

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Vnímání zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor práce: Bc. Michaela Hyková

Vedoucí práce: JUDr. Božena Kučerová, Ph.D.

Datum odevzdání: 16.8.2010

Perceptions of health insurance in South Bohemia

In my thesis, I deal with the issue of perception of health insurance companies in the South Bohemian Region. That is, how South Bohemian citizens perceive health insurance companies and whether they are satisfied with the services that health insurance companies provide.

In the theoretical part, I present basic information about public health insurance system in the Czech Republic. I mention the history of health insurance evolution, its systems, and principles of its operation. I also deal with legislature which is the cornerstone of this system. Most of the laws were passed in the 1990's when the Czech Republic began to develop the current version of health insurance. Since its inception, these laws have been amended several times. Public health insurance system in our country is based on the Bismarck model, which is based on the existence of multiple health insurance companies and contractual relationships between health insurance companies and health care facilities.

Furthermore, the theoretical part refers about health insurance companies as such, whose activities are governed by Act No. 551/1991 Coll., on the General Health Insurance Company, and Act No. 280/1992 Coll., on departmental, professional, occupational and other health insurance companies.

The practical part describes the results of my research focused on the aforementioned issue of perception of health insurance companies in the South Bohemian Region. The results have been obtained through quantitative analysis. The method of questioning, the technique of questionnaires, was used. In this research, two of three assumed hypotheses have been confirmed. The research shows that health insurance clients in the South Bohemian Region are satisfied with local and time availability of their health insurance company subsidiaries. Furthermore, the research carried out shows that citizens respect the opinion of their general practitioners on the selection of their health insurance company. In contrast, what good (preventive) programs health insurance companies offer is not crucial for citizens when selecting a health insurance company.

The knowledge gained can form the basis for further research, but it can also serve to health insurance companies themselves to improve their services.

The issue of health care and health insurance companies is still a topic of current concern, both in the political field and for the general public.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Vnímání zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 16.8.2010

.....

podpis studenta

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala zejména JUDr. Boženě Kučerové, Ph.D. za vedení mé práce a čas, který mi věnovala. Taktéž bych chtěla poděkovat všem, kteří se podíleli na výzkumné části diplomové práce.

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav	10
<i>1.1 Historický vývoj zdravotního pojištění</i>	<i>10</i>
<i>1.2 Zdravotnické systémy</i>	<i>11</i>
1.2.1 Modely statutárního zdravotního pojištění	11
1.2.2 Typy privátního zdravotního pojištění	12
1.2.3 Problém zdravotních systémů	13
<i>1.3 Základní principy veřejného zdravotního pojištění</i>	<i>13</i>
1.3.1 Solidarita	14
1.3.2 Povinná účast na veřejném zdravotním pojištění	14
1.3.3 Svobodná volba zdravotní pojišťovny	14
1.3.4 Svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení	15
<i>1.4 Právní úprava veřejného zdravotního pojištění</i>	<i>15</i>
1.4.1 Obecně závazné předpisy	15
1.4.2 Mezinárodní smlouvy	16
<i>1.5 Věcný a osobní rozsah zdravotního pojištění</i>	<i>17</i>
1.5.1 Věcný rozsah	17
1.5.2 Osobní rozsah	19
<i>1.6 Plátcí pojistného na veřejné zdravotní pojištění</i>	<i>20</i>
1.6.1 Zaměstnavatel	20
1.6.2 Stát	20
<i>1.7 Vznik a zánik zdravotního pojištění</i>	<i>22</i>
<i>1.8 Pojistné na veřejné zdravotní pojištění</i>	<i>22</i>
1.8.1 Výše pojistného	23
1.8.2 Rozhodné období	23
1.8.3 Den platby	23
1.8.4 Způsob platby	24
1.8.5 Pořadí plateb	24
1.8.6 Vyměřovací základ	25
1.8.6.1 Minimální vyměřovací základ	25
1.8.6.2 Maximální vyměřovací základ	26
1.8.7 Výpočet pojistného na zdravotní pojištění	26
<i>1.9 Kdy se neplatí zdravotní pojištění</i>	<i>28</i>
<i>1.10 Zdravotní pojišťovny</i>	<i>29</i>
1.10.1 Proplácení a obstarávání zdravotní péče	31
1.10.2 Přehled zdravotních pojišťoven	32
<i>1.11 Regresní nároky</i>	<i>33</i>

1.12 Práva a povinnosti pojištěnců	33
1.12.1 Práva pojištěnců.....	33
1.12.2 Povinnosti pojištěnců.....	34
1.13 Průkaz pojištěnce	36
1.14 Smluvní vztahy mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami	37
1.15 Regulační poplatky.....	37
1.15.1 Regulační poplatky ve výši 30 Kč.....	37
1.15.2 Regulační poplatky ve výši 60 Kč.....	38
1.15.3 Regulační poplatky ve výši 90 Kč.....	38
1.15.4 Úhrada regulačních poplatků.....	38
1.16 Zdravotní pojištění a Evropská unie	39
1.16.1 Základní principy.....	39
2. Cíl práce a hypotézy	41
2.1 Cíl práce.....	41
2.2 Předpokládané hypotézy	41
3. Metodika	42
3.1 Použité metody a techniky sběru dat	42
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	43
4. Výsledky.....	44
4.1 Výsledky dotazníků	44
4.2 Výsledky dotazníků – porovnání zdravotních pojišťoven	70
5. Diskuze.....	80
6. Závěr	87
7. Seznam použitých zdrojů	89
8. Klíčová slova.....	97
9. Přílohy.....	98

Úvod

System veřejného zdravotního pojištění vznikl v České republice na počátku 90. let 20. století. Představuje základní pilíř fungování systému českého zdravotnictví. Zdravotní pojištění je založeno na modelu existence více zdravotních pojišťoven a na smluvním principu mezi zdravotními pojišťovny a zdravotnickými zařízeními.

V současné době u nás působí devět zdravotních pojišťoven, které mají celorepublikový nebo regionální charakter. Nejvíce klientů je zaregistrováno u Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR.

Občané České republiky nemohou rozhodovat o tom, zda chtějí být zdravotně pojištěni. Zdravotní pojištění je povinné ze zákona. Avšak mají právo na svobodnou volbu zdravotní pojišťovny.

Problematika zdravotnictví a zdravotních pojišťoven je aktuálním tématem nejen pro odbornou společnost, ale i pro širokou veřejnost. Výdaje na zdravotní péči se díky novým diagnostickým a terapeutickým metodám, demografickým změnám neustále zvyšují. Pro udržitelnost systému českého zdravotnictví bude potřeba v nejbližší době provést reformu zdravotnictví, zvýšit spoluúčasť pacientů a vést občany k zodpovědnosti za vlastní zdraví.

Tato práce měla přiblížit systém veřejného zdravotního pojištění. Jejím smyslem bylo zabývat se otázkou vnímání zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji. Cílem bylo zjistit, zda jsou klienti zdravotních pojišťoven spokojeni s jejich službami, a podle jakých kritérií si vybírají svoji zdravotní pojišťovnu.

Téma své diplomové práce jsem si vybrala na základě přednášek z předmětu Právo sociálního zabezpečení, kterých jsem se zúčastnila v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Tato problematika mě velice zaujala. Uvědomila jsem si, že mé informace o veřejném zdravotním pojištění jsou neucelené. Získané poznatky mě přivedly k myšlence zabývat se otázkou zdravotních pojišťoven. Přestože fungují na stejných principech, nalezneme mezi nimi rozdíly. A to především v nabídce služeb, výhodných (preventivních) programech, profesionalitě personálu apod. Právě preventivní programy by mohly v dalších letech příznivě ovlivňovat naše zdraví.

S ohledem na vývoj ekonomiky, nejen v České republice, bude zdraví lidí rozhodujícím činitelem v jejich životě a předpokládám, že bude nezbytné, aby se lidé aktivně o své zdraví zajímali a k prevenci zdraví přijali větší odpovědnost.

1. Současný stav

Veřejné zdravotní pojištění je druh zákonného pojištění, jehož prostřednictvím je pojištěncům plně nebo částečně hrazena zdravotní péče (3). V článku 31 Listiny základních práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky, je uvedeno, že každý má právo na ochranu zdraví. Dále se zde píše, že na základě veřejného zdravotního pojištění mají občané právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon (57).

V socialistickém Československu bylo uplatňováno centrálně řízené státní zdravotnictví. Od roku 1990 byla neudržitelnost tohoto modelu v rámci nových společenských a hospodářských změn zřejmá (14). Systém veřejného zdravotního pojištění vznikl v České republice na počátku 90. let 20. století (15). Veřejné zdravotní pojištění spolu s dalšími veřejnými prostředky pokrývá zhruba 90 % veškerých výdajů na zdravotní péči (20). Legislativní základ zdravotního pojištění je obsažen především v těchto čtyřech zákonech – zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zákon č. 550/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (4). Všechny výše uvedené zákony byly od doby svého vzniku několikrát novelizovány (20).

1.1 Historický vývoj zdravotního pojištění

Prvopočátky sociálního zdravotního pojištění lze najít již v cechovních zajišťovacích spolcích ve středověku (20).

Vznik systémů zdravotní péče je datován do období 19. století, které je spojeno s rychlým rozvojem průmyslové výroby a se sociálními změnami. Z počátku byla snaha o finanční zabezpečení rodin nemocných živitelů. V poslední třetině 19. století dochází ke vzniku nemocenského pojištění (24).

Postupně s rozvojem medicíny se objevují snahy o zavedení zdravotního pojištění. Léčba se začíná prodražovat a pro většinu lidí se stává problémem platit za vyšetření a ošetření hotově. Platba v naturáliích již také nebyla možná (22).

V roce 1849 bylo v Prusku zavedeno první povinné zdravotní pojištění. Toto pojištění bylo určené pro horníky a povinnost platit ho měli zaměstnanci i zaměstnavatelé. V roce 1883 byl německým parlamentem schválen zákon o povinném zdravotním pojištění pro zaměstnané dělníky. Na konečnou podobu tohoto zákona měl velký vliv kancléř Otto von Bismarck. Na pojištění se podílel ze dvou třetin zaměstnavatel a z jedné třetiny zaměstnanec. Pojištěnec měl poté nárok na bezplatné ošetření u lékaře, na léky a od třetího dne nemoci i na nemocenské dávky (20). Podobné pojištění bylo přijato i v našich zemích, tj. v té době v Rakousku-Uhersku, a následně byl přijat i zákon o úrazovém pojištění (22). Na přelomu 19. a 20. století se podobná legislativa rozšířila i do dalších evropských zemí (20).

1.2 Zdravotnické systémy

Rozlišujeme dva základní typy zdravotního pojištění: statutární a privátní. Statutární zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany dané země nebo je povinné jen pro určité skupiny obyvatel (například v USA je používán program Medicare pro osoby starší 65 let). Naopak privátní zdravotní pojištění je založené na dobrovolnosti. Občan se stává jeho účastníkem z vlastního rozhodnutí (20).

1.2.1 Modely statutárního zdravotního pojištění

Modely statutárního zdravotního pojištění jsou odlišné v jednotlivých zemích. I přesto existují dva jeho základní modely – Beveridgeův a Bismarckův (20).

Beveridgeův model je financovaný převážně z veřejných prostředků, které jsou získávány z daní z příjmů obyvatel, a z menší části z doplňkové platby národního pojištění (22). Typickým představitelem tohoto modelu je národní zdravotní služba (20). Národní zdravotní služba se začala od roku 1948 uplatňovat ve Velké Británii, dále ji nalezneme také v Irsku nebo ve skandinávských zemích (14, 22). Britský model

je centralizovaný a laciný. Poskytuje jen základní standard zdravotnictví a tím vzniká silná poptávka po nadstandardních službách. Na rozdíl od toho skandinávský model je decentralizovaný a drahý, poskytuje však vysoký standard a zájem po nadstandardních službách je nízký (14).

Za krajní formu Beveridgeova modelu můžeme považovat Semaškův model. Tento model byl uplatňován ve státech tzv. socialistické soustavy. Bylo pro něj charakteristické úplné postátnění správy, financování i poskytování zdravotní péče (20). Neboli zdravotnictví bylo centrálně řízené a plánované, veškerá zdravotnická zařízení byla majetkem státu (22).

Bismarckův model je financovaný z povinných odvodů pojistného z příjmů pojištěnců. Výše pojistného se stanoví na základě velikosti příjmu pojištěnce (20). Dalším principem tohoto modelu je existence více zdravotních pojišťoven (22). Poskytovatelé zdravotní péče jsou se zdravotními pojišťovnami vázáni smlouvou nebo mají ze zákona právo účtovat zdravotním pojišťovnám zdravotní péči, kterou poskytlí jejich pojištěncům (20). Tento model je uplatňován například v České republice, Německu, Rakousku, Francii nebo na Slovensku (14).

1.2.2 Typy privátního zdravotního pojištění

Pro privátní zdravotní pojištění je charakteristická jeho dobrovolnost. Představiteli tohoto modelu jsou Spojené státy americké a Švýcarsko. V ostatních vyspělých zemích plní privátní zdravotní pojištění formu jakéhosi doplňku ke statutárním systémům zdravotního pojištění. Často proto bývá privátní zdravotní pojištění označováno jako zdravotní připojištění (20).

V rámci uvedených modelů je třeba konstatovat, že „čistý typ“ systému zdravotní péče neexistuje, ale vždy je určitý model, který převládá (24).

Do současné doby nebyl ani nalezen ideální model financování a zásahy státu jsou tedy nutné. Žádný z uvedených modelů není absolutně spravedlivý, každý má své přednosti, ale i nedostatky. Volba modelu zdravotní péče je v každém státě ovlivněna

historickými tradicemi. Celospolečenská důležitost, která je ve vyspělých zemích přikládána zdravotnímu pojištění, je odrazem jejich politické reality (22, 24).

1.2.3 Problém zdravotních systémů

Největším, ba i dokonce celosvětovým, problémem je růst výdajů na zdravotnictví. Příčinami jsou drahé diagnostické a terapeutické metody, demografické změny (stárnutí obyvatelstva), rozšiřování zdravotní péče, vysoké počty nemocničních lůžek apod. Možná východiska nalezneme ve vícezdrojovém financování (pojištění, spoluúčast, státní rozpočty), v regulaci nabídky a poptávky zdravotnických služeb, v restrukturalizaci ústavní péče, ve zvýšení kvality zdravotní péče atd. (24).

K zastavení růstu výdajů na zdravotní péči budou nutné rozsáhlé reformy ve zdravotnictví.

1.3 Základní principy veřejného zdravotního pojištění

Veřejné zdravotní pojištění je důležitou součástí systému českého zdravotnictví a zároveň je podmínkou pro jeho fungování. Veřejné zdravotní pojištění má všeobecnou platnost a jeho jednotná právní úprava zajišťuje oprávněným osobám zdravotní péči hrazenou z prostředků tohoto obligatorního (povinného) zákonného pojištění. Tedy zdravotní péče poskytnutá pojištěnci, která má za cíl zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav, je hrazena ze zdravotního pojištění (§ 13 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.) (21).

Základní principy jsou:

- solidarita;
- povinná účast na veřejném zdravotním pojištění;
- svobodná volba zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění;
- svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení (16, 43).

1.3.1 Solidarita

System zdravotního pojištění v České republice je založen na principu sociální solidarity pojištěnců (21). Princip solidarity chápeme v trojím smyslu. Jedná se o solidaritu zdravých s nemocnými, mladších se staršími a bohatých s chudými (44).

Solidarita zdravých a nemocných je založena na tom, že do systému přispívají svými platbami pojištěného všichni občané, tedy nejen ti, kteří jsou nemocní nebo v budoucnu onemocní (44).

Solidarita mladších se staršími tzv. solidarita v čase znamená, že mladší občané obvykle čerpají zdravotní péči v menším rozsahu než občané starší (44).

Poslední formou solidarity je solidarita bohatých s chudými tzv. solidarita v objemu, kdy občané s vyššími příjmy přispívají na zdravotní péči vyšším pojistným oproti občanům s nižšími příjmy (16, 21).

U financování zdravotní péče platí vedle principu solidarity i další zásada, a to princip rovného přístupu občanů ke zdravotní péči (16).

1.3.2 Povinná účast na veřejném zdravotním pojištění

Každý občan České republiky musí být zdravotně pojištěn. Tato povinnost vyplývá přímo zákona (§ 2 zákona č. 48/1997 Sb.) (15). Mluvíme o tzv. principu obligatornosti pojišťovacího systému (21).

1.3.3 Svobodná volba zdravotní pojišťovny

Každý občan má právo na svobodnou volbu zdravotní pojišťovny. Tuto zásadu označujeme jako princip plurality pojišťovacích institucí (16, 21).

Pojištěnec má dále právo změnit svoji zdravotní pojišťovnu a to jednou za dvanáct kalendářních měsíců, ovšem vždy k prvnímu dni kalendářního čtvrtletí (41).

Ve třech následujících případech však nelze uplatnit svobodnou volbu zdravotní pojišťovny.

Při narození dítěte se právo na volbu zdravotní pojišťovny nepoužije. Dnem narození se dítě stává pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den porodu (zásada mater semper in iure certa est). Změnu zdravotní pojišťovny

může zákonný zástupce provést teprve od přidělení rodného čísla dítěti a to ve standardních termínech (17, 26).

Zvláštní ustavení platí u vojáků v činné službě a u žáků vojenských škol, kteří jsou ze zákona pojištěni u Vojenské zdravotní pojišťovny (15).

Posledním případem je slučování nebo splynutí zdravotních pojišťoven. Pojištěnci zrušené zdravotní pojišťovny přecházejí do nově vzniklé pojišťovny (26).

1.3.4 Svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení

V § 11 odst. 1 písm. b zákona č. 48/1997 Sb. je uvedeno, že pojištěnec má právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení. Lékař i zdravotnické zařízení musí být ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. Pojištěnec může tohoto práva využít pouze jednou za tři měsíce (58).

Lékař může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče v případě, že přijetí dalšího pacienta by způsobilo překročení únosné pracovní zátěže lékaře a to natolik, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči novému pojištěnci, ale i ostatním pojištěncům v jeho péči. Dalším důvodem pro nepřijetí pojištěnce je též přílišná vzdálenost místa trvalého nebo přechodného pobytu pojištěnce, kdy lékař by nemohl plnit řádně výkon návštěvní služby (41).

Jestliže lékař odmítne přijmout pojištěnce do své péče, musí mu odmítnutí písemně potvrdit. (41).

1.4 Právní úprava veřejného zdravotního pojištění

Systém veřejného zdravotního pojištění v České republice upravují obecně závazné právní předpisy (zákony, vyhlášky, nařízení vlády...) a mezinárodní smlouvy (10).

1.4.1 Obecně závazné předpisy

- ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod;

- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů;
- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů;
- zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů;
- zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů;
- zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů;
- zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů;
- vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami;
- vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (aktuálně vydávané na každý rok);
- vyhláška o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely;
- vyhláška č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu;
- vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy (43, 45, 55).

1.4.2 Mezinárodní smlouvy

Mezinárodní smlouvy jsou projevem vůle dvou či více států, jejichž prostřednictvím zakládají, mění nebo ruší své vzájemné závazky. Mohou být dvoustranné tzv. bilaterální nebo vícestranné tzv. multilaterální. Zvláštním typem mnohostranných smluv jsou smlouvy plurilaterální, které jsou uzavírány mezi omezeným počtem států, a není u nich předpoklad možnosti přístupu dalších států. Názvy mezinárodních smluv mohou být různé například smlouva, dohoda, úmluva, protokol. Dal-li parlament k jejich ratifikaci souhlas, stávají se součástí právního řádu a

Česká republika je jimi vázána. Mezinárodní smlouvy mají přednost před vnitrostátním právem (39).

Příkladem mnohostranné úmluvy je Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, který se řadí mezi nejdůležitější mezinárodní smlouvy. Dále mezi mnohostranné mezinárodní smlouvy můžeme zařadit dokumenty Mezinárodní organizace práce a Evropskou sociální chartu Rady Evropy (10).

Dvoustranné smlouvy jsou uzavírány Českou republikou s cílem dohodnout lékařskou spolupráci. Mluvíme o principu reciprocity, na jehož základě je občanům České republiky v cizině zajištěna stejná zdravotní péče, na jakou mají nárok občané cizího státu (10). Tyto smlouvy se zpravidla uzavírají mezi sousedícími státy nebo státy, které mají srovnatelnou životní úroveň (14).

S Černou Horou, Chorvatskem, Makedonií, Srbskem a Tureckem uzavřela Česká republika mezistátní Smlouvu o sociálním zabezpečení. Ve vyjmenovaných státech mají čeští občané nárok na nutnou a neodkladnou zdravotní péči ze svého českého pojištění (1).

1.5 Věcný a osobní rozsah zdravotního pojištění

1.5.1 Věcný rozsah

Věcným rozsahem zdravotního pojištění rozumíme okruh zdravotní péče, která je hrazena ze zdravotního pojištění na území České republiky (19). Platí zásada, že ze zdravotního pojištění se hradí taková zdravotní péče, která má za cíl zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce. Jedná se o:

- ambulantní a ústavní péči (léčebná, diagnostická, rehabilitační péče), včetně péče o chronicky nemocné a dárce tkání nebo orgánů;
- pohotovostní a záchrannou službu;
- preventivní péči;
- dispenzární péči;
- odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi;

- poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků;
- lázeňskou péči;
- péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách;
- závodní preventivní péči;
- dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů;
- dopravu žijícího dárce do místa odběru, z tohoto místa do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa; dále náhradu cestovních nákladů;
- dopravu zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa;
- dopravu odebraných tkání a orgánů;
- posudkovou činnost;
- prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu, včetně dopravy (42).

V rámci preventivní péče hradí zdravotní pojišťovny preventivní prohlídky u registrujících lékařů. Preventivní prohlídky se provádí v prvním roce života devětkrát do roka, v osmnácti měsících věku, ve třech letech a dále vždy jedenkrát za dva roky. U stomatologa se provádí preventivní prohlídky u dětí a dorostu do 18 let dvakrát ročně, u těhotných žen dvakrát v průběhu těhotenství a u dospělých jedenkrát ročně. V oboru gynekologie se dochází na preventivní prohlídky po ukončení povinné školní docházky a dále počínaje 15. rokem věku jedenkrát ročně (17).

Dále rozlišujeme zdravotní péči nehrazenou nebo hrazenou částečně dle § 15 zákona č. 48/1997 Sb. Seznam zdravotních výkonů, které nejsou hrazené nebo hrazené jen za určitých podmínek, nalezneme v příloze č. 1 tohoto zákona (18).

Ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření a prohlídky, které jsou provedené v osobním zájmu a na žádost fyzické osoby nebo v zájmu a na žádost právnických osob. Dále vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, Policie ČR a orgánů státní správy nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Tyto výkony hradí orgán, který si je vyžádal (15).

U zdravotní péče, která je hrazena částečně, hovoříme o spoluúčasti pacienta (16). Spoluúčastí se rozumí přímé platby z osobních zdrojů, které pacient musí zaplatit za poskytnuté zdravotnické služby. Spoluúčast bývá používána jako nástroj pro doplnění chybějících zdrojů, jako nástroj pro ovlivnění pacientů, a to s cílem snížit či úplně eliminovat nadužívání zdravotní péče nebo je přimět k většímu důrazu na předcházení onemocnění (20). Nejvyšší míra spoluúčasti je u léčiv a stomatologických výrobků. V příloze č. 4 výše citovaného zákona je uveden seznam stomatologických výrobků a výše úhrad těchto výrobků pojišťovnou. Skupiny léčiv jsou určeny přílohou č. 2 a vyhláškou, která stanoví výši úhrady z veřejného zdravotního pojištění (15). V každé skupině léčiv musí být nejméně jedno, které je zcela hrazeno zdravotní pojišťovnou. U ostatních léčiv musí lékař pacienta poučit o povinnosti doplatku při převzetí léku v lékárně (12).

1.5.2 Osobní rozsah

Osobní rozsah zdravotního pojištění bývá v zákonodárství jednotlivých zemí upraven odlišně. V České republice je veřejné zdravotní pojištění upraveno tak, že každý pojištěnec je současně plátcem pojistného, pokud tuto povinnost nemá stát (21).

Osobní rozsah zdravotního pojištění tedy představuje okruh osob, které jsou pojištěni ve smyslu zákona (§ 2 zákona č. 48/1997 Sb.) (19). Jedná se o osoby s trvalým pobytem na území České republiky a o osoby, které nemají trvalý pobyt na území České republiky, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky (11).

Osoby, které nemají na území České republiky trvalý pobyt a jsou činny pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit nebo kteří nemají na území České republiky sídlo, jsou vyňaty ze zdravotního pojištění (3).

Dále se jedná osoby, které se dlouhodobě a nepřetržitě zdržují v cizině, a to nejméně 6 měsíců, jsou v cizině zdravotně pojištěny, učinily písemné prohlášení o dlouhodobém pobytu v cizině a neplatí pojistné (3). Po návratu jsou povinny doložit potřebné doklady o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a jeho délce. Neučiní-li

tak, musí zpětně doplatit celé pojistné. Mimoto je zdravotní pojišťovna povinna jim vyměřit za opožděnou platbu pojistného penále (15).

1.6 Plátcí pojistného na veřejné zdravotní pojištění

Zákon o veřejném zdravotním pojištění (§ 4 zákona č. 48/1997 Sb.) stanovuje tři skupiny plátců pojistného

- zaměstnavatel ;
- stát;
- pojištěnec (11).

Pojištěnec je plátcem pojistného pokud:

- je zaměstnancem;
- je osobou samostatně výdělečně činnou;
- je osobou bez zdanitelných příjmů (3).

1.6.1 Zaměstnavatel

Zaměstnavatelem je právnická nebo fyzická osoba, která zaměstnává alespoň jednoho zaměstnance a má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky (19).

Sídlem zaměstnavatele se rozumí:

- u právnické osoby sídlo právnické osoby nebo sídlo organizační složky, která je zapsána v obchodním rejstříku nebo v jiném rejstříku nebo v evidenci příslušných orgánů ČR;
- u fyzické osoby místo trvalého pobytu nebo místo podnikání, jedná-li se o zahraniční fyzickou osobu, která nemá v České republice trvalý pobyt;
- u zaměstnavatele ze zemí EU jeho zahraniční sídlo (3, 19).

1.6.2 Stát

Stát je plátcem pojistného za pojištěnce, kteří jsou taxativně stanoveni zákonem o veřejném zdravotním pojištění (§ 7 zákona č. 48/1997 Sb.) a to prostřednictvím státního rozpočtu (17). Jedná se o tyto pojištěnce:

- nezaopatřené děti – nezaopatřenost dítěte se posuzuje dle zákona o státní sociální podpoře (zákon č. 117/1995 Sb.), za nezaopatřené dítě se považuje dítě do ukončení povinné školní docházky, a poté do 26. roku věku, jestliže se soustavně připravuje na budoucí povolání nebo se nemůže připravovat na budoucí povolání nebo vykonávat výdělečnou činnost pro nemoc nebo z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je neschopno vykonávat soustavnou výdělečnou činnost;
- poživatele důchodu z důchodového pojištění, kterým byl přiznán důchod před 1. lednem 1993 podle předpisů České a Slovenské Federativní Republiky a po 31. prosinci 1992 podle předpisů České republiky, a to i v těch měsících, kdy jim výplata důchodu nenáleží;
- příjemce rodičovského příspěvku - rodič, který po celý kalendářní měsíc osobně, celodenně a řádně pečuje o dítě, které je nejmladší v rodině, a pobírá rodičovský příspěvek;
- ženy na mateřské dovolené a rodičovské dovolené a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství;
- uchazeče o zaměstnání - po dobu, po kterou je v evidenci úřadu práce;
- osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované, společně posuzované osoby jsou stanoveny v zákoně o pomoci v hmotné nouzi (zákon č. 111/2006 Sb.);
- osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni středně těžké, těžké a úplné závislosti, dále osoby pečující o tyto osoby a osoby pečující o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni lehké závislosti;
- osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody;
- osoby celodenně, osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti;
- osoby vykonávající základní nebo náhradní službu v ozbrojených silách a osoby povolané k vojenskému cvičení;

- osoby mladistvé, které jsou umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy;
- osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu v rozsahu překračujícím v průměru 20 hodin v kalendářním týdnu;
- osoby, kterým byla přiznána invalidita třetího stupně nebo které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, ale nesplňují další podmínky pro přiznání invalidního nebo starobního důchodu, nemají příjmy ze zaměstnání, samostatné činnosti, nepožívají důchod z ciziny nebo tento důchod nepřesahuje měsíční částku ve výši minimální mzdy;
- cizince, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu za účelem poskytnutí dočasné ochrany, a za podmínky, že nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti (26, 58).

