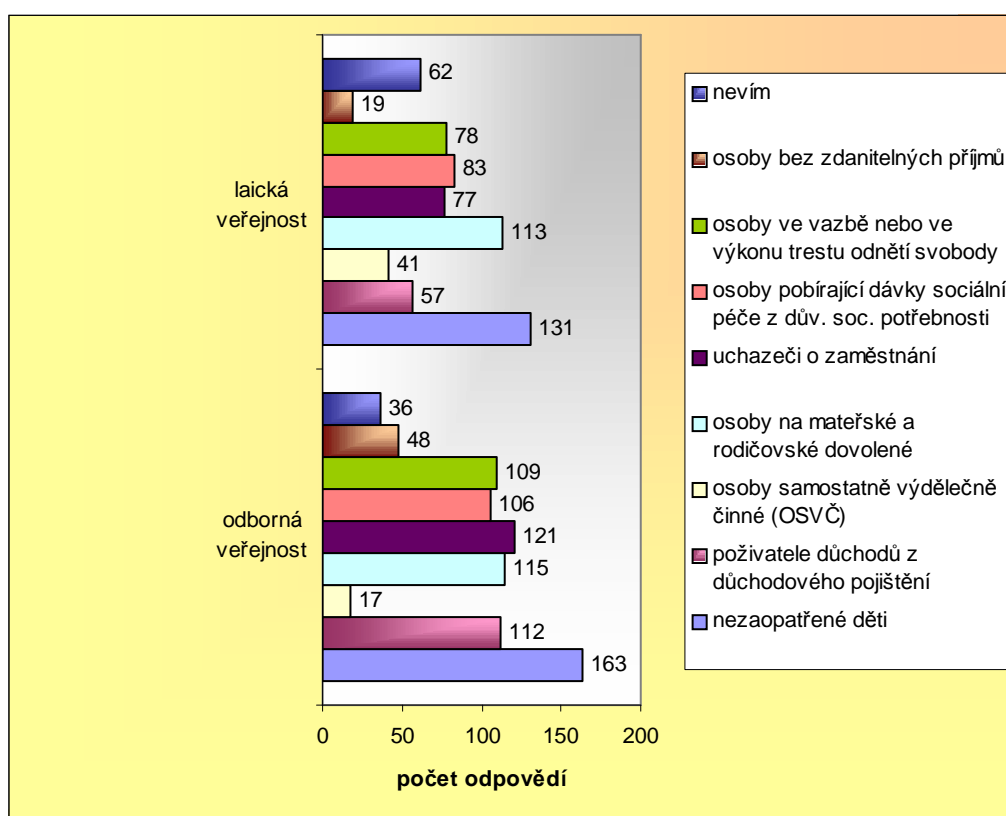


Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 10 jsou znázorněny varianty odpovědí na otázku, kdo patří mezi plátce pojistného. Respondenti při odpovědi na tuto otázku volili více odpovědí zároveň. Zaměstnance jako plátce pojistného uvedlo 168 respondentů odborné veřejnosti, variantu zaměstnavatele zvolilo 157 respondentů, osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) uvedlo 127 respondentů a 111 respondentů odborné veřejnosti uvedlo variantu

osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP). Variantu stát zvolilo 155 respondentů a 24 respondentů uvedlo, že neví kdo patří mezi plátce pojistného. 112 dotazovaných laické veřejnosti uvedlo zaměstnance, 102 zaměstnavatele, 52 OSVČ a 27 OBZP jako plátce pojistného. 86 dotazovaných uvedlo variantu stát a 39 respondentů laické veřejnosti neví, kdo patří mezi plátce pojistného.

Graf 11 (otázka číslo 12): Stát jako plátce pojistného

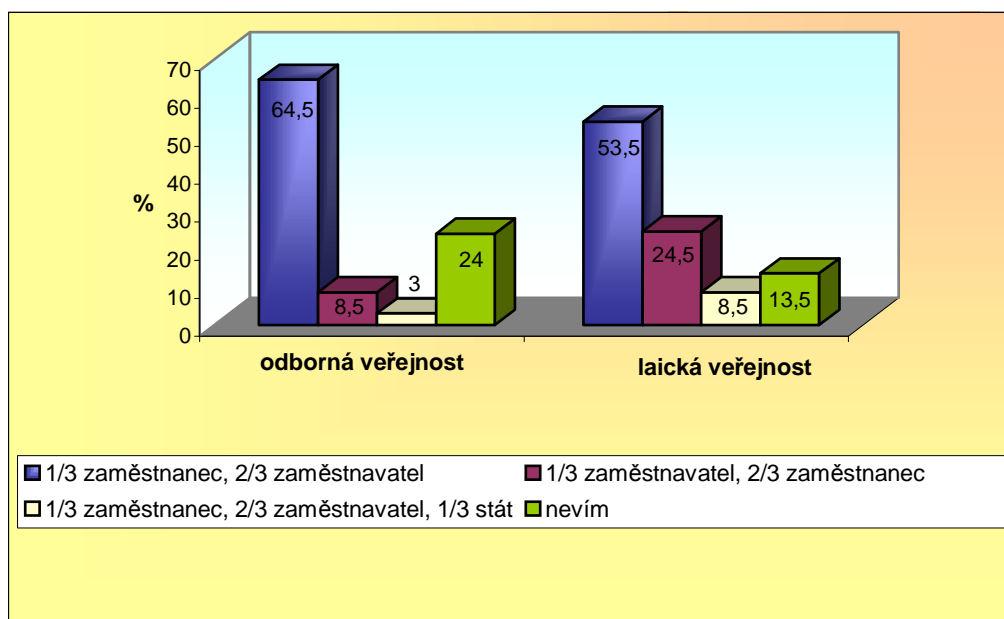


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 11 znázorňuje varianty odpovědí na otázku, za koho je plátcem pojistného stát. Respondenti při odpovědi na tuto otázku volili více odpovědí zároveň. Z výzkumného souboru odborné veřejnosti uvedlo 163 respondentů variantu nezaopatřené děti, 112 poživatelé důchodů z důchodového pojištění, 17 respondentů zvolilo variantu osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) a 115 respondentů variantu osoby na mateřské a rodičovské dovolené. Variantu odpovědi uchazeče o zaměstnání zvolilo

121 respondentů odborné veřejnosti, 106 respondentů zvolilo variantu osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu soc. potřebnosti. Osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody uvedlo 109 respondentů a osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP) zvolilo 48 respondentů odborné veřejnosti. 36 respondentů neví, za jaké osoby je plátcem pojistného stát. Z výzkumného souboru laické veřejnosti uvedlo 131 dotázaných variantu nezaopatřené děti, 57 zvolilo poživatelé důchodů z důchodového pojištění, 41 dotázaných zvolilo variantu (OSVČ) a 113 dotázaných variantu osoby na mateřské a rodičovské dovolené. Variantu odpovědi uchazeče o zaměstnání zvolilo 77 dotázaných laické veřejnosti, 83 dotázaných zvolilo variantu osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu soc. potřebnosti. Osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody uvedlo 78 dotázaných a OBZP zvolilo 19 dotázaných. 36 dotázaných laické veřejnosti neví, za jaké osoby je plátcem pojistného stát.

Graf 12 (otázka číslo 13): Pojistné za zaměstnance hradí (v %)

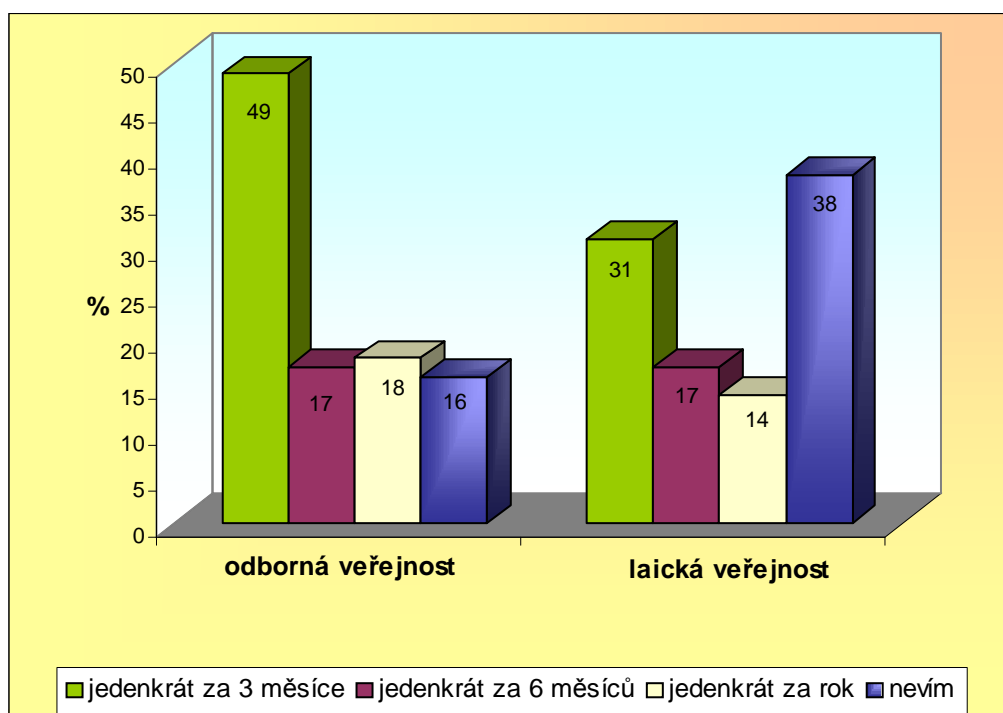


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 13. Z výzkumného souboru 200 (100%) respondentů odborné veřejnosti, odpovědělo na otázku, která se týkala

toho, kdo hradí pojistné za zaměstnance. 64,5 % (129) respondentů uvedlo, že pojistné za zaměstnance hradí z 1/3 zaměstnanec a ze 2/3 zaměstnavatel. 8,5 % (17) respondentů uvedlo, že 1/3 hradí zaměstnavatel a 2/3 zaměstnanec a 3 % (6) respondentů si myslí, že 1/3 hradí zaměstnanec, 1/3 zaměstnavatel a 1/3 stát. Variantu odpovědi nevím uvedlo 24 % (48) respondentů odborné veřejnosti. Z výzkumného souboru 200 (100%) dotázaných laické veřejnosti se 53,5 % (107) dotázaných domnívá, že pojistné za zaměstnance hradí z 1/3 zaměstnanec a ze 2/3 zaměstnavatel. 24,5 % (49) dotázaných uvedlo, že 1/3 hradí zaměstnavatel a 2/3 zaměstnanec a 8,5 % (17) dotázaných si myslí, že 1/3 hradí zaměstnanec, 1/3 zaměstnavatel a 1/3 stát. Variantu odpovědi nevím zvolilo 13,5 % (27) dotázaných laické veřejnosti.

Graf 13 (otázka číslo 14): Právo na změnu lékaře (v %)

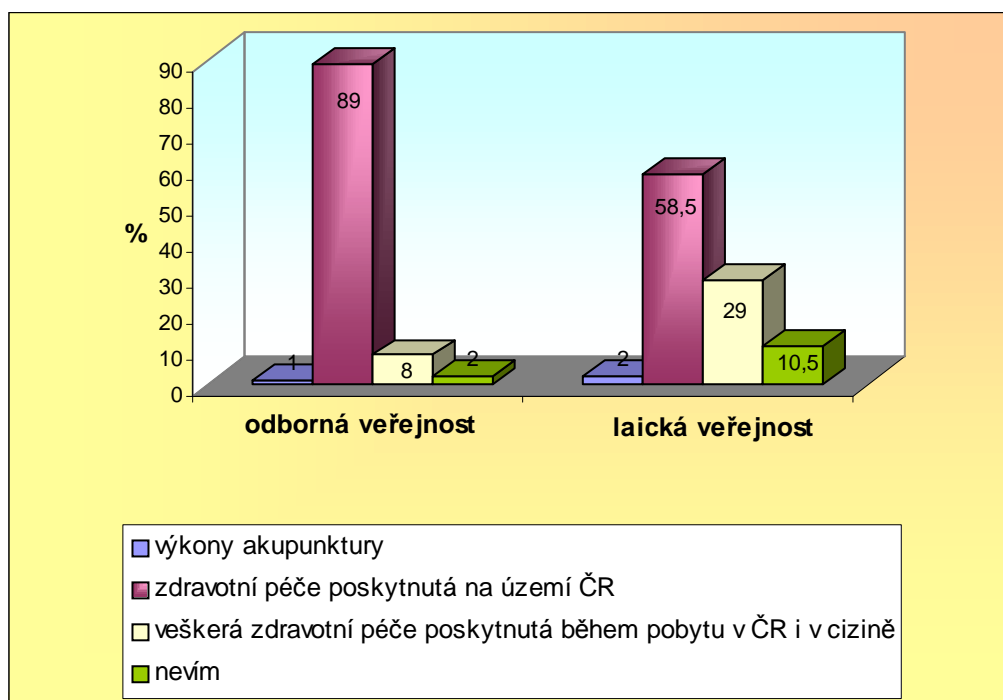


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 13 znázorňuje názory respondentů na otázku číslo 14, ve které jsem se tázala, jak často má pojištěnec právo na změnu lékaře, který je ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Z celkového počtu 200 (100 %) respondentů

odborné veřejnosti se 49 % (98) respondentů domnívá, že správná varianta odpovědi je jedenkrát za 3 měsíce, 17 % (34) respondentů volilo variantu jedenkrát za 6 měsíců a 18 % (36) respondentů uvedlo variantu odpovědi jedenkrát za rok. 16 % (32) respondentů odborné veřejnosti neví, jak často mají právo na změnu lékaře, který je ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Z celkového počtu 200 (100 %) dotázaných laické veřejnosti se 31 % (62) dotázaných domnívá, že má pojištěnec právo na změnu lékaře, který je ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou jedenkrát za 3 měsíce, 17 % (34) dotázaných volilo variantu odpovědi jedenkrát za 6 měsíců a 14 % (28) dotázaných variantu jedenkrát za rok. 38 % (76) dotázaných laické veřejnosti neví, jak často mají právo na změnu lékaře, který je ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

Graf 14 (otázka číslo 15): Ze zdravotního pojištění v ČR se hradí (v %)

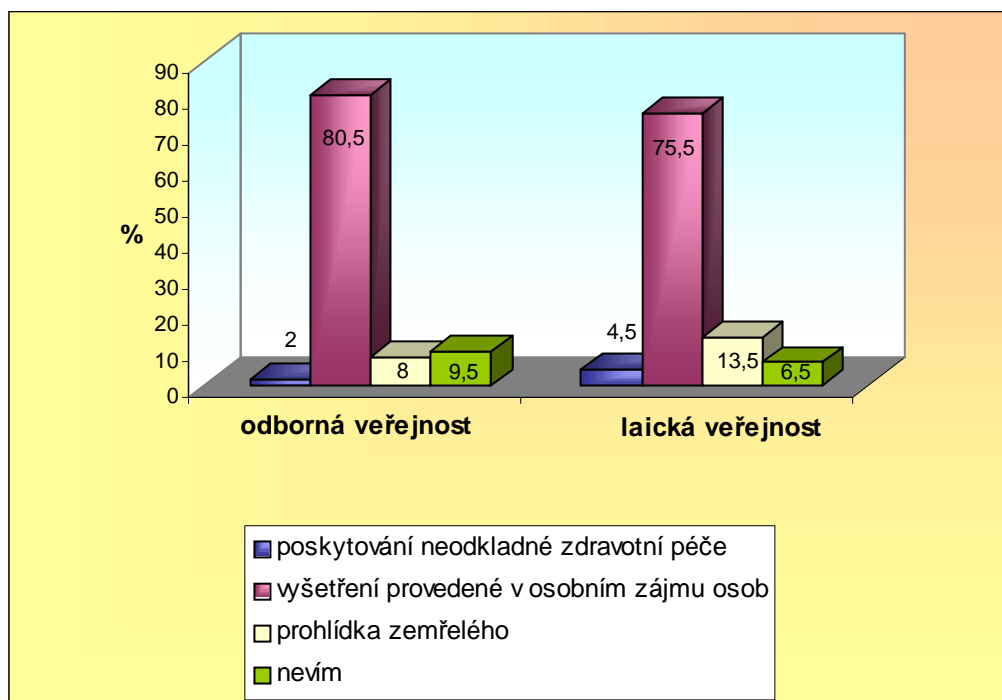


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 14 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 15. Z výzkumného souboru 200 (100%) respondentů odborné veřejnosti, zvolilo na otázku co se v ČR ze

zdravotního pojištění hradí variantu odpovědi výkony akupunktury 1 % (2) respondentů. 89 % (178) respondentů zvolilo variantu zdravotní péče poskytnutá na území ČR (popř. nezbytná péče poskytnutá českému pojištěnci v zahraničí) a 8 % (16) respondentů si myslí, že se ze zdravotního pojištění hradí veškerá zdravotní péče poskytnutá během pobytu v ČR i v cizině. 2% (4) respondentů odborné veřejnosti zvolilo variantu nevím. Z výzkumného souboru 200 (100%) respondentů laické veřejnosti, zvolilo 2 % (4) dotazovaní variantu odpovědi výkony akupunktury, 58,5 % (117) dotázaných uvedlo variantu zdravotní péče poskytnutá na území ČR (popř. nezbytná péče poskytnutá českému pojištěnci v zahraničí) a 29 % (58) dotázaných se domnívá, že se ze zdravotního pojištění hradí veškerá zdravotní péče poskytnutá během pobytu v ČR i v cizině. 10,5 % (21) dotázaných laické veřejnosti zvolilo variantu nevím.

