

Univerzita Hradec Králové
Fakulta informatiky a managementu
Katedra ekonomie

Zdravotní pojišťovny
Diplomová práce

Autor: *Bc. Jana Macháčková*

Studijní obor: *Informační management*

Vedoucí práce: *Ing. Vojtěch Jindra*

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a s použitím uvedené literatury.

V Hradci Králové dne 11. listopadu 2016

Jana Macháčková

Poděkování

Ráda bych poděkovala Ing. Vojtěchu Jindrovi za vedení mé diplomové práce a za cenné rady poskytnuté při konzultacích. Dále bych poděkovala Vojenské zdravotní pojišťovně České republiky za pochopení a vstřícnost, zejména panu JUDr. Aleši Jahodovi, řediteli právního odboru, za pomoc při zajištění aktuálních dat.

Anotace

Diplomová práce představuje ucelený pohled na vývoj a současný stav českého veřejného zdravotního pojištění. Analyzuje trh se zdravotním pojištěním v ČR. První část se zabývá vývojem zdravotnictví a současným systémem českého zdravotnictví. Druhá část se zabývá hospodařením Vojenské zdravotní pojišťovny a analyzuje konkurenci mezi pojišťovnami. Poslední část této práce je zaměřena na inovaci, která by mohla pojišťovna podstoupit pro získání nových pojištěnců.

Abstract

The Master's Thesis presents an overview of the development and current state of public Czech health insurance. It analyzes the health insurance market in the Czech Republic. The first part deals with the development of healthcare and the current system of Czech healthcare. The second part deals with the financial management of Military Health Insurance Fund and analyzes the competition among insurance companies. The last part of this thesis is focused on the innovation that could bring new clients to insurance companies.

Obsah

1. Úvod	1
2. Historický vývoj zdravotnictví	2
2.1 Počátky zdravotnictví	2
2.2 Zdravotnictví po vzniku Československé republiky	3
2.3 Socialistické zdravotnictví	4
2.4 Vývoj zdravotnictví po roce 1989	5
2.5 Změna formy zdravotnických zařízení	6
2.6 Regulační poplatky	8
3. Současný systém českého zdravotnictví	10
3.1 Základní systémy zdravotního pojištění	10
3.2 Veřejné zdravotní pojištění v České Republice	11
3.2.1 Pojistné zdravotního pojištění	11
3.2.2 Změna zdravotní pojišťovny	13
3.3 Zdravotní pojišťovny	14
3.3.1 Přehled jednotlivých zdravotních pojišťoven	14
3.3.2 Přehled počtu pojištěnců	16
3.3.3 Postavení zdravotních pojišťoven	16
3.3.4 Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven	18
3.4 Produkty zdravotních pojišťoven	19
3.4.1 Obsah produktů zdravotního pojištění	20
4. Rizika v činnosti pojišťoven	23
4.1 Fluktuace pojištěnců	24
5. Hospodaření konkrétní pojišťovny	26

5.1 Vybraná pojišťovna	26
5.2 Fondy zdravotních pojišťoven	27
5.2.1 Celkové zůstatky na bankovních účtech	31
5.3 Vývoj pohledávek Vojenské zdravotní pojišťovny	33
6. Konkurence zdravotních pojišťoven	35
6.1 Nástroje konkurence	36
6.2 Měření a analýza konkurence	38
6.2.1 Podíl na trhu	38
6.2.2 Tvorba ceny a zásah státu do fungování trhu	40
6.2.3 Bariéry vstupu a výstupu do odvětví	40
6.2.4 Nabídka programů	41
7. Inovace produktů	42
7.1 Výsledky dotazníkového šetření	42
7.2 Doporučení	50
8. Závěr	52
Seznam použité literatury	54
Seznam tabulek	59
Seznam grafů	60
Přílohy	61

1. Úvod

Zdraví. Pro většinu populace má nevyčíslitelnou hodnotu. To, v jakém zdravotním stavu se nacházíme, nás ovlivňuje v mnoha ohledech ať už v dobrém či špatném slova smyslu. Není tedy divu, že se člověk odjakživa snaží dělat vše pro to, aby si své zdraví co nejdéle udržel. Ať už spoléháním se na kouzelné amulety a přírodní produkty v minulosti nebo moderními operacemi a transplantacemi orgánů v současné době.

Fungování zdravotních pojišťoven se týká každého z nás, neboť téměř každý v České republice má svou zdravotní pojišťovnu. Zákony, které vymezují fungování pojišťoven, se neustále mění. Mění se i nabídky jednotlivých zdravotních pojišťoven. Z tohoto důvodu jsem si zvolila téma této práce. Především pro jeho neustálou aktuálnost.

Tato práce nabízí pohled na fungování zdravotních pojišťoven. Nejdříve je však čtenář uveden do problematiky nástinem historického vývoje, kde se může dozvědět o tom, jak postupem času vznikl trh zdravotních pojišťoven v naší zemi. Dále se čtenář dozví, jaké jsou současné systémy zdravotních pojišťoven v České republice. Následně budou v této práci objasněny rizika, kterým musí zdravotní pojišťovny neustále čelit. Poté se čtenář podívá na to, jak hospodaří vybraná zdravotní pojišťovna v jednotlivých fondech, které spravuje. V další fázi budou analyzovány v teoretické rovině podmínky konkurence mezi zdravotními pojišťovny v České republice. V závěrečné fázi této práce budou navrženy možnosti pro inovaci vybrané zdravotní pojišťovny včetně předpokládaného vývoje.

Touto závěrečnou práci prolínají ekonomické ukazatele, které jsou dostupné a které považuji za důležité. S přihlédnutím k nesmírnému rozsahu, který toto téma pokrývá, jsem však byla nucena k zaměření se pouze, podle mého názoru, na nejdůležitější hlediska, otázky a pravidla týkajících se předmětné tematiky za současného vědomí toho, že vypracování komplexního a detailního rozboru je z hlediska účelnosti a dále zejména přehlednosti jeho zpracování nereálné.

2. Historický vývoj zdravotnictví

Tato úvodní kapitola pojednává o vývoji zdravotnictví. O tom, jak postupem času vznikl trh zdravotních pojišťoven v České republice. Jak se v nedávné minulosti vyvíjely podmínky pro fungování zdravotních pojišťoven a jak zapůsobily reformy, které měly změnit celý systém fungování těchto institucí.

2.1 Počátky zdravotnictví

Celá řada nemocí, různé příčiny, které poškozují zdraví, tím vším je lidská společnost pronásledována v průběhu celého historického vývoje. Není tedy divu, že se lidská populace snaží prakticky od počátku své existence bojovat různými způsoby proti nemocem, bolesti nebo smrti. Nejstarší počátky tohoto snažení dokládají historické nálezy¹ u Číňanů, Egyptanů a Babyloňanů. Základy evropského lékařství pochází ze starého Řecka, kde se lékařství vyvíjelo pozvolna ve stínu chrámů boha Asklepie². Později vznikala potřeba odborných lékařských znalostí. U Řeků lékařský pokrok vrcholil díky Hippokratovi, který zahájil slavnou tradici řeckých lékařů, kteří po řadu staletí patřili mezi nejvyspělejší a nejuznávanější lékaře. Dodnes se lékařství odvolává na Hippokratovo pojetí medicíny. [1]

Na počátku feudální společnosti to byli mnichové a klerikové, kteří ovládali lékařství. Díky přepisování starých lékařských knih nabývali někteří mnichové lékařských vědomostí, které pak prakticky uplatňovali. Vlivem církve v této době nepatřila do lékařství chirurgie a porodnictví. Dochází tak k úpadku středověké medicíny a celé sociálně hygienické kultury v Evropě. [1]

V průběhu 9. století vzniká v Evropě první lékařská škola v jihoitalském městě Salerno. Později se budují i další školy a univerzity. V Čechách byla první univerzita založena v roce 1348, a to Univerzita Karlova v Praze. Nicméně až doba renesanční výrazně přispěla k rozvoji lékařské vědy³.

Skutečný zlom v dějinách lékařství na našem území přinesla až doba vlády Marie Terezie a Josefa II. Zdravotnictví začalo být organizováno pod centralizovanou

¹ Historické nálezy - Například lékařské spisy pocházející z Číny a Egypta

² Asklepie - bůh, který se zabýval pomoci nemocným a poskytnutím uzdravení.

³ William Harvey, r. 1628 – objev o existenci krevního oběhu. Znovu se začíná studovat anatomie a fyziologie.

správou díky osobnímu lékaři císařovny Gerardu Van Swietenovi, který byl tvůrcem a organizátorem nových reforem ve zdravotnictví v habsburských zemích. V patentech Generálního medicínského řádu z roku 1752 pro Moravu a z roku 1753 pro Čechy byla stanovena pevná pravidla pro veškerý lékařský personál od lazebníků počínaje, přes ranhojičů, okulistů až po lamače a řezače močových kamenů. Od roku 1753 také začala dohlížet nad zdravotnickými záležitostmi celého Rakouska-Uherska dvorská zdravotní deputace. V reformách své matky dále pokračoval císař Josef II., který byl důsledný zejména v požadavcích vzdělání všech pracovníků ve zdravotnictví. Bylo tedy zakázáno, aby kdokoli bez zkoušky a oprávnění uskutečňoval léčbu zcela svévolně.[2] Dochází tak k pozvednutí lékařství na stavovskou úroveň.

Základy dnešní moderní medicíny vznikají v době tzv. osvícenství v 18. století, kde dochází k vakcinaci, očkování proti pravým neštovicím. Lékaři se začínají vzdělávat také prakticky u nemocničních lůžek. Vznikají nové obory, jako například embryologie, epidemiologie a další.[3] Zákonem č. 68 z roku 1887 o veřejné zdravotní službě, byl v tehdejší Rakousko-Uhersku vytvořen zdravotní systém, na jehož základě vznikla v českých zemích hierarchicky uspořádaná síť institucí v čele s úředními lékaři, která sledovala a kontrolovala stanovená hygienická, protiepidemická a preventivní opatření. V roce 1888 byl zaveden po vzoru Německa v Rakousku-Uhersku, včetně českých zemí, systém nemocenského – zdravotního pojištění.[4] Tento výše vymezený zdravotní systém pojištění, který je založen na principu solidarity, byl poté adoptován do právního řádu samostatného prvorepublikového Československa.

2.2 Zdravotnictví po vzniku Československé republiky

Útrapy 1. světové války po sobě zanechaly na zdraví obyvatelstva nově vznikající Československé republiky následky v podobě rozšířené nemoci zvané Tuberkulóza. Ve 20. letech bylo v Československé republice více než půl milionu lidí, kteří byli postiženi touto chorobou, a každý rok přibývalo dalších cca 2000 nových případů. Proto byla založena Masarykova liga. Organizace, která díky finančním prostředkům od státu či různých dobrovolných sbírek dokázala v poměrně krátké době tuberkulózu zlikvidovat. Významným aktem v Československé republice se stává založení Státního zdravotního ústavu, který byl řízen přímo ministerstvem zdravotnictví. V tomto ústavu se profilovalo sociálně hygienické oddělení, které se

rovněž zabývalo zdravotnickou statistikou a moderním pojetím zdravotní výchovy. V roce 1924 byl přijat zákon povinného zdravotního pojištění pro všechny námezdně pracující a od roku 1925 byl tento zákon rozšířen i na státní a veřejné zaměstnance. Zaměstnanci a jejich zaměstnavatelé tak museli platit vzniklým pojišťovnám povinnou částku ve výši 6 % ze mzdy. Z pojistného byla hrazena zdravotní péče, včetně léků a některých zdravotnických pomůcek, pomoc v mateřství, pohřebné, ošetřování členů rodiny. Nemocenská byla vyplácena od 4. dne pracovní neschopnosti. Základem systému nemocenského pojištění byly okresní nemocenské pojišťovny, dále pak pojišťovny závodní, spolkové, nemocenské pojišťovny pro průmyslové a zemědělské dělníky, nemocenské pojišťovny podléhající Ústřední sociální pojišťovně pro soukromé úředníky atd. V roce 1925 bylo na našem území 431 nemocenských pojišťoven. Tyto pojišťovny byly samosprávnými institucemi. V čele celého systému byla Ústřední sociální pojišťovna, řízená ministerstvem sociální péče, které ostatní pojišťovny musely předkládat podrobné zprávy o své činnosti.

V této době se Československo řadilo mezi přední státy Evropy, co se rozsahu nemocenských dávek a úrovně léčebné péče týkalo.

2.3 Socialistické zdravotnictví

Zdravotnické systémy v období socialismu byly postaveny na centralizované organizaci zdravotnických služeb. Výjimkou byly výzkumné ústavy a velké kliniky, které sloužily jako výstavní síně režimu. Socialistické zdravotnictví bylo zvnějšku nekontrolovatelné, protože zdravotnictví nebylo předmětem veřejných debat a tok peněz i využívání zdravotních služeb bylo využíváno různými skupinami obyvatel, takže bylo neprůhledné. Chybí zde jak větší tlak obyvatelstva, tak i ochota zainteresovaných informace poskytovat.

V roce 1951 byla převzata koncepce zdravotnictví a zdravotnické služby od SSSR (Semaškův model). Systém povinného zdravotního pojištění byl zrušen a zdravotní péče se ocitla plně v rukou státu. Úhrady zdravotních služeb začaly být financovány z daní prostřednictvím státního rozpočtu.[6] Prostředky z daní mělo na starost Ministerstvo financí, které je na návrh Ministerstva zdravotnictví posílalo Krajským ústavům národního zdraví, které je poté rozdělovaly příslušným okresním pobočkám.

Zdravotnictví Československé socialistické republiky se stalo živnou půdou pro šedou ekonomiku a korupci. Tímto se napravovaly mnohé nesrovnalosti dané státním dirigismem jako malé platy zdravotnických pracovníků a jejich společenské nedocení nebo nemožnost připlácení na nadstandardní služby. Do jisté míry rovněž řešila i problém nedostatkových služeb a léků, na kterou si obyvatelstvo navyklo. Byla pak tendence podceňovat jejich rizikovost, protože korupce a šedá ekonomika jsou a zůstanou nejvážnějším nebezpečím pro spravedlivé uspořádání zdravotnického systému.[5]

2.4 Vývoj zdravotnictví po roce 1989

Situace popsaná v předcházející kapitole byla impulsem pro změnu podoby zdravotního systému. Cílem expertů bylo vypracovat takové zdravotnictví, které by vedlo ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel, k modernizaci zařízení, k celkovému odlehčení řízení v samotném rezortu a nahrazení centralizovaného systému péče o zdraví systémem veřejného zdravotního pojištění. Základní zásady této transformace byly:[7]

- a) poskytování bezplatné zdravotní péče všem občanům
- b) zavedení konkurenčního prostředí mezi poskytovateli
- c) fungování systému na principu veřejného zdravotnictví
- d) zdravotnická zařízení s vlastní právní subjektivitou se stanou základním kamenem celého systému
- e) celým systémem bude financován z více zdrojů.

V období 1991 až 1993 došlo k několika změnám, které položily základy dnešní podoby systému péče o zdraví. Spočívaly především ve vzniku nových institucí a organizací, které se podílely na tvorbě zdravotnické politiky: Zdravotní pojišťovny, mezi nimiž zaujímal výsadní postavení VZP⁴, Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora, Česká lékárnická komora a asociace poskytovatelů zdravotní péče. Byly zrušeny ústavy národního zdraví. Poskytovatelé zdravotních služeb získali právní subjektivitu, a tak došlo k hromadnému pořizování moderních lékařských technologií a techniky, a to mnohdy zcela neúčelně. Garantem poskytování zdravotních služeb je stát, který je zastoupen Ministerstvem zdravotnictví a referátů

⁴ VZP – všeobecná zdravotní pojišťovna

zdravotnictví okresních úřadů. Na trhu léčiv začaly vyvíjet aktivity řady farmaceutických firem, což mělo v konečném důsledku mimo jiné za následek mnohonásobně vyšší nabídku léků v porovnání s obdobím před rokem 1989. Financování péče bylo především z veřejného zdravotního pojištění, na kterém se podílí zaměstnanec i zaměstnavatel.⁵

Do roku 1996 probíhala rozsáhlá privatizace celého sektoru veřejného zdravotnictví, která spočívala především v přechodu lůžkových zařízení na samostatné právní subjekty (obecní správa nemocnic), v přechodu poskytovatelů ambulantní péče na soukromé praxe (obvodní lékaři) a přeměny týkající se lázeňských, lékárenských a doprovodných služeb. Ambulantní lékaři se stali se svými soukromými praxemi podnikateli a díky nastavení tehdejšího odměňování, které jim bylo vypláceno na základě smluv s pojišťovnami, jejich příjem značně převyšoval nemocniční lékaře.

Od roku 1997 se pozornost začala více zaměřovat na samotné poskytování zdravotní péče formou kontroly finančních prostředků. Vznikaly i jasnější legislativní regulace jednotlivých subjektů působících v systému. Tato restrukturalizace spočívala především ve větší kontrole distribuce léčiv, financování vybavování a investic nemocnic. Na ambulantních stanicích se omezil počet lůžek a personál se přesunul z těchto oddělení k oddělením, která poskytovala dlouhodobou zdravotní péči. Na pozdější vývoj měla vliv především reforma z roku 2000 týkající se uspořádání státní správy a s ní spojený vznik krajů jako samosprávných celků, na které stát převedl velkou část pravomocí, včetně správy nemocnic.

2.5 Změna formy zdravotnických zařízení

Výše zmiňovaná reforma veřejné správy, která probíhala v letech 2000 – 2003 způsobila krajům nemalé problémy. Stát nechával často nemocnice zadlužené, a tyto v tomto stavu přešly na kraj. Kraje proto začaly některé nemocnice zavírat. Do jiných naopak začaly bohatě přispívat. Kraje s vidinou odškodnění nebo možného výdělku, připravili vybrané nemocnice k následné privatizaci a mnoho nemocnic tak změnilo formu z příspěvkové organizace na akciovou společnost⁶. To však předcházelo

⁵ systém založený na povinném pojištění a solidárním principu v poskytování zdravotní péče

⁶ Na konci roku 2002 spadalo nejvíce nemocnic (82 nemocnic s 31 882 lůžky z celkových 201 nemocnic s 66 668 lůžky) pod správu okresních úřadů. Tyto nemocnice fungující jako příspěvkové organizace zřizované

dlouhé politické přetahování v právní rovině o možnost či nemožnost změnit právní formu nemocnice z příspěvkové organizace na akciovou společnost. V květnu roku 2005 sněmovna schválila novelu zákona o ochraně veřejného zdraví, která v § 99a zakazuje převody nemocnic do doby přijetí zákona o neziskových veřejných nemocnicích.

§ 99a

(1) Zřizovatel zdravotnického zařízení, pokud jím je územně samosprávný celek (ÚSC) a takové zdravotnické zařízení je navázáno na rozpočet tohoto ÚSC (kraje nebo obce), nesmí do přijetí zákona o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních převést toto zdravotnické zařízení do formy obchodní společnosti a ani nesmí jeho provozování svěřit obchodní společnosti jinak vytvořené.

(2) Na lůžková zdravotnická zařízení, jejichž zřizovatelem jsou ÚSC a která mají již podobu obchodní společnosti, nemůže být do přijetí zákona o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních prohlášen konkurs.

Senát se proti této novele postavil a posléze jej prezident vetoval. Poslanecká sněmovna v září 2005 však prezidentské veto přehlasovala a zákon vstoupil v platnost 27. září 2005. Podle právníků byl tento zákaz protiústavní, proto i nadále kraje pokračovaly ve změně formy zdravotnických zařízení.

Posledním pokusem o zamezení privatizace nemocnic bylo přijetí zákona č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních. Ústavní soud ve svém nálezu č. 483/2006, však paragrafy týkající se tohoto zákazu zrušil, a tak privatizaci nestálo nic v cestě.

Privatizace se zatím dotkla nejvíce dvou krajů. A to Moravskoslezského a Středočeského, kde si kraj privatizací deseti menších nemocnic vydělal více než 460 milionů korun, které zpětně investoval do jím vlastněných.

okresními úřady se staly předmětem samostatné působnosti kraje. Koncem roku 2003 spravovaly kraje 81 nemocnic s 33 258 lůžky, což představovalo 50 % lůžkového fondu všech 201 nemocnic v České republice.

2.6 Regulační poplatky

V roce 2006 byl předložen ministrem zdravotnictví Tomášem Julínkem návrh na reformní plán, který zahrnoval komplexní změnu fungování ve zdravotnictví. Reforma se týkala zdravotních pojišťoven, nemocnic, ordinací, záchranných zdravotních služeb i změn ve vzdělávání lékařů.

