

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Zemědělská fakulta

studijní program: B6208 Ekonomika a management
studijní obor: Účetnictví a finanční řízení podniku – pro české firmy
katedra: Účetnictví a financí

Bakalářská práce

Téma: Porovnání principu fungování zdravotní a komerční pojišťovny

Knihovna JU - ZF

K 9630



3114702070

Vedoucí bakalářské práce:

Ing. Ivana Staňková

Autor:

Lucie Hanušová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zemědělská fakulta
Katedra ekonomiky
Akademický rok: 2004/2005

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie HANUŠOVÁ**
Studijní program: **B6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Účetnictví a finanční řízení podniku - pro české firmy**
Název tématu: **Porovnání principu fungování zdravotní a komerční pojišťovny**

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

Cíl:

Na vybraných pojišťovnách srovnajte princip fungování veřejného zdravotního pojištění a komerčního pojištění v České republice.

Osnova:

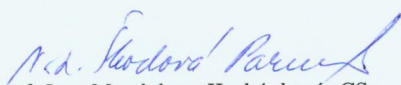
- . Základní principy financování v pojišťovnictví
- . Specifika činnosti zdravotní pojišťovny
- . Specifika činnosti komerční pojišťovny
- . Uplatňování regulace státu v oblasti pojišťovnictví
- . Porovnání principů činnosti zdravotní a komerční pojišťovny a odhad předpokládaného vývoje v oblasti veřejného zdravotního pojištění a soukromého zdravotního pojištění osob.

Rozsah práce: **30**
Rozsah příloh:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**
Seznam odborné literatury:

- Ducháčková, E.: Principy pojištění a pojišťovnictví. VŠE Praha 2003.**
Daňhel, J.: Kapitoly z pojistné teorie. VŠE Praha 2002.
Vostatek, J.: Sociální a soukromé pojištění. Praha, Codex Bohemia 2000.
Zákon č. 363/1999 Sb. o pojišťovnictví.
Zákon č. 48/1997 Sb. o zdravotním pojištění.
Zákon č. 551/91 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR
Zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.
Zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.


Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Ivana Staňková**
Katedra ekonomiky

Datum zadání bakalářské práce: **1. března 2005**
Termín odevzdání bakalářské práce: **15. dubna 2006**


prof. Ing. Magdalena Hrabánková, CSc.

děkanka

JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZEMĚDĚLSKÁ FAKULTA
studijní oddělení
Studentská 13
370 05 České Budějovice


doc. Ing. Ivana Faltová Leitmanová
vedoucí katedry

V Českých Budějovicích dne 1. března 2005

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně na základě zjištění a materiálů, které uvádím v seznamu použité literatury.

V Českých Budějovicích dne 15. 4. 2006

Haušm
.....

SEZNAM	1
UVOD	2
1. ZÁKLADNÍ PRINCIPY FINANCOVÁNÍ V POJIŠTOVNICTVÍ	2
1.1. Úlohy finančního zajištění pojištění občanů	2
1.2. Plnění pojištění zdravotního pojištění	4
1.3. Způsoby financování komerčních pojišťoven	5
2. SPECIFIKA ČINNOSTI ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNY	5
2.1. Úlohy zdravotní pojišťovny	6
2.2. Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění	7
3. PRINCIPY ČINNOSTI KOMERČNÍ POJIŠTOVNY	7
3.1. Základní klasifikace pojištění	9
3.2. Životní pojištění	10
3.3. Neživotní pojištění	10
3.4. Vznik a vznik komerčního pojištění	11
3.5. Činnosti pojišťoven	11
4. OPERATIVNÍ STÁTNÍ REGULACE V OBLASTI POJIŠTOVNICTVÍ	13
4.1. Základní cíle	13
4.2. Důvody pro regulaci v oblasti pojišťovnictví	15
4.3. Činnosti dozoru v pojišťovnictví	15
4.4. Vyšší úřad Český úřad	17
5. POROVNÁNÍ PRINCIPŮ ČINNOSTI ZDRAVOTNÍ A KOMERČNÍ POJIŠTOVNY A CÍLEH PŘEDPOKLÁDANÉHO VÝVOJE V OBLASTI VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ A SOUKRDNÍHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	18
5.1. Porovnání principů činnosti zdravotní a komerční pojišťovny	18
5.2. Úlohy veřejného pojištění	19
Poděkování:	21
Děkuji Ing. Ivaně Staňkové za odborné vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce a dále Ing. Miroslavovi Severovi a Ing. Marii Klímové, ředitelce VZP v Českých Budějovicích, za konzultace a pomoc při sběru informací pro vypracování této práce.	22
5.3. Úlohy zdravotní pojišťovny	23
5.4. Cíle předpokládaného vývoje v oblasti veřejného zdravotního pojištění a soukromého zdravotního pojištění osob	27
5.5. Úlohy zdravotní pojišťovny	29
5.6. Cíle předpokládaného vývoje v oblasti veřejného zdravotního pojištění a soukromého zdravotního pojištění osob	32
ZÁVĚR	33
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
SEZNAM PŘÍLOH	
PŘÍLOHY	

OBSAH:

ÚVOD	1
1) ZÁKLADNÍ PRINCIPY FINANCOVÁNÍ V POJIŠŤOVNICTVÍ	2
1.1. Způsoby financování zdravotního pojištění obecně	2
1.2. Plátcí pojistného zdravotního pojištění	2
1.3. Způsoby financování komerčních pojišťoven	4
2) SPECIFIKA ČINNOSTI ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	5
2.1. Vznik a zánik zdravotního pojištění	5
2.2. Úkoly zdravotní pojišťovny	6
2.3. Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění	7
3) SPECIFIKA ČINNOSTI KOMERČNÍ POJIŠŤOVNY	7
3.1. Základní klasifikace pojištění	7
3.2. Životní pojištění	9
3.3. Neživotní pojištění	10
3.4. Vznik a zánik komerčního pojištění	10
3.5. Činnost pojišťovny	11
4) UPLATŇOVÁNÍ STÁTNÍ REGULACE V OBLASTI POJIŠŤOVNICTVÍ	12
4.1. Zajišťovací fond	13
4.2. Důvody pro regulaci v soukromém pojišťovnictví	13
4.3. Činnost dozoru v pojišťovnictví	15
4.4. Výše základního kapitálu	17
5) POROVNÁNÍ PRINCIPŮ ČINNOSTÍ ZDRAVOTNÍ A KOMERČNÍ POJIŠŤOVNY A ODHAD PŘEDPOKLÁDANÉHO VÝVOJE V OBLASTI VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ A SOUKROMÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ OSOB	18
5.1. Porovnání principů činnosti zdravotní a komerční pojišťovny	18
5.2. Profil vybraných pojišťoven	19
5.3. Počet klientů	21
5.4. Příjmy a výdaje pojišťovny	22
5.5. Fondy a rezervy vytvářené a spravované pojišťovnou VZP	23
5.6. Fondy a rezervy vytvářené a spravované Českou pojišťovnou	27
5.7. Orgány pojišťovny	30
5.8. Odhad předpokládaného vývoje v oblasti veřejného zdravotního pojištění a soukromého zdravotního pojištění osob	32
ZÁVĚR	35
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
SEZNAM PŘÍLOH	
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce je Porovnání principů fungování zdravotní a komerční pojišťovny. Důvod, proč jsem si toto téma vybrala, je hlavně skutečnost, že pojištění získává mezi lidmi stále větší význam, ať už se týká čehokoliv. Podle mého názoru je tedy důležité se v oblasti pojišťovnictví orientovat a moje práce je proto na tuto věc zaměřena. Základem je rozlišení pojištění na zdravotní a komerční; každé funguje jinak.

Zaměřila jsem se na několik větších oblastí: způsob a principy financování v pojišťovnictví, specifické činnosti jak zdravotní, tak komerční pojišťovny, uplatňování státní regulace v oblasti pojišťovnictví a odhad předpokládaného vývoje.

Cílem mé práce bylo pomocí rozboru těchto oblastí porovnat princip fungování veřejného zdravotního pojištění a komerčního pojištění v České republice. Pro lepší přehlednost a orientaci jsem si vybrala dvě velké a významné pojišťovny, z nichž každá zastupuje jednu konkrétní oblast pojištění. Všeobecná zdravotní pojišťovna představuje zástupce veřejného zdravotního pojištění a Česká pojišťovna naopak zástupce komerčního pojištění.

1) ZÁKLADNÍ PRINCIPY FINANCOVÁNÍ V POJIŠŤOVNICTVÍ

Veřejné zdravotní pojišťovny

1.1. Způsoby financování zdravotního pojištění obecně:

- 1) financování z daní – zdravotní péče je bezplatná, lékaři jsou zaměstnanci státu.
- 2) financování jinak
 - a) smluvní – zdravotní zařízení jsou soukromá, pojištění je soukromé a dochází k prodeji a koupi zdravotnických služeb
 - b) povinné – zdravotní péče není státní, ale stát zaručuje zdravotní péči všem obyvatelům. Poskytování zdravotní péče je oddělené od financování. Pro toto fungování jsou vytvořeny legislativní podmínky. Zdravotnická zařízení jsou samostatné podniky – soukromé či na úrovni organizací zřizovaných obcí. Uzavírají smlouvy o financování s jednou či několika zdravotními pojišťovnami, podle registrovaných klientů. Tento způsob platí i v ČR.

[2,4,5,7]

1.2. Plátcí pojistného zdravotního pojištění:

- pojištěnci níže uvedení
- zaměstnavatelé
- stát
- od 1.5.2004, po vstupu ČR do EU, se stali účastníky všeobecného zdravotního pojištění v ČR i rodinní příslušníci pojištěnců ze zemí EU, vykonávajících v ČR výdělečnou činnost.

Povinnost platit pojistné na zdravotní pojištění se týká všech občanů. Pojištěnec je *plátcem pojistného, pokud je zaměstnancem v pracovním poměru účastným nemocenského pojištění. Tím jsou myšleni zaměstnaní činní v poměru, který má obsah pracovního poměru, avšak není takto označen nebo nemá všechny náležitosti předepsané pro vznik pracovního poměru. Dále sem patří zaměstnanci činní na základě dohody o pracovní činnosti; členové družstev, jestliže nejsou v pracovněprávním vztahu k družstvu, ale vykonávají pro družstvo práci, za kterou jsou jím odměňováni; společníci a jednatelé společností s ručením omezeným a komanditisté komanditní společnosti, jestliže nejsou v pracovněprávním vztahu k této společnosti, ale vykonávají pro ni práci, za kterou jsou touto společností odměňováni; poslanci a senátoři; členové obecních zastupitelstev, kteří vykonávají funkci dlouhodobě uvolněných členů obecního zastupitelstva; členové vlády a*

vedoucí ostatních ústředních orgánů státní správy ČR; soudci; státní zástupci; prezident, viceprezident a členové Nejvyššího kontrolního úřadu ČR; vojáci z povolání, příslušníci Policie ČR, příslušníci Vězeňské služby ČR a příslušníci ostatních ozbrojených bezpečnostních sborů a bezpečnostních služeb; interní vědečtí aspiranti; dobrovolní pracovníci pečovatelské služby; pěstouni, kteří vykonávají pěstounskou péči ve zvláštních zařízeních; osoby ve výkonu trestu odnětí svobody a osoby se změnou pracovní schopnosti připravující se na pracovní uplatnění.

