

UNIVERZITA KARLOVA V PRAHE
PRÁVNICKÁ FAKULTA

KATEDRA PRACOVNÉHO PRÁVA
A PRÁVA SOCIÁLNEHO ZABEZPEČENIA

DIPLOMOVÁ PRÁCA

VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE A JEHO POJATIE
V ČESKEJ REPUBLIKE

Vedúci diplomovej práce

JUDr. Jana Zemanová

Diplomant

Lívia Dušeková, 5. ročník

Ul. Ľ. Čuláka 12

Nitra 949 01, SR

Mesiac ukončenia diplomovej práce : august 2006

ČESTNÉ PREHLÁSENIE

Prehlasujem, že som túto diplomovú prácu spracovala samostatne a že som vyznačila pramene, z ktorých som pre svoju prácu čerpala spôsobom vo vedeckej práci obvyklým.

Karla Ornelová

OBSAH:

1. Úvod.....	1
2. Zdravotné poistenie a sociálne zabezpečenie.....	3
2.1. Sociálne zabezpečenie.....	3
2.1.1. Definovanie pojmu a obsahu sociálneho zabezpečenia.....	3
2.1.2. Princípy sociálneho zabezpečenia.....	4
2.1.3. Financovanie sociálneho zabezpečenia.....	5
2.2. Zdravotné poistenie.....	6
2.2.1. Zdravotné poistenie ako súčasť sociálneho zabezpečenia.....	6
2.2.2. História zdravotného poistenia.....	6
2.2.3. Znaký zdravotného poistenia.....	8
2.2.4. Princípy zdravotného poistenia.....	8
2.2.5. Modely financovania zdravotnej starostlivosti.....	9
2.3. Porovnanie zdravotného poistenia s ostatnými subsystémami sociálneho zabezpečenia.....	10
2.3.1. Systém sociálneho poistenia.....	10
2.3.2. Systém štátnej sociálnej podpory.....	11
2.3.3. Systém sociálnej starostlivosti.....	12
2.4. Porovnanie jednotlivých subsystémov sociálneho poistenia.....	13
2.4.1. Verejné zdravotné poistenie.....	13
2.4.2. Nemocenské poistenie.....	13
2.4.3. Dôchodkové poistenie.....	14
2.4.4. Poistenie v nezamestnanosti.....	14
3. Verejné zdravotné poistenie.....	15
3.1. Osobný rozsah verejného zdravotného poistenia.....	15
3.2. Vznik a zánik zdravotného poistenia.....	16
3.3. Poistné na verejné zdravotné poistenie.....	18
3.3.1. Platitelia poistného na verejné zdravotné poistenie.....	18
3.3.2. Výpočet poistného, odvod poistného.....	22
3.4. Práva a povinnosti subjektov zdravotného poistenia.....	28
3.4.1. Povinnosti subjektov zdravotného poistenia.....	28
3.4.2. Práva subjektov zdravotného poistenia.....	31
3.5. Inštitucionálne zaistenie verejného zdravotného poistenia.....	33
3.5.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa.....	34
3.5.2. Zamestnanecké zdravotné poisťovne.....	36

4. Zdravotná starostlivosť	38
4.1. Účasť občanov, profesných organizácií, profesných a iných občianskych združení v starostlivosti o zdravie	38
4.2. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti, rozdelenie	40
4.3. Úhrada zdravotnej starostlivosti, hradená zdravotná starostlivosť	47
4.4. Zdravotná starostlivosť poskytovaná v zahraničí	50
4.4.1. Základné pravidlá zdravotného poistenia	51
4.4.2. Rozsahy nárokov u jednotlivých skupín osôb	53
5. Súčasný stav v oblasti zdravotníctva	58
5.1. Súčasný stav zdravotníctva v Českej republike	58
5.2. Súčasný stav zdravotníctva na Slovensku	63
6. Záver	71
Zoznam použitých skratiek	73
Zoznam použitej literatúry a prameňov	74
Prílohy	76

1. ÚVOD

„Zdravie je dobro, o ktorom nevieme, kým ho nestratíme.“

Walther

Zdravie je základná ľudská hodnota, ktorá určuje kvalitu nášho života. Týka sa každého z nás, či už bohatých alebo chudobných, starých či mladých. Kto má zdravie, má otvorené dvere na ceste ku spokojnosti a radosť, narozdiel od tých, čo toľko šťastia nemajú. Cena zdravia je tým vyššia, že sa nedá získať za peniaze, i keď tie môžu v určitých prípadoch hrať tiež svoju rolu. Preto je zdravie prioritou, ktorú by si mali ľudia vážiť a ktorú by mali chrániť zo všetkého najviac. Od snahy jedinca sa pritom prechádza až k starostlivosti štátu o svojich občanov. Tí musia mať zaistenú pomoc v prípade poškodenia ich zdravia, a to formou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Náklady na jej financovanie však vyžadujú nemalé náklady, ktoré niekedy dosahujú až takých výšok, že by si ich obyčajný človek mohol sotva sám bez pomoci dovoliť. Z tohto dôvodu je treba úhradu zdravotnej starostlivosti zabezpečiť formou prispievania do finančných fondov, z ktorých sa následne v prípade potreby náklady zaplatia. Tento spôsob predstavuje zdravotné poistenie, ktorého koncepcia v Českej republike je hlavnou témou mojej práce.

Rozhodnutie k výberu práve tejto témy nebolo nijak zložité. Zdravotné poistenie, služby a zdravotné pomôcky či liečivé prípravky, ktoré sa z neho hradia a oblasť zdravotníctva celkovo je súčasťou takmer každodenného života človeka. Preto mojím zámerom pri vybraní tejto témy bolo získať hlbšie poznatky o danej téme, nakoľko je skoro isté, že sa mi mnohé z nich teraz i v budúcnosti určite zídu. Táto moja mienka je vystupňovaná i skutočnosťou, že som občianka Slovenskej republiky, kde som i zdravotne poistená, a preto mi táto práca poskytla možnosť sa bližšie zoznámiť i s poskytovaním zdravotnej starostlivosti cudzincom a tiež s možnosťami môjho zdravotného poistenia do budúcnosti v prípade zotrvania v Českej republike, prípadne inej zahraničnej krajine.

Ďalším dôvodom k výberu témy je i súčasná situácia v zdravotníctve jednak v Českej republike, ako aj na Slovensku. Kým prvá zmienaná krajina ešte s reformnými krokmi nezačala, druhá ich už má aspoň v hrubých rysoch za sebou. Kým v prvom zmienenom štáte sa však s nimi naisto čoskoro začne, tak v druhom sa už v blízkej budúcnosti s niektorými zavedenými opatreniami končí a veľa z nich je

potreba doladiť. Práca teda bola zároveň možnosťou zistiť viac o problémoch v systémoch týchto štátov a s možnosťami ich riešenia.

Celá práca je rozdelená do šiestich kapitol, z ktorých prvú predstavuje úvod, nasledujú štyri kapitoly venované jednotlivým oblastiam danej problematiky témy diplomovej práce a záverečná kapitola je venovaná záveru. Práca je ešte doplnená zoznamom skratiek, zoznamom použitej literatúry a prílohovou časťou.

Prvou oblasťou, ktorou sa v diplomovej práci v druhej kapitole zaoberám, je vzťah sociálneho zabezpečenia ku zdravotnému poisteniu. Pokladala som za nevyhnutné objasniť základné pojmy súvisiace s hlavnou témou práce, teda zdravotným poistením. Kapitola sa okrem pojmu a obsahu sociálneho zabezpečenia zaoberá samotným zdravotným poistením, a síce jeho históriou, základnými princípmi a ďalšími alternatívami financovania zdravotnej starostlivosti. V závere kapitoly sa venuje pozornosť porovnaniu jednotlivých inštitútov sociálneho zabezpečenia.

V tretej kapitole prechádzam k hlavnému predmetu mojej práce, ktorý predstavuje koncepcia verejného zdravotného poistenia v Českej republike. Objasňujem, ktorých osôb sa zdravotné poistenie v Českej republike týka, ako sa zakladá a zaniká, venujem sa finančnej čiastke odvádzanej na zdravotné poistenie, teda poistnému a nevynechala som ani práva a povinnosti jednotlivých subjektov v oblasti zdravotného poistenia, ako ani výklad o inštitúciách, ktoré ho zaisťujú, a to zdravotných poisťovniach.

Štvrtá kapitola sa zaoberá zdravotnou starostlivosťou, jej zásadami, rozdelením na jednotlivé druhy s popisom a predovšetkým jej úhradou. Záver kapitoly je venovaný poskytovaniu a úhrade zdravotnej starostlivosti v zahraničí.

Piata kapitola sústreďuje pozornosť na súčasný stav v Českej a Slovenskej republike, v druhom prípade so zameraním na prevedenú reformu a jej výsledky.

Diplomová práca je písaná v slovenskom jazyku, nakoľko je to môj rodný jazyk, ktorého gramatickú stránku napriek piatim rokom stráveným v Českej republike ovládam lepšie a vyhnem sa tak zbytočným pravopisným chybám. Odkazy s uvedením citovanej literatúry však uvádzam v originálnom jazyku.

Diplomová práca je uzavretá k 31.8.2006.

2. ZDRAVOTNÉ POISTENIE A SOCIÁLNE ZABEZPEČENIE

2.1. SOCIÁLNE ZABEZPEČENIE

Skôr než sa začneme zaoberať samotným zdravotným poistením, je potrebné si objasniť pojem a obsah sociálneho zabezpečenia. Rovnako si v tejto podkapitole objasníme základné princípy, z ktorých sociálne zabezpečenie vychádza a priblížime si modely jeho financovania.

2.1.1. Definovanie pojmu a obsahu sociálneho zabezpečenia

Čo sa týka pojmu, je relatívne nový a prevzatý pravdepodobne z ruského slova „obespečenije“. Používame ho v prípade, keď hovoríme o štátom zaistenej sociálnej bezpečnosti občana pri vzniku sociálnej udalosti.¹ Definícia obsahu sociálneho zabezpečenia sa však odlišuje v závislosti od právnych predpisov, z ktorých vychádzame. Podľa zákona o sociálnom zabezpečení (ZSZ)² zahŕňa sociálne zabezpečenie dôchodkové zabezpečenie, sociálnu starostlivosť a nemocenské poistenie osôb samostatne zárobkovo činných.³ Podľa zákona o organizácii a prevádzaní sociálneho zabezpečenia zahŕňa nemocenské poistenie zamestnancov a osôb postavených im v tomto poistení naroveň a nemocenské poistenie osôb samostatne zárobkovo činných a dôchodkové poistenie a zvýšenie dôchodku pre bezmocnosť.⁴ Pojem sociálneho zabezpečenia sa vyskytuje i v medzinárodných dokumentoch. Podľa dohody Medzinárodnej organizácie práce č.102 z roku 1952 o minimálnej norme sociálneho zabezpečenia sociálne zabezpečenie poskytuje pomoc ľuďom v prípade choroby, nezamestnanosti, zdravotného poškodenia a invalidity, pracovného úrazu a choroby z povolania, staroby, materstva, rodičovstva a úmrtia živiteľa.⁵ Sociálne zabezpečenie teda môžeme definovať ako súbor inštitúcií, zariadení a opatrení, ktoré pomáhajú predchádzať, zmiernovať a odstraňovať následky spoločnosťou uznaných životných situácií občanov.

¹ J. Černá, D. Trinnerová, A. Vacík, Právo sociálneho zabezpečení, Aleš Čenek 2002, str. 11.

² Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálnom zabezpečení.

³ Viz § 2 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálnom zabezpečení.

⁴ Viz § 2 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení.

⁵ Viz sdělení č. 461/1991 Sb. o sjednání Úmluvy o minimální normě sociálního zabezpečení č. 102.

Sociálne zabezpečenie môžeme rozdeliť do 3 podsystémov: systém sociálneho poistenia, systém štátnej sociálnej podpory a systém sociálnej starostlivosti, resp. sociálnej pomoci. Jednotlivé podsystémy si bližšie objasníme v ďalších častiach kapitoly.

2.1.2. Princípy sociálneho zabezpečenia

System sociálnych nástrojov a inštitúcií vychádza z určitých princípov.⁶ Sú to:

- a) *princíp všeobecnosti* – znamená záruku pre všetkých občanov, že v prípade sociálnej udalosti pri splnení zákonov stanovených podmienok budú mať nárok na určitú základnú dávku,
- b) *princíp rovnosti* – požaduje, aby so všetkými oprávnenými osobami bolo zachádzané podľa rovnakých pravidiel,
- c) *princíp úplnosti* - ako protiklad k bývalému požiadavku len na nevyhnutné zabezpečenie,
- d) *princíp adekvátnosti* – znamená snahu o primeranosť dávok a služieb ako k potrebám jednotlivcov, tak aj k ich individuálnemu pričineniu,
- e) *princíp sociálnej garancie* – vyjadruje istotu pre občanov, že v prípade spoločensky uznaných životných situácií im budú minimálne plnenia vždy poskytnuté,
- f) *princíp sociálnej solidarity* – predstavuje vzájomnú podporu rodinnú, celoštátnu a medzinárodnú, najmä solidaritu občanov s vyššími príjmami s občanmi s príjmami nižšími a solidaritu ekonomicky aktívnych obyvateľov s občanmi v spoločensky uznaných sociálnych situáciách,
- g) *princíp spravodlivosti* – vyžadoval odstránenie mnohých inštitútov z doterajšieho systému, napríklad osobný dôchodok, dôchodkové kategórie,
- h) *princíp participácie* – znamená možnosť spoluúčasti občanov na riešení vlastných sociálnych udalostí a podieľať sa na tom, čo ovplyvňuje ich život, napr. zdravie, zaistenie v chorobe, v starobe. Súvisí s princípom zodpovednosti občana za svoje životné podmienky,
- i) *princíp subsidiarity* – vyjadruje určitú postupnosť v poskytovaní pomoci, a síce najprv si má pomôcť občan sám, potom sa môže obrátiť na rodinu, obec a okolie a nakoniec prichádza na rad štát.

⁶ R. Halásková, Systémy sociálneho zabezpečení, Ostravská univerzita 2005, str. 20.

2.1.3. Financovanie sociálneho zabezpečenia

Považujem za potrebné sa ešte zmieniť o možnostiach financovania sociálneho zabezpečenia. V zásade rozlišujeme dva základné modely financovania, a to prostredníctvom štátneho rozpočtu alebo zo zdrojov oddelených od štátneho rozpočtu, teda sociálneho poistenia. V prvom prípade hovoríme o tzv. štátnom zabezpečení. Jedinec sa tu priamo nepodieľa na tvorbe zdrojov k financovaniu dávok. Štát vytvára prostriedky na výplatu dávok cestou rozdeľovania a prerozdeľovania príjmov štátneho rozpočtu.⁷ Týmto spôsobom je v Českej republike financovaná štátna sociálna podpora a prevažne sociálna starostlivosť. Naproti tomu pri sociálnom poistení sa finančné prostriedky na sociálne zabezpečenie poskytujú zo zvláštnych fondov, ktoré sú oddelené od štátneho rozpočtu a vytvorené z priamych účelovo určených platieb od poistencov, prípadne iných subjektov. Týmto spôsobom je u nás finančne zaistené práve zdravotné poistenie, ale i dôchodkové poistenie a nemocenské poistenie, i keď tieto s určitými zvláštnosťami.

Financovanie prostredníctvom sociálneho poistenia prebieha buď formou priebežného financovania alebo v podobe kapitálového financovania. Prvá forma, tzv. „pay as you go“, znamená, že dávky v tomto období sú poskytované z príspevkov v tomto období vybraných. Tento systém spočíva na medzigeneračnej sociálnej solidarite a vyžaduje rovnováhu medzi príjmami a výdajmi v určitom období. Výdaje na dávky predošlej generácie sú hradené v súčasnosti zárobkovo činnými občanmi. V praxi teda občan poskytuje príspevky na financovanie dávok iných občanov a neskôr sú zas jeho dávky hradené z financií ďalších poistencov. Pri kapitálovej forme financovania si poistenci tvoria kapitálové rezervy, s ktorými sa hospodári a z ktorých sa potom vyplácajú ich vlastné dávky. Tento systém však ku svojmu zavedeniu vyžaduje vyšší základný kapitál, preto ho v súčasnosti nie je možné zaviesť, ale som presvedčená, že bude nutné tento kapitál do budúcnosti vytvoriť, a to najmä v oblasti financovania dôchodkov.

⁷ R. Halásková, Systémy sociálneho zabezpečení, Ostravská univerzita 2005, str. 22.

2.2. ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Ako už bolo vyššie spomenuté, sociálne zabezpečenie delíme na sociálne poistenie, štátnu sociálnu podporu a sociálnu starostlivosť. Zdravotné poistenie predstavuje jeden z podsystémov sociálneho poistenia.

2.1.1. Zdravotné poistenie ako súčasť sociálneho poistenia

Sociálne poistenie je povinný finančný systém, ktorým sa občan sám alebo niekto iný občana povinne zaistuje pre prípad budúcej sociálnej udalosti.⁸ Jeho prostredníctvom sa občania zabezpečujú pre prípad staroby a choroby a štát ním realizuje svoju politiku v oblasti zdravotníctva. Každý rok zaplatí občan Českej republiky priemerne na sociálne poistenie 20 tisíc Kč, pričom na dani z príjmu fyzických osôb je to čiastka necelých 10 tisíc Kč.⁹

Systém sociálneho poistenia v Českej republike tvorí niekoľko subsystémov:

- verejné zdravotné poistenie
- nemocenské poistenie
- dôchodkové poistenie
- štátna politika zamestnanosti

Zdravotné poistenie predstavuje základný zdroj financovania zdravotnej starostlivosti v Českej republike. Vychádzame pritom z článku 31 Listiny základných práv a slobôd (LZPS)¹⁰, ktorý znie: „Každý má právo na ochranu zdravia. Občania majú na základe verejného zdravotného poistenia právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotné pomôcky za podmienok, ktoré stanoví zákon.“ Účelom zdravotného poistenia je krytie výdajov spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti voči poistencom. Zdravotná starostlivosť je tu poskytovaná formou vecnej dávky.

2.2.2. História zdravotného poistenia

Zdravotné poistenie tu neexistovalo odjakživa. Do polovice devätnásteho storočia pretrvával len vzťah lekára a pacienta, do ktorého nikto ďalší nevstupoval. Výnimkou boli nemajetní ľudia, o ktorých sa starali cirkevné alebo mestské

⁸ P. Tröster a kol., Právo sociálního zabezpečení, C.H.Beck 2005, str. 15

⁹ A. Vančurová, S. Klazar, Sociální a zdravotní pojištění, ASPI 2005, str. 9

¹⁰ Listina základních práv a svobod, vyhlášená pod č. 2/1993 Sb.

nemocnice. V dôsledku priemyselnej revolúcie, ktorá so sebou priniesla aj sťahovanie ľudí do miest, boli položené základy sociálneho poistenia, ktoré malo zaistiť rodinu zamestnanca v prípade jeho ochorenia. Postupne sa vybrané finančné prostriedky na sociálne poistenie začali používať aj k úhrade zdravotnej starostlivosti, ale napriek tomu sa ešte v období pred druhou svetovou vojnou väčšina týchto financií využívala na kompenzáciu ušlej mzdy v prípade choroby. Povojujové obdobie prinieslo úspechy v oblasti medicíny. Zaviedlo sa očkovanie, vyničili sa niektoré desivé infekčné choroby a mnohé ďalšie sa podarilo potlačiť. Medicína sa v celej Európe postupne rozvíjala, prinášala nové liečebné postupy a pomôcky, čo ale zároveň vyústilo do jej postupného zdražovania. V Českej republike bolo zdravotníctvo v tej dobe súčasťou centrálne riadeného hospodárstva a na poskytovanie zdravotnej starostlivosti občanom mal monopol štát. Reforma českého zdravotníctva nastala po politickom prevrate v roku 1989. Štátny monopol v oblasti zdravotníctva bol zrušený a zároveň sa umožnila privatizácia majetku i činností v zdravotníctve. V roku 1991, dokedy bolo zdravotníctvo prevádzkované, financované a riadené výlučne štátom, bol českou legislatívou prijatý zákon o všeobecnom zdravotnom poistení, ktorý zaviedol zdravotné poistenie liečebnej starostlivosti.¹¹ Tento bol neskôr zrušený novým zákonom o verejnom zdravotnom poistení (ZVerZP) z roku 1997.¹² Ďalej bola v roku 1991 dodnes platným zákonom zriadená Všeobecná zdravotná poisťovňa (VZP)¹³ a neskôr bol legislatívou umožnený aj vznik rezortných, oborových, podnikových a ďalších zdravotných poisťovní.¹⁴ Okrem týchto právnych predpisov bol ešte prijatý Českou národnou radou zákon o zdravotnej starostlivosti v neštátnych zdravotníckych zariadeniach, ktorým sa upravovalo poskytovanie zdravotnej starostlivosti inými než štátnymi subjektami.¹⁵ Proces zavedenia poisťovacieho systému bol dotvorený prijatím zákona o poistnom na všeobecné zdravotné poistenie (ZoPVZP)¹⁶, ktorý upravil príjmovú zložku systému, teda najmä výšku poistného a spôsob jeho platenia. Je však treba dodať, že vývoj českého zdravotníctva týmto nebol ukončený a potreba jeho reformy sa javí ako nevyhnutná a nezadržateľná.

¹¹ Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění

¹² Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

¹³ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní poisťovně České republiky.

¹⁴ Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních poisťovnách.

¹⁵ Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v neštátních zdravotnických zařízeních.

¹⁶ Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

2.2.3. Znaký zdravotného poistenia

Zdravotným poistením teda rozumieme spôsob riešenia náhodilých, v budúcnosti nastatých sociálnych situácií fyzických osôb prostredníctvom sústredenia určitého objemu finančných prostriedkov pravidelným prispievaním do fondu zdravotného poistenia a v prípade vzniku sociálnej udalosti úhrada nákladov zdravotnej starostlivosti.¹⁷

Tento systém sa vyznačuje určitými znakmi. Jedná sa o poistenie *všeobecné, povinné* a so *štátnou zárukou realizácie*. Všeobecnosť poistenia znamená, že nie je určené len pre určitý okruh fyzických osôb, ale poistencami sú všetky osoby s trvalým pobytom na území Českej republiky, prípadne osoby bez trvalého pobytu na tomto území, pokiaľ sú zamestnancami u zamestnávateľa so sídlom na území Českej republiky. Povinnosť poistenia spočíva v tom, že účasť na systéme vzniká zo zákona bez ohľadu na vôľu jednotlivca. Obligatórnosť sa prejavuje v kogentnej právnej úprave verejného zdravotného poistenia, či sa už jedná o dôvody vzniku a zániku zdravotného poistenia, okruh platiteľov poistného, práva a povinnosti subjektov alebo iné podmienky upravujúce právne vzťahy verejného zdravotného poistenia. Čo sa týka vzťahu štátu k verejnému zdravotnému poisteniu, môžeme toto poistenie charakterizovať ako všeobecné štátne poistenie.¹⁸ Štát tvorí právny rámec, ale zdravotné poistenie je uskutočňované samostatnými subjektami oddelenými od štátu. Štát však zostáva garantom fungovania i financovania zdravotného poistenia.

2.2.4. Princípy zdravotného poistenia

Zdravotné poistenie je rovnako ako sociálne zabezpečenie založené na určitých princípoch.¹⁹

V prvom rade je to už zmienený *princíp obligatórnosti*, teda každý musí byť poistený na základe zákonného zdravotného poistenia. Pre prípady zdravotných výkonov, ktoré nie sú hradené zo systému zákonného zdravotného poistenia, môžu občania doplnkovo využívať formy fakultatívneho zmluvného poistenia a pripoistenia.

Ďalším princípom je *princíp sociálnej solidarity* vyskytujúci sa i v rámci celého sociálneho zabezpečenia. Týka sa jednak solidarity osôb s vyššími príjmami

¹⁷ Viz P. Tröster a kol., Právo sociálního zabezpečení, C.H.Beck 2005, str. 123.

¹⁸ Viz Z. Gregorová, M. Galvas, Sociální zabezpečení, Brno: Masarykova univerzita 2005, str. 162.

¹⁹ Viz P. Tröster a kol., Právo sociálního zabezpečení, C.H.Beck 2005, str. 142.

s osobami s príjmom nižším, kde prví zmienení prispievajú vyšším poistným. Tiež ide o solidaritu zdravých občanov s chorými, kde na zdravotnú starostlivosť poskytnutú chorým osobám plynú vyššie náklady, kdežto zdravý jedinec buď poistné fondy buď nevyužíva, alebo z nich čerpá len v nižšej miere.

Tretím princípom je *princíp univerzality*, teda už tiež zmienený princíp všeobecnosti, znamenajúci dostupnosť poistenia pre všetky osoby v zákone stanovené.

Nakoniec je ešte treba spomenúť *princíp plurality poisťovacích inštitúcií*, ktorý je spojený s možnosťou každej osoby slobodne si zvoliť ktorúkoľvek zdravotnú poisťovňu pôsobiacu na našom území.

2.2.5. Modely financovania zdravotnej starostlivosti

Verejné zdravotné poistenie však nie je jediným možným zdrojom financovania zdravotnej starostlivosti. Vo všeobecnosti môžeme modely financovania zdravotnej starostlivosti deliť nasledujúco:

1. Štát sa vôbec nepodieľa na financovaní zdravotníctva, ale ponechá ho celé na pacientovi, jeho rodine, podniku či charite. Pacient by teda v podstate v zdravotníckom zariadení „nakupoval“ zdravotnú starostlivosť ako služby a tovar. Výsledkom tohto modelu je skutočnosť, že čím je pacient majetnejší, tým kvalitnejšiu a lepšiu zdravotnú starostlivosť si môže dovoliť.
2. Štát financuje celú zdravotnú starostlivosť zo štátneho rozpočtu. Je to model, ktorý sa vyskytoval v bývalých socialistických krajinách. Pacient tak naoko dostáva zdravotnú starostlivosť bezplatne, v skutočnosti však určitú časť finančných prostriedkov získava štát od nich ako daňových poplatníkov. Problémom tohto modelu je spriemernenie zdravotníctva, neobratnosť štátu ako vlastníka, odstránenie záujmu spoločnosti na zdravotnej prevencii.²⁰
3. Tretím modelom je systém fondový. Občan tu okrem daní a iných poplatkov ešte poukazuje časť svojich príjmov na zvláštny fond, z ktorého potom plynú prostriedky na financovanie platieb za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. K iným účelom sa prostriedky použiť nesmú.

²⁰ K. Havlíček, T. Hemelík, Nad veřejným zdravotním pojištěním, Orac 1998, str. 10.

V praxi v moderných demokratických štátoch nenájdeme v čistej podobe žiaden z uvedených modelov, ale vždy ich kombinácie. V každom štáte musí byť určitý individuálny podiel občana na financovaní zdravotníctva, nevyhnutný je však i podiel štátu prostredníctvom štátneho rozpočtu. V Českej republike je systém financovania viaczdrojový, teda k verejnému zdravotnému poisteniu pristupuje ešte i financovanie z iných verejných zdrojov, najmä štátneho rozpočtu, rozpočtov krajov a obcí, z prostriedkov zriaďovateľov. Okrem toho sú financie poskytované i cirkevnými spoločnosťami, nadáciami a inými fyzickými a právnickými osobami v podobe sponzorov. Samozrejme nevýznamnou formou financovania je i spoluúčasť samotného pacienta na financovaní zdravotnej starostlivosti, ktorá nie je krytá verejným zdravotným poistením. S takýmto viaczdrojovým spôsobom financovania zdravotnej starostlivosti súhlasím, nakoľko oproti prvému spomenutému modelu, a to financovaniu len z vlastných prostriedkov pacienta, poskytuje občanom rovnaké istoty poskytnutia starostlivosti bez rozdielu ich príjmu. Na druhej strane si občania vďaka odvodom poistného na účet zdravotnej poisťovne i vďaka prípadnej finančnej spoluúčasti lepšie uvedomujú cenu a hodnotu služieb, ktoré zdravotná starostlivosť zahŕňa, čo však neplatí u financovania len z prostriedkov štátneho rozpočtu.

