

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií



Bakalářská práce

Konkurence ve specifickém oboru - zdravotnictví

Jana Kohoutová

© 2011 ČZU v Praze

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií

Akademický rok 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jana Kohoutová

obor Veřejná správa a regionální rozvoj

Vedoucí katedry Vám ve smyslu Studijního a zkušebního řádu ČZU v Praze čl. 16 určuje tuto bakalářskou práci.

Název práce: **Konkurence ve specifickém oboru - zdravotnictví**

Osnova bakalářské práce:

1. Úvod
2. Cíl práce a metodika
3. Teoretická východiska konkurence v oblasti zdravotnictví
4. Vlastní zpracování: Konkurenční prostředí ve zdravotnictví ČR
5. Zhodnocení výsledků
6. Závěr
7. Seznam použitých zdrojů
8. Přílohy

Rozsah hlavní textové části: 30 - 40 stran

Doporučené zdroje:

BODLÁKOVÁ, Linda. Zdravotní politika a ekonomika. 1. vyd. Kostelec nad černými lesy: IZPE Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2002. ISBN 1213-8096.

BŘÍZA, Jan, PAVLÍKOVÁ, Jiřina. Peníze, zdravotnictví, malé a střední podnikání a možnosti získávání finančních prostředků z EU. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Eurolex Bohemia, 2006. ISBN 80-86861-87-2.

JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. Úvod do veřejného zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.

TRNKOVÁ, Ludmila a kolektiv. Zdravotní péče a zdravotní pojištění. 1. vyd. Praha: Prospektrum, 1992. ISBN 80-85431-48-3.

VOŽEHOVÁ, Sylvie a kolektiv. Základy veřejného zdravotnictví - učební texty pro bakalářské studium. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1994. ISBN 80-7066-919-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Dana Stará**

Termín odevzdání bakalářské práce: duben 2011


Vedoucí katedry




Děkan

V Praze dne: 19. 2. 2010

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Konkurence ve specifickém oboru - zdravotnictví " jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 31.3.2011

Poděkování

Rád(a) bych touto cestou poděkovala Ing. Daně Staré za poskytnuté informace a konzultace.

Konkurence ve specifickém oboru - zdravotnictví

Competition in Specific Branch - Health Care Service

Souhrn

Bakalářská práce je zaměřena na konkurenci ve zdravotnictví. Součástí analýzy je možný výskyt konkurence ve státem regulovaném zdravotnickém systému. Literární rešerše charakterizuje zdravotnictví v ČR, udává komplexní pohled na toto odvětví. Dále popisuje organizační strukturu a financování zdravotní péče. Největší důraz je kladen na zdravotní pojišťovny, kde je popsán systém zdravotního pojištění a přerozdělování mezi zdravotními pojišťovnami. Konkurence je teoreticky porovnávána a na základě analýzy je implementována na vybrané subjekty ve zdravotnictví. Praktická část se zaměřuje na již zmíněné subjekty ve zdravotnictví a to na poskytovatele zdravotní péče, nemocnice, lékárny a zdravotní pojišťovny. Pojišťovny byly porovnávány podle zvolených stejných kritérií. Na základě těchto faktorů byla sledována konkurence a posléze i vyhodnocena.

Summary

This bachelor degree thesis is focused on competitiveness in the Health Care sector. The possible existence of competitiveness in the state controlled health care system forms a component part of the analysis. The literary review provides characteristics of Health Care System in the Czech Republic and it brings a complex view of this field. Further, it describes the organisational structure and the ways of financing health care. The strongest emphasis has been put on Health Care Insurance Companies where the system of health insurance and of redistribution among health care insurance companies has been described. The competitive environment has been compared from the theoretical point of view and the competition has been implemented in the selected subjects within health care on the basis of analysis. The practical part has been focused on the mentioned subjects within health care, namely on the providers of health care, hospitals, pharmacies. However, the greatest attention has been devoted to insurance companies. These companies have been compared according to the selected equal criteria. On the basis of these factors competitiveness has been observed and also evaluated.

Klíčová slova: konkurence ve zdravotnictví, státní zásahy, poskytovatel zdravotní péče, nemocnice, lékárny, pacienti, plátce zdravotní péče, zdravotní pojišťovny, systém zdravotní péče, zdravotní pojištění, dokonalá a nedokonalá konkurence.

Keywords: competitiveness in health care, acts of state, health care provider, hospital, pharmacies, patients, payer of health care, insurance companies, health care system, health insurance, perfect and defective competition.

Obsah

1. Úvod.....	10
2. Cíl práce a metodika	11
3. Teoretická východiska konkurence v oblasti zdravotnictví.....	12
3.1 Organizace zdravotního systému	12
3.1.1 Výklad pojmů zdraví, zdravotní péče	12
3.1.2 Modely zdravotního systému.....	13
3.1.3 Zdravotní politika státu	16
3.1.4 Organizace zdravotnictví v ČR.....	18
3.1.5 Významné organizace ve zdravotnickém systému	19
3.1.6 Financování zdravotní péče	20
3.1.6.1 Subjekty ve zdravotnictví	22
3.1.6.2 Zdravotní pojištění.....	23
3.1.6.3 Historický vývoj pojištění.....	23
3.1.6.4 Pojistné ve zdravotním pojištění.....	26
3.1.6.5 Zdravotní pojišťovny	27
3.1.6.6 Financování zdravotní péče zdravotních pojišťoven	29
3.1.6.7 Přerozdělování mezi zdravotními pojišťovnami.....	29
3.1.6.8 Plátcí pojistného.....	30
3.1.6.9 Regulační poplatky a doplatky za léky	32
3.2 Charakteristika konkurenčního prostředí.....	34
3.2.1 Základní tržní struktury	34
3.2.2 Specifika trhu ve zdravotnictví.....	38
4. Konkurenční prostředí ve zdravotnictví ČR.....	41
4.1 Konkurence mezi zdravotnickými zařízeními	41
4.1.1 Nemocnice	41
4.1.2 Lékárny	42
4.2 Konkurence mezi zdravotními pojišťovnami v ČR.....	43
4.2.1 Charakteristika zdravotních pojišťoven.....	44
4.2.2 Porovnání vybraných zdravotních pojišťoven.....	47
4.2.3 Hospodaření zdravotních pojišťoven.....	52
5. Zhodnocení výsledků.....	54

6. Závěr	58
7. Seznam použitých zdrojů	59
8. Přílohy	64

Seznam tabulek a příloh

Tabulka č. 1 - Porovnání nákladových ukazatelů	48
Tabulka č. 2 - Porovnání nákladů nejpočetnější skupiny pojištěnců	49
Tabulka č. 3 - Porovnání skupiny pojištěnců s největšími náklady	49
Tabulka č. 4 - Porovnání skupiny s největšími průměrnými náklady	50
Tabulka č. 5 - Data pro výpočet přerozdělování pojistného na všeobecné zdravotní pojištění (říjen 2010)	51
Tabulka č. 6 - Analýza přerozdělování (říjen 2010)	51
Tabulka č. 7 - Počty pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát; přerozdělování (říjen 2010)	51
Tabulka č. 8 - Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění	52
Tabulka č. 9 - Průměrné denní výdaje a příjmy na zdravotní péči	53
Tabulka č. 10 - Počty pojištěnců podle pohlaví a věku, podklady pro přerozdělování (říjen 2010)	64

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 - Hlavní aktéři financování zdravotnických služeb	22
--	----

1. Úvod

Zdravotnictví, tento pojem je neustále skloňován při každé příležitosti na všech možných úrovních, vždyť zdraví se týká nejen jednotlivce, ale i celé společnosti. Zdravotnictví má svá specifika, proč zdravotní péče nemůže být považována za standardní službu nebo zboží, protože je zde vysoká míra nejistoty v potřebě této péče. Většina onemocnění se nedá odhadnout, kdy vznikne a jaký bude mít průběh. Předem se obtížně dají určit výdaje na péči pro každého pacienta. Klasický trh funguje za podmínky, kdy strana nabídky i strana poptávky mají k dispozici dostatek informací – což v tomto vztahu není splněno. Toto je jeden z důvodů, proč se jedná o nedokonale konkurenční prostředí, které se vyskytuje ve zdravotnictví. Každý v roli pacienta může z vlastní zkušenosti porovnávat kvalitu poskytnuté péče. Při nespokojenosti je možnost vyhledat jiného poskytovatele této péče. Zde je možnost spatřovat prostor pro konkurenci v řadách poskytovatelů. Na stejném principu funguje i konkurence mezi zdravotními pojišťovnami, které na druhé straně ovlivňují možnosti zdravotní péče poskytovatelů. Neustálý rozvoj a pokrok ve zdravotnické technice a farmaceutickém průmyslu kladou nároky na finanční prostředky. Zdravotnická zařízení, která jsou ovlivněna množstvím finančních prostředků, nemohou často ani poskytnout a využít plně těchto nových vymožeností, protože jsou limitovány těmito prostředky, které získají od plátců zdravotní péče. Stejný problém je i ve financování zdravotnického personálu, který jako poskytovatel zdravotní péče je pod neustálým tlakem z obou stran, jak požadavků na poskytování maximální zdravotní péče tak možností zdravotního systému.

Již od 90. let probíhá neustále diskuze na téma reforma zdravotnictví, ale doposud žádná skutečná reforma neproběhla. Probíhají pouze dílčí pokusy o narovnání vztahu mezi vstupy a výstupy zdravotnického systému. Vzhledem k politické situaci se nepodařilo zdravotní reformu realizovat tak, aby její výsledky zaručily efektivní fungování zdravotnictví. Je možné konstatovat, že v ČR není uplatňován ve zdravotnictví tržní mechanismus, ale jedná se o zasahování státu do celého systému zdravotnictví a jeho regulaci.

Toto téma je velmi rozsáhlé, a proto se tato práce zaměří pouze na úzkou, vybranou část zdravotnického systému.

2. Cíl práce a metodika

Cílem této bakalářské práce je popsat organizaci zdravotnického systému ČR na základě charakteristik tržních struktur, analyzovat a zhodnotit konkurenční prostředí obecně i mezi jednotlivými subjekty zdravotnického systému ČR.

V teoretické části práce bude popsán systém stávajícího zdravotního pojištění a míra státního narušování, ovlivňování konkurence. Dále bude věnována pozornost historickému vývoji zdravotního pojištění a organizaci zdravotní péče. V práci budou popsány vybrané zdravotní pojišťovny a konkurence mezi nimi.

Uvedený výběr pojišťoven je ovlivněn vstřícností pracovníků jednotlivých zdravotních pojišťoven k poskytování podkladů. Tyto údaje budou použity v praktické části.

Pro zpracování práce bude použita metoda studia odborné literatury, analýza sekundárních dat a to převážně z odborného periodika, z knižních a internetových zdrojů, výročních zpráv a ročenek, které budou uvedeny v seznamu odborné literatury. Metodou práce bude deskripce a komparace zjištěných interních informací a dat od zdravotních pojišťoven. Následovat bude jejich zpracování a vyhodnocování

3. Teoretická východiska konkurence v oblasti zdravotnictví

3.1 Organizace zdravotního systému

Každý stát má svoji vlastní organizační strukturu zdravotnictví. Ve většině případů se snaží hrát dominantní roli stát, někde je zdravotnictví zcela ponecháno na jednotlivci. Protože se zdravotnictví naléhavě dotýká každého, je dopad systému velice citlivě vnímán všemi vrstvami obyvatelstva. Je naprosto zřejmé, že se jen velice obtížně nachází model, který by uspokojoval všechny. Proto je možné sledovat snahy o změny reforem zdravotnictví nejen v ČR, ale i v jiných zemích.

3.1.1 Výklad pojmů zdraví, zdravotní péče

Definice zdraví není příliš jednotná a existuje více vysvětlujících pojmů, které se vážou s tímto pojetím.

„Zdraví je považováno částí ekonomů, sociologů a zdravotníků a dalších odborníků nejen jako individuální, ale rovněž i jako celospolečenský, tedy veřejný statek.“¹

„Zdraví je nebýt nemocný. Nebýt zdravý může znamenat nejen nemoc, ale třeba i pocit nepohody. Každý to cítí jinak – je to zkrátka relativní. Podle světové organizace WHO (Světová zdravotnická organizace) je tento pojem vysvětlen následovně. Říká, že zdraví je stav úplné fyzické, mentální a sociální pohody, nikoliv jen nepřítomnost nemoci nebo tělesné vady.“²

„Julínek je přesvědčen o tom, že zdraví je především aktivně naplněný život až do seniorského věku a úkolem systému zdravotní péče je umožnit nám jej prožít.“³

¹ ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*, s. 32

² JULÍNEK, T., *Průvodce unaveného pacienta českým zdravotnictvím*, s. 36

³ Tamtéž, s. 37

„Podle Slovníku lékařské terminologie vydané WHO jsou zdravotní potřeby definovány jako vědecky stanovené nedostatky zdraví, jež vyžadují preventivní a léčebnou intervenci.“⁴

„V nejširším slova smyslu péče o zdraví zahrnuje všechny činnosti, které ovlivňují a determinují vývoj zdraví populace. V tomto rozsahu bývá často nazývána „ochrana, podpora a obnova zdraví“. Jako taková prolíná celé národní hospodářství v globalizujícím se světě přesahuje hranice států a má zvláštní funkce ve společenském reprodukčním procesu. Péče o zdraví jako disciplína chápe zdraví jako pozitivní externalitu a podmínku existence lidstva.“⁵

„I když je zdraví v podstatě nevyčíslitelná hodnota a jakýkoliv přírůstek zvýšení kvality života, či zvýšení střední délky života budeme považovat za úspěch, musíme uvádět i určité peněžní vyjádření, neboť ekonomie a zvláště vztah náklady-výnosy se pomocí finančních ukazatelů vyjadřovat musí. Hospodárnost, užitečnost, efektivnost a další základní ekonomické pojmy se bez peněžního vyjádření nákladů a výnosů neobejdou.“⁶

3.1.2 Modely zdravotního systému

„Jedním z modelů zdravotního systému je systém „Národní zdravotní služby“ (NHS), který vznikl ve Velké Británii. Prototyp Beveridgeovského modelu. Zdravotní péče se poskytuje pro všechny občany bez přihlednutí k jejich finančním prostředkům. Jde o vysoce solidární model státem garantované zdravotní péče, která je hrazena ze státního rozpočtu. NHS byla výsledkem britské vlády řešit nespokojenost obyvatelstva se zdravotnictvím. Tato péče byla ustanovena zákonem v roce 1948.“⁷

Aplikace pro tento model pro bývalé socialistické státy byl: systém Semaškův, kde všechna zdravotnická zařízení byla ve vlastnictví státu. Péče byla pro všechny obyvatele

⁴ GLADKIJ, I., *Management ve zdravotnictví*, s. 20

⁵ IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ J. *Multikulturní ošetřovatelství*, s. 110

⁶ ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*, s. 28

⁷ JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 99

bezplatná a vše bylo centrálně řízeno. Pracovníci ve zdravotnictví patřili mezi státní zaměstnance. Důsledkem bylo, že zdravotnictví platilo za neproduktivní odvětví s nízkou ekonomickou prioritou. Tento model fungoval již před druhou světovou válkou v Sovětském svazu. Odlišný je Bismarckův model. Je to model sociálního zdravotního pojištění založený na povinném pojištění obyvatelstva, který vznikl v Německu v 19. století.⁸

„Douglasův model národního zdravotního pojištění, který se používá v Kanadě a Austrálii. Je založen na daňových příjmech, přičemž federální stát dotuje jednotlivé provincie, které zodpovídají za financování a poskytování zdravotní péče obyvatelstvu na svém území.“⁹

„Další model, který nachází uplatnění v USA, vychází z názoru, že péče o zdraví je záležitostí každého jedince. Zdravotnické služby jsou chápány jako druh zboží, které podléhá zákonům tržní ekonomiky. Pacient vystupuje jako konzument, lékař jako podnikatel, úloha státu je minimální a zajišťuje svými institucemi v nejnútnejší míře protiepidemickou péči, kontrolu léků a regulaci např. různých poplatků. Občané se pojišťují u soukromých pojišťoven individuálně nebo skupinově v zaměstnání. Zaměstnancům z části přispívá na pojištění zaměstnavatel. Většina zdravotnických zařízení v tomto systému má komerční charakter. Jsou přítomna i jiná nezisková a charitativní zařízení a výjimečně i státní nemocnice, které poskytují základní zdravotní péči nepojištěným a nemajetným občanům.“¹⁰

Před rokem 1990 bylo zdravotnictví v ČR řízeno centrálně. Byl zde uplatněn Semaškův model zdravotní péče. Tudiž prostor pro konkurenční prostředí nebyl, byl podobný centralistickému modelu.

