

Univerzita Karlova v Praze  
Právnická fakulta

## Diplomová práce

24. listopadu 2016

Barbora Nožičková

Univerzita Karlova v Praze  
Právnická fakulta

**Komparace systémů zdravotního pojištění  
v České Republice, Spolkové Republice Německo,  
Švýcarsku a Nizozemí**

Vypracovala: Barbora Nožičková

Vedoucí diplomové práce: JUDr. Kristina Koldinská

Ročník 5., magisterské prezenční studium

Studijní obor: právo a právní věda

Termín zadání práce: listopad 2015

Termín odevzdání práce: listopad 2016

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci vypracovala samostatně, všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 24. listopadu 2016  
Nožičková

Barbora

Tímto bych chtěla poděkovat JUDr. Kristině Koldinské, Ph.D. za odbornou pomoc a konzultace při zpracování této práce.

## OBSAH

ÚVOD .....	7
I. ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY .....	9
A. ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY ZALOŽENÉ NA VŠEOBECNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ .....	10
B. ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY ZALOŽENÉ NA SOUKROMÉM POJIŠTĚNÍ .....	13
C. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM .....	11
D. LIBERALISTICKÝ ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM .....	12
E. POROVNÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ .....	14
II. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ .....	16
III. CHARAKTERISTIKA SYSTÉMU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ .....	18
A. CHARAKTERISTIKA SYSTÉMU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE .....	19
B. CHARAKTERISTIKA SYSTÉMU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ VE SPOLKOVÉ REPUBLICE NĚMECKO .....	20
C. CHARAKTERISTIKA SYSTÉMU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ VE ŠVÝCARSKU .....	23
D. CHARAKTERISTIKA SYSTÉMU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V NIZOZEMÍ .....	26
IV. OSOBNÍ A VĚCNÝ ROZSAH ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ .....	28
A. ČESKÁ REPUBLIKA .....	28
1. <i>Osobní rozsah zdravotního pojištění</i> .....	28
2. <i>Věcný rozsah zdravotního pojištění</i> .....	30
B. SPOLKOVÁ REPUBLIKA NĚMECKO .....	31
1. <i>Osobní rozsah zdravotního pojištění</i> .....	31
2. <i>Věcný rozsah zdravotního pojištění</i> .....	32
C. ŠVÝCARSKO .....	33
1. <i>Osobní rozsah zdravotního pojištění</i> .....	33
2. <i>Věcný rozsah zdravotního pojištění</i> .....	33
D. NIZOZEMÍ .....	34
1. <i>Osobní rozsah zdravotního pojištění</i> .....	34
2. <i>Věcný rozsah zdravotního pojištění</i> .....	35
V. INSTITUCIONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ .....	36
A. ČESKÁ REPUBLIKA .....	37
1. <i>Zdravotní pojišťovny</i> .....	37
2. <i>Financování zdravotního pojištění</i> .....	39
B. SPOLKOVÁ REPUBLIKA NĚMECKO .....	43

1.	<i>Zdravotní pojišťovny</i> .....	43
2.	<i>Financování zdravotního pojištění</i> .....	46
C.	ŠVÝCARSKO .....	50
1.	<i>Zdravotní pojišťovny</i> .....	50
2.	<i>Financování zdravotního pojištění</i> .....	51
D.	NIZOZEMÍ .....	56
1.	<i>Zdravotní pojišťovny</i> .....	56
2.	<i>Financování zdravotního pojištění</i> .....	57
VI.	POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE .....	59
A.	POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE .....	59
B.	POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE VE SPOLKOVÉ REPUBLICE NĚMECKO .....	60
C.	POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE VE ŠVÝCARSKU .....	62
D.	POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE V NIZOZEMÍ .....	64
VII.	KOMPARACE SYSTÉMŮ SE ZAMĚŘENÍM NA MOŽNÉ REFORMNÍ KROKY .....	65
	ZÁVĚR .....	74

„Nad kolébkou zdravotnictví se sešly tři sudičky. První pravila: „Budiž kvalitní“, druhá mu přála: „Budiž dostupné“ a třetí mu dala do vínku bezplatnost. Avšak sudičky byly čtyři. A čtvrtá, zlá sudička, rozzlobená, že ji jako obvykle nepozvali, se pojednou u kolébky zjevila. Nemohla už zrušit to, co předchozí sudičky přisoudily. A tak vyřkla: „Staniž se, aby tyto tři vlastnosti nikdy nemohly platit najednou.“ A tak se stalo – kvalitní a bezplatné zdravotnictví není všem přístupné, kvalitní a dostupné nemůže být bezplatné, dostupné a bezplatné nemůže být kvalitní.”<sup>1</sup>

## Úvod

Diplomová práce se zaměřuje na porovnání systémů zdravotního pojištění ve vybraných zemích – České Republice, Německu, Nizozemí a Švýcarsku. Jejím cílem je vyhodnotit výhody a nevýhody jednotlivých systémů vzhledem k současnému stavu zdravotnictví. Ačkoliv se jedná o země Západní Evropy, které jsou známé společnou nadnárodní regulací téměř všech odvětví od průmyslu až po kulturu, je s podivem, že právě zdravotnictví, které představuje velice široké odvětví, do kterého je ročně investováno značné množství peněz, je regulováno pouze v národním měřítku. Z toho nelze než usuzovat, že dosud nebyl objeven žádný ideální způsob řízení zdravotnické péče, který by se dal univerzálně aplikovat. Nicméně se zvyšující se kvalitou a rozvojem nových technologií závratně stoupají finanční nároky na udržení zdravotnictví, a proto dochází k neustálým změnám a reformním pokusům v jednotlivých systémech.<sup>2</sup>

Reforma českého zdravotnictví je neustále diskutovaným tématem a o její nezbytnosti není sporu. Nová radikální řešení nejsou vždy vítána a jejich uplatnění v praxi

---

<sup>1</sup>*Ekonomika pro obchodní akademie 2, Ing. Petr Klínský, Ing. Otto Münch, str. 21*

<sup>2</sup>*Zdravotní pojištění, Ing. Antonín Daněk, Mgr. Jiří Glet., Linde 2003, str. 7-11, 81-89*

většinou vede k větší škodě, než jak tomu bylo za stavu předešlého. Proto je vhodnější inspirovat se systémy vybraných zemí s ohledem na jejich společenský a historický vývoj a vyhodnotit, jak by se daly dílčími kroky aplikovat v českém prostředí za stávajících podmínek. Porovnání jednotlivých systémů zdravotnictví poskytuje dostatek podnětů a inspirací, které lze zahrnout do připravované reformy zdravotnictví v České Republice. Nevýhodou tohoto přístupu je, že dochází k vytržení jednotlivých reformních kroků daných zemí z kontextu historického a politického pozadí, na kterém vznikaly, kterému byly přizpůsobeny, a které mohou význam stejného opatření výrazně modifikovat. Navíc zavedení stejného opatření může sledovat různé cíle a vždy závisí na konkrétních detailech a implementaci daného opatření do praxe.<sup>3</sup>

Ve své práci se zaměřím po obecném úvodu do zdravotnických systémů na systém společný všem čtyřem vybraným státům a to na systém založený na zdravotním pojištění. Každý ze států podrobím detailnější analýze tří základních subjektů právního vztahu zdravotního pojištění, kterými jsou zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotní péče a pojištěné osoby a to ke dni dokončení diplomové práce 24. listopadu 2016.

---

<sup>3</sup> *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání, Křížová, E.: Dvořák, Šebek, 1998, str. 48-79*

# I. Zdravotnické systémy

Zdravotnický systém je definován dle K. Pustelníka jako „Odvětví národního hospodářství, které produkuje zdravotnické služby, je subsystémem systému péče o zdraví a představuje soustavu specifických zařízení a institucí pro poskytování zdravotnické péče.“<sup>4</sup> Cílem zdravotnického systému je podpora zdraví. Zdraví je dle Světové zdravotnické organizace WHO definováno jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, který je výsledkem souladu ve vzájemném působení organismu. Mezi determinanty ovlivňující zdraví patří především z 20% genetické faktory, 50% životní styl, 20% vliv životního prostředí a 15% zdravotní péče. Zdravotnictví má na zdraví menší vliv než životní styl, proto by měl být kladen důraz především na primární prevenci v rámci ochrany zdraví.<sup>5</sup>

Zdravotnický systém má tři navzájem propojené strany:

- Pacienta neboli příjemce zdravotnických služeb
- Lékaře a zdravotnická zařízení coby poskytovatele zdravotnických služeb
- Zdravotní pojišťovny, které financují poskytovanou zdravotní péči

Každá ze stran má v systému svoji nezaměnitelnou roli. Do konce devatenáctého století byl systém založen pouze na vztahu dvoustranném, tedy přímo pacienta a lékaře, kdy vše bylo placeno přímou úhradou za poskytnutou službu. Jednalo se o klasický tržní princip, kdy si pacient od lékaře kupuje službu podobně, jako kdyby šel ke kadeřníkovi. Pacient si lékaře vybírá, čímž panuje vysoká konkurence mezi lékaři a zvyšují se požadavky na služby. Pakliže je služba splněna dle jeho očekávání, zaplatí. Dnes se však toto tržní pojetí poskytování zdravotnické péče jako služby vytrácí a pacient coby zákazník ztrácí ponětí, kolik stojí jemu poskytnutá péče. V rámci rozvoje sociální solidarity a zakotvení práva na ochranu zdraví jako práva základního bylo nutné rozšířit

---

<sup>4</sup> Úvod do studia zdravotnických systémů, Pustelník, K., str. 7, str. 44-49

<sup>5</sup> Ekonomika zdraví, Durdisová, J., str.91

poskytování zdravotní péče pro nejširší vrstvy obyvatel. Sociální ekvitu lze definovat jako solidaritu bohatých s chudými, zdravých s nemocnými. Do zdravotnických systému tak přistupuje další prvek a to zdravotní pojišťovny, které uskutečňují sociální rovnost a zastávají směnný vztah mezi lékařem a pacientem. Je důležité si uvědomit, že prostředky vynaložené na zachování zdraví a na zdravotnictví obecně jsou významné pro fungování celé společnosti, protože jen zdraví a silní jedinci jsou schopni zastávat své role ve společnosti, ať už ekonomické nebo rodinné. Proto náklady na zdravotnictví jsou zároveň investicí, která se odráží v ekonomickém růstu společnosti.

Zdravotnické systémy se liší v jednotlivých státech a významnou roli hraje historický vývoj a pojetí zdraví v rámci žebříčku hodnot společnosti. Roli hrají i ekonomické faktory státu. Lze je rozdělit dle několika hledisek, především dle míry státní regulace, způsobů financování, struktury zdravotnických zařízení, přístupu pacientů k zdravotní péči a jejich finanční spoluúčasti. V praxi rozlišujeme čtyři základní modely zdravotnických systémů dle způsobu financování poskytnuté zdravotní péče.<sup>6</sup>

- zdravotnický systém založený na veřejném (povinném) zdravotním pojištění
- národní zdravotnický systém, ve kterém je zdravotní péče hrazena z veřejných prostředků
- liberalistický tržní zdravotnický systém
- zdravotnický systém založený na soukromém (dobrovolném) zdravotním pojištění

## **A. Zdravotnické systémy založené na veřejném zdravotním pojištění**

Jedná se o nejstarší zdravotnický systém, založený Otto von Bismarckem v roce 1883. Tento systém je založen na principu společenské solidarity, ve kterém je

---

<sup>6</sup> *Zdravotní politika – zdraví- zdravotnictví, Gladkij, I., Strnad, L. Univerzita Palackého, 2002, str. 29*

zdravotní péče všeobecně dostupná každému. Zaměstnanci a zaměstnavatelé povinně odvádějí pojistné - určité procento z pojistného vyměřovacího základu do základního fondu zdravotní pojišťovny, výše příspěvku se odvíjí od výše příjmu. Za určité skupiny obyvatel (studenty, důchodce aj.) platí pojistné stát. Výše pojistného je nařízena vládou. Za to je pojištěnec oprávněn čerpat zdravotní péči dle svých potřeb. Praktičtí lékaři a ambulantní specialisté jsou osoby samostatně výdělečně činné a jimi poskytovaná péče je hrazena na základě smluvních vztahů s pojišťovnami a to většinou výkonově nebo kapitačně.

Mezi výhody tohoto systému patří všeobecná dostupnost zdravotní péče všem občanům státu na principu solidarity, kdy každý pojištěnec má jistotu, že mu bude péče poskytnuta, protože rozsah poskytované péče je garantován státem. Nevýhodou je vysoká nákladnost systému a především ztráta tržního mechanismu v poskytování zdravotních služeb, protože příjemci péče nemají přehled o nákladnosti léčby, jelikož finanční stránka služby je zprostředkována zdravotní pojišťovnou bez vazby na pacienta

## **B. Národní zdravotnický systém**

V tomto modelu zdravotnictví, tzv. Beveridgeův model zdravotnického systému, jsou hlavním zdrojem financí daně. Stát zde zaujímá nejvýznamnější roli, ze státního rozpočtu financuje státní zdravotnická zařízení a garantuje poskytování péče všem občanům na principu solidarity. Jedná se o centralizovaný systém. Tento model je charakteristický pro země Commonwealth a státy Severní Evropy. Výhodou je garance poskytnutí potřebné péče, její všeobecná dostupnost a nižší nákladnost. Praktičtí lékaři vystupují jako osoby samostatně výdělečně činné a jsou placeni kapitačně dle smluv se zdravotními pojišťovnami. Zdravotnická zařízení jsou většinou ve vlastnictví státu a lůžková péče je hrazena formou úhrady péče za den na lůžko. Nevýhodou jsou dlouhé čekací doby a omezení svobodné volby lékaře. Tato negativa jsou však částečně kompenzována vzrůstajícím podílem soukromého sektoru.

### C. Liberalistický zdravotnický systém

Systém charakteristický pro USA, který je postavený na myšlence liberalismu, ve kterém je zdravotní péče službou jako kteroukoliv jinou v tržním systému a v rámci fungující nabídky a poptávky je komerčním zbožím. Od toho se odvíjí i odlišný postoj obyvatel ke zdraví. Zdraví je řazeno na přední příčky žebříčku hodnot a lidé jsou si vědomi, kolik peněz a úsilí stojí za to si ho zachovat. Je proto svobodnou volbou jedince, jak bude o své zdraví pečovat a zda si zřídí zdravotní pojištění. Stát garantuje poskytování zdravotní péče pouze vybraným skupinám osob v rámci programu Medicaid. Ostatní jsou pak většinou pojištěni prostřednictvím zaměstnavatelů v rámci zaměstnaneckých výhod nebo na základě soukromého pojištění u komerčních pojišťoven. Způsob pojištění zdraví se tak neliší například od pojištění domu proti škodným událostem. Praktičtí lékaři a ambulantní specialisté vystupují jako osoby samostatně výdělečně činné a jsou placeni výkonově. Zdravotní instituce jsou soukromé i veřejné, zdravotní pojišťovny jsou komerčního typu.

Výsledkem je velké množství peněz v systému, které se projevuje vysokým standardem péče, především díky aplikaci špičkových inovativních technologií a vysokým investicím do vzdělávání poskytovatelů zdravotní péče a výzkumu. Konkurenční prostředí se zasazuje o vysokou motivovanost jak lékařů k poskytování špičkových služeb, tak pacientů k zvýšené péči o své zdraví. Hlavní nevýhodou je chybění prvku solidarity, kdy ačkoliv pro vybrané skupiny obyvatel je zdravotní péče státem garantována, mnozí nesplňují kritéria dané skupiny a přitom jsou jejich příjmy nedostačující k pokrytí nákladů na pojištění nebo jednorázové ošetření.<sup>7</sup> Panuje tak vysoká sociální nerovnost a vysoký podíl nepojištěných osob, kdy nemoc může způsobit i solventním obyvatelům velké finanční problémy.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Úvod do studia zdravotnických systémů, Pustelník, K. str. 39-49

<sup>8</sup> Úvod do studia zdravotnických systémů, Pustelník, K. str. 7

## **D. Zdravotnické systémy založené na soukromém pojištění**

Tento systém je postaven na tržním principu. Stát garantuje poskytování péče v minimálním zákonném rozsahu všem. Zaručuje se za vybrané skupiny obyvatel, které splňují daná sociální kritéria (lidé s nízkými příjmy pod hranicí životního minima, tělesně postižení). Občané mají odpovědnost za vlastní zdraví a je jejich rozhodnutím, v jaké míře a u které z komerčních pojišťoven se nechají pojistit, minimálně však v základním rozsahu. Zdravotní pojištění bylo dříve zcela dobrovolné, dnes se uplatňuje jako obdoba veřejného povinného zdravotního pojištění. Nyní je uplatňován například ve Švýcarsku a Nizozemí, kde naplňuje roli povinného zdravotního pojištění. Soukromé pojištění se vyskytuje jako jeho alternativa veřejného zdravotního pojištění nebo jako doplňkové k veřejnému zdravotnímu pojištění.