2.3. POROVNANIE ZDRAVOTNÉHO POISTENIA S OSTATNÝMI SUBSYSTÉMAMI SOCIÁLNEHO ZABEZPEČENIA

Sústava sociálneho zabezpečenia zahŕňa tri podsystemy: sociálne poistenie, štátnu sociálnu podporu a sociálnu starostlivosť.

2.3.1. Systém sociálneho poistenia

Prvý podsystem, teda sociálne poistenie, predstavuje formu riešenia určitej budúcej sociálnej udalosti, na ktorú je možné sa dopredu pripraviť prostredníctvom odkladania určitej finančnej sumy. Túto finančnú čiastku odvádza buď samotný občan alebo ho takto zaisťuje iná osoba. Sociálne poistenie sa vyznačuje určitými základnými znakmi:

- 1) jedná sa o povinný, štátom uložený systém,
- 2) zákonná úprava definuje osobný rozsah, tj. okruh povinne poistených osôb i povinných platiteľov poistného,

- 3) zákonná úprava presne definuje vecný rozsah, tj. právom uznané sociálne udalosti, druhy dávok, podmienky vzniku nároku na dávku, výšku dávky,
- 4) zákonná úprava stanoví spôsob spravovania a financovania.

System sociálneho poistenia teda núti občana, aby sa pripravil na riešenie budúcej sociálnej udalosti odložením finančných prostriedkov a znížením jeho súčasnej spotreby. Sociálne poistenie sa vzťahuje na prípady potreby krytia výdajov na zdravotnú starostlivosť (zdravotné poistenie), krátkodobú stratu pracovnej schopnosti (poistenie nemocenské), dlhodobú neschopnosť postarať sa o svoje živobytie vlastnou ekonomickou činnosťou (poistenie dôchodkové). Myslím si, že tento spôsob riešenia spomenutých životných situácií je úplne vyhovujúci, nakoľko občania sa musia naučiť brať zodpovednosť za svoje postavenie a nespoľiehať sa iba na záchrannú ruku štátu či spoluobčanov. Za dôležitý však pokladám najmä znak povinnosti účasti na tomto systéme, nakoľko v prípade dobrovoľnosti by sa určite mnoho ľudí o zaistenie svojej budúcnosti v prípade nastatých situácií nepostaralo.

2.3.2. System štátnej sociálnej podpory

System štátnej sociálnej podpory sa vzťahuje na situácie, ktoré štát obecne považuje za potrebné a ktoré sú spoločnosťou uznané za potrebné riešiť. Jedinec si nevytvára dopredu zásobu finančných prostriedkov ani nemusí byť účastníkom poisťného systému preto, aby mohol získať určité plnenie. Dávka je poskytnutá akonáhle nastane zákonom definovaná sociálna udalosť. Jej poskytnutie môže závisieť na výške príjmu v rodine, vtedy hovoríme o dávke testovanej. Dávky poskytované bez ohľadu na príjem sa nazývajú dávky netestované. Dávky štátnej sociálnej podpory sú výrazom solidarity medzi bezdetnými manželmi a rodinami s deťmi, občanmi s vyššími príjmami a občanmi s príjmami nižšími a sú určené k prepadu veľkých skupín obyvateľov do chudoby.²¹ Financie na túto oblasť plynú zo štátneho rozpočtu. System štátnej sociálnej podpory sa tiež vyznačuje určitými znakmi, ktorými sú:

- 1) jedná sa o povinný, právnymi predpismi upravený redistributívny systém,
- 2) zákon určuje osobný rozsah, tj. okruh povinne zaopatrených osôb,
- 3) zákon určuje i vecný rozsah, tj. podmienky vzniku a trvania nárokov, výšku nároku,

²¹ J. Černá, D. Trnimerová, A. Vacík, Právo sociálneho zabezpečení, Aleš Čeněk 2002, str. 113

- 4) príjemca dávky do systému neprispieva,
- 5) financovanie systému sa deje prostredníctvom štátneho rozpočtu, resp. verejnoprávnych prostriedkov.

Štátne dávky z tohto systému sú určené predovšetkým rodinám s nezaopatrenými deťmi, ako napríklad prídavok na dieťa, rodičovský príspevok či dávky pestúnskej starostlivosti, ale zahŕňa napríklad i jednorázovú dávku pohrebného pre osobu vypravujúcu pohreb. S koncepciou štátnej sociálnej podpory súhlasím, avšak považujem za dôležité dbať na to, aby príjemcovia dávok, najmä tých testovaných, závisiacich od príjmu rodiny, nestratili záujem o prácu a neprepadli absolútnej závislosti od pomoci štátu, ale naopak aby sa naďalej vlastnou aktivitou snažili svoju životnú situáciu vylepšiť.

2.3.3. Systém sociálnej starostlivosti

Tretím subsystémom sociálneho zabezpečenia je sociálna starostlivosť. Môžeme ju chápať ako poslednú sieť sociálnej ochrany. Sociálna starostlivosť je väčšinou poslednou možnosťou pre riešenie hmotnej a sociálnej núdze občanov, ktorí nemôžu tuto nepriaznivú situáciu prekonať sami ani s pomocou rodiny, nie sú sociálne poistení a nespĺňajú podmienky pre priznanie sociálnej podpory. Sociálna starostlivosť je realizovaná prostredníctvom dávok a sociálnych služieb. Financovanie prebieha prostredníctvom štátneho i obecného rozpočtu, z prostriedkov dobrovoľných organizácií a nadácií. I pre tento subsystém sú charakteristické určité črty, a síce:

- 1) jedná sa o povinný, právnymi predpismi upravený redistributívny systém,
- 2) zákon predpisuje osobný rozsah, tj. okruh povinne zaopatrených osôb,
- 3) zákon určuje vecný rozsah, tj. podmienky vzniku a trvania nároku, výšku nároku,
- 4) právny predpis stanovuje spôsob preverovania potrebnosti,
- 5) príjemca dávky do systému finančne neprispieva,
- 6) spravovanie systému je v rukách štátu,
- 7) financovanie je realizované prostredníctvom štátneho rozpočtu, resp. iného verejnoprávneho rozpočtu.

2.4. POROVNANIE JEDNOTLIVÝCH SUBSYSTÉMOV SOCIÁLNEHO POISTENIA

- Sociálne poistenie delíme na:
- a) verejné zdravotné poistenie
 - b) nemocenské poistenie
 - c) dôchodkové poistenie
 - d) poistenie v nezamestnanosti, resp. štátna politika zamestnanosti

2.4.1. Verejné zdravotné poistenie

Verejné zdravotné poistenie slúži na financovanie zdravotnej starostlivosti, ktorá bola poskytnutá poistencovi k zachovaniu alebo zlepšeniu jeho zdravotného stavu a ktorá zahŕňa napríklad liečebnú starostlivosť ambulantnú a ústavnú, pohotovostnú a záchrannú službu, preventívnu starostlivosť, dispenzárnú starostlivosť, odber tkanív alebo orgánov k transplantácií, kúpeľnú starostlivosť, atď.²² Platbou je poistné na verejné zdravotné poistenie, ktoré je príjmom jednotlivých zdravotných poisťovní, ktorých úlohou je toto poistné vyberať a spravovať. Poskytnutým plnením je vecné plnenie od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, teda služby a súvisiace výrobky.

2.4.2. Nemocenské poistenie

Nemocenské poistenie je určené k hmotnému zabezpečeniu ekonomicky aktívnych obyvateľov pri krátkodobých sociálnych udalostiach. Pri splnení stanovených podmienok vzniká priamo zo zákona. Zahŕňa zaistenie občanov v prípade dočasnej pracovnej neschopnosti pre chorobu, úraz či karanténu formou nemocenského, zaistenie v prípade ošetrovania člena rodiny a starostlivosti o dieťa vo veku do 10 rokov v zákonom stanovených prípadoch formou peňažitej podpory, ďalej zaistenie tehotných žien a matiek do konca deviateho mesiaca po pôrode v prípade preloženia na menej platené miesto formou vyrovnávacieho príspevku a nakoniec zaistenie ekonomicky aktívnych žien pri tehotenstve, pôrode a starostlivosti o narodené dieťa formou peňažitej pomoci v materstve, ktorá náleží v stanovených prípadoch i mužom starajúcim sa o dieťa. Platbou je poistné na

²² Viz § 13 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

nemocenské poistenie. Plnenie, ktoré je z tohto systému poskytované, je peňažité a opakujúce sa.

2.4.3. Dôchodkové poistenie

Dôchodkové poistenie hmotne zabezpečuje osoby v prípade dlhodobej alebo trvalej strate pracovnej schopnosti, v starobe a pri strate živiteľa. Platbou je poistné na dôchodkové poistenie. Poskytovaným plnením sú peňažité plnenia nazývané dôchodky, a to: starobné, invalidné (plný a čiastočný), pozostalostné (vdovský, vdovecký a sirotsky).

2.4.4. Poistenie v nezamestnanosti

Poistenie v nezamestnanosti, resp. štátna politika zamestnanosti rieši neschopnosť zdravých jedincov v produktívnom veku zaistiť si svoje potreby v dôsledku nezamestnanosti. Platbou je príspevok na štátnu politiku zamestnanosti. Poskytovaným plnením je peňažitá podpora v nezamestnanosti a tzv. aktívna politika zamestnanosti (podpora tvorby nových pracovných miest)

Poistné na nemocenské poistenie, dôchodkové poistenie a štátnu politiku zamestnanosti plynie do štátneho rozpočtu. Poistné na dôchodkové poistenie sa však vedie na samostatnom účte štátneho rozpočtu a v zákone o štátnom rozpočte sa uvádza ako samostatná položka príjmov štátneho rozpočtu.²³ Tento účet má obsahovať prostriedky tvoriace rozdiel medzi vybraným poistným na dôchodkové poistenie a výdajmi na dávky dôchodkového poistenia a ktoré majú byť určené len k zvýšeniu dávok alebo k úhrade záporného salda poistného na dôchodkové poistenie. Poistné vyberajú okresné správy sociálneho zabezpečenia.²⁴

²³ P. Tröster a kol., Právo sociálneho zabezpečení, C.H.Beck 2005, str. 182.

²⁴ Úpravu poistného, jeho poplatníkov a spôsobu výpočtu, ako aj úpravu jeho odvodu a spôsobu platenia obsahuje zákon č. 589/1992 Sb., o pojištění na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.

3. VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Systém verejného zdravotného poistenia v Českej republike bol vytvorený začiatkom 90. rokov 20. storočia. Spočíva na činnosti zdravotných poisťovní, ktoré vyberajú od platiteľov poisťné a z týchto finančných prostriedkov hradia zdravotníckym zariadeniam poskytnutú zdravotnú starostlivosť voči ich poistencom, ako aj náklady na lieky a prostriedky zdravotníckej techniky.

Základným prameňom právnej úpravy zdravotného poistenia sú okrem Ústavy Českej republiky a Listiny základných práv a slobôd nasledujúce právne predpisy:

Zákon č. 48/1997 Sb., o verejnom zdravotnom poistení,

Zákon č. 592/1992 Sb., o poisťnom na všeobecné zdravotné poistenie,

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecnej zdravotnej poisťovni,

Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortných, oborových, podnikových a ďalších zdravotných poisťovniach.

3.1. OSOBNÝ ROZSAH VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Osobný rozsah zdravotného poistenia znamená stanovenie okruhu subjektov, ktorí sú oprávnení čerpať zdravotnú starostlivosť na účet zdravotného poistenia. Tieto oprávnené subjekty zákon označuje ako poistencov. Osobný rozsah zdravotného poistenia je vymedzený v § 2 ZVerZP. Tento stanoví, že primárne sú podľa tohto zákona poistené osoby s trvalým pobytom na území Českej republiky. Ďalej medzi poistencov zaraďuje i osoby, ktoré síce nemajú na území Českej republiky trvalý pobyt, ale sú zamestnancami zamestnávateľa, ktorý má sídlo na území Českej republiky. Kým do konca roku 2003 do tejto druhej skupiny patrili len osoby zamestnané podľa českých pracovnoprávných predpisov, od 1.1.2004 sú to okrem nich aj zamestnanci podľa cudzích pracovných predpisov. Osobný rozsah verejného zdravotného poistenia sa teda evidentne postupne rozširuje, čo je reakciou na trend rovného zachádzania s domácimi i zahraničnými zamestnancami.

ZVerZP nám v rovnakom paragrafe samostatne definuje i pojem zamestnávateľa. U právnickej osoby sa v tomto prípade vyžaduje, aby sa jej sídlo

nachádzalo na území Českej republiky a u fyzickej osoby je zas nutné, aby mala na území Českej republiky trvalý pobyt. Čo zahŕňa pojem zamestnanie si vysvetlíme neskôr pri definovaní platiteľov poistného.

Okrem poistencov však existuje i skupina osôb, ktoré sú zo zdravotného poistenia vyňaté. Vyňatie sa týka osôb bez trvalého pobytu na území Českej republiky, ktoré vykonávajú činnosť (nemusí ísť teda len o pracovnoprávny vzťah) pre zamestnávateľov, ktorí požívajú diplomatické výhody a imunity alebo pre zamestnávateľov, ktorí nemajú sídlo na území Českej republiky. Vyňaté sú i osoby, ktoré dlhodobo a nepretržite pobývajú v cudzine, teda aspoň 6 mesiacov, pričom sú v cudzine zodpovedajúcim spôsobom poistené a túto skutočnosť po návrate doložia. Tieto osoby musia pred odjazdom vykonať ohľadne svojho zámeru prehlásenie u zdravotnej poisťovne, uviesť dátum, od ktorého o vyňatie žiadajú a odovzdať preukaz poistenca.

Osobný rozsah zdravotného poistenia môže byť i zmluvne rozšírený. Fyzická osoba, ktorá nie je poistencom podľa ZVerZP, môže uzavrieť so zdravotnou poisťovňou poistnú zmluvu, na základe ktorej jej bude poskytnutá zdravotná starostlivosť na účet zdravotného poistenia.²⁵ Zdravotná starostlivosť je potom poskytovaná len v rozsahu poistenej zmluvy.²⁶

Poistnú zmluvu však môžu uzavrieť aj poistenci verejne zdravotne poistení podľa ZVerZP. Týmto osobám bude následne hradená zdravotná starostlivosť rozšírená nad rámec vecného rozsahu zdravotného poistenia, teda nad rámec hradenej zdravotnej starostlivosti, vrátane liečenia v cudzine (tzv. zdravotné pripoistenie).²⁷

3.2. VZNIK A ZÁNİK ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Právnym vzťahom zdravotného poistenia rozumieme vzťah medzi subjektami zdravotného poistenia, ktorého obsahom sú vzájomné práva a povinnosti stanovené

²⁵ Viz § 54 odst. 1 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb.

²⁶ Od 1.1.2004 do 31.12.2004 bolo u Všeobecnej zdravotnej poisťovne zmluvne zdravotne poistených celkovo 24 357 cudzincov, z toho 2743 tvorili občania štátov Európskej únie. Jednalo sa o komerčné zdravotné poistenie uzatvorené na základe dobrovoľnosti. Najväčšiu časť takto poistených cudzincov predstavovali občania Vietnamu, ktorých bolo poistených 5706 (23,4 % z celkového počtu poistených). Počet občanov Slovenska poistených týmto spôsobom bol 850.

²⁷ Viz § 54 odst. 1 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb.

právnymi normami a ktorý smeruje k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti úplne alebo čiastočne hradenej na účet zdravotného poistenia.²⁸

Rovnako ako iné právne vzťahy i tento determinujú určité prvky, ktorými sú subjekty, objekt a obsah, ale je charakterizovaný tiež prostredníctvom právnych skutočností, ktoré majú vplyv na jeho vznik a zánik.

Okamihy vzniku a zániku právneho vzťahu zdravotného poistenia sú stanovené v ZVerZP. Prvou možnosťou vzniku je deň narodenia, a to v prípade, že sa jedná o osobu s trvalým pobytom na území Českej republiky. Ďalšou možnosťou, najmä u osôb, ktoré sa v Českej republike nenarodili, je deň získania trvalého pobytu v Českej republike. Právnu úpravu trvalého pobytu cudzincov v Českej republike obsahuje zákon o pobyte cudzincov na území Českej republiky.²⁹ Ten stanoví, že cudzinec môže zotrvať na území Českej republiky v rámci trvalého pobytu buď v prípade získania povolenia k trvalému pobytu alebo na základe rozhodnutia príslušného orgánu o zverení tohto cudzinca do náhradnej výchovy, za splnenia podmienky, že aspoň jedna fyzická osoba, ktorej je cudzinec zverený, je tu k trvalému pobytu prihlásená, alebo sa na území nachádza ústav, v ktorom je cudzinec umiestnený.³⁰ Podmienky získania povolenia k trvalému pobytu sú následne rozlične upravené pre občanov Európskej únie (EÚ) a ostatné osoby. Poslednou možnosťou vzniku verejného zdravotného poistenia, a to pre osoby bez trvalého pobytu na území Českej republiky, je deň, kedy sa osoba stala zamestnancom u zamestnávateľa so sídlom, resp. trvalým pobytom na území Českej republiky.

ZVerZP upravuje tiež zánik právneho vzťahu zdravotného poistenia. Zánik nastane vplyvom právnych skutočností, z nich prvou je smrť poistenca, prípadne jeho prehlásenie za mŕtveho. Definíciu úmrtia nájdeme v transplantáčnom zákone, ktorý stanovuje smrť ako nevratnú stratu funkcie celého mozgu.³¹ Spôsob prehlásenia fyzickej osoby za mŕtvu upravuje občiansky zákonník. Za mŕtvu prehlási súd osobu v prípade, že zistí jej smrť inak alebo nezvestnú osobu, ak možno so zreteľom ku

²⁸ Z. Gregorová, M. Galvas, Sociální zabezpečení, Brno: Masarykova univerzita 2005, str. 168.

²⁹ Zákon č. 326/1999 Sb., o pobyte cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů

³⁰ Viz § 65 odst. 1 a § 87 odst. 1 zákona č. 326/1999 Sb.

³¹ Viz § 2 písm. e) zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).

všetkým okolnostiam usúdiť, že už nežije.³² V prvom prípade osoba prestáva byť poistencom okamihom smrti, v druhom prípade dňom právnej moci rozhodnutia súdu o prehlásení za mŕtvu. Druhou možnosťou zániku poistenia je ukončenie trvalého pobytu na území Českej republiky. Poslednou alternatívou, a to v prípade osoby bez trvalého pobytu, je zánik zamestnaneckého vzťahu, teda keď osoba prestala byť zamestnancom podľa ZVerZP. ZVerZP však výslovne nerieši prípady neplatného skončenia pracovného pomeru, prípadne spory o platnosť ukončenia pracovného pomeru. V danej situácii bude treba analogicky použiť ustanovenia zákonníku práce ohľadne nárokov z neplatného rozviazania pracovného pomeru.

Keďže osobný rozsah zdravotného poistenia, ako sme si už vyššie uviedli, môže byť zmluvne rozšírený, pribudne nám medzi právne skutočnosti spôsobujúce vznik poistenia i poistná zmluva a medzi spôsoby zániku priradíme buď uplynutie doby v prípade poistnej zmluvy uzavretej na dobu určitú alebo ukončenie poistnej zmluvy obecné.

3.3. POISTNÉ NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Poistné na verejné zdravotné poistenie je finančná čiastka, ktorú sú poistenci, prípadne iné osoby, povinní odvádzať na účet zdravotnej poisťovne, aby si týmto spôsobom zaistili úhradu prípadnej v budúcnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Počet osôb zdravotne poistených, teda poistencov, je oveľa vyšší než počet osôb povinných platiť poistné. Je tomu tak z dôvodu, že štát preberá zodpovednosť za určité skupiny obyvateľov, ktorí nie sú schopní získať vlastný príjem zo stanovených príčin.

3.3.1. Platitelia poistného na verejné zdravotné poistenie

ZVerZP rozdeľuje platiteľov do 3 skupín:

- 1.) štát
- 2.) zamestnávateľia
- 3.) poistenci uvedení v § 5 ZVerZP

³² Viz § 7 odst. 2 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník.

Štát je platiteľom poistného za stanovené kategórie osôb, ktorí sa nachádzajú v určitých sociálnych alebo sociálne ťažších situáciách určených zákonom.³³ Poistné v tomto prípade je hradené zo štátneho rozpočtu. Medzi uvedené skupiny poistencov patria v prvom rade nezaopatrené deti. K definovaniu nezaopatrenosti dieťaťa ZVerZP výslovne odkazuje na použitie zákona o štátnej sociálnej podpore.³⁴ Za nezaopatrené považujeme dieťa do skončenia povinnej školskej dochádzky, a potom, najviac však do 26 rokov veku, ak sa buď sústavne pripravuje na budúce povolanie, alebo sa nemôže sústavne pripravovať na budúce povolanie alebo vykonávať zárobkovú činnosť z dôvodu choroby alebo úrazu, alebo je neschopné vykonávať sústavnú zárobkovú z dôvodu dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu.^{35, 36}

Štát je tiež platiteľom poistného za osoby, ktorí sú požívateľmi dôchodkov z dôchodkového poistenia a ktorým bol priznaný dôchodok pred 1. januárom 1993 podľa predpisov ČSFR a po 31. decembri 1992 podľa predpisov Českej republiky. Ďalšou kategóriou osôb sú príjemcovia rodičovského príspevku. Štát tiež odvádza poistné za ženy na materskej a rodičovskej dovolenke, ženy poberajúce peňažitú pomoc v materstve a mužov po dobu ich neprítomnosti v práci, počas ktorej sa im poskytuje peňažitá pomoc podľa predpisov o nemocenskom poistení.³⁷ Ak je žena zamestnaná, je povinnosťou jej zamestnávateľa oznámiť jej nástup na materskú dovolenku. Inak túto zmenu oznamuje poisťovní samotná daná osoba. Nesplnenie tejto povinnosti je penalizované pokutou od zdravotnej poisťovne, pretože v dôsledku neohlásenia tejto zmeny poisťovňa prichádza o úhradu platby poistného od štátu.

Ďalšími skupinami osôb, za ktoré platí poistné štát, sú:

- uchádzači o zamestnanie,
- osoby poberajúce dávky sociálnej starostlivosti z dôvodu sociálnej potrebnosti,
- osoby prevažne alebo úplne bezmocné, osoby starajúce sa o prevažne alebo úplne bezmocnú osobu alebo o dlhodobo ťažko zdravotne

³³ Viz § 7 zákona č. 48/1997 Sb.

³⁴ Viz § 7 odst. 1 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb.

³⁵ Viz § 11 zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

³⁶ Za dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav sa podľa § 9 zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře považuje nepriaznivý zdravotný stav, ktorý podľa poznatkov lekárskej vedy má trvať dlhšie než jeden rok.

³⁷ Od 1.1.2007 by mal nadobudnúť účinnosť zákon č. 189/2006 Sb., ktorý novelizuje ZVerZP a spomenutú kategóriu osôb definuje ako ženy na materskej a rodičovskej dovolenke a osoby poberajúce peňažitú pomoc v materstve podľa predpisov o nemocenskom poistení s odkazom na nový zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenskom pojištění, ktorý by mal tiež nadobudnúť účinnosť k 1.1.2007.

postihnuté dieťa vyžadujúce mimoriadnu starostlivosť, osoby poberajúce príspevok pri starostlivosti o osobu blízku alebo inú osobu staršiu než 80 rokov, ktorá je čiastočne bezmocná, alebo o osobu staršiu než 80 rokov, ktorá potrebuje starostlivosť inej osoby,

- osoby konajúce základnú (náhradnú) službu v ozbrojených silách či civilnú službu a osoby povolané k vojenskému cvičeniu – do tejto kategórie však nespádajú vojaci z povolania, ktorí sú posudzovaní ako osoby v pracovnom pomere,
- osoby vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody,
- osoby s trvalým pobytom na území Českej republiky, ktoré nie sú zamestnané ani nepodnikajú (tzv. osoby bez zdaniteľných príjmov), ale ktoré poberajú dávku nemocenského poistenia,
- osoby, ktoré sú úplne invalidné alebo ktoré dosiahli vek potrebný pre nárok na starobný dôchodok, ale nespĺňajú ďalšie podmienky pre priznanie plného invalidného dôchodku alebo starobného dôchodku, nemajú príjmy zo samostatnej zárobkovej činnosti, zo zamestnania ani nepoberajú dôchodok z cudziny (poprípade nepresahuje minimálnu mzdu),
- osoby celodenne a riadne starajúce sa o dieťa do 7 rokov alebo najmenej o dve deti do 15 rokov za určitých podmienok,
- mladiství umiestnení v školských zariadeniach pre výkon ústavnej a ochrannej výchovy,
- osoby vykonávajúce dlhodobú dobrovoľnícku službu,
- cudzinci, ktorým bolo udelené oprávnenie k pobytu na území Českej republiky za účelom poskytnutia dočasnej ochrany, pokiaľ nemajú príjmy zo zamestnania alebo samostatnej zárobkovej činnosti,
- žiadateľ o udelenie azylu³⁸ a jeho dieťa narodené na území, cudzinec, ktorému bolo udelené vízum k pobytu nad 90 dní a jeho dieťa narodené na území, pokiaľ nemajú príjmy zo zamestnania alebo samostatnej zárobkovej činnosti.

Pokiaľ poistenec spadajúci do niektorej z prvých deviatich uvedených kategórií [§ 7 odst. 1 písm. a) až i) ZVerZP], za ktorého platí poistné štát, je súčasne

³⁸ Od 1.9.2006 je tento pojem nahradený pojmom žiadateľ o udelenie medzinárodnej ochrany.

zamestnancom alebo osobou samostatne zárobkovo činnou, dochádza k súbehu, tzn. platiteľom poistného je ako štát, tak i poistenec samotný.

Do druhej skupiny platiteľov poistného zaraďujeme zamestnávateľov. Zamestnávateľ platí časť poistného za svojich zamestnancov s výnimkou uvedenou v ZVerZP, ktorou je poistenec, ktorý nemusí platiť poistné z dôvodu dlhodobého pobytu v cudzine, pokiaľ tam je zdravotne poistený a vykonal o tom písomné prehlásenie.³⁹ Zamestnávateľ hradí dva tretiny stanovenej sadzby poistného. Zvláštne postavenie majú štátni zamestnanci. Ich zamestnávateľ, teda služobný úrad, podľa služobného zákona hradí poistné v plnej výške. Služobným úradom rozumieme správny úrad, v ktorom štátny zamestnanec vykonáva službu.⁴⁰

Tretou a poslednou skupinou platiteľov poistného sú samotní poistenci. Obecné môžeme tvrdiť, že poistenec hradí poistné sám v prípade, že je v produktívnom veku a ma príjmy zo svojej pracovnej činnosti, prípadne že je v produktívnom veku a mohol by takéto príjmy mať. Povinnosť poistenca platiť poistné upravuje ZVerZP v § 5. Ten do uvedenej skupiny poistencov zaraďuje:

- a) zamestnancov v pracovnom pomere, ktorí sú účastní na nemocenskom poistení,
- b) osoby samostatne zárobkovo činné,
- c) osoby s trvalým pobytom na území Českej republiky, ktoré nespádajú do predošlých dvoch skupín a nehradí za nich poistné štát.

