



Ekonomická
fakulta
Faculty
of Economics

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Ekonomická fakulta
Katedra účetnictví a financí**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ HOSPODAŘENÍ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY V LETECH 2004-
2012 V KONTEXTU SYSTÉMU ZDRAVOTNÍHO
POJIŠTĚNÍ V ČR**

Vypracoval: Bc. Tereza Schusterová
Vedoucí práce: Ing. Jarmila Rybová

České Budějovice 2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Tereza SCHUSTEROVÁ**
Osobní číslo: **E13649**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Účetnictví a finanční řízení podniku**
Název tématu: **Faktory ovlivňující hospodaření zdravotní pojišťovny v letech 2004-2012 v kontextu systému zdravotního pojištění v ČR**
Zadávací katedra: **Katedra účetnictví a financí**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl práce:

Cílem diplomové práce je identifikovat a kategorizovat faktory, které působí na hospodaření vybrané zdravotní pojišťovny v období 2004-2012 s ohledem na platný systém zdravotního pojištění v České republice.

Rámcová osnova:

Úvod.

Teoretická část:

1. Systém veřejného zdravotního pojištění v ČR, principy a účel zdravotního pojištění.
2. Zdravotní pojišťovny v ČR, subjekty pojistných vztahů.
3. Současný systém zdravotního pojištění.
4. Vlivy působící na bilanci ZP.

Praktická část:


5. Charakteristika vybrané zdravotní pojišťovny a organizační struktura.
6. Způsob hospodaření vybrané zdravotní pojišťovny.
7. Faktory ovlivňující hospodaření vybrané ZP - identifikace faktorů, rozdělení podle vybraných pravidel (např. vnitřní a vnější faktory), hodnocení.
9. Závěr.

Rozsah grafických prací: **dle potřeby**
Rozsah pracovní zprávy: **40-50 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**
Seznam odborné literatury:


Barták, M. (2010). *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR.
Červinka, T. (2014). *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ s komentářem a příklady*. Olomouc: Anag.
Červinka, T. (2015). *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ s komentářem a příklady*. Olomouc: Anag.
Němec, J. (2008). *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing a. s.
Kahoun, V., Vurm, V., Kučerová, B., (2008). *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví*. Praha: TRITON.
Stiglitz, J. E. (1997). *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha: Grada Publishing a. s.
Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.
Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Jarmila RYBOVÁ**
Katedra účetnictví a financí

Datum zadání diplomové práce: **14. září 2015**
Termín odevzdání diplomové práce: **15. dubna 2016**


doc. Ing. Ladislav Rolíněk, Ph.D.
děkan

JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
EKONOMICKÁ FAKULTA
Studentská 13 (1)
370 05 České Budějovice


doc. Ing. Milan Jílek, Ph.D.
vedoucí katedry

V Českých Budějovicích dne 14. září 2015

Prohlašuji, že v souladu s §47 zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobně/úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných ekonomickou fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses. cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. dubna 2016

.....
Tereza Schusterová

Poděkování

Mé poděkování patří Ing. Jarmile Rybové za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnovala.

Obsah

1 Úvod	8
2 Principy zdravotního pojištění	10
2.1 Účel zdravotního pojištění	10
2.2 Účast na zdravotním pojištění	10
2.3 Volba zdravotní pojišťovny.....	11
3 Právní vztahy zdravotní pojišťovny	12
3.1 Subjekty pojistného vztahu	12
➤ 3.1.1 Pojištěnci ZP	12
➤ 3.1.2 Plátcí ZP	12
➤ 3.1.3 Zdravotní pojišťovny.....	13
➤ 3.1.4 Zdravotní zařízení	14
4 Současný systém veřejného zdravotního pojištění	15
4.1 Systém výběru a přerozdělení pojistného	15
➤ 4.1.1 Zaměstnavatelé a zaměstnanci	16
➤ 4.1.2 Stát jako plátcí pojistného	17
➤ 4.1.3 Osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)	19
➤ 4.1.4 Osoba bez zdanitelných příjmů (OBZP)	21
4.2 Zdravotní péče v rámci veřejného zdravotního pojištění	21
4.3 Úhrada zdravotní péče v ČR	25
5 Vlivy působící na bilanci zdravotní pojišťovny	27
5.1 Vlivy působící na příjmovou stranu bilance ZP	27
5.2 Vlivy působící na výdajovou stranu bilance ZP	27
6 Metodika práce	29
6.1 Metodický postup	29
7 Charakteristika vybrané zdravotní pojišťovny a její organizační struktura.....	31
8 Příjmová strana bilance vybrané zdravotní pojišťovny	33
8.1 Faktory ovlivňující příjmovou stranu bilance	33
➤ 8.1.1 Vývoj počtu pojištěnců ve vybrané ZP v letech 2008 – 2012	34
➤ 8.1.2 Vývoj pohledávek za plátcí před a po lhůtě splatnosti.....	36
➤ 8.1.3 Vliv „státních pojištěnců“ na příjmovou stránku	37
➤ 8.1.4 Makroekonomické ukazatele	41
➤ 8.1.5 Systém přerozdělování finančních prostředků.....	42
8.2 Analýza a komparace pojistného v letech 2007-2012	44
8.3 Aspekty výběru pojistného podle jejich ovlivnitelnosti zdravotní pojišťovnou	47
9 Výdajová strana bilance vybrané zdravotní pojišťovny	50
9.1 Faktory ovlivňující výdajovou stranu bilance	50
➤ 9.1.2 Náklady na preventivní péči	55
10 Výsledná bilance Zdravotní pojišťovny v letech 2007-2012.....	58
10.1 Hodnocení sledovaných ukazatelů v jednotlivých dle příjmů a nákladů.....	58
10.2 Zhodnocení faktorů ovlivňujících saldo KoZP dle vícerozměrného srovnání.....	67
11 Závěr	68

Přehled zkratk

ČR	Česká republika
SR	Slovenská republika
EU	Evropská unie
OBZP	osoba bez zdanitelných příjmů
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
VZP	všeobecná zdravotní pojišťovna
ZDP	zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů
ZFZP	základní fond zdravotního pojištění
ZPZP	zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů
ZVZP	zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
ZP	zdravotní pojišťovna
ZPP	zdravotně pojistný plán
ZZS	zdravotní záchranná služba
ZZ	zdravotnické zařízení

1 Úvod

Zdraví každého z nás ovlivňuje celá řada faktorů. Mezi nejznámější patří vrozené dispozice, vliv životního prostředí, výživa, a zdravotní péče. Zdravotní péči je možné realizovat například prostřednictvím zdravotního pojištění.

V České republice je zdravotní pojištění postaveno na principu povinné přerozdělovací platby odvedené z výše příjmu, principu svobodné volby státní pojišťovny a principu povinnosti být pojištěn. Existují tři přístupy placení zdravotního pojištění. Komerční přístup - každý platí dobrovolně sám za sebe bez spoluúčasti státu (např. USA). Financování ze státního rozpočtu - přerozdělování příjmů z daní a příspěvků na sociální zabezpečení (např. Velká Británie). Poslední je přístup všeobecného pojištění, který je uplatňován v ČR a na který se vztahuje i téma této diplomové práce. V tomto přístupu přispívá každý jednotlivec, za některé tuto povinnost přebírá stát.

Objektem zkoumání je v diplomové práci veřejné zdravotní pojištění v České republice a hospodaření vybrané zaměstnanecké zdravotní pojišťovny v uvedených letech. Předmětem zkoumání jsou především faktory ovlivňující příjmovou a výdajovou stranu bilance vybrané zdravotní pojišťovny, rozdělení těchto faktorů z hlediska ovlivnitelnosti zdravotní pojišťovnou a zhodnocení výsledné bilance za uvedené roky. Hlavním cílem diplomové práce je identifikace a kategorizace faktorů, které působí na hospodaření vybrané zdravotní pojišťovny v období 2004 až 2012 s ohledem na platný systém zdravotního pojištění v České republice. V zadání diplomové práce je uvedena časová řada od roku 2004. Z důvodu nedostupnosti údajů byly roky 2004 až 2006 zmíněny pouze okrajově v závěru této práce. V roce 2004 byl místo výroční zprávy k dispozici pouze výňatek z výroční zprávy. Zároveň v letech 2004 až 2006 nebyly dostupné zdravotně pojistné plány vybrané pojišťovny. Nebylo tedy možné provést podrobnou analýzu (z důvodu nedostupnosti údajů o počtu pojištěnců atd), jaká byla provedena v letech 2007 až 2012. K naplnění hlavního cíle byly definovány následující dílčí cíle:

1. Popsat systém veřejného zdravotního pojištění v ČR, principy a účel zdravotního pojištění.
2. Popsat vlivy, které mohou působit na bilanci ZP.
3. Charakterizovat vybranou zdravotní pojišťovnu a její organizační strukturu, charakterizovat způsob hospodaření vybrané zdravotní pojišťovny.
4. Rozbor faktorů ovlivňující hospodaření vybrané ZP.

V první kapitole jsou stručně popsány principy veřejného a účel zdravotního pojištění. Dále byly definovány subjekty pojistného vztahu tj. pojištěnci, plátcí, zdravotní pojišťovny a zdravotní zařízení. Součástí teoretické části bylo charakterizovat i současný systém veřejného zdravotního pojištění. V praktické části byla analyzována vybraná zdravotní pojišťovna (KoZP), včetně její organizační struktury. Hlavní náplní praktické části byl rozbor faktorů působících na bilanci vybrané zdravotní pojišťovny, jak na straně výdajové, tak na straně příjmové.

Při zpracování diplomové práce jsou využity následující obecně vědní metody: deskripce, analýza, komparace, syntéza, jednoduché statistické a matematické metody.

2 Principy zdravotního pojištění

2.1 Účel zdravotního pojištění

Veřejné zdravotní pojištění patří mezi zákonná pojištění. Na základně veřejného zdravotního pojištění je plně nebo částečně hrazena poskytnutá zdravotní péče s cílem zlepšení nebo zachování zdravotního stavu pojištěnce. Výběr pojistného i plnění ze zdravotního pojištění zajišťují zdravotní pojišťovny. (Červinka, 2015)

Legislativní rámec pro aplikaci zdravotního pojištění v České republice:

Účast na pojištění je stanovena zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů a zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.

Oblast fungování zdravotních pojišťoven upravují zákony:

- Zákon č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky,
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách,
- Nařízení Evropské unie pro oblast zdravotního pojištění a sociálního zabezpečení: nařízení Rady EHS č. 883/2004 a prováděcí nařízení Rady EHS č. 987/2009.

2.2 Účast na zdravotním pojištění

V ČR je podle zákona zdravotní pojištění povinné:

- pro veškeré osoby s trvalým pobytem na území ČR (bez ohledu na občanství),
- pro osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR, ale jsou zaměstnány u zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR.

Ze zdravotního pojištění jsou vyňaty:

- osoby, vykonávající nelegální práci na území ČR dle §5 pís. e) bodu 3 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů,

- osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR a jsou v ČR činné pro zaměstnavatele, kteří, používají diplomatických výhod a imunit a nemají sídlo na území ČR,
- osoby, zdržující se nepřetržitě a dlouhodobě v cizině (alespoň 6 měsíců).

2.3 Volba zdravotní pojišťovny

Pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny provádějící veřejné zdravotní pojištění. V průběhu roku je možné vystřídat pouze dvě zdravotní pojišťovny. Do konce roku 2014 bylo možné podat přihlášku u vybrané zdravotní pojišťovny nejpozději do 6 měsíců před požadovaným dnem změny. Pokud chtěl pojištěnec změnit pojišťovnu například k 1. lednu 2015, musel přihlášku podat nejpozději do 30. června roku 2014. Přihlášku ke změně zdravotní pojišťovny k 1. lednu kalendářního roku bylo umožněno podat pouze jednu, k případným dalším přihláškám se již nepřihlíželo, a to ani tehdy, byli-li podány v zákonem stanoveném termínu.

Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, která začala platit 1. září 2015 sice zachovává možnost změny pojišťovny pouze jednou ročně, nově však přidává možnost podávat přihlášky k nové pojišťovně ještě během září. Tím se zkracuje čekací doba (na 3 měsíce) na faktické provedení změny oproti současnému půlroku. (ČTK, 2015)

Obecná pravidla pro volbu zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny nemohou přijímat pojištěnce v jiných než zákonných lhůtách. Za nezletilé osoby nebo osoby bez způsobilosti k právním úkonům provádí změnu zákonný zástupce. Pokud byla žádost pojištěnce o změnu zdravotní pojišťovny podána v souladu s výše uvedenými pravidly, je zdravotní pojišťovna povinna pojištěnci vyhovět. Zdravotní pojišťovna nesmí pojištěnci stanovit dobu, po kterou u ní bude pojištěn. Zároveň není oprávněna vztah pojištěnce ke zdravotní pojišťovně sama ukončit. Jedna osoba může být vždy pojištěna pouze u jedné zdravotní pojišťovny poskytující zákonné zdravotní pojištění.

VZP vede pro účely jednoznačného zařazení a evidence pojištěnců u příslušné zdravotní pojišťovny Centrální registr všech pojištěnců. Tento registr pojištěnců obsahuje údaje o průběhu pojištění u všech pojištěnců veřejného zdravotního pojištění. (Červinka, 2015)

3 Právní vztahy zdravotní pojišťovny

3.1 Subjekty pojistného vztahu

Mezi subjekty zdravotního pojištění zahrnujeme pojištěnce zdravotního pojištění, plátce zdravotního pojištění, zdravotní pojišťovny a zdravotní zařízení. Podrobně budou charakterizovány v následujících kapitolách.

3.1.1 Pojištěnci ZP

Pojištěnci (účastníci) systému veřejného zdravotního pojištění jsou ti, kteří mají nárok na plnění ze systému. Ne každý pojištěnec je plátce zdravotního pojištění. Pojištěnec je plátcem pojistného pokud je osobou samostatně výdělečně činnou nebo osobou bez zdanitelných příjmů. Například státní pojištěnci jsou poměrně významnou skupinou pojištěnců, zaujímají přibližně 60% všech pojištěnců. Zde je plátcem pojistného stát.

Pojištěnci:

- Osoby samostatně výdělečně činné;
- Zaměstnanci;
- Státní pojištěnci;
- Osoby bez zdanitelných příjmů.

3.1.2 Plátcí ZP

Dle zákonů ve veřejném zdravotním pojištění jsou definovány 3 skupiny plátců pojistného na veřejné zdravotní pojištění:

- Zaměstnavatel;
- Stát;
- Pojištěnec.

Zaměstnavatel odvádí pojistné za zaměstnance. Stát platí pojistné za definované skupiny osob. Pojištěnec je plátcem pojistného pokud je osobou samostatně výdělečně činnou, osobou

bez zdanitelných příjmů (OBZP), je zaměstnancem vykonávajícím činnost, ze které mu plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti podle §6 ZDP.

3.1.3 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojištění v ČR provádí Všeobecná zdravotní pojišťovna (zákon č .551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky) a ostatní resortní (oborové, podnikové) pojišťovny dle zákona č. 280/1992 Sb.,o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Všeobecná zdravotní pojišťovna provádí veřejné zdravotní pojištění, jestliže toto pojištění neprovádějí resortní, oborové a podnikové zdravotní pojišťovny. VZP je právnickou osobou a v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a zároveň nese odpovědnost vyplývající z těchto vztahů. Pojišťovna nesmí provádět nábor pojištěnců prostřednictvím třetí osoby. Mezi příjmy pojišťovny patří platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu, vlastní zdroje vytvořené využíváním fondů Pojišťovny, příjmy z pokut a poplatků a v neposlední řadě dary a ostatní příjmy. Za výdaje VZP jsou považovány platby za poskytované zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotní pojištění, platby jiným zdravotním pojišťovnám, náhrady nákladů za neodkladnou zdravotní péči čerpanou pojištěncem v cizině, náklady na činnost pojišťovny, úhrady částek přesahující limit pro doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, úhrady za zdravotní služby a náhrady nákladů vynaložených pojištěncem na zdravotní služby čerpané v členských státech EU. Pojišťovna spravuje a vytváří následující fondy: základní fond, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond majetku a fond reprodukce majetku. Kontrolu činnosti pojišťovny provádí Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí.

VZP má ze zákona některé zvláštní úkoly, které souvisejí s administrací systému veřejného zdravotního pojištění. Mezi tyto úkoly patří například vedení registru všech pojištěných osob, správu tzv. účtu přerozdělení.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových a dalších zdravotních pojišťovnách upravuje vznik, činnost a zánik resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven (dále jen „zaměstnanecká pojišťovna) a jejich vztah k Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR.

Zaměstnanecké pojišťovny získávají licenci na svoji činnost u Ministerstva zdravotnictví. Zaměstnanecké pojišťovny musí splnit určité podmínky jako je například složení kauce v určité výši. Pravidla pro činnosti zaměstnaneckých pojišťoven se příliš neliší od pravidel činnosti VZP.

(Němec, 2008)

3.1.4 Zdravotní zařízení

Povinností zdravotní pojišťovny je zajistit svým pojištěncům poskytování hrazených služeb včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní pojišťovna prostřednictvím poskytovatelů (zdravotních zařízení). S těmito poskytovateli pojišťovna uzavírá smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Před uzavřením této smlouvy se koná výběrové řízení. Zdravotní pojišťovna, uchazeč (poskytovatel oprávněný poskytovat zdravotní péči, nebo právnická osoba, která hodlá poskytovat zdravotní služby a splní podmínky) a obec může navrhnout konání výběrového řízení. Výběrové řízení vyhlašuje krajský úřad, v hlavním městě Praze tj. Magistrát hlavního města Prahy. Ministerstvo zdravotnictví vyhlašuje výběrové řízení na poskytování lůžkové a lázeňské léčebně rehabilitační péče.

Vyhlášení výběrového řízení musí mít tyto náležitosti :

- konkrétně vymezené území a rozsah hrazených služeb,
- lhůtu, ve které je možné podat nabídku (ne kratší jak 30 pracovních dnů),
- lhůtu, od které je třeba zajistit poskytování zdravotních služeb,
- místo pro podání přihlášky.

Pro každé výběrové řízení zřizovatel určí komisi. Při posuzování přihlášek se přihlíží zejména k síti zdravotní pojišťovny v daném oboru a území, k praxi uchazeče, dobré pověsti uchazeče atd.. Komise stanoví pořadí uchazečů po posouzení přihlášek. Podle §49 je vyhlášovatel povinen zveřejnit výsledek výběrového řízení. (Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých související zákonů, ve znění pozdějších předpisů).

4 Současný systém veřejného zdravotního pojištění

4.1 Systém výběru a přerozdělení pojistného

Systém veřejného zdravotního pojištění vznikl na začátku let devadesátých minulého století. Zcela fungovat začal od 1. ledna 1993. Hlavním úkolem tohoto systému je výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění od plátců a zároveň úhrada zdravotní péče zdravotnickým zařízením za poskytnutou péči (včetně úhrad za zdravotnické prostředky a léky).

(Kahoun a spol, 2008)

Jestliže působí více zdravotních pojišťoven, pak má každá zdravotní pojišťovna velmi pravděpodobně jiné složení pojištěnců (pojistný kmen) s různým zastoupením rizikových faktorů. Různé zatížení pojistného kmene rizikovými faktory přitom může být rozhodujícím prvkem finanční úspěšnosti zdravotní pojišťovny. Nevýhodné složení pojistného kmene může zdravotní pojišťovna kompenzovat kvalitou svého hospodaření. Z tohoto důvodu na základě zákona probíhá mezi zdravotními pojišťovnami přerozdělení finančních prostředků. V České republice bylo přerozdělování mezi zdravotními pojišťovnami předepsáno zákonem již od roku 1993. Přerozdělování se zaměřilo především na vyrovnání příjmů jednotlivých pojišťoven, s ohledem na vyrovnávání rozdílného podílu pojištěnců (tj. důchodců a dětí), za které platí pojistné stát. U výdajů na zdravotní péči se při přerozdělení zohledňují pouze důchodci. Ti mají větší váhu než ostatní skupiny tzv. státních pojištěnců.

(Němec, 2008)

Dle zákona č. 592/1992 Sb. o pojistném na veřejné zdravotní pojištění Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR zřizuje **zvláštní účet veřejného zdravotního pojištění**. Ten slouží k financování hrazených služeb na základě přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu. Kritéria přerozdělování jsou počty pojištěnců, jejich věková struktura, pohlaví a nákladové indexy věkových skupin. Nákladové indexy mají 18 věkových skupin pojištěnců pro každé pohlaví v rozmezí od narození do 5 let, od 5 let do 10 let a dále vždy po 5 letech až do skupiny od 85 let a výše.

V následující kapitole jsou rozděleny jednotlivé skupiny pojištěnců a plátců na zdravotní pojištění. U každé skupiny je charakterizováno **rozhodné období, vyměřovací základ, sazba pojistného, splatnost a placení pojistného.**

4.1.1 Zaměstnavatelé a zaměstnanci

Zaměstnavatelem je pro účely zdravotního pojištění definována právnická nebo fyzická osoba, která je plátcem příjmů ze závislé činnosti podle §6 ZDP, zaměstnává zaměstnance a má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR.

Zaměstnanec je pro účely zdravotního pojištění definován jako fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti dle §6ZDP.

Vyměřovací základ

„Vyměřovacím základem zaměstnance je úhrn příjmů ze závislé činnosti, které jsou nebo byly, pokud by podléhaly zdanění v ČR, předmětem daně z příjmů fyzických osob podle ZDP a nejsou od této daně osvobozeny a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním.“ Minimálním vyměřovacím základem je u zaměstnanců jejich minimální mzda platná v měsíci, za který se pojistné odvádí. Maximální vyměřovací základ byl od 1. ledna 2015 zrušen. Vyměřovací základ je odvozen od hrubých příjmů ze zaměstnání. Z definice vyplývá jeho silná vazba na dílčí základ daně z příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků u daně z příjmů fyzických osob. Dále zákon o všeobecném zdravotním pojištění uvádí příjmy, které se do vyměřovacího základu zaměstnance nezahrnují (odstupné atd.) a které nad rámec příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků ano (odměna pěstounům dle zákona o státní sociální podpoře).

Rozhodné období

Rozhodným obdobím, z něhož se odvozuje vyměřovací základ, je u této skupiny kalendářní měsíc.

Sazba pojistného

Za zaměstnance je plátcem pojistného zaměstnavatel, kdy zákonné pojistné (13,5% vyměřovacího základu) odvádí ve prospěch té zdravotní pojišťovny, u které je jeho zaměstnanec pojištěn. Jestliže jsou jeho zaměstnanci pojištěni u různých pojišťoven, odvádí zaměstnavatel pojistné více pojišťovnám.

