

K některým otázkám všeobecného zdravotního pojištění

Zdeňka GREGOROVÁ

Všeobecné zdravotní pojištění je novým institutem, který se objevuje v českém právu sociálního zabezpečení. Označení „nový“ institut však není zcela přesné, protože poskytování zdravotní péče již v minulosti bylo součástí pojistných systémů sociálního zabezpečení, přesněji součástí nemocenského pojištění, v němž mělo charakter věcných dávek. Teprve po roce 1948 docházelo k postupnému vyčleňování zdravotní péče ze systému nemocenského pojištění, tedy z vazby na pojistný vztah, a jejímu konstituování na jiných základech, na vazbě občan a stát. Stát se stal nositelem zdravotní péče, kterou poskytoval na základě občanského principu (svým státním občanům). Jako součást nemocenského pojištění přetrvávala zdravotní péče pouze ve vztahu k cizincům, kteří byli subjekty pojistného vztahu nemocenského pojištění (cizinci v pracovním poměru k tuzemským zaměstnavatelům)¹.

Úpravou obsaženou v zákoně ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, dochází k obnovení pojistného principu při poskytování zdravotní péče, ovšem v kvalitativně jiném rozsahu než tomu bylo dříve. Zdravotní péče se nevrací zpět do systému nemocenského pojištění, ale konstituuje se jako samostatný pojistný systém vedle nemocenského pojištění. Toto tvrzení nevyvracejí ani některé poslední změny právní úpravy, které využívají propracovanějších a přesnějších termínů používaných v nemocenském pojištění. Přes sladění některých dílčích právních institutů používaných jak ve zdravotním, tak i v nemocenském pojištění, jsou zde zásadní odlišnosti, které jednoznačně určují, že zdravotní pojištění tvoří samostatný subsystém sociálního zabezpečení vedle systému nemocenského (ale i důchodového) pojištění.

Zdravotní pojištění zařazujeme a považujeme za součást širšího systému sociálního zabezpečení. Důvodem pro toto tvrzení je skutečnost, že ve zdravotním pojištění můžeme analyzovat formy, zásady a funkce, které jsou typické pro systém sociálního zabezpečení jako celek. Na druhé straně samozřejmě připouštíme (resp. musíme připustit), že zdravotní pojištění se liší svým předmětem od dalších součástí sociálního zabezpečení, ale jeho specifický předmět (péče o zdraví) je pouze dílem, částí

¹ Viz zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, v původním znění

celkového předmětu sociálního zabezpečení, jímž je realizace sociálních práv občana, předcházení, zmírňování a odstraňování nepříznivých sociálních událostí, v nichž se lidé mohou ocitnout. Pokusme se dále tyto naše teze rozebrat a odůvodnit.

a) Formy a zásady zdravotního pojištění

Formy sociálního zabezpečení znamenají jeho charakteristiku z hlediska postavení státu při tvorbě zdrojů sociálního zabezpečení a při organizaci sociálního zabezpečení. Formy sociálního zabezpečení můžeme však také charakterizovat z hlediska postavení člověka jako oprávněného subjektu v tomto systému. Stát v sociálním zabezpečení může vystupovat jako nositel systému sociálního zabezpečení nebo jako garant sociálního zabezpečení, event. jako iniciátor sociálního zabezpečení. Z hlediska postavení občana v sociálním zabezpečení hovoříme o formě zabezpečovací, formě pojišťovací nebo formě zaopatřovací².

Z hlediska postavení státu ve zdravotním pojištění můžeme říci, že se jedná o formu, v níž stát vystupuje jako **garant zdravotního pojištění**, jedná se tedy o **pojistný systém**. Stát vytváří právní rámec zdravotního pojištění, stanoví podmínky zdravotního pojištění. K provádění zdravotního pojištění vytváří speciální instituce, které vystupují odděleně od státu a hospodaří samostatně s prostředky účelově vytvořenými a určenými pro zdravotní pojištění. Tyto prostředky nejsou přímou součástí státního rozpočtu. S postavením státu jako garanta zdravotního pojištění však ještě souvisí i další jev, a to státní záruka fungování systému zdravotního pojištění i státní záruka poskytování plnění ze systému zdravotního pojištění. Uvedená forma je vyvoditelná zejména z ustanovení zákona ČNR č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně. Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen pojišťovna), která je citovaným zákonem zřízena k provádění zdravotního pojištění, je samostatnou právnickou osobou s právní subjektivitou (§ 2 odst. 2 cit. zákona), hospodaří samostatně s vlastním majetkem a vykonává právo hospodaření s majetkem jí svěřeným (§ 3). Pro postavení státu jako garanta systému zdravotního pojištění je důležité zejména ustanovení § 8 zákona ČNR č. 551/1991 Sb., které zakotvuje právě výše uváděnou státní záruku fungování zdravotního pojištění.