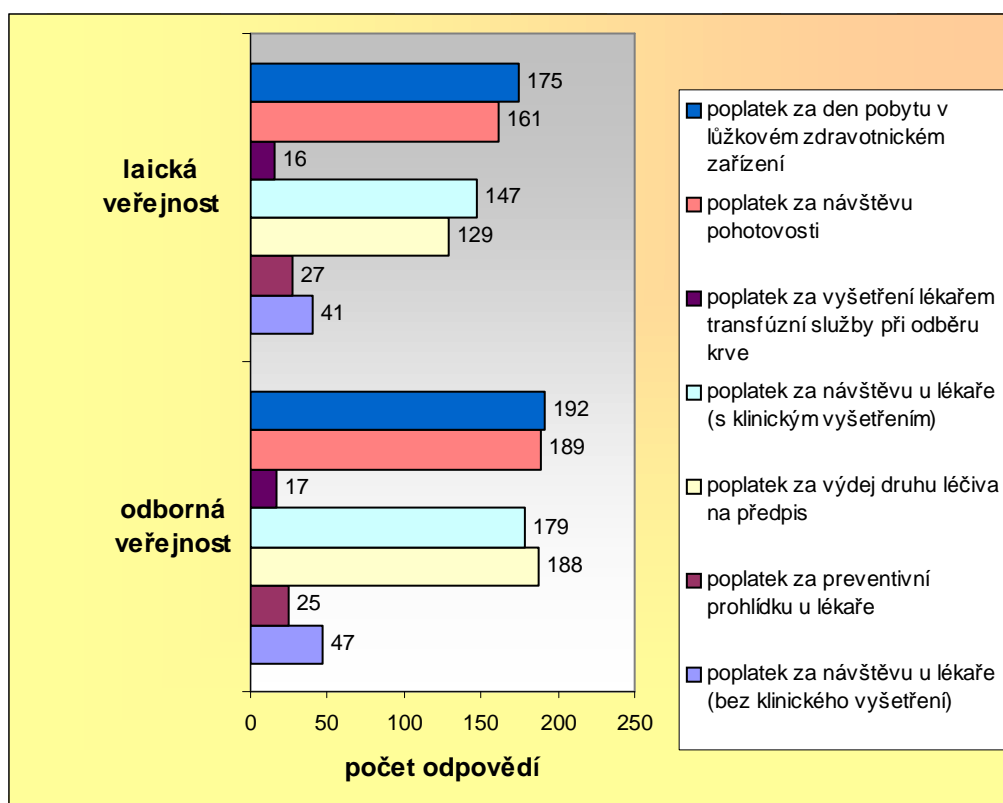
Graf 15 (otázka číslo 16): Ze zdravotního pojištění se nehradí (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 15 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 16. Z výzkumného souboru 200 (100%) respondentů odborné veřejnosti se 2 % (4) respondentů domnívá, že ze zdravotního pojištění se nehradí poskytování neodkladné zdravotní péče, 80,5 % (161) respondentů uvedlo variantu vyšetření provedené v osobním zájmu osob a 8 % (16) respondentů si myslí, že z veřejného zdravotního pojištění se nehradí prohlídka zemřelého. Variantu nevím zvolilo 9,5 % (19) respondentů odborné veřejnosti. Z výzkumného souboru 200 (100%) dotázaných laické veřejnosti se 4,5 % (9) dotázaných domnívá, že ze zdravotního pojištění se nehradí poskytování neodkladné zdravotní péče, 75,5 % (151) dotázaných zvolilo variantu vyšetření provedené v osobním zájmu osob a 13,5 % (27) dotázaných si myslí, že z veřejného zdravotního pojištění se nehradí prohlídka zemřelého. Variantu nevím zvolilo 6,5 % (13) respondentů laické veřejnosti.

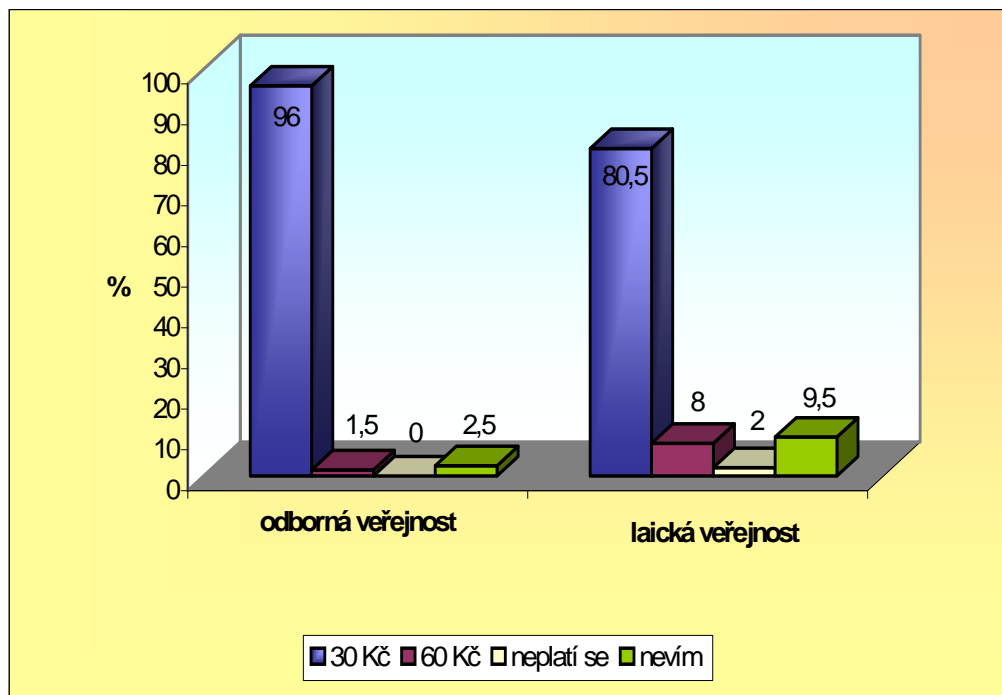
Graf 16 (otázka číslo 17): Čtyři základní typy regulačních poplatků



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 16 znázorňuje varianty odpovědí na otázku, jaké poplatky patří mezi čtyři základní typy regulačních poplatků v českém zdravotnictví. Respondenti při odpovědi na tuto otázku volili více odpovědí zároveň. Z výzkumného souboru odborné veřejnosti uvedlo 47 respondentů, že mezi čtyři základní typy regulačních poplatků patří poplatek za návštěvu lékaře, u kterého nebylo provedeno klinické vyšetření, 25 respondentů uvedlo poplatek za preventivní prohlídku u lékaře, 188 respondentů poplatek za výdej druhu předepsaného léčiva na předpis a 179 respondentů uvedlo poplatek za návštěvu lékaře, u kterého bylo provedeno klinické vyšetření. 17 respondentů odborné veřejnosti zvolilo variantu odpovědi poplatek za vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, 189 respondentů variantu poplatek za návštěvu pohotovosti a 192 respondentů odborné veřejnosti si myslí, že mezi čtyři základní typy regulačních poplatků v českém zdravotnictví patří poplatek za den pobytu v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Z výzkumného souboru laické veřejnosti uvedlo 41 dotázaných, že mezi čtyři základní typy regulačních poplatků patří poplatek za návštěvu lékaře, u kterého nebylo provedeno klinické vyšetření, 27 dotázaných uvedlo poplatek za preventivní prohlídku u lékaře, 129 dotázaných poplatek za výdej druhu předepsaného léčiva na předpis a 147 dotázaných uvedlo poplatek za návštěvu lékaře, u kterého bylo provedeno klinické vyšetření. 16 dotázaných laické veřejnosti zvolilo variantu odpovědi poplatek za vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, 161 dotázaných variantu poplatek za návštěvu pohotovosti a 175 dotázaných laické veřejnosti si myslí, že mezi čtyři základní typy regulačních poplatků v českém zdravotnictví patří poplatek za den pobytu v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

Graf 17 (otázka číslo 18): Poplatek za výdej každého druhu předepsaného léčiva (v %)

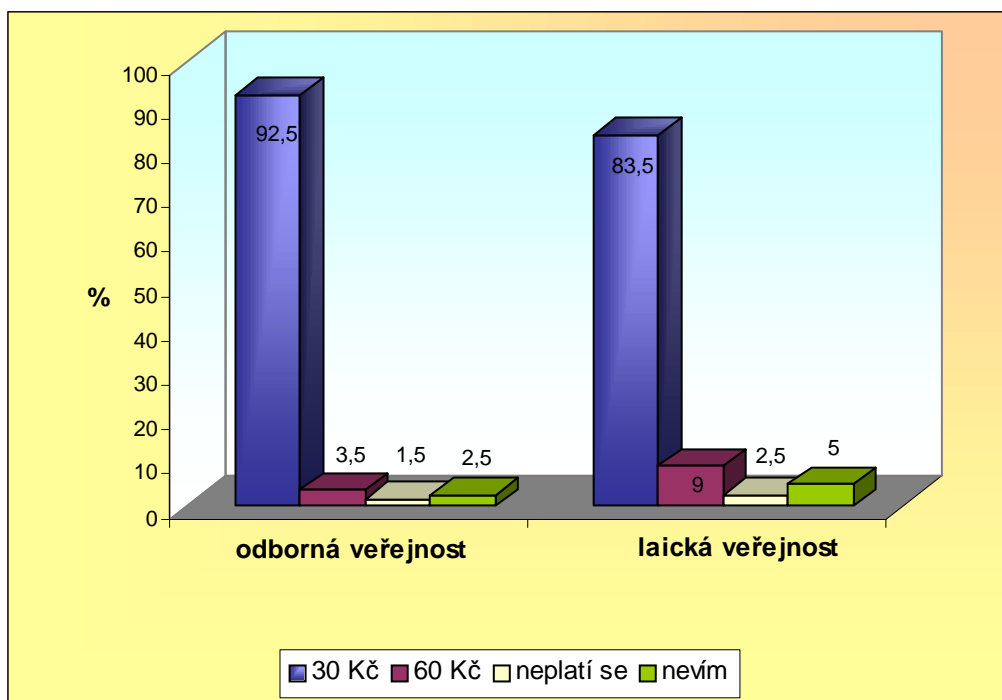


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 17 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 18. V této otázce jsem se tázala, kolik korun činí poplatek za výdej každého druhu předepsaného léčiva (bez ohledu na počet předepsaných balení). Z výzkumného souboru 200 (100 %) respondentů odborné veřejnosti se převážná většina respondentů domnívá, že tento poplatek činí 30 Kč. Jedná se o 96 % (192) respondentů. 1,5 % (3) respondentů uvedlo, že tento poplatek činí 60 Kč. To, že by se poplatek za výdej každého druhu předepsaného léčiva (bez ohledu na počet předepsaných balení) neplatil, ne zvolil žádný respondent a 2,5 % (5) respondentů odborné veřejnosti uvedlo variantu odpovědi nevím. Z výzkumného souboru 200 (100 %) dotázaných laické veřejnosti se 80,5 % (161) dotázaných domnívá, že tento poplatek činí 30 Kč. 8 % (16) dotázaných uvedlo, že tento poplatek činí 60 Kč. To, že se poplatek za výdej každého druhu předepsaného léčiva (bez ohledu

na počet předepsaných balení) neplatí, uvedlo 2 % (4) dotázaných a 9,5 % (19) dotázaných laické veřejnosti zvolilo variantu odpovědi nevím.

Graf 18 (otázka číslo 19): Poplatek za návštěvu u lékaře (v %)

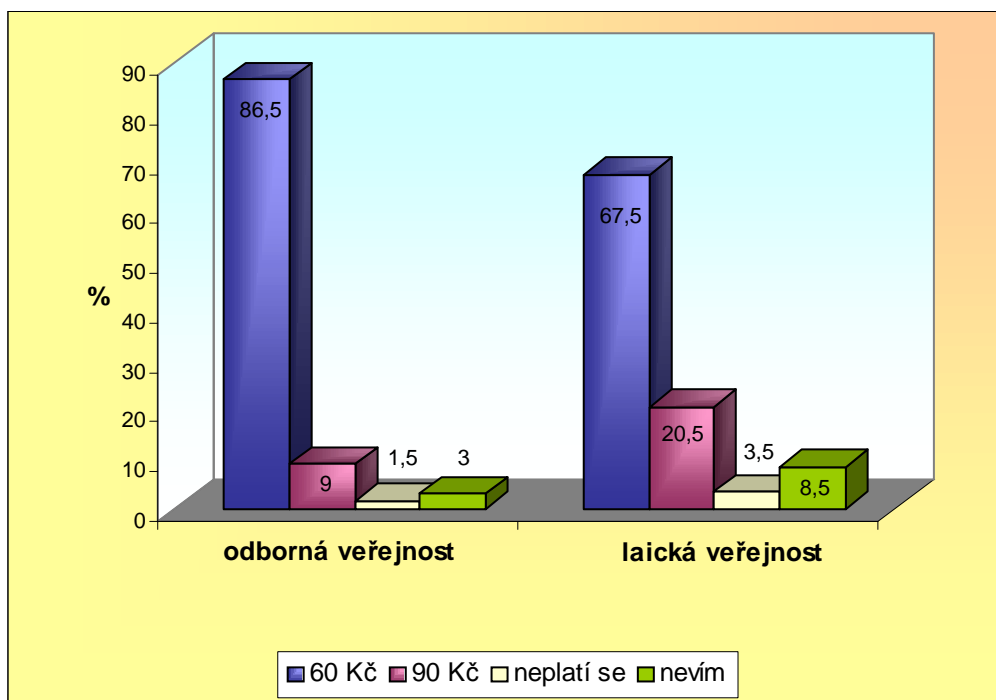


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 18 znázorňuje názory respondentů na otázku číslo 19, ve které jsem se tázala kolik korun činí poplatek za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření lékařem. Z celkového počtu 200 (100 %) respondentů odborné veřejnosti převážná většina uvádí, že tento poplatek činí 30 Kč. Jedná se o 92,5 % (185) respondentů. 3,5 % (7) respondentů se domnívá, že tento poplatek činí 60 Kč, 1,5 % (3) si myslí, že se poplatek za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření lékařem neplatí a 2,5 % (5) respondentů odborné veřejnosti zvolilo variantu odpovědi nevím. Z celkového počtu 200 (100 %) dotázaných laické veřejnosti 83,5 % (167) dotázaných uvádí, že poplatek za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření lékařem činí 30 Kč. 9 % (18) dotázaných si myslí, že tento poplatek činí 60 Kč, 2,5 % (5) uvedlo, že se poplatek za návštěvu u lékaře, při které

bylo provedeno klinické vyšetření lékařem neplatí a 5 % (10) dotázaných laické veřejnosti zvolilo variantu odpovědi nevím.