Dalšími plátcí jsou osoby samostatně výdělečně činné. Jsou to osoby provozující zemědělskou výrobu, hospodaření v lesích a na vodních plochách; osoby provozující živnost; osoby provozující podnikání podle zvláštních předpisů; osoby vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost na základě zákona o dílech literárních, vědeckých a uměleckých; společníci veřejných obchodních společností a komplementáři komanditních společností; osoby vykonávající nezávislé povolání, které není živností ani podnikáním podle zvláštních předpisů, spolupracující osoby osob samostatně výdělečně činných.

Plátcem je i ten, kdo má na území ČR trvalý pobyt, avšak není uveden v předchozím výčtu.

Zaměstnavatel je plátcem části pojistného za své zaměstnance a části pojistného za sebe.

Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za:

Nezaopatřené děti; poživatele důchodů z důchodového zabezpečení; příjemce rodičovského příspěvku; ženy na mateřské dovolené, ženy pobírající peněžitou pomoc v mateřství a muže po dobu jejich nepřítomnosti v práci, po kterou se jim poskytuje peněžitá pomoc podle předpisů o nemocenském pojištění; uchazeče o zaměstnání; osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřebnosti; osoby převážně nebo úplně bezmocné a osoby pečující o převážně nebo úplně bezmocnou osobu nebo o dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě; osoby konající základní (náhradní) službu v ozbrojených silách nebo civilní službu a osoby povolané k vojenskému cvičení; osoby ve vazbě nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody; osoby, které jsou odkázány na poživatele důchodu a jimž byl z tohoto důvodu upraven důchod jako jediný zdroj příjmů; osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňují další podmínky pro jeho přiznání a nemají příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a nepožívají žádný důchod z ciziny, nebo tento důchod nepřesahuje měsíčně částku ve výši minimální mzdy; osoby celodenně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do sedmi let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku.

Pojistné se platí zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěn. Výše pojistného v ČR je nyní vyměřena takto:

- pro zaměstnance ve výši 4,5% skutečně dosaženého výdělku
- pro zaměstnavatele ve výši 9% souhrnu vyměřovacích základů zaměstnanců
- pro osobu samostatně výdělečně činnou ve výši 13,5% z vyměřovacího základu (z 45% příjmu z podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti minus náklady –
- od roku 2006 to bude 50% příjmu)
- stát platí pojistné ve výši 13,5% z 65% minimální mzdy
- pro osoby bez zdanitelných příjmů ve výši 13,5% z minimální mzdy (= 970 Kč/měs.).

[8]

Komerční pojišťovny

Pojišťovny se ve svém systému hospodaření musí vyrovnat jednak s nahodilostí, představující obsah pojišťovacího byznysu, a jednak s důležitým faktorem časového zpoždění, který je další výraznou charakteristikou pojišťovací činnosti. Vedle svého prvoplánového určení pojišťovna hospodář s dočasně volnými prostředky rezerv na nahodilé výkyvy a časová zpoždění, související s vlastní pojišťovací činností a představující další výraznou složku systému hospodařené pojišťovny. Pojišťovny se tedy zabývají vlastní pojišťovací činností i investiční činností. Komerční pojišťovny tedy díky tomu získávají finance několika způsoby.

[2,4,5,7]

1.3. Způsoby financování komerčních pojišťoven

- výnosy z pojistného, tj. předepsané pojistné (případně ze zajistného, pokud pojišťovna provozuje aktivní zajištění)
- výnosy z umístění prostředků pojistně-technických rezerv, tj. úroky, dividendy, příjmy z pronájmu, příjmy z prodeje cenných papírů a nemovitostí
- výnosy z provizí, tzn. především z provizí zajistitelů
- ostatní výnosy (z jiné než z pojišťovací činnosti)
- mimořádné výnosy.

V rámci hospodaření pojišťovny je základní otázkou stanovení velikosti pojistného, tedy stanovení optimální ceny za krytí příslušného rizika. Složitost přesného stanovení ceny pojištění vyplývá z prvku nahodilosti, který při stanovování ceny výrazně působí, neboť při stanovení ceny pojištění se vychází z budoucích výdajů na pojistná plnění, které

nejdou podrobně dopředu známy. Stanovení ceny pojištění je tedy založeno na odhadovaných údajích.

Při určování ceny pojištění pojišťovna vychází z pojistně technických metod a postupů především při oceňování budoucích výdajů pojišťovny. Tato cena ovšem bývá modifikována v závislosti na tržních podmínkách, tedy v závislosti na vztahu nabídky a poptávky po daném pojistném produktu. Důležitá je i rizikovost klienta.

Klienty pojišťoven jsou jednak pojistníci (ti, kteří sjednali pojištění ve prospěch třetí osoby; pojištěným je pak např. nezletilý, v jehož prospěch je sjednáno plnění, nebo poškozený v odpovědnostním pojištění) a jednak pojištění (ti, na jejichž majetek, život, anebo zdraví se pojištění vztahuje). Existuje i možnost, že pojistník je zároveň i pojištěný.

[2,4,5,7]

2) SPECIFIKA ČINNOSTI ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Podle zákona 550/1991 Sb. jsou zdravotně pojištěny osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky, a osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR. Sídlem zaměstnavatele je myšleno u právnické osoby její sídlo i sídlo její organizační složky, která je zapsána v obchodním rejstříku, nebo je vedena ve stanovené evidenci u příslušného orgánu v ČR. U fyzické osoby je to pak místo jejího trvalého pobytu, popřípadě jde-li o zahraniční fyzickou osobu, místo jejího podnikání. Nově po vstupu do EU jsou tu osoby, na které se vztahuje Nařízení EU – (jsou výdělečně činní v ČR a jejich rodinní příslušníci).

[8]

2.1. Vznik a zánik zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění vzniká několika způsoby:

- narozením, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území ČR
- dnem nástupu do zaměstnání k zaměstnavateli, který má sídlo na území ČR
- získáním trvalého pobytu na území ČR

a zaniká:

- úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého
- ukončením zaměstnání na území ČR, pokud nejde o pojištěnce s trvalým pobytem na území ČR
- ukončením trvalého pobytu na území ČR, pokud není zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR.

Zdravotní pojištění provádějí: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR a dále resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny. Zdravotní pojišťovny jsou povinny bezplatně vydat svým pojištěncům průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad a po vstupu do EU i Evropské průkazy zdravotního pojištění. Průkaz nebo náhradní doklad nezletilého pojištěnce nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům vydá příslušná zdravotní pojišťovna zákonnému zástupci.

[8]

2.2. Úkoly zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Ta tvoří síť smluvních zdravotnických zařízení zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny jsou povinny zdravotnickým zařízením, popřípadě jiným subjektům, které v souladu se zákonem poskytly zdravotní péči pojištěncům, uhradit tuto péči ve lhůtách sjednaných ve smlouvě. Pokud není mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením poskytujícím zdravotní péči smlouva sjednána, jsou zdravotní pojišťovny povinny poskytnutou péči uhradit za akutní péči.

Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců. Kontrolní činnost provádějí prostřednictvím informačních dat v rozsahu stanoveném zákonem a činností revizních lékařů. Další kontrolní činnost provádějí odborní pracovníci ve zdravotnictví způsobilí k revizní činnosti. Revizní lékaři posuzují odůvodněnost léčebného procesu se zvláštním zřetelem na jeho průběh a předepisování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a na posuzování potřeby lázeňského pobytu jako součásti léčebné péče. Revizní lékaři a další odborní pracovníci dále kontrolují, zda poskytnutá péče odpovídá péči vyúčtované zdravotní pojišťovně, zda byly vyúčtovány pouze ty výkony, léčivé přípravky a prostředky zdravotnické techniky, které je zdravotní pojišťovna povinna uhradit, a zda rozsah a druh zdravotní péče odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce. Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování zdravotní péče, zdravotní pojišťovna takovou péči neuhradí.

[8]

2.3. Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění

Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav. Zdravotní péče hrazená v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem zahrnuje léčebnou péči ambulantní a ústavní, pohotovostní a záchrannou službu, preventivní péči, dispenzární péči, poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků, lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách, závodní preventivní péči, dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů, posudkovou činnost, prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu včetně dopravy.

Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá na území ČR. Ze zdravotního pojištění se pojištěncům uhradí též částka, kterou vynaložili na nutné a neodkladné léčení, jehož potřeba nastala během jejich pobytu v cizině, a to do výše stanovené pro úhradu takové péče na území ČR, ale jen za předpokladu, že bylo uzavřeno připojištění.

[8]

3) SPECIFIKA ČINNOSTI KOMERČNÍ POJIŠŤOVNY

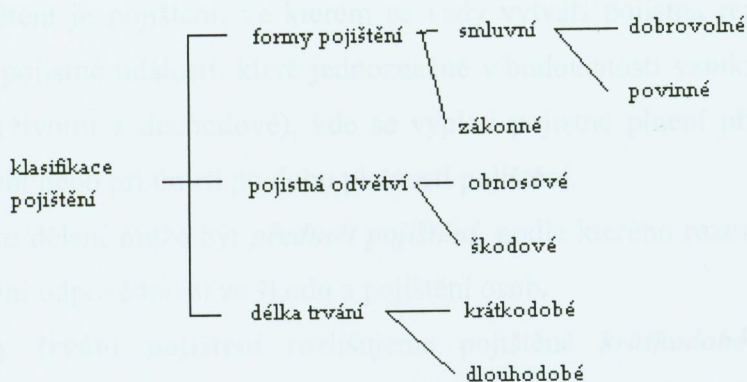
Účelem pojištění je odstranit nebo alespoň zmírnit nepříznivé důsledky nahodilých událostí. Z ekonomického hlediska lze pojištění charakterizovat jako vytváření finanční rezervy sloužící k úhradě potřeb nebo škod, které vzniknou pojištěným z nahodilých událostí. Tato rezerva se vytváří z prostředků pojištěných subjektů, tedy z pojistného, které je cenou za poskytování pojistné ochrany.

Z právního hlediska je pojištění závazkovým právním vztahem, v němž mají jeho účastníci rovné postavení. Tato charakteristika platí pro pojištění provozovaná komerčními pojišťovnami.

3.1. Základní klasifikace pojištění

Pojišťovny nabízejí a realizují množství pojištění, které je třeba třídit, rozdělovat a klasifikovat podle různých kritérií. Klasifikace a třídění umožňují lepší orientaci v pojistných produktech, pojistných odvětvích a jednotlivých pojištěních.