Stát v systému sociálního zabezpečení může mít i postavení **iniciátora systému**. Pokud stát vystupuje jako iniciátor, jeho působení se vyčerpává pouze tím, že vytváří právní prostor pro působení jiných subjektů v systému a vymezuje základní pravidla chování těchto subjektů. Stát však nezasahuje do organizování a provádění sociálního zabezpečení ani neposkytuje záruku fungování systému. S menší nepřesností se taková forma označuje jako doplňkové dobrovolné pojištění.

V právní úpravě zdravotního pojištění je vytvořen základní rámec pro vznik dalších subjektů, které budou provozovat zdravotní pojištění (§ 12 zákona ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, a zákon ČNR č. 280/1992 Sb.,

²K vymezení obsahu jednotlivých forem sociálního zabezpečení hlíže viz GALVAS M., GREGOROVÁ Z., Úvod do práva sociálního zabezpečení, MU, Brno 1992. s. 13 a násl.

o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách). Tyto další zdravotní pojišťovny zajišťují samozřejmě poskytování potřebné zdravotní péče, ale současně mohou zajišťovat i poskytování zdravotní péče nad základní rámec vytvořený Zdravotním řádem a souvisejícími předpisy. V této oblasti však už stát zůstává jen iniciátorem a neodpovídá za její fungování.

Z hlediska postavení občana v systému zdravotního pojištění a podmínek, které musí občan splnit, aby systém vůči němu začal působit, lze zdravotní pojištění označit jako **formu pojišťovací**. K zařazení občana do zdravotního pojištění je zapotřebí určitého finančního podílu na tvorbě zdrojů zdravotního pojištění. Tento podíl je vyjádřen cestou stanovení pojistného jako účelově určené přímé platby na vytváření fondu zdravotního pojištění (povinnost je stanovena v § 11 zákona ČNR č. 550/1991 Sb., skutečnost, že pojistné vytváří samostatný fond zdravotního pojištění pak vyplývá z § 4 zákona ČNR č. 551/1991 Sb.).

Sociální zabezpečení jako celek je budováno na určitých zásadách (principech), které vyjadřují základní myšlenky, cíle, které má systém sociálního zabezpečení realizovat³.

Jednou z nejdůležitějších zásad práva sociálního zabezpečení je **zásada všeobecnosti systému sociálního zabezpečení**. Základem zásady všeobecnosti systému sociálního zabezpečení je teoretický princip, který říká, že stát všem svým občanům má garantovat možnost dosahování určité hranice životní úrovně, event. určité úrovně služeb k zajištění sociálních práv. Z uvedené zásady lze vyvodit ještě další poznatek, a to, že základní podmínky vstupu do tohoto systému musejí být koncipovány tak, aby zahrnuły buď všechny občany státu (je-li systém budován na principu státní příslušnosti) anebo všechny fyzické osoby, které pobývají na jeho území (je-li systém budován na principu trvalého pobytu).

