



Závěrečné stanovisko s návrhem opatření k nápravě ve věci komunikace zdravotní pojišťovny s pojištěncem

A. Závěry šetření

Ve zprávě o šetření ze dne 12. června 2019 zahájeného na základě podnětu pana A. (dále také „stěžovatel“) jsem dospěla k následujícím závěrům.

A.1 Povinnost informovat plátce o provedené změně pořadí plateb na pojistné

Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, pobočka Brno (dále také „zdravotní pojišťovna“), pochybila tím, že v rozporu se zákonem o pojistném na veřejné zdravotní pojištění stěžovateli v některých případech řádně neoznámila provedenou změnu pořadí plateb na pojistné. Porušila tím současně principy dobré správy – princip předvídatelnosti, přesvědčivosti a vstřícnosti. Některé přehledy plateb rovněž neobsahovaly jednoznačnou informaci o aktuálním stavu plateb pojistného (a penále) (ve zprávě část A.1, C.1).

A.2 Prominutí penále

Zdravotní pojišťovna nepochybila, když nevyhověla žádosti stěžovatele o prominutí penále z důvodů, které uváděl. Při posuzování žádosti nevybočila z mezí správního uvážení (ve zprávě část A.2, C.2).

B. Vyjádření úřadu

K závěrům uvedeným ve zprávě o šetření se vyjádřil generální ředitel zdravotní pojišťovny Ing. Josef Diessel (dále také „generální ředitel“) s tím, že se zdravotní pojišťovna neztotožňuje se závěrem uvedeným pod bodem A.1.

Generální ředitel především zdůraznil, že zdravotní pojišťovna až do okamžiku, kdy je dlužníkovi zasílána předexekuční výzva, využívá pro platbu pojistného jediný bankovní účet, tj. bez ohledu na to, zda se jedná o platbu pojistného po splatnosti, nebo o běžné zálohy pojistného. Podotkl, že o této skutečnosti jsou plátců běžně informováni na webových stránkách zdravotní pojišťovny a v doručovaných písemnostech. Stěžovatel zasílal platby na tento společný účet pro platbu pojistného. Zdůraznil, že plátce žádným způsobem platby neodlišil a neidentifikoval. Pouze z výše úhrad nelze učinit jasný závěr o tom, že stěžovatel měl v úmyslu hradit běžné zálohy pojistného.

Dodal, že: „V případě plátce nebylo ani nutné postupovat ve smyslu ustanovení § 15 odst. 3 zákona č. 592/1992 Sb. VoZP svým postupem tak ale ve prospěch plátce činila a nad rámec své zákonné povinnosti v tom, že platbu zaúčtovala, nikoliv přeúčtovala či použila jinak, než by měla, přičemž plátce o takovém postupu informovala. Činila tak přitom vždy v souvislosti se zpracováním vyúčtování v kontextu s provedenou kontrolou, a to formou přílohy, kdy vyhodnocení jejího obsahu z hlediska srozumitelnosti či nesrozumitelnosti se jeví jako otázka subjektivního názoru a podle vyhodnocení VoZP obsah předmětné přílohy je srozumitelný, přičemž tvrzení pana A. by bylo možné vykládat za účelové hodnocení. Protože nelze vždy přijmout argumentaci, že pochybení je vždy a výhradně na straně odborného orgánu, pokud stěžovatelem není pochopeno jemu poskytnuté

vysvětlení dané problematiky. Je nezbytné zdůraznit, že takové případné použití platby na jiný účel je provedeno v okamžiku, kdy je tato kontrola zpracována, případně bezprostředně před tím. Zdravotní pojišťovna neví v okamžiku přijetí úhrady, že plátce hradí platby mimo stanovené pořadí. VoZP tedy plátce o zaúčtování plateb na nejstarší nedoplatky informovala neprodleně poté, co toto zaúčtování provedla.“

