

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA EKONOMICKÁ

Bakalářská práce

**Aktuální problémy spojené s výběrem pojistného na veřejné
zdravotní pojištění**

**The Currant Problems Connected to the Draft of the Insurance
for the Healts Insurance**

Martina Lomická

Plzeň 2012

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma

„Aktuální problémy spojené s výběrem pojistného na veřejném zdravotním pojištění“

vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce za použití pramenů uvedených v příložené bibliografii.

V Plzni, dne 3. 5. 2012

podpis autora

Poděkování

Mé poděkování patří vedoucí bakalářské práce Ing. Pavlíně Hejdukové, Ph.D. za její cenné připomínky a náměty, které mi byly inspirací při psaní této práce. Dále bych ráda poděkovala managementu Regionální pobočky VZP ČR - KP pro Plzeňský a Karlovarský kraj za poskytnuté informace.

Obsah:

Úvod.....	7
Teoretická část.....	9
1 Základní charakteristika veřejného zdravotního pojištění.....	9
1.1 Historický vývoj veřejného zdravotního pojištění	9
1.2 Právní úprava veřejného zdravotního pojištění	10
1.3 Účel a účast na veřejném zdravotním pojištění.....	11
1.4 Veřejné zdravotní pojištění a identifikace pojištěnce	14
2 Plátcí pojistného na veřejném zdravotním pojištění.....	18
2.1 Stát	18
2.2 Zaměstnavatel, zaměstnanec	19
2.3 Pojištěnec.....	20
Praktická část	22
3 Hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky	22
3.1 Způsob hospodaření.....	22
3.2 Výběr pojistného na zdravotní pojištění	23
3.2.1 Vývoj počtu pojištěnců v letech 2008, 2009, 2010	24
3.2.2 Makroekonomické ukazatele.....	28
3.2.3 Maximální roční vyměřovací základ.....	30
3.2.4 Systém přerozdělování finančních prostředků	30
3.3 Pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti	32
4 Analýza a komparace pojistného v letech 2008, 2009, 2010	35
4.1 Rok 2008.....	35
4.2 Rok 2009.....	36
4.3 Rok 2010.....	37
5 Problémy výběru pojistného na veřejném zdravotním pojištění.....	39
5.1 Problémy výběru pojistného neovlivnitelné zdravotní pojišťovnou	40
5.2 Problémy výběru pojistného ovlivnitelné zdravotní pojišťovnou	43
Závěr.....	48
Seznam tabulek.....	51
Seznam obrázků	51
Seznam použitých zkratk.....	52

Seznam použité literatury.....	53
Seznam příloh	56

Úvod

Zdraví je to nejcennější, co v životě můžeme mít, a nic nám ho nemůže nahradit. Zdraví každého z nás nám určuje celá řada známých faktorů – od vrozených dispozic, vlivu životního prostředí, výživy, až po zdravotní péči. Zdravotní péči lze financovat mnoha rozdílnými způsoby, kdy jedním z nich je veřejné zdravotní pojištění (Vurm a kol., 2007).

Veřejné zdravotní pojištění je jednou ze složek zákonného sociálního pojištění ČR, na jehož základě je plně nebo částečně hrazena zdravotní péče poskytovaná pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Společně se zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, se jedná o jednu ze základních právních norem veřejného zdravotního pojištění. Zde je přesně vymezena zdravotní péče, kterou lze uhradit z prostředků veřejného zdravotního pojištění a na druhé straně určuje, kdo je účastníkem veřejného zdravotního pojištění a kdo je za tuto osobu plátcem pojistného.

Bakalářská práce se zabývá aktuální problematikou, která se týká výběru pojistného na veřejném zdravotním pojištění a zároveň upozorňuje na dané nedostatky, které je potřeba řešit. Důvodem volby tohoto tématu bylo mé pracovní zařazení v největší zdravotní pojišťovně - Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, na Regionální pobočce pro Plzeňský a Karlovarský kraj, Sady 5. května 59, Plzeň. S danou problematikou se při své práci setkávám.

V teoretické části za pomoci dostupné literatury a zákonů, jsou charakterizovány základní informace, které se týkají veřejného zdravotního pojištění a systému zdravotní péče. Důležitost spatřuji i v rozebrání účelu a účasti na veřejném zdravotním pojištění, se zaměřením na plátce pojistného na veřejném zdravotním pojištění.

V praktické části je provedena analýza a komparace výběru pojistného na veřejném zdravotním pojištění v letech 2008, 2009 a 2010 a zároveň je upozorněno na aktuální problémy, které se dotýkají výběru pojistného na veřejném zdravotním pojištění. Práce se konkrétně zaměřuje především na příjmovou část Základního fondu zdravotního pojištění v letech 2008 až 2010, tj. počet pojištěnců, výběr pojistného, včetně jeho přerozdělování. Zhodnocena je i problematika pohledávek výběru pojistného po lhůtě splatnosti a porovnání výši příjmů s náklady na zdravotní péči.

Závěrem jsou navržena opatření a doporučení, která by mohla být určitým řešením složité situace v systému všeobecného zdravotního pojištění.

Cílem práce je analýza a komparace výběru pojistného na veřejné zdravotní pojištění a následné stanovení nejzávažnějších problémů, které jsou spojeny s výběrem pojistného v letech 2008, 2009 a 2010 v rámci celé Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky.

Teoretická část

1 Základní charakteristika veřejného zdravotního pojištění

1.1 Historický vývoj veřejného zdravotního pojištění

Prvopočátky dnešního zdravotního pojištění lze vystopovat už ve středověku, v cechových zajišťovacích spolcích. V 19. století začal velký rozmach průmyslové výroby a s ním i spojený nárůst sociálně slabé dělnické třídy, která neměla dostatek financí na vlastní krytí sociálních a zdravotních událostí. To byl jeden z důvodů ke zřizování příspěvkových fondů. Největší prioritou bylo pojištění proti ztrátě příjmů, tj. pojištění nemocenské, ale s rozvojem medicíny se na pokrytí výdajů na zdravotní péči přidávalo pojištění zdravotní (Němec, 2008).

V roce 1849 bylo zavedeno v Prusku úplně první povinné zdravotní pojištění. Toto pojištění bylo zavedeno pro horníky. Platit výše zmíněné povinné pojištění se vztahovalo na zaměstnavatele i zaměstnance. Německý císař Vilém II. v roce 1881 vydal dokument, který byl podnětem pro zavedení zákona o povinném zdravotním pojištění pro zaměstnané dělníky. Zákon byl schválen v roce 1883 a jednalo se o tzv. Bismarkův model pojištění.

Podobný zákon, ještě s širší působností byl v roce 1886 přijat i v tehdejší Rakousku-Uhersku a řešil sociální a zdravotní pojištění zaměstnanců a živnostníků. V letech 1919 až 1924, po vzniku samostatného Československa, bylo zákonou úpravou rozšířeno zdravotní pojištění na všechny námezdné pracující a od roku 1925 bylo zákonou úpravou pojištění rozšířeno i na veřejné a státní zaměstnance (Kahoun a kol., 2009).

V zemích se socialistickým zřízením došlo k zestátnění pojišťovacích institucí, zdravotnictví bylo řízeno centrálně a péče byla hrazena z prostředků státního rozpočtu. Vzhledem k novým společenským a hospodářským podmínkám po roce 1981 byla tato podoba centrálního řízení neudržitelná. Ke změně došlo v roce 1991, kdy byla na základě zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, zřízena první zdravotní pojišťovna, Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (dále jen VZP ČR). K datu 1. 1. 1992 se staly jejími klienty všechny osoby s trvalým pobytem v ČR. V roce 1992 byly dále přijaty další právní normy k veřejnému zdravotnímu pojištění – zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, které umožnily vznik dalších oborových a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Systém veřejného zdravotního pojištění tak, jak

jej známe nyní, funguje od 1. 1. 1993, kdy začal výběr zdravotního pojištění od plátců, ze kterého se začala hradit lékařská péče účastníkům zdravotního pojištění. Od tohoto data začaly také na trhu působit další, oborové a zaměstnanecké zdravotní pojišťovny.

V roce 1997 byl přijat zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který upravuje základní principy zdravotního pojištění, rozsah a podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona zdravotní péče poskytována (Křepelka, 2004).

1.2 Právní úprava veřejného zdravotního pojištění

Právo na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči

„Každý má právo na ochranu zdraví. Za podmínek, které stanoví zákon mají občané na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou péči a na zdravotní pomůcky“, je uvedeno v článku 31 Listiny základních práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky. Podle první věty výše zmíněného ustanovení má občan možnost vykonat na ochranu svého zdraví vše, co je v jeho možnostech a silách (Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.), (Listina základních práv a svobod, článek 31).

Nad rámec veřejného zdravotního pojištění má každý občan možnost využít nadstandardní léčení v zahraničí, požadovat dražší přípravky na svoji léčbu nebo zdravotní techniky v případě, je-li sám ochoten si je uhradit. Podle druhé věty tohoto ustanovení má každý občan, v rozsahu a za podmínek, které mu stanoví zákon, zaručeno právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky z veřejného zdravotního pojištění. K právu a ochraně zdraví a bezplatné zdravotní péči je důležité podotknout, že z veřejného zdravotního pojištění nemusí být hrazena veškerá zdravotní péče a všechny zdravotní výkony (Mach a kol., 2003).

V České republice systém veřejného zdravotního pojištění plně funguje od 1. ledna 1993 a zajišťují ho zdravotní pojišťovny. Hlavním úkolem zdravotních pojišťoven je od plátců pojistného výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění, úhrada zdravotní péče, úhrada za léky a zdravotní prostředky (Vurm a kol., 2007).

V České republice systém veřejného zdravotního pojištění upravují následující zákony:

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Tento zákon zpracovává předpisy Evropských společenství. Upravuje veřejné zdravotní pojištění, jeho rozsah a podmínky, za nichž je na základě zákona poskytována zdravotní péče.

Dále upravuje stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění.

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

Tímto zákonem se upravuje výše pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, penále a způsob jejich placení, kontrolu, vedení evidence plátců pojistného a zřízení zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění.

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

Tímto zákonem je zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna se sídlem v Praze. Určuje podmínky hospodaření pojišťovny (příjmy/výdaje pojišťovny), organizační strukturu, orgány a ukládá pojišťovně povinnost vést informační systém.

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

Tento zákon upravuje vznik, činnost a zánik resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven. Dále upravuje jejich vztah k Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, organizační strukturu a jejich orgány. Zřizuje Zajišťovací fond a stanovuje podmínky hospodaření.

Mimo výše uvedené zákony, které upravují veřejné zdravotní pojištění, bychom rádi zmínili i další nařízení, která toto pojištění upravují. Mezi další patří nařízení Evropské unie a mezinárodní předpisy, dále Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, které bylo novelizováno Nařízením Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1408/71. Tato Nařízení řeší v systému veřejného zdravotního pojištění účast občanů jednotlivých členských států a jejich nároky na poskytování zdravotní péče. Nařízení je platné ve všech zemích Evropské unie a je nadřazené zákonům daných zemí (Červinka, Daněk, 2010).

1.3 Účel a účast na veřejném zdravotním pojištění

Účel veřejného zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění bylo zavedeno za účelem krytí nákladné lékařské péče pro občany České republiky (ČR). Je založeno na určité míře solidárnosti, která by měla zajistit i tu nejnákladnější lékařskou péči pro všechny pojištěné osoby bez ohledu na to, kolik peněz do

tohoto systému uhradí. Dnes je však velmi diskutovanou otázkou míra této solidarity a rozsah zdravotní péče, který má být z tohoto pojištění hrazen. Objevuje se zde ochota zákonodárců k určení některých nadstandardů, které by si mohl pojištěnec uhradit sám na lepší zdravotnický materiál apod., což mnohdy bohužel současný systém neumožňuje a otevírá tak možnost ke korupci a šedé ekonomice ve zdravotnictví.

V ČR je účast na veřejném zdravotním pojištění povinná pro všechny osoby s trvalým pobytem v ČR a zaměstnané cizince. Výjimkou jsou osoby, které sice mají trvalý pobyt v ČR, ale na základě evropských nařízení podléhají systému zdravotního pojištění jiného státu Evropské unie (EU). Plátcem zdravotního pojištění za tyto osoby je zaměstnavatel, pojištěnec sám nebo stát. Tyto kategorie j podrobněji vysvětluji v další části mé práce.

Účelem zdravotního pojištění je v ČR pouze úhrada nákladů na zdravotní péči účastníků tohoto pojištění s cílem zachovat nebo zlepšit jejich zdravotní stav. Pojištění dávek v nemoci, které v některých členských státech EU rovněž provádějí zdravotní instituce, je v ČR začleněno do sociálního pojištění, které zastřešuje Česká správa sociálního zabezpečení. Zdravotní pojištění provádějí zdravotní pojišťovny. Rozsah poskytované zdravotní péče je dán zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (ZVZP), (Červinka, Daněk 2010).

Účast na veřejném zdravotním pojištění

V České republice je zdravotní pojištění podle zákona povinné:

- a) pro všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR (bez ohledu na státní občanství),
- b) pro osoby, které na území ČR trvalý pobyt nemají, pokud jsou zaměstnány u zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt v ČR,
- c) osoby, na které se vztahují Nařízení Rady EHS č. 883/2004 a č. 987/2009.

Osoby v bodě a), b) jsou účastníky zdravotního pojištění podle ZVZP.

Osoby v bodě c) jsou účastníky pojištění až po vstupu ČR do EU.

Účast v pojištění na základě Nařízení Rady EHS č. 883/2004 a č. 987/2009

Osoby, které mají státní příslušnost zemí EU včetně Švýcarska, Norska, Islandu a Lichtenštejnska, mohou vstoupit do zdravotního pojištění v ČR, pokud:

- jsou výdělečně činné v ČR,
- jsou nezaopatřenými rodinnými příslušníky výdělečně činné osoby v ČR.