Zdravotní pojištění můžeme charakterizovat jako **pojištění všeobecné**; jeho základem je tedy zásada všeobecnosti systému sociálního zabezpečení. Všeobecnost v názvu systému zdravotního pojištění se váže k jeho osobnímu rozsahu. Při srovnání všech subsystémů sociálního zabezpečení můžeme říci, že osobní rozsah zdravotního pojištění je nejširší, protože se vztahuje na všechny fyzické osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR, za určitých podmínek je i tento rámec překročen. Zdravotní pojištění se vztahuje i na fyzické osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR za předpokladu, že jsou v pracovním nebo obdobném poměru k zaměstnavateli, který má sídlo na území ČR. Naproti tomu nemocenské pojištění i důchodové zabezpečení (stejně jako sociální pomoc či státní zaopatření) mají osobní rozsah svých pojistných vztahů podstatně omezenější (např. nemocenské pojištění zahrnuje pouze ekonomicky aktivní fyzické osoby, sociální péče osoby sociálně potřebné atp.). Navíc lze osobní rozsah zdravotního pojištění rozšířit smluvně i nad rozsah vyplývající z uvedených podmínek rozhodných pro účast ve zdravotním pojištění. Současně lze říci, že pro naplnění zásady všeobecnosti jsou podmínky pro vstupu do systému koncipovány tak, že zdravotní pojištění je budováno na podmínce trvalého

³Bliže viz Galvas M., Gregorová Z., op. cit., s. 16 a násl.

pobytu (ne podmínce státní příslušnosti, která byla použita před novelizací zákonem č. 161/1993 Sb.). V určitou nadsázkou je možno dovodit, že i podmínka trvalého pobytu je do jisté míry prolomena ve prospěch ještě širší „všeobecnosti“ (kritérium pracovního poměru bez splnění podmínky trvalého pobytu).

Zdravotní pojištění však můžeme označit i jako **pojištění povinné**. Touto charakteristikou chceme naznačit, že současné budované zdravotní pojištění představuje základní rámec pro poskytování zdravotní péče, kterou stát garantuje občanům, kteří žijí na jeho území. Svou garancí stát naplňuje tím, že občanům-fyzickým osobám ukládá ze zákona účast v tomto pojistném systému, splňují-li podmínky, jimiž stát svou garancí podmínil (tj. trvalý pobyt na jeho území anebo alespoň pracovní či obdobný poměr k zaměstnavateli se sídlem na jeho území). Občan, který splňuje stanovené podmínky, nemůže sám projevem vlastní vůle z tohoto systému vystoupit, neúčastnit se ho.

Další zásadou, která je určitým doplňkem zásady uvedené výše, je **zásada garance státu nad všeobecným systémem sociálního zabezpečení**. Zásada garance státu neznamená, že stát je povinen snášet veškeré náklady na systém sociálního zabezpečení. Výdaje na sociální zabezpečení mohou být kumulovány různými způsoby. Zásada garance však znamená, že v základním rozsahu všeobecnosti systému sociálního zabezpečení stát zaručuje, že stanovená plnění budou poskytována. O naplnění zásady garance státu nad zdravotním pojištěním jsme hovořili v podstatě výše v souvislosti s rozbohem forem sociálního zabezpečení, kde jsme bezpečně dovodili, že stát je v postavení garanta zdravotního pojištění.

Poslední obecnou systémovou zásadou sociálního zabezpečení je **zásada demokratičnosti systému sociálního zabezpečení**. Uvedená zásada se váže k principům, jimiž je určována výstavba a zejména řízení a spravování systému. Systém sociálního zabezpečení má být budován tak, aby umožňoval všem subjektům, které vstupují do tohoto systému, aby se mohly podílet na jeho řízení a spravování. Zejména je tato zásada uplatňována ve vztahu k příjemcům plnění ze systému, tj. zabezpečeným (pojištěncům).

Zdravotní pojištění je budováno na zásadě demokratičnosti, která vychází ze zajištění podílu pojištěnců (event. i dalších subjektů) na řízení a kontrole systému. Existenci této zásady v základu zdravotního pojištění lze dovodit zejména ze složení nejvyšších řídicích a kontrolních orgánů pojišťovny. Podle ustanovení § 20, 21, 22 a 23 zákona ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, jsou členy Správní rady a Dozorčí rady jak na úrovni Ústřední pojišťovny, tak na úrovni Okresní pojišťovny zástupci pojištěnců, ale i zástupci zaměstnavatelů. Stejná zásada se projevuje i v orgánech jiných zdravotních pojišťoven.

