

Jiří Němec

Principy zdravotního pojištění



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umisťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



Autor



RNDr. Ing. Jiří Němec, CSc. se na začátku devadesátých let podílel na přípravě veřejného zdravotního pojištění v České republice. V letech 1992–1998 byl prvním ředitelem Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky. Poté působil několik let v oblasti vývoje informačních systémů pro komerční pojištění a od roku 2004 působí jako nezávislý konzultant pro zdravotní pojištění a financování zdravotní péče v mezinárodních projektech Evropské unie a Světové banky v zahraničí, zejména ve východní Evropě. Externě spolupracuje s Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

RNDr. Ing. Jiří Němec, CSc.
PRINCIPY ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

© Grada Publishing, a.s., 2008
Cover Photo©fotobanka Allphoto images, 2008

Vydala Grada Publishing, a.s.,
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 3322. publikaci
Odpovědná redaktorka Mgr. Martina Bidlová
Sazba a zlom Martin Hanslian
Počet stran 240
První vydání, Praha 2008

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.,
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

Vydání publikace významně podpořila Všeobecná zdravotní pojišťovna



Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmějí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství.

ISBN 978-80-247-2628-1 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-6378-1 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2011

Obsah

Předmluva	8
Seznam zkratk	10
Úvod	11
1 Historický vývoj zdravotního pojištění	14
2 Systémy zdravotního pojištění a jejich charakteristika	17
2.1 Modely statutárního zdravotního pojištění	19
2.2 Typy privátního zdravotního pojištění	21
3 Pojistné produkty ve zdravotním pojištění	29
3.1 Pojistné produkty ve statutárním zdravotním pojištění	30
3.2 Pojistné produkty v privátním zdravotním pojištění	32
3.3 Ekonomické hodnocení zdravotní péče	34
3.3.1 Analýza nákladů zdravotní péče	36
3.3.2 Hodnocení výstupů zdravotní péče	38
3.3.3 Institucionální zabezpečení ekonomického hodnocení zdravotní péče	41
4 Pojistné ve zdravotním pojištění	42
4.1 Stanovení pojistných sazeb v privátním zdravotním pojištění	44
4.1.1 Stanovení sazeb komunitního pojistného	45
4.1.2 Stanovení pojistného podle rizikových tříd	48
4.1.3 Stanovení pojistného při spoluúčasti pojištěnců	55
4.1.4 Stanovení pojistného pro skupinová zdravotní pojištění	61
4.1.5 Stanovení pojistného pro dlouhodobá zdravotní pojištění	65
4.1.6 Bezpečnostní přírážka	69
4.1.7 Stanovení hrubého pojistného	71
4.1.8 Bonusy ve zdravotním pojištění	73
4.2 Stanovení pojistných sazeb ve statutárním zdravotním pojištění	77

5	Klasifikační systémy ve zdravotním pojištění	81
5.1	Typologie klasifikačních systémů	82
5.2	Příklady klasifikačních systémů	83
5.2.1	Klasifikační systém PIPDCG	83
5.2.2	Klasifikační systém DRG	87
5.2.3	Příklady dalších klasifikačních systémů	89
5.3	Hodnocení klasifikačních systémů	91
5.4	Kultivace klasifikačních systémů	93
6	Pojistné plnění ve zdravotním pojištění	94
6.1	Mechanismy úhrady zdravotní péče	96
6.1.1	Platba za jednotlivý výkon	98
6.1.2	Platba za komplex výkonů	101
6.1.3	Kapitační platby	103
6.1.4	Rozpočet	107
6.1.5	Mzda	109
6.2	Metody výpočtů tarifů pro úhrady zdravotní péče	109
6.2.1	Metoda výpočtu tarifů pro platbu za jednotlivý výkon	112
6.2.2	Metoda výpočtu tarifů pro platbu za případ podle DRG	116
6.2.3	Metoda výpočtu tarifů pro kapitační platbu	120
6.3	Úhrada léků	125
6.4	Metody omezování nákladů	128
6.4.1	Metody omezování nákladů v privátním zdravotním pojištění	128
6.4.2	Metody omezování nákladů ve statistárním zdravotním pojištění	132
6.5	Spoluúčast pacientů	133
6.5.1	Formy spoluúčasti	135
6.5.2	Dopad spoluúčasti	137
6.5.3	Úloha trhu ve zdravotnictví	139
6.5.4	Spoluúčast v evropských zemích	143
6.6	Kontrola oprávněnosti pojistného plnění	147
6.7	Nákupní model zdravotní péče	147

7	Správa a provozování zdravotního pojištění	151
7.1	Typy zdravotních pojišťoven	151
7.2	Přerozdělování mezi zdravotními pojišťovnami	152
7.3	Informační systémy zdravotních pojišťoven	157
7.3.1	Komunikační a provozní systémy zdravotních pojišťoven	158
7.3.2	Sběr dat ve zdravotním pojištění	162
7.3.3	Manažerské informační systémy zdravotních pojišťoven	163
8	Tvorba rezerv ve zdravotním pojištění	167
8.1	Tvorba rezerv v privátním zdravotním pojištění	167
8.2	Tvorba rezerv ve statutárním zdravotním pojištění	174
9	Zajištění ve zdravotním pojištění	175
9.1	Zajištění v privátním zdravotním pojištění	176
9.1.1	Proporcionální zajištění	177
9.1.2	Neproporcionální zajištění	181
9.2	Zajištění ve statutárním zdravotním pojištění	183
10	Zdravotní pojištění v České republice a v zahraničí	186
10.1	Zdravotní pojištění v České republice	190
10.1.1	Statutární zdravotní pojištění v České republice	190
10.1.2	Privátní zdravotní pojištění v České republice	195
10.2	Zdravotní pojištění v zemích západní Evropy	196
10.3	Zdravotní pojištění ve střední a východní Evropě	206
10.4	Zdravotní pojištění ve Spojených státech	209
10.5	Zdravotní pojištění v ostatních státech světa	210
10.6	Porovnávání systémů zdravotního pojištění	215
	Závěr	221
	Rejstřík	225