Ze zdravotního pojištění jsou vyňaty:

- a) osoby, které nemají na území ČR trvalý pobyt a jsou činy v ČR pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit a nemají sídlo na území ČR.
- b) osoby, které se zdržují dlouhodobě a nepřetržitě v cizině (nejméně 6 měsíců), učinily o této skutečnosti před svým odjezdem u zdravotní pojišťovny písemné prohlášení, jsou v cizině zdravotně pojištěny. Tyto osoby pak po dobu tohoto pobytu v cizině nemusí hradit v ČR zdravotní pojištění. Po návratu však jsou povinny své zdravotní pojišťovně doložit své zdravotní pojištění v cizině. Prohlášení o dlouhodobém pobytu pojištěnce v cizině nelze u pojišťovny uplatnit zpětně a musí být provedeno ještě před odjezdem do ciziny a vrácen průkaz zdravotního pojištění. Ze zákona pojišťovna uzná dlouhodobý pobyt v cizině nejdříve ode dne následujícího, kdy byla o této skutečnosti prokazatelně informovaná. Prohlášení o dlouhodobém pobytu pojištěnce v cizině (Příloha A).

Vznik veřejného zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění vzniká dnem:

- a) narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území ČR,
- b) kdy se osoba bez trvalého pobytu na území ČR stala zaměstnancem,
- c) získání trvalého pobytu na území ČR (zákon č.48/1997 Sb., v platném znění).

Zánik veřejného zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění zaniká dnem:

- a) úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého,
- b) kdy osoba bez trvalého pobytu na území ČR přestala být zaměstnancem,
- c) ukončení trvalého pobytu na území ČR (zákon č.48/1997 Sb., v platném znění).

1.4 Veřejné zdravotní pojištění a identifikace pojištěnce

Práva pojištěnců ve veřejném zdravotním pojištění

Dle zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, má každý pojištěnec právo zejména na:

- výběr zdravotní pojišťovny, která provádí veřejné zdravotní pojištění,
- výběr lékaře nebo jiného odborníka ve zdravotnictví, který má smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou, u níž je pojištěn, s výjimkou závodní zdravotní služby,
- výběr dopravní služby, která má smluvní vztah ke zdravotní pojišťovně u níž je pojištěn,
- zdravotní péči, výdej léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky bez přímé úhrady, pokud jsou poskytnuty za podmínek stanovených tímto zákonem,
- podílet se na kontrole poskytované zdravotní péče, která je hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Pokud si pojištěnec požádá, je příslušná zdravotní pojišťovna povinna poskytnout jedenkrát ročně údaje o zdravotní péči, která za tohoto pojištěnce byla uhrazena v posledních dvanácti měsících.

V případě, že má pojištěnec za to, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče, má právo si podat návrh na přezkoumání. Návrh na přezkoumání poskytnuté zdravotní péče může podat vedoucímu zdravotnického zařízení, jeho zřizovateli nebo se může obrátit na příslušnou zdravotní pojišťovnu, u které je pojištěn. Dále se může obrátit na orgán státní správy, který provedl registraci zdravotnického zařízení – příslušný Krajský úřad, dále Českou lékařskou komoru, Českou lékárnickou komoru a Českou stomatologickou komoru (Daněk, Glet, 2003).

Povinnosti pojištěnců ve veřejném zdravotním pojištění

Pojištěnec má vůči zdravotní pojišťovně nejen svá práva, ale má také povinnosti, které musí plnit. V případě, že některé povinnosti neplní, může být i potrestán majetkovou sankcí (pokuta nebo penále).

Dle zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, je každý pojištěnec povinen zejména:

- plnit oznamovací povinnost dle § 10 zákona č. 48/1997 Sb.:
„V případě nesplnění oznamovací povinnosti může příslušná zdravotní pojišťovna uložit pojištěnci pokutu až do výše 10 000 Kč, pokud se nesplnění oznamovací povinnosti opakuje, může pokuta dosáhnout až dvojnásobku.“
- sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn, tato oznamovací povinnost platí i v případě změny zdravotní pojišťovny:
„ Pokud pojištěnec neoznámí změnu zdravotní pojišťovny nebo ji oznámí opožděně, má zaměstnavatel právo požadovat úhradu penále po pojištěnci, za kterého úhradu zaplatil.“
- hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, pokud zákon nestanoví jinak:
„V případě nesplnění úhrady pojistného v daném termínu, je pojišťovna povinna předeplatit penále.“
- prokazovat se při poskytování zdravotní péče, s výjimkou poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky, platným průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem vydaným příslušnou zdravotní pojišťovnou:
„V případě, že se pojištěnec prokáže průkazem pojištěnce zdravotní pojišťovny v době, kdy již nebyl u dané zdravotní pojišťovny pojištěn, mu zdravotní pojišťovna může uložit pokutu až do výše 5000Kč.“
- oznámit ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce své zdravotní pojišťovně do osmi dnů:
„V případě nedodržení lhůty může zdravotní pojišťovna uložit pokutu až do výše 500 Kč.“
- při změně zdravotní pojišťovny předložit nové zdravotní pojišťovně doklad o výši záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu, jde-li o osobu samostatně výdělečně činnou,
- vrátit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce při zániku zdravotního pojištění podle § 3 odst. 2. písm. b) a c) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nebo při dlouhodobém pobytu v zahraničí (Daněk, Glet, 2003).

Volba zdravotní pojišťovny

Obecná pravidla pro volbu zdravotní pojišťovny

Dle § 11 odst. 1 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, měl pojištěnec právo na výběr zdravotní pojišťovny, která provádí veřejné zdravotní pojištění.

Změnit zdravotní pojišťovnu bylo možné jednou za 12 měsíců, a to vždy k 1. kalendářnímu čtvrtletí (k 1. lednu, 1. dubnu, 1. červenci a 1. říjnu). V jiných lhůtách než bylo uvedeno v zákoně, nebyla zdravotní pojišťovna oprávněná pojištěnce přijmout. V případě, že osoba není plnoletá, provádí změnu pojišťovny jeho zákonný zástupce. Jedna osoba může být pojištěna vždy jen u jedné zdravotní pojišťovny (Metodika VZP ČR, 2010).

Změna pravidel pro volbu zdravotní pojišťovny

Dne 01.12.2011 vstoupila v platnost novelizace zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, ve které se mění § 11, věnovaný podmínkám, za kterých lze změnit zdravotní pojišťovnu. Nově nejde změnit zdravotní pojišťovnu jedenkrát za čtvrtletí, ale pouze jedenkrát ročně k 1. lednu.

Přihlášku k jiné zdravotní pojišťovně je pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinen podat nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny. Přihlášku ke změně zdravotní pojišťovny k 1. lednu kalendářního roku, lze tedy podat pouze jednou (k případným dalším přihláškám se již nebude přihlížet, a to ani tehdy, jsou-li podány ve stanované lhůtě (informace ÚPSP VZP ČR č. 10/2011).

Zdravotní pojišťovny v ČR

V České republice v současnosti působí osm zdravotních pojišťoven, z toho sedm zaměstnaneckých a Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Zdravotní pojišťovna MÉDIA, která nedosáhla povinného sta tisíc pojištěnců zfúzovala k datu 28. března 2011 se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky. Aktuální seznam zdravotních pojišťoven (Příloha B).

Průkaz pojištěnce

Každý pojištěnec je povinen se prokazovat platným průkazem pojištěnce. Průkazem se prokazuje při poskytování zdravotní péče (s výjimkou poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky). Pokud nemá platný průkaz, je možné prokázat se dokladem vydaným příslušnou zdravotní pojišťovnou.

Průkaz pojištěnce je vydáván zdravotní pojišťovnou bezplatně. Po vstupu do EU má většina pojištěnců nárok na vystavení EHIC - European Health Insurance Card (Evropský průkaz zdravotního pojištění). Držitel tohoto průkazu je oprávněn čerpat lékařsky nezbytnou zdravotní péči ve všech zemích EU, a to za podmínek, jaké jsou pro veřejné pojištění platné pro místní pojištěnce (Červinka, Daněk 2010).

Průkaz pojištěnce obsahuje tyto údaje: jméno, příjmení, popř. titul, číslo pojištěnce a číslo průkazu. Číslo pojištěnce je v ČR zpravidla rodné číslo nebo zvláštní číslo přidělené pojišťovnou. Pod tímto výše zmíněným číslem jsou evidovány veškerá oznámení a veškeré údaje o pojištěncích. Pokud pojištěnec průkaz ztratí nebo poškodí, je povinen tuto skutečnost oznámit do 8 dnů příslušné zdravotní pojišťovně, která pojištěnci zajistí vydání nového nebo náhradního dokladu (Červinka, Daněk 2010).

Existuje několik variant průkazu pojištěnce (Příloha C) včetně Potvrzení dočasně nahrazující evropský průkaz zdravotního pojištění ((Příloha D).

2 Plátcí pojistného na veřejném zdravotním pojištění

Dle zákona o veřejném zdravotním pojištění jsou stanoveny tři skupiny plátců pojistného zdravotního pojištění:

- stát – odvádí pojistné za definované skupiny osob,
- zaměstnavatel - odvádí pojistné za zaměstnance,
- pojištěnec – v dále uvedených případech.

2.1 Stát

Stát je plátcem pojistného za osoby uvedené v § 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění. Stát platí za tyto osoby měsíční pojistné ve výši 13,5% z částky rovnající se vyměřovacímu základu pro platbu pojistného státem. Částky pro platbu pojistného státem (Příloze E).

Stát je plátcem pojistného například za:

- nezaopatřené dítě, kdy se nezaopatřené dítě posuzuje dle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění,
- ženu na mateřské a rodičovské dovolené, osobu pobírající peněžitou pomoc v mateřství a příjemce rodičovského příspěvku,
- poživatele důchodu z důchodového pojištění (za poživatele důchodu je pro účely zdravotního pojištění považována osoba, které byl přiznán důchod),
- uchazeče o zaměstnání po dobu jeho evidence u úřadu práce,
- osobu ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody,

V případě, že výše uvedené osoby mají příjmy ze zaměstnání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti, je plátcem pojistného stát a tyto osoby nejsou povinné dodržet minimální vyměřovací základ. Výjimkou jsou pouze osoby celodenně a řádně pečující o děti v případě, že mají jakýkoliv příjem ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti. Za takové osoby není stát plátcem pojistného, avšak jsou osvobozeny od minimálního vyměřovacího základu.

Existuje i okruh osob, za které je stát plátcem pojistného pouze v případě, že nemají žádné příjmy ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti:

- osoba, která je plně invalidní nebo dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, která však nesplňuje podmínky pro jeho přiznání a nepobírá důchod ze zahraničí nebo tento důchod nepřesahuje měsíční částku ve výši minimální mzdy,
- osoba s trvalým pobytem v ČR, která není plátcem pojistného jako zaměstnanec a ani jako osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ) a je příjemcem dávek nemocenského pojištění (Metodika VZP ČR, 2011).

2.2 Zaměstnavatel, zaměstnanec

Zaměstnavatel

Zaměstnavatelem je právnická nebo fyzická osoba, která je plátcem příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků podle § 6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů ve znění pozdějších předpisů, která má zaměstnance a sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR.

Sídlo zaměstnavatele u právnické osoby

- sídlo právnické osoby,
- sídlo organizační složky, která je zapsána v obchodním rejstříku nebo v jiném, zákonem stanoveném rejstříku nebo je uvedena v evidenci příslušného orgánu v ČR.

Sídlo zaměstnavatele u fyzické osoby

- místo trvalého pobytu,
- místo podnikání, jde-li o sobu, která nemá trvalý pobyt na území ČR.

Zaměstnanec

Dle § 5 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, je zaměstnancem osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků podle § 6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů v platném znění. Zaměstnáním se rozumí činnost zaměstnance, ze které mu plynou výše zmíněné příjmy (Červinka, Daněk, 2010).

Zdravotní pojištění za zaměstnance odvádí zaměstnavatel. Výše pojistného za zaměstnance je 13,5 % z vyměřovacího základu, z toho 9 % jde na vrub zaměstnavatele a 4,5% je zaměstnanci sraženo ze mzdy. Vyměřovacím základem je hrubá mzda zaměstnance. Pokud však zaměstnanec pobírá nižší než minimální mzdu, je vyměřovacím základem minimální mzda dle § 3 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění (Metodika VZP ČR, 2011).

2.3 Pojištěnec

Pojištěnec je plátcem pojistného pokud:

- a) je osobou samostatně výdělečně činnou,
- b) je osobou bez zdanitelných příjmů.

Výše pojistného činí 13,5% z vyměřovacího základu za rozhodné období. Plátcem pojistného je povinen si pojistné vypočítat sám. Pojistné se platí v české měně a zaokrouhuje na celé koruny nahoru. Preferován je způsob platby bezhotovostním převodem z účtu plátce pojistného na účet příslušné zdravotní pojišťovny (Metodika VZP ČR, 2011).

Osoba samostatně výdělečně činná

Za osobu samostatně výdělečně činnou se považuje pro účely zdravotního pojištění osoba, která vykonává dále uváděnou činnost a podle § 7 odst. 1 nebo odst. 2 zákona č. 586/1992 Sb., a má příjmy ze samostatně výdělečné činnosti.

Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění se za OSVČ považují osoby:

- osoby podnikající v zemědělství (zákon č. 252/1996 Sb., o zemědělství, ve znění pozdějších předpisů),
- osoby provozující živnost (zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, ve znění pozdějších předpisů),
- osoby provozující podnikání podle zvláštních předpisů (advokáti, notáři, auditoři, daňový poradci, znalci, tlumočníci, patentoví zástupci, autorizovaní architekti a inženýři a technici ve výstavbě), (zákon č. 85/1996 Sb., zákon č. 358/1992 Sb.,

zákon č. 36/1967 Sb., zákon č. 592/1992 Sb., zákon č. 237/1991 Sb., zákon č. 237/1991 Sb., zákon č. 360/1992 Sb.),

- osoby vykovávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost na základě autorskoprávních vztahů (zákon č. 35/1965 Sb.),
- společníci veřejných obchodních společností a komplementáři komanditních společností (§ 26 a násl. a § 93 a násl. zákona č. 513/1991 Sb.),
- osoby vykonávající nezávislé povolání, které není živností ani podnikáním podle zvláštních předpisů (§ 7 odst. 2 písm. b) zákona č. 586/1992 Sb.),
- osoby vykovávající činnost mandátáře na základě mandátní smlouvy uzavřené podle obchodního zákoníku, pokud je tato činnost konána mimo vztah zakládající účast na nemocenském pojištění a mandátní smlouva nebyla uzavřena v rámci jiné samostatné výdělečné činnosti (§ 566 až 575 zákona č. 513/1991 Sb.),
- spolupracující osoby osob samostatně výdělečně činných v případě, že na ně lze rozdělovat příjmy dosažené výkonem spolupráce a výdaje vynaložené na jejich dosažení, zajištění a udržení podle zákona o daních z příjmů.