Základy nového systému zdravotnictví byly položeny v letech 1990 – 1993. V tomto období se změnil systém financování zdravotnictví. Rozběhlo se všeobecné zdravotní pojištění Bismarckovského typu, které je povinné a založené na solidaritě. Byly přijaty nové

⁸ NĚMEC, J., *Principy zdravotního pojištění*, s. 19

⁹ Tamtéž, s. 19

¹⁰ GLADKIJ, I., *Management ve zdravotnictví*, s. 36

zákony. Zákon ČNR č. 550/91 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon ČNR č. 551/91 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, které vytvořily nový právní rámec pro financování zdravotnictví ČR.¹¹

Vláda ustanovila zavedení všeobecného zdravotního pojištění od 1.1.1992. Zákon o všeobecném zdravotním pojištění byl několikrát novelizován a v roce 1997 byl nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění několika souvisejících zákonů. V dnešní době je prostor pro konkurenci větší, ale stále přetrvává státem regulované prostředí.

„Všeobecná zdravotní pojišťovna byla vytvořena jako první, samostatným zákonem, který jí vymezuje některé specifické výsady. Např. kdo se nikdy nepojistil, je automaticky pojištěn u VZP. Podíl na registrovaných pojištěncích jí zaručuje postavení blízké monopolu (kolem 75%). Snaha o vytvoření konkurenčního prostředí vedla k přijetí zákona ČNR č. 280/1992 Sb., o rezortních oborových a dalších pojišťovnách. Na základě tohoto zákona vzniklo ještě 26 zdravotních pojišťoven.“¹²

Počet pojišťoven se začal snižovat v důsledku působení různých podmínek a dalších jiných vlivů a důsledek těchto vlivů se projevil na jejich ekonomické situaci. V dnešní době je celkem devět zdravotních pojišťoven.

„Příjmy pojišťoven jsou tvořeny z plateb na pojistném od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu. Naproti tomu výdaje pojišťoven obsahují platby za poskytnutou zdravotní péči dle smluv, které byly uzavřeny se zdravotnickými zařízeními. Zdravotní péče je hrazena platbami za výkon, což vede k rychlému nárůstu výdajů na zdravotní péči, a na druhé straně k většímu zájmu o pacienta.“¹³

¹¹ GLADKIJ, I., *Management ve zdravotnictví*, s. 37

¹² Tamtéž, s. 37

¹³ Tamtéž, s. 38

K velké změně došlo v roce 1992 v důsledku privatizace zdravotnických zařízení na základě zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Tuto změnu lze chápat jako začátek fungování nového zdravotního systému.

Znaky systému péče o zdraví a zdravotnictví

„Zdravotnictví je součástí celého komplexu péče o zdraví, je podsystémem péče o zdraví, současně je autonomním hospodářským systémem. Péče o zdraví je tedy daleko širší pojem než samotný pojem zdravotnictví. Zdravotnictví je jen součástí celého komplexu péče o zdraví a ekonomický pohled na tuto problematiku je jen jedním z možných úhlů pohledu. Systém péče o zdraví však vyžaduje i existenci řady dalších podsystémů, které spolu se zdravotnictvím vytvářejí celkový komplex péče o zdraví lidí daného státu. Celý systém musí mít zcela obecný a jednotný společný cíl, v daném případě jasné zdravotnické poslání formulované již ve svém názvu. Kromě zcela obecných znaků má však systém péče o zdraví i jeho podsystém zdravotnictví ještě zvláštní charakteristické rysy např. každý jedinec i celá populace je v tomto pojetí chápána jako produkt všech faktorů systému péče o zdraví.”¹⁴

Zkoumání zdravotních potřeb obyvatelstva má velký význam pro správné stanovení cílů zdravotní politiky. Zdravotní potřebu definujeme jako subjektivní pocit pro nalezení cesty k odstranění zdravotních problémů.

3.1.3 Zdravotní politika státu

„Péči o zdraví obyvatelstva realizuje stát prostřednictvím zdravotní politiky. Zdravotní politika je součástí programů politických stran a promítá se do programových dokumentů vlád, vzešlých z parlamentních voleb. Proto se i do rozhodování a koncipování zdravotní péče promítá vládní politická orientace (která vede k podpoře či naopak pozastavení privatizace nemocnic, zavedení poplatků u lékařů nebo jejich odmítnutí, uplatňování větší či menší role státu při regulaci rozsahu zdravotní péče a sítě zdravotnických služeb).

¹⁴ ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*, s. 16, 17

Strategické cíle zdravotní politiky jsou vyjádřené ve vládních programech, jejichž platnost je dlouhodobá a přesahuje funkční období vlády, která je schválila.”¹⁵

Ve vyspělé společnosti nemůže být výlučně tržní mechanismus jediným principem zajišťujícím zdraví společnosti, ani jediným mechanismem zajišťujícím rozložení zdravotnických služeb, lékařské a zdravotnické péče, či jediným mechanismem zajišťujícím finanční toky uvnitř tohoto systému. Zdravotnictví vyspělého státu dbá na všestranný rozvoj a zdraví svých občanů a budoucí generace. To vše musí být založeno na morálním a etickém kodexu. Každá společnost musí řešit problémy v daleko širším pojetí, než jsou pouze ekonomické pohledy či střety nabídky a poptávky v oblasti zdravotní péče obyvatelstva. Z hlediska komplexnosti pojmu zdraví se vyžaduje zaměřit na vývoj celé populace, tím je hlavně myšlena prevence, předcházení nemocí, vybudování efektivního systému úhrad za poskytované zdravotnické služby.¹⁶

Nástroje zdravotní politiky

- **legislativa, právní dokumenty** (zákony, vyhlášky, které se týkají základních podmínek poskytování zdravotní péče, práv a povinností poskytovatelů, plátců i uživatelů zdravotní péče)
- **financování zdravotní péče** (definování zdravotních výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění, regulace rozsahu hrazené zdravotní péče stanovením péče standardní, na jejíž úhradu z veřejného zdravotního pojištění má nárok každý občan, a nadstandardní, kterou si hradí lidé z vlastních zdrojů)
- **tvorba sítě zdravotnických zařízení, řízení zdravotnictví** (udělování licencí, registrace zdravotnických zařízení a pracovníků)
- **vzdělávání zdravotnických pracovníků**
- **sběr informací a zacházení s nimi** (Národní zdravotnický informační systém)
- **podpora vědy a výzkumu**
- **léková politika** (regulace cen léků, kontrola a transparentnost průběhu tvorby cen léků)¹⁷

¹⁵ JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 117

¹⁶ ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*, s. 32

¹⁷ JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 118

Základní indikátory péče a podpory zdraví

Jedná se především o ukazatele zdravotního stavu, jako individuálního celospolečenského výsledku působení včetně kvality života. Dále se jedná o ukazatele zabezpečení životních a pracovních podmínek, vyjadřující vývoj životního prostředí, stylu, úrovně a zabezpečení obyvatelstva zdravotnickou péčí a její kvality. Ukazatelů zdravotnické politiky daného státu a péče o zdraví máme mnoho, nelze jednoznačně získat ucelený obrázek o všech kvalitách života. Je zřejmé, že ekonomicky vyspělé státy mají lepší ukazatele péče o zdraví než státy chudé, protože podíl výdajů na péči ovlivňuje kvantitativní a kvalitativní ukazatele této oblasti. Ekonomika a její ukazatelé charakterizují péči o zdraví obyvatelstva daného státu, ve svém dlouhodobém působení, tím ovlivňují zdraví obyvatelstva. Proto při uvádění ukazatelů péče o zdraví nechybí nejčastější ekonomický ukazatel, a to procento podílu vynaložených prostředků na zdravotnictví vůči HDP. Při ekonomickém zkoumání úrovně jsme často v nejistotě, které náklady vlastně máme započítat. Všechny ukazatelé vyjadřují přímo nebo nepřímo péči o zdraví, a tyto náklady jsou často spadající pod kompetence několika resortů, tedy nejen ministerstva zdravotnictví. Proto je nesnadné určit celkovou výši všech možných nákladů, které je třeba vložit do systému péče o zdraví. Navíc některé náklady nemají pouze přímý dopad jen na zlepšení zdravotního stavu, ale promítají se nepřímo i do dalších ekonomických ukazatelů.¹⁸

3.1.4 Organizace zdravotnictví v ČR

Poskytovatelé zdravotní péče tvoří síť veřejných zdravotnických zařízení:

- Okresní a krajské hygienické stanice
- Zařízení ambulantní péče
- Nemocnice
- Odborné léčebné ústavy
- Zařízení lékárenské péče – lékárny a laboratoře pro kontrolu léčiv
- Zvláštní dětská zařízení

¹⁸ ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*, s. 27, 28

Také existují soukromá zdravotnická zařízení - např. nemocnice, lékaři vykonávající soukromou praxi a léčebné ústavy.

Před rokem 1989 nemocnice patřily do celého systému státního zdravotnictví, byl to tedy jeden velký monopol. V dnešní době je možnost si zvolit státního nebo soukromého poskytovatele péče. Tento výběr závisí na ekonomické situaci jednotlivých pacientů, a také na smluvním vztahu poskytovatele se zdravotní pojišťovnou. Existují rozdíly jak v kvalitě zdravotní péče, tak v délce čekací doby, které se mohou lišit v různých oblastech ČR.

Při nespokojenosti s ambulantní péčí má pojištěnec právo na výběr lékaře a zařízení každé tři měsíce. Zvolený lékař ovšem může novou registraci odmítnout z důvodu naplněné kapacity a přílišné vzdálenosti místa trvalého nebo přechodného pobytu pacienta.

V ČR na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění je nutno podotknout, že zdravotnická zařízení již nejsou státní monopol. Zdravotní pojišťovny jsou pověřeny zodpovídat za dostupnost zdravotní péče a tvorbu sítě zdravotnických zařízení, která poskytují většinu zdravotnických služeb pro všechny obyvatele celého státu. Povinnost zajistit péči a zdraví mají také kraje a ministerstvo zdravotnictví, vyplývá to z mezinárodních a z ústavních předpisů.

3.1.5 Významné organizace ve zdravotnickém systému

Ministerstvo zdravotnictví

Řídí péči o zdraví v ČR, je nejvyšším orgánem, který zodpovídá za zdravotní politiku. Je tvůrcem a garantem národní zdravotní politiky a zodpovídá za její odbornou úroveň. Přípravuje zákony a vyhlášky, komunikuje s veřejností, vypracovává dokumenty a specificky cílené programy. Zodpovídá za zdravotní bezpečnost obyvatelstva, za kvalitu a bezpečnost zdravotní péče. Řídí přímo velké fakultní nemocnice (univerzitní) a další

organizace (např. hygienické stanice, vzdělávací instituce). Spolupracuje s mezinárodními organizacemi.¹⁹

Ministerstvo zdravotnictví stanovuje vyhláškou cenu zdravotní péče na základě dohodovacích řízení, která je stejná pro všechny poskytovatele zdravotní péče i zdravotní pojišťovny. Je zákonem upraveno, co lze a nelze hradit ze zdravotního pojištění. Tím je evidentní, že se zužuje prostor pro konkurenci mezi již zmiňovanými zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče.

