

Univerzita Karlova v Praze

Právnická fakulta

Ivana Zemanová

FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: **JUDr. Kristina Koldinská, Ph.D.**

Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení

Praha 2009

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci vypracovala samostatně za použití zdrojů a literatury v ní uvedených.

V Praze dne.....2009.

.....

Poděkování

Děkuji JUDr. Kristině Koldinské, Ph.D., vedoucí mé diplomové práce, za cenné rady a připomínky při zpracování této práce.

Obsah

Úvod	7
1. Historický přehled vývoje práva sociálního zabezpečení.....	9
1.1 Kořeny sociálního zabezpečení obecně	9
1.2 Vývoj sociálního zabezpečení na území českých zemí	10
1.2.1 Vývoj do konce 19. století	10
1.2.2 Taafeho reforma	11
1.2.3 Vývoj v letech 1918 - 1945.....	13
1.2.4 Vývoj v letech 1945 - 1989.....	14
1.2.5 Vývoj po roce 1989.....	17
2. Obecné otázky financování sociálního zabezpečení.....	19
2.1 Sociální výdaje.....	20
2.2 Nástroje financování sociálního zabezpečení.....	20
2.3 Finanční metody realizace sociálního zabezpečení.....	21
2.4 Modely sociálního zabezpečení	22
2.4.1 Bismarckovský model (konzervativní, kontinentální, korporativní).....	22
2.4.2 Beveridgeův model (liberální, anglosaský)	23
2.4.3 Skandinávský model (sociálně demokratický)	23
2.4.4 Jiné přístupy	24
2.5 Způsoby financování sociálního zabezpečení.....	25
2.5.1 Průběžné financování – tzv. pay-as-you-go systém (PAYG).....	25
2.5.2 Fondové (kapitálové) financování	26
2.6 Tzv. Vícepilířový systém sociálního zabezpečení.....	27
3. Financování sociálního zabezpečení v České republice.....	29
3.1 Sociální pojištění.....	29
3.1.1 Pojistné na sociální zabezpečení.....	31
3.1.1.1 Vyměřovací základ	32
3.1.1.2 Procentní sazby	33
3.1.1.3 Rozhodné období	34
3.1.1.4 Výběr pojistného	34
3.1.2 Nová právní úprava nemocenského pojištění a náhrady mzdy.....	35
3.2 Státní sociální podpora	39
3.3 Sociální pomoc.....	41

3.3.1	Financování sociálních služeb	42
3.3.1.1	Dotace ze státního rozpočtu	42
3.3.1.2	Dotace z rozpočtů obcí a krajů	43
3.3.1.3	Zvláštní dotace	44
3.3.1.4	Přímá úhrada od uživatelů sociálních služeb	44
3.3.1.5	Strukturální fondy Evropských společenství a další programy Evropských společenství.....	44
3.3.2	Financování pomoci v hmotné nouzi	45
3.3.3	Financování sociální péče	45
3.4	<i>Zdravotnictví a zdravotní péče</i>	45
3.4.1	Zdroje financování zdravotnictví.....	45
3.4.2	Všeobecné zdravotní pojištění	47
3.4.3	Pojistné na všeobecné zdravotní pojištění	49
3.4.3.1	Plátcí pojistného.....	50
3.4.3.2	Výše pojistného.....	50
3.4.3.3	Vyměřovací základ.....	51
3.4.3.4	Rozhodné období	52
3.4.3.5	Odvod pojistného	52
3.4.4	Postavení zdravotních pojišťoven.....	53
3.4.5	Přerozdělování pojistného.....	57
3.4.6	Způsob úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění	59
3.4.6.1	Praktičtí lékaři - primární ambulantní zdravotní péče	60
3.4.6.2	Odborní lékaři - ambulantní specialisté	62
3.4.6.3	Stomatologická péče	63
3.4.6.4	Komplenty: laboratoře a RTG.....	64
3.4.6.5	Zdravotnická záchranná služba a lékařská služba první pomoci.....	66
3.4.6.6	Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky	66
3.4.7	Regulační poplatky	67
3.4.7.1	Soulad regulačních poplatků s ústavním pořádkem	69
3.4.7.2	Problematika úhrady regulačních poplatků kraji	70
3.4.7.3	Regulační poplatky - ano či ne?.....	72
3.4.8	Financování zdravotní péče poskytované cizím státním příslušníkům	74
3.4.8.1	Zdravotní pojištění cizích státních příslušníků	75
3.4.8.2	Cizí státní příslušníci bez zdravotního pojištění.....	77
3.4.8.3	Děti cizinců narozené na území ČR.....	78

4. Modely financování zdravotnických systémů	79
4.1 Tržní model.....	79
4.2 Státní model	80
4.3 Systém národní zdravotní služby.....	81
4.4 Model zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami	82
5. Reforma zdravotnictví.....	85
5.1 Současné problémy financování zdravotnictví a jejich řešení.....	85
5.2 Reforma zdravotnictví v ČR.....	89
Závěr	93
Seznam použitých zkratek	97
Použitá literatura	98
Summary.....	106
Klíčová slova.....	108

Úvod

S problémy financování sociálního zabezpečení se setkává každý stát a jeho rozsah a podoba vypovídá o stupni rozvoje příslušné společnosti a hodnotách, které její členové vyznávají. Současný stav se do budoucna bez potřebných reforem či korekcí systémů jeví jen těžko udržitelný. Jde však o problematiku velmi citlivou, kdy se jakákoli změna nějakým způsobem dotýká v podstatě každého. Pochopení systémů, principů a vztahů sociálního zabezpečení a jeho financování je tedy pro tyto změny, resp. jejich akceptování, klíčové. Systém financování sociálního zabezpečení ovlivňuje výši příjmů občanů, stejně i případných dávek v různých nepříjemných sociálních situacích a odráží se i v dostupnosti a kvalitě poskytované zdravotní péče.

Přes výše uvedené konstatování je s podivem, že téma financování sociálního zabezpečení zůstává málo zpracovávaným (byť velmi diskutovaným). To je jeden z důvodů, pro který jsem si jej pro svoji diplomovou práci zvolila.

Při zpracování diplomové práce jsem použila popisnou metodu poznání a analýzy jednotlivých složek financování sociálního zabezpečení na základě právních předpisů a literatury. Současně jsem pro přehlednost a srozumitelnost výkladu tuto metodu doplnila statistickými tabulkami a grafy a pro lepší možnost hledání východisek jsem využila rovněž komparaci se stavem dané problematiky v zahraničí.

Diplomová práce je strukturována do čtyř kapitol. Začíná stručným historickým přehledem vývoje sociálního zabezpečení na našem území. Ve druhé kapitole je podán nástin obecných otázek týkajících se financování sociálního zabezpečení, jako jsou sociální výdaje, nástroje financování sociálního zabezpečení, modely sociálního zabezpečení a způsoby (systémy) financování sociálního zabezpečení. V následující kapitole je česká platná právní úprava financování sociálního zabezpečení podrobněji rozebrána podle jednotlivých subsystémů. V rámci sociálního pojištění je však zahrnuto pouze nemocenské a důchodové pojištění. Vzhledem k tomu, že účinnost zákona č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců, je stále odkládána, je dán prostor jiným aktuálnějším tématům a tato problematika do práce pojata není. Zdravotní pojištění je naopak zpracováno podrobně v kontextu celkového financování zdravotnictví a zdravotní péče. Těžiště práce leží právě v této oblasti, což se projevuje ve snaze zpracovat komplexně a podrobně celou problematiku od zdrojů financování, veřejného zdravotního pojištění, postavení pojišťoven, úpravy pojistného, přes způsoby

úhrad za poskytnutou zdravotní péči, regulační poplatky ve zdravotnictví, až k otázce poskytování zdravotní péče cizím státním příslušníkům. Na tuto část navazuje čtvrtá kapitola podávající přehled modelů financování zdravotnického systému (s rozebráním systému jedné konkrétní země představující daný model) pro mezinárodní srovnání. V páté kapitole jsou diskutovány současné problémy financování zdravotnictví a reforma zdravotnictví v České republice s možnými přístupy a řešeními.

Cílem práce je přispět do diskuze o financování sociálního zabezpečení z právního pohledu a podat souhrnný přehled celé problematiky, který by případně mohl být využitelný i v praxi a pro studenty souvisejících oborů.

1. Historický přehled vývoje práva sociálního zabezpečení

1.1 Kořeny sociálního zabezpečení obecně

S problémem občanů ocitajících se v důsledku nejrůznějších sociálních událostí v situaci, kdy se o sebe nedokáží v plné míře postarat sami, se potýká každá společnost.

Na počátku byla jejich existence zajištěna v rámci jejich rodu či kmene. Na principu rodové solidarity fungovala ještě v minulém století určitá společenství v Africe, Austrálii a na Tichomořských ostrovech, a s určitým stupněm rodové solidarity se můžeme setkat ještě dnes například na Balkáně¹.

V souvislosti s rozpadem rodových systémů a rozvojem dělby práce se prosazuje v nejstarších despotiích paternalistická péče, postavená na přidělování určitých rolí (vládních, pracovních, bojových apod.), jakož i prostředků na obživu všem obyvatelům. Ty, kteří nebyli schopni tyto role zastávat, některé společnosti zabíjely, jiné se je snažily přiměřeně jejich možnostem začlenit do přidělových systémů, popřípadě se o ně postarala jejich rodina. Naopak těm, které stát potřeboval pro svoji činnost, byly poskytovány „státní podpory“. Také v antickém Řecku nacházíme prvky institucionalizace sociálního zaopatření. Nutno podotknout, že hlavním důvodem (ostatně jako i v dalším vývoji) byla potřeba utlumení sociálního napětí, popřípadě prosazování politických cílů.

V následujícím vývoji sehrály významnou roli monoteistické církve (zvláště křesťanská), které zdůraznily pomoc bližnímu jako individuální, nesystémovou, neinstitucionalizovanou výpomoc. Tento přístup se začal jevit nezbytným v období raného feudalismu. O část praceneschopných obyvatel bylo postaráno v rámci lenních vztahů jejich pány, problém však vyvstal u lidí mimo tyto systémy. Právě zde vystupuje římskokatolická církev se svojí myšlenkou pomoci chudým. V 8. a 9. století začaly vznikat útulky a řády pečující o chudé či nemocné a pomoc chudým se stala i pro běžné věřící cestou k vykoupení.

Ovšem nárůst chudoby hlavně v průběhu 13. a 14. století měl za následek skutečnost, že církevní instituce nebyly schopny se postarat o všechny potřebné. Péče o chudé, potažmo žebráky, byla proto postupně přenášena na šlechtu i obce. Vznikají také různé zájmové spolky tovaryšů, cechy mistrů, tzv. horní bratrstva.

¹ Srov. TOMEŠ, Igor. *Sociální politika : teorie a mezinárodní zkušenost*, 2. vydání. Praha : SOCIOKLUB, 2001, s. 32.

Postupně se ukazuje nezbytnou úloha státu. Ten zprvu poskytoval pomoc jen těm, o něž nebylo postaráno v rámci jiných systémů. V moderní éře stát získává zásadní postavení, ať už tím, že sám zabezpečuje určité skupiny svých občanů, popřípadě všechny, nebo že vynucuje jisté budoucí sebezabezpečení jednotlivce skrze povinné pojištění.

1.2 Vývoj sociálního zabezpečení na území českých zemí

1.2.1 Vývoj do konce 19. století

I na našem území se sociální zabezpečení vyvíjelo zprvu jako péče o chudé poskytovaná církevními institucemi. Problém prudkého nárůstu chudiny v 17. století si vynutil úpravu žebráctví patentem o tulácích a žebrácích z roku 1661, který přiznal právo žebrat pouze těm, kteří z důvodu nemoci, stáří apod. nebyli schopni pracovat. Ostatní pak byli pod pohrůžkou vězení nuceni najít si práci. Povinnost péče o chudé byla nařízením pro Království české z 19. srpna 1785 přenesena z církve na vrchnost a ještě později, roku 1854 na obce (podle nařízení místodržitelství č. 3/1854 českého z. z.). Prosazovala se zásada, že chudinská péče má být vázána domovským právem k dané obci, což nakonec bylo provedeno zákonem č. 59 z 3. prosince 1868 českého z. z. ve spojení s příslušnými ustanoveními paragrafů obecních zřízení a zákona o domovském právu č. 18/1862 ř. z. Problematika péče o chudé se tak stala součástí veřejné obecní správy. Na obcích leželo také financování chudinské péče, až v případě, že se jim nedostávalo prostředků, nastupoval stát.

Vedle církevní chudinské péče se již ve středověku začaly na podporu práceneschopných členů vytvářet svépomocné podpůrné spolky. Mezi první patřila hornická bratrstva, jež zakládala podpůrné pokladny. Do těchto pokladen přispívali vedle samotných horníků, kterým byly strhávány příspěvky přímo z mezd, i těžaři. Regulace zabezpečení např. nemocných či zchudlých horníků se promítá i v horních řádech. Institucionalizovanou formu sociálního pojištění horníků přináší horní zákon (zákon č. 146 ř. z. z 23. května 1854), který uzákonil povinné zřizování bratrských pokladen.

Myšlenka solidarity a vzájemnosti se prosadila také v rámci dalších obchodních a řemeslných cechů, které mimo jiné pečovaly o sirotky a vdovy svých členů. Obdobně jako horní zákon uložil živnostenský řád (zákon č. 227/1859 ř. z.) povinnost zřizovat závodní podpůrné pokladny v závodech, kde bylo zaměstnáno více než 20 dělníků.

S koncem 18. století vyvstává potřeba organizovaného zaopatření určitých vrstev obyvatelstva při nejrůznějších sociálních událostech. Reforma státní správy umožnila vstup do úřadů také nešlechticům. Ti však neměli dostatek vlastních prostředků na živobytí v případě nemoci či stáří. Výsledkem bylo uzákonění penzijního zaopatření státních zaměstnanců, a to tzv. penzijními normály - patentem z 30. září 1771 (pro vdovy a sirotky po zaměstnancích, kteří „věrně sloužili“) a patentem z 26. března 1781 (pro zaměstnance, kteří se alespoň po deseti letech uspokojivé služby stali neschopnými práce). Penzijní normály nebyly předpisy o důchodovém pojištění, jak by se mohlo zdát, ale stanovily určité dávky zabezpečení pro oprávněné osoby. Dávky byly plně financovány ze státní pokladny a nebylo potřeba přispívat do žádného systému ze svého příjmu². Tím byly položeny základy státního zaopatření, byť jen pro státní úředníky a zaměstnance veřejné správy.

1.2.2 Taafeho reforma

Přestože se do systému státního zaopatření kromě úřednictva zapojovali i další veřejní zaměstnanci a jiné skupiny pracujících, stále šlo pouze o dílčí reformy týkající se úzkého okruhu osob. Zásadní změnu přinesl konec 19. století.

V Německu to byl kancléř Otto von Bismarck a jeho vláda, komu se podařilo zavést sociální pojištění pro široké vrstvy zaměstnanců. V roce 1883 bylo uzákoněno povinné nemocenské pojištění dělníků, o rok později úrazové pojištění dělníků a v roce 1889 i pojištění pro případ invalidity a stáří. Byť motivem byla hlavně snaha potlačit aktivity dělnického hnutí, nastolit politický dozor a dostat se k peněžním prostředkům těchto spolků, Bismarckova reforma znamenala významný posun v sociální politice a stala se vzorem pro podobné reformy v řadě evropských zemí.

Na našem území se záhy inspirovala vláda hraběte Taafeho, která již od roku 1883 předkládala říšské radě své návrhy zákonů o úrazovém a nemocenském pojištění dělníků. Projednávání však trvalo řadu let a návrhy se často měnily. Výsledné zákony bývají označovány jako Taafeho reforma:

- **zákon č. 1/1888 ř. z., o pojišťování dělníků pro případ úrazu** – zavedl povinné pojištění pro dělníky a výkonné úředníky pracující v rizikových oborech (mimo horníky, kterým byl vyhrazen zvláštní zákon). Pojištění se vztahovalo na následky úrazu způsobeného při výkonu práce. V případě zranění

² KOLDINSKÁ, Kristina. *Sociální právo*. Praha : C. H. Beck, 2007, s. 7.

měl pojištěnec nárok na důchod ve výši šedesát procent ročního výdělku, byl-li zcela práceneschopný, a padesát procent, šlo-li o částečnou neschopnost. Při úmrtí pojištěnce se proplácely pohřební náklady a důchod byl přiznán vdovám, vdovcům, dětem a v určitých případech i rodičům zemřelého. Pro účely pojištění byly zřízeny zvláštní pojišťovny, jejichž členy byli jak zaměstnavatelé, tak zaměstnanci v obvodu dané pojišťovny. Devadesát procent z tarifního pojistného platil zaměstnavatel. Ten měl také povinnost odvést zbývající část od pojištěnce, a v případě, že pojištěnec neměl žádné příjmy, platil celou sumu pojistného.

- **zákon č. 33/1888 ř. z., o pojištění dělníků pro případ nemoci** - nabyl účinnosti až 1. 8. 1889. Tento zákon představoval první obecně pojatou a povinnou úpravu zabezpečení v nemoci na našem území. Koncipoval nemocenské pojištění jako pojištění nárokové (obligatorní). Z pojištění náležely dávky peněžité (nemocenské ve výši alespoň šedesát procent obvyklé denní mzdy při pracovní neschopnosti, která trvala více než tři dny) i věcné (bezplatné lékařské ošetřování, bezplatná pomoc při porodu i nárok na léky a léčebné pomůcky)³. Správou byly pověřeny nemocenské pokladny. Dávky byly financovány na základě příspěvků vyměřovaných procentem ze mzdy. Dvě třetiny příspěvků platili zaměstnanci a jednu třetinu zaměstnavatelé, přičemž hlasováním na valné hromadě mohl být tento poměr změněn k tíži zaměstnavatelů⁴.
- **zákon č. 127/1889 ř. z., o bratrských pokladnách** - upravoval nemocenské pojištění horníků (v podstatě navázal na úpravu horního zákona z roku 1854). Správu pojištění podle tohoto zákona vykonávaly bratrské pokladny.

Tyto tři zákony zavedly povinné veřejnoprávní pojištění, ovšem omezené jen na dělníky, resp. horníky. Systém byl plně pod státní kontrolou a dávky se financovaly průběžně z vybraného pojistného. V souvislosti s Taafeho reformou mluvíme o počátcích moderního nemocenského pojištění na našem území.

Úprava sociálního pojištění byla rozšířena ještě zákonem o penzijním pojištění zřízenců ve službách soukromých a některých zřízenců ve službách veřejných (zákon

³ 80 let sociálního pojištění. Česká správa sociálního zabezpečení, 2004, s. 13. Dostupné též z: http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/5572A3BE-22CD-46D3-A31F-2BA0076C1C63/0/publikace_80letSP.pdf.

⁴ Viz podrobněji §§ 25 a 34 a 35 zákona č. 33/1888 ř. z.

č. 1/1907 ř. z.), ovšem k zavedení starobního a invalidního pojištění dělníků v této době nedošlo.

1.2.3 Vývoj v letech 1918 - 1945

Po vzniku Československa nový stát navázal v sociální oblasti na předchozí politiku svého předchůdce, převzal právní předpisy Rakouska-Uherska a začal přijímat zákony nové. Velkou měrou se o rozvoj moderního zákonodárství zasloužilo vzniklé Ministerstvo sociální péče. Byly přijaty zákony o invalidních rentách, zákon o podporách v nezaměstnanosti, o závodních radách, o minimální mzdě, o kolektivních smlouvách a o pracovní době.

Průlomovým právním předpisem v oblasti sociálního pojištění se stal **zákon č. 221/1924 Sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří**, který spojil úpravu nemocenského a důchodového pojištění v jednom předpisu a otevřel systém sociálního pojištění široké veřejnosti tím, že rozšířil okruh osob, na něž se systém sociálního pojištění vztahoval. Pojištění se týkalo těch, kteří na území Československé republiky vykonávali práce nebo služby na základě pracovního, služebního nebo učňovského poměru a nevykonávali je příležitostně nebo jako vedlejší zaměstnání⁵. Zákon se vztahoval v podstatě jen na dělníky, jelikož z tohoto pojištění byli vyloučeni státní zaměstnanci, soukromí úředníci, a také ti zaměstnanci, kteří nastoupili do zaměstnání až po 60. roce věku. Z invalidního a starobního pojištění se poskytovaly dávky opětuující se, a to invalidní důchod (při ztrátě výdělečné schopnosti), starobní důchod (po dovršení 65 let, opuštění zaměstnání nebo poklesu výdělku na polovinu), a také vdovský a sirotčí důchod pro pozůstalé. Dále se poskytovaly dávky jednorázové – tzv. odbytné důchodci nebo pozůstalému po pojištěnci. Nárok na starobní důchod měli muži i ženy od 65 let za podmínky uplynutí čekací doby 150 příspěvkových týdnů. Co se týče nemocenského pojištění, došlo k omezení některých dávek, nemocenské bylo vypláceno od čtvrtého dne pracovní neschopnosti a jeho výše byla odstupňována podle deseti mzdových tříd. Poskytovala se pomoc v nemoci, pomoc v mateřství a pohřebné. Systém byl postaven na principu vyváženosti příjmů a výdajů. Polovinu příspěvků platil zaměstnanec a druhou polovinu zaměstnavatel. Prováděním invalidního a starobního pojištění byla pověřena Ústřední sociální pojišťovna, která se

⁵ 80 let sociálního pojištění. Česká správa sociálního zabezpečení, 2004, s. 5. Dostupné též z: http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/5572A3BE-22CD-46D3-A31F-2BA0076C1C63/0/publikace_80letSP.pdf.

starala i o nemocenské pokladny (označovány jako nemocenské pojišťovny). Tento zákon představoval jednu z nejdůležitějších reforem v sociální oblasti v 1. polovině 20. století.

Následovalo přijetí zákona č. 221/1925 Sb. z. a n., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců, podle něhož byli pojištěni zaměstnanci ve službě státu, státních podniků a veřejných fondů státem spravovaných, příslušníci četnictva, učitelé obecných a občanských škol a další⁶. Pojistné hradili z poloviny zaměstnavatelé i zaměstnanci. K provádění pojištění byl příslušný Léčebný fond veřejných zaměstnanců.

Důchodové pojištění samostatně hospodařících osob mělo být zavedeno zákonem č. 148/1925 Sb. z. a n., o pojištění osob samostatně hospodařících pro případ invalidity a stáří, jenž však nikdy nenabyl účinnosti.

I přes rozvoj sociálního zákonodárství měly v oblasti sociální péče stále svůj význam i různé dobročinné a církevní spolky i obce, které organizovaly chudinskou péči. Financovány byly jak ze státních dotací, tak darů a sbírek a do jisté míry nahrazovaly činnost státu, čímž mu pomáhaly udržet nízký podíl výdajů na sociální účely.

Nicméně vývoj v dalším období poznamenala jak hospodářská krize, tak zejména německá okupace, během níž docházelo ke změnám spíše negativního charakteru.

1.2.4 Vývoj v letech 1945 - 1989

Poválečný vývoj zákonodárství v sociální oblasti měl své kořeny již v Košickém vládním programu z roku 1945. K realizaci myšlenky národního systému sociálního pojištění byla ustanovena komise složená ze zástupců všech politických stran, která vypracovala návrh zákona o národním pojištění v letech 1945 – 1948, během nichž bylo v platnosti v zásadě zákonodárství z doby před okupací. Ovšem již v roce 1945 byl přijat zákon o rodinných přídavcích, kterým se mělo pomoci alespoň rodinám s dětmi v době složitých poválečných ekonomických poměrů, kdy nebyly prostředky na zvýšení všech mezd.

Zákon č. 99/1948 Sb. z. a n., o národním pojištění, jehož vzorem byl model Sira Beveridge, který se zhruba ve stejné době začal prosazovat v Anglii, položil základ nové moderní sociální politiky – myšlenku sociálního státu (Social Welfare State). Byl

⁶ Viz § 1 zákona č. 221/1925 Sb. z. a n., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců.

založen na zásadě univerzality, uniformity, rovnosti, přiměřenosti zabezpečení, únosné míry sociální solidarity, společenské odpovědnosti občana za svou budoucnost a zásady demokraticismu ve správě a účelné centralizaci řízení národního pojištění.

Důchodové pojištění se vztahovalo na zaměstnance, osoby samostatně výdělečně činné (nově), jejich spolupracující členy rodiny, důchodce a nezaměstnané. Z důchodového pojištění náležel starobní důchod, invalidní důchod, důchod manželky, vdovský důchod, důchod družky, sirotčí důchod, výbavné, odškodné za pracovní úrazy a sociální důchod, a dále zvýšení důchodu - výchovné a zvýšení pro bezmocnost. Pro případ nemoci a mateřství byli pojištěni veřejní zaměstnanci, důchodci a nezaměstnaní. Poskytovaly se dávky věcné (ošetřování, pomoc v mateřství, pomoc při zmrzačení, zohydění a tělesných vadách a pomoc při neplodnosti) a dávky peněžité (nemocenské, peněžité dávky v mateřství, podpory při ústavním ošetřování, zvláštní výpomoc při sociálních chorobách, náhrada za výpomoc v rodině a pohřebné). Třetí skupinou dávek z pojištění byla všeobecná péče o pojištěnce a rodinné příslušníky.

Pojistné na důchodové pojištění bylo stanoveno na 10 % z vyměřovacího základu, k tomu 1 % na úrazové pojištění. Pojistné nemocenského pojištění činilo 5 % pro veřejné zaměstnance, 6,8 % pro ostatní zaměstnance a 6,7 % pro osoby samostatně výdělečně činné a spolupracující členy rodiny. Za zaměstnance hradil celé pojistné zaměstnavatel.

Zákon byl na svou dobu pokrokový, ale další vývoj politické situace si vynutil řadu reforem ve prospěch sovětské koncepce, která znamenala přechod od pojišťovacího principu k systému státního zabezpečení. Došlo ke znárodnění zdravotnictví a zákonem č. 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění bylo odděleno důchodové pojištění od nemocenského a správa nemocenského pojištění převedena na Revoluční odborové hnutí a její provádění do závodů. Také rodinné přídatky nově spadaly pod nemocenské pojištění a od roku 1952 je vyplácely podniky. Ke změně dochází i v systému financování sociálního zabezpečení, neboť zaměstnanecké pojistné se stalo součástí daně ze mzdy a později i zaměstnavatelský příspěvek na pojištění splynul s podnikovými odvody do státního rozpočtu. Financování sociálního zabezpečení tak bylo zcela postátněno, bez jakéhokoli označení a odlišení příslušných zdrojů v celkovém rozpočtu⁷.

⁷ RYS, Vladimír. *Česká sociální reforma : sociologická studie*. Praha : Karolinum, 2003, s. 17.

Tento proces byl završen reformou z roku 1956:

- **Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců** – nepočítal s pojištěním pro samostatně hospodařící občany. Výše nemocenského byla odstupňována podle doby zaměstnání v jednom podniku od 60 do 90 % z čisté denní mzdy, s tím, že za první tři dny pracovní neschopnosti činila 50 až 70 %. Z nemocenského pojištění se poskytovaly dávky věcné (lázeňská péče, výběrová a dětská rekreace Revolučního odborového hnutí), dávky peněžité (nemocenské, podpora při ošetřování člena rodiny, peněžité pomoci v mateřství, podpora při narození dítěte a pohřebné) a rodinné přídatky. Nemocenské pojištění se provádělo v závodech a odborových svazech, vrcholným orgánem byla Ústřední rada odborů.
- **Zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení** – upustil od principu pojištění a přenesl financování veškerých dávek na státní rozpočet. Výše důchodu pro příští závisela na mzdě, druhu práce a délce zaměstnání. Zákon zahrnoval důchodové zabezpečení, zabezpečení důchodců v nemoci a sociální péči, která nahradila zrušenou chudinskou péči. Z důchodového zabezpečení se poskytovaly důchody (starobní, invalidní a částečný invalidní, invalidní a částečný invalidní při pracovním úrazu, vdovský, vdovecký, sirotčí, manželky, za výsluhu let, osobní a sociální), výchovné k důchodům a zvýšení důchodů pro bezmocnost. Starobní důchod náležel mužům od 60 a ženám od 55 let po nejméně 20 letech zaměstnání. Jeho výše byla odstupňována podle tří pracovních kategorií, přičemž základní výměra činila 60, 55 a 50 % průměrného ročního výdělku. Nově zavedený osobní důchod mohl být přiznán pracovníkům za zásluhy v oboru hospodářství, vědy, kultury, správy a v jiných úsecích veřejné činnosti (v podstatě za služby režimu). Orgány sociálního zabezpečení byly státní úřad sociálního zabezpečení v Praze, slovenský úřad sociálního zabezpečení v Bratislavě a výkonné orgány národních výborů.

Takto postavený systém sociálního zabezpečení vyžadoval vysoké náklady, které neodpovídaly hospodářským prostředkům státu. Cílem druhé sociální reformy v roce 1964 bylo tedy hlavně snížení nákladů. To si vyžádalo negativní úpravy jen částečně zmírněné drobnými změnami pozitivního charakteru:

- **Zákon č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení** – prodloužil dobu zaměstnání pro nárok na starobní důchod na 25 let a naopak snížil a zároveň odstupňoval

podle počtu vychovaných dětí věkovou hranici pro ženy. Přestal se poskytovat starobní důchod během zaměstnání po dosažení důchodového věku, přistoupilo se ke zdanění důchodů a stanovení maximální hranice pro důchod starobní a invalidní. K provádění sociálního zabezpečení byl příslušný Státní úřad sociálního zabezpečení a národní výbory.

- **Zákon č. 103/1964 Sb., o sociálním zabezpečení rolníků.**

Ač tato reforma vyvolala dlouholetou kritiku, ani rok 1968 nepřinesl významnější změny. Jen zákon č. 53/1968 Sb., o změnách v organizaci a působnosti některých ústředních orgánů dal vzniknout Ministerstvu práce a sociálních věcí, které převzalo působnost v oblasti sociálního zabezpečení od Státního úřadu sociálního zabezpečení. Rozhodování o dávkách důchodového zabezpečení přešlo na Správu důchodů v Praze, z níž později vznikl Úřad důchodového zabezpečení v Praze.

Na další reformu, odstraňující negativa té předchozí, se však čekalo do poloviny 70. let 20. století:

- **Zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení** - sjednotil celý systém tím, že zrušil zvláštní postavení členů zemědělských družstev. Došlo ke zvýšení většiny důchodů, bylo zrušeno jejich zdanění a také se umožnila kumulace pracovního příjmu se starobním důchodem.

