

Právnická fakulta Masarykovy univerzity

Veřejná správa

Katedra pracovního práva a sociálního zabezpečení



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny

Vypracoval: Bc. Karel Hrazdira

Rok 2015

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny zpracoval sám. Veškeré prameny a zdroje informací, které jsem použil k sepsání této práce, byly citovány v poznámkách pod čarou a jsou uvedeny v seznamu použitých pramenů a literatury“.

.....
Bc. Karel Hrazdira

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat prof. JUDr. Zdeňce Gregorové, CSc. za odborné vedení práce, užitečné rady a veškerou ochotu, kterou mi projevila. Dále patří mé díky rodičům, partnerce Janě a dceři Ester, kteří mě podporovali při psaní této práce.

Abstrakt

Tato práce se zabývá problematikou českých zaměstnaneckých pojišťoven, které vznikly v souladu se zákonem č 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Nejprve je popsán historický vývoj zdravotního pojištění na našem území od doby Rakouska-Uherska až do dnešních dnů. Následují informace týkající se různých systémů zdravotního pojištění ve vybraných cizích zemích. Zabýváme se jednotlivými zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami působícími na českém trhu veřejného zdravotního pojištění a prezentujeme rozdíly mezi jejich službami.

Abstract

This thesis deals with the issues of the Czech employee insurance companies established in accordance with the Act No. 280/1992 Coll., on departmental, professional, business and other health insurance companies. At first, the historical development of health insurance in our territory from Austria-Hungary till the present days is described. It is followed by the information relating to various systems of health insurance in selected foreign countries. Furthermore, the individual employee insurance companies operating in the Czech public health insurance market are presented and the differences between their products evaluated.

Klíčová slova: historický vývoj, systém zdravotní péče, zdravotní pojištění, zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, sociální zabezpečení

Key words: Employees Health Insurance Companies, health care system, health insurance, historical development, social security

OBSAH:

Úvod.....	5
1. Zdravotní pojištění v systému sociálního zabezpečení, právní úprava.....	7
2. Historický vývoj financování zdravotní péče v ČR.....	11
2.1. Historický vývoj do roku 1989.....	11
2.2. Historický vývoj po roce 1989.....	16
3. Současný stav zdravotního pojištění v ČR.....	22
4. Zákon č. 280/1992 Sb. jako základ právní úpravy.....	28
5. Systémy zdravotního pojištění v zahraničí.....	35
5.1. Systémy financování zdravotní péče.....	35
5.1.1. Tržní model.....	35
5.1.2. Státní model.....	36
5.1.3. Národní zdravotní služba – National Health Service.....	37
5.1.4. Model zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami.....	39
5.2. Systémy se zaměstnaneckými pojišťovnami v zahraničí.....	40
5.2.1. Rakousko.....	40
5.2.2. Německo.....	42
5.3. Srovnání se Slovenskou republikou.....	45
6. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny.....	48
6.1. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (VoZP) – 201.....	48
6.2. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP) – 205.....	50
6.3. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP) - 207	51
6.4. Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ) – 209.....	53
6.5. Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky (ZP MV ČR) – 211.....	54
6.6. Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP) – 213.....	55
7. Svaz zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven	58
8. Rozdíly jednotlivých pojišťoven.....	61
8.1. Programy rozšířené péče.....	61
8.2. Ostatní rozdíly mezi pojišťovnami.....	62
Závěr.....	64
Seznam použité literatury.....	68

ÚVOD

Dne 28. 4. 1992 byl s účinností od 1. 7. 1992 schválen zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových a podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, který v souladu s § 12 zákona ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění umožnil vznik resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven (dále jen ZP) a fungování modelu zdravotního pojištění s více ZP.

Dle důvodové zprávy k tomuto zákonu navazují zaměstnanecké pojišťovny na nejlepší tradici systému nemocenského pojištění před rokem 1948 a na zkušenosti vyspělých demokracií s fungování těchto pojišťoven.

Cílem této předkládané práce je na základě teoretických a praktických zkušeností posoudit po 20 letech fungování tohoto systému jeho oprávněnost, která je v současnosti citlivým tématem ve společnosti. Veřejnosti i odborníkům jsou často předkládány, a to nejen představiteli politických stran, různé názory o ekonomice tohoto systému a o jeho smyslu.

Od vzniku systému došlo k mnoha fúzím a zánikům jednotlivých pojišťoven. Mluví se o slučování zaměstnaneckých, pojišťoven i o možném přechodu na jedinou zdravotní pojišťovnu v rámci České republiky.

Na základě cíle této práce stanovujeme následující hypotézy:

- H1: Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny navazují na tradici fungování systému nemocenského pojištění před rokem 1948.
- H2: Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny zabezpečují úkoly, pro které byly zřízeny.
- H3: Model zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami je ekonomicky výhodný a prospěšný jak pro poskytovatele zdravotní péče, tak pro občany.

V práci se budeme zabývat historií zdravotního pojištění v Českých zemích, se zvláštním zaměřením na meziválečné období a dále vývojem zdravotních pojišťoven a zákonných úprav od roku 1992 do současnosti. Přitom se podíváme blíže na zákon

č. 280/1992 Sb., jako na základ právní úpravy našeho tématu. Část práce budou tvořit systémy financování zdravotní péče včetně bližšího pohledu na státy, kde existuje systém pluralitního zdravotního pojištění. Na závěr se podíváme na rozdíly mezi jednotlivými ZP.

Kromě ověření výše uvedených hypotéz je dalším cílem naší práce zachytit stav zdravotních pojišťoven v čase psaní této práce.

1. ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V SYSTÉMU SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ, PRÁVNÍ ÚPRAVA

Sociální zabezpečení je součástí sociální ochrany a poskytuje jistoty spojené se zdravotními a sociálními překážkami, bránícími ekonomické činnosti a účasti na standardních společenských procesech. Je významným ústředním nástrojem státní sociální politiky sloužící k realizaci nezadatelných sociálních práv lidí.

Cílem sociálního zabezpečení je regulace odpovědnosti občana za svou budoucnost pomocí povinných pojistných systémů a stanovení sociální solidarity mezi občany. V konečné podobě představuje právo na důstojný život a rozvoj osobnosti.

V dnešní době již pomalu ztrácí pojišťovací charakter a stává se formou sociální ochrany přerozdělováním určité části příjmů občanů.

Sociální pojištění dělíme podle mezinárodní klasifikace na devět základních systémů:

- *„úrazové pojištění*
- *nemocenské pojištění*
- *zdravotní pojištění*
- *pojištění v mateřství*
- *pojištění ve stáří*
- *pojištění invalidity*
- *pojištění pozůstalých*
- *pojištění v nezaměstnanosti*
- *pojištění rodinné (rodinné přídavky)¹*

Zdravotní pojištění tedy tvoří neodmyslitelnou součást sociálního zabezpečení. Pro jednotlivá odvětví sociálního zabezpečení byly vypracovány zvláštní úmluvy

¹ TRÖSTER, Petr, kol. Právo sociálního zabezpečení. 6. Podstatně přepracované a aktualizované vydání. Praha: C. H. Beck, 2013, 320 s. ISBN 978-80-7400-473-5.

Mezinárodní organizací práce. Pro zdravotní péči a nemocenské pojištění jsou to úmluva č. 24, o nemocenském pojištění (průmysl) a č. 25, o nemocenském pojištění (zemědělství) z roku 1927, které byly revidovány Úmluvou č. 130 o léčebně preventivní péči a dávkách v nemoci z roku 1969.

Účelem zdravotního pojištění je úhrada nákladů za zdravotní péči prostřednictvím věcných dávek, a to na základě principů vzájemnosti a solidarity. Zdravotní pojištění řeší nahodilé, v budoucnosti nastalé sociální situace, jakými jsou nemoc nebo úraz fyzických osob. Podstatou je soustředění určitého objemu finančních prostředků pravidelným přispíváním do fondu zdravotního pojištění a v případě pojistné události její čerpání. Tuto činnost zajišťují v České republice jednotlivé zdravotní pojišťovny, které jsou nositelem veřejného zdravotního pojištění.

Právo sociálního zabezpečení je představováno souborem právních předpisů. Zdravotní pojištění je regulováno těmito právními normami:

- Listina základní práv a svobod, která stvrzuje, že *„každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“*²
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
- Vyhláška č. 59/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách
- Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Tato vyhláška je každý rok novelizována a vydávána Ministerstvem zdravotnictví v platném znění.

² Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, v platném znění. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 14. 11. 2014].

- 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 postupu propočtu tohoto limitu.
- Zákon č. 500/2004 Sb., Správní řád, který se subsidiárně použije pro správní řízení.
- Vyhláška č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu.
- Vyhláška č. 579/2006 Sb., kterou se stanoví způsob volby a volební řád pro volby do správních rad a dozorčích rad resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven.
- Vyhláška č. 618/ 2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Na základě této vyhlášky jsou uzavírány zdravotními pojišťovnami jednotlivé smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb.
- Vyhláška č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely.
- Vyhláška č. 384/2007 Sb., o seznamu referenčních skupin.
- Vyhláška č. 385/2007 Sb., o stanovení seznamu léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě.
- Vyhláška č. 362/2010 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).
- Vyhláška č.376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění.
- Vyhláška č. 267/2012 Sb., o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost.
- Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.

- Vyhláška č. 420/2013 Sb., o nákladových indexech věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2014.
- Vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014.

2. HISTORICKÝ VÝVOJ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR

2.1. Historický vývoj do roku 1948

Prvopočátky nemocenského systému nacházíme již ve středověku, kdy zejména hornická bratrstva zakládala pokladny, které byly spravované radou starších. Později byla péče o chudé a nemocné přenesena na obce a chudinská práva a práva práce neschopných se stala součástí veřejné obecní správy.³

Základ „moderního“ systému nemocenského pojištění, na našem území vytvořily až Rakousko–Uherské zákony O úrazovém pojištění dělníků (zákon č. 1/1888 ř. z.) a O nemocenském pojištění dělníků (zákon č. 33/1888 ř. z.). K nim pak přibyl v roce 1889 zákon č. 127/1889 ř. z., o bratrských pokladnách (správu pojištění vykonávaly revírní bratrské poklady). Tyto zákony zavedly povinné nemocenské pojištění, ale pouze pro přesně definovanou skupinu obyvatel, kterou tvořili především dělníci (například zemědělské dělnictvo však bylo z pojištění vyloučeno). Zdravotní pojištění mělo charakter věcné dávky nemocenského pojištění.

Stávající rakouské zákony se pak staly základem právní úpravy i pro vznikající Československo, a to na základě čl. 2 zákona č. 11/1918, o zřízení samostatného státu československého. Tento chytrý krok tak zabránil právnímu vakuu nejen v námi popisované oblasti.

Pokud se chceme zabývat návazností zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven na systém nemocenského pojištění před rokem 1948, musíme se především soustředit na Zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří.

Tento zákon upravoval, jak má již uvedeno v názvu, pojištění zaměstnanců pro případy nemoci, invalidity a stáří. Jednalo se tedy o model, který spojoval pojištění

³ TRUSCHINGER, Tomáš. *Rigorózní práce. Dosavadní a nová právní úprava nemocenského pojištění v České republice*. Právnická fakulta Masarykovy univerzity, katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení. Brno. 2006.

zdravotní s pojištěním sociálním a zakládal povinnost pojištění pro zaměstnance, a to včetně učňů a domácích dělníků. Vzhledem k tomu, že v době po rozpadu Rakouska–Uherska bylo poměrně časté pracovat v zahraničí (mnoho lidí například jezdilo vykonávat zakázky do Vídně) zákon ukládal pojistnou povinnost i pro zaměstnance, vykonávající práce přechodně mimo území Československa.

Za domácího dělníka však nemůžeme považovat osobu samostatně výdělečně činnou, jak ji známe dnes, ale pouze ty, kteří vykonávali práce převážně pro jednoho nebo několik zaměstnavatelů. Byly to tedy spíše dělníci, než soukromníci, kteří zpracovávali doma určité dílčí práce pro finální výrobky (např. pro obuvnický průmysl).

Vyjmuti z pojištění byli státní zaměstnanci, včetně zaměstnanců drah, sloužící veřejné dopravě. Tito zaměstnanci měli nárok na služné, nebo dávky rovnocenné dávkám podle tohoto zákona. Dále se pojistná povinnost netýkala osob pojištěných u bratrských pokladen. Platit pojistné nemuseli studenti vysokých a odborných škol (na rozdíl od učňů), kteří v době svého studia byli přechodně zaměstnáni v rámci doplnění teoretické části svého studia. Kromě povinného pojištění se však bylo možno za určitých podmínek přihlásit u okresních a zemědělských nemocenských pojišťoven k pojištění dobrovolnému. Také po propuštění ze zaměstnání se mohlo dobrovolně pokračovat v pojištění u pojišťovny, kde byl zaměstnanec pojištěn. V současné právní úpravě dané zákonem č. 48/1997 Sb., jsou povinně zdravotně pojištěny všechny osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky a dále zaměstnanci zaměstnavatele, který zde má sídlo, nebo trvalý pobyt.

Zákon samostatně upravuje vynětí z invalidního a starobního pojištění, což se však této práce netýká.

V části druhé, pro nás nejdůležitější, se zákon věnuje organizaci pojištění. Pojištění podle tohoto zákona prováděly nemocenské pojišťovny, které se musely tímto zákonem řídit.

Nemocenské pojišťovny, které byly stejně jako dnes právníckými osobami, bylo možno nově zakládat, jen se svolením ministerstva hospodářství a práce na základě

žádosti zaměstnavatelů nebo zaměstnanců. Ministerstvo rozhodlo o zřízení, po provedení šetření a vyjádření Ústřední sociální pojišťovny. Ministerstvo též jmenovalo první představenstvo nemocenské pojišťovny a vydalo její stanovy. V dnešní době o žádosti zřídit zaměstnaneckou pojišťovnu rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. Status pojišťovny je přitom nedílnou součástí samotné žádosti. To, že se Ministerstvo práce a sociálních věcí se již k celé záležitosti nevyjadřuje, jen dokládá vykořenění z tradičního zařazení zdravotního pojištění v systému sociálního zabezpečení.

Pokud nebyl někdo ze zaměstnanců pojištěn u jiné pojišťovny, byl pojištěn u okresní nemocenské pojišťovny, která se zřizovala v místě politického úřadu první stolice. Okresní nemocenské pojišťovny však mohly být sloučeny Ústřední sociální pojišťovnou z důvodů zlepšení a zlevnění jejich činnosti. K tomuto kroku bylo nutné vyjádření zúčastněných pojišťoven a jejich svazu.

Pro zemědělské a lesní dělníky, kteří nevyužili pojištění u jiné zdravotní pojišťovny, byla zřízena zemědělská nemocenská pojišťovna. V případě, že nebyla žádná místně příslušná, byli tito rovněž pojištěni u Okresní nemocenské pojišťovny.

Zaměstnanci v závodech byli pojištěni u závodní nemocenské pojišťovny, pokud byla zřízena a nebyli přitom pojištěni u některé spolkové nemocenské pojišťovny. Vedení účetnictví a pokladny závodní nemocenské pojišťovny obstarával podnikatel na vlastní odpovědnost a náklady. Pokud pojistné nestačilo na úhradu povinných dávek ani po zvýšení pojistného (6% středního denního výdělku), musel je doplatit podnikatel.

V té době rovněž působily: Pojišťovna pro povinné členy živnostenského společenstva a Spolková nemocenská pojišťovna, zřízená podle rak. Ř. z. č. 202 (Spolčovací zákon).

Zákon omezoval přestup mezi pojišťovnami pouze na kalendářní pololetí a to nejpozději s měsíčním kalendářním předstihem. V současnosti je tato lhůta do konce prvního pololetí s platností od následujícího kalendářního roku.

Zdravotní péče byla součástí nemocenských dávek, představovala tak vlastně jen určitou množinu ze všech sociálních dávek, které zákon komplexně řešil. Pojištěnci měli zdarma lékařskou pomoc včetně léků a jiných terapeutických pomůcek. Ošetřování se hradilo od začátku do konce nemoci, nejdéle však rok ode dne výstupu ze zaměstnání a zahrnovalo například i pomoc porodní asistentky. Pojištění se netýkalo jen samotných pojištěnců (stejně jako i většina ostatních dávek), ale i velké skupiny rodinných příslušníků, žijících s pojištěncem ve společné domácnosti a odkázaných výživou na jeho mzdu.⁴

Pojištěnci měli také nárok na zdravotní péči v zahraničí, které se v podstatě rovnaly současné právní úpravě, kdy pojišťovny platí nutnou a neodkladnou péči; ovšem jen do výše nákladů za obdobnou péči poskytnutou v České republice.

Jednotlivé pojišťovny se mohly lišit v úhradě určitých služeb, jednalo se o stomatologickou péči (dříve nazývanou více česky zuboléčba), ošetřování specialisty, léčení v soukromých a vlastních léčebných ústavech a v lázních. Podmínky těchto úhrad však musely být uvedeny v Nemocenském řádu. Nacházíme zde také podobu dnešních sporných regulačních poplatků v podobě spoluúčasti pacientů za poukaz k lékaři a za odběr léků. Zde byla stanovena částka K 2,50, která mohla být vybírána, pokud si ji pojišťovna v Nemocenském řádu stanovila. Již tehdy se myslelo také na prevenci, preventivní léčebná péče mohla být hrazena na základě Stanov nemocenské pojišťovny se souhlasem Ústřední nemocenské pojišťovny.

