

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Hospodářská fakulta

Studijní program: 6202 – Hospodářská politika a správa

Studijní obor: Pojišťovnictví

ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE

HEALTH INSURANCE IN THE CZECH REPUBLIC

BP – PO – KPO 2005 24

MARKÉTA VACKOVÁ

Vedoucí práce: Doc. Ing. Eva Ducháčková, CSc. – KPO

Konzultant: Ing. František Juřina – KPO

Počet stran: 51

Počet příloh: 6

Datum odevzdání: 21. května 2005

Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní Doc. Ing. E. Ducháčkové, CSc. za příkladné vedení a cenné podněty, pracovníkům Vojenské zdravotní pojišťovny za vstřícné jednání při sbírání podkladů a všem, kteří mě v mém úsilí podporovali.

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 - školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne 5. května 2005

Resumé

Téma mé bakalářské práce je zdravotní pojištění v České republice. Zaměřuji se jak na veřejné zdravotní pojištění, tak i na soukromé zdravotní pojištění. Práce je rozdělena do 4 hlavních částí. V první části se snažím popsat systém veřejného zdravotního pojištění v České republice, jeho vznik, současný stav i budoucnost. Ve druhé části se zaměřuji na zdravotní pojišťovny v podmínkách České republiky, jejich činnost, hospodaření a konkurenci. Třetí část je věnována Vojenské zdravotní pojišťovně České republiky, jejím specifikům a postavení na českém trhu. Ve čtvrté, poslední části se věnuji soukromému zdravotnímu pojištění, hlavně jeho nejčastějším druhům.

Resume

The topic of my bachelor work is health insurance in the Czech Republic. I target public health insurance and private health insurance, too. My work is divided into 4 main parts. In the first part I try to describe the system of public health insurance in the Czech Republic, its beginnings, the present situation and the future. In the second part I target the health insurance companies - the conditions required in the Czech Republic, their work, economy and competition. The third part is about Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, about its specificity and position on the Czech market. In the last part I attend to private health insurance, mainly its most frequent types.

Klíčová slova

Zdravotní pojištění	Health insurance
Veřejné zdravotní pojištění	Public health insurance
Soukromé zdravotní pojištění	Private health insurance
Zdravotní pojišťovna	Health insurance company
Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky	

Obsah

Seznam zkratk.....	10
1. Úvod.....	11
2. Veřejné zdravotní pojištění.....	12
2.1. Modely zdravotnictví ve světě.....	12
2.2. Reforma zdravotnictví na počátku 90. let.....	12
2.3. Současná podoba zdravotního pojištění.....	13
2.3.1. Práva a povinnosti pojištěnce.....	14
2.3.2. Pojistné a plátcí pojistného zdravotního pojištění.....	17
2.3.2.1. Stát.....	17
2.3.2.2. Zaměstnavatel.....	19
2.3.2.3. Pojištěnec.....	22
2.3.3. Poskytování zdravotní péče a její úhrada.....	25
2.4. Budoucnost zdravotnictví.....	26
2.4.1. Návrh koncepce zdravotnictví na léta 2006 – 2009.....	27
2.4.2. Modrá šance pro zdravotnictví.....	28
3. Zdravotní pojišťovny v podmínkách ČR.....	30
3.1. Vznik, zánik a zrušení pojišťoven.....	31
3.2. Úhrada za zdravotní péči.....	33

3.3. Přerozdělování pojistného.....	34
3.4. Hospodaření pojišťoven.....	35
3.5. Konkurenční prostředí mezi zdravotními pojišťovnami.....	36
4. Vojenská zdravotní pojišťovna.....	38
4.1. Zdravotní péče nad rámec veřejného zdravotního pojištění.....	39
4.2. Hospodaření pojišťovny a základní ukazatele.....	40
5. Soukromé zdravotní pojištění.....	42
5.1. Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti.....	43
5.2. Pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici.....	44
5.3. Pojištění nadstandardního vybavení v nemocnici.....	44
5.4. Pojištění stomatologických výkonů nad rámec povinného pojištění.....	45
5.5. Pojištění léčebných výloh.....	45
5.6. Pojištění nemoci	46
5.6.1. Pojištění vážných onemocnění.....	46
5.6.2. Pojištění invalidity.....	47
5.6.3. Pojištění dlouhodobé péče.....	47
6. Závěr.....	48
Použité zdroje.....	49
Seznam příloh.....	51

Seznam zkratek

č.	číslo
ČR	Česká republika
ČSSD	Česká strana sociálně demokratická
OBZP	osoba bez zdanitelných příjmů
ODS	Občanská demokratická strana
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
tis.	tisíc
tj.	to jest
tzv.	tak zvaný
USA	Spojené státy americké
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna

1. Úvod

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla věnovat oblasti zdravotního pojištění, především veřejnému zdravotnímu pojištění. Jedním z důvodů mé volby byl i fakt, že jsem měsíc strávila na praxi ve Vojenské zdravotní pojišťovně a mohla tak maličko proniknout do tajů financování zdravotnictví. Hlavním důvodem je však otázka zdraví a jeho ceny.

Staré moudro praví: „Zdraví si nelze koupit“. Plně s tímto rčením souhlasím, zdraví si opravdu nelze koupit, někdo má to štěstí a je zdravý, no a někdo to štěstí nemá. Ale i naprosto zdravý a vitální člověk potřebuje občas zdravotní péči. Když se narodí, když jako malý absolvuje veškerá očkování a preventivní prohlídky, když ho začnou bolet zuby, když se zraní ... Zdravotní péče se ale koupit nejenže dá, ale dokonce musí. Lékaři jsou také jenom lidé, kteří vydělávají peníze, nemocnice potřebují finance na provoz a vybavení a farmaceutické firmy léky nedávají, ale prodávají. Zdravotní péče je velice nákladná a ne každý člověk si ji může dovolit zaplatit ze svého. A proto existují systémy, které nutí všechny jedince být povinně solidární k ostatním. Jedním z takových systémů je i veřejné zdravotní pojištění. Jeho základním rysem je, že všichni přispívají do společného systému dle svých možností (dle výše příjmů) a v případě potřeby z tohoto systému čerpají prostředky dle svých potřeb (dle zdravotního stavu).

Hlavním cílem mé práce je srozumitelně popsat existující systém zdravotního pojištění v České republice a nastínit jeho možnou reformu, dále popsat činnost a fungování všech zdravotních pojišťoven a v rámci jedné kapitoly se podrobně věnovat Vojenské zdravotní pojišťovně a její úloze na českém zdravotně pojistném trhu. K dosažení těchto cílů budu používat převážně metody popisné, dále metody statistické a jednoduché analytické.

2. Veřejné zdravotní pojištění

2.1. Modely zdravotnictví ve světě

Ve světě se pro poskytování zdravotní péče využívají 3 modely zdravotnictví. Jedná se o soukromé, veřejné a hybridní. Tyto tři modely se liší především v důrazu kladeném na fungování trhu.

Soukromé zdravotnictví se vyznačuje minimální regulací ze strany státu. Bývá obvykle ještě doplněné sociální pomocí. Uvažuje se zde velmi malý vztah mezi zdravotní péčí a životem jedince (zdůrazňuje se úloha kouření, pití, výživy...). Tento model je z vyspělých zemí využíván pouze v USA.

V modelu veřejného zdravotnictví je zdůrazňováno právo na život, uvažuje se odlišnost zdravotní péče od ostatních statků a tedy nemožnost její kontroly trhem. Zdravotní péče je v tomto případě hrazena z veřejných prostředků (z daní), poskytují ji nemocnice ve veřejném vlastnictví a lékaři jsou zaměstnanci státu. Tento model ale v žádném případě nevyklučuje působení soukromých lékařů. Model se využívá především ve Velké Británii, dále například v Dánsku, Švédsku, Itálii, Řecku, Španělsku.

Hybridní model je kombinací soukromého a veřejného zdravotnictví. Klade se důraz na právo na určité minimum zdravotní péče a péče nad tuto hranici je již záležitostí trhu. Zdravotní péče je poskytována hlavně soukromými lékaři a nemocnicemi a je financována ze sociálního, respektive zdravotního, pojištění. Tento model se používá například v Rakousku, Německu, Belgii, Nizozemí, Francii. Také Česká republika využívá v současné době hybridního modelu zdravotnictví, ale větší část tvoří veřejné zdravotnictví, je zde zatím poměrně malý prostor pro trh. [1, 2]

2.2. Reforma zdravotnictví na počátku 90. let

Zdravotní pojištění jako samostatná oblast sociální politiky (vedle sociálního zabezpečení a dalších sociálních oblastí) se datuje od počátku devadesátých let, kdy byla zformulována jeho

reforma. Pro přípravu této reformy se odborníci rozhlíželi po zdravotních systémech ve vyspělých evropských státech.

Jednou z variant bylo spojení nemocenského a zdravotního pojištění do jednoho celku, tak jak to funguje ve spoustě západoevropských zemí. Cílem bylo vytvořit organizačně i dávkově přehlednou strukturu s co nejnížší administrativní náročností. Nakonec se k této variantě nepřistoupilo a rozhodlo se, že se nejprve vytvoří dobře fungující jednotlivé systémy, a později se pravděpodobně přistoupí k jejich propojení. Přijatá právní úprava zdravotnictví byla sice nezávislá, ale velmi se podobala úpravě sociálního zabezpečení. Zavedla obdobná ustanovení (například úprava pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, podobné vymezení některých pojmů) nebo na oblast sociálního zabezpečení přímo navázala (vazba mezi nemocenským a zdravotním pojištěním u zaměstnanců).

Reforma přinesla i změny ve financování a organizaci zdravotnictví. Dříve byl systém financován přímo ze státního rozpočtu, nyní byl nahrazen vícezdrojovým financováním. Na něm se podílí nejen pojištěnci, ale i zaměstnavatelé a stát. Organizačně došlo k oddělení financování od provozovatelů zdravotní péče. Hrazené pojistné putuje na účet zdravotních pojišťoven, které jsou smluvně napojeny na příslušná zdravotnická zařízení. Státní zdravotnická zařízení (dříve jediní poskytovatelé zdravotní péče) byla doplněna o soukromý sektor. Byla umožněna svobodná volba lékařů a svobodná volba zdravotní pojišťovny. [3]

2.3. Současná podoba zdravotního pojištění

Veřejné zdravotní pojištění v České republice, do roku 1997 nazývané všeobecné zdravotní pojištění, je upraveno především zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který nahradil zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění. Dále je upraveno zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění a dalšími vyhláškami a nařízeními vlády.

Na území České republiky jsou zdravotně pojištěny všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR nebo osoby, které zde nemají trvalý pobyt, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem na území ČR. Tyto osoby jsou nazývány pojištěnci.

Zdravotní pojištění vzniká dnem narození, jedná-li se o osobu s trvalým pobytem na území ČR; dnem, kdy se osoba bez trvalého pobytu stala zaměstnancem zaměstnavatele se sídlem na území ČR, nebo dnem, kdy osoba získala trvalý pobyt. Pojištění zaniká dnem úmrtí pojištěnce nebo dnem prohlášení pojištěnce za mrtvého; dnem, kdy osoba bez trvalého pobytu přestala být zaměstnancem zaměstnavatele se sídlem v ČR, nebo dnem, kdy byl osobě ukončen trvalý pobyt.

2.3.1. Práva a povinnosti pojištěnce

Každý pojištěnec má nejen určitá práva, ale i povinnosti. Mezi práva pojištěnce patří:

a) Právo na výběr pojišťovny – každý pojištěnec má právo zvolit si zdravotní pojišťovnu dle svého uvážení. Tu lze měnit maximálně jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí. V případech, kdy by pojišťovna vstoupila do likvidace, u pojišťovny by byla zavedena nucená správa nebo kdyby ministerstvo zdravotnictví zjistilo nerovnováhu v hospodaření pojišťovny a vyhlásilo to ve sdělovacích prostředcích, mohou pojištěnci změnit pojišťovnu i v kratší lhůtě.