V následující dekádě opět vzrostly celkové náklady na sociální zabezpečení. Přes veškeré pokusy o postupné zlepšení dávek se režimu nepodařilo vyřešit problém adaptace důchodů na vývoj mezd a životních nákladů⁸ a reálná hodnota průměrných důchodů klesla. Tento vývoj si vynutil ke konci 80. let další reformu, kterou se však díky změně společenských poměrů nepodařilo uskutečnit celou. Byly zvýšeny starobní důchody představující jediný zdroj příjmů a přijat nový zákon o sociálním zabezpečení (zákon č. 100/1988 Sb.).

1.2.5 Vývoj po roce 1989

Změna politických, ekonomických i sociálních poměrů s sebou přinesla řadu nových problémů jako například nezaměstnanost, chudobu, bezdomovectví, drogovou závislost apod., které bylo třeba začít nově řešit. Sociální reforma, jejímž cílem byl přechod od

⁸ RYS, Vladimír. *Česká sociální reforma : (sociologická studie)*. Praha : Karolinum, 2003, s. 21.

sociálního zabezpečení k systému sociálního pojištění, byla prováděna souběžně s reformou ekonomickou.

Ke zmírnění nepříznivých dopadů ekonomických změn a k ochraně obyvatelstva před potencionální chudobou byla hned na začátku 90. let vytvořena tzv. záchranná sociální síť, a to především prostřednictvím zákona č. 463/1991 Sb., o životním minimu, a zákona č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti, také byl zaveden státní vyrovnávací příspěvek, který byl poskytován každé rodině.

Zákonem č. 1/1991 Sb., o zaměstnanosti, se zavedla státní politika zaměstnanosti, kterou prováděly úřady práce.

Významnou změnu znamenalo vytvoření systému zdravotního pojištění, spravovaného na státu nezávislými zdravotními pojišťovnami. Právní rámec byl dán zákony o veřejném zdravotním pojištění (zákon ČNR č. 550/1991 Sb.), o Všeobecné zdravotní pojišťovně (zákon ČNR č. 551/1991 Sb.), o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách (zákon ČNR č. 280/1992 Sb.) a o pojistném na veřejné zdravotní pojištění (zákon ČNR č. 592/1992 Sb.).

Podobně ani systém důchodového zabezpečení nebyl udržitelný a v polovině 90. let byl zákonem č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, nahrazen právě tímto systémem. Důchodové pojištění bylo ještě rozšířeno o doplňkový důchodový systém podle zákona č. 47/1994 Sb. o penzijním připojištění se státním příspěvkem.

K zabezpečení rodin s dětmi byl zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, zaveden systém státní sociální podpory.

Další významnější změny v oblasti sociální ochrany přišly až po roce 2006, kdy byly přijaty zákony o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.), o pomoci v hmotné nouzi (zákon č. 111/2006 Sb.), o úrazovém pojištění (zákon č. 266/2006 Sb.), o nemocenském pojištění (zákon č. 187/2006 Sb.), a zákoník práce (zákon č. 262/2006 Sb.).

Následovala reforma veřejných financí zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, která výrazně zasáhla do všech oblastí sociálního zabezpečení.

2. Obecné otázky financování sociálního zabezpečení

Úlohou sociálního zabezpečení je v nejširším slova smyslu regulace odpovědnosti člověka za svou budoucnost a stanovení míry a forem sociální solidarity mezi občany⁹, ve vlastním slova smyslu pak řešení nejrůznějších důsledků sociálních událostí. K tomu je zapotřebí určitých finančních prostředků, jež je nutno za tímto účelem získat a podle potřeb přerozdělit, k čemuž dochází zpravidla na kombinaci principu solidarity a principu zásluhovosti.

Co se týče výdajů na sociální zabezpečení, nejvýznamnější položkou jsou poskytované dávky, dále rozlišujeme výdaje administrativní a též investiční.

Finanční prostředky jsou získávány z daní (jak přímých tak nepřímých), příp. z poplatků či z kapitálu, z vybraného sociálního pojistného, i z darů. Mezi subjekty, které tedy sociální zabezpečení financují, patří stát, občané, zaměstnavatelé, územní samosprávné celky a také různé neziskové organizace, občanská sdružení a církve.

Stát může vystupovat jako nositel sociálního zabezpečení, organizovat jeho provádění a poskytovat dávky sociálního zabezpečení sám ze státního rozpočtu prostřednictvím státních orgánů. Sociální zabezpečení však může být plně přeneseno na jednotlivce, který se zabezpečuje pro případ sociální události prostřednictvím tvorby úspor či soukromého pojištění, popřípadě je odkázán na pomoc rodiny. V takovém případě stát působí pouze jako iniciátor sociálního zabezpečení, vytváří právní rámec pro působení jiných subjektů, nezasahuje však do organizování a provádění sociálního zabezpečení ani negarantuje jeho fungování. Třetím přístupem je typicky sociální pojištění, kdy stát vytváří právní rámec a nástroje pro povinné pojištění občanů. Stanoví podmínky sociálního zabezpečení, upravuje sociální práva občanů a jejich realizaci a poskytuje záruku fungování systému i záruku plnění ze systému sociálního zabezpečení. Institucionálně však tuto formu zabezpečení zajišťují zvláštní instituce, oddělené od státu a samostatně hospodařící s prostředky sociálního zabezpečení, popřípadě prováděly přece jen takové zabezpečení stát, jsou alespoň prostředky vybrané na pojistném vedeny na zvláštním účtu státního rozpočtu.

Nutno podotknout, že běžně dochází k prolínání různých forem sociálního zabezpečení a státy přistupují k otázce financování i organizaci sociální soustavy

⁹ Viz TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*, 3. vydání, Praha : C. H. BECK 2005, s. 8.

odlišně, v závislosti na místní tradici, kultuře, politické a sociální situaci a ekonomických možnostech země.

2.1 Sociální výdaje

Sociální výdaje tvoří významnou položku veřejných výdajů v mnoha zemích. Výdaje na sociální zabezpečení u nás patří k tzv. mandatorním výdajům státního rozpočtu, tzn., že jde o garantované výdaje, které musí vláda ze zákona investovat. S rozvojem společnosti a s prosazováním tzv. sociálních práv souvisí i prudký vzestup sociálních výdajů v druhé polovině 20. století.

Do výdajů na sociální zabezpečení jsou v jednotlivých zemích zahrnovány:

- 1) veřejné výdaje na sociální zabezpečení, kam patří výdaje na:
 - zdraví (výdaje na zdravotní péči, nemocenské dávky, invalidní důchody),
 - starobní a pozůstalostní důchody,
 - rodinu (rodinné dávky poskytované dětem, manželce, manželovi),
 - zaměstnanost (podpory v nezaměstnanosti, výdaje na rekvalifikace),
 - bydlení,
 - sociální pomoc,
- 2) další veřejné výdaje na vzdělání, podporu spoření a některé další výdaje,
- 3) daňové úlevy (slevy na daních) a daňové výdaje.¹⁰

2.2 Nástroje financování sociálního zabezpečení

Sociální zabezpečení využívá přímé a nepřímé nástroje financování. Do přímých nástrojů financování patří povinné příspěvky na sociální zabezpečení (pojištění) a povinné veřejné zdravotní pojištění, které mají charakter daňových příjmů, a dále dávky sociálního zabezpečení a dávky zdravotní péče jako část veřejných výdajů.

Mezi nepřímé nástroje se řadí daňové úlevy, zejména u individuálních důchodových daní a důchodových daní korporací (firem), a daňové výdaje¹¹.

¹⁰ VOSTATEK, Jaroslav. *Sociální a soukromé pojištění*. Praha : Codex Bohemia, 1996, s. 48.

¹¹ PEKOVÁ, Jitka. *Veřejné finance : úvod do problematiky*, 4. vydání. Praha : ASPI, a. s., 2008, s. 265.

2.3 Finanční metody realizace sociálního zabezpečení

Běžně se v sociálním zabezpečení využívá šest základních finančních metod realizace (finančních technik) sociálního zabezpečení.

Velmi důležitou metodou v současnosti je **sociální pojištění**, založené na povinném zákonném pojištění, kdy příspěvky jsou placené zaměstnanci i zaměstnavateli, s určitou účastí státu. Nárok na dávky je založen na placení pojistného či délce zaměstnání. V České republice (dále jen „ČR“) zahrnuje pojištění nemocenské, úrazové, invalidní, důchodové a zdravotní.

Podstatou **státního zaopatření** je úhrada výdajů v rámci státního rozpočtu. Systém není podmíněn žádným specifickým způsobem financování, ani z něho neplyne konkrétní konstrukce dávek. Tímto způsobem lze financovat jakékoli dávky sociálního zabezpečení. V ČR je státním zaopatřením typicky státní sociální podpora.

Pro **sociální pomoc** je charakteristické, že dávky jsou podmíněny sociální potřebností a jsou individualizovány. Financování probíhá z veřejných rozpočtů, případně je zajišťováno prostřednictvím charitativních akcí.

Klasickou metodou soukromého zabezpečení je **spoření**, buď povinné, nebo dobrovolné. Jde o odkládání finančních prostředků na pozdější spotřebu, zpravidla do fondů, kde dochází k jejich zhodnocení. Příkladem v ČR je penzijní připojištění se státním příspěvkem.

V **soukromém pojištění** se uplatňuje zásada ekvivalence, tzn., že pojistné má odpovídat přebíranému riziku. Jde o produkt trhu, který je však regulován státem. Soukromé pojištění může suplovat sociální pojištění, anebo, a to je častější, tvoří nadstavbu nad základním systémem sociálního zabezpečení (např. u nás životní pojištění).

Podnikové zaopatření spočívá v tom, že podnik poskytuje svým zaměstnancům dávky sociálního zabezpečení ze svých prostředků, a to buď dobrovolně, nebo na základě zákona. Taktéž představuje spíše nadstandardní metodu sociálního zabezpečení. V našich podmínkách sem řadíme odpovědnost za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání.¹²

¹² Srov. VOSTATEK, Jaroslav. *Sociální a soukromé pojištění*. Praha : Codex Bohemia, 1996, s. 50 - 70.

2.4 Modely sociálního zabezpečení

I přes snahu kategorizovat různé modely sociálního zabezpečení, nelze systémy jednotlivých zemí zařadit pouze do jednoho z nich. Ve skutečnosti neexistuje sociální zabezpečení v čisté modelové podobě, naopak i přes výraznou inklinaci k určitému modelu dochází k prolínání či přebírání prvků z modelů ostatních. Příčinou je jak vzájemné sblížování sociálních politik států, tak i rozmanitost sociální politiky jako takové, a tedy nutnost řešit zabezpečení v různých oblastech jinými způsoby.

Nicméně o popsání odlišností v sociálním zabezpečení jednotlivých států se pokoušela řada autorů. Nejčastěji se vychází z G. Esping-Andersenovy definice tří základních modelů sociálního státu - korporativní, anglosaský a skandinávský model. Pro jednotlivé modely existuje řada označení, vycházejících např. ze jména hlavního představitele, území, na němž se jednotlivé modely uchytily apod. S jednotlivými modely pak souvisejí i odlišnosti ve způsobu jejich financování.

2.4.1 Bismarckovský model (konzervativní, kontinentální, korporativní)

Základy tohoto modelu položilo německé sociální zákonodárství v 80. letech 19. století za vlády kancléře Otto von Bismarcka. Šlo o klasický model sociálního pojištění, tedy financování systému prostřednictvím pojistného. Povinné sociální pojištění se týkalo dělníků, pojistné platili zaměstnanci i zaměstnavatelé a v podobě příspěvků také stát.

V moderním pojetí se model sociálního pojištění vztahuje na všechny obyvatele, ať už jsou nebo nejsou zaměstnáni. Model je založený na principu zásluhovosti a sociální solidarity. Využívá převážně dávky zásluhové, u zdravotní péče též univerzální. Jde o dávky netestované, náležící nejen chudým, ale všem, kteří do systému prostřednictvím pojistného přispívali.

Tento systém je finančně náročnější pro zaměstnance i zaměstnavatele. Hlavním zdrojem financování je pojistné sociálního pojištění, doplňkovým zdrojem je státní rozpočet¹³.

Kromě Německa se konzervativní model rozšířil také např. do Belgie, Francie, Itálie či Rakouska.

¹³ VOSTATEK, Jaroslav. *Sociální a soukromé pojištění*. Praha : Codex Bohemia, 1996, s. 82.

2.4.2 Beveridgeův model (liberální, anglosaský)

Název se odvozuje od jména Sira Williama H. Beveridge, který v roce 1942 přednesl britskému parlamentu program nastiňující nový systém sociálního zabezpečení - systém národního pojištění. Sociální zabezpečení je financováno z pojistného, které je pro všechny stejné, a prostřednictvím státního rozpočtu z daní.

V klasickém liberálním pojetí se akcentuje odpovědnost jednotlivce za své sociální zabezpečení, popřípadě odpovědnost jeho rodiny. Stát přebírá povinnost postarat se o své občany až tehdy, není-li jiné řešení jejich zaopatření.

Dávky jsou poskytovány pouze nejchudším členům společnosti, a to ve stejné výši všem potřebným a pouze k zajištění minimálního standardu. Pro stát je tento systém relativně nenákladný.

Klasický liberální model byl spjat výlučně se sociální pomocí. Postupně však došlo k modifikacím v podobě např. zavedení prvků sociálního pojištění. V některých zemích se liberální model dokonce transformoval v tzv. univerzální model, v němž se uplatňovaly jen univerzální dávky, a který byl financován typicky ze státního rozpočtu.

Liberální model je v různých odchylkách využíván např. v Austrálii, Kanadě, USA nebo ve Velké Británii.

2.4.3 Skandinávský model (sociálně demokratický)

Jak název napovídá, tento model našel uplatnění především ve Švédsku, Norsku a Finsku. Označení "sociálně demokratický" je výsledkem toho, že vznikl a rozvíjel se během dlouhého období sociálně demokratických vlád, především ve Švédsku. Kombinuje univerzální systém s moderním systémem sociálního pojištění, což se týká i financování sociálního zabezpečení.

Jeho podstatou je snaha o zabezpečení všech občanů dané země, přičemž dominantní úlohu má stát. Všechny vrstvy a třídy jsou zahrnuty do jednoho univerzálního systému pojištění. Stát nemá zajišťovat jen minimální standard těm nejchudším, ale naopak se snaží zabezpečit nejvyšší standard pro všechny. To sebou nese zvýšené náklady jak pro občany (v podobě vysokých daní, s nimiž jsou však občané srozuměni a ochotni je platit), tak pro stát. Ufinancování takového systému je možné jen při maximální zaměstnanosti, a tudíž předpokládá efektivní trh práce.

V rámci financování tohoto systému sociálního zabezpečení se uplatňuje vysoká míra solidarity mezi bohatými a chudými.

2.4.4 Jiné přístupy

Na univerzalistickém principu stálo také sociální zabezpečení bývalých socialistických zemí, včetně ČSSR. Mluvíme o tzv. **státoprávním** či „**leninském**“ **modelu**. Ačkoli výkon veřejné správy byl např. u nemocenského pojištění delegován na odbory, systém byl financován ze státního rozpočtu a navázán na daně. Klíčovou pozici zde tedy měl stát.

Někdy se hovoří o tzv. **latinském modelu**, kterým byla rozšířena Esping-Andersenova typologie. V tomto modelu jsou obsaženy jak prvky konzervativního Bismarckova modelu (důchodové zajištění a zajištění v nezaměstnanosti spočívá na pojištění hrazeném z příjmu ze zaměstnání), tak také modelu sociálně demokratického (zdravotní péče a vzdělání jsou financovány z daní). Našli bychom v něm však nepochybně také prvky modelu liberálního, např. nízkou míru sociálního zajištění příjmově podprůměrných skupin¹⁴. Výrazným prvkem je zde velmi silná úloha rodiny, která v některých směrech poskytuje sociální zabezpečení svým členům. Za představitele tohoto modelu bývá uváděno Španělsko, Portugalsko, Itálie, Řecko.

O tzv. **chilském modelu** se hovoří v souvislosti s důchodovou reformou Pinochetovi vlády z roku 1981, které spočívala ve vytvoření povinného důchodového pojištění, ovšem organizovaného na soukromovlastnické bázi a financovaného pomocí kapitálového krytí¹⁵. Soukromé důchodové pojištění poskytuje 14 penzijních fondů, což jsou veřejné akciové společnosti se silnou regulací státu. Zisky penzijních fondů se celé rozdělují mezi účastníky, kterým se vedou individuální účty s jejich prostředky. U starobních důchodů zaměstnanci povinně převádí na účty úspor 10 % svých hrubých výdělků, přičemž zaměstnavatelé jim nijak nepřispívají. Při dosažení důchodového věku si účastník může vybrat mezi nákupem doživotního důchodu u soukromé pojišťovny nebo postupným, pravidelným čerpáním naspořených prostředků u penzijního fondu, případně část úspor jednorázově vybrat. Penzijní fondy poskytují také pozůstalostní a invalidní důchody, pojistné představuje okolo 3 % hrubého výdělku. Součástí systému je i zaručená minimální penze. Ta je podmíněna splněním čekací doby 20 let a je

¹⁴ FRANCOVÁ, Hana, NOVOTNÝ, Aleš. *Sociální politika v základech*. Praha : Triton, 2008, s. 101.

¹⁵ TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*, 3. vydání. Praha : C. H. Beck, 2005, s. 119.

vyplácena ze státního rozpočtu těm zaměstnancům, kteří po dosažení důchodového věku nemají dostatek prostředků na svém individuálním účtu. Chilský penzijní systém tedy kombinuje systém povinného spoření se systémem soukromého pojištění a sociálního pojištění včetně prvku sociální pomoci¹⁶.

2.5 Způsoby financování sociálního zabezpečení

V různých systémech sociálního zabezpečení se setkáváme v podstatě se dvěma základními přístupy financování sociálního zabezpečení. Jde o průběžné financování a fondové financování prostřednictvím kapitalizovaného fondu.

Kromě těchto způsobů se setkáváme i s jednorázovým financováním, např. cestou darů. Dary bývají hlavním příjmem nadací a občanských sdružení. Zvláštní způsob jednorázového financování představují tzv. granty. Jde o podporu konkrétního projektu z prostředků buď státu, nebo ze soukromých fondů a nadací, případně i ze zahraničních programů.

U doplňkových systémů sociálního zabezpečení se používá ještě metoda účetní rezervy, tzv. book reserve (např. v Německu), kdy neexistuje aktuální fond jako takový, ale organizace účetně zaznamenává závazky budoucích nároků a vyplácí dávky na základě běžných finančních operací. Tato forma může být velmi riziková z hlediska zachování dohodnutých dávkových nároků a vyžaduje vysokou ochranu proti insolventnosti¹⁷. Vhodná je pouze v organizacích se stabilní ekonomickou situací. V současné době Evropská unie odmítá používání této metody a doporučuje přechod na jiný systém.

2.5.1 Průběžné financování – tzv. pay-as-you-go systém (PAYG)

Systém je založený na tom, že se dávky sociálního zabezpečení financují přímo z prostředků vybraných ve stejném období. Používá se zpravidla v základních systémech sociálního pojištění. Uplatňuje se zde tzv. mezigenerační sociální solidarita, kdy se z příspěvků, pojištění a daní občanů v produktivním věku v daném období financují potřeby i jiných občanů (např. zdravotní péče poskytovaná dětem nebo starobní důchody).

¹⁶ VOSTATEK, Jaroslav. *Sociální a soukromé pojištění*. Praha : Codex Bohemia, 1996, s. 82.

¹⁷ TOMEŠ, Igor. *Sociální politika : teorie a mezinárodní zkušenost*, 2. vydání. Praha : SOCIOKLUB, 2001, s. 195.

Mezi zdroje financování patří povinné příspěvky na sociální zabezpečení (pojistné) od občanů, povinné veřejné zdravotní pojištění a daně. Příslušné finanční prostředky jsou soustředovány zpravidla přímo ve státním rozpočtu a odtud jsou alokovány v podobě výdajů na sociální zabezpečení obyvatel¹⁸. Pro efektivní fungování tohoto systému je tedy důležitý vyrovnaný rozpočet, výdaje nemají převyšovat příjmy.

System PAYG byl oblíben zejména v letech, kdy se ekonomiky vyspělých zemí dlouhodobě nacházely v období hospodářského růstu i růstu populace. V důsledku růstu produktivity práce a vysoké zaměstnanosti rostly mzdy a ostatní druhy příjmů, rostl základ důchodových daní, rostl daňový výnos nejenom důchodových daní, ale i nepřímých spotřebních daní v důsledku rostoucí spotřeby, rostl výnos povinných příspěvků na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění. Růst veřejných příjmů umožnil bezproblémové průběžné financování sociálního zabezpečení¹⁹.

V poslední době právě deficitnost veřejných rozpočtů, způsobená velkým růstem sociálních výdajů, vede ke kritice průběžného systému financování sociálního zabezpečení. Vytýká se mu především finanční nákladnost, citlivost na demografický vývoj i nedostatečná motivace občanů k úsporám na důchod.

K hlavním příčinám těchto problémů řadíme především stárnutí obyvatel, inflaci a její vliv na valorizaci dávek sociálního zabezpečení, růst nákladů institucí poskytujících služby v daných oblastech, růst nezaměstnanosti, malé domácí úspory pro vytváření rezerv, vládní a politický populismus.

Výhodou uvedeného systému jsou relativně nízké počáteční náklady a možnost ho kdykoli nastartovat. Navíc oproti níže uvedenému způsobu u průběžného financování nehrozí "krach" systému.

2.5.2 Fondové (kapitálové) financování

Základem je kapitalizovaný fond sociálního zabezpečení na pojišťovacím principu. Fondy jsou tvořeny z individuálních příspěvků pojištěnců, kteří si tímto způsobem vytvářejí kapitálové rezervy pro případ určité sociální události (typicky spoření na stáří). Zpravidla není omezena svoboda výběru konkrétního fondu. Každý má svůj individuální účet, z něhož potom čerpá své vlastní nasporené finanční prostředky.

¹⁸ PEKOVÁ, Jitka, PILNÝ Jaroslav, JETMAR, Marek. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*, 2. vydání. Praha : ASPI, 2005, s. 327.

¹⁹ PEKOVÁ, Jitka. *Veřejné finance : úvod do problematiky*, 4. vydání. Praha : ASPI, 2008, s. 269.

Nedochází zde tedy k uplatnění mezigenerační solidarity, jako je tomu u průběžného systému financování sociálního zabezpečení.

Správci těchto fondů jsou pojišťovny, jejichž úkolem je hospodařit s finančními prostředky tak, aby zabránily znehodnocení úspor. Kapitál lze investovat a následné výnosy je možné použít ke zvýšení vyplácených dávek, případně ke snížení odváděných příspěvků.

Právě ze špatných investic, neúměrného růstu inflace oproti úrokové míře a možnosti defraudace kapitalizovaných fondů sociálního zabezpečení plynou hlavní rizika tohoto systému. K jejich minimalizaci obvykle bývají zákonem vymezeny způsoby zhodnocování vložených finančních prostředků (zvláště investování do státních dluhopisů či do dalších nejméně rizikových cenných papírů), navíc hospodaření s těmito finančními prostředky zpravidla podléhá státnímu doзору. Zavedení systému předpokládá značný počáteční kapitál a není tedy možné v zemích, které nedisponují dostatečnými finančními rezervami. K výhodám naopak patří to, že není tak citlivý na demografický vývoj jako systém PAYG, a také možnost většího zhodnocení prostředků ve fondu.

V současnosti se fondové financování používá hlavně v doplňkových systémech, např. v individuálním připojištění. Tento systém přenáší odpovědnost na jednotlivce a zároveň je motivuje ke spoření na stáří. Forma individuálního spoření může být povinná i dobrovolná - v takovém případě se však stát snaží své občany k pojištění motivovat, ať už poskytováním daňových výhod (odpočtů od základu daně z příjmu aj.) nebo příspěvků ze státního rozpočtu.

2.6 Tzv. Vícepilířový systém sociálního zabezpečení

Vícepilířový systém využívá různých zdrojů financování sociálního zabezpečení od různých subjektů. Je důsledkem snahy omezení rizik a nevýhod výše uvedených systémů, které mnoho zemí řeší přechodem na jejich kombinaci. Využívají buď dvoupilířový (zahrnující tzv. veřejný pilíř a dobrovolný soukromý pilíř) nebo tzv. třípilířový (navíc ještě povinný soukromý pilíř) systém financování sociálního zabezpečení.

Co se týče **veřejného pilíře**, je upraven zákonem a je povinný. Akcentuje princip solidarity, do pozadí ustupuje princip zásluhovosti. Využívá průběžný systém

financování a zdroje financování plynou jak ze státního rozpočtu (z daní), tak z parafiskálního fondu sociálního zabezpečení, kam občané platí povinné příspěvky na sociální zabezpečení (povinné sociální pojištění), a fondu zdravotního pojištění.

Podstatou **povinného soukromého pilíře** je zákonem stanovená povinnost občanů spořit do kapitalizovaného fondu pojišťovny. Pojišťovny vybírá a zařazuje do systému stát, z vybraných pojišťoven si můžou občané zpravidla zvolit. Tento systém je dále založen na odluce od státu, resp. odluce financování od státního rozpočtu, tvorbě pojistně-technických rezerv u pojišťoven, principu ekvivalence mezi platbami pojištěnců a výplatou dávek v budoucnosti²⁰. Na rozdíl od veřejného pilíře nedochází k mezigeneračnímu přerozdělování. Typický je princip zásluhovosti dávek sociálního zabezpečení.

Dobrovolný soukromý pilíř je postaven na využití soukromého dobrovolného pojištění. Považuje se za doplněk systému sociálního zabezpečení. Příznačný je pro něj princip ekvivalence a zásluhovosti. Tento pilíř je založen na stejných základech jako předchozí, na rozdíl od povinného však využívá dobrovolné smluvní pojištění (resp. připojištění) jednotlivců, k němuž stát pouze motivuje (např. státními příspěvky nebo daňovými úlevami zaměstnavatelům, kteří pak zaměstnancům na pojištění také přispívají).

Vícepilířový systém je velmi vhodný především v důchodovém zabezpečení. Tam by veřejný pilíř měl mít formu státem zaručeného minimálního důchodu (většinou se jedná o univerzální dávku). Financován může být prostřednictvím státního rozpočtu anebo státních fondů. Povinný soukromý pilíř je pak postaven na základě ekvivalence, resp. na povinném spoření a může mít podobu smluvního starobního pojištění nebo podnikového zaopatrění. Dobrovolný soukromý pilíř bývá financován kapitálově a má blízko ke komerčnímu pojištění²¹.

²⁰ PEKOVÁ, Jitka. *Veřejné finance : úvod do problematiky*, 4. vydání. Praha : ASPI, 2008, s. 275.

²¹ Srov. VANČUROVÁ, Alena, KLAZAR, Stanislav. *Sociální a zdravotní pojištění : úvod do problematiky*. Praha : ASPI, 2005, s. 21.

3. Financování sociálního zabezpečení v České republice

V České republice se využívá dvoupilířový systém financování sociálního zabezpečení, přičemž zásadní postavení má stále veřejný pilíř. Dobrovolný soukromý pilíř není příliš významný a využívá se u důchodového pojištění ve formě dobrovolného smluvního připojištění občana k důchodu, ke kterému se stát snaží motivovat státním příspěvkem. Snaha reforem v sociální oblasti by však měla vést především k posílení významu tohoto pilíře a samozřejmě i k prosazení povinného soukromého pojištění.

Základem financování sociálního zabezpečení v ČR je průběžné financování v rámci veřejného pilíře²².

3.1 Sociální pojištění

Pod pojem sociální pojištění zahrnujeme v širším pojetí nemocenské pojištění, důchodové pojištění, úrazové pojištění, zdravotní pojištění a pojištění proti nezaměstnanosti. Užší pojetí (kterým se budu dále zabývat) vychází z definice pojistného na sociální zabezpečení, jak je upraveno v zákoně ČNR č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZPSZ“), které za sociální pojištění označuje pojištění nemocenské a důchodové. Tento zákon obsahuje také právní úpravu vztahů financování.

Sociální pojištění je založeno na systému průběžného financování. Důchodové i nemocenské pojištění ekonomicky garantuje stát. Financování systému je tedy navázáno na státní rozpočet. Pojistné na sociální zabezpečení, ale také penále, přírážka k pojistnému na sociální zabezpečení a pokuty ukládané podle uvedeného zákona patří k příjmům státního rozpočtu. Příjmy z pojistného na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti představují cca 35 % celkových příjmů státního rozpočtu a kryjí cca 70 % všech sociálních transferů vyplácených ze státního rozpočtu. Z tohoto pohledu resort ministerstva práce a sociálních věcí není pouze „konzumentem“ státních příjmů, nýbrž se výraznou měrou podílí i na naplňování státního rozpočtu příjmy²³. Ze státního rozpočtu jsou na druhé straně hrazeny výdaje na dávky nemocenského pojištění, dávky důchodového pojištění, dávky a služby státní politiky zaměstnanosti i

²² PEKOVÁ, Jitka. *Veřejné finance : úvod do problematiky*, 4. vydání. Praha : ASPI, 2008, s. 281.

²³ *Pojistněmatematická zpráva o sociálním pojištění : 2008*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2008, s. 20.

správní výdaje související s prováděním nemocenského a důchodového pojištění a státní politiky zaměstnanosti. Nepostačí-li k úhradě těchto výdajů finanční prostředky z vybraného pojistného, využije se i jiných příjmů státního rozpočtu. Naopak činí-li výdaje méně než vybrané pojistné, lze přebytek použít na úhradu také jiných výdajů státního rozpočtu.

Specifickému režimu však podléhá pojistné na důchodové pojištění, které se vede na samostatném účtu státního rozpočtu a jako samostatná položka příjmů státního rozpočtu se uvádí i v zákoně o státním rozpočtu. Jelikož pojistné na důchodové pojištění se vybírá společně s pojistným na nemocenské pojištění a příspěvkem na státní politiku zaměstnanosti, převádí se na tento samostatný účet státního rozpočtu poměrná část z plateb pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti odpovídající pojistnému na důchodové pojištění.

Tento zvláštní účet důchodového pojištění jako součást státních finančních aktiv byl zaveden 1. 1. 1996. Pokud příjmy v daném roce z důchodového pojištění převýšily výdaje (dávkové i administrativní), převedl se ze státního rozpočtu vzniklý přebytek na tento zvláštní účet. Zde vedené prostředky nebylo možné investovat a jejich použití bylo přesně určeno²⁴ a podmíněno souhlasem Poslanecké sněmovny.