Výhodou je vysoká motivovanost obyvatel k ochraně vlastního zdraví se zvýšeným důrazem na prevenci, vysoká konkurenceschopnost poskytovatelů zdravotní péče a motivace k zefektivnění poskytovaných služeb, včetně zavádění nových technologií a postupů, což je spojeno i s vyšší kvalitou poskytované péče.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání, Křížová, E.: Dvořák, Šebek, 1998, str. 38-49*

Modely zdravotnických systémů (Gladkij, Strnad 2002) <sup>10</sup>

	Liberalistický systém	Povinné pojištění	Státní zdravotnictví
Charakteristika	Zdravotní péče je služba zakoupená za přímou platbu nebo hrazená ze soukromého pojištění	Zdravotní péče je zajišťována prostřednictvím povinného pojištění, na kterém se podílí zaměstnanci, zaměstnavatelé a stát	Zdravotní péče je hrazená z daní
Zdravotnická zařízení	Soukromá i veřejná	Soukromá i veřejná	Převážně veřejná
Role profesních organizací	Velmi silná	Silná	Slabá
Úhrada péče	Přímá 40%, nepřímá	Přímá 10-25%, nepřímá	Přímá 10-25%, nepřímá
Úloha státu	Nepřímá, podíl na financování 30-40%	Centrální nepřímá-legislativní a dozorčí	Centrální přímá

## E. Porovnání zdravotnických systémů

Všechny jmenované systémy se potýkají se stejným problémem jak zajistit finanční udržitelnost zdravotnického systému, který eskaluje se změnami v demografickém vývoji, se zvyšujícími se nároky na zdravotní péči a stále se rozšiřující se nabídkou nových technologií, které jsou mnohdy lepší než ty stávající, ale tomu i cenově

<sup>10</sup> Zdravotní politika – zdraví- zdravotnictví, Gladkij, I., Strnad, L. Univerzita Palackého, 2002, str. 89

odpovídající. Ačkoliv systémy prošly rozdílným historickým vývojem, zaujímají jisté charakteristické znaky, které jsou jim společné. K porovnání slouží několik základních ukazatelů jako je dostupnost péče finanční a geografická (rozmístění zdravotnických zařízení), čekací doby na zákrok, kvalita péče, která odráží ekonomické poměry země, technické a materiální vybavení zdravotnických zařízení, finanční nákladnost a výkonnost systému, a to především rozsah a kvalita poskytované péče za daných podmínek, rovnost v přístupu k zdravotnímu ošetření vzájemným poměrem solidarity a tržního systému. Dalšími ukazateli funkčnosti zdravotnického systému jsou poměr mezi primární a stacionární péčí a její návaznost včetně míry hospitalizace a využití lůžkového fondu s průměrnou délkou hospitalizace, počet a struktura zdravotnických zařízení a počet specializovaných lékařů, struktura výdajů na zdravotní péči, střední délka života aj.<sup>11</sup>

Vzhledem k tomu, že mnou vybrané země reprezentují zdravotní systém založený na zdravotním pojištění, ať už soukromém nebo veřejném, s odchylkami charakteristickými pro jednotlivé státy, budu se ve zbytku práce zaměřovat na tento zdravotnický systém. Systém založený na veřejném zdravotním pojištění je pouze jednou z kategorií zdravotnických systémů. Uplatňují se v něm hodnoty zdraví a kvality života obyvatelstva, univerzálního přístupu ke zdravotní péči, ochrany před potencionálními vysokými náklady spojenými s nenadálým čerpáním zdravotní péče, solidarita financování a snaha o maximální technickou efektivitu neboli dosažení maximálního užítku za ještě přijatelných nákladů. Reformy se proto zaměřují na kontrolu a omezování veřejných výdajů na zdravotní péči. Mossialos a Le Grand<sup>12</sup> rozlišují tři hlavní přístupy:

- hrazení nákladů ze soukromých zdrojů, čímž se zvýší spoluúčast pacientů, především za nadstandardní a nevyloženě nezbytnou péči za účelem posílení úlohy soukromého zdravotního pojištění a připojištění

---

<sup>11</sup> *Health Care systems in Transition- stat- WHO Regional office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*

<sup>12</sup> *Funding health care options for Europe, Mossialos, E.: Health Economics, 2005, č.14, str. 151-168*

- omezení rozpočtů zdravotnických zařízení a snaha o komerční ekonomiku zdravotnických zařízení podobně jako fungují jiné firmy, tedy usilující o maximální využití daných prostředků
- restrikce týkající se například stanovení limitů počtu nemocničních lůžek, centrální schvalování výdajů na investice a nové technologie

## II. Financování zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění je jedním ze základních způsobů financování zdravotní péče. Jedná se o způsob rozložení rizika vzniklého z náhlých nečekaných výdajů v souvislosti s úrazem či onemocněním mezi obyvatele na principu solidarity a pojišťovací povinnosti. Systém zdravotního pojištění je založen na činnosti zdravotních pojišťoven, které vybírají od plátců pojistné. Plátcí přispívají na zdravotní pojištění v závislosti na výši platu nebo kapitální nominální platbou. Takto vybrané prostředky shromažďují v základním fondu pojišťovny a na základě smluvních vztahů se zdravotnickými zařízeními proplácejí poskytnutou péči pojištěncům. Zdravotní pojišťovna tak uskutečňuje směnný vztah. Pojištění je nástroj k finanční eliminaci negativních důsledků nahodilosti.<sup>13</sup> Dalšími způsoby financování zdravotnického systému jsou přímé platby pacientem, dotace z daní a dary v rámci humanitární pomoci.

Zdravotní pojištění je součástí sociální politiky státu a pravidla pro jeho aplikaci jsou legislativně upravena. Rozlišujeme veřejné a soukromé zdravotní pojištění, které je v jednotlivých státech uplatňováno různou měrou. Základní rozdíl spočívá v dobrovolnosti uzavření pojištění. Veřejné zdravotní pojištění je povinné pro všechny osoby na základě zákona, proto je též někdy nazýváno statutární zdravotní pojištění. Přispívají na něj zaměstnanci, zaměstnavatelé a stát. Soukromé pojištění je komerční, vzniká na základě pojistné smlouvy mezi pojistitelem a pojistníkem a neliší se od

---

<sup>13</sup> Ducháčková E., *Principy pojištění a pojišťovnictví*. Ekopress, 2003, str.180

pojištění nemovitostí či úrazového pojištění. Rozlišujeme dva základní modely soukromého zdravotního pojištění. Plné soukromé pojištění, které nahrazuje veřejné zdravotní pojištění a v plné podobě se vyskytuje pouze v USA a do roku 1996 i ve Švýcarsku. V Německu je alternativou k veřejnému pojištění, ze kterého tak lze vystoupit. V Nizozemí tvoří pouze část pojistného. Doplnkové soukromé pojištění slouží k úhradě nadstandardní péče, která není zahrnuta ve základním pojištění, jako jsou alternativní způsoby léčení, zdravotnické pomůcky či neregistrované léčivé přípravky. Může též sloužit ke krytí nákladů vznikajících z finanční spoluúčasti pacienta na platbě za poskytnutou péči v systému veřejného pojištění.

Ze zdravotního pojištění je hrazena poskytnutá zdravotní péče v rozsahu stanoveném zákonem. Jedná se o péči pohotovostní, dispenzární, preventivní, léčebnou, ambulantní, lázeňskou aj. Zdravotní pojišťovny proplácejí zdravotnickým zařízením poskytnutou zdravotní péči smluvně stanoveným způsobem. Rozlišujeme několik způsobů úhrad zdravotní péče:<sup>14</sup>

- Přímá platba - pacienti platí za poskytnutou péči přímo poskytovateli jako za jakoukoliv jinou službu a tyto náklady poté vyúčtují své zdravotní pojišťovně, která je zpětně proplatí – tzv. pokladenský systém neboli out-of-pocket-payments. Dále se sem řadí celé nebo částečné platby za nadstandardní služby, které jsou mimo rozsah pojištění, a finanční spoluúčast pacienta formou odpočitatelných položek.
- Kapitační platba - paušál, neboli pevně stanovená částka za každého pojištěnce bez ohledu na to, zda využil možnost být ošetřen. Nevýhodou je upřednostňování nenáročných pacientů. Tomu se předchází zavedením maximální hranice pro počty registrovaných pacientů u určitého poskytovatele, kdy pacienti registrovaní nad tento limit jsou placeni sníženou sazbou. Tento způsob je charakteristický pro platby v primární péči, zejména u praktických lékařů, kde naplňuje funkci dostupnosti zdravotní péče jako vstupní brána do systému zdravotnictví. V některých zemích tak lze využít specializovaných služeb neboli možnosti ošetření v rámci sekundární,

---

<sup>14</sup> Němec, J., *Principy zdravotního pojištění*. Grada, 2008, str. 240-248

specializované péče pouze na základě doporučení primárního lékaře, nejedná-li se o péči neodkladnou.

- Výkonový systém - bodové ohodnocení provedeného výkonu dle sazebníku na základě jeho náročnosti. Hodnota bodu je určena na základě smlouvy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče dle množství dostupných financí a jejich rozdělení do jednotlivých oblastí poskytnuté péče. Jedná se o systém nejčastěji využívaný ve specializované ambulantní péči. Nevýhodou je vykazování i neprovedených nebo z lékařského hlediska nadbytečných výkonů, na druhou stranu je vysoká motivace lékaře k poskytování co nejvyššího množství výkonů.
- DRG systém (Diagnosis related group) – Založený na kategorizaci výkonů na základě diagnózy a dalších faktorů (věk, pohlaví, přidružené choroby...), které dávají představu o předpokládaných nákladech na léčbu, protože léčebné postupy jsou obdobné. Na základě klasifikace MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) tak lze rozlišit přes 500 skupin s individuálním ohodnocením. Výhodou tohoto systému je motivace k intenzivnější péči a zkrácení doby hospitalizace.

### **III. Charakteristika systémů zdravotního pojištění**

Systém zdravotního pojištění je charakterizován vztahy mezi třemi základními činiteli, zdravotními pojišťovnami, poskytovateli zdravotní péče a pojištěnými osobami. Práva a povinnosti pramenící z jednotlivých vztahů jsou značně komplexní, proto se nadále zaměřím především na základní vztahy charakterizující jednotlivé činitele z pohledu zdravotního pojištění a to na práva a povinnosti, která jim ze zdravotního pojištění vznikají. Jedná se tak ve vztahu k pojištěným osobám o osobní a věcný rozsah zdravotního pojištění a tomu odpovídající povinnost přispívat do systému formou pojistného. Vybrané pojistné je doménou zdravotních pojišťoven, které poskytují

institucionální a finanční zajištění vztahu mezi pojištěnými osobami a poskytovateli zdravotní péče.

## **A. Charakteristika systému zdravotního pojištění v České Republice**

Sociální zabezpečení tvoří v ČR sociální pojištění, sociální zaopatření a sociální pomoc. Zdravotní pojištění ČR je subsystemem sociálního pojištění spolu s pojištěním důchodovým a nemocenským, od kterých se však liší způsobem poskytování dávek. V případě zdravotního pojištění je poskytováno věcné plnění formou zdravotní péče, které je uskutečňováno průběžně v případě potřeby. Je v gesci Ministerstva zdravotnictví a pojistné je vybíráno odděleně od ostatních povinných plateb sociálního zabezpečení přímo prostřednictvím zdravotních pojišťoven, které s takto vybranými prostředky nadále autonomně hospodaří mimo státní rozpočet. Oproti tomu důchodové a nemocenské pojištění je poskytováno formou dávek peněžitých. Oba systémy jsou v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí, pojistné na důchodové, nemocenské pojištění a státní politiku zaměstnanosti je vybíráno společně a plyne přímo do státního rozpočtu, ze kterého je pak v případě potřeby poskytováno. Všem typům sociálního pojištění je společný pojistný princip, pro který je charakteristická vzájemná podmíněnost práv a povinností účastníků. Pojištěnec je povinen platit pojistné a z toho mu plyne právo na odpovídající plnění.

Zákonem stanovený rozsah bezplatné zdravotní péče je proveden navazujícími zákony:

- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- zákon ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- zákon ČNR č. 552/1991 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění

Zdravotnický systém ČR je založen na principu solidarity a všeobecné dostupnosti zdravotní péče pro občany za minimální spoluúčasti na platbách za poskytnutou péči. ČR je tak označována za sociální stát, který se zavázal k ochraně tzv. třetí generace lidských práv, přičemž těchto sociálních práv se lze domáhat pouze na základě zákona. Stát vystupuje z pozice zákonodárce, protože vytváří legislativní rámec pro fungování systému, dále má funkci dozorce nad fungováním zdravotních pojišťoven a nad provozovateli zdravotnických zařízení. Solidarita se projevuje v několika ohledech, jednak jako solidarita bohatých s chudými, kdy je výše pojistného na zdravotním pojištění stanovena dle příjmů osob, z čehož vyplývá, že lidé s vyššími příjmy zaplatí na pojistném více než lidé s minimální mzdou, jednak jako solidarita zdravých s nemocnými tím, že individuální rizikové faktory při sjednávání pojištění nehrají roli. Součástí systému jsou tak i osoby, které by byly u komerčních pojišťoven jinak nepojistitelné.

České zdravotnictví bylo po roce 1989 v souvislosti se změnou režimu transformováno po evropském vzoru do dnešní podoby zdravotnického systému založeného na veřejném zdravotním pojištění. Byl tak nahrazen systém sovětského financování zdravotnictví Semaškova typu, které bylo centrálně řízeno státem a zdravotní péče byla hrazena výlučně ze státního rozpočtu. Základním kamenem nové legislativní koncepce je článek 31 Listiny základních práv a svobod: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ Tím je zakotveno právo na bezplatnou zdravotní péči, avšak jen v zákonem stanoveném rozsahu. Právo na bezplatnou zdravotní péči není zaručeno pouze pro občany, nýbrž pro všechny osoby s trvalým pobytem na území České Republiky a pro cizince zaměstnané u zaměstnavatele s bydlištěm nebo sídlem na tomto území.

## **B. Charakteristika systému zdravotního pojištění ve Spolkové republice Německo**

Německý systém zdravotnictví je typickým představitelem národního zdravotního pojištění. Jedná se o nejstarší organizovaný sociální systém, který byl zaveden kancléřem Otto von Bismarckem roku 1883. Bylo tak zahájeno financování systému zdravotnictví

formou povinného nemocenského pojištění založeného na principu solidarity. Zpočátku se ho účastnili pouze horníci, kteří se museli nechat povinně pojistit pro případ pracovního úrazu a pracovní neschopnosti. Postupně se přidávaly i další profese a okruh pojišťovaných sociálních událostí se též rozšířil o důchodové a invalidní pojištění a pojištění v nezaměstnanosti. Tento systém pojištění přetrvává dodnes a zdravotní pojištění je tak stále součástí nemocenského pojištění.

Sociální pojištění je legislativně upraveno v Sociálním zákoně (Sozialgesetzbuch - SGB), který má 12 částí. Pro zdravotní pojištění je relevantní:

- Pojištění v nezaměstnanosti (Arbeitslosenversicherung) - SGB III.
- Společná ustanovení sociálního pojištění (Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung) - SGB IV.
- Veřejné zdravotního pojištění (Gesetzliche Krankenversicherung) - SGB V.
- Důchodové pojištění (Deutsche Rentenversicherung) - SGB VI.
- Veřejné úrazové pojištění (Gesetzliche Unfallversicherung) - SGB VII.
- Ošetřovatelské pojištění (Pflegeversicherung) - SGB XI.

Německá Ústava<sup>15</sup> označuje SRN za demokratický a sociální stát: „ Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.“ Na rozdíl od Ústavy ČR však jednotlivá sociální práva nevyjmenovává. Systém je založen na principu solidarity, kdy nárok na úhradu výkonů nezávisí na výši příspěvků, příspěvky se však odvíjejí od výše příjmů. Dalším je princip samosprávy, pro který je charakteristická decentralizace a princip plurality zdravotních pojišťoven, které jsou soukromé a samosprávné s regionálním, profesním nebo oborovým zaměřením. Tak je vyrovnávána veřejnoprávní a soukromoprávní složka. Je kladen důraz na zvýšené pravomoci jednotlivých zemí. Úloha státu se orientuje jen na dozorčí a zákonodárnou funkci.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Grundgesetzbuch čl.20 odst.1

<sup>16</sup> <https://hsgeconomics.files.wordpress.com/2015/02/krankenversicherungen.jpg>

Hlavním úkolem veřejného zdravotního pojištění je udržovat zdraví a v případě nemoci ho navracet a udržovat tak zdravotní stav pojištěnců.<sup>17</sup> Systém veřejného zdravotního pojištění byl dříve povinný pouze pro zaměstnance, jejichž roční výdělek byl nižší než stanovený limit<sup>18</sup> a vztahoval se i na osoby závislé - rodinné příslušníky. Zaměstnanci, kteří dosahovali platu vyššího, než byla uvedená hranice, měli možnost vystoupit z veřejného zdravotního pojištění a buď zůstat nepojištěni, nebo využít soukromého zdravotního pojištění. Veřejný systém zahrnoval kolem 88% obyvatel včetně většiny těch, kteří měli možnost volby mezi soukromým a veřejným systémem.

V roce 2007 proběhla velká reforma schválením zákona o posilování hospodářské soutěže (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz). Cílem byla liberalizace zdravotnického systému, zaručení poskytnutí zdravotní péče všem obyvatelům, zefektivnění poskytované péče a zvýšení její kvality vytvořením konkurenčního prostředí mezi poskytovateli a zprostředkovateli zdravotní péče.<sup>19</sup> Byla zavedena všeobecná povinnost pojištění. Každý občan tak má právo na zdravotní pojištění a každá zdravotní pojišťovna má povinnost poskytnout alespoň základní pojistný plán, tzv. základní balíček služeb. Přesto byl zachován dualismus zdravotního pojištění, kdy veřejné a soukromé zdravotní pojištění figurují vedle sebe a navzájem se doplňují. Jednalo se o snahu regulovat vysoký počet nepojištěných osob, které po ztrátě zaměstnání zdravotní pojišťovny odmítaly pojistit. Tím byl zajištěn univerzální přístup celé populace k zdravotní péči.

Dalším reformním krokem bylo zvýšení role praktických lékařů jako vstupní brány do systému zdravotnictví, tzv. Gatekeeping. Domácí lékaři vyhodnocují, zda je zapotřebí sekundární specializované ambulantní nebo lůžkové zdravotní péče. V té souvislosti došlo k integraci zdravotních služeb v podobě poliklinik, které zastřešují praktické i ambulantní specializované lékaře pro pacienty v dosažitelné vzdálenosti od místa bydliště.

---

<sup>17</sup> §1 SGB V.

