

Osnova pro srovnání variant organizace systému úrazového pojištění zaměstnavatelů

Na úvod si dovoluujeme zdůraznit, že diskuze nad transformací systému úrazového pojištění zaměstnavatelů nesmí být zploštěna na pouhý diskurz o přechodu agendy na jiné subjekty. Je třeba celý systém podrobit důkladné analýze a reálným potřebám.

Jakákoliv změna současného způsobu provádění úrazového pojištění zaměstnavatelů musí reflektovat skutečnost, že z podstaty věci s sebou všechny pracovní úrazy a nemoci z povolání inherentně nesou i úhradu nákladů z prostředků veřejného zdravotního pojištění. V současné chvíli je tato inherentní souvztažnost zhmotněna pouze v informační povinnosti vůči zdravotním pojišťovnám, což je však naprosto nedostatečné.

Paradoxem této situace pak je fakt, že mnohdy několika násobně vyšší náklady nejsou nikterak systémem pojištění kryty a zůstávají buď na bedrech zaměstnavatele, či jsou hrazeny z prostředků jiného pojistného systému, který tak de facto i de iure sanuje závažnou mezeru v platné úpravě. Této disproporcii by mělo být v rámci transformace systému úrazového pojištění zaměstnavatelů zamezeno a tento nadále neudržitelný stav napraven.

Diskuze tedy musí být otevřena i nad tímto aspektem úrazového pojištění zaměstnavatelů, a to buď ve formě rozšíření pokrytí pojištění i na náklady vzniklé ze systému veřejného zdravotního pojištění, nebo formou jednotného správce obou pojistných systémů, v jehož působnosti dojde k dostatečné synergii.

I. Organizace systému

1. Riziko v odlišnosti přístupu nositele pojištění vůči poškozeným a zaměstnavatelům.

V předloženém materiálu MPSV je navrhován přístup, **kdy je pojistníkem (plátcem pojistného) zaměstnavatel, který sám vyplácí pojistná plnění zaměstnanci a kdy jsou mu tato pojistná plnění refundována nositelem pojištění.** Tento přístup byl zapracován i do jednotné osnovy pro rozpracování jednotlivých subvariant varianty II, která byla projednána na prvním jednání odborné komise.

Ze zvolené varianty II vyplývají základní předpoklady:

- zachová **objektivní odpovědnost zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu, zákonné pojištění zaměstnavatele a současný systém náhrady škody** způsobené pracovním úrazem v rozsahu upraveném zákonem č. 262/2006 Sb., zákoník práce,
- povinnost provádět odškodnění **bude mít zaměstnavatel, kterému bude nositel pojištění odpovědnosti zaměstnavatele poskytnutou náhradu škody refundovat,**
- pojištěn bude ze zákona zaměstnavatel uzavřením pracovněprávního vztahu se svým prvním zaměstnancem,
- volbu pojišťovny bude provádět zaměstnavatel
- nositel pojištění (zdravotní pojišťovna) bude

- vybírat pojistné a provádět kontrolu plnění povinností zaměstnavatelů, při placení pojistného a kontrolu správné výše plnění náhrady škody vůči zaměstnanci vzhledem k výši refundované částky
- provádět zaměstnavateli refundaci pojistných plnění (náhrad škody), které zaměstnavatel vyplatil zaměstnanci
- poskytovat náhradu škody oprávněným osobám (zaměstnancům) přímo pouze v případě, kdy zaměstnavatel nesplní svou povinnost a náhradu škody neposkytne nebo v případě zániku zaměstnavatele
- poskytovat poradenskou činnost zaměstnavatelům a poškozeným zaměstnancům v případech, kdy odpovědný zaměstnavatel neplní své povinnosti),
- vytvářet a spravovat fond prevence.

V uvedeném postupu shledáváme následující:

Výhody:

- komunikace nositele pojištění pouze s pojistníkem, mimo případy, kdy pojistník zanikne nebo neplní své povinnosti vůči pojištěnci
- zachování stávajícího systému náhrad škod dle č. 262/2006 Sb., zákoník práce, bez nutnosti rozsáhlejších legislativních úprav v této oblasti

Nevýhody:

- prodleva v realizaci pojistných plnění při neplnění povinností zaměstnavatelem
- zvýšení administrativního zatížení nositele pojištění (pojišťovny) při kontrole správy a výplaty pojistných plnění zaměstnanci zaměstnavatelem – jedná se však v zásadě o marginální záležitost

Poznámka:

Další možná varianta přístupu je následující:

Pojistníkem (plátcem pojistného) bude nadále zaměstnavatel, a pojištěncem (oprávněnou osobou) bude zaměstnanec, který bude odškodnění požadovat přímo po nositeli pojištění – zdravotní pojišťovně.

V uvedeném postupu shledáváme následující:

Výhody:

- *Zaměstnavatel bude nadále platit za své zaměstnance pojistné, likvidaci pojistné události již bude v celém rozsahu provádět příslušná zdravotní pojišťovna.*
- *Z hlediska zaměstnance je v této variantě významné snížení rizika možnosti výpadku plnění např. při neplnění povinností ze strany zaměstnavatele při výplatě pojistných plnění (náhrady škody zaměstnanci), nebo zániku zaměstnavatele.*
- *Z hlediska zaměstnavatele výrazně nižší administrativní zatížení (tedy bez správy pojistných plnění)*

Nevýhody:

- *tato varianta plně neodpovídá současné právní úpravě odškodňování zaměstnanců při pracovních úrazech a nemocech z povolání, byla by třeba úprava legislativy*
-

2. Předpokládaná komplexita změny, způsob stanovení příslušnosti zaměstnavatele (občana) k nositeli pojištění zaměstnavatele a přechod mezi nositeli pojištění.

Volba příslušné zdravotní pojišťovny pro úrazové pojištění zaměstnavatelem

Zaměstnavatel bude ze zákona pojištěn uzavřením pracovněprávního vztahu se svým prvním zaměstnancem, a provede volbu svého nositele pojištění (zdravotní pojišťovny).

Zaměstnavatel je pojištěn jako pojistník u jediného nositele pojištění. Zaměstnanec vůči nositeli pojištění není v přímém vztahu, ale prostřednictvím pojistníka. Pouze v případě výpadku plnění povinností ze strany pojistníka vůči pojištěnci, nebo při zániku pojistníka, se dostane pojištěnec do přímého vztahu s nositelem pojištění s požadavkem na realizaci pojistných plnění.

Přechod mezi nositeli pojištění se prioritně týká pojistníka (který provádí volbu nositele pojištění) a nikoli pojištěnce (zaměstnance).

Navržená varianta v zásadě odpovídá současnému stavu legislativy.

Přechod mezi nositeli pojištění nese jedinou otázku, kdo a jakým způsobem vypořádá nárok zaměstnance vůči zaměstnavateli při vzniku škodní události ve vztahu k původnímu nositeli pojištění (u kterého byl pojistník pojištěn v době vzniku pojistné události) a k novému nositeli pojištění.

Jsou v zásadě dvě možné varianty

- Vypořádání závazků provede až do úplného vypořádání nároku původní nositel pojištění,
 - o Vzhledem k novému nositeli pojištění žádný přenos informací od původního nositele pojištění
 - o Komunikace pojistitele s nositelem pojištění, u kterého již není pojištěn – z administrativního hlediska nejde ani u nositele pojištění ani u pojistníka o výrazné zvýšení jeho náročnosti
- Při průběžném způsobu financování převezme plnění k vypořádání nároku nový nositel pojištění
 - o zde je nebezpečí účelového přechodu pojistníka „na doporučení nositele pojištění“
 - o nutnost administrování převodu (zbylého rozsahu) nároků ze starého nositele na nového nositele pojištění

Zdravotní pojišťovny jsou schopny administrovat obě navržené varianty,

Preferována je varianta úplného vypořádání původním nositelem pojištění, což vyhovuje také praxi vyplývající z Nařízení Rady EU.

