

5.8 Hlavní zjištění analýzy typu 1 (Zdravotní pojišťovny)

Zdravotní pojišťovny v České republice se dělí na dvě základní skupiny, kdy první skupinou je Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, která je zřízena **ze zákona** č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, a druhou skupinu tvoří resortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny zřízené **podle zákona** č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Aktuálně na českém trhu působí 9 zdravotních pojišťoven.

Veřejné zdravotní pojištění je v České republice povinné. Zdravotní péče je v České republice financována skrze **povinné příspěvky za každého pojištěnce**, které jsou vybírány a dále zpracovávány přímo jednotlivými zdravotními pojišťovnami. **Výše příspěvku na veřejné zdravotní pojištění je stanovena zákonem.** U ekonomicky nevýdělečných osob (děti, studenti, nezaměstnaní, důchodci, ženy na mateřské, apod.) je plátcem příspěvku na veřejné zdravotní pojištění stát, a přestože se jedná o více než polovinu všech pojištěnců, tvoří přímý příspěvek státního rozpočtu do veřejného zdravotního pojištění jen zhruba čtvrtinu všech příjmů. Ostatní příjmy pocházejí od ekonomicky aktivních obyvatel, nicméně vzhledem k jejich charakteru zdravotní daně se rovněž jedná o veřejné finanční prostředky. Zde si můžeme všimnout podobnosti s vysokými školami, jejichž hlavním zdrojem příjmu jsou příspěvky ze státního rozpočtu na vzdělávací a vědeckou, výzkumnou, vývojovou a inovační, uměleckou nebo další tvůrčí činnost. Příspěvky za jednotlivé studenty jsou placeny také z veřejných zdrojů, ze státního rozpočtu, ve výši určené zákonem.

V roli **dohledového orgánu** ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám působí Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo financí ČR. Přestože hlavním orgánem ve správních řízeních je většinou Ministerstvo zdravotnictví ČR, dle zákona je jeho rozhodnutí často podmíněno vyjádřením Ministerstva financí ČR.

Důsledkem zřízení Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR ze zákona je mj. skutečnost, že VZP je veřejnoprávním subjektem, zatímco v případě zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven se právní výklady různí. Například v oblasti **zákona o zadávání veřejných zakázek** pro VZP platí, že se tímto zákonem musí řídit; ostatní zdravotní pojišťovny tak činí zpravidla pro jistotu, neboť zákon je v jejich případě nejednoznačný. Obdobně zákon č. 159/2006 Sb., o střetu zájmů, uvádí povinnost tzv. veřejných funkcionářů podávat majetková přiznání, tato povinnost se vztahuje na členy orgánů Všeobecné zdravotní pojišťovny, ale nevztahuje se na členy orgánů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.

Povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění je zdravotním pojišťovnám vydáváno na dobu neurčitou a platí pro celou ČR, tj. všechny zaměstnanecké zdravotní pojišťovny mají právo poskytovat veřejné zdravotní pojištění na celém území České republiky. Povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění tak může svým způsobem být paralelou k akreditacím v případě vysokých škol, které jsou také udělovány na dobu neurčitou a odebrány mohou být jen za zákonem přesně stanovených podmínek. Pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR zákon dokonce stanoví, že VZP má „zpravidla jednu krajskou pobočku pro vyšší územní samosprávný celek“, čímž se pokrývá její **celorepubliková působnost**. U zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven však platí, že zdravotní pojišťovny mají svá zastoupení a také síť smluvních lékařů zpravidla jen tam, kde mají své pojištěnce. Tedy většina zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven působí jen na regionálně vymezeném území a nikoli celorepublikově. U vysokých škol je situace podobná. „Zastoupení“ vysokých škol sice bývá geograficky omezeno často na pouhé jedno místo, ovšem přijímání nových studentů je omezeno pouhým splněním přijímacích povinností, nikoliv místem bydliště, apod.