Termín „zamestnanec“ je v ZVerZP definovaný samostatne. Poistenec sa považuje za zamestnanca nielen v základnom pracovnom pomere podľa zákonníka práce, ale i v iných právnych vzťahoch, ktoré sú pre účely zdravotného poistenia postavené na rovnakom pracovnom pomere za podmienky, že zakladajú účasť na nemocenskom poistení. Jedná sa o široký okruh osôb, ktoré na rozdiel od druhej skupiny poistencov, ktorí sú zároveň platiteľmi poistného, teda osôb samostatne zárobkovo činných, vykonávajú svoju činnosť v zásade v závislom postavení. Ich výpočet je taxatívny a podmienky vykonávania ich činnosti sú upravené v jednotlivých právnych predpisoch. Príkladne uvediem osoby v služobnom pomere, s výnimkou štátnych zamestnancov podľa služobného zákona, osoby činné v pomere

³⁹ Viz § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb.

⁴⁰ Viz § 3 zákona č. 218/2002 Sb., o službě státních zaměstnanců ve správních úřadech a odměňování těchto zaměstnanců a ostatních zaměstnanců ve správních úřadech (služební zákon).

s obsahom pracovného pomeru, kde však pracovný pomer nevznikol, pretože neboli splnené všetky stanovené podmienky pre jeho vznik, zamestnanci činní na základe dohody o pracovnej činnosti, sudcovia, poslanci Poslaneckej snemovne, senátori Senátu Parlamentu, poslanci Európskeho parlamentu zvolení na území Českej republiky, členovia vlády, atď.⁴¹ Poistné na zdravotné poistenie sa neodvádza v prípade dohody o prevedení práce a v prípade príležitostného zamestnania. Pri definovaní príležitostného zamestnania vychádzame zo zákona o nemocenskom poistení zamestnancov, ktorý ním rozumie buď náhodilé jednorázové zamestnanie, ktoré podľa dojednania nemá trvať a ani netrvalo dlhšie než 7 kalendárnych dní po sebe idúcich, alebo zamestnanie, ktorého obsahom je pracovná činnosť tak malého rozsahu, že príjem z neho nedosahuje ani 400 Kč za kalendárny mesiac.⁴² Z príjmu vo výške 400 Kč a viac sa zdravotné poistenie už platí.

Do skupiny poistencov – platiteľov poistného z titulu výkonu samostatnej zárobkovej činnosti, patria najmä osoby, ktoré podnikajú na základe živnostenského zákona alebo podnikajú na základe iných oprávnení. Tiež sem spadajú osoby vykonávajúce slobodné povolania a tiež tzv. osoby spolupracujúce.⁴³

3.3.2. Výpočet poistného, odvod poistného

Čo sa týka výšky a spôsobu platenia poistného, vrátane penále, tu nám ZVerZP odkazuje na zvláštny zákon, ktorým je ZoPVZP. Výška poistného je stanovená na 13,5 % z vymeriavacieho základu za rozhodné obdobie. V prípade zamestnancov je rozhodným obdobím, za ktoré sa zisťuje vymeriavací základ, kalendárny mesiac. Zamestnávateľ hradí a odvádza 2/3 poistného za svojho zamestnanca a zároveň odvádza i zvyšnú časť, teda 1/3 poistného, ktorú je povinný platiť zamestnanec, a to priamou zrážkou z jeho mzdy. Túto zrážku môže zamestnávateľ previesť i bez súhlasu zamestnanca.

K určení výšky poistného, teda akú sumu daných 13,5 % predstavuje, je treba definovať, čo spadá do vymeriavacieho základu, z ktorého sa táto suma vypočíta. Vymeriavacím základom u osoby v pracovnom pomere, teda zamestnanca, je úhrn príjmov zúčtovaných mu zamestnávateľom v súvislosti s výkonom zamestnania, ktoré zakladá účasť na nemocenskom poistení.

⁴¹ Viz § 5 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb.

⁴² Viz § 6 zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců.

⁴³ Viz § 5 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb.

Do vymeriavacieho základu nezapočítavame:

- a) náhrady výdajov, prípadne ich časti, ktoré nepodliehajú dani z príjmu fyzických osôb – započítavajú sa však náhrady výdajov podliehajúce tejto dani, napríklad náhrady cestovných výdajov nad stanovený limit,
- b) náhrady škody – napríklad suma, ktorú dostal zamestnanec ako odškodnenie za pracovný úraz od zamestnávateľa,
- c) odmeny vyplácané podľa zákona o vynálezoch, priemyselných vzoroch a zlepšovacích návrhoch,
- d) hodnota (finančné ocenenie) poskytnutých nepeňažitých plnení, ktoré podliehajú dani z príjmu fyzických osôb.

Do vymeriavacieho základu započítavame:

- a) náhrady mzdy s určitými výnimkami,
- b) odmenu za pracovnú pohotovosť,
- c) plnenia vernostnej a stabilizačnej povahy s výnimkami – jedná sa o dobrovoľné plnenia zo strany zamestnávateľa, ktoré poskytuje svojim zamestnancom buď ako ocenenie za to, že v jeho organizácii po určitý čas už zotrvali, alebo aby ich k zotrvaní v organizácii motivoval,
- d) plnenia poskytnuté k životnému jubileu s výnimkami.⁴⁴

Zo zisteného vymeriavacieho základu zamestnanca sa následne vypočíta 13,5%. Túto sumu odvedie zamestnávateľ na účet zdravotnej poisťovne. Jedna tretina z danej čiastky sa strháva zamestnancovi z platu. Rozdiel medzi celkovou sumou odvedeného poistného a čiastkou strhnutou z platu zamestnanca predstavuje poistné hradené zamestnávateľom.

Výpočet poistného týmto spôsobom sa môže aplikovať ale iba u zamestnanca, ktorý dosahuje aspoň minimálny vymeriavací základ. Ten zodpovedá minimálnej mzde zamestnancov v pracovnom pomere odmeňovaných mesačnou mzdou, ktorá činí v súčasnej dobe 7955 Kč. Minimálny vymeriavací základ neplatí pre určité kategórie osôb, ktorými sú:

- osoby, za ktoré je platiteľom poistného i štát,
- osoby s ťažkým telesným, zmyslovým alebo mentálnym postihnutím, ktorým sa poskytujú mimoriadne výhody II. alebo III. stupňa,

⁴⁴ Viz § 3 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb.

- osoby, ktoré dosiahli veku potrebného pre nárok na starobný dôchodok, avšak nespĺňujú ďalšie podmienky na jeho priznanie,
- osoby, ktoré sa celodenne osobne a riadne starajú aspoň o jedno dieťa do 7 rokov alebo najmenej o dve deti do 15 rokov,
- osoby, ktoré súčasne vedľa zamestnania vykonávajú samostatnú zárobkovú činnosť a odvádzajú zálohy na poistné vypočítané aspoň z minimálneho vymeriavacieho základu stanoveného pre osoby samostatne zárobkovo činné,

a to za podmienky, že tieto skutočnosti trvajú po celé rozhodné obdobie, teda po celý kalendárny mesiac.⁴⁵ U týchto zamestnancov je vymeriavacím základom ich skutočný príjem.

Minimálny vymeriavací základ zamestnancov je možné tiež znížiť, a to na pomernú časť zodpovedajúcu počtu kalendárnych dní, v prípade, že:

- zamestnanie netrvalo po celé rozhodné obdobie,
- zamestnancovi bolo poskytnuté pracovné voľno pre dôležité osobné prekážky v práci, ako je choroba, ošetrovanie člena rodiny,
- zamestnanec sa stal v priebehu rozhodného obdobia osobou, za ktorú platí poistné i štát, alebo osobu s ťažkým telesným, zmyslovým alebo mentálnym postihnutím, osobou, ktorá dosiahla vek pre nárok na starobný dôchodok, ale nespĺnila ďalšie podmienky potrebné pre jeho priznanie, prípadne osobou, ktorá sa celodenne riadne a osobne stará aspoň o jedno dieťa do 7 rokov alebo aspoň o dve deti do 15 rokov.

V prípade, že zamestnanec, ktorý je zamestnaný len u jedného zamestnávateľa, nedosiahne mesačný príjem vo výške minimálnej mzdy, je zamestnanec povinný doplatiť poistné vo výške vypočítanej z rozdielu medzi jeho vlastným vymeriavacím základom a minimálnym vymeriavacím základom. Odvádza tak z tohto rozdielu 13,5 % sám, zamestnávateľ sa už na tom nepodieľa. Pokiaľ je však vymeriavací základ nižší z dôvodu prekážok na strane zamestnávateľa, musí poistné vypočítané z rozdielu medzi skutočným a minimálnym vymeriavacím základom zaplatiť sám zamestnávateľ.

⁴⁵ Viz § 3 odst. 8 zákona č.592/1992 Sb.

Povinnosť doplatiť poistné však nemajú dve skupiny osôb, a to jednak zamestnanci, za ktorých je súčasne platiteľom poistného štát a ďalej zamestnanci, ktorí nemajú stanovený minimálny vymeriavací základ.

Existujú pravdaže i prípady, kedy je osoba zamestnancom u dvoch alebo viacerých zamestnávateľov, kde aspoň v jednom zo zamestnaní dosahuje minimálnu mzdu. V tomto prípade zamestnanec už nemusí doplácať poistné u zamestnávateľa, u ktorého minimálnu mzdu nedosiahol, ale musí tomuto zamestnávateľovi predložiť doklad o tom, že bolo za neho u prvého zamestnávateľa odvedené poistné aspoň v minimálnej zákonnej výške.

ZVerZP poskytuje riešenie i pre prípad pracovného voľna bez náhrady mzdy a neospravedlnenú absenciu zamestnanca. V tomto prípade je vymeriavacím základom pre výpočet poistného minimálna mzda, ktorá platí k prvému dňu kalendárneho mesiaca, v ktorom sa poistné platí. Zákon však poskytuje zmluvnú voľnosť pre zamestnanca a zamestnávateľa, ktorí sa môžu dohodnúť, že zamestnanec zaplatí zamestnávateľovi úplne alebo sčasti sumu, ktorá zodpovedá poistnému uhradenému v dobe poskytnutého pracovného voľna bez náhrady príjmu. Zamestnávateľ má tiež právo vymáhať čiastku zodpovedajúcu poistnému, ktoré za zamestnanca uhradil v dobe jeho neospravedlnenej absencie v práci.⁴⁶

Ako už bolo spomenuté, zamestnávateľ odvádza za svojho zamestnanca celú vypočítanú čiastku poistného, teda jednak 9,5 %, ktoré platí sám zamestnávateľ, ako aj 4,5 %, ktoré strháva z platu zamestnanca. Odvádza ho za jednotlivé kalendárne mesiace a dňom splatnosti je deň, ktorý zamestnávateľ určil ako deň pre výplatu miezd a platov za predošlý mesiac. V prípade rozloženia výplaty na niekoľko výplatných dní je dňom splatnosti posledný deň výplaty za uplynulý kalendárny mesiac. Ak nie je deň pre výplatu stanovený, je zamestnávateľ povinný odvieť poistné najneskôr do 8 dní po uplynutí kalendárneho mesiaca, za ktoré poistné platí.

Osoby samostatne zárobkovo činné platia a odvádzajú celú sumu poistného, teda 13,5 % z vymeriavacieho základu za rozhodné obdobie sami. Rozhodným obdobím je u týchto osôb kalendárny rok, za ktorý sa poistné platí. Vymeriavací základ týchto poistencov sa postupne časom zvyšuje a zodpovedá nasledujúcim čiastkam:

⁴⁶ Viz § 9 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb.

- čiastka 35 % z príjmu z podnikania a z inej samostatnej zárobkovej činnosti pred rokom 2004,
- čiastka 40 % z príjmu z podnikania a z inej samostatnej zárobkovej činnosti v roku 2004,
- čiastka 45 % z príjmu z podnikania a z inej samostatnej zárobkovej činnosti v roku 2005,
- čiastka 50 % z príjmu z podnikania a z inej samostatnej zárobkovej činnosti od roku 2006.

Vo všetkých prípadoch sa od tohto príjmu najprv odpočítajú výdaje vynaložené na jeho dosiahnutie, zaistenie a udržanie.

I pre osoby samostatne zárobkovo činné je zákonom určený minimálny vymeriavací základ. Ten predstavuje dvanásťnásobok 50 % priemernej mesačnej mzdy v národnom hospodárstve. Priemerná mesačná mzda sa vypočíta ako súčin všeobecného vymeriavacieho základu za kalendárny rok, ktorý o 2 roky predchádza roku, pre ktorý sa priemerná mzda zisťuje, a prepočítacieho koeficientu.⁴⁷ Všeobecný vymeriavací základ i prepočítací koeficient je stanovený nariadením vlády pre účely dôchodkového poistenia a činia 17882 Kč (všeobecný vymeriavací základ) a 1,0532 (prepočítací koeficient).⁴⁸

V prípade, že je vymeriavací základ osoby nižší než minimálny vymeriavací základ, je osoba povinná odvieť poistné z minimálneho vymeriavacieho základu. I z tohto pravidla však ZoPVZP povoľuje určité výnimky. Minimálny vymeriavací základ neplatí napríklad pre osoby, za ktoré je platiteľom poistného štát alebo osoby, ktoré sú súčasne okrem svojej samostatnej zárobkovej činnosti i zamestnancom a z tohto zamestnania odvádzajú poistné aspoň z minimálneho vymeriavacieho základu stanoveného pre zamestnancov.⁴⁹

Osoby samostatne zárobkovo činné však majú stanovený i maximálny vymeriavací základ. Ten predstavuje sumu 486 000 Kč.

Osoby, pre ktoré je samostatná zárobková činnosť hlavným zdrojom príjmov, hradia poistné formou záloh na poistné a doplatku poistného. Tieto zálohy platia na účet zdravotnej poisťovne vždy za príslušný kalendárny mesiac. V prvom roku

⁴⁷ Viz § 17 odst. 2 a 4 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

⁴⁸ Viz § 1 a § 2 nařízení vlády č. 414/2005 Sb., kterým se pro účely důchodového pojištění stanoví výše všeobecného vyměřovacího základu za rok 2004 a výše přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2004 a upravují částky pro stanovení výpočtového základu.

⁴⁹ Viz § 3a odst. 3 a odst. 4 zákona č. 592/1992 Sb.

samostatnej zárobkovej činnosti platia zálohy vypočítané z minimálneho vymeriavacieho základu, ale môžu si zvoliť i zálohy vyššie. Osoba, za ktorú je súčasne platiteľom poistného štát, nemusí v prvom roku platiť zálohy vôbec. V ďalších rokoch podnikateľskej činnosti sú už osoby povinné odvieť zálohy vypočítané z vymeriavacieho základu zisteného za predchádzajúci rok. Splatnosť jednotlivých záloh je od prvého dňa kalendárneho mesiaca, za ktorý sa platia, do ôsmeho dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca.

Je však i množstvo osôb, ktoré svoju podnikateľskú činnosť vyvíjajú popri svojom zamestnaní, a teda ich samostatná zárobková činnosť nie je ich hlavným zdrojom príjmov, ale je považovaná za vedľajší zdroj príjmov. Pre tieto osoby platí, že nie sú povinné platiť zálohy za poistné a poistné môžu jednorázovo doplatiť až do ôsmich dní po podaní daňového priznania za uplynulý kalendárny rok.

Pre oba typy osôb však zákon stanoví, že nie sú povinné platiť poistné v tom kalendárnom mesiaci, kedy boli po celý kalendárny mesiac uznané práceneschopnými alebo im bola nariadená karanténa.

Pre poistencov, ktorí majú na území Českej republiky trvalý pobyt, ale nemajú príjmy ani zo zamestnania, ani zo samostatnej zárobkovej činnosti a nie je za nich platiteľom poistného štát, tzv. osoby bez zdaniteľných príjmov, je vymeriavacím základom minimálna mzda. Medzi takéto osoby patrí napríklad žena v domácnosti, za ktorú neplatí poistné štát, alebo ktorá nepoberá žiadny dôchodok z dôchodkového poistenia, prípadne nie je v evidencii úradu práce, ďalej tiež poistenec pracujúci na základe dohody o prevedení práce, študent vysokej školy starší 26 rokov, nezamestnaný, ktorý nie je evidovaný na úrade práce, atď. Tieto osoby platia poistné v plnej výške 13,5 % z vymeriavacieho základu, aktuálne je to 1074 Kč mesačne. Poistné odvádzajú na účet zdravotnej poisťovne za celý kalendárny mesiac. Splatnosť poistného je od prvého dňa kalendárneho mesiaca, za ktorý sa platí, až do ôsmeho dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca.

Posledným prípadom sú osoby, za ktoré je platiteľom poistného štát. Vymeriavací základ u týchto osôb bol až do novely ZoPVZP s účinnosťou od 1.4.2006 stanovený pevnou čiastkou. Od účinnosti novely sa už vymeriavací základ stanovuje pre kalendárny rok a predstavuje 25 % priemernej mesačnej mzdy v národnom hospodárstve. Poistné odvádza Ministerstvo financií Českej republiky na zvláštny účet VZP do dvadsiateho dňa predchádzajúceho kalendárneho mesiaca.

Poistné sa platí v českej mene bezhotovostným prevodom z účtu vedeného u banky na účet zdravotnej poisťovne alebo v hotovosti prostredníctvom banky alebo držiteľa poštovnej licencie na príslušný účet zdravotnej poisťovne.

3.4. PRÁVA A POVINNOSTI SUBJEKTOV ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Obsahom právneho vzťahu zdravotného poistenia sú určité práva a povinnosti stanovené právnymi predpismi jednotlivým subjektom. Týmito subjektami sú poistenec, zdravotná poisťovňa, zamestnávateľ, prípadne štát a zdravotnícke zariadenie. Práva a povinnosti týchto subjektov sa vzájomne prelínajú a dopĺňajú. Poistenec má množstvo povinností voči zdravotnej poisťovni a v prípade ich porušenia mu môže byť uložená majetková sankcia – pokuta alebo penále.

3.4.1. Povinnosti subjektov zdravotného poistenia

Medzi najdôležitejšie povinnosti poistenca radíme povinnosť platiť poistné a povinnosť oznamovaciu.

Povinnosť platiť poistné ukladá ZVerZP už zmieneným trom skupinám poplatníkom – poistencom, zamestnávateľom a štátu. Poistencovi vzniká povinnosť platiť poistné dňom:

- a) nástupu do zamestnania,
- b) zahájenia samostatnej zárobkovej činnosti, ktorej výkon zakladá povinnosť platiť poistné,
- c) kedy sa stala osoba poistencom v prípade kategórie osôb bez zdaniteľných príjmov – tu však musia podmienky uvedené v zákone trvať po celý kalendárny mesiac (trvalý pobyt na území Českej republiky, žiaden príjem zo zamestnania alebo zo samostatnej zárobkovej činnosti, ani za nich neplatí poistné štát), takže môžeme z toho vyvodiť, že povinnosť platiť poistné vznikne až po uplynutí jedného mesiaca,
- d) ku ktorému sa po návrate do Českej republiky poistenec prihlásil u príslušnej zdravotnej poisťovne – týka sa poistencov zbavených

povinnosti platiť poistné z dôvodu dlhodobého pobytu v zahraničí, kde bol zdravotne poistený a vykonal o tom písomné prehlásenie. Pri opätovnom prihlásení sa u zdravotnej poisťovne v Českej republike musí predložiť i doklad o tom, že bol v cudzine poistený a ako dlho. V prípade nepredloženia daných dokladov by musel spätne doplatiť poisťovni poistné,

- e) návratu do Českej republiky po nepretržitom pobyte v cudzine, ktorý začal pred 1. januárom 1993, ak sa vrátil po 30. apríli 1995 – tiež tieto skutočnosti je treba doložiť,
- f) návratu do Českej republiky po nepretržitom pobyte v cudzine, ktorý začal medzi 1. januárom 1993 a 1. júlom 1993, ak sa vrátil po 30. apríli 1995 a ak bol v cudzine zdravotne poistený, nebola mu poskytnutá v uvedenom období zdravotná starostlivosť hradená zo zdravotného poistenia a požiadal spätne príslušnú zdravotnú poisťovňu o postup ako v prípade skupiny osôb pod písmenom d).

Povinnosť zamestnávateľa platiť 2/3 poistného za svojho zamestnanca vzniká dňom, kedy zamestnanec nastúpil do práce. Povinnosť mu odpadá dňom skončenia zamestnania, prípadne za uvedenej situácie, keď zamestnanec dlhodobo odcestuje do zahraničia pri splnení už spomenutých podmienok.

Štátu vzniká povinnosť platiť poistné dňom, kedy sa stáva platiteľom poistného a zaniká dňom, kedy týmto platiteľom prestal byť.⁵⁰

Ďalšou dôležitou povinnosťou platiteľov poistného je povinnosť oznamovacia a rozlišuje sa podľa toho, o ktorý subjekt sa jedná a ktoré skutočnosti sú oznamované. Riadne plnenie oznamovacej povinnosti sa radí medzi základné povinnosti zamestnávateľa voči zdravotnej poisťovni, u ktorej je jeho zamestnanec poistený. V prvom rade musí, a to najneskôr v lehote do ôsmich dní, oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni nástup zamestnanca do zamestnania a tiež jeho ukončenie, a to v návaznosti na vznik, resp. zánik účasti na nemocenskom poistení. Ak je pracovný pomer dohodnutý od určitého dátumu, ale zamestnanec nastúpi až v neskorší termín, prihlasuje ho zamestnávateľ až k danému neskoršiemu dátumu, takže účasť na zdravotnom poistení vzniká až skutočným dňom zahájenia práce.

⁵⁰ Viz § 7 zákona č. 48/1997 Sb.

V prípade zamestnancov, ktorí nemajú na území Českej republiky trvalý pobyt, oznamujú túto skutočnosť.

Ďalej je zamestnávateľ povinný oznámiť zmenu zdravotnej poisťovne v prípade, že ho o tom zamestnanec informoval, a to odhlásením od platenia poisťného u pôvodnej zdravotnej poisťovne a prihlásením u novozvolenej zdravotnej poisťovne. Zamestnávateľ nemá právo obmedzovať možnosť poistenca na voľbu svojej poisťovne, napríklad nemôže nútiť svojich zamestnancov, aby boli poistení všetci u rovnakej zdravotnej poisťovne. Zamestnávateľ tiež musí hlásiť skutočnosti rozhodné pre stanovenie povinnosti štátu platiť poisťné. O všetkých hlásených skutočnostiach je zamestnávateľ povinný viesť riadnu evidenciu a dokumentáciu. Ak zamestnanec zistí, že zamestnávateľ nevykonal potrebné hlásenia a nesplnil tak svoju zákonom stanovenú povinnosť alebo i z dôvodu, že mu zamestnanec nepodal príslušné údaje, je samotný zamestnanec povinný oznámiť predpísané skutočnosti priamo zdravotnej poisťovni.

Zamestnávateľ má ďalej povinnosť najneskôr v deň splatnosti poisťného odovzdať zdravotnej poisťovni, u ktorej sú poistení jeho zamestnanci, prehľad o platbe poisťného zahrňujúci súčet vymeriavacích základov zamestnancov poistených u danej zdravotnej poisťovne, celkovú vypočítanú výšku poisťného a počet zamestnancov, na ktorých sa údaje vzťahujú. Zamestnávateľia musia o uskutočnených platbách poisťného viesť evidenciu a na požiadanie poisťovne predložiť údaje pre výpočet poisťného.

Poistenec, ktorý je osobou samostatne zárobkovo činnou, má povinnosť oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni zahájenie alebo ukončenie samostatnej zárobkovej činnosti, a to najneskôr do ôsmich dní od tejto skutočnosti. Poistenec, ktorý podniká na základe živnostenského oprávnenia, môže dané oznámenie vykonať aj voči živnostenskému úradu namiesto zdravotnej poisťovne. Tento úrad potom predá údaje príslušnej zdravotnej poisťovni zvolenej poistencom.

Poistenec s trvalým pobytom na území Českej republiky, ktorý nie je ani zamestnancom, ani osobou samostatne zárobkovo činnou a nie je za neho platiteľom poisteného štát, musí túto skutočnosť oznámiť zdravotnej poisťovni do ôsmich dní.

Poistenec ďalej musí oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni skutočnosti rozhodné pre vznik alebo zánik povinnosti štátu platiť poisťné. To platí i pre zamestnancov, ak to za nich nevykonali ich zamestnávateľ. V prípade osoby nedospeléj alebo osoby bez spôsobilosti k právnym úkonom tieto skutočnosti oznamuje ich zákonný zástupca. Zákonný zástupca je rovnako povinný oznámiť do

ôsmich dní narodenie dieťaťa, ktorému je zákonným zástupcom, a to zdravotnej poisťovni, u ktorej je poistená matka dieťaťa v deň jeho narodenia. Narodenie poistenca, rovnako ako aj úmrtie poistenca alebo jeho prehlásenie za mŕtveho oznamuje Centrálnemu registru poistencov obecný úrad poverený vedením matriky.

Právna úprava stanoví poistencovi ešte ďalšie povinnosti. Okrem oznamovacej povinnosti musí uviesť svojmu zamestnávateľovi pri nástupe do zamestnania, u ktorej zdravotnej poisťovne je poistený a to i v prípade zmeny zdravotnej poisťovne počas trvania zamestnania. Poistenec je povinný hradiť poistné, ak toto poistné neplatí štát. Ďalšie jeho povinnosti spadajú do oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Musí poskytnúť súčinnosť pri zdravotnom výkone a kontrole priebehu liečebného procesu, dodržiavať liečebný režim, podrobiť sa preventívnym prehliadkam, dodržiavať opatrenia k odvráteniu choroby, nejednať tak, aby poškodzoval svoje vlastné zdravie. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je poistenec povinný sa preukazovať platným preukazom poistenca, prípadne náhradným dokladom vydaným poisťovňou. Stratú alebo poškodenie preukazu musí zdravotnej poisťovni oznámiť do ôsmich dní. V prípade zániku zdravotného poistenia, zmeny zdravotnej poisťovne alebo dlhodobého pobytu v zahraničí musí preukaz do ôsmich dní vrátiť. Ďalej je povinný poisťovni nahlásiť zmeny v osobných údajoch v lehote 30 dní. Pri zmene zdravotnej poisťovne predkladá osoba samostatne zárobkovo činná novej poisťovni doklad o výške záloh na poistné.

3.4.2. Práva subjektov zdravotného poistenia

Okrem povinností ZVerZP stanovuje poistencom aj určité práva. Môžeme ich rozdeliť na tie, ktoré priznáva všetkým poistencom a tie, ktoré sa týkajú len určitých skupín z nich, ako sú vojaci, osoby vo väzbe alebo výkonu trestu odňatia slobody.