Předmluva

Nabídku napsat předmluvu ke knize RNDr. Ing. Jiřího Němce, CSc. „Principy zdravotního pojištění“ jsem přijal s velkou radostí, ale i s očekáváním, jaká tato kniha bude.

Znám autora Jiřího Němce pracovní i osobně velmi dobře z 90. let minulého století, kdy on stál v čele Všeobecné zdravotní pojišťovny a já jsem měl tu čest být prezidentem České lékařské komory. Měl jsem možnost být účastníkem a v určité podobě i spoluvůrcem vznikajícího pojišťovnického systému u nás a měl jsem také téměř denní kontakt s vedením VZP a osobně s jejím generálním ředitelem.

Postavení prezidenta České lékařské komory je do jisté míry postavení opoziční proti řediteli pojišťovny, protože prezident komory představuje poskytovatele zdravotních služeb a ředitel pojišťovny jejich plátce. V začátcích našich jednání byla celá řada věcných i odborných střetů, vycházejících z našich rozdílných pozic. Musím však konstatovat, že mne Jiří Němec při všech jednáních imponoval až encyklopedickým rozsahem svých vědomostí v oblasti pojišťovnictví, pojišťovnické matematiky a analýze pojistných systémů a že jsem záhy pochopil, že jeho stanoviska a hájení zájmů pojišťovny nevycházejí z jednoduchého principu platit co nejméně za co nejvíce poskytnuté péče, ale z hluboké analýzy problémů vznikajícího pojišťovnického systému u nás.

Jeho vědomosti a orientace v této problematice přinutily i mne seznámit se s principy a podstatou užívaných systémů pojišťování zdravotní péče a tato edukace představitele poskytovatelů péče pak vedla k tomu, že se naše stanoviska velmi významně sblížila a myslím si, že nám to umožnilo postavit pojišťování léčebné péče na pevné základy, odvrátit proklamované zhroucení systému, ale dokonce i umožnit zajistit privátním lékařům dostatečné příjmy k realizaci jejich praxí a udržet provoz nemocničních zařízení.

Musím zde zmínit ještě jednu věc, která je v dnešní době až neuvěřitelná. Jednali jsme mnohdy třeba i bouřlivě dlouho do noci, když jsme se však na konci jednání na něčem dohodli, aniž by byla napsána jakákoliv smlouva, tato dohoda byla vždy do písmene dodržena.

Jsem přesvědčen o tom, že osoba Jiřího Němce v čele největší české zdravotní pojišťovny byla tou nejlepší volbou, kterou Parlament při jeho jmenování udělal, a já osobně jen lituji, že již v této oblasti nepůsobí.

Tato kniha je jenom dokladem toho, co jsem napsal na začátku. Autor vychází od historického vzniku pojišťovnického systému přes definici současných systémů zdravotního pojištění a pojistných produktů až k analýze jejich funkce. Srovnává jednotlivé pojistné systémy mezi sebou i v jejich časově historickém vývoji, nejen v Evropě a Americe, ale i v Asii, Africe, Austrálii a Novém Zélandu, prostě vše to, co bylo a je ve světě používáno ve zdravotním pojištění, v této knize najdete. Navíc je přidávána analýza pojišťovnického systému České republiky ve srovnání s ostatním světem a vše je demonstrováno celou řadou konkrétních a někdy i úsměvných příkladů.

Problematika analýzy spoluúčasti ve zdravotním pojišťovnickém systému je souhrnná faktografie, kterou bych doporučoval k přečtení každému současnému politikovi, který cítí potřebu se k těmto otázkám vyjadřovat. Analýza systémů zdravotního pojištění v České republice a v ostatních zemích je v závěru knihy kapitolou, jejíž detailní znalost by měla být základní výbavou každého, kdo se chce otázkami zdravotního pojištění u nás zabývat.

Prezentovaná kniha je základní pomůckou pro lékaře zabývající se organizací zdravotnictví, pro ekonomy a pojistné matematiky a, jak jsem již uvedl, měla by být povinnou příručkou v knihovnách politiků, o zdravotnictví rozhodujících.

A ještě jednu věc bych chtěl na závěr vyzdvihnout – analýzu Jiřího Němce, proč ve zdravotnictví a ve zdravotnickém pojištění neexistuje zákon trhu, zákon nabídky a poptávky. Mýtus o vše regulující ruce trhu stále zůstává v naší politice hlavním ideologickým argumentem, aniž by si kdokoliv uvědomoval jeho limitace v této oblasti.

Preji této knize, aby si našla cestu ke všem, kteří budou o dalším vývoji zdravotního pojištění v České republice rozhodovat.

*Doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc.
děkan 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
Praha, duben 2008*

Seznam zkratek

ACG	Adjusted Clinical Groups
ADG	Ambulatory Diagnostic Groups
AP DRG	All Patient DRG
APG	Ambulatory Patients Groups
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
CC	Complications and Comorbidities
DBC	Diagnosis and Treatment Combination
DCG	Diagnostic Cost Group
DALY	Disability Adjusted Life Year
DRG	Diagnostic Related Groups
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IR DRG	International Refined DRG
HL7	Health Level 7
HMO	Health Maintenance Organization
HDP	hrubý domácí produkt
HYE	Healthy Year Equivalent
IBNR	Incurred But Not Reported
LKF	Leistungsorientiertes Krankenhausanstalten Finanzierungssystem
LOS	Length Of Stay
MDC	Major Diagnostic Categories
OLAP	OnLine Analytical Processing
ORL	otorinolaryngologie
PCG	Pharmacy Cost Groups
PIPCDG	Principal Inpatient Diagnostic Cost Groups
PM	Predictive Model
PPP	Purchasing Power Parity
QALY	Quality Adjusted Life Year
RACs	Risk Adjusted Categories
RBNS	Reported But Not Settled
RUG	Resource Utilization Groups
XML	eXtensible Markup Language
WHO	World Health Organization

Úvod

Zdraví jednotlivce určuje nejen celá řada známých faktorů – od vrozených dispozic přes vliv životního prostředí až po výživu – ale také dostupnost zdravotní péče. Onemocnění nebo úrazy jsou většinou nepředvídatelné, stejně jako průběh jejich léčení a s tím spojených výdajů, což však může pro jednotlivce představovat značnou a mnohdy nepřekonatelnou finanční zátěž. Proto pojištění výdajů za zdravotní péči je pro většinu lidí jedním z nejdůležitějších pojištění, ať již je provozuje stát, veřejné instituce nebo komerční pojišťovny.

Kniha se věnuje jak tzv. statutárním systémům zdravotního pojištění, provozovaným na základě zákona a povinným pro všechny občany nebo pro vybrané skupiny populace v určité zemi, tak systémům dobrovolného privátního pojištění. Řada přístupů je společná pro statutární i pro privátní zdravotní pojištění, v mnohém se však oba typy zdravotního pojištění, jak ostatně ukazuje i tato kniha, odlišují. V žádném případě však nelze tvrdit, že právě jeden typ pojištění je to pravé. Oba typy zdravotního pojištění mají v moderní společnosti svoje místo, vzájemně se ovlivňují a přebírají navzájem osvědčené postupy. Statutární zdravotní pojištění je naprosto dominantním plátcem zdravotní péče ve všech evropských zemích a ve většině vyspělých neevropských zemí. Pokud pro některé skupiny obyvatelstva je základem pojistného krytí privátní zdravotní pojištění, pak je obvykle tak silně státem regulováno, že se příliš od statutárního zdravotního pojištění neliší. Příklady takového vývoje z nedávné doby můžeme vidět například ve Švýcarsku, Německu nebo Holandsku. I v baště privátního zdravotního pojištění – ve Spojených státech – se o podobné transformaci privátního zdravotního pojištění diskutuje v odborných i politických kruzích.

Na druhé straně se i statutární systémy zdravotního pojištění mění a jedním z hlavních témat v posledních letech je možnost využití určitých forem konkurence, známých spíše z oblasti privátního zdravotního pojištění, pro zefektivnění jejich fungování. Nevýraznějším rozdílem mezi statutárním a privátním zdravotním pojištěním je tedy spíše jen míra dobrovolnosti jednotlivce si takové pojištění sjednat. Méně zřetelnou, nicméně velmi

významnou je rozdílnost vyjednávací pozice statutárního a privátního zdravotního pojištění vůči poskytovatelům zdravotní péče. Statutární zdravotní pojištění obecně, ať už z hlediska své finanční síly, svého zákonného zakotvení nebo své sociální úlohy, ve srovnání s privátním zdravotním pojištěním významněji zasahuje do cenotvorby poskytovatelů zdravotní péče a mnohdy i do samotného léčebného procesu.

Kniha je určena pro všechny, kteří se chtějí dozvědět více o zdravotním pojištění, především však pro odborné pracovníky pojišťoven, státní a veřejné správy a pro pracovníky zdravotnických zařízení. Je rozdělena do deseti kapitol, které čtenáře seznamují postupně se nejdůležitějšími aspekty zdravotního pojištění.

V první kapitole se seznámíme s historickým vývojem zdravotního pojištění a s podněty, které nejvíce přispěly k jeho rozvoji.

Druhá kapitola se zabývá typologií zdravotního pojištění, uvádí základní modely statutárních systémů zdravotního pojištění a seznamuje čtenáře s charakteristikou jednotlivých typů privátního zdravotního pojištění.

V třetí kapitole se zaměříme na produkty zdravotního pojištění jak ve statutárním, tak privátním zdravotním pojištění. Řekneme si, co všechno zahrnují a podle jakých principů jsou konstruovány. Budeme se také zabývat otázkou hodnocení efektivnosti zdravotní péče, které zejména v oblasti statutárního zdravotního pojištění bude stále více nabývat na důležitosti.