Pojišťovna je povinna každého pojištěnce přijmout, vždy na dobu neurčitou, a není oprávněna sama tento vztah ukončit. Platí zde ale zásada, že jedna osoba může být pojištěna vždy jen u jedné pojišťovny.

Za osoby nezletilé nebo nezpůsobilé k právním úkonům provádí změnu pojišťovny jejich zákonný zástupce. Při narození dítěte se právo na výběr pojišťovny nepoužije. Dítě se stává pojištěncem té pojišťovny, u které je v den porodu pojištěna matka. Změnu lze provést až po přidělení rodného čísla dítěti.

b) Právo na výběr lékaře – pojištěnec má právo vybrat si lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnické zařízení, pokud jsou ve smluvním vztahu k

příslušné zdravotní pojišťovně (u které je dotyčný pojištěn). Toto právo lze uplatnit jednou za tři měsíce.

Zvolený lékař je povinen pojištěnce přijmout do své péče. Odmítnout ho může jen tehdy, když by tím překročil své únosné pracovní zatížení tak, že by již nebyl schopen poskytovat kvalitní zdravotní péči tomuto nebo ostatním pacientům, nebo pokud je přílišná vzdálenost místa bydliště (pobytu) pojištěnce pro výkon návštěvnické služby. Pokud se však jedná o neodkladnou péči nebo pacienta z lékařova spádového území, pacient nesmí být odmítnut.

c) Právo na výběr dopravní služby – pojištěnec si může vybrat dopravní službu, která je ve smluvním vztahu s jeho zdravotní pojišťovnou.

d) Právo na zdravotní péči bez přímé úhrady - lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnické zařízení nesmí za zdravotní péči, která je stanovena zákonem jako zdravotní péče bez přímé úhrady, přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Při porušení této povinnosti může příslušný orgán státní správy odejmout oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložit pokutu a příslušná zdravotní pojišťovna může vypovědět smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.

e) Právo na výdej léčivých přípravků bez přímé úhrady – ale jen pokud jde o léčivé přípravky hrazené ze zdravotního pojištění. To platí i v případě, kdy lékárna nemá dosud uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou pojištěnce.

f) Právo podílet se na kontrole – každý pojištěnec by se měl podílet na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění.

Pokud se pojištěnec domnívá, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče, má právo podat návrh na přezkoumání vedoucímu zdravotnického zařízení nebo jeho zřizovateli; může se obrátit na Českou lékařskou komoru nebo na jiné, podobné sdružení; může se obrátit na příslušnou zdravotní pojišťovnu nebo přímo na orgán státní správy, který provedl registraci příslušného zdravotnického zařízení.

Vojáci v činné službě a žáci vojenských škol jsou pojištěni u Vojenské zdravotní pojišťovny. Základní zdravotní péči jim poskytuje posádkové zařízení zdravotní péče, navazující ambulantní nebo ústavní péči jim poskytuje zdravotnické zařízení určené

lékařem, který poskytl základní zdravotní péči. Lékaře si mohou volit jen v rámci posádkového zdravotnického zařízení. Žáci vojenských škol jsou pojištěnci Vojenské zdravotní pojišťovny do posledního dne kalendářního měsíce, v němž ukončili studium na vojenské škole. Od prvního dne následujícího kalendářního měsíce jsou pojištěni u zdravotní pojišťovny, jejímiž pojištěnci byli předtím. Doba pojištění u Vojenské zdravotní pojišťovny se nezapočítává do lhůty pro změnu zdravotní pojišťovny (12 měsíců).

Povinností pojištěnce je:

a) Plnit oznamovací povinnost – tj. sdělit pojišťovně do lhůty určené zákonem změny a jiné skutečnosti o jejichž existenci má pojišťovna právo být informována. (O jejich obsahu budu psát později u jednotlivých druhů plátců pojistného.) Za nezletilé osoby plní oznamovací povinnost jejich zákonný zástupce.

b) Sdělovat svému zaměstnavateli - v den nástupu do zaměstnání je pojištěnec povinen sdělit název pojišťovny, u které je pojištěn a do osmi dnů oznámit změnu pojišťovny. Zaměstnavatel má povinnost tato sdělení písemně potvrdit a má právo požadovat na zaměstnanci proplacení penále, která zaplatil v souvislosti s neoznámením nebo opožděným oznámením změny pojišťovny.

c) Hradit pojistné – každý pojištěnec je povinen hradit své zdravotní pojišťovně pojistné, pokud je zároveň plátcem pojistného (viz příští kapitola).

d) Poskytovat součinnost – každý pojištěnec je povinen spolupracovat při zdravotním výkonu a při kontrole průběhu léčebného procesu a musí dodržovat stanovený léčebný režim.

e) Podrobit se preventivním prohlídkám – pokud byl vyzván a pokud to stanoví zákon nebo jiný obecně závazný předpis.

f) Vyvarovat se vědomého poškození vlastního zdraví a dodržovat taková opatření, která směřují k odvrácení nemoci.

g) Prokazovat se platným průkazem pojištěnce – tuto povinnost má pojištěnec pouze při poskytování zdravotní péče, nikoli při poskytování léčivých prostředků a prostředků

zdravotní techniky. Tento průkaz je každému pojištěnci bezplatně vydán jeho zdravotní pojišťovnou. Pokud by průkaz pojištěnec ztratil či došlo k jeho poškození, musí to do 8 dnů ohlásit své pojišťovně. Při zániku či změně pojišťovny nebo při dlouhodobém pobytu pojištěnce v zahraničí ho musí do 8 dnů pojišťovně vrátit.

h) Oznámit zdravotní pojišťovně změny jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla, a to do 30 dnů ode dne, kdy ke změně došlo. [5]

2.3.2. Pojistné a plátcí pojistného zdravotního pojištění

Výše pojistného na zdravotní pojištění činí v současné době 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. Částka pojistného se zaokrouhluje na celé koruny směrem nahoru a tuto částku je plátce povinen sám si vypočítat a uhradit příslušné zdravotní pojišťovně.

Vyměřovací základ je u každé skupiny plátců pojistného jiný, ale všeobecně jej lze popsat jako úhrn příjmů za rozhodné období. Minimální vyměřovací základ je na úrovni minimální mzdy (v roce 2004 činil 6 700,- Kč, v roce 2005 činí 7 185,- Kč). Rozhodným obdobím je u zaměstnanců kalendářní měsíc, u osob samostatně výdělečně činných kalendářní rok.

Existují zde tři typy plátců pojistného. Jsou to stát, zaměstnavatelé a pojištěnci. Pro tyto plátce platí odlišná pravidla, kterým se budu v této části věnovat.

2.3.2.1. Stát

Stát je plátcem pojistného za osoby, které jsou přesně vymezeny zákonem o zdravotním pojištění, prostřednictvím státního rozpočtu. Vyměřovací základ se každoročně mění a je stanovován pro každý rok nařízením vlády. Pro rok 2005 je nařízením vlády č. 445/2004 Sb. stanovena částka 3 556,- Kč. Platba je prováděna měsíčně ministerstvem financí na zvláštní účet, který zřizuje Všeobecná zdravotní pojišťovna. (Jedná se o zvláštní

účet všeobecného zdravotního pojištění, který slouží k financování zdravotní péče na základě přerozdělování pojistného.)

Stát hradí pojistné za tyto osoby:

- a) Nezaopatřené děti, tj. děti do ukončení povinné školní docházky a poté do 26. roku, pokud se soustavně připravují na budoucí povolání, nebo se nemohou připravovat na budoucí povolání nebo vykonávat výdělečnou činnost pro nemoc, nebo jsou neschopni z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vykonávat soustavnou výdělečnou činnost.
- b) Poživatelé důchodů, tedy osoby, kterým byl přiznán důchod Českou správou sociálního zabezpečení (starobní důchod, plný nebo částečný invalidní důchod, vdovský a vdovecký důchod. Za poživatele důchodu je osoba považována i v měsících, kdy jí výplata důchodu nenáleží.
- c) Příjemci rodičovského příspěvku, tedy matka, otec nebo jiná osoba, která převzala dítě do trvalé péče nahrazující péči rodičů a byl jí přiznán rodičovský příspěvek.
- d) Ženy na mateřské dovolené a ženy či muži na rodičovské dovolené.
- e) Uchazeči o zaměstnání, i když přijali krátkodobé zaměstnání. Podmínkou je, aby byli v evidenci úřadu práce.
- f) Osoby pobírající dávky sociální péče.
- g) Osoby převážně nebo úplně bezmocné, osoby o ně pečující nebo pečující o dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě a osoby pobírající příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu starší 80 let, která je částečně bezmocná.
- h) Osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody.
- i) Osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, ale nesplňují další podmínky pro jeho přiznání, a nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti.

j) Osoby celodenně a řádně pečující o jedno dítě do věku 7 let nebo nejméně o 2 děti do věku 15 let.

k) Mladiství umístění ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy.

l) Osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu na základě smlouvy s vysílající organizací.

m) Cizinci, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území České republiky za účelem poskytnutí dočasné ochrany podle zvláštního právního předpisu, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti.

Pokud některá z výše uvedených osob, za kterou platí pojistné stát, má také příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti, je plátcem pojistného stát i tyto osoby.

Osoba, za kterou je plátcem stát, má povinnost do 8 dnů oznámit pojišťovně skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit pojistné.

2.3.2.2. Zaměstnavatel

Zaměstnavatelem se pro účely zdravotního pojištění rozumí právnická nebo fyzická osoba, která má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR a zaměstnává zaměstnance. Zaměstnavatel platí za své zaměstnance dvě třetiny pojistného, tedy 9 % z vyměřovacího základu zaměstnance.

Povinnost platby pojistného vzniká zaměstnavateli dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání a zaniká dnem, kdy zaměstnanci končí pracovní poměr. Pojistné je splatné v den, který zaměstnavatel určil jako den výplaty mezd, a nejpozději poslední pracovní den následujícího kalendářního měsíce. Zaměstnavatel odvádí zdravotní pojišťovně dohromady část pojistného, kterou hradí za zaměstnance a část pojistného, kterou hradí zaměstnanec. Tato část se sráží zaměstnanci ze mzdy, a to i bez jeho souhlasu.

Vyměřovacím základem zaměstnance jsou jeho měsíční příjmy, které jsou tvořeny dvěma hlavními položkami:

1. *příjmy zúčtované v souvislosti s výkonem zaměstnání* – tj. především mzda, plat nebo jiné odměny. Nepatří sem však náhrady výdajů nebo nepeněžitá plnění, která nepodléhají dani z příjmů fyzických osob, náhrady škody nebo odměny vyplácené dle zákona o vynálezech, průmyslových vzorech a zlepšovacích návrzích.
2. *příjmy zúčtované v souvislosti se zaměstnáním* – tj. především náhrady mzdy, odměny za pracovní pohotovost, plnění věrnostní a stabilizační povahy nebo plnění k životnímu jubileu a další.

Pojistné za zaměstnance se stanoví z vyměřovacího základu, nejméně však z minimálního vyměřovacího základu, kterým je minimální mzda. Minimální vyměřovací základ však neplatí pro osoby s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, pro osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, pro osoby celodenně osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do sedmi let nebo nejméně o dvě do 15 let věku, pro osoby, které současně vedle zaměstnání vykonávají samostatnou výdělečnou činnost a odvádí zálohy a pro osoby za které je plátcem pojistného stát. Vyměřovacím základem u těchto zaměstnanců je jejich skutečný příjem.