Profesní organizace

Jako výraz potřeby lékařů, zubních lékařů, farmaceutů rozhodovat o věcech své profese autonomně, nezávisle na vlivu státu byl vznik profesních komor krátce po revoluci v roce 1989. Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora, Česká lékárenská komora – jsou samosprávné nepolitické a stavovské organizace, zřízené zákonem č. 220/1991 Sb. Mají za úkol vykonávat dohled nad kvalitou výkonů svých členů. Jsou nezastupitelnými a na státní moci nezávislými garanty kvality lékařské péče a hlavně obsahují profesní zájmy svých členů. Je nutno podotknout, že členství v profesních komorách je povinné pro každého lékaře. Vedení ČLK vypracovává důležité podklady pro MZ ČR. Důležitým faktem je, že ne všichni lékaři souhlasí s postupy vedení komor, které bývají kritizovány pro obhajobu a prosazování osobních ekonomických zájmů. Rizikem je rovněž zpolitizování lékařské komory, která je pak v rozporu s přáním většiny svých členů, vtahována do nejrůznějších politických her.²⁰

3.1.6 Financování zdravotní péče

Financování je chápáno jako úhrada výkonů zdravotnické péče, patří mezi nejdůležitější ekonomické činnosti pro každý subjekt. Jejich výše silně ovlivňuje ekonomické chování.²¹

¹⁹ JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 143

²⁰ Tamtéž, s. 215, 216

²¹ ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*, s. 68

„Zdravotnické systémy čelí několik posledních let dvěma zásadním problémům. První z nich je na straně příjmů. Tam se pomalu dostává do potíží zejména vlivem nepříznivého demografického vývoje, jehož důsledky se budou postupem času stupňovat. Druhým problémem je potom strana výdajů, u které mnohdy dochází k tendencím výdajové exploze.“²²

Pacienti svěřují finanční prostředky státu v podobě daní nebo v podobě odvodů zdravotním pojišťovnám a očekávají, že dostanou případnou adekvátní péči. Plátcí potřebují poskytovatele zdravotní péče, tedy lékaře a materiální zdroje potřebné k léčbě (tím jsou myšleny nemocnice, technologie, léčiva) a dostatečné finanční zdroje, aby péči mohli zaplatit.²³

Každá oblast je v ČR financována poněkud jinak. Tím je myšlena třeba dosavadní struktura zdravotnických subjektů i způsoby financování těchto zdravotnických subjektů v závislosti na vnitřní diferenciaci zdravotnických zařízení. Diferenciace zdravotnických subjektů probíhá v ČR již od roku 1990. Během posledních dvaceti let minulého století došlo prakticky ve všech zemích k významným reformám zdravotnických systémů. Největším zdrojem financování (cca 80%) jsou prostředky od zdravotních pojišťoven. Zbylou část tvoří prostředky od krajů a spoluúčasti pacientů.

Reformy jsou převážně zaměřeny k těmto cílům:

- zvýšení dostupnosti základní zdravotní péče pro obyvatelstvo
- zvýšení výkonnosti zdravotnického systému
- posilování odpovědnosti jednotlivých občanů za vlastní zdraví
- zadržování tempa růstu výdajů na zdravotní péči
- zvyšování kvality zdravotní péče²⁴

Rozdělení zdravotnických subjektů souvisí s postupem a průběhem procesu privatizace zdravotnictví. Z původně zcela státních zařízení se postupně vyčlenily samostatné privátní

²² OCHRANA, F., PAVEL, J., VÍTEK L. *Veřejný sektor a veřejné finance*, s. 124

²³ JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 128

²⁴ GLADKIJ, I., *Management ve zdravotnictví*, s. 30

subjekty. Privatizace se týká nejen oblasti lékařské péče, ale i zdravotnických služeb, kdy vznikly a vznikají privátní ordinace a soukromé laboratoře. Privatizace zasáhla i pozemky, budovy, dopravní prostředky a v některých případech i celé polikliniky. Velké nemocnice, především fakultní, zůstávají v rukou státu. Řada velkých nemocnic se stále ocitá v záporném hospodářském výsledku, a to se bude muset principiálně řešit.²⁵

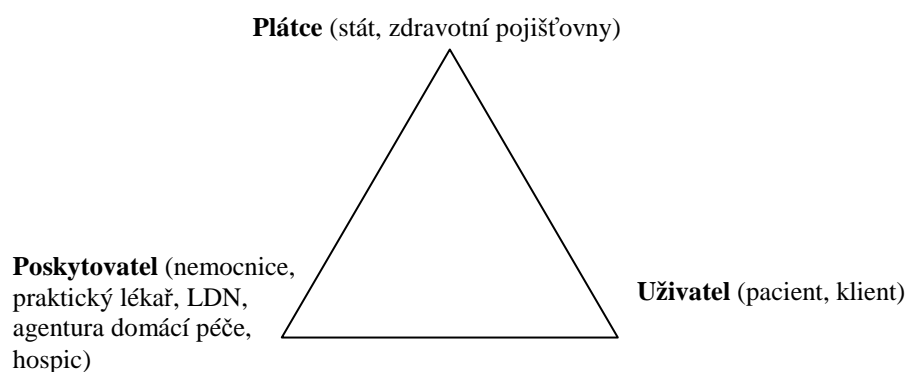
3.1.6.1 Subjekty ve zdravotnictví

Subjekty financování, čerpání a poskytování zdravotní péče:

- poskytovatel zdravotní péče
- plátce – stát, zdravotní pojišťovny
- pacient

Na následujícím schématu jsou znázorněny hlavní subjekty financování zdravotnických služeb.

Obrázek č. 1 - Hlavní aktéři financování zdravotnických služeb



Zdroj: JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 128

Zdravotní péče je poskytována v prostředí regulovaném státními zásahy. Poskytovatelé (zdravotnická zařízení) vystupují na straně nabídky a jejich produktem je poskytnutá péče. Na straně poptávky jsou spotřebitelé (pacienti) tohoto produktu. Toto je specifický vztah,

²⁵ ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*, s. 69

protože tam vstupují ještě plátcí zdravotní péče (zdravotní pojišťovny). Pacient vnímá konkurenci nejen mezi poskytovateli, ale i mezi plátcí.

3.1.6.2 Zdravotní pojištění

Od počátku 90. let, kde byl v ČR zaveden systém zdravotního pojištění, vzniklo několik zdravotních pojišťoven. Zdravotní a sociální pojištění se stalo pro občany povinné. Princip povinného pojištění je založen na solidaritě, tzn. z prostředků pojišťoven jsou průběžně propláceny výkony zdravotnických zařízení, kde musí být prokázána lékařská péče. Znamená to, že z celkových prostředků pojišťovny jsou propláceny výkony za pacienty. Tento princip je podobný zdravotnímu systému sousedního Německa.²⁶

Zdravotní pojištění pomáhá snižovat nežádoucí dopady životních nebo jiných událostí, dále pak vydaje na zdravotní péči v období stáří a nemoci. Pojištění je založeno na principu vzájemnosti. Pojištění prošlo v historii řadou reforem a v současnosti se stále hledají nové cesty, jak uspokojit zdravotní potřeby obyvatel vzhledem k možnostem veřejného rozpočtu. V dnešní Evropě se používají dva pojmy. Soukromé a sociální pojištění. Postupem času pojem sociální pojištění nabyl spíše významu důchodové pojištění. Pojem sociální pojištění v ČR je jakékoliv pojištění, které sleduje sociální cíle a je garantováno státem jako součást sociální politiky státu. Do sociálního pojištění spadá nemocenské pojištění, které slouží pro pojištěnce jako náhrada mzdy, kdy nemůže práci z jistých důvodů vykonávat. Dále do sociálního pojištění patří zdravotní pojištění, které hradí zdravotní péči. Pro vznik zdravotního pojištění v dnešní době je důležité, aby existovala snaha zlepšit kvalitu života občana a také vztah ke svému zdraví, protože to spolu vzájemně souvisí.²⁷

3.1.6.3 Historický vývoj pojištění

„První pokusy o pojištění byly zaznamenány již ve středověku. Směřovaly do oblastí hospodářství. Další rozmach byl, zaznamenaný v 17. století, kdy byl rozvinut zámořský obchod. V těchto případech se jednalo o pojištění individuální, které je založeno na soukromo - právních smlouvách. Veřejno - právní smlouvy byly zaznamenány v 19. století

²⁶ ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*, s. 187

²⁷ GLADKIJ, I., *Management ve zdravotnictví*, s. 30, 31

a jedná se o pojištění sociální. Velká změna nastala za vlády Otto von Bismarcka v letech 1883-1889. Jednalo se o pojištění nemocenské, úrazové, invalidní.

V Rakousku bylo zavedeno nemocenské pojištění v průmyslu v roce 1888. V tomto roce bylo uzákoněno i pojištění úrazové.²⁸

Sociální pojištění se v českých zemích začalo rozvíjet již ve 14. století, kdy vznikl Fond parléřské hutě. S růstem průmyslové výroby a se vznikem soukromých podnikatelů, byli tito nuceni se starat o ošetřování zdraví svých zaměstnanců. Po vzniku Československa upravoval zákon č. 221/1924 Sb., nemocenské pojištění pro případ nemoci, invalidity a stáří. V roce 1930 působilo na území tehdejšího Československa několik typů pojišťoven. Průmysloví a zemědělství dělníci byli pojištěni společně se soukromými úředníky u nemocenské pojišťovny podléhající Ústřední sociální pojišťovně. Horníci byli pojištěni u revírních bratrských pokladen. Dále byly pojišťovny pro úředníky, pracovníky drah apod.²⁹

„Dozorčím orgánem nad nemocenskými pojišťovnami byla Ústřední sociální pojišťovna. Soukromé ordinace tvořily síť smluvních zdravotnických zařízení.“³⁰

Za vlády komunistické strany v roce 1951 byl přijat zákon č. 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění. Oddělilo se důchodové pojištění od národního pojištění. V roce 1958 přešlo financování z odboru zdravotnictví pod obor finanční. Zdravotní péče byla pro občana bezplatná a byla financována z daní prostřednictvím státního rozpočtu. Odbory zdravotnictví se k výši a rozdělení rozpočtu vyjadřovaly pouze z hlediska odborného. Důsledkem bylo neekonomické zacházení se zdroji a nepružné reakce na potřeby obyvatelstva.

„V sedmdesátých letech se zdravotnictví začalo potýkat s nedostatkem finančních prostředků, a to zejména proto, že priority v tehdejší době byly v jiných odvětvích.

²⁸ GLADKIJ, I., *Management ve zdravotnictví*, s. 31

²⁹ Tamtéž, s. 32

³⁰ Tamtéž, s. 33

V důsledku toho docházelo k zaostávání technologického vybavení zdravotnických zařízení.³¹

Po roce 1990 byl kladen důraz na efektivnost zdravotní péče a privatizaci, zejména v oblastech jako jsou např. ambulantní péče, lékárenství, technická obsluha. V roce 1992 bylo zavedeno povinné zdravotní pojištění. Koncem roku 1990 byly zrušeny Krajské ústavy národního zdraví a v dalším roce Okresní ústavy národního zdraví, které se transformovaly na samostatná zdravotnická zařízení s právní subjektivitou. Při rozhodování o definitivním řešení se kladly otázky, jak bude zdravotní péče hrazena. Také zde sehrála roli zkušenost z prvorepublikového pojištění, které několik desetiletí dobře fungovalo. Na počátku reformy, za pravicové vlády, byl odpor k jakékoliv státní regulaci. Vznikl koncept, že systém zdravotního pojištění a nemocenského bude oddělen. V tomto se odlišujeme jak od zmiňovaného konceptu za první republiky, tak i od řady západoevropských zemí. Při porovnání statistických údajů o výdajích na zdravotnictví musí být brán zřetel podílu výdajů z HDP v ČR a v různých evropských státech.³²

„Původním cílem organizace zdravotnictví bylo zachovat všeobecnou dostupnost zdravotní péče, oddělit financování zdravotnictví od státního rozpočtu. Zároveň by se měla občanům i poskytovatelům zdravotní péče zvýšit úroveň poskytovaných služeb. Zvýšení úrovně českého zdravotnictví v první polovině 90. let se podařilo dosáhnout především díky podstatnému zvýšení objemu veřejných peněz plynoucích do zdravotnictví (podíl výdajů na zdravotnictví na HDP vzrostl z 5 % v roce 1989 na 7,2 % v roce 1993).“³³

Druhy pojištění

- **statutární** - je ze zákona povinné pro všechny občany a vzniká např. narozením a nebo získáním trvalého pobytu na území České republiky.

³¹ GLADKIJ, I., *Management ve zdravotnictví*, s. 34

³² Tamtéž, s. 35

³³ HROBOŇ, P., MACHÁČEK, T., JULÍNEK, T. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století*, s. 23

- **privátní** - je dobrovolné a pojištěncem se stává osoba na základě vlastního svobodného rozhodnutí. Tyto osoby jsou sice podle zákona pojištěny podle statutárního zdravotního pojištění, ale chtějí si zvýšit svoji pojistnou ochranu
- **komerční** - uzavírá se na bázi dobrovolnosti např. úrazové pojištění

3.1.6.4 Pojistné ve zdravotním pojištění

„Pojistné sazby se stanovují v privátním i statutárním pojištění na základě principu ekvivalence. **Pro privátní pojištění** tento princip předpokládá, že současná hodnota očekávaných průměrných výdajů za zdravotní péči pojištěnce a s tím spojených administrativních výdajů zdravotní pojišťovny se rovná očekávané hodnotě jeho pojistného za stejné období. **Ve statutárním pojištění** pracují s méně striktním principem kolektivní ekvivalence, který říká, že očekávaná hodnota všech plnění a administrativních výdajů v daném systému statutárního zdravotního pojištění odpovídá očekávané hodnotě příjmů za stejné období.“³⁴

Statutární pojišťovny pojišťují všechny pojištěnce nebo dobrovolný výběr pojištěnců. Je-li ve statutárním zdravotním pojištění více zdravotních pojišťoven, navzájem si konkurují a pojištěnec tak má možnost většího výběru. Zákonem je stanovena jedna pojišťovna, která musí poskytovat pojištění pro všechny vrstvy obyvatel:

- osoby, které mají na území České republiky trvalý pobyt (bez ohledu na státní občanství)
- osoby, které na území ČR nemají trvalý pobyt, ale jsou zaměstnány u zaměstnavatele se sídlem na území České republiky, pokud jim plynou příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků podle § 6 zákona o daních z příjmu
- rodinní příslušníci pojištěnců ze zemí EU, vykonávajících v ČR výdělečnou činnost
- cizinci s přiznaným statutem azylant a děti narozené azylantkám na území ČR
- cizinci s oprávněním pobytu za účelem dočasné ochrany
- cizinci s vízem za účelem strpění pobytu a jejich děti narozené na území ČR
- cizinci požívající doplňkovou ochranu a jejich děti narozené na území ČR

³⁴ NĚMEC, J., *Principy zdravotního pojištění*, s. 42

- žadatelé o udělení mezinárodní ochrany a jejich děti narozené na území ČR³⁵

3.1.6.5 Zdravotní pojišťovny

Od roku 1992 bylo v ČR financování zdravotní péče v podstatné části přesunuto na zdravotní pojišťovny, pouze malou část prostředků si ponechal stát. V současnosti prochází pojišťovnami přibližně kolem 90% veřejných výdajů na zdravotní péči. Tyto výdaje každým rokem rostou. Zdravotní pojištění se stalo povinné pro všechny občany ČR. Každý občan si mohl dobrovolně vybrat svoji oborovou nebo regionální pojišťovnu. Kdo se nepřihlásil k některé z těchto pojišťoven, byl automaticky přihlášen k Všeobecné zdravotní pojišťovně (VZP). Ta má povinnost při bankrotu některé ze zaměstnaneckých pojišťoven převzít všechny její pojištěnce, kteří si nevyberou pojišťovnu jinou.