Splatnost a placení pojistného

Z hlediska placení pojistného je zaměstnavatel partnerem zdravotní pojišťovny. Zaměstnavatel nesmí přenášet své povinnosti jako je placení pojistného, oznamovací povinnost atd. na svého zaměstnance. Pojistné placené zaměstnavatelem za jednotlivé kalendářní měsíce je od 1. ledna 2010 splatné od 1. do 20. dne následujícího kalendářního měsíce. Zaměstnavatel provádí také zaokrouhlování pojistného na celé koruny nahoru.

4.1.2 Stát jako plátce pojistného

Za určité skupiny pojištěnců je plátcem pojistného stát. Jsou to osoby, které se nacházejí v sociální situaci, kterou stát považuje za závažnou a stává se proto v těchto situacích plátcem pojistného. Tito pojištěnci mají povinnost oznamovat zdravotní pojišťovně skutečnosti, které mají vliv na povinnost státu platit pojistné. Za zaměstnané osoby plní takovou povinnost zaměstnavatel. Veškerá oznámení se provádí do 8 dnů od vzniku skutečnosti.

Kategorie „státních“ pojištěnců:

- nezaopatřené dítě: podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, se za nezaopatřené dítě považuje dítě do ukončení povinné školní docházky. Poté dítě do 26 let věku, jestliže jsou splněny následující podmínky. Soustavně se připravuje na budoucí povolání. Nemůže se připravovat na budoucí povolání nebo vykonávat výdělečnou činnost pro nemoc nebo úraz. Nebo je neschopno z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vykonávat výdělečnou činnost.
- poživatel důchodu: pro účely zdravotního pojištění je za poživatele důchodu považována osoba, které byl přiznán důchod: do 31. prosince 1992 podle předpisů České a Slovenské Federativní Republiky, nebo po 31. prosinci 1992 podle předpisů ČR nebo podle předpisů Slovenské republiky, pokud byl důchod vypočten

s přihlédnutím k době zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem na území ČR. V obou případech se jedná o důchody podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Důchody jsou rozčleněny na starobní, invalidní, vdovský, vdovecký a sirotčí. Sirotčí důchod však může být přiznán jen nezaopatřenému dítěti, proto se v souvislosti se zdravotním pojištěním neuvádí.

- příjemce rodičovského příspěvku: jedná se o rodiče, který osobně, celodenně a řádně pečuje o dítě po celý kalendářní měsíc. Stát je plátcem pojistného po celou dobu výplaty rodičovského příspěvku.
- žena na mateřské a osoba na rodičovské dovolené: za ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění je plátcem pojistného stát.
- uchazeč o zaměstnání: po dobu, kdy je uchazeč v evidenci úřadu práce je plátcem pojistného stát. Pojištěnec, který není v evidenci úřadu práce do této kategorie nepatří (o evidenci nepožádal, nebyl do ní přijat nebo byl vyřazen).
- osoba pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoba s ní společně posuzována.
- osoba, která je závislá na péči jiné osoby a osoba pečující: jedná se o osoby, závislé na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost), nebo stupni III) těžká závislost anebo stupni IV (úplná závislost). Dále o osoby závislé na péči jiné osoby ve stupni II, III, nebo stupni IV. Od 1. ledna 2008 sem patří i osoby pečující o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I (lehká závislost).
- osoba konající službu v ozbrojených silách: stát je plátcem pojistného za osoby konající službu v ozbrojených silách s výjimkou vojáků z povolání a osoby povolané k vojenskému cvičení.
- osoba ve výkonu trestu odnětí svobody: jsou to osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody.
- Mladiství umístění ve školském zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy: do výše uvedené kategorie spadají mladiství umístění ve školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy, kteří nemají nárok na zařazení mezi nezaopatřené děti.
- Příjemci penze z doplňkového penzijního spoření: do této kategorie patří příjemci penze podle zákona č. 427/2011 Sb., o doplňkovém penzijním spoření do věku potřebného pro vznik nároku na starobní důchod, pokud došlo ke splnění zákonem stanovených podmínek.

- manželé státních zaměstnanců v zahraničí: od roku 2015 patří mezi osoby, za které hradí pojistné na zdravotním pojištění stát, rovněž manželé nebo registrovaní partneři státních zaměstnanců podle zákona č. 234/2014Sb., o státní službě, nebo jiných zaměstnanců v organizačních složkách státu, pokud je následují do místa jejich vyslání k výkonu práce v zahraničí nebo k výkonu zahraniční služby se souhlasem této organizační složky státu a nejsou zaměstnanci nebo osobami samostatně výdělečně činnými podle §5ZVZP nebo nejsou osobami vykonávajícími obdobné činnosti podle práva cizího státu, do kterého byli jejich manželé nebo registrovaní partneři vysláni k výkonu práce v zahraničí nebo k výkonu zahraniční služby.
- souběh kategorií: jestliže některá z výše uvedených osob je státním pojištěncem a zároveň je zaměstnána, pak za ní pojistné platí stát a zaměstnavatel současně odvádí pojistné z výdělku. Při poskytnutí neplaceného volna zaměstnavatelem nedochází k navyšování vyměřovacího základu a není stanoven minimální vyměřovací základ.

Vyměřovací základ

Od roku 2010 byl vyměřovací základ pro tuto skupinu pojištěnců stanoven pevnou částkou. Od 1.7.2014 až doposud činí vyměřovací základ 6 259 Kč.

Rozhodné období

Rozhodným obdobím pro „státní pojištěnce“ je kalendářní měsíc stejně jako tomu bylo u předchozí skupiny tj. zaměstnanců a zaměstnavatelů.

Sazba pojistného

Sazba pojistného činí 13,5% z vyměřovacího základu osob, za které je plátcem pojistného stát. Výše pojistného na 1 „státního pojištěnce“ tedy byla od 1.7.2015 až dosud 845 Kč.

Splatnost a placení pojistného

Pojistné je splatné do 25. dne měsíce předcházejícího kalendářnímu měsíci, za který platí stát.

4.1.3 Osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)

Za OSVČ se pro účely zdravotního pojištění považují osoby podnikající v zemědělství, osoby provozující živnost, osoby provozující podnikání podle zvláštních

předpisů, osoby vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost na základě autorskoprávních vztahů, společníci veřejných obchodních společností a komplementáři komanditních společností, osoby vykonávající nezávislé povolání, které není živností ani podnikáním podle zvláštních předpisů, osoby vykonávající činnost mandátáře na základě mandátní smlouvy uzavřené podle obchodního zákoníku, pokud není považována za zaměstnání a mandátní smlouva nebyla uzavřena v rámci jiné samostatné výdělečné činnosti, spolupracující osoby OSVČ, pokud podle ZDP lze na ně rozdělovat příjmy dosažené výkonem spolupráce a výdaje vynaložené na jejich dosažení, zajištění a udržení. Zjednodušeně OSVČ můžeme definovat jako osobu, která má příjmy z podnikání dle §7 odst. 1 nebo 2 ZDP. OSVČ je považována zároveň jak za pojištěnce, tak i za plátce pojistného.

Vyměřovací základ

Výše vyměřovacího základu je od roku 2006 50% příjmů z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti, vždy po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení. Maximální vyměřovací základ je od 2013 bez omezení. Minimální vyměřovací základ je od 1. 1. 2016 do 31.12.2016 13 503 Kč. Z něj vyplývá minimální měsíční záloha na pojistné 1 823 Kč.

Rozhodné období

U OSVČ je rozhodným obdobím kalendářní rok na rozdíl od předchozích skupin pojištěnců. OSVČ je tedy povinna platit zálohy a doplatky.

Sazba pojistného

Sazba pojistného je 13,5% z vyměřovacího základu.

Splatnost a placení pojistného

Záloha je splatná od 1. dne kalendářního měsíce, na který se platí do, 8. dne následujícího kalendářního měsíce. Termín splatnosti doplatku je od 1. srpna 2011 splatný vždy nejpozději do 8 dnů po dni, ve kterém byl, popř. měl být podán Přehled OSVČ za kalendářní rok, za který se platí pojistné. Doplatek je rozdíl mezi zaplacenými zálohami a výši pojistného vypočteného z vyměřovacího základu

4.1.4 Osoba bez zdanitelných příjmů (OBZP)

Osoby bez zdanitelných příjmů jsou poslední skupinou plátců pojistného na zdravotní pojištění. Za osobu bez zdanitelných příjmů je považován pojištěnec, který nemá příjmy ze zaměstnání, ani ze samostatné výdělečné činnosti a není za něj plátcem pojistného stát.

Vyměřovací základ

Vyměřovacím základem u OBZP je minimální mzda. Tato mzda byla od 1. 1. 2007 do 31. 7. 2013 stejná tj. 8 000 Kč. Od 1. 8. 2013 došlo ke zvýšení minimální mzdy na částku 8 500 Kč. Od 1. 1. 2016 se minimální mzda zvýšila na 9 900 Kč. Minimální měsíční pojistné pro rok 2016 je tedy 1 337 Kč.

Rozhodné období

Rozhodným obdobím pro výpočet pojistného osoby bez zdanitelných příjmů je kalendářní měsíc.

Sazba pojistného

Sazba pojistného činí 13,5% z vyměřovacího základu.

Splatnost a placení pojistného

Pojistné je splatné od 1. dne kalendářního měsíce, za který se platí, do 8. dne následujícího kalendářního měsíce.

(Červinka, 2015)

4.2 Zdravotní péče v rámci veřejného zdravotního pojištění

V ČR jsou zdravotní služby poskytovány převážně na základě povinného zdravotního pojištění. Nároky na poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění jsou následující:

- zdravotní péči preventivní, dispenzární, diagnostickou, léčebnou, léčebně rehabilitační, lázeňskou léčebně rehabilitační, posudkovou, ošetrovatelskou, paliativní (péče o umírající, která zajistí léčbu a péči odpovídající stavu a umožní jim žít kvalitně

a důstojně do konce života), zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem,

- poskytování léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků,
- přeprava pojištěnců a náhrada cestovních dokladů,
- odběr krve a odběr tkání, buněk a orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchování, skladování atd.),
- přepravu žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů,
- přepravu zemřelého dárce do místa odběr a z tohoto místa,
- přepravu odebraných tkání, buněk a orgánů,
- prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu včetně přepravy,
- pobyt průvodce pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče,
- zdravotní péči souvisejí s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem. Tuto péči hradí zdravotní pojišťovna na základě identifikačních údajů pojištěnce. O úhradu požádá poskytovatel.

Služby hrazené zdravotní pojišťovnou jsou poskytovány v rozsahu odborné způsobilosti zdravotnickými pracovníky, nebo jinými odbornými pracovníky ve zdravotnictví. Tyto služby jsou poskytovány v zařízeních poskytovatelů zdravotních služeb na základě smlouvy. Smlouva se uzavírá mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou. Pojištěnec si musí vybrat zdravotní zařízení, které má uzavřenou smlouvu s jeho pojišťovnou. Toto neplatí u lékáren, kde pojištěnec může využít kteroukoliv lékárnou bez ohledu na existenci smluvního vztahu. Recept musí být vystaven lékařem, který ve smluvním vztahu s jeho pojišťovnou je. (Ministerstvo zdravotnictví, 2015)

Členění zdravotní péče dle vybraných hledisek

A. Členění zdravotní péče na ambulantní a ústavní péči

Ambulantní péči charakterizujeme jako primární zdravotní péči (praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, stomatolog, gynekolog), specializovaná ambulantní zdravotní péče (chirurgie, ortopedie, urologie..) a zvláštní ambulantní zdravotní péči (domácí péče, péče ve stacionáři). Pojištěncům poskytuje primární zdravotní péči jejich registrující

lékař. Vyžaduje-li zdravotní stav pojištěnce zdravotní péči specializovanou, doporučí ošetřující lékař pojištěnci zdravotnické zařízení.

Ústavní zdravotní péče je pojištěnci poskytnuta, vyžaduje-li to jeho stav.

B. Zvláštní druhy zdravotní péče

Mezi tyto druhy zdravotní péče patří například zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služby. Hrazené služby zahrnují zdravotní výkony provedené v rámci zdravotnické záchranné služby.

Dalším zvláštním druhem zdravotní péče může být dispensární péče. Dispensární péče je definována jako pravidelný lékařský dohled nad pacientem trpící určitou chorobou (např. diabetem, nádorem aj.)

C. Zdravotní péče dle úhrady

Podle úhrady rozlišujeme zdravotní péči na hrazenou, nehrazenou a částečně hrazenou.

Hrazená péče je definována jako péče, která je poskytována za účelem zachování nebo zlepšení zdravotního stavu pacienta. Mezi hrazenou péči patří například ambulantní a ústavní lázeňská péče, záchranná služba, pohotovostní služba, poskytování léčiv, prostředků zdravotnické techniky, dopravu nemocných, lázeňskou péči. atd.

Vyšetření a prohlídky provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob jsou nehrazenou zdravotní péčí ze zdravotního pojištění.

Další možností je péče částečně hrazená ze zdravotního pojištění. Zde je spoluúčast pacienta. Nejčastěji je tato forma využívána u stomatologických výkonů.

D. Zdravotní péče podle rozsahu

Jedná se rozčlenění zdravotní péče na komplexní a nezbytnou. Komplexní zdravotní péče je plná péče a je poskytována v tuzemsku. Nezbytná zdravotní péče je péče poskytována v zahraničí.

E. Zdravotní péče v dětských a odborných léčebnách a ozdravovnách

Zdravotní péči poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu na doporučení ošetřujícího lékaře dětem a mladistvým do 18 let v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách hradí zdravotní pojišťovna. Návrh na zdravotní péči v odborných dětských léčebnách ozdravovnách podává na formuláři zdravotní pojišťovny registrující praktický lékař, lékař pro děti a dorost nebo ošetřující lékař při hospitalizaci. Návrh potvrzuje revizní lékař příslušné zdravotní pojišťovny.

F. Lázeňská péče

Lázeňská péče se člení na komplexní lázeňskou péči a příspěvkovou lázeňskou péči. Komplexní lázeňská péče je péče navazující na ústavní péči nebo specializovanou ambulantní péči. Je zaměřená především na doléčení pacienta, k zabránění vzniku invalidity a nesoběstačnosti. Komplexní zdravotní péče je hrazena zdravotní pojišťovnou plně. U tohoto druhu rozlišujeme 1. a 2. pořadí naléhavosti. U prvního pořadí je pacient předvolán lázeňským zařízením k léčení do jednoho měsíce od data vystavení návrhu. U prvního pořadí je také možné pacienta přeložit na základě dohody ošetřujícího lékaře, revizního lékaře, nebo lékaře lázeňského zařízení přímo ze zařízení ústavní péče. U prvního pořadí je pacient předvolán k nástupu do 1 měsíce. U druhého pořadí je pacient předvolán do 3 měsíce. Děti jsou předvolány do 6 měsíců od vystavení lázeňského návrhu. Příspěvková lázeňská péče je určena pro pojištěnce s chronickým onemocněním, jestliže nejsou splněny podmínky pro poskytnutí komplexní lázeňské péče. U příspěvkové lázeňské péče je hrazeno pojišťovnou pouze vyšetření a procedury. Ubytování a strava je hrazena pacientem. (Kahoun a spol., 2008)

Smluvní poskytovatelé zdravotních služeb

Smluvní poskytovatele zdravotních služeb lze rozčlenit do následujících kategorií:

- Ambulantní poskytovatelé zdravotních služeb (praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dospělé, praktický zubní lékař, domácí služby, rehabilitační poskytovatelé zdravotních služeb, poskytovatelé zdravotních služeb komplementu a ostatní ambulantní pracoviště.)

- Lůžkoví poskytovatelé zdravotních služeb (nemocnice, odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetrovatelská lůžka, lůžka ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu)
- Lázně
- Ozdravovny
- Zdravotnická dopravní služba
- Zdravotnická záchranná služba
- Lékárny a výdejny zdravotních prostředků
- Ostatní smluvní poskytovatelé zdravotních služeb

(Výroční zpráva KoZP ČR za rok 2012.)

4.3 Úhrada zdravotní péče v ČR

Výdaje za zdravotní péči jsou rozhodující částí výdajů zdravotních pojišťoven. Je tedy nutné mít tyto výdaje pod kontrolou a zamezit jejich větším výkyvům. Důležitou roli zde hrají mechanismy úhrady zdravotní péče. Ty určují do jaké míry je riziko nemocnosti pojištěnců a případné neefektivnosti poskytované zdravotní péče rozděleno mezi plátce (tj. zdravotní pojišťovny) a poskytovatele zdravotní péče.

Mezi mechanismy úhrady zdravotní péče patří

- platba za jednotlivý výkon
- platba za komplexní výkon
- kapitační platby
- rozpočet
- mzda

Platba za jednotlivý výkon

Princip je v rozložení zdravotní péče na jednotlivé výkony. Ty se od sebe liší způsobem provedení, obtížností, nároky na čas používané zdravotnického personálu a použitým zdravotnickým materiálem. Zdravotnickému zařízení je každý provedený výkon uhrazen jednotlivě. Výše úhrady výkonu se řídí sazebníkem výkonů (vydáváný státem nebo dohodnutým zdravotními pojišťovnami).

Platba za komplexní výkon

Spojení několika výkonů do jedné jednotky úhrady zdravotní péče je komplex výkonů. Výkony je možné agregovat z různých hledisek. Jsou to například výkony, které se váží k jedné návštěvě lékaře apod..

Kapitační platby

Je to pevně určená částka za každého pojištěnce v dlouhodobé péči, kterou pojišťovna pravidelně platí poskytovateli. Pojišťovna platí poskytovateli bez ohledu jestli je pojištěnec v daném období nemocný či zdravý.

Rozpočet

Používá se především pro úhradu zdravotní péče ve veřejných zdravotnických zařízeních. Používají se různé druhy rozpočtů. Jsou to rozpočty založené na potřebě vstupních faktorů, rozpočty založené na poskytnutí určitého objemu zdravotní péče nebo dosažení určitých zdravotně politických cílů.

Mzda

Je-li lékař nebo jiný zdravotnický pracovník v zaměstnaneckém poměru vůči plátcí zdravotní péče, používá se jako forma úhradového mechanismu mzda. V ČR je vlastnictví zdravotních zařízení pojišťovnám zakázáno zákonem.

(Němec, 2008)

5 Vlivy působící na bilanci zdravotní pojišťovny

Vyhláška MF č. 418/2003 Sb. vymezuje příjmy a výdaje zdravotní pojišťovny (ZP), čímž se podílí na struktuře příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny.

Mezi hlavní zdroje příjmu dle §12 č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách patří platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu. Dalšími příjmy zaměstnanecké pojišťovny mohou být vlastní zdroje vytvořené využíváním fondů zaměstnanecké pojišťovny, příjmy plynoucí z majetkových sankcí stanovených zvláštním zákonem a dary s ostatními příjmy.

Mezi výdaje zaměstnanecké zdravotní pojišťovny patří platby za hrazené služby podle smluv uzavřených s poskytovateli, platby jiným zdravotním pojišťovnám anebo jiným subjektům atd.

Základním předpokladem vyrovnaného hospodaření je dodržení vyrovnané hladiny příjmů a výdajů pojišťovny. Vzhledem k tomu, že výběr pojistného je hlavním zdrojem naplňování základního fondu zdravotního pojištění, zpracovává Pojišťovna na každý rok tzv. zdravotně – pojistný plán (ZPP).

5.1 Vlivy působící na příjmovou stranu bilance ZP

Na příjmovou stranu systému veřejného zdravotního pojištění má vliv především počet pojištěnců, struktura pojištěnců, nastavení pojistného, nedoplatky a jejich vymáhání, přerozdělování pojistného mezi zdravotní pojišťovny, legislativa, smluvní lékaři, výhody ZP oproti ostatním ZP atd.. Podrobně tyto vlivy budou popsány a analyzovány v praktické části této práce.

5.2 Vlivy působící na výdajovou stranu bilance ZP

Vlivy, které působí na výdajovou stránku zdravotní pojišťovny, jsou provázány s vlivy působící na příjmovou stránku. Můžeme mezi ně zahrnout například počet pojištěnců a jejich věková struktura. Počet pojištěnců a jejich věková struktura působí jak na výdajovou stranu, tak na příjmovou stranu bilance zdravotní pojišťovny. Téměř každá zaměstnanecká

pojišťovna musí také bojovat o své místo na trhu, ačkoliv zdravotní pojišťovny nejsou primárně určeny jako komerční subjekt a jejich hlavním cílem není zisk. Od toho se následně odvíjejí různé preventivní programy, které pochopitelně zvyšují výdaje zdravotních pojišťoven. Dalším vlivem, jenž působí jak na příjmovou a výdajovou stranu zdravotní pojišťovny, může být stávající legislativa a další. Podrobně budou tyto vlivy popsány a analyzovány v praktické části této práce.

Dalším možným vlivem působícím na výdajovou stranu bilance ZP je vývoj minimální mzdy za zkoumané roky a také vývoj plateb za „státní pojištění“. V níže uvedené tabulce je uvedeno jak se minimální mzda vyvíjela od roku 2007 až do roku 2012.

Tabulka č. 1 Vývoj minimální mzdy a platby za "státní pojištění"

Rok	Minimální mzda	Min. příjem na pojistném	Platba za státní pojištění
2007	8000	1080	680
2008	8000	1080	677
2009	8000	1080	677
2010	8000	1080	723
2011	8000	1080	723
2012	8000	1080	723

Zdroj: Vlastní zpracování

Z výše uvedeného je, patrné, že minimální mzda se nezměnila. V období mezi roky 2007 a 2012 byla minimální mzda ve výši 8000 Kč. Stejně tak nedošlo ke změně sazby pojistného, která je po celou dobu ve výši 13,5%. Minimální výše pojistného u zaměstnavatelů byla tedy po celou dobu 1080 Kč. Zatímco platba za „státní pojištění“ byla v roce 2007 „pouze“ 680 Kč. Což je téměř o polovinu nižší částka oproti minimální částce, kterou musí platit zaměstnavatel za svého zaměstnance. V dalších letech bylo patrné zvýšení platby za „státní pojištění“, ale rozdíl mezi touto platbou a minimální platbou od zaměstnavatelů byl stále značný. Další otázkou je, zda-li je spravedlivá výše pojistného OBZP a „státních pojištěnců“ z pohledu celkové sociální situace těchto skupin.

6 Metodika práce

6.1 Metodický postup

K vypracování teoretické části diplomové práce jsem využila informací z odborné literatury, z české legislativy, která se týká dané problematiky. Některé údaje byly čerpány z internetových zdrojů. V praktické části byly použity veřejně dostupné údaje z účetní závěrek a výročních zpráv konkrétní zdravotní pojišťovny a ostatních zdravotních pojišťoven. Veškeré zdroje jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Srovnáváme-li ukazatele ve více než dvou obdobích, tzn. při porovnávání hodnot ukazatelů v časových řadách, nás často jednak zajímá změna hodnot s pohyblivým základem a jednak vzhledem k jejich hodnotě v určitém pevně zvoleném období (indexy a rozdíly bazické – se stálým základem).

