

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Právnická fakulta

Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení

**Zdravotní pojišťovny v systému veřejného zdravotního
pojištění**

Rigorózní práce

Mgr. Kateřina Sobotová

Konzultant rigorózní práce:

prof. JUDr. Petr Tröster, CSc.

Praha, leden 2014

Prohlašuji, že jsem předkládanou rigorózní práci vypracovala samostatně, všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Podpis

Obsah

Úvod.....	1
1. Zdravotní pojištění a zdravotní pojišťovny (teorie, historie).....	4
1.1 Zdravotní pojištění v systému sociálního zabezpečení.....	4
1.1.1 Vývoj sociálního zabezpečení	5
1.1.2 Mezinárodní úmluvy	10
1.2 Právní úprava zdravotních pojišťoven ve 20. století	11
1.2.1 Nemocenské pojišťovny	11
1.2.2 Organizace zdravotního pojištění v druhé polovině 20. století	14
1.2.3 Zdravotní pojišťovny v Německu a ve Švýcarsku	18
2. Současná právní úprava zdravotních pojišťoven	20
2.1 Vznik současné právní úprava zdravotních pojišťoven	20
2.1.1 Pojem všeobecné zdravotní pojištění	22
2.2 Vznik zaměstnanecké pojišťovny	23
2.3 Zánik zaměstnanecké pojišťovny	25
2.4 Nucená správa.....	31
2.5 Sdružování zdravotních pojišťoven	34
2.6 Další vývoj zdravotních pojišťoven.....	34
3. Organizační struktura a orgány zdravotních pojišťoven	35
3.1 Statutární orgán.....	36
3.2 Správní rada a dozorčí rada	37
3.2.1 Správní rada.....	40
3.2.2 Dozorčí rada	45
3.3 Další orgány zdravotní pojišťovny	46
3.3.1 Výbor pro audit.....	46
3.3.2 Rozhodčí orgán.....	47
4. Hospodaření zdravotních pojišťoven	49
4.1 Příjmy a výdaje zdravotní pojišťovny.....	49
4.2 Základní fond.....	54
4.3 Rezervní fond.....	59
4.4 Fond prevence.....	62

4.5	Provozní fond.....	65
4.6	Sociální fond	70
4.7	Fond (investičního) majetku	71
4.8	Fond reprodukce (investičního) majetku	72
4.9	Limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny	74
4.10	Účetnictví zdravotních pojišťoven.....	75
5.	Činnost zdravotních pojišťoven	76
5.1	Pojištěnci a plátcí pojistného	77
5.2	Zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení	84
5.3	Informační systém zdravotní pojišťovny	87
5.4	Další povinnosti zdravotních pojišťoven a ukládání sankcí	88
5.5	Specifické činnosti VZP ČR.....	91
5.5.1	Registr pojištěnců	91
5.5.2	Zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění.....	92
5.6	Zajišťovací fond.....	94
	Závěr	96
	Seznam zkratk	105
	Použitá literatura a prameny	106
	Seznam příloh	I

Úvod

Tématem mé rigorózní práce jsou zdravotní pojišťovny v systému veřejného zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění je institutem práva veřejného, zařazuje se do oblasti práva sociálního zabezpečení. Nutno ale podotknout, že některé aspekty činnosti zdravotních pojišťoven mají i soukromoprávní charakter, i když se jedná o okrajovou činnost zdravotních pojišťoven (provozování činnosti, která podléhá dani z příjmů právnických osob, např. pronájmy). V této práci se budu soustředit na veřejnoprávní charakter činnosti zdravotních pojišťoven v České republice, tedy na provádění veřejného zdravotního pojišťování.

Tuto oblast jsem si vybrala pro svou rigorózní práci z toho důvodu, že jsem se jí docela často zabývala v rámci svých pracovních povinností. Jakožto členka skupiny kontrolujících jsem byla zařazena do kontrolních akcí Nejvyššího kontrolního úřadu, kde kontrolovanými osobami byly právě zdravotní pojišťovny. V přípravě kontrol a v jejich průběhu jsem zjistila, že právní oblast týkající se zdravotních pojišťoven není v právní literatuře blíže upravena a samotná právní úprava vykazuje některé nedostatky.

Zdravotní pojišťovny představují velmi specifickou oblast, která je v právní literatuře jako celek poněkud opomíjena, konkrétní články se věnují vždy jen některé dílčí oblasti veřejného zdravotního pojištění nebo zdravotní pojišťovny. Právní úprava je obsažena v několika zákonech a vyhláškách, které byly už mnohokrát novelizovány. Přitom zdravotní pojišťovny jsou instituce, které disponují obrovskými finančními prostředky. Například VZP ČR měla v roce 2012 příjem z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělování celkem 137, 839 mld. Kč¹. Pro představu uvádím, že hrubý domácí produkt ČR v roce 2012 činil 3 845,9 mld. Kč².

Tyto výše uvedené důvody mne vedly k tomu, abych si právě problematiku zdravotních pojišťoven vybrala jako téma své rigorózní práce.

¹ Výroční zpráva VZP ČR za rok 2012

² Český statistický úřad [online]. [cit. 2013-10-28]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/home>

Na začátku této práce provedu stručný teoretický a historický exkurz do zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven, v rámci vzniku a vývoje sociálního pojištění. Pozornost budu věnovat postavení zdravotního pojištění v systému sociálního zabezpečení a převážně pak vývoji právní úpravy zdravotního pojišťoven ve 20. století na českém území. Následující kapitoly se pak budou soustředit na současnou (popřípadě donedávna účinnou) právní úpravu zdravotních pojišťoven. Vzniku a zániku zaměstnaneckých pojišťoven se budu věnovat z pohledu vývoje právní úpravy od devadesátých let dvacátého století do současnosti. Další kapitola bude věnována organizační struktuře zdravotních pojišťoven.

V samostatné kapitole se budu zabývat hospodařením zdravotních pojišťoven, kde vedle právní úpravy budu uvádět i související ekonomické ukazatele. Považuji totiž za vhodné, aby se vedle rozboru právní úpravy hospodaření zdravotních pojišťoven objevily i jejich konkrétní ekonomické ukazatele. Jelikož ale tato rigorózní práce má zachycovat právní hledisko postavení zdravotních pojišťoven a nikoliv jejich ekonomický rozbor, jsou tyto ekonomické údaje uváděny pouze pro názornost jako fakta, bez jakéhokoliv podrobnějšího analytického hodnocení. Pro tento účel proto postačuje, že jsem vybrala údaje za VZP ČR, jakožto největší zdravotní pojišťovnu v ČR, a za ZPMV, která je největší zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou. Pro názornost vývoje ekonomických ukazatelů jsem zvolila roky 2010, 2011, 2012.

V poslední kapitole této práce se budu věnovat činnosti zdravotních pojišťoven, tedy provádění veřejného zdravotního pojištění. Budu se soustředit převážně na postavení zdravotních pojišťoven vůči pojištěncům veřejného zdravotního pojištění, kdy zdravotní pojišťovny vystupují zejména při vydávání platebních výměrů a výkazů nedoplatků jako správní orgány. Dále se budu soustředit na vztah zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení (poskytovatelů zdravotních služeb). Poukážu i na specifické činnosti VZP ČR, které jí byly přiděleny přímo zákonem a mimo jiné tak dokládají její jedinečnou pozici mezi ostatními zdravotními pojišťovnami. Za zmínku stojí například vedení zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění.

Za cíl této práce si kladu podat charakteristiku a porovnání právní úpravy zdravotních pojišťoven z historického pohledu a i z pohledu aktuálních novelizací v této oblasti, a porovnání právní úpravy VZP ČR a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Zároveň se budu snažit tuto charakteristiku podat v souvislosti s vývojem společnosti a aktuálními společenskými otázkami, současně s uvedením některých ekonomických a statistických ukazatelů vybraných zdravotních pojišťoven.

Při zpracování této práce jsem využívala vedle samotné právní úpravy i důvodových zpráv k návrhům zákonu, výročních zpráv jednotlivých zdravotních pojišťoven a některých poznatků z výkonu kontrolní činnosti na některých kontrolovaných zdravotních pojišťovnách. Jedná se vše o údaje, které jsou veřejně dostupné. Výslovně uvádím, že jsem nepoužila žádné skutečnosti zjištěné při kontrolní činnosti, které by nebyly uvedeny v kontrolním závěru NKÚ.

Rigorózní práce je zpracována dle právního stavu platného k 31. 12. 2013, pokud není výslovně (pro porovnání) uvedeno jiné znění.

1. Zdravotní pojištění a zdravotní pojišťovny (teorie, historie)

V následujícím textu se budu věnovat postavení zdravotního pojištění v systému sociálního zabezpečení, budu muset tedy nejprve definovat pojem sociálního zabezpečení a přiblížit jeho vznik a vývoj. Poté, co uvedu stručnou historii vzniku sociálního zabezpečení v evropském kontextu, zaměřím se podrobněji na vývoj právní úpravy zdravotních pojišťoven ve 20. století na českém území.

1.1 Zdravotní pojištění v systému sociálního zabezpečení³

Zdravotní pojištění je jedním z devíti základních systémů sociálního pojištění. Vedle zdravotního pojištění patří Mezi systémy sociálního pojištění úrazové pojištění, nemocenské pojištění, pojištění v mateřství, pojištění ve stáří, pojištění invalidit, pojištění pozůstalých, pojištění v nezaměstnanosti a rodinné přídavky. Teorie rozděluje sociální pojištění na krátkodobá a dlouhodobá. Krátkodobá jsou pojištění v nemoci (zdraví), mateřství a nezaměstnanosti. Dlouhodobá (důchodová, penzijní) jsou pojištění v stáří, invaliditě a při ztrátě živitele.

Sociální pojištění je jedním z nejčastěji používaných nástrojů sociálního zabezpečení. Mezi nejčastěji používané nástroje patří dále: sociální zaopatření či podpora, sociální pomoc, sociální služby.

Sociální pojištění je povinný finanční systém, kterým se občan sám nebo kdo jiný občana povinně zajišťuje pro případ budoucí sociální události. Sociální pojištění může být základní nebo doplňkové. Doplňkem sociálního pojištění mohou být sociální fondy, které mohou mít povinnou i dobrovolnou povahu a jimiž se doplňuje povinné sociální pojištění o nové nebo vyšší dávky za dohledu státu, např. daňovými úlevami nebo příspěvky. Zatímco sociální pojištění spravují instituce veřejnoprávní povahy, sociální fondy mohou spravovat jak veřejnoprávní, tak i soukromoprávní instituce. Pojem sociální pojištění byl použit poprvé v Německu koncem 19. století. V anglosaské

³ TRÖSTER, Petr. A KOLEKTIV. *Právo sociálního zabezpečení*. třetí. Praha: C.H.Beck, 2005. ISBN 80-7179-856-8. Strany 1- 23

literatuře se před první světovou válkou používal pojem průmyslové pojištění. Díky úmluvám Mezinárodní organizace práce o sociálním pojištění z dvacátých let se v Evropě po první světové válce rozšířil pojem sociální pojištění. V průběhu druhé světové války se v Anglii začal používat pojem národní pojištění pro označení sociálního pojištění se všeobecnou (univerzální) platností a s osobním rozsahem zahrnujícím prakticky všechny občany. Tento pojem byl takto použit i u nás v roce 1948 pro označení reformovaného sociálního pojištění, které bylo univerzálním a komplexním systémem (zákon o národním pojištění).

Základními pojmovými znaky sociálního pojištění jsou:

- povinné, zákonem uložené pojištění,
- zákon stanoví osobní rozsah, tj. jak okruh povinně pojištěných osob, tak okruh povinných plátců pojistného,
- zákon stanoví věcný rozsah, tj. pojištěné sociální události, podmínky vzniku a trvání nároků a výši nároků,
- zákon stanoví i způsob správy a financování.

1.1.1 Vývoj sociálního zabezpečení⁴

Historickými předchůdci pojmu sociální zabezpečení byly pojmy chudinská péče, sociální správa, sociální péče. Všechny byly produktem stavu evropské společnosti v 16. století až do 1. světové války. Pojem sociální zabezpečení vznikal až ve 20. století.

Ve středověku byly vytvářeny svépomocné podpůrné spolky, jejichž úkolem bylo pomáhat práce neschopným a starým členům a podporovat i pozůstalé členy rodin. Nejprve vznikaly mezi horníky, vytvářela se hornická bratrstva, která zakládala podpůrné pokladny. Ty byly obvykle spravovány radou starších horníků potvrzovanou těžaři. Do pokladen přispívali především horníci, kterým se finanční příspěvky strhávaly z mezd, ale také těžaři. Obdobné podpůrné spolky byly zřizovány i pro některé řemeslnické cechy a tovaryšská bratrstva.

⁴ Kořeny sociálního zabezpečení (TRÖSTER, Petr. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 3. vyd. Praha: C.H.Beck, 2005, s. 25-35. ISBN 80-7179-856-8.)

V roce 1854 došlo k uzákonění povinného zřizování bratrských pokladen v dolech, což byl základ pro samostatné hornické sociální pojištění, které existovalo v Československu až do roku 1948.

O chudé a nemocné práce neschopné osoby pečovala hlavně církev. V roce 1785 bylo vydáno nařízení pro Království české, které tuto povinnost uložilo vrchnosti. Podíl církve na organizování a provádění péče o chudé však byl i po vydání tohoto nařízení velmi významný. Za vlády císaře Josefa II. začaly být podle jednotlivých farností vytvářeny chudinské ústavy, které vedli „otcové chudých“ voleni obyvatelstvem. Později byla povinnost pečovat o chudé přenesena na obce.

Za vlády Marie Terezie byly v souvislosti s budováním laického státního aparátu vydány 2 pensijní normály- v roce 1771 pro vdovy a sirotky po zaměstnancích, kteří věrně sloužili a v roce 1781 pro zaměstnance, kteří alespoň po deseti letech uspokojivé služby se stali neschopnými práce. Pensijní normály byly základem sociálního zaopatření, nazývaného též státní zaopatření.

Ke vzniku a rozvoji moderních forem sociálního zabezpečení dochází až v 19. století v souvislosti se zrušením nevolnictví v roce 1781 a následným přílivem venkovského obyvatelstva do měst a s rozvojem průmyslové výroby.

V 18. století stát zasahoval do řešení tíživých sociálních situací občanů jen minimálně, byly řešeny pouze dílčí sociální problémy. Stát zabezpečoval vojenské vysloužilce, jejich vdovy a sirotky a státní zaměstnance, jejich vdovy a sirotky. Církev a vrchnost poskytovaly základní péči (zpravidla almužnu a přístřeší) chudině. Později byla povinnost péče o chudé přenesena na obce. Na tradici hornických bratrstev navazovaly vznikající dělnické podpůrné spolky. V některých zemích (zejména ve Francii a Anglii) se v té době začaly rozvíjet různé formy soukromého pojištění.

Na území Rakouska Uherska byly zakládány spolkové nemocenské pokladny zřizované na základě spolkových zákonů (zákona č. 253/1852 ř. z. a později zákona č. 134/1867 ř. z.). Zákon z roku 1867 přinesl určité uvolnění, pokladny byly podle něho posuzovány jako dobročinné spolky, avšak později, na základě zákona z roku 1852, byly pokladny pod státním dohledem.

Svépomocné pokladny, tj. spolkové nemocenské pokladny, do značné míry nahrazovaly opatření ukládaná podnikatelům, která měla směřovat především k zajištění dělníků v případě nemoci. Toto upravoval např.:

- Dekret dvorské kanceláře z roku 1837, který ukládal továrníkům, živnostníkům a obchodníkům platit za dělnictvo a pomocnictvo stravné v nemocnici po dobu čtyř týdnů;
- horní zákon č. 146/1854 ř.z., který nařídil majitelům dolů, aby pro podporu svých dělníků buďto u svého podniku zřídili samostatnou bratrskou pokladnu, nebo se za tím účelem spojili s jinými zaměstnavateli;
- živnostenský řád č. 227/1859 ř.z. podobnou povinnost jako horní zákon ukládal závodům, které zaměstnávaly ve společných dílnách zpravidla více než 20 dělníků; mezi povinnostmi živnostenských společenstev uváděl také zřizování ústavů pro podporu onemocnělých nebo z jiného důvodu trpících členů a příslušníků společenstva.

Novelou živnostenského řádu č. 39/1883 ř. z. byla uložena všem majitelům živnostenských podniků, kteří nenáleželi k žádnému společenstvu, povinnost zřídit závodní pokladnu nebo své dělníky k jiné již existující pokladně přihlásit. Současně byla společenstvům stanovena povinnost zřídit si nemocenskou pokladnu nebo přistoupit k pokladně jiné, jejíž stanovy vyhovují.

V Německu bylo uzákoněno povinné nemocenské pojištění v roce 1883, úrazové pojištění v roce 1884 a starobní a invalidní pojištění v roce 1889. Tyto zákony jsou označovány jako Bismarckova reforma a položily základ tzv. Bismarckovu modelu sociálního pojištění, který velmi ovlivnil pojišťovací systémy v řadě zemí Evropy, zejména v Rakousku- Uhersku.

Povinné sociální pojištění bylo zavedeno i pro rakouskou část Rakouska- Uherska, tj. i pro české země. Tyto zákony bývají označovány jako Taafeho reforma (podle tehdejšího předsedy vlády hraběte Taafeho) . V roce 1888 byl přijat zákon o úrazovém pojištění dělníků (zákon č. 1/1888 ř.z.) a zákon o nemocenském pojištění dělníků (zákon č. 33/1888 ř.z.). Nemocenské pojištění, které tento zákon upravoval, bylo pojištěním obligatorním. Nárok na dávky měli podle tohoto zákona pouze pojištěnci, nikoli jejich rodinní příslušníci. Z pojištění náležely pojištěncům dávky peněžité a věcné. Pojištěné ženy měly též nárok na bezplatnou pomoc při porodu od porodní asistentky, příp. i od lékaře a zároveň i nárok na léky a léčebné pomůcky. Pojištěné ženy, které porodily, měly nárok na peněžitou podporu ve výši nemocenského po dobu čtyř týdnů ode dne porodu. V roce 1889 byl přijat zákon o bratrských pokladnách dle

obecného zákona horního (zákon č. 127/1889 ř.z.). Tyto tři zákony zavedly povinné veřejnoprávní pojištění. Pojistné platili pojištěnci i zaměstnavatelé. V roce 1907 byl schválen zákon o penzijním pojištění zřízenců ve službách soukromých a některých zřízenců ve službách veřejných (zákon č. 1/1907 ř.z.). Práce na přípravě návrhu zákona o penzijním pojištění dělníků nebyly dokončeny, starobní a invalidní pojištění dělníků nebylo do roku 1918 zavedeno.

Zavedení povinného sociálního pojištění navázalo na svépomocné spolky, fondy a dělnické pokladny, které fungovaly na principu dobrovolné vzájemnosti a zabezpečovaly své členy způsobem pojištění proti mimořádným událostem, které měly za následek zhoršení ekonomické situace. S postupující industrializací a rozvojem společnosti bylo zřejmé, že je nutné zabezpečovat osoby i při nemoci a úrazu. Zároveň se ukázalo, že systém dobrovolného pojištění není příliš vhodný, proto bylo zaváděno povinné pojištění zaměstnanců.

Československá republika převzala právní předpisy ze sociální oblasti od Rakouska-Uherska a postupně byly přijímány právní předpisy nové. Nejvýznamnějším z nových právních předpisů byl zákon č. 221/1924 Sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, který nabyl účinnosti dnem 1. července 1926. Zákon upravoval velmi rozsáhlou problematiku a byl několikrát měněn a doplňován. Byl formulován jako zákon základní, podle něhož byli pojištěni všichni zaměstnanci, jestliže nebyli tímto zákonem z pojištění výslovně vyloučeni. Vyloučeni byli zejména státní zaměstnanci a soukromí úředníci, jejichž zabezpečení bylo upraveno výhodněji. Z pojištění byli rovněž vyloučeni zaměstnanci, kteří nastoupili do zaměstnání až po 60. roce věku. Právní úprava tohoto zákona se tedy vztahovala jen na dělníky.

Nemocenské pojištění podle zákona č. 221/1924 Sb. z. a n. prováděly nemocenské pojišťovny, pojištění invalidní a starobní prováděla Ústřední sociální pojišťovna se sídlem v Praze. Jejího předsedu jmenoval prezident republiky na dobu čtyř let. Z nemocenského pojištění se poskytovala pomoc v nemoci (lékařská pomoc, léčiva, nemocenské ošetřování a nemocenské), pomoc v mateřství a pohřebné. Nemocenské se poskytovalo nejdéle po dobu jednoho roku, jeho výše byla závislá na zařazení pojištěnce do jedné z deseti mzdových tříd. Dávky mateřství byly poskytovány ve výši nemocenského pojištěným ženám šest týdnů před porodem a šest týdnů po porodu.

Pojištěné ženy i manželky pojištěnců měly nárok na bezplatnou pomoc porodní asistentky a – bylo-li třeba- i na pomoc lékaře. Z invalidního a starobního pojištění se poskytovaly tyto dávky: důchod invalidní a starobní, vyrovnávací příplatky k těmto důchodům, důchod vdovský a vdovecký, důchod sirotčí a odbytné. Podle výše výdělku byli pojištěnci rozděleni do čtyř tříd, a to zejména pro vyměřování pojistného a do určité míry i pro výměru důchodů. Polovinu pojistného hradil zaměstnavatel, polovinu zaměstnanec. Blíže k organizaci nemocenských pojišťoven dle tohoto zákona je uvedeno v kapitole 1.2.1.

V roce 1925 byl schválen zákon č. 221/1925 Sb.z. a n., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců. Vztahoval se především na civilní zaměstnance ve službě státu, státních podniků a veřejných fondů státem spravovaných, dále na příslušníky četnictva, učitele obecných a občanských škol atd. Pojištění podle tohoto zákona prováděl Léčebný fond veřejných zaměstnanců se sídlem v Praze. Jeho předsedou byl zástupce ministerstva sociální péče.

Zabezpečení starších zaměstnanců bylo upraveno v roce 1929, kdy zákonem č. 43/1929 Sb. z. a n. byly zavedeny státní starobní podpory. Přiznávaly se československým státním příslušníkům z řad zaměstnanců i z řad samostatně výdělečně činných, jestliže splnili podmínky stanovené zákonem, tj. dovršili 65. rok věku, byli nemajetní a výdělku neschopní.

V roce 1929 bylo nově upraveno penzijní pojištění soukromých zaměstnanců a v roce 1936 provizní pojištění hornické

Sociální pojištění v období první republiky bylo organizačně dosti roztržštěné, bylo diferencováno podle stavovské příslušnosti, preferováni byli státní zaměstnanci.

Během II. Světové války došlo ke změnám nemocenského pojištění soukromých zaměstnanců ve vyšších službách, nastaly změny v hornickém pojištění a i v pojištění nemocenském, invalidním a starobním. Tyto změny ale neznamenal pro pojištěnce žádná významná zlepšení.

Po II. Světové válce nebyly předpisy z doby okupace uznány za součást československého právního řádu, proto bylo převzato zákonodárství 1. Republiky ze sociální oblasti. Situace byla ovšem velmi komplikovaná tím, že fondy sociálního pojištění byly buď zabaveny okupanty, nebo znehodnoceny válečným hospodářstvím.

Základní zásady poválečného sociálního zákonodárství byly obsaženy v Košickém vládním programu. Významným mezníkem ve vývoji sociálního zákonodárství v Československu pak bylo přijetí zákona č. 99/1948 Sb., o národním pojištění (tomuto zákonu se blíže věnuji v kapitole 1.2.2) Zákon byl na svou dobu velmi moderní, pokrokový, vycházel z modelu národního pojištění sira Beveridge, který byl publikován v Anglii v roce 1942. Zákon umožnil vytvoření nové jednotné soustavy národního pojištění, zvýšil všechny dávky, do značné míry zrovnoprávnil nároky dělníků a ostatních zaměstnanců a poprvé rozšířil důchodové zabezpečení i na samostatně hospodařící občany.

Vývoj v letech 1949- 1989 byl ovlivněn sovětským vzorem, kdy byl opouštěn pojišťovací princip. V roce 1950 došlo ke znárodnění zdravotnictví a v roce 1951 byla správa nemocenského pojištění převedena na Revoluční odborové hnutí. První reforma sociálního zabezpečení byla provedena v roce 1956, kdy byl přijat zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců a zákon č. 55/1956 sb., o sociálním zabezpečení.

Další reformy sociálního zabezpečení byly provedeny zákony č. 101/1964 sb., o sociálním zabezpečení, č. 103/1964 Sb., o sociálním zabezpečení družstevních rolníků, č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení, č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.

Hlavním úkolem reformy systému sociálního zabezpečení po roce 1989 byl přechod od sociálního zabezpečení k sociálnímu pojištění.

Cílem soudobého sociálního zabezpečení je regulace odpovědnosti občana za svou budoucnost (povinné pojistné systémy) a stanovení míry a forem sociální solidarity mezi občany (povinný či dobrovolný transfer prostředků skrze daňovou soustavu nebo sponzorováním).

1.1.2 Mezinárodní úmluvy

Právo na sociální zabezpečení je jedním ze sociálních práv. Toto právo je uvedeno v úmluvách Mezinárodní organizace práce, které ČR ratifikovala. Základními úmluvami jsou:

č. 102 o sociálním zabezpečení (minimální standardy), 191,

č. 118 o rovnosti zacházení (sociální zabezpečení, 1962.

Pro jednotlivá odvětví sociálního zabezpečení byly vypracovány zvláštní úmluvy. V oblasti zdravotní péče a nemocenského pojištění to jsou úmluvy č. 24 a 25 (1927), 130 (1969). Obsahem sociálního zabezpečení dle mezinárodních dokumentů je pomoc lidem v případě nemoci, nezaměstnanosti, zdravotního poškození a invalidity, pracovního úrazu a nemoci z povolání, stáří, mateřství, rodičovství a úmrtí živitele.

1.2 Právní úprava zdravotních pojišťoven ve 20. století

1.2.1 Nemocenské pojišťovny

Dříve, než se budu v této práci věnovat současné právní úpravě zdravotních pojišťoven, považuji za nutné stručně nastínit právní úpravu zdravotních pojišťoven v moderní historii na našem území. V ČSR existoval již za první republiky velmi pokrokový systém nemocenských pokladen podle zákona č. 221/1924 Sb. o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří,⁵ a který o několik desítek let později stál u zrodu moderního všeobecného zdravotního pojištění, a to zákona č. 592/1992 Sb.⁶ Tento zákon, který nabyl účinnosti dne 1.7.1926 a byl zrušen dne 1.10.1948, upravoval pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. Podle tohoto zákona byl pojištění podroben ten, kdo vykonával práce nebo služby na základě smlouveného poměru pracovního nebo učňovského a pojištění trvalo po dobu trvání zaměstnání.

Zákon dále upravoval organizaci pojištění, a to organizaci pojištění nemocenského a nemocenské pojišťovny a také organizaci pojištění invalidního a starobního a Ústřední sociální pojišťovnu. Zákon stanovoval i společná ustanovení organizační i dozoru nad pojišťovacími ústavy.

Nemocenské pojištění podle zákona č. 221/1924 Sb. prováděly nemocenské pojišťovny, které byly právnickými osobami. Nové nemocenské pojišťovny bylo možno zřizovat jen se svolením ministerstva hospodářství a práce, které po provedení příslušných šetření a vyslechnutí Ústřední sociální pojišťovny rozhodlo o žádosti o zřízení. Pokud ministerstvo vyhovělo žádosti, jmenovalo též první představenstvo

⁵ TRÖSTER, Petr. Všeobecné zdravotní pojištění a jeho změny od 1.ledna 1994. *Všehrd.* 1994, č. 1.

⁶ Důvodová zpráva k zákonu č. 592/1992 Sb.

nemocenské pojišťovny a současně vydalo její stanovy, rovněž jmenovalo přisedící rozhodčího soudu.

Zákon upravoval též různé druhy nemocenských pojišťoven, u kterých mohl být zaměstnanec pojištěn. U okresních nemocenských pojišťoven byli pojištěni ti zaměstnanci, kteří vykonávali v jejím obvodu práce nebo služby a nebyli pojištěni u žádné z jiných nemocenských pojišťoven.

Zemědělství a lesní zaměstnanci byli pojištěni u zemědělské nemocenské pojišťovny, pokud nebyly pojištěni u závodní nemocenské pojišťovny, společenstevní nemocenské pojišťovny, spolkové nemocenské pojišťovny nebo zapsané pojišťovny pomocné.

U závodní nemocenské pojišťovny byly pojištěny osoby zaměstnané v závodě, kde byla v činnosti závodní nemocenská pojišťovna, pokud tyto osoby nebyly pojištěny u některé spolkové nemocenské pojišťovny nebo zapsané pojišťovny pomocné. Závodní nemocenské pojišťovny byly v některých ustanoveních upraveny odchylně než od ostatní nemocenské pojišťovny, např. pokud nestačilo jmění závodní nemocenské pojišťovny, aby byla uhrazena běžná vydání, byl podnikatel povinen poskytnout bezúročné potřebné zálohy.

Osoby zaměstnané u povinných členů živnostenského společenstva, u něhož byla zřízena společenstevní nemocenská pojišťovna, byly povinně pojištěny u této pojišťovny.

Zákon dále uváděl, že spolková nemocenská pojišťovna zřízená podle spolčovacího zákona ze dne 26. listopadu 1852, rak. ř. z. č. 253, mohla pojišťovat i nadále s účinkem, že její členové nemuseli být pojištěni u příslušné okresní nebo zemědělské nebo závodní nemocenské pojišťovny. Též zapsaná pojišťovna pomocná, které bylo před 1. červencem 1919 uděleno osvědčení podle § 7 zákon ze dne 16. července 1892, rak. ř. z. č. 202, mohla i nadále pojišťovat osoby povinně pojištěné pro případ nemoci s účinkem. Pojištění u spolkové nemocenské pojišťovny nebo u zapsané pojišťovny pomocné vyžadovalo souhlas pojištěnce. Tyto pojišťovny se označovaly jako pojišťovny náhradní.

Orgány nemocenských pojišťoven byli představenstvo a vedoucí úředník. Představenstvo se skládalo z jedné poloviny ze zástupců zaměstnanců a z druhé poloviny ze zástupců zaměstnavatelů. Představenstvo dozíralo nad dodržováním zákona, stanov a jiných předpisů při správě nemocenské pojišťovny. Z členů

představenstva se ustavila revizní komise, která měla pravomoc provádět alespoň jednou za čtvrt roku řádnou revisi pokladny, účetnictví pojišťovny a příslušných knih, listin a dokladů, mohla konat i revise mimořádné. Revizní komise také zkoumala účetní závěrku nemocenské pojišťovny a podávala o ní představenstvu zprávu. Vedoucí úředník zastupoval pojišťovnu navenek. Příslušelo mu řídit práce nemocenské pojišťovny a rozhodovat ve všech věcech, jež nepatřily do pravomoci představenstva. Měl-li vedoucí úředník za to, že u snesení představenstva bylo v rozporu s platnými předpisy, byl oprávněn a povinen předložit toto usnesení k rozhodnutí Ústřední sociální pojišťovně a zdržet výkon usnesení až do tohoto rozhodnutí. Vedoucí úředník byl odpovědný ze své činnosti Ústřední sociální pojišťovně.

V zákoně byla obsažena i právní úprava hospodářství pojišťoven. Samostatně zde byly upraveny rezervní fond nemocenské pojišťovny, mimořádný podpůrný fond a uložení jmění. Zákon dále uváděl, že jmění pojišťovacích ústavů může být použito pouze k účelům v zákoně předepsaným nebo připuštěným. Jmění nemocenských pojišťoven ale smělo být ukládáno pouze v zákoně uvedenými způsoby.

Zákon upravoval též nabývání a zcizování nemovitostí nemocenskými pojišťovnami. Zajímavostí je, že nemovitosti nemocenských pojišťoven mohly být zcizeny pouze se souhlasem Ústřední sociální pojišťovny.

Zákon upravoval též zrušení a likvidaci nemocenské pojišťovny. Ústřední sociální pojišťovna měla pravomoc zrušit nemocenskou pojišťovnu, aby ji spojila s jinou nemocenskou pojišťovnou; toto bylo ale podmíněno až po slyšení zúčastněných nemocenských pojišťoven a po slyšení svazu nemocenských pojišťoven a za souhlasu ministra hospodářství a práce.

Ústřední sociální pojišťovna

Ústřední sociální pojišťovna prováděla pojištění invalidní a starobní podle zákona č. 221/1924 Sb., ale měla různá oprávnění i v oblastní pojištění nemocenského (např. zrušení nemocenské pojišťovny- viz text výše). Ústřední sociální pojišťovna byla právnickou osobou se sídlem v Praze, byla příslušná provádět všechny úkony týkající se invalidního a starobního pojištění, pokud k tomu nebyly podle zákona výslovně povolány nemocenské pojišťovny. Ústřední sociální pojišťovna mohla jednotlivé další úkony invalidního a starobního pojištění svěřit nemocenským pojišťovnám a jejich

svazu nebo jiným sociálně pojišťovacími institucím. Nemocenské pojišťovny a jejich svaz pak byly povinny je převzít. Orgány Ústřední sociální pojišťovny byly představenstvo a ředitelství.

