

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií



Diplomová práce

**Zdravotní pojišťovny v ČR a konkurence v oblasti
zdravotního pojištění**

Lucie ŠIMKOVÁ

© 2012 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Katedra ekonomických teorií

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Šimková Lucie

Veřejná správa a regionální rozvoj nav.- Most

Název práce

Zdravotní pojišťovny v ČR a konkurence v oblasti zdravotního pojištění

Anglický název

Health Care Insurance Companies and Competition in Health Care Insurance in Czech Republic

Cíle práce

V práci bude popsán systém veřejného zdravotního pojištění v ČR. Cílem práce je analýza konkurenčního prostředí v oblasti zdravotního pojištění, identifikace hlavních konkurenčních nástrojů a vyhodnocení postavení zdravotních pojišťoven na trhu zdravotního pojištění.

Metodika

Pro zpracování literární rešerše bude využita metoda studia odborné literatury. Informace budou získávány z českých i zahraničních materiálů. Aktuální informace budou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Využita bude metoda deskripce, komparace, analýzy.

Harmonogram zpracování

získání podkladových materiálů, odborných publikací k literární rešerši: 01/2011 - 05/2011

zpracování literární rešerše: 06/2011 - 09/2011

zpracování praktické části a formulování závěrů práce: 10/2011 - 12/2011

úpravy a dokončení práce: 01/2012 - 02/2012

odevzdání práce: 03/2012

konzultace s vedoucím práce: 01/2011 - 03/2012 (podle potřeby studenta)

průběžné předkládání dílčích částí práce: 09/2011, 12/2011, 02/2012

Rozsah textové části

60 - 80 stran

Klíčová slova

konkurenční nástroje, plátcí pojistného, preventivní programy, zdravotní pojišťovna, zdravotnictví, veřejné zdraví

Doporučené zdroje informací

DANĚK, A. - GLET, J. Zdravotní pojištění, 1.vyd. Praha : Linde, 2003. 93 s. ISBN 80-86131-46-7.

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

HOŘEJŠÍ, B.: Mikroekonomie. 5.vydání. Praha: Management Press, 2003. 574 s. ISBN 978-80-7261-218-5

VEPŘEK, J. - VEPŘEK, P. - JANDA, J.: Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra 1.vyd. Praha: GRADA, 2002. 229 s. ISBN 80-247-0347-5

Vedoucí práce

Stará Dana, Ing.

Termín odevzdání

březen 2012



doc. Ing. Josef Brčák, CSc.
Vedoucí katedry



prof. Ing. Jan Hron, DrSc., dr.h.c.
Děkan fakulty

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Zdravotní pojišťovny v ČR a konkurence v oblasti zdravotního pojištění" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 31. 3. 2012 _____

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Ing. Daně Staré za vedení mé práce, věcné a odborné připomínky a rady, bez nichž by má práce nedosáhla předložených výsledků.

Zdravotní pojišťovny v ČR a konkurence v oblasti zdravotního pojištění

Health insurance companies in the Czech republic and competition in health insurance

Souhrn

Hlavním cílem předkládané diplomové práce je identifikace veřejných zdravotních pojišťoven na současném trhu v České republice, definování tohoto trhu a analýza konkurenčního prostředí. V první části práce jsou za pomoci dostupné odborné literatury popsána základní teoretická východiska veřejného zdravotního pojištění. Druhá část je věnována analýze konkurenčního prostředí veřejných zdravotních pojišťoven, nástrojů konkurence, výběru pojišťovny z pohledu občana. V závěru práce jsou uvedena doporučení pro pojištěnce a s opatrností i pro trh a tvůrce legislativy.

Summary

The main target of this thesis is to identify public health insurance on the market in the Czech Republic, defining the market and competitive analysis.

In the first part of the thesis with the help of available specialized literature describes the basic theoretical foundations of public health insurance.

The second part is devoted to analyzing the competitive environment of the public health insurance companies, competitive tools, and the choice of insurance from the perspective of a client.

In conclusion recommendations are given to the insured, and - with caution -also for the market and legislator (lawmaker).

Klíčová slova: pojišťovna, zdravotní, veřejné zdravotnictví, pojištěnec, analýza, trh, konkurence, nástroje konkurence.

Keywords: insurance company, health, public health, insured, analysis, market, competition, competitive tool

Obsah

1	Úvod.....	4
2	Cíl práce a metodika	5
2.1	Cíl práce	5
2.2	Metodika	5
2.2.1	Postup zpracování výsledků práce	5
2.2.2	Základní zdroje vstupních dat.....	6
2.2.3	Metody analýzy a vyhodnocení	7
3	Teoretická východiska veřejného zdravotního pojištění	8
3.1	Základní východiska a definice veřejného zdravotního pojištění	8
3.2	Historie a vývoj veřejného zdravotního pojištění v ČR.....	9
3.3	Právní úprava veřejného zdravotního pojištění v ČR	13
3.4	Současné veřejné zdravotní pojišťovny v ČR.....	15
3.5	Popis základní funkce veřejného zdravotního pojištění.....	16
3.5.1	Účast na veřejném zdravotním pojištění.....	16
3.5.2	Plátcí a placení pojistného	18
3.5.3	Hrazení péče z veřejného zdravotního pojištění v ČR.....	20
3.6	Konkurence v oblasti veřejného zdravotního pojištění.....	24
3.6.1	Konkurence a tržní prostředí obecně	24
3.6.2	Konkurence uvnitř veřejného sektoru.....	26
3.6.3	Konkurence v systému veřejného zdravotního pojištění	26
4	Praktická část	28
4.1	Analýza konkurenčního prostředí	28
4.1.1	Konkurenti - Veřejné zdravotní pojišťovny v České republice	28
4.1.2	Odběratelé – pojištěnci	35
4.1.3	Dodavatelé – Smluvní zdravotnická zařízení	40
4.1.4	Substituty - Nástroje konkurence.....	42
4.1.5	Shrnutí výsledků analýzy.....	49
4.2	Měření úrovně konkurence	50
4.2.1	Způsob měření konkurence.....	50
4.2.2	Popis hodnotících kritérií.....	50
4.2.3	Provedení samotného měření.....	53
4.2.4	Výsledek měření konkurence.....	54
4.3	Kritéria výběru pojišťovny v praxi	54
4.3.1	Výběr ZP pro pojištěnce ze skupiny Rodič a dítě.....	55
4.3.2	Výběr ZP pro pojištěnce ze skupiny Dárce krve	56
4.4	SWOT analýza	59
4.4.1	SWOT analýza České průmyslové zdravotní pojišťovny.....	59
4.4.2	SWOT analýza Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR	60
5	Vyhodnocení výsledků analýz	62
5.1	Výsledky analýzy tržního prostředí	62
5.2	Zhodnocení konkurence v oblasti zdravotního pojištění	63
5.3	Doporučení pro pojištěnce při výběru zdravotní pojišťovny	64
5.4	Doporučení pro trh a tvůrce legislativy.....	65
6	Závěr	66

Seznam použitých zdrojů.....	67
Seznam zkratk	70
Seznam tabulek	70
Seznam příloh	72

1 Úvod

Zdravotní pojišťovny vznikly v ČR jako veřejnoprávní instituce. Jejich úkolem je hradit náklady zdravotní péče plně nebo částečně na základě smluv, které každoročně uzavírají a obnovují se zdravotnickými zařízeními.

Po devatenácti letech pluralitního prostředí na poli zdravotních pojišťoven v ČR existuje na trhu osm institucí včetně Všeobecné zdravotní pojišťovny. Ta dosahuje od svého počátku až dodnes nejvyššího podílu na trhu a to jak objemem pojištěnců, tak i objemem financí. Přesto složení jejich pojištěnců není zrovna optimální, stejně jako ekonomika a nástroje konkurence. Proto mohou na trhu existovat další, sice menší, ale přesto stejně stabilní zdravotní pojišťovny.

Konkurence je prostředkem ke zlepšování služeb a konkurenční boj o zákazníka způsobuje zvyšování atraktivity nabídky. Existence více pojišťoven na trhu tak zajišťuje vyrovnanost systému, tedy nižší stupeň byrokratizace v řízení a vyšší efektivnost a účelnost vynakládaných prostředků. Samozřejmostí je posilování prostředků motivace pro maximální výběr pojistného a zlepšování komunikace s pojištěnci. Z pohledu zákazníka, tedy pojištěnce a potažmo také pacienta je pluralitní systém výhodnější a to z důvodu možnosti svobodné volby pojišťovny. Pojišťovny v rámci povinné zákonné platby všeobecného zdravotního pojištění nabízí i jiné služby nad rámec základního ošetření. Tyto služby se stávají nejen nástrojem motivace pojištěnců k vyšší odpovědnosti za vlastní zdraví, jenž vede ke snižování nákladů na zdravotní péči, ale také významným konkurenčním nástrojem.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem předkládané diplomové práce je identifikace veřejných zdravotních pojišťoven na současném trhu v České republice, definování tohoto trhu a analýza konkurenčního prostředí.

Díličními cíli jsou:

- definice systému veřejného pojištění v ČR
- identifikace stávajícího trhu veřejného zdravotního pojištění
- analýza konkurenčního prostředí včetně nástrojů konkurence
- vyhodnocení postavení zdravotních pojišťoven na trhu veřejného zdravotního pojištění

Definice systému veřejného pojištění v ČR vychází z platné legislativy. V práci budou zařazeny alespoň základní body z této rozsáhlé tematiky. Identifikace stávajícího trhu veřejného zdravotního pojištění přinese alespoň základní přehled o zdravotních pojišťovnách v současné době působících na trhu a stane se výchozím podkladem pro analýzu konkurenčního prostředí. V rámci této analýzy bude proveden rozbor struktury pojištěnců, sítě smluvních zdravotnických zařízení a nástrojů konkurence pojišťoven. Výsledky pak budou vyhodnoceny prostřednictvím analýzy SWOT. Vzhledem k rozsáhlosti problematiky bude analýza pro představu provedena pro nejsilnější pojišťovnu na trhu, a to VZP, a poté pro třetí největší pojišťovnu na trhu ČPZP. Výsledky vyhodnocení budou doplněny o poznatky z praxe a vyhodnocení individuálního přístupu pojištěnců k výběru zdravotní pojišťovny.

2.2 Metodika

2.2.1 Postup zpracování výsledků práce

První fáze zpracování práce bude zahájena sběrem dat a informací. Data a informace budou získány z odborné literatury, oficiálních webových stránek, dokumentů zdravotních pojišťoven. Po načerpání zdrojových informací bude stanoven způsob analýzy konkurence na trhu veřejného zdravotního pojištění a návrh struktury práce. Metody analýzy a jejího vyhodnocení budou popsány v další kapitole. Následuje zpracování vstupních dat a

informací, provedení samotných analýz a jejich vyhodnocení a zaznamenání výsledků vyhodnocení do práce. V závěrečné fázi bude provedena korektura práce, optimalizace a doplnění.

2.2.2 Základní zdroje vstupních dat

Základním zdrojem vstupních dat pro následnou analýzu konkurenčního prostředí na trhu veřejného zdravotního pojištění jsou:

- oficiální webové stránky jednotlivých zdravotních pojišťoven,
- Zdravotně pojistný plán na rok 2011.

Aby mohla být provedena analýza, je potřeba vycházet z porovnatelných vstupních dat, tedy z takových, která jsou platná v jednotném období a charakterizují jedinečný a nezaměnitelný faktor. Z daných možností byl vybrán jako zdroj takových dat Zdravotně pojistný plán na rok 2011 jednotlivých zdravotních pojišťoven na trhu. Nabízela se i možnost využití výročních zpráv. Bohužel pouze některé pojišťovny mají zpracován a zveřejněn tento dokument k roku 2010. V případě výročních zpráv za rok 2009 byl tento dokument přístupný u 7 pojišťoven a starší výroční zprávy by již zkreslovaly současný pohled na problematiku. Zdravotně pojistné plány na rok 2011 jsou zpracovány v souladu se zákonem č. 280/1992 Sb., zákonem č. 48/1997 Sb., zákonem č. 592/1992 Sb. a vyhláškami č. 418/2003 Sb., č. 644/2004 Sb. a vyhláškou MZ č. 134/1998 Sb. Dle doporučení Ministerstva zdravotnictví v metodice akceptují jednotlivé plány úpravu výše uvedených právních předpisů platnou v době jeho zpracování včetně návrhu zákona, kterým se mění některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2011. Číselné údaje jsou zpracovány v tabulkové formě. Tabulky vychází z přílohy k vyhlášce č. 274/2005 Sb. aktualizované vyhláškou č. 313/2008 Sb. a doplněné metodikou pro zpracování zdravotně pojistných plánů. Právě jednotné tabulky, vyplňované dle metodiky platné pro všechny veřejné zdravotní pojišťovny, umožňují analýzu jednotlivých pojišťoven a poskytují východiska pro analýzu konkurenčního prostředí na trhu veřejného zdravotního pojištění. Jsou zohledněny všechny platné právní předpisy upravující oblast veřejného zdravotního pojištění. Je zpracován odhad jejich dopadů jak na očekávanou skutečnost roku 2010, tak na plán roku 2011.

2.2.3 Metody analýzy a vyhodnocení

Zpracování analytické části a vyhodnocení bude provedeno prostřednictvím metody analýzy tržního prostředí, benchmarking, měření úrovně konkurence, SWOT analýzy a strukturovaného rozhovoru.

Metoda analýzy tržního prostředí čerpá informace ze sekundárních veřejně přístupných zdrojů a vychází v podstatě z průzkumu prostředí. Získané informace poté popíše ve strukturované podobě, která umožní celkový pohled na tržní prostředí.

Benchmarking je účinným nástrojem zvyšování konkurenceschopnosti firem, s jehož pomocí lze porovnat výchozí subjekt a jeho konkurenci. „*Posláním benchmarkingu je napomoci rozvíjet konkurenční výhodu, přednost, zvláštnost, odlišnost, jedinečnost, tedy nikoli konkurenční konvergenci, nýbrž co možně ostrou divergenci*“ [10].

Měření úrovně konkurence spočívá v určení hodnotící škály pro vybraná kritéria určující úroveň konkurence a následného změření a vyhodnocení míry úrovně konkurence na trhu veřejného zdravotního pojištění.

SWOT analýza je jednoduchým nástrojem, koncepčním rámcem pro systematickou analýzu, zaměřeným na charakteristiku klíčových faktorů ovlivňujících strategické postavení podniku. Využívá závěrů předchozích analýz tím, že identifikuje hlavní silné a slabé stránky podniku a porovnává je s hlavními vlivy z okolí podniku, resp. příležitostmi a ohroženími a směřuje k syntéze jako východisku pro formulaci strategie.

Strukturovaný rozhovor se volí v takové situaci, kde není dotazníkové šetření vhodné a to především z důvodu přílišné rozsáhlosti průzkumu. „*Strukturovaný rozhovor má podobu pevné agendy s cílenými dotazy – používá se pro získání detailního pohledu na určitou část problémové oblasti, nikoliv na proces řešení problémů*“ [9]. Svým stylem se téměř podobá výslechu – tazatel reaguje na každou informaci podanou dotazovaným, žádá vysvětlení, zdůvodnění, příklady a protipříklady [9]. Výhodou rozhovorů je jejich pružnost, možnost získání kvalitních informací (rozhovor může jít do hloubky problému).

3 Teoretická východiska veřejného zdravotního pojištění

3.1 Základní východiska a definice veřejného zdravotního pojištění

„Veřejné zdravotní pojištění vychází z principu celospolečenské solidarity a sdílení rizika všemi občany. Je stanoveno procentní sazbou, tedy v relaci k výši příjmu. Alokaci prostředků zajišťují veřejné zdravotní pojišťovny, které získávají veřejné prostředky na základě zákona“ [20].

Zdraví dnes již není charakterizováno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody [17]. Nemoc je charakterizována jako stav těla nebo mysli v patologické úrovni. Tento stav je důsledkem morfologického poškození orgánů, tkání a buněk, u nichž došlo ke změně jejich funkce. Za nemoc se považuje ale i takový stav, který zapříčiňuje subjektivní potíže jedinci [18].

Každý jedinec má právo na zdraví a zdravotní péči. Jedná se o základní lidské a občanské právo, podložené Evropskou sociální chartou, Lublaňskou chartou WHO, Listinou základních práv a svobod. Právě Listina základních práv a svobod, jenž je součástí Ústavy České republiky, dává občanům s trvalým pobytem na území České republiky právo na bezplatnou zdravotní péči [19]. *„Jde o obsahově užší pojem než péče o zdraví a zahrnuje prevenci a léčení chorob, které jsou zabezpečovány výlučně zdravotnickým systémem. Zdravotní péče se dělí na zdravotnické služby ve smyslu nemateriálních činností a s nimi související materiálovou spotřebou (léky, speciální zdravotní materiál, spotřeba energie apod.) a uskutečňuje se v rámci zdravotnického systému. Ten je historicky nejstarší, ale také nejsložitější složkou realizace zdravotní politiky, neboť zprostředkuje zabezpečení jejích cílů“ [20].*

Rozsah bezplatné zdravotní péče je v České republice upraven zákonným všeobecným zdravotním pojištěním [19].

Veřejné zdravotní pojištění je druh zákonného pojištění, na jehož základě je plně nebo částečně hrazena zdravotní péče, poskytovaná pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav [2].

V České republice jsou ze zákona zdravotně pojištěny osoby s trvalým bydlištěm na území České republiky, zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území České republiky, pojištěnci z členských států Evropské unie, kteří mají právo na stejnou péči a její úhradu jako pojištěnci – občané České republiky s přihlédnutím k délce a účelu jejich pobytu v České republice [4].

3.2 Historie a vývoj veřejného zdravotního pojištění v ČR

Pojišťovací myšlenka jako taková vznikla již někdy ve středověku. Mezi prvními vzniklo pojištění námořní, dále pak vznikaly pojišťovací ústavy proti ohni. Šlo o pojištění individuální, založené na soukromě-právní smlouvě. Pojištění sociální je institucí veřejně-právní, a vzniklo až koncem 19. století, kdy v medicíně nastal výrazný pokrok a s tím i její finanční náročnost. Vznikaly první rozpory, vážný sociální problém, který se pokusili jako první řešit v Německu. Nemocenské pojištění se rozšířilo po celém evropském kontinentu až po 1. světové válce [13].

„Před vznikem samostatné republiky platil v tehdejší Rakousku-Uhersku zákon z roku 1886, který řešil sociální a zdravotní pojištění zaměstnanců a živnostníků“ [21].

V českých zemích, s růstem průmyslové výroby a s vytvořením soukromých podnikatelů, byl schválen v roce 1837 dvorní dekret. Zde se zavazovali továrníci, živnostníci i obchodníci k tomu, aby hradili ošetřovací náklady za nemocné dělníky, kteří byli ošetřováni ve veřejné nemocnici. Byl to jakýsi typ nemocenské pokladny [13].

„Po vzniku samostatného Československa bylo zákonnou úpravou z let 1919 až 1924 rozšířeno zdravotní pojištění na všechny námezdně pracující a od roku 1925 i na veřejné a státní zaměstnance“ [21].

Zákon č. 221/1924 Sb. upravil pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. V roce 1930 působilo na území tehdejšího Československa několik typů pojišťoven a celkově asi 400 pojišťoven. Pojištěna byla tehdy zhruba asi polovina veškerého obyvatelstva [13].

Systém nemocenského pojištění tvořily samosprávné instituce, tedy okresní, závodní, spolkové a další nemocenské pojišťovny [17]. Dozorčím orgánem nad nemocenskými

pojišťovny byla Ústřední sociální pojišťovna, které byly ostatní pojišťovny povinny předkládat podrobné zprávy o své činnosti. Základem zdravotní péče byl praktický lékař. Kdo nebyl pojištěn, byl ošetřen a léčen za přímou úhradu [13].

Nemocnice byly rozděleny na 3 třídy. První třída byla pouze za příplatek, druhá třída byla určena pro bezplatnou ambulantní péči a nemocniční ošetření státních zaměstnanců a třetí třída byla pro všechny ostatní pojištěnce a jejich rodinné příslušníky [17].