Osoba bez zdanitelných příjmů

Za osobu bez zdanitelných příjmů se pro účely zdravotního pojištění se považuje osoba, která má trvalý pobyt v České republice, není za ni plátcem pojistného stát nebo zaměstnavatel a tato osoba není osobou samostatně výdělečně činnou, pokud tato skutečnost trvá celý kalendář měsíc (zákon č. 48/199 Sb., v platném znění).

Praktická část

3 Hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

3.1 Způsob hospodaření

Pojišťovna ke svému hospodaření využívá jednotlivé fondy, jejichž tvorba a čerpání je stanoveno vyhláškou Ministerstva financí č. 418/2003 Sb., která vymezuje okruh výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven.

Na základě uvedené vyhlášky Pojišťovna vytváří a spravuje tyto fondy:

- základní fond zdravotního pojištění,
- provozní fond,
- fond reprodukce investičního majetku,
- sociální fond,
- rezervní fond,
- fond prevence.

Nejdůležitějším fondem pro činnost Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (Pojišťovny) je základní fond zdravotního pojištění (ZFZP), který odráží výsledky hospodaření celé pojišťovny.

Hlavní zdroje příjmů Pojišťovny naplňujícím základní fond zdravotního pojištění tvoří výběr pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu.

Základním předpokladem vyrovnaného hospodaření je dodržení stejné hladiny příjmů a výdajů Pojišťovny, včetně naplňování rezervního fondu, který by měla ve smyslu zákona č. 437/2004 Sb., Pojišťovna naplňovat. Jelikož je výběr pojistného hlavním zdrojem naplňování základního fondu zdravotního pojištění, zpracovává Pojišťovna na každý rok zdravotně – pojistný plán (ZPP).

Zdravotně – pojistný plán stanovuje tato kritéria:

- plán příjmů výběru z pojistného a jeho přerozdělování,
- předpokládaný počet pojištěnců Pojišťovny,
- efektivitu výběru pojistného v procentech,

- pohledávky pojistného a penále po lhůtě splatnosti, které musí v daném roce Pojišťovna udržet na plánované výši,
- náklady na zdravotní péči,
- provozní náklady Pojišťovny.

Takto stanovená kritéria ve ZPP jsou základními distributory v hodnocení hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (VZP ČR) za konkrétní roční období.

VZP ČR v roce 2006 a 2007 konsolidovala své hospodaření a podařilo se jí vyrovnat své závazky po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením (ZZ) z minulých období. Ke stabilizaci hospodaření přispělo zejména:

- vydání vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou byly vydány rámcové smlouvy se ZZ, kdy došlo k prodloužení lhůt splatnosti z 20 na 30 dnů,
- navýšení platby státu za státní pojištěnce z 636 Kč na 680 Kč.

Výše vyjmenovaná opatření dokázala naplnit rezervní fond ve výši 10 mld. Kč, (ZZP VZP ČR pro rok 2008).

3.2 Výběr pojistného na zdravotní pojištění

Chceme-li hodnotit problémy při výběru pojistného na zdravotní pojištění v letech 2008 – 2010, pak je třeba definovat hlavní parametry při jeho plánování a okolnosti, které výběr pojistného ovlivňují. Výběr pojistného ovlivňují zejména:

- předpokládané počty pojištěnců v jednotlivých kategoriích plátců,
- trend vývoje věkové struktury pojištěnců ovlivňovaný přirozenou natalitou a mortalitou,
- vývoj makroekonomických ukazatelů ČR v letech 2008 – 2010,
- maximální vyměřovací základ,
- systém přerozdělování pojistného mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny.

3.2.1 Vývoj počtu pojištěnců v letech 2008, 2009, 2010

Rok 2008

ZPP na rok 2008 předpokládal 6.531.000 pojištěnců. Pojišťovna evidovala k poslednímu dni sledovaného období 6.429.707. Z výše uvedeného vyplývá, že během roku 2008 došlo ke snížení počtu pojištěnců o 105.915 osob, tj. o 1,6%. Stav pojištěnců v roce 2008 sestavený dle jednotlivých měsíců (Příloha F).

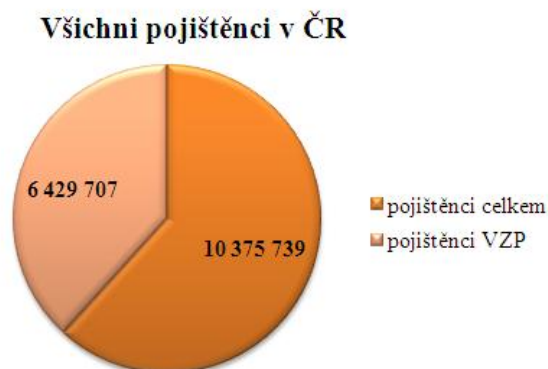
Tab. č. 1: Stav pojištěnců k 31.12.2008

Věková skupina	Muži		Ženy		Všichni pojištěnci v ČR		
	Celkem	VZP	Celkem	VZP	Celkem	VZP	
						počet	%
0- 4 roky	280 216	149 351	265 966	141 986	546 182	291 337	53,3
5 - 9 let	238 004	125 937	225 014	118 633	463 018	244 570	52,8
10- 14 let	246 499	139 178	233 730	130 939	480 229	270 017	56,2
15 – 19 let	326 241	192 310	309 942	178 577	636 183	370 887	58,3
20 – 24 let	348 369	214 754	329 207	193 818	677 576	408 392	60,3
25 – 29 let	386 503	241 633	360 860	209 498	747 363	451 131	60,4
30 – 34 let	471 764	278 741	443 501	242 184	915 256	520 925	56,9
35 – 39 let	403 573	238 284	378 444	205 880	782 017	444 164	56,8
40 – 44 let	362 050	223 055	341 139	194 184	703 189	417 239	59,3
45 – 49 let	333 099	212 238	319 122	189 006	652 221	401 244	61,5
50 – 54 let	366 989	240 252	365 613	223 946	732 602	464 098	63,3
55 – 59 let	376 429	248 990	392 059	244 305	768 488	493 295	64,2
60 – 64 let	336 565	225 366	373 166	242 309	709 731	467 675	65,9
65 – 69 let	230 264	158 818	277 734	192 548	507 998	351 366	69,2
70 – 74 let	153 993	111 499	210 645	160 624	364 638	272 123	74,6
75 – 79 let	125 958	99 994	200 255	160 201	326 213	258 195	79,1
80 – 84 let	75 394	60 046	150 574	125 360	225 968	185 406	82,0
přes 88 let	37 443	31 217	99 415	86 426	136 858	117 643	86,0
Celkem	5 099 353	3 189 483	5 276 386	3 240 224	10 375 739	6 429 707	62,0

Zdroj: Výroční zpráva VZP ČR za rok 2008

Pojištěnci věkové kategorie 70 - 88 let a více tvoří nejpočetnější skupinu pojištěnců Pojišťovny ve vztahu ke všem pojištěncům v ČR. Tato věková kategorie pojištěnců, co se týká výdajů za zdravotní péči, je nejvíce nákladná. V roce 2008 pojištěnci přes 80 let dosáhli 86% všech pojištěnců v ČR. Nejmenší procento zastoupení bylo ve věkové kategorii děti 5 - 9 let. Snahou Pojišťovny je „omladit“ pojistný kmen a mít mezi svými pojištěnci co nejvíce klientů v produktivním věku.

Obr. č. 1: Pojištěnci VZP ČR 2008



Zdroj: vlastní zpracování 2012

Rok 2009

K datu 31.12.2008, kdy bylo evidováno 6.429.707 pojištěnců VZP ČR a k datu 31.12.2009, kdy bylo evidováno 6.261.809 pojištěnců Pojišťovny, došlo v mezidobí ke snížení evidenčního počtu pojištěnců VZP o 167.898 osob, tj. 2,6%. Tento pokles počtu pojištěnců byl ve VZP ČR historicky největším poklesem. Velice silně se projevily akviziční akce ostatních zdravotních pojišťoven, zejména Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, ZP MATEL-ALLIANCE a ZP Ministerstva vnitra ČR. Stav pojištěnců v roce 2009 sestavený dle jednotlivých měsíců (Příloha G).

Tab. č. 2: Stav pojištěnců k 31.12.2009

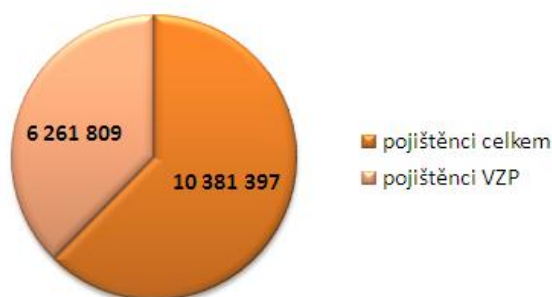
Věková skupina	Muži		Ženy		Všichni pojištěnci v ČR		
	Celkem	VZP	Celkem	VZP	Celkem	VZP	
						počet	%
0- 4 roky	290 796	147 277	176 986	140 463	567 782	287 740	50,7
5 - 9 let	242 629	121 079	228 944	113 544	471 573	234 623	49,8
10- 14 let	237 081	127 407	224 838	119 586	461 919	246 993	53,5
15 – 19 let	315 409	179 395	299 143	165 549	614 552	344 944	56,1
20 – 24 let	342 307	203 543	325 013	182 799	667 320	386 331	57,9
25 – 29 let	369 631	224 073	346 587	195 860	716 218	419 933	58,6
30 – 34 let	460 624	276 847	432 774	230 481	893 398	507 328	56,8
35 – 39 let	427 433	237 483	401 297	210 413	828 730	447 896	54,0
40 – 44 let	356 490	213 425	336 328	185 156	692 818	398 581	57,5
45 – 49 let	345 128	214 668	330 245	190 235	675 373	404 903	60,0
50 – 54 let	351 459	226 653	348 582	209 298	700 041	435 834	62,3
55 – 59 let	374 809	244 859	389 724	238 451	764 533	483 310	63,2
60 – 64 let	343 693	227 070	379 839	241 582	723 522	386 652	64,8
65 – 69 let	245 169	166 780	294 051	199 142	539 220	365 922	67,9
70 – 74 let	156 326	111 028	212 579	158 309	368 905	269 337	73,0
75 – 79 let	124 938	95 654	196 926	155 427	321 864	251 081	78,0
80 – 84 let	77 502	61 173	150 163	123.645	227 665	184 518	81,0
přes 88 let	39 873	32 751	109 091	91 132	145 964	123 883	84,9
Celkem	5 101 287	3 111 048	5 280 110	3 150 761	10 381 397	6 261 809	60,3

Zdroj: Výroční zpráva VZP ČR za rok 2009

I přes velký celkový pokles počtu pojištěnců v roce 2009 došlo ke snížení poměru nejnákladnějších pojištěnců (pojištěnci přes 80 let) Pojišťovny z 86% na 84,9%. Přestože rok 2009 znamenal zmíněný pokles, zůstal počet nejnákladnějších pojištěnců velice vysoký a výdaje na zajištění jejich zdravotní péče jsou neadekvátní odvodům jejich zdravotního pojištění státem.

Obr. č. 2: Pojištěnci VZP ČR 2009

Všichni pojištěnci v ČR



Zdroj: vlastní zpracování 2012

Rok 2010

K datu 31.12.2009 bylo u VZP ČR evidováno 6.261.809 pojištěnců. Na konci roku 2010 bylo u VZP ČR pojištěno 6.2711.86 pojištěnců. Z daných hodnot nám vyplývá, že během roku 2010 došlo ke zvýšení počtu pojištěnců o 9.377 osob, tj. o 0,1%. Stav pojištěnců v roce 2010 sestavený dle jednotlivých měsíců (Příloha H).

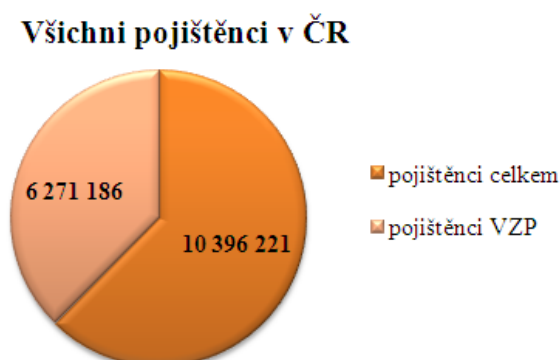
Tab. č. 3: Stav pojištěnců k 31.12. 2010

Věková skupina	Muži		Ženy		Všichni pojištěnci v ČR		
	Celkem	VZP	Celkem	VZP	Celkem	VZP	
						počet	%
0- 4 roky	298 746	154 871	284 525	147 530	583 271	302 401	51,8
5 - 9 let	248 334	125 922	235 098	118 780	483 432	244 702	50,6
10- 14 let	234 697	125 309	222 014	117 596	456 711	242 905	53,2
15 – 19 let	298 277	170 100	282 255	157 459	580 632	327 559	56,4
20 – 24 let	339 700	200 938	322 419	182 432	662 119	383 370	57,9
25 – 29 let	361 730	221 071	340 279	194 186	702 009	415 257	59,2
30 – 34 let	443 712	272 874	415 056	223 439	858 768	496 313	57,8
35 – 39 let	447 699	243 986	420 762	220 354	868 461	464 340	53,5
40 – 44 let	357 936	212 979	337 785	185 353	695 721	398 331	57,3
45 – 49 let	353 738	218 867	338 213	193 784	691 591	412 651	59,6
50 – 54 let	337 667	216 783	333 014	199 215	670 681	416 295	62,1
55 – 59 let	371 561	242 289	385 261	235 865	756 822	478 154	63,2
60 – 64 let	355 372	234 239	390.579	246 350	745 951	480 589	64,4
65 – 69 let	251 588	170 436	302.300	202 656	553 888	373 092	67,4
70 – 74 let	164 488	115 507	220 534	160 933	385 022	276 440	71,8
75 – 79 let	122 868	92 691	191 387	149 865	314 255	242 556	77,2
80 – 84 let	79 916	62 662	152 483	123 919	232 399	186 581	80,3
přes 88 let	42 496	34 550	111 632	95 099	154 128	129 649	84,1
Celkem	5 110 525	3 116 074	5 285 696	3 155 112	10 396 221	6 271 186	60,3

Zdroj: Výroční zpráva VZP ČR za rok 2010

V roce 2010 se udržela procentuální hranice nejnákladnějších pojištěnců Pojišťovny na 84%. Za sledované období 2008 – 2010 je toto zastoupení pojištěnců ve věkové kategorii 70 let a více nejmenším % zastoupením.