Generální ředitel dále vysvětlil, že zdravotní pojišťovna zasílá plátcům dokumenty týkající se vyúčtování a kontroly pojistného mnohdy více než s půlročním časovým odstupem od konce období, za které je vystaveno, protože je to dáno termínem pro podání přehledu o příjmech ze samostatně výdělečné činnosti, a rovněž i okamžikem, kdy plátce tuto povinnost splní. Zdůraznil, že tento postup nezávisí na vůli zdravotní pojišťovny. Po každém podaném přehledu je plátci zasláno vyúčtování za daný kalendářní rok. Jestliže není pohledávka uhrazena, je plátci zaslán dokument o provedené kontrole platební kázně a v případě neuhrazení pohledávky nakonec i výkaz nedoplatků. Pokud je výkaz nedoplatků vydán až např. po 9 měsících po konci kontrolovaného období, jedná se o logický důsledek neplnění povinnosti ze strany dlužníka, když výkaz nedoplatků bývá až třetím dokumentem, kterým je dlužník na dluh upozorněn.

Dále dodal, že všechny písemnosti určené plátcům obsahují informaci, za jaké období je pohledávka zjištěna. Sestavy, které tvoří přílohu těchto vyúčtování, obsahují informaci pro dlužníka pojistného o počátečním stavu dlužného pojistného pro výpočet penále k začátku kontrolovaného období a k jeho konci. Následně pak platby zaúčtované na úhradu nedoplatku přijaté po konci kontrolovaného období. Plátce je tedy průběžně informován o stavu svých závazků ze strany zdravotní pojišťovny, ačkoliv zákon zdravotní pojišťovně tuto povinnost takto neukládá. Doplnil, že plnění této povinnosti ze strany zdravotní pojišťovny je vázáno na žádost plátce pojistného.¹

Generální ředitel se neztotožnil se závěrem ochránkyně, že jednání zdravotní pojišťovny, která nezasílá pravidelně při každém kontaktu s dlužníkem zcela jednoznačnou informaci o aktuálním stavu plateb pojistného, zakládá porušení principů dobré správy. Podotkl, že z obecného hlediska si jen velmi těžko lze představit praxi v rámci správy téměř 700 000 pojištěnců, kdy s nepředstavitelným nárůstem personálních a materiálních nákladů, při každém styku s pojištěncem, jej zdravotní pojišťovna, nad rámec pravidel stanovených zákonodárcem, průběžným či permanentním způsobem upozorňuje na jeho zákonné povinnosti vůči veřejnému zdravotnímu pojištění.

Uzavřel, že je přesvědčen, že v případě stěžovatele zdravotní pojišťovna nepostupovala v rozporu s právem ani principy demokratického právního státu a dobré správy. Proto nespatřuje prostor pro naplnění požadavku k přijetí takových opatření, jimiž by zdravotní pojišťovna suplovala nečinnost plátců pojistného v rámci jim stanovených zákonných povinností v oblasti plateb na veřejné zdravotní pojištění.

C. Závěrečné hodnocení

Povinnost platit pojistné vzniká pojištěnci, který je osobou samostatně výdělečně činnou (dále také „OSVČ“), dnem zahájení samostatné výdělečné činnosti.

1 Podle ustanovení § 26e zákona č. 592/1992 Sb.

Souhlasím s názorem generálního ředitele, že OSVČ si musí být vědoma svých zákonných povinností spjatých se samostatnou výdělečnou činností, včetně úhrady pojistného na zdravotní pojištění, a nespolehat se na to, že ji budou věřitelé (včetně zdravotní pojišťovny) o stavu závazků pravidelně informovat.

Plátce pojistného je povinen odvádět jednotlivé dlužné částky samostatně na příslušné účty zdravotní pojišťovny. Pokud plátce stanovené pořadí nedodrží, je zdravotní pojišťovna oprávněna jeho platbu v zákonem stanoveném pořadí použít. Takovou skutečnost je povinna plátcí pojistného oznámit.²

Generální ředitel sdělil, že zdravotní pojišťovna plátce o zaúčtování plateb na nejstarší nedoplatky informovala neprodleně poté, co toto zaúčtování provedla. Podotkl, že zdravotní pojišťovna vždy stěžovatele informovala o stavu pojistného účtu formou přílohy ke zpracovanému vyúčtování v návaznosti na provedenou kontrolu. Dodal, že vyhodnocení obsahu přílohy z hlediska srozumitelnosti či nesrozumitelnosti se jeví jako otázka subjektivního náhledu. Podle vyhodnocení zdravotní pojišťovny je obsah předmětných příloh srozumitelný, přičemž tvrzení stěžovatele by bylo možné považovat za účelové.