Zdravotní pojišťovny mají ze zákona povinnost sestavovat vždy na následující rok tzv. **zdravotně pojistné plány**. Tyto plány obsahují v definované struktuře rozpočet zdravotní pojišťovny a její záměry v hlavních strategických oblastech, tedy především výhled v oblasti

počtu pojištěnců, záměrů smluvní politiky se zdravotnickými zařízeními, ale i plánovaných změn (záměrů) organizace zdravotní pojišťovny. Vzhledem ke zdoluhavosti procesu se nezdá stává, že zdravotně pojistné plány jsou schváleny až během roku, často až v závěru roku, na který jsou vypracovávány. V těchto případech pak zdravotní pojišťovny během roku postupují **podle provizoria**, kterým je návrh předmětného zdravotně pojistného plánu.

Systém řízení zdravotních pojišťoven v České republice můžeme rozdělit do dvou základních skupin, které se liší především úrovní samostatně vykonávaných agend na jednotlivých pracovištích: **divizní řízení a centrální řízení**. U vysokých škol můžeme považovat dělení na jednotlivé fakulty za určitou variantu divizního řízení, protože výčet vykonávaných agend mezi divizemi je více méně shodný, obdobně jako výčet vykonávaných agend jednotlivých fakult téže vysoké školy.

Interní řídicí předpisy zdravotních pojišťoven mají, podobně jako v jiných organizacích, za úkol nastavení organizačního rámce a definování agend a činností příslušných organizačních útvarů, jejich odpovědností a postavení jednotlivých osob působících v dané organizaci. Na rozdíl od vysokých škol **není struktura interních řídicích předpisů** zdravotních pojišťoven **stanovena zákonem**. Výjimku tvoří Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, kde zákon výslovně uvádí Organizační řád.

Strategické řízení jednotlivých zdravotních pojišťoven se u všech zdravotních pojišťoven více méně odvíjí od příslušného ročního zdravotně pojistného plánu, kterým zdravotní pojišťovna plánuje veškeré své činnosti a především rozpočet ve výhledu jednoho roku. Zdravotní pojišťovny nemají povinnost sestavovat střednědobý ani dlouhodobý plán nebo záměr svého rozvoje. Některé zdravotní pojišťovny mají **vypracovanou koncepci**, která je v podstatě střednědobým plánem. Je-li koncepce vypracována, uvádí zpravidla výhled na 3-5 let. **Dlouhodobé plánování se u zdravotních pojišťoven v České republice nevyskytuje.**

Interní řídicí dokumenty jednotlivých zdravotních pojišťoven rovněž stanovují povinnost **provádění pravidelných kontrol** v rámci provozní činnosti zdravotní pojišťovny vedoucími zaměstnanci. Vzhledem k **absenci vazby motivačního systému na provádění kontrol** a z nich vyvozených důsledků v některých zdravotních pojišťovnách však lze konstatovat, že samotné provádění řídicí kontroly je pro pravidelnou zpětnou vazbu a přehled vrcholového managementu o aktuálním stavu hospodaření a dalších činnostech ve zdravotních pojišťovnách v České republice nedostatečné.

Útvar interního auditu je vždy součástí organizační struktury všech zdravotních pojišťoven v České republice na úrovni přímo pod generálním ředitelem zdravotní pojišťovny na základě povinnosti ze zákona 320/2001 Sb., o finanční kontrole. Provádění interních auditů vychází ze zdravotně pojistného plánu, případně z koncepce a/nebo ze schváleného plánu kontrol a samozřejmě na základě vyžádání. Zdravotní pojišťovny jsou ze zákona povinny zajistit ověření svých ročních účetních závěrek za příslušný rok prostřednictvím externího auditora. Zákon o auditorech rovněž nově ukládá od 1. ledna 2010 subjektům veřejného zájmu, mezi něž řadí i zdravotní pojišťovny, povinnost zřídit tzv. **Výbor pro audit**. Vysokých škol se tato však tato nová úprava netýká. Povinnost interního auditu je však pro vysoké školy obdobná.