Graf 19 (otázka číslo 20): Poplatek za den pobytu v nemocnici (v %)

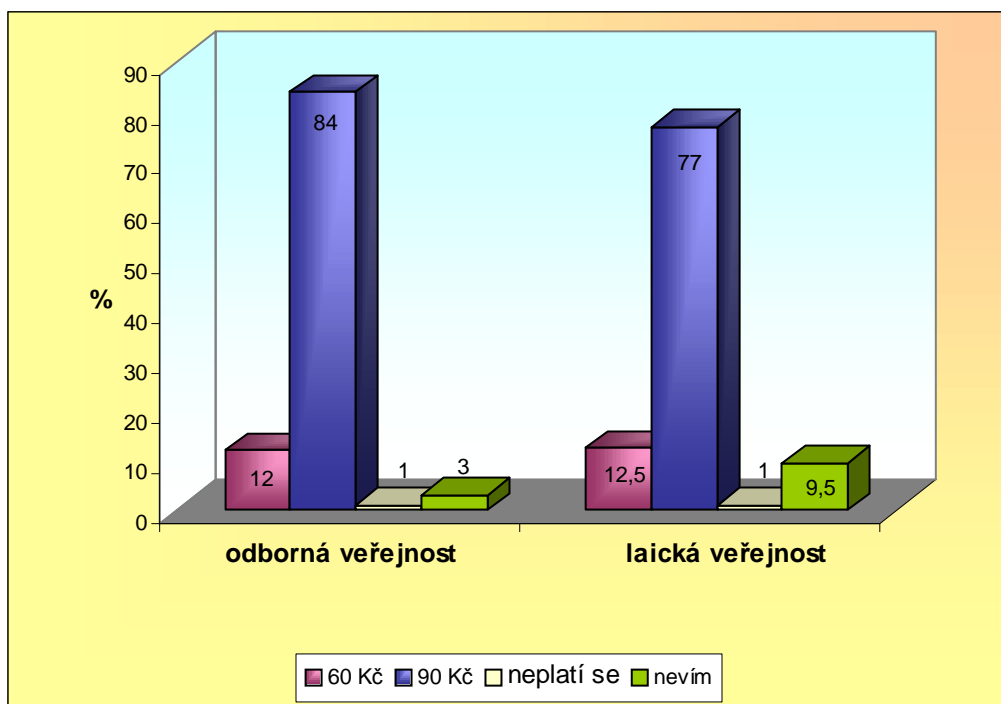


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 19 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 20. V této otázce jsem se tázala, kolik korun činí poplatek za den pobytu v nemocnici. Z výzkumného souboru 200 (100 %) respondentů odborné veřejnosti se 86,5 % (173) respondentů domnívá, že tento poplatek činí 60 Kč. 9 % (18) respondentů uvedlo, že tento poplatek činí 90 Kč. To, že by se poplatek za den pobytu v nemocnici neplatil, uvedlo 1,5 % (3) respondenti a 3 % (6) respondentů odborné veřejnosti zvolilo variantu odpovědi nevím. Z výzkumného souboru 200 (100 %) dotázaných laické veřejnosti se 67,5 % (135) dotázaných domnívá, že tento poplatek činí 60 Kč. 20,5 % (41) dotázaných uvedlo, že tento poplatek činí 90 Kč. To, že se poplatek za den pobytu v nemocnici

neplatí, uvedlo 3,5 % (7) dotázaných a 8,5 % (17) dotázaných laické veřejnosti zvolilo variantu odpovědi nevím.

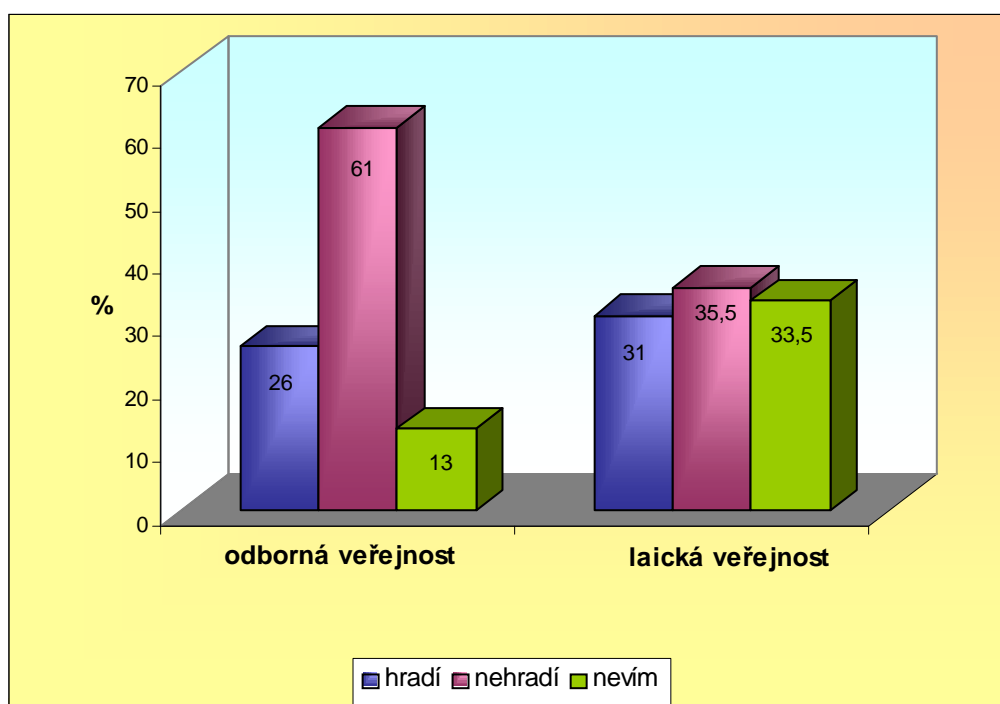
Graf 20 (otázka číslo 21): Poplatek za návštěvu pohotovosti (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 20 znázorňuje názory respondentů na otázku číslo 21, ve které jsem se tázala kolik korun činí poplatek za návštěvu pohotovosti. Z celkového počtu 200 (100 %) respondentů odborné veřejnosti si 12 % (24) respondentů myslí, že tento poplatek činí 60 Kč a 84 % (168) respondentů, že tento poplatek činí 90 Kč. 1 % (2) respondenti se domnívají, že se poplatek za návštěvu pohotovosti neplatí a 3 % (6) respondentů odborné veřejnosti zvolilo variantu odpovědi nevím. Z celkového počtu 200 (100 %) dotázaných laické veřejnosti 12,5 % (25) dotázaných uvádí, že poplatek za návštěvu pohotovosti činí 60 Kč. 77 % (154) dotázaných si myslí, že tento poplatek činí 90 Kč, 1 % (2) uvedlo, že se poplatek za návštěvu pohotovosti neplatí a 9,5 % (19) dotázaných laické veřejnosti zvolilo variantu odpovědi nevím.

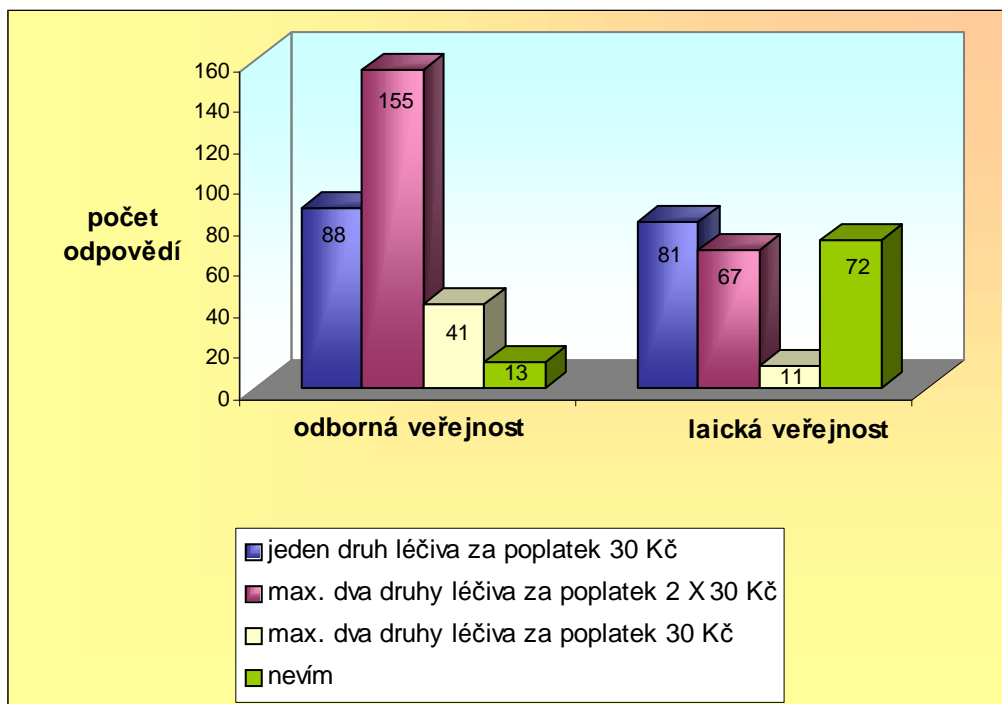
Graf 21 (otázka číslo 22): Poplatek za léky na receptu, nehrazené ze zdravotního pojištění (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 21 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 22, ve které jsem se tázala, zda se za léky předepsané na recept, nehrazené z veřejného zdravotního pojištění (např. antikoncepce), hradí poplatek 30 Kč za výdej léku či nehradí. Z výzkumného souboru 200 (100%) respondentů odborné veřejnosti se 26 % (52) respondentů domnívá, že se poplatek 30 Kč hradí, 61 % (122) respondentů, že se nehradí a 13 % (26) respondentů odborné veřejnosti zvolilo variantu nevím. Z výzkumného souboru 200 (100%) dotázaných laické veřejnosti odpovědělo 31 % (62) dotázaných, že se poplatek 30 Kč za tyto léky hradí, 35,5 % (71), že se poplatek 30 Kč nehradí a 33,5 % (67) dotázaných laické veřejnosti neví, zda se za léky předepsané na recept, nehrazené z veřejného zdravotního pojištění (např. antikoncepce), hradí poplatek 30 Kč za výdej léku či nehradí.

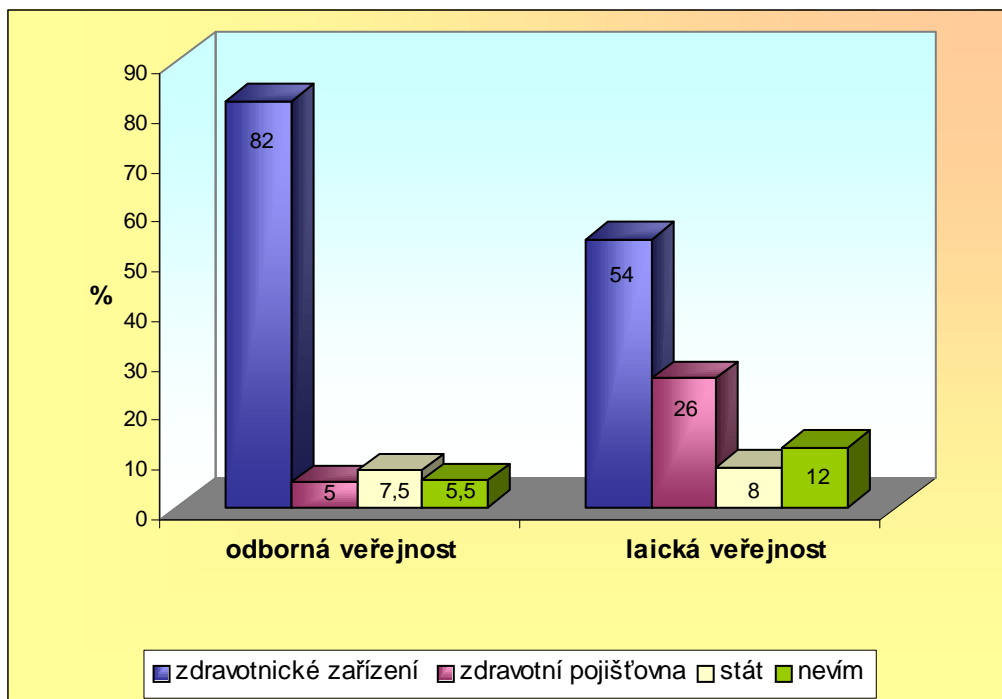
Graf 22 (otázka číslo 23): Na jednom receptu může být



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 22 znázorňuje varianty odpovědí na otázku, která se týkala kolik druhů léčiva může být uvedeno na receptu a za jaký poplatek. Respondenti při odpovědi na tuto otázku volili více odpovědí zároveň. Z výzkumného souboru odborné veřejnosti uvedlo 88 respondentů variantu jeden druh léčiva za poplatek 30 Kč, 155 respondentů maximálně dva druhy léčiva za poplatek 2 X 30 Kč a 41 respondentů variantu odpovědi maximálně dva druhy léčiva za poplatek 30 Kč. 13 respondentů odborné veřejnosti uvedlo variantu odpovědi nevím. Z výzkumného souboru laické veřejnosti zvolilo 81 dotázaných variantu jeden druh léčiva za poplatek 30 Kč, 67 dotázaných maximálně dva druhy léčiva za poplatek 2 X 30 Kč a 11 dotázaných variantu odpovědi maximálně dva druhy léčiva za poplatek 30 Kč. 72 dotázaných laické veřejnosti neví, kolik druhů může být uvedeno na receptu a za jaký poplatek.