První krok již zmíněné reformy byl dán schválením zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kterým byly zakotveny regulační poplatky v zákoně o veřejném zdravotním pojištění. Od 1. 1. 2008 tak začali lidé platit poplatky, které jsou vypsány v následující tabulce.

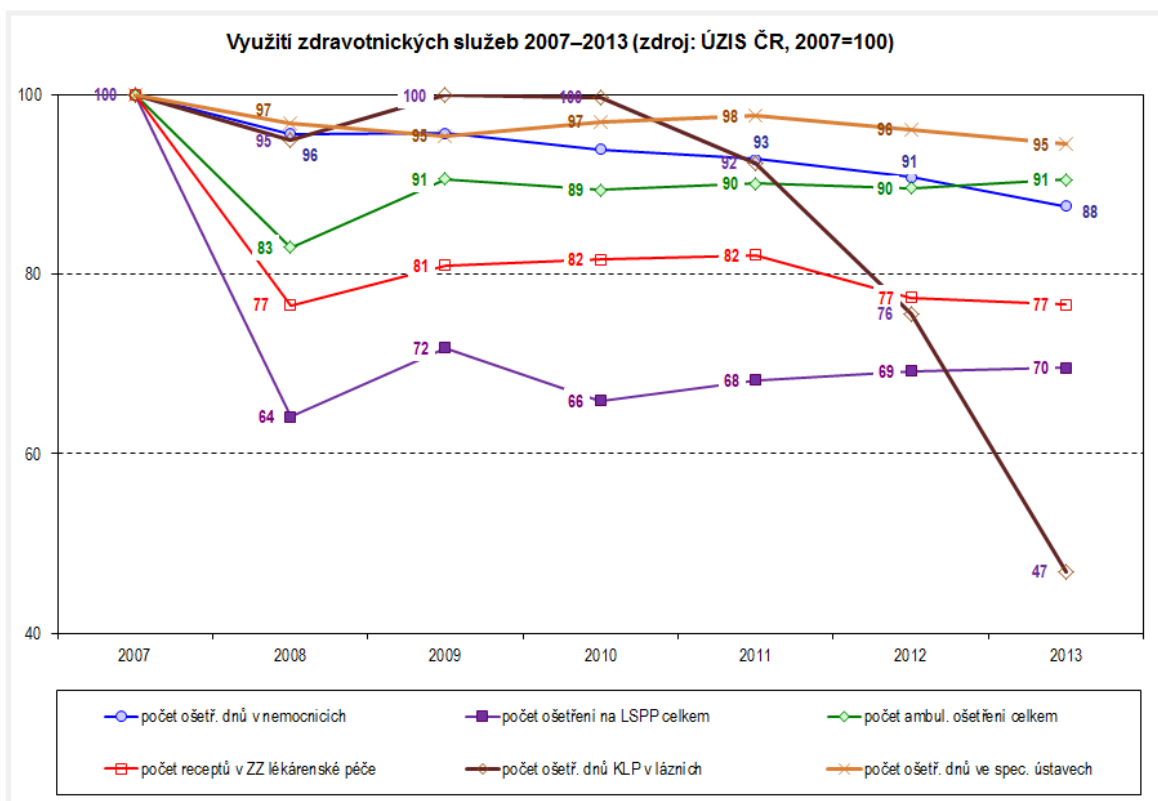
Kč	Vysvětlivka
30	návštěva lékaře
90	návštěva pohotovosti
60	den pobytu v nemocnici nebo v jiném léčebném zařízení
30	položka na recept

Tabulka 1: Ceny regulačních poplatků [autor]

Stanoven byl také roční limit 5000 Kč, kde pokud byla překročena tato částka, mohli si lidé požádat o vrácení peněz. Od 1. 4. 2009 byl limit pro děti do 18 let a seniory nad 65 lety snížen na polovinu, tj. na 2500 Kč za rok. K další úpravě došlo na přelomu let 2011 a 2012, kdy byl poplatek za den pobytu v nemocnici navýšen na 100 Kč. Dále byl poplatek 30 Kč za položku na recept nahrazen poplatkem za recept.[8]

Cílem těchto regulačních poplatků bylo zamezení plýtvání ve zdravotnictví. Tím, že lidé budou k lékaři chodit jen v případě, kdy to skutečně potřebují. Poplatky měly rovněž omezit korupční jednání ve zdravotnictví. [8]

Výsledkem regulačních poplatků v letech 2007 – 2013 podle analýzy spotřeby zdravotnických služeb Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo ve snížení návštěv pohotovosti a počtu receptů na léky. Avšak spotřeba léků neklesla. Klesl rovněž počet ošetření lékařskou službou první pomoci u dospělých, kde v roce 2013 byl počet ošetření o 43,4 % nižší než v roce 2007. V případě dětí a dorost o 23,1 % nižší. Výjimku tvořila stomatologická pohotovost, kde využívání vzrostlo o 8,4 %. Regulační poplatky přinesly každoročně do zdravotnictví více než 5 miliard Kč. V letech 2008 až 2012 to bylo mezi 5,3 a 5,8 miliardy Kč. [9]



Graf 1: Využití zdravotních služeb 2007-2013, převzato z [9].

Boj proti regulačním poplatkům se stal jedním z hlavních témat následných volebních kampaní opozice. Od ledna 2015 byl regulační poplatek zrušen. Zachován zůstal pouze poplatek za pohotovost.

Vláda se zavázala, že výpadek prostředků z regulačních poplatků bude kompenzován ze státního rozpočtu. Za roky 2015 a 2016 byly slíbené náhrady kompenzovány, další je ale nejisté, neboť náhrada jde podle § 16 úhradové vyhlášky, přičemž k tomuto paragrafu vyhlášky absentuje zákonné zmocnění.

Je třeba řešit náhradu za prostředky, které do resortu zdravotnictví plynuly z výběru poplatků, neboť náhrady při současné situaci nemusí být jednoho dne poskytnuty. Stačilo by je neuvést v Úhradové vyhlášce na další rok.

3. Současný systém českého zdravotnictví

Tato kapitola pojednává o základních systémech zdravotního pojištění. V teoretické rovině zde bude rozebráno veřejné zdravotní pojištění. Jaké zdravotní pojišťovny se nacházejí na území České republiky a čím se liší. Dále jak může občan České republiky či osoby s trvalým pobytem na území České republiky změnit svou zdravotní pojišťovnu a kolik musí těmto institucím platit. V poslední části této kapitoly budou představeny produkty, které zdravotní pojišťovny nabízí.

3.1 Základní systémy zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění se člení na systém statutární a privátní. Tyto dva základní systémy vychází z toho, zda účast na zdravotním pojištění je povinná či dobrovolná. V následujícím textu tyto dva systémy budou stručně rozebrány.

Veřejné (statutární) zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění je druh zákonného pojištění, na jehož základě jsou zdravotní pojišťovnou hrazené zdravotní služby poskytnuté pojištěnci. Ze zákona musí být v České republice povinně zdravotně pojištěna každá osoba, která má na území ČR trvalý pobyt a to bez ohledu na státní občanství této osoby. Osoba, která nemá trvalý pobyt v České republice, se stává účastníkem zdravotního pojištění pouze v období, ve kterém je zaměstnána u zaměstnavatele se sídlem na území ČR a pracovněprávní vztah je uzavřen podle právních předpisů ČR. Do veřejného zdravotního pojištění spadají také národní zdravotní služby provozované státem a poskytující zdravotní služby univerzálně všem občanům. [10] Zdravotní pojišťovny platí poskytovatelům zdravotních služeb. Neplatí pojištěnci finanční kompenzaci za to, že se mu něco stalo. Klient je pojištěn za všech okolností. Pokud pojištěnec nezaplatí pojistné, může jít i tak k lékaři.

Soukromé (privátní) zdravotní pojištění

Toto pojištění je dobrovolné. Účastníky privátního zdravotního pojištění se stávají osoby, které sice jsou účastníky ve statutárním zdravotním pojištění, ale z různých důvodů se rozhodli zvýšit svou pojistnou ochranu. Nebo jsou to osoby, které nespádají do statutárního zdravotního pojištění. [11] Soukromé zdravotní pojištění poskytují komerční pojišťovny, přičemž se mohou různě nazývat (úrazové,

nemocenské aj.). Tyto pojišťovny zaplatí peníze pojištěnci, nikoli poskytovateli zdravotních služeb. Pokud klient nezaplatí pojistné tak nedostane žádné plnění.

3.2 Veřejné zdravotní pojištění v České Republice

Ve smyslu § 3 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění platí, že zdravotní pojištění v České republice vzniká dnem narozením, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky, nebo získáním trvalého pobytu na území ČR a v případě, že osoba bez trvalého pobytu na území ČR se stala zaměstnancem, kterému plynou příjmy ze závislé činnosti.

Zdravotní pojištění v České republice zaniká dnem úmrtí pojištěnce, nebo ukončením trvalého pobytu na území ČR a v případě, že osoba bez trvalého pobytu na území ČR přestala být zaměstnancem, kterému plynou příjmy ze závislé činnosti. [12]

3.2.1 Pojistné zdravotního pojištění

Dle § 4 zák. č. 48/1997 Sb. platí, že plátcí zdravotního pojištění jsou pojištěnci definovaní v podmínkách § 5 téhož zákona, zaměstnavatelé a stát. Zaměstnavatel odvádí pojistné za zaměstnance. Výše odváděného pojistného veřejného zdravotního pojištění se počítá z vyměřovacího základu zaměstnance. Jeho sazba je pevná, stanovená zákonem a činí 13,5 % z vyměřovacího základu mzdy zaměstnance. Z toho 4,5 % platí zaměstnanec a 9 % zaměstnavatel. V praxi to vypadá tak, že se vypočte 13,5 % z vyměřovacího základu každého jednotlivého zaměstnance (pojištěnce příslušné pojišťovny), přičemž se pojistné odvede příslušné pojišťovně v jedné částce. Výsledná hodnota po zaokrouhlení na celé koruny nahoru se odvede zaměstnavatelem dané zdravotní pojišťovně. Pokud zaměstnavatel strhne zaměstnanci 4,5 % z vyměřovacího základu (jako platbu pojistného hrazenou zaměstnancem), tyto stržené peníze neodvede zdravotní pojišťovně (např. je použije na úhradu svých dluhů), v důsledku čehož tímto neodvedením pojistného způsobí pojišťovně škodu nejméně 50 000,-Kč, vystaví se tím riziku represe trestního práva za Neodvedení daně, pojistného na sociální zabezpečení a podobné povinné platby dle § 241 zák. č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku. Neodvedením části platby pojistného 9 %, jako části hrazené zaměstnavatelem, vznikne zaměstnavateli vůči pojišťovně prostý dluh na pojistném, případně též penále ve smyslu § 18 zák. č. 592/1992 Sb. Neodvedením pojistného zaměstnavatelem neznamená, že se zaměstnanec stane

nepojištěným - zaměstnavateli vznikne dluh na pojistném (event. penále), který je pojišťovna povinna vymáhat. Pokud pojištěnec čerpá zdravotní služby za situace, kdy za něho zaměstnavatel nehradí pojistné, pojišťovna za pojištěnce přes tyto služby bez dalšího hradí poskytovatelům, nežádá je následně uhradit ani po pojištěnci, ani po zaměstnavateli.

Stát odvádí pojistné za určité skupiny osob, jež budou popsány níže v této kapitole. Pojistné platí samotný pojištěnec nebo osoba samostatně výdělečně činná, která odvádí částku odvozenou z příjmů z vlastní samostatné výdělečné činnosti. Dále plátcí jsou osoby bez zdanitelných příjmů, které odvádí pojistné v minimální výši. Jsou to osoby, za které neplatí pojistné zaměstnavatel ani stát a není ani samostatně výdělečně činná. [30] Částky pojistného za osoby bez zdanitelných příjmů a zálohy osob samostatně výdělečně činných jsou rozepsány v následujících tabulkách níže.

Období	Pojistné v Kč
01.01.2007 - 31.07.2013	1080
01.08.2013 - 31.12.2014	1148
01.01.2015 - 31.12.2015	1242
01.01.2016 - 31.12.2016	1337
od 01.01.2017	1485

Tabulka 2: Sazby pojistného pro osoby bez zdanitelných příjmů [autor]

Období	Zálohy v Kč
01.01.2011 - 31.12.2011	1670
01.01.2012 - 31.12.2012	1697
01.01.2013 - 31.12.2013	1748
01.01.2014 - 31.12.2014	1752
01.01.2015 - 31.12.2015	1797
01.01.2016 - 31.12.2016	1823
od 01.01.2017	1906

Tabulka 3: Minimální zálohy na pojistné osob samostatně výdělečně činné, převzato z [43]

Za jaké osoby platí stát zdravotní pojištění:

- nezaopatřené děti ve věku do 26 let, pokud se připravují studiem na budoucí povolání a nemají vlastních příjmů z výdělečné činnosti;
- penzisté;
- ženy na mateřské a příjemci rodičovského příspěvku;
- osoby, které pečují celodenně a osobně alespoň o jedno dítě do 7 let nebo o dvě děti do 15 let;
- uchazeče o zaměstnání registrované u příslušného úřadu práce;
- osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované
- osoby převážně nebo úplně bezmocné a ty, kteří o ně pravidelně pečují;
- rodiče nebo rodinné příslušníky, kteří pečují o dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě nebo člena rodiny staršího 80 let;
- osoby povoláné k vojenskému cvičení;
- osoby ve vazbě nebo výkonu trestu;
- mladistvé, kteří jsou umístěni ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy;
- osoby, které dosáhli věku potřebného pro nárok na starobní důchod, ale nesplňují podmínky jeho přiznání. Tedy nemají odpracovaný potřebný počet let. [13]

Uvedený výčet však není zcela vyčerpávající. Úplný výčet lze nalézt zde [45].

Následující graf představuje přehled pojistného, které odvádí stát za jednoho pojištěnce.

Období	Vyměřovací základ v Kč	Pojistné v Kč
01.01.2010 – 31.10.2013	5355	723
01.11.2013 – 30.06.2014	5829	787
01.07.2014 – 31.12.2015	6259	845
01.01.2016 – 31.12.2016	6444	870
od 01.01.2017	6814	920

Tabulka 4: Přehled pojistného hrazeného státem, převzato z [13]

3.2.2 Změna zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za rok. Změnu lze provést buď k 1. červenci pokud pojištěnec požádá o přeregistraci mezi 1. lednem až 31. březnem, nebo k 1. lednu pokud o přeregistraci požádá pojištěnec mezi 1. červencem až 30. zářím. Pro přechod k nové zdravotní pojišťovně musí být podepsána papírová přihláška. Elektronické formuláře ji nemohou nahradit. Osoby samostatně výdělečně činné

dokládají také potvrzení o výši záloh hrazených předchozí zdravotní pojišťovně, osoby, které platí pojištění stát, prokazují nárok na zařazení do příslušné kategorie. Odhlášení u stávající zdravotní pojišťovny provádí pojišťovna, ke které klient přechází. Ta rovněž zasílá novou kartičku pojištěnce. O změně zdravotní pojišťovny je třeba informovat ze strany pojištěnce každého lékaře (postačí neformálně, např. e-mailem) a zaměstnavatele (nejlépe tak, aby o splnění oznamovací povinnosti měl zaměstnanec i zaměstnavatel doklad) pojištěnce.[14]

3.3. Zdravotní pojišťovny

Současný systém českého zdravotnictví má několik zdravotních pojišťoven, které jsou vypsány v tabulce níže.

Kód	Název	Zkratka
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	VZP
201	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky	VoZP
205	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	ČPZ
207	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	OZP
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	ZPŠ
211	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	ZPMV
213	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	RBP

Tabulka 5: Přehled zdravotních pojišťoven v ČR. [autor]

Z výše uvedených pojišťoven patří Všeobecná zdravotní pojišťovna mezi ty největší a nejstarší. V následující podkapitole budou jednotlivé zdravotní pojišťovny stručně představeny.

3.3.1 Přehled jednotlivých zdravotních pojišťoven

➤ Všeobecná zdravotní pojišťovna

Všeobecná zdravotní pojišťovna byla zřízena 1. ledna 1992 zákonem č. 551/1991 Sb. Dne 28. března 2011 se s ní sloučila Zdravotní pojišťovna Média, která nesplnila zákonnou povinnost dosažení počtu nejméně 100 000 pojištěnců. [15]

➤ Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

Vojenská zdravotní pojišťovna byla založena 23. prosince 1992. Svoji činnost zahájila od 1. ledna 1993. [16] Dne 31. října 1997 se s touto pojišťovnou sloučila zdravotní

pojišťovna CRYSTAL. Tato zdravotní pojišťovna spolupracuje s Ministerstvem obrany České republiky a Armádou České republiky.

➤ **Česká průmyslová zdravotní pojišťovna**

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna vznikla k 1. říjnu 2009 sloučením České národní zdravotní pojišťovny a Hutnické zaměstnanecké pojišťovny. V říjnu 2012 se tato zdravotní pojišťovna sloučila se zdravotní pojišťovnou METAL – ALIANCE. Pojišťovna se tak stala 3. největší zdravotní pojišťovnou. [17]

➤ **Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví**

Oborová zdravotní pojišťovna vznikla 29. října 1992. Zakladatelem této zdravotní pojišťovny je Svaz bank a pojišťoven, po spojení se zdravotní pojišťovnou STAZPO se mezi zakládající subjekty počítají i Svaz podnikatelů ve stavebnictví v ČR, Odborový svaz Staveb a Stavební cech soukromých podnikatelů.

➤ **Zaměstnanecká pojišťovna Škoda**

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda vznikla 15. října 1992.[18] Zakladatelem této zdravotní pojišťovny bylo Ministerstvo práce a sociálních věcí na základě žádosti firmy Škoda auto, a.s.

➤ **Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra**

Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky vznikla 1. října 1992. Dne 1. května 1997 se s touto zdravotní pojišťovnou sloučila Zdravotní pojišťovna Grál – Železniční zdravotní pojišťovna a k 1. lednu 1998 i Regionální zaměstnanecká zdravotní pojišťovna.[19]

➤ **Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna**

Revírní bratrská pokladna byla založena 1. února 1993 jako jedna z nejmladších zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven na území české republiky. V roce 1996 se s touto zdravotní pojišťovnou sloučila Moravská zdravotní pojišťovna.[20]

3.3.2 Přehled počtu pojištěnců

Jaké pojišťovny se nacházejí v systému českého zdravotnictví je již znám. Následující text představí počty pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Tabulka 6 vytváří představu o počtech pojištěnců od roku 2011 do roku 2016 včetně. Z tabulky je patrný trend odchodu pojištěnců ze Všeobecné zdravotní pojišťovny do zaměstnaneckých pojišťoven. (Pojem Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny budou vysvětleny v následující podkapitole.) V průběhu let 2011 – 2016 si ve vztahu k náboru nových pojištěnců vedla nejlépe Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra a Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.

Rok	VZP	ZPMV	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	RBP
2011	6 247 532	1 157 355	598 504	727 847	696 290	136 202	416 461
2012	6 162 465	1 186 964	626 404	1 171 395	702 555	137 188	417 191
2013	6 076 727	1 207 918	668 854	1 188 753	706 765	137 815	418 749
2014	5 968 807	1 242 194	696 503	1 208 249	730 947	139 437	429 916
2015	5 933 620	1 258 081	707 501	1 210 581	735 315	139 909	430 909
2016	5 918 128	1 283 628	700 873	1 230 601	724 240	141 872	432 854

Tabulka 6: Přehled počtu pojištěnců u jednotlivých zdravotních pojišťoven [autor]

Podrobnější analýza lze nalézt v podkapitole 6.2 Měření a analýza konkurence.

3.3.3 Postavení zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny v systému veřejného zdravotního pojištění, které byly představeny v podkapitole 3.3.1 Přehled jednotlivých zdravotních pojišťoven, se dělí na dva typy. Prvním typem je Všeobecná zdravotní pojišťovna a druhým typem jsou tzv. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, které se dále dělí na resortní, oborové, podnikové a další zaměstnanecké pojišťovny. V následujícím textu budou tyto dva typy zdravotních pojišťoven představeny.

➤ Všeobecná zdravotní pojišťovna

Jak již bylo výše zmíněno, Všeobecná zdravotní pojišťovna byla vytvořena zákonem č.551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky s účinností od 1. 1. 1992. Po nabytí účinnosti tohoto zákona byla tato pojišťovna povinna uzavřít smlouvu s každým zdravotnickým zařízením, které o to požádalo a zároveň každé

zdravotnické zařízení bylo povinno uzavřít smlouvu s pojišťovnou, pokud o to požádala pojišťovna.