Obr. č. 3: Pojištěnci VZP ČR 2010



Zdroj: vlastní zpracování 2012

Z uvedeného přehledu vývoje počtu a struktury pojištěnců zpracovaného v tabulkách č. 1., č. 2 a č. 3 vyplývá, že pokles pojištěnců byl zaznamenán v letech 2008 a 2009. K navýšení počtu pojištěnců došlo až v roce 2010. V období 2008, 2009 došlo ke snížení počtu pojištěnců celkem o 155.521 osob. Můžeme tedy konstatovat, že vliv na výběr pojistného byl značný. V oblasti příjmové stránky znamená odchod jednoho pojištěnce (bez rozlišení kategorie plátce) průměrný výpadek ročních příjmů cca 22.000 Kč, čímž výběr pojistného klesl během let 2008 a 2009 cca o 3.487.462.000 Kč. V roce 2010 se naopak počet pojištěnců poprvé zvýšil. Celkem se zvýšil o 9.377 osob pojištěných u VZP ČR. Tento nárůst počtu pojištěnců byl způsoben na straně jedné bezprostřední reakcí na kampaň, kterou vedly ostatní zdravotní pojišťovny a na straně druhé vytvořením konkurenceschopné nabídky preventivních programů z fondu prevence.

3.2.2 Makroekonomické ukazatele

Makroekonomické ukazatele a vývoj české ekonomiky mají dopady i na hospodaření VZP ČR. Primárně se makroekonomické ukazatele projevují především na příjmové straně základního fondu zdravotního pojištění.

Do roku 2008 vstupovala VZP ČR v dobré ekonomické kondici, kdy vlivem kladných hospodářských výsledků v předchozích třech letech byly na běžném účtu finanční prostředky ve výši 10 mld. Kč. Již v 1. polovině roku 2009, ale dosáhlo saldo příjmů a výdajů záporné hodnoty -2 mld. Kč a za červenec a srpen vzrostlo o dalších -1,4 mld. Kč. Vznik záporného salda v roce 2009 bylo způsobeno nižším výběrem pojistného a značným nárůstem nákladů za hrazenou zdravotní péči. V tabulce č. 4 jsou srovnány základní makroekonomické ukazatele za sledované období, které negativně ovlivnily výběr pojistného na zdravotní pojištění.

Tab. č. 4: Makroekonomické ukazatele pro sestavení ZPP rok 2008, 2009, 2010

Ukazatel	m. j.	Rok 2008	Rok 2009	Rok 2010
Nárůst průměrné mzdy (dle ČSÚ)	%	8,5	4,0	2,0
Vyměřovací základ státu	Kč	5 013	5 013	5 355
Pojistné státu	Kč	677	677	723
Roční maximální vyměřovací základ	Kč	1 034 880	1 130 640	1 707 048
Počet nezaměstnaných ČR (dle ČSÚ)	osoby	352 250	539 136	561 551
Míra nezaměstnanosti ČR (dle ČSÚ)	%	6,0	9,2	9,6
Počet nezaměstnaných v řadách plátců VZP ČR	osoby	231000	340 000	372 000
Míra nezaměstnanosti v řadách plátců VZP ČR	%	7,5	10,5	11,3

Zdroj: vlastní zpracování 2012, (ZPP VZP ČR 2008, 2009, 2010)

Vezme-li se v úvahu rok 2008 jako výchozí, pak z výše uvedené tabulky vyplývá, že v roce 2009 došlo ke zpomalení růstu průměrné mzdy cca o polovinu (4%). V roce 2010 také o polovinu (2%). Dalším velmi výrazným ukazatelem je míra nezaměstnanosti, která z 6% v roce 2008 rostla postupně na 9,2% v roce 2009 a v roce 2010 dosáhla 9,6%.

Z uvedených čísel je patrné, že se v plné míře projevila ekonomická krize, kdy firmy byly nuceny snižovat počty zaměstnanců. Pokud si však chtěli stávající počet zaměstnanců udržet, musely snížit odměny za odvedenou práci. Pro VZP ČR ekonomická krize v roce 2009 a následně ještě v roce 2010 znamenala zvýšení počtu nezaměstnaných pojištěnců Pojišťovny o 109.000 v roce 2009 a o dalších 32.000 v roce 2010.

3.2.3 Maximální roční vyměřovací základ

Novelizací zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, s účinností od 01.01.2008, byl zaveden jednotný maximální roční vyměřovací základ pro všechny skupiny pojištěnců, který se zjišťuje za rozhodné období každého kalendářního roku. Pojištěnci, kteří v průběhu roku dosahují v příjmech výši maximálního vyměřovacího základu, nemají povinnost účasti na všeobecném zdravotním pojištění, tj. nemusí pojistné platit (Metodika VZP ČR, 2011).

Tab. č. 5: Maximální roční vyměřovací základ (v Kč)

Rok	Maximální vyměřovací základ
2008	1 034 880
2009	1 130 640
2010	1 707 048

Zdroj: vlastní zpracování 2012, (Metodika VZPČR, 2010)

Tabulka nám ukazuje, že maximální vyměřovací základ se postupně každoročně zvyšoval a jeho výše z roku 2010 je doposud stejná. Z důvodu zavedení maximálního vyměřovacího základu došlo k negativnímu dopadu ve vývoji příjmů VZP ČR. Vyčíslení dopadu není možné přesně určit a jeho výše byla v každém roce provedena kvalifikovaným odhadem. Snížení příjmů představovalo v roce 2008 cca 1 mld. Kč, v roce 2009 cca 850 mil. Kč a v roce 2010 cca 400 mil. Kč. Celkem za sledované roky se vlivem maximálního vyměřovacího základu snížil příjem VZP ČR na pojistném cca o 2,25 mld. Kč.

3.2.4 Systém přerozdělování finančních prostředků

K 31. 12. 2011 působilo v České republice osm zdravotních pojišťoven, které ve shodě se zákonem č. 551/1991 Sb., a zákonem č. 280/1992 Sb., provádí všeobecné zdravotní pojištění a zprostředkovávají úhrady za zdravotní péči.

V roce 2004 byl zaveden systém přerozdělování finančních prostředků z vybraného pojistného všemi zdravotními pojišťovnami, který objektivizuje rozdíly v kmenech pojištěnců pojišťoven a v poskytování zejména nákladné zdravotní péče.

Pojistné vybrané všemi zdravotními pojišťovnami je tedy přerozdělováno dle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění. Každá zdravotní pojišťovna získává ze zvláštního fondu odpovídající částku na základě struktury, která zohledňuje věk a pohlaví pojištěnce dle tzv. nákladových indexů svých pojištěnců. Část prostředků ze zvláštního fondu připadá na úhradu tzv. zvláště nákladné péče.

Prostřednictvím zdravotního pojištění je hrazeno přibližně 84% celkových nákladů systému zdravotnictví. Zbylé příjmy plynoucí do zdravotnictví jsou z přímých plateb (např. regulační poplatky, finanční spoluúčast pojištěnců) a dobrovolných plateb (nejčastěji kosmetické zákroky).

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP ČR) je odpovědným orgánem za přerozdělování zdrojů vybraných ze zdravotního pojištění. Dle zákona č. 592/ 1992 Sb., je VZP ČR povinna vést zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění (dále také „zvláštní fond“), který slouží k financování zdravotní péče plně nebo částečně hrazené ze zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny mají zvláštní právní postavení, a ze zákona nesmí vykázat zisk a veškeré finanční prostředky musí plynout zpět na úhradu zdravotní péče.

Hlavním účelem přerozdělování finančních prostředků zdravotního pojištění je vyrovnání rizika nerovnoměrného rozložení nákladnosti péče pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven. Dle mého názoru, přestává být český systém přerozdělování finančních prostředků dostatečný z hlediska zamezení selekce nákladných pojištěnců a současně lépe nastavené kompenzace nákladů za tyto pojištěnce je přerozděleno asi 95% vybraného pojistného (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, systém přerozdělování [online]).

Vlastní přerozdělování probíhá tak, že platby zdravotním pojišťovnám, které dostanou od státu, přichází na tzv. zvláštní účet, který spravuje VZP ČR. Pravidelně každý měsíc se vyhodnocuje za každou zdravotní pojišťovnu struktura pojištěnců (věk, pohlaví), kdy daným skupinám jsou přiřazeny tzv. nákladové indexy. Pomocí těchto indexů a počtu pojištěnců ve věkových skupinách (18 skupin) se vypočítává částka, která konkrétní zdravotní pojišťovně přísluší. Vypočtené částky pak odchází ze zvláštního účtu na příjmové účty zdravotních pojišťoven.

Tab. č. 6: Příjem Pojišťovny z účtu přerozdělení (v Kč)

Rok	Přerozdělená částka na účet VZP ČR	Platba za státního pojištěnce
2008	45 061 403 062	667
2009	45 678 308 423	667
2010	47 088 176 706	723

Zdroj: vlastní zpracování 2012, (Metodika VZP ČR, 2011)

Přerozdělená finanční částka se dle výše zpracované tabulky každým rokem zvyšuje. V roce 2010 došlo ke zvýšení i platby za státní pojištěnce, kteří tvoří 52% všech pojištěnců Pojišťovny, přesto tyto zvyšující se částky nestačí na pokrytí nákladů na zdravotní péči nákladných pojištěnců.

3.3 Pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti

Hodnotíme-li pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti je třeba upozornit na to, že se jedná o kumulované nezaplacené pojistné na všeobecném zdravotním pojištění za celou dobu činnosti VZP ČR od jejího vzniku, tj. od 01.01.1993 a na něj navázané sankce za neuhrazení pojistného. Jde v podstatě o pojistné, které nelze vymoci, protože dlužníci nedisponují žádnými finančními prostředky, ze kterých by mohli pohledávky uhradit, nebo by v rámci vymáhání třeba vynaložit větší finanční prostředky, nežli by vymáhání přineslo. Pojišťovna nemá žádné zákonné možnosti vytvářet opravné položky na pohledávky, které nebylo možné vymoci. Z tohoto důvodu je musí evidovat v plné výši až do okamžiku, kdy nastane zákonný důvod pro jejich odpis.

Od roku 2008 VZP ČR zavedla do ZPP i plán pohledávek za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti s cílem udržet pohledávky na plánované výši a nedopustit jejich navyšování.

Tab. č. 7: Výše pohledávek za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti (v tis. Kč)

Rok	Stanovená výše pohledávek ze ZPP	Skutečnost	Splnění ZPP v %
2008	29 231 000	30 321 500	103,73
2009	30 877 001	30 063 326	97,38
2010	32 596 222	30 437 885	93,38

Zdroj: vlastní zpracování 2012, (Metodika VZP ČR, 2010)

V tabulce č. 7 je uveden plán stavu pohledávek za jednotlivá léta sledovaného období. Jejich skutečný stav je vždy k datu 31.12. daného roku včetně plnění ZPP. Z tabulky vyplývá, že v roce 2009 se dařilo držet pohledávky na plánované výši. Trend byl zachován i v následujícím roce 2010.

Pohledávky a jejich stav ovlivňují odpisy umožněné zákonem a výše jejich vymáhání. Abychom mohli obecně určit, jakým způsobem vymáhání pohledávek ovlivňuje výběr pojistného, vypracovala jsem tabulku č. 8, ve které jsem vyčíslila finanční hodnotu vymožených pohledávek v jednotlivých sledovaných letech.

Tab. č. 8: Stav vymáhání v letech 2008, 2009, 2010

Rok	Počet titulů předaných k vymáhání	Finanční hodnota titulů (v Kč)	Vymožená částka (v Kč)	Efektivita (v %)
2008	153 581	9 617 714 392	1 800 000 000	18,71
2009	155 433	9 138 775 942	1 745 494 744	19,1
2010	170 376	8 045 994 773	1 520 693 012	18,9

Zdroj: vlastní zpracování 2012, (Metodika VZP ČR, 2011)

Z tabulky vyplývá, že výsledky vymáhání pohledávek se v roce 2008 a 2009 pohybovaly přibližně na srovnatelné výši a v roce 2010 došlo dokonce k jejich poklesu. K tomu, aby vymáhání pohledávek za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti výrazněji ovlivňovalo postupný růst příjmové části VZP ČR je nutné, hledat cesty ke zvýšení jeho efektivity. K tomuto dochází poprvé až v letošním roce, kdy VZP ČR mění systém vymáhání zavedením nových programových produktů ve spolupráci s jednotlivými speciálními exekutory a zaměřením na zvýšení efektivity.

Přestože efektivita vymáhání pohledávek pojistného, jak vyplývá, z uvedeného přehledu, není uspokojivá a pohybuje se v průměru za sledované období na hodnotě 18,9%, je nutné se zmínit o efektivitě výběru pojistného, která je poměrně vysoká a převyšuje dle statistik i efektivitu výběru daní z příjmů a plateb sociálního pojištění.