S účinností od 1. 3. 2008 došlo k transformaci zvláštního účtu důchodového pojištění na účet rezervy pro důchodovou reformu. Sem se opět převádí výše zmíněné přebytky. K dalším příjmům patří také peněžní prostředky poukázané na tento účet podle zvláštních právních předpisů. Ve prospěch zvláštního účtu rezervy pro důchodovou reformu se převedou i prostředky účtu státních finančních aktiv, na kterém se od roku 2004 shromažďují prostředky z dividend, které získalo Ministerstvo práce a sociálních věcí jako správce majetkových účastí státu²⁵. Jak plyne z názvu účtu, nastřádané prostředky mají být použity na důchodovou reformu. K tomu je nutný návrh vlády a usnesení Poslanecké sněmovny. Ministerstvo financí má oprávnění dočasně volné prostředky investovat do státních dluhopisů a do dluhopisů České národní banky, jakož i do dluhopisů vydaných členskými státy Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj, a dluhopisů vydaných centrálními bankami těchto států nebo Evropskou

²⁴ Na výdaje na dávky důchodového pojištění a na úhradu záporného rozdílu uvedených příjmů a výdajů.

²⁵ *Pojistněmatematická zpráva o sociálním pojištění : 2008*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2008, s. 6.

centrální bankou. Výnosy z investování jsou příjmem tohoto účtu. Zprávy o hospodaření s peněžními prostředky účtu jsou součástí státního závěrečného účtu²⁶.

Tabulka 1. Zvláštní účet důchodového pojištění (v mil Kč)

ROK	Zvláštní účet	Rozdíl příjmů a výdajů	Příjmy	Výdaje	Z toho výdaje na	
			důchodového pojištění	důchody	správu	
1996	4 384	4 384	133 927	129 543	126 797	2 746
1997	4 384	-6 516	146 333	152 849	150 231	2 617
1998	4 384	-12 493	156 338	168 831	166 119	2 711
1999	4 384	-19 445	161 827	181 272	177 849	3 423
2000	4 384	-19 658	170 457	190 115	186 852	3 263
2001	0	-18 501	185 953	204 454	201 111	3 343
2002	0	-18 909	198 424	217 333	213 648	3 685
2003	0	-19 912	209 624	229 536	225 833	3 703
2004	8 326	8 326	243 276	234 950	230 897	4 053
2005	14 886	6 560	258 327	251 767	247 390	4 377
2006	5 576	-864	276 913	277 777	272 911	4 866
2007	15 437	9 897	304 934	295 037	289 855	5 182

Zdroj: *Pojistněmatematická zpráva o sociálním pojištění : 2008*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008, s. 28

Co se týče nemocenského pojištění, žádný zvláštní režim hospodaření s pojistným na nemocenské pojištění se neuplatňuje.

3.1.1 Pojistné na sociální zabezpečení

ZPSZ stanoví okruh poplatníků pojistného, jimiž od 1. 1. 2009 jsou zaměstnavatelé, zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné (dále jen „OSVČ“), zahraniční zaměstnanci²⁷ za dobu dobrovolné účasti na nemocenském pojištění a osoby dobrovolně účastné důchodového pojištění. Oproti předešlé právní úpravě se nerozlišují tzv. organizace a malé organizace, naopak došlo k rozdělení zaměstnanců na ty, za které musí být placeno pojistné na nemocenské a důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti, a ty, za něž se platí pojistné pouze na důchodové pojištění.

Výše pojistného se stanoví procentní sazbou z vyměřovacího základu zjištěného za rozhodné období.

²⁶ Viz § 36 zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

²⁷ Zahraničním zaměstnancem se rozumí zaměstnanec zaměstnavatele, jehož sídlo je na území státu, se kterým ČR neuzavřela mezinárodní smlouvu o sociálním zabezpečení, pokud je činný v ČR ve prospěch tohoto zaměstnavatele.

3.1.1.1 Vyměřovací základ

Vyměřovacím základem **zaměstnance** je úhrn započitatelných příjmů zúčtovaných do rozhodného období. Započitatelnými příjmy jsou příjmy, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob a nejsou od této daně osvobozeny a které zaměstnanci zaměstnavatel zúčtoval²⁸ v souvislosti se zaměstnáním, které zakládá účast na nemocenském pojištění nebo účast jen na důchodovém pojištění. Do vyměřovacího základu zaměstnance se dále zahrnuje odměna, která je ve zvláštních případech vyplácená pěstounům podle zákona o státní sociální podpoře. Z příjmů se však do vyměřovacího základu zaměstnance nezahrnuje náhrada škody podle zákoníku práce, odstupné, další odstupné, odchodné a odbytné a odměna při skončení funkčního období podle zvláštních právních předpisů, věrnostní přídavek horníků, odměny vyplácené podle zákona o vynálezech a zlepšovacích návrzích, jednorázová sociální výpomoc, dále plnění, které bylo poskytnuto poživateli starobního nebo plného invalidního důchodu po uplynutí jednoho roku od skončení zaměstnání, a pojistné zaplacené zaměstnavatelem za zaměstnance podle § 8 odst. 2 ZPSZ (tj. nebylo-li možné srazit pojistné z příjmu zaměstnance, protože tento příjem nebyl v peněžní formě).

U **zaměstnavatele** jsou vyměřovacími základy částky odpovídající úhrnu vyměřovacích základů jeho zaměstnanců. Vzhledem k výše zmíněnému rozlišení zaměstnanců musí zaměstnavatel vykazovat zvlášť úhrn vyměřovacích základů zaměstnanců účastných nemocenského pojištění a zvlášť úhrn vyměřovacích základů zaměstnanců účastných pouze důchodového pojištění.

Co se týče **osob samostatně výdělečně činných** je vyměřovacím základem pro pojistné na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti částka, kterou si OSVČ určí. Určený vyměřovací základ však nesmí činit méně než 50 % daňového základu (tzv. „relativní“ dolní limit). Zároveň je stanoven také „absolutní“ minimální vyměřovací základ pro daný kalendářní rok, který se počítá jako 12 x 25 % průměrné mzdy²⁹ (tj. 70 668 Kč v roce 2009) pro hlavní a jako 12 x 10 % průměrné mzdy (tj. 28 272 Kč v roce 2009) pro vedlejší samostatně výdělečnou činnost, pokud je

²⁸ Zúčtovaným příjmem se rozumí plnění, které bylo v peněžní nebo nepeněžní formě nebo formou výhody poskytnuto zaměstnavatelem zaměstnanci nebo předáno v jeho prospěch, popřípadě připsáno k jeho dobru anebo spočívá v jiné formě plnění prováděné zaměstnavatelem za zaměstnance.

²⁹ Průměrná mzda se stanoví jako součin všeobecného vyměřovacího základu za kalendářní rok, který o dva roky předchází kalendářnímu roku, pro který se průměrná mzda zjišťuje, a přepočítacího koeficientu pro úpravu tohoto všeobecného vyměřovacího základu. Pro rok 2009 činí průměrná měsíční mzda 23 555 Kč.

vykonávána pod dobu 12 měsíců. Není-li samostatně výdělečná činnost vykonávána po všechny kalendářní měsíce, roční minimální vyměřovací základ se snižuje.

Pro pojistné na nemocenské pojištění je vyměřovacím základem OSVČ měsíční základ, jehož výši určuje OSVČ. Měsíční základ však nesmí být nižší než dvojnásobek částky rozhodné podle zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění³⁰.

Výše uvedené obdobně platí i pro vyměřovací základ **zahraničního zaměstnance** pro pojistné na nemocenské pojištění.

Vyměřovacím základem pro pojistné na důchodové pojištění u **osoby dobrovolně účastné důchodového pojištění** je taktéž částka, kterou si určí, minimálně však částka ve výši jedné čtvrtiny průměrné mzdy platné v kalendářním roce, v němž se pojistné na důchodové pojištění platí.

Pro zaměstnance a OSVČ zákon navíc stanoví i maximální vyměřovací základ ve výši čtyřicetiosminásobku průměrné mzdy³¹. Pro OSVČ takto stanovený horní limit od 1. 1. 2008 nahradil dříve pevnou částku 486 000 Kč. V roce 2009 je tedy maximálním ročním vyměřovacím základem částka 1 130 640 Kč. Na rozdíl od minimálního ročního vyměřovacího základu se tato částka u OSVČ nesnižuje z důvodu, že činnost nebyla vykonávána ve všech kalendářních měsících kalendářního roku.

3.1.1.2 Procentní sazby

Sazby pojistného se liší podle jednotlivých skupin poplatníků. S účinností od 1. 1. 2009 došlo k jejich snížení u zaměstnanců, zaměstnavatelů, OSVČ a zahraničních zaměstnanců v důsledku snížení sazby pojistného na nemocenské pojištění a státní politiku zaměstnanosti.

Co se týče **zaměstnavatelů**, činí v roce 2009 sazby pojistného 25 % z vyměřovacího základu podle § 5a písm. a)³² - z toho 2,3 % na nemocenské pojištění, 21,5 % na důchodové pojištění a 1,2 % na státní politiku zaměstnanosti; a 21,5 % z vyměřovacího základu podle § 5a písm. b)³³. Od roku 2010 ZPSZ zavádí nový dobrovolný systém placení pojistného na nemocenské pojištění. Ten se týká

³⁰ Pro rok 2009 je tzv. rozhodný příjem 2 000 Kč. Zákon stanoví předpoklady, za nichž vláda tuto částku nařízením zvýší.

³¹ Součástí tzv. úsporného balíčku, který schválila Poslanecká sněmovna v září 2009, bylo zvýšení maximálního vyměřovacího základu pro rok 2010 na sedmdesátidvojnásobek průměrné mzdy.

³² Tj. částka odpovídající úhrnu vyměřovacích základů zaměstnanců, za které musí být placeno pojistné na nemocenské pojištění, důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti.

³³ Tj. částka odpovídající úhrnu vyměřovacích základů zaměstnanců, za které se platí pojistné pouze na důchodové pojištění.

zaměstnavatelů s průměrným počtem zaměstnanců nižším než 51. Zaměstnavatelé přihlášení do systému budou platit pojistné na nemocenské pojištění ve výši 3,3 % a na rozdíl od ostatních zaměstnavatelů, kterým se sazba pojistného sníží na 1,4 %, si budou moci od pojistného odečíst polovinu z vyplacené náhrady mzdy za prvních 14 dnů trvání pracovní neschopnosti.

Zaměstnanci od 1. 1. 2009 neplatí pojistné na nemocenské pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Sazba pojistného na důchodové pojištění činí 6,5 % z vyměřovacího základu.

Pro **OSVČ** účastnou důchodového pojištění je dána sazba 29,2 % z vyměřovacího základu pro pojistné na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti a pro OSVČ účastnou nemocenského pojištění 1,4 % z vyměřovacího základu pro pojistné na nemocenské pojištění.

U **osob dobrovolně účastných důchodového pojištění** činí sazba pojistného 28 % a u **zahraničního zaměstnance** 1,4 % z vyměřovacího základu.

3.1.1.3 Rozhodné období

Obecně je rozhodným obdobím, z něhož se zjišťuje vyměřovací základ, kalendářní měsíc, za který se pojistné platí. Pouze u OSVČ, pokud jde o vyměřovací základ pro pojistné na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti, je rozhodným obdobím kalendářní rok, za který se toto pojistné a příspěvek platí.

3.1.1.4 Výběr pojistného

Tento pojem by bylo možno rozdělit na odvod pojistného a placení pojistného. Odvodem se rozumí soubor pravidel určujících, kdo a kdy je povinen pojistné odvádět, zatímco placením se rozumějí formy plateb³⁴.

K výběru pojistného jsou příslušné okresní správy sociálního zabezpečení (dále jen "OSSZ"). Místní příslušnost OSSZ je ve většině případů dána sídlem zaměstnavatele a bydlištěm OSVČ.

Pojistné se platí v české měně bezhotovostním převodem z účtu, v hotovosti prostřednictvím banky, spořitelního a úvěrního družstva nebo držitele poštovní licence. Jde-li o částku do 5 000 Kč, lze pojistné uhradit též v hotovosti v pokladně příslušné OSSZ.

³⁴ TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*, 3. vydání. Praha : C. H. Beck, 2005, s. 135.

Platí, že **zaměstnavatel** odvádí i pojistné, které je povinen platit zaměstnanec (tuto částku srazí zaměstnavatel zaměstnanci z jeho příjmů, které mu zúčtoval). Pojistné, které má odvádět, je zaměstnavatel povinen sám vypočítat.

Zaměstnavatelé od 1. 1. 2009 podle ustanovení § 9 odst. 2 ZPSZ odečítají z částky pojistného placeného za kalendářní měsíce polovinu částky, kterou v kalendářním měsíci, za který pojistné platí, zúčtovali zaměstnancům na náhradě mzdy za dobu dočasné pracovní neschopnosti podle ustanovení § 192 odst. 2 zákona č. 262/2006 Sb., Zákoník práce.

Zaměstnavatel odvádí pojistné za jednotlivé kalendářní měsíce. Pojistné za kalendářní měsíc je splatné od 1. do 20. dne následujícího kalendářního měsíce a odvádí se na účet příslušné OSSZ.

OSVČ platí buď pojistné na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti nebo zálohy na pojistné a doplatek tohoto pojistného. Pojistné na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti se platí za kalendářní rok, ve kterém OSVČ byla alespoň po část roku účastna důchodového pojištění, ale nebyla povinna platit zálohy na pojistné, a to do osmi dnů poté, kdy byl podán přehled o příjmech a výdajích. Zálohy na pojistné se platí na jednotlivé celé kalendářní měsíce a nově jsou splatné od 1. do 20. následujícího kalendářního měsíce.

OSVČ, která je účastna nemocenského pojištění, je povinna platit také pojistné na nemocenské pojištění na jednotlivé celé kalendářní měsíce.³⁵

3.1.2 Nová právní úprava nemocenského pojištění a náhrady mzdy

Nemocenské pojištění pro případ dočasné pracovní neschopnosti, nařízené karantény, těhotenství a mateřství a ošetřování člena domácnosti nebo péče o něj je upraveno nově v zákoně č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Ačkoli tento zákon byl schválen již v dubnu 2006 a o měsíc později také vyhlášen ve Sbírce zákonů, jeho účinnost byla dvakrát odložena až k datu 1. 1. 2009. Spolu s ním nabyl účinnosti také zákon č. 189/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o nemocenském pojištění.

³⁵ Podrobná úprava placení pojistného na nemocenské pojištění, pojistného na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti a záloh na pojistné je obsažena v §§ 13 - 15 ZPSZ.

Nová právní úprava nahradila přes padesát let starý zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů, a na rozdíl od dosavadního stavu má povahu zákonnou, která nepředpokládá (až na jedinou výjimku³⁶) vydávání podrobnějších prováděcích předpisů.

Od předchozí úpravy se nový zákon liší svou komplexností. Jednak sjednotil dříve samostatné právní úpravy nemocenského pojištění pro zaměstnance, OSVČ i pro osoby ve služebním poměru a také v sobě zahrnul jak dávkovou, tak organizační i procesní oblast. Pouze pojistné na nemocenské pojištění zůstalo upraveno v samostatném zákoně o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.

Významnou změnu doznala úloha zaměstnavatelů v nemocenském pojištění. Nově poskytují ze svých prostředků zaměstnanci náhradu mzdy za první dva týdny trvání jeho dočasné pracovní neschopnosti³⁷. Tato povinnost (resp. náklady s ní spojené) je kompenzována snížením sazby pojistného pro zaměstnavatele³⁸.

Náhrada mzdy náleží jen zaměstnancům účastným nemocenského pojištění a jen v době trvání pracovního vztahu, a to i v případě, že je práce vykonávána na základě dohody o pracovní činnosti, pokud je předem rozvržena pracovní doba. Náhrada mzdy však náleží až od čtvrtého dne pracovní neschopnosti³⁹. Vypočítává se z průměrného výdělku, který se zjišťuje na pracovní hodiny, a je nutné ho redukovat. Z průměrného výdělku zaměstnance se z částky do 1. redukční hranice započte 90 %, z částky mezi 1. a 2. redukční hranicí 60 %, z částky mezi 2. a 3. redukční hranicí 30 % a k částce nad redukční hranici se nepřihlíží⁴⁰. Náhrada mzdy pak činí 60 % z redukováného průměrného výdělku, ovšem jedná se o tzv. čistý příjem, tzn., že náhrada mzdy nepodléhá ani zdanění, ani se z ní neplatí pojistné na sociální a zdravotní pojištění. Zaměstnavatel však může poskytnout náhradu mzdy až do výše průměrného výdělku, v tom případě se pak z částky nad základní výši daň z příjmu i pojistné na sociální a zdravotní pojištění platí.

Nemocenské se tedy vyplácí až od 15. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény (platí i pro OSVČ), a to i v případě kdy, náhrada mzdy nenáleží. Dávky

³⁶ Vyhláška č. 481/2006, o náležitostech průkazu zaměstnanců orgánů nemocenského pojištění pověřených kontrolou dodržování režimu dočasně práce neschopného pojištěnce.

³⁷ Náhrada mzdy je upravena v § 192 an. zákona č. 262/2006 Sb., Zákoník práce.

³⁸ Z 3,3 % na 2,3 %.

³⁹ V případě karantény však náhrada mzdy náleží i za první tři dny, a to ve výši 25 % průměrného výdělku.

⁴⁰ Redukční hranice jsou pro rok 2009 stanoveny ve výši 137, 55 Kč, 206,15 Kč, 412,30 Kč.

nemocenského pojištění již nebudou vyplácet zaměstnavatelé, ale pouze orgány nemocenského pojištění.

Současná úprava nemocenského pojištění si prošla řadou peripetií. Když v důsledku zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, došlo s cílem omezit zneužívání institutu pracovní neschopnosti k odložení poskytování nemocenského až ke čtvrtému dni pracovní neschopnosti⁴¹, vznesla se vlna nevole. Vytýkáno bylo především porušení pojistného principu - pojistné na nemocenské pojištění se platí právě pro případ pojistné události, tedy nemoci či karantény a plnění by mělo být poskytováno po celou tuto dobu. Daná problematika se dostala v rámci návrhu na zrušení celého zmíněného zákona, až před Ústavní soud, který dotčená ustanovení s účinností od 30. 6. 2008 zrušil⁴². Podle názoru Ústavního soudu bylo zrušení poskytování nemocenského za prvé tři dny pracovní neschopnosti v rozporu s ustanovením čl. 30 odst. 1 Listiny základních práv a svobod, konkrétně s právem na přiměřené hmotné zabezpečení při nezpůsobilosti k práci. Ústavní soud upozornil na to, že převážná většina zaměstnanců zůstává po dobu prvních tří dnů pracovní neschopnosti bez jakýchkoliv prostředků, zatímco jejich povinnost platit pojistné zůstala nedotčena.

V dalším vývoji bylo nemocenské v prvních třech dnech poskytováno nejdříve ve výši původních 60 %, později snižené na 25 % z vyměřovacího základu. Poté následovala současná úprava a opětovné zavedení "bezplatných" prvních tří dnů.

S náhradou mzdy poskytovanou zaměstnavatelem v zásadě souhlasím. Dokonce si dovedu představit poskytování náhrady mzdy i za delší období např. měsíc, jako je tomu v některých zemích⁴³. Zaměstnavatelé jsou více zainteresoováni na kontrole svých zaměstnanců v pracovní neschopnosti⁴⁴, čímž se snižuje riziko tzv. falešných marodů, i na podporování prevence zdraví svých zaměstnanců. Negativně se tato povinnost může projevit v určitých oborech, kde se ji budou zaměstnavatelé snažit, aby ušetřili, obejít tím, že namísto uzavírání pracovních poměrů budou preferovat spolupráci s OSVČ (tedy obdobu tzv. schwarzsystému). Vzhledem k tomu, že jde jen o určité oblasti, kde je to možné a kde takový přístup koneckonců byl běžnou praxí i doposud, nevidím v tom až tak zásadní problém. Větší riziko plyne z možné insolvence zaměstnavatele, kdy by

⁴¹ Jde o institut tzv. karenční doby. Karenční doba je doba, za kterou se nemocenské neposkytuje.

⁴² Nález Ústavního soudu ze dne 23.04. 2008, sp. zn. Pl.ÚS 2/08.

⁴³ Např. v Německu prvních 6 týdnů je nemocný zaměstnanec placen svým zaměstnavatelem ve výši přibližně 95 % z čisté mzdy.

⁴⁴ Velcí zaměstnavatelé obvykle kontrolu provádí prostřednictvím zmocněných zaměstnanců. Ovšem u menších zaměstnavatelů lze vyslovit obavu, zda jsou schopni potřebnou kontrolu zneužívání zajistit.

se zaměstnanci museli (byť jako přednostní věřitelé) domáhat vyplacení náhrady mzdy s nejistým výsledkem v insolvenčním řízení. Toto riziko však hrozí zaměstnancům, i pokud jde o mzdu jako takovou a význam institutu náhrady mzdy tedy nezpochybňuje.

Co se týče prvních tří dnů pracovní neschopnosti, kdy není poskytována náhrada mzdy ani nemocenské, jde o otázku složitější, na kterou je nutno nahlížet z více úhlů. Z historicko-právního hlediska se na našem území setkáváme s úpravami poskytování nemocenského jak od začátku, tak i od čtvrtého⁴⁵ dne trvání pracovní neschopnosti. Ukázalo se, že se jedná o celkem spolehlivý regulační prvek užívání krátkodobé pracovní neschopnosti, který se používá i v zahraničí. Statistiky však vykazují toliko pokles počtu pracovních neschopností, neznamenají ale, že by obecně došlo i ke snížení nemocnosti. Spíše se zdá, že zaměstnanci využívají jiné formy pracovního volna k řešení svých zdravotních obtíží (např. dovolená na zotavenou, někteří zaměstnavatelé poskytují jako bonusy dny osobního volna či tzv. sickdays nad rámec systému). Lze také předpokládat možné zvýšení chronických onemocnění v důsledku přecházení prvních příznaků nemoci či šíření některých onemocnění mezi spoluzaměstnance.

Pokud jde o Ústavním soudem zmíněné porušení práva na přiměřené hmotné zabezpečení při nezpůsobilosti k práci, vzala bych v úvahu, že ať už mzda či její náhrada i nemocenské se vyplácí za celý měsíc, tedy ne v jednotlivých dnech, tudíž neproplacené tři dny v rámci měsíce neznamenají, že by zaměstnanec zůstal v době pracovní neschopnosti bez jakéhokoli příjmu, nýbrž že jeho měsíční příjem byl snížen. Je třeba si uvědomit, že úkolem sociálního zabezpečení není při sociálních událostech zajišťovat "běžný životní standard" postižené osoby, ale pomoci ji tyto situace řešit, aby nezůstala úplně bez prostředků. Zde tedy můžeme diskutovat jen o míře snížení příjmu a přiměřenosti hmotného zabezpečení.

Jako zásadnější vidím připomínku, že se pod hlavičkou boje proti zneužívání či nadužívání některých institutů či služeb začala (a to i v jiných oblastech) zavádět plošně regulační omezení, která v konečném důsledku postihují všechny občany - což znamená převážnou většinu poctivých občanů, kteří tak v případě skutečné nemoci na takto nastavený systém nemocenského pojištění doplácí. Spravedlivější by jistě bylo hledat spíše cesty účinné kontroly zneužívání systému (především přímo u lékařů a pojištěnců) či motivovat zaměstnance k péči o své zdraví (a tím méně častému upadání do pracovní neschopnosti) formou bonusů či odměn těm, kteří tento institut nevyužívají.

⁴⁵ Viz např. zákon č. 221/1924 Sb. z. a n., o pojištění pro případ nemoci, invalidity a stáří.

3.2 Státní sociální podpora

Prostřednictvím státní sociální podpory se stát podílí na krytí nákladů na výživu a ostatní základní osobní potřeby dětí a rodin a státní sociální podporu poskytuje i při některých dalších sociálních situacích⁴⁶.

Stát tedy předpokládá určité sociální události, na jejichž vznik váže poskytnutí státní sociální podpory. Státní sociální podpora je založena na co nejširší sociální solidaritě, která je vynucená státem. Dochází k sociálnímu přerozdělování mezi nepotřebnými a potřebnými, tj. vysokopříjmovými a nízkopříjmovými rodinami a mezi bezdětnými a rodinami s dětmi. Státní sociální podpora pomáhá rodině krýt zejména zvýšené náklady vyvolané přítomností takových osob v rodině, které dosud nejsou výdělečně činné (nezaopatřené děti), a dále pomáhá řešit různé sociální situace, na něž rodina vlastními silami nestačí. Výše dávek státní sociální podpory je vždy nižší než skutečné náklady, na které přispívá⁴⁷.

Dávky se rozlišují na dávky poskytované v závislosti na výši příjmu (přídavek na dítě, sociální příplatek, příspěvek na bydlení) a dávky netestované (rodičovský příspěvek, dávky péčovské péče, porodné, pohřebné).

Podle § 1 odst. 2 zákona o státní sociální podpoře náklady na státní sociální podporu (a to jak na dávky, tak správní výdaje) hradí stát. Na dávky státní sociální podpory se neplatí žádné pojistné, finanční prostředky stát získává z daní a jiných příjmů státního rozpočtu. Systém státní sociální podpory je tedy plně financován a organizován státem. O dávkách státní sociální podpory rozhodují úřady práce⁴⁸.

Jak ukazují následující tabulky, výdaje na státní sociální podporu mají (až na výjimky) růstovou tendenci.

Tabulka 2. Výdaje na státní sociální podporu v letech 1990 - 2007 (v mld. Kč)

ROK	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Výdaje	13 025	14 216	14 748	14 583	18 073	18 931	27 765	29 232	31 366
ROK	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Výdaje	31 327	31 855	31 943	33 670	32 275	32 786	33 046	34 123	48 617

Zdroj: *Výdaje na základní složky sociálně-zdravotního systému 1990-2008*. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. Dostupný z:

http://www.vupsv.cz/index.php?p=ekonomicke_a_socialni_ukazatele_cr

⁴⁶ Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.

⁴⁷ KEPKOVÁ, Michaela. *Státní sociální podpora : (Vznik a vývoj systému)*. Praha : SOCIOKLUB, 1997, s. 29.

⁴⁸ Viz § 66 odst. 1 zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.

Nejvýznamnější výdaje tvoří výdaje na dávky státní sociální podpory. Z nich se potom nejvíce finančních prostředků vydává na přídavek na dítě, rodičovský příspěvek a sociální příplatek.

Tabulka 3. Vyplacené dávky státní sociální podpory v letech 2000 - 2007

Dávky	2000	2004	2005	2006	2007 ¹⁾
Dávky státní sociální podpory (v mil. Kč)	31 855	32 669⁷⁾	32 954	34 042	48 532
v tom:					
přídavek na dítě	12 748	11 790	11 195	11 033	10 236
sociální příplatek	6 199	5 262	4 779	4 419	4 607
příspěvek na bydlení	2 518	2 548	2 458	2 287	1 565
příspěvek na dopravu	1 045	857	-2 ⁸⁾	-1 ⁸⁾	-
rodičovský příspěvek	7 691	10 425	12 627	13 526	28 690
zaopatřovací příspěvek ²⁾	15	3	-	-	-
pěstounská péče	339	427	467	585	771
porodné	581	832	895	1 591	2 097
pohřebné	540	525	533	513	509
příspěvek na teplo ³⁾	106	-	-	-	-
příspěvek na nájemné ⁴⁾	73	-	-	-	-
příspěvek na péči o dítě v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc ⁵⁾	-	-	2	24	-
příspěvek na školní pomůcky ⁶⁾	-	-	-	65	57

¹⁾ předběžné údaje

²⁾ vypláceno do 31. 12. 2004

³⁾ vypláceno do 30. 6. 2000

⁴⁾ vypláceno do 31. 12. 2000

⁵⁾ dávka s účinností od 1. 10. 2005 do 31. 5. 2006

⁶⁾ dávka s účinností od 1. 6. 2006 do 31. 12. 2007

⁷⁾ bez mimořádného jednorázového příspěvku na dítě ve výši 3 874 mil. Kč

⁸⁾ dodatečné vratky

Zdroj: Statistická ročenka České republiky 2008. Dostupné z:

<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/kapitola/10n1-08-2008-2400>

Z hlediska veřejných financí však růstová tendence výdajů na státní sociální podporu není udržitelná. Zlom tedy nastává v roce 2008, kdy dochází v důsledku zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ke snížení výdajů na dávky státní sociální podpory.

Zásadně se změnila konstrukce rodičovského příspěvku (např. výše rodičovského příspěvku, který dosud náležel v jednotné výši 7 582 Kč měsíčně, se nově

stanoví ve třech různých výměrách v závislosti na věku dítěte, výši peněžité pomoci v mateřství a volbě rodiče), upravily se podmínky nároku a výše přídatku na dítě (např. nerozlišuje se už výše přídatku na dítě ve zvýšené, základní a snížené výměře v závislosti na výši rozhodného příjmu v rodině, ale výše přídatku je odstupňována podle věku dítěte) a sociálního příplatku. U většiny dávek byla odstraněna vazba na částky životního minima při stanovení výše dávky. Tímto opatřením se docílí, že s růstem životních nákladů, které se promítnou do částek životního minima, nebudou automaticky růst dávky státní sociální podpory ani výdaje na ně⁴⁹.

Pro rok 2008 státní rozpočet už předpokládal výdaje na dávky státní sociální podpory ve výši 45,7 mld. Kč. V průběhu 1. pololetí však došlo k dalším změnám ve státním rozpočtu a tato částka byla ještě snížena na 45,6 mld. Kč. Tendenci snižování výdajů na dávky státní sociální podpory potvrdil také státní rozpočet na rok 2009, který předpokládá částku 44,4 mld. Kč.

3.3 Sociální pomoc

Systém sociální pomoci je určen k zabezpečení základních životních potřeb osob v situaci absolutního nedostatku hmotných prostředků a v těch situacích, kdy osoby nejsou schopny samy ani s pomocí rodiny zabezpečovat svoje základní životní potřeby⁵⁰.

Sociální pomoc vychází z tradice chudinské péče a uplatňuje se tam, kde ostatní systémy sociálního zabezpečení buď selhaly, nepostačují či nemůžou být použity. Charakteristickými znaky sociální pomoci je tedy subsidiarita, individualizace (o konkrétním plnění se rozhoduje na základě konkrétních poměrů jednotlivce), solidarita (mezi chudými a bohatými, zdravými a nemocnými). Mezi nástroje sociální pomoci patří poradenství, prevence sociálně patologických jevů, sociálně právní ochrana, dávky pomoci v hmotné nouzi (peněžní i věcné) a sociální služby.