Medzi základné práva všetkých poistencov patrí právo na výber zdravotnej poisťovne. Toto právo však nie je neobmedzené, ale môže sa využiť len raz za 12 mesiacov, a to vždy k prvému dňu kalendárneho štvrťroku. Ak zdravotná poisťovňa vstúpi do likvidácie alebo v prípade zavedenia nútenej správy, majú poistenci právo zmeniť poisťovňu v lehotách kratších, a to vždy k prvému dňu kalendárneho mesiaca, najskôr však k prvému dňu nasledujúceho kalendárneho mesiaca po tom, čo nastali uvedené skutočnosti. Za osoby nedospelé alebo osoby bez spôsobilosti k právnym úkonom žiada o zmenu ich zákonný zástupca. Pri narodení dieťaťa nemá

jeho zákonný zástupca právo na výber zdravotnej poisťovne, ale dieťa sa automaticky stáva poistencom u tej zdravotnej poisťovne, u ktorej je poistená jeho matka a zákonný zástupca môže požiadať o zmenu zdravotnej poisťovne dieťaťa až po tom, čo mu je pridelené rodné číslo, a to vo vyššie uvedených lehotách. Ak teda poistenec, resp. zákonný zástupca, postupuje zákonom stanoveným spôsobom, nemôže zdravotná poisťovňa jeho prijatie odmietnuť, rovnako ako nemá právo stanoviť poistencovi dobu, po ktorú bude u nej poistený, ani sama právny vzťah zdravotného poistenia ukončiť.⁵¹

Druhým významným právom poistenca je právo na voľbu lekára, iného zdravotníckeho pracovníka a zdravotníckeho zariadenia, ktoré je však obmedzené vecne a časovo. Vecným obmedzením je zúženie výberu zdravotníckych pracovníkov a zariadení len na tých, ktorí majú uzavretú zmluvu so zdravotnou poisťovňou, u ktorej je poistenec poistený. Právo voľby tiež nemôže uplatniť u závodnej zdravotnej služby, pretože v tomto prípade musí poistenec predpísané prehliadky absolvovať u toho lekára, resp. v tom zariadení, ktoré mu určí zamestnávateľ. Časové obmedzenie tohto práva znamená, že ho môže využiť maximálne raz za tri mesiace. Poistenec môže byť zvoleným lekárom odmietnutý v prípade, že by jeho prijatím bolo prekročené únosné pracovné zaťaženie lekára. Mieru zaťaženia posudzuje samotný lekár. Druhou príčinou odmietnutia môže byť prílišná vzdialenosť miesta pobytu poistenca, kvôli ktorej by nemohol byť zaistený efektívny výkon návštevnej služby. Odmietnuť však lekár nemôže poistenca zo stanoveného spádového územia a v prípade, že sa jedná o neodkladnú starostlivosť. Spádové územia sú určované v súlade so zákonom o starostlivosti o zdravie ľudu (ZoSZL) vyhláškou Ministerstva zdravotníctva.⁵²

Ďalším právom poistenca je právo na výber dopravnej služby, ktoré je obmedzené len vecne, a to tak, že dopravná služba musí byť v zmluvnom vzťahu ku zdravotnej poisťovni poistenca.

Obmedzenie práva poistenca na voľbu lekára, zdravotníckeho pracovníka či zariadenia a dopravnej služby však nie je absolútne. Poistenec si môže vybrať i subjekty bez zmluvy voči jeho zdravotnej poisťovni, ale v takomto prípade nebude poskytnutá zdravotná starostlivosť hradená na účet zdravotného poistenia.

⁵¹ Viz § 11 odst. 1 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb.

⁵² Viz § 39 odst. 2 zákona č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu.

Poistenec má ďalej právo na poskytnutie zdravotnej starostlivosti bez priamej úhrady, ak mu bola poskytnutá v rozsahu a za podmienok stanovených zákonom. ZVerZP výslovne zakazuje lekárom a iným odborným pracovníkom v zdravotníctve prijímať od poistencov akúkoľvek úhradu v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti bez priamej úhrady. S tým súvisí problém určiť, ktorá starostlivosť ešte spadá do plne hradenej poistením a ktorá už nie. Pacientovi sa tak komplikuje možnosť si priplatiť za určitú nadštandardnú starostlivosť, ktorá súvisí so starostlivosťou bez priamej úhrady. V praxi však zdravotnícke zariadenia často prijímajú sponzorské dary a je tu samozrejme i možnosť, aby si poistenec požiadal o poskytnutie určitých služieb, ktoré nie sú hradené zo zdravotného poistenia, za dopredu dohodnutú úhradu.

ZVerZP ešte priznáva poistencovi i právo na výdaj liečivých prípravkov bez priamej úhrady, ak sú tieto hradené zo zdravotného poistenia a tiež právo podieľať sa na kontrole poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

3.5. INŠTITUCIONÁLNE ZAISTENIE VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Nositelom zdravotného poistenia sú zdravotné poisťovne. Sú to finančné inštitúcie sui generis, ktoré okrem hlavného poslania, a to výkonu verejného zdravotného poistenia, môžu poskytovať i zmluvné zdravotné poistenie, ak k tomu majú povolenie. Právna úprava umožňuje vznik rôznych zdravotných poisťovní. Primárne postavenie však má VZP, ktorá podľa zákona vykonáva všeobecné zdravotné poistenie, pokiaľ toto poistenie nevykonávajú rezortné, oborové a podnikové poisťovne (tzv. zamestnanecké poisťovne).⁵³ Poistenec má právo výberu buď VZP alebo niektorú zo zamestnaneckých zdravotných poisťovní, avšak v prípade, že tento výber neuskutoční, je automaticky poistený u VZP. Pluralita inštitúcií poskytujúcich verejné zdravotné poistenie je podľa môjho názoru určite prínosná a zodpovedá moderných trendom demokratických krajín. Občanovi je tak poskytnutá možnosť vybrať si zdravotnú poisťovňu, ktorá mu najviac vyhovuje a prináša najlepšie výhody a nie je nútený byť poistencom len jednej stanovenej

⁵³ Viz § 2 odst. 1 zákona č. 551/19991 Sb., o Všeobecní zdravotní pojišťovně České republiky.

inštitúcie. Na druhej strane súhlasím i s prednostným postavením jednej poisťovne, ktorej fungovanie a finančnú stabilitu bude garantovať samotný štát.

3.5.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa

VZP bola zriadená a jej právna úprava sa riadi zákonom o Všeobecnej zdravotnej poisťovni Českej republiky (ZoVZP) s účinnosťou od 1.1.1992.⁵⁴ VZP Českej republiky realizuje verejné zdravotné poistenie v súlade s platnými právnymi predpismi. VZP je právnickou osobou, v právnych vzťahoch vystupuje svojím menom, môže nadobúdať práva a povinnosti a nesie zodpovednosť, ktorá vyplýva z týchto vzťahov.

VZP hospodári s vlastným majetkom a s majetkom jej zvereným. Každoročne je povinná predkladať Ministerstvu financií prostredníctvom Ministerstva zdravotníctva návrh zdravotne poistného plánu, ktorým sa riadi jej činnosť. Tento návrh schvaľuje po vyjadrení vlády Poslanecká snemovňa Parlamentu vždy na nasledujúci kalendárny rok. Návrh obsahuje okrem iného plán príjmov a výdavkov VZP a ich členenie na jednotlivé fondy, ktorými sú:

- a) *základný fond* – je tvorený najmä platbami poistného na verejné zdravotné poistenie a slúži k úhrade zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia, k financovaniu prevádzkového fondu a ďalších fondov a k ďalším stanoveným platbám,
- b) *rezervný fond* – jeho zdrojom sú prídely zo základného fondu a slúži ku krytiu schodku základného fondu, úhrade zdravotnej starostlivosti v prípade hromadných ochorení a prírodných katastrof alebo k pokrytiu poisťovňou nezavineného významného poklesu výberu poistného,
- c) *prevádzkový fond* - slúži k úhrade nákladov na činnosť VZP,
- d) *sociálny fond* - prostriedky z neho sú čerpané najmä na príspevky na stravovanie, penzijné pripoistenie, životné poistenie, regeneráciu zamestnancov a rodinnú rekreáciu,
- e) *fond majetku*,
- f) *fond reprodukcie majetku* - prostriedky sú využívané podľa dlhodobých plánov zadováženia hmotného a nehmotného majetku a výstavby Základného informačného systému na konkrétne akcie schválené Správnou radou VZP.

⁵⁴ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecnej zdravotní poisťovni České republiky.

Činnosť VZP kontroluje Ministerstvo zdravotníctva v súčinnosti s Ministerstvom financií. V prípade zistenia závažných nedostatkov v činnosti môže byť vyžadovať po VZP nápravu alebo zaviesť nútenú správu na dobu maximálne 1 roku. Pokiaľ by sa VZP dostala do platobnej neschopnosti, zaručuje úhradu nákladov poskytnutej zdravotnej starostlivosti po vyčerpaní prostriedkov rezervného fondu štátny rozpočet Českej republiky vo forme návratnej finančnej výpomoci.

Čo sa týka organizačnej štruktúry VZP, tak tú tvorí Ústredie, krajské pobočky a ďalšie územné pracoviská. Ústredie riadi činnosť organizačných zložiek VZP, ktorými sú uvedené krajské pobočky a ďalšie územné pracoviská a ktoré vykonávajú činnosť menom VZP a ďalej zabezpečuje súčinnosť VZP so štátnymi orgánmi a ďalšími subjektami.

Právo poistencov, ich zamestnávateľov a štátu na riadení VZP sa realizuje prostredníctvom orgánov VZP. Štatutárnym orgánom VZP je riaditeľ VZP, ktorého na návrh Správnej rady VZP volí a odvoláva Poslanecká snemovňa Parlamentu. Ďalšími orgánmi VZP sú Správna rada a Dozorná rada. Správna rada má 30 členov, z ktorých 10 tvoria zástupcovia poistencov VZP volení a odvolávaní z okruhu verejnosti Poslaneckou snemovňou Parlamentu, ďalších 10 členov predstavujú zástupcovia zamestnávateľov menovaní a odvolávaní organizáciami zamestnávateľov a posledných 10 miest je obsadených zástupcami štátu menovaných a odvolávaných vládou Českej republiky na návrh ministra zdravotníctva. Členovia Dozornej rady sú tiež dosadzovaní z uvedených skupín predstaviteľov, ale v inej štruktúre. Dozornú radu tvoria 3 zástupcovia štátu po jednom menovaní a odvolávaní Ministerstvom financií, Ministerstvom práce a sociálnych vecí a Ministerstvom zdravotníctva, ďalej 3 zástupcovia poistencov VZP volení a odvolávaní Poslaneckou snemovňou Parlamentu a 3 zástupcovia zamestnávateľov poistencov menovaní a odvolávaní organizáciou zamestnávateľov. Okrem nich Dozornú radu dotvárajú zástupcovia poistencov VZP volení a odvolávaní krajskými zastupiteľstvami po jednom pre každú krajskú pobočku a zástupcovia zamestnávateľov poistencov volení a odvolávaní organizáciou zamestnávateľov po jednom pre každú krajskú pobočku.

V súvislosti s platením poistného v prípade, že platiteľom je štát, je treba pri výklade o VZP spomenúť ešte jednu skutočnosť. VZP je povinná zriadiť zvláštny účet, na ktorý odvádza Ministerstvo financií poistné za osoby, za ktoré je platiteľom poistného štát. Na tomto účte sa potom podľa pravidiel stanovených zákonom poistné a ďalšie príjmy prerozdeľujú k určeniu celkových čiastok pripadajúcich na

jednotlivé zdravotné poisťovne. Prerozdelenie sa deje podľa počtu poistencov, ich vekovej štruktúry, pohlavia a nákladových indexov vekových skupín poistencov verejného zdravotného poistenia. Nákladové indexy sú rozdelené na 18 vekových skupín poistencov pre každé pohlavie v rozmedzí od narodenia do 5 rokov, od 5 do 10 rokov a ďalej vždy po 5 rokoch až po vekové skupiny od 80 do 85 rokov a skupiny od 85 rokov vyššie. Zvláštny účet okrem toho slúži k prerozdeleniu poistného a ďalších príjmov podľa výskytu poistencov, na ktorých bola príslušnými zdravotnými poisťovňami uhradená zvlášť nákladná zdravotná starostlivosť. Touto nákladnou starostlivosťou zákon rozumie zdravotnú starostlivosť hradenú verejným zdravotným poistením na území Českej republiky poistencom, kde výška úhrad za jedného poistenca prekročila za jeden kalendárny rok čiastku zodpovedajúcu 30-násobku priemerných nákladov na jedného poistenca za posledný účtovne uzavretý kalendárny rok.

3.5.2. Zamestnanecké zdravotné poisťovne

Vznik, činnosť a zánik zamestnaneckých zdravotných poisťovní upravuje zákon o rezortných, oborových, podnikových a ďalších zdravotných poisťovniach.⁵⁵ Rezortná zdravotná poisťovňa je zákonom stanovená najmä pre zamestnancov všetkých organizácií založených alebo zriadených jedným ministerstvom Českej republiky. Oborová je určená predovšetkým pre zamestnancov jedného oboru a podniková najmä pre zamestnancov jedného alebo viacerých podnikov. Ďalšou zamestnaneckou zdravotnou poisťovňou sa rozumie poisťovňa s medzirezortnou a medzioborovou pôsobnosťou. Zatiaľ čo VZP bola zriadená priamo zákonom, u zamestnaneckých zdravotných poisťovní je k realizovaniu všeobecného zdravotného poistenia nutné povolenie Ministerstva zdravotníctva, ktoré rozhodne po vyjadrení Ministerstva financií. V súčasnosti v Českej republike pôsobia nasledujúce zamestnanecké zdravotné poisťovne:

- Česká národná zdravotná poisťovňa,
- Hutnícka zamestnanecká poisťovňa,
- Zdravotná poisťovňa Metal – Aliance,
- Oborová zdravotná poisťovňa zamestnancov bánk, poisťovní a stavebníctva,

⁵⁵ Zákon č. 280/1992 Sb., o resortných, oborových, podnikových a ďalších zdravotných poisťovniach.

- Revírna bratská pokladňa,
- Vojenská zdravotná poisťovňa,
- Zdravotná poisťovňa Škoda,
- Zdravotná poisťovňa Ministerstva vnútra.

Zamestnanecká zdravotná poisťovňa je rovnako ako VZP právnickou osobou, v právnych vzťahoch vystupuje svojím menom, môže nadobúdať práva a povinnosti a nesie zodpovednosť z týchto vzťahov vyplývajúcu. Zamestnanecká zdravotná poisťovňa sa zapisuje do Obchodného registra. Ku dňu výmazu z tohto registru zamestnanecká zdravotná poisťovňa zaniká. Pred zánikom dochádza k jej zrušeniu bez alebo s likvidáciou. Bez likvidácie sa zruší v prípade zlúčenia s VZP alebo v prípade zlúčenia alebo splynutia s inou zamestnaneckou zdravotnou poisťovňou s povolením Ministerstva zdravotníctva po vyjadrení Ministerstva financií. K likvidácii dojde pri zrušení poisťovne v prípade, že jej bolo odobraté Ministerstvom zdravotníctva povolenie k výkonu všeobecného zdravotného poistenia, alebo ak o to zdravotná poisťovňa Ministerstvo zdravotníctva požiada.

Činnosť zamestnaneckej zdravotnej poisťovne je kontrolovaná Ministerstvom zdravotníctva v súčinnosti s Ministerstvom financií a to môže v prípade nedostatkov urobiť rovnaké kroky ako v prípade VZP, teda vyžadovať nápravu alebo zaviesť nútenú správu. Orgánmi sú i v týchto poisťovniach Správna rada a Dozorná rada. Členovia orgánov zastupujú vždy jednou tretinou poistencov, zamestnávateľov poistencov a štát. Zástupcovia zamestnávateľov a poistencov sú volení spôsobom stanoveným volebným poriadkom príslušnej zamestnaneckej zdravotnej poisťovne, zástupcov štátu menuje a odvoláva Ministerstvo zdravotníctva.

Čo sa týka hospodárenia, platí všetko vyššie zmienené u VZP, až na dôležitý rozdiel, a síce že u zamestnaneckej zdravotnej poisťovne narozdiel od VZP neexistuje štátna záruka financovania úhrady zdravotnej starostlivosti v prípade platobnej neschopnosti.

4. ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Základnú a primárnu úlohu zdravotného poistenia predstavuje úhrada výdajov na poskytnutú zdravotnú starostlivosť svojich poistencov jednotlivým zdravotníckym zariadeniam prostredníctvom finančných prostriedkov získaných z vybraného poistného na všeobecné zdravotné poistenie.

Zdravotná starostlivosť je jedným z hlavných pojmov v oblasti zdravotného poistenia. Môžeme ju charakterizovať ako súhrn liečebných úkonov, ktoré vykonávajú lekári a ostatní zdravotnícki pracovníci s cieľom pacienta vyliečiť alebo zlepšiť či zachovať jeho zdravotný stav. Liečebný úkon však v tomto prípade nepredstavuje len napríklad vyšetrenie alebo operácia. Pod tento pojem spadá mnoho iných výkonov, ako napríklad vystavenie receptu na lieky, vydanie lieku lekárnikom či poučenie pacienta o vhodnej diéte pri liečení choroby.

Právnu úpravu zdravotnej starostlivosti, jej poskytovania a úhrady nájdeme najmä v zákone č. 48/1997 Sb., o verejnom zdravotnom poistení a v zákone č. 20/1966 Sb., o starostlivosti o zdravie ľudu.

4.1. ÚČASŤ OBČANOV, PROFESNÝCH ORGANIZÁCIÍ, PROFESNÝCH A INÝCH OBČIANSKYCH ZDRUŽENÍ V STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE

Ako už bolo spomenuté, občania sami nesú svoj podiel zodpovednosti pri starostlivosti o zdravie. Okrem primárnej povinnosti chovať sa tak, aby nepoškodzovali zdravie vlastné ani iných osôb, ZoSZL poskytuje aj iné možnosti, ako sa občania môžu aktívne podieľať na zabezpečovaní starostlivosti o zdravie ľudu. Medzi ne patrí najmä dodržiavanie hygienických zásad a spolupráca na opatreniach k ozdraveniu životných podmienok. Ďalej majú občania právo podávať podnety k zlepšeniu starostlivosti o zdravie, upozorňovať na hygienické závady a tiež zúčastňovať sa zdravotníckych akcií. Občiansku spolupatričnosť dávajú najavo tiež darcovstvom krvi.

ZoSZL v ustanovení § 9 deklaruje právo občanov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Toto ustanovenie aplikuje jednak článok 31 LZPS⁵⁶, jednak tiež článok 3 Dohody o ľudských právach a biomedicíne.⁵⁷ § 46 ZVerZP, na ktorý ZoSZL odkazuje, stanoví, že poskytovanie zdravotnej starostlivosti svojim poistencom je povinná zaistiť príslušná zdravotná poisťovňa. S ohľadom na článok 31 LZPS i ustanovenie § 9 ZoSZL je však zrejmé, že v prípade, kedy by zdravotná poisťovňa nespĺnila alebo nebola schopná splniť túto svojou zákonom stanovenú povinnosť, bolo by povinnosťou štátu postarať sa o to, aby zdravotná starostlivosť na zodpovedajúcej úrovni bola občanovi riadne poskytnutá. Štát a orgány štátnej zdravotnej správy tak preberajú časť zodpovednosti za poskytovanie zdravotnej starostlivosti občanom, ktorej sa nemôžu úplne vzdať ani s odkazom na uvedený § 46 ZVerZP.

ZoSZL ďalej upravuje právo občanov na voľbu lekára, klinického psychológa a zdravotníckeho zariadenia, ktorá je podrobnejšie rozobraná v § 11 odst. 1 písm. b) ZVerZP. ZoSZL dáva však občanom oproti ZVerZP širšie možnosti, pretože si môžu vybrať aj zdravotnícke zariadenie, ktoré nie je v zmluvnom vzťahu s jeho zdravotnou poisťovňou. V tomto prípade ale s výnimkou nutnej a neodkladnej starostlivosti nebude poskytnutá zdravotná starostlivosť uhradená zo zdravotného poistenia. Možnosť voľby sa podľa ZoSZL netýka osôb vo väzbe, vo výkone trestu odňatia slobody a tiež závodnej preventívnej starostlivosti a stanovených zdravotníckych zariadení pre vykonanie protiepidemických opatrení.

Voľbu lekára u vojakov v činnej službe a žiakov vojenských škôl, ako aj zdravotnú poisťovňu, u ktorej musia byť poistení, upravuje § 11 odst. 3 ZVerZP.⁵⁸

U občanov, ktorým sú poskytované služby v oblasti zamestnanosti, je výber lekára a zdravotníckeho zariadenia obmedzený ustanovením zákona

⁵⁶ Čl. 31 Listiny základných práv a svobod: „Každý má právo na ochranu zdravia. Občania majú na základe verejného zdravotného poistenia právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnú pomoc za podmienok, ktoré stanoví zákon.“

⁵⁷ Čl. 3 Úmluvy na ochranu ľudských práv a dôstojnosti ľudskej bytosti v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny (Úmluva o ľudských právach a biomedicíne): „Rovná dostupnosť zdravotnej starostlivosti – Smluvní strany, majice na zreteľ zdravotníckych potrieb a dostupných zdrojov, učiní zodpovedajúce opatrenia, aby v rámci svojej jurisdikcie zaručili rovnú dostupnosť zdravotnej starostlivosti patričnej kvality.“

⁵⁸ Vojaci počas činnej služby a žiaci vojenských škôl počas štúdia na vojenskej škole sú poistení u Vojenskej zdravotnej poisťovne, pričom po ukončení služby, resp. štúdia sa znovu stávajú poistencami zdravotnej poisťovne, u ktorej boli poistení pred prechodom do Vojenskej zdravotnej poisťovne. Právo na voľbu lekára môžu uplatniť len v rámci posádkového zariadenia zdravotnej starostlivosti, ktoré im poskytuje základnú zdravotnú starostlivosť a v rámci zdravotníckeho zariadenia poskytujúceho nadväzujúcu starostlivosť, ktoré im určil lekár poskytujúci základnú zdravotnú starostlivosť.

o zamestnanosti.⁵⁹ Jedná sa o prípady, kedy úrad práce poskytuje služby fyzickej osobe a v tejto súvislosti je potrebné posúdiť jej zdravotný stav a vystaviť lekárske posudok. Daná osoba sa v tomto prípade musí nechať vyšetriť v zmluvnom zdravotníckom zariadení určenom úradom práce, resp. príslušným lekárom závodnej preventívnej starostlivosti

ZoSZL stanovuje všetkým osobám aj určité povinnosti. Je to jednak povinnosť podrobiť sa v predpísaných prípadoch zdravotníckym prehliadkam, liečeniu spoločensky zvlášť závažných chorôb, opatreniam na ochranu pred nákazou, ďalej povinnosť poskytnúť alebo sprostredkovať nevyhnutnú pomoc osobe v nebezpečí smrti alebo javiacej známky vážnej poruchy zdravia a povinnosť účastniť sa zdravotných školení z dôvodu obecného záujmu.

Okrem samotných občanov sa na starostlivosti o zdravie podieľajú aj profesné organizácie a občianske združenia, ktorým ZoSZL stanovuje široké práva. Na zaistení odbornosti zdravotníckych pracovníkov k výkonu ich povolania sa aktívne zúčastňuje Česká lekárska komora, Česká stomatologická komora, Česká lekárska spoločnosť Jana Evangelisty Purkyně. Zástupcovia príslušných profesných organizácií a občianskych združení sa zúčastňujú tiež dohodovacieho jednania, v ktorom sa zostavuje zoznam zdravotných výkonov s bodovými hodnotami. Pri tvorbe obecne záväzných právnych predpisov majú profesné komory i občianske združenia pôsobiace v oblasti zdravotníctva právo na pripomienky.

4.2. POSKYTOVANIE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI, ROZDELENIE

Zdravotná starostlivosť je poskytovaná v zásade dvoma formami – formou ambulantnej starostlivosti alebo formou ústavnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť je poisťovcom poskytovaná buď v zdravotníckych zariadeniach alebo ak je to nevyhnutné s ohľadom na zdravotný stav poistenca, na inom mieste zdravotníckymi pracovníkmi, prípadne ďalšími odbornými pracovníkmi

⁵⁹ Viz § 21 zákona č.435/2004 Sb., o zamestnanosti.

v zdravotníctve, a to v rozsahu svojej odbornej spôsobilosti. Iní zdravotnícki pracovníci než lekári v zásade poskytujú hradenú zdravotnú starostlivosť na základe ordinácie ošetrojúceho lekára. Ošetrojúcim lekárom sa podľa ZVerZP rozumie:

- a) praktický lekár, praktický lekár pre deti a dorast, zubný lekár, u žien ženský lekár, ktorý registruje poisťovňa – tzv. registrujúci lekár,
- b) lekár poskytujúci špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť – tzv. ambulantný špecialista,
- c) lekár poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení ústavnej starostlivosti.

Podľa ZoSZL zdravotnú starostlivosť poskytujú zdravotnícke zariadenia štátu, obcí, fyzických a právnických osôb v súlade so súčasnými dostupnými poznatkami lekárskej vedy. Toto ustanovenie by mohlo byť chápané ako definícia pojmu „postup lege artis“. Vztahuje sa na všetky zdravotnícke zariadenia bez rozdielu formy vlastníctva. Ustanovenie však nemôžeme vykladať tak, že každé zdravotnícke zariadenie je povinné poskytnúť každému pacientovi starostlivosť na najvyššej nožnej úrovni poznatkov svetovej lekárskej vedy, už i z dôvodov nedostačujúcich ekonomických možností. Je treba si vykladať toto ustanovenie tak, že sa majú využívať tie poznatky lekárskej vedy, ktoré sú dostupné, ktoré sú pri danej diagnóze považované za obvyklé a ktorých použitie predstavuje odborne správny postup, avšak vždy s prihliadnutím ku konkrétnym možnostiam vrátane ekonomických podmienok. Neznamena to teda, že každý pacient má automaticky nárok na tú najlepšiu a najdrahšiu zdravotnú starostlivosť, hoci existuje i jej lacnejšia alternatíva.⁶⁰ Pacientovi však samozrejme musí byť poskytnutá zdravotná starostlivosť odborne správnym postupom v súlade so súčasnými dostupnými poznatkami lekárskej vedy.

ZoSZL ďalej stanoví, že v zdravotníckych zariadeniach môžu vyšetrovacie a liečebné úkony vykonávať len oprávnení zdravotnícki pracovníci, takže z toho plynie, že zdravotnú starostlivosť nemôžu v zdravotníckych zariadeniach poskytovať napríklad liečitelia alebo laici bez zdravotníckeho vzdelania. Nesprávnou interpretáciou by však bolo zakazovať činnosť liečiteľov v Českej republike úplne.

⁶⁰ Mach a kolektiv, Zdravotnictví a právo – komentované předpisy, LexisNexis CZ s.r.o. 2005, str.102.

Zdravotnú starostlivosť môžeme rozdeliť do niekoľkých skupín podľa rôznych kritérií:

- 1. Zdravotná starostlivosť podľa rozsahu:** a) komplexná
b) nutná a neodkladná

Komplexnou zdravotnou starostlivosťou rozumieme všetku zdravotnú starostlivosť, ktorá zodpovedá najnovším poznatkom vedy a techniky a je prístupná poisťencovi na území Českej republiky. Komplexná zdravotná starostlivosť je prevažne plne hrazená zo zdravotného poistenia, niekedy však môže ísť o zdravotnú starostlivosť čiastočne hrazenú poisťencom, napríklad si pacient môže priplatiť za kvalitnejší liečebný úkon ako je zhotovenie keramickej korunky u stomatológa.

Pod pojem nutná a neodkladná zdravotná starostlivosť zahŕňame takú starostlivosť, ktorú je nevyhnutné poskytnúť pre odvrátenie ohrozenia zdravia alebo života poisťenca. Tento pojem je dôležitý najmä z hľadiska poskytovania zdravotnej starostlivosti českým poisťencom v zahraničí.