Pro bazické indexy platí:

$$i_{j/B} = u_j / u_B$$

kde: u_j je hodnota ukazatele v j -tém období, $j=1, 2, \dots, n$

u_B je hodnota ukazatele v základním období.

a odpovídající rozdíly vypočteme jako $\Delta_{j/B} = u_j - u_B$

Pro řetězové indexy platí:

$$i_{k/k-1} = u_k / u_{k-1}$$

kde: u_k je hodnota ukazatele v k -tém období, $k=2, 3, \dots, n$

u_{k-1} je hodnota ukazatele v $(k-1)$ tém období

a odpovídající rozdíly vypočítáme jako: $\Delta_{k/k-1} = u_k - u_{k-1}$

Bazické a řetězové indexy jsou využity především v praktické části diplomové práce. Cílem této práce je zhodnocení hospodaření konkrétní ZP v jednotlivých letech. Pro potřeby celkového vyhodnocení a shrnutí zkoumaných faktorů v jednotlivých letech byly výše použity zmiňované indexy.

V závěru bylo celkové hospodaření KoZP zhodnoceno pomocí Vícerozměrného srovnání. Základem byla úprava tohoto srovnání. Místo podniku byly hodnoceny konkrétní roky tj. 2007 až 2012. Roky 2004, 2005 a 2006 nebyly posuzovány prostřednictvím vícerozměrného srovnání, vzhledem k nedostupnosti ZPP v těchto letech. Nebylo tedy možné zjistit, jaká byla kritéria tj. vliv počtu pojištěnců, atd. Výběr kritérií byl proveden v letech 2007 až 2012, kdy byly dostupné veškeré potřebné informace pro tuto analýzu. Mezi maximalizační (nejlepší hodnota je nejvyšší hodnota) ukazatele byla zařazena: počet pojištěnců, vliv „státních pojištěnců“ celková platba, makroekonomické ukazatele – průměrná mzda, systém přerozdělení. Mezi minimalizační ukazatele (nejlepší hodnota je nejnižší hodnota) byly zařazena: vývoj pohledávek před a po lhůtě splatnosti, počet „státních pojištěnců“, makroekonomický ukazatel – nezaměstnanost, náklady na zdravotní péči a náklady na preventivní péči. Byla použita metoda pořadí. Což znamená, že rok s nejlepší hodnotou ukazatele dostal 6 (resp.5) bodů, rok s bezprostředně horší hodnotou obdržel 5 (resp.4) body. U některých vybraných ukazatelů z hlediska nedostupnosti údajů, byl nejlepší ukazatel hodnocen 5 body. Rok s nejhorší hodnotou obdržel vždy 1 bod. U maximalizačního kritéria je nejlepší hodnota nejvyšší hodnota a u minimalizačního kritéria je nejlepší hodnota nejmenší. Výsledkem pro každý rok byl součet bodů.

Výše uvedená metodika by měla v této práci identifikovat a kategorizovat faktory, které působí na hospodaření vybrané zdravotní pojišťovny v uvedeném období.

7 Charakteristika vybrané zdravotní pojišťovny a její organizační struktura

Vybraná zaměstnanecká zdravotní pojišťovna funguje v ČR již od roku 1993. Zajišťuje lékařskou péči prostřednictvím odborníků ve vojenských i civilních zdravotnických zařízeních a lázeňských ústavech.

Organizační struktura pojišťovny:

Organizační struktura je vymezena „Organizačním řádem“ a tvoří je Ústředí, pobočky, expozitury a jednateleství. Pojišťovna působí na celém území ČR a má celkem 7 poboček (Praha, Hradec Králové, České Budějovice, Plzeň, Ústí nad Labem, Brno, Olomouc). V Liberci sídlí expozitura. Dále má pojišťovna 8 jednateleství a to v Novém Boru, Sázavě, Teplicích, Karlových Varech, Ostravě, Jihlavě, Zlíně a Pardubicích.

Samosprávnými orgány pojišťovny jsou **Správní rada ZP, Dozorčí rada, Rozhodčí orgán a Výbor pro audit.**

Správní rada rozhoduje dle §10 zákona č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách o schválení návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy. Dále mezi pravomoci Správní rady patří například schválení zásad smluvní politiky, žádosti zaměstnanecké pojišťovny o úvěr, nákup nemovitostí v pořizovací ceně vyšší než 2 000 000 Kč, použití prostředků rezervního fondu atd.

Dozorčí radu tvoří dle §10 zákona č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách 3 členové (kterou na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví jmenuje a odvolává vláda) a 6 členů volených z řad pojištěnců této zaměstnanecké pojišťovny zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny.

Ústředí tvoří:

- generální ředitel pojišťovny,
- zástupce generálního ředitele,
- kancelář generálního ředitele,
- odbory – právní, ekonomický, zdravotní politiky a logistiky

Pobočku tvoří:

- ředitel pobočky
- oddělení- příjmu pojištěnců a registru, kontroly plateb pojistného, právní, zdravotní péče, ekonomické a provozní.

Způsob hospodaření vybrané zdravotní pojišťovny

Pojišťovna využívá ke svému hospodaření jednotlivé fondy, jejichž tvorba a čerpání je stanoveno vyhláškou Ministerstva financí č. 418/2003 Sb., která vymezuje okruh příjmů a výdajů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven.

Pojišťovna spravuje a vytváří následující fondy:

- základní fond zdravotního pojištění,
- provozní fond zdravotní pojišťovny,
- fond reprodukce investičního majetku,
- sociální fond zdravotní pojišťovny,
- rezervní fond zdravotní pojišťovny,
- fond prevence zdravotní pojišťovny.

Nejdůležitějším fondem je základní fond zdravotního pojištění (ZFZP). Tento fond odráží hospodaření celé pojišťovny.

8 Příjmová strana bilance vybrané zdravotní pojišťovny

8.1 Faktory ovlivňující příjmovou stranu bilance

Mezi faktory ovlivňující příjmovou stranu vybrané zdravotní pojišťovny patří zejména vývoj počtu pojištěnců ve vybrané ZP v letech 2008 – 2012, vývoj pohledávek za plátcí před a po lhůtě splatnosti, vývoj „státních pojištěnců“ na příjmovou stránku, makroekonomické ukazatele a systém přerozdělení. Podrobně jsou tyto faktory rozpracovány v následujících kapitolách.

8.1.1 Vývoj počtu pojištěnců ve vybrané ZP v letech 2008 – 2012

Podle dostupných údajů z účetní závěrky Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), kde je uveden stav všech pojištěnců podle věkové skupiny a dostupných údajů ze zdravotně pojistného plánu vybrané zdravotní pojišťovny, byl zpracován vývoj počtu pojištěnců v konkrétní zdravotní pojišťovně podle věkových skupin za 5 let (léta 2008 až 2012).

Tab. č. 2 Podíl pojištěnců KoZP k celkovému počtu pojištěnců

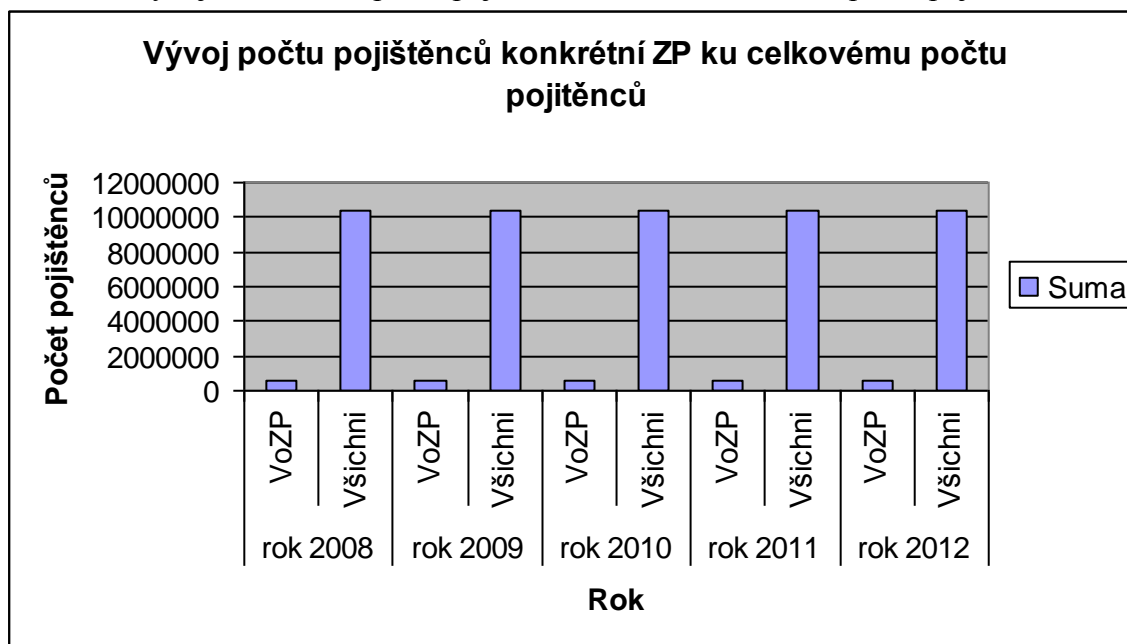
Věková skupina	2008	2009	2010	2011	2012
0-5	4,459	4,137	5,495	5,723	5,631
5-10	4,952	4,684	5,746	5,541	5,176
10-15	5,044	4,568	5,59	5,624	5,513
15-20	4,776	4,533	5,186	5,079	5,401
20-25	5,821	5,023	5,419	5,13	5,341
25-30	6,89	6,775	7,179	6,326	6,599
30-35	9,205	7,999	7,33	6,39	6,859
35-40	5,037	6,209	7,447	8,895	8,919
40-45	5,044	4,957	5,316	5,467	5,382
45-50	5,217	4,901	4,96	5,042	5,139
50-55	5,708	5,432	5,523	5,263	5,563
55-60	5,341	5,115	5,26	5,322	5,608
60-65	4,803	5,081	4,874	5,074	5,141
65-70	4,422	4,808	4,695	4,762	4,448
70-75	4,897	4,709	4,382	4,605	4,359
75-80	4,478	4,649	4,717	4,857	4,847
80-85	3,325	3,987	3,998	4,45	4,311
85 a více	2,023	2,608	2,674	3,027	3,038

Zdroj: Vlastní zpracování podle Zdravotního plánu KoZP, účetní závěrka VZP

Údaje vycházejí z tabulky Vývoj počtu pojištěnců KoZP vůči celkovému počtu pojištěnců uvedené v příloze č.1. Tab. č. 2: Podíl pojištěnců KoZP k celkovému počtu pojištěnců v jednotlivých letech v % uvádí, jaký byl podíl počtu pojištěnců k celkovému počtu pojištěnců, podle věkové struktury. Obecně platí, že nejvíce nákladnou a nejméně žádanou skupinou je věková kategorie od 70 let a výše. Tato skupina pojištěnců je charakteristická tím, že má nejvyšší „spotřebu“ zdravotní péče a zároveň, jelikož se jedná o tzv. „státní pojištěnce“ plynou z nich nízké platby na pojistném. Tato kategorie má nejnižší podíl pojištěnců ke všem ostatním pojištěncům a to ve všech uvedených letech. Největší podíl pojištěnců konkrétní ZP vůči ostatním pojištěncům tvoří věkové hranice od 30-35 let a od 35 – 40 let. Tato kategorie

patří mezi nejatraktivnější věkové kategorie. Je to dáno tím, že se jedná převážně o zaměstnance nebo OSVČ, kteří přinášejí pojišťovně nejvíce zaplacených peněz na pojistném. Celkově můžeme počty pojištěnců v konkrétní zdravotní pojišťovně (KoZP), dle věkové struktury zhodnotit pozitivně.

Graf č. 1: Vývoj absolutního počtu pojištěnců KoZP k celkovému počtu pojištěnců



Zdroj: Vlastní zpracování podle Zdravotního plánu konkrétní zdravotní pojišťovny, účetní závěrka VZP

Z výše uvedených dat je zřejmé, že podíl celkového počtu pojištěnců ve zkoumané pojišťovně k celkovému počtu pojištěnců, se významně za těchto 5 let nezměnil. Pojišťovna si tedy drží poměrně konstantní počet pojištěnců.

Tab. č. 3 Vývoj celkového počtu pojištěnců v KoZP

Rok	2008	2009	2010	2011	2012
Bazický index	100	-2,99	2,97	3,38	4,62
Řetězový index	x	-2,99	6,15	0,44	1,2

Zdroj: Vlastní zpracování (viz. příloha č. 1 – Vývoj počtu pojištěnců KoZP vůči celkovému počtu pojištěnců)

Tabulka o vývoji počtu pojištěnců ve (KoZP) se zaměřuje na vývoj celkového počtu pojištěnců v uvedených letech. Dle bazického indexu můžeme konstatovat, že počet pojištěnců se do roku 2012 zvedl oproti roku 2008 celkem o 4,62%. Dále je zřejmé, že k nejvyššímu růstu počtu pojištěnců došlo v roce 2010 oproti roku 2009, a to o 6,15%.

Vypočtené údaje vycházejí z údajů o celkových počtech pojištěnců a počtech pojištěnců v KoZP uvedené v příloze této práce.

8.1.2 Vývoj pohledávek za plátcí před a po lhůtě splatnosti

Pohledávky zdravotních pojišťoven bývají často řazeny k příjmům zdravotních pojišťoven, ale jedná se o nesprávnou interpretaci. Pohledávky jsou součástí výnosů, které se příjmy nikdy nestaly. Pohledávky za plátcí pojistného tvoří dlužné pojistné a neuhrazené sankční poplatky jako jsou penále, pokuty, případně přirážky k pojistnému. Pohledávky lze rozlišit na pohledávky ve lhůtě a po lhůtě splatnosti.

Tab. č. 4 Pohledávky za plátce pojistného v KoZP ve lhůtě splatnosti v tis. Kč.

Rok	Pohledávky dle výroční zprávy (skut. stav)	Pohledávky dle ZPP	Efektivita	v %
2007	1000727	820000	1,22	22,04
2008	1020652	880000	1,16	15,98
2009	1112767	1060000	1,05	4,98
2010	914106	1180000	0,77	-22,53
2011	1005139	1150000	0,87	-12,60
2012	1056157	746160	1,42	41,55

Zdroj: Vlastní šetření

Stav pohledávek za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti byl v letech 2007, 2008, 2009 a 2012 ve skutečnosti vyšší než bylo uvedeno ve zdravotně pojistném plánu. Největší rozdíl byl v roce 2012, kdy pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti činily 1 056 157 tis. Kč. a dle ZPP tyto pohledávky měly být ve výši 746 160 tis. Kč. Z uvedeného vyplývá, že skutečné pohledávky dle výroční zprávy Pojišťovny (KZP) byly o 41% vyšší, než pohledávky dle ZPP. Naopak v letech 2010 a 2011 byly skutečné pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti nižší než předpokládané pohledávky uvedené v ZPP a to o 23% a 13%. Pohledávky, které jsou již po lhůtě splatnosti, mají při porovnání výroční zprávy a zdravotně pojistného plánu situaci opačnou.

Tab. č. 5: Pohledávky za plátcí pojistného v KoZP po lhůtě splatnosti v tis. Kč

Rok	Pohledávky dle výroční zprávy (skut. stav)	Pohledávky dle ZPP	Efektivita	v %
2007	1 386 193	1 220 000	1,14	13,62
2008	1 695 448	1 336 810	1,27	26,83
2009	1 677 329	1 770 000	0,95	-5,24
2010	602 368	1 850 000	0,33	-67,44
2011	595 396	900 000	0,66	-33,84
2012	451 356	1 000 010	0,45	-54,86

Zdroj: Vlastní šetření

Z tabulky č. 9, která uvádí stav pohledávek za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti v tis. Kč dle ZPP a skutečný stav dle výroční zprávy, je zřejmý pokles těchto pohledávek. Největší pokles pohledávek po lhůtě splatnosti byl v 2010, kdy podle ZPP tyto pohledávky měly být ve výši 1 850 000 tis. Kč a skutečný stav byl 602 368 tis. Kč. Což je tedy o 67% nižší skutečné pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti oproti očekávaným dle ZPP. Zároveň je z této tabulky zřejmý pokles těchto pohledávek v roce 2012 (451 356 tis. Kč) oproti roku 2007 (1 386 193 tis. Kč).

8.1.3 Vliv „státních pojištěnců“ na příjmovou stránku

Tab. č. 6 Podíl „státních pojištěnců“ k celkovému počtu pojištěnců v KoZP

x	Rok					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Celkový počet pojištěnců	570 000	570 000	550 000	585 000	585 000	595 000
z toho: "státní pojištěnci"	287 850	285 000	271 650	303 000	307 710	318 979
Podíl "státních" k celkovému počtu pojištěnců	50,50	50,00	49,39	51,79	52,60	53,61

Zdroj: Vlastní zpracování

Z tabulky číslo 6 Podíl „státních pojištěnců“ k celkovému počtu pojištěnců v KoZP je patrné, že počet „státních pojištěnců“ k celkovému počtu všech pojištěnců je ve všech zkoumaných letech okolo 50%. „Státní pojištěnci“ patří do nejnevýhodnější kategorie pojištěnců (jak již bylo uvedeno v kapitole 10. 1. 1 počty pojištěnců). Jedná se zejména o nezaměstnané, ženy na mateřské dovolené a především důchodce. U důchodců zpravidla bývají výdaje na jejich péči nejvyšší. V následující části je popsáno, jak se platby za tzv. „státní pojištěnce“ vyvíjely ve zkoumaných letech.

Tab. č. 7 Vyměřovací základ a pojistné u osob, za které je plátcem pojistného stát

Období	Vyměřovací základ v Kč	Výše pojistného v Kč
od 1. 1. 2007 - 31. 12. 2007	5 035	680
od 1.1. 2008 - 31.12. 2009	5 013	677
od 1. 1. 2010 - 31 . 10. 2013	5 355	723
od 1.11. 2013 - 30. 6. 2014	5 829	787
od 1. 7. 2014 dosud	6 259	845

Zdroj: Červinka, 2015

Z tabulky č. 7 Vyměřovací základ a pojistné osob, za které je plátcem pojistného stát, kde jsou uvedeny platby za „státní pojištěnce“ je zřejmé, že vyměřovací základ se oproti období v roce 2007 v letech 2008 a 2009 snížil. *“Vyměřovacím základem za osoby, za které je plátcem pojistného stát, byla v letech 2008 až 2009 sazba 25% všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o dva roky předchází kalendářnímu roku, pro který se vyměřovací základ zjišťuje. Od roku 2010 je tento vyměřovací základ stanoven pevnou částkou.”* (Červinka, 2015)

Na základě zákona č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů z 19. 9. 2007 (článek XVII- přechodná ustanovení) se „Vyměřovací základ pro rok 2008 podle §3c věty druhého zákona č.592/1992 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, použil i pro rok 2009. Tím došlo k tzv. zmrazení platby za „státní pojištěnce“.

Díky zákonu č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů byla měsíční platba nižší o 50,- Kč (727-677). Jen za rok 2009 tak zdravotnictví přišlo o 3,6 mld. Kč.

V roce 2010 byl vyměřovací základ stanoven pevnou částkou a platba se zvýšila na 723 Kč. Od 1.11. 2013 zvýšilo opatření platby za děti, důchodce a nezaměstnané o 64 korun na 787 korun. Vláda toto opatření předložila kvůli neutěšené finanční situaci ve zdravotnictví. Zdravotní pojišťovny vyčerpaly v posledních letech rezervy z minulosti a dostaly se tak do ztrát. Od 1. 7. 2014 až dosud je platba za tuto kategorií pojištěnců v částce 845 Kč. „Státní pojištěnci“ tvoří ve všech pojišťovnách zhruba 50% všech pojištěnců a čerpají nikoliv vlastní vinou cca 80% zdravotní péče ve finančním vyjádření, přičemž příspěvek státu za ně tvoří pouhých 23% příjmů veřejného zdravotního pojištění. Jedná se tedy o problematiku, které se netýká pouze KoZP ale celého systému poskytování zdravotní péče.

V další kapitole budou shrnuty údaje o celkovém počtu „státních pojištěnců“ a údaje o platbě za tyto pojištěnce. Tabulka č.8 shrnuje údaje uvedené v příloze. Z tabulky č. 8 je vidět jak se vyvíjel celkový příjem za „státní pojištěnce“ v jednotlivých letech dle bazického indexu (základním rokem byl zvolen rok 2007) a dle indexu řetězového.

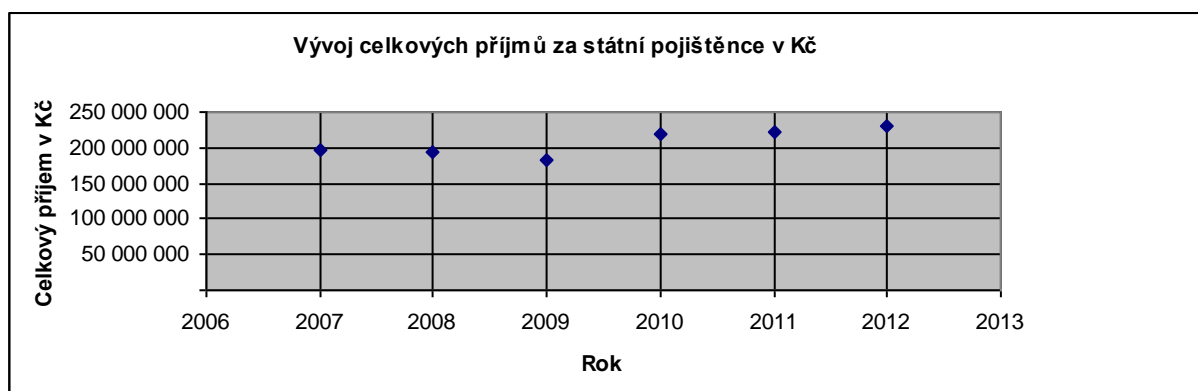
Tab. č. 8: Vývoj celkových příjmů za „státní pojištěnce“ v KoZP

Rok	Celkový příjem v Kč	Bazický index (2007)	Řetězový index
2007	195 738 000	100%	x
2008	192 945 000	98,57	98,57
2009	183 907 050	93,96	95,32
2010	219 069 000	111,92	119,12
2011	222 474 330	113,66	101,55
2012	230 621 817	117,82	103,66

Zdroj: Vlastní šetření

Nejprve budou hodnoceny celkové příjmy za „státní pojištěnce“ ve vybraných letech dle bazických indexů. V roce 2012 byl zaznamenán přírůstek příjmů za „státní pojištěnce“ a to celkem o 17,82 % oproti roku 2007. Na základě řetězových indexů bylo vyhodnoceno, jak se tyto příjmy vyvíjely oproti předchozímu období. V letech 2008 a 2009 došlo k poklesu příjmů za „státní pojištěnce“. Konkrétně v roce 2008 o 1,43% a v roce 2009 dokonce o 4,48% zejména vlivem snížení vyměřovacího základu. V následujících letech už docházelo k nárůstům příjmů za tyto „státní pojištěnce“, nejvíce v roce 2010 a to o 19,12%.