Pojišťovny měly pro své pojištěnce zajištěny smluvní lékaře, kde byla péče hrazena. U nesmluvních partnerů byla hrazena jen služba první pomoci. Zde opět vidíme podobu s dnešním systémem, kdy pojišťovny mají uzavřeny smlouvy o hrazení zdravotních služeb s určitými poskytovateli a ostatním se hradí jen nezbytná a neodkladná péče. Právomoc sjednávat smlouvy s poskytovateli měly také Ústřední sociální pojišťovna a Svaz nemocenských pojišťoven. V případě jejich uzavření je

⁴ § 96 zákona č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří ve znění pozdějších předpisů jej měnících a doplňujících, platném k 5. květnu 1945
In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 13. 2. 2014].

musely nemocenské pojišťovny respektovat. Zákon v § 142 odst. 3 také hovoří o řešení sporů vzniklých ze smluv, což bylo jistě řešení lepší než současná právní úprava, kde toto řeší soudy. Ty mnohdy rozhodují nejednotně. Dnes tak vzniká stav, kdy stejný problém pro nejednotnost rozhodování soudů končí téměř vždy odvoláním jedné nebo druhé strany sporu.

Nemocenské pojišťovny a jejich svazy mohly zřizovat své vlastní ambulance, které též mohly vydávat léky. Tato právní úprava vedla k úsporám a zamezovala plýtvání v systému nemocenského pojištění.

Co se týče pojistného nemocenského pojištění, bylo stanoveno na 6% středního denního výdělku (mohlo však být za určitých podmínek zvýšeno). Polovinu hradil zaměstnanec a polovinu zaměstnavatel. Musíme si však uvědomit, že z této částky se nehradilo jen dnešní zdravotní pojištění, ale i další (sociální) dávky, které nemocenské pojištění zahrnovalo.

Přebytky příjmů nad výdaji se převáděly do rezervního fondu. Naplněný rezervní fond měl shromáždit průměrné náklady posledních tří let. Pokud nestačily příjmy na pokrytí výdajů a nebyl naplněn rezervní fond, mohlo být pojistné Ústřední sociální pojišťovnou zvýšeno. Dalším fondem zřizovaným fondem byl Mimořádný podpůrný fond, který byl plněn hlavně z pokut a darů. Z tohoto fondu se mohli platit zvláštní zařízení péče o nemocné a podporovat je, byl však také spjat s vyplácením dávek pojištěncům a jejich rodinným příslušníkům, kteří již na ně neměli nárok. To vše dle zásad schválených Ústřední sociální pojišťovnou. Svým způsobem tento fond připomíná současný Fond prevence, jehož hlavní zdroj tvoří výnosy z pokut a penále.

O komplexnosti tehdejší právní úpravy svědčí také to, že řešila soudní spory plynoucí z nároků na dávky nemocenského pojištění včetně opravných prostředků a exekucí.

Ke zrušení zavedeného a léty osvědčeného systému došlo po 2. světové válce. Zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, sjednotil všechny druhy nemocenského, úrazového a důchodového pojištění. Byl vytvořen jednotný systém dávek a provádění sociálního pojištění jedním nositelem. Na základě tohoto zákona byla

zřízena Ústřední národní pojišťovna, organizačními složkami byly okresní národní pojišťovny a národní pojišťovny. Nemocenské pojištění sjednotilo pojištění jak pro zaměstnance v soukromoprávním, veřejnoprávním a služebním pracovním poměru, tak i pro osoby samostatně výdělečně činné a spolupracující členy rodin. Nemocenské pojištění zahrnovalo dávky peněžité a věcné. Zdravotní péče měla charakter věcných dávek.

V roce 1951, zákonem č.102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění, bylo odděleno nemocenské pojištění od důchodového. V tomto zákoně však již nejsou zmíněny věcné dávky zdravotního pojištění, mluví se zde pouze „o přebudování dávkové soustavy nemocenského pojištění“⁵. Byl opuštěn pojišťovací systém, který byl nahrazen systémem nemocenského zabezpečení. Došlo ke zrušení Ústřední národní pojišťovny. Zdravotní péče přestala mít charakter věcné dávky nemocenského pojištění a byl zaveden státní monopol v poskytování zdravotní péče.

Hlavní úlohu v zabezpečení zdravotní péče sehrál zákon č. 103/1951 Sb. o jednotné preventivní a léčebné péči. Financování se uskutečňovalo ze státního rozpočtu, prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví, které účelově přidělovalo finanční prostředky krajským a okresním národním výborům. Vznikly krajské a okresní ústavy národního zdraví, které prostřednictvím zdravotnických zařízení zabezpečovaly veškerou zdravotní péči „bezplatně.“

2.2. Historický vývoj po roce 1989

Po sametové revoluci v listopadu 1989 vzešel z Programové komise Občanského fóra zdravotníků dokument „Teze k programu zdraví“. Na něj pak navázal dokument „Návrhy reformy péče o zdraví“, který byl zpracován Pracovní skupinou Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí pro reformu. Tento dokument obsahoval tři předpokládané fáze této reformy. V první fázi mělo dojít k odstranění byrokratických bariér, následovat mělo poskytnutí právní subjektivity zdravotnickým zařízením,

⁵ § 4 písm. b) zákona č. 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 11. 11. 2014].

v třetí fázi pak mimo jiné, i zavedení systému zdravotního pojištění. V říjnu 1990 byla publikována další verze tohoto dokumentu s názvem „Návrh nového systému zdravotní péče“, kde již byl výrazný posun k liberalizaci vlastnických vztahů a hovořilo se zde o částečné privatizaci zdravotnictví a bylo doporučeno ustavit zdravotní pojišťovnu a zavést povinné zdravotní pojištění. Tento dokument byl nakonec přijat jako Usnesení vlády ČR č. 339 z r. 1990. Postupně byly pak přijaty další právní normy: Usnesení vlády ČR č. 247 (Národní program obnovy a podpory zdraví), Zákon ČNR č. 86/1992 Sb., o péči o zdraví lidu, Nařízení vlády ČR č. 216/1992 Sb., kterým se vydává Zdravotní řád.

Na začátku koncepce zdravotního pojištění bylo dilema, zda se vrátit k prvorepublikovému systému, který sjednocoval nemocenské dávky se systémem úhrad zdravotní péče, nebo vytvořit systém zdravotního pojištění oddělený. Přestože v západoevropských státech vítězí koncepce společného nemocenského a zdravotního pojištění, u nás jsme se vydali cestou oddělených systémů, kdy jsou nemocenské dávky součástí systému sociálního pojištění.

Na pomezí sociálního a zdravotního pojištění se ocitá financování péče v domovech pro seniory a různých ústavech. S postupným stárnutím populace mnoho seniorů a lidí závislých na pomoci druhým potřebuje podání léků z důvodů stařecké demence, Alzheimerovy choroby a jiných poruch chování. Dochází zde ke střetům mezi zdravotními pojišťovnami a provozovateli těchto zařízení. Zdravotní pojišťovny odmítají tuto dlouhodobou a finančně náročnou péči hradit. Počínaje Vyhláškou MZ č. 411/2011 Sb., seznam výkonů s bodovými hodnotami, s účinností od 1. 1. 2012, je například výkon aplikace léků per os již nehrazený z veřejného zdravotního pojištění. Sociální zařízení argumentují tím, že léky musí podávat zdravotní sestra po předchozí indikaci lékařem. Smyslem této práce není zabíhat do podrobností tohoto sporu, ale ukázat, že existují oblasti financování zdravotní péče, kde je úzce propojen sektor zdravotního a sociálního pojištění.

V koncepci zdravotního pojištění se řešil mimo jiné způsob úhrad za zdravotní služby. Byl navrhován systém úhrad za výkony, který však byl kritizován pro nekontrolovatelný nárůst nákladů. Vývoj ve zdravotnictví pak dal těmto kritikům za

pravdu. Postupně se přechází z výkonové úhrady u ambulantních specialistů na úhradu paušální.

V přípravné fázi zavádění zdravotního pojištění byly přijaty základní zákony pro jeho uvedení v život. Zákon ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a Zákon ČNR č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Dalším základním zákonem pro fungování systému byl zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

V roce 1991 byla vytvořena Správa pro všeobecné zdravotní pojištění a následně ve druhém pololetí pak ustavena Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen VZP). Od 1. 1. 1992 bylo zavedeno povinné všeobecné zdravotní pojištění. Zákon o všeobecném zdravotním pojištění byl v roce 1997 nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který prošel mnoha novelizacemi a je platný dodnes.

V knize Zpráva o léčení českého zdravotnictví autoři uvádějí, že „*Snaha vytvořit v rámci zdravotního pojištění konkurenčního prostředí a nepřipustit monopol jedné pojišťovny vedla k přijetí zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (Zákon ČNR č. 280/1992 Sb.)*“⁶ Tento zákon vytvořil právní rámec pro novodobý vznik a fungování dalších zdravotních pojišťoven.

„*Rezortní, oborové a další zaměstnanecké zdravotní pojišťovny vstupovaly na trh veřejného zdravotního pojištění do nedostatečně připraveného legislativního prostředí*“⁷ Nebyl dostatečně vymezen vztah k VZP; také úroveň manažerů, ale i důvodů pro jejich založení byla různá. Nesmíme zapomenout ani na vysoce

⁶ VEPŘEK, Jaromír, VEPŘEK Pavel, JANDA Jaroslav. ZPRÁVA O LÉČENÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ aneb zdravotnická reforma včera, dnes a zítra. 1. Vydání Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002, 229 s. ISBN 80-247-0347-5, s. 22.

⁷ S. 23, tamtéž.

konkurenční prostředí mezi ZP pro získávání pojistného kmene (to však v podstatě trvá dodnes a je tudíž i výhodou tohoto systému fungování více pojišťoven).

Vývoj zdravotních pojišťoven probíhal od doby schválení zákona v několika fázích. V první fázi, bezprostředně po schválení příslušného zákona, vznikla jednorázově téměř polovina dnes existujících zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. V roce 1993 jejich počet, stejně jako podíl u nich pojištěných klientů zdravotního pojištění, rostl pozvolna. Ve druhé fázi, v roce 1994, se tempo růstu počtu pojišťoven příliš nezrychlilo, prudce však stoupl počet jejich klientů. Od druhé poloviny devadesátých let minulého století sice nadále stoupá počet klientů těchto pojišťoven na úkor VZP, počet pojišťoven však v důsledku jejich špatné hospodářské situace začíná klesat. Nastává fáze jejich slučování, která v podstatě trvá dodnes.

Následující tabulka uvádí chronologický vývoj zdravotních pojišťoven v České republice k 31. 7. 2014.

Kód	Název pojišťovny	Vznik	Zánik	Poznámka
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	1.1.1992		
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	18.12.1992		
202	Hornická zdravotní pojišťovna	1.10.1992	29.2.1996	likvidace
203	Železniční zdravotní pojišťovna Grál	15.9.1992	1.5.1997	sloučení se ZP MV ČR
204	Podnik. zdr. poj. GARANT - HOSPITAL	15.10.1992	31.12.1996	likvidace
205	Hutnická zaměstnanecká zdr. poj.	1.10.1992	1.10.2009	sloučení s ČNP do ČPZP
206	Moravská zdravotní pojišťovna	1.10.1992	1.9.1996	sloučení s RBP
209	Oborová ZP zaměstn. bank a pojišťoven	15.9.1992		
208	Zaměstn. zdrav. pojišťovna ATLAS	15.10.1992	1.7.1996	sloučení s HZP
209	Zaměstn. zdrav. pojišťovna ŠKODA	15.10.1992		
210	Zdravotní pojišťovna Škodováků	1.10.1992	1.3.1996	likvidace
211	Zdrav.poj. ministerstva vnitra ČR	1.10.1992		
212	Stavební zdrav. pojišťovna STAZPO	1.11.1992	1.1.2000	sloučení s OZPBP
213	Revírní bratrská pokladna	1.2.1993		
214	Regionální zdrav. Pojišťovna REZAPO	10.11.1992	31.12.1997	sloučení se ZP MV ČR likvidace, prodej poj.
215	Moravskoslezská zdr. poj. IMPULS	1.12.1992	1.12.1995	IMPULS
216	Sdr. dopr. a zem. - zdr. p. SALVUS	15.3.1993	1.5.1996	sloučení s REZAPO
217	Zdr. poj. METAL - ALIANCE	1.6.1993	1.10.2012	sloučení s ČPZP
218	Zdrav. pojišťovna CRYSTAL	6.9.1993	1.11.1997	sloučení s VOZP
219	Prostějovská zdrav. pojišťovna	18.3.1994	15.12.1995	likvidace. prodej poj. SPORT
220	Zam. zdr. Pojišťovna PRIMA	13.6.1994	31.3.1996	sloučení se ZP CRYSTAL
221	Mendlova zdrav. pojišťovna	10.6.1994	31.3.1997	likvidace
222	Česká národní zdrav. Pojišťovna	24.6.1994	1.10.2009	sloučení s HZP do ČPZP likvidace, převod pojišť. k
223	Zem. - potravinářská zdr. poj. ZEPO	29.9.1994	30.4.1996	VZP likvidace, převod pojišť. k
224	Zdravotní pojišťovna RADIX	15.12.1994	30.4.1996	VZP likvidace, převod pojišť. k
225	Zdravotní pojišťovna SPORT Zdr. p. chemie, zdrav. a farmacie -	15.12.1994	30.4.1996	VZP
226	LEROS	31.3.1995	1.2.1996	likvidace, nezačala činnost
227	Zdravotní pojišťovna AGEL	1.4.2008	1.7.2009	sloučení s HZP
228	Zdravotní pojišťovna MEDIA	16.3.2009	29.3.2011	sloučení s VZP
205	Česká průmyslová Zdravotní pojišťovna	1.10.2009		dříve HZP

Dalším konkurenčním faktorem mezi zdravotními pojišťovnami byla velikost sítě smluvních zdravotnických zařízení a z toho vyplývající dostupnost zdravotních služeb. I zde měla VZP konkurenční výhodu v jejím nejširším pokrytí. Nárůst objemu

vykazovaných zdravotních služeb způsobený neregulovaným zvyšováním počtu poskytovatelů přiměl VZP, aby od roku 1995, již neposkytovala automaticky smlouvu každému nově vzniklému poskytovateli zdravotních služeb (dále jen PZS). Obdobně se zachovaly i ostatní pojišťovny. Je nutné upozornit, na skutečnost, že mnohé pojišťovny působily regionálně (např. Regionální zdravotní pojišťovna to měla přímo v názvu) a neměly tak široce zabezpečenou síť zdravotnických zařízení. Většina takových pojišťoven však již ukončila činnost. Smluvní vztahy však působily i opačným směrem. Hlavně v devadesátých letech minulého století si zdravotnická zařízení nepřála mít uzavřeny smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami, popřípadě nechtěla ošetřovat pojištěnce menších zdravotních pojišťoven. Nemůžeme se jim divit, vždyť v roce 1995 při vysoce majoritním podílu VZP působilo na trhu celkem 27 pojišťoven. Vykazování poskytnuté péče pro 1 nebo 2 pojištěnce bylo pro ně spíše ztrátovou záležitostí. Elektronická komunikace při vykazování poskytnutých zdravotních služeb je výsadou až posledních let, v minulosti se vykazovalo na papírových formulářích a následně na disketách, což obnášelo poštovné a náklady na nosiče dat.

3. SOUČASNÝ STAV ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČR

Pokud se chceme zabývat současným stavem zdravotního pojištění v České republice, nesmíme zapomenout na VZP, která tvoří nedílnou součást veřejného zdravotního pojištění.

VZP má poněkud odlišné postavení v systému fungování zdravotních pojišťoven, a to zejména tím, že byla vytvořena samostatným zákonem. Má to pro ni své klady i zápory. Hlavní konkurenční výhodou byl fakt, že všichni obyvatelé byli automaticky pojištěni u této zdravotní pojišťovny, to znamená, že neměla a dosud nemá problémy se svou pojištěneckou základnou. Postupným vznikem dalších pojišťoven sice část pojištěnců ztratila, ale stále si zachovává dominantní část trhu s veřejným zdravotním pojištěním. V současnosti má přes 6 milionů klientů, což tvoří zhruba 60% všech obyvatel České republiky.

Výhodou VZP je skutečnost, že za její závazky ručí stát. V praxi to znamená, že v případě platební neschopnosti po vyčerpání rezervního fondu pojišťovny je poskytnuta pojišťovně návratná finanční pomoc prostřednictvím státního rozpočtu České republiky. O této pomoci, která však může činit nejvíce 50% prokázaného nedostatku financí způsobeným zvýšeným rozsahem poskytovaných hrazených služeb, rozhoduje dle § 8 odst. 3 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky vláda ČR na návrh ministra zdravotnictví po dohodě s ministerstvem financí.