Domníváme se, že vzhledem k výše uvedeným rozborům lze přijmout závěr, že zdravotní pojištění je systémovou součástí sociálního zabezpečení.

b) Účel zdravotního pojištění

Zásadní odlišnosti, které určují samostatnost zdravotního pojištění jako systémové součásti sociálního zabezpečení, spočívají zejména v účelu tohoto systému. Účelem zdravotního pojištění je vytvoření právního základu a rámce pro poskytování léčebné a preventivní péče plně nebo částečně hrazené ze zdrojů vytvořených na základě účelově určených plateb. Vymezením předmětu úpravy se tak liší jak od nemocenského pojištění (jehož účelem je materiální zajištění občana při krátkodobějších sociálních událostech), tak i od důchodového zabezpečení, které zajišťuje materiálně občana v případě dlouhodobých sociálních událostí.

Základem pro vymezení účelu zdravotního pojištění je **Listina základních práv a svobod** jako součást ústavního pořádku ČR (usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku ČR). Článek 31 Listiny zakotvuje právo každého na ochranu zdraví a současně stanoví, že občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Zmocnění pro úpravu podmínek realizace práva na bezplatnou zdravotní péči je potom využito v souboru právních předpisů, které upravují veřejné všeobecné zdravotní pojištění.

Všeobecné zdravotní pojištění je upraveno v **zákoně ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění**, ve znění zákona ČNR č. 592/1992 Sb., zákona ČNR č. 10/1993 Sb., zákona ČNR č. 15/1993 Sb. a zákona č. 161/1993 Sb. Druhým základním právním předpisem, který upravuje některé otázky všeobecného zdravotního pojištění, je **zákon ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění**, ve znění zákona ČNR č. 10/1993 Sb., zákona ČNR č. 15/1993 Sb. a zákona č. 161/1993 Sb. Institucionální otázky, tj. stanovení subjektu, který bude nositelem zdravotního pojištění, a úprava jeho právního postavení, jsou potom obsaženy v **zákoně ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně**, ve znění zákona ČNR č. 592/1992 Sb. a zákona ČNR č. 10/1993 Sb. K právní úpravě všeobecného zdravotního pojištění je nutno doplnit ještě nařízení vlády ČR č. 216/1992 Sb., kterým se vydává Zdravotní řád a provádějí některá ustanovení zákona ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění nařízení vlády ČR č. 50/1993 Sb.

Potřebnou zdravotní péčí se rozumí zdravotní péče plně nebo částečně hrazená ze zdravotního pojištění a zahrnuje se do ní:

- a) diagnostická péče, léčebná péče ambulantní i ústavní včetně rehabilitace a péče o chronicky nemocné,
- b) prevence podle obecně závazných právních předpisů,
- c) poskytování léčiv a prostředků zdravotnické techniky za podmínek stanovených tímto zákonem,
- d) doprava nemocných a náhrada cestovních nákladů do nejbližšího smluvního zdravotnického zařízení, které je oprávněno zdravotní péči poskytovat, vyžaduje-li to nezbytně jejich zdravotní stav,

e) lázeňská péče a zvláštní léčebná péče poskytovaná podle doporučení lékaře jako nezbytná součást léčebného procesu.

Bližší podmínky pro poskytování zdravotní péče plně nebo částečně hrazené na účet zdravotního pojištění jsou stanoveny ve Zdravotním řádu, který byl vydán jako nařízení vlády ČR č. 216/1992 Sb., kterým se vydává Zdravotní řád a provádějí některá ustanovení zákona ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění nařízení vlády ČR č. 50/1993 Sb.

c) Osobní rozsah zdravotního pojištění

Pro určení způsobů, jimiž vzniká všeobecné zdravotní pojištění je důležitý tzv. **osobní rozsah pojištění**. Osobní rozsah pojištění stanoví, kteří občané jsou tohoto pojištění účastní, je tím vlastně vysvětlován pojem všeobecnosti zdravotního pojištění.

Osobní rozsah zdravotního pojištění doznal v době své krátké existence podstatných změn, týkajících principu, na němž je všeobecnost zdravotního pojištění budována. V původní úpravě osobního rozsahu zdravotního pojištění se uplatňoval princip státní příslušnosti (původně ještě státní příslušnosti ČSFR) v kombinaci s principem trvalého pobytu na území ČR. Vedle těchto dvou základních principů byly použity i některé další pomocné principy, které základní osobní rozsah poněkud rozšiřovaly, vždy však s dodržением principu státní příslušnosti (např. existence pracovního nebo obdobného poměru), výjimku tvořili cizí státní příslušníci nebo osoby bez státní příslušnosti, kteří neměli nárok na poskytnutí bezplatné péče na základě mezinárodních úmluv, ale platilo u nich pomocné kritérium pracovního nebo obdobného poměru.

