

Zdravotní pojišťovny: Vyplatí se přechod k jiné?

Jednou ročně máme možnost změnit zdravotní pojišťovnu – buď k 1. lednu, nebo k 1. červenci. Přihlášku k přeregistraci je ovšem třeba podat vždy alespoň tři měsíce předem, nejbližší termín je tedy do 31. března. Z kolika pojišťoven můžeme vybírat, co nabízejí a existuje mezi nimi skutečná konkurence?

S fungováním systému české zdravotní péče jsme se částečně seznámili již v loňském zářijovém čísle našeho časopisu. Jen velmi stručně tedy připomeneme, že stěžejním prvkem financování tuzemského zdravotnictví je veřejné zdravotní pojištění. To je odváděno celkem třemi kategoriemi plátců (pojištěnci, zaměstnavatelé a stát), z nichž finančně nejvýznamnější skupinu zastávají pojištěnci, kteří se dále dělí na zaměstnance, osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) a osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP). Odvody všech těchto účastníků systému se následně sejdou ve zdravotních pojišťovnách, jejichž působení si dnes pokusíme přiblížit.

Děravý měsíc, nebo zlatý důl?

Zdravotní pojišťovna se dá charakterizovat jako veřejnoprávní instituce se specifickou právní formou, jejíž činnost je upravena samostatným zákonem. V systému zastává pozici zprostředkovatele finančních toků mezi plátcí (a potažmo také příjemci) zdravotní péče a jejími poskytovateli. Její další, řekněme snad i primární úlohou je pak zajištění poskytování adekvátní zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím smluvních zdravotnických zařízení, s nimiž má uzavřeny smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Pojištěnci dané zdravotní pojišťovny by tedy měli (s výjimkou akutních stavů) navštěvovat výhradně takové poskytovatele, s nimiž má jejich pojišťovna uzavřenu smlouvu.

Po dobu posledních přibližně deseti let si můžeme vybírat celkem ze sedmi zdravotních pojišťoven. Nebylo tak tomu ovšem vždy. Jejich počet se od raného počátku devadesátých let, kdy byla zákonem zřízena vůbec první takováto instituce u nás, výrazně měnil. Rekordním byl rok 1994,

v němž počet registrovaných subjektů dosáhl čísla 25. Od této doby již následoval klesající trend, až se počet zmíněných institucí zastavil právě na současných sedmi. U nich se můžeme setkat s dělením na „zakládající“ (Všeobecná zdravotní pojišťovna VZP ČR) a „zaměstnanecké“, označující dle původních profesních kritérií všech šest pojišťoven ostatních.

O ekonomickém zázemí zdravotní pojišťovny do značné míry rozhoduje struktura pojištěnců. A to z hlediska věku, kategorie plátců či především zdravotního stavu a jeho následných nákladů na péči. Zdravotní pojišťovna obecně nemá mnoho možností, jak množství svých obdržených a vynaložených finančních prostředků ovlivnit, a aby se tedy nestávalo, že u jedné budou registrováni převážně zdraví jedinci a u druhé naopak povětšinou těžce nemocní pojištěnci, je mezi pojišťovnami zavedeno takzvané přerozdělování. Tento proces znamená odvedení přijatého pojistného každé pojišťovny na zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění, kde se celkový obnos přepočítává a rozděluje podle počtu



Přehled vybraných příspěvků a benefitů zdravotních pojišťoven pro rok 2023

kód ZP	zkratka ZP	název zdravotní pojišťovny	pohybové aktivity	nepovinná očkování	dentální hygiena
111	VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	ano, částka se liší podle věku	ano, dle typu očkování v rozmezí 200 až 1500	ano, ve výši 500
211	ZPMV	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra	ano, až 250 na sportovní aktivity	ano, ve výši až 2000	ano, částka se liší podle věku
205	ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	ano, ve výši 700	ano, částka se liší podle věku	ano, ve výši 500
207	OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	ano, částka se liší podle věku	ano, ve výši až 1000	ano, ve výši 1000 s 50% spoluúčastí
201	VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	ano, částka se liší podle věku	ano, ve výši až 1500 (u dětí)	ano, ve výši až 500
213	RBP	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	ano, ve výši do 1000	ano, ve výši až do 4000 (HPV)	ano, ve výši do 1000
209	ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	ano, částka se liší podle věku	ano, ve výši až 4000 (HPV)	ano, částka se liší podle věku



© pixeirobot / Adobe Stock



Přeplatky podle věkových skupin u zdravotní pojišťovny VZP ČR

věková kategorie	počet pojištěnců s přepлатkem		
	1. pololetí		
	rok 2020	rok 2021	rok 2022
0–18 let	686	929	1577
19–64 let	2033	2244	2561
65–69 let	25 816	28 099	30 045
nad 70 let	237 712	264 841	293 656
celkem	266 247	296 113	327 839

pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny. Účelem přerozdělování, které nám mimo jiné odpovídá na úvodní otázku konkurence, je zabezpečení určité míry solidarity mezi pojištěnci a také vyrovnání finančních rozdílů mezi pojišťovnami vzniklých v důsledku příslušnosti klientů s odlišnými náklady na zdravotní péči.