V roce 1948 bylo nemocenské a důchodové pojištění sjednoceno do jednoho povinného systému zákonem č.99/48 Sb., o národním pojištění, aby se v roce 1951 díky zavedení sovětského modelu, důchodové pojištění zcela oddělilo od národního. Ústřední národní pojišťovna byla zrušena a finanční zabezpečení převzal státní rozpočet. Finanční prostředky ze státního rozpočtu přidělovalo přísně účelovým způsobem Ministerstvo zdravotnictví. Zdravotní péče se stala pro občana bezplatnou, bez přímé úhrady a byla financována pouze z daní. Vznikly krajské a okresní ústavy národního zdraví. V 50. – 60. letech byly zavedeny celoplošné očkovací programy [13].

„Pro socialistické Československo bylo příznačné centrálně řízené státní zdravotnictví. Po roce 1990 byla jeho podoba neudržitelná vzhledem k novým společenským a hospodářským podmínkám. Součástí reformy daňové soustavy byl i nový model zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami, do praxe byl uveden až po rozpadu federace v roce 1993“ [22].

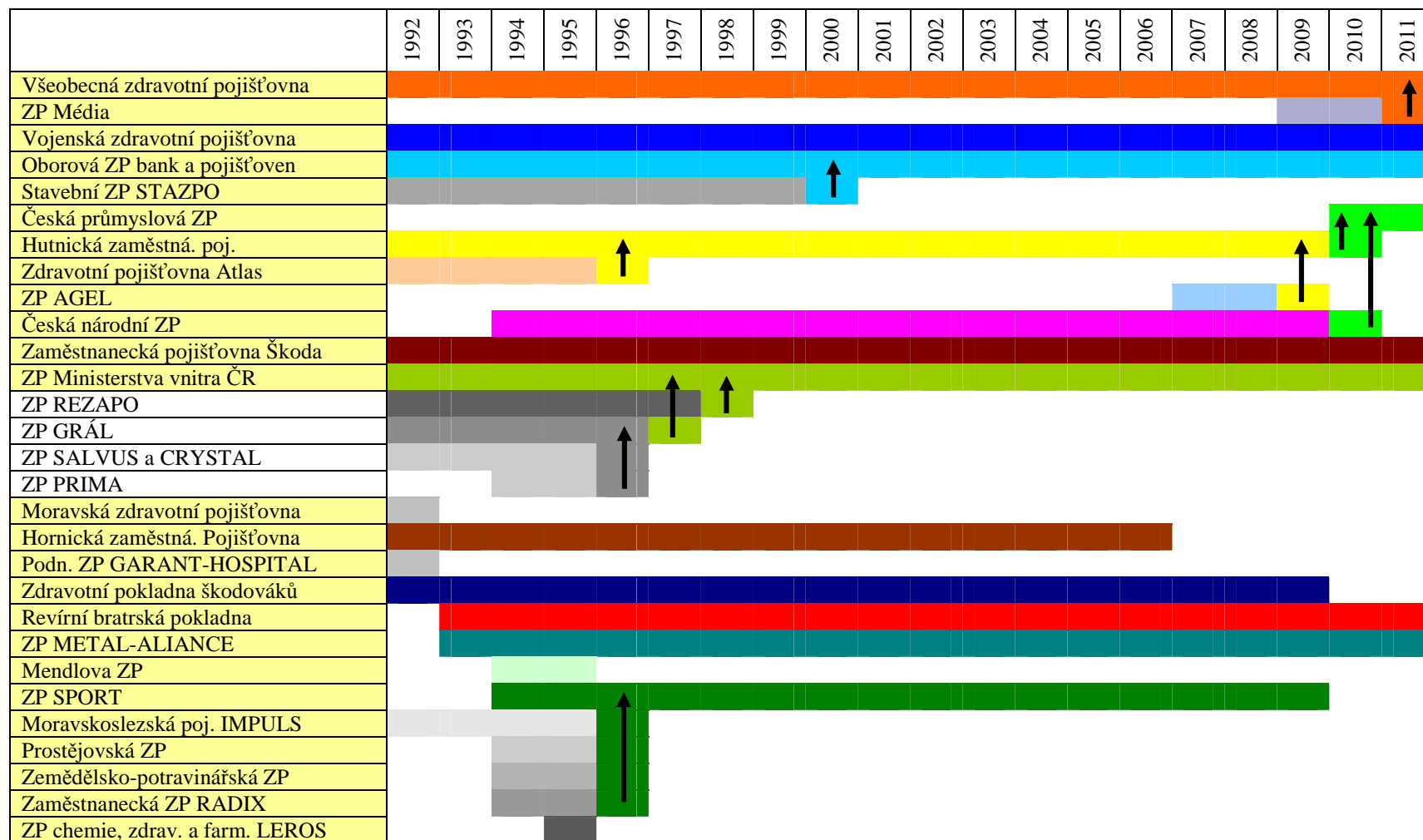
V roce 1991 Česká republika přešla na systém všeobecného zdravotního pojištění a úhradu zdravotní péče zdravotními pojišťovnami na základě zákona a smluv mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními. Byl přijat zákon o všeobecném zdravotním pojištění, na základě kterého se všichni občané státu stali pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky. V roce 1992 byl posléze přijat zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, čímž vzniklo více zdravotních pojišťoven. Vznikla tak také možnost mezi pojišťovnami přecházet, na základě svobodné volby. Pojišťovna však neměla povinnost zájemce přijmout [4].

V roce 1992 existovalo v České republice 15 zdravotních pojišťoven včetně Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a dalších dosud významných pojišťoven (např. Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR, Vojenská zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna bank a pojišťoven). Do roku 1996 vzniklo dalších 14 zdravotních pojišťoven, mezitím ale některé zanikly. V roce 2000 se vývoj zdravotních pojišťoven ustálil na počtu 10. V roce 2010 vznikla Česká průmyslová pojišťovna sloučením Hutnické zaměstnanecké pojišťovny a České národní pojišťovny [11].

V roce 2011 došlo ke sloučení Zdravotní pojišťovny Média a Všeobecné zdravotní pojišťovny.

Přehled doby působení jednotlivých zdravotních pojišťoven od roku 2002 do současnosti zachycuje následující tabulka. Barevná linie značí existenci dané pojišťovny. Šipka pak znamená změnu, a to její sloučení s jinou pojišťovnou.

Tabulka 1: Vývoj vzniku a působení na trhu veřejných zdravotních pojišťoven 1992 - 2011



Zdroj: vlastní konstrukce, podle údajů z webových stránek jednotlivých zdravotních pojišťoven

3.3 Právní úprava veřejného zdravotního pojištění v ČR

Veřejné zdravotní pojištění upravují především dva klíčové zákony:

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o veřejném zdravotním pojištění);
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o pojistném na zdravotní pojištění).

Pro oblast fungování zdravotních pojišťoven mají nemalou roli zákony upravující fungování zdravotních pojišťoven:

- Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

Velmi důležitou roli hrají také nařízení Evropské unie pro oblast zdravotního pojištění a sociálního zabezpečení a mezinárodní předpisy. Jde zejména o tyto předpisy:

- Nařízení Rady EHS č. 1408/71 a prováděcí nařízení Rady EHS č. 574/72 (dále jen pod společným označením Nařízení Rady).

Zákon o veřejném zdravotním pojištění například stanovuje, že:

- pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny;
- pojištěnec má právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení s výjimkou závodní zdravotní služby, které jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně;
- pojištěnec má právo na výběr dopravní služby, která je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně;
- pojištěnec má právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem;
- pojištěnec má právo na výdej léčebných přípravků bez přímé úhrady, jde-li o léčebné přípravky hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu s tímto zákonem, to platí i v případech, kdy zařízení lékárenské služby nemá se zdravotní pojišťovnou uzavřenou smlouvu;

- pojištěnec má právo podílet se na kontrole poskytované zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění;
- má-li pojištěnec za to, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče, může:
- podat návrh na přezkoumání vedoucímu zdravotnického zařízení nebo jeho zřizovateli,
- obrátit se na Českou zdravotnickou komoru, Českou stomatologickou komoru nebo Českou lékárnickou komoru, týkají-li se nedostatky odborného nebo etického postupu lékaře nebo lékárníka, nebo na jinou profesní organizaci, pokud byla zřízena, týkají-li se nedostatky jiného zdravotnického pracovníka;
- obrátit se na zdravotní pojišťovnu, jejíž je pojištěncem, zejména odmítne-li zdravotnický pracovník provést výkon spadající do hrazené péče;
- obrátit se na příslušný orgán státní správy, který provedl registraci zdravotnického zařízení podle zvláštního zákona (zákon č. 260/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních);
- ošetřujícímu lékaři, který navrhl ústavní péči, a registrujícímu lékaři se odesílá bezprostředně zpráva o propuštění pojištěnce, včetně návrhu dalšího léčebného postupu;
- příslušná zdravotní pojišťovna má právo na náhradu škody vůči třetím osobám, jestliže vynaložila náklady na péči hrazenou ze zdravotního pojištění v důsledku jejich zaviněného protiprávního jednání vůči osobám účastným zdravotního pojištění, tato náhrada je příjmem fondů;
- pro účely náhrady škody jsou zdravotnická zařízení povinna oznámit příslušné zdravotní pojišťovně úrazy a jiná poškození zdraví osob, kterým poskytla zdravotní péči, pokud mají důvodné podezření, že úraz nebo jiné poškození zdraví byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby, oznamovací povinnost podle tohoto odstavce se plní do jednoho měsíce ode dne, kdy se ten, kdo skutečnost oznamuje, o ní dověděl [3].

Výčet dalších souvisejících právních předpisů je obsahem Přílohy č. 1 předkládané diplomové práce.

3.4 Současné veřejné zdravotní pojišťovny v ČR

„Finanční institucí, jejímž úkolem je provádět zákonné veřejné zdravotní pojištění je zdravotní pojišťovna. Vedle toho může zdravotní pojišťovna provádět i smluvní zdravotní pojištění přesahující rámec zdravotní péče hrazené veřejným zdravotním pojištěním, má-li k tomu povolení“ [23].

Zdravotní pojišťovna je příjemcem finančních prostředků ze systému zdravotního pojištění. Zákon dělí veřejné zdravotní pojišťovny na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR a na resortní, oborové, podnikové, popřípadě další zdravotní pojišťovny [24]. *„Zatímco Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR byla zřízena přímo zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, zaměstnanecké pojišťovny upravované zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotnických pojišťovnách potřebují k provádění veřejného zdravotního pojištění povolení státního orgánu. Toto povolení uděluje svým rozhodnutím Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí“ [23].*

V současné době je vedle Všeobecné zdravotní pojišťovny zřízeno dalších 7 zdravotních pojišťoven:

- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR,
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,
- Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR,
- Revírní bratrská pokladna,
- Zdravotní pojišťovna Metal – Aliance,
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna [16].

Fungování zdravotních pojišťoven podléhá kontrole státních orgánů České republiky, tedy Ministerstvu zdravotnictví společně s Ministerstvem financí [25].

Základní povinností všech zdravotních pojišťoven vůči kontrolním orgánům je předkládat výroční zprávu, účetní uzávěrku a pojistný plán. V případě Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR tyto dokumenty schvaluje vláda a Parlament ČR, v případě ostatních pojišťoven pak pouze vláda ČR. Tím je zajištěna veřejná kontrola hospodaření zdravotních pojišťoven s veřejnými finančními prostředky [24].

3.5 Popis základní funkce veřejného zdravotního pojištění

„Veřejné zdravotní pojištění je založeno na principu solidarity, kterou je nutno chápat v trojím smyslu. Jedná se o solidaritu zdravých a nemocných, kdy si občan předplácí na budoucí zdravotní rizika. Dále jde o solidaritu mezi mladými lidmi a seniory, tzv. solidaritu v čase. Solidarita mezi bohatými a chudšími, tzv. solidarita v objemu, znamená, že občané platí z rozdílné výše příjmů stejné, zákonem stanovené procento pojistného. Důležitá je zásada při financování zdravotní péče – princip rovného přístupu občanů ke zdravotní péči“ [21].

V České republice již od jejího vzniku v roce 1993 funguje veřejné zdravotní pojištění na principu existence více zdravotních pojišťoven na trhu a kombinaci tržního prostředí a veřejného dozoru. Stát zde plní nejen úlohu dohledu, ale je také plátcem pojištění za vybrané skupiny osob [17].

V současné době mají zdravotní pojišťovny zákonnou povinnost přijetí každého pojištěnce, který o registraci žádá. A to za předpokladu, že splňuje všechny podmínky stanovené zákonem [26].

Hrazení zdravotní péče v současné době v České republice probíhá na bázi Národní zdravotní služby. Základem tohoto modelu je hrazení zdravotní péče převážně z veřejných prostředků, které jsou tvořeny daní z příjmu obyvatel (více než 80%), platbami na zdravotní a sociální pojištění (přibližně 15%) a z doplatků za léky [17].

Veřejné zdravotní pojištění v České republice zajišťují zdravotní pojišťovny. *„Jejich hlavním úkolem je výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění od plátců pojistného a úhrady zdravotní péče zdravotnickým zařízením za poskytnutou zdravotní péči, včetně úhrad za léky a zdravotnické prostředky“ [27].*

3.5.1 Účast na veřejném zdravotním pojištění

Jak již bylo uvedeno, pojištěncem se občan nestává na základě registrace u zdravotní pojišťovny. *„Pojištěncem, účastníkem veřejného zdravotního pojištění, se občan stává ze zákona, ať si to přeje nebo nepřeje a ať je či není kdekoliv registrován, ať má či nemá průkaz pojištěnce zdravotní pojišťovny“ [4].*

Ze zdravotního pojištění jsou vyňaty osoby, které nemají na území České republiky trvalý pobyt a jsou činné v České republice pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit nebo nemají sídlo na území České republiky. Dále pak osoby, které se zdržují dlouhodobě a nepřetržitě v cizině (nejméně 6 měsíců), jsou v cizině zdravotně pojištěny, učinily o této skutečnosti u zdravotní pojišťovny písemné prohlášení a neplatí pojistné. Zdravotně pojištěny v České republice nebudou také osoby, u nichž je pojištění vyloučeno podle výše uvedených Nařízení Rady. Jde například o osoby vyslané do České republiky při splnění podmínek vyslání [2].

Každý pojištěnec má ze zákona právo na výběr zdravotní pojišťovny provádějící veřejné zdravotní pojištění. Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí. Volba zdravotní pojišťovny je omezena nebo naopak rozšířena jen v těchto případech:

- likvidace, nucená správa, nerovnováha v hospodaření zdravotní pojišťovny,
- narození dítěte,
- vojáci v činné službě,
- sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny,
- osoby podléhající koordinaci EU [2].

„Platí, že novorozenec se stává pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna v den porodu jeho matka. Jeho zákonný zástupce může provést změnu zdravotní pojišťovny ve standardních termínech po přidělení rodného čísla dítěti“ [26].

Zdravotní pojišťovna není oprávněna přijmout pojištěnce v jiných lhůtách, než je uvedeno v zákoně. Za osoby nezletilé nebo za osoby bez způsobilosti k právním úkonům provádí změnu zdravotní pojišťovny jejich zákonný zástupce.

Žádosti pojištěnce o změnu zdravotní pojišťovny, podané v souladu s výše uvedenými pravidly, je zdravotní pojišťovna povinna vyhovět [2]. *„Zdravotní pojišťovna je povinna přijmout každého pojištěnce, který o to požádá a splňuje zákonem stanovené podmínky. Zákon jí zakazuje provádět selekci pojištěnců z jakýchkoli důvodů. Pojištěnci mohou změnit zdravotní pojišťovnu i v kratší lhůtě, pokud např. je v jejich pojišťovně zavedena nucená správa, pojišťovna vstoupila do likvidace“ [26].*

Zdravotní pojišťovna není oprávněna stanovit pojištěnci dobu, po kterou u ní bude pojištěn. Rovněž není oprávněna vztah pojištěnce ke zdravotní pojišťovně sama ukončit. Platí zásada, že jedna osoba může být vždy pojištěna jen u jedné zdravotní pojišťovny poskytující zákonné zdravotní pojištění [2].

3.5.2 Plátcí a placení pojistného

Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění a zákona o pojistném na zdravotní pojištění jsou stanoveny tři skupiny plátců pojistného na zdravotní pojištění:

- zaměstnavatel,
- stát,
- pojištěnec.

Zaměstnavatel je plátcem pojistného za své zaměstnance, kdy zákonné pojistné (13,5% z vyměřovacího základu) odvádí ve prospěch té zdravotní pojišťovny, u které je zaměstnanec pojištěn. V případě, že jsou zaměstnanci pojištěni u více zdravotních pojišťoven, odvádí zaměstnavatel pojistné všem těmto pojišťovnám. Zaměstnavatel je partnerem zdravotní pojišťovny z hlediska placení pojistného a plnění ostatních zákonných povinností. Partnerem obvykle není sám zaměstnanec, proto zaměstnavatel nesmí přenášet své povinnosti (placení pojistného, oznamovací povinnost atd.) na zaměstnance. Zaměstnanec se může stát partnerem zdravotní pojišťovny ve dvou situacích. V případě, kdy zjistí, že zaměstnavatel neplní své povinnosti – především oznamovací povinnost a v případě, kdy je pověřen zaměstnavatelem se sídlem v EU, EHP nebo ve Švýcarsku (mimo ČR) k plnění povinnosti zaměstnavatele [29].

Podle zákona o pojistném na zdravotní pojištění je zaměstnavatel povinen:

- přihlásit se k placení pojistného jako zaměstnavatel,
- plnit oznamovací povinnost za své zaměstnance,
- v období od 1. do 20. dne následujícího kalendářního měsíce předat zdravotní pojišťovně Přehled o platbách pojistného,
- vést průkaznou evidenci o uskutečněných platbách pojistného,

- na vyžádání předložit účetní a jiné doklady, jež jsou rozhodné pro správné stanovení a placení pojistného, anebo o které pověřený zaměstnanec – kontrolor požádá, a podat k nim ústně nebo písemně požadovaná vysvětlení,
- nezatajovat doklady, které má k dispozici nebo o nichž je mu známo, kde se nacházejí,
- používat pro hlášení údajů, které jsou stanoveny zákonem o pojistném, tiskopisy, které jsou vydávány příslušnou zdravotní pojišťovnou,
- odvádět část pojistného na zdravotní pojištění, kterou je povinen hradit za své zaměstnance, i část pojistného, kterou je povinen hradit zaměstnanec.

Stát je plátcem pojistného ve výši 13,5% z vyměřovacího základu osob, za které je plátcem pojistného stát. Těmito osobami jsou:

- nezaopatřené dítě;
- poživatel důchodu (osoba, které byl přiznán důchod starobní, invalidní, vdovský, vdovecký nebo sirotčí nezaopatřenému dítěti);
- příjemce rodičovského příspěvku;
- žena na mateřské a rodičovské dovolené (žena na mateřské dovolené, na rodičovské dovolené nebo osoba pobírající peněžitou pomoc v mateřství);
- uchazeč o zaměstnání (pouze po dobu, po kterou je v evidenci úřadu práce);
- osoba pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoba s ní společně posuzovaná;
- osoba, která je závislá na péči jiné osoby a osoba pečující;
- osoba konající službu v ozbrojených silách;
- osoba ve výkonu trestu odnětí svobody (osoba ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody);
- mladistvý umístěný ve školském zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy (do věku 19. let) [2].

Pojištěnec je plátcem pojistného pokud:

- je zaměstnancem vykonávajícím činnost, ze které mu plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků podle Zákona o daních z příjmů;

- je osobou samostatně výdělečně činnou;
- je osobou bez zdanitelných příjmů [28].

V případě, že je pojištěnec zaměstnancem vykonávajícím činnost, ze které mu plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků, je plátcem pojistného na zdravotní pojištění a povinnost odvádět toto pojistné má za něj zaměstnavatel.

Osoba samostatně výdělečně činná je povinna oznámit příslušné zdravotní pojišťovně zahájení a ukončení samostatné výdělečné činnosti, předkládat Přehled o příjmech a výdajích, hlásit změny údajů, odvádět stanovené zálohy na pojistné a případně doplatek pojistného [28].

Mezi osoby bez zdanitelných příjmů může být zařazena například žena v domácnosti nebo student, kteří nejsou zařazeni do kategorií, za které odvádí pojistné stát, dále například zaměstnanec, který pracuje jen na dohody o provedení práce, člen náboženského řádu bez příjmu, nezaměstnaný, který není v evidenci úřadu práce nebo chovanec psychiatrické léčebny, který nepobírá žádný důchod [2].