Dle našeho názoru u pojistníků (zaměstnavatelů) nedojde k zásadní změně v administrativní náročnosti

Požadavky na legislativní úpravu:

- Definovat možnosti změny nositele pojištění pojistníkem
- Definovat vypořádání „starých nároků“ u původního nositele pojištění po volbě nového – zde navrhuje nepřenášet nároky plnění na nového nositele pojištění

Tato varianta je jako jediná uvedena v předloženém nevládním materiálu, a byla uvedena jako jediná možná v jednotné osnově pro rozpracování jednotlivých subvariant varianty II, která byla projednána na prvním jednání odborné komise.

Výhody

- o Tato varianta neodporuje současné legislativě
- o Pro pojistníka neznámá zvýšení administrativní zátěže oproti současnému stavu

Nevýhody:

- o Jedná se o finančně náročnější alternativu pro zdravotní pojišťovny – nutnost vytvoření a vedení dalšího registru zaměstnavatelů vč. všech zaměstnanců, zaměstnaných u zaměstnavatele a z toho vyplývající také – vyšší vstupní náklady na vytvoření SW
- o obtížnější kontrolní činnost – kontrola odvodu pojistného na veřejné ZP a úrazové pojištění u vlastních pojištěnců a kontrola odvodu pojistného na úrazové pojištění i u pojištěnců jiných

ZP, pojištěných u zdravotní pojišťovny pouze z důvodu úrazového pojištění – jedná se však o marginální navýšení rozsahu činností kontrolních pracovníků

Nevýhody do jisté míry eliminuje propojení agendy veřejného zdravotního pojištění a úrazového pojištění a pojištění nemocí z povolání (pro pojištěnce jediné zdravotní pojišťovny, kdy jsou vytvořeny podmínky pro optimalizaci a zajištění účelnosti a efektivnosti vynakládání prostředků.)

Poznámka:

Vzhledem k těmto nevýhodám navrhuje další možnou variantu – (Varianta 2) – volba jediné příslušné zdravotní pojišťovny pro úrazové pojištění a veřejné zdravotní pojištění zaměstnancem

Výhody:

- Úrazové pojištění bude svázáno s veřejným zdravotním pojištěním vč. přechodu na zdravotní pojišťovnu, pokud se ke změně rozhodne zaměstnanec.
- Občan zaměstnanec – volbou zdravotní pojišťovny pro účely všeobecného zdravotního pojištění provede zároveň volbu své příslušnosti k pojišťovně zajišťující úrazové pojištění. Pojištěnec má, a nadále by měl, zákonnou povinnost při změně zdravotní pojišťovny informovat o této změně svého zaměstnavatele.
- Pojistníkem (plátcem pojistného) je zaměstnavatel

Propojení obou agend dotčených typů pojištění u jednoho nositele umožní sledování a vyhodnocování čerpání finančních prostředků z obou typů pojištění v jejich vzájemné souvislosti, a tím vytvoří **podmínky pro optimalizaci a zajištění účelnosti a efektivnosti vynakládání prostředků v souvislosti s pracovním úrazem nebo nemocí z povolání, a to jak z prostředků veřejného zdravotního pojištění, tak úrazového pojištění.**

I zde je nutno zvážit přechod závazků z úrazového pojištění z pojišťovny na pojišťovnu za pojištěncem. Jsou v zásadě dvě obdobné varianty jako u navrhované varianty.

- 1) při přechodu zaměstnance od zdravotní pojišťovny k jiné zdravotní pojišťovně plnění by nadále prováděla zdravotní pojišťovna, u které byl zaměstnanec pojištěn při vzniku pojistné události, nebo
- 2) by zbylé závazky převzala nově zvolená zdravotní pojišťovna, tj. závazky by zůstaly u původního pojistitele.

Preferujeme variantu, kdy by plnění nadále prováděla zdravotní pojišťovna, u které byl zaměstnanec pojištěn při vzniku pojistné události. Předběžně se však jeví v případě průběžného financování akceptovatelnou i druhá varianta. Zdravotní pojišťovny jsou schopné provozovat oba způsoby přechodů závazků.

Výhody:

- Jedná se o méně finančně náročnou alternativu pro zdravotní pojišťovny – odpadá nutnost vytvoření a vedení dalšího registru zaměstnavatelů a zaměstnanců, zaměstnaných u zaměstnavatele ale nepojištěných u zdravotní pojišťovny na veřejné zdravotní pojištění – nižší vstupní náklady na vytvoření SW než u Varianty 1
- Kontrola odvodu pojistného na veřejné ZP a na úrazové pojištění a nemoci z povolání pouze u vlastních pojištěnců
- výhody vzniklé propojením agendy veřejného zdravotního pojištění a úrazového pojištění a pojištění nemocí z povolání u pojištěnce jediné zdravotní pojišťovny, kdy jsou vytvořeny podmínky k pro optimalizaci a zajištění účelnosti a efektivnosti vynakládání prostředků

Nevýhody:

- tato varianta plně neodpovídá současné právní úpravě odškodňování zaměstnanců při pracovních úrazech a nemocech z povolání, byla by třeba značná úprava legislativy

3. Zhodnocení administrativní náročnosti pro zaměstnavatele (placení pojistného, výplata plnění, evidenční povinnosti)

Administrativní úkony pro úrazové pojištění jsou v zásadě shodné s úkony pro zajištění veřejného zdravotního pojištění jak pro nositele pojištění, tak pro pojistníka (zaměstnavatele) jak v předpokládané variantě řešení tak i v předložené alternativní Variantě 2 (dle bodu 2):

Pro účely veřejného zdravotního pojištění je zaměstnavatel povinen evidovat své zaměstnance a tyto přihlásit u příslušných zdravotních pojišťoven (u kterých jsou zaměstnanci pojištěni).

V případě volby jediného nositele pojištění na úrazové pojištění a nemoci z povolání by zaměstnavatel **měl navíc povinnost** tomuto nositeli pojištění provést oznámení o všech svých zaměstnancích bez ohledu na jimi zvolenou zdravotní pojišťovnu provádějící veřejné zdravotní pojištění.

Poznámka:

V krajním případě, by žádný z jeho zaměstnanců nebyl pojištěncem u zvolené zdravotní pojišťovny na veřejné zdravotní pojištění a tedy pouze jako pojištěnci na úrazové pojištění a nemoci z povolání.

Plnění oznamovací povinnosti i odvod pojistného za své zaměstnance provádí zaměstnavatel příslušným zdravotním pojišťovnou již v současnosti, zvýšení administrativní zátěže pro zaměstnavatele při plnění oznamovací povinnosti tj. hlášení změn ve stavu pojištěnců na veřejné zdravotní pojištění příslušným pojišťovnou a ohlášení změn ve stavu pojištěnců na úrazové pojištění a nemoci z povolání jedné, jím zvolené zdravotní pojišťovně, nebude oproti stávajícímu stavu výrazně odlišné; (navíc pouze provede příslušná oznámení o zaměstnancích, pojištěných na veřejné zdravotní pojištění u jiných pojišťoven) obdobně pak tomu bude při odvodu pojistného jedné, jím zvolené příslušné zdravotní pojišťovně, provádějící pojištění na úrazové pojištění a nemoci z povolání o pojistné na úrazové pojištění. Což ostatně zaměstnavatel provádí v uvedeném rozsahu již v současném systému pojištění pracovních úrazů a nemocí z povolání u komerčních pojišťoven.