<sup>18</sup> <https://de.wikipedia.org/wiki/Zusatzbeitrag>

<sup>19</sup> *Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung (PDF; 1,4 MB) IGES-Institut. 25. Januar 2010. Abgerufen am 17. Oktober 2013.*

Nyní je zdravotní pojištění povinné pro všechny občany a osoby s trvalým pobytem v Německu a je zajišťováno neziskovými nestátními zdravotními pojišťovnami<sup>20</sup> v rámci povinného veřejného zdravotního pojištění nebo dobrovolného soukromého pojištění. Všechny osoby s příjmem nižším než 56 250,- EUR<sup>21</sup> za rok se povinně účastní veřejného pojištění a osoby na nich závislé (rodinní příslušníci bez příjmu) jsou pojištěny zdarma. Veřejné zdravotní pojištění tak pokrývá 86% pojištěnců. Osoby, jejichž příjem převyšuje danou hranici mají možnost ze systému veřejného pojištění vystoupit (25% využívá této možnosti) a nechat se pojistit v rámci soukromého pojištění, které poskytuje 42 soukromých zdravotních pojišťoven, z nichž 24 je ziskových. Soukromé pojištění využívá 11% pojištěnců, tj. 8.8 milionů osob.<sup>22</sup>

Pojistné na veřejné zdravotní pojištění je stanoveno jednotnou sazbou z hrubého příjmu. Pojistné je shromažďováno ve Fondu zdravotnictví a poté redistribuováno mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny podle osobního rizika pojištěnců vyhodnoceného podle věku, pohlaví, zdravotního stavu. Na soukromé zdravotní pojištění se přispívá dle uzavřené smlouvy formou nominálního pojistného, tzv. Prémii, po zhodnocení osobní rizika. Nevztahuje se automaticky na rodinné příslušníky. Soukromé pojištění může být využito buď jako alternativa veřejného zdravotního pojištění, nebo jako doplňkové k veřejnému zdravotnímu pojištění, kdy pokrývá nadstandardní péči. Z pojištění je financována zdravotní péče. Finanční spoluúcast pacientů je především u ošetrovatelských služeb, léků a zdravotnických pomůcek.

### **C. Charakteristika zdravotnického systému ve Švýcarsku**

Regulace zdravotnického systému je rozdělena mezi federální, kantonální a komunální úroveň. Kantony disponují suverénní pravomocí rozhodovat o vlastních

---

<sup>20</sup> 124 zdravotních pojišťoven v roce 2015

<sup>21</sup> <https://de.wikipedia.org/wiki/Versicherungspflichtgrenze>

<sup>22</sup> [www.pkv.de](http://www.pkv.de)

záležitostech včetně zdravotnictví. Ačkoliv se jedná o decentralizovaný zdravotní systém, jsou jeho základní pravidla jednotně upravena:

- spolkovým zákonem o zdravotním pojištění (Bundesgesetz über die Krankenversicherung - KVG) pro základní zdravotní pojištění, účinného od 1.1. 1996
- zákonem o pojistných smlouvách (Versicherungsvertragsgesetz – VVG).

Sociální zdravotní pojištění se rozlišuje na povinné základní zdravotní pojištění,<sup>23</sup> a dobrovolné doplňkové zdravotní pojištění k základnímu<sup>24</sup>. Jedná se o soukromé pojištění poskytované soukromými pojišťovny. Systém je financován ze tří zdrojů a to z povinného základního a z dobrovolného doplňkového zdravotního pojištění, přímým financováním z federálních a kantonálních rozpočtů především k zabezpečení akutní péče, a ze sociálního pojištění pro případ úrazu, stáří či invalidity.<sup>25</sup> Zdravotnický systém zde byl do roku 1996 čistě liberalistický založený na tržních principech.

Povinné zdravotní pojištění se platí pouze formou nominálního pojistného, tzv. Prémii, jehož výše se liší podle místa pobytu (mezi jednotlivými kantony) a věkové skupiny (mladší 18 let, 18-25 let a dospělí), a nezávisí na výši příjmu jako je tomu v jiných zemích. Proto je výše nominálního pojistného jednotná pro danou věkovou skupinu žijící v daném kantonu. Součástí základního povinného zdravotního pojištění je i tzv. Selbstbeteiligung neboli výše spoluúčasti pojištěné osoby na hrazení poskytované péče, kterou je povinna hradit 100%. Výše spoluúčasti je založena na výši zvolené tzv. Franchise, v jiných zemích nazývané jako tzv. Deductibles, neboli systém odpočitatelných položek, které jsou stanoveny s ročním limitem dle zákona. Spoluúčast pojištěnců ve formě odpočitatelných položek je stanovena v rozmezí 350- 2500 CHF, přičemž pouze čtvrtina pojištěnců volí nejnižší výši spoluúčasti. Navíc se uplatňuje finanční spoluúčast ve výši 10% na péči poskytovanou nad zvolený limit Franchise. Od

---

<sup>23</sup> *Die obligatorische Krankenpflegeversicherung*

<sup>24</sup> *Die Privatversicherung*

<sup>25</sup> <http://www.krankenkassenversicherung.ch/krankenkassen-schweiz/>

výše zvolené Franchise se odvíjí výše měsíčního nominálního pojistného, které platí každý pojištěnec sám bez účasti zaměstnavatele, na základě smlouvy o zdravotním pojištěním se zvolenou zdravotní pojišťovnou, a která se řídí zákonem o pojišťovnictví VVG.

Pojištění je povinné pro všechny osoby pobývající ve Švýcarsku. Rodinné pojištění se ve Švýcarsku neuplatňuje, každý člen rodiny tak musí mít sjednané vlastní zdravotní pojištění. Je nabízeno neziskovými zdravotními pojišťovnami. Povinnost přihlásit se k některé ze zdravotních pojišťoven je do 3 měsíců od narození či získání trvalého pobytu.

60% rezidentů volí základní pojišťovací program. Doplnkové zdravotní pojištění pokrývá 30 % výdajů ve zdravotnictví a vztahuje se na nadstandardní služby nezahrnuté v základním povinném pojištění. Soukromé zdravotní pojišťovny jsou ziskové organizace, uzavírají smlouvy se zdravotnickými zařízeními dle uvážení po zohlednění poměru kvality a ceny. Většinou zdravotní pojišťovny nabízí oba druhy pojištění, základní i doplnkové.

Základní pojištění zahrnuje základní péči, která je poskytována na vysoké úrovni ve stejném rozsahu pro všechny pojištěné osoby. Doplnkové pojištění pak vyplňuje mezery v poskytované péči, na které se základní pojištění nevztahuje. Doplnkové pojištění je dobrovolné jak z pozice pojištěnce (je jeho svobodným rozhodnutím, zda pojištění uzavře), tak z pozice zdravotních pojišťoven, které mohou uzavření smlouvy o pojištění podmínit dobrým zdravotním stavem či výší příjmu, popřípadě její uzavření úplně vyloučit.

Základní zdravotní pojištění pokrývá základní péči spojenou s nemocí a hospitalizací, těhotenstvím a mateřstvím, a v případě nesjednaného úrazového pojištění i s poúrazovou péčí včetně ošetrovatelské péče. Doplnkové pojištění pak hraje roli především při poskytování nadstandardní péče, tzv. Komfortů. Jedná se o soukromé

ošetřování na poloprivátních či privátních klinikách<sup>26</sup>, péče u léčitelů, zubařů, ale i například bezplatný transport do nemocnice či předplatné do fitness center v rámci podpory prevence a předcházení nemocem. Dále poskytuje možnost připojistit se pro případ pracovní neschopnosti, kdy je pak poskytováno tzv. Kapesné<sup>27</sup>. Podmínky a rozsah nabízených služeb je pak konkretizován jednotlivými zdravotními pojišťovnami.<sup>28</sup> Přímé platby za služby nezahrnuté v pojištění představují 18% výdajů ve zdravotnictví, jedná se hlavně o zubařské výkony a dlouhodobou péči.<sup>29</sup>

## D. Charakteristika zdravotnického systému Nizozemí

Zdravotní systém v Nizozemí je založen na povinném zdravotním pojištění, východiskem regulace jsou všeobecné principy jako je přístup ke zdravotní péči pro všechny a princip solidarity. Cílem je, aby kvalitní péče byla dostupná pro všechny za únosnou cenu a to i v době stárnoucí populace a vysokého počtu chronicky nemocných. Základ zdravotního systému tvoří 4 zákony:

- Zákon o zdravotním pojištění (*Zorgverzekeringswet - ZVK*) účinný od roku 2006.
- Zákon o poskytování dlouhodobé péče (*Wet langdurige zorg*).
- Zákon o sociální podpoře (*Wet maatschappelijke ondersteuning*).
- Zákon pro mladistvé (*Jeugdwet*).

Zákon o zdravotním pojištění upravuje veškerou péči hrazenou ze základního pojištění v rámci základního pojistného plánu, tzv. Basic Package, například při potřebě návštěvy domácího lékaře - primární péče, nebo při hospitalizaci. Nahradil tak mnoho zákonů, které upravovaly veřejné a soukromé zdravotní pojištění. Zákon o poskytování dlouhodobé péče je základem pro nejzranitelnější osoby společnosti. Jedná se o

---

<sup>26</sup> *Halbprivat- oder Privatabteilung*

<sup>27</sup> *Taschengeld*

<sup>28</sup> <http://www.svv.ch/de/publikationen-uebersicht/gut-informiert-besser-versichert>

<sup>29</sup> [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857\\_mossialos\\_intl\\_profiles\\_2015\\_v7.pdf?la=en](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf?la=en)

ošetřovatelskou péčí poskytovanou osobám, které vyžadují trvalou pomoc při obstarávání domácnosti, osobní péči nebo 24 hodinový dohled at' už pro vysoký věk, nevyčísitelný zdravotní stav či psychiatrické onemocnění jako je vysoký stupeň demence aj. Roku 2015 nahradil zákon o mimořádných lékařských výdajích. Zákon o sociální podpoře poskytuje jiné druhy podpory a asistence osobám, které se ocitly v dočasné nouzi, pro osoby s tělesným nebo duševním postižením žádajícím o příspěvek na speciální pomůcky a péči a pomoc v domácnosti. Slouží k sociální reintegraci těchto osob. Zákon pro mladistvé je základem pro rodičovskou podporu péče o dítě.<sup>30</sup>

Zdravotní systém je tvořen soukromými institucemi - soukromými zdravotními pojišťovny a soukromými poskytovateli zdravotní péče, a podléhá režimu zákona o zdravotním pojištění. Dohled vykonává Státní úřad pro dohled nad zdravotním pojištěním. Dlouhodobá péče je řízená Centrální administrativní kanceláří<sup>31</sup> a Kanceláří pro hodnocení zdravotních služeb<sup>32</sup>. Regionální úřady provádí zákon o sociální podpoře a zákon pro mladistvé, které jsou podkladem pro státní sociální péči.

V této podobě se zdravotnický systém Nizozemí vyskytuje teprve odnedávna. V roce 2007 byla uskutečněna velká reforma. Cílem reformy bylo spojit povinné veřejné a soukromé zdravotní pojištění se zachováním soutěžního prostředí privátních zdravotních pojišťoven, a tím dosáhnout snížení výdajů za zdravotní péči. Došlo tak k přeměně trhu zdravotnictví orientovaného na poptávku na trh regulovaný nabídkou.

Zdravotní systém tak kombinuje prvky veřejného a soukromého zdravotního pojištění, ve kterém stát vystupuje pouze v roli dozorce nad dodržováním pravidel soutěže a zachováním prvku solidarity v poskytování zdravotní péče. Na procesu aplikace zákona o zdravotním pojištění se tak účastní pouze zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení a pojištěnci. Mezi základní charakteristiky systému patří, že všechny osoby žijící v Nizozemí mají povinnost uzavřít smlouvu o základním zdravotním pojištění a mají

---

<sup>30</sup> [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857\\_mossialos\\_intl\\_profiles\\_2015\\_v7.pdf?la=en](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf?la=en)

<sup>31</sup> *Centraal AdministratieKantoor*

<sup>32</sup> *Centraal Indicatiestelling Zorg*

právo výběru, u které zdravotní pojišťovny tak učiní, na druhou stranu zdravotní pojišťovny mají povinnost uzavřít smlouvu o základním zdravotním pojištění se všemi zájemci bez ohledu na jejich zdravotní stav za stejnou výši měsíčních plateb nominálního pojistného. Věcné plnění které pokrývá základní pojištění je definováno zákonem. Samy zdravotní pojišťovny vyjednávají s poskytovateli zdravotní péče smlouvy o poskytování zdravotní péče.

Charakteristickým rysem zdravotního pojištění je, že 50% pojistného je odváděno procentuální sazbou v závislosti na výši platu, což je způsob typický pro veřejné zdravotní pojištění, a 45% pojistného je placeno nominální sazbou jednotnou pro zvolený pojistný plán u dané pojišťovny, což je způsob typický pro soukromé zdravotní pojištění. Kombinací obou systémů je tak zaručena solidarita v poskytování zdravotní péče stejně jako komerční principy uplatňované na trhu se zdravotní péčí.

## **IV. Osobní a věcný rozsah zdravotního pojištění**

### **A. Česká Republika**

#### **1. Osobní rozsah zdravotního pojištění**

Všechny osoby s trvalým pobytem na území České republiky a osoby, které pracují pro zaměstnavatele se sídlem v ČR jsou povinny účastnit se zdravotního pojištění podle §2 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Zákonem jsou tyto osoby označovány za pojištěnce. Zdravotní pojištění vzniká dnem narození, u osob bez trvalého pobytu v ČR pak uzavřením pracovní smlouvy se zaměstnavatelem se sídlem v ČR popřípadě získáním trvalého pobytu. Zdravotní pojištění zaniká smrtí nebo prohlášením za mrtvého,

rozházáním pracovního poměru u osob bez trvalého pobytu či ukončením trvalého pobytu.<sup>33</sup>

Pojištěné osoby jsou subjekty právního vztahu zdravotního pojištění a jsou tak nositeli práv a povinností. Pojištěnec má právo na poskytování zdravotní péče. Za tím účelem má právo zvolit si zdravotní pojišťovnu, která je s ním poté povinna pojistnou smlouvu uzavřít. Má též právo pojišťovnu jednou za rok změnit k 1. lednu následujícího roku, zažádá-li o to do 30. června roku stávajícího. Ne zvolí-li si žádnou pojišťovnu, bude automaticky přiřazen k Veřejné zdravotní pojišťovně - VZP. Mezi další základní práva patří právo na výběr poskytovatele zdravotnických služeb, pakliže se jedná o smluvní zařízení dané pojišťovny, a právo kontrolovat výkazy poskytnutých služeb.<sup>34</sup>

Základní povinností je platit pojistné zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěn, což se týká osob samostatně výdělečně činných i zaměstnaných u jiného subjektu, pakliže mají v ČR trvalý pobyt nebo pracují pro zaměstnavatele se sídlem v ČR.<sup>35</sup> Za určité skupiny osob v zákonem uznaném zvláštním sociálním postavení platí pojistné stát. Výše pojistného a způsob jeho placení je stanoven zvláštním zákonem na 13,5% hrubé měsíční mzdy.<sup>36</sup> Pojistné za zaměstnance hradí z jedné třetiny zaměstnanec, ze dvou třetin zaměstnavatel.<sup>37</sup> Mezi další povinnosti pojištěnců patří oznamovací povinnost ohledně změn týkajících se pojistného vztahu a to nejpozději do 8 dnů.<sup>38</sup> Při využití zdravotnické péče je povinen zaplatit zdravotnickému zařízení regulační poplatek a prokázat se platným zdravotnickým průkazem.<sup>39</sup>

---

<sup>33</sup> §3 Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

<sup>34</sup> §11 Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

<sup>35</sup> §8 Zákona ČNR č. 552/1991 Sb. o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění

<sup>36</sup> §7 Zákona ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

<sup>37</sup> §9 Zákona ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

<sup>38</sup> §11 Zákona ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

<sup>39</sup> §12 Zákona ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Dále je důležitá jeho součinnost zejména ohledně informací týkajících se jeho onemocnění stejně jako povinnost řídit se navrženým léčebným plánem, pakliže k němu dal informovaný souhlas. Je povinen dbát o svůj zdravotní stav, vyvarovat se jednání, která by jeho zdraví mohla ohrozit, využívat preventivních prohlídek. Tyto požadavky na pojištěnce jsou však uloženy bez sankce, tudíž jejich vynutitelnost je nízká.

## **2. Věcný rozsah zdravotního pojištění**

Rozsah a podmínky poskytování plnění jsou stanoveny zákonem o veřejném zdravotním pojištění v §13. Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo. Mezi další podmínky patří, že přijatá léčebná opatření jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečná, jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.

Mezi hrazené služby je řazena zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, lékárenská, klinicko farmaceutická, léčebně rehabilitační, lázeňská léčebně rehabilitační, posudková, ošetrovatelská, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem, a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách, léčivé přípravky, přeprava, prohlídka zemřelého.<sup>40</sup> Zároveň je stanoven v příloze č.1 zákona o veřejném zdravotním pojištění taxativní výčet výkonů z veřejného zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen částečně. Nehradí se výkony akupunktury, kosmetické ošetření a jiné elektivní výkony, které nesplňují kritérium nezbytnosti.

---

<sup>40</sup> §13 odst.2 Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

## **B. Spolková Republika Německo**

### **1. Osobní rozsah zdravotního pojištění**

Veřejné zdravotní pojištění je povinné od 1. ledna 2009 pro všechny osoby s trvalým pobytem v SRN. Okruh osob, na které se vztahuje veřejné zdravotní pojištění, je upraven taxativním výčtem v §5 v druhé části V. knihy Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - SGB V. Mezi osoby pojištěné z moci zákona patří zaměstnanci, osoby pobírající důchodové dávky, osoby pobírající dávky v nezaměstnanosti, zemědělci, umělci a publicisté, osoby zdravotně postižené. V rámci veřejného pojištění je registrováno cca. 30 milionů zaměstnanců, 18 milionů důchodců, 17 milionů spolupojištěných rodinných příslušníků a 5 milionů pojištěnců, kteří upřednostnili veřejné pojištění před soukromým.<sup>41</sup>

Povinnost být pojištěn začíná nabytím svéprávnosti a končí smrtí nebo omezením svéprávnosti.<sup>42</sup> Od veřejného zdravotního pojištění jsou osvobozené úřední osoby, učitelé, studenti a osoby vydělávající přes 56 250,- EUR ročně, které se účastní soukromého pojištění.<sup>43</sup> Žádost o osvobození od pojišťovací povinnosti mohou podat i osoby, které začaly pobírat dávky v nezaměstnanosti nebo zahájily studium.<sup>44</sup> Dobrovolně se mohou nechat pojistit osoby, které byly dosud po určitou dobu povinně pojištěny, ale pojišťovací povinnost se na ně již nadále nevztahuje nebo pro osoby, které by splňovaly kritéria pro rodinné pojištění.<sup>45</sup> Další možností vzniku zdravotního pojištění je zvláštní druh pojištění pro rodiny. Jedná se o bezplatné spolupojištění rodinných příslušníků, pakliže jejich příjem nepřesahuje minimální mzdu a mají v SRN trvalý pobyt. Přesto v SRN žije přes 130 000 lidí, kteří nemají zdravotní pojištění, protože přihlášením se k zdravotnímu pojištění po tolika letech by znamenalo doplatit pojistné za roky, ve

---

<sup>41</sup> <http://www.wip-pkv.de/>

<sup>42</sup> §186 SGB V.