Zákon upravoval i dozor nad pojišťovacími ústavami. Ministerstvo hospodářství a práce vedlo vrchní dozor nad prováděním zákona, nad Ústřední sociální pojišťovnou, nemocenskými pojišťovnami a všemi ústavami a institucemi zřízenými v oboru pojištění nemocenského, invalidního a starobního. Dozorčím úřadem nad nemocenskými pojišťovnami pak byla i Ústřední sociální pojišťovna. Nemocenské pojišťovny byly povinny předložit Ústřední sociální pojišťovně každý rok účetní závěrku, výsledek jejího prozkoumání, přehled o pohybu členstva, o nemocech a úmrtích, o počtu dní nemocenských, o pojistném a dávkách, o výši a uložení rezervního fondu.

Nemocenské pojišťovny byly povinny být členy Ústředního svazu nemocenských pojišťoven v Praze. Svaz byl právnickou osobou a podléhal dozoru Ústřední sociální pojišťovny v témž rozsahu jako nemocenská pojišťovna. Svazu příslušelo zastupovat společné zájmy nemocenských pojišťoven. Svaz mohl například sjednávat společné úmluvy s lékaři, nemocnicemi, sjednávat úmluvy mezi pojišťovnami o jejich vzájemných stycích, opatřovat léčebné pomůcky, zřizovat a provozovat léčebny, ozdravovny a lázně.

Zákon dále upravoval pojistné dávky, dávky pojištění invalidního a starobního, lékařskou službu a léčebnou péči. Zákon současně upravoval pojistné nemocenské, invalidní a starobní. V zákoně byla obsažena i právní úprava řízení a soudnictví pojišťovacího včetně pojišťovacího soudu.

Zákon č. 221/1924 Sb. byl zrušen dne 1. 10. 1948 zákonem č. 99/1948 Sb. o národním pojištění.

1.2.2 Organizace zdravotního pojištění v druhé polovině 20. století

Zákon č. 99/1948 Sb. o národním pojištění nabyl účinnosti 15. 5. 1948 a byl zrušen 1.1.1957. Tento zákon upravoval národní pojištění, tedy pojištění pro případ nemoci a mateřství (nemocenské pojištění) a pojištění pro případ stáří, invalidity, ztráty živitele smrtí a pro případ úrazu (důchodové pojištění). Zákon upravoval osobní rozsah pojištění, povinné pojištění, dávky z pojištění, pojistné, zvláštní druhy pojištění,

organizaci a hospodaření národního pojištění, dozor nad prováděním národního pojištění, řízení u ustanovení trestní včetně úpravy pojišťovacího soudu.

Organizace a hospodaření národního pojištění

Všechna odvětví národního pojištění prováděla jako jediný nositel pojištění Ústřední národní pojišťovna, která byla právnickou osobou a její sídlo bylo v Praze, jejími územní organizačními složkami byly národní pojišťovny a okresní národní pojišťovny. Orgány Ústřední národní pojišťovny byl sbor delegátů, představenstvo, revizní komise a ředitelství. Orgány národních pojišťoven byly správní sbor, revizní komise a ředitelství, obdobné orgány byly i u okresní národní pojišťovny. Zákon dále upravoval hospodaření Ústřední národní pojišťovny. Ta sestavovala podle platných celostátních směrnic ve shodě s celostátním hospodářským plánováním dlouhodobý hospodářský plán a rozpočet. Vedle toho sestavovala hospodářský plán a rozpočet vždy pro nejbližší rok. Své hospodářství vedla a zjišťovala jeho výsledky odděleně pro pojištění nemocenské a pro pojištění důchodové. Vedle kmenového a podpůrných fondů vytvářela též bezpečnostní fond nemocenského pojištění.

Dozor nad prováděním národního pojištění vykonávalo ministerstvo sociální péče, nad prováděním zdravotní a léčebné péče národního pojištění vykonávalo dozor toto ministerstvo v dohodě s ministerstvem zdravotnictví a dozor v zásadních otázkách finančního hospodaření v dohodě s ministerstvem financí. Hospodaření Ústřední národní pojišťovny podléhalo kontrole nejvyššího účetního kontrolního úřadu.

Nutno podotknout, že téměř celá část zákona č. 99/1948 Sb., která pojednávala o organizaci a hospodaření národního pojištění a dozoru nad národním pojištěním byla zrušena vyhláškou předsedy vlády č. 100/1953, kterou se uveřejňuje opatření Ústřední rady odborů o organizaci a provádění nemocenského pojištění zaměstnanců. Ustanovení § 4 odst. 1 písm. a) zákona č. 102/1951 Sb. o přebudování národního pojištění stanoví: *„Ústřední rada odborů přebuduje nemocenské pojištění tak, aby se přiblížilo pracujícím, aby jeho dávky byly v souladu se zájmy výroby a pracujících a se zásadou odměny podle zásluhy a aby jeho provádění bylo zjednodušeno a zhospodárněno. Za tím účelem Ústřední rada odborů především:*

- a) *bude postupně přenášet provádění nemocenského pojištění do závodů a na odborové svazy, při čemž správy závodů budou obstarávat administrativní úkoly spojené s prováděním nemocenského pojištění,*“

Ustanovení § 13 zákona č. 102/1951 Sb. pak znělo: „*Předpisy, které odporují tomuto zákonu nebo předpisům podle něho vydaným, se zrušují.*“

Opatření Ústřední rady odborů ze dne 18. prosince 1953 o organizaci a provádění nemocenského pojištění zaměstnanců, vyhlášení vyhláškou č. 100/1953 Sb., bylo účinné od 1. 1. 1954 do 1. 1. 1959, kdy bylo zrušeno dalším opatřením Ústřední rady odborů ze dne 22. prosince 1958 o organizaci a provádění nemocenského pojištění zaměstnanců, které bylo vyhlášeno ve vyhlášce č. 91/1958 Sb., kterou se uveřejňuje opatření Ústřední rady odborů o organizaci a provádění nemocenského pojištění zaměstnanců.

Opatření z roku 1953 mimo jiné stanovovalo, že nemocenské pojištění zaměstnanců spravuje pracující sdružení v Revolučním odborovém hnutí a sami v něm rozhodují. Vrcholným orgánem nemocenského pojištění zaměstnanců je Ústřední rada odborů. Prostředky určené k provádění nemocenského pojištění byly ve státním socialistickém vlastnictví; příjmy a výdaje jsou součástí státních příjmů a výdajů.

Zákon č. 54/1956 Sb. o nemocenském pojištění zaměstnanců v ustanovení § 63 odst. 1 uváděl:

„§ 63

(1) Ústřední rada odborů vydá se souhlasem vlády opatřením, které předseda vlády uveřejní vyhláškou ve Sbírce zákonů, bližší předpisy:

a) o organizaci a o způsobu provádění nemocenského pojištění zaměstnanců, zejména o působnosti jednotlivých odborových orgánů a o povinnostech a odpovědnosti závodů a jejich pracovníků;

b) o způsobu jednání a rozhodování (řízení) v dávkových a jiných věcech nemocenského pojištění zaměstnanců;

c) o příjmech nemocenského pojištění, zejména o pojistném, o přirážce k pojistnému, o penále, o jejich vyměřování a vykazování a o příjmech z nároků na náhradu vyplacených dávek proti zaměstnavatelům a jiným osobám.“

Toto znění bylo účinné až do 30.6.1990.

Na základě tohoto ustanovení pak byla vydána vyhláška č. 91/1958 Sb. s novým opatřením Ústřední rady odborů. Opatření stanovovalo, že nemocenské pojištění se provádělo v závodech a v orgánech Revolučního odborového hnutí. Prostředky určené k

provádění nemocenského pojištění byly ve státním socialistickém vlastnictví; příjmy a výdaje byly součástí státních příjmů a výdajů.

Od 1.7.1990 do 31.12.1991 došlo ke změně opatření, nemocniční pojištění se provádělo v závodech a příslušných orgánech nemocenského pojištění. Příjmy a výdaje nemocenského pojištění byly součástí státních příjmů a výdajů.

Toto opatření prošlo v průběhu let několika novelizacemi, jeho části byly na začátku 90. let postupně rušeny, definitivně byla vyhláška č. 91/1958 Sb. zrušena pro Českou republiku zákonem č. 589/1992 Sb. o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.

V 90. letech 20. století stojí za zmínku zákon č. 550/1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění, který nabyl účinnosti dne 1.1.1992 a byl zrušen dne 1.4.1997, a to zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, kterému se budu věnovat podrobněji v kapitole páté.

Zákon č. 550/1991 Sb. upravoval všeobecné zdravotní pojištění, na jehož základě byla poskytována potřebná zdravotní péče bez nutnosti její přímé úhrady v rozsahu stanoveném tímto zákonem a Zdravotním řádem. Zákon vymezoval potřebnou zdravotní péči, osobní rozsah zdravotního pojištění, pojistné, práva a povinnosti plátců pojistného a pojištěnců, organizaci zdravotního pojištění, pokuty a přírážky k pojistnému. Bylo stanoveno, že zdravotní pojištění provádějí Všeobecná zdravotní pojišťovna a resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny. Co se týče vzniku a činnosti těchto pojišťoven, přenechával tento zákon úpravu zvláštním zákonům. Těmito zákony jsou zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách a zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, kterým se podrobněji věnuji v následujících kapitolách. Co se týče organizace zdravotního pojištění, upravoval zákon č. 551/1991 Sb. úkoly zdravotního pojišťoven, kontrolní činnost zdravotních pojišťoven a ustanovení, že zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů České republiky.

Na začátku devadesátých let 20. století byl přijat i zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, který nabyl účinnosti dne 1. 1. 1993. Určité zkušenosti při tvorbě tohoto zákona byly čerpány i e zákona č. 221/1924 Sb., o kterém

jsem pojednávala výše. Zákon č. 592/1992 Sb. je doposud účinný a věnuji se mu blíže v kapitole páté.

Dalo by se říci, že nejvýznamnější změnou byla změna finančních vztahů ve zdravotnictví, tedy přechod z přímého financování státem na systém zdravotního pojištění. Zákon č. 550/1991 Sb. vycházel z široce koncipovaného nároku občana na zajištění potřebné zdravotní péče. Novelizace v průběhu následujících let pak byly poznamenány odbornými spory a vedly k redukci rozsahu plně hrazené péče ze zdravotního pojištění.⁷

1.2.3 Zdravotní pojišťovny v Německu a ve Švýcarsku

V předchozích podkapitolách jsem uvedla stručnou historii vývoje zdravotních pojišťoven na českém území, a ještě dříve, než se dopodrobna budu zabírat současnou (popřípadě donedávna platnou) právní úpravou zdravotních pojišťoven, stručně pro porovnání uvedu postavení zdravotních pojišťoven (resp. jím obdobných institucí) v Německu a ve Švýcarsku.

Německo^{8 9}

Zákonné zdravotní pojištění je v Německu součástí německého systému sociálního pojištění a zdravotního systému. Právní předpisy stanoví, pro koho je toto pojištění povinné. Zdravotní pojištění provádějí tzv. Krankenkasse¹⁰, což jsou společnosti veřejného práva s vlastní správou. Obdobně jako v ČR, tak i zde zdravotní pojišťovna spravuje svůj rozpočet s vlastní odpovědností, musí plnit zákonem předepsané úkoly. V Německu lze rozlišit několik druhů zdravotních pojišťoven: Ersatzkassen (náhradové pojišťovny), Allgemeine Ortskrankenkassen (všeobecné místní zdravotní pojišťovny),

⁷ STOLÍNOVÁ, Jitka. Ohlédnutí za zdravotnickou legislativou. *Správní právo*. 1996, č. 4.

⁸ Gesetzliche Krankenversicherung. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2014-01-02]. Dostupné z: http://de.wikipedia.org/wiki/Gesetzliche_Krankenversicherung#Krankenkassen

⁹ Liste der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2014-01-02]. Dostupné z: http://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_gesetzlichen_Krankenkassen_in_Deutschland

¹⁰ V překladu nemocenská/zdravotní pojišťovna.

Betriebskrankenkassen (závodní zdravotní pojišťovny), Innungskrankenkassen (cechovní zdravotní pojišťovny), Landwirtschaftliche Krankenkassen (zemědělské zdravotní pojišťovny), Knappschaft (hornické zdravotní pojišťovny). Pojištěnci mají právo zvolit si zdravotní pojišťovnu, u které chtějí být pojištěni. V Německu působí oproti České republice velké množství zdravotních pojišťoven, ale i zde jejich počet klesá. V roce 1931 tam bylo téměř sedm tisíc zdravotních pojišťoven, v roce 1991 klesl počet na 1 209 zdravotních pojišťoven až na současný počet 132 zákonných zdravotních pojišťoven (začátek roku 2014), i zde docházelo ke slučování zdravotních pojišťoven.

Švýcarsko^{11 12}

I ve Švýcarsku provádějí zdravotní pojištění tzv. Krankenkassen, které jsou právními osobami soukromého nebo veřejného práva, jejich účelem není dosahování zisku a jsou uznány ministerstvem vnitra. Zdravotní pojišťovny mohou být zakládány jako spolky, nadace, družstva nebo akciové společnosti s nevýdělečným účelem. Hlavním úkolem zdravotních pojišťoven je provádění sociálního zdravotního pojištění (zákonné pojištění), vedle toho mohou ale volně nabízet i další pojištění (např. přednostní ošetření, vyšší komfort v nemocnicích, zubařské výkony) a i další možnosti pojištění (odškodnění v případě invalidity). V roce 2012 bylo ve Švýcarsku 69 zdravotních pojišťoven, které nabízely základní pojištění podle zákona o zdravotním pojištění.

¹¹ Krankenkasse. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2014-01-02]. Dostupné z: <http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenkasse>

¹² Liste der zugelassenen Krankenversicherer in der Schweiz. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2014-01-02]. Dostupné z: http://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_zugelassenen_Krankenversicherer_in_der_Schweiz

2. Současná právní úprava zdravotních pojišťoven

V této kapitole se budu zabírat nedávným vývojem právní úpravy zdravotních pojišťoven a jeho aktuálním stavem. Budu se jednat především o rozbor zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, jejich zajímavé novelizace, jak se utvářely v průběhu minulých let a jejich vzájemné porovnávání. Zaměřím se především na vznik a zánik zaměstnaneckých pojišťoven a právní úpravu nucené správy zdravotních pojišťoven.

2.1 *Vznik současné právní úprava zdravotních pojišťoven*¹³

První kroky k současnému systému zdravotních pojišťoven u nás byly učiněny v roce 1991, kdy bylo usnesení¹⁴ vlády České republiky uloženo ministru zdravotnictví ČR zpracovat koncepci povinného zdravotního pojištění, zdravotní pojišťovny a vícezdrojového systému financování zdravotnictví. Výsledkem bylo vypracování návrhu zákona o všeobecném zdravotním pojištění, který navazoval na zákon č. 221/1924 Sb., který upravoval ve své době jeden z nejmodernějších systému nemocenského pojištění.

Nově zřizovaná Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále též VZP ČR) měla být institucí, která měla zabezpečit fungování nového systému zdravotního pojištění.

Aby VZP ČR mohla zahájit k 1.1.1992 svou činnost, bylo třeba vytvořit předem institucionální a organizační předpoklady, proto byla zřízena k 1.9.1991 „Správa všeobecného zdravotního pojištění jako rozpočtová organizace ministerstva zdravotnictví České republiky. Vláda České republiky svým usnesením č. 306 ze dne 28.8.1991 vyslovila souhlas se zřízením Správy všeobecného zdravotního pojištění a současně uložila ministru financí ČR zajistit do konce roku 1991 profinancování její činnosti z rozpočtových prostředků na zdravotnictví vyčleněním těchto prostředků při úpravě státního rozpočtu ČR až do výše 293,3 milionů Kč. Správa všeobecného

¹³ Blíže v Důvodová zpráva k zákonu č. 551/1991 Sb.

¹⁴ Usnesení vlády České republiky č. 36 ze dne 13.2.1991, usnesení vlády České republiky č. 69 ze dne 13.3.1991

zdravotního pojištění zanikla ke dni účinnosti zákona č. 551/1991 Sb. , tedy 1. 1. 1992, jejím právním nástupcem se stala VZP ČR (§ 28 zákona č. 551/1991 Sb.)

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky nabyl účinnosti 1.1.1992 a o půl roku později, tj. 1. července 1992, nabyl účinnosti zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Oba zákony byly již několikrát novelizovány.

Zákon č. 551/1991 Sb. je rozdělen do šesti částí. První část upravuje základní ustanovení, část druhá hospodaření VZP ČR, část třetí organizační strukturu VZP ČR, část čtvrtá orgány VZP ČR, část pátá informační systém VZP ČR a část šestá společná, přechodná a závěrečná ustanovení.

Zákon č. 280/1992 Sb., upravuje vznik, činnost a zánik resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven (dále též „zaměstnanecká pojišťovna). Zákon má obdobnou strukturu jako zákon č. 551/1991 Sb., je rozdělen do šesti částí: část první základní ustanovení, část druhá organizační struktura a orgány zaměstnanecké pojišťovny, část třetí hospodaření zaměstnaneckých pojišťoven, část čtvrtá informační systém zaměstnanecké pojišťovny, část pátá zajišťovací fond, část šestá ustanovení společná, přechodná a závěrečná.

Ustanovení § 1 zákona č. 551/1991 Sb. uvádí, že se zřizuje Všeobecná zdravotní pojišťovna se sídlem v Praze. VZP ČR byla zřízena přímo zákonem, na rozdíl od zaměstnaneckých pojišťoven, které mohou provádět všeobecné zdravotní pojištění až po udělení povolení Ministerstvem zdravotnictví. Jak VZP ČR, tak zaměstnanecká pojišťovna je právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývající. Zdravotní pojišťovny provádějí veřejné zdravotního pojištění pro pojištěnce, kteří jsou u ní zaregistrováni. Na rozdíl od VZP ČR ale mají zaměstnanecké pojišťovny povinnosti zapisovat se do obchodního rejstříku.

2.1.1 Pojem všeobecné zdravotní pojištění

Pojem všeobecné zdravotní pojištění není v nyní účinných zákonech nikde vysvětlen. Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění v ustanovení § 1 uváděl:

„Tento zákon upravuje všeobecné zdravotní pojištění (dále jen "zdravotní pojištění"), na jehož základě je poskytována potřebná zdravotní péče bez nutnosti její přímé úhrady v rozsahu stanoveném tímto zákonem a Zdravotním řádem.“

V následujícím ustanovení § 2 zákona č. 550/1991 Sb. pak byla definována potřebná zdravotní péče. Tato ustanovení byla několikrát novelizována. Od 1. 7. 1993 do 30. 4. 1995 bylo účinné toto znění ustanovení § 1 zákona č. 550/1991 Sb.:

„Tento zákon upravuje všeobecné zdravotní pojištění (dále jen "zdravotní pojištění"), na jehož základě je poskytována zdravotní péče plně nebo částečně hrazená zdravotním pojištěním v rozsahu stanoveném tímto zákonem a Zdravotním řádem.“

Následující ustanovení § 2 zákona č. 550/1991 Sb. pak definovalo péče plně nebo částečně hrazenou zdravotním pojištěním.

Od 1.5.1995 do 31.3.1997 bylo účinné toto znění ustanovení § 1 zákona č. 550/1991 Sb.:

„Tento zákon upravuje všeobecné zdravotní pojištění (dále jen "zdravotní pojištění") a podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona zdravotní péče poskytována. Zdravotní péče podle tohoto zákona se poskytuje jako péče plně nebo částečně hrazená zdravotním pojištěním.“

Ustanovení § 1 zákona č. 550/1991 Sb. bylo zrušeno nálezem Ústavního soudu České republiky č. 206/1996 Sb. ze dne 10. 7. 1996, který byl vykonatelný k 1. 4. 1997 a samotný zákon č. 550/1991 Sb. byl zrušen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který je účinný od 1. 4. 1997 a zavádí místo dříve používaného pojmu všeobecného zdravotního pojištění nově pojem veřejné zdravotní pojištění, ale již tento pojem nijak přímo nedefinuje. Z následujících částí zákona lze veřejné zdravotní pojištění vymezit podle jeho osobního rozsahu, vzniku a zániku, plátců pojistného, pojištěnců a v neposlední řadě i dle zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění.

Vzhledem k tomu, že většina zákonů upravující problematiku zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven byla přijata před rokem 1997, tak je v nich používán pojem

všeobecné zdravotní pojištění s odkazem na zákon č. 550/1991 Sb., který byl výše zmiňovaným zákonem č. 48/1997 Sb. zrušen. V přechodných a závěrečných ustanoveních zákona č. 48/1997 Sb., v ustanovení § 56 odst. 3 je stanoveno: „*Kde se v jiných předpisech používá pojmu "všeobecné zdravotní pojištění", rozumí se tím "veřejné zdravotní pojištění".*“

Správně používaným pojmem by tedy mělo být nyní veřejné zdravotní. Vlivem několika novelizací se již v některých ustanoveních starších zákonů objevuje nový pojem veřejné zdravotní pojištění. Pro přehlednost a možnost následného dohledání v textu právních předpisů a zejména tam, kde je pojem všeobecného zdravotního pojištění více zažit (například zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění) používám v této práci ty pojmy, které se v konkrétních právních předpisech přímo vyskytují, tedy jak pojem všeobecné zdravotní pojištění, tak veřejné zdravotní pojištění.

2.2 *Vznik zaměstnanecké pojišťovny*

Druhy zaměstnaneckých pojišťoven vyplývají již z názvu zákona č. 280/1992 Sb., a jsou zde upraveny v ustanovení § 2. Resortní zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance všech organizací založených nebo zřízených jedním ministerstvem ČR anebo podléhající ucelené části tohoto ministerstva. Oborovou zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho oboru. Podnikovou zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho nebo více podniků. Další zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna s meziresortní a mezioborovou. Nutno ale podotknout, že toto rozdělení je dnes již více méně přežitě a není nikterak striktní a omezující. K dnešnímu dni¹⁵ existuje v ČR celkem 6 zaměstnaneckých pojišťoven, jsou to: Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

¹⁵ 31.12.2013 http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotnipojistovny_945_839_1.html

Jak již bylo uvedeno výše, tak zaměstnanecká pojišťovna potřebuje k provádění všeobecného zdravotního pojištění povolení. O udělení povolení rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. Povolení se uděluje na dobu neurčitou a je nepřevoditelné na jinou osobu. Na rozhodování se vztahují obecné předpisy o správním řízení (zákon č. 500/2004 Sb., správní řád), pokud zákon č. 280/1992 Sb., nestanoví jinak. O udělení povolení se rozhoduje po posouzení údajů uvedených v žádosti o povolení, věcných, finančních a organizačních předpokladů pro činnost zaměstnanecké pojišťovny, reálnosti předpokládaných příjmů a výdajů zaměstnanecké pojišťovny. Žadatelem o povolení a následně provádět všeobecné zdravotní pojištění může právnická osoba se sídlem na území České republiky, která není osobou oprávněnou poskytovat zdravotní služby podle zákona o zdravotních službách (dále také „poskytovatel“), zřizovatelem, vlastníkem ani spoluvlastníkem poskytovatele, vlastněna právnickou osobou, která je zřizovatelem, vlastníkem nebo spoluvlastníkem zdravotnického zařízení, nebo vlastněna právnickou osobou, která je zřizovatelem, vlastníkem nebo spoluvlastníkem poskytovatele.

V žádosti o povolení musí žadatel uvést

- a) předpokládaný název a sídlo zaměstnanecké pojišťovny, přičemž z názvu musí být patrné, že jde o zaměstnaneckou pojišťovnu,
- b) rozbor předpokládaných příjmů a výdajů zaměstnanecké pojišťovny,
- c) závazek žadatele, že uhradí náklady spojené se založením zaměstnanecké pojišťovny s uvedením způsobu zajištění splnění tohoto závazku,
- d) věcné, finanční a organizační předpoklady pro činnost zaměstnanecké pojišťovny,
- e) banku, která povede pro zaměstnaneckou pojišťovnu finanční prostředky,
- f) závazek, že zaměstnanecká pojišťovna dosáhne do jednoho roku od založení počtu nejméně 100 000 pojištěnců,
- g) způsob zrušení zaměstnanecké pojišťovny v případě nesplnění závazků podle písmen c), d), nebo f).

K žádosti žadatel připojí návrhy zakládací listiny a statutu zaměstnanecké pojišťovny a návrh prvního zdravotně pojistného plánu. Před podáním žádosti o povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění je žadatel povinen složit kauci

ve výši 100 000 000 Kč. Dnem zápisu zaměstnanecké pojišťovny do obchodního rejstříku přecházejí práva ke kauci na zaměstnaneckou pojišťovnu, ta kauci převede do rezervního fondu.

Statut zaměstnanecké pojišťovny obsahuje zejména rozsah činnosti zaměstnanecké pojišťovny, obecné zaměření zdravotní politiky, zásady hospodaření a způsob zveřejňování výroční zprávy. VZP ČR na rozdíl od zaměstnaneckých pojišťoven nemá statut pojišťovny.

2.3 Zánik zaměstnanecké pojišťovny

Ustanovení § 6 zákona č. 280/1992 Sb. Upravuje zánik a zrušení zaměstnanecké pojišťovny. Zaměstnanecká pojišťovna zaniká ke dni výmazu z obchodního rejstříku. Návrh na výmaz podává zanikající zdravotní pojišťovna nebo likvidátor. Zániku zaměstnanecké pojišťovny předchází její zrušení bez likvidace nebo s likvidací. Bez likvidace se zaměstnanecká pojišťovna zrušuje sloučením s VZP ČR, nebo sloučením s jinou zaměstnaneckou pojišťovnou. Sloučení se VZP ČR oznámí neprodleně zrušovaná zaměstnanecká pojišťovna Ministerstvu zdravotnictví, kdežto sloučení zaměstnaneckých pojišťoven vyžaduje povolení, které vydává Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. Se žádostí o povolení předkládají zaměstnanecké pojišťovny nový zdravotně pojistný plán. Zaměstnanecké pojišťovny jsou povinny doložit, že budou splňovat podmínky požadované k udělení povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění, s výjimkou kauce.

Při sloučení přechází veškerý majetek, závazky a pohledávky na VZP ČR nebo na zaměstnaneckou pojišťovnu, s níž se zrušovaná zaměstnanecká pojišťovna slučuje, také k ní přecházejí všichni pojištěnci zrušované zaměstnanecké pojišťovny. VZP ČR nebo zaměstnanecká pojišťovna může požádat Ministerstvo zdravotnictví o návratnou finanční výpomoc do výše převzatých závazků. O poskytnutí této výpomoci a její výši rozhoduje vláda na návrh předložený ministrem zdravotnictví po projednání s ministrem financí. Zákon pak stanoví, aby poskytnutá návratná finanční výpomoc byla použita především k úhradě závazků zrušované zaměstnanecké pojišťovny vůči poskytovatelům.

Platná právní úprava slučování zdravotních pojišťoven je poměrně benevolentní v tom smyslu, že záleží čistě na vůli zdravotních pojišťoven, zda se rozhodnout se sloučit, následně samozřejmě musí podat žádost o sloučení v souladu se zákonem. Ne vždy ale tomu tak bylo. Ve znění účinném Od 1. 11. 2009 do 30. 11. 2011 bylo zákonem striktně stanoveno, pouze v kterých případech je sloučení možné sloučení zaměstnaneckých pojišťoven. Za prvé to byla skutečnost, že zaměstnanecká zdravotní pojišťovna nedosáhla potřebného počtu pojištěnců, za druhé pak skutečnost, že na zaměstnaneckou pojišťovnu byla zavedena nucená správa. Z toho vyplývalo, že nebylo možné sloučit funkční a prosperující zaměstnanecké pojišťovny, i když by to bylo ve veřejném zájmu. Tato právní úprava byla považována za nevyhovující, neboť měla neúčelně omezující charakter spočívající v zamezení slučování zdravotních pojišťoven i v těch případech, kdy takové sloučení bylo žádoucí. Proto byl navržen a posléze přijat zákon č. 298/2011 Sb., který mimo jiné novelizoval i zákona č. 280/1992 Sb., která umožnila snadnější slučování zdravotních pojišťoven.¹⁶

Dále je možno zaměstnaneckou pojišťovnu zrušit s likvidací, jestliže jí bylo Ministerstvem zdravotnictví odejmuto povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění, nebo o to zaměstnanecká pojišťovna Ministerstvo zdravotnictví požádá. Zákon vyjmenovává, v jakých případech může Ministerstvo zdravotnictví odejmout povolení. Tedy je ponecháno na rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví, zda povolení odejme nebo ponechá, pokud nastanou zákonem předvídané případy:

- opatření uložená Ministerstvem zdravotnictví k nápravě nedostatků v hospodaření, zejména pokud jde o platební způsobilost zaměstnanecké pojišťovny, nesplnila svůj účel a tento účel nemohl být splněn ani zavedením nucené správy, nebo

¹⁶ Důvodová zpráva k návrhu zákona kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 15/1993 Sb., o Armádě České republiky a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (pozn.: posléze zákon č. 298/2011 Sb.)

- nucená správa nesplnila svůj účel, nebo
- vláda opakovaně neschválila zdravotně pojistný plán nebo opakovaně neschválila výroční zprávu zaměstnanecké pojišťovny, nebo
- pokud zaměstnanecká pojišťovna závazným způsobem porušuje právní předpisy, nebo
- zaměstnanecká pojišťovna nesplnila své závazky (nebyly uhrazeny náklady spojené se založením zaměstnanecké pojišťovny, věcné, finanční a organizační předpoklady pro činnost, nedosáhla do jednoho roku od založení počtu nejméně 100 000 pojištěnců.

Takže pak může nastat situace, kdy zaměstnanecká pojišťovna v žádosti o povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění uvede závazek, že do jednoho roku od založení dosáhne počtu nejméně 100 000 pojištěnců, tohoto počtu pak ve skutečnosti ani zdaleka nedosáhne a Ministerstvo zdravotnictví mu přesto ponechá povolení. Takovýto případ by byl zcela v souladu se zákonem. Ministerstvo zdravotnictví nemá stanovenou povinnost odnímat povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění a zákonem není ani stanovena povinnost zaměstnanecké pojišťovny, aby k určitému dni dosáhla určitého minimálního počtu pojištěnců.

Ustanovení § 6a zákona č.280/1992 Sb. upravuje likvidaci zaměstnanecké pojišťovny. Toto ustanovení bylo do zákona přidáno s účinností od 1. 7. 1996. Vstup zaměstnanecké pojišťovny do likvidace se zapisuje na návrh Ministerstva zdravotnictví do obchodního rejstříku a po dobu likvidace se užívá název zaměstnanecké pojišťovny s dovětkem „v likvidaci“. Ode dne zápisu do obchodního rejstříku jedná jménem zaměstnanecké pojišťovny v likvidaci likvidátor, popřípadě likvidátoři, které jmenuje Ministerstvo zdravotnictví. Likvidátor je mimo jiné povinen sestavit ke dni vstupu zaměstnanecké pojišťovny do likvidace likvidační účetní rozvahu a přehled o majetku zaměstnanecké pojišťovny a předat tyto údaje Ministerstvu zdravotnictví. Likvidátor provádí jen úkony, které směřují k likvidaci zaměstnanecké pojišťovny, zejména provádí úhrady za poskytnutou zdravotní péči poskytovatelům. Jestliže likvidátor zjistí předlužení zaměstnanecké pojišťovny, podá bez zbytečného odkladu insolvenční návrh.

Zákon připouští, aby bylo jmenováno více likvidátorů zaměstnanecké pojišťovny, ale již nestanovuje, jakým způsobem jsou tito likvidátoři oprávněni jménem

zaměstnanecké pojišťovny v likvidaci, zda je oprávněn jednat každý z likvidátorů samostatně nebo všichni dohromady.

Ke dni skončení likvidace sestaví likvidátor účetní závěrku a předloží ji Ministerstvu zdravotnictví ke schválení spolu s konečnou zprávou o průběhu likvidace. Do 30 dnů po skončení likvidace zaměstnanecké pojišťovny podá likvidátor rejstříkovému soudu návrh na výmaz zaměstnanecké pojišťovny z obchodního rejstříku.

Uvedená právní úprava založení, vzniku a zániku zaměstnaneckých pojišťoven ale neplatila vždy. V počátečních letech účinnosti zákona č. 280/1992 Sb. byla otázka vzniku a zániku zaměstnaneckých pojišťoven řešena velmi stručně, dalo by se říci až nedostatečně.

Původní právní úprava vzniku zaměstnanecké pojišťovny byla účinná od 1. 7. 1992 do 30. 4. 1995. Zřizovatelem zaměstnanecké pojišťovny bylo ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, které ji zřizovalo rozhodnutím na základě žádosti podnikatelských subjektů nebo příslušného ministerstva. Podmínky vzniku zaměstnanecké pojišťovny byly poměrně benevolentní. Žadatel musel doložit, že zaměstnává nebo že organizace jím založené nebo zřízené, popřípadě jemu podléhající zaměstnávají nejméně 20 000 zaměstnanců, rozbor předpokládaných příjmů a výdajů zaměstnanecké pojišťovny, pojistný plán, závazek, že pokryje pořizovací náklady zaměstnanecké pojišťovny, návrh statutu zaměstnanecké pojišťovny a souhlas většiny zaměstnanců, který bylo možno nahradit souhlasem příslušných odborových orgánů, byla-li více než polovina zaměstnanců odborově organizována.

Pokud žadatel nesplňoval podmínku minimálního počtu 20 000 zaměstnanců, bylo možno z jedné poloviny doplnit stanovený počet registrovanými zájemci o zdravotní pojištění v příslušné zaměstnanecké pojišťovně mimo okruh svých zaměstnanců.