Zaměstnavatel je již v současnosti povinen zasílat příslušné zdravotní pojišťovně kopie záznamu o pracovním úrazu.

Jsme přesvědčeni, že ani případná výplata plnění z úrazového pojištění zaměstnanci prostřednictvím zaměstnavatele, pokud bude takto definována v příslušné právní normě, zaměstnavatele i nadále enormně nezatíží, ať již se bude jednat o výplatu plnění v průběhu pracovního poměru nebo po jeho ukončení.

Poznámka:

Stav je 56 328 případů počtu škod hlášených k vyřízení (bez rent) z úrazového pojištění zaměstnavatele v roce 2013 (trendem je jejich snížení z 91 566 případů v roce 2000 na uvedených 56 328 v roce 2013) na 269 734 zaměstnavatelů (Statistika ČSSZ – komunikující zaměstnavatelé k 31. 12. 2013)

4. Administrativní náročnost výběru pojistného pro nositele pojištění (včetně koordinace a kontroly u více nositelů pojištění).

Zdravotní pojišťovny již v současnosti mají fungující a efektivní systém výběru pojistného, kontrolní činnosti a vymáhání pohledávek u zaměstnavatelů. Zde by nevznikl žádný problém v případě rozšíření rozsahu oznamovaných skutečností zaměstnavatelem, odvodu pojistného a při provádění kontrolní činnosti i při rozšíření kontrolovaných odvodů pojistného o odvod pojistného na povinné pojištění zaměstnavatele k zabezpečení zaměstnanců při pracovním úrazu a nemoci z povolání jak v navrhované variantě, tak i v alternativní Variantě 2 (dle bodu 2).

Nově bude požadována kontrola evidence plnění z úrazového pojištění a nemocí z povolání a správnost jejich vyplácení zaměstnanci zaměstnavatelem. Současný systém kontrolní činnosti u zdravotních pojišťoven nebude třeba měnit ani nebude třeba navyšovat počty kontrolních pracovníků, maximálně dojde k mírnému nárůstu doby na provedení kontrolní činnosti u zaměstnavatelů, avšak bez ohrožení délky celkové doby na zkontrolování všech těchto subjektů vzhledem k promlčecí době.

5. Organizace procesu hodnocení poškození zdraví (vně nebo uvnitř nositele pojištění) – rychlost, soustavnost (povinná či namátková kontrola jednotlivých případů), zajištění kvality.

Zdravotní pojišťovny mohou prioritně využít pro hodnocení rozsahu poškození zdraví své zaměstnance - revizní lékaře, tedy **interní systém lékařské kontroly**, i když nevylučujeme, v případě chybějících specialistů z řad revizních lékařů, aby pak by byla možná varianta smluvního vztahu např. s lékaři, se kterými mají zdravotní pojišťovny smlouvu o úhradě hrazených služeb. Předkladatel preferuje povinnou kontrolu jednotlivých případů.

Zdravotní pojišťovny disponují v současnosti interními kontrolními mechanismy, které mohou být rozšířeny i o mechanismy kontroly správnosti hodnocení poškození zdraví u pracovních úrazů a nemocí z povolání revizními lékaři.

6. Organizační struktura subjektů provádějících pojištění zaměstnavatele (charakteristika, zastřešující struktura, spolupráce).

Zdravotní pojišťovny akceptují návrh varianty II.d) na provádění administrace zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu více subjekty, uvedený v materiálu MPSV, kdy by bylo nutné navíc ustanovit styčný orgán, který by koordinoval činnost těchto subjektů, a spravoval **také garanční fond**.

Organizační struktura zdravotních pojišťoven vyplývá z jejich organizačních řádů a liší se v zásadě pouze v závislosti na jejich potřebách regionálního pokrytí při zachování minimalizace nákladů na provoz.

Jednotlivé zdravotní pojišťovny v současné době vedou pouze registry svých vlastních pojištěnců, avšak je vytvořen centrální registr subjektů (pod správou Všeobecné zdravotní pojišťovny), prostřednictvím kterého mohou zdravotní pojišťovny komunikovat při řešení změn v příslušnosti pojištěnce k pojišťovně resp. při řešení příslušnosti pojištěnce k právním předpisům dle Koordinačních nařízení EU.

Vytvořený styčný orgán bude mimo poradenské činnosti realizovat vyplacení náhrad z garančního fondu v případech, kdy zaměstnavatel nesplnil povinnost zaregistrovat se, nebo v případě insolvence příslušné zdravotní pojišťovny.

Na financování vytvoření styčného orgánu a financování jeho činnosti se budou podílet všechny zdravotní pojišťovny poměrně podle kritérií, stanovených zákonem. Navrhujeme finanční účast zdravotní pojišťovny poměrně dle počtu u ní evidovaných pojistníků, resp. plánu předpisu pojistného na úrazové pojištění a nemoci z povolání, uvedeném v pojistném plánu.

Úlohu styčného místa pro mezinárodní agendu navrhujeme řešit nikoli cestou vytváření nového subjektu, ale využitím stávající fungující infrastruktury. Zdravotní pojišťovny již v současné době mají vybudován systém napojení na síť pro výměnu dat se státy, řídicími se Nařízeními Rady Evropské unie (státy EU, EHP a Švýcarská konfederace). Děje se tak v rámci přímého napojení na Centrum mezistátních úhrad, které je dle našeho názoru schopno plně, bez dalších nákladů, administrovat i agendu pracovních úrazů a nemocí z povolání.

V této souvislosti je třeba navrhnout, aby vedení Centra mezistátních úhrad bylo přizváno k potenciálnímu dalšímu jednání.

II. Financování systému, pojistné

1. Zajištění solventnosti systému (kdo odpovídá za solventnost systému, postup při nesolventnosti nositele pojištění, záruky solventnosti)

Jak již shora uvedeno, VZP ČR akceptuje návrh varianty II.d) na provádění administrace zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu více subjekty, uvedený v materiálu MPSV, kdy by bylo nutné navíc ustanovit styčný orgán, který by koordinoval činnost těchto subjektů, a spravoval také **garanční fond**.

Předkladatel navrhuje, aby ode dne vstupu zdravotní pojišťovny do likvidace, nebo ode dne zavedení nucené správy nad zdravotní pojišťovnou nebo ode dne, který Ministerstvo zdravotnictví ČR na základě nerovnováhy v hospodaření zdravotní pojišťovny vyhlásí ve sdělovacích prostředcích, bude moci zaměstnavatel změnit zdravotní pojišťovnu bez ohledu na zákonem daný termín určený ke změně zdravotní pojišťovny, a to nejdříve k 1. dni následujícího kalendářního měsíce.

Závazky náhrad, které zůstaly po takové zdravotní pojišťovně, bude nadále refundovat styčný orgán z garančního fondu do úplného umoření pohledávky.

Styčný orgán bude mimo to také zastřešovat vyplácení náhrady z garančního fondu pojištěnci v případech, kdy zaměstnavatel nesplnil povinnost zaregistrovat se, nebo v případě vstupu do likvidace nebo zániku zaměstnavatele.

Financování systému bude přísně odděleno od financování systému veřejného zdravotního pojištění.

2. Způsob stanovení sazby pojistného (pojistným plánem nebo zákonem)

V materiálu MPSV je navrhováno, že v případě varianty II.d) budou sazby pojistného u veřejnoprávních subjektů stanoveny na základě pojistného plánu příslušného veřejnoprávního subjektu. Příslušná ministerstva budou schvalovat pojistný plán, a aby se předešlo schodkovému hospodaření, budou vypracovány takové mechanismy, které zajistí vyrovnanou finanční bilanci, formou zákonem stanovenou.

Předkladatel preferuje stanovení sazby pojistného zákonem. Považujeme pak za účelné stanovit sazbu pojistného v různé výši pro různá odvětví.