Všeobecná zdravotní pojišťovna má od počátku své existence určité výhody oproti zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám, kterými se dostává do čela trhu. Mezi výhody patří například to, že podle stávající platné právní úpravy nemůže zaniknout na rozdíl od zaměstnaneckých pojišťoven. Neexistuje tak pro VZP žádná hrozba ukončení činnosti z ekonomických důvodů v případě špatného hospodaření, protože s tím zákon nepočítá. VZP má rovněž zajištěno, že na její dluhy ručí stát ve formě návratné finanční výpomoci nejvýše 50 % prokázaného nedostatku finančních prostředků. O poskytnutí této výpomoci rozhoduje vláda na návrh ministra zdravotnictví po dohodě s ministrem financí.[21] Další výhodou VZP je, že může naplňovat fond prevence sloužící k poskytování nadstandardních služeb pojištěncům i v případě deficitu základního fondu zdravotního pojištění. Tyto odlišnosti umožňují VZP využívat neodůvodněnou konkurenční výhodu.

Má však i své povinnosti, které nařizuje zákon a slouží tak celému systému. VZP má za povinnost zřídit účet veřejného zdravotního pojištění, který slouží k přerozdělování pojistného, které probíhá mezi jednotlivými pojišťovnami. Tento zvláštní účet je VZP povinna vést odděleně od ostatních účtů, které spravuje.

Účelem přerozdělování je vyrovnat rozdíly, které nastávají mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami. A to jak na straně výše příjmů od plátců, tak na straně výše nákladů na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění.[40] Výše přerozdělení jednotlivých zdravotních pojišťoven představuje tabulka 7. (Údaje jsou v tis. Kč)

Pojišťovna	2014	2015	2016
VZP	12 682 196	13 489 160	13 126 236
VoZP	1 253 177	1 369 721	1 314 065
ČPZP	2 088 342	2 260 637	2 244 394
OZP	1 273 826	1 372 341	1 331 491
ZPŠ	266 888	286 817	281 872
ZPMV	2 231 595	2 445 078	2 432 148
RBP	724 391	788 230	773 982

Tabulka 7: Přerozdělení pojistného v jednotlivých letech [autor]

Na dodržování pravidel hospodaření se zvláštním účtem dohlíží orgán, který je ustanoven k tomuto účelu. Členy dozorčího orgánu jsou zástupci, jež jsou jmenováni Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem financí, Ministerstvem práce a sociálních věcí, pověřený zástupce VZP a ostatní pověření zástupci jednotlivých zdravotních pojišťoven.[22] Mezi další povinnosti patří vedení centrálního registru pojištěnců⁷ a registru zdravotnických služeb⁸, vydává tiskopisy pro plátce pojistného atd. [23]

➤ **Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny**

Vznik zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, dále jen (ZZP), upravuje zákon č. 280/1992 Sb, o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Tyto pojišťovny mohou provádět veřejné pojištění na základě povolení, o kterém rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí do 180 dnů ode dne doručení žádosti.[24]

Před podáním žádosti o povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění je žadatel povinen složit kauci ve výši 100 milionů korun na zvláště k tomu zřízený vázaný účet v tuzemské bance. Dnem zápisu zaměstnanecké pojišťovny do obchodního rejstříku přecházejí práva ke kauci na zaměstnaneckou pojišťovnu, která ji poté převede do rezervního fondu.

Po získání povolení musí nová zdravotní pojišťovna splnit zákonnou povinnost nábory minimálně 100 tis. klientů v průběhu 1 roku. ZZP, která nedosáhne do 1 roku tohoto počtu pojištěnců, je povinna dosáhnout této sumy nejpozději do 2 let od nabytí účinnosti tohoto zákona.[25]

3.3.4 Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven

Příjmy zdravotních pojišťoven jsou tvořeny celkovým součtem příjmů z výběru pojistného od zaměstnavatelů, osob samostatně výdělečně činných, osob bez zdanitelných příjmů a ze státního rozpočtu. Dalšími příjmy jsou vlastní zdroje

⁷ V základní tabulce je cca 12 mil. Záznamů o fyzických osobách. Základním identifikátorem je rodné číslo občana ČR. Na financování a údržbu údajů se podílí všechny zdravotní pojišťovny.

⁸ Registr zdravotnických zařízení, která mají uzavřeny smlouvy se ZP a zdravotnických pracovníků poskytujících zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění v jednotlivých zdravotnických zařízeních

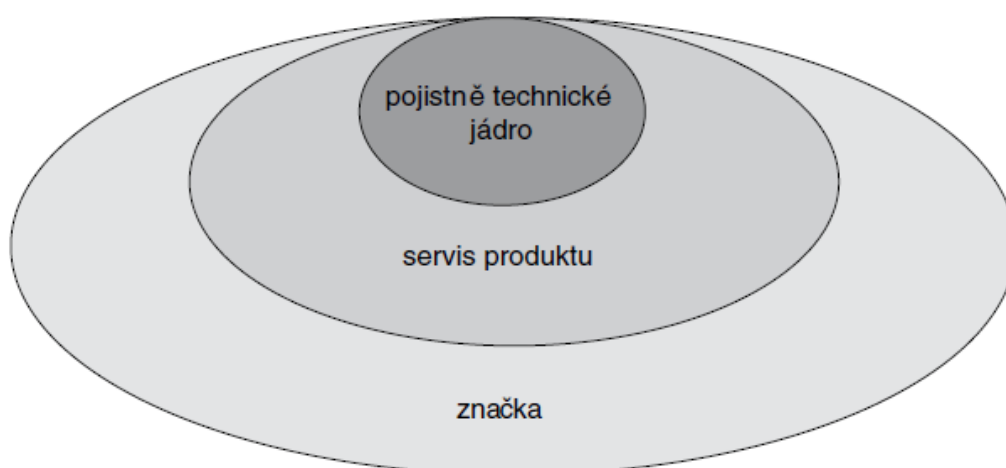
vytvořené využíváním fondů zdravotní pojišťovny⁹ a z ostatních příjmů jako jsou sankce, pokuty nebo penále.

Výdaje zdravotních pojišťoven představují v první řadě úhradu základní zdravotní péče na základě smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními. Dále se jedná o úhradu nákladů na zajištění vlastní činnosti a provozu, platby za výkony nad rámec základních služeb z fondu prevence.

Na rok 2016 jsou plánovány celkové výdaje systému veřejného zdravotního pojištění 260,72 miliarda korun a celkové příjmy na 261,22 miliardy korun. Z celkové částky by mělo na zdravotní péči přijít 252 miliard korun a na provoz samotných pojišťoven 6,93 miliard korun.[26]

3.4 Produkty zdravotních pojišťoven

Zdravotní služby, které jsou kryty pojištěním, určuje pojistný produkt, který vymezuje podmínky úhrady této péče ze strany pojišťovny. Pojistný produkt si lze představit jako tříúrovňovou strukturu, která je sestavena z pojistně technického jádra produktu, jež představuje soubor podmínek v pojistné smlouvě. Další úrovní této struktury je servis produktu, který představuje rozvoj produktu v průběhu životního cyklu podle podmínek na trhu. Třetí úroveň představuje vnímání produktu na trhu a je výsledkem marketingové a obchodní aktivity zdravotní pojišťovny.



Obrázek 1: Struktura pojistného produktu, převzato z [11]

⁹ Úroky z termínovaných vkladů volných finančních prostředků

Toto pojetí pojistného produktu se vztahuje jak na soukromé tak na veřejné zdravotní pojištění. Ve veřejném zdravotním pojištění mohou být potlačeny obchodní aktivity, neboť toto pojištění je povinné. U tohoto systému mohou být marketingové aktivity spíše zaměřeny na informování pojištěnců.

Z pojistného krytí jsou vyloučeny služby ke zlepšení estetického vzhledu a velmi často alternativní způsoby léčení jako je homeopatie nebo čínská medicína.

3.4.1 Obsah produktů zdravotního pojištění

Ze zdravotního pojištění se hradí následující zdravotní služby, jejímž cílem je zachovat, obnovit nebo zlepšit zdravotní stav. Jednotlivá péče a služby, které zdravotní pojišťovna hradí, budou v následujícím textu blíže popsány.

➤ Ambulantní péče

Ambulantní péče je zdravotní péče, při níž není nutná hospitalizace pacienta. Pacient se tak obrací v případě onemocnění na lékaře primární péče¹⁰, který pracuje v okolí jeho bydliště.

Při výběru lékaře je třeba mít na paměti, že se lze přihlásit pouze k lékaři, který má uzavřenou smlouvu o poskytování zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou, u které je pacient pojištěn. Toto se však nevztahuje na pojištěnce z jiných států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Švýcarské konfederace nebo ze států, se kterými má Česká republika uzavřenou smlouvu o sociálním zabezpečení, zahrnující ve věcném rozsahu nároky na zdravotní péči.[27]

Odmítnout zaregistrovat pacienta, může lékař pouze v případě, kdy by jeho přijetí znamenalo pro lékaře takové pracovní zatížení, které by mu znemožnilo kvalitní péči o tohoto pacienta nebo o jiné pacienty, které již ve své péči má. V případě odmítnutí má pojištěnec právo, aby mu lékař odmítnutí potvrdil písemně.

Odborného specialistu může pacient v České republice navštívit bez doporučení lékaře primární péče.

¹⁰ Praktické lékaře pro dospělé, praktické lékaře pro děti a dorost, zubní lékaře a gynekology, u kterého se musí nejprve zaregistrovat

➤ **Lůžková (ústavní) péče**

Pokud to vyžaduje charakter onemocnění, doporučí lékař primární péče nebo ambulantní specialista pacientovi léčbu v nemocnici nebo mu přijetí sám dohodne.[27]

Lůžková péče je vedle nemocniční péče poskytována v síti odborných léčebných ústavů, kterými jsou léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy, ozdravovny a noční sanatoria, léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí a lázeňské léčebny.

➤ **Zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služba**

Zdravotní služba je zajištěna i v případě náhlých těžkých onemocnění nebo úrazu v době, kdy se pacient nemůže sám dopravit k lékaři, a kdy je nezbytné rychlé ošetření na místě události a případně přeprava postiženého do zdravotnického zařízení za stálého poskytování neodkladné zdravotní péče, aby nedošlo k dalšímu zhoršení zdravotního stavu nebo ohrožení života. Toto zajištění poskytuje zdravotnická záchranná služba. Zdravotní služby jsou zajištěny i při méně závažném náhlém onemocnění jako je onemocnění zubní, úraz v době mimo ordinaci hodiny, nepřítomnosti ošetřujícího lékaře v závislosti na místních podmínkách. V menších místech se to děje obvykle ve spolupráci s lékaři, kteří se navzájem zastupují. Ve větších lokalitách jsou organizovány pohotovostní služby ve zvláštních ordinacích nebo v pohotovostní službě nemocnic.[28]

➤ **Pracovně-lékařské služby**

Pracovně-lékařské služby jsou preventivní zdravotní služby, v rámci kterých se hodnotí vliv pracovní činnosti, pracovního prostředí a pracovních podmínek na zdraví. Provádějí se preventivní prohlídky a hodnocení zdravotního stavu. Účelem této služby je posouzení zdravotní způsobilosti k práci. Dále poskytnout poradenství zaměřené na ochranu zdraví při práci a ochranu před pracovními úrazy, nemocemi z povolání a nemocemi, které souvisí s prací. Účelem je rovněž zajišťovat školení v poskytování první pomoci a pravidelný dohled na pracovištích a nad výkonem práce nebo služby. Tyto služby jsou hrazeny zaměstnavatelem.

➤ **Dispenzární péče**

Úkolem dispenzární péče je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, u které by včasné zjištění mohlo zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci.

➤ **Lázeňská léčebně rehabilitační péče**

Lázeňská léčebně rehabilitační péče je doporučována ošetřujícím lékařem a potvrzuje jej revizní lékař. Návrh na tuto péči podává registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci.

➤ **Poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků**

Lékařenské služby zajišťují pacientům distribuci léčiv a zdravotnické prostředky, a to jak na lékařský předpis tak i bez něj.

Platnost lékařského předpisu:

- Předpis z pohotovostní služby platí v den vydání a následující den
- Předpis na antibiotika a na antimikrobiální chemoterapeutika platí 5 dnů
- Všechny ostatní předpisy, neurčí-li předepisující lékař jinak, platí 14 dnů

➤ **Zdravotní preventivní péče**

Zdravotní preventivní péče zabezpečuje ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci a ochranu zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví na pracovišti, včetně prevence úrazů. Lékaři primární péče provádí preventivní prohlídky a očkování proti infekčním nemocem.

4. Rizika v činnosti pojišťoven

Každá zdravotní pojišťovna přebírá na základě zaplaceného pojistného od pojištěnce riziko výdajů na zdravotní péči v určitém časovém období. Aby byla schopna zdravotní pojišťovna plnit své závazky, musí vytvářet z přijatého pojistného tzv. pojistně technické rezervy. Tyto rezervy jsou vytvářeny pro vyrovnávání krátkodobých výkyvů ve výdajích na zdravotní péči. Jsou vytvářeny například pro krytí schodků základního fondu a ke krytí zdravotní péče v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof. V takovém případě může rezervní fond klesnout v průběhu kalendářního roku pod minimální výši. Objem prostředků, které jsou ukládány do rezervního fondu, činí 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.

Následující tabulka představuje zůstatky na rezervním fondu jednotlivých zdravotních pojišťoven za předchozí 3 kalendářní roky k měsíci září. Údaje jsou v tis. Kč.

Pojišťovna	2013	2014	2015	2016
VZP	12	12	500 025	1 545 319
VoZP	175 960	178 587	188 256	202 064
ČPZP	327 813	341 139	349 999	353 850
OZP	198 522	201 205	202 609	207 936
ZPŠ	41 214	42 487	43 579	44 957
ZPMV	325 799	340 590	355 162	372 784
RBP	112 260	116 727	119 735	120 961

Tabulka 8: Zůstatky na rezervních fondech jednotlivých pojišťoven [autor]

Jak je z tabulky patrné, VZP začala po řadě krizových let naplňovat rezervní fond. Je to přesněji po 5 letech poprvé, co se pojišťovně daří fond plnit. Naplňovat rezervní fond se daří i zaměstnaneckým pojišťovnám. I když pomaleji jak je na první pohled patrné.

Mezi další rizika patří zhoršený stav ekonomiky a tím spojený narůstající počet dlužníků. Ačkoli pojišťovny vymáhají pohledávky právní cestou, mnohdy u osob, jenž jsou sociálně slabé, bývá proces vymáhání pohledávek bez efektu. Pokud by nastala ekonomická krize, podepsalo by se to na menších příjmech pojistného. Otázka, která

skupina plátců přináší zdravotním pojišťovnám nejvyšší příjmy z pojistného, může být ovlivněna aktuálním stavem ekonomiky.

4.1 Fluktuace pojištěnců

Čím více klientů, tím více peněz. Na první pohled prostá úvaha. Ale tak jednoduché to pojišťovny nemají. Z ekonomického pohledu je významné složení pojistného kmene. Svoji roli hraje věkové složení, pohlaví či zdraví pojištěnců. Z tohoto důvodu pojišťovny připravují plány výdajů. Proto se zdravotní pojišťovny snaží nalákat potencionální klienty různým způsobem. Jedná se zejména o nabídku preventivních programů zaměřených na konkrétní skupinu obyvatel, jako např. děti, maminka, rodina apod. Klient, či jakákoli další osoba, tak může zvážit, zda je pro ni vypsáný program pojišťovny zajímavý, případně může srovnat nabídky té které zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny využívají programy ke své propagaci a snaží se mimo jiné prostřednictvím těchto programů oslovit vybrané skupiny pojištěnců, event. potenciálních pojištěnců. Dalším příkladem může být odměna pojištěnci, který přivede do své zdravotní pojišťovny nového klienta.[29] V této souvislosti je však třeba podotknout, že novelou č. 200/2015 Sb. zák. č. 280/1992 Sb., v § 5 vešlo v platnost a účinnost, že zaměstnanecká pojišťovna nesmí provádět nábor pojištěnců prostřednictvím třetí osoby a nesmí při náboru pojištěnců poskytovat nebo nabízet těmto pojištěncům v souvislosti s přihlášením se k této zaměstnanecké pojišťovně nebo svým pojištěncům anebo třetím osobám v souvislosti s nábořem pojištěnců žádné peněžní ani nepeněžní plnění ani jinou výhodu nad rámec plnění poskytovaného jejím pojištěncům z veřejného zdravotního pojištění. A to ani v případě, že toto plnění nebo výhoda je hrazena z jiných zdrojů než z prostředků plynoucích z veřejného zdravotního pojištění. Další nástroje, které pojišťovny využívají lze nalézt v kapitole 6.1 Nástroje konkurence.

V následující tabulce jsou zobrazeny přechody pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami za rok 2016.

Pojišťovna	k 1. 1. 2016	k 1. 7. 2016	Celkem
VZP	-6 678	-3043	-9 721
VoZP	-9 207	-5457	-14 664
ČPZP	15 052	702	15 754
OZP	-19 954	4239	-15 715
ZPŠ	1 182	309	1 491
ZPMV	17 581	4065	21 646
RBP	2 024	-815	1 209

Tabulka 9: Přejchody pojištěnců mezi pojišťovnami za rok 2016 [autor]

Z tabulky výše je patrné, že nejvíce pojištěnců za rok 2016 ztratila Oborová zdravotní pojišťovna a na druhém místě Vojenská zdravotní pojišťovna. Naopak nejvíce nových pojištěnců získala Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra, ke které přešlo přes 21 tisíc nových klientů. Na druhém místě v roce 2016 pak skončila Česká průmyslová zdravotní pojišťovna s 15 tisíci nových klientů.

Pokud se pojištěnec chce stát pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny k 1. lednu, musí požádat o přeregistraci v období mezi 1. červencem až 30. zářím. Jednotlivé zdravotní pojišťovny již mají výsledky z tohoto období a proto je znám stav odchodů a příchodů nových klientů k 1. lednu 2017, který je znázorněn v následující tabulce.

Pojišťovna	Počet pojištěnců k 1. 1. 2017
VZP	-5619
VoZP	-3422
ČPZP	5281
OZP	-3472
ZPŠ	230
ZPMV	8682
RBP	-1680

Tabulka 10: Přejchody pojištěnců mezi pojišťovnami k 1. lednu 2017 [autor]

I zde je vidět pokračující popularita pojišťovny Ministerstva vnitra a České průmyslové zdravotní pojišťovny, kde ZPMV získala přes 8 tisíc nových pojištěnců a ČPZP něco málo přes 5 tisíc. Nejhuře opět skončila VZP, která ztratila přes 5 tisíc klientů. Jak bude popsáno hlouběji v následujících kapitolách, pojistné kmeny jednotlivých zdravotních pojišťoven zůstávají poměrně rigidní.

5. Hospodaření konkrétní pojišťovny

Hospodaření zdravotních pojišťoven je založeno na principu přidělů a užití fondů veřejného zdravotního pojištění. Jejich jednotlivé činnosti jsou financovány přesně určenými finančními prostředky z jednotlivých fondů, které jsou zakládány na základě zákona. Způsob tvorby¹¹ a užití fondů včetně limitů nákladů na provozní činnost zdravotních pojišťoven stanoví Ministerstvo financí ČR.

V následujícím textu se lze dočíst o konkrétní pojišťovně, kterou se tato diplomová práce bude zabývat do konce této práce. Dále zde budou představeny fondy, které zdravotní pojišťovny mají a jak si v těchto fondech vede vybraná pojišťovna.

5.1 Vybraná pojišťovna

Tato diplomová práce bude zaměřena na Vojenskou zdravotní pojišťovnu, neboť autor této práce je jejím pojištěncem.

Jak již bylo řečeno v podkapitole 3.3.1 Přehled jednotlivých zdravotních pojišťoven, tato zdravotní pojišťovna byla založena v roce 1993. Má tedy 23. letou zkušenost se 700 tisíci pojištěnci. Lze ji považovat za ekonomicky stabilní institut, který poskytuje dostatek finančních prostředků na kvalitní a efektivní prevenci, diagnostiku a léčbu. Tato pojišťovna se ovšem liší od ostatních zaměstnaneckých pojišťoven tím, že je vojenská. Pro vojáky v základní službě, činné službě a žáky vojenských škol, kteří se připravují na službu vojáka z povolání je tato pojišťovna povinná.[41] Také to znamená, že pokud by na naše území přišli spojenecké armády, tato pojišťovna jim musí poskytnout zdravotní služby jako každému svému pojištěnci.