Žadatel neměl povinnost skládat žádnou kauci. Povinnost kauce byla do zákona zavedena až od 1. 7. 1996.

Zaměstnanecká pojišťovna se zrušovala dvěma způsoby. Prvním bylo splnutí či sloučení s VZP ČR nebo jinou zaměstnaneckou pojišťovnou na základě dohody těchto zdravotních pojišťoven se souhlasem zřizovatele, tedy ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Druhým způsobem zrušení zaměstnanecké pojišťovny likvidací. Rozhodnutí o

likvidaci muselo obsahovat způsob převodu pojištěnců do VZP ČR nebo jiné zaměstnanecké pojišťovny, vypořádání majetku a závazků zaměstnanecké pojišťovny se řídilo obecně závaznými právními předpisy (zákon č. 328/1991 Sb., o konkursu a vyrovnání). Chyběla podrobnější právní úprava likvidace zaměstnanecké pojišťovny, ta byla zavedena až zákonem č. 149/1996 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon České národní rady č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon České národní rady č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů s účinností od 1. 7. 1996.

První podstatnou novelizaci v právní úpravě vzniku a zániku zaměstnaneckých pojišťoven představoval zákon č. 60/1995 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon České národní rady č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a zákon České národní rady č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů. Zákon nově stanovil, že k založení zaměstnanecké pojišťovny je třeba povolení. O udělení povolení rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. Na rozhodování se vztahují obecné předpisy o správním řízení, není-li dále v zákonu stanoveno jinak. O udělení povolení se rozhoduje po posouzení údajů uvedených v žádosti o povolení, věcných, finančních a organizačních předpokladů pro činnost zaměstnanecké pojišťovny, reálnosti předpokládaných příjmů a výdajů zaměstnanecké pojišťovny. Žadatelem o povolení mohla být jakákoliv právnická osoba se sídlem na území České republiky. Určitá omezení v osobě žadatele byla do zákona zavedena až zákonem č. 351/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů s účinností od 1. 11. 2009. Žádost o povolení dostala podoba, která je po drobných novelizacích platná i dnes. Podstatný rozdíl byl v tom, že tehdejší žádost obsahovala závazek, aby zaměstnanecká pojišťovna dosáhla do jednoho roku od

založení počtu nejméně 50 000 pojištěnců. Tento minimální počet byl změněn zákonem č. 351/2009 Sb. s účinností od 1. 11. 2009 a to na počet nejméně 100 000 pojištěnců. Od 1. 5. 1995 bylo do zákona č. 280/1992 Sb. zavedeno nové ustanovení § 4a, které se týkalo kauce. Kauce činila 50 000 000 Kč, tato částka byla pak navýšena již zmiňovaným zákonem č. 351/2009 Sb. s účinností od 1. 11. 2009 na 100 000 000 Kč.

Od 1. 5. 1995 do 30. 6. 1996 byla účinná též nová podoba zrušení zaměstnanecké pojišťovny. Oproti předchozí právní úpravě bylo navíc stanoveno, že Nesplněním závazku dosažení počtu nejméně 50 000 pojištěnců do jednoho roku od založení, se zaměstnanecká pojišťovna zrušuje a vstupuje do likvidace. A dále Ministerstvo zdravotnictví mohlo v případě opakovaného neschválení návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky nebo výroční zprávy zaměstnanecké pojišťovny rozhodnout o zrušení zaměstnanecké pojišťovny a vstupu do likvidace. Nová úprava zániku a zrušení zaměstnanecké pojišťovny byla zavedena až zákonem č. 149/1996 Sb. s účinností od 1. 7. 1996 a s menšími novelizacemi platí dodnes. Zákonem č. 149/1996 Sb. byla také nově zavedena právní úprava likvidace zaměstnavatelské pojišťovny (ustanovení § 6a zákona č. 280/1992 Sb.).

Úplně samostatně a v rámci zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách samostatně zařazená, je úprava sloučení Vojenské zdravotní pojišťovny. Ustanovení § 25 zákona č. 280/1992 Sb. (zařazené v části šesté Ustanovení společná, přechodná a závěrečná) uvádí, že v případě fúze sloučením Vojenské zdravotní pojišťovny s jinou zdravotní pojišťovnou, při které Vojenská zdravotní pojišťovna zanikne, přecházejí práva a povinnosti stanovené tímto zákonem Vojenské zdravotní pojišťovně, jakož i povinnosti stanovené Ministerstvu obrany a dalším osobám k Vojenské zdravotní pojišťovně, na nástupnickou zdravotní pojišťovnu. Toto ustanovení bylo do zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách zařazeno novelou s účinností od 1. 12. 2011 (zákon č. 298/2011 Sb. kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.) Tato novela byla součástí tzv. malé zdravotnické reformy a měla umožnit sloučení Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky a Vojenské

zdravotní pojišťovny České republiky.¹⁷ K této zamýšlené fúzi ale nakonec nedošlo. Správní rada VoZP ČR na svém zasedání dne 28. června 2012 návrh na sloučení se ZPMV ČR zamítla. Je otázkou, zda další jednání povedou nakonec ke sloučení těchto pojišťoven, či ne.

Od účinnosti zákona č. 280/1992 Sb. nastal boom ve vzniku nových zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a do tří let, v roce 1995 působilo v České republice již 26 zaměstnaneckých pojišťoven. V příloze č. 3 je uvedena tabulka, která uvádí jejich přehled a také jejich pozdější osud. Z tabulky je vidět, že většina zaměstnaneckých pojišťoven, které existovaly v roce 1995, zanikly. Deset zaměstnaneckých pojišťoven bylo zrušeno bez likvidace, a to sloučením s jinou zaměstnaneckou pojišťovnou, šest zaměstnaneckých pojišťoven bylo zrušeno s likvidací a čtyři zaměstnanecké pojišťovny byly k 30. 6. 2012 stále ještě v likvidaci. Pouze šest zaměstnaneckých pojišťoven z původních dvaceti šesti bylo ke konci roku 2013 stále činných.

Pro úplnost ještě dodávám, že ke dni 23. 1. 2008 byla do obchodního rejstříku zapsána Zdravotní pojišťovna AGEL (kód pojišťovny 227), která byla ale následně sloučena s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou a vymazána z obchodního rejstříku 1.7.2009. Zdravotní pojišťovna Média (kód pojišťovny 228) byla zapsána do obchodního rejstříku dne 2.3.2009 a vymazána z něj 28.3.2011, byla zrušena bez likvidace a to sloučením s VZP ČR.

2.4 Nucená správa

Oba zákony o zdravotních pojišťovnách pak upravují nucenou správu. Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky upravuje nucenou správu v části druhé – hospodaření Pojišťovny, v ustanovení § 7a. Zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách upravuje nucenou správu v části první- Základní ustanovení, v ustanovení § 7. Nucená správa byla zavedena do obou zákonů zákonem č. 60/1995 Sb., s účinností od 1. 5. 1995.

¹⁷ Pojišťovna vnitra je připravena na spojení s vojenskou ZP. [online]. 8.4.2011. [cit. 2013-05-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/pojistovna-vnitra-je-pripravena-na-spojeni-s-vojenskou-zp-459115>

Ustanovení § 7a zákona č. 551/1991 Sb. stanoví, že kontrolu činnosti VZP ČR provádí Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Zjistí-li toto ministerstvo závažné nedostatky v činnosti VZP ČR, zejména nedodržování zákona č. 551/1991 Sb., předpisů o všeobecném zdravotním pojištění nebo schváleného zdravotně pojistného plánu, je oprávněno podle povahy zjištěného nedostatku:

a) vyžadovat, aby VZP ČR ve stanovené lhůtě zjednala nápravu, zejména uvedla svou činnost do souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., předpisy o všeobecném zdravotním pojištění a schváleným zdravotně pojistným plánem,

b) zavést nucenou správu na dobu nejvýše jednoho roku.

V případě nucené správy podléhají rozhodnutí a právní úkony ředitele a dalších orgánů VZP ČR schválení nuceného správce, jinak jsou neplatná. Nucený správce je oprávněn činit rozhodnutí a právní úkony, které jinak přísluší řediteli nebo jinému orgánu VZP ČR. Pokud zákon č. 551/1991 Sb. nestanoví jinak, tak se na rozhodování o nucené správě vztahují obecné předpisy o správním řízení. Účastníkem řízení je VZP ČR. Podaný rozklad proti rozhodnutí o zavedení nucené správy nemá odkladný účinek. Rozhodnutí, kterým se zavádí nucená správa, obsahuje též jméno, příjmení a rodné číslo správce. V rámci ustanovení § 7a se vyskytuje další terminologická nepřesnost, v druhém odstavci se vyskytuje celkem dvakrát termín *nucený správce*, zatímco v následujících odstavcích se uvádí pouze jen *správce*, aniž by byla tato legislativní zkratka stanovena. Nicméně v tomto případě lze dovodit, že se jedná o nuceného správce.

Správce je zaměstnancem Ministerstva zdravotnictví nebo Ministerstva financí, je oprávněn přibírat k výkonu nucené správy další osoby.

Nucená správa zaměstnaneckých pojišťoven je obdobně upravena jako nucená správa VZP ČR. Ustanovení § 7 zákona č. 280/1992 Sb. ale jasně stanoví, že je to Ministerstvo zdravotnictví, které je oprávněno vyžadovat zjednání nápravu, nebo zavést nucenou správu, pokud zjistí závažné nedostatky v činnosti zaměstnanecké pojišťovny. Navíc je zde dále demonstrativně uvedeno, co je považováno za závažné nedostatky v činnosti zaměstnanecké pojišťovny. O závažné nedostatky v činnosti se jedná zejména, jestliže zaměstnanecká pojišťovna zastavila platby podstatné části svých peněžitých závazků, nebo je v prodlení s plněním svých závazků po lhůtě splatnosti po dobu delší než 3 měsíce, nebo není možné dosáhnout uspokojení některé ze splatných

peněžitých pohledávek vůči zaměstnanecké pojišťovně výkonem rozhodnutí nebo exekucí, nebo nedodrží schválený zdravotně pojistný plán.

Pokud je zaměstnanecká pojišťovna v nucené správě, tak může být zrušena bez likvidace sloučením s VZP ČR nebo jinou zaměstnaneckou pojišťovnou. Pokud ale nucená správa skončí a nucená správa nesplní svůj účel, může Ministerstvo zdravotnictví odejmout zaměstnanecké pojišťovně povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění a zaměstnanecká pojišťovna se pak zrušuje s likvidací.

S prováděním kontroly činnosti zdravotních pojišťoven souvisí i povinnost zdravotních pojišťoven podávat zprávu o svém hospodaření Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí, a to vždy do 60 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí. Ministerstvo zdravotnictví pak informuje veřejnost o hospodaření zdravotních pojišťoven prostřednictvím sdělovacích prostředků. Tato povinnost je u zaměstnaneckých pojišťoven obsažena v ustanovení § 7 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., který se týká nucené správy. VZP ČR má tuto povinnost stanovenou v samostatném ustanovení § 8 zákona č. 551/1991 Sb., toto ustanovení obsahuje, navíc oproti úpravě pro zaměstnanecké pojišťovny, i řešení bilanční nerovnováhy a platební neschopnosti VZP ČR. V případě zjištění bilanční nerovnováhy je VZP ČR současně se zprávou o hospodaření povinna předložit Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh opatření. Ministerstvo zdravotnictví po projednání s Ministerstvem financí předloží návrh opatření vládě. Pokud se VZP ČR ocitne v platební neschopnosti, zaručuje uhrazení nákladů poskytnuté zdravotní péče po vyčerpání prostředků rezervního fondu státní rozpočet ČR ve formě návratné finanční výpomoci. Objem návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu může činit nejvýše 50 % prokázaného nedostatku finančních prostředků způsobeného zvýšeným rozsahem poskytovaných zdravotnických služeb. O poskytnutí návratné finanční výpomoci rozhoduje vláda na návrh ministra zdravotnictví po dohodě s ministrem financí. Je zde tedy patrný rozdíl mezi VZP ČR a zaměstnaneckými pojišťovnami. Pokud se totiž zaměstnanecká pojišťovna ocitne v platební neschopnosti, tak uhrazení nákladů poskytnuté zdravotní péče nezaručuje státní rozpočet ČR ve formě návratné finanční výpomoci, jak je tomu u VZP ČR. Ministerstvo zdravotnictví je ale oprávněno například zavést v zaměstnanecké pojišťovně nucenou správu, jak již bylo výše uvedeno.

2.5 Sdružování zdravotních pojišťoven

Zaměstnanecké pojišťovny se sdružují ve Svazu zdravotních pojišťoven ČR. Svaz zdravotních pojišťoven ČR vznikl dne 15. 5.1997 jako nástupnická organizace Sdružení zdravotních pojišťoven, které bylo ustaveno na dobrovolné bázi dne 26.1.1993. Sdružuje všech 6 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v České republice.

Svaz zdravotních pojišťoven ČR na svých internetových stránkách uvádí, že jeho účelem je hájit společné zájmy zdravotních pojišťoven a jejich klientů ve vztahu ke státním organizacím, profesním svazům a poskytovatelům zdravotní péče s hlavním cílem zkvalitňování služeb pro své klienty¹⁸.

2.6 Další vývoj zdravotních pojišťoven

Vzhledem k výše popsanému vývoji je vidět, že slučování zdravotních pojišťoven nestojí téměř nic v cestě a názory na vhodnost jejich počtu se liší. Bude tedy záležet i na vedení jednotlivých pojišťoven, zda se budou dále slučovat nebo zůstane jejich počet konstantní. Je otázkou rozsáhlé diskuze, zda by bylo lepší mít jednu silnou zdravotní pojišťovnu pro všechny nebo dvě zdravotní pojišťovny, z toho jednu všeobecnou a jednu zaměstnaneckou pojišťovnu nebo více menších zdravotních pojišťoven. Svou roli v dalším vývoji zdravotních pojišťoven bude mít bezpochyby i právní řád a jeho případné novelizace v tom, co všechno umožní vedením zdravotních pojišťoven podnikat za kroky.

¹⁸ O nás. *Svaz zdravotních pojišťoven ČR* [online]. [cit. 2012-07-03]. Dostupné z: <http://www.szpcr.cz/index.php?c=onas>

3. Organizační struktura a orgány zdravotních pojišťoven

Poté, co jsem se v předešlé kapitole věnovala převážně vzniku a zániku zdravotních pojišťoven, budu se v této kapitole soustředit na jejich organizační strukturu a vnitřní fungování. Budu se věnovat orgánům zdravotní pojišťovny, a to statutárnímu orgánu, správní radě, dozorčí radě, výboru pro audit a rozhodčímu orgánu. Vzhledem k tomu, že zákon přenechává v některých případech podrobnější úpravu orgánů zaměstnanecké pojišťovny na její statut, uvedu i úpravu obsaženou ve statutech zaměstnaneckých pojišťoven.

Organizační struktura VZP ČR je v zákoně č. 551/1991 Sb. upravena v části třetí, orgány VZP ČR jsou upraveny v části čtvrté. Zaměstnanecké pojišťovny mají organizační strukturu a orgány upraveny v části druhé zákona č. 280/1992 Sb.

Organizační strukturu VZP ČR tvoří Ústředí, regionální pobočky (zpravidla jedna regionální pobočka pro vyšší územní samosprávný celek) a další klientská pracoviště. Regionální pobočky a klientská pracoviště jsou organizačními složkami VZP ČR, které jednají a vykonávají činnost jménem Pojišťovny. Organizaci Ústředí, jakož i označení, organizaci, umístění, územní působnost a úkoly regionálních poboček a klientských pracovišť upraví organizační řád VZP ČR.

Tato podoba organizační struktury VZP ČR je účinná od 1. 12. 2011. Od 1. 8. 2004 do 30. 11. 2011 tvořilo organizační strukturu VZP ČR Ústředí, krajské pobočky (zpravidla jedna krajská pobočka pro vyšší územní samosprávný celek) a další územní pracoviště. Od 1. 1. 1992 do 31.7. 2004 tvořilo organizační strukturu VZP ČR Ústřední pojišťovna, okresní pojišťovny a úřadovny, které byly detašovanými pracovišti okresních pojišťoven.

Ústředí VZP ČR řídí činnost organizačních složek VZP ČR a provádí rozhodnutí Správní rady, rozhoduje o činnosti Pojišťovny, zabezpečuje součinnost se státními orgány, dalšími orgány veřejné správy, právníckými a fyzickými osobami a další činnost související s prováděním veřejného zdravotního pojištění

Organizační strukturu VZP ČR upravuje přímo zákon č. 551/1991 Sb., a byla již několikrát měněna. Zákon č. 280/1992 Sb. upravuje organizační strukturu zaměstnanecké pojišťoven jen do té míry, že tuto úpravu přenechává statutu. Vedle

organizační struktury má statut zaměstnanecké pojišťovny upravovat i postavení správní a dozorčí rady a ostatních orgánů zaměstnanecké pojišťovny. Statut schvaluje Ministerstvo zdravotnictví. Od 1. 7. 1992 do 30. 4. 1995 schvaloval statut zřizovatel, kterým bylo Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.

Mimo část druhou zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách, která upravuje organizační strukturu a orgány zaměstnanecké pojišťovny, je (zcela nesystematicky) v části šesté upravující ustanovení společná přechodná a závěrečná, v ustanovení § 26 stanoveno, že orgány zaměstnanecké pojišťovny se ustaví do šesti měsíců ode dne jejího zřízení. Dále je stanoveno, že pro podrobnou úpravu ustavení orgánů zaměstnanecké pojišťovny ve statutu, úpravu jejich postavení, činnosti a stanovení délky jejich funkčního období se použijí přiměřeně ustanovení zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR

3.1 Statutární orgán

Právní úprava statutárního orgánu VZP ČR i zaměstnanecké pojišťovny je v obou zákonech (zákon č. 551/1991 Sb., zákon č. 280/1992 Sb.) velmi podobná. Statutárním orgánem VZP ČR i zaměstnanecké pojišťovny je ředitel, kterého jmenuje a odvolává Správní rada VZP ČR/ zaměstnanecké pojišťovny. Ředitel VZP ČR/zaměstnanecké pojišťovny je jmenován na dobu 4 let a lze ho odvolat i před uplynutím této doby. Ředitelem může být jmenován občan České republiky, který je plně způsobilý k právním úkonům, je bezúhonný a má ukončené vysokoškolské vzdělání. Oba zákony pak uvádí, kterou osobu lze považovat za bezúhonnou a které osoby nemohou z důvodu střetů zájmů vykonávat funkci ředitele. Za bezúhonnou považují oba zákony osobu, která nebyla pravomocně odsouzena pro trestný čin majetkové povahy nebo pro úmyslný trestný čin, pokud se na ni nehledí, jako by nebyla odsouzena. U výčtu střetů zájmů už lze pozorovat rozdíl mezi oběma zákony. Ustanovení § 15 odst. 4 zákona č. 551/1991Sb. uvádí:

(4) Funkci ředitele Pojišťovny nemůže z důvodu střetu zájmů vykonávat osoba, která
a) je členem statutárního orgánu, dozorčí rady, společníkem právnické osoby, která je dodavatelem zboží či služeb Pojišťovně, nebo je zaměstnancem či v obdobném právním vztahu k této právnické osobě,

- b) jako fyzická osoba podnikající dodává zboží či služby Pojišťovně, nebo*
c) je v postavení osoby blízké k osobám uvedeným v písmenech a) a b).

Obdobnou úpravu obsahuje i zákon č. 280/1992 Sb., ale oproti zákonu č. 551/1991 Sb. navíc uvádí, že funkci ředitele zaměstnanecké pojišťovny, dle ustanovení § 9a odst. 5 písm. a), odst. 6 zákona č. 280/1992 Sb., nemůže vykonávat osoba, která je ředitelem, členem Správní rady nebo Dozorčí rady jiné zaměstnanecké pojišťovny a dále osoba, která v posledních pěti letech vykonávala funkci ředitele, člena Správní rady nebo člena Dozorčí rady jiné zaměstnanecké pojišťovny, která byla zrušena s likvidací. Tyto překážky pro výkon funkce ředitele zaměstnanecké pojišťovny ale nejsou (chybí být) též překážkou pro výkon funkce ředitele VZP ČR, zákon č. 551/1991 Sb. (eventuálně ani zákon č. 280/1992 Sb.) tak nestanoví.

Oba zákony pak již shodně upravují konec výkonu funkce ředitele VZP ČR/ zaměstnanecké pojišťovny, a to uplynutím funkčního období, odvoláním, dnem doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce Správní radě, dnem nabytí právní moci rozsudku, kterým byl zbaven způsobilosti k právním úkonům nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům, dnem nabytí právní moci rozsudku, kterým byl odsouzen pro trestný čin majetkové povahy nebo pro úmyslný trestný čin, úmrtím. Stejným způsobem řeší oba zákony i uvolnění funkce ředitele VZP ČR/ zaměstnanecké pojišťovny před uplynutím jeho funkčního období. V takovém případě jmenuje Správní rada nového ředitele VZP ČR/ zaměstnanecké pojišťovny nejpozději do 60 kalendářních dnů. Do doby jmenování nového ředitele VZP ČR/ zaměstnanecké pojišťovny vykonává tuto funkci vedoucí zaměstnanec VZP ČR/ zaměstnanecké pojišťovny, kterého výkonem této funkce pověřil Správní rada.

3.2 Správní rada a dozorčí rada

Organizační strukturu VZP ČR/ zaměstnanecké pojišťovny dále tvoří Správní rada a Dozorčí rada. Zákon č. 551/1991 Sb. navíc proklamuje, že prostřednictvím orgánů VZP ČR je zajišťována účast pojištěnců Pojišťovny, zaměstnavatelů pojištěnců a státu na

řízení Pojišťovny. Ovšem účast těchto skupin je zajištěna i v orgánech zaměstnanecké pojišťovny.

Obecné podmínky pro členství ve Správní radě a Dozorčí radě VZP ČR uvádí ustanovení § 18 zákona č. 551/1991 Sb. a obdobně pro orgány zaměstnanecké pojišťovny ustanovení § 10 odst. 7- 13 zákona č. 280/1992 Sb. Členem orgánu VZP ČR/ zaměstnanecké pojišťovny anebo jeho náhradníkem může být jen bezúhonný občan České republiky s trvalým pobytem na jejím území, který dosáhl věku nejméně 25 let. Pro člena orgánu VZP ČR je navíc stanoveno, že má být plně způsobilý činit právní úkony, zákon č. 280/1992 Sb. tuto podmínku pro člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny neuvádí. Úprava střetů zájmů se v obou zákonech mírně liší.

Ustanovení § 10 odst. 12 zákona č. 280/1992 Sb. uvádí:

„...Členem orgánu zaměstnanecké pojišťovny a vedoucím pracovníkem nesmí být občan, který je v zaměstnaneckém nebo obdobném vztahu k subjektu, se kterým uzavřela zaměstnanecká pojišťovna smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, a poskytování hrazených služeb je převažující činností tohoto subjektu.“

Samostatně pro člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny stanovuje zákon dále v ustanovení § 10 odst. 11 zákona č. 280/1992 Sb.:

„Funkci člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny nemůže z důvodu střetu zájmů zastávat osoba, která

a) je členem statutárního orgánu, dozorčí rady, společníkem právnické osoby, která je dodavatelem zboží či služeb zaměstnanecké pojišťovně, nebo je zaměstnancem či v obdobném právním vztahu k této právnické osobě,

b) jako fyzická osoba podnikající dodává zboží či služby zaměstnanecké pojišťovně,

c) je v postavení osoby blízké k osobám uvedeným v písmenech a) a b).“

Obdobnou úpravu, jako je v ustanovení § 10 odst. 11 zákona č. 280/1992 Sb., obsahuje i ustanovení § 18 odst. 1 zákona č. 551/1991 Sb., výčet střetů zájmů se zde vztahuje nejen na členy orgánu VZP ČR, ale i vedoucí pracovníky ústředí, případně vedoucí pracovníky nižší organizační jednotky nebo jejich zástupce.

Další negativní vymezení členství v orgánech VZP ČR/ zaměstnanecké pojišťovně je upraveno v obou zákonech shodně. Člen Správní rady nemůže být současně členem Dozorčí rady a naopak. Člen Správní rady nemůže být členem Dozorčí rady ani ve čtyřletém funkčním období následujícím po skončení jeho členství ve Správní radě; to platí i pro člena Dozorčí rady v případě jeho členství ve Správní radě. Pro člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny je dále navíc stanoveno, že členem Správní rady nebo Dozorčí rady se nemůže stát osoba, která v posledních pěti letech vykonávala funkci ředitele, člena Správní rady nebo člena Dozorčí rady jiné zaměstnanecké pojišťovny, která byla zrušena s likvidací.

Zákon č. 551/1991 Sb. upravuje i postavení a účast náhradníků v orgánech VZP ČR. Do každého orgánu VZP ČR jsou na stejné funkční období voleni nebo jmenováni nejméně tři náhradníci. Náhradníci nastupují na místo členů, jejichž členství je ukončeno v průběhu jejich funkčního období anebo na místo členů, kteří nemohou z vážných důvodů po dobu přesahující jeden kalendářní měsíc plnit úkoly vyplývající z jejich funkce ve VZP ČR. Náhradník vykonává funkci za člena jen po dobu, po kterou vážné důvody na straně člena trvají. Oproti tomu se zákon č. 280/1992 Sb. problematikou náhradníků v orgánech zaměstnanecké pojišťovny vůbec nezabývá, ačkoliv je zmiňuje při stanovování požadavků na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny (ustanovení § 10 odst. 12 zákona č. 280/1992 Sb.: „*Členem orgánu zaměstnanecké pojišťovny anebo jeho náhradníkem může být jen bezúhonný občan České republiky...*“).

Funkční období člena orgánu VZP ČR/ zaměstnanecké pojišťovny činí 4 roky a lze jej z funkce odvolat i před uplynutím funkčního období.

Shodně je jak pro VZP ČR, tak pro zaměstnanecké pojišťovny stanoveno, že člen Správní rady a Dozorčí rady nevykonává svou funkci v pracovněprávním vztahu k zaměstnanecké pojišťovně; má nárok na náhradu výdajů spojených s výkonem funkce a za výkon funkce mu lze poskytnout odměnu ve výši stanovené ve zdravotně pojistném plánu. Pravidla jednání a způsob rozhodování orgánů upraví pro VZP ČR jednací řád VZP ČR, pro zaměstnaneckou pojišťovnu její statut.

Výkon funkce člena orgánu končí uplynutím funkčního období, odvoláním, dnem doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce předsedovi příslušného orgánu, nebo úmrtím nebo dnem prohlášení za mrtvého. Navíc pro výkon funkce člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny platí, že jeho funkce končí dnem, kdy se stal člen, který je do orgánu volen zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny, pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny.

3.2.1 Správní rada

Správní rada je pro VZP ČR upravena v ustanovení § 20 zákona č. 551/1992 Sb., pro zaměstnanecké pojišťovny v § 10 odst. 2, 3, 4 zákona č. 280/1992 Sb. Rozhodování Správní rady je v některých bodech upraveno shodně pro VZP ČR i pro zaměstnanecké pojišťovny. Správní rada jak ve VZP ČR, tak v zaměstnanecké pojišťovně rozhoduje o:

- schválení návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy,
- schválení zásad smluvní politiky,
- žádosti Pojišťovny o úvěr,
- převzetí ručitelského závazku,
- použití prostředků rezervního fondu,
- dalších důležitých věcech, které souvisí s činností pojišťovny a které si k rozhodování vyhradí.

Správní rada VZP ČR rozhoduje dále o nákupu nemovitostí v pořizovací ceně vyšší než 5 000 000 Kč, zatímco správní rada zaměstnanecké pojišťovny rozhoduje o nákupu nemovitostí v pořizovací ceně vyšší než 1 000 000 Kč. Stejné limity pořizovacích cen jsou stanoveny i pro nákup hmotného a nehmotného majetku, kdy správní rada VZP ČR rozhoduje o nákupu, pokud je pořizovací cena vyšší než 5 000 000 Kč, zatímco správní rada zaměstnanecké pojišťovny rozhoduje o nákupu, pokud je cena vyšší než 1 000 000 Kč. Je tedy patrné, že VZP ČR má při nákupech nemovitostí, hmotného a nehmotného majetku volnější režim oproti zaměstnaneckým pojišťovnám, kdy tyto nákupy v pořizovací ceně nad 1 000 000 Kč jsou podmíněny souhlasem správní rady zaměstnanecké pojišťovny. Správní rada zaměstnanecké pojišťovny navíc rozhoduje i o návrhu podání žádosti no povolení sloučení zaměstnaneckých pojišťoven. Správní rada

VZP ČR rozhoduje navíc o schválení organizačního řádu VZP ČR. Nutno ale podotknout, že rozhodovací pravomoc správní rady VZP ČR i zaměstnanecké pojišťovny může být rozšířena o ty případy, které si správní rada sama vyhradí a které jsou zároveň důležitých věcí, které souvisí s činností pojišťovny.

I ve skladbě členů Správní rady lze pozorovat rozdíly mezi VZP ČR a zaměstnaneckou pojišťovnou. Správní radu VZP ČR tvoří 10 členů jmenovaných vládou a 20 členů volených Poslaneckou sněmovnou Parlamentu podle principu poměrného zastoupení politických stran v Poslanecké sněmovně Parlamentu. Členy Správní rady jmenované vládou jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra zdravotnictví. Členy Správní rady volené Poslaneckou sněmovnou Parlamentu volí a odvolává Poslanecká sněmovna Parlamentu. Správní rada VZP ČR volí ze svého středu předsedu a místopředsedu Správní rady. Předseda (popřípadě místopředseda) svolává a řídí jednání Správní rady VZP ČR.

Na začátku účinnosti zákona č. 551/1991 Sb. bylo ale složení a volba členů Správní rady VZP ČR odlišné. Od 1. 1. 1992 tvořilo Správní radu celkem 30 členů, z toho deset členů bylo zástupci státu, deset členů zástupci pojištěnců a deset členů zástupci zaměstnavatelů pojištěnců. Zástupce státu do Správní rady jmenovala vláda České republiky, zástupce pojištěnců volila Česká národní rada, zástupce zaměstnavatelů pojištěnců jmenovala organizace podnikatelů zřízená podle zvláštního zákona. Menší změna nastala od 30. 6. 1998, kdy zástupce státu do Správní rady jmenovala a odvolávala vláda na návrh ministra zdravotnictví. Od 1. 8. 2004 bylo pak nově stanoveno, že zástupce pojištěnců Pojišťovny do Správní rady volila **z řad veřejnosti** a odvolávala Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. Radikální změna ve složení Správní rady VZP ČR pak nastala od 1. 4. 2006, kdy bylo odstraněno zastoupení pojištěnců a zaměstnavatelů a bylo zavedeno složení a volba členů Správní rady VZP ČR, které je účinné dodnes. Důvodová zpráva k návrhu této novely však tuto změnu nevysvětluje. Od 1. 1. 2008 bylo pak doplněno, že po ustavující schůzi Poslanecké sněmovny se konají do 90 kalendářních dnů nové volby 20 členů volených Poslaneckou sněmovnou do Správní rady VZP ČR.

Oproti počtu 30 členů Správní rady VZP ČR tvoří Správní radu zaměstnanecké pojišťovny 5 členů jmenovaných vládou a 10 členů volených z řad pojištěnců této

zaměstnanecké pojišťovny zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny, a to tím způsobem, že 5 členů je voleno z kandidátů předložených reprezentativními organizacemi zaměstnavatelů a 5 členů je voleno z kandidátů předložených reprezentativními odborovými organizacemi. Členy Správní rady jmenované vládou jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra zdravotnictví. Způsob volby a volební řád stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Jedná se o vyhlášku č. 579/2006 Sb., kterou se stanoví způsob volby a volební řád pro volby do správních rad a dozorčích rad resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven, která nabyla účinnosti dne 27. 12. 2006. Volby členů správní rady a dozorčí rady zaměstnanecké pojišťovny jsou tajné a nepřímé.

Též složení Správní rady zaměstnanecké pojišťovny bylo v zákoně č. 280/1992 Sb. několikrát novelizováno. Již od začátku účinnosti zákona č. 280/1992 Sb., tedy od 1. 7. 1992 bylo stanoveno, že pojištěnci, zaměstnavatelé pojištěnců a stát jsou zastoupeni v orgánech zaměstnanecké pojišťovny každý jednou třetinou. Do 31. 3. 2006 zástupci zaměstnavatelů a zástupci pojištěnců zaměstnanecké pojišťovny byli voleni způsobem, který stanovoval volební řád příslušné zaměstnanecké pojišťovny, do 30. 4. 1995 zástupce státu jmenoval zřizovatel, tedy Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Od 1. 5. 1995 do 31. 3. 2006 jmenovalo a odvolávalo zástupce státu Ministerstvo zdravotnictví. Od 1. 4. 2006 nabyla účinnosti novela, která určila dnešní počet členů Správní rady a také to, že 5 členů je jmenováno vládou, nikoliv Ministerstvem zdravotnictví. Od 1. 1. 2008 bylo další novelou doplněno, že členy Správní rady zaměstnanecké pojišťovny jmenované vládou jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra zdravotnictví.

Správní rada VZP ČR má tedy 30 členů, zatímco Správní rada zaměstnanecké pojišťovny o polovinu méně. Podstatný vliv na složení členů Správní rady VZP ČR má Poslanecká sněmovna Parlamentu, zatímco vliv na složení Správní rady zaměstnanecké pojišťovny je rozložen rovnoměrně mezi vládu, organizace zaměstnavatelů a odborové organizace.