Otázkou do diskuse však stále zůstává, zda ponechat sazbu na jednotlivých zdravotních pojišťovnách a jejich pojistných plánech, nebo trvat na jednotné sazbě stanovené na základě dohodovacího řízení mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Předkladatel mírně preferuje druhé jmenované.

Zatímco první způsob může využít některých pozitivních efektů vyplývajících z konkurence subjektů, druhý návrh může snižovat administrativní náklady jak na straně pojišťoven, tak na straně zaměstnavatelů.

3. Finanční dopad (do veřejných financí, do státního rozpočtu, na zaměstnavatele)

V současné době je do státního rozpočtu odváděn rozdíl mezi vybraným pojistným a náklady povýšenými o marži pojišťoven ve výši 9% resp. 4% z vybraného pojistného, tato částka je dosud kladným saldem ve státním rozpočtu.

V materiálu MPSV je navrhováno, že v případě varianty II.d) budou příslušná ministerstva schvalovat pojistný plán jednotlivých zdravotních pojišťoven, a aby se předešlo schodkovému hospodaření, budou vypracovány takové mechanismy, které zajistí vyrovnanou finanční bilanci, formou zákonem stanovenou.

V pojistném plánu budou stanoveny jak plán výběru pojistného od zaměstnavatelů, plán výše refundace pojistných plnění zaměstnavateli a náklady na provoz systému (režijní náklady pojišťovny vč. nákladů na provoz Styčného orgánu). Rozdíl mezi výběrem pojistného a sumou výše refundace a režijních nákladů na provoz systému bude odváděn do rezervního fondu, vedeném Styčným orgánem.

K zajištění stavu, aby byl systém přebytkový – bude třeba dosáhnout kalkulací sazby pojistného, umožněného příslušnou zákonnou úpravou.

Pouze v případě vzniku deficitu systému (např. neočekávanou událostí velkého rozsahu) pak bude třeba zákonnou normou zajištění možnosti jeho sanace ze státního rozpočtu.

Předkladatel nepředpokládá jiný dopad do státního rozpočtu, než:

- A) **Výpadek plnění, odváděného v současnosti do státního rozpočtu** (částku ve výši rozdílu mezi výběrem pojistného a sumou refundace plnění zaměstnavateli a režijních nákladů na provoz systému). Tato částka by nadále byla využita na tvorbu rezervního fondu a případně na tvorbu fondů prevence pracovních úrazů a nemocí z povolání příslušných zdravotních pojišťoven.
- B) **Uhrazení částky na refundaci doběhových nákladů za roky 2017 až 2019 ze státního rozpočtu. Jedná se o celkovou částku cca 157 mil. Kč (viz tabulku č.2 v závěru tohoto materiálu).**

Náklady na refundaci v období náběhu systému u nového nositele pojištění (zdravotní pojišťovny), budou pokryty v rámci průběžného systému, vzhledem k časovému zpoždění vyplácení plnění a refundací těchto plnění u nově vzniklých pojistných událostí, již z plateb pojistného, vybraného od pojistníků (zaměstnavatelů).

Předkladatel nepředpokládá přijetím varianty II.d) žádný další významný dopad do veřejných rozpočtů (mimo výše zmíněného dopadu do státního rozpočtu). Rovněž u zaměstnavatele není předpoklad významného zvýšení jeho zatížení.

K tomuto bodu viz také tabulky na konci dokumentu.

III. Činnost nositelů pojištění

1. Organizace prevence pracovních úrazů a nemocí z povolání - jednotnost, zaměření, složitost (komplexita)

V současné době mají zdravotní pojišťovny vypracovány programy prevence, reagující na potřeby svých pojištěnců z hlediska specifických onemocnění a nemocnosti různých věkových skupin.

Zdravotní pojišťovny disponují nejúplnějšími informacemi o zdravotním stavu pojištěnců, neboť mají nejkomplexnější a nezpřetržitější informace o zdravotním stavu a o čerpání hrazených služeb úrazem postiženým zaměstnancem, získané při provádění veřejného zdravotního pojištění, před vznikem nároku z úrazového pojištění;

Zdravotní pojišťovny rovněž mají možnost využití informací o pracovních úrazech, předávaných jim již v současnosti zaměstnavateli, kdy příslušná zdravotní pojišťovna má právo zaměstnavateli, u kterého v uplynulém roce došlo k opakovanému výskytu pracovních úrazů, vyměřit přirážku k pojistnému na zdravotní pojištění.

Navrhujeme užít částku ve výši 3% vybraného pojistného od zaměstnavatelů na aktivity spojené s prevencí pracovních úrazů a nemocí z povolání. Tato částka bude převedena do Fondu prevence pracovních úrazů a nemocí z povolání příslušné zdravotní pojišťovny, který bude oddělen od Fondu prevence, vedeného již v současnosti pro hrazení preventivních programů z prostředků a pro účely ve všeobecném zdravotním pojištění.

Rozsah užití a směřování prostředků na aktivity spojené s prevencí pracovních úrazů a nemocí z povolání pro daný rok bude definován v pojistném plánu zdravotní pojišťovny na základě vyhodnocení vývoje stavu pracovních úrazů a nemocí z povolání u zaměstnavatelů. Podmínky užití prostředků fondu prevence budou dané zákonem. Budou fungovat preventivní plány vycházející ze strategických materiálů v oblasti BOZP, z aktuálních problémů a statistik. Každá zdravotní pojišťovna bude mít svůj preventivní program založený na spektru zaměstnavatelů a zaměstnanců a není nutné, aby každá zdravotní pojišťovna disponovala jednotnou politikou prevence v oblasti BOZP. Pro motivaci je naopak žádoucí diferenciací preventivních programů avšak v jednotném zákonném rámci. Využití znalosti úhrad zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění umožní kalkulaci nákladů za jednotlivými pracovními úrazy a nemocemi z povolání, využití znalostního potenciálu v oblasti čerpání a úhrad péče optimálně zaměří preventivní programy a sestaví spektrum nákladově rizikových skupin zaměstnavatelů, které lze motivovat k větším investicím v rámci zajištění podmínek BOZP na pracovištích.

Obdobně jako je postavena právní úprava přírážek pojistnému dle § 45 zákona č. 48/1997 Sb., který přímo řeší možnost uplatnění přírážek k pojistnému, měla být postavena právní úprava v novém zákoně. Je žádoucí obě úpravy provázat tak, aby nástroj platné právní úpravy v zákoně 48/1997 Sb. mohl být plně využíván. Dosud zdravotní pojišťovny v praxi přírážky pojistnému využívají pouze sporadicky pro obtížnou důkazní situaci. Při zajištění agendy úrazového pojištění jiným subjektem bude opět velmi obtížné pro zdravotní pojišťovny tento nástroj efektivně využívat.

Užití prostředků z Fondu prevence bude realizováno ve dvou rovinách:

- V rovině teoretické, tj. zajištění poskytování poradenské činnosti v oblasti prevence úrazů a nemocí z povolání.
- V rovině přímého užití programů prevence, tj. přímé působení na zaměstnavatele formou bonusů a malusů k motivaci zaměstnavatelů v oblasti prevence.

2. Organizace rehabilitace pracovních úrazů a nemocí z povolání (zaměření, jednotnost, know-how)

Rehabilitace - provádění pojištění zdravotními pojišťovnami by také pomohlo částečně eliminovat jeden ze zásadních nedostatků identifikovaných v nelegislativním materiálu – tedy neexistenci účinné prevence a rehabilitace. Prioritním zájmem zdravotních pojišťoven v tomto směru není pouze mechanické administrování konkrétní pojistné události, ale i dohled nad poskytnutou péčí, vyhodnocování její úspěšnosti a monitoring progresu pojištěnce.