V základní klasifikaci dělíme pojištění na **formy pojištění, pojistná odvětví a pojištění dle délky jeho trvání.**



Formy pojištění vyjadřují klasifikaci pojištění dle způsobu jeho vzniku. Pojištění může vzniknout jako smluvní pojištění, a to buď **dobrovolné nebo povinné**, nebo jako zákonné pojištění. Při smluvním dobrovolném pojištění vzniká pojistný vztah dobrovolně, na základě vlastního projevu vůle určitého subjektu zabezpečit se pojištěním. Pojistný vztah mezi pojištěným a pojišťovnou vzniká uzavřením pojistné smlouvy. Vznik smluvního povinného pojištění je daný právním předpisem, který určuje činnosti, kde je povinnost hospodářských subjektů nebo občanů sjednat s pojišťovnou pojistnou smlouvu. Není-li pojistná smlouva na pojistné riziko uzavřená, nepovolí příslušný státní orgán výkon této činnosti. Pojištění je zaměřené na odpovědnost za škodu, která může touto činností vzniknout.

Při zákonném pojištění vzniká pojistný vztah na základě právního předpisu a pojistná smlouva se neuzavírá. Právní předpis určuje všechny náležitosti pojistného vztahu včetně pojišťovny, která pojištění vykonává, výši pojistného, pojistné podmínky a podobně. Pojištění je dále v platnosti bez ohledu na to, jestli bylo nebo nebylo zaplacené pojistné na příslušné období. Nezaplacením pojistného se porušuje zákon se všemi důsledky, které z toho vznikají a jsou vedeny v právním předpise. Klasickým případem zákonného pojištění může být pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem motorového vozidla.

Pojistné odvětví tvoří samostatné skupiny pojištění členěné podle několika hledisek. Jedním z hledisek je **způsob tvorby rezerv**, podle kterého rozeznáváme pojištění obnosové a škodové. Nejznámějším členěním je však rozdělení na životní a neživotní pojištění. Neživotní pojištění je pojištění, ve kterém pojistitel neví jednoznačně, jestli pojistná událost vznikne nebo ne, jestli bude poskytovat pojistné plnění a v jaké výši. Jedná se o všechna pojištění majetku, odpovědnosti za škodu, úrazu, léčebných výloh aj. Pojistná rezerva se stanoví podle rozsahu pojištěného rizika a pravděpodobnosti vzniku pojistných událostí a také podle rozsahu způsobených škod.

Životní pojištění je pojištění, ve kterém se vždy vytváří pojistná rezerva na pojistné události. Jde o pojistné události, které jednoznačně v budoucnosti vzniknou. Je to hlavně pojištění osob (životní a důchodové), kde se vyplatí pojistné plnění při dožití se konce pojistného období nebo při úmrtí po dobu platnosti pojištění.

Jiným hlediskem dělení může být **předmět pojištění**, podle kterého rozeznáváme pojištění majetku, pojištění odpovědnosti za škodu a pojištění osob.

Podle **délky trvání pojištění** rozlišujeme pojištěné **krátkodobé a dlouhodobé**. Krátkodobá pojištění jsou pojištění sjednaná na kratší dobu než jeden rok (někdy je pro ně užíván termín področní pojištění). Dlouhodobá pojištění jsou pak pojištění sjednaná na dobu jednoho roku nebo na dobu delší než jeden rok. Do kategorie dlouhodobých pojištění patří i pojištění sjednaná na dobu neurčitou.

Pojišťovací činnost se v komerčních pojišťovnách realizuje zpravidla ve dvou pojistných odvětví. Je to především neživotní a životní pojištění.

[2,4,5,7]

3.2. Životní pojištění

Životní pojištění zahrnují krytí rizik ohrožujících zdraví a životy lidí. V rámci těchto pojištění se uplatňují výplaty pojistných plnění v případě pojistných událostí, které se dotýkají života pojištěných osob nebo jiných osob. Pojistná ochrana v rámci pojištění osob má za úkol poskytnout pojistnou ochranu pojištěným při událostech, které se bezprostředně týkají osoby člověka a souvisí se životem, zdravím, smrtí nebo dožitím se určitého věku pojištěné osoby. Výše pojistných plnění je dána velikostí pojistné částky, kterou pojistník sjednal. Výše pojistné částky má podle představ pojištěného pokrýt jeho pojistné riziko.

V životním pojištění jsou kryta dvě základní rizika a to riziko smrti a riziko dožití. V současné pojišťovací praxi životní pojištění různými způsoby kombinuje tato dvě rizika, přičemž v pojistném krytí bývají zahrnuta ještě další rizika (např. invalidita, úraz a pod.).

U všech životních pojištění, hlavně u pojištění pro případ smrti nebo pojištění pro případ invalidity, resp. důchodovém pojištění, je uzavření smlouvy závislé na zdravotním stavu pojišťovaného. Návrh na pojištění obsahuje obvykle otázky na zdravotní stav pojištěného, které je pojišťovaná osoba povinna pravdivě zodpovědět. V některých pojištěních je dokonce předepsaná i lékařská prohlídka a sjednané pojištění je vázáno na výsledek této prohlídky.

Tarifním parametrem pro životní pojištění je vstupní věk, pojistná doba, doba placení pojistného a druh pojistné události. Nejnižší vstupní věk životního pojištění v ČR je 18 let a nejvyšší věk je 65 let. Limitní termín pro pojistné plnění je obvykle 85 let.

V rámci životního pojištění lze v ČR sjednat:

- pojištění pro případ smrti nebo dožití
- pojištění pro případ smrti
- trvalé pojištění pro případ smrti
- kapitálové životní pojištění
- pojištění pro děti a mládež
- investiční životní pojištění
- a důchodové pojištění. [1]

3.3. Neživotní pojištění

Podstata pojištění, ochrana proti finančním důsledkům nahodilosti, se v nejkrytější podobě projevuje v konstrukci neživotních, zejména klasických majetkových pojištění, ve kterých se odškodňuje nahodilé poškození nebo zničení věci patřící pojištěnému. Stále rostoucí význam má pojištění odpovědnosti za škody. Jeho zvláštností je, že z hlediska pojištěného klienta jde o pojištění jeho finanční stability a kontinuity a hlavně že příjemcem pojistného plnění je někdo jiný než pojištěný.

V rámci neživotního pojištění lze sjednat:

- pojištění odpovědnosti za škodu
- neživotní pojištění osob
 - úrazové pojištění
 - pojištění nemoci
- pojištění majetku
 - živelní pojištění
 - pojištění majetku obyvatelstva
 - pojištění podnikatelských a průmyslových rizik
 - pojištění zemědělských rizik
- pojištění právní ochrany. [1]

3.4. Vznik a zánik komerčního pojištění

Komerční pojištění vzniká:

- uzavřením pojistné smlouvy mezi klientem a pojišťovnou - pojistná smlouva je smlouvou o finančních službách, ve které se pojišťovna zavazuje v případě vzniku nahodilé události poskytnout ve sjednaném rozsahu plnění a pojistník se zavazuje platit pojišťovně pojistné.
- na základě jiné skutečnosti – např. zákonné ustanovení.

4) UPLATŇOVÁNÍ STÁTNÍ REGULACE V OBLASTI POJIŠŤOVNICTVÍ

Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů České republiky a jsou tedy prakticky celé řízeny státem. Kontrolu činnosti pojišťovny provádí Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Zjistí-li toto ministerstvo závažné nedostatky v činnosti pojišťovny, zejména nedodržování zákona, předpisů o všeobecném zdravotním pojištění nebo schváleného zdravotně pojistného plánu, je oprávněno podle povahy zjištěného nedostatku buď vyžadovat, aby pojišťovna ve stanovené lhůtě zjednala nápravu, nebo zavést nucenou správu na dobu nejvýše jednoho roku. V případě nucené správy podléhají rozhodnutí orgánů pojišťovny a právní úkony ředitele pojišťovny a prokuristy pojišťovny schválení správce, jinak jsou neplatná.

Pojišťovna je povinna vždy do 60 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí podat Ministerstvu zdravotnictví zprávu o svém hospodaření. Způsob podávání těchto informací a jejich rozsah stanoví Ministerstvo zdravotnictví prováděcím právním předpisem. V případě zjištění bilanční nerovnováhy je současně povinna předložit tomuto ministerstvu návrh opatření. Ministerstvo zdravotnictví po projednání s Ministerstvem financí předloží návrh opatření vládě. Ministerstvo zdravotnictví informuje veřejnost o hospodaření pojišťovny prostřednictvím sdělovacích prostředků. V případě platební neschopnosti pojišťovny zaručuje uhrazení nákladů poskytnuté zdravotní péče po vyčerpání prostředků rezervního fondu státní rozpočet ČR ve formě návratné finanční výpomoci. Objem této výpomoci může činit nejvýše 50% prokázaného nedostatku finančních prostředků způsobeného zvýšeným rozsahem poskytovaných zdravotnických služeb, vzniklých nárůstem nemocnosti v důsledku prokázaného výskytu hromadných onemocnění.

Pojišťovna je povinna zajistit oddělenou evidenci fondů a oddělenou evidenci majetku a používání finančních prostředků. Pojišťovna je také povinna vést účetnictví podle zvláštní účtové osnovy a postupu účtování pro zdravotní pojišťovny, které vydá Ministerstvo financí. Pojišťovny vytváří svůj vlastní účet a informační systém, který musí navazovat na státní statistickou evidenci a respektovat požadavky průkaznosti.

Na kontrole zdravotních pojišťoven se podílejí též jejich pojištěnci. Na vyžádání pojištěnce je zdravotní pojišťovna povinna písemně poskytnout jedenkrát ročně údaje o zdravotní péči uhrazené za tohoto pojištěnce v období posledních 12 měsíců.

[8, 11]

4.1. Zajišťovací fond

Zajišťovací fond je právnickou osobou, zapisuje se do obchodního rejstříku a je zřízen ze zákona. Fond slouží k úhradě zdravotní péče poskytnuté zdravotnickými zařízeními pojištěncům likvidované zaměstnanecké pojišťovny v případech, kdy nebyly ke dni skončení likvidace zaměstnanecké pojišťovny uspokojeny všechny splatné pohledávky zdravotnických zařízení, a v případech, kdy zaměstnanecká pojišťovna má více věřitelů a není schopna po delší dobu plnit své splatné závazky, nebo je-li předložena.

Všechny zaměstnanecké pojišťovny jsou povinny do fondu přispívat. Roční příspěvek činí 0,5% průměrných ročních výdajů základního fondu zaměstnanecké pojišťovny. Fond může investovat peněžní prostředky do státních cenných papírů, cenných papírů se státní zárukou nebo poukázek České národní banky.

Fond je řízen pětičlennou správní radou, jejíž členy jmenuje ministr zdravotnictví. Tito členové jsou jmenováni na období pěti let, a to i opakovaně. Za výkon funkce člena správní rady nenáleží odměna a podrobnosti o činnosti Fondu upraví statut Fondu, který vydá Ministerstvo zdravotnictví.

Úhrada zdravotnickým zařízením z Fondu se zajišťuje několika způsoby:

- pokud jde o pohledávky vzniklé z titulu poskytnutí zdravotní péče praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost, ve výši 80% dlužné částky, nejvýše však 200 Kč na jednoho pojištěnce.
- pokud jde o pohledávky vzniklé z titulu poskytnutí ambulantní zdravotní péče odbornými lékaři, ve výši 80% dlužné částky, nejvýše však 900 Kč na jednoho pojištěnce.
- pokud jde o pohledávky vzniklé z titulu poskytnutí ústavní zdravotní péče, ve výši 80% dlužné částky, nejvýše však 1200 Kč na jednoho pojištěnce
- pokud jde o pohledávky vzniklé z titulu výdeje léčiv na základě lékařského předpisu, ve výši 80% dlužné částky, nejvýše však 700 Kč na jednoho pojištěnce. Vše je závislé na nákladech na léčení a zdravotním onemocněním.

