

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury



Fakulta
tělesné kultury

**ANALÝZA V PRIVÁTNÍ FYZIOTERAPEUTICKÉ PRAXI,
VLIV SMLUVNÍCH POJIŠŤOVEN NA POČET KLIENTŮ**

Diplomová práce

Autor: Bc. Helena Berková

Studijní program: Aplikované pohybové aktivity ve speciální pedagogice

Vedoucí práce: RNDr. Iva Dostálová PhD.

Olomouc 2025

Bibliografická identifikace

Jméno autora: Bc. Helena Berková

Název práce: Analýza v privátní fyzioterapeutické praxi, vliv smluvních pojišťoven na počet klientů

Vedoucí práce: RNDr. Iva Dostálová PhD.

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Rok obhajoby: 2025

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá vlivem navázání smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami na fungování privátní fyzioterapeutické praxe. Cílem je zjistit, zda taková spolupráce přispívá ke zvýšení počtu klientů a dostupnosti péče, i přes související administrativní a provozní nároky. Teoretická část popisuje systém veřejného zdravotního pojištění v ČR, proces uzavírání smluv a porovnává smluvní a nesmluvní model úhrad. Praktická část využívá kvantitativní dotazníkové šetření mezi klienty a kvalitativní rozhovory s poskytovateli péče. Výsledky ukazují, že spolupráce s pojišťovnami zvyšuje dostupnost péče zejména pro seniory a osoby s nižšími příjmy, avšak samoplátcí preferují individualizovaný přístup. Ekonomicky nejvýhodněji vychází kombinovaný model úhrad. Práce nabízí konkrétní doporučení pro praxi a potvrzuje, že správně nastavená spolupráce s pojišťovnami může být přínosná a udržitelná.

Klíčová slova:

Fyzioterapie, smluvní pojištění, klienti, privátní praxe, zdraví

Souhlasím s půjčováním práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author: Bc. Helena Berková

Title: Analysis of Private Physiotherapy Practice, the Influence of Contractual Health Insurance Providers on Client Numbers

Supervisor: RNDr. Iva Dostálová

Department: Department of Adapted Physical Activities

Year: 2025

Abstract:

The thesis examines the impact of establishing contractual relationships with health insurance companies on the functioning of private physiotherapy practices. The aim is to determine whether such cooperation contributes to an increase in the number of clients and the accessibility of care, despite the associated administrative and operational demands. The theoretical part describes the public health insurance system in the Czech Republic, outlines the process of contract negotiation, and compares contractual and non-contractual reimbursement models. The practical part employs a mixed-method approach, combining quantitative client surveys with qualitative interviews conducted with care providers. The findings show that cooperation with insurance companies enhances access to care, particularly for seniors and individuals with lower incomes, while self-paying clients tend to prefer a personalized approach. The combined reimbursement model proves to be the most economically advantageous. The thesis provides practical recommendations and confirms that well-structured cooperation with insurance companies can be both beneficial and sustainable for private physiotherapy practices.

Keywords:

Physiotherapy, contractual insurance, clients, private practice, health

I agree the thesis to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně pod vedením RNDr. Ivy Dostálové, PhD., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 15. května 2025

.....

Ráda bych poděkovala vedoucí práce RNDr. Ivě Dostálové, PhD. za pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování této práce.

OBSAH

Obsah	7
1 Úvod	9
2 Přehled poznatků	10
2.1 Historie a vývoj zdravotního pojištění v ČR	10
2.2 Zdravotní pojišťovny	11
2.2.1 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (111 VZP ČR)	11
2.2.2 Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (201 VoZP ČR)	12
2.2.3 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205 ČPZP)	12
2.2.4 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207 OZP)	13
2.2.5 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209 ZPŠ)	13
2.2.6 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (211 ZPMV ČR)	14
2.2.7 RBP, zdravotní pojišťovna (RBP 213)	14
2.3 Právní rámec zdravotního pojištění a specifika pro privátní praxe	17
2.3.1 Zákon č. 48/1997 Sb.	17
2.3.2 Zákon č. 592/1992 Sb.	17
2.3.3 Zákon č. 551/1991 Sb.	18
2.3.4 Zákon č. 280/1992 Sb.	18
2.3.5 Vyhláška č. 314/2024 Sb.	19
2.4 Smluvní vztahy mezi fyzioterapeuty a pojišťovnami	20
2.4.1 Požadované podklady	21
2.5 Přehled systému privátní fyzioterapeutické praxe	22
2.5.1 Smluvní praxe a její financování	22
2.5.2 Nesmluvní praxe a její financování	23
3 Cíle	24
3.1 Hlavní cíl	24
3.2 Dílčí cíle	24
3.3 Výzkumná otázka	24
4 Metodika	25

5	Výsledky.....	27
5.1	Demografické údaje.....	27
5.2	Současné využívání fyzioterapeutických služeb	29
5.3	Postoj ke spolupráci s pojišťovnami	31
5.4	Očekávání a preference.....	33
5.5	Spokojenost se současnými službami.....	35
5.6	Zkušenosti s pojišťovnami	37
5.7	Další preference.....	39
5.8	Závěrečné otázky	41
5.9	Význam spolupráce s pojišťovnami	42
6	Diskuse	46
7	Závěr.....	53
8	Souhrn	54
9	Summary	55
10	Referenční seznam	56
11	Přílohy.....	60
11.1	Dotazník: Vliv smluvních pojištění na klientelu v privátní fyzioterapeutické praxi	60
11.2	Ukázka strukturovaného rozhovoru s majitelem fyzioterapeutické praxe	64
11.3	Seznam otázek pro strukturované rozhovory	65

1 ÚVOD

Fyzioterapie je nelékařská zdravotní disciplína, jejímž cílem je prevence, diagnostika a léčba pohybových poruch. Využívá ověřené terapeutické metody k ovlivnění, udržení či obnovení pohybových schopností člověka, které mohou být narušeny v důsledku nevhodné zátěže, úrazů, onemocnění, procesu stárnutí nebo jiných negativních vlivů (Unie fyzioterapeutů České republiky, n.d.-a).

V České republice je fyzioterapie poskytována jak ve veřejných zdravotnických zařízeních, tak formou privátní praxe. Privátní fyzioterapeutická praxe může fungovat buď na základě přímých plateb od klientů (samoplátců), nebo v rámci smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami. Zatímco model přímých plateb poskytuje terapeutům větší míru autonomie a nižší administrativní náročnost, spolupráce s pojišťovnami přináší širší dostupnost péče pro klienty a potenciálně stabilnější příjmy.

Otázka efektivity a udržitelnosti jednotlivých modelů úhrad je pro fyzioterapeuty v soukromé praxi zásadní. Volba mezi smluvním a nesmluvním modelem ovlivňuje nejen ekonomickou stránku provozu, ale také strukturu klientely, rozsah poskytovaných služeb a organizační nastavení praxe. Tato diplomová práce se proto zaměřuje na analýzu dopadů navázání smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami na fungování privátní fyzioterapeutické praxe. Pomocí kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu zkoumá změny v klientské struktuře, ekonomických výsledcích a provozních nárocích, a navrhuje optimální strategii pro udržitelný rozvoj této formy podnikání ve zdravotnictví.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

Zdravotní pojištění v České republice je zákonný systém financování zdravotní péče, který je založen na principu veřejného zdravotního pojištění. Na jeho základě je pojištěncům plně nebo částečně hrazena zdravotní péče s cílem zachovat nebo zlepšit jejich zdravotní stav. Tento systém funguje na principu solidarity, kdy pro všechny občany platí povinnost odvádět platby na zdravotní pojištění. Financování zdravotní péče vychází z Bismarckovského modelu zdravotnictví, kde příspěvky směřují do fondů zdravotních pojišťoven, které z těchto prostředků hradí zdravotní služby pro pojištěnce (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, n.d.-a; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).

Systém zdravotní péče zahrnuje tři hlavní subjekty: pojištěnce, který zdravotní služby využívá, poskytovatele zdravotních služeb, který je zajišťuje, a zdravotní pojišťovnu, která péči hradí. Pojištěnec má právo výběru jedné ze sedmi zdravotních pojišťoven, jejíž změnu lze provést jednou za rok, vždy k prvnímu dni kalendářního pololetí (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).

2.1 Historie a vývoj zdravotního pojištění v ČR

Historické kořeny zdravotního pojištění sahají do dob Rakouska-Uherska, kdy bylo koncem 19. století zavedeno povinné úrazové a nemocenské pojištění pro dělníky. Pojištění bylo poskytováno samosprávnými nemocenskými pokladnami a zahrnovalo zdravotní péči, nemocenské dávky, invalidní a pozůstalostní důchody. Po vzniku samostatného Československa byl tento systém dále rozšiřován pro zemědělce a rodinné příslušníky dělníků. V roce 1924 vznikla Ústřední sociální pojišťovna, která sjednotila systém, a nemocenské pokladny byly přejmenovány na zdravotní pojišťovny. V roce 1925 bylo zavedeno nemocenské pojištění, včetně lékařské péče pro státní zaměstnance. Do konce 30. let bylo povinně pojištěno více než 50 % obyvatelstva (Alexa et al., 2015; Niklíček, 1994).

Zásadní dopad na zdravotní systém mělo období po druhé světové válce, kdy se Československo dostalo do vlivu sovětského režimu a došlo ke znárodnění majetku. V roce 1948 vznikla Ústřední národní pojišťovna na základě zákona o národním pojištění, došlo k legislativnímu sjednocení dosavadního systému sociálního a zdravotního pojištění a bylo zavedeno jednotné povinné pojištění. Financování systému bylo realizováno výhradně prostřednictvím zaměstnavatelů, kteří odváděli pojistné ve výši 6,8 % z hrubé mzdy zaměstnanců. V roce 1952 byl zaveden sovětský model státního zdravotnictví – bezplatná státem financovaná zdravotní péče z daní. Zdravotnická zařízení byla převedena do státního

vlastnictví a začleněna do krajských a okresních ústavů národního zdraví. Politické reformy roku 1968 měly na zdravotnictví jen dílčí dopad. Došlo pouze k rozdělení na české a slovenské ministerstvo zdravotnictví, jinak systém poskytování zdravotní péče zůstal nezměněn (Alexa et al., 2015; Bryndová et al., 2023).

Sametová revoluce v roce 1989 zahájila rozsáhlé změny zdravotnictví. V průběhu 90. let došlo k obnově činnosti nebo založení profesních lékařských organizací, jako je Česká lékařská komora, Česká lékárnická komora a Česká stomatologická komora, a současně byl zaveden nový systém domácí zdravotní péče. Byla obnovena svobodná volba lékaře, zrušeny krajské a okresní ústavy národního zdraví a privatizovaná velká část primární péče, ambulantní péče, lékáren a lázeňství. Také byly přijaty nové zákony – Zákon o všeobecném zdravotním pojištění (1991), Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky (1991) a Zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, které přetvořily systém na model (aktuálního) veřejného zdravotního pojištění. První a zároveň největší zdravotní pojišťovnou se stala Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Postupně vznikaly i další zdravotní pojišťovny, jejichž počet dosáhl v polovině 90. let až 27, ale do roku 2014 se snížil na 7. V roce 1997 došlo k přechodu od plateb za výkon ke kapitačním platbám a fixním rozpočtům pro nemocnice. Důležitá změna ve veřejné správě proběhla v roce 2003, kdy došlo k převodu vlastnictví přibližně poloviny nemocnic v ČR ze státu na nově vzniklé samosprávné kraje. V důsledku procesu decentralizace se některé kraje rozhodly změnit právní postavení většiny nemocnic a převedly je ze subjektů přímo podřízených krajským úřadům na akciové společnosti, přičemž většinovým vlastníkem akcií zůstaly samotné kraje (Alexa et al., 2015; Bryndová et al., 2023).

2.2 Zdravotní pojišťovny

Na území České republiky od roku 1993 působilo celkem 29 zdravotních pojišťoven. V současnosti jich existuje sedm (jejich srovnání viz tabulka 1), přičemž největší z nich je Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), která zajišťuje služby pro většinu obyvatel ČR. Dále zde působí šest tzv. zaměstnaneckých pojišťoven (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2024).

2.2.1 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (111 VZP ČR)

VZP ČR je klíčovým subjektem veřejného zdravotního pojištění v ČR již více než tři desetiletí. Byla založena k 1. lednu 1992 na základě zákona č. 551/1991 Sb. a v současné době pojišťuje více než šest milionů klientů, což představuje většinu pojištěnců v zemi. Na financování zdravotní péče ročně vynaloží stovky miliard korun, přičemž financuje jak běžnou zdravotní péči, tak i vysoce nákladné léčby. VZP ČR disponuje nejširší sítí smluvních poskytovatelů služeb,

(smlouvu má uzavřenou s více než 96 % praktických lékařů a 41 tisíci zdravotnickými zařízeními). Významnou roli hraje také v oblasti prevence a inovací – podílí se na zavádění moderních diagnostických metod a podporuje screeningové programy. Pojišťovna rovněž poskytuje finanční příspěvky na prevenci a zdravý životní styl, kdy na tyto účely každoročně vyčleňuje značné prostředky (1,6 miliardy korun pro rok 2024) (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, n.d.-b).

2.2.2 Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (201 VoZP ČR)

VoZP ČR je resortní zaměstnanecká pojišťovna, která byla založena 18. prosince 1992 Rozhodnutím Ministerstva práce a sociálních věcí ČR v souladu se zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Od roku 1993 působí v systému veřejného zdravotního pojištění. Zajišťuje zdravotní péči ve vojenských a civilních zdravotnických zařízeních a lázeňských domech. Disponuje rozsáhlou smluvní sítí, která zahrnuje přibližně 27 tisíc poskytovatelů zdravotních služeb a provozuje více než 45 poboček po celé republice. Hlavním předmětem činnosti je zajištění zdravotního pojištění pro vojáky v činné službě a studenty vojenských škol připravující se na výkon služby vojáka z povolání. Výjimku tvoří vojáci v záloze povolání k vojenskému cvičení. Vedle této oblasti poskytuje veřejné zdravotní pojištění i ostatním registrovaným pojištěncům (Zákon č. 280/1992 Sb., 1992; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023a; Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, n.d.)

2.2.3 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205 ČPZP)

ČPZP vznikla 1. prosince 1992 pod původním názvem Husitská zaměstnanecká pojišťovna (dále jen HZP) rozhodnutím Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. V průběhu let 1996 až 2009 se, na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR, HZP sloučila se Zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou ATLAS, Zdravotní pojišťovnou ANGEL a s Českou národní zdravotní pojišťovnou. Dne 1. října 2009 došlo ke změně názvu HZP na ČPZP. Na základě dalšího rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví se dne 1. října 2012 ČPZP sloučila se Zdravotní pojišťovnou METAL-ALIANCE a všechny její závazky, pohledávky i pojištěnci přešli pod správu ČPZP. Díky těmto změnám vznikl subjekt s 1,2 miliony pojištěnců, což z něj činí druhou největší zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnu s více než 100 pobočkami v ČR (Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, n.d.).

2.2.4 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207 OZP)

OZP vznikla na základě rozhodnutí Ministerstva práce a sociálních věcí ČR dne 15. září 1992. Oficiálně byla zřízena 29. října 1992 v souladu se zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Je třetí největší zaměstnaneckou pojišťovnou s více než 740 tisíci pojištěnci. Svým klientům poskytuje širokou síť smluvních lékařů po celé ČR, řadu benefitů a bonusových programů financovaných nad rámec veřejného zdravotního pojištění. Zároveň umožňuje jednoduchou elektronickou komunikaci. Pojišťovna spravuje více než 40 kontaktních míst po celé republice (Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, n.d.; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023b).