1.7 Vznik a zánik zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění vzniká dnem narození nebo získáním trvalého pobytu na území České republiky. Dále dnem, kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stane zaměstnancem (58).

Zánik zdravotního pojištění se váže ke dnu úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého. Dále k ukončení trvalého pobytu na území České republiky. Naposledy ke dnu, kdy osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestane být zaměstnancem (58).

1.8 Pojistné na veřejné zdravotní pojištění

Pojistné na veřejné zdravotní pojištění se odvádí na účet Všeobecné zdravotní pojišťovny nebo jiné zdravotní pojišťovny, u které je pojištěnec pojištěn (2). Plátcem pojistného je vždy pojištěnec, v případě, že tuto povinnost nemá stát. Zákonem jsou taxativně vymezeni pojištěnci, kteří jsou od placení pojistného zproštěni a pojistné za ně hradí stát prostřednictvím státního rozpočtu. Jedná se především o nezaopatřené děti,

poživatele důchodu, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, uchazeče o zaměstnání apod. (21).

1.8.1 Výše pojistného

Sazba pojistného je dána procentní sazbou z vyměřovacího základu (2). Výše pojistného je tedy 13,5 % z vyměřovacího základu. V minulosti se objevovaly i úvahy o změně sazby, avšak po celou dobu veřejného zdravotního pojištění se tato sazba nezměnila (3).

Pojistné je zaokrouhlováno na celé koruny směrem nahoru. Způsob výpočtu pojistného je rozdílný od pojistného na sociální zabezpečení nebo daní. U zdravotního pojištění nejsou zaokrouhlovány dílčí výpočty, ale následně až pojistné za každého pojištěnce. Nedochází tak k zaokrouhlování vyměřovacího základu, a to ani u zaměstnavatele (3).

1.8.2 Rozhodné období

Rozhodné období, z kterého se zjišťuje vyměřovací základ, je kalendářní měsíc, za který je pojistné placeno. U osob samostatně výdělečně činných je rozhodným obdobím kalendářní rok, za který se platí pojistné (60). U měsíčního rozhodného období je nejkratší poměrnou částí kalendářní den a u ročního rozhodného období se jedná o kalendářní měsíc (3).

Vzhledem k tomu, že rozhodné období je stanoveno na kalendářní měsíc (s výjimkou OSVČ), není nutné provádět platbu záloh a roční zúčtování u zaměstnanců, osob bez zdanitelných příjmů ani u plateb státu (3).

1.8.3 Den platby

Za den platby se dle zákona č. 592/1992 Sb. považuje:

- a) u bezhotovostní platby den, kdy došlo k připsání na účet poskytovatele platebních služeb zdravotní pojišťovny;
- b) u plateb v hotovosti přímo u zaměstnance příslušné zdravotní pojišťovny den, kdy oprávněný zaměstnanec tuto platbu přijal (60).

1.8.4 Způsob platby

Pojistné, zálohy, penále, pokuty, nedoplatky a přírážky k pojistnému se platí v českých korunách. Pokud je platba hrazena ze zahraničí, musí být připsána na účet dané zdravotní pojišťovny v české měně a ve správně výši po přepočtu kurzu (3).

Přípustné jsou tři způsoby platby:

- a) bezhotovostním převodem z účtu vedeného v České republice u banky nebo spořitelního a úvěrního družstva nebo z účtu vedeného v zahraničí na účet dané zdravotní pojišťovny;
- b) v hotovosti prostřednictvím bank, spořitelního a úvěrního družstva nebo držitele poštovní licence v České republice na účet dané zdravotní pojišťovny;
- c) v hotovosti zaměstnanci dané zdravotní pojišťovny, který je pověřený k přijímání pojistného (3).

1.8.5 Pořadí plateb

Plátce pojistného může mít kromě pojistného i jiné závazky vůči zdravotní pojišťovně, které jsou sankčního charakteru. Pokud má plátce více druhů závazků, má povinnost dodržet zákonem stanovené pořadí splácení těchto závazků (3).

Pořadí plateb:

- a) pokuty;
- b) přírážky k pojistnému;
- c) nejstarší nedoplatky pojistného;
- d) běžné platby pojistného;
- e) penále (4).

Jednotlivé závazky je plátce pojistného povinen odvádět samostatně na příslušné účty zdravotní pojišťovny (4). Pokud plátce pojistného nedodrží pořadí plateb, má příslušná zdravotní pojišťovna oprávnění použít jeho platbu ve stanoveném pořadí. Zdravotní pojišťovna je povinna tuto skutečnost plátcovi pojistného oznámit (60).

1.8.6 Vyměřovací základ

Vyměřovací základ zaměstnance je definován dle § 3 zákona č. 592/1992 jako úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmů a nejsou od této daně osvobozeny a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním. Zúčtovaným příjmem se pro tyto účely rozumí plnění, které bylo v peněžní nebo nepeněžní formě nebo formou výhody poskytnuto zaměstnavatelem zaměstnanci nebo předáno v jeho prospěch, popřípadě připsáno k jeho dobru anebo spočívá v jiné formě plnění prováděné zaměstnavatelem za zaměstnance (60).

1.8.6.1 Minimální vyměřovací základ

Každý zaměstnanec má povinnost odvést pojistné v zákonem stanovené minimální výši. Minimálním vyměřovacím základem je u zaměstnance minimální mzda, která je platná k prvnímu dni kalendářního měsíce, ve kterém je pojistné hrazeno (3).

Všichni zaměstnanci nemají povinnost dodržet minimální vyměřovací základ. Jedná se o osoby:

- s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, kterým se poskytují mimořádné výhody II. nebo III. stupně podle předpisů o sociálním zabezpečení;
- které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňují další podmínky pro jeho přiznání;
- které současně vedle zaměstnání vykonávají samostatnou výdělečnou činnost a odvádí zálohy na pojistné vypočtené alespoň z minimálního vyměřovacího základu stanoveného pro osoby samostatně výdělečně činné;
- za které je plátcem pojistného stát;
- které celodenně osobně a řádně pečují alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku. Podmínka celodenní péče se považuje za splněnou, je-li dítě předškolního věku umístěno v jeslích (mateřské škole), popřípadě v obdobném zařízení na dobu, která nepřevyšuje čtyři hodiny denně, a jde-li o dítě plnící povinnou školní docházku, po dobu návštěvy školy,

s výjimkou umístění v zařízení s týdenním či celoročním pobytem. Za takovou osobu se považuje vždy pouze jedna osoba, a to buď otec nebo matka dítěte, nebo osoba, která převzala dítě do trvalé péče nahrazující péči rodičů; a v případě, že tyto skutečnosti trvají po celé rozhodné období. Vyměřovací základ je u těchto zaměstnanců jejich skutečný příjem (60).

1.8.6.2 Maximální vyměřovací základ

Maximální vyměřovací základ je 48násobek průměrné mzdy. Průměrnou mzdou se rozumí částka, která se vypočte jako součin všeobecného vyměřovacího základu pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o dva roky předchází kalendářnímu roku, pro který se průměrná mzda zjišťuje, a přepočítacího koeficientu pro úpravu tohoto všeobecného vyměřovacího základu. Vypočtenou částku zaokrouhlujeme na celé koruny směrem nahoru. Výše maximálního vyměřovacího základu byla pro rok 2010 stanovena částkou 1 707 048 Kč (26).

Zaměstnavatel, u kterého zaměstnanec dosáhne maximálního vyměřovacího základu (bez ohledu na počet zaměstnání evidovaných u tohoto zaměstnavatele), přestává odvádět pojistné za daného zaměstnance a vyměřovací základ je u tohoto zaměstnance od chvíle dosažení maxima do konce kalendářního roku nulový (26).

Přesáhne-li úhrn vyměřovacích základů zúčtovaných u více zaměstnavatelů částku maximálního vyměřovacího základu, je část pojistného zaplaceného zaměstnancem vypočtená z úhrnu vyměřovacích základů přesahujících maximální vyměřovací základ považována za přeplatek zaměstnance na pojistném. Přeplatek je zaměstnanci vrácen jen na základě písemné žádosti, na které je zaměstnavatel povinen do 8 dnů ode dne obdržení žádosti potvrdit zaměstnanci úhrn vyměřovacích základů za kalendářní rok, z nichž bylo za zaměstnance odvedeno pojistné (26).

1.8.7 Výpočet pojistného na zdravotní pojištění

a) Zaměstnanci

Za zaměstnance má povinnost provádět platbu pojistného zaměstnavatel. Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu. Zaměstnavatel odvádí dvě třetiny

(9 %) pojistného, které je povinen hradit za své zaměstnance, a jednu třetinu (4,5 %) platí zaměstnanec. Částku pojistného za zaměstnance srazí zaměstnavatel ze zaměstnancovy mzdy, a to i v případě, že by s tímto zaměstnanec nesouhlasil. Rozhodným obdobím je zde kalendářní měsíc (15). Pojistné je splatné od 1. do 20. dne následujícího kalendářního měsíce (60).

Nedošlo-li k zaplacení pojistného ve stanovené lhůtě nebo bylo zaplaceno v nižší částce, než ve které mělo být zaplaceno, je plátce pojistného povinen zaplatit penále a to ve výši 0,05 % z dlužné částky za každý den prodlení (16).

b) Osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)

Za osobu samostatně výdělečně činnou se považuje osoba, která dosáhla věku alespoň 15 let a ukončila povinnou školní docházku a která:

- a) vykonává samostatně výdělečnou činnost, nebo
- b) spolupracuje při výkonu samostatné výdělečné činnosti (25).

Samostatnou výdělečnou činností se rozumí:

- podnikání v zemědělství;
- provozování živnosti;
- činnost společníka veřejné obchodní společnosti nebo komplementáře komanditní společnosti;
- výkon umělecké nebo jiné tvůrčí činnosti na základě autorskoprávních vztahů;
- výkon jiné činnosti konané výdělečně na základě oprávnění podle zvláštních předpisů (např. advokáti, notáři, daňoví poradci apod.);
- výkon činností neuvedených výše a vykonávaných vlastním jménem a na vlastní odpovědnost za účelem dosažení příjmu (25).

Osoby samostatně výdělečně činné platí pojistné formou záloh na pojistné a případného doplatku pojistného. Záloha na pojistné je splatná od 1. dne kalendářního měsíce, na který se platí, do 8. dne následujícího kalendářního měsíce. Doplatek pojistného je splatný do 8 dnů po podání daňového přiznání za uplynulý kalendářní rok (3).

Osoby samostatně výdělečně činné platí pojistné ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu. Od roku 2006 je výše vyměřovacího základu 50 % příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení (3, 26).

$$\text{výpočet zálohy} = \frac{(P - V) \times 0,50 \times 0,135}{M}$$

Vysvětlivky:

P je příjem za uplynulý kalendářní rok

V jsou výdaje za uplynulý kalendářní rok

0,50 – záloha se počítá z 50 % rozdílu příjmů a výdajů

0,135 – výpočet 13,5 %

M je počet měsíců podnikání v kalendářním roce (16).

c) Osoba bez zdanitelných příjmů (OBZP)

Osoba bez zdanitelných příjmů je taková osoba, která má na území České republiky trvalý pobyt, nemá příjmy ze zaměstnání ani z výdělečné činnosti, nepatří do kategorie, za kterou platí pojistné stát, a tyto skutečnosti trvají po celý kalendářní měsíc (26).

Osoba bez zdanitelných příjmů je povinna přihlásit se u zdravotní pojišťovny a platit si měsíčně pojistné na zdravotní pojištění. Výše pojistného činí 13,5 % z minimální mzdy (15). Minimální mzda se za poslední čtyři roky neměnila a činí stále 8 000 Kč. Minimální platba je tedy ve výši 1 080 Kč (9).

Pojistné je splatné od 1. dne kalendářního měsíce, za který se platí, do 8. dne následujícího kalendářního měsíce. Vychází-li poslední den splatnosti na sobotu, neděli či svátek, je posledním dnem lhůty nejbližší následující pracovní den (3).

1.9 Kdy se neplatí zdravotní pojištění

- *Zákonné výjimky* - zdravotní pojištění se dle § 3 odst. 2 zákona 592/1992 Sb. neodvádí např. z náhrady škody, odstupného, odměny vyplácené podle zákona

o vynálezech zlepšovacích návrzích, jednorázové sociální výpomoci v mimořádné situaci atd. (8).

- *Dohoda o provedení práce* – zpravidla se využívá u jednorázových prací. Rozsah práce nesmí překročit 150 hodin pro jednoho zaměstnavatele za rok. Jelikož dohoda o provedení práce nezakládá povinnost účastnit se nemocenského pojištění, neodvádí se tedy ani sociální a zdravotní pojištění. Smluvená výše odměny není rozhodující (8).
- *Příjem do 2 000 Kč* – zdravotní pojištění se neplatí, jestliže hrubý měsíční příjem zaměstnance je nižší než dva tisíce korun (8).
- *Příjmy z kapitálového majetku a pronájmu* – zdravotní pojištění se neplatí z kapitálových příjmů, příjmů z pronájmu movitého a nemovitého majetku a ostatních příjmů, které jsou určeny v § 10 zákona o daních z příjmu fyzických osob (8).
- *Příjmy nepodléhající dani z příjmů* – tyto příjmy jsou uvedeny v § 3 odst. 4 zákona o daních z příjmů fyzických osob. Jedná se například o úvěry a půjčky, příjmy z rozšíření nebo zúžení společného jmění manželů, příjmy získané nabytím akcií atd. (8).
- *Příjmy osvobozené od daně z příjmů* – tyto příjmy jsou vyjmenovány v § 4 zákona o daních z příjmů (například příjmy z prodeje rodinného domu, příjmy z prodeje movitých věcí, ceny z veřejné soutěže atd.) (8).

1.10 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou finanční instituce sui generis, jejichž hlavním úkolem je provádět zákonné veřejné zdravotní pojištění (19).

Právní postavení zdravotních pojišťoven je dáno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Struktura orgánů zdravotních pojišťoven, kontrolní mechanismy, ustavování a odvolávání jednotlivých orgánů se řídí zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, zaměstnaneckých a dalších zdravotních pojišťovnách (17).

Zdravotní pojišťovny jsou právnické osoby. V právních vztazích vystupují svým jménem a nesou odpovědnost, která z těchto vztahů vyplývá. Zákonem (zákon č. 551/1991 Sb.) byla v České republice zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. VZP ČR je s celkovým počtem více než 6,2 miliony klientů největší zdravotní pojišťovnou v České republice. Byla založena v roce 1992 a dlouhodobě patří k základním pilířům systému českého zdravotnictví (49).

Organizační struktura Pojišťovny je tvořena Ústředím, krajskými pobočkami a dalšími územními pracovišti. Krajské pobočky a územní pracoviště jednají a vykonávají činnost jménem Pojišťovny. Statutárním orgánem je ředitel Pojišťovny, který bývá volen na čtyřleté funkční období. Dalšími orgány jsou správní rada a dozorčí rada. Prostřednictvím těchto orgánů je zajišťována účast pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu na řízení pojišťovny (59).

Ostatní zdravotní pojišťovny, které působí v České republice, potřebují k provozování své činnosti povolení od Ministerstva zdravotnictví, které jej vydá na základě vyjádření Ministerstva financí (21).

Zdravotní pojišťovny hospodaří s vlastním majetkem a zároveň mají právo hospodařit s majetkem jim svěřeným (19). Vytvářejí následující fondy: základní fond zdravotního pojištění, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond majetku, fond reprodukce majetku, fond prevence a případně jiné účelové fondy. Ze základního fondu je hrazena zdravotní péče. Je tvořen z finančních prostředků, které jsou získávány z vybraného pojistného, z přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami, z náhrady škod, pokut, penále, přírážek k pojistnému. Dále například rezervní fond je vytvářen z přidělů ze základního fondu zdravotního pojištění tak, aby výše rezervního fondu na konci účetního období činila 1,5 % z průměrných výdajů základního fondu za poslední tři roky (32).

Zdravotní pojišťovny jsou povinné předložit Ministerstvu financí a Ministerstvu zdravotnictví návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrku, návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok a zprávu auditora. Návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrka a návrh

výroční zprávy za minulý kalendářní rok posléze podléhá schválení Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky (40).

Náklady vynaložené na zdravotní péči, která byla poskytnuta pojištěncům zdravotnickými zařízeními (státními i nestátními), hradí příslušná zdravotní pojišťovna. Tyto náklady jsou hrazeny na základě smluv (§ 17 zákona č. 48/1997 Sb.) uzavřených mezi zdravotními pojišťovnami a těmito zařízeními (19).

Prostřednictvím informačního systému a revizních lékařů kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě. Vnější kontrolu zdravotních pojišťoven provádí Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem financí (19, 21).

Smlouvu o poskytování zdravotní péče je možné uzavřít jen na ty druhy péče, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. U neodkladné zdravotní péče se smluvní vztah nevyžaduje (15).

Zdravotní pojišťovny mají dále povinnost bezplatně vydat svým pojištěncům průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad. Průkaz nebo náhradní doklad se vydá zákonnému zástupci, popř. opatrovníkovi, v případě, že se jedná o nezletilého pojištěnce, nebo pojištěnec byl zbaven způsobilosti k právním úkonům (17).

Zánik zaměstnanecké zdravotní pojišťovny se váže ke dni výmazu z obchodního rejstříku. Návrh na výmaz může podat pouze zanikající zdravotní pojišťovna nebo likvidátor. Zániku musí předcházet její zrušení bez likvidace nebo s likvidací. Zaměstnanecká pojišťovna se zruší bez likvidace v případě, že dojde k jejímu sloučení se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR nebo k splnutí či sloučení s jinou zaměstnaneckou pojišťovnou. S likvidací se zruší zaměstnanecká pojišťovna, jestliže jí Ministerstvo zdravotnictví odejme povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění, nebo o to sama zaměstnanecká pojišťovna požádá (56).

1.10.1 Proplácení a obstarávání zdravotní péče

V rámci systému zdravotního pojištění rozlišujeme zdravotní pojišťovny na ty, které zdravotní péči doplácují a které ji obstarávají (14).

První model, který je uplatňován například ve Francii, Belgii, Lucembursku, se opírá o dva oddělené právní vztahy: vztah pacient – zdravotnické zařízení a vztah pacient – zdravotní pojišťovna. Pacient (pojištěnec) si vybere zdravotnické zařízení a za provedený zákrok zaplatí. Poté mu zdravotní pojišťovna proplatí účet podle svých sazeb. Pojištěnci tak znají ceny zdravotních zákroků (14).

Druhý model, který je používán například v Nizozemí, Německu, České republice, spočívá na obstarávání zdravotní péče pojišťovnami. Zdravotní péče je hrazena na základě smlouvy mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními. Pojištěnci musejí vyhledávat ta zdravotnická zařízení, jež jsou smluvními partnery jejich zdravotní pojišťovny. Pojištěnci jsou zpravidla málo srozuměni o nákladech péče, která se jim dostává (14).

1.10.2 Přehled zdravotních pojišťoven

V současné době působí v České republice celkem 9 zdravotních pojišťoven.

- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 111
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, 201
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, 205
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, 207
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, 209
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, 211
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, 213
- Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance, 217
- Zdravotní pojišťovna Média, 228 (37).

V minulém roce došlo ke sloučení Zdravotní pojišťovny AGEL a Hutnické zaměstnanecké pojišťovny. K 1.7.2009 vydalo Ministerstvo zdravotnictví, po vyjádření Ministerstva financí, povolení ke sloučení těchto zdravotních pojišťoven s tím, že Hutnická zaměstnanecká pojišťovna přebírá veškerý majetek, pohledávky a závazky.

Všichni pojištěnci Zdravotní pojišťovny AGEL přešli od 1.7.2009 k Hutnické zaměstnanecké pojišťovně (36).

Ministerstvo financí dále vydalo povolení ke sloučení Hutnické zaměstnanecké pojišťovny a České národní zdravotní pojišťovny. Byla též schválena změna názvu na Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (35).

1.11 Regresní nároky

Regresním nárokem rozumíme nárok zdravotní pojišťovny vůči třetím osobám, jejichž odpovědnost v dané věci není kryta pojistnou smlouvou. Hovoříme o regresní náhradě, která představuje nárok zdravotní pojišťovny na náhradu nákladů spojených s léčením jejího pojištěnce, které uhradila zdravotnickému zařízení, a jedná se přitom o pojištěnce, kterému bylo ublíženo na zdraví zaviněným protiprávním jednáním třetí osoby. Tento institut je upraven § 55 zákona č. 48/1997 Sb. (13).

Protiprávní jednání chápeme jako každé porušení právních předpisů. Mezi nejčastější regresy patří trestné činy, ale například i porušení právních norem v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví nebo zákona o silničním provozu (13).

1.12 Práva a povinnosti pojištěnců

1.12.1 Práva pojištěnců

a) právo na výběr zdravotní pojišťovny

Žádá-li pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce zdravotní pojišťovnu o přijetí, je zdravotní pojišťovna povinna jeho žádosti vyhovět bez zbytečných průtahů. Zdravotní pojišťovna nemůže stanovit dobu, po kterou u ní bude pojištěnec pojištěn, nebo vztah pojištěnce ke zdravotní pojišťovně sama ukončit (17).

b) právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví i zdravotnického zařízení, s výjimkou závodní zdravotní služby

Svobodná volba se týká i nelékařských zdravotnických profesí, například klinického psychologa, klinického logopeda, fyzioterapeuta apod. Zvolený lékař či jiný pracovník ve zdravotnictví nebo zdravotnické zařízení musí být ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou pojištěnce, má-li být zdravotní péče uhrazena ze zdravotního pojištění (17).

c) právo na výběr dopravní služby, která je ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou (6).

d) právo na zdravotní péči a výdej léčivých přípravků bez přímé úhrady

Lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví i zdravotnické zařízení má ze zákona zakázáno přijmout od pojištěnce úhradu za zdravotní péči, která je hrazena ze zdravotního pojištění. Při porušení této povinnosti může příslušný orgán státní správy odejmout oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložit pokutu. Na základě těchto důvodů může příslušná zdravotní pojišťovna vypovědět smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče (17).

e) právo kontroly poskytnuté zdravotní péče

Pojištěnec je oprávněn jedenkrát ročně požádat svoji zdravotní pojišťovnu o písemnou informaci, jaká mu byla poskytnuta a zdravotní pojišťovnou uhrazena zdravotní péče v posledních dvanácti měsících (tzv. výpis z osobního účtu) (15).

1.12.2 Povinnosti pojištěnců

a) oznamovací povinnost

- oznámení zahájení a ukončení samostatné výdělečné činnosti;
- oznámení o vzetí do evidence u úřadu práce a vyřazení z této evidence;
- oznámení o zahájení a ukončení studia;
- oznámení všech ostatních skutečností rozhodných pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit za pojištěnce pojistné; pokud je pojištěnec zaměstnán, plní tuto povinnost jeho zaměstnavatel;

- oznámení, že se pojištěnec stal osobou bez zdanitelných příjmů;
- oznámení narození dítěte zákonným zástupcem;
- povinnost sdělit v den nástupu svému zaměstnavateli, u jaké zdravotní pojišťovny je pojištěnec pojištěn, a rovněž informovat svého zaměstnavatele, pokud dojde během zaměstnání ke změně zdravotní pojišťovny (16).

Oznamovací povinnost se vztahuje především na plátce pojistného. Zdravotní pojišťovna je oprávněna při nesplnění oznamovací povinnosti udělit zaměstnavateli pokutu až do výše 200 000 Kč, u pojištěnce při nesplnění oznamovací povinnosti může pokuta dosáhnout výše 10 000 Kč (3).

b) hradit zdravotní pojišťovně pojistné

Pokud zaměstnavatel neplatí včas a řádně pojistné nebo osoba samostatně výdělečně činná neplatí zálohy na pojistné, zdravotní pojišťovna má nárok na doplatek pojistného a zároveň je povinna vymáhat i penále (15).

c) oznámit do osmi dnů ztrátu nebo poškození průkazu (58).

d) prokazovat se při poskytování zdravotní péče průkazem pojištěnce

Průkaz pojištěnce se nepředkládá při poskytování léčiv a prostředků zdravotnické techniky. Zdravotní pojišťovna může pojištěnci uložit pokutu až do výše 5 000 Kč, pokud by se při poskytování péče prokazoval jejím průkazem, přestože v té době by již jejím pojištěncem nebyl (6).

e) podrobit se preventivním prohlídkám (6).

f) při ukončení pojistného vztahu vrátit do osmi dnů průkaz pojištěnce (58).

g) hradit zdravotnickým zařízením regulační poplatky (58).

h) při změně zdravotní pojišťovny předkládá OSVČ nově zvolené zdravotní pojišťovně doklad o výši záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu (58).

i) vyvarovat se takového jednání, jehož cílem je vědomé poškozování zdraví a dodržovat opatření směřující k odvrácení nemoci (15).

j) oznámit zdravotní pojišťovně změnu jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla a to do 30 dnů ode dne změny (3).

1.13 Průkaz pojištěnce

Pojištěnec má povinnost prokazovat se při poskytování zdravotní péče platným průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem (3). Průkaz je vydáván zdravotní pojišťovnou bezplatně a to při vzniku pojistného vztahu. Při skončení pojistného vztahu je pojištěnec povinen průkaz vrátit (14). Po vstupu České republiky do Evropské unie mají pojištěnci nárok na vystavení Evropského průkazu zdravotního pojištění – EHIC. Tento průkaz opravňuje pojištěnce čerpat nezbytnou zdravotní péči ve všech státech Evropské unie za podmínek, které jsou pro veřejné pojištění platné pro místní pojištěnce (včetně doplatků, spoluúčasti, plateb za léky apod.) (3).

Na průkazu nalezneme jméno, příjmení, datum narození, platnost průkazu a číslo pojištěnce (27). Číslem pojištěnce je jeho rodné číslo nebo zvláštní číslo přidělené zdravotní pojišťovnou. Veškeré informace o pojištěncích se evidují pod číslem pojištěnce a veškerá oznámení, která se týkají pojištěnce, jsou tedy identifikována pod tímto číslem (3).

Průkaz pojištěnce je vydáván v několika variantách:

- a) standardní průkaz EHIC (modrý průkaz);
- b) průkaz s platností pouze na území České republiky (zelený průkaz – např. pro zaměstnance ze zemí mimo Evropskou unii);
- c) průkaz pro zvláštní případy (např. žlutý průkaz pro rodinné příslušníky zaměstnanců z Evropské unie);

- d) papírový doklad potvrzující nárok na zdravotní péči;
- e) jiné (3).

1.14 Smluvní vztahy mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovнами

Smlouvu je možné uzavřít pouze na ty druhy péče, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Smlouva se nevyžaduje v případě, že se jedná o nutnou a neodkladnou péči. Zdravotní pojišťovna má povinnost tuto péči za svého pojištěnce uhradit i nesmluvnímu zdravotnickému zařízení. Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnými je řízena tzv. rámcovou smlouvou. Rámcová smlouva obsahuje dobu účinnosti, způsob a dobu ukončení smlouvy. Lze ji ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta musí být nejméně šest měsíců. (17).

Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se musí konat výběrové řízení. Jeho konání je oprávněna navrhnout zdravotní pojišťovna nebo zdravotnické zařízení oprávněné poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru. Výběrové řízení vyhlašuje krajský úřad, jedná-li se o poskytování ústavní nebo lázeňské péče – Ministerstvo zdravotnictví (17).

1.15 Regulační poplatky

Od 1.1.2008 nabyla účinnosti novela zákona č. 48/1997 Sb., která stanovila pojištěnci, popř. zákonnému zástupci, povinnost zaplatit zdravotnickému zařízení regulační poplatek v souvislosti s poskytováním hrazené zdravotní péče. Regulační poplatky jsou příjmy zdravotnického zařízení (15).

1.15.1 Regulační poplatky ve výši 30 Kč

Regulační poplatky ve výši 30 Kč se platí za návštěvu, při které je provedeno klinické vyšetření a to u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, zubního lékaře, lékaře poskytujícího specializovanou zdravotní péči,

klinického psychologa a klinického logopeda. Dále se regulační poplatek ve výši 30 Kč uhradí za návštěvní službu a za položku na receptu. Naopak tento regulační poplatek se neplatí, pokud se jedná o preventivní prohlídku, hemodialýzu, psychoterapii, nebylo-li provedeno klinické vyšetření apod. (34).

1.15.2 Regulační poplatky ve výši 60 Kč

Regulační poplatek ve výši 60 Kč je pojištěnec povinen uhradit zdravotnickému zařízení za každý den, po který mu byla poskytována ústavní péče (tj. péče v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných...) (16).

1.15.3 Regulační poplatky ve výši 90 Kč

Regulační poplatky ve výši 90 Kč se hradí za pohotovostní službu poskytnutou lékařskou službou první pomoci (včetně stomatologické) nebo ústavní pohotovostní službou v sobotu, neděli, ve svátek a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 (34).

1.15.4 Úhrada regulačních poplatků

Úhrada regulačních poplatků se provádí:

- a) ihned v případě, že se jedná o uhrazení regulačního poplatku a o uhrazení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízením lékařské péče;
- b) ihned nebo na základě dohody se zdravotnickým zařízením v souvislosti s poskytnutím zdravotní péče;
- c) v případě, že hospitalizace byla kratší než 30 dní, je možné uhradit regulační poplatek do osmi dnů od propuštění z ústavní péče;
- d) je-li pojištěnec umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní, platba proběhne vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce (34).

Zdravotní pojišťovna je povinna uhradit pojištěnci nebo zákonném zástupci částku, o kterou byl v kalendářním roce překročen limit 5 000 Kč, u dětí mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku, a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku, tento limit činí částku ve výši 2 500 Kč (58).

1. 16 Zdravotní pojištění a Evropská unie

Právní normy, které upravují poskytování zdravotní péče v rámci Evropské unie, jsou nařízení Rady EHS 1408/71, 574/72, 883/04 a 987/09 (1). Nařízení 883/04 a 987/09 vstoupila v platnost od 1.5.2010 (26). Nařízení jsou přímo platná ve všech státech Evropské unie, ale i ve státech Evropského hospodářského prostoru (Norsko, Island, Lichtenštejnsko) a také ve Švýcarsku. Výše uvedená nařízení mají přednost před zákonem (1).

1.16.1 Základní principy

- *Princip pojištění v jednom státě* – je-li občan ze země Evropské unie současně zaměstnán ve více státech Evropské unie, podléhá všem systémům sociálního zabezpečení v jednom státě (45). Tento princip znamená, že občan nemůže být zdravotně pojištěn v jedné zemi a důchodově nebo nemocensky v jiné zemi (3).
- *Princip rovného zacházení* – občané České republiky mají ve státech Evropské unie nárok na zdravotní péči za stejných podmínek jako místní pojištěnci. Tato zásada také znamená, že budou muset zaplatit stejnou spoluúčast jako pojištěnci daného státu (1). V případě potřeby ošetření je zapotřebí navštívit zdravotnické zařízení, které je financováno z veřejných zdrojů (5). Ve zdravotnických zařízeních, která nejsou napojena na systém veřejného zdravotního pojištění, budou muset občané zaplatit celou péči (1). Náklady za poskytnutou zdravotní péči musí být nejdříve uhrazeny pojištěncem v místě ošetření. Ten po návratu do České republiky přeúčtuje tyto náklady příslušné zdravotní pojišťovně (1).

- *Princip pojištění ve státě, na jehož území je vykonáváno zaměstnání nebo samostatná výdělečná činnost (princip lex loci laboris) - osoby zaměstnané nebo samostatně výdělečně činné budou vždy pojištěny v té zemi, ve které pracují, i když žijí na území jiné země (3, 31).*

Pojištěnci je poskytnuta zdravotní péče v zemích Evropské unie na základě Evropského průkazu zdravotního pojištění, kterým se musí ve zdravotnickém zařízení prokázat. Evropský průkaz zdravotního pojištění dokladuje zdravotnickému zařízení, že pacient je zdravotně pojištěn v zemi Evropské unie a že poskytnutou potřebnou zdravotní péči tedy uhradí příslušná zdravotní pojišťovna (48).

Pojištěnci je ve státech Evropské unie poskytována nezbytná zdravotní péče. Nezbytnou zdravotní péčí je chápána taková péče, která je poskytována tak, aby se pacient nemusel vracet do země pojištění dříve, než zamýšlel (28).

Českým pojištěncům bývá doporučováno před odjezdem do zemí Evropské unie sjednat si cestovní zdravotní připojištění, pokud nechtějí nést náklady spoluúčasti, která bývá ve státech Evropské unie zpravidla výrazně vyšší než v České republice. Z cestovního zdravotního připojištění jsou hrazeny poplatky spoluúčasti a také případný převoz do České republiky (15, 52).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce je zjistit, jak jsou vnímány zdravotní pojišťovny v Jihočeském kraji svými klienty.

Dalším cílem je zjistit, jak jsou klienti spokojeni s kvalitou poskytovaných služeb (rychlost vyřizování žádostí, kvalifikovanost personálu zdravotních pojišťoven, rozmístění poboček, výhody pojištěnců apod.)

2.2 Předpokládané hypotézy

Hypotéza 1: Klienti zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji se při výběru zdravotní pojišťovny řídí názorem lékaře.

Hypotéza 2: Klienti zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji jsou spokojeni s místní a časovou dostupností zdravotních pojišťoven.

Hypotéza 3: Klienti zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji si vybírají zdravotní pojišťovnu podle výhod, které poskytuje.

3. Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Informace byly získány pomocí kvantitativního sociologického výzkumu. Byla použita metoda dotazování, technika dotazníku.

Cílem kvantitativní metody výzkumu je testování hypotéz o sociálních skupinách, nikoliv o jedincích (7).

Dotazník byl rozdán celkem 850 respondentům žijících v Jihočeském kraji. V úvodní části dotazníku byli respondenti seznámeni s účelem dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 24 otázek, z toho prvních pět bylo identifikačních a týkaly se zjištění pohlaví, věku, dosaženého vzdělání, velikosti obce trvalého bydliště a příslušnosti ke zdravotní pojišťovně. V dotazníku byly dále použity uzavřené a polootevřené otázky.

Dotazník je vysoce efektivní technika, umožňuje získat informace od velkého počtu respondentů v poměrně krátkém čase. Vynaložené náklady jsou relativně nízké (7).

Před vlastním výzkumem proběhl v období od 1. ledna do 11. ledna 2010 předvýzkum, který měl zjistit srozumitelnost pokládaných otázek. V rámci předvýzkumu bylo osloveno 20 respondentů. Poté byl dotazník upraven do konečné podoby.

Předvýzkum bývá prováděn na malém vzorku respondentů z cílové populace. Testuje nástroje, které hodláme ve výzkumu použít. Jeho cílem je tedy testovat srozumitelnost a jednoznačnost otázek. Měl by být nezbytnou součástí každé výzkumné akce (7).

Sběr dat probíhal od 12. ledna do 26. března 2010. Vyplňování dotazníku bylo dobrovolné a anonymní.

Získaná data byla upravena do podoby grafů pomocí programu Microsoft Excel.

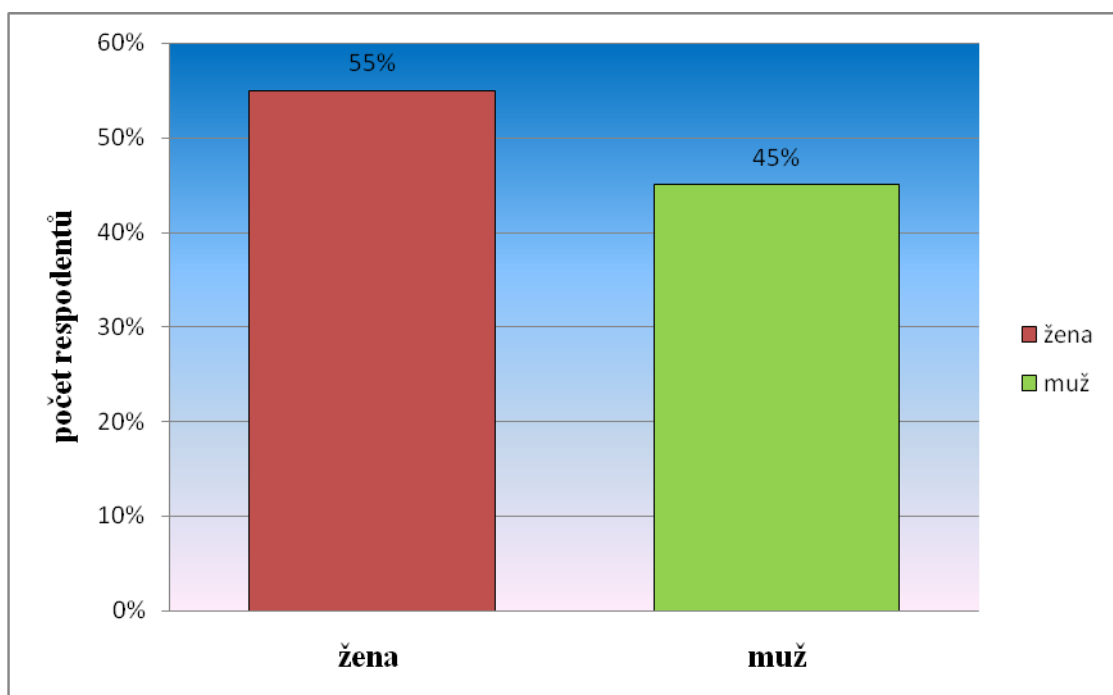
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořil náhodný vzorek občanů žijících v Jihočeském kraji. Celkem bylo rozdáno 850 dotazníků, navráčeno bylo 703 dotazníků. Návratnost činila 83 %.

4. Výsledky

4.1 Výsledky dotazníků

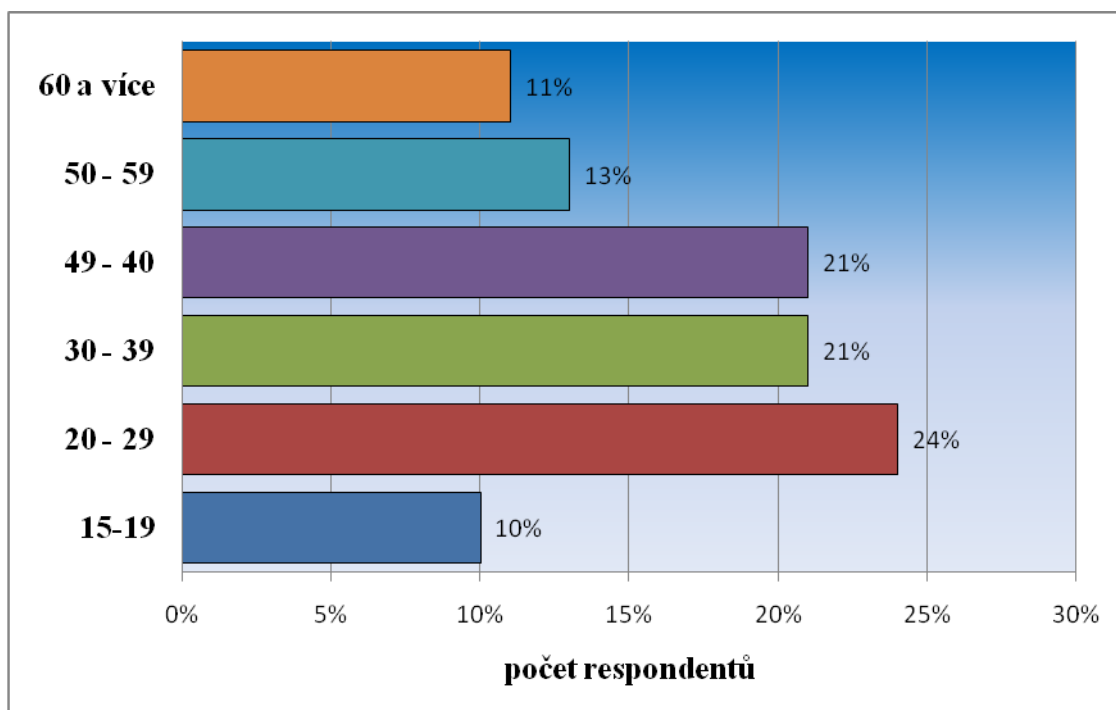
Graf 1: Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1 znázorňuje pohlaví respondentů. Mezi dotazovanými respondenty převažovaly ženy 55% (389). Počet mužů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, činil 45 % (318).

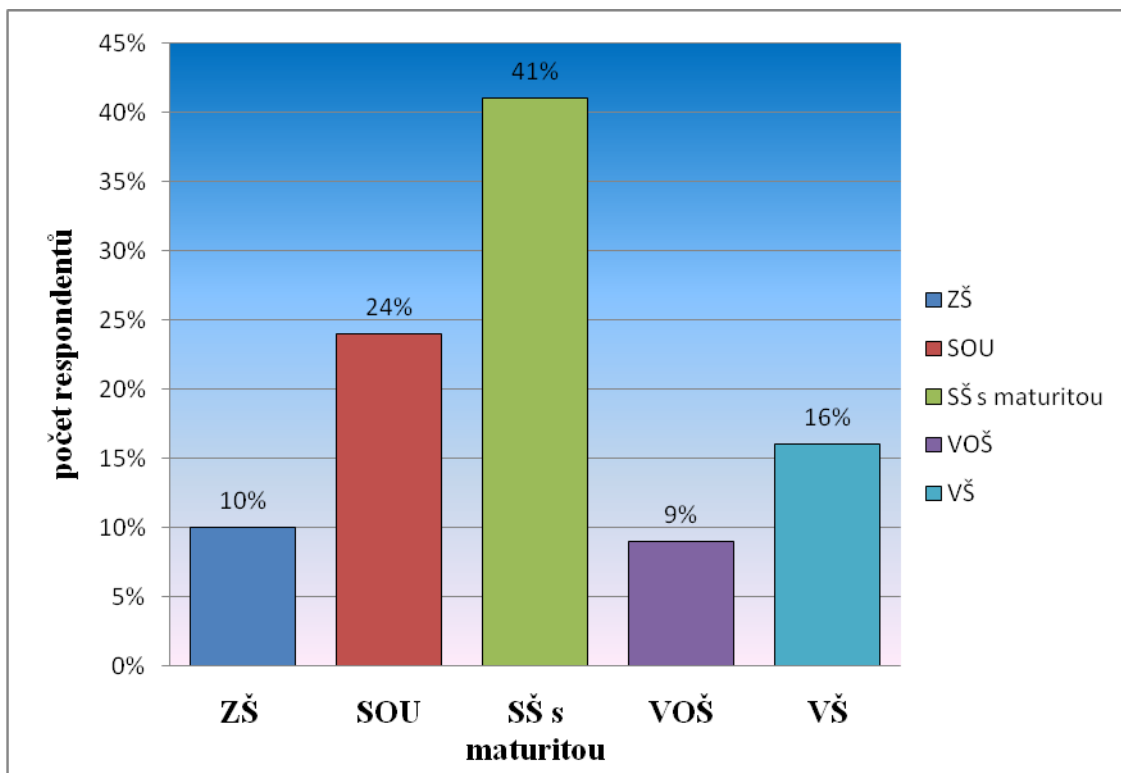
Graf 2: Věk respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2 znázorňuje věkovou strukturu respondentů. Z celkového počtu 703 respondentů bylo ve věkové kategorii 15 – 19 let 10 % (70) respondentů. Věkovou kategorii 20 -29 let tvoří 24 % (165) dotázaných. Ve věku 30 – 39 let bylo 21 % (148) oslovených. Ve věkovém rozmezí 40 – 49 let odpovídalo 21 % (148) respondentů. Ve věku 50 – 59 let bylo 13 % (91) respondentů a v kategorii 60 a více let odpovídalo 11 % (81) respondentů.

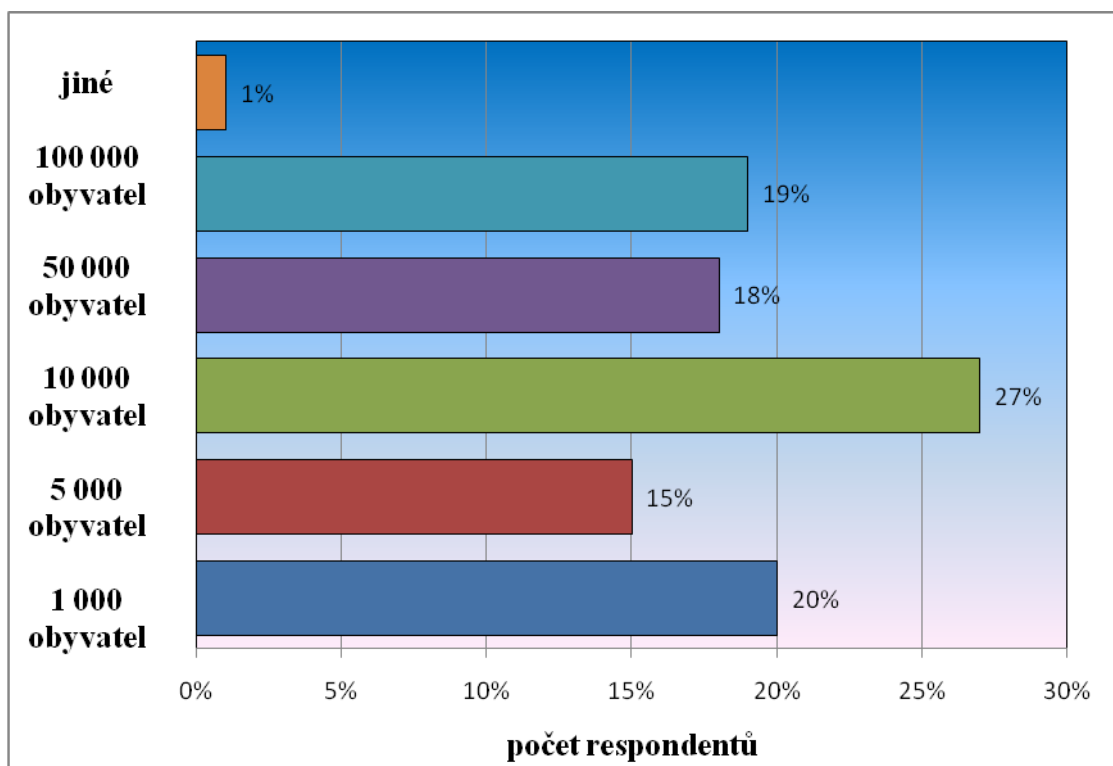
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejčastější dosažené vzdělání dotázaných bylo středoškolské, ukončené maturitní zkouškou, které tvořilo 41 % (290) dotázaných z celkového počtu 703 respondentů. Na druhém místě bylo uváděno střední odborné učiliště s počtem 24 % (169) oslovených. Vysokoškolsky vzdělaných respondentů bylo 16 % (112). Základní vzdělání mělo 10 % (70) respondentů. 9 % (62) respondentů se přihlásilo k vyšší odborné škole.

Graf 4: Velikost obce trvalého bydliště

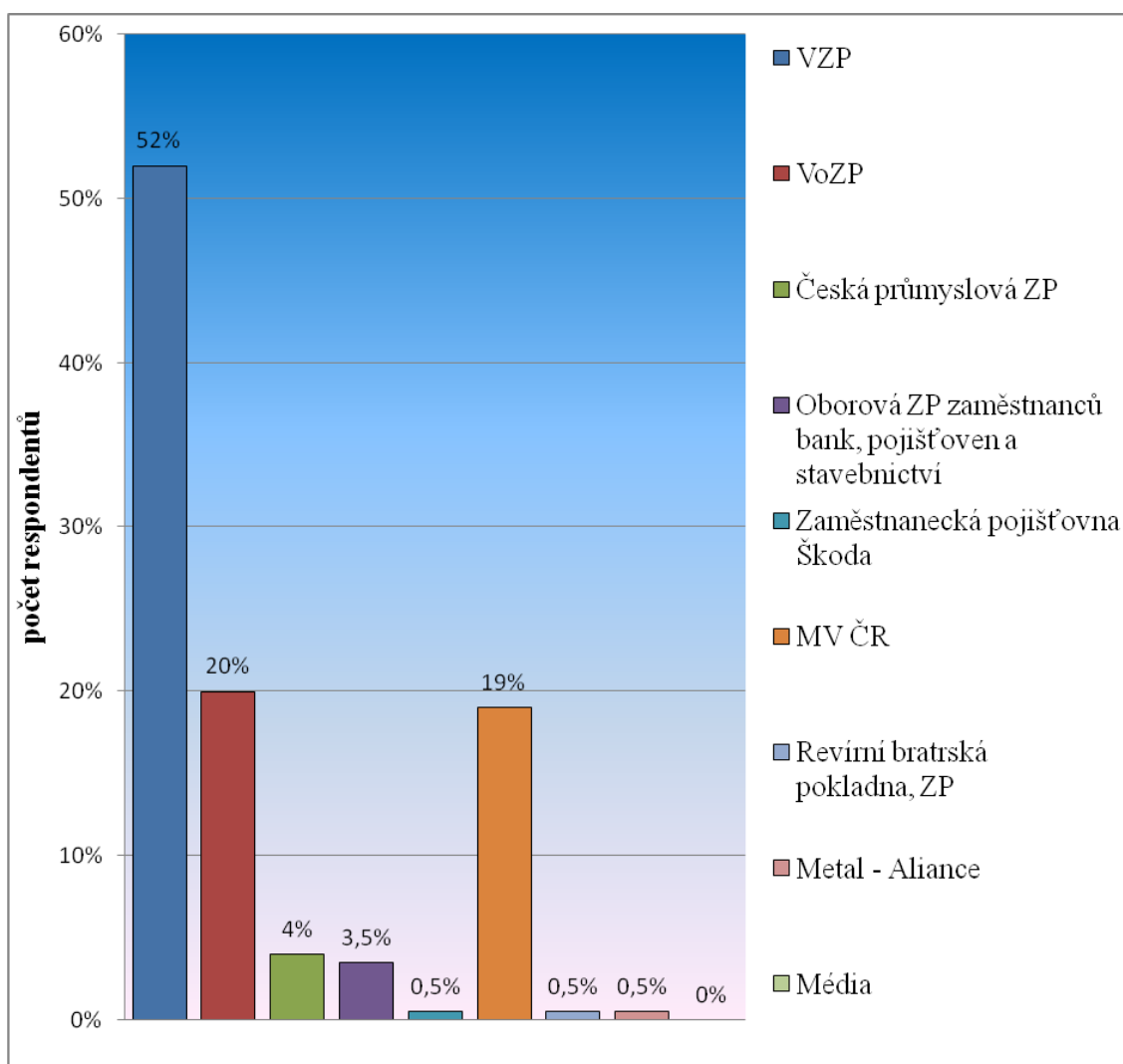


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4 ukazuje velikost obce trvalého místa bydliště respondentů. Nejvíce respondentů 27 % (188) žije v obci do 10 000 obyvatel. 20 % (141) dotázaných bydlí v obci do 1 000 obyvatel. 19 % (136) respondentů se přihlásilo k místu trvalého bydliště o velikosti do 100 000 obyvatel. 18 % (125) dotázaných bydlí v obci do 50 000 obyvatel. K obci do 5 000 obyvatel se hlásí 15 % (108) oslovených. Odpověď „jiné“ zvolilo 1 % (5) respondentů.

Otázka 5: U jaké zdravotní pojišťovny jste pojištěn(a)?

Graf 5: Příslušnost ke zdravotní pojišťovně



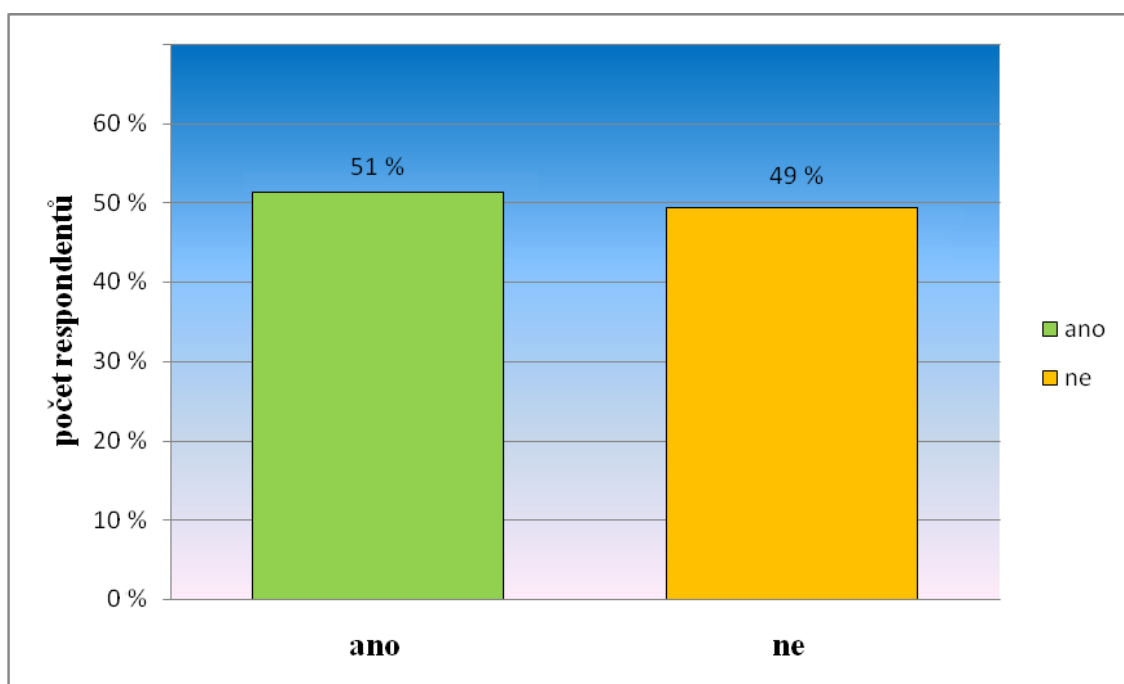
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů se přihlásilo k Všeobecné zdravotní pojišťovně. U VZP je pojištěno 52 % (365) respondentů. 20 % (143) dotázaných se hlásí k Vojenské zdravotní pojišťovně ČR. Na třetím místě s celkovým počtem 19 % (132) respondentů je Zdravotní pojišťovně ministerstva vnitra ČR. K České průmyslové zdravotní pojišťovně se přihlásilo 4 % (28) oslovených. U Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví je pojištěno 3,5 % (26) respondentů. Shodný počet 0,5 % (3) pojištěnců má Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna a Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance.
V době dotazníkové šetření nebyl u zdravotní pojišťovny Média pojištěn žádný
z dotazovaných respondentů.

Otázka 6: Změnil(a) jste během svého života zdravotní pojišťovnu?