[2,4,5,7]

Komerční pojišťovny

4.2. Důvody pro regulaci v soukromém pojišťovnictví

Důležitým důvodem regulace je především ochrana klientů. Státní dozor nad soukromým pojišťovnictvím probíhá zejména formou koncesního systému, který pro klienta snižuje riziko špatného výběru, a také formou materiálního dozoru. Pojišťovnictví za poskytovanou službu vybírá náhradu předem a je tedy postaveno na důvěře klienta.

Důležité jsou i další dva faktory. Za prvé závislost (a volatilita) hospodářského výsledku pojišťovny v neživotních druzích pojištění na konkrétním nastoupení náhodné veličiny a za druhé existence značného časového rozdílu mezi počátkem a koncem životního pojištění, tedy mezi počátkem a následným placením pojistného a výplatou pojistné částky. V průběhu tohoto období může dojít v pojišťovně k nezávislým závažným změnám v makroekonomickém okolí, jejichž dopad na klienta musí pojišťovna ve svém hospodaření utlumit.

Pojišťovnictví je svou podstatou založeno na systému rezerv. Je tedy logické, že právě určení povinnosti tvořit určité druhy rezerv a následně normativní reglementace hospodaření pojišťovny s nimi je obecně základním kamenem ochrany klientů pojišťoven ze strany státního dozoru, fakticky zajišťující splnitelnost pojišťovnou uzavřených pojistných smluv.

V pojišťovnictví, které si historicky vytvořilo vlastní „vestavěné stabilizátory“ pro toto specifické podnikání a vykazuje jednoznačné konkurenční výhody při řešení finanční stránky důsledků realizace rizik a zvláštních událostí v životě člověka, se také historicky vytvořila propracovaná obecná soustava ochrany spotřebitelů (klientů pojišťoven), jejíž hlavní součástí je státní dozor nad pojišťovnami i rada na ochranu pojištěných, která působí buď autonomně, anebo prostřednictvím asociace pojišťoven, ombudsmana, atd.

Vývoj státního dozoru nad pojišťovnictvím nebyl historicky příliš plynulý. Pro úpravy instrumentaria státního dohledu bylo zejména v 19.století charakteristické, že razantní změny v systému regulace byly dělány vždy dodatečně v návaznosti na nějaký pojišťovací skandál, nebo krach nějaké významné pojišťovny, anebo v návaznosti na obzvlášť silné projevy kolísání hospodářského cyklu. V tomto kontextu lze poznamenat, že instituce státního dozoru nad pojišťovnictvím se v rozvinutých tržních ekonomikách vyskytují ve dvou základních organizačních modifikacích. Jednou z možností je nezávislá samostatná instituce přímo podřízená vládě dané země a druhá možnost je organizační začlenění dozoru v rámci některého z ministerstev, nejčastěji ministerstva financí, hospodářství nebo obchodu.

[3]

4.3. Činnosti dozoru v pojišťovnictví

Dnešní soukromé pojištění je typicky tržním produktem, přičemž trh soukromého pojištění je regulován státem více než většina produktů. Důvodem je specifický charakter pojistných produktů. Stát si i nadále ponechává vliv na podnikání v pojišťovnictví a zajišťuje jej udělováním povolení k pojišťovací činnosti dle zákona o pojišťovnictví č.363/1999 Sb. 39/2004 Sb.

Jednotlivé pojišťovny působící na pojistném trhu v ČR jsou povinné předkládat příslušnému dozorcímu orgánu všechny změny, týkající se předmětu podnikání, příslušné účetní závěrky a jiné doklady o činnosti, plán opatření na obnovení schopnosti pojišťovací společnosti, případně všeobecné pojišťovací podmínky. Předmětem kontroly však není pojištění jednotlivých subjektů, tedy konkrétní pojistné smlouvy.

Hlavními činnostmi dozoru v pojišťovnictví jsou:

- ustanovení koncesní (povolovací) povinnosti, tzn. že každá pojišťovna musí mít povolení

- k výkonu činnosti od dozorcího orgánu.

- průběžná kontrola platební schopnosti a pojistně-technických dokladů. Dozorčí orgán odpovídá za solventnost pojišťoven.

- přenášení pojistných kmenů z jedné pojišťovny do druhé. Je však třeba dodržovat podmínky stanovené dozorcím orgánem.

- dozorcí orgán má povinnost spolupracovat s dozorcími orgány jiných zemí (jednotlivých členských zemí EU).

Dozorčí orgán je oprávněn prakticky kdykoli provést přímo v obchodních a provozních prostorách jednotlivých komerčních pojišťoven kontrolu a požadovat od pracovníků informace a případně vysvětlení k jednotlivým sporným otázkám. Pracovníci dozorcího orgánu mají oprávnění účastnit se jednání orgánu pojišťovny při projednávání účetní závěrky, opatření ministerstva nebo výsledků hospodaření pojišťovny. Zákon o pojišťovnictví umožňuje dozorcímu orgánu použít pro případné řešení nesrovnalostí několik možných opatření. Mohou uložit opatření k odstranění nedostatků, nařídít snížení základního kapitálu, nařídít vytvoření ozdravného plánu, zavést v pojišťovně nucenou správu, pozastavit pojišťovně oprávnění k uzavírání smluv a rozšiřování závazků, nařídít převod pojistného kmene, uložit předběžná opatření, uložit pokutu nebo v nejhorším případě odejmout povolení k pojišťovací, resp. zajišťovací činnosti.

Dozorčí orgán používá také nástroj zvaný kvótová aktiva. Při kvótování aktiv jde o stanovení minimální povinné kvóty, kterou musí pojišťovna z celkového objemu svých

obligatorních pojistně-technických rezerv uložit do velmi bezpečných aktiv (např. do dlouhodobých státních dluhopisů) a stanovení povinné maximální kvóty, kterou může pojišťovna investovat do rizikovějších instrumentů finančního trhu (např. do akcií).

Uplatňuje-li se v dané zemi normativní přímý dozor, pak orgány státního dohledu zasahují i do výše technické úrokové míry, do všeobecných pojistných podmínek a do tarifní politiky pojišťoven. Mezi účinné normativní státní zásahy patří i stanovování určitých, obvykle ekonomicky obzvláště významných druhů pojištění jako pojištění povinná, či výjimečně dokonce zákonná (nejčastěji pojištění odpovědnosti za škody z provozu motorových vozidel).

Technická úroková míra je významný podklad pro kalkulaci pojistného životních pojištění, používá se k propočtu tzv. komutačních čísel z údajů uvedených v úmrtnostních tabulkách. Vzhledem k tomu, že u životních pojištění existuje již zmíněný dosti dlouhý časový rozdíl mezi počátkem a koncem pojištění a výnosnost rezerv na dlouhou dobu se velmi obtížně předikuje, mají státní dozory tendenci držet technickou úrokovou míru na poměrně nízké úrovni (kolem 2%) a mnohdy dosti podstatný rozdíl mezi technickou a tržní úrokovou mírou pojišťovny kompenzují pojištěným jinými způsoby (podíly na zisku, bonifikace, valorizace pojistných částek apod.). V současné době je rozšířeno vztahování pojistně-technické úrokové míry k průměrným výnosům státních dluhopisů v dané zemi.

Normativním omezením ze strany státního dozoru může být i dispozice pojišťovny s individuální pojistně-technickou rezervou každého jednotlivého pojištěného životním pojištěním v případě stanovení povinnosti pojišťovnam poskytovat tzv. zápůjčky na životní pojistky.

Předmětem kontroly za strany státního dozoru bývají i produkty pojišťoven. Smyslem je podporovat takovou strukturu produktů, která je žádoucí z hlediska potřeb klientů. Stanovení normativní povinnosti licencované pojišťovně předkládat státnímu doзору ke schválení kompletní znění všeobecných pojistných podmínek je ze strany dohledu prvoplánově motivováno snahou ochránit klienta pojišťovny proti eventuální neekvivalenci poměru rozsahu poskytovaného krytí k požadovanému pojistnému. V druhém plánu je pak snaha dozoru pojistné podmínky co nejvíce sjednocovat a nechat působit volnou konkurenci v cenách pojistného nebo v kvalitě poskytovaných služeb.

Úkolem státního dozoru v pojišťovnictví je tedy kontrola, zda založení a činnost pojišťovny poskytuje záruku splnitelnosti převzatých závazků v zájmu ochrany spotřebitele. Dále je úkolem dozoru kontrolovat pojišťovny, zda nabízejí adekvátní produkty a hospodaří tak, aby byly schopny vždy plnit své závazky. Státní dozor rovněž

vykonává kontrolu nad subjekty, které negativně zasahují do sektorů pojišťovnictví, např. tím, že bez povolení podnikají v oblasti pojišťovnictví. Za provozování pojišťovací činnosti bez povolení může orgán státního dozoru uložit pokutu fyzické osobě až do výše 1 mil. Kč nebo právnické osobě až do výše 100 mil. Kč. Za provozování zprostředkovatelské činnosti bez registrace může státní dozor uložit pokutu fyzické osobě až do výše 1 mil. Kč a právnické osobě až do výše 10 mil. Kč.

[12, 3]

4.4. Výše základního kapitálu

V zájmu finanční stability pojišťoven i zajišťoven je přímo zákonem předepsána i minimální výše základního kapitálu (ve formě peněžitého vkladu) v návaznosti na provozované druhy a skupiny pojištění.

- Pojišťovny zabývající se životním pojištěním: 60 mil. Kč
- Pojišťovny zabývající se neživotním pojištěním:
 - 34 mil. Kč pro úrazové, nemocenské, živelní a cestovní pojištění
 - 46 mil. Kč pro kasko pojištění, odpovědnostní pojištění, pojištění finančních ztrát a pojištění právní ochrany
 - 156 mil. Kč pro dopravní pojištění, pojištění odpovědnosti za škody z provozu vozidel, pojištění úvěru a pojištění záruky
 - 200 mil. Kč pro letecké a námořní pojištění
- Zajišťovny: 1 mld. Kč.

Při všech prováděných změnách legislativního rámce je významným kritériem soulad s evropskými směnicemi. Většinu nových ustanovení musí pojišťovny a zajišťovny aplikovat do své činnosti do půl roku poté, co zákon vešel v platnost, do dvou let se všechny musí nechat znovu přelicencovat a do deseti let univerzální pojišťovny musí oddělit organizačně provoz životního a neživotního pojištění. Zatím poslední úprava legislativního rámce dosud plně nezharmonizovala pojistné právo ČR s většinovým právem zemí EU.

[12, 3]

5) POROVNÁNÍ PRINCIPŮ ČINNOSTÍ ZDRAVOTNÍ A KOMERČNÍ POJIŠŤOVNY A ODHAD PŘEDPOKLÁDANÉHO VÝVOJE V OBLASTI VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ A SOUKROMÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ OSOB.