<sup>43</sup> <https://de.wikipedia.org/wiki/Versicherungspflichtgrenze>

<sup>44</sup> §8 SGB V.

<sup>45</sup> §9 SGB V.

kterých se této povinnosti vyhýbali. Byl sice vydán zákon, na jehož základě jim mělo být dlužné pojistné odpuštěno, přesto se však stav nezměnil.<sup>46</sup>

Pojištěnec má právo vybrat si svoji zdravotní pojišťovnu a poskytovatele zdravotních služeb. Zdravotní pojišťovny si mezi sebou konkurují formou nabízených pojistných plánů. Tomu odpovídá povinnost platit dané zdravotní pojišťovně pojistné. Dále mají dle §1 SGB I. odpovědnost za své zdraví, je kladen důraz na zdravý životní styl, prevenci, spolupráci při lékařském ošetření. Cílem je uvědomit lidi o hodnotě zdraví a dát jim povědomí o ceně poskytovaných služeb.

## 2. Věcný rozsah zdravotního pojištění

Výčet věcného plnění, na které má v rámci rozsahu veřejného zdravotního pojištění nárok, je uveden v § 11 SGB V. Jedná se o preventivní prohlídky, lékařské ošetření v případě nemoci, a další úkony nezbytné k rozpoznání nebo zabránění rozvoje nemocí včetně důrazu na prevenci a včasné rozpoznání nemoci. Pojištěný má též v nárok na nemocenské dávky při hospitalizaci či pracovní neschopnosti a to přímo v rámci zdravotního pojištění. Toto plnění nastupuje od sedmého týdne pracovní neschopnosti, do té doby plní náhradu mzdy sám zaměstnavatel a může být poskytováno nejdéle po dobu 78 týdnů. Nemocenské dávky se poskytují i v případě ošetřování člena rodiny a jako peněžitá pomoc v mateřství.

Rozsah poskytovaných služeb je vymezen tak, aby věcná plnění ze zdravotního pojištění byla vyhovující, účelná a hospodárná, a výčet je závazný pro všechny pojišťovny poskytující veřejné zdravotní pojištění.<sup>47</sup> Výčet je konkretizován činností Spolkové komise - Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), jejíž činnost je zakotvena v §91 SGB V. Spolková komise dohlíží nad účelností a hospodárností poskytovaných služeb a nepřímo tak vytváří katalog plnění, například seznam léků a léčivých přípravků hrazených z veřejného pojištění. Současně musí poskytované plnění odpovídat

---

<sup>46</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/Gesetzliche\\_Krankenversicherung#Mitgliedschaft](https://de.wikipedia.org/wiki/Gesetzliche_Krankenversicherung#Mitgliedschaft)

<sup>47</sup> §12 SGB V

dosaženým standardům zdravotní péče a všeobecně uznávaným poznatkům lege artis. Nabídku lze však rozšířit o další věcná plnění, které si může pojištěnec vybrat v rámci zdravotních plánů doplňkového soukromého zdravotního pojištění.

## C. Švýcarsko

### 1. Osobní rozsah zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění je povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem nebo osoby výdělečně činné ve Švýcarsku. Do 3 měsíců od narození, získání trvalého pobytu či uzavření pracovní smlouvy je nutné uzavřít smlouvu o základním zdravotním pojištění<sup>48</sup> s některou ze 94 Švýcarských zdravotních pojišťoven, která je činná v kantonu, ve kterém má pojištěná osoba trvalý pobyt, podle Art. 3 Bundesgesetz über die Krankenversicherung – KVG. Toto se týká i rodinných příslušníků, kteří mají povinnost nechat se samostatně pojistit. Pojištění se tak počítá ke dni rozhodnému pro začátek pojistné povinnosti.<sup>49</sup> Osoby mají možnost výběru zdravotní pojišťovny, změna je možná s tříměsíční výpovědní lhůtou každoročně k 31. prosinci.<sup>50</sup>

### 2. Věcný rozsah zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění je poskytováno formou věcného plnění. Základním právem pojištěnce je právo na adekvátní zdravotní péči a to v rozsahu stanoveném zákonem. Neexistuje taxativní výčet plnění ze základního pojištění, hrazena je tak každá péče, která je považovaná za dostatečně účelnou a účinnou. V případě pochybností, zda spadá konkrétní poskytnutá péče do péče hrazené ze základního zdravotního pojištění, má

---

<sup>48</sup> *Grundversicherung*

<sup>49</sup> *Art 4. Bundesgesetz über die Krankenversicherung - KVG*

<sup>50</sup> *Art.7 Bundesgesetz über die Krankenversicherung - KVG*

hlavní slovo Leistungs - und Grundsatzkommission ELGK, pod gescí Ministerstva vnitra - das Eidgenössische Departement des Innern EDI.<sup>51</sup>

Základní zdravotní pojištění se vztahuje na zdravotní péči a to především na plnění spojená s vyšetřením a ošetřováním, péči ambulantní, stacionární, ústavní nebo lázeňskou, hospitalizaci.<sup>52</sup> Důraz je kladen i na prevenci a preventivní prohlídky. Náklady spojené s následky úrazu jsou hrazeny ze základního pojištění, pakliže dotčený není pojištěn přímo pro případ úrazu podle zákona o úrazovém pojištění - Unfallversicherungsgesetz.<sup>53</sup> V rámci péče v těhotenství a mateřství se jedná o kontrolní prohlídky během těhotenství, náklady porodu, hospitalizace novorozenců.<sup>54</sup> Základní zdravotní pojištění přebírá i náklady spojené s potratem. Ošetření u zubního specialisty je hrazeno pouze, jedná-li se o ošetření stavu vyplývajícího z celkového onemocnění.<sup>55</sup>

## **D. Nizozemí**

### **1. Osobní rozsah zdravotního pojištění**

Zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany starší 18 let a osoby žijící v Nizozemí, kteří zde platí daně. Osoby mladší 18 let jsou automaticky pojištěny a pojistné za ně platí stát z veřejných rozpočtů. Musí si zakoupit pojištění od některé z privátních zdravotních pojišťoven, které mají povinnost s nimi uzavřít smlouvu o základním zdravotním pojištění. Smlouva je soukromoprávního charakteru a je uzavírána na jeden rok.

---

<sup>51</sup> Art. 33 Bundesgesetz über die Krankenversicherung - KVG

<sup>52</sup> Art. 25 Bundesgesetz über die Krankenversicherung - KVG

<sup>53</sup> Art. 28 Bundesgesetz über die Krankenversicherung - KVG

<sup>54</sup> Art.29 Bundesgesetz über die Krankenversicherung - KVG

<sup>55</sup> Art.61 Bundesgesetz über die Krankenversicherung - KVG

## 2. Věcné plnění

Věcné plnění ze základního zdravotního pojištění ve formě základního balíčku je definováno nařízením vlády na základě doporučení Národního institutu pro zdravotní péči (Zorginstituut Nederland). Vztahuje se na základní zdravotní péči a zdravotnické pomůcky včetně některých výkonů v rámci zubní péče a fyzioterapie. Jedná se tak především o zdravotní péči poskytovanou domácími lékaři, specialisty a porodníky, hospitalizaci, ošetrovatelskou péči, psychiatrickou léčbu včetně hospitalizace max. 3 roky, léky a léčivé přípravky, zubařské ošetření pro osoby mladší 18 let, zdravotnické pomůcky a fyzioterapii.

Výčet poskytovaného plnění je otevřený a odvíjí se od dosaženého stupně lékařského poznání. Konkrétní podobu plnění pak určují zdravotní pojišťovny, které vyjednávají se zdravotnickými zařízeními jaký druh péče a v jakém rozsahu bude poskytován a zohledňují přitom nashomážděná data týkající se kvality a efektivnosti poskytované péče stejně jako spokojenosti pacientů. Zdravotní pojišťovny jsou odpovědné za to, že péče v rámci základního pojištění bude poskytována minimálně v zákonem stanoveném rozsahu. Mohou však nabízet i nadstandardní doplňkové služby, kterých využívá asi 90% obyvatel Nizozemí. Jedná se například o speciální zubařské výkony, alternativní medicínu a homeopatii, brýle a kontaktní čočky, rozsáhlejší nabídku fyzioterapie aj. Tyto nadstandardní služby nejsou nijak vládou regulovány a mají čistě soukromý charakter.<sup>56</sup>

V rámci dlouhodobého pojištění je poskytována péče osobám s dlouhodobě stížným společenským uplatněním ať už pro svůj věk nebo zdravotní stav. Kritéria pro plnění z tohoto systému vyhodnocuje Agentura s názvem Centrum Indicatiestelling Zorg, která vydá posudek o zdravotním stavu a určí rozsah potřebné péče. Na základě takového posudku Úřad pro zdravotní péči proplácí poskytovanou péči. Tento systém je spravován státními orgány a jeho financování je projevem solidarity ve společnosti, protože každý kdo platí daně, je povinen do systému přispívat procentuální sazbou ze své mzdy. Plnění

---

<sup>56</sup> *www.minvws.nl. „Health care insurance in the Netherlands“*

v rámci dlouhodobého pojištění je široce definované Zákonem o dlouhodobém pojištění a ponechává tak volnost ve stanovení potřeb konkrétní osoby. Může se jednat o dlouhodobé pobyty ve stacionářích, pečovatelských domech, psychiatrických léčebnách, osobní asistenci pro uspokojování denních potřeb a pomoc v domácnosti, ošetrovatelskou pomoc aj. Za poskytování plnění z tohoto systému je zodpovědný stát.

Podle zákona o sociální pomoci jsou poskytovány služby, které pomáhají osobám v znovuzачlenění do společnosti. Jedná se o asistenci při denních potřebách, pomoc v domácnosti, náhradní domovy, denní společenské aktivity, pomoc obětem domácího násilí, sociální podporu pro lidi v nouzi aj.<sup>57</sup>

## V. Institucionální zajištění zdravotního pojištění

Institucionální zajištění zdravotního pojištění reprezentují v systému založeném na zdravotním pojištění zdravotní pojišťovny. Proplácí zdravotnickým zařízením péči, která byla poskytnuta pojištěncům, kteří jsou u dané zdravotní pojišťovny pojištěni. Rozlišujeme pojištění povinné veřejné, pojištění dobrovolné či povinné soukromé a dobrovolné pojištění doplňkové k veřejnému. Tomu odpovídá i nabídka typů smluvního pojištění, které jednotlivé zdravotní pojišťovny nabízejí. Pojištění lze též dělit podle toho, zda je zdravotní pojišťovna povinna uzavřít s určitou osobou smlouvu o zdravotní pojištění, a to na individuální a skupinové zdravotní pojištění. V případě individuálního pojištění má pojišťovna na základě zhodnocení individuálních vlastností pojištěnce právo stanovit výši pojistného dle míry rizika, tzv. nominálního pojistného, popřípadně pojistnou smlouvu nemusí ani uzavřít, je-li vysoká pravděpodobnost, že tato osoba bude příliš finančně náročná. Výše pojistného se tak odvíjí od věku, pohlaví, zaměstnání

---

<sup>57</sup> [http://investinholland.com/nfia\\_media/2015/05/healthcare-in-the-netherlands.pdf](http://investinholland.com/nfia_media/2015/05/healthcare-in-the-netherlands.pdf)

a životních návyků. Naopak skupinové pojištění lze ztotožnit se systémem povinného pojištění, kdy má pojištěnec právo na výběr pojišťovny a zdravotní pojišťovna má povinnost ho pojistit.<sup>58</sup>

## A. Česká Republika

### 1. Zdravotní pojišťovny

V ČR existuje pluralita pojišťovacích institucí, v roce 2015 bylo zapsáno 7 zdravotních pojišťoven (Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra)<sup>59</sup>, v roce 1995 zde však fungovalo 27 institucí. Veřejné zdravotní pojištění zajišťuje Všeobecná zdravotní pojišťovna, která působí ze zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, a na základě povolení Ministerstva zdravotnictví i další zdravotní pojišťovny, jejichž činnost je upravena zákonem ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Zdravotní pojišťovny jsou autonomními veřejnoprávními korporacemi, nikoliv státními orgány, zřízené za účelem správy věcných dávek zdravotní péče. Mezi základní činnosti zdravotních pojišťoven patří vybírání pojistného na veřejné zdravotní pojištění, přerozdělování pojistného na základě kategorií skladby pojištěnců dle individuálního rizika, a plnění nároků pojištěnců na hrazení zdravotních služeb. Resortní pojišťovny jsou určeny pro organizace zřízené některým z ministerstev a poskytují pojištění pro osoby zaměstnané v orgánech zřízených ministerstvem, oborové slouží pro zaměstnance daného oboru, podnikové pojišťovny jsou především pro zaměstnavatele daného sdružení

---

<sup>58</sup> Němec, J., *Principy zdravotního pojištění*. Grada, 2008, str. 240-248

<sup>59</sup> [https://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD\\_poji%C5%A1tovna](https://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD_poji%C5%A1tovna)

podniků.<sup>60</sup> Dnes již však není povinnost být zaměstnancem či příslušníkem rodiny zaměstnance v dané oblasti. Může vzniknout zdravotní pojišťovna pro kteroukoliv oblast. Vznik je vázán na povolení Ministerstva zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí za předpokladu, že se jedná o právnickou osobu se sídlem na území ČR, a k žádosti byla přiložena zakládací listina, návrh pojistného plánu a byla složena kauce. Činnost zaměstnaneckých pojišťoven podléhá pouze kontrole Ministerstvem financí. Dnes se rozšiřuje forma kapitálových společností, a to a.s.<sup>61</sup>

Pojištěnci si sami vybírají, u které pojišťovny se nechají pojistit a takto zvolená pojišťovna není oprávněna odepřít uzavření pojistné smlouvy či již vzniklý vztah bezdůvodně ukončit. Zaměstnanecké pojišťovny se uplatní pouze pokud si je pojištěnec sám zvolí, jinak je ze zákona automaticky pojištěn u VZP. Při výběru zdravotní pojišťovny zohledňuje pojištěnec především rozsah smlouvené péče se zdravotnickými zařízeními a výhody nabízené z fondu prevence, protože v českém systému se platí pojistné jednotnou procentuální sazbou ze mzdy bez možnosti volby nadstandardní péče. Zdravotní pojišťovny nesmí nabízet víc než úhradu za plnění poskytované z veřejného zdravotního pojištění.

Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit svým pojištěncům místní a časovou dostupnost hrazených služeb.<sup>62</sup> Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů zdravotní péče - zdravotnických zařízení, se kterými uzavírají smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů dané zdravotní pojišťovny. V takto vytvořené síti smluvních zařízení má pojištěnec právo zvolit si vybrané zdravotnické zařízení. Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb se koná výběrové řízení.<sup>63</sup> Smlouva mezi poskytovatelem zdravotní péče a zdravotní pojišťovnou je tak výsledkem dohodovacího řízení dle rámcové

---

<sup>60</sup> §2 Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

<sup>61</sup> Pojišťovny se v nemocnicích nebojí, Martinicová <http://euro.e15.cz/profit/pojistovny-se-v-nemocnicich-neboji-885041>

<sup>62</sup> §40 odst.7 Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

<sup>63</sup> §46 Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

smlouvy, která je vydávána Ministerstvem zdravotnictví vyhláškou. Výše úhrady je každoročně stanovena na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví formou úhradové vyhlášky. Zdravotnické zařízení si výši může dohodnout i jinak. Existují však i soukromá zařízení bez smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou. Péči poskytovanou v nesmluvních zdravotnických zařízeních zdravotní pojišťovna neproplácí, nejedná-li se o péči akutní a neodkladnou, a je tak hrazena přímo.

Zdravotní pojišťovny mají právo provádět u smluvních zdravotnických zařízení kontrolu poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění, včetně přehledu vykázaných výkonů prostřednictvím revizních lékařů.<sup>64</sup>

## **2. Financování zdravotnického systému**

Každý pojištěnec je povinen platit pojistné, finanční částku, kterou odvádí na účet zdravotní pojišťovny. Vypočítává se procentní sazbou z příjmu zaměstnaných osob a osob samostatně výdělečně činných. Zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění upravuje výši pojistného. Plátcem pojistného je buď sám pojištěnec jako OSVČ, zaměstnavatel nebo stát. Za zaměstnance se pro účely zdravotního pojištění považuje fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti. Za osoby samostatně výdělečně činné se pro účely zdravotního pojištění považují osoby podnikající v zemědělství, provozující živnost, vykonávající uměleckou činnost, notáři, advokáti aj.