3.5.3 Hrazení péče z veřejného zdravotního pojištění v ČR

Zdravotní pojišťovny vznikly v ČR jako veřejnoprávní instituce, jejichž úkolem je hradit náklady zdravotní péče plně nebo částečně na základě smluv, které uzavírají a každoročně obnovují se zdravotnickými zařízeními. Přesně je rozsah zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoven zákonem č. 48/1997 Sb. a pravidelně konkretizován v dohodovacích řízeních, v rámci kterých se zástupci jednotlivých lékařských a nelékařských odborností (odborných společností, profesních sdružení, komor), patientských organizací a velkých poskytovatelů setkávají se zástupci zdravotních pojišťoven, aby se dohodli na výkonech, které budou ze zdravotního pojištění hrazeny [1].

Také výše úhrad, tj. hodnota bodů a regulační opatření omezující objem poskytované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, se stanovuje v dohodovacím řízení. Jde o složitý a někdy velmi dramatický proces, jehož výsledek má podobu vyhlášky MZ ČR (tzv. úhradová vyhláška), tedy seznamu výkonů s jejich bodovými hodnotami, kterým se každoročně doplňuje či mění základní seznam výkonů vydaný poprvé v roce

1998 jako vyhláška č. 134 Sb. Od roku 2008 se dle nové dikce zákona č. 48/1997 Sb. mění vyhláška z nařízení v návod a poskytovatelům a pojišťovně je umožněno, aby se dohodli na takovém způsobu řešení úhrad, který zajistí dostupnost zdravotní péče a zohlední místní specifika. Pro rok 2009 obsahuje například i úhrady s využitím systému DRG a umožňuje úhradovou preferenci fakultních nemocnic, tzv. balíčkové ceny a některé další možnosti [1].

Zdravotní pojišťovny mají uzavírat se zdravotnickými zařízeními smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče tak, aby byla vytvořena síť zdravotnických zařízení, která bude plně odpovídat potřebám pojištěnců, bude jim poskytovat dostupnou a kvalitní zdravotní péči a zajistí dostupnost celého spektra služeb zdravotní péče, srovnatelnost jednotlivých regionů a návaznost všech segmentů služeb. Smlouvy by měly rovněž zajistit návaznost zdravotní péče na komunitní a sociální služby a rozdělení kompetencí mezi praktické lékaře a specialisty u chronických onemocnění tak, aby odpovídaly povaze a potřebám onemocnění [24].

Ze zdravotního pojištění jsou hrazeny veškeré diagnostické a terapeutické výkony, preventivní a dispenzární péče, zdravotní péče v souvislosti s těhotenstvím, základní stomatologická péče, péče o dlouhodobě nemocné pacienty ve zdravotnických zařízeních následné ošetrovatelské péče (v léčebnách dlouhodobě nemocných) a od roku 2007 též o osoby žijící v pobytových zařízeních sociálních služeb (domovech pro seniory, domovech pro zdravotně postižené, domovech se zvláštním režimem) a péče o pacienty v hospic centrech. Hrazeny jsou též základní léky, zdravotnické prostředky, doprava pacientů a domácí zdravotní péče. Na některé léky a stomatologické výkony a výrobky jsou stanoveny doplatky. Nehradí se péče požadovaná z jiných než zdravotních důvodů (průkazy, posudky) a kosmetická chirurgie. Nehradí se též nadstandardní péče, která nesouvisí s vlastní zdravotní péčí, například vyšší komfort při pobytu v nemocnici [30].

Praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost jsou placeni kombinovanou kapitačně – výkonovou platbou [1]. V roce 2011 činí základní kapitační platba praktickým lékařům až 50 Kč za každého zaregistrovaného pacienta měsíčně [30]. Gynekologové, stomatologové, ambulantní specialisté i poskytovatelé domácí zdravotní péče jsou placeni za vykázané výkony [1].

V nemocnicích se vedle úhrady paušální platbou nebo rozpočtem v případech, kdy nelze uplatnit jiný způsob úhrady, začíná užívat také nový, diferencovaný způsob, který umožňuje proplácet různým způsobem různé typy zdravotní péče. Zvlášť je proplácena ambulantní péče (např. dialýza, lékařská služba první pomoci, péče o ambulantní pacienty) a zvlášť péče lůžková [1].

Dlouhodobá ošetrovatelská péče poskytovaná v LDN nebo na odděleních následné péče je proplácena úhradou dohodnuté ceny za ošetrovací den, tedy za tzv. lůžkodny. Podmínkou úhrady je naplnění stanoveného personálního a technického vybavení. Výše plateb je diferencována také podle kvality ubytování. Stanovená částka kolem 800 Kč za ošetrovací den je obvykle příliš nízká na to, aby pokryla skutečné náklady těchto zařízení, které činí 1350 Kč denně. Proto jsou tato zařízení odkázána na sponzorské dary od svých pacientů (spolufinancování nezdravotní složky). Hospicová péče je od roku 2007 proplácena na základě nově vytvořeného kódu „ošetrovací den v hospicové péči“, jehož úhrada činí 1146 Kč, přičemž skutečné náklady na hospicové lůžko jsou ve skutečnosti 1700 Kč denně. Podmínkou úhrady je rovněž splnění personálního a technického vybavení. I hospice vybírají tedy od svých pacientů platbu na nezdravotnické služby zpravidla kolem 200 Kč za den. Ovšem tím, že hospice začaly být propláceny jako poskytovatelé zdravotní péče, pozbyly nárok na dotace z resortu sociálních věcí. Tato skutečnost vyvolala nové finanční problémy těchto zdravotnických zařízení [1].

Zdravotnická zařízení mohou poskytovat sociální pobytové služby pro ty pacienty/uživatele služeb, kteří již nečerpají zdravotní péči, ale nemohou být propuštěni ze sociálních důvodů. S těmito lůžkovými zdravotnickými zařízeními uzavírají pojišťovny smlouvy o úhradě zvláštní ambulantní péče a jsou zde propláceny výkony zvláštní ambulantní ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče poskytované vlastními pracovníky na základě ordinace ošetřujícího lékaře. Aby mohla tato lůžková zdravotnická zařízení poskytovat sociální péči, musí tuto skutečnost oznámit krajskému úřadu. Kromě plateb od pojišťovny za příslušné ošetrovatelské výkony mohou pak čerpat též dotace od MPSV a vybírat platby od uživatelů služeb podobně jako pobytové sociální služby. Pak mají též nárok na příspěvek na péči, který by měl být přiznán jejich uživatelům. Zdravotní pojišťovny naopak hradí ze zdravotního pojištění zvláštní ambulantní péči v zařízeních sociálních služeb a ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči poskytovanou na základě

ordinace ošetřujícího lékaře lidem umístěným v těchto zařízeních. Zdravotní péče musí být poskytována odborně způsobilými zaměstnanci těchto zařízení, tedy registrovanými všeobecnými sestrami. Pojišťovny mají na uzavření zvláštní smlouvy se zařízeními sociálních služeb kontraktační povinnost [31].

O cenách léků a jejich úhradě ze zdravotního pojištění rozhoduje Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen SÚKL). Jeho pravomoci a postupy určuje zákon a podrobnosti prováděcí vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR. Každá farmaceutická firma nebo držitel licence určitého léku musí se SÚKL nejprve projednat svoji nabídku v individuálním správním řízení. Pokud žadatel se stanoviskem SÚKL nesouhlasí, může se odvolat k ministerstvu zdravotnictví, v druhé instanci ke správnímu soudu. Tento způsob stanovování cen léků zaručuje větší transparentnost, než tomu bylo v minulých letech, kdy rozhodovalo MZ ČR na základě doporučení tzv. kategorizační komise [30].

Ze zákonného zdravotního pojištění se hradí péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav a souhrnně můžeme rozsah této péče definovat takto:

- léčebná péče ambulantní a ústavní (včetně diagnostické péče, rehabilitace, péče o chronicky nemocné a zdravotní péče o dárce tkání nebo orgánů související s jejich odběrem);
- pohotovostní a záchranná služba;
- preventivní péče;
- dispenzární péče;
- odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávaní, skladování, zpracování a vyšetření);
- poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků;
- lázeňská péče a péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách;
- závodní preventivní péče;
- doprava nemocných a náhrada cestovních nákladů;

- doprava žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa, do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhrada cestovních nákladů;
- doprava zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa;
- doprava odebraných tkání a orgánů;
- posudková činnost;
- prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva, včetně dopravy [30].

3.6 Konkurence v oblasti veřejného zdravotního pojištění

3.6.1 Konkurence a tržní prostředí obecně

Obecně lze trh charakterizovat jako místo, kde se střetává nabídka a poptávka. Prodávající a kupující se střetávají za účelem směny a snaží se z ní získat co největší výhodu. Tím samozřejmě vzniká protichůdné úsilí, které dává základ konkurenci. Konkurence je tedy boj o zákazníka a existuje jak uvnitř poptávky, tak mezi nabídkou a poptávkou navzájem. Ekonomie rozlišuje konkurenci dokonalou a nedokonalou. Dokonalá konkurence se vyznačuje rovností podmínek pro všechny subjekty na trhu. To znamená, že na trhu existuje mnoho prodávajících a kupujících, nikdo z nich však nemá ekonomický potenciál tak silný, aby mohl ovlivnit cenu, dále že výrobek – produkt je vždy homogenní, existuje volný vstup a výstup z odvětví a všechny subjekty na trhu jsou dokonale informovány o situaci na trhu, zejména o ceně. Za podmínek dokonalého trhu je pak zisk pro všechny stejný, jelikož prodávají za stejnou cenu a jedinou možností zvýšení zisku je snižování nákladů. Jak je patrné, v praxi se jedná o neexistující stav. Dokonalá konkurence je proto jen teoretickým modelem [5].

„Oproti tomu nedokonalá konkurence představuje situaci, kdy je na trhu alespoň jeden prodávající nebo kupující, který může ovlivnit tržní cenu“ [6]. Tím vzniká možnost nabízet heterogenní výrobek u jednotlivých výrobců na trhu. Základními typy nedokonalé konkurence na straně nabídky jsou monopol, oligopol a monopolní konkurence.

„Teoreticky je konkurence motivovaná vlastním zájmem ekonomických subjektů vedoucí prostřednictvím cenových mechanismů k optimální alokaci výrobních faktorů, ale zároveň nabízí prostor pro síly, které se obracejí proti ní samotné“ [7].

Subjekty na trhu se snaží získat výhodu oproti jiným a využívají dvě základní formy konkurenčního boje. První formou je konkurence cenová, druhou formou pak konkurence necenová. Cenová konkurence spočívá v dobrovolném snižování ceny zboží ze strany výrobců za účelem zvýšení produkce, tržního podílu a ohrožení ostatních účastníků trhu. *„Má často podobu cenové války, kdy cenový pokles uskutečňuje významný tržní producent s cílem zlikvidovat nízkou cenou slabšího konkurenta“ [7].* Vítězný subjekt pak určuje podmínky trhu a cenu ostatním subjektům na trhu. V dnešní době je však častěji využívanou metodou necenová konkurence. Ta spočívá v získání zákazníka jinou cestou než snižováním ceny.

Vzniká tak prostor pro konkurenční výhody subjektu. Mezi ty patří:

- reklama;
- vyšší kvalita produkce, růst technologických parametrů;
- obalová technika, design;
- poskytování zdánlivých slev;
- prodej na splátky, uplatnění leasingu;
- dokonalejší servis;
- dobré jméno firmy;
- značka;
- vytvoření umělé potřeby výrobcem atd.

U cenové konkurence je dopad na tržní prostředí zřejmý, a to zvyšování náročnosti tohoto prostředí. Ale u necenové konkurence jsou dopady rozporuplné. Může mít pozitivní vliv na kvalitu produkce a na využívání služeb souvisejících s výrobkem, ale i negativní tlak na růst nákladů na reklamu a doprovodné služby, které se prostřednictvím ceny přenesou na spotřebitele [6].

3.6.2 Konkurence uvnitř veřejného sektoru

Uvnitř veřejného sektoru vzniká konkurence v případě, že jeden typ služeb nebo činnosti zajišťuje více subjektů institucionálně či finančně a také v případě, že existuje boj o rozpočtové prostředky.

„Praxe dokazuje, že vytváření konkurenčního prostředí uvnitř veřejného sektoru všude tam, kde je to provozně možné a finančně únosné, přináší typický efekt konkurence a tím je zlepšování vztahu mezi velikostí nákladů a produkovaným užitekem“ [8].

Aby existovala konkurence ve veřejném sektoru, je třeba zvyšovat efektivnost využití zdrojů pro financování na základě výkonů a je třeba docílit souladu jurisdikce, jež rozhoduje o množství, kvalitě, ceně a uživatelích veřejných statků. Dále je třeba určit postup, kterým se veřejný sektor bude řídit při zacházení s konkurenčně neschopnými subjekty. Poslední podmínkou je standardizace výstupů [8].

„V našich podmínkách je častější konkurence kvalitou poskytovaných služeb, než klasická cenová konkurence, ale s jejím zaváděním ve veřejném sektoru bychom měli do budoucna počítat“ [8].

3.6.3 Konkurence v systému veřejného zdravotního pojištění

V České republice v současné době funguje 8 veřejných zdravotních pojišťoven. Je tak naplněna základní podmínka pro vznik konkurenčního prostředí a to ta, že konkurenční prostředí může nastat pouze tehdy, existují-li na daném trhu nejméně dva subjekty mající takové postavení, aby mezi nimi existovala rivalita [5].

Trh veřejného zdravotního pojištění se řadí do nedokonalé konkurence. *„V ČR existuje několik zdravotních pojišťoven, avšak konkurenční vztah mezi nimi prakticky není. Všechny totiž přerozdělují prostředky ze zdravotního pojištění podle stejných pravidel a rozdílly v tom, co svým pojištěncům nabízejí, jsou minimální. Systém několika zdravotních pojišťoven s sebou navíc nese značné správní náklady, které by mohly být použity ke krytí výdajů na zdravotní péči. Postavení VZP mezi pojišťovnami se blíží monopolu. A to nejen díky podílu na celkovém počtu pojištěnců, ale především kvůli pozici v celém systému. VZP de facto rozhoduje o existenci či neexistenci konkrétního zdravotnického zařízení. Bez smlouvy s*

VZP se prakticky žádné zařízení nemůže ekonomicky udržet. Ostatní zdravotní pojišťovny do značné míry kopírují politiku VZP, vzhledem k systému přerozdělování výnosů z pojistného ani nic jiného dělat nemohou. Proto by v diskusi o situaci zdravotních pojišťoven u nás nemělo být aktuálním tématem jejich slučování, ale otázka, zda je na trhu zdravotního pojištění udržitelná existence několika pojišťoven. Mezinárodní zkušenosti hovoří proti tomuto uspořádání. Například studie Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) „Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience“ ukazuje, že jedna státem řízená a kontrolovaná zdravotní pojišťovna (nebo jiný státní orgán) stačí a že „monopolní plátce“ je nejúspěšnějším modelem pro kontrolu nákladů ve zdravotnictví. A všichni už víme, že hledání specificky české cesty v ekonomické a finanční oblasti k dobrým výsledkům obvykle nevede“ [12].

Existence veřejných zdravotních pojišťoven na trhu však má další efekty v širším konkurenčním prostředí ve zdravotnictví. V ČR je zaveden tržní princip postavený na řízené konkurenci mezi zdravotnickými zařízeními. Ta vyvíjí úsilí o kontrakty se zdravotními pojišťovnami. Zdravotní pojišťovny poté mají dohled nad zdravotnickými zařízeními a získávají tak možnost částečně ovlivňovat výběr péče o pacienta, její kvalitu a náklady na ni. Nákladnosti zdravotní péče lze předcházet a tak je v zájmu zdravotních pojišťoven i zdravotnických zařízení podílet se na prevenci a zdravotní osvětě.

4 Praktická část

4.1 Analýza konkurenčního prostředí

Následující kapitola bude věnována analýze konkurenčního prostředí v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Hlavní částí kapitoly je identifikace konkurenčních sil, která přispěje k určení konkurenční výhody každé veřejné zdravotní pojišťovny v České republice. Tyto výhody jsou chápány jako výhody vyšší schopnosti konkurence. Dle Porterova modelu pěti konkurenčních sil je popsáno konkurenční prostředí uvnitř oblasti veřejného zdravotního pojištění a je tak vytvořen základ pro rozhodování o tvorbě konkurenční výhody každé veřejné zdravotní pojišťovny. Mezi 5 konkurenčních sil dle Michaela E. Portera patří:

1. Konkurenti
2. Odběratelé
3. Dodavatelé
4. Substituty

4.1.1 Konkurenti - Veřejné zdravotní pojišťovny v České republice

V oblasti veřejného zdravotního pojištění může působit pouze právnická osoba s povolením provádět všeobecné zdravotní pojištění na základě povolení vydaného Ministerstvem zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí.

V současné době provádí veřejné zdravotní pojištění v České republice 8 zdravotních pojišťoven:

Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen „VZP“)

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky byla zřízena zákonem ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, dnem 1. ledna 1992.

Základní organizační strukturu Pojišťovny tvoří Ústředí a krajská pracoviště. Pojišťovny, které byly zřízeny pro vyšší územní samosprávné celky.

Pojišťovna je jediným akcionářem společnosti PVZP, která vykonává v souladu s povolením MF č. j. 322/102368/2003 ze dne 1. prosince 2003 pojišťovací činnost v rozsahu pojistného odvětví neživotního pojištění. PVZP se specializuje na pojištění osob, u nichž nejsou splněny podmínky pro účast v systému veřejného zdravotního pojištění, a dále na pojištění nákladů zdravotní péče, které nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, zejména pojištění nákladů léčení vzniklých klientům při pobytu v cizině. Pojišťovna vlastní 5 % akcií společnosti IZIP, a.s. Jedná se o 120 akcií v celkové pořizovací ceně 120 tis. Kč, které pojišťovna nakoupila v roce 2010.

Pojišťovna nadále naplňuje zákonnou povinnost zajistit pojištěncům dostupnou a kvalitní zdravotní péči prostřednictvím sítě 38 923 smluvních zdravotnických zařízení.

U pojišťovny bylo v roce 2011 pojištěno celkem 6 268 000 osob (to je 60 % všech účastníků veřejného zdravotního pojištění).

Příjmy VZP za rok 2010 dosáhly téměř 141 mld. Kč. Náklady na zdravotní péči za stejné období činily 146 mld. Kč. Jedná se o obrovské sumy, které se nemohou vůbec srovnávat s ostatními pojišťovnami. Všeobecná zdravotní pojišťovna je zdaleka největší zdravotní pojišťovnou u nás, která poskytuje zákonné zdravotní pojištění. Pojišťovna je pojišťovnou státní a tudíž má tak toho nejsilnějšího partnera, který zajišťuje její stabilitu. Správní rada Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky je tak z části jmenovaná vládou ČR a z části je volena Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR.

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (dále jen „VoZP“)

Zřizovatelem Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky je Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Dne 18.12.1992 bylo MPSV ČR rozhodnuto o zřízení Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky (dále jen VoZP ČR). Do obchodního rejstříku byla VoZP ČR zapsaná dne 23.12.1992. Činnost VoZP ČR byla zahájena dne 1.1.1993. K tomuto dni měla pojišťovna 123 401 pojištěnců.

Organizační struktura VoZP ČR se v posledních letech nezměnila. Tvoří ji Ústředí se sídlem v Praze, sedm poboček se sídlem v krajských městech a osm jednatelství.

VoZP ČR nemá žádné aktivity v jiných společnostech. Neprovádí smluvní pojištění ani připojištění. V rámci ostatní zdaňované činnosti VoZP ČR pronajímá volné bytové a

nebytové prostory v objektech ve vlastnictví VoZP ČR a má uzavřeny s podnikatelskými subjekty smlouvy o reklamě prezentované zejména ve Zpravodaji VoZP ČR.

Při navazování a obnově smluvních vztahů s poskytovateli zdravotní péče postupuje VoZP v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, aby poskytování kvalitní zdravotní péče pojištěncům ve všech oborech a odbornostech bylo řešeno nadále racionálně a účelně. Počet SZZ není rozšiřován a v roce 2011 měla VoZP ČR uzavřeno 23 974 smluvních vztahů s poskytovateli zdravotní péče.