Zdravotní pojišťovny jsou k zajištění hladkého průchodu zaměstnance-pacienta systémem poskytování zdravotní péče velmi silně motivovány, jelikož při účinné prevenci a hladké a úspěšné rehabilitaci šetří budoucí výdaje veřejného zdravotního pojištění, které by jinak musely hradit. Motivace, kterou je pro zdravotní pojišťovny nečerpání prostředků veřejného zdravotního pojištění, tak minimalizace vyplácení prostředků úrazového pojištění je oproti ostatním subjektům násobná. Ekonomické vynakládání zdrojů bude vlastním cílem a tím pádem nejlepším nástrojem pro návrat rehabilitovaných osob do procesu. Zainteresovanost na co nejrychlejší návratu do pracovního prostředí eliminuje hraniční množství zneužívání čerpání veřejných prostředků, sociálních dávek, prostředků na zdravotní pojištění či prostředků úrazového pojištění.

Zdravotní pojišťovny mají v současné době nasmlouvána lázeňská zařízení a rehabilitační zařízení pro zabezpečení lázeňské péče a rehabilitace svých pojištěnců.

Pro zajištění potřebné rehabilitace, k doléčení poškození zdraví, vyplývajícího z pracovního úrazu nebo nemoci z povolání, bude třeba pouze rozšířit smluvní vztahy s těmito zařízeními o poskytnutí péče, vyplývající z pojištění pracovních úrazů a nemocí z povolání. Jedná se prakticky o stanovení způsobu vykazování této péče na základě schváleného návrhu na poskytnutí rehabilitace zdravotní pojišťovnou.

Návrh na poskytnutí rehabilitace bude obdobně jako v současnosti vystaven ošetřujícím lékařem a schvalován příslušným revizním lékařem zdravotní pojišťovny, který posoudí nutný rozsah rehabilitace

k doléčení pojištěnce - zaměstnance nebo alespoň ke zmírnění následků pracovního úrazu nebo nemoci z povolání k zabránění snížení jeho dalšího pracovního uplatnění

3. Postup při kompenzaci výdajů zaměstnavatele vyplacených poškozeným (úkony zaměstnavatele, úkony nositele pojištění, případné úkony dalších subjektů)

Refundace plnění, vyplacených pojistníkem (zaměstnavatelem) pojištěnci (zaměstnanci) bude prováděna na základě předloženého vyúčtování pojistníkem (zaměstnavatelem) nositeli pojištění (pojišťovně). Předpokládáme, že termíny a mechanismus refundace plnění budou předmětem příslušné právní úpravy.

Zde by měly být také taxativně uvedeny případy, kdy je povinen nositel pojištění (pojišťovna) provést výplatu pojistného plnění pojištěnci (zaměstnanci).

Poznámka:

Nepředpokládáme ve zvolené variantě kompenzace výdajů vzniklých při správě a výplatě pojistného plnění – náhrad škody, vyplývajících ze zákonného pojištění zaměstnavatele na úrazové pojištění a pojištění nemocí z povolání.

Nebráníme se však, v případě zanesení této možnosti do příslušné právní úpravy, kompenzovat tyto náklady, nárokované v prokazatelné výši zaměstnavatelem. Tyto výdaje pak budou zakalkulovány do pojistného plánu zdravotní pojišťovny v rámci režijních nákladů.

Poznámka:

Navrhovaná Varianta 2), kdy pojistníkem (plátcem pojistného) je zaměstnavatel, a pojištěncem (oprávněnou osobou) je zaměstnanec, který odškodnění požaduje přímo po nositeli pojištění – zdravotní pojišťovně, nepředpokládá jakékoli kompenzace výdajů zaměstnavatele, vzniklých při vyplácení pojistného plnění poškozeným zaměstnancům.

4. Procesní postavení nositelů pojištění, charakter procesních postupů a postup při rozhodování (procesní postupy, lhůty, flexibilita)

Unikátní postavení zdravotních pojišťoven zakotvené v právním řádu České republiky jim poskytuje nepřenositelné zkušenosti i v oblasti jejich procesního postavení a způsobu řízení. Zdravotní pojišťovny nevedou z povahy věci pouze správní řízení a nevystupují automaticky vždy jakožto vrchnostenské orgány – judikatura nejvyšších soudů ČR je v tomto směru jasná, dokonce hovoří o tom, že Zdravotní pojišťovny vystupují jakožto správní orgány výlučně tam, kde aplikují své rozhodovací pravomoci zakotvené v §53 zákona č. 48/1997 Sb.

Na rozhodování zdravotních pojišťoven ve věcech týkajících se přírůžek k pojistnému, pokut a pravděpodobné výše pojistného a ve sporných případech ve věcech placení pojistného, penále, vrácení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné se vztahují obecné předpisy o správním řízení, nestanoví-li zákon č. 48/1997 Sb. jinak. Ve správním řízení zahajovaném na návrh pojištěnce se rozhoduje též ve sporných případech o hrazení částek ve věci zaplacení regulačních poplatků a o zaplacení doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se započítávají do limitu v případě, že limit byl překročen.

Zdravotní pojišťovny jsou sice ve shora uvedených případech v postavení správních orgánů, ovšem v případech stanovení nároků z úrazového pojištění zdravotní pojišťovny v tomto postavení být mohou, ale nemusí (záleželo by na rozhodnutí zákonodárce). Lze vycházet jak z toho, že odpovědnost zaměstnavatele za škodu při pracovních úrazech a nemocech z povolání vzniklá zaměstnanci, která je v rámci úrazového pojištění pojišťována, je svojí povahou odpovědností soukromoprávní (viz § 365 a násl. zákoníku práce), tak i z toho, že pouze správní řízení poskytuje všem účastníkům požadovanou míru transparentnosti. Zdravotní pojišťovny tedy kombinují, jako jediný z navržených nositelů pojištění, postavení správního orgánu a zkušenosti

se správním řízením, tak i rozhodovací postupy mimo formální správní řízení - na základě vnitřních předpisů, ale i jiných norem.

Zdravotní pojišťovny jsou tedy připraveny vystupovat dle nároků zákonodárce, či potřeb systému v obou polohách – včetně procesních náležitostí, počítání lhůt apod., žádná z dalších uvažovaných variant tyto výhody a zkušenosti neposkytuje.

5. Postup při nesouhlasu poškozených s výší náhrady škody a při nesouhlasu nositele pojištění s výší náhrady škody (procesní postupy, lhůty, flexibilita)

Zdravotní pojišťovny jsou správní orgány. V případě, že by tento postup byl upraven příslušnou právní normou, řešení sporů ve věci nesouhlasu poškozených s výší náhrady škody by probíhalo ve správním řízení se lhůtami dle správního řádu. Odvolacím orgánem, pokud by nebylo zákonem upraveno jinak, by byl Rozhodčí orgán příslušné zdravotní pojišťovny, který již nyní řeší spory při platbách pojistného na veřejné zdravotní pojištění.

V případě, že by postup nebyl v této věci nebyl upraven právní normou, po námitkovém řízení, neúspěšném pro poškozeného, by došlo k občansko-právnímu soudnímu sporu.

6. Statistika a evidence vedené nositeli pojištění – pojetí evidence (občan nebo zaměstnavatel), využití stávajících registrů, koordinace mezi nositeli pojištění

Jak je již v předchozích kapitolách uvedeno, vzhledem k tomu, že nositel pojištění na úrazové pojištění a nemoci z povolání bude mimo své pojištěnce na veřejné zdravotní pojištění evidovat i pojištěnce jiných zdravotních pojišťoven, zvolená varianta si vynutila zřízení nové evidence (registru) na bázi priority evidence pojistitele (zaměstnavatele) a až následně pojištěnce (zaměstnance).