Zdravotního pojištění byli účastní podle zákona o všeobecném zdravotním pojištění v původním znění:

- občané ČSFR, kteří měli trvalý pobyt na území ČR),
- občané ČSFR trvalým pobytem na území Slovenské republiky, jestliže na území České republiky byli v pracovním nebo obdobném poměru anebo zde byli samostatně výdělečně činní,
- občané ČSFR, kteří sice neměli na území ČSFR trvalý pobyt, ale byli v pracovním nebo obdobném poměru k zaměstnavateli, který měl sídlo nebo trvalý pobyt na našem území,
- cizí státní příslušníci a osoby bez státní příslušnosti, kteří neměli nárok na poskytnutí bezplatné péče na základě mezinárodních úmluv a byli v pracovním nebo obdobném poměru k zaměstnavateli, který měl sídlo nebo trvalý pobyt na našem území, nebo kteří požívali důchod z naší důchodové soustavy.

Ze zdravotního pojištění podle zákona o všeobecném zdravotním pojištění

v původním znění byli vyňati :

- občané ČSFR bez trvalého pobytu na území ČSFR, kteří na našem území pracovali pouze přechodně pro zaměstnavatele, který zde neměl ani sídlo ani trvalý pobyt,
- cizí státní příslušníci a osoby bez státní příslušnosti, kteří pracovali na našem území pouze přechodně pro zaměstnavatele, který zde neměl sídlo ani trvalý pobyt, nebo pro zaměstnavatele, který požíval diplomatické výsady a imunity.

Všeobecné zdravotní pojištění pak vzhledem k osobnímu rozsahu vznikalo, tak jak bylo řečeno již výše, bez závislosti na vůli občana, přímo ze zákona, nastala-li některá ze zákonem stanovených skutečností. Skutečnostmi, které podle původní právní úpravy zakládaly všeobecné zdravotní pojištění, byly:

- narození (občan ČSFR s trvalým pobytem na území ČR,
- den nástupu do pracovního nebo obdobného poměru nebo den zahájení samostatné výdělečné činnosti (občan ČSFR s trvalým pobytem na území SR),
- den nástupu do pracovního nebo obdobného poměru (občan ČSFR bez trvalého pobytu na našem území nebo cizí státní příslušník či osoba bez státní příslušnosti),
- nabytí občanství ČSFR a získání trvalého pobytu na území ČR,
- získání trvalého pobytu na území ČR.

Všeobecné zdravotní pojištění zase vzhledem k vymezení jeho osobního rozsahu zanikalo rovněž na základě skutečností stanovených zákonem o všeobecném zdravotním pojištění, a to:

- smrt občana nebo jeho prohlášení za mrtvého,
- skončení pracovního nebo obdobného poměru nebo ukončení samostatné výdělečné činnosti na našem území,
- zánik občanství ČSFR,
- ukončení trvalého pobytu na území ČR.

Současná platná právní úprava osobního rozsahu zdravotního pojištění vyplývá ze zákona č. 161/1993 Sb., o změnách ve všeobecném zdravotním pojištění a o změnách a doplněních některých dalších zákonů. Tímto zákonem byla novelizována ustanovení § 3 a 5, která upravují osobní rozsah a vznik a zánik zdravotního pojištění. Při vymezení osobního rozsahu byla plně uplatněna zásada všeobecnosti zdravotního pojištění opřená pouze o kritérium trvalého pobytu s pomocným kritériem pracovního nebo obdobného poměru. Plně je upuštěno od kritéria státní příslušnosti. Domnívám se, že použití kritéria trvalého pobytu lépe naplňuje zásadu všeobecnosti systému než kritérium státní příslušnosti. Současně použití tohoto kritéria odpovídá článku 9 Úmluvy MOP č. 102 o minimální normě sociálního zabezpečení, kterou jsme ratifikovali 11. 1. 1990 (publikována pod. č. 461/1991 Sb.)⁴.