- 2. Zdravotná starostlivosť podľa úhrady:** a) hrazená zo zdravotného poistenia
b) nehrazená zo zdravotného poistenia
c) čiastočne hrazená zo zdravotného poistenia

Týmto rozdelením sa budeme zaoberať nižšie v súvislosti s úhradou zdravotnej starostlivosti.

- 3. Ambulantná starostlivosť:** a) primárna
b) špecializovaná
c) zvláštna

Primárna zdravotná starostlivosť je hrazená starostlivosť poskytovaná poisťencom od ich registrujúceho lekára, prípadne ošetrujúceho lekára. Registrujúci lekári majú ako jediní registračnú povinnosť, ktorú predstavuje vyplnenie registračného listu pri prevzatí poisťenca do svojej starostlivosti a informovanie zdravotnej poisťovne o registrácii. Súčasne si registrujúci lekár vyžiada od predošlého registrujúceho lekára informácie potrebné k zaisteniu návaznosti

zdravotnej starostlivosti a tento je mu ich povinný poskytnúť, a to v písomnej forme. Rozsah predávaných informácií posudzuje predchádzajúci lekár, ale nový registrujúci lekár má právo vyžiadať si doplňujúce informácie, ak by poskytnuté informácie nepovažoval za dostačujúce k naviazaniu starostlivosti. Nový registrujúci lekár následne zoznámi poistenca s plánom predpísaných preventívnych prehliadok. Registrujúci lekár je povinný zabezpečovať zdravotnú starostlivosť registrovaným poistencom, pričom praktický lekár a praktický lekár pre deti a dorast musí pre nich zaistiť i návštevnú službu, a to buď osobne alebo iným spôsobom, zodpovednosť však nesú sami.

Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť je realizovaná na základe doporučenia registrujúceho lekára, ktorý poistenca odkáže na také zmluvné zdravotnícke zariadenie, ktoré je schopné mu túto zdravotnú starostlivosť na náležitej úrovni poskytnúť. Právo poistenca na výber lekára alebo zdravotníckeho zariadenia však samozrejme zostáva nedotknuté. Spolu s doporučením zasiela registrujúci lekár i písomné odôvodnenie a súčasne informuje špecialistu o doterajšej liečbe a vyšetreniach. Tento druh zdravotnej starostlivosti poskytujú napríklad diabetológovia, ortopédovia, chirurgovia, urológovia či kožní lekári.

Poslednou zložkou je zvláštna ambulantná starostlivosť, ktorá je tiež hradenou zdravotnou starostlivosťou a je poskytovaná poistencom s akútnym alebo chronickým ochorením, poistencom telesne, zmyslovo alebo mentálne postihnutým a závislým na cudzej pomoci, a to v ich vlastnom sociálnom prostredí. Tvoria ju domáca zdravotná starostlivosť, zdravotná starostlivosť v stacionároch, zdravotná starostlivosť poskytovaná určitým osobám v zariadeniach ústavnej starostlivosti a zdravotná starostlivosť v ústavoch sociálnej starostlivosti.

4. Ústavná starostlivosť

Ústavná starostlivosť je poskytovaná v nemocniciach a v odborných liečebných ústavoch a ZVerZP ju zaraďuje medzi hradenú starostlivosť v prípade, že to vyžaduje zdravotný stav pacienta. Vecná náplň týchto zdravotníckych zariadení je definovaná v ZoSZL. Podľa tohto zákona nemocnice poskytujú ambulantnú a lôžkovú základnú a špecializovanú diagnostickú liečebnú starostlivosť, ktorej súčasťou sú i nevyhnutné preventívne opatrenia. Odborné liečebné ústavy poskytujú starostlivosť osobám s poruchami zdravia, ktoré majú vleklý priebeh a potrebujú zvláštnu odbornú starostlivosť. Takýmito ústavmi sú najmä liečebne tuberkulózy

a respiračných ochorení, psychiatrické liečebne, rehabilitačné ústavy, ozdravovne a nočné sanatóriá.

Do ústavnej starostlivosti sú pacienti prijímaní spravidla na základe doporučenia ošetrujúceho lekára, či už registrujúceho alebo iného. Poistenci však môžu byť vzhľadom na svoj zdravotný stav prijatí i bez tohto doporučenia. Spolu s doporučením je lekár povinný zaslať riadne zdôvodnenie a informovať zdravotnícke zariadenie o zdravotnom stave poistenca, vrátane výsledkov vykonaných vyšetrení a informácie o vykonanom liečení. Do odborných liečebných ústavov sú poistenci prijímaní na návrh ošetrujúceho lekára, to však nemusí byť splnené v prípade prijatia do psychiatrickej liečebne. Zásadne nesmie byť prijatie poistenca odmietnuté alebo odložené v prípade, že by tým bol ohrozený jeho život alebo vážne ohrozené jeho zdravie a v prípade pôrodu. Odmietnutie by mohlo viesť až k trestnoprávnemu postihu zdravotníckych pracovníkov za spáchanie trestného činu neposkytnutia pomoci podľa trestného zákona.⁶¹ Prijatie nemôže byť ďalej odoprené v prípade povinného liečenia. Neprijatie poistenca alebo jeho odmietnutie prijatia musí byť zdokumentované a prostredníctvom poistenca o tom musí byť ošetrujúcemu lekárovi predaná správa.

Čo sa týka prepustenia z ústavnej starostlivosti, poistenc je prepustený po dosiahnutí účelu jeho pobytu, teda akonáhle sú vykonané potrebné vyšetrenia a výkony alebo došlo k takému zlepšeniu zdravotného stavu, že ďalšiu starostlivosť nie je treba alebo je možné ju poskytovať ambulantne. Zdravotnícke zariadenia sú povinné vybaviť poistenca pri prepustení potrebnými liekmi a prostriedkami zdravotníckej techniky minimálne na tri dni, pričom tieto sú hradené zo zdravotného poistenia. Poistenc môže ukončiť svoj pobyt v zariadení ústavnej starostlivosti aj sám, a to na základe písomného reverzu. To však nie je možné v prípade, kedy sa smú vyšetrovacie a liečebné výkony realizovať aj bez súhlasu chorého.⁶² Poistenca je možné s určitými výnimkami tiež predčasne prepustiť proti jeho vôli v prípade, že sústavne hrubým spôsobom porušuje domáci poriadok a odmieta zásadným spôsobom spoluprácu.

⁶¹ Viz § 207 zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon.

⁶² Kedy sa vyšetrovacie a liečebné úkony môžu vykonávať i bez súhlasu chorého nám určuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v § 23 odst. 3 a odst. 4. Súhlas netreba napríklad u dieťaťa, ktoré nemôže vzhľadom k svojej rozumovej vyspelosti posúdiť nevyhnutnosť neodkladného prevedenia vyšetrovacieho alebo liečebného úkonu k záchrane jeho života alebo zdravia v prípade, že rodičia, resp. opatrovník tento súhlas odmieta dať.

5. Niektoré zvláštne druhy zdravotnej starostlivosti:

- a) pohotovostná a záchranná služba
- b) preventívna starostlivosť
- c) dispenzárna starostlivosť
- d) závodná preventívna starostlivosť

Zdravotnú starostlivosť poskytovanú v rámci pohotovostnej a záchranej služby radíme tiež medzi starostlivosť hradenú. Patrí sem starostlivosť poskytovaná praktickými a zubnými lekármi mimo ich ordinačné hodiny, ďalej lekárske služby prvej pomoci a ústavné pohotovostné služby a nakoniec záchranná služba pri poskytovaní odbornej prednemocničnej starostlivosti. Pod pojmom prednemocničná neodkladná starostlivosť rozumieme starostlivosť o postihnutých na mieste vzniku ich úrazu alebo náhleho ochorenia a počas ich dopravy k ďalšiemu odbornému ošetrovaniu pri určitých stavoch.⁶³ Neodkladné výkony sú hradené zo zdravotného poistenia i v prípade, že sú vykonávané lekárom mimo jeho odbornosť.

Medzi hradenú zdravotnú starostlivosť patrí tiež starostlivosť preventívna, ktorú vykonáva registrujúci lekár s cieľom predísť vzniku alebo rozvoju ochorenia. Obsahom preventívnych prehliadok je posúdenie zdravotného stavu a zdravotných rizík, podrobné klinické vyšetrenia a zaistenie nevyhnutných laboratórnych vyšetrení. Podrobnejšie upravuje obsah a časové rozpätie prehliadok vyhláška Ministerstva zdravotníctva.⁶⁴

Hradená dispenzárna starostlivosť je poskytovaná určitým skupinám osôb, u ktorých to buď vyžaduje ich zdravotný stav alebo sú zaradení do určitej stanovenej skupiny. Poskytuje sa deťom do jedného roku, vybraným deťom od jedného roku veku chronicky chorým a ohrozeným poruchami zdravotného stavu, vybraným mladistvým, tehotným ženám a poistencom ohrozeným alebo trpiacim závažnými ochoreniami. O zaradení do dispenzárnej starostlivosti a za účelnosť a koordináciu zodpovedá registrujúci lekár. Prevádzacím predpisom k tomuto ustanoveniu je vyhláška Ministerstva zdravotníctva.⁶⁵

Závodná zdravotná starostlivosť slúži v spolupráci so zamestnávateľom k prevencii a ochrane pred chorobami z povolania a inými poškodeniami zdravia

⁶³ Viz. § 1 odst. 2 vyhlášky Ministerstva zdravotníctví ČR č. 434/1992 Sb., o zdravotnícké záchranné službě.

⁶⁴ Viz. vyhláška Ministerstva zdravotníctví ČR č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek.

⁶⁵ Viz. vyhláška Ministerstva zdravotníctví ČR č. 60/1997 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře.

z práce a tiež prevencii úrazu. Časť z nej spadá do starostlivosti hradenej, a to výkony v rámci prvej pomoci, preventívne prehliadky zamestnancov, ktorí konajú epidemiologicky závažné činnosti, ktorí pracujú na rizikových pracoviskách, ktorých činnosť môže ohroziť ostatných zamestnancov, u ktorých sa vyžaduje zvláštna zdravotná spôsobilosť, ďalej nariadené mimoriadne prehliadky a tiež dispenzárne prehliadky stanovených osôb.

6. Kúpeľná starostlivosť

Kúpeľná starostlivosť je významnou súčasťou zdravotnej starostlivosti a poskytuje sa poistencom v kúpeľných zariadeniach. Je poskytovaná v dvoch základných formách, a to ako starostlivosť komplexná alebo príspevková. Kým prvá zmienená je hradená zo zdravotného poistenia v plnom rozsahu, u príspevkovej sa hradia len vyšetrenia a liečba, ostatné náklady ako ubytovanie a stravu si musí poistenec uhradiť sám. Kúpeľná starostlivosť sa poskytuje na základe návrhu registrujúceho praktického lekára alebo ošetrojúceho lekára v prípade hospitalizácie. Komplexná starostlivosť sa poskytuje poistencom trpiacim chorobou z povolania alebo s iným poškodením zdravia z práce, ak je doporučená odborníkom pre choroby z povolania. Ak nie sú splnené podmienky pre komplexnú starostlivosť, poskytne sa poistencovi starostlivosť príspevková, a to najmä poistencom s chronickým ochorením. Pre úplnosť ešte považujem za nutné sa zmieniť o tretej možnej forme kúpeľnej starostlivosti, tzv. samoplatiteľskej starostlivosti. K jej poskytnutiu sa nevyžaduje návrh lekára, ale žiadateľ si celý pobyt vrátane liečebných procedúr hradí sám, pričom si môže vybrať zo širokej ponuky kúpeľných zariadení.

7. Zdravotná starostlivosť v odborných detských liečebniach a ozdravovniach

Do hradenej zdravotnej starostlivosti radíme tiež starostlivosť poskytovanú ako súčasť liečebného procesu detí a mladistvých do 18 rokov v odborných detských liečebniach a ozdravovniach. Návrh podáva registrujúci praktický lekár, praktický lekár pre deti a dorast alebo ošetrojúci lekár pri hospitalizácii. Na rozdiel od kúpeľnej starostlivosti je však táto realizovaná vždy ako komplexná starostlivosť.

4.3. ÚHRADA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI, HRADENÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Zdravotná starostlivosť môže byť poskytovaná buď bez priamej finančnej úhrady, teda plne hrazená zo zdravotného poistenia, alebo za plnú finančnú úhradu pacientom, prípadne za finančnú úhradu čiastočnú.

Naprostá väčšina zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencom je hrazená z verejného zdravotného poistenia. Rozsah a podmienky poskytnutej zdravotnej starostlivosti a hradenie nákladov za túto starostlivosť upravuje ZVerZP. Aby bola poistencovi poskytnutá zdravotná starostlivosť uhradená zo zdravotného poistenia, je nevyhnutné, aby mu ju poskytol lekár, resp. zdravotnícke zariadenie, ktoré má so zdravotnou poisťovňou uzavretú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. ZVerZP stanoví, že danú zmluvu je možné uzavrieť len na tie druhy zdravotnej starostlivosti, ktoré je zdravotnícke zariadenie oprávnené poskytovať. Tieto zmluvy sa nevyžadujú pri poskytnutí nutnej a neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi. Pri uzatváraní zmlúv sa účastníci riadia príslušnou rámcovou zmluvou, ktorej spôsob zjednávania je stanovený v ZVerZP. V rámcovej zmluve sú ujednané základné pravidlá, ktoré majú byť následne používané v zmluvných vzťahoch medzi jednotlivými zdravotníckymi zariadeniami a poisťovňami. Zmluvy sú výsledkom dohodovacieho jednania, po ktorom sú predkladané Ministerstvu zdravotníctva k posúdeniu ich súladu s právnymi predpismi a verejným záujmom. Ministerstvo zdravotníctva ich potom vydá ako vyhlášku.⁶⁶ ZVerZP stanoví ďalej minimálne požiadavky na obsah rámcových zmlúv a na dobu ich účinnosti.⁶⁷

Príslušná zdravotná poisťovňa hradí náklady za poskytnuté zdravotné výkony buď podľa zoznamu výkonov s bodovými hodnotami, alebo na základe paušálu za vykonané služby. Zoznam zdravotných výkonov s bodovými hodnotami sa zostavuje v ďalšom type dohodovacieho jednania medzi zástupcami VZP a ostatných zdravotných poisťovní, príslušných profesných združení poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ako zástupcov zmluvných zdravotníckych zariadení, profesných organizácií zriadených zákonom, odborných vedeckých spoločností a záujmových združení poistencov. Tiež tento zoznam je po dosiahnutí dohody predložený

⁶⁶ Viz vyhláška Ministerstva zdravotníctví č.457/2000 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.

⁶⁷ Viz § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.

Ministerstvu zdravotníctva k posúdeniu súladu s právnymi predpismi a verejným záujmom a následne vydaný ako vyhláška.⁶⁸

Hodnoty bodu, výška úhrad hradenej zdravotnej starostlivosti a regulačné obmedzenie objemu poskytnutej hradenej zdravotnej starostlivosti sú tiež predmetom dohody na nasledujúci kalendárny rok v dohodovacom jednaní zástupcov VZP a ostatných zdravotných poisťovní a príslušných zástupcov zdravotníckych zariadení. Ministerstvo zdravotníctva opäť posúdi výsledok dohody z hľadiska súladu s právnymi predpismi a verejným záujmom a nato ho vydá ako vyhlášku. Ak nedôjde k dohode do 90 dní pred skončením príslušného kalendárneho roku alebo Ministerstvo zdravotníctva zbadá rozpor s právnymi predpismi či verejným záujmom, stanoví hodnoty bodu, výšku úhrad hradenej zdravotnej starostlivosti a regulačné obmedzenie objemu poskytnutej hradenej zdravotnej starostlivosti na nasledujúci rok Ministerstvo zdravotníctva vyhláškou.

Rozsah hradenej zdravotnej starostlivosti je stanovený v § 13 ZVerZP. V prvom rade zákon určuje, že zo zdravotného poistenia sa hradí zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi s cieľom zachovať alebo zlepšiť jeho zdravotný stav. Tým sa vylučuje starostlivosť, resp. výkony, ktoré nesmerujú k tomu účelu. Príkladom sú rôzne potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti pre súdy, orgány verejnej správy apod., ktoré sú hradené z iných zdrojov než je zdravotné poistenie. Jednotlivé druhy hradenej zdravotnej starostlivosti zahŕňajú liečebnú starostlivosť ambulantnú a ústavnú, pohotovostnú a záchrannú službu, preventívnu starostlivosť, dispenzárnú starostlivosť, odber tkanív a orgánov k transplantácii, poskytovanie liečivých prípravkov a prostriedkov zdravotníckej techniky, potraviny pre zvláštne lekárske účely, kúpeľnú starostlivosť, závodnú preventívnu starostlivosť, dopravu chorých a náhradu cestovných nákladov, dopravu žijúceho alebo zomretého darcu do miesta odberu a z tohto miesta, dopravu odobratých tkanív, posudkovú činnosť a prehliadku zomretého poistenca a pitvu. Tento rozsah hradenej zdravotnej starostlivosti je podľa môjho názoru stanovený príliš široko a s ohľadom na potrebu zníženia verejných výdajov na zdravotníctvo bude treba do budúcnosti jej objem podstatne znížiť.

Zo zdravotného poistenia sa tiež hradí zdravotná starostlivosť súvisiaca s tehotenstvom a pôrodom dieťaťa, ktorého matka požiadala o utajenie osoby v súvislosti s pôrodom. V danom prípade uhradí náklady tá zdravotná poisťovňa,

⁶⁸ Vyhláška Ministerstva zdravotníctví č. 134/1998 Sb., ktorou sa vydáva zoznam zdravotných výkonů s bodovými hodnotami.

ktorú zvolí samotné zdravotnícke zariadenie. V tomto ustanovení však vidím komplikáciu pre požiadanú zdravotnú poisťovňu, aby si mohla overiť, či skutočne k výkonom ohľadne tehotenstva a pôrodu v danom zdravotníckom zariadení došlo, nakoľko tehotnú ženu nie je možné identifikovať.

Ďalej sú zo zdravotného poistenia plne hradené liečivé prípravky a prostriedky zdravotníckej techniky pri poskytovaní ústavnej starostlivosti. Hradená je i zdravotná starostlivosť poskytovaná v liečebniach pre dlhodobo chorých. Výnimku zo zdravotnej starostlivosti hradenej zo zdravotného poistenia predstavuje okrem iného i starostlivosť poskytovaná v kojeneckých ústavoch, detských domovoch a jasliach, kde je úhrada sprostredkovaná z rozpočtu zriaďovateľa, ako aj úhrada zdravotníckej záchranej služby a pohotovostnej služby s výnimkami uvedenými v § 28 ZVerZP.

ZVerZP zakladá v § 16 povinnosť uhradiť vo výnimočných prípadoch i starostlivosť, ktorá inak nie je zo zdravotného poistenia hradená. Podmienkou pre úhradu je, ak nehrozí nebezpečenstvo zo zdržania, predchádzajúci súhlas revízneho lekára. Vecnou podmienkou je, že z hľadiska zdravotného stavu poistenca je jej poskytnutie jedinou možnosťou zdravotnej starostlivosti. Ak ošetrojúci lekár alebo poistenec nesúhlasí so stanoviskom revízneho lekára, môže sa obrátiť na nadriadený orgán príslušnej zdravotnej poisťovne. Ak ani to nepovedie k náprave, má poistenec možnosť s ohľadom na svoje ústavné právo podľa čl. 31 LZPS obrátiť sa na súd.

ZVerZP určuje i územný rozsah hradenej zdravotnej starostlivosti. Zo zdravotného poistenia sa teda hradí zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi na území Českej republiky. Ak bola poistencovi poskytnutá nutná a neodkladná zdravotná starostlivosť mimo toto územie, je príslušná zdravotná poisťovňa povinná uhradiť zdravotnú starostlivosť do čiastky stanovenej pre úhradu takej starostlivosti na území Českej republiky.⁶⁹ Toto ustanovenie sa však nevzťahuje na situáciu, keď potreba liečenia nastala už na území Českej republiky a poistenec v tomto stave vycestoval do zahraničia. Bližšie sa poskytovaním a úhradou zdravotnej starostlivosti poskytnutej v zahraničí budeme zaoberať v nasledujúcej podkapitole.

§ 15 ZVerZP definuje zdravotnú starostlivosť, ktorá nie je hradená z verejného zdravotného poistenia alebo je hradená len za určitých podmienok. Niektoré výkony sú vymenované priamo v danom ustanovení. Zo zdravotného

⁶⁹ Viz § 14 zákona č. 48/1997 Sb.

poistenia sa nehradí napríklad výkon akupunktúry. Väčšina nehradených alebo len pri splnení určitých podmienok hradených výkonov je však uvedená v prílohách zákona. Podmienkou pre úhradu môže byť odbornosť lekára, frekvencia výkonu či schválenie revíznym lekárom. Zo zdravotného poistenia sa nehradia vyšetrenia, prehliadky a iné výkony vykonané v osobnom záujme a na žiadosť právnickej osoby, ktorých cieľom nie je zachovať alebo zlepšiť zdravotný stav poistenca, ako je napríklad posudok o zdravotnej spôsobilosti k riadeniu motorového vozidla či držaniu strelnej zbrane, ktoré si musí žiadateľ uhradiť sám. Ďalej hradená starostlivosť nezahŕňa vyšetrenia, prehliadky a iné zdravotné úkony vykonané na žiadosť súdu, štátneho zastupiteľstva, orgánov štátnej správy a orgánov Polície Českej republiky. Tieto uhradí zdravotníckemu zariadeniu orgán, ktorý si daný úkon vyžiadal, a to vo výške stanovenej zoznamom zdravotných výkonov s bodovými hodnotami v súlade s rozhodnutím Ministerstva financií.

Čiastočná úhrada zdravotnej starostlivosti sa uplatňuje najmä u niektorých liekov, vybraných prostriedkov zdravotníckej techniky a niektorých stomatologických výrobkov.

4.5. ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ POSKYTOVANÁ V ZAHRANIČÍ

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti a jej úhrada nie je otázkou aktuálnou iba pre územie vo vnútri Českej republiky. Ľudia sa z rôznych dôvodov zdržiavajú za hranicami svojej rodnej zeme a často tam využívajú aj zdravotnú starostlivosť, či už hovoríme o českých poistencoch nachádzajúcich sa na území cudzích štátov, alebo cudzích poistencoch v Českej republike. Preto je nevyhnutné upraviť danú problematiku a stanoviť pravidlá pre poskytovanie a úhradu zdravotnej starostlivosti pre tieto osoby. Najaktuálnejšou sa stala táto otázka po vstupe Českej republiky do EÚ. Rozvoj cestovného ruchu a najmä rastúci pohyb pracovných síl vyvolal nutnosť postupného prispôsobovania českého systému verejného zdravotného poistenia právnym predpisom platným v EÚ. Základnou nutnosťou je zaistiť preplatenie zdravotnej starostlivosti, ktorá bola poskytnutá českému poistencovi na území cudzieho štátu. Úhradu tejto zdravotnej starostlivosti v poslednej fázy realizuje zdravotná poisťovňa v poistencovej materskej krajine. Za účelom preplácania

zdravotnej starostlivosti bolo vytvorené Centrum medzištátnych úhrad (CMÚ), prostredníctvom ktorého prebieha všetok platobný a zúčtovací styk. CMÚ je záujmové združenie právnických osôb vytvorené zdravotnými poisťovňami. Okrem prevádzania platieb medzi tuzemskom a zahraničím týkajúcich sa zdravotného poistenia je jeho úlohou inštitucionálne zabezpečovať realizáciu medzinárodných zmlúv o sociálnom zabezpečení a zastrešovať zdravotné poisťovne pri kontakte s cudzinou.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti na území štátov EÚ je upravené Nariadeniami Rady EHS č. 1408/71 a 574/72, ktoré upravujú práva osôb migrujúcich v rámci Únie. Po vstupe Českej republiky do EÚ sa začali vzťahovať tiež na českých občanov. Tieto nariadenia sú priamo platné a majú prednosť pred zákonom. Rovnaké práva ako v EÚ prislúchajú českým občanom aj v krajinách Európskeho hospodárskeho priestoru, teda v Nórsku, Lichtenštajnsku a na Islande a od 1.4.2006 i vo Švajčiarsku. Nároky teda môžu občania uplatiť v nasledujúcich krajinách: Belgicko, Cyprus, Dánsko, Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Grécko, Holandsko, Island, Írsko, Lichtenštajnsko, Litva, Lotyšsko, Luxembursko, Maďarsko, Malta, Nemecko, Nórsko, Poľsko, Portugalsko, Rakúsko, Slovensko, Slovinsko, Španielsko, Švédsko, Švajčiarsko, Taliansko, Veľká Británia.⁷⁰ S niektorými štátmi má Česká republika uzavretú medzištátnu Zmluvu o sociálnom zabezpečení. V týchto štátoch má český poistenec nárok na nutnú a neodkladnú zdravotnú starostlivosť hradenú zo svojho zdravotného poistenia. Medzi tieto štáty patrí Chorvátsko, Rumunsko, Srbsko a Čierna Hora, Turecko a v priebehu roku 2006 má vstúpiť v platnosť tiež zmluva s Macedónskom.

4.5.1. Základné pravidlá zdravotného poistenia

Pre aplikáciu zdravotného poistenia v prípade, že sa občan počas svojho života aktívne pohybuje medzi viacerými štátmi EÚ, platia určité pravidlá. Prvým z nich je, že občan by mal byť poistený iba v jednom štáte, a to spravidla v štáte, v ktorom pracuje. Ak pracuje v dvoch alebo viacerých štátoch súčasne a v jednom z týchto štátov býva, je poistený v štáte bydliska. Pokiaľ však občan podniká v Českej republike a zároveň je zamestnaný v inom členskom štáte EÚ, podlieha právnym predpisom oboch štátov, tzn. že musí byť spravidla poistený v oboch

⁷⁰ Od 1.1.2007 sa členmi EÚ stanú pravdepodobne aj Bulharsko a Rumunsko a českí občania si tak budú môcť i v týchto krajinách uplatniť nároky vyplývajúce zo spomenutých nariadení.

štátoch. Ak občan poberá príjem z viacerých činností vo viacerých štátoch, musí platiť poistné zo všetkých týchto príjmov, teda i z príjmu získaného v zahraničí, a to buď priamo alebo prostredníctvom zamestnávateľa. V prípade pracovníka vyslaného do iného členského štátu zostáva poistený vo svojom pôvodnom štáte. Takýto pracovník si však musí vyžiadať vystavenie formulára E101, ktorým dokladuje skutočnosť, že naďalej podlieha českým predpisom a nemusí platiť poistné v štáte, do ktorého bol vyslaný.⁷¹

Pokiaľ osoba podlieha právnym predpisom iného štátu, nemôže byť zároveň poistená v Českej republike, pretože príslušnosť k právnym predpisom jedného štátu sa týka celého sociálneho zabezpečenia, tzn. že nemôže napríklad byť zo zákona zdravotne poistená v jednom štáte a dôchodkovo v inom. Spolu s touto osobou podliehajú daným právnym predpisom i jej nezaopatrení rodinní príslušníci, bez ohľadu na to, v ktorom štáte bývajú. Nezaopatreným rodinným príslušníkom sa rozumie manžel (manželka), ktorá nemá príjem z vlastnej zárobkovej činnosti, nepoberá dôchodok alebo dávky v nezamestnanosti ani nie je počas materskej alebo rodičovskej dovolenky v pracovnom pomere a nezaopatrené dieťa v zmysle zákona o štátnej sociálnej podpore.⁷² Zo systému štátu, v ktorom je osoba poistená, im tak prislúcha nárok nielen na zdravotnú starostlivosť, ale aj napríklad na rodinné dávky.

