
NOMINÁLNE POISTNÉ

Príklady fungovania v Holandsku, Švajčiarsku a Nemecku

Mária Pourová
Peter Pažitny

NOVEMBER 2011

Health Policy Institute
Prokopova 15
851 01 Bratislava
Slovenská republika
www.hpi.sk



HPI týmto zriaďuje dobrovoľnú pracovnú skupinu s názvom *Nominálne poistné na Slovensku*. Zúčastní sa o spoluprácu v rámci tejto pracovnej skupiny sú vítaní, pričom podmienkou pre spoluprácu je písomný odborný názor k zavedeniu nominálneho poistného na Slovensku.

pourova@hpi.sk
pazitny@hpi.sk

OBSAH

I	ÚVOD.....	3
2.	SYSTÉM ZDRAVOTNÉHO POISTENIA V HOLANDSKU.....	4
2.1	Zdravotné poisťovne.....	5
2.2	Systém financovania zdravotníctva v Holandsku.....	5
2.2.1	Základné poistenie podľa Zákona o zdravotnom poistení.....	6
2.2.2	Poistenie mimoriadnych zdravotných nákladov na základe Zákona o mimoriadnych výdavkoch na zdravotnú starostlivosť.....	9
2.2.3	Dobrovoľné zdravotné poistenie.....	10
2.3	Sociálna podpora.....	10
3.	SYSTÉM ZDRAVOTNÉHO POISTENIA VO ŠVAJČIARSKU.....	11
3.1	Zdravotné poisťovne.....	11
3.1.1	Spoločná inštitúcia.....	12
3.2	Dohľad nad sociálnym zdravotným poistením.....	14
3.3	Výkony sociálneho zdravotného poistenia.....	15
3.3.1	Spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti.....	15
3.4	Poistné.....	16
3.4.1	Neplatenie poistného a spoluúčasti.....	19
3.4.2	Sociálny systém.....	19
3.5	Dobrovoľné poistenie denných dávok.....	20
4.	SYSTÉM ZDRAVOTNÉHO POISTENIA V NEMECKU.....	21
4.1	Systém financovania zákonného zdravotného poistenia.....	21
3.1.1	Zdravotné poisťovne.....	22
4.2	Výkony zákonného zdravotného poistenia.....	24
4.3	Dodatočný príspevok.....	24
4.3.1	Dodatočný príspevok v roku 2011, prognóza pre rok 2012.....	24
4.3.2	Sociálne vyrovnanie.....	25
5.	DISKUSIA K ZAVEDENIU NOMINÁLNEHO POISTNÉHO NA SLOVENSKU.....	27
	O AUTOROCH.....	29
	POUŽITÉ SKRATKY.....	30
	ZDROJE.....	31

I. ÚVOD

Cieľom tejto analýzy niektorých poisťných systémov v Európe je rozprúdenie diskusie o smerovaní slovenského systému zdravotného poistenia. Bismarckov model sa čoraz viac vzdáva potrebam nových výziev sociálnych systémov dneška a tieto zmeny sa nevyhýbajú ani Slovensku. Demografický vývoj jasne ukazuje, že skupina ekonomicky aktívnej populácie, ktorá platí zdravotné odvody, sa znižuje a populácia, ktorá najviac čerpá zdravotnú starostlivosť naopak narastá, čo bude postupne viesť k čoraz väčšej potrebe financovania zdravotného systému z verejných zdrojov. Ich objem sa však bude vzhľadom na demografický vývoj znižovať a preto je potrebné hľadať nové možnosti financovania.

Vzhľadom na minulé skúsenosti so zavádzaním systémových zmien si myslíme, že postupná evolučná a niekoľkoročná zmena systému je lepším riešením ako revolučná zmena v krátkom čase až po prepuknutí akútneho problému. Preto prichádzame s ponukou na diskusiu o smerovaní systému zdravotného poistenia na Slovensku a zároveň aj s návrhom prvého kroku v rámci tejto evolučnej zmeny.

V predloženej analýze poisťných systémov sa vo zvýšenej miere venujeme nominálnemu poisťnému a to hneď z viacerých dôvodov. Tým prvým je, že sa jedná o poisťné, ktoré je nezávislé od príjmu a teda aj od nepriaznivého demografického vývoja. Do systému je možné ho z počiatku zaviesť vo veľmi jednoduchej forme a nízkej výške, tak aby plnilo určitý edukatívny charakter v populácii. Následne sa toto poisťné dá rozširovať o ďalšie prvky v závislosti od smerovania zmeny poisťného systému ako celku.

Na nasledujúcich stranách nájdete postupne zhustenú analýzu poisťných systémov v Holandsku, vo Švajčiarsku a v Nemecku, s dôrazom na prvky nominálneho poisťného v týchto systémoch. Táto analýza sa opiera o existujúce publikácie, texty a zákony v daných krajinách.

Záverečná kapitola potom otvára diskusiu o zavedení nominálneho poisťného na Slovensku. Predstavujeme v nej základné body, ktoré je potrebné pri tejto diskusii brať do úvahy a pomenujeme jednotlivé možnosti riešení, ktoré prichádzajú do úvahy.

Tešíme sa na plodnú diskusiu.

tím Health Policy Institute

2. SYSTÉM ZDRAVOTNÉHO POISTENIA V HOLANDSKU

Holandsko je prvá krajina sveta, ktorá konzistentne implementuje model *Alaina Enthovena* – univerzálne zdravotné poistenie, ktoré je založené na manažovanej konkurencii v súkromnom sektore.

Základné princípy zdravotného poistenia v Holandsku sú:

- Každý si je povinný kúpiť
 - individuálne súkromné zdravotné poistenie
 - so zákonne predpísaným základným balíkom benefitov
 - od súkromnej zdravotnej poisťovne
- Poisťovňa je povinná akceptovať každého poistenca
 - na základe „community rating“, nie „risk rating“
 - bez vylúčenia krytia na základe existujúcich predispozícií (zdravotný stav, vek, pohlavie a pod.)

Povinnosť akceptovať každého poistenca súvisí so selekciou a antiselekciou rizika. V tradičnom komerčnom poistení zdravotná poisťovňa selektuje riziko – pokúša sa nájsť nízkorizikových klientov a má právo vysokorizikových poistencov odmietnuť, prípadne im dať poistné zodpovedajúce ich riziku. Antiselekcia je to isté z pohľadu klienta, ktorý si vyberá z rôznych poistných produktov a poistného (hľadá čo najlacnejšie poistné, ktoré pokryje jeho riziko). Takýmto spôsobom ale vzniká situácia, že nie všetci jedinci a nie všetky riziká majú poistné krytie. Aby sa eliminovala selekcia rizika majú zdravotné poisťovne povinnosť poistiť každého poistenca, ktorý o to prejaví záujem.

V zdravotnom poistení v Holandsku sa uplatňuje princíp univerzálnosti a solidarity. Znamená to, že zdravotná poisťovňa nemôže uplatniť rizikové poistné („risk rating“), lebo práve chorí a vysoko rizikovní ľudia by zostali bez poistného krytia. Z tohto dôvodu sa používa „community rating“, kde poisťovňa musí dať všetkým poistencom rovnakú výšku poistného bez ohľadu na ich riziko. Za to je ale odmenená cez systém kompenzácie štruktúry rizika, kde na rizikovejších poistencov dostáva výrazne viac zdrojov ako na menej rizikových. V praxi to funguje tak, že zdravotná poisťovňa s menej rizikovým kmeňom dotuje zdravotnú poisťovňu s rizikovejším kmeňom.

Kompenzácia rizika teda zabezpečuje, že poistné krytie získajú aj vysoko rizikovní poistenci. Aby súťaž bola férová, je však nutná férová kompenzácia štruktúry rizika s vysokou prediktívnou silou – R^2 . Holandský systém kompenzácie štruktúry rizika má vysokú predikčnú silu R^2 (16 %), lebo používa okrem demografických prediktorov (vek, pohlavie, ekonomická aktivita) aj prediktory zdravotného stavu (PCG a DCG). Pre porovnanie, slovenský systém má $R^2 = 5$ %, lebo používa len demografické prediktory (vek, pohlavie, ekonomická aktivita).

2.1 ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE

Zdravotné poisťovne v Holandsku sú súkromnými obchodnými spoločnosťami. V roku 2011 mal poistenec na výber z 56 rôznych poisťných zmlúv v 27 zdravotných poisťovniach. V roku 2011 sa v porovnaní s rokom 2010 zvýšil počet poistencov, ktorí zmenili zdravotnú poisťovňu. Kým v roku 2010 zmenilo poisťovňu 3,9 % poistencov, v roku 2011 to bolo 5,5 % poistencov.

Trh zdravotných poisťovní v Holandsku je vysoko koncentrovaný, štyri najväčšie holdingy ovládajú 90 % trhu. Poisťovne musia pôsobiť celoštátne; pokiaľ majú menej ako 850 000 poistencov, smú svoju činnosť obmedziť na vybrané provincie alebo jednu provinciu. Malá zdravotná poisťovňa takto môže efektívne fungovať aj v jednej provincii a nemusí prijímať poistencov z iných provincií. Naopak, veľké poisťovne musia pôsobiť národne, aby nemali na malom trhu v niektorej z provincií príliš vysoký trhovú podiel.

Súťaž medzi zdravotnými poisťovňami prebieha v efektívnom nákupe zdravotnej starostlivosti a administrácii systému. Poisťovne si konkurujú výškou nominálneho poisťného a typom poisťných zmlúv (produktov), ktoré ponúkajú svojim poistencom.

Poistenci majú právo meniť poisťovňu raz ročne, zmluva so zdravotnou poisťovňou je vždy uzatváraná na jeden rok.

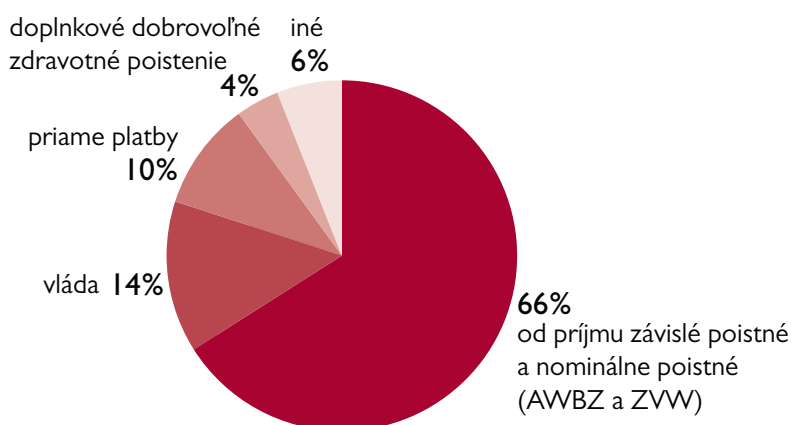
2.2 SYSTÉM FINANCOVANIA ZDRAVOTNÍCTVA V HOLANDSKU

Základom financovania zdravotného systému v Holandsku sú (1) odvody závislé od výšky príjmu poistenca a (2) nominálne poisťné. Odvody aj nominálne poisťné sa platia na základe dvoch zákonov:

1. základné poistenie podľa *Zákona o zdravotnom poistení* (ZVW – Zorgverzekeringswet)
2. poistenie mimoriadnych zdravotných nákladov na základe *Zákona o mimoriadnych výdavkoch na zdravotnú starostlivosť* (AWBZ – Algemeene Wet Bijzondere Ziektekosten)

Poisťné, ktoré na základe týchto dvoch zákonov prúdi do zdravotníctva, tvorí spolu 67 % zdrojov (36 % ZVW, 31 % AWBZ).