Oznamovací povinnost zaměstnavatele

První povinností zaměstnavatele je přihlásit se jako plátce pojistného za své zaměstnance. Přihlašuje se u každé pojišťovny, u které jsou pojištěni jeho zaměstnanci.

Zaměstnavatel je povinen nejpozději do 8 dnů oznámit pojišťovně skutečnosti, které se týkají pracovního poměru jeho zaměstnanců: nástup zaměstnance do zaměstnání, ukončení zaměstnání, změna pojišťovny zaměstnance (zaměstnavatel se musí odhlásit od platby pojistného u původní pojišťovny a přihlásit se u nadcházející), skutečnosti rozhodné pro povinnost státu platit za zaměstnance pojistné (odchod do důchodu, na mateřskou dovolenou ...), ukončení činnosti zaměstnavatele (zrušení organizace, vstup do likvidace).

Oznamovací povinnost plní zaměstnavatel pomocí hromadného oznámení o svých zaměstnancích a jako plátce se přihlašuje pomocí přihlášky zaměstnavatele (tiskopisy, které vydávají jednotlivé pojišťovny).

Kontrola placení pojistného

Pro pojišťovnu je velice důležitá i kontrola plateb pojistného jak zaměstnavatele, tak i dalších plátců pojistného.

Kontrolu provádí pověření zaměstnanci pojišťovny. Plátce pojistného je povinen předložit na vyžádání účetní a jiné doklady týkající se zaměstnanců pojištěných u dané pojišťovny a podat k nim požadované vysvětlení. Pojišťovna má právo nahlížet do dokladů zpětně max. 5 let.

Kontrola může probíhat jak přímo u zaměstnavatele, tak i zprostředkovaně v prostorách pojišťovny.

a) kontrola přímo u zaměstnavatele:

Pojišťovna obvykle sdělí zaměstnavateli svůj záměr provést kontrolu předem a požádá ho o přípravu potřebných dokladů. Pracovník pojišťovny je povinen prokázat se služebním průkazem a oprávněním ke kontrole. Zaměstnavatel je povinen kontrolu umožnit, spolupracovat a předložit požadované doklady, které jsou důležité především pro kontrolu výpočtu a samotné platby pojistného.

b) kontrola probíhající v pojišťovně:

Zaměstnavatel doručí všechny požadované doklady do pojišťovny a zde probíhá kontrola stejně jako u zaměstnavatele. Poskytnuté doklady se sepisují a pojišťovna písemně potvrzuje jejich převzetí.

Po ukončení kontroly pořídí kontrolní pracovník pojišťovny zápis, ke kterému má plátce možnost vyjádřit se. Pokud se při kontrole zjistí, že zaměstnavatel má vůči pojišťovně jakýkoliv splatný závazek, je jeho povinností dlužné pojistné a penále zaplatit, a to v určeném pořadí.

2.3.2.3. Pojištěnec

Pojištěncem je osoba, která je ze zákona pojištěna u některé pojišťovny ČR a jsou jí určena dle zákona práva a povinnosti.

Oznamovací povinnost

Pojištěnec sám je povinen oznamovat pojišťovně následující skutečnosti:

- zahájení a ukončení samostatné výdělečné činnosti nejpozději do 8 dnů ode dne, kdy skutečnost nastala,
- skutečnost, že se stal osobou bez zdanitelných příjmů a tím pádem bude platit pojistné sám,
- skutečnosti rozhodné pro vznik či zánik povinnosti státu platit za něho pojistné, také nejpozději do 8 dnů,
- narození dítěte – oznamuje zákonný zástupce nejpozději do 8 dnů od narození,
- ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce, rovněž do 8 dnů,
- změnu jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla – také do 8 dnů.

Zaměstnanec

Zaměstnancem je osoba, která je v určitém pracovním poměru k zaměstnavateli nebo v obdobném poměru a dosahuje příjmu ze závislé činnosti.

Zaměstnanec hradí jednu třetinu pojistného srážkami ze mzdy, které provádí zaměstnavatel, a to i bez jeho souhlasu. Zbylé dvě třetiny hradí zaměstnavatel. Pojistné se odvádí jedenkrát měsíčně.

Platbu pojistného za zaměstnance jsem popsala v kapitole Zaměstnavatel.

Osoba bez zdanitelných příjmů

Osobou bez zdanitelných příjmů je osoba, která má na území ČR trvalý pobyt, a po celý kalendářní měsíc nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a není za ni plátcem pojistného stát. Je jí například: osoba v domácnosti, která nesplňuje podmínky péče o děti, osoba, která není poživitelem důchodu, osoba bez zaměstnání, která není v evidenci uchazečů o zaměstnání úřadu práce nebo osoba pracující na základě dohody o provedení práce.

Vyměřovacím základem pro OBZP je minimální mzda platná pro příslušná období. A rozhodným obdobím je kalendářní měsíc.

OBZP platí pojistné na účet příslušné pojišťovny za celý kalendářní měsíc. Pojistné je splatné od prvního dne měsíce, za který se platí, do osmého dne měsíce následujícího.

Osoba samostatně výdělečně činná

Za osoby samostatně výdělečně činné se považují:

- osoby provozující zemědělskou výrobu, hospodaření v lesích a na vodních plochách,
- osoby provozující živnost nebo jinak podnikající,
- osoby vykonávající uměleckou činnost nebo jinou tvůrčí činnost na základně autorskoprávních vztahů,
- společníci v.o.s. nebo komplementáři k.s.,
- spolupracující osoby OSVČ (pokud podle zákona o daních z příjmů na ně lze rozdělovat příjmy dosažené výkonem spolupráce a výdaje na jejich dosažení a udržení).

Oznamovací povinnost

I OSVČ plní určitou oznamovací povinnost. Kromě obecné oznamovací povinnosti pojišťence je třeba zdůraznit povinnost do 8 dnů:

- oznámit zahájení nebo ukončení samostatné výdělečné činnosti,
- předložit doklad, pokud vznikla nebo zanikla státní povinnost platit pojištění,
- oznámit, od kdy je samostatně výdělečná činnost hlavním a od kdy vedlejším zdrojem příjmů.

Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu jako u každého plátce, ale rozhodným obdobím není kalendářní měsíc, ale kalendářní rok.

Vyměřovací základ

Vyměřovacím základem u OSVČ bylo pro rok 2004 40 % a pro rok 2005 45 % z čistého příjmu z podnikání (tedy po odečtení výdajů na dosažení a udržení těchto příjmů). Je-li však vyměřovací základ nižší než minimální vyměřovací základ, potom je OSVČ povinna odvést pojistné z tohoto minimálního základu.

Odvod pojistného

OSVČ, u které je samostatná výdělečná činnost hlavním zdrojem příjmů, platí pojistné formou záloh na pojistné a doplatku pojistného. Pokud je samostatná výdělečná činnost vedlejším zdrojem příjmů, nemá povinnost platit zálohy a pojistné platí na základě daňového přiznání do 8 dnů od jeho podání formou doplatku.

Zálohy platí OSVČ na účet příslušné zdravotní pojišťovny za celý kalendářní měsíc. Záloha je splatná od prvního dne kalendářního měsíce, za který se pojistné hradí, do osmého dne následujícího měsíce. Zálohy se neplatí za měsíce, ve kterých byla OSVČ uznána po celý měsíc práce neschopnou. Pokud pobírá dávky nemocenského pojištění a tuto skutečnost oznámí pojišťovně, je plátcem stát. Výše zálohy se počítá odlišně v prvním roce a v následujících letech podnikání. První rok OSVČ platí zálohy ve výši vypočtené z minimálního vyměřovacího základu nebo si je sama může stanovit vyšší. Pokud jde o osobu, za kterou je v tomto roce plátcem stát, nemusí hradit zálohy a pojistné zaplatí pouze formou doplatku. V dalších letech podnikání se výše zálohy stanoví procentní sazbou z měsíčního vyměřovacího základu. Ten činí průměr z vyměřovacího základu za předcházející rok, který připadá na jeden kalendářní měsíc. Výši zálohy lze snížit na základě písemné žádosti, nejdéle však na dobu tři měsíců.

Doplatek rozdílu mezi skutečnou výší pojistného a součtem záloh je splatný do osmi dnů od podání daňového přiznání za uplynulý kalendářní rok.

Přeplatek pojistného nastane, pokud úhrn zaplacených záloh byl vyšší než skutečná výše pojistného. V takovém případě pojištěnec písemně požádá o vyplacení přeplatku a pokud mu není vyplacen, je zaúčtován do záloh na následující kalendářní rok.

Kontrola

Kontrola u OSVČ probíhá obdobně jako u zaměstnavatele, pouze se zaměřením na jiné doklady a povinnosti, které OSVČ vůči pojišťovně má. Kontrola může probíhat buď přímo u OSVČ nebo v sídle pojišťovny (častěji). Viz kapitola Zaměstnavatel. [5, 8]

2.3.3. Poskytování zdravotní péče a její úhrada

Jak již jsem na začátku své práce uvedla, Česká republika v současné době využívá hybridního modelu zdravotnictví. To znamená, že z veřejného zdravotního pojištění se nehradí veškerá zdravotní péče, ale pouze její určitý objem. Hradí se péče, která je pojištěnci poskytnuta s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav.

Z veřejného zdravotního pojištění se hradí zejména péče poskytnutá na území České republiky. Do 1. 5. 2004 se na celém území mimo ČR hradila poskytnutá zdravotní péče jen do takové výše, která je určena pro úhradu obdobné péče v České republice. Zbytek si pacienti museli doplatit ze svého nebo se soukromě připojistit. Nyní, po vstupu České republiky do Evropské Unie, platí pro pojištěnce českých pojišťoven na území členských zemí jiná pravidla. Pojištěnci mají nárok na nutnou a neodkladnou zdravotní péči za stejných finančních podmínek, jako místní obyvatelé. To znamená, že zdravotní pojišťovny uhradí stejné částky, jako hradí pojišťovny (či jiné instituce) za místní pacienty, ale pojištěnec se musí podílet i stejnou spoluúčastí. Toto platí na území všech členských zemí Evropské Unie, dále ve Švýcarsku, Norsku, Islandu, Lichtenštejnsku, Chorvatsku a Srbsku a Černé Hoře. V ostatních zemích platí stále stejná pravidla jako dříve.

V zákoně č. 48/1997 Sb., jeho přílohách a v jednotlivých vyhláškách Ministerstva zdravotnictví je přesně vymezeno, co se ze zdravotního pojištění hradí plně, co jen částečně, co se nehradí vůbec a za jakých podmínek. Hrazená zdravotní péče zahrnuje ústavní, ambulantní péči, pohotovostní a záchrannou službu, preventivní péči, dispenzární péči, odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci, poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků, potraviny pro zvláštní lékařské účely, lázeňskou péči, závodní preventivní péči, dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů, dopravu žijícího nebo zemřelého dárce do místa odběru a zpět, dopravu odebraných tkání a orgánů, posudkovou činnost a prohlídku zemřelého včetně pitvy a dopravy. Hradí se též zdravotnická péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajený porod. Léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely jsou z pojištění hrazeny, jen pokud jsou zapsány v seznamu léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění, který vede Ministerstvo zdravotnictví. Z každé skupiny léčivých látek musí být alespoň jeden přípravek plně hrazen. Při pobytu pojištěnce v nemocnici (tedy ústavní péči) se veškeré léčivé prostředky a potraviny hradí plně z pojištění a pojištěnec se na jejich úhradě vůbec nepodílí.