Do systému sociální pomoci zahrnujeme pomoc v hmotné nouzi, sociální služby a sociální péči. Jednotlivé formy sociální pomoci jsou financovány především ze státního rozpočtu a z rozpočtů územně samosprávných celků.

⁴⁹ KEPKOVÁ, Michaela. *Změny v dávkovém systému státní sociální podpory*. In: Národní pojištění, 2007, č. 12. [Cit. 7. března 2009]. Dostupný z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/casopis-narodni-pojisteni-c-12-2007-clanek-3.htm.htm>.

⁵⁰ PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*, 2. vydání. Praha : ASPI, 2007, s. 18.

3.3.1 Financování sociálních služeb

Pokud jde o financování sociálních služeb, je třeba rozlišovat financování příspěvku na péči jako peněžité dávky poskytované osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby a financování sociálních služeb.

Příspěvek na péči poskytují obecní úřady obcí s rozšířenou působností. Náklady na příspěvek na péči se hradí ze státního rozpočtu, a to z rozpočtové kapitoly Ministerstva práce a sociálních věcí. Z této kapitoly se převádějí potřebné prostředky do rozpočtů obcí, které dávku poskytují.⁵¹

Způsob financování sociálních služeb plyne ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen "SocSl"). Jedná se o vícezdrojové financování. Předpokládaným nejdůležitějším zdrojem příjmů pro poskytovatele sociálních služeb by měly být finanční prostředky poskytované formou dotací ze státního rozpočtu⁵². Dalším zdrojem jsou rozpočty územně samosprávných celků a úhrady za poskytnuté služby od uživatelů sociálních služeb. Dále se sociální služby financují z darů fyzických a právnických osob i z vlastních zdrojů poskytovatelů služeb (např. z výnosů své hospodářské činnosti).

Rozlišujeme dvě základní metody financování. Tzv. dotace „na lůžko“ znamená, že dotována je služba, tím pádem je dotován každý, kdo danou službu využívá, ačkoli může mít vlastní finanční prostředky na plnou úhradu této služby. V současné době se uplatňuje více druhá metoda, tzv. dotace „na hlavu“, kdy je dotován přímo občan, který obdrží sociální dávku, aby si sám mohl koupit sociální službu, kterou potřebuje⁵³.

3.3.1.1 Dotace ze státního rozpočtu

Dotace ze státního rozpočtu se poskytuje k zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru, a je určena k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb. Na poskytnutí dotace však není právní nárok. Dotace se poskytují prostřednictvím rozpočtu kraje a je třeba si o ně zažádat. Žádost předkládá krajský úřad Ministerstvu práce a sociálních věcí (dále jen "MPSV"). Krajské úřady také kontrolují využití poskytnutých dotací. Co se týče

⁵¹ TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*, 4. vydání. Praha : C. H. Beck, 2008, s. 133.

⁵² MATOUŠEK, Oldřich a kol., *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007, s. 48.

⁵³ Viz TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*, 4. vydání. Praha : C. H. Beck, 2008, s. 134.

výše dotací, podle zákona⁵⁴ se stanoví na základě celkového ročního objemu finančních prostředků rozpočtovaných v závazném ukazateli pro příslušný rozpočtový rok, dále zpracovaného střednědobého plánu rozvoje služeb kraje, počtu vyplácených příspěvků a jejich finančního objemu, počtu poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru, a jejich kapacit a kapacit sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Dotace ze státního rozpočtu se poskytují také na zajištění povinnosti krajského úřadu poskytnout sociální službu v případě, kdy poskytovatel sociální služby ukončil poskytování sociální služby z důvodů zrušení jeho registrace, pozbytí její platnosti, popřípadě jiného důvodu a kdy osoby, kterým tento poskytovatel dosud poskytoval sociální služby, se nacházejí v bezprostředním ohrožení jejich práv a zájmů a nejsou schopny si samy zajistit pokračující poskytování sociálních služeb⁵⁵.

Dále se poskytuje dotace ze státního rozpočtu obcím s rozšířenou působností na zajištění jejich povinnosti zajistit v nezbytném rozsahu poskytnutí sociální služby nebo jiné formy pomoci osobě, které není poskytována sociální služba, a je v takové situaci, v níž by neposkytnutí okamžité pomoci ohrozilo její život nebo zdraví⁵⁶.

S účinností od 1. 1. 2009 poskytuje ze státního rozpočtu MPSV účelově určené dotace krajům k zajištění dostupnosti poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem. Dotace bude určena na financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním základních druhů a forem sociálních služeb v rozsahu stanoveném základními činnostmi u jednotlivých druhů sociálních služeb⁵⁷.

Ze státního rozpočtu se mohou poskytovat také účelové dotace na podporu sociálních služeb, které mají celostátní či nadregionální charakter, na činnosti rozvojové povahy nebo v případě mimořádných situací (např. živelní pohroma, ekologická či průmyslová havárie apod.). Tyto poskytuje MPSV.

3.3.1.2 Dotace z rozpočtů obcí a krajů

Účelové dotace podle zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, mohou poskytovat obce či kraje ze svých rozpočtů k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb.

⁵⁴ Viz § 101 odst. 5 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁵⁵ Viz § 102 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁵⁶ Viz § 103 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁵⁷ Viz § 101a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

3.3.1.3 Zvláštní dotace

Zvláštní dotace může podle zákona č. 170/2002 Sb., o válečných veteránech, ve znění pozdějších předpisů⁵⁸, poskytnout Ministerstvo obrany poskytovatelům sociálních služeb provozujícím pobytová zařízení sociálních služeb, ve kterých je poskytována péče i válečným veteránům a jejich manželkám nebo manželům. Ministerstvo obrany dále podle uvedeného zákona může válečným veteránům a jejich manželkám nebo manželům poskytovat příspěvek na lázeňskou péči nebo rekreační pobyt⁵⁹.

3.3.1.4. Přímá úhrada od uživatelů sociálních služeb

Kromě dotací jsou zdrojem financování sociálních služeb také úhrady od uživatelů těchto služeb. Částečně by měl tyto úhrady pokrývat právě příspěvek na péči, jinak si klienti hradí sociální služby z vlastních zdrojů. Podle SocSl jsou sociální služby poskytovány bez úhrady nákladů nebo za částečnou či plnou úhradu nákladů. Výše úhrady nákladů vychází ze smlouvy, kterou s poskytovatelem klient uzavře. Zákon také předpokládá vydání prováděcího předpisu⁶⁰ pro stanovení maximální výše úhrad, aby nedošlo k finančnímu zneužití provozování sociálních služeb. Toto omezení se stanoví především proto, že sociální služba je službou veřejnosti a nelze z ní vytvořit čistě komerční činnost orientovanou na zisk⁶¹.

I přes ostatní popsané platby z veřejných zdrojů má stále platit, že vlastní příjmy občana tvoří, pokud je to možné, jeden ze základních zdrojů financování sociálních služeb⁶².

3.3.1.5 Strukturální fondy Evropských společenství a další programy Evropských společenství

Těchto zdrojů lze využít taktéž k financování činností rozvojové povahy, na podporu sociálních služeb, které mají celostátní či nadregionální charakter či v případě mimořádných situací.

⁵⁸ Resp. podle novely tohoto zákona, zákona č. 70/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 170/2002 Sb., o válečných veteránech.

⁵⁹ KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči : komentář, právní předpisy*, 2. vydání. Olomouc : Anag, 2008, s. 161.

⁶⁰ Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁶¹ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007, s. 48.

⁶² KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. Praha : Triton, 2005, s. 37.

3.3.2 Financování pomoci v hmotné nouzi

System pomoci v hmotné nouzi je určen k ochraně osob, jež se dostaly do nepříznivé sociální situace, která se projevuje nedostatkem finančních prostředků k uspokojování potřeby a výživy a ostatních osobních potřeb.

Úpravu této problematiky obsahuje zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. Podle § 4 odst. 2 tohoto zákona náklady na dávky hradí stát, a to z finančních prostředků získaných příslušným orgánem pomoci v hmotné nouzi formou dotace ze státního rozpočtu. Financování pomoci v hmotné nouzi tedy probíhá ze státního rozpočtu. O dávkách rozhodují a dávky vyplácí pověřené obecní úřady a obecní úřady obcí s rozšířenou působností. Územně samosprávné celky žádají o poskytnutí dotace na tyto dávky vždy pro příslušný kalendářní rok. Jedná se o neinvestiční účelovou dotaci, která je poskytována podle zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech, ve znění pozdějších předpisů, z rozpočtové kapitoly MPSV.

3.3.3 Financování sociální péče

Sociální péče je upravena v zákoně č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, který za sociální péči označuje péči o osoby se zdravotním postižením. Avšak úprava konkrétních dávek sociální péče je ve vyhlášce č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Financování sociální péče probíhá také ze státního rozpočtu formou neinvestiční účelové dotace pro příslušný kalendářní rok, která je poskytována pověřeným obecním úřadům a obecním úřadům s rozšířenou působností. Ty potom jednotlivé dávky osobám se zdravotním postižením vyplácí⁶³.

3.4 Zdravotnictví a zdravotní péče

3.4.1 Zdroje financování zdravotnictví

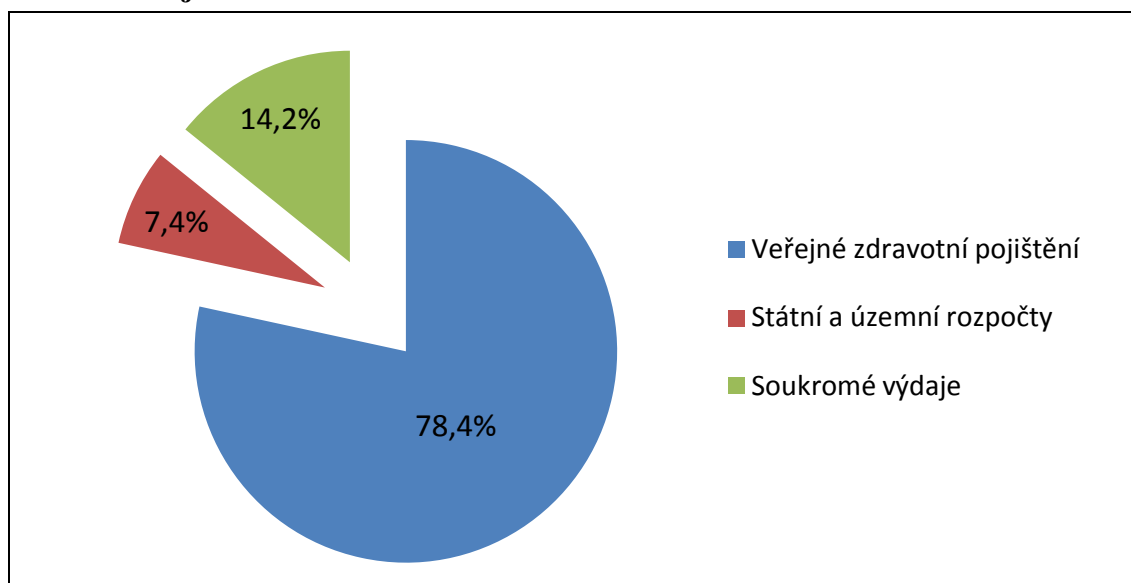
System českého zdravotnictví a zdravotní péče je založen na vícezdrojovém financování. Rozlišujeme zdroje veřejné a soukromé. Veřejnými zdroji jsou veřejné zdravotní pojištění, státní a místní rozpočty. Mezi soukromé zdroje patří přímé platby občanů, soukromé zdravotní pojištění, prostředky neziskových organizací apod. Mezi

⁶³ TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*, 4. vydání. Praha : C. H. Beck, 2008, s. 134.

zdroje financování zdravotnictví se dá zařadit také sociální zabezpečení, jehož dávky přímo se zdravím souvisí (např. dávky nemocenského pojištění)⁶⁴.

Finanční prostředky se tedy získávají z prostředků veřejného zdravotního pojištění, ze státního rozpočtu, z rozpočtů obcí a krajů, z rozpočtů jiných zřizovatelů, z prostředků poskytnutých církevními, charitativními a jinými právníky či fyzickými osobami, z přímých úhrad od pacientů a není vyloučeno ani využití strukturálních fondů evropských společenství⁶⁵.

Graf 1. Zdroje financování zdravotnictví v ČR v roce 2007



Zdroj: *Zdravotnická ročenka České republiky 2007*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5300

Z uvedeného grafu je jasně patrné, že základním zdrojem financování zdravotní péče je veřejné zdravotní pojištění, odkud pochází největší podíl finančních prostředků. Z veřejného zdravotního pojištění je hrazena zdravotní péče poskytnutá pojištěncům pojišťoven s cílem zachovat nebo zlepšit jejich zdravotní stav⁶⁶.

Významný zdroj financování zdravotnictví představují daně plynoucí do státního rozpočtu. Ze státního rozpočtu jsou financovány hlavně investice ve zdravotnických zařízeních, jejichž zřizovatelem je stát, resp. Ministerstvo zdravotnictví (dále jen "MZ

⁶⁴ Srov. BODLÁKOVÁ, Linda. *Národní účty zdraví : nástroj ekonomické analýzy financování zdravotní péče*. Kostelec nad Černými lesy : IZPE, 2002. Zdravotní politika a ekonomika, sv. 4, 2002, s. 40.

⁶⁵ K tomu podrobněji viz např. BRÍZA, Jan, PAVLÍKOVÁ, Jiřina. *Peníze, zdravotnictví, malé a střední podnikání a možnosti získávání finančních prostředků z Evropské unie*. Praha : Eurolex Bohemia, 2006.

⁶⁶ Viz § 13 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

ČR"). Jde především o fakultní nemocnice a nemocnice krajské úrovně. Dále se z prostředků státního rozpočtu hradí náklady na zdravotní péči vymezených skupin osob, tzv. státních pojištěnců⁶⁷.

Z místních rozpočtů jsou financovány investice ve zdravotnických zařízeních, jejichž zřizovateli jsou územní samosprávné celky. Z veřejných rozpočtů jsou také financovány prevence a služby veřejného zdravotnictví, výzkum a vývoj, vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví apod.

Co se týče domácností jako soukromých zdrojů, zahrnují se sem přímé platby občanů a soukromé pojištění. Občané si hradí péči (zcela či alespoň částečně), která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Jde např. o kosmetické zákroky, některé materiály ve stomatologii aj. Běžné jsou však také doplatky či přímá úhrada za léky a zdravotnické prostředky v lékárnách. Od 1. 1. 2008 byly jako forma spoluúčasti zavedeny tzv. regulační poplatky. Soukromé pojištění nehraje ve financování zdravotnictví a zdravotní péče významnou roli, a to především z toho důvodu, že veřejné zdravotní pojištění kryje širokou škálu zdravotní péče, např. také péči lázeňskou.

Neziskové organizace se podílejí na poskytování zdravotní péče a mohou být zřizovateli zdravotnických zařízení. Financují investice do zdravotnických zařízení a často také sponzorují výzkum a vývoj ve zdravotnictví.

Výše prostředků pro zdravotnictví závisí především na růstu celkového objemu výdělků zaměstnaných osob a růstu příjmů osob samostatně výdělečně činných. Zvýšení zdrojů plynoucích do zdravotnictví je možné dosáhnout zvýšením procentuální výše pojistného, zvýšením státního příspěvku za tzv. státní pojištěnce, dobrovolným přisunem dalších zdrojů od obyvatelstva (komerční připojištění, volba dražších pojistných produktů, úhrada nadstandardních služeb a materiálů) a zvýšením spoluúčasti pacientů⁶⁸.

3.4.2 Všeobecné zdravotní pojištění

System veřejného (všeobecného) zdravotního pojištění u nás vznikl v letech 1992 - 1993. Tehdejší financování zdravotní péče ze státního rozpočtu se stalo neudržitelným a

⁶⁷ Tj. osoby, za které platí pojistné stát, např. děti, důchodci, nezaměstnaní (viz další výklad).

⁶⁸ VEPŘEK, Jaromír, VEPŘEK, Pavel, JANDA, Jaroslav. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. Praha : Grada Publishing, 2002, s. 116.

vynutilo si tak významné změny směřující od systému státního zabezpečení zdravotní péče k pojišťovacímu principu. Uplatněním zdravotního pojištění došlo k oddělení financování zdravotní péče od státního rozpočtu a k vytvoření předpokladů pro zkvalitňování zdravotní péče. Legislativní základ systému položily tyto právní předpisy:

- zákon ČNR č. 550/1991 Sb., o veřejném zdravotním pojištění⁶⁹,
- zákon ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně,
- zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách,
- zákon ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.

Na ústavní rovině zaručuje čl. 31 Listiny základních práv a svobod každému právo na ochranu zdraví a na základě veřejného pojištění také každému právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za zákonem stanovených podmínek.

Veřejné zdravotní pojištění je založeno na činnosti zdravotních pojišťoven, jejichž hlavním úkolem je vybrat pojistné od plátců a těmito získanými finančními prostředky zaplatit zdravotnickým zařízením za zdravotní péči poskytnutou pojištěncům a dále hradit náklady za léky a prostředky zdravotnické techniky⁷⁰.

Co se týče zdravotních pojišťoven, uplatňuje se princip plurality. Volba zdravotní pojišťovny je až na zákonné výjimky⁷¹ právem každého občana. Ovšem samo pojištění u některé ze zdravotních pojišťoven je obligatorní a nevybere-li si občan jinou zdravotní pojišťovnu, je automaticky pojištěn u Všeobecné zdravotní pojišťovny (dále jen „VZP“)⁷². Zdravotní pojišťovnu lze také změnit, a to jednou za dvanáct měsíců, avšak jen k prvnímu dni kalendářního čtvrtletí. Narozené děti se stávají automaticky pojištěnci té zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka v den jejich narození. Za nezletilé a osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům, provádí změnu zdravotní pojišťovny zákonný zástupce.

Zásadní místo v systému veřejného zdravotního pojištění zaujímá princip solidarity. Zdravotní péče je poskytována ve stejné míře a kvalitě všem pojištěncům,

⁶⁹ Tento zákon byl později přepracován a nahrazen dnes platným zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

⁷⁰ DANĚK, Antonín, GLET, Jiří. *Zdravotní pojištění : doporučeno ke studiu*. Praha : Linde, 2003, s. 7.

⁷¹ Např. vojáci v činné službě nebo žáci vojenských škol jsou ze zákona pojištěni u Vojenské zdravotní pojišťovny.

⁷² Podle § 2 odst. 1 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů, provádí tato pojišťovna všeobecné zdravotní pojištění, pokud toto pojištění neprovádějí resortní, oborové a podnikové zdravotní pojišťovny.

ačkoli přispívají do systému různými částkami, popřípadě nepřispívají vůbec (např. osoby, za něž platí pojistné stát). Jde o solidaritu jak zdravých s nemocnými, tak bohatších s chudšími, kdy osoby s vyšším příjmem přispívají vyššími částkami. Uvedený princip je provázen fenoménem nazývaným "kompresa pojištěnců", to znamená, že 70 % solidárních zdrojů čerpá pouze asi čtvrtina pojištěných⁷³. Tato solidarita je omezena zavedením stropu vyměřovacího základu pro OSVČ a zaměstnance. Z příjmů přesahující tento strop se již pojistné neplatí.

Účast na veřejném zdravotním pojištění je povinná a vzniká na základě zákona⁷⁴ pro osoby, které mají na území ČR trvalý pobyt a osoby bez trvalého pobytu, které jsou však zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem na území ČR. Zdravotní pojištění vzniká dnem narození, dnem získání trvalého pobytu na území ČR nebo dnem, kdy se osoba bez trvalého pobytu na území ČR stala zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR. Zdravotní pojištění tedy vzniká přímo ze zákona těmito událostmi, nevyžaduje se přihlášení u nějaké pojišťovny ani placení pojistného. K zániku pojištění dochází dnem úmrtí pojištěnce či jeho prohlášením za mrtvého, dnem, kdy osoba bez trvalého pobytu na území ČR přestala být zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR, nebo dnem ukončení trvalého pobytu na území ČR. Ze zdravotního pojištění jsou vyňaty osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR a jsou činné pro zaměstnavatele požívající diplomatických výhod a imunit nebo pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území ČR, a dále osoby dlouhodobě pobývající v cizině a neplatící pojistné⁷⁵.

3.4.3 Pojistné na všeobecné zdravotní pojištění

Pojistné na všeobecné zdravotní pojištění je stanoveno v zákoně procentní sazbou a závisí tak na výši příjmů. Výše pojistného tedy není odvozena z individuálního ocenění zdravotního rizika pojištěnce, což je důsledek principu solidarity⁷⁶.

⁷³ KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*, 4. vydání. Praha : ASPI, 2007, s. 327.

⁷⁴ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

⁷⁵ Podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, není povinen platit pojistné pojištěnec po dobu, kdy dlouhodobě pobývá v cizině, jde-li o nepřetržitý pobyt delší než šest měsíců, je-li v cizině zdravotně pojištěn a učinil-li o tom u své zdravotní pojišťovny písemné prohlášení. Zda a jak dlouho byl zdravotně pojištěn v cizině, musí při opětovném přihlášení u zdravotní pojišťovny doložit.

⁷⁶ Někteří autoři absenci tohoto prvku považují za negativní. Objevují se také návrhy rozdělit pojistné na část solidární a individuální - viz např. VEPŘEK, Jaromír, VEPŘEK, Pavel, JANDA, Jaroslav. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. Praha : Grada Publishing, 2002, s. 119.

3.4.3.1 Plátcí pojistného

Co se týče plátců pojistného, zákon⁷⁷ rozlišuje tři skupiny - pojištěnci podle § 5, zaměstnavatelé a stát.

Za pojištěnce podle § 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, se považují zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné a osoby s trvalým pobytem na území ČR nespádající do výše uvedených kategorií, není-li za ně plátcem pojistného stát, pokud uvedené skutečnosti trvají po celý kalendářní měsíc - tzv. osoby bez zdanitelných příjmů⁷⁸.

Zaměstnavatel je plátcem části pojistného za své zaměstnance. Pojistné za zaměstnance hradí zaměstnavatel ze dvou třetin, zaměstnanec je pak plátcem jedné třetiny pojistného na zdravotní pojištění.

Stát platí pojistné prostřednictvím státního rozpočtu, a to za vymezené skupiny osob⁷⁹. Jedná se především o nezaopatřené děti, poživatele důchodů z důchodového pojištění, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, uchazeče o zaměstnání, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi, osoby ve výkonu zabezpečovací detence, vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody aj. Za zmínku stojí, že počet těchto osob představuje více jak jednu polovinu všech pojištěnců.

Pojistné se platí zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěn.

3.4.3.2 Výše pojistného

Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. Pojistné se zaokrouhluje vždy na celé koruny směrem nahoru a jeho výši je plátcem povinen si sám vypočítat.

⁷⁷ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

⁷⁸ Osobou bez zdanitelných příjmů může být např. žena v domácnosti, student studující na škole, která nebyla Ministerstvem školství označena jako soustavná příprava na budoucí povolání či student starší 26 let, osoba činná na základě dohod o provedení práce, nezaměstnaný, který není v evidenci úřadu práce, chovanec psychiatrické léčebny, který nepobírá žádný důchod, atd.

⁷⁹ Viz § 7 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

3.4.3.3 Vyměřovací základ

Vyměřovací základ **zaměstnance** je koncipován stejně jako u pojistného na sociální zabezpečení. Vyměřovacím základem je tedy úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které 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. Maximálním vyměřovacím základem zaměstnance je částka ve výši čtyřicetiosminásobku průměrné mzdy⁸⁰.

Zákon však navíc stanoví minimální vyměřovací základ, kterým je minimální mzda⁸¹. Minimální vyměřovací základ se však neuplatní pro zaměstnance, který je po celý kalendářní měsíc osobou s těžkým zdravotním postižením, osobou, která dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňuje ostatní podmínky pro jeho přiznání, osobou pečující o dítě, pojištěncem, za kterého platí pojistné stát, či při souběhu zaměstnání a samostatné výdělečné činnosti, odvádí-li zálohy na pojistné alespoň z minimálního vyměřovacího základu jako OSVČ. U těchto zaměstnanců je pak vyměřovacím základem jejich skutečný příjem.

U OSVČ je od roku 2006 vyměřovacím základem 50 % příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení.

OSVČ je povinna odvést pojistné z dosaženého, nejvýše však z maximálního, vyměřovacího základu. Maximálním ročním vyměřovacím základem je částka ve výši čtyřicetiosminásobku průměrné mzdy. Je-li dosažený vyměřovací základ nižší než minimální vyměřovací základ, je OSVČ povinna odvést pojistné z minimálního vyměřovacího základu. Minimální roční vyměřovací základ činí dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství a v roce 2009 tedy činí 141 330 Kč.

Minimální vyměřovací základ OSVČ se sníží na poměrnou část odpovídající počtu kalendářních měsíců, pokud OSVČ nevykonávala samostatnou výdělečnou činnost po celé rozhodné období, měla nárok na výplatu nemocenského nebo peněžité pomoci v mateřství jako osoba samostatně výdělečně činná nebo se stala osobou, pro

⁸⁰ V roce 2009 tedy částka 1 130 640 Kč.

⁸¹ Podle nařízení vlády č. 567/2006 Sb., o minimální mzdě, o nejnižších úrovních zaručené mzdy, o vymezení ztíženého pracovního prostředí a o výši příplatku ke mzdě za práci ve ztíženém pracovním prostředí, ve znění pozdějších předpisů, činí s platností od 1. 1. roku 2007 minimální mzda 8 000 Kč. Tato částka zůstává v platnosti i v roce 2009.

niž minimální vyměřovací základ neplatí⁸², pokud tyto skutečnosti trvaly po celý kalendářní měsíc.

Co se týče vyměřovacího základu u **osob, za které je plátcem pojistného stát**, došlo od 1. 1. 2008 ke změně ustanovení § 3c zák. č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a vyměřovací základ byl stanoven na 25 % všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o dva roky předchází kalendářnímu roku, pro který se vyměřovací základ zjišťuje⁸³. V roce 2009 činí vyměřovací základ pro platbu pojistného státem 5 013 Kč a pojistné 677 Kč⁸⁴.

Vyměřovacím základem **osoby bez zdanitelných příjmů** je minimální mzda⁸⁵.

3.4.3.4 Rozhodné období

Rozhodným obdobím je kalendářní měsíc, za který se pojistné platí, s výjimkou OSVČ, u nichž je rozhodným obdobím kalendářní rok, za který se pojistné platí.

3.4.3.5 Odvod pojistného

Za **zaměstnance** odvádí pojistné zaměstnavatel. Zaměstnavatel odvádí jak část pojistného, kterou je povinen za své zaměstnance hradit sám, tak i část pojistného, kterou je povinen hradit zaměstnanec, a to i bez zaměstnancova souhlasu srážkou z jeho mzdy nebo platu. Splatnost pojistného za jednotlivé kalendářní měsíce je v den, který je zaměstnavatelem určen pro výplatu mezd a platů za příslušný měsíc. U zaměstnavatele, kde je výplata rozložena na různé dny, je dnem splatnosti pojistného poslední den výplaty za uplynulý kalendářní měsíc. Není-li tento den určen, je pojistné splatné nejpozději do osmi dnů po uplynutí kalendářního měsíce, za nějž se pojistné odvádí.

OSVČ platí pojistné formou měsíčních záloh na pojistné a doplatku pojistného. Zálohy na pojistné se platí za celý kalendářní měsíc a jsou splatné od prvního dne kalendářního měsíce, za který se platí, do osmého dne následujícího kalendářního

⁸² Viz osoby uvedené v § 3a odst. 3 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

⁸³ Do 31. 12. 2007 činil vyměřovací základ 25 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství.

⁸⁴ Na základě přechodných ustanovení zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, se vyměřovací základ pro platbu pojistného státem pro rok 2008 použije i pro rok 2009. Pro výpočet vyměřovacího základu se tedy uplatní nařízení vlády č. 257/2007 Sb., kterým se pro účely důchodového pojištění stanoví výše všeobecného vyměřovacího základu za rok 2006 a výše přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2006 a upravují částky pro stanovení výpočtového základu.

⁸⁵ Pojistné osoby bez zdanitelných příjmů tak činí 1 080 Kč.

měsíce. Zálohy na pojistné se však neplatí za kalendářní měsíce, v nichž byla OSVČ uznána po celý kalendářní měsíc neschopnou práce nebo jí byla nařízena karanténa podle zvláštních právních předpisů. Dopltek rozdílu mezi zálohami a skutečnou výší pojistného je splatný vždy do osmi dnů po podání daňového přiznání u Finančního úřadu za uplynulý kalendářní rok.

V prvním roce samostatné výdělečné činnosti se platí měsíční zálohy na pojistné vypočtené jako 13,5 % z minimálního měsíčního vyměřovacího základu, pokud si sama OSVČ nestanovila zálohy vyšší. Minimální měsíční vyměřovací základ v roce 2009 činí 11 777,50 Kč a minimální měsíční záloha je tak po zaokrouhlení rovna částce 1 590 Kč. Pokud OSVČ měla příjmy z výdělečné činnosti již v předchozím roce, jedná se o další rok výdělečné činnosti. Výše měsíční zálohy na pojistné je pak stanovena již z průměrného měsíčního vyměřovacího základu dosaženého v předchozím roce, přičemž se přihlíží jen k těm kalendářním měsícům, v nichž byla samostatná výdělečná činnost v předchozím roce vykonávána alespoň po část tohoto měsíce. Maximální výše zálohy se vypočítá jako 13,5 % z jedné dvanáctiny maximálního vyměřovacího základu, což činí 12 720 Kč.⁸⁶

Osoba bez zdanitelných příjmů platí pojistné na účet příslušné zdravotní pojišťovny za celý kalendářní měsíc. Pojistné je splatné od prvního dne kalendářního měsíce, za který se platí, do osmého dne následujícího kalendářního měsíce.

Za **osoby, za které je plátcem pojistného stát**, hradí měsíčně pojistné Ministerstvo financí ČR na zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění u VZP⁸⁷, a to do 20. dne předcházejícího kalendářního měsíce.