2.2.5 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209 ZPŠ)

ZPŠ byla založena 15. října 1992 na základě žádosti společnosti Škoda Auto, a.s., která sehrála klíčovou roli v jejím vzniku. Inspirací byl německý model zaměstnaneckého zdravotního pojištění, který je dlouhodobě vnímán jako stabilizační prvek zdravotního systému. Škoda Auto, a.s. se v roce 1992 aktivně zapojila do legislativního procesu a využila německé zkušenosti k podpoře vzniku pluralitního systému veřejného zdravotního pojištění v ČR. Postupem času se ZPŠ etablovala jako stabilní regionální zdravotní pojišťovna se sídlem v Mladé Boleslavi. V současné době hraje Škoda Auto, a.s. významnou roli v oblasti financování zdravotních služeb prostřednictvím ZPŠ a tato spolupráce je zaměřena na efektivní využívání pojistného a hospodárné nakládání s finančními prostředky. Pro klienty jsou k dispozici nejen služby hlavního klientského centra, ale také kontaktní místa v dalších regionech působnosti Škoda Auto a.s. (Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, n.d.).

Od svého vzniku se ZPŠ profiluje jako pojišťovna kladoucí důraz na kvalitu poskytovaných služeb v rámci možností vyplívajících z platné legislativy a zdravotně pojistných plánů. Vedle úhrady zdravotních výkonů se soustředí na prevenci, která zahrnuje programy zaměřené na předcházení vážným onemocněním a podporu zdravého životního stylu. Klienti mohou čerpat výhody z rozsáhlého slevového programu v oblasti zdravotní péče, wellness a sportovních aktivit (Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, n.d.).

2.2.6 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (211 ZPMV ČR)

ZPMV ČR působí v oblasti zdravotního pojištění již od roku 1992 a řadí se mezi největší zdravotní pojišťovny v zemi. S více než 1,3 milionu klientů je druhou největší zdravotní pojišťovnou a současně největší zaměstnaneckou pojišťovnou. Díky rozsáhlé smluvní síti více než 27 tisíc lékařů a zdravotnických zařízení poskytuje komplexní zdravotní péči. Pojišťovna klade důraz na dostupnost a komfort svých služeb. Kromě osobní asistence na pobočkách mohou klienti využít online platformu E-komunikace či mobilní aplikaci, které umožňují pohodlné řešení požadavků. Pojišťovna také nabízí nadstandartní služby ve formě nepřetržité konzultační služby „Lékař na telefonu“, která poskytuje odborné rady týkající se zdravotního stavu, doporučených léčebných postupů nebo interpretace laboratorních výsledků. K dispozici je rovněž ombudsman, který pomáhá klientům s orientací ve zdravotním systému a hledáním optimálních řešení problémů (Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, n.d.; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023c).

2.2.7 RBP, zdravotní pojišťovna (RBP 213)

RBP, zdravotní pojišťovna (dále jen „RBP“), je největší regionální zaměstnaneckou pojišťovnou, která byla zřízena dne 29. ledna 1993 rozhodnutím Ministerstva práce a sociálních věcí ČR dle zákona č. 280/1992 Sb. Pojišťovna vznikla na žádost několika významných podnikatelských subjektů, zejména z oblasti hornictví, strojírenství a dalších průmyslových odvětví. Mezi hlavní zakladatele patřily společnosti jako Ostravsko-karvinské doly, a.s., Českomoravské doly, a.s., Tatra Trucks, a.s. atd. (RBP, n.d.; RBP, 2024).

Její historie sahá až do roku 1802, kdy horníci z Krušných hor zakládali první bratrské pokladny na Ostravsku. Od roku 1854 bylo dle horního zákona zakládání pokladen povinné a pojištění horníků se stalo součástí systému. Koncem 19. století se bratrské pokladny začaly slučovat a zaměstnavatelé získali povinnost přispívat na nemocenské pojištění. Roku 1922 byla v Moravské Ostravě založena Revírní bratrská pokladna s téměř 200 tisíci pojištěnci. Po druhé světové válce byla činnost pojišťovny ukončena sloučením do Ústřední národní pojišťovny. V roce 1993 pojišťovna obnovila svoji činnost a začala poskytovat zdravotní péči na severní Moravě, Slezsku a Hodonínsku. Dne 1. září 1996 došlo na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR ke sloučení RBP a Moravské zdravotní pojišťovny pod společný název „Revírní bratrská pokladna v Ostravě, zaměstnanecká zdravotní pojišťovna“. Další změna proběhla k 1. červenci, kdy byl z názvu odstraněn přívlastek „zaměstnanecká“ a pojišťovna začala vystupovat jako „Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna“. V roce 2018 došlo k dalšímu zjednodušení na současný název, který je v platnosti od 1. ledna 2019 (RBP, n.d.; RBP, 2024).

V současné době pojišťovna registruje přes 430 tisíc pojištěnců, poskytuje služby pro 70 tisíc plátců a spolupracuje s více než 15 tisíci lékaři a zdravotnickými zařízeními. V rámci svých zdravotních programů klade důraz na prevenci a podporuje své pojištěnce v rámci různých preventivních a bonusových programů, např. genetické vyšetření Geny213, které pomáhá odhalit dědičné nemoci před plánovaným těhotenstvím (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023d).

Tabulka 1*Srovnání zdravotních pojišťoven*

Pojišťovna	Počet let na trhu	Počet klientů (2023)	Výhody a příspěvky
111 VZP ČR	33	6 159 982	• Největší a nejrozsáhlejší síť smluvních poskytovatelů • Podpora prevence – očkování, screeningová vyšetření • Příspěvky při nemoci (Diabetes mellitus, speciální diety) • Rodinné benefity – příspěvky pro děti, novorozence, těhotné • Financování rehabilitací a duševního zdraví
201 VoZP ČR	33	707 158	• Zaměření na aktivní populaci a sportovce • Nabízí speciální programy pro zaměstnance Ministerstva obrany, BeneFit klub • Příspěvek pro pravidelné dárce krve a krevních složek (700 Kč)
205 ČPZP	16	1 311 309	• Zaměření na prevenci a přehled o zdravotním stavu • Mobilní aplikace Zdraví v mobilu • Zvláštní výhody pro dárce krve a kostní dřeně
207 OZP	33	763 155	• Široká síť smluvních poskytovatelů • Příspěvek na dentální hygienu (až 1000 Kč) • Příspěvek pro těhotné a novorozence (až 6000 Kč) • Příspěvek na prezenční psychoterapii (až 10000 Kč) • Komunikace online přes aplikaci Vitakarta
209 ZPŠ	33	144 068	• Zaměření na zaměstnance Škoda Auto a jejich rodiny • Příspěvky na prevenci, pohybové aktivity • Příspěvky při nemoci (speciální diety, až 12000 Kč)
211 ZPMV ČR	33	1 351 166	• Zaměření na aktivní osoby se zájmem o prevenci • Program příspěvků na prevenci i volnočasové aktivity
213 RBP	32	428 406	• Pojišťovna pro regiony severní Moravy a Slezska • Preventivní programy (genetické vyšetření Geny213), podpora duševního zdraví

2.3 Právní rámec zdravotního pojištění a specifika pro privátní praxe

Systém veřejného zdravotního pojištění v ČR je řízen zákony, které vymezují činnost zdravotních pojišťoven, způsob financování zdravotní péče a vzájemné vztahy mezi pojišťovnami, poskytovateli zdravotních služeb a pojištěnci.

2.3.1 Zákon č. 48/1997 Sb.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Zákon implementuje příslušné předpisy Evropské unie, zároveň se opírá o přímo použitelné evropské právní normy. Upravuje veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, na základě kterých jsou hrazeny zdravotní služby. Definuje práva a povinnosti jednotlivých subjektů (pojištěnců, plátců pojistného), způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění. Zákon rovněž reguluje úhrady zdravotnických a diagnostických prostředků předepsaných na poukaz a stanovuje požadavky na síť poskytovatelů zdravotních služeb (Zákon č. 48/1997 Sb., 1997).

Pro privátní fyzioterapeutické praxe existuje možnost uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami, což umožní poskytovat služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Uzavření smlouvy s pojišťovnou může ovlivnit nejen dostupnost fyzioterapeutických služeb pro pacienty, ale také finanční stabilitu a konkurenceschopnost (Zákon o veřejném zdravotním pojištění, 1997).

2.3.2 Zákon č. 592/1992 Sb.

Zákon České národní rady o pojistném na veřejné zdravotní pojištění

Zákon o pojistném na veřejné zdravotní pojištění upravuje finanční náležitosti pojistného. Dle § 2 a § 3 je výše pojistného na veřejné zdravotní pojištění stanovena na 13,5 % z vyměřovacího základu za příslušné období. Vyměřovacím základem je úhrn příjmů ze závislé činnosti, které jsou předmětem daně z příjmu fyzických osob a nejsou od této daně osvobozeny. Zákon také definuje odvody a způsob placení pojistného. Odvody pojistného hradí různé skupiny plátců, kterými jsou zaměstnanci, zaměstnavatelé, osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) a stát. V § 18–19 zákon upravuje penále a způsob jeho placení. Penále je sankcí za opožděné, neúplné nebo nesprávné placení pojistného. Dále zákon definuje systém přerozdělování pojistného, zřízení zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění, kontrolu placení pojistného a vedení centrálního registru (Zákon č. 592/1992 Sb., 1992).

2.3.3 Zákon č. 551/1991 Sb.

Zákon České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

Zákonem České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky byla zřízena VZP ČR. V § 1 a § 2 zákon upravuje zřízení, právní subjektivitu a základní funkce Pojišťovny. Dále zákon definuje její hospodaření (příjmy a výdaje), organizační strukturu, orgány (Správní a Dozorčí rada), přestupky fyzických a právnických osob a informační systém, který Pojišťovna spravuje, aktualizuje a rozvíjí (Zákon č. 551/1991 Sb., 1991).

Pojišťovna každoročně sestavuje zdravotně pojistný plán na následující kalendářní rok a výhled nejméně na dva další roky, dle § 6. Zdravotně pojistný plán je sestavován vyrovnaný, což znamená, že plánované výdaje nesmí přesahovat plánované příjmy. Pojišťovna také spravuje několik fondů, kterými jsou základní fond, rezervní fond, provozní fond, speciální fond, fond majetku, fond reprodukce majetku a fond prevence. Základní fond je financován z plateb na veřejné zdravotní pojištění a dalších příjmů stanovených příslušným právním předpisem. Tento fond slouží k úhradě hrazených zdravotních služeb, k přidělům do provozního fondu pokrývajících náklady na činnost pojišťovny, k tvorbě dalších fondů a k dalším platbám v souladu s platnou legislativou (Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, 1991).

2.3.4 Zákon č. 280/1992 Sb.

Zákon České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

Zákon upravuje vznik, činnost a zánik těchto pojišťoven a jejich vztah k Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR. Definuje druhy zaměstnaneckých pojišťoven, jako jsou resortní, oborové, podnikové a další, organizační strukturu a orgány zaměstnaneckých pojišťoven. Dle § 3 tohoto zákona je k provádění veřejného zdravotního pojištění nutné povolení, které uděluje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. V souladu s § 4 jsou definovány podmínky pro získání povolení, kdy žadatelem může být pouze právnická osoba se sídlem v České republice. Žádost o povolení musí obsahovat informace o nově vznikající pojišťovně, finanční plán a další předpoklady. Uveden musí být také závazek o dosažení nejméně 100 tisíc pojištěnců do jednoho roku od založení pojišťovny. Zákon v § 4a upravuje kauci ve výši 100 milionů korun, kterou musí žadatel složit na vázaný účet v bance před podáním žádosti. Po zápisu zaměstnanecké pojišťovny do obchodního rejstříku přechází kauce do jejího rezervního fondu. Při zamítnutí žádosti je kauce uvolněna k volné dispozici žadatele. Zákon č. 280/1992 Sb. upravuje hospodaření zaměstnaneckých pojišťoven a spravuje fondy, které jsou v totožnosti se

zákonem č. 551/1991 Sb. (Zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, 1992).

2.3.5 Vyhláška č. 314/2024 Sb.

Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025

Vyhláška stanovuje hodnoty bodu, výši úhrad za hrazené služby a regulační omezení pro rok 2025. Byla vydána Ministerstvem zdravotnictví dle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Vztahuje se na různé poskytovatele služeb, včetně lůžkové péče, specializované ambulantní péče, praktického lékařství pro dospělé i děti, zubního lékařství a domácí péče. Dále pokrývá dialyzační péči, zdravotnickou záchrannou službu, přepravu pacientů neodkladné péče, zdravotnickou dopravní službu a lékařskou pohotovostní službu, včetně zubní pohotovosti. Vyhláška se rovněž týká lázeňské léčebně rehabilitační péče, lékárenské péče a jednodenní péče. Specifikovány jsou i některé odbornosti ambulantní péče podle seznamu zdravotních výkonů. Referenčním obdobím pro účely této vyhlášky je rok 2023, kam se zahrnují všechny hrazené služby poskytnuté v roce 2023, které poskytovatel vykázal nejpozději do 31. března 2024 a zdravotní pojišťovna je uznala do 31. května 2024. Do hodnoceného období spadají veškeré hrazené služby poskytnuté roku 2025, které jsou poskytovatelem vykázány do 31. března 2026 a do 31. května 2026 uznané zdravotní pojišťovnou. Vyhláška rovněž detailně upravuje způsob výpočtu úhrad pro jednotlivé druhy zdravotní péče (Vyhláška č. 314/2024 Sb., 2024).

Specifika úhradové vyhlášky pro fyzioterapeutickou praxi pro rok 2025 a její změny oproti předchozímu roku

Příloha č. 7 k vyhlášce č. 314/2024 Sb. stanovuje hodnotu bodu a výši úhrad hrazených služeb pro poskytovatele ambulantní péče v odbornostech 902 (fyzioterapie) a 917 (ergoterapie) podle seznamu výkonů dle § 12. Hodnota bodu pro výkony přepravy v návštěvní službě činí 1,26 Kč, což představuje navýšení o 0,06 Kč (cca 5 %) oproti předchozímu roku. Pro ostatní výkony je hodnota bodu stanovena na 0,74 Kč, která činí snížení o 0,06 Kč (cca 8 %) a tedy pokles pod úroveň roku 2021. Pokud podíl unikátních pojištěnců s určitými diagnózami přesáhne 5 %, zvyšuje se hodnota bodu uvedená v bodě 2 této přílohy o 0,07 Kč. Celková výše úhrady se vypočte podle vzorce (viz rovnice 1 níže) zahrnujícího faktory jako je počet základních a mimořádně nákladních unikátních pojištěnců, přepočtená průměrnou úhradu na unikátního pojištěnce a koeficient navýšení (KN). Tento koeficient zohledňuje kritéria, kterými jsou např. podíl součtu specifických vykázaných a pojišťovnou uznaných výkonů, podíl počtu ošetřených

unikátních pojištěnců s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz a vzdělání zdravotnických pracovníků. V roce 2025 dochází ke snížení KN na 1,09, což představuje pokles o 0,05 oproti roku 2024 (cca 4 %). Dochází ke změnám v hodnocení bonifikací KN, kdy se nově do hodnocení jednotlivých bonifikací zahrnují i výsledky z referenčního období (Vyhláška č. 314/2024 Sb., 2024; Vyhláška č. 319/2023 Sb., 2023; Info pro lékaře, 2024).

$$MAXU = (1,09 + KN) \times POPzpoZ \times PURO_o + \max [(1,09 + KN) \times PURO_o \times POPzpoHh; (UHRMh - UHRMr)] \quad (1)$$

Kde:

KN – koeficient navýšení

POPzpoZ – počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců, kteří byli ošetřeni v dané odbornosti v hodnoceném období

PURO_o – přepočtená průměrná úhrada za výkony

POPzpoHh – počet základních unikátních pojištěnců, kteří byli ošetřeni v dané odbornosti v hodnoceném období

UHRMh – úhrada za mimořádně nákladné pacienty v hodnoceném období

UHRMr – úhrada za mimořádně nákladné pacienty v referenčním období

Zdravotní pojišťovny při stanovení úhrad zohledňují průměrnou úhradu na unikátního pojištěnce v referenčním období (tzv. PURO). Pro poskytovatele bez referenčních údajů, pokud např. poskytovatel v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti nebo ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, se používají průměrné hodnoty srovnatelných poskytovatelů. Pro zahraniční pojištěnce se stanoví hodnota bodu dle standartních pravidel, avšak bez aplikace faktorů limitace. Měsíční předběžná úhrada je stanovena jako jedna dvanáctina 109 % úhrady za referenční období, což představuje snížení o 7 % v porovnání s rokem 2024. Celkové finanční vypořádání proběhne do 150 dnů po skončení hodnoceného období (Vyhláška č. 314/2024 Sb., 2024; Vyhláška č. 319/2023 Sb., 2023; Info pro lékaře, 2024).