Graf č. 2: Vývoj celkových příjmů za státní pojištěnce v Kč v KoZP

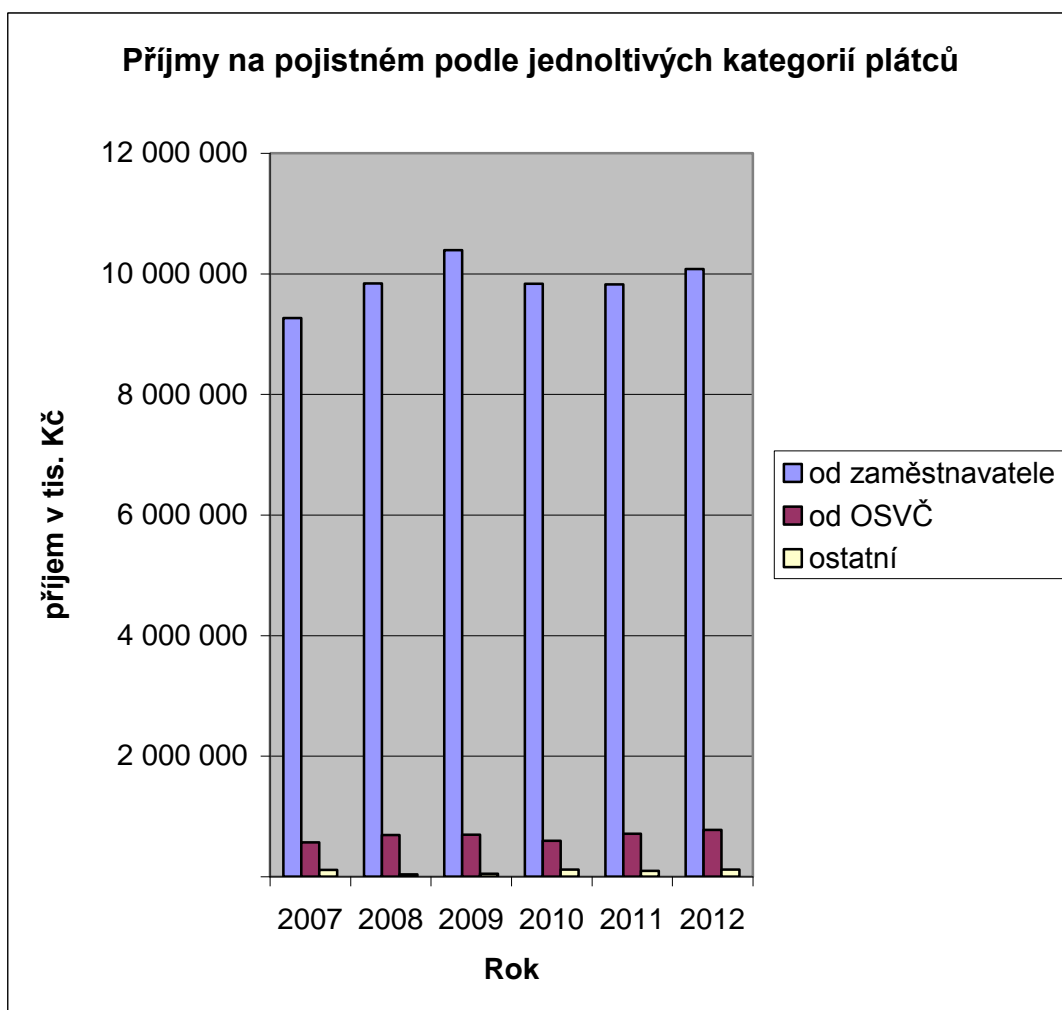


Zdroj: Tab. č. 8 Vývoj celkových příjmů za „státní pojištěnce“ v KoZP

Na výše uvedeném obrázku je patrný poměrně mírný růst platby za „státní pojištěnce“ od roku 2007 (195 738 000 Kč) do roku 2012 (230 621 817 Kč).

V další kapitole jsou rozepsány příjmy od jednotlivých skupin plátců na zdravotní pojištění v konkrétní pojišťovně. Jsou to příjmy od zaměstnavatelů, od OSVČ a od ostatních plátců (tedy i „státních pojištěnců“). Jsou zde podstatné rozdíly. Následující graf uvádí, jaké byly příjmy na pojistném konkrétní zdravotní pojišťovny od zaměstnavatelů, od OSVČ a ostatních plátců v letech 2007 až 2012. Údaje byly čerpány z výročních zpráv (viz příloha).

Graf č. 3: Příjmy na pojistném podle jednotlivých kategorií plátců v KoZP



Zdroj: Tab. č. 9 Příjmy na pojistném podle jednotlivých kategorií plátců v % v KoZP

Z grafu č. 3 je patrné, že nevyšší a rozhodující příjmy z pojistného plynou do pojišťovny od zaměstnavatelů. „Státní pojištěnci,“ patří do kategorie ostatní platby pojištěnců.

Tab. č. 9: Příjmy na pojistném podle jednotlivých kategorií plátců v % v KoZP

Rok	Příjmy od zaměstnavatelů v %	Příjmy od OSVČ v %	Příjmy ostatní v %	Celkové příjmy v %
2007	93	6	1,11	100
2008	93	7	0,35	100
2009	93	6	0,45	100
2010	93	6	1,09	100
2011	92	7	0,88	100
2012	92	7	1,06	100

Zdroj: Vlastní šetření

V tabulce č. 9 je zřejmé, že největší podíl ve všech analyzovaných letech byl od zaměstnavatelů a to 93% v letech 2007 až 2010 a nejnižší příjem byl od ostatních plátců a to pouze okolo 1% z celkových příjmů od všech pojištěnců.

8.1.4 Makroekonomické ukazatele

Makroekonomické ukazatele a vývoj české ekonomiky mají dopady i na hospodaření nejen zkoumané zdravotní pojišťovny, ale všech zdravotních pojišťoven. Primárně se makroekonomické ukazatele projevují zejména na příjmové straně.

Tab. č. 10 Makroekonomické ukazatele

Ukazatel	m.j.	Rok					
		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Průměrná mzda	Kč	20 957	22 592	23 344	23 864	22 455	25 067
Bazický index(z.r.2007)	%	1	7,80	11,39	13,87	7,15	19,61
Řetězový index	%	x	7,80	3,33	2,23	-5,90	11,63
Nezaměstnanost	%	6,6	5,4	8	9	8,6	8,6

Zdroj: Příloha č. 7 a příloha č. 8

Konkrétní makroekonomické údaje, které byly zkoumány z hlediska dopadu na hospodaření pojišťovny, byly průměrná mzda a nezaměstnanost. Průměrná mzda od roku 2007 do roku 2012 vzrostla celkem o 19%. Tento růst vyplývá z výpočtů z bazických indexů, kdy základní rok byl zvolen rok 2007. Tyto výpočty tedy udávají, o kolik % rostla průměrná mzda oproti základnímu období, což je rok 2007. Jako druhý ukazatel byl použit řetězový index, který udává růst průměrné mzdy oproti předchozímu roku. Z výše uvedené tabulky je patrné, že průměrná mzda rostla nejvíce oproti předchozímu roku v roce 2008 a to o 7,8% oproti roku 2007. Ještě vyšší růst průměrné mzdy byl zaznamenán v roce 2012 oproti roku 2011, konkrétně 11,63%. Naopak v letech 2009, 2010 a 2011 byl růst průměrné mzdy oproti předchozímu období nízký. V roce 2011 došlo dokonce k poklesu průměrné mzdy a to o 6%.

Nezaměstnanost byla vyšší letech 2009, 2010, 2011 a 2012. V těchto obdobích byla nezaměstnanost okolo 8 až 9%. Z uvedených čísel je patrné, že se v plné míře projevila ekonomická krize, kdy firmy byly nuceny snižovat počty zaměstnanců. Pokud si však chtěli stávající počet zaměstnanců udržet, musely snížit odměny za odvedenou práci. Negativní vývoj makroekonomických ukazatelů a vývoj české ekonomiky má negativní dopad i na příjmovou stranu bilance zdravotní pojišťovny. Tvrzení lze vysvětlit tím, že pokud nárůst mezd bude pomalý, jako v letech 2009 až 2011, budou i nižší vyměřovací základy u zaměstnanců, z nichž se odvádí pojistné. Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, příjmy od zaměstnavatelů na pojistném, tvoří nejvyšší část příjmů. Míra nezaměstnanosti má na příjmy za pojistné také velký vliv. Je to opět dáno tím, že pokud poroste nezaměstnanost, budou přibývat „státní pojištěnci“ a ubývat příjmy od zaměstnavatelů.

8.1.5 Systém přerozdělování finančních prostředků

Úkolem přerozdělení pojistného je udržet určitou míru solidarity pojištěnců s vysokými příjmy s pojištěnci s nižšími příjmy a dále pojištěnců zdravých s pojištěnci nemocnými.

V letech 1993 – 2004 kritéria přerozdělování nebyla zcela dostačující. Byl přerozdělován pouze nízký stupeň vybraného pojistného (60%) a nebyla zohledněna nákladovost pojištěnců. Kritériem přerozdělování byl jen počet a věk pojištěnců, za které je pojistné hrazeno státem. Cílem tohoto přerozdělování bylo vyrovnat rozdílný podíl státních pojištěnců v jednotlivých pojišťovnách.

Vzhledem k tomu, že princip solidarity není možné zachovávat pouze na příjmové straně, ale i na straně výdajové, bylo navrženo a přijato nové přerozdělování. Kritériem tohoto přerozdělování je nákladovost pojištěnců dle věku a pohlaví, spolu se zavedením systému kompenzace rizika.

Nové mechanismy přerozdělování (dosud používané) zavedl do praxe s účinností od 1. 1. 2005 zákon č. 592/1992 Sb., ve znění novely zdravotnických zákonů, tj. zákona č. 438/2004 Sb.

Přerozdělení v současnosti zahrnuje 100% vybraného pojistného, čímž je zachován princip solidarity na straně příjmů. Přerozdělování používá dva různé mechanismy, tj. řízené samostatnými a oddělenými kritérii.

První mechanismus provádí přerozdělování pojistného dle indexů nákladovosti věkových skupin a pohlaví pojištěnců. Do určité míry zachovává solidaritu na straně výdajů za zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění v rámci zvolených 36 skupin pojištěnců.

Druhý mechanismus provádí přerozdělování podle pojištěnců, za něž byly zdravotními pojišťovkami uhrazeny zvlášť nákladné zdravotní služby, hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o částečnou kompenzaci u pojištěnců s nejvyšším zdravotním rizikem.

Nákladné hrazené zdravotní služby jsou zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění poskytnuté na území ČR, u nichž výše úhrady příslušnou zdravotní pojišťovnou za jednoho pojištěnce překročila v období jednoho kalendářního roku částku odpovídající patnáctinásobku průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění za posledně účetně uzavřený kalendářní rok (dále jen nákladný pojištěnec).

(VZP,2015)

Prostřednictvím zdravotního pojištění je hrazeno přibližně 84% celkových nákladů systému zdravotnictví. Zbylé příjmy plynoucí do zdravotnictví jsou z přímých plateb (tj. regulační poplatky, finanční spoluúčast pacienta..) a dobrovolných plateb (tj. kosmetické zákroky aj.).

Vlastní přerozdělení probíhá tak, že platby zdravotním pojišťovnám, které dostanou od státu, přichází na tzv. zvláštní účet, který spravuje VZP ČR. Pravidelně každý měsíc se vyhodnocuje za každou zdravotní pojišťovnu struktura pojištěnců (věk a pohlaví), kdy daným skupinám jsou přiřazeny tzv. nákladové indexy. Pomocí těchto indexů a počtu pojištěnců ve věkových skupinách (18 skupin) se vypočítá částka, která konkrétní zdravotní pojišťovně přísluší. Vypočtené částky pak přechází ze zvláštního účtu na příjmové účty zdravotních pojišťoven.

V tabulce č. 11 jsou uvedeny příjmy z přerozdělení, které Pojišťovna každým rokem získávala do rozpočtu. Od roku 2007 je již používán jen systém 100% přerozdělení. (V roce 2005 se přerozdělovalo 65% z částky určené pro pojišťovnu dle starého způsobu přerozdělení. V roce 2006 se přerozdělovalo 70% dle nového způsobu přerozdělení a 35% dle starého způsobu přerozdělení.)

Tab. č. 11 Příjmy z přerozdělení

Rok	Částka z přerozdělení (v tis. Kč)	Platba za státní pojištěnce
2007	172 827	680
2008	- 128 859	677
2009	267 212	677
2010	842 905	723
2011	948 733	723
2012	1 235 090	723

Zdroj: Vlastní zpracování

Přerozdělená částka ve zkoumané pojišťovně se mimo rok 2008 každoročně zvyšovala. Od roku 2007 se platba za „státní pojištěnce“, zvýšila.

Systém 100% přerozdělení se vyznačuje následujícími výhodami:

- založen na principu rovných startovacích podmínek pro všechny zdravotní pojišťovny,
- udržuje rovný přístup občanů ke zdravotní péči
- na úkor konkurence, ale pod podmínkou zachování rovné dostupnosti zdravotní péče vede systém k omezení možnosti zdravotních pojišťoven vybírat si bonitní pojištěnce, což značně snižuje finanční problémy pojišťoven s vysokým podílem ztrátových pojištěnců v pojistném kmeni.

Na oficiální vyhodnocení efektů systému 100% si však budeme muset ještě několik let počkat.

8.2 Analýza a komparace pojistného v letech 2007-2012

Výběr pojistného na zdravotní pojištění tvoří pojistné, které odvádí za své zaměstnance zaměstnavatel, dále pojistné, které hradí OSVČ a pojistné hrazené osobami bez zdanitelných příjmů (OBZP). Vyjmenovaní plátcí naplňují přímý výběr pojistného, ke kterému přistupují dále platby státu za státní pojištěnce společně s částkou, kterou pojišťovna dostává s přerozdělením pojistného podle nákladových skupin pojištěnců.

Tab. č. 12: Celkové příjmy dle skutečných údajů z účetní závěrky KoZP

Rok	Příjem v tis. Kč				Celkem v tis. Kč
	z pojistného	z přerozdělení	penále, pokuty	ostatní	
2007	10004831	172827	34000	36000	10 289 879
2008	10354879	-128859	65000	41700	10 379 594
2009	10216953	267212	52500	71700	10 610 728
2010	10321807	842905	82000	60600	11 280 804
2011	10466683	948733	80000	292839	11 784 718
2012	11207405	1235090	85000	81350	12 561 204

Zdroj: Vlastní zpracování

Tab. č. 13: Vývoj celkových příjmů dle skutečných údajů z účetní závěrky KoZP včetně indexů

Rok	Celkem příjmy v tis. Kč	Bazický index (07)	Řetězový index
2007	10 289 879	1	x
2008	10 379 594	100,87	100,87
2009	10 610 728	103,12	102,23
2010	11 280 804	109,63	106,32
2011	11 784 718	114,53	104,47
2012	12 561 204	122,07	106,59

Zdroj: Vlastní zpracování

Z tabulky č. Tab. č. 13: Vývoj celkových příjmů dle skutečných údajů z účetní závěrky KoZP včetně indexů je patrné, že skutečné příjmy vybrané Pojišťovny, se každým rokem zvyšovaly (jak ukazuje řetězový index). Dle bazické indexu, kdy základním rokem byl zvolen rok 2007 byl celkový nárůst za uvedených 6 let celkem 22%.

Z tabulky vyplývající výše, je zároveň patrné, že nevyšší příjmy plynou z pojistného od pojištěnců. Další příjmy jako je přerozdělení, pokuty a penále jsou zanedbatelné. Grafická podoba příjmu dle jednotlivých kategorií je uvedena v příloze.

Očekávané příjmy se uvádějí i ve zdravotně pojistných plánech. V níže uvedených tabulkách jsou příjmy, které byly očekávány dle zdravotně pojistných plánů.

Tab. č. 14: Celkové příjmy v KoZP dle ZPP

Rok	Příjem v tis. Kč				Celkem v tis. Kč
	z pojistného	z přerozdělení	penále, pokuty	ostatní	
2007	9 945 000	- 45 000	34 000	36 000	9 970 000
2008	10 565 000	- 50 000	65 000	41 700	10 621 700
2009	11 140 000	- 140 000	52 500	71 700	11 124 200
2010	10 540 000	450 000	82 000	60 600	11 132 600
2011	10 630 000	740 000	80 000	292 839	11 742 839
2012	10 965 000	1 162 768	85 000	81 350	12 294 118

Zdroj: Vlastní zpracování

Tab. č. 15: Vývoj celkových příjmů dle ZPP v KoZP včetně indexů

Rok	Celkem v tis. Kč	Bazický index (07)	Řetězový index
2007	9 936 007	1,00	x
2008	10 582 008	106,14	106,50
2009	11 054 509	110,88	104,47
2010	11 074 010	111,07	100,18
2011	11 452 011	114,86	103,41
2012	12 214 780	122,52	106,66

Zdroj: vlastní zpracování

Dle tabulky č. 14 je jasné, že i dle pojistného plánu zauímají nejvyšší a rozhodující podíl příjmy z pojistného. Je to stejný trend, jako tomu bylo u skutečných příjmů. Dále dle bazického indexu byl nárůst příjmů o 22,52% v roce 2012 oproti roku 2007. Dle indexu řetězového příjmy dle zdravotně pojistného plánu rostly každým rokem. Grafické znázornění příjmů dle zdravotně pojistného plánu je uvedeno v příloze této práce.

Problematika zdravotně pojistného plánu:

Každá zdravotní pojišťovna je povinna dle zákona předkládat svůj zdravotně pojistný plán na následující rok. Postup schvalování zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven je odlišný od postupu VZP. Návrh ZPP u zaměstnaneckých pojišťoven, tedy i u Pojišťovny analyzovaný v této práci, putuje skrze Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí k vládě ČR. ZPP obsahuje plán příjmů a výdajů v členění podle jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, plán provozních nákladů, údaje o rozsahu zdravotní péče hrazené pojišťovnou, způsob zajištění dostupnosti služeb nabízených pojišťovnou včetně předpokládané sítě zdravotnických zařízení, se kterými pojišťovna uzavírá smlouvu o úhradě zdravotní péče.

Problémem zdravotně pojistných plánů je fakt, že dochází k podcenění jejich významnosti. Mezi příklady můžeme uvést průtahy, které jsou spojeny s projednáváním ZPP, dále návaznost na makroekonomické ukazatele, respektování ZPP při dohodách o výši úhrad zdravotní péče.

Tab. č. 16 Porovnání příjmu z pojistného dle skutečnosti a ZPP v KoZP

Rok	Příjem dle ZPP	Skutečný příjem	Rozdíl	Řetězový index	v%
2007	9 970 000	10 289 879	319 879	103,21	3,21
2008	10 621 700	10 379 594	- 242 106	97,72	-2,28
2009	11 124 200	10 610 728	- 513 472	95,38	-4,62
2010	11 132 600	11 280 804	148 204	101,33	1,33
2011	11 742 839	11 784 718	41 879	100,36	0,36
2012	12 294 118	12 561 204	267 086	102,17	2,17

Zdroj: Vlastní zpracování

Z uvedené tabulky výše, je zřejmé, že skutečné příjmy byly mimo roky 2008 a 2009 vyšší než byly plánované příjmy dle ZPP. Ovšem, jak uvádí tabulka, rozdíl skutečných příjmů a příjmů dle ZPP se pohyboval vždy pouze v řádu několik %. Dále je z tabulky patrné, že příjmy konkrétní pojišťovny každým rokem stouply, což je pozitivní trend. Je však nutné brát v úvahu také vývoj nákladů a výdajů zdravotní pojišťovny, což bude popsáno v následující části této práce.

8.3 Aspekty výběru pojistného podle jejich ovlivnitelnosti zdravotní pojišťovnou

S výběrem pojistného bývá spojena celá řada problémů. Některé faktory byly již uvedeny v předchozí kapitole. Nyní budou tyto faktory rozčleněny z hlediska ovlivnitelnosti zdravotní pojišťovnou.

A. Problémy výběru pojistného neovlivnitelné zdravotní pojišťovnou

- **Makroekonomická situace v ČR:** zde platí, že makroekonomická data ovlivňují výběr pojistného. Tato problematika byla popsána v kapitole 9.1.4 Makroekonomické ukazatele. Zároveň makroekonomická situace může ovlivňovat celou řadu aspektů týkající se příjmů na pojistném.

- **Maximální roční vyměřovací základ:** maximální vyměřovací základ byl určený zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. U maximálního ročního vyměřovacího základu byly příliš časté změny. Převládal zde názor, že maximální vyměřovací základ byl velice nevýhodný a zároveň diskriminující pro osoby s nižšími příjmy. Pro občany, jejichž příjmy byly vyšší, byl tento systém výhodný. Tato skupina občanů nemusela odvádět z překročené částky zdravotní pojištění. Ve znění zákona platném od 1. ledna 2015 zcela zaniká zmínka o maximálním vyměřovacím základu, a to dokonce bez úpravy v přechodných ustanoveních. Je tak nahrazeno i znění §3d ZPZP, podle něhož se ustanovení, která se týkají maximálního vyměřovacího základu, nepoužijí pro roky 2013 a 2015.
- **Platby a počty „státních pojištěnců“:** V této kapitole byl zjištěn velký rozdíl platby za státní pojištěnce oproti platbám ostatních pojištěnců. Zároveň byl v předchozích kapitolách zjištěn velký počet těchto pojištěnců. Tyto rozdíly patří k nejzákladnějším problémům výběru pojistného na zdravotní pojištění. Podíl „velmi nákladných pojištěnců“ byl velmi vysoký.
- **Nevyhovující legislativa:** stávající právní úprava postihuje dlužníky pojistného pouze penalizací. K penalizaci plátce pojistného dochází za situace, kdy příslušná platba nebyla zaplacená ve stanovené lhůtě, nebo byla zaplacená opožděně (popřípadě v nižší částce). Od 1. ledna 2007 je sazba penále **0,05%** z dlužné částky za každý den prodlení. Například firma, která by dlužila na pojistném 200 000 Kč a platba by se zpozdila o 1 den, vznikne jí penále ve výši 100 Kč. Ve smyslu právních norem platných ve zdravotním pojištění lze požádat o prominutí vyměřeného penále, a to cestou odstranění tvrdosti. Zákonný nárok zdravotní pojišťovny na pojistné není oprávněn odpouštět nebo snižovat nikdo. Odstranění tvrdosti je možné jen u penále, pokut a přírážek k pojistnému, a to na základě písemné žádosti plátce pojistného nebo jiné oprávněné osoby, přičemž tato žádost musí být podána nejpozději do nabytí právní moci rozhodnutí. Zdravotní pojišťovny tedy běžně sjednávají s dlužníky splácení pohledávek formou splátkových kalendářů. Z výše uvedeného plyne závěr, že současná legislativa dlouhodobé neplatiče pojistného, mimo penalizace nikterak neřeší.