Stávající registry pak mohou sloužit k ověřování a doplňování údajů o pojistnících do jejich evidence pro účely úrazového pojištění, a o pojištěncích v případě chybných oznámení od pojistníka (zaměstnance).

Zdravotní pojišťovny již v současnosti spravují neúplnější systém evidence zaměstnavatelů – zdravotní pojišťovna eviduje všechny zaměstnavatele, u kterých jsou zaměstnání její pojištěnci.

Koordinace mezi nositeli pojištění (ZP) by byla nutná pouze v případě, kdy by přecházely závazky při změně příslušné zdravotní pojišťovny pojištěncem, na nově zvolenou zdravotní pojišťovnu, což není preferovaná varianta řešení.

Poznámka:

V případě insolvence ZP by, dle preferovaných navrhovaných řešení, byla nutná koordinace mezi ZP a styčným orgánem.

Poznámka:

Preferujeme variantu, kdy by plátcem pojistného (pojistníkem) byl zaměstnavatel, pojištěncem pak zaměstnanec s tím, že volbu jedné zdravotní pojišťovny jak pro pojištění ve veřejném zdravotním pojištění tak i v pojištění úrazu a nemoci z povolání by prováděl zaměstnanec.

IV. Přechod ze současného na navrhovaný systém

1. Postup při převodu údajů – subjekty povinné k předávání a oprávněné k přijímání údajů (počet určených subjektů), nutnost „klíče“ pro předávání údajů, rozsah a forma předávaných údajů, časové rozvržení předávání údajů

Rozsah a forma předávaných dat a časové rozvržení jejich předávání, stejně jako definice subjektů by, dle našeho názoru, měla být definována v příslušné právní normě.

Rozsah předávaných údajů ve fázi přechodu současného systému na nově zvolený systém bude odvislý od zvolené varianty přechodu závazků. Nejméně však bude nutno provést porovnání registru evidovaných zaměstnavatelů a jejich zaměstnanců u minulých nositelů pojištění s registrem pojistníků a pojištěnců, vytvořený po splnění oznamovací povinnosti pojistníky u zvolených nových nositelů pojištění.

2. Hrazení minulých závazků (subjekty povinné k úhradě, rozsah hrazení, časové rozvržení úhrady, zdroje úhrady, garance úhrady)

Opět závisí na zvolené formě. Zdravotní pojišťovny předpokládají, že by měly být schopné v maximální míře navázat na současný systém hospodaření a převzít systém inkasa a exkasa bez dopadu na vznik deficitu.

Předpokládáme, že částky na likvidaci dobehových nákladů za roky 2017 až 2019 budou refundovány ze státnímu rozpočtu, což bude v příslušné právní normě předmětem úpravy přechodného období mezi systémy úrazového pojištění a pojištění nemocí z povolání zaměstnavatele.

Jsme ale také názoru, že zdravotní pojišťovny by při průběžném financování dobehové náklady byly schopny ufinancovat a tyto by byly zakalkulovány v pojistném plánu úrazového pojištění zdravotních pojištěven i bez nutnosti jejich kompenzace ze státního rozpočtu.

V. Závěr

Hlavní klady a zápory této varianty organizace systému úrazového pojištění zaměstnavatelů:

1. 5 hlavních kladů této varianty

1. Využití stávajících nástrojů zdravotních pojišťoven

- již existující **nejúplnější systém evidence zaměstnavatelů** – zdravotní pojišťovna eviduje všechny zaměstnavatele, u kterých jsou zaměstnání její pojištěnci a fungující **systém kontrolní činnosti** a vymáhání pohledávek u zaměstnavatelů ze strany zdravotních pojišťoven. Zde by nevznikl žádný problém v případě rozšíření rozsahu kontrolovaných odvodů o odvod pojistného na povinné pojištění zaměstnavatele k zabezpečení zaměstnanců při pracovním úrazu a nemoci z povolání; ani při kontrole evidence a vyplácení refundovaných pojistných plnění náhrad škody zaměstnavatelem zaměstnanci;
- Zdravotní pojišťovny jako jediný z uvažovaných subjektů mohou nabídnout zákonodárci možnost zvážit nastavení rozhodovacích procesů jak prostřednictvím správního řízení, tak i jinou formu – zvláštní typ řízení, či soukromoprávní rozhodování, neboť zdravotní pojišťovny disponují zázemím, know how i právním postavením, které jim tuto flexibilitu umožňuje;

2. Využití stávajícího systému revizní činnosti revizních lékařů

k zajištění kvalitní kontroly nároku ve vztahu k léčebnému procesu;

3. Informace o zdravotním stavu pojištěnců a o pracovních úrazech zaměstnanců

- **nejúplnější informace o zdravotním stavu pojištěnců**
- zdravotní pojišťovny mají nejkomplexnější a nezprostředkované informace o zdravotním stavu a o čerpání hrazených služeb úrazem postiženým zaměstnancem, získané při provádění veřejného zdravotního pojištění, před vznikem nároku z úrazového pojištění; tyto informace mohou mít významný dopad do stanovení nároku;
- **možnost využití informací o pracovních úrazech**, předávaných již v současnosti zaměstnavateli příslušným zdravotním pojišťovnám, kdy příslušná zdravotní pojišťovna má právo zaměstnavateli, u kterého v uplynulém roce došlo k opakovanému výskytu pracovních úrazů, vyměřit přírážku k pojistnému na zdravotní pojištění fungující komunikace mezi zdravotními pojišťovnami prostřednictvím centrálního registru pojištěnců a zaměstnavatelů;

4. Provázanost zajištění léčebné péče a prevence a rehabilitace – kontinuita financování

- **kontinuita zajišťování léčebné péče** - zdravotní pojišťovny zajišťují léčebnou péči u pracovních úrazů již nyní. Jsme zároveň přesvědčeni, že postarat se o řešení dalších závazků, plynoucích z předemtné agendy, by pro zdravotní pojišťovny neměl být nepřiměřený problém;
- **prevence a rehabilitace** – provádění pojištění zdravotními pojišťovnami by také pomohlo částečně eliminovat jeden ze zásadních nedostatků identifikovaných v nelegislativním materiálu – tedy neexistenci účinné prevence a rehabilitace. Prioritním zájmem zdravotních pojišťoven v tomto směru není pouze mechanické administrování konkrétní pojistné události, ale i dohled nad poskytnutou péčí, vyhodnocování její úspěšnosti a monitoring progresu pojištění;
- **kontinuita financování – je velmi pravděpodobné, že při provozování** agendy zdravotními pojišťovnami v režimu průběžného financování bylo možné navázat na dosavadní systém a eliminovat tak negativní dopady, které mohou plynout z hrozícího deficitu;

5. Zvládnuté mezistátní vztahy

Zdravotní pojišťovny již v současné době mají vybudován systém napojení na síť pro výměnu dat se státy, řídicími se Nařízeními Rady Evropské unie (státy EU, EHP a Švýcarská konfederace). Děje se tak v rámci přímého napojení na

Centrum mezistátních úhrad. Domníváme se, že případné napojení systému provádění agendy zabezpečení při pracovním úrazu a nemoci z povolání touto cestou by vyžadovalo diametrálně nižší náklady než v případě budování zcela nového SW řešení tohoto napojení;

Centrum mezistátních úhrad bylo do roku 2010 fakticky styčným orgánem i pro pracovní úrazy a nemoci z povolání. I po tomto datu CMU reálně administruje a hlavně hradí naprosto dominantní část této agendy.