5.1. Porovnání principů činnosti zdravotní a komerční pojišťovny

Z právního hlediska je pojištění závazkovým právním vztahem, v němž mají jeho účastníci rovné postavení, a tato charakteristika platí pro pojištění provozovaná komerčními pojišťovnami. Z hlediska způsobu financování tedy pojištění dělíme na komerční a sociální.

Tzv. sociální pojištění, které přímo organizuje stát, je realizováno systémem zdravotního pojištění a systémem nemocenských, důchodových a dalších sociálních dávek. Jedná se též o důsledky nahodilých událostí, ale předem určených, u kterých se ví, že nastanou, a jsou zmírňovány státem.

Systém sociálního pojištění má celospolečenský význam s nezastupitelnou rolí v rámci krytí rizik, která mají sociální charakter. Z těchto rizik vyplývají pro jednotlivce jisté potřeby, které má stát za úkol zabezpečit již z podstaty své existence. Úroveň zabezpečení a uspokojení těchto potřeb úzce souvisí s výší životní úrovně daného státu, a proto úroveň sociálního pojištění je do jisté míry i měřítkem kvalitativní úrovně uspokojování sociálních potřeb občanů, která implicitně odvozuje i míru životní úrovně země. K hlavním potřebám krytí sociálních rizik patří zejména potřeby krytí rizik spojených s pracovní neschopností, s pracovními úrazy a nemocemi z povolání, se zdravotní péčí a s nezaměstnaností.

Krytí sociálních rizik je v různém rozsahu zahrnováno do sociálního pojištění, které je bráno jako pojištění povinné a důvodem k zařazení těchto rizik do povinného pojištění je skutečnost, že někteří jednotlivci mohou mít tendenci k podceňování těchto rizik a úroveň státu je dána, kromě jiného, také jeho schopností tato rizika náležitě pokrývat. Způsob a míra krytí jednotlivých sociálních rizik v rámci sociálního pojištění jsou v jednotlivých zemích různé.

Pro sociální pojištění je typické, že se zde rezervy nevytváří zcela v závislosti na riziku, tedy velikost pojistného není stanovena v závislosti na riziku, ale je pro všechny účastníky pojištění stanovena stejným způsobem (určitým procentem z příjmů) na rozdíl od pojištění komerčního, pro které je typická vazba výše pojistného na velikost rizika. V rámci sociálního pojištění se uplatňuje větší měrou princip solidarity, tzn. že rezerva se vytváří z příspěvků všech zúčastněných na pojištění, ale pojistné náhrady jsou vypláceny pouze

Pacientům trpícím cukrovkou VZP ČR poskytuje kromě běžné léčby i speciální služby. Plně jim hradí dva typy komplexní lázeňské léčby: edukační program do 6 měsíců od zjištění diagnózy a první lázeňský pobyt při zjištění počínajících komplikací. Diabetikům dále jednou za 2 roky přispívá částkou 1000 Kč na speciální obuv a bezplatně jim poskytuje glukometry a aplikátory inzulínu, pacientům se špatnou kompenzací diabetu, u nichž selhaly veškeré jiné režimy, VZP ČR zapůjčuje inzulínové pumpy v hodnotě 106 tis. Kč a zajišťuje potřebný servis – 64 % diabetiků napojených na inzulínovou pumpu je pojištěno u VZP ČR.

Tato výmluvná fakta dokumentují, proč většina těžce nemocných natrvalo zakotvila právě ve VZP ČR, kde mají celoživotní jistotu péče o zdraví.

Česká pojišťovna

Česká pojišťovna je univerzální pojišťovnou s dlouholetou a bohatou tradicí v životním i neživotním pojištění. Od znovuzavedení konkurenčního prostředí v r. 1991 je největší pojišťovnou na českém pojistném trhu.

Tradice České pojišťovny se odvíjí nepřetržitě od roku 1827, kdy byla v Praze založena První česká vzájemná pojišťovna. Ta zpočátku provozovala pouze požární pojištění nemovitostí. V druhé polovině 19. století již byla První česká vzájemná pojišťovna tak silnou institucí, že jí neotřásly ani náhrady škod po řadě velkých požárů koncem století včetně vůbec největší pojistné události v 19. století, jíž byl požár rozestavěného Národního divadla.

Počátkem 20. století začala První česká vzájemná pojišťovna nabízet svým klientům také životní pojištění, pojištění proti vloupání a pojištění zákonné odpovědnosti a úrazu. Po roce 1948 vznikla jediná Československá pojišťovna, která si monopolní postavení držela až do roku 1991, kdy byl zákonem o pojišťovnictví otevřen trh a umožněn vstup dalších pojišťoven. Do konce roku 1999 vzniklo na českém trhu 42 pojišťoven. I v dnešním vysoce konkurenčním prostředí si Česká pojišťovna stále drží své výsadní postavení.

Česká pojišťovna poskytuje jak individuální životní a neživotní pojištění, tak i pojištění pro malé, střední a velké klienty v oblasti průmyslových a podnikatelských rizik. Přibližně 5 600 zaměstnanců a 6 000 obchodních zástupců se na 70 agenturách a více než 700 obchodních místech stará o co největší spokojenost klientů.

V roce 2004 předepsala Česká pojišťovna pojistné v objemu 41 miliard korun, což je o 8 procent více než v roce předchozím. Tržní podíl činí 37 %. Česká pojišťovna spravuje přes 13 milionů pojistných smluv a její bilanční suma činila 131 miliard korun.

5.3. Počet klientů

Hned na začátku teoretické části je podle mě velmi důležité uvést počty klientů obou pojišťoven. Myslím si, že pro jejich porovnání jsou tyto údaje podstatné.

VZP

V roce 2004 bylo z celkového počtu 10 314 314 osob (z čehož bylo 10 117 303 občanů ČR a 197 011 cizích státních příslušníků) u VZP pojištěno celkem 6 680 790 osob, což představuje 64,8% ze všech účastníků veřejného zdravotního pojištění. Pro lepší přehled je ještě možno upřesnit, že z těchto pojištěných osob bylo 6 515 773 občanů ČR a 165 017 cizích státních příslušníků.

Osobně se domnívám, že velkou roli hraje i věková skladba pojištěnců.. Pro lepší přehlednost uvádím tyto údaje v tabulce:

Tabulka č.1:

<i>Roky</i>	<i>Počet osob</i>	<i>Procentní podíl ze všech pojištěnců uvedeného věku v celém systému veřejného zdravotního pojištění</i>	<i>Počet mužů</i>	<i>Počet žen</i>
do 20	1 336 424	60,2%	688 662	647 762
20 – 60	3 836 989	63,1%	2 000 879	1 836 110
nad 60	1 555 082	77,4%	623 628	931 454

Pro představu, jaké náklady musí VZP vydat za každého svého pojištěnce a jak velkou roli v tomto případě hraje věk pojištěnce, jsem přiložila do přílohy Přehled průměrných nákladů na zdravotní péči na jednoho pojištěnce dle věkové struktury a také Přehled celkových nákladů na zdravotní péči podle věkové struktury pojištěnců. Z tohoto přehledu je vidět, že pro VZP není úhrada zdravotní péče pojištěnců jednoduchá. Největší náklady se týkají lidí kolem 60 let a těch, jak jsem se již zmiňovala, má VZP nejvíce ze všech zdravotních pojišťoven.

Česká pojišťovna

Česká pojišťovna ve stejném roce, tedy v roce 2004, spravovala přes 13 milionů pojistných smluv, což představuje 59 %ní podíl v rámci domácích pojišťoven. Z hlediska předepsaného pojistného má pak Česká pojišťovna 37 % podíl na trhu.

V obou případech se tedy jedná o velké a velmi významné instituce.

5.4. Příjmy a výdaje pojišťovny

VZP

Pojišťovna hospodaří s vlastním majetkem a s majetkem jí svěřeným. Majetek, se kterým hospodaří, nemůže být předmětem konkurzu ani vyrovnání podle zvláštního právního předpisu. Podle platného zákona může mít tyto příjmy a výdaje:

Příjmy.

- platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu
- vlastní zdroje vytvořené využíváním fondů pojišťovny
- příjmy plynoucími z přirážek k pojistnému, pokut a poplatků z prodloužení účtované pojišťovnou
- příjmy od zaměstnavatelů, u nichž charakter vykonávané práce vyžaduje zvýšenou zdravotní péči o zaměstnance na úhradu zdravotních výkonů

Výdaje

- úhrady za zdravotní péči poskytovanou na základě všeobecného zdravotního pojištění podle smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními
- platby jiným zdravotním pojišťovnám nebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za zdravotní služby poskytnuté pojištěncům VZP
- úhrady nákladů nutného neodkladného léčení v cizině (odvislé od platné vyhlášky)
- náklady na činnost VZP
- úhrady za výkony závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče

Rozpočet VZP je sestaven a realizován tak, aby výdaje nepřevršily příjmy pojišťovny v příslušném rozpočtovém roce. Rozdíl mezi příjmy a výdaji se zúčtovává v roční závěrce vůči rezervnímu fondu.

Pojišťovna je povinna v návaznosti na termíny stanovené Ministerstvem financí pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu předložit tomuto ministerstvu prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrku a výroční zprávu za minulý kalendářní rok. Všechny tyto tři dokumenty schvaluje po vyjádření vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR.

Zdravotně pojistný plán obsahuje plán příjmů a výdajů pojišťovny včetně členění podle jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, plán provozních nákladů, údaje o rozsahu zdravotní péče hrazené pojišťovnou, způsob zajištění dostupnosti služeb

nabízených pojišťovnou včetně předpokládané soustavy zdravotnických zařízení, se kterými pojišťovna uzavírá smlouvu o úhradě zdravotní péče.

Česká pojišťovna

Výnosy

- předepsané pojistné neživotního pojištění
- předepsané pojistné životního pojištění
- výnosy z finančního umístění

Náklady

- náklady na pojistná plnění, včetně nákladů na likvidaci pojistných událostí
- pořizovací náklady na pojistné smlouvy (provize, reklamní výdaje)
- správní režie (náklady na správu pojistných smluv, na řízení portfolia, náklady spojené s inkasem pojistného, náklady na řízení pojišťovny)
- náklady na finanční umístění prostředků pojistně-technických rezerv
- ostatní náklady (náklady na daně, náklady související s jinou než pojišťovací činností nebo řízením portfolia)
- mimořádné náklady

5.5. Fondy a rezervy vytvářené a spravované pojišťovnou VZP

VZP tvoří a spravuje mnohem více fondů než Česká pojišťovna. Naopak zase vytváří mnohem méně rezerv.

Základní fond

Zdrojem jsou platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění a další příjmy v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem. Tento fond slouží k úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, k přidělování do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost pojišťovny, k přidělování dalším fondům a dalším platbám v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem.

V rámci tohoto fondu došlo k mnoha příjmům a výdajům. V následující tabulce jsou uvedeny jen nejdůležitější položky. Podrobnější rozpis je uveden v příloze.