VZP se odlišuje od ostatních zdravotních pojišťoven i tím, že ústřední ředitel je jmenován a odvoláván parlamentem. Pobočky byly zřízeny ve všech okresních městech a do jejich budov byly investovány značné částky. Postupem času však byla jejich činnost značně redukována a většina agendy převedena do krajských úrovní.

Stát svěřil VZP také určité činnosti, které slouží k zabezpečení celého systému veřejného zdravotního pojištění. Je to především správa registrů pojištěnců, správa účtu přerozdělení či provoz centra kapitace.

Všechny zdravotní pojišťovny jsou neziskové organizace. V současné době působí kromě VZP na trhu veřejného zdravotního pojištění 6 zaměstnaneckých pojišťoven. Vznik dalších je možný po právních úpravách jejich vzniku spíše jen teoreticky.

Na počátku zdravotní reformy poskytnul stát prostředky a také pojištěnce (každý byl ze zákona pojištěn u VZP) na rozběhnutí VZP, ostatní pojišťovny si je musely opatřit z vlastních zdrojů. Při vzniku zákona č. 280/1992 Sb. nebyl stanoven limit pojištěnců pro vznik nové pojišťovny, bylo nutné pouze doložit, že zaměstnává, nebo organizace jím založené nebo zřízené zaměstnávají, nejméně 20 tisíc zaměstnanců. Mállokterý zaměstnavatel sám splňoval tuto podmínku, proto docházelo k jejich převážně resortnímu sdružování do jednotlivých pojišťoven. Po řadě ukončení činnosti menších pojišťoven z důvodu ekonomické nestability byl zákon č. 280/1992 Sb. novelizován. S účinností od 1. 5. 1995 zákonem č. 60/1995 Sb., ze dne 17. 3. 1995, bylo do § 4 (žádost o povolení) doplněno písmeno f), které stanovilo podmínku získání 50 tisíc pojištěnců do jednoho roku od udělení licence pojišťovny. Zároveň byla stanovena povinná kauce 50 milionů korun (tato kauce se po udělení licence převádí do rezervního fondu pojišťovny). Toto platilo až do 31. 10. 2009. Zákonem č. 351/2009 Sb., změna zákona o rezortních a dalších zdravotních pojišťovnách byly od 1. 11. 2009 tyto limity dále zvýšeny na 100 tisíc pojištěnců a 100 milionů korun kauce. Následně další novelou 362/2009 Sb., byly zakázány náborové prostřednictvím třetích osob za úplatu pojištěncům. Tento zákaz byl vzhledem k některým praktikám náborových agentur zcela v pořádku. Jejich návštěvy v domácnostech pod záminkou vyplnění nejrůznějších dotazníků a následné nabídnutí převedení k jiné zdravotní pojišťovně, mnohdy s odůvodněním předpokládaného ukončení činnosti stávající zdravotní pojišťovny, připomínaly spíše praktiky podomních prodejců. Mnohdy se jejich činnost zaměřovala také na ekonomicky slabší vrstvy obyvatel, kdy byl nabízen převod za úplatu. Zákaz těchto agentur však dále znemožňuje dosáhnout vlastními silami stanoveného limitu pojištěnců.

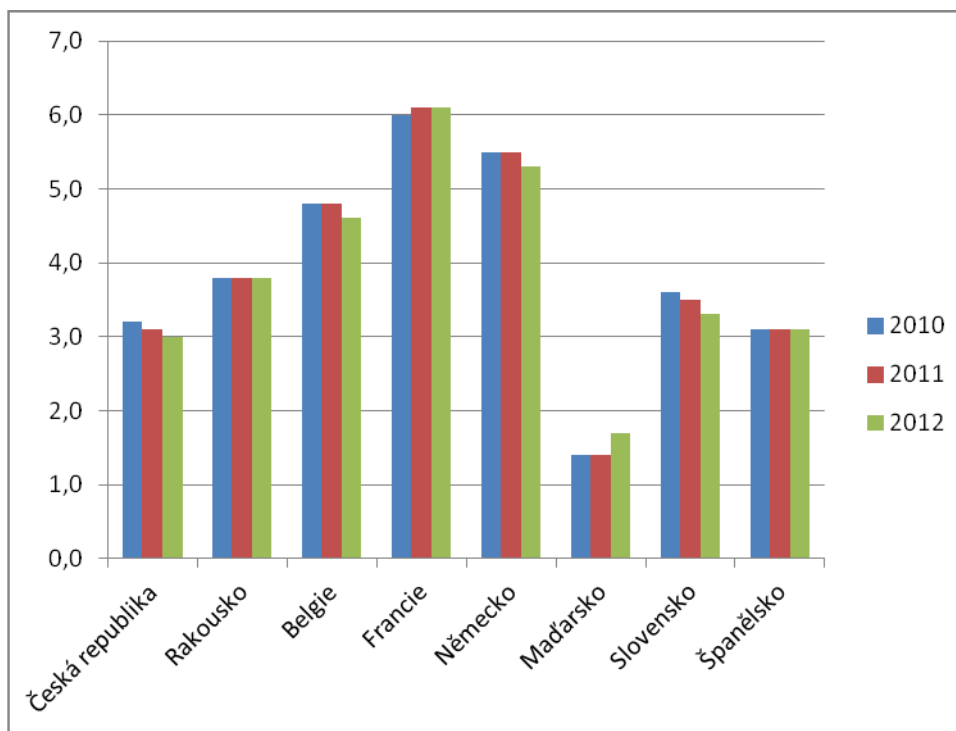
Všechny tyto úpravy v podstatě zmrazily vznik nových subjektů provádějící veřejné zdravotní pojištění. Poslední, kdo se o toto pokusil, byla zdravotní pojišťovna MEDIA. Ta se z důvodu z důvodu nesplnění zákonného závazku dosažení počtu nejméně

100 000 pojištěnců ke dni 28. března 2011 sloučila s VZP a od tohoto data již žádná nová ZP žádost o udělení licence nepodala.

Strop pro výši provozních nákladů pojišťoven, který se provádí poměrně složitým výpočtem, a to dle platné vyhlášky Ministerstva financí, se neustále snižuje z původních 12 % až na nynějších 3,2 %. Dle dat OECD máme jedny z nejnižších nákladů na jejich provoz v Evropě. Přesto je snaha tyto náklady neustále snižovat. „Podle nezávislého experta Pavla Vepřeka však není cílem další pokles financí na provoz, ale růst efektivity jejich fungování.“⁸ Zasahování státu do činnosti zdravotních pojišťoven prováděný členstvím ve správních a dozorčích radách, víceúrovňové schvalování zdravotně pojistných plánů (správní rada, dozorčí rada, Ministerstvo zdravotnictví, parlament) a v neposlední řadě nemožnost užití přebytku základního fondu také nepřispívají k vzniku nových subjektů.

Náklady na správu všeobecného zdravotního pojištění			
	Rok		
Stát	2010	2011	2012
Česká republika	3,2	3,1	3,0
Rakousko	3,8	3,8	3,8
Belgie	4,8	4,8	4,6
Francie	6,0	6,1	6,1
Německo	5,5	5,5	5,3
Maďarsko	1,4	1,4	1,7
Slovensko	3,6	3,5	3,3
Španělsko	3,1	3,1	3,1

⁸ ZDRAVOTNICKÉ NOVINY. České pojišťovny mají nejméně na provoz. 14. 8. 2012. [cit. 4. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/z-domova/ceske-pojistovny-maji-nejmene-na-provoz>



Zdroj: OECD. StatExtracts⁹

Spolu s těmito skutečnostmi a tím, že udělení licence již není nárokovou záležitostí, ale dle § 3 zákona č. 280/1992 Sb., o povolení nové zdravotní pojišťovny rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí, musíme konstatovat, že snahou státu je zamezit vstupu nových subjektů do zdravotního pojištění, což odporuje původní myšlence tohoto zákona. Na jedné straně toto rozhodnutí vede k určité stabilizaci systému, na druhé popírá pluralitu a otevřenost systému veřejného zdravotního pojištění.

Všechny zdravotní pojišťovny působící v České republice jsou otevřené, proto rozdělení pojišťoven na jednotlivé druhy (rezortní, oborová, podniková a další) podle § 2 výše uvedeného zákona se jeví poněkud přežitě. Nehledě na název a historický vývoj jednotlivých pojišťoven můžeme přiřadit všechny pojišťovny jako další zaměstnanecké pojišťovny s mezirezortní a mezioborovou působností. Je to dáno

⁹ OECD. Statextracts. Health expenditure and financing. [cit. 4. 9. 2014]. Dostupné z: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE12#

především tím, že již dávno netvoří základ pojistného kmene zaměstnanci jednotlivých rezortů, ale „ostatní“ pojištěnci, kteří k těmto pojišťovnam přešli.

V roce 2014 bylo publikováno srovnání pluralitních systémů veřejného zdravotního pojištění, založené na srovnání 5 evropských zemí (Holandsko, Německo, Slovensko, Švýcarsko a Česká republika) pomocí Metfesselovy alokace 100 bodů přiřazovaných jednotlivým atributům optimálního pluralitního systému. Jako atributy byly zvoleny: poměr veřejné versus soukromé zdroje, počet ZP, způsob regulace státem, způsob určování sazby pojistného, právní forma ZP, vztah ZP-pojištěnec a způsob konstrukce úhrad. *„Český systém se v tomto hodnocení umístil na posledním místě, tedy je ze studovaných zemí nejvíce vzdálen definovanému optimu, český systém zdravotního pojištění se chová tak, jako by se jednalo o systém s jednou pojišťovnou. Česká republika se umístila v bodovém i váhovém ohodnocení s nepatrným odstupem od Slovenska za všemi vybranými hodnocenými státy Evropy.“*¹⁰ S tímto tvrzením nemůžeme plně souhlasit, a pokud by bylo takhle zveřejněno, bylo by zavádějící. Například rozdíl mezi Německem a ČR tvoří pouze 3 body, přičemž 2 body připadají na velký počet ZP v Německu a 1 bod na vztah ZP-pojištěnec. V samotné práci se uvádí, že výhodou je existence preventivních programů s cílem těmito ukázat cestu zdravého životního stylu. To považujeme za výdobytek pluralitního systému. Tento atribut však do zmíněného hodnocení systémů zahrnut vůbec nebyl, stejně jako jiné rozdíly mezi pojišťovnami, které dále v práci uvádíme. V současnosti si moc dobře neumíme naopak představit konkurenci ZP formou rozdílné výší pojistného (které popisovaná práce zohledňuje). To by mohlo vyvolat masivní pohyb na trhu s veřejným zdravotním pojištěním směrem k té ZP, která bude mít pojistné nejnižší a tím způsobit problémy ostatních ZP, což by nakonec mohlo vést ke konci pluralitního systému.

Od začátku zavedení pluralitního systému se vedou spory o to, zda by systém s jednou pojišťovnou nebyl ekonomicky výhodnější. V současnosti se vedou diskuze o sloučení VZP se Zdravotní pojišťovnou Ministerstva vnitra České republiky (dále jen ZP MV ČR) a Vojenskou zdravotní pojišťovnou (dále jen VoZP). Jako důvod

¹⁰ LINHARTOVÁ, K., KOTHEROVÁ, Z. Optimální pluralitní systém veřejného zdravotního pojištění. *Revizní a posudkové lékařství*. roč. 17, č. 2-3, s. 58-64. ISSN 1214-3170.

sloučení se uvádí stamilionové či dokonce miliardové úspory a fakt, že všechny tři jsou pojišťovny státní. Protože provozní náklady jsou dané procentuální sazbou, nemyslíme si, že plánovaná úspora by se snížila u plánovaného giganta, „*kdy provozní náklady na jednoho pojištěnce má nejvyšší právě VZP (665 korun), která obhospodařuje nejvíce klientů, zatímco pro fúzi zvažovaná ZPMV má 569 korun na klienta a VoZP ještě o korunu méně – tedy 568 korun.*“¹¹ Nově vzniklý subjekt by získal dominantní postavení a z této pozice by zcela jistě ovládl trh se zdravotním pojištěním. Jeho konkurentem by v podstatě zůstala jen Česká průmyslová ZP a daleko menší Oborová ZP. Zbylé dvě ZP (RBP a ZP Škoda) mají poněkud regionálnější postavení a pravděpodobně by tolik do konkurenčního prostředí nezasáhly.

¹¹ PLECHATÁ, I. Co by skutečně přineslo sloučení pojišťoven? *Zdravotnické noviny*. Roč. 63, č. 14, s. 4.

4. ZÁKON Č. 280/1992 SB. JAKO ZÁKLAD PRÁVNÍ ÚPRAVY

Základním právním předpisem pro zaměstnanecké zdravotní pojišťovny je zákon č. 280/1992 Sb., který upravuje vznik, činnost a zánik pojišťoven. Systematicky je členěn pět částí a přechodná ustanovení.

Část první tvoří základní ustanovení. V § 2 jsou pojišťovny členěny na resortní, oborové, podnikové a další zaměstnanecké pojišťovny podle toho pro koho zejména provádí zdravotní pojištění. Osobně se nám zdá tento paragraf již překonaný a má spíše určitou historickou souvislost s obdobím masového vzniku pojišťoven v letech 1992 až 1993, kdy opravdu byly zakládány zdravotní pojišťovny určitými podniky, hospodářskými odvětvími, nebo resorty. Nyní, vzhledem k otevřenosti zdravotních pojišťoven, kdy u žádné z nich již netvoří kmenovou základnu pojištěnci zakládajících organizací, nemá toto rozdělení opodstatnění. Zakládající podniky, nebo spíše resorty a obory však dodnes naplňují smysl vzniku určitými speciálními výhodami z Fondu prevence pro své pojištěnce tzv. zlatého kmene (pojištěnci pro které byla původně pojišťovna vytvořena). Zahrnují speciální programy zaměřené na prevenci v souvislosti s určitými riziky, které se týkají určitých specifických profesí. Další výjimečnost pak má VoZP, a to především v oblasti utajovaných skutečností o příslušnících armády v souvislosti se vstupem do NATO.

Ke vzniku zdravotní pojišťovny je potřeba povolení Ministerstva zdravotnictví, po vyjádření Ministerstva financí. Žadatelem může být pouze právnická osoba se sídlem na území České republiky. Dále je zde negativní výčet podmínek, které musí být dodrženy. Hlavní smysl je zabránit propojení poskytovatelů zdravotních služeb se zřizovateli veřejného zdravotního pojištění. Úmysl zákonodárců je nám v tomto případě zřejmý, ale vzhledem k hlásané kontinuitě na zákonodárství první republiky již nám smysl nedává. Právě zdravotnická zařízení pojišťoven a síť vlastních lékáren byly jednou z výhod, které tento systém poskytoval. Další skutečností zůstává, že přes výslovný zákaz v § 4, došlo k propojení nemocnic Agel s ČPZP. Zákon totiž nepočítal s tím, že poskytovatel a pojišťovna mohou být ve vlastnickém propojení přes spojení několika právnických osob.

§ 4 dále obsahuje závazek, že zdravotní pojišťovna do 1 roku získá 100 000 pojištěnců a také složí kauci ve výši 100 000 000 Kč. Za těchto podmínek s tím, že žadatelem musí být právnická osoba se sídlem na území ČR, si dost dobře nedovedeme vznik dalších pojišťoven představit.

V § 5 pokládáme za důležitý odst. 4, který zakazuje v souvislosti s náborem pojištěnců poskytovat nebo nabízet těmto pojištěncům peněžní, nepeněžní plnění ani jinou výhodu. K této skutečnosti jsme se již v práci vyjadřovali.

Další paragrafy první části zákona se zabývají zánikem, zrušením, likvidací a nucenou správou pojišťovny. Bez likvidace se zaměstnanecká pojišťovna zrušuje sloučením s VZP nebo sloučením s jinou zaměstnaneckou pojišťovnou. Na nástupnickou pojišťovnu pak přechází veškeré závazky a pohledávky. Může jí být také poskytnuta návratná finanční výpomoc ze státního rozpočtu a to až do výše převzatých závazků. Povolení ke sloučení vydává Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. Zrušení likvidací je provedeno v případě odejmutí povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění Ministerstvem zdravotnictví, nebo na vlastní žádost. Při likvidaci se převádí prostředky základního a rezervního fondu na zvláštní účet VZP. Pokud likvidátor zjistí po uzávěrce majetkový zůstatek, tento náleží zakladateli pojišťovny, nebo jejímu právnímu nástupci. Pokud tito neexistují, zbytek majetku se opět převádí na zvláštní účet VZP k přerozdělení.

Zaměstnanecká pojišťovna je kontrolována Ministerstvem zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. K tomuto účelu podává vždy do 60 dnů po ukončení čtvrtletí zprávu o svém hospodaření. Jsou-li zjištěny závažné nedostatky je vyžadováno sjednání nápravy nebo uvalena nucená správa. Závažné nedostatky plynou z neplnění závazků (zpravidla vůči poskytovatelům zdravotních služeb), nebo nedodržováním schváleného zdravotně pojistného plánu. Při nucené správě podléhají rozhodnutí a právní úkony orgánů zdravotní pojišťovny schválení nucené správy. Proti rozhodnutí o nucené správě je možné podat rozklad. V případě neúčinnosti nucené správy může Ministerstvo zdravotnictví odebrat zdravotní pojišťovně povolení.