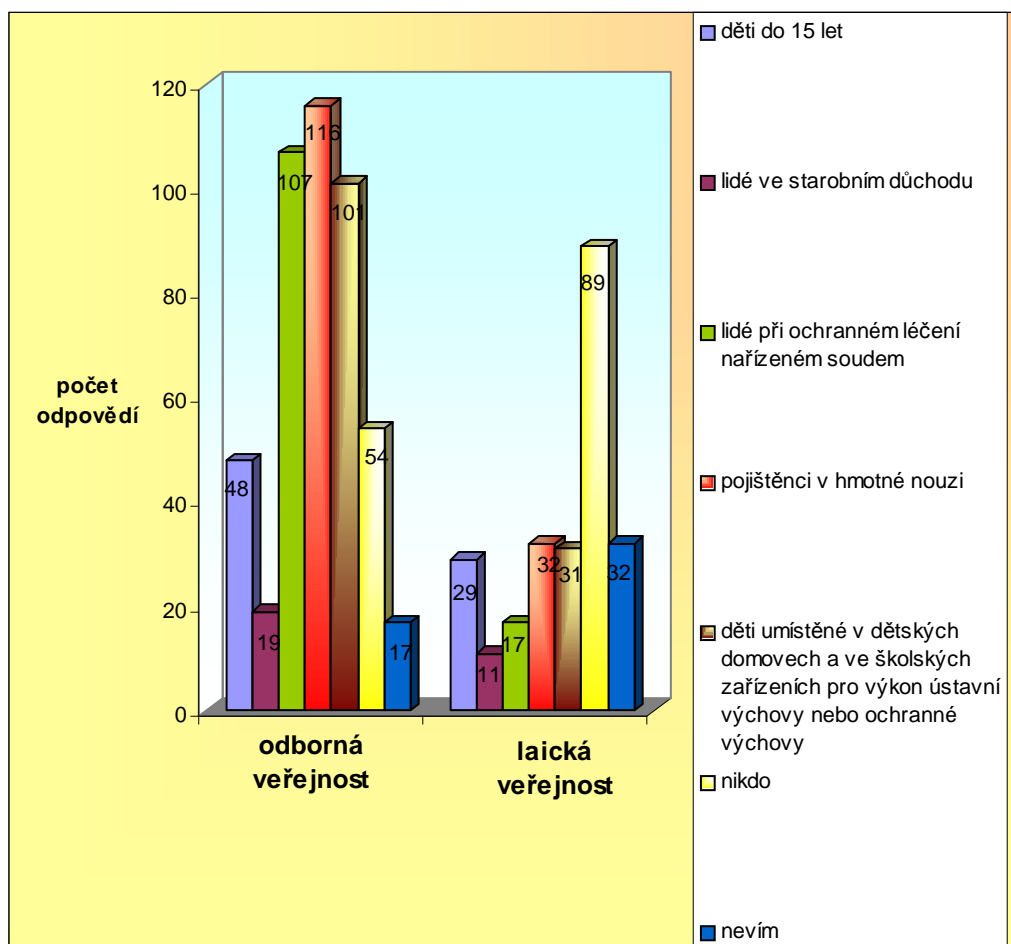
Graf 23 (otázka číslo 24): Příjem z vybraných regulačních poplatků (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 23 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 24. V této otázce jsem se tázala, komu zůstane příjem z vybraných regulačních poplatků. Z výzkumného souboru 200 (100 %) respondentů odborné veřejnosti se 82 % (164) respondentů domnívá, že příjem z vybraných regulačních poplatků zůstane zdravotnickému zařízení, 5 % (10) respondentů uvedlo, že tento příjem zůstane zdravotní pojišťovně a 7,5 % (15) respondentů se domnívá, že tento příjem zůstává státu. 5,5 % (11) respondentů odborné veřejnosti zvolilo variantu odpovědi nevím. Z výzkumného souboru 200 (100 %) dotázaných laické veřejnosti se 54 % (108) dotázaných domnívá, že příjem z vybraných regulačních poplatků zůstane zdravotnickému zařízení, 26 % (52) dotázaných uvedlo, že tento příjem zůstane zdravotní pojišťovně a 8 % (16) dotázaných se domnívá, že tento příjem zůstává státu. 12 % (24) dotázaných neví, komu zůstane příjem z vybraných regulačních poplatků.

Graf 24 (otázka číslo 25): Osvobození od platby regulačních poplatků

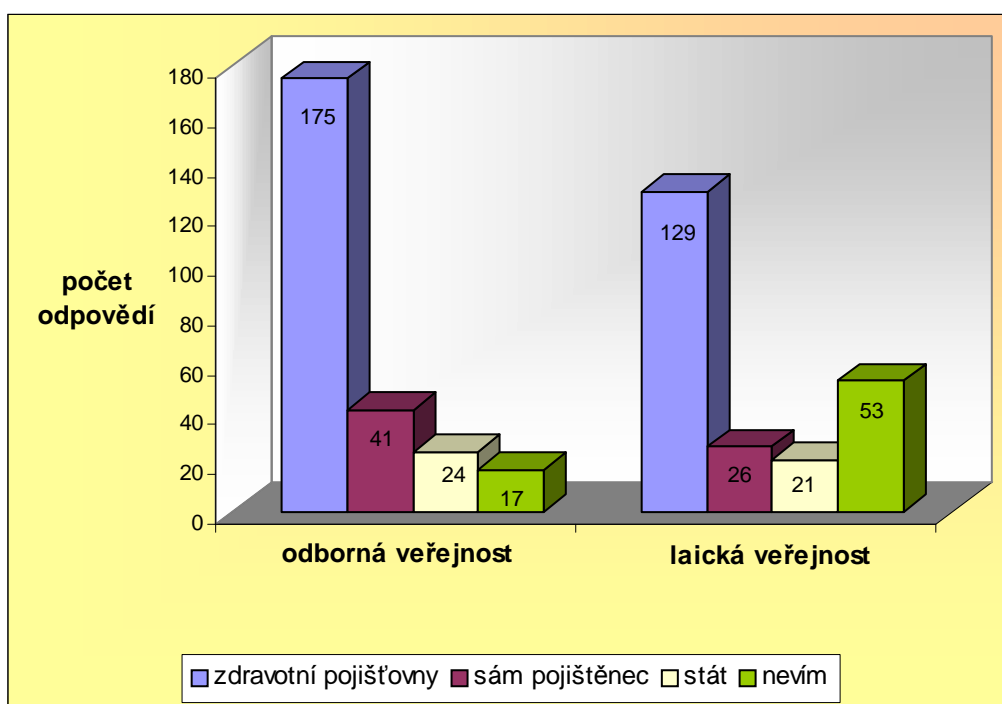


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 24 znázorňuje varianty odpovědí na otázku číslo 25 a to, kdo je osvobozen od platby regulačních poplatků. Respondenti při odpovědi na tuto otázku volili více odpovědí zároveň. Z výzkumného souboru odborné veřejnosti uvedlo 48 respondentů variantu děti do 15 let, 19 respondentů lidé ve starobním důchodu, 107 zvolilo variantu lidé při ochranném léčení nařízeném soudem a 116 respondentů variantu pojištěnci v hmotné nouzi. Variantu odpovědi děti umístěné v dětských domovech a ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy zvolilo 101 respondentů odborné veřejnosti. 54 respondentů odborné veřejnosti si myslí, že od platby regulačních poplatků není osvobozen nikdo a 17 respondentů zvolilo variantu nevím. Z výzkumného souboru laické veřejnosti uvedlo 29 dotázaných variantu děti do 15 let,

11 dotázaných lidí ve starobním důchodu, 17 zvolilo variantu lidé při ochranném léčení nařízeném soudem a 32 dotázaných variantu pojištěnci v hmotné nouzi. Variantu odpovědi děti umístěné v dětských domovech a ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy zvolilo 31 dotázaných laické veřejnosti. 89 dotázaných laické veřejnosti si myslí, že od platby regulačních poplatků není osvobozen nikdo a 32 dotázaných zvolilo variantu nevím.

Graf 25 (otázka číslo 26): Sledování úhrad regulačních poplatků



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 25 znázorňuje vyhodnocení otázky číslo 26. V této otázce jsem se tázala, kdo sleduje úhrady regulačních poplatků, naplňování tzv. ročního limitu (5 000 Kč.) i vracení finančních prostředků při jeho překročení. Respondenti při odpovědi na tuto otázku volili více odpovědí zároveň. Z celkového počtu 200 respondentů odborné veřejnosti 175 z nich uvedlo variantu odpovědi zdravotní pojišťovny, 41 variantu odpovědi sám pojištěnec a 24 variantu stát. 17 respondentů odborné veřejnosti neví, kdo sleduje úhrady regulačních poplatků, naplňování tzv. ročního limitu (5 000 Kč.) i

vracení finančních prostředků při jeho překročení. Z celkového počtu 200 dotázaných laické veřejnosti 129 z nich uvedlo variantu odpovědi zdravotní pojišťovny, 26 variantu odpovědi sám pojištěnec a 21 variantu stát. 53 dotázaných laické veřejnosti neví, kdo sleduje úhrady regulačních poplatků, naplňování tzv. ročního limitu (5 000 Kč.) i vracení finančních prostředků při jeho překročení.

5. Diskuse

Cílem mé práce bylo zmapovat a vyhodnotit informovanost laické a odborné veřejnosti o systému veřejného zdravotního pojištění a vzájemně je porovnat. Rozdílnosti odpovědí na otázky z dotazníkového šetření respondentů jsem srovnávala v grafech. Porovnávat mezi sebou a taktéž s dostupnou literaturou je budu v následující části diplomové práce.

V rámci kvantitativního výzkumu tvoří konečný výzkumný soubor celkem 400 respondentů, a to pro relevantní srovnání 200 respondentů odborné veřejnosti a 200 respondentů laické veřejnosti. Kritériem výběru zkoumaného souboru byl věk, lokalita a odbornost. Konkrétně respondenti ve věku 15 let a výše, kteří žijí či pracují v Českých Budějovicích. V rámci kritéria odbornosti byl výzkumný soubor rozdělen dle toho, zda respondent pracuje či pracoval ve zdravotní či sociální oblasti nebo ne.

V rámci výzkumu byly stanoveny tři hypotézy, a to:

- *Hypotéza 1:* Většina odborné veřejnosti je informována o platné právní úpravě veřejného zdravotního pojištění.
- *Hypotéza 2:* Většina laické veřejnosti je informována o platné právní úpravě veřejného zdravotního pojištění.
- *Hypotéza 3:* Mezi informovaností odborné a laické veřejnosti o platné právní úpravě veřejného zdravotního pojištění není rozdíl.

Potvrzení či vyvrácení hypotéz budu hodnotit v závěru této části diplomové práce.

V diplomové práci byl použit identický dotazník pro laickou i odbornou veřejnost.

V dotazníku jsou první čtyři otázky identifikační. Otázka číslo 1 (Graf 1) se zcela informativně zaobírá zastoupením jednotlivých pohlaví respondentů. Odborná veřejnost je zastoupena 84 % (168) respondentů ženského pohlaví a 16 % (32) respondentů mužského pohlaví, což potvrzuje fakt, že ve zdravotní a sociální oblasti jsou zaměstnány převážně ženy. Laická veřejnost je zastoupena 59 % (118) respondentů ženského pohlaví a 41 % (82) respondentů mužského pohlaví.

Otázka číslo 2 (Graf 2) se informativně zaobírá věkovou strukturou respondentů. Při zjišťování věkového profilu respondentů bylo nejvíce osob odborné veřejnosti 32 % (64) respondentů zastoupeno ve věkové kategorii 20 – 29 let a 29,5 % (59) ve věkovém rozmezí 40 – 49 let. Ve zkoumaném souboru laické veřejnosti bylo při zjišťování věkového profilu taktéž nejvíce dotázaných zastoupeno ve věkové kategorii 20 – 29 let, a to 23,5 % (47). Druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 30 – 39 let, a to 22 % (44) dotázaných. Naopak nejméně zastoupenou je věková kategorie od 15 - 19 let, kdy v této věkové kategorii nebyl z odborné veřejnosti žádný respondent a z laické veřejnosti tuto věkovou kategorii tvoří 6,5 % (13) dotázaných.

Taktéž za zcela informativní považuji vzdělání respondentů (otázka číslo 3, Graf 3). Nejvíce respondentů odborné i laické veřejnosti mělo nejvyšší ukončené středoškolské vzdělání, a to 45,5 % (91) respondentů odborné veřejnosti a 37,5 % (75) dotázaných laické veřejnosti. Další nejpočetnější skupinu laické i odborné veřejnosti tvořili respondenti s ukončeným vysokoškolským vzděláním, bakalářským či magisterským. Jde o 23,5 % (47) respondentů odborné veřejnosti a 20,5 % (41) dotázaných laické veřejnosti. Naopak nejmenší podíl ze zkoumaného souboru odborné veřejnosti tvoří respondenti, kteří dosáhli základního vzdělání, 3,5 % (7) respondentů. Ze zkoumaného souboru laické veřejnosti tvoří nejmenší podíl dotázaní s ukončeným vyšším odborným vzděláním tvoří 8 % (16). Domnívám se, že v posledních letech došlo v České republice k většímu zpřístupnění vzdělání. Zvýšila se možnost dosažení vzdělání ukončeného maturitní zkouškou, i v rámci navazujícího studia, a dále též získání vysokoškolského vzdělání. Myslím si, že v dnešní době se každý člověk snaží dosáhnout co možná nejvyššího vzdělání.

Následující otázky jsou již zjišťovací. Nejprve se otázky v dotazníku týkají základních informací o veřejném zdravotním pojištění, a poté zavedených regulačních poplatků v českém zdravotnictví. Většina respondentů odborné i laické veřejnosti se správně domnívá, že je zdravotní pojištění v České republice povinné (otázka číslo 5). Odborná veřejnost je zastoupena 84,5 % (169) respondentů a laická veřejnost 69,5 % (139). Tröster P. a kol. ve své knize Právo sociálního zabezpečení uvádí, že veřejné zdravotní pojištění je důležitou součástí systému českého zdravotnictví a podmínkou

jeho fungování. Dále uvádí, že veřejné zdravotní pojištění je pojištění všeobecně platné, na jehož základě se oprávněným osobám poskytuje zdravotní péče, která je hrazená z tohoto obligatorního (povinného) zákonného pojištění. Obligatornost systému veřejného zdravotního pojištění je zejména v zákonné úpravě, jak pokud se jedná o důvody vzniku zdravotního pojištění, okruh plátců pojistného, jejich práv a povinností, tak jedná-li se o práva a povinnosti pojištěnců a další podmínky, kterými se právní vztahy veřejného zdravotního pojištění řídí. **(58)**

V šesté otázce dotazníkového šetření (Graf 5) jsem se tázala, na úhradu čeho je určené veřejné zdravotní pojištění. Tröster P. a kol. ve své knize Právo sociálního zabezpečení uvádí, že ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče, která je poskytnutá pojištěncům s cílem zachovat nebo zlepšit jejich zdravotní stav. 174 respondentů odborné veřejnosti v dotazníku zvolilo správnou variantu odpovědi, že je veřejné zdravotní pojištění určené na úhradu zdravotní péče poskytnuté pojištěnci. Na tuto otázku též správně odpovědělo 129 dotázaných laické veřejnosti. **(58)**

Na otázku číslo 7 (Graf 6), kde jsem se tázala, jak často má pojištěnec právo na výpis ze zdravotního účtu, tím na kontrolu poskytnuté zdravotní péče, odpovědělo 72 % (144) respondentů odborné veřejnosti správně, tedy 1 x ročně. Tuto variantu odpovědi zvolila též více než polovina dotázaných laické veřejnosti, 52,5 % (105) dotázaných. Správnost této varianty odpovědi potvrzuje Daněk, A. a Glet, J., kteří ve své knize Zdravotní pojištění uvádějí, že pojištěnec má právo se podílet na kontrole poskytnuté zdravotní péče, která je hrazená ze zdravotního pojištění. Na vyžádání pojištěnce musí zdravotní pojišťovna písemně poskytnout jednou za rok údaje o zdravotní péči, která byla uhrazena za tohoto pojištěnce v období posledních dvanácti měsíců. **(17)**