Graf 6: Změna zdravotní pojišťovny během života

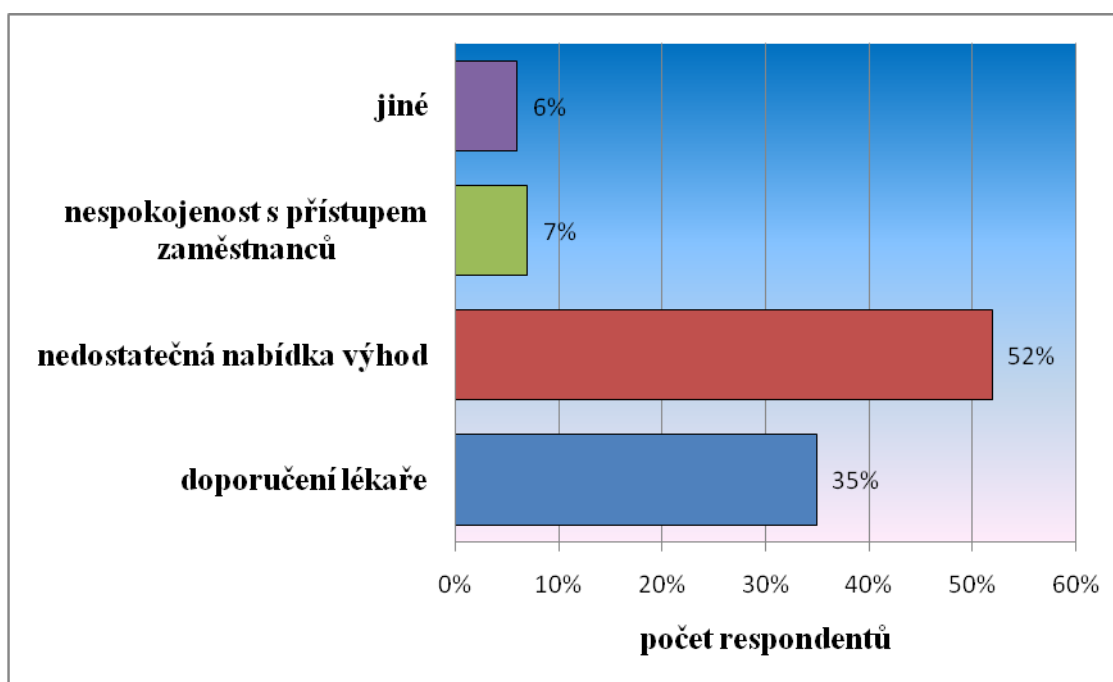


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 703 respondentů uvedlo 51 % (357) respondentů, že během svého života změnili zdravotní pojišťovnu. 49 % (346) oslovených nezměnilo svoji zdravotní pojišťovnu.

Pokud ano: Z jakého důvodu jste změnil(a) Vaši zdravotní pojišťovnu?

Graf 7: Důvod změny zdravotní pojišťovny

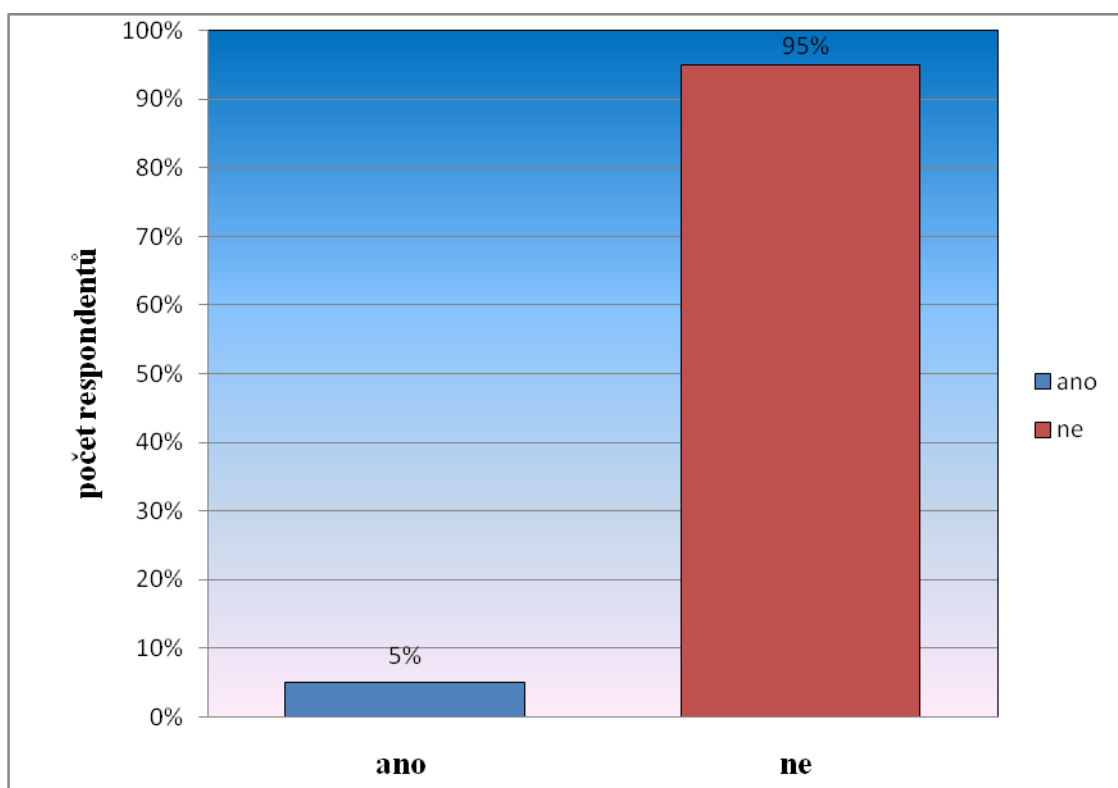


Zdroj: Vlastní výzkum

Jako nejčastější důvod pro změnu zdravotní pojišťovny uvedlo 52 % (184) respondentů nedostatečnou nabídku výhod zdravotní pojišťovny. 35 % (124) oslovených uvádí, že změnili zdravotní pojišťovnu na základě doporučení lékaře. 7 % (26) dotázaných nebylo spokojeno s přístupem zaměstnanců a 6 % (23) respondentů uvedlo jiný důvod pro změnu zdravotní pojišťovny.

Otázka 7: Uvažuje o změně Vaší zdravotní pojišťovny v tomto roce?

Graf 8: Úvaha o změně zdravotní pojišťovny

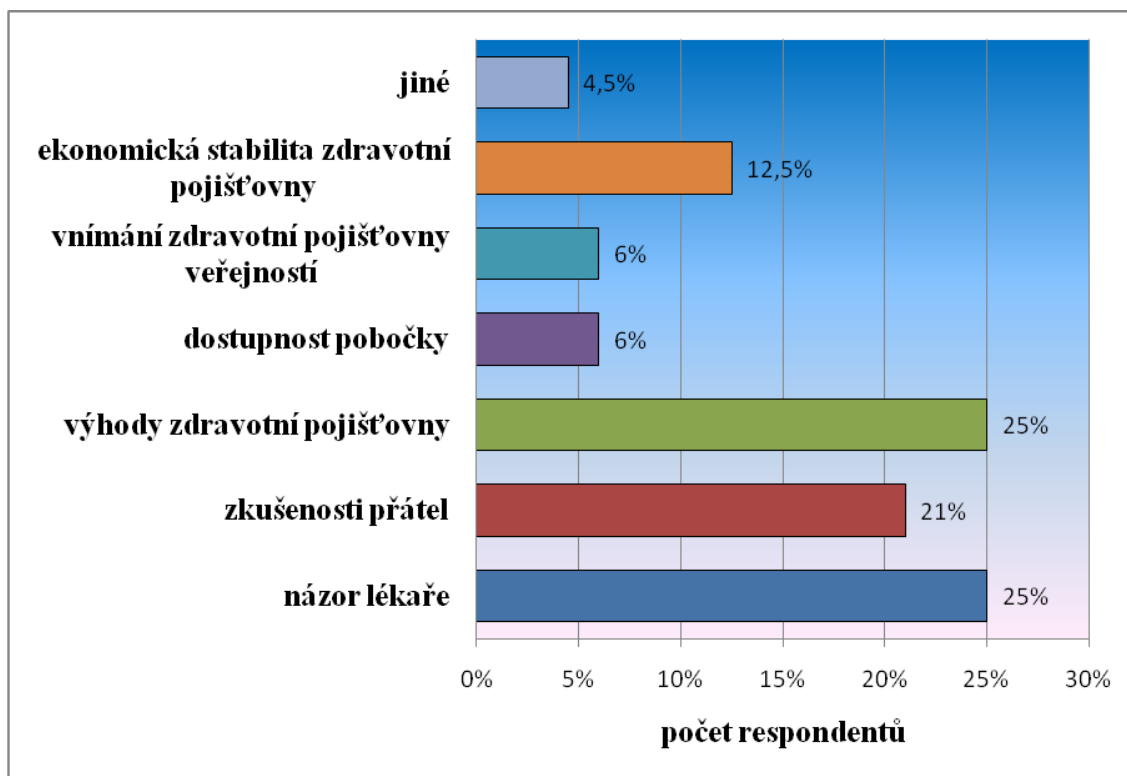


Zdroj: Vlastní výzkum

95 % (668) respondentů neuvažuje o změně zdravotní pojišťovny v tomto roce. Naopak 5 % (35) dotázaných zvažuje změnu zdravotní pojišťovny.

Otázka 8: Podle čeho si vybíráte svoji zdravotní pojišťovnu?

Graf 9: Kritéria pro výběr zdravotní pojišťovny

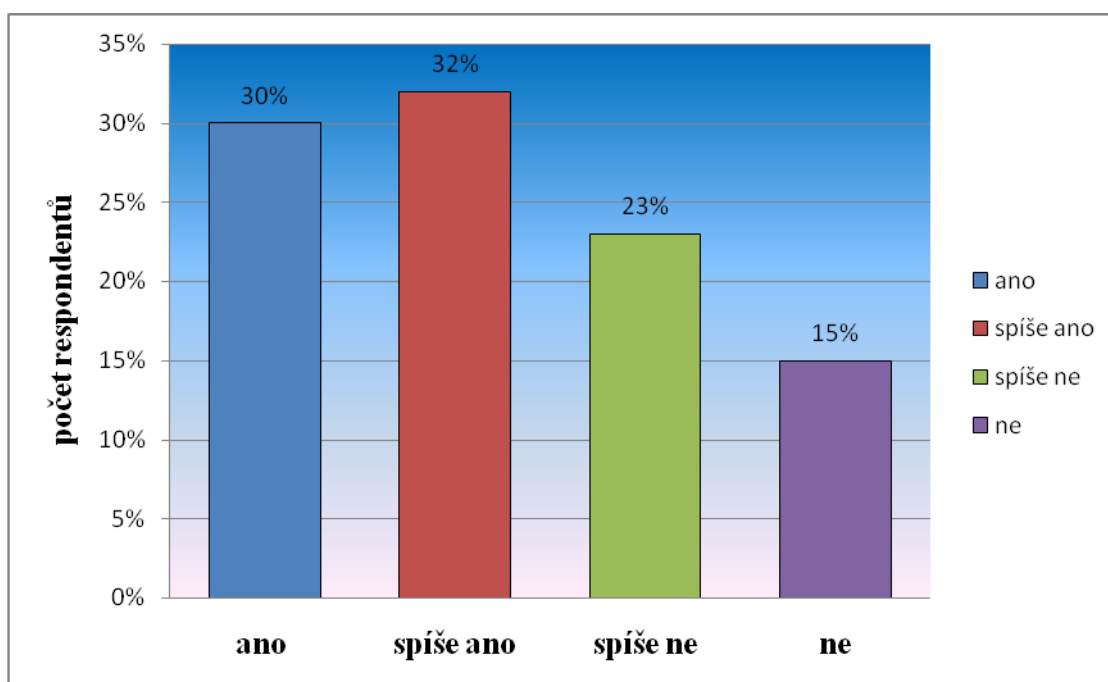


Zdroj: Vlastní výzkum

Pro 25 % (177) respondentů je při výběru zdravotní pojišťovny důležitý názor lékaře, shodný počet 25 % (177) dotázaných odpovědělo, že při výběru zdravotní pojišťovny jsou rozhodující výhody dané zdravotní pojišťovny. 21% (146) oslovených se rozhoduje na základě zkušeností přátel. 12,5 % (88) respondentů si vybírá zdravotní pojišťovnu podle její ekonomické stability. Dostupnost pobočky je důležitá pro 6 % (41) respondentů a taktéž vnímání zdravotní pojišťovny veřejností je důležité pro 6 % (41) oslovených. Jiná kritéria pro výběr zdravotní pojišťovny zvolilo 4,5 % (33) respondentů.

Otázka 9: Je pro Vás při výběru zdravotní pojišťovny názor lékaře důležitý?

Graf 10: Důležitost názoru lékaře

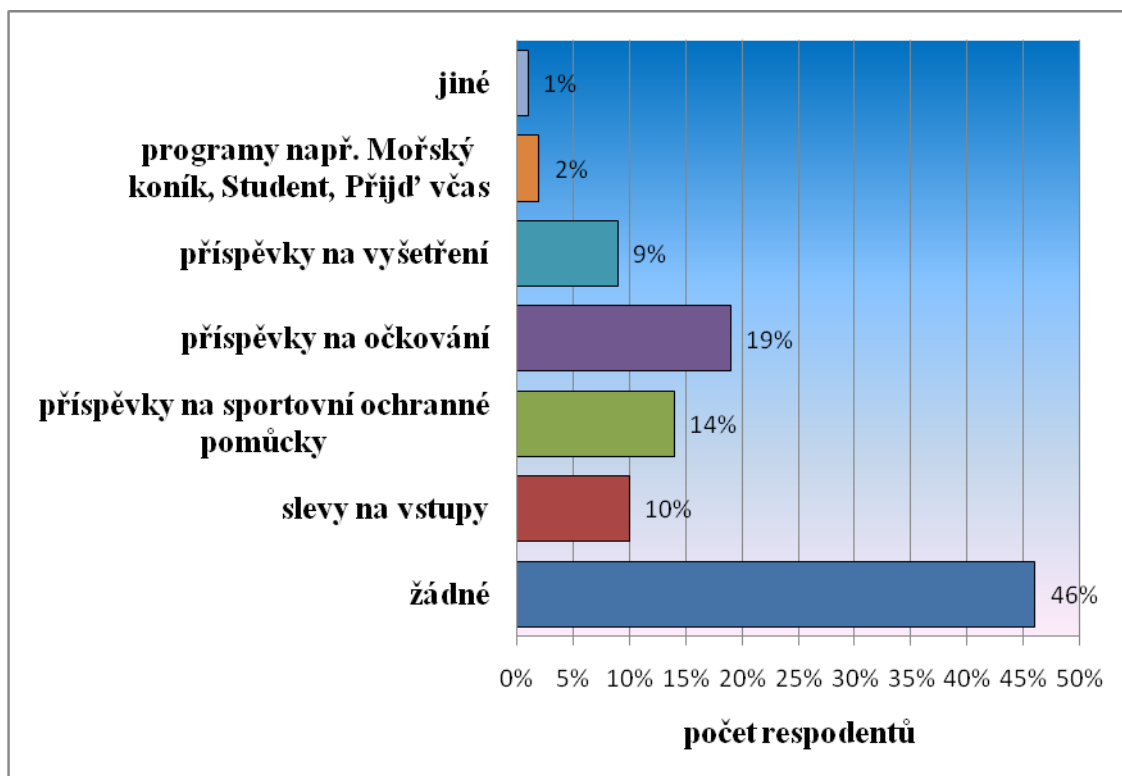


Zdroj: Vlastní výzkum

32 % (228) oslovených označilo odpověď spíše ano. Pro 30 % (210) respondentů je při výběru zdravotní pojišťovny názor lékaře důležitý. 23 % (162) dotázaných zvolilo variantu spíše ne. Názor lékaře není důležitý pro 15 % (103) respondentů.

Otázka 10: Jaké preventivní programy využíváte?

Graf 11: Preventivní programy

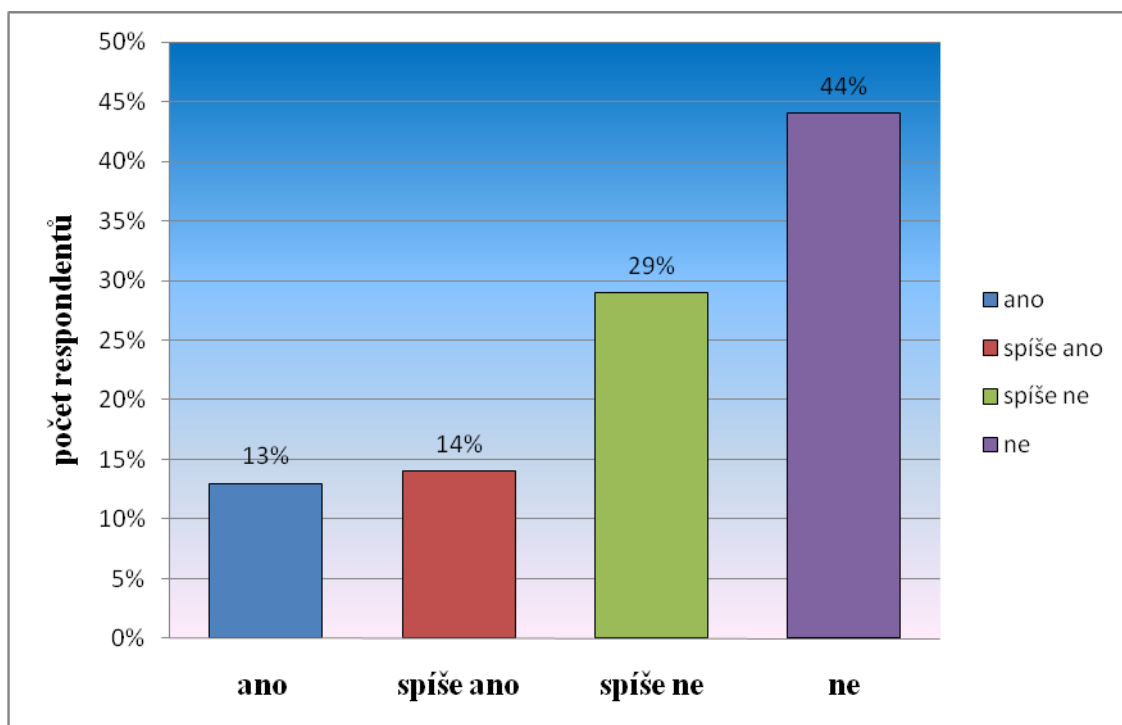


Zdroj: Vlastní výzkum

46 % (322) respondentů uvedlo, že nevyužívají žádné preventivní programy. 19 % (135) oslovených využívá příspěvky na očkování. 14 % (98) respondentů z preventivních programů využívá příspěvky na sportovní ochranné pomůcky. Variantu slevy na vstupy uvedlo 10 % (68) respondentů. 9 % (61) dotázaných zvolilo odpověď příspěvky na vyšetření. Pouhé 2 % (14) respondentů uvedlo programy jako např. Mořský koník, Student, Přijď včas. 1% (5) dotázaných zvolilo variantu „jiné“.

Otázka 11: Porovnáváte preventivní programy u jednotlivých zdravotních pojišťoven?

Graf 12: Porovnávání preventivních programů

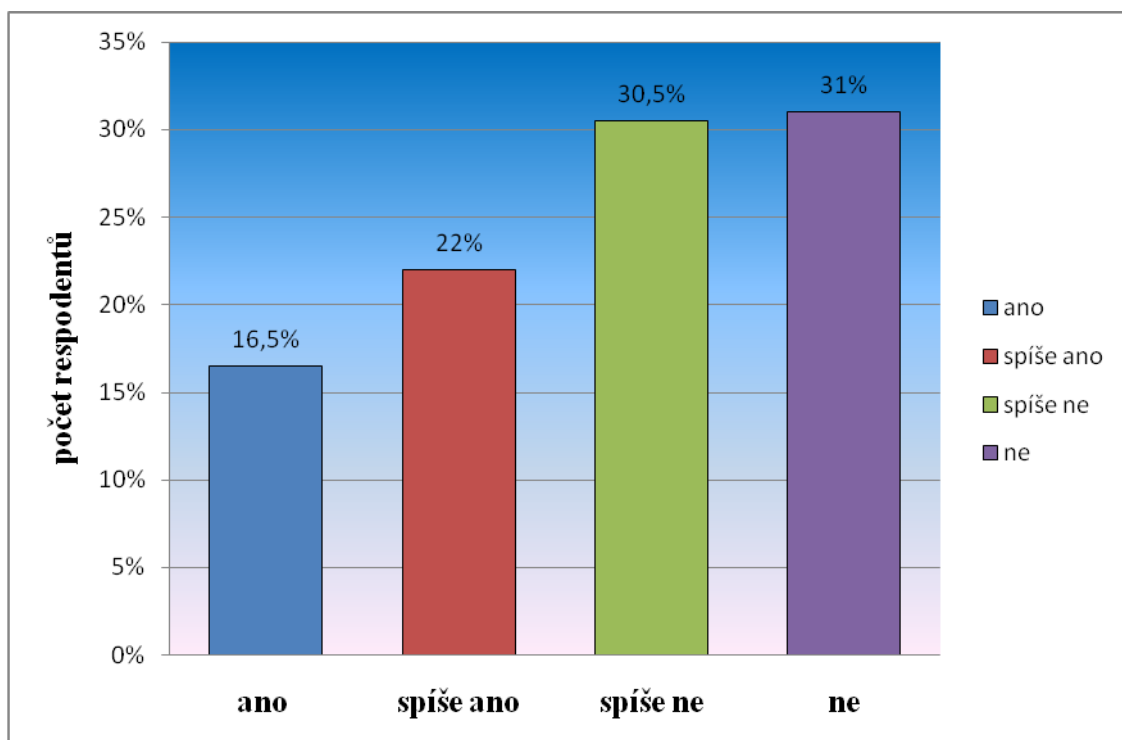


Zdroj: Vlastní výzkum

Jak je z grafu patrné 44 % (307) dotázaných neporovnává preventivní programy u jednotlivých zdravotních pojišťoven. Variantu spíše ne zvolilo 29 % (207) oslovených. Odpověď spíše ano uvedlo 14 % (99) respondentů. Z celkového počtu 703 respondentů pouze 13 % (90) oslovených porovnává preventivní programy.

Otázka 12: Je pro Vás důležité při rozhodování mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami, jaké preventivní programy poskytují?

Graf 13: Důležitost preventivních programů

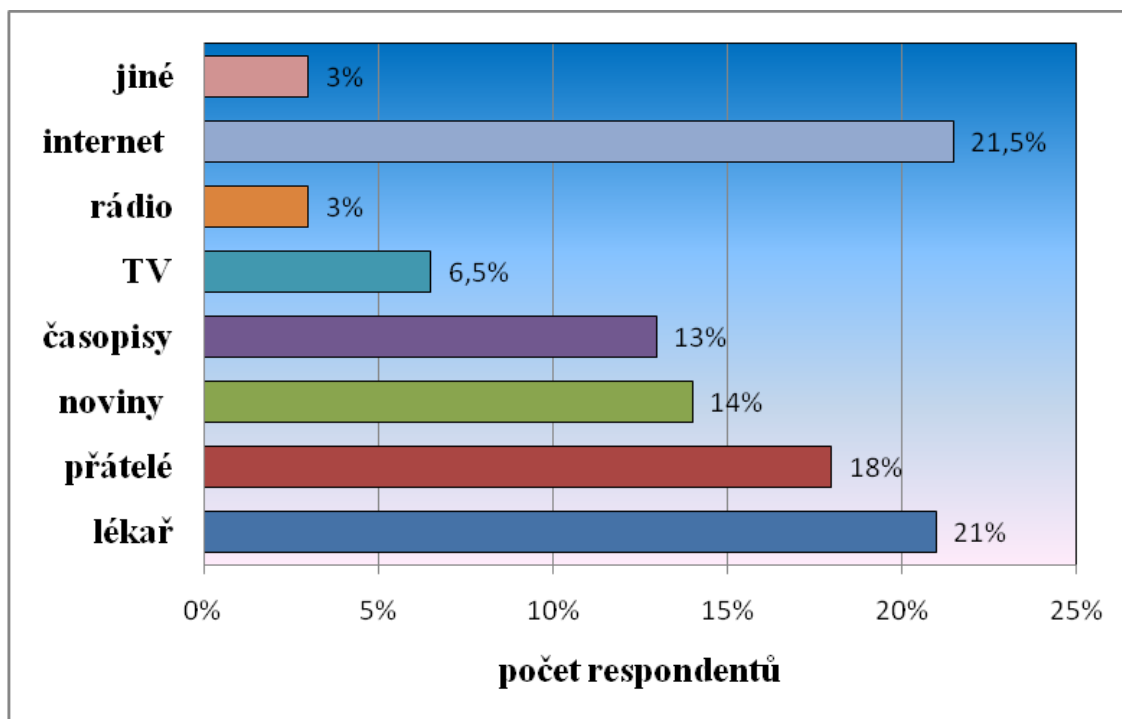


Zdroj: Vlastní výzkum

31 % (219) dotázaných uvedlo, že při rozhodování mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami pro ně není důležité, jaké preventivní programy poskytují. Naopak pro 16,5 % (116) respondentů je při rozhodování důležité, jaké preventivní programy daná zdravotní pojišťovna nabízí. 30,5 % (215) oslovených zvolilo variantu spíše ne. 22% (153) dotázaných se přiklonilo k odpovědi spíše ano.

Otázka 13: O preventivních programech se dozvídáte od/z.

Graf 14: Zdroj informací

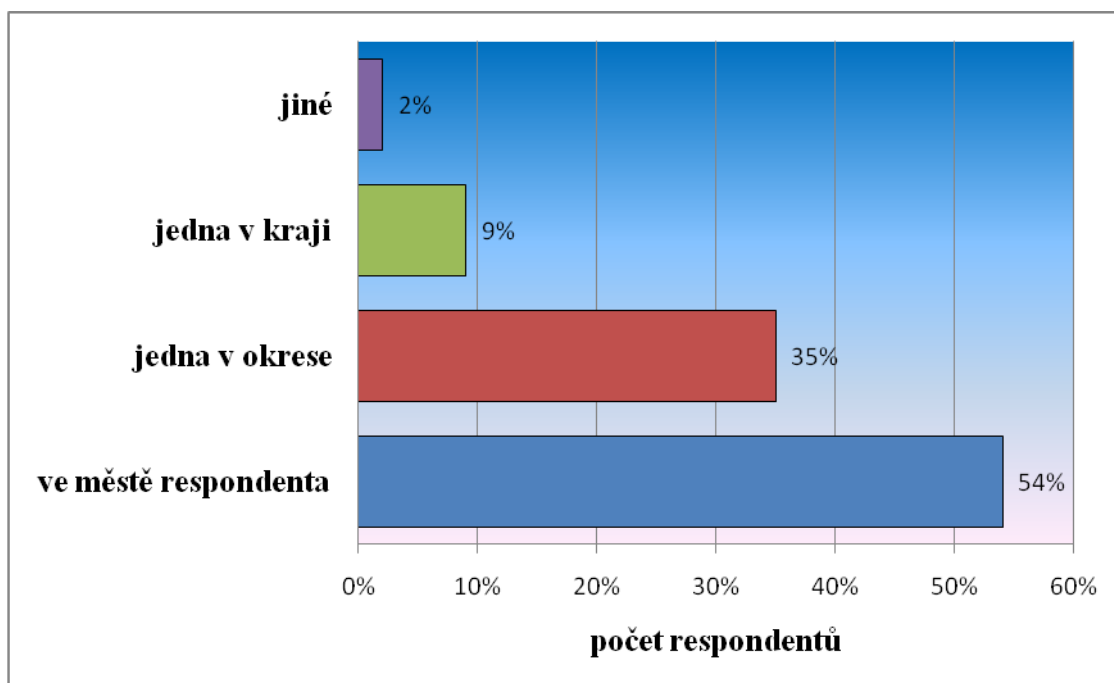


Zdroj: Vlastní výzkum

21,5 % (151) dotázaných získává informace o preventivních programech zdravotních pojišťoven z internetu. 21 % (147) oslovených uvedlo, že o preventivních programech se dozvídájí od svého lékaře. Od přátel získává informace 18 % (126) respondentů. 14 % (96) respondentů je informováno prostřednictvím novin. 13 % (93) oslovených uvedlo, že informace získávají z časopisů. Prostřednictvím televize se o preventivních programech dozvídá 6,5 % (46) respondentů. Jako zdroj informací označilo 3 % (22) dotázaných rádio. Shodný počet oslovených, tedy 3 % respondentů, zvolilo variantu „jiné“.