Druhá část zákona stanovuje organizační strukturu a orgány pojišťovny. Jejich postavení je upraveno statutem, který schvaluje Ministerstvo zdravotnictví. Statutárním orgánem je ředitel. Další orgány jsou Správní a Dozorčí rada.

Ředitel je jmenován a odvoláván Správní radou zaměstnanecké pojišťovny. Je jmenován na funkční období 4 let. Dále zákon vyjmenovává v § 9a pozitivní a negativní vymezení požadavků na funkci. Ty se v podstatě neliší od požadavků na ostatní podobné pozice (způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, vysokoškolské vzdělání, zamezení členství ve správní a dozorčí radě, konflikt zájmů). Funkce ředitele končí uplynutím funkčního období, odvoláním, vzdáním se funkce, zbavením (omezením) způsobilosti k právním úkonům, ztrátou bezúhonnosti nebo úmrtím.

Správní radu tvoří 5 členů jmenovaných vládou na návrh ministra zdravotnictví a 10 členů volených z řad pojištěnců zaměstnavateli a pojištěnci (5 členů je voleno z kandidátů předložených reprezentativními organizacemi zaměstnavatelů, zbylých 5 členů z kandidátů předložených reprezentativními odborovými organizacemi). Způsob volby a volební řád je podrobně upraven Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 579/2006 Sb., kterou se stanoví způsob volby a volební řád pro volby do správních rad a dozorčích rad resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven. Správní rada rozhoduje hlasováním o schválení návrhů nejdůležitějších dokumentů, kterými jsou návrh zdravotně pojistného plánu, účetní uzávěrka, návrh výroční zprávy a zásady smluvní politiky. Dále schvaluje nákupy majetku nad 1 milion Kč, žádosti o úvěr, převzetí ručitelského závazku, použití rezervního fondu, návrh o povolení sloučení zdravotních pojišťoven a další důležité věci, které si vyhradí.

Dozorčí rada je devítičlenná. 3 členy jmenuje a odvolává vláda. Zde se setkáváme alespoň symbolicky s Ministerstvem práce a sociálních věcí. Ministr práce a sociálních věcí, vedle ministra financí a zdravotnictví navrhuje po jednom členu rady. Ostatních 6 členů je navrhováno stejným mechanismem jako u voleb do Správní rady. Dozorčí rada rozhoduje nadpoloviční většinou všech členů a je kontrolním orgánem pojišťovny.

Část třetí tohoto zákona se zabývá hospodařením zdravotních pojišťoven. Příjmy tvoří platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu. Další příjmy jednotlivých pojišťoven mohou být vytvořené využíváním fondů; zde se jedná především o investování do cenných papírů nebo o příjmy z majetkových sankcí vzniklých porušením povinností plátců pojistného dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Jsou to příjmy z pokut a penále, jejichž výše je stanovena zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Posledním okruhem příjmů jsou dary a ostatní příjmy. Pokud se podíváme na dále v této práci popsané příjmy jednotlivých zdravotních pojišťoven, musíme konstatovat, že dary v nich neobjevíme. Ostatní příjmy jsou u většiny pojišťoven tvořeny ze zprostředkování pojištění léčebných výloh v zahraničí a příjmů z pronájmů vlastních nemovitostí.

Výdaji jsou především platby za hrazené služby podle smluv uzavřených s poskytovateli. V zákoně nejsou uvedeny platby, které pojišťovna hradí poskytovatelům bez uzavřených smluv, tzv. „nesmluvním poskytovatelům“. Těm se hradí služby poskytnuté pojištěncům pouze v případě nutné a neodkladné péče. Na tyto náklady zákon pamatuje také při léčbě v zahraničí. Náklady na vlastní činnost zaměstnanecké pojišťovny podle tohoto zákona blíže určuje 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 a limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, která bývá každý rok pravidelně novelizovaná.

Zdravotní pojišťovny hradí pojištěncům částky za přečerpaný limit regulačních poplatků a doplatků za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění podle § 16b zákona č. 48/1997 Sb. Novelou tohoto zákona jsou od 1. 1. 2015 zrušeny regulační poplatky, kromě 90 Kč poplatku za využití pohotovostní služby, čímž by se vyplácené nadlimitní částky mohly snížit. Současně se však budou zrušené poplatky zdravotní pojišťovny kompenzovat poskytovatelům zdravotních služeb, čímž by naopak byl dán předpoklad pro zhoršení jejich hospodářského výsledku.

Podle § 15 zákona je pojišťovna povinna zajistit ověření účetní závěrky a návrhu výroční zprávy za příslušný rok auditorem, což spolu s funkcí dozorcí rady představuje další kontrolní mechanismus. Kontrolní proces je pak završen povinností zdravotních pojišťoven předkládat ministerstvům zdravotnictví a financí návrhy zdravotně pojistných plánů na následující kalendářní rok, účetní závěrky, návrhy výročních zpráv a zprávy auditora. Při kladném posouzení návrhů zdravotně pojistných plánů výše jmenovanými ministerstvy se tyto předkládají vládě. V případě negativního posouzení se vrací zdravotním pojišťovnám k opětovnému posouzení. Návrhy zdravotně pojistných plánů, účetních závěrek a návrhy výročních zpráv za uplynulý rok schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu. Zdravotní pojišťovny jsou tak kontrolovány nejen mocí výkonnou, ale i zákonodárnou.

Zdravotní pojišťovna vytváří a spravuje dle § 16 tyto fondy:

- základní fond zdravotního pojištění
- rezervní fond
- provozní fond
- sociální fond
- fond investičního majetku
- fond reprodukce investičního majetku

Výjimku tvoří VoZP, která navíc vytváří fond zprostředkování úhrady zdravotních služeb hrazených Ministerstvem obrany a může vytvářet fond pro úhradu preventivní péče poskytované nad rámec hrazených služeb pro vojáky v činné službě a žáky vojenských škol.

Zaměstnanecké pojišťovny mohou dále vytvářet fond prevence, který je využíván k proplácení tzv. preventivních programů. Jsou to programy, které odlišují jednotlivé pojišťovny. Podrobněji se jim budeme věnovat v samostatné kapitole. Zdrojem tohoto fondu nejsou příjmy z veřejného zdravotního pojištění, ale *„finanční prostředky z podílu kladného hospodářského výsledku po zdanění stanoveného statutárním orgánem zaměstnanecké pojišťovny z činností, které nad rámec provádění veřejného zdravotního pojištění zaměstnanecká pojišťovna provádí v souladu se zákony a statutem zaměstnanecké*

*pojišťovny, a příjmy podle § 19 odst. 1.*¹² To znamená, že příjmy pro tento fond plynou z pokut, přirážek k pojistnému a z penále z veřejného zdravotního pojištění. Současně musí mít naplněný rezervní fond a vyrovnané hospodaření. Dochází tak k paradoxu, kdy vlivem ukázněných plátců pojistného, kteří odvádějí pojistné dle zákona a neporušují oznamovací povinnosti, může mít pojišťovna méně prostředků pro poskytování příspěvků pojištěncům z Fondu prevence (dále jen FP). Tím se pak stává pro pojištěnce méně atraktivní.

Jednotlivé fondy, se kterými hospodaří pojišťovny odděleně, jsou kromě tohoto zákona dále podrobně popsány v již zmíněné vyhlášce č. 418/2003 Sb.

Část čtvrtá zákona se zabývá informačním systémem pojišťovny. Zdravotní pojišťovny pracují s osobními a citlivými údaji dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých dalších předpisů. Jedním z nejcitlivějších údajů jsou ty o zdravotním stavu pacienta. Tyto údaje jsou součástí vyúčtování zdravotních služeb jednotlivými poskytovateli. Nejen na základě diagnóz, vykázaných návštěv pojištěnců u jednotlivých poskytovatelů a vyúčtovaných výkonů, ale také nahlížením do zdravotnické dokumentace v rámci činnosti pojišťovny (např. při revizích vyúčtovaných zdravotních služeb dle § 42 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů) lze získat úplný přehled o zdravotním stavu pojištěnce. Z tohoto důvodu podléhají členové a náhradníci orgánů pojišťovny, její zaměstnanci a osoby zajišťující zpracování údajů z informačního systému přísné mlčenlivosti. O tom komu a jaké informace mohou pojišťovny poskytovat hovoří § 23 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. O poskytnutí informací jiným subjektům rozhoduje pouze soud. Týká se to i poskytování informací orgánům činným v trestním řízení, viz rozsudek Nejvyššího soudu 3 Tz219/2001 ze dne 17.10.2001.

Novelou č. 369/2011 Sb. tohoto zákona je nově dána, na základě písemné žádosti, povinnost pojišťovny podávat informace registrujícím praktickým lékařům a

¹² § 16 odst. 4 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 7. 7. 2014].

praktickým lékařům pro děti a dorost o poskytnutých hrazených zdravotních službách a lécích jimi registrovaným pojištěncům. Toto opatření by mělo zamezit nadbytečnému využívání zdravotních služeb. Písemné žádosti praktických lékařů o poskytování těchto informací jsou spíše výjimkou. Jako účelnější se jeví zavádění nových elektronických forem komunikace, kdy praktický lékař může nahlížet do vyúčtovaných zdravotních služeb prostřednictvím zabezpečených internetových systémů jednotlivých pojišťoven (v současnosti například součást služeb v rámci Karty života ZP MV ČR).

Část pátá zákona se netýká zaměstnaneckých pojišťoven přímo, ale pojednává o samostatné právnické osobě, kterou je Zajišťovací fond, který je zřízen k úhradě hrazených služeb poskytnutých pojištěncům zaměstnanecké pojišťovny v likvidaci. Fond v podstatě spadá pod Ministerstvo zdravotnictví, které upravuje jeho status a prostřednictvím ministra zdravotnictví jmenuje všechny členy správní rady.

Poslední část zákona tvoří ustanovení společná, přechodná a závěrečná. Obsahuje ustanovení o oznamovací povinnosti pojišťovny při vzniku pojistného vztahu a sankce za porušení povinností vyplývajících z tohoto zákona. Dále § 25 počítá s možností zániku VoZP a řeší přechod jejich specifických práv a povinností na nástupnickou pojišťovnu. Tento § je aktuální vzhledem k tlaku některých politických a zájmových organizací (např. Česká lékařská komora) k sloučení tzv. „státních“ pojišťoven (VZP, ZP MV ČR a VoZP).

5. SYSTÉMY ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ZAHRANIČÍ

5.1. Systémy financování zdravotní péče

Již od počátku 20. století dochází vlivem rozvoje medicíny, techniky a výměny informací k tomu, že lékař již není odkázán pouze na své vědomosti a zkušenosti při stanovení diagnózy a léčení. S tím souvisí i odměna lékaři, která měla dříve nezřídka podobu naturálního plnění. Chudší obyvatelstvo pak bylo mnohdy léčeno zcela zdarma. Dalším faktorem je rozvoj nemocnic a jejich léčebných možností.

Nové možnosti léčby a její výrazné zdražení vyvolalo potřebu nového přístupu k jejímu financování. Financování pomocí přímých plateb od pacientů již nemohlo pokrýt vzrůstající náklady a pro méně movité vrstvy obyvatelstva se tudíž kvalitní zdravotní péče stávala nedostupnou. Dochází tak ke vstupu nového subjektu do financování zdravotní péče, kterým je stát a jeho zdravotnická politika. S tím souvisí i utváření sociálního lékařství, které kritizuje skutečnost, že stát nedostatečně zabezpečuje zdravotní péči pro chudé občany. Představitelé sociálního lékařství si uvědomují závislost mezi zdravím a sociálními faktory (životní podmínky, hygienická a sanitární úroveň, pracovní podmínky, ekonomické faktory). Jako základní předpoklad k zlepšení zdravotního stavu obyvatel se ukázalo zkvalitnění vztahů celé společnosti.

Pro zajištění a fungování zdravotnického systému existuje v současnosti několik hlavních modelů financování.

5.1.1. Tržní model

Klasickým představitelem tohoto modelu jsou Spojené státy americké, i když i zde probíhá v současnosti jeho reforma. Do roku 1996 ho mělo zavedené také Švýcarsko.

Pro model používaný v USA je typická nejednotná zdravotní politika a není zde dána zákonná úprava všeobecného veřejného zdravotního pojištění. Platby za zdravotní služby jsou poskytovány z různých zdrojů. Jedná se jak o přímé platby,

úhrady od soukromých zdravotních pojišťoven komerčního i neziskového charakteru a úhrady ze zdrojů místních, státních a federálních. Funguje zde více než tisíc privátních pojišťoven, které nabízejí různé úrovně pojištění podle finančních možností klientů. Nevýhodou je nemožnost zasahovat do jejich činnosti ze strany státu.

Protože však zde zůstává početná skupina občanů, kteří nemají na zabezpečení svého zdraví prostřednictvím tohoto modelu prostředky, musel v roce 1965 Kongres USA schválit federální zdravotní program Medicare (určený pro lidi nad 65 let věku) a Medicaid (pro sociálně slabší občany), čímž vstoupil do úhrad zdravotní péče. Úhrady z těchto programů se dějí prostřednictvím státního rozpočtu.

Tržní model se vyznačuje nerovností v zabezpečení zdravotní péče, omezenou dostupností, je drahý, má nedostatečné kontrolní mechanismy. Neřeší také dlouhodobou domácí péči o chronicky nemocné.

O neosvědčení se tohoto systému svědčí zdravotní reforma, která v současnosti v USA probíhá. Tzv. Obamova reforma zavádí povinné zdravotní pojištění, které je podle kritiků v rozporu s americkou ústavou a potýká se s obrovskou finanční náročností až 1 bilionu dolarů během 10 let od jejího schválení.

Reforma kromě povinného zdravotního pojištění zakazuje zdravotním pojišťovnám odmítat klienty na základě předem známých zdravotních komplikací. K snížení plateb pojistného by mělo přispět nakupování pojištění na zvláštních burzách.¹³

5.1.2. Státní model

Je založen na úhradě veškerých zdravotních služeb ze státního rozpočtu. Tento model byl používán v bývalém Československu, jakožto i v ostatních státech tzv.

¹³ IDNES.CZ. ČTK. Obama vyhrál. Nejvyšší soud schválil jeho zdravotní reformu. [cit. 20.9.2014]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/zdravotni-reforma-v-usa-0sv-/zahranicni.aspx?c=A120628_162551_zahranicni_aha

socialistického bloku. V současnosti je používán na Kubě, v Severní Koreji, kde socialistický režim přetrvává, a dále ve státech ekonomicky mimořádných, jako jsou Kuvajt a Brunej.

Zdravotní péči hradí poskytovatelům stát prostřednictvím přidělených finančních prostředků pro jednotlivá zařízení, která zůstávají v jeho vlastnictví. Zdravotnictví je zde centrálně řízené a plánované. Jako negativum je uváděno minimální zainteresování lékařů a jednotlivých zdravotnických pracovníků na fungování systému.¹⁴

Po odborné stránce je řízení centralizované, financování regionální s pravomocemi místních orgánů (krajské a okresní národní výbory v bývalém Československu před rokem 1989).

5.1.3. Národní zdravotní služba – National Health Service

Model uplatňovaný ve Velké Británii od roku 1948, o němž se uvádí, že se stal vzorem pro Československou republiku po roce 1952. Dále je tento systém uplatňován v Kanadě. V podstatě se jedná o demokratizovaný a socializovaný systém, který se udržel v kapitalistických zemích do dnešní doby. Nutno dodat, že po neustálém zvyšování nákladů na zdravotnictví se v 70. letech minulého století konzervativní vláda M. Thatcherové pokusila prosadit zavedení pluralitního systému, který by byl více tržně orientován. Pro politickou neprůchodnost se však toto nepodařilo. NHS tak nadále zůstává silnou monopolní organizací.

Po roce 1989 byly prosazeny některé změny, které vedly k přenesení větší odpovědnosti na místní úroveň a vytvoření NHS trustů. Byl zaveden nový systém kontrahování zdravotní péče, kde měly peníze putovat přímo k jednotlivým poskytovatelům a praktický lékař spravoval prostředky na léčení svých registrovaných pojištěnců. Cílem těchto změn bylo posílení role pacienta jako zákazníka a role praktického lékaře ve fungování systému.

¹⁴ VURM, Vladimír, kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního pojištění*. 1, vydání Praha: Nakladatelství TRITON, 2007, 51 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

Po změně politických sil byla prosazena další změna, kdy byl vnitřní trh v rámci fungování systému nahrazen systémem integrované péče založeným na spolupráci a zvýšení výkonnosti. V současnosti se však reforma potýká s problémy.

Za organizaci NHS ve Velké Británii zodpovídá „Státní sekretář pro zdravotnictví“ a „Ministerstvo zdravotnictví a sociální péče“.