Od vstupu Českej republiky do EÚ platí ďalej princíp, že občania majú na území štátov EÚ právo na zdravotnú starostlivosť na účet českej zdravotnej poisťovne, a to za rovnakých podmienok ako miestni poistení občania. Z toho teda vyplýva pre občana i povinnosť uhradiť rovnakú spoluúčasť ako miestni poistenci. Ďalej musí občan využívať zdravotnú starostlivosť v tých zdravotníckych zariadeniach, ktoré sú financované z verejných zdrojov. V tých, ktoré nie sú takto financované, si bude musieť občan zaplatiť celú poskytnutú zdravotnú starostlivosť sám. Nárok na zdravotnú starostlivosť nezahŕňa ani náklady na prepravu späť do Českej republiky, ani repatriáciu zostatkov. Úhrade týchto nákladov z vlastných zdrojov, rovnako ako aj úhrade spoluúčasti je možné sa vyhnúť, ak občan pred vycestovaním uzavrie komerčné cestovné zdravotné pripoistenie. V tomto prípade je nutné pri ošetrení v zahraničí v prvom rade predložiť doklad o komerčnom pripoistení. Inak sa občan v zahraničí pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti preukazuje Európskym preukazom zdravotného poistenia, ktorý vystavila jeho česká

⁷¹ J. Černá, A. Vacík, Právo sociálneho zabezpečení v rámci Evropské unie, Aleš Čeněk 2002, str. 88

⁷² Viz § 11 zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

zdravotná poisťovňa.⁷³ Náklady na zdravotnú starostlivosť sú najprv uhradené nositeľom poistenia v štáte ošetrovania, ktorý si ich potom nechá preúčtovať u príslušnej českej zdravotnej poisťovne. V prípade, že sa občanovi pri pobyte v zahraničí nepodarí dodržať všetky administratívne postupy, alebo z iného dôvodu zaplatil za ošetrovanie v hotovosti, má po návrate do Českej republiky nárok na vrátenie vynaložených prostriedkov, a to do výšky sadzieb platných v štáte, kde mu bola zdravotná starostlivosť poskytnutá. Náklady na spoluúčasť a na dopravu späť do Českej republiky však ako už bolo zmienené vrátené nebudú.

S vopred udeleným súhlasom svojej zdravotnej poisťovne môže občan vycestovať do zahraničia aj za účelom poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Tento súhlas však obdrží len v prípade, že zdravotnú starostlivosť mu v Českej republike nie je možné poskytnúť v dobe tu obvyklej. Pokiaľ občan vycestoval do zahraničia za týmto účelom bez udeleného súhlasu, musí si poskytnutú zdravotnú starostlivosť na mieste sám zaplatiť.

4.5.2. Rozsahy nárokov u jednotlivých skupín osôb

Rozsah nároku na zdravotnú starostlivosť sa líši podľa toho, z akého dôvodu občan v inom štáte býva či zotrúva. V zásade môžeme rozlíšiť nasledujúce skupiny osôb a rozsahy nárokov:

1. **Českí turisti** – majú na základe nariadenia č. 1408/71 Rady EHS pri pobyte v inom členskom štáte EÚ nárok na nutnú a neodkladnú zdravotnú starostlivosť s ohľadom na povahu choroby a očakávanej dĺžky pobytu na území iného štátu. Táto starostlivosť je poskytnutá v takom rozsahu, aby sa poistenec nemusel vracat' do Českej republiky skôr, než pôvodne zamýšľal. Pred vycestovaním si poistenec u svojej zdravotnej poisťovne vyžiada Európsky preukaz zdravotného poistenia v prípade, že ho ešte nemá vystavený. Tento preukaz, prípadne nahradzujúce potvrdenie, predloží poistenec v prípade náhleho ochorenia alebo úrazu v zahraničí lekárovi. Niekedy je však vhodnejšie ju predtým predložiť miestnej zdravotnej poisťovni, ktorá turistovi predloží zoznam svojich zmluvných lekárov a vydá mu doklad, s ktorým sa potom na lekára obráti. Ak turista z nejakého dôvodu nemá u seba potrebné doklady, teda Európsky preukaz

⁷³ Európsky preukaz zdravotného poistenia bol zavedený v júni 2004 s cieľom zjednodušiť prístup k nevyhnutnej zdravotnej starostlivosti pri cestách po EÚ. Do vydania preukazu sa poistenci mohli pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zahraničí preukazovať i jeho ekvivalentom – Potvrdením dočasne nahradzujúcim Európsky preukaz zdravotného poistenia.

zdravotného poistenia alebo jeho nahradzujúce potvrdenie, môže kontaktovať svoju českú zdravotnú poisťovňu a požiadať ju o dodatočné zaslanie, a to buď sám alebo prostredníctvom miestneho nositeľa zdravotného poistenia. Ak sa turista preukáže pri ošetrovaní týmto dokladom, má nárok na zdravotnú starostlivosť v rovnakom rozsahu ako miestni poistenci. Je však nutné počítať s tým, že vo väčšine štátov sa za zdravotnú starostlivosť pripláca a môže byť požadované zaplatenie časti účtu v hotovosti. Rovnako tak nie je krytý ani prípadný prevoz turistu späť do Českej republiky. V niektorých štátoch, napr. vo Francúzsku, sa pri ambulantnom ošetrovaní platí celý účet a s týmto účtom sa potom musí zájsť na miesto zdravotnú poisťovňu. Ak sa chce teda turista vyhnúť plateniu týchto nákladov, doporučujem využiť už spomenuté komerčné cestovné zdravotné pripoistenie.

- 2. Vyslaní pracovníci** – rozumieme nimi zamestnancov, ktorí sú zamestnaní v Českej republike a ktorých ich zamestnávateľ vyslal v rámci ich pracovnoprávneho vzťahu na územie druhého členského štátu, aby tam pre neho vykonávali prácu po prechodnú dobu neprevyšujúcu 1 rok. Zamestnanec po túto dobu naďalej podlieha českým právnym predpisom, tzn. že tu zostáva zdravotne, nemocensky a dôchodkovo poistený. Nariadenie Rady č. 1408/71 povoľuje tento stav po dobu 12 mesiacov, je však možné pred vypršaním tejto doby požiadať o predĺženie, a to maximálne o ďalších 12 mesiacov. Za vyslaného pracovníka sa považuje i osoba samostatne zárobkovo činná, ktorá v cudzej krajine dočasne pracuje na určitej úlohe, avšak ťažisko je činnosti zostáva naďalej v Českej republike. Vyslaný pracovník má nárok na nutnú zdravotnú starostlivosť, ktorú jeho zdravotný stav vyžaduje. Rovnako ako u predchádzajúcej skupiny osôb však nesmie ísť o zdravotnú starostlivosť, kvôli ktorej poistenec do zahraničia vycestoval, alebo o starostlivosť, ktorá nie je nutná, napríklad kozmetické operácie. Zdravotná starostlivosť musí byť poskytovaná tak, aby sa nemusel vracat' na územie Českej republiky predčasne. Aby vyslaný pracovník nemusel platiť poisťné v štáte, do ktorého bol vyslaný, potrebuje sa preukázať formulárom E101.⁷⁴ Ten slúži ako doklad, že osoba naďalej podlieha českým právnym predpisom a tu je tiež poistená. Tento doklad získa na základe žiadosti podanej zamestnávateľom alebo osobou samostatne zárobkovo činnou u okresnej správy sociálneho zabezpečenia, ktorá ho následne po splnení podmienok nutných pre vyslanie zašle žiadateľovi. K poskytovaniu zdravotnej starostlivosti na účet

⁷⁴ Viz Průvodce pojištěnce po EU – zdravotní pojištění, Centrum mezistátních úhrad, Praha 2006.

českej zdravotnej poisťovne je samozrejme nevyhnutný Európsky preukaz zdravotného poistenia.

3. **Študenti študujúci v zahraničí** – majú nárok na nutnú zdravotnú starostlivosť po dobu štúdia a podľa právnych predpisov krajiny, v ktorej študujú. Rovnako ako v prvých dvoch prípadoch aj študenti sa pri ošetrovaní v zahraničí preukazujú Európskym preukazom zdravotného poistenia. Po jeho predložení majú nárok na rovnakú zdravotnú starostlivosť ako miestni poistenci. Náklady na spoluúčasť, ako aj na prevoz späť do Českej republiky si hradia sami, čomu sa však môžu vyhnúť rovnako ako predošlé dve kategórie osôb uzavretím komerčného cestovného zdravotného pripoistenia.
4. **Českí občania pracujúci v inom členskom štáte EÚ** – sú zdravotne i nemocensky poistení štátom, v ktorom vykonávajú zárobkovú činnosť. Ani oni, ani ich nezaopatrení rodinní príslušníci, neplatia do doby, po ktorú je pracovník poistený v inom členskom štáte z titulu zárobkovej činnosti, poisťovné do systému českého zdravotného poistenia a nehradí ho za nich ani štát. Pracovníci v zahraničí aj ich nezaopatrení rodinní príslušníci majú nárok na rovnakú zdravotnú starostlivosť ako miestni poistenci v Českej republike i v štáte, v ktorom pracujú. Ak teda český pracovník pracuje v zahraničí, ale naďalej býva v Českej republike, môže požiadať o formulár E106 svoju zahraničnú poisťovňu, u ktorej je poistený. Tá posúdi, či pracovník naďalej býva v Českej republike. Tento formulár pracovník predloží českej zdravotnej poisťovni, u ktorej bol naposledy poistený. Tá na jeho základe vystaví Potvrdenie o registrácii pre pracovníka i jeho nezaopatrených rodinných príslušníkov. S týmto potvrdením sa potom preukazuje u ošetrojúceho lekára a na jeho základe má i v Českej republike nárok na rovnakú zdravotnú starostlivosť ako český poistenec. Ak však zahraničná poisťovňa neuzná pracovníkove bydlisko v Českej republike, má v Českej republike nárok len na nevyhnutnú zdravotnú starostlivosť. Aby ju tu mohol čerpať, musí mu zahraničná poisťovňa vystaviť Európsky preukaz zdravotného poistenia. Ak nezaopatrený rodinný príslušník, ktorý bol uvedeným spôsobom označený za cudzieho poistenca, bol predtým v Českej republike samoplatiťom, prestáva tu odvádzať poisťovné a hradenie jeho poisťovného sa bude naďalej riadiť predpismi štátu poistenia.
5. **Pracovníci pracujúci v Českej republike a bývajúci v inom štáte** – platí u nich analogicky to isté ako u predchádzajúcej kategórie osôb, takže sú zdravotne i nemocensky poistení v štáte zamestnania. Po dobu, čo platia poisťovné do systému

českého zdravotného poistenia z dôvodu výkonu zárobkovej činnosti, nemusia oni ani ich nezaopatrení rodinní príslušníci odvádzať poistné v štáte svojho bydliska. Českú zdravotnú poisťovňu môžu požiadať o vystavenie formuláru E106, ktorá tak učiní, ak posúdi, že pracovník má naďalej bydlisko v inom štáte. Tento formulár potom pracovník predloží nositeľovi zdravotného poistenia v mieste bydliska a tu bude aj so svojimi nezaopatrenými rodinnými príslušníkmi zaregistrovaný. Česká poisťovňa bude hradieť tejto registrujúcej inštitúcii náklady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v mieste bydliska. Nárok na plnú zdravotnú starostlivosť, teda v rovnakom rozsahu ako českí poistenci, má samozrejme aj na území Českej republiky.

6. Cezhraniční pracovníci (pendleri) – jedná sa o pracovníkov, ktorí sú zamestnaní alebo podnikajú v inom členskom štáte, pričom naďalej bývajú v Českej republike, kam sa každodenne alebo minimálne raz za týždeň vracajú. Platí pre nich rovnaký postup ako pre ostatných českých občanov pracujúcich v zahraničí s jedinou výnimkou. Nezaopatrení rodinní príslušníci, bývajúci v Českej republike, majú na území štátu, kde pendler pracuje, nárok len na nevyhnutnú zdravotnú starostlivosť. To analogicky platí i pre nezaopatrených rodinných príslušníkov pendlerov z cudzích štátov pracujúcich v Českej republike.

7. Nezaopatrení rodinní príslušníci pracovníka bývajúci v inom členskom štáte než pracovník – majú nárok na plnú zdravotnú starostlivosť podľa predpisov štátu bydliska, v iných štátoch len na nevyhnutnú zdravotnú starostlivosť. Ak napríklad zamestnanec pracuje v Českej republike a jeho nezaopatrení rodinní príslušníci bývajú v inom členskom štáte, je treba požiadať českú zdravotnú poisťovňu o vydanie formuláru E109. Ten je treba predložiť inštitúcii, ktorá hradí zdravotnú starostlivosť v mieste bydliska nezaopatrených rodinných príslušníkov na jeho základe budú zaregistrovaní v mieste svojho bydliska. Budú mať nárok na rovnakú zdravotnú starostlivosť ako miestni poistenci, ale hradí ju bude česká zdravotná poisťovňa.

8. Českí dôchodcovia a ich nezaopatrení rodinní príslušníci bývajúci v inom členskom štáte - majú nárok na plnú zdravotnú starostlivosť v štáte bydliska na účet českej zdravotnej poisťovne, v ostatných štátoch len na nutnú starostlivosť. Podmienkou je, že nepoberajú dôchodok aj v štáte bydliska. V takom prípade by náklady na zdravotnú starostlivosť niesol štát bydliska. Český dôchodca hodlajúci sa presťahovať do iného štátu musí požiadať českú poisťovňu

o vydanie formuláru E121. Tento formulár je treba následne predložiť na území štátu svojho nového bydliska inštitúcii uvedenej na poslednej strane formulára. Tá poistenca zaregistruje ako dôchodcu z iného členského štátu. Na základe formulára bude mať dôchodca nárok na zdravotnú starostlivosť v rovnakom rozsahu ako miestni poistenci, ale naďalej zostane českým poistencom a česká zdravotná poisťovňa bude registrujúcej inštitúcii v mieste bydliska hradit náklady na poskytnutú zdravotnú starostlivosť.

9. **Žiadatelia o vyžiadajú starostlivosť alebo o pokračovanie v liečení-** rozsah zdravotnej starostlivosti zodpovedá vyžiadanej špecifickej starostlivosti v zahraničí na základe súhlasu zdravotnej poisťovne alebo ďalšiemu liečeniu, ak ide o návrat do štátu bydliska za účelom doliečenia. V určitých prípadoch môže poistenec čerpať zdravotnú starostlivosť v zahraničí aj v prípade, že ochorel už na území Českej republiky. Možné sú dve situácie. V prvom prípade sa jedná o českého pracovníka, ktorý tu je poistený, ale býva v inom štáte. Tomu poisťovňa vydá súhlas na formulári E112. Druhá možná situácia je prípad českého poistenca, ktorý potrebuje špecifickú zdravotnú starostlivosť a žiada o súhlas s jej poskytnutím v inom členskom štáte. Záleží na vôli poisťovne, či súhlas udelí alebo odmietne. Odmietnuť by však nemala v prípade, že sa jedná o liečenie, ktoré v Českej republike nemôže byť poskytnuté v obvyklej dobe a s prihliadnutím k súčasnému zdravotnému stavu a pravdepodobnému ďalšiemu priebehu choroby. Ak súhlas udelí, vystaví žiadateľovi formulár E112, ktorý ten potom predloží v zdravotníckom zariadení, ktoré mu zdravotnú starostlivosť poskytne, prípadne v inštitúcii, ktorá v mieste poskytnutia hradí zdravotnú starostlivosť.

5. SÚČASNÝ STAV V OBLASTI ZDRAVOTNÍCTVA

5.1. SÚČASNÝ STAV ZDRAVOTNÍCTVA V ČESKEJ REPUBLIKE

Zdravotníctvo Českej republiky, rovnako ako však aj zdravotnícke systémy iných vyspelých krajín sveta, sa potýka s množstvom problémov. Svoju nespokojnosť so stavom zdravotníctva vyslovilo podľa správy Sociologického ústavu Akadémie vied Českej republiky viac ako dve tretiny obyvateľov. Je teda nesporné, že v tejto oblasti sú nevyhnutné reformné kroky. Takýto názor podľa uvedenej štúdie zdieľajú až štyri pätiny opýtaných.⁷⁵

V čom teda tkvejú hlavné nedostatky súčasného systému? Prvým problémom, s ktorým sa potýka nielen zdravotníctvo, ale aj oblasť dôchodkov, je starnutie populácie. Výdaje na zdravotné zabezpečenie starších osôb sú však oveľa vyššie než výdaje na osoby stredného veku. Okrem toho sú zdravotnícke pomôcky, lieky a liečebné postupy stále drahšie, čo teda vyúsťuje do situácie, v ktorej náklady na zdravotnú starostlivosť rastú rýchlejšie než príjmy do systému zdravotníctva.

Kým demografickú otázku nemáme možnosť ovplyvniť, môžeme sa zaoberať druhým problémom zdravotníctva, ktorý predstavuje jeho neefektivita. Zdravotná politika je riadená chaoticky a nekoncepčne, pričom systém je zneužívaný všetkými zúčastnenými bez akejkoľvek jasne priraditeľnej zodpovednosti. Nesprávne nastavenie motivácií jednotlivých zložiek systému vyúsťuje do plytvania verejnými prostriedkami. Finančná nerovnováha v systéme vyúsťila v roku 2004 do deficitu viac než 9 miliárd Kč, ku koncu roku 2005 je odhadovaný na čiastku vyššiu než 15 miliárd Kč a ku koncu roku 2006 cez 20 miliárd Kč. Takýto vysoký deficit spôsobuje, že zdravotnícke zariadenia dostávajú úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť od zdravotných poisťovní až dlhú dobu po dátume jej splatnosti.

Veľký problém predstavuje tiež slabé postavenie občana v tomto systéme. Ten síce nie je natoľko zaťažovaný priamou finančnou spoluúčasťou a platením poplatkov ako v iných krajinách, na druhej strane však pre neho nie sú dostupné informácie o kvalite a nákladoch poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Pacient väčšinou nerozumie danému lekárskeму problému a je odkázaný len na lekára

⁷⁵ Viz Reforma zdravotnictví: Názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování, Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd České republiky, 2006.

a informácie, ktoré mu tento poskytnú. V prípade hradenia zdravotníckej starostlivosti na základe bodového systému tak pacient často nevie, či ho lekár vyšetrí len z dôvodu nazbierania potrebných bodov, alebo či sú jednotlivé lekárske úkony skutočne účelné a nutné. To je príčinou, prečo môžu byť náklady na liečbu rovnakej choroby s rovnakou závažnosťou v jednom zdravotníckom zariadení mnohonásobne vyššie než v inom. Kontrolovať lekárov by mali zdravotné poisťovne, tie však nemajú k tomu dostatočné právomoci a lekári by sa takejto forme kontroly logicky bránili.

Problematické sa javí i poštátňovanie nemocníc. V nich totiž chýba motivácia k efektívnemu chovaniu a záleží na konkrétnych podmienkach, či sa zdravotnícke zariadenie nachádza v dlhoch alebo nie. Problém predstavuje i postavenie zdravotných poisťovní v systéme. Oslabovanie ich právomoci im znemožňuje kontrolovať finančné toky v zdravotníctve, na ktorých kontrole majú záujem predovšetkým súkromné zdravotné poisťovne. Na druhej strane je nízka ich zodpovednosť voči poistencom za náklady a kvalitu poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Ďalším dôvodom neefektívnej situácie v systéme je široký rozsah služieb hradený z verejného zdravotného poistenia. Ten by mal zahŕňať len prioritné výdaje, no napriek tomu sú z neho hradené aj iné výdaje, napríklad úhrady služieb hotelového typu.

Podľa uvedenej štúdie Sociologického ústavu Akadémie vied Českej republiky najviac respondentov, a to až 4/5, považovalo za hlavný problém zdravotníctva jeho financovanie. Druhou najproblematickejšou oblasťou bolo hodnotené fungovanie poisťovní a následne hospodárenie v oblasti liekov. Problém je videný i v kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti a objemu služieb. Najmä osobami staršieho veku bola kriticky hodnotená i dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Najmenší problém predstavujú pre väčšinu respondentov vzťahy medzi lekármi a pacientmi.⁷⁶

Čo je teda cieľom reformy zdravotníctva? Reformné kroky by mali viesť predovšetkým k úsporám a vyššej efektívnosti. Zdravotná starostlivosť musí naďalej

⁷⁶ Viz Reforma zdravotnictví: Názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování, Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd České republiky, 2006.

zostať prístupná pre všetkých ľudí, a to pri zodpovedajúcich nákladoch a vyhovujúcej kvalite poskytovaných služieb.

Najvyššou prioritou je zaistenie rovnováhy medzi príjmami a výdajmi systému verejného zdravotného poistenia. Zdravotné poisťovne musia svoje zdravotne poisťné plány zostavovať podľa objemu vybraného a prerozdeleného poisťného, ktoré má predstavovať určité neprekročiteľné maximum zdrojov. Rozsah i štruktúra hradených výkonov musí byť v súlade s medicínskymi prioritami, ale zároveň sa pohybovať v rámci rozpočtových obmedzení.

K dosiahnutiu hospodárskej rovnováhy vo financovaní zdravotnej starostlivosti sa nám ponúkajú viaceré možnosti. Prvou z nich je zvýšenie platieb zo štátneho rozpočtu. To by sa však následne prejavilo i vo zvýšení daní, čiže dôsledok tohto reformného kroku by v konečnej fázy niesli občania. Druhou možnosťou je zvýšenie zdravotného poistenia. To by sa rovnako ako predošlá alternatíva odrazilo na príjmoch občanov, no zároveň by to ako platiteľa poisťného zasiahlo i štát a v nemalej miere by to zvýšilo výdaje na zdravotné poistenie zamestnávateľov, ktorí platia za svojich zamestnancov až dve tretiny objemu poisťného. Treťou možnosťou, podľa môjho názoru najviac vyhovujúcou, je zvýšenie spoluúčasti občana. Finančný príspevok zo strany občana by bol zaiste prijatý s veľkým nesúhlasom zo strany ľudí, najmä starších a menej majetných skupín, a to hlavne preto, že by za určité služby museli platiť priamo v hotovosti, čiže by boli priamymi svedkami toku svojich financií v prospech zdravotníctva. V prvom ani druhom predchádzajúcom prípade by sa financie určené pre zdravotníctvo vôbec nedostali do rúk občanov, pretože by boli strhnuté a odvedené ešte pred vyplatením mzdy, ak uvažujeme na príklade zamestnancov, no priama spoluúčasť by pre nich znamenala ďalšie výdaje z domáceho rozpočtu. Považujem však za potrebné pripomenúť, že spoluúčasť v Českej republike je jedna z najnižších vo vyspelých krajinách, takže jej zvýšenie by nebolo nič neobvyklé ani prekvapujúce.

Konkrétne sú k dispozícii rôzne formy spoluúčasti. Absolútne sa zhodujem s poplatkom za pobyt v nemocnici, čomu však by však musela zodpovedať aj kvalita poskytovanej starostlivosti, vrátane vybavenia nemocníc a postoja zdravotníckych pracovníkov k svojim pacientom ako ku skutočným klientom. Ďalšou alternatívou je poplatok za prevoz sanitkou. Na ten by sa však mali vzťahovať výnimky pre určité skupiny ľudí. Možnosťou je i viac priplácať za lieky a platiť tiež poplatok za recept. Formu spoluúčasti by mohlo byť i platenie poplatku u lekára, prípadne len u špecialistu. S týmto poplatkom však zásadne nesúhlasím, nakoľko neexistuje

efektívna kontrola, kam skutočne vybrané peniaze plynú a zbytočne to len zvyšuje antipatiu občanov k ich lekárom. Ako ďalšie možnosti úpravy financovania zdravotníctva sa javí obmedzenie hradenej zdravotnej starostlivosti a zavedenie doplnkového poistenia občanov.

Čo sa týka zdravotných poisťovní, tie sa musia tiež riadiť určitými stanovenými pravidlami. Poisťovne by si mali konkurovať v transparentom prostredí hospodárskej súťaže. Svoj profit by mali získavať na základe ich schopnosti lepšie vyjednávať a ponúkať poistencom lepšie služby a nie dosahovať zisk na ich úkor. Zdravotné poisťovne musia byť plne zodpovedné za hospodárenie so zverenými prostriedkami. Majú byť otvorené, teda mať povinnosť poistiť každého záujemcu bez ohľadu na jeho zdravotné a sociálne riziká. Zároveň majú povinnosť zabezpečiť všetkým svojim poistencom zdravotnú starostlivosť vymedzenú základným balíkom garantovanej starostlivosti. Poisťovne si musia vytvárať na svojich účtoch rezervu v stanovenej výške. Zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti musia byť uzatvárané za rovnakých podmienok.

Nemenej významným krokom na ceste reformy je i potreba definovania základného balíka garantovanej starostlivosti. Zdravotná politika je v rukách Ministerstva zdravotníctva. To ju musí koordinovať a stanoviť priority, ktoré budú tvoriť rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej zo verejného zdravotného poistenia. Tiež za spolupráce so zdravotnými poisťovňami je v jeho rukách určenie miery spoluúčasti občanov. Do základného balíku hradenej starostlivosti by mala byť v zodpovedajúcom rozsahu zahrnutá neodkladná a nákladná starostlivosť. K hospodárnemu systému je nevyhnutná jeho priehľadnosť. Štát má zaisťovať len nutné podmienky pre realizáciu a dostupnosť kvalitnej zdravotnej starostlivosti.

Jedným z cieľov systému zdravotného poistenia musí byť i posilnenie postavenia občana a jeho motivácia k zodpovednosti za racionálne chovanie v tomto systéme. Základom je aktívne rozhodovanie občana. Musí mať prístup k informáciám o možnostiach liečby, jej výsledkoch a súvisiacich ekonomických aspektoch, ktoré tvoria podklad pre jeho kvalifikované rozhodnutie. Občania prestanú predstavovať iba pasívnych platiteľov a príjemcov zdravotnej starostlivosti, ale stanú sa zákazníkmi. Z pohľadu občana sú potrebné tri typy regulácií.⁷⁷ Prvou je regulácia rizika. Tá vychádza zo skutočnosti, že každý občan má iné východzie podmienky a rozdiel je tiež v nákladoch na jednotlivé druhy liečby. Občania sa líšia v sociálnej situácii, teda vo výške čiastky, ktorú sa schopní na zdravotnú

⁷⁷ MUDr. Pavel Vepřek, Zdravotníctví řízené občanem – II. kolo reformy zdravotnictví, Praha, 2005.

starostlivosť vynaložiť bez toho, aby tým ohrozili svoju existenčnú situáciu. Ešte podstatnejší je však rozdiel v miere zdravotného rizika. Existujú choroby, ktorých liečba si vyžaduje obrovský finančný obnos, ktorý by nemohli ustáť ani majetnejšie skupiny obyvateľstva. Kvôli týmto nepredvídateľným nákladom je zdravotné poistenie založené na poistnom princípe a nie na princípe sporenia. Verejné zdravotné poistenie je priebežným systémom a jeho hlavnou úlohou je predovšetkým regulovať, resp. kompenzovať sociálne a zdravotné riziká. Kompenzácia sociálneho rizika sa už v dnešnom systéme prejavuje tak, že každý zárobkovo činný poistenec musí odvádzať do zdravotného poistenia percentuálnu čiastku zo svojich príjmov. Ku kompenzácii rizika zdravotného slúži prerozdelenie financií podľa vekových skupín obyvateľov. Ďalší typ regulácie sa týka ochrany občana, a to ochrany pred nezistením a neposkytnutím nutnej a neodkladnej starostlivosti, chybnými výrobkami, nekvalifikovaným personálom, manipuláciou apod. Tretiu reguláciu v zdravotníctve s ohľadom na občana predstavuje jeho už spomínaná forma spoluúčasti, či už v podobe poplatkov za návštevu lekára alebo pobyt v nemocnici.