Systém zdravotního pojištění by tak nemusel prakticky vytvářet nic nového na rozdíl od ostatních subjektů. V této souvislosti je třeba navrhnout, aby vedení Centra mezistátních úhrad bylo přizváno k potenciálnímu dalšímu jednání s MPSV či jinými subjekty.

Na závěr je třeba konstatovat, že již dnes zdravotní pojišťovny hradí podstatnou část nákladů systémů sociálního zabezpečení, vynaložených v souvislosti s pracovním úrazem a nemocí z povolání (v prvním období po vzniku události, kdy je případ administrativně zpracováván, pak nese systém zdravotního pojištění naprosto dominantní část nákladů).

Zde máme za to, že náklady na úhrady zdravotní péče uhrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění, vzniklé z pracovního úrazu nebo nemoci z povolání, by měly být refundovány do systému veřejného zdravotního pojištění ze systému pojištění úrazu a nemocí povolání.

Přechod systému do správy ZP by tak v zásadě nepředstavoval něco zcela nového, ale spíše rozšíření portfolia a výše dávek, které i dnes pojišťovny pojištěncům při pracovním úrazu a nemoci z povolání garantují a zajišťují.

2. 3 hlavní záporny této varianty

- Podobně jako u ostatních variant jsou hlavním záporem náklady na přechod mezi současným systémem a novým systémem administrovaným zdravotními pojišťovnami.
- Vzhledem k rozšíření počtu pojišťoven je nutné vybudovat „styčný orgán“ a garanční fond.
- Tato varianta předpokládá poměrně významné legislativní změny, což přináší riziko při implementaci.

Celková finanční náročnost

Finanční prostředky na implementační a provozní činnost v mil. Kč

Vč. nákladů na zřízení a provoz Styčného místa

Položka	ROKY			
	2016	2017	2018	2019
Výdaje na převod evidence	0	?	0	0
Osobní náklady (mzdy)	0	45,6	45,6	45,6
Výdaje na IT				
Investiční výdaje (SW + HW)	135,4	0	0	0
Běžné výdaje	0	1	1	1
Vybavení kanceláří	1,33	0	0	0
Režijní náklady (bez osobních nákl.)	0	27	27	27
Celkem	136,73	73,6	73,6	73,6
Náklady na tvorbu a udržení rezerv	0	212,5	217,5	222,5

ÚHRN	136,73	286,1	291,1	296,1
-------------	---------------	-------	-------	-------

Poznámky k tabulce I.

Předpoklad – nabytí účinnosti příslušných zákonů od 1. 1. 2017

Všechny uvedené náklady jsou zde uvedeny na základě jejich velmi hrubého odhadu a jsou kalkulovány za všechny ZP a zřízení a činnost Styčného místa.

Řádek 1 v TAB 1 - Výdaje na převod evidence

V současnosti není známa bližší informace jaká „evidence“ se bude převádět. Tj. pro bližší stanovení nákladů jsou potřeba informace, jaké úkoly má plnit cílový provozní systém, z toho odvodit jaká data a v jakých strukturách k tomu budou potřeba v cílovém provozním systému. Zároveň je potřeba mít také informace jaká data a v jaké struktuře jsou k dispozici ve zdrojovém systému, z něhož budou data převáděna.

Řádek 3 v TAB 1 - Odhad osobních nákladů

(v tabulce I – samostatně mimo odhadu režijní nákladů, v tabulce II jsou osobní náklady uvedeny v rámci režijních nákladů)

Náklady stanoveny na základě odhadu minimálního počtu převzatých zaměstnanců (na základě zákoníku práce) ze stávajících pojišťoven, kteří by navýšili stávající počty zaměstnanců zdravotních pojišťoven k zajištění náběhu a dalšího provozování této nové agendy a minimálního počtu nových pracovníků styčného místa

Právo zdravotní pojišťovny na náhradu nákladů podle § 55 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „ZVZP“) – pracovní úrazy a nemoci z povolání

Každý pracovní úraz nebo nemoc z povolání zaměstnance si zpravidla vyžádá jeho ošetření, tj. poskytnutí zdravotních služeb, které zdravotní pojišťovna zaměstnance poskytovatelům zdravotních služeb standardně uhradí z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tím kdo tedy ve skutečnosti nese největší část nákladů spojených s léčením pojištěnce je proto především systém veřejného zdravotního pojištění prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Tento materiál si klade za cíl vyčíslit pouze výši uplatňovaných nároků zdravotních pojišťoven, které uplatňují vůči zaměstnavatelům - náhradu nákladů na hrazené služby, které zdravotní pojišťovny vynaložily v důsledku zaviněného protiprávního jednání třetí osoby (zaměstnavatele) vůči pojištěnci (zaměstnanci). Skutečná výše nákladů, které systém veřejného zdravotního pojištění na úhradu služeb poskytnutých v souvislosti s léčbou pracovních úrazů nebo nemocí z povolání zaměstnance je však výrazně vyšší a její vyčíslení bude předmětem samostatného materiálu.

Odpovědnost zaměstnavatele za škodu při pracovních úrazech a nemocech z povolání vůči zaměstnanci je upravena v § 365 a násl. zákoníku práce, jako odpovědnost za výsledek. Zaměstnavatel je na základě této úpravy v rozsahu, ve kterém odpovídá za škodu, povinen podle zákoníku práce poskytnout vedle dalších náhrad i náhradu za účelně vynaložené náklady spojené s léčením (§ 369, § 373), přičemž účelně vynaložené náklady spojené s léčením přísluší tomu, kdo tyto náklady vynaložil. S ohledem na široký rozsah služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a nízkou spoluúčasť pojištěnců to však není zaměstnanec, ale **zdravotní pojišťovna**, kdo ve skutečnosti **nese největší část nákladů spojených s léčením pojištěnce. Náklady spojené s léčením vynaložené zaměstnancem jsou v tomto srovnání marginální. Zdravotní pojišťovna však práva z odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání uplatňovat nemůže a musí se svých nároků domáhat jiným způsobem.**

O existenci pracovního úrazu nebo nemoci z povolání by se zdravotní pojišťovna měla dozvědět z několika zdrojů. Předně má zaměstnavatel povinnost zaslat zdravotní pojišťovně záznam o pracovním úrazu (§ 45 odst. 4 ZVZP; § 6, § 7 nařízení vlády č. 201/2010 Sb., o způsobu evidence úrazů, hlášení a zasílání záznamu o úrazu) a oznamovací povinnost je dále uložena i dalším subjektům, mimo jiné poskytovatelům zdravotních služeb (§ 55 odst. 2 ZVZP). Ve vymezených případech je uložena povinnost poskytnout výsledky vyšetřování příčin určitých pracovních úrazů a nemocí z povolání zdravotní pojišťovně orgánům inspekce práce a orgánům státní báňské správy (§ 55 odst. 4 ZVZP). Současná právní úprava této informační povinnosti však mimo jiné netvoří ucelený systém a nezaručuje komplexní informování zdravotních pojišťoven, které jim má umožnit řádné uplatnění vlastních nároků. (Cestou k narovnání postavení zdravotních pojišťoven při uplatňování jejich nároků by tak mimo jiné mohla být úprava § 55 odst. 4 spočívající ve stanovení bezpodmínečné povinnosti

orgánů inspekce práce a orgánů státní báňské správy poskytnout zdravotní pojišťovně výsledky vyšetřování příčin všech pracovních úrazů a nemocí z povolání.)

