



# Popis existujících systémů nominálního pojistného a návrh řešení pro Českou republiku

---

Studie pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu

Tomáš **Macháček**, ReformaZdravotnictví.CZ

Peter **Pažitný**, Health Policy Institute

Mária **Pourová**, Health Policy Institute

Daniela **Kandilaki**, ReformaZdravotnictví.CZ

Angelika **Szalayová**, Health Policy Institute

## Úvodní slovo

Studie „Popis existujících systémů nominálního pojistného a návrh řešení pro Českou republiku“ byla dle zadání vytvořena pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP) České republiky.

Studie má čtyři části:

1. Terminologický slovník
2. Popis a porovnání systémů nominálního pojistného (dále jen „NP“) v Nizozemí, Německu a Švýcarsku (případně v další zemi s akceptovatelným systémem zdravotního pojištění) a aktuální hodnoty NP v letech 2011 a 2012 v těchto zemích (včetně popisu zdravotních plánů).
3. Návrhy nastavení konkurenčního prostředí pro zdravotní pojišťovny zejména v oblasti cenové politiky (NP, co-payment, deductibles apod.)
4. Rámcový návrh implementace NP v České republice od roku 2014.

Součástí studie je prezentace ve formátu pptx, která odzněla dne 10. 12. 2012 na workshopu organizovaném VZP, a která obsahovala předběžné výsledky studie.

Na základě připomínek účastníků workshopu byly do této finální verze studie zapracovány jednotlivé připomínky a komentáře.

Součástí studie je model ve formátu xlsx, na kterém je možné provádět další výpočty nastavení nominálního pojistného v ČR. Popis modelu je součástí této studie.

Autoři této studie jsou Tomáš Macháček a Daniela Kandilaki z ReformaZdravotnictví.cz. a Peter Pažitný, Mária Pourová a Angelika Szalayová z Health Policy Institute.

V Praze dne 21. 12. 2012

## Obsah

<b>1. Slovník .....</b>	<b>6</b>
1.1. Úvodní terminologická poznámka .....	6
1.2. Vlastní slovník .....	7
<b>2. Popis a porovnání systémů nominálního pojistného (dále jen „NP“) v Nizozemí, Německu a Švýcarsku (případně v další zemi s akceptovatelným systémem zdravotního pojištění) a aktuální hodnoty NP v letech 2011 a 2012 v těchto zemích (včetně popisu zdravotních plánů). .....</b>	<b>10</b>
2.1. Zhrnutie porovnania krajín .....	10
2.2. Holandsko .....	16
2.2.1. Systém zdravotného poistenia v Holandsku .....	17
2.2.2. Zdravotné poisťovne .....	17
2.2.3. Systém financovania zdravotníctva v Holandsku .....	18
2.2.4. Doplnkové zdravotné poistenie .....	25
2.2.5. Sociálna podpora .....	26
2.2.6. Systém prerozdelenia v Holandsku .....	27
2.2.7. Produkty povinného poistenia v Holandsku .....	28
2.2.8. Spoločné prvky ponuky poisťovní .....	33
2.3. Švajčiarsko .....	34
2.3.1. Systém zdravotného poistenia vo Švajčiarsku .....	34
2.3.2. Zdravotné poisťovne .....	34
2.3.3. Spoločná inštitúcia (gemeinsame Einrichtung) .....	39
2.3.4. Dohľad nad sociálnym zdravotným poistením .....	39
2.3.5. Výkony sociálneho zdravotného poistenia .....	40
2.3.6. Spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti .....	40
2.3.7. Poistné .....	40
2.3.8. Neplatenie poistného a spoluúčasti .....	43
2.3.9. Sociálny systém .....	44
2.4. Nemecko .....	45
2.4.1. Systém zdravotného poistenia v Nemecku .....	45
2.4.2. Systém financovania zákonného zdravotného poistenia v Nemecku .....	45
2.4.3. Zdravotné poisťovne .....	46
2.4.4. Výkony zákonného zdravotného poistenia .....	48
2.4.5. Dodatočný príspevok (Zusatzbeitrag) .....	48
2.4.6. Dodatočný príspevok v roku 2011 a 2012 .....	48

2.4.7.	Sociálne vyrovnanie.....	49
2.4.8.	Súhrn ukazovateľov Nemecko.....	52
2.5.	Zdroje .....	53
<b>3.</b>	<b>Návrhy nastavení konkurenčního prostředí pro zdravotní pojišťovny zejména v oblasti cenové politiky (NP, co-payment, deductibles apod.).....</b>	<b>54</b>
3.1.	Zdravotní pojištění v ČR.....	55
3.2.	Změna hodnoty produktu zdravotního pojištění.....	57
3.3.	Zdravotní plán a atributy konkurence zdravotních plánů .....	59
3.3.1.	Schéma spoluúčasti .....	59
3.3.2.	Oblast působnosti zdravotního plánu .....	61
3.3.3.	Smluvní síť zdravotního plánu.....	61
3.3.4.	Prvky řízené péče .....	61
3.3.5.	Motivační program.....	62
3.3.6.	Dostupnost.....	62
3.3.7.	Administrace zdravotního plánu .....	63
3.3.8.	Cena zdravotního plánu (nominální pojistné).....	63
3.3.9.	Kvalita .....	64
3.4.	Cenová konkurence.....	64
3.5.	Důvody pro zavedení nominálního pojistného.....	65
3.6.	Důsledky zavedení nominálního pojistného.....	66
3.7.	Předpoklady k zavedení nominálního pojistného.....	66
3.8.	Vlastnosti nominálního pojistného .....	67
3.9.	Aktuální situace veřejného zdravotního pojištění .....	68
3.10.	Modelování výše nominálního pojistného .....	70
3.10.1.	Popis modelu.....	70
3.10.2.	Výsledky modelování.....	71
3.11.	Regulace trhu zdravotního pojištění .....	75
3.11.1.	Koncept regulátora.....	75
3.11.2.	Dvousložková regulace - na úrovni zdravotní pojišťovny .....	76
3.11.3.	Kriterium solventnosti zdravotní pojišťovny.....	78
3.11.4.	Dvousložková regulace - na úrovni produktu (zdravotního plánu) .....	78
3.12.	Zdroje .....	79
<b>4.</b>	<b>Rámcový návrh implementace NP v České republice od roku 2014. ....</b>	<b>80</b>
4.1.	Spontánní cesta.....	80
4.2.	Realistická cesta.....	81

4.3.	Principiálna cesta .....	83
4.4.	Odporúčania – Rola VZP .....	86

## 1. Slovník

### 1.1. Úvodní terminologická poznámka

Slovník je vytvořen za účelem vysvětlení pojmu „nominální pojistné“, vychází tedy z obecné terminologie pojištění jako takového. Sémantika samotného pojmu „pojištění“ je ovšem v současném **zdravotním pojištění** velmi specifická. Je tomu tak proto, že - díky vývoji zdravotního průmyslu zdravotní pojištění:

- a) hradí ve stále větší míře náklady zdravotních služeb, které jsou poskytovány systematicky, dlouhodobě a plánovaně, a tedy nejsou pojistnou událostí (náhodnou a z pozice pojistitele i pojistníka nepredikovatelnou ztrátou)
- b) poskytuje postupně nové komponenty hodnoty, jako je informační podpora, efektivní organizace zdravotních služeb a odměňování za péči o zdraví.

Vývoj produktů zdravotního pojištění tak reflektuje vývoj zdravotního průmyslu a vede k tomu, že produkty zdravotního pojištění postupně ztrácejí rysy pojistného produktu a získávají naopak rysy komplexní služby, asistence v péči o zdraví. Díky těmto změnám i cena produktu zdravotního pojištění přestává mít rysy **pojistného** a nabývá stále ve větší míře rysy **předplatného**, tedy platby hrazené předem, která „pojištěnci“ (abonentovi programu) zajišťuje přístup k čerpání předplacených služeb v případě, že se je rozhodne čerpat, a to obvykle v množství a struktuře, které výše předplatného přesně nereflektuje.

Tento významový posun v pojmu „zdravotní pojištění“ v studii o nominálním pojistném vyjadřujeme pojmovým spojením „**moderní zdravotní pojištění**“ a v tomto kontextu používáme pro produkt moderního zdravotního pojištění označení „**zdravotní plán**“. Studie explicitně nevysvětluje, jak tento posun **v hodnotě produktu zdravotního pojištění** souvisí s vývojem tzv. „řízené péče“, avšak pracuje s pojmy z této oblasti implicitně právě v té části, která definuje charakteristiky produktů moderního zdravotního pojištění – zdravotních plánů – při vymezení prostoru jejich konkurence a rovněž pro účel regulace trhu těchto produktů, tedy regulaci trhu moderního zdravotního pojištění.

## 1.2. Vlastní slovník

### **Systém zdravotního pojištění, zdravotní pojištění /health insurance system, Health insurance/**

Systém, který poskytuje jeden produkt nebo možnost výběru mezi více produkty, které přinášejí spotřebiteli **alespoň** tyto dvě základní komponenty hodnoty:

- a) Finanční ochranu (financial protection) před náklady konzumovaných zdravotních služeb
- b) Dostupnost zdravotní péče, zajištění přístupu ke zdravotním službám (accessibility of health care, access to health care services)

prostřednictvím vztahu s třetí stranou, která hradí náklady konzumentem čerpané zdravotní péče (resp. jejich významnou část) a přitom je zpravidla<sup>1</sup> institucionálně oddělená od poskytovatelů zdravotních služeb. Tato hodnota je nabízena výměnou za **pojistné** nebo předplatné (resp. kombinaci obojího).<sup>2</sup>

### **Základní zdravotní pojištění /basic health insurance/**

Systém – nebo produkt – který poskytuje finanční ochranu před většinou nákladů spotřebovaných zdravotních služeb a zároveň dostupnost většiny zdravotních služeb. Pojem má smysl jen tehdy, existuje-li současně relevantní **doplňkové zdravotní pojištění**

### **Doplňkové zdravotní pojištění /supplementary health insurance/**

Systém – nebo produkt – který zajišťuje jak finanční ochranu před náklady spotřebovaných zdravotních služeb tak dostupnost zdravotních služeb, které nejsou předmětem **základního zdravotního pojištění**.

### **Sociální zdravotní pojištění /social health insurance/**

Takový druh systému **zdravotního pojištění**, v kterém spotřebitel neplatí korektní cenu produktu zdravotního pojištění vzhledem k užítku, který mu z účasti na **zdravotním pojištění** plyne.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> V systému mohou existovat produkty, jejichž nositel je zároveň poskytovatelem zdravotních služeb, v konkurenci s produkty, kde jsou tyto role institucionálně odděleny.

<sup>2</sup> Pojem „zdravotní pojištění“ může v konkrétním kontextu označovat též – obecně - přímo produkt: Např. v otázce „Máš zdravotní pojištění?“. Pojem „zdravotní pojištění“ vznikl historicky v situaci, kdy čerpání zdravotní péče mělo povahu pojistné události, a tedy produkt zdravotního pojištění byl pojistným produktem. V současnosti většina zdravotních služeb má jen částečně nebo nemá vůbec povahu pojistné události, záleží ovšem na tom, co považujeme za událost čerpání zdravotní služby a na časovém horizontu, v jakém výskyt těchto událostí posuzujeme. **Rozhodující v tomto ohledu je, na jaké časové období je fixována výše pojistného (předplatného).**

<sup>3</sup> Pojem se dá použít jak na systém, v kterém spotřebitelé (povinně, z donucení) platí odvody na zdravotní pojištění, které neodpovídají hodnotě produktu, ale jsou odvozeny od jejich příjmu („povinné solidární“ zdravotní pojištění = Bismarckovské zdravotní pojištění), tak na systém, v kterém je cena produktu zdravotního pojištění dotována (sponsored Health insurance), např. zaměstnavatelem (opět Bismarckovské zdravotní pojištění, které kombinuje

## **Povinné zdravotní pojištění /compulsory health insurance/**

Takový systém zdravotního pojištění, v kterém existuje definovaný okruh osob, které jsou povinny zakoupit produkt zdravotního pojištění a/nebo definovaný okruh osob, které jsou ze zákona povinny podílet se na financování dávek zdravotního pojištění (tzv. povinné osoby). Fakt, že některé z těchto povinných osob jsou pak zároveň příjemci dávek zdravotního pojištění (beneficiaries), je druhotný a pro vymezení pojmu méně podstatný.<sup>4</sup>

### **Povinné osoby**

Fyzické či právnické osoby (včetně státu), které jsou ze zákona povinny podílet se zákonem definovanými příspěvky na financování systému zdravotního pojištění. Tyto příspěvky pak mají povahu daně.

### **Pojistné /premium/**

Obecně a původně cena pojistného produktu pro spotřebitele. V kontextu **systémů povinného sociálního zdravotního pojištění** se tak ovšem obvykle označují (sémanticky špatně) i odvody, které platí **povinné osoby** (z nichž jen část jsou zároveň příjemci dávek zdravotního pojištění, přičemž pojistné v pravém slova smyslu neplatí).

### **Rizikově oceněné pojistné /risk Premium/**

Pojistné, které svou výší reflektuje riziko nákladů čerpání zdravotní péče. Takové pojistné je vyměřováno **zkušební sazbou** nebo **rizikově přizpůsobenou komunitní sazbou**.

### **Zkušební sazba pojistného /experience premium rating/**

Sazba pojistného, která je rizikově oceněná na základě charakteristik pojištěnce známých v okamžiku uzavírání pojistného vztahu. Zkušební sazba pojistného se tedy v rámci jednoho pojistného produktu a jeho pojistného kmene liší.

### **Komunitní sazba pojistného /community premium rating/**

Sazba pojistného, která je oceněná průměrným rizikem celého pojistného kmene produktu a tudíž se v rámci jednoho produktu (jednoho pojistného kmene) neliší.

---

oba rysy), nebo z veřejných zdrojů (daní) nebo z obojího (holandský systém, ČR, SR). V tomto smyslu soukromé zdravotní pojištění sponzorované zaměstnavateli (typické pro USA) je rovněž de facto sociálním zdravotním pojištěním, ačkoli není (dosud nebylo) povinné. Je ovšem rovněž (i když nepřímo) dotováno z veřejných zdrojů.

<sup>4</sup> Např. v Bismarckovském zdravotním pojištění jsou povinnými osobami rovněž zaměstnavatelé, kteří nemají z povinného zdravotního pojištění žádný přímý prospěch (abstrahujeme-li od externalit). Takové systémy **povinného zdravotního pojištění**, v kterém by příjemci dávek zdravotního pojištění platili korektní cenu produktu, reálně NEEXISTUJÍ, tedy všechny jsou zároveň **sociálním zdravotním pojištěním**.



### **Rizikově přizpůsobená komunitní sazba pojistného /risk adjusted community premium rating/**

Sazba pojistného, která je v rámci jednoho produktu a jeho pojistného kmene oceněná podle skupinových rizikových faktorů, a tudíž vede k cenové diferenci v rámci jednoho produktu (podle příslušnosti daného pojištěnce do dané rizikové skupiny). Tato sazba se liší od zkušenostní sazby tím, že nezohledňuje individuální charakteristiky pojištěnce. Rozdíl mezi rizikově přizpůsobenou komunitní sazbou a zkušenostní sazbou však není ostrý (stírá se s rostoucím počtem a priori definovaných rizikových skupin) a je dán spíše (konvencí) regulací.

### **Nominální pojistné, nebo „jmenovité“ pojistné /nominal premium/**

Pojem vyjadřuje tu část pojistného, kterou hradí přímo příjemce dávek zdravotního pojištění, pokud je pojistné dáno fixní sazbou pro jeden produkt (obvykle jednou sazbou pro jeden produkt, – tedy komunitní sazbou, případně rizikově přizpůsobenou komunitní sazbou – pak existuje pro jeden produkt dopředu známý omezený počet fixních sazeb. Pojem se vyskytuje jen v případě, že příjemce dávek zdravotního pojištění neplatí plnou cenu produktu (zdravotní pojištění je sponzorováno) a používá se v kontrastu s odvodem na zdravotní pojištění, které nezávisí na riziku, ale na výši příjmu, tedy „pojistným“ v Bismarckovských systémech **sociálního zdravotního pojištění**. Nominální pojistné vyjadřuje cenu produktu zdravotního pojištění pro spotřebitele.

**Moderní zdravotní pojištění** : viz úvodní terminologickou poznámku

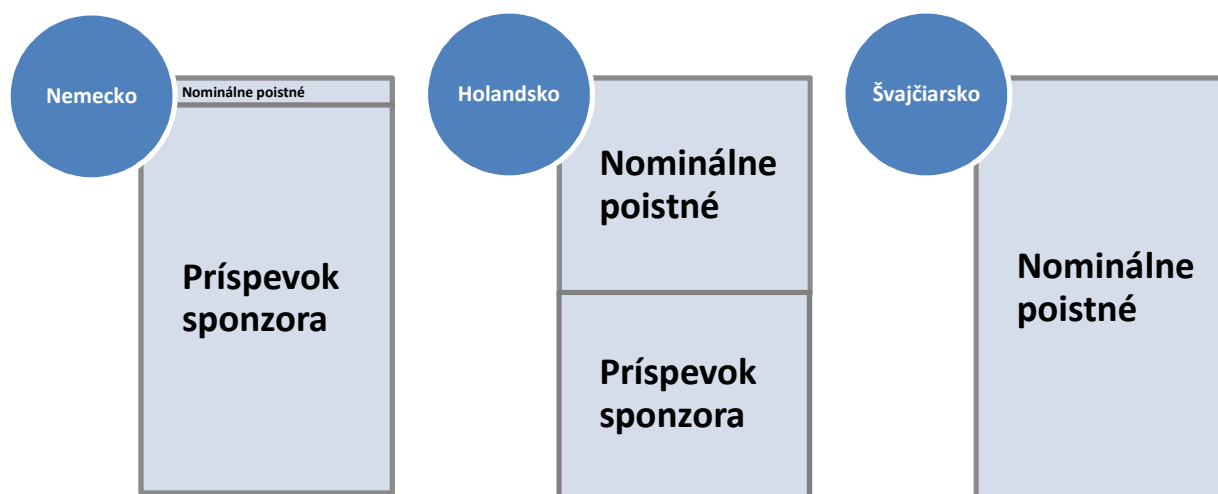
**Zdravotní plán**: produkt moderního zdravotního pojištění

## 2. Popis a porovnaní systémů nominálního pojistného (dále jen „NP“) v Nizozemí, Německu a Švýcarsku (případně v další zemi s akceptovatelným systémem zdravotního pojištění) a aktuální hodnoty NP v letech 2011 a 2012 v těchto zemích (včetně popisu zdravotních plánů).

### 2.1. Zhrnutie porovnania krajín

V tejto štúdií sme sa rozhodli porovnať tri krajiny, v ktorých v zmysle definovaného konceptuálneho rámca môžeme nájsť prvky nominálneho poistného. Nemecko využíva nominálne poistné predovšetkým na získanie dodatočných finančných zdrojov na vykrytie deficitu zdravotného poistenia. Pri sadzbe zdravotného poistenia 15,5% je nominálne poistné vo výške 8 až 15 EUR. V Holandsku tvorí nominálne poistné približne polovicu všetkých zdrojov a pri zdravotnom poistení vo výške 7,1% je priemerná výška nominálneho poistného 1 258 EUR. Vo Švajčiarsku pokrýva nominálne poistné celú výšku ceny poistných produktov. Z metodologického pohľadu preto tieto tri krajiny predstavujú dostatočnú vzorku pre používanie nominálneho poistného v rôznej proporcii a v rôznych podmienkach. Z tohto dôvodu nepovažujeme za nutné popisovať ďalšie krajiny, v ktorých sa nominálne poistné využíva.

Obrázok 1: ilustračný obrázok nominálne poistné vs. príspevok sponzora, pomery sú približné



Zdroj: autori

Aj keď sa nominálne poistné v každej z týchto troch krajín inak nazýva a definuje, vieme ich navzájom porovnať vďaka definovanému konceptuálnemu rámcu.

Príspevok sponzora je ten kanál zdravotného poistenia, ktorý v Bismarckovskom poňatí zabezpečuje „solidaritu“ v systéme. V prípade Nemecka ju predstavuje 15,5% odvod zdravotného poistenia. Takáto solidarita je však vynútená a môžeme ju vnímať ako povinnú solidaritu. Kontext sa však medzi časom zavedenia (1881) a dneškom zásadne zmenil. A nemení ju len demografický vývoj, v ktorom na jedného

ekonomicky aktívneho pripadá čoraz viac ekonomicky neaktívnych. Mení ju predovšetkým sebadefinícia poistencov ako spotrebiteľov. Nemecko však zrejme v dôsledku zložitého historického vývoja naďalej používa v dominantnej miere ako hlavný kanál financovania príspevkov sponzora. Nominálne poistné tvorí menej ako 1 % zdrojov.

Na túto podstatnú zmenu reaguje Holandský systém dnes oveľa pružnejšie. Pôvodne vychádzal z tradičného Bismarcka, dokonca z Nemecka kopíroval aj deliacu čiaru medzi nízko a vysoko zarábajúcimi. Súčasný Holandský systém je však založený na rešpektovaní troch trhov a interakcii medzi nimi. Zároveň priznáva spotrebiteľovi kľúčovú úlohu v rozhodovaní o výbere poistného produktu pri cenovej konkurencii. V tomto ponímaní veľmi komplexne kopíruje teoretické predpoklady definované Enthovenom. V Holandsku tvorí nominálne poistenie približne polovicu zdrojov. O tom, že takýto vysoký podiel nominálneho poistného môže byť spotrebiteľmi vnímaný ako nespravodlivý diskutujeme v ďalšom texte štúdie.

Švajčiarsko nemalo nikdy zavedené sociálne zdravotné poistenie bismarcovského typu a plná cena poistného produktu je prenesená na spotrebiteľa. Výška poistného nie je závislá od presného veku, pohlavia, zdravotného stavu, zamestnania ani výšky príjmu poistenca. Výška poistného sa odvíja od:

- Vekovej skupiny poistenca
- Kantónu, v ktorom má poistenec trvalé bydlisko
- výšky zvolenej spoluúčasti
- prístupu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti
- miery čerpania zdravotnej starostlivosti

Okrem spomínaného vzťahu medzi príspevkom sponzora a nominálnym poistným je dôležitý aspekt kompenzácie nákladov pre nízkopríjmové skupiny obyvateľstva vo všetkých troch krajinách. Výška kompenzácie a jej objem je funkciou proporcie nominálneho poistného na celkovom financovaní.

**Tabuľka 1: sociálna kompenzácia ako funkcia proporcie nominálneho poistného**

	Nemecko	Holandsko	Švajčiarsko
<b>Príspevok sponzora</b>	Veľmi vysoký Zdravotný odvod je 15,5% Celkovo to je 99 % zdrojov	Stredne vysoký Zdravotný odvod je 7,1% Celkovo to je cca 50% zdrojov	Veľmi nízky (0%)
<b>Nominálne poistné</b>	Veľmi nízke, vo výške 8 až 15 € mesačne Predstavuje 0,36 % zdrojov	Stredne vysoké Ročne 1285 Celkovo asi 50% zdrojov	Veľmi vysoké 2500 až 3000 € ročne Predstavuje 100% zdrojov

<b>Kompensácia</b>	Zatiaľ neprítomná, na základe regulácie nevznikol nárok	Poberá približne 33% populácie celkovo v objeme 3,751 miliardy EUR (21% objemu nominálneho poistného)	Poberá takmer 30% populácie celkovo v objeme 4,0703 miliardy CHF (18,5% objemu poistného)
--------------------	---	---	---

Zdroj: autori

V pozorovaných krajinách sme identifikovali nasledovné atribúty poistných produktov:

Tabuľka 2: Atribúty poistných produktov - Nemecko, Holandsko, Švajčiarsko

Atribút	Nemecko	Holandsko	Švajčiarsko
Vek poistenca		x	x
Miesto trvalého bydliska			x
Výšky zvolenej spoluúčasti		x	x
Prístupu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti		x	x
Miera čerpania zdravotnej starostlivosti			x
Cena produktu	x	x	x
Asistenčné služby		x	
Motivačný program		x	
Disease management programy	x		

Zdroj: autori

Prerozdelenie zohráva vo všetkých troch krajinách dôležitú úlohu. Toto je rola sponzora, ktorá má prispievať k zvyšovaniu kvality prostredia. Prerozdelenie je najviac prepracované v Holandsku. Na druhej strane, Švajčiarsko prevádzkuje relatívne málo sofistikované prerozdelenie, avšak so zaujímavým záverom. Selekcii rizika prevádzkuje každá poisťovňa, takže jej negatívne efekty sa navzájom anulujú. Na druhej strane agresívna selekcia rizika spôsobuje vyššie náklady, ktoré sú zbytočné.

Tabuľka 3: Prehľad kompenzácie rizika Nemecko, Holandsko, Švajčiarsko

	Nemecko	Holandsko	Švajčiarsko
<b>Prediktory</b>	Vek/pohlavie štatút invalidity 80 vybraných chorôb	Vek/pohlavie Urbanizácia Typ príjmu PCG DCG	Vek Pohlavie prítomnosť zvýšeného rizika ochorenia
<b>Kvalita systému vyrovnávania rizika</b>	Primeraná	Primeraná	Nízka
<b>Potenciálne zisky zo selekcie rizika</b>	Vysoké	Primerané/vysoké	Veľmi vysoké

---

Zdroj: van de Ven, 2007, Douven R.: Morbidity based risk adjustment in Netherland, 2007 a [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)  
Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (der schweizerische Bundesrat)  
So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds (Bundesversicherungsamt Deutschland)

---

Dôležitou súčasťou fungujúceho trhu s produktmi zdravotného poistenia je konkurencia. V analyzovaných krajinách je miera konkurencie najvyššia vo Švajčiarsku, vysoká je v Holandsku a stredná v Nemecku:

Tabuľka 4: Herfindahl index a miera konkurencie

	Nemecko	Holandsko	Švajčiarsko
<b>Herfindahl index</b>	0,29	0,23	0,18
<b>Miera konkurencie</b>	Stredná	Vysoká	Veľmi vysoká

Zdroj: NZA Zorverzekeringsmarkt 2012, FINMA Insurance Market Report 2011

Tabuľka 5 sumarizuje základné charakteristiky analyzovaných systémov s ohľadom na nominálne poistné.