⁴Viz blíže PÍCHOVÁ I., MATYÁŠEK P., Mezinárodní dokumenty pracovního práva a sociálního zabezpečení, MÚ, Brno 1993, s. 134 a násl.

Princip trvalého pobytu, podle našeho názoru, rovněž lépe odpovídá zásadám, na nichž je budováno sociální zabezpečení v rámci Evropských společenství.

Podle současné právní úpravy (§ 3 zákona ČNR č. 550/1991 Sb. v platném znění) jsou zdravotního pojištění účastny:

- osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR,
- osoby, které jsou v pracovním nebo obdobném poměru k zaměstnavateli, který má sídlo na území ČR, bez ohledu na trvalý pobyt těchto osob.

Ze zdravotního pojištění jsou vyňaty:

- osoby, které nemají na území ČR trvalý pobyt a jsou zde činné pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výsad a imunit nebo zde nemají sídlo, a dále
- osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině a neplatí pojistné (i když mají na území ČR trvalý pobyt).

V souladu s vymezeným osobním rozsahem zdravotního pojištění pak podle § 5 odst. 1 zákona ČNR č. 550/1991 Sb., v platném znění, **právní vztah zdravotního pojištění vzniká na základě následujících právních skutečností:**

- narození u osoby s trvalým pobyt na území ČR,
- den nástupu do pracovního nebo obdobného poměru k zaměstnavateli, který má sídlo na území ČR,
- získání trvalého pobytu na území ČR.

Právní vztah zdravotního pojištění podle § 5 odst. 2 zákona ČNR č. 550/1991 Sb., v platném znění, zaniká na základě těchto právních skutečností:

- úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého,
- skončení pracovního nebo obdobného poměru na území ČR (pokud nejde o osobu s trvalým pobytem na území ČR),
- ukončení trvalého pobytu na území ČR (pokud nejde o osobu v pracovním nebo obdobném poměru k zaměstnavateli se sídlem na území ČR).

Osobní rozsah zdravotní pojištění může však být ještě širší a přesahovat okruh osob stanovených výše zmíněnými dvěma kritérii. Podle § 19 zákona ČNR č. 550/1991 Sb., v platném znění, může totiž být účastna zdravotního pojištění i další osoba, která nespĺňuje stanovená kritéria, avšak uzavřela pojistnou smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Právní skutečností, která v tomto případě zakládá zdravotní pojištění, je pojistná smlouva. Zdravotní pojištění pak končí i rozvázáním pojistné smlouvy, event. mohlo by končit i uplynutím doby, pokud pojistná smlouva byla sjednána na dobu určitou.

d) Pojistné a plátcí pojistného

Všeobecné zdravotní pojištění je budováno na principu pojistném, což znamená, že určené subjekty jsou povinny provádět účelově určené platby na vytváření zdrojů pro úhradu potřebné zdravotní péče. Tyto účelově určené platby jsou označovány jako **pojistné**.

Subjekty, které jsou povinny platit pojistné, označuje právní úprava za **plátce pojistného**. Mezi ně patří:

- **pojištěnec**, který je plátcem pojistného buď jako zaměstnanec (v pracovním nebo obdobném poměru), nebo jako osoba samostatně výdělečně činná, či osoba s jinými vlastními příjmy, nebo dokonce jako osoba s trvalým pobytem na území ČR (osoba bez vlastních příjmů), pokud za něho není plátcem pojistného stát,
- **zaměstnavatel**, který je plátcem pojistného proto, že zaměstnává občany v pracovním nebo obdobném poměru. Platí pojistné za své zaměstnance s výjimkou těch zaměstnanců, kteří jsou příjemci rodičovského příspěvku, jsou na mateřské nebo další mateřské dovolené, nebo pobírají peněžitou pomoc v mateřství (muži), a zaměstnavatel po tuto dobu omlouvá jejich nepřítomnost v práci. Zaměstnavatel dále neplatí pojistné za osoby, které má v pracovním poměru, ale poskytl jim pracovní volno bez náhrady příjmů, a tyto osoby jsou v poskytnutém pracovním volnu činné pro jiný subjekt, který platí pojistné jako zaměstnavatel. Povinnost platit pojistné je pro zaměstnavatele omezena ještě ve vztahu k osobám, které jsou dlouhodobě v cizině a jsou tam zdravotně pojištěny. Zaměstnavatelem se rozumí každá právnická či fyzická osoba, která zaměstnává pojištěnce v pracovním nebo obdobném poměru,
- **stát**, který je prostřednictvím státního rozpočtu plátcem pojistného za některé kategorie pojištěnců.