Zdravotní péče je hrazena z veřejných prostředků, které jsou získávány z daně z příjmů obyvatel (cca 80%) a z menší části pak z doplňkové platby národního pojištění (cca 15%) a z doplatků na léky (5%). Daň z příjmů je ve Velké Británii progresivní (25 – 40%) a příspěvek na národní pojištění je 2 – 3% z příjmů. Nutno podotknout, že daňovou povinnost mají osoby až nad určitou, státem stanovenou příjmovou hranici, ale Národní zdravotní službu využívají všichni. Jedná se tedy o unikátní solidární systém. Pro srovnání, v České republice musí odvody na všeobecné zdravotní pojištění platit i osoby bez zdanitelných příjmů.

Ani v tomto systému však není veškerá péče zdarma; podobně jako v České republice i zde existují doplatky a spoluúčasti pacientů. Jako příklad můžeme uvést zubní náhrady, léky, brýle apod. Na rozdíl od našeho systému však zde existují zákonem dané skupiny obyvatel od těchto doplatků osvobozené (např. děti do 16 let, senioři, váleční veteráni).

NHS je počtem zaměstnanců druhou největší institucí na světě a to z ní dělá nejmocnější organizaci ve Velké Británii. S tím je spojeno mnoho problémů. Jedním z největších je využívání NHS k politickému ovlivňování, tedy tomu, co známe i u nás. Podřízenost vládě vede k tomu, že prosazování technicky správných reforem je podřízeno udržení přízně voličů.

5.1.4. Model zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovny

Je založen na existenci více zdravotních pojišťoven a je běžný ve vyspělých zemích západní Evropy. Od roku 1992 je zaveden také v České republice. Zdravotní pojištění v tomto modelu je povinné, ale občan si může vybrat, u které zdravotní pojišťovny bude pojištěn. Je zde určitá kombinace podílu trhu a dohledu státu.

System tvoří poskytovatelé zdravotních služeb, pacienti a zdravotní pojišťovny. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou soukromé praxe praktických lékařů, stomatologové, ambulantní specialisté, pracoviště komplementu, poskytovatelé domácí péče a sestry v sociálních službách. Lůžkovou péči tvoří nemocniční zařízení, specializované léčebny a lázně.

Platby poskytovatelů jsou různé, od výkonových a kapitačních až po paušální. V některých státech jsou u lůžkových zařízení úhrady za jednotlivé diagnostické případy.

Pojistné je vyměřováno jako procenta z příjmů a je dáno zákonem jako jednotná sazba (ČR), nebo se může u jednotlivých pojišťoven lišit (Německo). V některých státech může být stanovena příjmová hranice, nad kterou již není zákonná povinnost pojištění uzavřít. Stát hradí pojistné za určité okruhy osob (např. děti, studenti, ženy pečující o nezaopatřené děti, osoby ve výkonu trestu, důchodci).

System může být doplněn o soukromé doplňkové zdravotní pojištění a někdy je též možná přímá úhrada pacientem. U určitých zdravotních služeb je spoluúčast pacienta. Zpravidla se jedná o protetické práce ve stomatologii, doplatky za léky, nadstandardní služby nebo poplatky za lůžkový den v nemocnici. U tohoto modelu bývají také často uplatňovány různé limity, například rozsah poskytované hrazené péče nebo omezení počtu výkonů.

V rámci tohoto modelu může být uplatňován pokladniční princip (není umožněn v České republice). Je založen na přímé úhradě pacientem a následným proplacením účtů pojišťovnou.

5. 2. Systémy se zaměstnaneckými pojišťovnami v zahraničí

5.2.1. Rakousko

V souvislosti s vývojem u nás po opuštění Rakouska – Uherska je potřeba zmínit současný model v Rakouské republice. Hlavní právní normou je zákon BGB1. I Nr. 6/2007, o sociálním pojištění. Zdravotní péče má zde povahu věcných dávek nemocenského pojištění.

Hlavním zdrojem financování je nemocenské (sociální) pojištění a na druhém místě financování ze státních zdrojů. 6 – 7 % tvoří soukromé pojištění, přímé platby pak zhruba 15%. Všeobecný systém sociálního pojištění se skládá z nemocenského, úrazového a penzijního pojištění. Je zde vytvořeno pojistné schéma pro veřejné zaměstnance a pojistný systém pro pracovníky v zemědělství a pro osoby samostatně výdělečně činné. V každé zemi pak existují regionální fondy nemocenského pojištění a je zde také několik velkých podnikových fondů. Součástí všeobecného nemocenského pojištění je zdravotní pojištění. Je zde tedy značná podobnost se zákonem č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, který navazoval na říšské zákony.

Nemocenské fondy jsou odpovědné za výběr pojistného od pacientů a fungují autonomně pod dozorem ministerstva sociální péče. Účast v systému je povinná pro všechny zaměstnance a pokrývá zdravotní péči i pro osoby závislé na pojištění. Není to sice v rozsahu bývalého zákona č. 221/1924 Sb. (jedná se především o děti do 18 let a studující do 26 let), ale za jistých okolností to mohou být i osoby starší nebo nemocné žijící s pojištěncem ve společné domácnosti.

6 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven (Betriebskrankenkassen - BKK) zajišťuje pouze zdravotní pojištění pro zaměstnance a jejich rodinné příslušníky v příslušných společnostech, jakož i pro důchodce z těchto společností. Příklady různých poskytovaných pojištěncům v roce 2014 uvádíme níže.

Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna BKK WIENER VERKEHRSBETRIEBE (pojišťovna Vídeňské veřejné dopravy) prostřednictvím kliniky U3 Med Erdberg

zajišťuje mimo základní zdravotní péče pro své pojištěnce různé nadstandardní programy v rámci programu podpory zdraví. Jedná se o nordic walking, fitness nebo zumbu. Dále poskytuje akupunkturu, elektroléčbu, masáže apod. Služby však nejsou zadarmo, ale jsou pro pojištěnce zpoplatněny. Vzhledem k tomu, že v ČR není již žádná podniková pojišťovna pouze s regionální působností a zároveň je vyloučeno, aby žadatel o povolení ke zřízení pojišťovny byl právnickou osobou oprávněnou poskytovat zdravotní služby, zřizovatelem, vlastníkem ani spoluvlastníkem poskytovatele, není poskytování takových služeb u na základě vlastního zdravotnického zařízení možné.

BKK MONDI má pilotní program „KiloCoachTM“ pro lidi trpící nadváhou a obezitou, který je zaměřen na redukci jejich hmotnosti. I tento program se hradí, ale při jeho úspěšném absolvování (snížení hmotnosti o 7 %), dostává klient polovinu nákladů zpět. Při udržení tohoto stavu po dobu 1 roku se klientovi vrací i zbylé náklady. Program se jeví jako velmi inspirativní. Je zde zainteresovanost pojištěnce na programu formou poplatku a zároveň jsou nastaveny parametry při úspěšném absolvování.

BKK ZELTWEG poskytuje pojištěncům očkování proti klíšťové encefalitidě, tedy něco co známe i z našeho systému.

Pojistné se pohybuje od 6,8 do 6,9 % mzdy (polovinu hradí zaměstnavatel). Pojištění platí i důchodci a to ve výši zhruba 10 %. Studenti platí určitý fixní příspěvek.

Mezi zdravotnická zařízení patří také nezávislé ambulance, které provozují jednotlivé sociální pojišťovny. Ty mají také volnou ruku v navazování smluvních vztahů s praktickými lékaři.

Platby smluvních lékařů jsou prováděny na základě dohod mezi sdruženími nemocenského pojištění a lékařskými komorami. Výdaje přitom nesmí překročit příjmy pojištění.

I v tomto systému se však potýká zdravotní pojištění s finančními problémy. Od ledna 2001 bylo proto zvýšeno pojistné o 3,44 % základní sazby pojistného u živitele rodiny a provedeny některé další úpravy, které v podstatě mají charakter nyní zrušených regulačních poplatků u nás (např. platba za předpis).

5.2.2. Německo

Německý systém je založen na povinném zdravotním pojištění, které má povahu věcných dávek nemocenského pojištění a solidaritě. Jeho řízení je liberální a koordinaci aktivit ve zdravotnictví zajišťuje „Celonárodní zdravotnické fórum“ se zastoupením všech organizací, které se podílejí na poskytování zdravotní péče a financování a řízení zdravotnictví. Každého půl roku vydává doporučení k usměrňování výdajů ve zdravotnictví pro další pololetí i pro jednání i pro jednání s nemocenskými pokladnami (Krankenkassen) a poskytovateli zdravotní péče. Stanovuje také závazné pravidla pro uzavírání smluv mezi nimi. Smlouvy se pak uzavírají na místní nebo regionální úrovni.

Zajímavým prvkem je tzv. „plán nemocnic“, kdy se rozlišují nemocnice plánem podporované a nemocnice stojící mimo plán. Nemocnice podporované plánem pak mají hrazeny investice z veřejných zdrojů. Je to zajímavá myšlenka i pro náš systém, kdy se nedaří pro jednotlivé místní a politické zájmy redukovat počet lůžkových zařízení. Vidíme v tomto přínos, kdy se nemocnice zbytné pro zajištění zdravotní péče nemusí direktivně rušit, pokud si na investice, které tvoří nemalou část jejich provozních nákladů, dokážou sehnat peníze z jiných zdrojů.

Systém je značně decentralizován, působilo zde přes 1000 zdravotních pojišťoven, které obhospodařovaly 1130 fondů. Byl také určitou předlohou pro model zdravotního pojištění s více pojišťovnami u nás.

Z historických důvodů se německé zdravotní pojišťovny nazývají nemocenské pokladny – „Krankenkassen“. Mají postavení veřejnoprávních neziskových samosprávných organizací. Postupně i zde se však jejich počet výrazně snížil, čísla z roku 1998 ukazují následující přehled.

BKK (Betriebskrankenkassen)	377
AOK (Allgemeine Ortskrankenkassen)	12
Ersatzkassen/Angestellte)	7
IKK (Innungskrankenkassen)	28

Počet fondů se snížil na cca 600, z čehož méně než 10 % tvoří fondy spravované soukromými pojišťovacími společnostmi.¹⁵

Stav v roce 2014 ukazuje další prudké snížení jejich počtu:

BKK (Betriebskrankenkassen)	114 (80 BKK + 34 uzavřených BKK)
AOK (Allgemeine Ortskrankenkassen)	11
Ersatzkassen/Angestellte)	7
IKK (Innungskrankenkassen)	6
Soukromé zdravotní pojišťovny	40

Zdroj: Krankenkassen Deutschland. 2014

Původní velký počet fondů a pojišťoven byl dán systémem, který určoval pojištění podle zaměstnanecké příslušnosti, což znamenalo, že pracovník byl pojištěný u pojišťovny místně příslušné k jeho zaměstnavateli, popřípadě profesi.

Od roku 1996 byla zavedena svobodná volba nemocenské pokladny. Z pojištění pojištěnce je hrazeno také pojištění manželky, pokud vydělává méně než je stanovená minimální hranice a dále děti do 18 let, v případě studia pak do 25 let věku. Pojištěnec v současné době platí 15,5 procenta svých příjmů na zdravotní pojištění. Sazba je stanovena federální vládou a naposledy byla editována 1. ledna 2011. K tomuto datu bylo provedeno zvýšení z původních 14,9% na současnou mez. Příspěvek je rozdělen mezi zaměstnavatele a zaměstnance. 8,2 procentních

¹⁵ VEPŘEK, Jaromír, VEPŘEK Pavel, JANDA Jaroslav. *ZPRÁVA O LÉČENÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ aneb zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. Vydání Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002, 229 s. ISBN 80-247-0347-5.

bodů hrubého příjmu platí zaměstnanec a 7,3 procentních bodů zaměstnavatel. Maximální výše pojistného je stanovena ve výši 627,75 EUR. U jednotlivých pojišťoven se může ve skutečnosti mírně lišit. Povinná sazba 15,5% zůstává zachována, ale pojišťovna může vybírat méně formou „Beitragsprämie.“ Například BKK Wirtschaft & Finanzen poskytuje slevu ve výši 6 EUR měsíčně, BKK VerbundPlus 5 EUR. Velká většina pojišťoven však slevu na pojistném neposkytuje. Podle OECD tvoří provozní režie pojišťovny v Německu 5,3 procenta.

I zde platí pojištění také důchodci, a to ve výši příspěvku sazby zaměstnance, což je 8,2 %. Zbylou část, tedy 7,3 % doplácí důchodový fond. Jako velmi inspirativní pro náš systém, kdy stoupají náklady na „domácí péči“ a „péči v sociálních ústavech a domovech pro seniory“, se jeví pojištění na dlouhodobou péči seniorů. Výše příspěvku je stanovena na 2,05 %, zvýšená sazba 2,3 % platí pro ty, kteří nemají děti. Správně se zde tak počítá s diferenciací při zaopatření pomocí rodinných příslušníků.

V systému zákonného pojištění je účastno 75 % populace, dalších 13 % přes možnost přejít do soukromého pojištění v systému dál zůstává. Je to dáno i tím, že tento přestup je nevratný. To znamená, že osoba, která přestoupila plně do soukromého pojištění, se již nemůže vrátit do zákonného nemocenského pojištění. Do soukromého pojištění mohou vstoupit lidé, jejichž příjem přesáhne určitou danou hranici. Mohou pak uzavřít dobrovolné pojištění u veřejnoprávních nemocenských pokladen, nebo u soukromých komerčních pojišťoven. Výše pojistného u soukromých pojišťoven je sjednávána dle rozsahu krytí a individuálního rizika. Úhrady platí pojištěnec plně sám a následně pojišťovně účet překládá k zpětné úhradě (tzv. pokladniční systém).

Nemocenské pokladny mají průběžné financování z běžných příjmů a nevytváří rezervní fondy. Pokud jejich příjmy nestačí na pokrytí výdajů, musí zvýšit pojistné, což se může projevit negativně na výši pojistného kmene.

Mnoho zdravotních pojišťoven platí pojištěncům zdravotní služby nad stanovený rámec základní garantované péče. Pokud srovnáme nabídku pojišťoven v ČR, kdy se poskytují především preventivní programy, a to v omezené míře (tímto se zabýváme

v další části práce), zjišťujeme nepřehledné množství alternativních terapeutických postupů, které jsou u nás na pokraji zájmu Ministerstva zdravotnictví. Neumíme si představit, že by tyto postupy byly v současné době akceptovány také u nás, což vnímáme jako chybu.

Jako alternativní způsoby léčby uznává německý systém například: homeopatii, osteopatii, akupunkturu nad zákonný standard, antroposofickou medicínu (léčení pomocí rovnováhy těla, mysli a duše), alternativní léčby rakoviny, Ayurvedu, Bachovu květovou terapii, autogenní trénink, chiropraxi, balneoterapii, Shiatsu, tradiční čínskou medicínu, kryoterapii, léčení skrze vědomou změnu dýchání, Qi gong, fototerapii...

Výbornou orientaci ve velkém množství pojišťoven v Německu zajišťuje, kromě vlastních webových stránek jednotlivých pojišťoven, webový portál Krankenkassen Deutschland. Mimo poskytování informací o systému umožňuje především srovnání jednotlivých rozdílů mezi pojišťovnami a to jak ve výši odvodu pojistného, tak mezi úhradami nad rámec zákonného standardu. Pojištěnec tak získává ucelený přehled, bez nutnosti návštěvy internetových stránek jednotlivých pojišťoven.

5.3. Srovnání se Slovenskou republikou

Nám nejbližší soused se vydal při budování systému veřejného zdravotního pojištění podobnou cestou jako Česká republika. Hlavní právní rámec tvoří zákon č. 581/2004 Z.z., Zákon o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov a zákon č. 580/2004 Z.z., Zákon o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Odlišnost od našeho systému zdravotního pojištění spatřujeme především v tom, že je zde pouze jeden zákon o zdravotních pojišťovnách (v ČR je to dále zákon o VZP) a jsou tak uzákoněny rovné podmínky pro fungování všech pojišťoven v systému veřejného zdravotního pojištění. Najdeme zde však i mnoho jiných více či méně podstatných rozdílů.

Zákon o zdravotním pojištění rozlišuje veřejné a individuální zdravotní pojištění. Přihlášky pro přestup pojištěnce k jiné zdravotní pojišťovně se podávají do 30. září s platností od 1. ledna roku následujícího (u nás je toto datum stanoveno již na 30. červen, navrhovaná změna legislativy však počítá s jeho posunutím). Sazba pojistného činí 14 % z vyměřovacího základu (4 % platí zaměstnanec a 10 % zaměstnavatel), oproti ČR je zde tedy rozdíl 0,5 % procentního bodu (4,5 % zaměstnanec a 9 % zaměstnavatel). Je zde zvýhodnění pro osoby se zdravotním pojištěním jak pro osoby samostatně výdělečně činné (platí 7 % z vyměřovacího základu), tak pro zaměstnavatele (5 %) a zaměstnance (2 %). Pojištěnec, který nezaplatil zálohu na pojistné za tři měsíce v kalendářním roce, nedoplatek na pojistné, nebo úhradu za zdravotní péči v důsledku porušení léčebného režimu a v souvislosti s užitím návykové látky, má právo jen na úhradu nutné a neodkladné péče.