Shodně pak pro Správní radu VZP ČR i zaměstnanecké pojišťovny platí, že rozhoduje hlasováním. K přijetí zákonem taxativně určených rozhodnutí je třeba

souhlasu nadpoloviční většiny všech členů Správní rady, k ostatním rozhodnutím Správní rady postačí souhlas nadpoloviční většiny přítomných členů (ustanovení § 20 odst. 5 zákona č. 551/1991 Sb., ustanovení § 10 odst. 4 zákona č. 280/1992 Sb.) Správní rada je usnášeníschopná, jestliže je přítomna nadpoloviční většina všech jejích členů. Nadpoloviční většinou všech členů Správní rady VZP ČR i zaměstnanecké pojišťovny je rozhodováno o schválení návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy, o žádosti VZP ČR/ zaměstnanecké pojišťovny o úvěr, převzetí ručiteleského závazku a o použití rezervního fondu. Správní rada zaměstnanecké pojišťovny navíc nadpoloviční většinou všech členů rozhoduje o návrhu na podání žádosti o povolení sloučení zaměstnaneckých pojišťoven. Správní rada VZP ČR nadpoloviční většinou všech členů rozhoduje o jmenování a odvolání ředitele VZP ČR.

Ředitele zaměstnanecké pojišťovny jmenuje a odvolává také Správní rada zaměstnanecké pojišťovny, jak je stanoveno v ustanovení § 9a odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., ale tato pravomoc Správní rady není zmiňována v ustanovení § 10 odst. 2 zákona č. 280/1992 Sb., které vyjmenovává věci, o kterých rozhoduje Správní rada zaměstnanecké pojišťovny. Ustanovení § 10 odst. 4 zákona č. 280/1992 Sb., které určuje, o kterých věcech rozhoduje Správní rada zaměstnanecké pojišťovny nadpoloviční většinou všech členů a o kterých věcech nadpoloviční většinou přítomných členů, odkazuje přímo na ustanovení § 10 odst. 2 zákona č. 280/1992 Sb., ve kterém není zmínka o jmenování a odvolání ředitele zaměstnanecké pojišťovny. Zákon č. 280/1992 Sb. tedy stanovuje, že ředitele zaměstnanecké pojišťovny jmenuje a odvolává Správní rada zaměstnanecké pojišťovny, ale již neurčuje, jakým způsobem má Správní rada v této věci rozhodnout, jaké kvórum je potřeba.

Ustanovení § 9 zákona č. 280/1992 Sb. stanoví, že organizační strukturu, postavení správní a dozorčí rady a ostatních orgánů zaměstnanecké pojišťovny upraví statut, který schvaluje Ministerstvo zdravotnictví. Ustanovení § 9a zákona č. 280/1992 Sb., které stanovuje, že statutárním orgánem zaměstnanecké pojišťovny je ředitel, je účinné až od 1. 4. 2006. Od tohoto data se změnilo i ustanovení § 10 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., které uvádí, že orgány zaměstnanecké pojišťovny jsou ředitel zaměstnanecké pojišťovny, správní rada a dozorčí rada. Do 31. 3. 2006 byly v tomto ustanovení uvedeny pouze správní rada a dozorčí rada.

Tak například statut Hutnické zaměstnanecké pojišťovny (dále také HZP) (současná Česká průmyslová zdravotní pojišťovna) ze dne 4. 7. 2003 v části V. § 6 uvádí, že orgány Hutnické zaměstnanecké pojišťovny jsou správní rada, dozorčí rada a ředitel HZP. V ustanovení § 7 Statutu HZP je upravena správní rada, s tím, že správní rada rozhoduje mimo jiné i o jmenování a odvolání ředitele HZP a stanoví jeho mzdové podmínky. V tomto statutu je dále uvedeno, že správní rada je způsobilá usnášení, je-li jednání správní rady přítomno alespoň 8 členů a součet hlasů jim náležejících je deset nebo více a bližší podmínky jednání správní rady stanoví její jednací řád. V tomto statutu nebylo tedy uvedeno, jaké kvórum je potřeba ke jmenování a odvolání ředitele. Dále pak statut téže zaměstnanecké pojišťovny, nyní již pod názvem Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (dále také ČPZP), ze dne 30. 7. 2009 uvádí, že správní rada rozhoduje hlasováním a je schopna usnášení, je-li jednání správní rady přítomna nadpoloviční většina všech jejích členů. K přijetí rozhodnutí je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů správní rady. Statut ČPZP ze dne 30. 7. 2009 byl tedy, co se týče schvalovacího procesu správní rady ČPZP, přísnější, než tehdy účinné ustanovení § 10 odst. 4 zákona č. 280/1992 Sb., které souhlasu nadpoloviční většiny všech členů Správní rady vyžadovalo k přijetí rozhodnutí o taxativně vyjmenovaných věcech. Nyní účinné znění Statutu ČPZP ze dne 20. 4. 2012 v článku 7 upravuje Správní radu a věci, o kterých rozhoduje, včetně jmenování a odvolání generálního ředitele ČPZP. Je uvedeno, že správní rada rozhoduje hlasováním a je schopna usnášení, je-li jednání správní rady přítomna nadpoloviční většina všech jejích členů. K přijetí taxativně vyjmenovaných rozhodnutí je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů správní rady. Jmenování a odvolání generálního ředitele ČPZP mezi tato rozhodnutí ale není zahrnuto, patří mezi ostatní rozhodnutí, k jejich přijetí postačí souhlasu nadpoloviční většiny přítomných členů. Obdobná úprava je pak obsažena i ve statutu Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky z 18. 5 2012.

Takže zatímco ke jmenování a odvolání ředitele VZP ČR je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů Správní rady VZP ČR, tak ke jmenování a odvolání ředitele zaměstnanecké pojišťovny postačuje souhlas nadpoloviční většiny přítomných členů Správní rady zaměstnanecké pojišťovny.

3.2.2 Dozorčí rada

Dalším zákony upraveným orgánem VZP ČR/ zaměstnanecké pojišťovny je Dozorčí rada. Funkce Dozorčí rady je ale upravena jen pro VZP ČR v zákoně č. 551/1991 Sb. Podle ustanovení § 21 odst. 1, 2 zákona č. 551/1991 Sb. Dozorčí rada VZP ČR dohlíží na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů a její celkové hospodaření. Za tím účelem jsou její členové oprávněni nahlížet do účetních dokladů všech organizačních složek VZP ČR a Správní rady a zjišťovat stav a způsob hospodaření Pojišťovny. Dozorčí rada projednává návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy a své stanovisko předkládá společnému jednání Správní rady a Dozorčí rady. Společné zasedání Správní rady VZP ČR a Dozorčí rady VZP ČR je pak upraveno v ustanovení § 22 zákona č. 551/1991 Sb., které uvádí, že toto zasedání se svolává za účelem projednání návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy VZP ČR. Společné zasedání Správní rady a Dozorčí rady zaměstnanecké pojišťovny není upraveno. Funkce Dozorčí rady zaměstnanecké pojišťovny bývá pak upravena ve statutu zaměstnanecké pojišťovny. Tak například Statut ČPZP ze dne 20. 4. 2012 v článku 8 uvádí, že Dozorčí rada ČPZP je kontrolním orgánem ČPZP. V rámci této činnosti zejména dohlíží na dodržování platných právních předpisů, vnitřních předpisů ČPZP. Dále Dozorčí rada ČPZP projednává návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy a své stanovisko předkládá správní radě. V tomto se liší úprava od VZP ČR, kde Dozorčí rada VZZP ČR své stanovisko předkládá společnému jednání Správní rady a Dozorčí rady. Dozorčí rada ČPZP také navíc oproti Dozorčí radě VZP ČR kontroluje plnění schváleného zdravotně pojistného plánu a o výsledku kontroly podává zprávy správní radě. Za účelem kontrolní činnosti jsou členové Dozorčí rady ČPZP oprávněni nahlížet do účetních a jiných dokladů ČPZP a jejích orgánů, ověřovat stav a způsob hospodaření ČPZP. V případě zjištění závažných nedostatků má dozorčí rada právo požádat předsedu, případně místopředsedu správní rady o svolání jednání správní rady. Obdobnou úpravu Dozorčí rady obsahuje i Statut ZPMV ČR ze dne 18. 5. 2012.

Dozorčí rada VZP ČR má 13 členů, Dozorčí rada zaměstnanecké pojišťovny 9 členů. Složení členů Dozorčí rady je shodné pro VZP ČR a zaměstnaneckou pojišťovnu pouze v tom bodu, že 3 členy jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví. Další 10 členů Dozorčí rady

VZP ČR pak je voleno a odvoláváno Poslaneckou sněmovnou Parlamentu, přičemž se postupuje podle principu poměrného zastoupení politických stran v Poslanecké sněmovně Parlamentu. Oproti tomu 6 členů Dozorčí rady zaměstnanecké pojišťovny je voleno z řad pojištěnců této zaměstnanecké pojišťovny zaměstnavatelů a pojištěnců zaměstnanecké pojišťovny, a to tím způsobem, že 3 členové jsou voleni z kandidátů předložených reprezentativními organizacemi zaměstnavatelů a 3 členové jsou voleni z kandidátů předložených reprezentativními odborovými organizacemi. Způsob volby a volební řád stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou, jedná se o již zmiňovanou vyhlášku č. 579/2006 Sb.

Pro Dozorčí radu VZP ČR i zaměstnanecké pojišťovny je dále shodné to, že rozhoduje hlasováním, k přijetí rozhodnutí je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů Dozorčí rady.

3.3 Další orgány zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny mají vedle správní rady a dozorčí rady i další orgány, které sice nejsou upraveny v zákoně č. 551/1991 Sb. pro VZP ČR ani v zákoně č. 280/1992 Sb. pro zaměstnanecké pojišťovny, ale v jiných zákonech. Jedná se o výbor pro audit a rozhodčí orgán.

3.3.1 Výbor pro audit

V souvislosti s orgány zdravotní pojišťovny je třeba ještě doplnit, že povinnost zřídit výbor pro audit určuje zdravotním pojišťovnám ustanovení § 44 zákona č. 93/2009 Sb., o auditorech a o změně některých zákonů (zákon o auditorech). Je stanoveno, že subjekt veřejného zájmu zřizuje (až na vymezené výjimky) výbor pro audit. Subjektem veřejného zájmu se přitom mimo jiné rozumí i Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a zdravotní pojišťovny (ustanovení § 2 písm. m) zákona č. 93/2009 Sb.).

Výbor pro audit je orgánem subjektu veřejného zájmu a má 3 členy, nestanoví-li stanovy nebo jiný obdobný zakladatelský dokument subjektu veřejného zájmu počet vyšší. Nejméně 1 člen tohoto výboru musí být nezávislý na auditované osobě a musí mít nejméně tříleté praktické zkušenosti v oblasti účetnictví nebo povinného auditu. Zákon dále upravuje jmenování členů výboru pro audit a jeho činnost. Výbor pro audit zejména sleduje postup sestavování účetní závěrky, hodnotí účinnost vnitřní kontroly

zdravotní pojišťovny, vnitřního auditu a případně systémů řízení rizik, sleduje proces povinného auditu účetní závěrky, doporučuje auditora. Auditor průběžně podává výboru pro audit zprávy o významných skutečnostech vyplývajících z povinného auditu, zejména o zásadních nedostacích ve vnitřní kontrole ve vztahu k postupu sestavování účetní závěrky.

Zákon dále uvádí, že nesplní-li subjekt veřejného zájmu svoji povinnost zřídit výbor pro audit, vykonává činnost výboru pro audit jeho dozorčí orgán.

Výbor pro audit je tak například upraven ve statutu ČPZP a ZPMV ČR. Statut ČPZP ze dne 20. 4. 2012 v článku 6 bodu 2 určuje, že orgánem ČPZP je vedle správní rady, dozorčí rady a ředitele pojišťovny upravuje i výbor pro audit. Článek 9 Statutu ČPZP ze dne 20. 4. 2012 pak uvádí, že výbor pro audit zejména sleduje postup sestavování účetní závěrky a konsolidované účetní závěrky, hodnotí účinnost vnitřní kontroly a vnitřního auditu ČPZP, případně řízení systému rizik, sleduje proces povinného auditu účetní závěrky a konsolidované účetní závěrky, posuzuje nezávislost statutárního auditora a auditorské společnosti a zejména poskytování doplňkových služeb auditované osobě, doporučuje auditora, to vše aniž je dotčena odpovědnost dozorčí rady nebo statutárního orgánu ČPZP.

3.3.2 Rozhodčí orgán

Rozhodčí orgán neupravuje ani zákon č. 551/1991 Sb., ani zákon č. 280/1992 Sb., nýbrž zákon č. 48/1997 Sb., a nutno podotknout, že je to úprava poměrně podrobná. Rozhodčí orgán- jeho pravomoci, složení a rozhodování, jsou upravena v ustanoveních § 53 odst. 10, 11, 12 a v ustanovení § 53a odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. Úprava je to obecná, dá se aplikovat jak na VZP ČR, tak na zaměstnanecké pojišťovny. Rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny rozhoduje o odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny uvedených v ustanovení § 53 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. Jedná se o rozhodování zdravotních pojišťoven ve věcech týkajících se přirážek k pojistnému, pokut a pravděpodobné výše pojistného a ve sporných případech ve věcech placení pojistného, penále, vrácení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné, na návrh pojišťovny ve sporných případech o hrazení částek podle § 16b zákona č. 48/1997 Sb. Ustanovení § 53a odst. 2 dále uvádí, že rozhodčí orgán může odstraňovat tvrdosti, které se vyskytly

při uložení pokuty, vyměření přírážky k pojistnému nebo předepsání penále, jehož výše přesahuje 20 000 Kč.

Rozhodčí orgán se skládá z jednoho zástupce zdravotní pojišťovny, jednoho zástupce Ministerstva zdravotnictví, jednoho zástupce Ministerstva práce a sociálních věcí, jednoho zástupce Ministerstva financí, tří zástupců, které určí ze svých členů Správní rada zdravotní pojišťovny, a tří zástupců, které určí ze svých členů Dozorčí rada zdravotní pojišťovny. Rozhodčí orgán je schopen se usnášet, je-li přítomno více než dvě třetiny členů. K platnosti rozhodnutí je třeba nadpoloviční většiny přítomných členů. K prvému jednání svolá členy rozhodčího orgánu ředitel zdravotní pojišťovny. Na tomto prvním jednání si členové rozhodčího orgánu zvolí ze svého středu předsedu, který nadále svolává a řídí jednání rozhodčího orgánu. Za výkon funkce může být členu rozhodčího orgánu poskytnuta odměna, o které rozhoduje Správní rada zdravotní pojišťovny. Rozhoduje-li rozhodčí orgán v prvním stupni, použijí se obdobně ustanovení správního řádu o rozkladu.

Ze současných šesti zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven tak úpravu rozhodčího orgánu ve statutu má pouze polovina z nich. Jedná se o statut ZPMV ČR ze dne 18. 5. 2012, statut Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky ze dne 31. 1. 2005 a statut Revírní bratrské pokladny ze dne 25. 9. 2000 (nyní obchodní jméno pojišťovny Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna). Bližší podmínky jeho jednání stanoví jednací řád rozhodčího orgánu.

4. Hospodaření zdravotních pojišťoven

České zdravotnictví patří po odborné stránce, dostupností sítě zdravotnických institucí, kvalitou péče, mezi vyspělé zdravotnické systémy na světě, byť problémem zůstává systém financování zdravotnictví.¹⁹ Proto další kapitolou, které se budu při popisu zdravotních pojišťoven věnovat, je jejich hospodaření. Vzhledem k tomu, že hlavním příjmem zdravotních pojišťoven jsou platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu, tedy platby, jejichž povinnost je odvádět mají uvedené osoby uloženou zákonem č. 592/1992 Sb. (viz blíže kapitola 5.1), a vzhledem k faktu, že ročně tyto příjmy zdravotních pojišťoven dosahují desítek mld. Kč, považuji tuto problematiku za jednu z klíčových mé práce a budu jí věnovat i náležitý prostor. V přílohách č. 1 a č. 2 jsou tabulky nejzajímavějších ekonomických a statistických ukazatelů, které jsem sestavila z výročních zpráv VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011 a 2012.

4.1 Příjmy a výdaje zdravotní pojišťovny

Hospodaření VZP ČR je upraveno v části druhé zákona č. 551/1991 Sb., v ustanoveních § 3 - § 10, tedy hned za základními ustanoveními. Hospodaření zaměstnaneckých pojišťoven je v zákoně č. 280/1992 Sb. zařazeno až do třetí části, v ustanovení § 11- § 19, za základními ustanoveními a organizační strukturou a orgány zaměstnanecké pojišťovny. Právní úprava hospodaření zdravotních pojišťoven se zabývá majetkem, příjmy, výdaji a fondy zdravotních pojišťoven. Právní úprava hospodaření jak VZP ČR, tak zaměstnaneckých pojišťoven je v obou zákonech velmi podobná. Případné odlišnosti jsou způsobeny některými specifickými vlastnostmi, které zákony přidělují VZP ČR, případně Vojenské zdravotní pojišťovně ČR.

Zdravotní pojišťovna hospodaří s majetkem vlastním a s majetkem jí svěřeným. Příjmy zdravotní pojišťovny zahrnují:

- platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu,
- vlastní zdroje vytvoření využíváním fondů zdravotní pojišťovny,

¹⁹ ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. Ekonomické základy zdravotní a sociální politiky, 2. část. *Zdravotnické fórum*. 2013, č. 4.

- příjmy plynoucí z majetkových sankcí stanovených zvláštním zákonem (jedná se o zákon č. 550/1991 Sb., a zde konkrétně o přírážky k pojistnému, pokuty a poplatky z prodlení. Viz blíže v kapitole 5.1),
- dary a ostatní příjmy.

Výdaji zdravotní pojišťovny jsou:

- platby za poskytované zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění podle smluv uzavřených s osobami oprávněnými poskytovat zdravotní služby podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách (blíže o vztahu mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovateli zdravotních služeb viz kapitola 5.2),
- platby jiným zdravotním pojišťovnám nebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za hrazené služby poskytnuté pojištěncům zdravotní pojišťovny.
- úhrady nákladů nutného neodkladného léčení v cizině (ustanovení § 4 zákona č. 550/1991 Sb.),
- náklady na činnost zdravotní pojišťovny kromě nákladů uvedených v předchozích odrážkách,
- úhrady částek, přesahujících limit pro regulační poplatky a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo úhrady podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem (ustanovení § 16a a § 16b zákona č. 48/1997 Sb.)

Pouze v zákoně č. 551/1991 Sb. je upraveno, že rozpočet VZP ČR má být sestaven a realizován tak, aby výdaje nepřevýšily příjmy VZP ČR v příslušném rozpočtovém roce. Rozdíl mezi příjmy a výdej se zúčtovává v roční závěrce vůči rezervnímu fondu.

Shodně pro VZP ČR a pro zaměstnaneckou pojišťovnu platí, že jsou povinny zajistit prostřednictvím auditora nebo právnické osoby, která je zapsána v seznamu auditorů ověření účetní závěrky zdravotní pojišťovny a ověření návrhu výroční zprávy zdravotní pojišťovny za příslušný rok. Zdravotní pojišťovna je povinna v návaznosti na termíny stanovené Ministerstvem financí pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu předložit Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok a zprávu auditora.

Zdravotně pojistný plán obsahuje plán příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny včetně členění podle jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, plán

provozních nákladů, údaje o rozsahu hrazených služeb poskytovaných zdravotní pojišťovnou, způsob zajištění dostupnosti služeb nabízených zdravotní pojišťovnou včetně předpokládané soustavy poskytovatelů, se kterými zdravotní pojišťovna uzavírá smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb.

Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí posoudí předložený návrh zdravotně pojistného plánu z hlediska souladu s právními předpisy a z hlediska souladu s veřejným zájmem. Pokud návrh zdravotně pojistného plánu odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, vrátí Ministerstvo zdravotnictví Pojišťovně návrh zdravotně pojistného plánu k přepracování. V případě, kdy Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí po posouzení souladu zdravotně pojistného plánu s právními předpisy a veřejným zájmem zjistí, že návrh zdravotně pojistného plánu není s těmito hledisky v rozporu, předloží návrh zdravotně pojistného plánu vládě.

Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý rok podle schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu v návaznosti na termíny projednávání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu. Schválený zdravotně pojistný plán, schválenou výroční zprávu a schválenou účetní závěrku zdravotní pojišťovna zveřejní způsobem umožňujícím dálkový přístup. Nebude-li zdravotně pojistný plán zdravotní pojišťovny schválen před 1. lednem příslušného kalendářního roku, řídí se činnost zdravotní pojišťovny do schválení zdravotně pojistného plánu provizoriem stanoveným Ministerstvem zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí. Základem pro stanovení provizoria je návrh zdravotně pojistného plánu na příslušný kalendářní rok.

Výrazným specifíkem v hospodaření zdravotní pojišťoven, a to i z hlediska účetnictví, je tvorba a čerpání fondů.

Zdravotní pojišťovna vytváří a spravuje tyto fondy:

- základní fond (u zaměstnaneckých pojišťoven uvádí zákon č. 280/1992 Sb. název základní fond zdravotního pojištění),
- rezervní fond,
- provozní fond,
- sociální fond,
- fond majetku (u zaměstnaneckých pojišťoven název fond investičního majetku),

- fond reprodukce majetku (u zaměstnaneckých pojišťoven název fond reprodukce investičního majetku),
- fond prevence, jehož vytvoření umožňují oba zákony, jak VZP ČR, tak zaměstnanecké pojišťovně.

Vojenská zdravotní pojišťovna vytváří a spravuje vedle těchto fondů i fond zprostředkování úhrady zdravotních služeb hrazených Ministerstvem obrany podle zvláštního právního předpisu (ustanovení § 11 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., které stanoví:

„...Za vojáky v činné službě,22a) s výjimkou vojáků v záloze povolanych k vojenskému cvičení, a za žáky vojenských škol,22b) kteří se připravují na službu vojáka z povolání a nejsou vojáky v činné službě, uhradí Ministerstvo obrany prostřednictvím Vojenské zdravotní pojišťovny

a) rozdíl mezi výší úhrady hrazených služeb poskytnutých poskytovatelem stanoveným zvláštním právním předpisem upravujícím služební poměr vojáků z povolání, které jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění podle tohoto zákona, a výší úhrady poskytnuté Vojenskou zdravotní pojišťovnou; to neplatí pro úhradu stomatologických výrobků,

b) preventivní péči poskytnutou nad rámec hrazených služeb podle § 29 v rozsahu stanoveném vyhláškou Ministerstva obrany.“)

Vojenská zdravotní pojišťovna může navíc vytvářet fond pro úhradu preventivní péče poskytované nad rámec hrazených služeb pro vojáky v činné službě a žáky vojenský škol.

Zdravotní pojišťovna je povinna zabezpečit oddělenou evidenci fondů a oddělenou evidenci majetku a používání prostředků. Zdravotní pojišťovna je povinna vést účetnictví podle zvláštní účtové osnovy a postupů účtování pro zdravotní pojišťovny, které vydá Ministerstvo financí.

Jak zákon č. 551/1991 Sb., tak zákon č. 280/1992 Sb. deleguje na Ministerstvo financí, aby po projednání s Ministerstvem zdravotnictví stanovilo právním předpisem podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů zdravotních pojišťoven (a to základního fondu, rezervního fondu, provozního fondu, sociálního fondu, fondu (investičního) majetku a fondu reprodukce (investičního) majetku. Nikoliv dobrovolného fondu prevence, který je upraven samostatně v ustanovení § 7 zákona

č. 551/1991 Sb. a v ustanovení § 16 odst. 4 zákona č. 280/1992 Sb.), podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zaměstnanecké pojišťovny (s výjimkou nákladů na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění a nákladů nutného neodkladného léčení v cizině), krytých ze zdrojů základního fondu, a to z prostředků získaných z pojistného na veřejné zdravotní pojištění po přerozdělení, z výnosu penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad škod, které smí zaměstnanecká pojišťovna použít k tvorbě provozního fondu za každé účetní období, včetně postupu propočtu tohoto limitu. Jedná se o vyhlášku č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu (dále také „vyhláška č. 418/2003 Sb.“) Tato vyhláška nabyла účinnosti 1. ledna 2004 a zrušila vyhlášku č. 227/1998 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, která byla účinná od doplnit, kolik bylo už fondových vyhlášek od vzniku zdravotních pojišťoven.

Zákon č. 280/1992 Sb. pak navíc deleguje na Ministerstvo financí, aby po projednání s Ministerstvem zdravotnictví a s Ministerstvem obrany stanovilo vyhláškou podrobné podmínky tvorby a užití finančních prostředků fondů, které vytváří Vojenská zdravotní pojišťovna navíc oproti ostatním zaměstnaneckým pojišťovnám. Jedná se o již zmiňovaný fond zprostředkování úhrady zdravotních služeb hrazených Ministerstvem obrany podle zvláštního předpisu a o fond pro úhradu preventivní péče poskytované nad rámec hrazených služeb pro vojáky v činné službě a žáky vojenských škol.

Finanční prostředky zdravotní pojišťovny musí být uloženy v bance požívající výhody jednotné licence podle práva Evropských společenství.

V rámci části upravující hospodaření zdravotních pojišťoven je dále stanoveno, že zdravotní pojišťovna vytváří svůj vlastní účetní a informační systém, který musí navazovat na státní statistickou evidenci a respektovat požadavky průkaznosti. Informační systém zdravotní pojišťovny je pak upraven v samostatné části v obou zákonech.

4.2 Základní fond

Základní fond je pro VZP ČR a ostatní zdravotní pojišťovny upraven obdobně. Zdrojem základního fondu jsou platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění a další příjmy v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem. Základní fond zdravotního pojištění slouží k úhradě hrazených služeb, k přidělům do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost pojišťovny, k přidělům dalším fondům a k dalším platbám v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem a k úhradám částek přesahujících limit pro regulační poplatky a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo k úhradám podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem.

Podrobněji upravuje základní fond vyhláška 418/2003 Sb., tato vyhláška obsahuje úpravu shodnou jak pro VZP ČR, tak i ostatní ZP, jsou zde uvedena i specifika pro VZP ČR, popřípadě ostatní ZP. Tedy zatímco jsou samostatné zákony pro VZP ČR a pro ostatní ZP, tak prováděcí vyhlášku mají tyto zákony společnou.

Vyhláška podrobněji upravuje zdroje základního fondu a jeho čerpání.

Nejprve je v ustanovení § 1 vyhlášky č. 418/2003 Sb. uvedena úprava společná pro VZP a zaměstnanecké pojišťovny. Zdrojem základního fondu VZP ČR a ZP jsou:

- a) pojistné na veřejné zdravotní pojištění (dále také "pojistné") včetně záloh a jejich vyúčtování a pravděpodobná výše pojistného. O přeplatky pojistného včetně přeplatků pojistného při dosažení maximálního vyměřovacího základu zaměstnance, vypořádání maximálních vyměřovacích základů osoby samostatně výdělečně činné a při souběhu platby pojistného ze zaměstnání a samostatné výdělečné činnosti a nesprávně uskutečněné platby pojistného se upravují zdroje základního fondu,

- b) peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělení pojistného, včetně záloh a vyúčtování nákladné péče, (blíže k přerozdělení pojistného viz kapitola 5.2.2)
- c) dohadné položky k pojistnému podle písmene a),
- d) náhrady škod, (blíže k náhradě škod viz kapitola 5.2.),
- e) finanční dary pro zdravotní pojišťovnu, u kterých dárce blíže nspecifikoval účel daru,
- f) pohledávky za uhrazené zdravotní služby poskytnuté v České republice cizím pojištěncům, kterými jsou fyzické osoby, za které byly zdravotní služby uhrazeny v souladu s vyhlášenými mezinárodními smlouvami o sociálním zabezpečení, s nimiž vyslovil souhlas Parlament a jimiž je Česká republika vázána, nebo podle přímo použitelného předpisu Evropských společenství, (Například Nařízení Rady EHS 1408/71 o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby, samostatně výdělečně činné a členy jejich rodin pohybující se v rámci Společenství, Nařízení Rady EHS 574/72 stanovující postup provádění Nařízení Rady EHS 1408/71 o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby, samostatně výdělečně činné a členy jejich rodin pohybující se v rámci Společenství.),
- g) ostatní pohledávky související s veřejným zdravotním pojištěním, které nepřísluší jinému fondu, (například ustanovení § 20 odst. 3 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů),
- h) kladné kursově rozdíly související se základním fondem,
- i) příděly finančních prostředků z jiných fondů provedené v souladu s platnými zákony a vyhláškou č. 418/2003 Sb.,
- j) zůstatky základního fondu zrušované zdravotní pojišťovny v případě sloučení nebo splnutí zdravotních pojišťoven,
- k) snížené nebo zrušené opravné položky k pojistnému, penále, pokutám a přirážkám k pojistnému,
- l) snížené nebo zrušené ostatní opravné položky neuvedené v písmenu k) vztahující se k základnímu fondu,

- m) použité, snížené nebo zrušené rezervy na pravomocně neskončené soudní spory, které zdravotní pojišťovna vede jako žalovaná strana ve věcech úhrad zdravotní péče a náhrady škody
- n) použité, snížené nebo zrušené ostatní rezervy neuvedené v písmenu m) vztahující se k základnímu fondu,
- o) ostatní dohadné položky aktivní vztahující se k základnímu fondu neuvedené v písmenu c).

V následujících dvou odstavcích (ustanovení § 1 odst. 2, 3 vyhlášky č. 418/2003 Sb. jsou uvedeny odlišnosti pro VZP ČR a zaměstnanecké pojišťovny. Kromě výše uvedených zdrojů tvoří u VZP ČR zdroje základního fondu též penále, dohadné položky k penále, přírážky k pojistnému a pokuty a finanční prostředky vytvářené využíváním základního fondu, zejména úroky. Z prostředků získaných z pokut a penále propočte tato pojišťovna převod do fondu prevence v maximální výši odpovídající 0,3 % finančních příjmů z pojistného po přerozdělování. U zaměstnaneckých pojišťoven jsou tyto prostředky zdroji základního fondu pouze v případě, že nebylo dosaženo vyrovnaného hospodaření základního fondu. Hodnocení této skutečnosti se provádí k rozvahovému dni daného účetního období. Při vyrovnaném hospodaření musí být dosažen kladný zůstatek bankovního účtu základního fondu, aniž by byl přiděl do rezervního fondu, hodnotu rezerv na základním fondu, úhradu všech splatných závazků základního fondu a přiděly do ostatních fondů podle této vyhlášky použít úvěr. (blíže k nakládání s finančními prostředky ustanovení § 19 zákona č. 280/1992 Sb. – viz dále).

Další ustanovení upravují čerpání základního fondu zdravotních pojišťoven. Základní fond zdravotních pojišťoven se snižuje o:

- a) závazky vyplývající z poskytnutých zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění včetně záloh a jejich zúčtování s poskytovateli zdravotních služeb, upravené o odpočet pohledávek z provedených revizí vyúčtování, z uplatnění regulačních mechanismů a z neoprávněně fakturovaných zdravotních služeb, upravené dále o odpočet pohledávek za jinými zdravotními pojišťovnami nebo jinými subjekty, na základě smluv o finančním vypořádání plateb za zdravotní služby poskytované pojištěncům

- veřejného zdravotního pojištění; dále se snižuje o závazky spojené s vrácením finančních prostředků pojištěncům při překročení limitu stanoveného pro regulační poplatky a doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- b) závazky vyplývající z poskytnutých zdravotních služeb pojištěncům v cizině, včetně dodatečných oprav vyúčtování, (§ 14 a 55a zákona č. 48/1997 Sb.)
 - c) závazky vyplývající z poskytnutých zdravotních služeb vyúčtovaných zdravotní pojišťovně poskytovateli za cizí pojištěnce, kterými jsou fyzické osoby, kterým byly zdravotní služby poskytnuty v souladu s vyhlášenými mezinárodními smlouvami o sociálním zabezpečení, s nimiž vyslovil souhlas Parlament a jimiž je Česká republika vázána, nebo podle přímo použitelného předpisu Evropských společenství
 - d) závazky spojené s nákupem, opravami a pronájmem zdravotnických prostředků zapůjčovaných pojištěncům,
 - e) dohadné položky k závazkům podle písmene a),
 - f) úroky vyplývající z úvěrů přijatých za účelem posílení základního fondu,
 - g) bankovní poplatky za operace na bankovních účtech základního fondu, poplatky za poštovní služby a poplatky za použití veřejných datových sítí při úhradách zdravotních služeb, při informování pojištěnců o výsledcích a čerpání zdravotní péče, výběru pojistného, pokut, penále a přírůžek k pojistnému,
 - h) náklady spojené s vedením osobního účtu pojištěnce, zajištěním dálkového přístupu k tomuto osobnímu účtu a poskytováním informací pojištěnci z osobního účtu v rozsahu stanoveném v § 43 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.,
 - i) záporné kursově rozdíly související se základním fondem,
 - j) příděl do provozního fondu do výše limitu nákladů na činnost zdravotní pojišťovny podle § 7 vyhlášky č.418/2003 Sb. (viz dále- Limit nákladů na činnost ZP),
 - k) příděl do rezervního fondu,
 - l) příděl do fondu prevence uskutečněný při splnění výše uvedených podmínek (dle u stanovení § 1 odst. 2 a 3 vyhlášky č. 418/2003 Sb.),
 - m) mimořádný příděl do provozního fondu na pokrytí zvýšených výdajů Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky,

- n) rezervu na pravomocně neskončené soudní spory, které zdravotní pojišťovna vede jako žalovaná strana ve věcech úhrad zdravotních služeb a náhrady škod,
- o) tvorbu ostatních rezerv neuvedených v písmenu n) vztahujících se k základnímu fondu,
- p) tvorbu opravných položek k pojistnému, penále, pokutám a přírůzkům k pojistnému,
- q) tvorbu ostatních opravných položek neuvedených v písmenu p) vztahujících se k základnímu fondu.