Většina odborné veřejnosti se správně domnívá, že zdravotní pojišťovnu můžeme změnit vždy k prvnímu dni každého čtvrtletí. Tuto skutečnost uvedlo 59 % (118) respondentů odborné veřejnosti. Správnou variantu odpovědi zvolila méně než polovina dotázaných laické veřejnosti, 34 % (68) dotázaných. Správnost odpovědi ověřuje skutečnost uvedená v § 11 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, kde je uvedeno, že zdravotní pojišťovnu je možné změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni každého čtvrtletí. **(69)**

Na otázku číslo 9 (Graf 8), která se týkala dnu vzniku povinnosti platby pojistného, volili respondenti více odpovědí zároveň. Správnými odpověďmi jsou varianty, že povinnost platit pojistné vzniká pojištěnci dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání, což uvedlo 102 respondentů odborné veřejnosti a 81 dotázaných laické veřejnosti, dnem zahájení samostatné výdělečné činnosti, což uvedlo 129 respondentů odborné veřejnosti a 94 dotázaných laické veřejnosti a též varianta, že povinnost platit pojistné vzniká pojištěnci dnem, kdy se stal pojištěncem, kterou zvolilo 164 respondentů odborné veřejnosti a 107 dotázaných laické veřejnosti. Správnost těchto variant odpovědí potvrzuje § 8 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. **(69)**

V desáté otázce (Graf 9) dotazníkového šetření jsem se zaměřila na celkovou výši pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Dle § 2 zákona 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, je výše pojistného stanovena na 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. 53 % (106) respondentů odborné veřejnosti a méně než polovina dotázaných laické veřejnosti, tedy 26,5 % (53) zvolilo správnou odpověď. **(68)**

Na otázku číslo 11 (Graf 10), ve které jsem se tázala, kdo patří mezi plátce pojistného, volili respondenti více odpovědí zároveň. Správnými odpověďmi byly všechny varianty, mimo varianty odpovědi nevím, tedy, že mezi plátce pojistného patří zaměstnanci, zaměstnavatelé, osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ), osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP) a stát. Správnost těchto variant odpovědí potvrzuje výčet plátců pojistného, který je uveden v § 4, 5, 6, a 7 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Zaměstnance a zaměstnavatele jako plátce pojistného správně uvedla nadpoloviční většina odborné i laické veřejnosti. OSVČ, OBZP a stát správně zvolila nadpoloviční většina odborné veřejnosti a méně než polovina laické veřejnosti. **(69)**

Na otázku číslo 12 (Graf 11), kde jsem se tázala, za koho je plátcem pojistného stát, volili respondenti více odpovědí zároveň. Tröster P. a kol. ve své knize Právo sociálního zabezpečení uvádí, že v České republice je veřejné zdravotní pojištění koncipováno tak, že každý pojištěnec je současně plátcem pojistného, pokud tuto

povinnost nemá stát. Výčet pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, je uveden v § 7 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Správnými variantami odpovědí jsou nezaopatřené děti, což zvolila nadpoloviční většina odborné i laické veřejnosti, poživatelé důchodů z důchodového pojištění, což uvedla nadpoloviční většina odborné veřejnosti a méně než polovina dotázaných laické veřejnosti, dále je správnou variantou odpovědi osoby na mateřské a rodičovské dovolené, což uvedla nadpoloviční většina odborné i laické veřejnosti. Správnými odpověďmi jsou dále dle zákona uchazeči o zaměstnání, osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu soc. potřeby a varianta odpovědi osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody. Správné varianty těchto odpovědí uvedla nadpoloviční většina odborné veřejnosti a méně než polovina dotázaných laické veřejnosti. **(58, 69)**

Ve třinácté otázce (Graf 12) dotazníkového šetření jsem se tázala, kdo hradí pojistné za zaměstnance. Tröster P. a kol. ve své knize Právo sociálního zabezpečení uvádí, že za osoby, které jsou zaměstnány v pracovním poměru, je plátcem části pojistného zaměstnavatel, a to ze dvou třetin, mimo výjimek, které jsou v zákoně výslovně uvedeny. Dle § 9 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, hradí pojistné za zaměstnance z jedné třetiny zaměstnanec, ze dvou třetin zaměstnavatel, přičemž pojistné za státního zaměstnance podle služebního zákona hradí služební úřad v plné výši. Správnou odpověď, že pojistné za zaměstnance hradí z 1/3 zaměstnanec a ze 2/3 zaměstnavatel, uvedla nadpoloviční většina odborné i laické veřejnosti, konkrétně 64,5 % (129) respondentů odborné veřejnosti a 53,5 % (107) dotázaných laické veřejnosti. **(58, 69)**

Na otázku číslo 14 (Graf 13), v níž jsem tázala na změnu lékaře, který je ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou, odpovědělo méně než polovina odborné i laické veřejnosti správně. 49 % (98) respondentů odborné veřejnosti se správně domnívá, že lékaře, který je ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou, můžeme změnit jedenkrát za 3 měsíce. Tuto správnou variantu odpovědi uvedlo 31 % (62) dotázaných laické veřejnosti. Správnost této varianty odpovědi potvrzuje § 11 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, kde je uvedeno, že má pojištěnec právo na výběr lékaře nebo

jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení, kromě závodní zdravotní služby, kteří jsou ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou, jednou za 3 měsíce. **(69)**

V patnácté otázce (Graf 14) jsem se tázala, co se hradí ze zdravotního pojištění. Nadpoloviční většina (89 % , tj. 178) respondentů odborné veřejnosti i (58,5 % , tj. 117) laické veřejnosti odpověděla správně, tedy, že ze zdravotního pojištění v ČR se hradí zdravotní péče poskytnutá na území ČR (popř. nezbytná péče poskytnutá českému pojištěnci v zahraničí). Správnost této varianty odpovědi potvrzuje § 14 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, kde je uvedeno, že ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče, která je poskytnutá na území České republiky, a dále částka, jež pojištěnci vynaložili na nutné a neodkladné léčení, jehož potřeba nastala během jejich pobytu v cizině. Pojištěncům je urazena částka do výše stanovené pro úhradu takové péče na území České republiky. **(69)**

Na otázku číslo 16 (Graf 15), kde jsem se tázala na to, co se nehradí ze zdravotního pojištění, nadpoloviční většina respondentů odpověděla správně, tedy, že ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření provedené ve vlastním zájmu osob. Jedná se o 80,5 % (161) respondentů odborné veřejnosti a 75,5 % (151) dotázaných laické veřejnosti. Další variantou odpovědi byla varianta poskytování neodkladné zdravotní péče, což zdravotnický portál Medicina.cz definuje jako poskytnutí zdravotní péče při úrazu, při vzniku akutního onemocnění, při akutním zhoršení zdravotního stavu a při neodkladném porodu, kde by odklad zdravotní péče mohl vést k ohrožení života nebo k závažnému zhoršení zdravotního stavu. Internetový zdroj Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR uvádí, že v případě akutní potřeby lékařského ošetření nesmí být pojištěnec žádným zdravotnickým zařízením odmítnut a musí být ošetřen bez toho, aniž by po něm byla považována jakákoliv úhrada. Nutnou a neodkladnou péči hradí ze zákona zdravotnickým zařízením zdravotní pojišťovny. Správnost varianty odpovědi, že ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření provedené ve vlastním zájmu osob, potvrzuje též § 13 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, kde je uvedeno, že zdravotní péče, která je hrazená v rozsahu a za podmínek, jež stanovuje zmíněný zákon, zahrnuje též prohlídku zemřelého pojištěnce

a pitvu, včetně dopravy. Tudíž varianta odpovědi, že se ze zdravotního pojištění nehradí prohlídka zemřelého není správná. **(41, 59, 69)**

Následující zjišťovací otázky se týkají zavedených regulačních poplatků v českém zdravotnictví. V otázce číslo 17 (Graf 16) jsem se zaměřila na čtyři základní typy regulačních poplatků. Při odpovědi na tuto otázku volili respondenti více odpovědí zároveň. Jedním ze základních typů poplatků je dle § 16a zákona 48/1997 Sb., poplatek za: „vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení.“ **(69, § 16a odst. 1d)** Správnou odpověď, že mezi čtyři základní typy poplatků patří poplatek za výdej druhu léčiva na předpis uvedla nadpoloviční většina respondentů odborné i laické veřejnosti. Jedná se o 188 respondentů odborné veřejnosti a 129 dotázaných laické veřejnosti. Dle § 16a zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, dále patří mezi čtyři základní typy poplatků poplatek za návštěvu u lékaře, kdy bylo provedeno klinické vyšetření. Tuto správnou odpověď uvedla nadpoloviční většina respondentů odborné i laické veřejnosti. Jedná se o 179 respondentů odborné veřejnosti a 147 dotázaných laické veřejnosti. 189 respondentů odborné veřejnosti a 161 dotázaných laické veřejnosti správně uvedlo, že mezi čtyři základní typy poplatků dále patří poplatek za návštěvu pohotovosti. Dle § 16a zákona číslo 48/1997 Sb., se platí poplatek za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením, jež poskytuje lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři a dále zdravotnickým zařízením, které poskytuje ústavní pohotovostní službu v sobotu, v neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 hodin. Tento poplatek se hradí pouze v případě, že klient není následně přijat do ústavní péče. Dalším poplatkem, který se dle § 16a zákona číslo 48/1997 Sb. řadí mezi čtyři základní typy poplatků, je poplatek za každý den, v němž byla poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách. Tuto správnou odpověď uvedlo 192 respondentů odborné veřejnosti a 175 dotázaných laické veřejnosti. **(69)**

V osmnácté otázce (Graf 17) dotazníkového šetření jsem se tázala, kolik korun činí poplatek za výdej každého druhu předepsaného léčiva (bez ohledu na počet předepsaných balení). Nadpoloviční většina odborné i laické veřejnosti se správně domnívá, že tento poplatek činí 30 Kč. Jedná se o 96 % (192) respondentů odborné veřejnosti a 80,5 % (161) dotázaných laické veřejnosti. Správnou variantu odpovědi potvrzuje § 16a zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, kde je tato výše poplatku za výdej každého druhu předepsaného léčiva (bez ohledu na počet předepsaných balení) uvedena. **(69)**

V otázce číslo 19 (Graf 18) jsem se zaměřila na výši poplatku za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření lékařem. Nadpoloviční většina odborné i laické veřejnosti uvedla správnou odpověď, 30 Kč. Jde o 92,5 % (185) respondentů odborné veřejnosti a 83,5 % (167) dotázaných laické veřejnosti. Výše poplatku za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření lékařem činí dle § 16a zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, 30 Kč. **(69)**

Ve dvacáté otázce (Graf 19) jsem se tázala kolik korun činí poplatek za den pobytu v nemocnici. § 16a zákona 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, činí tento poplatek 60 Kč. Převážná většina respondentů odborné i laické veřejnosti odpověděla správně. Jedná se o 86,5 % (173) respondentů odborné veřejnosti a 67,5 % (135) dotázaných laické veřejnosti. **(69)**

V otázce číslo 21 (Graf 20) jsem se tázala, kolik korun činí poplatek za návštěvu pohotovosti. Dle § 16a zákona 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, činí tento poplatek 90 Kč, což správně uvedla nadpoloviční většina respondentů. Jde o 84 % (168) respondentů odborné veřejnosti a 77 % (154) dotázaných laické veřejnosti. **(69)**

Na otázku číslo 22 (Graf 21), kde jsem se zaměřila na to, zda se za léky předepsané na recept, nehrazené z veřejného zdravotního pojištění (např. antikoncepce), poplatek 30 Kč hradí či nehradí. Nadpoloviční většina odborné veřejnosti uvedla správnou odpověď, tedy, že se za léky předepsané na recept, nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, poplatek 30 Kč nehradí. Jedná se o 61 % (122) respondentů. Tuto správnou odpověď uvedla méně než polovina dotázaných laické veřejnosti, konkrétně

35,5 % (71). Internetový zdroj ministerstva zdravotnictví uvádí, že regulační poplatek 30 Kč za výdej léku se nehradí při vydávání léků předepsaných na recept, avšak nehrazených z veřejného zdravotního pojištění, dále pokud lékař na receptu vyznačí „hradí pacient“ a též se regulační poplatek 30 Kč nehradí při vydávání léků, které nejsou předepsány na receptu a plně je hradí pacient. **(31)**

V otázce číslo 23 (Graf 22) jsem se tázala kolik druhů léčiva může být uvedeno na receptu a za jaký poplatek. Respondenti při odpovědi na tuto otázku volili více odpovědí zároveň. Nadpoloviční většina respondentů odborné veřejnosti správně uvedla, že na jednom receptu může být varianta odpovědi maximálně dva druhy léčiva za poplatek 2 X 30 Kč, což uvedlo 155 respondentů odborné veřejnosti. Méně než polovina odborné veřejnosti zvolila též správnou odpověď jeden druh léčiva za poplatek 30 Kč, což uvedlo 88 respondentů. Méně než polovina dotázaných laické veřejnosti zvolilo správně variantu odpovědi jeden druh léčiva za poplatek 30 Kč, 81 dotázaných a 67 dotázaných laické veřejnosti správně zvolilo variantu odpovědi maximálně dva druhy léčiva za poplatek 2 X 30 Kč. Dle Metodického pokynu pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona číslo 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely mohou být na jednom receptu předepsány maximálně dva druhy léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, tedy dvě položky. Poplatek za recept tedy může činit nejvýše 60,- Kč. **(35)**

Většina respondentů odborné i laické veřejnosti správně odpovědělo na otázku číslo 24 (Graf 23), že příjem z vybraných regulačních poplatků zůstane zdravotnickým zařízením. Jedná se o 82 % (164) respondentů odborné veřejnosti a 54 % (108) dotázaných laické veřejnosti. Internetový zdroj ministerstva zdravotnictví uvádí, že regulační poplatky jsou řádným příjmem zdravotnického zařízení, které jej vybralo (např. lékař, nemocnice, lékárna) a jako každý jiný příjem zdravotnického zařízení podléhají zdanění a je o nich vedena evidence. **(44)**

V otázce číslo 25 (Graf 24) jsem se zaměřila na to, kdo je osvobozen od platby regulačních poplatků. Respondenti při odpovědi na tuto otázku volili více odpovědí zároveň. Nadpoloviční většina odborné veřejnosti správně uvedlo, že od platby

regulačních poplatků jsou osvobozeni lidé při ochranném léčení nařízeném soudem, což uvedlo 107 respondentů, pojištěnci v hmotné nouzi, což zvolilo 116 respondentů a děti umístěné v dětských domovech a ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy, což uvedlo 101 respondentů odborné veřejnosti. Osoby, které jsou osvobozeny od platby regulačních poplatků jsou uvedeny v § 16 a, odst. 2 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Pojištěnci v hmotné nouzi se musí prokázat rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením o dávce, která je mu poskytována. Tyto potřebné dokumenty vydává orgán pomoci v hmotné nouzi. Největší počet dotázaných laické veřejnosti mylně uvedl, že od platby regulačních poplatků není osvobozen nikdo. Jde o 89 dotázaných laické veřejnosti. (69)

V otázce 26 jsem se tázala, kdo sleduje úhrady regulačních poplatků, naplňování tzv. ročního limitu (5 000 Kč.) i vracení finančních prostředků při jeho překročení. Respondenti při odpovědi na tuto otázku volili více odpovědí zároveň. Nadpoloviční většina odborné i laické veřejnosti správně zvolila variantu zdravotní pojišťovny. Jedná se o 175 respondentů odborné veřejnosti a 129 laické veřejnosti. Internetový zdroj ministerstva zdravotnictví uvádí, že zdravotní pojišťovny mají dle zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, povinnost sledování úhrad regulačních poplatků, naplňování limitu i vracení finančních prostředků při jeho. Zdravotní pojišťovna, u níž je klient pojištěn, je povinna naplňování limitu 5 000 Kč hlídat. Po překročení stanoveného limitu musí pojištěnci započitatelné částky, o které byl překročen, ve termínu, který stanoví zákon, (do 60 dnů po skončení příslušného čtvrtletí) vrátit. Druhou správnou variantu odpovědi na tuto otázku, tedy, že sám pojištěnec může sledovat úhrady regulačních poplatků, naplňování tzv. ročního limitu (5 000 Kč.), uvedla méně než polovina respondentů odborné i laické veřejnosti. Jedná se o 41 respondentů odborné veřejnosti a 26 dotázaných laické veřejnosti. Dle § 43 zákona 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, musí zdravotní pojišťovna vést osobní účet pojištěnce, kde si pojištěnec může sám zkontrolovat přehled výdajů na zdravotní péči, která mu byla poskytnuta. Jeho součástí je též přehled o zaplacených regulačních poplatcích a doplácích za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, jež jsou do limitu také započítávány. Na vyžádání

pojišťence musí zdravotní pojišťovna bezplatně a bez zbytečného odkladu poskytnout jedenkrát ročně formou výpisu z osobního účtu údaje o zdravotní péči, která byla uhrazená během posledních 12 měsíců. Jsou zde uvedeny i údaje o zaplacených regulačních poplatcích a doplácích za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely za toto období. (50, 69)

Provedeným výzkumem se měly potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy.