Zákon o zdravotních pojišťovnách nám odhaluje další rozdíly. Slovenské zdravotní pojišťovny mají právní formu akciových společností, které vykonávají činnost na základě povolení a vztahuje se na ně Obchodní zákoník (dále jen OZ). U nás mají formu právnické osoby a také vykonávají svou činnost na základě povolení. Vzhledem k tomu, že pojišťovny upravuje OZ, zákon dále nevyjmenovává jejich jednotlivé orgány, ale pouze upravuje určité povinnosti. Nad rámec orgánů upravených v OZ zřizuje Útvar vnitřní kontroly. Tento speciální útvar vypracovává například zprávy o činnosti zdravotní pojišťovny, o výsledcích kontrolní činnosti, plán kontrol a plní další úkoly v rámci kontroly.

Zdravotní pojišťovny na Slovensku, na rozdíl od našeho systému, mají povinnost uzavřít smlouvu s každým poskytovatelem ambulantních zdravotních služeb, pokud má uzavřenu smlouvu alespoň s jedním jejich pojištěncem. V ČR se v těchto případech platí pouze neodkladná a nezbytná péče. Je tedy omezeno právo pojišťoven na svobodné uzavírání smluv s poskytovateli. V ČR toto omezení však známe také, a to například při uzavírání smluv s poskytovateli zdravotních služeb v sociálních službách.

Dohled nad veřejným zdravotním pojištěním a poskytováním zdravotní péče vykonává speciální úřad, zřízený podle stejného zákona jako zdravotní pojišťovny.

Má velkou šíři působnosti a poskytuje ucelený systém kontroly nad veřejným zdravotním pojištěním. Kromě kontroly zabezpečuje například přerozdělení pojistného a mezinárodní úhrady poskytnuté zdravotní péče. V ČR pro zabezpečení mezistátních plateb je zřízeno samostatné Centrum mezinárodních úhrad, přerozdělení pojistného pak zabezpečuje VZP. Musíme podotknout, že i ČR se vážně uvažovalo o zřízení Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami v roce 2007, kde byl připraven věcný záměr příslušného zákona. Mělo tak dojít k rozdělení funkcí dohledu nad ZP na funkci kontrolní (Úřad) a regulativní (Ministerstvo zdravotnictví).

Slovenské pojišťovny mohou vytvářet zisk (s omezením v letech 2008 – 2010), je však vázán na tvorbu rezervního fondu až do výše 20 % splaceného základního jmění. Povinné jsou také technické rezervy na úhradu plánované zdravotní péče.

Vývoj trhu se zdravotním pojištěním na Slovensku prošel podobným vývojem jako v ČR. Od roku 1995 zde vzniklo 14 zdravotních pojišťoven, tento počet se však vlivem malého trhu zredukoval na pouhé tři. Jedná se o Všeobecnou zdravotní pojišťovnu, Dôveru a Union. Nejvíce pojištěnců má i zde státní VZP. V roce 2012 připravila ministryně zdravotnictví JUDr. Zuzana Zvolenská změnu na unitární systém veřejného zdravotního pojištění. Důvodem pro zavedení unitárního systému byly očekávané úspory ve výdajích na správu a eliminace zisku. Samotná transformace se měla uskutečnit odkupem akcií, připadalo však v úvahu i jejich vyvlastnění. Vlastníci zbylých dvou pojišťoven, Penta Investments - Dôvera a Achmea B.V. – Union, na tento záměr slovenské vlády nepřistoupili. Achmea pak v souvislosti s tímto záměrem podala na Slovensko arbitráž. Slovenská vláda na svém zasedání 12. února 2014 oznámila, že se vzhledem k finančním problémům s odkupem akcií zatím zavedení unitárního systému neuskuteční.

V porovnání obou systémů zjišťujeme, že oba jsou založeny na pluralitním fungování zdravotních pojišťoven, v mnoha ohledech se však liší. Hlavní rozdíly jsme se snažili popsat v této kapitole, pokud bychom se jim chtěli věnovat podrobněji, zjistíme, že by vydaly na samostatnou práci. Jako hlavní klad se nám jeví rovnoprávné postavení všech pojišťoven v systému, který vytváří předpoklad pro jejich zdravé fungování v rámci tržního systému veřejného zdravotního pojištění.

6. ZAMĚSTNANECKÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

V této kapitole se blíže seznámíme s jednotlivými pojišťovnami zřízenými na základě zákona č. 280/1992 Sb. Většina níže uvedených dat vychází ze Zdravotně pojistných plánů jednotlivých pojišťoven na rok 2014. Tento zdroj byl vybrán vzhledem k tomu, že se jedná o údaje nejaktuálnější. Negativním aspektem tohoto výběru je fakt, že se nejedná o data reálná, ale předpokládaná, kdy dochází k jejich určité simulaci. Například uzávěrka pro přihlášky pojištěnců je ze zákona dána k 30. 6. s platností od ledna roku následujícího, proto data zde uvedená se mohou od skutečnosti lišit. Dalším faktorem jsou úmrtí, která z pochopitelných důvodů nejsou při tvorbě zdravotně pojistných plánů známa. Pro srovnání uvádíme tabulku vybraných dat k datu 31. 12. 2013.

Níže uvedený přehled zdravotních pojišťoven obsahuje vybrané údaje jako je předpokládaný nárůst pojištěnců (všechny zaměstnanecké zdravotní pojišťovny uvádějí nárůst, s poklesem počítá pouze VZP), stav bankovních účtů, který ukazuje schopnost pojišťoven dostát svým závazkům při úhradách zdravotních služeb a velikost sítě smluvních zdravotnických zařízení.

Dále uvádíme krátké seznámení s programy čerpanými z FP, jakožto faktorem, kde se mohou jednotlivé pojišťovny lišit ve svých nabídkách pro pojištěnce.

6.1. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (VoZP) - 201

Organizační strukturu tvoří Ústředí v Praze a sedm poboček. Kromě civilních zdravotnických zařízení zajišťuje lékařskou péči i ve speciálních vojenských zdravotnických zařízeních (např. Ústřední vojenská nemocnice Praha, Ústav leteckého zdravotnictva Praha, Vojenský rehabilitační ústav Slapy) a lázeňských ústavech. Síť smluvních poskytovatelů zdravotních služeb zabezpečuje cca 25 000 poskytovatelů.

VoZP ČR má mezi pojišťovny zvláštní postavení. Kromě běžného financování zdravotní péče zajišťuje i financování zdravotních služeb pro Armádu České republiky, popř. i pro ozbrojené jednotky NATO v době jejich působení v ČR. Je povinna plnit a zajistit zákonné podmínky zabezpečení utajovaných skutečností souvisejících s Armádou ČR a ozbrojenými silami NATO na území ČR a v zahraničních misích, včetně nakládání s osobními údaji příslušníků armády.

Zdravotní a preventivní služby pro vojáky v činné službě jsou hrazeny ze dvou specifických fondů k tomu zřízených podle zákona. Jejich zdrojem jsou prostředky z kapitoly státního rozpočtu Ministerstva obrany České republiky. Výdaje z těchto fondů jsou odhadovány na rok 2014 ve výši 12 938 tis. Kč. Dotace z rozpočtu Ministerstva obrany přitom činí 12 500 tis. Kč.

Ve spolupráci s Armádou České republiky (dále jen AČR) předpokládá vytvoření zvláštního programu pro válečné veterány ve spolupráci s AČR. Tento program by měl být určen jen pro úzkou skupinu pojištěnců – válečných veteránů zraněných při výkonu činností v rámci zahraničních misí (služební úraz, nemoc z povolání). Absence péče o veterány byla již v minulosti kritizována, proto se jeho vytvoření jeví jako zvláště potřebné.

Plánovaný průměrný počet 694 584 pojištěnců meziročně roste o 26 984 (o 4,0%). Stav počtu pojištěnců k 31. 12. 2014 je odhadován na 695 000, z toho počet státem hrazených činí 384 435 (55,3 %).

Stav peněžních prostředků na bankovních účtech k 31. 12. 2014 je odhadován ve výši 686 887 tis. Kč s meziročním poklesem na 85,1 %. Pokles je způsoben zejména meziročním snížením stavu bankovního účtu (dále jen BÚ) ZFZP o 28,9 % (o 139 197 tis. Kč) a BÚ FRM o 18,7 % (o 11 154 tis. Kč). VoZP ČR nemá bankovní úvěry, a ani jejich přijetí v roce 2014 neplánuje. Kromě běžné činnosti má ještě příjmy z pronájmů dočasně volných prostor (předpokládaný hospodářský výsledek činí 1 305 tis. Kč).

Náklady na preventivní péči čerpané z FP plánuje VoZP v celkové výši 85 000 tis. Kč, tj. meziroční snížení nákladů o 2,98 %. Program prevence pro r. 2014 je členěn

do tří základních skupin. První skupina zahrnuje zdravotně preventivní programy, druhou tvoří ozdravné pobyty. Ve třetí skupině jsou zařazeny ostatní činnosti se zaměřením na péči pro vojáky. FP VoZP se zaměřuje zejména na cílové skupiny pojištěnců s vyššími rizikovými faktory. Dále jsou zaměřeny na preventivní péči o matku a dítě, očkování, dárcovství krve, péče o chrup u dětí, podporu včasného vyhledávání nádorových onemocnění prsu a karcinomu tlustého střeva, obsahují příspěvek na mamografické vyšetření a vyšetření okultního krvácení ve stolici nad rámec zákonné frekvence preventivních prohlídek hrazených ze ZFZP. VoZP bude dále financovat ozdravné pobyty dětí a mládeže organizované školami a dětské ozdravné pobyty u moře a v ČR pro děti s chronickými alergickými onemocněními, především dýchacích cest, lehčími poruchami imunity a s chronickými nezánettivými kožními onemocněními. Dále připravila balíčky prevence pro vojáky a očkovací látky pro příslušníky AČR zasahující při povodních 2013.

6.2. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP) – 205

Tato pojišťovna představuje klasickou otevřenou zaměstnaneckou pojišťovnu vytvořenou pro český průmysl. ČPZP zahájila svou činnost jako Hutnická zaměstnanecká pojišťovna. V letech 1996 - 2009 bylo realizováno sloučení HZP se Zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou ATLAS, Zdravotní pojišťovnou AGEL a s Českou národní zdravotní pojišťovnou. Od roku 2009 změnila název na Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu. K poslední fúzi došlo k 1. 10. 2012, a to se Zdravotní pojišťovnou METAL – ALIANCE. V současnosti se jedná o pojišťovnu, která díky zejména jmenovaným slučováním útočí na trhu veřejného zdravotního pojištění v počtu pojištěnců na druhé místo, které stále drží Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. Jejím „cílem je vytvořit silný subjekt, který je založen, stejně jako původní zaměstnanecké pojišťovny, na úzké spolupráci s českým průmyslem.“¹⁶

Plánovaný průměrný počet 1 201 500 pojištěnců vzroste v roce 2014 o 1,3 % (tj. o 15 647 pojištěnců). Z toho plánovaný počet státem hrazených pojištěnců klesne o

¹⁶ ČPZP. Základní údaje [cit. 2. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/clanek/45-0-Zakladni-udaje-o-CPZP.html>.

0,3 % (tj. o 2 339 pojištěnců) a jejich podíl přesáhne 58 %. Síť smluvních poskytovatelů zdravotních služeb tvoří přes 25 500 zdravotnických zařízení.

Předpokládaný stav bankovních účtů k 31. 12. 2014 je odhadován ve výši 2 289 379 tis. Kč s meziročním poklesem o 35,1 % (tj. o 1 232 987 tis. Kč). ČPZP plánuje navýšení investičních výdajů a aktivnější čerpání prostředků z FP. ČPZP nemá bankovní závazky. Z ostatních příjmů, kromě veřejného zdravotního pojištění, můžeme jmenovat příjmy z pronájmu nebytových prostor a zprostředkování komerčního pojištění na léčebné výlohy při cestách do zahraničí. Objem těchto výnosů po odečtení nákladů je odhadován na 4 100 tis. Kč.

Jako zajímavou iniciativu vidíme zřízení Nadačního fondu prevence zdraví v roce 1998, který je zapsán do rejstříku nadací a nadačních fondů, bohužel kromě zřizovacího vkladu již do tohoto fondu pojišťovna nepřispěla. Myslíme si, že do budoucna tento fond může při více zdrojovém financování nabízet zajímavou alternativu k Fondu prevence.

ČPZP hodlá investovat do koupi vlastní nemovitosti a její následné rekonstrukci v Praze. Prostředky pro tuto realizaci získala z prodeje cenných papírů, které nepochází z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Na FP vyčlenila ČPZP v roce 2014 finanční prostředky ve výši 200 milionů Kč. Je členěn na zdravotně preventivní programy, ozdravné pobyty a ostatní činnosti, na které ČPZP poslední tři roky nevydávala žádné náklady. Zdravotně preventivní programy zahrnují podporu prevence vzniku závažných onemocnění, programy podporující zdravý způsob života, programy pro dárce krve, plasmy a kostní dřeně a rehabilitačně rekondiční preventivní programy.

6.3. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP) - 207

Typicky rezortní je zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, která je třetí největší zaměstnaneckou pojišťovnou s celostátní působností v České

republice. Službu zajišťuje pomocí sítě poboček a expozitur. Její smluvní organizační struktura byla v roce 2013 upravena na dvě divize: Čechy a Morava.

Plánovaný průměrný počet pojištěnců vzroste na 728 985 o 3,4 % (24 179). Z toho rychleji roste počet státem hrazených pojištěnců o 4,4 % (17 925). Plánovaný počet pojištěnců k 31. 12. 2014 činí 731 350 s meziročním nárůstem o 3,4 % (24 050). Síť smluvních poskytovatelů zdravotních služeb tvoří téměř 26 000 zdravotnických zařízení.

Odhadovaný stav peněžních prostředků na všech bankovních účtech jednotlivých fondů k 31. 12. 2014 je 1 370 988 tis. Kč s meziročním poklesem o 10,1 % (154 756 tis. Kč). OZP není zatížena splátkami úvěrů, ani neplánuje v roce 2014 jejich přijetí. I u této zdravotní pojišťovny jsou tvořeny vedlejší hospodářské výdaje příjmy z pronájmů a sjednávání komerčního pojištění a připojištění. Odhadovaný hospodářský výsledek z těchto činností je 2,5 mil. Kč.

OZP stoprocentně vlastní 4 dceřiné společnosti, které poskytují servisní činnosti pro OZP a doplňkové služby pro pojištěnce. „*Jde o komerční pojišťovnu Vitalitas, a. s. (100 % akcií), Prevenci - sdružení právnických osob (Vitalitas, a.s. a OZP) pro financování preventivních a edukačních programů pro pojištěnce OZP, Vitapharmu, s.r.o. (100 % vlastníků OZP), která je od roku 2010 provozována jako lékárna a současně využívána jako referenční pracoviště pro analýzy trhu léčivých přípravků a jako školící a poradenské pracoviště, a OZP servis s.r.o. Odhad hodnoty cenných papírů v rámci ostatní zdaňované činnosti k 31. 12. 2014 ve výši 157 710 tis. Kč meziročně roste o 2,7 %, z toho plánovaný stav cenných papírů Vitalitas a.s. představuje 125 608 tis. Kč s nárůstem 3,3 %.*¹⁷ Tyto společnosti mohou poskytovat do budoucna pro OZP velkou výhodu. Komerční pojištění bude sehrávat čím dál větší úlohu v úhradách zdravotní péče, zvláště při stále se prohlubujících rozdílech v cenách jednotlivých zdravotních služeb pro pojištěnce a úhrad z veřejného zdravotního pojištění. Také lékárnu vidíme jako velký potenciál,

¹⁷ MINISTERSTVO FINANCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Zpráva o hospodaření dalších složek veřejných rozpočtů a o fondech organizačních složek státu. [cit. 30. 10. 2014] Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/verejny-sektor/monitoring/plneni-statniho-rozpocetu/2013/statni-zaverecny-ucet-za-rok-2013-17756>.

který by však mohl být lépe zužitkován, například speciálními akcemi pro své pojištěnce, systémem různých slev a výhod a podobně.

Náklady z FP ve výši 64 500 tis. Kč plánuje OZP také pro tři základní skupiny. Jsou to zdravotně preventivní programy, ozdravné pobyty a ostatní činnosti zaměřené na informační činnost. Plánované čerpání finančních prostředků se zaměřuje na odhalování časných stádií onemocnění, prevence civilizačních chorob, onkologickou prevenci u kuřáků, úhradu očkovacích látek nehrazených z veřejného zdravotního pojištění a na programy realizované se zaměstnavateli. Nový způsob čerpání benefitů má být založen na využívání online zdravotního deníku VITAKARTA.

6.4. Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ) – 209

Můžeme říci, že ZPŠ je ryzí zaměstnaneckou pojišťovnou regionálního charakteru, která byla vytvořena pro mateřskou firmu ŠKODA AUTO a.s. Dnes je tak jako ostatní pojišťovny v České republice ze zákona pojišťovnou otevřenou. Její regionální charakter ji však staví do pozice, kdy nemá tak velkou pojištěneckou základnu jako ostatní zdravotní pojišťovny v České republice. Vzhledem k německému vlastnictví mateřské firmy navazuje určitým způsobem na německý systém, kdy každý velký podnik měl svou vlastní pojišťovnu.