Organizační struktura VoZP je vymezena Organizačním řádem VoZP. Tvoří ji Ústředí, pobočky, expozitura a jednateleství. VoZP má 7 poboček a 8 jednateleství. Ústředí VoZP tvoří generální ředitel pojišťovny, zástupce generálního ředitele, kancléře generálního ředitele a odbory právní, ekonomické, zdravotní politiky, logistiky.

¹¹ Způsob tvorby fondů je dán vyhláškou 418/2003 Sb.

5.2 Fondy zdravotních pojišťoven

V následujícím textu budou stručně představeny jednotlivé fondy zdravotních pojišťoven včetně toho, jak si v těchto fondech vede VoZP. Podrobnější vymezení těchto fondů lze nalézt ve vyhlášce č. 418/2003 Sb., která je dostupná zde [38]

➤ Základní fond

Základní fond je nejdůležitějším fondem zdravotní pojišťovny. Tento fond je založen na tvorbě a čerpání finančních prostředků na hrazení zdravotní služby, na které má pojištěnec ze zákona nárok. Směřují sem všechny povinné odvedené částky ze zdravotního pojištění po jejich přerozdělení a dále některé další finanční prostředky, o kterých tak stanoví právní předpis. Mohou to být například prostředky z titulu náhrady škody nebo část vyměřených penále a pokut.

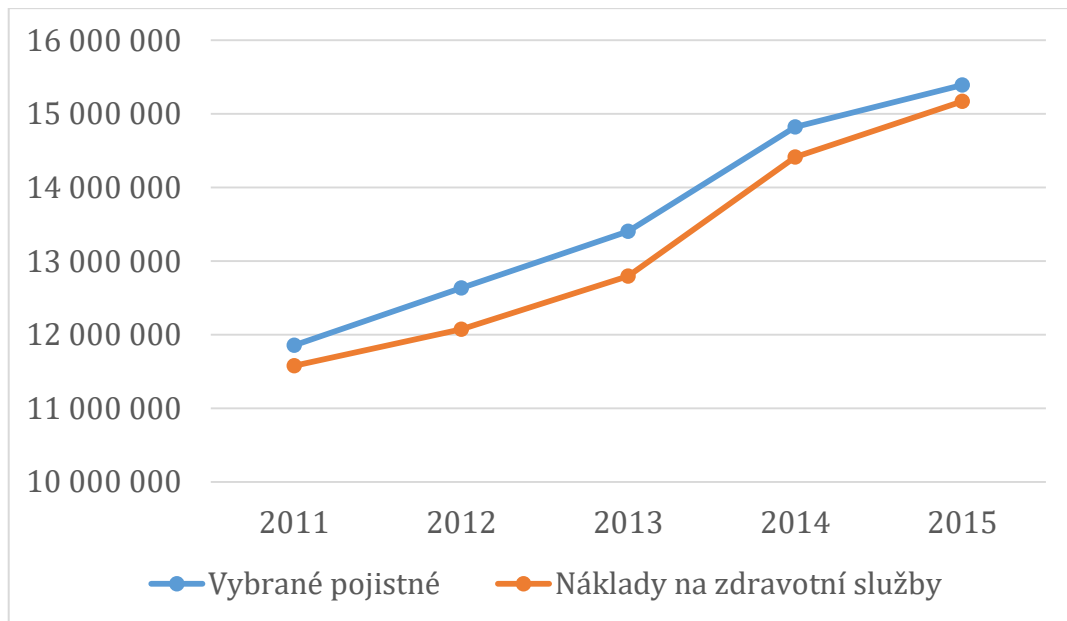
Následující tabulka představuje zůstatek v tis. Kč na základním fondu jednotlivých zdravotních pojišťoven k měsíci září, roku 2016.

	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP
9/16	3 398 653	581 684	1 644 996	764 263	278 414	665 296	1 066 707

Tabulka 11: Zůstatky na základních fondech za září 2016 [autor]

Jak je z tabulky patrné, nejméně finančních prostředků na základním fondu má Zdravotní pojišťovna Škoda. Naopak s největším množstvím finančních prostředků disponuje Všeobecná zdravotní pojišťovna. Vojenská zdravotní pojišťovna disponuje o téměř 200 000 tis. Kč méně než Oborová zdravotní pojišťovna, která má podobný počet pojištěnců. Hlubší přehled zůstatků na základních fondech lze nalézt zde: [30]

Následující graf představuje vývoj příjmů v tis. Kč z vybraného pojistného a náklady v tis. Kč, které byly použity na zaplacení zdravotních služeb ve Vojenské zdravotní pojišťovně.



Graf 2: Vybrané pojistné s vytvořenými náklady za zdravotní služby [autor]

Graf je vytvořen z výročních zpráv Vojenské zdravotní pojišťovny. Díky vstřícnosti VoZP bylo možné zanést do grafu data i za rok 2015, neboť tato výroční zpráva nebyla v době zpracování této diplomové práce dosud schválena parlamentem České republiky a nebyla tak ani zveřejněna.

➤ Provozní fond

Provozní fond slouží k úhradě nákladů na činnost pojišťovny. Především k úhradě závazků souvisejících s její činností. Například platy zaměstnanců zdravotních pojišťoven, nebo nákup běžného hmotného a nehmotného majetku. Objem prostředků do tohoto fondu je stanoven zákonnou úpravou. Je odvislý především od počtu pojištěnců konkrétní zdravotní pojišťovny. V současnosti činí průměr něco málo přes 3 % příjmů základního fondu, což je v porovnání s provozními náklady zdravotních pojišťoven v jiných evropských zemích hluboko pod průměrem.[44]

Vojenská zdravotní pojišťovna dle interních informací za rok 2015 měla předepsány prostředky k čerpání z provozního fondu ve výši 474 000 tis. Kč. V roce 2014 měla tyto prostředky o 6 000 tis. Kč menší. Náklady na provozní činnost představovaly 394 787 tis. Kč, což je o 4 219 tis. Kč víc než v roce 2014.

➤ **Fond prevence**

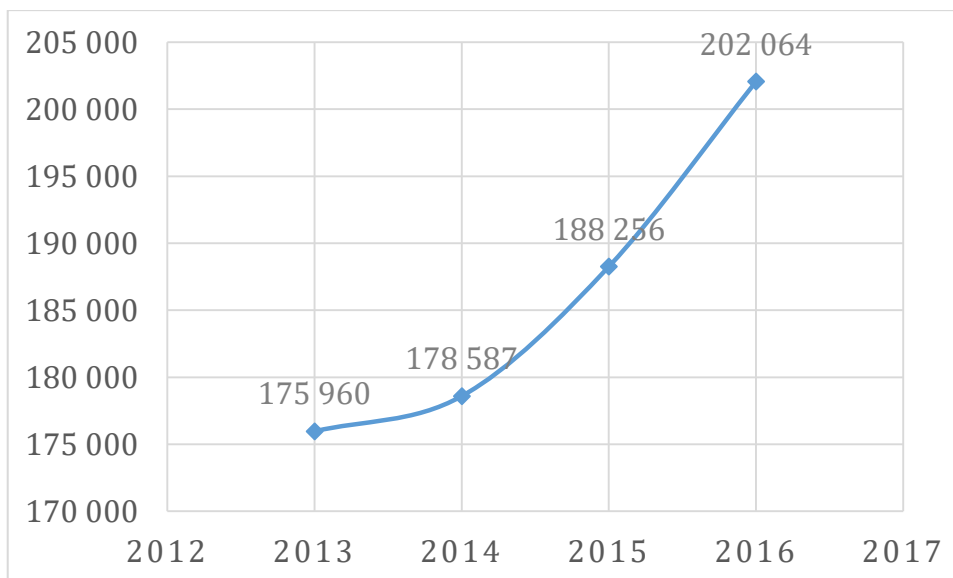
Fond prevence si může pojišťovna zřídit dobrovolně a lze z něj nad rámec zdravotní péče, na níž má pojištěnec nárok na základě zákona, hradit zdravotní služby, u kterých je prokazatelný preventivní, diagnostický či léčebný efekt. Tento fond je tvořen převážně z příjmů pokut a penále a přírážek pojistného a minimálním přidělem ze základního fondu.

Vojenská zdravotní pojišťovna realizovala zejména programy na podporu zdraví mladé generace, rodin s dětmi, profesí, jejichž výkon je zdravotně náročný a seniorů. Celkové náklady na preventivní zdravotní služby hrazené z fondu prevence činili v roce 2015 dle interních informací 53 824 tis. Kč, což je o 14 197 tis. Kč méně než v roce 2014.

➤ **Rezervní fond**

Tento fond slouží jako rezerva ke krytí mimořádných, neočekávaných výdajů v rámci systému zdravotního pojištění. Je tvořen povinnými přiděly z pojistného uskutečněný převodem ze základního fondu zdravotní pojišťovny. Výše fondu, jež je pojišťovna povinna udržovat, je stanovena zákonem.

Ve 4. kapitole lze shlédnout přehled zůstatků na rezervním fondu jednotlivých zdravotních pojišťoven. Následující graf je zaměřen na zůstatky Vojenské zdravotní pojišťovny za poslední 4 roky. Údaje jsou brány vždy za měsíc září jednotlivých let v tis. Kč.



Graf 3: Rezervní prostředky Vojenské zdravotní pojišťovny [autor]

Jak je patrné z tohoto grafu, Vojenské zdravotní pojišťovně se úspěšně daří naplňovat rezervní fond.

➤ Sociální fond

Sociální fond je tvořen přidělem z provozního fondu ve výši maximálně 2 % z ročního objemu nákladů na mzdy bez ostatních osobních nákladů. Dále z bankovních úroků z prostředků sociálního fondu a ostatních příjmů, například: splátky půjček. Prostředky z tohoto fondu jsou čerpány na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku.

Z tohoto fondu čerpala Vojenská zdravotní pojišťovna ve prospěch zaměstnanců ve výši 5 898 tis. Kč v roce 2015 dle interních informací, což je o 19 tis. Kč více než v roce 2014.

➤ Fond majetku

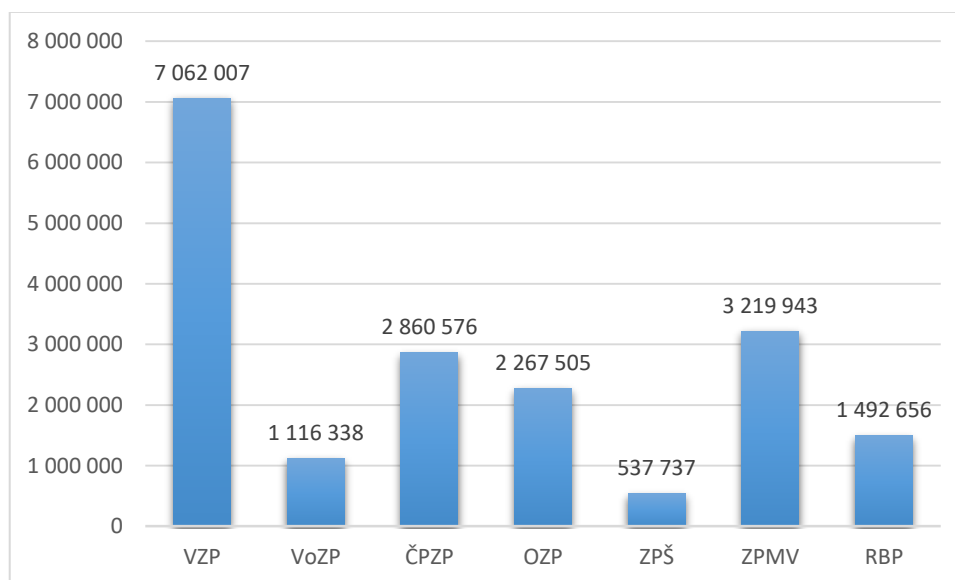
Fond majetku slouží ke sledování hodnoty dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku.

➤ Fond reprodukce majetku

Fond reprodukce majetku je vytvářen z přidělů z provozního fondu a bankovními úroky z prostředků fondu reprodukce majetku. Prostředky z tohoto fondu jsou čerpány na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku.

5.2.1 Celkové zůstatky na bankovních účtech

Pro srovnání finančních prostředků jednotlivých zdravotních pojišťoven byl sestaven graf z nejnovějších dat za září r. 2016 v tis. Kč.



Graf 4: Celkové zůstatky na BÚ ke konci běžného období, včetně ostatních fondů a účtů rezerv, převzato z [30]

Vojenská zdravotní pojišťovna má jako druhá nejnižší celkové zůstatky na BÚ. S ní nejbližše srovnatelnou Oborovou zdravotní pojišťovnou její množství finančních prostředků není neoptimálnější. Avšak je třeba se poohlédnout do minulosti pro hlubší analýzu zdravotních pojišťoven a podívat se na základní ukazatele v tabulce 12.

2013	Počet pojištěnců	Příjmy celkem	Výdaje celkem	Saldo celkem
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111)	6 084 931	144 000 014	145 414 045	-1 414 031
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201)	667 970	13 353 578	13 133 407	220 171
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)	1 186 460	22 836 729	22 864 460	-27 731
Oborová zdravotní poj. zam. bank, poj. a stav. (207)	704 718	13 633 474	13 495 101	138 373
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)	137 673	2 946 995	2 937 478	9 517
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)	1 205 627	24 078 306	24 241 940	-163 634
Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna (213)	418 148	7 718 964	7 818 705	-99 741
2014	Počet pojištěnců	Příjmy celkem	Výdaje celkem	Saldo celkem
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111)	5 975 170	149 330 874	146 314 326	3 016 548
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201)	695 592	14 771 792	14 740 417	31 375
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)	1 205 872	24 322 869	24 977 195	-654 326
Oborová zdravotní poj. zam. bank, poj. a stav. (207)	728 722	14 889 184	14 539 287	349 897
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)	139 319	3 123 334	3 082 819	40 515
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)	1 239 890	26 284 421	26 661 703	-377 282
Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna (213)	428 627	8 535 887	8 696 720	-160 833
2015	Počet pojištěnců	Příjmy celkem	Výdaje celkem	Saldo celkem
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111)	5 932 825	155 373 824	153 699 425	1 674 399
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201)	708 402	15 564 888	15 633 050	-68 162
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)	1 212 456	25 887 199	26 401 290	-514 091
Oborová zdravotní poj. zam. bank, poj. a stav. (207)	737 563	15 647 768	15 526 378	121 390
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)	139 386	3 270 109	3 295 053	-24 944
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)	1 260 834	27 853 182	28 310 754	-457 572
Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna (213)	430 920	8 988 661	9 137 567	-148 906

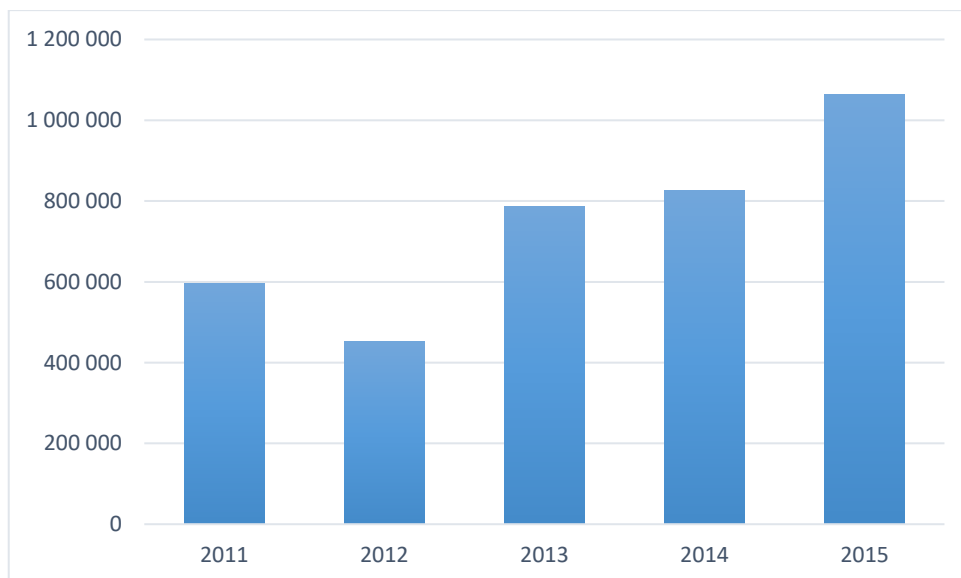
Tabulka 12: Základní ukazatele činnosti zdravotních pojišťoven, převzato z [30]

Salda jednotlivých zdravotních pojišťoven představují celkové zdraví pojišťoven za roky 2013 až 2015. Z tabulky se lze dočíst, že nejhůře hospodařila za tyto roky Česká průmyslová zdravotní pojišťovna a Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra i přes to, že ve vztahu k náborem nových pojištěnců si tyto zdravotní pojišťovny vedou nejlépe, jak ukazuje tabulka 6. Lze říci, že tyto zdravotní pojišťovny nejsou plně stabilní a je otázkou času, kdy si této nestability všimnou i klienti, kteří k těmto zdravotním pojišťovnám přecházejí.

Vojenská zdravotní pojišťovna měla záporné saldo v roce 2015. Celkově se dá říci, že tato pojišťovna je ekonomicky stabilní. Nejvíce stabilní se ukázala za tyto roky Oborová zdravotní pojišťovna, která měla největší kladné saldo ze zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.

5.3 Vývoj pohledávek Vojenské zdravotní pojišťovny

Vykázaný výsledek hospodaření ve výkazu zisku a ztrát není odrazem celkového hospodaření, nýbrž jen jednou její částí, která není výsledkem hlavní činnosti. Je to pouze doplňková činnost zdravotních pojišťoven. Dle § 8 odst. 5) zák. č. 48/1997 Sb. platí, že nezaplatí-li plátce pojistného pojistné ve stanovené výši a včas, je příslušná zdravotní pojišťovna povinna vymáhat na dlužníkovi jeho zaplacení včetně penále. Zákon stanoví výši pojistného a penále, které se nevymáhá, nedosáhne-li určené výše a to pojistné 50,- Kč. Penále se nepředepíše, nepřesáhne-li v úhrnu 100,- Kč/kalendářní rok. Vedle toho má zdravotní pojišťovna ve smyslu § 55 téhož zákona právo na náhradu nákladů na hrazené služby vynaložených v důsledku protiprávního jednání vůči pojištěnci. Zdravotní pojišťovny rozhodují Výkazem nedoplatků či Platebním výměrem. Platební výměr lze aplikovat na přírážky k pojistnému, pokut a ve sporných případech pojistného a penále. Výkazy nedoplatků pak slouží k předepsání dlužného pojistného a penále. Po nabytí vykonatelnosti uvedených rozhodnutí, jestliže plátce nesplnil ve stanovené lhůtě uloženou povinnost, může zdravotní pojišťovna pohledávku vymáhat. Rozhodnutí se vymáhají nejčastěji prostřednictvím soudního exekutora (upomínka či výzva není povinná a je na pojišťovně, zda ji nad rámec svých povinností zašle, VoZP zasílá). Dále se právo na finanční uspokojení uplatňuje do insolvenčních řízení, dědických řízení, tzv. adhezních řízení trestních (proti pachateli trestného činu, následkem kterého nějakým způsobem poškodil zdravotní pojišťovnu, např. viz [31], blíže kapitola 3.2.1.), vykonatelné pohledávky se mohou uplatnit do nedobrovolných dražeb majetku dlužníka a podávají se přihlášky do likvidace společnosti. Využívají se rovněž občanskoprávní žaloby, zejména v případech vymáhání náhrad nákladů za hrazené služby - žaloby na zaplacení. Pohledávky mohou směřovat i za plátci, kteří se nalézají v zahraničí. Zdaleka ne všechny vymáhané pohledávky jsou i přes jejich vymáhání uspokojeny. Nedobytné pohledávky může pojišťovna odepsat, bližší informace se lze dočíst zde [46].



Graf 5: Pohledávky za plátce pojistného po lhůtě splatnosti [autor]

Graf 5 představuje pohledávky za plátce pojistného po lhůtě splatnosti Vojenské zdravotní pojišťovny. Počet dlužníků rok od roku stoupá, jak je z grafu patrné. Důvodů tohoto vzestupu může být několik. Zdravotní pojišťovně se zlepšuje kontrolní činnost, na základě které se pohledávky zjistí a následně se zahájí proces vymáhání. Dalším důvodem může být celková ekonomicko-právní situace.