2.4 Smluvní vztahy mezi fyzioterapeuty a pojišťovnami

Zákon č. 48/1997 Sb. ukládá zdravotním pojišťovnám povinnost zajistit svým pojištěncům poskytování hrazených zdravotních služeb. Ty tuto povinnost naplňují prostřednictvím smluvních poskytovatelů, kteří po uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb s pojišťovnou tvoří síť smluvních poskytovatelů. Uzavření smlouvy zpravidla předchází proces výběrového řízení. Výjimka platí pro lékárenskou péči a pro zdravotní služby poskytované

Vězeňskou službou. Dále se výběrové řízení nekoná, pokud dochází k rozšíření sítě smluvního poskytovatele zdravotnické záchranné služby, nebo při uzavírání nové smlouvy se stejným subjektem, kdy zároveň nedochází k rozšíření rozsahu služeb. Proces se rovněž nevyžaduje u vysoce specializované péče poskytované centry se zvláštním statutem a v případech uzavírání smluv dle § 17 odst. 8, nebo § 17a odst. 1 zákona (Zákon o veřejném zdravotním pojištění, 1997).

Návrh na konání výběrového řízení může podat zdravotní pojišťovna, uchazeč nebo obec. Uchazečem se rozumí osoba s oprávněním k poskytování zdravotní péče v daném oboru, nebo fyzická či právnická osoba, která plánuje poskytovat služby a dokáže ve stanovené lhůtě splnit požadované podmínky výběrového řízení. Vyhlášovatelem je místně příslušný krajský úřad. V případě, že se jedná o výběrové řízení na poskytování lůžkové a lázeňské léčebně rehabilitační péče, řízení vyhláší Ministerstvo zdravotnictví. Pro každé výběrové řízení se zřizuje komise, která má zástupce z krajského úřadu, lékařské komory, zdravotní pojišťovny a odborné společnosti. Při posuzování přihlášek komise hodnotí zejména odbornou způsobilost, profesní zkušenosti, reputaci uchazeče a jeho schopnost zajistit odpovídající zdravotní péči. Dále se zohledňuje stávající síť poskytovatelů v daném oboru a regionu. Rozhodnutí komise je přijímáno na základě hlasování a jeho výsledek je vyhlášovatel povinen zveřejnit (Zákon o veřejném zdravotním pojištění, 1997).

Při uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb zdravotní pojišťovna zohledňuje výsledky výběrového řízení, které představují doporučení pro uzavření smluvního vztahu. Pojišťovna však není zavázána smlouvu uzavřít, a to ani v případě, že byl uchazeč ve výběrovém řízení doporučen. Pokud uchazeč doporučení neobdržel, má možnost podat návrh na vyhlášení nového výběrového řízení ve stejném oboru a území až po uplynutí tříměsíční lhůty od zveřejnění výsledků daného řízení. V případě, že uchazeč doporučení k uzavření smlouvy získal, může opětovně podat návrh na vyhlášení výběrového řízení nebo se přihlásit do již vyhlášeného řízení pro tentýž obor, území a zdravotní pojišťovnu, nedříve však po třech měsících od zveřejnění výsledků příslušného výběrového řízení (Zákon o veřejném zdravotním pojištění, 1997).

2.4.1 Požadované podklady

Podmínkou pro uzavření smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou je kladný výsledek výběrového řízení. Dále musí poskytovatel fyzioterapeutických služeb doložit soubor dokumentů potvrzujících jeho právní, odbornou a provozní způsobilost k poskytování hrazené péče. Mezi základní podklady patří předložení výpisu z obchodního rejstříku u právnických osob, rozhodnutí příslušného správního orgánu o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb a doložení

pojistné smlouvy kryjící odpovědnost za škodu. Pro účely transakcí souvisejících s úhradou zdravotních služeb poskytovatel také předkládá bankovní spojení. Součástí dokumentace je rozpis ordinačních hodin a seznam požadovaných výkonů, které budou poskytovány. V případě, že jsou některé fyzioterapeutické výkony podmíněny specifickým přístrojovým vybavením, je nutné doložení kupní či leasingové smlouvy, přičemž některé zdravotní pojišťovny navíc vyžadují EU prohlášení o shodě (Říhová, 2024).

2.5 Přehled systému privátní fyzioterapeutické praxe

Privátní fyzioterapeutická praxe představuje specifický segment poskytování zdravotní péče v ČR, která je realizována prostřednictvím soukromých subjektů – fyzických a právnických osob. V rámci této praxe lze rozlišit dvě základní formy poskytování zdravotních služeb. První z nich je smluvní praxe, která je financována z veřejného zdravotního pojištění, a nesmluvní praxe, hrazená přímo pacientem. Každý z přístupů přináší odlišné možnosti pro poskytovatele i pacienty a má svá specifika, výhody i omezení (RehaTab, n.d.; Rehabilitace Rehasport, 2025).

2.5.1 Smluvní praxe a její financování

Jak je již zmíněno v kapitole 2.3.1., Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění umožňuje uzavírat smlouvy se zdravotními pojišťovnami s možností poskytovat služby financované z veřejného zdravotního pojištění. Podmínky uzavření smluvního vztahu mezi poskytovatelem fyzioterapeutických služeb a zdravotními pojišťovnami jsou detailně popsány v předchozí kapitole (viz kapitola 2.4). Klíčovým právním předpisem v oblasti úhrad fyzioterapeutických služeb je úhradová vyhláška, která stanovuje hodnotu bodu, výši úhrad za hrazené služby a regulační omezení pro rok daný kalendářní rok. Základním parametrem pro stanovení výše úhrad u poskytovatelů služeb je PURO (výpočet viz rovnice 2), tedy průměrná úhrada v referenčním období za výkony na jednoho ošetřeného unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny. PURO vychází ze skutečně uhrazené péče, nikoliv z vykázané (Vyhláška č. 314/2024 Sb., 2024).

$$PURO_o = \max \left\{ \frac{UHR_{ref}}{POP_{ref}}; \frac{PB_{ref} \times HB_{min} + KP_{ref}}{POP_{ref}} \right\} \quad (2)$$

Kde:

UHR_{ref} – celková výše úhrady, kterou pojišťovna poskytla za regulované výkony v referenčním období

POP_{ref} – počet unikátních pojištěnců ošetřených v rámci regulované péče v referenčním období

PB_{ref} – počet bodů za výkony vykázané poskytovatelem a uznané pojišťovnou, které v referenčním období podléhaly úhradové regulaci

HB_{min} – minimální hodnota bodu stanovená pro výpočet PUROo ve výši 0,70 Kč

KP_{ref} – součet korunových položek vykázaných poskytovatelem a uznaných zdravotní pojišťovnou, které v referenčním období podléhaly úhradové regulaci

Zařízení, která jsou ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami fungují v rámci předem stanoveného systému poskytování péče, který ovlivňuje její dostupnost a kvalitu. Mezi charakteristiky tohoto přístupu patří delší objednávací lhůty, pevně daná pracovní doba a omezený čas ošetření, což může ovlivnit kvalitu klinického vyšetření. Léčba je spíše standardizovaná, nikoli cílená a individuálně přizpůsobená konkrétním potřebám pacienta. Dostupnost péče dále ovlivňuje administrativní proces, kdy je nutné absolvovat více navazujících vyšetření (praktický lékař, specialista) před zahájením samotné fyzioterapie (Rehabilitace Rehasport, 2025).

2.5.2 Nesmluvní praxe a její financování

Nesmluvní praxe funguje mimo systém veřejného zdravotního pojištění, kdy je péče hrazena v režimu samoplátců, tzn. přímou úhradou zdravotních služeb. Tento přístup umožňuje vysokou míru časové a organizační flexibility, kdy fyzioterapie bývá dostupná s minimální čekací dobou a v čase přizpůsobeném individuálním potřebám klienta. Významným aspektem nesmluvní praxe je rozsáhlejší časová dotace terapie, která umožňuje komplexní vyšetření, individualizaci léčebného plánu a aplikaci odborných postupů. Fyzioterapie je koncipována kauzálně s cílem řešit primární příčiny obtíží a předcházet jejich recidivám, nikoliv pouze zmírňovat symptomy. V rámci této praxe je kladen velký důraz na kvalitu péče, nikoli na kvantitu výkonů. Financování péče je transparentní, kdy klient zná přesnou cenu za jednotlivé služby a úhrada probíhá výhradně mezi klientem a fyzioterapeutem, bez účasti třetí strany. Každé zařízení (fyzioterapeut) si stanovuje cenu svých výkonů samostatně, kdy neexistuje úhradový rámec stanovený pojišťovnou. Výše ceny výkonů se obvykle odvíjí od délky a rozsahu fyzioterapie, míry specializace poskytované péče, odbornosti poskytovatele služeb a jeho vzdělání, regionálních rozdílů a provozních nákladů zařízení (Rehabilitace Rehasport, 2025).

3 CÍLE

3.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem této analýzy je zjistit možné dopady smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami na ekonomiku privátní fyzioterapeutické praxe.

3.2 Dílčí cíle

- 1) Analyzovat vliv smluvních vztahů s pojišťovnami na strukturu a počet klientů.
- 2) Vyhodnotit předpokládaný nárůst administrativní zátěže spojené s vykazováním péče pojišťovnám.
- 3) Navrhnout optimální obchodní model kombinující přímé platby a úhrady od pojišťoven.

3.3 Výzkumná otázka

- 1) Lze očekávat, že změna obchodního modelu založená na navázání smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami se pozitivně projeví ve struktuře a počtu klientů i přes zvýšenou administrativní zátěž?

4 METODIKA

Výzkum byl zahájen 1.6.2024 a ukončen 1.12.2024. Pro dosažení stanovených cílů byla zvolena kombinace kvalitativních a kvantitativních výzkumných metod, což je v souladu s doporučeními Creswella a Plana (2018) pro komplexní výzkumné projekty. Tento integrovaný přístup byl vybrán záměrně, protože komplexní povaha zkoumané problematiky vyžaduje jak hloubkový vhled do fungování spolupráce s pojišťovnami, tak statisticky relevantní data od širšího vzorku respondentů (Tashakkori & Teddlie, 2010).

V kvalitativní části výzkumu byla realizována série strukturovaných rozhovorů s majiteli fyzioterapeutických praxí, kteří již s pojišťovnami spolupracují. Celkem bylo provedeno 10 rozhovorů s majiteli praxí různé velikosti – od malých (1-2 fyzioterapeuti) po středně velké (5-8 fyzioterapeutů). Rozhovory byly vedeny osobně v období od 1. do 30. listopadu 2024, se souhlasem respondentů nahrávány a následně přepsány a analyzovány podle metodiky Braunové a Clarka (2006). Každý rozhovor obsahoval 15 otázek (8 otevřených, 5 uzavřených a 2 smíšené), které byly vytvořeny na základě studia odborné literatury a konzultací s finančním poradcem, přičemž struktura otázek vycházela z doporučení Kvaleho (2007) pro vedení kvalitativních rozhovorů.

Rozhovory byly doplněny konzultacemi s právníkem specializujícím se na zdravotnické právo a finančním poradcem se zkušenostmi ze zdravotnictví, což umožnilo získat expertní pohled na právní a ekonomické aspekty problematiky, jak doporučuje Yin (2018) pro případové studie.

Pro kvantitativní část výzkumu byla vytvořena anketa obsahující 20 otázek (12 uzavřených, 5 polouzavřených a 3 otevřené), jejíž struktura vycházela z metodologických doporučení Fowlera (2013). Anketa byla rozdána celkem 150 respondentům, z toho 100 anket současným klientům naší privátní fyzioterapeutické praxe, 50 anket pacientům rehabilitačního oddělení místní nemocnice. Distribuce anket probíhala v období od 1. do 30. června 2024. Z celkového počtu 150 rozdaných anket se vrátilo 136 vyplněných, což představuje návratnost 90,7 %. Anketa byla vyhodnocena pomocí statistického softwaru SPSS, otevřené otázky byly analyzovány metodou obsahové analýzy podle Krippendorffa (2018).

Pro finanční analýzu byla využita reálná data o úhradách od pojišťoven za poslední dva roky (2023-2024), která byla poskytnuta třemi spolupracujícími fyzioterapeutickými praxemi z našeho regionu. Analýza zahrnovala porovnání úhrad od jednotlivých pojišťoven, průměrné příjmy na klienta a časovou náročnost administrativy, přičemž byly aplikovány metody finanční analýzy doporučené Brighamem a Ehrhardem (2016). Na základě těchto dat byl vytvořen

prediktivní model očekávaných příjmů při různých scénářích spolupráce s pojišťovnami pro naši konkrétní praxi, s využitím prognostických technik popsaných Armstrongem (2001).

Kombinace těchto metod umožnila získat komplexní pohled na zkoumanou problematiku a formulovat doporučení založená jak na empirických datech, tak na praktických zkušenostech a expertních názorech, což je v souladu s principy triangulace dat podle Denzina (2017).

5 VÝSLEDKY

Analýza výsledků dotazníku: Vliv smluvních pojištění na klientelu v privátní fyzioterapeutické praxi

Výsledky ankety ukázaly, že největší zastoupení mají klienti ve věku 26-35 let a 36-45 let. Z hlediska pohlaví převažují ženy nad muži, což je obvyklé v oblasti zdravotní péče. Příjmová struktura našich klientů naznačuje, že naše služby jsou dostupné širokému spektru klientů, s největším zastoupením osob se středními příjmy.

5.1 Demografické údaje

Tabulka 2

Věk respondentů

Věková kategorie	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
do 25 let	18	13,2 %
26–35 let	42	30,9 %
36–45 let	38	27,9 %
46–55 let	24	17,6 %
56 a více let	14	10,3 %
Celkem	136	100 %

Věkové rozložení respondentů ukazuje, že největší zastoupení mají klienti ve věku 26-35 let (30,9 %) a 36-45 let (27,9 %), což dohromady tvoří téměř 60 % všech dotázaných (viz tabulka 2). Tato data potvrzují, že naše fyzioterapeutická praxe je atraktivní především pro klienty v produktivním věku, kteří aktivně řeší své zdravotní problémy a investují do prevence.

Poměrně nízké zastoupení mladších klientů do 25 let (13,2 %) naznačuje potenciál pro rozšíření služeb zaměřených na tuto demografickou skupinu, zejména v oblasti sportovní fyzioterapie a prevence. Naopak, nižší podíl klientů nad 56 let (10,3 %) může souviset s jejich preferencí využívat služby hrazené pojišťovnou, které momentálně nenabízíme.

Z věkového rozložení lze také usuzovat, že případná spolupráce s pojišťovnami by mohla přilákat více klientů z okrajových věkových skupin, zejména seniorů, kteří často trpí chronickými muskuloskeletálními obtížemi, ale jsou citlivější na přímé platby za zdravotní služby. Zároveň je třeba zachovat atraktivitu pro naši klíčovou klientelu středního věku.

Tabulka 3*Pohlaví respondentů*

Pohlaví	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Muž	58	42,6 %
Žena	76	55,9 %
Jiné	2	1,5 %
Celkem	136	100 %

Mezi respondenty mírně převažují ženy (55,9 %) nad muži (42,6 %), což odpovídá obecnému trendu, kdy ženy častěji vyhledávají zdravotní péči včetně fyzioterapie (viz tabulka 3). Tento rozdíl však není natolik výrazný, aby naznačoval výraznou genderovou nevyváženost naší klientely, což je pozitivní zjištění.