Efektivita výběru pojistného je poměr mezi předpisem výběru pojistného a skutečným výběrem. Předpis výběru pojistného se stanovuje na každý měsíc z přehledů dodávaných zaměstnavateli, přehledů OSVČ, které jsou povinni dodat přehled zdravotní pojišťovně jednou ročně současně s daňovým přiznáním Finančnímu úřadu a příjmů od osob bez

zdanitelných příjmů (OBZP) podle jejich konkrétního fyzického počtu v každém konkrétním měsíci.

Tab. č. 9: Efektivita výběru pojistného v letech 2008, 2009, 2010 (v %)

Rok	Stanovená efektivita výběru pojistného ze ZPP	Plnění plánu efektivit výběru pojistného
2008	98,00	98,10
2009	98,30	98,40
2010	98,50	98,52

Zdroj: vlastní zpracování 2012, (Metodika VZP ČR)

Na každý rok se stanovuje efektivita výběru pojistného ze ZPP, která se následně na konci roku porovnává se skutečnou efektivitou výběru pojistného. Tabulka nám ukazuje, že se v námi sledovaném období podařilo plán efektivit výběru pojistného splnit.

4 Analýza a komparace pojistného v letech 2008, 2009, 2010

Výběr pojistného na zdravotní pojištění tvoří pojistné, které odvádí za své zaměstnance zaměstnavatel dále pojistné, které hradí OSVČ a pojistné hrazené osobami bez zdanitelných příjmů (OBZP). Vyjmenovaní plátcí naplňují přímý výběr pojistného, ke kterému přistupují dále platby státu za státní pojištěnce společně s částkou, kterou pojišťovna dostává s přerozdělením pojistného podle nákladových skupin pojištěnců. Kromě toho příjmy pojistného ještě tvoří ještě příjmy z penále, pokut a přírážek k pojistnému, tj. příjmy umožněné zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákonem 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Tato skupina příjmů je dále v tabulkách prezentována jako příjmy ostatní.

4.1 Rok 2008

Tab. č. 10: Příjmy pojistného v roce 2008 (v tis. Kč)

Příjmy (v tis. Kč)			Podíl (v %)		
Zaměstnanci	OSVČ + OBZP	Ostatní*	Zaměstnanci	OSVČ + OBZP	Ostatní
83 462 332	9 680 620	438 800	89,1	10,3	0,6

Zdroj: vlastní zpracování 2012, (Výroční zpráva VZP ČR za rok 2008)

*Ostatní (penále, pokuty, přírážky k pojistnému)

Tab. č. 11: Přehled příjmů pojistného v roce 2008 (v tis. Kč)

Rok	Příjmy z výběru pojistného	Příjmy od státu z přerozdělení	Příjmy celkem
2007	89 369 729	45 838 560	136 505 992
2008	93 581 752	45 061 403	138 643 155
Index 08/07	104,7	98,2	101,6
Rozdíl 08-07	4 212 023	-826 157	2 137 163

Zdroj: vlastní zpracování 2012, (Výroční zpráva VZP ČR za rok 2008)

Celková výše příjmů základního fondu zdravotního pojištění (ZFZP) pro rok 2008 dosáhla výše 138.643.155 mil. Kč. Tato částka byla oproti roku 2007 překročena o 1,6%. nárůst byl ovlivněn negativním dopadem způsobeným zavedením maximálního vyměřovacího základu s účinností od 01.01.2008 a zmrazením plateb ze státního rozpočtu za tzv. „státní“ pojištěnce“. Výše celkového příjmů ZFZP byla také ovlivněna v nemalé míře i celkovým hospodářským vývojem v daném roce, tedy i růstem mezd a nízkou mírou nezaměstnanosti. Působí zde, ale i negativní ovlivnění příjmové stránky, a to je úbytek pojištěnců Pojišťovny.

K velice výraznému nárůstu došlo u položky „pojistné z veřejného zdravotního pojištění“ a to o 4,7%, tj. na 93.581.752 mil. Kč v porovnání s rokem 2007.

Peněžní prostředky plynoucí z přerozdělování dosáhly ve sledovaném roce 2008 částky 45.061.403 mil. Kč. V roce 2008 a meziletočně došlo k poklesu o 1,8%.

4.2 Rok 2009

Tab. č. 12: Příjmy pojistného v roce 2009 (v tis. Kč)

Příjmy (v tis. Kč)			Podíl (v %)		
Zaměstnanci	OSVČ + OBZP	Ostatní*	Zaměstnanci	OSVČ + OBZP	Ostatní
79 028 811	11 221 962	1 052 081	86,2	12,7	1,1

Zdroj: vlastní zpracování 2012, (Výroční zpráva VZP ČR za rok 2009)

*Ostatní (penále, pokuty, přirážky k pojistnému)

Tab. č. 13: Přehled příjmů pojistného v roce 2009 (v tis. Kč)

Rok	Příjmy z výběru pojistného	Příjmy od státu z přerozdělení	Příjmy celkem
2008	93 581 752	45 061 403	138 643 155
2009	91 302 854	45 678 308	136 981 162
Index 09/08	97,6	101,4	98,8
Rozdíl 09-08	-2 278 898	616 905	- 1 661 993

Zdroj: vlastní zpracování 2012, (Výroční zpráva VZP ČR za rok 2009)

V roce 2009 činila celková výše příjmů základního fondu zdravotního pojištění (ZFZP) 136.981.162 mil. Kč. Tyto celkové příjmy nedosáhly plánované úrovně ZPP 2009 a klesly o 1,2% v porovnání s rokem 2008. Výše příjmů ovlivnil jednak vyšší úbytek pojištěnců Pojišťovny, ale i nepříznivý hospodářský vývoj v České republice. Zmiňovaný nepříznivý hospodářský vývoj v ČR se projevoval stoupající nezaměstnaností a stagnací objemu mezd a platů v roce 2009.

Příjmy z veřejného zdravotního pojištění v tomto roce dosáhly 91.302.854 mil. Kč, což bylo v porovnání s rokem 2008 o 2,4% méně. Na příjmech z pojistného se nejvíce podílely příjmy od zaměstnanců, a to částkou 97.028.811 mil. Kč.

Peněžní prostředky plynoucí z přerozdělování ve sledovaném roce 2009 dosáhly hodnoty 45.678.308 mil. Kč. V meziročním porovnání se jedná o nárůst o 1,4%. Jako stabilizátor zde působila částka od státu placená za rostoucí počet nezaměstnaných a navíc byla mimořádně uhrazená celá částka náležící z posledního vyúčtování v roce 2009.

4.3 Rok 2010

Tab. č. 10: Příjmy pojistného v roce 2010 (v tis. Kč)

Příjmy (v tis. Kč)			Podíl (v %)		
Zaměstnanci	OSVČ + OBZP	Ostatní*	Zaměstnanci	OSVČ + OBZP	Ostatní

vlastní zpracování 2012, (Výroční zpráva VZP ČR za rok 2010)

*Ostatní (penále, pokuty, přirážky k pojistnému)

Tab. č. 15: Přehled příjmů pojistného v roce 2010 (v tis. Kč)

Rok	Příjmy z výběru pojistného	Příjmy od státu z přerozdělení	Příjmy celkem
2009	91 302 854	45 678 308	136 981 162
2010	90 750 428	47 088 176	137 838 604
Index 10/09	99,3	103,1	100,6
Rozdíl 10-09	-552 426	1 409 868	857 442

Zdroj: vlastní zpracování 2012, (Výroční zpráva VZP ČR za rok 2010)

Celková příjmová částka základního fondu zdravotního pojištění (ZFZP) v roce 2010 dosáhla částky 139.526.376 mil. Kč a oproti roku 2009 byly celkové příjmy překročeny o 0,4%. Hlavní položkou zdrojů ZFZP je pojistné z veřejného zdravotního pojištění, které v tomto roce činilo 90.750.428 mil. Kč.

Při tvorbě plánu předpisu pojistného z veřejného zdravotního pojištění se vycházelo z původních odhadů poklesu pojištěnců Pojišťovny, vývoje nezaměstnanosti a mezd v ČR. Velice důležité je, že se v tomto roce podařilo poprvé v historii Pojišťovny udržet počet pojištěnců. Velký počet pojištěnců byl získán zejména akvizicemi spojenými s projektem elektronických zdravotních knížek a projevil se zde i nový, klientsky orientovaný přístup Pojišťovny.

Příjmy z výběru pojistného zaznamenaly pokles o 0,7% oproti roku 2009, a to o částku 552. 426 Kč.

Peněžní prostředky, které byly výsledkem přerozdělování dosáhly částky 47.088.176 mil. Kč a ve srovnání s rokem 2009 byly překročeny o 3,1%. Toto překročení vzniklo jako následek zvýšení pojistného za osoby, za které je plátcem pojistného stát (z 677 Kč v roce 2009 na 723 Kč v roce 2010).

5 Problémy výběru pojistného na veřejném zdravotním pojištění

V předchozích kapitolách jsem soustředila data (provedla analýzu) výběru pojistného na všeobecném zdravotním pojištění za léta 2008 až 2010. Pro srovnání je v níže uvedené tabulce provedeno srovnání výběru pojistného za sledované období bez přerozdělení, pro které jsou pravidla vždy stejná a v některém roce představuje vyšší či nižší prostředky v závislosti na indexu nákladných pojištěnců.

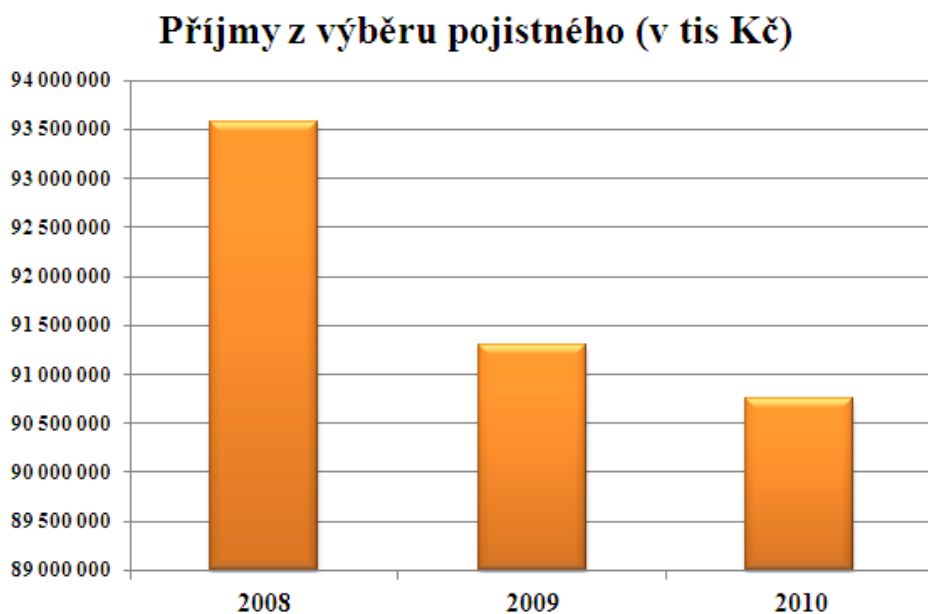
Cílem této práce je zhodnotit vlastní výběr pojistného na zdravotním pojištění od zaměstnavatelů, OSVČ a pojištěnců a zdůraznit problémy (rizika), které jsou s výběrem pojistného na všeobecné zdravotní pojištění spojeny.

Tab. č. 11: Příjmy Pojišťovny rok 2008, 2009, 2010 (v tis. Kč)

Rok	Příjmy z výběru pojistného
2008	93 581 752
2009	91 302 854
Index 09/08	97,6
2009	91 302 854
2010	90 750 428
Index 10/09	99,3

Zdroj: Výroční zpráva VZP ČR za rok 22008, 2009, 010

Obr. č. 4: Příjmy z výběru pojistného



Zdroj: vlastní zpracování 2012

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že výběr pojistného na všeobecném zdravotním pojištění v roce 2009 klesl o 2,4% oproti roku 2008 a v následujícím roce 2010 klesl o 0,7% ve srovnání s rokem 2009. Tento pokles odráží přímá rizika a problémy, které jsou s výběrem přímo spojené. Problémů a rizik s výběrem pojistného na všeobecném zdravotním pojištění lze definovat několik a můžeme je rozdělit do dvou základních skupin. V první skupině jsou problémy a rizika, které zdravotní pojišťovna nemůže ovlivnit. Ve druhé skupině jsou problémy a rizika, které zdravotní pojišťovna může alespoň částečně eliminovat vlastními opatřeními.

5.1 Problémy výběru pojistného neovlivnitelné zdravotní pojišťovnou

Makroekonomická situace v ČR

Zde platí, že makroekonomická data přímo úměrně ovlivňují výběr pojistného. Při zvyšující se nezaměstnanosti přechází většina pojištěnců, kteří o práci přijdou, do evidence Úřadu práce. Tím se výběr pojistného za každého z nich snižuje cca o 13.800 Kč ročně. U těch osob, které se při ztrátě zaměstnání nevidují na Úřadě práce, se výběr pojistného snižuje cca o 22.000 Kč ročně (Metodika VZP ČR, 2011).

Negativní vliv makroekonomické situace v roce 2009 a 2010 na výběr pojistného na zdravotní pojištění byl značný. Odrazil se především v poklesu reálných příjmů zaměstnanců, snížení příjmů OSVČ a zvyšování počtu nezaměstnaných pojištěnců Pojišťovny. Jednoznačně mohou učinit závěr, že vliv makroekonomických ukazatelů ČR v letech 2009 a 2010 měl přímo úměrný podíl na poklesu výběru pojistného.

Maximální roční vyměřovací základ

Maximální roční vyměřovací základ je určený zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. V každém roce je jeho výše rozdílná a Pojišťovna nemůže jeho výši nikterak ovlivnit a za sledované období 2008 až 2010 to představovalo ztrátu na výběru pojistného na všeobecném zdravotním pojištění cca o 2,25 mld. Kč.