Z pojištění se nehradí vůbec například výkony akupunktury, vyšetření, prohlídky či jiné výkony, které jsou prováděny na žádost pojištěnce či jiné fyzické nebo právnické osoby a které neslouží k zachování nebo zlepšení zdravotního stavu pojištěnce. Dále se například nehradí zdravotní péče v kojeneckých ústavech, dětských domovech a jeslích. Tuto péči hradí zřizovatel ze svého rozpočtu. Ve výjimečných případech může příslušná zdravotní pojišťovna uhradit i péči, která se normálně nehradí, ale jen pokud je její poskytnutí pro pojištěnce jedinou možností zdravotní péče. S tímto ale musí souhlasit revizní lékař příslušné pojišťovny. [5]

2.4. Budoucnost zdravotnictví

System zdravotního pojištění i celkové zdravotnictví v našem státě není v dobré „fyzické kondici“. System se stává dlouhodobě neudržitelným, a proto je nevyhnutelná jeho

reformace. Hlavním problémem se zdá být neefektivnost v poskytování zdravotní péče, velmi špatné hospodaření nemocnic a také špatně nastavené, spíše však vůbec neexistující konkurenční prostředí mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Také demografické změny, tj. celkové stárnutí obyvatelstva, nepříspívají k dobrému fungování. Každoročně se na zdravotním pojištění vybere méně prostředků, než je třeba na úhradu poskytnuté zdravotní péče. Zaměstnanecké pojišťovny s tímto vesměs nemívají až tak velké problémy, ale Všeobecná zdravotní pojišťovna ano. Každoročně do ní přitékají obrovské sumy peněz ze státního rozpočtu.

V následujících dvou podkapitolách se pokusím nastínit možné řešení českého zdravotnictví z pohledu vládnoucí ČSSD a z pohledu opoziční ODS. Koncepce zdravotnictví ČSSD je velmi zdlouhavý dokument plný teoretických úvah a pouze nastiňuje možná řešení. Normální člověk mu nemá šanci dostatečně porozumět. Naopak návrh reformy ODS je více konkrétní, jednodušší a mnohem srozumitelnější. Tím však nechci říci, že jeden je lepší nebo horší než druhý. Každý je jiný, přesto oba směřují k jednomu cíli: vyvést české zdravotnictví z krize.

2.4.1. Návrh Koncepce zdravotnictví na léta 2005 – 2009

Tato koncepce je z pera ministryně zdravotnictví Doc. MUDr. Milady Emmerové. Paní ministryně rozdělila problémy současného zdravotnictví do 10 okruhů. Těmi jsou zdravotní stav a jeho determinanty, podpora zdraví, postavení občanů a pacientů v systému zdravotnických služeb a péče o zdraví, kam patří například speciální právní normy upravující vztah mezi pacienty a zdravotníky. Dále to jsou potřeby a spotřeba zdravotní péče, jako třeba počet a rozmístění ambulantních specialistů či pražské zdravotnictví, organizace a poskytování zdravotních služeb, kam spadá i otázka tržního přístupu ke zdravotnictví či postavení nemocnic. Potom financování a úhrada zdravotnických služeb, etapy reformy veřejné správy, výzkum a analýzy, rozvoj lidských zdrojů a aktéři, jejich zájmy a způsoby jednání v daném rámci právních a morálních pravidel.

Cíle koncepce jsou rozděleny na střednědobé, na období let 2005 až 2006, které se soustřeďují na nejhlavnější příčiny ztrát v hospodaření a zaměřují se na reformní kroky

v rámci nabídky služeb, a dlouhodobé, na období let 2006 až 2009, které slouží spíše jako podklad pro další diskusi.

Mezi střednědobé cíle, které jsou v koncepci konkrétně vyjádřeny, patří například to, aby stát přestal krýt deficity ve zdravotnictví, ale aby se finance hledaly uvnitř systému, aby se zlepšila síť veřejných zdravotnických služeb na základě jednotné metodiky, ale iniciativou jednotlivých krajů. Nemocnice by měly být veřejnými neziskovými organizacemi, ne příspěvkovými organizacemi či akciovými společnostmi, jak je tomu nyní. Dále by se měla sjednotit pravidla pro fungování zdravotních pojišťoven, aby nemohlo docházet například k rozdílným úhradám za stejné služby. Koncepce navrhuje také například zavedení zdravotních knížek, kam by se zapisoval zdravotní stav pacienta, jeho vyšetření, diagnózy a způsoby léčení.

Dlouhodobé cíle mají vést k efektivnímu fungování zdravotnického systému, který nebude založen na tržních principech, tedy na ziskovosti a konkurenci, ale na spolupráci mezi jednotlivými segmenty a na významné pozici státu. Nebude omezován rozsah zdravotní péče, který by mohl vést k znevýhodňování ekonomicky slabších skupin obyvatelstva. Důraz bude kladen na iniciativu jednotlivých krajů, měst a obcí. [11]

2.4.2. Modrá šance pro zdravotnictví

Tento návrh schématu modelu zdravotnictví vypracoval stínový ministr zdravotnictví ODS, MUDr. Tomáš Julínek, se svou skupinou expertů. Jako největší problém českého zdravotnictví vidí vzájemné postavení státu, zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení a občanů, které nemotivuje žádného z nich k hospodárnému chování. Náklady na léčbu a její výsledky jsou v jednotlivých zdravotnických zařízeních rozdílná, stát, místo aby chránil zájmy pacienta, kryje špatné hospodaření ve svých zdravotnických zařízeních. Celkově je současný systém velmi plýtvající.

ODS chce tedy donutit všechny zúčastněné strany, aby se chovaly hospodárněji a efektivněji. Počítá s vytvořením tržního prostředí, kde si budou konkurovat nemocnice i zdravotní pojišťovny jak kvalitou, tak i cenou poskytovaných služeb. Stát by trh reguloval,

zajišťoval finanční dostupnost služeb pro všechny občany, reguloval ceny či například zajišťoval dostatečnou informovanost, ale nezasahoval by v takové míře, jako nyní. Zdravotní pojišťovny i zdravotnická zařízení by byla plně odpovědná za svou činnost a hlavně za své finanční výsledky. Navrhovaný systém by nedělil zdravotnictví na veřejné a soukromé, ale občan by si sám rozhodoval, kde, jak a za kolik se bude léčit.

Veřejné prostředky by se vybíraly stejně jako dnes a byly by přerozdělovány přímo na osobní zdravotní účet občana, který by vedla jím vybraná zdravotní pojišťovna. Ta by nabízela svým pojištěncům výběr z několika zdravotních plánů, kde by byl stejný objem povinného pojištění určeného státem a různé doplňkové pojištění. Aby byl pacient dostatečně chráněn při svém výběru, existovaly by nezávislé organizace pro měření kvality a účinnosti léčby, které by všem poskytovaly informace. [12]

3. Zdravotní pojišťovny v podmínkách ČR

Od počátku devadesátých let, kdy došlo k reformě zdravotnictví, se změnilo i financování zdravotní péče. Péče již není hrazena přímo ze státního rozpočtu, ale prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojištění v současné době poskytují Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a resortní, oborové, podnikové popřípadě další pojišťovny, které lze souhrnně nazvat zaměstnanecké.

Resortní pojišťovna provádí zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance organizací, které jsou zřízeny jedním ministerstvem nebo které podléhají jeho ucelené části. Oborová pojišťovna provádí zdravotní pojištění pro zaměstnance v jednom oboru a podniková pojišťovna, jak již název napovídá, provádí pojištění pro zaměstnance jednoho nebo více podniků. Další pojišťovnou může být pojišťovna s meziresortní či mezioborovou působností.

Činnost pojišťoven je upravena příslušnými zákony, vyhláškami ministerstva zdravotnictví či nařízeními vlády, především však zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Mezi základní povinnosti zdravotních pojišťoven patří zejména uhradit zdravotnickým zařízením nebo jiným subjektům poskytnutou zdravotní péči pojištěncům, která je hrazena ze zdravotního pojištění. Tato péče je hrazena zařízením, která o tom mají s pojišťovnou uzavřenou smlouvu, ale pokud se jedná o nutnou a neodkladnou péči, i ostatním zařízením. Další významnou povinností pojišťovny je vydat bezplatně všem svým pojištěncům průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad, při jeho ztrátě.

Mezi specifické úkoly, jimiž je pověřena Všeobecná zdravotní pojišťovna patří zejména vedení a správa zvláštního účtu zdravotního pojištění (viz kapitola Přerozdělování pojistného), který slouží k přerozdělování pojistného, dále vedení centrálního registru pojištěnců, který obsahuje seznam všech pojištěnců a jejich příslušnost k určité pojišťovně, a spravování informačního centra, které slouží ke kontrole čerpání finančních prostředků zdravotního pojištění jednotlivými zdravotnickými zařízeními.

Orgány každé pojišťovny, ať už zaměstnanecké nebo Všeobecné zdravotní, jsou správní rada a dozorčí rada. Členové těchto orgánů jsou zástupci pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu. Správní radu tvoří 30 členů, kteří si ze svého středu volí předsedu a místopředsedu. Správní rada rozhoduje především o schválení zdravotně pojistného plánu, zásadách smluvní politiky, o změně hodnoty bodu, použití rezervního fondu a o dalších činnostech. Dozorčí rada má za úkol dohlížet na dodržování právních předpisů a na hospodaření pojišťovny. Statutárním orgánem Všeobecné zdravotní pojišťovny je její ředitel, kterého volí i odvolává Poslanecká sněmovna na návrh správní rady.

Ve vztahu k zaměstnaneckým pojišťovnám je zřízen zajišťovací fond. Zajišťovací fond je právnickou osobu zapisovanou v obchodním rejstříku, který slouží k úhradě zdravotní péče, pokud je pojišťovna zrušena s likvidací a nemá dostatek finančních prostředků k úhradě svých závazků. Do fondu musí každý rok povinně přispívat všechny zaměstnanecké pojišťovny. Pokud by prostředky fondu nestačily k výplatě určených úhrad, zbytek doplatí stát ve formě vratné finanční výpomoci.

3.1. Vznik, zánik a zrušení pojišťoven

Všeobecná zdravotní pojišťovna byla zřízena speciálním zákonem č. 551/1991 Sb. ministerstvem zdravotnictví k 1. 1. 1992. Od 1. 1. 1993 vznikají na našem území zaměstnanecké pojišťovny. Jde o právnické osoby zapsané do obchodního rejstříku, které vystupují svým jménem, mohou nabývat práv a povinností a nesou odpovědnost z toho vyplývající.

Každá pojišťovna (kromě VZP) potřebuje ke svému vzniku a činnosti povolení. To jí uděluje ministerstvo zdravotnictví po dohodě s ministerstvem financí na základě údajů uvedených v žádosti a dalších podkladů. Před podáním žádosti o povolení musí žadatel složit u tuzemské banky tzv. kauci ve výši 50 000 tis. Kč, která je po udělení povolení převedena do rezervního fondu dané zaměstnanecké pojišťovny. Povolení se uděluje na dobu neurčitou, pojišťovna ale od svého vzniku musí do 1 roku dosáhnout počtu nejméně 50 000 pojištěnců. Pokud by tuto podmínku nesplnila, došlo by k jejímu zrušení.

Pojišťovna, stejně jako každá jiná právnická osoba, zaniká dnem výmazu z obchodního rejstříku. Návrh na výmaz podává zanikající pojišťovna nebo likvidátor, předtím je ale pojišťovna zrušena, a to buď s likvidací nebo bez likvidace. Zánik ani zrušení se však vůbec netýká Všeobecné zdravotní pojišťovny, neboť ta zaniknout ani být zrušena nemůže. Může na ni být uvalena nucená správa, ale pouze na dobu nepřesahující 1 rok. Pokud by Všeobecná zdravotní pojišťovna nebyla schopna hradit poskytnutou zdravotní péči ani z rezervního fondu (do kterého povinně převádí veškerý svůj dosažený zisk), byla by tato péče hrazena přímo ze státního rozpočtu formou návratné finanční výpomoci.