Kontrola činnosti zdravotních pojišťoven je prováděna také dalšími externími subjekty, podobně jako je tomu u vysokých škol (například finanční úřad nebo Česká správa sociálního zabezpečení). S problematikou kontroly souvisí i implementace **managementu jakosti** QMS (Quality Management System) podle normy ČSN EN ISO 9001:2001 v některých zdravotních pojišťovnách. Rozhodnutí o implementaci managementu jakosti je však výlučně dobrovolným rozhodnutím managementu dané zdravotní pojišťovny.

Klíčovými procesy, představujícími hlavní činnost zdravotní pojišťovny, jsou výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění, smluvní vztahy s poskytovateli zdravotní péče

a úhrada zdravotní péče za pojištěnce. **Podpůrné procesy** slouží pro zabezpečení optimální podpory klíčových procesů, řízení a zajištění chodu zdravotní pojišťovny.

Zdravotní pojišťovny hospodaří s veřejnými prostředky, a proto **strukturu** jejich **příjmů a výdajů** určuje do značné míry zákon. Zákon také ukládá, že rozpočet zdravotních pojišťoven, obsažený ve zdravotně pojistném plánu, musí být vždy sestaven a realizován tak, aby **nebyl deficitní**. Finanční zdroje, s kterými zdravotní pojišťovna hospodaří, však souvisí s jimi vybraným pojistným na veřejné zdravotní pojištění jen částečně. Obdobně jako v případě vysokých škol je měrnou jednotkou pro finanční zdroje počet studentů, je u zdravotních pojišťoven měrnou jednotkou počet pojištěnců každé z nich. V obou případech se také uplatňují další hlediska, například u počtu studentů u vysokých škol se přihlíží k tomu, zda se jedná o studenty bakalářského, magisterského, nebo doktorského studia, a dále k tomu, jaký obor student studuje. U zdravotních pojišťoven hraje roli věk a pohlaví jejich pojištěnců a také případně potřeba tak zvané „supernákladné péče“.

Finanční plánování zdravotních pojišťoven je realizováno zejména ve zdravotně pojistném plánu, případně rámcově i ve střednědobé koncepci, má-li zdravotní pojišťovna koncepci vypracovanou. To znamená, že plánování probíhá u všech zdravotních pojišťoven v České republice právě **na 1 rok dopředu**. Zdravotní pojišťovny mohou plánovat své **příjmy poměrně přesně** na základě počtu pojištěnců a jednoduchou interpolací trendu salda nově přichozích a odchozích pojištěnců. Z výdajové stránky mohou pojišťovny poměrně přesně plánovat výdaje na provoz. **Majoritní část** veškerých **výdajů** zdravotní pojišťovny, výdaje na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, však s jistotou **plánovat nelze**. U zdravotních pojišťoven si tedy můžeme povšimnout podobnosti s vysokými školami, zejména v příjmové stránce rozpočtů, kdy jak zdravotní pojišťovny, tak vysoké školy, mohou poměrně přesně plánovat výši svých příjmů v následujícím roce na základě počtu pojištěnců, resp. studentů.

Zdravotní pojišťovny mají určité, nicméně zákonem velmi limitované, možnosti získání dalších prostředků vlastní vedlejší činností. Příjmy z této zdaňované činnosti však tvoří jen nepatrnou část všech příjmů zdravotních pojišťoven.

V rámci sledování finančních toků a udržitelnosti plánu rozpočtu bývají v případě divizního řízení **rozpočty sledovány** po divizích, zpravidla **pomocí ukazatelů na 1 pojištěnce**. Snahou je, aby jednotlivé divize byly v relativních nákladech na 1 pojištěnce srovnatelné. Podobně by tomu mělo být i u vysokých škol, jejichž fakulty lze s nadsázkou považovat za divize. Pro zdravotní pojišťovny je také velice důležité sledování nákladů, zejména z důvodu nepředvídatelnosti skutečných výdajů na zdravotní péči. V důsledku toho většina ze zdravotních pojišťoven sleduje náklady na elektřinu, odběr vody, mzdové náklady apod. měsíčním reportem, který v některých případech umožňuje i porovnání skutečných nákladů s plánem. Zůstatky na bankovních účtech, výběr pojistného a náklady na zdravotní péči bývají ve zdravotních pojišťovnách reportované na týdenní až měsíční bázi.

