

## Veřejné zdravotní pojištění

Poskytnutá zdravotní služba může být uhrazena buď prostřednictvím přímé platby pacienta, který si službu zaplatí ze svých prostředků a nebo prostřednictvím prostředků z účelového zdravotního pojištění. Z veřejného zdravotního pojištění může být lékařská péče hrazena dvěma způsoby. První variantou, která je aplikována na území České Republiky je tzv. platba třetí stranou, kdy poskytnutou zdravotní péči hradí zdravotní pojišťovna přímo poskytovateli. Druhou možností je tzv. odškodnění pacienta, který si poskytnutou zdravotní péči uhradil.<sup>1</sup>

V České republice je veřejné zdravotní pojištění povinné a je vybudováno na principu sociální solidarity pojištěnců, která se skládá ze dvou složek. Prvním projevem solidarity je, že lidé s vyššími příjmy přispívají na zdravotní péči vyšším pojistným, než lidé s nižšími příjmy. A dále se jedná o solidaritu „zdravých s nemocnými“ kdy každý občan čerpá nižší či vyšší prostředky v závislosti na svém zdravotním stavu.<sup>2</sup> Dalším základním principem veřejného zdravotního pojištění je sdílení rizika, díky kterému se lze prostřednictvím pravidelných a relativně malých plateb vyhnout velkým výdajům, které by způsobila nepředvídaná událost<sup>3</sup>, jako je úraz nebo nemoc.

### Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou nositeli veřejného zdravotního pojištění. Jsou povinny zajistit svým pojištěncům místně a časově dostupnou zdravotní péči. Tuto povinnost plní prostřednictvím uzavírání smluv s poskytovateli zdravotní péče.<sup>4</sup>

Zvláštní postavení má Všeobecná pojišťovna, která je jako jediná zdravotní pojišťovna zřízena zákonem a to zákonem č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně.

### Pojistné na zdravotním pojištění

Povinnost platit pojistné na zdravotní pojištění upravuje zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění v kombinaci s zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Plátcí pojistného mohou být pojištěnec, zaměstnavatel a stát. Pojištěnec je plátcem pojistného za předpokladu že je zaměstnancem nebo osobou samostatně výdělečně činnou a také v případech kdy není ani jedním z výše uvedených, ale neplatí za něj pojištění stát např. nezaměstnaná osoba, která není nahlášena na Úřadu práce. Zaměstnavatel je plátcem části pojistného za své zaměstnance a stát platí pojištění za osoby, které se nacházejí v neproduktivním období. Těmito osobami mohou být studenti a nezaopatřené děti, důchodci, osoby na mateřské nebo rodičovské dovolené a uchazeči o zaměstnání hlášení na úřadu práce.<sup>5</sup>

Výše pojistného je v souladu s výše uvedeným principem solidarity stanovena na jednotné procentní sazbě a to 13,5% z příjmu osoby za daný měsíc. Osoba samostatně výdělečně činná si hradí celou částku sama, za zaměstnance platí 4.5% zaměstnavatel a 9% si hradí sám zaměstnanec. Pojistné se odvádí přímo pojišťovně u které je pojištěnec pojištěn.

Každá zdravotní pojišťovna má různé složení pojištěnců, tedy na jedné straně různě vysoké příchozí platby pojistného a na straně různě vysoké náklady na pacienty. Tyto ekonomické rozdíly kompenzuje tzv. přerozdělování pojistného. Pro účely přerozdělování pojistného vede Všeobecná zdravotní pojišťovna zvláštní účet. V současnosti je

<sup>1</sup> Němec, J. (2008). *Principy zdravotního pojištění*. (1. vyd., s. 94.) Praha: Grada.

<sup>2</sup> Tröster, P. (2010). *Právo sociálního zabezpečení*. (5., přeprac. a aktualiz. vyd., xli., s. 136 ) V Praze: C.H. Beck.

<sup>3</sup> Němec, J. (2008). *Principy zdravotního pojištění*. (1. vyd., s. 17.) Praha: Grada.

<sup>4</sup> § 46 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů

<sup>5</sup> Ust. § 4 a násl. zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů

prerozdělováno 100% vybraného pojistného, kdy hlavním kritériem je počet všech pojištěnců a jejich nákladovost (rozděleno podle věku a pohlaví do 36 nákladových indexů), zvláštní postavení mají tzv. nákladní pacienti.<sup>6</sup> Nákladový index se stanoví jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané skupině. Pojišťovny vždy na konci měsíce sdělí VZP počty pojištěnců rozdělených dle nákladových indexů a VZP na základě těchto informací vypočítá, kolik peněz na pojišťovnu připadá. V případě že pojišťovna vybrala na pojistném částku vyšší, přeplatek převede na zvláštní účet. Naopak pokud vybrala částku nižší, ze zvláštního účtu obdrží finanční dorovnání.<sup>7</sup>

### Úhrada zdravotní péče

Zdravotní péče, kterou poskytovatele zdravotních služeb pacientům poskytnou je hrazena na základě Smlouvy o úhradě a poskytování zdravotní péče, kterou mají uzavřenou s pojišťovnami. Tato smlouva vychází z rámcové smlouvy, která je výsledkem tzv. Dohodovacího řízení, které probíhá každý rok mezi zástupci svazu pojišťoven, poskytovatelů zdravotních služeb a dalších.

Součástí smlouvy mezi poskytovatelem a pojišťovnou bývá dohoda o způsobu úhrady péče, zda paušálně s následným vyúčtováním, nebo zda na základě měsíčního vyúčtování apod. Platba za jednotlivé úkony je pak oceněna na základě bodového systému. Ve smlouvě mají pojišťovna a poskytovatel dohodnutou výši bodu a každý lékařský úkon je v tabulkách ohodnocen určitým množstvím bodů. Na základě výše uvedeného se pak dopočítá výše úhrady za daný úkon. K vyúčtování a úhradě zdravotní péče naleznete více [zde odkaz na elerning Administrativa ve zdravotnictví](#).

Na úhradě zdravotní péče se pacienti podílejí prostřednictvím tzv. regulačních poplatků. Výše poplatků je stanovena na 30,- Kč v případě návštěvy u poskytovatele specializované ambulantní péče, u praktického lékaře a za návštěvu jejíž součástí bylo provedení klinického vyšetření pacienta. 30,- Kč se platí také za recept, na jehož základě byl vydán hrazený lék. V případě využití pohotovosti se hradí poplatek ve výši 90,- Kč a v případě hospitalizace pacienta, pacient hradí 100,- Kč za každý den pobytu. Poplatek nehradí děti do dovršení 18 let včetně a v dalších případech stanovených zákonem. Mezi tyto případy patří například preventivní prohlídky, laboratorní a diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, hemodialýza a podobně. Pokud pojištěnec v průběhu roku zaplatí na regulačních poplatcích více jak 5.000,- Kč, zdravotní pojišťovna mu překročenou částku vrátí zpět.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Prerozdělování pojistného[internet].[Česká republika] Retirieved from:

<http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerozdelovani-pojistneho>

<sup>7</sup> Ust. §20 a násl. zákona č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění ve znění pozdějších předpisů

<sup>8</sup> Ust. § 16a a násl. zákona č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění ve znění pozdějších předpisů