Tabulka č.3:

Příjmy

<i>Zdroj</i>	<i>Výše v mlđ.Kč</i>
Příděl ze ZFZP	3, 427
Příjmy z prodeje DHM a DNM	0, 038
Ostatní příjmy	0, 037

Výdaje

<i>Účel</i>	<i>Výše v mlđ.Kč</i>
Pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	0, 175
Pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	0, 413

Rezervní fond

Dnem 1.7.2004 došlo ke změně výše rezervního fondu podle zákona č. 438/2004 Sb., kterým se mění Zákon č.551/1991 Sb. Výše RF se tak snížila ze 3 na 1,5% průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Výše limitu RF ze r.2004 byla tedy stanovena na 1 466, 482 mil. Kč.

Pojišťovna může použít nejvýše 30% finančních prostředků tohoto fondu k nákupu státních cenných papírů, CP se státní zárukou, CP vydávaných obcemi, veřejně obchodovatelných dluhopisů vydaných obchodními společnostmi a přijatých k obchodování na burze CP, veřejně obchodovatelných akcií a podílových listů přijatých k obchodování na burze CP a pokladničních poukázek ČNB. Tyto cenné papíry a pokladniční poukázky ČNB zůstávají součástí rezervního fondu.

Tento fond se používá ke krytí schodků základního fondu a ke krytí zdravotní péče v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof nebo pojišťovnou nezaviněného významného poklesu výběru pojistného. Výše rezervního fondu může v takovém případě klesnout v průběhu kalendářního roku pod minimální výši.

Vzhledem k tomu, že VZP eviduje k 31.12.2004 závazky po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením, RF do zákonem stanovené výše nebyl naplněn. Podrobné údaje o tvorbě, čerpání, příjmech a výdajích tohoto fondu jsou uvedeny v příloze.

Sociální fond

Tento fond se používá k zabezpečení kulturních, sociálních a dalších potřeb ve prospěch zaměstnanců pojišťovny, případně dalších osob v souladu s vnitřním předpisem pojišťovny. Zdrojem fondu je základní příděl ve výši max.2% z ročního objemu nákladů

zúčtovaných za mzdy a náhrady mzdy, které byly zúčtovány s provozním fondem, tvořený převodem finančních prostředků z provozního fondu, další příděl ze zisku po zdanění vytvořený ve zdaňované činnosti, splátky půjček zaměstnancům, ostatní příjmy, které souvisejí s tímto fondem, úroky z bankovního účtu sociálního fondu, kladné kursové rozdíly související s tímto fondem, dary určené dárcem pro sociální fond, zůstatky sociálních fondů sloučených a splynutých pojišťoven a pohledávky fondů, jejichž zůstatky byly převedeny k 1.lednu 1999 do sociálního fondu pojišťovny.

Nejvíce byly v r.2004 finanční prostředky čerpány na příspěvky na stravování, na penzijní připojištění, na životní pojištění, na regeneraci zaměstnanců a na rodinnou rekreaci. Konečný stav tohoto fondu je pro r.2004 29 514 000 Kč. Jeho příjmy a výdaje jsou podrobně uvedeny v příloze.

Fond reprodukce majetku

Tento fond se používá k soustředování prostředků na pořizování DHM a DNM pojišťovny. Zdrojem fondu jsou odpisy veškerého DHM a DNM včetně zůstatkové ceny vyřazeného DHM a DNM, další příděly z provozního fondu na základě schválení správní radou pojišťovny, dar určený dárcem do tohoto fondu, příděl odsouhlasený správní radou ze zisku po zdanění vytvořeného ve zdaňované činnosti, určený na pořízení DHM a DNM, který je využíván též na zdaňovací činnost, úroky z bankovního účtu tohoto fondu, zůstatek tohoto fondu sloučené nebo splynuté pojišťovny, účelová dotace ze státního rozpočtu vyplývající z uzavřené smlouvy a kladné kursové rozdíly související s tímto fondem.

Prioritu pro r.2004 má výstavba a zabezpečení Základního informačního systému pojišťovny, který by měl zkvalitnit komunikaci nejen mezi územními pracovišti, krajskými pobočkami a Ústředím, ale i mezi VZP a pojištěnci, nemocnicemi, ambulantními lékaři, lékárnami atd.

Pro r.2004 v oblasti stavebních investic bylo hlavním záměrem dokončení umístění územních pracovišť ohrožených ukončením nájemních smluv a také pojišťoven s největšími nájmy.

Konečná výše fondu v r.2004 byla 3 118 000 Kč. Podrobně rozepsané příjmy a výdaje tohoto fondu lze nalézt v příloze.

Fond prevence

Tento fond byl zřízen v souladu se Zákonem č.551/1991 Sb. Využití finančních prostředků fondu prevence je zaměřeno na podporu a realizaci zdravotních opatření a programů, které zlepšují zdravotní péči o pojištěnce VZP a spolupůsobí proti vzniku jejich onemocnění nebo proti zhoršování jejich zdravotního stavu. Číselné údaje týkající se tohoto fondu jsou uvedeny v příloze.

Rezervy

Pojišťovna tvořila technické rezervy pouze v období provozování smluvního pojištění, tj. v období do 30.4.2004. Pojišťovna tvořila rezervu na nezasloužené pojistné, rezervu na pojistná plnění a vyrovnávací rezervu. Podrobnější charakteristikou těchto rezerv jsem se zabývala až v souvislosti s Českou pojišťovnou, protože rezervy mají větší význam v oblasti komerčního pojištění.

5.6. Fondy a rezervy vytvářené a spravované Českou pojišťovnou

Česká pojišťovna se více než na fondy zaměřuje na tvorbu a správu rezerv. Ze zákona tvoří pouze rezervní fond a pak jen několik dalších fondů. Rezervy však tvoří na vše, co souvisí s její činností.

Fondy

Tabulka č.4: Rezervní fond

	<i>Počáteční stav k 1.1. 2004 v Kč</i>	<i>Příděly</i>	<i>Použití</i>	<i>Konečný stav k 31.12.2004 v Kč</i>
Zákonný rezervní fond	2 460 324	270	- 1 778 117	682 477

Tabulka č.5: Jiné fondy

	<i>Počáteční stav k 1.1. 2004 v Kč</i>	<i>Příděly</i>	<i>Použití</i>	<i>Konečný stav k 31.12.2004 v Kč</i>
Sociální fond	25 651 000	178 000		25 829 000
Fond odměn	17 283 000			17 283 000
Ostatní fondy	1 000 000			1 000 000
Ostatní kapitálové fondy	78 978 000			78 978 000
Celkem	122 912 000	178 000		123 090 000

Rezervy

Česká pojišťovna vytváří velké množství technických rezerv. Jejich charakteristika i výše k 31.12.2004 je uvedena v následujícím přehledu.

Rezerva pojistného životních pojištění

Tato rezerva představuje zhruba $\frac{3}{4}$ celkových technických rezerv. Tato rezerva je tvořena jako souhrn rezerv vypočítaných podle jednotlivých smluv životního pojištění. V jejím rámci je také tvořena rezerva na krytí zvláštních premií. Dále obsahuje i rezervu na pojistná plnění životních pojištění mimo úrazového pojištění k životnímu pojištění a rezervu na zproštění placení. Výše této rezervy je 59,7 mld.Kč., jde tedy o meziroční pokles o 3,9%.

Tabulka č.6:	2004 v tis.Kč	2003 v tis.Kč
Počáteční stav k 1.1.	62 187 261	62 276 265
Změna stavu rezervy	- 2 455 757	- 89 004
Konečný stav k 31.12.	59 731 504	62 187 261

Rezerva pojistného neživotních pojištění

Tato rezerva se vytváří k těm odvětvím neživotních pojištění, kde je výše pojistného závislá na vstupním věku, popř. i na pohlaví pojištěného.

Tabulka č.7:	2004 v tis.Kč	2003 v tis.Kč
Počáteční stav k 1.1.	34 460	27 763
Změna stavu rezervy	6 253	6 697
Konečný stav k 31.12.	40 713	34 460

Rezerva na pojistná plnění

Toto je druhá největší technická rezerva. Je tvořena ve výši předpokládaných nákladů na pojistné události hlášené do konce běžného účetního období, ale v běžném účetním období nezlikvidované, nebo do konce běžného účetního období vzniklé, ale nenahlášené. Výše této rezervy je 11,5 mld.Kč; jedná se zde o pokles o 13%.

Tabulka č.8:	Životní pojištění		Neživotní pojištění	
	2004	2003	2004	2003
Hrubá výše rezervy na pojistné události hlášené, ale neuhrazené (RBNS)	704 703	686 149	8 387 092	9 434 254
Hrubá výše rezervy na pojistné události nastalé, ale dosud nenahlášené (IBNR)	851 184	714 475	5 665 761	4 471 813
Celkem	1 555 887	1 400 624	14 052 853	13 906 067

Rezerva na nezasloužené pojistné

Výše rezervy odpovídá části předepsaného pojistného životního a neživotního pojištění vztahujícího se k budoucím účetním obdobím a je stanovena jako souhrn těchto částí pojistného vypočtený podle jednotlivých pojistných smluv. Výše rezervy je 4,2 mld.Kč; jedná se o pokles o 22%. Důvodem tohoto poklesu je zavedení splátkového předepsaného pojistného u průmyslových pojištění.

Tabulka č.9:	<i>Životní pojištění</i>		<i>Neživotní pojištění</i>	
	2004	2003	2004	
<i>2003</i>				
Počáteční stav k 1.1.	547 231	543 624	4 840 806	4 499 430
Změna stavu rezervy	- 83 034	3 607	- 1 117 465	341 376
Konečný stav k 31.12.	464 197	547 231	3 723 341	4 840 806

Vyrovnávací rezerva

Vyrovnávací rezerva je tvořena k jednotlivým odvětvím neživotního pojištění a je určena na vyrovnávání zvýšených nákladů na pojistná plnění, které vzniknou z titulu výkyvů ve škodném poměru způsobených skutečnostmi nezávislými na vůli pojišťovny. Její výše je 2,7 mld.Kč a jedná se o nárůst o 190 mil.Kč.

Tabulka č. 10:

<i>Pojistné odvětví</i>	2004 <i>v tis.Kč</i>	2003 <i>v tis.Kč</i>
Pojištění motorových vozidel	1 806 998	1 516 343
Pojištění požáru a jiných majetkových škod	782 529	666 892
Úrazové pojištění a pojištění nemoci	53 310	65 341
Pojištění jiných ztrát	38 082	31 871
Pojištění odpovědnosti za škodu	0	120 899
Pojištění úvěru a záruky	0	32 380
Aktivní zajištění	0	52 177
Pojištění lodí a letadel	0	4 107
Celkem	2 680 919	2 490 010

Rezerva na prémie a slevy

Tato rezerva se tvoří a čerpá v souladu s pojistnými smlouvami a slouží ke krytí nákladů na poskytnuté prémie a slevy z pojistného neživotního pojištění. Tato rezerva je ve výši 310 mil.Kč.

Tabulka č.11:	2004 <i>v tis.Kč</i>	2003 <i>v tis.Kč</i>
Pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla	310 000	290 000
Ostatní pojištění	134 721	93 451
Celkem	444 721	383 451

Rezerva na ostatní rizika a ztráty

Tyto rezervy jsou určeny ke krytí rizik, ztrát a jiných závazků, které jsou jasně definované co do jejich charakteru a které jsou buď pravděpodobné nebo jisté, ale nejistá je jejich výše nebo okamžik, ke kterému vzniknou.