Dle mého názoru je systém (zavedení) maximálního ročního vyměřovacího základu velice nevýhodný a diskriminující pro osoby s nižšími příjmy. A naopak pro skupinu občanů, kteří dosahují příjmů vyšších, než je stanovaná výše maximálního ročního vyměřovacího základu, je tento systém velice výhodný. Výhodný, protože z překročené částky již nemusejí odvádět zdravotní pojištění.

Do 31.12.2007 byl maximální vyměřovací základ stanoven zákonem č. 592/1992 Sb., ve výši 486 000 Kč, pouze však pro osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ).

S účinností od 01.01.2008 byl zaveden maximální roční vyměřovací základ i u zaměstnanců.

V roce 2008 a 2009 činila výše maximálního vyměřovacího základu pro zaměstnance i OSVČ čtyřicetiosminásobek průměrné mzdy.

Od 01.01.2010 činí maximální vyměřovací základ pro zaměstnance a OSVČ sedmdesátidvounásobek průměrné mzdy.

Výše platby státu za státní pojištění

Platba státu za státní pojištění (677 Kč v roce 2008, 2009 a 723 Kč v roce 2010) je oproti platbě za osoby bez zdanitelných příjmů (1.080 Kč) velice nízká. Tento velký finanční rozdíl ve výši platby je jedním z nejzákladnějších problémů výběru pojistného na zdravotním pojištění už jen z toho pohledu, že počet státních pojištěnců v současné době tvoří 52% všech pojištěnců Pojišťovny.

V roce 1993 byl vyměřovací základ pro platbu pojistného státem stanoven procentem z minimální mzdy. Od července 1998 byla výše platby za státní pojištění stanovena pevnou částkou.

Od roku 2007 byl vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem, a to 25% průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství. Za průměrnou mzdu se považuje částka, která se vypočte jako součin všeobecného vyměřovacího základu pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o dva roky předchází kalendářnímu roku, pro který se průměrná mzda zjišťuje, a přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu.

Od 01.01.2008 došlo ke změně ustanovení § 3c) zák. č. 592/1992 Sb., a vyměřovacím základem pro pojistné hrazené státem bylo 25% všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o dva

roky předchází kalendářnímu roku, pro který se vyměřovací základ zjišťuje. Vyměřovací základ pro platbu pojistného státem pro rok 2008 byl stanoven na částku 5.013 Kč. V roce 2009 byl vyměřovací základ stejný jako v roce 2008, tj. 5.013 Kč.

Od 01.01.2010 bylo znovu novelizováno ustanovení § 3c) zákona č. 592/1992 Sb., tzn. vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem, a na základě této novelizace byl stanoven vyměřovací základ pro platbu pojistného státem na částku 5.355 Kč.

Pro rok 2011 i pro rok 2012 však zůstal vyměřovací základ pro platbu pojistného státem na hodnotě roku 2010, tj. ve výši 5.355 Kč.

Částku vyměřovacího základu může vláda vždy do 30. června změnit svým nařízením, a to s účinností k 1. lednu následujícího roku (zákon č. 592/1992 Sb., v platném znění).

Nevyhovující legislativa

Stávající právní úprava postihuje dlužníky pojistného pouze penalizací stanovené zákonem ve výši 0,05 % za každý den z prodlení. V tomto směru lze považovat danou legislativu za nedostatečnou, protože celá řada firem nebo OSVČ při druhotné platební neschopnosti volí cestu nehrazení pojistného na veřejné zdravotní pojištění s tím, že následně po vylepšení vlastní ekonomické situace zpětně dlužné pojistné uhradí. A to mnohdy i ve splátkách. K tomu zároveň žádají o změkčení tvrdosti zákona formou prominutí penále. Tento postup se odráží v tom, že není u některých plátců pojistného veřejné zdravotní pojištění hrazeno dlouhodobě. Dočasná legislativa dlouhodobé neplatiče pojistného, kromě penalizace nikterak neřeší. Dalším problémem nedostatečné legislativy je to, že vymáhání dlužné částky za zdravotní pojištění je v podstatě až na třetím místě. Na prvním místě stojí pohledávky státu, na druhém pohledávky vyplývající ze zástavních práv. V závěru práce k tomuto uvádím opatření, které by situaci výrazně změnilo.

5.2 Problémy výběru pojistného ovlivnitelné zdravotní pojišťovnou

Úbytek pojištěnců

Za každého pojištěnce, jak již bylo řečeno, dochází ke ztrátě na výběru pojistného na všeobecném zdravotním pojištění cca o 22.000 Kč ročně. Toto riziko však může Pojišťovna alespoň částečně eliminovat různými marketingovými akcemi nebo bonusy, které by vedly k vyšší registraci pojištěnců. Marketingová akce jsou zaměřené buď na stabilizaci pojistného kmene, nebo na akvizici (získávání) nových pojištěnců.

Bonusy, které Pojišťovna nabízí, mohou využívat jen pojištěnci VZP. Právě z tohoto důvodu Pojišťovna připravuje marketingová akce, aby mohla bonusy představit a více vysvětlit klientům, kteří nejsou pojištěnci VZP a o případné změně uvažují.

Mezi nejznámější bonusy z fondu prevence, které pojištěnci VZP využívají, patří např. Mořský koník, Program Zdravá rodina a Zdravý život, Dny zdraví nebo Chraňte své dítě, my vás podpoříme.

Marketingové akce a bonusy pro klienty probíhají dle předem zpracované marketingové strategie, která se tvoří podle následující charakteristiky:

Strategie z hlediska podílu na trhu

zajištění nejnákladnější zdravotní péče pro klienty/opora i v nejtěžší životní situaci,
jistota a stabilita největší tuzemské pojišťovny,
nejhustší síť smluvních lékařů a územních pracovišť,
budování dobrých vztahů s lékaři (včasné platby, informovanost, služby navíc),
udávání směru pro ostatní zdravotní pojišťovny, např. odbor zdravotní péče (OZP) vytváří standardy v oblasti revizní kontroly,
unikátní produkty elektronická zdravotní knížka IZIP a program kvality péče AKORD.

Strategie z hlediska vazby produkty /programy – trh/klienti

Komunikace na preferované cílové skupiny klientů:

ženy a muži 25-50 let,

- děti a mládež,

- lékaři.

a) *Marketingová strategie zaměřená na konkurenci, profilová strategie*

Monitorování konkurence včetně jejího způsobu komunikace s klienty. Na základě migračních dat pak nastavuje a upravuje marketingový mix tak, aby byly podchyceny „rizikové“ skupiny, které jsou nejvíce náchylné ke změně pojišťovny (Ženy včetně rodin). Komunikace probíhá tak, aby maximálně efektivně zasáhla potřebnou cílovou skupinu pro přenos dat a informací. Hlavním obsahem této marketingové strategie je:

- posilování image VZP ČR a intenzivní ujišťování klienta, že VZP je jediná správná volba pro klienta,
- zaměření pozornosti na stávající klientský kmen, jeho stabilizace prostřednictvím přenášení vhodných, potřebných a užitečných informací – nezbytný vhodný výběr komunikačních kanálů (rádío, televize),
- podpora nabídky služeb a produktů a podílení se na uspokojení potřeb klientů realizací a propagací nových služeb a produktů,
- včasná a rychlá reakce na konkurenci – časté poškozování image VZP, dezinformace klientů, jejich úplata ze strany ostatních zdravotních pojišťoven. VZP má povinnost varovat klienty před podobnými praktikami a vysvětlit své výhody oproti ostatním zdravotním pojišťovnám,
- zaměření pozornosti na lékaře, nastavení efektivní komunikace s touto odbornou veřejností.

Nedostatečné vymáhání pojistného

Nedovýběr pojistného znamená rozdíl mezi pojistným, které by VZP obdržela, pokud by všichni plátcí platili přesně podle zákona, a skutečně vybranými prostředky na účtech pojistného.

Dluh na pojistném je rozdíl částky předepsané a uhrazené. VZP spravuje dva druhy dluhů. Dluhy vyměřené, které byly plátcí vyměřeny či předepsány (platebními výměry,

výkazy nedoplatků) a jsou předmětem vykonatelných rozhodnutí. Dluhy dosud nevyměřené, zjištěné vyúčtováním pojistného k určitému datu.

Tak, jak je v práci již poukázáno, efektivita vymáhání výběru pojistného za sledované období se pohybuje v průměru 18,9%. To představuje částku cca 26 mld. Kč. Ve vymáhání pohledávek se objevují skutečnosti, které vymáhání negativně ovlivňují, ale Pojišťovna je trvale řeší.

- nedostatky v evidenci pojištěnců a plátců,
- nedostatečná kontrola plátců a plateb,
- průtahy ve vymáhání pohledávek,
- nedůslednost ve vymáhání pohledávek, tj. nevymáhání nebo nevyužití všech dostupných prostředků vymáhání,
- špatná informovanost pojištěnců a plátců.
- malá platební kázeň plátců,
- nezákonné jednání plátců, zatajování příjmů, nepřihlášení zaměstnanců pracujících na černo,
- účelové chování plátců (umělé zvyšování výdajů, vytváření nových podnikatelských subjektů, při ponechání dluhů na zaniklém subjektu).

V závěru práce jsem navrhla některá opatření ke zvýšení efektivity vymáhání pohledávek pojistného.

Nesoulad příjmů a výdajů

Základním předpokladem hospodaření Pojišťovny je to, že příjmová strana tj. výběr pojistného, pokrývá výdajovou část finančních prostředků. Výdajová stránka je z největší části tvořena úhradou za zdravotní péči a provozních nákladů. Abychom mohli příjmovou a výdajovou stránku porovnat a konstatovat, že výše uvedené problémy výběru pojistného vedou k nedostatečnému výběru, nepokrývajícího výdajovou stránku, musíme výběr

pojistného tj. jeho příjmovou stránku, srovnat ve sledovaném období 2008 až 2010 se základní výdajovou stránkou tj. úhradou zdravotní péče zdravotnickým zařízením.

Tab. č. 17: Náklady na zdravotní péči VZP ČR dle segmentů (v tis. Kč)

Segmenty	Skutečnost 2008	Skutečnost 2009	Skutečnost 2010
Ambulantní péče	29 633 282	32 761 470	32 939 010
Ústavní péče	69 710 016	74 344 846	76 011 289
Lázeňská péče	1 711 810	1 908 992	1 866 724
Ozdravovny	19 991	22 416	17 603
Doprava	1 121 396	1 089 902	1 066 187
ZZS	1 027 540	1 114 954	1 186 450
Léky na recept	21 989 797	24 226 836	22 403 387
ZP	3 945 512	4 116 900	4 143 574
Zahraničí	229 921	293 007	324 437
Finanční vratky	14 864	180 009	326 340
Ostatní	32 774	25 746	28 769
Celkem VZP ČR	128 436 903	140 085 078	140 313 768

Zdroj: vlastní zpracování 2012, (Výroční zpráva VZP ČR za rok 2008, 2009, 2010)

Z uvedené tabulky vyplývá, že od roku 2009 došlo k výraznému navýšení nákladů na zdravotní péči, a to řádově o 11 mld. Kč. Tento nárůst nákladů byl způsoben vydáním úhradových vyhlášek, kdy MZ ČR v roce 2009 a 2010 navyšovalo úhrady meziročně 5%. Vydávání úhradových vyhlášek bylo bez ohledu na ekonomickou situaci v ČR a její vliv na příjmovou stranu zdravotního pojištění. Navýšení úhrad se nejvíce týkalo ambulantní a ústavní péče a v menší míře výdajů za léky.

Tab. č. 18: Saldo příjmů a nákladů na ZFZP (v tis. Kč)

2008	ZPP	Skutečnost	Skutečnost/ZPP (%)
Příjmy celkem	139 988 520	136 981 162	98,7
Náklady celkem	138 331 783	135 005 346	97,6
Saldo příjmů a nákladů ZFZP	1 656 737	1 975 816	119,3

2009	ZPP	Skutečnost	Skutečnost/ZPP (%)
Příjmy celkem	147 473 240	138 643 155	94,1
Náklady celkem	146 741 874	145 570 450	99,2
Saldo příjmů a nákladů ZFZP	731 366	-6 927 295	-947,1

2010	ZPP	Skutečnost	Skutečnost/ZPP (%)
Příjmy celkem	138 238 909	137 838 604	99,7
Náklady celkem	141 133 772	145 624 225	103,2
Saldo příjmů a nákladů ZFZP	-2 894 863	-7 785 621	-268,9

Zdroj: vlastní zpracování, 2012 (Ročenka 2008, 2009, 2010)

Z uvedených tabulek je patrné, že saldo příjmů (včetně příjmů z přerozdělení) a výdajů v roce 2009 bylo -6.927.295 mil. Kč a v roce 2010 činilo saldo příjmů a výdajů -7.785.621 mil. Kč.

Výběr pojistného tedy nestačil pokrýt výdajovou stránku Pojišťovny na úhradu zdravotní péče, a to i bez provozních a dalších výdajů, které nejsou v daném případě relevantní, a proto je není nutné uvádět.

Závěr

V teoretické části jsem charakterizovala základní informace, které se týkají veřejného zdravotního pojištění a systému zdravotní péče. V praktické části jsem provedla analýzu a komparace výběru pojistného na veřejném zdravotním pojištění v letech 2008, 2009 a 2010. V závěru bakalářské práce navrhuji opatření a doporučení, která by mohla být určitým řešením složité situace v systému všeobecného zdravotního pojištění.

V této práci jsem dospěla ke zjištění, že výběr pojistného ve sledovaném období nepokrýval výdajovou stránku v úhradě zdravotní péče zdravotnickým zařízením, což je velice závažné. Musím konstatovat, že i přes opatření, která v této práci navrhuji, nedokáže Pojišťovna nepříznivý stav zcela eliminovat.