Výše pojistného u zaměstnance činí 13,5% z vyměřovacího základu za rozhodné období<sup>65</sup>, kterým je kalendářní měsíc, za který se pojistné platí, u osoby samostatně výdělečně činné 50% příjmu po odečtení výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení za rozhodné období, kterým je kalendářní rok. Vyměřovacím základem jsou příjmy, které jsou předmětem daně z příjmu fyzických osob podle zákona o daních

---

<sup>64</sup> §42 Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

<sup>65</sup> §2 Zákona č.592/1992 Sb. o pojistém na všeobecném zdravotním pojištění

z příjmů.<sup>66</sup> Zaměstnavatel odvádí dvě třetiny pojistného, které je povinen hradit za své zaměstnance (9% z vyměřovacího základu) a současně odvádí i jednu třetinu pojistného, které je povinen hradit zaměstnanec (4,5% z vyměřovacího základu), srážkou z jeho mzdy nebo platu, a to i bez souhlasu zaměstnance. Pojistné se odvádí na účet Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky nebo jiné zdravotní pojišťovny provádějící veřejné zdravotní pojištění, u níž je pojištěnec pojištěn.<sup>67</sup>

Za vybrané skupiny lidí tuto povinnost přebírá stát, plátcem pojistného se tak stává Ministerstvo financí a pojistné je hrazeno ze státního rozpočtu. Jsou to osoby v invalidním či starobním důchodu, nezaopatřené děti, osoby bezmocné, osoby ve výkonu trestu, osoby se zdravotním postižením, příjemci rodičovského příspěvku, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství, uchazeči o zaměstnání aj.<sup>68</sup> Toto je základním projevem solidarity mezi skupinami pojištěnců.

Spoluúčast pacientů formou přímých plateb je vyhrazena pro výkony a zdravotnické pomůcky, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, a volně prodejné léky. Roku 2008 byla zavedena povinnost platit regulační poplatky spojené s čerpáním zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, která však byla roku 2013 zrušena kromě pohotovostního poplatku. Jednalo se o poplatky za návštěvu lékaře, využití pohotovostní služby, za vydání předpisu na hrazená léčiva a za hospitalizaci v nemocnici. Cena byla stanovena v rozmezí 30,- až 90,- Kč a byla příjmem zdravotnického zařízení. Byl stanoven zákonný limit pro maximální sumu úhrad za regulační poplatky a to ve výši 5000,- Kč, nad tento limit přebírala platební povinnost zdravotní pojišťovna, která vracela pojištěnci částku, kterou zaplatil nad limit. U určitých druhů návštěv lékaře byl pacient od poplatků osvobozen, zejména u preventivních prohlídek. Pojištěnci se tak na hrazení poskytované péče nepodílejí přímo, výjimkou je pouze regulační poplatek za akutní hospitalizaci. Pojištěnec, je povinen hradit poskytovateli regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby

---

<sup>66</sup> §3 Zákona č.592/1992 Sb. o pojistém na všeobecném zdravotním pojištění

<sup>67</sup> §5 Zákona č.592/1992 Sb. o pojistém na všeobecném zdravotním pojištění

<sup>68</sup> §7 Zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství. Regulační poplatek je příjmem poskytovatele, který regulační poplatek vybral. Poskytovatel je povinen použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem a modernizací zdravotnického zařízení, ve kterém byla pohotovostní služba poskytnuta.<sup>69</sup> V Německu se regulační poplatky běžně uplatňují, jinde mají podobu odpočitatelných položek.

Ze státní rozpočtu jsou zčásti financované zdravotnické instituce přímo zřizované Ministerstvem zdravotnictví a to formou investic. Z místních obecních a krajských rozpočtů jsou zčásti financovány krajem zřizované nemocnice, hygienické stanice, léčebny pro dlouhodobě nemocné a preventivní programy.

Soukromé zdravotní pojištění pokrývající zdravotní péči poskytovanou podle zákona o veřejném zdravotním pojištění bylo zrušeno. Bylo určeno k pokrytí péče poskytované nad rámec zákonného pojištění včetně péče poskytované v zahraničí, založené na dobrovolnosti, s charakteristickou předdefinovaností plnění korelující s výší pojistného v závislosti na kategorii zvoleného pojištění. Bylo možné pojistit regulační poplatek, úhradu za hospitalizaci, denní dávky při pracovní neschopnosti, některé stomatologické zákroky, nejčastěji však cestovní připojištění. Dnes se soukromé pojištění vztahuje pouze na pojištění léčebných výloh při cestách do zahraničí.

Pojistné je tak hlavním zdrojem příjmů zdravotních pojišťoven, v menší míře se podílí i dotace či kapitálové zhodnocení rezervních fondů. Celkem je evidováno 10,4 milionů pojištěnců, přičemž 58,5% je u VZP. Mezi základní úkoly VZP patří výběr pojistného, hospodaření s vybranými finančními prostředky a uzavírání smluv o poskytování zdravotní péče. O úhradě zdravotní péče rozhodují všechny zdravotní pojišťovny spolu s profesním sdružením poskytovatelů zdravotní péče, Českou lékařskou komorou, a zájmovými sdruženími pojištěnců.

§20 zákona o pojistném na veřejném zdravotním pojištění stanovuje způsob přerozdělení finančních prostředků mezi pojišťovnami, aby došlo k vyrovnání skladby

---

<sup>69</sup> §16 Zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

pojištěnců dle rizikovosti. VZP je povinna zřídit zvláštní účet, na základě kterého jsou finanční prostředky přerozděleny podle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů do 18 věkových skupin, které jsou stanoveny jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce. Zavedení tohoto systému vedlo k vyrovnání skladby pojištěnců, protože zaměstnanecké pojišťovny měly dříve příjmově silné pojištěnce a naopak pojištěnci, za které je plátcem pojistného stát, spadali povinně do systému VZP.

Z vybraného pojistného pojišťovny jako neziskové právnické osoby oprávněné k hospodaření s majetkem, zakládají fondy, které slouží ke krytí úhrad poskytované zdravotní péče. Jedná se o fondy základní, rezervní, provozní nebo jiné účelové fondy. Nepokryje-li rozsah vybraného pojistného veškeré náklady na poskytnutou péči, a zdravotní pojišťovna se tak ocitne v platební neschopnosti, je deficit vyrovnán ze státního rozpočtu formou návratné finanční výpomoci. Toto právo má však pouze VZP, ostatní pojišťovny musí hospodařit pouze v rozsahu získaných příjmů.

Organizací sdružující zdravotní pojišťovny je od 1. ledna 2016 Kancelář zdravotního pojištění, která po sloučení s Národním referenčním centrem nastupuje na místo stávajícího Centra mezistátních úhrad, které vzniklo v roce 2001 z pověření Ministerstva zdravotnictví na základě zmocnění dle čl. 1 odst. 2b nařízení Evropského Parlamentu a Rady č. 987/09. Jedná se o sdružení právnických osob - všech zdravotních pojišťoven, a plní úkoly styčného orgánu pro provádění národních předpisů v oblasti veřejného zdravotního pojištění a práva Evropské unie. Je tak kontaktním místem pro přeshraniční zdravotní služby poskytované za přímou úhradu. Reprezentuje český systém zdravotního pojištění a zdravotní péče ve vztahu k 35 státům Evropské Unie, Švýcarsku a smluvním státům. Na tuto instituci se pacienti obrací, pakliže například chtějí cíleně vycestovat do jiného státu Evropské Unie nebo Švýcarska za účelem čerpání konkrétní zdravotní péče. Může tak činit bez předchozího souhlasu své zdravotní pojišťovny, náklady pak hradí přímo poskytovateli zdravotní péče a po návratu do ČR má dle §14 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění nárok na refundaci vynaložených nákladů do výše ceny stejných služeb poskytovaných v ČR. Druhou možností je podání

žádosti o souhlas své zdravotní pojišťovny se zákrokem v zahraničí. Na základě tohoto souhlasu pak mají pojištěnci právo na stejnou úhradu péče jako tamní pojištěnci a náklady uhradí tamní pojišťovna, která si poté vynaložené náklady dodatečně přeúčtuje prostřednictvím Kanceláře zdravotního pojištění.

## **B. Spolková Republika Německo**

### **1. Zdravotní pojišťovny**

Zdravotní pojišťovny v SRN jsou samosprávné instituce, které získávají ze Zdravotního fondu finanční prostředky, se kterými hospodaří. Jedná se o obchodní korporace typu akciových společností a typu vzájemného společenství (Versicherungsvereine an Gegenseitigkeit). Legislativní rámec tvoří Zákon o pojistných smlouvách<sup>70</sup>, protože smluvní vztah mezi pojištěncem a pojišťovnou je založen soukromoprávní pojistnou smlouvou, kterou se pojišťovna zavazuje v případě škodné události zaplatit léčebné výlohy, popř. i jiné smluvně dohodnuté plnění, a pojištěnec přebírá závazek platit stanovené pojistné. Kontrolu provádí Spolkový úřad pro dozor nad finančními službami<sup>71</sup>. Kontrola se vztahuje na hospodaření pojišťoven a dodržování stanovených povinností jako je vedení účetních knih předepsaným způsobem sjednoceným pro všechny pojišťovny a výkaz v obchodním rejstříku pro zvýšení transparentnosti jejich hospodaření. Založení zdravotní pojišťovny se řídí §148 pro zaměstnanecké a §157 SGB V. pro náhradní pojišťovny, dohled vykonává Spolkový pojišťovací úřad<sup>72</sup>. Zaměstnavatel musí mít alespoň 1000 zaměstnanců jako potenciálních pojištěnců.

Hlavní funkcí zdravotních pojišťoven je zajišťovat dostupnost zdravotnické péče formou sítě smluvních zdravotnických zařízení a za tuto péči poskytovat úhradu. Dle §2 SGB V. hradí zdravotní péči poskytovanou v souladu s pravidlem lege artis podle

---

<sup>70</sup> *Versicherungsvertragsgesetz*

<sup>71</sup> *Bundesanstalt fuer Finanzdienstleistungsaufsicht*

<sup>72</sup> *Bundesversicherungsamt*

zásad hospodárnosti, účelnosti a účinnosti. Sdružení zdravotních pojišťoven vyjednává se svazy poskytovatelů péče rozsah služeb a výši úhrad.

Ve veřejném zdravotní pojištění figuruje v roce 2015 celkem 124 zdravotních pojišťoven (Krankenkassen), které jsou neziskovými nestátními orgány regulovanými vládou. V roce 1931 byl jejich počet 6985, v roce 1970 pak 1815, v roce 2009 už pouhých 202. Z nich je pouhých 64 s počtem pojištěnců převyšujícím 50 000. Existují různé typy zdravotních pojišťoven k 1.1.2014:<sup>73</sup>

- 11 všeobecných místních zdravotních pojišťoven<sup>74</sup>, poskytujících pojištění pro určitý region s cca. 18,2 miliony pojištěnců
- 107 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven<sup>75</sup>, založené zaměstnancem s více jak 1000 zaměstnanci s cca. 8,4 miliony pojištěnců
- 6 cechovních fondů<sup>76</sup> založených řemeslnými společnostmi s cca. 4 miliony pojištěnců
- 6 náhradní zdravotních pojišťoven<sup>77</sup>, vzniklých na základě samostatných spolků s cca 19,9 miliony pojištěnců
- 1 zemědělská zdravotní pojišťovna<sup>78</sup> s 0,5 miliony pojištěnců

Celkový počet pojištěnců je 52,6 milionů k 1.1.2014 a největší pojišťovnou je TK - Techniker Krankenkasse. Dříve se rozlišovalo mezi primárními pojišťovnami (Primaerkassen) a náhradními (Ersatzkassen), které však po možnosti od roku 1996 nechat se pojistit u kterékoliv zdravotní pojišťovny nejen dle zaměstnání postrádá

---

<sup>73</sup> <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/krankenversicherung/organisation.html>

<sup>74</sup> *Allgemeine Ortskrankenkassen, AOK*

<sup>75</sup> *Betriebskrankenkassen, BKK*

<sup>76</sup> *Innungskrankenkassen, IKK*

<sup>77</sup> *Ersatzkassen, EK*

<sup>78</sup> *Landwirtschaftliche Krankenkassen, LKK*

významu. Dnes se výběr pojišťovny řídí místem trvalého bydliště nebo trvalého pobytu a zdravotní pojišťovna nemá právo odmítnout uzavření pojistné smlouvy.<sup>79</sup>

Zdravotní pojišťovny nabízejí základní a doplňkové zdravotní plány, dle kterých stanovují výši příplatku na pojistné, čímž se profilují a stávají se tak navzájem konkurenčními subjekty. Kompenzují tak solidární princip, kdy je výše pojistného stanovena dle jednotné pojistné sazby a odvíjí se od výše příjmů. Proto i pro osoby s vyššími příjmy a nízkými nároky na zdravotní péči se systém veřejného pojištění stává zajímavým právě díky možnosti získání bonusů a slev formou doplňkových zdravotních plánů. Míra spoluúčasti pacienta na úhradách za poskytnutou zdravotní péči závisí na typu doplňkového zdravotního pojištění, které si zvolí. Zdravotní plány se liší různými tarify a jim odpovídající formou plnění. Může se jednat o věcné plnění, finanční plnění, kdy pojištěnec uhrazuje poskytnutou péči přímo poskytovateli služeb a určitá výše úhrad je mu poté zpětně refundována, nebo začlenění do systému gatekeepingu, ve kterém pojištěnec může využít specializované ambulantní nebo lůžkové péče až na základě doporučení svého praktického lékaře.<sup>80</sup>

Pojištěnec si tak svobodně vybírá dle svých potřeb s ohledem na předpokládané využití služeb. Ačkoliv je povinen zaplatit pojistné ve výši odpovídající sazby doplněné o poplatek za doplňkový plán, má právo na refundaci na konci zúčtovacího období, nevyužije-li služeb. Jednou za rok má právo změnit zdravotní pojišťovnu a to aniž by ztrácel nárok na nastřádané rezervy, protože ty jsou mezi pojišťovnami přenositelné.

Zdravotní pojišťovny mají možnost si vybírat, s kterými zdravotnickými zařízeními uzavřou smlouvu o poskytování služeb, čímž zakládají konkurenci i mezi poskytovateli zdravotních služeb. Takto vzniká přirozeně tržní prostředí, které zvyšuje efektivitu a kvalitu nabízených služeb za současného snížení nákladů. Cena, za kterou

---

<sup>79</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/Gesetzliche\\_Krankenversicherung#Mitgliedschaft](https://de.wikipedia.org/wiki/Gesetzliche_Krankenversicherung#Mitgliedschaft)

<sup>80</sup> <https://de.wikipedia.org/wiki/Selbstbeteiligung#Wahltarife>

bude zdravotní péče poskytována, je výsledkem dohadovacího procesu jen mezi zdravotními pojišťovny a zdravotnickými zařízeními.<sup>81</sup>

## 2. Financování zdravotnického systému

Na finanční struktuře se ze 77% podílí veřejné zdravotní pojištění, z 10% soukromé zdravotní pojištění, veřejný rozpočet tvoří 12% celkových příjmů do zdravotnictví. Dále se podílejí penzijní fondy, úrazové pojištění, ošetrovatelské pojištění nebo přímé platby formou spoluúčasti pacientů.

Od 1.1.2009 se na veřejné zdravotní pojištění se přispívá stanovenou jednotnou sazbou. Platby pojistného z příjmů zaměstnanců jsou zasílány do Zdravotního fondu Gesundheitsfond, prostřednictvím něhož je pojistné redistribuováno mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny.<sup>82</sup> Výše sazby činila v roce 2015 14,6%, 7,3% z příjmu zaměstnance, tj. z hrubé mzdy před zdaněním a 7,3% z nákladů zaměstnavatele. Totéž platí pro osoby samostatně výdělečně činné. Na dobrovolné ošetrovatelské připojištění pak 2,35%. Do roku 2009 si mohly zdravotní pojišťovny určovat sazbu pojištění dle svého uvážení, většinou rozmezí 12,5-15%. Úrazové pojištění je placeno pouze zaměstnavatelem a vztahuje se na pracovní úrazy a nemoci z povolání. Nezaměstnaní dříve přispívali poměrně dle dávek v nezaměstnanosti, od roku 2004 za ně platí úřady práce paušální částkou.

Zdravotní fond je spravován Spolkovým pojišťovacím úřadem se sídlem v Bonnu (Bundesverwaltungsamt). Stát platí z daní pouze za nezletilé do 18 let, tato částka jde též do zdravotního fondu. Zdravotní fond tak disponuje příjmem zhruba 160,9, - miliard EUR z veřejného pojistného a 15 miliard EUR odvodem z daní za nezletilé. Pro porovnání

---

<sup>81</sup><https://www.gesundheitsinformation.de/dasdeutschegesundheitsystem.2698.de.html?part=einleitung-co#!pn6v>

<sup>82</sup>§ 241 SGB V

disponují soukromé pojišťovny prostředky ve výši 8,9, - miliard EUR. Důchodci platí 50% z předepsané sazby, druhou polovinu doplácí jejich důchodový fond.<sup>83</sup>

Vybrané finance jsou následně zdravotním fondem přerozdělovány k úhradě výdajů na zdravotní péči mezi jednotlivé pojišťovny. Pojišťovny obdrží rovnou sazbu za každého pojištěnce ve výši 150,- až 170,- EUR. Za nákladnější pojištěnce zohledňujíc věk, pohlaví a riziko u chronicky nemocných je poskytována kompenzace formou příspěvků, aby ve výsledku zdravotní pojišťovny neupřednostňovaly pouze nenáročné pacienty. Na druhou stranu mají pojišťovny možnost určitou částku pojištěncům vrátet, pakliže nevyužijí zdravotních služeb.

Zdravotní pojišťovna obdržený přiděl financí poskytne sdružením lékařů, které jsou jejími smluvními partnery, na základě vykázaných výkonů. Pakliže má pojišťovna přebytek financí, může je formou bonusů poskytnout zpět pojištěncům. Naopak nevystačí-li s finančním přidělem, může po svých pojištěncích požadovat doplatek na pojistné. Od 1.1.2015 byl zaveden individuálně diferencovaný příplatek, jehož výše je závislá na příjmu a sazba činí 0,9%. Tato část sazby je poté odečtena ze základní sazby. Dodatečnému placení se pojištěnci mohou vyhnout tím, že změní pojišťovnu.<sup>84</sup> Tím jsou zdravotní pojišťovny motivovány k řádnému hospodaření se svěřenými prostředky.