Jednou z možností, ako viac vtiahnuť občana do rozhodovania ohľadne zdravotného poistenia, s ktorou súhlasím, by mohlo byť uzavretie individuálnej poistnej zmluvy, ktorá by obsahovala záväzky oboch strán.⁷⁸ Ponuka poistných zmlúv by sa líšila podľa vekových skupín s ohľadom na ich potreby. Rozdiel oproti súčasnému stavu by spočíval v tom, že poisťovňa by mala povinnosť zabezpečiť pre poistenca zdravotnú starostlivosť v rozsahu stanovenom zmluvou a zároveň by vznikli občanovi určité záväzky smerujúce k jeho motivácii ku zvýšeniu záujmu o starostlivosť o jeho zdravie a zdravý životný štýl. Na základe alternatívnych poistných plánov by tak mohlo dojsť k úprave rozsahu a štruktúry hradenej zdravotnej starostlivosti, pričom by sa vymedzila štandardná úroveň, nadstavbové prvky a doplnkové pripoistenie. Občan by si potom mohol z ponúk zdravotných poisťovní vybrať tú, ktorá najlepšie reflektuje jeho individuálne požiadavky, potreby a možnosti. Tým by bol vtiahnutý do procesu rozhodovania a čiastočného ovplyvňovania výšky svojich nákladov. Poisťovne by rozličnou ponukou poistných zmlúv súperili o klientov. To by viedlo tiež k cenovej konkurencii poskytovateľov a efektívnejšiemu nakupovaniu zdravotnej starostlivosti a posilneniu pozície občanov ako príjemcov starostlivosti. Ponuky poisťovní by sa líšili rozsahom krytia, spôsobom organizácie prístupu k zdravotnej starostlivosti, veľkosťou spoluúčasti

⁷⁸ Srov. Návrh systémových zmien veřejného zdravotního pojištění v České republice, Zdravotnictví a právo 5/2005, str. 8.

apod. Obsah produktov by poisťovne tvorili podľa dopytu obyvateľstva, podľa ekonomických možností poisťného systému a podľa ochoty občanov prispievať na určité služby nezahrnuté do balíka hradenej starostlivosti. Prostredníctvom svojich poisťencov by zdravotné poisťovne vytvárali žiadúci tlak na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a na efektívnosť a kvalitu ich služieb.

5.2. SÚČASNÝ STAV ZDRAVOTNÍCTVA NA SLOVENSKU

Zdravotníctvo na Slovensku prešlo niekoľkými významnými zmenami. Uskutočnila sa reforma, ktorá priniesla svoje kladné i záporné stránky odrážajúce sa v reakciách občanov. Niektoré reformné kroky sa zatiaľ napriek výmene vlády udržali, od iných sa postupne upúšťa. V každom prípade si myslím, že zdravotníctvo na Slovensku sa postupne regeneruje a jeho efektívnosť stúpa, i keď k úplnej spokojnosti s jeho stavom bude treba ešte veľa úsilia. Na ceste k jeho ozdraveniu mala samozrejme najvýznamnejší podiel uskutočnená reforma, preto sa v tejto podkapitole budeme zaoberať práve vykonanými zmenami, východiskovou situáciou slovenského zdravotníctva pred ich aplikovaním a tiež výsledným efektom, ktorý priniesli. Súčasný stav zdravotníctva na Slovensku je totiž z veľkej časti odrazom spomenutých reformných krokov.

Slovensko za posledné roky realizovalo viaceré významné štrukturálne reformy. Patrili medzi ne sociálna reforma a reforma dôchodkov, reforma zdravotníctva, liberalizácia trhu práce, zvýšenie fiškálnej decentralizácie a čiastočná alebo úplná privatizácia väčšiny štátnych podnikov. Cieľom uvedených reformných krokov bolo zvýšenie efektivity jednotlivých ekonomických odvetví, usmernenie verejných výdavkov na optimálnu úroveň a stimulácia ochoty pracovať a investovať. Na slovenské reformy mala pozitívny názor väčšina významných medzinárodných organizácií a schvaľovala ich aj väčšina slovenského obyvateľstva napriek skutočnosti, že boli spojené s mnohými u občanov nepopulárnymi krokmi ako znižovanie sociálnych výhod, redukcia siete verejných zdravotníckych a vzdelávacích zariadení, zvyšovanie dôchodkového veku a zväčšenie miery podielu na verejnom financovaní v systéme zdravotníctva. Inštitút pre verejné otázky uskutočnil v decembri 2005 výskum, ktorý sa zamerával na hodnotenie jednotlivých reforiem z pohľadu občana. Výsledkom bolo zhrnutie, že všetky reformy okrem

reformy zdravotníctva boli vnímané pozitívne, i keď sa respondenti zhodujú na potrebe určitých úprav. Reformu zdravotníctva však odmietli až 3/4 respondentov. Dôvodom môže byť nedostačujúca komunikácia a informovanosť občanov. Treba si uvedomiť, že reforma novými nástrojmi zdravotnej politiky zasiahla všetky zúčastnené strany, či už poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, farmaceutické firmy alebo poisťovne, teda nielen konzumentov zdravotnej starostlivosti. Každý z nich má pritom pocit, že mu zmena priniesla v určitej oblasti nevýhodnejšie postavenie. Najťažšie však prijímajú reformné kroky občania, ktorým sa rozplynula predstava o bezplatnom zdravotníctve.

Pred reformou existoval na Slovensku integrovaný verejný model zdravotníctva s povinným všeobecným pokrytím. Zárobkovo činná časť populácie platila poisťné zdravotným poisťovniam, za zvyšok obyvateľstva bol platiteľom poisťného štát. Zdravotné poistenie zabezpečovali neziskové verejné alebo súkromné organizácie. Zdravotnú starostlivosť poskytovali verejné nemocnice a súkromní ambulantní lekári v zmluvnom vzťahu k zdravotníckym poisťovniam. Verejné nemocnice boli chránené pred bankrotom, čo vyúsťovalo do ich zadlžovania sa. Zdravotné poisťovne si v ponuke prakticky nekonkurovali, nakoľko povinné platby na zdravotné poistenie i minimálna úroveň pokrytia boli pevne stanovené bez ohľadu na zdravotné poistenie, ktoré si poistenec vybral. Na Slovensku dochádzalo ku kumulácii neefektívnych investícií, kolektívnej nezodpovednosti a umelého udržiavania zdravotných inštitúcií štátom, ktoré miesto zisku prinášali len ďalšie nutné náklady.

Cieľom reformy bolo teda zvýšiť efektivitu poskytovania zdravotníckych služieb a znížiť podiel verejných nákladov na zdravotníctvo. Aké kroky sa považovali za nutné v zdravotnom systéme vykonať? Bolo treba jednak zvýšiť zodpovednosť pacienta, ďalej zvýšiť zodpovednosť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a nakoniec zvýšiť i zodpovednosť zdravotných poisťovní. V neposlednom rade sa vyžadovalo upraviť postavenie štátu, ktorý mal naďalej hrať iba rolu regulátora a ochrancu spotrebiteľa.

Prvým krokom k zahájeniu reformy zdravotníctva na Slovensku bolo prijatie zákona, ktorý novelizoval zákon o zdravotnej starostlivosti č. 277/1994 Z.z. a ktorý zavádzal poplatky za poskytovanie zdravotnej starostlivosti s účinnosťou od 1.4.2003. Vtedajší prezident Rudolf Schuster však zákon nepodpísal a vrátil ho na

prerokovanie do parlamentu. Parlament ale zákon prijal znova, a to s účinnosťou od 1.6.2003. S konečnou platnosťou zavedenie poplatkov v slovenskom zdravotníctve potvrdil až Ústavný súd Slovenskej republiky svojím rozhodnutím zo dňa 17.5.2004.⁷⁹ Následne pokračovala reforma prijímaním nových zákonov v septembri 2004. Pôvodnú šesticu reformných zákonov doplnila ešte novela zákona o liekoch, takže výsledkom bolo sedem zákonov, ktoré všetky s výnimkou zákona o liekoch boli napísané filozoficky nanovo, na moderných základoch zdravotnej politiky.⁸⁰ Skupina zákonov zmenila postavenie štátu z pozície vlastníka, financovateľa, investora a manažéra do role efektívneho regulátora systému. Všetky dôležité právomoci presúva na ostatné subjekty zdravotníctva a výrazne zvyšuje aj ich zodpovednosť. Pacient musí byť viac zodpovedný za svoj zdravotný stav, a to ako v oblasti prevencie, tak v oblasti spoluúčasti na liečbe. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti musia byť viac zodpovední za jej včasné a správne poskytovanie, zároveň však i za kvalitu zdravotnej starostlivosti a nesú tiež zodpovednosť finančnú. Zdravotné poisťovne nesú svoju časť zodpovednosti za plnenie podmienok solventnosti a nákupu zdravotnej starostlivosti pri prísnych rozpočtových obmedzeniach a tiež za zahrnutie pacienta do systému. Zákony však bolo treba v určitých oblastiach upraviť a tak nasledovali ešte tri korektúry reformných zákonov. Prvou bola novela z decembra 2004, nasledovali júnové novely z roku 2005 a nakoniec decembrová štvornovela z roku 2005.

Aké konkrétne kroky teda reforma zhŕňala? Prvým krokom bolo zvýšenie spoluúčasti pacientov, a to zavedením jednotlivých poplatkov za služby v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Sú to nasledovné platby:

- **20 Sk pri návšteve lekára v ambulancii** – tento poplatok je príjmom ambulancie. Zákon stanovuje určité výnimky, kedy je pacient od poplatku oslobodený. Je to napríklad poistenec pri preventívnej prehliadke, pri návšteve

⁷⁹ Viz Nález Pléna ÚS SR 38/03 – 89.

⁸⁰ Zákon č. 576/2004 Z.z., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 577/2004 Z.z., o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Zákon č. 578/2004 Z.z., o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 579/2004 Z.z., o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 580/2004 Z.z., o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve.

Zákon č. 581/2004 Z.z., o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 140/1998 Z.z., o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

v súvislosti s očkovaním, pri opakovanej návšteve toho istého lekára uskutočnenej do siedmich dní odo dňa návštevy, pri ktorej zaplatil poplatok 20 Sk, dieťa do jedného roka veku, pri návšteve len v súvislosti s vydaním lekárskeho poukazu alebo lekárskeho predpisu, atď.⁸¹

- **20 Sk v lekárni a vo výdajni zdravotníckych pomôcok** – predstavuje poplatok za spracovanie receptu alebo poukazu na zdravotnícke pomôcky. I z toho poplatku existujú výnimky, neplatí napríklad poistenec pri výdaji lieku predpísaného na výpise z lekárskeho predpisu, od platenia za poukaz na zdravotnícke pomôcky je oslobodený držiteľ preukazu občana s ťažkým zdravotným postihnutím, ak preukáže, že poberá príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov, atď.⁸²
- **50 Sk za každý deň v nemocnici** – jedná sa o poplatok za stravovanie a pobyt na lôžku, ktorý sa platí najviac za 21 dní pobytu tej istej ústavnej starostlivosti u jedného poskytovateľa, pričom prvý a posledný deň sa počítajú ako jeden deň ústavnej starostlivosti. V prípade predĺženia tejto starostlivosti pre organizačné alebo technické nedostatky na strane poskytovateľa poistenec za tieto dni poplatok neplatí. Poplatok v nemocnici sa neplatí v prípade zdravotného stavu, pri ktorom možno uložiť povinné liečenie, dieťa do troch rokov veku, dojčiaci matka, ak ju prijali do ústavnej starostlivosti spolu s dojčaťom, atď.⁸³
- **50 Sk za deň v liečebni pre dlhodobo chorých** – ide o poplatok za stravovanie a pobyt na lôžku, ktorý sa platí bez ohľadu na dĺžku poskytovania zdravotnej starostlivosti.
- **100 Sk za jeden deň pobytu sprievodcu** – jedná sa o poplatok za jeho pobyt v ústavnej starostlivosti, pričom neplatí poistenec do troch rokov veku, ak jeho sprievodcom je jeho zákonný zástupca, opatrovník, poručník, osoba, ktorej bolo dieťa zverené do osobnej starostlivosti alebo náhradnej osobnej starostlivosti, pestún alebo potenciálny pestún, poistenec do 18 rokov veku prijatý na onkologickú liečbu, ak sprievodcom je jedna z vyššie uvedených osôb, atď.⁸⁴
- **60 Sk na pohotovosti** – predstavuje poplatok pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti v rámci lekárskej služby prvej pomoci a ústavnej pohotovostnej služby, pričom úhrada sa neplatí v prípade následnej hospitalizácie.

⁸¹ Viz § 38 odst. 8 písm. b) zákona č. 577/2004 Z.z.

⁸² Viz § 38 odst. 8 písm. c) a e) zákona č. 577/2004 Z.z.

⁸³ Viz § 38 odst. 8 písm. a) zákona č. 577/2004 Z.z.

⁸⁴ Viz § 38 odst. 8 písm. f) zákona č. 577/2004 Z.z.

- **2 Sk za jeden kilometer jazdy sanitkou** – jedná sa poplatok za dopravu, ktorý neuhrádza napríklad poistenec zaradený do chronického dialyzačného programu alebo transplantáčného programu, poistenec s ťažkým zdravotným postihnutím odkázaný na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom, atď.⁸⁵
- **50 Sk za deň v prírodných liečebných kúpeľoch** – poplatok za stravovanie a pobyt na lôžku pri diagnóze typu A (najmä stavy po úraze alebo operácii) bez ohľadu na dĺžku ústavnej zdravotnej starostlivosti.
- **150 Sk za deň v prírodných liečebných kúpeľoch** – poplatok pri diagnóze typu B (väčšinou chronické ochorenia) mimo sezóny, teda prvý a štvrtý štvrťrok, bez ohľadu na dĺžku pobytu.
- **220 Sk za deň v prírodných liečebných kúpeľoch** – poplatok pri diagnóze typu B v hlavnej sezóne, teda v druhom a treťom štvrťroku, bez ohľadu na dĺžku pobytu.
- Pri diagnóze typu C (napríklad duševné ochorenia alebo akné) hradí celú liečbu pacient sám.

Poplatky sú dodnes prijímané veľmi kontroverzne a u väčšiny občanov vyvolávajú nevôľu, ktorá sa následne odzrkadľuje aj v negatívnom pohľade na celú reformu zdravotníctva. Ich zavedenie vychádzalo z predpokladu, že pacienti si musia uvedomiť cenu a hodnotu zdravotných služieb. Bezplatné statky nie sú totiž považované za vzácne, čo vyúsťuje často do nadbytočného dopytu obrovských rozmerov. Aké ciele sa teda zavedením poplatkov sledovali? V prvom rade sa od nich očakávalo, že znížia počet nadbytočných návštev u lekára a znížia spotrebu liekov. Ich druhou úlohou bolo znížiť mieru korupcie a neformálnych platieb. Nakoniec mali zvýšiť mieru zodpovednosti pacienta za svoje zdravie, teda sa im pripisoval určitý edukačný a výchovný charakter. Dôležité je, aby poplatky neboli stanovené príliš vysoko, pretože to by skutočne mohlo pacienta od návštevy odradiť, čo by vo finále mohlo viesť k oveľa vyšším výdavkom v prípade ďalšieho zhoršenia zdravotného stavu. Ďalej je treba v súvislosti so stanovenými výnimkami z platenia poplatkov zabezpečiť aj dostatočnú informovanosť ľudí, aby neplatili aj tam, kde platiť nemusia. To sa deje formou médií, tlače a Ministerstvo zdravotníctva tiež vydalo o poplatkoch brožúrku, ktorá je k dispozícii u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Osobne súhlasím s väčšinou zavedených poplatkov, i keď s ohľadom najmä na starších občanov trpiacimi viacerými zdravotnými ťažkosťami a z nich

⁸⁵ viz § 38 odst. 8 písm. g) zákona č. 577/2004 Z.z.

vyplývajúcich častejších návštev u lekára sa môžu tieto poplatky zdať príliš finančne zaťažujúce. Preto som tiež za zrušenie poplatkov u lekára a za recept v lekárni, alebo aspoň za ich výraznejšie obmedzenie u viacerých skupín osôb či vo vybraných prípadoch.

Aký efekt teda poplatky mali v skutočnosti s porovnaním s očakávaním? Čo sa týka odstránenia nadbytočných návštev, tak tento cieľ bol skutočne naplnený. Bol zaznamenaný pokles návštev u lekárov v primárnej sfére i u lekárskej služby prvej pomoci. Minimálny pokles bol u špecialistov a v nemocniciach, čo je však spôsobené tým, že sem chodia pacienti až so skutočným problémom a na odporúčanie lekára. Rovnako sa potvrdilo aj zníženie korupcie a iných neformálnych platieb voči lekárom. Obava, že sa kvôli poplatkom zníži dostupnosť zdravotnej starostlivosti, sa prejavila ako zbytočná. Podľa štúdie agentúry FOCUS v januári 2004 len 1,5 % respondentov uviedlo, že z dôvodu zavedenia poplatkov prestali chodiť k lekárovi úplne. Naproti tomu vyše 58 % potvrdilo, že svoj postoj nezmenilo a k lekárom chodia rovnako ako predtým. V neposlednom rade si ľudia začali viac uvedomovať hodnotu svojho zdravia, nakoľko výdavky sa im odrážajú v ich rodinných rozpočtoch a predstavujú položku, s ktorou sa dopredu nedá počítať.

Ďalším reformným krokom bola transformácia neziskových zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti. Akciové spoločnosti majú totiž oproti verejnoprávnym mnohé výhody. Ich fungovanie je podrobnejšie upravené a lepšie reflektuje nové požiadavky a situácie. Vyplýva to aj zo skutočnosti, že kým Obchodný zákonník a teda aj postavenie akciových spoločností sa pravidelne novelizuje, právne predpisy upravujúce verejnoprávne organizácie reagujú na zmeny neskoršie. Štát pred reformou zdravotným poisťovníam tiež poskytoval určité rozpočtové výhody. Problémom verejnoprávnym organizáciám je i neexistencia reálnej zodpovednosti, keďže nemajú reálneho vlastníka. Preto premena zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti znamená ich fungovanie s tvrdými rozpočtovými pravidlami, s transparentnými vlastníckymi a manažérskymi vzťahmi, čo vedie k posilneniu záujmu poisťencov a zvýšeniu zodpovednosti zdravotných poisťovní. Zároveň vznikol úrad, ktorý zabezpečuje dohľad nad zdravotným poistením a tým je Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Rovnako ako zdravotné poisťovne sa na formu akciových spoločností transformovali aj neziskoví poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, a to z podobných dôvodov ako poisťovne. Znížil sa počet postelí kvôli vysokému percentu ich nevyužívania. Zároveň prebehla decentralizácia riadenia malých a stredne veľkých

nemocníc z centrálnej na lokálnu úroveň. Menšie nemocnice boli prevedené na obce a vyššie územné celky, čo viedlo k zlepšeniu ich monitorovania a riadenia.

Nevyhnutnou súčasťou reformy bola aj stabilizácia financovania a zníženie dlhu. Neefektívnosť systému sa prejavovala najmä v zadlžovaní nemocníc. Transformácia priniesla tvrdé rozpočtové obmedzenia a každý subjekt sa stal plne zodpovedným za svoju finančnú situáciu. Sústavné oddlžovanie subjektov v zdravotníctve je prevedené projektom Veriteľ, a to systémom postupovania pohľadávok.

Významnou súčasťou zdravotnej politiky je lieková politika. Cieľom bolo znížiť náklady na lieky, nakoľko tie tvoria až tretinu nákladov v zdravotníctve. Opatrení, ktoré k tomu mali viesť, bolo niekoľko. V prvom rade medzi ne patrí zavedenie poplatku za recept vo výške 20 Sk. Ďalej bol zavedený fixný pomer ceny lieku a doplatku po kategorizácii od júna 2003. To znamená, že ak sa cena lieku následne po vydaní zoznamu hrađených liekov zníži, tak pomer medzi úhradou zo zdravotného poistenia a spoluúčasťou poistenca musí zostať rovnaký. Ďalším opatrením bola zmena v maržiach pre veľkoobchodníkov a lekárne pre tzv. veľmi drahé lieky, ktoré môžeme definovať ako lieky, ktorých cena je vyššia než 20 000 Sk mesačne. Okrem toho sa zaviedla ešte častejšia kategorizácia liekov.

Aký výsledok teda reforma na Slovensku v konečnom dôsledku priniesla? Ako sme už spomenuli, základným cieľom bolo zvýšenie efektivity a zníženie verejných výdavkov na zdravotníctvo. Časť nákladov sa preniesla na pacienta. Reforma zaviedla prísne rozpočtové obmedzenia a ziskovosť systému. Nad'alej sa však nezvýšila možnosť výberu zdravotného poistenia, ani jeho reflektovanie osobitných potrieb poistencov. Nad'alej nie sú umožnené diferenciacie povinných príspevkov na zdravotné poistenie, ani minimálnej úrovne pokrytia. Vďaka reforme však klesol podiel HDP na výdavkoch na zdravotníctvo za rok 2005 a systém by už nemal vyrábať ďalšie dlhy. Reformné kroky sa pravdepodobne nezastavia ani v dôsledku zmeny vlády po voľbách, hoci s určitými úpravami je treba počítať. Od 1.9.2006 sa napríklad už nebudú platiť niektoré z uvedených poplatkov. Zrušil sa tak poplatok za návštevu lekára vo výške 20 Sk i poplatok za hospitalizáciu v nemocnici vo výške 50 Sk na deň. Ostatné poplatky zostávajú v platnosti. Pôvodne však chcela vláda znížiť i poplatok za recept zo súčasných 20 Sk na 5 Sk. Kvôli problému s del'bou tohto poplatku medzi zdravotné poisťovne a lekárne v pomere 3:1 však treba počkať do novelizácie zákona, kým sa pristúpi k jeho zníženiu. V každom

prípade výpadok týchto financií do zdravotníctva bude predstavovať zhruba 1,5 miliárd Sk, čo vyvolá nutnosť nájsť náhradný zdroj príjmov.⁸⁶ Tým sa vláda ale zatiaľ nezaoberala.

⁸⁶ Za posledné tri roky zaplatili občania na poplatkoch takmer 5 miliárd korún. Z toho 2 miliardy nechali v ambulanciách lekárov, ďalšie dva miliardy uhradili v lekárňach za recepty a približne jednu miliardu korún zaplatili na 50-korunových poplatkoch.

6. ZÁVER

Riešenie poskytovania zdravotnej starostlivosti je kľúčovou otázkou každého správne fungujúceho štátu. Len krajina so zdravými obyvateľmi môže prosperovať. Tí sú zárukou tvorby hrubého domáceho produktu a produktivity hospodárstva štátu. Preto štát musí dbať o to, aby jeho obyvatelia mali zabezpečené čo možno najlepšie podmienky pre svoju existenciu, a tým i podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Výdaje peňažných prostriedkov plynúce do zdravotnej starostlivosti vo všetkých vyspelých krajinách sveta každoročne rastú. V európskych krajinách rast týchto výdajov dokonca predstihol rast ekonomiky. Vplyv na túto skutočnosť má jednak nárast výdajov na lieky, ako aj finančne náročnejšia zdravotnícka technika. Svoj podiel na tom nesie i stále sa zvyšujúca úroveň zdravotníctva. Ľudia sa dožívajú vyššieho veku, choroby kedysi smrteľné sú dnes vyliečiteľné, nemocnice a ordinácie sú lepšie vybavené. To všetko vyžaduje nemalé náklady.

V Českej republike predstavujú výdaje na zdravotníctvo 7,5 % HDP. Rovnaké percento predstavujú i výdaje susedného Rakúska. Najviac finančných prostriedkov prúdi do systému zdravotníctva v Spojených štátoch, kde tvoria až 15,0 % HDP. Tu je tiež najvyššia spoluúčasť občanov, ktorá dosahuje výšky až 55 % výdajov. V Českej republike je zdravotná starostlivosť hradená z verejného zdravotného poistenia. Objem základného balíka hradenej zdravotnej starostlivosti je nastavený veľmi vysoko. Preto je aj spoluúčasť občanov na zdravotnej starostlivosti v Českej republike najnižšia vo svete. Výdaje sú z viac ako 91 % hradené z verejných zdrojov a súkromné prostriedky tak zaplňajú len zostávajúcich 9 percent. V iných vyspelých krajinách sú síce občania tiež zdravotne poistení, no napriek tomu sa na financovaní podieľajú oveľa viac než je tomu u občanov Českej republiky.

Koncepcia zdravotného poistenia ako povinného zákonného poistenia je podľa môjho názoru správna. Občania musia prispievať aspoň určitou čiastkou na služby, ktoré im v budúcnosti môžu byť eventuálne v zdravotníctve poskytnuté. Občianska solidarita je v tomto prípade nevyhnutná a nebolo by vhodným riešením, aby si občan sám sporil na svojom vlastnom účte finančné prostriedky, ktoré by v prípade potreby využil na úhradu zdravotnej starostlivosti. V niektorých prípadoch dosahujú totiž náklady na liečbu takú výšku, že by i majetnejší občan mohol mať

s ich zaplatením problému. Nevyhnutný je však v tomto prípade štátny dohľad, regulácia a garancia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Popri sociálnej solidarite by sa však mohol viac zohľadniť stav a potreby jednotlivcov. Poistenie a rozsah hradenej starostlivosti, spolu s výškou poistnej sumy, by mohli zohľadňovať rozdiely medzi poistencami vo využívaní zdravotnej starostlivosti.

Nevyhnutné z môjho pohľadu sa javí zvýšenie spoluúčasti pacientov. Doplatky za lieky a spoplatnenie niektorých služieb v zdravotníctve by možno následne viedlo k väčšej zodpovednosti ľudí za ich zdravotný stav. Nemálo zdravotných problémov súvisí s nezdravým životným štýlom a pohodlnosťou občanov. Spotreba alkoholu, fajčenie i obezita sú dôvodom mnohých lekárskech zákrokov a liečení. Takisto dlhodobá a často opakovaná liečba ľudí závislých od návykových látok je veľmi nákladná a nepokladám za spravodlivé voči ich zdravým spoluobčanom, aby sa títo museli svojimi financiami podieľať na jej úhrade. Občania si musia uvedomiť, že tieto služby nie sú zadarmo, a preto najmä v prípade vlastnej viny by mali niesť i následky svojich činov, a to práve v podobe finančnej spoluúčasti na liečbe.

Možnosťou a v praxi prakticky bežnou záležitosťou je komerčné zdravotné poistenie. Občania sa môžu poistiť i nad rámec hradenej zdravotnej starostlivosti a v niektorých prípadoch vylúčiť povinnosť hradiť určité služby z vlastných zdrojov. Alternatívou by mohla byť určitá forma pripoistenia, ako je to v prípade dôchodkového poistenia.

V zásade si však myslím, že systém verejného zdravotného poistenia je postavený dobre, no štát, resp. jeho čelní predstavitelia musia nájsť vhodný spôsob odstránenia finančných problémov v tejto oblasti. Samotné zvýšenie spoluúčasti tento problém nevyrieši a v ľuďoch tento nepopulárny, hoci nevyhnutný krok vyvolá určite vysokú mieru nevôle. Štát však musí mať záujem ako na kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti, tak i na spokojnosti svojich občanov.