Všeobecná zdravotní pojišťovna do konce roku 2010 musela vlivem nepříznivé situace, ve výběru pojistného vydat z finanční rezervy 10 mld. Kč během dvou let 65 % a během roku 2011 poté. K vývoji v roce 2011 nemám k dispozici oficiální data Pojišťovny, a přesto bych ráda argumentovala, že jak vyplývá z jednání na Pojišťovně, tak i ze zpráv v některých sdělovacích prostředcích, je zřejmá složitost a komplikovanost situace. A to i přes mírný každoroční nárůst na příjmové stránce, která i tak nepokrývá potřeby stránky výdajové. V současné době je Pojišťovna ve schodku 2 mld. Kč. Tento finanční deficit v průběhu 1. pololetí 2012 dokáže pojišťovna řešit přizpůsobením časového zpracování cash- polingu a finanční deficit se dosud neprojevuje ve zpoždění plateb po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením.

Tato situace je udržitelná jen po krátkou dobu a lze předpokládat, že ve 2. polovině roku 2012 již dojde k prodloužení splatnosti faktur zdravotnickým zařízením. Proto je bezpodmínečně nutné ze strany pojišťovny přijmout vlastní opatření a navrhnout i opatření mimo pojišťovnu, která by pomohla situaci řešit. Tato opatření, která navrhuji, jednoznačně vychází z dříve uvedených problémů a rizik výběru pojistného, které byly v předchozí kapitole pojmenovány. V současné době při zavádění reformy zdravotnictví, se projevuje snaha o řešení situace, která se týká především zdravotní, tj. výdajové stránky. Jde především o snahu zvýšit podíl přímé platby pacientů, zavést nadstandardy při poskytování zdravotní péče a začít uvažovat i o zavedení nadstavbového připojištění pro poskytování zdravotní péče. Tyto návrhy souvisí s nedostatkem finančních prostředků v systému zdravotního pojištění

nepřímo a nedokážou řešit bezprostředně příjmovou stránku, tj. nedostačující výběr pojistného na zdravotní pojištění. Pro řešení nedostatečného výběru pojistného na zdravotní pojištění by byla vhodná dle mého názoru následující opatření:

1. Zvýšit nevybrané pojistné od firem a OSVČ vyšší efektivitou vymáhání pohledávek. Znamená to především zlepšení spolupráce s exekutory a soudy tak, aby došlo ke zvýšení efektivity vymáhání. K tomu je třeba zefektivnit i tzv. měkké vymáhání zavedením telefonického upozorňování dlužníků. S velkými dlužníky a firmami jednat přímo mimo korespondenční styk. V současné době Pojišťovna přechází na nový informační systém vymáhání pohledávek, který bude automaticky vyhodnocovat úspěšnost jednotlivých exekutorů podle toho jim přidělovat tituly k vymáhání.
2. V maximální míře přijmout taková opatření, která povedou ke zvýšení počtu pojištěnců Pojišťovny. To představuje především nabízet efektivnější bonusy pro klienty Pojišťovny ve srovnání s ostatními zdravotními pojišťovnami a případně provádět vlastní akvizici náboru pojištěnců, což by bylo velice účinné.
3. Řešit problémy výběru pojistného návrhem změny legislativy a to tak, že při neodvádění pojistného ze strany firem nebo OSVČ za určité období, by bylo právně řešeno ukončení činnosti firmy či OSVČ. Takové řešení by bylo vysoce účinné a mělo by velmi kladný dopad na zvýšení příjmové stránky v systému zdravotního pojištění. Jako další změnu v legislativě lze navrhnout to, aby pohledávky za zdravotní pojištění byly postaveny na stejnou úroveň jako pohledávky státu tj. pohledávky vyplývající z neodvedení daní. Tato úprava se dle mého názoru jeví jako velice reálná, ale bohužel k oběma úpravám musí být politická vůle ve státě, aby prošly zákonodárným procesem.
4. Současnou krizovou situaci nepoměru mezi příjmy a výdaji Pojišťovny řešit kontokorentním úvěrem. Tento návrh by pomohl okamžitě vyřešit daný problém nepoměru příjmové a výdajové stránky. Toto opatření, ale nemůže to být dlouhodobé, protože přináší podružné problémy, tj. úrokové sazby. Do doby, než bude makroekonomická situace stabilní, by však bylo velice reálné.

5. Zrušit zákonem maximální vyměřovací základ. Při realizaci tohoto opatření nebude mít průměrný roční přínos na výběru pojistného sice zásadní podíl, ale k určitému navýšení příjmů povede. V současné době můžeme v různých politických debatách slyšet diskuse o jeho realizaci.
6. Zvýšit platbu státu za státní pojištění postupně až na úroveň platby OBZP. V dřívějších letech před obdobím 2008 až 2010, které v této práci bylo sledováno, docházelo k částečnému řešení problému tzv. předsunutou platbou státu, která byla bezúročnou půjčkou. Předsunutá platba se musela státu vracet a tím se Pojišťovna dostávala zpět do předchozích problémů. Trvalé zvyšování platby státu až do úrovně platby OBZP by bylo vysoce účinné, mělo by velmi kladný dopad na zvýšení příjmové stránky systému zdravotního pojištění a troufám si zde tvrdit, že by na celou řadu let vyřešilo problémy tohoto systému.
7. Protože hovoříme o nerovnoměrnosti mezi příjmovou a výdajovou stránkou, pak se nabízí i řešení snížit výdajovou stránku plateb za úhradu zdravotní péče. V současné době při zvyšování vstupních nákladů, při nových a moderních procesech léčby, které jsou nákladnější, se jeví toto opatření velice omezeně realizovatelné.
8. Se snížením výdajů za zdravotní péči úzce souvisí snaha o realizaci snížení akutních lůžek v ČR, která je v současné navrhována a médií a některými politiky zavrhováno. Mám za to, že snížení plně nevyužívaných akutních lůžek o 10.000 lůžek, tak jak je navrhováno všemi zdravotními pojišťovnami, určité úspory v systému zdravotního pojištění přinese.

Všechna opatření popsaná v závěru práce lze uskutečnit pouze tehdy, pokud budou ze strany VZP ČR oficiálně navrhována a prosazována. Je třeba mít na zřeteli i to, že i přes snahu VZP ČR jsou některá z těchto opatření závislá na politické vůli ve státě a v současné nestabilní politické situaci je velice složité je prosazovat.

Seznam tabulek

Tab. č. 1: Stav pojištěnců k 31.12.2008	24
Tab. č. 2: Stav pojištěnců k 31.12.2009	26
Tab. č. 3: Stav pojištěnců k 31.12. 2010	27
Tab. č. 4: Makroekonomické ukazatele pro sestavení ZPP rok 2008, 2009, 2010	29
Tab. č. 5: Maximální roční vyměřovací základ (v Kč)	30
Tab. č. 6: Příjem Pojišťovny z účtu přerozdělení (v Kč)	32
Tab. č. 7: Výše pohledávek za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti (v tis. Kč).....	32
Tab. č. 8: Stav vymáhání v letech 2008, 2009, 2010	33
Tab. č. 9: Efektivita výběru pojistného v letech 2008, 2009, 2010 (v %).....	34
Tab. č. 10: Příjmy pojistného v roce 2008 (v tis. Kč)	35
Tab. č. 11: Přehled příjmů pojistného v roce 2008 (v tis. Kč)	35
Tab. č. 12: Příjmy pojistného v roce 2009 (v tis. Kč)	36
Tab. č. 13: Přehled příjmů pojistného v roce 2009 (v tis. Kč)	37
Tab. č. 14: Příjmy pojistného v roce 2010 (v tis. Kč)	37
Tab. č. 15: Přehled příjmů pojistného v roce 2010 (v tis. Kč)	37
Tab. č. 16: Příjmy Pojišťovny rok 2008, 2009, 2010 (v tis. Kč).....	39
Tab. č. 17: Náklady na zdravotní péči VZP ČR dle segmentů (v tis. Kč).....	46
Tab. č. 18: Saldo příjmů a nákladů na ZFZP (v tis. Kč)	47

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Pojištěnci VZP ČR 2008.....	24
Obrázek č. 2: Pojištěnci VZP ČR 2009	26
Obrázek č. 3: Pojištěnci VZP ČR 2010.....	28
Obrázek č. 4: Příjmy z výběru pojistného	39

Seznam použitých zkratk

Pojišťovna	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
ZVZP	zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
EHIC	Evropský průkaz zdravotního pojištění
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
ZFZP	základní fond zdravotního pojištění
ZPP	zdravotně – pojistný plán
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
ZZ	zdravotnické zařízení
MF ČR	Ministerstvo financí ČR
MP SV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
OBZP	osoby bez zdanitelných příjmů
OZP	odbor zdravotní péče

Seznam použité literatury

1. ČERVINKA, Tomáš.; DANĚK, Antonín. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ s komentářem a příklady 2010, 1. vydání*. Olomouc: ANAG, 2010. ISBN 978-80-7263-521-4.
2. ČERVINKA, Tomáš.; DANĚK, Antonín. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ s komentářem a příklady 2010, 2. vydání*. Olomouc: ANAG, 2010. ISBN 978-80-7263-577-1.
3. DANĚK, Antonín.; GLET, Jiří. *Zdravotní pojištění*. Praha: LINDE nakladatelství s.r.o., 2003, ISBN 80-86131-46-7.
4. KAHOUN, Vilém a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Triton, 2009, ISBN 978-80-7387-346-2.
5. Listina základních práv a svobod vyhlášená usnesením předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., jako součást ústavního pořádku české republiky.
6. *Metodika povinnosti pojištěnců a plátců na zdravotním pojištění*. Praha: Ústředí VZP ČR, 2010.
7. *Metodika povinnosti pojištěnců a plátců na zdravotním pojištění*. Praha: Ústředí VZP ČR, 2011.
8. NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: GRADA Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1.
9. *Ministerstvo financí ČR: Zákony* [online]. [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: http://www.zakonycr.cz/?akce=free&akcekrok=free_prehled&edit=2003.

10. Ministerstvo zdravotnictví ČR: Seznam zdravotních pojišťoven. *Ministerstvo zdravotnictví ČR: Seznam zdravotních pojišťoven* [online]. [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html.
11. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR: Systém přerozdělení. *Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR: Systém přerozdělení* [online]. [cit. 2012-04-26]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-15-2011/soucasny-system-prerozdelovani-neni-spravedlivy>.
12. VURM, Vladimír a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Triton, 2007, ISBN 978-80-7254-997-9.
13. VURM, Vladimír a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Manus, 2004, ISBN 80-86571-07-6.
14. *Vyhláška Ministerstva financí č. 418/2003 Sb., která vymezuje okruh výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven*.
15. *Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2008*.
16. *Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2009*.
17. *Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2010*.
18. *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*.
19. *Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů*.
20. *Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů*.

21. *Zákon č. 552/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.*

22. *Zákon č. 592/Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.*

Seznam příloh

Příloha A: Prohlášení o dlouhodobém pobytu pojištěnce v cizině

Příloha B: Seznam zdravotních pojišťoven

Příloha C: Varianty průkazu pojištěnce

Příloha D: Potvrzení dočasně nahrazující evropský průkaz zdravotního pojištění


Příloha E: Výše plateb za státní pojištěnce

Příloha F: Pojištěnci VZP ČR 2008

Příloha G: Pojištěnci VZP ČR 2009

Příloha H: Pojištěnci VZP ČR 2010

Příloha A: Prohlášení o dlouhodobém pobytu pojištěnce v cizině



**VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY**
VZP - kód 111

**Prohlášení
o dlouhodobém
pobytu pojištěnce
v cizině**

Prohlášení o dlouhodobém pobytu pojištěnce v cizině (podle § 8 odst. 4 zák. č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů)
Formulář bude zpracován elektronicky. Vypůjčte jej prosím předepsaným typem písma Courier New Bold 11. Zaškrtněte pole označe křížkem.

Datum převzetí, razítko a podpis pracovníka VZP

1. Identifikace pojištěnce

<small>Příjmení</small>	<small>Jméno</small>	<small>Titul</small>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<small>ADRESA TRVALÉHO POKYTU: Ulice</small>		<small>Číslo popisné / číslo orientační</small>
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>
<small>PSČ</small>	<small>Obec</small>	<small>Rodné příjmení</small>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

2. Prohlášení

V cizině budu nepřetržitě OD - DO


Tato doba nesmí být kratší než 6 měsíců!

1. Po dobu uvedenou výše budu v cizině zdravotně pojištěn(a).
2. Povinnost platit pojistné zaniká dnem, který je výše uveden jako začátek pobytu v cizině, ne však dříve, než dnem následujícím po dni doručení tohoto prohlášení zdravotní pojišťovně. Povinnost platit pojistné vzniká opět dnem návratu do ČR.
3. Jsem si vědom(a), že ode dne uvedeného jako začátek pobytu v cizině až do dne, kdy se opět u zdravotní pojišťovny přihlásím (viz bod 6), nemám nárok na úhradu zdravotní péče (včetně léků) z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
4. Před odjezdem do ciziny jsem povinen(a) vrátit zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce.
5. V případě, že můj pobyt v cizině bude kratší než 6 měsíců nebo nesplním další podmínky stanovené zákonem, jsem povinen(a) uhradit pojistné v plné výši za celé období, za které nebylo placeno, jako by nebylo postupováno podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
6. Po návratu z ciziny jsem povinen(a) se přihlásit u zdravotní pojišťovny a předložit doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a jeho délce. Pokud tento doklad nepředložím, budu povinen(a) doplatit pojistné, jako by nebylo postupováno podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

7. Datum vyplnění a podpis pojištěnce

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto PŘEHLEDU jsou pravdivé a že ohlásím VZP všechny změny údajů, a to do 6 dnů ode dne, kdy jsem se o změněné skutečnosti dozvěděl.

VZP 78.51/2010



Vyplněno dne

14.03.2012

Vytisknout

Vymazat formulář

Podpis pojištěnce

Příloha B: Seznam zdravotních pojišťoven

Název zdravotní pojišťovny	Kód zdravotní pojišťovny
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	111
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	201
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	205
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	207
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	209
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	211
Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	213
Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE	217

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Seznam zdravotních pojišťoven 2012
[online]

Příloha C: Varianty průkazu pojištěnce

Standardní průkaz

EVROPSKÝ PRŮKAZ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

CZ

3 Příjmení	NOVÁK		
4 Jméno	JAN		
5 Datum narození	01/12/1950	6 Číslo pojištěnce	5012019999
		7 Kód ZP	11191 - VZP
8 Číslo průkazu	80205111910000000001	9 Platnost do	31/12/2006

POJIŠTOVNA PRO CELÝ ŽIVOT

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

Tento průkaz je nepřenosný.