Zdravotní pojišťovně následně náleží v souladu s § 55 ZVZP vůči třetí osobě (zaměstnavateli) v úvodu zmíněné právo na náhradu nákladů na hrazené služby, které vynaložila v důsledku zaviněného protiprávního jednání třetí osoby (zaměstnavatele) vůči pojištěnci (zaměstnanci), tzv. regres. Na rozdíl od odpovědnosti za škodu při pracovních úrazech a nemocech z povolání upravené v zákoníku práce, kde není třeba prokázat ani porušení povinnosti, vyžaduje vznik povinnosti zaměstnavatele vůči zdravotní pojišťovně podle § 55 ZVZP, aby zdravotní pojišťovna prokázala zaviněné protiprávní jednání zaměstnavatele vůči pojištěnci.

Zákonným pojištěním odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovních úrazech a nemocech z povolání jsou pokryty pouze nároky zaměstnance podle zákoníku práce (§ 2 vyhlášky č. 125/1993 Sb.). Znamená to tedy, že se zdravotní pojišťovna se svým nárokem podle § 55 ZVZP musí obracet přímo na zaměstnavatele, který může, ale nemusí mít sjednáno komerční pojištění odpovědnosti za škodu. S ohledem na vysokou výši nákladů na hrazené služby se zaměstnavatelé mohou v případě, že nemají komerční pojištění, dostávat do hospodářsky obtížné situace. Celkové vymáhané náklady vynaložené na léčbu následků pracovních úrazů nebo nemocí z povolání VZP ČR činily v roce 2012 celkem 32,9 milionů Kč a v roce 2013 celkem 28,1 milionů Kč. Za předpokladu, že VZP ČR měla přibližně 60 % podíl pojištěnců, lze odhadovat, že u všech zdravotních pojišťoven by tato částka dohromady činila přibližně 55 mil. Kč, resp. 47 mil. Kč.

Předtím, než zdravotní pojišťovny přikročí k uplatnění svého práva, musí vyhodnotit stávající konkrétní situaci a stav důkazů, které budou schopny uplatnit, i vzhledem k účelnosti vynaložených nákladů na vymáhání ve vztahu k potenciálu úspěšného uplatnění jejich nároků. Prvotní analýza směřuje především k tomu, zda poskytnuté informace zakládají předpoklad, že příslušná zdravotní pojišťovna bude schopna dostatečně prokázat zaviněné protiprávní jednání zaměstnavatele (neboť zaměstnavatel a tím pádem ani zaměstnanec, kteří primárně disponují potřebnými důkazy, na jejich poskytnutí nemají zájem). Současné právní nástroje a úprava regresního oprávnění zdravotních pojišťoven tak v důsledku přináší pouze cca poloviční úspěšnost uplatněných a vymožených nákladů v rámci regresního řízení.

Navrhujeme proto **právo zdravotní pojišťovny vůči zaměstnavateli na náhradu nákladů na hrazené služby, které vynaložila na léčení pojištěnce – zaměstnance v důsledku jeho pracovního úrazu nebo nemoci z povolání zahrnout pod zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu a nemoci z povolání.**

Přestože příjmy z pojistného placeného zaměstnavateli v rámci zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání výrazně

převyšují výdaje tohoto pojištění¹, vznikají zdravotním pojišťovnám neuhrazené pohledávky za zaměstnavateli. Finanční prostředky, které by měly náležet veřejnému zdravotnímu pojištění, tedy končí ve státním rozpočtu. Navržené řešení by přineslo výhody:

- zaměstnancům, kterým by odpadla výrazná část tenze ve vztahu zaměstnanec-zaměstnavatel, které vyčíslování nákladů pracovního úraz/nemoci z povolání může přinést – na příklad ve formě tlaku na přizpůsobení předávaných informací vůči třetím osobám (na příklad zdravotním pojišťovnám), modifikace výpovědí zaměstnanců o průběhu či příčinách úrazu/nemoci a „nucené spolupráci“ při řešení následných sporů s třetími osobami;
- zaměstnavatelům, neboť ti řádně platí pojistné v rámci zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele a důvodně se domnívají, že veškeré nároky vyplývající z odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání mají kryty zákonným pojištěním;
- zdravotním pojišťovnám, neboť náhrada nákladů podle § 55 ZVZP je příjmem základního fondu zdravotní pojišťovny a následně je vynakládána na úhradu zdravotních služeb pojištěncům.

Potřebné zákonné úpravy by bylo nejvhodnější provést v samostatném zákoně, jehož přijetí je plánováno k provedení úpravy zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele. Jedná se o standardní řešení, které již bylo přijato např. v § 6 odst. 4 zákona č. 168/1999 Sb., o pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem vozidla a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojištění odpovědnosti z provozu vozidla), kde zdravotní pojišťovna dostává úhradu nákladů přímo ze zákonného pojištění.

¹ uváděný roční přebytek průběžného financování činil v roce 2013 cca 2,3 mld. Kč

Porovnání subvariant II. varianty úrazového pojištění v mil. Kč

Nositel pojištění	ř.		2016	2017	2018	2019
Varianta II. d) <i>Současné zdravotní Pojišťovny</i>	1	marže pojišťoven	0	4% PP	4% PP	4% PP
	2	doběhové náklady	0	97	34	26
	3	zřizovací náklady	136,73	0	0	0
	4	náklady na vytvoření fondu	0	115,5	183,5	196,5
	5	provozní náklady	0	73,6	73,6	73,6
	6	Celkem	136,73	286,1	291,1	296,1

řádek 1 marže pojišťoven - 4 % z vybraného pojistného

řádek 2 náklady na doběh předchozího systému (1. rok 1/3, 2. rok 1/9 a 3. rok 1/12 nákladů předchozího nositele pojištění)

řádek 4 finanční prostředky na první platby a náklady na tvorbu a udržení rezerv

Poznámky k tabulkám

Předpoklad – nabytí účinnosti příslušných zákonů od 1. 1. 2017

Všechny uvedené náklady jsou zde uvedeny na základě jejich velmi hrubého odhadu a jsou kalkulovány za všechny ZP a styčné místo.

Řádek 2 v TAB 2 – náklady na doběh předchozího systému

dle našeho názoru při průběžném financování tyto potenciální náklady budou zakalkulovány v pojistném plánu úrazového pojištění zdravotních pojišťoven bez nutnosti jejich kompenzace ze státního rozpočtu.

Řádek 3 v TAB 2 - Zřizovací náklady (na SW řešení)

Pro variantu, kdy zaměstnavatel jako pojistník (plátce pojistného) má možnost volby příslušné zdravotní pojišťovny pro všechny své zaměstnance.

Odhad osobních nákladů –

(v tabulce I – samostatně mimo odhadu režijní nákladů, v tabulce II uvedeny v rámci režijních nákladů) stanoveny na základě odhadu minimálního počtu převzatých zaměstnanců (na základě zákoníku práce) ze stávajících pojišťoven, kteří by navýšili stávající počty zaměstnanců zdravotních pojišťoven k zajištění náběhu a dalšího provozování této nové agendy Uvedeno vč. nákladů na pracovníky na styčném místě.

Řádek 4 – TAB 2 – náklady na vytvoření fondu

(zde def. jako: „finanční prostředky na první platby a náklady na tvorbu a udržení rezerv“) – (= Příjmy z pojistného – Výdaje na pojistná plnění – Režijní náklady ZP - doběhové náklady)

Pozn. Doběhové náklady ZP by byly započteny v případě zvolení varianty přenosu vypořádání pohledávek zaměstnanců, vzniklých z původních subjektů na zdravotní pojišťovny v rámci průběžného financování. Vzhledem k tomu, že není řešena otázka vypořádání těchto nákladů mezi původními nositeli pojištění a ZP (s podmínkou nezátížení zatížení veřejných rozpočtů), jsou zde započteny k tíži nových nositelů pojištění.

Řádek 5 – TAB2 – provozní náklady

Do této položky jsou zahrnuty osobní náklady plus ostatní provozní náklady