Základní fond zdravotní pojišťovny se snižuje o odpisy dlužného pojistného, odpisy nedobytných pohledávek za uhrazené zdravotní služby poskytnuté cizincům v tuzemsku a odpisy nedobytných pohledávek za poskytovatele. Základní fond se snižuje též o odpisy nedobytných penále, pokut a přírůzků k pojistnému, pokud byly zdrojem základního fondu. Základní fond se snižuje též o odpisy ostatních nedobytných pohledávek, pokud byly zdrojem základního fondu. Pro posouzení nedobytnosti těchto ostatních pohledávek se použije přiměřeně ustanovení § 26c zákona č. 592/1992 Sb.

Základní fond zdravotní pojišťovny se dále snižuje o částky penále, pokut a přírůzků k pojistnému, které byly prominuty na základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti podle zvláštního právního předpisu (jedná se o ustanovení §53a zákona č. 48/1997 Sb., blíže kapitola 5.1). Pokud u zaměstnanecké pojišťovny byly tyto částky zdrojem fondu prevence, uvedený fond se o tyto částky snižuje.

Finanční prostředky základního fondu vede zdravotní pojišťovna na samostatném bankovním účtu, popřípadě na více samostatných bankovních účtech pro potřeby oddělení evidence příjmů, výdajů a stavu finančních prostředků, aby byla umožněna kontrola jejich správné výše. Zůstatek základního fondu i zůstatek finančních prostředků samostatného bankovního účtu dosažený ke konci účetního období se převádí do následujícího účetního období.

V příloze č. 2 v tabulkách č. 1 a č. 2 uvádím vybrané položky tvorby, čerpání, příjmů a výdajů základního fondu VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011 a 2012. Příjmy základního fondu z pojistného z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělení vzrostly u VZP ČR ze 137, 8 mld. Kč v roce 2010 na téměř 145, 2 mld. Kč v roce 2012.

U ZPMV rostly tyto příjmy ze 20,9 mld. Kč v roce 2010 až na 23,2 mld. Kč v roce 2012. Příjmy z penále, pokut a přirážek k pojistnému činily u VZP ČR cca 883 mil. Kč, mírný pokles byl v roce 2012, a to na 834 mil. Kč. U ZPMV tyto příjmy činily 66 mil. Kč v roce 2010 a v následujících letech dosáhly téměř 74 mil. Kč. Příjmy z regresů činily u VZP ČR cca 281 mil. Kč v roce 2012, u ZPMV téměř 53 mil. Kč.

Výdaje za zdravotní péči rostly u VZP ČR z téměř 139,4 mld. Kč v roce 2010 až na téměř 142,4 mld. Kč v roce 2012. U ZPMV tyto výdaje vzrostly z 20,6 mld. Kč v roce 2010 na 22,3 mld. Kč v roce 2012. Rostly i příděly do ostatních fondů zdravotní pojišťovny ze základního fondu zdravotního pojištění. U VZP ČR vzrostly z 3,2 mld. Kč v roce 2010 na téměř 4,7 mld. Kč v roce 2012. U ZPMV vzrostly z téměř 735 mil. Kč v roce 2010 na téměř 842 mil. Kč v roce 2012.

4.3 Rezervní fond

Rezervní fond je upraven v zákoně č. 280/1992 Sb. a zákoně č. 551/1991 Sb. obdobně.

Výše rezervního fondu činí 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zdravotní pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Rezervní fond se tvoří příděly z pojistného převodem částí zůstatku základního fondu. ZP může použít nejvýše 30 % finančních prostředků rezervního fondu k nákupu státních cenných papírů, cenných papírů se státní zárukou, cenných papírů vydávaných obcemi, veřejně obchodovatelných dluhopisů vydaných obchodními společnostmi a přijatých k obchodování na burze cenných papírů, veřejně obchodovatelných akcií a podílových listů přijatých k obchodování na regulovaném trhu a pokladničních poukázek České národní banky; tyto cenné papíry a pokladniční poukázky České národní banky zůstávají součástí rezervního fondu.

Rezervní fond slouží ke krytí schodků základního fondu a ke krytí hrazených služeb v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof; výše rezervního fondu může v takovém případě klesnout pod minimální výši. V zákoně č. 551/1991 Sb. je navíc pro VZP ČR stanoveno, že rezervní fond používá VZP ČR ke krytí hrazených služeb v případech pojišťovnou nezaviněného významného poklesu výběru pojistného. Tento případ pro zaměstnanecké pojišťovny není stanoven. Dále pro zaměstnanecké

pojišťovny není určeno období, v kterém může v uvedených případech klesnout výše rezervního fondu pod minimální výši, zatímco pro VZP ČR je toto období omezeno, je stanoveno, že výše rezervního fondu může klesnout v průběhu roku pod minimální výši.

Nejde-li o výše uvedené případy, je zdravotní pojišťovna povinna udržovat rezervní fond ve stanovené výši.

Zákon č. 280/1992 Sb. obsahuje navíc úpravu rezervního fondu zaměstnaneckých pojišťoven v případech, které zákon č. 551/1991 Sb. neřeší vůbec. Zaměstnanecká pojišťovna je povinna rezervní fond naplnit do tří let ode dne získání povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění. V případě vyčerpání jedné poloviny tohoto fondu je zaměstnanecká pojišťovna povinna předložit Ministerstvu zdravotnictví návrh opatření. Je-li takovéto vyčerpání fondu způsobeno nedostatky v hospodaření zaměstnanecké pojišťovny, rozhodne Ministerstvo zdravotnictví o dohledu nad dalším hospodařením zaměstnanecké pojišťovny, případně o dalších opatřeních k řešení vzniklých nedostatků.

Podrobnější úpravu tvorby a čerpání rezervního fondu pak obsahuje ustanovení § 2 vyhlášky č. 418/2003 Sb. Úprava je shodná jak pro VZP ČR, tak pro zaměstnanecké pojišťovny, s uvedením případných odlišností. Zdrojem rezervního fondu zdravotní pojišťovny jsou:

- a) kauce žadatele (jedná se o kauce dle ustanovení §4a zákona č. 280/1992 Sb., tedy kauce, kterou skládá žadatel před podáním žádosti o povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění. Dnem zápisu zaměstnanecké pojišťovny do obchodního rejstříku přecházejí práva ke kauci na zaměstnaneckou pojišťovnu, která ji převede do rezervního fondu)
- b) příděl z pojistného uskutečněný převodem ze základního fondu. (jak již bylo uvedeno výše, zákon č. 551/1991 Sb. a zákon č. 280/1992 Sb. shodně stanoví, že rezervní fond se tvoří příděly z pojistného převodem části zůstatku základního fondu). Převod finančních prostředků z bankovního účtu základního fondu na bankovní účet rezervního fondu se provede vždy až po přídělu do provozního fondu, uhrazení všech splatných závazků vůči zdravotnickým zařízením, splátkách úvěrů, půjček, návratných finančních výpomocí.

Pro zaměstnaneckou pojišťovnu je navíc stanoveno, pokud po provedení těchto převodů nejsou k dispozici finanční prostředky nutné k doplnění rezervního fondu na výši stanovenou zákonem, převede zaměstnanecká pojišťovna do základního fondu přednostně zdroje uvedené v ustanovení §1 odst. 3 vyhlášky č. 418/2003 Sb. (uvedeno výše v podkapitole základní fond).

Na vytvoření zákonného přidělu do rezervního fondu je povinna zdravotní pojišťovna dále použít též zůstatek provozního fondu podle ustanovení § 3 odst. 4 písm. c) vyhlášky č. 418/2003 Sb. (viz dále).

- c) výnos z držby a prodeje cenných papírů pořízených z prostředků rezervního fondu,
- d) kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků rezervního fondu reálnou hodnotou
- e) úroky z bankovního účtu rezervního fondu,
- f) dar určený dárce do rezervního fondu,
- g) zůstatky rezervního fondu zrušované zdravotní pojišťovny v případě sloučení nebo splnutí zdravotních pojišťoven.

Dále vyhláška č. 418/2003 Sb. upravuje čerpání rezervního fondu. Rezervní fond zdravotní pojišťovny se snižuje o:

- a) přiděl do základního fondu v případech stanovených zákonem,
- b) poplatky za vedení bankovního účtu a poplatky za poštovní služby vztahující se k rezervnímu fondu,
- c) ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků rezervního fondu,
- d) záporné rozdíly z ocenění cenných papírů rezervního fondu na reálnou hodnotu,
- e) závazky k úhradě zdravotních služeb z rozhodnutí likvidátora zdravotní pojišťovny (ustanovení § 6a odst. 3 zákona č. 280/1992 Sb.)

Vyhláška č. 418/2003 Sb. dále stanoví, aby finanční prostředky rezervního fondu zdravotní pojišťovny byly uloženy na samostatném bankovním účtu. Kromě použití limitované výše 30 % finančních prostředků povolených zákonem (výše uvedené nákupy cenných papírů pokladničních poukázek České národní banky)) lze finanční

prostředky rezervního fondu ukládat pouze na krátkodobé termínované vklady, pokud tím zdravotní pojišťovna neporuší povinnost převodu do základního fondu.

Pokud nenastala povinnost použití rezervního fondu, je zdravotní pojišťovna nejpozději k rozvahovému dni povinna zajistit, aby rezervní fond byl naplněn do zákonem stanovené výše, tedy do 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zdravotní pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Takto stanovený objem výše rezervního fondu vyjádřený v korunách českých, po odpočtu hodnoty prostředků vložených do cenných papírů, musí být na samostatném bankovním účtu rezervního fondu zajištěn nejpozději do 31. března následujícího účetního období.

Při sloučení s jinou zdravotní pojišťovnou je základem pro propočet přidělu do rezervního fondu výše výdajů základního fondu zdravotní pojišťovny pokračující v činnosti, která se zvýší o podíl výdajů základního fondu rušené zdravotní pojišťovny v přepočtu na absolutní počet pojištěnců, kteří ke dni sloučení byli jejími pojištěnci. Úprava propočtu se promítne do všech období, která jsou součástí propočtu limitu. Při splynutí zdravotních pojišťoven se výdaje základních fondů obou zdravotních pojišťoven za období zahrnutá do propočtu přepočtou na výši odpovídající počtu pojištěnců daných zdravotních pojišťoven ke dni splnutí.

V příloze č. 2 v tabulkách č. 9 a 10 uvádím tvorbu a čerpání, příjmy a výdaje rezervního fondu VZP ČR a ZPMV v letech 2010, 2011 a 2012.

Zajímavostí je, že např. finanční zásoba na bankovních účtech rezervního fondu k 31. prosinci 2009 by pokryla pouze 5,29 dne při průměrných denních výdajích VZP ČR na zdravotní péči v roce 2009 ve výši 378 500 tis. Kč.²⁰

4.4 Fond prevence

Fond prevence je upraven pro ostatní ZP v ustanovení § 16 odst. 4 zákona č. 280/1992 Sb. a pro VZP ČR v ustanovení § 7 odst. 2 zákona č. 551/1991 Sb. Je to jediný fond, který je upraven pouze v zákonech pro zdravotní pojišťovny, a již není blíže upravován v prováděcí vyhlášce č. 418/2003 Sb. (vyhláška fond prevence zmiňuje

²⁰ Kontrolní závěr 09/29 Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

pouze okrajově, pokud jde o přídělky/ zdroje do tohoto fondu). Úprava fondu prevence je v obou zákonech obdobná. Vytváření fondu prevence je stanovena zákonem pouze jako možnost, tedy je na uvážení zdravotních pojišťoven, zda fond prevence vytvoří. Nicméně všechny zdravotní pojišťovny působící v současnosti na českém trhu fond prevence mají, neboť se bezpochyby jedná o prvek, kterým se mohou odlišovat od ostatních zdravotních pojišťoven a lákat pomocí zajímavého fondu prevence nové pojištěnce. Zákon stanoví, co je zdrojem fondu prevence a na jaké účely je možno jej použít. Zdroje fondu prevence jsou pro VZP ČR a zaměstnanecké pojišťovny shodné pouze u jednoho zdroje, u dalšího jsou odlišnosti. Účel použití finančních prostředků fondu prevence je u VZP ČR a zaměstnaneckých pojišťoven upraven obdobně.

Zdrojem fondu prevence jsou:

- finanční prostředky z podílu kladného hospodářského výsledku po zdanění stanoveného statutárním orgánem zdravotní pojišťovny z činností, které nad rámec provádění veřejného zdravotního pojištění zdravotní pojišťovna provádí v souladu se zákony a statutem zdravotní pojišťovny.
- Zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách: finanční prostředky vytvářené využíváním základního fondu zaměstnanecké pojišťovny a příjmy plynoucí z pokut, přírážek k pojistnému a penále účtovaných touto pojišťovnou v oblasti veřejného zdravotního pojištění, pokud má zaměstnanecká pojišťovna naplněný rezervní fond a hospodaří vyrovnaně.
- Zákon o VZP ČR: výnos z pokut, přírážek k pojistnému a penále ukládaných podle zvláštních právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění (zákon č. 592/1992 Sb., zákon č. 48/1997 Sb.) a přijatých VZP ČR v průběhu kalendářního roku může VZP ČR přidělit do fondu prevence; tyto přídělky do fondu prevence lze v průběhu kalendářního roku provádět zálohově tak, aby jejich celková výše za kalendářní rok nepřekročila 0,3 % celkového objemu příjmů pojistného po přerozdělení provedeném podle zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění (zákon č. 592/1992 Sb.).

Z fondu prevence lze finanční prostředky využít:

- Na uhrazení zdravotní péče nad rámec zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, která má prokazatelný preventivní, diagnostický nebo léčebný efekt, je-li poskytována pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním.
- K realizaci preventivních zdravotnických programů, které slouží k odhalování závažných nemocí.

- Na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit, které vedou k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu účastníků.
- Na podporu projektů, které podporují zvýšení kvality zdravotní péče, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců.

Jak jsem již uvedla, vyhláška č. 418/2003 Sb. se fondem prevence podrobněji nezabývá. Tak například VZP ČR používá prostředky fondu prevence na úhradu nákladů na zdravotní programy (v rámci nich pak např. hradí očkování, které je nehrazené z v.z.p.), na ozdravné pobyty (mořský koník) a preventivní programy zaměřené na veřejnost, např. prevence vzniku závislostí u dětí a mladistvých, prevence vzniku nadváhy a obezity, prevence úrazů dětí, dny zdraví v regionech, zdravá firma. VZP ČR ve své výroční zprávě z roku 2011 dále uvádí, že na podporu jednotlivých programů byly využity prostředky z položky Marketingová podpora. Jednalo se o telemarketingové a internetové kampaně, televizní a rozhlasové spoty. Celkové náklady na preventivní zdravotní péče čerpané z fondu prevence VZP ČR v roce 2011 činily 309 959 tis. Kč, v roce 2010 činily 234 101 tis. Kč. Z toho marketingová podpora v roce 2011 činila 14 985 tis. Kč, tedy 4,8 % celkových finančních prostředků čerpaných z fondu prevence, a v roce 2010 činila 3 967 tis. Kč, tedy 1,7 % celkových finančních prostředků čerpaných z fondu prevence.

VZP ČR již neuvádí, z jakého konkrétního zákonného důvodu byla oprávněna uvedené akce financovat z fondu prevence. Uvedené akce lze subsumovat pod jednotlivé důvody uvedené v § 7 odst. 2. písm. b) zákona č. 551/1991 Sb.:

Ozdravné pobyty- možno zařadit pod *podporu rehabilitačně rekondičních aktivit, které vedou k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu účastníků*. (I když je otázka, jak doložit prokazatelné zlepšení zdravotního stavu účastníků, zda tento údaj lze vůbec věrohodně zjistit ?)

Projekty „dny zdraví“...- možno zařadit pod *podporu projektů, které podporují zvýšení kvality zdravotní péče, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců*.

Program „Ultrazvuková Shear-Wave Elastografie“ (Pro prevenci a včasnou diagnostiku karcinomu prsu a prostaty) je možno zařadit *k realizaci preventivních zdravotnických programů, které slouží k odhalování závažných nemocí*

U očkování je zřejmé, že se jedná o úhradu zdravotní péče, která má preventivní efekt, poskytována pojištěncům v souvislosti s jejich hrozícím onemocněním.

Jak sama VZP ČR ve své výroční zprávě z roku 2011 uvedla, tak z fondu prevence čerpá prostředky i na úhradu marketingové podpory jednotlivých programů. Vzhledem k zákonnému vymezení možností čerpání prostředků z fondu prevence lze diskutovat, zda lze pod zákonem uvedenými pojmy *projekt* a *program* chápat celou akci, tedy i včetně marketingové podpory, nebo pouze tu konkrétní část, která podporuje zvýšení kvality zdravotní péče, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců, či která slouží k odhalování závažných nemocí. Pokud bychom připustily extenzivní výklad v zákoně uvedených účelů, tedy i marketingovou podporu, tak je zde podle mého názoru nebezpečí, že pod záminkou podpory projektu by byla hrazena z fondu prevence už téměř kterákoliv akce, která by v některé své části sice naplňovala zákonné předpoklady, za kterých lze použít finanční prostředky fondu prevence, ale pojištěnci by měli z této akce preventivní účinek minimální, což už by se vymykalo původnímu účelu fondu prevence. Z celkového čerpání fondu prevence tvořila v roce 2011 část připadající na marketingovou podporu 4,8 %, což bylo téměř 15 mil. Kč. Dle mého názoru, pokud chtěla VZP ČR marketingově zviditelnit své projekty, měla náklady na ně čerpat z provozního fondu, kde ji zákon (vyhláška) nekladou žádná omezení.

Ostatní fondy, a to provozní fond, sociální fond, fond (investičního) majetku a fond reprodukce (investičního) majetku jsou v obou zákonech pro zdravotní pojišťovny pouze zmíněny, bližší úpravu obsahuje vyhláška č. 418/2003 Sb.

Náklady na preventivní zdravotní péči čerpanou z fondu prevence u VZP ČR a ZPMV v letech 2010 až 2012 uvádí tabulka č. 3 v příloze č. 1. Náklady na preventivní zdravotní péči rostly u VZP ČR z 234 mil. Kč v roce 2010 na téměř 427 mil. Kč v roce 2012. U ZPMV tyto náklady činily 57 mil. Kč v roce 2010 a vzrostly na 92 mil. Kč v roce 2012 (i když tu byl pokles ze 107 mil. Kč v roce 2011).

V příloze č. 2 v tabulkách č. 11 a č. 12 je pak uvedena tvorba a čerpání, příjmy a výdaje fondu prevence u VZP ČR a ZPMV v letech 2010 až 2012.

4.5 Provozní fond

Jak je výše uvedeno, tvorba a čerpání provozního fondu je upravena ve vyhlášce č. 418/2003 Sb., a to pro VZP ČR a ostatní zdravotní pojišťovny dohromady s uvedením

odlišností pro VZP ČR. Provozní fond zdravotní pojišťovny se používá k úhradě nákladů na její činnost.

Zdrojem provozního fondu zdravotní pojišťovny jsou:

a) přiděl ze základního fondu maximálně do výše ročního limitu stanoveného v ustanovení § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky č. 418/2003 Sb. Ustanovení § 7 vyhlášky č. 418/2003 Sb. upravuje limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny. Roční limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny krytý ze zdrojů základního fondu se stanoví z prostředků získaných z pojistného na veřejné zdravotní pojištění po přerozdělení, z výnosu penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad škod. Výše limitu finančních prostředků tvořící součet přidělů do provozního fondu, do sociálního fondu a do fondu reprodukce investičního majetku se propočte podle vzorce uvedeného v ustanovení § 7 odst. 2 vyhlášky č. 418/2003 Sb.

b) dar určený dárcem do provozního fondu,

c) přiděl z fondu reprodukce majetku po schválení správní radou zdravotní pojišťovny,

d) úrok z bankovního účtu provozního fondu,

e) kladné kursově rozdíly související s provozním fondem,

f) kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků provozního fondu reálnou hodnotou,

g) zůstatek provozních fondů při sloučení nebo splynutí zdravotních pojišťoven,

h) výnos z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku,

i) smluvní pokuty na základě smlouvy poskytovatelů se zdravotní pojišťovnou.

j) ostatní výnosy souvisejí s tvorbou provozního fondu,

k) použité, snížené nebo zrušené ostatní rezervy vztahující se k provoznímu fondu,

l) snížené nebo zrušené ostatní opravné položky vztahující se k provoznímu fondu,

m) ostatní dohadné položky aktivní vztahující se k provoznímu fondu.

Vedle výše uvedených zdrojů provozního fondu má VZP ČR i další zdroje, které vyplývají z jejího specifického postavení a funkcí (viz blíže kapitola 5.5). Zdroje provozního fondu VZP ČR jsou tedy i pohledávky za zaměstnaneckými pojišťovnami a poskytovateli v systému veřejného zdravotního pojištění (vyhláška pro ně zavádí legislativní zkratku "ostatní účastníci") za vynaložené prostředky spojené s tvorbou a

distribucí metodik, tiskopisů a číselníků vydávaných pro zajištění jednotných postupů zúčtování zdravotních služeb, léčiv, zdravotnických prostředků a dalších potřeb, dále pohledávky za zaměstnaneckými pojišťovnami ve výši podílu nákladů na vedení registru všech pojištěnců všeobecného zdravotního pojištění podle zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění (k registru všech pojištěnců viz kapitola 5.5.1).

Provozní fond zdravotní pojišťovny se snižuje o:

a) závazky zdravotní pojišťovny vyplývající ze zajištění její provozní činnosti, včetně podílu úhrady účetních odpisů a zůstatkové ceny vyřazeného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku souvisejících s prováděním veřejného zdravotního pojištění a úhrady podílu nákladů souvisejících s registrem všech pojištěnců všeobecného zdravotního pojištění podle zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění a s provozem Centra mezistátních úhrad, včetně úhrad poskytnutých formou záloh s následným vyúčtováním; součástí nákladů na provozní činnost jsou též prostředky vynaložené zdravotní pojišťovnou na financování analýz a realizace projektových záměrů hrazených z fondů Evropské unie v oblasti podpory veřejného zdraví; součástí nákladů na provozní činnost jsou též náklady na ostatní druhy komunikace zdravotní pojišťovny s pojištěnci, které nejsou součástí § 1 odst. 4 vyhlášky 418/2003 Sb.

b) přiděly do sociálního fondu maximálně do výše celkového přidělu uvedeného v § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky č. 418/2003 Sb., tj. ve výši maximálně 2 % z ročního objemu nákladů zúčtovaných na mzdy a náhrady mzdy, které byly zúčtovány s provozním fondem,

c) přiděl do rezervního fondu podle ustanovení § 2 odst. 5 vyhlášky č. 418/2003 Sb.

d) přiděl do fondu reprodukce majetku provedený na základě rozhodnutí správní rady zdravotní pojišťovny,

e) přiděl do základního fondu provedený na základě rozhodnutí správní rady zdravotní pojišťovny,

f) záporné kursové rozdíly související s provozním fondem,

g) záporné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků provozního fondu na reálnou hodnotu,

h) úroky z úvěrů přijatých zdravotní pojišťovnou na krytí provozního fondu finančními prostředky,

i) pokuty a penále vyplývající pro zdravotní pojišťovnu z nedodržení postupů stanovených zákonem (např. zdravotní pojišťovna nevrátí přeplatek na pojistném ve stanovené lhůtě a je pak povinna platit penále z dlužné částky); dále pokuty, penále či jiné sankce za porušení smluvních vztahů uzavřených zdravotní pojišťovnou,

j) závazky k úhradě zdravotních služeb z rozhodnutí likvidátora zdravotní pojišťovny,

k) přiděl do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku sníženého o náklady související s prodejem,

l) tvorbu ostatních rezerv vztahujících se k provoznímu fondu,

m) tvorbu ostatních opravných položek vztahujících se k provoznímu fondu,

n) ostatní dohadné položky pasivní vztahující se k provoznímu fondu.

V souvislosti se specifickými činnostmi, na základě kterých má VZP ČR oproti ostatním zdravotním pojišťovnám další zdroje provozního fondu, tak s těmito činnostmi jsou spojené samozřejmě i náklady. U VZP ČR se tedy z prostředků provozního fondu hradí též úhrady prostředků vynaložené na tvorbu a distribuci metodik, tiskopisů a číselníků vydávaných pro zajištění jednotných postupů zúčtování zdravotních služeb, léčiv, zdravotnických prostředků a dalších potřeb zajišťovaných pro ostatní účastníky, dále úhrady prostředků vynaložené na vedení registru všech pojištěnců všeobecného zdravotního pojištění podle zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Fondová vyhláška shodně pro VZP ČR i ostatní zdravotní pojišťovny stanoví, že zůstatky provozního fondu zdravotní pojišťovny a rovněž finanční zůstatky vedené na samostatném bankovním účtu se převádí do následujícího účetního období. Finanční prostředky provozního fondu mohou zdravotní pojišťovny využívat k pořízení krátkodobého finančního majetku.

Výslovně není dovoleno, aby finanční prostředky provozního fondu zdravotní pojišťovny byly použity k poskytování finančních příspěvků konkrétním pojištěncům na úhradu nebo částečnou úhradu léčivých přípravků, ani k úhradě akcí preventivního charakteru pro skupiny pojištěnců pořádaných za účelem propagace zdravotní pojišťovny. Už se samostatného názvu tohoto fondu- provozní fond- tedy vyplývá, že je

určen na provoz zdravotní pojišťovny, zajištění jejího chodu, a nikoliv na úhradu zdravotní péče.

Z bankovního účtu provozního fondu zdravotní pojišťovny se podle ustanovení § 7 odst. 3 fondové vyhlášky (rozdělení finančních prostředků limitu nákladů na činnost zdravotní pojišťovny) převádějí finanční prostředky na bankovní účet fondu reprodukce majetku ve výši zúčtovaných odpisů veškerého dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku, včetně finanční hodnoty zůstatkové ceny vyřazeného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku a kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku sníženého o náklady související s prodejem.

Příděl ze základního fondu do provozního fondu je možno provádět průběžně podle očekávané výše příjmů a počtu pojištěnců podle ustanovení § 7 odst. 1 a 2 fondové vyhlášky v daném čtvrtletí. Výše těchto přídělů až do výše limitu nákladů na činnost zdravotní pojišťovny se upřesňuje na základě skutečně dosažených příjmů a počtu pojištěnců k 31. březnu, 30. červnu a 30. září běžného roku postupem podle § 7 fondové vyhlášky. Nejpozději k rozvahovému dni se do provozního fondu zúčtuje příděl maximálně ve výši limitu nákladů na činnost zdravotní pojišťovny, propočteného podle § 7 odst. 1 a 2 fondové vyhlášky.

Fondová vyhláška dále stanoví, že zdravotní pojišťovna musí odděleně sledovat a účtovat veškeré náklady na zdaňovanou činnost a výnosy ze zdaňované činnosti, pokud zdravotní pojišťovna provozuje zdaňovanou činnost (tedy činnost, která podléhá dani z příjmů právnických osob. Jestliže v průběhu běžného roku hradí z finančních prostředků provozního fondu podíl nákladů souvisejících se zdaňovanou činností, převádí na bankovní účet provozního fondu čtvrtletní zálohy z finančních prostředků zdaňované činnosti, které se zúčtují nejpozději k rozvahovému dni. Současně se zúčtováním záloh ze zdaněné činnosti je provozní fond snížen též o podíl nákladů souvisejících s touto činností, včetně podílu odpisů vytvořených z poměrné části hmotného a nehmotného majetku využívaného ve zdaňované činnosti. Při poskytování záloh, odděleném sledování podílu provozních nákladů a podílu odpisů postupuje obdobně též Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky v souvislosti s vytvářením a správou fondu preventivní péče a fondu zprostředkování úhrady zdravotních služeb (bližší vyhláška č. 41/2000 Sb., kterou se stanoví podrobné podmínky tvorby a užití finančních

prostředků fondů Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky na úhradu zdravotní péče hrazené nad rámec veřejného zdravotního pojištění z prostředků státního rozpočtu kapitoly Ministerstva obrany).

V příloze č. 2 v tabulkách č. 3 a č. 4 je uvedena tvorba a čerpání, příjmy a výdaje provozního fondu VZP ČR a ZPMV v letech 2010 až 2012. Příjmy provozního fondu VZP ČR vzrostly z téměř 3,2 mld. Kč v roce 2010 na téměř 4,8 mld. Kč v roce 2012. Rostly i výdaje provozního fondu.

4.6 Sociální fond

Sociální fond je v zákoně o VZP ČR a o ZP pouze zmíněn a podrobnější úpravu obsahuje fondová vyhláška. Zdravotní pojišťovny používají sociální fond k zabezpečení kulturních, sociálních a dalších potřeb ve prospěch svých zaměstnanců, případně dalších osob v souladu s vnitřním předpisem zdravotní pojišťovny. Vyhláška neupravuje žádné odlišnosti pro VZP ČR. Právní úprava sociálního fondu pro VZP ČR a ostatní ZP je shodná.

Zdrojem sociálního fondu zdravotní pojišťovny jsou

- a) základní přiděl ve výši maximálně 2 % z ročního objemu nákladů zúčtovaných na mzdy a náhrady mzdy, které byly zúčtovány s provozním fondem, tvořený převodem finančních prostředků z provozního fondu,
- b) další přiděl ze zisku po zdanění vytvořený ve zdaňované činnosti,
- c) splátky půjček zaměstnancům,
- d) ostatní příjmy, které souvisejí s výdaji ze sociálního fondu,
- e) úroky z bankovního účtu sociálního fondu,
- f) kladné kursové rozdíly související se sociálním fondem,
- g) dary určené dárcem do sociálního fondu zdravotní pojišťovny,
- h) zůstatky sociálních fondů sloučených a splynutých zdravotních pojišťoven,
- i) pohledávky fondů, jejichž zůstatky byly převedeny k 1. lednu 1999 do sociálního fondu zdravotní pojišťovny,
- j) použité, snížené nebo zrušené ostatní rezervy vztahující se k sociálnímu fondu,
- k) snížené nebo zrušené ostatní opravné položky vztahující se k sociálnímu fondu,
- l) dohadné položky aktivní vztahující se k sociálnímu fondu.

Sociální fond zdravotní pojišťovny se snižuje v souladu s ročním rozpočtem a zásadami jeho používání, které jsou součástí schváleného zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny. Sociální fond zdravotní pojišťovny se dále snižuje o bankovní poplatky, poštovní poplatky a záporné kursové rozdíly související s jeho činností.

Fondová vyhláška upravuje dále i postup při používání sociálního fondu, a to následovně:

- finanční prostředky sociálního fondu se vedou na samostatném bankovním účtu,
- výdaje ze sociálního fondu lze uskutečňovat jen do výše finančních prostředků vedených na bankovním účtu tohoto fondu, prostředky sociálního fondu nelze převádět do jiných fondů zdravotní pojišťovny, s výjimkou postupu při likvidaci zdravotní pojišťovny,
 - zůstatek sociálního fondu i zůstatek finančních prostředků samostatného bankovního účtu sociálního fondu dosažené ke konci účetního období se převádí do následujícího účetního období,
 - tvorba rezerv, opravných položek a dohadných položek pasivních,
 - fondová vyhláška upravuje sociální fond i pro případ, kdy byla zahájena likvidace zdravotní pojišťovny, pro případ splynutí, sloučení zdravotních pojišťoven.

4.7 Fond (investičního) majetku

Ačkoliv zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách při výčtu fondů zaměstnanecké pojišťovny uvádí název fond *investičního* majetku, tak vyhláška používá pouze pojem fond majetku. Vzhledem k tomu, že investiční majetek představuje majetek dlouhodobé povahy a fondová vyhláška k fondu majetku uvádí, že fond majetku se používá ke sledování zůstatkové hodnoty dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku zdravotní pojišťovny, a vzhledem k tomu, že není žádný jiný právní předpis, který by upravoval fond investičního majetku zaměstnanecké pojišťovny, tak úprava fondu majetku ve fondové vyhlášce je aplikovatelné i pro fond investičního majetku zaměstnanecké pojišťovny. Je jen s podivem, proč zákonodárci použili jednou pojem pouze fond majetku pro VZP ČR a pak fond investičního majetku pro zaměstnanecké

pojišťovny. Ale např. ZPMV ve svých výročních zprávách používá pojem fond majetku.

Právní úprava fondu majetku je ve fondové vyhlášce shodná pro všechny zdravotní pojišťovny.

Zdrojem fondu majetku zdravotní pojišťovny jsou:

- a) dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek pořízený z prostředků fondu reprodukce majetku,
- b) bezúplatně převzatý dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek,
- c) nově zjištěný a v účetnictví dosud nezachycený dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek,
- d) nově zařazený dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek podle rozhodnutí účetní jednotky,
- e) použité, snížené nebo zrušené ostatní opravné položky vztahující se k fondu majetku.