Vyšší zastoupení žen může souviset s jejich větší ochotou pečovat o své zdraví preventivně a také s vyšší mírou účasti v dotazníkových šetřeních. Z hlediska marketingové strategie je důležité, že naše služby oslovují obě pohlaví, a proto by případná komunikace ohledně spolupráce s pojišťovnami měla být genderově neutrální.

Minimální zastoupení respondentů s jinou genderovou identitou (1,5 %) odpovídá demografickému rozložení v populaci. Pro praxi je důležité zajistit inkluzivní prostředí pro všechny klienty bez ohledu na jejich genderovou identitu, což může být konkurenční výhodou i při případné spolupráci s pojišťovnami.

Tabulka 4*Měsíční příjem respondentů*

Příjmová kategorie	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Méně než 20 000 Kč	22	16,2 %
20 000–40 000 Kč	48	35,3 %
40 001–60 000 Kč	42	30,9 %
Více než 60 000 Kč	24	17,6 %
Celkem	136	100 %

Příjmová struktura našich klientů ukazuje, že největší zastoupení mají osoby se středními příjmy v rozmezí 20 000-40 000 Kč (35,3 %) a 40 001-60 000 Kč (30,9 %) (viz tabulka 4). Tato data naznačují, že naše služby jsou dostupné širokému spektru klientů, nikoli pouze nejvyšší příjmové skupině, jak by se mohlo u nestátního zdravotnického zařízení bez smluv s pojišťovnami předpokládat.

Zajímavým zjištěním je, že 16,2 % našich klientů má příjem nižší než 20 000 Kč, což ukazuje, že i lidé s nižšími příjmy jsou ochotni investovat do svého zdraví formou přímých plateb za fyzioterapii. Tato skupina by pravděpodobně nejvíce ocenila možnost úhrady služeb pojišťovnou a mohla by v případě navázání spolupráce s pojišťovnami výrazně zvýšit frekvenci návštěv.

Téměř polovina respondentů (48,5 %) má nadprůměrné příjmy (nad 40 000 Kč měsíčně), což odpovídá našemu zaměření na kvalitní služby s individuálním přístupem. Pro tyto klienty může být důležitější kvalita služeb a minimální čekací doby, než způsob úhrady, což je třeba zohlednit při rozhodování o spolupráci s pojišťovnami, aby nedošlo k odlivu této lukrativní klientely.

5.2 Současné využívání fyzioterapeutických služeb

Tabulka 5

Frekvence využívání fyzioterapeutických služeb

Frekvence	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Méně než jednou za měsíc	62	45,6 %
Jednou měsíčně	38	27,9 %
Dvakrát měsíčně	26	19,1 %
Více než dvakrát měsíčně	10	7,4 %
Celkem	136	100 %

Analýza frekvence využívání fyzioterapeutických služeb odhaluje, že téměř polovina respondentů (45,6 %) navštěvuje naši praxi méně než jednou měsíčně (viz tabulka 5). Toto zjištění naznačuje, že většina klientů vyhledává fyzioterapii spíše nárazově, pravděpodobně v reakci na akutní obtíže nebo jako součást dlouhodobější, ale méně intenzivní rehabilitace. Z ekonomického hlediska to znamená, že existuje značný potenciál pro zvýšení frekvence návštěv.

Přibližně čtvrtina klientů (27,9 %) využívá služby jednou měsíčně, což může indikovat pravidelnou udržovací terapii nebo postupnou rehabilitaci chronických stavů. Tato skupina představuje stabilní klientskou základnu, která by mohla být motivována k častějším návštěvám, pokud by část nákladů hradila pojišťovna.

Celkem 26,5 % klientů navštěvuje praxi dvakrát nebo vícekrát měsíčně, což svědčí o intenzivnější terapii, pravděpodobně v akutní fázi rehabilitace. Tato skupina generuje významnou část příjmů praxe navzdory svému menšímu zastoupení. Při spolupráci s pojišťovnami by bylo klíčové zachovat kapacitu pro tyto intenzivní terapeutické plány, které by mohly být limitovány regulačními mechanismy pojišťoven.

Tabulka 6

Typy využívaných služeb

Typ služby	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Rehabilitace po úrazu	78	57,4 %
Prevence a udržení zdraví	64	47,1 %
Specifické terapie	52	38,2 %
Jiné	14	10,3 %

Nejčastějším důvodem návštěvy naší fyzioterapeutické praxe je rehabilitace po úrazu, kterou uvedlo 57,4 % respondentů (viz tabulka 6). Toto zjištění koresponduje s typickým zaměřením fyzioterapie a zároveň naznačuje, že značná část naší klientely přichází na doporučení lékařů po traumatických stavech. Tato skupina by mohla výrazně profitovat ze spolupráce s pojišťovnami, neboť pourazové stavy jsou běžně indikovány k fyzioterapii hrazené ze zdravotního pojištění.

Velmi pozitivním zjištěním je vysoký podíl klientů (47,1 %), kteří vyhledávají fyzioterapii preventivně. Tato skupina představuje uvědomělé jedince investující do svého zdraví, často bez lékařského doporučení. Při případné spolupráci s pojišťovnami bude důležité vyjednat podmínky, které umožní pokrýt i preventivní péči, která bývá pojišťovnami limitována nebo zcela nehrazena.

Specifické terapie využívá 38,2 % respondentů, což ukazuje na důležitost specializovaných metod v našem portfoliu služeb. Tyto nadstandardní procedury jsou často oceňovány klienty, kteří hledají komplexní přístup k řešení svých obtíží. Při spolupráci s pojišťovnami bude nutné

jasně definovat, které z těchto specifických terapií budou hrazeny a které zůstanou jako nadstandardní služby s přímou úhradou, aby nedošlo k omezení terapeutických možností.

5.3 Postoj ke spolupráci s pojišťovnami

Tabulka 7

Ochota využívat služby častěji při úhradě pojišťovnou

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Ano	92	67,6 %
Ne	18	13,2 %
Nevím	26	19,1 %
Celkem	136	100 %

Výsledky jasně ukazují, že více než dvě třetiny respondentů (67,6 %) by byly ochotny využívat fyzioterapeutické služby častěji, pokud by byly hrazeny zdravotní pojišťovnou (viz tabulka 7). Toto zjištění představuje významný argument pro navázání spolupráce s pojišťovnami, neboť naznačuje potenciál pro výrazné zvýšení objemu poskytovaných služeb a tím i celkových příjmů praxe, navzdory nižším sazbám za jednotlivé výkony.

Pouze 13,2 % respondentů uvedlo, že by úhrada pojišťovnou nezvýšila frekvenci jejich návštěv. Tato skupina pravděpodobně zahrnuje klienty s vyššími příjmy, pro které není finanční aspekt limitujícím faktorem, nebo klienty, kteří již nyní navštěvují praxi s optimální frekvencí vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Pro tyto klienty bude důležité zachovat vysokou kvalitu služeb a minimální čekací doby i po případném navázání spolupráce s pojišťovnami.

Nezanedbatelných 19,1 % respondentů si není jisto, zda by úhrada pojišťovnou ovlivnila frekvenci jejich návštěv. Tato nerozhodnost může pramenit z nedostatku informací o tom, jak přesně by systém úhrad fungoval, jaké služby by byly hrazeny a v jakém rozsahu. Při implementaci spolupráce s pojišťovnami bude klíčové poskytnout klientům jasné a srozumitelné informace o novém systému úhrad, aby mohli učinit informované rozhodnutí o využívání služeb.

Tabulka 8*Důležitost úhrady pojišťovnou při výběru služeb*

Míra důležitosti	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Velmi důležitý	58	42,6 %
Spíše důležitý	42	30,9 %
Neutrální	22	16,2 %
Spíše nedůležitý	10	7,4 %
Vůbec nedůležitý	4	2,9 %
Celkem	136	100 %

Pro téměř tři čtvrtiny respondentů (73,5 %) je úhrada pojišťovnou důležitým faktorem při výběru fyzioterapeutických služeb, přičemž 42,6 % ji považuje za velmi důležitou (viz tabulka 8). Tato data jasně ukazují, že navázání spolupráce s pojišťovnami by výrazně zvýšilo atraktivitu naší praxe pro většinu stávajících i potenciálních klientů a mohlo by vést k významnému rozšíření klientské základny.

Pouze 10,3 % respondentů považuje úhradu pojišťovnou za nedůležitou, což naznačuje, že jen malá část naší klientely preferuje přímé platby nebo je natolik spokojena s kvalitou našich služeb, že způsob úhrady pro ně nehraje významnou roli. Tato skupina pravděpodobně zahrnuje klienty s nadprůměrnými příjmy, pro které je prioritou kvalita a dostupnost péče.

Neutrální postoj zaujímá 16,2 % respondentů, což může odrážet jejich ambivalentní zkušenosti se systémem zdravotního pojištění nebo nejistotu ohledně toho, jak by spolupráce s pojišťovnami ovlivnila kvalitu a dostupnost služeb. Při komunikaci změn bude důležité zdůraznit, že navázání spolupráce s pojišťovnami neznamena snížení kvality péče, ale naopak rozšíření dostupnosti kvalitních služeb pro širší spektrum klientů.

5.4 Očekávání a preference

Tabulka 9

Očekávání od praxe spolupracujících s pojišťovnami

Očekávání	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Kratší čekací doby	48	35,3 %
Vyšší kvalita služeb	32	23,5 %
Širší nabídka služeb	42	30,9 %
Nižší osobní náklady	98	72,1 %
Jiné	8	5,9 %

Dominantním očekáváním od fyzioterapeutické praxe spolupracujících s pojišťovnami jsou nižší osobní náklady, což uvedlo 72,1 % respondentů (viz tabulka 9). Toto zjištění není překvapivé a potvrzuje, že finanční aspekt je pro většinu klientů klíčovým faktorem při rozhodování o využívání zdravotních služeb. Spolupráce s pojišťovnami by mohla odstranit finanční bariéru a zpřístupnit naše služby širšímu spektru klientů, kteří si v současnosti nemohou dovolit pravidelnou fyzioterapii hrazenou z vlastních zdrojů.

Překvapivým zjištěním je, že 35,3 % respondentů očekává od praxe spolupracujících s pojišťovnami kratší čekací doby. Toto očekávání je v rozporu s běžnou zkušeností, kdy smluvní zařízení mají často delší čekací doby kvůli vyššímu počtu klientů. Může to odrážet negativní zkušenosti respondentů s dlouhými čekacími dobami v jiných zdravotnických zařízeních, která nemají smlouvy s pojišťovnami, nebo jejich přesvědčení, že pojišťovny garantují svým pojištěncům včasnou dostupnost péče.

Významná část respondentů očekává od spolupráce s pojišťovnami širší nabídku služeb (30,9 %) a vyšší kvalitu služeb (23,5 %). Tato očekávání mohou souviset s představou, že smlouva s pojišťovnou představuje určitou garanci kvality a že pojišťovny vyžadují od smluvních poskytovatelů širší spektrum služeb. Při implementaci spolupráce s pojišťovnami bude důležité jasně komunikovat, jaké služby budou hrazeny pojišťovnou a jaké zůstanou jako nadstandardní s přímou úhradou, aby nedošlo k nenaplnění těchto očekávání.

Tabulka 10*Postoj k prodloužení čekacích dob*

Postoj	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Akceptoval/a bych to	58	42,6 %
Nepřijal/a bych to	46	33,8 %
Nejsem si jistý/á	32	23,5 %
Celkem	136	100 %

Analýza postojů k potenciálnímu prodloužení čekacích dob v důsledku vyššího počtu klientů ukazuje, že 42,6 % respondentů by bylo ochotno akceptovat delší čekání na termín (viz tabulka 10). Toto zjištění je pozitivní, neboť naznačuje, že významná část klientely chápe, že širší dostupnost služeb může vést k určitým kompromisům v oblasti okamžité dostupnosti. Pro tyto klienty pravděpodobně převažuje benefit nižších osobních nákladů nad nevýhodou delšího čekání na termín.

Na druhou stranu, třetina respondentů (33,8 %) by prodloužení čekacích dob nepřijala, což signalizuje, že pro významnou část naší klientely je rychlá dostupnost péče klíčovým faktorem spokojenosti. Tato skupina pravděpodobně zahrnuje klienty, kteří oceňují exkluzivitu a flexibilitu, kterou jim současný systém přímých plateb poskytuje. Při implementaci spolupráce s pojišťovnami bude nutné najít mechanismy, jak zachovat krátké čekací doby pro klienty, kteří jsou ochotni za tuto výhodu platit (např. formou příplatků za přednostní termíny nebo vyhrazených časů pro samoplátce).

Téměř čtvrtina respondentů (23,5 %) není ohledně této otázky rozhodnuta, což může odrážet jejich nejistotu ohledně toho, jak výrazné by prodloužení čekacích dob mohlo být. Tato skupina by mohla být přesvědčena k akceptaci delších čekacích dob, pokud by byla jasně komunikována maximální délka čekání a byly by nabídnuty alternativy pro urgentní případy. Zároveň je důležité, aby případné prodloužení čekacích dob bylo kompenzováno jinými benefity, jako jsou nižší náklady nebo širší spektrum hrazených služeb.

5.5 Spokojenost se současnými službami

Tabulka 11

Spokojenost se současnými službami

Míra spokojenosti	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Velmi spokojen/a	72	52,9 %
Spíše spokojen/a	48	35,3 %
Neutrální	12	8,8 %
Spíše nespokojen/a	4	2,9 %
Velmi nespokojen/a	0	0 %
Celkem	136	100 %

Výsledky hodnocení spokojenosti s kvalitou služeb jsou mimořádně pozitivní - 88,2 % respondentů je se službami spokojeno, přičemž více než polovina (52,9 %) je velmi spokojena (viz tabulka 11). Tato data potvrzují, že naše praxe poskytuje vysoce kvalitní péči, která odpovídá očekáváním a potřebám klientů. Takto vysoká míra spokojenosti představuje významnou konkurenční výhodu a silný základ, na kterém lze stavět při případných změnách v systému úhrad.

Pouze 2,9 % respondentů vyjádřilo nespokojenost s kvalitou služeb, což je zanedbatelné procento a může odrážet individuální negativní zkušenosti nebo nerealistická očekávání. Pozitivní je, že žádný z respondentů neuvedl, že by byl velmi nespokojen, což naznačuje, že i v případě nespokojenosti nejde o závažné problémy s kvalitou péče.

Neutrální postoj zaujímá 8,8 % respondentů, což může indikovat, že tito klienti mají smíšené zkušenosti nebo že jejich očekávání byla naplněna pouze částečně. Při případné implementaci spolupráce s pojišťovnami bude klíčové udržet současnou vysokou úroveň spokojenosti s kvalitou služeb, neboť jakýkoliv pokles by mohl vést k odlivu stávajících klientů, zejména těch, kteří jsou ochotni platit za nadstandardní péči z vlastních zdrojů.

Tabulka 12*Hodnocení aktuálních čekacích dob*

Hodnocení	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Velmi krátké	14	10,3 %
Krátké	32	23,5 %
Přiměřené	68	50,0 %
Dlouhé	18	13,2 %
Velmi dlouhé	4	2,9 %
Celkem	136	100 %

Polovina respondentů (50 %) hodnotí současné čekací doby jako přiměřené, což naznačuje, že naše praxe dokáže efektivně vyvažovat dostupnost služeb a kapacitní možnosti (viz tabulka 12). Dalších 33,8 % považuje čekací doby za krátké nebo velmi krátké, což je velmi pozitivní zjištění a významná konkurenční výhoda v porovnání s mnoha zdravotnickými zařízeními, kde jsou dlouhé čekací doby běžným problémem.

Pouze 16,1 % respondentů vnímá čekací doby jako dlouhé nebo velmi dlouhé, což může odrážet jejich individuální zkušenosti v období zvýšené poptávky nebo urgentní potřebu péče, kterou nebylo možné okamžitě uspokojit. Tato skupina by mohla být nejvíce ohrožena případným dalším prodloužením čekacích dob v důsledku spolupráce s pojišťovnami a rozšíření klientské základny.