Hypotéza 1: Většina odborné veřejnosti je informována o platné právní úpravě veřejného zdravotního pojištění. Na základě nadpoloviční informovanosti odborné veřejnosti v dotazníkovém šetření, konkrétně v otázkách číslo 5 (84,5 %; 169 respondentů), číslo 6 (174 respondentů), číslo 7 (72 %; 144 respondentů), číslo 8 (59 %; 118 respondentů), číslo 9 (102; 129; 164 respondentů). Dále tuto hypotézu potvrzuje nadpoloviční informovanost odborné veřejnosti v otázkách číslo 10 (53 %; 106 respondentů), číslo 11 (168; 157; 127; 111; 155 respondentů), číslo 12 (163; 112; 115; 121; 106; 109 respondentů), číslo 13 (64,5 %; 129 respondentů), číslo 15 (89 %; tj. 178 respondentů) a číslo 16 (80,5 %; 161 respondentů). Dalšími otázkami potvrzující Hypotézu 1, které se týkají zavedených regulačních poplatků v českém zdravotnictví, jsou: otázka číslo 17 (188; 179; 189; 192 respondentů), číslo 18 (96 % 192 respondentů), číslo 19 (92,5 %; 185 respondentů), číslo 20 (86,5 %; 173 respondentů) a číslo 21 (84 %; 168 respondentů). Dále jsou jimi otázky číslo 22 (61 %; 122 respondentů), číslo 24 (82 %; 164 respondentů) a číslo 25 (107; 116; 101 respondentů). V ostatních otázkách dotazníkového šetření odpověděla méně než polovina dotázaných odborné veřejnosti správně. Z celkového počtu 22 zjišťovacích otázek z dotazníku, odpověděla nadpoloviční většina dotázaných odborné veřejnosti správně na více než polovinu otázek správně. Konkrétně na 19 otázek. **Na základě výsledků výzkumu byla Hypotéza 1 souborem respondentů potvrzena.**

Hypotéza 2: Většina laické veřejnosti je informována o platné právní úpravě veřejného zdravotního pojištění. Na základě nadpoloviční informovanosti laické veřejnosti v otázkách číslo 5 (69,5 %; 139 dotázaných), číslo 6; 129 dotázaných),

číslo 7 (52,5 %; 105 dotázaných) číslo 13 (53,5 %; 107 dotázaných), číslo 15 ((58,5 %; 117 dotázaných) a číslo 16 (75,5 %; 151 dotázaných). Dalšími otázkami potvrzující Hypotézu 2, které se týkají zavedených regulačních poplatků v českém zdravotnictví, jsou: otázka číslo 17 (129; 147; 161; 175 dotázaných) číslo 18 (80,5 %; 161 dotázaných), číslo 19 (83,5 %; 167 dotázaných) číslo 20 (67,5 %; 135 dotázaných), číslo 21 (77 %; 154 dotázaných) číslo 24 (54 %; 108 dotázaných). V ostatních otázkách dotazníkového šetření odpověděla méně než polovina dotázaných laické veřejnosti správně. Z celkového počtu 22 zjišťovacích otázek z dotazníku, odpověděla nadpoloviční většina dotázaných laické veřejnosti správně na více než polovinu otázek správně. Konkrétně na 12 otázek. **Na základě výsledků výzkumu byla Hypotéza 2 souborem respondentů potvrzena.**

Hypotéza 3: Mezi informovaností odborné a laické veřejnosti o platné právní úpravě veřejného zdravotního pojištění není rozdíl. Z výsledků výzkumu vyplývá, že odborná veřejnost je více informována než laická veřejnost. Z celkového počtu 22 zjišťovacích otázek v dotazníku, odpověděla nadpoloviční většina dotázaných odborné veřejnosti správně na 19 otázek. U laické veřejnosti odpověděla nadpoloviční většina dotázaných správně na 12 otázek. **Na základě výsledků výzkumu nebyla Hypotéza 3 souborem respondentů potvrzena.**

6. Závěr

V České republice vznikl systém veřejného zdravotního pojištění na počátku 90. let 20. století. Od té doby dochází pravidelně k jeho změnám a novelám právní úpravy ve veřejném zdravotním pojištění. Od 1. ledna 2008 došlo zatím k poslední větší změně zákona o veřejném zdravotním pojištění a tím nově především k zavedení regulačních poplatků v českém zdravotnictví. V současné době je v České republice připravována reforma zdravotnictví.

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na zdravotní pojištění v České republice. V teoretické části diplomové práce jsem se pokusila shrnout problematiku veřejného zdravotního pojištění a poskytování zdravotní péče českým pojištěncům. Na základě prostudované literatury, kterou uvádím v seznamu použitých zdrojů (literatury), jsem přiblížila nejdůležitější okruhy veřejného zdravotního pojištění. Jsou jimi například právní úprava veřejného zdravotního pojištění, rozsah veřejného zdravotního pojištění, plátcí pojistného, práva a povinnosti ve zdravotním pojištění, způsob a formy poskytování zdravotní péče a v neposlední řadě i regulační poplatky.

V praktické části diplomové práce jsem si stanovila za cíl zmapovat a vyhodnotit informovanost laické a odborné veřejnosti o systému veřejného zdravotního pojištění. Na základě prostudované odborné literatury jsem si stanovila tři dílčí cíle. Prvním dílčím cílem bylo zjistit úroveň informovanosti odborné veřejnosti o veřejném zdravotním pojištění. Druhým dílčím cílem bylo zjistit úroveň informovanosti laické veřejnosti o veřejném zdravotním pojištění. Třetím dílčím cílem bylo porovnat informovanost laické a odborné veřejnosti o veřejném zdravotním pojištění. **Cíl diplomové práce i dílčí cíle byly splněny.**

Pro dosažení vytyčených cílů byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza, kde jsem se domnívala, že většina odborné veřejnosti je informována o platné právní úpravě veřejného zdravotního pojištění. Druhá hypotéza, ve které jsem předpokládala, že většina laické veřejnosti je informována o platné právní úpravě veřejného zdravotního pojištění a třetí hypotéza zněla, že mezi informovaností odborné a laické veřejnosti o

platné právní úpravě veřejného zdravotního pojištění není rozdíl. **První dvě hypotézy byly výzkumem potvrzeny, třetí hypotéza nebyla výzkumem potvrzena.**

Diplomová práce by měla sloužit ke studijním účelům nejen pro studenty, ale i pro širokou veřejnost.

7. Seznam použité literatury

1. ARNOLDOVÁ, Anna. *Slovník sociálního zabezpečení*. Houdek Lubomír; Dernerová Soňa. Praha : Galén, 2002. 461 s. ISBN 80-7262-175-0.
2. ARNOLDOVÁ, Anna. *Vybrané otázky ze sociálně právních předpisů pro řídící pracovníky ÚSP a DD : Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení - 1.díl*. 1. vyd. Technická univerzita v Liberci : [s.n.], 2004. 107 s. ISBN 80.7083-811-6.
3. Autorský kolektiv CMU. *Průvodce zdravotní péče v EU : Průvodce zdravotní péče při pobytu ve státech EU, v zemích Evropského hospodářského prostoru, ve Švýcarsku a smluvních státech* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Unie/Pages/55-pruvodce-zdravotni-pece-v-eu.html>>.
4. ČERNÁ, Jana, TRINNEROVÁ, Dagmar, VACÍK, Antonín. *Právo sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Dobrá Voda u Pelhřimova : Aleš Čeněk, 2002. 157 s. ISBN 80-86473-07-4.
5. DANĚK, Antonín. Aktuálně ke zdravotnímu pojištění: *Zdravotnictví a právo : Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2008, roč. 12, č. 7-8, s. 54-59. ISSN 1211-6432.
6. DANĚK, Antonín. Osoby samostatně výdělečně činné v roce 2008 a zdravotní pojištění : Zahájení samostatné výdělečné činnosti. *Zdravotnictví a právo : Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2008, roč. 12, č. 2, s. 23-26. ISSN 1211-6432.
7. DANĚK, Antonín. Práva a povinnosti v oblasti zdravotního pojištění. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2007, roč. 11, č. 9, s. 25-28. ISSN 1211-6432.

8. DANĚK, Antonín. Práva a povinnosti v oblasti zdravotního pojištění. *Zdravotnictví a právo : Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2007, roč. 11, č. 10, s. 33-36. ISSN 1211-6432.
9. DANĚK, Antonín. Shengenský prostor, zdravotní pojištění a zdravotní péče. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2008, roč. 12, č. 5, s. 22-23. ISSN 1211-6432.
10. DANĚK, Antonín. Zdravotní pojištění-nejdůležitější změny k 1. 1. 2008. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2007, roč. 11, č. 12, s. 22-26. ISSN 1211-6432.
11. DANĚK, Antonín, GLET, Jiří. Cestovní zdravotní pojištění. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2005, roč. 9, č. 10, s. 20-21. ISSN 1211-6432.
12. DANĚK, Antonín, GLET, Jiří. Čeští pojištěnci a Evropský průkaz zdravotního pojištění. *Poradce*. 2005, č. 1, s. 203-204. ISSN 1211-2437.
13. DANĚK, Antonín, GLET, Jiří. Lázeňská péče:Komplexní lázeňská péče. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2005, roč. 9, č. 10, s. 22. ISSN 1211-6432.
14. DANĚK, Antonín, GLET, Jiří. Poskytování zdravotní péče českým občanům-turistům ve vybraných přímořských členských státech EU. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2005, roč. 9, č. 7, s. 20-22. ISSN 1211-6432.

15. DANĚK, Antonín, GLET, Jiří. Základní práva a povinnosti českých pojištěnců zdravotního pojištění jako občanů Evropské unie. *Poradce*. 2005, č. 2, s. 323-325. ISSN 1211-2437.
16. DANĚK, Antonín, GLET, Jiří. Zdravotní pojištění a zdravotní péče po vstupu České republiky do Evropské unie. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2005, roč. 9, č. 6, s. 17-24. ISSN 1211- 6432.
17. DANĚK, Antonín, GLET, Jiří. *Zdravotní pojištění : doporučeno ke studiu*. Praha : LINDE s.r.o., 2003. 95 s. ISBN 80-86131-46-7.
18. DANĚK, Antonín, GLET, Jiří. *Zdravotní pojištění v roce 2004 : Průvodce do kapsy*. Praha: BMSS-Start, s.r.o., 2004, č. 2., 6 x ročně., 64 s. ISSN 1214-0805.
19. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 2. vyd.. Praha: Karolinum, 1998. 374 s. ISBN 80-7184-14-2
20. *Dlouhodobý pobyt v cizině* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <http://www.sagit.cz/pages/lexikonheslatxt.asp?cd=154&typ=r&levelid=SZ_036.HTM>.
21. *European Health Insurance Card : About EHIC* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: < <http://www.ehic.ie/about.htm>.
22. GOLA, Petr. Evropská unie: výdaje za léky rostou, nemocnost klesá. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2007, roč. 11, č. 11, s. 16-19. ISSN 1211-6432.

23. GREGOROVÁ , Zdeňka, GALVAS, Milan. *Sociální zabezpečení*. Šabatová Marcela. 2. aktualizované a doplněné vyd. Masarykova univerzita v Brně : DOPLNĚK, 2005. 280 s. ISBN 80-210-3686-9.
24. GREGOROVÁ , Zdeňka, PÍCHOVÁ, Irena. *Základy pracovního práva a sociálního zabezpečení v Evropských společenstvích*. 1. vyd. Masarykova univerzita v Brně : [s.n.], 2001. 167 s. ISBN 80-210-2729-0.
25. HEBORT, Dušan. Problémy analýzy : Systém mezinárodních smluv o poskytování zdravotní péče. *Zdravotnictví a právo : Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2008, roč. 12, č. 1, s. 12-16. ISSN 1211-6432.
26. HEJKAL, Tomáš, et al. *Nemocenské, důchodové a zdravotní pojištění : Komentář a příklady*. 3. doplněné a aktualizované vyd. Praha : POLYGON, 2003. 350 s. ISBN 80-7273-082-7.
27. HLAVÁČEK, Karel. Zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny: Právní vztahy zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2007, roč. 11, č. 3-4, s. 24. ISSN 1211-6432.
28. CHVÁTALOVÁ (ČERVENKOVÁ), Iva. *Úvod do práva sociálního zabezpečení a zdravotního pojištění v České republice*. Vysoká škola ekonomická v Praze : [s.n.], 1998. 79 s. ISBN 80-7079-489-5.
29. *Informace o EU* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.rbp-zp.cz/index.php?m=71&c=0>>.

30. *Lázeňská zařízení* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.zpmvcr.cz/cz/pojistenci-a-verejnost/info-pro-pojistence/lazenska-zarizeni.html>>.
31. *Léky : Kdy se regulační poplatek za výdej léku nehradí?* [online]. c2008- [cit. 2008-07-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/FAQ.html?situace=176>>.
32. MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha : C.H. Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-X.
33. MACH, Jan, et al. *Zdravotnictví a právo : komentované předpisy*. 1. vyd. Praha : Orac, s.r.o., 2003. 351 s. ISBN 80-86199-50-9.
34. MACH, Jan, et al. *Zdravotnictví a právo : komentované předpisy*. 2. rozšířené a doplněné vyd. Praha : LexisNexis CZ s.r.o., 2005. 455 s. ISBN 80-86199-93-2.
35. *Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z <http://WWW>: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/294-regulacni-poplatky-metodicky-pokyn.html>>.
36. *Ministr pokračuje v přípravě reformy, o zákonech povede otevřenou diskuzi* [online]. c2008- [cit. 2008-07-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Pages/533-ministr-pokracuje-v-priprave-reformy-o-zakonech-povede-otevrenou-diskuzi.html>>.
37. *Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008* [online]. Ministerstvo zdravotnictví české republiky, [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW:

<<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Zdravotni/regulacni-poplatky/navod.pdf>>.