V případech divizního řízení zdravotních pojišťoven je častá snaha o **vyrovnaný relativní počet zaměstnanců** na jednoho pojištěnce v rámci jednotlivých divizí, aby mezi divizemi nebyly disproporce. Zde můžeme opět upozornit na podobu divizí zdravotních pojišťoven a fakult vysokých škol, v rámci kterých by mělo rovněž docházet ke snaze vyrovnaní relativního počtu zaměstnanců vykonávajících podpůrné činnosti na jednoho studenta.

Nabírání nových zaměstnanců probíhá ve zdravotních pojišťovnách často formou výběrových řízení. Oslovování absolventů vysokých škol nebývá u zdravotních pojišťoven běžné. U vysokých škol se naproti tomu můžeme často setkat se setrváním některých z absolventů v akademické sféře, často v rámci příslušné fakulty či dokonce katedry. Méně se však toto týká zaměstnanců vykonávajících podpůrné činnosti na vysokých školách.

Motivační systémy zaměstnanců zdravotních pojišťoven často **nejsou navázány na hodnocení** pracovní výkonnosti, či na efektivní využívání zdrojů. Ve většině případů však

existují různé zaměstnanecké bonusy, které jsou však pro všechny zaměstnance shodné a nevykonávají tedy funkci motivační.

Systém vzdělávání zaměstnanců zdravotních pojišťoven je v některých případech dobře nastavený. Kurzy dalšího vzdělávání se často odvíjí od základny vstupního požadovaného vzdělání, které je zpravidla pečlivě definováno pro každou pozici v rámci zdravotní pojišťovny. Na počtu absolvovaných kurzů dalšího vzdělávání zaměstnanců však zpravidla není navázán systém pracovního povyšování, ani jiný motivační systém. Vzdělávání zaměstnanců probíhá zpravidla jak po profesní odborné stránce, tak stránce tzv. „soft-skills“ a po jazykové stránce.

Zdravotní pojišťovny hospodaří s vlastním majetkem, který zpravidla zahrnuje především budovy, vozový park, vybavení kanceláří a informační a komunikační technologie. Většinu využívaných nemovitých prostor se zdravotní pojišťovny většinou snaží mít ve vlastním majetku, je však časté, že menší prostory jednatelství či expozitur bývají najaté.

Náklady na správu budov lze sledovat jako celek, či jako **náklady relativní** vztahené například **na jednotku předmětu hlavní činnosti**, tedy v případě zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce. V průběhu studie jsme se však setkali převážně se sledováním nákladů na správu budov pouze jako celku.

Zdravotní pojišťovny nemají zákonem zakázáno vlastnit jiné dceřiné společnosti, s výjimkou zdravotnických zařízení. Setkat se můžeme především se společnostmi poskytujícími komerční pojištění v oblasti cestovního pojištění a zdravotního připojištění. Jiným případem mohou být dceřiné společnosti zřízené za účelem pronájmu nemovitých prostor, které má příslušná zdravotní pojišťovna ve vlastnictví, avšak tyto prostory nevyužívá. Výnosy z těchto činností či z dividend dceřiných společností tvoří výnosy vedlejší činnosti zdravotní pojišťovny.

V rámci hospodaření s majetkem **není outsourcing** služeb mezi zdravotními pojišťovnami v České republice příliš **častý**. Nejčastěji, přesto však ne ve všech případech, se lze setkat s outsourcingem úklidu, bezpečnostní služby a správy informačních systémů. Z hlediska hodnocení vhodnosti outsourcingu těchto služeb lze konstatovat, že všechny spadají do kategorie operačních činností a s výjimkou správy informačních systémů jsou daleko od hlavní činnosti zdravotní pojišťovny.