Fond majetku zdravotní pojišťovny se snižuje o:

- a) výši zůstatkové ceny dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku při jeho vyřazení z používání v důsledku opotřebení, ztráty, znehodnocení, v důsledku jeho prodeje, bezúplatného předání, zvýšení hranice pro zařazení do kategorie dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku,
- b) bezúplatně předaný dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek,
- c) odepsaný náklad na trvale zastavené investice,
- d) hodnotu účetních odpisů,
- e) tvorbu ostatních opravných položek vztahujících se k fondu majetku.

4.8 Fond reprodukce (investičního) majetku

Při výčtu fondů zaměstnanecké pojišťovny používá zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách pojem fond reprodukce *investičního* majetku a vyhláška pouze pojem fond reprodukce majetku, tak jako zákon o VZP ČR. O pojmu *majetek* a *investiční* majetek jsem pojednávala už u fondu majetku. Fond reprodukce majetku zdravotní pojišťovny

se používá k soustředování prostředků na pořizování dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku zdravotní pojišťovny.

Finanční prostředky fondu reprodukce majetku vede zdravotní pojišťovna na samostatném bankovním účtu. Zůstatek fondu reprodukce majetku a finanční prostředky na bankovním účtu se převádějí do následujícího účetního období.

Zdrojem fondu reprodukce majetku zdravotní pojišťovny jsou:

a) odpisy veškerého dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně zůstatkové ceny vyřazeného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku (snížení provozního fondu dle rozdělení finančních prostředků limitu nákladů na činnost zdravotní pojišťovny),

b) další příděly z provozního fondu na základě schválení správní radou zdravotní pojišťovny,

c) příděly z provozního fondu ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku sníženého o náklady související s prodejem,

d) dar určený dárcem do fondu reprodukce majetku,

e) příděl odsouhlasený správní radou ze zisku po zdanění vytvořeného ve zdaňované činnosti, určený na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku, který je využíván též na zdaňovanou činnost. Alikvotní část přídělu se propočte v poměru předpokládaného využití z pořizovací ceny daného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku. Obdobně postupuje Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky při propočtu alikvotní části přídělu z prostředků kapitoly Ministerstva obrany na úhradu podílu hodnoty dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku využívaného při správě fondu preventivní péče a fondu zprostředkování úhrady zdravotních služeb,

f) úroky z bankovního účtu fondu reprodukce majetku,

g) zůstatek fondu reprodukce majetku sloučené nebo splynuté zdravotní pojišťovny,

h) účelová dotace ze státního rozpočtu vyplývající z uzavřené smlouvy (například zákon č. 130/2002 Sb., o podpoře výzkumu a vývoje z veřejných prostředků a o změně některých souvisejících zákonů),

i) kladné kursové rozdíly související s fondem reprodukce majetku.

Fond reprodukce majetku zdravotní pojišťovny se snižuje o:

- a) pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně poskytnutých záloh,
- b) splátky úroků z úvěrů použitých na nákup dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku ve vazbě na schválený zdravotně pojistný plán,
- c) přiděl do provozního fondu, a to se souhlasem správní rady zdravotní pojišťovny,
- d) poplatky za vedení bankovního účtu a poplatky za poštovní služby vztahující se k fondu reprodukce majetku,
- e) záporné kursové rozdíly související s fondem reprodukce majetku,
- f) závazky k úhradě zdravotních služeb z rozhodnutí likvidátora zdravotní pojišťovny.

V příloze č. 2 v tabulce č. 5 a č. 6 je uvedena tvorba a čerpání, příjmy a výdaje fondu reprodukce majetku.

4.9 Limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny

Jak jsem již několikrát zmínila při popisu fondů zdravotní pojišťovny, fondová vyhláška určuje roční limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny krytý ze zdrojů základního fondu. Tento limit se stanoví z prostředků získaných z pojistného na veřejné zdravotní pojištění po přerozdělení, z výnosu penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad škod. Výše tohoto limitu finančních prostředků tvořící součet přidělů do provozního fondu, do sociálního fondu a do fondu reprodukce investičního majetku se propočte podle vyhláškou stanoveného vzorce. Fondová vyhláška dále stanoví i způsob, jakým se rozdělí finanční prostředky limitu nákladů a činnost zdravotní pojišťovny, a to následovně:

- a) celkový přiděl do výše propočteného limitu nákladů na činnost zdravotní pojišťovny se převede ze základního fondu do provozního fondu,
- b) - z provozního fondu se převede do sociálního fondu základní přiděl ve výši maximálně 2 % z ročního objemu nákladů zúčtovaných na mzdy a náhrady mzdy, které byly zúčtovány s provozním fondem, tvořený převodem finančních prostředků z provozního fondu,

- současně se z provozního fondu převede příděl ve výši hodnoty účetních odpisů veškerého dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně zůstatkové ceny vyřazeného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku za dané účetní období do fondu reprodukce majetku,

c) zůstatek celkového limitu podle písmene a) a po provedení přídělů podle písmene b) tvoří příděl do provozního fondu.

Fondová vyhláška řeší i propoččet limitu nákladů na činnost u zdravotní pojišťovny v likvidaci a některé odlišnosti pro Vojenskou zdravotní pojišťovnu České republiky.

4.10 Účetnictví zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny jsou povinny vést účetnictví podle zákona č. 563/1991 Sb. o účetnictví a také dle vyhlášky č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny. Pro účetní období započatá 1. 1. 2010 a později je bližší popis účetních metod a postupů účtování pro zdravotní pojišťovny upraven Českými účetními standardy. S účinností od 1. 1. 2010 došlo ke změně ustanovení § 36 zákona o účetnictví, které se týká vydání Českých účetních standardů a jejich závaznosti pro účetní jednotky. Zdravotní pojišťovny, které jsou „vybranými účetními jednotkami“ dle zákona o účetnictví, postupují podle Českých účetních standardů vždy. Zdravotní pojišťovny tedy nemají možnost se od Českých účetních standardů odchýlit.

Po novelizaci vyhlášky č. 503/2002 Sb. účinné od 1. 1. 2010 doznala tato právní úprava významných změn, např. byla zdravotním pojišťovnám stanovena povinnost tvořit opravné položky, zejména v souvislosti s pohledávkami za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti. Dále došlo ke změně např. v oblasti rozsahu a způsobu sestavování účetní závěrky, kdy kromě původních částí účetní závěrky (rozvaha, výkaz zisku a ztráty, přílohy) jsou zdravotní pojišťovny povinny vytvářet také přehled o peněžních tocích a přehled o změnách vlastního kapitálu. Vyhláška č. 503/2002 Sb. se také nově podrobněji zabývá účtováním na podrozvahových účtech.

5. Činnost zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny provádějí všeobecné zdravotní pojištění. To stanovuje jak zákon č. 551/1991 Sb., tak zákon č. 280/1992 Sb., ale blíže tuto činnost již nespécifikují. Podrobnější úpravu činnosti lze nalézt zejména v zákoně č. 48/1997 Sb., a to v části sedmé. Jak již bylo uvedeno výše (kapitola 2.1.1), zákon č. 48/1997 Sb. nově používá pojem veřejné zdravotní pojištění místo pojmu všeobecné zdravotní pojištění, v textu zákona je použita legislativní zkratka pro pojem veřejné zdravotní pojištění, a to zdravotní pojištění.

Ustanovení § 40 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. uvádí:

„Zdravotní pojištění provádějí tyto zdravotní pojišťovny:

- a) Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,*
- b) resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny.“*

Tedy vlastně opakuje to, co již bylo stanoveno v jiných zákonech. Následující ustanovení části sedmé zákona č. 48/1997 Sb., by se daly rozdělit na činnost zdravotní pojišťovny vůči pojištěncům a vůči poskytovatelům hrazených služeb. (Hrazenou službou se rozumí zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění). Úprava činnosti zdravotních pojišťoven není ale ani v této části sedmé kompletní. Úpravu činností, práv a povinností zdravotních pojišťoven lze nalézt i v ostatních ustanoveních zákona č. 48/1997 Sb., dále pak v zákoně č. 592/1992 Sb. a samozřejmě i v zákoně č. 280/1992 Sb. a zákoně č. 551/1991 Sb. (informační systém, vzájemný vztah zdravotních pojišťoven).

Kontrola zdravotních pojišťoven

V souvislosti s kontrolou je i upraveno, že samy zdravotní pojišťovny podléhají kontrole, a to ze strany státních orgánů České republiky. Žádná bližší specifikace není v zákoně č. 48/1997 Sb. stanovena. Kontrolu zdravotních pojišťoven lze nalézt i v jiných zákonech, např. zákon č. 551/1991 Sb. a zákon č. 280/1992 Sb. upravují pravomoci Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám (viz výše). Kontrolní pravomoc je stanovena i v zákoně č. 166/1993 Sb. o Nejvyšším kontrolním úřadu (ustanovení §3 odst. 1 písm. a) zákona č. 166/1993 Sb.

stanoví: „Úřad vykonává kontrolu hospodaření se státním majetkem a finančními prostředky vybíranými na základě zákona ve prospěch právnických osob...“)

Zákaz podnikat

V souvislosti s činností zdravotních pojišťoven nelze opomenout činnosti, které jsou zdravotním pojišťovnám výslovně zakázány. Jak zákon o VZP ČR, tak zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách zakazují zdravotním pojišťovnám:

- zřizovat a provozovat poskytovatele zdravotních služeb,
- podnikat s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění.

5.1 Pojištěnci a plátcí pojistného

Jak jsem již uvedla, nejdůležitějším zdrojem finančních prostředků zdravotní pojišťovny je pojistné na veřejné zdravotní pojištění. Problematika pojistného na veřejné zdravotní pojištění je velmi rozsáhlá a sama o sobě by vystačila na samostatnou práci. Jelikož ale úzce souvisí s činností zdravotních pojišťoven, tak je potřeba ji zde aspoň okrajově a ve stručnosti zmínit. Pozornost bude věnována těm aspektům, které přímo souvisí s činností zdravotní pojišťovny, jako je například vydávání výkazů nedoplatků, platebních výměrů.

Pojistné je upraveno v zákoně č. 48/1997 Sb. a v zákoně č. 592/1992 Sb. Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění jsou zdravotně pojištěny:

- a) osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky,
- b) osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky.

Pro tyto osoby zavádí zákona legislativní zkratku pojištěnci.

V Příloze č. 1 v tabulce č. 4 jsem uvedla počet pojištěnců VZP ČR a ZPMV k 31. 12. sledovaných let. Podíl pojištěnců VZP ČR na celkovém počtu všech pojištěnců veřejného zdravotního pojištění v ČR cca 60 %.

Zákon č. 48/1997 Sb. dále upravuje i vznik a zánik zdravotního pojištění. V části druhé zákona je pak upraveno samotné pojistné. Plátcí pojistného zdravotního pojištění jsou pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Zákon vymezuje jednotlivé kategorie pojištěnců. Je stanovena povinnost platit pojistné, a to zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec

pojištěn. A zdravotní pojišťovny mají dle ustanovení § 8 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. povinnost vymáhat na dlužníkovi pojistné a penále, pokud plátce nezaplatí pojistné ve stanovené výši a včas.

Zákon dále upravuje práva a povinnosti plátců pojistného a pojištěnců a podmínky poskytování hrazených služeb. V části osmé jsou upraveny pokuty a přírážky k pojistnému, např. za nesplnění oznamovací povinnosti plátcí pojistného. Jsou zde upraveny ale i správní delikty zdravotní pojišťovny a jejich postihy.

Výše pojistného na veřejné (dříve všeobecné) zdravotní pojištění, penále a způsob jejich placení, kontrolu a vedení evidence plátců pojistného upravuje zákon č. 592/1992 Sb. Tento zákon vedle toho upravuje i zřízení zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění (viz kapitola 5.5.2).

Zákon č. 592/1992 Sb. poměrně dopodrobna stanoví způsob výpočtu pojistného. Výši pojistného je jeho plátce povinen si sám vypočítat. Pojistné se odvádí na účet té zdravotní pojišťovny, u které je pojištěnec pojištěn. Za osoby, za které je plátcem pojistného stát, hradí pojistné Ministerstvo financí České republiky a to na zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění. S účinností od 1. 11. 2013 platí stát za tzv. státní pojištěnce pojistné ve výši 787 Kč,- měsíčně. Zákon dále upravuje přeplatek pojistného, jeho vrácení, promlčení, úhradu dlužného pojistného.

Velmi zajímavá je (byla) problematika promlčení pojistného, kterou se zabýval i Nejvyšší správní soud (dále také „NSS“) ve svém rozsudku ze dne 6. 8. 2008, č.j. 3 Ads 24/2008 – 119 ve kterém NSS potvrdil již dříve judikovaný názor ohledně povahy institutu promlčení pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Institut promlčení v ustanovení §16 zákona č. 592/1992 Sb., podle NSS nelze ztotožňovat se soukromoprávním pojmem promlčení, nýbrž je třeba na něj nazírat jako na prekluzi. NSS zde poukázal na rozsudek Krajského soudu v Ústí nad Labem ze dne 12.3.2007, č.j. 15 CA 201/2006-22, publikovaný pod č. 1240/2007 NSS, kde se uvádí:

„O promlčení (v soukromoprávním smyslu) se v předpisech veřejného práva jedná pouze tehdy, pokud takový předpis v rámci ustanovení pojednávajících o promlčení stanoví, že správní orgán přihlíží k promlčení jen k námitce účastníka řízení. Pokud takovéto ustanovení veřejnoprávní předpis neobsahuje, je tím de facto míněna prekluze, ke které správní orgán přihlíží z úřední povinnosti.

Pětiletá lhůta k předepsání a vymáhání pojistného na zdravotní pojištění stanovená v § 16 odst. 1 a odst. 2 zákona ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, je lhůtou prekluzivní, a nikoliv promlčecí. Pojistné na zdravotní pojištění je tak nutno ve lhůtě pěti let ode dne splatnosti předepsat pravomocně; nestačí tedy, aby v této lhůtě bylo vydáno nepravomocné rozhodnutí o předepsání pojistného.“

Pro úplnost ještě uvádím, že pětiletá promlčecí/prekluzivní lhůta byla s účinností od 1. 12. 2011 změněna na desetiletou. Je otázkou, zda toto prodloužení lhůty pomůže, když i po pěti letech byla pravděpodobnost vymožení dlužného pojistného minimální. NKÚ v kontrolním závěru 09/29 zjistil, že VZP ČR vydala platební výměry a výkazy nedoplatků na pohledávky a vymáhala pohledávky z pojistného a penále, které kontinuálně existovaly déle než pět let, ale z kontrolovaného vzorku bylo následně vymoženo jen velmi malé procento, které se blížilo nule.

Dalo by se tedy odhadnout, že po desetileté lhůtě se bude výše vymoženého dlužného pojistného opět blížit nule. Spíše než v prodlužování promlčecí/prekluzivní lhůty by se mělo řešení hledat ve změně systematického přístupu zdravotních pojišťoven k dlužnému pojistnému již od jeho samotného počátku.

Zákon č. 592/1992 Sb. dále upravuje způsob placení pojistného. Dále je stanovena povinnost plátce pojistného platit penále v určené výši, pokud nezaplatil pojistné nebo zálohu na pojistné ve stanovené lhůtě anebo pokud zaplatil v nižší částce, než ve které mělo být zapláceno.

Část čtvrtá zákona č. 592/1992 Sb., ustanovení společná, přechodná a závěrečná obsahuje, v porovnání k předešlému textu zákona, poměrně rozsáhlou úpravu několika oblastí. Je zde zařazena kontrola placení pojistného, povinnost zachovávat mlčenlivost, povinnost plátců pojistného, pravděpodobná výše pojistného, pokuty, úhrada odvedeného pojistného, odepsání dluhu, poskytování informací plátcům pojistného, vedení evidence pojištěnců, tiskopisy. Zákon v této části obsahuje též speciální úpravu pro doručování písemností a počítání času. Avšak úprava doručování veřejnou vyhláškou v řízení podle ustanovení § 53 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. (např. přírážky k pojistnému, pokuty, pravděpodobná výše pojistného) je obsažena v ustanovení § 53b zákona č. 48/1997 Sb.

Obdobně právu zdravotní pojišťovny kontrolovat vykázanou zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění (dle zákona č. 48/1997 Sb., blíže viz kapitola 5.2), má zdravotní pojišťovna právo kontrolovat placení pojistného, a to na základě ustanovení § 22 zákona č. 592/1992 Sb. Kontrolou placení pojistného zjišťuje pověřený zaměstnanec příslušné zdravotní pojišťovny správné stanovení vyměřovacího základu, výše pojistného a jeho včasné placení.

Následně je v zákoně upravena povinnost plátců pojistného (sdělení identifikačních údajů při oznamovací povinnosti, povinnost osoby samostatně výdělečně činné předložit zdravotní pojišťovně přehled o svých příjmech a výdajích, zaplacených zálohách na pojistné, vyměřovacím základu, pojistném vypočteném z tohoto základu, povinnost zaměstnavatelů předat zdravotní pojišťovně přehled o platbách pojistného).

Na tyto povinnosti plátců pojistného pak navazuje úprava pravděpodobné výše pojistného.

Zdravotní pojišťovna má možnost stanovit rozhodnutím pravděpodobnou výši pojistného dle ustanovení § 25a zákona č. 592/1992 Sb., jestliže zaměstnavatel nesplnil povinnost podat přehled o platbách pojistného, nebo jestliže osoba samostatně výdělečně činná (dále také OSVČ) nesplnila povinnost podat přehled o svých příjmech a výdajích a tato povinnost nebyla splněna ani ve lhůtě určené v písemné výzvě. Ve výzvě má zdravotní pojišťovna plátce na tento následek upozornit. Stanovením pravděpodobné výše pojistného není dotčena povinnost předložit chybějící přehledy. Jsou-li následně tyto přehledy předloženy, zdravotní pojišťovna rozhodnutí o pravděpodobné výši pojistného zruší.

Zákon dále určuje, za nesplnění nebo porušení jakých povinností může zdravotní pojišťovna uložit plátcí pojistného pokutu, jedná se např. za nesplnění povinnosti zaměstnavatele podat přehled o platbách pojistného nebo nesplnění povinnosti OSVČ podat přehled o svých příjmech a výdajích.

Na rozhodování zdravotní pojišťovny ve věcech týkajících se přírážek k pojistnému, pokut a pravděpodobné výše pojistného a ve sporných případech ve věcech placení pojistného, penále, vrácení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné se vztahují obecné předpisy o správním řízení, nestanoví-li zákon č. 48/1997 Sb. jinak.

Zdravotní pojišťovny rozhodují platebními výměry. Platební výměr na dlužné pojistné je vykonatelný bez ohledu na právní moc, jestliže od jeho doručení uplynulo 15 dnů, se zákonem stanovenými výjimkami. Dlužné pojistné a penále může zdravotní pojišťovna předepsat k úhradě též výkazem nedoplatků. Ustanovení § 53 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. uvádí výčet náležitostí výkazu nedoplatků. Výkaz nedoplatků je vykonatelný dnem jeho doručení. Výkaz nedoplatků se doručuje stejným způsobem jako platební výměr. Proti výkazu nedoplatků lze zdravotní pojišťovně, která výkaz nedoplatků vydala, podat do 8 dnů od doručení písemné námitky, pokud plátce pojistného nesouhlasí s existencí dluhu na pojistném a penále nebo s jeho výší. Důvod podání námitek je plátce pojistného povinen v námitkách uvést.

Na základě námitek zdravotní pojišťovna do 30 dnů od jejich doručení vydá rozhodnutí, kterým výkaz nedoplatků buď potvrdí, byla-li výše nedoplatků stanovena správně, nebo zruší. Pokud zdravotní pojišťovna nerozhodne o námitkách ve lhůtě výše uvedené, pozbývá výkaz nedoplatků platnost. Zdravotní pojišťovna může výkaz nedoplatků zrušit z vlastního podnětu. Na řízení o vydání výkazu nedoplatků se nevztahují obecné předpisy o správním řízení.

Vykonatelná rozhodnutí ve věcech výše uvedených věcech a vykonatelné výkazy nedoplatků jsou titulem pro soudní nebo správní výkon rozhodnutí. Správní výkon rozhodnutí provádí zdravotní pojišťovna, která platební výměr vydala v prvním stupni řízení; to platí obdobně pro výkazy nedoplatků.

O odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny ve výše uvedených věcech rozhoduje rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny. Rozhoduje-li rozhodčí orgán v prvním stupni, použijí se obdobně ustanovení správního řádu o rozkladu. (k rozhodčímu orgánu viz kapitola 3.3.2).

Pravomocná rozhodnutí zdravotních pojišťoven ve výše uvedených věcech jsou přezkoumatelná soudem podle zvláštních právních předpisů.

Zdravotní pojišťovny mohou tedy pro předepsání dlužného pojistného využít buď institut výkazu nedoplatků, nebo platebního výměru, kterému ale musí předcházet zahájení správního řízení. VZP ČR tak například uvádí, že při předepisování pomocí výkazu nedoplatků, kdy nemusí být zahajované správní řízení, jsou převážně

předepisovány dluhy nižší a nesporné. Platební výměr pak využívá při předepisování vyšší částky dluhů.²¹

Zdravotní pojišťovna může dluh odepsat, a to za podmínek stanovených zákonem (ustanovení § 26 c zákona č. 592/1992 Sb.). Jedná se o dlužné pojistné, penále a pokuty a přírážky k pojistnému, které jsou nedobytné. O odpisu pro nedobytnost se dlužník nevyrozumívá, dluh na pojistném a penále trvá dále, dokud nedojde k promlčení práva vymáhat tento dluh.

V této souvislosti je třeba zmínit možnost odstraňovat tvrdosti zákona. Úprava je tentokrát ale obsažena v ustanovení § 53a zákona č. 48/1997 Sb. Sama zdravotní pojišťovna může odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při předepsání penále, jehož výše nepřesahuje 20 000 Kč. Odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při předepsání penále vyššího než 20 000 Kč, při uložení pokuty, vyměření přírážky k pojistnému může pak rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny. Zákon ale zároveň i stanovuje, ve kterých případech nelze o odstranění tvrdostí rozhodnout. Jedná se o případy, kdy plátce pojistného nezaplatil pojistné na zdravotní pojištění splatné do dne vydání rozhodnutí o prominutí pokuty, přírážky k pojistnému nebo penále, na plátce pojistného byl podán insolvenční návrh nebo plátce pojistného vstoupil do likvidace. Zákon dále stanoví, že o prominutí pokuty, přírážky k pojistnému nebo penále se rozhoduje na základě písemné žádosti plátce pojistného nebo jiné oprávněné osoby a určuje lhůtu, kdy má být tato žádost podána. Zákon výslovně vylučuje použití obecných předpisů o správním řízení na řízení o prominutí pokuty, přírážky k pojistnému nebo penále.

V Příloze č. 1 v tabulce č. 1 jsou uvedeny údaje ohledně odpisů VZP ČR v letech 2010 až 2012. Tak například v roce 2012 celková výše odepsaného a promlčeného pojistného, penále, pokut a přírážek činila 3 mld. Kč.

Příslušná zdravotní pojišťovna je povinna vydat plátcovi pojistného na jeho žádost potvrzení o stavu jeho závazků týkajících se pojistného, penále, pokuty a přírážky k pojistnému.

Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole i ze strany samotných pojištěnců. Ustanovení § 43 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. ukládá zdravotní pojišťovně vést osobní účet pojištěnce jako přehled výdajů na hrazené služby poskytnuté tomuto pojištěnci a

²¹ Výroční zpráva VZP ČR za rok 2010, str. 17

zaplacených regulačních poplatků a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely. Na vyžádání pojišťovny je zdravotní pojišťovna povinna písemně bezplatně a bez zbytečného odkladu poskytnout jedenkrát ročně formou výpisu z osobního účtu údaje o hrazených službách uhrazených za tohoto pojištěnce v období posledních 12 měsíců včetně zaplacených regulačních poplatků a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely za toto období, popřípadě tyto údaje za počet měsíců, po které byl pojištěnec v průběhu posledních 12 měsíců u této zdravotní pojišťovny pojištěn.

Ustanovení § 40 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb. opravňuje zdravotní pojišťovny k podání podnětu živnostenskému úřadu ke zrušení živnostenského oprávnění podnikateli z důvodu neplnění závazků podnikatele platit pojistné na veřejné zdravotní pojištění. Tento institut byl zaveden v roce 2006 zákonem č. 214/2006 Sb., kterým se mění zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání (živnostenský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, a měl přispět k plnění povinnosti řádně platit pojistné na veřejné zdravotní pojištění. Nutno ale dodat, že živnostenský zákon neumožňuje živnostenským úřadům zrušit živnostenské oprávnění z důvodu neplacení pojistného. Tento institut není v praxi příliš využíván, jak zjistil Nejvyšší kontrolní úřad např. v rámci kontroly VZP ČR, která podněty ke zrušení živnostenského oprávnění nedávala a ve svém sdělení uvedla, že preferovala jiné právní instituty.²²

Ustanovení § 55 zákona č. 48/1997 Sb. dává zdravotní pojišťovně právo na náhradu těch nákladů na péči hrazenou ze zdravotního pojištění, které vynaložila v důsledku zaviněného protiprávního jednání třetí osoby vůči pojištěnci. Pro účely náhrady škody jsou zdravotnická zařízení povinna oznámit příslušné zdravotní pojišťovně úrazy a jiná poškození zdraví osob, kterým poskytla zdravotní péči, pokud mají důvodné podezření, že úraz nebo jiné poškození zdraví byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby. Oznamovací povinnost mají ze zákona také orgány Policie ČR, státní zastupitelství a soudy. Na vyžádání zdravotní pojišťovny jsou povinny orgány ochrany

²² Kontrolní závěr 09/29 Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

veřejného zdraví, orgán inspekce práce a orgány státní báňské správy poskytnout výsledky šetření pro účely náhrady škod.

5.2 Zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení

Zdravotní pojišťovna je podle ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Zdravotní pojišťovna tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny.

Uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb předchází výběrové řízení, jehož vyhlášovatelem jsou krajské úřady a v hlavním městě Praze Magistrát hlavního města Prahy, výběrové řízení na poskytování lůžkové a lázeňské léčebně rehabilitační péče vyhláší Ministerstvo zdravotnictví. Vyhlášovatel zřizuje pro každé výběrové řízení komisi, jejímž členem je mimo jiné i zástupce příslušné zdravotní pojišťovny. Nutno ale dodat, že zákon nestanovuje zdravotní pojišťovně povinnost uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb s vítězem výběrového řízení. K výsledkům výběrového řízení při uzavírání smluv s poskytovateli zdravotních služeb, dle ustanovení § 52 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., zdravotní pojišťovna pouze přihlíží. Zdravotní pojišťovna je ale oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem pouze tehdy, bylo-li uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno.

Smlouvy s poskytovateli o poskytování a úhradě hrazených služeb uzavírají zdravotní pojišťovny za účelem zajištění věcného plnění při poskytování hrazených služeb pojištěncům a jsou upraveny v ustanovení § 17 zákona č. 48/1997 Sb. Smlouvu lze uzavřít pouze pro ty zdravotní služby, které je poskytovatel oprávněn poskytovat. Zákon určuje, ve kterých případech se nevyžaduje uzavřená smlouva, jedná se např. při poskytnutí neodkladné péči pojištěnci.

Smlouva uzavřená mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení. Dohodovací řízení je vedeno mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupin smluvních poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Jednotlivé rámcové smlouvy jsou předkládány Ministerstvu zdravotnictví, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti

hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění, a poté je vydá jako vyhlášku. V současnosti se jedná o vyhlášku č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Zákon upravuje i postup pro případ, kdy mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy nebo pokud předložená rámcová smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, pak je Ministerstvo zdravotnictví oprávněno učinit rozhodnutí. Zákon upravuje i některé náležitosti rámcové smlouvy, např. výpovědní lhůtu smlouvy. Rámcová smlouva musí dále obsahovat například i způsob provádění úhrady poskytovaných hrazených služeb, práva a povinnosti účastníků smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb.

Co se týče úhrady poskytnuté zdravotní péče, tak hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Zákon opět řeší i situaci, pokud by k dohodě nedošlo nebo pokud by Ministerstvo zdravotnictví neshledalo takovou dohodu v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem. V takovém případě by hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok stanovilo Ministerstvo zdravotnictví samo vyhláškou. Zákon ale zároveň připouští, aby se místo použití vyhlášky vydané Ministerstvem zdravotnictví (ať už na základě dohodovacího řízení nebo ne) poskytovatel a zdravotní pojišťovna dohodli na jiném způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezení. Tato, od vyhlášky odlišná, dohoda mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou ale musí být za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny. Pro rok 2013 platila vyhláška č. 475/2012 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013.

Na jedné straně tu tedy máme snahu o regulaci a stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a na druhé straně je dána možnost zdravotním pojišťovnám a poskytovatelům zdravotních služeb dohodnout si úhradu jinak. V tomto roce se tak v tisku např. objevilo, že v úhradách VZP ČR nemocnicím jsou velké rozdíly,

individuální sazby se liší o násobky. Přitom VZP ČR smlouvy s nemocnicemi tají.²³ Je otázkou, jaké jsou úhrady poskytovatelům zdravotních služeb od dalších zdravotních pojišťoven, zda se zde vyskytují také takové rozdíly a zda by nebylo žádoucí, aby byla omezena smluvní volnost zdravotních pojišťoven ohledně výše úhrad poskytovatelům zdravotních služeb.

V části sedmé zákona č. 48/1997 Sb. je stanovena povinnost zdravotních pojišťoven uhradit poskytovatelům zdravotních služeb poskytnuté zdravotní služby ve lhůtách sjednaných ve smlouvě. Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit svým pojištěncům místní a časovou dostupnost hrazených služeb a jsou povinny vydat bezplatně svým pojištěncům průkaz pojištěnce. Zdravotní pojišťovny vedou seznam smluvních poskytovatelů, který je povinna zveřejnit způsobem umožňujícím dálkový přístup.

Ustanovení § 42 zákona č. 48/1997 Sb. upravuje jednu z důležitých činností zdravotních pojišťoven v rámci provádění veřejného zdravotního pojištění, a to kontrolu vykázané zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vyúčtování zdravotní pojišťovně, a to z hlediska objemu a kvality, včetně dodržování cen u poskytovatelů a pojištěnců. Zdravotní pojišťovny provádějí kontrolní činnost zejména dvěma způsoby, a to prostřednictvím informačních dat a činností revizních lékařů. Revizní lékaři posuzují odůvodněnost léčebného procesu se zvláštním zřetelem na jeho průběh a předepisování léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, a na posuzování potřeby lázeňské léčebně rehabilitační péče jako součásti léčebné péče. Revizní lékaři a další odborní pracovníci dále kontrolují, zda poskytnuté hrazené služby odpovídají hrazeným službám vyúčtovaným zdravotní pojišťovně a zda byly vyúčtovány pouze ty výkony, léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky, které je zdravotní pojišťovna povinna uhradit, dále pak zda rozsah a druh hrazených služeb odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce. Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb, zdravotní pojišťovna takové služby neuhradí. Zákon dále upravuje výkon činnosti revizních lékařů, jejich oprávnění a povinnosti.

²³ VZP platí každé nemocnici jinak. V Plzeňském kraji nejvíc svatému Jiří. *IDNES.cz* [online]. 21.10.2013 [cit. 2013-12-30]. Dostupné z: http://plzen.idnes.cz/platby-vzp-nemocnicim-060-/plzen-zpravy.aspx?c=A131021_085456_plzen-zpravy_pp

V Příloze č. 1 v tabulce č. 2 uvádím počet smluvních zdravotnických zařízení dle jejich druhu, které měla VZP ČR a ZPMV v letech 2010 až 2012. Až na ambulantní zdravotnická zařízení je jejich počet u obou pojišťoven obdobný.

V Příloze č. 1 v tabulce č. 5 uvádím strukturu nákladů na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů u VZP ČR a u ZPMV v letech 2010 až 2012 a v tabulce č. 6 strukturu nákladů na zdravotní péči dle segmentů v přepočtu na jednoho pojištěnce. Lze pozorovat, že náklady na zdravotní péče celkem v přepočtu na jednoho pojištěnce rostou, u pojištěnce VZP ČR vzrostly z 22 436 Kč v roce 2010 na 23 362 Kč v roce 2012, u pojištěnce ZPMV vzrostly z 18 270 Kč v roce 2010 na 19 064 Kč v roce 2012.

5.3 Informační systém zdravotní pojišťovny

Právní úprava informačního systému je uvedena zvlášť v zákoně pro VZP ČR i zvlášť v zákoně pro zaměstnanecké pojišťovny, ale je velmi obdobná, z větší části se shoduje. Pro VZP ČR je zařazena v části páté Informační systém Pojišťovny, v ustanovení § 24- § 24a zákona č. 551/1991 Sb. Pro zaměstnanecké pojišťovny je úprava zařazena v části čtvrté Informační systém zaměstnanecké pojišťovny, v ustanovení § 21- § 22 zákona č. 280/1992 Sb.

Zdravotní pojišťovna spravuje, aktualizuje a rozvíjí informační systém zdravotní pojišťovny.

Zdravotní pojišťovna má právo používat údajů z tohoto informačního systému pro vlastní potřebu, ale pro jiné účely tak lze jen způsobem a za podmínek stanovených zákonem o VZP ČR/ o zaměstnaneckých pojišťovnách nebo zvláštním právním předpisem (např. zákon č. 592/1992 Sb., zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.)