3.4.4 Postavení zdravotních pojišťoven

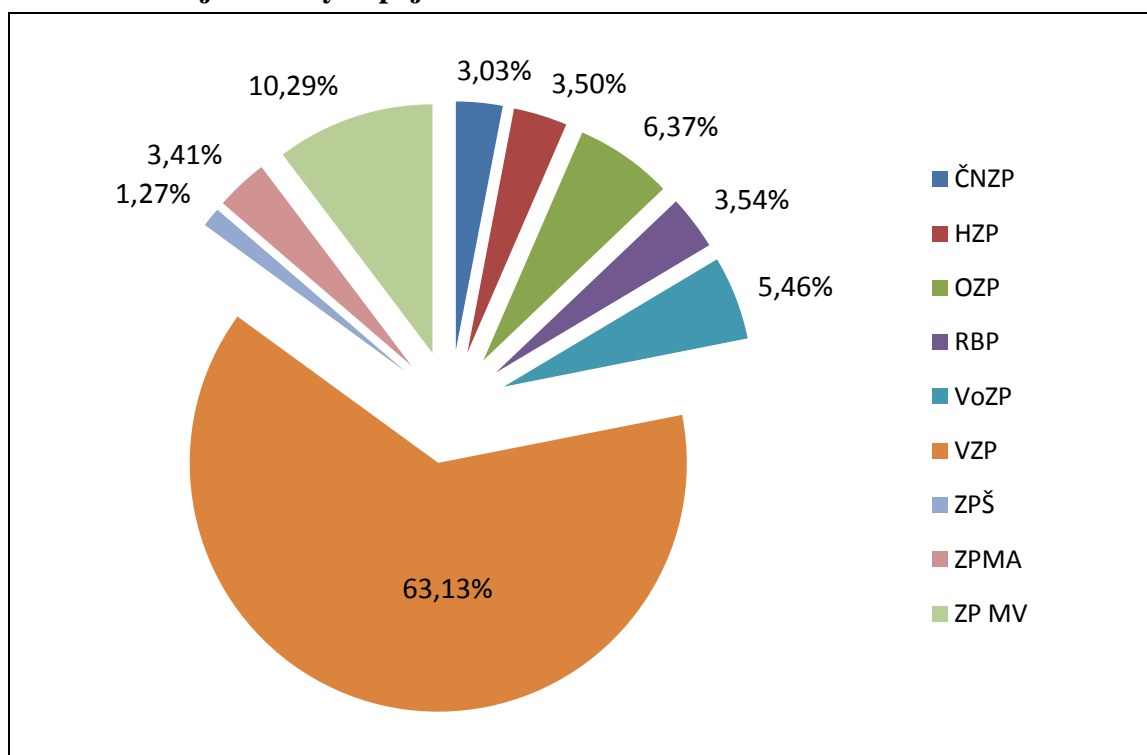
Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní neziskové instituce, jejichž činnost je upravena zákonem ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů, a zákonem ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. V současné době působí v českém systému zdravotního pojištění deset zdravotních pojišťoven:

⁸⁶ Podrobněji k odvodu pojistného OSVČ, včetně úpravy souběhu samostatné výdělečné činnosti se zaměstnáním a snížením záloh viz §§ 7 a 8 zákona ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

⁸⁷ Viz § 20 odst. 1 zákona ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

- Česká národní zdravotní pojišťovna,
- Hutnická zaměstnanecká pojišťovna⁸⁸,
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,
- Revírní bratrská pokladna,
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky,
- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,
- Zdravotní pojišťovna MÉDIA⁸⁹,
- Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE,
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky.

Graf 2. Podíl jednotlivých pojišťoven na trhu v roce 2007



Zdroj: Výroční zprávy jednotlivých pojišťoven, vlastní výpočty

Největší zdravotní pojišťovnou je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen "VZP"), která má specifické postavení. Je zřízena samostatným

⁸⁸ K 1. 7. 2009 došlo ke sloučení Zdravotní pojišťovny AGEL s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou, která se stala jejím právním nástupcem. Zdravotní pojišťovna AGEL zahájila svoji činnost teprve 1. 4. 2008 a fungovala tak pouze jeden rok. Od 1. 10. 2009 dochází k dalším změnám, a to ke sloučení České národní zdravotní pojišťovny s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou, která se stává jejím právním nástupcem pod novým názvem Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.

⁸⁹ Zřízena rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví ČR č.j. 21524/2008 ze dne 23. února 2009 o povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění ve smyslu § 3 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.

zákonem, jenž ji přiznává některé zvláštní úlohy související s administrací celého systému veřejného zdravotního pojištění. VZP vede Registr pojištěnců i Registr zdravotnických zařízení a je správcem zvláštního účtu pro účely přerozdělování. Ředitel VZP je do své funkce volen Poslaneckou sněmovnou na návrh vlády. Zvláštní postavení VZP plyne i z toho, že podle zákona VZP nemůže zaniknout a v případě její platební neschopnosti zaručuje uhrazení nákladů poskytnuté zdravotní péče státní rozpočet ČR ve formě návratné finanční výpomoci. Objem návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu může činit nejvýše 50 % prokázaného nedostatku finančních prostředků způsobeného zvýšeným rozsahem poskytovaných zdravotnických služeb.

Vznik, činnost a zánik ostatních (tzv. zaměstnaneckých) zdravotních pojišťoven upravuje zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Zaměstnanecké pojišťovny ke své činnosti potřebují povolení Ministerstva zdravotnictví (k tomu je třeba i vyjádření Ministerstva financí), jednou z podmínek je také finanční kapitál (složení kauce ve výši 50 000 000 Kč) a závazek, že do jednoho roku pojišťovna získá alespoň 50 000 pojištěnců. Zaměstnanecké pojišťovny mají také povinnost zápisu do obchodního rejstříku.

Původně tyto pojišťovny byly určeny, jak ostatně z názvu plyne, pro zaměstnance oborů, resortů či podniků, pro které byla zdravotní pojišťovna zřízena. Podle zásady rovné dostupnosti zdravotní péče však byla uzákoněna možnost volby zdravotní pojišťovny každému pojištěnci. V současné době zdravotní pojišťovna není oprávněna potencionálního pojištěnce odmítnout, stanovit pojištěnci dobu, po kterou u ní bude pojištěn, nebo vztah pojištěnce ke zdravotní pojišťovně sama ukončit. Tím se rozdíl mezi ostatními zdravotními pojišťovnami a VZP stírá. Také pravidla pro činnost zaměstnaneckých pojišťoven se od pravidel pro činnost VZP příliš neliší. O smyslu vzniku dalších zdravotních pojišťoven vzhledem k unifikaci jejich činností lze tedy pochybovat. Stávající systém zdravotních pojišťoven ve skutečnosti klientům nedává prostor pro skutečnou volbu, všechny pojišťovny poskytují za stejné pojistné též rozsah služeb, který je stanoven zákonem. Konkurence zdravotních pojišťoven se tak projevuje hlavně v programech prevence, ovšem z pohledu klienta ani v této oblasti rozdíly mezi jednotlivými pojišťovnami nejsou příliš výrazné. Dosavadní praxe ukazuje, že i když mnoho pojištěnců již využilo svého práva na výběr zdravotní pojišťovny na základě pobídek programů prevence, tento pohyb se děje bez zřetelné vazby na efektivnosti

veřejných prostředků a ani na uspokojení potřeb pacientů nemá výběr pojišťovny výraznější vliv⁹⁰.

Zdravotní pojišťovny uhrazují zdravotní péči na základě smluv s poskytovateli zdravotní péče. Pokud není mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením smlouva sjednána, jsou zdravotní pojišťovny povinny poskytnutou zdravotní péči uhradit za stejných podmínek jako zdravotnickým zařízením, se kterými zdravotní pojišťovna smlouvu uzavřela. Toto ustanovení zákona působí poměrně liberálně a budí dojem, jako by kterékoli zdravotnické zařízení mohlo poskytovat zdravotní péči za úhradu ze zdravotního pojištění. Převládající výklad je však takový, že se to týká pouze nutné a neodkladné péče, nikoli poskytování běžné zdravotní péče⁹¹. Zdravotní péče hrazená pojištěncům ve veřejném zdravotním pojištění je stanovena ze zákona⁹² kombinací pozitivního a negativního vymezení hrazených zdravotních služeb, které je pro zdravotní pojišťovny závazné a tvoří tak rámec volnosti pro uzavírání smluv se zdravotnickými zařízeními. Další omezení plyne z § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, podle něhož smlouvu o poskytování zdravotní péče lze uzavřít jen na ty druhy péče, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Naopak jsou zdravotní pojišťovny povinny uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče s veřejným neziskovým ústavním zařízením zařazeným do sítě veřejných zdravotnických zařízení.

Hospodaření zdravotních pojišťoven je uskutečňováno prostřednictvím fondů. Ty jsou stanoveny zákonem⁹³ a podrobněji upraveny vyhláškou MZ ČR⁹⁴. Těmito fondy jsou základní fond, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond majetku a fond reprodukce majetku. K úhradě zdravotní péče poskytované z veřejného zdravotního pojištění slouží základní fond. Kromě výše uvedených povinných fondů může zdravotní

⁹⁰ GOULI, Rochdi, MERTL, Jan, PASOVSKÁ, Lenka, VESELÁ, Markéta. *Konkurence za veřejné peníze? (Programy hrazené z fondu prevence v systému veřejného zdravotního pojištění v ČR)*. Praha : Eurolex Bohemia, 2006, s. 129, 130.

⁹¹ MACH, Jan a kol. *Zdravotnictví a právo : komentované předpisy*, 2. vydání. Praha : LexisNexis, 2005, s. 234.

⁹² Viz § 13 an. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

⁹³ Viz § 7 zákona č. ČNR 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, pro VZP, a § 16 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, pro zaměstnanecké pojišťovny.

⁹⁴ Vyhláška č. 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.

pojišťovna vytvářet fond pro úhradu závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče a fond prevence, z něž lze hradit zdravotní péči mimo rámec veřejného zdravotního pojištění. Finanční prostředky vytvářené využíváním základního fondu zaměstnanecké pojišťovny a příjmy plynoucí z pokut, přirážek k pojistnému a penále účtovaných touto pojišťovnou v oblasti veřejného zdravotního pojištění může zaměstnanecká pojišťovna použít jako zdroj fondu prevence až v případě, kdy má naplněný rezervní fond a hospodaří vyrovnaně. Zdravotní pojišťovny nesmí zřizovat a provozovat zdravotnická zařízení a podnikat s prostředky plynoucími ze všeobecného zdravotního pojištění.

Hlavním zdrojem příjmů pojišťoven je vybrané pojistné. Příjmy pojišťoven dále tvoří vlastní zdroje získané využíváním fondů pojišťovny, příjmy plynoucí z přirážek k pojistnému, pokut a poplatků z prodlení a dary. Výdaji pojišťoven jsou platby za úhrady zdravotní péče, platby jiným zdravotním pojišťovnám na základě smluv o finančním vypořádání plateb za zdravotní služby poskytnuté pojištěncům zaměstnanecké pojišťovny, úhrady nákladů nutného neodkladného léčení v cizině, náklady na činnost pojišťovny, úhrady za výkony závodní preventivní péče a specifické péče a úhrady částek přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky.

Základní normou týkající se plánování hospodaření a činnosti zdravotní pojišťovny je zdravotně pojistný plán. Návrh zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovna předkládá Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí k posouzení souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Následně tento návrh schvaluje po vyjádření vlády Poslanecká sněmovna.

Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí.

3.4.5 Přerozdělování pojistného

Přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami je v pluralitním systému nezbytností. Slouží k ochraně systému proti zaujatému výběru pojištěnců ze strany zdravotních pojišťoven, na který by dopláceli především pojištěnci s vysokými zdravotními riziky a nízkými příjmy⁹⁵.

⁹⁵ VEPŘEK, Jaromír, VEPŘEK, Pavel, JANDA, Jaroslav. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. Praha : Grada Publishing, 2002, s. 126.

V České republice se přerozdělování pojistného provádělo již od vzniku zaměstnaneckých pojišťoven a sloužilo především k vyrovnání příjmů jednotlivých zdravotních pojišťoven, a to s ohledem na vyrovnání rozdílného podílu pojištěnců, především důchodců a dětí, za které platil pojistné stát⁹⁶, i s ohledem na solventnost plátců pojistného. V minulosti se přerozdělovalo pouze 60 % pojistného vybraného jednotlivými zdravotními pojišťovny spolu s pojistným za osoby, za které byl plátcem stát. Od roku 2006 se přerozdělují veškeré vybrané prostředky na pojistném. VZP za tím účelem spravuje zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění, jež vede odděleně od ostatních účtů (fondů).

Při přerozdělování se zohledňuje věková struktura i pohlaví pojištěnců. Používají se nákladové indexy 18 věkových skupin pojištěnců pro každé pohlaví v rozmezí od narození do 5 let a dále vždy po 5 letech až po věkovou skupinu 85 let a výše. Nákladové indexy se stanoví jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví⁹⁷ a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce⁹⁸. Celková částka připadající na příslušnou zdravotní pojišťovnu se stanoví jako podíl standardizovaného pojištěnce (což je součet veškerého vybraného pojistného, plateb státu, penále, pokut a jiných plnění a úroků vydělený celkovým počtem standardizovaných pojištěnců všech zdravotních pojišťoven) vynásobený počtem standardizovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny (který se stanoví jako součet počtu pojištěnců v každé skupině podle věku a pohlaví vynásobený příslušným nákladovým indexem dané skupiny).

Přesahuje-li pak pojistné vybrané příslušnou zdravotní pojišťovnou celkovou částku na ni připadající, odvede tato pojišťovna přebývající finanční prostředky na zvláštní účet. Naopak nedosahuje-li vybrané pojistné celkovou částku, VZP této zdravotní pojišťovně poukáže chybějící finanční prostředky.

Zmíněný zvláštní účet slouží také k přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu podle výskytu pojištěnců, za které byla zdravotními pojišťovny uhrazena zvláště nákladná zdravotní péče. Nákladnou péčí se rozumí zdravotní péče, u níž výše úhrady zdravotní pojišťovnou za jednoho pojištěnce překročila v kalendářním roce částku odpovídající třicetinasobku průměrných nákladů na jednoho

⁹⁶ NĚMEC, Jiří. Principy zdravotního pojištění. Praha : Grada Publishing, 2008, s. 153.

⁹⁷ Stanoví se jako průměr nákladů všech zdravotních pojišťoven na všechny pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví.

⁹⁸ Stanoví se jako průměr nákladů všech zdravotních pojišťoven na ženy ve věku 15 - 20 let.

pojištěnce. Zdravotní pojišťovna má potom nárok na úhradu 80 % částky, o kterou nákladná péče překročila uvedený třicetinásobek průměrných nákladů. Náhrady se vyplácí zdravotním pojišťovnám zálohově podle skutečnosti uplynulého roku a po skončení příslušného kalendářního roku se provede vyúčtování těchto záloh.

3.4.6 Způsob úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění

Způsob úhrady zdravotní péče ovlivňuje jak objem a strukturu poskytované péče, tak chování jednotlivých subjektů, a je tudíž významnou (ovšem stále nedořešenou) otázkou financování zdravotnictví. Nesprávné nastavení úhradových mechanismů může vést k nezamýšleným motivacím poskytovatelů zdravotní péče, což má přímý vliv na způsob, množství a druh poskytovaných služeb (např. nárůst nákladů, pokles kvality péče)⁹⁹.

Zdravotní péči uhrazují zdravotní pojišťovny na základě smluv s poskytovateli zdravotní péče. Tyto smlouvy se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem tzv. dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími. MZ ČR výsledek dohodovacího řízení posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a vydá jej jako vyhlášku. Nedojde-li k dohodě před ukončením platnosti rámcové smlouvy, zůstává tato v platnosti, dokud nebude uzavřena smlouva nová.

Předmětem obdobného dohodovacího řízení je i stanovení hodnoty bodu¹⁰⁰, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení na následující kalendářní rok. Dohodovacího řízení se účastní zástupci VZP a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupci smluvních zdravotnických zařízení. Svolavatelem tohoto řízení je MZ ČR. Pokud je výsledkem dohoda, která je v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, pak jí MZ ČR vydá jako vyhlášku. Pokud ovšem k dohodě nedojde nebo tuto dohodu MZ ČR posoudí, že není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, pak stanoví samo MZ ČR vyhláškou hodnotu bodu i výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče na

⁹⁹ MÁTL, Ondřej (ved. aut. kol.). *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR : zdravotnictví v číslech a názorech : projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008, s. 179.

¹⁰⁰ Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami však vydává Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

následující rok¹⁰¹. Nutno podotknout, že úhradová vyhláška není od roku 2008 pro poskytovatele zdravotní péče a pojišťovny závazná, pokud se dohodnou (za podmínky dodržení pojistného plánu zdravotní pojišťovny) jinak. V praxi se ovšem zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení řídí spíše touto vyhláškou.

Následující část práce je zaměřena na současný způsob úhrady zdravotní péče z hlediska hlavních poskytovatelů.

3.4.6.1 Praktičtí lékaři - primární ambulantní zdravotní péče

V současné době se využívá systému tzv. kombinované kapitačně výkonové platby. U malých praxí praktických lékařů je možná forma kombinované kapitačně výkonové platby s dorovnáním kapitace¹⁰².

Kombinovaná kapitačně výkonová platba spočívá v tom, že část odměny lékaře je fixní podle počtu zaregistrovaných pacientů a část je poskytována jako platba za výkony.

Kapitační platba je část odměny ve formě měsíční úhrady za každého pacienta, pojištěnce dané pojišťovny, kterého má lékař ve své registraci (tzv. platba na hlavu - per capita). Tuto část odměny lékař dostává pouze za registraci pojištěnce, tedy bez ohledu na to, zda tento pacient v průběhu měsíce lékaře navštívil nebo ne. Pevná část platby se však odvíjí od věku pacienta.

Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců¹⁰³ příslušné zdravotní pojišťovny násobeného základní sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc.

¹⁰¹ V současnosti je účinná a platná vyhláška MZ ČR č. 464/2008 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009, tzv. úhradová vyhláška.

¹⁰² Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař má s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu těchto pojištěnců a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinnosti zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona č. 480/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, s níž má zdravotnické zařízení uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto zdravotnickým zařízením.

¹⁰³ Počet přepočtených pojištěnců se vypočte vynásobením počtu zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách, násobených indexem podle níže uvedené tabulky.

Základní sazba se odvíjí od počtu ordinačních hodin, čímž zvýhodňuje lékaře, kteří jsou pro pacienty dostupnější. Úhradová vyhláška stanoví výši základní sazby pro rok 2009 takto:

- 50 Kč - pokud je zdravotní péče poskytována v rozsahu alespoň 30 hodin týdně rozložených do 5 dnů, přičemž alespoň jeden den v týdnu jsou ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin,
- 49 Kč - pokud je zdravotní péče poskytována v rozsahu alespoň 25 hodin týdně rozložených do 5 dnů, přičemž alespoň jeden den v týdnu jsou ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin,
- 49 Kč - pro ostatní praktické lékaře pro děti a dorost,
- 47 Kč - pro ostatní praktické lékaře.

Úprava kapitační platby koeficientem podle věku pacienta má odrážet rozdílné náklady na léčbu pacientů v závislosti na jejich věku. Z následující tabulky plyne, že nejnižší koeficienty (tedy i nejnižší riziko a náročnost zdravotní péče) jsou stanoveny pro věkové kategorie v rozmezí 15 - 34 let, naopak nejvyšší koeficienty jsou přiřazeny dětem do 4 let a osobám starších 85 let.

Tabulka 4. Přepočítávací koeficienty kombinované kapitačně výkonové platby

Věková skupina	Index	Věková skupina	Index ¹⁾
0 - 4 roky	3,80	45 - 49 let	1,10
5 - 9 let	1,65	50 - 54 let	1,35
10 - 14 let	1,30	55 - 59 let	1,45
15 - 19 let	1,00	60 - 64 let	1,50
20 - 24 let	0,90	65 - 69 let	1,70
25 - 29 let	0,95	70 - 74 let	2,00
30 - 34 let	1,00	75 - 79 let	2,40
35 - 39 let	1,05	80 - 84 let	2,90
40 - 44 let	1,05	85 a více let	3,40

¹⁾ Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 - 19 let.

Zdroj: Vyhláška č. 464/2008 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009

Dalším příjmem je **platba za výkony**. Jedná se o mimořádné výkony, které nespádají pod obvyklá vyšetření krytá kapítací¹⁰⁴, např. očkování jako nadstandardní výkon nebo akutní ošetření neregistrovaného pojištěnce či pojištěnce z Evropské unie (dále jen "EU").

Úhrada výkonů hrazených mimo kapitační platbu a za neregistrované pojištěnce vychází z vyhlášky MZ ČR obsahující seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami¹⁰⁵, která přiřazuje každému výkonu určitý počet bodů. Úhradovou vyhláškou je pak pevně stanovena hodnota bodu, a to 1,05 Kč pro rok 2009 (pro srovnání - v roce 2008 byla hodnota bodu 1,00 Kč), pro výkon dopravy v návštěvní službě se pro rok 2009 stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.

Stanovena je také regulace za překročení preskripce a indukované péče nad 20 % celostátní průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce a to do výše 25 % z překročení.

Shrneme-li kombinovanou kapitačně výkonovou platbu, je patrné, že v příjmech lékaře hraje roli i struktura věku pacientů, kterou sám lékař příliš ovlivnit nemůže. Ačkoliv je diskutabilní, zda takto stanovené hodnoty odpovídají skutečným nákladům, systém kombinované kapitačně výkonové platby byl všeobecně praktickými lékaři akceptován a v současnosti vyhovuje lépe než dřívější systém financování pouze výkonovou platbou, která nemotivovala lékaře k úsporám poskytování zdravotní péče, ale naopak k "honbě za body" a provádění nadbytečných výkonů. Dnes tedy má lékař díky kapitačním platbám zajištěnu určitou ekonomickou stabilitu a zároveň je zainteresován i na poskytování další péče ohodnocené výkonovou platbou. Na druhou stranu lékař za určité osoby získává finanční prostředky, aniž by provedl třeba celý rok jakékoli výkony, což se také nejeví jako úplně optimální.

3.4.6.2 Odborní lékaři - ambulantní specialisté

Odborným ambulantním lékařům je poskytnutá zdravotní péče hrazena jako platba za výkony, tedy na základě seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a vyhlášky MZ ČR, která stanoví hodnotu bodu. Hodnota bodu je stanovena pevně.

¹⁰⁴ Úhradová vyhláška přesně stanoví, které výkony jsou do kapitační platby zahrnuté.

¹⁰⁵ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Rozhodující je tedy korunová výše jednoho bodu. Vzhledem k tomu, že úhradová vyhláška by měla být výsledkem výše zmíněného dohodovacího řízení, je cena bodu každoročně předmětem bouřlivých diskusí, často končících neshodou, což mívá za následek stanovení hodnoty bodu Ministerstvem zdravotnictví.

Uplatňuje se také princip maximální úhrady. Dříve byla maximální úhrada stanovena jako finanční strop a pokud lékaři tuto hranici překročili, pojišťovna jim již provedené úkony neuhradila. Dnes jsou maximální úhrady koncipovány jako maximální hranice na jednoho unikátního pojištěnce.

Úhradová vyhláška na rok 2009 respektovala návrh České lékařské komory a zdravotní péče je hrazena podle platného seznamu zdravotních výkonů s hodnotou bodu 1,0 Kč (pro většinu odborností) a limitem maximální úhrady na jednoho unikátního pojištěnce daným počtem bodů vykázaných a uznaných v referenčním období. Výkony poskytnuté nad výše uvedený limit budou propláceny s hodnotou bodu ve výši 0,30 Kč¹⁰⁶.

Financování ambulantních specialistů představuje z hlediska financování jejich výkonů asi nejvíce problémovou oblast, neboť systém financování zřetelně neuspokojuje obě strany (lékaře ani pojišťovny). Předpokládá se však, že část odborných lékařů by mohla v budoucnosti přejít na systém kapitačních plateb¹⁰⁷.

3.4.6.3 Stomatologická péče

Financování stomatologické péče se jeví jako nejméně problematické a celý systém je stabilní. Česká stomatologická komora si již v roce 1997 prosadila sazebník stomatologických výkonů i samostatné ocenění stomatologické péče. Výkony však nejsou ohodnoceny v bodech, ale jsou přímo vyjádřeny v korunách. Jednotlivé zdravotní pojišťovny mohou po individuálním jednání úhrady navýšit až do výše maximálních cen, které jsou o 10% vyšší¹⁰⁸. Od 1. 1. 2008 došlo k deregulaci cen stomatologických výkonů nehrazených z veřejného zdravotního pojištění a výrobků částečně hrazených nebo nehrazených z veřejného zdravotního pojištění.

¹⁰⁶ Úhrada zdravotní péče v roce 2009 podle úhradové vyhlášky č. 464/2008 Sb. Česká lékařská komora. [Cit. 25. srpna 2009]. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/document3.php?param=news_file,NEWS_FILE_ID,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=82741.

¹⁰⁷ ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, s. 73.

¹⁰⁸ Úhrady stomatologické péče pro rok 2009 - Vyhláška MZ ČR. Česká stomatologická komora. [Cit. 26. srpna 2009]. Dostupné z: http://www.dent.cz/detail-novinky.php?id_polozka=65&id_strana=4

Součástí stomatologické péče jsou i protetické práce, proto se část peněz za stomatologické ošetření fakticky přesouvá do příjmu zubních laboratoří. Nedořešený je rozdílný princip úhrad těchto kooperujících subjektů, kdy zubní laboratoře fungují stejně jako jiní obchodní partneři, tzn., že si fakturují své práce s určitou dobou splatnosti (většinou do 10 dnů), lékař však čeká nepoměrně delší dobu na platbu od pojišťoven (30 - 90 dnů)¹⁰⁹.

Uvedený systém odstranil složité přepočty bodů na konkrétní platbu a stojí za zvážení, zda by se nedal uplatnit i ve financování jiných oborů lékařské péče (např. u ambulantních specialistů).

3.4.6.4 Komplementy: laboratoře a RTG

Ještě donedávna byla zdravotní péče poskytovaná těmito zařízeními hrazena paušální sazbou, která se stanovila jako objem úhrady za péči poskytnutou a uznanou zdravotními pojišťovnami v tzv. referenčním období, kterým bylo první, respektive druhé čtvrtletí roku, vynásobený indexem změny výkonnosti zdravotnického zařízení podle příslušné pojišťovny, který zohledňoval přesuny pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami a výkonovým systémem.

Způsob paušální úhrady byl však zcela opuštěn a v roce 2009 se poskytnutá péče hradí u všech příslušných zdravotnických zařízení stejným způsobem, a to podle seznamu zdravotních výkonů až do objemu 100 % vykázaných a uznaných bodů za příslušné pololetí roku 2008 s hodnotou bodu 1,10 Kč, 0,88 Kč, 0,80 Kč a 0,70 Kč podle odborností a výkonů uvedených v úhradové vyhlášce. Výkony poskytnuté nad uvedený limit budou hrazeny ve výši 0,45 Kč za bod. Omezení úhrady se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení poskytlo zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům nebo v případě zdravotní péče poskytnuté pojištěncům EU.

3.4.6.5 Ústavní péče

Co se týče úhrad za poskytnutou ústavní péči, došlo v posledních letech k řadě změn. V roce 1997 se zavedl systém financování paušální platbou. Výše paušálu se stanovila na základě skutečnosti předcházejícího roku. Vycházelo se z předpokladu, že zdravotnická zařízení ústavní péče vynakládají většinu nákladů pravidelně, nezávisle na počtu pacientů či prováděných výkonů (např. náklady na elektřinu, topení aj.). Výše

¹⁰⁹ ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, s. 75.

paušálu tedy byla u jednotlivých nemocnic rozdílná. Nevýhodou systému byla minimální motivace ke zvyšování efektivity, způsob úhrad vedl spíše k omezování úkonů. Úhrady také neodrážely adekvátně objem ani kvalitu poskytnuté péče.

Ve stejném roce se začalo ve vybraných nemocnicích testovat financování tzv. systémem DRG (Diagnosis-related group), který se postupně začal prosazovat namísto modelu neprůhledné paušální platby. Systém DRG je systém klasifikace klinických případů do již více než 1 000 skupin¹¹⁰, mající podobné nároky na výši zdrojů a podobnou medicínskou povahu. Skupiny se přiřazují pomocí seskupovacího programu ("grouper"), podle:

- diagnóz Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10),
- přítomnosti komplikací nebo přidružených onemocnění vyžadujících diagnostické či léčebné procedury,
- kódů ze seznamu zdravotnických výkonů a provedených (především operačních) výkonů.

Dle úhradové vyhlášky je systém DRG součástí plateb lůžkovému zdravotnickému zařízení.

V roce 2009 je úhrada poskytnuté zdravotní péče pro nemocnice rozdělena do čtyř dílčích podskupin - nově je vyčleněna ambulantní péče. Úhrada tedy zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, paušální složku úhrady za hospitalizační péči a úhradu formou případového paušálu, kde využívá systému diagnostických skupin DRG (hospitalizace jsou zařazeny do Klasifikace podle skupin vztažených k diagnóze), a ambulantní složku úhrady založenou na výkonové platbě podle seznamů výkonů.

Nutno upozornit na složitost úhradové vyhlášky při výpočtu úhrad, což vyvolává obavy ohledně správného stanovení, kontroly a vymahatelnosti úhrad.

Pro zdravotní péči poskytnutou v odborných léčebných ústavech, v léčebnách dlouhodobě nemocných a zařízeních hospicového typu se uplatňuje paušální sazba za jeden den hospitalizace¹¹¹ nebo úhrada podle seznamu výkonů.

¹¹⁰ V současné době.

¹¹¹ Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne, včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta, podle seznamů výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky, a zdravotní výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření podle seznamu výkonů.

3.4.6.5 Zdravotnická záchranná služba a lékařská služba první pomoci

V těchto případech úhradová vyhláška stanoví pouze jednu variantu, a to úhradu podle seznamu zdravotních výkonů. Hodnota bodu je stanovena na 1,06 Kč pro segment zdravotnické záchranné služby a na 0,95 Kč pro zdravotní péči poskytovanou v rámci lékařské služby první pomoci.

3.4.6.6 Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

Ze zdravotního pojištění se poskytují také platby na léky, léčebné pomůcky, případně i zdravotnické pomůcky dostupné v lékárnách. Lékárny jsou převážně soukromá zdravotnická zařízení. Pacientům jsou léky vydávány buď zdarma, za částečnou úhradu (s tzv. doplatkem) anebo za úplnou úhradu.

Zdarma je lék či zdravotní pomůcka vydaná na lékařský předpis, pokud je plně hrazena zdravotním pojištěním. Úhradu pak poskytne lékárně přímo zdravotní pojišťovna.

Nehradí-li zdravotní pojišťovna celou cenu léků, je třeba zaplatit doplatek. Výše doplatku se může lišit v závislosti na konkurenci lékáren, jejich koncentraci na jednom místě, ale zpravidla nebývá příliš výrazná.