Z těchto dat vyplývá, že současný model fungování umožňuje udržovat čekací doby na úrovni, která je pro většinu klientů akceptovatelná. Při implementaci spolupráce s pojišťovnami bude nutné pečlivě monitorovat vývoj čekacích dob a případně přijmout opatření k jejich optimalizaci, například formou rozšíření kapacity, efektivnějšího plánování nebo zavedení systému prioritizace podle naléhavosti zdravotního stavu. Zároveň je třeba počítat s tím, že určité prodloužení čekacích dob je pravděpodobné a bude nutné to klientům transparentně komunikovat.

5.6 Zkušenosti s pojišťovnami

Tabulka 13

Zkušenosti s využíváním služeb hrazených pojišťovnou

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Ano	104	76,5 %
Ne	32	23,5 %
Celkem	136	100 %

Výrazná většina respondentů (76,5 %) má zkušenosti s využíváním zdravotních služeb hrazených pojišťovnou v jiných oblastech zdravotní péče (viz tabulka 13). Toto zjištění je pozitivní, neboť naznačuje, že většina našich klientů je obeznámena se systémem zdravotního pojištění a chápe jeho principy. Díky tomu by případná implementace spolupráce s pojišťovnami v naší praxi neměla představovat pro klienty zásadní změnu paradigmatu nebo nutnost učit se navigovat v neznámém systému.

Téměř čtvrtina respondentů (23,5 %) uvedla, že nemá zkušenosti s využíváním služeb hrazených pojišťovnou, což je překvapivě vysoké číslo vzhledem k tomu, že zdravotní pojištění je v České republice povinné. Tato skupina může zahrnovat klienty, kteří preferují přímé platby za zdravotní služby, využívají převážně nadstandardní péči nehrazenou z veřejného zdravotního pojištění, nebo jsou zvyklí využívat zdravotní služby minimálně. Pro tyto klienty by bylo vhodné připravit podrobnější informace o tom, jak systém úhrad z veřejného zdravotního pojištění funguje.

Z hlediska implementace spolupráce s pojišťovnami je důležité, že většina klientů má s tímto systémem zkušenosti, což by mělo usnadnit přechod a minimalizovat případné nejasnosti nebo nedorozumění. Zároveň je třeba počítat s tím, že část klientely bude potřebovat podrobnější vysvětlení a podporu při orientaci v novém systému úhrad.

Tabulka 14*Zkušenosti s administrativou spojenou s úhradou*

Hodnocení	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Velmi pozitivní	8	7,7 %
Spíše pozitivní	26	25,0 %
Neutrální	38	36,5 %
Spíše negativní	24	23,1 %
Velmi negativní	8	7,7 %
Celkem	104	100 %

Zkušenosti respondentů s administrativou spojenou s úhradou služeb pojišťovnou jsou poměrně rozmanité (viz tabulka 14). Největší skupina (36,5 %) má neutrální zkušenosti, což může naznačovat, že administrativa spojená s pojišťovnami pro ně nepředstavovala ani výraznou komplikaci, ani významný benefit. Pozitivní zkušenosti uvádí celkem 32,7 % respondentů, zatímco negativní 30,8 %, což představuje téměř vyrovnaný poměr.

Rozložení odpovědí naznačuje, že zkušenosti s administrativou pojišťoven jsou vysoce individuální a mohou záviset na konkrétní pojišťovně, typu zdravotní služby nebo osobních preferencích. Relativně vysoký podíl negativních zkušeností (30,8 %) signalizuje, že administrativa spojená s pojišťovnami může být pro značnou část klientů zatěžující nebo komplikovaná. To představuje potenciální riziko při implementaci spolupráce s pojišťovnami, neboť administrativní náročnost by mohla negativně ovlivnit celkovou spokojenost klientů.

Pro naši praxi z těchto dat vyplývá, že v případě navázání spolupráce s pojišťovnami bude klíčové minimalizovat administrativní zátěž pro klienty a poskytovat jim jasné a srozumitelné informace o tom, co je potřeba z jejich strany zajistit (např. doporučení od lékaře, formuláře pojišťovny). Ideálním řešením by bylo převzetí většiny administrativních úkonů ze strany praxe, aby klienti mohli čerpat výhody úhrady pojišťovnou bez zbytečné byrokracie, která by mohla snížit jejich celkovou spokojenost s našimi službami.

5.7 Další preference

Tabulka 15

Důležitost volby konkrétního fyzioterapeuta

Míra důležitosti	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Velmi důležitá	78	57,4 %
Spíše důležitá	36	26,5 %
Neutrální	16	11,8 %
Spíše nedůležitá	4	2,9 %
Vůbec nedůležitá	2	1,5 %
Celkem	136	100 %

Výsledky jasně ukazují, že pro většinu respondentů (83,9 %) je možnost volby konkrétního fyzioterapeuta důležitá, přičemž pro 57,4 % je dokonce velmi důležitá (viz tabulka 15). Tato data potvrzují význam osobního vztahu mezi klientem a terapeutem a kontinuity péče v oblasti fyzioterapie. Klienti zjevně preferují možnost pracovat s konkrétním terapeutem, kterému důvěřují a který zná jejich zdravotní historii a specifické potřeby.

Pouze 4,4 % respondentů považuje volbu konkrétního fyzioterapeuta za nedůležitou, což je zanedbatelné procento a naznačuje, že téměř všichni klienti přikládají osobě terapeuta značný význam. Toto zjištění je klíčové pro případnou implementaci spolupráce s pojišťovnami, neboť některé pojišťovny mohou mít tendenci omezovat možnost volby poskytovatele péče nebo konkrétního odborníka.

Neutrální postoj zaujímá 11,8 % respondentů, což může odrážet jejich flexibilitu nebo skutečnost, že nemají s konkrétním terapeutem dostatečně dlouhou zkušenost. Pro naši praxi z těchto dat jednoznačně vyplývá, že při případném navázání spolupráce s pojišťovnami bude naprosto klíčové vyjednat podmínky, které umožní klientům zachovat možnost volby konkrétního fyzioterapeuta. Jakékoliv omezení v této oblasti by mohlo vést k výraznému snížení spokojenosti klientů a potenciálně i k jejich odlivu ke konkurenci, která tuto možnost nabízí.

Tabulka 16*Role moderního vybavení při výběru praxe*

Míra důležitosti	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Velmi důležitou	52	38,2 %
Spíše důležitou	58	42,6 %
Neutrální	18	13,2 %
Spíše nedůležitou	6	4,4 %
Vůbec nedůležitou	2	1,5 %
Celkem	136	100 %

Pro výraznou většinu respondentů (80,8 %) hraje dostupnost moderního vybavení a technologií důležitou roli při výběru fyzioterapeutické praxe, přičemž 38,2 % ji považuje za velmi důležitou (viz tabulka 16). Tato data potvrzují, že klienti vnímají technologické vybavení jako indikátor kvality a profesionality praxe a očekávají přístup k moderním terapeutickým metodám a diagnostickým nástrojům.

Pouze 5,9 % respondentů považuje moderní vybavení za nedůležité, což naznačuje, že jen velmi malá část klientely se orientuje výhradně na osobnost terapeuta a jeho manuální dovednosti bez ohledu na technologické zázemí praxe. Toto zjištění je důležité zejména v kontextu potenciální spolupráce s pojišťovnami, neboť úhrady od pojišťoven často nepokrývají náklady na nejmodernější vybavení a technologie.

Neutrální postoj zaujímá 13,2 % respondentů, což může odrážet jejich neznalost významu různých technologií ve fyzioterapii nebo prioritizaci jiných aspektů péče. Pro naši praxi z těchto dat vyplývá, že investice do moderního vybavení jsou důležitým faktorem pro udržení konkurenceschopnosti a spokojenosti klientů. Při případném navázání spolupráce s pojišťovnami bude nutné pečlivě zvážit, jak zajistit financování pro udržení a další rozvoj technologického vybavení, například formou kombinovaného modelu úhrad, kde by část nadstandardních procedur využívajících moderní technologie zůstala hrazena přímými platbami klientů.

5.8 Závěrečné otázky

Tabulka 17

Ochota doporučit praxi známým

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Ano	112	82,4 %
Ne	6	4,4 %
Nejsem si jistý/á	18	13,2 %
Celkem	136	100 %

Výsledky ukazují mimořádně vysokou míru loajality klientů - 82,4 % respondentů by bylo ochotno doporučit naši fyzioterapeutickou praxi svým známým (viz tabulka 17). Toto zjištění je velmi pozitivní a naznačuje, že naše služby nejen splňují, ale pravděpodobně i překonávají očekávání většiny klientů. Vysoká míra ochoty k doporučení je jedním z nejcennějších marketingových nástrojů, neboť osobní doporučení je považováno za nejdůvěryhodnější formu propagace.

Pouze 4,4 % respondentů by naši praxi nedoporučilo, což je zanedbatelné procento a může odrážet individuální negativní zkušenosti nebo nesoulad mezi očekávaními a realitou u malé části klientely. Tato skupina by měla být předmětem další analýzy, aby bylo možné identifikovat konkrétní důvody nespokojenosti a adresovat je.

Nejistotu ohledně doporučení vyjádřilo 13,2 % respondentů, což může naznačovat, že tito klienti mají smíšené zkušenosti nebo že jejich zkušenost s naší praxí je příliš krátká na to, aby mohli učinit jednoznačný závěr. Pro naši praxi z těchto dat vyplývá, že máme velmi silnou pozici z hlediska reputace a spokojenosti klientů, což představuje solidní základ pro případné změny v systému úhrad. Při implementaci spolupráce s pojišťovnami bude klíčové udržet současnou vysokou úroveň služeb a spokojenosti klientů, aby nedošlo k narušení pozitivního word-of-mouth marketingu, který je pro naši praxi zjevně velmi významným zdrojem nových klientů.

Jaké další služby nebo zlepšení byste v naší praxi uvítali?

Tato otevřená otázka přinesla řadu cenných podnětů od respondentů. Nejčastěji zmiňovanými návrhy byly:

1. Rozšíření provozní doby do večerních hodin a o víkendech (zmíněno 28 respondenty)

2. Zavedení online rezervačního systému s možností změny termínu (zmíněno 24 respondenty)
3. Rozšíření nabídky o skupinová cvičení a preventivní programy (zmíněno 19 respondenty)
4. Možnost domácích návštěv pro klienty s omezenou mobilitou (zmíněno 15 respondenty)
5. Integrace dalších služeb jako je nutriční poradenství nebo psychoterapie (zmíněno 12 respondenty)

Rozšíření provozní doby a implementace online rezervačního systému jsou relativně snadno realizovatelné změny, které by mohly výrazně zvýšit spokojenost klientů a efektivitu provozu. Zavedení skupinových cvičení by mohlo představovat zajímavou příležitost pro diverzifikaci příjmů, zejména v kontextu případné spolupráce s pojišťovnami, neboť skupinové aktivity jsou často lépe hrazeny v přepočtu na čas terapeuta než individuální terapie.

Několik respondentů (9) také zmínilo, že by uvítali možnost úhrady služeb zdravotní pojišťovnou, což potvrzuje relevanci našeho záměru navázat spoluprací s pojišťovnami. Zároveň několik klientů (7) výslovně uvedlo, že jsou spokojeni se současným stavem a nepotřebují žádná zlepšení, což je další potvrzení vysoké úrovně našich služeb.

Pro naši praxi z těchto dat vyplývá, že existuje řada oblastí, ve kterých můžeme dále zlepšovat naše služby nezávisle na rozhodnutí o spolupráci s pojišťovnami. Implementace některých z navrhovaných zlepšení by mohla zvýšit konkurenceschopnost praxe a připravit ji na případné změny v systému úhrad tím, že posílí loajalitu stávajících klientů a rozšíří portfolio nabízených služeb.

5.9 Význam spolupráce s pojišťovnami

Navázání spolupráce se zdravotními pojišťovnami by mohlo zásadně změnit fungování privátní fyzioterapeutické praxe. Na základě provedené analýzy a výsledků dotazníkového šetření lze identifikovat několik klíčových oblastí, ve kterých by spolupráce s pojišťovnami mohla přinést významné přínosy, ale i určitá rizika.

Rozšíření klientské základny

Aktuálně se praxe potýká s limitovanou klientskou základnou, která je tvořena převážně klienty z vyšší příjmové skupiny. Konkrétně 48,5 % stávajících klientů má nadprůměrné příjmy nad 40 000 Kč měsíčně, zatímco pouze 16,2 % klientů spadá do nejnižší příjmové kategorie pod 20 000 Kč. Výsledky dotazníku jasně ukazují, že více než dvě třetiny respondentů (67,6 %) by využívaly fyzioterapeutické služby častěji, pokud by byly hrazeny pojišťovnou. To naznačuje

značný potenciál pro rozšíření klientely, zejména o osoby s nižšími a středními příjmy, pro které představují přímé platby za fyzioterapii významnou finanční zátěž.

Z analýzy věkové struktury klientů vyplývá, že nejpočetnější skupiny tvoří klienti ve věku 26-35 let (30,9 %) a 36-45 let (27,9 %), zatímco senioři nad 56 let představují pouze 10,3 % klientely. Právě tato věková skupina by mohla výrazně rozšířit klientskou základnu při navázání spolupráce s pojišťovnami, neboť senioři často trpí chronickými muskuloskeletálními obtížemi, ale zároveň jsou citlivější na přímé platby za zdravotní služby. Dotazníkové šetření ukázalo, že 72,1 % respondentů očekává od praxe spolupracující s pojišťovnami především nižší osobní náklady, což potvrzuje, že finanční aspekt je pro většinu klientů klíčovým faktorem při rozhodování o využívání fyzioterapeutických služeb.

Stabilizace příjmů

Spolupráce s pojišťovnami by mohla přinést stabilnější přísun klientů, zejména v obdobích sezónních výkyvů, které nyní negativně ovlivňují příjmy praxe. Z finanční analýzy vyplývá, že během letních prázdnin a vánočních svátků klesá počet klientů až o 40 %, což způsobuje značné kolísání měsíčních příjmů. Konkrétně v červenci 2024 poklesl počet klientů z průměrných 85 na pouhých 52, což vedlo k propadu měsíčních příjmů o 26 400 Kč oproti průměru.

Při analýze frekvence návštěv bylo zjištěno, že téměř polovina respondentů (45,6 %) navštěvuje praxi méně než jednou měsíčně, což naznačuje, že většina klientů vyhledává fyzioterapii spíše nárazově. Pouze 26,5 % klientů navštěvuje praxi dvakrát nebo vícekrát měsíčně. Spolupráce s pojišťovnami by mohla zvýšit frekvenci návštěv, neboť finanční bariéra by byla částečně odstraněna. Tento předpoklad potvrzují i výsledky dotazníku, kde 67,6 % respondentů uvedlo, že by služby využívali častěji při úhradě pojišťovnou.

Z rozhovorů s majiteli fyzioterapeutických praxí, kteří již s pojišťovnami spolupracují, vyplynulo, že klienti pojišťoven typicky absolvují ucelené série terapií (8-10 návštěv) na základě doporučení lékaře, což vede k vyšší stabilitě příjmů a lepší předvídatelnosti vytížení kapacit. Tato stabilizace by umožnila efektivnější plánování lidských zdrojů a mohla by přispět k dlouhodobé ekonomické udržitelnosti praxe.

Posílení konkurenční pozice

Zároveň by spolupráce s pojišťovnami mohla posílit pozici praxe na místním trhu, kde většina konkurenčních zařízení již s pojišťovnami spolupracuje. Z analýzy konkurenčního prostředí v okruhu 5 km vyplývá, že 8 z 10 fyzioterapeutických praxí má smlouvu s VZP, zatímco smlouvy s menšími pojišťovnami uzavřelo pouze 4-6 praxí v závislosti na konkrétní pojišťovně. Nejméně smluvních zařízení má v regionu Vojenská zdravotní pojišťovna (4 zařízení) a Zdravotní

pojišťovna ministerstva vnitra (5 zařízení), což představuje potenciální příležitost pro navázání spolupráce právě s těmito pojišťovnami.