Tabuľka 5: prehľad základných charakteristík analyzovaných krajín

Charakteristika	Holandsko	Švajčiarsko	Nemecko
<b>povinnosť sociálneho zdravotného poistenia (SZP) zo zákona</b>	áno	áno	áno
<b>zákonom stanovený balík starostlivosti pre SZP</b>	áno	áno	áno
<b>rozsah predpísaného balíka povinného poistenia</b>	pomerne široký rozsah - lekárska, nemocničná starostlivosť, lieky, tehotenstvo; nekryje napr. zubnú starostlivosť, alternatívnu medicínu	široký, kryje služby v súvislosti s chorobou, materstvom a úrazom; nekryje zubnú starostlivosť (iba pri vážnych alebo vrodených ochoreniach)	široký, zákonom definovaný, obsahuje aj zubnú starostlivosť
<b>pluralitný systém zdravotných poisťovní</b>	áno	áno, na princípe vzájomnosti s vylúčením tvorby zisku	áno
<b>Právna forma zdravotných poisťovní</b>	súkromné zdravotné poisťovne - obchodné spoločnosti	2 typy poisťovní: verejné a súkromné	verejné zdravotné poisťovne
<b>prístup k povinnému poisteniu u konkrétnej poisťovne</b>	povinnosť prijatia každého poistenca v komunitnej sadzbe poistného bez možnosti vylúčenia krytia existujúcich predispozícií	povinnosť poistiť každú osobu, ktorá má záujem a má sídlo v územnom okruhu pôsobnosti danej poisťovne	povinnosť poistiť každú osobu, ktorá o to prejaví záujem
<b>právo meniť poisťovňu</b>	raz ročne, zmluva s poisťovňou sa uzatvára na jeden rok	áno, po uplynutí trojmesačnej výpovednej lehoty vždy na konci kalendárneho polroku	áno, na konci kalendárneho polroku
<b>poistné závislé od príjmu poistenca</b>	7,1% zo mzdy na základné poistenie (refundované zamestnávateľom) + 12,15% na poistenie mimoriadnych zdravotných nákladov	nie	áno, sociálne zdravotné poistenie platené formou odvodov vo výške 15,5%
<b>nominálne poistné</b>	áno, priemerná výška v roku 2012: 1 287 EUR/rok	nie	v určitej špecifickej forme - Zusatzbeitrag

<b>komunitná sadzba zdravotného poistenia</b>	áno, vo forme nominálneho poistného	áno, rovnaká výška poistného v rámci jedného poistného produktu v jednom regióne; ceny medzi poistnými produktmi sa môžu líšiť na základe miery čerpania zdravotnej starostlivosti, spoluúčasti a prístupu k poskytovateľom	Zusatzbeitrag
<b>povinná spoluúčasť za zdravotnú starostlivosť</b>	áno: 220 EUR v roku 2012, 350 EUR v roku 2013	áno, dve zložky - pevná ročná suma + 10% nákladov presahujúcich túto sumu, u dospelých spolu max. 3200 CHF za rok	nie
<b>dobrovoľná spoluúčasť</b>	áno, maximálne 500 EUR	pevná povinná ročná spoluúčasť má poistencom dobrovoľne voliteľné pásma, ktoré ovplyvňujú výšku poistného	áno, bonusové programy so spoluúčasťou (viac v kapitole 2.4.3)
<b>kto hradí starostlivosť</b>	záleží od typu zmluvy, buď priamo poistenec v čase čerpania služby (restitution policy), alebo poisťovňa - poistenec nedostáva účet, nehradí nič na mieste (benefits in-kind policy)	pacient priamo poskytovateľovi a následne žiada úhradu nákladov od poisťovne; poskytovateľ má povinnosť poskytnúť pacientovi detailné rozúčtovanie poskytnutej starostlivosti	zdravotná poisťovňa
<b>doplnkové zdravotné poistenie</b>	áno, 88% populácie v roku 2012	áno, tzv. Taggeldversicherung, v roku 2011 využívalo 2,73% populácie	široko definovaný základný balík, nevyskytuje sa v zaujímavej miere

## 2.2. Holandsko

Holandsko zaviedlo nominálne poistné do svojho systému v roku 2006. Holandsko je prvá krajina sveta, ktorá konzistentne implementuje model Alaina Enthovena založený na univerzálnom zdravotnom poistení, ktoré je založené na manažovanej konkurencii v súkromnom sektore.

### Rámček 1: Manažovaná konkurencia

Manažovaná konkurencia Alaina Enthovena, je definovaná ako nákupná stratégia s cieľom získať maximálnu hodnotu pre spotrebiteľov, ktorá používa pravidlá súťaže odvodené z mikroekonomických princípov. Kľúčovú rolu v ňom zohráva sponzor (v prípade Holandska štát), ktorý zastupuje veľké množstvo predplatiteľov, určuje výšku sponzorského príspevku a ktorý organizuje, štrukturuje a nastavuje trh zdravotného poistenia.

Sponzor (štát) musí predovšetkým:

1. **Definovať pravidlá spravodlivosti**
  - a. každý má byť poistený a má mu byť poskytnuté poistné krytie za atraktívnych podmienok
  - b. poisťovňa nesmie odmietnuť poistenca
  - c. platí komunitný, nie rizikový rating
2. **Vyberať participujúce zdravotné poisťovne**
  - a. reguluje vstup a výstup na trh
  - b. definuje podmienky fungovanie zdravotných poisťovní
3. **Manažovať proces prepoisťovania**
  - a. frekvenciu – napr. raz za rok
  - b. pravidlá prepoisťovania
4. **Vytvárať cenovo-elastický dopyt**
  - a. príspevok sponzora k cene poistky nesmie byť vyšší ako najnižšia cena poistky
  - b. podporuje definovanie štandardizovaných balíkov a produktov
  - c. podporuje zverejňovanie informácií o kvalite
  - d. podporuje výber zdravotnej poisťovne na úrovni jednotlivca, nie zamestnávateľa
5. **Manažovať selekciu rizika**
  - a. povinnosť akceptovať všetkých prihlásených poistencov
  - b. podporuje štandardné balíky/produkty
  - c. kompenzácia rizík – spravodlivé prerozdelenie zdrojov medzi poisťovňami
  - d. monitoring prepoisťovacích praktík
  - e. monitoring kvality.

Manažovaná konkurencia nie je voľný trh. Manažovaná konkurencia využíva trhové sily v pevne definovanom rámci pravidiel. Manažovaná konkurencia nie je o hodení ľudí na trh, aby si našli poistenie. V manažovanej konkurencii sponzor aktívne zlepšuje trhové prostredie. Manažovaná konkurencia nie je deregulácia. Je o nových pravidlách a nie žiadnych pravidlách. Manažovaná konkurencia podporuje individuálny výber. Manažovaná konkurencia nie je o redukcii v kvalite.



### 2.2.1. Systém zdravotného poistenia v Holandsku

Základné princípy zdravotného poistenia v Holandsku sú:

- Každý si je povinný kúpiť:
  - individuálne súkromné zdravotné poistenie
  - so zákonne predpísaným základným balíkom starostlivosti
  - od súkromnej zdravotnej poisťovne
- Poisťovňa je povinná akceptovať každého poistenca:
  - v komunitnej sadzbe poistného (nie poistné na základe individuálneho rizika)
  - bez vylúčenia krytia na základe existujúcich predispozícií (zdravotný stav, vek, pohlavie a pod.).

### 2.2.2. Zdravotné poisťovne

Zdravotné poisťovne v Holandsku sú súkromnými obchodnými spoločnosťami. V roku 2011 mal poistenec na výber z 56 rôznych poistných zmlúv v 27 zdravotných poisťovniach. V roku 2012 mierne stúpol výber poistných zmlúv na 59, počet poisťovní klesol na 26. Štyri najväčšie holdingy zdravotných poisťovní v Holandsku ovládajú 90% trhu.

Tabuľka 6: Trhové podiely na trhu základného zdravotného poistenia, Holandsko

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Najväčšie 4 koncerny</b>	71,20%	75,30%	87,90%	87,80%	87,70%	87,60%	90,10%
<b>Menšie koncerny</b>	28,80%	24,70%	12,10%	12,20%	12,30%	12,40%	9,90%

Zdroj: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

Tabuľka 7: Trhové podiely podľa koncernov zdravotných poisťovní v Holandsku, 2011

koncern	podiel na trhu pre koncern
<b>Achmea</b>	32,00%
<b>VGZ</b>	26,00%
<b>CZ</b>	20,00%
<b>Menzis</b>	13,00%
<b>DSW-SH</b>	3,00%
<b>ASR</b>	1,00%
<b>Eno</b>	1,00%
<b>ONVZ</b>	2,00%
<b>Zorg&amp;Zekerheid</b>	2,00%
<b>Spolu</b>	100,00%

Zdroj: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

Herfindahlov Index Holandska dosahuje hodnotu 0,23, čo znamená, že na trhu základného zdravotného poistenia v Holandsku je vysoká miera konkurencie. Herfindahlov Index je nástroj na meranie konkurencie v určitom odvetví a je definovaný ako suma štvorcov trhových podielov firiem na trhu.

Môže nadobudnúť hodnoty od 0 do 1. Hodnoty blízko nule dosahujú trhy, kde pôsobí veľké množstvo malých firiem, hodnoty blízko pri 1 ukazujú na monopol.

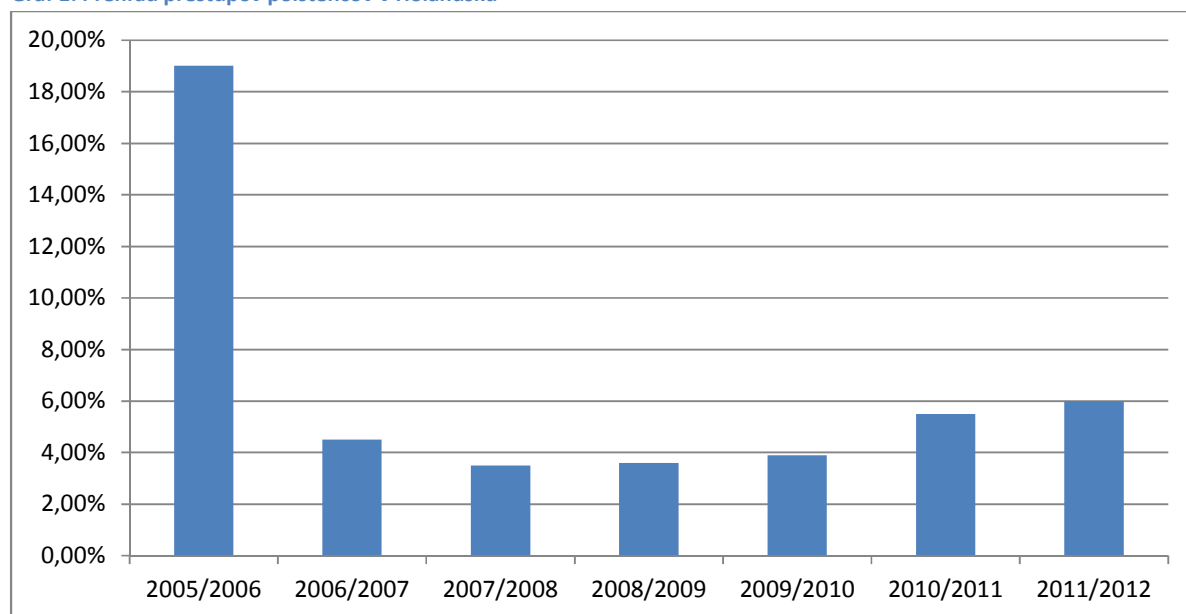
Poisťovne musia pôsobiť celoštátne, pokiaľ majú menej ako 850 000 poistencov, smú svoju činnosť obmedziť na vybrané provincie alebo jednu provinciu. Malá zdravotná poisťovňa takto môže efektívne fungovať aj v jednej provincii a nemusí prijímať poistencov z iných provincií. Naopak veľké poisťovne musia pôsobiť národne, aby nemali na malom trhu v niektorej z provincií veľmi vysoký trhovú podiel.

Súťaž medzi zdravotnými poisťovňami prebieha v efektívnom nákupe zdravotnej starostlivosti a administrácii systému. Poisťovne si konkurujú výškou nominálneho poistného pri základnom balíku zdravotného poistenia a typom poistných zmlúv(produktov), ktoré ponúkajú svojim poistencom.

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

V roku 2012 veľa poistencov menilo svoju zdravotnú poisťovňu – spolu 1 mil. ľudí, čo zodpovedá 6% poistencov. Stúpajúci trend zmeny poistenia začal už v roku 2011, kedy zmenilo poisťovňu 5,5% poistencov, pričom predošlé roky sa prestupy pohybovali okolo 4%.

Graf 1: Prehľad prestupov poistencov v Holandsku



Zdroj: Zorgthermometer

### 2.2.3. Systém financovania zdravotníctva v Holandsku

Základom financovania zdravotného systému v Holandsku sú jednak odvody závislé od výšky príjmu poistenca ako aj nominálne poistné. Odvody aj nominálne poistné sa platia na základe ustanovení dvoch zákonov:

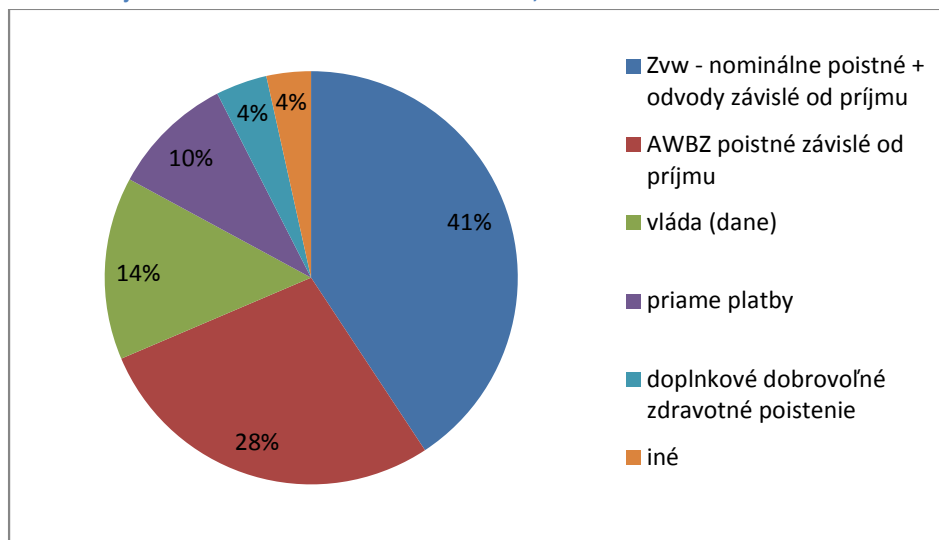
1. Základné zdravotné poistenie podľa Zákona o zdravotnom poistení (Zvw – Zorgverzekeringswet)

(kapitola 2.2.3.1)

2. Poistenie mimoriadnych zdravotných nákladov na základe Zákona o mimoriadnych výdavkoch na zdravotnú starostlivosť (AWBZ - Algemeene Wet Bijzondere Ziektekosten) (kapitola 2.2.3.6)

Spolu prúdilo na základe týchto dvoch zákonov do zdravotníctva v roku 2011 69% zdrojov (41% Zvw, 28% AWBZ) – Graf 2.

Graf 2: Zdroje financovania zdravotníctva v Holandsku, 2011



Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva Holandsko

Celkové zdroje zdravotníctva v Holandsku v roku 2011 boli 90 miliárd EUR, ktorých rozdelenie ukazuje tabuľka 7:

Tabuľka 8: Zdroje financovania zdravotníctva v Holandsku, 2011

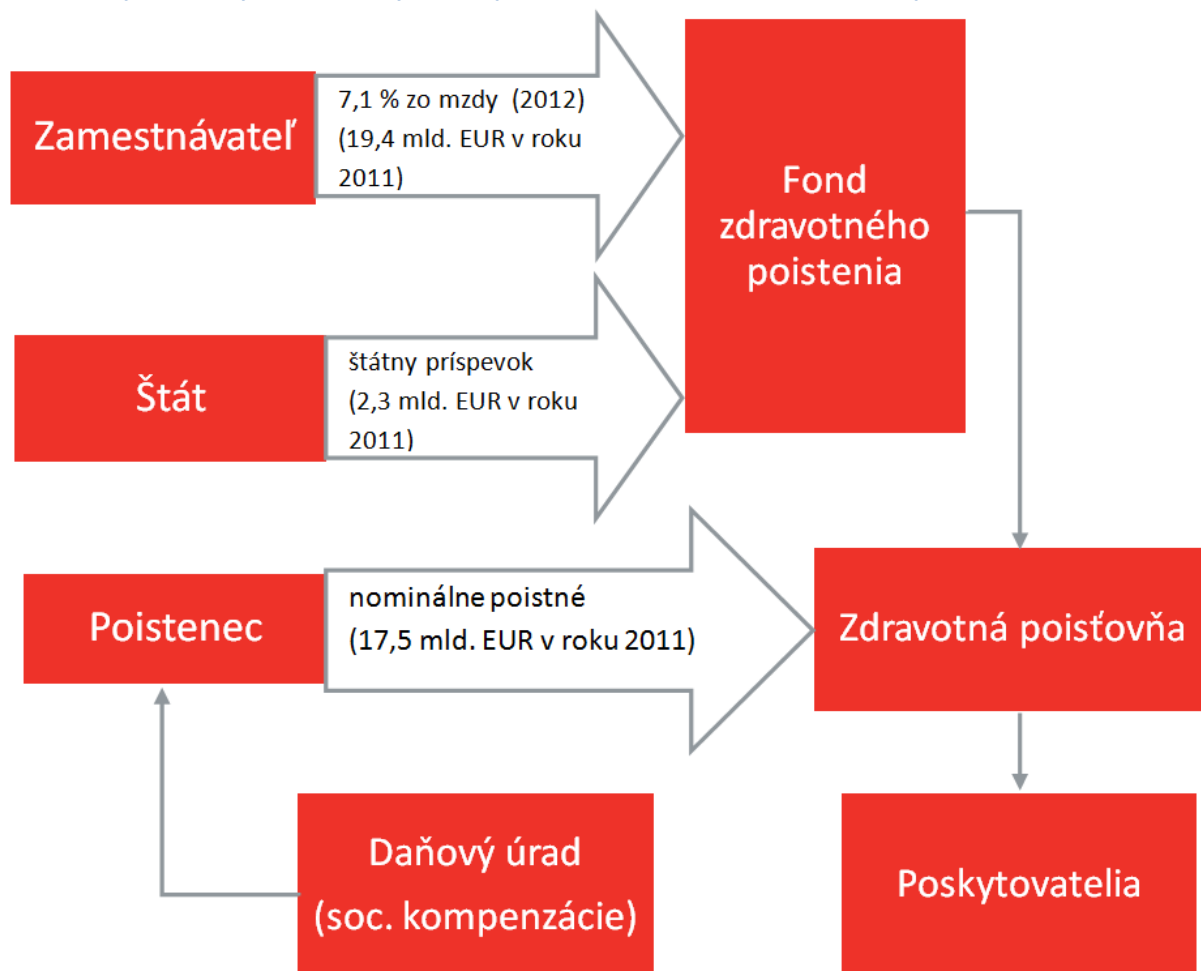
	%	miliardy EUR
<b>Zvw - nominálne poistné + odvody závislé od príjmu</b>	41%	36,63
<b>AWBZ poistné závislé od príjmu</b>	28%	25,11
<b>vláda (dane)</b>	14%	12,87
<b>Priame platby</b>	10%	8,64
<b>doplňkové zdravotné poistenie</b>	4%	3,60
<b>iné</b>	4%	3,15
<b>spolu</b>	100%	90,00

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva Holandsko

### 2.2.3.1. Základné zdravotné poistenie podľa Zákona o zdravotnom poistení (Zvw)

Finančné toky na základe Zákona o zdravotnom poistení (Zvw) sú zobrazené v Obrázku 2. Objem financií v zdravotníctve na základe tohto zákona dosiahol v roku 2011 36,63 miliárd EUR. Z odvodov závislých na príjme prišlo do zdravotníctva 19,4 miliárd EUR, platba štátu za deti dosiahla 2,3 miliardy EUR a na nominálnom poistnom sa vybralo 17,5 miliardy EUR.

Obrázok 2: 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.

Na základe holandského 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 – sú teda poistené v rovnakej poisťovni ako rodič. Nominálne poistné za deti hradí štát (v roku 2011 štát na tento účel vyplatil spolu 2,3 miliardy EUR). Poistenec hradí nominálne poistné priamo svojej zdravotnej poisťovni.

Systém financovania základného zdravotného poistenia v Holandsku je dizajnovaný tak, aby približne

polovica financií plynula z odvodov závislých od príjmu a druhá polovica z nominálneho poistného. V roku 2011 bolo toto rozdelenie v pomere 53% k 47%:

- 47% nominálne poistné
- 53% odvody závislé na príjme – príspevok sponzora.

### 2.2.3.2. Výnimky z povinnosti poistenia

Výnimka z povinnosti poistenia sa týka dvoch skupín obyvateľstva. Prvou skupinou sú občania, ktorí odmietajú poistenie z náboženských dôvodov alebo z dôvodu filozofie svojho života. Takíto občania získajú výnimku ak podajú žiadosť Banke sociálneho poistenia (Sociale Verzekeringsbank). Po schválení nemajú povinnosť platiť zdravotné poistenie a uzatvárať zmluvu so zdravotnou poisťovňou, ale platia všeobecnú daň z príjmu vo výške rovnajúcej sa percentuálnemu zdravotnému odvodu závislému na mzde. Tieto prostriedky sa ukladajú na osobný účet občana (bez prerozdelenia), z ktorého sa následne hradia jeho výdavky na zdravotnú starostlivosť. V prípade vyčerpania prostriedkov na účte, hradí náklady za starostlivosť priamo sám občan. Táto výnimka sa týka menej ako 1% populácie.

Druhou skupinou obyvateľstva s výnimkou sú vojaci. Ministerstvo obrany má na starosti organizáciu a financovanie zdravotnej starostlivosti zamestnancov vojenských síl.

Rovnaké výnimky platia aj pre poistné podľa zákona o mimoriadnych výdavkoch na zdravotnú starostlivosť (AWBZ).

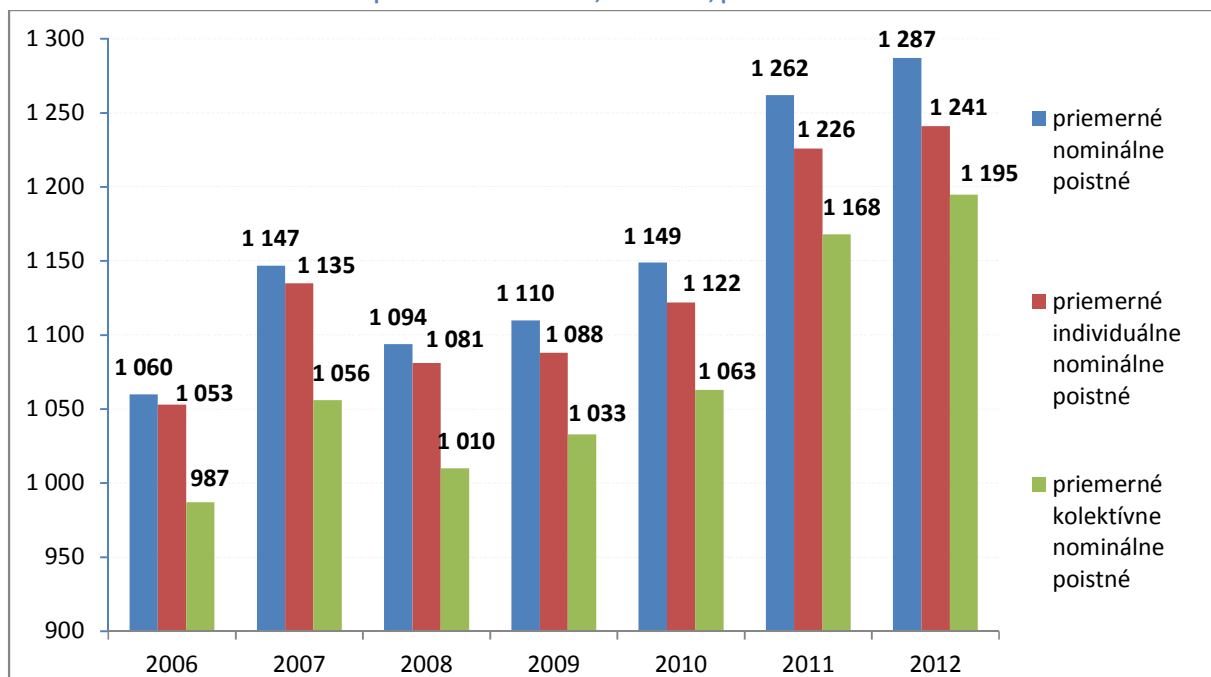
### 2.2.3.3. Nominálne poistné

V roku 2011 došlo v Holandsku k nárastu výšky nominálneho poistného. Kým v roku 2010 bolo priemerné ročné nominálne poistné vo výške 1 149 EUR, v roku 2011 dosiahlo až 1 262 EUR, čo predstavuje nárast o 10%. Medzi rokmi 2011 a 2012 už neprišlo k tak veľkému nárastu výšky nominálneho poistného, v roku 2012 bola priemerná hodnota nominálneho poistného 1 287 EUR.

Od zavedenia nominálneho poistného v roku 2006 sú v roku 2012 najväčšie rozdiely vo výške nominálneho poistného v rámci rôznych poistných produktov. Najvyššie nominálne poistné v roku 2012 bolo 1 350 EUR, najnižšie 1 110 EUR. V roku 2013 odhaduje holandské ministerstvo zdravotníctva priemernú výšku nominálneho poistného na úrovni 1 273 EUR.

Zdravotné poisťovne si výšku nominálneho poistného stanovujú individuálne, jeho výška v rámci jedného druhu poistnej zmluvy (zmluva základného zdravotného poistenia – produkt poistenia podľa výberu poistenca) musí byť pre všetkých poistencov rovnaká, poisťovne smú ponúkať aj kolektívne sadzby nominálneho poistného (takto zľavnená sadzba nominálneho poistného môže byť podľa zákona max. o 10% nižšia ako pri individuálnej sadzbe). V roku 2012 67,6% všetkých poistencov platilo sadzbu kolektívneho nominálneho poistného. Počet poistencov, ktorí si vyberajú kolektívne poistky rok od roku narastá, kým v roku 2006 bol tento podiel 51%, v roku 2010 prekročil 60% a dnes sa blíži k hranici 70%.

Graf 3: Prehľad sadziieb nominálneho poistného v Holandsku, 2006-2012, priemerná ročná hodnota v EUR



Zdroj: Zorgthermometer 2012

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

Sadzba pre zamestnancov je od 1. júla 2012 stanovená vo výške 7,1%, pričom maximálny vymeriavací základ (maximálny príjem pre výpočet odvodu) je 50 064 EUR/rok. Zamestnávateľia sú zo zákona povinní kompenzovať svojich zamestnancov za tento zdravotný odvod. Táto kompenzácia je rovnaká bez ohľadu na vybranú zdravotnú poisťovňu a **je zdaniteľným príjmom zamestnancov**.