Částky pro výpočet zdravotního pojištění jsou u zaměstnanců vypočítávány, sráženy a odváděny přímo zaměstnavatelem. Takto vypočítané a sražené částky je povinen odvést na účet dané zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny jsou od samého začátku povinny poskytovat úhradu za zdravotní péči jejím poskytovatelům dle příslušné legislativy. Také musí poskytnout stejnou péči, jakou garantuje stát u VZP za minimálně stanovených podmínek. Resortní a regionální pojišťovny se tak liší především v úrovni nadstandardních úhrad svým pojištěncům.³⁶

V současné době existuje devět zdravotních pojišťoven, kde VZP má výsadní a dominantní postavení. Ale dalším faktem je, že počet pojištěnců VZP se postupně snižuje. To je dáno velkým konkurenčním postavením dalších jednotlivých pojišťoven, které se snaží získat pojištěnce různými způsoby a výhodami. Výhody hlavně směřují na děti a ženy. Tento konkurenční boj přináší zlepšení pro pojištěnce v resortních a podnikových, zaměstnaneckých pojišťovnách, hlavně ve vyšších částkách úhrad (např. očkování, ozdravné pobyty). Hlavní činností zdravotních pojišťoven je zajišťování veřejného

³⁵ Česko. Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

³⁶ ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*, s. 64

zdravotního pojištění. Ale je možné mít i doplňkovou činnost jako např. smluvní pojištění a připojištění.³⁷

Dá se konstatovat, že konkurence mezi plátcí zdravotního pojištění se snaží být veliká, ať už se to týká benefitů, které poskytují nebo v poskytování péče ze strany zdravotnických zařízení či poskytovatelů zdravotní péče. Jak již bylo zmíněno „benefity“, což jsou slevy a bonusové programy pro pojištěnce, musely zdravotní pojišťovny omezit nebo zrušit jejich vyplácení kvůli faktorům jako je finanční krize. Musejí si proto konkurovat v jiných oblastech (např. síť smluvních lékařů a zdravotnických zařízení v jednotlivých krajích ČR).

Orgány zdravotních pojišťoven

Nejvyšším orgánem zdravotní pojišťovny je správní rada, která rozhoduje o všech podstatných věcech spojených s její činností, mimo jiné také o jmenování a odvolání ředitele a nákupu či pohybu majetku v hodnotě nad 1 milión korun. Kontrolním orgánem je dozorčí rada. V obou těchto orgánech je vždy 1/3 členů jmenována vládou České republiky. Není to sice většina, ale v praxi není obvyklé, aby tito zástupci státu byli při rozhodování přehlasováni ostatními členy. Hlavní kontrolní pravomoci má tedy pouze správní rada zdravotní pojišťovny. Nejedná se pouze o správní radu. Činnost pojišťovny se řídí zdravotně pojistným plánem, který stejně jako výroční zpráva za uplynulý kalendářní rok prochází schvalovacím procesem přes správní radu, ministerstva zdravotnictví a financí, vládu a Poslaneckou sněmovnu Parlamentu České republiky.

Aktuální přehled zdravotních pojišťoven

- 1) 111 Všeobecná zdravotní pojišťovna
- 2) 201 Vojenská zdravotní pojišťovna
- 3) 205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- 4) 207 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank a pojišťoven
- 5) 209 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
- 6) 211 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
- 7) 213 Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

³⁷ ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*, s. 64

- 8) 217 Zdravotní pojišťovna METAL- ALIANCE
- 9) 228 Zdravotní pojišťovna MÉDIA

Tyto pojišťovny se snaží nabízet pro své pojištěnce v rámci svých možností různé výhody. Tím vzniká určitá konkurence. Pojištěnec může měnit zdravotní pojišťovnu jednou za rok vždy k prvnímu dni kalendářního čtvrtletí. O této změně musí informovat zaměstnavatele. Každý pojištěnec má svůj „Průkaz pojištěnce“, kterým se musí při ošetřování u lékaře prokázat.

3.1.6.6 Financování zdravotní péče zdravotních pojišťoven

Financování zdravotní péče je zajišťováno ze základního fondu zdravotního pojištění dále (ZFZP), který je tvořen v jednotlivých oblastech ČR z výběru pojistného včetně dalších příjmů, tzn. především z příjmů za pojištěnce, za které je plátcem stát. Zdravotní pojišťovny jsou povinny se svěřenými finančními prostředky nakládat účelně a hospodárně. Výsledky svého hospodaření jsou povinny předkládat dozorčí radě.³⁸

„Sazba zdravotního pojištění z vyměřovacího základu je pevná a určená zákonem. V konstrukci zdravotního pojistného se uplatňuje prvek solidarity bohatších s chudšími, protože osoby s větším příjmem do fondu zdravotního pojištění přispívají více. V případě zaměstnanců se o platbu zdravotního pojistného dělí zaměstnanec se zaměstnavatelem v poměru 1:2. Tato solidarita byla původně omezena jen u samostatně výdělečných osob zavedením stropů pro vyměřovací základ na zdravotní pojištění. Od roku 2008 platí strop vyměřovacího základu i pro zaměstnance. Z příjmů nad stropem pro vyměřovací základ se zdravotní pojistné již neplatí.“³⁹

3.1.6.7 Přerozdělování mezi zdravotními pojišťovnami

„V ČR bylo zákonem předepsáno přerozdělování mezi zdravotními pojišťovnami již od vzniku zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v roce 1993. Přerozdělování bylo zaměřeno především na vyrovnání příjmů jednotlivých zdravotních pojišťoven, a to

³⁸ ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*, s. 65

³⁹ NĚMEC, J., *Principy zdravotního pojištění*, s. 191

s ohledem na vyrovnaní rozdílného podílu pojištěnců, především důchodců a dětí, za které platil pojistné stát. Rozdílné výdaje na zdravotní péči se zohledňovaly pouze tím, že při přerozdělení měli důchodci větší váhu než ostatní skupiny tzv. státních pojištěnců.“⁴⁰

Všeobecná zdravotní pojišťovna je správcem zvláštního účtu, kde administrátor přerozděluje vybrané finanční prostředky z pojišťoven podle stanovených pravidel.

Jako ukázka pro výpočet přerozdělování slouží tabulka č. 10 v příloze.

3.1.6.8 Plátcí pojistného

Hrazení pojistného ze státního rozpočtu

Úhrada je ze zákona za:

- nezaopatřené děti podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře (děti školou povinné a studenti do věku 26 let)
- poživatele důchodu z důchodového pojištění
- ženy na mateřské a rodičovské dovolené : podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- uchazeče o zaměstnání
- osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřebnosti
- osoby převážně nebo úplně bezmocné a osoby pečující o převážně nebo úplně bezmocnou osobu nebo o dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě vyžadující mimořádnou péči
- osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody⁴¹

Pojistné a zdravotní pojištění se neodvádí v těchto případech:

- dohoda o provedení práce ve smyslu § 236 zákoníku práce
- příležitostné zaměstnání

⁴⁰ NĚMEC, J., *Principy zdravotního pojištění*, s. 153

⁴¹ Česko. Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Zaměstnavatelé a zaměstnanci

- **Zaměstnanec** - platí si část pojistného, pokud je v pracovním poměru u zaměstnavatele, který je zúčastněn na nemocenském pojištění. Musí svému zaměstnavateli nahlásit zdravotní pojišťovnu u které je pojištěn. Při změně pojišťovny musí tuto změnu zaměstnavateli nahlásit do 8 dnů. Pojištěnec má právo změnit zdravotní pojišťovnu jednou za rok a to vždy k prvnímu dni v daném čtvrtletí
- **Zaměstnavatel** - který má sídlo a trvalý pobyt na území ČR je plátcem pojistného za své zaměstnance. Je povinen do osmi dnů nahlásit příslušné pojišťovně oznámení o nástupu zaměstnance do zaměstnání nebo ukončení pracovního poměru
- **Osoby samostatně výdělečně činné** - to jsou osoby, které podnikají na základě živnostenského listu, koncesní listiny. Jedná se o početnou skupinu osob, kde se způsob placení pojistného na zdravotní pojištění výrazně odlišuje od ostatních skupin obyvatelstva (viz. ustanovení § 5 odst. b, zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění)
- **Při narození dítěte** - má zákonný zástupce povinnost nahlásit do osmi dnů tuto skutečnost pojišťovně, kde je pojištěna matka dítěte⁴²

„Při výpočtu tarifů za úhradu zdravotní péče, rozumíme tarifem cenu, která je zdravotní pojišťovnou zaplacená za jednotku zdravotní péče (den pobytu v nemocnici, výkon apod.), na které je založen příslušný mechanismus úhrady zdravotní péče. V oblasti privátního zdravotního pojištění jsou tarify pro úhradu zdravotní péče určeny převážně poskytovateli zdravotní péče a jejich obchodní politikou. Zdravotní pojišťovny v privátním zdravotním pojištění nemají obvykle tak silnou vyjednávací pozici, aby ceny poskytovatelů výrazně ovlivňovaly. Ceny zdravotní péče uhrazované v rámci statutárního zdravotního pojištění jsou obvykle nižší než ceny, které mohou poskytovatelé dosáhnout vůči privátnímu zdravotnímu pojištění.“⁴³

⁴² Česko. Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

⁴³ NĚMEC, J., *Principy zdravotního pojištění*, s. 109, 110

„Zdroji pojistného fondu jsou osoby v pracovním poměru, osoby samostatně výdělečně činné a pojištěnci, za které platí pojistné stát. Výdaje na zdravotnictví rostou především s věkem pojištěné osoby. Zatímco osoby v pracovním poměru a osoby samostatně výdělečně činné tvoří zdravotní fond asi ze 70 %, na jejich péči je vynakládáno pouze 35 % výdajů. Naopak tomu je u pojištěnců, za které platí pojištění stát. Státní rozpočet přispívá za tyto pojištěnce do pokladny zdravotních pojišťoven asi 30 %, ale zmínění pojištěnci spotřebovávají asi 65 % výdajů. Z těchto údajů je jasně vidět velká míra přerozdělování neboli solidarity, která v důsledku nízkého pojistného hrazeného ze státního rozpočtu a vysokých nákladů zdravotní péče na tyto pojištěnce, může vést až k neochotě ostatních pojištěnců přispívat do takového systému.“⁴⁴

3.1.6.9 Regulační poplatky a doplatky za léky

Regulační poplatky a limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely byly zavedeny od 1. ledna 2008 novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění.

Druhy poplatků:

- **třicetikorunový regulační poplatek** - za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření (dále jen „návštěva“) u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře, dále za návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči, za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost, za návštěvu u klinického psychologa a klinického logopeda, za vydání každého ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení

⁴⁴ *Analýza výdajů na zdravotnictví podle hlavních zdrojů financování.* Český statistický úřad [on-line]. 3. 6. 2005. [cit. 2010-12-24]. Dostupné z WWW:<
[http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/t/1500398993/\\$File/152405a2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/t/1500398993/$File/152405a2.pdf)>.

- **šedesátikorunový regulační poplatek** - za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách
- **devadesátikorunový regulační poplatek** - za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři, nebo ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedošlo k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče.⁴⁵

Od 1. dubna 2009 začala platit novela zákona č. 48/1997 Sb., která osvobodila od placení třicetikorunového regulačního poplatku za návštěvu lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření, děti do dovršení věku 18 let. Také byly pro pojištěnce změněny ochranné limity. Pojištěncům mladším 18 let a pojištěncům starším 65 let byl stanoven limit 2 500 Kč, pro ostatní pojištěnce zůstal limit ve výši 5 000 Kč. Do limitu se započítávaly třicetikorunové regulační poplatky za návštěvu u lékaře i za vydání položky na receptu a rovněž tzv. započitatelné doplatky za léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. Šedesátikorunové a devadesátikorunové regulační poplatky se do limitu nezapočítávaly. Částka, která překročila tento limit se vracela.⁴⁶

V současnosti se ve vládě projednává celková reforma zdravotnictví, jejíž součástí bude i novela zákona o regulačních poplatcích u lékaře a za pobyt v nemocnici, který je v současné době 60 korun, nově by to měla být stokoruna. Místo poplatku za položku na receptu by se měl zavést třicetikorunový poplatek na celý recept. Novela ani reforma ještě nebyly projednány a očekává se velký spor mezi jednotlivými vládními stranami, které měly tuto problematiku ve svých volebních programech.

Lékaři a lékárníci, u kterých se poplatky nebo doplatky zaplatily, mají povinnost ze zákona je nahlásit zdravotní pojišťovně. Zdravotní pojišťovna tak získá přehled všech plateb.

⁴⁵ Ministerstvo zdravotnictví české republiky. *Regulační poplatky – metodický pokyn*. Ministerstvo zdravotnictví české republiky [on-line]. 4.8.2008. [cit. 2011-1-2]. Dostupné z WWW:<
http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn_1821_1197_3.html>.

⁴⁶ JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 136

Pokud zaplatí více poplatků a doplatků, které jsou určeny jako započitatelné, pojišťovna bude informovat a peníze v zákonem stanovené lhůtě do 60 dní po skončení čtvrtletí vrátí pojištěncům.

3.2 Charakteristika konkurenčního prostředí

„Správná míra regulace může podpořit konkurenční prostředí a zajistit rovné podmínky na trhu zboží a služeb. Proto vlády vytváří veřejnou politiku, která podnikání řídí – stanoví zákony a nařízení, která omezují podnikání pro dobro celé společnosti.“⁴⁷

„Za konkurenceschopnost je možné považovat schopnost organizace obstát v rámci konkurenčního boje. Úspěšná organizace je potom taková, která si upevňuje pozici na trhu neustále zvyšovanou konkurenceschopností. V ekonomickém pojetí znamená konkurenční prostředí vytváření umělých mantinelů, kde v čase a prostoru s maximální vytrvalostí soutěží a bojují podnikatelské subjekty o dosažení co nejvyšší efektivity a úspěšnosti při realizaci ekonomických, obchodních a jiných aktivit směřující k dosažení zisku a k uspokojení z podnikatelských či jiných aktivit. V současném globálním prostředí již obecně platí, že nemůže úspěšně fungovat žádný subjekt, který nemá určitou konkurenční výhodu. Tím se rozumí určité osobité vlastnosti, kterými se odlišuje. Je ale nezbytné, aby tyto vlastnosti vnímal i zákazník – klient organizace, bral je v úvahu při rozhodování o výběru služby nebo produktu a samozřejmě přiměřeně za to platil.“⁴⁸

3.2.1 Základní tržní struktury

Konkurenční trh je trh, kde je mnoho prodávajících a kupujících, takže každý z nich má pouze zanedbatelný vliv na tržní cenu.