6. Konkurence zdravotních pojišťoven

V ekonomické teorii autoři rozlišují trh dokonalé a nedokonalé konkurence. Trh dokonalé konkurence předpokládá následující:

- Existence velkého počtu kupujících a prodávajících, z nichž žádný nemůže ovlivnit cenu nebo velikost výstupu odvětví
- Homogenní produkt
- Dokonalá informovanost kupujících
- Nulové náklady na změnu dodavatele
- Volný vstup a výstup z odvětví
- Firmy maximalizují zisk a spotřebitelé maximalizují užitek

Jak je z výše uvedeného patrné, předpoklady tohoto trhu jsou tak silné, že tento model v realitě neexistuje. Vymezení dokonalé konkurence však slouží pro základní pochopení fungování trhu a odvíjejí se z něj další tržní modely.[32]

V nedokonalé konkurenci dochází k porušení alespoň jednoho z předpokladů dokonalého trhu. To znamená například: Narušení dokonalého šíření informací, na trhu se nevyskytuje větší množství firem, nebo zde existuje jedna firma, která je natolik velká, že dokáže ovlivnit tržní cenu, a není tedy cenovým příjemcem, ale cenovým tvůrcem. Nedokonalá konkurence obsahuje několik typů:[33]

- Monopol – trh, kde se vyskytuje pouze jediná firma. Je tak velice těžké na takový trh vstoupit a konkurovat
- Oligopol – trh, na kterém je několik málo větších firem nabízejících podobný, nikoli však totožný produkt
- Oligopol s konkurenčním lemem – trh, kde vůdčí firma diktuje podmínky. Existuje zde dalších několik firem.
- Monopolistická konkurence – struktura velkého počtu malých firem, které nabízejí podobný a zároveň diferencovaný produkt

Díky výše vymezenému tržnímu prostředí, lze říci, že trh se zdravotním pojištěním zcela jistě není trhem dokonale konkurenčním. Na trhu zdravotních pojišťoven existuje sice větší množství prodávajících, ale produkty nejsou homogenní a ani informovanost o nich není dokonalá. Hlavním nedostatkem na tomto trhu jsou

bariéry vstupu do odvětví, neboť je velmi obtížné vstoupit na trh se zdravotním pojištěním z důvodů existence podmínek, které již byly zmíněny v kapitole 3.3.2.

Jedná se hlavně o:

- Složení kauce 100 mil. Kč
- Získání 100 000 pojištěnců do 1 roku od založení zdravotní pojišťovny
- Povolení od Ministerstva zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí

Cílem zdravotních pojišťoven může být například dosažení co největšího tržního podílu a tím pádem nejvýhodnější pozice pro vyjednávání se zdravotními zařízeními. Nebo to může být růst a expanze pojišťovny do jiných odvětví, protože zdravotní pojišťovny mají tvorbu zisku omezenou a tudíž jejím hlavním cílem nemůže být maximalizace zisku.

6.1 Nástroje konkurence

Na klasických trzích je často používaným a dobře viditelným nástrojem cenová konkurence, která je vyznačována dobrovolným snižováním ceny zboží ze strany výrobce za účelem zvýšení produkce a podílu. Nejčastější forma dnešní doby je však konkurence necenová, jejímž účelem je získat spotřebitele jinou cestou než manipulací s cenou. Nástroji mohou být například nízké výrobní náklady, finanční situace a stabilita pojišťovny, dostupnost zdravotních služeb, širší podmínky prodeje, které mohou zahrnovat reklama, dobré jméno firmy či diferenciaci výrobků.[34]

V následujícím textu budou nástroje, které jsou na trhu zdravotních pojišťoven využívány představeny.

➤ Reklama

Prostřednictvím propagace mohou zdravotní pojišťovny získat nové klienty a zvýšit tak svůj podíl na trhu. Tato propagace se provádí prostřednictvím informačních letáků, časopisů, které jsou k vidění např. u lékařů v čekárnách a ve zdravotnických zařízeních. Dalším způsobem, jak využít reklamy je na různých kulturních či sportovních akcích, kde zdravotní pojišťovny mohou mít své stánky a rozdávat letáky spolu s propagačními předměty. Mezi dalšími propagačními prostředky mohou patřit reklamní spoty v televizi, rádiu nebo na obrazovkách v obchodech, čekárnách u lékařů atp. Zdravotní pojišťovny také vydávají v určitých intervalech své zpravodaje

se zábavou a informacemi. Dále je to internet a webové stránky jednotlivých zdravotních pojišťoven, které tvoří reklamu. Všemi těmito výše popsány způsoby se pojišťovny snaží upozornit na výhody a nadstandardní služby, které mohou svým pojištěncům nabídnout. Výčet je pouze demonstrativní.

➤ **Dobré jméno firmy**

Dobré jméno firmy může hrát velkou roli při výběru pojišťovny. Pokud mají klienti s konkrétní pojišťovnou dobré zkušenosti, mohou tak svými kladnými ohlasy přilákat další zájemce o pojištění u zdravotní pojišťovny, aby k této pojišťovně přešli, pokud se svou současnou pojišťovnou nejsou spokojeni. A naopak, pokud by klienti měli špatnou zkušenost, mohli by tak odradit spousty potenciálních pojištěnců i těch současných. Negativně se projevují zejména kauzy spojené s „nekalými“ náborů, viz [29]. Tyto kauzy občas bývají medializovány a nezvyšují důvěryhodnost v očích pojištěnců.

➤ **Provozní náklady**

Pojišťovna může své provozní náklady snižovat na provoz a tím se stát konkurenceschopnější. Ušetřené prostředky tak může využít na preventivní programy (přehled preventivních programů lze nalézt v příloze č. 2), které jí mohou přinést nové klienty.

➤ **Finanční situace a stabilita pojišťovny**

Pro potenciální klienty může hrát při výběru pojišťovny klíčovou roli i to, zda se zdravotní pojišťovna nachází ve stabilní situaci. Stabilita pojišťovny souvisí s výše zmíněnou důvěryhodností pojišťovny, ovšem zde je hodnocena jen finanční situace. Pokud by se zaměstnanecká zdravotní pojišťovna nacházela ve finančních problémech, jistě by nepřilákala mnoho nových klientů, pokud by o této skutečnosti věděli. Mohla by se tak dostat do likvidace. Na druhou stranu u VZP je situace jiná, neboť jak již bylo zmíněno v kapitole 3.3.3 Postavení zdravotních pojišťoven, nemůže zkrachovat, a tak u ní velký odliv kvůli finanční situaci nehrozí.

➤ **Dostupnost zdravotních služeb**

Pro klienty, může být rozhodující skutečnost, zda zdravotní pojišťovna má smlouvu s poskytovatelem zdravotních služeb, u kterého tito klienti služby čerpají.

➤ **Širší podmínky prodeje**

Pro pojištěnce může být klíčová rovněž síť poboček. Potencionální klienti si tak vyberou tu, která je k jejich domovu nejbližší. Další možností jsou internetové stránky, na kterých by si lidé mohli sjednat pojištění on-line a zařídit si tak další záležitosti bez nutnosti dostavit se na pobočku.

➤ **Diferencovaný produkt**

Zdravotní pojišťovny se nijak neliší ve financování základních zdravotních služeb, protože všechny musí proplatit svým klientům služby, na které mají nárok. Rozdíl nastává v tom, jak která pojišťovna dbá na prevenci svých klientů a jaké preventivní programy svým pojištěncům poskytuje. V minulosti se lidé mohli setkat například s příspěvkem na brýlové obroučky, antikoncepci nebo na zakoupení sportovních ochranných pomůcek, jako například helmy a chrániče. V současné době se lze setkat s různými příspěvky na sportovní aktivity. Rovněž se lze setkat s příspěvkem na odvykání kouření nebo snižování nadváhy. Pojišťovnám se tyto příspěvky vyplatí víc než samotné léčení obézních lidí nebo nemocí z kouření, jež je daleko nákladnější než výdaje na příspěvky. V příloze č. 2 lze shlédnout preventivní programy jednotlivých zdravotních pojišťoven.

6.2 Měření a analýza konkurence

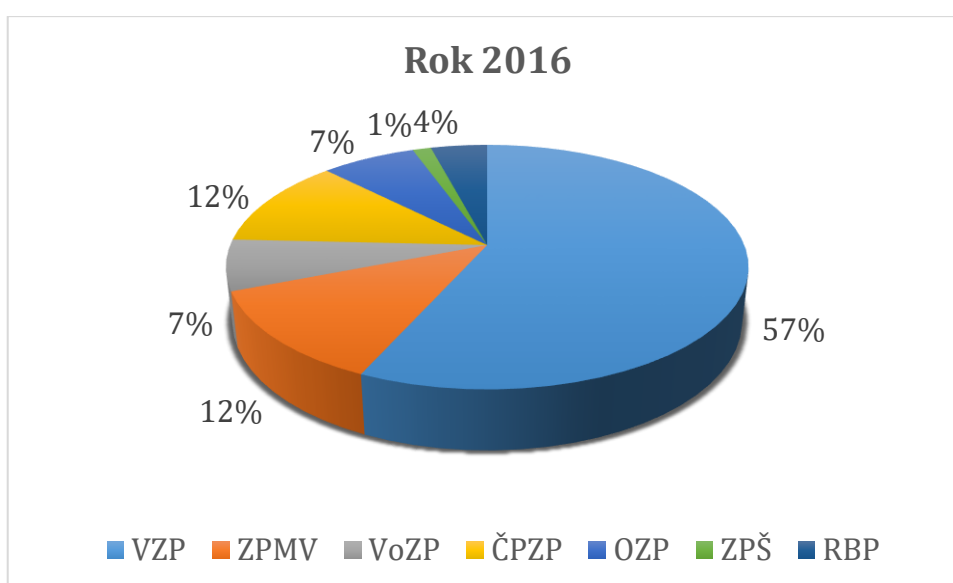
V předchozí podkapitole byly popsány předpoklady pro fungování dokonalé a nedokonalé konkurence. Pomocí analýzy těchto předpokladů se dá změřit a analyzovat i úroveň konkurence na daném trhu. V následujícím textu budou jednotlivá kritéria rozebrána.

6.2.1 Podíl na trhu

Při vzniku systému měla výsadní postavení Všeobecná zdravotní pojišťovna, protože do vzniku zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven zde byli pojištěni všichni klienti. Přestože je VZP stále dominantní na tomto trhu, od vzniku zaměstnaneckých

zdravotních pojišťoven stále ztrácí pojištěnce. Ještě v roce 2010 měla tato státní pojišťovna 60% podíl na trhu. Nyní tento podíl klesl na 57 %, jak ukazuje graf 6 níže. Důvod této fluktuace spočívá převážně v tom, že Všeobecná zdravotní pojišťovna neposkytuje takové výhody pro své pojištěnce, jako nabízejí ostatní pojišťovny. U VZP zůstávají pojištěnci, kteří nemají takovou motivaci změnit zdravotní pojišťovnu kvůli výhodám a preferují raději stabilitu pojišťovny.

Vojenská zdravotní pojišťovna si naopak postupem času přilepšuje, neboť v roce 2010 byl její procentní podíl 5,72 %. Jak ukazuje graf 6, nyní má tato zdravotní pojišťovna 7% podíl na trhu zdravotních pojišťoven.



Graf 6: Jednotlivé podíly na trhu zdravotních pojišťoven za rok 2016 [autor]

Díky dominantnímu postavení VZP na trhu se zbytek pojišťoven rozhodl pro sjednocení svých postojů a hájit tak své zájmy společně. V roce 1993 bylo vytvořeno Sdružení zdravotních pojišťoven. Později se toto sdružení přejmenovalo na Svaz zdravotních pojišťoven. V současné době má tento svaz všech 6 členů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Úkolem tohoto svazu je hájit zájmy pojišťoven a zájmy jejich klientů ve vztahu ke státním organizacím, profesním svazům a poskytovatelům zdravotní péče s hlavním cílem zkvalitnit služby pro své klienty.[35]

Podle počtu pojišťoven by se na trhu zdravotních pojišťoven mohlo jednat o tržní strukturu monopolistické konkurence. Hlavním argumentem je velký počet

pojišťoven. Jejich výrobky jsou velmi blízkými substituty a zároveň jsou tyto produkty diferencované. Záleží na subjektivním pojetí výrazu „velký počet výrobců“, neboť zdravotních pojišťoven je na trhu 7, a tak by se tento počet dal považovat i za relativně malý počet výrobců v odvětví. To by odpovídalo oligopolu.

Struktuře oligopolu by odpovídalo i kritérium tržního podílu. Charakter produktů ve struktuře oligopolu může být homogenní i diferencovaný. Vzhledem k dominanci VZP a ostatních zdravotních pojišťoven by nejpravděpodobnější variantou tržní struktury podle tohoto kritéria mohl být oligopol s konkurenčním lemem. Zdravotní pojišťovna VZP je dominantní firmou a ostatní pojišťovny se nacházejí na konkurenčním okraji.

6.2.2 Tvorba ceny a zásah státu do fungování trhu

Tvorba ceny může být dána trhem, výrobcem nebo státem. Cenu veřejného zdravotního pojištění určuje stát. Jednotlivé zdravotní pojišťovny tak nemají možnost tuto cenu ovlivnit. Výši odvodu ze mzdy určí stát. A z takto získaných peněz se pak hradí zdravotní péče v rozsahu, který určí zákon. Velikost sazeb, které platí stát je popsána v kapitole 3.2.1 Pojistné zdravotního pojištění.

Vzhledem k tomu, že stát určuje vyměřovací základ i výši minimální mzdy, tak jednotlivé zdravotní pojišťovny nemají reálnou šanci ovlivnit své příjmy. Zároveň stát také určuje minimální platby pro poskytovatele zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny jim však mohou nabídnout částku vyšší. To využívají zejména zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, aby zajistily svým klientům lepší podmínky.

Zásah státu je zpravidla uplatňován na trzích, kde nedochází k efektivní alokaci zdrojů. Především na trzích monopolu a trzích s veřejným zájmem.[36] Trh zdravotních pojišťoven reguluje stát velkou měrou. Jak již bylo výše zmíněno, stát stanoví platby pro zdravotnická zařízení, „cenu“ zdravotního pojištění a vyměřovací základy. Reguluje chování zdravotních pojišťoven tím, že stanoví jejich povinnosti. Rozhoduje o výši jejich zisku, jeho použití a také o výši provozních nákladů. Vytváří legislativu ovlivňující celý systém.

6.2.3 Bariéry vstupu a výstupu do odvětví

Bariéry jsou překážky vstupu do odvětví. Tím se trh stává pro některé firmy nedostupný. Mezi překážky vstupu do odvětví patří například umělé překážky

vytvořené zásahem státu do ekonomiky. Stát nastavil bariéry vstupu na trh zdravotních pojišťoven vysoko, aby zabránil situaci z 90. let, kdy na tento trh vstupovalo a zanikalo velké množství pojišťoven. Nejdůležitější podmínky neboli bariéry do odvětví jsou již popsány na začátku kapitoly 6. Vzhledem k těmto přísným podmínkám se dá předpokládat, že počet pojišťoven se zvyšovat nebude a pravděpodobně dojde spíše ke slučování pojišťoven s menším tržním podílem.

6.2.4 Nabídka programů

Nabídka zdravotních pojišťoven je homogenní a pojištěncům nezáleží na tom, která z nich jim pojištění poskytne. Rovněž stejná je i výše odvodů, protože jej stanovuje stát. Zdravotní pojišťovny se mohou lišit nadstandardními službami, které pojištěncům proplácejí z fondu prevence. Kromě široké nabídky nadstandardních služeb klienti berou v potaz také dostupnost, hustotu poboček a to, zda má vybraná pojišťovna uzavřené smlouvy o poskytování zdravotních služeb s lékaři, ke kterým pojištěnec chodí a se zdravotnickými zařízeními v okolí.

Z přílohy č. 2: Přehled programů a příspěvků poskytovaných jednotlivými zdravotními pojišťovnami je patrné, že mnoho příspěvků se velmi podobá nebo jsou dokonce stejné a liší se pouze částkou příspěvku. Relativně nově pojišťovny přispívají na vakcíny proti rakovině děložního čípku. Všechny zdravotní pojišťovny mají programy na prevenci nejčastějších forem rakoviny. Pozitivně lze brát i podpora zdravého životního stylu realizovaná slevami na pohybové a relaxační aktivity nebo příspěvky na vitamíny a doplňky výživy a v neposlední řadě podpora bezpříspěvkových dárců krve, kteří krev darují zadarmo.

7. Inovace produktů

Vojenská zdravotní pojišťovna poskytuje svým pojištěncům benefity, které slouží jako doplněk k preventivním programům pojišťovny. Benefity představují 5% až 15% slevy na procedury, nebo vstupy. V Královehradeckém kraji to jsou slevy například na masáže, do solné jeskyně nebo na kurz zdravého stravování. Další výhodou, kterou pojišťovna nabízí nad rámec dříve vypsanych preventivních programů je tzv. Věrnostní klub. Členství v klubu je dobrovolné. Člen klubu získává body, které poté může čerpat na rehabilitační a lázeňskou péči, na optické pomůcky jako jsou brýle nebo čočky, na léky částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění, ochranné pomůcky a prostředky jako je například přilba na sportovní aktivity – moto, kolo, lyže, hokej.[37]

Tato pojišťovna hradí jako jediná mezi pojišťovnami i nové moderní léčby jako je:

- Aplikace kolagenového implantátu do kolenní chrupavky
- PICC katetr¹²
- Neinvazivní virtuální kolonoskopii
- Nejnovější léčbu lupénky excimerovým laserem, který zasáhne jenom postiženou kůži. [42]

Kromě hrazení výše zmíněné moderní léčby tato pojišťovna nevykuká ničím dalším od ostatních zdravotních pojišťoven. Jak vylepšit, modernizovat produkty, které pojišťovna nabízí? To prozradí následující kapitoly.

7.1 Výsledky dotazníkového šetření

V první řadě bylo potřeba zjistit, podle čeho si pojištěnci vybírají pojišťovny a jak by zdravotní pojišťovna mohla potencionálního či stávajícího klienta (aby si ho udržela) zaujmout. Vzhledem k tomu, že dotazníkového šetření probíhalo převážně přes internet, otevřela se otázka, jak by zaujal pojištěnce elektronický osobní účet a co vše si klienti představují pod tímto účtem. Dotazníku se zúčastnilo 150 respondentů, z toho:

- 52 % tvořila věková skupina 25 – 34 let,

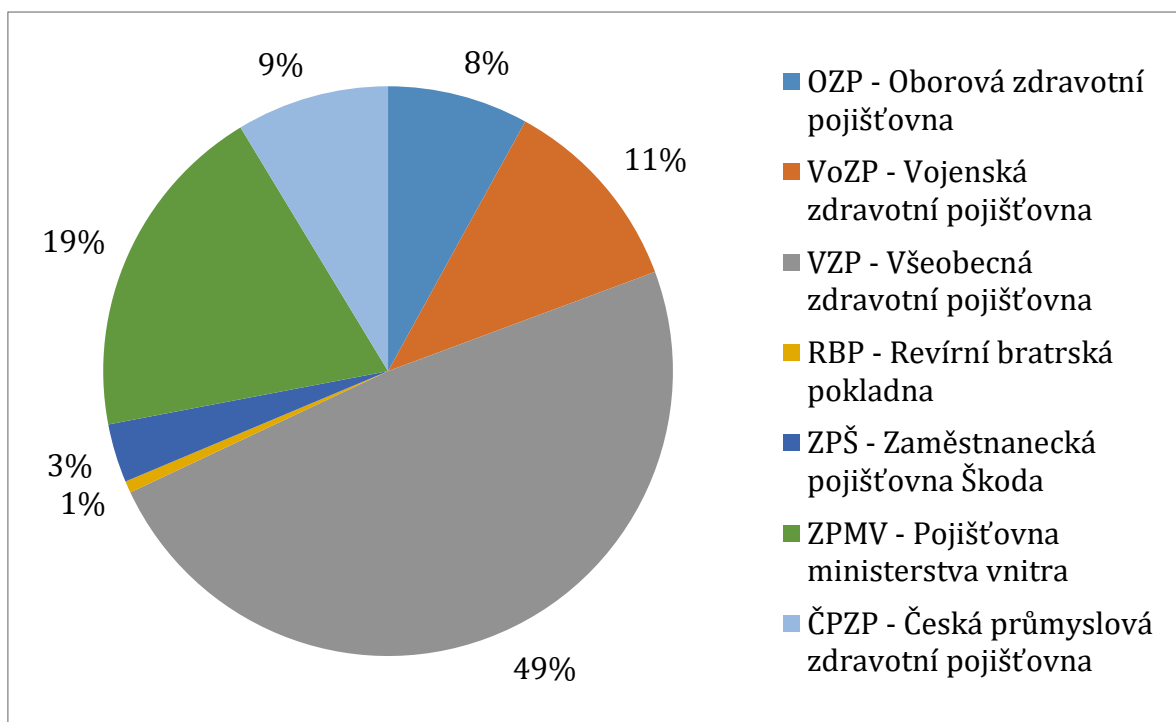
¹² Katetr zachraňuje životy s plicní arteriální hypertenzí

- 26,67 % tvořila věková skupina 18 -24 let,
- 9,33 % tvořila věková skupina 45 – 64 let,
- 8 % tvořila věková skupina 35 – 44 let,
- 4 % tvořila věková skupina 65 – více let

Z respondentů, kteří vyplnili tento dotazník, mělo děti pouze 24,67 % a 75,33 % děti nemělo.