Graf 1: Zdroje financovania zdravotníctva v Holandsku, 2008

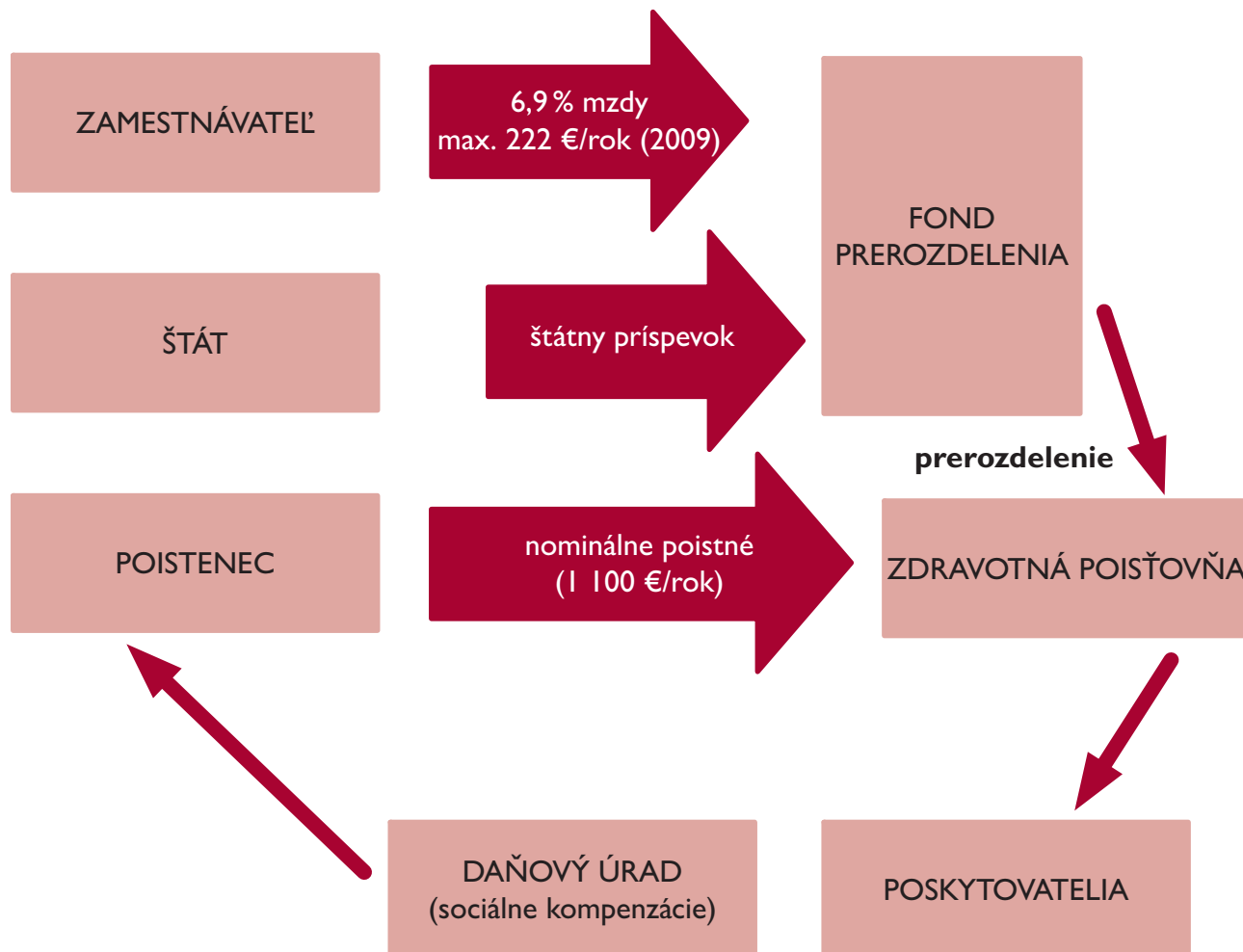


Zdroj: HiT Netherlands 2010

2.2.1 ZÁKLADNÉ POISTENIE PODĽA ZÁKONA O ZDRAVOTNOM POISTENÍ

Finančné toky na základe Zákona o zdravotnom poistení sú zobrazené v Obrázku 1:

Obrázok 1: Zjednodušený model finančných tokov poistenia na základe Zákona o zdravotnom poistení

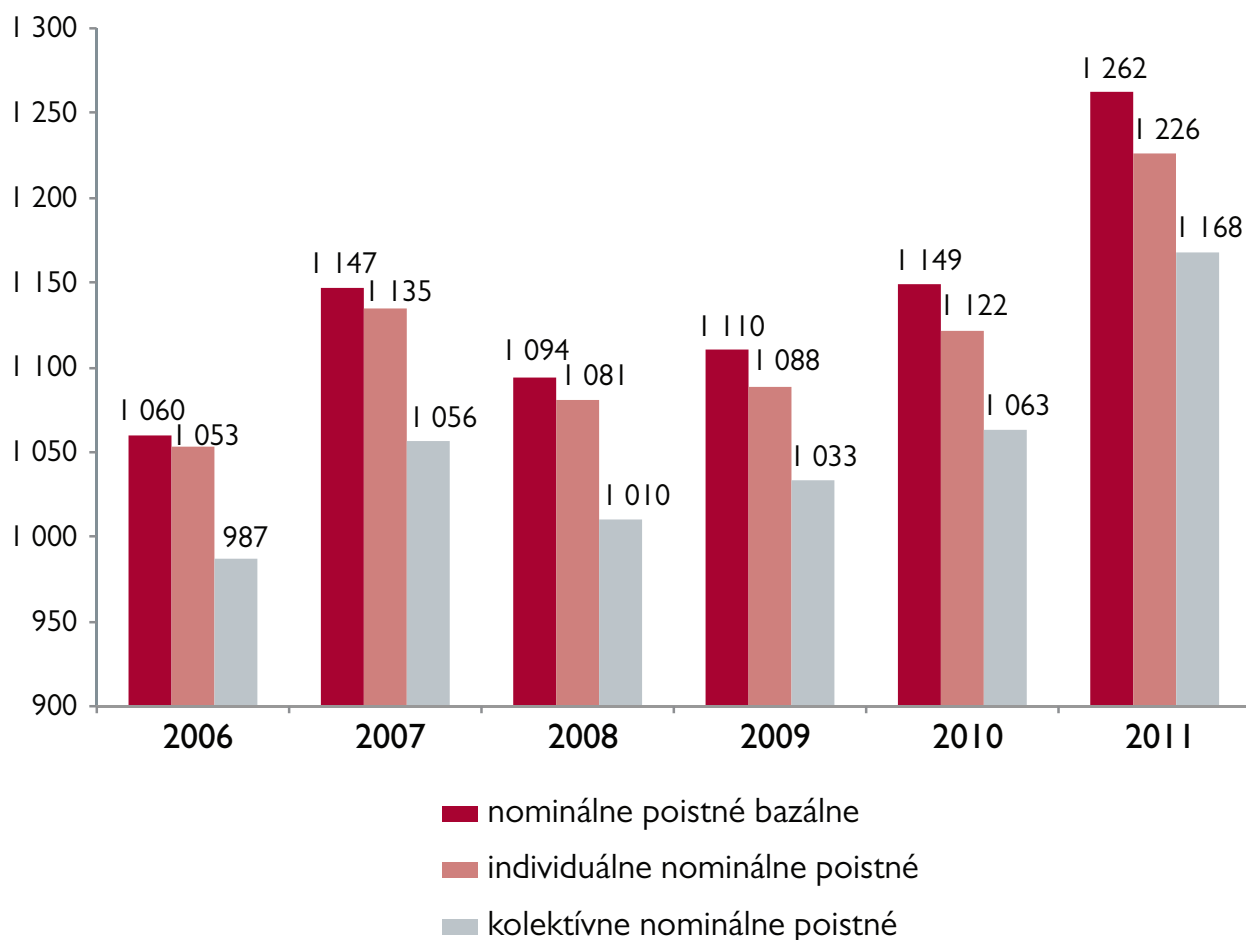


Zdroj: Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, and van Ginneken E. *The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition*, 2010; 12(1):1–229.

Podľa Zákona o zdravotnom poistení platí zdravotné poistenie každý, kto pracuje v Holandsku alebo kto je povinný platiť v Holandsku dane. Deti do 18 rokov poistné závislé od príjmu neplatia, sú však zahrnuté v poistnej zmluve jedného zo svojich rodičov. Nominálne poistné za deti hradí štát (v roku 2007 štát na tento účel vyplatil spolu 2,2 miliardy EUR).

V roku 2011 došlo v Holandsku k nárastu výšky nominálneho poistného. Kým v roku 2010 bolo priemerné ročné nominálne poistné vo výške 1 145 EUR, v roku 2011 dosiahlo až 1 262 EUR, čo predstavuje nárast o 10 %. Zdravotné poisťovne si výšku nominálneho poistného stanovujú individuálne, jeho výška v rámci jedného druhu poistnej zmluvy musí byť pre všetkých poistencov rovnaká, poisťovne smú ponúkať aj kolektívne sadzby nominálneho poistného (tieto môžu byť max. o 10 % nižšie ako individuálne sadzby). V roku 2007 až 56 % všetkých poistencov platilo sadzbu kolektívneho nominálneho poistného. Poistenec hradí nominálne poistné priamo svojej zdravotnej poisťovni.

Graf 2: Prehľad sadzieb nominálneho poistného v Holandsku, 2006 – 2011, EUR/rok



Poistné závislé od príjmu je odvádzané daňovému úradu, odkiaľ smeruje do Fondu zdravotného poistenia, ktorý je zodpovedný za kompenzáciu rizikovej štruktúry a prevádza finančné prostriedky ďalej na zdravotné poisťovne.

Sadzba pre zamestnancov je 6,9 % z príjmu, maximálne však 2 233 EUR/rok (2009). Zamestnávateľia sú zo zákona povinní kompenzovať svojich zamestnancov za tento zdravotný odvod. Táto kompenzácia je rovnaká bez ohľadu na vybratú zdravotnú poisťovňu a je zdaniteľným príjmom zamestnancov. Samostatne zárobkovo činné osoby odvádzajú 4,8 % zo svojho príjmu, maximálne však 1 554 EUR ročne (2009).

Občania majú zo zákona povinnosť uzatvoriť zdravotné poistenie v niektorej zo súkromných poisťovní. Približne 1 % populácie v Holandsku dnes nie je poistené, títo občania môžu uzavrieť zdravotné poistenie v momente potreby čerpania zdravotnej starostlivosti a čelia hrozbe pokuty až vo výške 130 % sumy nominálneho poistného za obdobie, v ktorom neboli poistení.

Od roku 2009 platia nové podmienky pre neplatičov poistného. Po dvoch mesiacoch neplatenia dostáva neplatič prvý návrh na urovanie, po štyroch mesiacoch dostáva upomienku a po šiestich mesiacoch je mu z platu strhávaná mesačná pokuta približne vo výške 130 EUR (výška poistného a náklady na vymáhanie) a to až do doby, kým svoj záväzok voči poisťovni neuhradí. Aby sa z neplatiča nestal nepoistený, hradí poistné po 6 mesiacoch zdravotnej poisťovni štát a utrpené finančné škody si ďalej vymáha na poistencovi.

V roku 2009 bola do systému zavedená povinná spoluúčasť vo výške 155 EUR. Táto spoluúčasť sa však netýka starostlivosti u praktického lekára, tehotenskej a pôrodnej starostlivosti ani zubnej starostlivosti do veku 22 rokov. Spoluúčasť je platená priamo zdravotnej poisťovni.

V roku 2010 bola výška spoluúčasti už 170 EUR. Spoluúčasť nesmie byť nižšia, avšak zdravotné poisťovne môžu svojim poistencom ponúkať vyššiu mieru spoluúčasti pri zníženom mesačnom nominálnom poistnom (spoluúčasť tak môže byť 270 EUR alebo aj 670 EUR). Komerčné poistenie nákladov spoluúčasti je v Holandsku zakázané.