Otázka 14: Optimální místní dostupnost pobočky Vaší zdravotní pojišťovny je dle Vašeho názoru.

Graf 15: Optimální místní dostupnost pobočky

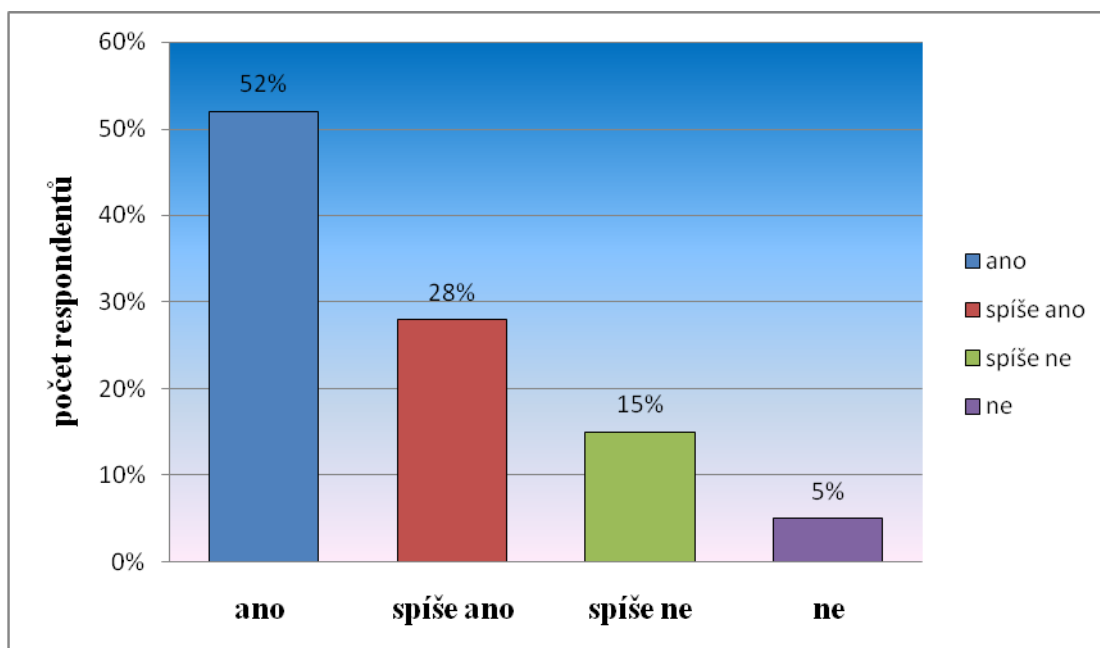


Zdroj: Vlastní výzkum

Dle 54 % (379) respondentů je optimální místní dostupnost pobočky zdravotní pojišťovny v jejich městě. Jedna pobočka v okrese je dostačující pro 35 % (246) dotázaných. K odpovědi jedna pobočka v kraji se přiklonilo 9 % (66) oslovených. 2 % (12) respondentů označilo variantu „jiné“.

Otázka 15: Jste spokojen(a) s místní dostupností pobočky Vaší zdravotní pojišťovny?

Graf 16: Spokojenost s místní dostupností pobočky

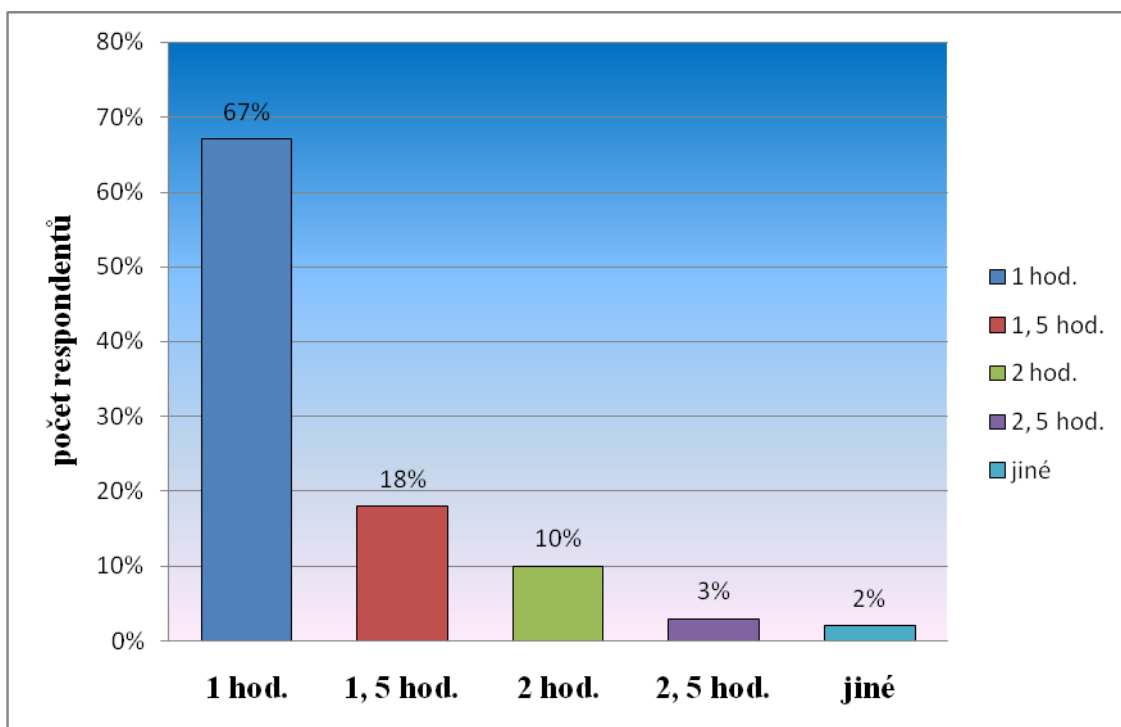


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 52 % (367) respondentů je spokojeno s místní dostupností pobočky. Variantu spíše ano zvolilo 28 % (196) dotázaných. 15 % (103) oslovených se přiklonilo k odpovědi spíše ne. 5 % (37) respondentů uvedlo, že nejsou spokojeni s místní dostupností pobočky jejich zdravotní pojišťovny.

Otázka 16: Optimální časová dostupnost pobočky Vaší zdravotní pojišťovny je dle Vašeho názoru do.

Graf 17: Optimální časová dostupnost pobočky

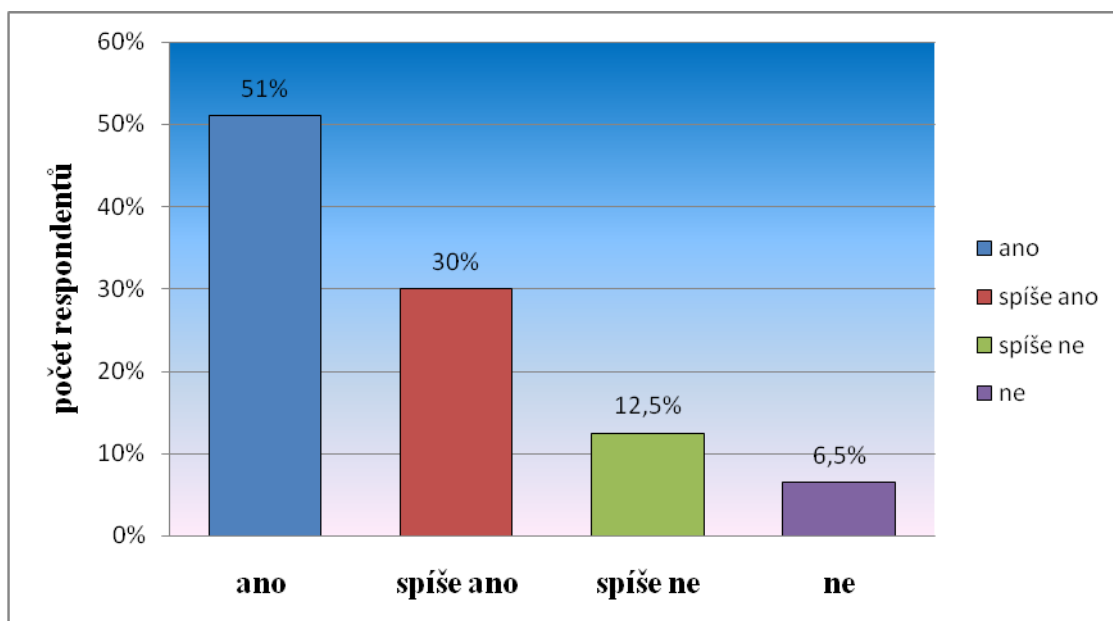


Zdroj: Vlastní výzkum

Dle 67 % (470) respondentů je optimální časová dostupnost pobočky do 1 hodiny. Pro 18 % (129) dotázaných splňuje optimální časovou dostupnost pobočky varianta do 1,5 hodiny. Odpověď do 2 hodin uvedlo 10 % (71) oslovených. 3 % (18) respondentů se přiklonilo k variantě do 2,5 hodiny. Odpověď „jiné“ zvolilo 2 % (15) dotázaných.

Otázka 17: Jste spokojen(a) s časovou dostupností pobočky Vaší zdravotní pojišťovny?

Graf 18: Spokojenost s časovou dostupností pobočky

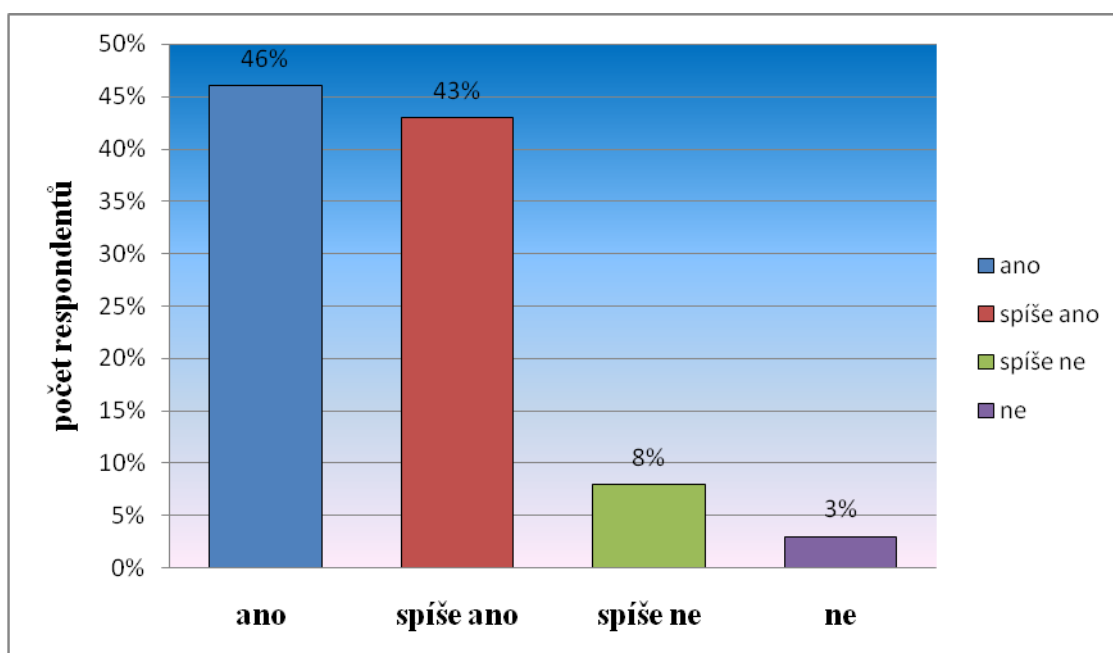


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 51 % (359) dotázaných je spokojeno s časovou dostupností pobočky jejich zdravotní pojišťovny. Odpověď spíše ano uvedlo 30 % (208) oslovených. Variantu spíše ne označilo 12,5 (88) respondentů. 6,5 % (46) oslovených není spokojeno s časovou dostupností pobočky jejich zdravotní pojišťovny.

Otázka 18: Jste spokojen(a) s délkou vyřizování Vašich žádostí?

Graf 19: Spokojenost s délkou vyřizování žádostí

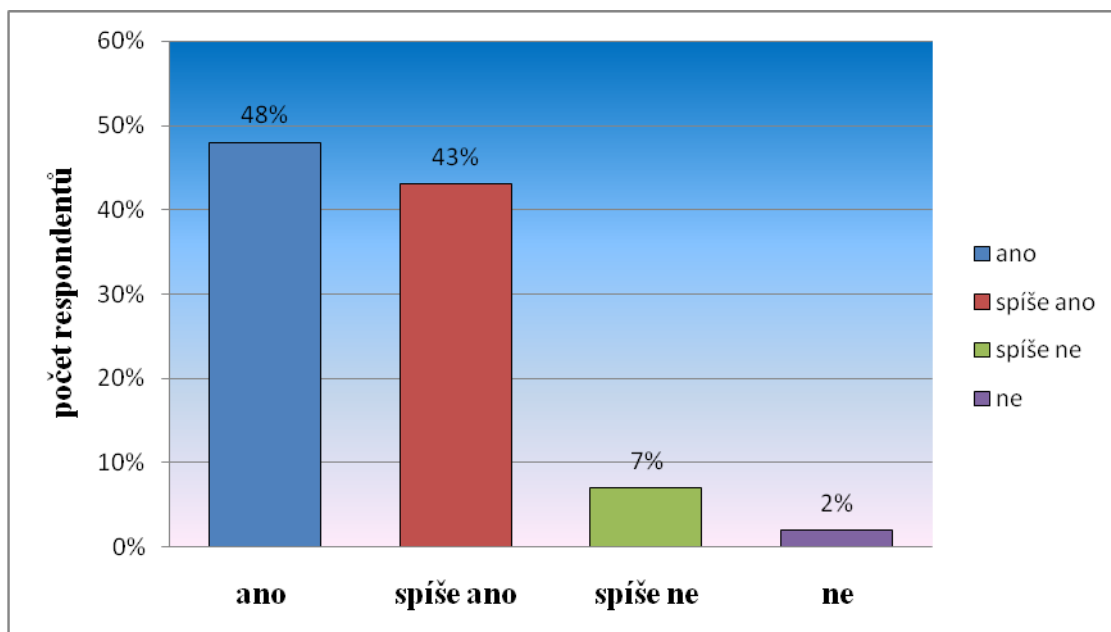


Zdroj: Vlastní výzkum

46 % (327) dotázaných je spokojeno s délkou vyřizování žádostí. Variantu spíše ano označilo 43 % (300) respondentů. 8 % (55) oslovených uvedlo odpověď spíše ne. Nespokojenost s délkou vyřizování žádostí vyjádřilo 3 % (21) dotázaných.

Otázka 19: Jste spokojen(a) s kvalitou vyřizování Vašich žádostí?

Graf 20: Spokojenost s kvalitou vyřizování žádostí

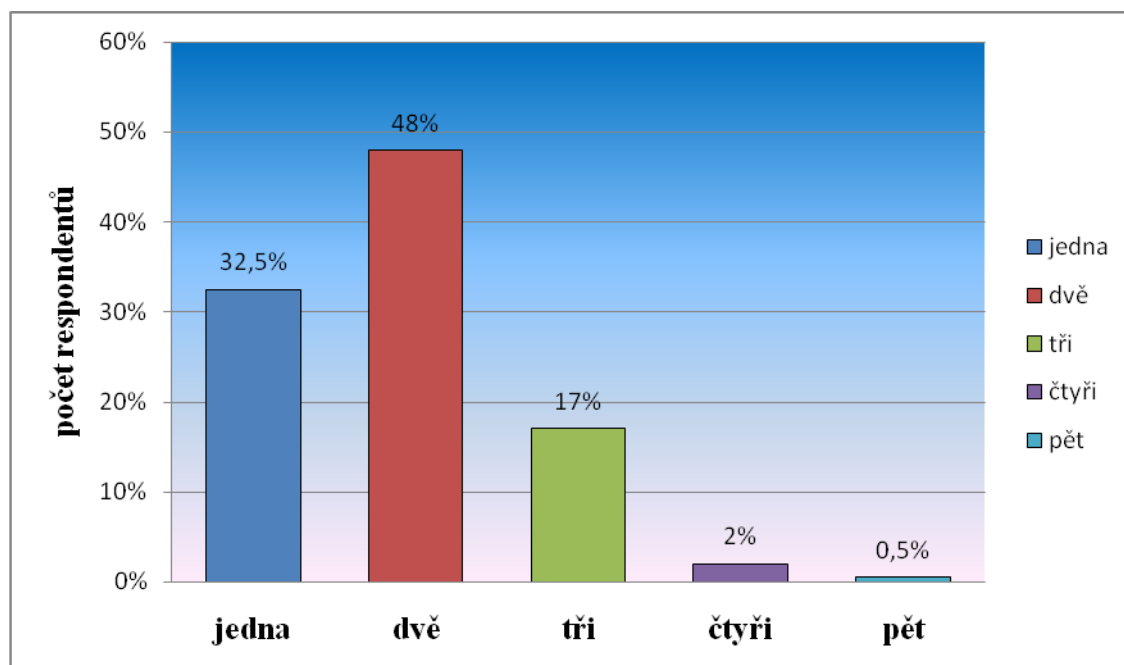


Zdroj: Vlastní výzkum

Spokojenost s kvalitou vyřizování žádostí vyjádřilo z celkového počtu 703 respondentů 48 % (336) dotázaných. 43 % (301) oslovených zvolilo odpověď spíše ano. Variantu spíše ne uvedlo 7 % (50) respondentů. Z grafu je patrné, že pouze 2 % (16) respondentů ze všech dotázaných není spokojeno s kvalitou vyřizování žádostí.

Otázka 20: Přístup zaměstnanců zdravotní pojišťovny ke klientům hodnotíte jako.

Graf 21: Přístup zaměstnanců ke klientům

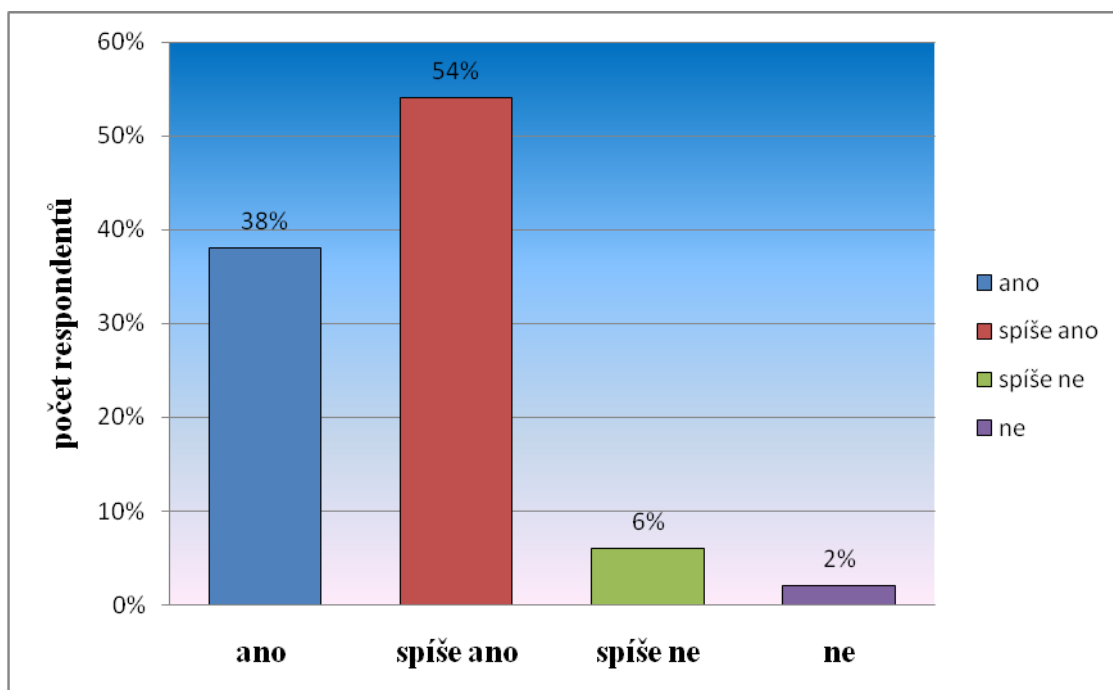


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že nejčastější odpovědí bylo hodnocení za „dvě“. Tuto variantu zvolilo 48 % (336) dotázaných. 32,5 % (229) respondentů ohodnotilo přístup zaměstnanců ke klientům za „jedna“. 17 % (121) oslovených označilo variantu za „tři“. Pro hodnocení za „čtyři“ bylo 2 % (13) dotázaných. Variantu za „pět“ uvedlo z celkového počtu 703 respondentů pouze 0,5 % (4) dotázaných.

Otázka 21: Myslíte si, že Vám Vaše zdravotní pojišťovna zajišťuje kvalitní zdravotní péči?

Graf 22: Zajištění kvalitní zdravotní péče

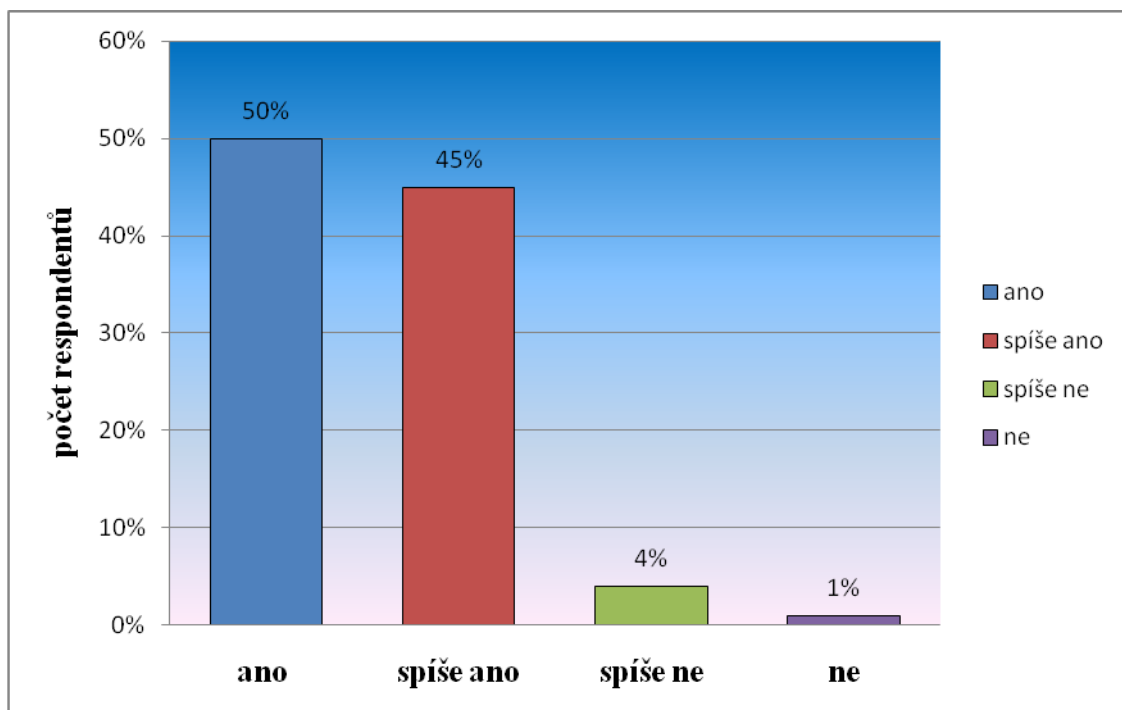


Zdroj: Vlastní výzkum

54 % (382) dotázaných zvolilo variantu spíše ano. 38 % (268) respondentů je spokojeno s kvalitou zdravotní péče, kterou jim poskytuje jejich zdravotní pojišťovna. Odpověď spíše ne označilo 6 % (43) oslovených. Pouze 2 % (10) dotázaných si myslí, že jim není poskytována kvalitní zdravotní péče.

Otázka 22: Vnímáte Vaši zdravotní pojišťovnu jako ekonomicky stabilní?

Graf 23: Ekonomická stabilita

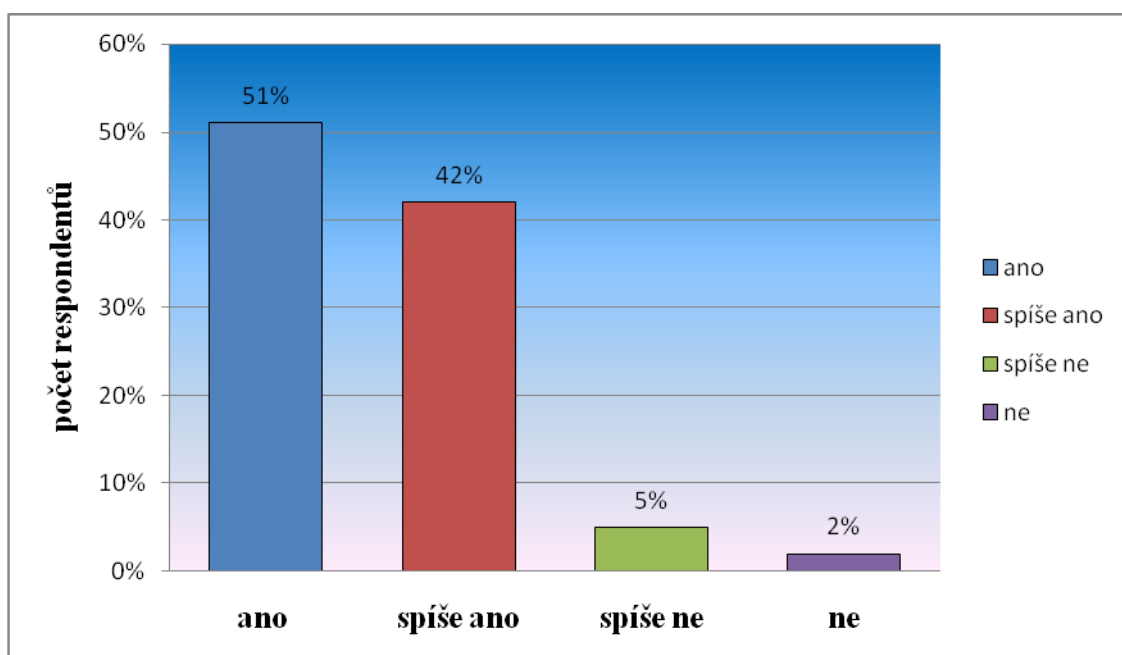


Zdroj: Vlastní výzkum

50 % (350) dotázaných z celkového počtu 703 respondentů vnímá svoji zdravotní pojišťovnu jako ekonomicky stabilní. Pro srovnání pouze 1 % (8) oslovených má opačný názor. 45 % (316) respondentů označilo variantu spíše ano. Odpověď spíše ne uvedlo 4 % (29) dotázaných.

Otázka 23: Máte důvěru k Vaší zdravotní pojišťovně?