Plně uhradit je třeba léky, které buď nejsou na lékařský předpis, nebo na jejichž úhradu pojišťovna nepřispívá.

Léky jsou distribuovány až po jejich registraci Státním ústavem pro kontrolu léčiv (dále jen „SÚKL“), který odpovídá za jejich obsah. Od roku 1995 se používá tzv. generický princip kategorizace a úhrad, tzn., že v každé skupině léků s určitou substancí musí být alespoň jeden, který je plně hrazen ze zdravotního pojištění.

Způsob financování léků určovalo Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí. Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění pověřila regulací cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely SÚKL¹¹². K novým kompetencím SÚKL patří stanovování maximální možné ceny výrobce¹¹³ léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, určování výše a podmínek úhrady přípravků ze zdravotního pojištění a následná cenová kontrola. V souvislosti s tím SÚKL každý měsíc zveřejňuje seznam léčivých přípravků a potravin pro zvláštní

¹¹² Viz § 39a an. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

¹¹³ Přičemž zákonem je dán způsob stanovení této maximální ceny výrobce.

lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění. Seznam obsahuje jejich úplný výčet spolu s výší stanovené maximální ceny s odůvodněním, jak byly maximální ceny stanoveny, a s výší a podmínkami úhrady s odůvodněním, jak byla výše a podmínky úhrady stanoveny.

Cílem nové úpravy je hlavně snaha po maximální transparentnosti financování léků. Primárním přínosem zmíněného opatření by měla být roční úspora ze zdravotního pojištění a výdajů pacientů ve výši 2,8 mld. Kč. Sekundárním přínosem je rozšíření skupiny léčivých přípravků, které splňují požadavky zákona na započitatelnost doplatku do ochranného limitu pacienta. Počet plně hrazených přípravků vzrostl na základě těchto opatření cca o třetinu¹¹⁴.

3.4.7 Regulační poplatky

Zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, byly od 1. 1. 2008 zavedeny jako forma spoluúčasti regulační poplatky:

1) ve výši 30 Kč

- za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře,
- za návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,
- za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost,
- za návštěvu u klinického psychologa,
- za návštěvu u klinického logopeda,

2) ve výši 60 Kč

- za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách,

3) ve výši 90 Kč

- za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službu první pomoci nebo ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 do 7.00 hod,

¹¹⁴ SÚKL získal nové kompetence. MD Access. [Cit. 26. srpna 2009]. Dostupné z: <http://www.mdaccess.cz/articles.asp?ida=784&idk=185>.

4) ve výši 30 Kč

- za položku na receptu při výdeji léků, které jsou plně nebo částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo. Zdravotnická zařízení mají zákonnou povinnost regulační poplatky v uvedených případech vybrat. Pokud zdravotnické zařízení poplatky nevybírání nebo naopak vybírá poplatky v situacích, které regulačním poplatkům nepodléhají, může zdravotní pojišťovna uložit zdravotnickému zařízení pokutu až do výše 50 000 Kč.

Výjimky, kdy se regulační poplatky neplatí, stanoví zákon¹¹⁵. Od placení všech poplatků jsou osvobozeni například pojištěnci umístění v dětských domovech, osoby, kterým bylo soudem nařízeno ochranné léčení, pojištěnci, kterým je poskytována dávka pomoci v hmotné nouzi, pojištěnci během povinného léčení infekčního onemocnění, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení atd.

Poplatek podle odstavce 1 písm. a), tj. poplatek ve výši 30 Kč za návštěvu u lékaře, se neplatí v případě, že jde o preventivní prohlídku, hemodialýzu, laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, není-li zároveň provedeno klinické vyšetření, dále za vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně nebo jde-li o některé zvláštní léčebné úkony (tzv. dispenzární péči u vážně nemocných dětí, u žen v těhotenství).

Dále se neplatí poplatek podle odstavce 1 písm. f), tj. poplatek 60 Kč za každý den, kdy je poskytována ústavní péče, pokud se týká narozeného dítěte, a to ode dne porodu do dne propuštění ze zdravotnického zařízení.

Další omezení plyne ze zákonného limitu regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, který svojí ochrannou funkcí má zamezit, aby se zdravotní péče stala pro nízkopříjmové obyvatele nedostupnou. Překročí-li tedy v kalendářním roce celková částka uhrazená pojištěncem za regulační poplatky a doplatky za léčivé přípravky limit 5 000 Kč, zdravotní pojišťovna je povinna pojištěnci uhradit částku, o kterou je tento limit překročen.

Od 1. 4. 2009 dochází k významným změnám ohledně regulačních poplatků. Zákon č. 59/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním

¹¹⁵ Viz § 16a odst. 2, 3 a 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zavádí určitá zvýhodnění týkající se zejména dětí do 18 let věku a seniorů ve věku od 65 let. U obou skupin se snižuje roční limit poplatků a doplatků na léčiva na částku 2 500 Kč. Také se ruší poplatek 30 Kč za návštěvu lékaře pro děti do dovršení 18 let věku. Poplatky 60 Kč za den pobytu v nemocnici, léčebně apod., 90 Kč za pohotovost, 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa nebo u klinického logopeda a 30 Kč za položku na receptu však nadále i pro tuto skupinu pojištěnců zůstávají.

Zásadní změna nastává také u poplatku 30 Kč za položku na receptu. U léků, které jsou plně nebo částečně hrazeny ze zdravotního pojištění, se vždy hradí regulační poplatek ve výši 30 Kč. V případě plně hrazených léků tedy pojištěnci vždy zaplatí tuto částku. Pokud však platí doplatek, snižuje se součet doplatků za všechna balení léčiv o zaplacený regulační poplatek nebo jeho příslušnou část tak, aby částka za doplatek a regulační poplatek činila nejméně 30 Kč¹¹⁶. Nově je dále uložena zdravotnickým zařízením povinnost použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací.

3.4.7.1 Soulad regulačních poplatků s ústavním pořádkem

Zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví se u veřejnosti nesetkalo s příznivým ohlasem a vyvolalo bouřlivé diskuse i mezi politickými představiteli. Zpochybňovala se jejich nutnost i funkce a napadán byl také soulad s ústavním pořádkem. Otázka regulačních poplatků se tak dostala až před Ústavní soud. Ten se zabýval návrhem na zrušení zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, jehož součástí byl i návrh na zrušení ustanovení týkajících se regulačních poplatků. Především byl vytýkán jejich rozpor s čl. 31 větou druhou Listiny základních práv a svobod, podle něhož mají občané na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Ústavní soud nakonec neshledal důvod pro zrušení regulačních poplatků¹¹⁷, nutno však podotknout, že jen díky těsné většině hlasů. Odlišná stanoviska pěti soudců Ústavního soudu jen svědčí o složitosti dané problematiky.

Ústavní soud se zabýval mnoha aspekty, např. charakterem sociálních práv, historicko-právním pohledem, mezinárodním srovnáním, posuzoval legitimní cíl

¹¹⁶ Viz 1. zákona č. 59/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

¹¹⁷ Nález Ústavního soudu ze dne 20. 5. 2008, sp. zn. Pl.ÚS 1/08.

zákonné úpravy, dopad rozhodnutí na další reformní kroky, přirovnával danou problematiku k již řešené problematice "bezplatného" vzdělávání aj. Zastánci regulačních poplatků argumentovali mj. tím, že v případě těchto poplatků nejde o poplatek za poskytnutou zdravotní péči (ta nadále zůstává bezplatná), nýbrž jen o způsob regulace přístupu ke zdravotní péči hrazené z veřejného zdravotního pojištění, čímž se zamezuje jejímu nadužívání, a tím se v konečném důsledku dosahuje lepší dostupnosti zdravotní péče pro ty, kteří ji skutečně potřebují. Bezplatná podle nich má být právě jen zdravotní péče, ne však vše, co s jejím poskytováním souvisí. V případě regulačních poplatků jde vlastně o zdroj financí pro rozvoj zdravotnického zařízení, ne však o financování zdravotní péče jako takové. Upozorňují také na význam ochranného limitu, který ve svém důsledku znamená pro chronicky nemocné strop ve výdajích, především na doplácích za léky.

Odlišná stanoviska soudců Ústavního soudu naopak poukazovala převážně na to, že pojištěncům (až na zákonem stanovené osoby, které poplatek neplatí) se nemůže dostat žádné zdravotní péče, na kterou by nemuseli přispět ve formě regulačního poplatku, což ústavnímu požadavku "bezplatnosti" zdravotní péče odporuje. Povinnost platit regulační poplatky navíc mají i osoby, za které je plátcem pojistného stát, a které tedy systémem jsou považovány za nedostatečně finančně zajištěné.

Argumentace obou stran jsou poměrně přesvědčivé. Z pohledu pacienta se zdají být bližší důvody pro zrušení poplatků. Přesto mám za to, že je třeba i ústavní předpisy vykládat v širším smyslu, je třeba sledovat smysl i legitimní cíl dotčeného zákona a vezmou-li se v úvahu všechny argumenty Ústavního soudu, nelze jednoznačně říci, že by regulační poplatky byly v přímém rozporu s ústavním pořádkem.

3.4.7.2 Problematika úhrady regulačních poplatků kraji

Diskutovaným tématem se regulační poplatky opět staly v souvislosti s volbami do krajských zastupitelstev na podzim roku 2008, kdy se jejich zrušení stalo heslem úspěšné předvolební kampaně České strany sociálně demokratické (dále jen "ČSSD"). Šlo v podstatě pouze o populistický postoj a zneužití institutu regulačních poplatků v boji o moc, což zahrálo na citlivou strunu voličů, kteří v podstatě prostřednictvím krajských voleb vyjádřili svůj postoj k regulačním poplatkům ve zdravotnictví. Opozice v těchto volbách uspěla, ale ke zrušení regulačních poplatků mohlo dojít jen na základě zákona. Kraje, kde se ČSSD prosadila, tedy zavedly systém poskytování finančních

darů z prostředků krajských rozpočtů k úhradě poplatků. Pojištěnci tak dostali možnost se rozhodnout, zda regulační poplatek zaplatí sami nebo na základě "darovací smlouvy" jim ho uhradí kraj. Tento přístup vyvolal opět živou debatu ohledně obcházení zákona a finančních zdrojů, z nichž měly kraje poplatky hradit.

Zdravotnická zařízení, která nejsou zřizována krajskými úřady, považují zmíněné jednání za protiprávní. Nespokojené jsou zejména soukromé lékárny, jež považují rozhodnutí krajských úřadů za nekalou soutěž, a kterým vznikla škoda v důsledku toho, že pacienti upřednostňují krajské lékárny, kde nemusí regulační poplatky hradit. Např. ve Středočeském kraji se daná problematika dostala až před Městský soud v Praze, který předběžným opatřením zakázal proplácení regulačních poplatků v lékárnách, Vrchní soud toto jeho rozhodnutí potvrdil¹¹⁸. Také v kraji Moravskoslezském došlo už k několika soudním zákazům proplácení poplatků v řadě nemocničních lékáren¹¹⁹.

Z mého pohledu je zmíněná praxe krajů, tedy darovací smlouvy na regulační poplatky, napadnutelná nejenom jako nekalosoutěžní jednání, ale také pro absolutní neplatnost právního úkonu jako obcházení zákona - in fraudem legis. Podle občanského zákoníku, je neplatný právní úkon, který svým obsahem nebo účelem odporuje zákonu nebo jej obchází anebo se přičí dobrým mravům¹²⁰. Jak už bylo zmíněno, účelem regulačních poplatků je regulace přístupu ke zdravotní péči a zamezení nadbytečného plýtvání zdravotní péče tím, že jejím uživatelům je uložena určitá finanční zátěž v souvislosti s poskytováním této péče. V okamžiku, kdy uživatelé jsou dané finanční zátěže formou zmíněných darovacích smluv zproštěni, mizí jejich motivace k uváženému přístupu ke zdravotní péči, což je proti smyslu právní úpravy regulačních poplatků. Záměrem zavedení regulačních poplatků také jistě nebylo zatížit veřejné rozpočty (naopak těm se mělo prostřednictvím zdrojů z jiných sfér ulehčit), především rozpočty krajů, z nichž jsou prostředky na úhradu poplatků poskytovány, a kterým vznikly kromě nákladů na úhradu "ceny" regulačních poplatků také další náklady na administraci související s jejich proplácením.

¹¹⁸ Vrchní soud podpořil lékárníky. MEDICAL TRIBUNE CZ. [Cit. 22. září 2009]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/14942>.

¹¹⁹ Viz např. *Lékárna ve Frýdku-Místku nesmí proplácet poplatky*. MEDICAL TRIBUNE CZ. [Cit. 22. září 2009]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/14763>.

¹²⁰ Viz § 39 zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Je třeba si uvědomit, že v naší právní kultuře platí zákon pro všechny a všichni jsou povinni zákon respektovat, ačkoliv jej ze subjektivního, politického, ideologického či jiného hlediska považují za špatný. Je-li zákonem uložena občanům povinnost platit regulační poplatek zdravotnickému zařízení (a povinnost zdravotnického zařízení tento poplatek vybrat), neměla by být tato povinnost občany, natož samotnými představiteli veřejné správy obcházena, byť s takovou zákonnou povinností nesouhlasí.

Nutno podotknout, že sama ČSSD shledává finanční neudržitelnost proplácení poplatků a od této praxe pomalu ustupuje.

3.4.7.3 Regulační poplatky - ano či ne?

Ačkoli jsem doposud vystupovala spíše v roli obhájece regulačních poplatků, šlo o postoj z hlediska platného práva a k regulačním poplatkům jako takovým mám řadu výhrad.

Jelikož primární funkcí regulačních poplatků je snaha zamezit nadužívání zdravotní péče, postrádám smysl jejich platby za položku na receptu a u ambulantních specialistů, jsou-li k nim pacienti odesláni na doporučení praktického lékaře či jde-li o návštěvu těmito ambulantními specialisty domluvenou. V těchto případech nemůže jít o svévolné zneužívání zdravotní péče, naopak se předpokládá nutnost poskytnutí takové péče či léčivých přípravků a prostředky regulace zde tedy nejsou namístě. Zodpovědnost za nadbytečnou preskripci léků by primárně měla ležet na ošetřujícím lékaři. Poplatek za návštěvu ambulantního specialisty by měl být vybírán jen při návštěvě odborníka bez doporučení praktického lékaře - jen zde totiž hrozí zneužití zdravotních služeb v případě, že šlo řešit zdravotní potíže pacienta ve sféře primární zdravotní péče. Na současný systém tedy doplácí především ti, kdo zdravotní péči nezneužívají, ale skutečně potřebují. Avizované snížení čekacích dob na lékařské ošetření sice někteří lékaři potvrzují, z mých osobních zkušeností však plyne, že převážně v ambulancích specialistů jsou jak objednací doby na některá vyšetření, tak samotné čekání v ordinacích stále neúměrně dlouhé. Vztah regulačních poplatků a lepší dostupnosti zdravotní péče je tedy v mnoha případech diskutabilní. Jak se zdá, pozitivní dopad na snížení návštěvnosti mají regulační poplatky spíše jen u praktických lékařů.

Je zřejmé, že regulační poplatky kromě uvedené primární funkce plní funkce i jiné. Především do našeho systému vnesly další finanční prostředky prostřednictvím nové formy spoluúčasti pacientů. Nezpochybnuji potřebu zvyšování této spoluúčasti na financování zdravotních služeb, je však otázkou, zda forma regulačních poplatků je ta

správná. V zahraničí je určitá míra spoluúčasti běžnou záležitostí a je jí dosahováno různými způsoby. Rozdíly existují jednak ve výkonech, které pojištěnec spolufinancuje, rozdílná je také výše poplatků. V rámci jednotlivých zemí jsou různé průměrné podíly plateb a spoluplateb na celkových výdajích na zdravotnictví. Některé státy mají stanovenou fixní částku (např. Německo v roce 2004 ve výši 10 € čtvrtletně za ošetření u praktického lékaře), jinde je určena procentuelní sazba (např. ve Švýcarsku občané platí spoluúčast 10 % za ošetření u praktických lékařů i specialistů)¹²¹. V zemích s pokladenským systémem, tzn., že pacienti hradí zdravotní péči přímo a pojišťovna jim ji po vyúčtování následně proplácí (např. Austrálie), se spoluplatba projevuje v rozdílu mezi částkou skutečně uhrazenou zdravotnickému zařízení a částkou proplacenou zdravotní pojišťovnou. Tento rozdíl se liší od lékaře k lékaři a dává tedy pacientovi na výběr, zda upřednostní např. levnější ošetření, ale za cenu vzdálenější ordinace a delšího čekání, nebo si může dovolit připlatit za větší standard v podobě blízké vzdálenosti zdravotnického zařízení, krátkých čekacích lhůt apod. Považuji za důležité, aby pacienti byli srozuměni se skutečným účelem spoluúčasti. Regulační poplatky už svým názvem vzbuzují pocit, že jde právě a jen o výše zmíněnou funkci redukce nadužívání služeb, což má za následek ztíženou akceptaci tohoto institutu veřejností, především poctivých pojištěnců.

Co se týče ochranného ročního limitu, je jeho existence jistě smysluplná a po úpravách i jeho výše vcelku přijatelná. Nicméně je třeba vzít v úvahu, že přestože částka 5 000 Kč (resp. 2 500 Kč) se nejeví jako neúnosná, přece jen má jinou hodnotu pro osoby s příjmy např. ve výši minimální mzdy a osoby s příjmy nadprůměrnými. Z tohoto pohledu pevnou částku ochranného limitu nepovažuji za spravedlivé řešení a za vhodnější způsob bych navrhovala, v případě zachování regulačních poplatků, stanovení ochranného limitu např. procentem z příjmu. Tím by došlo k zohlednění ekonomické situace občanů a pravděpodobně i k úsporám v rámci zdravotních pojišťoven, kterým by se snížily výdaje na úhradu nadlimitních poplatků u movitějších pojištěnců.

Pokud jde o všechny dopady zavedení regulačních poplatků, teprve delší čas ukáže jejich opravdový význam. Prozatím nám chybí přesvědčivé a nezávislé analýzy a statistiky. Dosavadní výzkumy se liší podle jejich poskytovatelů, dají se vykládat

¹²¹ Srov. BARTÁK, Miroslav, HAUBEROVÁ, Denisa (aut. překl.). *Reformy zdravotnických systémů – poučení ze zkušeností*. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, s. 10-12.

z různých pohledů a pravděpodobně ještě nezahrnuly všechny možné aspekty těchto reformních kroků. Některé průzkumy např. poukázaly na pokles využívání pohotovostní služby, jiné naopak na zvýšení výjezdů rychlé záchranné služby, za kterou se regulační poplatky neplatí, apod. Skutečné trendy ve změnách přístupu ke zdravotní péči budou však patrné až v dlouhodobějším časovém horizontu.

3.4.8 Financování zdravotní péče poskytované cizím státním příslušníkům

Na území ČR je zdravotní péče poskytována všem cizincům bez ohledu na národnost, rasu, politické či náboženské přesvědčení¹²². Omezení poskytnutí zdravotní péče je v ČR stanoveno pouze v souvislosti s umělým přerušением těhotenství cizinkám, které mají na území ČR pouze přechodný pobyt¹²³.

Komplexní úpravu právního postavení cizinců během pobytu na území ČR obsahuje zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, spolu se zákonem č. 325/1999 Sb., o azylu, a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

Léčebně preventivní péči o cizí státní příslušníky během jejich pobytu na území ČR řeší § 30 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Cizincům pobývajícím na území ČR se podle něj poskytuje zdravotní péče:

- bezplatně na základě mezinárodních smluv a dvoustranných dohod mezi státy,
- bez přímé úhrady na základě všeobecného zdravotního nebo smluvního zdravotního pojištění,
- za přímou úhradu.

Pokud je zdravotní péče poskytována za přímou úhradu, cizinec musí být na výši úhrady předem upozorněn. Bez ohledu na možnost úhrady zdravotní péče se poskytuje první pomoc a neodkladná základní zdravotní péče¹²⁴.

Z nařízení Evropské unie RE 1048/71, 574/72 a 859/2003 vyplývá princip jednoho pojištění v rámci členských států EU. To se týká i rodinných příslušníků, závislých na výdělečné činnosti občanů členských států EU¹²⁵. Pro občany EU a

¹²² VONDRÁČEK, Lubomír, BOUŠKA, Ivan. *Základy zdravotnického práva*. Praha : Karolinum, 2004, s. 73.

¹²³ Viz § 10 zákona ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství.

¹²⁴ Srov. § 55 odst. 2 písm. c) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

¹²⁵ MACH, Jan. *Medicína a právo*. Praha : C. H. Beck, 2006, s. 220.

Evropského hospodářského prostoru (dále jen "EHP") platí také princip stejného zacházení jako s domácími občany, tzn., že mají v České republice právo na úhradu zdravotní péče ze zdravotního pojištění v zásadě za shodných podmínek jako pojištěnci. Poskytnutou zdravotní péči tedy hradí české zdravotní pojišťovny. Hradí se však jen nezbytná péče a tyto osoby se prokazují Evropským průkazem zdravotního pojištění.

Pro představu - v minulém roce bylo u nás ošetřeno přibližně 66 tisíc zahraničních pacientů za cca 337 mil. Kč, v této částce jsou zahrnuti i cizinci pracující v českých firmách a občané s přechodným pobytem. Nejčastěji u nás čerpají zdravotní péči občané Slovenska (19,7 tisíc), Německa (18,8 tisíc), Rakouska (12,7 tisíc), Velké Británie (3 tis.), dále Itálie a Nizozemí. V oficiálním přehledu Centra mezistátních úhrad (dále jen "CMU") trochu překvapivě chybí občané Ukrajiny, kteří zřejmě svoje čerpání zdravotní péče hradí přímými platbami. Za hospitalizace se utratilo 48 % výše uvedené částky, za ambulantní péči 21 %, zbytek za léky. Zajímavá je skutečně zaplacená částka za zahraniční pojištěnce v roce na účet CMU - cca 248 mil. Kč, tj. o trochu více než tři čtvrtiny skutečných nákladů. Průměrná cena ošetření cizince na přechodném pobytu činí 6 100 Kč.¹²⁶

3.4.8.1 Zdravotní pojištění cizích státních příslušníků

Cizinci s trvalým pobytem na území ČR mají právní nárok na pojištění v rámci veřejného zdravotního pojištění. To platí i pro azylyanty. Zdravotní pojištění vzniká těmto osobám získáním trvalého pobytu na území ČR a zaniká úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého nebo ukončením trvalého pobytu na území ČR.

Cizinci bez trvalého pobytu na území ČR, kteří jsou na území ČR zaměstnaní, pokud jde o státní příslušníky zemí mimo EU, EHP a Švýcarska, jsou pojištěni z titulu svého zaměstnání u zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR¹²⁷. Pojistné odvádí zaměstnavatel a pojištění trvá pouze po dobu zaměstnání, přičemž cizinec má stejná práva a povinnosti jako cizinec s trvalým pobytem. Zánikem účasti na nemocenském pojištění spojeným zpravidla s ukončením zaměstnání zaniká i nárok na úhradu lékařské péče zdravotní pojišťovnou. Zdravotní pojištění si musí hradit i cizinci, kterým byl v České republice povolen dlouhodobý pobyt za účelem podnikání.

¹²⁶ OPOČENSKÝ, Martin. *Čerpání zdravotní péče cizinci v ČR a naopak Čechy v zahraničí*. [Cit. 2. srpna 2009]. Dostupné z: <http://www.medop.cz/clanky.php?typ=5&id=1365&detail=1>.

¹²⁷ V případě, že zaměstnavatelem je fyzická osoba, platí, že tato musí mít na území ČR trvalý pobyt.

Cizinci z EU, EHP a Švýcarska bez trvalého pobytu v ČR mohou být účastníky českého veřejného zdravotního pojištění i z jiných důvodů než je zaměstnání, např. OSVČ vykonávající samostatnou výdělečnou činnost pouze na území ČR, nezaopatření rodinní příslušníci osoby z EU, která v ČR pracuje, aj.

V některých **zvláštních případech** se považují zákonem vymezené skupiny osob za cizince s povoleným trvalým pobytem, a tedy za účastníky veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o:

- azylanty po dobu platnosti rozhodnutí o udělení azylu,
- děti, narozené azylantkám po dobu než bude rozhodnuto o azylu nebo jiném druhu pobytu dítěte,
- cizince svěřené do náhradní výchovy rozhodnutím příslušného orgánu, je-li alespoň jedna fyzická osoba, jíž je cizinec svěřen, přihlášená k trvalému pobytu na území ČR nebo se na území ČR nachází ústav, ve kterém je dítě umístěno,
- děti cizinců od okamžiku narození do právní moci rozhodnutí o povolení pobytu, jde-li o děti rodičů, kteří mají povolen trvalý pobyt a podají v zákonem stanové lhůtě žádost o udělení povolení k pobytu dítěte,
- cizinci požívající dočasné ochrany,
- cizinci, kteří obdrželi rozhodnutí o neudělení azylu, ve kterém byla vyslovena překážka pro vycestování podle zákona o azylu; takovému cizinci udělí Policie vízum k pobytu do 90 dnů, které cizince opravňuje k pobytu na území po dobu 15 pracovních dnů ode dne udělení víza,
- cizinci, kterým bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu v případech uvedených v § 32 odst. 2 zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců, ve znění pozdějších předpisů (např. pokud vycestování brání překážka na jeho vůli nezávislá); dobu platnosti víza stanoví Policie na dobu nezbytně nutnou, nejdéle na dobu 1 roku,
- cizinci, kterým bylo uděleno povolení k dlouhodobému pobytu za účelem strpění pobytu, pokud jejich pobyt na území bude delší než 1 rok a trvají-li důvody, pro které bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu na území.¹²⁸

¹²⁸ *Veřejné zdravotní pojištění cizinců*. Všeobecná zdravotní pojišťovna. [Cit. 2. srpna 2009]. Dostupné z: http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Zdravotni/Pojisteni_cizincu.

Cizinci bez trvalého pobytu v ČR, kteří nejsou v ČR zaměstnání, nemohou být účastníky veřejného zdravotního pojištění, ale mohou (resp. musí, nejde-li o výjimku podle mezinárodní smlouvy, práva EU či českých právních předpisů) uzavřít tzv. smluvní zdravotní pojištění, které je nezávislé na veřejném zdravotním pojištění. Smluvní zdravotní pojištění obecně kryje užší rozsah zdravotní péče a v praxi se týká především péče neodkladné. Existují dva základní typy komerčního pojištění, a to zdravotní pojištění pro případ nutné a neodkladné péče a zdravotní pojištění pro případ komplexní péče. První typ pojištění nabízí v současné době několik pojišťoven, komplexní zdravotní pojištění jen Pojišťovna VZP, a. s. Pojištění pro případ komplexní péče je doporučováno cizincům při dlouhodobém pobytu. Zajišťuje zdravotní péči v širším rozsahu než pojištění na neodkladnou péči. Pokrývá preventivní prohlídky a očkování, částečně léky a prostředky zdravotnické techniky a rovněž předporodní a poporodní ošetření rodičky včetně poporodní péče o dítě¹²⁹.

3.4.8.2 Cizí státní příslušníci bez zdravotního pojištění

Cizinci bez zdravotního pojištění mohou být lékařsky ošetřeni bez přímé úhrady, pokud pocházejí ze zemí, s nimiž má ČR uzavřenou dvoustrannou smlouvu - dohodu o poskytování bezplatné zdravotní péče, a to jen v rozsahu daném takovou dohodou (zejména se jedná o péči v nezbytně nutném rozsahu).

Zahraničním studentům, kteří byli přijati na střední nebo vysokou školu na náklady České republiky, se poskytuje zdravotní péče v zásadě ve stejném rozsahu a za stejných podmínek jako českým studentům. Studenti, kteří přijeli studovat do ČR na vlastní náklady, si hradí péči z vlastních prostředků nebo z prostředků uzavřeného smluvního zdravotního pojištění, případně na základě existující dohody o poskytování bezplatné zdravotní péče (nevztahuje se na studenty ze Slovenska).

Bezplatná zdravotní péče je poskytována též pracovníkům diplomatických misí a konzulárních úřadů a jejich rodinným příslušníkům (manžel, manželka, děti, event. rodiče žijící ve společné domácnosti).

Zdravotní péči, která je cizím státním příslušníkům poskytována bezplatně, hradí Ministerstvo Zdravotnictví.

¹²⁹ *Komerční zdravotní pojištění cizinců*. Mighealthnet. [Cit. 22. září 2009]. Dostupné z: http://mighealth.net/cz/index.php/Kome%C4%8Dn%C3%AD_zdravotn%C3%AD_poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD_cizinc%C5%AF_v_%C4%8CR.

3.4.8.3 Děti cizinců narozené na území ČR

Děti cizinců narozené na území ČR mají stejný druh pobytu jako jejich rodič (zákonný zástupce). V případě cizinců, kterým byl udělen dlouhodobý pobyt za účelem zaměstnání, musí rodiče po narození dítěte zažádat o vízum nebo o povolení k pobytu nebo uzavřít dlouhodobé smluvní pojištění dítěte. Děti cizinců tak mohou být pojištěny ze zákona jen na základě trvalého pobytu, který však nebývá těmto dětem automaticky nebo často udělován. Smluvní zdravotní pojištění je nákladné a přináší s sebou i další nevýhody - určité druhy zdravotní péče (zejména péče poskytovaná osobám s vrozenou vadou, některými chronickými onemocněními, cukrovkou léčenou inzulínem apod.) se z prostředků tohoto pojištění nehradí.

4. Modely financování zdravotnických systémů

Na úvod je třeba zdůraznit, že žádný z níže uvedených modelů se nedá považovat za ideální. Zdraví a zdravotní péče není klasickým předmětem trhu a ve všech případech tedy do systému v určité míře musí zasahovat stát, modely nejsou a ani nemůžou být absolutně spravedlivé, co se týče rozlišování chudých a bohatých, a všechny se snaží o určitou regulaci poptávky.

Volba konkrétního modelu zdravotní péče v každé zemi je ovlivněna historickými tradicemi, hospodářskou i sociální politikou a faktickými ekonomickými možnostmi dané země.

V současnosti jsou základní systémy různě upravovány. Reformy zdravotnických systémů jsou vedeny snahou spojit využívání soudobého zdravotnictví ke zlepšování zdravotní péče, zajištění všeobecné dostupnosti s možnostmi finanční saturace nákladů na zdravotnictví. Neoddělitelnou součástí je sledování kvality a spokojenosti se zdravotní péčí a zejména hledání racionálnosti v rozsahu zdravotní péče, kde finanční hledisko není zanedbatelné¹³⁰.