Vzhledem ke své specifčnosti, která spočívá v regionálním charakteru, má pouze okolo 4 400 smluvních zařízení. V regionech své působnosti má časově a místně dostupnou síť poskytovatelů zdravotních služeb již téměř vytvořenu, v ostatních regionech České republiky je však situace horší. Prioritou proto zůstává dotvoření sítě primární péče a lůžkových zařízení pro své pojištěnce. Povinnost pojišťoven zabezpečit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně místní a časové dostupnosti je dána § 46, zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Plánovaný průměrný počet 139 570 pojištěnců v roce 2014 dle ZPP meziročně vzroste o 1,4 % (tj. o 1 901 pojištěnců). Z toho plánovaný počet státem hrazených pojištěnců stoupne o 1,2 % (tj. o 944 pojištěnců).

Stav zůstatků na bankovních účtech k 31. 12. 2014 je odhadován na 426 315 tis. Kč.

ZPŠ nemá bankovní úvěry. I zde vedlejší příjmy tvoří pronájmy a výnosy ze zprostředkování komerčního pojištění na léčebné výlohy v zahraničí. Pojišťovna nevytváří specifické fondy, nevlastní cenné papíry ani není jejich nákup plánován.

Náklady na preventivní péči z FP plánuje ZPŠ ve výši 27 000 tis. Kč, tj. meziroční zvýšení nákladů o 35,0 %. Program prevence pro r. 2014 je členěn do tří základních skupin. Jedná se o preventivní programy, ozdravné pobyty a ostatní činnosti se zaměřením na edukační a informační činnost.

Zdravotně preventivní programy tvoří očkování nehrazená z veřejného zdravotního pojištění, prevence zaměřené na včasné odhalení možnosti vzniku závažných onemocnění. Do druhé skupiny jsou zařazeny příspěvky na ozdravné pobyty pro děti, dospělé a pro dárce kostní dřeně. Třetí skupina je zaměřena na podporu moderních léčebných metod, zlepšené péče a na motivaci pojištěnců ke zdravému životnímu stylu.

6.5. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZP MV ČR) - 211

ZP MV ČR je druhou největší pojišťovnou a největší zaměstnaneckou pojišťovnou v České republice. Takzvaný „zlatý kmen pojišťovny“ tvoří především pracovníci policie, hasičského záchranného sboru, vězeňské služby a Českých drah. Její organizační uspořádání prošlo v roce 2013 restrukturalizací, kdy bylo provedeno sloučení poboček z původních osmi na nynějších pět (Brno, České Budějovice a Plzeň, Olomouc a Ostrava, Praha, Ústí nad Labem a Hradec Králové) za účelem optimalizace procesů a zvýšení efektivity práce.

V roce 2014 je plánováno zvýšení počtu pojištěnců z 1 207 918 k 31. 12. 2013 na průměrný počet 1 231 300 pojištěnců v roce 2014. Meziroční růst by tak činil 2,1 % (tj. o 25 768 pojištěnců). Z toho plánovaný počet státem hrazených pojištěnců

stoupne o 2,1 % (tj. o 14 324 pojištěnců). Síť smluvních zdravotnických zařízení by měla v tomto roce překročit hranici 26 000.

Stav všech bankovních účtů k 31. 12. 2014 je odhadován ve výši 2 432 295 tis. Kč s meziročním poklesem o 32,7 % (tj. o 1 182 272 tis. Kč). ZP MV ČR není zatížena splátkami úvěrů ani návratné finanční výpomoci. Pojišťovna nemá žádné dceřiné společnosti ani nevytváří specifické fondy. Plánuje, stejně jako v roce 2013, finanční investice do cenných papírů.

I zde je program prevence členěn do tří základních skupin. Tvoří ho zdravotně preventivní programy, ozdravné pobyty a ostatní činnosti. Zdravotně preventivní programy zaměřuje na vyhledávání počáteční fáze onkologických či jiných závažných onemocnění, podporu dárcovství a na chronicky nemocné. Specifické programy se snaží minimalizovat negativních důsledky fyzických i psychických pracovních zátěží u skupin ohrožených charakterem vykonávané práce.

6.6. Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP) – 213

RBP založily v roce 1993 tyto podniky: OKD Ostrava a.s., Ferrum Frýdlant n. O., a.s., VVUÚ Radvanice, DBP Paskov ČMD, Důl ČSM Stonava a.s. a JMLD Hodonín. Dle internetových stránek pojišťovny „*Revírní bratrská pokladna je jedinou zdravotní pojišťovnou, která pokračuje v tradici nositele zdravotního pojištění a to od 19. století,*“¹⁸ což není tak docela pravda, protože zde byla diskontinuita mezi lety 1948 až 1992. Skutečnému stavu dle našeho mínění spíše odpovídá výraz „navazuje“ na tradici.

Počet pojištěnců odhadovaný k 31. 12. 2014 je 428 700. I zde se počítá s růstem počtu o 9 400 osob, tj. o 2,2 %. Státem hrazených je celkem 259 400 pojištěnců s meziročním nárůstem 2,4 %. Síť smluvních zdravotnických zařízení je odhadována na 9 771. Tvoří ji zdravotnická zařízení především v krajích Moravskoslezském, Olomouckém, Zlínském a Jihomoravském, tedy tam, kde je spádová oblast

¹⁸ RBP. Historie pojišťovny. [cit. 7. 11. 2014] Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/o-nas/historie-pojistovny/>

zakládajících podniků a největší koncentrace pojištěnců. V roce 2014 by mělo probíhat rozšíření sítě v oblasti Mostecké pánve a dále v Brně a jeho okolí.

Stav bankovních účtů je plánován na 1 564 033 tis. Kč. RBP nemá žádné bankovní ani jiné půjčky a závazky. Výnosy z činnosti, která nesouvisí s veřejným zdravotním pojištěním, plynou z pronájmu a z provizí při uzavírání pojištění léčebných výloh v zahraničí.

Program prevence pro r. 2014 je členěn na zdravotně preventivní programy, ozdravné pobyty a ostatní činnosti se zaměřením na edukační a informační činnost. Vychází z charakteru rizik spojených se zaměstnáním pojištěnců v zakladatelských podnicích (především hornictví) a vysoce ekologicky zatížených regionů, kde pojišťovna především působí. Úhrady z fondu prevence se tak zaměří na rekondiční péči u rizikových skupin pojištěnců, úhradu vitamínů, programy pro dárce krve a kostní dřeně, ortodontickou péči pro děti a dorost, očkování a onkologické programy. Dále na příspěvky na léčebné pobyty dětí ohrožených nepříznivým životním prostředím, ozdravné pobyty pro děti a dorost s oslabenou imunitou. RBP dává příspěvky na přípravy žen k porodu a kurzů plavání kojenců, na podporu organizovaných kurzů plavání u dětí, absolvování kurzů proti obezitě, prevenci osteoporózy a negativních menopauzálních stavů u žen, příspěvky na nákup potravin při celiakii a na preventivní vyšetření pigmentových změn kůže a kardiovaskulárních a nádorových onemocnění. Další příspěvek je pak možno čerpat při zařazení do speciálního preventivního programu Zdraví 90.

Srovnání počtu pojištěnců na 1 zaměstnance v roce 2014

Zdravotní pojišťovna	Počet pojištěnců na 1 zaměstnance
VoZP ČR	1763
ČPZP	1892
OZP	1894
ZPŠ	1702
ZP MV ČR	1989
RBP	1980
VZP	1648

Zdroj: Hodnocení ZPP na rok 2014

Základní údaje zdravotních pojišťoven za rok 2013

Pojišťovna	Počet pojištěnců	Příjmy (tis. Kč)	Výdaje (tis. Kč)	Saldo (tis. Kč)
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111)	6 084 931	144 000 014	145 414 045	-1 414 031
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201)	667 970	13 353 578	13 133 407	220 171
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)	1 186 460	22 836 729	22 864 460	-27 731
Oborová zdravotní poj. zam. bank, poj. a stav. (207)	704 718	13 633 474	13 495 101	138 373
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)	137 673	2 946 995	2 937 478	9 517
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)	1 205 627	24 078 306	24 078 306	-163 634
Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna (213)	418 148	7 718 964	7 818 705	-99 741

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR¹⁹

¹⁹ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Základní ukazatele činnosti zdravotních pojišťoven v letech 2012 a 2013 [cit. 30. 10. 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/zustatky-na-fondech-zdravotnich-pojistoven_2952_1.html

7. SVAZ ZAMĚSTNANECKÝCH ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

Svaz zdravotních pojišťoven ČR (dále jen SZP ČR) vznikl dne 15. 5.1997 jako nástupnická organizace Sdružení zdravotních pojišťoven, které bylo ustaveno na dobrovolné bázi dne 26. 1.1993. Působí jako určitá protiváha k největší zdravotní pojišťovně VZP. V dnešní době sdružuje všech 6 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v České republice.

Organizačně je tvořen Radou svazu, která je jeho nejvyšším orgánem. Rada svazu schvaluje stanovy svazu, rozhoduje o zásadách hospodaření s majetkem SZP ČR, rozhoduje o členství, deleguje své zástupce pro jednání se státními a jinými orgány a organizacemi, rozhoduje o výši členských příspěvků a rozpočtu, schvaluje cíle a program, rozhoduje o rozdělení likvidačního zůstatku, zřizuje komise (včetně kontrolní) a sekce a jmenuje jejich předsedy, volí a odvolává prezidenta a viceprezidenta SZP ČR.

Prezident svazu zastupuje svaz navenek, svolává a řídí jednání Rady SZP ČR a v rozsahu stanoveném Radou SZP ČR vykonává její usnesení. Prezident a viceprezident jsou voleni na funkční období dvou let z řad členů Rady SZP ČR.

SZP ČR má hájit společné zájmy zdravotních pojišťoven a jejich klientů ve vztahu k státním organizacím, profesním svazům a poskytovatelům zdravotní péče s hlavním cílem zkvalitňování služeb pro svých 4,4 mil. klientů.

Hlavní činnost SZP ČR spočívá ve společném postupu jednotlivých pojišťoven při jednání se státními orgány, zájmovými sdruženími poskytovatelů zdravotních služeb a ostatními subjekty ve věcech systému veřejného zdravotního pojištění (účast na koncepci zdravotnictví a zdravotního pojištění, legislativě a dohodovacích řízeních). Je zřejmé, že SZP ČR zde má větší váhu než jednotlivé pojišťovny.

SZP ČR se zaměřuje na zvyšování kvalifikace svých zaměstnanců, informování veřejnosti, zastupuje své členy a zabezpečuje pro ně dohodnuté služby. Zabezpečuje také podklady pro správné řízení související se stanovováním cen,

úhrad a podmínek úhrad léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků.

SZP ČR vydává:

Informační číselník SZP ČR, jako informační pomůcku pro předepisující lékaře, která řadí léčivé přípravky a PZLÚ (potravin pro zvláštní léčebné účely) podle výše úhradového ekvivalentu. Umožňuje snadnější orientaci v lécích a v nich obsažených účinných látek a lékaři z něho mohou zjistit, které léčivé přípravky jsou z pohledu SZP nejméně ekonomicky náročné. **Pozitivní list SZP ČR** je pomůcka pro předepisující lékaře poskytující lékaři informaci, které léčivé přípravky (dále jen LP) jsou z pohledu zdravotních pojišťoven nákladově nejméně náročné, a to na základě porovnání výše úhradového ekvivalentu. Tyto LP jsou SZP ČR v maximální možné míře doporučovány k preskripci. Jeho používání lékaři v praxi se však z našeho pohledu zdá problematické, jako řešení bychom viděli jeho implementaci do lékařských programů.

Důležitější z našeho pohledu je **číselník HVLP (hromadně vyráběných léčivých přípravků) SZP ČR**. Podle něho od 1. července 2011 provádí zdravotní pojišťovny sdružené ve SZP ČR úhrady HVLP a potravin pro zvláštní lékařské účely. Je vydáván na základě databáze „Seznam léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění“ zveřejňované dle § 39n odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, na webových stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Tento číselník je vydáván v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, cenovým rozhodnutím MZ ČR, zákonem č. 235/2004 Sb., o DPH, v platném znění, zákonem č. 500/2004 Sb., správní řád a datovým rozhraním VZP ČR.

Rozdílnou úhradu zvolil SZP ČR i pro úhradu zdravotnických prostředků. K tomuto účelu vydává **Číselník zdravotnických prostředků SZP ČR** a k němu příslušnou Metodiku. Ta nahrazuje platnou Metodiku VZP ČR vydávanou k Úhradovému katalogu VZP – ZP ve skupinách, které jsou rozdílně upraveny. Ceny musí být v souladu s cenovým rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví ČR. Pro ZP, u kterých výrobci deklarují opakované použití je v Úhradovém katalogu uvedena alikvótní cena

a úhrada (tj. cena a úhrada za 1 použití) nestanoví-li Metodické opatření MZ ČR č. POJ/ 2773/5/95 jinak.

S účinností od 1. ledna 2012 mají zdravotní pojišťovny sdružené ve SZP ČR také vlastní **Číselník Nemocničních léčivých přípravků (NHVLP)**.

Pokud by vydávaly jednotlivé pojišťovny každá svůj vlastní číselník, jejich aplikace do praxe by byla pro mnoho poskytovatelů zdravotnických služeb těžko proveditelná. I existence dvou rozdílných druhů číselníků, tedy VZP a SZP ČR, působí pro mnoho z nich potíže. Vidíme v tom však správnou cestu k rozdílnému pojetí úhrad v omezených podmínkách zákonné úpravy.

8. ROZDÍLY JEDNOTLIVÝCH POJIŠŤOVEN

8.1. Programy rozšířené péče

Od začátku fungování pluralitního systému veřejného zdravotního pojištění v ČR byly programy rozšířené péče, dříve nazývané nadstandardy, hlavní hnací silou pro migraci pojištěnců v rámci jednotlivých zdravotních pojišťoven. V dnešní době jsou většinou označovány jako preventivní programy a nabízejí je všechny zdravotní pojišťovny. Také jejich obsah je obdobný. U zaměstnaneckých pojišťoven je můžeme rozdělit do dvou hlavních skupin:

- Preventivní programy pro pojištěnce
- Preventivní programy pro specifické skupiny pojištěnců

První program se týká všech pojištěnců dané pojišťovny, druhý je určen pro určité zaměstnanecké skupiny pojištěnců. Jako příklad můžeme jmenovat ZP MV ČR, která vytváří „Program prevence pro specifické skupiny pojištěnců ohrožených charakterem vykonávané práce“, nebo OZP, která má kreditní systém pro vybrané skupiny pojištěnců. Domníváme se, že programy z první skupiny se dotýkají základajících subjektů pojišťoven a těch skupin zaměstnanců, pro které byla pojišťovna původně vytvořena. Jako chybu vidíme to, že ve výročních zprávách jednotlivých pojišťoven tyto skupiny nejsou podrobněji specifikovány, což nepříspěvá k transparentnosti správy FP, z kterého jsou tyto programy financovány.

FP dle § 16 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb. a § 1 odst. 3 vyhlášky č.418/2003 Sb. umožňuje zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám za podmínky naplnění rezervního fondu a při vyrovnaném hospodaření použít finanční prostředky vytvářené využíváním základního fondu (úroky) a příjmy plynoucí z přírážek k pojistnému, pokut a penále jako zdroj FP. Nejvyšší příjem přitom FP má z vyměřeného penále, následují pokuty a úroky.

Položky z FP u jednotlivých pojišťoven mají podobnou strukturu. Jejich hlavní část tvoří příspěvky dárcům krve, léčebně ozdravné pobyty pro děti postižené

civilizačními chorobami, preventivní programy před onkologickým onemocněním a očkovací programy. Více jsme se jim věnovaly v kapitole 7.

Zatímco v dřívějších letech zůstávaly příspěvky stejné celý rok, nyní některé pojišťovny přistupují k jejich časové diferenciaci. Příspěvky jsou mnohými ZP navyšovány před datem určeným pro podání přihlášek k jiným zdravotním pojišťovnám, tedy před 30. červnem. Posledním trendem jsou nabídky preventivních příspěvků v souvislosti se získáním nového klienta.

Vzhledem k neustále se měnícím podmínkám a položkám, které mohou čerpat pojištěnci z FP je jejich srovnání těžko uchopitelné. Nesporným faktem však zůstává, že úhrady nad rámec zákonného zdravotního pojištění jsou výdobytkem tržního prostředí, které nutí jednotlivé pojišťovny reagovat na nabídku konkurence.

8.2. Ostatní rozdíly mezi pojišťovnami

Jedním z podstatných rozdílů je množství smluvních poskytovatelů zdravotních služeb. Výhodu mají pojišťovny s celostátní působností a z toho vyplývající velká síť smluvních zařízení. Počty smluvních PZS jsou uvedeny v kapitole věnující se jednotlivým ZP.

Snaha zlepšovat služby pojištěncům a konkurovat ostatním pojišťovnám vedla kromě nabídek z FP k rozvoji nabídky dalších služeb. Hlavními jsou slevy na různé produkty a služby, které pojišťovny smluvně zajišťují se subjekty komerční sféry a elektronické aplikace pro klienty.