Čtvrtá kapitola je věnována přístupům ke stanovení pojistného ve zdravotním pojištění. Na příkladech si ukážeme výpočetní postupy stanovení pojistného pro jeho různé typy, od komunitního pojistného, pojistného podle rizikových tříd až po pojistné pro dlouhodobá zdravotní pojištění. Ukážeme si, jak se v pojistném promítají správné náklady zdravotních pojišťoven a jak je třeba ve výši pojistného zohlednit náhodné výkyvy ve výdajích na zdravotní péči. Ukážeme si rovněž, jakým způsobem se určují pojistné sazby ve statutárních systémech zdravotního pojištění.

Pátá kapitola představuje určitý teoretický úvod pro kapitoly následující. Věnuje se nejčastěji používaným klasifikačním systémům ve zdravotním pojištění, které používají zdravotní pojišťovny pro úhradu zdravotní péče nebo pro přerozdělování finančních prostředků mezi zdravotními pojišťovnami působícími zejména ve statutárních systémech zdravotního pojištění.

Šestá kapitola se věnuje výdajové stránce zdravotního pojištění. Uvádí základní mechanismy pro úhradu zdravotní péče a na příkladech seznamuje čtenáře s výpočtem základních parametrů úhradových mechanismů. K výdajové části zdravotního pojištění patří i otázky spoluúčasti pacientů na úhradě zdravotní péče, metody omezování výdajů na zdravotní péči a kontrola těchto výdajů ze strany zdravotních pojišťoven. I těmito otázkami se zabývá šestá kapitola.

V sedmé kapitole se zaměříme na zdravotní pojišťovny jako nositele statutárního nebo privátního zdravotního pojištění. Kromě jejich typologie se budeme zabývat otázkami přerozdělování finančních prostředků mezi zdravotními pojišťovnami a otázkami souvisejícími s jejich informačními systémy.

Osmá a devátá kapitola nahlíží hlouběji do ekonomiky zdravotního pojištění. V osmé kapitole si řekneme, jakým způsobem se vytváří rezervy ve zdravotním pojištění a na příkladech si ukážeme, jak se vypočte jejich výše. V deváté kapitole se budeme zabývat zajištěním ve zdravotním pojištění.

Poslední kapitola stručně popisuje systémy zdravotního pojištění jak v České republice, tak v zahraničí a uvádí i některé přístupy k jejich porovnávání.

Doufám, že kniha poskytne čtenáři dostatek informací o oboru zdravotního pojištění a pomůže mu orientovat se v nepřetržitě probíhající diskuzích o reformách financování a poskytování zdravotní péče, které zdaleka neprobíhají jen v České republice. Autor bude velmi vděčen za jakékoliv připomínky, postřehy nebo komentáře, které prosím zašlete na adresu jirname@volny.cz.

Jiří Němec, duben 2008

1 Historický vývoj zdravotního pojištění

Prvopočátky dnešního sociálního zdravotního pojištění lze vystopovat již v cechovních zajišťovacích spolcích ve středověku. Rozmach průmyslové výroby a s ním spojený nárůst sociálně slabé dělnické třídy v 19. století vedl ke zřizování různých příspěvkových fondů, jak zaměstnavateli, tak komunitami, které doplňovaly činnost charitativních organizací při pomoci chudým. Zpočátku bylo nejvyšší prioritou pojištění proti ztrátě příjmu, tj. nemocenské pojištění, ale postupně s rozvojem medicíny se k nemocenskému pojištění přidávalo pojištění zdravotní pro krytí výdajů na zdravotní péči.

První povinné zdravotní pojištění bylo zavedeno v roce 1849 v Prusku pro horníky. Povinnost platit toto pojištění se vztahovala na zaměstnance i zaměstnavatele. Od této doby začala v Německu vznikat celá řada podnikových i místních nemocenských pojišťoven. V roce 1881 německý císař Vilém II. vydal dokument k zavedení sociálního pojištění, který byl podnětem pro zákon o povinném zdravotním pojištění pro zaměstnané dělníky, schválený německým parlamentem v roce 1883. Tento zákon byl do jisté míry výsledkem kompromisu s původním návrhem kancléře Bismarcka, který navrhoval zřízení systému národní zdravotní služby. Vzhledem k tomu, že tento návrh byl liberálními členy parlamentu a provinčními vládami odmítnut, přišel Bismarck nakonec s návrhem, který byl založen na existujících zaměstnaneckých fondech, vznikajících místních pojišťovnách a svobodných vzájemných pojišťovnách. Příspěvky na pojištění platil ze dvou třetin zaměstnavatel a z jedné třetiny zaměstnanec. Zahrnutí rodinných příslušníků do pojištění zaměstnance nebylo povinné, ale v závislosti na stanovení sazeb pojistného bylo u řady zdravotních pojišťoven možné. Pojištěný zaměstnanec měl nárok na bezplatné ošetření u lékaře, na léky a od třetího dne nemoci i na nemocenské dávky.

Již v roce 1886 byl podobný zákon přijat i v tehdejší Rakousku-Uhersku, a to dokonce ještě s širší působností než v Německu. Zákon se postupně vztahoval na všechny zaměstnané osoby a později i částečně na živnost-

níky. Ještě v roce 1887 byl v Rakousku-Uhersku přijat zákon o úrazovém pojištění. Podobná legislativa na přelomu 19. a 20. století vznikala v celé řadě dalších evropských zemí, například v Dánsku v roce 1892, ve Velké Británii bylo statutární zdravotní pojištění uzákoněno v roce 1911, ale třeba ve Francii až v roce 1928. Kritéria povinného zdravotního pojištění byla dvojí, buď podle zaměstnání, jako například v Německu, nebo podle výše příjmu – jako ve Velké Británii. V řadě zemí však zdravotní pojištění dlouho uzákoněno nebylo a pojistná ochrana byla naprosto dobrovolná, jako tomu bylo například v Holandsku. Odhaduje se však, že dvě třetiny Holanďanů byly na konci 19. století dobrovolně zdravotně pojištěny v celé řadě menších fondů.