2.2.1.1 ZÁKLADNÝ BALÍK ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Zákon o zdravotnom poistení definuje základný balík zdravotnej starostlivosti, ktorý obsahuje (2009):

- lekársku zdravotnú starostlivosť, vrátane nemocničnej, špecializovanej ako aj starostlivosť pôrodných asistentiek
- pobyt v nemocnici
- zubnú starostlivosť do veku 22 rokov, pre starších ľudí iba špecializovaná zubná starostlivosť ako aj jedna sada zubnej náhrady
- lekársku pomoc a prístroje
- farmaceutickú starostlivosť
- starostlivosť v tehotenstve
- prepravné náklady chorých pacientov
- fyzioterapeutickú starostlivosť pre chronických pacientov, dietetické poradenstvo (obmedzené)
- primárnu psychologickú starostlivosť (8 sedení)
- ústavnú mentálnu starostlivosť do jedného roka (po jednom roku už ide o dlhodobú starostlivosť spadajúcu pod AWBZ zákon)

Každá zdravotná poisťovňa je povinná ponúkať základný balík zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa musí špecifikovať presné plnenie pre poistencov v poistnej zmluve (tzv. kontraktčné práva) – napr. zoznam kontraktovaných poskytovateľov, hradené lieky, procedurálne podmienky a pod.

Zdravotné poisťovne môžu svojim poistencom ponúkať dva druhy zmlúv podľa typu plnenia:

- vecné plnenie
- finančné plnenie

Typ zmluvy má vplyv na to, aký má poistenec prístup k zdravotnej starostlivosti. Pri vecnom plnení je prístup k poskytovateľom obmedzený na zmluvných lekárov poisťovne. Poistenec za poskytnuté služby nedostáva účet a nehradí starostlivosť priamo na mieste. Poistenec smie navštíviť aj nezmluvného lekára, v takomto prípade dostáva od poisťovne uhradenú časť nákladov. Táto úhrada musí byť v dostatočnej výške, aby možnosť návštevy nezmluvného lekára bola pre poistenca finančne znesiteľná. Pri finančnom plnení ponúka poisťovňa poistencovi slobodnú voľbu poskytovateľa, poistenec pri návšteve hradí účet za starostlivosť priamo poskytovateľovi a následne obdrží financie od svojej poisťovne. Veľmi nákladná liečba je však zvyčajne hradená priamo poisťovňou. V roku 2009 malo 40 % obyvateľstva Holandska uzavretú poisťku s vecným plnením, 25 % poisťku s finančným plnením, zvyšok poistencov mal uzatvorenú nejakú kombináciu týchto dvoch zmlúv.

2.2.1.2 FINANČNÁ PODPORA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Finančná podpora zdravotnej starostlivosti je systém sociálnej podpory stanovený *Zákonom o finančnej podpore zdravotnej starostlivosti* (Wet op de zorgtoeslag, WZT). Cieľom tohto zákona je ochrániť najnižšie príjmové skupiny pred nežiaducimi finančnými efektmi v poisťnom systéme založenom na nominálnom poisťnom. Pri stanovení výšky podpory sa pritom nevychádza zo skutočného poisťného stanoveného poisťovňou, ale z bazálneho nominálneho poisťného, ktoré je vypočítané ministerstvom zdravotníctva ako priemer poisťného stanoveného zdravotnými poisťovňami plus povinná spoluúčasť. Tento systém má zabezpečiť riadnu súťaž medzi zdravotnými poisťovňami.

Finančnú podporu zdravotnej starostlivosti vyplácajú daňové úrady buď poistencovi alebo priamo zdravotnej poisťovni, a to za každý mesiac na základe daňového vyhodnotenia. V roku 2006 dostávala túto podporu 1/3 poistencov a jej výška bola medzi 24 až 1155 EUR/rok (priemer bol 690 EUR/rok).

Maximálny príjem pri ktorom ešte vznikal nárok na podporu bol v roku 2009 u domácnosti s jednou osobou 32 502 EUR/rok, pre rodinu 47 880 EUR/rok.

2.2.2 POISTENIE MIMORIADNYCH ZDRAVOTNÝCH NÁKLADOV NA ZÁKLADE ZÁKONA O MIMORIADNYCH VÝDAVKOCH NA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ

Na základe Zákona o mimoriadnych výdavkoch na zdravotnú starostlivosť je vykonávané sociálne poistenie pre dlhodobú zdravotnú starostlivosť. Podľa tohto zákona je povinne zdravotne poistený každý obyvateľ Holandska, ako aj obyvatelia s bydliskom v inej krajine, zamestnaní v Holandsku.

V roku 2008 tvorili odvody na základe tohto zákona 12,15 % zo mzdy obyvateľstva, s ročným maximom 3 838 EUR/rok (2008). Tento odvod vyberá daňový úrad a posúva Generálnemu fondu mimoriadnych výdavkov na zdravotníctvo (AFBZ).

Poistné krytie na základe Zákona o mimoriadnych výdavkoch na zdravotnú starostlivosť je definované cez funkcie s cieľom definovať potreby pacientov. Definícia je teda orientovaná na dopyt a nie na ponuku zdravotných služieb:

- osobná starostlivosť zahrňujúca základné sociálne aktivity (activities of daily living)
- ošetrovateľská starostlivosť (ošetrovanie zranení, výmena obväzov, podávanie injekcií, poradenstvo pri vyrovnávaní sa s chorobou)
- odborné vedenie (poradenstvo pri organizácii dňa, vedenie rozhovorov s klientom za účelom modifikácie správania)
- ubytovacie služby (ochranné domovy, špecializované zariadenia)

Predtým ako budú pacienti poskytnuté vyššiepopísané služby musieť o ne požiadať v *Centre pre hodnotenie potreby* (Centrum Indicatiestelling zorg, CIZ). Toto centrum stanoví potrebnú starostlivosť na základe situácie pacienta. Pacient sa môže následne rozhodnúť, či má záujem o naturálne plnenie alebo o osobný účet starostlivosti s individuálnym nákupom starostlivosti.

2.2.3 DOBROVOLNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Dobrovoľné zdravotné poistenie je v Holandsku rozšírené, v roku 2009 využilo tento druh poistenia 91 % populácie a slúži ako doplnkové poistenie nákladov, ktoré nie sú kryté povinným zdravotným poistením.

2.3 SOCIÁLNA PODPORA

Okrem finančnej podpory na nominálne poistné poskytuje štát aj iné formy sociálnej podpory. Jednou z nich je tzv. všeobecná podpora.

Všeobecná podpora je finančná dávka, ktorú človek dostane od CAK (Centraal Administratiekantoor – centrálny register, ktorý má všetky informácie o poistencoch s nárokom na kompenzácie od zdravotných poisťovní). Táto čiastka je finančná podpora na krytie extra výdavkov pri chronických chorobách alebo pri mentálnom a fyzickom postihnutí pri splnení určitých kritérií. Všeobecnú podporu dostáva každý, kto má na ňu nárok automaticky na základe údajov zaregistrovaných v CIZ a v CAK. Oznámenie o pridelení kompenzácie príde poistencovi vždy v septembri listom. V prípade, ak má niekto pocit, že mu má byť kompenzácia vyplatená, tento nárok si môže overiť testom, ktorý je dostupný na webe ministerstva zdravotníctva, blahobytu a športu (www.wtcg.info) a následne o ňu požiadať CAK. Výška všeobecnej podpory je 150 – 500 eur na mesiac a závisí od veku a výšky spotrebovanej zdravotnej starostlivosti a od nároku na podporu. O jej výške rozhoduje CAK na základe kritérií (sú tiež súčasťou testu). Táto podpora je vyplácaná ročne, naraz, v decembri a retroaktívne.

3. SYSTÉM ZDRAVOTNÉHO POISTENIA VO ŠVAJČIARSKU

Sociálne zdravotné poistenie je povinné, každá osoba so sídlom vo Švajčiarsku je povinná mať uzatvorené zdravotné poistenie (lehota 3 mesiace od presídlenia/narodenia), pričom má slobodnú voľbu pri výbere zdravotnej poisťovne. Za dodržiavanie poistnej povinnosti sú zodpovedné jednotlivé kantóny. Osoby, ktoré si nesplnia v lehote povinnosť uzavrieť povinné zdravotné poistenie, sú rozhodnutím kantónu, v ktorom bývajú, pridelení niektorej zdravotnej poisťovni.

Poisťovne sú povinné poistiť každú osobu, ktorá o to prejaví záujem a býva v územnom okruhu pôsobnosti danej poisťovne.

Poistenci majú právo zmeniť zdravotnú poisťovňu po uplynutí trojmesačnej výpovednej lehoty vždy na konci kalendárneho polroku. Pri zmene výšky prémie zo strany poisťovne platí jednomesačná výpovedná lehota ku koncu mesiaca, ktorý predchádza mesiacu začiatku platnosti zmenenej sadzby. Zdravotná poisťovňa je pritom povinná poistencovi oznámiť zmenu poistného dva mesiace vopred a zároveň poukázať na právo poistenca zmeniť poisťovňu.

Sociálne zdravotné poistenie vo Švajčiarsku kryje služby v súvislosti s chorobou, materstvom a úrazom (v prípade, že nie je pokrytý úrazovým poistením).

3.1 ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE

Zdravotné poistenie môže byť vo Švajčiarsku poskytované dvoma druhmi poisťovní:

1. Zdravotné poisťovne ako právne subjekty verejného práva neplnia žiaden obchodný účel, ich hlavnou úlohou je poskytovanie sociálneho zdravotného poistenia. Zdravotné poisťovne musia byť uznané *Spolkovým ministerstvom vnútorných záležitostí* (Eidgenössisches Departement des Innern, ďalej ministerstvo).
2. Súkromné poisťovne, ktoré získajú povolenie na poskytovanie sociálneho zdravotného poistenia a podliehajú dohľadu podľa *Zákona o dohľade nad poistením* (SR 961.01, Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG)

Poisťovne poskytujúce povinné sociálne zdravotné poistenie sa môžu slobodne rozhodnúť poskytovať aj doplnkové zdravotné poistenie ako aj iné druhy poistenia (v rámci podmienok a horných hraníc stanovených *Spolkovou radou* – Bundesrat).

Na základe Zákona o zdravotnom poistení (832.10 Bundesgesetz über die Krankenversicherung, KVG) musia poisťovne na získanie povolenia na poskytovanie sociálneho zdravotného poistenia splňať najmä tieto podmienky:

- a) Sociálne zdravotné poistenie je poskytované na základe princípu vzájomnosti s vylúčením tvorby zisku. Poisťovne môžu prostriedky sociálneho zdravotného poistenia používať len na účely určené pre sociálne zdravotné poistenie.
- b) Poisťovne musia mať k dispozícii obchodné vedenie a organizáciu, ktorá zabezpečí dodržiavanie zákonných podmienok.
- c) Poisťovňa musí byť neustále schopná plniť si všetky svoje finančné záväzky.
- d) Poisťovňa musí byť schopná poskytovať dobrovoľné poistenie denných dávok (viď časť 3.5).
- e) Poisťovne musia mať sídlo vo Švajčiarsku.

Ministerstvo rozhoduje o odobratí povolenia na poskytovanie sociálneho zdravotného poistenia, buď na požiadanie, alebo pri nesplnení zákonných podmienok pre fungovanie. Odobratie nadobúda účinnosť až vtedy, keď všetci poistenci danej poisťovne sú prebratí inými zdravotnými poisťovňami.

Majetok a poistný kmeň zaniknutej zdravotnej poisťovne môžu byť na základe zmluvy prevedené na inú zdravotnú poisťovňu. V prípade, že sa tak nestane, prípadne majetok *Spoločnej inštitúcie* (Gemeinsame Einrichtung, viď časť 3.1.1). V prípade, že poisťovňa ukončí svoju činnosť len v určitých územných oblastiach (je jej odobratá licencia len pre určité oblasti), musí byť príslušná časť jej finančných rezerv rozdelená tým zdravotným poisťovňami, ktoré prebrali jej poistný kmeň v dotknutej oblasti.