4.1 Tržní model

Představitelem tohoto modelu zdravotnického systému jsou Spojené státy americké. V Evropě to bylo do roku 1996 také Švýcarsko.

V USA není jednotná zdravotní politika na federální úrovni, ani jednotný federální systém zajištění zdravotní péče. Neexistuje zákon o všeobecném veřejném zdravotním pojištění. Úhrada za poskytovanou zdravotní péči je realizována z různých zdrojů, od přímé platby přes úhrady prostřednictvím soukromých zdravotních pojišťoven komerčního i neziskového charakteru, až po úhrady ze zdrojů místních, státních a federálních¹³¹.

Pojištění na různých úrovních poskytuje velké množství soukromých pojišťoven, které jsou prakticky mimo kompetenci federální vlády. Chudí lidé však nemají finanční možnosti si komerční zdravotní pojištění sjednat, ani prostředky na přímou úhradu za poskytnutou zdravotní péči. Některé osoby zase vzhledem k individuálnímu riziku

¹³⁰ ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. *Inovované dodatky k vybraným kapitolám ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha : Karolinum, 2008, s. 51.

¹³¹ VURM, Vladimír. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha : Triton, 2007, s. 50.

pojišťovny odmítají pojistit, případně jim vypočtou příliš vysokou sazbu pojistného, čímž se stanou „nepojistitelnými“. Z těchto důvodů byly zavedeny federální zdravotní programy Medicare (pro osoby starší 65 let) a Medicaid (pro osoby s nízkým příjmem), skrze něž stát zajišťuje úhradu zdravotní péče pro nemajetné ze státního rozpočtu na základě sociální solidarity. Přestože si stát ponechává minimální možnost regulace, podíl vládních výdajů na zdravotnictví v poslední době dosáhl 50 procent.

Tržní model zdravotního systému, kdy se ke zdraví přistupuje jako ke zboží, trpí řadou nedostatků. Je drahý, vyznačuje se nerovností ve zdraví a zdravotní péči, omezenou dostupností pro určité vrstvy obyvatel a nedostatečnými kontrolními mechanismy. Síť zdravotnických zařízení poskytující základní, všeobecnou zdravotní péči v primární sféře, je slabá, územně nerovnoměrná a podceňovaná. Sekundární péče je naopak přeceňována a nemocniční zařízení je často místem prvního kontaktu¹³².

Naopak k výhodám tržního systému patří velice vysoká kvalita zdravotní péče i výzkumu.

V USA se o zásadnější reformu snažil již prezident Clinton. V současné době je revize systému opět aktuálním tématem.

Z výše uvedeného je naprosto zřejmé, že tento model je pro podmínky našeho zdravotnictví zcela nevhodný, absolutně mimo naši ekonomickou situaci i společensko-politickou tradici dostupnosti zdravotní péče.

4.2 Státní model

Protipólem tržního modelu je státní model, někdy označovaný jako Semaškův sovětský systém. Byl typický v bývalých socialistických zemích a ještě dnes se uplatňuje na Kubě a dále také v Kuvajtu či Bruneji.

V tomto modelu stát hradí veškerou zdravotní péči poskytovanou občanům ze státního rozpočtu. Občané se na úhradě přímo nepodílí, pouze odvádí daně podle výše svého příjmu. Poskytovatelé zdravotní péče i zdravotnická zařízení jsou státní a zdravotnictví je centrálně řízené a plánované.

Výhodou uvedeného systému je dostupnost péče pro všechny občany. Výkonnost systému je však velmi nízká. Celý systém je pro stát finančně velice

¹³² DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha : Oeconomica, 2005, s. 160.

náročný. Dochází k nadužívání zdravotní péče občany, jelikož nemají přehled o cenách poskytovaných služeb ani motivaci k jejich úspornému využívání. Taktéž lékaři a další zdravotničtí pracovníci jsou na fungování systému minimálně zainteresováni¹³³.

S uvedeným modelem má naše země dostatek zkušeností. Ekonomicky je únosný jen pro velmi bohaté země (viz výše zmíněné). Kromě neúměrných nákladů se vyznačoval také demotivací k efektivnímu využívání zdravotních služeb.

4.3 Systém národní zdravotní služby

Financování systému je navázáno na státní rozpočet. Zdravotnická zařízení jsou převážně ve vlastnictví státu a lékaři mají postavení státních zaměstnanců či samostatných podnikatelů. Stát garantuje bezplatnou zdravotní péči pro všechny, finanční spoluúčast pacientů je velmi nízká a jsou z ní zpravidla vyňaty osoby mladší 16 let, starší lidé a osoby s nízkými příjmy. Výhodami tohoto modelu je obecná dostupnost zdravotnických služeb. Naopak systém nemotivuje obyvatele k péči o vlastní zdraví.

Hlavním představitelem tohoto modelu je už od roku 1948 Velká Británie, dále je uplatňován také v Kanadě.

Ve Velké Británii je systém centrálně řízen Britskou Národní zdravotní službu (National Health Service). Zdravotní péče je maximálně dostupná - všichni občané mají zajištěný přístup k plně hrazené komplexní zdravotní péči. Ta je hrazena převážně z veřejných prostředků, které jsou získávány z větší části z daně z příjmu obyvatel (cca 80 %) a z menší části (cca 15 %) z doplňkové platby národního pojištění. Doplňujících 5 % se získává z doplateků na léky. Do fondu národního pojištění přispívají jak zaměstnanci, tak zaměstnavatelé, i osoby samostatně výdělečně činné. Daň z příjmů je daní progresivní v rozmezí 25 - 40 %, příspěvek na národní pojištění je ve výši 2 - 3 % z příjmu. Daně platí však pouze osoby nad určitou stanovenou příjmovou hranici. Znamená to, že občané, kteří jsou osvobozeni od daňové povinnosti, přesto konzumují zdravotní péči jako plátcí daně. Jde tedy o velmi solidární systém¹³⁴. Nejsou však vyloučeny ani přímé platby či doplatky ze soukromého zdravotního pojištění.

¹³³ Srov. VURM, Vladimír a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha : Triton, 2007, s. 51.

¹³⁴ VURM, Vladimír a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha : Triton, 2007, s. 52.

Zvláštností ve zdravotnickém systému Velké Británie je postavení praktického (rodinného) lékaře. Pro občany platí povinnost registrace a vyšetření u specialisty či hospitalizace je podmíněna doporučením praktického lékaře, jinak je musí uhradit přímou platbou či ze svého soukromého pojištění. Rozsah činnosti praktického lékaře je však širší než např. v ČR, kde některé tyto činnosti spadají do kompetence ambulantních specialistů. Praktický lékař také nese hlavní zodpovědnost za prevenci a podporu zdraví ve svém regionu. Ve financování praktických lékařů se uplatňuje hlavně kombinovaná kapitačně výkonová platba.

Ambulantní specialisté působí pouze v rámci nemocnic. Co se těch týče, převažují veřejné nemocnice. Soukromé nemocnice jsou založeny buď za účelem zisku, nebo naopak na charitativní bázi. Na speciální zdravotní péči (např. operace) jsou poměrně dlouhé čekací doby.

Doplňkovými zdroji financování je spoluúčast (typická pro doplatek na recept, ve stomatologii, za nadstandardní pokoje v nemocnici atd.) a soukromé pojištění, které je využíváno hlavně ke krytí nehrazené péče.

Na principu národní zdravotní služby u nás bylo postavené zdravotnictví po roce 1945. Společensko-politické poměry v ČR na počátku 90. let upřednostňovaly odstátnění zdravotnictví, a proto byl zvolen níže uvedený model pluralitního zdravotního pojištění.

4.4 Model zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami

Model zdravotnického systému založený na existenci více zdravotních pojišťoven, povinném zdravotním pojištění s možností výběru pojišťovny a kombinaci podílu trhu s veřejným dohledem se prosadil v zemích západní Evropy i v ČR.

Systému se účastní tři subjekty - poskytovatelé, pacienti a zdravotní pojišťovny. Poskytovateli jsou převážně soukromé praxe jak praktických lékařů, tak specialistů, soukromá pracoviště komplementu v ambulantní péči. V lůžkové péči jsou poskytovateli nemocniční zařízení, specializované léčebny různých vlastnických forem. Zřizovatelé bývají rovněž různí. Převládá nepřímé placení služeb. Pacienti, resp. občané přispívají do systému prostřednictvím zdravotního pojištění, u určitých léčebných úkonů se uplatňuje spoluúčast pacienta, jiné vyžadují přímou úhradu. Kromě povinného pojištění si občané mohou uzavřít i další soukromé pojištění jako pojištění doplňkové.

Významnou roli v uvedeném modelu zastává stát, který nejenže financuje některá zdravotnická zařízení (převážně v oblasti lůžkové péče), ale také hradí zdravotní pojištění za své státní zaměstnance a další vymezené skupiny osob (např. děti, nezaměstnané, důchodce apod.)¹³⁵.

Klasickou zemí, kde je tento model uplatňován Německo. Německý systém je založený na povinném zdravotním pojištění, které si lze sjednat u jedné ze sedmi zdravotních pojišťoven (nemocničních fondů), které jsou veřejnoprávními institucemi neziskového charakteru. Nemocniční fondy proplácejí poskytovanou zdravotní péči. Jejich posláním je vyjednat jménem svých pojištěnců ceny, rozsah a kvalitu hrazené péče s poskytovateli. Takto vyjednaný rozsah péče je obvykle dostupný pro všechny pojištěnce fondu bez omezení. Financování fondů je založené na výši příspěvků, která musí odpovídat výši vynaložených nákladů. Podle zákona však fondy mají právo a povinnost zvýšit příspěvek, jestliže si to vyžaduje krytí nákladů zdravotní péče. Pojistné se pohybuje okolo 13 % z platu a platí jej z poloviny zaměstnanec a z druhé zaměstnavatel.

Pojištění je povinné cca pro tři čtvrtiny obyvatelstva do určité příjmové hranice. Lidé nad tuto hranici pak nepodléhají zákonu o povinném zdravotním pojištění, ale mohou mít dobrovolné pojištění jak u zmíněných veřejnoprávních pojišťoven, tak i běžných soukromých pojišťoven¹³⁶.

Soukromé pojištění se tedy týká těch, kteří nespádají do povinného zákonného zdravotního pojištění. Také se uplatňuje jako doplňkové připojištění zaměřené na oblasti, které nehradí nemocniční fondy, tzn. nemocniční péči (nadstandardní pokoje, léčba vedoucím oddělení), zubní korunky, umělý chrup apod. Toto pojištění však nesmí poskytovat nemocniční fondy.

Co se týče úhrad zdravotní péče, tak v ambulantní sféře se uplatňuje platba za výkony. Nemocnice se rozlišují na státní, financované z veřejných zdrojů, a soukromé, jak ziskové, tak neziskové. Uplatňuje se platba za diagnózu. V roce 2003 byl zaveden tzv. kvartální poplatek ve výši 10 eur u praktického lékaře a stomatologa a systém úhrady za pobyt v nemocnici (rovněž 10 eur). To však neplatí, pokud pacient zůstane

¹³⁵ Srov. VURM, Vladimír, a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha : Triton, 2007, s. 53.

¹³⁶ ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, s. 187.

v nemocničním prostředí více než 28 dnů. Za každý lék se doplácí cca 5 - 10 eur. Na tuto spoluúčasť je možné se i soukromě připojistit.¹³⁷

System povinného zdravotního pojištění byl zaveden i v ČR a jeví se pro naše podmínky nevhodnějším. Přesto však trpí řadou nedostatků, které je třeba řešit. Především se musí upravit postavení zdravotních pojišťoven, tak aby mohly efektivně působit na kvalitu a objem poskytované péče, a posílit význam soukromého doplňkového pojištění.

¹³⁷ ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, s. 189.

5. Reforma zdravotnictví

5.1 Současné problémy financování zdravotnictví a jejich řešení

V podstatě ve všech zemích se od 70. let 20. století projevuje rychlé tempo rozvoje lékařských, vědeckých i výrobních postupů, což má za následek na jedné straně zlepšení kvality poskytované zdravotní péče, na straně druhé naráží na problém omezených zdrojů. Náklady na zdravotní péči díky novým a drahým diagnostickým i terapeutickým metodám v některých případech až mnohonásobně stouply, ovšem příliv finančních prostředků do zdravotnictví tomuto trendu příliš neodpovídá. Náklady na zdravotnictví však nelze zvyšovat donekonečna, navíc od určité hranice růst nákladů už ani neznamena zvyšování kvality péče. Dalším důvodem zvyšování výdajů v oblasti zdravotnictví je i demografická situace (pokles ekonomicky aktivního obyvatelstva a jeho stárnutí) a rozšiřování zdravotní péče.

Co se týče trendu růstu nákladů na zdravotnictví a zdravotní péči, Česká republika není výjimkou. Jak ukazuje následující tabulka, jen za posledních dvanáct let vzrostly výdaje na zdravotnictví více jak na dvojnásobek.

Tabulka č. 5: Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví v České republice

ROK	Výdaje v milionech Kč			Výdaje na 1 obyv. v Kč	Podíl výdajů na HDP ³⁾ v %
	Celkem	v tom			
		veřejné	soukromé ¹⁾		
1995	102 664	93 309	9 355	9 938	7,00
2000	146 835	132 962	13 873	14 294	6,71
2001	161 300	145 206	16 094	15 776	6,86
2002	178 923	162 297	16 626	17 540	7,26
2003	195 155	175 592	19 563	19 130	7,57
2004	206 752	184 825	21 927	20 256	7,35
2005	215 584	191 356	24 228	21 065	7,22
2006	220 878	194 344	26 534	21 514	6,87
2007 ²⁾	236 601	203 120	27 860	33 471	6,70

¹⁾ 1995 dle národních účtů ČSÚ, 2000-2006 dle zdravotnických účtů ČSÚ, 2007 - odhad ÚZIS ČR.

²⁾ Předběžné údaje.

³⁾ HDP dle údajů zveřejněných ČSÚ do 31. 10. 2008.

Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2007 a Zdravotnictví České republiky 2007 ve statistických údajích. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008

Všechny systémy jsou tedy nuceny nějakým způsobem problém zvýšených výdajů na zdravotnictví a zdravotní péči řešit. Možnými přístupy jsou buď snižování

výdajů, či rozšiřování zdrojů, ani jedna varianta se však neobejde bez efektivnější alokace finančních prostředků a jejich využívání. Toho se některé země snaží dosáhnout zapojováním tržních mechanismů do systému zdravotnictví, jiné naopak řešení vidí v posilování státní regulace.

Z tabulky je jasně patrné, že podíl soukromých výdajů v ČR činí 10 % celkových výdajů na zdravotnictví a ve srovnání s ostatními vyspělými zeměmi je nízký. Právě v soukromém sektoru tedy můžeme vidět možné rezervy při hledání dalších zdrojů. Změny v tomto směru však musí být prováděny velmi citlivě, neboť je zde stále vžitá tradice bezplatných zdravotních služeb a veřejnost není rozšiřování spoluúčasti nakloněna. Také se musí vzít v úvahu, že pojistné na zdravotní pojištění je v podstatě tzv. druhou daní, která zatěžuje příjmy občanů, a z tohoto pohledu je třeba chápat jejich názor, že se svými soukromými zdroji podílí na financování celého systému dostatečně.

Podíl veřejných výdajů na financování zdravotnictví je v mezinárodním srovnání velmi vysoký a jejich relativní výše v ekonomice (měřeno na HDP) je srovnatelná s ostatními vyspělými státy. Systém financování zdravotnictví v ČR založený na zdanění práce dosahuje maxima svého potenciálu a další zvyšování daňové zátěže pracovních výdělků by mohlo vést ke snížení konkurenceschopnosti české ekonomiky. Veřejné zdroje lze tedy rozšiřovat především prostřednictvím jiných druhů zdanění (např. spotřební daně, rozšíření základny výpočtu pojistného o příjmy z kapitálu apod.)¹³⁸.

Jedním z problémů chybějících financí ve zdravotnictví je i vysoký počet osob, za které platí poměrně nízké pojistné na zdravotní pojištění stát. Ozývají se hlasy požadující zvednutí této částky, což by jistě pomohlo situaci ve zdravotnictví, avšak z hlediska veřejných financí by takto vynaložené prostředky chyběly jinde. Za úvahu by stálo omezení skupin osob, za něž je plátcem pojistného stát. V zahraničí není neobvyklé, že např. důchodci si pojistné na zdravotní pojištění platí sami, jen z nižšího vyměřovacího základu. Koneckonců, jsou-li povinny platit si pojistné na zdravotní pojištění i některé skupiny osob, které nemají žádný příjem (často se ocitající v této situaci bez vlastního zavinění), nevidím důvod, proč jsou z této povinnosti jiné osoby

¹³⁸ MÁTL, Ondřej (ved. aut. kol.). *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR : zdravotnictví v číslech a názorech : projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008, s. 135.

s alespoň nějakým příjmem (byť ve formě dávek důchodového zabezpečení) osvobozeny.

Co se týče omezování výdajů na zdravotnictví, to je možné v několika směrech. K nejvýznamnějším položkám ve výdajích na zdravotní péči patří spotřeba léků. Česká republika v mezinárodním srovnání patří mezi země spíše s vyšší spotřebou léčiv. Přestože zavedení poplatku za položku na receptu vedlo ke snížení této spotřeby, stále je zde problém s nadužíváním léků. I nadále přežívá přesvědčení, že medikace je jediným řešením zdravotních problémů, přestože v řadě případů by stačil jen klidový režim a přísun vitamínů. Běžnou praxí praktických lékařů je také předepisování léčivých přípravků ještě před potvrzením diagnózy, což mnohdy vede k jejich nadbytečnému a neefektivnímu užívání.

Velkou část nákladů na zdravotnictví představují personální výdaje. V této položce však jen stěží můžeme hledat zdroje úspor. Finanční ohodnocení pracovníků ve zdravotnictví je dlouhodobě považováno za podhodnocené, je tedy naopak potřeba hledat finanční prostředky na navýšení mezd, zejména zdravotních sester.

Dlouhodobě je českému zdravotnímu systému vytýkán vysoký počet akutních nemocničních lůžek. Přestože v poslední době zaznamenáváme určitý pokles v jejich využívání, v mezinárodním srovnání je Česká republika v této oblasti nad průměrem. Problém tvoří především nedostatek lůžek dlouhodobé ošetrovatelské péče. Některé pacienty, kteří nemohou být propuštěni do domácího ošetřování, tak nelze umístit do jiných než nákladně vybavených nemocnic, ačkoli jejich zdravotní stav hospitalizaci v těchto zařízeních nevyžaduje. Tito pacienti pak blokují lůžka akutní.

Vzhledem k tomu, že velkou část prostředků na zdravotní péči spotřebovává především léčba chronických a závažných onemocnění, významnou roli při snižování výdajů ve zdravotnictví hraje prevence. Předcházení nemocí je vždycky méně nákladné než jejich léčba. Přestože význam prevence se v České republice zdůrazňuje už nějakou dobu, chybí především výchova k zodpovědnému chování vůči vlastnímu zdraví a účinná motivace. Motivace k péči o zdraví je vůbec závažným problémem českého zdravotnictví. Je dokázáno, že zdravotní stav občanů může životní styl a péče o jejich vlastní zdraví ovlivnit více a efektivněji než zdravotnictví. Motivace leží ve správném

nastavení míry solidarity v sociálním a zdravotním systému, nástroji pak jsou informace a vzdělání¹³⁹.

K péči o zdraví nemotivuje v současné době ani sociální systém, který je v interakci se systémem zdravotním. Samo oddělení např. nemocenského pojištění od zdravotního systému postrádá logiku. Pracovní neschopnost jde ruku v ruce s vyšším čerpáním zdravotních služeb a má vliv i na placení pojistného. Pokud by došlo k propojení nemocenského a zdravotního pojištění, lze očekávat větší kontrolu nadužívání institutu pracovní neschopnosti a efektivnějšího využívání zdravotní péče ze strany jedné zainteresované instituce, přičemž by došlo i ke snížení administrativních výdajů. Oddělení zdravotního a nemocenského pojištění tedy nevede pojišťovny ke komplexnímu pohledu na vnímání cen zdraví. Oba systémy na sebe navenavazují ani spolu nespolupracují, což oba prodražuje¹⁴⁰.

Pokud jde o administrativní výdaje, často se poukazuje také na problematiku pluralitního systému zdravotních pojišťoven. Při jeho zavádění se předpokládalo, že konkurence mezi zdravotními pojišťovnami bude znamenat kvalitnější péči, více bonusů a třeba i nižší pojistné. Jak už bylo dříve řečeno, v současném veřejnoprávním solidárním systému v podstatě efektivní konkurence zdravotních pojišťoven není možná, a ani vliv zdravotních pojišťoven prostřednictvím smluvních vztahů se zdravotnickými zařízeními a úhradových mechanismů na objem a kvalitu poskytované zdravotní péče nenaplnil očekávání. Pokud pojišťovna chápe svoji pozici jako konkurenční vůči ostatním pojišťovnám na trhu, objevují se v jejím uvažování i jiné pobídky, protože ve stávajícím organizačně-právním uspořádání existuje mnoho cest, jak zlepšit svoji finanční bilanci jinak než nasmlouváním efektivní a kvalitní zdravotní péče¹⁴¹. Konkurence mezi zdravotními pojišťovnami v současném pojetí tedy nutně nemusí vést ke kvalitnější zdravotní péči, zároveň svojí omezeností téměř ztrácí smysl. Ozývají se tedy hlasy, zda vůbec potřebujeme takový počet zdravotních pojišťoven a zda by nešlo ušetřit na provozních výdajích jejich redukcí. Jiné přístupy naopak preferují "deregulaci a odstátnění" zdravotních pojišťoven, posílení tržních principů a umožnění vzniku

¹³⁹ MÁTL, Ondřej (ved. aut. kol.). *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR : zdravotnictví v číslech a názorech : projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008, s. 210.

¹⁴⁰ GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno : Computer Press, 2003, s. 39.

¹⁴¹ GOULI, Rochdi, MERTL, Jan, PASOVSKÁ, Lenka, VESELÁ, Markéta. *Konkurence za veřejné peníze? (Programy hrazené z fondu prevence v systému veřejného zdravotního pojištění v ČR)*. Praha : Eurolex Bohemia, 2006, s. 128, 129.

dalších pojišťoven¹⁴². V této otázce je těžké zaujmout jednoznačný názor, už jen z toho důvodu, že zdravotní péče není klasickým předmětem trhu a fungování tržních mechanismů v této oblasti nemusí být jen ku prospěchu věci. Současná právní úprava postavení zdravotních pojišťoven je však "slepá" cesta. Do budoucna je tedy nutné vytvořit zdravotním pojišťovnám konkurenční prostředí, případně zvážit, zda by ve sféře veřejného zdravotního pojištění neměla figurovat pouze jedna veřejnoprávní instituce (či omezené množství) a ostatní zdravotní pojišťovny by vystupovaly jen na trhu komerčního zdravotního pojištění.

Tímto se dostáváme k velmi aktuálnímu tématu, a to tzv. standardů, neboli přesně vymezené zdravotní péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Péči nad tento standard by měli hradit pacienti přímými platbami nebo prostřednictvím soukromého komerčního pojištění. O nutnosti standardů zdravotní péče panuje celkem shoda, otázkou zůstává praktická realizace jejich vytvoření. Definování standardů zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění je tedy prvořadým úkolem současné zdravotnické reformy u nás.

5.2 Reforma zdravotnictví v ČR

K optimálnímu řešení výše zmíněných problémů se ještě v žádném zdravotnickém systému nedospělo. Zdravotnické systémy většiny zemí jsou neustále v reformním pohybu. Žádná z ekonomicky vyspělých zemí není se svým systémem zdravotní péče spokojená, všechny země tíží jeho stále rostoucí nároky, všechny se jej čas od času snaží zlepšit novými reformami a nikdo není s výsledky svých reformních kroků zcela spokojen. Směr a koncepce reforem jsou silně ovlivňovány krátkodobými politickými zájmy, kdy hesla typu "lepší zdravotní péči pro všechny" apod. se stávají oblíbenými slogany volebního boje, aby pak v povolebním období zůstaly zákonitě nenaplněny. Racionální řešení jsou pravidelně obětována vzhledem k populistickému přístupu politických stran. Nové vlády ruší započaté reformy vlád dřívějších a zavádějí nové, a to zpravidla s výhledem, že se také nedožijí jejich plné realizace.¹⁴³ Typickým příkladem tohoto přístupu na naší politické scéně se ukázala být diskuse ohledně regulačních poplatků.

¹⁴² Viz např. *Popis systému zdravotní péče navrhovaný LpR*. Lékaři pro reformu. [Cit. 29. září 2009]. Dostupné z: <http://www.lekariproreformu.cz/cz/info/1642-precete-si-/60-popis-systemu-zdravotni-pece-navrhovany-lpr.html>.

¹⁴³ VEPŘEK, Jaromír, VEPŘEK, Pavel, JANDA, Jaroslav. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. Praha : Grada Publishing, 2002, s. 53, 54.

Problematika regulačních poplatků poukázala na další, málo zmiňované aspekty reformy a jejich úspěšnosti či neúspěšnosti. Přestože o nutnosti zavádění či rozšiřování spoluúčasti pacientů není vcelku pochyb, a jak ukazují zkušenosti z jiných států, jde o běžný zdroj financí téměř v každém zdravotnickém systému, roli hraje i konkrétní forma této spoluúčasti, její technické provedení i to, jakým způsobem je veřejnosti prezentována.

Za prvé, je to právě veřejnost, která rozhoduje prostřednictvím voleb o dalším osudu reformních kroků. Laická veřejnost nezná a ani nemůže znát veškeré vztahy mezi plánovanými změnami a jejich dopadem, případně důsledky neuskutečnění takových změn. Je třeba jí tyto změny jednoznačně a věrohodně vysvětlit a nechat jí čas, aby si na ně zvykla (zvláště pokud jde o změny, které se výrazně odchyľují od dosavadní tradice např. poskytování zdravotní péče zdarma). Pokud má veřejnost věřit potřebě té které konkrétní reformy, musí vnímat, že jde o kroky, ohledně nichž panuje všeobecný konsensus napříč politickým spektrem a nejde o změny prosazené jen díky minimální většině hlasů a pravděpodobně tak aktuální jen v současném volebním období.

Za druhé, i technické provedení reformy v praxi má vliv na její přijetí veřejností. Např. regulační poplatky jsou z ekonomického hlediska pochopitelné, z právního pohledu (ač se o jejich regulační funkci i ústavním základě dá diskutovat) obhajitelné, ovšem z pohledu pacienta se nedá říci ani jedno. Ačkoliv se můžou vyskytnout případy, kdy i poměrně nízká částka určité sociálně slabší občany odradí od návštěvy lékaře, problémem není finanční aspekt. Nejednotný systém výběru poplatků, zkomplikovaný v řadě zdravotnických zařízení automaty přijímajícími jen přesnou částku v mincích, staví překážky dostupnosti zdravotní péče zvláště v situaci, kdy je pacient ve stavu akutních zdravotních problémů. Navíc v praxi i přes veškerou osvětu ohledně vybírání regulačních poplatků dochází často k jejich výběru v situacích, které regulačním poplatkům nepodléhají. Zaplacení poplatků se běžně vyžaduje ještě před samotnou návštěvou lékaře a doklad o zaplacení regulačního poplatku se nevydává automaticky a vyskytují se i případy, kdy je vydání tohoto dokladu odmítnuto. Ačkoli z právního hlediska jsou tyto situace ošetřené, aplikační praxe je jiná a výrazně ovlivňuje postoj občanů k dané problematice.

Na tomto místě ovšem není cílem práce otevření další diskuse ohledně regulačních poplatků, ale pouze na jejich příkladě demonstrovat, jaké aspekty by také

měly být brány v potaz při prosazování konkrétních reformních kroků, mají-li být úspěšné a obecně akceptovatelné.

Mluvíme-li o reformě zdravotnictví v České republice, je nutno poznamenat, že v našich podmínkách skutečná a zásadní reforma proběhla na začátku 90. let 20. století, kdy došlo k transformaci státního zdravotního systému na systém pojišťovací, založený na principech solidarity a plurality zdravotních pojišťoven, dále k privatizaci části zdravotnických zařízení a zavedení vícezdrojového financování.

Od té doby je téma reformy neustále probírané, ovšem ve skutečnosti byly prosazeny jen dílčí změny, které, vytržené z celkové koncepce, vzbuzovaly pouze bouřlivé diskuse, ale situaci ve zdravotnictví systémově neřešily. Reforma tedy zůstala tzv. na půl cesty a velký podíl na tom sehrály i časté změny na postu ministra zdravotnictví a rivalita dvou největších politických stran, pro které se konkrétní návrhy reformy staly prostředkem vzájemného znevažování či politických manévřů, místo aby se snažily najít společné východisko.

Současná tzv. Julínkova reforma deklarovala jako svůj cíl poskytnout občanům větší jistotu dostupnosti zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a větší výběr z nabídek zdravotních pojišťoven. Měla také zamezit plýtvání finančními prostředky ve zdravotnictví, stanovit rozsah krytí zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění (stanovit tzv. standardy a otevřít prostor pro platbu za tzv. nadstandard), zřídit specializovaný nezávislý dohled nad zdravotními pojišťovnami, zajistit postavení pacienta jako zákazníka a zajistit kvalitu a bezpečnost zdravotních služeb.

Část reformních kroků (např. zavedení regulačních poplatků, nová regulace cen a úhrad léčivých přípravků) byla provedena již zmíněným zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Dosáhlo se také novelizace vzdělávacích zákonů, jejímž výsledkem je státní podpora postgraduálního vzdělávání a postupné změny ve způsobech úhrady zdravotních pojišťoven poskytovatelům zdravotní péče, kdy se přechází od paušální platby na platbu dle systému DRG, tedy dle skutečně provedených výkonů. V dubnu 2008 vláda ČR schválila věcné záměry zákonů, které se týkaly zdravotnictví a jeho financování, a to věcné návrhy zákona o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů, zákona o specifických zdravotních službách, zákona o univerzitních nemocnicích a univerzitních zdravotnických pracovištích, zákona

o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, zákona o veřejném zdravotním pojištění, zákona o záchranné zdravotnické službě, zákona o zdravotních pojišťovnách a zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Ovšem prosadit schválení těchto zákonů (až na první zmíněný) se nepodařilo. Problémem nadále zůstává především nedostatečná role pojišťoven a nevyhovující síť poskytovatelů zdravotní péče.