V případě nálezů jej laskavě zašlete na adresu:
If found, kindly return the card to:
VZP ČR, Orlická 4/2020
130 00 Praha 3, Česká republika

Ověření průkazu / card verification:
www.vzp.cz/EHIC, tel.: (+420) 221 752 121

Informace / Information:
www.vzp.cz, tel.: 844 117 777

Průkaz pro zaměstnané cizince nebo cizince ze zemí mimo EU

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

3 Příjmení	NOVÁK		
4 Jméno	JAN		
5 Datum narození	01/12/1950	6 Číslo pojištěnce	5012019999
		7 Kód ZP	11191 - VZP
8 Číslo průkazu	80203111910000000001	9 Platnost do	31/12/2006

POJIŠTOVNA PRO CELÝ ŽIVOT

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

Tento průkaz je nepřenosný.

V případě nálezů jej laskavě zašlete na adresu:
If found, kindly return the card to:
VZP ČR, Orlická 4/2020
130 00 Praha 3, Česká republika

Ověření průkazu / card verification:
www.vzp.cz/EHIC, tel.: (+420) 221 752 121

Informace / Information:
www.vzp.cz, tel.: 844 117 777

Průkaz pro zvláštní případy

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

Rozsah péče
PLNÁ PÉČE

Průkaz pojištěnce platný jen na území ČR - druh pojištění 4
Poskytnutou zdravotní péči účtuje zdravotnické zařízení
podle metodiky samostatnými dávkami a fakturami

3 Příjmení	NOVÁK		
4 Jméno	JAN		
5 Datum narození	01/12/1950	6 Číslo pojištěnce	5012019999
		7 Kód ZP	11191 - VZP
8 Číslo průkazu	80203111910000000001	9 Platnost do	31/12/2009

POJIŠTOVNA PRO CELÝ ŽIVOT

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

Tento průkaz je nepřenosný.

V případě nálezů jej laskavě zašlete na adresu:
If found, kindly return the card to:
VZP ČR, Orlická 4/2020
130 00 Praha 3, Česká republika

Ověření průkazu / card verification:
www.vzp.cz/EHIC, tel.: (+420) 221 752 121

Informace / Information:
www.vzp.cz, tel.: 844 117 777

This health insurance card has to be submitted
to the attending physician.
Diese Versicherungskarte ist dem behandelnden
Arzt vorzulegen.

Příloha D: Potvrzení dočasně nahrazující evropský průkaz zdravotního pojištění

**POTVRZENÍ
DOČASNĚ NAHRAZUJÍCÍ
EVROPSKÝ PRŮKAZ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ**

(Toto potvrzení se vydává na základě přílohy 2 Rozhodnutí č. 190 z 18. června 2003,
týkající se technické specifikace Evropského průkazu zdravotního pojištění)

Označení formuláře

1. E-

Kód vydávající země

2. CZ

Informace o pojištěnci

3. Příjmení: LOMICKÁ

4. Jméno: MARTINA

5. Datum narození: 11/10/1973

6. Číslo pojištěnce: 7360111990

Informace o kompetentní instituci

7. Kód ZP: 11144 - VZP

Informace o evropském průkazu zdravotního pojištění

8. Číslo průkazu: 80203111467240592886

9. Platnost do: 30/04/2013

Doba platnosti

a) Od: 01/01/2012

b) Do: 31/01/2012

Datum vydání formuláře

c) 14/03/2012

Podpis a razítko instituce

d)

Poznámky a informace:

Tento doklad opravňuje k čerpání plné zdravotní péče na území České republiky.

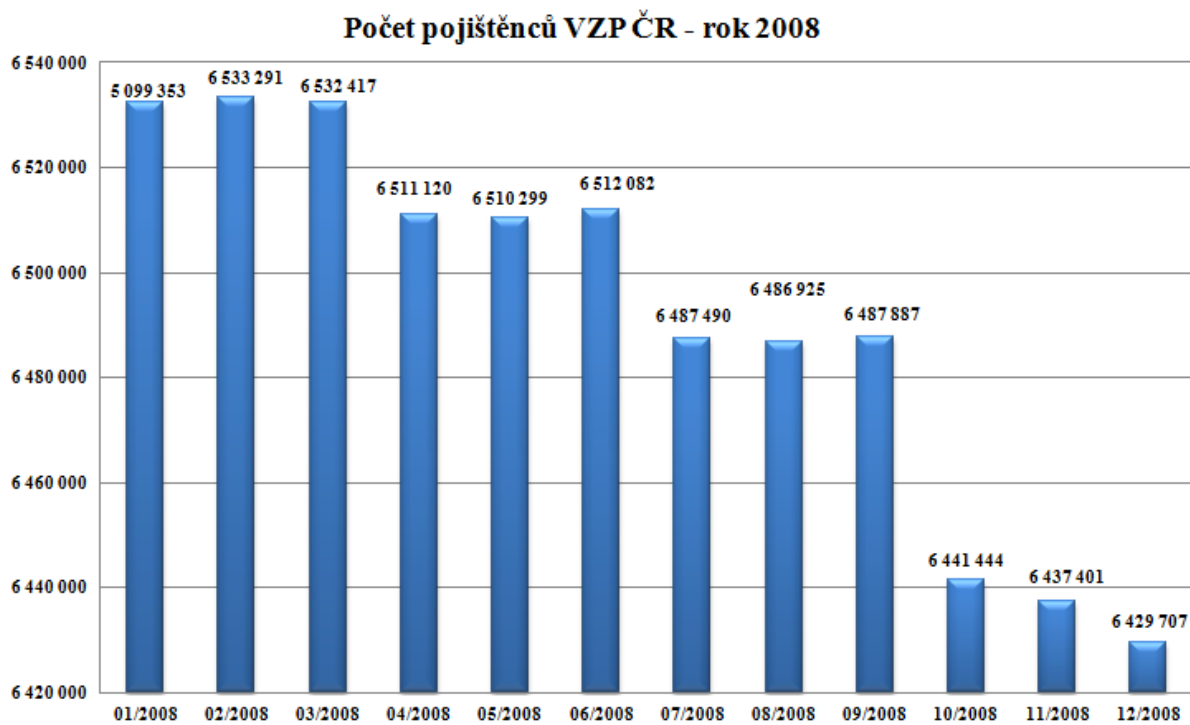
Všechny informace použité pro okem čitelné údaje na Evropském průkazu zdravotního pojištění
týkající se názvu poli, hodnot, délek a poznámek se uplatní i na tomto Potvrzení.

Příloha C: Výše plateb za státní pojištění

Rok	Platba za státního pojištění
2008	667 Kč
2009	667 Kč
2010	723 Kč

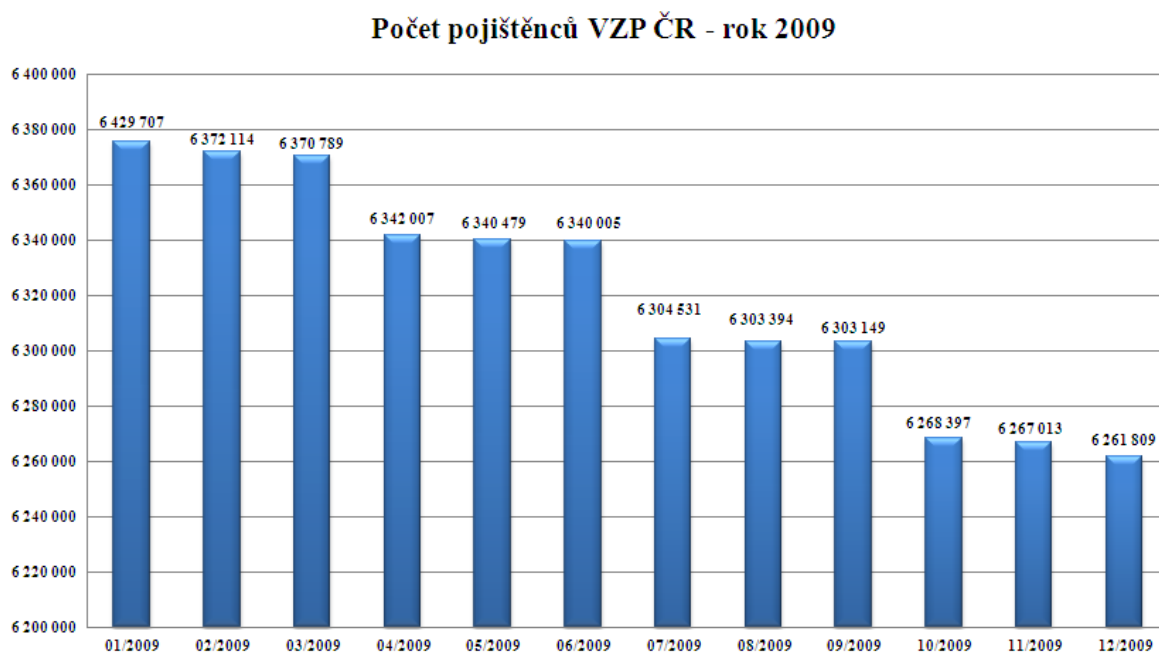
Zdroj: vlastní zpracování, 2012 (Metodika VZP ČR, 2011)

Příloha E: Pojištěnci VZP ČR 2008



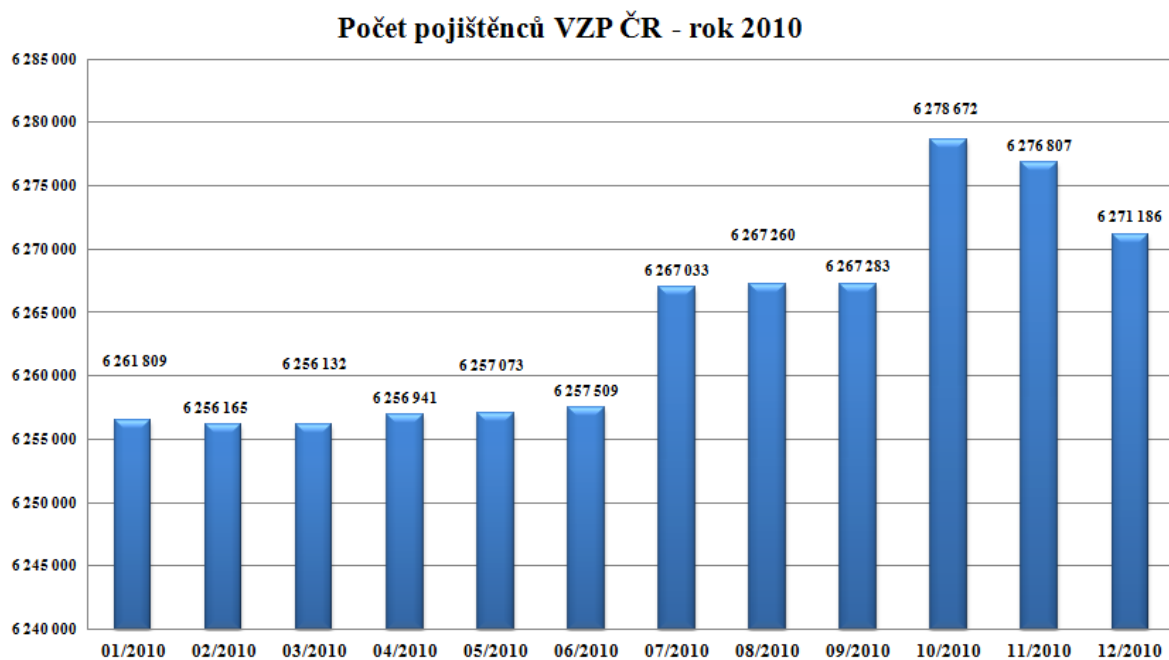
Zdroj: vlastní zpracování, 2012 (Výroční zpráva VZP ČR za rok 2008)

Příloha F: Pojištěnci VZP ČR 2009



Zdroj: vlastní zpracování, 2012 (Výroční zpráva VZP ČR za rok 2009)

Příloha G: Pojištěnci VZP ČR 2010



Zdroj: vlastní zpracování, 2012 (Výroční zpráva VZP ČR za rok 2010)

Abstrakt

LOMICKÁ, M. Aktuální problémy spojené s výběrem pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Plzeň: Fakulta ekonomická ZČU v Plzni, 56 s., 2012.

Klíčová slova: Všeobecná zdravotní pojišťovna České pojišťovny, veřejné zdravotní pojištění, plátcí pojistného, práva a povinnosti plátců pojistného, výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění, příjmy a výdaje na veřejné zdravotní pojištění.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí.

V první teoretické části jsou charakterizovány základní informace, které se týkají veřejného zdravotního pojištění a systému zdravotní péče.

Druhá část je praktická. Je zde provedena analýza a komparace výběru pojistného na veřejném zdravotním pojištění v letech 2008, 2009 a 2010 a jsou zde navržena opatření a doporučení, která by mohla být určitým řešením složité situace v systému všeobecného zdravotního pojištění.

Abstract

LOMICKÁ, M. The Current Problems Connected to the Collection of the Insurance for Health Insurance. Plzeň: Pilsen: University of West Bohemia, Faculty of Economics; 56 p., 2012.

Keywords: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (an insurance company in the Czech Republic), public health insurance, insurance fee payers, rights and obligations of insurance payers, the collection of insurance fees on public health insurance, income and costs on public health insurance.

The bachelor thesis consists of two main parts.

In the first theoretical part, there is characterized basic information concerning public health insurance.

The second part is practical. There is an analysis and comparison of the insurance collection on public health insurance in 2008, 2009 and 2010. There are also proposed measures and recommendations which could be a solution to the difficult situation in the system of general health insurance.