B. Problémy výběru pojistného ovlivnitelné zdravotní pojišťovnou

- **Úbytek pojištěnců:** za každého odhlášeného pojištěnce dochází ke ztrátě výběru na pojistném. Toto riziko však může Pojišťovna alespoň částečně eliminovat různými

marketinkovými bonusy nebo akcemi, které by vedly k vyšší registraci. Marketinkové akce jsou zaměřené buď na získávání nových pojištěnců, nebo na stabilizaci pojistného kmene. Mezi klasické marketinkové produkty můžeme zahrnout tzv: “preventivní programy“. Zároveň je však nutné kontrolovat náklady vynaložené na preventivní péči. Tato problematika bude podrobněji analyzována v kapitole 10.1.2 Náklady na preventivní péči.

- **Nedostatečné vymáhání pojistného:** skutečnosti, které negativně ovlivňují vymáhání pohledávek jsou různé. Jsou to například nedostatky v evidenci pojištěnců a plátců, malá platební kázeň plátců, špatná informovanost pojištěnců a plátců, účelové chování plátců (umělé zvyšování výdajů), nedůslednost ve vymáhání pohledávek atd.
- **Nesoulad příjmů a výdajů:** patří mezi další faktory, které může Pojišťovna částečně ovlivnit. Tato problematika bude vyhodnocena na závěr této práce v poslední kapitole, kdy budou porovnány příjmy na zdravotní pojištění konkrétní zdravotní pojišťovny a výdaje za sledované období.

9 Výdajová strana bilance vybrané zdravotní pojišťovny

9.1 Faktory ovlivňující výdajovou stranu bilance

Tato kapitola bude charakterizovat výdajovou stranu vybrané zdravotní pojišťovny. Jak ukazuje tabulka níže, výdaje na zdravotní péči představují největší podíl na celkových výdajích vybrané zdravotní pojišťovny ve všech analyzovaných letech. Záměrně se tedy budeme věnovat pouze nákladům na zdravotní péči a ne celkovým nákladům pojišťovny.

Tab. č. 17: Celkové výdaje KoZP a výdaje na zdravotní služby v tis. Kč

Rok	Celkové výdaje v tis. Kč	z toho: výdaje na zdravotní péči v tis. Kč	Podíl v %
2007	9 540 000	9 142 063	96,79
2008	10 350 210	9 764 334	95,28
2009	11 144 775	10 807 349	97,94
2010	11 308 653	10 948 781	97,79
2011	11 854 795	11 502 940	98,00
2012	12 501 788	11 955 394	96,59

Zdroj: Vlastní zpracování

V další části této kapitoly byla pozornost věnována jednotlivým druhům nákladů na zdravotní péči ve zkoumaných letech. Nejprve dle ZPP, poté skutečné náklady dle výročních zpráv a na závěr byly náklady na zdravotní péči dle ZPP a skutečné náklady porovnány.

Tab. č. 18: Náklady na zdravotní péči dle ZPP v KoZP v tis. Kč

Náklady	Rok					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ambulantní péče	2 304 750	2 557 290	2 867 450	3 089 150	3 128 555	3 276 584
Ústavní péče	4 326 200	4 761 900	5 129 940	5 462 350	5 433 385	5 656 451
Lázeňské péče	220 540	167 200	172 000	183 300	181 952	177 415
Ozdravovny	5 260	3 050	3 090	3 073	3 058	1 115
Náklady na dopravu	57 350	56 050	64 360	65 556	66 700	63 770
Náklady na ZZS	48 850	47 650	77 560	79 897	79 310	82 125
Náklady na léky	2 221 600	2 021 400	1 926 700	2 010 776	1 997 728	1 981 472
Náklady na zdravotní prostředky	236 150	273 800	274 600	294 725	315 849	328 418
Náklady na léčení v zahraničí	7 000	6 500	12 600	18 000	17 870	21 290
Ostatní	2 300	110 160	60 800	53 173	45 593	96 360
Celkem	9 430 000	10 005 000	10 589 100	11 260 000	11 270 000	11 685 000
Bazický index (2007)		106,1	112,29	119,41	119,51	123,91
Řetězový index		106,1	105,84	106,34	100,09	103,68

Zdroj: Vlastní zpracování

Náklady na zdravotní péči byly rozděleny na náklady na ambulantní péči (tj. stomatologická péče, praktický lékaři, gynekologická péče, rehabilitační péče, diagnostická péče, domácí zdravotní péče, specializovaná ambulantní péče atd.), ústavní péči (tj. nemocnice, odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných atd.), lázeňskou péči, ozdravovny, náklady na dopravu, náklady na zdravotní záchranná služba (ZZS), náklady na léky (předepsané v ambulantních zdravotních zařízení a předepsané v lůžkových zdravotních zařízeních) náklady na zdravotní prostředky (předepsané v ambulantní zdravotním zařízení a předepsané v lůžkovém zdravotním zařízení), náklady na léčení v zahraničí a ostatní. Dle grafu (uvedeným v příloze této práce) a tabulky je zřejmé, že nejvyššími náklady dle ZPP v letech 2007 až 2012 byly náklady na ústavní péči. Druhé nejvyšší náklady byly náklady na ambulantní péči. Třetí nejvyšší náklady byly náklady na léky. Náklady na zdravotní péči

rostly každým rokem. Tento trend potvrzuje i řetězový index. Dle bazické indexu, kdy základním obdobím byl rok 2007 došlo k celkovému růstu nákladů v roce 2012 o 24%

Tab. č. 19: Skutečné náklady na zdravotní péči v KoZP dle poskytované péče

Náklady	Rok					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ambulantní péče	2 293 964	2 632 948	2 915 030	3 033 972	3 229 535	3 419 238
Ústavní péče	4 548 298	4 994 876	5 455 581	5 692 626	5 791 197	5 886 887
Lázeňské péče	194 246	185 558	197 166	206 490	201 835	179 089
Ozdravovny	2 444	1 711	2 333	2 069	1 270	1 216
Náklady na dopravu	49 531	60 084	62 047	66 888	62 580	67 220
Náklady na ZZS	49 926	60 292	71 375	81 659	85 981	104 816
Náklady na léky	1 850 685	1 721 806	1 949 107	1 827 527	1 825 247	2 015 977
Náklady na zdravotní prostředky	256 037	266 564	289 042	308 121	316 240	321 010
Náklady na léčení v zahraničí	3 734	6 082	17 049	14 184	17 984	14 649
Ostatní	62	1 383	15 002	44 295	46 165	64 253
Celkem	9 248 927	9 931 304	10 973 732	11 277 831	11 578 034	12 074 355
Bazický index (2007)		107,38	118,65	121,94	125,18	130,55
Řetězový index		107,38	110,5	102,77	102,66	104,29

Zdroj: Vlastní šetření

Výše uvedená tabulka analyzuje stejně jako předchozí tabulka s grafem (v příloze této práce) výdaje na zdravotní péči analyzované zdravotní pojišťovny. Rozdíl je pouze v tom, že údaje uvedené v této tabulce a grafu jsou výdaji skutečnými (uvedenými v účetní závěrce). Jak je tedy patrné, že stejně jako výdaje dle ZPP tak i ve skutečnosti byly v uvedené roky nejvyšší výdaje za **ústavní, ambulantní péči a náklady na léky**. Proto budou tyto výdaje podrobněji charakterizovány v následujícím textu.

- **Ústavní péče:** jsou způsobeny především vysokým počtem akutních nemocničních lůžek na 1000 obyvatel. Z dlouhodobého hlediska je trend vývoje celkového počtu akutních lůžek klesající. Stejně tak klesá počet lůžek v ostatních zemích OECD. Přesto

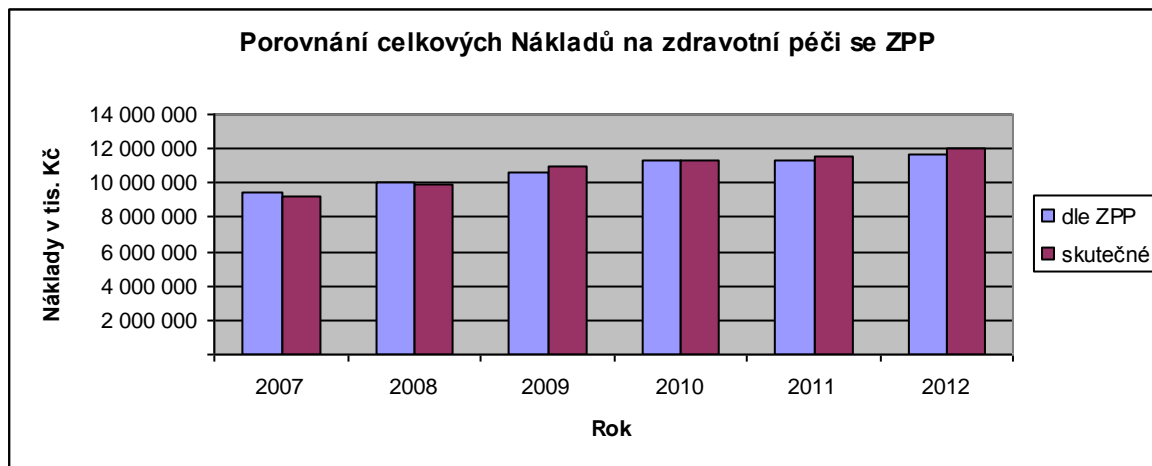
je v ČR počet lůžek v nemocnice nadprůměrný. V ČR je to 5,2 lůžek na 1000 obyvatel, zatímco v zemích OECD je průměrný počet lůžek na 1000 obyvatel 3,8 lůžek.

- **Ambulantní péče:** růst těchto nákladů je způsoben především úhradovým systémem. Od roku 1997 byla zavedena tzv. výkonově – kapitační platba pro praktické lékaře (viz. kapitola 4.3 Úhrada zdravotní péče). Tím, že byla zavedena tzv. výkonově – kapitační platba přestaly být vykazovány jednotlivé výkony a tím i evidována činnost lékařů. Další problém je podobně jako u výše uvedené ústavní péče. Česká republika má více lékařů na jednoho obyvatele než většina členských zemí OECD. Například v roce 2007 byl v Česku 3,6 praktických lékařů na 1000 obyvatel. Průměr v zemích OECD je přitom 3,1 praktických lékařů na 1000 obyvatel.
- **Náklady na léčiva:** spotřeba léků a léčiv je v ČR poměrně vysoká. Ve většině zemí je úhrada léků z větší části na pacientovi. Některé léky jsou však poskytovány zdarma. Seznam léků, které jsou hrazeny z pojištění v plné výši, v částečné výši a léků hrazených pacientem je jiný v každé zemi. ČR však patří k zemím, kde je spoluúčast na léčích velice nízká. Například v roce 2007 byla dle zprávy OECD nižší spoluúčast pacientů na léčích pouze v Lucembursku (necelých 23%). V mimoevropských zemích je spoluúčast pacientů na léčích více než 50%. V USA je to dokonce více než 75%. (Gola, 2015)

Je patrné, že i v dalších letech, se náklady na zdravotní péči vyvíjely stejně. Tzn. nejvyšší byly náklady na ústavní péči, dále náklady na ambulantní péči a náklady na léky (viz Příloha č. 10 a 11).

Dále dle řetězového indexu byl patrný nárůst výdajů na zdravotnictví každý rok. Skutečný růst nákladů na zdravotní péči od roku 2007 do roku 2012 byl ve skutečnosti 30%. Dle řetězového indexu byl zaznamenán nejvyšší nárůst oproti předchozímu roku v roce 2009. V roce 2009 byly náklady o 10,5% vyšší než v roce 2008.

Graf č. 4: Porovnání celkových nákladů na zdravotní péči se ZPP v KoZP



Zdroj: Tab. č. 18: Náklady na zdravotní péči dle ZPP v KoZP a Tab. č. 19: Skutečné náklady na zdravotní péči v KoZP dle poskytované péče

Na závěr této kapitoly byly porovnány náklady na zdravotní péči dle ZPP a skutečné náklady na zdravotní péči. Náklady na zdravotní péči dle ZPP byly vyšší v letech 2007 a 2008 než náklady skutečné. V roce 2007 byly skutečné náklady nižší o 1,9% a v roce 2008 o 0,74%. V dalších analyzovaných letech byly skutečné náklady vždy vyšší než náklady na zdravotní péči dle ZPP.

Z výše uvedených tabulek a grafů v této kapitole můžeme pozorovat zároveň trend růstu nákladů na zdravotní péči. Faktory, které se na tomto trendu značnou měrou podílejí jsou především:

- nadměrná spotřeba lékařské péče,
- růst nákladů na léky,
- nedostatečná optimalizace sítě zdravotnických zařízení,
- dohodnuté či nařízené způsoby úhrad a z nich vyplývající výše úhrad,
- zavádění nových finančně náročných technologií,
- stárnutí obyvatelstva,
- chybějící mantinely pro chování všech subjektů v systému,
- další

Tyto uvedené faktory se prolínají navzájem. Určit vliv kterékoliv z nich je téměř nemožné.

9.1.2 Náklady na preventivní péči

V souladu s ustanovení §16 odst. 4 zákona č. 280/1992 Sb. může zaměstnanecká pojišťovna utvářet fond prevence. Z fondu prevence lze nad rámec hrazených služeb hradit zdravotní služby, u nichž je prokazatelný preventivní, diagnostický nebo léčebný efekt a které jsou poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním.

Tab. č. 20: Porovnání nákladů na preventivní péči KoZP vůči VZP

Rok	Počet pojištěnců		Náklady na preventivní zdravotní péči celkem v tis. Kč	
	KZP	VZP	KZP	VZP
2008	568 112	6 429 707	47 902	489 864
2009	551 103	6 261 809	75 924	486 979
2010	585 000	6 271 186	73 317	234 101
2011	587 311	6 247 532	67 596	309 959

Zdroj: výroční zprávy KZP (konkrétní zdravotní pojišťovny) a VZP

V tabulce jsou zpracovány celkové výdaje na preventivní zdravotní péči jednak u zaměstnanecké pojišťovny analyzované v této práci a pro porovnání jsou v tabulce uvedeny také náklady na preventivní zdravotní péči ve VZP. Pro přehlednost těchto výdajů, je zpracována tabulka uvedena níže, ve které jsou přepočteny náklady na preventivní zdravotní péči na 1 pojištěnce. Čísla jsou pouze orientační, protože z výročních zpráv obou pojišťoven nebylo možné zjistit kolik pojištěnců tuto nadstandardní péči čerpalo. Čerpání těchto příspěvků, které pojišťovny hradí nad rámec hrazených služeb, je dobrovolné. Záleží tedy pouze na konkrétním pojištěnci, které příspěvky bude čerpat, jestliže nějaké vůbec čerpat chce. Položka náklady na preventivní zdravotní péči celkem zahrnuje náklady na zdravotní programy, náklady na ozdravné pobyty a ostatní náklady.

Tab. č. 21 Porovnání nákladů na preventivní péči na 1 pojištěnce v KoZP a VZP

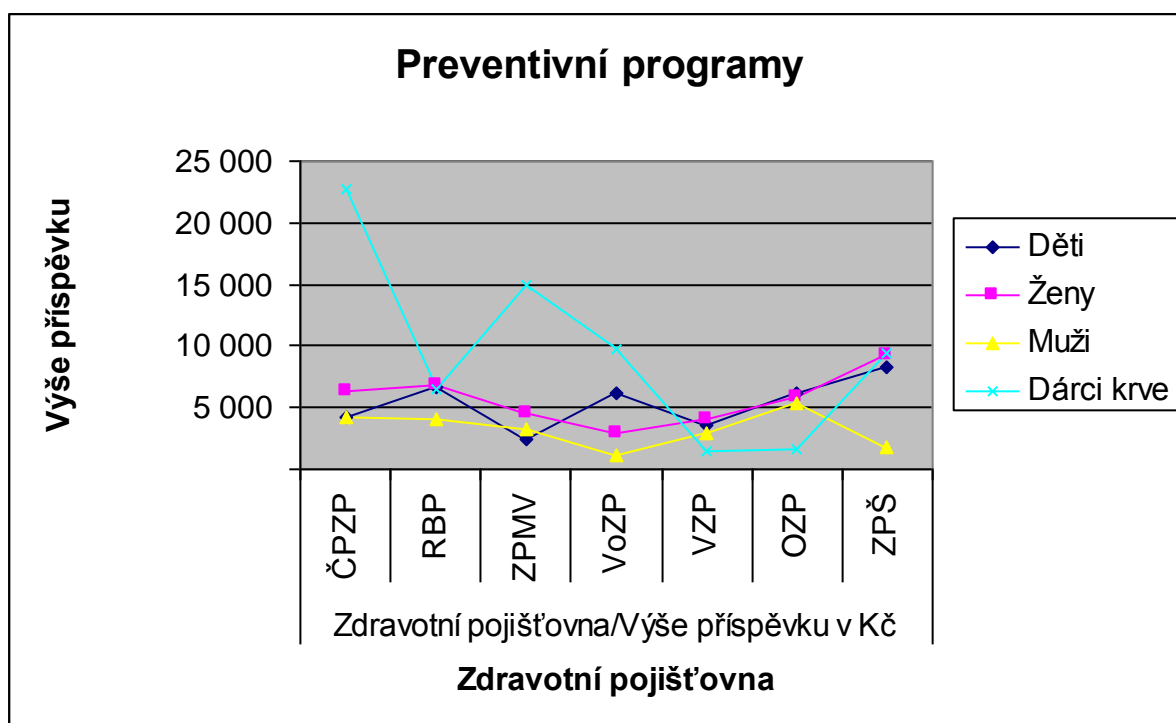
Rok	Náklady na preventivní péči na 1 pojištěnce v Kč	
	KZP	VZP
2008	8,52	10,23
2009	13,91	6,41
2010	12,66	3,19
2011	11,62	4,59

Zdroj: Vlastní výpočty

V případě analyzované pojišťovny došlo k růstu průměrných nákladů na preventivní péči na 1 pojištěnce v letech 2008 až 2009, v dalších letech tyto náklady klesaly. Když porovnáme výdaje s největší zdravotní pojišťovnou v ČR VZP, tak tam byl zaznamenán klesající trend po celé sledované období.

V následujícím grafu jsou uvedeny výše těchto příspěvků různých zdravotních pojišťoven v ČR.

Graf č. 5: Náklady na preventivní péči v porovnání s ostatními ZP



Zdroj: Vlastní zpracování - Příloha č. 20: Preventivní programy pro děti, mládež a studenty, Příloha č. 21: Preventivní programy pro ženy, Příloha č. 22: Preventivní programy pro muže, Příloha č. 23: Preventivní programy pro dárce krve

Náklady na preventivní péči se v průměru mezi pojišťovnami příliš neliší. Pouze Česká průmyslová zdravotní pojišťovna se vymyká průměru. Její příspěvky jsou nadprůměrné vysoké, zejména co se týče dárců krve. Analyzovaná pojišťovna v této práci vykazovala stejnou výši příspěvků na preventivní zdravotní péči jako ostatní pojišťovny.

Kromě základních zdravotních programů nabízejí zdravotní pojišťovny ještě tzv. věrnostní programy. Tyto programy slouží jako prostředek motivace, aby stávající klienti pojišťovny nepřecházely k jiným pojišťovnám a zároveň často pojišťovny nestřídaly.

10 Výsledná bilance Zdravotní pojišťovny v letech 2007-2012

10.1 Hodnocení sledovaných ukazatel v jednotlivých dle příjmů a nákladů

Tab. č. 22 Saldo příjmů a nákladů v KoZP v letech 2007 – 2012 v tis. Kč

2007	ZPP	Skutečnost	Skutečnost/ZPP (v%)
Příjmy celkem	9 970 000	10 289 879	1,03
Náklady celkem	9 430 000	9 248 927	0,98
Saldo příjmů a nákladů ZFZP	540 000	1 040 952	1,93

2008	ZPP	Skutečnost	Skutečnost/ZPP (v%)
Příjmy celkem	10 621 700	10 379 594	0,98
Náklady celkem	10 005 000	9 931 304	0,99
Saldo příjmů a nákladů ZFZP	616 700	448 290	0,73

2009	ZPP	Skutečnost	Skutečnost/ZPP (v%)
Příjmy celkem	11 124 200	10 610 728	0,95
Náklady celkem	10 589 100	10 973 732	1,04
Saldo příjmů a nákladů ZFZP	535 100	- 363 004	-0,68

2010	ZPP	Skutečnost	Skutečnost/ZPP (v%)
Příjmy celkem	11 132 600	11 280 804	1,01
Náklady celkem	11 260 000	11 277 831	1,00
Saldo příjmů a nákladů ZFZP	- 127 400	2 973	-0,02

2011	ZPP	Skutečnost	Skutečnost/ZPP (v%)
Příjmy celkem	11 742 839	11 784 718	1,00
Náklady celkem	11 270 000	11 578 034	1,03
Saldo příjmů a nákladů ZFZP	472 839	206 684	0,43

2012	ZPP	Skutečnost	Skutečnost/ZPP (v%)
Příjmy celkem	12 294 118	12 561 204	1,02
Náklady celkem	11 685 000	12 074 355	1,03
Saldo příjmů a nákladů ZFZP	609 118	486 849	0,80

Zdroj: Tab. č. 13: Vývoj celkových příjmů dle skutečných údajů z účetní závěrky KoZP včetně indexů, Tab. č. 17: Celkové výdaje KoZP a výdaje na zdravotní služby v tis. Kč

Ve všech zkoumaných letech zdravotní pojišťovna vykazovala kladný hospodářský výsledek mimo roku 2009, kdy výdaje vynaložené na zdravotní péči byly vyšší než příjmy vybrané na pojistném. Podrobně budou tyto roky analyzovány v následující kapitole.