Absence smluv s pojišťovnami staví v současnosti praxi do nevýhodné pozice vůči konkurenci, zejména při získávání nových klientů, pro které je úhrada pojišťovnou důležitým faktorem při výběru poskytovatele péče. Dotazníkové šetření ukázalo, že pro 73,5 % respondentů je úhrada pojišťovnou důležitým faktorem při výběru fyzioterapeutických služeb, přičemž 42,6 % ji považuje za velmi důležitou. Pouze 10,3 % respondentů uvedlo, že úhrada pojišťovnou je pro ně nedůležitá.

Z analýzy typů využívaných služeb vyplývá, že nejčastějším důvodem návštěvy praxe je rehabilitace po úrazu (57,4 % respondentů), což je typ péče běžně indikovaný k úhradě ze zdravotního pojištění. Absence smluv s pojišťovnami tak pravděpodobně vede ke ztrátě významné části potenciálních klientů, kteří vyhledávají pourazovou rehabilitaci hrazenou pojišťovnou.

Reakce na demografické trendy

Důležitým faktorem je také rostoucí poptávka po fyzioterapeutických službách v důsledku stárnutí populace a zvyšujícího se zájmu o aktivní životní styl. Podle demografických projekcí Českého statistického úřadu se podíl osob starších 65 let v populaci zvýší z aktuálních 20,2 % na 28,6 % v roce 2050. V regionu, kde praxe působí, je tento trend ještě výraznější – podíl seniorů se má zvýšit z 22,1 % na 31,4 % ve stejném období.

Zároveň roste zájem o fyzioterapii mezi mladšími věkovými skupinami, zejména v souvislosti s prevencí a rehabilitací sportovních zranění. Z dotazníkového šetření vyplývá, že 47,1 % klientů vyhledává fyzioterapii preventivně, což je pozitivní zjištění, ale zároveň představuje skupinu, jejíž péče bývá pojišťovnami limitována nebo zcela nehrazena. Při případné spolupráci s pojišťovnami bude důležité vyjednat podmínky, které umožní pokrýt i preventivní péči, nebo zachovat část kapacity pro samoplátce se zájmem o preventivní služby.

Ekonomické aspekty spolupráce

Z ekonomického hlediska představuje spolupráce s pojišťovnami určitou výzvu. Úhrady od pojišťoven jsou výrazně nižší než současné ceny pro samoplátce. Konkrétně za standardní 30minutovou terapii činí úhrada od VZP 241 Kč, zatímco současná cena pro samoplátce je 800 Kč. U ostatních pojišťoven se úhrady pohybují mezi 230-260 Kč za stejný výkon. Při zachování současného počtu klientů by tedy přechod na čistě pojišťovenský model vedl k poklesu příjmů o 69,9 %.

Finanční analýza však ukazuje, že při vhodně zvoleném kombinovaném modelu, kdy 60 % kapacity zůstane vyhrazeno pro samoplátce a 40 % bude otevřeno pro klienty pojišťoven, by mohlo dojít k celkovému navýšení obrátu o 12,4 % při poklesu průměrné marže z 68 % na 59 %. Tento model by umožnil využít výhody obou přístupů – stabilnější příjmy od pojišťoven a vyšší marži od samoplátců.

Analýza cash-flow odhalila potřebu finanční rezervy pro překlenutí dvouměsíčního zpoždění plateb od pojišťoven. Při průměrné měsíční fakturaci 45 000 Kč by bylo nutné disponovat rezervou minimálně 90 000 Kč pro zajištění plynulého provozu v přechodovém období. Tato rezerva by měla být vytvořena před zahájením spolupráce s pojišťovnami, aby nedošlo k narušení likvidity praxe.

6 DISKUSE

Tato kapitola porovnává výsledky provedeného výzkumu s poznatky z odborné literatury a zkušenostmi jiných poskytovatelů fyzioterapeutických služeb. Cílem je zasadit zjištěná data do širšího kontextu a identifikovat, v čem se shodují či rozcházejí s dosavadními poznatky v této oblasti.

Rozšíření klientské základny a změna její struktury

Zjištění, že 67,6 % respondentů by využívalo fyzioterapeutické služby častěji, pokud by byly hrazeny pojišťovnou, koresponduje s výzkumem Svobodové (2021), která identifikovala finanční dostupnost jako klíčový faktor ovlivňující frekvenci využívání fyzioterapeutických služeb. Svobodová ve své studii uvádí, že až 70 % potenciálních klientů nevyužívá fyzioterapeutické služby v optimální míře právě z finančních důvodů, což potvrzuje předpoklad o existenci významné skupiny potenciálních klientů, kteří by služby využívali při jejich úhradě pojišťovnou.

Podobně Novák (2022) ve své analýze 15 fyzioterapeutických praxí, které přešly z modelu přímých plateb na smluvní vztahy s pojišťovnami, prokázal průměrný nárůst počtu klientů o 35 % v prvním roce po této změně. Tento údaj je v souladu s projekcemi, které předpokládají navýšení počtu klientů o 30-50 % v závislosti na zvoleném modelu spolupráce s pojišťovnami.

Na druhou stranu, Procházka (2023) ve své analýze argumentuje, že kvalita služeb a odbornost terapeuta jsou pro klienty důležitější než způsob úhrady, což částečně vysvětluje, proč 13,2 % respondentů uvedlo, že úhrada pojišťovnou by nezvýšila frekvenci jejich návštěv. Procházka zdůrazňuje, že zejména klienti s vyššími příjmy a chronickými obtížemi preferují kontinuitu péče a kvalitu služeb nad finanční úsporou, což je třeba zohlednit při nastavování kombinovaného modelu úhrad.

Výzkum ukázal, že 48,5 % stávajících klientů má nadprůměrné příjmy nad 40 000 Kč měsíčně, což potvrzuje pozorování Nováka, že nestátní fyzioterapeutické praxe bez smluv s pojišťovnami přitahují primárně klienty z vyšších příjmových skupin. Zajímavým zjištěním však je, že 16,2 % klientů má příjem nižší než 20 000 Kč, což naznačuje, že i lidé s nižšími příjmy jsou ochotni investovat do svého zdraví formou přímých plateb za fyzioterapii, pokud vnímají kvalitu služeb jako dostatečně vysokou.

Spokojenost klientů a kvalita péče

Zjištění o vysoké míře spokojenosti stávajících klientů (88,2 %) a důležitosti volby konkrétního fyzioterapeuta (83,9 % respondentů) jsou v souladu s výzkumem Dvořáka (2020), který zdůrazňuje význam osobního vztahu mezi terapeutem a klientem pro úspěšnost léčby.

Dvořák na základě analýzy 120 případových studií prokázal, že kontinuita péče poskytovaná stejným terapeutem zvyšuje efektivitu léčby o 25-30 % oproti situacím, kdy klient mění terapeuta.

Zároveň však Malá (2022) upozorňuje, že systém úhrad ze zdravotního pojištění často omezuje možnost volby poskytovatele péče, což může vést k nespokojenosti klientů. Její výzkum ukazuje, že až 40 % klientů využívajících fyzioterapii hrazenou z veřejného zdravotního pojištění není spokojeno s omezeními, která tento systém přináší, zejména v oblasti volby terapeuta a délky terapeutického sezení. Toto zjištění podtrhuje důležitost záměru zachovat možnost volby konkrétního terapeuta i při případné spolupráci s pojišťovnami.

Dotazníkové šetření odhalilo, že pro 57,4 % respondentů je možnost volby konkrétního fyzioterapeuta velmi důležitá a pro dalších 26,5 % spíše důležitá. Tato data jsou výrazně vyšší než průměrné hodnoty zjištěné Malou (2022) v zařízeních spolupracujících s pojišťovnami, kde důležitost volby terapeuta zdůrazňovalo pouze 62 % respondentů. Tento rozdíl může být způsoben vyšším očekáváním klientů privátní praxe, kteří jsou zvyklí na individuální přístup a personalizovanou péči.

Ekonomické aspekty spolupráce s pojišťovnami

Z hlediska ekonomické udržitelnosti analýza ukázala, že čistě pojišťovenský model by vyžadoval navýšení počtu klientů o 189 %, což je v praxi obtížně realizovatelné. Tento závěr je v souladu s ekonomickou analýzou Horáka (2021), který považuje hybridní model kombinující platby od pojišťoven a přímé platby od klientů za nejudržitelnější pro malé a střední fyzioterapeutické praxe. Horák uvádí, že optimální poměr klientů pojišťoven a samoplátců se pohybuje mezi 60:40 a 70:30, což odpovídá doporučenému modelu.

Tento závěr podporuje i Černá (2023), která na základě případových studií 8 fyzioterapeutických praxí identifikovala kombinovaný model jako optimální strategii. Podle jejích zjištění praxe využívající kombinovaný model dosahují v průměru o 15 % vyšší rentability než praxe zaměřené výhradně na klienty pojišťoven nebo výhradně na samoplátce. Černá zdůrazňuje, že klíčem k úspěchu je správné nastavení portfolia služeb, kdy základní fyzioterapeutické výkony jsou hrazeny pojišťovnou, zatímco specializované a nadstandardní služby zůstávají hrazeny přímými platbami klientů.

Finanční analýza provedená v rámci výzkumu ukázala, že při současné ceně 800 Kč za standardní terapii pro samoplátce a úhradě 241 Kč od VZP za stejný výkon by přechod na čistě pojišťovenský model vedl k poklesu příjmů o 69,9 %. Naproti tomu kombinovaný model s poměrem 60 % samoplátců a 40 % klientů pojišťoven by mohl přinést navýšení obrátu o 12,4 % při poklesu průměrné marže z 68 % na 59 %. Tyto výpočty jsou založeny na předpokladu navýšení

celkového počtu klientů o 35 %, což odpovídá průměrným hodnotám zjištěným Novákem (2022).

Administrativní zátěž a provozní aspekty

Zjištění ohledně administrativní zátěže spojené s vykazováním péče pojišťovnám (8-10 hodin měsíčně při stovce klientů) jsou nižší než odhady Kučery (2022), který uvádí průměrnou časovou náročnost 15-20 hodin měsíčně. Tento rozdíl může být způsoben různou metodikou měření nebo odlišnostmi ve velikosti a organizační struktuře zkoumaných praxí. Kučera však zároveň zdůrazňuje, že investice do kvalitního softwaru pro komunikaci s pojišťovnami může tuto zátěž snížit až o 40 %, což podporuje doporučení investovat do specializovaného softwaru.

V oblasti cash-flow analýza odhalila potřebu finanční rezervy pro překlenutí dvouměsíčního zpoždění plateb od pojišťoven, což potvrzuje i Vránová (2021), která identifikovala nedostatečnou likviditu jako jeden z hlavních důvodů neúspěchu praxí přecházejících na smluvní vztahy s pojišťovnami. Vránová doporučuje vytvořit finanční rezervu ve výši minimálně dvouměsíčních provozních nákladů, což je v souladu se závěry této práce.

Z rozhovorů s majiteli fyzioterapeutických praxí, kteří již s pojišťovnami spolupracují, vyplynulo, že nejvíce času zabírá kontrola správnosti vykázaných kódů a řešení případných reklamací ze strany pojišťoven. Jeden z respondentů uvedl, že "v prvních třech měsících po zahájení spolupráce s VZP bylo zamítnuto až 15 % vykázaných výkonů kvůli formálním nedostatkům, což vedlo k výpadku příjmů ve výši 18 000 Kč". Toto zjištění podtrhuje důležitost důkladného proškolení personálu v oblasti vykazování péče pojišťovnám ještě před zahájením spolupráce.

Zkušenosti s administrativou pojišťoven

Zjištění o rozmanitých zkušenostech klientů s administrativou spojenou s úhradou služeb pojišťovnou (32,7 % pozitivních, 36,5 % neutrálních a 30,8 % negativních) odpovídají výzkumu Koláře (2020), který analyzoval spokojenost pacientů s administrativními procesy ve zdravotnictví. Kolář zjistil, že spokojenost s administrativou je silně ovlivněna konkrétní pojišťovnou, přičemž klienti menších pojišťoven vykazují v průměru o 15 % vyšší spokojenost než klienti VZP. Tento poznatek je relevantní pro doporučení začít spoluprací s menšími pojišťovnami, které mají v regionu významné zastoupení.

Z pohledu autorky práce a jejích zkušeností z praxe lze potvrdit, že administrativa spojená s vykazováním péče pojišťovnám představuje významnou zátěž, která však může být efektivně řízena při správném nastavení procesů a využití moderních technologií. Klíčové je minimalizovat

administrativní zátěž pro klienty a převzít většinu administrativních úkonů na stranu poskytovatele, což může být významným faktorem spokojenosti klientů a konkurenční výhodou.

Vliv na čekací doby a dostupnost péče

Výzkum ukázal, že 42,6 % respondentů by akceptovalo prodloužení čekacích dob v důsledku vyššího počtu klientů, zatímco 33,8 % by tuto změnu nepřijalo. Tato zjištění jsou v rozporu s výzkumem Urbana (2021), který uvádí, že až 65 % klientů fyzioterapeutických služeb považuje krátké čekací doby za klíčový faktor při výběru poskytovatele. Urban však zkoumal především klienty z vyšších příjmových skupin, což může vysvětlovat rozdíl v toleranci k delším čekacím dobám.

V současnosti 83,8 % respondentů hodnotí čekací doby v praxi jako přiměřené, krátké nebo velmi krátké, což představuje významnou konkurenční výhodu. Pouze 16,1 % vnímá čekací doby jako dlouhé nebo velmi dlouhé. Při navázání spolupráce s pojišťovnami by bylo nutné pečlivě monitorovat vývoj čekacích dob a případně přijmout opatření k jejich optimalizaci, například formou rozšíření kapacity nebo efektivnějšího plánování.

Z rozhovorů s majiteli praxí spolupracujících s pojišťovnami vyplynulo, že průměrná čekací doba na první termín se po navázání spolupráce prodloužila z 5 na 12 dnů, což představuje nárůst o 140 %. Jeden z respondentů uvedl, že "zavedli jsme systém akutních slotů, kdy každý den držíme 2 termíny pro urgentní případy, což nám umožňuje flexibilně reagovat na potřeby klientů s akutními obtížemi". Tento přístup by mohl být implementován i v případě navázání spolupráce s pojišťovnami, aby nedošlo k výraznému zhoršení dostupnosti péče pro stávající klienty.

Preference a očekávání klientů

Analýza očekávání klientů od praxe spolupracujících s pojišťovnami odhalila, že kromě nižších osobních nákladů (72,1 % respondentů) klienti očekávají také kratší čekací doby (35,3 %), širší nabídku služeb (30,9 %) a vyšší kvalitu služeb (23,5 %). Tato očekávání jsou v některých případech v rozporu s realitou fungování praxí spolupracujících s pojišťovnami, jak upozorňuje Kovářová (2022). Její výzkum ukazuje, že praxe spolupracujících s pojišťovnami mají v průměru o 45 % delší čekací doby než praxe fungující na bázi přímých plateb, což je v přímém rozporu s očekávaními 35,3 % respondentů.

Zajímavým zjištěním je, že 30,9 % respondentů očekává od praxe spolupracujících s pojišťovnami širší nabídku služeb. Toto očekávání může být obtížné naplnit, neboť pojišťovny hradí pouze omezené spektrum výkonů a často limitují počet procedur na jednu návštěvu. Kovářová uvádí, že praxe spolupracujících s pojišťovnami nabízejí v průměru o 22 % méně typů

terapeutických postupů než praxe fungující na bázi přímých plateb, což je opět v rozporu s očekáváními významné části respondentů.

Výzkum také odhalil, že pro 80,8 % respondentů hraje dostupnost moderního vybavení a technologií důležitou roli při výběru fyzioterapeutické praxe. Toto zjištění je v souladu s výzkumem Nováka (2022), který identifikoval technologické vybavení jako jeden z klíčových faktorů konkurenceschopnosti fyzioterapeutických praxí. Novák však zároveň upozorňuje, že úhrady od pojišťoven často nepokrývají náklady na nejmodernější vybavení a technologie, což může vést k omezení investic do této oblasti při přechodu na pojišťovenský model.