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 povinnej spoluúčasti už 170 EUR, v roku 2012 stúpila na 220 EUR (V roku 2013 stúpne na 350 EUR). Navýšenie povinnej spoluúčasti v roku 2013 je reakciou na zvýšené celkové náklady na zdravotnú starostlivosť – vyššia spoluúčasť ma odradiť od nadmerného čerpania zdravotnej starostlivosti. Spoluúčasť nesmie byť nižšia, avšak zdravotné poisťovne môžu svojim poistencom ponúkať vyššiu mieru spoluúčasti pri zníženom mesačnom nominálnom poistnom. Maximálna dobrovoľná spoluúčasť je 500 EUR, celková ročná spoluúčasť poistenca v roku 2012 tak mohla dosiahnuť 720 EUR (500 + 220 EUR). V roku 2012 7% ( v roku 2011 to bolo 5,9%) poistencov využívalo možnosť vyššej spoluúčasti pri nižšom nominálnom poistnom, pričom polovica z nich mala poistku s maximálnou dobrovoľnou spoluúčasťou. Komerčné poistenie nákladov spoluúčasti je v Holandsku zakázané.

#### **2.2.3.4. Základný balík zdravotnej starostlivosti**

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

- 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 sa už jedná 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:

1. benefits in-kind policy (natura)
2. restitution policy (restitúcie)

Typ zmluvy má vplyv na to, aký prístup k zdravotnej starostlivosti má poistenec. Pri benefits in-kind policy 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, tak aby možnosť návštevy nezmluvného lekára bola pre poistenca finančne znesiteľná.

Restitution policy ponúka poistencovi slobodnú voľbu poskytovateľa, poistenc 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 in-kind policy, 25% restitution policy, zvyšok poistencov mal uzavretú nejakú kombináciu týchto dvoch zmlúv. V roku 2012 bol podiel poistencov so zmluvou benefits in-kind na úrovni 50% všetkých poistencov, 26% poistencov malo uzavretú restitution policy a 24% obyvateľstva malo kombinované zmluvy.

Tabuľka 9: Poistenci podľa typu uzavretej zmluvy základného zdravotného poistenia

	2009	2012
<b>benefits in-kind policy</b>	40%	50%
<b>restitution policy</b>	25%	26%
<b>kombinácia zmlúv</b>	35%	24%

Zdroj: Zorgthermometer 2012

#### 2.2.3.5. Finančná podpora zdravotnej starostlivosti

Finančná podpora zdravotnej starostlivosti je systém sociálnej podpory stanovený Zákomom o finančnej podpore zdravotnej starostlivosti (Wet op de zorgtoeslag, Wzt). Cieľom tohto zákona je ochrániť najnižšie príjmové skupiny pred nežiaducimi finančnými efektmi v poistnom systéme založenom na nominálnom poistnom. Pri stanovení výšky podpory sa pritom nevychádza zo skutočného poistného stanoveného poisťovňou, ale z bazálneho nominálneho poistného, ktoré je vypočítané ministerstvom zdravotníctva ako priemer poistného 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 2012 bola maximálna výška tejto podpory pre jednotlivca 828 EUR/rok, pre viacčlenné domácnosti 1 742 EUR/rok. Jednotlivec sa na podporu kvalifikoval, ak jeho ročný príjem bol nižší ako 35 059 EUR/rok, kombinovaný príjem viacčlennej domácnosti musel byť nižší ako 51 691 EUR.

V roku 2009 poberalo túto podporu 5,6 milióna poistencov (34% obyvateľ) v priemernej výške 662 EUR/rok, čo pre štát predstavovalo výdavky vo výške 3,751 miliárd EUR.

#### 2.2.3.6. Poistenie mimoriadnych zdravotných nákladov na základe Zákona o mimoriadnych výdavkoch na zdravotnú starostlivosť (AWBZ)

Na základe Zákona o mimoriadnych výdavkoch na zdravotnú starostlivosť je vykonávané poistenie pre dlhodobú zdravotnú starostlivosť. Každý obyvateľ Holandska je povinne zdravotne poistený podľa tohto



zákona, ako aj obyvatelia so sídlom v inej krajine ale so zamestnaním v Holandsku. Poistencom podľa AWBZ sa poistenec stáva automaticky v rámci svojej zdravotnej poisťovne.

Od roku 2008 je výška odvodu na základe tohto zákona 12,15% zo mzdy, s ročným maximom odvodu 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).

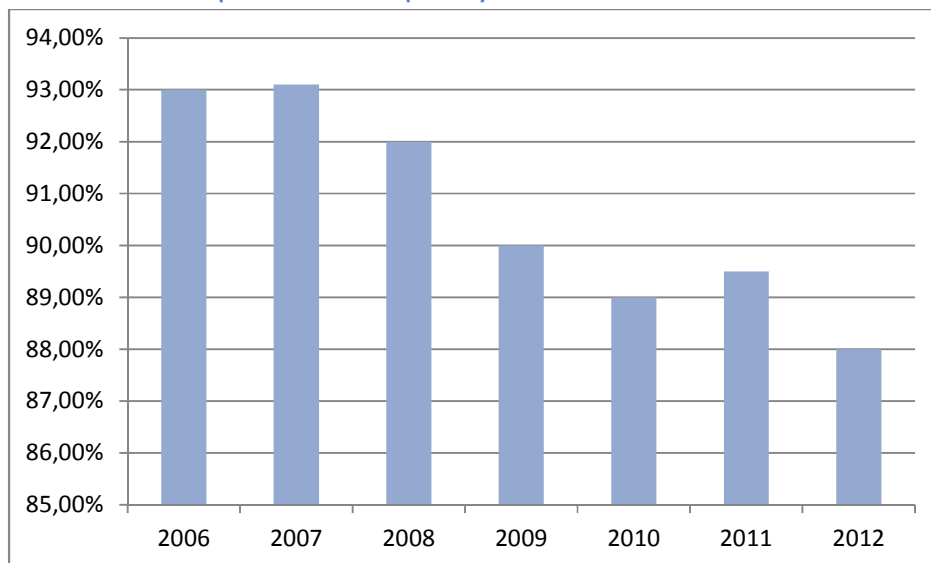
Predtým ako budú pacienti poskytnuté vyššie popísané služby musieť o ne požiadať v Centre pre hodnotenie potreby (Centre for Needs Assessment, CIZ). Toto centrum stanoví na základe situácie pacienta aká je jeho potrebná starostlivosť. Pacient sa môže následne rozhodnúť, či má záujem o naturálne plnenie alebo o osobný účet starostlivosti s individuálnym nákupom starostlivosti.

Náklady spojené s poskytovaním služieb v súvislosti so Zákonom o mimoriadnych výdavkoch každoročne narastajú, v roku 2011 fond hospodáril s deficitom 3,3 miliárd EUR. Celkovo náklady na tento typ starostlivosti stúpili za dekádu o 38% z 18 miliárd v roku 2002 na 25 miliárd v roku 2011.

#### 2.2.4. Doplnkové zdravotné poistenie

Doplnkové zdravotné poistenie je v Holandsku rozšírené, aj keď od jeho zavedenia v roku 2006 narastá podiel ľudí, ktorí ho nemajú uzavreté. V roku 2012 nemalo doplnkové zdravotné poistenie 12% poistencov, doplnkovo poistených bolo teda 88%.

Tabuľka 10: Podiel doplnkovo zdravotne poistených osôb v Holandsku



Zdroj: Zorgthermometer 2012

Doplnkové zdravotné poistenie v Holandsku slúži najmä na pokrytie nákladov za starostlivosť, ktorá nie je krytá základným hradeným balíkom zdravotnej starostlivosti. Až 80% poistencov sa pre doplnkové poistenie rozhoduje z dôvodu krytia nákladov na zubnú starostlivosť.

Kompozícia balíčkov doplnkového zdravotného poistenia je rôzna, najčastejšie zameranie, je zubná starostlivosť, hradenie alternatívnej medicíny, hradenie antikoncepcie alebo fyzioterapie. Poistovne ponúkajú aj rodinné balíčky doplnkového poistenia.

Doplnkové poistenie je možné uzavrieť u akejkoľvek poisťovne, nielen tam, kde je klient zdravotne poistený. V roku 2011 túto možnosť využilo iba 0,2 % doplnkovo zdravotne poistených.

### 2.2.5. Sociálna podpora

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

Všeobecná podpora je finančná dávka, ktorú človek dostane od CAK (Centrum Indicatieinstelling zorg - centrálny register, ktorý má všetky informácie o poistencoch, ktorí majú nárok 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 (Register indikácií zdravotnej starostlivosti) 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 ([www.wtcg.info](http://www.wtcg.info)) ministerstva zdravotníctva, blahobytu a športu a následne o ňu požiadať CAK.

Výška všeobecnej podpory je 150 - 500 eur / mesiac a závisí od veku a výšky spotrebovanej zdravotnej starostlivosti a od nároku na podporu. O jej výške rozhoduje CAK na základe kritérií (sú súčasťou aj testu). Táto podpora je vyplácaná ročne, naraz, v decembri a retroaktívne.

### 2.2.6. Systém prerozdelenia v Holandsku

Úlohou tohto systému je kompenzovať riziko zdravotných poisťovní, ktoré vzniká najmä z dvoch dôvodov:

- sadzba poistného nezávisí od rizika,
- zdravotná poisťovňa má povinnosť prijať každého záujemcu o poistenie.

Kompenzácia rizika v Holandsku prebieha v 2 fázach: pred (ex-ante kompenzácia) a po (ex-post kompenzácia) príslušnom roku, ktorého sa týka.

Ex-ante kompenzácia je založená na predikcii budúcich nákladov na základe individuálnych charakteristík poistencov v kmeni poisťovne. V súčasnosti sa v Holandsku používajú nasledujúce prediktory:

- vek a pohlavie
- urbanizácia (skupiny podľa socioekonomických a demografických charakteristík priradených k jednotlivým PSČ)
- typ príjmu (skupiny podľa toho, či ide o zamestnanca, príjemcu sociálnej podpory, SZČO a pod.)
- farmaceutické nákladové skupiny (prítomnosť chronických chorôb podľa spotreby liekov, pharmacy cost groups, PCG)
- diagnostické nákladové skupiny (riziko budúcich nákladov na základe predchádzajúcej hospitalizácie v niektorej z diagnostických skupín, diagnosis cost group, DCG)

V rámci ex-post kompenzácie sa kompenzuje časť nákladov zdravotných poisťovní po skončení príslušného roka.

Systém kompenzácie rizika sa v Holandsku priebežne vyvíja a zlepšuje (rozširovanie počtu prediktorov, rozširovanie počtu alebo spôsobu stanovenia jednotlivých skupín v rámci prediktorov). V súčasnosti sa jeho prediktívna sila pohybuje vo výške 17,6%.

Tabuľka 11: Vývoj systému kompenzácie rizika v Holandsku

Rok	Prediktory
1991	Historické náklady
1992	Historické náklady, vek, pohlavie
1993-1994	Vek, pohlavie
1995-1998	Vek, pohlavie, urbanizácia, typ príjmu/stav postihnutia
1999	Vek, pohlavie, urbanizácia, typ príjmu
2000-2001	Vek, pohlavie, urbanizácia, typ príjmu, historické náklady
2002	Vek, pohlavie, urbanizácia, typ príjmu, historické náklady, farmaceutické nákladové skupiny

2003	Vek, pohlavie, urbanizácia, typ príjmu, farmaceutické nákladové skupiny
2004-2006	Vek, pohlavie, urbanizácia, typ príjmu, farmaceutické nákladové skupiny, diagnostické nákladové skupiny

Zdroj: Douven R.: *Morbidity based risk adjustment in Netherland, 2007* a [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

Nominálne poistenie v Holandsku je súčasťou prerozdelenia. Síce neprúdia platby nominálneho poistenia do Fondu zdravotného poistenia, avšak ex ante prerozdelenie zohľadňuje kalkulovanú výšku vybraného nominálneho poistenia jednotlivými poisťovňami. V rámci ex post prerozdelenia na základe skutočných dát obdobia je možné, že poisťovňa odvedie časť vyzbieraného poistného do Fondu zdravotného poistenia.

### 2.2.7. Produkty povinného poistenia v Holandsku

V roku 2011 mal poistenec na výber z 56 rôznych poistných zmlúv v 27 zdravotných poisťovniach. V roku 2012 mierne stúpol výber poistných zmlúv na 59, počet poisťovní klesol na 26. Zoznam poisťovní a produktov za rok 2012 uvádza tabuľka 11:

Tabuľka 12: Poistné produkty podľa jednotlivých poisťovní, Holandsko 2011

poisťovňa		Názov poistného produktu	
1	Agis Zorgverzekeringen N.V.	1.1	Pro Life Basispolis Basic
		1.2	Pro Life Basispolis
		1.3	Agis Basispolis Basic
		1.4	Agis Basispolis
		1.5	TakeCareNow Internetbasispolis
2	Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	2.1	Zorgplan
		2.2	Keuze Zorgplan
3	De Friesland Zorgverzekeringen N.V.	3.1	Kiemer Basisverzekering
		3.2	Alles Verzorgd Polis
		3.3	Vrije Keus Polis
4	FBTO Zorgverzekeringen N.V.	4.1	Ziektekostenverzekering
		4.2	Zorgverzekering
5	Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	5.1	Zorgactief
6	OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.	6.1	OZF Zorgpolis
7	Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V.	7.1	Beter Af Polis
		7.2	DVZ Principe Polis
		7.3	Beter Af Restitutie Polis
		7.4	Beter Af Selectief Polis
8	ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.	8.1	Basisverzekering Optimaal
		8.2	Basisverzekering Uitgebroid
		8.3	Ditzo Basisverzekering
		8.4	Basisverzekering Natura
9	Delta Lloyd Zorgverzekeringen N.V.	9.1	Delta Lloyd Zorgverzekering restitutie

		9.2	Delta Lloyd Zorgverzekering natura
<b>10</b>	OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.	10.1	OHRA Zorgverzekering Restitutie
		10.2	OHRA Zorgverzekering Natura
		10.3	OHRA Zorg Compact Natura
<b>11</b>	OHRA Zorgverzekeringen N.V.	11.1	OHRA Zorgverzekering Restitutie
		11.2	OHRA Zorg Compact Natura
		11.3	OHRA Zorgverzekering Natura
<b>12</b>	OWM CZ Groep Zorgverzekeraar U.A.	12.1	CZ Zorg-op-maatpolis (natura)
		12.2	CZ Zorgkeuzepolis (restitutie)
		12.3	CZdirect (natura)
<b>13</b>	OWM DSW Zorgverzekeraar U.A.	13.1	basisverzekering
<b>14</b>	OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A.	14.1	basisverzekering
<b>15</b>	Eno Zorgverzekeraar N.V.	15.1	Salland Basisverzekering
<b>16</b>	AnderZorg N.V.	16.1	AnderZorg Basis
<b>17</b>	AZIVO Zorgverzekeraar N.V.	17.1	basisverzekering
<b>18</b>	Menzis Zorgverzekeraar N.V.	18.1	ZorgVerzorgd
		18.2	ZorgZó
<b>19</b>	ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.	19.1	Vrije Keuze Basisverzekering
<b>20</b>	IZA Zorgverzekeraar N.V.	20.1	IZA Polis
		20.2	IZA Gemeentezorgpolis
<b>21</b>	IZZ Zorgverzekeraar N.V.	21.1	variant Natura
		21.2	variant Restitutie
<b>22</b>	N.V. Univé Zorg	22.1	Zorg Geregeld Polis
		22.2	Zorg Vrij Polis
		22.3	Zorgverzekering Zorgzaam
		22.4	Univé Zorg Samen polis
		22.5	Gewoon ZEKUR Zorg
<b>23</b>	N.V. Zorgverzekeraar UMC	23.1	Zorgverzekering
<b>24</b>	Coöperatie VGZ U.A.	24.1	Natura Zorgverzekering
		24.2	Restitutie Zorgverzekering
		24.3	Blue Basisverzekering
<b>25</b>	Zorgverzekeraar Cares Gouda N.V.	25.1	Basisverzekering Natura
		25.2	Basisverzekering Restitutie
<b>26</b>	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.	26.1	Zorg Vrij Polis
		26.2	Zorg Zeker Polis
		26.3	Zorg Gemak Polis

Zdroj: [Zorgthermometer 2012](#)

V nasledujúcom texte uvádzame popis vybraných produktov zdravotného poistenia. Produkty sme pre účely analýzy vyberali tak, aby v čo najširšom spektre zachytili možné variácie a kombinácie, ktoré poistný systém v Holandsku umožňuje. Zároveň sme sa snažili predstaviť poistné produkty najväčších

hráčov na trhu.

### 2.2.7.1. Agis Zorgverzekerings N.V

Agis je značka patriaca koncernu Achmea, vo svojom portfóliu v roku 2012 mala 5 rôznych poistných produktov:

Tabuľka 13: Prehľad cien poistných produktov Agis Zorgverzekerings N.V

Názov poistného produktu	nominálne mesačné poistné v EUR
Pro Life Basispolis Basic	108,25
Pro Life Basispolis	108,25
Agis Basispolis Basic	108,25 - 87,42
Agis Basispolis	108,75
TakeCareNow Internetbasispolis	99,67 - 78,84

Pro Life Basispolis Basic, pro Life Basispolis sú produktmi, ktoré sa profilujú ako silno kresťanský orientované s dôrazom na vzácnosť života ako takého. Pro Life Basispolis Basic je produkt špeciálne orientovaný na starostlivosť pri kresťanskom materstve, na ošetrovateľskú a paliatívnu starostlivosť. Jedná sa o zmluvu benefits in kind – obmedzený okruh poskytovateľov, pri návšteve sa neplatí. Cena tohto produktu v roku 2012 bola 108,25 EUR za mesiac. Tento produkt zdravotného poistenia v rámci svojej marketingovej propagácie zdôrazňuje, že neuhrádza umelé prerušenie tehotenstva, eutanáziu alebo operácie na zmenu pohlavia.

Produkt Agis Basispolis Basic je základným produktom, ktorého cena je odstupňovaná podľa výšky voliteľnej spoluúčasti:

Tabuľka 14: Nominálne poistné, produkt Agis Basispolis Basic

Voliteľná ročná spoluúčasť	Mesačné nominálne poistné	Ročné nominálne poistné
0,00 €	108,25 €	1 299,00 €
100,00 €	104,08 €	1 248,96 €
200,00 €	99,92 €	1 199,04 €
300,00 €	95,75 €	1 149,00 €
400,00 €	91,58 €	1 098,96 €
500,00 €	87,42 €	1 049,04 €

Produkt využíva preferovanú sieť poskytovateľov, v prípade návštevy lekára mimo zmluvnej siete musí poistenec počítať s dodatočnou platbou. Jedná sa o benefits in kind policy – poistenec pri návšteve lekára nedostáva účet za starostlivosť, ten putuje priamo poisťovní.

Produkt Agis Basispolis je drahší ako Agis Basispolis Basic, ponúka však možnosť návštevy akéhokoľvek lekára. Zmluva je kombinovaným tipom zmluvy, pri návšteve lekára mimo siete si poistenec hradí starostlivosť sám a následne žiada o úhradu svoju poisťovňu. Cena produktu je 108,75 EUR mesačne.

TakeCareNow Internetbasispolis je produktom orientovaným na mladých ľudí, čomu je prispôsobená aj webová prezentácia a doplnkové produkty. Dôraz je kladený na internet ako hlavný komunikačný nástroj s poisťovňou. Tento produkt ponúka prístup do všetkých holandských nemocníc bez potreby predošlej autorizácie. Jedná sa o benefits in kind policy. Mladú klientelu sa snaží prilákať aj širokou ponukou online zdravotníctva. Výška poistného sa odvíja od výšky zvolenej voliteľnej spoluúčasti. V prípade, že je nulová, mesačné nominálne poistné je vo výške 99,67 EUR, ak si poistenec zvolí maximálnu výšku dobrovoľnej spoluúčasti vo výške 500 EUR mesačné poistné klesá na úroveň 78,84 EUR. K tomuto poistnému produktu je ponúkané veľké množstvo doplnkových pripoistení pre mladú klientelu ako je úraz v zahraničí, fyzioterapia, športové lekárstvo, okuliare, kontaktné šošovky a iné.

Každý z produktov tejto poisťovne je spojený s veľkým množstvom doplnkových poistení, ktoré sú cieleňé vždy na určitú skupinu obyvateľstva.

### 2.2.7.2. Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zilveren Kruis Achmea je ďalšou značkou v skupine Achmea. Pre základné zdravotné poistenie má v ponuke tri produkty, ktorých cena v roku 2013 je zhrnutá v nasledujúcej tabuľke:

Tabuľka 15: Prehľad cien poistných produktov poisťovne Zilveren Kruis

voliteľná ročná spoluúčasť	produkt Af Selective Policy		produkt Beter Af Policy		produkt af Exclusive Polis	
	NP mesačné	NP ročné	NP mesačné	NP ročné	NP mesačné	NP ročné
500,00 €	83,42 €	1 001,04 €	87,42 €	1 049,04 €	97,92 €	1 175,04 €
400,00 €	87,58 €	1 050,96 €	91,58 €	1 098,96 €	102,08 €	1 224,96 €
300,00 €	91,75 €	1 101,00 €	95,75 €	1 149,00 €	106,25 €	1 275,00 €
200,00 €	95,92 €	1 151,04 €	99,92 €	1 199,04 €	110,42 €	1 325,04 €
100,00 €	100,08 €	1 200,96 €	104,08 €	1 248,96 €	114,58 €	1 374,96 €
0,00 €	104,25 €	1 251,00 €	108,25 €	1 299,00 €	118,75 €	1 425,00 €

Ústrednou témou pri popise týchto produktov je spôsob akým poistenci komunikujú s poisťovňou a ako si vyberajú/objednávajú svoje lieky – produkty sa odlišujú stupňom asistenčných služieb, ktoré klient získa. Kým Af Selective Policy zmluva ponúka online objednávku a doručenie liekov do niekoľko dní a veľa vecí si musí klient riešiť sám cez webové rozhranie poisťovne, Beter Af Policy umožňuje klientovi osobný odber liekov v lekárni s automatickým manažmentom/objednávok liekov, ktoré sú užívané pravidelne. Beter Af Policy ponúka navyše bezplatné sprostredkovanie zdravotnej starostlivosti (výber poskytovateľa, optimalizácia čakania). Pri produkte Af Exclusive Polis má poistenec svojho vlastného konzultanta pre zdravie, je mu sprostredkovaný second a third opinion a má nárok na pravidelné komplexné preventívne prehliadky.

### 2.2.7.3. OWM CZ Groep Zorgverzekeraar U.A.

CZ poisťovňa ponúka na rok 2013 svojim klientom tri produkty:

1. CZ Zorg-bewustpolis
2. CZ Zorg-op maatpolis
3. CZ Zorg-keuzepolis

Základné charakteristiky týchto troch produktov sú zhrnuté v tabuľke 15:

Tabuľka 16: prehľad cien produktov OWM CZ Groep Zorgverzekeraar U.A.

	<b>CZ Zorg-bewustpolis</b>	<b>CZ Zorg-op maatpolis</b>	<b>CZ Zorg-keuzepolis</b>
<b>typ zmluvy</b>	benefits in kind policy	benefits in kind policy	restitution policy
<b>Cena produktu za rok podľa ročnej voliteľnej spoluúčasti:</b>			
<b>0 €</b>	1 222,80 €	1 267,20 €	1 317,60 €
<b>100 €</b>	neponúka	1 199,64 €	1 250,04 €
<b>200 €</b>	neponúka	1 141,20 €	1 191,60 €
<b>300 €</b>	neponúka	1 091,64 €	1 142,04 €
<b>400 €</b>	neponúka	1 051,20 €	1 101,60 €
<b>500 €</b>	975,24 €	1 019,64 €	1 070,04 €
<b>Cena produktu na mesiac podľa ročnej voliteľnej spoluúčasti:</b>			
<b>0 €</b>	101,90 €	105,60 €	109,80 €
<b>100 €</b>	neponúka	99,97 €	104,17 €
<b>200 €</b>	neponúka	95,10 €	99,30 €
<b>300 €</b>	neponúka	90,97 €	95,17 €
<b>400 €</b>	neponúka	87,60 €	91,80 €
<b>500 €</b>	81,27 €	84,97 €	89,17 €

Pri CZ Zorg-bewustpolis má poistenec na výber iba z dvoch možností, buď sa rozhodne pre nulovú voliteľnú spoluúčasť alebo pre maximálnu. Cenový rozdiel týchto dvoch produktov na rok je takmer 250 EUR. Zmluva ponúka obmedzený prístup k poskytovateľom, ak poistenec navštívi lekára mimo siete, hradí si náklady sám a následne mu ich časť uhradí poisťovňa – približne vo výške 50% trhovej ceny. Produkt ponúka možnosť úhrady voliteľnej spoluúčasti na splátky.

CZ Zorg-op maatpolis je benefits in kind policy, sieť poskytovateľov poisťovne tak môže poistenec navštíviť bez toho aby musel na mieste uhrádzať starostlivosť. Ak pôjde mimo siete hradí si starostlivosť sám a následne žiada poisťovňu o náhradu – úhrada do výšky 75% trhovej ceny.

CZ Zorg-keuzepolis je restitution policy. Poistenec môže navštíviť poskytovateľa podľa vlastného výberu, za starostlivosť platí priamo na mieste sám, poisťovňa mu následne uhradza 100% trhovej ceny.

Definícia trhovej ceny podľa CZ poisťovne je taká, že sa jedná o cenu, ktorú platí poisťovňa svojim vlastným poskytovateľom.



### 2.2.8. Spoločné prvky ponuky poisťovní

Všetky poisťovne okrem ponuky produktov základného zdravotného poistenia ponúkajú aj širokú paletu doplnkových poistení. Často býva cena doplnkového poistenia naviazaná na vybraný produkt základného zdravotného poistenia. Doplnkové zdravotné poistenie sa najčastejšie týka zubnej zdravotnej starostlivosti a nákladov na očné starostlivosť, okuliare a šošovky.

Poisťovne na svojich stránkach svojim poistencom ponúkajú široké spektrum online služieb zameraných na zdravý životný štýl ako aj podporu zmeny doterajšieho životného štýlu.

## 2.3. Švajčiarsko

Povinné sociálne zdravotné poistenie vo Švajčiarsku je poistením v ktorom poistenci platia rovnakú sadzbu poistného za jeden konkrétny produkt zdravotného poistenia bez ohľadu na individuálne riziko a charakteristiky. Produkty sa pritom odlišujú výškou spoluúčasti poistencov a stupňom manažovania toku poistencov ku konkrétnym poskytovateľom. Výška poistného sa neodvíja od príjmu ale je pevne stanovená na základe charakteristík produktu, ktorý si poistenec kupuje.