Graf 24: Důvěryhodnost zdravotní pojišťovny

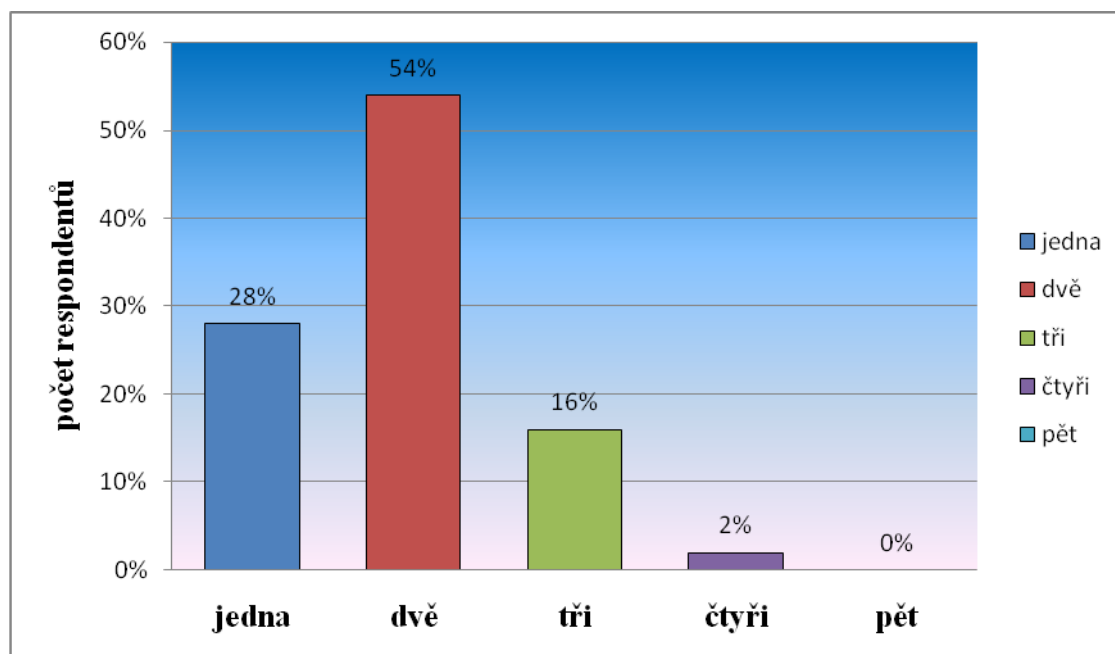


Zdroj: Vlastní výzkum

51 % (358) ze všech dotázaných vyslovilo své zdravotní pojišťovně důvěru. Naopak 2 % (16) respondentů vnímá svoji zdravotní pojišťovnu jako nedůvěryhodnou. Variantu spíše ano označilo 42 % (295) oslovených. V otázce důvěryhodnosti zvolilo odpověď spíše ne 5 % (34) respondentů.

Otázka 24: Pověst Vaší zdravotní pojišťovny v rámci široké veřejnosti hodnotíte jako.

Graf 25: Pověst zdravotní pojišťovny



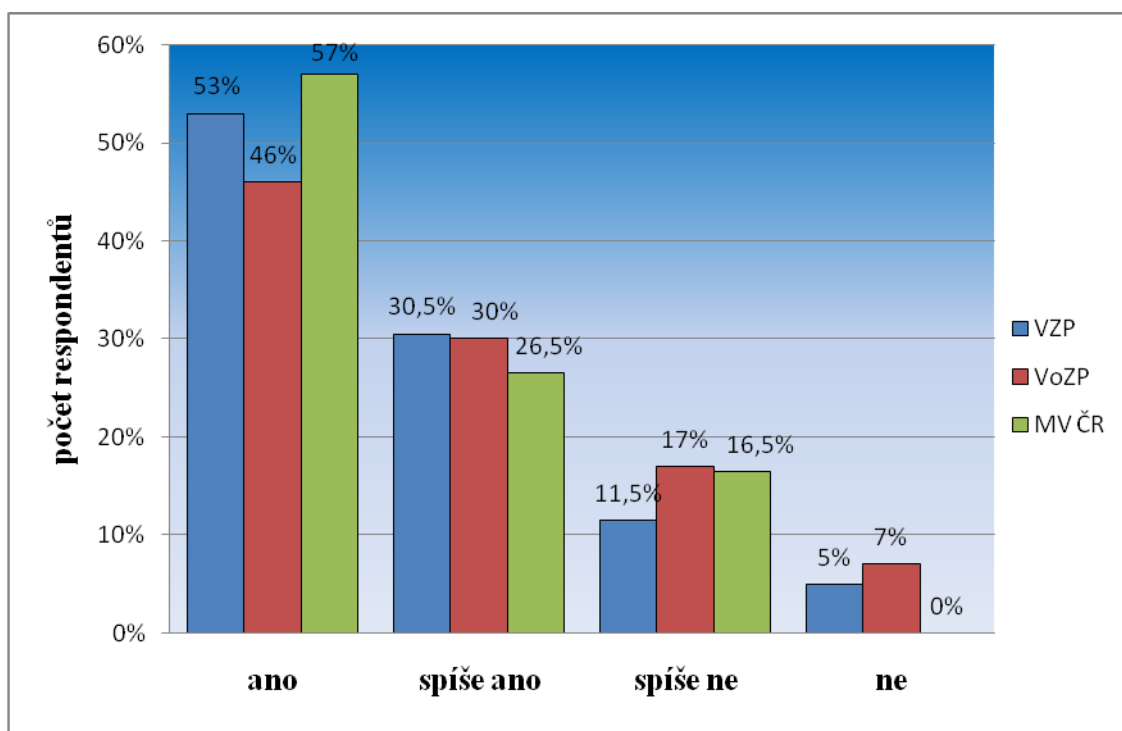
Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější odpovědí byla varianta za „dvě“. Tuto možnost zvolilo 54 % (380) respondentů. 28 % (195) dotázaných ohodnotilo pověst svojí zdravotní pojišťovny za „jedna“. Hodnocení za „tři“ zvolilo 16 % (113) oslovených. 2 % (15) respondentů uvedlo variantu za „čtyři“. Pro hodnocení za „pět“ nebyl žádný respondent.

4.2 Výsledky dotazníků – porovnání zdravotních pojišťoven

Otázka 15: Jste spokojen(a) s místní dostupností pobočky Vaší zdravotní pojišťovny?

Graf 26: Spokojenost s místní dostupností pobočky



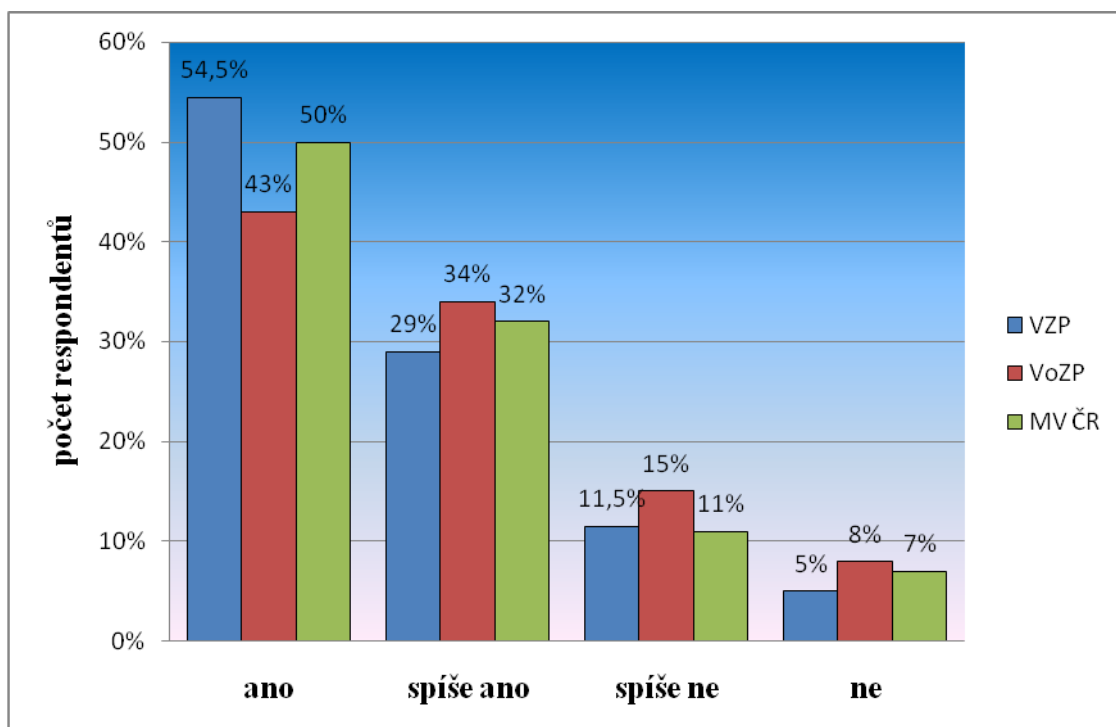
Zdroj: Vlastní výzkum

S místní dostupností pobočky je spokojeno 53 % (195) respondentů z celkového počtu 365 dotázaných, kteří jsou pojištěni u Všeobecné zdravotní pojišťovny. 46 % (66) oslovených z celkového počtu 143 respondentů, kteří jsou klienty Vojenské zdravotní pojišťovny ČR, je spokojeno s místní dostupností pobočky. 57 % (75) respondentů z celkového počtu 132 dotázaných pojištěných u Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR je též spokojeno s místní dostupností pobočky. Variantu spíše ano zvolilo 30,5 % (111) respondentů pojištěných u VZP, 30 % (42) dotázaných z VoZP a 26,5 % (35) oslovených, kteří jsou pojištěnci zdravotní pojišťovny MV ČR. 11,5 % (42) respondentů z VZP, 17 % (25) respondentů z VoZP a 16,5 % (22) respondentů ze zdravotní pojišťovny MV ČR uvedlo odpověď spíše ne. Nespokojenost s místní

dostupností pobočky uvedlo 5 % (17) dotázaných z VZP a 7 % (10) dotázaných z VoZP. Variantu ne uvedl žádný z respondentů, který je pojištěn u zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR.

Otázka 17: Jste spokojen(a) s časovou dostupností pobočky Vaší zdravotní pojišťovny?

Graf 27: Spokojenost s časovou dostupností pobočky

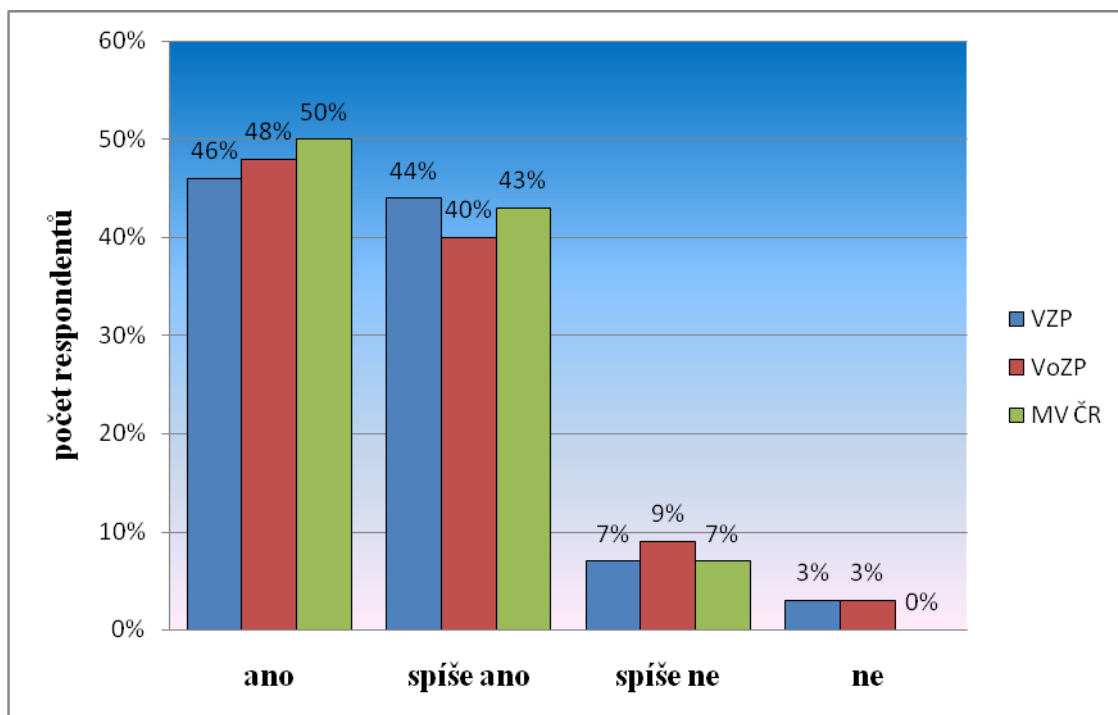


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 54,5 % (199) dotázaných z VZP, 43 % (62) dotázaných z VoZP a 50 % (66) ze zdravotní pojišťovny MV ČR je spokojeno s časovou dostupností pobočky. K variantě spíše ano se přiklonilo 29 % (105) respondentů z VZP, 34 % (49) respondentů z VoZP a 32 % (42) respondentů ze zdravotní pojišťovny MV ČR. Odpověď spíše ne uvedlo 11,5 % (42) oslovených z VZP, 15 % (21) oslovených z VoZP a 11% (15) oslovených ze zdravotní pojišťovny MV ČR. Nespokojenost s časovou dostupností pobočky vyjádřilo 5 % (19) respondentů z VZP, 8 % (11) respondentů z VoZP a 7 % (9) respondentů ze zdravotní pojišťovny MV ČR.

Otázka 18: Jste spokojen(a) s délkou vyřizování Vašich žádostí?

Graf 28: Spokojenost s délkou vyřizování žádostí

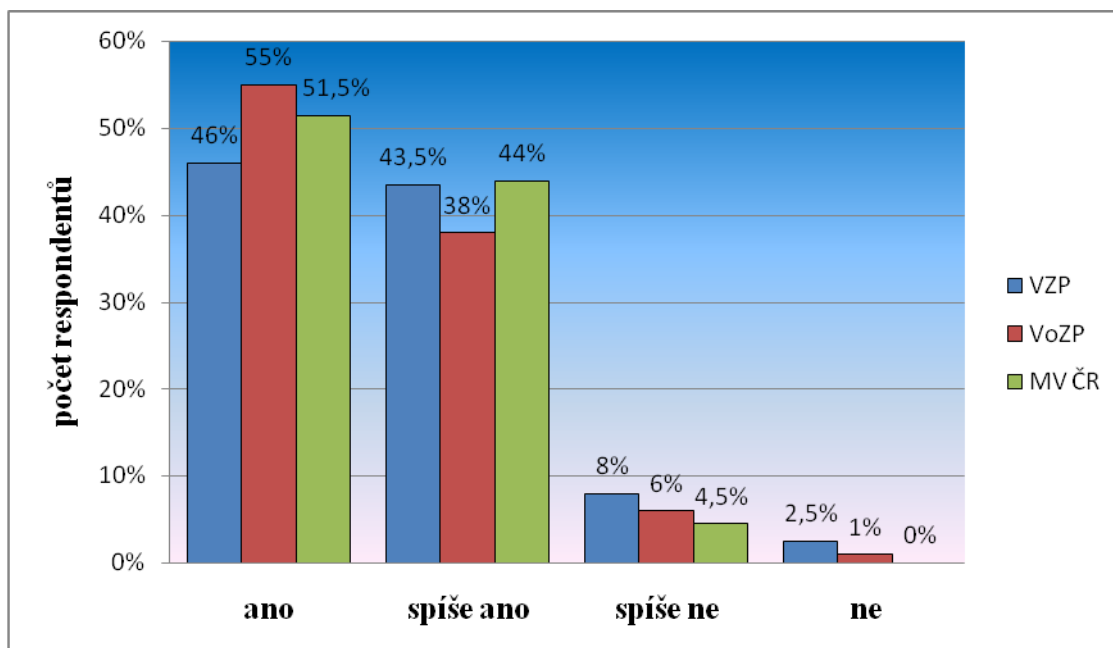


Zdroj: Vlastní výzkum

Spokojenost s délkou vyřizování žádostí vyjádřilo 46 % (166) respondentů z VZP, 48 % (69) respondentů z VoZP a 50 % (66) respondentů ze zdravotní pojišťovny MV ČR. 44 % (161) dotázaných z VZP, 40 % (57) dotázaných z VoZP a 43 % (57) dotázaných ze zdravotní pojišťovny MV ČR se přiklonilo k variantě spíše ano. Odpověď spíše ne uvedlo shodně 7 % respondentů, kteří jsou pojištěni u Všeobecné zdravotní pojišťovny a u Vojenské zdravotní pojišťovny ČR. U dotázaných, kteří jsou pojištěni u Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR, zvolilo variantu spíše ne 9 % (13) oslovených. 3 % respondentů z VZP a z VoZP je nespokojeno s délkou vyřizování jejich žádostí. Nikdo z dotázaných, kteří jsou pojištěnci Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR, nevyjádřil nespokojenost s délkou vyřizování žádostí.

Otázka 19: Jste spokojen(a) s kvalitou vyřizování Vašich žádostí?

Graf 29: Spokojenost s kvalitou vyřizování žádostí

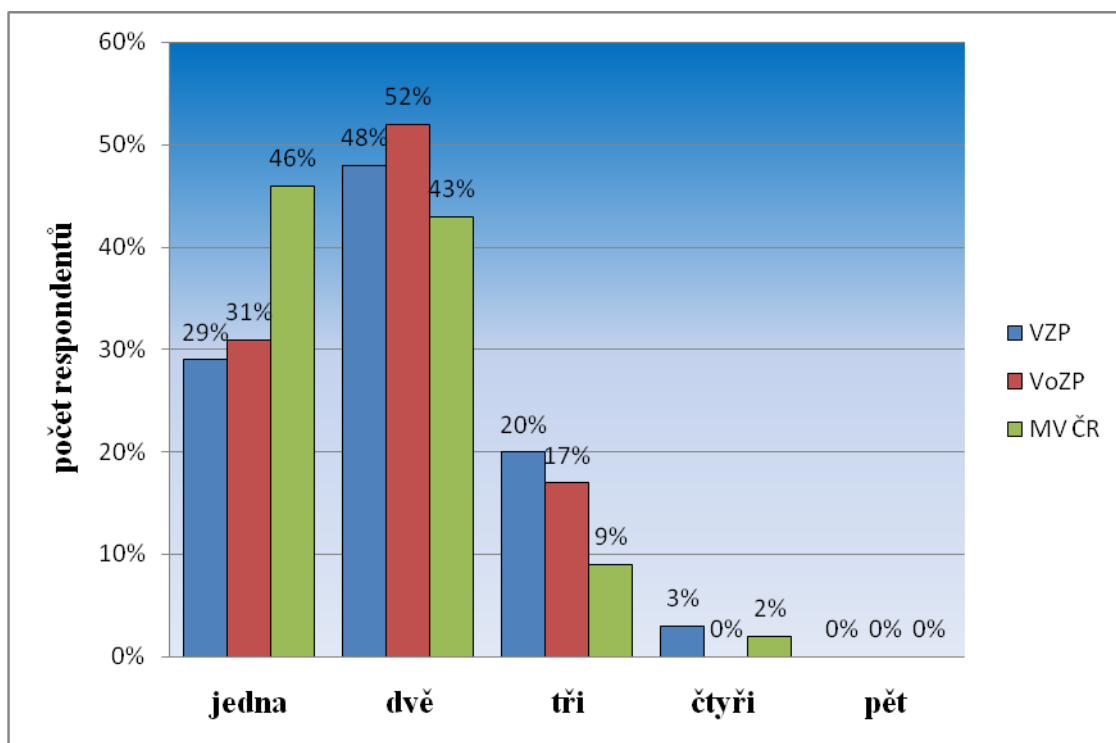


Zdroj: Vlastní výzkum

46 % (168) respondentů z VZP, 55 % (78) respondentů z VoZP a 51,5 % (68) respondentů ze zdravotní pojišťovny MV ČR je spokojeno s kvalitou vyřizování žádostí. Naopak 2,5 (9) dotázaných z VZP a 1 % (2) dotázaných z VoZP vyjádřilo nespokojenost s kvalitou vyřizování jejich žádostí. Z dotázaných, kteří jsou pojištěni u Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR, variantu ne, tedy nespokojenost, neuvedl nikdo z oslovených. Odpověď spíše ano uvedlo 43,5 % (159) oslovených z VZP, 38 % (54) oslovených z VoZP a 44 % (58) oslovených ze zdravotní pojišťovny MV ČR. 8 % (29) respondentů z VZP, 6 % (9) z VoZP a 4,5 % (6) respondentů ze zdravotní pojišťovny MV ČR se přiklonilo k variantě spíše ne.

Otázka 20: Přístup zaměstnanců zdravotní pojišťovny ke klientům hodnotíte jako.

Graf 30: Přístup zaměstnanců ke klientům

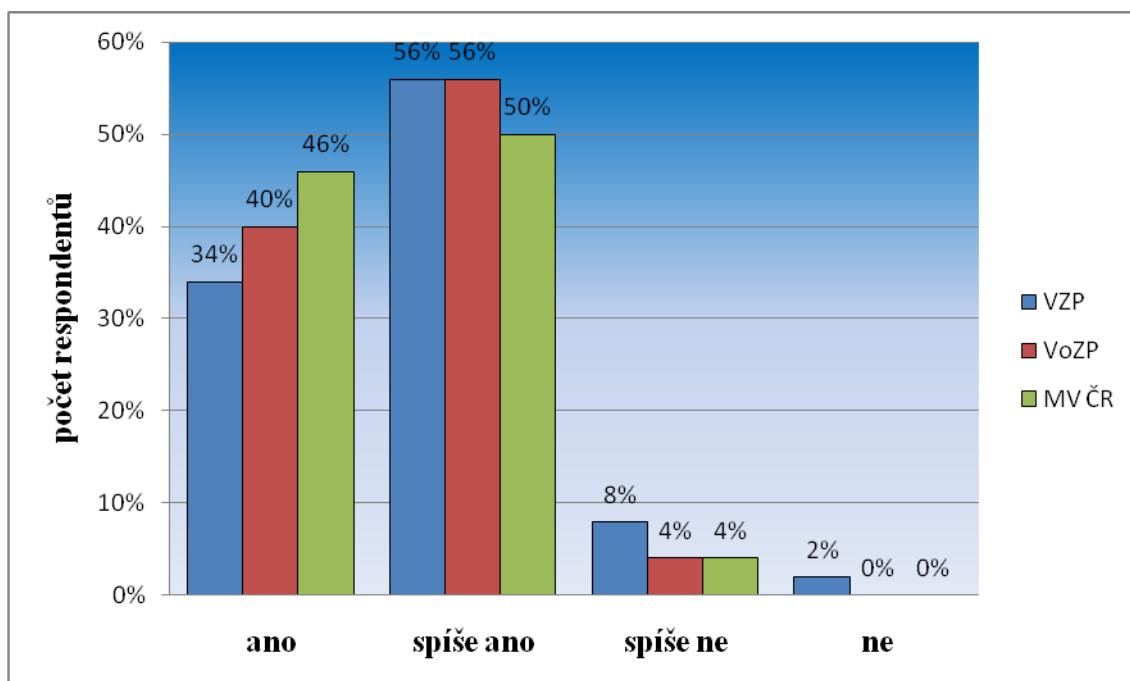


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že nejčastější odpovědí byla varianta za „dvě“. Tuto variantu zvolilo 48 % (175) respondentů z VZP, 52 % (75) respondentů z VoZP a 43 % (57) respondentů ze zdravotní pojišťovny MV ČR. Jen u Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR zvolilo odpověď za „jedna“ více dotázaných, 46 % (60) oslovených, než u odpovědi za „dvě“. K variantě za „jedna“ se přiklonilo 29 % (106) respondentů z VZP a 31 % (44) respondentů z VoZP. Odpověď za „tři“ uvedlo 20 % (72) dotázaných z VZP, 17 % (24) dotázaných z VoZP a 9 % (12) dotázaných ze zdravotní pojišťovny MV ČR. Variantu za „čtyři“ neoznačil žádný oslovený, který je pojištěncem Vojenské zdravotní pojišťovny ČR. Tuto variantu zvolilo 3 % (12) oslovených z VZP a 2 % (3) oslovených ze zdravotní pojišťovny MV ČR. Poslední možnou odpověď nezvolil žádný respondent.

Otázka 21: Myslíte si, že Vám Vaše zdravotní pojišťovna zajišťuje kvalitní zdravotní péči?

Graf 31: Zajištění kvalitní zdravotní péče

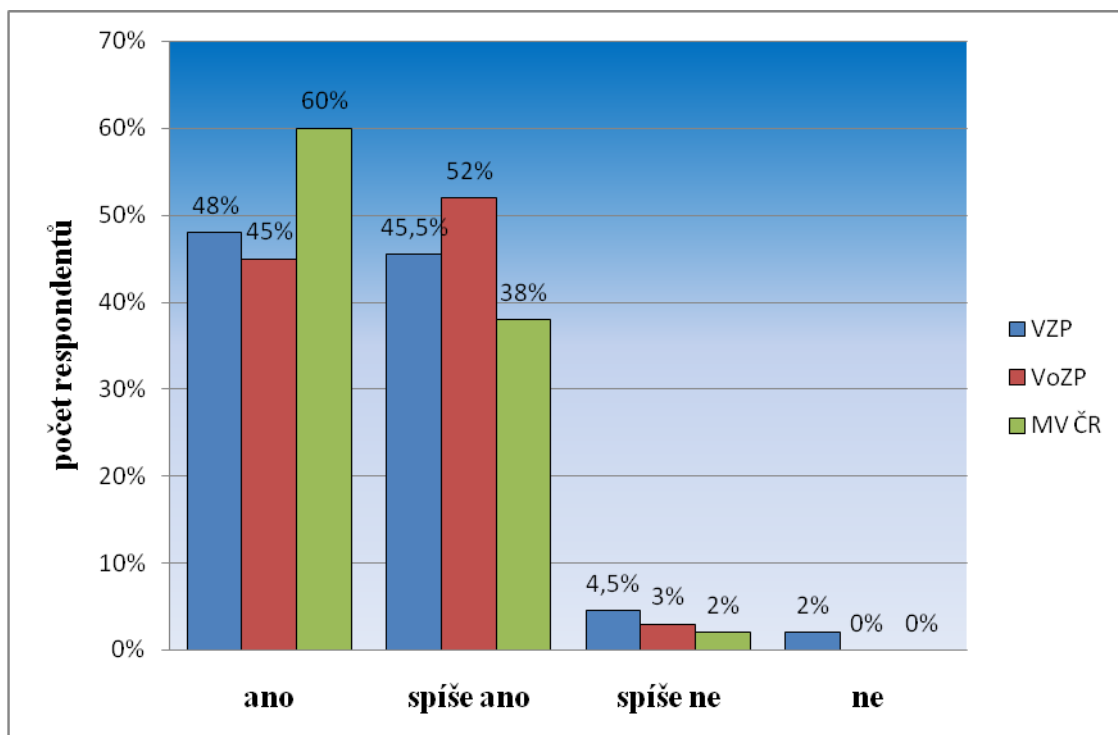


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější odpovědí byla varianta spíše ano. Tuto variantu zvolilo shodně 56 % respondentů pojištěných u Všeobecné zdravotní pojišťovny a u Vojenské zdravotní pojišťovny ČR a 50 % (66) respondentů pojištěných u Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR. 34 % (124) dotázaných z VZP, 40 % (57) dotázaných z VoZP a 46 % (61) dotázaných ze zdravotní pojišťovny MV ČR si myslí, že jim jejich zdravotní pojišťovna zajišťuje kvalitní zdravotní péči. K variantě spíše ne se přiklonilo shodně 4 % oslovených z VoZP a ze zdravotní pojišťovny MV ČR. Z VZP tuto variantu zvolilo 8 % (28) oslovených. Pouze 2 % (7) respondentů z VZP si myslí, že jim jejich zdravotní pojišťovna nezajišťuje kvalitní zdravotní péči. Respondenti z VoZP a ze zdravotní pojišťovny MV ČR odpověď ne nezvolili.

Otázka 22: Vnímáte Vaši zdravotní pojišťovnu jako ekonomicky stabilní?