Dokonalá konkurence neboli dokonale konkurenční trhy jsou definovány **základními charakteristikami:**

⁴⁷ KOTLER, P., *Moderní marketing*, s. 154

⁴⁸ KISLINGEROVÁ, E. a kol., *Inovace nástrojů ekonomiky a managementu organizací*, s. 252, 253

- nabízené statky jsou stejné tzv. homogenní
- kupujících a prodávajících je tolik, že žádný z nich nemůže ovlivnit tržní cenu, protože prodávající a kupující na dokonale konkurenčním trhu musí přijímat cenu, kterou určí trh
- na trhu existuje dokonalá informovanost
- firmy mohou volně vstupovat na trh a i z něj odcházet
- neexistuje zde žádné riziko⁴⁹

Nedokonalá konkurence

„Hlavním rysem nedokonalé konkurence je, že firma vyrábí většinou identifikovatelný produkt. Může stanovit cenu svého výrobku, ale míra ovlivňování ceny firmou závisí na formě konkurence. Výrobek dané firmy se liší od výrobků jiných firem, proto firma může stanovit jeho cenu. Bude-li chtít prodat větší počet výrobků, bude muset za stejných okolností cenu snižovat.“⁵⁰

Nedokonalá konkurence je obsáhlejší ve volbě optimální produkce oproti konkurenci dokonalé, i když tuto vlastnost má i konkurence dokonalá. Rozdíl je ve stanovení výše ceny, kde tuto možnost dokonalá konkurence nemá.⁵¹

Hlavní příčiny nedokonalé konkurence:

- **bariéry konkurence** - vedou k omezení počtu firem v odvětví
- **právní restrikce** – (např. ochranná známka)
- **diferenciace produktu** - každý výrobce přichází na trh s produkcí, která se liší od produkce jeho konkurentů. Diferenciace produktu však nemusí spočívat pouze v odlišnostech výrobku samotného, ale i ve službách s ním spojených a nejrůznějších souvisejících okolnostech

⁴⁹ MANKIV, N. Gregory, *Zásady ekonomie*, s. 86

⁵⁰ MACÁKOVÁ, L., *Mikroekonomie*, s. 117

⁵¹ Tamtéž, s. 118

Další příčiny nedokonalé konkurence jsou:

- nedostatečné informace tržních subjektů
- vlastnictví důležitého výrobního faktoru v rukou jediné firmy
- zásahy státu do tržního mechanismu (např. regulace cen některých výrobků)
- politické okolnosti⁵²

„Trh, ať už trh zboží, tak trh výrobních faktorů, vede k efektivnosti pouze za předpokladu dokonalé konkurence. Ale skutečností je, že trh sám o sobě, svým vlastním působením, díky svému vnitřnímu mechanismu, tyto podmínky ohrožuje. Může zde být zneužití dominantního postavení na trhu, kterého může zasáhnout jeden (monopolistická dominance) nebo více subjektů trhu (oligopolistická dominance).“⁵³

Chování firmy v nedokonalé konkurenci

- Monopol
- Oligopol
- Monopolistická konkurence

Monopol - je protipólem dokonalé konkurence. Je zde přítomnost pouze jediného výrobce na trhu dané produkce. Podstatná je rovněž skutečnost, že výrobek v podmínkách monopolu nemá žádné blízké substituty. Vstupu ostatních zájemců do odvětví brání silné bariéry.⁵⁴

Monopson - je opakem monopolu, kde na trhu je jenom jeden kupující. Síla monopsonu je schopností kupujícího ovlivnit cenu ve svůj prospěch. Umožňuje jedinému kupujícímu koupit zboží za nižší cenu, než je v podmínkách dokonalé konkurence.⁵⁵

⁵² MACÁKOVÁ, L., *Mikroekonomie*, s. 119, 120

⁵³ TETŘEVOVÁ, L., *Veřejná ekonomie*, s. 59

⁵⁴ MACÁKOVÁ, L., *Mikroekonomie*, s. 124

⁵⁵ Tamtéž, s. 132

Monopolistická konkurence - zde je hodně prodávajících, kteří nabízejí mírně odlišné výrobky, ale nikoliv stejné tzv. diferencované. Jedná se o blízké substituty, a proto do jisté míry jsou schopni ovlivnit tržní cenu svého produktu, ale jeden výrobce může cenu ovlivnit málo. Monopolistická konkurence je v rámci nedokonalé konkurence tržní strukturou, která připomíná dokonalou konkurenci velkým počtem firem na trhu a mobilitou mezi jednotlivými trhy. Rysem nedokonalé konkurence je výroba diferencovaného produktu a schopnost firmy stanovit jeho cenu. V rámci svého produktu má tedy firma monopolní postavení a monopolní sílu.

Základní předpoklady:

- velký počet firem v odvětví
- výroba diferencovaného produktu
- neexistence bariér vstupu firem do odvětví
- na trhu je dobrá informovanost, při vstupu a odchodu z trhu musí firmy překonávat jen malé bariéry
- neexistuje zde žádné riziko⁵⁶

Oligopol - v praxi převažuje tržní struktura. Charakteristickým rysem oligopolu je existence několika firem v odvětví, diferencovaný produkt, bariéry vstupu znemožňující příchod nových firem.

Smluvní oligopol - vzniká v situaci, kde několik firem prodávajících stejné nebo podobné výrobky zjistí, že jejich ceny jsou přibližně na stejné úrovni a vzájemná cenová válka by je oslabil. Dojdou k závěru, že je pro ně výhodnější zvyšovat společný zisk zvyšováním cen nebo rozdělením trhu. Uzavřou proto tajnou dohodu o stanovení monopolní ceny, o tržním podílu každé z nich resp. o výrobních kvótách. Každá firma se pak ve vymezeném rámci chová jako monopol.⁵⁷

⁵⁶ MACÁKOVÁ, L., *Mikroekonomie*, s. 136

⁵⁷ Tamtéž, s. 133

Oligopol s dominantní firmou - na trhu působí jedna dominantní firma a ostatní jsou oproti ní malé. Tato situace vzniká tam, kde je pro silnou firmu výhodné přenechat část trhu slabším konkurentům. Tyto firmy následují chování dominantní firmy, a tím vzniká tzv. konkurenční lem. Dominantní oligopolní firma se pak na té části trhu, který si ponechá, chová jako monopol.⁵⁸

Oligopolní konkurence - je charakteristická tím, že je na trhu několik firem, ale pouze dvě mají významný podíl na trhu, a tím pádem ovlivňují cenu a množství.

„Dalším významným způsobem ohrožení hospodářské soutěže jsou dohody mezi subjekty trhu. Hovoří se o kartelových dohodách či kartelech. Dohoda o cenách – **cenový kartel**, dohoda o určení jiných obchodních podmínek – **kondiční kartel**, dohoda o omezení výroby, odbytu, investic výzkumu či vývoje – **kontrolní kartel**, dohoda o rozdělení trhu anebo zdrojů zásobování – **segmentační kartel**, dohoda o nerovných podmínkách pro obchodní partnery či rovnocenném plnění – **diskriminační kartel**, dohoda o vázaných obchodech, kdy podmínkou uzavření smlouvy je odebrání dalšího plnění, jež se smlouvou nesouvisí – **junktimační kartel**.

Vláda se snaží výše zmíněným tendencím zabránit těmito způsoby: antimonopolní a protikartelové zákonodárství, vytváření orgánů na ochranu hospodářské soutěže. Stanovení regulátora (úřad či ministerstvo), který schvaluje či kontroluje oprávněnost nákladů a cen. Znárodnění či vstup veřejného vlastnictví.”⁵⁹

3.2.2 Specifika trhu ve zdravotnictví

Trh je klasicky chápán jako místo, kde se setkávají kupující a prodávající a obchodují mezi sebou. V tomto případě poskytovatelé zdravotní péče a pacienti. Specifičnost spočívá v tom, že do tohoto vztahu zasahují ještě plátcí zdravotní péče.

⁵⁸ MACÁKOVÁ, L., *Mikroekonomie*, s. 135

⁵⁹ TETŘEVOVÁ, L., *Veřejná ekonomie*, s. 59, 60

„Tržní ekonomika představuje systém ekonomických subjektů a vztahů mezi nimi, systém jehož fungování je založen na tržním mechanismu.“⁶⁰

„Trh je ve zdravotnictví všech vyspělých zemích regulován státem, protože z několika vážných důvodů nemůže být zdravotní péče považována za standardní zboží nebo službu. Prvním z důvodů je vysoká míra nejistoty v potřebě zdravotní péče, která odlišuje zdravotní služby od jiných základních služeb. Trh funguje za podmínky, že strana nabídky i poptávky disponují dostatečnými informacemi. Při poskytování zdravotních služeb tomu tak není, protože ani lékař, ani pacient nemají úplné informace.“⁶¹

Trh ve zdravotnictví je specifický, že se zde nejedná o standardní tržní prostředí. Zdravotní péči potřebují nejvíce chudší a starší populace, která má naopak nejmenší možnost za zdravotní péči platit.⁶²

Tržní mechanismus

„Představuje proces vzájemného a postupného přizpůsobování cen a obchodování množství statků, a to na základě svobodného rozhodování suverénních subjektů, kteří na trhu působí. Tento proces v konečném důsledku vede ke vzniku rovnovážných cen, které zajistí na všech trzích soulad nabídky a poptávky.“⁶³

Tržní sektor

„Představuje sektor národního hospodářství, který funguje na principech tržního mechanismu, synonymem tohoto pojmu je ziskový sektor. Tržní ekonomika je spjatá s celou řadou předností, ale i nedostatků, které označujeme také jako tržní selhání.“⁶⁴

⁶⁰ TETŘEVOVÁ, L., *Veřejná ekonomie*, s. 55

⁶¹ NĚMEC, J., *Principy zdravotního pojištění*, s. 139

⁶² Tamtéž, s. 140

⁶³ TETŘEVOVÁ, L., *Veřejná ekonomie*, s. 55

⁶⁴ Tamtéž, s. 55

„**Základní tržní přednosti** - je zajištěna suverenita všech ekonomických subjektů rozhodovat o svém chování. Zdroje jsou alokovány podle kritéria pocíťovaných potřeb, a to s ohledem na jejich naléhavost. Je respektována suverenita soukromého vlastnictví. Podporuje podnikavost, tvořivost a adaptabilitu všech ekonomických subjektů. Je vytvářen tlak na efektivní chování výrobců. Vytváří prostor pro vznik širokého spektra inovací. Je spojena s téměř nulovými náklady na vlastní fungování. Podporuje ekonomickou rovnováhu a růst.

Základní nedostatky - nemusí zajistit konkurenční prostředí (tendence k monopolizaci). Vytváří prostor pro podvýrobu statků, ze kterých nemá prospěch pouze jeden spotřebitel (kolektivní statky). Může vést ke vzniku vedlejších efektů (pozitivních nebo negativních externalit). Projevují se zde tendence k orientaci na krátkodobý časový horizont rozhodování (maximalizace zisku v krátkém období). Umožňuje nespravedlivé rozdělení důchodů a bohatství. Selhává ve vztahu ke kultivaci určitých složek lidského potenciálu, zejména v oblasti norem, hodnot, lidského cítění.“⁶⁵

Tržní selhání označuje takovou situaci, ve které není trh schopen dosáhnout efektivnosti.

Nejčastěji se setkáváme s těmito typy situací:

- **monopoly**
- **kartely**
- **externality**
- **veřejné statky**

V nich dochází na trhu k výraznému omezení konkurence.⁶⁶

Zdravotnictví v ČR nemůže fungovat pouze na tržním principu, proto jsou tedy nutné státní zásahy do zdravotnického systému.

⁶⁵ TETŘEVOVÁ, L., *Veřejná ekonomie*, s. 56

⁶⁶ JUREČKA, V. a kol., *Mikroekonomie*, s. 48, 49

4. Konkurenční prostředí ve zdravotnictví ČR

Tato kapitola se zaměřuje na možnou konkurenci mezi poskytovateli zdravotní péče (viz. kap. 3.1.4) na kvalitu, místní a časovou dostupnost.

4.1 Konkurence mezi zdravotnickými zařízeními

V současnosti existují v ČR státní i nestátní zdravotnická zařízení, která poskytují zdravotní péči. Konkurují si dostupností a kvalitou poskytované péče. Cena je pevně stanovená státem.

4.1.1 Nemocnice

U nemocnic je pro pacienty důležitá kvalita, dostupnost péče a pověst dané nemocnice. Tím je myšleno prostředí nemocnic, vstřícnost, ochota a profesionalita zdravotníků. Nezanedbatelnou skutečností pro pacienty je informace o počtu lůžek na pokojích nebo čekací doba na potřebné zdravotní zákroky. Důležitou roli ve výběru hraje i vzdálenost nemocnice. Ve velkých městech je situace lepší než v malých obcích, kde je dostupnost horší. Na jedné straně jsou nemocnice se špičkovým vybavením a na druhé straně nemocnice, které se potýkají s nedostatkem lékařů a zdravotnického personálu. Poskytovatelé se dostávají do situací, kdy požadovanou službu nebo výkon nemohou poskytnout, protože jim ho pojišťovny neuhradí.

Ve srovnání s ostatními zeměmi, podle počtu nemocnic, ČR není zrovna na tom nejhůře, spíše naopak. Počet zdravotnických zařízení je poměrně rozsáhlý a může se jevit jako neefektivní. V ČR je jedenáct fakultních nemocnic, což je víc než v Rakousku a Německu, ale méně než ve Francii a Belgii. V ČR bude docházet ke snižování počtu lůžek, zavírání oddělení i nemocnic, protože zdravotní pojišťovny nemají dostatek finančních prostředků. Ale některé nemocnice si přesto nakupují přístrojové vybavení, které pak plně nevyužijí. Nejedná se zde přímo o korupci, ale o neefektivní chování ze strany zřizovatele.