A nakoniec už len doplním úvahou v duchu citátu od Arthura Schopenhauera: „Deväť desiatín nášho šťastia spočíva výlučne v zdraví. S ním sa stáva všetko zdrojom pôžitku. Naproti tomu bez neho nie je žiaden vonkajší statok, nech je akéhokoľvek druhu, uchopiteľný.“

ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK

CMÚ	- Centrum mezistátních úhrad
EÚ	- Evropská Unie
LZPS	- Listina základných práv a svobod
VZP	- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
ZoPVZP	- zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
ZoSZL	- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
ZoVZP	- zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky
ZSZ	- zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení
ZVerZP	- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY A PRAMEŇOV

- Petr Tröster a kolektiv: Právo sociálního zabezpečení, 3. aktualizované a doplněné vydání, C.H.Beck 2005
- Jan Mach a kolektiv: Zdravotnictví a právo - komentované předpisy, 2. vydání, LexisNexis CZ s.r.o. 2005
- Ing. Antonín Daněk, Mgr. Jiří Glet: Zdravotní pojištění, Linde s.r.o. 2003
- Karel Havlíček, Tomáš Hemelík: Nad veřejným zdravotním pojištěním, Orac, Praha 1998
- Jana Černá, Dagmar Trinnerová, Antonín Vacík: Právo sociálního zabezpečení, Aleš Čenek 2002
- Jana Černá, Antonín Vacík: Právo sociálního zabezpečení v rámci Evropské unie, Aleš Čenek 2005
- Alena Vančurová, Stanislav Klazar: Sociální a zdravotní pojištění – Úvod do problematiky, ASPI 2005
- Tomáš Hejkal, Helena Pelikánová, Magdaléna Váchová, Ludmila Trnková: Nemocenské, důchodové a zdravotní pojištění s komentářem a příklady, POLYGON 2004
- Zdeňka Gregorová, Milan Galvas: Sociální zabezpečení, Brno, Masarykova univerzita 2000
- Renáta Halásková: Systémy sociálního zabezpečení, Ostrava, Ostravská univerzita 2005
- Vladimír Voříšek: Lexikon – sociální zabezpečení, zdravotní pojištění, Sagit 2002

- Časopis Zdravotnictví a právo
- Časopis Národní pojištění

Internetové pramene:

www.mzcr.cz

www.vzp.cz

www.hpi.sk

www.mzsr.sk

www.lexdata.cz

www.uzis.cz

www.cmu.cz

www.soc.cas.cz

www.eur-lex.europa.eu

www.euractiv.sk

www.psp.cz

www2.czso.cz

PRÍLOHY

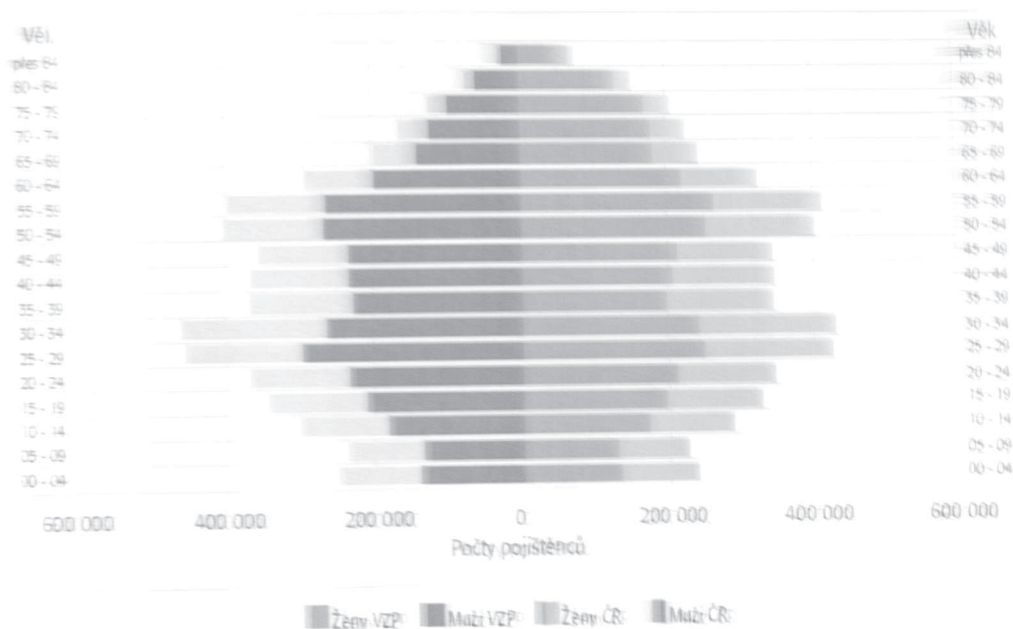
**Poistenci Všeobecné zdravotnej poisťovne Českej republiky
k 31. decembru 2005**

Veková skupina	Muži			Ženy			Občané ČR		
	Celkem	z toho VZP		Celkem	z toho VZP		Celkem	z toho VZP	
		počet	%		počet	%		počet	%
0 - 4 roky	245 785	1137 433	55,92	232 601	1129 923	55,86	478 386	267 356	55,89
5 - 9 let	233 284	1134 107	57,49	220 618	1126 619	57,39	453 902	260 726	57,44
10 - 14 let	296 607	1179 092	60,38	281 079	1168 682	60,01	577 686	347 774	60,20
15 - 19 let	335 578	206 685	61,59	320 188	1193 255	60,36	655 766	399 940	60,99
20 - 24 let	359 001	228 585	63,67	339 089	207 248	61,12	698 090	435 833	62,43
25 - 29 let	441 881	290 603	65,76	414 855	243 803	58,77	856 736	534 406	62,38
30 - 34 let	446 612	258 154	57,80	420 230	236 565	56,29	866 842	494 719	57,07
35 - 39 let	357 968	223 825	62,53	337 235	194 918	57,80	695 203	418 743	60,23
40 - 44 let	356 751	229 061	64,21	338 854	202 499	59,76	695 605	431 560	62,04
45 - 49 let	346 083	228 596	66,05	336 399	208 355	61,94	682 482	436 951	64,02
50 - 54 let	390 081	260 654	66,82	393 238	247 205	62,86	783 319	507 859	64,83
55 - 59 let	384 170	258 296	67,23	403 491	259 876	64,41	787 661	518 172	65,79
60 - 64 let	282 060	193 989	68,78	318 196	216 682	68,10	600 256	410 671	68,42
65 - 69 let	193 508	137 787	71,20	239 357	177 215	74,04	432 865	315 002	72,77
70 - 74 let	158 826	121 559	76,54	222 542	176 663	79,38	381 368	298 222	78,20
75 - 79 let	121 279	96 735	79,76	202 764	166 817	82,27	324 043	263 552	81,33
80 - 84 let	70 889	58 170	82,06	149 786	128 332	85,68	220 675	186 502	84,51
přes 84 let	27 327	23 347	85,44	74 450	66 379	89,16	101 777	89 726	88,16
Celkem	5 047 690	3 266 678	64,72	5 244 972	3 351 036	63,89	10 292 662	6 617 714	64,30

Z celkového počtu 10 292 662 osôb (z toho bolo 10 079 041 občanov Českej republiky a 213 621 cudzích štátnych príslušníkov), ktoré boli ku dňu 31.12.2005 účastníkmi verejného zdravotného poistenia v Českej republike, bolo u VZP poistených celkovo 6 617 714 osôb, čo predstavuje 64,30 % všetkých účastníkov. Z toho 3 266 678 osôb boli muži a 3 351 036 poistencov predstavovali ženy.

Zdroj: Výročná správa VZP ČR za rok 2005

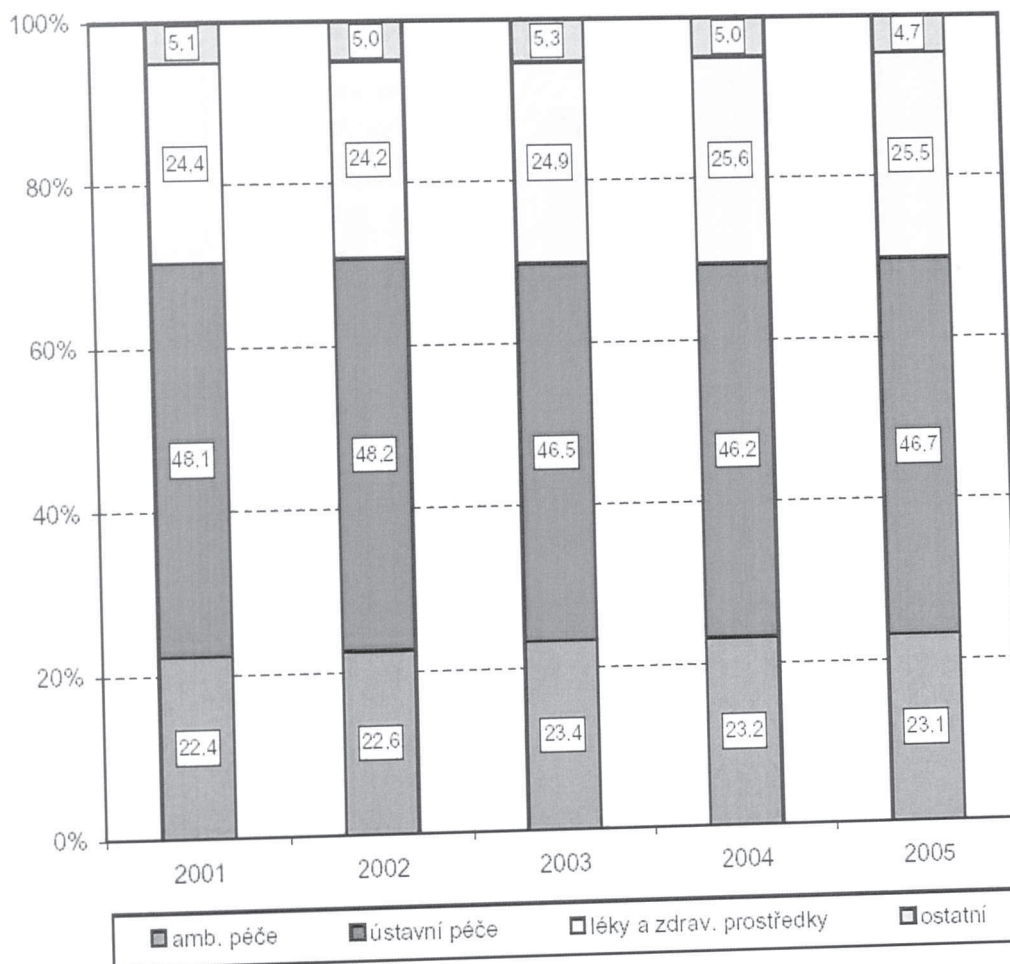
Veková štruktúra poistencov Všeobecnej zdravotnej poisťovne Českej republiky k 31. decembru 2005



Počty poistencov aj ich veková skladba sa v priebehu roku 2005 menili, v priemere bolo u VZP ČR poistených vo veku do 20 rokov 1 295 820 osôb, to je 59,3% zo všetkých poistencov uvedeného veku v celom systéme verejného zdravotného poistenia. Vo veku od 20 do 60 rokov bolo u VZP poistených 4 514 782 osôb (65,7% zo všetkých poistencov uvedeného veku) a vo veku nad 60 rokov 841 125 osôb (81,9% všetkých poistencov daného veku).

Zdroj: Výročná správa VZP ČR za rok 2005

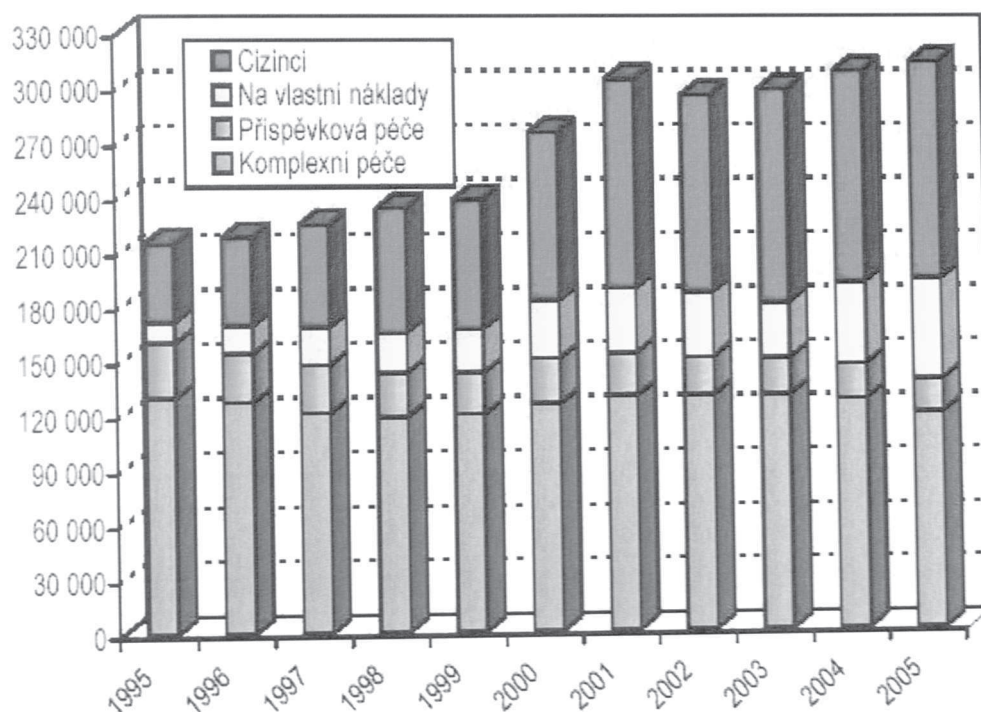
Podiel nákladov zdravotných poisťovní na zdravotnú starostlivosť podľa segmentov



Náklady zdravotných poisťovní na zdravotnú starostlivosť dosiahli v roku 2005 cca 163 930 mil. Kč. Ústavná starostlivosť ako najväčšia položka spotrebovala 46,69 % celkových nákladov na zdravotnú starostlivosť, čo je v hodnotovom vyjadrení zhruba 76 542 mil. Kč. Na segment ambulantnej starostlivosti bolo v roku 2005 vynaložených 37 860 mil. Kč, takže podiel ambulantnej starostlivosti na celkových nákladoch na zdravotnú starostlivosť predstavoval 23,10 %.

Zdroj: ÚZIS ČR

Vývoj počtu pacientov prijatých do kúpeľnej starostlivosti



Do kúpeľnej starostlivosti bolo v roku 2005 prijatých celkovo 299 359 dospelých pacientov, najviac klientov (40 %) tvorili cudzinci. Komplexnú kúpeľnú starostlivosť využilo 35,2 % dospelých pacientov, 18,7 % tvorili samoplatitelia a 6,1 % pacientov bola poskytnutá príspevková kúpeľná starostlivosť. Do kúpeľnej starostlivosti pre dorast bolo v roku 2005 prijatých 2 831 pacientov, z toho 2 samoplatitelia a 98 cudzincov a do kúpeľnej starostlivosti pre deti bolo prijatých celkovo 12 108 detí, z toho 11 654 detí absolvovalo pobyt v kúpeľoch na náklad zdravotného poistenia (96,2%).

Zdroj: ÚZIS ČR

Čerpanie zdravotnej starostlivosti cudzincami na území Českej republiky v roku 2005

Země původu	Celkem	Věková skupina				Počet osob čerpajících zdravotní péči					
		0 – 14 let	15 – 19 let	20 – 59 let	60 let a více	uhrazena				neuhrazena	
						ze smluvního pojištění v ČR	ze zahraničního pojištění	hotově	státními orgány ³⁾	celkem	ze st. 11 po lhůtě splatnosti
Počet cizinců celkem	66 852	8 759	3 957	45 613	8 568	15 312	9 277	31 166	7 465	4 590	2 283
Země EU celkem	32 242	3 323	2 147	22 044	4 728	7 380	6 932	15 190	934	2 367	1 127
Belgie	180	28	13	123	16	8	46	116	3	8	2
Dánsko	220	39	32	120	29	4	72	130	0	15	9
Finsko	76	4	3	65	4	0	26	46	0	4	2
Francie	536	66	37	380	53	38	122	337	5	37	12
Irsko	115	5	15	88	7	4	39	62	0	10	4
Itálie	530	46	31	379	74	40	129	322	16	26	12
Luxembursko	24	3	0	19	2	4	5	11	0	4	2
Maďarsko	110	16	12	78	4	5	24	64	6	12	5
Německo	6 792	564	392	3 260	2 576	571	1 581	4 189	86	378	192
Nizozemi	1 374	282	181	755	156	67	248	1 007	9	51	30
Polsko	1 737	129	108	1 418	82	214	421	841	137	130	59
Portugalsko	78	6	14	55	3	5	12	37	0	24	2
Rakousko	559	44	27	375	113	33	186	285	6	55	14
Řecko	162	18	11	106	27	11	46	76	13	18	10
Slovensko	10 535	749	741	8 496	550	1 256	3 317	4 283	497	1 248	567
Slovinsko	40	9	4	24	3	9	12	17	0	2	0
Velká Británie	995	87	48	770	90	47	245	603	32	73	27
Španělsko	224	23	16	170	15	12	66	128	2	16	4
Švédsko	175	14	11	116	34	17	51	93	1	13	5
Čína	1 968	335	72	766	1 114	1 054	41	343	525	24	14
Chorvatsko	201	46	16	126	13	29	21	123	21	11	7
Jugoslávie	264	54	9	190	11	35	17	135	79	9	5
Ukrajina	9 623	1 144	339	8 004	136	1 262	400	5 727	1 742	709	403
ostatní země bývalého SSSR	3 936	817	295	2 622	202	414	330	1 967	1 081	318	174
Vietnam	6 374	1 194	306	3 304	1 570	2 210	209	1 245	568	427	132

V roku 2005 vyhledalo lékařskou starostlivosť v nemocniciach v Českej republike celkovo 66852 cudzincov . Z tohto počtu 32242 ošetrených pochádzalo z krajín Európskej únie. Najviac ošetrovanými cudzincami boli občania Slovenska, Ukrajiny, Nemecka a Vietnamu. Najviac využívaný spôsob úhrady bola platba v hotovosti a využitie zmluvného zdravotného poistenia.

Zdroj: ÚZIS ČR

Náklady na zdravotnú starostlivosť čerpanú cudzincami na území Českej republiky v roku 2005

Země původu	Celkem	Věková skupina				Zdravotní péče poskytnutá cizincům					
		0 – 14 let	15 – 19 let	20 – 59 let	60 let a více	uhrazena				neuhrazena	
						ze smluvního pojištění v ČR	ze zahraničního pojištění	hotově	státními orgány ³⁾	celkem	ze sl. 11 po lhůtě splatnosti
Náklady na zdr. péči o cizince celkem	366 463	38 940	15 384	241 887	70 252	59 159	88 617	110 443	31 287	75 387	31 883
z toho EU celkem	181 646	11 677	7 513	123 832	38 624	34 831	70 984	39 568	3 201	35 814	10 045
Belgie	2 118	69	24	323	1 702	28	632	470	60	928	3
Dánsko	1 950	166	42	1 566	176	6	1 345	524	0	75	66
Finsko	174	33	7	127	7	0	60	111	0	3	2
Francie	2 788	117	48	2 071	552	71	1 374	824	6	513	60
Irsko	489	81	21	357	29	19	250	119	0	101	4
Itálie	2 513	116	105	1 673	619	207	1 365	632	28	281	46
Lucembursko	129	4	0	113	12	58	37	25	0	10	5
Maďarsko	870	16	9	827	16	13	151	101	16	589	149
Německo	28 538	1 028	1 058	15 059	11 393	3 151	11 471	9 168	178	4 570	842
Nizozemí	8 769	647	349	2 467	5 306	325	1 840	5 824	238	542	146
Polsko	8 717	437	230	7 253	797	604	3 273	2 186	686	1 968	422
Portugalsko	140	9	23	89	20	1	28	61	0	51	8
Rakousko	5 172	171	38	3 830	1 133	703	2 169	1 008	77	1 215	182
Řecko	466	33	11	182	260	111	191	119	9	35	8
Slovensko	85 101	5 279	4 677	64 517	10 628	11 167	41 858	9 188	1 386	21 701	5 382
Slovinsko	173	24	4	137	8	29	121	19	0	3	0
Velká Británie	4 692	352	123	2 859	1 358	551	1 770	1 795	144	431	45
Španělsko	1 323	54	31	1 172	66	12	1 015	183	4	109	21
Švédsko	951	10	31	527	384	257	253	349	4	88	5
Čína	5 286	795	69	1 916	2 666	3 264	83	1 306	472	133	84
Chorvatsko	1 704	202	38	706	774	73	41	1 329	69	191	186
Jugoslávie	1 233	74	12	1 034	114	51	260	666	184	52	7
Ukrajina	45 534	5 485	1 760	37 447	842	3 565	3 368	15 188	8 313	14 811	9 079
ostatní země bývalého SSSR	28 023	6 532	1 424	16 914	3 135	1 443	2 826	11 029	8 841	3 578	2 029
Vietnam	27 406	5 398	1 283	15 202	5 343	12 400	915	4 741	1 717	7 631	3 407

Zdravotná starostlivosť poskytnutá cudzincom v nemocniciach Českej republiky si vyžiadala náklady celkovo 366 463 tisíc Kč, z toho približne polovicu (181 646 tisíc Kč) predstavovali náklady na pacientov z Európskej únie. Nezaplatené po lehote splatnosti zostávalo k 31.12.2005 31 883 tisíc Kč, teda 8,7 % celkových nákladov na cudzincov. Najvyššie náklady boli vynaložené na občanov Slovenska, ďalej občanov Ukrajiny, občanov štátov bývalého ZSSR a Nemcov.

Zdroj: ÚZIS ČR

Vývoj celkových výdajov na zdravotníctvo v Českej republike

Rok	Výdaje v milioch Kč			Výdaje na 1 obyv. v Kč	Podíl výdajů na HDP ³⁾ v %
	celkem	v tom			
		veřejné	soukromé ¹⁾		
1995	100 675	93 309	7 366	9 745	6,86
1996	110 662	102 400	8 262	10 728	6,57
1997	118 914	109 033	9 881	11 541	6,57
1998	129 871	119 267	10 604	12 615	6,50
1999	134 928	123 453	11 475	13 122	6,48
2000	141 871	129 626	12 245	13 811	6,48
2001	158 807	145 096	13 711	15 532	6,75
2002	172 976	155 136	17 840	16 957	7,02
2003	189 298	168 317	20 981	18 556	7,35
2004	198 099	175 685	22 414	19 408	7,12
2005 ²⁾	208 416	184 825	23 591	20 365	7,00

Celkové výdaje na zdravotníctvo dosiahli v roku 2005 cca 208 mld. Kč a oproti roku 2004 vzrástli o cca 5 %. Podiel zdravotných poisťovní na financovaní zdravotníctva činil 79,0 %, súkromné výdaje obyvateľstva tvorili celkovo cca 11,3 % z celkových výdajov na zdravotníctvo. V prepočte na 1 obyvateľa bolo celkovo v zdravotníctve vynaložených 20 365 Kč.

Zdroj: ÚZIS ČR

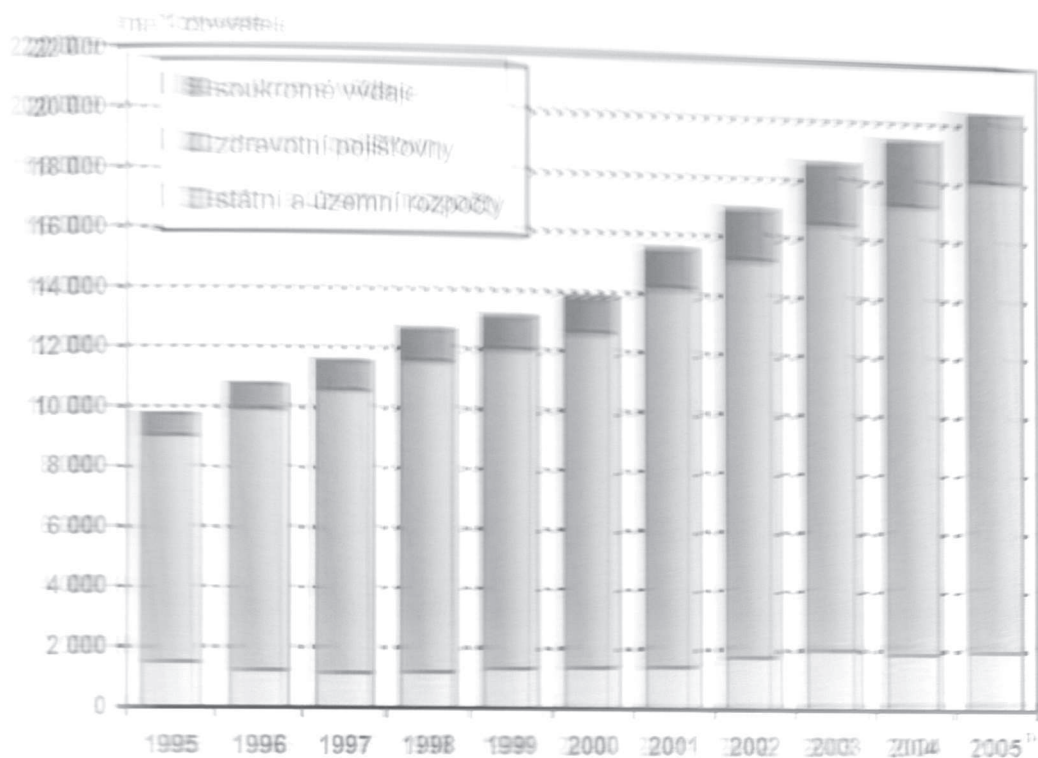
Vývoj veřejných výdajov na zdravotníctvo v Českej republike

Rok	Výdaje v milionech Kč					Výdaje na 1 obyv. v Kč
	celkem	státní a územní rozpočty		zdravotní pojišťovny		
		celkem	neinvestiční	celkem	zdrav. péče	
1995	93 309	15 076	7 674	78 233	74 168	9 032
1996	102 400	12 641	7 212	89 759	86 088	9 927
1997	109 033	11 459	7 015	97 574	93 145	10 582
1998	119 267	11 769	6 408	107 498	101 450	11 585
1999	123 453	13 128	7 418	110 325	106 351	12 006
2000	129 626	13 708	7 164	115 918	111 397	12 619
2001	145 096	13 960	8 052	131 136	126 649	14 191
2002	155 136	17 649	9 918	137 487	132 533	15 208
2003	168 317	20 581	12 799	147 736	142 177	16 499
2004	175 685	18 874	13 025	156 811	151 311	17 212
2005 ¹⁾	184 825	20 093	12 207	164 732	.	18 060

Podľa medzinárodnej metodiky sú za verejné výdaje považované výdaje štátneho rozpočtu a rozpočtov krajov a obcí a tiež výdaje verejného zdravotného poistenia. Zdravotné poisťovne vynaložili na zdravotníctvo v roku 2005 celkovo o 7,9 mld. Kč viac než v roku 2004.

Zdroj: ÚZIS ČR

Výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele



Graf nám znázorňuje postupný nárůst výdajů na zdravotnictví v přepočtu na 1 obyvatele. V roce 2005 představovali tyto výdaje na 1 obyvatele 21 265 Kč.

Zdroj: UZIS ČR