Pokud se zdravotní pojišťovna zrušuje bez likvidace, znamená to, že dochází ke sloučení s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou nebo ke sloučení či splynutí s jinou zaměstnaneckou pojišťovnou. Ke sloučení či splynutí s jinou zaměstnaneckou pojišťovnou je třeba povolení, které uděluje ministerstvo zdravotnictví po dohodě s ministerstvem financí. Pokud se pojišťovna slučuje s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, stačí to pouze ministerstvu zdravotnictví ohlásit.

Při sloučení přechází veškerý majetek, závazky a pohledávky na již existující pojišťovnu, s níž se zrušovaná pojišťovna slučuje. K této pojišťovně přecházejí rovněž všichni pojištěnci zrušované pojišťovny. Při splynutí vzniká nová pojišťovna, která doposud neexistovala, a na ni přechází veškerý majetek, závazky, pohledávky a také všichni pojištěnci zrušovaných pojišťoven.

Pojišťovna se zrušuje s likvidací, pokud jí bylo ministerstvem zdravotnictví odejmuto povolení a nedošlo ke sloučení či splynutí. Povolení může být odňato například kvůli závažnému porušování předpisů, špatnému hospodaření, pokud nucená správa nesplnila svůj účel nebo například pokud opakovaně nebyl schválen zdravotně pojistný plán. Vstup pojišťovny do likvidace se zapisuje do obchodního rejstříku, pojišťovna po tuto dobu má v názvu dovětek „v likvidaci“ a jménem pojišťovny vystupuje likvidátor. Pokud je pojišťovna předlužená, může likvidátor podat návrh na prohlášení konkurzu. Po skončení likvidace pojišťovna zaniká.

Pokud ministerstvo zdravotnictví, které provádí spolu s ministerstvem financí kontrolu nad činnostmi pojišťoven, zjistí nesrovnalosti, může požadovat nápravu nebo také může uvalit na pojišťovnu nucenou správu. To platí jak pro zaměstnanecké pojišťovny, tak i pro

Všeobecnou zdravotní pojišťovnu. Nucená správa však nesmí trvat déle než 1 rok. Při nucené správě podléhají veškerá rozhodnutí orgánů pojišťovny i právní úkony ředitele schválení správce, jinak jsou neplatná. Nucený správce je zaměstnancem ministerstva zdravotnictví nebo financí. Pokud by nucená správa nesplnila svůj účel, to je nezlepšila by se situace, pojišťovně může být odejmuto povolení k činnosti. [6, 7]

3.2. Úhrada za zdravotní péči

Zdravotní pojišťovny jsou povinny zabezpečit dostupnou zdravotní péči pro všechny své pojištěnce. Tuto svou povinnost pojišťovny plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými mají uzavřenou smlouvu. Jedná se o smlouvu o poskytování zdravotní péče. Pojišťovna samozřejmě může uzavřít smlouvu jen na ty druhy péče, které dané zařízení smí poskytovat. Než se zařízením smlouvu uzavře, koná se tzv. výběrové řízení. V něm se sejdou daný poskytovatel zdravotní péče, který žádá o uzavření smlouvy, zástupci pojišťoven, zástupci dané profesní organizace a zástupci ministerstva zdravotnictví.

Jednotlivé smlouvy mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními se řídí tzv. rámcovou smlouvou, která vychází jako vyhláška ministerstva zdravotnictví. Rámcová smlouva je uzavírána každý rok a řídí se dohodovacím řízením, které probíhá mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny a zaměstnaneckých pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče. Při tomto řízení se strany dohodnou mimo jiné i na způsobu a výši úhrady za poskytnutou péči. Způsobem úhrady může být bodové hodnocení výkonu, kdy každý zdravotnický výkon má svou bodovou hodnotu a je sjednána cena bodu, paušální sazby za poskytnuté služby, což jsou platby za počet registrovaných pacientů, platby za lůžko a den v nemocnici nebo platby za diagnózu, nebo kombinované, kapitačně výkonové platby, což je kombinace výkonové a paušální sazby. Dohodovacím řízením se tedy sjedná hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče, která je pro všechny pojišťovny závazná. Pokud však k dohodě nedojde, zůstává hodnota bodu stejná jako v předchozím období a výši úhrad stanoví samo ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

Zdravotní pojišťovny hradí za zdravotní péči na základě lékařského předpisu, který vystavuje smluvní zařízení nebo smluvní lékař. Pokud hradí zařízením lékařské péče, tedy lékárnám, za léčivé přípravky či zdravotnickou techniku, nemusí být uzavřena smlouva. Jak již bylo řečeno dříve, pokud je pacientovi poskytnuta nutná a neodkladná péče, zdravotnické zařízení ji dostane proplacenou i bez uzavřené smlouvy s příslušnou pojišťovnou. [5]

3.3. Přerozdělování pojistného

Pro každou pojišťovnu nejsou všichni pojištěnci stejně výhodní. Nejvýhodnější jsou samozřejmě ti, kteří platí poměrně vysoké pojistné a jsou málo nemocní. Naopak nejméně výhodní jsou ti, za které hradí pojistné stát. Jedná se hlavně o malé děti a především o důchodce. Pojišťovny by si proto nejraději vybíraly pouze pojištěnce v produktivním věku. A právě z tohoto důvodu dochází k přerozdělování pojistného.

K účelu přerozdělování vede Všeobecná zdravotní pojišťovna zvláštní účet zdravotního pojištění. Do konce roku 2004 se přerozdělovalo pouze 60 % vybraného pojistného, od 1. 1. 2005 se přerozděluje pojistné celé. Každá pojišťovna musí každý měsíc sdělovat správci zvláštního účtu počet a strukturu všech svých pojištěnců podle pohlaví a věku a počet a strukturu pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát. Podle podílů na tzv. standardizovaného pojištěnce je každé pojišťovně oznámena správcem účtu celková částka pro daný měsíc na ni připadající. Pokud pojišťovna vybere na pojistném více, než je tato částka, rozdíl odvede na zvláštní účet a pokud vybere méně, chybějící prostředky jí jsou naopak ze zvláštního účtu doplacený.

Zvláštní účet ale slouží i k přerozdělování pojistného podle výskytu pojištěnců, kteří čerpají zvlášť nákladnou péči. Zvlášť nákladnou péčí je péče, na kterou náklady přesahují třiceti násobek průměrných nákladů na 1 pojištěnce. Pojišťovna pak má nárok na proplacení 80 % částky, o kterou byly tyto náklady vyšší než průměrné. Funguje zde naprosto stejný princip jako u 1. typu přerozdělování. [8]

3.4. Hospodaření pojišťoven

Každá pojišťovna hospodář s vlastním majetkem a vykonává právo hospodaření s majetkem jí svěřeným. Pojišťovny hospodář tzv. fondovým hospodařením, to znamená, že vytvářejí a spravují fondy.

Povinně musí vytvářet základní fond zdravotního pojištění, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond investičního majetku a fond reprodukce investičního majetku. Dále dle svého uvážení mohou vytvářet fond pro úhradu závodní preventivní péče a specifické péče a fond prevence. Základní fond zdravotního pojištění slouží hlavně k úhradě zdravotní péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a k přidělům do rezervního a dalších fondů. Zdrojem základního fondu je především vybrané pojistné. Rezervní fond je tvořen přiděly ze základního fondu a jeho výše je 1,5 % průměrných ročních výdajů pojišťovny. Použit se smí ke krytí schodků základního fondu. Provozní fond slouží k úhradě nákladů na činnost pojišťovny. Fond prevence slouží například k úhradě zdravotní péče poskytnuté nad rámec veřejného zdravotního pojištění či k realizaci preventivních zdravotnických programů. Pojišťovna ho může vytvářet ze zisku, ale až po naplnění všech povinných fondů.

Příjmy pojišťovny tvoří hlavně platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu, dále vlastní zdroje z využívání fondů, příjmy z přírážek, pokut a úroků z prodlení, dary a příjmy od zaměstnavatelů, jejichž zaměstnanci vyžadují zvýšenou zdravotní péči (kvůli charakteru vykonávané práce). Výdaje pojišťovny zahrnují především platby za úhrady zdravotní péče poskytované jak v České republice, tak v zahraničí a náklady na činnost pojišťovny.

Každá pojišťovna musí mít auditorem ověřenou účetní závěrku i výroční zprávu. Dále musí každý rok předkládat ministerstvu zdravotnictví návrh zdravotně pojistného plánu na další rok. Ten obsahuje například plán příjmů a výdajů, předpokládaný počet a strukturu pojištěnců či předpokládanou soustavu smluvních zdravotnických zařízení. Závěrka, výroční zpráva i pojistný plán na příští rok je schvalován Poslaneckou sněmovnou. [6, 7]

3.5. Konkurenční prostředí mezi zdravotními pojišťovnami

Konkurenční prostředí, tedy prostředí, kde jednotlivé firmy a podniky „bojují“ o své zákazníky či klienty, existuje nebo by alespoň mělo existovat na každém trhu. Je třeba si ale položit otázku, zda takové prostředí existuje i na poli veřejného zdravotního pojištění. Odpověď není jednoduchá.

Jak již jsem uvedla na začátku kapitoly o zdravotních pojišťovnách, působí zde Všeobecná zdravotní pojišťovna a 8 zaměstnaneckých pojišťoven. Konkrétně jde o Vojenskou zdravotní pojišťovnu České republiky, Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnu, Oborovou zdravotní pojišťovnu zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnaneckou pojišťovnu Škoda, Zdravotní pojišťovnu ministerstva vnitra, Revírní bratrskou pokladnu, zdravotní pojišťovnu, Zdravotní pojišťovnu Metal – Aliance a Českou národní zdravotní pojišťovnu.

Existuje zde sice 9 pojišťoven, které usilují o přízeň svých pojištěnců, snaží se jim nabídnout něco víc než ostatní, snaží se získávat stále nové pojištěnce a tím upevňovat své postavení na trhu, ale o konkurenční boj v pravém slova smyslu zde určitě nejde.

Prvním problémem je přerozdělování pojistného. Jak jsem již popisovala dříve, v současné době se přerozděluje celé vybrané pojistné podle podílů na standardizovaného pojištěnce. Přerozdělování je velmi nutná věc kvůli struktuře pojištěnců jednotlivých pojišťoven, ale jeho existence nepodporuje konkurenci. Pokud má pojišťovna výhodu lepšího pojistného kmene, musí odvést větší částku na přerozdělení a tím o tuto výhodu přijde.

Dalším aspektem je problematické hospodaření VZP. Zatímco zaměstnanecké pojišťovny hospodaří většinou vyrovnaně, VZP má každoročně poměrně vysoké ztráty. Hlavním důvodem je struktura pojištěnců, kdy u VZP je pojištěno celkově nejvíce lidí (přes 60 % všech pojištěnců) a hlavně nejvíce lidí v postproduktivním věku a nezaměstnaných. VZP má také největší problémy s vymáháním pohledávek za nezaplacené pojistné od plátců, především zaměstnavatelů.

Pojišťovny si těžko mohou konkurovat v jejich základních činnostech, když je v zákonech přesně vymezeno, co pojišťovna poskytovat musí, co smí a co nesmí. Poskytují tedy stejné

služby a prodávají stejné produkty (veřejné zdravotní pojištění). Pouze se každá pojišťovna snaží nabídnout něco navíc, nějaké nadstandardy, které hradí z fondu prevence, aby byla atraktivnější pro své klienty. Protože to ale nabízejí všechny pojišťovny, nijak zvláště se od sebe neliší.