4.1.2 Lékárny

V rámci systému zdravotnictví v ČR hrají nemalou roli také lékárny. Největší rozmach lékáren nastal v devadesátých letech. V dnešní době poskytuje péči 2 657 lékáren. Poptávka a nabídka na trhu léků je v rovnováze. Musí být bráno v úvahu geografické hledisko a lokalita lékáren. Převážně se nové lékárny vyskytují v městech nad 50 000 obyvatel hlavně v nákupních centrech, kde je velká koncentrace obyvatel všech věkových skupin. Z tohoto důvodu je síť lékáren v ČR nerovnoměrně rozložená. Od roku 2007 do roku 2010 neustále narůstal počet lékáren koncentrovaných do kapitálově silných, často zahraničních tržních subjektů. Tento trend bude pokračovat i letos a také v příštím roce. Tzv. řetězcové lékárny budou svoji pozici dále posilovat a to na úkor malých lékáren. Nebude se tedy měnit absolutní počet lékáren, ale především jejich vlastnická struktura. Proto lze nyní za ekonomicky nejvíce ohroženou skupinu považovat lékárny na malých městech do 15 000 obyvatel a ve vesnicích. Ekonomicky je činnost lékáren postavena na financování z prostředků veřejného zdravotního pojištění a na přímých platbách od pacientů. Výdaje zdravotních pojišťoven se v minulých letech navyšovaly do oblasti léků v nemocnicích a tzv. léčebných center specializované péče. V roce 2010 tvořily již náklady na tato léčiva 12,4 mld. Kč z celkových 35 mld. Kč za léčiva z veřejného pojištění.⁶⁷

V různých lékárnách mají produkty odlišnou cenu, a proto je důležité pro pacienty si ověřit, kde za léky či služby zaplatí méně peněz. V lékárnách jsou ceny léků závislé na tom, zda se jedná o prodej monopolních nebo běžných léků. Monopolní léky jsou mnohem dražší než běžné, protože jsou chráněny patentem do doby, než jim vyprší tato zákonem stanovená lhůta. Po uplynutí této doby vstoupí na trh jako běžné léky, které jsou podstatně dostupnější, levnější pro širokou veřejnost. Z monopolu tzv. monopolního prostředí se stává dokonale konkurenční.

⁶⁷HAMPEL, Marek. *Změny ve vlastnické struktuře veřejných lékáren a v jejich hospodaření*. ZDN [on-line]. 9. 2. 2011. [cit. 2011-2-11]. Dostupné z WWW:<
<http://www.zdn.cz/denni-zpravy/komentare/zmeny-ve-vlastnicke-strukture-verejnych-lekaren-a-v-jejich-hospodareni-457935>>.

U lékáren je konkurence vnímána ze strany pacientů, kteří se snaží ušetřit za léky a po dohodě s lékařem se mohou rozhodnout, jestli je lepší běžný lék nebo monopolní. Také s lékařem mohou konzultovat, jestli je pro ně levnější lék na předpis nebo bez předpisu.

Farmaceutické společnosti si různými protislužbami snaží zavázat lékaře, aby předepisovali převážně léky, které distribuují. Zde může být pacienty vnímána skrytá korupce.

4.2 Konkurence mezi zdravotními pojišťovnami v ČR

Počet pojišťoven není rozhodující, pouze by neměla být jen jedna. Český systém veřejného zdravotního pojištění patří k jedněm z nejlevnějších v Evropské unii. Provozní náklady se pohybují na úrovni 3,5 % HDP. Efektivita práce je vyšší u menších pojišťoven, zatímco VZP dnes obslouží jedním pracovníkem zhruba 1350 klientů, zaměstnanecké pojišťovny jich obslouží 1800 až 2000. Provozní náklady na jednoho pojištěnce se u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven pohybují mezi 600-650 Kč ročně; u VZP je to zhruba o sto korun více. Podle všeobecného názoru by měl být odstraněn současný monopol VZP, tedy že žádná pojišťovna nebude mít více než 50 % trhu. Jejich počet by mohl být ponechán na přirozeném vývoji. Na jedné straně je tu fakt, že tak mocná pojišťovna jako VZP, která má převahu v podílu počtu pojištěnců ani nepotřebuje spolupracovat s menšími pojišťovnami. Hlavním cílem VZP je posílení své nezávislosti.

Prostředky, které byly vybrány ze zdravotního pojištění, by si měly pojišťovny přerozdělovat, a to nejen podle věku pojištěnců, ale i podle jejich nemocnosti, což by mělo VZP přinést až čtrnáct miliard Kč. Tyto reformní zákony by měly platit od příštího roku.

Zdravotní pojišťovny se snaží navzájem samy sobě konkurovat, využívají k tomu různé prostředky, lákají nové pojištěnce např. reklamou nebo nabízejí peněžitý příspěvek. Někteří lidé na tuto nabídku přistoupí, neboť se jim zdá výhodná, ale neberou v potaz krátkodobost jejího charakteru. Toto je marketingovým záměrem daných pojišťoven. Důležitou roli hraje finanční krize, která zasáhla zdravotní pojišťovny - hlavně ty zaměstnanecké, to se odrazilo na jejich příjmech (v daném regionu pojištěnci odvádějí pojišťovně stejnou částku jako lidé v neproduktivním věku).

4.2.1 Charakteristika zdravotních pojišťoven

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna (111)

VZP je největší zdravotní pojišťovna v ČR. Poskytuje veřejné zdravotní pojištění a jejím zřizovatelem je stát. Má více než 6,2 miliony klientů. Existuje od roku 1992 a patří jí první místo v systému zdravotnictví ČR. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky byla zřízena zákonem č. 551/1991 Sb., s účinností od 1.1.1992. VZP provádí veřejné zdravotní pojištění v souladu s platnými právními předpisy. VZP je právnickou osobou, vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících. VZP zajišťuje výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění a úhradu zdravotní péče z prostředků zdravotního pojištění a další činnosti, které jí umožňuje zákon. VZP vede registr pojištěnců veřejného zdravotního pojištění, je také správcem zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění.⁶⁸

VoZP - Vojenská zdravotní pojišťovna (201)

Celkový počet registrovaných pojištěnců je 592 443. Zřizovatelem je ministerstvo práce a sociálních věcí. VoZP spolupracovala s ministerstvem zdravotnictví ČR a s dalšími institucemi při tvorbě zdravotnicko-právních předpisů a také při zavádění nových diagnostických a léčebných postupů. V roce 2009 poskytovala léčbu ve zdravotnických zařízeních v EU, ve Švýcarsku a ostatních zemích, kde má ČR uzavřenou smlouvu o sociálním zabezpečení. V tom samém roce VoZP spolupracovalo s Armádou ČR, kde se jedná o preventivní péči pro vojáky činné ve službě. Dále se podílela na projektech jako jsou např. PREVIS, DROGIS, které vychází z programu Zdraví pro všechny v 21. století. Tyto projekty se snaží omezit infekční a neinfekční onemocnění v AČR.⁶⁹

ČPZP - Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)

ČPZP má 721 831 klientů, čímž se dostala na třetí místo mezi zdravotními pojišťovnami v České republice (za Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra). Na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví České republiky

⁶⁸ Dostupný z WWW: <<http://www.vzp.cz>>

⁶⁹ *Vojenská zdravotní pojišťovna výroční zpráva za rok 2009*, s. 98

bylo ke dni 1.7.1996 povoleno sloučení ZZP ATLAS - (Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna) s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou.

V roce 2009 bylo povoleno sloučení Zdravotní pojišťovny AGEL s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou. A ještě v tomto roce bylo povoleno České národní zdravotní pojišťovně sloučení s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou na Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu. Česká národní zdravotní pojišťovna byla ke dni 1.10.2009 zrušena bez likvidace s tím, že veškerá práva, povinnosti a závazky přecházejí na právního nástupce Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu ČPZP.⁷⁰

OZP - Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank a pojišťoven (207)

OZP má celkem 684 428 pojištěnců. V roce 2009 se OZP snažila o zohlednění konkurenčních vlivů ze strany ostatních pojišťoven a udržet plánovaný nárůst pojištěnců. Boj o nové pojištěnce zahájila OZP novou propagací. Tento plán růstu nových pojištěnců pro OZP znamená udržovat kvalitní vztahy se zdravotnickými zařízeními. To se v roce 2009 OZP podařilo i díky zlepšení kvality administrativních činností a vysoké kvalitě služeb. Dále využíváním moderních prvků v oblasti komunikace se svými klienty, zaměstnavateli, se zdravotnickými zařízeními a využíváním technologie zpracovávání dat a datových služeb. Díky těmto prvkům v pojišťovně OZP dochází ke stabilnímu stále se zvyšujícímu počtu nových klientů.⁷¹

ZPŠ - Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)

ZPŠ má celkem 133 364 pojištěnců. Hospodářský rok 2009 byl pro zaměstnaneckou pojišťovnu Škoda poznamenán vlivy hospodářské krize. I přes zmíněnou krizi, která zasáhla ZPŠ, byla bilance hospodaření vyrovnaná, proto ani pojišťovna nemusela použít úvěr.

⁷⁰ Zdravotně pojistný plán ČPZP na rok 2010, s. 6

⁷¹ Výroční zpráva, návrh 2009 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, s.

ZPMV - Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)

U této pojišťovny je registrováno 1 121 497 pojištěnců. Zakladatelem zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra bylo ministerstvo vnitra ČR. 1.5.1997 se sloučila se společností GRÁL – Železniční zdravotní pojišťovna a k 1.1.1998 s Regionální zaměstnaneckou pojišťovnou. ZPMV se zaměřuje převážně na potenciál zaměstnanců a jeho využití. To souvisí s přebudováním organizační struktury dle požadavků a nároků.

RBP - Revírní bratrská pokladna – zdravotní pojišťovna (213)

RBP má celkem 415 759 pojištěnců. Byla založena již po vzniku Československa, kde byli pojištěni převážně horníci. Je zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou s mezioborovou působností. V roce 1996 byla schválena žádost Revírní bratrské pokladny a Moravské zdravotní pojišťovny o povolení sloučení těchto pojišťoven. Od roku 1996 existuje pod společným názvem Revírní bratrská pokladna v Ostravě, zaměstnanecká zdravotní pojišťovna. V důsledku změny statutu v roce 2003 tam působí pod názvem Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

Zakladateli RBP se v duchu tradice báňského zdravotního pojišťovnictví staly organizace spojené s hornickou činností, a to:

- Ostravsko-karvinské doly, a.s. Ostrava
- Českomoravské doly, a.s. Důl ČSM
- Jihomoravské lignitové doly Hodonín, s.p
- Důlní průzkum a bezpečnost, a.s. Paskov
- Vědecko-výzkumný uhelný ústav, a.s. Ostrava-Radvanice
- Ferrum, a.s. Frýdlant nad Ostravicí

Po sloučení s Moravskou zdravotní pojišťovnou k těmto uvedeným ještě přistoupily zakladatelské subjekty uvedené pojišťovny, kterými byly organizace strojírenského charakteru :

- TATRA, a.s.
- Moravskoslezská vagónka, a.s. Studénka
- MAGNETON, a.s.
- Massag, a.s. Bílovec
- Siemens, s.r.o. Frenštát⁷²

ZP M-A - Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE (217)

U této pojišťovny je registrováno 401 232 pojištěnců. Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance byla zřízena ministerstvem práce a sociálních věcí ČR v roce 1993. Převážně působí ve středočeském kraji.

Zdravotní pojišťovna MÉDIA (228)

Má celkem 43 036 pojištěnců. Zdravotní pojišťovna Média byla založena společností GES MEDIA CARE a.s. Jedná se na našem trhu o nejmladší pojišťovnu v ČR, která vznikla v roce 2009.

4.2.2 Porovnání vybraných zdravotních pojišťoven

Tato práce se zabývá porovnáním vzorku tří zdravotních pojišťoven:

- 1) Všeobecné zdravotní pojišťovny (největší)
- 2) České průmyslové zdravotní pojišťovny (třetí největší)
- 3) Revírní bratrské pokladny zdravotní pojišťovny (nejstarší)

Jak již bylo zmíněno, VZP má oproti ostatním pojišťovnám největší počet pojištěnců. S tím jsou spojeny i celkové náklady na zdravotní péči, kde toto číslo je mnohem větší a dosahuje řádu miliard Kč. Celkové náklady ČPZP a RBP také přesahují miliardy Kč, ale jsou výrazně nižší. Vzhledem k průměrným nákladům na jednoho pojištěnce jsou částky poměrně vyrovnané. V rámci konkurence je vidno, že i přes zohlednění nižšího počtu

⁷² Revírní bratrská pokladna zdravotní pojišťovna Výroční zpráva za rok 2009, s. 79

pojištěnců a celkových nákladů na zdravotní péči se uplatní na trhu pojišťoven i menší pojišťovny. Dále viz. tabulka č. 1.

Tabulka č. 1 - Porovnání nákladových ukazatelů

	VZP	ČPZP	RBP
Celkový počet pojištěnců ČR	10 381 397,00		
Registrovaní pojištěnci	6 261 809,00	721 831,00	415 759,00
Celkové náklady na zdravotní péči v tis. Kč	133 788 459,00	12 307 907,42	6 851 419,00
Průměrné náklady na zdravotní péči na 1 pojištěnce v tis. Kč	21,37	17,05	16,56

Zdroj: vlastní zpracování výročních zpráv vybraných zdravotních pojišťoven

Vybrané parametry pro porovnání vybraných pojišťoven

- nejpočetnější věková skupina
- nejnákladnější pojištěnci
- největší průměrné náklady

Na základě těchto vybraných parametrů je možno vidět, že není tak důležité mít největší počet pojištěnců, ale že jsou důležité celkové náklady a průměrné náklady na jednoho pojištěnce.

Hlavním zdrojem příjmů pro zdravotní pojišťovny jsou lidé v produktivním věku. Věkové zastoupení bývá kolem 30-40 let. Pojišťovny mají zájem o tyto pojištěnce vzhledem k tomu, že nepředstavují velké vynaložení celkových nákladů na zdravotní péči a přispívají v řádech tisíců korun do rozpočtu zdravotních pojišťoven. Jako protiklad jsou lidé v neproduktivním věku, kde jsou tyto částky v řádech stovek Kč. Průměrné náklady na tuto skupinu jsou v porovnání s lidmi v neproduktivním věku (věk 60 let a výše) mnohem nižší. Největší příjmy má vzhledem k největšímu počtu pojištěnců VZP, ale má také největší počet pojištěnců, jak do 60 let, tak také nad 60 let. Procentuálně jsou ve zdravotním

pojištění vyrovnané stavy. Průměrné náklady na jednoho pojištěnce jsou největší u skupin 85 let a více, protože tito lidé využívají zdravotnickou péči nejvíce a zdravotní pojišťovny tedy vynaloží na tyto pojištěnce nejvíce finančních prostředků. Je nutno podotknout, že již zmiňované průměrné náklady na zdravotní péči má největší RBP a dále pak ČPZP, i když mají mnohem menší počet pojištěnců, oproti VZP. Pro přehlednost, viz. tabulky č. 2, č. 3, č. 4.