Proč se potom pojišťovny tolik snaží o získání nových pojištěnců? Pomineme-li faktor určité prestiže vycházející z podílu dané pojišťovny na trhu, důvodem je jedno z kritérií zmíněných výše – a to počet pojištěnců. U něj totiž, přerozdělování

navzdory, platí klasická přímá úměra v podobě „čím více klientů, tím více financí“. V určité podobě tak konkurenční prostředí mezi zdravotními pojišťovnami funguje, o čemž se můžeme dvakrát ročně v rámci jejich marketingových kampaní přesvědčit.

Pojištěnci, pojďte k nám!

Příspěvek na masáž, fitness doplňky či wellness služby zní bezesporu více než lákavě a mnozí z nás jej v praxi i opravdu využijí. Program benefitů by však neměl být jediným a rozhodujícím kritériem, podle něhož si svou zdravotní pojišťovnu vybíráme. Které další faktory je třeba brát při zvažování přeregistrace v úvahu?



Výše vrácených částek přepлатků podle věkových skupin u zdravotní pojišťovny VZP ČR

věková kategorie	výše vrácené částky		
	1. pololetí		
	rok 2020	rok 2021	rok 2022
0–18 let	435 651 Kč	632 078 Kč	1 070 659 Kč
19–64 let	8 040 542 Kč	8 479 896 Kč	9 247 363 Kč
65–69 let	19 194 571 Kč	21 057 301 Kč	23 386 644 Kč
nad 70 let	152 482 451 Kč	171 994 247 Kč	195 393 684 Kč
celkem	180 153 215 Kč	202 163 522 Kč	229 098 350 Kč

■ Počet smluvních zařízení pojišťovny – je třeba jej vztáhnout k bydlišti a stávajícím navštěvovaným lékařům i zdravotnickým zařízením.

■ Vzdálenost od nejbližší pobočky zdravotní pojišťovny.

■ Podmínky nabízených příspěvků a bonusů – je podstatné posoudit, zda jsou pro vás podmínky v podobě preventivních lékařských prohlídek splnitelné.

Mezi pojištěnci se najdou i takoví, kteří se rozhodují podle velikosti pojišťovny ve smyslu počtu stávajících klientů. Jaký tržní podíl jednotlivé pojišťovny představují, zjistíte z infografiky na následující straně.

Vyhodnotili jste všechny přínosy případného přestupu a došli k závěru, že zdravotní pojišťovnu opravdu změňte? Jak už jsme zmínili v úvodu, na výběr máte ze dvou termínů (buď k 1. lednu, nebo k 1. červenci), avšak samotnou změnu pojišťovny je možné učinit pouze jednou za rok. Přihlášku k přeregistraci je potom třeba podat vždy alespoň tři měsíce předem, tedy buď do 31. března, nebo do 30. září. Pokud je pro vás přestup k jiné zdravotní pojišťovně nyní aktuální, příslušný formulář je nové pojišťovně nutné odevzdat do pátku 31. března. Jejím klientem se poté stane od začátku července, přičemž o této změně následně nezapomeňte

onkologičtí pacienti	duševní zdraví	dětské léčebné (ozdravné) pobyty
ano, ve výši 2000 na paruku	ano, ve výši 5000	ne, Mořský koník ukončen
ano, ve výši 2000 na vybrané pomůcky	ano, ve výši až 4000	ano, ve výši až 10 000
ano, ve výši 2000 na paruku	ano, ve výši až 2500	ano
ano, ve výši 4000 na vybrané pomůcky	ne	ano, ve výši až 8800
ano, ve výši 1000 na paruku	ano, částka se liší podle věku	ano, ve výši až 8000 (u moře)
ano, ve výši 1000 na vybrané pomůcky	ano, ve výši až 2500	ano, ve výši až 10 000
ano, ve výši až 4000 na paruku	ano, ve výši až 2000	ano, ve výši až 5000

Pozn.: Rozsah informací a výše uvedených částek v jednotlivých oblastech péče o zdraví představují pouze výběr dostupných příspěvků. Jejich plný výčet je k dispozici na webových stránkách každé ze zdravotních pojišťoven. Veškeré peněžní částky jsou uvedeny v českých korunách.