Všetky údaje v tejto analýze vychádzajú z najaktuálnejších oficiálnych štatistík švajčiarskeho spolkového ministerstva vnútorných záležitostí, ktoré sú aktualizované v novembri o dáta predchádzajúceho ukončeného kalendárneho roku – 2011.

### 2.3.1. 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. Jednotlivé kantóny sú zodpovedné za dodržiavanie poistnej povinnosti. Osoby, ktoré si nesplnia v lehote povinnosť uzavrieť povinné zdravotné poistenie sú rozhodnutím úradu kantónu v ktorom majú sídlo pridelené niektorej zdravotnej poisťovni.

Poisťovne sú povinné poistiť každú osobu, ktorá o to prejaví záujem a má sídlo 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 zmenu poistného oznámiť 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).

### 2.3.2. 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 "Eidgenössisches Departement des Innern" (ďalej Departement – štátna inštitúcia patriaca do exekutívy – naše ministerstvo – Spolkové ministerstvo vnútorných záležitostí) .
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).

Na základe Zákona o zdravotnom poistení (832.10 Bundesgesetz über die Krankenversicherung, KVG) musia poisťovne na získanie povolenia vykonávať sociálne zdravotné poistenie spĺňať 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 tzv. poistenie „Einzeltaggeldversicherung (viď nižšie)“.
- e. Poisťovne musia mať sídlo vo Švajčiarsku.

Department 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 (viď nižšie). 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 poisťovňam, 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 Departmentu. Spolková rada (Bundesrat) určuje minimálny podiel z objemu sociálneho zdravotného poistenia, ktorého riziko musí poisťovňa znášať sama – nesmie si ho poistiť u zaistovne.

K 30. 9. 2012 poskytovalo sociálne zdravotné poistenie vo Švajčiarsku spolu 62 zdravotných poisťovní.

Tabuľka 17: Prehľad podielov poisťovní na trhu zdravotného poistenia vo Švajčiarsku, 2011

názov poisťovne	priemerný ročný stav poistencov	
	Počet poistencov	% všetkých poistencov
<b>CSS Kranken-Vers. AG</b>	853 941	10,86%
<b>ASSURA</b>	623 760	7,93%
<b>SWICA Krankenversicherung AG</b>	619 924	7,88%
<b>Helsana Versicherung AG</b>	585 975	7,45%
<b>CONCORDIA Kranken- und Unfallvers. AG</b>	540 359	6,87%

<b>Visana</b>	442 506	5,63%
<b>Mutuel Assurance Maladie SA</b>	393 407	5,00%
<b>KPT Krankenkasse AG</b>	346 668	4,41%
<b>Sanitas Grundversicherungen AG</b>	316 004	4,02%
<b>Philos Assurance Maladie SA</b>	282 183	3,59%
<b>EGK Grundversicherungen</b>	240 769	3,06%
<b>Intras Kranken-Vers. AG</b>	210 729	2,68%
<b>Wincare Versicherungen AG</b>	197 605	2,51%
<b>Progrès Versicherungen AG</b>	195 215	2,48%
<b>Avenir Assurance Maladie SA</b>	191 690	2,44%
<b>Easy Sana Assurance Maladie SA</b>	187 007	2,38%
<b>avanex Versicherungen AG</b>	185 628	2,36%
<b>sansan Versicherungen AG</b>	167 494	2,13%
<b>Atupri</b>	163 269	2,08%
<b>Vivao Sympany AG</b>	155 980	1,98%
<b>ÖKK</b>	148 455	1,89%
<b>Arcosana AG</b>	123 122	1,57%
<b>Agrisano</b>	101 101	1,29%
<b>sana24</b>	62 455	0,79%
<b>PROVITA Gesundheitsversicherung AG</b>	54 527	0,69%
<b>Compact Grundversicherungen AG</b>	51 907	0,66%
<b>SUPRA</b>	41 570	0,53%
<b>Aquilana Versicherungen</b>	38 225	0,49%
<b>sodalis gesundheitsgruppe</b>	35 770	0,45%
<b>Innova Krankenversicherung AG</b>	34 019	0,43%
<b>Sanagate AG</b>	29 660	0,38%
<b>Kolping</b>	21 816	0,28%
<b>Sumiswalder Krankenkasse</b>	20 138	0,26%
<b>Krankenkasse Luzerner Hinterland</b>	18 542	0,24%
<b>KRANKENKASSE SLKK</b>	16 666	0,21%
<b>KLuG Krankenversicherung</b>	13 945	0,18%
<b>GALENOS</b>	13 795	0,18%
<b>Auxilia Kranken-Vers. AG</b>	12 112	0,15%
<b>Moove Sympany AG</b>	10 397	0,13%
<b>vivacare AG</b>	10 124	0,13%
<b>AMB</b>	9 990	0,13%
<b>Rhenusana</b>	9 452	0,12%
<b>Krankenkasse Birchmeier</b>	8 090	0,10%
<b>CM de la Vallée d'Entremont</b>	7 950	0,10%
<b>AGILIA Krankenkasse AG</b>	7 656	0,10%
<b>vita surselva</b>	6 935	0,09%
<b>KK Wädenswil</b>	6 552	0,08%

<b>kmu-Krankenversicherung</b>	6 454	0,08%
<b>Glarner Krankenversicherung</b>	5 874	0,07%
<b>Innova Wallis AG</b>	5 824	0,07%
<b>Krankenkasse Steffisburg</b>	4 514	0,06%
<b>KK Visperterminen</b>	4 363	0,06%
<b>Bezirkskrankenkasse Einsiedeln</b>	3 557	0,05%
<b>publisana</b>	3 542	0,05%
<b>Cassa da malsauns Lumneziana</b>	2 491	0,03%
<b>maxi.ch</b>	2 398	0,03%
<b>sanavals Gesundheitskasse</b>	2 333	0,03%
<b>Krankenversicherung Flaachtal AG</b>	2 271	0,03%
<b>Krankenkasse Stoffel Mels KKS</b>	1 693	0,02%
<b>Krankenkasse Simplon</b>	977	0,01%
<b>KK INSTITUT INGENBOHL</b>	843	0,01%
<b>Krankenkasse Turbenthal</b>	385	0,00%
<b>KK Zeneggen</b>	171	0,00%
<b>SPOLU</b>	7 862 774	100,00%

[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

Tabuľka 18: Povinné sociálne zdravotné poistenie vo Švajčiarsku 2001 - 2011: hlavné ukazovatele

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	zmena 2010 - 2011	priemerná medziročná zmena 2001 - 2011
počet poskytovateľov PSZP	99	93	93	92	85	87	87	86	81	81	63	-22,2%	-4,4%
priemerný počet poistencov v tis.	7 301	7 345	7 373	7 384	7 436	7 478	7 538	7 616	7 709	7 780	7 863	1,1%	0,7%
počet ochorení v tis.	6 044	6 171	6 105	6 076	6 104	6 140	6 171	6 247	6 463	6 497	6 573	1,2%	0,8%
počet ochorení na 100 poistencov	82,8	84,0	82,8	82,3	82,1	82,1	81,9	82,0	83,8	83,5	83,6	0,1%	0,1%
pobyty v nemocnici v tis.	1 193	1 207	1 148	1 196	1 219	1 148	1 232	1 283	1 289	1 211	1 232	1,7%	0,3%
dni pobytu v nemocnici v tis.	12 514	12 391	11 396	11 755	11 493	11 050	11 706	11 790	11 967	10 978	11 005	0,2%	-1,3%
predpísané poistné na poistenca CHF	1 917	2 091	2 281	2 442	2 487	2 583	2 612	2 586	2 611	2 834	3 005	6,0%	4,6%
Brutto výkony na poistenca CHF	2 244	2 328	2 431	2 592	2 736	2 755	2 863	2 984	3 069	3 123	3 171	1,6%	3,5%
z toho ambulánna starostlivosť	1 549	1 615	1 667	1 751	1 869	1 876	1 947	2 050	2 108	2 155	2 204	2,3%	3,6%
z toho stacionárna starostlivosť	696	712	765	841	868	879	916	933	960	967	967	0,0%	3,3%
spoluúčasť na poistenca CHF	329	341	351	384	403	406	419	432	439	438	455	3,8%	3,3%
zaplatené výkony na poistenca CHF	1 916	1 987	2 080	2 209	2 334	2 349	2 444	2 552	2 630	2 684	2 716	1,2%	3,6%
náklady na správu/odpisy na poistenca CHF	124	126	129	134	134	144	142	153	147	158	160	1,6%	2,5%
pasívne rezervy na poistenca k 31. 12.	547	547	578	608	633	667	694	682	661	672	718	6,9%	2,8%
aktívne rezervy na poistenca k 31.12.	288	268	325	402	428	501	527	427	371	400	472	17,9%	5,1%
predpísané poistné v mil. CHF	13 997	15 355	16 820	18 030	18 496	19 315	19 689	19 692	20 125	22 051	23 631	7,2%	5,4%
brutto výkony v mil. CHF	16 386	17 096	17 924	19 140	20 348	20 603	21 579	22 722	23 656	24 292	24 932	2,6%	4,3%
spoluúčasť v mil. CHF	2 400	2 503	2 588	2 832	2 995	3 039	3 155	3 290	3 382	3 409	3 575	4,9%	4,1%
zaplatené výkony v mil. CHF	13 986	14 593	15 336	16 308	17 353	17 564	18 424	19 431	20 274	20 884	21 356	2,3%	4,3%
náklady na správu/odpisy v mil. CHF	909	924	949	987	999	1 078	1 072	1 169	1 134	1 225	1 255	2,4%	3,3%
celkový prevádzkový výsledok v mil. CHF	-790	-224	400	514	171	491	179	-755	-472	225	588	-	-
pasívne rezervy k 31.12. v mil. CHF	3 996	4 018	4 264	4 488	4 710	4 990	5 234	5 191	5 095	5 227	5 649	8,1%	3,5%
pasívne rezervy ako % uhradených výkonov	28,6%	27,5%	27,8%	27,5%	27,1%	28,4%	28,4%	26,7%	25,1%	25,0%	26,4%	-	-
aktívne rezervy k 31.12. v mil. CHF	2 103	1 966	2 394	2 968	3 184	3 749	3 970	3 252	2 863	3 116	3 711	19,1%	5,8%
aktívne rezervy ako % uhradených výkonov	15,0%	12,8%	14,2%	16,5%	17,2%	19,4%	20,2%	16,5%	14,2%	14,1%	15,7%	-	-

Zdroj: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

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

### 2.3.3. Spoločná inštitúcia (gemeinsame Einrichtung)

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 „Departementom“. 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.

Pre každú zo svojich činností vedie Spoločná inštitúcia separátne 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.

### 2.3.4. 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 požiada „Departement“ 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 poisťných prémie. Tieto potrebujú na to, aby jednak 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 potrebnú mieru pre hospodárne vedenie. Spolková rada môže vydávať ustanovenia na obmedzenie správnych nákladov.

### 2.3.5. 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 lekársky predpísanú 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 svojho poskytovateľa ambulantnej a nemocničnej zdravotnej starostlivosti môžu slobodne vybrať. Zdravotná poisťovňa hradí náklady do výšky tarify (odmena za zdravotné služby dohodnutá medzi poisťovňou a poskytovateľom), ktorá je platná pre miesto bydliska a práce poistenca.

### 2.3.6. 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.

### 2.3.7. Poistné

Poisťovne poskytujúce sociálne zdravotné poistenie sú oprávnené od svojich poistencov vyberať poistné. Poistné si určujú jednotlivé poisťovne 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. Výška poistného sa odvíja od:

- Vekovej skupiny poistenca
- Kantónu, v ktorom má poistenec trvalé bydlisko
- výšky zvolenej spoluúčasti
- prístupu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti
- miery čerpania zdravotnej starostlivosti

### 2.3.7.1. Vek

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

### 2.3.7.2. Kantón

Výška poistných prémieí stanovených poisťovňou je schvaľovaná Spolkovou radou, jednotlivé kantóny môžu zaujať stanovisko k poistnému pre ich oblasť.

### 2.3.7.3. Spoluúčasť

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 17) Okrem toho sa poistenci v závislosti od príjmov rodiny podieľajú na nákladoch spojených s pobytom v nemocnici.

Tabuľka 19: Prehľad spoluúčasti vo Švajčiarsku

	Franchise	10% spoluúčasť
<b>Deti do 18 rokov</b>	Neplatia (dobrovoľne 100, 200, 300, 400, 500, 600)	Max. 350 CHF/rok
<b>Mladí dospelí 19 – 25 rokov</b>	Ako dospelí, poisťovňa im môže ponúkať znížené Franchise.	Max. 700 CHF/rok
<b>Dospelí (od 26 rokov)</b>	min. 300 CHF – 500, 1000, 1500, 2000 – max. 2500 CHF	Max. 700 CHF/rok

Zdroj: HPI ; 1 EUR = 1,2 CHF

Výška poistného, ktoré 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

produkt zdravotného poistenia 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 produkt zdravotného poistenia s nízkou spoluúčasťou ale vyšším poistným. Ako vidieť v tabuľke 18 nižšie, so zvyšujúcou sa sumou fixnej spoluúčasti – Franchise klesá výška poistného. 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.

#### 2.3.7.4. Prístup k zdravotnej starostlivosti

Poisťovne ponúkajú poistné, pri ktorom je obmedzený prístup do siete poskytovateľov (HMO).

#### 2.3.7.5. Čerpanie

Aj miera čerpania zdravotnej starostlivosti môže mať vplyv na výšku poistného v rámci BONUSového poistenia.

#### 2.3.7.6. Ukazovatele poistného vo Švajčiarsku

Tabuľka 18 ukazuje predpísané ročné poistné na poistenca podľa formy poistenia v roku 2011. Pod formou poistenia pritom rozumieme produkt zdravotného poistenia, ktorý si môže poistenec vybrať.

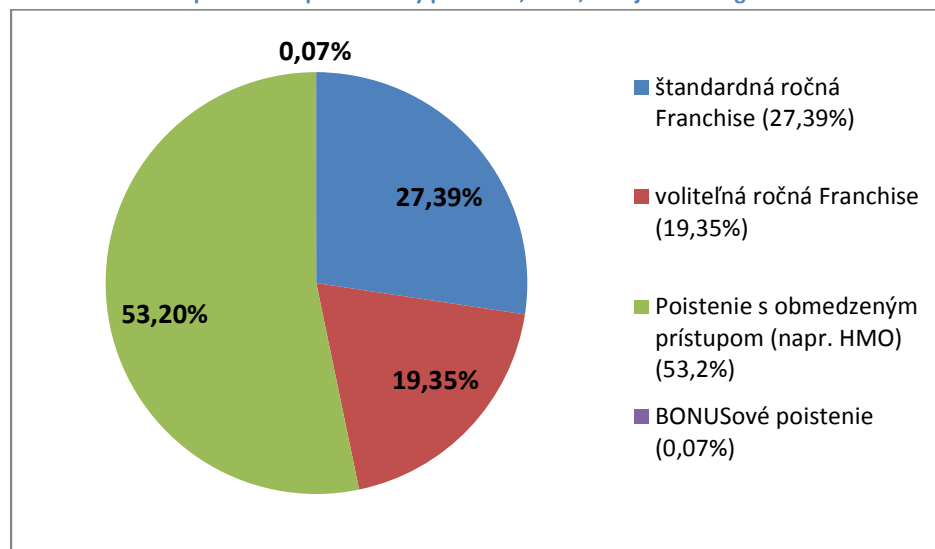
Tabuľka 20: Predpísané ročné poistné na poistenca podľa formy poistenia v CHF, 2011

		Deti (0 - 18 rokov)	Mladí dospelí (19 - 25 rokov)	Dospelí (od 26 rokov)	
štandardná ročná Franchise	F 0 (0 / 300 CHF)	1 035	3 753	4 360	
	F I (100 / 500 CHF)	965	3 716	4 329	
	F II (200 / 1000 CHF)	889	3 173	3 769	
	voliteľná ročná Franchise	F III (300 / 1500 CHF)	750	2 787	3 345
	F IV (400 / 2000 CHF)	730	2 470	2 861	
	F V (500 / 2500 CHF)	639	2 284	2 635	
BONUSové poistenie	F VI (600 / - CHF)	613	-	-	
		898	2 611	3 045	
	F 0 (0 / 300 CHF)	868	3 160	3 682	
	F I (100 / 500 CHF)	787	3 109	3 581	
	Poistenie s obmedzeným prístupom (napr. HMO)	F II (200 / 1000 CHF)	751	2 644	3 090
		F III (300 / 1500 CHF)	570	2 050	2 700
		F IV (400 / 2000 CHF)	594	2 098	2 369
F V (500 / 2500 CHF)		570	1 876	2 357	
F VI (600 / - CHF)		595	-	-	

Zdroj: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) ; 1 EUR = 1,2 CHF

Graf 4 ukazuje rozdelenie poistencov podľa jednotlivých foriem poistenia v roku 2011. 53,20% poistencov si v roku 2011 vybralo poistenie s obmedzeným prístupom a teda aj nižším mesačným poistným.

Graf 4: Rozdelenie poistencov podľa formy poistenia, 2011, Zdroj: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)



Tabuľka 19 uvádza priemerné celkové predpísané ročné poistné na poistenca podľa formy poistenia v roku 2011.

Tabuľka 21: Predpísané celkové poistné podľa formy poistenia, CHF, 2011

Forma poistenia	Predpísané poistné spolu	podiel %	zmena oproti roku 2010
štandardná ročná Franchise	7 401 131 882	31,3%	-2,5%
voliteľná ročná Franchise	5 327 032 163	22,5%	-6,1%
BONUSové poistenie	15 891 756	0,1%	-1,0%
Poistenie s obmedzeným prístupom (napr. HMO)	10 887 133 458	46,1%	24,1%
<b>Spolu</b>	<b>23 631 189 259</b>	<b>100,0%</b>	<b>7,2%</b>

Zdroj: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) ; 1 EUR = 1,2 CHF

V roku 2012 stúplo priemerné predpísané poistné vo Švajčiarsku medziročne o 2,2%, na rok 2013 sa predpokladá medziročný nárast o 1,5%.

### 2.3.8. Neplatenie poistného a spoluúčasti

V prípade, že 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.

### 2.3.9. Sociálny systém

Štát sa podieľa na platení poistného pre nízke príjmové 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 2011 poberalo príspevok na poistné spolu 2 273 693 poistencov vo Švajčiarsku, čo je takmer 30 % populácie. Spolu bolo na príspevkoch v roku 2011 vyplatených 4 070,3 miliónov CHF, z rozpočtov kantónov bolo vyplatených 48 % z tejto celkovej sumy, zvyšok bol pokrytý štátnym príspevkom. Tabuľka 20 poskytuje prehľad o poberateľoch príspevku k poistnému podľa vekových skupín a pohlavia v roku 2011.

Tabuľka 22: Počet poberateľov príspevku na poistné podľa vekových skupín a pohlavia v roku 2011

veková skupina	muži	ženy	spolu	poberatelia ako % priemerného stavu poistencov	vyplatené príspevky za rok v mil. CHF
0 – 18	339 751	319 971	659 722	43,9%	431,5
19 – 25	141 437	147 693	289 130	43,5%	465,4
26 – 30	71 686	87 095	158 781	30,3%	262,2
31 – 35	60 214	78 006	138 220	25,7%	223,3
36 – 40	63 774	83 240	147 014	26,3%	237,8
41 – 45	71 191	87 851	159 042	25,1%	258,2
46 – 50	65 937	74 068	140 005	21,6%	237,5
51 – 55	48 706	51 050	99 756	17,7%	183,4
56 – 60	36 328	39 048	75 376	15,6%	150,4
61 – 65	31 796	37 582	69 378	15,3%	145,8
66 – 70	27 734	34 107	61 166	15,6%	137,5
71 – 75	23 734	34 751	58 485	19,6%	131,3
76 – 80	21 609	34 779	56 388	22,5%	130,3
81 – 85	15 524	31 766	47 290	25,2%	116,8
86 – 90	8 820	24 171	32 991	29,0%	87,5
91 a viac	3 838	15 346	19 184	37,1%	55,4
vek neznámy	29 399	32 366	61 765	-	815,9
<b>Spolu</b>	<b>1 060 804</b>	<b>1 212 889</b>	<b>2 273 693</b>	<b>28,9%</b>	<b>4 070,3</b>

Zdroj: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) ; 1 EUR = 1,2 CHF

Poznámka: počet obyvateľov v roku 2011: 7 954 700; 29% populácie poberá príspevok

## 2.4. Nemecko

Nemecko má zo všetkých analyzovaných krajín zdravotný systém najbližší k Českej republike. Prvky nominálneho poistného a zdravotných plánov boli do neho zavádzané v posledných piatich rokoch, pričom sa nejednalo o jednotnú cieľnú koncepčnú zmenu ale o izolované vkladanie inovácií do systému. Dnes v Nemecku fungujú plány so spoluúčasťou ako aj určitá forma nominálneho poistného, tieto prvky, nie sú vzájomne prepojené. Ich využitie nie je vysoké, tvorcovia legislatívy však očakávajú, že s pribúdajúcimi rokmi a ubúdajúcimi zdrojmi v systéme bude ich význam rásť.

### 2.4.1. 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 Bismarckovho modelu, je povinné pre celú populáciu, je naviazané na príjem, výška príspevku v roku 2012 ostala na zákonom stanovenej úrovni roku 2011 - 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, každopádne sa na nich nevzťahuje 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, v roku 2013 sa predbežne počíta s jej zvýšením na 52 200 EUR.

Približne 90% populácie spadá do systému povinného zákonného zdravotného poistenia, zvyšok populácie je pokrytý súkromným zdravotným poistením, prípadne je nepoistený.

### 2.4.2. Systém financovania zákonného zdravotného poistenia v Nemecku

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 % z hrubého príjmu pre účely príspevkov na zákonné zdravotné poistenie a sú stanovované v rovnakej výške pre každú zdravotnú poisťovňu zákonom (jednotná výška príspevku stanovená zákonom bola do systému zdravotného poistenia znovu zavedená od roku 2009). V roku 2012 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 2012 bol stanovený na úrovni 3 825 EUR/mesiac, na rok 2013 je stanovený na úrovni 3 937,5 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 poisťovňam.

Tabuľka 23: Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní zákonného zdravotného poistenia v Nemecku 2004 – 2011 (miliardy EUR)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>príjmy spolu</b>	144,27	145,74	149,93	156,06	162,52	172,20	175,60	183,77
<b>výdavky spolu</b>	140,18	143,81	148,00	153,93	160,94	170,78	175,99	179,60

Zdroj: [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)

### 2.4.3. Zdravotné poisťovne

V Nemecku funguje pluralitný systém zdravotných poisťovní, poisťenci 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 169 a v roku 2012 klesol ich počet na 146. 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 (verejnoprávne inštitúcie s vlastným vedením).

V roku 2011 boli najväčšou skupinou poisťovní Ersatzkassen s podielom málo nad 35 %, druhou najväčšou skupinou poisťovní sú AOK poisťovne (Allgemeine Ortskrankenkasse) s takmer 35 % podielom na poistencoch v Nemecku:

Tabuľka 24: počty poistencov podľa druhov poisťovní, 2011

	počet	podiel v %
<b>poistenci spolu</b>	69 672 000	100,00 %
<b>Ersatzkassen</b>	24 663 000	35,40 %
<b>AOK</b>	24 302 000	34,88 %
<b>BKK</b>	12 721 000	18,26 %
<b>IKK</b>	5 453 000	7,83 %
<b>ostatné</b>	2 533 000	3,64 %

Zdroj: Daten des Gesundheitswesens 2012

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). Jedná sa 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 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 zaviaže k určitej spoluúčasti na čerpanej zdravotnej starostlivosti. Rámec pre takéto plány určuje zákon (§ 53 a § 65a Sozialgesetzbuch V), presný model si vypracúvajú zdravotné poisťovne sami a je súčasťou stanov zdravotnej poisťovne.

V roku 2011 vyplácalo bonusy 7 poisťovní. Najvyšší ročný bonus dosiahol 120 EUR, druhý najvyšší 72 EUR, štyri poisťovne vyplatili bonus vo výške 60 EUR, najnižší vyplatený bonus bol 30 EUR. Za rok 2012 zatiaľ poisťovne neoznámili definitívne vyplácanie bonusov. Vláda silno apeluje na poisťovne aby tak robili. Finančné prostriedky na vyplácanie bonusov poisťovne vyčleňujú zo svojich rezerv, ktoré boli vytvorené pri dobrom hospodárení poisťovne, zo zvýšenej efektívnosti a pod. V prípade, že poisťovňa nemá žiadne takéto rezervy nemôže ani vyplácať bonusy.

Prémie vyplácané pri plánoch so spoluúčasťou sú financované priamo z príspevkov na zdravotné poistenie (strop stanovený zákonom) ako aj z rezerv poisťovní. Takýto typ plánov využíva v súčasnosti približne 14% poistencov a ich dizajn a zaradenie v ponuke je medzi jednotlivými poisťovňami odlišný.

Druhá najväčšia zdravotná poisťovňa v Nemecku AOK s podielom na trhu 35% ponúka pre severovýchodnú časť Nemecka nasledovný program spoluúčasti:

Tabuľka 25: Prehľad program spoluúčasti AOK Nordost Nemecko v roku 2012

Tarifná trieda	príjem pre odvody poistného za mesiac / EUR	základný pridelený ročný bonus v EUR	paušálna spoluúčasť u lekára (vypísaný recept)	paušálna spoluúčasť pri pobyte v nemocnici	Maximálna spoluúčasť za rok v EUR
1	do 1 000	50	12,50	25	50
2	1001 – 1500	100	25,00	50	80
3	1501-2000	150	37,50	75	80
4	2001-2500	250	62,50	125	80
5	2501-3000	350	87,50	175	90
6	3001-3500	450	112,50	225	100
7	viac ako 3500	600	150,00	300	120

[www.aok.de](http://www.aok.de)

Podľa výšky svojho príjmu je poistenec zaradený do tarifnej triedy a je mu pridelený virtuálny základný ročný bonus v EUR. Počas roka sa od tohto bonusu postupne odpočítava spoluúčasť za návštevu lekára, ktorá vedie k vypísaniu receptu alebo za pobyt v nemocnici. Ak klesne pridelený bonus na 0 EUR, začína sa samotná spoluúčasť pacienta. Jej maximálna výška je odstupňovaná podľa príjmu pacienta (maximálne individuálne riziko za rok). Pri návšteve lekára bez vystavenia receptu sa od bonusu paušálna spoluúčasť neodpočítava, rovnako sa sem nezapočítavajú návštevy lekára nezaopatrených detí alebo iných závislých osôb.