Příjmy VoZP za rok 2010 dosáhly 11,2 mld. Kč. Náklady na zdravotní péči za stejné období činí 11,6 mld. Kč. U pojišťovny bylo v roce 2011 pojištěno celkem 587 311 osob (to je 6 % všech účastníků veřejného zdravotního pojištění).

Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky od roku 1993 zajišťuje lékařskou péči prostřednictvím špičkových odborníků ve vojenských i civilních zdravotnických zařízeních (např. Ústřední vojenská nemocnice Praha, Ústav leteckého zdravotnictví Praha, Vojenský rehabilitační ústav Slapy, Fakultní nemocnice Na Homolce atd.) a lázeňských ústavech.

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (dále jen „OZP“)

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví je třetí největší zaměstnaneckou pojišťovnou v České republice a má své pobočky a expozitury nejen v Praze, ale také v dalších 19 městech v republice.

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví je zřízena na základě zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění, k tomu, aby prováděla veřejné zdravotní pojištění v souladu s platnými právními předpisy. Vznikla 29. října 1992.

OZP působí v dalších 4 společnostech. První z nich je Vitalitas pojišťovna, a.s., IČO: 25710966, která provádí smluvní pojištění podle zákona o pojišťovnictví, a to především v oblasti zdravotního připojištění. OZP vlastní 100 % akcií. Další společností je Sdružení právnických osob PREVENCE, IČO 67798292, Sdružení tvoří Vitalita pojišťovna, a.s. a OZP. Třetí společností je OZP servis s.r.o., IČO 26688697, v roce 2011 předpokládá OZP úzkou spolupráci se společností OZP servis s.r.o. v oblasti poskytování Asistenční služby OZP. Poslední společností je Vitapharma s.r.o, IČO: 28960149, 100% dceřiná společnost

OZP servis s.r.o., využívaná jako lékárna a současně jako referenční pracoviště pro analýzy trhu léčivých přípravků a jako poradenské a školící pracoviště.

V současné době má OZP funkční a dostatečnou síť smluvních zdravotnických zařízení, jejich počet se nyní pohybuje 26 155. Příjmy OZP za rok 2010 dosáhly 12,6 mld. Kč. Náklady na zdravotní péči za stejné období činily 13,3 mld. Kč.

U Pojišťovny bylo v roce 2011 pojištěno celkem 700 050 osob (to je 7 % všech účastníků veřejného zdravotního pojištění).

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (dále jen „ZPŠ“)

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (dále jen ZPŠ) byla zřízena ke dni 15. října 1992 na základě žádosti podané firmou ŠKODA AUTO, a.s. a to zřizovací listinou č.j. 23 - 23400/92 – 9 vydanou 19. října 1992 Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR.

ZPŠ je otevřenou regionální zdravotní pojišťovnou s působností ve Středočeském a Královéhradeckém kraji převážně s vazbou na okresy Mladá Boleslav, Trutnov a Rychnov nad Kněžnou. ZPŠ zajišťuje komplexní služby na ústředí v Mladé Boleslavi a na pobočkách v dalších 4 městech.

ZPŠ nepůsobí v žádných dalších společnostech ani nemá dceřiné společnosti.

ZPŠ postupně vybuďovala dostatečnou a kvalitní síť zdravotnických zařízení, která zabezpečuje pojištěncům dostupnost zdravotní péče ve všech odbornostech, včetně specializovaných pracovišť. V současné době tuto síť tvoří 4 832 zdravotnických zařízení.

ZPŠ dbá na včasnou úhradu svých závazků a v rámci zajištění dostatečného množství potřebných finančních prostředků, se ZPŠ zaměřuje na důsledné vybírání pojistného, pravidelné kontroly výběru pojistného a kontroly účtů od smluvních partnerů. Příjmy v roce 2010 dosahovaly 2,7 mld. Kč, náklady 2,8 mld. Kč. V roce 2011 pojišťovna registrovala 134 870 pojištěnců (tj. 1,3% všech účastníků veřejného zdravotního pojištění).

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda je zdravotní pojišťovnou se stabilizovanou klientelou a silnou vazbou na zakladatelskou firmu ŠKODA AUTO, a.s. Jedná se sice o otevřenou zdravotní pojišťovnu, nicméně její regionální dostupnost a vazba na tuto silnou firmu

V souvislosti se změnami legislativních podmínek se Zaměstnanecká pojišťovna Škoda postupně vyvinula v regionální zdravotní pojišťovnu se stabilizovanou klientelou a silnou

vazbou na zakladatelskou firmu ŠKODA AUTO, a.s. předurčuje původ jejích pojištěnců právě mezi zaměstnanci společnosti ŠKODA.

Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR

ZP MV ČR byla zřízena zákonem č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění. ZP MV ČR je zdravotní pojišťovnou otevřenou a ve své činnosti a při zajišťování služeb pro své pojištěnce se řídí především zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, a zákonem č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění. Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky byla zřízena ke dni 1. 10. 1992 a jejím zakladatelem bylo MV.

Organizační struktura vychází z potřeby zajišťování celorepublikové sítě služeb pojištěncům. Tvoří ji ředitelství, jež řídí síť osmi poboček umístěných v jednotlivých regionech. Nižšími organizačními celky ředitelství jsou oddělení a skupiny. Pobočky zajišťují služby klientům prostřednictvím více než 80 klientských pracovišť.

Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra je největší zaměstnaneckou a druhou největší veřejnou zdravotní pojišťovnou na území České republiky. Jejích služeb v současné době využívá 1 141 960 pojištěnců.

Výsledky hospodaření ZPMV ČR za poslední roky dokazují, že ekonomická situace pojišťovny je dlouhodobě stabilní. V roce 2010 dosahovaly příjmy výše 20,4 mld. Kč, náklady pak výše 21,6 mld. Kč. Pojišťovna řádně plní své závazky vůči smluvním zdravotnickým zařízením. Těch se v roce 2011 očekává 27 260. Dobrou platební morálkou pojišťovna přispívá k dostupnosti a kvalitně zdravotní péče poskytované svým klientům.

Lékaři radí ZP MV ČR k nejspolehlivějším zdravotním pojišťovnám s flexibilními službami a dlouhodobě dobrou platební disciplínou.

Revírní bratrská pokladna

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (dále jen "RBP") byla zřízena rozhodnutím Ministerstva práce a sociálních věcí ČR ze dne 29.1.1993, č.j.23901/93-15 podle zákona č.280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních

pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, a to ke dni 1.2.1993. Revírní bratrská pokladna zahájila svou činnost 1.července 1993 jako jedna z nejmladších zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven na území ČR, ale zároveň jako pojišťovna s tradicí sahající až do 19.století. V duchu této tradice se jejími zakladateli staly organizace více či méně spojené s těžbou uhlí. Vedle nejvýznamnějšího producenta černého uhlí v republice, OKD Ostrava, a.s., to byly a. s. Ferrum Frýdlant n. O., VVUÚ Radvanice, DPB Paskov, ČMD, a. s. Důl ČSM Stonava a JMLD Hodonín.

Organizační strukturu pojišťovny ve smyslu platného statutu tvoří ředitelství (ústředí) a expozitury. Expozitury řídí 33 poboček převážně v Moravskoslezském kraji, výjimkou jsou 3 pobočky na Mostecku a Chomutovsku.

RBP si i v blízkém budoucnu hodlá zachovat převážně regionální charakter s postupným rozšiřováním své činnosti zejména v oblastech své dosavadní působnosti a přilehlých územích. Samozřejmostí je otevřenost všem skupinám pojištěnců. V současné době registruje 413 000 pojištěnců.

Revírní bratrská pokladna se zaměřuje na optimalizaci sítě smluvních zdravotnických zařízení. V roce 2011 se očekává 8 667 uzavřených smluvních vztahů s těmito zařízeními.

Pojišťovna dosahuje velice nízkého záporného salda příjmů a výdajů, které hradí s rezerv z předchozích let. V roce 2010 příjmy dosahovaly 7 033 mil. Kč a výdaje 7 065 mil. Kč.

Zdravotní pojišťovna Metal – Aliance (dále jen „ZPMA“)

Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE (ZP M-A) je certifikovanou společností, která již od roku 1993 působí v oblasti veřejného zdravotního pojištění a své služby zajišťuje prostřednictvím celorepublikové sítě kontaktních pracovišť.

Zdravotní pojišťovna METAL – ALIANCE byla zřízena rozhodnutím Ministerstva práce a sociálních věcí ČR ze dne 20. 5. 1993 podle zákona ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, a to ke dni 1. 6. 1993.

Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE je pojišťovnou s celorepublikovou působností s divizním uspořádáním. Síť pracovišť je členěna na regionální pracoviště,

jednatelství a kontaktní pracoviště. Regionální pracoviště jsou v Berouně, Kladně, Kutné Hoře, Plzni, Olomouci, Brně a v Prostějově. Ředitelství ZP M-A sídlí v Kladně.

Síť smluvních zdravotnických zařízení je koncipována tak, aby zajistila všem pojištěncům ZP M-A dostupnou zdravotní péči v dostatečném rozsahu a v odpovídající kvalitě. Předpokládá se, že do konce roku 2011 bude uzavřeno 10 947 smluvních vztahů se zdravotnickými zařízeními. Strategie pojišťovny udává, že tento počet je optimální pro 414 280 pojištěnců, které v roce 2011 pojišťovna registruje.

Přes vyšší růst nákladů na zdravotní péči a pokles zůstatků prostředků v základním fondu zůstane ZP M-A po celý rok 2011 dostatečně solventní. Zaručuje tím tak svým pojištěncům kvalitní a dostupnou zdravotní péči při hospodárném využívání svěřených finančních prostředků a všech dalších zdrojů. V roce 2010 získala pojišťovna příjmy ve výši 6 936 mil. Kč a vydala náklady ve výši 6 976 mil. Kč.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (dále jen „ČPZP“)

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna je třetí největší pojišťovnou v České republice. Byla zřízena podle zákona č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách a vznikla 1. 12. 1992.

Organizační struktura pojišťovny prochází již od roku 2009 rekonstrukcí a to vzhledem k velkému rozsahu organizačních změn. Organizační strukturu České průmyslové zdravotní pojišťovny tvoří ředitelství, čtyři odborné úseky a divize Čechy. Kontakt s pojištěnci zajišťuje pobočková síť s 80 kontaktními pracovišti.

Hlavním úkolem zdravotní pojišťovny vůči svým pojištěncům je zajištění kvalitní a dostupné zdravotní péče poskytované smluvními zdravotnickými zařízeními. V roce 2011 je očekáván jejich počet 25 423. Síť smluvních zdravotnických zařízení je vybudována rovnoměrně ve všech krajích ČR. Při zajišťování dostupnosti zdravotní péče v jednotlivých krajích zohledňuje ČPZP demografické a geografické zvláštnosti regionu.

Významným měřítkem úspěšnosti pojišťovny je počet registrovaných pojištěnců, který by měl v roce 2011 činit 739 500 osob. Pro splnění tohoto cíle ČPZP v roce 2011 realizuje řadu projektů, které přispívají k udržení a stabilizaci počtu pojištěnců a podporují akviziční činnost.

Příjmy se v roce 2010 pohybovaly na 13 153 mil. Kč, náklady pak na 13 509 mil. Kč. Záporná salda příjmů a nákladů (závazků) vyjadřují skutečnost, že ČPZP bude v dalších letech čerpat podstatnou část finančních prostředků pro příděly do provozního fondu a rezervního fondu ze zůstatků finančních prostředků minulých let.

4.1.2 Odběratelé – pojištěnci

Odběrateli veřejného zdravotního pojištění jsou všichni obyvatelé mající trvalé bydliště na území České republiky bez ohledu na státní občanství a osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky.

Pojištěnci si platí zákonné veřejné pojištění sami, prostřednictvím zaměstnavatele nebo za ně platí pojistné stát.

Mezi pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát patří:

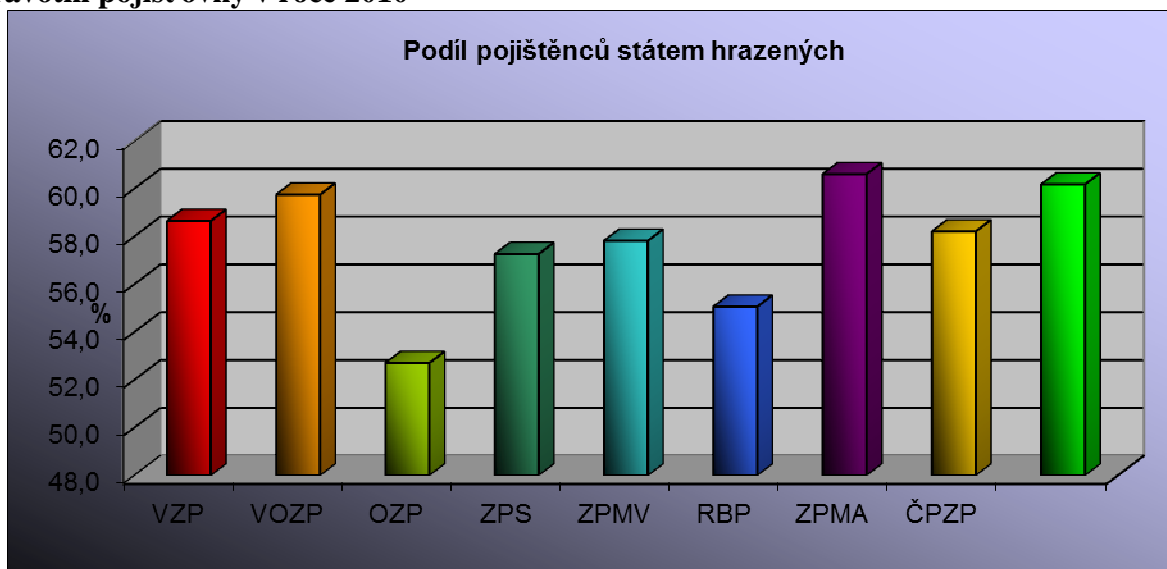
- nezaopatřené děti, nezaopatřenost dítěte se posuzuje podle zákona o státní sociální podpoře;
- poživatelé důchodů z důchodového pojištění;
- příjemci rodičovského příspěvku;
- ženy na mateřské a rodičovské dovolené;
- uchazeči o zaměstnání včetně uchazečů o zaměstnání, kteří přijali krátkodobé zaměstnání;
- osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované, a to za podmínky, že nejsou podle potvrzení plátce dávky pomoci v hmotné nouzi v pracovním ani obdobném vztahu ani nevykonávají samostatnou výdělečnou činnost, nejsou v evidenci uchazečů o zaměstnání a nejde o poživatele starobního, plného invalidního, vdovského nebo vdoveckého důchodu, ani o poživatele rodičovského příspěvku nebo o nezaopatřené dítě;
- osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) nebo stupni IV (úplná závislost), a osoby pečující o tyto osoby, a osoby pečující o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I (lehká závislost);

- osoby konající základní (náhradní) službu v ozbrojených silách, další službu nebo civilní službu a osoby povoláné k vojenskému cvičení
- osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody;
- osoby, které jsou příjemci dávek nemocenského pojištění (s trvalým pobytem na území ČR, pokud nejsou zaměstnanci nebo OSVČ a není za ně plátcem pojistného stát);
- osoby, které jsou plně invalidní nebo které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňují další podmínky pro přiznání plného invalidního nebo starobního důchodu a nemají příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a nepožívají žádný důchod z ciziny, nebo tento důchod nepřesahuje měsíčně částku ve výši minimální mzdy;
- osoby celodenně osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do sedmi let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku. Podmínka celodenní péče se považuje za splněnou i tehdy, je-li dítě předškolního věku umístěno v jeslích (mateřské škole), popřípadě v obdobném zařízení na dobu, která nepřevyšuje čtyři hodiny denně, a jde-li o dítě plnící povinnou školní docházku, po dobu návštěvy školy, s výjimkou umístění v zařízení s týdenním či celoročním pobytem. Za takové osoby se považuje vždy pouze jedna osoba, a to buď otec nebo matka dítěte, nebo osoba, která převzala dítě do trvalé péče nahrazující péči rodičů, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti;
- mladistvé umístěné ve školních zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy;
- osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu na základě smlouvy s vysílající organizací, které byla udělena akreditace Ministerstvem vnitra, v rozsahu překračujícím alespoň 20 hodin v kalendářním týdnu, pokud není dobrovolník zaměstnancem, OSVČ nebo za něj neplatí stát pojistné z jiného důvodu výše uvedeného;
- cizinci, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území České republiky za účelem poskytnutí dočasné ochrany podle zvláštního právního předpisu pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti;

- žadatelé o udělení azylu a jeho dítě narozené na území, cizince, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu, a jeho dítě narozené na území, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti

Tato skupina pojištěnců je pro analýzu důležitá, jelikož tvoří 58,6% všech účastníků veřejného zdravotního pojištění. Podíly počtu pojištěnců státem hrazených jednotlivých pojišťoven znázorňuje následující graf.

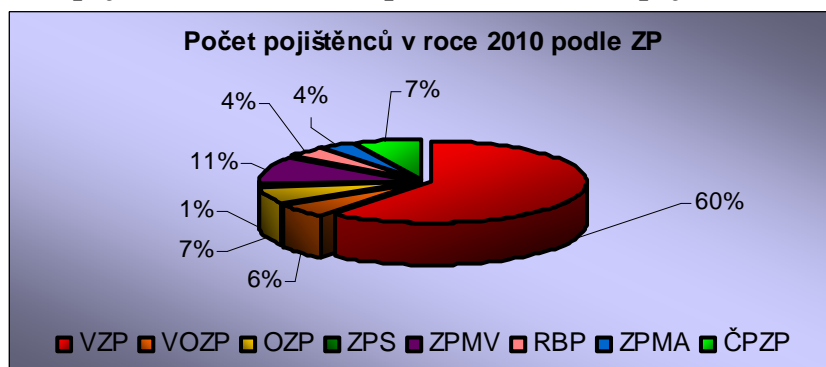
Graf č. 1 – Podíl pojištěnců, za které pojistné hradí stát, na všech pojištěncích zdravotní pojišťovny v roce 2010



Zdroj: vlastní konstrukce, Zdravotně pojistné plány jednotlivých pojišťoven pro rok 2011

V roce 2010 bylo registrováno celkem 10 396 221 účastníků veřejného zdravotního pojištění – pojištěnců. Více než 60% všech pojištěnců registruje VZP. Zbývajících 40% pojištěnců je rozděleno mezi ostatní zdravotní pojišťovny.