Konec 19. století byl i dobou vstupu komerčních pojišťoven do oblasti zdravotního pojištění. Stalo se tak v souvislosti s legislativou, která byla v té době přijata v řadě evropských zemích i ve Spojených státech a která stanovovala, že pracovní úraz je rizikem zaměstnavatele. Komerční pojišťovny začaly zaměstnavatelům nabízet produkty pojišťující toto riziko. Vedle výplaty invalidních dávek nebo odškodnění pozůstalým se pojištění vztahovalo i na léčebné výlohy.

Další vývoj pokračuje od poloviny 20. století, kdy řada západoevropských zemí nahrazuje systém statutárního pojištění, zajišťovaný samosprávnými fondy, národní zdravotní službou. Stalo se tak zejména ve Velké Británii (v roce 1948), Dánsku (1968), Itálii (1978), Portugalsku (1979), Řecku (jen částečně v 1983) a Španělsku (1985). Cílem této transformace bylo rozšíření pojistné ochrany na celou populaci a větší rovnost přístupu ke zdravotní péči. Ne vždy se však těchto cílů dosáhlo. V jiných zemích zůstal systém statutárního zdravotního pojištění, založený na samosprávných pojišťovnách, zachován a jeho působnost se rozšířila na celou populaci, například v Belgii (1963) a ve Francii (1945). Současně došlo ke konsolidaci nositelů takového statutárního zdravotního pojištění, jako například v již zmíněné Francii vznikla jediná Sécurité Sociale pro poskytování statutárního pojištění a dosud aktivní samosprávné vzájemné fondy se přesunuly do oblasti zdravotního připojištění.

Vůbec první zemí s tržní ekonomikou, která rozšířila pojistnou ochranu na celou populaci, byl Nový Zéland v roce 1939. V Asii byl systém sociálního zdravotního pojištění zaveden nejprve v Japonsku v roce 1922

a vztahoval se zpočátku pouze na zaměstnané osoby. V zemích Jižní Ameriky byla průkopníkem Chile v roce 1924, původně však tento systém zahrnoval jen asi 15% obyvatelstva.

V zemích bývalého socialistického bloku byl většinou systém samosprávných zdravotních pojišťoven nahrazen tzv. Semaškovým modelem naprosto zestátněného poskytování zdravotní péče a taktéž státem zajištěného pojistného krytí.

Velmi zajímavá je role lékařských organizací v historii celého vývoje zdravotního pojištění. Působily zde dvě protichůdné tendence. Lékaři na jedné straně rozšiřování statutární pojistné ochrany vítali kvůli rozšíření okruhu pacientů, na druhé straně velmi nelibě nesli vměšování jakéhokoliv nelékařského prostředníka do svého vztahu s pacienty. Výsledkem toho bylo zablokování vývoje směřujícího k systému statutárního zdravotního pojištění v některých zemích, jako například ve Spojených státech, kde první formy statutárního pojistného krytí v programech Medicare a Medicaid vznikly až v šedesátých letech 20. století. Výsledkem kompromisu s lékařskými organizacemi je i podoba Národní zdravotní služby ve Velké Británii nebo vznik samosprávného Sdružení pokladenských lékařů (*Kassenärztliche Vereinigung*) v Německu jako prostředníka mezi samostatně praktikujícím lékařem a zdravotní pojišťovnou.

2 Systémy zdravotního pojištění a jejich charakteristika

Zdroje úhrady zdravotní péče jsou různé. Mohou to být přímé platby pacientů, mohou to být charitativní zdroje nebo prostředky z účelového zdravotního spojení. Ve většině vyspělejších států však převažují zdroje založené na sdílení rizika – ať už z pojistných, vládních či jiných veřejných fondů.

Sdílení rizika je základním principem pojištění. Na základě relativně malé a předem určené platby umožňuje se vyhnout relativně velkým výdajům spojeným s nepředvídatelnou událostí. Pojišťují se jen tzv. čistá rizika. Takové riziko je náhodné, neúmyslné a neplyne z něj žádný finanční risk. Tím se čisté riziko odlišuje od spekulativního rizika, jako například nakupování akcií.

Lidé mohou používat různé přístupy řízení rizika spojeného s potřebou zdravotní péče. Mohou se vyhýbat rizikovým situacím, například neprovázovat sporty s vyšší pravděpodobností úrazu, mohou snížit riziko vhodnou prevencí, například zdravým životním stylem, mohou se smířit s tím, že ponесou plné finanční důsledky rizika. Mohou však i svoje riziko přenést na jiný subjekt a pořídit si zdravotní pojištění nebo se mohou spolehnout na stát, což je taktéž určitá forma zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění jim umožňuje vyhnout se přímým výdajům na zdravotní péči. Do zdravotního pojištění nezahrnujeme další rizika spojená s potřebou zdravotní péče, například ztrátu výdělků při pracovní neschopnosti. Takové riziko je předmětem nemocenského pojištění, i když často oba druhy pojištění nabízí jeden nositel – nemocenská či zdravotní pojišťovna.