Poisťovne poskytujúce sociálne zdravotné poistenie si môžu túto činnosť poistiť u zaistovne. Zaistovne pre takúto činnosť potrebujú povolenie ministerstva. Spolková rada určuje minimálny podiel z objemu sociálneho zdravotného poistenia, ktorého riziko musí poisťovňa znášať sama – nesmie si ho poistiť u zaistovne.

K 30. 9. 2011 poskytovalo sociálne zdravotné poistenie vo Švajčiarsku spolu 75 zdravotných poisťovní.

3.1.1 SPOLOČNÁ INŠTITÚCIA

Podľa zákona majú poisťovne poskytujúce sociálne zdravotné poistenie povinnosť založiť spoločnú inštitúciu v právnej forme nadácie. Listiny nadácie ako aj zakladajúce ustanovenia musia byť schválené ministerstvom. V prípade, že poisťovne spoločnú inštitúciu nezaložia, založí ju Spolková rada. Ak poisťovne nie sú schopné v rámci spoločnej inštitúcie sa dohodnúť na jej prevádzke, preberá túto funkciu Spolková rada.

Spoločná inštitúcia preberá náklady za výkony na základe sociálneho zdravotného poistenia za poisťovne, ktoré sa dostanú do platobnej neschopnosti.

Spolková rada môže spoločnej inštitúcii prideliť ďalšie úlohy, napríklad na naplnenie medzinárodných záväzkov – zároveň preberá aj zodpovednosť za financovanie takýchto úloh. Poisťovne zas môžu po vzájomnej dohode Spolkovej rade preniesť úlohy spoločného záujmu z administratívnej alebo technickej oblasti.

Spoločná inštitúcia môže od kantónov za náležitú odmenu prebrať výkonné úlohy.

Tabuľka 1: Povinné sociálne zdravotné poistenie vo Švajčiarsku 2000 - 2010: najdôležitejšie ukazovatele

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	zmena 2009 – 2010	priemerná medziročná zmena 2000 – 2010
počet poskytovateľov PSZP	101	99	93	93	92	85	87	87	86	81	81	0,0 %	-2,2 %
priemerný počet poistencov v tis.	7 265	7 301	7 345	7 373	7 384	7 436	7 478	7 538	7 616	7 709	7 780	0,9 %	0,7 %
počet ochorení v tis.	5 947	6 044	6 171	6 105	6 076	6 104	6 140	6 171	6 247	6 463	6 497	0,5 %	0,9 %
počet ochorení na 100 poistencov	81,9	82,8	84,0	82,8	82,3	82,1	82,1	81,9	82,0	83,8	83,5	-0,4 %	0,2 %
pobyty v nemocnici v tis.	1 098	1 193	1 207	1 148	1 196	1 219	1 148	1 232	1 283	1 289	1 211	-6,0 %	1,0 %
dni pobytu v nemocnici v tis.	12 447	12 514	12 391	11 396	11 755	11 493	11 050	11 706	11 790	11 967	10 978	-8,3 %	-1,2 %
predpísané poistné na poistenca CHF	1 850	1 917	2 091	2 281	2 442	2 487	2 583	2 612	2 586	2 611	2 834	8,6 %	4,4 %
Brutto výkony na poistenca CHF	2 131	2 244	2 328	2 431	2 592	2 736	2 755	2 863	2 984	3 069	3 123	1,8 %	3,9 %
z toho ambulatná starostlivosť	1 451	1 549	1 615	1 667	1 751	1 869	1 876	1 947	2 050	2 108	2 155	2,2 %	4,0 %
z toho stacionárna starostlivosť	679	696	712	765	841	868	879	916	933	960	967	0,7 %	3,6 %
spoluúčasť na poistenca CHF	315	329	341	351	384	403	406	419	432	439	438	-0,1 %	3,4 %
zaplatené výkony na poistenca CHF	1 816	1 916	1 987	2 080	2 209	2 334	2 349	2 444	2 552	2 630	2 684	2,1 %	4,0 %
náklady na správu/odpisy na poistenca CHF	119	124	126	129	134	134	144	142	153	147	158	7,1 %	2,9 %
pasívne rezervy na poistenca k 31.12.	545	547	547	578	608	633	667	694	682	661	672	1,7 %	2,1 %
aktívne rezervy na poistenca k 31.12.	390	288	268	325	402	428	501	527	427	371	400	7,8 %	0,3 %
predpísané poistné v mil. CHF	13 442	13 997	15 355	16 820	18 030	18 496	19 315	19 689	19 692	20 125	22 051	9,6 %	5,1 %
brutto výkony v mil. CHF	15 478	16 386	17 096	17 924	19 140	20 348	20 603	21 579	22 722	23 656	24 292	2,7 %	4,6 %
spoluúčasť v mil. CHF	2 288	2 400	2 503	2 588	2 832	2 995	3 039	3 155	3 290	3 382	3 409	0,8 %	4,1 %
zaplatené výkony v mil. CHF	13 190	13 986	14 593	15 336	16 308	17 353	17 564	18 424	19 431	20 274	20 884	3,0 %	4,7 %
náklady na správu/odpisy v mil. CHF	863	909	924	949	987	999	1 078	1 072	1 169	1 134	1 225	8,0 %	3,6 %
celkový prevádzkový výsledok v mil. CHF	-306	-790	-224	400	514	171	491	179	-755	-472	225	-	-
pasívne rezervy k 31.12. v mil. CHF	3 956	3 996	4 018	4 264	4 488	4 710	4 990	5 234	5 191	5 095	5 227	2,6 %	2,8 %
pasívne rezervy ako % uhradených výkonov	30,0 %	28,6 %	27,5 %	27,8 %	27,5 %	27,1 %	28,4 %	28,4 %	26,7 %	25,1 %	25,0 %	-	-
aktívne rezervy k 31.12. v mil. CHF	2 832	2 103	1 966	2 394	2 968	3 184	3 749	3 970	3 252	2 863	3 116	8,8 %	1,0 %
aktívne rezervy ako % uhradených výkonov	21,1 %	15,0 %	12,8 %	14,2 %	16,5 %	17,2 %	19,4 %	20,2 %	16,5 %	14,2 %	14,1 %	-	-

Zdroj: www.bag.admin.ch

Poznámka: PSZP - povinné sociálne zdravotné poistenie; 1 EUR = 1,2 CHF

Pre každú zo svojich činností vedie Spoločná inštitúcia osobitné účtovníctvo a je oslobodená od platenia daní. Na financovanie úloh Spoločnej inštitúcie platia jednotlivé poisťovne zo zdrojov sociálneho zdravotného poistenia príspevky. Inštitúcia je zodpovedná za vymáhanie týchto príspevkov a môže požadovať aj úroky z omeškania. Výška príspevkov a úrokov z omeškania je určená v zakladajúcich ustanoveniach nadácie. Náklady inštitúcie spojené s prebráním záväzkov poisťovne v insolventnosti preberá štát (Bund).

3.2 DOHĽAD NAD SOCIÁLNYM ZDRAVOTNÝM POISTENÍM

Nad sociálnym zdravotným poistením dohliada Spolková rada väčšinou prostredníctvom *Národného úradu pre zdravie* (Bundesamt für Gesundheit). Tento úrad môže poisťovniam dávať usmernenia k jednotnému výkladu právnych predpisov, môže od nich požadovať všetky potrebné informácie a doklady. Má právo robiť v poisťovniach inšpekcie, pričom poisťovne majú povinnosť úradu sprístupniť všetky relevantné informácie ako aj výročné správy a súvahu.

Poisťovne sú povinné úradu poskytovať ročné údaje o dátach, ktoré sa vyskytli v rámci fakturácie výkonov a poistnej činnosti. Úrad tieto dáta na svojich stránkach zverejňuje.

V prípade, že poisťovňa nerešpektuje vyššie popísané zákonné povinnosti, môže úrad podľa stupňa previnenia siahnuť k nasledovným opatreniam:

- a) Úrad na náklady poisťovne zabezpečí opätovné zavedenie zákonného stavu.
- b) Úrad oficiálne vydá poisťovni varovanie a udelí jej poriadkovú pokutu.
- c) Úrad požiadá ministerstvo o odobratie povolenia na výkon sociálneho zdravotného poistenia.

Úrad má právo informovať o opatreniach, ktoré uloží jednotlivým poisťovniam, verejnosť.

Okrem štátneho dohľadu nad povinným sociálnym zdravotným poistením ostávajú pre poisťovne poskytujúce aj iné druhy poistenia v platnosti pravidlá dohľadu nad súkromnými zdravotnými poisťovňami.

Jednotlivé kantóny majú právo od poisťovní žiadať informácie a dokumenty, ktoré majú poisťovne povinnosť poskytovať štátnym inštitúciám a ktoré obsahujú informácie o výške stanovených poistných prémieí. Tieto potrebujú na to, aby mohli zaujať stanovisko k poistnému a aby mohli zodpovedne informovať obyvateľstvo o dôvodoch zmeny poistného.

Poisťovne sú povinné na základe zákona obmedziť svoje správne výdavky na mieru potrebnú pre hospodárne vedenie. Spolková rada môže vydávať ustanovenia na obmedzenie správnych nákladov.

3.3 VÝKONY SOCIÁLNEHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Starostlivosť hradená zo sociálneho zdravotného poistenia je široko a exaktne definovaná.

Patria sem:

- náklady za výkony, ktoré sú potrebné pre diagnózu a liečbu ochorenia a jeho následkov,
- náklady na lekárske predpísané opatrovateľskú starostlivosť, či už ambulantnú alebo v ošetrovacích domovoch
- náklady za niektoré vyšetrenia na včasné diagnostikovanie ochorenia ako aj preventívna starostlivosť o pacientov so zvýšeným rizikom výskytu niektorých ochorení
- náklady na zdravotnú starostlivosť v rovnakom rozsahu ako v chorobe pri vrodennom postihnutí, ak nie sú tieto náklady kryté invalidným poistením
- náklady na zdravotnú starostlivosť pri materstve – prehliadky u lekára počas tehotenstva a aj po pôrode, náklady na pôrod, kojenecké poradenstvo, náklady na pobyt novorodenca v nemocnici po pôrode
- zubná starostlivosť je hradená iba pri vážnych alebo vrodených ochoreniach
- presnou tarifou definované vyšetrenia, analýzy, lieky a liečivá

Výkony hradené zo sociálneho zdravotného poistenia musia byť zo zákona účinné, účelné a hospodárne. Účinnosť musí byť dokázaná vedeckými metódami. Plnenie týchto troch kritérií je pravidelne kontrolované. Poistenci si môžu slobodne vybrať svojho poskytovateľa ambulantnej a nemocničnej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa hradí náklady do výšky tarify, ktorá je platná pre miesto bydliska a práce poistenca.

3.3.1 SPÔSOB ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

V prípade, že sa poisťovňa s poskytovateľom nedohodne inak, je dlžníkom nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť poistenec. V takomto prípade má poistenec nárok požadovať od poisťovne spätnú úhradu nákladov. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný dlžníkovi úhrady vystaviť podrobné a detailné rozúčtovanie výkonu. Poskytovateľ tu musí uviesť všetky údaje, ktoré sú potrebné na výpočet celkovej sumy a na posúdenie hospodárnosti použitých postupov. Rozúčtovanie sa vystavuje na základe taríf, ktoré má poskytovateľ dohodnuté s poisťovňou.