Graf 32: Ekonomická stabilita

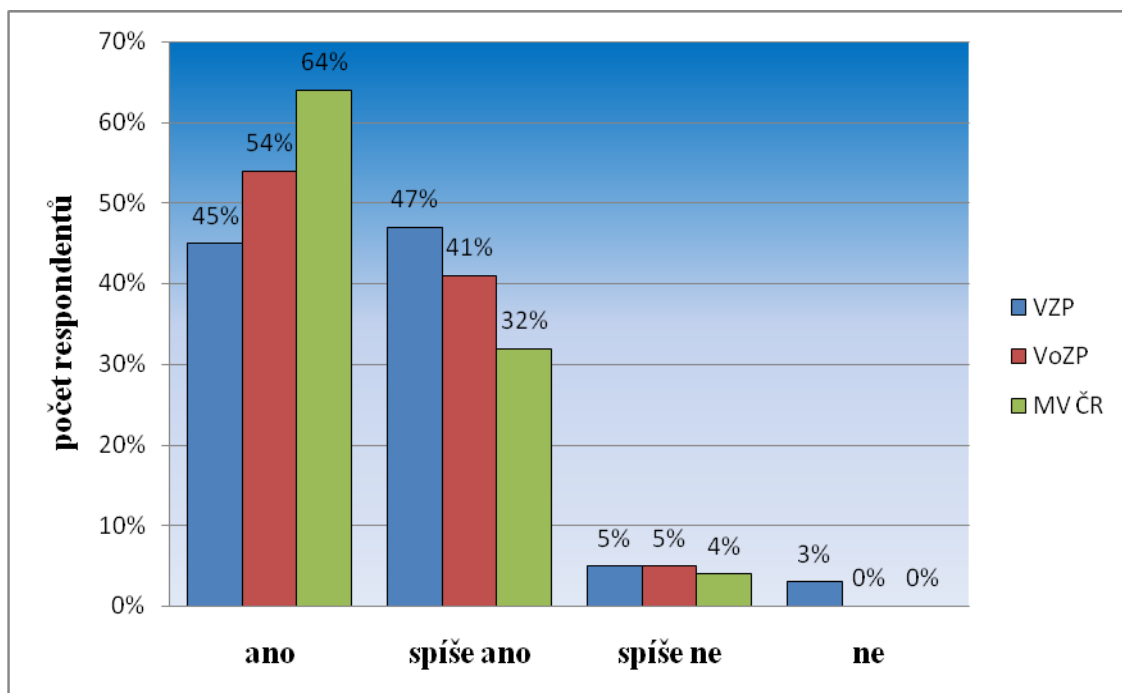


Zdroj: Vlastní výzkum

Jako ekonomicky stabilní vnímá svoji zdravotní pojišťovnu 48 % (175) respondentů z VZP, 45 % (64) respondentů z VoZP a 60 % (79) respondentů ze zdravotní pojišťovny MV ČR. Naopak jako ekonomicky nestabilní ji vnímá pouze 2 % (7) dotázaných z VZP. 45,5 % (166) oslovených z VZP, 52 % (75) oslovených z VoZP a 38 % (50) oslovených ze zdravotní pojišťovny MV ČR se přiklonilo k variantě spíše ano. Odpověď spíše ne zvolilo 4,5 % (16) respondentů z VZP, 3 % (4) respondentů z VoZP a 2 % (3) respondentů ze zdravotní pojišťovny MV ČR.

Otázka 23: Máte důvěru k Vaší zdravotní pojišťovně?

Graf 33: Důvěryhodnost zdravotní pojišťovny

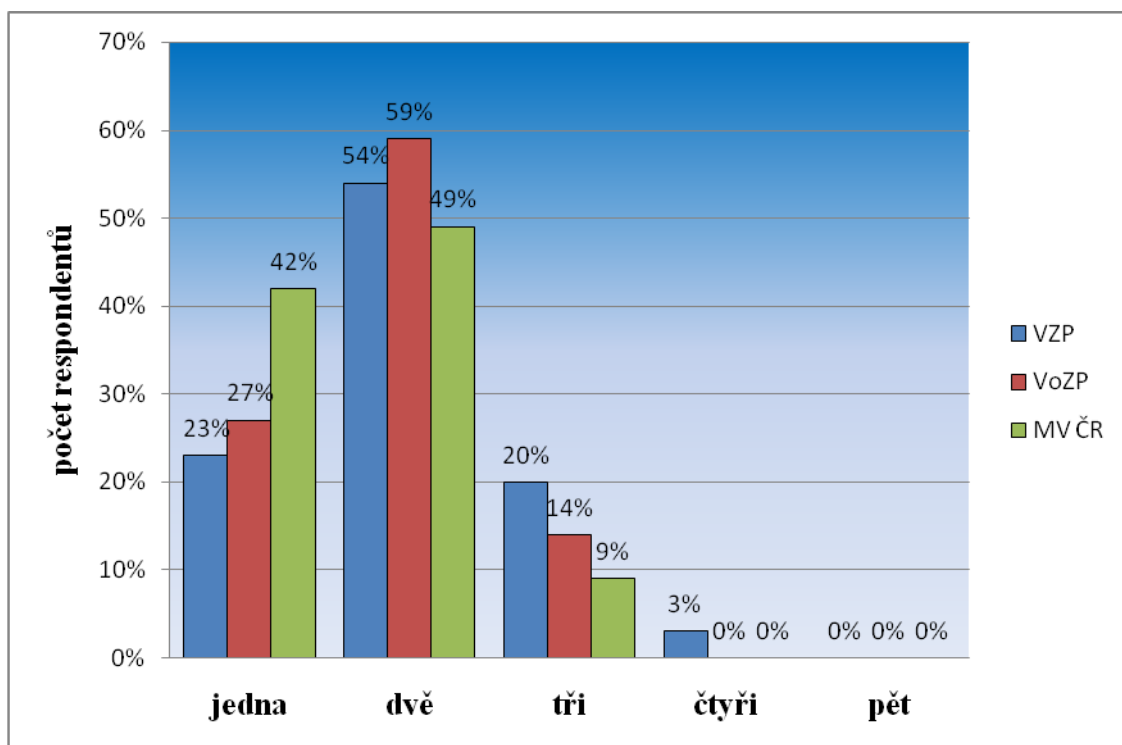


Zdroj: Vlastní výzkum

Důvěru ke své zdravotní pojišťovně vyslovilo 45 % (163) respondentů z VZP, 54 % (77) respondentů z VoZP a 64 % (85) respondentů ze zdravotní pojišťovny MV ČR. Naopak nedůvěru vyjádřilo ke své zdravotní pojišťovně pouze 3 % (11) respondentů z VZP. Odpověď spíše ano zvolilo 47 % (171) dotázaných z VZP, 41 % (59) dotázaných z VoZP a 32 % (42) dotázaných ze zdravotní pojišťovny MV ČR. Shodně 5 % oslovených z VZP a z VoZP uvedlo odpověď spíše ne. Ze zdravotní pojišťovny MV ČR tuto variantu označilo 4 % (5) oslovených.

Otázka 24: Pověst Vaší zdravotní pojišťovny v rámci široké veřejnosti hodnotíte jako.

Graf 34: Pověst zdravotní pojišťovny



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že nejčastější odpovědí byla varianta za „dvě“. Tuto variantu zvolilo 54 % (198) respondentů z VZP, 59 % (84) respondentů z VoZP a 49 % (65) respondentů ze zdravotní pojišťovny MV ČR. K odpovědi za „jedna“ se přiklonilo 23 % (85) dotázaných z VZP, 27 % (39) dotázaných z VoZP a 42 % (55) dotázaných ze zdravotní pojišťovny MV ČR. Naopak odpověď za „pět“ nevolil nikdo z dotázaných. Variantu za „tři“ uvedlo 20 % (72) oslovených z VZP, 14 % (20) oslovených z VoZP a 9 % (12) oslovených ze zdravotní pojišťovny MV ČR. Pouze 3 % (10) respondentů z VZP označilo odpověď za „čtyři“.

5. Diskuze

Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo 703 respondentů starších 15 let žijících v Jihočeském kraji. Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak občané v Jihočeském kraji vnímají zdravotní pojišťovny, u kterých jsou pojištěni v rámci veřejného zdravotního pojištění. Dalším cílem bylo zjistit, jak jsou klienti zdravotních pojišťoven spokojeni s poskytovanými službami.

V rámci výzkumu byly stanoveny tři hypotézy:

Hypotéza 1: Klienti zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji se při výběru zdravotní pojišťovny řídí názorem lékaře.

Hypotéza 2: Klienti zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji jsou spokojeni s místní a časovou dostupností zdravotních pojišťoven.

Hypotéza 3: Klienti zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji si vybírají zdravotní pojišťovnu podle výhod, které poskytuje.

Pro začátek dotazníku jsem zvolila otázky identifikační (otázka 1 – 5). Následující otázky (otázka 6 – 24) dotazníkového šetření jsou zjišťovací.

Otázka číslo 1 se zabývá pohlavím respondentů. Ženy v dotazníkovém šetření byly zastoupeny 55 % , muži 45 % .

Dále jsem zjišťovala věkovou strukturu dotázaných. Nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 20 – 29 let, tj. 24 % dotázaných. Druhou nejčastěji zastoupenou věkovou kategorií byly shodně kategorie 30 – 39 let a 40 – 49 let, tj. 21 % oslovených. 13 % respondentů tvořili skupinu ve věkové kategorii 50 – 59 let. V kategorii 60 a více let odpovídalo 11% dotázaných. Nejméně početně zastoupenou skupinou byli respondenti ve věku 15 – 19 let, tj. 10 %.

Nejpočetnější skupinu dotázaných tvořili respondenti, kteří měli nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, ukončené maturitní zkouškou. Z celkového počtu 703 respondentů uvedlo středoškolské vzdělání 41 % dotázaných. Jako druhé nejčastěji

dosažené vzdělání bylo uváděno střední odborné učiliště s počtem 24 % respondentů. 16 % oslovených mělo vysokoškolské vzdělání. K ukončenému základnímu vzdělání se přihlásilo 10 % dotázaných a 9 % dotázaných mělo dokončené vzdělání na vyšší odborné škole.

V následující otázce jsem se informativně zabývala velikostí obce místa trvalého bydliště respondentů. Nejvíce respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, žije v obci do 10 000 obyvatel, tj. 27 % dotázaných.

V otázce číslo 5 jsem se zajímala o zastoupení jednotlivých zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji. Tedy, u jaké zdravotní pojišťovny jsou respondenti pojištěni. Nebylo velkým překvapením, že nejvíce dotázaných se přihlásilo k Všeobecné zdravotní pojišťovně, tj. 52 % oslovených. Sama Všeobecná zdravotní pojišťovna na svých internetových stránkách uvádí, že je s více než 6,2 miliony klientů největší zdravotní pojišťovnou v České republice (49). Druhou nejsilněji zastoupenou zdravotní pojišťovnou v Jihočeském kraji je Vojenská zdravotní pojišťovna ČR s počtem 20 % respondentů. Na třetím místě je s 19 % dotázaných Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR. Ostatní zdravotní pojišťovny jsou v Jihočeském kraji zastoupeny minimálním počtem svých klientů. Ke zdravotní pojišťovně Média se nepřihlásil žádný z respondentů.

Následující otázky jsou zaměřeny na vnímání a spokojenost respondentů se zdravotními pojišťovnami a slouží k potvrzení či vyvrácení předpokládaných hypotéz.

Zabývala jsem se problematikou, kolik respondentů změnilo během svého života zdravotní pojišťovnu, a z jakého důvodu. 51 % dotázaných změnilo během svého života zdravotní pojišťovnu. Nejčastějším uváděným důvodem pro změnu zdravotní pojišťovny byla nedostatečná nabídka výhod dané zdravotní pojišťovny. Tuto variantu zvolilo 52 % respondentů. 35 % oslovených změnilo zdravotní pojišťovnu na základě doporučení lékaře a 7 % dotázaných z důvodu nespokojenosti s přístupem zaměstnanců.

V současné době (v tomto roce) zvažuje změnu zdravotní pojišťovny pouze 5 % dotázaných. Tedy drtivá většina oslovených, tj. 95 %, o změně zdravotní pojišťovny neuvažuje. Můžeme říci, že ze zjištěných skutečností vyplývá, že respondenti jsou spokojeni se svojí stávající zdravotní pojišťovnou.

Shodně pro 25 % dotázaných je při výběru zdravotní pojišťovny rozhodující názor lékaře a výhody dané zdravotní pojišťovny. Na zkušenosti přátel dá 21 % oslovených. Ekonomická stabilita zdravotní pojišťovny je důležitá pro 12,5 % respondentů. Opět shodný počet respondentů, tj. 6 % dotázaných, volilo variantu dostupnost pobočky a vnímání zdravotní pojišťovny veřejností. 4,5 % respondentů uvádělo ještě další kritéria pro výběr zdravotní pojišťovny.

Dále jsem se konkrétněji zabývala otázkou, zda je pro respondenty při výběru zdravotní pojišťovny názor lékaře důležitý. Pro 30 % dotázaných ano. Naopak pro 15 % oslovených není při výběru zdravotní pojišťovny názor lékaře rozhodující. Variantu spíše ano zvolilo 32 % respondentů, odpověď spíše ne uvedlo 23 % respondentů.

Předchozí otázky (č. 6, 8, 9) byly určeny k potvrzení či vyvrácení první hypotézy. S jejich pomocí jsem zjišťovala, zda se respondenti při výběru zdravotní pojišťovny řídí názorem lékaře. Z výsledků odpovědí respondentů u otázky č. 6 je patrné, že 35 % dotázaných změnilo svoji zdravotní pojišťovnu na základě doporučení lékaře. V otázce č. 8 jsem se zabývala kritérii pro výběr zdravotní pojišťovny. Pro 25 % respondentů je důležitý názor lékaře. V otázce č. 9 jsem se konkrétně respondentů ptala, zda je pro ně při výběru zdravotní pojišťovny názor lékaře důležitý. 30 % dotázaných uvedlo ano a 32 % dotázaných uvedlo odpověď spíše ano. Z odpovědí respondentů je zřejmé, že je pro ně názor lékaře důležitý a řídí se jím při výběru své zdravotní pojišťovny. První hypotézu můžeme označit za potvrzenou.

V desáté a jedenácté otázce jsem zjišťovala, jaké preventivní programy respondenti využívají, a zda je porovnávají u jednotlivých zdravotních pojišťoven. 46 % dotázaných uvedlo, že nevyužívají žádné preventivní programy. Většina dotázaných, tj. 44 %, neporovnává preventivní programy jednotlivých zdravotních pojišťoven. Z celkového počtu 703 respondentů pouze 13 % oslovených se zajímá, jaké preventivní programy pojišťovny nabízejí.

Ve dvanácté otázce jsem zajímala o to, jestli je pro respondenty při výběru zdravotní pojišťovny důležité, jaké preventivní programy poskytuje. Pro 31 % oslovených není důležité, jaké preventivní programy jim zdravotní pojišťovna nabízí.

Variantu spíše ne zvolilo 30,5 % respondentů. Pouze pro 16,5 % dotázaných jsou nabízené preventivní programy při výběru zdravotní pojišťovny rozhodující.

Z odpovědí respondentů na otázky č. 10, 11 a 12 je patrné, že si nevybírají zdravotní pojišťovny na základě toho, jaké preventivní programy (výhody) jim nabízejí. Třetí hypotéza se nepotvrdila.

O preventivních programech se respondenti nejčastěji dozívají z internetu. Tuto variantu zvolilo 21,5 % dotázaných. Tuto skutečnost potvrzuje i Jolana Nováková ve svém článku pro MF Dnes, kde konstatuje, že zdravotní pojišťovny nabízejí pro své klienty výhodné programy, ale spoléhají se na to, že pojištěnci si o nich informace vyhledají sami, a jako nejlepší zdroj informací uvádí právě internet (38). Dále 21 % respondentů uvedlo, že se o preventivních programech dozívají od svého lékaře. Třetí nejčastěji uváděnou variantou, tj. 18 % oslovených, jsou informace od přátel.

Ve čtrnácté a patnácté otázce jsem zjišťovala, jaká je dle respondentů optimální místní dostupnost pobočky jejich zdravotní pojišťovny, a zda jsou spokojeni s místní dostupností pobočky. Pro 54 % dotázaných je optimální místní dostupnost pobočky v jejich městě. Jedna pobočka v okrese je dostačující pro 35 % dotázaných. 9 % respondentů se přiklonilo k variantě jedna pobočka v kraji. Dále z výsledků vyplývá, že 52 % respondentů je spokojeno s místní dostupností pobočky. Naopak pouze 5 % dotázaných vyjádřilo svoji nespokojenost s místní dostupností pobočky své zdravotní pojišťovny.

V následujících dvou otázkách (č. 16 a 17) jsem se zabývala optimální časovou dostupností pobočky zdravotní pojišťovny a spokojeností respondentů s časovou dostupností pobočky. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že časová dostupnost pobočky do 1 hodiny je optimální pro většinu oslovených, tj. 67 % dotázaných. Druhou nejčastěji uváděnou variantou, tj. 18 % oslovených, je do 1,5 hodiny. 10 % oslovených uvedlo odpověď do 2 hodin. K variantě do 2,5 hodiny se přiklonilo 3 % respondentů. S časovou dostupností je spokojeno 51 % respondentů. Odpověď ne, která vyjadřuje nespokojenost s časovou dostupností pobočky, zvolilo pouze 6,5 % oslovených. Na základě provedeného výzkumu můžeme předpokládat, že zdravotní pojišťovny se snaží o rozmístění svých poboček tak, aby byly dostupné všem jejich klientům z hlediska

časového a místního. Z výsledků dotazníkového šetření je tedy patrné, že druhá hypotéza byla potvrzena.

S délkou vyřizování žádostí je spokojeno 46 % dotázaných. Naopak nespokojenost vyjádřilo pouze 3 % respondentů.

Téměř polovina respondentů, tj. 48 % dotázaných, je spokojena s kvalitou vyřizování žádostí. Nespokojenost s kvalitou vyřizování žádostí uvedlo v rámci dotazníkového šetření jen 2 % respondentů.

Přístup zaměstnanců zdravotních pojišťoven ke klientům hodnotili respondenti převážně kladně. 48 % dotázaných uvedlo hodnocení za „dvě“. Variantu za „jedna“ zvolilo 32,5 % respondentů. Naopak pouze 0,5 % (4) oslovených z celkového počtu 703 respondentů ohodnotilo přístup zaměstnanců ke klientům za „pět“.

Dle mínění 38 % respondentů zajišťují zdravotní pojišťovny svým klientům kvalitní zdravotní péči. K variantě spíše ano se přiklonilo dokonce 54 % dotázaných. Pouze 2 % dotázaných si myslí, že jim není poskytována kvalitní zdravotní péče.

V následující otázce jsem zjišťovala, zda respondenti vnímají svoji zdravotní pojišťovnu jako ekonomicky stabilní. V době dotazníkové šetření vnímalo svoji zdravotní pojišťovnu jako ekonomicky stabilní 50 % dotázaných. Pouze 1 % oslovených mělo opačný názor. Lze předpokládat, že v současné době by se situace změnila. Média nás informují o tom, že ekonomická krize dorazí v tomto roce naplno i do českého zdravotnictví. Hospodářské noviny na svých internetových stránkách píší: *„VZP i některým menším pojišťovnám totiž na přelomu letošního a příštího roku dojdou miliardové přebytky, které našetřily během posledních tří let, a pokud se nic nezmění, začnou se kvůli vysokým nákladům na zdravotní péči a nižšímu výběru pojištění propadat do dluhů.“* (46).

Důvěru ke své zdravotní pojišťovně vyjádřilo 51 % dotázaných. Svoji zdravotní pojišťovně nedůvěřuje pouze 2 % respondentů.

Pověst zdravotní pojišťovny v rámci široké veřejnosti hodnotí 28 % dotázaných jako výbornou. Hodnocení za „dvě“ uvedlo 54 % respondentů. Za „tři“ ohodnotilo svoji zdravotní pojišťovnu 16 % oslovených. Variantu za „čtyři“ zvolilo 2 % dotázaných. Pro hodnocení za „pět“ nebyl nikdo z dotázaných respondentů.

Ve čtvrté kapitole této diplomové práce také uvádím srovnání vybraných otázek u tří nejsilněji zastoupených zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji. Mezi tyto zdravotní pojišťovny patří Všeobecná zdravotní pojišťovna, Vojenská zdravotní pojišťovna ČR a Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR.

Nejvíce spokojeni s místní dostupností pobočky své zdravotní pojišťovny jsou klienti Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR, tj. 57 % (75) respondentů z celkového počtu 132 dotázaných, kteří se přihlásili k této pojišťovně. Dokonce nikdo z pojištěnců Zdravotní pojišťovny MV ČR neuvedl, že by byl nespokojen s místní dostupností pobočky.

S časovou dostupností pobočky své zdravotní pojišťovny jsou nejvíce spokojeni klienti Všeobecné zdravotní pojišťovny. Spokojenost vyjádřilo 54,5 % (199) dotázaných z celkového počtu 365 respondentů pojištěných u VZP.

Celých 50 % dotázaných ze Zdravotní pojišťovny MV ČR je spokojeno s délkou vyřizování žádostí. Opět žádný respondent této zdravotní pojišťovny nevyjádřil svoji nespokojenost.

Nejvíce spokojených s kvalitou vyřizování žádostí má Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, tj. 55 % (78) respondentů z celkového počtu 143 oslovených, kteří jsou pojištěni u VoZP. Nejméně nespokojených, tedy 0 % respondentů, je u klientů Zdravotní pojišťovny MV ČR.

Nejlépe hodnotí přístup zaměstnanců ke klientům respondenti, kteří jsou pojištěni u Zdravotní pojišťovny MV ČR, tj. 46 % dotázaných. Variantu a hodnocení za „pět“ neuvedl žádný klient těchto zdravotních pojišťoven.

46 % respondentů ze Zdravotní pojišťovny MV ČR si myslí, že jim jejich zdravotní pojišťovna zajišťuje kvalitní zdravotní péči. U VoZP takto odpovídalo 40 % dotázaných a u VZP 34 % oslovených. Odpověď spíše ano uvedlo shodně 56 % respondentů pojištěných u VZP a u VoZP. Ze Zdravotní pojišťovny MV ČR tuto variantu zvolilo 50 % respondentů.

Na základě provedeného výzkumu je jako ekonomicky nejstabilnější zdravotní pojišťovna vnímána Zdravotní pojišťovna MV ČR. Takto ji vnímá 60 % jejich pojištěnců. Odpověď ano uvedlo u VZP 48 % dotázaných a u VoZP 45 % dotázaných.

Svojí pojišťovně důvěřuje 64 % dotázaných ze Zdravotní pojišťovny MV ČR, 54 % respondentů z VoZP a 45 % oslovených z VZP. Variantu spíše ano volilo 47 % dotázaných z VZP, 41 % oslovených z VoZP a 32 % respondentů ze Zdravotní pojišťovny MV ČR. Jen 3 % respondentů z VZP vyjádřilo ke své zdravotní pojišťovně nedůvěru. Nikdo z ostatních dotázaných neuvedl, že by své zdravotní pojišťovně nedůvěřoval.

Pověst své zdravotní pojišťovny hodnotí nejkladněji pojištěnci Zdravotní pojišťovny MV ČR, tj. 42 % respondentů. Variantu za „jedna“ dále zvolilo 27 % respondentů z VoZP a 23 % z VZP. Ke druhé variantě za „dvě“ se přiklonilo nejvíce klientů z VoZP, tj. 59 % oslovených. Dále pak 54 % respondentů z VZP a 49 % dotázaných ze Zdravotní pojišťovny MV ČR. Odpověď za „pět“ neuvedl žádný respondent. Pro srovnání bych zmínila článek Všeobecné zdravotní pojišťovny, který uvedla na svých internetových stránkách. Uvádí zde, že je zdravotní pojišťovnou s nejlepší pověstí (50). Dle provedeného výzkumu v této diplomové práci s tímto tvrzením nemůžu souhlasit.

Pouze orientačně můžeme říci, že nejvíce jsou se svojí zdravotní pojišťovnou spokojeni pojištěnci Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR.

Při zkoumání dané problematiky, vnímání zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji, se vyskytl problém s porovnáním získaných dat s jinými provedenými výzkumy na toto téma. Podobné výzkumy jsou prováděny samotnými zdravotními pojišťovnami. Avšak tyto výzkumy či průzkumy mají interní charakter, veřejnosti nejsou dostupné a slouží pouze pro účely dané zdravotní pojišťovny.

6. Závěr

System veřejného zdravotního pojištění vznikl v České republice na počátku 90. let minulého století. Povinnost být zdravotně pojištěn vyplývá ze zákona. V současné době máme možnost vybrat si svoji zdravotní pojišťovnu z nabídky devíti zdravotních pojišťoven, které mají regionální nebo celorepublikový charakter.

V teoretické části své diplomové práce jsem se zaměřila na problematiku veřejného zdravotního pojištění. Zmiňuji se například o vzniku a zániku zdravotního pojištění, osobním a věcném rozsahu zdravotního pojištění, způsobu placení pojistného, plátcích pojistného, právní úpravě veřejného zdravotního pojištění, právech a povinnostech plátců pojistného.

V praktické části jsem si stanovila cíle práce. Cílem práce bylo zjistit, jak jsou vnímány zdravotní pojišťovny v Jihočeském kraji svými klienty. Dalším cílem bylo zjistit, jak jsou klienti spokojeni s poskytovanými službami (kvalita vyřizování žádostí, rozmístění poboček, přístup zaměstnanců ke klientům apod.). Cíle diplomové práce byly splněny.

V rámci výzkumu byly stanoveny tři hypotézy. V první hypotéze jsem se domnívala, že *klienti zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji se při výběru zdravotní pojišťovny řídí názorem lékaře*. Druhá hypotéza zní: „*Klienti zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji jsou spokojeni s místní a časovou dostupností zdravotních pojišťoven*.“ Ve třetí hypotéze jsem předpokládala, že *klienti zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji si vybírají zdravotní pojišťovnu podle výhod, které poskytuje*. První a druhá hypotéza byla výzkumem potvrzena, třetí hypotézu výzkum vyvrátil.

Diplomová práce může sloužit k přednáškovým činnostem, ke studijním účelům, k rozšíření informovanosti v dané problematice, k srovnání mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Výsledky mohou být publikovány v odborném tisku.

Jelikož je nedostatek výzkumných prací, které by se zabývaly touto problematikou, získané výsledky tak mohou být základem i pro další studie a výzkumy.

Praktické využití této diplomové práce vidím také u samotných zdravotních pojišťoven. Získané informace se pro ně mohou stát inspirací ke zkvalitnění služeb, které poskytují svým klientům.