Rozlišujeme dva základní typy zdravotního pojištění podle míry dobrovolnosti účasti: statutární a privátní.

Statutární zdravotní pojištění je na základě zákona povinné pro všechny občany v dané zemi nebo je povinné alespoň pro určité skupiny obyvatelstva. Skupiny obyvatelstva povinně se účastníci statutárního zdravotního pojištění mohou být vymezeny svým zaměstnaneckým statutem (například statutární zdravotní pojištění může být povinné jen pro zaměst-

nance), výši svého příjmu nebo věkem – jako v americkém federálním programu Medicare pro osoby starší 65 let. Za statutární zdravotní pojištění budeme považovat i národní zdravotní služby provozované státem a poskytující zdravotní služby univerzálně všem občanům.

Privátní zdravotní pojištění je naopak dobrovolné. Jeho účastníkem se stává osoba z vlastního rozhodnutí. Může jít o osoby nespádající pod statutární zdravotní pojištění nebo osoby, které sice jsou účastníky ve statutárním systému zdravotního pojištění, ale z různých důvodů chtějí zvýšit svoji pojistnou ochranu některou z forem tzv. **komplementárního zdravotního pojištění**.

Je třeba zdůraznit, že rozdělení zdravotního pojištění na statutární a privátní nezávisí ani na způsobu stanovení pojistného, ani na statutu organizací, které zdravotní pojištění provozují, ale jen na tom, zda účast v něm je povinná nebo dobrovolná. Statutární zdravotní pojištění mohou provozovat jak veřejné, tak privátní subjekty a stejně je tomu tak i v oblasti privátního zdravotního pojištění. V některých zemích, například ve Švýcarsku, Holandsku a Německu, proběhly v posledních letech reformy, které v podstatě dřívější privátní zdravotní pojištění transformují na určitou formu statutárního zdravotního pojištění s povinnou účastí a se silnou regulací nabízených pojistných produktů, včetně omezení možnosti stanovovat pojistné na základě individuálního rizika pojištěnce. Na druhé straně do statutárních systémů zdravotního pojištění proniká celá řada instrumentů, dříve používaných výlučně v privátním zdravotním pojištění.

Existuje ještě třetí kategorie zdravotního pojištění a tím je dobrovolná účast osob ve statutárním pojištění. Jde o osoby vyjmuté ze statutárního zdravotního pojištění, které se však pro něj rozhodly především z důvodu finanční výhodnosti. Například v Německu mohou osoby, které dosáhly určité příjmové hranice, vystoupit z tzv. zákonného zdravotního pojištění (*Gesetzversicherung*) a mohou se pojistit privátně, nebo mohou v systému zákonného pojištění zůstat, což tak i dvě třetiny oprávněných osob činí.

Dalším kritériem pro klasifikaci zdravotního pojištění je to, zda riziko potřeby zdravotní péče se hodnotí podle individuálních atributů pojištěnce nebo na základě příslušnosti pojištěnce k určité skupině, například zaměstnanců jednoho zaměstnavatele, jednoho zaměstnavatelského svazu, členům jedné odborové centrály nebo jedné skupině státních zaměstnan-

ců. Pokud se riziko hodnotí na základě individuálních atributů pojištěnce, mluvíme o **individuálním zdravotním pojištění**. Pokud naopak riziko hodnotíme pro jasně vymezenou skupinu pojištěnců, mluvíme o **skupinovém zdravotním pojištění**. Přitom i v rámci skupinového pojištění se mohou pojištěnci pojišťovat jednotlivě a dobrovolně na základě podmínek skupinového pojistného kontraktu uzavřeného mezi zdravotní pojišťovnou a například zaměstnavatelem.

Při individuálním pojištění se zdravotní pojišťovny snaží dosáhnout akceptovatelného rizika stanovením pojistného odpovídajícího riziku každého individuálního pojištěnce, popřípadě eliminací osob s velmi vysokým rizikem potřeby zdravotní péče z pojistného kmene. Při skupinovém zdravotním pojištění se zdravotní pojišťovna snaží dosáhnout akceptovatelného rizika potřeby zdravotní péče v rámci každé pojišťované skupiny. K tomu směřuje řada zásad při formování skupinových pojištění, jako je například počet osob krytých skupinovou pojistkou, který by měl tvořit alespoň určité procento z osob cílové skupiny, například zaměstnanců jednoho zaměstnavatele. V rámci skupinové pojistky je omezena možnost výběru pojistného krytí, skupina nesmí být zformována za účelem uzavření skupinové pojistky atd. Privátní skupinové pojištění je zejména rozšířeno ve Spojených státech, kde představuje základní formu pojistného krytí pro zaměstnané osoby. Všechny formy statutárního zdravotního pojištění lze v zásadě považovat také za skupinové pojištění.

2.1 Modely statutárního zdravotního pojištění

Modely statutárního zdravotního pojištění se v jednotlivých zemích od sebe liší, nicméně lze přes všechny rozdíly rozlišit dva jeho základní modely – Beveridgeův a Bismarckův.