Roky 2004, 2005 a 2006

Jak již bylo zmíněno v úvodu a v metodice roky 2004 až 2006 jsou vyhodnoceny pouze okrajově z důvodu nedostupnosti údajů, zejména ZPP. Vzhledem k nedostupnosti ZPP nebylo možné analyzovat vývoj počtu pojištěnců a další faktory, které ovlivňují příjmovou a výdajovou stranu bilance KoZP.

Rok 2004 lze podle výňatku z výroční zprávy KoZP charakterizovat z hlediska rozvoje a hospodaření jako úspěšný. Celkové příjmy byly v roce 2004 8 445 464 tis. Kč. Celkové výdaje byly 8 437 718 tis. Kč. Je tedy zřejmé, že bilance v tomto roce byla vyrovnaná.

Rok 2005 byl dle výroční zprávy KoZP vyhodnocen též jako úspěšný. Příjmy a výdaje byly opět vyrovnané. Celkové příjmy byly ve výši 8 744 934 tis. Kč a výdaje ve výši 8 723 802 tis. Kč.

Stejný trend byl zaznamenán i u roku 2006. Také tento rok lze charakterizovat jako úspěšný. Rok 2006 byl s příjmy 9 246 783 tis. Kč a výdaji 9 129 475 tis. Kč vyrovnaný.

Rok 2007

Hospodářsky nejlepším rokem byl rok **2007**, kdy saldo bylo celkem 1 040 952 Kč. Plánované příjmy dle ZPP byly ve výši 9 970 000 tis. Kč. Skutečné příjmy v roce 2007 byly o 3% vyšší než plánované. Na skutečné příjmy, které byly ve výši 10 289 879 tis. Kč, působila celá řada faktorů:

- **Pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti:** v roce 2007 činily celkem 1 000 727 Kč. Což je druhá nejnižší částka za roky 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 a 2012. Dle pojistného plánu byly očekávány ve výši 820 000 tis. Kč. Ve skutečnosti byl efektivní plán splněn na 22%. Pohledávky za plátcí pojistného tvoří jednak dlužné pojistné a jedna neuhrazené sankční poplatky. Proto je dobré aby byly co nejnižší.

- **Pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti:** v roce 2007 činily tyto pohledávky celkem 1 386 193 tis. Kč. Což je mimo roky 2008 a 2009 nejvyšší částka za všechny uvedené roky. Navíc zdravotně pojistný plán očekával pohledávky po lhůtě splatnosti ve výši 1 220 000 tis. Kč. Skutečné pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti byly tedy o 13% vyšší než plánované. Pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti byly měly tedy negativní vliv na příjmovou stranu bilance ZP.
- **Vliv „státních pojištěnců“ na příjmovou stránku:** v roce 2007 bylo u konkrétní zdravotní pojišťovny pojištěno celkem 570 000 osob, z čehož bylo 287 850 pojištěnců „státních“. Podíl těchto „státních pojištěnců“ se snaží mít každá zdravotní pojišťovna co nejnižší, protože představují většinou nízké příjmy a vysoké výdaje pro zdravotní pojišťovnu. Vysoký podíl „státních pojištěnců“ má negativní vliv na příjmovou stránku. Pro rok 2007 byl podíl „státních pojištěnců“ **50,5%**. Což představovalo třetí nejnižší podíl za zkoumané roky. Dalším faktorem, který je třeba zmínit u této skupiny je výše platby státu za tuto skupinu pojištěnců. Ta v roce 2007 činila pouze **680 Kč**, tedy nejnižší částku za analyzované roky. Celkový příjem za „státní pojištěnce byl **195 738 000 Kč**. Tato částka představovala čtvrtý nejvyšší příjem za uvedené roky a to i přesto, že platba za jednoho „státního pojištěnce“ byla nejnižší ze všech let.
- **Makroekonomické ukazatele:** tyto ukazatele se primárně projevují především na příjmové straně. Průměrná mzda činila v roce 2007 **20 957 Kč**, což je nejnižší průměrná mzda za uvedené roky. Ovšem nezaměstnanost byla v tomto roce na **6,6%**, což je druhá nejnižší nezaměstnanost v uvedených letech. Zde je nutné podotknout, že příjmová stránka nebyla prozatím ovlivněna hospodářskou krizí, která přišla až o rok později.
- **Systém přerozdělení:** částka z přerozdělení pro rok 2007 byla ve výši 172 827 tis. Kč. Což byla za zkoumané roky druhá nejnižší částka. Horší byl pouze rok 2008, kdy částka z přerozdělení byla záporná.

Saldo hospodářského výsledku bylo ovlivněno také výdaji. Náklady na zdravotní péči byly v tomto roce celkem ve výši **9 248 927 tis. Kč**.

Celkové saldo zdravotní pojišťovny pro rok 2007 lze zhodnotit následovně. Příjem pojistného byl dostatečný k pokrytí výdajů na zdravotní péči i na provoz pojišťovny. Zásahu na tom měly především následující skutečnosti: nízký stav pohledávek za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti, dostatečný příjem za „státní pojištěnce“, nízká nezaměstnanost a relativně nižší výdaje na zdravotní péči.

Rok 2008

Saldo za rok 2008 bylo ve vybrané zdravotní pojišťovně **448 290 tis. Kč**, což představuje téměř o polovinu nižší částku než tomu bylo v roce 2007. Příčiny budou analyzovány níže.

Příjmy zdravotní pojišťovny byly v roce 2008 **10 379 594 tis. Kč**. Dle ZPP byly skutečné příjmy o 2% nižší než očekávané. Ovlivňovaly je následující faktory:

- **Počet pojištěnců:** celkový počet pojištěnců v roce 2008 byl 568 112 osob, mírně nižší než v roce 2007, přibližně se jedná o 18% z celkového počtu pojištěnců. Nejvíce pojištěnců bylo ve věku mezi 30. až 35. rokem (9,2%) a nejméně ve věkové struktuře 85 a více let (2%). Což vzhledem k tomu, že „starší“ pojištěnci jsou nejméně výhodnou skupinou pojištěnců a naopak pojištěnci ve „středních“ letech výhodnou skupinou pojištěnců, pozitivně ovlivnilo příjmy na pojistném.
- **Pohledávky ve lhůtě splatnosti:** byly ve výši **1 020 652 tis. Kč**. Pojistný plán překročily o 16%. Což je negativní trend z hlediska příjmové strany bilance ZP.
- **Pohledávky po lhůtě splatnosti:** byly ve výši **1 695 448 tis. Kč**. Pojistný plán překročily o 27% a zároveň byly nejvyšší za celou dobu analyzovaných let. Toto mělo na příjmovou stránku negativní vliv. Jedná se o výnosy, které ovšem nebyly realizované.
- **Vliv „státních pojištěnců“ na příjmovou stránku:** v roce 2008 byla přesně polovina všech pojištěnců zdravotní pojišťovny tzv. „státní pojištěnci“. Oproti roku 2007 to představovalo nepatrný pokles o 0,5% a zároveň tento poměr byl druhým nejnižším za uvedené roky. Zásadní změnu však představovala snížení vyměřovacího základu a tudíž i platby za jednoho „státního pojištěnce“ z **680 Kč na 677 Kč**. Tato změna působila negativně na příjmovou stranu bilance ZP. Toto se samozřejmě projevilo i v celkových příjmech za „státní pojištěnce“, které byly druhé nejnižší za zkoumané roky a to **192 945 000 Kč**.

- **Makroekonomické ukazatele:** v tomto roce byly na relativně dobré úrovni. Nezaměstnanost činila **5,4%**, což představovalo snížení oproti roku 2007. Průměrná mzda v roce 2008 byla **22 592 Kč**, což představovalo zvýšení oproti roku 2007 o 7,8%.
- **Příjmy z přerozdělení:** byly v tomto roce záporné a to – 128 859 tis. Kč.

Celkové náklady pro rok 2008 byly ve výši **9 931 304 tis. Kč**. To představovalo nárůst oproti roku 2007 o 7,3%. Dle ZPP byly očekávané náklady nižší o 1%.

Celkové saldo pro rok 2008 bylo **448 290 tis. Kč**. Na jednu stranu je to velké snížení oproti roku 2007. Na druhou stranu je pozitivní, že bylo v kladných číslech. Příjem z pojistného po přerozdělení stačil k pokrytí výdajů na zdravotní péči a provoz pojišťovny. Faktory, jež ovlivnily pozitivní hospodářský výsledek byly zejména: stabilní počet pojištěnců, vývoj makroekonomických ukazatelů. Naopak ke snížení salda hospodaření oproti předchozím roku téměř o polovinu, vedly následující faktory: snížení platby za státní pojištění a zvýšení výdajů na zdravotní péči, případně zvýšení stavu pohledávek.

Rok 2009

Rok 2009 byl z hlediska hospodaření nejhorším rokem ze všech uvedených let. Saldo v tomto roce bylo – **363 100 tis. Kč** (dle ZPP mělo být pro rok 2009 kladné a to ve výši 363 004 Kč). Skutečné saldo bylo nižší o 68% než plánované. Mohou za to jak celkové příjmy, které byly pouze **10 610 728 tis. Kč** (ve ZPP bylo počítáno s příjmy ve výši 11 124 200 tis. Kč – tj. o 5% vyšší). Zároveň tento deficit způsobily i výdaje, které byly ve výši **10 973 732 tis. Kč** (ve ZPP bylo počítáno s výdaji ve výši 10 589 100 tis. Kč – tj. o 4% vyšší.)

Na příjmovou stránku v roce 2009 měli vliv následující události:

- **Počet pojištěnců:** v roce 2009 došlo k mírnému poklesu pojištěnců v pojišťovny a to z 568 112 osob na 551 103 osob. Jednalo se tedy o **pokles o 3% oproti roku 2008**. Snížení počtu pojištěnců má vždy negativní vliv na příjmovou stránku pojišťovny.

- **Pohledávky za plátcí pojistného ve a po lhůtě splatnosti:** pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti byly v celkové výši **1 112 767 tis. Kč**, což představuje nevyšší částku za zkoumané roky. Ve ZPP bylo počítáno s nižší částkou a to celkem o 5%. Dále pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti byly ve výši **1 677 329 tis. Kč**, což je podobně jako u pohledávek za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti druhá nejvyšší částka za zkoumané roky. Ovšem ZPP počítal s částkou o 5% vyšší. Lze tedy konstatovat, že i v oblasti pohledávek za plátcí pojistného došlo k velkému růstu částek. To mělo opět negativní vliv na příjmovou stránku bilance ZP.
- **Vliv „státních pojištěnců“ na příjmovou stránku:** podíl „státních pojištěnců“ k celkové počtu byl nejnižší z uvedených let a to **49,39%**. Ovšem v ostatních letech tento podíl by vždy ve výši okolo 50%, takže je toto číslo zanedbatelné. Zásadní vliv na nízké příjmy v letech 2009 měla nižší výše platby (677 Kč) za tuto skupinu pojištěnců a také nejnižší celkový příjem za „státní pojištěnce“. Ten byl ve výši **183 907 050 tis. Kč**.
- **Makroekonomická situace:** ta se také negativně podepsala na příjmové stránce v tomto roce. Zvýšila se jak nezaměstnanost, tak i průměrná mzda rostla oproti roku předchozímu pomaleji, než v letech minulých (jak ukazuje řetězový index **3,33 %**). Začala se tedy projevovat naplno hospodářská krize.
- **Příjmy z přerozdělení:** činí v celkové výši 267 859 tis. Kč, zvýšily oproti rokům předchozím. Ale ani tak to nestačilo k pokrytí nákladů na zdravotní péči a v porovnání s dalšími lety byly na velice nízké úrovni.

Výdaje byly ve skutečnosti v částce **10 973 732 tis. Kč**. Což představovalo růst výdajů oproti předchozímu roku o 10,5% a zároveň byly vyšší o 4% než se uvažovala ve ZPP pro rok 2009.

Rok 2010

V roce 2010 došlo k významnému zlepšení oproti roku 2009. Saldo činilo pro rok 2010 **2 973 tis. Kč**, Pojišťovna se dostala z tzv. „červených čísel“. Dle ZPP pro tento rok bylo počítáno se ztrátou ve výši **127 400 tis. Kč**. Bylo to způsobeno na straně příjmové kdy skutečné příjmy **11 280 804 tis. Kč** přesáhly příjmy dle ZPP **11 132 600 tis. Kč**. Pozitivní byl také vliv nákladů, které byly téměř stejné jako bylo počítáno ve ZPP.

Na příjmovou stranu v roce 2010 měly vliv následující události:

- **Počet pojištěnců:** pro rok 2010 došlo k růstu počtu pojištěnců na 585 000 osob. Počet pojištěnců oproti roku 2009 vzrostl o **3%** a oproti roku 2008 dokonce o **6%**. Růst počtu pojištěnců měl kladný vliv na příjmovou stránku.
- **Pohledávky za plátcí pojistného:** pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti byly v částce **914 106 tis. Kč**, což je **nejnižší** částka za zkoumané roky. Pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti tedy byly o 23% nižší, než bylo počítáno ve ZPP. Pohledávky po lhůtě splatnosti byly ve výši **602 368 tis. Kč**. Oproti roku 2009 je to **nejvýznamnější snížení** pohledávek za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti za všechny analyzované roky. Dle ZPP došlo dokonce o zlepšení o 67% (tzn. že v ZPP bylo počítáno s výší těchto pohledávek o 67% vyšší než byla tato částka ve skutečnosti.)
- **Vliv „státních pojištěnců“ na příjmovou stránku:** v roce 2010 byl počet „státních pojištěnců“ a ostatních pojištěnců opět vyrovnán. Od 1. 1. 2010 došlo ke zvýšení vyměřovacího základu z **5 013 Kč na 5 355 Kč**. Což mělo za následek i vyšší platbu za tuto skupinu pojištěnců na **723 Kč oproti 677 Kč**. Také celkové příjmy za „státní pojištěnce“ vzrostly na **219 069 000 Kč**.
- **Makroekonomické ukazatele:** vliv těchto ukazatelů na příjmovou stránku zdravotní pojišťovny byl podobný jako předcházející rok. Tzn. stále vysoká nezaměstnanost a nízké tempo růstu průměrné mzdy.
- **Příjmy z přerozdělení:** v roce 2010 činily v celkové výši 842 905 tis. Kč, což představovalo významné zvýšení oproti předcházejícím rokům.

Náklady na výdajovou stránku byly celkem ve výši **11 277 831 tis. Kč** což jsou téměř stejné náklady s jakými bylo počítáno ve ZPP pro rok 2010. Skutečné náklady opět vykazovaly růst oproti předchozím rokům.

Rok 2011

V roce 2011 se saldo opět výrazně zlepšilo a činilo celkem **206 684 tis. Kč**. Dle ZPP plánu bylo sice počítáno se saldem **472 839 tis. Kč** (tj. o 56% lepším saldem), ale vzhledem k zápornému saldu v roce 2009 a nízkému saldu v roce 2010 se jedná o významné zlepšení hospodaření v uvedeném roce.

Příjmy dle ZPP byly v roce 2011 ve výši **11 742 839 tis. Kč** a skutečné příjmy byly v tomto roce **11 784 718 tis. Kč**. Lze tedy konstatovat, že plánované a skutečné příjmy byly téměř na stejné úrovni. Na to měly vliv následující události:

- **Počet pojištěnců:** byl v tomto roce opět navýšen na 587 311 pojištěnců. Ve skutečnosti to tedy znamenalo růst o 3% oproti předchozímu roku. To mělo za následek pozitivní vliv na příjmovou stránku bilance.
- **Pohledávky za plátcí pojistného:** pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti sice zaznamenaly růst oproti roku 2010, ale jejich skutečná výše byla nižší než bylo předpokládáno v ZPP. Pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti byly ve výši **1 005 139 tis. Kč**. Ve ZPP bylo počítáno s těmito pohledávkami ve výši 1 180 000 tis. Kč jednalo se o snížení oproti předpokládanému vývoji. Pohledávky za plátcí po lhůtě splatnosti byly v celkové výši **595 396 tis. Kč** a oproti ZPP došlo ke snížení dokonce o 66%.
- **Vliv „státních pojištěnců“ na příjmovou stránku:** vývoj byl obdobný jako v předchozím období. Tzn. stejný podíl této skupiny pojištěnců a ostatních pojištěnců, stejný vyměřovací základ a výše platby za tyto pojištěnce a zvýšení celkových příjmů za „státní pojištěnce“ oproti předchozímu roku.
- **Makroekonomické veličiny:** i v roce 2011 se stále naplno projevovala hospodářská krize. Dle údajů ze statistiky došlo k poklesu průměrné mzdy o 5,9% oproti předchozímu roku a zároveň úroveň nezaměstnanosti byla poměrně vysoká.
- **Příjmy z přerozdělení:** byly v tomto roce v částce 948 733 tis. Kč. Je to zvýšení oproti roku 2010 a všem předešlým rokům.

Výdaje v roce 2011 činily celkem **11 578 034 tis. Kč** (tedy o 2% vyšší výdaje než v roce předchozím a 25% vyšší výdaje oproti roku 2007) a dle ZPP byly ve výši **11 270 000 tis. Kč**. Skutečné výdaje tedy byly vyšší než dle ZPP (tj. o 3% více než bylo v plánu).

Rok 2012

Posledním hodnoceným rokem v této práci byl rok 2012. Saldo v tomto roce činilo dle skutečnosti **486 849 tis. Kč**. ZPP pro rok 2012 počítal se saldem **609 118 tis. Kč**. Došlo tedy k poklesu skutečného salda oproti plánovanému o 20%. Přesto byl rok 2012 co se týče v porovnání s předchozími dvěma lety nejúspěšnější.

Skutečné příjmy byly v roce 2012 ve výši **12 561 204 tis. Kč**. ZPP počítal s příjmy ve výši **12 294 118 Kč**. Došlo tedy ke zlepšení vůči ZPP o 2%. Na příjmy měly vliv následující faktory:

- **Počet pojištěnců:** i v roce 2012 došlo k růstu počtu pojištěnců, tak jako ve všech letech mimo rok 2009. V roce 2012 došlo dokonce ke zvýšení počtu pojištěnců o **4,62%** oproti předchozímu roku.
- **Pohledávky za plátcí pojistného:** pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti činily celkem **1 056 157 tis. Kč**, ovšem ZPP počítal s hodnotnou **746 160 tis. Kč**. Skutečné pohledávky ve lhůtě splatnosti byly o 42% vyšší než plánované. Pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti naopak byly o **54%** nižší než dle ZPP pro tento rok a zároveň nejnižší za všechny analyzované roky, v roce 2007 byla konkrétní výše pohledávek v částce 1000727 tis. Kč v roce 2008 1020652 tis. Kč, v roce 2009 v částce 1112767 tis. Kč v roce 2010 914106 tis. Kč a v roce 2011 1005139 tis. Kč.
- **Vliv „státních pojištěnců“ na příjmovou stránku:** zde byl zaznamenán stejný postup jako v letech 2010 a 2011. Tzn. poloviční počet této skupiny pojištěnců ku celkovému počtu pojištěnců, vyměřovací základ a výše pojistného zůstala nezměněna a celkový příjem za státní pojištěnce vzrostl na **230 621 812 tis. Kč**.
- **Makroekonomické ukazatele:** v roce 2012 došlo ke zlepšení průměrné hrubé mzdy o **20%** oproti předchozímu roku. Ovšem nezaměstnanost byla stále **8,6%**, což je poměrně vysoké číslo.
- **Příjmy z přerozdělení:** byly v celkové výši 1 235 090 tis. Kč. nejvyšší za všechny zkoumané roky.

Náklady v tomto roce byly **12 074 035 tis. Kč**. Dle ZPP byly očekávány výdaje ve výši **11 685 000 tis. Kč** tj. o 3% nižší než skutečné. Skutečné výdaje tedy i v posledním roce potvrdily rostoucí trend. Celkem oproti roku 2007 byl zaznamenán růst **30,55%**.

10.2 Zhodnocení faktorů ovlivňujících saldo KoZP dle vícerozměrného srovnání

Tab. č. 23 Zhodnocení faktorů ovlivňujících saldo KoZP dle vícerozměrného srovnání metodou pořadí

ROK	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Počet pojištěnců	x	2	1	3	4	5
Vývoj pohledávek před lhůtou splatnosti	5	3	1	6	4	2
Vývoj pohledávek po lhůtě splatnosti	3	1	2	4	5	6
Vliv "státních pojištěnců" počet	4	5	6	3	2	1
Vliv "státních pojištěnců" celková platba	3	2	1	4	5	6
Makroekonomické ukazatele - průměrná mzda	x	3	4	5	2	6
Makroekonomické ukazatele nez.	5	6	4	2	3	3
System přerozdělení	2	1	3	4	5	6
Faktory působící na výdajovou stránku						
Náklady na zdravotní péči	6	5	4	3	2	1
Náklady na preventivní péči	x	6	2	4	5	
Suma	28	32	27	35	33	31

Zdroj: Vlastní zpracování (viz metodika)

Jak uvádí Tab. č. 23 Zhodnocení faktorů ovlivňující saldo KoZP dle vícerozměrného srovnání – metodou pořadí, nejhorším rokem byl rok 2009 jak z hlediska vícerozměrného srovnání, tak z hlediska vypočteného salda, které bylo v tomto roce záporné. Tento rok měl nejvíce záporných kritérií ze všech hodnocených let. Naopak co se týče nejlepšího roku hospodaření, zde se metoda vícerozměrného srovnání a vypočtená výše salda rozcházejí. Dle výše vypočteného salda byl nejlepším rokem rok 2007. Pokud bychom hodnotili roky podle zkoumaných faktorů působících jak na příjmovou a výdajovou stránku hospodaření, pak dle vícerozměrného srovnání je nejlepší rok 2010. Je to dáno především tím, že v tomto roce se zlepšily téměř veškeré hodnocené ukazatele.

11 Závěr

V teoretické části byly charakterizovány základní informace, které se týkají veřejného zdravotního pojištění a systému zdravotní péče. V praktické části byla provedena analýza a bilance vybrané zdravotní pojišťovny (KoZP) v letech 2007 až 2012. Pozornost byla věnována zejména faktorům, které ovlivňovaly příjmy a výdaje vybrané pojišťovny.

V letech 2004 až 2006 bylo saldo KoZP vyrovnané. Příjmy pokrývaly výdaje a hospodaření bylo dle výročních zpráv v těchto letech považováno za úspěšné. Podrobněji tyto roky zkoumány nebyly z důvodu nedostupnosti kompletních účetních závěrek a ZPP.

Z výsledné bilance plyne, že rok 2007 se saldem 1 040 952 tis. Kč byl nejúspěšnějším rokem ze všech analyzovaných let. Největší vliv na tento výsledek měly především nízké náklady na zdravotní péči, které se později každým rokem zvyšovaly. Náklady na zdravotní péči tvoří zároveň ve všech letech rozhodující výdaje zdravotní pojišťovny. Tyto náklady patří bohužel mezi ty faktory, které žádná zdravotní pojišťovna nemůže příliš ovlivnit.