7. Seznam použitých zdrojů

1. Autorský kolektiv CMU. Průvodce: *Zdravotní péče při pobytu ve státech EU, zemích Evropského hospodářského prostoru, ve Švýcarsku a smluvních státech*. 9. vyd. Praha: Centrum mezistátních úhrad, 2010. 64 s.
2. ČERNÁ, J., TRINNEROVÁ, D., VACÍK, A. *Právo sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Dobrá Voda u Pelhřimova: Aleš Čeněk, 2002. 157 s. ISBN 80-86473-07-4
3. ČERVINKA, T., DANĚK, A. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ s komentářem a příklady*. 1. vyd. Olomouc: Anag, 2009. 151 s. ISBN 978-80-7263-521-4
4. DANĚK, A. Dlužníci ve zdravotním pojištění. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2008, roč. 12, č. 10, s. 18. ISSN 1211-6432
5. DANĚK, A. Zdravotní pojištění a zdravotní péče výdělečně činných českých občanů ve státech Evropské unie. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2008, roč. 12, č. 9, s. 24. ISSN 1211-6432
6. DANĚK, A., GLET, J. *Malá encyklopedie zdravotního pojištění v otázkách a odpovědích*. 1. vyd. Praha: Linde, 1996. 63 s. ISBN 80-7201-020-4
7. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 374 s. ISBN 80-246-0139-7
8. GOLA, P. Kdy se neplatí zdravotní pojištění?. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2010, roč. 14, č. 1, s. 15. ISSN 1211-6432

9. GOLA, P. Poznámky ke zdravotnímu pojištění. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2009, roč. 13, č. 10, s. 15. ISSN 1211-6432
10. CHVÁTALOVÁ (ČERVENKOVÁ), I. *Úvod do práva sociálního zabezpečení a zdravotního pojištění v České republice*. 1. vyd. Praha: Vše v Praze, 1998. 79 s. ISBN 80-7079-489-5
11. Institut zdravotní politiky a ekonomiky. *Průvodce systémem zdravotní péče České republiky: Informační příručka pro cizince*. 2. vyd. Kostelec nad Černými Lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003. 40 s. ISBN 80-86625-06-0
12. Institut zdravotní politiky a ekonomiky. *Průvodce zdravotní péčí o děti v České republice: Informační příručka pro cizince, kteří společně se svými dětmi dlouhodobě pobývají v ČR*. 1. vyd. Kostelec nad Černými Lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005. 44 s. ISBN 80-86625-41-9
13. KRUTINA, M., LANGMEIER, J. Regresní nároky ve veřejném zdravotním pojištění. *Zdravotnictví a právo: Právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2009, roč. 13, č. 12, s. 17. ISSN 1211-6432
14. KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. 1. vyd. Praha: LexisNexis CZ, 2004. 135 s. ISBN 80-86199-82-7
15. KUČEROVÁ, B. Zdravotní pojištění. In *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 87 s. ISBN 978-80-7387-130-7
16. KUČEROVÁ, B., PRAŽMOVÁ, V. Veřejné zdravotní pojištění. In *Sociální zabezpečení - vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 445 s. ISBN 978-80-7387-346-2

17. MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-X
18. MACH, J. a kol. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. 2. vyd. Praha: LexisNexis CZ, 2005. 455 s. ISBN 80-86199-93-2
19. MARTINÍKOVÁ, J. *Úvod do práva sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Ostrava: Technická univerzita Ostrava, 2003. 92 s. ISBN 80-248-0464-6
20. NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1
21. TRÖSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 3. vyd. Praha: C. H. Beck, 2005. 400 s. ISBN 80-7179-856-8
22. VURM, V. Trochu historie. In *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 87 s. ISBN 978-80-7387-130-7
23. VURM, V. Zdravotnické systémy. In *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6
24. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Inovované dodatky k vybraným kapitolám ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 80 s. ISBN 978-80-246-1569-1
25. ŽENÍŠKOVÁ, M. *Pojistné na sociální zabezpečení zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ, dobrovolně důchodově pojištěných s komentářem a příklady*. 1. vyd. Olomouc: Anag, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7263-508-5

26. BusinessInfo. *Zákonné zdravotní pojištění*. [Online] [cit. 2010-6-12] Dostupné z <<http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/zakonne-pojisteni/zakonne-zdravotni-pojisteni/1001911/56795/>>
27. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. *Nová evropská nařízení platná od 1.5.2010*. [Online] [cit. 2010-7-5] Dostupné z <<http://www.cpzp.cz/main/clanek.php?id=2913>>
28. DANĚK, A. *Evropské průkazy zdravotního pojištění v praxi*. [Online] [cit. 2010-6-30] Dostupné z <<http://www.mesec.cz/clanky/evropske-prukazy-zdravotniho-pojisteni-v-praxi/>>
29. DANĚK, A. *Zdravotní pojištění a zaměstnanci z EU v Česku*. [Online] [cit. 2010-6-30] Dostupné z <<http://www.finance.cz/zpravy/finance/245463-zdravotni-pojisteni-a-zamestnanci-z-eu-v-cesku/>>
30. ESS-Europe.de. *Die Europäische Krankenversicherungskarte - kurz: EHIC: European Health Insurance Card*. [Online] [cit. 2010-7-5] Dostupné z <<http://www.ess-europe.de/artikel/krankenversicherungskarte.htm>>
31. Europa.EU. *Přináležitost k jedinému systému a převod dávek do zahraničí*. [Online] [cit. 2010-7-5] Dostupné z <http://ec.europa.eu/youreurope/nav/el/citizens/living/social-security/single-membership/index_cs.html#262_3>
32. GAJDÁČEK, J. *Hospodaření zdravotních pojišťoven*. [Online] [cit. 2010-7-5] Dostupné z <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/hospodareni-zdravotnich-pojistoven-447951>>
33. Krankenhausaufnahme.de. *Aus dem Ausland*. [Online] [cit. 2010-6-30] Dostupné z <<http://www.krankenhausaufnahme.de/ambulant/ausland.php>>

34. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Jak od 1. dubna 2009 na regulační poplatky.* [Online] [cit. 2010-7-2] Dostupné z <http://www.mzcr.cz/obsah/jak-od-1dubna-2009-na-regulacni-poplatky_1549_1.html>
35. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Ministerstvo zdravotnictví povolilo sloučení HZP a ČNZP.* [Online] [cit. 2010-7-4] Dostupné z <http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-povolilo-sloucen-hzp-a-cnzp_1436_868_1.html>
36. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *MZ povolilo sloučení zdravotních pojišťoven.* [Online] [cit. 2010-7-4] Dostupné z <http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-povolilo-sloucen-zdravotnich-pojistoven_1366_868_1.html>
37. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdravotní pojišťovny.* [Online] [cit. 2010-5-17] Dostupné z <http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html>
38. NOVÁKOVÁ, J. *Zajímejte se, jaké výhody nabízí vaše pojišťovna.* [Online] [cit. 2010-6-30] Dostupné z <http://finance.idnes.cz/zajimejte-se-jake-vyhody-nabizi-vase-pojistovna-fth-/viteze.asp?c=A090302_070747_viteze_hla>
39. Sagit. *Mezinárodní smlouvy.* [Online] [cit. 2010-7-1] Dostupné z <http://www.sagit.cz/pages/lexikonheslatxt.asp?cd=154&typ=r&levelid=pr_069.htm>
40. Sdružení na ochranu pojištěnců. *Co jsou zdravotní pojišťovny?* [Online] [cit. 2010-7-1] Dostupné z <<http://www.pojistenci.com/cs/mdl/info/co-jsou-zdravotni-pojistovny--2>>
41. Sdružení na ochranu pojištěnců. *Práva pojištěnce.* [Online] [cit. 2010-7-5] Dostupné z <<http://www.pojistenci.com/cs/prava-pojistence>>

42. PLISCHKE, S. *Zdravotní pojišťovna: přemýšlíte o změně?*. [Online] [cit. 2010-6-30] Dostupné z <<http://www.penize.cz/pojisteni/18200-zdravotni-pojistovna-premyslite-o-zmene>>
43. SLÁMA, P. *Veřejné zdravotní pojištění, hospodaření zdravotnických subjektů, informační systémy ve zdravotnictví*. [Online] [cit. 2010-6-7] Dostupné z <<http://usm.lf1.cuni.cz/download/vzp.pdf>>
44. STANĚK, J. *Princip solidarity ve zdravotním pojištění*. [Online] [cit. 2010-6-7] Dostupné z <<http://starezdn.zdn.cz/scripts/detail.php?id=437268>>
45. Svaz zdravotních pojišťoven ČR. *Věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění*. [Online] [cit. 2010-7-5] Dostupné z <http://szpcr.cz/reforma/v_z_p.pdf>
46. VAŠEK, P. *Zdravotní pojišťovny začnou mít problémy. A Janota jim další peníze dát nechce*. [Online] [cit. 2010-6-30] Dostupné z <<http://domaci.ihned.cz/c1-44131160-zdravotni-pojistovny-zacnou-mit-problemy-a-janota-jim-dalsi-penize-dat-nechce>>
47. Vojenská zdravotní pojišťovna ČR. *Formuláře*. [Online] [cit. 2010-7-1] Dostupné z <<http://www.vozp.cz/cs/Klient/Formulare/index.html?request-type=request-directory&request-location=%2FProhl%C3%A1%C5%A1en%C3%AD+o+dlouhodob%C3%A9m+pobytu+poji%C5%A1t%C4%9Bnce+v+cizin%C4%9B>>
48. VZP. *Evropský průkaz zdravotního pojištění*. [Online] [cit. 2010-6-30] Dostupné z <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/pobytvzahranici/ehic/>>
49. VZP. *O nás*. [Online] [cit. 2010-5-29] Dostupné z <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/O-nas/>>

50. VZP. *Zdravotní pojišťovna s nejlepší pověstí*. [Online] [cit. 2010-7-1] Dostupné z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Pobocky/Zlinsky_kraj/Kraj/Aktuality/aktualita-nejlepsi-povest>
51. Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance. *Pro pojištěnce*. [Online] [cit. 2010-7-5] Dostupné z <<http://www.zpma.cz/formulare/pro-pojistence/>>
52. Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR. *Český turista cestující do jiného členského státu EU*. [Online] [cit. 2010-7-5] Dostupné z <<http://www.zpmvcr.cz/cz/pojistenci-a-verejnost/info-pro-pojistence/zdravotni-pecce-v-eu/cesky-turista-cestujici-do-zeme-eu.html>>
53. Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR. *Jak pracovat s elektronickým formulářem?*. [Online] [cit. 2010-6-30] Dostupné z <<http://www.zpmvcr.cz/cz/pojistenci-a-verejnost/formulare.html>>
54. Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR. *Výměna stávajících průkazů pojištěnce za evropské průkazy zdravotního pojištění*. [Online] [cit. 2010-6-30] Dostupné z <<http://www.zpmvcr.cz/cz/pojistenci-a-verejnost/evropsky-prukaz-zdravotniho-pojisteni---ehic.html>>
55. Česká lékárnická komora. *Zákon č. 160/1992 Sb.* [Online] [cit. 2010-7-5] Dostupné z <http://www.lekarnici.cz/Clanky/Zdravotnictvi_puvod/Zakon-c--160-1992-Sb-.aspx>
56. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. *Zákon č. 280/1992 Sb.* [Online] [cit. 2010-7-2] Dostupné z <<http://www.cpzp.cz/pdf/280sb.pdf>>

57. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna. *Listina základních práv a svobod.* [Online] [cit. 2010-5-10] Dostupné z <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>

58. VZP. *Zákon č. 48/1997 Sb.* [Online] [cit. 2010-6-21] Dostupné z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_48_1997_sb.html>

59. VZP. *Zákon 551/1991 Sb.* [Online] [cit. 2010-7-5] Dostupné z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_551_1991_sb.html>

60. VZP. *Zákon č. 592/1992 Sb.* [Online] [cit. 2010-7-2] Dostupné z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_592_1992_sb.html>

8. Klíčová slova

Plátcí pojistného

Práva a povinnosti plátců pojistného

Veřejné zdravotní pojištění

Vznik a zánik zdravotního pojištění

Zdravotní pojišťovny

Zdravotnické systémy

9. Přílohy

1. Příloha: Dotazník

2. Příloha: Vzor Evropského průkazu zdravotního pojištění

3. Příloha: Žádost o vydání průkazu pojištěnce

4. Příloha: Žádost o výpis z osobního účtu

5. Příloha: Prohlášení o dlouhodobém pobytu pojištěnce v cizině

6. Příloha: Registrační list

1. Příloha: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Hyková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který poslouží jako podklad pro moji diplomovou práci s názvem *Vnímání zdravotních pojišťoven v Jihočeském kraji*. Dotazník je zcela anonymní. Svě odpovědi zakroužkujte, popřípadě doplňte. Předem děkuji za Vaši ochotu a čas strávený vyplňováním dotazníku.

Michaela Hyková

1. Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Věk:

- a) 15-19
- b) 20-29
- c) 30-39
- d) 40-49
- e) 50-59
- f) 60 a více

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. Bydlíte v obci do:

- a) 1 000 obyvatel
- b) 5 000 obyvatel
- c) 10 000 obyvatel
- d) 50 000 obyvatel
- e) 100 000 obyvatel
- f) jiné (prosím doplňte).....

5. U jaké zdravotní pojišťovny jste pojištěn(a)?

- a) Všeobecná zdravotní pojišťovna
- b) Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
- c) Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- d) Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- e) Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
- f) Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR

- g) Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
- h) Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance
- i) Zdravotní pojišťovna Média

6. Změnil(a) jste během svého života zdravotní pojišťovnu?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano: Z jakého důvodu jste změnil(a) Vaši zdravotní pojišťovnu?

- a) na doporučení lékaře
- b) nedostatečná nabídka výhod
- c) nespokojenost s přístupem zaměstnanců ke klientům
- d) jiné (prosím doplňte).....

7. Uvažujete o změně Vaší zdravotní pojišťovny v tomto roce?

- a) ano
- b) ne

8. Podle čeho si vybíráte svoji zdravotní pojišťovnu?

- a) dám na názor lékaře
- b) podle zkušeností přátel
- c) rozhodují výhody zdravotní pojišťovny
- d) podle dostupnosti poboček zdravotní pojišťovny
- e) podle vnímání zdravotní pojišťovny veřejností
- f) podle ekonomické stability zdravotní pojišťovny
- g) jiné (prosím doplňte).....

9. Je pro Vás při výběru zdravotní pojišťovny názor lékaře důležitý?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

10. Jaké preventivní programy využíváte?

- a) žádné
- b) slevy na vstupy
- c) příspěvky na sportovní ochranné pomůcky
- d) příspěvky na očkování
- e) příspěvky na vyšetření
- f) programy např. Mořský koník, Student, Přijď včas
- g) jiné (prosím doplňte).....

11. Porovnáváte preventivní programy u jednotlivých zdravotních pojišťoven?

- a) ano

- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

12. Je pro Vás důležité při rozhodování mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami, jaké preventivní programy poskytují?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

13. O preventivních programech se dozvídáte od/z:

- a) lékař
- b) přátel
- c) novin
- d) časopisů
- e) TV
- f) rádia
- g) internetu
- h) jiné (prosím doplňte).....

14. Optimální místní dostupnost pobočky Vaší zdravotní pojišťovny je dle Vašeho názoru:

- a) ve Vašem městě
- b) jedna v okrese
- c) jedna v kraji
- d) jiné (prosím doplňte).....

15. Jste spokojen(a) s místní dostupností pobočky Vaší zdravotní pojišťovny?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

16. Optimální časová dostupnost pobočky Vaší zdravotní pojišťovny je dle Vašeho názoru do:

- a) 1 hod.
- b) 1, 5 hod.
- c) 2 hod.
- d) 2, 5 hod.
- e) jiné (prosím doplňte).....

17. Jste spokojen(a) s časovou dostupností pobočky Vaší zdravotní pojišťovny?

- a) ano

- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

18. Jste spokojen(a) s délkou vyřizování Vašich žádostí?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

19. Jste spokojen(a) s kvalitou vyřizování Vašich žádostí?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

20. Přístup zaměstnanců zdravotní pojišťovny ke klientům hodnotíte jako:

(1 – nejlepší, 5 – nejhorší)

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

21. Myslíte si, že Vám Vaše zdravotní pojišťovna zajišťuje kvalitní zdravotní péči?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

22. Vnímáte Vaši zdravotní pojišťovnu jako ekonomicky stabilní?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

23. Máte důvěru k Vaší zdravotní pojišťovně?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

24. Pověst Vaší zdravotní pojišťovny v rámci široké veřejnosti hodnotíte jako:

(1 – nejlepší, 5 – nejhorší)

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

2. Příloha: Vzor Evropského průkazu zdravotního pojištění

A) Český Evropský průkaz zdravotního pojištění

The image shows a sample of a Czech European Health Insurance Card (EHIC). The card is blue and white, featuring the text "EVROPSKÝ PRŮKAZ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ" at the top left and the European Union flag with the Czech Republic code "CZ" at the top right. The card contains the following information:

3 Příjmení	PŘIJMENÍ		
4 Jméno	JMÉNO		
5 Datum narození	00/00/0000	6 Číslo pojištěnce	0000000000
		7 Kód ZP	21100-ZPMV
8 Číslo průkazu	00000000000000000000	9 Platnost do	00/00/0000

Zdroj: (54)

B) Německý Evropský průkaz zdravotního pojištění

The image shows a sample of a German European Health Insurance Card (EHIC). The card is blue and white, featuring the text "EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE" at the top. The card contains the following information:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,
dass ich bei der ausstellenden Krankenkasse versichert bin.
Diese Versichertenkarte ist nicht übertragbar.

3 Name	MUSTERMANN		
4 Vornamen	FRIEDRICH	5 Geburtsdatum	17/12/1970
6 Persönliche Kennnummer	A123456789	7 Kennnummer des Trägers	1234567890 - ABCDEFGHIJKLMNO
8 Kennnummer der Karte	8027612345A123456789	9 Ablaufdatum	31/12/2010

Zdroj: (33)

3. Příloha: Žádost o vydání průkazu pojištěnce



Zdravotní pojišťovna
METAL-ALIANCE

kód pojišťovny
217

Ž Á D O S T
O VYDÁNÍ PRŮKAZU POJIŠTĚNCE - EHIC

4.

Bankovní spojení:
Komerční banka
č.ú. 19-8696380297/0100
IČ: 487 03 893

Žádám o vydání průkazu EHIC pro:

Jméno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>		
Rodné číslo	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Adresa	ulice <input type="text"/>	č.p.	<input type="text"/>
	obec <input type="text"/>	PSČ	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

Žadám o vydání průkazu EHIC z důvodu (křížkem označte důvod):

- odcizení
 ztráty
 poškození

V případě, že podáváte žádost jako zákonný zástupce, uveďte prosím Vaše:

Jméno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>		
Rodné číslo	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Adresa	ulice <input type="text"/>	č.p.	<input type="text"/>
	obec <input type="text"/>	PSČ	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

Vaše žádost bude vyřízena do 8 dnů, průkaz Vám bude zaslán poštou na výše uvedenou adresu.

NEZAPOMÍNEJTE NA PRAVIDELNÉ PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY.

Sdělením e-mail adresy souhlasím se zasíláním obchodní korespondence.

V dne

Podpis pojištěnce (zákonného zástupce)

4. Příloha: Žádost o výpis z osobního účtu



ŽÁDOST O VÝPIS Z OSOBNÍHO ÚČTU

Žádám o výpis z osobního účtu pojištěnce:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:.....

Telefonní číslo:

Výpis: **si vyzvednu osobně* - mi zašlete poštou*** na uvedenou adresu:

.....

PROHLÁŠENÍ:

Jsem si vědom(a), že v průběhu poštovní přepravy se mohou mé osobní údaje a další informace dostat do rukou nepovolaných osob.

V..... dne..... podpis.....

POTVRZENÍ PŘI OSOBNÍM PŘEVZETÍ:

Číslo OP (pasu)..... Rodný list ověřil:.....

Převzal dne: Podpis:

Upozornění:

K osobnímu převzetí se můžete dostavit na klientské oddělení pobočky ZP MV ČR ve dnech:

pondělí:

úterý:

středa:

čtvrtek:


pátek:

Výpis Vám bude předán po předložení platného občanského průkazu. Výpis Vám může být zaslán poštou jen v případě, že o to písemně požádáte a k žádosti připojíte výše uvedené prohlášení.

U nezletilého pojištěnce může o vystavení výpisu požádat pouze zákonný zástupce. Převzetí je možné osobně zákonným zástupcem po prokázání totožnosti zákonného zástupce a prokázání právního vztahu k osobě, o jejíž výpis žádá. V případě zaslání výpisu poštou (na jméno zákonného zástupce) musí být tyto náležitosti předloženy pojišťovně zároveň se žádostí (osobně nebo formou fotokopii), popř. dodatečně před odesláním výpisu.

Zdroj: (53)

5. Příloha: Prohlášení o dlouhodobém pobytu pojištěnce v cizině (1. část formuláře)

		<p>Prohlášení o dlouhodobém pobytu pojištěnce v cizině podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb.</p>											
Kód 2 0 1													
Příjmení a jméno:		Číslo pojištěnce VoZP ČR											
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>											
Rodné příjmení:													
Datum narození:													
Adresa trvalého pobytu:													
PSČ:													
V cizině budu nepřetržitě:													
od													
do													
Tato doba nesmí být kratší než 6 měsíců!													
PROHLÁŠENÍ:													
<ol style="list-style-type: none"> 1. Po dobu uvedenou výše budu v cizině zdravotně pojištěn(a). 2. Povinnost platit pojistné zaniká dnem, který je výše uveden jako začátek pobytu v cizině, ne však dříve, než dnem následujícím po dni doručení tohoto prohlášení zdravotní pojišťovně. Vzniká opět dnem návratu do ČR. 3. Jsem si vědom(a), že ode dne uvedeného jako začátek pobytu v cizině až do dne, kdy se opět u zdravotní pojišťovny přihlásím (viz bod 7), nemám nárok na úhradu zdravotní péče (včetně léků) z prostředků veřejného zdravotního pojištění. 4. Všechny skutečnosti spojené se změnou mého dlouhodobého pobytu v cizině jsem povinen(a) nahlásit nejpozději do osmi dnů pobočce VoZP ČR v <div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> 5. Před odjezdem do ciziny jsem povinen(a) vrátit pojišťovně průkaz pojištěnce. 6. V případě, že můj pobyt v cizině bude kratší než 6 měsíců nebo nesplním další podmínky stanovené zákonem, jsem povinen(a) uhradit pojistné v plné výši za celé období, za které nebylo placeno, jakoby nebylo postupováno podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb. 7. Po návratu z ciziny jsem povinen(a) se přihlásit u zdravotní pojišťovny a předložit doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a jeho délce. Pokud tento doklad nepředložím budu povinen doplatit pojistné, jakoby nebylo postupováno podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997Sb. 													
Podáno dne:		Podpis pojištěnce											

Zdroj: (47)

6. Příloha: Registrační list



Zdravotní pojišťovna
METAL-ALIANCE

kód pojišťovny
217

REGISTRAČNÍ LIST

1.

Bankovní spojení:

Komerční banka
č.ú. 19-8696380297/0100
IČ: 487 03 893

Rodné číslo	<input type="text"/>	Příjmení	<input type="text"/>
Jméno	<input type="text"/>	titul	<input type="text"/>
Adresa trvalého bydliště	ulice <input type="text"/>	č.p.	<input type="text"/>
	obec <input type="text"/>	PSČ	<input type="text"/>
Adresa korespondenční	ulice <input type="text"/>	č.p.	<input type="text"/>
	obec <input type="text"/>	PSČ	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	telefon	<input type="text"/>
Dosavadní zdrav. pojišťovna	<input type="text"/>	od	<input type="text"/>

1. Zaměstnanec v pracovním nebo obdobném poměru

Název zaměstnavatele	<input type="text"/>
Adresa zaměstnavatele	<input type="text"/>
	PSČ <input type="text"/>
Název a adresa dalších zaměstnavatelů (máte-li více prac. poměrů)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

2. Pojištěnec, který je plátcem zdravotního pojištění sám - samoplátce

<input type="checkbox"/> P - OSVČ - osoba samostatně výdělečně činná	měsíční záloha na pojistné v Kč	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> S - OBZP - osoba bez zdanitelných příjmů (např. žena v domácnosti)		

3. Pojištěnec, za kterého je plátcem zdravotního pojištění stát (křížkem označte kategorii příslušnou Vaší osobě)

A B C E G H I K L N O T U V

* uveďte kategorii (dle návodu na zadní straně tiskopisu) příslušnou Vaší osobě a doložte příslušným dokladem

Jméno praktického lékaře vyplní POJIŠTĚNĚC	<input type="text"/>
Adresa	ulice <input type="text"/>
	č.p. <input type="text"/>
	obec <input type="text"/>
	PSČ <input type="text"/>
IČZ (tuto část registračního listu vyplňuje pracoviště ZPMA)	<input type="text"/>

P Prohlašuji tímto, že jsem se seznámil s poučením o základních povinnostech pojištěnce. Využívám svého práva na výběr pojišťovny a žádám o zaregistrování u Zdravotní pojišťovny METAL-ALIANCE.

V dne

Podpis pojištěnce (zákonného zástupce)

Podpis zástupce ZP M-A

X

Pojištěn u ZP M-A od (den, měsíc, rok):
(tuto část reg. listu vyplňuje pracoviště ZP M-A)

2 0

Pracoviště

Poznámka: REGISTRAČNÍ LIST vyplňte, prosím, ve čtyřech vyhotoveních

POUČENÍ O POVINNOSTECH POJIŠTĚNCE

Vážený kliente,
velice nás těší, že na konci Vašeho hledání nejlepší a nejhodnější zdravotní pojišťovny je právě naše - Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE. Chtěli bychom Vás ujistit, že ve středu našeho zájmu stojí skutečně každý náš pojištěnec. Každému našemu pojištěnci nabízíme to, co je dle našeho nejlepšího svědomí tou nejsilnější stránkou ZP METAL-ALIANCE - vysokou profesionalitu a individuální přístup ke každému klientovi. Samozřejmostí zůstává Vaše spokojenost s úrovní poskytované zdravotní péče (včetně prevence) v našich smluvních zdravotnických zařízeních a její včasná úhrada. Abychom mohli zajistit skutečně nejlepší péči o Vaše zdraví, potřebujeme také Vaši spolupráci - je pro nás důležité včasné plnění ohlašovacích povinností. Tyto povinnosti jsou dány přímo ze zákona a platí pro všechny pojištěnce bez ohledu na zvolenou zdravotní pojišťovnu. Jedná se zejména o tyto povinnosti:

A. Povinnost nahlásit zdravotní pojišťovně do 8 dnů ode dne, kdy došlo ke změně:

1. Skutečnosti, rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit pojistné:

- nástup na mateřskou dovolenou,
- přiznání rodičovského příspěvku,
- zaevidování na úřadu práce (nezaměstnaný),
- přiznání důchodu (např. starobní, invalidní, částečný invalidní, vdovský...),
- celodenní a osobní péče alespoň o jedno dítě do 7 let věku, nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku,
- narození dítěte.

2. Zahájení nebo ukončení podnikání (OSVČ).

3. Změnu na „osobu bez vlastních příjmů“ (ten, kdo ukončil zaměstnání, nepodniká a nespadá do žádné kategorie, za niž je plátcem pojistného stát.

4. Ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce.

B. Povinnost nahlásit zdravotní pojišťovně nejdéle do 30 dnů změnu

- jména
- příjmení
- adresy
- rodného čísla

C. Povinnost nahlásit do 8 dnů změnu zdravotní pojišťovny zaměstnavateli a ošetřujícímu praktickému lékaři

V případě potřeby jsme Vám k dispozici na našich kontaktních místech, jejichž seznam najdete na www.zpma.cz nebo Vám podáme informace na Modré lince **844 125 124**.

Legenda zařazení do kategorií

- A** nezletilé dítě do ukončení povinné školní docházky
- B** nezaopatřené dítě nad 15 let věku (max. do 26 let) – student (potvrzení o studiu)
- C** poživatel důchodu (invalidní, částečně invalidní, starobní, sirotčí) (rozhodnutí OSSZ o přiznání důchodu)
- E** žena na mateřské a rodičovské dovolené, žena pobírající pomoc v mateřství; muž po dobu nepřítomnosti v práci, po kterou se mu poskytuje peněžitá pomoc podle předpisu o nemocenském pojištění; příjemce rodičovského příspěvku (potvrzení od lékaře, potvrzení sociálního odboru)
- G** uchazeč o zaměstnání v evidenci Úřadu práce (rozhodnutí o evidenci na Úřadu práce)
- H** osoba pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřebnosti (potvrzení sociálního odboru)
- I** osoba pečující o dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě nebo bezmocnou osobu (potvrzení sociálního odboru)
- K** osoba ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody
- L** osoba trvale pečující alespoň o 1 dítě do 7 let věku nebo nejméně o 2 děti do 15 let věku (rodné listy dětí a čestné prohlášení)
- N** osoba, která dosáhla věku potřebného na získání nároku na důchod, avšak nesplňuje podmínku pro jeho přiznání (odpracované roky) (rozhodnutí OSSZ)
- O** osoba, která pobírá nemocenské dávky v ochranné lhůtě (doklad o pracovní neschopnosti)
- T** osoba vykonávající dlouhodobě dobrovolnickou službu (smlouva s vysílající organizací)
- U** osoba mladistvá, umístěná ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy
- V** cizinec, oprávněný pobývat v ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany (potvrzení o mezinárodní ochraně)