Beveridgeův model je model zdravotnictví financovaný ze všeobecných daní, jehož typickým představitelem je národní zdravotní služba (*National Health Service*) ve Velké Británii. Tento model se vyznačuje univerzálním pojistným krytím populace s poskytováním zdravotní péče ve veřejných zdravotnických zařízeních nebo u smluvně vázaných poskytovatelů zdravotní péče s různou vlastnickou formou. Financování zdravotnických zaří-

zení je úlohou specializovaných úřadů při státní správě nebo regionální či municipální samosprávě, které zdravotnická zařízení současně provozují nebo se zdravotnickými zařízeními uzavírají smlouvy o poskytování zdravotní péče pro obyvatelstvo na vymezeném území.

Za krajní formu Beveridgeova modelu lze považovat **Semaškův model** financování a poskytování zdravotní péče v bývalých socialistických státech, který se vyznačoval úplným postátněním správy, financování i poskytování zdravotní péče. Za formu modelu Beveridge je možné považovat i **Douglésův model** národního zdravotního pojištění, který se používá v Kanadě a Austrálii a rovněž je založen na daňových příjmech, přičemž federální stát dotuje jednotlivé provincie, které zodpovídají za financování a poskytování zdravotní péče obyvatelstvu na svém území.

Odlíšným je však **Bismarckův model**, což je model sociálního zdravotního pojištění, financovaný z povinných odvodů pojistného z příjmů pojištěnců a provozovaný samosprávnými zdravotními pojišťovnami. Výše pojistného je obvykle stanovena s ohledem na velikost příjmu pojištěnce. Poskytovatelé zdravotní péče jsou smluvně vázáni na zdravotní pojišťovny nebo mají ze zákona právo zdravotním pojišťovnám zdravotní péči poskytnutou jejich pojištěncům účtovat, jak je tomu například ve Francii.

Tab. 1 shrnuje základní charakteristiky jednotlivých modelů statutárního zdravotního pojištění ve srovnání s modelem založeným jen na dobrovolném privátním pojištění. Je třeba zdůraznit, že uvedené modely se málokdy vyskytují v čisté podobě. Spíše je pravidlem, že zdravotnický systém zahrnuje kromě jednoho dominantního modelu i charakteristické rysy modelů ostatních.

Tab. 2.1: Charakteristiky modelů statutárního zdravotního pojištění

	<i>Bismarckův model</i>	<i>Beveridgeův model</i>	<i>Semaškův model</i>	<i>Model privátního pojištění</i>
Financování	příspěvky zaměstnavatelů a pojištěnců	daně, státní nebo municipální rozpočet	státní rozpočet	pojistné privátního pojištění
Řízení	samospráva ze zástupců zaměstnavatelů a pojištěnců	stát a jeho úřady	centrální vláda, ministerstvo zdravotnictví	privátní organizace–pojišťovny
Rozhodování o právech a povinnostech	zdravotní pojišťovny v rámci svých zákonných kompetencí	stát a jeho úřady	centrální vláda	práva nejsou zaručena, záleží na vztahu nabídky a poptávky
Pojistné pokrytí obyvatelstva	veškeré obyvatelstvo s možnými výjimkami	veškeré obyvatelstvo	veškeré obyvatelstvo	svobodné rozhodnutí jednotlivce
Solidarita	určená konstrukcí pojistného	určená daňovým systémem	určená daňovým systémem	neexistuje nebo velmi omezená
Plánování sítě	stát a zdravotní pojišťovny	stát	stát	neexistuje

Ve všech uvedených modelech hraje nezastupitelnou úlohu stát. Buď přímo statutární zdravotní pojištění provozuje, silně reguluje nebo částečně dotuje. I v systémech založených na modelech privátního zdravotního pojištění je patrná silná regulativní úloha státu. V evropských zemích je zdravotní péče financována především ze zdrojů statutárního zdravotního pojištění, které pokrývají zhruba tři čtvrtiny výdajů na zdravotní péči.

2.2 Typy privátního zdravotního pojištění

Charakteristickým rysem privátního zdravotního pojištění je jeho dobrovolnost. S výjimkou Spojených států, kde je model pojistného krytí populace založen převážně na privátním zdravotním pojištění, a Švýcarska, do jeho reformy zdravotního pojištění v roce 1996, je privátní zdravotní pojiš-

tění ve vyspělých zemích jen určitým doplňkem ke statutárním systémům zdravotního pojištění. Z tohoto důvodu se často různé formy privátního zdravotního pojištění označují souhrnně jako komplementární zdravotní pojištění nebo též zdravotní připojištění.

Komplementární zdravotní pojištění nabízí občanům možnost se dobrovolně pojistit podle svých vlastních preferencí nad rámec pojistného krytí statutárních systémů. Jejich význam spočívá zejména v naplnění práva občanů na vlastní výběr své budoucnosti a současně zvyšují míru pojistné ochrany obyvatelstva nad rámec ochrany statutárních systémů zdravotního pojištění. Od statutárních systémů nelze očekávat, že každému občanovi poskytnou pojistnou ochranu podle všech jeho potřeb a současně podle jeho možností platit pojistné.

Vedle pozitivních efektů však tyto komplementární systémy mohou vykazovat i nepříznivé dopady do systémů statutárního zdravotního pojištění. Může se například jednat o tzv. „sbírání smetany“, což je získávání méně rizikových osob do komplementárního systému a přenechávání rizikových osob systému statutárního zdravotního pojištění. Komplementární zdravotní připojištění může přispívat k inflaci cen zdravotní péče nebo k nadužívání zdravotní péče i v rámci statutárního systému například tím, že pokrývá spoluúčast pojištěnců ve statutární systému, která má omezovat nadužívání zdravotní péče pojištěnci.