Podle mého názoru je na našem trhu zbytečné množství pojišťoven. Stačila by pouze Všeobecná zdravotní pojišťovna a maximálně ještě Vojenská zdravotní pojišťovna, protože plní některé specifické úkoly, které budu popisovat v příští kapitole. Tyto dvě pojišťovny by obsáhly všechny pojištěnce a nemuselo by se řešit přerozdělování pojistného a pacient by si nemusel hledat lékaře podle smluvního vztahu s příslušnou pojišťovnou.

4. Vojenská zdravotní pojišťovna

Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky vznikla během roku 1992 a svou činnost zahájila k 1. 1. 1993 na základě rozhodnutí ministerstva práce a sociálních věcí a z podnětu ministerstva obrany. Již od svého vzniku je jednou z největších zaměstnaneckých pojišťoven v České republice, v současné době (v roce 2004) se nachází na 2. místě, co do počtu pojištěnců.

Jejím specifikem na českém trhu zdravotního pojištění je zabezpečování péče vyplývající přímo ze zákona pro povinný okruh pojištěnců. Těmi jsou v současné době vojáci v činné službě a žáci vojenských škol, kteří se připravují na službu vojáka z povolání a jsou vojáky v činné službě. Do 1. 1. 2005 pojišťovala také vojáky základní služby. K tomuto datu byla ale základní vojenská služba zrušena. Civilní vojenská služba nepatřila do vojenské činné služby a tudíž „civilkáři“ u VoZP pojištění nebyli.

Již před vznikem pojišťovny byla zdravotní péče poskytovaná vojákům v činné službě a v základní vojenské službě hrazena odděleně od zdravotní péče poskytované běžným občanům. Vojáci mají totiž zvýšené nároky na zdravotní péči či na preventivní prohlídky. Aby mělo ministerstvo obrany i po reformě zdravotnictví jasný přehled o poskytnuté a hlavně uhrazené péči a aby komunikovalo pouze s jednou zdravotní pojišťovnou, rozhodlo se založit zvláštní resortní pojišťovnu, která by pojišťovala pouze jeho zaměstnance – tedy vojáky.

Po svém vzniku se pojišťovna zaměřovala pouze na výše jmenované skupiny pojištěnců, během roku 1993 přibírala i jejich rodinné příslušníky a důchodce, jako bývalé zaměstnance resortu obrany, a od 1. 1. 1994 se stala otevřenou zdravotní pojišťovnou pro širokou veřejnost. Od tohoto data s u ní může pojistit každý občan dle svého svobodného rozhodnutí.

Od svého počátku prošla pojišťovna určitým vývojem. Obstála například v situacích, kdy jiné pojišťovny zanikaly nebo se slučovaly ve větší, ekonomicky silnější a konkurenceschopnější celky. To bylo hlavně z důvodu velkého množství malých pojišťoven neschopných udržet své postavení na konkurenčním trhu. Tato situace se ale

projevila i u VoZP. Od 1. 11. 1997 se na základě rozhodnutí správních rad obou pojišťoven stala pojišťovna Crystal její součástí. VoZP převzala jak všechny její pojištěnce, tak i veškeré finanční závazky. Její ekonomickou stabilitu dokládá i to, že veškerým svým i nově přijatým závazkům dostala řádně, včas a bez jakékoliv půjčky ze státního rozpočtu či jiné finanční výpomoci.

V současné době se VoZP organizačně člení na ústředí se sídlem v Praze, pobočky, jednu expozituru a jednatelství, která podporují činnost poboček. Jednotlivé pobočky se nacházejí v Ústí nad Labem, Hradci Králové, Olomouci, Brně, Českých Budějovicích, Plzni a Praze. Expozitura se nalézá pouze v Liberci. Jednatelství jsou umístěna do Nového Boru, Karlových Varů, Sázavy, Teplic, Pardubic, Jihlavy, Zlína a Ostravy. Jako kontaktní místa plní některé úkoly smluvní zaměstnanci VoZP, zejména na územních vojenských správách a příslušných posádkách.

4.1. Zdravotní péče nad rámec veřejného zdravotního pojištění

Tak jako všechny zdravotní pojišťovny, i VoZP se snaží svým pojištěncům nabídnout něco navíc. Kromě hrazení zdravotní péče, kterou jí ukládá zákon, nabízí určité nadstandardy, kterými se snaží odlišit od konkurence, udržet si své stávající pojištěnce a samozřejmě přilákat nové.

Konkrétně jde o 23 preventivních programů a příspěvků. Mezi ně například patří příspěvek na preventivní péči čerpanou v prvních třech měsících pojištění, kdy je novým pojištěncům proplacena účtenka do 1 000,- Kč z čerpání zdravotní, rehabilitační či jiné péče nebo z nákupu zdravotních či sportovních pomůcek. Pojišťovna také přispívá na ozdravné pobyty dětí jak v České republice, tak v zahraničí u moře. Přispívá na vitamíny, očkovací látky, antikoncepci pro ženy, brýlové obroučky pro děti, rovnátka, mamografická vyšetření či na léky pro důchodce, bývalé odbojáře. Kromě těchto a dalších samostatných příspěvků nabízí VoZP svým pojištěncům i ucelené programy. Jde o program zdravá rodina, pokud jsou oba rodiče pojištěnci VoZP, program student, který je určen všem pojištěncům –

studentům do 26 let, program péče o pojištěnce pracující v riziku a jiné specifické skupiny pojištěnců, kdy je pojišťovnou hrazena navíc i nutná nadstandardní péče, a program péče o letový personál, v rámci kterého se hradí pravidelné preventivní prohlídky pro pracovníky v letectví.

Jako další nástroj odlišení se od konkurence využívá pojišťovna prodej cestovního zdravotního pojištění, tedy pojištění léčebných výloh v zahraničí. Při prodeji tohoto pojištění funguje jako smluvní partner Generali Pojišťovny, a. s. Jejím jménem a na její účet sjednává na svých pobočkách cestovní pojištění pro zájemce z řad svých pojištěnců. Samozřejmě za zvýhodněné sazby. [9]

4.2. Hospodaření pojišťovny a základní ukazatele

Pojišťovna hospodaří fondovým způsobem, tvoří všechny fondy tak, jak bylo popsáno v kapitole o zdravotních pojišťovnách. Protože však hradí i specifickou zdravotní péči poskytovanou nad rámec veřejného zdravotního pojištění pro vojáky v činné službě a další, zákonem vymezené pojištěnce, tvoří a spravuje navíc fond zprostředkování úhrady zdravotní péče hrazené ministerstvem obrany a fond pro úhradu preventivní péče. Oba tyto fondy nejsou tvořeny přiděly ze základního fondu zdravotního pojištění, ale úhradami od ministerstva obrany.

V roce 2004 pojišťovna hospodařila stejně jako v minulých letech vyrovnaně bez jakýchkoliv půjček či finančních dotací. Do systému přerozdělování pojistného převedla z vybraného pojistného 27 651 tis. Kč.

Celkový příjem z vybraného pojistného po přerozdělení činil v roce 2004 8 287 233 tis. Kč, což bylo o 601 883 tis. Kč více než v roce 2003. Nárůst byl tedy o 7,83 %. Největší podíl na tomto nárůstu má stát jako plátce pojistného a zaměstnanci. Vývoj příjmů z vybraného pojistného je znázorněn v Příloze č. 3. V Příloze č. 2 je možné vidět vývoj a strukturu průměrného počtu plátců pojistného.

V Příloze č. 1 je znázorněn průměrný počet pojištěnců a počet pojištěnců, za něž je plátcem pojistného stát. Tento počet by měl odpovídat průměrnému počtu plátců pojistného, ale z mnoha neznámých důvodů v některých letech neodpovídá. Průměrný počet pojištěnců pojišťovny každoročně vzrůstal, pouze v roce 2004 mírně poklesl o 6 681 pojištěnců na 574 685 osob. Tento pokles je způsoben ukončováním základní vojenské služby a restrukturalizací Armády České republiky.

V Příloze č. 4 je možné sledovat celkové náklady na zdravotní péči. Tyto náklady rok od roku stoupají, v roce 2004 činily 8 280 937 tis. Kč, což je o 3,23 % více než v roce 2003. Největší podíl tvoří ústavní péče a hned po ní léky vydané na lékařský předpis a ambulantní péče. V Příloze č. 5 je srovnání vývoje celkového přijatého pojistného po přerozdělení a nákladů na zdravotní péči. Přijaté pojistné bylo většinou vyšší než náklady na zdravotní péči, pouze v roce 2002 a 2003 náklady převyšovaly příjmy.

V Příloze č. 6 je znázorněn vývoj počtu smluvních zdravotnických zařízení. Jejich počet každoročně stoupá, pouze počet lůžek a ošetřoven zůstává stabilní a množství lůžkových zařízení se dokonce snižuje. Celkově má pojišťovna uzavřenou smlouvu s 26 221 zdravotnickými zařízeními, což je o 1 996 zařízení více než v roce 2003. [10]

5. Soukromé zdravotní pojištění

Soukromé zdravotní pojištění, někdy také nazývané nemocenské pojištění, se na našem trhu uplatňuje v podstatě jako doplněk veřejného zdravotního pojištění a nemocenského pojištění jako součásti sociálního zabezpečení. Kryje rizika, která nejsou zajištěna povinnými pojištěními nebo která jsou těmito pojištěními kryta jen částečně. Jedná se o neživotní pojištění.

Soukromé zdravotní pojištění poskytují komerční pojišťovny. Zdravotní pojišťovny toto pojištění poskytovat nesmí. Většinou to řeší tím způsobem, že mezi komerčními pojišťovnami mají své smluvní partnery, se kterými spolupracují a na které odkazují své pojištěnce. Všeobecná zdravotní pojišťovna například pro tuto oblast založila dceřinnou společnost Pojišťovna VZP, která se zabývá pouze soukromým zdravotním pojištěním.

V rámci soukromého pojištění si lze pojistit především denní dávku při pracovní neschopnosti a při pobytu v nemocnici, dále nadstandardní vybavení v nemocnici a stomatologické výkony nad rámec povinného pojištění. Do této oblasti spadá také tzv. pojištění nemoci, což je například výše jmenované pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici, pojištění vážných onemocnění nebo pojištění dlouhodobé péče a také připojištění k pojištění pobytu v nemocnici. Dále sem lze zařadit pojištění invalidity následkem úrazu nebo nemoci, které se sjednává jako součást životního pojištění. Důležitým a asi nejvíce využívaným soukromým pojištěním je pojištění léčebných výloh, jako součásti cestovního pojištění.

Od zdravotního pojištění je ale nutné odlišit úrazové pojištění. Ačkoliv tyto pojištění vypadají na první pohled velmi podobně, jsou odlišné a nesmí se zaměňovat. Úrazové pojištění totiž kryje pouze úraz, následky úrazu a smrt úrazem, zatímco zdravotní pojištění kryje nejen úraz, ale i nemoc. Ve zdravotním pojištění ale není kryto riziko smrti.

5.1. Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti

Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti se sjednává pro případ ztráty výdělku, jehož příčinou je pracovní neschopnost z důvodu nemoci či úrazu. Toto riziko je samozřejmě kryto z povinného nemocenského pojištění, ale vyplácené dávky nebývají příliš vysoké a spousta podnikatelů si ho proto ani neplatí. Pojištění denní dávky běží souběžně s nemocenským pojištěním a je na něm nezávislé. Klient proto obdrží obě dvě plnění.