Otázka č. 3: Jaká je Vaše současná zdravotní pojišťovna?

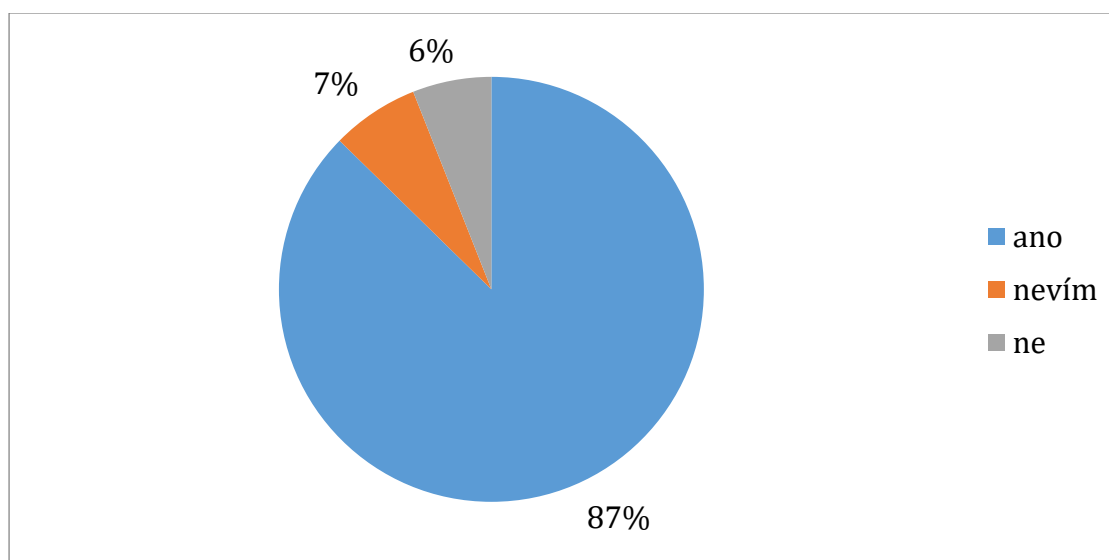
Nejvíce respondentů, konkrétně 73, odpovědělo, že jejich pojišťovnou je Všeobecná zdravotní pojišťovna. Celkem 29 respondentů mají pojišťovnu Ministerstva vnitra. Na 3. místě se umístila Vojenská Zdravotní pojišťovna s 17 pojištěnci, jak je znázorněno na grafu 7. Dále 13 respondentů je u České průmyslové zdravotní pojišťovny, 12 respondentů u Oborové zdravotní pojišťovny a nejméně respondentů měla Zaměstnanecká pojišťovna Škoda s 5 pojištěnci a Revírní bratrská pokladna, kde na tento dotazník odpověděl jen 1 respondent z této pojišťovny.



Graf 7: Zdravotní pojišťovny respondentů [autor]

Otázka č. 4: Jste spokojen/a s prací Vaší zdravotní pojišťovny?

131 respondentů jsou se svou stávající pojišťovnou spokojeni. 10 respondentů ještě neřešili otázku, zda s touto pojišťovnou jsou nebo nejsou spokojeni a 9 respondentů nejsou spokojeni se svou stávající pojišťovnou. Procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí znázorňuje graf 8.



Graf 8: Spokojenost respondentů s prací pojišťoven [autor]

Otázka č. 5: Uvažujete o změně Vaší zdravotní pojišťovny?

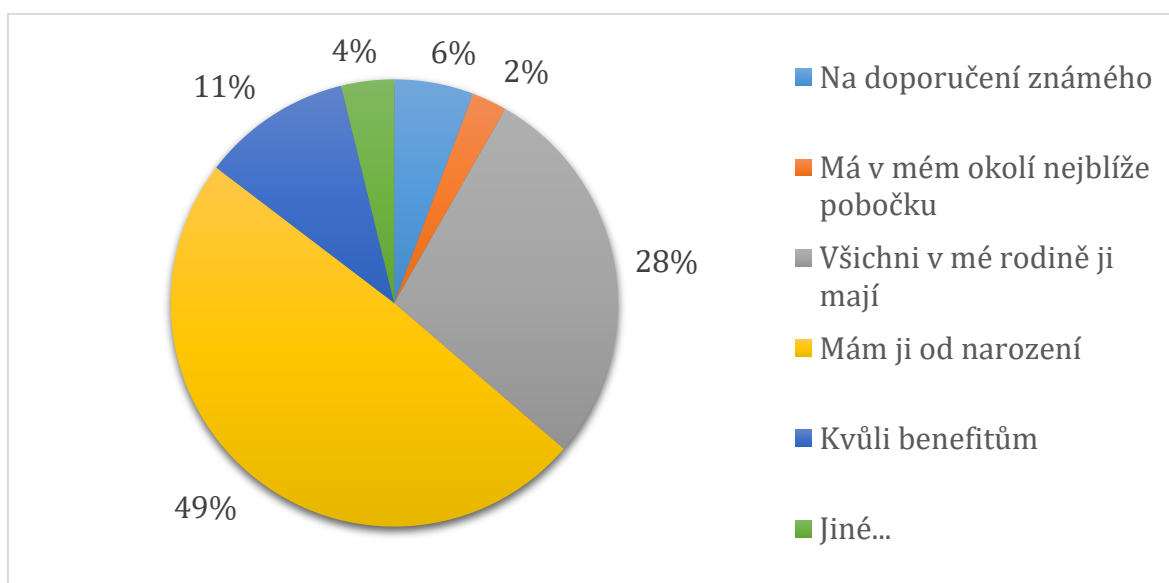
Z 9 respondentů, kteří odpověděli v předchozí otázce, že se stávající pojišťovnou nejsou spokojeni, jich uvažuje 7 o změně. Konkrétně 3 respondenti z Vojenské zdravotní pojišťovny, 2 ze Všeobecné zdravotní pojišťovny a 2 z pojišťovny Ministerstva vnitra. Zbývající počet pojištěnců o změně neuvažuje.

Otázka č. 6: Jaký je hlavní důvod Vaší nespokojenosti se stávající zdravotní pojišťovnou?

Na tuto otázku odpověděli všichni, kteří uvažují o změně své stávající pojišťovny. Důvodem nespokojenosti jsou především nezajímavé programy a nevyhovující benefity u zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra a Vojenské zdravotní pojišťovny. Jedním z důvodů je také to, že pojišťovna VoZP nemá smlouvu s lékařem, ke kterému by pojištěnec rád chodil. Do odpovědí se řadí i špatné jednání pracovníků na pobočce pojišťovny Ministerstva vnitra, neprofesionální přístup nebo pocit respondenta, že stávající pojišťovna VZP je nestabilní.

Otázka č. 7: Proč jste si vybral/a tuto zdravotní pojišťovnu?

Jak se lze dočíst na začátku této kapitoly, nejvíce respondentů odpovídalo ve věkových skupinách 25 – 34 let a 18 – 24 let. Proto nejvíce respondentů, konkrétně 77, odpovědělo, že jsou u své stávající pojišťovny od narození. 44 dotazovaných odpovědělo, že si svou pojišťovnu vybrali proto, že ji mají všichni v jejich rodině. Kvůli benefitům si svou pojišťovnu vybralo 17 respondentů a na doporučení známého svou pojišťovnu zvolilo 9 pojištěnců. Na posledním místě skončilo umístění pobočky a jiné důvody výběru zdravotní pojišťovny jak lze spatřit v grafu 9.



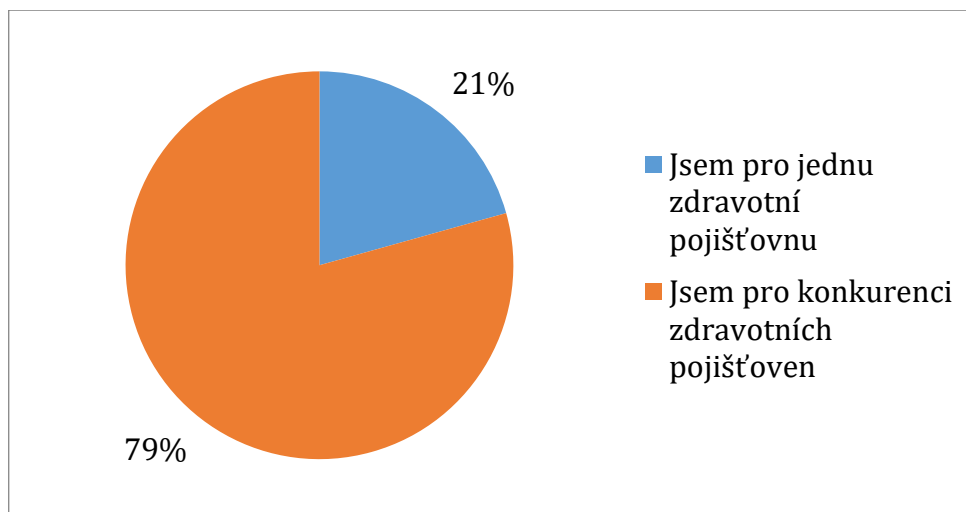
Graf 9: Důvod výběru zdravotní pojišťovny [autor]

Otázka č. 8: Jaký je jiný důvod výběru této zdravotní pojišťovny?

Důvody proč někteří pojištěnci si svou pojišťovnu vybrali, jsou například: podmínka zaměstnavatele, kvůli zkrachování pojišťovny, ve které byl pojištěnec pojištěncem, lékař nebral VZP pojištěnce, stabilita na trhu.

Otázka č. 9: V České republice poskytuje zdravotní pojištění sedm pojišťoven. Jaký je Váš názor?

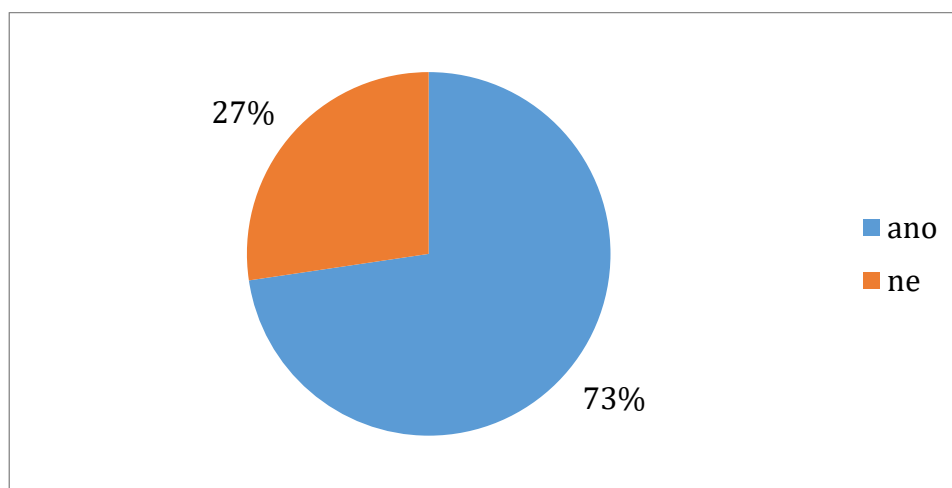
Pro konkurenci zdravotních pojišťoven je 119 respondentů a zbylých 31 je pro jednu zdravotní pojišťovnu. Procentní výsledky jsou znázorněny na grafu 10.



Graf 10: Pro nebo proti konkurenci zdravotních pojišťoven [autor]

Otázka č. 10: Byl/a byste ochoten/a změnit svou zdravotní pojišťovnu kvůli benefitům? Například: rodinné balíčky (finanční příspěvky pro děti a rodiče)

Jak ukazuje graf, většina dotazovaných pojištěnců (celkem 109) je ochotna změnit svou zdravotní pojišťovnu kvůli benefitům. Odlišného názoru je 41 respondentů, především z VZP, kde jich odpovědělo NE 25 pojištěnců.



Graf 11: Změna zdravotní pojišťovny kvůli benefitům [autor]

Otázka č. 11: Uvítal/a byste určitý benefit, který Vaše pojišťovna nenabízí?

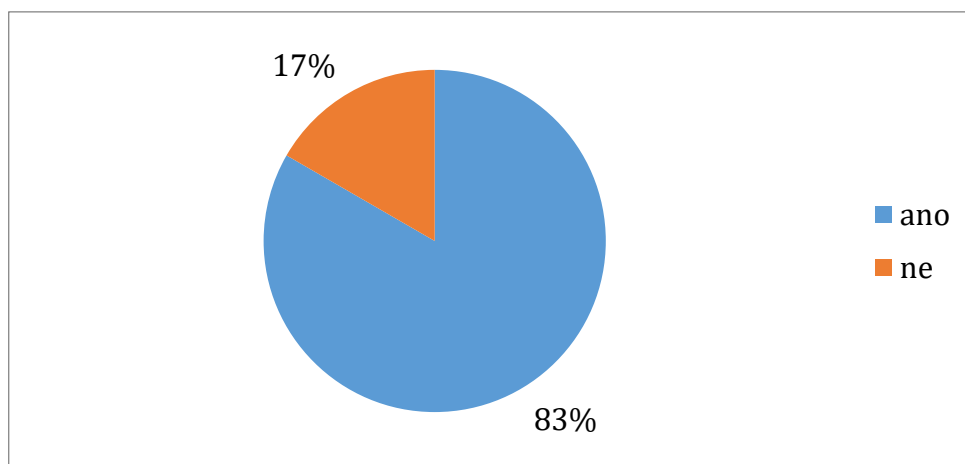
Pro odpověď ANO byli pojištěnci převážně z Oborové zdravotní pojišťovny a z Vojenské zdravotní pojišťovny, kde počet respondentů z těchto pojišťoven byl přes 50 %.

Otázka č. 12: Prosím napište konkrétní benefity, které by se Vám líbily.

Na tuto otevřenou otázku odpovědělo velké množství respondentů. Nejvíce se zde opakovaly benefity jako jsou příspěvky na sport, ať už to jsou placené permanentky nebo příspěvky do klubů. Mezi druhou nejčastější odpovědí byly příspěvky na masáže. Třetí nejčastější odpovědí byly příspěvky či kompletní placení dentální hygieny nebo placení či příspěvky na bílé plomby. Další časté odpovědi byly příspěvky na antikoncepci, vitamíny, na kontaktní čočky nebo oční vady.

Otázka č. 13: Byl/a byste ochoten/a změnit svou zdravotní pojišťovnu, pokud by hradila modernější zdravotní služby, které nejsou běžně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění? Příklad: Hrazení zdravotní pojišťovnou neinvazivní kolonoskopii

Kvůli hrazení modernějších zdravotních služeb, jsou klienti ochotni změnit svou pojišťovnu ve větší míře, než pokud by se měli rozhodovat jen kvůli benefitům. Ochotu změnit svou zdravotní pojišťovnu, pokud by konkurence nabízela hrazení modernějších zdravotních služeb, prokázalo 125 respondentů. Pouhých 25 dotazovaných odpovědělo, že by svou pojišťovnu neměnilo. Procentuální výsledky jsou znázorněny na grafu 12.



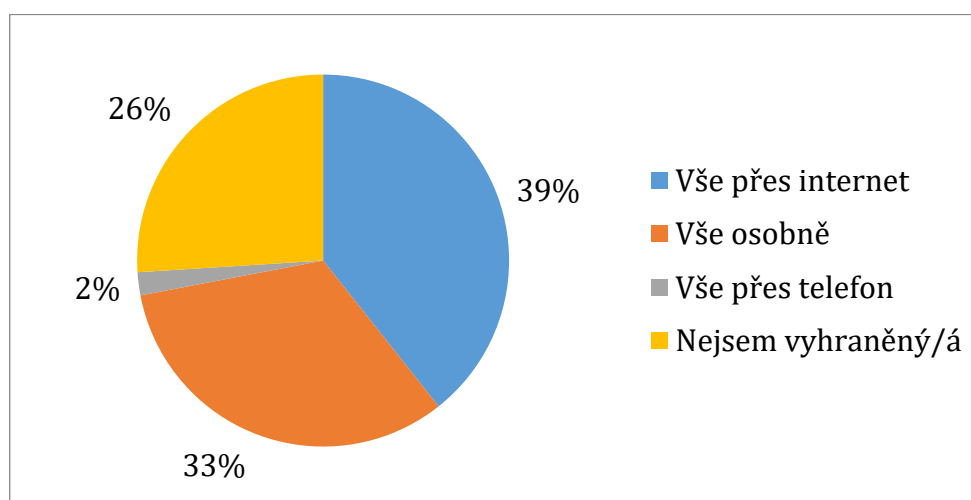
Graf 12: Změna zdravotní pojišťovny kvůli hrazení modernějších zdravotních služeb
[autor]

Otázka č. 14: Má vliv reklama zdravotní pojišťovny na Vaše přesvědčení o její kvalitě?

V drtivé většině (celkem 127 odpovědí) reklama nemá vliv na přesvědčení o kvalitě pojišťovny. Zbylých 23 respondentů jsou opačného názoru.

Otázka č. 15: Rád/a řeším raději:

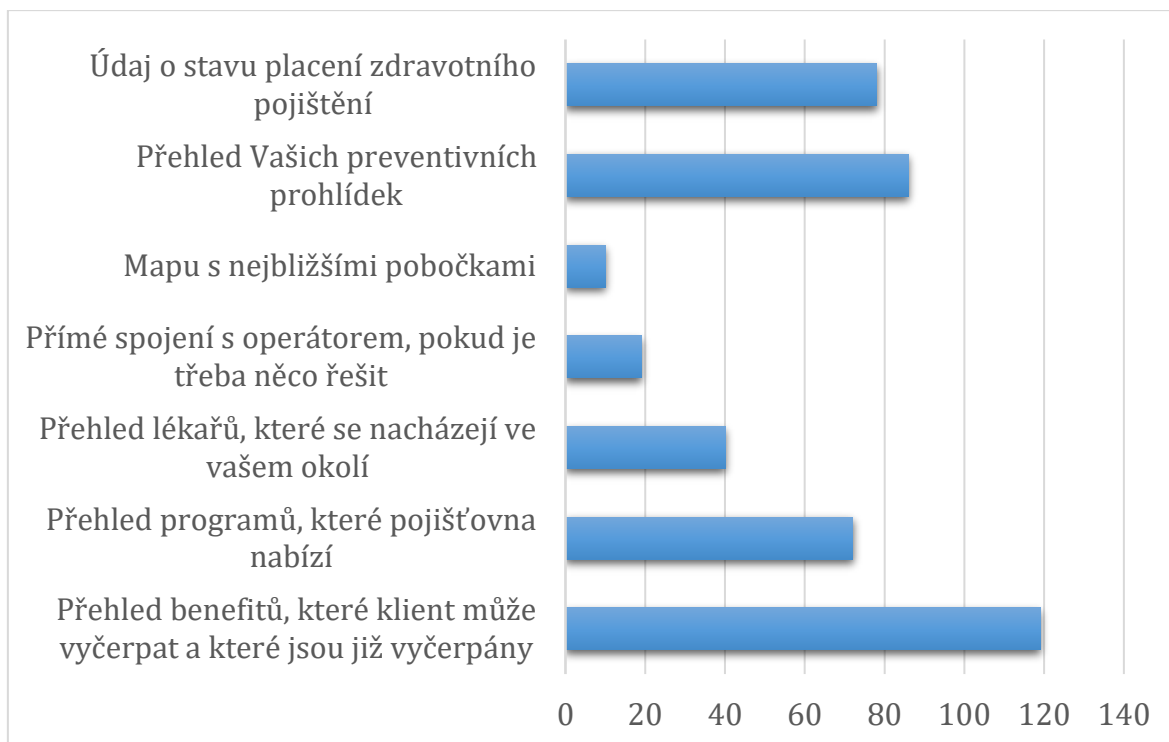
Vzhledem k tomu, že dotazník probíhal převážně přes internet, není proto překvapující že nejvíce respondentů (celkem 59) odpovědělo, že vše řeší nejraději přes internet. Dalších 49 dotázaných odpovědělo, že řeší raději vše osobně. Na předposledním místě se umístila odpověď „Nejsem vyhraněný/a“ s celkovým počtem 39 a poslední místo zaujímá odpověď „Vše přes telefon“ s výsledkem 3. Grafické znázornění odpovědí ilustruje graf 13.