V zásadě lze rozlišit následující čtyři typy komplementárního systému zdravotního pojištění, a to na základě charakteristik statutárního zdravotního pojištění, který doplňují.

Náhradní (substituční) zdravotní pojištění reaguje na neúplné pokrytí obyvatelstva statutárním zdravotním pojištěním. Může jít o případy, kdy statutární systém zdravotního pojištění nepokrývá osoby s vyšším příjmem, jako například v Německu a do roku 2006 i v Holandsku, nebo nepokrývá osoby s určitou profesí, jako například některá svobodná povolání v Rakousku. Tyto osoby se pak mohou pojistit dobrovolně a komplementární zdravotní pojištění vlastně nahrazuje pojištění statutární.

Doplňkové zdravotní pojištění resp. připojištění vyplňuje mezery v rozsahu služeb krytých statutárním zdravotním pojištěním. Umožňuje pojistit se na služby zdravotní péče, které jsou zcela vyloučeny z pojistného krytí

v rámci statutárního zdravotního pojištění, jako může být například stomatologická péče, léky nezařazené do seznamu hrazených léků apod.

Zbytkové (reziduální) zdravotní pojištění resp. připojištění je reakcí na nedostatečnou výši pojistného krytí statutárního systému zdravotního pojištění. Jeho cílem je krytí spoluúčasti pojištěnců v systémech statutárního zdravotního pojištění, zejména spoluúčasti zavedené s cílem získání dalšího zdroje financování zdravotních služeb.

Alternativní zdravotní pojištění vychází vstříc nespokojenosti s poskytováním služeb hrazených statutárním zdravotním pojištěním. Umožňuje pojistit se na služby poskytované alternativními poskytovateli zdravotní péče (obvykle privátními) v případě omezených kapacit kontrahovaných v rámci systému statutárního zdravotního pojištění nebo pojistit se na vyšší standard služeb u poskytovatelů působících v rámci statutárních systémů, jako je například vyšší standard ubytování v nemocničních zařízeních.

Míru rozvoje jednotlivých druhů komplementárního pojištění určují především parametry statutárního zdravotního pojištění v té či oné zemi. Velký význam mají i kulturní zvyklosti, například v Řecku statutární systém zdravotního pojištění poskytuje značný prostor pro doplňkové zdravotní připojištění, který však zůstává nevyužit pro řecký zvyk u lékaře vždy zaplatit.

Pokud neexistuje možnost vystoupení ze statutárního systému, pak v dané zemi nemá smysl substituční zdravotní pojištění. Naopak v zemích, kde vystoupit ze statutárního systému lze, například v Německu a Holandsku, je substituční zdravotní pojištění z hlediska objemu vybraného pojistného převažujícím typem komplementárního zdravotního pojištění. Je však třeba dodat, že právě v těchto zemích v poslední době došlo k významné legislativní úpravě, která substituční zdravotní pojištění velmi přibližuje ke statutárnímu pojištění. Zavádí se zde například povinnost nabízet v rámci substitučního zdravotního pojištění pojistný produkt, jehož pojistné není závislé na individuálním riziku pojištěnce a který v rozsahu pojistného krytí je srovnatelný se statutárním zdravotním pojištěním.

V tab. 2.2 jsou uvedeny základní charakteristiky pojistných produktů v rámci komplementárních systémů zdravotního pojištění ve vybraných evropských zemích.

Tab. 2.2: *Služby kryté komplementárním pojištěním ve vybraných evropských zemích (zdroj: Mossialos, 2004)*

<i>Země</i>	<i>Doplňkové pojištění</i>	<i>Reziduální pojištění</i>	<i>Alternativní pojištění</i>
Rakousko	alternativní způsoby léčení	poplatek za den pobytu v nemocnici	samostatný pokoj ve veřejné nemocnici
Dánsko	stomatologická péče, fyzioterapie	doplatek na léky	pobyt v privátní nemocnici
Francie	stomatologická péče, zdravotnické pomůcky, oftalmologická péče	spoluúčast na úhradě zdravotnických služeb	samostatný pokoj ve veřejné nemocnici, rychlejší přístup ke specialistům
Německo	stomatologická péče		samostatný pokoj ve veřejné nemocnici, výběr specialisty
Irsko	úhrada vybrané ambulantní péče		pobyt v privátní nemocnici, samostatný pokoj ve veřejné nemocnici
Holandsko	stomatologická péče pro dospělé, kosmetická chirurgie, péče v mateřství, zdravotnické pomůcky, brýle	spoluúčast na úhradě ambulantních služeb	rychlejší přístup k akutní i dlouhodobé péči
Velká Británie	stomatologická péče, alternativní způsoby léčení		pobyt v privátní nemocnici, samostatný pokoj ve veřejné nemocnici, rychlejší přístup ke specialistům
Slovinsko		spoluúčast na úhradě zdravotnických služeb	

V tab. 2.3 je pro vybrané evropské země uveden podíl obyvatelstva s komplementárním zdravotním pojištěním a podíl privátního pojištění na celkových výdajích na zdravotnictví. Kromě Slovinska zde nejsou zastoupeny žádné další bývalé socialistické země, protože podíl privátního pojištění je v těchto zemích zanedbatelný.