V prípade, že na konci roka má poistenec pozitívny zostatok svojho základného prideleného bonusu, je

mu tento vyplatený najneskôr do konca druhého štvrtroka nasledujúceho po ročnom období v ktorom pozitívny zostatok vznikol. Takto vyplatený bonus v prípade nečerpania zdravotnej starostlivosti sa môže pohybovať podľa príjmu poistenca v rozmedzí od 50 do 600 EUR za rok.

#### 2.4.4. 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.

#### 2.4.5. Dodatočný príspevok (Zusatzbeitrag)

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 – forma nominálneho poistného. 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.

#### 2.4.6. Dodatočný príspevok v roku 2011 a 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.

V roku 2011 vyberalo dodatočný príspevok spolu 12 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 15 EUR mesačne. Väčšina poisťovní vyberala príspevok vo výške 8 EUR, jedna poisťovňa stanovila príspevok na 10 EUR.

V roku 2012 začalo dodatočný príspevok vyberať spolu 7 poisťovní, postupne ho však odbúravali, dnes vyberá príspevok už iba jedna poisťovňa.

Tabuľka 26: Prehľad poisťovní vyberajúcich dodatočný príspevok 2011, 2012

poisťovňa	dodatočný mesačný príspevok	2011	2012
KKH-Allianz	8,00 €	v platnosti	1.3.2012 zrušený
BKK advita	6,50 €	v platnosti	1.4.2012 zrušený
BKK Axel Springer	8,00 €	v platnosti	1.1.2012 fúzia s DAK - Gesundheit
BKK für Heilberufe	10,00 €	v platnosti	1.1.2012 zrušený
BKK Gesundheit	8,00 €	v platnosti	1.1.2012 fúzia s DAK - Gesundheit
BKK Hoesch	15,00 €	v platnosti	30.9.2012 fúzia s BKK vor Orth
BKK Merck	8,00 €	v platnosti	30.6.2012 zrušený
Deutsche BKK	8,00 €	v platnosti	1.10.2012 zrušený
BKK Phoenix	8,00 €	v platnosti	1.4.2012 zrušený
BKK Publik	8,00 €	v platnosti	v platnosti
CITY BKK	8,00 €	zavretá k 1.7.2011	
E.ON BKK	8,00 €	30.6.2011	

V roku 2011 vybrali zdravotné poisťovne na dodatočnom príspevku spolu 663 miliónov EUR, čo tvorilo 0,36% celkových zdrojov zdravotných poisťovní.

#### 2.4.7. 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 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 poistnom 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 2012 bol stanovený vo výške 0 EUR, pre rok 2013 bol rovnako stanovený na 0 EUR.

V prípade ak poistenec dosiahne spomínanú 2 – percentnú hranicu pre dodatočný príspevok je aktivované sociálne vyrovnanie a to tak, že od príjmu závislá mesačná platba poistenca na povinné zdravotné poistenie (8,2 % v roku 2011) sa mu individuálne zníži a to o sumu, o ktorú priemerný dodatočný príspevok prekročil hranicu 2% jeho príjmu.

Je teda ministerstvom zdravotníctva stanovený priemerný dodatočný príspevok vyšší ako 2% príjmov, pre účely povinného zdravotného poistenia 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 nie je pre účely sociálneho vyrovnania dostatočné, má poistenec právo si zvýšnú sumu žiadať od svojej zdravotnej poisťovne.

Je však ministerstvom zdravotníctva stanovený priemerný dodatočný príspevok nižší ako 2 – percentná príjmová hranica konkrétneho poistenca, nemá tento nárok na sociálne vyrovnanie. Keďže pre rok 2012 aj 2013 bol priemerný dodatočný príspevok stanovený vo výške 0 EUR, nedôjde v týchto rokoch k žiadnemu sociálnemu vyrovnaniu pri výbere dodatočných príspevkov.

Takýto mechanizmus sociálneho vyrovnania cez výšku priemerného dodatočného príspevku bol zvolený preto, aby odrážal realitu 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. Príplatek 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. Poistenec 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. Od dodatočného príspevku sú oslobodené skupiny obyvateľstva, ktoré nemajú žiaden ďalší príjem pre účely platenia povinného zdravotného poistenia, napr. poberatelia nemocenských dávok, materského príspevku, zdravotne postihnuté osoby a ďalší. Dodatočný príspevok nemení nič ani na bezplatnom pripoistení ekonomicky nečinných detí, manželov/manžieliek. Poberateľom príspevku v nezamestnanosti II alebo sociálneho príspevku bude dodatočný príspevok síce stanovený, platiť ho však nebudú. Namiesto nich bude platba uhradená z likvidnej rezervy Zdravotného fondu. Pre roky 2011 až 2014 bola táto rezerva naplnená dvoma miliardami EUR zo štátneho rozpočtu a od roku 2015 bude potrebná suma pre likvidný fond súčasťou spolkového príspevku pre sociálne vyrovnanie (Bundeszuschuss für den Sozialausgleich). Spolkový príspevok pre sociálne vyrovnanie je určený pre plnenia zákonného zdravotného poistenia nesúvisiace s povinným poistením, napr. bezplatné pripoistenie detí; v roku 2011 je spolkový príspevok stanovený vo výške 13,3 miliárd EUR.

## 2.4.8. Súhrn ukazovateľov Nemecko

Tabuľka 27: Prehľad základných ukazovateľov zdravotníctva Nemecko

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
počet poisťovní zákonného ZP	396	485	456	414	391	392	362	219	202	169	156
poistená populácia v tis.	70 948	70 775	70 398	70 242	70 544	70 356	70 343	70 214	70 005	69 777	69 672
počet nemocničných prípadov v mil.	17,3	17,4	17,3	16,8	16,5	16,8	17,2	17,5	17,8	18,0	18,3
priemerná dĺžka pobytu v nemocnici v dňoch	9,40	9,30	9,00	8,60	8,60	8,40	8,30	8,10	8,00	7,90	7,70
príjmy zdrav. poisťovní ZZP spolu (mld. EUR)	135,79	139,71	141,05	144,27	145,74	149,93	156,06	162,52	172,20	175,60	183,77
z toho štátne príspevky spolu (mld. EUR)	n/a	n/a	n/a	1,00	2,20	4,20	2,50	4,00	7,20	15,70	15,30
príjmy zdrav. Poisťovní ZZP spolu na 1 poistenca bez štátneho príspevku	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	2 639,01
výdavky zdravotných poisťovní	138,81	143,03	145,09	140,18	143,81	148,00	153,93	160,94	170,78	175,99	179,61
z toho výd. na lekárske ošetrovanie (mld. EUR)	22,42	22,80	23,33	21,86	21,95	22,69	23,55	24,65	26,39	27,09	27,63
z toho výd. na lekárske ošetrovanie na 1 poistenca v EUR	315,83	322,17	331,13	311,11	311,39	322,34	334,89	350,92	376,91	388,05	396,72
z toho výd. na lieky (mld. EUR)	21,56	22,66	23,40	21,13	24,67	25,10	27,04	28,39	30,00	30,18	28,98
z toho výd. na lieky na 1 poistenca v EUR	303,66	320,08	332,12	300,66	349,96	356,49	384,51	404,20	428,55	432,36	416,22
z toho výd. na nem. starostlivosť (mld. EUR)	44,60	45,79	46,31	47,17	48,53	49,93	50,42	52,14	55,41	58,13	59,95
z toho výd. na nem. starostlivosť na 1 poistenca v EUR	628,19	646,91	657,29	671,22	688,38	709,31	716,93	742,42	793,51	832,71	860,85

Poznámka: ZZP - zákonné zdravotné poistenie

Zdroj: [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)

## 2.5. Zdroje

Holandsko:

- <http://www.vektis.nl/index.php/publicaties/publicatie-zorgthermometer>
- 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.
- Van de Ven, W. P. M. M. at al.: *Risk Adjustment and risk selection in Europe: 6 years later, Health Policy* 83, 2007.
- 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
- [www.nza.nl](http://www.nza.nl)
- <http://www.government.nl/>
- <http://www.cz.nl/>
- <http://www.aqisweb.nl/>
- <http://www.prolife.nl/>
- <http://www.takecarenow.nl/>
- <http://www.zilverenkruis.nl/consumenten/Pages/index.aspx>

Švajčiarsko:

- [www.baq.admin.ch](http://www.baq.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>.
- *Daten des Gesundheitswesens 2012, www.bundesgesundheitsministerium.de*

### 3. Návrhy nastavení konkurenčního prostředí pro zdravotní pojišťovny zejména v oblasti cenové politiky (NP, co-payment, deductibles apod.)

Tato část studie si klade za cíl seznámení s koncepcí navrhovaných nástrojů, které by přispěly k zavedení finančně stabilního systému poskytování zdravotní péče v České republice, který by zároveň garantoval kvalitní a dostupnou zdravotní péči. Důraz je kladen na návrh konkurenčního prostředí pro zdravotní pojišťovny, zejména v oblasti cenové politiky.

Studie vychází ze základních principů, které vždy ve všech úvahách zohledňuje:

- Zachování všeobecné dostupnosti kvalitní péče
- Transparentnost čerpání veřejných prostředků
- Konkurenční prostředí zdravotních pojišťoven
- Konkurenční prostředí poskytovatelů péče
- Racionální čerpání zdravotních služeb
- Významné posílení role pacienta
- Vlastní motivace pacientů k účelnému čerpání zdravotní péče

Nosnou myšlenkou studie je fakt, že pojišťovny změní svou dosavadní roli (ze subjektů, které se zabývají výběrem odvodů do systému a zajištěním věcných dávek pro pojištěnce a následným přerozdělením příjmů ze zdravotního pojištění) a budou se zabývat efektivním nákupem zdravotní péče. Svou činností si budou vzájemně konkurovat a to přispěje k vytvoření nového prostředí, které ve svém důsledku bude směřovat ke zkvalitnění poskytovaných služeb.

Svou aktivní roli zde sehrává postavení občana. Je proto nutné posílit roli občanů a zajistit jim možnost skutečného výběru zdravotní péče (poskytovatelů zdravotní péče). Toho lze dosáhnout pouze v případě dostupných relevantních informací. Současně je potřeba zapojovat pacienty k odpovědnosti za náklady na zdravotní služby.

Možností řešení současného stavu je více, nicméně málokteré řešení zajistí všechny potřebné podmínky k udržení požadovaného systému, který by byl v rovnováze ekonomické i kvalitativní.

- Navýšení veřejných zdrojů
  - Zvýšení povinných odvodů
  - Zvýšení platby státu

Tento krok je v přímém rozporu s efektivitou. Díky navyšování zdrojů potřebných k udržení požadované kvality a dostupnosti zdravotní péče by docházelo k velice nevhodnému zacházení s veřejnými zdroji. Proto tato možnost slouží jako čistě ilustrativní řešení.

- Zmenšení rozsahu péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění
  - Potřeba definice standardu
  - Vyloučení určitého typu péče z úhrady

V případě návrhu řešení omezení hrazené zdravotní péče, by sice došlo k úsporám veřejných zdrojů, nicméně na druhou stranu k omezení dostupnosti péče. Tento krok naráží na potřebu definice standardu a poskytuje prostor pro vytvoření komerčního pojištění. Dojde tak k prohloubení nerovnosti v přístupu ke zdravotním službám. V případě komerčního pojištění bude více zohledňováno individuální riziko a určité druhy zdravotní péče se tak stanou téměř nepojistitelnými, tím pádem nedostupnými.

- Omezení dostupnosti a kvality zdravotní péče

Omezení dostupnosti a kvality zdravotní péče se nepříznivě projeví v celkové úrovni zdravotnictví a vnímané kvality pacienty. Navíc tento krok nepůsobí na zamezení nepříznivého vývoje finančních nákladů zdravotnictví, ale řeší jeho symptomy, čímž nenapravuje systém a nezamezí finanční nerovnováze do budoucna. Poslední dvě zmíněné možnosti řešení přispějí díky omezení rozpočtů k prodloužení čekacích dob a nedostupnosti některých druhů péče.

Výše nastíněné možnosti řešení situace mají společné základní body. Díky těmto změnám nedojde ke zvýšení efektivity ve veřejném systému. Změny nepřispějí k udržení konkurenceschopnosti České republiky a nepřispějí ani k uzdravení veřejných financí. Omezení v dostupnosti péče se navíc bude potýkat se zvýšeným tlakem z řad pacientů, dodavatelů a poskytovatelů zdravotní péče. Prohloubení nedostupnosti zdravotní péče dává prostor pro šedou ekonomiku, kdy přes úplatky a známosti se péče bude vynucovat mimo standardní systém. Nejkritičtější bodem těchto přístupů je však fakt, že tyto postupy neřeší problém, ale řešení problému pouze oddalují.

Nedostatek financí a nízká efektivita ve veřejném sektoru povede k dalšímu snížení dostupnosti a kvality poskytovaných služeb, které zajišťuje veřejné zdravotní pojištění. Díky současnému způsobu financování a tomu odpovídajícím rolím institucí a regulací, ekonomickou rovnováhu nezajišťuje cena, ale neuspokojená poptávka.

### 3.1. Zdravotní pojištění v ČR

V ČR existuje od roku 1992 tzv. „veřejné zdravotní pojištění“. Jde o systém povinného sociálního zdravotního pojištění, ve kterém je okruh příjemců dávek zdravotního pojištění i okruh povinných osob definován zákonem. Počínaje rokem 1993 v systému existuje více operátorů tohoto pojištění, tzv. zdravotních pojišťoven, když první a původně jediný, Všeobecná zdravotní pojišťovna, si udržuje nejen zvláštní zákonný status, ale i dominantní postavení v podílu u ní registrovaných příjemců dávek tohoto zdravotního pojištění.

V legislativním zakotvení systému panuje terminologický zmatek, neboť okruh příjemců dávek zdravotního pojištění a povinných osob se částečně překrývají, a zákonné odvozy požadované po povinných osobách se nazývají „pojistné“.

Bez ohledu na tento terminologický zmatek platí, že **žádný** z příjemců dávek veřejného zdravotního pojištění neplatí pojistné ve smyslu definice tohoto pojmu, a tedy ani nominální pojistné ve smyslu jeho definice.

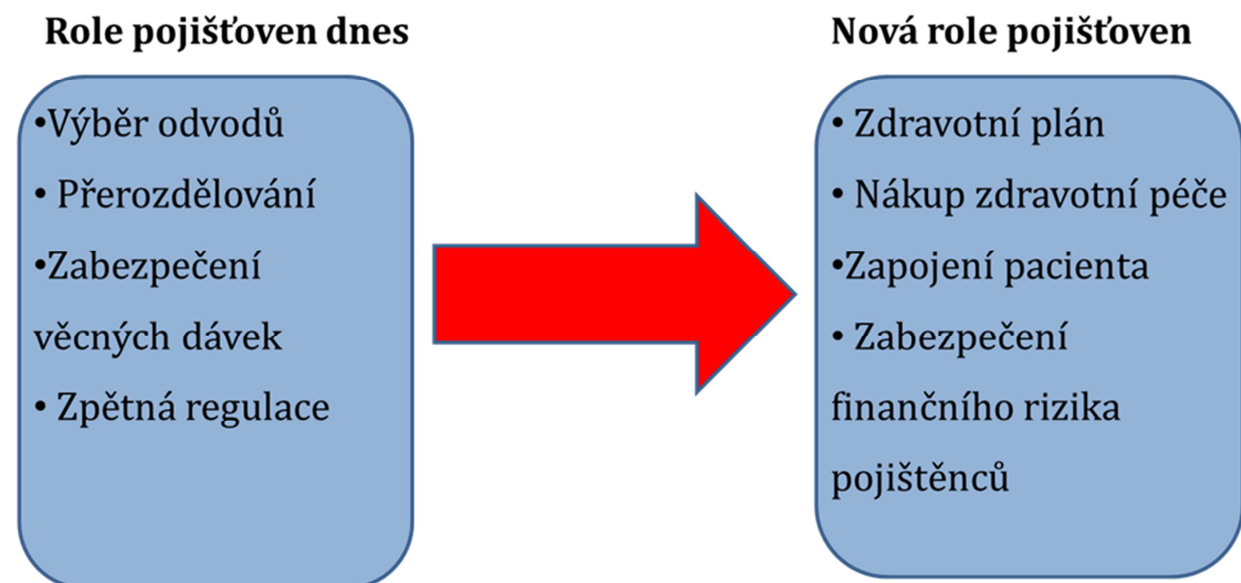
Počínaje rokem 2006, kdy bylo v systému plně zavedeno tzv. 100% přerozdělení, v systému existuje de facto jeden veřejný (byť jen v účetních evidencích existující) centrální fond, ve kterém se soustřeďují zdroje získané na základě zákonných odvodů povinných osob, a z něj jsou tyto prostředky distribuovány v podobě rizikově přizpůsobené kapitační sazby na jednotlivé zdravotní pojišťovny podle velikosti a rizikového profilu jejich kmenů.

Po této změně je již zcela zřejmé, že zdravotní pojišťovny v systému veřejného zdravotního pojištění plní dvě, systémově zcela odlišné, funkce:

- a) Vybírají odvody do systému od povinných osob a v tomto ohledu vykonávají de facto výkon státní (daňové) správy
- b) Zajišťují zákonem definovaným příjemcům, kteří jsou u nich registrováni, věcné dávky veřejného zdravotního pojištění, zde tedy plní systémovou roli operátora zdravotního pojištění.

Pokud jde o druhou z uvedených rolí, která je z pohledu této studie rozhodující, je dlužno zdůraznit, že rizikově přizpůsobená kapitační sazba, která slouží jako klíč pro přerozdělení zdrojů centrálního fondu systému veřejného zdravotního pojištění, plní z pohledu zdravotní pojišťovny do určité míry funkci pojistného.

Obrázek 1: Přeměna role pojišťoven



Zdroj: autoři

Pozn: V ČR prakticky k žádnému vývoji produktů zdravotního pojištění nedochází, v celé dvacetileté historii veřejného zdravotního pojištění lze najít jen zcela sporadické příklady systémové zcela bezvýznamných inovací. To lze chápat jako empirický důkaz toho, že v ČR neexistuje prostředí poctivé soutěže zdravotních pojišťoven, což nepochybně činí existenci více institucí, které se nominálně nazývají zdravotními pojišťovnami, zcela zbytečnou.



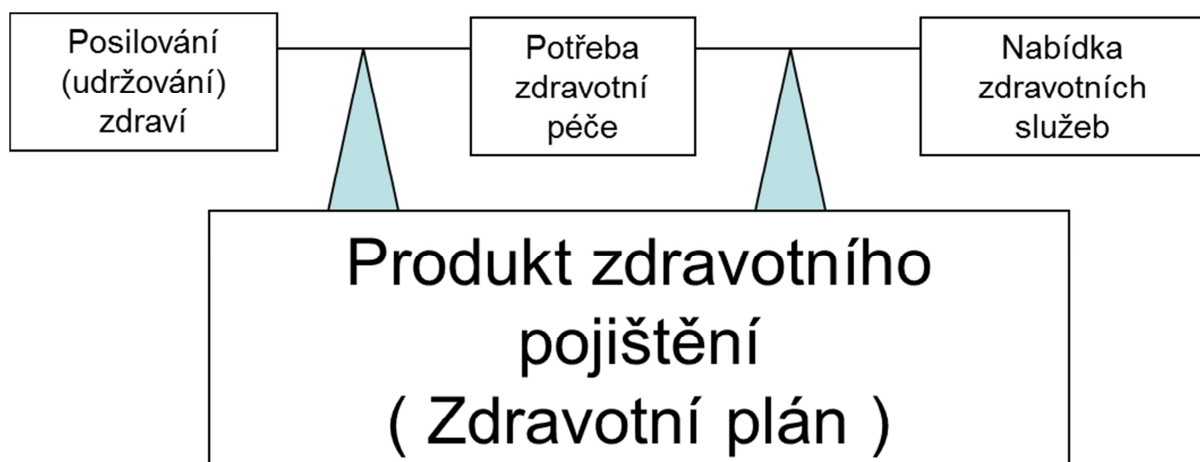
### 3.2. Změna hodnoty produktu zdravotního pojištění

Moderní zdravotní pojištění je výsledkem inovací na trzích zdravotního pojištění, které reflektují vývoj a expanzi zdravotního průmyslu, zejména postupný nárůst podílu zdravotních služeb nabízených a poskytovaných v rámci prevence, screeningu, diagnostiky, léčby a rehabilitace chronických („civilizačních“) chorob.

Vývoj zdravotního pojištění lze ve stručnosti popsat takto:

- a) Základní komponenta hodnoty zdravotního pojištění, tedy finanční ochrana před náklady zdravotních služeb, je postupně méně zajišťována na bazi pojistného produktu ve formě peněžního plnění (benefits in cash) a stále více nabývá rysy předplaceného přístupu k čerpání věcných dávek, které se samy stávají plněním (benefits in kind).
- b) Samotná platba třetí stranou již není zárukou dostupnosti zdravotních služeb, tato klíčová komponenta hodnoty zdravotního pojištění je ve stále větší míře zajišťována nakupováním produkčních kapacit poskytovatelů zdravotních služeb a aktivní organizací přístupu k těmto kapacitám
- c) Stále většího významu nabývá informační podpora klientů a podpora jejich autonomie při rozhodnutích čerpat zdravotní služby, přičemž je ve stále větší míře využíván finanční rámec, který klientům dovoluje **přímo** posuzovat přínos zdravotních služeb ve vztahu k nákladům (jako náklad obětované příležitosti), tj. kombinace zdravotního pojištění s vysokou spoluúčastí a tzv. účtů zdravotního spoření.
- d) Stále většího významu nabývají motivační programy, které odměňují klienty za aktivní péči o zdraví, snižování rizikových faktorů a předcházení zdravotním problémům, a tím signifikantně snižují potřebu zdravotních služeb (reward based healthcare)

Obrázek 2: Zdravotní Plán = produkt zdravotního pojištění



Zdroj: autoři

Produkty moderního zdravotního pojištění – zdravotní plány - jsou tedy stále méně pojistnými produkty a stále více komplexem asistenčních služeb založených na intenzivní komunikaci s klientem.

Nejlepší zdravotní plány moderního zdravotního pojištění dnes dokážou ovlivňovat (optimalizovat) rovnováhy v rozhodování a chování klientů na všech základních rovinách souvisejících se spotřebou zdravotních služeb a jejich hodnotou za peníze:

- aktivní starost a péče o zdraví vs. zdravotní problémy a potřeba zdravotních služeb
- zdravotní problémy a potřeba zdravotních služeb vs. formulovaná poptávka po zdravotních službách
- poptávka po zdravotních službách vs. nabídka (produkce) zdravotních služeb

To vše V JEDNOM FINANČNÍM RÁMCI vyjádřeném cenou produktu pro konzumenta a strukturou jeho spoluúčasti na nákladech čerpaných zdravotních služeb

Díky výše uvedenému vyplývá, že komponenty hodnoty produktu zdravotního pojištění by se měly přibližovat následujícím charakteristikám:

- finanční ochrana před náklady čerpané zdravotní péče
- zajištění efektivní dostupnosti zdravotních služeb
- asistence, informační podpora
- motivační program

Finální podoba hodnot směřuje k pravé podstatě produktu zdravotní péče a to pojištění ve správném slova smyslu. Moderní produkt zdravotního pojištění je založen na:

- vysoké spoluúčasti a individuálním účtu zdravotního spoření
- pojištění katastrofických výdajů (stop-loss)
- intenzivní asistenci a informační podpoře
- motivačním programem – reward based health care

Implementace těchto nastíněných kroků, vytvoří prostor k překonání původního stavu systému poskytování zdravotní péče, kdy jednotlivci je přidělována zdravotní péče, která je často v rozporu s jeho individuálními potřebami a představami. Zaručí se tak kvalita a efektivita systému zdravotnictví. K tomu je ale zapotřebí celková přeměna rolí institucí, změna vztahu pojišťoven, státu a občanů. Díky změně financování systému se zajistí dlouhodobá finanční stabilita a zachová se všeobecná dostupnost zdravotních služeb pro další generace.

### 3.3. Zdravotní plán a atributy konkurence zdravotních plánů

Zdravotním plánem rozumíme **produkt moderního zdravotního pojištění**. Mezi možné atributy konkurenčního chování zdravotních pojišťoven skrze své zdravotní plány můžeme zařadit specifika zdravotního plánu a to tedy zdali se jedná o standardní zdravotní plán, či zdravotní plán se spoluúčastí. Konkurenční výhodu lze spatřovat v územní dostupnosti zdravotního plánu, ve specifických podmínkách daného zdravotního plánu, ve smluvní síti poskytovatelů péče.

Pojištěnec má právo zdravotní plán změnit. V případě standardního zdravotního plánu (více o standardním zdravotním plánu zmíněno níže) má právo změnit zdravotní plán nejdříve po 12 měsících účasti. Jeli pojištěnec účastníkem zdravotního plánu se spoluúčastí, má právo změnit zdravotní plán nejdříve po 24 měsících účasti v tomto plánu.

Obrázek 3: Zdravotní plán



Zdroj: autoři

#### 3.3.1. Schéma spoluúčasti

Zdravotní pojišťovna provozuje veřejné zdravotní pojištění prostřednictvím zdravotních plánů. Jedná se o dva možné typy zdravotního plánu:

- **standardní zdravotní plán** – zdravotní pojišťovna zajišťuje standardní rozsah úhrady
- **zdravotní plán se spoluúčastí** - zdravotní pojišťovna zajišťuje základní rozsah úhrady a dále poskytuje příspěvky na osobní zdravotní účet.

**Standardní rozsah úhrady** plně hradí zdravotní služby. Dále hradí přípravky předepsané na recept ve výši stanovené Státním ústavem pro kontrolu léčiv, potraviny předepsané na recept, které jsou zapsány tímto ústavem do Seznamu potravin pro zvláštní lékařské účely a prostředky předepsané na poukaz, které jsou zapsány do Seznamu zdravotnických prostředků.

**Základní rozsah úhrady** plně hradí neodkladné zdravotní služby; za neodkladné zdravotní služby se vždy považují i lůžkové zdravotní služby, obecná a speciální prevence, pravidelné a léčebné očkování. Dále hradí ambulantní zdravotní služby ve výši 50 % z jejich celkové ceny (všechny zdravotní služby poskytnuty na jednom místě v jeden den), ambulantní zdravotní služby ve výši jejich celkové ceny snížené o 500 Kč, pokud přesahuje 1000 Kč, lůžkové zdravotní služby ve výši celkové ceny hospitalizačního pobytu snížené o 500 Kč za každý den hospitalizačního pobytu s výjimkou prvních 48 hodin v případě neodkladného přijetí, přípravky ve výši 70% z úhrady stanovené Ústavem pro standardní rozsah úhrady, potraviny ve výši 70 % z úhrady stanovené zdravotní pojišťovnou pro standardní rozsah úhrady, prostředky ve výši 70 % z úhrady stanovené prováděcím právním předpisem pro standardní rozsah úhrady.