Zdravotní pojišťovna je ze zákona povinna ze svého informačního systému podávat na základě písemné žádosti registrujícího poskytovatele ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost informace o hrazených službách, které byly poskytnuty jejím pojištěncům, kteří jsou u takového poskytovatele registrováni, jinými poskytovateli včetně předpisu léčivých přípravků a zdravotnických prostředků; tyto informace poskytuje zdravotní pojišťovna bezplatně.

Zákon o VZP ČR i o zaměstnaneckých pojišťovnách dále stanoví povinnost zachovávat mlčenlivost pro členy a náhradníky orgánů zdravotní pojišťovny, její zaměstnance a fyzické osoby zajišťující zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy a to o skutečnostech, o kterých se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi. Povinnost mlčenlivosti není časově omezena a tyto osoby jí mohou být zproštěny pouze písemně s uvedením rozsahu a účelu tím, v jehož zájmu mají tuto povinnost. Zdravotní pojišťovna má povinnost vytvořit podmínky pro zachování této mlčenlivosti a to i při využívání a umožnění přístupu k údajům evidovaným pomocí výpočetní techniky.

Za porušení povinnosti zachovávat mlčenlivost se považuje i využití vědomostí získaných při kontrole plateb pojistného nebo v souvislosti s ní, a to pro jednání přinášející prospěch osobě zavázané touto povinností nebo osobám jiným anebo jednání, které by způsobilo někomu újmu. Výjimkou je postup zdravotní pojišťovny ve vztahu k soudům a orgánům činným v trestním řízení při uplatňování nároků zdravotní pojišťovny vyplývajících ze zákona, dále pak též poskytnutí informací Ministerstvu zdravotnictví nebo Ministerstvu financí pro zajištění plnění úkolů stanovených právními předpisy.

V souvislosti s povinností mlčenlivosti je ale nutno dodat, že jak zákon o VZP ČR, tak ani zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách nestanoví sankci za porušení povinnosti mlčenlivosti, ačkoliv oba zákony obsahují úpravu sankcí za porušení jiných zákonem stanovených povinností.

5.4 Další povinnosti zdravotních pojišťoven a ukládání sankcí

Úprava sankcí za porušení některých zákonem stanovených povinností je obsažena jak v zákoně o VZP ČR, tak i v zákoně o zaměstnaneckých pojišťovnách, ale je zde zařazena nesystematicky. V zákoně o VZP ČR je v části páté, která upravuje Informační systém VZP ČR (ustanovení § 24b zákona č. 551/1991 Sb.), v zákoně o zaměstnaneckých pojišťovnách je v část šesté, která upravuje ustanovení společná, přechodná a závěrečná (ustanovení §23a zákona č. 280/1992 Sb.) Zákony uvádí tři povinnosti, při jejichž porušení může být uvalena sankce zdravotní pojišťovně.

Zprv je to povinnost stanovená pro VZP ČR v ustanovení § 6 odst. 3 zákona č. 551/1991 Sb., a obdobně pro zaměstnanecké pojišťovny v ustanovení § 15 odst. 2 zákona č. 280/1992 Sb. Jedná se o povinnost zdravotní pojišťovny předložit Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok a zprávu auditora. Zdravotní pojišťovna tak musí učinit v návaznosti na termíny stanovené Ministerstvem financí pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu. Při porušení této povinnosti může Ministerstvo zdravotnictví uložit zdravotní pojišťovně pokutu až do výše 500 000 Kč.

Zadruhé je to zákaz stanovený pro VZP ČR v ustanovení § 2 odst. 3 zákona č. 551/1991 Sb., a obdobně pro zaměstnanecké pojišťovny v ustanovení § 5 odst. 4 zákona č. 280/1992 Sb. Zdravotní pojišťovna nesmí při náboru pojištěnců, a to ani je-li tento nábor prováděn prostřednictvím třetích osob, poskytovat nebo nabízet těmto potenciálním pojištěncům v souvislosti s přihlášením se k zdravotní pojišťovně žádné peněžní ani nepeněžní plnění ani jinou výhodu nad rámec plnění poskytovaného jejím pojištěncům z veřejného zdravotního pojištění, a to ani v případě, že toto plnění nebo výhoda je hrazena z jiných zdrojů než z prostředků plynoucích z veřejného zdravotního pojištění. Tato úprava náboru nových pojištěnců (přetahování pojištěnců od jiných zdravotních pojišťoven) byla do obou zákonů začleněna až s účinností od 1. 1. 2010 novelizací, a to zákonem č. 362/2009 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2010. Tato novela obsahovala současně i doplnění možnosti uložit pokutu za porušení zákazu poskytovat nebo slibovat jakékoliv odměny pojištěncům za změnu zdravotní pojišťovny. Důvodem k této novele bylo zabránit v neefektivním vynakládání prostředků.²⁴ Za porušení tohoto zákazu může Ministerstvo zdravotnictví uložit zdravotní pojišťovně pokutu až do výše 1 000 000 Kč.

Zatřetí je to porušení povinností podle zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Zákon o VZP ČR odkazuje v tomto případě pouze obecně na zákon č. 592/1992 Sb. (v původním znění, před novelami, byl odkaz na ustanovení § 23 odst. 4 zákona č. 592/1992 Sb.), kdežto zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách

²⁴ Důvodová zpráva k zákonu č. 362/2009 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2010

odkazuje konkrétně na ustanovení § 23 odst. 4 zákona č. 592/1992 Sb. V době, kdy tato skutková podstata nabyla účinnosti, byla v tomto ustanovení upravena povinnost zdravotní pojišťovny poskytnout na žádost určeným subjektům některé informace. Po novelizaci zákona č. 592/1992 Sb. byl tento odstavec přečíslován, nyní se jedná o § 23 odst. 5 zákona č. 592/1992 Sb. Za porušení této povinnosti může Ministerstvo zdravotnictví uložit zdravotní pojišťovně pokutu až do výše 500 000 Kč.

Ministerstvo zdravotnictví může uložit pokutu ve všech těchto třech případech do jednoho roku ode dne, kdy se dozvědělo o porušení povinnosti, nejpozději však do pěti let ode dne, kdy k porušení povinnosti došlo. Při stanovení výše pokuty se přihlédne k míře závažnosti porušení povinnosti. Pouze zákon o VZP ČR výslovně uvádí, že na rozhodování o pokutách se vtaňují obecné předpisy o správním řízení, tedy nyní zákon č. 500/2004 Sb. správní řád. Vzhledem k tomu, že zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách neupravuje žádný postup na rozhodování o pokutách, použije se též správní řád (ustanovení § 1 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb.)

Pro VZP ČR i pro zaměstnaneckou pojišťovnu je pak shodně stanoveno, že tyto pokuty nesmí hradit z prostředků základního fondu zdravotního pojištění nebo z prostředků rezervního fondu.

Avšak rozdílná je úprava v tom, kdo je příjemcem těchto pokut. Zákon o VZP ČR uvádí, že tyto pokuty uložené VZP ČR jsou příjmem Ministerstva zdravotnictví, které tyto pokuty též vybírá. Ale zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách stanoví, že tyto pokuty uložené zaměstnaneckým pojišťovnám jsou příjmem zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění.

Tato ustanovení o pokutách byla do obou zákonů začleněna novelizací zákonem č. 60/1995 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon České národní rady č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a zákon České národní rady č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, účinným od 1. května 1995. Již tato novela rozlišovala příjemce pokut uložených VZP ČR a zaměstnanecké pojišťovně. Důvodová zpráva k zákonu č. 60/1995 Sb. ale neuvádí žádnou zmínku, proč byly určeny tyto dva rozdílní příjemci vybraných pokut.

V souvislosti se zákonem uloženými povinnostmi zdravotních pojišťoven a odpovědností, za jejich nedodržení, je třeba zmínit i ustanovení § 23 zákona č. 280/1992 Sb. Toto ustanovení je zajímavé mimo jiné tím, že jako jediné ustanovení zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách ukládá povinnost i VZP ČR a tato povinnost není již upravena v zákoně pro VZP ČR. VZP ČR nebo zaměstnanecká pojišťovna je povinna v případě, že se u ní přihlásí ke všeobecnému zdravotnímu pojištění jako její pojištěnec fyzická osoba, které jsou poskytovány hrazené služby, oznámit vznik tohoto pojistného vztahu do osmi dnů pojišťovně, u níž byla tato fyzická osoba zdravotně pojištěna. Pokud vznikne nesplněním této oznamovací povinnosti škoda, je zdravotní pojišťovna, která ji způsobila, povinna ji nahradit. Způsob náhrady této škody se řídí obecně závaznými právními předpisy.

Zdravotní pojišťovny mají dále stanovenou povinnost (VZP ČR v ustanovení §24c zákona č. 551/1991 Sb. a zaměstnanecké pojišťovny v ustanovení § 8a zákona č. 280/1992 Sb.) vydat na žádost uchazeče, s nímž má být uzavřena smlouva (na základě postupu dle zákona o veřejných zakázkách), potvrzení o tom, že tento uchazeč nemá splatný nedoplatek pojistného na veřejné zdravotní pojištění, a to do sedmi dnů ode dne obdržení žádosti. Tuto povinnost mají zdravotní pojišťovny do 31. 12. 2014, kdy na základě novely připadne tato povinnost správci pojistného, kterým bude příslušný orgán Finanční správy České republiky.

5.5 Specifické činnosti VZP ČR

Mezi specifické činnosti VZP ČR, které jí svěřuje zákon, a které VZP ČR vykonává z pozice svého jedinečného postavení i pro zaměstnanecké pojišťovny, je vedení registru všech pojištěnců veřejného zdravotního pojištění a vedení zvláštního účtu.

5.5.1 Registr pojištěnců

VZP ČR vede registr všech pojištěnců veřejného zdravotního pojištění dle ustanovení § 27 zákona č. 592/1992 Sb. Registr má obsahovat zákonem stanovené údaje o všech pojištěncích, VZP ČR aktualizuje registr na základě informací státních orgánů, zdravotních pojišťoven a jiných právnických osob a předává aktualizované informace o

pojištěncích zdravotním pojišťovnám a Ministerstvu financí ČR jako podklad pro platby státu za osoby, za které je podle zvláštního právního předpisu plátcem pojistného stát.

Na úhradě nákladů za vedení Registru se podle § 27 odst. 5 zákona č. 592/1992 Sb. podílejí další zdravotní pojišťovny podle počtu svých pojištěnců. Úhradu těchto nákladů je VZP ČR povinna vést odděleně od ostatních nákladů. Dle § 3 odst. 3 a 4 písm. a) vyhlášky č. 418/2003 Sb. se náklady související s Registrem a předpis pohledávek ostatním zdravotním pojišťovnám ve výši podílu nákladů na vedení Registru účtují vůči provoznímu fondu.

5.5.2 Zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění

Zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění (dále také „zvláštní účet“) slouží k financování potřebné zdravotní péče na základě přerozdělování pojistného. Přerozdělování pojistného bylo zavedeno do zákona č. 592/1992 Sb. již od počátku jeho účinnosti, avšak způsob výpočtu přerozdělování se v průběhu let měnil.

Důvodem přerozdělování pojistného je zájem na zajištění dostatečné úrovně potřebné zdravotní péče pro všechny pojištěnce. Zpočátku se přerozdělovala pouze jedna polovina vybraného pojistného (každou zdravotní pojišťovnou) a celková platba státu za osoby, za něž je plátcem. Předpokladem pro přerozdělení bylo zřízení zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění, který byl zřízen u VZP ČR, nezávisle však na její vlastní činnosti a vlastní struktuře pojištěnců. VZP ČR byla zvolena s ohledem na její povinnost vést evidenci pojištěnců i s ohledem na její vybavenost výpočetní technikou.²⁵ Zákonem stanovený princip solidarity tak nemá být považován za princip solidarity uvnitř jedné pojišťovny, ale za princip solidarity všech pojištěnců.²⁶

V průběhu let se podíl vybraného pojistného, které vstupovalo do přerozdělování, zvyšoval, až zákonem č. 438/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon

²⁵ Důvodová zpráva k zákonu č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění; ze dne 4.11.1992

²⁶ TRÖSTER, Petr. Všeobecné zdravotní pojištění a jeho změny od 1.ledna 1994. *Všehrd.* 1994, č. 1.

č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, bylo s účinností od 1. 1. 2005 zavedeno 100% přerozdělování pojistného. (pozn.: přechodná ustanovení upravovala pro roky 2005 a 2006 výpočet celkové částky připadající příslušné zdravotní pojišťovně z přerozdělení).

Nyní zvláštní účet slouží k financování zdravotní péče plně nebo částečně hrazené zdravotním pojištěním na základě přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu podle výskytu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění. Zvláštní účet slouží dále k přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu podle výskytu pojištěnců, za něž byla příslušnými zdravotními pojišťovnami uhrazena zvláště nákladná zdravotní péče.

Na dodržování pravidel hospodaření se Zvláštním účtem dohlíží dle ustanovení § 20 odst. 5 zákona č. 592/1992 Sb. dozorčí orgán ustavený k tomuto účelu. Členy dozorčího orgánu jsou zástupce jmenovaný MF ČR, zástupce jmenovaný MZ ČR, zástupce jmenovaný MPSV ČR, zástupce pověřený VZP ČR, každý s jedním hlasem, a zástupci pověření ostatními zdravotními pojišťovnami, kteří mají dohromady jeden hlas.

Základní právní úprava je obsažena v § 20, § 21 a § 21a zákona č. 592/1992 Sb. Pravidla a podrobnosti hospodaření se Zvláštním účtem jsou uvedeny ve vyhlášce č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se Zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu.

Novela zákona č. 280/1992 Sb.

Dle mého názoru velmi diskutabilní je přechodné ustanovení stanovené zákonem č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Nejedná se o klasickou novelizaci, ale jen jednorázově použitelné ustanovení zákona a toto ustanovení působí retroaktivně.

Článek VIII zákona č. 298/2011 Sb. body 2. a 3. stanoví:

„2. K zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění převedou k 1. lednu 2012 na zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění zřízený podle zákona č. 592/1992 Sb.

a) resortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny ze základního fondu zdravotního pojištění částku ve výši jedné třetiny částky, kterou evidovala příslušná zdravotní pojišťovna na tomto účtu k 31. prosinci 2010,

b) Zajišťovací fond částku ve výši 95 % finančních prostředků, které tento fond evidoval k 31. prosinci 2010.

3. Finanční prostředky podle bodu 2 se stanou součástí prvního přerozdělování v roce 2012. Pokud příslušná zdravotní pojišťovna nesplní povinnost stanovenou v bodu 2 písm. a) nejdéle do 5. ledna 2012, bude Ministerstvo zdravotnictví postupovat na podnět dozorcího orgánu podle § 21 odst. 4 věty druhé zákona č. 592/1992 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona.“

Obdobná povinnost byla stanovena tímto zákonem v článku VI i pro VZP ČR. I ona měla k zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění převést k 1. lednu 2012 na zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění ze základního fondu zdravotního pojištění částku ve výši jedné třetiny částky, kterou evidovala na tomto účtu k 31. 12. prosinci 2010.

Tato vstoupila v platnost dne 14. 10. 2011 a nabyla účinnosti dne 1. 12. 2011.

5.6 Zajišťovací fond

Obecně vzato jsou zajišťovací fondy součástí systému fondů v rámci veřejných rozpočtů, které spravují a obstarávají finanční prostředky zejména k zajištění a udržení stability (vytvářením jistých finančních rezerv) v některých ekonomických oblastech, které je třeba ochránit a předejít tak možným problémům, které by mohly v rámci daného systému nastat, pokud by některé významnější instituce v těchto oblastech přestaly správně fungovat, nebo by se dostaly do výrazných finančních problémů. Obecně jsou fondy definovány jako souhrn samostatného jmění soustředěného pro

účely veřejné správy. Patří mezi veřejné rozpočty a hospodaří s nimi stát (resp. jejich hospodaření výrazně ovlivňuje).²⁷

V zákoně č. 280/1992 Sb., je v části páté upraven Zajišťovací fond (ustanovení § 22a- §22c), tato část je účinná od 1. 1. 1998.

Zajišťovací fond je zřízen přímo zákonem č. 280/1992 Sb., fond je právnickou osobou, zapisuje se do obchodního rejstříku a zákon výslovně stanoví, že tento fond není státním fondem ve smyslu zvláštního zákona.

Fond slouží k úhradě hrazených služeb poskytnutých poskytovateli pojištěncům zaměstnanecké pojišťovny likvidované podle 6 odst. 6 písm. a) zákona č. 280/1992 Sb. (kdy jí bylo Ministerstvem zdravotnictví odejmuto povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění) v případech, kdy nebyly ke dni skončení likvidace zaměstnanecké pojišťovny uspokojeny všechny splatné pohledávky poskytovatelů, a v případech, kdy zaměstnanecká pojišťovna má více věřitelů a není schopna po delší dobu plnit své splatné závazky, nebo je-li předlužena. Fond poskytne úhradu poskytovateli na základě jeho žádosti. Fond má právo přezkoumat oprávněnost poskytnutí zdravotní péče, kterou má uhradit. Zákon dále upravuje výši poskytnutí úhrady u jednotlivých pohledávek poskytovatelům ze zajišťovacího fondu a promlčení práva poskytovatele na úhradu. Zajišťovací fond se pak stává věřitelem zdravotní pojišťovny ve výši práv poskytovatelů na plnění z Fondu.

Fond má zákonem stanoveno, že může investovat peněžní prostředky do státních cenných papírů, cenných papírů se státní zárukou nebo poukázek České národní banky.

Fond je řízen pětičlennou správní radou. Členy správní rady jmenuje ministr zdravotnictví a jsou jmenováni na období pěti let, a to i opakovaně. Za výkon funkce člena správní rady nenáleží odměna.

Podrobnosti o činnosti Fondu upraví statut Fondu, který vydá Ministerstvo zdravotnictví.

²⁷ JANOVEC, Michal. Zajišťovací a jiné fondy. *Právní fórum*. 2012, č. 1.

Závěr

Zdravotní pojištění je jedním ze systému sociálního pojištění a tedy jedním z nástrojů sociálního zabezpečení. Pojem sociální zabezpečení se objevuje až ve 20. století, jeho předchůdce byly chudinská péče, sociální správa, sociální péče, které byly produktem vývoje stavu evropské společnosti od 16. století. Výraznější rozvoj sociálního zabezpečení nastal v 19. století, kdy po zrušení nevolnictví v roce 1781 a následné migraci venkovského obyvatelstva do měst došlo k rozvoji průmyslové výroby. Na konci 19. století pak bylo v Rakousku- Uhersku zavedeno povinné sociální pojištění, které navázalo na svépomocné spolky, fondy a dělnické pokladny, které fungovaly na principu dobrovolné vzájemnosti. Československá republika převzala rakousko-uherské právní předpisy ze sociální oblasti, nově pak vydala zákon č. 221/1924 Sb. o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, který byl účinný od roku 1926 do roku 1948 a později byl použit i při tvorbě zákona č. 592/1992 Sb. Nemocenské pojištění podle zákona č. 221/1924 Sb. prováděly nemocenské pojišťovny, které byly zřizovány až po svolení ministerstva hospodářství a práce, které mělo vrchní dozor nad prováděním zákona a nad nemocenskými pojišťovnami. Zákon upravoval několik druhů nemocenských pojišťoven, byly to například okresní nemocenské pojišťovny, zemědělské nemocenské pojišťovny, závodní nemocenské pojišťovny. V zákoně byly upraveny orgány nemocenských pojišťoven i jejich hospodaření. Významné postavení měla Ústřední sociální pojišťovna, která disponovala několika pravomocemi vůči nemocenským pojišťovnám, např. povinnost nemocenských pojišťoven předložit každý rok Ústřední sociální pojišťovně účetní závěrku.

Dalším milníkem ve vývoji sociálního zákonodárství na našem území byl zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, který byl na svou dobu velmi moderní. Následný vývoj od 50. let byl ale již dle sovětského vzoru, kdy byl opuštěn pojišťovací princip, došlo ke znárodnění zdravotnictví a správa nemocenského pojištění byla převedena na Revoluční odborové hnutí. Přelomovými roky ve vývoji veřejného zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven byly pak až 90. léta 20. století.

Vývoj zdravotního pojištění v 90. letech 20. století navazoval na prvorepublikový zákon č. 221/1924 Sb. Byly přijaty zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní

pojišťovně České republiky a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Jak již názvy napovídají, první zákon upravuje VZP ČR a druhý tzv. zaměstnanecké pojišťovny. Zákony mají obdobnou strukturu. Hned ale první zásadní rozdíl tkví v tom, že VZP ČR byla zřízena přímo zákonem, zatímco zaměstnanecké pojišťovny mohou provádět veřejné zdravotní pojištění až po udělení povolení Ministerstvem zdravotnictví. Zdravotní pojišťovny jsou právnickými osobami, ale jen zaměstnanecké pojišťovny mají povinnost zapisovat se do obchodního rejstříku. Zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách upravuje, že žadatelem o povolení a následné provádění všeobecného zdravotního pojištění může být právnická osoba se sídlem na území ČR, tato osoba ale nesmí být zároveň poskytovatelem zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách, nesmí být ani zřizovatelem, vlastníkem ani spoluvlastníkem zdravotnického zařízení nebo vlastněna právnickou osobou, která je zřizovatelem, vlastníkem spoluvlastníkem poskytovatele zdravotních služeb. O udělení povolení rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí po posouzení údajů uvedených v žádosti o povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění. Zákon upravuje obsah takové žádosti a další podmínky, které musí žadatel splnit. Zaměstnanecká pojišťovna zaniká ke dni výmazu z obchodního rejstříku, kterému předchází její zrušení bez likvidace nebo s likvidací, přičemž bez likvidace se zaměstnanecká pojišťovna zrušuje sloučením s VZP ČR nebo s jinou zaměstnaneckou pojišťovnou. Zákon upravuje postup a podmínky při sloučení zdravotních pojišťoven. Právní úprava dnes neklade překážky při slučování zdravotních pojišťoven a je možné sloučit i dvě prosperující zdravotní pojišťovny. Zákon vyjmenovává i případy, kdy Ministerstvo zdravotnictví může zdravotní pojišťovně odejmout povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění, tato pojišťovna by se pak zrušila s likvidací. Právní úprava vzniku a zániku zaměstnaneckých pojišťoven prošla od přijetí zákona č. 280/1992 Sb., několika novelizacemi. Dalo by se říci, že podmínky vzniku nových zaměstnaneckých pojišťoven byly poměrně benevolentní a některé aspekty nebyly dostatečně upraveny (např. likvidace zdravotních pojišťoven), až na základě novel se právní úprava stávala podrobnější a propracovanější, a dalo by se říci, že i „přísnější“. Tento vývoj se odrážel i v počtu zdravotních pojišťoven. Do tří let od účinnosti zákona působilo na území České republiky již 26 zaměstnaneckých pojišťoven, zatímco dnes jich je šest. V obou zákonech, jak pro VZP ČR, tak pro

zaměstnanecké pojišťovny, je upravena nucená správa. Pokud Ministerstvo zdravotnictví zjistí závažné nedostatky v činnosti zdravotní pojišťovny, je oprávněno zavést nucenou správu, kdy právní úkony orgánů pojišťovny podléhají schválení nuceného správce. Ani u VZP ČR, ani u zaměstnaneckých pojišťoven, neukládají zákony Ministerstvu zdravotnictví povinnost, aby vyžadovalo zjednáání nápravy nebo zavedlo nucenou správu, pokud zjistí závažné nedostatky v činnosti zdravotních pojišťoven, zákony ministerstvu přidělují pouze oprávnění takto jednat. Vzhledem ke značným finančním prostředkům, které zdravotní pojišťovny vybírají na pojistném, nepovažují tuto úpravu za dostačující, Ministerstvo by dle mého názoru mělo mít povinnost jednat, pokud by se zdravotní pojišťovna ocitla v zákonem předvídané situaci.

Zdravotní pojišťovny jsou povinny podávat zprávu o svém hospodaření Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí za každé čtvrtletí. Jeden z podstatných rozdílů mezi zaměstnaneckými pojišťovnami a VZP ČR je ten, že pokud by se VZP ČR ocitla v platební neschopnosti, zaručuje uhrazení nákladů poskytnuté zdravotní péče po vyčerpání prostředků rezervního fondu státní rozpočet ČR ve formě návratné finanční výpomoci.

Organizační strukturu VZP ČR upravuje přímo zákon č. 551/1991 Sb., tvoří ji Ústředí, regionální pobočky a další klientská pracoviště. Úpravu organizační struktury zaměstnaneckých pojišťoven přenechává zákon č. 280/1992 Sb. na jejich statuty.

Statutárním orgánem zdravotní pojišťovny je ředitel, kterého jmenuje a odvolává správní rada zdravotní pojišťovny. Zákony pak uvádí požadavky na osobu ředitele zdravotní pojišťovny i podmínky pro členství ve správní a dozorčí radě, zejména úpravu střetu zájmů, dále délku funkčního období a jejich pravomoci.

Prostřednictvím orgánů zdravotní pojišťovny je zajišťována účast pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu na řízení zdravotní pojišťovny. Samotná skladba orgánů VZP ČR a zaměstnaneckých pojišťoven se ale liší. Složení Správní rady VZP ČR navíc prošlo od přijetí zákona č. 551/1991 Sb. několika novelizacemi.

Správní rada VZP ČR má 30 členů, zatímco Správní rada zaměstnanecké pojišťovny o polovinu méně. Podstatný vliv na složení členů Správní rady VZP ČR má Poslanecká sněmovna Parlamentu a vláda, zatímco vliv na složení Správní rady zaměstnanecké pojišťovny je rozložen rovnoměrně mezi vládu, organizace zaměstnavatelů a odborové

organizace. Úprava hlasování a usnášeníschopnosti správní rady VZP ČR i zaměstnaneckých pojišťoven je obdobná, ovšem podstatný rozdíl je v kvoru pro jmenování a odvolání ředitele. Zatímco ve VZP ČR je potřeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů Správní rady VZP ČR ke jmenování a odvolání ředitele VZP ČR, tak v zaměstnanecké pojišťovně postačuje souhlas nadpoloviční většiny přítomných členů správní rady zaměstnanecké pojišťovny ke jmenování a odvolání ředitele zaměstnanecké pojišťovny.

Dalším orgánem zdravotní pojišťovny je dozorčí rada, Ta je blíže upraven jen v zákoně pro VZP ČR, zaměstnanecké pojišťovny ji blíže vymezují ve svých statutech. Dozorčí rada VZP ČR má 13 členů, v zaměstnanecké pojišťovně 9 členů, i skladba členů se liší. Shodné sice je, že 3 členy dozorčí rady jak ve VZP ČR, tak v zaměstnanecké pojišťovně jmenuje a odvolává vláda (na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví), avšak dalších 10 členů v Dozorčí radě VZP ČR volí a odvolává Poslanecká sněmovna Parlamentu podle principu poměrného zastoupení politických stran. A zbývajících 6 členů v dozorčí radě zaměstnanecké pojišťovny je voleno z řad pojištěnců zaměstnavateli a pojištěnci. Shodně pro dozorčí radu VZP ČR i zaměstnanecké pojišťovny platí, že k přijetí rozhodnutí je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů Dozorčí rady.

Dalším orgánem zdravotní pojišťovny je výbor pro audit, jehož zřízení ukládá zdravotním pojišťovnám zákon č. 93/2009 Sb., o auditorech a o změně některých zákonů.

Dalším orgánem zdravotních pojišťoven je rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny. Podrobná úprava rozhodčího orgánu (a to obecně, pro všechny zdravotní pojišťovny) je obsažena v zákoně č. 48/1997 Sb. Rozhodčí orgán rozhoduje o odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny zejména ve věcech týkajících se přirážek k pojistnému, pokut a pravděpodobné výše pojistného. Může též rozhodovat o odstranění tvrdosti zákona.

VZP ČR byla zřízena přímo zákonem, proto na rozdíl od zaměstnaneckých pojišťoven nemá statut. Z tohoto důvodu je zřejmě i proto úprava orgánů VZP ČR v zákoně pro VZP ČR podrobnější, zatímco zákon pro zaměstnanecké pojišťovny přenechává podrobnější úpravu na jejich statuty.

Zákony upravují i hospodaření zdravotní pojišťovny, a to především její majetek, příjmy, výdaje a fondy zdravotních pojišťoven. Právní úprava je pro VZP ČR a pro zaměstnanecké pojišťovny velmi podobná. Případné odlišnosti jsou způsobeny některými specifickými vlastnostmi, které zákony přidělují VZP ČR, případně Vojenské zdravotní pojišťovně ČR. Mezi zásadní příjmy zdravotní pojišťovny patří platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu a nejvyšší položku výdajů pak představují platby za poskytované zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Tak například příjmy VZP ČR z pojistného z veřejného zdravotního pojištění v roce 2012 činil téměř 145,2 mld. Kč a výdaje za zdravotní péči téměř 142,4 mld. Kč.

Dohledová činnost nad zdravotními pojišťovnami je mimo jiné vyjádřena v tom, že zdravotní pojišťovna je povinna předkládat Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku, návrh výroční zprávy a zprávu auditora. Tato ministerstva posuzují návrh zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny z hlediska souladu s právními předpisy a s veřejným zájmem. Předložené dokumenty má pak schvalovat Poslanecká sněmovna Parlamentu na návrh vlády. Výrazným specifikem zdravotních pojišťoven je fondové hospodaření. Právní předpisy uvádí, jaké fondy zdravotní pojišťovny musí vytvářet, upravuje jejich tvorbu, čerpání, příjmy a výdaje. Zdravotní pojišťovna je povinna zabezpečit oddělenou evidenci fondů a oddělenou evidenci majetku a používání prostředků. Zdravotní pojišťovna je povinna vést účetnictví podle zvláštní účtové osnovy a postupů účtování pro zdravotní pojišťovny.

Podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu upravuje vyhláška č. 418/2003 Sb., a to současně pro VZP ČR i zaměstnanecké pojišťovny. Odlišnosti v tvorbě a čerpání fondů mezi VZP ČR a zaměstnaneckými pojišťovnami vyplývají ze specifického postavení VZP ČR (např. vedení registru pojištěnců).

Hlavním fondem zdravotní pojišťovny je základní fond. Zdrojem základního fondu jsou platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění a další příjmy v rozsahu

stanoveném prováděcím právním předpisem. Základní fond zdravotního pojištění slouží k úhradě hrazených služeb, k přidělení do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost zdravotní pojišťovny, k přidělení dalším fondům a k dalším platbám stanovenými právními předpisy.

Rezervní fond slouží ke krytí schodků základního fondu a ke krytí hrazených služeb v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof. Výše rezervního fondu činí 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zdravotní pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Rezervní fond se tvoří přiděly z pojistného převodem části zůstatku základního fondu.

Další fond, který zdravotní pojišťovny vytvářejí, i když jeho vytvoření není zákonem vyžadováno, je fond prevence. Tento fond také jako jediný je upraven pouze v zákonech (zákon č. 551/1991 Sb. a zákon č. 280/1992 Sb.) a nikoliv také v prováděcí vyhlášce č. 418/2003 Sb. Zákon stanoví, co je zdrojem fondu prevence a na jaké účely je možno jej použít. Dle mého názoru není ale zákonem vymezení účelu čerpání fondu prevence příliš určité a ve výsledku pak zdravotní pojišťovny z fondu prevence hradí služby, které mají preventivní charakter jen okrajový (viz např. marketingová podpora).

Ostatní fondy, které zdravotní pojišťovny vytvářejí podle zákona, jsou provozní fond, sociální fond, fond (investičního) majetku a fond reprodukce (investičního) majetku, zákony tyto fondy pouze vyjmenovávají a jejich bližší úpravu obsahuje vyhláška č. 418/2003 Sb.

Provozní fond zdravotní pojišťovny se používá k úhradě nákladů na její činnost. Zdrojem je převážně přiděl ze základního fondu, a to maximálně do výše ročního limitu nákladů na činnost zdravotní pojišťovny, jehož výpočet určuje vyhláška č. 418/2003 Sb.

Fond majetku se používá ke sledování zůstatkové hodnoty dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku zdravotní pojišťovny. Fond reprodukce majetku zdravotní pojišťovny se používá k soustředování prostředků na pořizování dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku zdravotní pojišťovny.

Zdravotní pojišťovny vedou účetnictví podle zákona č. 563/1992 Sb., o účetnictví a dle vyhlášky č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny. Podrobnější popis účetních metod a postupů účtování pro zdravotní pojišťovny je

upraven Českými účetními standardy, podle kterých musí zdravotní pojišťovny postupovat.

V souvislosti s hospodařením zdravotní pojišťovny je nutno zmínit, že právní předpisy neupravují povinnost zdravotních pojišťoven nakládat s finančními prostředky hospodárně, efektivně a účelně. Riziko vidím především v provozním fondu. Stále se totiž jedná převážně o finanční prostředky získané z výběru pojistného na základě zákona, ale zákon již neukládá zdravotní pojišťovně žádné bližší podmínky jejich použití.

Hlavní činností zdravotní pojišťovny je provádění všeobecného zdravotního pojištění. V rámci této činnosti vystupují zdravotní pojišťovny vůči pojištěncům a plátcům pojistného a vůči poskytovatelům hrazených služeb. Obsah těchto vztahů je upraven zejména v zákoně č. 48/1997 Sb. a v zákoně č. 592/1992 Sb. Zdravotní pojišťovny mají výslovně zákonem stanoven zákaz podnikat s prostředky plynoucími ze všeobecného zdravotního pojištění a zřizovat a provozovat poskytovatele zdravotních služeb.