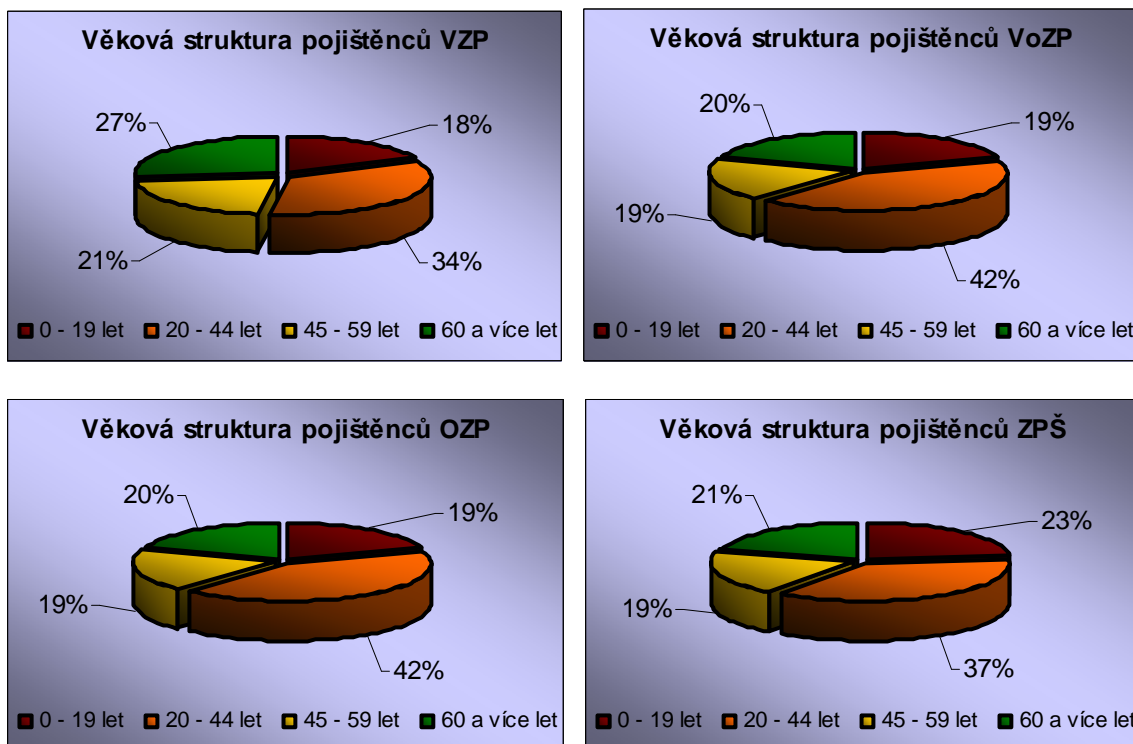
Graf č. 2 – Počet pojištěnců v roce 2010 podle zdravotních pojišťoven

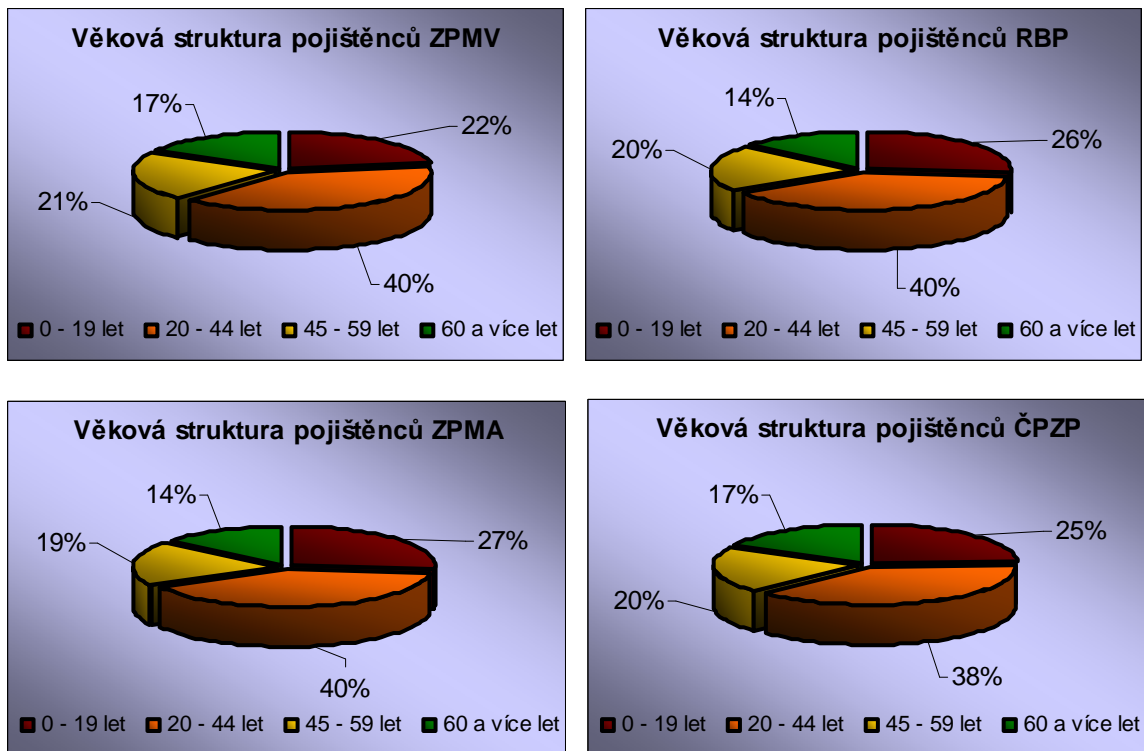


Zdroj: vlastní konstrukce, Pojistné plány ZP pro rok 2011

Z grafického vyjádření je patrné, že nejméně pojištěnců registruje ZPŠ (1%). Je to dáno zaměřením pojišťovny na region a pojistný kmen z řad zaměstnanců podniku Škoda, a. s.. Zhruba stejný počet pojištěnců registrují RBP a ZPMA (4%). Cca 600 – 700 tis. pojištěnců (6-7%) registrují VoZP, OZP a ČPZP. Nejvyšší podíl pojištěnců registrovaných jinde než u VZP eviduje ZPMV (11%). Majoritní většinu pojištěnců registruje VZP.

Graf č. 3 – Věková struktura pojištěnců jednotlivých ZP v roce 2010





Zdroj: vlastní konstrukce, Pojistné plány ZP pro rok 2011

Z hlediska příjmů pojišťovny je nejprestižnější věková skupina 20 – 44 let. V této skupině je nejnižší nezaměstnanost, pojistné odvádí zaměstnavatelé nebo plátcí sami za sebe. Vzrůstá zde však také riziko platební neschopnosti.

Tato skupina je u všech 8 pojišťoven zastoupena velice podobně a to v intervalu od 34% do 42%. Nejmenší podíl pojištěnců tvoří u VZP a nejvyšší pak u VoZP a OZP.

Velice zajímavou věkovou skupinou jsou děti a mládež do 20ti let. Až na výjimky je za ně plátcem pojistného stát, pro pojišťovny jsou tedy jistotou příjmu. Navíc různými nástroji konkurence, které jsou popsány dále, pojišťovny dosahují získání nových pojištěnců také z řad jejich rodičů. Děti však také znamenají vyšší náklady na zdravotní péči. Proto pojišťovny udržují všechny přibližně stejný podíl této věkové skupiny k celkovému počtu registrovaných pojištěnců. VZP udržuje tento podíl nejmenší, tedy 18%. V číselných hodnotách se však jedná o více než 1 mil. dětí a více než 50% z jejich celkového počtu. VoZP, OZP, ZPŠ a ZPMV udržují podíl dětí a mládeže k celkovému počtu svých pojištěnců na hodně cca 20%. RBP, ZPMA a ČPZP zvyšují tento podíl mírně nad 25%.

Zhruba 20% u všech pojišťoven tvoří pojištěnci ve věku od 45 do 59 let. Za mnoho z nich je plátcem stát (nezaměstnaní, předčasný starobní důchod), někteří stále pracují či podnikají.

Poslední skupinou jsou pojištěnci ve věku 60 a více let. Zpravidla jsou již poživateli starobního důchodu a plátcem pojistného za ně je stát. Na jednu stranu tak znamenají jistý příjem, na druhou stranu pojišťovny vydávají vysoké náklady na jejich zdravotní péči. Některé pojišťovny udržují jejich podíl nízký. Například RBP a ZPMA evidují podíl těchto pojištěnců ve výši 14%, ČPZP 17%. Nejvyšší podíl těchto pojištěnců eviduje VZP a to 27%.

Od roku 1998 se prohlubuje význam disproporce věkové struktury pojištěnců. Jedná se o stav, kdy VZP oproti ostatním pojišťovnám registruje nejvíce pojištěnců ve věku na 60 let. Podíl těchto pojištěnců na všech pojištěncích VZP je nejvyšší. Počet těchto pojištěnců však od roku 2005 u VZP klesá a dochází tak k jejich přelivu do ostatních pojišťoven. Vzhledem k tomu, že pacienti nad 60 let patří mezi nejnákladnější, vykazuje VZP nejvyšší náklady na zdravotní péči 1 pojištěnce. Avšak všechny pojišťovny se budou muset postupně vyrovnat s růstem nákladů na zdravotní péči s ohledem na postupné stárnutí populace.

Disproporce v evidenci některých věkových skupin vychází z přiřazení všech pojištěnců k VZP v roce 1992, které určil tehdejší zákon. S přibývajícými lety působení zdravotních pojišťoven na trhu však význam disproporce klesá.

4.1.3 Dodavatelé – Smluvní zdravotnická zařízení

Všechny zdravotní pojišťovny v České republice věnují výraznou pozornost zajištění dostupnosti zdravotní péče svých pojištěnců ve smluvních zdravotnických zařízeních. Jedná se o významnou činnost zdravotních pojišťoven vyplývající z ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Záměrem všech pojišťoven je optimalizace sítě smluvních zdravotnických zařízení a to tak, aby byla zajištěna dostatečná časová i místní dostupnost zdravotní péče v potřebném rozsahu i kvalitě. Většina pojišťoven se stále vyrovnává s nedostatkem některých zdravotnických kapacit, zejména ambulantních stomatologů a praktických

lékařů. Příčinou nedostatku je úbytek smluvních zdravotnických zařízení v důsledku úmrtí či odchodů do důchodu stávajících smluvních lékařů. Pouze ve výjimečných případech je příčinou neochota zdravotnických zařízení uzavřít smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou, jejíž pojištěnce ošetřuje. Tato příčina se netýká největších pojišťoven v ČR, tedy VZP, ZPMV a ČPZP.

V následující tabulce 2 je vyčíslen počet SZZ (smluvních zdravotnických zařízení) jednotlivých zdravotních pojišťoven dle zaměření SZZ. Údaje jsou převzaty ze Zdravotně pojistných plánů jednotlivých pojišťoven na rok 2011 a jedná se o hodnoty plánované pro rok 2011.

Tabulka 2: Síť smluvních zdravotnických zařízení jednotlivých ZP v roce 2011

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP	ZPMA	ČPZP
Praktický lékař pro dospělé	5 443	4 335	4 386	570	4 826	1 452	2 099	4 316
Praktický lékař pro děti a dorost	2 320	1 980	2 056	330	2 282	754	1 495	1 906
Praktický zubní lékař	7 201	5 400	5 602	715	5 940	1 657	2 155	5 426
Ambulantní specialisté celkem	15 693	7 400	8 723	1 281	8 098	2 250	3 095	7 831
Rehabilitační zdrav. zařízení	1 407	970	1 003	184	1 102	129	290	1 036
Nemocnice	149	156	155	127	155	118	158	156
Léčebny dlouhodobě nemocných	131	124	121	56	136	67	37	132
Lázně, ozdravovny	49	48	68	59	57	49	65	61
Dopravní zdravotní služba	580	225	204	70	232	72	140	279
Zdravotnická záchranná služba	25	24	28	20	30	15	70	25
Lékárny a výdejny zdrav. prostř.	2 400	2 200	2 184	820	2 911	1 341	830	2 733
Ostatní SZZ	3 525	1 112	1 625	600	1 491	763	513	1 511
Celkem SZZ	38 923	23 974	26 155	4 832	27 260	8 667	10 947	25 423

Zdroj: vlastní konstrukce, Pojistné plány ZP pro rok 2011

Z tabulky je zřejmé, že nejvíce smluvních vztahů má navázáno VZP. Tento údaj vyplývá ze skutečnosti, že pojišťovna registruje více než 60% všech pojištěnců. Neuzavření smluvního vztahu s VZP by pro zdravotnické zařízení znamenalo jednoznačný bankrot. V této pozici má VZP velice vysokou konkurenční výhodu.

Avšak také ZPV, ČPZP, OZP a VoZP mají velice dobré postavení. Jejich síť SZZ oproti síti VZP je slabší především v oblasti Ambulantních specialistů. Zdravotně pojistné plány ani strategie těchto pojišťoven však nepočítají v budoucích letech s rozšiřováním sítě SZZ nárůstem nových smluvních vztahů. Optimalizace sítě SZZ u těchto pojišťoven bude probíhat prostřednictvím doplnění počtu smluvních zdravotnických zařízení v segmentech stomatologů a praktických lékařů a v dalších segmentech zejména prostřednictvím

doplnění sítě v rámci generační obměny. Z pohledu pojišťoven je rozsah stávající sítě smluvních zařízení dostatečný a spolehlivě garantuje dostupnost zdravotní péče pro jejich klienty.

V případě regionálně zaměřených zdravotních pojišťoven je situace obdobná. Jedná se ZPŠ, ZPMA a RBP. Tyto pojišťovny mají silnou síť SZZ ve „svých“ regionech: ZPŠ v Královéhradeckém a Středočeském kraji, ZPMA v Olomouckém, Středočeském a Jihomoravském kraji, RBP pak v Moravskoslezském kraji. Dle Zdravotně pojistných plánů těchto zdravotních pojišťoven, tyto pojišťovny plánují navazovat nové smluvní vztahy jak v případě ukončení činnosti předešlého poskytovatele zdravotní péče jako zachování stávající sítě smluvních poskytovatelů zdravotní péče, tak i pro oprávněné dotvoření sítě v oblastech, kde dosud ze subjektivních příčin síť dostatečně saturována nebyla a v následujících letech vznikne potřeba uzavření smluvního vztahu.

Dnes již všechny pojišťovny nabízejí asistenci svým klientům při hledání zdravotnického zařízení, s nímž má konkrétní pojišťovna uzavřen smluvní vztah. Nestává se tak, ani v případě menších pojišťoven (samozřejmě s ohledem na jejich regionální působnost), že by jejich pojištěnec nezískal potřebnou zdravotní péči. Jak již bylo zmíněno v předchozím textu, nejvíce problematickou oblastí jsou ambulantní stomatologové a v některých regionech praktiční lékaři. V případě, že si pojištěnec nezvolí VZP, dostává se problému s nalezením vhodného stomatologa či praktického lékaře takřka u všech ostatních pojišťoven působících v daném regionu. Nezřídka se však především u stomatologů s tímto problémem setkají i pojištěnci VZP. Všechny zdravotní pojišťovny však v tomto případě nabízejí právě onu zmiňovanou asistenční službu.

4.1.4 Substituty - Nástroje konkurence

Veřejné zdravotní pojištění je podloženo právními předpisy, které jednoznačně definují nabídku standardní zdravotní péče. Ta je pro klienta kterékoliv zdravotní pojišťovny stejná a nabídku standardní péče jedné zdravotní pojišťovny může substituovat nabídka jakékoliv jiné zdravotní pojišťovny. Pojištěnci se obvykle nezajímají o cenu, nesledují ceny jednotlivých výkonů zdravotní péče. Zajímá je v podstatě pouze vlastní léčba a přístup

lékaře. Z postoje pojištěnce pak vyplývá, že rozhodnutí zda změnit či setrvat u stávající pojišťovny je nejvíce ovlivňováno dalšími nástroji konkurence nad rámec základní zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Nejvýznamnějším nástrojem konkurence a v současnosti hlavním faktorem volby zdravotní pojišťovny jsou produkty preventivní zdravotní péče. Samozřejmě v praxi ovlivňuje volbu pojišťovny také kritéria, zda má registrující lékař uzavřenu smlouvu s potenciální zdravotní pojišťovnou a případně dostupnost kontaktního pracoviště v místě bydliště pojištěnce. Dostupnost kontaktního pracoviště nemusí být téměř vůbec rozhodující pro výběr pojišťovny mladým pružným člověkem znalým moderních technologií, který stejně upřednostňuje elektronickou komunikaci. Naopak pro poživatele důchodu v seniorském věku, případně pro matku s malými dětmi, už toto kritérium může být zásadní. Stejně tak další kritéria jsou individuální. Právě proto jsou výchozími nástroji konkurence jednotlivých pojišťoven, které na ně reagují rovněž dle potřeb svých pojištěnců a předhání se v jejich kvalitě a nabídce. Doplňují je dále o další nástroje jako je reklama, design, spolupráce s partnery.

V následující části budou popsány v některých individuálních případech omezující kritérium volby pojišťovny – dostupnost kontaktních míst a dále významný nástroj konkurence – programy preventivní péče.

Dostupnost kontaktních míst

Dostupnost sítě kontaktních pracovišť se zákazníky – pojištěnci již není zcela omezena pouze na osobní kontakt, který přesto zůstává pro většinu pojištěnců upřednostňovanou variantou. V podstatě všechny v současné době fungující zdravotní pojišťovny mají dostatečnou dostupnost kontaktních míst, poboček a jiných pracovišť nabízejících služby pojišťovny občanům.

Přehled dostupnosti poboček jednotlivých zdravotních pojišťoven uvádí následující tabulka.

Tabulka 3: Počet poboček jednotlivých ZP v krajích ČR v roce 2011

Kraj	Počet poboček							
	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP	ZPMA	ČPZP
Jihočeský	13	1	2	---	7	---	---	5
Jihomoravský	19	1	1	---	10	4	7	9
Karlovarský	10	1	1	---	3	---	2	3
Královéhradecký	15	1	2	3	5	---	1	3
Liberecký	8	2	1	---	4	---	---	2
Moravskoslezský	21	1	1	---	10	24	1	23
Olomoucký	9	1	1	---	5	4	11	10
Pardubický	13	1	1	---	6	---	---	4
Plzeňský	10	1	1	---	5	---	5	2
Praha	7	1	3	---	1	1	1	1
Středočeský	19	1	2	4	12	---	12	2
Ústecký	14	2	3	---	7	2	3	3
Vysočina	13	1	2	---	7	---	5	3
Zlínský	13	1	1	---	4	---	1	10
Česká republika	184	16	22	7	86	35	49	80

Zdroj: vlastní konstrukce, oficiální webové stránky ZP

Nejvíce poboček v České republice má Všeobecná zdravotní pojišťovna. Ta svým klientům nabízí celorepublikovou působnost a své služby nabízí rovnoměrně ve všech krajích. Pobočku má téměř v každém větším městě, zejména v okresním nebo krajském. Dostupnost poboček je tak vynikající.

Vojenská zdravotní pojišťovna i Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra nabízejí kontakt s klienty v každém kraji České republiky. Dostupnost je hodnocena jako dostačující a to zejména z důvodu kvalitní nabídky dalších alternativ kontaktu pojišťovny s veřejností (elektronický kontakt, poštovní zásilky).

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda se zaměřuje na okres Mladá Boleslav, Trutnov, Rychnov nad Kněžnou a Nymburk. Z hlediska zaměření pojišťovny na okruh pojištěnců žijících právě v těchto regionech je dostupnost poboček výborná.

Zdravotní pojišťovna Metal – Aliance, Revírní bratrská pokladna i Česká průmyslová zdravotní pojišťovna mají dostatečnou síť kontaktních pracovišť. Patrně je směřování

většiny poboček do určitých regionů. Tento fakt vychází z historie těchto pojišťoven a z místa bydliště pojistného kmene.

Dostupnost kontaktních pracovišť ostatních pojišťoven než VZP je dostačující a v žádném případě nemůže VZP konkurovat.

Programy preventivní péče

V celkové nabídce produktů nad rámec zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění tvoří základ zdravotně preventivní programy a ozdravné pobyty pro vybrané skupiny pojištěnců. Každá pojišťovna se snaží pojištěncům nabídnout svůj vlastní model vycházející z poskytnutí vyšší míry zdravotní prevence než té, která je garantována v zákonem stanoveném rozsahu veřejného zdravotního pojištění. V posledních letech se do strategií jednotlivých pojišťoven dostává také nový nástroj a to stimulační péče k pravidelnému využívání preventivní péče, na níž mají nárok ze zákona. Tato stimulační péče samozřejmě pozitivně ovlivňuje celkový životní styl pojištěnců a podporuje ochranu jejich zdraví. Pojištěnci se tak také přestávají být pasivními příjemci zdravotní péče a stávají se aktivními aktéry v oblasti veřejného zdravotnictví.

V následující části budou představeny produkty jednotlivých pojišťoven v oblasti zdravotně preventivních programů a ozdravných pobytů. Zcela podrobné informace lze v každém roce získat na oficiálních webových stránkách jednotlivých pojišťoven a na kontaktních pracovištích.

Všeobecná zdravotní pojišťovna v roce 2011 vyčlenila na zdravotně preventivní programy 157,5 mil. Kč a na ozdravné pobyty 105 mil. Kč. Celkem do preventivní zdravotní péče uvolnila 397 mil. Kč.

Po Všeobecné zdravotní pojišťovně uvolňuje nejvíce finančních prostředků do preventivní zdravotní péče Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. V roce 2011 se jedná o částku 130 mil. Kč, přičemž 125 mil. Kč je určeno zdravotním programům a 5,5 mil. Kč je určeno pro ozdravné pobyty.