38. *OBZP* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.zpmvcr.cz/cz/platci-pojistneho/obzp.html>>.
39. *Osoby bez zdanitelných příjmů* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/OBZP/>>.
40. *OSVČ* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.zpmvcr.cz/cz/platci-pojistneho/osvc.html>>.
41. *Otázka pro VZP* [online]. c2001-2008 [cit. 2008-07-22]. Dostupný z WWW: <http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=7483&s_ts=39427,7453703704>.
42. *Oznámení pojištěnce* [online]. [cit. 2008-08-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/formulare/Formulare-pro-pojistence/Oznameni-pojistence/verze1.pdf>>.
43. *Pojištěnci a veřejnost : Právo na výběr zdravotní pojišťovny* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.zpmvcr.cz/index.php?id=201>>.
44. *Potvrzení o zaplacení regulačního poplatku* [online]. c2008- [cit. 2008-07-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/FAQ.html?situace=179>>.
45. *Práva a povinnosti ke zdravotní pojišťovně VZP* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://mzdy.blog.cz/0701/prava-a-povinnosti-ke-zdravotni-pojistovne-vzp>>.

46. *Princip fungování zdravotnictví* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://complice.advertures.cz/cz/ceska-republika/zdravi/system-zdravotni-pece/princip-fungovani-zdravotnictvi/>>.
47. *Průkazy VZP ČR / EHIC* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Zdravotni/Pukaz_pojistence/>.
48. *Průvodce zdravotní péče v EU* [online]. c2008- [cit. 2008-06-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Unie/Pages/55-pruvodce-zdravotni-pece-v-eu.html>>.
49. *Přehled o platbě pojistného na zdravotní pojištění zaměstnavatele* [online]. [cit. 2008-08-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/formulare/Formulare-pro-zamestnavatele/Prehled-o-platbe-pojistneho-na-zdravotni-pojisteni-zamestnavatele/verze1.pdf>>.
50. *Regulační poplatky : Roční limit 5000 Kč* [online]. c2008- [cit. 2008-07-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/FAQ.html?situace=181>>.
51. *Regulační poplatky a doplňky platné od 1.1.2008* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.cnzp.cz/static.php?fcSoub=poplatky&flSys=1&PHPSESSID=rnep9o7qe7vq6oq0k81409bio3>>.
52. *Regulační poplatky a limity plateb* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/regulacni-poplatky/adresar-platby_od_2008/>.

53. *Regulační poplatky-součást navrhované reformy zdravotnictví* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.bezlepkovadieta.cz/?url=vykricnik&clanek=4129>>.
54. *Regulační poplatky ve zdravotnictví* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.stapro.cz/aktuality/regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi.aspx>>.
55. *Stát* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.zpmvcr.cz/cz/platci-pojistneho/stat.html>>.
56. *Tiskopisy : Vzor Evropského průkazu zdravotního pojištění* [online]. c2008 , 04 květen 2008 [cit. 2008-08-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.cmu.cz/prozdravotnickazarizeni/evropskaunie/tiskopisy/43-eu/114-tiskopisy?Itemid=201>>.
57. *Tiskopisy : Vzor Evropského průkazu zdravotního pojištění (rubová varianta)* [online]. c2008 , 04 květen 2008 [cit. 2008-08-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.cmu.cz/prozdravotnickazarizeni/evropskaunie/tiskopisy/43-eu/114-tiskopisy?Itemid=201>>.
58. TRÖSTER, Petr, et al. *Právo sociálního zabezpečení*. Jasná Eva. 3. aktualizované a doplněné vyd. Praha : C.H. Beck, 2005. 348 s. ISBN 80-7179-856-8.
59. *Úhrada nutné a neodkladné zdravotní péče* [online]. [cit. 2008-07-22]. Dostupný z WWW: <http://www.stripky.cz/nemoci/zdravi/nutna_pece.html>.

60. *Úroveň českého zdravotnictví* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://complice.advertures.cz/cz/ceska-republika/zdravi/system-zdravotni-pece/uroven-ceskeho-zdravotnictvi/>>.
61. VONDRÁČEK, Lubomír, KURZOVÁ, Hana. *Zdravotnické právo : Pro praxi a posluchače lékařských fakult*. Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 2002. 142 s. ISBN 80-246-0531-7.
62. VURM, Vladimír, et al. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství : pro studující ZSF*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta : [s.n.], 2000. 108 s. ISBN 80-7040-411-6.
63. *Vyhláška č. 54/2008 Sb., ze dne 85. února 2008, o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <http://www.ispp.cz/images/stories/soubory/vyhlaska_54_2008.pdf>.
64. *Výplata mezd, sociálních podpor a důchodů : Zdravotní pojištění* [online]. [cit. 2008-04-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.vyplata.cz/vyplatamzdy/zdravotnipojisteni.php>>.
65. *Vyplnění formuláře : Doklad pro OSVČ o výši záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu* [online]. [cit. 2008-08-06]. Dostupný z WWW: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/formulare/Formulare-pro-OSVC/Zaloha_na_pojistne_vypoctena_z_vymerovaciho_zakladu/verze1.pdf>.
66. *Vyplnění formuláře : Formulář: Přihláška zaměstnavatele-plátce pojistného* [online]. [cit. 2008-08-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/formulare/Formulare-pro-zamestnavatele/Prihlaska-zamestnavatele/verze1.pdf>>.

67. *Zákon 270/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících* [online]. [cit. 2008-08-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Pages/595-zmeny-v-regulacnich-poplaccich.html>>.
68. *Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp-pojistne/>>.
69. *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících předpisů* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/>>.
70. *Zaměstnavatelé* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.zpmvcr.cz/cz/platci-pojistneho/zamestnavatele.html>>.
71. *Zdravotní péče po vstupu do EU* [online]. 2002- [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.ozp.cz/pro-klienty/informace/118-zdravotni-pecce-po-vstupu-do-eu.html>>.
72. *Zdravotní péče v EU* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.zpmvcr.cz/cz/pojistenci-a-verejnost/info-pro-pojistence/zdravotni-pecce-v-eu.html>>.
73. *Zdravotní pojištění, zdravotní péče* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <http://www.sagit.cz/pages/temauz.asp?cd=61&typ=r&refresh=yes&det=80&tema_id=37>.

74. *Změny v okruhu osob považovaných za zaměstnance pro účely zdravotního pojištění od 1.1.2008* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.alis.cz/clanky/detailClanku.jsp?id=2114>>.
75. *Změny v platbě zdravotního pojištění od 1. ledna 2008* [online]. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/Aktuality/index.html?aktualita=zmeny-v-platbe-od-01012008>>.
76. *Změny v regulačních poplatcích* [online]. c2008- [cit. 2008-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Pages/595-zmeny-v-regulacnich-poplaticich.html>>.
77. ŽENÍŠKOVÁ, Marta, ŠMÍD, Jiří. *Sociální zabezpečení a zdravotní pojištění zaměstnanců a OSVČ*. 8. aktualizované a doplněné vyd. Olomouc : ANAG, 2003. 149 s. ISBN 80-7263-158-6.
78. ŽENÍŠKOVÁ, Marta, TRNKOVÁ, Ludmila, ŠMÍD, Jiří. *Pojistné na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění zaměstnanců a osob samostatně výdělečně činných podle právního stavu k 1.1.2005*. Pospíšilová Květoslava. 10. aktualiz. vyd. Ostrava : ANAG, 2005. 151 s. ISBN 80-7263-274-4.

8. Klíčová slova

Zdravotní pojištění

Zdravotní péče

Zdravotní pojišťovna

Plátcí pojistného

Pojištěnci

Práva a povinnosti

Regulační poplatky

9. Přílohy

9.1. Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Evropský průkaz zdravotního pojištění

Příloha 3 Přehled o platbě pojistného na zdravotní pojištění zaměstnavatele

Příloha 4 Doklad pro OSVČ o výši záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu

Příloha 5 Oznámení pojištěnce

Příloha 6 Přihláška zaměstnavatele - plátce pojistného

Příloha 1: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Jana Řeháková a jsem studentkou oboru Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník, který Vám předkládám má za cíl zjistit úroveň informací laické i odborné veřejnosti o systému veřejného zdravotního pojištění.

Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity pouze pro zpracování mé diplomové práce.

Své odpovědi prosím zakroužkujte, případně doplňte. Pokud se domníváte, že je na dané otázky více odpovědí, zaškrtněte všechny, o nichž si myslíte, že jsou správné.

Děkuji Jana Řeháková

1. Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Věk:

- a) 15-19 let
- b) 20-29 let
- c) 30-39 let
- d) 40-49 let
- e) 50-59 let
- f) 60 let a více

3. Nejvyšší ukončené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) vyučen/a s maturitou
- d) středoškolské
- e) vyšší odborné
- f) vysokoškolské (bakalářské i magisterské)

4. Pracujete či pracoval/a jste ve zdravotní či sociální oblasti?

- a) ano
- b) ne

5. Zdravotní pojištění je v ČR:

- a) povinné
- b) pouze dobrovolné
- c) nevím

6. Veřejné zdravotní pojištění je zákonné pojištění, určené na úhradu:

- a) dávek nemocenského pojištění
- b) dávek a služeb státní politiky zaměstnanosti
- c) zdravotní péče poskytnuté pojištěnci
- d) nevím

7. Jak často má pojištěnec právo na výpis ze zdravotního účtu (kontrolu poskytnuté zdravotní péče)?

- a) 1x za půl roku
- b) 1x ročně
- c) 1x za 2 roky
- d) nevím

8. Zdravotní pojišťovnu můžeme změnit vždy k :

- a) prvnímu lednu každého roku
- b) prvnímu dni každého čtvrtletí
- c) prvnímu dni každého kalendářního měsíce
- d) nevím

9. Povinnost platit pojistné vzniká pojištěnci dnem:

- a) nástupu zaměstnance do zaměstnání
- b) ukončení zaměstnání
- c) zahájení samostatné výdělečné činnosti
- d) ukončení samostatné výdělečné činnosti
- e) kdy se stal pojištěncem
- f) nevím

10. Výše pojistného celkem na veřejné zdravotní pojištění činí:

- a) 4,5 % z vyměřovacího základu
- b) 9 % z vyměřovacího základu
- c) 13,5 % z vyměřovacího základu
- d) nevím

11. Mezi plátce pojistného patří:

- a) zaměstnanci
- b) zaměstnavatelé
- c) osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ)
- d) osoby bez zdanitelných příjmů (např. student starší 26 let)
- e) stát
- f) nevím

12. Stát je plátcem pojistného na zdravotní pojištění za:

- a) nezaopatřené děti (např. student do 26 let, který se soustavně připravuje na budoucí povolání)
- b) poživatele důchodů z důchodového pojištění
- c) osoby samostatně výdělečně činné
- d) osoby na mateřské a rodičovské dovolené
- e) uchazeče o zaměstnání (osoba, která je v evidenci úřadu práce)
- f) osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu soc.potřebnosti
- g) osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody
- h) osoby bez zdanitelných příjmů (např. student starší 26 let)
- i) nevím

13. Pojistné za zaměstnance hradí:

- a) z jedné třetiny zaměstnanec, ze dvou třetin zaměstnavatel
- b) z jedné třetiny zaměstnavatel, ze dvou třetin zaměstnanec
- c) z jedné třetiny zaměstnanec, z jedné třetiny zaměstnavatel, z jedné třetiny stát
- d) nevím

14. Pojištěnec má právo na změnu lékaře, který je ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou:

- a) jedenkrát za 3 měsíce
- b) jedenkrát za 6 měsíců
- c) jedenkrát za rok
- d) nevím

15. Ze zdravotního pojištění v ČR se hradí:

- a) výkony akupunktury
- b) zdravotní péče poskytnutá na území ČR (popř. nezbytná péče poskytnutá českému pojištěnci v zahraničí)
- c) veškerá zdravotní péče poskytnutá během pobytu v ČR i v cizině
- d) nevím

16. Ze zdravotního pojištění se nehradí:

- a) poskytování neodkladné zdravotní péče
- b) vyšetření provedené v osobním zájmu osob
- c) prohlídka zemřelého
- d) nevím

17. Mezi čtyři základní typy regulačních poplatků v českém zdravotnictví patří:

- a) poplatek za návštěvu u lékaře (kdy není provedeno klinické vyšetření)
- b) poplatek za preventivní prohlídku u lékaře
- c) poplatek za výdej druhu léčiva na předpis
- d) poplatek za návštěvu u lékaře (kdy je provedeno klinické vyšetření)
- e) poplatek za vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve
- f) poplatek za návštěvu pohotovosti
- g) poplatek za den pobytu v lůžkovém zdravotnickém zařízení (např. nemocnice)

Klinická vyšetření jsou základní výkony, kterými zdravotnická zařízení vykazují zdravotním pojišťovnám zdravotní péči poskytnutou pojištěncům (např. komplexní vyšetření, kontrolní vyšetření, cílené vyšetření pacienta).

18. Kolik korun činí poplatek za výdej každého druhu předepsaného léčiva(bez ohledu na počet předepsaných balení)?

- a) 30 Kč
- b) 60 Kč
- c) neplatí se
- d) nevím

19. Kolik korun činí poplatek za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření lékařem?

- a) 30 Kč
- b) 60 Kč
- c) neplatí se
- d) nevím

20. Kolik korun činí poplatek za den pobytu v nemocnici?

- a) 60 Kč
- b) 90 Kč
- c) neplatí se
- d) nevím

21. Kolik korun činí poplatek za návštěvu pohotovosti?

- a) 60 Kč
- b) 90 Kč
- c) neplatí se
- d) nevím

22. Za léky předepsané na recept, nehrazené z veřejného zdravotního pojištění (např. antikoncepce), se poplatek 30 Kč za výdej léku

- a) hradí
- b) nehradí
- c) nevím

23. Na jednom receptu může být:

- a) jeden druh léčiva za poplatek 30 Kč
- b) maximálně dva druhy léčiva za poplatek 2 X 30 korun
- c) maximálně dva druhy léčiva za poplatek 30 Kč
- d) nevím

24. Komu zůstane příjem z vybraných regulačních poplatků?

- a) zdravotnickým zařízením (nemocnice, lékař, lékárny, aj.)
- b) zdravotním pojišťovnám
- c) státu (odvodem do státního rozpočtu)
- d) nevím

25. Kdo je osvobozen od platby regulačních poplatků?

- a) děti do 15 let
- b) lidé ve starobním důchodu
- c) lidé při ochranném léčení nařízeném soudem
- d) pojištěnci v hmotné nouzi
- e) děti umístěné v dětských domovech a ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy
- f) nikdo
- g) nevím

26. Kdo sleduje úhrady regulačních poplatků, naplňování tzv. ročního limitu (5000 Kč) i vracení finančních prostředků při jeho překročení?