Určení povinnosti platit pojistné i státu je důsledkem jednak všeobecnosti zdravotního pojištění, které zahrnuje všechny osoby s trvalým pobytem na našem území bez ohledu na jejich ekonomickou aktivitu, a jednak vázanosti povinnosti platit pojistné na schopnost zajistit si příjmy pro krytí vlastních potřeb samostatnou ekonomickou aktivitou. Stanovení kategorií občanů, kde plátcem pojistného je stát, je vyjádřením toho, že systém zdravotního pojištění zohledňuje některé životní situace občana a považuje je za tak důležité, že tvoří překážku vlastní ekonomické aktivity. Vymezení takových situací (resp. postavem) člověka není věcí jednoduchou, o čemž svědčí i to, že tato kategorie v průběhu krátké existence zdravotního pojištění byla v podstatě měněna při každé novelizaci zákona ČNR č. 550/1991 Sb.

Podle platné právní úpravy je stát plátcem pojistného za následující skupiny pojištěnců:

- a) **nezaopatřené děti**. Za nezaopatřené dítě se považuje každé dítě ve věku do skončení povinné školní docházky. Po skončení povinné školní docházky se za

nezaopatřené považuje dítě, které se soustavně připravuje na budoucí povolání studiem nebo předepsaným výcvikem, které se nemůže soustavně připravovat na budoucí povolání nebo být zaměstnáno pro nemoc, které pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav není schopno se soustavně připravovat na budoucí povolání anebo je schopno se na ně připravovat jen za mimořádných podmínek a které pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je neschopno vykonávat soustavné zaměstnání nebo výkon takového zaměstnání by vážně zhoršil jeho zdravotní stav. Nejdéle však může být dítě považováno za nezaopatřené při plnění výše uvedených podmínek do 26. roku svého věku⁵.

Hranice 26 let je prolomena pouze u studentů vysokých škol (§ 20b cit. zákona), kteří jsou považováni za nezaopatřené dítě, i když jsou starší 26 let, pouze však do 31. prosince 1998.

- b) poživatelé důchodů českého důchodového zabezpečení⁶;
- c) příjemce rodičovského příspěvku bez ohledu na to, zda jsou v pracovním poměru;
- d) osoby na mateřské a další mateřské dovolené a muže, kterým se po dobu jejich nepřítomnosti v práci poskytuje podle předpisů o nemocenském pojištění peněžité pomoci, rovněž bez ohledu na to, zda jsou v pracovním nebo obdobném poměru;
- e) uchazeče o zaměstnání, kteří jsou vedeni v seznamu uchazečů o zaměstnání podle zákona č. 1/1991 Sb., o zaměstnanosti bez ohledu na to, zda jsou zařazeni do veřejně prospěšných prací;
- f) osoby, které pobírají dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby (podle zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení a zákona ČNR č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti);
- g) osoby převážně nebo úplně bezmocné a osoby, které pečují o převážně nebo úplně bezmocnou osobu či o dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě (tento stav osoby, o níž je pečováno, musí být konstatován stanoveným způsobem, tj. rozhodnutím orgánů sociálního zabezpečení);
- h) osoby, které konají službu v ozbrojených silách nebo civilní službu (nejen základní a náhradní službu, ale i vojáci v záloze povolání k vojenskému cvičení);
- i) osoby, které jsou ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody;
- j) osoby, které jsou odkázány na poživatelé důchodu, jemuž byl z tohoto důvodu upraven důchod jako jediný zdroj příjmu;
- k) osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na důchod, avšak nesplňují další podmínky pro přiznání tohoto důchodu (např. nedosáhly potřebné doby zaměstnání) a nemají žádné příjmy z ekonomické aktivity, popřípadě nepobírají důchody z ciziny. Podmínka neexistence vlastního příjmu je splněna,