Generální ředitel odůvodnil, proč zdravotní pojišťovna zasílá plátcům dokumenty týkající se vyúčtování a kontroly pojistného mnohdy více než s půlročním odstupem od konce období, za které je vystaveno. Připouštím, že tomu tak může být v návaznosti na zákonný termín pro podání přehledu o příjmech ze samostatné výdělečné činnosti a rovněž i na okamžik, kdy plátce tuto povinnost splní. Pak se může stát, že pokud plátce vzniklou pohledávku včas neuhradí, zdravotní pojišťovna mu postupně zasílá dokumenty k provedené kontrole platební kázně. Pokud ani tak plátce neuhradí pohledávku, obdrží i výkaz nedoplatků, **samozřejmě se všechny dokumenty týkají předchozího období.**

Ve zprávě o šetření jsem uvedla, že mám za prokázané, že zdravotní pojišťovna zasílala plátcí písemnosti ke stavu pojistného účtu doplněné o samostatné přehledy plateb a výpočty penále vystavené za určité období (dále také „přehledy“).

Stěžovatel však namítal, že přestože obdržel od zdravotní pojišťovny přehledy vyúčtování a další písemnosti, nebyl schopen určit, kolik k určitému okamžiku dluží zdravotní pojišťovně.

Připouštím, že se z různých důvodů, tedy i z důvodu včasného nesplnění povinností ze strany plátce, prodlouží doba od skončení kontrolovaného období, kdy zdravotní pojišťovna zašle plátcí vyúčtování plateb na zdravotní pojištění. V důsledku toho tak plátce sice zjistí, kolik dlužil např. před půl rokem, ale neví, jak se tato částka dluhu změnila ke dni obdržení vyúčtování. To se stalo i v případě stěžovatele.

Měla jsem pochybnosti o tom, zda informační systém, který zdravotní pojišťovna využívá, umí zachytit a zpracovat platby na pojistné obdržené po ukončení kontrolovaného období tak, aby přehled plateb a výpočet penále obsahoval nejen jednotlivé platby uskutečněné v aktuálním kalendářním roce, ale i aktuální celkový stav pojistného účtu ke dni vystavení přehledu.

² Ustanovení § 15 odst. 3 zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.



Při šetření jsem zjistila, že tyto informace obsahují minimálně dva přehledy plateb a to přehledy vystavené 15. 10. 2015 a 8. 12. 2015. Tyto přehledy (v části „informace o platbách po kontrolovaném období a informace o ročním vyúčtování“) obsahují i informace o stavu pojistného účtu v aktuálním kalendářním roce, proto stěžovatel mohl zjistit aktuální stav pojistného účtu a vzniklý dluh doplatit. Informační systém zdravotní pojišťovny tedy zřejmě umožňuje vyrozumět plátce srozumitelně o aktuální výši dluhu na pojistném a penále.

Nadále se proto domnívám, že zdravotní pojišťovna pochybila v komunikaci se stěžovatelem tím, že některé přehledy plateb neobsahovaly jednoznačnou informaci o aktuálním stavu plateb pojistného (a penále). Plátce by měl obdržet od zdravotní pojišťovny jednoznačnou a srozumitelnou informaci o tom, jaký je k určitému okamžiku jeho aktuální dluh na pojistném. Tuto informaci stěžovatel neobdržel ve většině případů, kdy s ním zdravotní pojišťovna komunikovala a kdy o tuto informaci žádal.