Pojišťovna nevyplácí pojištěnému přesnou ztrátu příjmů, ale předem sjednanou částku pojistného plnění. Tu si pojištěný sjednává při uzavírání smlouvy a od ní se odvíjí cena pojištění. Spolu s plněním se ve smlouvě sjednává také karenční a čekací doba. Karenční doba je doba, po kterou pojišťovna nevyplácí pojistné plnění. Například při pracovní neschopnosti trvající 20 dní a při sjednané karenční lhůtě 15 dní, je pojištěnému vypláceno plnění pouze za 5 dní pracovní neschopnosti. Čekací doba je doba, po kterou pojišťovna nevyplácí plnění od počátku trvání pojištění. Pojišťovna se tak snaží zamezit tomu, aby si lidé uzavírali pojištění v době, kdy už vědí, že budou práce neschopní. Čekací doba se pohybuje od 8 do 36 dní a nevztahuje se na neschopnost způsobenou úrazem.

Pojistné plnění, tedy denní dávku, pojišťovna obvykle poskytuje zpětně, tedy až po skončení pracovní neschopnosti. Pokud ale tato neschopnost trvá déle, lze požádat o zálohu. O výplatu plnění samozřejmě musí pojištěný písemně požádat. Minimální denní dávka činí obvykle 100,- Kč, maximální se pohybuje mezi 1 500,- až 2 000,- Kč. Během trvání pojištění je možné tuto částku měnit. Je třeba dát pozor na to, že součet nemocenské dávky a denní dávky ze soukromého pojištění by neměl překročit průměrný příjem pojištěného.

Cena za pojištění je závislá především na věku a pohlaví pojištěného, sjednané délce karenční a čekací doby a hlavně na sjednané výši denní dávky. V tomto pojištění se uplatňují tzv. bonusy, tedy slevy za bezeškodní průběh pojištění v předchozím roce.

5.2. Pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici

Pojištění pobytu v nemocnici se sjednává pro případ rizika hospitalizace v nemocnici z důvodu úrazu nebo nemoci a také pro případ pobytu v porodnici.

Za každý den pobytu v nemocnici vyplácí pojišťovna předem sjednanou výši denní dávky. Obdobně jako při pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti, i zde se ve smlouvě sjednává karenční a čekací doba. Čekací doba se pohybuje v rozmezí 2 až 8 měsíců.

Minimální denní dávka činí obvykle 100,- Kč, maximální lze sjednat 1 000,- nebo 2 000,- Kč. Každá pojišťovna má horní hranici omezenou. Během trvání pojištění je možné tuto částku měnit. I zde platí zásada, že součet nemocenské dávky a této denní dávky by neměl překročit průměrný příjem pojištěného.

Cena pojištění je závislá především na věku a pohlaví pojištěného, sjednané délce karenční a čekací doby a hlavně na sjednané výši denní dávky. I zde se mohou uplatňovat slevy za bezeškodní průběh pojištění v předchozím roce.

K tomuto pojištění lze u některých pojišťoven sjednat také připojištění nemoci. V rámci pojištění pobytu je pojištěnému vyplacena částka, která závisí na počtu dnů strávených v nemocnici a na sjednané denní dávce. Pokud má ale pojištěný sjednané ještě připojištění a po pobytu v nemocnici se ještě jakoukoliv dobu léčí doma, dostane vyplacenou dvojnásobnou částku.

5.3. Pojištění nadstandardního vybavení v nemocnici

Jedná se zde také o pojištění pobytu v nemocnici, ale v tomto typu pojištění se nehradí denní dávka, ale nadstandardní vybavení pokoje. Pojištěnec má tak v nemocnici nárok na lepší pokoj, aniž by ho musel hradit ze svého. Nadstandardem se rozumí vlastní pokoj s televizí a telefonním přístrojem.

Toto pojištění si může sjednat kdokoli s trvalým pobytem na území České republiky, ale jen pokud ho pojišťovna přijme. Ta si velmi pečlivě vybírá podle zdravotního stavu osoby,

kteřé pojistí. Výše pojistného se stanovuje individuálně podle věku pojištěného a jeho zdravotního stavu.

5.4. Pojištění stomatologických výkonů nad rámec povinného pojištění

Většina základních stomatologických výkonů je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, ale samozřejmě ne všechny. A právě proto existuje pojištění stomatologických výkonů, které pomáhá pojištěnému s úhradou nadstandardních výkonů či se zaplacením různých stomatologických náhrad. Hrazeny jsou většinou výkony čelistní ortopedie, různé implantáty, náhradní protézy a podobně.

I u tohoto pojištění se ve smlouvě sjednává tzv. čekací doba. Jedná se o stejnou dobu jako u pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti, tedy o dobu po uzavření smlouvy, po kterou pojišťovna neplní pojistné plnění. Tato doba se pohybuje v řádech měsíců. [13]

5.5. Pojištění léčebných výloh

Pojištění léčebných výloh se sjednává při cestě do zahraničí. Jedná se o nejdůležitější součást cestovního pojištění a každý by si ho měl při cestě mimo republiku sjednat. V rámci tohoto pojištění totiž pojišťovna hradí nezbytné náklady na ošetření, léčbu či hospitalizaci v zahraničí, které nejsou hrazeny ze systému veřejného pojištění. Dále pojišťovna zařizuje a hradí převoz do a z nemocnice, převoz ze zahraničí domů či v případě smrti repatriaci ostatků. V pojištění může být zahrnuta i úhrada převozu nezletilých dětí zpět do České republiky nebo pojištění opatrovníka, to je blízké osoby, která zůstane v zahraničí s hospitalizovaným pacientem.

Ve smlouvě je sjednána pojistná částka, což je horní hranice pojistného plnění. Pojišťovna v případě pojistné události uhradí vynaložené náklady, maximálně však do výše pojistné částky. Cena pojištění bývá stanovena sazbou na osobu a den. Její velikost závisí na

sjednané pojistné částce, na délce pobytu v zahraničí, na zemi, kam pojištěný cestuje a na účelu cesty. Jiná sazba je pro Evropu, jiná pro zbytek světa, jiná sazba je pro turistu a jiná pro sportovce. Také na věku pojištěného záleží. Starší osoba může mít pojistné dražší. Naopak pojišťovny většinou poskytují slevy pro skupiny nebo pro rodiny s dětmi. [14]

5.6. Pojištění nemoci

Pod pojmem pojištění nemoci se vyskytují u různých pojišťoven zcela různé produkty pojištění, nejčastěji se však jedná o pojištění závažných onemocnění, pojištění dlouhodobé péče, pojištění pobytu v nemocnici a k němu připojištění. O pojištění pobytu v nemocnici a jeho připojištění jsem psala v kapitole Pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici.

5.6.1. Pojištění vážných onemocnění

Toto pojištění je nejčastěji nabízeno jako připojištění k životnímu pojištění. Jako samostatné pojištění ho snad žádná pojišťovna ani neposkytuje. Jeho cena je poměrně nízká, pohybuje okolo 5 % z ceny základního životního pojištění. Sjednává se zde také čekací doba, která se pohybuje okolo 3 měsíců.

Jako pojistné plnění pojišťovna vyplátí předem sjednanou pojistnou částku. Je zde ale třeba splnit podmínky pojišťovny. Ta má přesně vymezený okruh onemocnění, kterých se toto pojištění týká, a také diagnostikovaný rozsah onemocnění. Často tedy nestačí jen mít určitou nemoc, ale mít ji v pokročilém stádiu. Okruh nemocí se u jednotlivých pojišťoven liší, většinou se ale jedná například o srdeční infarkt, cévní mozkovou příhodu, rakovinu, selhání ledvin, transplantaci životně důležitých orgánů, slepotu či úplné a trvalé ochrnutí alespoň dvou končetin.

5.6.2. Pojištění invalidity

Pojištění invalidity se také nesjednává jako samostatné pojištění, ale pouze jako součást životního pojištění. Nejedná se ale o stejnou invaliditu jako při úrazovém pojištění. Je zde jedno, zda se jedná o invaliditu způsobenou úrazem nebo nemocí. Důležitá jsou kritéria jednotlivých pojišťoven, často pak uznání plného invalidního důchodu z povinného důchodového pojištění. Cena pojištění se pohybuje okolo 5 % z částky placené na životní pojištění.

Poskytnuté plnění pojišťovnou může mít dvě podoby. Buď vyplatí pojištěnému předem sjednanou pojistnou částku, která se často odvíjí od plnění pro případ smrti, nebo nabídne pojištěnému tzv. zproštění od placení pojistného. To znamená, že jeho životní pojištění běží dále, jako kdyby pojistné platil, ale přitom platit nemusí.

5.6.3. Pojištění dlouhodobé péče

Pojištění dlouhodobé péče je v podstatě pojištění pro případ bezmocnosti. Pokud se pojištěný stane bezmocným a potřebuje pomoc třetí osoby, jak osoby blízké tak například ošetrovatelky či zdravotní sestry, je mu vyplácena předem sjednaná denní dávka. Pojišťovna ale nevyplatí vždy celou sjednanou částku, ale pouze její procentní část, podle stupně bezmocnosti. Většinou 25, 50 nebo 100 % denní dávky.

Protože toto pojištění je spíše dlouhodobější záležitost, pojišťovny si určují čekací dobu, která je delší než u ostatních pojištění. Většinou jde o jednoletou lhůtu, pouze v případě bezmocnosti následkem úrazu je kratší. [13]

6. Závěr

Ve své práci jsem se snažila popsat existující systém zdravotního pojištění, jako kombinace veřejného a soukromého, fungování a činnost zdravotních pojišťoven a blíže se zaměřit na Vojenskou zdravotní pojišťovnu. K dosažení těchto cílů jsem používala především metody popisné, statistické a jednoduché analytické.

Česká republika v současné době používá hybridní model zdravotnictví, to znamená že část zdravotní péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a část je ponechána trhu, kde se jedinec může rozhodnout, zda využije možnosti soukromého zdravotního pojištění či zda si bude tuto péči hradit celou z vlastních prostředků.

Ve veřejném zdravotním pojištění jsou pojištěni všichni občané s trvalým pobytem na našem území a zaměstnanci zaměstnavatelů se sídlem na našem území. Do systému platí příspěvky podle výše svých příjmů, pokud je nemají, platí minimální pojistné. Za některé pojištěnce, například děti, studenty či důchodce, platí pojistné stát. Z toho vyplývá, že na rozdíl od sociálního pojištění, zdravotně pojištěn musí být každý.

Existuje celkem 9 zdravotních pojišťoven a téměř každý pojištěnec má právo zvolit si jednu dle svého rozhodnutí. Všechny pojišťovny poskytují v podstatě stejné služby, pouze Všeobecná zdravotní pojišťovna a Vojenská zdravotní pojišťovna plní určité specifické úkoly. VZP vede zvláštní účet zdravotního pojištění, registr plátců pojistného a spravuje informační centrum a VoZP pojišťuje všechny vojáky v činné službě. Kvůli existenci několika pojišťoven a rozdílné věkové struktuře pojištěnců dochází k přerozdělování vybraného pojistného.

České zdravotnictví na tom v současné době není dobře. Má problémy s úhradou za poskytnutou péči a s hospodařením s vybranými prostředky. Je proto nutná jeho reformace. Tu si zcela rozdílně představují členové vládnoucí ČSSD a členové opoziční ODS. ČSSD chce upevnit roli státu a omezit ziskovost a konkurenci, naproti tomu ODS chce celé zdravotnictví založit na konkurenceschopnosti, ziskovosti a tržních mechanismech. Nevím, která cesta je správná pro naše zdravotnictví, ale doufám, že česká vláda vybere tu nejlepší variantu a vhodně ji zavede do praxe.