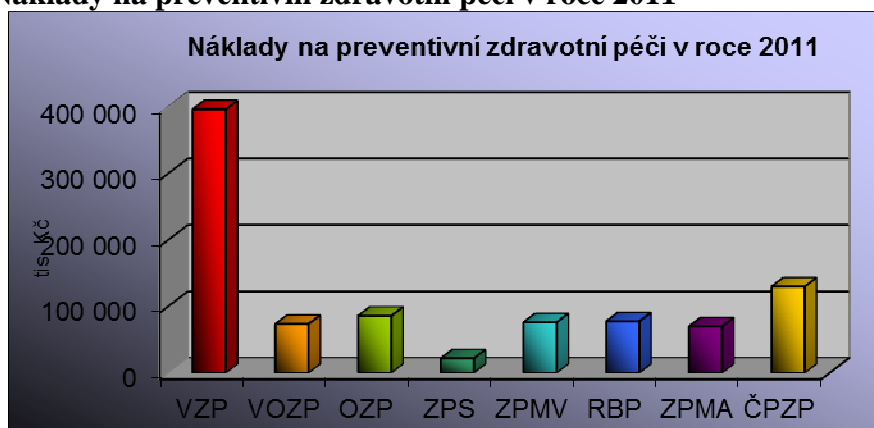
Vojenská zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna, Zaměstnanecká pojišťovna Ministerstva vnitra, Revírní bratrská pokladna a Zdravotní pojišťovna Metal – Aliance

uvolnily v roce 2011 do preventivní zdravotní péče od 70 do 80 mil. Kč. Z této částky uvolnila nejvíce finančních prostředků na ozdravné pobyty Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra (26 mil. Kč) a Vojenská zdravotní pojišťovna (20 mil. Kč).

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda vyčlenila pro preventivní zdravotní péči 22 mil. Kč, přičemž 20 mil. Kč investovala do zdravotních programů a 2 mil. Kč na ozdravné pobyty.

Porovnání finančních prostředků vynaložených v roce 2011 na preventivní zdravotní péči znázorňuje následující graf.

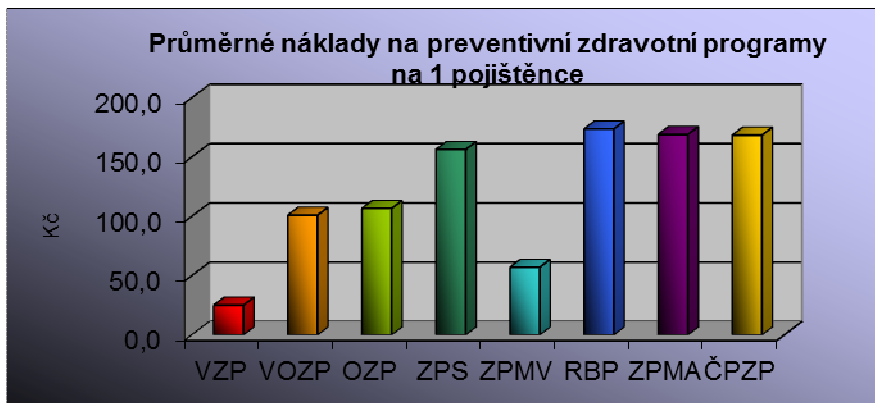
Graf č. 4 – Náklady na preventivní zdravotní péči v roce 2011



Zdroj: vlastní konstrukce, Pojistné plány ZP pro rok 2011

Celkové vynaložené finanční prostředky však nejsou zcela objektivním kritériem k porovnání. Záleží také na tom, kolik pojišťovna registruje osob. Ne všichni pojištěnci využijí této nabídky, avšak všichni mají nějakou možnost. Následující graf znázorňuje průměrné náklady na preventivní zdravotní programy (očkování, prevence rakoviny, příspěvky na plavání, rovnátka, apod.) na 1 pojištěnce.

Graf č. 5 – Průměrné náklady na preventivní zdravotní programy na 1 pojištěnce v roce 2010



Zdroj: vlastní konstrukce, Pojistné plány ZP pro rok 2011

Je patrné, že VZP není v čele v poskytování finančních prostředků na preventivní programy. Velice silnou nabídkou z tohoto hlediska disponují RBP, ČPZP, ZPMA a ZPŠ.

V následující tabulce je uveden stručný přehled některých vybraných zdravotních preventivních programů a výše finančního příspěvku v roce 2011. Vzhledem k rozsáhlosti podmínek čerpání a nabídek jednotlivých pojišťoven nelze vyjmenovat a konkretizovat zcela všechny programy všech pojišťoven. Přesto však tabulka poskytuje rychlý přehled a možnost porovnat nabídky zdravotních pojišťoven.

Tabulka 4: Preventivní zdravotní programy ZP pro děti a mládež v roce 2011

	Výše příspěvku v Kč							
	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP	ZPMA	CPZP
Ortodontické aparáty	500	1200	---	---	---	---	---	500
Brylové obruby	---	200	---	---	---	---	---	---
Celiakie (bezlepková dieta)	3600	---	---	---	---	---	1000	1500
Preventivní očkování	500	350	1000	---	---	---	---	---
Očkování proti klíšťové encefal.	---	---	---	---	200	---	---	---
Očk. proti rakovině děložn. čípku	slevy	2500	Slevy	5000	1500	---	4000	1000
Organizované plavecké kurzy	---	300	1000	---	---	---	---	300
Organ. pobyt v přírodě/lyž. výcvik	---	1000	---	---	---	---	---	500
Léčebný tělocvik / regenerace	---	350	---	---	500	---	---	---
Vitamíny finanční příspěvek	---	200	---	---	---	---	---	100
Sportovní prohlídka	---	200	---	---	---	---	---	500
Ošetření chrupu fluorizací	---	150	---	---	---	---	---	---
Cvičení pro děti do 6ti let	---	500	---	---	---	---	---	---
Solná jeskyně	---	500	---	---	---	---	---	---
Sauna	---	---	---	---	---	---	---	500
Cyklistická přilba, sport. chrániče	---	---	---	---	---	---	---	500

Zdroj: oficiální webové stránky ZP, propagační materiály

Tabulka 5: Preventivní zdravotní programy ZP pro studenty 19 – 26 let v roce 2011

	Výše příspěvku v Kč							
	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP	ZPMA	ČPZP
Lyžařský výcvik	---	---	---	---	---	---	---	500
Ortodontické aparáty	---	---	---	---	---	---	---	500
Celiakie (bezlepková dieta)	---	---	---	---	---	---	---	1500
Preventivní očkování	---	---	---	---	---	---	---	300
Vyšetření pigmentových skvrn	---	---	---	---	---	---	---	500
Očkování proti meningitidě	---	1000	---	300	---	---	---	---
Očkování proti klíšť. encefalitidě	---	700	---	300	200	---	600	---
Laserové operace očí	---	---	---	---	---	---	---	1000
Sportovní prohlídka	---	---	---	---	---	---	---	500

Zdroj: oficiální webové stránky ZP, propagační materiály

Tabulka 6: Preventivní zdravotní programy ZP pro dospělé v roce 2011

	Výše příspěvku v Kč							
	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP	ZPMA	ČPZP
Preventivní očkování	1500	350	---	3300	200	1000	---	300
Pohybové nebo relax. Aktivity	1500	1150	---	---	---	---	300	---
Prevence rakoviny prsu		300	✓	---	400	---	✓	500
Celiakie	3600	---	---	---	---	---	1000	1500
HRT a prevence osteoporózy		---	✓	---	---	---	✓	500
Prevence rakoviny tlustého střeva	---	150	✓	---	400	---	---	200
Prevence rakoviny kůže	---	---	✓	---	400	---	---	500
Prevence karcinomu plic	---	---	✓	---	400	---	---	---
Očkování proti klíšť. encefalitidě	✓	✓	---	✓	200	✓	600	✓
Laserové operace očí	---	---	---	---	---	---	---	1000
Sportovní prohlídka	---	---	---	---	---	300	✓	500
Prevence rakoviny prostaty	---	---	✓	---	---	---	---	200
Ortodontické aparáty	---	1200	---	---	---	---	2000	---
Dopravně psychologické vyšetření a vyšetření elektroencefalografem	---	1500	---	---	---	---	---	---
Senioři - nákup mobilního zařízení nouzové signalizace, nebo mobilního telefonu se speciální úpravou	---	500	---	---	---	---	---	---
Příspěvek na odvykací kúru proti kouření	---	1000	---	---	---	---	---	---
Těhotenství, mateřství, novorozenec	---	100	1500	600	200	300	1350	2000

Zdroj: oficiální webové stránky ZP, propagační materiály

Druhou významnou složkou preventivní zdravotní péče jsou ozdravné léčebné pobyty pro děti a mládež.

Tabulka 7: Ozdravně léčebné pobyty ZP pro děti a mládež v roce 2011

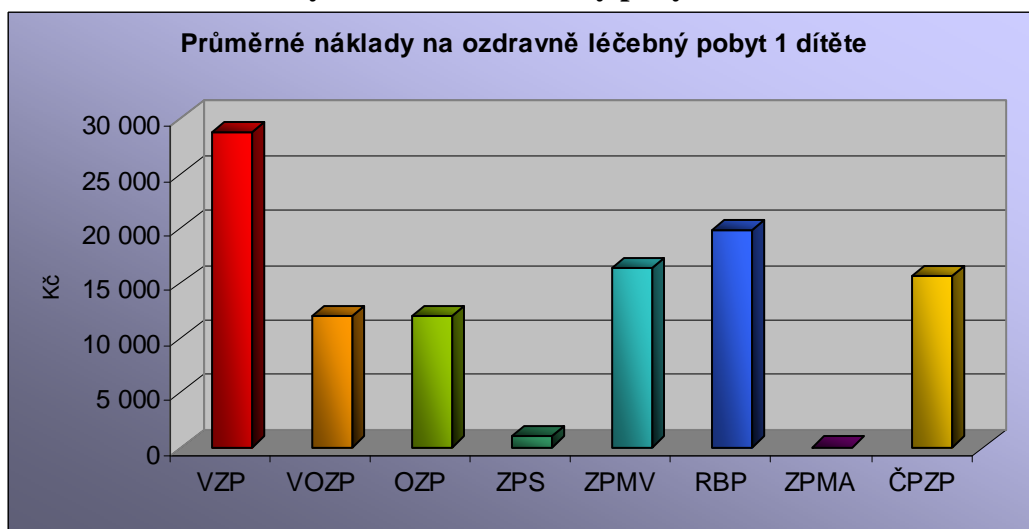
	Ozdravně léčebné pobyty a počet účastníků v osobách							
	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP	ZPMA	ČPZP
Léčebně ozdravný pobyt Tuzemsko a Slovensko	---	✓	---	✓	✓	✓	---	✓
Počet účastníků		300		---	240	40	---	154
Přímořský léčebně ozdravný pobyt	✓	✓	✓	✓	✓	✓	---	✓
Počet účastníků	3 652	900	517	---	432	260	---	196

Zdroj: oficiální webové stránky ZP, propagační materiály

Všechny pojišťovny s výjimkou ZPMA přispívají na léčebně ozdravné pobyty. Pouze ZPŠ přispívá na individuální pobyt, ostatní pojišťovny pobyty organizují.

Léčebně ozdravné pobyty pro děti jsou u všech pojišťoven zaměřeny na děti trpící chronickým onemocněním odpovídajícím stanoveným zdravotním indikacím (zpravidla se jedná o onemocnění horních a dolních cest dýchacích a alergická onemocnění).

Graf č. 6 – Průměrné náklady na ozdravně léčebný pobyt 1 dítěte v roce 2010



Zdroj: vlastní konstrukce, Pojistné plány ZP pro rok 2011

Z grafu je patrné, že nejvyšší finanční příspěvek na ozdravný léčebný pobyt poskytuje VZP. Ta zároveň pobyt poskytuje nejvíce účastníkům (3 692). Takový počet účastníků nemají ani všechny ostatní pojišťovny společně. Zde VZP disponuje konkurenční výhodou, z hlediska uspokojení klientů.

Z ostatních pojišťoven poskytují velice příjemné finanční prostředky na ozdravné léčebné pobyty dětí RBP, ZPMV a ČPZP. ZPMV poskytuje pobyt 672 dětem, RBP a ČPZP pak 300 a 350 dětem.

4.1.5 Shrnutí výsledků analýzy

V České republice v současné době působí 8 veřejných zdravotních pojišťoven. Jejich fungování na trhu značně ovlivňují právní předpisy. Z analýzy vyplynulo, že jediným významnějším nástrojem konkurence jsou Programy preventivní péče, jejichž náplň, zaměření a finanční objem se u každé pojišťovny liší. Lze tedy říci, že výběr pojišťovny se

pak stává individuální záležitostí, kdy pro každého pojištěnce může výhodnější jiná pojišťovna.

4.2 Měření úrovně konkurence

4.2.1 Způsob měření konkurence

Měření úrovně konkurence na trhu veřejného zdravotního pojištění v České republice je provedeno pomocí hodnotící škály kritérií úrovně konkurence. Bylo zvoleno celkem 9 kritérií:

- K1: Počet zdravotních pojišťoven na trhu ČR
- K2: Velikost zdravotních pojišťoven, tržní podíl
- K3: Bariéry vstupu a výstupu
- K4: Cenová strategie
- K5: Diferencovanost nabídky
- K6: Zákaznická orientace
- K7: Marketing a propagace
- K8: Finanční stabilita
- K9: Vliv státních zásahů

4.2.2 Popis hodnotících kritérií

K1: Počet zdravotních pojišťoven na trhu

Toto kritérium je podrobněji rozepsáno v předchozí kapitole.

K2: Velikost zdravotních pojišťoven na trhu, tržní podíl

Toto kritérium rovněž bylo rozepsáno v předcházející analýze. Stručně lze říci, že na trhu existuje 8 zdravotních pojišťoven, z nich však VZP má svojí velikostí i tržním podílem téměř „monopolní“ postavení. Rovněž však lze sledovat stále ubývající počet pojištěnců, který pozici VZP na trhu snižuje.

K3: Bariéry vstupu a výstupu

Vstup nového subjektu na trh omezují bariéry stanovená právními předpisy. Mezi nejvýraznější patří výše vstupních finančních prostředků a kauce, nejistota přidělení licence a nařízení počtu pojištěnců v prvním roce. Rovněž výstupní bariéry jsou významné. Patří mezi ně nejen vysoké závazky k poskytovatelům zdravotní péče, ale také vysoké pohledávky u plátců a závazky pojišťoven vůči státu. Bariéry vstupu a výstupu jsou pro všechny pojišťovny na trhu ČR stejné.

K4: Cenová strategie, příjmy a výdaje

Zdravotní pojišťovny v ČR mají za úkol výběr pojistného a efektivní alokaci vybraných prostředků do zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Cenu pojištění řídí stát. Cena zdravotní péče je dána v dohodovacím řízení mezi ZP a jednotlivými profesními komorami, do řízení v případě neshody zasahuje Ministerstvo zdravotnictví. Cenu mohou ZP mírně ovlivňovat, dána je pouze minimální výše platby. Možnosti ZP ovlivňovat své příjmy je dost nízká, stejně jako možnost ovlivnit výdaje. ZP se tak snaží o efektivní vynakládání finančních prostředků a dosahovat tak kladných výsledků.

K5: Diferencovanost nabídky

Základní nabídka, tedy funkce zdravotní pojišťovny je dána přímo zákonem. Zdravotní pojišťovny tedy jako konkurenční nástroj využívají služby nad rámec základní nabídky. Tyto služby tvoří převážně Programy preventivní péče, které zpravidla obsahují Preventivní zdravotní programy a Ozdravně léčebné pobyty pro děti. Diferencovanost nebo-li odlišnost nabídky i těchto služeb je z velké části omezena právní úpravou. Pojišťovny ji však do jisté míry ovlivnit mohou a přispívají tak k zvýšení diferencovanosti a atraktivity celkové nabídky služeb.

K6: Zákaznická orientace

Zdravotní pojišťovny v ČR se prvotně zaměřují na získání ekonomicky nejvýhodnějších pojištěnců. Toto zaměření je patrné již z předchozí analýzy pojištěnců. Získání silného portfolia těchto pojištěnců je samozřejmě konkurenční výhodou. V současné době platí stoprocentní přerozdělování příjmů pojišťovny. Tím sice ekonomicky efektivní portfolio pojištěnců ztrácí na síle, ale i nadále platí, že portfolio pojištěnců složené z mladých a s vyššími příjmy klientů může příznivě ovlivnit závěrečnou bilanci hospodaření zdravotních pojišťoven. Náklady na tyto pojištěnce vs. pacienty jsou v porovnání s příjmy nižší. Proto se většina pojišťoven snaží vést konkurenční boj právě o pojištěnce z této kategorie.

K7: Marketing a propagace

Téměř od počátku existence trhu veřejného zdravotního pojištění v ČR lze pozorovat marketingové snahy jednotlivých zdravotních pojišťoven. Nástroje marketingu, které využívají, jsou však dosud stále standardem v nabídce možností a způsoby marketingu jsou u všech pojišťoven totožné. Patří mezi ně informační letáky v čekárnách zdravotnických zařízení, letáky do schránek domácností, magazíny a zpravodaje, odborné články v tisku zaměřeném na zdravotnickou tematiku, webové stránky. Součástí marketingu jsou také různé propagační kampaně. Mezi ty patří klasické reklamní stánky nabízející „preventivní prohlídku“, informace o aktuálních výhodách dané zdravotní pojišťovny, rozdávání letáků kolemjdoucím. Mezi časté praktiky patří také navštěvování obchodních zástupců vytipovaných domácností. Zde však je nutné podotknout, že tato praxe není veřejností příliš oblíbená a větší pojišťovny ji nepodporují.

K8: Finanční stabilita

Trh zdravotních pojišťoven je celkově v mírném zisku. V posledních letech vlivem ekonomické krize sice pojišťovny vykazují negativní saldo příjmů a výdajů, toto saldo však úspěšně vyrovnávají z úspor minulých let. VZP již tradičně hospodáří s deficitem a

tento deficit se postupně kumuluje. Má však silnou podporu státu a tak lze celkově trh charakterizovat jako finančně stabilní.

K9: Vliv státních zásahů

Státní zásahy ve formě investování do trhu veřejného zdravotního pojištění, stanovování práv a povinností ZP a kontrolní pravomoci, vysoce ovlivňují podmínky pro úroveň konkurence na trhu veřejného zdravotního pojištění. Právě v důsledku státních zásahů je konkurence mezi ZP velmi omezená.

4.2.3 Provedení samotného měření

Hodnotící škála kritérií úrovně konkurence je stanovena v rozmezí hodnot od 1 do 6. Hodnota 1 určuje nejnižší úroveň konkurence, hodnota 3 střední úroveň a hodnota 6 úroveň konkurence nejvyšší.

V následující tabulce je přehled hodnot, které jsou přiřazeny jednotlivým kritériím určujícím konkurenci na trhu.

Tabulka 8: Hodnoty přiřazené kritériím úrovně konkurence

Kritérium	Hodnota (1 – 6)
K1: počet konkurentů	5
K2: tržní podíl pojišťoven	2
K3: bariéry vstupu a výstupu	1
K4: tvorba ceny, možnost ovlivnění ceny, příjmů a výdajů	2
K5: diferencovanost nabídky	3
K6: zákaznická orientace	3
K7: marketing a propagace	4
K8: finanční stabilita	3
K9: vliv státních zásahů	1

Zdroj: Vlastní konstrukce

Nejvyšší hodnota byla přiřazena kritériu K1: počet konkurentů – pojišťoven. Osm veřejných zdravotních pojišťoven na trhu je považováno za dostatečný pro existenci konkurenčního prostředí. Z pohledu velikosti a tržního podílu pojišťoven již není situace tak optimální a proto je kritériu K2 přiřazena hodnota 3.

Kritéria K3 a K9 mají nejnižší hodnotu. Obě tato kritéria v podstatě řídí stát prostřednictvím právních předpisů. Je tak omezena volnost rozhodování pojišťoven. Kritériu K4 je přiřazena o bod vyšší hodnota. Přes veškeré vlivy státu ovlivňovat cenu veřejného zdravotního pojištění, ale příjmy a výdaje může do určité míry ovlivnit samotná zdravotní pojišťovna.