- a) zdravotní pojišťovny
- b) sám pojištěnec
- c) stát
- d) nevím

Příloha 2: Evropský průkaz zdravotního pojištění

Obr. 1 Evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC)



Zdroj: (56)

Obr. 2 Evropský průkaz zdravotního pojištění (rubová varianta)



Zdroj: (57)

Příloha 3: Přehled o platbě pojistného na zdravotní pojištění zaměstnavatele

 VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY	PŘEHLED o platbě pojistného na zdravotní pojištění zaměstnavatele
Kód 1 1 1	
Název a sídlo zaměstnavatele: <input type="text"/>	Číslo plátce pojistného <input type="text"/>
Hlášení za měsíc, rok: <input type="text"/>	
Počet zaměstnanců pojištěných u VZP: <input type="text"/>	
Úhrn vyměřovacích základů zaměstnanců pojištěných u VZP: <input type="text"/>	
Výše pojistného - součet pojistného zaměstnanců pojištěných u VZP: <input type="text"/>	
Datum splatnosti (nepovinná položka): <input type="text"/>	
Dne: <input type="text"/>	Převzalo VZP dne: <input type="text"/>
<input type="text"/> razitko zaměstnavatele a podpis pracovníka	<input type="text"/> razitko VZP a podpis odpovědného pracovníka

Zdroj: (49)


Příloha 4: Doklad pro OSVČ o výši záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu

Vyplnění formuláře

 ÚSTŘEDNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA ČESKÉ REPUBLIKY	DOKLAD pro OSVČ o výši záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu [§ 12 písm.l zákona č. 48/1997 Sb.]	
	Kód 1 1 1	
Příjmení a jméno: <input type="text"/>	<input type="text"/>	Číslo pojištěnce VZP <input type="text"/> <input type="text"/>
Rodné příjmení: <input type="text"/>	Rok narození: <input type="text"/>	
Adresa trvalého pobytu: <input type="text"/> PSČ: <input type="text"/>		
Určeno zdravotní pojišťovně, ke které pojištěnec přechází od VZP ČR		
Potvrzujeme, že výše uvedený pojištěnec je od: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> osobou samostatně výdělečně činnou a měsíční výše záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu za rok <input type="text"/> je <input type="text"/> Kč.		
Pojištění předáno dne: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	podpis a razítko VZP	


Zdroj: (65)

Příloha 5: Oznámení pojistěnce

	<h3>Oznámení pojistěnce</h3>	<p>Oznámení se týká změny:</p> <input type="checkbox"/> příjmení, jména a čísla pojistěnce <input type="checkbox"/> adresy <input type="checkbox"/> plátce pojistného <input type="checkbox"/> způsobu placení nebo čísla účtu															
<p>A Číslo pojistěnce (Rodné číslo): <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Vyplní cizinci s trvalým pobytem v ČR!</p> <p>Muž: <input type="checkbox"/> Datum narození: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Žena: <input type="checkbox"/> <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Příjmení <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Jméno <input style="width: 150px;" type="text"/> Rodné příjmení <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Adresa trvalého pobytu: Ulice <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>PSC <input style="width: 50px;" type="text"/> Obec <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Tel. <input style="width: 100px;" type="text"/> E-mail <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Adresa pro doručování: Ulice <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>PSC <input style="width: 50px;" type="text"/> Obec <input style="width: 100px;" type="text"/></p>																	
<p>B Oznamuji skutečnosti platné od: <input style="width: 100px;" type="text"/></p>																	
<p>C Plátce pojistného - stát</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> (A) dítě do ukončení povinné školní docházky <input type="checkbox"/> (B) nezaopatřené dítě po ukončení povinné školní docházky (učeň, student, dítě, které pro špatný zdravotní stav nemůže studovat, učit se, nastoupit do zaměstnání) <input type="checkbox"/> (C) poživatel důchodu z českého důchod. poj. <input type="checkbox"/> (E) žena na mateřské a rodičovské dovolené; - žena pobírající peněžitou pomoc v mateřství; - muž po dobu nepřítomnosti v práci, po kterou se mu poskytuje peněžitá pomoc podle předpisů o nemoc. poj.; - příjemce rodičovského příspěvku <input type="checkbox"/> (G) uchazeč o zaměstnání v evidenci úřadu práce <input type="checkbox"/> (H) os. pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi; - osoba s ní společně posuzovaná <input type="checkbox"/> (I) osoba, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni II, III nebo IV; </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> - osoba pečující o tuto osobu; <input type="checkbox"/> - osoba pečující o osobu mladší 10 let, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni I <input type="checkbox"/> (J) osoba povolána k vojenskému cvičení <input type="checkbox"/> (K) osoba ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody <input type="checkbox"/> (L) osoba osobně celodenně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku, pokud nemá příjmy ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti <input type="checkbox"/> (N) osoba, která je plně invalidní nebo dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňuje podmínky pro přiznání důchodu, nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a důchod z ciziny nepřesahuje minimální mzdu <input type="checkbox"/> (O) osoba, která je příjemcem dávek nemocenského poj., není plátcem pojistného jako zaměstnanec ani jako osoba samostatně výdělečně činná a není za ni plátcem pojistného stát z jiného titulu </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> (T) os. vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu na základě smlouvy s vysílající organizací, pokud není dobrovolník plátcem pojistného jako zaměstnanec ani jako osoba samostatně výdělečně činná a není za něj plátcem pojistného stát z jiného titulu <input type="checkbox"/> (U) os. mladistvá umístěná ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy <input type="checkbox"/> (V) cizinec, kterému bylo uděleno oprávnění k pobytu na území ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany; - žadatel o udělení mez. ochrany a jeho dítě narozené na území; - cizinec, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem střežení pobytu, a jeho dítě narozené na území <input type="checkbox"/> (X) žádná z uvedených kategorií </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> (A) dítě do ukončení povinné školní docházky <input type="checkbox"/> (B) nezaopatřené dítě po ukončení povinné školní docházky (učeň, student, dítě, které pro špatný zdravotní stav nemůže studovat, učit se, nastoupit do zaměstnání) <input type="checkbox"/> (C) poživatel důchodu z českého důchod. poj. <input type="checkbox"/> (E) žena na mateřské a rodičovské dovolené; - žena pobírající peněžitou pomoc v mateřství; - muž po dobu nepřítomnosti v práci, po kterou se mu poskytuje peněžitá pomoc podle předpisů o nemoc. poj.; - příjemce rodičovského příspěvku <input type="checkbox"/> (G) uchazeč o zaměstnání v evidenci úřadu práce <input type="checkbox"/> (H) os. pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi; - osoba s ní společně posuzovaná <input type="checkbox"/> (I) osoba, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni II, III nebo IV;	<input type="checkbox"/> - osoba pečující o tuto osobu; <input type="checkbox"/> - osoba pečující o osobu mladší 10 let, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni I <input type="checkbox"/> (J) osoba povolána k vojenskému cvičení <input type="checkbox"/> (K) osoba ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody <input type="checkbox"/> (L) osoba osobně celodenně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku, pokud nemá příjmy ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti <input type="checkbox"/> (N) osoba, která je plně invalidní nebo dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňuje podmínky pro přiznání důchodu, nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a důchod z ciziny nepřesahuje minimální mzdu <input type="checkbox"/> (O) osoba, která je příjemcem dávek nemocenského poj., není plátcem pojistného jako zaměstnanec ani jako osoba samostatně výdělečně činná a není za ni plátcem pojistného stát z jiného titulu	<input type="checkbox"/> (T) os. vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu na základě smlouvy s vysílající organizací, pokud není dobrovolník plátcem pojistného jako zaměstnanec ani jako osoba samostatně výdělečně činná a není za něj plátcem pojistného stát z jiného titulu <input type="checkbox"/> (U) os. mladistvá umístěná ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy <input type="checkbox"/> (V) cizinec, kterému bylo uděleno oprávnění k pobytu na území ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany; - žadatel o udělení mez. ochrany a jeho dítě narozené na území; - cizinec, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem střežení pobytu, a jeho dítě narozené na území <input type="checkbox"/> (X) žádná z uvedených kategorií												
<input type="checkbox"/> (A) dítě do ukončení povinné školní docházky <input type="checkbox"/> (B) nezaopatřené dítě po ukončení povinné školní docházky (učeň, student, dítě, které pro špatný zdravotní stav nemůže studovat, učit se, nastoupit do zaměstnání) <input type="checkbox"/> (C) poživatel důchodu z českého důchod. poj. <input type="checkbox"/> (E) žena na mateřské a rodičovské dovolené; - žena pobírající peněžitou pomoc v mateřství; - muž po dobu nepřítomnosti v práci, po kterou se mu poskytuje peněžitá pomoc podle předpisů o nemoc. poj.; - příjemce rodičovského příspěvku <input type="checkbox"/> (G) uchazeč o zaměstnání v evidenci úřadu práce <input type="checkbox"/> (H) os. pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi; - osoba s ní společně posuzovaná <input type="checkbox"/> (I) osoba, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni II, III nebo IV;	<input type="checkbox"/> - osoba pečující o tuto osobu; <input type="checkbox"/> - osoba pečující o osobu mladší 10 let, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni I <input type="checkbox"/> (J) osoba povolána k vojenskému cvičení <input type="checkbox"/> (K) osoba ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody <input type="checkbox"/> (L) osoba osobně celodenně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku, pokud nemá příjmy ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti <input type="checkbox"/> (N) osoba, která je plně invalidní nebo dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňuje podmínky pro přiznání důchodu, nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a důchod z ciziny nepřesahuje minimální mzdu <input type="checkbox"/> (O) osoba, která je příjemcem dávek nemocenského poj., není plátcem pojistného jako zaměstnanec ani jako osoba samostatně výdělečně činná a není za ni plátcem pojistného stát z jiného titulu	<input type="checkbox"/> (T) os. vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu na základě smlouvy s vysílající organizací, pokud není dobrovolník plátcem pojistného jako zaměstnanec ani jako osoba samostatně výdělečně činná a není za něj plátcem pojistného stát z jiného titulu <input type="checkbox"/> (U) os. mladistvá umístěná ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy <input type="checkbox"/> (V) cizinec, kterému bylo uděleno oprávnění k pobytu na území ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany; - žadatel o udělení mez. ochrany a jeho dítě narozené na území; - cizinec, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem střežení pobytu, a jeho dítě narozené na území <input type="checkbox"/> (X) žádná z uvedených kategorií															
<p>PLÁTCE POJISTNÉHO - ZAMĚSTNANEC <input type="checkbox"/> (Z) - jsem zaměstnancem - viz Poučení <input type="checkbox"/> (X) - nejsem zaměstnancem (pojistné odvádí zaměstnavatel)</p>																	
<p>PLÁTCE POJISTNÉHO - POJISTĚNĚC SÁM (samoplátce)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> (P) - osoba samostatně výdělečně činná (podnikatel, samostatně hospodařící rolník, svobodné povolání, spolupracující osoba, atd.) <input type="checkbox"/> (S) - osoba bez zdanitelných příjmů <input type="checkbox"/> (X) žádná z uvedených kategorií </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Vyplňují pouze osoby samostatně výdělečně činné!</p> <p>Obchodní jméno: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Sídlo nebo místo podnikání <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>ICO: (Vyplňte i nuly!) <input style="width: 100px;" type="text"/></p> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> (P) - osoba samostatně výdělečně činná (podnikatel, samostatně hospodařící rolník, svobodné povolání, spolupracující osoba, atd.) <input type="checkbox"/> (S) - osoba bez zdanitelných příjmů <input type="checkbox"/> (X) žádná z uvedených kategorií	<p>Vyplňují pouze osoby samostatně výdělečně činné!</p> <p>Obchodní jméno: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Sídlo nebo místo podnikání <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>ICO: (Vyplňte i nuly!) <input style="width: 100px;" type="text"/></p>													
<input type="checkbox"/> (P) - osoba samostatně výdělečně činná (podnikatel, samostatně hospodařící rolník, svobodné povolání, spolupracující osoba, atd.) <input type="checkbox"/> (S) - osoba bez zdanitelných příjmů <input type="checkbox"/> (X) žádná z uvedených kategorií	<p>Vyplňují pouze osoby samostatně výdělečně činné!</p> <p>Obchodní jméno: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Sídlo nebo místo podnikání <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>ICO: (Vyplňte i nuly!) <input style="width: 100px;" type="text"/></p>																
<p>D Uhrady pojistného nebo záloh na pojistné budu provádět:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> poštovní poukázkou</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> převodem z účtu číslo:</td> <td>předčíslí účtu <input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td>číslu účtu <input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td>směr. kód banky <input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>specifický symbol (u České spoř.)</td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td>Datum a podpis pojistěnce</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> poštovní poukázkou					<input type="checkbox"/> převodem z účtu číslo:	předčíslí účtu <input style="width: 50px;" type="text"/>	číslu účtu <input style="width: 50px;" type="text"/>	směr. kód banky <input style="width: 50px;" type="text"/>		specifický symbol (u České spoř.)	<input style="width: 50px;" type="text"/>			Datum a podpis pojistěnce
<input type="checkbox"/> poštovní poukázkou																	
<input type="checkbox"/> převodem z účtu číslo:	předčíslí účtu <input style="width: 50px;" type="text"/>	číslu účtu <input style="width: 50px;" type="text"/>	směr. kód banky <input style="width: 50px;" type="text"/>														
specifický symbol (u České spoř.)	<input style="width: 50px;" type="text"/>			Datum a podpis pojistěnce													
<p>Místo pro záznamy VZP:</p> <p>Razítko podatelny Datum a podpis pracovníka VZP</p>																	

Zdroj: (42)

Příloha 6: Příhláška zaměstnavatele - plátce pojistného

 VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA ČESKÉ REPUBLIKY		PŘIHLÁŠKA ZAMĚSTNAVATELE - plátce pojistného	
Kód 1 1 1			
číslo plátce pojistného:	IČO:	<input type="text"/>	
	číslo vnitřní organizační jednotky:	<input type="text"/>	
Obchodní název plátce pojistného: <input type="text"/>			
Právní forma plátce (s.r.o., a.s., v.o.s., k.s., ...): <input type="text"/>			
Právní subjektivita plátce: <input checked="" type="radio"/> ANO <input checked="" type="radio"/> NE (vhodné zatrhněte)			
U fyzické osoby - příjmení, jméno: <input type="text"/>			
rodné číslo: <input type="text"/> <input type="text"/>			
adresa trvalého pobytu: <input type="text"/>			
Sídlo zaměstnavatele: <input type="text"/> PSČ <input type="text"/>			
Telefon: <input type="text"/>		Fax: <input type="text"/>	
Číslo bankovního účtu:	Směrový kód banky:	<input type="text"/>	
	Předčíslení účtu:	<input type="text"/>	
	Číslo účtu:	<input type="text"/>	
Den splatnosti pojistného: (Den výplaty mezd) <input type="text"/>			
Vyplňuje zaměstnavatel v případě, že v horní části přihlášky se přihlašuje nižší organizační jednotka			
Název a právní forma organizace (s právní subjektivitou), již je plátce pojistného součástí: <input type="text"/>			
Sídlo zaměstnavatele: <input type="text"/> PSČ: <input type="text"/>			
Telefon: <input type="text"/>		Fax: <input type="text"/>	
Převzato dne:		Vystavil dne:	
<input type="text"/> podpis pracovníka VZP		<input type="text"/> razítko zaměstnavatele a podpis odpovědného pracovníka	

Zdroj: (66)