Tabulka č. 12:

<i>celkem</i>	<i>Rezerva na ručení za závazky kanceláře, v tis.Kč</i>	<i>Jiné technické rezervy ŽP v tis.Kč</i>	<i>Jiné technické rezervy v tis.Kč</i>
Počáteční stav k 1.1.2004	1 999 666	3 837 264	5 836 930
Změna stavu rezervy	190 491	- 859 135	- 668 644
<i>Konečný stav k 31.12. 2004</i>	<i>2 190 157</i>	<i>2 978 129</i>	<i>5 168 286</i>

5.7. Orgány pojišťovny

VZP

Správní rada

Správní radu tvoří deset členů – zástupců státu, deset členů – zástupců pojištěnců pojišťovny a deset členů – zástupců zaměstnavatelů pojištěnců. Zástupce státu jmenuje a odvolává vláda ČR na návrh ministra zdravotnictví, zástupce pojištěnců pojišťovny volí z řad veřejnosti a odvolává Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR a zástupce zaměstnavatelů pojištěnců jmenují a odvolávají organizace zaměstnavatelů. Správní rada volí ze svého středu předsedu a místopředsedu. Je schopna se usnášet, je-li přítomna nadpoloviční většina jejích členů. K platnosti rozhodnutí je pak třeba nadpoloviční většina přítomných členů.

Správní rada rozhoduje o:

- schválení organizačního řádu pojišťovny
- schválení zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a výroční zprávy
- schválení objemu úhrad zdravotnickým zařízením
- změně hodnoty bodu
- schválení zásad smluvní politiky
- žádosti pojišťovny o úvěr
- nákupu nemovitostí
- nákupu DHM v pořizovací ceně vyšší než 1 000 000 Kč
- převzetí ručitélského závazku
- použití prostředků rezervního fondu

- dalších důležitých věcech, které souvisí s činností pojišťovny a které si k rozhodování vyhradí.

Dozorčí rada

Dozorčí rada dohlíží na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů pojišťovny a její celkové hospodaření. Za tím účelem jsou její členové oprávněni nahlížet do účetních dokladů všech organizačních složek pojišťovny a správní rady a zjišťovat stav a způsob hospodaření pojišťovny.

Dozorčí radu tvoří tři zástupci státu, z nichž po jednom jmenuje a odvolává Ministerstvo financí, Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví. Další členové jsou tři zástupci pojištěnců pojišťovny volení a odvolávání Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR a tři zástupci zaměstnavatelů pojištěnců jmenovaní a odvolávání organizací zaměstnavatelů. Dále je v dozorčí radě po jednom zástupci pojištěnců pojišťovny pro každou krajskou pobočku voleném a odvolávaném krajským zastupitelstvem a po jednom zástupci zaměstnavatelů pojištěnců pro každou krajskou pobočku voleném a odvolávaném organizací zaměstnavatelů.

Dozorčí rada projednává návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy a své stanovisko předkládá společnému jednání správní rady a dozorčí rady.

Česká pojišťovna

Představenstvo

Představenstvo zabezpečuje obchodní vedení včetně řádného vedení účetnictví společnosti a předkládá valné hromadě ke schválení řádnou, mimořádnou a konsolidovanou, popřípadě i mezitímní účetní závěrku a návrh na rozdělení zisku, nebo úhradu ztráty v souladu se stanovami společnosti.

Dozorčí rada

Dozorčí rada se v průběhu r.2004 sešla na 14 zasedáních a zajišťovala úkoly, které pro ni vyplývají ze zákona a stanov společnosti. Dohlížela na výkon představenstva a na uskutečňování podnikatelské činnosti společnosti. Dozorčí rada se také zabývala stížnostmi klientů nebo obchodních partnerů společnosti.

Na svých zasedáních se také zabývala hospodařením společnosti, plněním finančního a obchodního plánu, investiční politikou a hospodařením dceřinných společností. Dále také sledovala strategické záměry společnosti a její finanční skupiny.

5.8. Odhad předpokládaného vývoje v oblasti veřejného zdravotního pojištění a soukromého zdravotního pojištění

VZP

Rok 2004 byl pro systém zdravotního pojištění poměrně bohatý na události. Došlo k řadě změn legislativního rámce veřejného zdravotního pojištění včetně organizačního uspořádání pojišťovny. Česká republika vstoupila do Evropské unie, což ovlivnilo i systém zdravotního pojištění, řada opatření musela vyhovět novým podmínkám činnosti.

V souvislosti se vstupem do EU vznikla i nová administrativa spojená s evidencí nových pojištěnců.

Zákon č.551/1991 Sb. o VZP ČR se změnil zákonem č. 438/2004 Sb. Došlo ke zrušení správních a dozorčích rad všech okresních pojišťoven včetně Sboru zástupců s platností od 1.8.2004. V roce 2004 počalo také v souladu s rozhodnutím orgánů EU vydávání Evropského průkazu zdravotního pojištění.

VZP má uzavřené smlouvy se zdravotnickými zařízeními včetně nemocnic a lázní do 30.6.2006. Smlouvy jsou uzavřeny se všemi odbornostmi. Rozsah výkonů a provádění úhrad je realizován dle „Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.“

Situace ve VZP se jistě značně změnila vlivem změny ministra zdravotnictví, kdy byl do této funkce jmenován MUDr. David Rath, prezident České lékařské komory. Tuto změnu jistě pocítil každý ať už v kladném či záporném slova smyslu. Velké změny se týkaly např. léků a jejich ceny.

Další velké změny ale mohou nastat hlavně po volbách v roce 2006. Jednotlivé politické strany mají koncepce zdravotního systému mezi hlavními tématy předvolebních kampaní. Jako příklad jsem vybrala informace z těchto kampaní u dvou nejsilnějších politických stran.

Např. ODS chce vytvořit prostředí, ve kterém budou soutěžit poskytovatelé zdravotní péče i zdravotní pojišťovny v nabídce kvality i ceny svých služeb, a občan se dostane do pozice skutečného klienta. Zdravotní pojišťovny by měly provádět samotné pojištění, tedy přebírat finanční rizika svých klientů, související s jejich spotřebou zdravotních služeb, a nakupovat zdravotní služby. Tato politická strana by chtěla také zajistit zodpovědnější přístup pacientů ke zdravotní péči a to zavedením regulačních poplatků ve výši, která

představuje bariéru v přístupu ke zdravotní péči v potřebných případech. Současně s tím by měl být zaveden celkový roční limit poplatků a výše spoluúčasti u předepsaných léků a prostředků zdravotní techniky. Stát by měl vytvořit jasná pravidla a dohlížet na jejich dodržování. Je zde snaha vytvořit standardní finanční dozor nad zdravotními pojišťovny.

ČSSD naopak zastává názor, že rovnost v přístupu ke zdravotní péči není dosažitelná volným trhem. Rovný přístup ke zdraví by měl být zajištěn systémem veřejného zdravotního pojištění, ze kterého by se hradila racionální zdravotní péče s výjimkou té nadstandardní. Zdravotní politika by měla být srozumitelná i laikům a jejím cílem by mělo být, že každý občan nese odpovědnost za své zdraví. Smyslem tohoto programu je postupně snižovat nemocnost a prodloužit střední délku života. Všechna zdravotnická zařízení by měla tvořit vzájemně provázaný systém tak, aby byly zajištěny všechny druhy zdravotní péče. Velký důraz je kladen na rozvoj primární péče. Zdravotní péče by měla být financována z více zdrojů veřejných prostředků, především ze všeobecného veřejného zdravotního pojištění a příspěvků z rozpočtů obcí, krajů a státu, popř. dalších příjmů. Povinnou účast na poskytování zdravotní péče tato politická strana odmítá. V jejím programu se také usiluje o vytvoření fondu pro financování zvláštních a závažných lékařských operací a podpoře lékařského výzkumu. Finančními zdroji by se stala část příjmů ze spotřebních daní z tabákových výrobků a lihu.

Na těchto příkladech se dá ukázat, že budoucnost zdravotního pojištění není vůbec jistá. Možností je velká řada, ale vše závisí na výsledcích voleb, které teprve proběhnou.

Česká pojišťovna

Hlavním cílem České pojišťovny je poskytovat co nejlepší služby svým klientům a přinášet při tom maximální dlouhodobé zhodnocení prostředků akcionářů. Ve střednědobém horizontu chce společnost udržet svůj celkový podíl na českém pojistném trhu nad hranicí 35% při přiměřené ziskovosti. Česká pojišťovna si chce udržet svou pozici pojišťovny číslo jedna na českém trhu nejen podle tržního podílu, ale i z pohledu spokojenosti klientů. Z hlediska finanční stability hodlá management společnosti udržovat vysoký standard solventnosti a kapitálové přiměřenosti, který dlouhodobě oceňují ratingové agentury.

Česká pojišťovna bude nadále usilovat o udržení dominantního postavení na trhu i v oblasti životního a neživotního pojištění. Do roku 2007 se plánuje udržení či mírné zvýšení stávajících tržních podílů v oblasti těchto dvou pojištění.

V roce 2004 Česká pojišťovna neprováděla žádné významné investice a ani je v nejbližší době neplánovala. Neexistovaly ani žádné významné skutečnosti týkající se politiky výzkumu a vývoje nových produktů nebo postupu za poslední čtyři účetní období. Společnost dále pokračuje v provozování své podnikatelské činnosti a neočekává žádnou významnou změnu v předmětu podnikání. V oblasti neobčanských pojištění bude i nadále Česká pojišťovna pokračovat v navyšování předpisu pojistného při současné segmentaci portfolia, jejímž cílem je řízení expozice v nejrizikovějších odvětvích.

Životní pojištění bylo v roce 2004 jedním z nejrychleji rostoucích finančních oborů. Tento trend bude jistě pokračovat i v nejbližších letech. Předpokladem pro tuto úvahu je nadále se zvyšující životní úroveň obyvatelstva, které si stále více uvědomuje význam kvalitního životního pojištění pro svoji budoucnost. Potenciál pro další růst oboru životního pojištění je patrný i při srovnání poměru předepsaného pojistného k hrubému domácímu produktu, který se při úvahách o trendech životního pojištění běžně používá. Průměrná hodnota tohoto parametru u zemí Evropské unie je stále téměř třikrát vyšší než u nás.

V dalších letech se tedy bude Česká pojišťovna snažit poskytovat svým klientům co nejkvalitnější a nejkompexnější pojistnou ochranu a nadále bude nabízet stávajícím klientům možnosti přechodu na smlouvy, které jim lépe vyhovují.

ZÁVĚR

Už v úvodu jsem se zmiňovala, že úkolem této práce je porovnat fungování zdravotní a komerční pojišťovny. Zaměřila jsem se na nejdůležitější oblasti jako např. princip financování nebo státní regulace v pojištnictví. Každou z těchto oblastí jsem popsala.

První velkou oblastí byl již zmíněný princip financování v pojištnictví. Zdravotní pojištění je z velké části financováno z daní a tím je zajištěno, že zdravotní péče je v mnoha případech bezplatná. Zdravotní pojišťovny získávají finance také ze smluvního nebo povinného pojištění. Platit pojistné na zdravotní pojištění je povinen každý občan.