Kritérium K5 je obodováno střední hodnotou stejně jako kritérium K6. Obě kritéria jsou do určité míry řízena státem – stát určuje definici pojištěnce i rozsah základní zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Přesto mají pojišťovny možnost nabídku svých služeb rozšiřovat a nabízet nadstandardní produkty i pro různé cílové skupiny pojištěnců. Ze stejného základu vychází kritérium K8. U kritéria K7 bylo zvoleno ohodnocení o bod vyšší než střední a to proto, že v současné době mohou jednotlivé pojišťovny marketing a reklamu do poměrně vysoké míry ovlivnit.

4.2.4 Výsledek měření konkurence

Úroveň konkurence na trhu veřejného zdravotního pojištění je při těchto hodnotách změřena na hodnotu 2,67 při maximu 6. Tato hodnota ukazuje spíše na nižší úroveň konkurence. To jen potvrzuje tvrzení, že trh veřejného zdravotního pojištění je tvrdě řízen státem a konkurence jako taková na tomto trhu není.

4.3 Kritéria výběru pojišťovny v praxi

V následující kapitole bude provedena analýza výběru zdravotní pojišťovny pro pojištěnce z hlediska největší výhodnosti. Pro tento účel byl vybrán jeden zástupce ze skupin:

- Rodič a dítě
- Dárce krve

S těmito zástupci byl proveden strukturovaný rozhovor na základě předem sepsané osnovy. Dotazovaný tak postupně podal všechny informace potřebné k vyhodnocení, která zdravotní pojišťovna by pro něj byla nejvýhodnější.

4.3.1 Výběr ZP pro pojištěnce ze skupiny Rodič a dítě

Jako charakteristická představitelka této skupiny byla vybrána paní Monika. Vdaná žena ve věku 32 let má 2 děti, 4letého syna a roční dceru. Monika je od narození pojištěncem VZP. Stejně jako kdysi její rodiče přihlásili k VZP ji i ona automaticky přihlásila své děti k VZP. Důvodem jejího rozhodnutí byl fakt, že ona sama je pojištěncem VZP. O tom, že na trhu existují i jiné zdravotní pojišťovny ví, nicméně jejich nabídku nezná. Ví, že pojišťovny nabízejí různé programy nadstandardní péče zejména pro děti a o tyto se začala po narození dcery také zajímat. K informacím o konkurenční nabídce jednotlivých zdravotních pojišťoven se nikdy nedostala zejména z hlediska nedostatku času. Vyjádřila se přímo, že informace nemá čas vyhledávat a především porovnávat. Nejčastěji navštěvuje praktického lékaře pro děti a mládež. Ani zde nezískala žádné konkrétní informace, která pojišťovna by jí z hlediska potřeb jejích dětí mohla nabídnout nejvíce produktů. Základní informace získává z tisku a letáků a na základě zajímavého podnětu si poté informace dohledá na internetu.

Monika v roce 2008 a 2009 využila některých preventivních programů pro syna. Získala příspěvek na plavání a vitamíny. V současné době jí pojišťovna nenabízí žádné finanční příspěvky, které by využila. Kreditní systém získávání výhod jí nevyhovuje. Zdá se jí zbytečně složitý a raději svůj čas věnuje rodině než dle jejích slov složitému vyhledávání jak a kde může sbírat body a za co je pak uplatnit.

Monika uvažuje o změně zdravotní pojišťovny.

Monika navštívila v posledním roce pobočku VZP pouze 1x a to při přihlašování dcery. Proto je bráno v úvahu, že Monika nebude ochotna dojíždět do jiného města. Pobočka ve městě je tedy podmínkou. Z tohoto důvodu tedy vylučujeme ZPŠ a OZP.

Monice byl představen seznam všech produktů zdravotních pojišťoven nad rámec základní zdravotní péče hrazené z v.z.p., tedy programy preventivní péče a další bonusové produkty. Z uvedeného seznamu Monika vybrala produkty, které by ji zajímaly a mohla je aktivně využívat. Tyto produkty shrnuje následující tabulka.

Tabulka 9: Preventivní zdravotní programy ZP pro skupinu Rodič a dítě v roce 2011

	Výše příspěvku					
	VZP	VoZP	ZPMV	RBP	ZPMA	ČPZP
Kurz Plavání Rodič s dětmi 1 – 3 roky	---	1 000 Kč	---	300 Kč	Slevy	300 Kč
Kurz Plavání pro děti od 3 let	---	300 Kč	---	---	Slevy	300 Kč
Cvičení s dětmi 2x	---	1 000 Kč	---	---	*1 200 Kč	---
Preventivní očkování dospělí	*1 500 Kč	350 Kč	200 Kč	1 000 Kč	---	300 Kč
Preventivní očkování dítě do 3 let	500 Kč	350 Kč	200 Kč	1 000 Kč	*600 Kč	
Preventivní očkování dítě od 3 let	500 Kč	350 Kč	200 Kč	1 000 Kč	*600 Kč	
Solná jeskyně dospělí + 2 děti	---	1 500 Kč	---	---	Slevy	---
Vitamíny pro dítě ve věku 1 rok	---	---	---	---	---	100 Kč
Vitamíny pro děti od 3 let	---	200 Kč	---	100 Kč	---	✓
Organizovaný pobyt v přírodě	---	1 000 Kč	---	300 Kč	---	500 Kč
Cvičení pro dospělé	*1 500 Kč	---	---	---	---	---
Plavání pro dospělé	---	300 Kč	---	---	Slevy	---
Výše možného ročního příspěvku	2 500 Kč	6 350 Kč	600 Kč	3 700 Kč	1 200 Kč	1 500 Kč
Dostupnost lékařské péče v místě bydliště	✓	✓	---	NE	✓	✓
Dostupnost pobočky v místě bydliště	✓	✓	✓	✓	✓	✓

* v tomto případě, lze příspěvek využít na více označených aktivit, avšak max. do uvedené hodnoty

Zdroj: strukturovaný rozhovor, oficiální webové stránky ZP, vlastní konstrukce

V oblasti smluvních zdravotnických zařízení byl prověřen také smluvní vztah s ošetřujícími lékaři rodiny: s praktickým lékařem pro dospělé, praktickým lékařem pro děti a mládež, zubním lékařem, gynekologem, očním lékařem, ORL (ušní, nosní, krční), nemocnicí v Chomutově a v Mostě a to pouze s dvěma pojišťovnami, které z hlediska nabídky produktů paní Moniku nejvíce oslovili, tedy VoZP a RBP.

Z uvedeného přehledu vyplývá, že za současných podmínek a nabídky pojišťoven pro rok 2011 není pro Moniku a její děti VZP nejvhodnější volbou. V roce 2011 mohla získat finanční příspěvky ve výši až 6 350 Kč, kdyby s dětmi byla registrována u VoZP při zachování lékařské péče i dostupnosti pobočky. Jelikož veřejné zdroje zatím neposkytují žádné informace k nabídce pojišťoven v roce 2012, nelze zaujmout v současné chvíli jednoznačné stanovisko. Rozhodnutí a volba záleží pouze na paní Monice.

4.3.2 Výběr ZP pro pojištěnce ze skupiny Dárce krve

Zástupcem této skupiny je pan Mirek, který je pravidelným bezplatným dárcem krve. První odběr podstoupil ve svých 21 letech a od té doby každoročně daruje krev 2 – 3x. Nyní, ve svých 43 letech, podstoupil již 57 odběrů krve. Od roku 1996 je pojištěncem Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra. Důvodem jeho volby bylo jeho zaměstnání v hasičském záchranném sboru. O existenci dalších zdravotních pojišťoven na trhu má

povědomí, nicméně při dotazu, zda zná nějakou jinou zdravotní pojišťovnu si vybavil pouze VZP. O tom, že mu pojišťovna může nabídnout více než hrazení základní zdravotní péče, netuší. Rovněž nemá tušení o různých programech a výhodách pro dárce krve. Proč? Protože letáky ve schránkách ho již nezajímají a automaticky je přenechává odpadu, informace si nevyhledává, protože o nich neví. Jakou formou by se tedy nechal oslovit? Dle jeho slov snad přímým dopisem pojišťovny vyzývajícího jednoznačně, stručně a věcně k využití některého z takových programů. Pan Mirek podle všeho tedy žádné takové nabídky nevyužil, registraci u pojišťovny bere pouze jako svojí zákonnou povinnost a v tuto chvíli nemá zájem o změnu pojišťovny. Mirek nenavštívil pobočku ZPMV v posledních letech vůbec. Naposledy ji navštívil před několika lety za účelem výměny průkazky pojištěnce. Mirek nyní nemá potřebu pobočku navštěvovat, nicméně v případě nutnosti je ochoten pobočku navštívit pouze v okolí do 50km od bydliště. Z tohoto důvodu je tedy vyloučena opět ZPŠ a OZP.

Stejně jako paní Monika i pan Mirek zvolil několik produktů, které by aktivně využil.

Tabulka 10: Preventivní zdravotní programy ZP pro skupinu Dospělí + dárce krve v roce 2011

	Výše příspěvku					
	VZP	VoZP	ZPMV	RBP	ZPMA	ČPZP
Preventivní očkování	*1 500 Kč	350 Kč	200 Kč	1 000 Kč	---	300 Kč
Pohybové nebo relaxační aktivity (plavání)	*1 500 Kč	300 Kč	---	---	Slevy	---
Prevence rakoviny tlustého střeva	---	150 Kč	400 Kč	---	---	200 Kč
Prevence rakoviny kůže	---	---	400 Kč	---	---	500 Kč
Prevence rakoviny prostaty	---	---	---	---	---	200 Kč
Příspěvek pro dárce krve	2000 b.	Vitamíny 1 000 Kč	Vitamíny 3 000 Kč	Vitamíny 800 Kč	Vitamíny 3 000 Kč	Vitamíny Očkování
Výše možného ročního příspěvku	1 500 Kč	1 700 Kč	4 000 Kč	1 800 Kč	3 000 Kč	1 200 Kč
Dostupnost lékařské péče v místě bydliště	✓	✓	---	NE	✓	✓
Dostupnost pobočky v místě bydliště	✓	✓	✓	✓	✓	✓

* v tomto případě, lze příspěvek využít na více označených aktivit, avšak max. do uvedené hodnoty

Zdroj: strukturovaný rozhovor, oficiální webové stránky ZP

Shrnutí nabídky pro dárce krve (57 odběrů):

- Kromě VZP poskytují všechny ostatní ZP po každém odběru vitamíny.
- VZP nabízí až 2000 bodů do kreditního systému, které lze posléze uplatnit na preventivní očkování nebo pohybové aktivity.

- VoZP nabízí za každý 3. odběr dárkovou poukázku, pro držitele Zlaté Jánského plakety činí hodnota poukázky 1000 Kč. Využít ji lze na úhradu některého preventivního programu z nabídky.
- ZPMV nabízí příspěvek až 3000 Kč na nejméně 6ti denní ozdravně léčebný pobyt.
- RBP poskytuje finanční příspěvky dle počtu odběrů od 400 Kč (10 odběrů), 800 Kč (40 odběrů) a 1 200 Kč (80 odběrů), tento příspěvek lze využít na nákup v lékárně, oční optice, na laserovou operaci očí, očkování nebo stomatologickou péči nad rámec v.z.p..
- ZPMA obdobně jako RBP poskytuje finanční příspěvky od 1000 Kč do 4000 Kč. Rozsah využití je větší, je doplněn např. o sanování, masáže, pohybové aktivity, nákup chráničů pro sport (přilby).
- ČPZP poskytuje finanční příspěvky dle počtu odběrů na vitamíny a preventivní očkování. V případě 40ti odběrů poskytuje finanční příspěvek až 3000 Kč na preventivní očkování.

Pan Mirek po 40 odběrech obdržel Zlatou Jánského plaketu.

V oblasti smluvních zdravotnických zařízení byl prověřen také smluvní vztah s ošetřujícími lékaři dotazovaného: s praktickým lékařem pro dospělé, zubním lékařem, očním lékařem, ORL (ušní, nosní, krční), nemocnicí v Chomutově a v Mostě a to pouze s ZPMA, která by kromě již stávající ZPMV uspokojila potřeby dotazovaného. Bylo zjištěno, že ZPMA nemá uzavřené smluvní vztahy se všemi stávajícími lékaři dotazovaného. Pan Mirek zároveň lékaře měnit nechce.

Z uvedeného rozboru potřeb dotazovaného i nabídky ZP je patrné, že stávající registrující pojišťovna, tedy ZPMV nabízí oproti jiným ZP celkem atraktivní produkty. Panu Mirkovi lze tedy doporučit u stávající pojišťovny setrvat a osobně navštívit kontaktní pracoviště, kde se může dozvědět více o využití nabídky preventivní péče, která jej zaujala.

4.4 SWOT analýza

SWOT analýza je pojata jako přehledný souhrn výsledků zjištěných z předešlých analýz a poskytne tak základní náhled na celkové vyhodnocení. Z důvodu omezeného rozsahu diplomové práce bude SWOT analýza provedena pouze pro vyhodnocení pozice na trhu jedné ze zdravotních pojišťoven a VZP, čímž bude položen základ pro možnost porovnání fungování pojišťoven na trhu v České republice.

Pro srovnání byla vybrána ČPZP, jenž je v současné době třetí největší pojišťovnou v zemi.

4.4.1 SWOT analýza České průmyslové zdravotní pojišťovny

Silné stránky	Slabé stránky
<p>Optimální věková struktura – vyšší podíl věkové skupiny 20 – 44 let a nižší podíl nad 60 let oproti VZP.</p> <p>Průměrné náklady na zdravotní péči 1 pojištěnce jsou nižší než průměr všech pojišťoven.</p> <p>Více než 60% příjmu z pojistného je hrazeno státem – jistota příjmu.</p> <p>Počet pojištěnců má rostoucí tendenci, tempo růstu je plynulé.</p> <p>Moderní technologie pro komunikaci se zákazníky i dodavateli, elektronické rozhraní, elektronická zdravotní karta, elektronická přepážka, atd.</p> <p>Nízké záporné saldo příjmů a výdajů v roce 2010 oproti ostatním ZP (vlivem ekonomické krize).</p> <p>Široká nabídka produktů z Programu preventivní péče. Atraktivní preventivní program pro věkovou skupinu 20 – 44 let – množství příspěvků pro rodiče a jejich děti – Manažerka svého mateřství – nejvyšší finanční příspěvek pro matku a její dítě do 12 měsíců.</p> <p>Zavedený systém kvality managementu.</p> <p>Efektivní systém kontroly platby pojistného, vysoká vymahatelnost pohledávek na pojistném.</p> <p>Vynikající platební morálka – kvalitní image u pojištěnců i zdravotnických zařízení.</p> <p>Hustá síť SZZ poskytující kvalitní zdravotní péči. Člen Svazu zdravotních pojišťoven.</p>	<p>Tržní podíl 6,9% je oproti VZP příliš nízký, což oslabuje vyjednávací schopnost samotné pojišťovny.</p> <p>Více než 60% příjmu z pojistného je hrazeno státem – nejnižší platby za pojištěnce.</p> <p>Otevřenost pojišťovny vůči všem pojištěncům – nelze pojištěnce nepřijmout.</p> <p>Přetrvávající vysoká výše pohledávek za pojistným po lhůtě splatnosti, v roce 2010 (1,7 mld. Kč).</p>

Příležitosti	Ohrožení
<p>Reforma zdravotnictví – optimalizace způsobu přerozdělování, nabídky produktů, nižší míra omezení činností ZP – větší míra konkurence na trhu.</p> <p>Vyšší zapojení pojištěnce, motivace k preventivní péči – snížení nákladů na zdravotní péči.</p> <p>Zintenzivnění spolupráce s plátcí pojistného – zaměstnavateli, motivační programy.</p> <p>Rozšiřování do dalších lokalit v ČR.</p> <p>Posilování skupiny pojištěnců ve věku 20 – 44 let.</p> <p>Zvýšení plateb za pojištěnce hrazené státem.</p>	<p>Prohlubování salda příjmů a výdajů, snižování hodnoty rezerv z minulých let.</p> <p>Zvyšující se výdaje na zdravotní péči pojištěnců.</p> <p>Další rozšiřování hrazené zdravotní péče.</p> <p>Snižování sazby zákonného zdravotního pojištění.</p> <p>Nižší než očekávaný vývoj růstu objemu pojistného.</p> <p>Vliv cenotvorby a úhrad léčivých přípravků.</p> <p>Zesilující nutnost omezit rozsah SZZ.</p> <p>Zvyšování platební neschopnosti plátců zdravotního pojištění, nevymahatelnost pohledávek.</p>

4.4.2 SWOT analýza Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR

Silné stránky	Slabé stránky
<p>Majoritní podíl pojištěnců (přes 60%).</p> <p>Nejvyšší tržní podíl (61%).</p> <p>Nejsilnější ve vyjednávání na trhu.</p> <p>Založená státem, výsadní postavení, podpora.</p> <p>Odlišné preventivní programy od ostatních ZP.</p> <p>Nejprestižnější preventivní program pro chronicky nemocné děti – Mořský koník.</p> <p>Nejširší kontakt s veřejností.</p> <p>Smlouva s téměř 100% zdravotnických zařízení.</p> <p>Kvalitní elektronické rozhraní pro komunikaci s laickou i odbornou veřejností.</p> <p>Vysoce kvalitní kontrola platby pojistného.</p> <p>Provozování internetové zdravotní knížky IZIP.</p>	<p>Pozvolné klesání tržního podílu.</p> <p>Přetrvávající vysoký podíl pojištěnců nad 60% - nejnákladnější zdravotní péče.</p> <p>Podíl pojištěnců, za které je plátcem stát je téměř 60% a má rostoucí trend (stárnutí kmene pojištěnců).</p> <p>Odliv pojištěnců ve věku 20 – 44 let k ostatním pojišťovnám.</p> <p>Přetrvávající záporné saldo příjmů a výdajů, rostoucí deficit se kumuluje.</p> <p>Špatná platební morálka, závazky ke SZZ (smluvním zdravotnickým zařízením) po lhůtě splatnosti rostou a kumulují se.</p> <p>Rostoucí charakter dluženého pojistného po lhůtě splatnosti.</p> <p>Vysoké náklady na provoz kontaktních pracovišť a mzdové náklady.</p> <p>Omezení rozsahu preventivních programů z důvodu úspor nákladů.</p> <p>Zvyšování negativního image VZP vzhledem k široké veřejnosti.</p>
Příležitosti	Ohrožení
<p>Reforma zdravotnictví – optimalizace způsobu přerozdělování, nabídky produktů, nižší míra omezení činností ZP – větší míra konkurence na trhu.</p> <p>Uzavření trhu a vytvoření systému v.z.p. pouze s jedinou</p>	<p>Pokračování v nepříznivém hospodaření pojišťovny.</p> <p>Další odliv pojištěnců ve věku 20 - 44 let.</p> <p>Stárnutí pojistného kmene.</p>

<p>zdravotní pojišťovnou – VZP. Ústup ekonomické krize – zlepšení platební schopnosti plátců pojistného, snižování pohledávek i závazků.</p> <p>Optimalizace struktury pojištěnců – motivační programy.</p> <p>Zlepšení pohledu široké veřejnosti na VZP – zkvalitnění informování o nabídce a aktivitách VZP.</p> <p>Zvýšení plateb za pojištěnce hrazené státem.</p>	<p>Rostoucí výdaje na zdravotní péči pojištěnců.</p> <p>Další rozšiřování hrazené zdravotní péče.</p> <p>Snižování sazby zákonného zdravotního pojištění.</p> <p>Nižší než očekávaný vývoj růstu objemu pojistného.</p> <p>Vliv cenotvorby a úhrad léčivých přípravků.</p> <p>Zvyšování platební neschopnosti plátců zdravotního pojištění, nevymahatelnost pohledávek.</p> <p>Zvyšující se konkurenceschopnost ostatních pojišťoven.</p>
--	---

Z provedených SWOT analýz je patrné, že některé slabé stránky jedné pojišťovny mohou být silnými stránkami jiné. VZP těží ze svého dominantního postavení podporovaného státem, ostatní pojišťovny zase vychází pozitivně ze svého postavení menší pojišťovny. Avšak situace na trhu je nerovná z hlediska schopnosti vyjednávat.