Výběr externího dodavatele probíhá ve zdravotních pojišťovnách podle zákona o zadávání veřejných zakázek. Povinnost postupovat podle tohoto zákona má explicitně sice pouze Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, v případě zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven je však právní výklad nejednoznačný, a proto v drtivé většině všechny pro jistotu také podle tohoto zákona postupují.

Outsourcing služeb je podstatně více využíván mimo hospodaření s majetkem zdravotních pojišťoven. Mezi zdravotními pojišťovnami se můžeme setkat s outsourcovaným mzdovým účetnictvím, zpracováváním dat, vytěžováním dokladů, právními službami, průzkumem trhů, marketingem, zpracovatelskými službami, zpracováváním avíz, PZT a receptů, poradenskými službami, kopírovacími službami, či provozem zákaznické linky. V tomto kontextu nicméně můžeme konstatovat, že u zdravotních pojišťoven v České republice dosud existuje prostor pro outsourcing dalších služeb nad rámec těchto nejčastěji využívaných, z nichž některé nejsou u některých zdravotních pojišťoven využívány dosud vůbec.

Správu informačních a komunikačních technologií má v rámci zdravotních pojišťoven na starosti vždy samostatný organizační útvar v ústředí zdravotní pojišťovny. V některých případech se lze setkat s útvary informačních a komunikačních technologií rovněž i na jednotlivých divizích/pobočkách, jako je tomu často i v případě vysokých škol. Z hlediska posledních let však lze zaznamenat výrazný trend k **centralizaci IT služeb** na úroveň ústředí i u pojišťoven, kde tomu tak dosud nebylo, příkladem může být probíhající proces

centralizace na VZP. Mezi zdravotními pojišťovnami v České republice lze však nalézt i případ outsourcované správy informačních a komunikačních technologií. V případě vlastní správy jsou běžné „supportní“ smlouvy s dodavateli příslušného hardware či software.

Zdravotní pojišťovny musí, na rozdíl od vysokých škol, spravovat, aktualizovat a rozvíjet informační systém ze zákona. **Úroveň automatizace** zpracovávání dat byla podstatně navýšena spuštěním elektronických portálů jednotlivých zdravotních pojišťoven, prostřednictvím kterých jsou zdravotním pojišťovnám elektronicky zasílány dávky výkonů od jednotlivých zdravotnických zařízení. Obdobou elektronického portálu zdravotních pojišťoven, avšak pro pojištěnce – klienty zdravotní pojišťovny, je webová samoobsluha, prostřednictvím které mohou klienti komunikovat se svou zdravotní pojišťovnou a případně i zadávat údaje, které už mohou být dále zpracovávány automaticky. Takového webové samoobsluhy však dosud nemají všechny zdravotní pojišťovny a úroveň poskytovaných služeb se u každé zdravotní pojišťovny zatím liší. Obdobné systémy pro vztah organizace s klientem lze nalézt i v rámci vysokých škol v podobě studijních informačních systémů, jejichž využití je poměrně široké.

Základem pro podporu jednotlivých agend zdravotní pojišťovny, či jakékoli jiné organizace obecně, je **digitalizace dat** z důvodu jejich následného automatického zpracování. Pro dosažení cíle plné digitalizace byly již v sektoru zdravotních pojišťoven učiněny kroky ve formě spuštění portálů zdravotních pojišťoven, případně i spuštění webové samoobsluhy pro klienty zdravotních pojišťoven.

Cílem každé zdravotní pojišťovny i vysoké školy je vytvořit elektronický systém správy dokumentů DMS (Document Management System) na archivaci všech potřebných dokumentů. Tento systém nemusí splňovat parametry spisové služby, protože jeho účel je zamýšlen pouze pro vnitřní potřebu zdravotní pojišťovny. Povinnost elektronické spisové služby však zdravotní pojišťovny budou muset splnit v horizontu několika let ze zákona. Příprava na splnění tohoto požadavku je u jednotlivých zdravotních pojišťoven zatím různá.