Zdravotní pojištění se vztahuje i na členy rodiny, kteří na pojištění přispívat nemusí, a to na manželku/manžela či partnerku/partnera, pokud jejich měsíční příjem nepřesáhne sedminu průměrné mzdy, která pro rok 2014 činí 2 415, - EUR, (tj. 345, - EUR za rok, v případě mini Jobů 450, - EUR), a děti do 18 let (do 23 let, nejsou-li výdělečně činné, a do 25 let, připravují-li se na budoucí povolání).<sup>85</sup>

Jako ve většině vyspělých státech je i v Německu poskytována možnost pro osoby s příjmem, který převyšuje určitou hranici, nechat se pojistit v rámci soukromého

---

<sup>83</sup> <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.2698.de.html?part=einleitung-co#!wwjq>

<sup>84</sup> <https://de.wikipedia.org/wiki/Zusatzbeitrag>

<sup>85</sup> §10 SGB V.

zdravotního pojištění. Jen v Německu však privátní pojištění existuje paralelně s veřejným a dává tak možnost volby mezi těmito dvěma systémy. Soukromé pojištění si může sjednat pojištěnec, jehož příjem přesahuje danou hranici minimálního příjmu, a poté je volbou pojištěnce, zda zůstane pojištěn v rámci veřejného systému, nebo zda z něho vystoupí a nechá se pojistit soukromě. Nemá již však možnost být nepojištěn. Vystoupí-li ze soukromého pojištění, vrací se opět do systému veřejného za splnění kritérií, například věku pod 55 let.

Soukromé zdravotní pojištění můžeme dělit na plné, které pokrývá veškeré léčebné náklady, a doplňkové k veřejnému pojištění, které poskytuje náhradu například za poplatek za ambulantní a stomatologickou péči, za ošetrovatelskou péči, pojištění v zahraničí, poplatky za hospitalizaci. Tyto formy plateb založené na spoluúčasti pacienta na poskytované péči jsou častěji připojišťovány v rámci doplňkového soukromého pojištění k veřejnému zdravotnímu pojištění pomocí různých tarifů zdravotních plánů. I plné soukromé pojištění se diferencuje podle nabízených tarifů poskytovaných nadstandardních služeb, tarify lze i kombinovat do tzv. modulů. Tarify mohou požadovat určitou spoluúcast pojištěnců a úhrada za vynaložené náklady je pak pojištěncům refundována až po překročení např. 10% z celkové ceny, kterou zaplatil za léky nebo zdravotní pomůcky, nebo naopak může být stanovena maximální hranice refundace nad kterou již pojišťovna nic nedoplácí, např. u brýlí je hranice nastavena na 300,- EUR, které budou pojištěnci refundovány, a cena přesahující tuto částku půjde k jeho tíži.

Základní tarif soukromého pojištění je poskytován za cenu jako v pojištění veřejném, to jest roční průměrná mzda násobená zákonnou sazbou (4 050, - EUR x 14,6% = 627, - EUR v roce 2015). K tomu se však připojuje zhodnocení individuálního rizika, které může výši základního pojistného zvýšit nebo snížit, a výše platby za vybraný tarif je tak individuální. Výše pojistného je stanovena na základě věku, pohlaví, zdravotního stavu a zohlednění individuálního rizika čerpání zdravotní péče. Soukromě pojištěné osoby platí lékařům za ambulantní ošetření celou částku stanovenou v sazebníku výkonů<sup>86</sup> a na základě dokladu o zaplacení je jim poté částka refundována pojišťovnou.

---

<sup>86</sup> *Gebührenordnung für Ärzte und für Zahnärzte*

Totéž platí pro standardní tarif, který se orientuje na zákonem jmenované osoby, především osoby starší 55 let, které nedisponují dostatečným příjmem a zároveň dosažením 55 let věku již nemají možnost přestoupit do veřejného systému (popř. 65 let bez podmínky sníženého příjmu), a byly minimálně deset let plátcí pojistného na soukromé pojištění. Výše pojistného a rozsah poskytovaného plnění je v rámci standardního tarifu ze zákona stejně vysoká jako u veřejného pojištění nebo se může dokonce snižovat v závislosti na délce soukromého pojištění.<sup>87</sup>

V rámci plného soukromého pojištění je pojištěno 8,83 milionů osob v roce 2015, což je 11% všech pojištěnců s celkovým příjmem 36 miliard EUR a tvoří tak 9% z celkových příjmů do zdravotnictví.<sup>88</sup> Doplnkového pojištění využívá dalších 23,93 milionů osob. Největšími soukromými pojišťovnami jsou Debeka s 2 343 473 pojištěnci s příjmy z pojistného ve výši 5 miliard EUR, Deutsche Krankenversicherung s 856 996 pojištěnci, Axa, Allianz Private Krankenversicherung, a Signal Iduna.<sup>89</sup>

O registraci mohou požádat osoby, jejichž roční hrubý výdělek přesahuje 56 925,- EUR pro rok 2015, stejně jako členové rodiny.<sup>90</sup> Zde si ale každý člen nese svojí povinnost platit pojistné. Děti nemusí být pojištěny u stejné instituce jako rodiče. Pojistná smlouva je uzavřena po zhodnocení individuálního rizika, kritérii jsou věk, zdravotní stav, povolání a do roku 2012 jím bylo i pohlaví (zavedeny unisex-tarifů)<sup>91</sup> a rozsahu požadovaného plnění, např. požadavek být ošetřován pouze primářem kliniky<sup>92</sup>. U některých onemocnění požaduje pojišťovna a priori přirážku k pojistnému. Výše pojistného je stanovena nezávisle na výši platu a na ekvivalentním principu, za poskytnuté plnění je požadováno ekvivalentní protiplnění. Pojištěnci mají nárok na

---

<sup>87</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/Private\\_Krankenversicherung](https://de.wikipedia.org/wiki/Private_Krankenversicherung)

<sup>88</sup> <http://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>

<sup>89</sup> <http://www.wip-pkv.de/>

<sup>90</sup> <http://www.vorsorgekonzeptionen.de/pages/gesundheit/krankenversicherung/grundlagen.php>

<sup>91</sup> *Unisextarife kommen PKV-Kunden teuer zu stehen*

<sup>92</sup> *chefarzt*

vrácení části pojistného, pakliže po určitou dobu nevyužívají zdravotních služeb, a to buď podílem na úsporách pojišťovny, smluvně garantovaným paušálem až do výše šestinásobku měsíčního pojistného nebo slevou za nevyužívání zdravotních služeb až do výše 50% pojistného.

Je zavedena spoluúčast pacientů stanovením příslušného tarifu pro vybraný pojistný plán. Tvoří tak 13% všech výdajů ve zdravotnictví. Nejvíce se pacienti podílejí na financování rehabilitační a domácí péče, stomatologie a lázeňství. Spoluúčast je též zavedena na běžné služby, např. 10,- EUR za recept a doplatek 10% z prodejní ceny léků a zdravotních pomůcek, 10,- EUR za každý den hospitalizace prvních 28 dní.<sup>93</sup> Cena 10,- EUR za návštěvu ambulantního lékaře, zubaře, psychoterapeuta nebo pohotovostní služby byla v platnosti pouze od roku 2004 do roku 2012. Maximální výše finanční spoluúčasti je stanovena na 2% hrubého příjmu pojištěnce, popř. celé rodiny, je-li spolupojištěna, což činilo v roce 93,- EUR, u chronicky nemocných pouze 1%.<sup>94</sup> Nad tuto hranici je pak pojištěnec od poplatků osvobozen. Osvobození od poplatku jsou též osoby s nízkými příjmy, osoby mladší 18 let a chronicky nemocní.

U zvolené zdravotní pojišťovny musí setrvat nejméně 18 měsíců, v případě doplatků na zdravotní pojištění nebo při fúzi dvou pojišťoven má právo smlouvu vypovědět s dvouměsíční výpovědní dobou.

## **C. Švýcarsko**

### **1. Zdravotní pojišťovny**

Je založena pluralita zdravotních pojišťoven na soutěžním principu. V současnosti je registrováno 61 státem uznaných zdravotních pojišťoven (Krankenkassen neboli Krankenversicherer), které jsou založeny na základě Krankenversicherungsgesetz (KVG)

---

<sup>93</sup> <https://de.wikipedia.org/wiki/Selbstbeteiligung#Wahltarife>

<sup>94</sup> §62 SGB V

a podléhají dohledu Spolkového úřadu pro zdraví<sup>95</sup>, který každoročně vydává seznam kompetentních pojišťoven.<sup>96</sup>

Každá zdravotní pojišťovna má povinnost nabízet tzv. Katalog poskytovaných plnění, který koreluje s rozsahem základního povinného pojištění. Za účelem profitu mohou poskytovat různé plány doplňkového pojištění. Zdravotní pojišťovny mají formu nadace a jsou soukromými ziskovými institucemi.<sup>97</sup> Všechny zdravotní pojišťovny poskytují obligatorně základní veřejné pojištění bez ohledu na zdravotní stav pojištěnce.

Vzhledem k tomu že se výše nominálního pojistného (Praemien) každoročně mění svobodným rozhodnutím jednotlivých zdravotních pojišťoven v každém kantonu samostatně (při dodržování pravidel stanovených Spolkovým úřadem pro zdraví BAG, který zvolenou výši potvrzuje), mají pojištěnci právo vždy k 1. lednu změnit pojišťovnu. Tím je zaručeno konkurenční prostředí zdravotních pojišťoven, protože nejvyhledávanějšími jsou ty, které vyžadují nejnižší Praemium. Možnost vyhledat nejvýhodnější pojišťovnu, která vyhovuje přesně osobním požadavkům, je snadné díky online porovnávacím programům<sup>98</sup>. Přehled zdravotních pojišťoven včetně jejich hospodaření a vyhodnocení spokojenosti pojištěnců poskytuje portál Comparis.ch. Mezi 5 největších pojišťoven patří die CSS, die Helsana, die Swica, die Concordia a die Visana. Nejlépe je vyhodnocena die Swica, která obdržela 5.5 bodů z celkového počtu 6.

## **2. Financování zdravotnického systému**

Pojistné se platí pouze ve formě nominálního pojistného tzv. Prémii, které ročně činí v průměru 3 836,- CHF a je odváděno do centrálního fondu, ze kterého jsou redistribuovány mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny. Naplňuje funkci základního

---

<sup>95</sup> *Bundesamt für Gesundheit (BAG)*

<sup>96</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/Liste\\_der\\_zugelassenen\\_Krankenversicherer\\_in\\_der\\_Schweiz](https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_zugelassenen_Krankenversicherer_in_der_Schweiz)

<sup>97</sup> *Art. 18 Krankenversicherungsgesetz KVG*

<sup>98</sup> *Krankenkassenvergleich*

zdravotního pojištění. V rámci povinného zdravotního pojištění pojištěnec platí celé pojistné sám, platba za pojištění se nedělí mezi zaměstnance a zaměstnavatele.<sup>99</sup> Výše měsíčních plateb za základní pojištění, nominálního pojistného u konkrétní zdravotní pojišťovny, je jednotná pro všechny pojištěnce a liší se pouze mezi jednotlivými kantony. Výše příspěvku na základní pojištění však na rozdíl od jiných zemí není závislá na výši platu, není stanovena jeho procentuální výší. Výše se liší mezi kantony, při jejich nastavení však musí být zohledněna věková skupina, možnost výběru alternativních plánů a výše odpočitatelných položek.

Pojištěnec má svobodnou volbu pojišťovny pro základní pojištění, musí však být činná v kantonu, ve kterém na pojištěnec trvalý pobyt. Měsíční výše poplatků za nominální pojištění se liší mezi kantony, průměrně činí 411 CHF měsíčně. Zdravotní pojišťovny mohou s prostředky volně disponovat a nejžádanější jsou tak pojišťovny s nejvyšším naspořeným fondem.<sup>100</sup> Nejlevnější pojištění lze uzavřít v kantonu Appenzell, nejdražší v Basel. V porovnání s poskytovanou péčí jsou tak v některých kantonech platby za pojištění příliš vysoké, v jiných naopak příliš nízké. Proto bylo přijato rozhodnutí Spolkového úřadu pro zdraví BAG, aby byla mezi lety 2015-2017 vrácena část pojistného pojištěncům s trvalým pobytem v jednom z vybraných devíti kantonů, kteří platili příliš vysoké platby za pojištění.<sup>101</sup> Neschválí-li BAG výši nominálního pojistného společně s předloženými plány a vyhodnocením finanční situace, nesmí daná zdravotní pojišťovna po celý rok vybírat žádné nominální pojistné. Vybrané prostředky jsou rozděleny na financování poskytované zdravotní péče - 22% na nemocniční péči, 21% na ambulantní péči, 19% na léky apod.

Dále má pojištěnec povinnost zvolit si celkovou výši plateb za poskytování zdravotní péče se 100% spoluúčastí, kterou si hradí sám bez nároku na refundaci. Jedná se o systém odpočitatelných položek, tzv. Franchise neboli Deductibles. Minimální výše Franchise za kalendářní rok je stanovena zákonem na 350,- CHF, maximální výše

---

<sup>99</sup> Art. 20 KGV

<sup>100</sup> <http://www.krankenkassenversicherung.ch/krankenkassen-schweiz/>

<sup>101</sup> <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-56376.html>

na 2 500,- CHF, může tak volit mezi šesti variantami 350,- , 500,- , 1000,- , 1 500,- , 2 000,- a 2 500,- CHF.<sup>102</sup> Dokud pojištěnec nepřekročí limit minimální spoluúčasti na platbě za poskytovanou péči, nemá nárok na proplácení vynaložených prostředků z veřejného pojištění. Čím vyšší si pojištěnec zvolí Franchise, tím nižší platí měsíčně pojistné v rámci nominálního pojistného Prémium.<sup>103</sup> Pro zdravého se tak vyplatí spíše Franchise 2 500,- CHF s tím, že pak platí nižší platby měsíčně. Platba za nominální pojistné tak může být v daném kantonu pro daný pojistný plán s ročním limitem odpočitatelných položek ve výši 2 500, - CHF například 300, - CHF měsíčně, v jiném kantonu s ročním limitem odpočitatelných položek ve výši 350, - CHF pak v průměru 500, - CHF.

Pakliže je překročena výše 100% spoluúčasti za kalendářní rok, je pojištěný povinen se spoluúčastnit (tzv. Selbstbehalt) na dalších nákladech ve výši 10% z převyšující částky, nejvýše však 700 CHF za rok.<sup>104</sup> To neplatí při poskytování péče těhotným ženám. U dětí se výše 10 % spoluúčasti Selbstbehalt neuplatní a výše 100% spoluúčasti Franchise pouze ve výši jedné poloviny. Výši Franchise si pojištěný volí bez ohledu na svůj zdravotní stav vždy k 1. lednu, případné změny je možné uskutečnit v případě snížení do konce listopadu, při zvýšení pak do konce prosince daného roku.<sup>105</sup>

Každý, kdo se dostane do finančních obtíží v důsledku nízké mzdy nebo nezaměstnanosti, má možnost zažádat o slevu na povinném pojištění<sup>106</sup>. Každý kanton si sám určuje komu, v jaké výši a za jakých podmínek bude přispívat na měsíční platby za pojištění. Ze zákona však musí poskytovat v případě potřeby 50% platby na nominální pojistné za děti a studenty, pokud jejich rodiče mají nárok na pomoc s pojištěním. Spolkový svaz navíc poskytuje 7.5% nákladů na pojištění.<sup>107</sup>

---

<sup>102</sup> <http://www.priminfo.ch/praemien/index.php?ausgabe=trend&tablink=1#ausgabe>

<sup>103</sup> Art 61 KGV

<sup>104</sup> Art. 64 KGV

<sup>105</sup> <https://www.comparis.ch/krankenkassen/grundversicherung/praemien/input>

<sup>106</sup> *Übrigen Prämienverbilligungen*

<sup>107</sup> <https://gesundheitsfoerderung.ch>

Základní pojištění má své varianty, od kterých se pak odvíjí výše měsíčních plateb. Standardní varianta základního pojištění je nabízena všemi zdravotními pojišťovnami a jejich obsah je demonstrativně obsažen v KVG. Proto je tento typ identický u všech pojišťoven. Dále existuje Hausarzt model, kdy je výběr omezen pouze na konkrétního poskytovatele z předdefinované sítě poskytovatelů primární péče a v případě potřeby se lze obrátit pouze na takto vybraného primárního lékaře. Na základě jeho doporučení je možné vyhledat péči specialisty. V případě HMO - Health Maintenance Organization (Gesundheitserhaltungsorganisation) se jedná o model, ve kterém se pojištěnec může obrátit pouze na konkrétní skupinu ošetřujících zdravotníků, lékařů primárních i specialistů, kteří jsou součástí jedné skupiny a většinou se stejným sídlem (polikliniky). Telmed je model, ve kterém se pojištěnec vždy před vyhledáním zdravotní péče nejdříve obrátí na telefonní ústřednu, která jej následně přidělí ke konkrétnímu lékaři či zdravotnickému zařízení především se zohledněním volné kapacity a specializace.

Vedle základního zdravotního pojištění zaujímá ve Švýcarsku významnou roli i doplňkové zdravotní pojištění. Vzhledem k tomu, že základní pojištění pokrývá mnohem menší rozsah poskytované péče než je tomu například v Německu, je doplňkové pojištění hojně využíváno. Základní pojištění se vztahuje pouze na základní nezbytnou péči. Je tak kladena vyšší zodpovědnost na pojištěnce při výběru vhodného typu pojištění.

Oproti Německu, kde je možnost zvolit si soukromé pojištění vyhrazena pouze pro osoby se mzdou převyšující danou hranici měsíční mzdy a které funguje paralelně k veřejnému pojištění jako jeho alternativa, je ve Švýcarsku základní pojištění povinné pro všechny bez možnosti z něho vystoupit, ačkoliv se též jedná o soukromé pojištění. Za účelem lepšího postavení v rámci zdravotního systému je zde pouze možnost dobrovolného doplňkového pojištění.<sup>108</sup> 80% pojištěnců proto volí navíc doplňkové pojištění, které je poskytováno na nejrůznější služby. Zdravotní pojišťovna nemá povinnost zvolené doplňkové pojištění s danou osobou uzavřít, shledá-li, že zdravotní

---

<sup>108</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/index.html?lang=de>

riziko je příliš vysoké. Výše takto sjednaného pojistného se může lišit nejen mezi kantony, nýbrž i v rámci kantonů, protože jsou individuálně sjednané na základě vyhodnoceného rizika, které pojištěnec pro svůj věk, zdravotní stav či životní styl představuje. Výrazné soutěžní prostředí mezi zdravotními pojišťovnami je tak též dáno nabídkou různých druhů doplňkového pojištění, které se odlišují především rozsahem poskytované péče nad rámec péče hrazené ze základního pojištění.