Graf 13: Preference respondentů [autor]

Otázka č. 16: Pokud by zdravotní pojišťovna poskytovala elektronický osobní účet, co nejdůležitějšího by měl obsahovat? Lze vybrat maximálně 3 možnosti.

Mezi tři nejdůležitější věci, které by měli obsahovat na elektronickém osobním účtu je přehled benefitů (celkem 119), které klient může vyčerpat a které jsou již vyčerpány. Na druhém místě je přehled preventivních prohlídek s 86 body a na třetím místě jsou to údaje o stavu placení zdravotního pojištění se 78 body. Podrobnější umístění jednotlivých možností je viditelný v grafu 14.



Graf 14: Preference obsahu elektronického osobního účtu u zdravotní pojišťovny
[autor]

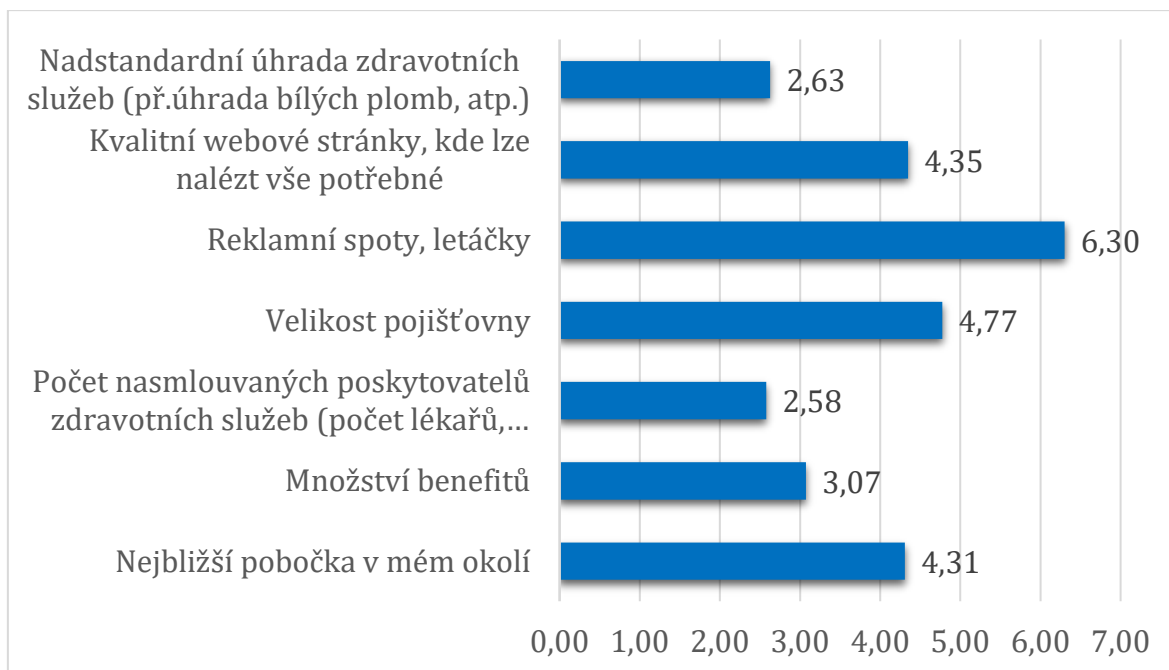
Otázka č. 17: Napadá Vás další možnost, která by neměla chybět v elektronickém osobním účtu u zdravotní pojišťovny?

V této otevřené otázce zaznívalo nejčastěji, aby elektronický osobní účet obsahoval přehled hrazených výkonů a plateb, přehled preventivních prohlídek a přímé spojení s operátorem.

Otázka č. 18: Pokud byste stál/a před rozhodnutím k jaké pojišťovně přejdete, co by u Vás rozhodovalo? Seřad'te priority podle pořadí důležitosti od 1. do 7. místa. 1. místo – Nejdůležitější, 7. místo – Nejméně důležité. (Číslo daného místa může být zadáno PRÁVĚ jednou.)

Počet nasmlouvaných poskytovatelů zdravotních služeb. To je to nejdůležitější co považují dotazovaní pojištěnci, pokud by se rozhodovali k jaké pojišťovně přejít. Těsně za tímto bodem jsou nadstandardní úhrady zdravotních služeb. Jako třetí důležitý bod, který rozhoduje je množství benefitů. Naopak nejméně zajímavé jsou pro klienty reklamní spoty, letáčky.

Následující graf představuje průměrné pořadí priorit, kde nejmenší hodnota představuje 1. umístění a největší hodnota představuje umístění poslední.



Graf 15: Průměrné pořadí priorit důležitosti [autor]

7.2 Doporučení

Z dotazníkového šetření je patrný značný zájem pojištěnců o možnost mít elektronický účet. VZP a ZPMV mají vlastní elektronické účty pro své pojištěnce. Ostatní zdravotní pojišťovny poskytují elektronický účet přes Portál zdravotních pojišťoven, který je k nalezení zde: [39] Účet na tomto portálu však slouží pouze k elektronické výměně dokladů. Zjednodušeně lze říci, že je to elektronická podatelna. Odpadá tak v určitých případech potřeba písemné papírové komunikace. Nejvíce prospěšný je tento portál pro poskytovatele zdravotních služeb, externí instituce a zaměstnavatele, kteří díky portálu mohou z pohodlí své kanceláře komunikovat s pojišťovnami. Pro běžného pojištěnce tento portál naopak není příliš zajímavý a pojištěnců, kteří by tento portál využívali, není mnoho. To by bylo potřeba zlepšit. Klienti chtějí mít přehled o své zdravotní pojišťovně. Jak vyplývá z dotazníkového šetření. Pojištěnci by uvítali, kdyby elektronický účet obsahoval přehled benefitů, které klient může vyčerpat a které již vyčerpal. Dále přehled preventivních prohlídek, které pojištěnce čekají, přímá komunikace s operátorem nebo údaje o stavu placení zdravotního pojištění, které v současné době lze získat až na základě žádosti pojištěnce. Díky výše vypsánému by mohl stoupnout u VoZP zájem jak o pořízení osobního elektronického účtu, tak i o pojišťovnu jako takovou. Právě uvedenou

službou by uvítali zejména pojišťenci, kteří nejčastěji využívají pro komunikaci internet.

The screenshot shows a web form for submitting a general request. The title is "DEMO Portálu zdravotních pojišťoven - Obecné podání (dotaz, žádost, reklamace, ...)". The form includes a dropdown menu for "Druh" (Type) with "OBECNÉ PODÁNÍ" selected. Below it is a text input field for "Předmět" (Subject). A "Váš email pro zasílání odpovědí" (Your email for sending answers) field contains "pzp.admin@asseco.cz". A large text area is provided for "Zpráva" (Message). There is a "Případná příloha" (Optional attachment) field with a "Procházet..." (Browse...) button. A note specifies "Max. velikost: 200 KB. Seznam příпустných přípon: zip,txt,doc,rtf,pdf,cer,der". A "Podepsat a Zapsat" (Sign and Save) button is at the bottom. A sidebar on the left contains "Elektronická podatelna (obecné podání)" and "Odhlášení". A footer box shows "Uživatel: Jan Novák, ID: 100002, UID: 81915885" and "Do odhlášení [min]: 166".

Obrázek 2: Demo internetová aplikace Portálu ZP, převzato z [39]

Jak si lze povšimnout z ukázky klientského prostředí, nepůsobí ani přívětivým, ani moderním dojmem. VoZP nemá účet ani na jedné z největších společenských sítí na světě. S ohledem na to, že někteří lidé navštěvují stránky Facebooku často a je tak pro ně hlavním zdrojem informací, mohla by VoZP zahájit aktivitu na sociálních sítích a rozšiřovat tak efektivně povědomí o této zdravotní pojišťovně, což by se mohlo pozitivně odrazit ve vnímání image pojišťovny, rozšířilo by to možnosti veřejné komunikace klient vs. pojišťovna, což by se mohlo následně projevit pozitivně na počtu pojištěnců.

Dalším doporučením jak zvýšit zájem o pojišťovnu VoZP je přidání do preventivních programů příspěvek na masáže a příspěvek na aktivní sport dle výběru pojištěnce. Tyto příspěvky jsou velmi žádané a v preventivních programech klientům chybí.

Jak bylo na začátku 7. kapitoly řečeno, VoZP poskytuje jako jediná nadstandardní hrazení nových unikátních léčebných metod. Tyto nadstandarty by si měla udržet a v nejlepším případě rozšiřovat nabízené metody, které hradí. Pro pojištěnce je toto kompletní hrazení služeb velmi atraktivní.

8. Závěr

System zdravotního pojištění znamená ve své podstatě financování zdravotní péče v České republice. Bývá palčivým tématem ministrů zdravotnictví, kteří se na tomto postu často mění. Téměř každý ministr má své představy o fungování resortu a o funkci zdravotních pojišťoven. V průběhu let tak vznikly více či méně propracované koncepce, z nichž žádná nebyla dotažena do úplného konce. Podle aktuálního politického kurzu bylo buď navrhováno zvýšení konkurence mezi pojišťovny, nebo redukce zdravotních pojišťoven. Každá z těchto koncepcí přináší své výhody i rizika.

Nebylo cílem této práce zabývat se úvahami o efektivnosti existence pouze jedné pojišťovny či existencí konkurence zdravotních pojišťoven. Tato otázka je do značné míry politická, spekulativní. Každá z těchto variant přináší své výhody a rizika.

Zdravotní pojišťovny nemají za cíl maximalizaci zisku. Základním úkolem pojišťoven je zajištění místní a časové dostupnosti zdravotních služeb pro své klienty, pojištěnce. Tedy naplnění zákona. Za tímto účelem potřebují stabilní ekonomické prostředí. Cena není jejich nástrojem pro dosažení tohoto cíle, jako u firem na běžných trzích, neboť tu stanovuje stát. Z tohoto důvodu zdravotní pojišťovny musí používat nástroje necenové konkurence, jako jsou například přehledné internetové stránky, nižší provozní náklady. Nejvíce viditelným nástrojem, kterým zdravotní pojišťovny bojují o své pojištěnce, jsou preventivní programy.

Zjistila jsem, že toto téma je obtížné a záběr je široký. Data jsou mnohdy obtížně zjistitelná, neboť je konec roku 2016 a ještě nejsou schváleny výroční zprávy za r. 2015. Avšak díky vstřícnosti Vojenské zdravotní pojišťovny, jsem mohla do své práce zanést údaje za předchozí rok.

Práce představuje ucelený pohled na vývoj zdravotního pojištění na našem území. Dále objasňuje rizika, se kterými se zdravotní pojišťovny musí potýkat. Popisuje jednotlivé fondy zdravotních pojišťoven včetně hospodaření vybrané pojišťovny v těchto fondech. Analyzuje podmínky konkurence mezi pojišťovny v České republice. Na závěr bylo zpracováno dotazníkové šetření, které mělo za cíl zjistit, podle čeho si pojištěnci vybírají pojišťovny a jak by zdravotní pojišťovna mohla potencionálního či stávajícího klienta zaujmout. Výsledky tohoto dotazníku pomohly

ke zpracování možností inovace produktů, které jsou žádoucí u pojištěnců a u kterých by vybraná pojišťovna oslovila řadu klientů

Seznam použité literatury

- [1] **MATOUŠEK, Miloslav.** *Přehled dějinného vývoje lékařství.* 1.vyd. Praha: Orbis, 1953, 92 s.
- [2] **NOVOTNÁ, Miroslava.** *Lékařství na Moravě v pobělohorském období.* Diplomová práce. Brno: FF MU, 2007, 59 s.
- [3] **VURM, Vladimír.** *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví.* 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9
- [4] **GLADKIJ, Ivan.** *Management ve zdravotnictví.* 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- [5] **ŠIMEK, Jiří.** *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa.* 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2002, 157 s. ISBN 80-246-0507-4.
- [6] **ZAVÁZALOVÁ, Helena.** *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství.* 1.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 1992, 144 s. ISBN 80-7066-705-2.
- [7] **GLADKIJ, Ivan a STRNAD, Ladislav.** *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, 111 s. ISBN 80-244-0500-8.
- [8] **BUCHTIKOVÁ, Lucie.** *Poplatky ve zdravotnictví* [online]. 18/03/2014 [cit. 2016-09-07]. Dostupný z WWW: <http://www.cevro.cz/web_files/soubory/ctrnacni-deniky/2014/14denik_06_2014.pdf>
- [9] **POPOVIČ, Ivan.** *Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007-2013* [online]. 2014 [cit. 2016-10-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2013>>
- [10] **TICHÝ, Oldřich.** *Od ledna 2016 se mění zdravotní pojištění u všech skupin plátců* [online]. 11/11/2015 [cit. 2016-10-02]. Dostupný z WWW: <<https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/od-ledna-2016-se-meni-zdravotni-pojisteni-u-vsech-skupin-platcu>>
- [11] **NĚMEC, Jiří.** *Principy zdravotního pojištění.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1

- [12] **ZÁKON**, č. 48/1997 Sb. *O veřejném zdravotním pojištění*
- [13] **VZP ČR**. *Za koho platí pojistné stát* [online]. 2015 [cit. 2016-10-02]. Dostupný z WWW: <<https://www.vzp.cz/platci/informace/stat>>
- [14] **ZMĚNA ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY**. *Změna zdravotní pojišťovny 2016* [online]. 12/01/2016 [cit. 2016-10-03]. Dostupný z WWW: <<https://www.zmenazdravotnipojistovny.cz>>
- [15] **VZP ČR**. *O nás* [online]. 2015 [cit. 2016-10-03]. Dostupný z WWW: <<https://www.vzp.cz/o-nas>>
- [16] **VoZP ČR**. *Důvod a způsob založení* [online]. 1993-2016 [cit. 2016-10-03]. Dostupný z WWW: <<https://www.vozp.cz/cs/o-pojistovne/informace-dle-zakona/duvod-a-zpusob-zalozeni/>>
- [17] **BEKOVÁ, Jiřina**. *Základní údaje o ČPZP* [online]. [cit. 2016-10-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.cpzp.cz/clanek/45-0-Zakladni-udaje-o-CPZP.html>>
- [18] **ZPŠ**. *Profil* [online]. [cit. 2016-10-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.zpskoda.cz/o-nas/profil>>
- [19] **ZPMV**. *Informace dle zákona č. 106/1999 Sb.* [online]. [cit. 2016-10-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.zpmvcr.cz/pojistovna/informace-o-zp-mv-cr/>>
- [20] **RBP**. *Historie pojišťovny* [online]. [cit. 2016-10-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.rbp-zp.cz/o-nas/historie-pojistovny/>>
- [21] **ZÁKON**, §8 odst. 2 zák. 551/1991 Sb., *o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky*
- [22] **ZÁKON**, §20 zák. 592/1992 Sb., *o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění*
- [23] **PAPP, Radek**. *Registr pojištěnců veřejného zdravotního pojištění* [online]. [cit. 2016-10-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.ehealthforum.cz/files/080428papp.pdf>>
- [24] **ZÁKON**, §3.4 zák. 280/1992 Sb., *o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách*

- [25] **ZÁKON** č.289/1992 Sb., *ve znění pozdějších předpisů, přechodná ustanovení*
- [26] **POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČR.** *Souhrnné hodnocení předpokládaného vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2016 na základě vyhodnocení údajů ZPP 2016 činných zdravotních pojišťoven působících na území ČR* [online]. [cit. 2016-10-05]. Dostupný z WWW: <www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=126100>
- [27] **MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ.** *Druhy zdravotní péče* [online]. 11/06/2014 [cit. 2016-10-06]. Dostupný z WWW: <http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html>
- [28] **MINISTERSTVO ZAHRANIČÍ.** *Princip fungování zdravotnictví* [online]. 08/12/2009 [cit. 2016-10-6]. Dostupný z WWW: <<http://www.czech.cz/cz/66216-princip-fungovani-zdravotnictvi>>
- [29] **VLKOVÁ, Jitka.** *Špinavý boj vrcholí. Zdravotní pojišťovny si přetahují klienty* [online]. 27/06/2013 [cit. 2016-10-8]. Dostupný z WWW: <http://ekonomika.idnes.cz/zdravotni-pojistovny-lovi-klienty-d6a-/ekonomika.aspx?c=A130626_203853_ekonomika_brm>
- [30] **MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ.** *Zůstatky na fondech zdravotních pojišťoven* [online] 17/10/2016 [cit. 2016-10-10]. Dostupný z WWW: <http://www.mzcr.cz/obsah/zustatky-na-fondech-zdravotnich-pojistoven_2952_1.html>
- [31] **ZÁKON**, § 241 zák. č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
- [32] **KUVÍKOVÁ, Helena, Milan MURGAŠ a Juraj NEMEC.** *Ekonomía zdravotníctva*. 1. vyd. Banska Bystrica: Phoenix, 1995. 110 s. ISBN 80-900563-1-8.
- [33] **SOUKUPOVÁ, Jana.** *Mikroekonomie*. 2. vyd. Praha: Management Press, 1999. 548 s. ISBN 80-7261-005-8
- [34] **HOLMAN, Robert.** *Základy ekonomie: pro studenty vyšších odborných škol a neekonomických fakult VŠ*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2008. 372 s. ISBN 978-80-7179-890-3.

- [35] **SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN**. *Hlavní cíle Svazu zdravotních pojišťoven ČR*. 2015 [cit. 2016-10-20]. Dostupný z WWW: <<https://www.szpcr.cz/>>
- [36] **GOULI, Rochdi, Jan MERTL, Lenka PASOVKSÁ, Markéta VESELÁ**. *Konkurence za veřejné peníze?* 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy, 2005. 100 s. ISBN 80-86625-34-6
- [37] **VoZP ČR**. *Benefity pro pojištěnce VoZP ČR* [online]. 1993-2016 [cit. 2016-10-25]. Dostupný z WWW: <<https://www.vozp.cz/cs/klient/benefity-pro-pojistence/>>
- [38] **ZÁKONY PRO LIDI**, *Vyhláška č. 418/2003 Sb.* [online]. 10/05/2016 [cit. 2016-11-8]. Dostupný z WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-418>>
- [39] **PORTÁL ZP**, *Portál zdravotních pojišťoven* [online]. 2011-2016 [cit. 2016-11-8]. Dostupný z WWW: <<http://www.portalzp.cz/>>
- [40] **VZP ČR**, *Přerozdělování pojistného* [online]. 2015 [cit. 2016-11-9]. Dostupný z WWW: <<https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerozdelovani-pojistneho>>
- [41] **ZÁKON**, §11 zák. č. 48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*
- [42] **VoZP ČR**, *Nové léčebné metody* [online]. 1993 – 2016 [cit. 2016-11-9]. Dostupný z WWW: <https://www.vozp.cz/cs/klient/nove_lecebne_metody/>
- [43] **VZP ČR**, *OSVČ - minimální výše záloh* [online]. 2015 [cit. 2016-11-10]. Dostupný z WWW: <<https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/osvc/osvc-minimalni-vyse-zaloh>>
- [44] **MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ**, *Fondy zdravotních pojišťoven* [online]. 07/01/2016 [cit. 2016-11-10]. Dostupný z WWW: <http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/fondy-zdravotnich-pojistoven_3441_29.html>
- [45] **ZÁKON**, §7 zák. č. 48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*

[46] **ZÁKON**, § 26c zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Seznam tabulek

Tabulka 1: Ceny regulačních poplatků [autor].....	8
Tabulka 2: Sazby pojistného pro osoby bez zdanitelných příjmů, převzato z [autor].	12
Tabulka 3: Minimální zálohy na pojistné osob samostatně výdělečně činné, převzato z [43].....	12
Tabulka 4: Přehled pojistného hrazeného státem, převzato z [13]	13
Tabulka 5: Přehled zdravotních pojišťoven v ČR [autor].....	14
Tabulka 6: Přehled počtu pojištěnců u jednotlivých zdravotních pojišťoven [autor].	16
Tabulka 7: Přerozdělení pojistného v jednotlivých letech [autor]	17
Tabulka 8: Zůstatky na rezervních fondech jednotlivých pojišťoven [autor].....	23
Tabulka 9: Přechody pojištěnců mezi pojišťovny za rok 2016 [autor]	25
Tabulka 10: Přechody pojištěnců mezi pojišťovny k 1. lednu 2017 [autor]	25
Tabulka 11: Zůstatky na základních fondech za září 2016 [autor]	27
Tabulka 12: Základní ukazatele činnosti zdravotních pojišťoven, převzato z [30].....	32

Seznam grafů

Graf 1: Využití zdravotních služeb 2007-2013, převzato z [9]	9
Graf 2: Vývoj příjmů z pojistného [autor].....	28
Graf 3: Rezervní prostředky Vojenské zdravotní pojišťovny [autor].....	30
Graf 4: Celkové zůstatky na BÚ ke konci běžného období, včetně ostatních fondů a účtů rezerv, převzato z [30].....	31
Graf 5: Pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti [autor].....	34
Graf 6: Jednotlivé podíly na trhu zdravotních pojišťoven za rok 2016 [autor].....	39
Graf 7: Zdravotní pojišťovny respondentů [autor].....	43
Graf 8: Spokojenost respondentů s prací pojišťoven [autor]	44
Graf 9: Důvod výběru zdravotní pojišťovny [autor]	45
Graf 10: Pro nebo proti konkurenci zdravotních pojišťoven [autor]	46
Graf 11: Změna zdravotní pojišťovny kvůli benefitům [autor]	46
Graf 12: Změna zdravotní pojišťovny kvůli hrazení modernějších zdravotních služeb [autor]	47
Graf 13: Preference respondentů [autor].....	48
Graf 14: Relativní četnost preference obsahu elektronického osobního účtu u zdravotní pojišťovny [autor].....	49
Graf 15: Průměrné pořadí priorit důležitosti [autor]	50

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazníkové šetření

Zdravotní pojišťovny

Vážené respondentky, vážení respondenti.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění krátkého dotazníku, jehož výsledky budou použity v mé diplomové práci na téma „Zdravotní pojišťovny“. Cílem tohoto dotazníku je vyhodnocení, podle čeho si pojištěnci vybírají zdravotní pojišťovny a jak by zdravotní pojišťovna mohla potenciálního či stávajícího klienta zaujmout.