Tabulka č. 2 - Porovnání nákladů nejpočetnější skupiny pojištěnců

Nejpočetnější skupina	VZP	ČPZP	RBP
Počet pojištěnců 30-40 let	953 815,00	125 899,00	66 589,11
Celkové náklady na nejpočetnější věkovou skupinu 30-40 let v tis. Kč	11 103 600,00	1 410 068,80	730 482,50
Průměrné náklady na jednoho pojištěnce ve skupině 30-40 v tis. Kč	11,64	11,20	10,97

Zdroj: vlastní zpracování dle výročních zpráv vybraných zdravotních pojišťoven za rok 2009

Tabulka č. 3 - Porovnání skupiny pojištěnců s největšími náklady

Nejnákladnější skupina	VZP	ČPZP	RBP
Počet pojištěnců 60 -65 let	467 673,00	43 044,00	20 750,00
Celkové náklady na věkovou skupinu 60-65 v tis.Kč	14 900 071,00	1 326 164,00	686 613,30
Průměrné náklady na jednoho pojištěnce ve skupině 60-65 v tis. Kč	31,86	30,81	33,09

Zdroj: vlastní zpracování dle výročních zpráv vybraných zdravotních pojišťoven za rok 2009

Tabulka č. 4 - Porovnání skupiny s největšími průměrnými náklady

Největší průměrné náklady	VZP	ČPZP	RBP
Počet pojištěnců 85 a více let	123 666,00	4 817,00	1 088,00
Celkové náklady na věkovou skupinu 85 a více v tis. Kč	6 244 803,00	267 660,00	74 011,00
Průměrné náklady na jednoho pojištěnce na skupinu 85 a více v tis. Kč	50,49	55,56	68,02

Zdroj: vlastní zpracování dle výročních zpráv vybraných zdravotních pojišťoven za rok 2009

V následujících tabulkách jsou některé údaje (říjen 2010) o vybraných pojišťovnách.

Při porovnávání jednotlivých zdravotních pojišťoven je nutno brát v úvahu nejen jejich příjmy od pojištěnců nebo státu, ale i jejich hospodaření a také vynaložené náklady na jednoho pojištěnce, které jsou velmi důležité. Největší výběr finančních částek z přerozdělování má VZP. V této části jsou zahrnuty zálohy na zvlášť nákladnou zdravotní péči. S tím hlavně souvisí již zmíněné silné zastoupení starších pojištěnců. Vzhledem ke skladbě pojištěnců pak následují ČPZP a RBP viz. tab. č. 5.

Je zde zohledněno hledisko příjmů jednotlivých ZP podle platby jednotlivých ZP z přerozdělování příjmů od státu.

Co se týče přerozdělování, dostává VZP od ostatních pojišťoven nejvíce finančních prostředků. Příjmy celkem jsou vypočítané podle věkové skladby pojištěnců viz. tab. č. 6.

Z velikosti VZP je zřejmé, že má nejvíce pojištěnců, za které je plátcem stát. Oproti VZP mají porovnávané pojišťovny (RBP, ČPZP) jen zlomek pojištěnců. Výběr z přerozdělování je ovlivněn věkovou strukturou pojištěnců a jejich počtem. Je vidět, že s ohledem na celkové procentuální složení pojištěnců ve zdravotním pojištění, za které pojistné platí stát je poměrně vyrovnané, i když procenta pojištěnců ve vybraných kategoriích má VZP mnohonásobně vyšší viz. tab. č. 7.

Tabulka č. 5 - Data pro výpočet přerozdělování pojistného na všeobecné zdravotní pojištění (říjen 2010)

Kód ZP	Název ZP	Počet pojištěnců celkem	Počet pojištěnců hrazených státem do 60 let	Počet pojištěnců hrazených státem nad 60 let	Vyúčtování záloh na úhradu zvlášť nákladné zdrav. péče	Výběr (Kč)
111	VZP	6 286 066	2 054 473	1 628 174	1 724 068 303	6 286 685 265
205	ČPZP	719 063	313 364	119 760	161 123 742	609 938 777
213	RBP	414 623	191 305	55 995	124 009 514	317 227 236

Zdroj: vlastní zpracování dle interních dat za rok 2010 poskytnutých z RBP

Tabulka č. 6 - Analýza přerozdělování (říjen 2010)

ZP	100% vybraného pojistného	Příjem od ostatních ZP	Příjem od státu	Saldo z přerozdělování celkem	Příjem celkem (Kč)
VZP	6 285 685 265	958 698 959	26 662 553 781	3 621 252 740	9 090 938 005
ČPZP	609 938 777	19 146 608	313 148 652	332 295 260	942 234 037
RBP	317 227 236	47 116 070	178 797 900	225 913 980	543 141 216

Zdroj: vlastní zpracování dle interních dat za rok 2010 poskytnutých z RBP

Tabulka č. 7 - Počty pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát; přerozdělování (říjen 2010)

Kód ZP	Název ZP	Pojištěnci	Pojištěnci, za které platí pojistné stát					
			do 60 let		% ve zdr. poj	nad 60 let		% ve zdr. poj
			počet	%		počet	%	
111	VZP	6 286 066	2 054 473	54,97	32,68	1 628 174	71,23	25,90
205	ČPZP	719 063	313 364	8,38	43,58	119 760	5,24	16,66
213	RBP	414 623	191 305	5,12	46,14	55 995	2,45	13,51

Zdroj: vlastní zpracování dle interních dat za rok 2010 poskytnutých z RBP

4.2.3 Hospodaření zdravotních pojišťoven

Finanční hospodaření zdravotních pojišťoven se řídí podle zákona č. 551/1991 Sb.

Hospodaří s finančními prostředky vybranými ze zdravotního pojištění a s prostředky získanými prostřednictvím státního rozpočtu. Doplňkovou činností je pak smluvní pojištění a připojištění jako vedlejší produkt ostatní nezdaňované činnosti. Tyto finanční prostředky jsou účelně vedeny na oddělených účtech fondů: Základní fond zdravotního pojištění, Provozní fond, Fond reprodukce majetku, Sociální fond, Rezervní fond, Fond ostatních zdaňovaných činností, Fond prevence. V této práci bude kladen důraz na **Základní fond zdravotního pojištění** (dále jen ZFZP), který zobrazuje hospodaření pojišťoven. Hlavním zdrojem fondu jsou příjmy z pojistného a z přerozdělování pojistného, příjmy z předepsaného penále, pokut, úroky z běžných účtů, prostředky z jiných fondů. Z prostředků ZFZP je zejména hrazena zdravotní péče.

Nejdůležitější roli při hodnocení a porovnání hraje hospodaření pojišťoven. Jak již bylo nastíněno v předešlém odstavci, jedná se o saldo hospodaření, čili vztah mezi čerpáním a výší příjmů. VZP nevykazuje kladný výsledek hospodaření, i když má velký počet pojištěnců a vysoké příjmy od ostatních pojišťoven a státu. Má sice průměrný denní výdaj i celkové výdaje na zdravotní péči mnohonásobně větší, ale průměrné příjmy na jednoho pojištěnce nejsou tak výrazné ve srovnání s porovnávanými pojišťovнами. Toto je zajímavá skutečnost vzhledem k tomu, kolik vykazuje pojištěnců VZP oproti ČPZP a RBP. Naopak má z vybraných pojišťoven největší záporné saldo hospodaření viz. tab. č. 8, č. 9.

Tabulka č. 8 - Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění

	VZP	ČPZP	RBP
Celková výše příjmů ZFZP v tis. Kč	138 922 774	9 854 317	6 890 458
Čerpání celkem (náklady) ZFZP v tis. Kč	145 570 450	8 703 836	6 939 084
Saldo příjmů a nákladů v tis. Kč	-6 647 676	1 150 481	-48 626

Zdroj: vlastní zpracování dle výročních zpráv vybraných zdravotních pojišťoven za rok 2009

Tabulka č. 9 - Průměrné denní výdaje a příjmy na zdravotní péči

	VZP	ČPZP	RBP
Průměrný denní výdaj na zdravotní péči tis.	378 500	21 847	17 751
Celkové výdaje na zdravotní péči tis.	140 085 100	7 974 327	6 478 986
Průměrné příjmy na jednoho pojištěnce rok 2009 Kč	21 838	17 860	16 483

Zdroj: vlastní zpracování dle výročních zpráv vybraných zdravotních pojišťoven za rok 2009

5. Zhodnocení výsledků

Tato práce se zaměřila na možnost konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče, v tomto případě nemocnic a lékáren, a zjistila možný výskyt konkurenčního prostředí mezi nimi. Největší důraz byl kladen na plátce zdravotní péče, na zdravotní pojišťovny.

Konkurenční prostředí u poskytovatelů zdravotní péče (nemocnice) se jeví jako nedokonalá konkurence i vlivem nedostatečné informovanosti pacientů. Poskytovatelé péče jsou omezeni množstvím finančních prostředků získaných od pojišťoven. Problémem je, že poptávka není v souladu s nabídkou. Není přímý vztah mezi poskytovateli a pacienty. Existuje regulace množství nemocnic, bariéry vstupu do tohoto odvětví, proto není snadné založit nemocnici. Stání zásahy do systému zdravotnictví zužují prostor pro konkurenci. Na jedné straně existují soukromá i veřejná zdravotnická zařízení, ale na druhé straně je obojí financováno z veřejného zdravotního pojištění. Chybí tu však možnost, aby trh vytvářel ceny, neboť jsou vlivem státních zásahů pevně stanoveny.

Při zjišťování konkurence mezi lékárnami je možné konstatovat, že se jedná také o nedokonalou konkurenci, protože seznam léčebných přípravků hrazených zdravotními pojišťovnami připravuje Ministerstvo zdravotnictví. V poslední době je možné pozorovat vytlačování malých lékáren velkými soukromými lékárenskými řetězci, které si potom budou samy mezi sebou konkurovat. Dá se předpokládat, že budou ovlivňovat a určovat množství dané produkce i doplatky za léky. Je zde riziko kartelových dohod a v tomto případě by se jednalo o smluvní oligopol, což je protizákonné jednání a byl by nutný zásah státu.

U zdravotních pojišťoven veřejnost vnímá konkurenci zdravotních pojišťoven prostřednictvím rozsahu nabízených "výhod", které přitom reprezentují obvykle méně než 1 % celkových výdajů jednotlivých pojišťoven. Téměř nikdo nevnímá konkurenci v oblasti jejich hlavní činnosti, kterou je zajišťování zdravotní péče vlastním pojištěncům, její dostatečná dostupnost prostřednictvím sítě smluvních zdravotnických zařízení, výše a včasnost úhrady této péče, jež se odrážejí ve vztazích pacient - lékař a v neposlední řadě

schopnost ochrany oprávněných zájmů pojištěnce včetně úrovně komunikace s pojišťovnou, případně poradenského servisu.

Je nutno podotknout, že většina lidí, kteří mění zdravotní pojišťovnu, je ovlivněna svým zdravotním stavem a přihlásí se k pojišťovně, která nabízí nějaký produkt nebo slevu, která souvisí právě s tímto jejich problémem. Již se nezaměřují na výsledky hospodaření dané pojišťovny nebo, jaké má výdaje na zdravotní péči na jednoho pojištěnce.

V předchozí kapitole byla popsána východiska pro stanovení parametrů a pro posouzení konkurence mezi vybranými pojišťovnami. Je naprosto zřejmé, že pojišťovny mají zájem hlavně o lidi v produktivním věku, kde jsou celkové a průměrné náklady na tuto skupinu nejmenší. V této kategorii je registrováno u pojišťoven nejvíce pojištěnců. Oproti tomu existuje skupina pojištěnců s největšími náklady, tj. ve věkové skupině 60 až 65 let a následně 85 let a více, kde celkové a průměrné náklady jsou nejvyšší a pro pojišťovny představují největší finanční zátěž. Na předchozí úvahy navazují hospodářské ukazatele. Je jenom na zdravotních pojišťovnách, jakými prostředky se budou snažit získat optimální skladbu pojištěnců.

V této práci byly porovnány tři vybrané zdravotní pojišťovny a byly hodnoceny podle stejných kritérií. VZP má největší počet pojištěnců, ale i vyšší celkové náklady (viz. tab. č. 1) oproti ostatním pojišťovnám. Rozdílly byly jen v průměrných nákladech na jednoho pojištěnce, které měla RBP největší ve skupině 60-65 let (viz. tab. č. 3) a ve skupině 85 let a více (viz. tab. č. 4). U RBP je sice pozitivní hledisko to, že má dostatečnou péči pro své pojištěnce, hlavně pro starší, protože ti péči potřebují nejvíce. Její nevýhodou je, že svoji působnost omezuje převážně jen na Moravsko-slezský kraj. Dále pak následovala ČPZP. Ale co se týká salda hospodaření ČPZP, tam jako jediná měla kladné výsledky (viz. tab. č. 8).

Při hodnocení této práce měla dobré výsledky podle vybraných hledisek ČPZP, ale ve skutečnosti nelze jednoznačně určit, která zdravotní pojišťovna je nejvýhodnější na trhu. Lze jenom přihlídnout k vybraným ukazatelům při hodnocení.

Tyto faktory vyplývají z nedokonalé konkurence, kde pozice VZP vzhledem k počtu pojištěnců a rozdělení síly na trhu by mohla mít nejbližší k oligopolu s dominantní firmou. Podle vybraných kritérií použitých v této práci se konkurenční prostředí neprojevovalo, což je důsledkem státem řízených zásahů do systému zdravotní péče.

Ke zlepšení současného stavu zdravotnictví, se snaží přispívat různé reformy. Vzhledem k politické situaci se nepodařilo zdravotní reformu realizovat tak, aby její výsledky zaručily efektivní fungování zdravotnictví. Prvním krokem měly být poplatky u lékaře. Vlivem nedostatečné informovanosti veřejnosti se staly místo nástroje pro regulaci návštěvnosti u lékařů a podpory financování lékařské péče pouze předmětem politického boje před volbami. Povinnost vymáhání poplatků byla dána zákonem. V některých krajích se snažili tuto zákonnou povinnost v rámci politického boje obejít, i když se jednalo o protizákonné jednání. Veřejnost by se jistě při větší informovanosti a jasném vysvětlení, na co budou poplatky u lékaře použity, s touto nepopulární úpravou smířila. Tento reformní pokus pouze nahrál opozičním stranám a nebylo to možno považovat za jasný reformní krok. Paradoxem je, že největší kritik poplatků u lékaře a v nemocnici, poslanec a hejtman David Rath, tyto sám v minulosti prosazoval.