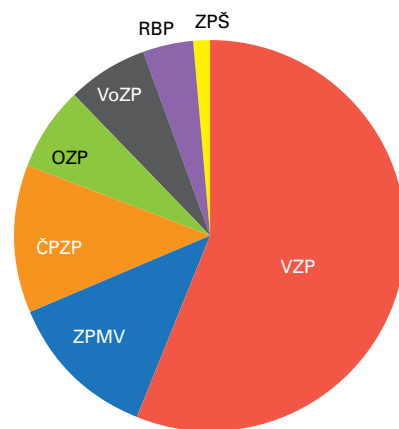
Zdravotní pojišťovny: Vyplatí se přechod k jiné?



Podíl zdravotních pojišťoven na trhu podle počtu pojištěnců v letech 2020 a 2021

zdravotní pojišťovna	počet pojištěnců rok 2020	počet pojištěnců rok 2021
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	5 943 733	5 922 131
Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra	1 326 756	1 332 853
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	1 274 481	1 280 744
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	736 080	740 817
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	698 770	700 356
Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	427 203	429 732
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	145 060	144 710
celkem pojištěnců všech zdravotních pojišťoven	10 552 083	10 551 343

Zdroj: Přílohy výkazů Ministerstva zdravotnictví ČR v letech 2020 a 2021



Podíly pojišťoven na trhu podle počtu pojištěnců v roce 2021

informovat svého zaměstnavatele, lékaře či další osoby související s veřejným zdravotním pojištěním.

Opravdu jste byli ošetřeni?

Když pojištěnec svou zdravotní pojišťovnu kontaktuje, obvykle jí tím přináší „případ k řešení“ v podobě požadavku na informace, úhradu nebo zajištění zdravotní péče. Existuje však situace, kdy pojišťovna bude za spojení s pojištěncem naopak ráda, neboť jí svou součinností může pomoci kontrolovat správnost vynaložených finančních prostředků. Každý má totiž právo si jednou ročně od pojišťovny vyžádat údaje o zdravotní péči za něj v období posledních 12 měsíců uhrazené. Účelem dokumentu zvaného „Přehled vykázané péče“ je kontrola a odhalení případných nesouladů mezi péčí zdravotními zařízeními vykázanou a skutečně pacientům poskytnutou. O jeho vystavení můžete žádat osobně na pobočce, dopisem nebo elektronicky, obvykle prostřednictvím aplikace nebo portálu zdravotní pojišťovny.

Objevili jste v Přehledu zákrok nebo ošetření, o němž nemáte ani

poněti? Informujte svoji zdravotní pojišťovnu. Ke cti zdravotnického personálu je nutno říci, že se ve většině případů nejedná o úmyslné obohacení se, nýbrž omyl nebo překlep ve vykazovaném číselném kódu či identifikačních údajích daného pojištěnce.

Možná vám i vrátíme!

Na pojištěnce, kteří by v důsledku chatrného zdraví nechali v lékárnách valnou většinu svého příjmu, česká legislativa pamatuje. Zákon o veřejném zdravotním pojištění stanovuje takzvaný ochranný roční limit na doplátky za léky. To v praxi znamená, že pokud celková částka uhrazená pojištěncem za započítatelné doplátky u předepsaných léků, částečně hrazených ze zdravotního pojištění, za rok překročí stanovený limit, pojišťovna vám částku nad tento limit zpětně uhradí. O jak vysokých částkách je vlastně řeč? Ochranné limity dle věkových kategorií jsou následující:

- do 18 let věku (včetně): 1000 korun
- od 19 let do 65 let věku: 5000 korun

- nad 65 let věku: 1000 korun
- nad 70 let věku a u vybraných pojištěnců s invaliditou: 500 korun

Výpočet nároků na úhradu přeplatků probíhá vždy čtvrtletně, a to v únoru, květnu, srpnu a listopadu. O jeho výplatu se žádat nemusí, pojišťovny překročení ochranného limitu sledují samy a přeplatek zasílají buď na bankovní účet, nebo složenkou. Vypočtená částka je potom vždy vyplácena do 60 kalendářních dnů po uplynutí příslušného čtvrtletí, přičemž její minimální výše činí 200 korun. Je-li přeplatek nižší než zmíněných 200 korun, nebude pojištěnci vyplacen, ale bude mu převeden do následujícího čtvrtletí. ✕

Ohodnoťte článek
V chytrém mobilu otevřete aplikaci fotoaparát, namířte objektiv na QR kód a klikněte na odkaz, který se zobrazí.