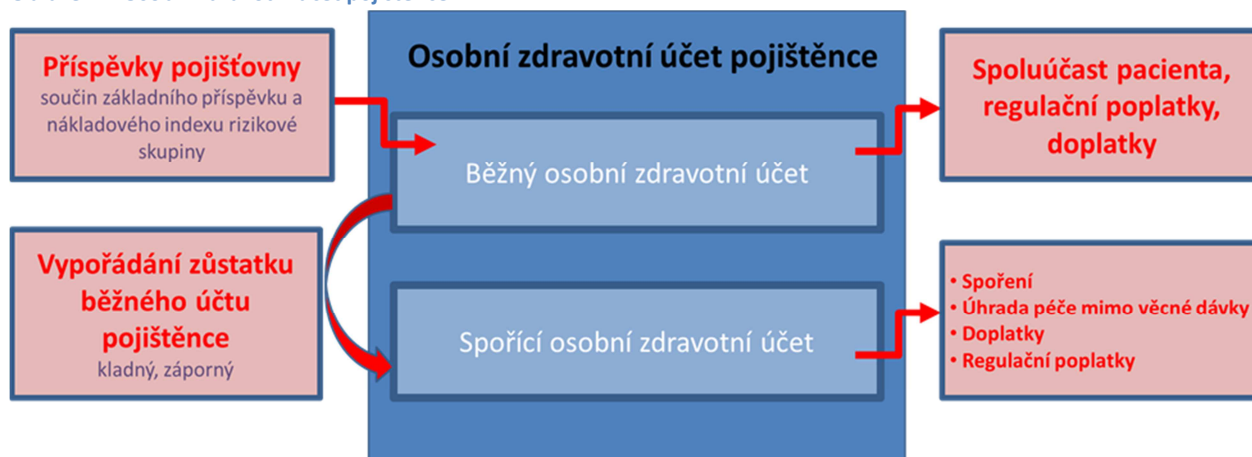
**Osobní zdravotní účet pojištěnce** se skládá ze spořicího osobního zdravotního účtu pojištěnce a běžného osobního zdravotního účtu pojištěnce. Prostředky evidované na osobním zdravotním účtu pojištěnce náleží pojištěnci; pojištěnec s těmito prostředky nakládá v souladu se specifickými podmínkami. Zdravotní pojišťovna tyto prostředky spravuje v souladu se zákonem upravujícím zdravotní pojišťovny a se specifickými podmínkami.

**Běžný účet** zřizuje a vede zdravotní pojišťovna pro každého pojištěnce účastného v jejím zdravotním plánu se spoluúčastí. Zdravotní pojišťovna je povinna měsíčně poskytovat pojištěnci **příspěvky na běžný účet**, a to vždy nejpozději do dvacátého dne měsíce, za který se příspěvek poskytuje. Výše příspěvku na běžný účet pojištěnce se stanoví jako součin základního příspěvku a nákladového indexu přiřazeného rizikové skupině, do níž je pojištěnec zařazen. Rizikové skupiny se stanoví dle demografických ukazatelů a ukazatelů zvýšených nákladů. Zdravotní pojišťovna pak následně hradí za pojištěnce z jeho běžného účtu spoluúčast pojištěnce (rozdíl mezi úhradou věcné dávky ve standardním rozsahu úhrady a úhradou věcné dávky v základním rozsahu úhrady) a regulační poplatky a doplatky.

**Spořicí účet** zřizuje a vede zdravotní pojišťovna v případě, že je to nutné vzhledem k vypořádání zůstatku běžného účtu pojištěnce, k vypořádání kladného výsledku provozování zdravotního plánu, či pro případ nutnosti doplatku na běžném zdravotním účtu. Na spořicí účet může pojištěnec nebo jiná osoba vkládat prostředky i přímo. Pojištěnec může z prostředků na svém spořicí účtu hradit:

- zdravotní služby, přípravky, potraviny a prostředky, které nejsou věcnými dávkami,
- doplatky na zdravotní služby, přípravky, potraviny a prostředky,
- regulační poplatky a dluhy na spořicích účtech jiných pojištěnců.

Obrázek 4: Osobní zdravotní účet pojištěnce



Zdroj: autoři

Zdravotní pojišťovna zřizuje běžný zdravotní účet vždy, pokud se daný pojištěnec stane pojištěncem zdravotního plánu se spoluúčastí. Tento účet slouží pro účel úhrady spoluúčasti pacienta, regulační poplatky a doplátky. Jednou ročně dochází k vypořádání zůstatků na tomto účtu. K tomuto účelu slouží spořicí osobní zdravotní účet. Kladný zůstatek se převede na spořicí účet. Pojištěnec může prostředky na svém spořicím účtu využívat k platbám za zdravotní prostředky, služby a přípravky, dále pak k dorovnání dluhu na běžném účtu.

### 3.3.2. Oblast působnosti zdravotního plánu

V případě oblasti působnosti zdravotního plánu se jedná o území, kde může být nabízen zdravotní plán zdravotní pojišťovnou a kde musí být zároveň splněny standardy dostupnosti. Je to tedy zároveň území, ve kterém zdravotní pojišťovna provozuje zdravotní plán. Toto území je tvořeno jednou nebo více územními jednotkami, na němž má místo pobytu alespoň 200.000 pojištěnců veřejného zdravotního pojištění. Územní jednotkou se rozumí území okresu, anebo území hlavního města Prahy.

### 3.3.3. Smluvní síť zdravotního plánu

Zdravotní pojišťovna zajišťuje zdravotní služby pro pojištěnce, kteří se účastní daného zdravotního plánu, prostřednictvím smluvní sítě poskytovatelů zdravotní péče. Smluvní síť je **určena seznamem smluvních poskytovatelů**, prostřednictvím kterých zdravotní pojišťovna zajišťuje zdravotní služby pro její pojištěnce. Dále je pak **určena seznamem zdravotních služeb** podle oborů. Smluvní síť každého zdravotního plánu musí splňovat požadavky na místní dostupnost vzhledem ke všem sídlům v oblasti působnosti zdravotního plánu.

### 3.3.4. Prvky řízené péče

Zdravotní plán každého typu zdravotního plánu (standardní zdravotní plán, či plán se spoluúčastí) může být provozován v režimu řízené péče. Zdravotní plán je provozován v režimu řízené péče, pokud je hustota smluvní sítě menší, než je stanovená hustota (Úřadem).

**Hustotou smluvní sítě** se rozumí počet poskytovatelů ve smluvní síti zdravotního plánu podle druhu poskytovaných zdravotních služeb v porovnání s průměrnými počty příslušných poskytovatelů na území celé České republiky.

Úřad stanoví prováděcím právním předpisem závazné postupy pro posuzování hustoty smluvní sítě a pro posuzování podílu rizikových smluv a prahové hodnoty pro určení, zda je zdravotní plán provozován v režimu řízené péče. Pokud zdravotní plán není určen jako plán v režimu řízené péče, zdravotní pojišťovna musí udržovat hustotu smluvní sítě a podíl rizikových smluv nad prahovými hodnotami, které stanoví zvláštní právní předpis.

Pokud je **podíl rizikových smluv**, které zajišťuje zdravotní pojišťovna, na celkovém objemu zdravotních služeb vyšší, než podíl stanovený prováděcím právním předpisem Úřadu, může si pojišťovna stanovit ve specifických podmínkách smlouvy seznam předem posuzovaných zdravotních služeb (s výjimkou léčebně rehabilitační zdravotní služby a dlouhodobé ošetrovatelské zdravotní služby) – **pre-autorizace nároku**.

Rizikovou smlouvou se rozumí taková smlouva, která přináší poskytovateli zdravotních služeb finanční riziko spojené s poskytováním nákladných zdravotních služeb, což by případně motivovalo k omezení poskytování zdravotních služeb. Pojišťovny jsou povinny akceptovat každého pojištěnce. V tradičním pojetí pojištění se však pojišťovny snaží selektovat takové pacienty, které hodnotí jako nejméně rizikové (resp. i potenciálně nákladné). V jiném případě navýší pojistné tak, aby odpovídalo rizikovému profilu klienta. Tak aby se eliminovala tato situace a zároveň, aby se zajistila dostupnost pro všechny pojištěnce, je pojišťovna povinna pojistit všechny pojištěnce a to i ty, kteří spadají do skupiny nákladných pojištěnců (z pohledu pojišťovny tzv. riziková smlouva).

### 3.3.5. Motivační program

Motivační program slouží výhradně k motivování pojištěnců ke zdravému způsobu života, k udržování zdraví a k podpoře účelného čerpání zdravotních služeb a peněžitých dávek. Nastavuje tak aktivní péči pojištěnců o své vlastní zdraví. Z prostředků vyčleněných na motivační program lze hradit zdravotní služby, přípravky, potraviny a další prostředky (a jejich doplatky), které podporují zvýšení kvality zdravotních služeb, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců. Náklady na provozování motivačního programu však nesmí přesáhnout 2,5 % z celkové výše pojistného na pojištěnce.

### 3.3.6. Dostupnost

Pojištěnec má nárok na základě veřejného zdravotního pojištění na **místní dostupnost** zdravotních služeb. Místní dostupností rozumíme vzdálenost místa poskytování zdravotních služeb k místu trvalého pobytu pojištěnce.

Pojišťovna zároveň musí zajistit i **časovou dostupnost** zdravotních služeb. Jde o zajištění poskytnutí zdravotních služeb poskytovatelem zdravotních služeb ve lhůtě odpovídající jejich naléhavosti. Pojišťovna musí zajistit skrze svou smluvní síť poskytovatelů efektivní dostupnost zdravotní péče v odpovídající časové lhůtě. V tomto ohledu můžeme spatřovat už první konkurenční tlak. Pojišťovna, která dokáže zajistit tyto dvě podmínky efektivněji, využívá konkurenční výhody.

Účast ve zdravotním plánu nabízí zdravotní pojišťovna pojištěncům formou návrhu na uzavření smlouvy podle občanského zákoníku, jejichž místo pobytu je v oblasti působnosti zdravotního plánu. Pojištěnec má právo na volbu zdravotního plánu kterékoli zdravotní pojišťovny a zároveň může být účasten vždy pouze v jednom zdravotním plánu.

### 3.3.7. Administrace zdravotního plánu

Specifické podmínky zdravotního plánu se vztahují na konkrétní pravidla administrace zdravotních plánů a odráží schopnost dané pojišťovny tato pravidla naplňovat. Tato pravidla se týkají zejména:

- způsobu zveřejňování smluvní sítě a jejích změn
- seznamu předem posuzovaných věcných dávek
- specifikace motivačního programu a podmínky pro jeho získání
- podmínek vedení osobních zdravotních účtů
- vypořádání se zůstatkem spořicího osobního zdravotního účtu pojištěnce a s úhradou dluhu na spořicí osobním zdravotním účtu (možnosti splátkového kalendáře)

### 3.3.8. Cena zdravotního plánu (nominální pojistné)

Cenová diferenciací produktu umožňuje pojištěncům lepší orientaci v jednotlivých produktech, které jsou nabízeny zdravotními pojišťovnami. V případě jasného definování produktu (viz atributy konkurence) se vytvoří hodnota pro spotřebitele a tím pádem je lépe finančně odůvodnitelná. Díky faktoru ceny se mění nákupní chování spotřebitelů a jejich návyky. Omezí se tím spotřeba zdravotní péče a tím pádem i inflace nákladů na zdravotní služby. Pojištěnci jsou motivováni k péči o své vlastní zdraví.

Problém komunitní sazby je potenciálně „nefér“ vnímaná cena. Takto nastavená cena nezohledňuje případnou rizikovost (resp. nerizikovost) pojištěnce. Čím větší je cena nominálního pojistného, tím více jsou pojištěnci citliví na stanovení férové ceny. Úpravu komunitní sazby nominálního pojistného do podoby, kdy bude považováno za férovější, lze vytvořit pomocí implementace konkrétních prediktorů, které by zohledňovaly např. zdravotní stav konkrétního pojištěnce, věk, životní styl (kouření, obezita...). Je však zapotřebí zavést určitou autorizaci, či regulace používaných prediktorů - zakázané prediktory (např. pohlaví). Nastavení těchto prediktorů, resp. zavedení zdravotního plánu s konkrétními parametry je možné, pokud to dovolí regulační rámec. Pokud by regulační rámec toto nastavení nedovoloval, je možné vytvořit motivační program, který by odměňoval cílené chování pojištěnců, které by vedlo např. k úpravě váhy či nekouření. Otázkou zůstává, zdali náklady spojené se zavedením prediktorů nepřesáhnou výši přínosu jejich zavedení (např. prediktor kouření – dodatečné náklady na ověřování kouření). Dobrým příkladem pro možnost zavedení částečně rizikově oceněné sazby nominálního pojistného je Švýcarsko, kde komunitní sazba je rozdělena minimálně podle věkových skupin.

Další potenciální prvek ovlivňující cenu nominálního pojistného je vyšší spoluúčast (tzv. deductible). Jedná se o pevnou částku, do jejíž výše si pojištěnec hradí veškeré náklady sám. Ve chvíli, kdy tuto částku přečerpá, začne za něj hradit zdravotní pojišťovna. Vzhledem k Listině základních práv a svobod, pojišťovna nemůže stanovit konkrétní výši spoluúčasti, protože dle článku 31 Listiny základních práv a svobod mají občané, kteří se účastní veřejného pojištění právo na bezplatnou péči

Jistá forma spoluúčasti může být vytvořena ryze dobrovolnou spoluúčastí pojištěnce na zdravotním plánu v kombinaci s osobním účtem, případně úhrada spoluúčasti v doplňkové síti poskytovatelů zdravotní péče (PPO). Pro tuto variantu se pojištěnec sám dobrovolně rozhodne, a tudíž není možné, aby si tuto spoluúčast pojistil.

### 3.3.9. Kvalita

Kvalita zdravotních služeb zdravotního plánu se měří pomocí ukazatelů vztažených přímo na kmen zdravotního plánu. Kvalita asistenčních služeb se posuzuje dle asistenčních služeb např. odezva call centra, rychlost pre-autorizací, objednávkový systém, stížnosti atd.

## 3.4. Cenová konkurence

Nominální pojistné představuje pevnou finanční částku, kterou požaduje zdravotní pojišťovna přímo po pojištěnci. Jedná se o částku, která je stejná pro každého pojištěnce bez ohledu na jeho individuální zdravotní stav a riziko. Výše nominálního pojistného se odvíjí od skutečných výdajů na zdravotní potřeby pojištěnců v celém systému a umožňuje zdravotním pojišťovnám hradit poskytovatelům všechny skutečně vykonané a potřebné zdravotní služby.

Nominální pojistné je pouze jednou z částí celkového pojistného. Spolu s příspěvkem z přerozdělení tvoří nominální pojistné celkovou výši pojistného. Pro účastníka veřejného zdravotního pojištění právě nominální pojistné vyjadřuje cenu daného produktu.

Jinými slovy, jedná se o cenu za produkt zdravotního pojištění pro spotřebitele. Tato cena se rovná rozdílu mezi jeho tržní cenou a příspěvkem státu. Nominální pojistné vykrývá rozdíl mezi možnostmi veřejných zdrojů a potřebou zdrojů vzhledem k růstu poptávky po zdravotních službách.

Nominální pojistné je součástí konceptu řízené konkurence Alaina C. Enthovena<sup>5</sup>. Klíčovou roli v tomto konceptu sehrává tzv. sponzor – role veřejných zdrojů. Ústřední roli hrají zdravotní pojišťovny, které působí na konkurujícím trhu prostřednictvím svých produktů. Příspěvky z veřejného fondu zdravotního pojištění jsou rizikově oceněny, tak aby se zabezpečila kompenzace struktury rizika. Nástrojem pro cenovou konkurenci se stává nominální pojistné.

Základní principy v oblasti cenové tohoto modelu jsou:

- Platí komunitní sazba
- Vytvoření cenově elastické poptávky
- Příspěvek sponzora

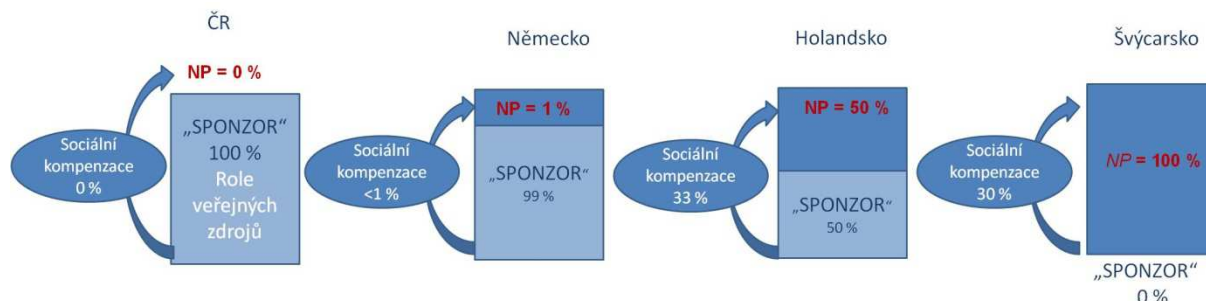
---

<sup>5</sup> Alain C. Enthoven, Market forces and Efficient health care systems, Health Affairs, 23, no. 2 (2004): 25-27 <http://content.healthaffairs.org/content/23/2/25.full>



K určení výše nominálního pojistného je potřeba v první řadě znát výši příspěvku sponzora. Od toho ukazatele se odvíjí výše nominálního pojistného pro jednotlivé pojišťovny (produkty pojišťoven). Jeho výše musí být minimálně taková, aby dokázala zohlednit rozdíl mezi nejdražším a nejlevnějším produktem na trhu.

Obrázek 5: Porovnání zkoumaných zemí v roce 2011



Zdroj: autoři

Pozn: obrázek je ilustrativní

Nominální pojistné vyjadřuje cenu produktu na trhu pro spotřebitele (resp. pojištěnce). Jeho cena musí být dostatečně vysoká, aby motivovala pojištěnce k péči o své vlastní zdraví. Čím nižší je podíl nominálního pojistného na celkové ceně produktu, tím více se ztrácí efekt elasticity poptávky po jednotlivých produktech zdravotních pojišťoven. Díky nynějšímu zavedenému systému financování zdravotní péče třetí stranou (pojišťovnou), pojištěnec nemá představu o finanční náročnosti poskytované péče. Z toho důvodu vzniká iluze bezplatného zdravotnictví. Zavedení nominálního pojistného probudí v pacientech vnímání zdravotní péče jako finančně vnímaného statku a tím zaktivizuje pojištěnce, aby se aktivně staral o své vlastní zdraví.

Zároveň nominální pojistné nesmí být příliš vysoké, protože pacienti začnou cenu NP vnímat jako „neférovou“. Čím větší je podíl NP na celkové ceně nabízeného produktu, tím více se musí přihlížet k nastavení „fér“ ceny. Vnímání „neférovosti“ může být způsobeno absencí implementace rizikových faktorů jednotlivce do výsledné výše nominálního pojistného.

### 3.5. Důvody pro zavedení nominálního pojistného

Stávající nastavení systému poskytování zdravotní péče přispívá k tomu, že pojištěnci nedokážou uvažovat o zdraví v ekonomických souvislostech. Výše "pojistného" a rozsah pojištění, stejně tak jako krytí je dáno zákonem, jako konstanta, která se nedá ovlivnit. Tím nejzávažnějším důsledkem je absence vlastní motivace k péči o zdraví. Za daných podmínek se vytváří iluze o třetí pečující straně v podobě státu či lékaře. Skutečnost, že pojištěncům není známa cena zdravotní péče, celou situaci stěžuje.

Nominální pojistné poskytuje každému pojištěnci informaci o výdajích v systému veřejného zdravotního pojištění a zbavuje některé pojištěnce iluze o bezplatnosti. Pojištěnci tak získají jasné cenové srovnání, za jaké nominální pojistné jim rozsah péče zajistí jednotlivé zdravotní pojišťovny – dojde tak ke smysluplné cenové konkurenci a tlaku na efektivitu pojišťoven. Nominální pojistné tak zavádí cenovou konkurenci mezi produkty zdravotního pojištění (zdravotními plány) jednotlivých zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny budou moci nabízet více produktů, které se nebudou

lišit rozsahem hrazené péče, ale způsobem jejího zajištění (viz atributy konkurence). Tím lépe zajistí potřeby jednotlivých skupin klientů, tedy nabídnou jim vyšší hodnotu za peníze.

Od zavedení NP očekáváme:

- Vyrovnává rozdíl mezi příjmy a náklady systému.
- Zajišťuje transparentnost a sociální citlivost zapojování vlastních zdrojů.
- Zavedení přímých soukromých zdrojů do systému, čímž zajišťuje finance potřebné pro rozvoj zdravotnictví.
- Citlivost na elasticitu na cenu

### 3.6. Důsledky zavedení nominálního pojistného

Nominální pojistné doplňuje žádoucím způsobem zdroje veřejného zdravotního pojištění. Zavedením nominálního pojistného se vytváří ekonomické pobídky k inovacím, které následně směřují k větší efektivitě systému. V případě zavedení nominálního pojistného by zdravotní pojišťovny musely začít soutěžit o pojištěnce. Své nároky pojištěnci přesměrují na zdravotní pojišťovny. Do zdravotnictví se zároveň dostane více soukromých zdrojů. A pokud se budou pojištěnci přímo finančně podílet, uvědomí si cenu (hodnotu) zdravotní péče a budou ke svému zdraví přistupovat zodpovědněji. Zavedením nominálního pojistného dochází k navracení vzácnosti zdravotní péče a vytvoří s tak cena pro spotřebitele.

Tyto kroky přispějí k vytvoření podmínek pro implementaci dalších potřebných opatření díky vyšší motivaci plátců.

### 3.7. Předpoklady k zavedení nominálního pojistného

- Nezaopatřené děti nominální pojistné neplatí.
- **Sazba odvodů (13,5 %) a výše platby státu zůstává zachována.**
- Nominální pojistné je dáno komunitní sazbou.
- Současně se zavedením nominálního pojistného je nutné zavést i sociální kompenzaci pro nynější „státní pojištěnce“.
- Sociální kompenzace jsou součástí rozpočtu systému veřejného zdravotního pojištění (jdou na vrub současných veřejných zdrojů).
- Nominální pojistné je nový výdaj rozpočtu domácností, včetně důchodců.
- Musí existovat předem definované produkty zdravotního pojištění (zdravotní plány).
- Vymahatelnost nároku pojištěnce veřejného zdravotního pojištění.
- Vymahatelnost standardů místní a časové dostupnosti.
- Nominální pojistné vypisuje zdravotní pojišťovna.
- Nominální pojistné je vypisováno pro každý produkt zdravotní pojišťovny.
- Vypisuje se na období minimálně 4 po sobě jdoucích čtvrtletí.
- Vypisuje se v předstihu alespoň 3 měsíců.
- Pojišťovna je povinna o výši nominálního pojistného informovat všechny pojištěnce daného zdravotního plánu.
- Příspěvek sponzora nesmí být vyšší než nejnižší cena produktu na trhu.

- Cena NP musí být stanovena proporcionálně vzhledem k celkové ceně pojistného. (vysvětleno v kapitole 3.4)
- Cena NP musí být dostatečně velká, aby na ni byli pojištěnci citliví.
- Cena NP je zároveň limitována kupní schopností lidí.
- Zároveň cena NP nesmí být příliš velká, aby ji pojištěnci vnímali jako férovou cenu.

### 3.8. Vlastnosti nominálního pojistného

- Vykrývá rozdíl v ceně mezi příspěvkem sponzora na pojištěnce a cenou produktu<sup>6</sup>
- Nominální pojistné je stanoveno komunitní sazbou.

Příspěvek sponzora je politicky určená suma v korunách na jednoho pojištěnce na jeden rok. Jedná se o politicky stanovený objem veřejných zdrojů na jednoho obyvatele.

Skutečná výše nominálního pojistného je odvislá od následujících parametrů:

- výška sponzorského příspěvku.
- schopnost pojišťovny kontrolovat náklady.
- konkurence mezi pojišťovnami.
- koupěschopností pojištěnce.
- ochotou pojištěnce zaplatit.

---

<sup>6</sup> vzhledem k tomu, že za daných podmínek neznáme cenu, cenu produktu nahrazujeme celkovými náklady na jednoho pojištěnce

### 3.9. Aktuální situace veřejného zdravotního pojištění

Tabuľka 28: Základní parametry v.z.p.v roce 2011

	2011
Celkové příjmy v.z.p. mld. Kč	220,4
Celkové výdaje v.z.p. mld. Kč	225,5
Saldo mld. Kč	5,1
Počet pojištěnců	10 413 822
Počet nezaopatřených dětí	2 307 136
Počet ostatních "státních pojištěnců"	3 751 322
Počet státních pojištěnců celkem	6 058 458

Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011, VZP

Saldo veřejného zdravotního pojištění dosáhlo v roce 2011 výše 5,1 mld. Kč (tab. 25). Tento stav potvrzuje nedostatečný objem finančních prostředků, které nedokážou pokrýt celkovou výši výdajů veřejného zdravotního pojištění na poskytovanou zdravotní péči. Právě tento deficit by měl dorovnat instrument nominálního pojistného.

Nezaopatřené děti nominální pojistné neplatí. V případě zavedení nominálního pojistného se tedy jedná o 8 106 686 pojištěnců, na které by se vztahovala platba nominálního pojistného.

Pro výpočet sociální kompenzace je potřeba vycházet z počtu státních pojištěnců a zároveň zhodnotit počet nezaopatřených dětí. Sociální kompenzace se poskytuje předem definovanému okruhu osob, avšak její výška nesmí překročit výši NP. Zdroje na tyto účely budou vyčleněny ze zdrojů, které plynou z veřejných rozpočtů (v dnešní době určeny na pojištěnce státu).