Tabuľka 2: Netto zdravotné výkony (netto – bez spoluúčasti pacienta) na poistenca podľa formy poistenia v roku 2010 (CHF)

		Deti (0 – 18 rokov)	Mladí dospelí (19 – 25 rokov)	Dospelí (od 26 rokov)	Všetci poistenci
štandardná ročná Franchise	F 0 (0 / 300 CHF)	1 008	1 850	6 135	4 356
voliteľná ročná Franchise	F I (100 / 500 CHF)	1 053	1 304	4 582	4 455
	F II (200 / 1000 CHF)	799	559	1 971	1 653
	F III (300 / 1500 CHF)	666	345	1 140	1 065
	F IV (400 / 2000 CHF)	546	226	698	623
	F V (500 / 2500 CHF)	406	259	576	540
	F VI (600 / - CHF)	334	-	-	334
BONUSové poistenie		559	348	1 337	1 300
Poistenie s obmedzeným prístupom (napr. HMO)	F 0 (0 / 300 CHF)	790	1 298	3 988	2 521
	F I (100 / 500 CHF)	5 029	990	2 565	2 441
	F II (200 / 1000 CHF)	593	382	1 017	883
	F III (300 / 1500 CHF)	388	247	658	594
	F IV (400 / 2000 CHF)	351	162	399	371
	F V (500 / 2500 CHF)	300	154	383	358
	F VI (600 / - CHF)	263	-	-	263
Spolu		868	1 008	3 367	2 684

Zdroj: www.bag.admin.ch; 1 EUR = 1,2 CHF

3.4 POISTNÉ

Poist'ovne poskytujúce sociálne zdravotné poistenie sú oprávnené od svojich poistencov vyberať poistné. Poistné si určujú jednotlivé poist'ovne a jeho výška musí byť pre všetkých poistencov v rámci jedného poistného produktu v jednom regióne/kantóne rovnaká. Ceny medzi jednotlivými poistnými produktmi sa môžu líšiť na základe zvolenej výšky spoluúčasti poistenca, na základe voľby obmedzeného okruhu poskytovateľov, alebo na základe miery čerpania zdravotnej starostlivosti (BONUSové poistné). Výška poistného nie je závislá od presného veku, pohlavia, zdravotného stavu, zamestnania ani výšky príjmu poistenca. Závisí od vekovej skupiny, kantónu, v ktorom má poistenec trvalé bydlisko a od výšky zvolenej spoluúčasti (druhu poistky).

Zákon vo Švajčiarsku rozlišuje tri vekové skupiny poistencov. Prvú skupinu tvoria deti (poistenci do 18 rokov), druhú skupinu tvoria mladí dospelí (19 – 25 rokov), tretou skupinou sú dospelí (od 26 rokov). Pre deti je poist'ovňa povinná stanoviť nižšiu sadzbu poistného, pre mladých dospelých môže stanoviť nižšiu sadzbu.

Výška prémie stanovených poist'ovňou je schvaľovaná Spolkovou radou, jednotlivé kantóny môžu zaujať stanovisko k poistnému pre ich oblasť.

Zákon stanovuje, že všetci poistenci sa podieľajú na nákladoch im poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Táto spoluúčasť má dve zložky: pevná ročná suma (Franchise) a variabilná zložka vo výške 10 % nákladov presahujúcich pevnú ročnú sumu (Tabuľka 3). Okrem toho sa poistenci v závislosti od príjmov rodiny podieľajú na nákladoch spojených s pobytom v nemocnici.

Tabuľka 3: Prehľad spoluúčasti vo Švajčiarsku

	Franchise	10 % spoluúčasť
Dospelí (od 06 rokov)	min. 300 CHF – 500, 1000, 1500, 2000 – max. 2500 CHF	max. 700 CHF/rok
Deti do 18 rokov	neplatia	max. 350 CHF/rok
Mladí dospelí 19 – 25 rokov	ako dospelí, poisťovňa im môže ponúkať znížené Franchise	max. 700 CHF/rok

Zdroj: HPI; 1 EUR = 1,2 CHF

Výška prémie, ktorú poistenec vo Švajčiarsku platí, je teda závislá od jeho schopnosti posúdiť svoje vlastné zdravotné riziko. V prípade, že poistenec hodnotí svoje riziko ochorenia ako veľmi nízke, zvolí si poistný produkt s vysokou mierou spoluúčasti, ale s nízkym mesačným poistným v očakávaní, že k chorobe a teda k plateniu spoluúčasti za starostlivosť nedôjde. Naopak, v prípade, že poistenec hodnotí svoje riziko ochorenia ako veľmi vysoké, zvolí si poistný produkt s nízkou spoluúčasťou ale vyšším poistným. Ako vidieť v Tabuľke 4, so zvyšujúcou sa sumou fixnej spoluúčasti – Franchise – klesá výška poistného.

Tabuľka 4: Priemerné predpísané ročné poistné na poistenca podľa formy poistenia v CHF, 2010

		Deti (0 – 18 rokov)	Mladí dospelí (19 – 25 rokov)	Dospelí (od 26 rokov)
štandardná ročná Franchise	F 0 (0 / 300 CHF)	976	3 378	4 085
voliteľná ročná Franchise	F I (100 / 500 CHF)	958	3 390	4 068
	F II (200 / 1000 CHF)	841	2 820	3 514
	F III (300 / 1500 CHF)	756	2 436	3 097
	F IV (400 / 2000 CHF)	649	2 188	2 601
	F V (500 / 2500 CHF)	604	2 001	2 422
	F VI (600 / - CHF)	566	-	-
BONUSové poistenie		765	2 309	2 853
Poistenie s obmedzeným prístupom (napr. HMO)	F 0 (0 / 300 CHF)	794	2 807	3 440
	F I (100 / 500 CHF)	704 (2009)	2 782	3 331
	F II (200 / 1000 CHF)	694	2 323	2 856
	F III (300 / 1500 CHF)	554	1 967	2 479
	F IV (400 / 2000 CHF)	522	1 826	2 142
	F V (500 / 2500 CHF)	575	1 876	2 219
	F VI (600 / - CHF)	546	-	-

Zdroj: www.bag.admin.ch; 1 EUR = 1,2 CHF

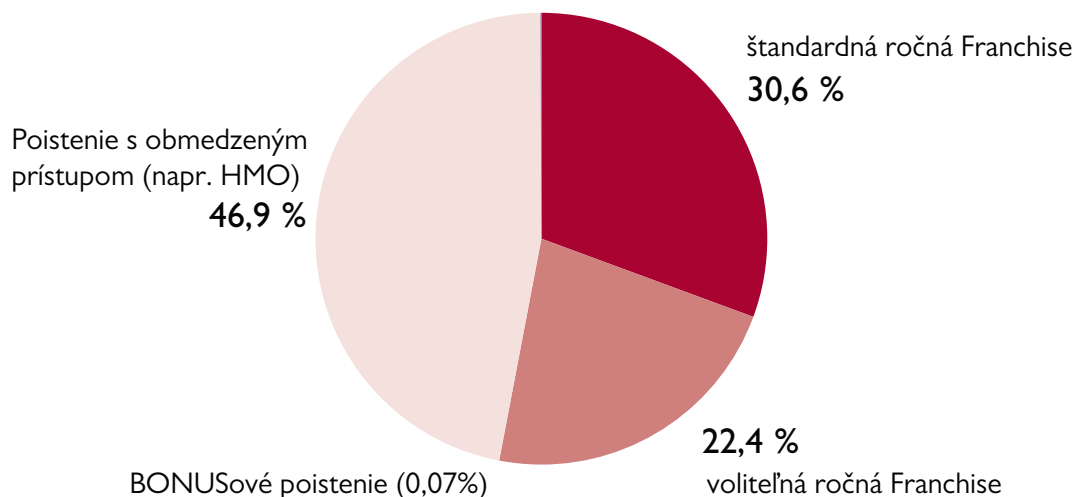


Pri poistení s obmedzeným prístupom k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (poistenec môže navštevovať obmedzený, vopred vybraný okruh poskytovateľov) sú jednotlivé prémie nižšie ako v programe bez tohto obmedzenia a to pri rovnakej miere spoluúčasti.

Zákon zakazuje poistiť si riziko výšky spoluúčasti cez komerčné poistenie.

Graf 3 ukazuje rozdelenie poistencov podľa jednotlivých foriem poistenia v roku 2010. 46,93 % poistencov si v roku 2010 vybralo poistenie s obmedzeným prístupom a teda aj nižším mesačným poistným.

Graf 3: Rozdelenie poistencov podľa formy poistenia, 2010



Zdroj: www.bag.admin.ch

Tabuľka 5 uvádza priemerné predpísané ročné poistné na poistenca podľa formy poistenia v roku 2010.

Tabuľka 5: Predpísané poistné podľa formy poistenia v CHF, 2010

Forma poistenia	Predpísané poistné spolu	podiel %	zmena oproti roku 2009
štandardná ročná Franchise	7 589 632 688	34,4 %	-2,2 %
voliteľná ročná Franchise	5 673 835 725	25,7 %	-8,4 %
BONUSové poistenie	16 045 473	0,1 %	0,9 %
Poistenie s obmedzeným prístupom (napr. HMO)	8 771 926 021	39,8 %	42,6 %
Spolu	22 051 439 907	100,0 %	9,6 %

Zdroj: www.bag.admin.ch ; 1 EUR = 1,2 CHF

3.4.1 NEPLATENIE POISTNÉHO A SPOLUÚČASTI

Ak poistenec neuhradí svoje predpísané poistné alebo príslušnú spoluúčasť, je poisťovňa povinná zaslať mu písomnú upomienku, v ktorej stanoví 30-dňovú lehotu na úhradu poistného a poučí poistenca o dôsledkoch neuhradenia si svojich záväzkov. Ak poistenec aj napriek upomienke svoje záväzky neuhradí, má poisťovňa právo pozastaviť poistencovi platby za poskytnutú zdravotnú starostlivosť až do doby, kým nie sú jej pohľadávky uspokojené. Pokiaľ poistenec nemá uhradené všetky záväzky voči svojej aktuálnej poisťovni, nemôže prestúpiť do inej poisťovne.

3.4.2 SOCIÁLNY SYSTÉM

Štát sa podieľa na platení poistného pre nízkoprijemové skupiny formou príspevku k poistnému. Konkrétnu komunikáciu s poistencami a správu príspevkov majú na starosti jednotlivé kantóny. Štát im pre tento účel prispieva sumou vo výške 7,5 % hrubých nákladov na výkony zo sociálneho zdravotného poistenia, zvyšnú časť nákladov znášajú kantóny samotné. Spolková rada stanovuje presné rozdelenie štátneho príspevku medzi jednotlivé kantóny podľa počtu obyvateľov a poistencov v kantóne.

V roku 2009 poberalo príspevok na poistné spolu 2 254 890 poistencov vo Švajčiarsku, čo je takmer 30 % populácie. Spolu bolo na príspevkoch v roku 2009 vyplatených 3 452 miliónov CHF, z rozpočtov kantónov bolo vyplatených 48,8 % z tejto sumy, zvyšok bol pokrytý štátnym príspevkom.