Existují dvě varianty doplňkového pojištění, ambulantní a nemocniční<sup>109</sup>, které mají nejrůznější podtypy. Ambulantní model lze přizpůsobit konkrétním požadavkům vlastních potřeb. Nelze zvolit ambulantní typ obecně, ale některou z nabízených variant. Nejčastěji je využíváno připojištění na zubařské výkony, brýle a kontaktní čočky nebo návštěvu Fitness center či kurzy jógy. Lze zvolit i celý balíček služeb, jako například očkování, psychologickou péči, úhradu jinak nehrazených léků a léčivých přípravků, dopravu, ošetrovatelskou péči a pomoc v domácnosti. Jednou z nejpřínosnějších doplňkových variant je forma připojištění za péči, která je v rámci základního pojištění nadlimitní a tudíž nehrazená.

Nemocniční model se vztahuje na péči spojenou s hospitalizací. I tato varianta má podtypy, například možnost sjednat si svobodnou volbu lékaře s přímou možností kontaktovat specialistu aniž by bylo vyžadováno doporučení od primárního lékaře. Dále to může být svobodná volba nemocnice ve všech kantonech, ve kterých chce být pojištěnec ošetřen, protože jinak má pojištěnec právo pouze na ambulantní ošetření ve všech kantonech. V případě hospitalizace v jiném kantonu je stanoven limit refundace za poskytnutou péči, často jen do výše nákladů, které by byly vynaloženy při hospitalizaci v kantonu, ve kterém má pojištěnec trvalý pobyt, pokud se nejedná o akutní péči.<sup>110</sup> Je

---

<sup>109</sup> *die ambulante und die Spitalzusatzversicherung*

<sup>110</sup> <http://www.oeffentliche-krankenkasse.ch/zusatzversicherung-vergleich/#/formular>

možné si zvolit i přednostní ošetření primářem daného oddělení<sup>111</sup>, či jednolůžkový pokoj při hospitalizaci.

## **D. Nizozemí**

### **1. Zdravotní pojišťovny**

Zdravotní pojišťovny jsou soukromými korporacemi, které spravují vybrané pojistné a přebytek ukládají do rezervních fondů, ze kterých poskytují výhody svým pojištěncům například formou nižších měsíčních plateb nominálního pojistného (Prémium). V Nizozemí je nyní registrováno 24 zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny navzájem soutěží poměrem kvality a ceny jednotlivých zdravotních výkonů, které si nasmlouvají se zdravotnickými zařízeními. Právě díky kontraktační volnosti soukromých pojišťoven v uzavírání krátkodobého pojištění je možná kontrola efektivity a kvality služeb poskytovaných zdravotnickými zařízeními. Vliv na kvalitu péče poskytované zdravotnickými zařízeními a na hospodaření zdravotních pojišťoven mají i pojištěnci, kteří si mohou svobodně vybrat, u které pojišťovny se nechají pojistit a též mohou jednou za rok zvolenou pojišťovnu změnit.

Veřejné zdravotní pojišťovny byly dříve povinny uzavřít smlouvu o poskytování péče se všemi zdravotnickými zařízeními poskytujícími služby spojené s hospitalizací. Smluvní volnost byla dána pouze při uzavírání smluv o poskytování ambulantní péče. Nově se však zdravotní pojišťovny staly soukromými subjekty a uzavírají se zdravotnickými zařízeními smlouvy dle vlastního uvážení. Rozhodujícím kritériem je kvalita, účelnost a cena poskytovaných služeb.

---

<sup>111</sup> *Chefarzt*

## 2. Financování zdravotnického systému

Dříve byl zdravotní systém financován z veřejného a privátního zdravotního pojištění. Veřejné pojištění - Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), bylo obligatorní pro všechny občany Nizozemí s ročním příjmem nižším než 31 750, - EUR (63% populace). Osoby s vyšším příjmem měli povinnost uzavřít soukromé pojištění. Roku 2006 byla odstraněna tato dvojkolejnost. Nově je zachován pouze systém sociálního pojištění pro dlouhodobou péči a neočekávané výdaje s novým názvem Wet Langdurige Zorg (WLZ), který tvoří 27% všech příjmů ve zdravotnictví. Každá osoba s trvalým pobytem v Nizozemí je státem automaticky pojištěna v rámci WLZ. Dlouhodobá péče je určena pro osoby staré, duševně nemocné nebo nevyléčitelné.

Byl zaveden systém krátkodobé péče - Zorgverzekeringswet (ZVW) též označovaný jako systém základní péče, který sjednocuje prvky veřejného a soukromého pojištění. Je nabízen soukromými zdravotními pojišťovnami všem osobám ve formě limitovaných balíčků služeb (Benefits package) za stejnou cenu bez ohledu na výši příjmu, věk či zdravotní stav, a jejichž rozsah věcného plnění je zákonem garantován. Doplňkové soukromé pojištění se uplatní pouze u služeb poskytovaných nad rámec těchto Benefits package.

Každý si musí sjednat vlastní ZZW pod hrozbou sankcí. Zdravotní pojišťovny mají povinnost nabízet univerzální balíček služeb poskytovaných v rámci ZZW a mají povinnost se zájemcem uzavřít smlouvu o poskytování pojištění bez ohledu na věk a zdravotní stav. Za účelem vyrovnání struktury pojištěných osob, tzn. osob finančně náročnějších vůči osobám zdravým, je regulatorním fondem refundována péče poskytovaná nad rámec průměrných výdajů pojišťovny. Tento systém tvoří 60% příjmů ve zdravotnictví. Dalšími zdroji financování zdravotní péče jsou daně 9%, přímé platby 14% a doplňkové zdravotní pojištění v rámci speciálních balíčků služeb.<sup>112</sup>

---

<sup>112</sup> <http://www.oeffentliche-krankenkasse.ch/#/formular>

Bylo zavedeno nové schéma pro úhradu základního zdravotního pojištění. Pojistné na krátkodobé pojištění ZZW má tři složky. Část pojistného je placeno v závislosti na výši hrubého příjmu sazbou 7,75%. Tato platba je zasílána zaměstnavatelem přímo do Zdravotního fondu, ze kterého jsou pak vybrané prostředky redistribuovány mezi zdravotní pojišťovny podle struktury pojištěných osob, zejména zdravotního rizika a věku. Druhou část pojistného tvoří nominální pojistné, tzv. Prémium, které je pojištěncem odváděno přímo pojišťovně a jehož výše se u každé pojišťovny liší, většinou s odchylkou do 5%.<sup>113</sup> Stát přispívá do Zdravotního fondu z veřejných rozpočtů 5% pojistného za každou osobu starší 18 let a 100% pojistného za všechny osoby mladší 18 let. Konečná výše pojistného je tak určena pojišťovnami a závisí na tom, jaký pojistný plán si pojištěnec se zdravotní pojišťovnou smluví, a také na marži, kterou si každá pojišťovna k základnímu pojištění přidává na své provozní a administrativní výdaje.<sup>114</sup>

Všechny pojištěné osoby starší 18 let tak přispívají za vybraný pojistný plán jednotnou nominální platbou zdravotní pojišťovně. Cena činí v průměru 1200 EUR za rok. Spoluúcast pojištěnců starších 18 let na financování poskytnuté péče formou odpočitatelných položek tzv. Deductibles, které platí 100%, je 385, - EUR za rok, teprve výdaje za poskytnutou péči přesahující tuto částku se refundují ze zdravotní pojištění. Může však zvolit limit odpočitatelných položek až do výše 885, - EUR. Osoby s nízkými příjmy mohou získat u Daňového úřadu státní příspěvek na úhradu pojištění.<sup>115</sup>

Pojistné na dlouhodobé pojištění WLZ je též obligatorní a odvíjí se od výše příjmu, sazba je stanovená na 9.65% daně z příjmu. Odvádí se přímo do Fondu pro dlouhodobé pojištění, který je spravován Národním institutem pro zdraví. V případě nedostatku financí je dotován z veřejných rozpočtů. Prostředky jsou poté přerozděleny mezi Úřady pro zdravotní péči, které je vyplácí za poskytovanou péči.

---

<sup>113</sup> <http://www.oeffentliche-krankenkasse.ch/#/formular>

<sup>114</sup> <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2013.pdf>

<sup>115</sup> M. van den Berg, et al. *Health care performance in the Netherlands: Easy access, varying quality, rising costs Eurohealth 16, 4 (2010).*

84% pojištěnců navíc využívá doplňkové soukromé pojištění, které pokrývá náklady za nadstandardní péči, především na zubní ošetření a fyzioterapii. Dále pojištěnci sami přispívají na vybrané služby, léky a zdravotnické pomůcky. Přímé platby pokrývají 14% výdajů ve zdravotnictví, z toho 45% formou odčitatelných položek.<sup>116</sup>

## VI. Poskytovatelé zdravotní péče

### A. Poskytovatelé zdravotní péče v České Republice

Za poskytovatele zdravotní péče se podle zákona č. 372/2011 o zdravotních službách rozumí osoby, které mají oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona, který stanovuje rovněž podmínky poskytování zdravotních služeb a způsob získání oprávnění k jejich poskytování.<sup>117</sup> Zdravotnickým zařízením se rozumí prostory určené pro poskytování zdravotních služeb.<sup>118</sup> Formami zdravotní péče jsou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.<sup>119</sup> Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče, a která může být poskytována buď jako ambulantní, specializovaná nebo ambulantní stacionární péče.<sup>120</sup> Lůžková péče je zdravotní péčí, pro jejíž poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta v nemocnici a může

---

<sup>116</sup><http://www.digitalezorg.nl/digitale/uploads/2015/03/netherlands.pdf&siteid=healthaff>

<sup>117</sup> §2 zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách

<sup>118</sup> §4 zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách

<sup>119</sup> §6 zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách

<sup>120</sup> §7 zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách

mít podobu péče akutní intenzivní nebo standardní péče, následné péče nebo dlouhodobé péče.<sup>121</sup>

Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování hrazených služeb pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a ostatní zdravotní pojišťovny, zřízené podle jiného právního předpisu<sup>122</sup>, smlouvy s těmito poskytovateli o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb.<sup>123</sup> Smlouva o poskytování zdravotní péče uzavřená mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Obsah smlouvy má přesně definovaný obsah, především způsob a rozsah úhrad za poskytnutou péči, práva a povinnosti stran smlouvy aj.<sup>124</sup>

Poskytovatelé zdravotních služeb používají při vykazování zdravotních výkonů seznam zdravotních výkonů s bodovými ohodnocením a s pravidly pro jejich vykazování. Tento seznam vydává každoročně Ministerstvo zdravotnictví formou vyhlášky.<sup>125</sup> Zdravotní pojišťovny proplácejí podle tohoto vyhláškou upraveného bodového seznamu zdravotnickým zařízením poskytnutou zdravotní péči smluvně stanoveným způsobem.

## **B. Poskytovatelé zdravotní péče v Německu**

Hlavním rysem německého zdravotnictví je existence dvou paralelních typů pojištění, které však využívá jednotný systém poskytovatelů zdravotní péče stejně jako jednotný systém zdravotních pojišťoven. V systému existuje ostrý předěl mezi ambulantní a nemocniční péčí, který je ještě více prohlubován zavedením tzv.

---

<sup>121</sup> §9 zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách

<sup>122</sup> Zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

<sup>123</sup> §17 odst.1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

<sup>124</sup> §17 odst.3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

<sup>125</sup> §17 odst.1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

gatekeepingu neboli role praktických lékařů jako vstupní brány ke specializovaným službám. Pojištěnec má svobodnou volbu, u kterého lékaře vyhledá zdravotní péči. Účastní-li se programu gatekeepingu, musí navštívit nejdříve domácího lékaře a až na základě jeho doporučení může být adresován k specialistovi či k hospitalizaci.

V ambulantní péči převažují soukromé individuální praxe praktických lékařů (Hausarzt) a odborných ambulantních specialistů (Facharzt).<sup>126</sup> Domácí lékaři i ambulantní specialisté jsou financováni z veřejného zdravotního pojištění na základě smluv uzavřených mezi asociacemi lékařů a zdravotními pojišťovnami, a to platbou za výkon dle smluveného jednotného tarifu, přičemž je stanoven limit ošetřených pacientů stejně jako limit bodového ohodnocení každého výkonu. Asociace lékařů poskytuje úhradu za vykázanou péči zdravotnickým zařízením z finančních prostředků, které obdrželo od své smluvní pojišťovny, a jejichž suma je odvislá od počtu pojištěnců ošetřených asociací lékařů. Na každé období je tak vymezeno konečné množství finančních prostředků, které jsou k dispozici. Dle nich se udává hodnota bodu. Zavádí se též platba paušalová za určitý soubor výkonů. Soukromě pojištění pacienti platí lékaři přímo a poskytnutou platbu pak nárokují u své zdravotní pojišťovny. Asociace lékařů jsou zodpovědné za dostupnost poskytované péče a fungují jako mediátoři při vyjednávání smluv o poskytování služeb a jejich úhradě.

Nemocniční péče je vystavěna na základě Plánu nemocnic pro každou zemi. Jedná se o nemocnice veřejné i soukromé. Nemocnice veřejné pokrývají 50% lůžek a jsou financovány z veřejného pojištění, nemocnice soukromé se dále dělí na neziskové (poloprivatní) a ziskové nemocnice, a jsou financované ze soukromého pojištění. Většinou se však jedná o jednu nemocnici pouze s různým poměrem privátních a veřejných lůžek. Financování nemocnic plyne z rozpočtů spolkových zemí, které představují především investice do technologických inovací, dále ze zdravotního pojištění a z přímých plateb. Platby za hospitalizaci jsou založeny na systému DRG, paušálních plateb za diagnostický případ. Za každý případ je tak poskytována náhrada za

---

<sup>126</sup> 109 600 privátních lékařů z nichž je 52 800 domácích lékařů a 56 800 ambulantních specialistů

všechny úkony, které je potřeba provést k zajištění účelné a dostatečné péče, např. za operaci, hospitalizaci, použitý materiál aj.

### C. Poskytovatelé zdravotní péče ve Švýcarsku

Zdravotní pojišťovny uzavírají se zdravotnickými zařízeními smlouvy o poskytování zdravotní péče. Poskytovateli zdravotní péče jsou domácí lékaři, ambulantní specialisté a nemocnice. Pojištěnci k nim mají volný přístup, pakliže se neúčastní programu gatekeeping či HMO<sup>127</sup>.

Úhrada za poskytnutou péči je prováděna buď přímou platbou poskytovateli pojištěncem, který poté nárokuje refundaci vynaložených nákladů u své zdravotní pojišťovny<sup>128</sup>, nebo pojištěnec zašle své zdravotní pojišťovně pouze účet a ta proplatí poskytovanou péči přímou platbou poskytovateli<sup>129</sup>. Zdravotní pojišťovny přebírají náklady za poskytnutou péči za předpokladu, že se jedná o péči, která se odvíjí od adekvátní diagnózy a léčby následků nemocí.<sup>130</sup> Jedná se o vyšetření a léčbu ambulantní, stacionární a ošetrovatelskou, které jsou prováděny lékaři, chiropraktiky nebo jimi pověřenými osobami v nemocnicích, porodnicích, pečovatelských domech a lázních.<sup>131</sup>

Poskytovatel zdravotnické péče je povinen vystavit doklad o rozsahu poskytnutého plnění, v originální formě přímo pojištěnci, má-li on sám nárokovat refundaci výdajů u své zdravotní pojišťovny, nebo pouze kopii dokladu, zasílá-li poskytovatel péče originál zdravotní pojišťovně k proplacení.<sup>132</sup> Doklad obsahuje přesný rozsah poskytnuté péče pomocí kódovacího systému, kdy každý bod je ohodnocen příslušnou částkou podle daného tarifu.

---

<sup>127</sup> *Health Maintenance Organization (Gesundheitserhaltungsorganisation)*

<sup>128</sup> *tzv. System des Tiers payant*

<sup>129</sup> *tzv. System des Tiers garant*

<sup>130</sup> *Art.25-31 Bundesgesetz über die Krankenversicherung - KVG*

<sup>131</sup> *Art.35 KGV Bundesgesetz über die Krankenversicherung*

<sup>132</sup> *Art.42 Bundesgesetz über die Krankenversicherung - KVG*

Tarify mohou být uzavřeny na určitý časový interval (Zeittarif), na jednotlivé plnění (Einzelleistungstarif) nebo paušálem (Pauschaltarif).<sup>133</sup> Tarify a ceny za vykázané body jsou buď výsledkem dohody mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením nebo jsou nastaveny na základě rozhodnutí Spolkového úřadu pro zdraví formou sazebníku plateb za ambulantní péči, tzv. TARMED, který je jednotný v každém kantonu a podléhá schválení Federálním koncilem. Obsahuje seznam výkonů s finančním ohodnocením. Je každoročně vyjednáván mezi asociacemi zdravotních pojišťoven a kantonálními poskytovateli služeb.