Dalším hodnoceným rokem byl rok 2008. Tento rok byl vyhodnocen jako třetí nejlepší co týče hospodaření ze všech uvedených let. Za faktory, které tento výsledek ovlivnily pozitivně, lze považovat makroekonomické ukazatele, konkrétně nízkou nezaměstnanost a dále nízké náklady na preventivní péči na jednoho pojištěnce. Zatímco makroekonomické faktory žádná zdravotní pojišťovna ovlivnit nemůže, výši nákladů na preventivní péči si každá pojišťovna pro daný rok určuje sama. Je však nutné zvážit určité souvislosti. Na jedné straně se jedná o výdaj, proto je dobré snažit se o co nejnižší částku. Na straně druhé tyto příspěvky slouží jako marketingový nástroj k „nalákání“ a udržení pojištěnců. Proto je dobré příliš nezaostávat za konkurenčními zdravotními pojišťovnami. U těchto výdajů je třeba také zvážit preventivní účinek. Cílem je především prevence před nemocemi a tím úspora nemalých částek, které by byly vynaložené za případnou léčbu tj. příspěvky na očkování, odvykání kouření atd.

Preventivní programy, které jednotlivé pojišťovny nabízejí se u každé zdravotní pojišťovny liší. Různé jsou jak konkrétní příspěvky z programu zdravotní péče (například plavání, solná jeskyně..), výše proplácených částek, tak i podmínky, které je nutné splnit pro získání příspěvku. Konkrétní příspěvky a aktuální výše u jednotlivých zdravotních pojišťoven je uvedena v příloze této práce. Zdravotní programy jsou rozděleny do 4 kategorií (Preventivní programy pro děti, ženy, muže a dárce kostní dřeně).

Došlo však k poklesu salda oproti roku 2007 a to téměř o polovinu. Toto snížení můžeme přičítat následujícím faktorům příjmové strany bilance ZP. Je to vývoj pohledávek po splatnosti a také příjmy z přerozdělení. Jak je uvedeno ve výroční zprávě Kontrolní činnosti prováděné orgány KoZP. ČR prošla v roce 2007 významnými změnami, které se odvíjely zejména od nasazení nového informačního programu do plného provozu s tím, že byly spuštěny hromadné automatizované kontroly předložených přehledů o platbách pojistného zaměstnavatele a následně hromadné kontroly platební kázně zaměstnavatelů. Jak vyplývá ze zjištěných výsledků, významně se tyto kontroly začaly projevovat až v roce 2010, kdy došlo k výraznému snížení pohledávek po lhůtě splatnosti.

Nejhorším rokem z hlediska hospodaření za sledované období byl rok 2009. V tomto roce bylo saldo záporné tedy – 363 004 tis. Kč a příjmy nestačily na pokrytí výdajů za tento rok. Vliv na to měly především tyto faktory: nejnižší počet pojištěnců za všechny zkoumané roky, vývoj pohledávek před lhůtou splatnosti (i pohledávky po lhůtě splatnosti byly velmi vysoké), nízká platba za „státní pojištěnce“ a také vysoké náklady na preventivní péči na jednoho pojištěnce. Zároveň se v tomto roce začala naplno projevovat hospodářská krize. Hospodářská krize se negativně podepsala zejména na příjmech zdravotní pojišťovny, kdy došlo ke zvýšení nezaměstnanosti a zároveň zaměstnavatelé vyplácely nízké mzdy. Nezaměstnanost s sebou přináší zvýšení počtu „státních pojištěnců“, jelikož tyto osoby jsou evidované většinou na úřadu práce. Zároveň nízké mzdy vedly ke snížení příjmů pojišťovny. Vzhledem k tomu, že příjmy od zaměstnavatelů tvoří ve všech zkoumaných letech přes 90 % všech příjmů jedná se o zásadní dopad. Vývoj těchto makroekonomických veličin není ovšem ovlivnitelný ze strany pojišťovny. Hospodářská situace však působí na všechny zdravotní pojišťovny stejně, takže také konkurenční zdravotní pojišťovny jsou negativním vývojem hospodářské situace ovlivněny. Jediným pozitivním zjištěním byl v tomto roce nejnižší počet „státních pojištěnců“ k celkovému počtu pojištěnců. Ovšem i když byl v tomto roce poměr nejnižší konkrétně 49,39% v porovnání s ostatními roky, kdy byl poměr okolo 50%, je toto číslo téměř zanedbatelné. Jak uvádí výroční zpráva KoZP, byla v roce 2009 provedena

opatření, která směřovala k dalšímu zintenzivnění kontroly plátců pojistného a revizní činnosti ve vztahu k poskytovatelům zdravotní péče. KoZP přijala řadu opatření ke kontrole vykázané zdravotní péče. Bedlivě posuzovala nové žádosti o navázání smluvního vztahu se zdravotnickými zařízeními. Rozhodujícím kritériem bylo zhodnocení dostupnosti, kvality péče o pojištěnce v požadované odbornosti, v daném regionu a reálné ekonomické možnosti KoZP.

V roce 2010 došlo k výraznému zlepšení v hospodaření zkoumané zdravotní pojišťovny. Ze záporného salda se dostala do kladného salda. Za to mohlo především výrazné snížení pohledávek před lhůtou splatnosti. Jak již bylo uvedeno výše, v roce 2009 byla provedena opatření, která se zaměřovala na zintenzivnění kontroly plátců pojistného. Ta se ukázala jako velice efektivní. Zároveň se začala prosazovat nová automatická kontrola, která je součástí informačního systému. Negativně se podepsala na tomto roce vysoká nezaměstnanost.

V roce 2011 se saldo opět výrazně zlepšilo oproti předchozím dvou rokům. Negativním faktorem na příjmy v tomto roce byla nejvyšší nezaměstnanost za uvedené roky.

Posledním zkoumaným rokem byl rok 2012, který byl v porovnání s ostatními zkoumanými roky druhý nejlepší. Vliv na to měla celá řada faktorů: nejvyšší počet pojištěnců ze všech zkoumaných let, nejnižší pohledávky po lhůtě splatnosti, nejvyšší platba za „státní pojištěnce“, nejvyšší nárůst a nejvyšší příjmy z přerozdělení. Naopak počet „státních pojištěnců“ k celkovému počtu všech pojištěnců byl nejvyšší 53,61%. Vzhledem k tomu, že tento poměr byl vždy okolo 50%, je toto zjištění zanedbatelné. Naopak co zanedbatelné není, je velký nárůst nákladů na zdravotní péči. Tyto náklady vrostly v roce 2012 oproti roku 2007 o 30%. Důvodů stálého růstu nákladů na zdravotní péči je více. Můžeme mezi ně zařadit například stárnutí obyvatelstva, růst nákladů na léky, chybějící mantinely pro chování všech subjektů v systému, zavádění nových finančně náročných technologií atd. Růst nákladů na zdravotní péči je stejně jako nízká platba za „státní pojištěnce“ a ekonomická situace problematikou, která se týká nejen KoZP, ale všech zdravotních pojišťoven a zdravotnictví jako celku. Pokusy o snížení nebo alespoň stabilizaci nákladů byly v minulosti různé (např. snižování počtu lůžek, regulační poplatky atd.).

Výše uvedené trendy v KoZP v letech 2007 až 2012 shrnout následovně. Co se týče pojištěnců v KoZP, tak věková struktura byla ve všech letech nejpočetnější ve škále 30-40 let a nejméně početnou ve věku 85 a více let. Vývoj celkového počtu pojištěnců v poměru ke všem pojištěncům na území ČR byl konstantní ve všech letech. Nebyl zde tedy ani pozitivní (rostoucí) trend, ani negativní (klesající) trend. Vzhledem k tomu, že jde o faktor ovlivnitelný pojišťovnou, bylo by možné doporučit větší aktivitu z hlediska marketingu a propagace. Pohledávky ve lhůtě splatnosti měly téměř konstantní vývoj, oproti pohledávkám po lhůtě splatnosti. V této oblasti došlo k velmi výraznému zlepšení. Trendy týkající se „státních pojištěnců“ byly následující: ve všech letech byl poměr „státních pojištěnců“ a ostatních pojištěnců okolo 50%. Platba za tyto pojištěnce se zvýšila pouze o 165 Kč na 1 pojištěnce za 6 let. Toto zvýšení je tedy opravdu minimální vzhledem k vysokému počtu této kategorie pojištěnců a zejména růstu nákladů na zdravotní péči. S tím souvisí i nízký nárůst celkových příjmů za těchto 6 let o 17%. Dále bylo zjištěno, že ve všech letech byly pro KoZP zásadní příjmy od zaměstnavatelů a to vždy okolo 90%. U výdajové stránky byly analyzovány zejména náklady na zdravotní péči, které vzrostly o 30%. Byla u nich zároveň zaznamenána rostoucí tendence v každém roce. Stejná tendence byla zaznamenána i co se týče nákladů na preventivní péči na 1 pojištěnce. Všechny zjištěné údaje byly zároveň srovnávány se ZPP, který každá pojišťovna každoročně vypracovává a předkládá v návaznosti na termíny stanovené Ministerstvem financí Ministerstvu zdravotnictví. ZPP obsahuje plán příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny podle členění jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, údaje o službách hrazených pojišťovnou atd. Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí posoudí předložený návrh z hlediska souladu s právními předpisy a z hlediska souladu s veřejným zájmem. Jestliže Ministerstvo financí a Ministerstvo zdravotnictví zjistí, že návrh není v rozporu s těmito hledisky, předloží ho vládě.

SUMMARY

The main aim of my dissertation – Factors influencing the management of health insurance in 2004 – 2012 in the context of health insurance in The Czech Republic - was to identify and categorize the factors that affect the management of the chosen health insurance in 2004 – 2012 with the respect to existing system of health insurance. The first assessed year was 2007 because of unavailability of data in 2004 - 2007. My dissertation is divided into two parts, theoretical and practical.

The theoretical part is devoted to the principles of health insurance, the legal relations of health insurance, the current system of public health insurance and the effects influencing the health insurance balance.

The practical part deals with designated health insurance and its organizational structure, its management methods, the income side of the balance sheet, the expenditure side of the balance and finally the ratings balance of the specific health insurance. The factors which affect this side of the balance were analysed in detail at the income side. Among these factors were included: trends in the number of policyholders, the development of receivables, the problems of “state policyholders“, macroeconomic index and the redistribution system. The expenditure balance was mainly focused on the cost of health care and preventive care. In conclusion the balance of one of the health insurance companies was evaluated in the selected years.

Key words: health insurance (company), health insurance, (insurance) premium, health care costs, health insurance balance

Seznam literatury

Knižní publikace:

- ČERVINKA, T. (2014) *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ s komentářem a příklady*. ANAG 2014, 175s, ISBN 978-80-7263-860-4
- ČERVINKA, T. (2015) *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ s komentářem a příklady*. ANAG 2015, 167 s, ISBN 978-80-7263-931-1
- NĚMEC, J. (2008) *Principy zdravotního pojištění*. GRADA PUBLISHING A. S. , 240 S, ISBN 978-80-247-2628-1
- KAHOUN,V., VURM, V., KUČEROVÁ, B., (2008) *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví*. TRITON 87 s, ISBN 978-80-7387-130-7
- STIGLITZ, J. E., (1997) *Ekonomie veřejného sektoru*. GRADA PUBLISHING, 661s, ISBN 80-7169-451-1.
- Schusterová, T., Rybová, J. (2015). Legislative changes of the health insurance system in the Czech Republic and Slovakia. Sborník Mezinárodní vědecké konference Inproforum 2015. České Budějovice, ČR: Ekonomická fakulta. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Projekt GAJU 149/2014/S (práce se studentkou) Sborník zatím není k dispozici.
- OECD (2010). *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings*. OECD Publishing. ISBN 978-92-64-09489-5 (print). ISBN 978-92-64-09490-1 (PDF) [online]. Available:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264094901-en>

Výroční zprávy a zákony:

- Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2008

- Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2009
- Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2010
- Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2011
- Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2012

Přístup z internetu:(17.11.2015)

[http://www.vzp.cz/vyhledavani?cx=009691949553097360219%3Arcb8dfdvsw&cof=F
ORID%3A11&ie=UTF-8&q=v%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD+zpr%C3%A1va](http://www.vzp.cz/vyhledavani?cx=009691949553097360219%3Arcb8dfdvsw&cof=F
ORID%3A11&ie=UTF-8&q=v%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD+zpr%C3%A1va)

- Výroční zpráva Vojenské zdravotní pojišťovny za rok 2007
- Výroční zpráva Vojenské zdravotní pojišťovny za rok 2008
- Výroční zpráva Vojenské zdravotní pojišťovny za rok 2009
- Výroční zpráva Vojenské zdravotní pojišťovny za rok 2010
- Výroční zpráva Vojenské zdravotní pojišťovny za rok 2011
- Výroční zpráva Vojenské zdravotní pojišťovny za rok 2012

Přístup z internetu:(17.11.2015)

<http://www.vozp.cz/cs/o-pojistovne/informace-dle-zakona/vyrocní-zpravy/>

- Zdravotně pojistný plán VoZP na rok 2007
- Zdravotně pojistný plán VoZP na rok 2008
- Zdravotně pojistný plán VoZP na rok 2009
- Zdravotně pojistný plán VoZP na rok 2010
- Zdravotně pojistný plán VoZP na rok 2011
- Zdravotně pojistný plán VoZP na rok 2012

Přístup z internetu: (17. 11. 2015)

[http://www.vozp.cz/opencms/export/sites/vozp/.content/galerie-souboru/O-
pojistovne/Tiskovy-servis/Zdravotne-pojistny-plan/na-rok-2012/zpp_2012.pdf](http://www.vozp.cz/opencms/export/sites/vozp/.content/galerie-souboru/O-
pojistovne/Tiskovy-servis/Zdravotne-pojistny-plan/na-rok-2012/zpp_2012.pdf)

- Zákon č.48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých související zákonů, ve znění pozdějších předpisů*
- Zákon č. 551/1991 Sb., *o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.*
- Zákon č. 280/1992 Sb., *o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.*

Elektronické zdroje:

- ČTK (2015). Nestihli jste změnit pojišťovnu? Díky novele to půjde i v září. [on line] Zdroj: http://zpravy.idnes.cz/prestup-k-nove-pojistovne-pujde-nove-i-v-zari-fao-domaci.aspx?c=A150820_122534_domaci_ale
- Ministerstvo zdravotnictví (2015). Zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění. [on line]. Dostupné: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zdravotni-pecce-hrazena-z-verejneho-zdravotniho-pojisteni_2628_22.html
http://zpravy.idnes.cz/prestup-k-nove-pojistovne-pujde-nove-i-v-zari-fao-domaci.aspx?c=A150820_122534_domaci_ale
- Všeobecná zdravotní pojišťovna (2015). Přerozdělování pojistného. [on line]. Dostupné: <https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerozdelovani-pojistneho>
- Mladá fronta, zdravotnické noviny (2015). České zdravotnictví ve srovnání se zeměmi OECD. [on line]. Dostupné: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/ceske-zdravotnictvi-ve-srovnani-se-zememi-oecd-450732>
- e-pravo (2015). Zdravotní pojišťovny jejich postavení a povinnosti. [on line]. Dostupné: <http://www.epravo.cz/top/clanky/zdravotni-pojistovny-jejich-postaveni-a-povinnosti-11804.html>
- portal.mpsv.cz (2015). Časové řady míry nezaměstnanosti a podílu nezaměstnaných osob.[on line]. Dostupné: https://portal.mpsv.cz/sz/stat/nz/casove_rady
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (2015). Preventivní programy ČPZP [on line].Dostupné: <http://www.cpzp.cz/clanek/4400-0-Preventivni-programy-CPZP-v-roce-2016.html>
- Revírní zdravotní pojišťovna (2015). Balíčky prevence .[on line]. Dostupné: <http://www.rbp-zp.cz/pro-pojistence/balicky-prevence/>
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra (2015). Výhody pro pojištěnce.[on line]. Dostupné: <http://www.zpmvcr.cz/pojistenci/vyhody-pro-pojistence/>
- Vojenská zdravotní pojišťovna (2015). Program preventivní zdravotní péče.[on line]. Dostupné: <https://www.vozp.cz/cs/klient/program-preventivni-pecce/>
- Všeobecná zdravotní pojišťovna (2015). Výhody a příspěvky.[on line]. Dostupné: <https://www.vzp.cz/pojistenci/vyhody-a-prispevky>

- Oborová zdravotní pojišťovna (2015). Vyberte si benefity.[on line]. Dostupné: <http://www.benefitozp.cz/>
- Zdravotní pojišťovna Škoda (2015). Slevy pro pojištěnce. .[on line]. Dostupné: <http://www.zpskoda.cz/pojistenec/slevy-pro-pojistence-zps>

Seznam grafů

Graf č. 1: Vývoj absolutního počtu pojištěnců KoZP k celkovému počtu pojištěnců

Graf č. 2: Vývoj celkových příjmů za státní pojištěnce v Kč v KoZP

Graf č. 3: Příjmy na pojistném podle jednotlivých kategorií plátců v KoZP

Graf č. 4: Porovnání celkových nákladů na zdravotní péči se ZPP v KoZP

Graf č. 5: Náklady na preventivní péči v porovnání s ostatními ZP

Seznam tabulek

Tab. č. 1: Vývoj minimální mzdy a platby za „státní pojištěnce“

Tab. č. 2: Podíl pojištěnců KoZP k celkovému počtu pojištěnců v jednotlivých letech

Tab. č. 3: Vývoj celkového počtu pojištěnců v KoZP

Tab. č. 4: Pohledávky za plátcí pojistného v KoZP ve lhůtě splatnosti v tis. Kč

Tab. č. 5: Pohledávky za plátcí pojistného v KoZP po lhůtě splatnosti v tis. Kč

Tab. č. 6: Podíl „státních pojištěnců“ k celkovému počtu pojištěnců v KoZP

Tab. č. 7: Vyměřovací základ a pojistné u osob, za které je plátcem pojistného stát

Tab. č. 8: Vývoj celkových příjmů za „státní pojištěnce“ v KoZP

Tab. č. 9: Příjmy na pojistném podle jednotlivých kategorií plátců v % v KoZP

Tab. č. 10: Makroekonomické ukazatele

Tab. č. 11: Příjmy z přerozdělení v KoZP

Tab. č. 12: Celkové příjmy dle skutečných údajů z účetní závěrky KoZP

Tab. č. 13: Vývoj celkových příjmů dle skutečných údajů z účetní závěrky KoZP včetně indexů

Tab. č. 14: Celkové příjmy v KoZP dle ZPP

Tab. č. 15: Vývoj celkových příjmů dle ZPP v KoZP včetně indexů

Tab. č. 16: Porovnání příjmu z pojistného dle skutečnosti a ZPP v KoZP

Tab. č. 17: Celkové výdaje KoZP a výdaje na zdravotní služby v tis. Kč

Tab. č. 18: Náklady na zdravotní péči dle ZPP v KoZP

Tab. č. 19: Skutečné náklady na zdravotní péči v KoZP dle poskytované péče

Tab. č. 20: Porovnání nákladů na preventivní péči KoZP vůči VZP

Tab. č. 21: Porovnání nákladů na preventivní péči na 1 pojištěnce v KoZP a VZP

Tab. č. 22: Saldo příjmů a nákladů v KoZP v letech 2007 – 2012 v tis. Kč

Tab. č. 23: Zhodnocení faktorů ovlivňující saldo KoZP dle vícerozměrného srovnání – metodou pořadí

Seznam příloh

- Příloha č. 1: Vývoj počtu pojištěnců KoZP vůči celkovému počtu pojištěnců
- Příloha č. 2: Tabulka vývoje celkového příjmu za státních pojištěnce v KoZP
- Příloha č. 3: Příjmy na pojistném podle jednotlivých kategorií plátců v KoZP
- Příloha č. 4: Skutečné příjmy dle ÚZ v tis. Kč podle jednotlivých kategorií v KoZP
- Příloha č. 5: Plánované příjmy dle ZPP v tis. Kč podle jednotlivých kategorií v KoZP
- Příloha č. 6: Porovnání příjmů v KoZP dle ZPP a ÚZ
- Příloha č. 7: Vývoj makroekonomický ukazatelů průměrná hrubá mzda
- Příloha č. 8: Vývoj makroekonomický ukazatelů nezaměstnanost
- Příloha č. 9: Náklady na zdravotní péči v KoZP dle ZPP
- Příloha č. 10: Náklady na zdravotní péči v KoZP dle ÚZ
- Příloha č. 11: Porovnání nákladů na zdravotní péči se ZPP v letech 2007 až 2012 v tis. Kč
- Příloha č. 12: Preventivní programy pro děti, mládež a studenty
- Příloha č. 13: Preventivní programy pro ženy
- Příloha č. 14: Preventivní programy pro muže
- Příloha č. 15: Preventivní programy pro dárce krve

Přílohy

Příloha č. 1: Vývoj počtu pojištěnců KoZP vůči celkovému počtu pojištěnců

Věková skupina	rok 2008		rok 2009		rok 2010		rok 2011		rok 2012	
	VoZP	Všichni	VoZP	Všichni	VoZP	Všichni	VoZP	Všichni	VoZP	Všichni
0-5	24355	546182	23490	567782	32049	583271	33575	586632	32627	579392
5-10	22928	463018	22090	471573	27778	483432	27663	499265	27012	521843
10-15	24221	480229	21100	461919	25529	456711	25702	457037	25324	459382
15-20	30387	636183	27858	614552	30112	580632	27519	541808	27564	510394
20-25	39443	677576	33520	667320	35883	662119	33764	658114	34613	648095
25-30	51491	747363	48524	716218	50396	702009	43866	693393	45140	684090
30-35	84251	915265	71462	893398	62945	858768	52373	819618	53764	783863
35-40	39387	782017	51457	828730	64677	868461	80004	899430	81731	916339
40-45	35471	703189	34346	692818	36988	695721	38826	710199	39601	735783
45-50	34027	652221	32215	657373	34322	691951	35368	701444	36292	706248
50-55	41815	732602	38026	700041	37039	670681	34029	646557	35112	631209
55-60	41043	768488	39105	764533	39811	756822	39666	745283	40968	730476
60-65	34085	709731	36764	723522	36361	745951	37726	743455	37806	735317
65-70	22463	507998	25928	539220	26003	553888	28315	594650	28267	635528
70-75	17855	364638	17371	368905	16870	385022	18565	403163	18477	423924
75-80	14609	326213	14963	321864	14824	314255	14959	307970	14668	302649
80-85	7513	225968	9077	227665	9291	232399	10480	235512	10289	238652
85 a více	2768	136858	3807	145964	4122	154128	4911	162258	5125	168713
Suma	568112	10375739	551103	10363397	585000	10396221	587311	10405788	594380	10411897