Níže uvedená tabulka nám ukazuje, že slevový program využívají všechny zdravotní pojišťovny. Je to především dáno finanční nenáročností. Program funguje na principu slevových karet, kdy jako karta slouží průkazka pojištěnce, po jejímž předložení získá klient slevu nebo bonus. Poskytovatel získá propagaci zveřejněním na internetovém portálu pojišťovny, popřípadě v tištěném bulletinu.

Elektronické aplikace nabízejí různé služby a reagují na elektronizaci veřejné správy. Klient pomocí nich získává přidanou hodnotu ve formě nadstandardních služeb, díky nim již nemusí osobně navštěvovat svou pojišťovnu, ale určité informace může čerpat přímo ze svého domova. Jedním z takových příkladů je Karta života, která umožňuje přístup k výpisu z osobního účtu a přehledu zaplacených regulačních poplatků a doplatků za léky, které jsou „započítatelné do limitu.“²⁰ Přístup do ní mají kromě pojištěnců i praktičtí lékaři, kteří tak získávají přehled o vyúčtovaných zdravotních službách a lécích od ostatních PZS. Jedním z účelů je tedy kontrola vyúčtovaných zdravotních výkonů pojištěnci. Praktičtí lékaři pak dostávají přehled o již provedených vyšetření ostatními PZS. To vede k efektivnějšímu využívání prostředků z veřejného zdravotního pojištění.

Nejnovější trend představují aplikace pro mobilní telefony. Tyto disponují pokročilými funkcemi jako jsou tísňové SMS s určením GPS souřadnic, vyhledání nejbližšího smluvního zařízení, překlady do anglického jazyka apod. Jejich možnosti a využití jsou široké a ocení je především mladší pojištěnci.

Elektronické podávání formulářů a žádostí je již samozřejmostí. ZPŠ nabízí online objednání na pobočku v Mladé Boleslavi pro komfortnější odbavení klientů.

Pojišťovna	Slevový program	e-aplikace
VZP (111)	Slevy u partnerů VZP	ne
VoZP (201)	Benefity pro pojištěnce VoZP	ne
ČPZP (205)	Slevový program Nechcinudu.cz	Karta života
OZP (207)	Program slev a výhod	VITAKARTA ONLINE
ZPŠ (209)	Slevy pro pojištěnce ZPŠ	Karta mého srdce
ZP MV ČR (211)	Program slev a výhod	Karta života
RBP (213)	Slevový program	MojeRBP

Zdroj: internetové stránky jednotlivých ZP k 30. 1. 2015

²⁰ § 16b odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. 11. 2014].

ZÁVĚR

Na začátku jsme si stanovili hypotézy, na které se nyní budeme odpovídat na základě této práce.

H1: Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny navazují na tradici fungování systému nemocenského pojištění před rokem 1948.

Dle důvodové zprávy k zákonu č. 280/ 1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách měl budovaný systém veřejného zdravotního pojištění navázat na systém před rokem 1948, který se řídil zákonem č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. Ten však byl založen na zdravotním pojištění jako věcné dávky nemocenského pojištění. Při navazování na tuto tradici bylo však upuštěno od tohoto modelu a došlo k rozdělení na zdravotní a nemocenské pojištění, což chápeme jako hlavní rozdíl mezi oběma systémy. Přitom model věcné dávky nemocenského pojištění používá většina vyspělých demokracií. Vyvázaní úhrad zdravotní péče vidíme jako určitou chybu, protože nemocenské a zdravotní pojištění spolu úzce souvisí a jsou součástí systému sociálního zabezpečení.

Dalším důležitým rozdílem bylo pojištění u závodních nemocenských pojišťoven, pokud byly zřízeny a pojištěnci přitom nebyli pojištěni u některé spolkové nemocenské pojišťovny. Systém nastolený po roce 1992 sice umožňoval pojištění u zaměstnaneckých ZP, ale byla zde vždy svobodná vůle každého občana se rozhodnout, zda zůstane ve VZP (každý občan se zavedením systému zdravotního pojištění byl ze zákona pojištěn u této pojišťovny), nebo si zvolí jinou ZP. Dříve se jednotlivé pojišťovny se mohly lišit v úhradě určitých služeb; jednalo se o stomatologickou péči, ošetřování specialisty, léčení v soukromých a vlastních léčebných ústavech a lázních. Nyní jsou úhrady dané jednotně Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Přestože existují určité rozdíly mezi úhradami VZP a Svazem zdravotních pojišťoven, pro pojištěnce nemají prakticky žádný význam. Pojišťovny také nemohou zakládat vlastní zdravotnická zařízení. Tyto skutečnosti

jsou v rozporu s navázáním na původní systém zdravotního (nemocenského) pojištění.

Na základě těchto skutečností konstatujeme hypotézu H1 jako nepotvrzenou.

H2: Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny zabezpečují úkoly, pro které byly zřízeny.

Hlavním úkolem zaměstnaneckých ZP je provádění všeobecného zdravotního pojištění. Zákon č. 280/1992 Sb. rozlišuje zabezpečení tohoto pojištění podle druhu zdravotní pojišťovny. Dle § 2 se dělí na resortní, oborové, podnikové a další zaměstnanecké ZP. Mají poskytovat všeobecné zdravotní pojištění zejména pro okruh osob zařaditelných podle tohoto členění. Důležité je pro nás slovo „zejména“, protože rozlišení na jednotlivé druhy bylo překonáno a má spíše historickou vazbu na dobu vzniku pojišťoven v letech 1992 – 1993. V současnosti jsou všechny pojišťovny otevřené a kmen pojištěnců již tvoří převážně resortní, oborové a podnikové zaměstnanci.

Kontrola zabezpečení úkolu, pro který byly pojišťovny zřízeny, tedy provádění veřejného zdravotního pojištění, je v kompetenci správní a dozorní rady (orgány ZP), Ministerstva zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí a vlády (představitelé moci výkonné). Závěrečné slovo má pak poslanecká sněmovna (zástupce moci zákonodárné), která schvaluje návrhy zdravotně pojistných plánů, účetní závěrky a návrhy výročních zpráv.

Pokud by pojišťovny neplnily své úkoly, pocítily by toto na odlivu pojištěnců, kteří by využili možnosti přestupu k jiné ZP.

Zaměstnanecké pojišťovny provádí úhradu zdravotních služeb z FP pro určité specifické profese svých kmenových pojištěnců, pro které byly původně zřízeny. Zvláštní je postavení VoZP, která zprostředkovává úhradu zdravotních služeb hrazených Ministerstvem obrany. VoZP zajišťuje financování zdravotních služeb pro Armádu ČR a ozbrojené jednotky NATO v době jejich působení v ČR. Zdravotní a

preventivní služby pro vojáky v činné službě hradí ze dvou specifických fondů k tomu zřízených.

Hypotézu H2 shledáváme jako potvrzenou.

H3: Model zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami je ekonomicky výhodný a prospěšný jak pro poskytovatele zdravotní péče, tak pro občany.

Konkurenční prostředí ve veřejném zdravotním pojištění, ostatně tak jako i v ostatních oblastech lidské činnosti, přináší možnost výběru. Existuje svoboda rozhodovat se dle několika hlavních kritérií. U ZP je tvoří především velikost sítě smluvních zařízení, spokojenost PZS, nabídka programů čerpaných z FP, elektronické aplikace a slevové programy.

Tyto výhody, které se nám po více než dvaceti letech fungování pluralitního systému zdají samozřejmostí, vděčí za svůj vznik právě konkurenčnímu prostředí. Jednotlivé ZP musí neustále reagovat na jeho změny a vývoj. Z těchto důvodů je tento systém pro pojištěnce přínosný.

PZS nabízí tento systém uzavírání smluv s pojišťovnami dle svého výběru a zajištění včasných plateb. Pokud by byla jen jedna velká pojišťovna s monopolním postavením nelze předpokládat snížení nákladů celého systému z důvodu již tak nízkých limitů na provozní náklady, které jsou dány procentuální sazbou. Srovnání nákladů na pojištěnce nepotvrdilo úměru mezi velikostí pojišťovny a velikostí nákladů. Naopak náklady VZP přesahují náklady např. ZP MV ČR a VoZP. Dalším kritériem je srovnání počtu zaměstnanců na jednoho zaměstnance, které uvádíme v tabulce obsažené v této práci. I zde vychází největší pojišťovna VZP nejhůře ze všech. NHS ve Velké Británii se potýká s neustále se zvyšujícími náklady a nutností reforem, které jsou však politicky obtížně prosaditelné. Lze předpokládat, že jedna pojišťovna při neexistenci srovnání s jinými subjekty poskytující veřejné zdravotní pojištění by nebyla efektivnější, ale naopak by neustále požadovala navyšování financí.

Hypotézu H3 shledáváme potvrzenou.

Musíme ovšem poukázat i na slabé stránky systému pluralitního pojištění v ČR. Jsou to zákonem nastavené podmínky vzniku a fungování ZP, které v konečném důsledku vylučují vznik dalších zdravotních pojišťoven a omezují prostředky na čerpání z FP. Omezení vzniku nových subjektů tvoří limit pro dosažení 100 000 pojištěnců do jednoho roku od založení ZP a vysoká kauce. Financování programů z FP je omezeno na použití úroků ze základního fondu a příjmů plynoucích z přirážek k pojistnému, pokut a penále při splnění dalších podmínek.

Doufáme, že další oprávněnost fungování zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven bude založena výhradně na výsledcích jejich činnosti a nebude ovlivňována pouze politickou vůlí.

Seznam použité literatury

Knižní literatura:

TRÖSTER, Petr, kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. Podstatně přepracované a aktualizované vydání. Praha: C. H. Beck, 2013, 320 s. ISBN 978-80-7400-473-5.

VEPŘEK, Jaromír, VEPŘEK Pavel, JANDA Jaroslav. *ZPRÁVA O LÉČENÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ aneb zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*.

1. Vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002, 229 s. ISBN 80-247-0347-5.

VURM, Vladimír, kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního pojištění*. 1, vydání. Praha: Nakladatelství TRITON, 2007, 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

Odborné články:

LINHARTOVÁ, K., KOTHEROVÁ, Z. Optimální pluralitní systém veřejného zdravotního pojištění. *Revizní a posudkové lékařství*. Roč. 17, č. 2-3, s. 58-64. ISSN 1214-3170.

PLECHATÁ, I. Co by skutečně přineslo sloučení pojišťoven? *Zdravotnické noviny*. Roč. 63, č. 14, s. 4.

Elektronické zdroje:

APATYKÁŘ. Jedna zdravotní pojišťovna na Slovensku zatím nebude. Publikováno 13. 2. 2014 [cit. 9. 1. 2015]. Dostupné z: <http://lekarenstvi.apatykar.info/lekarenstvi-ve-svete/clanek-2704/>

BKK WIENER VERKEHRSBETRIEBE. U3 MED ERDBERG [cit. 18. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.u3med.at/u3-med-erdberg/home/>

ČPZP. Základní údaje [cit. 2. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/clanek/45-0-Zakladni-udaje-o-CPZP.html>.

IDNES.CZ. ČTK. Obama vyhrál. Nejvyšší soud schválil jeho zdravotní reformu. [cit. 20. 9. 2014]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/zdravotni-reforma-v-usa-0sv-/zahranicni.aspx?c=A120628_162551_zahranicni_aha

KRANKENKASSEN DEUTSCHLAND [cit. 11. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/krankenkassen-liste/>

..

MEZINÁRODNÍ ORGANIZACE PRÁCE. Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 130 o léčebně preventivní péči a dávkách v nemoci, 1969 [cit. 7. 11. 2014]. Dostupné z: http://www.cmkos.cz/data/articles/down_749.pdf

MINISTERSTVO FINANCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Zpráva o hospodaření dalších složek veřejných rozpočtů a o fondech organizačních složek státu [cit. 30. 10. 2014]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/verejny-sektor/monitoring/plneni-statniho-rozpocetu/2013/statni-zaverecny-ucet-za-rok-2013-17756>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Věcný záměr zákona o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami [cit. 21. 1. 2015]. Dostupné z: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/owner/Dokumenty/Downloads/Z%C3%A1kon o %C3%9A%C5%99adu pro dohled nad zdravotn%C3%ADmi poji%C5%A1ovnami%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/owner/Dokumenty/Downloads/Z%C3%A1kon%20o%20%C5%99adu%20pro%20dohled%20nad%20zdravotn%C3%ADmi%20poji%C5%A1ovnami%20(1).pdf)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Základní ukazatele činnosti zdravotních pojišťoven v letech 2012 a 2013 [cit. 30. 10. 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/zustatky-na-fondech-zdravotnich-pojistoven_2952_1.html

ÖSTERREICHISCHE BETRIEBSKRANKENKASSEN [cit. 18. 9. 2014]. Dostupné z: <http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.675530&action=2&viewmode=kontent>

OECD. Statextracts.Health expenditure and financing. [cit. 4. 9. 2014]. Dostupné z: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE12#

O ZDRAVOTNICTVÍ.CZ. Monopol může škodit i ve zdravotnictví. Publikováno 22. 4. 2014 [cit. 2. 11. 2014]. Dostupné z: <http://blog.ozdravotnictvi.cz/2014/04/monopol-muze-skodit-i-ve-zdravotnictvi.html>

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY. POSLANECKÁ SNĚMOVNA. Zpráva o schválených výročních zprávách zaměstnaneckých pojišťoven a výroční zpráva a účetní závěrka Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky. Tisk č. 51.1996 [cit. 4. 8. 2014]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/1996ps/tisky/t005100a.htm>

POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČESKÉ REPUBLIKY. Hodnocení zdravotně pojistných plánů jednotlivých činných zdravotních pojišťoven na rok 2014 [cit. 30. 10. 2014]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=263&CT1=0>

RBP.Historie pojišťovny [cit. 7. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/o-nas/historie-pojistovny/>

SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN ČR [cit. 29. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.szpcr.cz/index.php>

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Usnesení vlády České republiky ze dne 10. září 1997 č. 561k výročním zprávám a účetním závěrkám zdravotních pojišťoven za rok 1996 [cit. 5. 8. 2014]. Dostupné z: http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/E2F8C8A681CAC4F3C12571B6006AE499

VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY [cit. 29. 10. 2014]. Dostupné z: <http://www.vozp.cz/cs/o-pojistovne/>

ZDRAVOTNICKÉ NOVINY. České pojišťovny mají nejméně na provoz. Publikováno 14. 8. 2012 [cit. 4. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/z-domova/ceske-pojistovny-maji-nejmene-na-provoz>

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY.
Informace o ZP MV ČR [cit. 7. 11. 2014].

Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/pojistovna-211/informace-o-zp-mv-cr/>

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. Výroční zpráva 2013 [cit. 7. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/pojistovna-211/informace-o-zp-mv-cr/>

Zákony:

Zákon č. 111/1918 Sb., o zřízení samostatného státu československého. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 23. 7. 2014].

Zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří ve znění pozdějších předpisů jej měnících a doplňujících, platném k 5. květnu 1945. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 13. 2. 2014].

Zákon č. 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění [cit. 11. 11. 2014] In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR

Zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 11. 11. 2014].

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 11. 11. 2014].

Zákon č. 280/ 1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 7. 7. 2014].

.

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, v platném znění. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 14. 11. 2014].

Zákon č. 60/1995 Sb., , kterým se mění a doplňuje zákon České národní rady č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a zákon České národní rady č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů.

In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2. 9. 2014].

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 3. 11. 2014].

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 postupu propočtu tohoto limitu. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 20. 11. 2014].

Zákon č. 580/2004 Z.z., Zákon o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov [cit. 19. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.zbierka.sk/>

Zákon č. 581/2004 Z.z., Zákon o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov [cit. 19. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.zbierka.sk/>

Stand BGBl. I Nr. 76/2007, ASVG Allgemeines Sozialversicherungsgesetz [cit. 18. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.ibiblio.org/ais/asvg.htm>

Zákon č. 351/2009 Sb., změna zákona o resortních a dalších zdravotních pojišťovnách. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2. 9. 2014].

Zákon č. 362/2009 Sb., kterým se mění zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2009. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2. 9. 2014].

Judikatura:

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 17. 10. 2001, sp. zn. 3 Tz 219/200. Nejvyšší soud [online]. Nejvyšší soud, © 2010 [cit. 5. 3. 2015]. Dostupné z: http://www.nsoud.cz/Judikatura/judikatura_ns.nsf/WebSearch/6D68F8FFCD1B99F0C1257A4E006592BE?openDocument&Highlight=0,

Ostatní zdroje:

Důvodová zpráva k Zákonu č. 280/ 1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 7. 7. 2014].

EIM, Josef. *Diplomová práce. Vývoj zdravotního systému v ČR*. Právnická fakulta Masarykovy univerzity, katedra národního hospodářství. Brno. 2008.

TRUSCHINGER, Tomáš. *Rigorózní práce. Dosavadní a nová právní úprava nemocenského pojištění v České republice*. Právnická fakulta Masarykovy univerzity, katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení. Brno. 2006.