Dovoluji si Vás také požádat o co nejpresnější a pravdivé vyplnění dotazníku.

Předem děkuji za spolupráci.

1. Jaký je Váš věk?

- a) 18-24
- b) 25-34
- c) 35-44
- d) 45-64
- e) 65 – více

2. Máte děti?

- a) Ano
- b) Ne

3. Jaká je Vaše současná zdravotní pojišťovna?

- a) VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna
- b) ZPMV – Pojišťovna ministerstva vnitra
- c) VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna
- d) ČPZP – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- e) OZP – Oborová zdravotní pojišťovna
- f) ZPŠ – Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
- g) RBP – Revírní bratrská pokladna

4. Jste spokojen/a s prací Vaší zdravotní pojišťovny?

- a) Ano
- b) Nevím

c) Ne

5. Uvažujete o změně Vaší zdravotní pojišťovny?

- a) Ano
- b) Ne

V případě odpovědi a) ANO v 5. otázce.

6. Jaký je hlavní důvod Vaší nespokojenosti se stávající zdravotní pojišťovnou?

7. Proč jste si vybral/a tuto zdravotní pojišťovnu? Lze vybrat více odpovědí.

- a) Mám ji od narození
- b) Všichni v mé rodině ji mají
- c) Kvůli benefitům
- d) Na doporučení známého
- e) Má v mém okolí nejbližší pobočku
- f) Jiné...

V případě odpovědi f) Jiné v otázce č.7

8. Jaký je jiný důvod výběru této zdravotní pojišťovny?

9. V České republice poskytuje zdravotní pojištění sedm pojišťoven. Jaký je Váš názor?

- a) Jsem pro konkurenci zdravotních pojišťoven
- b) Jsem pro jednu zdravotní pojišťovnu

10. Byl/a byste ochoten/a změnit svou zdravotní pojišťovnu kvůli benefitům? Například: rodinné balíčky (finanční příspěvky pro děti a rodiče)

- a) Ano
- b) Ne

11. Uvítal/a byste určitý benefit, který Vaše pojišťovna nenabízí?

- a) Ano
- b) Ne

V případě odpovědi a) Ano v otázce č. 11

12. Prosím napište konkrétní benefity, které by se Vám líbily.

13. Byl/a byste ochoten/a změnit svou zdravotní pojišťovnu, pokud by hradila modernější zdravotní služby, které nejsou běžně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění? Příklad: Hrazení zdravotní pojišťovnou neinvazivní kolonoskopii

- a) Ano
- b) Ne

14. Má vliv reklama zdravotní pojišťovny na Vaše přesvědčení o její kvalitě?

- a) Ano
- b) Ne

15. Rád/a řeším raději:

- a) Vše přes internet
- b) Vše osobně
- c) Nejsem vyhraněný/a
- d) Vše přes telefon

16. Pokud by zdravotní pojišťovna poskytovala elektronický osobní účet, co nejdůležitějšího by měl obsahovat? Lze vybrat maximálně 3 možnosti.

- a) Přehled benefitů, které klient může vyčerpat a které jsou již vyčerpány
- b) Přehled Vašich preventivních prohlídek
- c) Údaj o stavu placení zdravotního pojištění
- d) Přehled programů, které pojišťovna nabízí
- e) Přehled lékařů, které se nacházejí ve Vašem okolí
- f) Přímé spojení s operátorem, pokud je třeba něco řešit
- g) Mapu s nejbližšími pobočkami

17. Napadá Vás další možnost, která by neměla chybět v elektronickém osobním účtu u zdravotní pojišťovny?

18. Pokud byste stál/a před rozhodnutím k jaké pojišťovně přejdete, co by u Vás rozhodovalo? Seřad'te priority podle pořadí důležitosti od 1. do 7.

místa. 1. místo - Nejdůležitější, 7. místo - Nejméně důležité. (Číslo daného místa může být zadáno PRÁVĚ jednou.)

- Množství benefitů
- Počet nasmlouvaných poskytovatelů zdravotních služeb (počet lékařů, zdravotních zařízení, atp.)
- Nejbližší pobočka v mém okolí
- Velikost pojišťovny
- Kvalitní webové stránky, kde lze nalézt vše potřebné
- Reklamní spoty, letáčky
- Nadstandardní úhrada zdravotních služeb (př. Úhrada bílých plomb, atp.)

Příloha č. 2: Přehled programů a příspěvků poskytovaných jednotlivými zdravotními pojišťovnami [autor]

Pojišťovna	Děti	Dospělí
VoZP	<p><i>Program „Děti“</i> – příspěvky na ozdravné pobyty pro děti organizované výhradně základní školou, ozdravné pobyty v tuzemsku a v zahraničí, vitamíny pro děti, fixní zubní rovnátka, plavání pro kojence a batolata do 3 let s rodiči, plavání, léčebný tělocvik a tělesná regenerace, cvičení rodičů s dětmi do 6 let věku, dětská volba – 400 Kč/ rok, preventivní prohlídka dětí – sportovců</p>	<p><i>Program „Dospělí“</i> – příspěvky na vyšetření okultního krvácení ve stolici, plavání, příspěvky pro dárce krve, krevní plazmy a krevních derivátů, příspěvky na léčebný tělocvik a tělesnou regeneraci, moje volba – 400 Kč/rok, prevence rakoviny prsu, program péče a pojištění pracujících v riziku a jiné specifické skupiny, program pro profesionální řidiče</p>
	<p><i>Program „Student“</i> – příspěvky na očkování proti meningitidě, klíšťové encefalitidě, očkování při výjezdu do států, léčebný tělocvik a tělesnou regeneraci</p>	<p><i>Program „Maminka“</i> – příspěvky na prevenci v těhotenství, prevence po narození dítěte, vitamíny těhotným ženám</p>
	<p><i>Program „Očkování“</i> – příspěvky na očkování proti klíšťové encefalitidě, rakovině děložního čípku, závažná infekční onemocnění – 450 Kč/rok</p>	<p><i>Program „Válečný veterán“</i> – příspěvky na vyšetření okultního krvácení ve stolici, plavání, léčebný tělocvik a tělesná regenerace, specializovaná lázeňská péče, závažná infekční onemocnění, specializovaná psychologická a psychiatrická péče rodinným příslušníkům po válečných veteránech, specializovaná lázeňská péče pro rodinné příslušníky po válečných veteránech</p>
	<p><i>Program „Zdravá rodina“</i> – <u>dětem</u> příspěvky na ošetření chrupu fluorizací, ochrana zdraví při sportu do 300 Kč / rok, příspěvky na očkování k prevenci <i>Haemophilus influenzae</i> typ B, sezonní chřipce a další očkování k ochraně zdraví, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění do 500 Kč, léčebný tělocvik a tělesná regenerace, příspěvky na očkování a tělocvik platí stejně tak pro <u>rodiče</u></p>	
ZPMV	<p><i>Program pro děti od 6 měsíců do 3 let</i> – příspěvek na oční vyšetření PlusOptimex</p>	<p><i>Program prevence onkologických onemocnění</i> – příspěvek na prevenci karcinomu prsu od 40 do 45 let, prevence karcinomu tlustého střeva od 40 do 50 let, prevence karcinomu plic, prevence kožních nádorů</p>

	<i>Program pro školní děti</i> – příspěvek na fixní rovnátka, na dietní potraviny při onemocnění celiakie, pro děti s nadváhou, preventivní sportovní prohlídky, ozdravný pobyt v přírodě organizovaný základní školou v ČR	<i>Program pro dárce krve, krevní plazmy a kostní dřeně</i> - lze získat balení 66 ultivitaminového preparátu, lázeňská léčebně rehabilitační péče, příspěvek na další program aktuální nabídky, viz stránky pojišťovny, příspěvky pro oceněné dárce
	<i>Program pro studenty</i> – lékařská prohlídka studentů před studijní cestou do zahraničí, preventivní sportovní prohlídka	<i>Program pro seniory</i> – od 65 let, příspěvky na sportovní aktivity do 200 Kč
		<i>Program pro těhotné a ženy po porodu</i> – pro těhotné předporodní kurz, vitamíny a doplňky stravy, vyšetření související s těhotenstvím, např. genetické nebo ultrazvukové, účast otce u porodu, příspěvek na epidurální analgesii, odběr pupečnickové krve, pro ženy po porodu – pomůcky pro novorozence a monitor dechu, pomůcky pro kojení dětí, plavání s dítětem, cvičení žen po porodu
		<i>Program prevence civilizačních onemocnění</i> – preventivní vyšetření osteoporózy, kardiovaskulárních onemocnění, vyšetření na bodystatu, vyšetření rizika tromboembolické nemoci – 400 Kč
	<i>Program lupénka</i> – příspěvek na zakoupení přípravku pro zevní aplikaci	
	<i>Program prevence infekčních onemocnění (očkování)</i> – příspěvky na očkování proti klíšťové encefalitidě, žloutence, meningokoku, pneumokoku, chřipce, černému kašli, rotavirová onemocnění, tetanus, vztekлина, pásový opar, HPV chlapci nebo jiná očkování – 600 Kč	
	<i>Program Léto s 211</i> – poukaz ve výši 211 Kč lze využít na opalovací prostředky, cvičení, očkování, léčivé přípravky, rehabilitace, odbornou péči u dentálního hygienisty	
ČPZP	<i>Preventivní programy pro děti a mládež do 18 let včetně</i> – program obsahuje balíčky: Očkování – 500 Kč, Pohyb – 300 Kč, letní tábory, organizované plavecké kurzy, Zdravé zuby – 300 Kč, pevná nebo snímatelná rovnátka, Gratis – vitamíny pro děti od 3 do 15 let, Mix – 1000 Kč – sportovní prohlídka, prevence	<i>Preventivní programy pro ženy od 19 let</i> – program obsahuje balíčky: Očkování – 300 Kč, Prevence – 1000 Kč, rakoviny prsu, rakoviny tlustého střeva, rakoviny kůže, glaukomu, osteoporózy, poruch paměti, Mix – 1000 Kč, příspěvek na laserové operace očí, sportovní prohlídka, Manažerka mateřství – 1000 Kč, příspěvek těhotným

	trombózy, prevence rakoviny kůže	ženám od 18 let
		<p><i>Preventivní program pro muže od 19 let</i> – program obsahuje stejné balíčky jako pro ženu. K tomu obsahuje balíček pro Muže – 500 Kč, příspěvek na erektilní dysfunkci, otec u porodu</p> <p><i>Program pro dárce krve, plazmy a kostní dřeně</i> – vitamíny v hodnotě 80 Kč, příspěvek pro nového dárce 200 Kč, příspěvky pro oceněné dárce</p>
	Plavání zdarma nebo za zvýhodněnou cenu, <i>Program bonus plus</i> – program na principu získávání a čerpání bodů podle předem stanovených kritérií	
VZP	<i>Program Mořský koník</i> – léčebně ozdravné pobyty od 6 do 18 let	<i>Projekt adresného zvaní na onkologickou prevenci</i> – screening nádorů prsu od 45 let/rok, screening nádorů tlustého střeva a konečníku od 50 do 55 let/ 2 roky, screening nádorů děložního hrdla od 15 let/ rok
	Příspěvek na bezlepkovou dietu do 18 let a studentům do 26 let s diagnózou celiakie	Pohyb, snížení nadváhy, zdravotní pomůcky pro diabetiky, meditační cvičení, léčba závislosti, prevence rakoviny, vyšetření kožních znamének, očkování, celiakie
	Slevy na ozdravné pobyty v tuzemsku i v zahraničí, pohybové aktivity ve škole i mimo ni, zdravotní pomůcky pro diabetiky, meditační cvičení, léčba závislosti, vyšetření kožních znamének, očkování	<i>Program cesta k nekouření</i> – příspěvek na léčivé přípravky
	<i>Klub pevného zdraví</i> – členové mohou získat celou řadu slev a výhod při nákupu relaxačních aktivit, zdravotních pomůcek atp.	

OZP	<i>Příspěvkové programy pro děti a mládež</i> – ozdravné pobyty v Chorvatsku, Kredit na očkování, Dětské úrazové pojištění do 1 roku zdarma	prevence rakoviny prsu od 40 do 45 let bezplatně
	Příspěvek na očkování pro děti do 300 Kč	Bezplatné preventivní vyšetření proti infarktu od 30 do 55 let věku / rok
		Bezplatné preventivní vyšetření rakovině prostaty od 40 do 60 let věku, bezplatně/ rok
		Bezplatné preventivní vyšetření osteoporózy od 50 let věku / 2 roky
		Bezplatné preventivní vyšetření na nádory břišních orgánů bezplatně od 50 let / 2 roky
		Bezplatné preventivní vyšetření rakovině dutiny ústní od 25 let/ 2 roky
		Bezplatné vyšetření rakovině tlustého střeva a konečníku 40 do 49 let
		Kredit pro novorozence ve výši až 1300 Kč – program pro maminky a těhotné, včetně očkování.
		Příspěvek na očkování pro dospělé do 300 Kč.
		Bezplatné vyšetření rakoviny kůže bez omezení věku, léčba odvykání kouření do 4 000 Kč jednorázově
	<i>Program slev a výhod PRO-FIT s OZP</i> – možnost využití slev a výhod u vybraných smluvních partnerů	

RBP	<p><i>Balíček prevence pro děti do 6 let = 1000 Kč/rok, na očkování do, nákup potravin určeným dětem s diagnózou celiakie, nákup monitoru dechu pro děti do 6 měsíců věku, organizované plavání, školku v přírodě trvající min. 5 dní, nákup mléčné výživy, organizované cvičení rodičů s dětmi, nákup léčiva na flouridaci zubů, nákup vitamínů v lékárnách od 3 let věku – čerpání do 100 Kč.</i></p>	<p><i>Balíček prevence pro pojištěnce od 19 let = 1000 Kč/ rok, na očkování, nákup potravin pro pojištěnce s diagnózou celiakie, ošetření rázovou vlnou, genetické vyšetření, periodická prohlídka registrovaných sportovců, nákup vybraných léčivých přípravků, hormonálních přípravků, fixačních a čistících prostředků pro celkové zubní náhrady, vitamínů v lékárnách, vyšetření na kardiovaskulární a metabolické onemocnění, mamografické vyšetření prsů ženám od 40 do 44 let, vyšetření na okultní krvácení ve stolici do 49 let, preventivní vyšetření prostaty 1 krát/ 2 roky, vyšetření pigmentových změn kůže, kurz psychoprofylaxe a těhotenského tělocviku, nákup vitamínů v lékárnách v době těhotenství, provádění epidurální analgezie při porodu, provedení ultrazvukového vyšetření plodu v 1. trimestru, nákup porodnického gelu</i></p>
	<p><i>Balíček prevence pro mládež od 7 do 18 let = 1000 Kč/rok, na očkování, stomatologie, nákup potravin s diagnózou celiakie, organizované plavání dětem do 10 let, účast v programu stop obezitě, preventivní vyšetření pigmentových změn kůže, periodická prohlídka registrovaných sportovců, nákup vitamínů v lékárně – 100 Kč</i></p>	<p><i>Program dárci krve a kostní dřeně – úhrada vitamínů, příspěvek na úhradu vybraných aktivit podporujících zdraví, příspěvek na úhradu vybraných aktivit podporujících zdraví</i></p>
	<p><i>Novorozenecký balíček – obdrží rodiče zdarma po narození dítěte</i></p>	
	<p><i>Léčebný pobyt dětí od 8 do 15 let</i></p>	
	<p><i>Očkování děložního čípku od 12 do 30 let příspěvkem 4000 Kč, program slev</i></p>	

ZPŠ	Příspěvky na očkování, do 4000 Kč pro pojištěnce 12 až 18 let na očkování proti rakovině děložního čípku, do 800 na meningokoka, hepatitida A + B a atp.	Prevence karcinomu prsu od 40 do 45 let, karcinomu prostaty, tlustého střeva a konečníku, program pro zjišťování nádorů v oblasti dutiny břišní a ledvin, prevence onemocnění štítné žlázy, prevence onemocnění štítné žlázy, prevence u těhotných, prvotrimestrální screening, prevence melanomu
	Příspěvky na odstranění vad chrupu	Boj proti kouření – do 500 Kč
	Ozdravný pobyt pro pojištěnce s neurologickým, onkologickým onemocněním, obezitou či nadváhou, ozdravný pobyt pro pojištěnce s chronickým onemocněním kůže, dýchacích cest, ozdravný pobyt pro aktivní dárce kostní dřeně	Příspěvek na moderní léčebné metody, plastová sádra, paruka pro ženy po aktivní onkologické léčbě
	Zlepšení služby o matku a novorozence	
	Balíčky pro těhotné ženy, pro bezpříspěvkové dárce krve, pro držitele Zlatého kříže, pro žáky a studenty, balíček pro seniory. Tyto balíčky jsou určeny pro čerpání příspěvků na pohybové aktivity	

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Macháčková Jana	Na Pískách 841, Dubňany	I1301685

TÉMA ČESKY:

Zdravotní pojišťovny

TÉMA ANGLICKY:

Health Insurance

VEDOUcí PRÁCE:

Ing. Vojtěch Jindra - KE

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Cíl práce:

Cílem diplomové práce bude objasnění vývoje a rizik v činnosti zdravotních pojišťoven, analyzovat v teoretické rovině podmínky konkurence mezi pojišťovnami v ČR, navrhnout možnou inovaci produktů a zhodnotit předpokládaný vývoj.

Osnova:

1. Úvod
2. Historický vývoj zdravotnictví
3. Současný systém českého zdravotnictví
4. Hospodaření konkrétní pojišťovny
5. Konkurence zdravotních pojišťoven
6. Inovace produktů a předpokládaný vývoj
7. Závěr

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

MATOUŠEK, Miloslav. Přehled dějinného vývoje lékařství. 1.vyd. Praha: Orbis, 1953, 92 s.

VURM, Vladimír. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9

GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

Šimek, J. a kol. Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa. Praha: Karolinum, 2002, 157 s. ISBN 80-246-0507-4.

VOZP. Vojenská zdravotní pojišťovna. Dostupný z WWW:<<http://www.vozp.cz/cs/>>

Podpis studenta: *M. Kubicek*

Datum: *14.10.2015*

Podpis vedoucího práce: *[Signature]*

Datum: *14.10.2015*