Plátcí pojistného zdravotního pojištění jsou pojištěnci, zaměstnavatelé a stát, povinnost platit pojistné je stanovena zákonem a zároveň zdravotní pojišťovny mají povinnost vymáhat na dlužníkovi pojistné a penále, pokud plátce nezplatí pojistné ve stanovené výši a včas.

Výše pojistného na veřejné (dříve všeobecné) zdravotní pojištění, penále a způsob jejich placení, kontrolu a vedení evidence plátců pojistného upravuje zákon č. 592/1992 Sb. Mezi významná oprávnění zdravotní pojišťovny ve vztahu k plátcům pojistného patří možnost zdravotní pojišťovny stanovit jim rozhodnutím pravděpodobnou výši pojistného dle ustanovení § 25a zákona č. 592/1992 Sb. Zdravotní pojišťovna může za nesplnění nebo porušení zákonem uvedených povinností uložit plátcí pojistného pokutu.

Na rozhodování zdravotní pojišťovny ve věcech týkajících se přirážek k pojistnému, pokut a pravděpodobné výše pojistného a ve sporných případech ve věcech placení pojistného, penále, vrácení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné se vztahují obecné předpisy o správním řízení, nestanoví-li zákon č. 48/1997 Sb. jinak. Zdravotní pojišťovny rozhodují platebními výměry. Dlužné pojistné a penále může zdravotní pojišťovna předepsat k úhradě též výkazem nedoplatků, jehož náležitosti jsou

blíže upraveny v ustanovení § 53 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. Na řízení o vydání výkazu nedoplatků se nevztahují obecné předpisy o správním řízení.

O odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny ve výše uvedených věcech rozhoduje rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny. Pravomocná rozhodnutí zdravotní pojišťovny jsou přezkoumatelná soudem podle zvláštních právních předpisů. Nedobytné dlužné pojistné, penále, pokuty a přírážky k pojistnému může zdravotní pojišťovna odepsat. Zdravotní pojišťovna může rozhodovat i o odstranění tvrdosti zákona.

Zdravotní pojišťovna je podle ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti, tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, tyto poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny. Smlouvu lze uzavřít pouze pro ty zdravotní služby, které je poskytovatel oprávněn poskytovat, a řídí se rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení. Dohodovací řízení je vedeno mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupin smluvních poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Jednotlivé rámcové smlouvy jsou předkládány Ministerstvu zdravotnictví, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění, a poté je vydá jako vyhlášku.

Hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Zákon ale zároveň připouští, aby se místo použití vyhlášky vydané Ministerstvem zdravotnictví poskytovatel a zdravotní pojišťovna dohodli na jiném způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezení. Tato, od vyhlášky odlišná, dohoda mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou ale musí být za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.

VZP ČR vykonává specifické činnosti, které jí svěřuje zákon. Jedná se o vedení registru všech pojištěnců veřejného zdravotního pojištění a vedení zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění. Zvláštní účet slouží k financování zdravotní péče na základě přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu podle výskytu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců. Zvláštní účet slouží dále k přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu podle výskytu pojištěnců, za něž byla příslušnými zdravotními pojišťovnami uhrazena zvlášť nákladná zdravotní péče.

Právní úprava zdravotních pojišťoven v ČR prošla v průběhu let mnohými změnami, je roztržena do několika zákonů a vyhlášek a často není snadná na orientaci. V uplynulých letech docházelo ke snižování počtu zdravotních pojišťoven až na současných šest zaměstnaneckých pojišťoven, které působí vedle VZP ČR. Právní předpisy upravují vznik a zánik zdravotních pojišťoven, jejich orgány, hospodaření a i postavení zdravotních pojišťoven vůči pojištěncům a poskytovatelům zdravotních služeb.

Seznam zkratk

ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČÚS	České účetní standardy
HZP	Hutnická zdravotní pojišťovna
KS	krajský soud
mld.	miliarda
NKÚ	Nejvyšší kontrolní úřad
NSS	Nejvyšší správní soud
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
v.z.p.	veřejné zdravotní pojištění
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
ZP	zdravotní pojišťovna
ZPMV	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR

Použitá literatura a prameny

Odborné knihy a články:

TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 3. vyd. Praha: C.H.Beck, 2005. ISBN 80-7179-856-8.

HENDRYCH, Dušan a kol. *Správní právo: Obecná část*. 6. vyd. Praha: C.H.Beck, 2006. ISBN 80-7179-442-2.

TRÖSTER, Petr. Všeobecné zdravotní pojištění a jeho změny od 1. ledna 1994. *Všehrd*. 1994, č. 1

STOLÍNOVÁ, Jitka. Ohlédnutí za zdravotnickou legislativou. *Správní právo*. 1996, č. 4.

ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. Ekonomické základy zdravotní a sociální politiky, 2. část. *Zdravotnické fórum*. 2013, č. 4.

JANOVEC, Michal. Zajišťovací a jiné fondy. *Právní fórum*. 2012, č. 1.

Literatura přístupná z internetu:

NEJVYŠŠÍ KONTROLNÍ ÚŘAD. *Kontrolní závěr 09/29: Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky*. Dostupné z: <http://www.nku.cz/scripts/rka/detail.asp?cisloakce=09/29&rok=0&sestava=0>

Gesetzliche Krankenversicherung. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2014-01-02]. Dostupné z: http://de.wikipedia.org/wiki/Gesetzliche_Krankenversicherung#Krankenkassen

Liste der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2014-01-02]. Dostupné z:

http://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_gesetzlichen_Krankenkassen_in_Deutschland

Krankenkasse. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2014-01-02]. Dostupné z: <http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenkasse>

Liste der zugelassenen Krankenversicherer in der Schweiz. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2014-01-02]. Dostupné z:

http://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_zugelassenen_Krankenversicherer_in_der_Schweiz

Pojišťovna vnitra je připravena na spojení s vojenskou ZP. [online]. 8.4.2011. [cit. 2013-05-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/pojistovna-vnitra-je-pripravena-na-spojzeni-s-vojenskou-zp-459115>

O nás. *Svaz zdravotních pojišťoven ČR* [online]. [cit. 2012-07-03]. Dostupné z: <http://www.szpcr.cz/index.php?c=onas>

VZP platí každé nemocnici jinak. V Plzeňském kraji nejvíc svatému Jiří. *IDNES.cz* [online]. 21.10.2013 [cit. 2013-12-30]. Dostupné z: http://plzen.idnes.cz/platby-vzp-nemocnicim-060-/plzen-zpravy.aspx?c=A131021_085456_plzen-zpravy_pp

Český statistický úřad [online]. [cit. 2013-10-28]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/home>

Právní předpisy:

zákon č. 221/1924 Sb. o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří

zákon č. 99/1948 Sb. o národním pojištění

zákon č. 102/1951 Sb. o přebudování národního pojištění

zákon č. 54/1956 Sb. o nemocenském pojištění zaměstnanců

zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání (živnostenský zákon)

zákon č. 589/1992 Sb. o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti

zákon č. 550/1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění

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

zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

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

zákon č. 500/2004 Sb., správní řád

zákon č. 166/1993 Sb. o Nejvyšším kontrolním úřadu

zákon č. 93/2009 Sb., o auditorech a o změně některých zákonů (zákon o auditorech)

zákon č. 563/1991 Sb. o účetnictví

zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony

vyhláška č. 100/1953, kterou se uveřejňuje opatření Ústřední rady odborů o organizaci a provádění nemocenského pojištění zaměstnanců

vyhláška č. 91/1958 Sb., kterou se uveřejňuje opatření Ústřední rady odborů o organizaci a provádění nemocenského pojištění zaměstnanců

vyhláška č. 579/2006 Sb., kterou se stanoví způsob volby a volební řád pro volby do správních rad a dozorčích rad resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven

vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu

vyhláška č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny

vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy

vyhláška č. 475/2012 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013

Důvodové zprávy, usnesení vlády a rozsudky:

důvodová zpráva k zákonu č. 592/1992 Sb.

důvodová zpráva k zákonu č. 551/1991 Sb.

důvodová zpráva k zákonu č. 592/1992 Sb.

důvodová zpráva k zákonu č. 298/2011 Sb.

důvodová zpráva k zákonu č. 362/2009 Sb.

usnesení vlády České republiky č. 36 ze dne 13. 2. 1991

usnesení vlády České republiky č. 69 ze dne 13. 3. 1991

usnesení vlády České republiky č. 673 ze dne 22. 11. 1995

rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 6.8.2008, čj. 3 Ads 24/2008 – 119

rozsudek Krajského soudu v Ústí nad Labem ze dne 12.3.2007, č.j. 15 CA 201/2006-22,
publikovaný pod č. 1240/2007 NSS

Další použité dokumenty:

Statut České průmyslové zdravotní pojišťovny ze dne 20. 4. 2012

Statut Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR ze dne 18. 5. 2012,

Statut Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky ze dne 31. 1. 2005

Statut Revírní bratrské pokladny ze dne 25. 9. 2000

Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2010

Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2011

Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2012

Výroční zpráva Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR za rok 2010

Výroční zpráva Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR za rok 2011

Výroční zpráva Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR za rok 2012

Seznam příloh

Příloha č. 1: Tabulky- ekonomické a statistické údaje

Příloha č. 2: Fondy- tvorba a čerpání, příjmy a výdaje

Příloha č. 3: Přehled zdravotních pojišťoven

Příloha č. 1 : Tabulky – ekonomické a statistické údaje

Tabulka č. 1: VZP ČR- Odpisy

v tis. Kč

Rok	Pojistné		Penále		Pokuty a přírážky		Celkem		Celkem
	Odpis	Promlčení	Odpis	Promlčení	Odpis	Promlčení	Odpisy	Promlčení	
2010	1 008 500	87 631	1 880 833	360 718	21 702	1 116	2 911 035	449 465	3 360 500
2011	1 138 696	73 510	1 996 784	242 746	15 730	313	3 151 210	316 569	3 467 778
2012	1 051 897	85 020	1 740 262	184 753	12 197	275	2 804 356	270 048	3 074 404

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR za roky 2010, 2011, 2012

Tabulka č. 2: Soustava smluvních zdravotnických zařízení (počet)

Druh zdravotnického zařízení	VZP ČR			ZPMV		
	rok 2010	rok 2011	rok 2012	rok 2010	rok 2011	rok 2012
Ambulantní ZZ	35072	35 102	36 067	22 329	22 447	22 480
Lůžková ZZ celkem	270	274	272	277	283	286
z toho nemocnice	137	149	133	152	153	152
Lázně	44	44	44	52	52	53

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Tabulka č. 3: Náklady na preventivní zdravotní péči čerpané z fondu prevence (v tis. Kč)

	VZP ČR			ZPMV		
	rok 2010	rok 2011	rok 2012	rok 2010	rok 2011	rok 2012
Náklady na zdravotní programy	41084	98 579	257 326	26 254	77 993	65 481
Náklady na ozdravné pobyty	90681	84 446	89 013	30 787	25 104	26 534
Ostatní činnosti	102336	126 934	80 518	0	4 065	0
Náklady na preventivní zdravotní péči celkem	234101	309 959	426 857	57 041	107 162	92 015

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Tabulka č. 4: Počet pojištěnců- stav k 31. 12. sledovaného roku

Pojištěnci v roce	2010		2011		2012	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Počet všech pojištěnců v.z.p. v ČR	10 396 221	100,0	10 394 131		10 512 904	
Pojištěnci VZP ČR	6 271 186	60,3	6 247 532	60,1	6 162 465	58,6
Pojištěnci ZPMV	1 136 830	10,9	1 157 355	11,1	1 186 964	11,3

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Tabulka č. 5: Struktura nákladů na zdravotní péči dle segmentů v tis. Kč

Segment zdravotní péče – náklady v roce		VZP ČR			ZPMV		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012
I.	Náklady na zdravotní péči celkem čerpané ze základního fondu zdravotního pojištění	140 313 768	142 868 845	143 745 533	20 627 696	21 271 655	22 532 135
	v tom:						
	na ambulantní péči celkem	32 939 010	34 485 533	34 638 669	6 187 773	6 469 216	6 716 029
	na ústavní péči celkem	75 923 886	76 932 668	76 595 619	9 651 775	9 869 314	10 417 865
	na lázeňskou péči	1 866 724	1 717 797	1 406 819	432 935	412 977	382 450
	na péči v ozdravovnách	17 603	11 381	9 334	4 382	2 956	2 562
	na dopravu	1 066 187	1 036 125	941 098	104 054	99 876	107 730
	na zdravotnickou záchrannou službu	1 186 450	1 245 445	1 390 487	134 647	145 484	170 692
	na léky vydané na recepty celkem	22 315 984	22 153 215	23 062 461	3 462 371	3 529 684	3 875 178
	na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	4 143 574	4 279 956	4 185 668	541 933	584 490	599 561
I. I.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	234 101	309 959	426 857	57 041	107 162	92 015
I. I. I.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet I. + II.)	140 547 869	143 178 804	144 172 390	20 684 737	21 378 817	22 624 150

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Tabula č. 6: Struktura nákladů na zdravotní péči dle segmentů v přepočtu na jednoho pojištěnce v Kč

Segment zdravotní péče – náklady v roce		VZP ČR			ZPMV		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012
I.	Náklady na zdravotní péči celkem čerpané ze základního fondu zdravotního pojištění	22 398	22 765	23 293	18 219	18 570	18 986
	v tom:						
	na ambulantní péči celkem	5 258	5 495	5 613	5 465	5 648	5 659
	na ústavní péči celkem	12 120	12 259	12 412	8 525	8 616	8 778
	na lázeňskou péči	298	274	228	382	361	322
	na péči v ozdravovnách	3	2	2	4	3	2
	na dopravu	170	165	152	92	87	91
	na zdravotnickou záchrannou službu	189	198	225	119	127	144
	na léky vydané na recepty celkem	3 562	3 530	3 737	3 058	3 081	3 265
	na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	661	682	678	479	510	505
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	37	49	69	50	94	78
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet I. + II.)	22 436	22 814	23 362	18 270	18 664	19 064

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Příloha č. 2 : Fondy- tvorba a čerpání, příjmy a výdaje

Tabulka č. 1: Základní fond zdravotního pojištění- tvorba a čerpání **v tis. Kč**

Základní fond zdravotního pojištění- tvorba a čerpání v roce	VZP ČR			ZPMV		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Počáteční zůstatek k 1.1.	29 988 806	8 358 512	130	5 665 832	4 737 760	3 371 893
Tvorba celkem= zdroje	144 335 686	146 382 814	150 419 323	21 641 664	22 306 180	25 008 602
Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. A) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	92 606 117	95 362 508	95 669 550	21 545 776	21 740 798	22 647 714
Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	47 301 656	47 128 176	51 331 308	- 228 474	188 908	853 927
<i>Pojitné z veř. zdrav. pojištění po přerozdělování celkem</i>	<i>139 907 773</i>	<i>142 490 684</i>	<i>147 000 858</i>	<i>21 317 302</i>	<i>21 929 706</i>	<i>23 501 641</i>
Penále, pokuty a přírázky k ojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech, včetně dohadných položek	3 384 481	2 680 007	2 208 441	178 609	239 117	248 804
Náhrady škod podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech (regresy)	306 324	287 663	316 500	57 471	65 551	51 635
Čerání celkem= snížení zdrojů	165 965 980	154 741 196	154 695 875	22 569 736	23 672 047	24 882 780
Závazky za zdravotní péči včetně korekcí a revíí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. A), odst. 4 písm. B), odst. 4 písm. D) odst. 4 písm. E) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	140 313 768	142 868 845	143 745 533	20 627 696	21 271 655	22 532 135
Předpis přidělu do jiných fondů	5 183 314	4 304 064	4 872 601	734 154	756 944	858 703
v tom:	<i>do rezervního fondu</i>	99 145	18 943	43 771	20 012	18 570
	<i>do provozního fondu</i>	4 670 653	3 863 315	4 395 533	630 000	608 300
	<i>do fondu prevence</i>	413 516	421 806	433 297	84 142	130 074
Odpis pohledávek podle § 1 odst. 5 vyhlášky o fondech	3 415 491	3 483 151	3 103 757	141 824	236 254	208 971
Snížení základního fondu o částky penále, pokut a přírážek na základě rozhodnutí o odstranění tvrdostí podle § 53a zákona č. 48/1997 Sb., podle § 1 odst. 6 vyhlášky o fondech	604 161	335 657	189 761	5 336	4 438	6 232
Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období	8 358 512	130	-4 276 422	4 737 760	3 371 893	3 497 715

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Tabulka č. 2: Základní fond zdravotního pojištění- příjmy a výdaje podle §1 odst. 7 vyhlášky o
fondech v tis. Kč

Základní fond zdravotního pojištění- příjmy a výdaje podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech v roce	VZP ČR			ZPMV		
	2010	2011	2012	2 010	2 011	2 012
Počáteční zůstatek k 1. 1.	6 446 292	2 298 959	910 771	4 111 024	3 840 336	2 361 680
Příjmy celkem	139 526 488	144 383 424	147 724 491	21 116 714	21 811 624	23 442 186
Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. A) vyhlášky o fondech	90 750 428	93 257 990	93 867 114	21 139 952	21 417 868	22 373 269
Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování podle § 1 odst. 1 písm. B) vyhlášky o fondech	47 088 176	47 342 676	51 331 308	- 228 474	188 908	853 927
Pojistné z veř. Zdrav. Pojištění po přerozdělování (ř. 24+25)	137 838 604	140 600 666	145 198 422	20 911 478	21 606 776	23 227 196
Penále, pokuty a přirážky k pojistnému podle §1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	882 894	883 726	834 054	66 033	73 133	73 613
Náhrady škody podl § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech (regresy)	286 018	274 894	281 296	51 907	60 274	52 845
Výdaje celkem	143 673 821	145 771 612	148 511 791	21 387 402	23 290 280	23 235 909
Výdaje za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. A), odst. 4 písm. B) a odst. 4 písm. D) vyhlášky o fondech	139 371 048	140 655 547	142 392 816	20 623 194	21 219 744	22 347 328
Příděly do jiných fondů	3 229 631	4 454 730	4 697 457	734 964	744 478	841 644
<i>v tom:</i>						
<i>do rezervního fondu</i>		99 145		14 435	5 012	28 570
<i>do provozního fondu</i>	3 073 207	4 083 492	4 242 467	630 000	608 300	689 000
<i>do fondu prevence</i>	156 424	272 093	454 990	90 529	131 166	124 074
Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období	2 298 959	910 771	123 471	3 840 336	2 361 680	2 567 957

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Tabulka č. 3: Provozní fond- tvorba a čerpání

v tis. Kč

Provozní fond- tvorba a čerpání v roce	VZP ČR			ZPMV		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
I. Počáteční zůstatek k 1. 1.	969 504	368 885	2 951	842 832	900 140	916 452
II. Tvorba celkem= zdroje	4 723 882	4 049 714	4 734 457	645 544	622 515	724 879
v tom:						
Předpis přidělu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ze základního fondu zdravotního pojištění, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	4 670 653	3 863 315	4 395 533	630 000	608 300	697 000
III. Čerpání celkem= snížení zdrojů	5 324 501	4 415 648	4 350 311	588 236	606 203	635 845
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období	368 885	2 951	387 097	900 140	916 452	1 005 486

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Tabulka č. 4: Provozní fond- příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 3 vyhlášky o fondech

v tis. Kč

Provozní fond- příjmy a výdaje v roce	VZP ČR			ZPMV		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
I. Počáteční zůstatek k 1. 1.	1 286 573	312 587	440 727	830 239	866 628	895 468
II. Příjmy celkem	3 167 838	4 194 893	4 788 028	1 569 364	1 233 302	1 683 201
v tom:						
Příděl podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ze ZFZP, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	3 073 207	4 083 492	4 242 467	630 000	608 300	689 000
III. Výdaje celkem	4 141 824	4 066 753	5 183 046	1 532 975	1 204 462	1 644 395
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období	312 587	440 727	45 709	866 628	895 468	934 274

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Tabulka č. 5: Fond reprodukce majetku- tvorba a čerpání

v tis. Kč

Fond reprodukce majetku- tvorba a čerpání v roce	VZP ČR			ZPMV		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
I. Počáteční zůstatek k 1.1.	1 124 692	1 016 791	811 188	435 147	462 831	493 904
II. Tvorba celkem= zdroje	462 526	580 014	864 916	53 814	55 206	73 542
v tom:						
Předpis FRM přidělem z provozního fondu	448 199	583 476	854 491	43 898	46 653	65 903
III. Čerpání celkem= snížení zdrojů	570 427	785 617	562 960	26 130	24 133	27 740
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období	1 016 791	811 188	1 113 144	462 831	493 904	539 706

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Tabulka č. 6: Fond reprodukce majetku- příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 6 odst. 4 vyhlášky o fondech **v tis. Kč**

Fond reprodukce majetku- příjmy a výdaje v roce	VZP ČR			ZPMV		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
I. Počáteční zůstatek k 1.1.	1 091 078	842 409	311 406	443 410	468 426	498 358
II. Příjmy celkem	321 759	4 590	564 799	49 078	55 219	73 762
v tom:						
Příděl z běžného účtu provozního fondu	307 066	X	560 000	39 248	46 581	66 123
III. Výdaje celkem	570 428	535 593	870 989	24 062	25 287	19 520
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období	842 409	311 406	5 216	468 426	498 358	552 600

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Tabulka č. 7: Sociální fond- tvorba a čerpání **v tis. Kč**

Tvorba a čerpání v roce	VZP ČR			ZPMV		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
I. Počáteční zůstatek k 1.1.	26 214	37 033	34 716	3 010	3 674	4 261
II. Tvorba celkem= zdroje	53 391	52 500	47 997	5 871	5 667	6 100
III. Čerání celkem= snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 písm. a)	42 572	54 817	56 365	5 207	5 080	5 733
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období	37 033	34 716	26 348	3 674	4 261	4 628

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Tabulka č. 8: Sociální fond- příjmy a výdaje ve sledovaném období v souladu s § 4 odst. 4 vyhlášky o fondech **v tis. Kč**

Sociální fond- příjmy a výdaje v roce	VZP ČR			ZPMV		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
I. Počáteční zůstatek k 1.1.	26 495	39 580	32 468	2 758	3 274	4 204
II. Příjmy celkem	55 474	43 965	55 436	5 736	6 021	6 116
III. Výdaje celkem	42 389	51 077	57 277	5 220	5 091	5 189
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období	39 580	32 468	30 627	3 274	4 204	5 131

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Tabulka č. 9: Rezervní fond- tvorba a čerpání ve sledovaném období **v tis. Kč**

Rezervní fond- tvorba a čerpání v roce	VZP ČR			ZPMV		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
I. Počáteční zůstatek k 1. 1.	1 956 199	2 055 344	2 125 167	250 950	274 879	298 560
II. Tvorba celkem= zdroje	128 825	78 621	43 771	24 031	24 706	26 436
III. Čerpání celkem= snížení zdrojů	29 680	8 798	0	102	1 025	279
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období	2 055 344	2 125 167	2 168 938	274 879	298 560	324 717

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Tabulka č. 10: Rezervní fond- příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 2 odst. 3 vyhlášky o fondech **v tis. Kč**

Rezervní fond- příjmy a výdaje v roce	VZP ČR			ZPMV		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
I. Počáteční zůstatek k 1.1.	2 000 700	1 985 879	257	251 515	244 943	224 772
II. Příjmy celkem	29 680	158 823	0	20 154	16 370	60 722
III. Výdaje celkem	44 501	2 144 445	245	26 726	36 541	25 472
v tom:						
Převod úroků z BÚ RF do ZFZP	44 501					
Příděl z RF na ZFZP podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech		2 105 967	245			
Nákup cenných papírů z finančních prostředků RF				26 716	36 278	25 193
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období	1 985 879	257	12	244 943	224 772	260 022

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Tabulka č. 11: Fond prevence- tvorba a čerpání ve sledovaném období **v tis. Kč**

Tvorba a čerpání ve sledovaném období	VZP ČR			ZPMV		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
I. Počáteční zůstatek k 1. 1.	42 942	217 647	329 494	0	27 092	50 122
II. Tvorba celkem= zdroje	447 977	459 247	468 314	87 645	133 714	148 461
III. Čerpání celkem= snížení zdrojů	273 272	347 400	462 837	60 577	110 684	96 456
v tom:						
Preventivní programy	268 366	345 368	461 761	60 398	110 479	96 175
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období	217 647	329 494	334 971	27 068	50 122	102 127

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Tabulka č. 12: Fond prevence- příjmy a výdaje ve sledovaném období **v tis. Kč**

Příjmy a výdaje ve sledovaném období	VZP ČR			ZPMV		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
I. Počáteční zůstatek k 1.1.	44 199	4 509	19 388	5 204	28 133	55 009
II. Příjmy celkem	191 223	308 318	490 789	94 056	134 806	128 535
III. Výdaje celkem	230 913	293 439	506 193	71 127	107 930	96 995
v tom:						
Výdaje na preventivní programy	230 455	292 257	504 564	70 948	107 725	96 714
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období	4 509	19 388	3 984	28 133	55 009	86 549

Zdroj dat: Výroční zprávy VZP ČR a ZPMV za roky 2010, 2011, 2012

Příloha č. 3: Přehled zaměstnaneckých pojišťoven v roce 1995

Tabulka: Přehled zaměstnaneckých pojišťoven v roce 1995

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny existující v roce 1995	Existence	Poznámka
205 - Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	od 1.12. 1992 ; od 1. 10.2009 pod názvem Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	
209 - Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	od 21.12.1992	
217 - Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE	od 14.6.1993	Sloučena s Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou k 1. 10. 2012
222 - Česká národní zdravotní pojišťovna,	od 1.9.1994 do 1.10.2009	sloučena s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou
201 - Vojenská zdravotní pojišťovna	od 23.12.1992	
202 - Hornická zaměstnanecká zdravotní pojišťovna	od 13.11.1992, od 22.7.1996 v likvidaci (od 7.6.1996 v konkursu)	
203 - Železniční zdravotní pojišťovna GRÁL	od 15.10.1992 do 1.4.1998	sloučena se Zdravotní pojišťovnou Ministerstva vnitra ČR
204 - Pojišťovna GARANT-HOSPITAL	od 9.11.1992 do 5.8.2009	od 15.11.1996 do 20.2.1997 nucená správa (rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR); od 20.2.1997 do 5.8.2009 v likvidaci
206 - Moravská zdravotní pojišťovna	od 22.10.1992 do 25.9.1996	sloučena s Revírní bratrskou pokladnou
207 - Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank a pojišťoven	od 29.10.1992; od 10.10.2000 pod názvem Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	
208 - ZZP ATLAS - (Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna)	od 24.11.1992 do 31.7.1996	sloučena s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou
210 - Zdravotní pokladna Škodováků	od 9.10.1992 do 14.7.2003	od 31.10.1996 do 14.7.2003 v likvidaci
211 - Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR	od 26.10.1992	
212 - Stavební zdravotní pojišťovna STAZPO	od 1.1.1993 do 10.10.2000	sloučena s Oborovou zdravotní pojišťovnou zaměstnanců bank a pojišťoven
213 - Revírní bratrská pokladna	od 20.4.1993; od 1.7.2003 pod názvem Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	
214 - Regionální zdravotní pojišťovna REZAPO	od 12.2.1993 do 3.4.1998	sloučena se Zdravotní pojišťovnou Ministerstva vnitra ČR
215 - Moravskoslezská zdravotní pojišťovna IMPULS	od 9.12.1992 do 19.10.1998	od 7.3.1996 do 15.11.1996 v likvidaci
216 - Sdružená dopravní a zemědělsko-podnikatelská zdravotní pojišťovna SALVUS	od 15.3.1993 do 1.5.1996	sloučena s Regionální zdravotní pojišťovnou Brno (zkr. REZAPO)
218 - Zdravotní pojišťovna CRYSTAL	od 1.10.1993 do 30.4.1999	sloučena s Vojenskou zdravotní pojišťovnou České republiky
219 - Prostějovská zdravotní pojišťovna	od 25.4.1994, od 4.4.1996 v likvidaci	
220 - Zaměstnanecká pojišťovna PRIMA	od 23.6.1994 do 1.4.1996	sloučena se Zdravotní pojišťovnou CRYSTAL
221 - Mendlova zdravotní pojišťovna	od 12.7.1994, od 7.11.1997 v likvidaci	
223 - Zemědělsko-potravinářská zdravotní pojišťovna	od 1.11.1994 do 5.6.2003	v likvidaci od 21.4.2000 do 5.6.2003
224 - Zdravotní pojišťovna RADIX	od 13.1.1995, od 14.10.1999 v likvidaci	
225 - Zdravotní pojišťovna SPORT	od 29.12.1994 do 7.1.2011	v likvidaci od 28.5.1996 do 7.1.2011
226 - Zdravotní pojišťovna chemie, zdravotnictví a farmacie;	od 27.4.1995 do 2.4.2009	v likvidaci od 21.11.2007 do 2.4.2009

Zdroj dat: Usnesení vlády ČR ze dne 22. listopadu 1995 č. 673, Obchodní rejstřík

Resumé

Health insurance companies in the system of health insurance

Health insurance is one of the social insurance systems and thus one of the tools of social security. In the beginning of the 20th century in Czechoslovakia health insurance pursuant to Act No. 221/1924 Coll. was implemented by health insurance companies, which were established only after permission of the Ministry of Economy and Labour, that had superintendence over the implementation of the Act and sickness insurance. This Act regulated several types of health insurance companies, for example, the district health insurance company, agricultural sickness insurance, company health insurance company. The law regulated bodies of the health insurance companies and also their management and economy. Significant position had the Central Social Insurance, which had several powers against health insurance companies. Another milestone in the development of social legislation in our country was the Act No. 99/1948 Coll., National Insurance, which was at that time very modern. But the subsequent development of the 50th years was already by the Soviet model, the insurance principle was abandoned and health care was nationalized and health insurance administration was transferred to the Revolutionary Trade Union Movement. A watershed year in the development of public health insurance and health insurance companies were in the nineties of the 20th century.

Several new acts were adopted: Act No. 551/1991 Coll., The General Health Insurance Company of the Czech Republic and Act No. 280/1992 Coll. Departmental, professional, corporate, and other health insurance companies. As the names suggest, the first act regulates the Czech Republic General Health Insurance Company and the other so-called employment health insurance companies. These acts have a similar structure. Major difference lies in the fact that the Czech Republic General Health Insurance Company was established directly by law, while employee health insurance companies may carry health insurance only if they were authorized by the Ministry of Health. Health insurance companies are legal entities, but only employment health insurance companies are obliged to be written in the Commercial Register. The acts also regulate financing health insurance, especially its assets, income, expenses and health

insurance funds. Legislation for the Czech Republic General Health Insurance Company and employment health insurance companies are very similar. Any differences are caused by certain specific characteristics that assign the laws of the Czech Republic General Health Insurance Company or Military Health Insurance Company. Major revenues include: health insurance payments from the insured, the insured's employers and from the state and the highest item of expenditure is the amount paid for the provision of health services covered by public health insurance. A more detailed definition of the circle and the income and expenditure of public funds, health insurance, the conditions of their creation, use, admissibility of mutual funds transfers and management, limit the costs of the health insurance covered the basic resources of the Fund, including the procedure of calculating this limit is in the Decree No. 418/2003 Coll. and it is valid for the Czech Republic General Health Insurance Company and employee insurance.

The main activity of the health insurance companies is the implementation of universal health insurance. During this activity health insurance companies come into relationships to insured and insurance payers and providers of the health care services. The contents of these relationships is governed mainly by the Act No. 48/1997 Coll. and the Act No. 592/1992 Coll. Health insurance companies have expressly by law a ban to use the funds raised by the general health insurance for other business and establish and operate the providers of health care services.

Abstrakt

Tato práce pojednává o zdravotních pojišťovnách v systému veřejného zdravotního pojištění. Nejprve jsou uvedena teoretická východiska zdravotního pojištění a pak následně historický vývoj zdravotních pojišťoven na českém území. Těžiště práce je zaměřeno na vývoj zdravotních pojišťoven od devadesátých let po současnost.

Práce porovnává právní úpravu Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a tzv. zaměstnaneckých pojišťoven. Pozornost je věnována právní úpravě organizační struktury zdravotních pojišťoven a jejich hospodaření, především právní úpravě fondů zdravotní pojišťovny. Pro porovnání jsou pak uvedeny některé ekonomické ukazatele Všeobecné zdravotní pojišťovny a Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR, a to za roky 2010- 2012.

Abstract

This thesis analyses the health insurance companies in the public health insurance. First chapters consist the theoretical background of health insurance and subsequently the historical development of health insurance in the Czech Republic (Czechoslovakia). The focus of this thesis is laid on the development of health insurance in the last two decades.

The work compares the legislation of the General Health Insurance Company of the Czech Republic and the so- called employment insurance companies. Attention is paid to the legislation of the organizational structure of health insurance companies and their economy, particularly the regulation of their funds. Some of the economic indicators of the General Health Insurance Company of the Czech Republic and the Health Insurance Company of the Ministry of Home Affairs for the years 2010 – 2012 are listed for a comparison.

Klíčová slova

veřejné zdravotní pojištění

zdravotní pojišťovny

činnost zdravotní pojišťovny

Key words

public health insurance

health insurance companies

activity of a health insurance company