Tabuľka 29: Výpočet výše kompenzace

Kompenzace celkem 2011 pro 3 751 322 osob	70 % z baz. NP 799 Kč	2 098 599 423 Kč
---	-----------------------	------------------

Zdroj: autoři

## Stav Základního fondu zdravotních pojišťoven

Tabuľka 30: Aktuální situace hospodaření zdravotních pojišťoven roku 2011

rok 2011	VZP	VoZP	OZP	ČPZP	ZPŠ	ZPMV	RBP
Příjmy v mld. Kč	144 380 000 000	11 780 000 000	12 950 000 000	13 710 000 000	2 790 000 000	21 810 000 000	7 370 000 000
Výdaje v mld. Kč	145 770 000 000	11 850 000 000	13 230 000 000	14 170 000 000	2 880 000 000	23 290 000 000	7 420 000 000
Saldo v mld. Kč	1 390 000 000	70 000 000	280 000 000	460 000 000	90 000 000	1 480 000 000	50 000 000
Počet pojištěnců	6 277 000	593 505	698 000	753 000	136 573	1 148 855	415 000
Platíci NP	5 064 781	465 498	493 661	554 973	102 479	857 366	299 920
Dítě do 15 let	855 689	89 955	143 764	132 850	23 625	190 646	79 307
Nezaop. dítě starší 15let	356 530	38 052	60 575	65 177	10 469	100 843	35 773
Státní pojištěnci	3 693 952	321 894	398 935	432 988	78 921	636 128	249 950

NP na os/rok v Kč	274	150	567	829	878	1 726	167
NP děti v Kč	181832850	19201050	30650850	29704050	5114100	43723350	17262000
Kompenzace	475996389	20358135	77235152	136347868	27550674	416392840	15766303
Z veřejných zdrojů	657829239	39559185	107886002	166051918	32664774	460116190	33028303

\* Počet pojištěnců celkem k 9. 12. 2011

\*\* Zaokrouhleno na celé koruny

Zdroj: Výsledky hospodaření jednotlivých zdravotních pojišťoven pro rok 2011, VZP

Pozn.: Pro výpočet nominálního pojistného individuálně pro každou pojišťovnu je potřeba vycházet ze stavu Základního fondu zdravotních pojišťoven. Tak aby se zachytil stav hospodaření aktuálního roku, z analýzy je vynechán stav rezerv a započítávají se pouze skutečně vynaložené výdaje, které jsou pokryty příjmy aktuálního roku. Zároveň je potřeba brát v úvahu situaci, která nastala 1. 10. 2012, kdy došlo ke sloučení Zdravotní pojišťovny METAL-ALIANCE a České průmyslové zdravotní pojišťovny. Díky tomuto kroku nejsou údaje k pojišťovně METAL-ALIANCE kompletní a do analýzy ji nezahrnujeme.

Jednotlivé výsledky výpočtu orientační výše nominálního pojistného ukazují, schopnost jednotlivých pojišťoven hospodařit. Zároveň slouží k představení schopnosti vzájemně si konkurovat ve výši nastaveného nominálního pojištění.

Kompenzace je stanovena pro nynější státní pojištěnce (bez dětí) do výše 70 % stanoveného nominálního pojistného dané pojišťovny.

## 3.10. Modelování výše nominálního pojistného

### 3.10.1. Popis modelu

Model vývoje průměrné sazby nominálního pojistného v systému veřejného zdravotního pojištění  
Systémové předpoklady modelu (omezení na zavedení nominálního pojistného):

- 1) Nominální pojistné slouží k vykrytí rozdílu mezi možnostmi veřejných zdrojů a nárokem pojištěnců, sazby odvodů se nemění
- 2) Veřejné zdroje jsou omezeny stávajícím uspořádáním a lokalizovány výhradně na veřejné zdravotní pojištění a rozpočtové dotační kapitoly zasahující poskytovatele zdravotních služeb, a tvoří je:
  - a) odvody veřejného zdravotního pojištění, zaměstnanců, zaměstnavatelů, OSVČ a dalších = zdroje vybírané dnešními zdravotními pojišťovnami
  - b) příspěvek státního rozpočtu (platba za státní pojištěnce ze státního rozpočtu do systému veřejného zdravotního pojištění)
  - c) dotace poskytovatelům zdravotních služeb ze příslušných rozpočtových kapitol státního rozpočtu
- 3) Veřejné zdroje jsou užity na tyto účely:
  - a) veřejný příspěvek na pojistné = rizikově oceněná platba na pojištěnce po 100% přerozdělení
  - b) ex post kompenzace skutečných extrémních nákladů jednotlivých pojištěnců veřejného zdravotního pojištění
  - c) platba nominálního pojistného za nezaopatřené děti
  - d) sociální kompenzace (sociální dávky) pro vybrané skupiny pojištěnců veřejného zdravotního pojištění
  - e) dotace poskytovatelům zdravotních služeb
- 4) Nominální pojistné platí ze svých soukromých zdrojů všichni pojištěnci veřejného zdravotního pojištění s výjimkou nezaopatřených dětí. Důvod je ten, že tato skupina jako jediná není příjemcem žádné dávky a nemá vlastní příjem
- 5) Nominální pojistné za nezaopatřené děti získávají zdravotní pojišťovny ve výši tzv. bazického nominálního pojistného z veřejných zdrojů
- 6) Veřejný příspěvek na pojistné je "poslední", tedy jeho výše se stanovuje z toho objemu veřejných zdrojů, které zbudou po uspokojení všech ostatních účelů

#### **Předpoklady a zjednodušení modelu:**

- 1) Model předpokládá v roce nula vyrovnanou bilanci celého systému
- 2) Model agreguje veřejný příspěvek na pojistné a ex-post kompenzaci extrémních nákladů do jednoho parametru ("Veřejný příspěvek na pojistné")
- 3) Model předpokládá útlum dotací poskytovatelům zdravotních služeb ze státního rozpočtu a přesun těchto zdrojů do příspěvku státního rozpočtu do systému veřejného zdravotního pojištění (volitelné)
- 4) Model identifikuje příjemce sociální kompenzace jako všechny "státní pojištěnce" s výjimkou nezaopatřených dětí

4) Model nepředpokládá po celou dobu změnu parametrů

**Rozsah modelu:**

Model je omezen na 11 let, rok "nula" a následujících 10 let

**Konstanty modelu:**

Počet pojištěnců systému veřejného zdravotního pojištění, počet "státních pojištěnců", počet nezaopatřených dětí

**Parametry modelu:**

Model dovoluje nastavení těchto parametrů:

- a) index růstu odvodů
- b) index růstu příspěvku státního rozpočtu za státní pojištěnce
- c) index růstu dotací
- d) cílová hodnota dotací (jako podíl k počátečnímu stavu = 100%) - zbytek je přesunut jako dodatečný zdroj pro další účely
- e) rychlost útlumu dotací jako počet let modelu, v kterých se úroveň dotací dostane na cílovou hodnotu
- f) rozptyl cen nominálního pojistného vyjádřený podílem průměrného nominálního pojistného a bazického nominálního pojistného
- g) míra sociální kompenzace = je uvažována jako podíl bazického nominálního pojistného v procentech (zbytek do ceny průměrného pojistného hradí pojištěnec ze svých zdrojů)

**Nezávislá proměnná modelu:**

Inflace nákladů dávek veřejného zdravotního pojištění vyjádřená nárůstem (v procentních bodech) nad růst odvodů

**Zkoumaná proměnná modelu:**

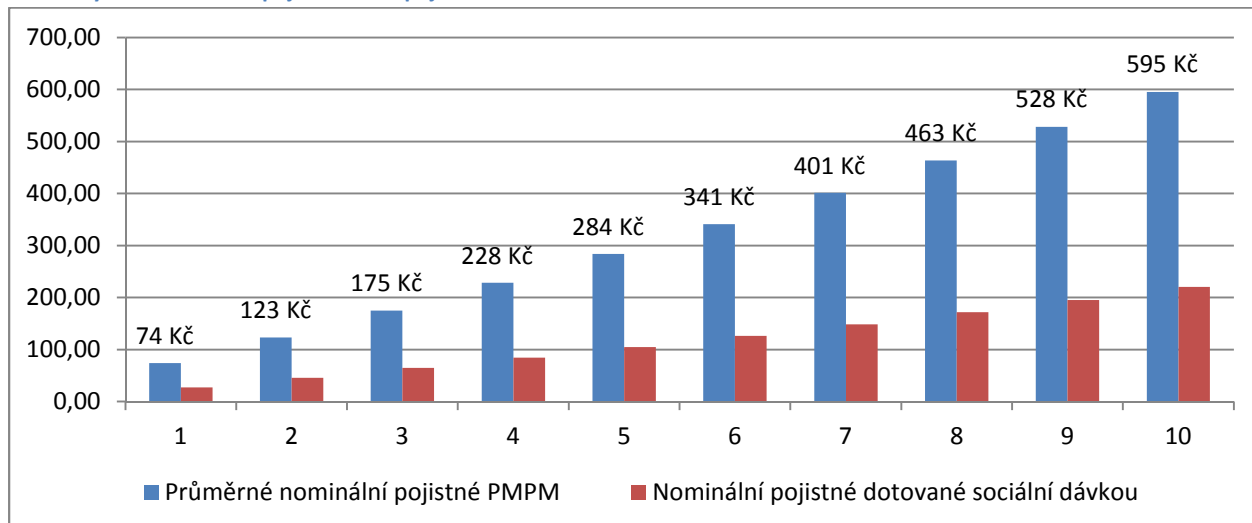
Výše průměrného nominálního pojistného (a průměrného nominálního pojistného dotovaného sociální kompenzací) v jednotlivých letech modelu.

Model pro další kalibraci a změny parametrů je součástí tohoto výstupu v elektronické podobě ve formátu xlsx.

**3.10.2. Výsledky modelování**

Model byl použit pro modelování nominálního pojistného podle vzoru zkoumaných zemí- Německa, Holandska a Švýcarska.

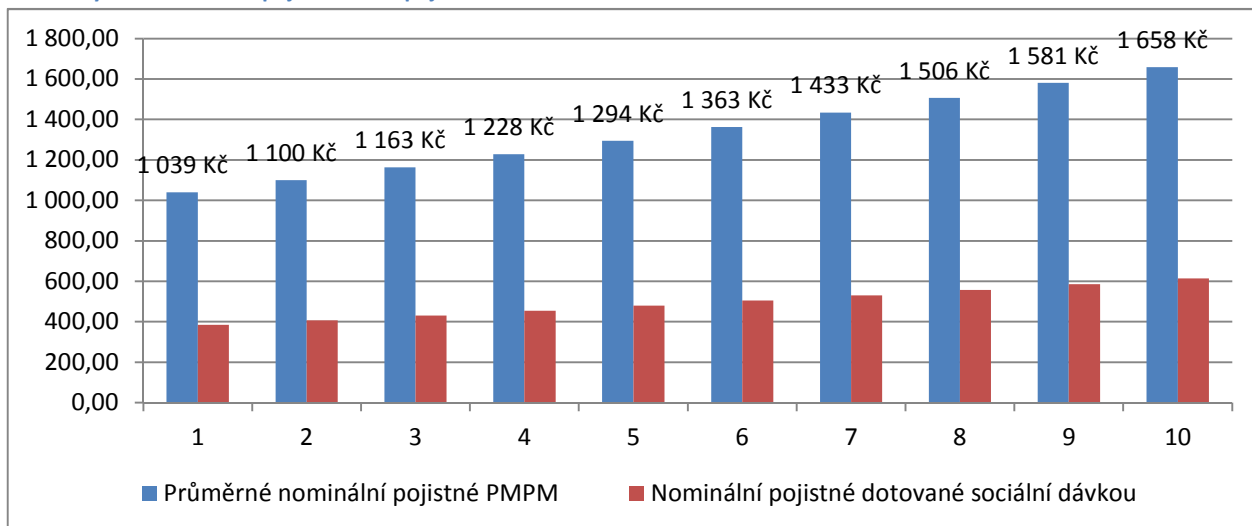
Graf 5: Výše nominálního pojistného na pojištěnce měsíčně dle vzoru Německa



Zdroj: autoři

Pozn.: PMPM (per member per month)

Graf 6: Výše nominálního pojistného na pojištěnce měsíčně dle vzoru Holandska

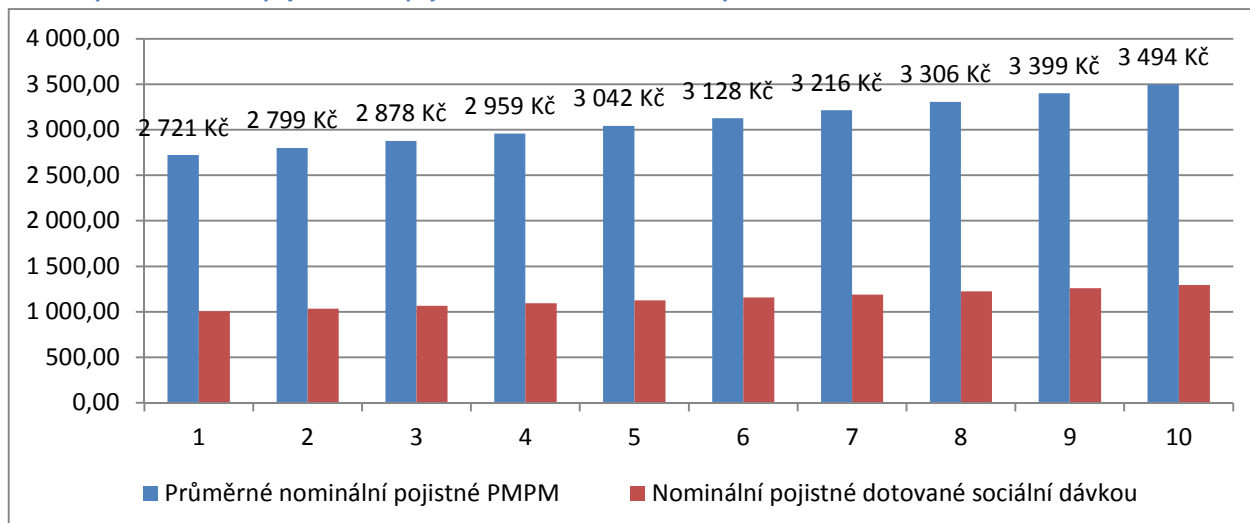


Zdroj: autoři

Pozn.: PMPM (per member per month)



Graf 7: Výše nominálního pojistného na pojištěnce měsíčně dle vzoru Švýcarska

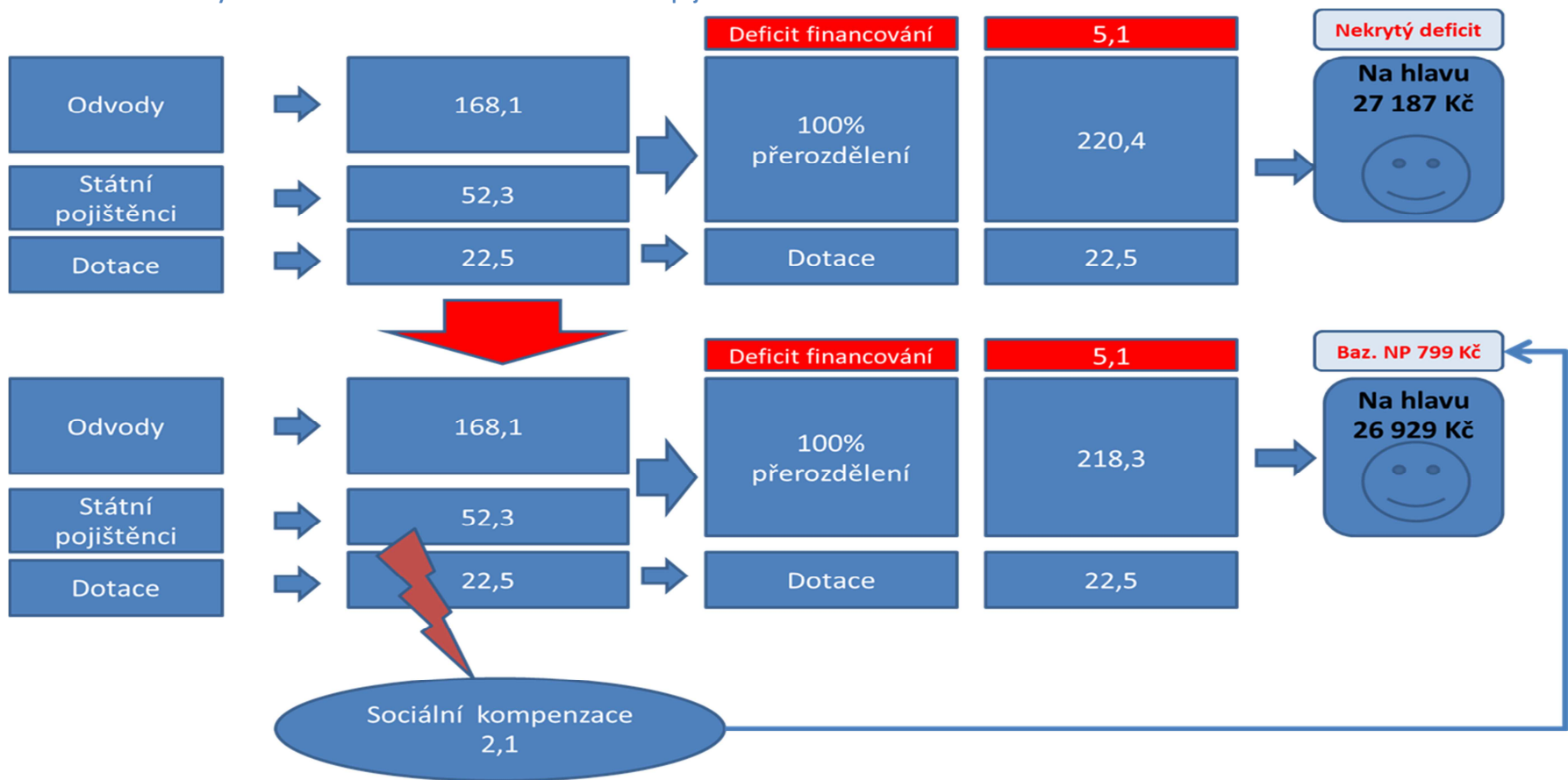


Zdroj: autoři

Pozn.: PMPM (per member per month)

## Konkrétní podoba financování po zavedení NP a kompenzace dle vzoru Německa

Obrázek 6: Vizualizace systému financování rok 2011 a návrhu nominálního pojistného



Pozn: Baz. NP je zkratka pro bazické nominální pojistné

Zdroj: autoři

Výpočet NP (hodnota 799 Kč) je znázorněna v xlsx souboru. Jedná se o roční hodnotu NP za rok 1 (12x66,60). Výpočet na hlavu (hodnota 27 187 Kč) je podílem zdrojů veřejného zdravotního pojištění (220,4 mld) a počtu pojištěnců bez dětí (10 413 822 - 2 307 136). Stejně se postupuje při výpočtu hodnoty 28 929 Kč při odečtení nákladu na sociální kompenzaci.

### 3.11. Regulace trhu zdravotního pojištění

Vycházíme-li ze základních předpokladů, kdy role pojišťovny jsou zejména v oblasti zajištění přístupu k léčbě pacientů a převzetí finančního rizika léčby, vybízí se nutnost regulace v tomto systému, tak aby stát mohl hájit zájmy občanů. Hlavní funkcí zdravotních pojišťoven je prostřednictvím svěřeného zdravotního pojištění zajistit kvalitní, hospodárně poskytovanou zdravotní péči v optimálním čase, odpovídající oprávněným potřebám pojištěnců. Stěžejní úlohu v systému poskytování zdravotních služeb sehrává jeho regulátor. Regulační rámec musí zajistit dostupnost zdravotních služeb, stejně tak, jako jejich kvalitu a včasnost. V neposlední řadě musí garantovat poskytování zdravotních služeb kvalifikovaným a profesionálním personálem.

Předpoklad efektivní regulace systému poskytování zdravotních služeb představuje legislativní rámec, ve kterém systém zdravotních služeb zajišťuje pacientům potřebnou odbornou péči. Ta je poskytována na základě jasně prokazatelného nároku účastníka systému - pacienta. Z ústavy vyplývající povinnost zabezpečení zdravotní péče je prováděna skrze systém zdravotních pojišťoven. Financování zdravotní péče je výhradně koncentrováno do výběru povinně odváděného zdravotního pojistného, ze kterého jsou zdravotní služby hrazeny. Pevná, legislativou daná výše takto odváděného pojistného, však neumožňuje jakékoliv zapojení faktoru ceny zdravotních služeb do rozhodování pacientů, kde a za jakých podmínek zdravotní služby čerpat.

Východiskem je pak systém, který nabídne plátcům pojistného možnost vlastní volby, a to jak z hlediska kvality nárokovatelné péče, tak z hlediska její ceny a pacientovy spoluúčasti na hrazení této péče.

#### 3.11.1. Koncept regulátora

Pro výkon činnosti regulace je zřízen Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami (Úřad).

Jeho činností je:

- dohled nad zdravotními pojišťovnami a dalšími subjekty veřejného zdravotního pojištění
- zabezpečení podpory hospodářské soutěže v oblasti veřejného zdravotního pojištění
- vedení centrálního registru pojištěnců
- spravování účtů pro přerozdělování a výpočet pojistného podle zvláštního právního předpisu (vychází z reformních návrhů zákona z roku 2008)
- zřizování rozhodčího soudu

Díky těmto činnostem Úřad rozhoduje o udělení licencí a vykonává následnou kontrolu dodržování podmínek a zároveň pravidelně sleduje veškeré povinnosti, za účelem včasného odhalení nedostatků. Jestliže pojišťovna vykazuje závažné nedostatky v hospodaření, tento úřad pak nařídí vypracování a následné předložení ke schválení a realizaci ozdravného plánu.

Při regulačních opatřeních je třeba v první řadě zohlednit standardní finanční dozor nad zdravotními pojišťovnami. Ten by neměl spočívat v pouhém čtvrtletním vykazování ministerstvu zdravotnictví, protože tento krok neanalyzuje jejich skutečné finanční zdraví. Je potřeba nastavit jasně vypovídací indikátory pro sledování finanční situace zdravotních pojišťoven a stanovit závazné limity, které musí pojišťovny bezpodmínečně dodržovat.

Hlavními činnostmi by bylo vydávání licencí zdravotním pojišťovnám. Stejně tak licencování jejich produktů – zdravotních plánů. Samozřejmě nejdůležitější činností je dozor nad finančním zdravím jednotlivých pojišťoven a jejich rezerv. Každý nový žadatel musí splňovat jasně stanovené podmínky.

Další náplní regulace je v oblasti faktické dostupnosti zdravotní péče. Je třeba vymezit dostupnost zdravotní péče jak z pohledu časové dostupnosti, tak i z dostupnosti geografické. Činností regulátora je mimo výše zmíněné i dohled nad konkurenčním chováním jednotlivých pojišťoven. Proto, aby se zamezilo cílené selekci zdravých (resp. levnějších) pacientů, je zapotřebí uzákonit povinnost přijímat všechny pojištěnce bez rozdílu.

Systém kompenzace rizika v sobě ukrývá nástroj, který umožní přerozdělit vybrané pojistné tak, aby zohlednil rizikovost daných klientů dle věku a zdravotního stavu. Takto přerozdělené pojistné částečně reflektuje pravou podstatu pojistného a částečně tak odpovídá riziku čerpání péče. Neuvažováním kompenzace rizika by docházelo k situacím, kdy by zdravotní pojišťovny upřednostňovali pojištěnce s vysokými příjmy a dobrým zdravotním stavem. V případě kompenzace rizika lze přiřadit vyšší pojistného k dané charakteristické skupině podle věku a zdravotního stavu. Co se týče drahých pojištěnců uvnitř každé věkové skupiny, jako optimální řešení se jeví systém částečné zpětné kompenzace.

Regulace trhu na úrovni zdravotních pojišťoven však musí zajistit rovné postavení pacienta vůči zdravotní pojišťovně. Nezávislý regulátor by měl nejen dohlížet na fungování zdravotních pojišťoven na trhu zdravotního pojištění, ale zároveň by měl i garantovat pacientova práva vzešlá ze smluvního vztahu pacient – zdravotní pojišťovna. Regulátor trhu by tak měl garantovat poskytnutí zdravotní péče do vyřešení případného sporu mezi klientem a zdravotní pojišťovnou. Zabrání se tak nedostupnosti péče v případě, kdy mezi pacientem a zdravotní pojišťovnou nepanuje soulad mezi pacientovým nárokem a názorem zdravotní pojišťovny.

Regulátor trhu, garantující fungování trhu a jím regulovaných subjektů zdravotního plní funkci jakéhosi dočasného rozhodčího. Takový přístup by vedl k poskytnutí neodkladné péče do doby definitivního vyřešení sporu.

Regulátor trhu může také být sběrným místem informací o pojištěncích všech zdravotních pojišťoven. Tento fakt umožní přenesení odpovědnosti za sběr dat o pacientech, prevalenci jednotlivých onemocnění aj. informací z orgánů státní správy. Vedle hmatatelné finanční úspory bude existovat jednotné místo pro informace zdravotního charakteru, které bude zároveň umožňovat přístup k informacím jednotlivým zdravotním pojišťovnám. Na základě těchto dat budou moci zdravotní pojišťovny lépe předvídat očekávatelné výdaje a plánovat nákup zdravotních služeb u jednotlivých poskytovatelů. Výdaje takto uspořené budou moci být využity ve prospěch pacientů a tedy ke zvýšení efektivity systému jako celku.

### **3.11.2. Dvousložková regulace - na úrovni zdravotní pojišťovny**

V prostředí navzájem si konkurujících zdravotních pojišťoven je nezbytné vytvořit legislativní rámec, striktně definující klasifikaci zdravotních služeb. Legislativní úprava těchto definic, obsahující standardy zdravotní péče, přinese nejen transparentní fungování zdravotních pojišťoven, ale zároveň umožní pacientovi orientaci v požadovaných službách a jejich kvalitě. Společně s definováním jasných standardů zdravotních služeb musí být stanoven rozsah zdravotních služeb, který bude financován z veřejných

rozpočtů. Musí tak být stanovena míra nároku pacienta na zdravotnické služby, hrazené z veřejných prostředků. Teprve na základě jasné klasifikace zdravotních služeb spolu s definovanými standardy zdravotních služeb může dojít k otevření systému fungující konkurenci zdravotních pojišťoven.

Zdravotní pojišťovna může vzniknout, jen byla-li jí udělena licence Úřadem pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Veřejné zdravotní pojištění může provozovat pouze zdravotní pojišťovna, která splňuje požadavky tohoto zákona a má licenci k provozování veřejného zdravotního pojištění.

Zdravotní pojišťovna je akciová společnost, jejíž základní kapitál činí alespoň 100 miliónů Kč a může být do této výše tvořen pouze peněžitými vklady, které mají průhledný a jasně doložitelný původ. Zároveň však musí být oprávněna k provozování alespoň jednoho zdravotního plánu.

Při zřizování se pojišťovna musí prokázat vypracovaným obchodním plánem, který specifikuje předpokládané finanční ukazatele včetně předpokládané míry solventnosti.