Tabuľka 6: Počet poberateľov príspevku na poistné podľa vekových skupín a pohlavia v r. 2009

veková skupina	muži	ženy	spolu	poberatelia spolu ako % celku	vyplatené príspevky v mil. CHF
0 – 18	345 277	326 525	671 802	44,6 %	337,0
19 – 25	135 775	143 322	279 097	42,8 %	348,2
26 – 30	69 604	84 296	153 900	30,1 %	151,0
31 – 35	59 241	77 279	136 520	26,2 %	136,1
36 – 40	67 674	87 881	155 555	26,9 %	159,3
41 – 45	76 554	91 805	168 359	26,0 %	174,9
46 – 50	65 286	70 759	136 045	22,2 %	148,5
51 – 55	46 725	47 671	94 396	17,8 %	111,7
56 – 60	34 666	36 661	71 327	15,1 %	90,7
61 – 65	29 737	35 600	65 337	14,6 %	88,7
66 – 70	24 906	32 932	57 838	16,1 %	84,5
71 – 75	23 332	34 904	58 236	20,0 %	86,8
76 – 80	20 469	34 827	55 296	22,6 %	85,0
81 – 85	14 468	31 607	46 075	25,4 %	74,5
86 – 90	8 310	23 585	31 895	29,9 %	55,8
91 a viac	3 474	14 871	18 345	38,6 %	34,5
vek neznámy	23 318	31 549	54 867	-	1 284,6
Spolu	1 048 814	1 206 076	2 254 890	29,3 %	3 451,8

Zdroj: www.bag.admin.ch ; 1 EUR = 1,2 CHF

Poznámka: počet obyvateľov v roku 2009: 7 701 856; 29,28 % populácie poberá príspevok

3.5 DOBROVOLNÉ POISTENIE DENNÝCH DÁVOK

Okrem povinného sociálneho zdravotného poistenia upravuje zákon o zdravotnom poistení aj pravidlá pre dobrovoľné poistenie denných dávok (Taggeldversicherung).

Toto poistenie môže uzatvoriť každý, kto býva vo Švajčiarsku a je vo veku od 15 do 65 rokov, pričom toto poistenie smie uzavrieť aj u inej poisťovne než je tá, u ktorej má uzatvorené povinné zdravotné poistenie.

Predmetom tohto poistenia sú denné dávky pre prípad choroby alebo materstva, ktoré si dohodne poistenec s poisťovňou v zmluve. Poisťovňa je povinná za rovnaké dávky (rovnaké zmluvné podmienky) vybrať rovnaké poistné. Poistné však môže byť odlišné na základe veku poistenca a regiónu.

Poisťovne sú v rámci ich územnej pôsobnosti povinné poistiť každú oprávnenú osobu (t. j. spĺňa podmienku veku a bydliska). Poisťovne si môžu pri uzatváraní zmluvy s poistencom uplatniť tzv. výhradu (Vorbehalt) na aktuálne choroby pacienta alebo choroby minulé, ktoré majú tendenciu sa vracat'. Výhrada pre určité choroby však nesmie trvať dlhšie ako 5 rokov. Zákon definuje výnimky, kedy si poisťovňa výhradu nesmie uplatniť.

Nárok na dennú dávku vzniká poistencovi v prípade, že je minimálne z polovice práceneschopný. Ak nie je v zmluve iná dohoda, vyplácanie dávky sa začína tretím dňom po ochorení. Dátum začiatku vyplácania dávky smie byť v čase posunutý na neskoršiu dobu výmenou za nižšie poistné. Celkovo však musí byť dávka vyplácaná minimálne 720 z 900 dní. V prípade materstva vzniká nárok na dennú dávku vtedy, ak poistný vzťah trval minimálne 270 dní, z toho 3 mesiace bez prerušenia. Denná dávka pri materstve je vyplácaná celkovo 16 týždňov, z ktorých minimálne 8 týždňov musí nasledovať bezprostredne po pôrode.

Dobrovoľné poistenie denných dávok má vo Švajčiarsku uzavretých 3,2 % populácie.

Tabuľka 7: Dobrovoľné poistenie denných dávok - základné ukazovatele, CHF

rok	predpísané poistné v mil.	predpísané poistné na poistenca	vyplatené dávky v mil.	vyplatené dávky na poistenca	počet poistencov	počet poisťovní
2000	439,2	209	381,6	200	639 885	102
2001	400,7	222	352,0	197	561 848	102
2002	371,7	219	329,1	193	495 344	93
2003	357,1	231	309,9	197	439 082	92
2004	356,6	238	277,9	191	384 858	93
2005	342,3	203	251,1	158	409 989	82
2006	318,1	203	220,6	149	376 229	81
2007	302,3	192	207,7	139	342 047	81
2008	281,0	186	198,3	127	314 150	82
2009	267,7	176	197,2	135	285 967	74
2010	248,8	187	191,6	146	245 656	78

Zdroj: www.bag.admin.ch; 1 EUR = 1,2 CHF

4. SYSTÉM ZDRAVOTNÉHO POISTENIA V NEMECKU

Zákonné zdravotné poistenie v Nemecku je určované dvoma základnými princípmi: povinnosť poistenia a sloboda poistenia. Zákonné zdravotné poistenie je vybudované na základe Bismarcovho modelu, je povinné pre celú populáciu, je naviazané na príjem, výška príspevku v roku 2011 dosiahla úroveň 15,5 %.

Sloboda poistenia sa týka osôb, ktoré prekročia vládou stanovenú ročnú hranicu príjmu, ale aj úradníkov, sudcov alebo vojakov. Tieto osoby môžu zo systému povinného zákonného zdravotného poistenia vystúpiť, poistiť sa súkromne, alebo ostať nepoistení. Nevzťahuje sa na nich žiadna zákonná povinnosť zdravotného poistenia. V roku 2011 bola ročná hranica príjmu pre slobodu poistenia stanovená vo výške 49 500 EUR, pre rok 2012 je stanovená na úroveň 50 850 EUR.

Približne 86 % populácie spadá do systému povinného zákonného zdravotného poistenia, zvyšok populácie je poistený súkromným zdravotným poistením, prípadne je nepoistený.

4.1 SYSTÉM FINANCOVANIA ZÁKONNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Zákonné zdravotné poistenie v Nemecku je financované jednak z príspevkov závislých na príjme, ako aj zo štátnych príspevkov.

Príspevky na zákonné zdravotné poistenie sú tvorené zákonom stanoveným percentom z hrubého príjmu. Táto sadzba je rovnaká pre každú zdravotnú poisťovňu (jednotná výška príspevku stanovená zákonom bola do systému zdravotného poistenia znovuzavedená od roku 2009). V roku 2011 tvorili príspevky 15,5 % z príjmu (7,3 % platí zamestnávateľ, 8,2 % zamestnanec). Príspevky platia aj dôchodcovia, deti sú poistené spolu so svojimi rodičmi, neplatia žiadne samostatné odvody. V Nemecku platí maximálny vymeriavací základ pre príspevky na zdravotné poistenie, v roku 2011 bol stanovený na úrovni 3 712,5 EUR/mesiac, na rok 2012 je stanovený na úrovni 3 825 EUR/mesiac.

Štátne príspevky z daní sú určené predovšetkým na financovanie nákladov zdravotných poisťovní spojené s automatickým pripoistením detí a ďalších výdavkov nekrytých zdravotným poistením. Rovnako kryjú aj sociálne vyrovnanie v súvislosti s dodatočným príspevkom (viď nižšie).

Od roku 2009 neprúdia príspevky na zákonné zdravotné poistenie priamo do zdravotných poisťovní, ale do spoločného *Zdravotného fondu* (Gesundheitsfond). Ten je zodpovedný za prerozdelenie na základe veku, pohlavia a zdravotného stavu, a až následne posúva financie jednotlivým zdravotným poisťovniam.

Tabuľka 8: Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní zákonného zdravotného poistenia v Nemecku

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
príjmy spolu (mld. EUR)	144,27	145,74	149,93	156,06	162,52	172,20	175,60
– štátne príspevky (mld. EUR)	1,00	2,50	4,20	2,50	4,00	7,20	15,54
výdavky spolu (mld. EUR)	140,18	143,81	148,00	153,93	160,94	170,78	175,99

Zdroj: www.bundesgesundheitsministerium.de

4.1.1 ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE

V Nemecku funguje pluralitný systém zdravotných poisťovní. Poistenci si môžu vybrať, v ktorej poisťovni chcú byť poistení, poisťovňa má povinnosť prijať každého poistenca, ktorý prejaví záujem byť v nej poistený. Počet zdravotných poisťovní v Nemecku v posledných rokoch klesá. Kým v roku 2005 ich bolo ešte 391, v roku 2010 ich bolo už len 165 a k 1. augustu 2011 klesol ich počet na 153. Proces koncentrácie trhu zdravotných poisťovní bol v posledných rokoch podporovaný najmä sprísňovaním legislatívy v oblasti súťaže a fungovania poisťovní. Z hľadiska právnej formy sú zdravotné poisťovne poskytujúce povinné zdravotné poistenie v Nemecku subjektmi verejného práva so samosprávou.

Dohľad nad jednotlivými poisťovňami vykonávajúcimi zákonné zdravotné poistenie majú v prvom rade jednotlivé spolkové krajiny, v ktorých zdravotné poisťovne sídlia a pôsobia. Na celoštátnej úrovni je hlavnou inštitúciou pre dohľad *Spolkový úrad pre poistenie* (Bundesversicherungsamt). Ide o samostatný spolkový úrad pri ministerstve práce a sociálnych vecí. Jeho hlavnou úlohou je bezprostredný dohľad nad nositeľmi zákonného zdravotného, dôchodkového, úrazového ako aj sociálneho opatrovateľského poistenia, má v pôsobnosti prerozdelenie a je správcom Zdravotného fondu.

Zdravotné poisťovne zákonného zdravotného poistenia v Nemecku môžu svojim poistencom ponúkať bonusové programy alebo plány so spoluúčasťou, v obidvoch prípadoch je poistencovi ponúkaná určitá prémie v prípade, že sa zúčastňuje preventívnych programov alebo sa zaviazuje k určitej spoluúčasti na čerpanej zdravotnej starostlivosti. Rámec pre takéto plány určuje zákon, presný model si vypracúvajú zdravotné poisťovne samy a je súčasťou stanov zdravotnej poisťovne. V roku 2011 vyplácalo bonusy spolu 7 poisťovní. Najvyšší ročný bonus dosiahol 120 EUR, druhý najvyšší 72 EUR, štyri poisťovne vyplatia bonus vo výške 60 EUR, najnižší vyplatený bonus je 30 EUR.

Tabuľka 9: Zákonné zdravotné poistenie v Nemecku 2000 – 2010: najdôležitejšie ukazovatele

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
počet poisťovní zákonného ZP	420	396	485	456	414	391	392	362	219	202	165
poistená populácia v tis.	71 261	70 995	70 783	70 454	70 271	70 500	70 399	70 327	70 234	70 012	69 803
počet nemocničných prípadov v mil.	17,19	17,26	17,40	17,31	17,23	17,03	17,14	17,57	17,94	18,23	n/a
priemerná dĺžka pobytu v nemocnici v dňoch	9,70	9,40	9,30	9,00	8,60	8,60	8,40	8,30	8,10	8,00	n/a
príjmy zdravotných poisťovní ZP spolu (mld. EUR)	133,81	135,79	139,71	141,05	144,27	145,74	149,93	156,06	162,52	172,20	175,60
z toho štátne príspevky spolu (mld. EUR)	n/a	n/a	n/a	n/a	1,00	2,20	4,20	2,50	4,00	7,20	15,54
príjmy zdravotných poisťovní ZP spolu na 1 poistenca bez štátneho príspevku	1 877,72	1 912,68	1 973,73	1 998,04	2 027,28	2 040,10	2 069,91	2 183,62	2 277,58	2 459,62	2 515,60
výdavky zdravotných poisťovní (mld. EUR)	1 337,00	138,81	143,03	145,09	140,18	143,81	148,00	153,93	160,94	170,78	175,99
z toho výd. na lekárske ošetrovanie (mld. EUR)	22,01	22,42	22,80	23,33	21,86	21,95	22,69	23,55	24,65	26,39	27,09
z toho výd. na lekárske ošetrovanie na 1 poistenca v EUR	308,92	315,83	322,17	331,13	311,11	311,39	322,34	334,89	350,92	376,91	388,05
z toho výd. na lieky (mld. EUR)	19,41	21,56	22,66	23,40	21,13	24,67	25,10	27,04	28,39	30,00	30,18
z toho výd. na lieky na 1 poistenca v EUR	272,38	303,66	320,08	332,12	300,66	349,96	356,49	384,51	404,20	428,55	432,36
z toho výd. na nem. starostlivosť (mld. EUR)	44,16	44,60	45,79	46,31	47,17	48,53	49,93	50,42	52,14	55,41	58,13
z toho výd. na nem. starostlivosť na 1 poistenca v EUR	619,75	628,19	646,91	657,29	671,22	688,38	709,31	716,93	742,42	793,51	832,71

Poznámka: ZPZ - zákonné zdravotné poistenie

Zdroj: www.bundesgesundheitsministerium.de

4.2 VÝKONY ZÁKONNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

V rámci zákonného zdravotného poistenia v Nemecku majú poistenci právo slobodne si zvoliť svojho lekára spomedzi všetkých lekárov, ktorí poskytujú svoje služby v systéme zákonného zdravotného poistenia. Iného lekára (t.j. lekár, ktorý nemá oprávnenie poskytovať služby v systéme zákonného zdravotného poistenia) smie poistenec navštíviť len v akútnom prípade. Okrem toho by poistenec nemal svojho ošetrojúceho lekára meniť častejšie ako raz za kalendárny štvrtrok, výnimku opäť tvoria akútne prípady.