Příležitosti a ohrožení jsou téměř pro všechny ZP shodné. Ohrožením speciálně pro VZP je pokračování deficitu hospodaření v rádech mld. Kč. Otevření trhu a snížení míry státních zásahů by mělo příznivé dopady na rozvoj konkurenceschopnosti menších ZP. Pro VZP by však zvýšení konkurenceschopnosti ostatních ZP bylo vysokou hrozbou. Příležitostí pro všechny pojišťovny je jejich slučování.

5 Vyhodnocení výsledků analýz

5.1 Výsledky analýzy tržního prostředí

Analýza tržního prostředí v oblasti veřejného zdravotního pojištění poskytla následující závěry:

- na trhu se nachází 8 zdravotních pojišťoven, tento počet je dostatečný k tomu, aby vznikla „zdravá“ konkurence;
- „zdravou“ konkurenci utlumuje existence jedné velice silné zdravotní pojišťovny podporované státem a to VZP;
- mimo VZP se na trhu nachází ostatní ZP, jejichž tržní podíl a především možnosti ovlivňování svého postavení na trhu jsou již mnohem vyrovnanější;
- konkurence na trhu je řízena státními zásahy prostřednictvím právních předpisů, zasahováním do dohodovacích řízení mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními, kontrolní pravomoci, a dalších;
- z hlediska odběratelů je nejsilnější pojišťovnou VZP, která registruje více než 60% všech pojištěnců; z ostatních ZP je nejsilnější v počtu registrovaných pojištěnců ZPMV, dále ČPZP a OZP;
- nejméně pojištěnců registruje ZPŠ, avšak strategií ZPŠ není nadále rozšiřovat tento stav, ale naopak udržet si stávající portfolio pojištěnců;
- z hlediska struktury pojištěnců zasahuje VZP stále věková disproporce, registruje nejvíce pojištěnců nad 60 let, jejichž zdravotní péče patří mezi tu nejnákladnější; ale existence přerozdělování prostředků ze zdravotního pojištění podle stejných pravidel pro všechny ZP výrazně eliminuje negativní dopad věkové disproporce na příjmy VZP.
- z hlediska struktury dodavatelů – sítě smluvních zdravotnických zařízení je trh vyrovnaný, dodavatelé obvykle přijímají uzavření smluvního vztahu se všemi pojišťovnami v daném regionu, všechny ZP mají dostatečnou a kvalitní síť SZZ odpovídající jejich zaměření;
- míra úrovně konkurence byla změřena na hodnotu 2,67 (max. 6), což značí nižší úroveň konkurence, důvodem je především vliv státních zásahů a přísná nařízení pro vstup na trh.

5.2 Zhodnocení konkurence v oblasti zdravotního pojištění

Konkurence v oblasti zdravotního pojištění v České republice opravdu existuje. Jejím pozitivem je, že více zdravotních pojišťoven na trhu může lépe ovládat kvalitu poskytované zdravotní péče. Všeobecná zdravotní pojišťovna má mezi zdravotními pojišťovnami výsadu státní podpory (je založená státem). Registruje více než 60% pojištěnců, má uzavřeny smluvní vztahy s téměř všemi zdravotnickými zařízeními v ČR, je podporována státem a jeho legislativou. Přesto jí konkurence ovlivňuje. Menší pojišťovny na trhu jsou přesto tak silné, aby dokázaly převzít část klientely VZP. Další konkurenční boj pak vzniká mezi ostatními pojišťovnami. Úplně nejmenší pojišťovny jako je ZPŠ a ZPMA se konkurenčního boje typu boj o nového zákazníka - pojištěnce, významně neúčastní. Svoji politiku zaměřují spíše na své portfolio stávajícího pojistného kmene, jeho udržení a spokojenost. Odlišným případem RBP, která v předchozích letech zahájila kampaň pro získání nových pojištěnců a i v dalších nejbližších letech bude zřejmě v rozšiřování počtu svých pojištěnců pokračovat. I ostatní pojišťovny se boje o nového zákazníka účastní. Vzniká tak zde prostor pro vytváření, zlepšování a posilování nástrojů konkurence. Z předchozích analýz vyplynulo, že nejsilnějším nástrojem konkurence je nabídka produktů nad rámec zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění zaměřených na preventivní zdravotní péči.

Konkurence v oblasti veřejného zdravotního pojištění je zřejmá především v boji zdravotních pojišťoven o zákazníka – pojištěnce. Vyšší počet pojištěnců znamená vyšší tržní podíl. Samozřejmě se každá pojišťovna snaží o výhodný pojistný kmen. Aby toho dosáhly, snaží se zajistit lákavou a kvalitní nabídku rozmanité škály služeb poskytovaných nad rámec hrazené zdravotní péče stanovené zákonem. Struktura pojištěnců ovlivňuje výši plateb na pojistné, od které se odvíjí příjmy pojišťoven a následné přerozdělení, ale také výši výdaje na poskytnutou zdravotní péči.

Zdravotní pojišťovny mají jen minimální a velice omezené možnosti minimalizace nákladů a udržení rovnováhy v hospodaření.

Mezi významnější nástroj konkurence mezi zdravotními pojišťovnami lze řadit jen nabídku programů preventivní péče z Fondů prevence jednotlivých pojišťoven a i možnosti této nabídky jsou legislativně upraveny.

5.3 Doporučení pro pojištěnce při výběru zdravotní pojišťovny

Při výběru zdravotní pojišťovny by pojištěnec měl vždy zvážit dostupnost lékařské péče. Z hlediska konkurence je toto kritérium omezující právě pro pojišťovny s regionální působností. Zdravotnická zařízení obvykle nemívají uzavřeny smluvní vztahy se všemi pojišťovnami. Dostupnost lékaře je samozřejmě konkurenční výhodou pro pojišťovnu působící celorepublikově. Dalším omezujícím kritériem při výběru pojišťovny může být dostupnost kontaktního pracoviště. Dostupnost kontaktního pracoviště je překážkou v případě pojišťovny s regionální působností. V případě pojišťoven s celorepublikovou působností je toto kritérium zanedbatelné.

Ostatní nástroje jsou víceméně jen již způsobem jak přesvědčit zákazníka o kvalitě a nejlepší péči ze strany pojišťovny. V podstatě však již nabízejí produkty stejného účelu, např. elektronická komunikace a podání, elektronická zdravotní karta, vyhledávání smluvních zdravotnických zařízení.

Občané České republiky mají zákonem zaručenou bezplatnou základní zdravotní péči. Její financování zajišťuje osm zdravotních pojišťoven. Každá z nich nad rámec základní zdravotní péče nabízí svým pojištěncům řadu různých výhod. Změnit zdravotní pojišťovnu lze jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí. Kritériem pro výběr by měla být především dostupnost smluvní lékařské péče pojišťovny a pak praktická využitelnost nabízených výhod ve každém individuálním případě. Univerzálně platné doporučení na výběr zdravotní pojišťovny dát nelze, protože jednotlivé preventivní programy jsou určeny různým skupinám pojištěnců a způsob čerpání příspěvků je u jednotlivých pojišťoven odlišný. Při výběru je třeba pamatovat mj. na to, že některé pojišťovny zvýhodňují pojištění celých rodin a délku trvání pojištění. Počítat je třeba rovněž s průběžnou aktualizací a doplňováním nabídek. Výběr zdravotní pojišťovny, pokud bude učiněn po zralé úvaze a porovnání všech možností, se pojištěnci určitě vyplatí.

5.4 Doporučení pro trh a tvůrce legislativy

Rozvoj medicíny v každém dalším roce přináší nové léčebné postupy, lepší a přesnější diagnostické metody, dokonalejší technologie a dražší léky. Moderní doba nabízí v podstatě neomezené možnosti uzdravení nebo zlepšení či prodloužení života. To je z medicínského hlediska uznávaným pokrokem, problémem je však financování čím dál více nákladnější zdravotní péče. Ten se projevuje především omezenými veřejnými zdroji na hrazení zdravotní péče.

V České republice prochází zdravotnictví neustále restrukturalizací a reformami. Jedná se o nejproblematictější sektor. Důvodem je obrovská zodpovědnost při zvažování, jakou cenu má lidský život a kolik veřejných zdrojů věnovat na záchranu lidských životů. Je bezpodmínečně nutné, aby celé toto zvažování doprovázel princip solidarity. To však přináší další problémy, především v definici rozsahu nebo základního standardu zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, které je výsledkem alokace veřejných finančních zdrojů. Souvisejícím problémem je pak, kdo a jak se bude podílet na tvorbě finančních zdrojů na hrazení veřejné zdravotní péče.

Nejen v současnosti, ale i v budoucích letech je nutné stanovení přesných pravidel a objektivních kritérií pro alokaci veřejných finančních zdrojů do zdravotní péče. Absolutně spravedlivé řešení v oblasti zdravotnictví nalézt nelze. Nicméně je potřeba hledat transparentní řešení, opora občana o zákon, který mu zajistí pocit právní jistoty a ochrání ho před diskriminací.

Česká vláda už od vzniku samostatné České republiky a počátku působení současného trhu veřejného zdravotního pojištění, považuje rozvoj systému zdravotního pojištění za jednu ze svých významných programových priorit.

Pro rozvoj zdravotnictví je třeba, aby cílem každé Vlády, která přijde, bylo zajistit dostupnou a kvalitní zdravotní péči pro občany respektující princip solidarity a ústavní nárok na bezplatnou zdravotní péči prostřednictvím právě veřejného zdravotního pojištění.

V současné době je aktuální problematika stárnutí populace v České republice. Je nutné, aby Vláda přistoupila k aktivním krokům v rámci provádění reformy. Tlak na veřejné zdravotní pojišťovny je již nyní vysoký a v dalších letech by se mohl stát neúnosný. Vláda musí zabránit zhroucení zdravotnického systému v České republice

6 Závěr

Systém veřejného zdravotního pojištění je po 19 let svého fungování stabilizujícím prvkem financování českého zdravotnictví, přičemž je dostatečně funkční a zdravotní pojišťovny uspokojivě zajišťují jeho administraci. Vytváření rezerv v období ekonomického růstu a naopak jejich uvolňování v době ekonomické recese vede k bilanční rovnováze systému. To ve své podstatě představuje garanci úrovně a dostupnosti poskytované zdravotní péče odpovídající potřebám pojištěnců bez ohledu na výkyvy ekonomiky. Pluralitní systém umožňuje rozvoj kvality služeb, a to jak pro pojištěnce, tak pro poskytovatele zdravotní péče.

Být zdravotně pojištěn u některé z veřejných zdravotních pojišťoven, poskytuje občanům jistotu, že náklady na zdravotní péči, jejíž rozsah je však také upraven zákonem, budou hrazeny zdravotní pojišťovnou, u níž je občan registrován. V každém případě, kdy občan sám nepodnikl kroky k volbě a registraci u některé z veřejných zdravotních pojišťoven, je automaticky ze zákona pojištěncem VZP.

Současná praxe ukazuje, že zákonem stanovený rámec ochrany finančních prostředků systému v. z. p. je ve zdravotních pojišťovnách správně nastaven, neboť nebyl zaznamenán jediný případ jejich sebemenšího úniku mimo tento systém. V současné době jsou aktuální informace o vykazování neprovedené péče nebo předepisování falešných předpisů na léky samotnými lékaři. Dle dostupných informací poskytovaných přímo pojišťovnami se jedná o ojedinělé případy. Tyto úniky jsou kontrolovány revizní činností pojišťovny, ale v posledních letech také samotní pojištěnci mohou takový únik odhalit prostřednictvím elektronických karet zaznamenávajících poskytnutou zdravotní péči.

Podobně jako každý jiný systém, musí i systém v. z. p. reagovat na společenské a technologické změny a při dlouhodobé stagnaci by mohlo dojít k narušení jeho základních funkcí.

Konkurenční způsob zajištění dostupnosti zdravotní péče v požadované kvalitě a za podmínek efektivního využití prostředků v. z. p. vede k soutěži mezi zdravotními pojišťovnami o co nejlepší smluvní podmínky s poskytovateli zdravotní péče zejména ve prospěch pojištěnců. Kvalitu služeb lze ověřit na základě výsledků agendy stížností u jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Seznam použitých zdrojů

1. JANEČKOVÁ, H; HNILICOVÁ, H.: *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
2. ČERVINKA, T.; DANĚK, A.: *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ s komentářem a příklady 2010*. 2. aktualizované vydání. Olomouc: ANAG, spol. s r.o., 2010. 151 s. ISBN 978-80-7263-577-1.
3. VONDRÁČEK, L.: *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 100 s. ISBN 978-80-247-1198-2.
4. MACH, J.: *Lékař a právo : Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
5. KOTLER, P.: *Marketing management*. 10. rozšířené vydání. Praha: Grada, 2001. 720 s. ISBN 80-247-0016-6.
6. SOUKUPOVÁ, J., HOŘEJŠÍ, B., MACÁKOVÁ, L., SOUKUP, J.: *Mikroekonomie*. 3.vydání. Praha : Management Press, 2003. 548 s. ISBN 80-7261-601-9.
7. FUCHS, K., TULEJA, P.: *Mikroekonomie I*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002. 208 s. ISBN 80-210-2966-8.
8. STRECKOVÁ, Y., MALÝ, I.: *Veřejná ekonomie pro školu i praxi*. 1. vydání. Praha: Computer Press, 1998. 214 s. ISBN 80-7226-112-6.
9. SKLENÁK, V.: *Data, informace, znalosti a Internet*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2001. 507 s. ISBN 80-7179-409-0.
10. JIRÁSEK, J., A.: *Konkurenčnost: vítězství a porážky na kolbišti trhu*. 1. vydání. Praha: Professional publishing, 2001. 101 s. ISBN 80-86419-11-8
11. Zdravotní pojišťovny a jejich historie. *Produktové listy sekce zdravotní pojištění* [online]. 20.4.2009, 1.0, [cit. 2011-08-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.produktovelisty.cz/zdravotni-pojisteni/listy/prehledy.html>>.
12. ZDN [online]. 2009 [cit. 2011-12-10]. Kolik zdravotních pojišťoven potřebujeme?. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/kolik-zdravotnich-pojistoven-potrebujeme-447279>>.
13. VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., JANDA, J.: *Zpráva o léčení českého zdravotnictví : aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. Praha : Grada Publishing, a.s., 2002. 232 s. ISBN 978-80-247-0347-5.

14. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. 2011 [cit. 2011-12-11]. Dostupné z WWW: <www.vzp.cz>.
15. *Česká průmyslová zdravotní pojišťovna* [online]. 2011 [cit. 2011-12-11]. Dostupné z WWW: <www.cpzp.cz>.
16. *Svaz zdravotních pojišťoven ČR* [online]. 2011 [cit. 2011-12-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.szpcr.cz/index.php?c=home>>.
17. VURM, V. a kol.: *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
18. *Onemocnění : Nemoc* [online]. Onemocnění, 2008 [cit. 2008-12-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.onemocneni.info/>>.
19. KREBS, V.: *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI, 2007. 504 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
20. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky. *Nadstandardy 2009 : Nadstandardy VoZP ČR 2009* [online]. 13.2.2009 [cit. 2009-03-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.vozp.cz/Default.aspx?section=7&server=1&article=469>>.
21. KAHOUN, V. a kol.: *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Triton, 2009. 445 s. ISBN 978-80-7387-346-2.
22. KŘEPELKA, F.: *Evropské zdravotnické právo*. 1. vydání. Praha: Orac, 2004. 135 s. ISBN 80-86199.82-7.
23. GREGOROVÁ, Z., GALVAS, M.: *Sociální zabezpečení*. 2. vyd. Masarykova univerzita v Brně: DOPLNĚK, 2005. 280 s. ISBN 80-7239-179-3 (13,59)
24. KREBS, V. a kol.: *Sociální politika*. 3.vyd. Praha: ASPI, 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5
25. ARNOLDOVÁ, A.: *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*, 1. část. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 375 s. ISBN 80-246-0728-x
26. MACH, J.: *Medicína a právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-X.
27. KAHOUN, V., VURM, V., KUČEROVÁ, B.: *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví*. 1. vydání. PRAHA: Triton, 2008. 88 s. ISBN 978-80-7387-130-7.
28. ČERVINKA, T., DANĚK, A.: *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ s komentářem a příklady*. 1. vydání. Olomouc: Anag, 2009. 151 s. ISBN 978-80-7263-521-4.

29. VYBÍHAL, V.: *Zdaňování příjmů fyzických osob 2010 : praktický průvodce*. 6. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-3426-2.
30. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
31. Zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
32. Zákon č. 592/192 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
33. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotně pojistný plán Všeobecné zdravotní pojišťovny české republiky pro rok 2011*. 2010. 51 s.
34. ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR. *Zdravotně pojistný plán 2011*. 2010. 54 s.
35. ZAMĚSTNANECKÁ POJIŠŤOVNA ŠKODA. *Zdravotně pojistný plán na rok 2011*. 2010. 62 s.
36. VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotně pojistný plán na rok 2011*. 2010. 55 s.
37. REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Zdravotně pojistný plán na rok 2011*. 2010. 69 s.
38. OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN A STAVEBNICTVÍ. *Zdravotně pojistný plán Oborové zdravotní pojišťovny bank, pojišťoven a stavebnictví na rok 2011*. 2010. 78 s.
39. ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Zdravotně pojistný plán na rok 2011*. 2010. 61 s.
40. ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA METAL – ALIANCE. *pojistný plán na rok 2011*. 2010. 46 s.

Seznam zkratek

ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
ZP	Zdravotní pojišťovna
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
ZPMV	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR
RBP	Zdravotní pojišťovna Revírní bratrská pokladna
ZPMA	Zdravotní pojišťovna Metal – Aliance
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ZZ	Zdravotnické zařízení
SZZ	Smluvní zdravotnické zařízení
WHO	World Health Organization

Seznam tabulek

Tabulka 1: Vývoj vzniku a působení na trhu veřejných zdravotních pojišťoven 1992 - 2011	12
Tabulka 2: Síť smluvních zdravotnických zařízení jednotlivých ZP.....	41
Tabulka 3: Přehled dostupnosti kontaktních pracovišť ZP v krajích ČR	44
Tabulka 4: Preventivní zdravotní programy ZP pro děti a mládež v roce 2011	47
Tabulka 5: Preventivní zdravotní programy ZP pro studenty 19 – 26 let v roce 2011	47
Tabulka 6: Preventivní zdravotní programy ZP pro dospělé v roce 2011	48
Tabulka 7: Ozdravně léčebné pobyty ZP pro děti a mládež v roce 2011	48
Tabulka 8: Hodnoty přiřazené kritériím úrovně konkurence.....	53
Tabulka 9: Preventivní zdravotní programy ZP pro skupinu Rodič a dítě v roce 2011	56
Tabulka 10: Preventivní zdravotní programy ZP pro skupinu Dospělí + dárce krve	57

Seznam grafů

Graf č. 1 – Podíl pojištěnců, za které pojistné hradí stát, na všech pojištěncích zdravotní pojišťovny v roce 2010	37
Graf č. 2 – Počet pojištěnců v roce 2010 podle zdravotních pojišťoven	38
Graf č. 3 – Věková struktura pojištěnců jednotlivých ZP v roce 2010.....	38
Graf č. 4 – Náklady na preventivní zdravotní péči v roce 2011	46
Graf č. 5 – Průměrné náklady na preventivní zdravotní programy na 1 pojištěnce v roce 2010	46
Graf č. 6 – Průměrné náklady na ozdravně léčebný pobyt 1 dítěte v roce 2010	49

Seznam příloh

Příloha č. 1 k diplomové práci Zdravotní pojišťovny v ČR a konkurence v oblasti zdravotního pojištění: Další právní předpisy v oblasti veřejného zdravotního pojištění:

Dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění jsou:

- Zákon č. 563/1991 Sb. zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 109/2006 Sb. zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů;
- Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb. vyhláška MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů;
- Vyhláška č. 418/2003 Sb. vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně propočtu tohoto limitu, ve znění pozdějších předpisů;
- Vyhláška č. 503/2002 Sb. vyhláška č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny, ve znění pozdějších předpisů;
- Vyhláška č. 644/2004 Sb. vyhláška č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu;
- Vyhláška č. 274/2005 Sb. vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění pozdějších předpisů;
- Vyhláška č. 618/2006 Sb. vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.