U komerčních pojišťoven je to trochu jiné. Tyto pojišťovny získávají výnosy z předepsaného pojistného (případně ze zajistného, pokud pojišťovna provozuje aktivní pojištění), dále výnosy z provizí a ostatní výnosy z jiné než pojišťovací činnosti. Další výnosy plynou z umístění prostředků pojistně technických rezerv, tj. úroky, dividendy, pod.

Základní a velmi důležitou otázkou je v této oblasti stanovení velikosti pojistného, tedy peněz za krytí příslušného rizika. U zdravotního pojištění je pojistné stanoveno vždy určitým procentem z konkrétního základu. U zaměstnanců je pojistné ve výši 4,5% ze skutečně dosaženého výdělku, u zaměstnavatele ve výši 9% souhrnu vyměřovacích základů zaměstnanců, pro OSVČ je pojistné stanoveno ve výši 13,5% z vyměřovacího základu, což je 45% příjmu z podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti minus výdaje. Stát platí pojistné ve výši 13,5% z 65% minimální mzdy a pro osoby bez danitelných příjmů je pojistné stanoveno ve výši 13,5% z minimální mzdy.

U komerčního pojištění je stanovení pojistného složitější. Vše je založeno na předpokladovaných údajích, protože budoucí výdaje na pojištění plnění nejsou podrobně předem známy. Při stanovení pojistného se vychází z pojistně technických metod a pojišťovny musí brát v úvahu i tržní podmínky, tedy vztah nabídky a poptávky po daném pojistném produktu. Klienty pojišťoven jsou jednak pojistníci, tj. ti, kteří sjednali pojištění ve prospěch třetí osoby, a jednak pojištění, tj. ti, na jejichž majetek, život, anebo zdraví se pojištění vztahuje. Existuje i možnost, že pojistník je zároveň i pojištěný.

Další velkou oblastí, na kterou jsem se zaměřila, byla specifika činnosti zdravotní a komerční pojišťovny. Rozdíly jsou patrné už při vzniku pojištění. Zatímco zdravotní pojištění vzniká narozením osoby s trvalým pobytem na území ČR, dnem nástupu do zaměstnání k zaměstnavateli, který má sídlo na území ČR, nebo získáním trvalého pobytu

na území ČR, komerční pojištění vzniká uzavřením pojistné smlouvy mezi klientem a pojišťovnou nebo na základě jiné skutečnosti, např. na základě zákonného ustanovení.

Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům a tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny také kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců.

Na druhou stranu komerční pojištění má za úkol odstranit nebo alespoň zmírnit nepříznivé důsledky nahodilých událostí. Z ekonomického hlediska jde o jakési vytváření finanční rezervy sloužící k úhradě potřeb nebo škod, které vzniknou pojištěným z nahodilých událostí. Tato rezerva je vytvářena z pojistného. Komerční pojištění je charakterizováno jako právní vztah, v němž mají jeho účastníci rovné postavení. Činností pojišťovny je uzavírání pojistných smluv, správa pojištění, poskytování plnění z pojistných smluv, finanční umístění aktiv, uzavírání smluv se zajišťovny a také zábranná činnost, tj. předcházení vzniku škod a zmírňování jejich následků. Další důležitou činností jsou zprostředkovatelská činnost, poradenská činnost a šetření pojistných událostí.

Ve své práci jsem uvedla i možná rozdělení a klasifikace pojištění podle různých kritérií. Nejdůležitější a nejznámější je rozlišení pojištění na životní a neživotní. Životní pojištění zahrnují krytí rizik ohrožujících zdraví a životy lidí. V rámci těchto pojištění se uplatňují výplaty pojistných plnění v případě pojistných událostí, které se dotýkají života pojištěných osob nebo jiných osob. Pojistná ochrana v rámci pojištění osob má za úkol poskytnout pojistnou ochranu pojištěným při událostech, které se bezprostředně týkají osoby člověka a souvisí se životem, zdravím, smrtí nebo dožitím se určitého věku pojištěné osoby.

U neživotního pojištění je podstatou ochrana proti finančním důsledkům nahodilosti, kdy se např. odškodňuje nahodilé poškození nebo zničení věci patřící pojištěnému. V rámci neživotního pojištění lze sjednat pojištění odpovědnosti za škodu, které má stále rostoucí význam, neživotní pojištění osob kam patří úrazové pojištění a pojištění nemoci, pojištění majetku a pojištění právní ochrany.

Zatímco zdravotní pojištění mohou provádět jen vybrané pojišťovny a to VZP a dalších 8 resortních, oborových, podnikových, popřípadě jiných pojišťoven, komerční pojištění může provozovat každá pojišťovna se sídlem na území ČR, založená výhradně jako akciová společnost nebo družstvo, která získá příslušná povolení a splní požadované

podmínky. Provozovat komerční pojišťovací činnost na území ČR může rovněž pojišťovna se sídlem v zahraničí a to prostřednictvím své organizační složky.

Další část mé práce se týkala uplatňování státní regulace v oblasti pojišťovnictví. Ačkoliv je pro komerční pojišťovny stanoveno ze strany státu velké množství podmínek, které musí tyto pojišťovny splnit, zdravotní pojištění je státem regulováno prakticky celé. U zdravotního pojištění to není žádné překvapení, ale u komerčního pojištění je velká regulace státu hlavně z toho důvodu, že pojistné produkty mají specifický charakter. Stát si proto ponechává vliv na podnikání v pojišťovnictví a zajišťuje jej udělováním povolení k pojišťovací činnosti dle zákona o pojišťovnictví č. 363/ 1999 Sb., který byl upraven zákonem č.39/ 2004 Sb.

Činnost obou druhů pojišťoven podléhá velmi pečlivé kontrole. Zdravotní pojišťovny musí vždy do 60 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí podat Ministerstvu zdravotnictví zprávu o svém hospodaření. Komerční pojišťovny jsou zase povinné předkládat dozorčímu orgánu veškeré změny týkající se předmětu podnikání, příslušné účetní závěrky a jiné doklady o činnosti, plán opatření na obnovení schopnosti pojišťovací společnosti, případně všeobecné pojišťovací podmínky. Do kontroly státu v případě komerčních pojišťoven spadají i produkty pojišťoven, ale nikoli už konkrétní pojistné smlouvy. U komerčních pojišťoven je ze zákona předepsána i minimální výše základního kapitálu.

Poslední velká část mé práce je zaměřena na porovnání principů činností obou druhů pojišťoven a na předpokládaný vývoj v oblastech zdravotního a komerčního pojištění. Velice obtížné bylo najít pro oba druhy pojišťoven něco společného. V této kapitole jsem se snažila přiblížit pojišťovny, se kterými jsem při zpracování této práce spolupracovala a jejichž údaje jsem zde uváděla. Jedná se o VZP a českou pojišťovnu. Pro lepší přehled o jejich významu a velikosti jsem uvedla i počty jejich klientů. Také mě velmi zajímalo, jaké druhy příjmů a výdajů obě pojišťovny mají. Ze začátku jsem chtěla uvést i konkrétní čísla, bohužel mi nebyly poskytnuty z důvodu utajení.

Dále jsem věnovala pozornost fondům a rezervám obou pojišťoven. Největší rozdíl byl, že u zdravotního pojištění se klade důraz na tvorbu fondů a u komerčního pojištění spíše na tvorbu rezerv. VZP vytváří základní fond, provozní fond, rezervní fond, sociální fond, fond reprodukce majetku a fond prevence. Technické rezervy tvořila pouze v období provozování smluvního pojištění, tj. do 30.4.2004. Pojišťovna tvořila rezervu na nezasloužené pojistné, rezervu na pojistná plnění a vyrovnávací rezervu.

V České pojišťovně naopak rezervy převládají. Pojišťovna vytváří rezervu pojistného životních pojištění, rezervu pojistného neživotních pojištění, rezervu na pojistná plnění,

rezervu na nezasloužené pojistné, vyrovnávací rezervu, rezervu na prémie a slevy a rezervu na ostatní rizika a ztráty. Co se týče fondů, vytváří pojišťovna zákonný rezervní fond, sociální fond, fond odměn, ostatní fondy a ostatní kapitálové fondy. V této kapitole jsem se i krátce zmínila o nejdůležitějších orgánech jednotlivých pojišťoven.

Jako poslední věc bylo odhadnout předpokládaný vývoj v pojišťovnictví. U České pojišťovny to není tak složité. Tato společnost si stanovila určité cíle, které se bude snažit naplnit. Jejím hlavním cílem je poskytovat co nejlepší služby svým klientům při maximálním dlouhodobém zhodnocení prostředků akcionářů a samozřejmě udržet si svou pozici pojišťovny číslo jedna na českém trhu nejen podle tržního podílu, ale i z pohledu spokojenosti klientů.

U VZP se budoucí vývoj dá jen těžko odhadnout. Velký vliv na vývoj ve zdravotním pojištění i ve zdravotnictví vůbec bude mít výsledek voleb v roce 2006. Z volebních programů některých politických stran jsem se snažila přiblížit několik možností, jak bude zdravotní pojištění možná vypadat.

Na konci své práce bych chtěla zdůraznit jednu věc. I přesto, že se stále jedná o pojištění, je opravdu velký rozdíl mezi pojištěním zdravotním a komerčním. Tato práce pro mne byla velmi přínosná, protože nikdy jsem si tyto rozdíly neuvědomovala tolik jako teď.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Literatura:

- [1] Čejková, V.-Řezáč, F.-Šedová, J.: Pojišťovnictví – praktikum, Masarykova univerzita, 1.vydání, Brno 1996.
- [2] Čejková, V.-Šedová, J.-Čapková, D.: Pojišťovnictví, Masarykova univerzita, 1.vydání, Brno 2001.
- [3] Daňhel, J.: Kapitoly z pojistné teorie, VŠE, 1.vydání, Praha 2002.
- [4] Ducháčková, E.: Pojišťovnictví, VŠE, 1.vydání, Praha 1997.
- [5] Trávníčková, Z.: Pojišťovnictví, Jihočeská univerzita, 1.vydání, České Budějovice 1997.
- [6] Vostatek, J.: Sociální a soukromé pojištění, CODEX Bohemia s.r.o., 1.vydání, 1996.
- [7] Voženílek, V.-Chlaň, A.: Pojišťovnictví, Univerzita Pardubice, 1.vydání, 2003.

Zákonné normy:

- [8] Zákon č. 48/ 1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- [9] Zákon č. 550/ 1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění
- [10] Zákon č. 592/ 1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- [11] Zákon č. 551/ 1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR
- [12] Zákon č. 363/ 1999 Sb., o pojišťovnictví
- [13] Zákon č. 37/ 2004 Sb., o pojistné smlouvě a změně souvisejících zákonů

Odborné časopisy:

- [14] Zdravotnické noviny – týdeník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii: 3/2006
ročník 55, str. 10 – 11.

Webové stránky:

- [15] www.vzp.cz – domovské stránky VZP
- [16] www.cpoj.cz – domovské stránky české pojišťovny

Výroční zprávy:

- [17] Výroční zpráva VZP za rok 2004
- [18] Výroční zpráva České pojišťovny za rok 2004