Použité zdroje

- [1] DUCHÁČKOVÁ, E. *Pojišťovnictví a pojištění*. 1. vyd. Praha: VŠE, 2000
- [2] VOSTATEK, J. *Sociální a soukromé pojištění*. 1. vyd. Praha: Codex Bohemia, 1996
- [3] CHVÁTALOVÁ, I. *Úvod do práva sociálního zabezpečení a zdravotního pojištění v České republice*. 1. vyd. Praha: VŠE, 1998
- [4] GLASER, W. A. *Health Insurance in Practise. International Variations in Financing, Benefits and Problems*. San Francisco – Oxford: Josey – Bass Publishers, 1991
- [5] *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*
- [6] *Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky*
- [7] *Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách*
- [8] *Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění*
- [9] Interní materiály Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky
- [10] Výroční zprávy Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky z let 1997 – 2004
- [11] *Návrh Koncepce zdravotnictví na léta 2005 – 2009* [online]. [cit. 5. 2. 2005]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/data/c1216/lib/koncepcemzcr.pdf>>
- [12] *Chtít zdraví: Modrá šance pro zdravotnictví* [online]. [cit. 15. 4. 2005]. Dostupné z: <http://www.ods.cz/docs/publikace/modra_sance_zdravotnictvi.pdf>
- [13] *Soukromé zdravotní pojištění* [online]. [cit. 15. 4. 2005]. Dostupné z: <http://www.finance.cz/home/pojistovnictvi/produkty_a_sluzby/pojisteni_zdravi/>

- [14] *Cestovní pojištění* [online]. [cit. 29. 4. 2005]. Dostupné z:
<http://fincentrum.indes.cz/cestpoj.asp>

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Vývoj počtu pojištěnců

Příloha č. 2 – Vývoj počtu plátců pojistného

Příloha č. 3 – Příjem z pojistného

Příloha č. 4 – Náklady na zdravotní péči

Příloha č. 5 – Srovnání příjmů z pojistného a nákladů na zdravotní péči

Příloha č. 6 – Vývoj počtu smluvních zdravotnických zařízení a vývoj počtu zaměstnanců

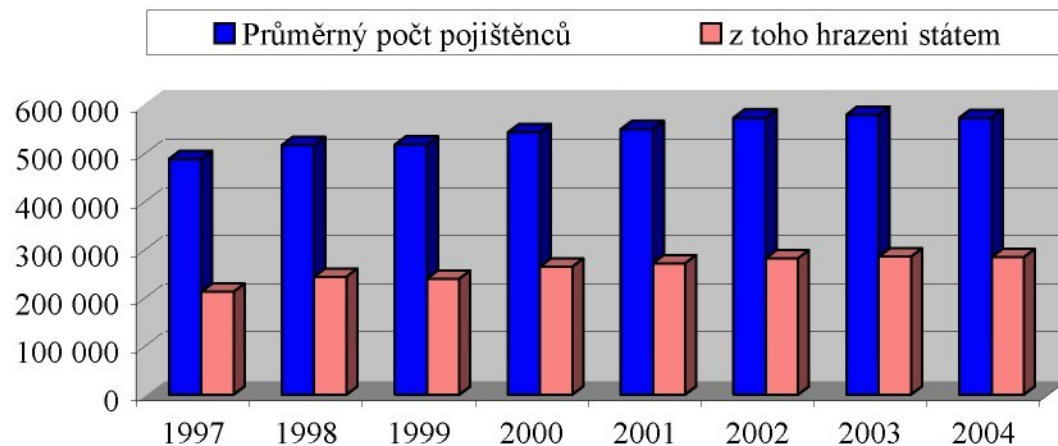
Příloha č. 1 - Vývoj počtu pojištěnců

Vývoj počtu pojištěnců

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Průměrný počet pojištěnců	489 486	518 188	519 000	544 322	550 900	574 770	581 303	574 685
z toho hrazení státem	213 464	244 819	241 000	265 630	273 000	283 290	286 621	285 428

Zdroj: Výroční zprávy VoZP - vlastní zpracování

Vývoj počtu pojištěnců



Zdroj: Výroční zprávy VoZP - vlastní zpracování

Příloha č. 2 - Vývoj počtu plátců pojistného

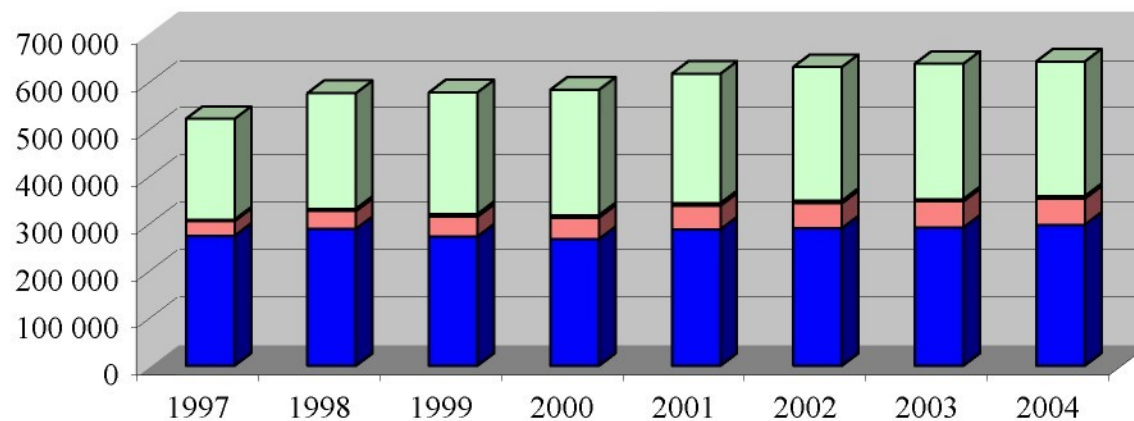
Vývoj počtu plátců pojistného

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Zaměstnanci	275 162	289 947	273 914	268 394	288 788	291 232	292 763	
Osoby samostatně výdělečně činné	30 858	37 792	41 580	45 278	50 025	52 764	55 175	
Osoby bez zdanitelných příjmů	3 442	4 930	5 940	5 324	5 608	5 480	5 151	
Stát	213 464	244 906	257 439	265 630	274 103	283 290	286 621	
Průměrný počet plátců	522 926	577 575	578 873	584 626	618 524	632 766	639 710	

Zdroj: Výroční zprávy VoZP - vlastní zpracování

Vývoj počtu plátců pojistného

■ Zaměstnanci ■ Osoby samostatně výdělečně činné ■ Osoby bez zdanitelných příjmů ■ Stát



Zdroj: Výroční zprávy VoZP - vlastní zpracování

Příloha č. 3 - Příjem z pojistného

Příjem z pojistného po přerozdělení (v tis. Kč)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Zaměstnanci	1 725 516	1 650 267	2 044 885	2 201 731	2 359 140	2 775 790	2 921 739	3 105 27
Osoby samostatně výdělečně činné	104 972	128 785	138 649	85 344	109 261	126 904	146 570	187 91
Osoby bez zdanitelných příjmů	12 128	24 898	28 111	18 968	23 542	26 918	30 150	34 52
Stát	2 035 546	2 878 849	3 048 354	3 415 355	3 978 358	4 068 799	4 586 891	4 959 52
Celkem	3 878 162	4 682 799	5 259 999	5 721 398	6 470 301	6 998 411	7 685 350	8 287 23

Zdroj: Výroční zprávy VoZP - vlastní zpracování

Příloha č. 4 - Náklady na zdravotní péči

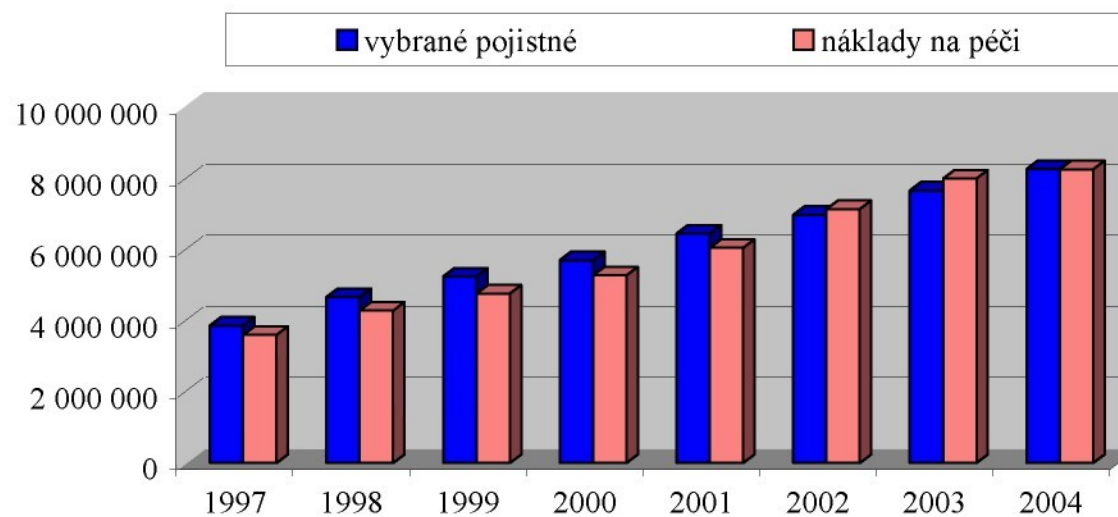
Náklady na zdravotní péči (v tis. Kč)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ambulantní péče	1 960 049	1 205 643	1 225 623	1 355 008	1 487 784	1 717 034	1 999 935	2 007 870
Ústavní péče	577 273	1 721 277	2 008 722	2 311 888	2 724 379	3 309 731	3 579 366	3 603 007
Lázeňská péče	129 482	130 914	150 102	168 271	191 346	209 991	233 996	234 877
Léčba v ozdravovnách		4 666	2 599	3 547	4 030	4 130	4 263	4 693
Doprava	54 141	43 039	54 247	53 379	43 747	51 049	53 123	55 936
Záchranná služba	-	28 298	26 455	9 763	27 847	30 320	33 365	38 061
Léky vydané na recepty	807 091	1 035 390	1 159 767	1 246 808	1 425 357	1 624 755	1 871 645	2 092 203
Zdravotnické prostředky	71 276	91 682	107 897	124 756	143 890	169 321	193 541	205 891
Léčení v zahraničí	-	757	4 190	318	645	735	898	3 499
Ostatní	12 018	37 169	38 485	17 418	17 299	44 241	51 944	34 900
Celkem	3 611 330	4 298 835	4 778 087	5 291 156	6 066 324	7 161 307	8 022 076	8 280 937

Zdroj: Výroční zprávy VoZP - vlastní zpracování

Příloha č. 5 - Srovnání příjmů z pojistného a nákladů na zdravotní péči

**Srovnání příjmů z vybraného pojistného po přerozdělení a
nákladů na zdravotní péči (v tis. Kč)**



Zdroj: Výroční zprávy VoZP - vlastní zpracování

Příloha č. 6 - Vývoj počtu smluvních zdravotnických zařízení a vývoj počtu zaměstnanců

Vývoj počtu smluvních zdravotnických zařízení

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ambulantní zařízení	16 993	17 763	18 116	18 049	18 624	21 185	21 208	22 101
Lůžková zařízení	355	422	366	330	411	438	436	423
Lázně	63	64	45	45	40	44	40	40
Ozdravovny	241	0	9	9	13	13	13	13
Dopravní zdravotní služba		245	250	279	242	232	233	341
Záchranná služba	32	44	43	65	71	69	63	187
Lékárny	1 752	1 769	1 739	1 889	2 082	2 180	2 192	3 111
Ostatní	1 148	1 494	1 307	2 078	1 890	32	40	5
Celkem	20 584	21 801	21 875	22 744	23 373	24 193	24 225	26 221

Zdroj: Výroční zprávy VoZP - vlastní zpracování

Vývoj počtu zaměstnanců

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Průměrný počet zaměstnanců	463	491	461	436	435	445	449	442

Zdroj: Výroční zprávy VoZP - vlastní zpracování