⁵ § 49 odst. 2 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení

⁶ Podle § 7 písm. a) zákona č. 100/1988 Sb., v platném znění, jsou do soustavy důchodů poskytovaných z důchodového zabezpečení zařazeny důchody starobní, invalidní, částečně invalidní, za výsluh let, vdovské, vdovecké, sirotčí, manželky a sociální.

i když je tato osoba ekonomicky aktivní, její příjem (event. důchod z ciziny) však nepřesahuje měsíčně výši minimální mzdy. Pokud by tato osoba překročila hranice povoleného příjmu, není pak již považována za osobu, kde plátcem pojistného je stát,

- l) osoby, které celodenně osobně a řádně pečují alespoň o jedno dítě ve věku do 7 let nebo nejméně o dvě děti ve věku do 15 let, připouští se i určitá ekonomická aktivita těchto osob, která je však limitována maximální výší možného příjmu (77 % minimální mzdy v měsíci). Pokud taková osoba by překročila hranice možného příjmu, není už nadále považována za osobu, ze níž je plátcem pojistného stát.

Jestliže osoby uvedené pod písmenem a) až j), za něž je plátcem pojistného stát, mají příjmy z pracovního nebo obdobného poměru anebo jsou samostatně výdělečně činné, event. mají jiné vlastní příjmy, zůstávají v kategorii osob, kde je plátcem stát. Stát nadále platí za tyto osoby pojistné, samozřejmě však i tyto osoby jsou povinny ze svých příjmů odvádět pojistné buď samostatně (samostatná výdělečná činnost nebo jiné vlastní příjmy), nebo spolu se zaměstnavatelem (pracovní nebo obdobný poměr). Nastává zde tzv. souběh povinnosti platit pojistné. Souběh povinnosti státu a pojištěnce platit pojistné nemůže nastat v případech osob uváděných pod písm. k) a l) výše uvedeného výčtu. Souběh povinnosti platit pojistné je vyloučen přímo formulací podmínek, za nichž jsou tyto osoby zařazeny do kategorie, kde plátcem pojistného je stát (§ 6 odst. 4 písm. k) a l) zákona ČNR č. 550/1991 Sb. v platném znění) a dále vyloučení souběhu vyplývá i z ustanovení § 6 odst. 5 citovaného zákona.

Souběh povinnosti platit pojistné nastává nejen v případě, že pojištěnec je zařazen v kategorii, kde je plátcem stát, a sám má vlastní příjmy. Souběh povinnosti platit pojistné na všeobecné zdravotní pojištění může pro pojištěnce nastat i v dalších případech, tj. kdy splňuje podmínky pro zařazení do skupiny plátců pojistného z různých důvodů – např. pojištěnec je plátcem pojištění z titulu zaměstnance a současně z titulu osoby samostatně výdělečně činné nebo ze dvou (či více) zaměstnání nebo z více samostatných výdělečných činností či jiných vlastních příjmů.

Zdravotní pojištění je velmi mladou součástí systému sociálního zabezpečení. Svými formami i zásadami odpovídá formám a zásadám, které jsou typické pro systém sociálního zabezpečení. Protože je však novým institutem právního řádu, lze předpokládat, že jeho vývoj ještě není zdaleka ukončen a v průběhu doby dozná některých dalších změn. Na základě výše uvedeného rozboru obecných otázek zdravotního pojištění se však domnívám, že podstatné změny již nebudou realizovány v otázkách základních, tj. osobní rozsah zdravotního pojištění a pojistný princip jako základ zdravotního pojištění.

SUMMARY

On Some Problems of Health Insurance

The paper deals with the issues of general health insurance. The main attention is paid to the principles of overall health insurance in general and their application in the present Czech legal regulation of health insurance.

The author also draws her attention to the determination of personal scope of general health insurance, she especially examines the changes that have arisen in the personal scope of health insurance within its short period of existence in the Czech legal regulation. In This connection she also investigates the issues relating to the payers of overall health insurance.

At the end of her paper, the author tries to generalize existing information and evaluate the legal regulation of overall health insurance.