Zákon v Nemecku stanovuje, že poistenci majú nárok na zdravotnú starostlivosť, ktorá je postačujúca, potrebná a zodpovedá aktuálnemu stavu medicínskeho pokroku. Pod túto definíciu spadá lekárska, zubná a psychoterapeutická starostlivosť, ako aj lieky, nemocničná a rehabilitačná starostlivosť. Okrem toho musia byť všetky výkony postačujúce, účelné a hospodárne, nesmú presiahnuť nevyhnutnú mieru. Výkony, ktoré tieto kritéria nespĺňajú, si poistenci nesmú nárokovať, poskytovatelia poskytovať a zdravotné poisťovne povoľovať.

4.3 DODATOČNÝ PRÍSPEVOK

K 1. januáru 2011 vstúpil v Nemecku do platnosti *Zákon pre udržateľné a sociálne vyrovnané financovanie zákonného zdravotného poistenia* (Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung). V dôsledku svetovej finančnej a hospodárskej krízy pocítilo aj Nemecko zraniteľnosť systému financovaného z príspevkov naviazaných na príjmy obyvateľstva. Jedným z hlavných cieľov tohto zákona je preto postupný prechod od financovania závislého od vývoja príjmov obyvateľstva smerom k financovaniu od príjmu nezávislými príspevkami. Nástrojmi tejto zmeny majú byť nové pravidlá pre *dodatočný príspevok* (Zusatzbeitrag), ktorý bol do nemeckého systému zákonného zdravotného poistenia zavedený reformou zdravotníctva 2007 a od roku 2009 ho začali niektoré zdravotné poisťovne postupne využívať.

4.3.1 DODATOČNÝ PRÍSPEVOK V ROKU 2011, PROGNÓZA PRE ROK 2012

Dodatočný príspevok je od príjmu nezávislý príspevok stanovený konkrétnou sumou v eurách, ktorý platí poistenec priamo svojej zdravotnej poisťovni.

Dodatočný príspevok je stanovovaný individuálne každou poisťovňou na základe zákonom predpísaných podmienok. Dodatočný príspevok smie poisťovňa od poistencov žiadať len vtedy, ak jej finančné potreby nie sú dostatočne kryté platbami zo Zdravotného fondu (Gesundheitsfond).

Výška dodatočného príspevku je stanovovaná na základe odhadovaného vývoja príjmov a výdavkov danej zdravotnej poisťovne a o jeho zavedení alebo zvýšení môže byť na základe aktuálneho vývoja rozhodnuté aj v rámci hospodárskeho roka. Takéto rozhodnutia si vyžadujú súhlas príslušného úradu pre dohľad (Bundesversicherungsamt).

Zdravotná poisťovňa stanovuje jeden dodatočný príspevok rovnaký pre všetkých svojich poistencov, poisťovne navzájom sa však vo výške dodatočného príspevku môžu líšiť, čo by malo prispieť k zlepšeniu konkurencie a prispieť k lepšej porovnateľnosti jednotlivých poisťovní z pohľadu poistenca.

Ku koncu roku 2011 vyberá dodatočný príspevok spolu 11 zdravotných poisťovní z celkového počtu 153 poisťovní (počet poisťovní vyberajúcich dodatočný príspevok sa v roku 2011 menil vzhľadom na zlučovanie zdravotných poisťovní). Najnižší dodatočný príspevok v roku 2011 bol 6,5 EUR a najvyšší 5 EUR mesačne. Väčšina poisťovní vyberala príspevok vo výške 8 EUR, jedna poisťovňa stanovila príspevok na 10 EUR. Spomedzi poisťovní, ktoré vyberajú dodatočný príspevok príde k 1. januáru 2012 k zlúčeniu štyroch poisťovní do jednej, pričom po zlúčení nebude ostávajúca poisťovňa od apríla 2012 príspevok od svojich poistencov požadovať.

Pre rok 2012 sa očakáva, že dodatočný príspevok bude vyberať viac poisťovní. Podľa odhadov internetových portálov porovnávajúcich zdravotné poisťovne sa pohybuje predbežná výška dodatočného príspevku v rozmedzí 4 až 21 EUR.

4.3.2 SOCIÁLNE VYROVNANIE

Spolu s novými pravidlami pre dodatočný príspevok platí od januára 2011 aj nový systém sociálneho vyrovnania, ktorý je financovaný z daní.

Nárok na sociálne vyrovnanie vzniká poistencovi v prípade, ak je jeho dodatočný príspevok vyšší ako 2 % jeho príjmov, ktoré sú vymeriavacím základom pre platby povinného zdravotného poistenia. Pre určenie výšky sociálneho vyrovnania je určujúci tzv. priemerný dodatočný príspevok.

Priemerný dodatočný príspevok je na ročnej báze stanovovaný *Okruhom odhadcov pri Spolkovom poisťovní úrade* (Bundesversicherungsamt). Okruh odhadcov stanovuje priemerný dodatočný príspevok pre nasledujúci rok vždy k 15. októbru roku aktuálneho na základe predbežných ročných príjmov zdravotného fondu, predbežných ročných výdavkov zdravotných poisťovní ako aj predbežného počtu poistencov a členov zdravotných poisťovní. Ministerstvo zdravotníctva následne po dohode s ministerstvom financií stanovuje na základe stanoviska Okruhu odhadcov k priemernému dodatočnému príspevku jeho výšku ako pevnú sumu v eurách a to vždy k 1. novembru daného roku. Priemerný dodatočný príspevok pre rok 2011 bol stanovený vo výške 0 EUR, pre rok 2012 bol rovnako stanovený na 0 EUR.

V prípade ak poistenec dosiahne spomínanú 2-percentnú hranicu pre dodatočný príspevok, aktivuje sa sociálne vyrovnanie. Od príjmu závislá mesačná platba poistenca na povinné zdravotné poistenie (8,2 % v roku 2011) sa mu individuálne zníži o sumu, o ktorú priemerný dodatočný príspevok prekročil hranicu 2 % jeho príjmu.

Ak je ministerstvom zdravotníctva stanovený priemerný dodatočný príspevok vyšší ako 2 % vymeriavacieho základu konkrétneho poistenca, odpočíta sa mu zistený rozdiel od jeho platby zdravotnej poisťovni v rámci povinného zdravotného poistenia – a to bez ohľadu na skutočnú výšku dodatočného príspevku, ktorú platí poistenec svojej poisťovni. V prípade, že zníženie platby poistenca na zdravotné poistenie na nulu nestačí na dostatočné sociálne vyrovnanie, má poistenec právo si zvýšnú sumu žiadať od svojej zdravotnej poisťovne.

Ak je priemerný dodatočný príspevok nižší ako 2 % vymeriavacieho základu, poistenec nemá nárok na sociálne vyrovnanie.

Takýto mechanizmus sociálneho vyrovnania cez výšku priemerného dodatočného príspevku bol zvolený preto, aby odrážal realnosť požiadaviek jednotlivých zdravotných poisťovní a aby zaktivizoval poistenca na trhu zdravotného poistenia a motivoval ho k porovnávaniu ponúk jednotlivých zdravotných poisťovní.

Sociálne vyrovnanie administruje za zamestnanca jeho zamestnávateľ, za samostatne zárobkovo činné osoby príslušná zdravotná poisťovňa, u osôb, ktoré majú viacero rôznych príjmov skúma nárok na sociálne vyrovnanie príslušná zdravotná poisťovňa a informuje príslušného odvádzateľa zdravotného odvodu o prípadnej redukcii príspevkov na zdravotné poistenie.

Systém dodatočného príspevku počíta aj so sankčným mechanizmom vo forme príplatku z omeškania pre tých poistencov, ktorí meškajú s platbou dodatočného príspevku viac ako 6 mesiacov. Príplatok z omeškania musí byť minimálne vo výške 20 EUR a maximálne vo výške posledných troch dodatočných príspevkov – ďalšie podmienky si poisťovne stanovujú individuálne vo svojich stanovách. Poistenc stráca nárok na sociálne vyrovnanie pokiaľ mešká s platbou dodatočného príspevku alebo príplatku z omeškania. Nárok mu opäť vzniká ak s poisťovňou uzavrie dohodu o splácaní, ktorú aj plní.

Dodatočný príspevok nie je celoplošným príspevkom, zákon počíta so skupinami obyvateľstva, ktoré sú od jeho platenia oslobodené. Ide o osoby, ktoré nemajú žiaden ďalší príjem pre účely platenia povinného zdravotného poistenia, o poberateľov nemocenských dávok, materského príspevku či o zdravotne postihnuté osoby. Dodatočný príspevok nemení nič ani na bezplatnom pripoistení ekonomicky nečinných detí, manželov/manželiek. Poberatelia príspevku v nezamestnanosti alebo sociálneho príspevku majú dodatočný príspevok síce stanovený, ale ho neplatia. Platbu uskutočňuje Zdravotný fond z likvidnej rezervy. Pre roky 2011 až 2014 bola táto rezerva naplnená dvoma miliardami EUR zo štátnej pokladne a od roku 2015 bude potrebná suma pre likvidný fond súčasťou *spolkového príspevku pre sociálne vyrovnanie* (Bundeszuschuss für den Sozialausgleich). Tieto príspevky zo štátneho rozpočtu sú určené pre plnenia zákonného zdravotného poistenia nesúvisiace s povinným poistením, napr. bezplatné pripoistenie detí; v roku 2011 je spolkový príspevok stanovený vo výške 13,3 mld. EUR.

5. DISKUSIA K ZAVEDENIU NOMINÁLNEHO POISTNÉHO NA SLOVENSKU

Presná forma a rozsah nominálneho poistného na Slovensku budú závislé od presného cieľu a očakávaní, ktoré sa pre neho definujú. Ako je možné si všimnúť v predstavených systémoch zdravotného poistenia, nominálne poistné je nástroj, ktorý môže v systéme mať malú rolu (Nemecko), alebo môže byť jeho silným a výrazným pilierom popri poistnom závislom na príjme (Holandsko) až po jeho vedúcu rolu v poistnom systéme ako celku (Švajčiarsko). Aj vzhľadom na tento fakt si myslíme, že je možné postupné evolučné zavádzanie nominálneho poistného do systému za predpokladu jasnej definície časového horizontu ako aj cieľového stavu.