Pro vznik samotného trhu zdravotních pojišťoven je nutné přesně legislativně vymezit podobu fungování zdravotního pojištění a jednotlivých zdravotních pojišťoven. Pouze jasné definování rozsahu působnosti zdravotních pojišťoven, oblast jejich působnosti, definování vstupu do odvětví zdravotního pojištění a jasné určení podmínek přijetí či zamítnutí žadatele o zdravotní pojištění, mohou vytvořit stabilní prostředí zdravotních služeb. Toto definování podmínek účastníků trhu zdravotních pojišťoven musí být doprovázeno konkrétním nastavením produktů zdravotního pojištění, které umožní vznik nároku na jejich čerpání. Musí tak být jasně vymezena místní i časová dostupnost zdravotnických služeb, pravidla rozhodování ve věci nároku na poskytnutí zdravotní péče, povinnosti a pravidla administrace stížností, povinnosti vůči orgánům státní správy aj. Jasně vymezené produkty zdravotních služeb mohou být předmětem funkčního trhu zdravotního pojištění.

Takto nastavený systém však s sebou přináší nemalé výzvy v oblasti jeho regulace. V prostředí navzájem si konkurujících subjektů, ve kterém hraje cena služeb jednu ze stěžejních rolí, je zcela nutné zajistit přísnou regulaci trhu. Ta by měla spočívat nejen v garanci poskytovaných služeb za předem definovaných finančních podmínek, ale i ve včasnosti plateb zdravotním zařízením vykonávajícím zdravotní služby. Výše zisku zdravotních pojišťoven by měla být předmětem regulace stejně jako trh zdravotních pojišťoven jako celek. Jasná pravidla, vynutitelná regulátorem trhu, umožní kontrolovatelný vstup subjektů do trhu zdravotních pojišťoven a kontrolu jejich fungování.

Zároveň však musí být zajištěna ochrana pacienta tak, aby byla péče i nadále dostupná. Je proto nezbytné, aby tuto úlohu zajišťoval zcela nezávislý subjekt, který by dlouhodobě a konzistentně plnil roli nezávislého garanta systému vůči všem jeho účastníkům. Finální podoba a kompetence regulátora musí být uzpůsobeny tak, aby byla zajištěna ochrana zájmů všech účastníků systému.

Regulátor trhu zdravotních pojišťoven může v nemalé míře dopomoci transformaci veřejných či státních zdravotních pojišťoven na subjekty orientující se na zisk. Proces odstátnění těchto institucí napomůže k vyšší orientaci těchto subjektů na zájmy pacienta a přinese do systému vyšší efektivitu za stejného objemu finančních prostředků uvnitř systému. Regulátor bude zároveň garantem podmínek vstupu nových subjektů do odvětví zdravotního pojištění.

### 3.11.3. Kriterium solventnosti zdravotní pojišťovny

Pro zhodnocení platební schopnosti zdravotních pojišťoven, je potřeba zohlednit tři faktory:

- Kapitálová přiměřenost
- Current ratio
- Splatnost faktur

V případě kapitálové přiměřenosti je potřeba, aby podíl vlastních zdrojů na pojistném byl alespoň 3 %. Hodnota current ratio (podíl krátkodobých aktiv ke krátkodobým pasivům) musí dosahovat alespoň hodnoty 1,2. Tyto hodnoty vycházejí z novely slovenského zákona č. 581/2004 Z. z. (o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov).

**Kapitálová přiměřenost** má být nastavena na hodnotu 3 %. Tato hodnota vyjadřuje, že daná zdravotní pojišťovna by měla mít vlastní jmění ve výši alespoň 2 týdenní hotovostní rezervy. **Current ratio** vyjadřuje stav hotovosti (případně krátkodobých pohledávek), tak aby mohla pokrýt krátkodobé závazky. Optimální úroveň prosperující firmy je 1,5. Hodnota current ratio by neměla poklesnout pod hodnotu 1,0 (vyjadřuje, že pojišťovna nemá hotovost a nemůže tak pokrýt své krátkodobé závazky). **Indikátor splatnosti** faktur je do 30 dnů po lhůtě splatnosti. Tento indikátor je nutné dodržet vzhledem k případným cash flow problémům na straně poskytovatelů zdravotní péče vzniklých díky opožděným platbám od pojišťoven.

Pokud pojišťovna nesplní za uplynulých 12 měsíců některé z uvedených kritérií ve třech měsících, Úřad pro dohled nařídí vypracovat ozdravný plán. V případě, že pojišťovna nesplní opatření z ozdravného plánu, úřad může zavést nucenou správu. Pokud pojišťovna neplní kritéria po dobu více jak 5 měsíců, úřad zruší pojišťovně povolení k vykonávání veřejného zdravotního pojištění.

### 3.11.4. Dvousložková regulace - na úrovni produktu (zdravotního plánu)

Zdravotní pojišťovna může provozovat pouze zdravotní plán, ke kterému má povolení. Současně s podáním žádosti o udělení licence musí zakladatelé podat žádost o udělení povolení alespoň jednoho zdravotního plánu.

Při žádosti o povolení daného produktu je potřeba definovat:

- jaký typ zdravotního plánu se jedná
- návrh oblasti působnosti daného zdravotního plánu
- specifikace zdravotního plánu (režimu řízené péče)
- zda je zdravotně-pojistný plán uskutečnitelný a odpovídá reálným možnostem zdravotní pojišťovny
- že zdravotní pojišťovna bude schopna zajistit místní dostupnost zdravotních služeb pro své pojištěnce, zejména prostřednictvím předpokládané smluvní sítě zdravotního plánu

Povolení zdravotního plánu se vydává na dobu neurčitou, pro oblast působnosti v něm uvedenou a je přenosné. Povolení obsahuje:

- obchodní firmu zdravotní pojišťovny,

- název zdravotního plánu,
- typ zdravotního plánu,
- určení, zda se jedná o zdravotní plán v režimu řízené péče
- oblast jeho působnosti.

Zdravotně-pojištný plán se sestavuje pro následující tři účetní období.

Regulace trhu na úrovni zdravotních plánů musí být vedena v závislosti na finální podobě trhu zdravotního pojištění. Tento trh může mít podobu jak pouze standardního zdravotního plánu, kdy je garantován soubor definovaných nárokovatelných zdravotních služeb, či podobu zdravotních plánů s vyšší mírou spoluúčasti, či kombinace obou zmíněných přístupů. Ve všech těchto případech však regulátor musí vystupovat jako instituce dohlížející zejména na plnění definovaných standardů zdravotních služeb, dodržování smluvních podmínek mezi pojištěnci a zdravotními pojišťovnami na straně jedné a zdravotními pojišťovnami a jejich smluvními partnery na straně druhé a regulaci povolení k provozování zdravotního plánu.

Široká nabídka produktů zdravotního pojištění s vyšší spoluúčastí s sebou přinese vyšší finanční nároky na pacienta při poskytování zdravotní péče (oproti nižšímu pravidelnému pojistnému). Spolu s tímto bude docházet k vyššímu počtu sporů mezi pojištěnci a zdravotními pojišťovnami, což ve svém důsledku povede k vyššímu množství stížností a většímu zapojení regulátora do vztahu pojištěnec – zdravotní pojišťovna. Dá se proto očekávat, že role regulátora, resp. garanta trhu zdravotního pojištění, bude výraznější a nároky na regulátora v budoucnu vyšší.

### 3.12. Zdroje

- *Alain C. Enthoven, Market forces and Efficient health care systems, Health Affairs, 23, no. 2 (2004): 25-27 <http://content.healthaffairs.org/content/23/2/25.full>*
- *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011, [www.uzis.cz/system/files/ekin2011.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ekin2011.pdf)*
- *Zdravotnictví České republiky 2011 ve statistických údajích, [www.uzis.cz/.../zdravotnictvi-cr-2011-ve-statistickych-udajich](http://www.uzis.cz/.../zdravotnictvi-cr-2011-ve-statistickych-udajich)*
- *Hospodaření veřejných rozpočtů, [www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=137264](http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=137264)*
- *Návrh státního závěrečného účtu České republiky za rok 2011, [/www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/SZU2011\\_F.pdf](http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/SZU2011_F.pdf)*
- *Návrh zákona o VZP pro mezirezort*
- *Návrh zákona o zdravotních pojišťovnách, o zřízení úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami a o změně některých dalších zákonů*

## 4. Rámcový návrh implementácie NP v Českej republike od roku 2014

Pri návrhu implementácie nominálneho poistného v Českej republike uvažujeme o 3 rozdielnych prístupoch regulátora (MZd ČR, vláda, parlament) k téme nominálneho poistného:

1. regulátor nereaguje vôbec alebo reaguje ex-post,
2. regulátor reaguje priebežne (ad hoc politika),
3. regulátor reaguje vopred (existuje tvrdá línia podľa harmonogramu, ktorá sa nasleduje).

Na základe týchto troch prístupov rozlišujeme 3 cesty implementácie:

1. **Spontánna cesta** – nominálne poistné vznikne spontánne bez prvotného zásahu regulátora (regulátor reaguje ex-post),
2. **Realistická cesta** – priebežne sa zavádzajú zmeny vedúce k systému nominálneho poistného s ohľadom na ich priechodnosť a postupne vznikajúcu potrebu (regulátor reaguje ad hoc),
3. **Principiálna cesta** – najprv sa splnia všetky predpoklady a až následne sa zavádza nominálne poistné (regulátor reaguje ex ante).

**Obmedzenia pri implementácii** (čo ovplyvňuje harmonogram a prijatie zákonov):

- politický cyklus
  - o voľby v máji 2014 a či niektorá politická strana uchopí krízu zdrojov a nominálne poistné ako jej riešenia ako tému volebnej kampane
  - o napísanie zákonov: 3 mesiace (marec 2013), nestihne sa prijať tak, aby to platilo od 1.1.2014, najskôr až 1.1.2015 - už nová vláda
- zmena generálneho riaditeľa VZP a pozícia správnej rady VZP k nominálnemu poistnému

### 4.1. Spontánna cesta

V rámci spontánnej cesty nie sú v horizonte nášho návrhu vykonané žiadne legislatívne zmeny. „Nominálne poistné“ vzniká ako platba za doplnkový produkt, ktorý ponúka poisťovňa nad rámec základného zdravotného poistenia.

Zdravotné poisťovne aj pri dnešnej legislatíve môžu vytvárať špeciálne projekty s pridanou hodnotou pre svojich poistencov, ktorá nie je súčasťou základného zdravotného poistenia. Poisťovne v súčasnosti ponúkajú rôzne očkovania a jednoduché programy ako marketingové aktivity na prilákanie nových alebo udržanie súčasných poistencov. Na komplexnejšie programy však nemajú dostatok zdrojov. Poisťovne by však takto mohli poskytovať aj komplexnejšie programy (napr. manažment chronicky chorých, nadštandardnú koordináciu zdravotnej starostlivosti, asistenčné služby, motivačné programy pre poistencov, príp. programy manažovanej starostlivosti), ak by za ne vybrali peniaze nad rámec zdravotného poistenia. Zdravotná poisťovňa pritom môže takéto produkty poskytovať buď sama alebo prostredníctvom tretej strany, tzv. administrátora.

Výhodou tejto cesty je, že nie je závislá od politickej ochoty zmeniť existujúci systém. Navyše zdravotná poisťovňa, ktorá sa do takýchto produktov pustí ako prvá, dokáže získať konkurenčnú výhodu a skúsenosti aj pre prípad, že sa nominálne poistné neskôr zavedie ako súčasť platnej legislatívy.



Hlavnou nevýhodou je, že peniaze sa nevyberajú na základný produkt zdravotného poistenia, čím sa nepokrýva už existujúca medzera medzi zdrojmi a potrebami. Pri súčasnom nejasne definovanom nároku tiež existuje riziko vzniku sporov ohľadom toho, či nedochádza k výberu doplnkových platieb za služby zahrnuté v základnom zdravotnom poistení.

Ďalšou nevýhodou tejto cesty je, že nominálne poistné vzniká v neregulovanom prostredí, čo môže viesť u niektorých konkurentov k neetickému správaniu a tým aj vzniku negatívneho imidžu doplnkových platieb pre všetkých hráčov. Tento negatívny imidž pritom môže vzniknúť aj prípadnými mediálnymi hrami od konkurentov alebo iných stakeholderov, ktorým poskytovanie takéhoto produktu niektorou z poisťovní nebude vyhovovať.

#### 4.2. Realistická cesta

V prípade realistickej cesty vznikajú zmeny v legislatívne postupne, na základe postupne vznikajúcich potrieb a na rozdiel od principiálnej cesty sa tiež zavádzajú zmeny len v nevyhnutnom rozsahu na zabezpečenie týchto potrieb.

Od 1.1.2015 vzniká v súlade s existujúcim harmonogramom **jednotné inkasné miesto (JIM)**. Zdravotným poisťovňam sa tým uvoľnia kapacity na to, aby sa mohli venovať strategickému nákupu zdravotnej starostlivosti. JIM je následne doplnený o **rizikovo-ekvalizačný fond (REF)**, v rámci ktorého sa vykonáva prerozdelenie poistných zdrojov. Existujúci prerozdeľovací mechanizmus (vek, pohlavie a ex-post prerozdelenie) je doplnený o PCG (Pharmacy-cost groups) ako prediktor prítomnosti chronických chorôb a neskôr sa dopĺňajú aj ďalšie parametre prerozdelenia (napr. DCG, Diagnosis-cost groups).

Hlavným problémom a motivátorom na zmenu sa v tomto scenári stáva prehlbujúca sa medzera financovania zdravotného systému. Roztvárajúce sa nožnice medzi existujúcimi zdrojmi a potrebami zdravotného systému spolu s nedostatkom zdrojov a ochoty prispievať na zdravotníctvo viac zo štátneho rozpočtu budú viesť k dostatočnej podpore vzniku doplnkovej platby za zdravotné poistenie vo forme **nominálneho poistného**. Súčasťou takéhoto návrhu zákona bude aj zavedenie **kompenzácií pre sociálne slabšie skupiny**. Tieto kompenzácie budú financované zo štátneho rozpočtu, pričom o rovnakú čiastku sa zároveň zníži príspevok štátu na zdravotné poistenie (prepočty v časti 2 tohto dokumentu). Nominálne poistné na začiatku nie je predmetom prerozdelenia, pretože je zavádzané ako voliteľný príspevok pre zdravotné poisťovne a na začiatku sa nepredpokladá jeho zavedenie všetkými poisťovňami, ani veľký objem prostriedkov. Po skutočnom zavedení nominálneho poistného väčšinou zdravotných poisťovní vznikne požiadavka na prerozdeľovanie aj týchto zdrojov a to do výšky maximálneho príspevku štátu na hlavu.

Pre akceptáciu tohto návrhu bude potrebné v rovnakom čase aspoň veľmi **jednoducho zadefinovať nárok poistenca**. Táto definícia bude potrebná na to, aby sa dala preukázať medzera vo financovaní a bola podkladom pre výber nominálneho poistného zdravotnými poisťovňami. Definíciu nároku nie je potrebné robiť komplikovanou a vyčerpávajúcou formou (ktorá by si vyžadovala dlhšiu prípravu), ale len jednoduchou formou, z pohľadu geografického, časového a administratívneho. Pod geografickou definíciou sa rozumie definovanie dostupnosti v geografickej vzdialenosti jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti v regiónoch, kde poisťovňa poskytuje svoje služby. Dostupnosť zdravotnej starostlivosti sa zároveň definuje v čase, za ktorý má poistenec nárok na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, a

z pohľadu administratívneho procesu, ktorým ho poistenec získava.

V tomto scenári predpokladáme, že **dohľad** nad administráciou nároku a nad prepoisťovaním má zo začiatku **Ministerstvo zdravotníctva ČR**. Potreba vzniku nezávislého **Úradu pre dohľad vzniká až dodatočne**, po istom období existencie nominálneho poistného. Aj vtedy má Úrad pre dohľad len **obmedzené kompetencie** (v porovnaní s kompetenciami Úradu pri principiálnej ceste), týkajúce sa najmä dohľadu nad administráciou nároku a prepoisťovaním.

Právna forma zdravotných poisťovní sa nemení, nové poisťovne vznikajú podľa rovnakej legislatívy ako v súčasnosti.

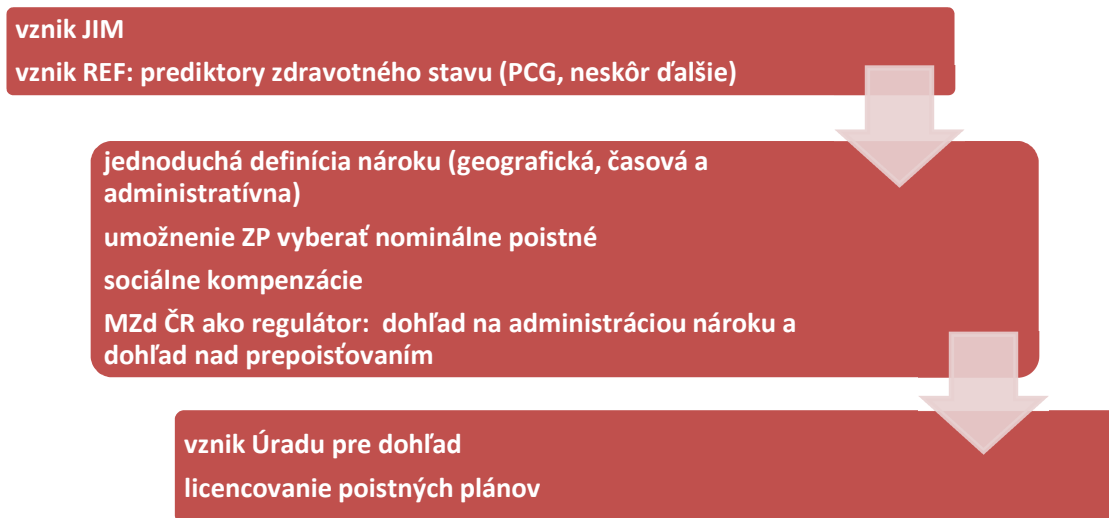
Poisťovne postupne **spontánne** zavádzajú rôzne výšky nominálneho poistného (**rôzne poistné plány**) s rôznym plnením nad rámec úhradovej vyhlášky. Reakciou na tieto aktivity je **vznik legislatívy pre poistné plány a ich licencovanie**. Zdravotné poisťovne budú na základe tejto legislatívy povinné nahlasovať poistné plány na Úrad pre dohľad pred ich plánovaným spustením získať od Úradu licenciu na ich poskytovanie (licencia je nárokovateľná po splnení definovaných podmienok).

Realistická cesta sa vzhľadom na popísaný vývoj svojím charakterom podobá viac na nemecký model zavádzania nominálneho poistného.

Najväčšou výhodou tohto scenára je jeho dostatočná priechodnosť a realizovateľnosť v skutočnom svete, pričom na rozdiel od spontánnej cesty sa zákonne definujú nevyhnutné podmienky pre fungovanie nominálneho poistného na trhu. Tým sa predchádza možným negatívnym dopadom zavádzania ako je neplnenie nároku poistenca, negatívnym sociálnym dopadom pre určité skupiny obyvateľstva alebo zneužitiu niektorým z hráčov.

Nevýhodami tohto systému oproti spontánnej ceste je nevyhnutnosť prijatia legislatívnych zmien parlamentom. Na rozdiel od ďalej popísanej principiálnej cesty však ide zväčša o reaktívny prístup na existujúcu potrebu, preto sú tieto legislatívne zmeny pravdepodobnejšie.

Obrázok 7: Postup zavádzaných zmien v realistickom scenári



Zdroj: autori

### 4.3. Principiálna cesta

Pri principiálnej ceste sa na rozdiel od realistickej nasleduje presný harmonogram, ktorý zavádza zmeny podľa dôležitosti. Regulátor reaguje ex ante, zmeny legislatívy sa preto implementujú tak, aby bol zdravotný systém vopred dostatočne pripravený na zavedenie nominálneho poistného. Táto cesta sa preto podobá skôr na holandský model zavádzania nominálneho poistného.

V tomto scenári rovnako predpokladáme spustenie **jednotného inkasného miesta** (JIM) od 1.1.2015 a jeho následné rozšírenie o **rizikovo-ekvalizačný fond** (REF). Rovnako ako pri realistickom scenári sa prerozdelenie poistného v tomto fonde rozšíri o prediktory zdravotného stavu, najprv o PCG (Pharmacy-cost groups), neskôr o ďalšie parametre zlepšujúce predikčnú schopnosť prerozdeľovacieho systému.

S výnimkou vyššie uvedených zmien, ktorých realizácia sa pripravuje už v súčasnosti, sa všetky potrebné legislatívne zmeny zavádzajú v jednom veľkom reformnom balíku legislatívnych zmien. Táto legislatíva definuje všetky potrebné predpoklady pre plné zavedenie nominálneho poistného.

Súčasťou tejto legislatívy je rozsiahla **definícia nároku**, t.j. nielen geografická, časová a administratívna definícia ako pri realistickom scenári, ale aj vecná a finančná. V rámci vecnej definície sa určuje nárok poistenca z pohľadu obsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Na to je potrebná klasifikácia zdravotných služieb, vrátane postupného vytvorenia štandardov a definície rozsahu hradených služieb. Finančnou definíciou sa zároveň stanovuje miera finančného krytia, resp. priamej spoluúčasti poistenca.

V rovnakom balíku legislatívnych zmien sa zároveň definuje samotná možnosť vyberať **nominálne poistné** nad rámec povinných zdravotných odvodov. Definujú sa aj podmienky pre stanovenie a výber nominálneho poistného a možnosť pre poisťovne ponúkať rôzne **poistné plány**. Poistné plány sa môžu navzájom líšiť rozsahom hradenej zdravotnej starostlivosti, spôsobom prístupu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, výškou dobrovoľnej ročnej spoluúčasti, poskytovaním programov manažmentu

chronických chorôb alebo motivačných programov, poskytovaním asistenčných služieb a pod.

Definujú sa **podmienky pre prestup poistencov**. Poistenci musia mať možnosť zmeniť poisťovňu po ohlásení poistných plánov a výšky nominálneho poistného ešte pred ich platnosťou. Zdravotná poisťovňa zároveň nesmie odmietnuť prihlášku poistenca (pre toto je nevyhnutný dobrý prerozdeľovací mechanizmus, ktorý kompenzuje riziko poisťovne).

Legislatíva zároveň zavádza **kompenzácie pre sociálne slabšie skupiny**. Tieto kompenzácie sú rovnako ako pri predchádzajúcom scenári financované zo štátneho rozpočtu a následne sa o túto sumu znižuje príspevok štátu na zdravotné poistenie, preto je táto operácia pre štátny rozpočet neutrálna.

V legislatíve sa zároveň definujú **podmienky pre vstup zdravotných poisťovní na trh**. Nové poisťovne musia vstupovať ako akciové spoločnosti a získať licenciu na základe splnenia zákonom stanovených podmienok u nezávislého regulačného úradu (viď ďalej). Úrad následne dohliada nad priebežným plnením podmienok pre udržanie licencie. Existujúce zdravotné poisťovne sa nemusia transformovať na akciové spoločnosti, musia však plniť všetky zákonom stanovené podmienky, ktoré platia pre nové poisťovne. V zákone sa zároveň rieši otázka zisku zdravotných poisťovní.

Na dohľad nad zdravotnými poisťovňami a zdravotným trhom vzniká nezávislý **Úrad pre dohľad**. Úrad dohliada najmä na administráciu nároku pre poistenov, na prepoisťovanie a licenovanie zdravotných poisťovní. Úrad zároveň licencuje aj poistné plány, ktoré zdravotné poisťovne registrujú na Úrade pred ich spustením.

Samotná realizácia poistných plánov a nominálneho poistného sa spúšťa až po napísaní a prijatí vyššie popísanej legislatívy.

Výhodou tohto prístupu je dostatočná príprava na vytvorenie podmienok pre zavedenie nominálneho poistného. Všetky podmienky sa definujú vopred a preto sa znižuje riziko negatívnych dopadov jeho zavádzania.

Medzi nevýhody naopak patrí väčšie riziko neúspechu vzhľadom na potrebu prijatia širokej legislatívy vopred – potrebná dohoda na detailoch bez viditeľnej potreby. Z týchto príčin môže trvať príprava legislatívy príliš dlho a ak presiahne príprava a zavádzanie jeden volebný cyklus bez zavedenia akýchkoľvek zmien, zvyšuje sa riziko zastavenia celého procesu.

Obrázok 8: Postup zavádzaných zmien:

vznik JIM

vznik REF: prediktory zdravotného stavu (PCG, neskôr ďalšie)

definícia nároku (nielen geografická, časová a administratívna, ale aj vecná a finančná)

umožnenie ZP vyberať nominálne poisťné

sociálne kompenzácie

vznik Úradu pre dohľad s nasledovnými kompetenciami:

dohľad na administráciou nároku

dohľad nad prepoisťovaním

dohľad nad licencovaním poisťovní a poisťných plánov

licencovanie poisťovní ako a.s. (súčasnú sa nemusia transformovať na a.s., ale musia plniť rovnaké definované podmienky)

vyriešenie otázky zisku poisťovní

licencovanie poisťných plánov

Zdroj: autori

#### 4.4. Odporúčania – Rola VZP

Bez ohľadu na to, ktorý zo scenárov zavádzania nominálneho poistného by sa realizoval, odporúčame VZP vyvíjať 2 typy aktivít:

1. **„leading by example“** - začať čím najskôr experimentovať so zavádzaním inovatívnych produktov a nominálneho poistného bez ohľadu na rýchlosť zavádzania legislatívy. Tieto aktivity prinesú VZP v prípade spontánneho scenára konkurenčnú výhodu oproti ostatným hráčom na trhu. Táto konkurenčná výhoda pretrvá aj v prípade prijatia legislatívnych zmien (realistická alebo principiálna cesta), keďže VZP bude mať už skúsenosti s prípravou alebo prevádzkovaním takýchto produktov na trhu.
2. **„leading by topic“** – zavedenie nominálneho poistného, či už spontánne alebo legislatívne, si bude vyžadovať zmenu celospoločenského vnímania zdravotného poistenia a hodnoty, ktorú môže zdravotná poisťovňa poistencom priniesť. Pre akceptáciu nominálneho poistenia a jeho legislatívne zakotvenie by sa mala VZP stať nositeľom tejto témy a organizovať alebo zúčastňovať sa rôznych workshopov alebo konferencií podporujúcich zavedenie nominálneho poistného (súčasťou toho je aj téma existujúcej a postupne sa rozširujúcej medzery vo financovaní zdravotníctva a nemožnosti dlhodobej udržateľnosti súčasného systému financovania).