Financování zdravotnictví se již od počátku devadesátých let snažili všichni mistři zdravotnictví nějak vyřešit. Byly zaznamenány pouze různě úspěšné pokusy závislé na momentální politické situaci. Žádný ministr zdravotnictví v poslední době nenašel ve vládě podporu a ani nepodal jasně stanovená pravidla pro reformní kroky, které by se daly s podporou celé vlády realizovat.

Systém zdravotnictví v ČR se nemůže považovat za špatný, ale hrozí, že celý systém nebude moci bez definitivní reformy dále pracovat. Hlavním důvodem neúspěšnosti stávajících pokusů o reformu jsou neefektivně vynaložené finanční prostředky na financování celého systému. Za dané situace je tento stav nadále neudržitelný. Finanční prostředky do zdravotnictví chybí vlivem korupce, která se projevuje např. upřednostňováním dodavatelů v odvětví farmacie a zdravotnického materiálu a také vlivem neprůhledných výběrových řízení. Aby bylo odstraněno toto korupční prostředí, měly by být jasně definovány finanční toky a kontrolní mechanismy. Také je důležité přesně

stanovit pravidla vztahu mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče i povinnostmi pacientů. Dokud se stávající situace nezmění a politici si neuvědomí svoji odpovědnost za české zdravotnictví, budou mít i další pokusy o reformy stejné výsledky jako doposud. Možnost pro zlepšení konkurenčního prostředí by mohla přinést privatizace ve zdravotnictví, která by současně omezila korupci. Dále se nabízí otázka, zda by situaci vyřešil volnější trh, který by svým působením mohl omezit korupci nebo zda situaci řešit státními zásahy, u kterých však nelze předpokládat, že by mohlo dojít ke zlepšení situace. Stát si ale nadále musí udržet svou kontrolní a řídicí pozici. Důsledkem této pozice je, že ve zdravotnictví zůstává stále nedokonalé konkurenční prostředí.

Pro detailnější zhodnocení zdravotních pojišťoven by bylo potřeba hlubší analýzy, která by překročila rozsah této práce. Získání podkladů pro tuto práci bylo ve většině případů obtížné, protože ne všechny zdravotní pojišťovny měly schválenou výroční zprávu a některé nebyly ochotny podklady poskytnout.

6. Závěr

Zdravotnictví je důležitou součástí národního hospodářství a týká se všech členů společnosti, protože zdraví a zdravotní péči potřebují všichni. V ČR hraje velkou roli stát, a tím pádem ovlivňuje tržní mechanismus. Svým vlivem zasahuje do konkurenčního prostředí a zužuje prostor pro konkurenci. Na otázku jaká je konkurence v českém zdravotnictví nelze jednoznačně odpovědět. V této práci bylo zjištěno, že se jedná převážně o nedokonalou konkurenci v důsledku nedokonalých informací.

Na téma zdravotnictví je kladen veliký důraz a vláda řeší opatření pro fungování zdravotnického systému a snaží se provést zdravotní reformu tak, aby se systém choval efektivně a také aby zabezpečil uspokojování potřeb požadavků občanů, lékařů a veškerého zdravotnického personálu. Toto téma nabývá z politického hlediska velké důležitosti a všechny politické strany se snaží z toho profitovat. V současné době se ministr zdravotnictví Leoš Heger snaží prosadit reformu, která má stanovit, co se bude hradit z veřejného zdravotního pojištění a co si bude hradit pacient. Je potřeba definovat standardní péči. Při hrazení nadstandardní péče vznikne konkurenční prostor pro komerční pojišťovny. O komerční připojištění se budou zajímat komerční pojišťovny teprve v případě, že bude přesně definována standardní péče. Dále se bude reforma zabývat i výší poplatků ve zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví tak řeší úhradovou vyhlášku. Je zřejmé, že vzhledem ke stávající situaci dojde k poklesu plateb od zdravotních pojišťoven do zdravotnického systému. Jak bylo uvedeno v práci, pojišťovny musely sahat do rezerv a některé je již vyčerpaly a jejich saldo bylo záporné.

Pojišťovny se budou snažit v rámci zachování funkčnosti zdravotního systému udržet platby lékařům a nemocnicím na stejné úrovni. Nápravu by měly přinést až nové reformní kroky. I přes tyto snahy, které by měly zlepšit stávající zdravotnický systém, by měl být poskytnut větší prostor pro konkurenci, ale nadále zůstane nedokonalé konkurenční prostředí, protože do tohoto systému bude stále zasahovat stát.

7. Seznam použitých zdrojů

Knižní

DANĚK, Antonín, GLET, Jiří. *Zdravotní pojištění*. Praha: LINDE nakladatelství, 2003. 95 s. ISBN 80-86131-46-7.

DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Galén, 2005. 96 s. ISBN 80-7262-340-0.

GLADKIJ, Ivan. *Managment ve zdravotnictví*. Computer Press, 2003. 384 s. ISBN 80-7226-996-8.

HROBOŇ, Pavel, MACHÁČEK, Tomáš, JULÍNEK, Tomáš. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století*. 1. vyd. Praha: občanské sdružení Reforma zdravotnictví – forum.cz, 2005. 23 s.

IZPE. *Francouzský zdravotní systém: analýza, účty zdraví a komparace*. Sborník č. 8/2004. Kostelec nad Černými lesy: Vydáno v rámci výzkumného záměru MZO 2002 01 IZPE, 2004. 110 s. ISSN 1213-8096.

IZPE. *Nemocnice I*. Sborník č. 7/2003. Kostelec nad Černými lesy: Vydáno v rámci Výzkumného záměru MZO 2002 01 IZPE, 2003. 199 s. ISSN 1213-8096.

IZPE. *Nemocnice II*. Sborník č. 3/2004. Kostelec nad Černými lesy: Vydáno v rámci Výzkumného záměru MZO 2002 01 IZPE, 2004. 112 s. ISSN 1213-8096.

JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

JULÍNEK, Tomáš. *Průvodce unaveného pacienta českým zdravotnictvím aneb JAK NA TO*. 1. vyd. Praha: studio VIDI a Petr Minařík, 2004. 69 s. ISBN 80-86151-99-9.

JUREČKA, Václav a kol. *Mikroekonomie*. Praha: Grada Publishing, 2010. 360 s. ISBN 978-80-247-3259-6.

KOTLER, Philip a kol. *Moderní marketing*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 1042 s. ISBN 80-247-1545-7.

KISLINGEROVÁ, Eva a kol. *Inovace nástrojů ekonomiky a managementu organizací*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2008. 293 s. ISBN 978-80-7179-882-8.

MACÁKOVÁ, Libuše a kol. *Mikroekonomie*. 8. vyd. Melandrium, 2003. 275 s. ISBN 80-86175-38-3.

MANKIW, N. Gregory. *Zásady ekonomie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 768 s. ISBN 978-80-7169-891-3.

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

OCHRANA, František, PAVEL, Jan, VÍTEK, Leoš a kol. *Veřejný sektor a veřejné finance*, Praha: Grada Publishing, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3228-2.

TETŘEVOVÁ, Liběna. *Veřejná ekonomie*. Praha: Professional Publishing, 2008. 185 s. ISBN 978-80-86946-79-5.

ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2004. 154 s. ISBN 80-246-0467-1.

ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA. *Síť zdravotnických zařízení 2005*. Praha: ÚZIS, 2006. 139 s. ISBN 80-7280-529-0.

ZLÁMAL, Jaroslav. BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 206 s. ISBN 80-7013-429-1.

Zdroje zdravotních pojišťoven

Revírní bratrská pokladna zdravotní pojišťovna Výroční zpráva za rok 2009. Revírní bratrská pokladna zdravotní pojišťovna [on-line]. 79 s. 31.12.2009. [cit. 2010-02-03]. Dostupný z WWW: < http://www.rbp-zp.cz/obr/VZ_2009.pdf>.

Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2009. Všeobecná zdravotní pojišťovna [on-line]. 95 s. 31.12.2009. [cit. 2011-02-22]. Dostupný z WWW: <http://www.vzp.cz/uploads/document/1293733741-rocenka_VZP_2009.pdf>.

Vojenská zdravotní pojišťovna výroční zpráva za rok 2009. Vojenská zdravotní pojišťovna [on-line]. 98 s. 31.12.2009. [cit. 2010-03-17]. Dostupný z WWW: < http://www.vozp.cz/cs/O_pojistovne/Tiskovy_servis/Vyrocní_zpravy/old/index.html?request-type=request-file&request-location=%2FV%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD+zpr%C3%A1va+za+rok+2009.pdf>.

Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2009. Všeobecná zdravotní pojišťovna [on-line]. 111 s. 31.12.2009. [cit. 2010-03-20]. Dostupný z WWW: <http://vzp.cz/uploads/document/PDF/vyrocní_zprava_2009.pdf>.

Výroční zpráva, návrh 2009 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví [on-line]. 87 s. 31.12.2009. [cit. 2010-02-27]. Dostupný z WWW: <http://www.ozp.cz/portal/page/portal/public/files/vz_ozp_2009.pdf>.

Výroční zpráva 2009 211 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra [on-line]. 101 s. 31.12.2009. [cit. 2011-01-15]. Dostupný z WWW: < http://www.zpmvcr.cz/download/vyrocní_zpravy/VZ_2009.pdf>.

Výroční zpráva Zdravotní pojišťovny METAL-ALIANCE za rok 2009. METAL-ALIANCE. [on-line]. 67 s. 11.01.2011. [cit. 2011-02-02]. Dostupný z WWW:<http://www.zpma.cz/aitom/upload/vyrocnizpravy/vyrocnizprava_2009_konecna_verze.pdf>.

Výroční zpráva Zdravotní pojišťovna MÉDIA 2009. MÉDIA. [on-line]. 68 s. 31.12.2009. [cit. 2011-01-03]. Dostupný z WWW:<http://www.zpma.cz/aitom/upload/vyrocnizpravy/vyrocnizprava_2009_konecna_verze.pdf>.

Výroční zpráva 2009 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna [on-line]. 92 s. 31.12.2009. [cit. 2010-05-03]. Dostupný z WWW:<http://www.cpzp.cz/pdf/vz_cpzp_2009.pdf>.

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda Výroční zpráva za rok 2009. Zaměstnanecká pojišťovna Škoda [on-line]. 97 s. 20.7.2010. [cit. 2010-08-22]. Dostupný z WWW:<http://www.zpskoda.cz/files/downloads/264/vz_2009.pdf>.

Zdravotně pojistný plán za rok 2008. Revírní bratrská pokladna zdravotní pojišťovna. [on-line]. 62 s. 31.12.2009. [cit. 2010-01-01]. Dostupný z WWW:<http://www.rbpz.cz/obr/Zdravotne_pojistny_plan_RBP_2008.pdf>.

Zdravotně pojistný plán za rok 2010. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna [on-line]. 75 s. 31.12.2009. [cit. 2010-05-01]. Dostupný z WWW:<http://www.cpzp.cz/pdf/zpp_cpzp_2010.pdf>.

Internetové

Analýza výdajů na zdravotnictví podle hlavních zdrojů financování. Český statistický úřad [on-line]. 3. 6. 2005. [cit. 2010-12-24]. Dostupné z WWW:<[http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/t/1500398993/\\$File/152405a2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/t/1500398993/$File/152405a2.pdf)>.

Česko. Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [on-line]. [cit. 2011-02-15]. Dostupný z WWW:<

http://archiv.vzp.cz/www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_48_1997_sb.html>.

HAMPEL, Marek. *Změny ve vlastnické struktuře veřejných lékáren a v jejich hospodaření*. ZDN [on-line]. 9. 2. 2011. [cit. 2011-2-11]. Dostupné z WWW:<

<http://www.zdn.cz/denni-zpravy/komentare/zmeny-ve-vlastnicke-strukture-verejnych-lekaren-a-v-jejich-hospodareni-457935>>.

Ministerstvo zdravotnictví české republiky. *Regulační poplatky – metodický pokyn*.

Ministerstvo zdravotnictví české republiky [on-line]. 4.8.2008. [cit. 2011-1-2]. Dostupné z WWW:< http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn_1821_1197_3.html>.

Všeobecná zdravotní pojišťovna . *Limit 5000 korun aneb co se počítá?* .VZP [on-line]. [cit. 2010-11-10]. Dostupné z WWW:

<http://archiv.vzp.cz/www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/FAQ/reg_popl/limit_co_se_pocita.html>.

www.vzp.cz

8. Přílohy

Tabulka č. 10 - Počty pojištěnců podle pohlaví a věku, podklady pro přerozdělování (říjen 2010)

Věková skupina		Číslo věkové skupiny	Pohlaví	Zdravotní pojišťovny		
od	do			111 - VZP	205 - ČPZP	213 - RBP
0	5	1	Muži	154 250	24 174	14 155
5	10	2		125 634	20 962	12 801
10	15	3		126 356	21 372	12 225
15	20	4		173 226	25 173	16 029
20	25	5		201 881	24 529	17 016
25	30	6		222 420	21 733	15 853
30	35	7		274 941	26 744	16 262
35	40	8		242 422	29 216	15 438
40	45	9		213 171	25 155	14 866
45	50	10		218 719	24 015	15 397
50	55	11		219 894	21 472	13 475
55	60	12		243 883	22 917	12 071
60	65	13		232 404	20 763	10 257
65	70	14		169 576	14 319	7 046
70	75	15		114 426	9 248	4 209
75	80	16		93 609	5 609	2 150
80	85	17		62 470	2 982	1 035
85	více	18		34 213	1 487	434
0	5	1	Ženy	147 242	22 753	13 602
5	10	2		118 397	19 986	11 989
10	15	3		118 603	20 230	11 691
15	20	4		160 334	24 937	15 732
20	25	5		182 897	26 369	17 708
25	30	6		194 773	24 411	16 966
30	35	7		225 614	32 341	17 731
35	40	8		218 442	34 873	17 245
40	45	9		185 542	27 255	15 733
45	50	10		193 694	25 024	15 702
50	55	11		202 193	23 463	13 681
55	60	12		237 701	25 694	13 612
60	65	13		245 059	26 208	11 847
65	70	14		202 060	17 262	8 814
70	75	15		160 329	11 017	5 194
75	80	16		151 487	7 935	3 300
80	85	17		123 934	5 803	2 147
85	více	18		94 270	3 820	1 210

Pokračování tabulky 8-1			
	111 - VZP	205 - ČPZP	213 - RBP
Celkem muži	3 123 495	341 870	200 719
% ve zdravotním . pojištění	49,69	47,54	48,41
Celkem ženy	3 162 571	377 193	213 904
% ve zdravotním . pojištění.	50,31	52,46	51,59
Celkem	6 286 066	719 063	414 623
%	60,35	6,90	3,98

Zdroj : Interní data za rok 2010 poskytnutá z RBP