Zdroj: ZPP KoZP, ÚZ VZP v letech 2008 až 2012

Příloha č. 2: Tabulka vývoje celkového příjmu za státních pojištěnce v KoZP

Rok	počet "státních pojištěnců"	platba státu v Kč	Celkový příjem v Kč
2007	287 850	680	195 738 000
2008	285 000	677	192 945 000
2009	271650	677	183 907 050
2010	303000	723	219 069 000
2011	307710	723	222 474 330
2012	318979	723	230 621 817

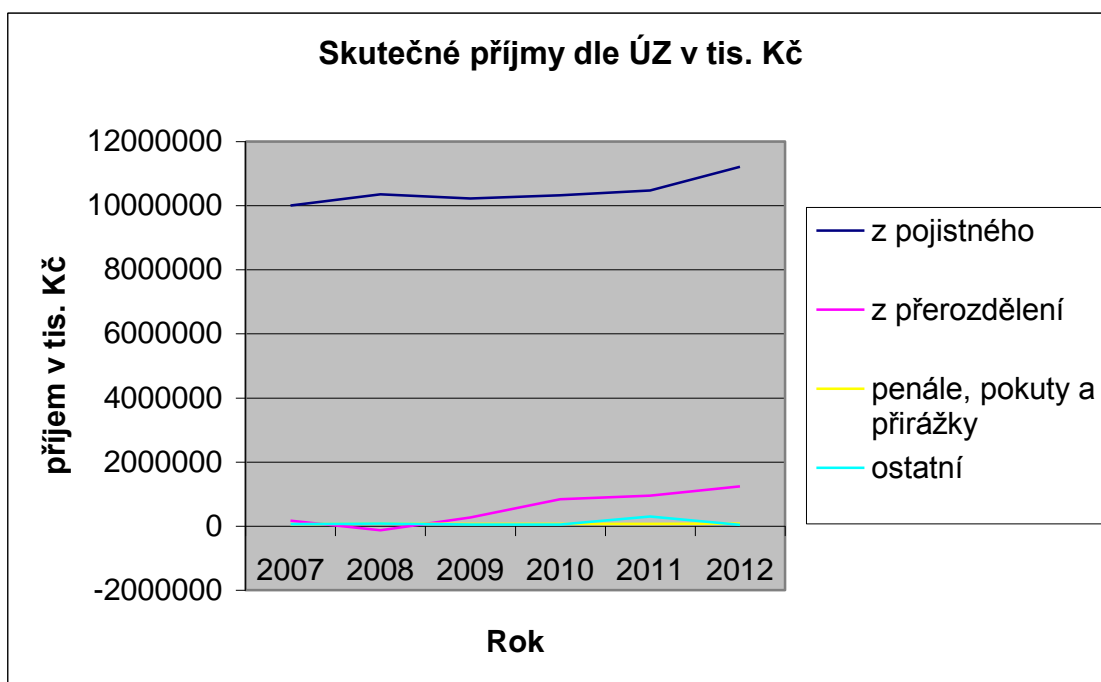
Zdroj: vlastní zpracování, výroční zprávy KoZP za roky 07-12, Červinka 2015

Příloha č. 3: Příjmy na pojistném podle jednotlivých kategorií plátců v KoZP

Rok	Příjmy na pojistném			Celkem
	od zaměstnavatele	od OSVČ	ostatní	
2007	9 265 000	570 000	110 000	9 945 000
2008	9 840 000	688 000	37 000	10 565 000
2009	10 392 000	698 000	50 000	11 140 000
2010	9 831 517	593 985	114 498	10 540 000
2011	9 825 490	710 620	93 890	10 630 000
2012	10 075 409	773 610	115 981	10 965 000

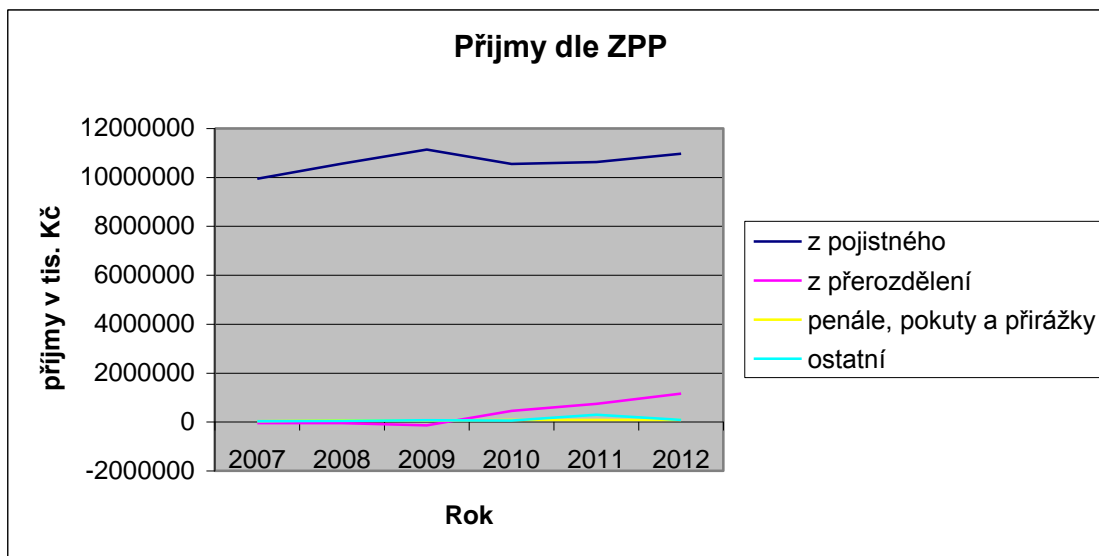
Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 4: Skutečné příjmy dle ÚZ v tis. Kč podle jednotlivých kategorií v KoZP



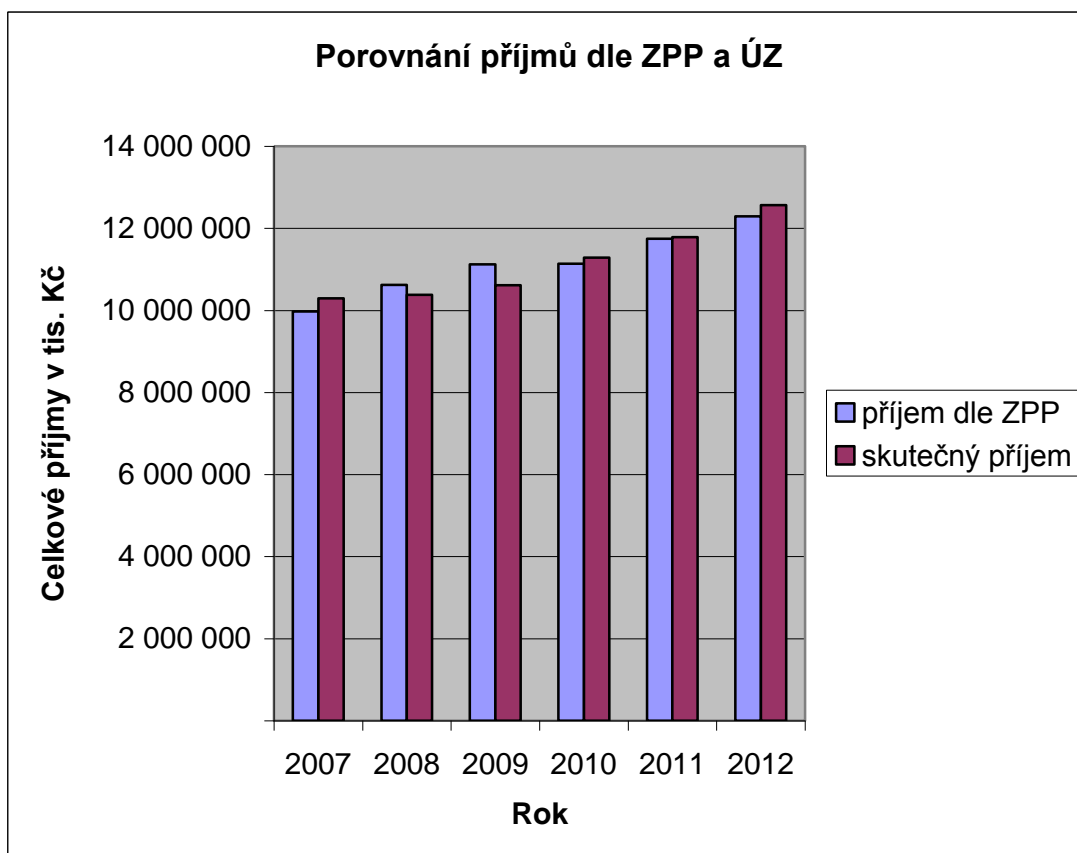
Zdroj: Tab. č. 12: Celkové příjmy dle skutečných údajů z účetní závěrky KoZP

Příloha č. 5: Plánované příjmy dle ZPP v tis. Kč podle jednotlivých kategorií v KoZP



Zdroj: Tab. č. 14: Celkové příjmy KoZP dle ZPP .

Příloha č. 6: Porovnání příjmů v KoZP dle ZPP a ÚZ



Zdroj: Tab. č. 16 Porovnání příjmu z pojistného dle skutečnosti a ZPP v KoZP

Příloha č. 7: Vývoj makroekonomický ukazatelů průměrná hrubá mzda

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
18344	19546	20957	22592	23344	23864	24455	25067	25035	Kč
105	106,6	107,2	107,8	103,3	102,2	102,5	102,5	100	index nominální mzdy
105	106,6	104,3	101,4	102,3	100,7	100,6	99,2	98,6	index reálné mzdy

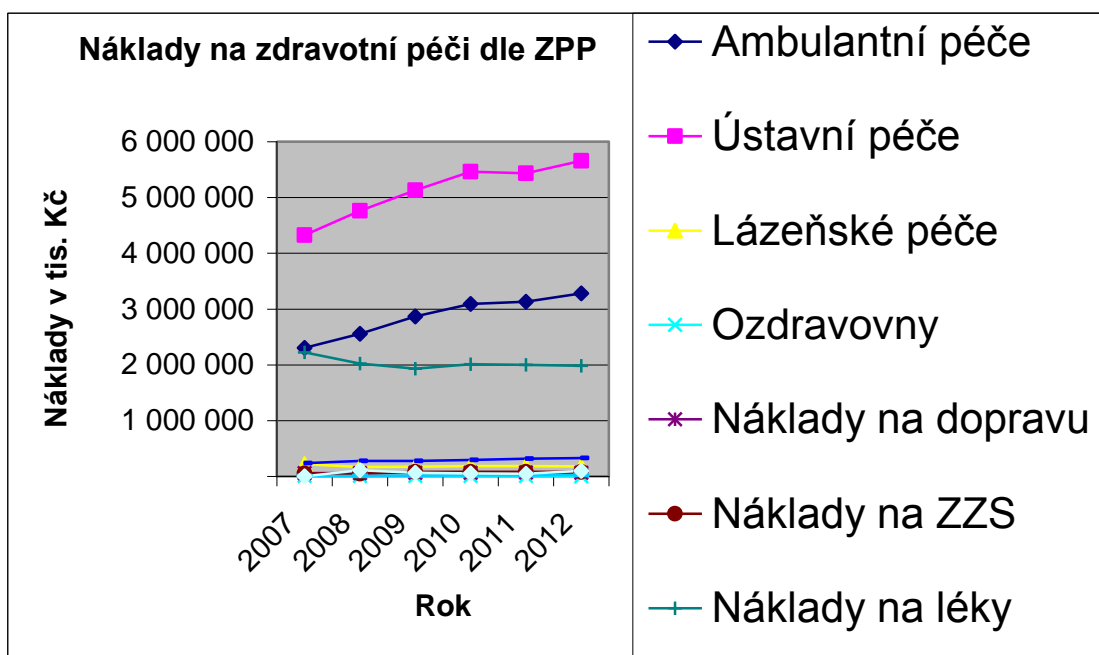
Zdroj: MPSV

Příloha č. 8: Vývoj makroekonomický ukazatelů nezaměstnanost

Kraje	Nová metodika									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Praha	3,6	3,4	3,0	2,5	2,1	3,0	3,9	4,0	4,2	
Středočeský kraj	6,6	6,3	5,7	4,6	4,0	5,8	7,1	7,1	7,0	
Jihočeský kraj	6,1	6,3	6,0	4,8	4,0	6,5	7,4	7,3	7,4	
Plzeňský kraj	6,7	6,4	5,9	4,9	4,2	7,0	7,8	7,1	6,7	
Karlovarský kraj	10,2	10,2	9,5	8,0	6,9	9,9	10,8	10,2	10,1	
Ústecký kraj	15,9	15,4	14,5	12,2	9,9	12,4	13,4	12,9	13,3	
Liberecký kraj	8,4	7,8	7,4	6,5	6,0	10,0	10,6	9,6	9,7	
Královéhradecký kraj	7,1	7,3	6,6	5,2	4,2	6,8	7,7	7,2	7,5	
Pardubický kraj	8,3	8,3	7,3	5,8	5,0	8,0	9,1	8,3	8,1	
Vysočina	8,3	8,2	7,4	6,1	5,2	8,7	9,6	9,1	9,0	
Jihomoravský kraj	10,3	10,1	9,2	7,6	6,2	8,9	10,2	9,6	9,6	
Olomoucký kraj	11,2	11,0	9,6	7,4	6,2	10,2	11,5	11,1	10,8	
Zlínský kraj	9,4	9,2	8,4	6,6	5,5	9,1	10,4	9,4	9,3	
Moravskoslezský kraj	15,4	14,7	13,4	11,0	8,4	11,1	11,9	11,3	11,4	
Celkem ČR	9,2	9,0	8,1	6,6	5,4	8,0	9,0	8,6	8,6	

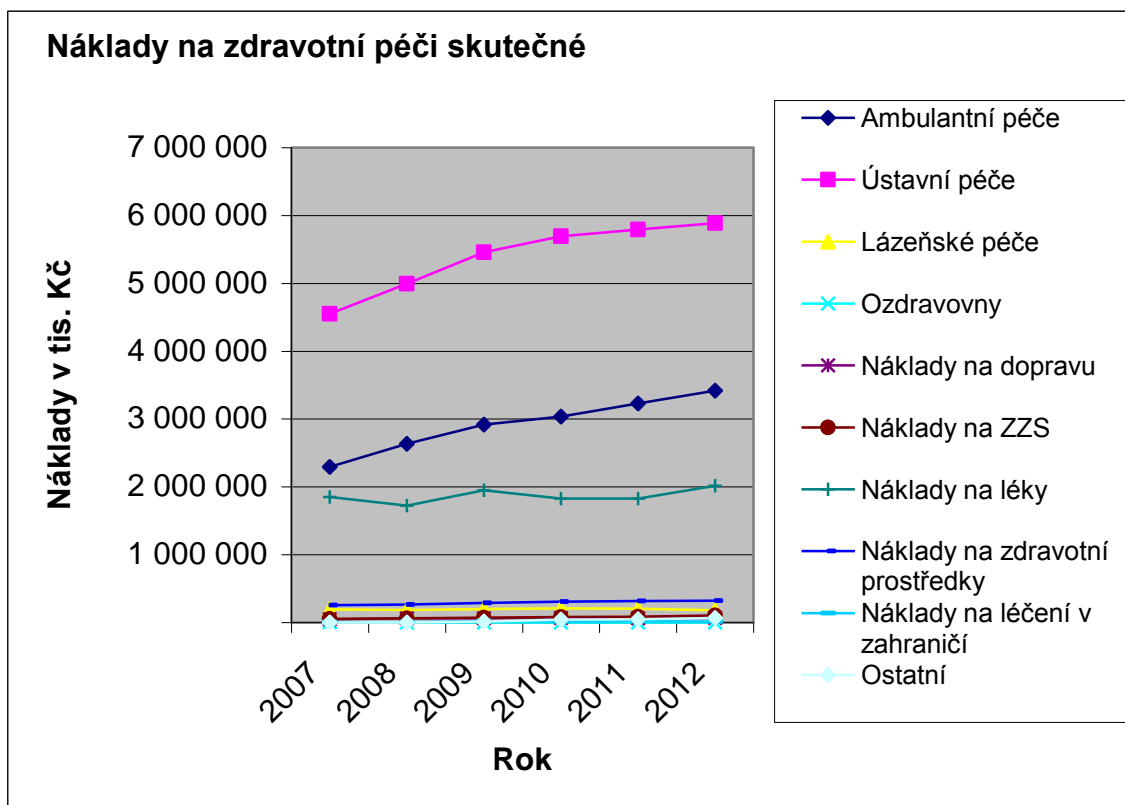
Zdroj: MPSV

Příloha č. 9: Náklady na zdravotní péči v KoZP dle ZPP



Zdroj: Tab. č. 18 Náklady na zdravotní péči dle ZPP v KoZP

Příloha č. 10: Náklady na zdravotní péči v KoZP dle ÚZ



Zdroj: Tab. č. 19 : Skutečné náklady na zdravotní péči v KoZP dle poskytované péče

Příloha č. 11: Porovnání nákladů na zdravotní péči se ZPP v letech 2007 až 2012 v tis.

Kč

Rok	dle ZPP	skutečné	rozdíl	index	%
2007	9 430 000	9 248 927	181 073	98,07982	-1,92
2008	10 005 000	9 931 304	73 696	99,26341	-0,74
2009	10 589 100	10 973 732	- 384 632	103,6323	3,63
2010	11 260 000	11 277 831	- 17 831	100,1584	0,16
2011	11 270 000	11 578 034	- 308 034	102,7332	2,73
2012	11 685 000	12 074 355	- 389 355	103,3321	3,33

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 12: Preventivní programy pro děti, mládež a studenty

Druh příspěvku	Zdravotní pojišťovna						
	ČPZP	RBP	ZPMV	KoZP	VZP	OZP	ZPŠ
Očkování	500	1000	800	450	500	300	500
Školy v přírodě/lyžařské kurzy	500	500	x	1000	x	x	x
Plavecké kurzy	250	500	800	250	x	x	x
Ortodontická rovnátka	500	1000	x	1200	x	500	1000
Cvičení miminek, plavání..	x	500	800	1000	x	x	x
Příspěvek na pohybové aktivity	x	500	x	500	500	500	500
Příspěvek na ochrannou přilbu	x	x	x	300	x	x	x
Plavání	zdarma	x	x	250	500	500	x
Celiakie/diabetes	500	500	x	400	500	x	5000
Prevence trombózy	1000	x	x	x	x	x	x
Nákup vitamínu v lékárně	zdarma	100	x	200	x	300	x
Solná jeskyně	x	x	x	400	x	x	x
Sportovní prohlídka	500	500	x	200	x	x	500
Plastová sádra	x	x	x	x	x	x	300
Příspěvek STOP obezitě	x	500	x	x	500	x	x
Prevence rakoviny kůže	500	500	x	x	500	x	x
Terapie anorexie/bulimie	x	x	x	x	500	x	x
Příspěvek na odvykání kouření	x	500	x	x	x	4000	500
Celkem	4250	6600	2400	6150	3500	6100	8300

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 13: Preventivní programy pro ženy

Druh příspěvku	Zdravotní pojišťovna						
	ČPZP	RBP	ZPMV	KoZP	VZP	OZP	ZPŠ
Očkování	500	1000	600	450	500	300	500
Prevence rakoviny tlustého střeva	500	500	500	150	x	x	x
Prevence rakoviny prsu	500	500	500	800	x	x	800
Prevence karcinomu plic	x	x	500	x	x	x	x
Prevence rakoviny kůže	500	500	500	x	500	x	x
Prevence glaukomu	300	300	x	x	x	x	x
Příspěvek na pohybové aktivity	x	x	x	250	500	500	500
Příspěvek na laserové operace očí	1500	500	400	x	x	x	x
Příspěvek na horm. Subst. terapie	500	500	x	x	x	x	x
Sportovní prohlídka	500	500	800	x	x	x	500
Celiakie/diabetes	500	500	x	x	500	x	5000
Příspěvek pro těhotné ženy	1000	1000	800	1000	500	500	1200
Plavání	zdarma	x	x	250	500	500	x
Příspěvek STOP obezitě	x	500	x	x	500	x	x
Plastová sádra	x	x	x	x	x	x	300
Příspěvek na odvykání kouření	x	500	x	x	500	4000	500
Celkem	6300	6800	4600	2900	4000	5800	9300

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 14: Preventivní programy pro muže

Druh příspěvku	Zdravotní pojišťovna						
	ČPZP	RBP	ZPMV	KoZP	VZP	OZP	ZPŠ
Očkování	500	1000	600	450	500	300	500
Prevence rakoviny tlustého střeva	500	500	500	150	x	x	x
Prevence rakoviny prostaty	500	500	500	x	500	x	x
Prevence glaukomu	300	500	x	x	x	x	x
Prevence karcinomu plic	x	x	500	x	x	x	x
Příspěvek na pohybové aktivity	x	x	x	250	500	500	500
Příspěvek na laserové operace očí	1500	500	400	x	x	x	x
Příspěvek na erektilní disfunkci	500	x	x	x	x	x	x
Příspěvek na účast otce u porodu	500	x	800	x	x	x	x
Plavání	zdarma	x	x	250	500	500	x
Příspěvek na STOP obezitě	x	500	x	x	500	x	x
Příspěvek na odvykání kouření	x	500	x	x	500	4000	500
Příspěvek na plastovou sádku	x	x	x	x	x	x	300
Celkem	4300	4000	3300	1100	3000	5300	1800

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 15: Preventivní programy pro dárce krve

Druh příspěvku	Zdravotní pojišťovna						
	ČPZP	RBP	ZPMV	KoZP	VZP	OZP	ZPŠ
Vitamíny po každém odběru	ano	ano	ano	x	x	ano	ne
Příspěvek pro nové dárce	200	x	x	x	x	x	x
Příspěvek pro stávajícího dárce	1000	500	x	300	500	1000	800
Bronzová Jánského plaketa=10 odběrů	500	x	3000	x	x	2000	x
Stříbrná Jánského plaketa=20 odb.	1000	x	3000	500	x	2000	x
Zlatá Jánského Plaketa	1000	x	1000	1000	x	2000	x
Zlatý kříž 3. třídy=80 odb.	2500	x	2000	2000	x	2000	3500
Zlatý kříž 2. třídy=120 odb.	3000	x	2000	2000	x	2000	3500
Zlatý kříž 1. třídy 160 odb.	3500	3000	2000	2000	500	3000	800
Program pro dárce kostní dřeně	6000	3000	2000	2000	500	3000	800
Plaketa dar krve - dar života	4000	x	x	x	x	x	x
Celkem	22700	6500	15000	9800	1500	17000	9400

Zdroj: Vlastní zpracování