Vliv na strukturu poskytovaných služeb

Analýza typů využívaných služeb ukázala, že nejčastějším důvodem návštěvy praxe je rehabilitace po úrazu (57,4 % respondentů), následovaná prevencí a udržením zdraví (47,1 %) a specifickými terapiemi (38,2 %). Toto rozložení se výrazně liší od struktury služeb poskytovaných v zařízeních spolupracujících s pojišťovnami, jak uvádí Malý (2023). Podle jeho výzkumu tvoří rehabilitace po úrazu až 75 % všech výkonů v zařízeních spolupracujících s pojišťovnami, zatímco preventivní péče pouze 15 %.

Tento rozdíl naznačuje, že navázání spolupráce s pojišťovnami by mohlo vést k výraznému posunu ve struktuře poskytovaných služeb směrem k poúrazové rehabilitaci na úkor preventivní péče. Tento trend potvrzuje i Černá (2023), která pozorovala pokles podílu preventivních služeb o 18-25 % v prvním roce po navázání spolupráce s pojišťovnami u zkoumaných praxí. Vzhledem k tomu, že 47,1 % stávajících klientů vyhledává fyzioterapii preventivně, by tato změna mohla vést k nespokojenosti významné části klientely.

Z rozhovorů s majiteli praxí vyplynulo, že jedním z řešení tohoto problému je vytvoření speciálních preventivních programů, které nejsou hrazeny pojišťovnou, ale jsou nabízeny za zvýhodněnou cenu stávajícím klientům. Jeden z respondentů uvedl, že "zavedli jsme systém věrnostních karet, které opravňují držitele k 20 % slevě na preventivní služby nehrazené pojišťovnou, což nám pomohlo udržet 85 % stávajících klientů využívajících preventivní péči".

Omezení výzkumu a doporučení pro další studie

Je třeba zmínit několik omezení tohoto výzkumu. Dotazníkové šetření bylo provedeno na vzorku 136 respondentů, což může limitovat generalizovatelnost výsledků. Zároveň respondenti byli převážně z řad stávajících klientů, což mohlo vést k určitému zkreslení, neboť nezachycuje v plné míře názory potenciálních klientů, kteří v současnosti služby nevyužívají právě z důvodu absence smluv s pojišťovnami.

Pro další výzkum by bylo přínosné realizovat detailnější analýzu potenciálních klientů, kteří v současnosti nevyužívají služby dané praxe, a zjistit jejich preference a očekávání. Zároveň by bylo vhodné provést longitudinální studii sledující změny ve struktuře klientely a ekonomických ukazatelích praxí, které přešly z modelu přímých plateb na smluvní vztahy s pojišťovnami, což by poskytlo přesnější data pro predikci dopadů této změny.

Významným omezením je také absence detailní analýzy regionálních rozdílů v úhradách jednotlivých pojišťoven a jejich smluvních podmínkách. Jak upozorňuje Kučera (2022), úhrady za stejné výkony se mohou lišit až o 15 % v závislosti na regionu a konkrétní pojišťovně. Pro přesnější ekonomickou analýzu by bylo vhodné získat aktuální úhradové dodatky od všech relevantních pojišťoven působících v daném regionu.

Dalším omezením je relativně krátký časový horizont výzkumu, který nezachycuje dlouhodobé trendy a sezónní výkyvy v poptávce po fyzioterapeutických službách. Pro komplexnější analýzu by bylo vhodné sledovat vývoj poptávky a ekonomických ukazatelů v průběhu celého roku a ideálně i v delším časovém horizontu.

Optimálním modelem pro naši praxi je kombinovaný model úhrad, kdy 60 % kapacity zůstane vyhrazeno pro samoplátce a 40 % bude otevřeno pro klienty pojišťoven. Finanční analýza ukázala, že tento model umožní navýšení celkového obrátu o 12,4 % při poklesu průměrné marže z 68 % na 59 %. Při současné ceně 800 Kč za standardní terapii pro samoplátce a úhradě 241 Kč od VZP za stejný výkon by přechod na čistě pojišťovenský model vedl k poklesu příjmů o 69,9 %, což je ekonomicky neudržitelné. Kombinovaný model naopak umožní využít výhody obou přístupů – stabilnější příjmy od pojišťoven a vyšší marži od samoplátců.

Pro implementaci tohoto modelu doporučuji následující konkrétní kroky:

1. V první fázi navázat spolupráci s menšími pojišťovnami, které mají v regionu významné zastoupení, ale méně smluvních poskytovatelů (Vojenská zdravotní pojišťovna a Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra). Z analýzy konkurenčního prostředí v okruhu 5 km vyplývá, že nejméně smluvních zařízení má v regionu právě Vojenská zdravotní pojišťovna (4 zařízení) a Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra (5 zařízení). Až po získání zkušeností s těmito pojišťovnami zvážit rozšíření spolupráce o VZP.
2. Před zahájením spolupráce s pojišťovnami vytvořit finanční rezervu ve výši minimálně 90 000 Kč pro překlenutí dvouměsíčního zpoždění plateb od pojišťoven. Analýza cash-flow ukázala, že při průměrné měsíční fakturaci 45 000 Kč by bylo nutné disponovat touto rezervou pro zajištění plynulého provozu v přechodovém období.
3. Investovat do specializovaného softwaru pro vykazování péče pojišťovnám. Z rozhovorů s majiteli praxí vyplynulo, že investice do kvalitního softwaru může snížit administrativní

zátěž až o 40 %, což při odhadované časové náročnosti 8-10 hodin měsíčně představuje významnou úsporu.

4. Při vyjednávání smluvních podmínek s pojišťovnami trvat na zachování možnosti volby konkrétního fyzioterapeuta. Anketa ukázala, že pro 83,9 % klientů je tato možnost důležitá, přičemž pro 57,4 % je dokonce velmi důležitá.
5. Zavést systém akutních slotů, kdy každý den budou vyhrazeny 2 termíny pro urgentní případy. Toto opatření umožní flexibilně reagovat na potřeby klientů s akutními obtížemi i při případném prodloužení běžných čekacích dob, které by mohlo nastat v důsledku vyššího počtu klientů.
6. V reakci na podněty klientů z ankety rozšířit provozní dobu do večerních hodin (minimálně 2x týdně do 20:00) a zvážit provoz v sobotu dopoledne. Tento krok by zvýšil dostupnost služeb pro pracující klienty a byl by v souladu s očekáváními 28 respondentů, kteří toto zlepšení explicitně navrhli.
7. Implementovat online rezervační systém s možností změny termínu, což by zvýšilo komfort klientů a zároveň snížilo administrativní zátěž recepce. Tento návrh uvedlo 24 respondentů v anketě.
8. Pro udržení stávajících klientů, kteří vyhledávají preventivní péči (47,1 %), vytvořit speciální preventivní programy, které by mohly být nabízeny za zvýhodněnou cenu. Toto opatření je důležité zejména proto, že preventivní péče bývá pojišťovnami limitována nebo zcela nehrazena.
9. Po implementaci spolupráce s pojišťovnami pravidelně sledovat klíčové ukazatele (struktura klientely, čekací doby, ekonomické ukazatele) a flexibilně reagovat na případné negativní trendy.

7 ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda navázání smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami může být pro privátní fyzioterapeutickou praxi přínosné z hlediska struktury a počtu klientů, a to i přes zvýšené administrativní a provozní nároky. Na základě kombinace kvantitativního šetření mezi klienty a kvalitativních rozhovorů s poskytovateli péče lze konstatovat, že hlavní cíl práce byl naplněn. Byly identifikovány konkrétní faktory, které spolupráci s pojišťovnami ovlivňují, včetně změn v klientské struktuře, ekonomických dopadů a očekávání klientů i terapeutů.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že až 67,6 % respondentů by navštěvovalo fyzioterapeutickou praxi častěji, pokud by byla péče hrazena pojišťovnou. Tento trend byl nejvýraznější u seniorů a osob s nižšími příjmy, což potvrzuje předpoklad, že smluvní spolupráce zvyšuje dostupnost péče pro širší spektrum klientů. Současně však bylo potvrzeno, že úhrada služeb není jediným rozhodujícím kritériem – klienti vysoce oceňují možnost výběru konkrétního fyzioterapeuta a individualizovaný přístup, což je klíčové zejména pro samoplátce z vyšších příjmových skupin.

Z ekonomického hlediska se jako nejvýhodnější ukázal kombinovaný model úhrad, který propojuje výhody obou systémů. Čistě pojišťovenský model by vedl k poklesu příjmů o téměř 70 %, zatímco kombinace 60 % samoplátců a 40 % klientů pojišťoven umožňuje navýšení obrátu o 12,4 % při udržení přiměřené marže a rozšíření klientely.

Výzkumná otázka, zda lze očekávat, že změna obchodního modelu založená na navázání smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami se pozitivně projeví ve struktuře a počtu klientů i přes zvýšenou administrativní zátěž, byla zodpovězena kladně. Výsledky ukazují, že při správném nastavení procesů, technologické podpoře a udržení kvality péče může být spolupráce s pojišťovnami pro praxi přínosem.

Byly formulovány konkrétní doporučení pro praxi, která zahrnují postupné navázání spolupráce s menšími pojišťovnami, vytvoření finanční rezervy, investice do softwarových řešení, úpravu provozní doby či zavedení preventivních programů. Tato opatření by měla napomoci minimalizovat rizika a maximalizovat přínosy zavedení kombinovaného modelu úhrad.

Lze konstatovat, že práce přinesla prakticky využitelné poznatky pro rozhodování provozovatelů fyzioterapeutických praxí a že navržený model představuje realistickou a ekonomicky udržitelnou cestu k rozvoji služeb ve stále se měnícím systému zdravotní péče.

8 SOUHRN

Diplomová práce se zabývá analýzou možných dopadů navázání smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami na počet a strukturu klientů v privátní fyzioterapeutické praxi a souvisejícími provozními a ekonomickými aspekty.

Teoretická část diplomové práce popisuje systém veřejného zdravotního pojištění v České republice. Shrnuje historický vývoj zdravotního pojištění, představuje jednotlivé zdravotní pojišťovny v ČR a jejich specifika, a podrobně rozebírá právní rámec, který upravuje fungování systému, včetně klíčových zákonů a vyhlášek. Dále se věnuje procesu a podmínkám uzavírání smluv mezi fyzioterapeuty a zdravotními pojišťovnami. Závěr teoretické části se věnuje systému privátní fyzioterapeutické praxe, porovnání smluvního a nesmluvního modelu, jejich úhradovým mechanismům a souvisejícím výhodám a omezením.

Praktická část hodnotí dopady navázání smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami na fungování privátní fyzioterapeutické praxe. Pro sběr dat je zvolena kombinace kvantitativního dotazníkového šetření mezi klienty a kvalitativních rozhovorů s majiteli fyzioterapeutických zařízení. Výzkum se zaměřuje na změny ve struktuře klientely, ekonomické dopady, administrativní náročnost a očekávání klientů. Získané výsledky ukazují, že spolupráce s pojišťovnami může přispět k rozšíření klientské základny a stabilizaci příjmů, ovšem za cenu zvýšené administrativní zátěže a nutnosti zachovat individuální přístup a kvalitu péče. Na základě těchto zjištění je jako optimální strategie pro udržitelný rozvoj praxe navržen kombinovaný model úhrad.

V závěru diplomové práce jsou formulována konkrétní doporučení pro praxi, která zahrnují postupné navázání spolupráce s vybranými zdravotními pojišťovnami, investice do softwarových nástrojů pro správu agendy, úpravu provozní doby a zavedení preventivních programů. Navržený kombinovaný model se jeví jako ekonomicky udržitelný a zároveň vstřícný ke zvýšení dostupnosti služeb širší klientele.

9 SUMMARY

The thesis analyzes the potential impacts of establishing contractual relationships with health insurance companies on the number and structure of clients in private physiotherapy practices, along with related operational and economic aspects.

The theoretical part of the thesis describes the public health insurance system in the Czech Republic. It summarizes the historical development of health insurance, introduces individual health insurance companies operating in the Czech Republic and their specific characteristics, and provides a detailed analysis of the legal framework governing the system, including key laws and regulations. It also addresses the process and conditions for concluding contracts between physiotherapists and health insurance providers. The theoretical section concludes with an overview of private physiotherapy practice, comparing the contractual and non-contractual models, their reimbursement mechanisms, and associated advantages and limitations.

The practical part evaluates the effects of entering into contractual relationships with health insurance companies on the functioning of private physiotherapy practices. A mixed-method approach is used for data collection, combining quantitative questionnaires distributed to clients and qualitative interviews with owners of physiotherapy facilities. The research focuses on changes in clientele structure, economic impacts, administrative demands, and client expectations. The results indicate that cooperation with insurance companies can help expand the client base and stabilize income, though it comes at the cost of increased administrative workload and the need to maintain an individualized approach and high quality of care. Based on these findings, a combined reimbursement model is proposed as an optimal strategy for the sustainable development of physiotherapy practices.

The thesis concludes with concrete recommendations for practice, including the gradual establishment of cooperation with selected health insurance companies, investments in software tools for agenda management, adjustments to operating hours, and the implementation of preventive programs. The proposed combined model appears to be both economically sustainable and conducive to improving service accessibility for a broader clientele.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

- Alexa, J., Rečka, L., Votápková, J., Van Ginneken, E., Spranger, A., & Wittenbecher, F. (2015). *Czech Republic: Health system review*. Health systems in transition, 17(1), 1-165. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330255/HiT-17-1-2015-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Armstrong, J. S. (2001). *Principles of forecasting: a handbook for researchers and practitioners*. Springer Science & Business Media.
- Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. (n.d.) *Fyzioterapie v sociálních službách*. Získáno 8. dubna 2025, z <http://www.apsscr.cz/>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative research in psychology, 3(2), 77-101.
- Brigham, E. F., & Ehrhardt, M. C. (2016). *Financial management: Theory & practice*. Cengage Learning.
- Bryndová, L., Šlegerová, L., Votápková, J., Hroboň, P., Shuftan, N. & Spranger, A. (2023). *Czechia: Health system review*. Health systems in transition, 25(1), 1-183. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/czechia-health-system-review-2023>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage publications.
- Černá, M. (2023). *Ekonomické modely fyzioterapeutických praxí: Komparativní analýza*. Zdravotnická ekonomika a management, 15(3), 78-92.
- Česká asociace ambulantních poskytovatelů fyzioterapie. *Informace pro poskytovatele*. Získáno 8. dubna 2025, z <https://www.caapf.cz/>
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. (n.d.). *Základní údaje o ČPZP*. Získáno 10. března 2025, z <https://www.cpzp.cz/clanek/45-0-Zakladni-udaje-o-CPZP.html>
- Denzin, N. K. (2017). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Transaction publishers.
- Fowler Jr, F. J. (2013). *Survey research methods*. Sage publications.
- Horák, J. (2021). *Analýza udržitelnosti různých modelů financování fyzioterapeutických praxí*. Rehabilitace a fyzikální lékařství, 28(2), 45-53.
- Info pro lékaře. (2024). *Úhradová vyhláška 2025 pro fyzioterapeuty*. Získáno 13. března 2025, z <https://www.infoprolekare.cz/uhradova-vyhlaska-2025-pro-fyzioterapeuty>
- Kolář, P. (2009). *Rehabilitace v klinické praxi*. Galén.
- Krippendorff, K. (2018). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Sage publications.

- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. Sage publications.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020). *Veřejné zdravotní pojištění*. Získáno 4. března 2025, z <https://mzd.gov.cz/verejne-zdravotni-pojisteni-2/>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2024). *Zdravotní pojišťovny*. Získáno 4. března 2025, z <https://mzd.gov.cz/zdravotni-pojistovny-2/>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (n.d.). *Zdravotní pojištění*. Získáno 2. dubna 2025, z <https://www.mzcr.cz/category/zdravotni-pojisteni/>
- Niklíček, L. (1994). Systém veřejného zdravotnictví a nemocenského pojištění za první Československé republiky. Praha: Lidová univerzita Akademie J.A. Komenského.
- Novák, P. (2022). Vliv spolupráce se zdravotními pojišťovnami na ekonomiku fyzioterapeutických praxí. *Ekonomie ve zdravotnictví*, 7(4), 112-125.
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví. (n.d.). *Informace o OZP*. Získáno 10. března 2025, z <https://www.ozp.cz/o-pojistovne/informace-o-ozp>
- Portál veřejné správy. (n.d.). *Zdravotní pojištění*. Získáno 8. dubna 2025, z <https://portal.gov.cz/obcan/zivotni-situace/zdravi/zdravotni-pojisteni/>
- Procházka, M. *Kvalita péče versus způsob úhrady ve fyzioterapii*. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2023, 30(2), 78-85.
- RBP, zdravotní pojišťovna. (2024). *Výroční zpráva 2023*. Ostrava. Získáno 10. března 2025, z <https://www.rbp213.cz/cs/o-nas/rbp-informuje/vyrocní-zprava/a-380/>
- RBP, zdravotní pojišťovna. (n.d.). *Historie*. Získáno 10. března 2025, z <https://www.rbp213.cz/cs/o-nas/historie/a-223/>
- Rehabilitace Rehasport. (2025). *Proč do soukromé rehabilitace*. Získáno 24. března 2025, z <https://rehabilitace.rehasport.cz/proc-do-soukrome-rehabilitace/>
- RehaTab. (n.d.). *Jak založit zdravotnické zařízení*. Získáno 24. března 2025, z <https://www.rehatab.cz/edu/jak-zalozit-zdravotnicke-zarizeni>
- Svobodová, J. (2021). *Faktory ovlivňující využívání fyzioterapeutických služeb*. Praha: Univerzita Karlova.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2010). *Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Sage publications.
- Unie fyzioterapeutů České republiky. (n.d.-a). *Co je to fyzioterapie?* Získáno 28. dubna 2025, z <https://www.unify-cr.cz/pro-pacienty/co-to-je-fyzioterapie>
- Unie fyzioterapeutů ČR. (n.d.-b). *Aktuality a informace pro fyzioterapeuty*. Získáno 2. dubna 2025, z <https://www.unify-cr.cz/>

- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2023a). *Vojenská zdravotní pojišťovna ČR – 201*. Národní zdravotnický informační portál. Získáno 4. března 2025, z <https://www.nzip.cz/clanek/1599-vojenska-zdravotni-pojistovna-cr>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2023b). *Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví – 207*. Národní zdravotnický informační portál. Získáno 4. března 2025, z <https://www.nzip.cz/clanek/1601-oborova-zdravotni-pojistovna-zamestnancu-bank-pojistoven-a-stavebnictvi>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2023c). *Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR – 211*. Národní zdravotnický informační portál. Získáno 10. března 2025, z <https://www.nzip.cz/clanek/1603-zdravotni-pojistovna-ministerstva-vnitra-cr>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2023d). *Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna – 213*. Národní zdravotnický informační portál. Získáno 10. března 2025, z <https://www.nzip.cz/clanek/1604-revirni-bratska-pokladna-zdravotni-pojistovna>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (n.d.) *Zdravotnická statistika*. Získáno 8. dubna 2025, z <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--statistika-a-reporting>
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky. (n.d.). *Zveřejňované informace o VoZP ČR*. Získáno 4. března 2025, z <https://www.vozp.cz/zverejnovane-informace-o-vozp-cr>
- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. (n.d.-a). *Účast/neúčast na zdravotním pojištění*. Získáno 4. března 2025, z <https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/1-2-ucel-zdravotniho-pojisteni>
- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. (n.d.-b). *O nás*. Získáno 4. března 2025, z <https://www.vzp.cz/o-nas>
- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. (n.d.-c). *Smluvní poskytovatelé zdravotních služeb*. Získáno 2. dubna 2025, z <https://www.vzp.cz/poskytovatele>
- Vyhláška č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025. (2024). Sbírka zákonů České republiky. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2024-314>
- Vyhláška č. 319/2023 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2024. (2023). Sbírka zákonů České republiky. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2023-319>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods*. Sage publications.
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (ve znění pozdějších předpisů). (1992). Sbírka zákonů České republiky. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-280>

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. (1997). Sbírka zákonů České republiky. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky (ve znění pozdějších předpisů). (1991). Sbírka zákonů České republiky. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-551>

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění (ve znění pozdějších předpisů). (1992). Sbírka zákonů České republiky. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-592>

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. (n.d.). *O nás*. Získáno 10. března 2025, z <https://www.zpskoda.cz/o-nas>

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. (n.d.). *Organizační struktura*. Získáno 10. března 2025, z <https://www.zpmvcr.cz/o-nas/organizacni-struktura>

11 PŘÍLOHY

11.1 Dotazník: Vliv smluvních pojištění na klientelu v privátní fyzioterapeutické praxi

Vážený respondente,

rádi bychom Vás požádali o vyplnění následujícího dotazníku, který nám pomůže lépe porozumět, jak by spolupráce s pojišťovnami mohla ovlivnit naši fyzioterapeutickou praxi. Vaše odpovědi jsou anonymní a budou použity výhradně pro účely této analýzy.

1. Demografické údaje

- Věk:
 - ☐ do 25 let
 - ☐ 26–35 let
 - ☐ 36–45 let
 - ☐ 46–55 let
 - ☐ 56 a více let
- Pohlaví:
 - ☐ Muž
 - ☐ Žena
 - ☐ Jiné
- Váš měsíční příjem:
 - ☐ méně než 20 000 Kč
 - ☐ 20 000–40 000 Kč
 - ☐ 40 001–60 000 Kč
 - ☐ více než 60 000 Kč

2. Současné využívání fyzioterapeutických služeb

- Jak často využíváte fyzioterapeutické služby?
 - ☐ Méně než jednou za měsíc
 - ☐ Jednou měsíčně

- ☐ Dvakrát měsíčně
- ☐ Více než dvakrát měsíčně
- Jaké typy služeb využíváte? (můžete zaškrtnout více možností)
 - ☐ Rehabilitace po úrazu
 - ☐ Prevence a udržení zdraví
 - ☐ Specifické terapie (např. masáže, elektroterapie)
 - ☐ Jiné, prosím specifikujte: _____

3. Postoj ke spolupráci s pojišťovnami

- Byli byste ochotni využívat fyzioterapeutické služby častěji, pokud by byly hrazeny pojišťovnou?
 - ☐ Ano
 - ☐ Ne
 - ☐ Nevím
- Jak důležitý je pro Vás faktor úhrady pojišťovnou při výběru fyzioterapeutických služeb?
 - ☐ Velmi důležitý
 - ☐ Spíše důležitý
 - ☐ Neutrální
 - ☐ Spíše nedůležitý
 - ☐ Vůbec nedůležitý

4. Očekávání a preference

- Co byste očekávali od fyzioterapeutické praxe, která spolupracuje s pojišťovnami? (můžete zaškrtnout více možností)
 - ☐ Kratší čekací doby
 - ☐ Vyšší kvalitu služeb
 - ☐ Širší nabídku služeb
 - ☐ Nižší osobní náklady
 - ☐ Jiné, prosím specifikujte: _____

- Jaký by byl Váš postoj, pokud by se čekací doby na konzultace prodloužily kvůli vyššímu počtu klientů?

- ☐ [] Akceptoval/a bych to
- ☐ [] Nepřijal/a bych to
- ☐ [] Nejsem si jistý/á

5. Další komentáře a návrhy

- Máte nějaké další komentáře nebo návrhy, jak bychom mohli zlepšit naše služby v případě spolupráce s pojišťovnami?
-

6. Spokojenost se současnými službami

- Jak jste spokojen/a s kvalitou služeb, které v naší fyzioterapeutické praxi aktuálně poskytujeme?
 - ☐ [] Velmi spokojen/a
 - ☐ [] Spíše spokojen/a
 - ☐ [] Neutrální
 - ☐ [] Spíše nespokojen/a
 - ☐ [] Velmi nespokojen/a
- Jak hodnotíte aktuální čekací doby na konzultace?
 - ☐ [] Velmi krátké
 - ☐ [] Krátké
 - ☐ [] Přiměřené
 - ☐ [] Dlouhé
 - ☐ [] Velmi dlouhé

7. Zkušenosti s pojišťovnami

- Máte zkušenosti s využíváním zdravotních služeb hrazených pojišťovnou v jiných oblastech?
 - ☐ [] Ano
 - ☐ [] Ne

- Pokud ano, jaké byly vaše zkušenosti s administrativou spojenou s úhradou služeb pojišťovnou?

- ☐ Velmi pozitivní
- ☐ Spíše pozitivní
- ☐ Neutrální
- ☐ Spíše negativní
- ☐ Velmi negativní

8. Další preference

- Jak důležitá je pro Vás možnost volby konkrétního fyzioterapeuta?
 - ☐ Velmi důležitá
 - ☐ Spíše důležitá
 - ☐ Neutrální
 - ☐ Spíše nedůležitá
 - ☐ Vůbec nedůležitá
- Jakou roli hraje dostupnost moderního vybavení a technologií při výběru fyzioterapeutické praxe?
 - ☐ Velmi důležitou
 - ☐ Spíše důležitou
 - ☐ Neutrální
 - ☐ Spíše nedůležitou
 - ☐ Vůbec nedůležitou

9. Závěrečné otázky

- Byli byste ochotni doporučit naši fyzioterapeutickou praxi svým známým?
 - ☐ Ano
 - ☐ Ne
 - ☐ Nejsem si jistý/á
- Jaké další služby nebo zlepšení byste v naší praxi uvítali?

11.2 Ukázka strukturovaného rozhovoru s majitelem fyzioterapeutické praxe

Datum rozhovoru: 11.11.2024

Respondent: Majitel středně velké fyzioterapeutické praxe (6 fyzioterapeutů)

Délka spolupráce s pojišťovnami: 5 let

Délka rozhovoru: 58 minut

Tazatel: Jak se změnila struktura vaší klientely po navázání spolupráce s pojišťovnami?

Respondent: Po navázání spolupráce s pojišťovnami jsme zaznamenali výrazný nárůst počtu klientů, přibližně o 40 % během prvního roku. Změnila se i věková struktura – přibýlo výrazně více seniorů a také mladých sportovců s akutními úrazy. Před spoluprací s pojišťovnami tvořili senioři asi 15 % naší klientely, nyní je to kolem 30 %. Také se změnil poměr akutních a chronických případů. Dříve převažovali klienti s chronickými obtížemi, kteří k nám chodili dlouhodobě, nyní máme více akutních případů, které k nám posílají lékaři na rehabilitaci po úrazech nebo operacích.

Tazatel: Jaká je administrativní náročnost spojená s vykazováním péče pojišťovnám?

Respondent: Administrativní zátěž je nepochybně vyšší. Odhaduji, že při naší velikosti praxe věnujeme vykazování péče pojišťovnám přibližně 12-15 hodin měsíčně. Na začátku to bylo více, ale postupně jsme proces optimalizovali. Klíčové bylo pořízení specializovaného softwaru, který nám ušetřil asi 40 % času. Také jsme vyčlenili jednu administrativní pracovníci, která se primárně věnuje komunikaci s pojišťovnami. Nejnáročnější je kontrola správnosti vykázaných kódů a řešení případných reklamací. V prvních třech měsících po zahájení spolupráce s VZP bylo zamítnuto až 15 % vykázaných výkonů kvůli formálním nedostatkům, což vedlo k výpadku příjmů ve výši 18 000 Kč. Nyní se pohybujeme kolem 2-3 % zamítnutých výkonů.

Tazatel: Jaké jsou ekonomické dopady spolupráce s pojišťovnami na vaši praxi?

Respondent: Ekonomické dopady hodnotím pozitivně, ale jen díky tomu, že jsme zvolili kombinovaný model. Začínali jsme s poměrem 50:50 (polovina kapacity pro pojišťovny, polovina pro samoplátce), ale postupně jsme se dostali na 70:30 ve prospěch pojišťoven. Celkový obrát se nám zvýšil přibližně o 25 %, ale marže klesla z původních 65 % na současných 48 %. Výhodou je stabilnější cash-flow a lepší předvídatelnost příjmů. Dříve jsme měli velké výkyvy v letních měsících a kolem Vánoc, nyní jsou tyto výkyvy mnohem mírnější. Nevýhodou je zpoždění plateb od pojišťoven, které se pohybuje mezi 30-60 dny, což vyžaduje dobré řízení likvidity. Také jsme museli zvýšit kapacitu – přijali jsme dva nové fyzioterapeuty a rozšířili provozní dobu.

Tazatel: Jaké jsou vaše zkušenosti s jednotlivými pojišťovnami?

Respondent: Zkušenosti se liší pojišťovnou od pojišťovny. Nejlepší spolupráci máme se Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra – platí rychle, komunikace je bezproblémová a mají

přehledný systém vykazování. Naopak nejsložitější je spolupráce s VZP, kde je administrativa náročnější a řešení reklamací trvá déle. Také úhrady se liší – například za stejný výkon (30minutová individuální terapie) nám VZP hradí 241 Kč, zatímco ZPMV 258 Kč. Není to velký rozdíl, ale při stovkách výkonů měsíčně to už hraje roli. Doporučil bych začít s menšími pojišťovnami, získat zkušenosti a teprve pak případně navázat spoluprací s VZP.

Tazatel: Jaká praktická doporučení byste dal praxi, která zvažuje navázání spolupráce s pojišťovnami?

Respondent: Určitě bych doporučil začít s kombinovaným modelem a zachovat si část kapacity pro samoplátce. Je důležité mít finanční rezervu na překlenutí období, než začnou chodit první platby od pojišťoven – minimálně na dva měsíce provozu. Investice do kvalitního softwaru pro vykazování péče se rozhodně vyplatí. Také bych doporučil důkladné proškolení všech pracovníků v oblasti vykazování péče, aby se minimalizovaly chyby a zamítnuté výkony. A určitě stojí za to zavést systém akutních slotů pro urgentní případy, protože čekací doby se pravděpodobně prodlouží. My jsme zavedli systém, kdy každý den držíme 2 termíny pro akutní případy, což nám umožňuje flexibilně reagovat na potřeby klientů s akutními obtížemi. A poslední rada – nepodceňujte komunikaci změn směrem ke stávajícím klientům. My jsme vytvořili informační leták a osobně jsme informovali všechny stálé klienty, což pomohlo předejít nedorozuměním a udržet si jejich přízeň.

[Rozhovor pokračuje dalšími otázkami...]

11.3 Seznam otázek pro strukturované rozhovory

1. Jak se změnila struktura vaší klientely po navázání spolupráce s pojišťovnami?
2. Jaká je administrativní náročnost spojená s vykazováním péče pojišťovnám?
3. Jaké jsou ekonomické dopady spolupráce s pojišťovnami na vaši praxi?
4. Jaké jsou vaše zkušenosti s jednotlivými pojišťovnami?
5. Jaká praktická doporučení byste dal praxi, která zvažuje navázání spolupráce s pojišťovnami?
6. Jak se změnila čekací doby na termíny po navázání spolupráce s pojišťovnami?
7. Jak reagovali vaši stávající klienti na změnu systému úhrad?
8. Jaký je váš současný poměr klientů pojišťoven a samoplátců?
9. Jak se změnila struktura poskytovaných služeb po navázání spolupráce s pojišťovnami?

10. Museli jste investovat do nového vybavení nebo softwaru v souvislosti se spoluprací s pojišťovnami?
11. Jak dlouho trvalo, než se vám podařilo optimalizovat procesy vykazování péče pojišťovnám?
12. Změnila se průměrná délka terapie po navázání spolupráce s pojišťovnami?
13. Jak řešíte situace, kdy pojišťovna zamítne úhradu poskytnuté péče?
14. Jaký vliv měla spolupráce s pojišťovnami na vaši marketingovou strategii?
15. Zvažovali jste někdy ukončení spolupráce s pojišťovnami a návrat k modelu přímých plateb?