Nezpochybňuji, že písemnosti určené plátcům obsahují informaci, za které období je pohledávka zjištěna, ani že sestavy, které tvoří přílohu těchto vyúčtování, obsahují informaci pro dlužníka pojistného o počátečním stavu dlužného pojistného pro výpočet penále k začátku kontrolovaného období a k jeho konci. Je však otázkou, jak je tato informace adresátovi srozumitelná a způsobila splnit účel, který sleduje.

Vzhledem k tomu, že zákon o pojistném na veřejné zdravotní pojištění nespecifikuje způsob, jímž má zdravotní pojišťovna plátcům oznámit postup podle § 15 odst. 3 zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, je jeho volba na zdravotní pojišťovně.

Jsem i nadále přesvědčena, že symbol „§ rok“ připojený v přehledu k vyčíslené platbě pojistného společně s vysvětlivkou symbolu na konci přehledu [„§ 15 odst. 2 a 3 zákona č. 592/1992 Sb. (použití plateb k úhradě splatných závazků)“] **nesplňuje požadavek srozumitelné a přesvědčivé informace o změně pořadí obdržené platby** (použití platby na jiný než plátcem určený splatný závazek). **Nesplňuje ho ani výslovné doporučení plátci, aby zkontroloval uhrazené zálohy** s tím, že některé mohly být použity podle § 15 zákona č. 592/1992 Sb. na vyrovnání pohledávek z minulých let.

Pokud obdržený přehled neobsahuje jednoznačnou informaci o aktuálním stavu plateb pojistného (a penále), nelze čekat, že adresáti z použitých značek u jednotlivých plateb, ze sdělení „použití plateb k úhradě splatných závazků“ (případně z poučení „některé platby mohly být použity na vyrovnání pohledávek z předchozích let“) porozumí úkonu zdravotní pojišťovny a jeho důsledkům – vzniku dluhu, který z přehledu není zřejmý na první pohled.

Souhlasím s tím, že pokud dlužník sestavám nerozumí, je oprávněn navštívit pobočku zdravotní pojišťovny a žádat příslušné informace. Pokud však nebude počáteční písemná informace ze strany zdravotní pojišťovny dostatečně srozumitelná, pak bude plátce nucen navštěvovat zdravotní pojišťovnu po každém obdrženém vyúčtování či jiné písemnosti doplněné o přehled, čemuž lze předejít právě změnou přístupu v komunikaci, o kterou usiluji. Zdravotní pojišťovna by se měla snažit podávat plátcům přesné, srozumitelné, a zejména aktuální informace tak, aby nikoho neuvedla v omyl.

Protože generální ředitel neshledal prostor k přijetí opatření k nápravě, vydávám své závěrečné stanovisko podle § 18 odst. 2 zákona o veřejném ochránci práv. Součástí stanoviska je návrh opatření k nápravě.



D. Opatření k nápravě

Zdravotní pojišťovně navrhuji, aby:

- (A) při vyúčtování za určité období plátcům poskytoval také srozumitelné informace o aktuálním stavu pojistného účtu, například tak, že přehled plateb a penále bude obsahovat rovněž předběžnou informaci o dluhu na pojistném ke dni vystavení přehledu (tedy včetně aktuálního roku),
- (B) stěžovatele do 30 dnů srozumitelně písemně informovala o aktuálním stavu jeho pojistného účtu.

Závěrečné stanovisko zasílám generálnímu řediteli Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky Ing. Josefu Diesslovi a žádám, aby mi podle § 20 odst. 1 zákona o veřejném ochránci práv sdělil, zda provedl navržená opatření k nápravě. Odpověď očekávám v zákonné lhůtě 30 dnů od doručení stanoviska. Stanovisko zasílám také stěžovateli.

Pokud Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky nepřijme navržená opatření k nápravě nebo provedená opatření nebudu považovat za dostatečná, podle § 20 odst. 2 zákona o veřejném ochránci práv vyrozumím nadřízený úřad, případně mohu o svých zjištěních informovat veřejnost včetně sdělení jmen osob oprávněných jednat jménem Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky.

Brno 22. listopadu 2019

Mgr. Anna Šabatová, Ph.D.
veřejná ochránkyně práv