Sami tvůrci reformy vidí několik příčin, proč jejich reformní záměry nebyly prosazeny¹⁴⁴. Vnější faktorem může být dobrá ekonomická situace ČR v době prosazování reformního návrhu. V období prosperity je obtížnější přesvědčit občany o potřebě výrazných změn. Svoji roli sehrálo také rozložení politických sil v Parlamentu ČR, kdy o přijetí či nepřijetí jednotlivých zákonů rozhodovala jen těsná většina hlasů. Vnitřních faktorů je podstatně víc, vyzvedla bych hlavně nedostatečnou prezentaci reformy a její potřebnosti, také velký rozsah změn prosazovaný v krátkém období a snaha realizovat tyto kroky bez diskuse o možném kompromisu a bez ohledu na mínění dotčených zájmových skupin.

V současné době je osud možného pokračování reformy, a vlastně i již prosazených změn, nejistý a velmi závislý na výsledku voleb. Stávající politická garnitura jen těžko najde společný přístup k zásadním otázkám a v blízké budoucnosti se tedy nějakého systémového řešení dočkáme jen stěží.

¹⁴⁴ Viz *Proč nebyla v období 2006-2008 prosazena reforma zdravotnictví*. Reforma zdravotnictví-forum.cz. [Cit. 7. září 2009]. Dostupné z: http://www.reformazdravotnictvi.cz/content/files/cz/2009_08_Analyza_neprosazeni_reformy.pdf.

Závěr

Problematika financování sociálního zabezpečení je značně obsáhlá a akcentovat veškeré její aspekty není z hlediska udržení přiměřeného rozsahu této práce možné.

Financování sociálního zabezpečení v České republice se odvíjí od jednotlivých subsystémů sociálního zabezpečení. Sociální pojištění je navázáno na státní rozpočet, kam plynou prostředky z vybraného pojistného na důchodové a nemocenské pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti - jen poměrná část těchto plateb odpovídající pojistnému na důchodové pojištění je vedena na samostatném účtu. Státní sociální podpora je plně financována ze státního rozpočtu. Také u systému sociální pomoci probíhá financování především ze státního rozpočtu a z rozpočtů územně samosprávných celků - zatímco pomoc v hmotné nouzi a sociální péče jsou financovány ze státního rozpočtu formou neinvestiční účelové dotace, v případě sociálních služeb se jedná o vícezdrojové financování (dotace ze státního rozpočtu, z rozpočtů obcí a krajů, finanční prostředky jak uživatelů, tak poskytovatelů sociálních služeb, fondů Evropské unie aj.).

Systém zdravotnictví a zdravotní péče, na který se v diplomové práci zaměřuji především, je založen na vícezdrojovém financování. Základní a nejvýznamnější zdroj financování zdravotní péče tvoří veřejné zdravotní pojištění, které je založeno na principech solidarity, plurality zdravotních pojišťoven, svobodného výběru zdravotní pojišťovny i zdravotnického zařízení, přičemž účast na zdravotním pojištění je pro stanovené osoby povinná a vzniká na základě zákona. Finanční prostředky se dále získávají ze státního rozpočtu, z rozpočtů obcí a krajů i jiných zřizovatelů, z prostředků církevních, charitativních a jiných organizací i domácností (přímé platby občanů a soukromé pojištění).

Úkolem zdravotních pojišťoven je vybrat pojistné od plátců a z finančních prostředků po přerozdělení pojistného uhradit zdravotnickým zařízením poskytnutou zdravotní péči. Zdravotní pojišťovny by také měly prostřednictvím smluvních vztahů a úhradových mechanismů zajišťovat dostupnost kvalitní a efektivní zdravotní péče a stanovovat její cenu. Požadovaného stavu však zatím nebylo dosaženo, konkurenční prostředí zdravotních pojišťoven je poměrně omezené a systém nemotivuje k efektivnějšímu využívání finančních prostředků ani zdravotnická zařízení, ani pojištěnce, ani samotné zdravotní pojišťovny.

Právě posílení role zdravotních pojišťoven je spolu s definováním standardu zdravotní péče, a tím i otevřením prostoru pro "platbu za nadstandard" ze soukromých zdrojů občanů či z komerčního pojištění, jedním z prvořadých úkolů následujících reformních změn. Také je třeba regulovat systém a úhradovou politiku zdravotních pojišťoven tak, aby reflektovaly vazbu úhrady na kvalitu poskytované péče a aby motivovaly zdravotnická zařízení k zodpovědnějšímu hospodaření, k nabídce služeb a získávání pacientů, jejichž role by se především prostřednictvím lepší informovanosti o zdravotních službách a zainteresovanosti na jejich cenách měla rovněž změnit z pasivních příjemců zdravotní péče na aktivní činitele, kteří rozhodují jaká zdravotní péče, kde a za kolik jim bude poskytnuta.

Zásadním problémem současné doby je razantní zvyšování výdajů na zdravotnictví v důsledku rozvoje lékařských, vědeckých i výrobních postupů, což sice znamená kvalitnější zdravotní péči, ale zároveň ji značně prodražuje. V oblasti zdravotnictví se ještě výrazněji projevuje rozpor neomezených přání a omezených zdrojů. Významný dopad na výdaje má také demografická situace. Stárnutí populace a snižování poměru ekonomicky aktivního obyvatelstva k důchodcům je problémem nejen v systému zdravotnickém, ale i sociálním. Důchodová reforma a reforma zdravotnictví jsou tedy palčivými problémy dnešní doby.

Budeme-li hledat možnosti dalších finančních zdrojů pro zdravotnictví, určitý prostor se nám dostává v soukromé sféře. Podíl spoluúčasti pacientů je v porovnání s ostatními vyspělými státy stále poměrně nízký. Naopak považuji za neúnosné navyšování pojistného, které spolu s dalším zdaněním už dost významně zatěžuje příjmy obyvatel. Veřejné zdroje by bylo možno rozšířit např. vyšší sazbou spotřební daně, a to hlavně u alkoholu a tabákových výrobků, které mají na lidské zdraví neblahý vliv. Další prostředky by také bylo možno získat přehodnocením skupin osob, za které platí pojistné stát. Stávající situace zatěžuje státní rozpočet, přitom však vzhledem k nízké výši pojistného a velkému podílu státních pojištěnců mnoho prostředků do zdravotnictví nepřináší. Po vzoru např. Německa by bylo možné přenést povinnost platby pojistného na důchodce, ovšem s úpravou vyměřovacího základu.

Větší význam než hledání nových zdrojů má však omezování výdajů. Především je třeba zamezit plýtvání finančních prostředků i poskytování zbytečné či neúčelné péče. Spotřeba léků je v České republice vysoká. Systém by se měl snažit výchovou, informacemi i zodpovědnějším přístupem lékařů (i jejich kontrolou) k preskripci léčiv

omezovat jejich nadužívání. Také je třeba přesouvat neakutní případy z nákladných nemocničních lůžek na lůžka dlouhodobé ošetrovatelské péče a oddělit tak (i z hlediska financování) sociální péči od péče zdravotní.

Naopak propojení systému by bylo logické v případě nemocenského a zdravotního pojištění, jejichž oddělení oba systémy prodražuje. Administrace i kontrola jednou institucí by byla nejen levnější, ale hlavně účinnější vzhledem k vzájemné interakci mezi náklady na zdravotní péči a pracovní neschopností.

Velmi důležitou oblastí je také prevence. Předcházení nemocí je vždycky méně nákladné než jejich léčba. V našich podmínkách stále ještě chybí účinná motivace občanů k péči o vlastní zdraví. Základem by měla být především výchova ve školách, motivačními prvky mají být také programy prevence zdravotních pojišťoven, různé formy bonusů, vhodné by bylo také větší zapojení zaměstnavatelů do preventivních programů.

S financováním zdravotnictví úzce souvisí problém, že zdraví je chápáno nejenom jako individuální, ale také jako veřejný statek. Zdravá, ekonomicky aktivní populace je základem pro fungování a hospodářský růst země, stát má tedy zájem nejen na co nejširší a nejkvalitnější zdravotní péči, ale klade důraz i na vzdělání, prevenci, zdravé životní prostředí, dobré pracovní podmínky atd.

Problematika lidského zdraví jako veřejného statku je velmi komplikovaná a je třeba ji brát v potaz při hledání vhodného či alespoň vhodnějšího nastavení systému zdravotnictví, kdy nemůžeme spoléhat na typické principy trhu. Právě v oblasti veřejných statků trh selhává nebo nefunguje efektivně a je tedy nutné korigovat nedokonalosti tržního mechanismu prostřednictvím státní regulace s ohledem na princip solidarity. Toto je třeba mít na paměti při tvorbě nové právní úpravy týkající se především postavení zdravotních pojišťoven. Objevují se koncepce transformovat zdravotní pojišťovny na komerční subjekty. Přestože souhlasím s nutností vytvoření konkurenčního prostředí v této oblasti, trh dle mého názoru může efektivně působit spíše na poli soukromého, doplňkového pojištění, kde pojišťovny mohou vystupovat jako jeho klasické subjekty. Zdravotní pojišťovny jako veřejné neziskové instituce, které spravují vybrané pojistné a hospodaří tak s veřejnými zdroji, nemohou být zcela zbaveny státní regulace a ponechány principům a rizikům trhu. Tím se znovu dostáváme k zásadní otázce stanovení péče, která by měla být hrazena z veřejného zdravotního pojištění, a vymezení prostoru pro individuální pojištění na komerční bázi.

Nutnost reformy, která v České republice prozatím zůstala tzv. na půli cesty a z níž se podařilo prosadit jen několik dílčích kroků (především tolik diskutované regulační poplatky), je zřejmá. Kromě promyšlenosti a systémovosti reformy je však třeba také správné načasování, dostatečná prezentace chystaných změn a jejich dopadů (včetně dopadů neuskutečnění takových změn) nejen odborné ale i široké veřejnosti, koncepce technického provedení nových institutů v praxi a především snaha o spolupráci napříč politickým spektrem při tvorbě reformy.

Seznam použitých zkratek

CMU	-	Centrum mezistátních úhrad
ČSSD	-	Česká strana sociálně demokratická
ČSÚ	-	Český statistický úřad
ČR	-	Česká republika
DRG	-	Diagnosis related groups (diagnosticky spřízněné skupiny diagnóz)
EHP	-	Evropský hospodářský prostor
EU	-	Evropská unie
MPSV	-	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ ČR	-	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OSSZ	-	Okresní správy sociálního zabezpečení
OSVČ	-	osoba samostatně výdělečně činná
PAYG	-	Pay-as-you-go (průběžný systém)
PČR	-	Parlament České republiky
ř. z.	-	říšský zákoník
Sb.	-	sbírka zákonů
Sb. z. a n.	-	sbírka zákonů a nařízení
SocSl	-	zákon o sociálních službách
SÚKL	-	Státní ústav pro kontrolu léčiv
ÚZIS ČR	-	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VZP	-	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZPSZ	-	zákon o pojistném na sociální zabezpečení
z. z.	-	zemské zřízení

Použitá literatura

1) Monografie

- BARTÁK, Miroslav, HAUBERTOVÁ, Denisa (aut. překl.). *Reformy zdravotnických systémů - poučení ze zkušeností*. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004
- BODLÁKOVÁ, Linda. *Národní účty zdraví : nástroj ekonomické analýzy financování zdravotní péče*. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2002. Zdravotní politika a ekonomika, sv. 4, 2002
- BŘÍZA, Jan, PAVLÍKOVÁ, Jiřina. *Peníze, zdravotnictví, malé a střední podnikání a možnosti získávání finančních prostředků z Evropské unie*. Praha : Eurolex Bohemia, 2006
- CABRNOCH, Milan a kol. *České zdravotnictví v evropských souvislostech*. Praha : CEVRO, 2006
- CABRNOCH, Milan, JULÍNEK, Tomáš, HROBONĚ, Pavel. *Zdravotní politika*. Dostupné též z: <http://www.ods.cz/eu/download/docs/cabrnoch-zdravotnictvi.pdf>
- DANĚK, Antonín, GLET, Jiří. *Zdravotní pojištění : doporučeno ke studiu*. Praha : Linde, 2003
- DEYL, Zdeněk. *Sociální vývoj Československa 1918-1938*. Praha : Academia, 1985
- *Dotační politika ministerstva práce a sociálních věcí : Filozofie systému, východiska, navrhované řešení*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1999
- DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha : Oeconomica, 2005
- FRANCOVÁ, Hana, NOVOTNÝ, Aleš. *Sociální politika v základech*. Praha : Triton, 2008
- GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno : Computer Press, 2003
- GOULI, Rochdi, MERTL, Jan, PASOVSKÁ, Lenka, VESELÁ, Markéta. *Konkurence za veřejné peníze? (Programy hrazené z fondu prevence v systému veřejného zdravotního pojištění v ČR)*. Praha : Eurolex Bohemia, 2006
- GREGOROVÁ, Zdeňka, GALVAS, Milan. *Sociální zabezpečení*, 2. vydání. Brno : Masarykova univerzita v Brně a Doplněk, 2005
- KEPKOVÁ, Michaela. *Státní sociální podpora : Vznik a vývoj systému*. Praha : SOCIOKLUB, 1997
- KLVAČOVÁ, Eva, JÍROVÁ, Hana. *Evropská sociální politika*. Dostupné též z : <http://www.kap.zcu.cz/opory/vei/Socialni%20politika%20EU.pdf>
- KOLDINSKÁ, Kristina. *Sociální právo*. Praha : C. H. Beck, 2007
- KOZLOVÁ, Lenka. *Sociální služby*. Praha : Triton, 2005
- KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči : komentář, právní předpisy*, 2. vydání. Olomouc : Anag, 2008

- KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*, 4. vydání. Praha : ASPI, 2007
- MACH, Jan. *Medicína a právo*. Praha : C. H. Beck, 2006
- MACH, Jan a kol. *Zdravotnictví a právo : komentované předpisy*, 2. vydání. Praha : LexisNexis, 2005
- MÁŠOVÁ, Hana, KRÍŽOVÁ, Eva, SVOBODNÝ, Petr. *České zdravotnictví – vize a skutečnost – složité peripetie od plánů k realizaci*. Praha : Karolinum, 2005
- MÁTL, Ondřej. (ved. aut. kol.). *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR : zdravotnictví v číslech a názorech : projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007
- MUSIL, Libor (editor). *Vývoj sociálního státu v Evropě : čítanka z historie moderní evropské sociální politiky*. Brno : Doplněk, 1996
- MUNKOVÁ Gabriela a kol. *Sociální politika v evropských zemích*. Praha : Karolinum, 2005
- NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha : Grada Publishing, 2008
- PEKOVÁ, Jitka. *Veřejné finance : úvod do problematiky*, 4. vydání. Praha : ASPI, 2008
- PEKOVÁ, Jitka, PILNÝ, Jaroslav, JETMAR, Marek. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*, 2. vydání. Praha : ASPI, 2005
- *Pojistněmatematická zpráva o sociálním pojištění : 2002*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2002
- *Pojistněmatematická zpráva o sociálním pojištění : 2004*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2004
- *Pojistněmatematická zpráva o sociálním pojištění : 2006*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2006
- *Pojistněmatematická zpráva o sociálním pojištění : 2008*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2008
- PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*, 2. vydání. Praha : ASPI, 2007
- PRŮŠA, Ladislav. *Reforma veřejné správy a její dopad na systém sociální ochrany obyvatelstva*. Praha : Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2003
- *Průvodce novým zákonem o nemocenském pojištění v roce 2009 : Důležité informace nejen k nemocenskému pojištění, které byste měli vědět*. Praha : Česká správa sociálního zabezpečení, 2008. Dostupné též z: http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/10475AE6-DFA9-4D14-A58F-827DD3DCB143/0/Pruvodce_novym_zak_o_NP_2009.pdf
- PŘIB, Jan. *Zákon o nemocenském pojištění : úplné znění s výkladem : právní stav k 1.1.2009*. Praha : Grada Publishing, 2009

- PŘIB, Jan. *Nemocenské pojištění v praxi : zákon s výkladem, k 1. 1. 2009*, Praha : Grada Publishing, 2009
- PŘIB, Jan, ŽENÍŠKOVÁ, Marta. *Zákon o nemocenském pojištění od 1. 1. 2009 : s komentářem a příklady*. Olomouc : Anag, 2008
- RYS, Vladimír. *Česká sociální reforma : sociologická studie*. Praha : Karolinum, 2003
- SLANÝ, Antonín, KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální ochrana a důchodový systém*, Brno : Masarykova univerzita, 2004
- ŠNĚDAR, Libor. *Základy zdravotnického práva : s příklady a otázkami*. Praha : LexisNexis, 2008
- TOMEŠ, Igor. *Sociální politika : teorie a mezinárodní zkušenost*, 2. vydání. Praha : SOCIOKLUB, 2001
- TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*, 3. vydání. Praha : C. H. Beck, 2005
- TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*, 4. vydání. Praha : C. H. Beck, 2008
- VANČUROVÁ, Alena, KLAZAR, Stanislav. *Sociální a zdravotní pojištění : úvod do problematiky*. Praha : ASPI, 2005
- VEPŘEK, Jaromír, VEPŘEK, Pavel, JANDA, Jaroslav. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. Praha : Grada Publishing, 2002
- VONDRÁČEK, Lubomír, BOUŠKA, Ivan. *Základy zdravotnického práva*. Praha : Karolinum, 2004
- VURM, Vladimír a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha : TRITON, 2007
- VOSTATEK, Jaroslav. *Sociální a soukromé pojištění*. Praha : Codex Bohemia, 1996
- ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. *Inovované dodatky k vybraným kapitolám ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha : Karolinum, 2008
- *Zdravotnictví České republiky 2007 ve statistických údajích*. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008
- ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004
- *80 let sociálního pojištění*. Praha : Česká správa sociálního zabezpečení, 2004. Dostupné též z: http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/5572A3BE-22CD-46D3-A31F-2BA0076C1C63/0/publikace_80letSP.pdf

2) Právní normy:

- Zákon č. 1/1888 ř. z., o pojišťování dělníků pro případ úrazu
- Zákon č. 33/1888 ř. z., o pojištění dělníků pro případ nemoci
- Zákon č. 221/1924 Sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří
- Zákon č. 221/1925 Sb. z. a n., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců
- Zákon č. 99/1948 Sb. z. a n., o národním pojištění
- Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců
- Zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení
- Zákon č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník
- Zákon č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení
- Zákon č. 103/1964 Sb., o sociálním zabezpečení družstevních rolníků
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství
- Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení
- Zákon ČNR č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky
- Zákon ČNR č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení
- Zákon ČNR č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti
- Zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- Zákon ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- Zákon č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem a o změnách některých zákonů souvisejících s jeho zavedením
- Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře
- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla)
- Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění
- Zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce
- Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů
- Zákon č. 360/2007 Sb. o státním rozpočtu České republiky na rok 2008
- Zákon č. 475/2008 Sb., o státním rozpočtu České republiky na rok 2009
- Zákon č. 59/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Nález Ústavního soudu ze dne 20. 5. 2008, sp. zn. Pl.ÚS 1/08
- Nález Ústavního soudu ze dne 20. 5. 2008, sp. zn. Pl.ÚS 2/08
- Nařízení vlády č. 567/2006 Sb., o minimální mzdě, o nejnižších úrovních zaručené mzdy, o vymezení ztíženého pracovního prostředí a o výši příplatku ke mzdě za práci ve ztíženém pracovním prostředí, ve znění pozdějších předpisů
- Nařízení vlády č. 257/2007 Sb., kterým se pro účely důchodového pojištění stanoví výše všeobecného vyměřovacího základu za rok 2006 a výše přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2006 a upravují částky pro stanovení výpočtového základu
- Nařízení vlády č. 365/2008 Sb., kterým se pro účely důchodového pojištění stanoví výše všeobecného vyměřovacího základu za rok 2007 a výše přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2007 a upravují částky pro stanovení výpočtového základu
- Vládní návrh zákona, kterým se mění některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2010, sněmovní tisk č. 917/0, část č. 1/2, dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&CT=917&CT1=0>
- Vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení
- Vyhláška MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
- Vyhláška č. 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 č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- Vyhláška č. 464/2008 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009

3) Elektronické zdroje:

- *Analýza situace a postavení cizinců dlouhodobě žijících na území České republiky.* Komise ministra vnitra pro přípravu a realizaci politiky vlády České republiky v oblasti integrace cizinců a rozvoje vztahů mezi komunitami, 2003. [Cit. 2. srpna 2009]. Dostupné z: <http://web.mvcr.cz/archiv2008/azyl/integrace2/koncepce/zajisteni/ukoly/analyza03.pdf>
- *Cestovní a zdravotní připojištění.* Všeobecná zdravotní pojišťovna. [Cit. 12. září 2009]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Komerční-produkty/index.html>
- ČERVINKA, Tomáš. *Přerozdělování je spravedlivé.* In: Svět pojištěnce, léto 2009. Všeobecná zdravotní pojišťovna. [Cit. 20. srpna 2009]. Dostupné z: http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/Svet-pojistence/sp_letu_2009.pdf
- *Financování zdravotnictví.* Ministerstvo zahraničních věcí ČR. [Cit. 2. srpna 2009] Dostupné z: <http://www.czech.cz/cz/ceska-republika/zdravi/system-zdravotni-pece/financovani-zdravotnictvi?i=>
- *Hit summary : Česká republika.* European Observatory on Health Systems and Policies. [cit. 28. srpna 2009]. Dostupné z: <http://www.who.cz/PDF/Czech-summary%20HiT%20cz.pdf>
- HODYC, Daniel. *Perspektiva DRG systému v úhradách zdravotní péče.* Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [Cit. 25. srpna 2009]. Dostupné z: http://www.nrc.cz/files/Perspektiva_DRG_v_uhradach_Hodyc.pdf
- *Identifikační údaje.* Zdravotní pojišťovna MÉDIA. [Cit. 20. července 2009]. Dostupné z: <http://www.mediazp.cz/identifikacni-udaje>
- KALINOVÁ, Lidmila. *Nový zákon o nemocenském pojištění.* In: Národní pojištění č. 2008, č. 10. [Cit. 27. ledna 2009]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/casopis-narodni-pojisteni-c-10-2008-clanek-3.htm>
- KEPKOVÁ, Michaela. *Změny v dávkovém systému státní sociální podpory.* In: Národní pojištění, 2007, č. 12. [Cit. 7. března 2009]. Dostupný z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/casopis-narodni-pojisteni-c-12-2007-clanek-3.htm.htm>
- *Komerční zdravotní pojištění cizinců.* Mighealthnet.[Cit. 22. září 2009]. Dostupné z: http://mighealth.net/cz/index.php/Kome%C4%8Dn%C3%AD_zdravotn%C3%AD_poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD_cizinc%C5%AF_v_%C4%8CR
- KRÁL, Jiří. *Sociální pojištění na prahu roku 2009.* In: Národní pojištění, 2009, č. 1. [Cit. 27. ledna 2009]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/mgr-jiri-kral-socialni-pojisteni-na-prahu-roku-2009.htm>
- *Lékárna ve Frýdku-Místku nesmí proplácet poplatky.* MEDICAL TRIBUNE CZ. [Cit. 22. září 2009]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/14763>
- *Lékárníci budou chtít náhradu škody od krajů, které platí za lidi.* In: Zdravotnické noviny, 2009, č. 23. [cit. 22. 9. 2009] Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=427731>

- *Nemocenské pojištění od 1. 1. 2009.* Česká správa sociálního zabezpečení. [Cit. 27. ledna 2009]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/poskytovani-nemocenskeho-od-1-1-2009.htm>
- OPOČENSKÝ, Martin. *Čerpání zdravotní péče cizinci v ČR a naopak Čechy v zahraničí.* [Cit. 2. srpna 2009]. Dostupné z: <http://www.medop.cz/clanky.php?typ=5&id=1365&detail=1>
- PELIKÁNOVÁ, Helena, LANG, Roman. *Změny v důchodovém pojištění.* In: Národní pojištění, 2008, č. 11. [Cit. 27. ledna 2009]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/casopis-narodni-pojisteni-c-11-2008-clanek-4.htm>
- *Plátci.* Všeobecná zdravotní pojišťovna. [Cit. 21. června 2009]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci>
- *Popis systému zdravotní péče navrhovaný LpR.* Lékaři pro reformu. [Cit. 29. září 2009]. Dostupné z: <http://www.lekariproreformu.cz/cz/info/1642-pretete-si-/60-popis-systemu-zdravotni-pece-navrhovany-lpr.html>
- *Poskytování zdravotní péče cizincům na území české republiky.* Ústecký kraj. [Cit. 2. srpna 2009]. Dostupné z: http://www.kr-ustecky.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=450018&id=824004&p1=141026
- *Proč nebyla v období 2006-2008 prosazena reforma zdravotnictví.* Reforma zdravotnictví-forum.cz. [Cit. 7. září 2009]. Dostupné z: http://www.reformazdravotnictvi.cz/content/files/cz/2009_08_Analyza_neprosazeni_reformy.pdf
- PŘIB, Jan. *Přehled změn v sociální oblasti od roku 2008.* In: Fórum sociální politiky, 2007, č. 1, s. 26. [Cit. 29. května 2009]. Dostupné z: http://www.vupsv.cz/sites/File/forum_socialni_politiky/Casopis_FSP_3_2007.pdf
- *Regulační poplatky ve zdravotnictví. Krátká bilance u příležitosti prvního výročí jejich zavedení a zároveň částečného rušení.* Lékaři pro reformu. [Cit. 22. září 2009]. Dostupné z: <http://www.lekariproreformu.cz/cz/info/1652-clanky-do-tisku/112-regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi.html>
- *Standardy zprůhlední zdravotnictví.* In: Zdravotnické noviny, 2009, č. 18. [Cit. 25. září 2009]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=419845>
- *Statistická ročenka České republiky 2008.* Český statistický úřad. [Cit. 6. března 2009]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/kapitola/10n1-08-2008-2400>
- *SÚKL získal nové kompetence.* MD Access. [Cit. 26. srpna 2009]. Dostupné z: <http://www.mdaccess.cz/articles.asp?ida=784&idk=185>
- *Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech.* Businessinfo.cz. [Cit. 20. srpna 2009]. Dostupné z: <http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/podnikatelske-prostredi/systemy-zdravotniho-pojisteni-ve/1000520/13637/>
- *Úhrada zdravotní péče v roce 2009.* Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [Cit. 25. srpna 2009]. Dostupné z: http://www.stapro.cz/inmed/prednasky/1_1.pdf

- *Úhrada zdravotní péče v roce 2009 podle úhradové vyhlášky č. 46402008 Sb.* Česká lékařská komora. [Cit. 25. srpna 2009]. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/document3.php?param=news_file,NEWS_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=82741
- *Úhrady stomatologické péče pro rok 2009 - Vyhláška MZ ČR.* Česká stomatologická komora. [Cit. 26. srpna 2009]. Dostupné z: http://www.dent.cz/detail-novinky.php?id_polozka=65&id_strana=4
- *Úpravy poplatků a doplatků platné od 1. 4. 2009.* Všeobecná zdravotní pojišťovna. [Cit. 18. června 2009]. Dostupné z: <http://www.vzpv.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/Aktuality/novela-poplatky>
- *Veřejné zdravotní pojištění cizinců.* Všeobecná zdravotní pojišťovna. [Cit. 2. srpna 2009]. Dostupné z: http://www.vzpv.cz/cms/internet/cz/Klienti/Zdravotni/Pojisteni_cizincu
- *Vrchní soud podpořil lékárníky.* MEDICAL TRIBUNE CZ. [Cit. 22. září 2009]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/14942>
- *Výdaje na základní složky sociálně-zdravotního systému 1990-2008.* Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. [Cit. 6. března 2009]. Dostupný z: http://www.vupsv.cz/index.php?p=ekonomicke_a_socialni_ukazatele_cr
- *Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2008.* Všeobecná zdravotní pojišťovna. [Cit. 29. září 2009]. Dostupné z: http://www.vzpv.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/O-nas/Vyrocní-zpravy-VZP-CR/vyrocní_zprava_2008.pdf
- *Vývoj hlavních ekonomických a sociálních ukazatelů České republiky.* Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. [Cit. 28. května 2009]. Dostupné z: http://www.vupsv.cz/index.php?p=ekonomicke_a_socialni_ukazatele_cr
- *Záchrankám přibýly výjezdy.* In: Zdravotnické noviny, 2008, č. 7. [Cit. 17. září 2009]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=345383>
- *Základní údaje o ČPZP.* Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. [Cit. 20. července 2009]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/main/clanek.php?id=45>
- *Zdravotnická ročenka České republiky 2007.* Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [Cit. 12. září 2009]. Dostupná z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5300

Summary

Social Security Financing

The purpose of the thesis is to analyze social security financing. The aim of the thesis is to outline the principles and legal regulation of social security financing and discuss the main issues such as regulation fees and possible changes in health care system.

The thesis consists of introduction, five chapters and conclusion. The introduction contains an overview of the structure and content of the thesis.

Chapter One contains historical review of social security and describes the social security law in the Czech Republic according to time periods.

Chapter Two analyzes social security financing in general and deals with social expenditures, instruments of social security financing, financial methods of realization and compares types of social security system and ways of social security financing.

Chapter Three contains the core of the thesis - social security financing in the Czech Republic. It describes valid enactment of individual subsystems of social security. Subchapter One focuses on social insurance which consists of retirement and sickness insurance and explains the details of insurance rate. It also discusses a new legal regulation of sickness insurance and refund of wages. Subchapter Two concentrates on financing of social support. Subchapter Three looks at the system of social assistance and is divided into three parts describing financing of social services, social assistance in the material poverty and social care. Special attention is given to subchapter Four which addresses the issue of health service and health care financing. Part One examines financial resources. Part Two explains principles of public health insurance. Part Three describes elements of health insurance rate. Part Four provides an outline of the role of health insurance funds. Part Five is about health insurance redistribution. Part Six investigates methods of refunding of health care from public health insurance based on main health care providers. Part Seven is an analysis of regulation fees in health services and it discusses current legal regulation, constitution conformity assessment and questions of the refunding of regulation fees from regional budgets. Finally part Eight focuses on the financing of health care provided to foreigners.

Chapter Four describes four basic types of health care system financing.

Chapter Five is concerned with health care reform. Part One illustrates current problems of health care financing and suggests recommendations for their solution. Part Two relates to the reform of health care system in the Czech Republic.

Conclusions are presented in a separate chapter. The main aim of the thesis is to discuss problems of financing of social security and of health care in particular where there is a major discrepancy between limited financial resources and increasing expenses. The author summarizes her recommendations for how to reduce wasting of finances in health service system, drafts out possible legal changes and emphasizes the necessity of health care reform.

Klíčová slova

Klíčová slova: financování, sociální zabezpečení, zdravotní pojištění

Keyword: financing, social security, health insurance