Základné oblasti a otázky, ktoré je potrebné brať do úvahy sú:

1. ktorá časť populácie bude platiteľom zdravotného poistenia
2. kto a akou formou bude jeho príjemcom
3. aký systém sociálnych kompenzácií bude sprevádzať nominálne poistné, tak aby neboli potlačené jeho hlavné efekty v systéme
4. aká inštitúcia bude dohliadať nad systémom nominálneho poistného
5. aké nové nástroje budú spolu s nominálnym poistným prenesené na zdravotné poisťovne

Podľa názoru Health Policy Institute by nominálne poistné malo byť povinné pre celú populáciu pri nastavení účinného systému sociálnych kompenzácií, prípadne pri určení veľmi úzkych skupín obyvateľstva oslobodených od jeho platenia. Vo všetkých analyzovaných krajinách majú sociálne kompenzácie významnú úlohu a je možné sa poučiť z ich fungovania ako aj z chýb, ktoré tieto krajiny už urobili.

Jedným z príkladov je Nemecko, kde spolu so zavedením dodatočného príspevku (nominálne poistné) v roku 2009 zaviedli chybný systém sociálnej kompenzácie. Kombinácia dodatočného príspevku a obmedzenie jeho výšky na max. 1 % z príjmu bez príslušnej kompenzácie príjmovej štruktúry môže v konečnom dôsledku viesť k znevýhodneniu zdravotnej poisťovne nie pre jej zlé hospodárenie, ale pre príjmovú štruktúru jej poistencov. Sociálne vyrovnanie v takomto prípade prebieha na úrovni konkrétnej zdravotnej poisťovne a nie na úrovni celého systému zdravotného poistenia. Ak dodatočný príspevok pre jedného poistenca dosiahol strop 1 % jeho príjmu, nemusel zaplatiť jeho celú sumu a tento náklad sa preniesol na ďalších poistencov. Z toho vyplýva, že dodatočný príspevok požadovaný zdravotnou poisťovňou bol o to vyšší, čím viac jej poistencov dosiahlo strop 1 % z príjmu. Vyšší dodatočný príspevok motivuje poistencov s vyšším príjmom zmeniť zdravotnú poisťovňu, avšak poistenci s nižším príjmom v nej ostávajú, keďže sú chránení jednopercenčným stropom a navyšovanie dodatočného príspevku sa ich nedotýka. Tento nedostatok systému dodatočného príspevku bol s účinnosťou od 1. 1. 2011 odstránený. Sociálne vyrovnanie už neprebieha v rámci jednej zdravotnej poisťovne, ale v rámci celého systému zdravotného poistenia. Zároveň bol dodatočný príspevok definovaný ako od príjmu nezávislý príspevok stanovený konkrétnou sumou v eurách.

Príjemcom nominálneho poistného by mali byť jednotlivé zdravotné poisťovne, nominálne poistné by nemalo byť predmetom prerozdelenia medzi poisťovňami. Dohľad nad nominálnym poistným a zdravotnými plánmi by mohla vykonávať Národná banka Slovenska. Suma zo štátneho rozpočtu, ktorú dnes poznáme pod pojmom poistné pre poistencov štátu, by mohla byť v plnej výške použitá ako sociálna kompenzácia pre nákup nominálneho poistného pre dôchodcov, nezamestnaných a sociálne slabých.

Zavedenie nominálneho poistného by podľa nášho názoru malo viesť k zníženiu poistnej sadzby verejného zdravotného poistenia. Okrem toho by nominálne poistné mohlo znovu otvoriť diskusiu o zúžení základného balíka hradenej zdravotnej starostlivosti a zaradení niektorých výkonov do zdravotných plánov.

Za veľmi dôležité považujeme to, aby zdravotným poisťovňam spolu s povinnosťou vyberať nominálne poistné boli udelené aj nové kompetencie, ktoré by celý systém ďalej rozvíjali. Medzi takéto kompetencie môže patriť:

1. možnosť vytvárať pre poistencov zdravotné plány
2. možnosť zavádzania spoluúčasti
3. možnosť znižovania výšky nominálneho poistného v závislosti od zvoleného zdravotného plánu a zvolenej spoluúčasti
4. možnosť vytvárať siete preferovaných poskytovateľov s právomocou finančne motivovať poistencov na využívanie takejto siete

Health Policy Institute bude v novom roku 2012 postupne predstavovať víziu konkrétneho fungovania nominálneho poistného na Slovensku. Budeme radi, pokiaľ sa odborná verejnosť bude k našim návrhom vyjadrovať a bude túto víziu dotvárať konštruktívnymi pripomienkami, ktoré budeme radi publikovať a ďalej rozoberať.

HPI týmto zriaďuje dobrovoľnú pracovnú skupinu s názvom *Nominálne poistné na Slovensku*. Záujemcovia o spoluprácu v rámci tejto pracovnej skupiny sú vítaní, pričom podmienkou pre spoluprácu je písomný odborný názor k zavedeniu nominálneho poistného na Slovensku.

Tešíme sa na plodnú diskusiu!

Mag. Mária Pourová

pourova@hpi.sk

Ing. Peter Pažitný, MSc.

pazitny@hpi.sk

O AUTOROCH



Mag. Mária Pourová (*1983) je senior analytikom Health Policy Institute, s ktorým spolupracuje od roku 2007. Zaoberá sa distribúciou finančného bremena financovania zdravotníctva v populácii, organizáciou zdravotného systému a poisťných systémov zdravotníctva, procesným manažmentom a manažovanou starostlivosťou. Je absolventkou viedenskej Ekonomickej Univerzity (Wirtschaftsuniversität) v odbore poisťovníctvo, rizikový manažment, procesný a produkčný manažment.



Ing. Peter Pažitný (*1976) je partner a výkonný riaditeľ Health Policy Institute a zakladateľ a výkonný riaditeľ Centra & East European Health Policy Network. Zaoberá sa zdravotnou politikou, ekonómiou zdravotníctva a reformným poradenstvom. V roku 2011 bol členom komisie pre finančnú stabilizáciu Ministra zdravotníctva. V rokoch 2007 – 2008 bol poradcom ministra zdravotníctva Českej republiky, Tomáša Julínka, v rokoch 2006 – 2007 radil maďarskému ministrovi zdravotníctva Lajosovi Molnárovi a v rokoch 2002 – 2004 bol hlavný poradca slovenského ministra zdravotníctva Rudolfa Zajaca.

POUŽITÉ SKRATKY

AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten / Generálny fond mimoriadnych výdavkov na zdravotníctvo
AWBZ	Algemeene Wet Bijzondere Ziektekosten / Zákon o mimoriadnych výdavkoch na zdravotnú starostlivosť
CAK	Centraal Administratiekantoor / centrálny register, ktorý má všetky informácie o poistencoch, ktorí majú nárok na kompenzácie od zdravotných poisťovní
CIZ	Centrum Indicatiestelling zorg / centrum pre hodnotenie potreby
EUR	Euro
CHF	Švajčiarsky frank
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz / Zákon o dohľade nad poistením
WZT	Wet op de zorgtoeslag / Zákon o podpore zdravotnej starostlivosti
ZVW	Zorgverzekeringswet / Zákon o zdravotnom poistení

ZDROJE

HOLANDSKO

- [http://www.vektis.nl/downloads/Publicaties/2011/Zorgthermometer %20nr1 %202011.pdf](http://www.vektis.nl/downloads/Publicaties/2011/Zorgthermometer%20nr1%202011.pdf)
- Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. *Health System in Transition*, 2010.
- Wynand P.M.M. van de Ven and Frederik T. Schut: Universal Mandatory Health Insurance In The Netherlands: A Model For The United States? *Health Affairs*, 27, no.3 (2008):771-781

ŠVAJČIARSKO

- www.bag.admin.ch
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung 832.10 vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2011).

NEMECKO

- Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 2010.
- Sozialgesetzbuch V Gesetzliche Krankenversicherung.
- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/gesundheitsreform.html>

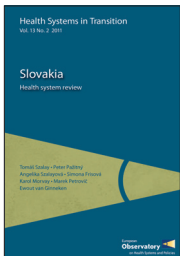


ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY PRE ROKY 2011 – 2012

Aké budú dopady reformy odvodov na zdravotníctvo? Prognóza príjmov a výdavkov zdravotníctva do roku 2012.

Autori: K. Morvay, T. Sivák, P. Pažitný
vydal Health Policy Institute, jún 2011, 42 strán
PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk

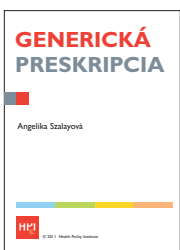
ISBN 978-90-969907-7-1



SLOVAKIA: HEALTH SYSTEM REVIEW

Prestížna publikácia o slovenskom zdravotnom systéme z edície WHO Health Systems in Transition. Publikácia je v anglickom jazyku.

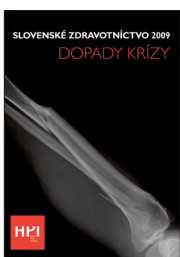
Autori: T. Szalay, P. Pažitný, A. Szalayová, S. Frisová, K. Morvay, M. Petrovič, E. van Ginneken
vydal Observatory, apríl 2011, 203 strán
ISSN 1817-6127 Vol. 13 No. 2
PDF i HTML verzia bezplatne na www.hpi.sk



GENERICKÁ PRESKRIPCIA

Téma generickej preskripcie sa z vládneho programu dostala do návrhu nového zákona o liekoch. Čaká nás zrejme diskusia, ku ktorej HPI prispieva vysvetľujúcou publikáciou.

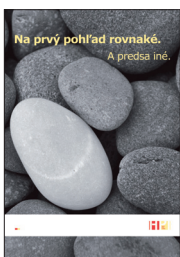
Autorka: A. Szalayová
vydal Health Policy Institute, apríl 2011, 24 strán
ISBN 978-80-969907-8-8
PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO 2009: DOPADY KRÍZY

Autori publikácie upozorňujú na dopady svetovej hospodárskej krízy na slovenské zdravotníctvo. Navrhujú konkrétne opatrenia, ktoré umožnia minimalizovať negatívne dôsledky krízy na fungovanie sektora.

Autori: T. Szalay, K. Morvay, P. Pažitný, A. Szalayová, I. Morvayová
vydal Health Policy Institute, marec 2009, 94 strán
ISBN 978-80-969907-4-0
PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



NA PRVÝ POHĽAD ROVNAKÉ. A PREDSA INÉ

Publikácia prináša Rating zdravotných poisťovní 2008. V ňom zvíťazila zdravotná poisťovňa Dôvera pred Unionom, ZP Apollo, Spoločnou ZP a poslednú priečku obsadila Všeobecná ZP.

Autori: A. Szalayová, P. Pažitný, S. Frisová, S. Hnilicová, T. Szalay
vydal Health Policy Institute, september 2008, 128 strán
ISBN 978-80-969907-3-3
PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



DOBRY POISTENEC JE NAD ZLATO. VIEME HO VYVÁŽIŤ?

Publikácia prináša prehľad problematiky selekcie rizika a kompenzácie rizikovej štruktúry, analýzu súťaže o poistencov na Slovensku a simulovanie rôznych variantov kompenzácie rizikovej štruktúry v slovenských podmienkach.

Autori: P. Pažitný, A. Szalayová, H. Maďarová, M. Petrovič, L. Lenártová, S. Frisová a T. Szalay
vydal Health Policy Institute, jún 2008, 98 strán
ISBN 978-80-969907-2-6
Tlačená verzia: € 20, PDF verzia: € 15 – objednávky: morvayova@hpi.sk



ZDRAVIE JE LUXUS. VIEME AKO HO FINANCOVAŤ?

Ak sa dnešný systém financovania zdravotníctva nezmení, dôsledkom otvárania nožníc medzi príjmami a výdavkami bude v roku 2025 deficit vo výške 82,3 mld. korún za jediný rok (1,3 % HDP). Autori formulujú koncepty riešení, o ktorých je potrebné diskutovať.

Autori: K. Morvay, P. Pažitný, M. Petrovič, T. Szalay, A. Szalayová
vydal Health Policy Institute, apríl 2008, 64 strán
ISBN: 978-80-969907-1-9
Tlačená verzia: € 20, PDF verzia: € 15 – objednávky: morvayova@hpi.sk