V případě smluvního tarifu jsou stranami smlouvy o úhradě poskytované péče jednotlivá zdravotnická zařízení, případně svazy poskytovatelů, a jednotlivé zdravotní pojišťovny či jejich svazy. Jsou zakázána ujednání, která by bezpodmínečně zavazovala členy svazů k určitému plnění, nebo která by rušila konkurenční prostředí mezi poskytovateli či pojišťovnami.<sup>134</sup> Dozorčí orgán, Spolkový úřad pro zdraví, vydává rámcový tarif pro smlouvy, které jsou uzavírány s lékaři, a který stanovuje minimální rozsah a obsah dohody.<sup>135</sup>

70% nemocnic je veřejných a poskytnutá péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění na základě bodovacího systému DRG, diagnosis related group. V případě smluv s nemocnicemi je tak k úhradě nákladů hospitalizace nastavena paušální platba za provedený výkon včetně hospitalizace a následné péče. Nadstandardní služby jsou i ve veřejných nemocnicích hrazeny ze soukromého pojištění.<sup>136</sup>

---

<sup>133</sup> Art 43 Bundesgesetz über die Krankenversicherung - KVG

<sup>134</sup> Art. 46 Bundesgesetz über die Krankenversicherung - KVG

<sup>135</sup> Art.48 Bundesgesetz über die Krankenversicherung - KVG

<sup>136</sup> Art.48 KGV

## D. Poskytovatelé zdravotní péče v Nizozemí

Zdravotnická zařízení jsou neziskové privátní organizace, které dříve disponovaly pouze vládou nařízeným pevným rozpočtem. Nyní se účastní tržního prostředí řízeného poptávkou, kde se role vlády omezuje jen na dohled nad dodržováním pravidel soutěže. Charakteristická je výrazná svoboda osob jak při výběru zdravotní pojišťovny, tak při výběru zdravotnického zařízení. Pacienti dříve měli omezenou možnost výběru poskytovatele zdravotnické péče především v důsledku nedostatku zdravotnických zařízení. Nyní je kladen důraz na jejich větší informovanost o možnostech výběru. Pro vytváření soutěžního prostředí jsou zveřejňovány podrobné informace o zdravotnických zařízeních.<sup>137</sup>

Pojištěnci si mohou v rámci základního zdravotního pojištění vybrat, zda budou využívat péči od poskytovatelů, se kterými má zdravotní pojišťovna uzavřenou smlouvu, nebo nesmluvních poskytovatelů. V případě volby smluvního systému je pak poskytnutá péče plně hrazena z pojištění, v případě ošetření v nesmluvním zařízení musí za poskytované služby sami část platit. Vyberou-li si systém volného výběru mezi smluvními i nesmluvními zdravotnickými zařízeními, mají možnost využívat jakékoliv zdravotnické zařízení a zdravotní pojišťovna pokryje veškeré náklady za poskytnutou péči. O to však platí vyšší nominální pojistné.

Poskytování zdravotní péče lze rozdělit do třech stupňů. Primární péče poskytovaná domácími lékaři (Huisartsen) je k dispozici 24 hodin denně a je podmínkou pro možnost využít druhý stupeň, který zastávají nemocnice a specialisté. Tento systém, tzv. Gatekeeping, je uplatňován bezpodmínečně, neboť primární péče je považována za základ pro celý systém zdravotnictví. 100% pojištěnců tak má svého domácího lékaře, na kterého se obrací v první řadě.<sup>138</sup>

---

<sup>137</sup> <https://www.zorginzicht.nl/Paginas/Home.aspx>

<sup>138</sup> <http://www.medop.cz/medop/zdravotni-politika/je-holandsko-ten-spravny-priklad-pro-ceske-zdravotnictvi>

Většina poskytovatelů zdravotní péče je privátních. Každý pojištěnec je zaregistrován u svého domácího lékaře, kterého může kdykoliv změnit. Domácí lékaři jsou placeni kapitačně pevnou částkou za každého pacienta. Většina specialistů pracuje v nemocnicích a jsou placeni buď pevně stanoveným platem nebo platbou za výkon. Poskytují-li služby v rámci poliklinik, jsou placeni za výkon podle tarifu nasmlouvaného s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Platby za péči poskytovanou v nemocnicích jsou ze 70% výsledkem negociace se zdravotními pojišťovnami, hodnoceny jsou podle modifikovaného DRG systému, 30% plateb je státem nařízeno.<sup>139</sup>

## **VII. Komparace systémů se zaměřením na možné reformní kroky**

Hledání optimálního řešení, jak vyhovět zvyšujícím se nárokům pacientů na poskytovanou péči a zároveň vystačit s omezenými finančními zdroji na její zajištění, se týká všech zdravotních systémů. Společným rysem je především snaha o finanční udržitelnost systému, aniž by došlo k výraznému omezení základních sociálních práv. Nutnost zavedení více zdrojů financování je důsledkem narůstajícího deficitu, který vzniká v souvislosti s demografickými změnami společnosti, zaváděním nových finančně náročných technologií a léčiv, zvyšujícími se požadavky na kvalitu poskytované péče. Způsoby, jak zefektivnit zdravotnický systém, se týkají snahy o zvýšení míry participace, o maximalizaci výběru veřejných zdrojů a o zavedení dalších zdrojů financování formou soukromého pojištění.

---

<sup>139</sup> K. G.H. Okma, *Recent Changes in Dutch Health Insurance: Individual Mandate or Social Insurance?*

Zvýšení míry participace znamená zapojení co nejvíce lidí do systému financování se zaměřením především na skupiny, které do systému přispívají minimálně. Jedná se o osoby nezaměstnané, osoby mladšího důchodového věku, ženy v domácnosti. Výše vybraného pojistného se odvíjí od výše příjmů osob, výše finančních prostředků ve zdravotnictví tak přímo koreluje se mírou nezaměstnanosti. Z toho vyplývá úzká propojenost se sociální politikou a politikou státní zaměstnanosti, kdy zaměstnáním nezaměstnaného nebo zvýšením věkové hranice pro odchod do důchodu lze dosáhnout zvýšení příjmů ve zdravotnictví. Tak je možné alespoň parciálně řešit trend stárnutí populace, která za zvýšenou kvalitu zdraví a tím i života díky zvýšené kvalitě poskytované zdravotní péče adekvátně přizpůsobí svoji ekonomickou aktivitu. V České Republice a v Německu se výše pojistného odvíjí pouze od výše hrubé mzdy, v Nizozemí tvoří alespoň část pojistného nominální pojistné. Ve Švýcarsku je celé zdravotní pojištění určeno nominálně, nezávisle na výši mzdy. Nejprínosnější se tak jeví nominální pojistné, které se odvádí v dané výši bez ohledu na výši mzdy, především v kombinaci s pojistným odvíjejícím od výše mzdy. Vzhledem k tomu, že je součástí vybraných prostředků na financování zdravotní péče, umožňuje adekvátně reflektovat potřeby systému. V případě poklesu odvodů na veřejné zdravotní pojištění v důsledku nezaměstnanosti či snížení mzdy se výše nominálního pojistného přiměřeně zvýší, naopak jsou-li odvody dostatečně vysoké, umožní to snížení plateb za nominální pojistné.

Maximalizace veřejných zdrojů lze dosáhnout zvýšením zdravotní daně, což se však setkává s nevolí poplatníků, nebo zvýšením daní z prostředků, které nejsou závislé na výši platu, kdy je daňový základ rozšiřován pro výpočet zdravotní daně i na jiné daňové zdroje, jako je tomu například ve Nizozemí.

Posilování soukromých zdrojů je nejčastěji užívaným způsobem, jak zvýšit sumu finančních prostředků na zdravotní péči. Spoluúčast pacientů zavedením poplatků za určité služby vede k umírněnějšímu čerpání zdravotní péče. Nejefektivnějším se jeví systém odpočitatelných položek neboli základní 100% spoluúčasti do určité výše. V Nizozemí je limit odpočitatelných položek stanoven jednotnou sazbou, ve Švýcarsku je limit stanoven intervalem minimální a maximální výše Franchise, v rámci kterého

může pojištěná osoba volit. Další možností je využívání doplňkového soukromého zdravotního pojištění, které se nejčastěji vztahuje například na stomatologické ošetření, alternativní léčebné postupy, platby za léky a zdravotnické pomůcky. V Německu existuje soukromé pojištění jako alternativa k veřejnému, ve Švýcarsku a v Nizozemí je soukromé pojištění užíváno ve formě doplňkového pojištění k základnímu. Doplňkové pojištění hraje v Nizozemí zásadní roli a umožňuje uspokojit individuální preference pojištěnců ohledně péče poskytované nad rozsah základní péče. Ve Švýcarsku se uplatňuje především z toho důvodu, že rozsah péče hrazené v rámci povinného základního pojištění je v porovnání s ostatními zeměmi poměrně úzký. Soukromé pojištění formou doplňkového pojištění by tak mělo zajišťovat výhody nadstandardních služeb - hospitalizace v soukromé nemocnici nebo na soukromém oddělení veřejné nemocnice bez čekacích lhůt s prioritní možností ošetření specialistou. Komerční pojištění odráží individuální preference a finanční možnosti osob.

Organizace zdravotního pojištění je základním pilířem fungování zdravotnického systému. Jedná se o oblast působnosti, která se snaží motivovat zdravotní pojišťovny k efektivnímu hospodaření a tím i zdravotnická zařízení ke zvýšení kvality za současného snížení nákladů, a to především posílením konkurence. Nástroji k posílení konkurence jsou možnost tvorby zisku a zavedení nominálního pojistného formou různých pojistných plánů. Příjmy do zdravotnického systému by měly pocházet stejným dílem z Fondu pro přerozdělení, do kterého je odváděno pojistné na veřejné zdravotní pojištění, jehož výše je stanovena procentuální sazbou z hrubé mzdy, a z nominálního pojistného placeného kapitačně bez ohledu na výši příjmu. Z fondu se prostředky rozdělují jednotlivým pojišťovnám podle různých kritérií jako je věk, nemocnost či pohlaví pojištěnců, aby tak došlo k rovnoměrnému rozdělení finančních prostředků dle skladby pojištěnců dané zdravotní pojišťovny a zabránilo se upřednostňování zdravých pojištěnců před vážně nemocnými, kteří jsou pro pojišťovnu finančně mnohem náročnější. Nominální pojistné je příjmem dané pojišťovny, která si sama stanovuje jeho výši dle zvoleného pojistného plánu a sama spravuje takto vybrané pojistné. Nepodaří-li se zdravotní pojišťovně nasmlouvat se zdravotnickými zařízeními dostatečný objem péče za konkurenceschopnou cenu, musí zvýšit nominální pojistné, čímž se stane na trhu méně žádanou.

Koncept nominálního pojistného je dlouhodobě uplatňovaný ve Švýcarsku a v Nizozemí. Jedná se o fixně stanovenou částku na hlavu, která doplňuje odvody na veřejné zdravotní pojištění, v případě Švýcarska je plně nahrazuje. Výši nominálního pojistného si stanovuje sama zdravotní pojišťovna pro jednotlivá plnění, která je ochotna za danou cenu nabídnout. Každá zdravotní pojišťovna tak nabízí více druhů pojistných plánů, tzv. balíčků plnění, každý balíček je však poskytován za stejný obnos a obsahuje stejný rozsah péče jím kryté. Jednotlivé balíčky se liší druhem a rozsahem poskytovaného plnění. Může se jednat o vytváření speciálních programů pro chronicky nemocné, poskytování nadstandardních služeb či směřování pojištěnců k vybrané síti poskytovatelů péče.

Možný způsob zavedení nominálního pojistného je nahradit část odvodů pojistného na veřejné zdravotní pojištění pevně stanovenou částkou dle zvoleného nominálního pojištění. Stát i nadále zajišťuje odvody za tzv. státní pojištěnce a subvencuje ekonomicky slabší pojištěnce. Tento koncept tak nabízí především zvýšení přísunu soukromých prostředků za předpokladu zachování univerzálního přístupu ke zdravotní péči a současného uplatnění principu solidarity a ekvity. Pro pojištěnce se tento systém stává atraktivním díky možnosti vybrat si pojistný plán, který nejlépe odpovídá jeho osobním potřebám. Má možnost zvolit si zdravotní pojišťovnu, která mu pojistný plán v daném rozsahu nabídne za co nejnižší cenu.

Plná autonomie zdravotních pojišťoven jako soukromých ziskových institucí je charakteristická pro Nizozemí a Švýcarsko. Stát nezasahuje žádným způsobem do vztahů, které jsou v gesci zdravotních pojišťoven a omezuje se pouze na garantování, že bude všem poskytnuta nezbytná péče v základním zákonem definovaném rozsahu. Pojišťovny tak mají volnost ve způsobu vytváření vztahů jak s poskytovateli zdravotní péče, tak se zájemci o pojištění. Mohou nabízet výhodnější produkty svým klientům, kteří mají zároveň možnost volby a změny své pojišťovny. Čím hospodárněji pojišťovna vystupuje v rámci vlastní samosprávy neboli čím více ušetří financí z prostředků na vlastní provoz, a čím výhodněji je schopná nasmlouvat se zdravotnickými zařízeními kvalitní péči za rozumnou cenu, tím je žádanější, protože má možnost z ušetřených rezerv nabízet pojistné

plány v širším rozsahu.<sup>140</sup> Jen pluralita zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče může zajistit dostatečně konkurenční prostředí, ve kterém je cena stanovena odpovídajíc nabídce a poptávce na trhu zdravotní péče a to v rozsahu, který je schopen pokrýt reálné náklady na poskytnutou péči a redistribuci prostředků do více žádaných oblastí. Zdravotní pojišťovny jsou motivovány k nabízení pojistných plánů za rozumné ceny a k střídání nakládání s vybranými prostředky. Pojišťovny mají možnost si zvolit, se kterými zdravotnickými zařízeními vstoupí do smluvního vztahu a za jakou cenu koupí nabízenou péči pro své pojištěnce. Hlavním faktorem rozhodování je kvalita a nákladnost péče. Stát tak nemá možnost intervenovat do smluvního vztahu mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními formou úhradových vyhlášek, které nekorespondují s tržními principy.

Úhradová vyhláška je zákon každoročně vydávaný, který stanovuje pravidla pro rozsah a výši úhrad za poskytovanou péči, tj. způsob, podle kterého pojišťovny rozdělují mezi zdravotnická zařízení vybrané finanční prostředky. Tato forma úhrady poskytované péče podle úhradových vyhlášek je široce uplatňovaná pouze v České Republice. Stanovuje maximální limity úhrad určením hodnoty bodu za jednotlivé výkony, avšak pouze do daného počtu bodů. Nad tento limit je poskytnutá péče proplácena sníženým, někdy i nulovým ohodnocením. Zdravotnická zařízení se tak dostávají do rozporu objemu a kvality vyžadované péče v rámci tohoto přidělového systému s požadavky zákonem garantovaného rozsahu péče.

K zavedení tržních principů do financování zdravotní péče je též zapotřebí, aby si zdravotní pojišťovny byly na trhu zcela rovny bez ohledu na to, zda se jedná o státní či soukromé instituce, ziskové či neziskové. Na trh by měly mít přístup jakékoliv pojišťovny, které splní podmínky pro vstup. Současně je kladen důraz na posilování dohledu nad zdravotními pojišťovnami, tzv. regulovaná konkurence zdravotních pojišťoven. Pojišťovny mají povinnost zajistit pro své pojištěnce zdravotní péči v zákonném rozsahu podle standardů a to v časové a místní dostupnosti. Posilování

---

<sup>140</sup> <http://www.lekariprereformu.cz/cz/info/1642-precete-si-/162-k-cemu-je-dobre-nominalni-pojistne.html>

dohledu nad zdravotními pojišťovny má zajistit možnost kontroly kvality poskytované péče a hospodaření jednotlivých subjektů zdravotnického systému. K tomu mají být ustaveny nezávislé instituce, úřady pro dohled nad činností zdravotních pojišťoven, podobně jako je tomu v sektoru bankovníctví. V Nizozemí tak byl ustaven roku 2006 úřad Nederlandse Zorgautoritet. V případě neplnění zákonných povinností, především zajištění dostupnosti péče, má úřad pravomoc zdravotní pojišťovnu penalizovat nebo jí odebrat provozní licenci.

V Nizozemsku je celý sektor zdravotního pojištění v rukou soukromých institucí, které mají možnost tvorby zisku. Konkurence mezi pojišťovny je zajištěna vysokou mobilitou pojištěnců a díky nominálnímu pojištění. Pro běžnou zdravotní péči existuje jen jeden typ základního pojištění, které vzniklo sjednocením soukromého a veřejného pojištění. Nominální pojištění nepodléhá přerozdělování a zdravotní pojišťovny si jeho výši samy určují. Pojišťovny tak poskytují různé zdravotní plány za různou výši pojistného na nediskriminačním principu, tj. cena za zdravotní plán je shodná pro všechny uchazeče.

Zdravotní pojišťovny v Německu mají též možnost nabízet různé druhy zdravotních plánů a to formou buď plného nebo doplňkového soukromého zdravotního pojištění. Podaří-li se jim uzavřít výhodné smlouvy se poskytovateli zdravotnických služeb, mají možnost z ušetřených prostředků poskytovat svým pojištěncům výhody formou snížení pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Rozšiřováním nabídky zdravotních plánů, které se odlišují mírou krytí zdravotních služeb (od základního balíčku po plány s nadstandardní péčí), se naplňují očekávání pojištěnce, který si vybírá plán s takovými službami, u kterých bude očekávat, že je využije.

Zdravotní plány mají v jednotlivých zemích svá specifika. K zajištění kvalitní péče je zapotřebí, aby stát definoval obsah základního zdravotního plánu, na který má nárok každý pojištěnec a který je financován solidárně z veřejného zdravotního pojištění. Stanovení rozsahu základní péče je pak rozhodující pro určení rozsahu péče, která spadá do oblastí nadstandardu a doplňkového pojištění. Stát zároveň garantuje kvalitu a dostupnost zdravotní péče.

Pojištěné osoby mají povinnost platit pojistné, jednak odváděním pojistného na veřejné zdravotní pojištění buď dle výše své mzdy nebo formou nominálního pojistného, které si kupují u zvolené zdravotní pojišťovny, nebo jejich kombinací kdy pak dle zvolené výše nominálního pojistného je možné snížit odvody solidárního pojistného. Toto pojistné platí všichni pojištěnci bez ohledu na to, zda zdravotní péči v daném okamžiku vyžadují či nikoliv. Vedle nominálního pojistného je ve Švýcarsku a v Nizozemí uplatňována přímá spoluúčast na financování zdravotní péče. Jedná se o spoluúčast v případě čerpání zdravotní péče formou odpočitatelných položek do stanovené výše, které hradí 100% a až péči poskytovanou nad tento limit hradí zdravotní pojišťovna. Limit roční 100% spoluúčasti je volbou pojištěné osoby, čím vyšší limit si vybere, tím nižší pak musí platit nižší roční nominální pojistné.

V Nizozemí jsou odpočitatelné položky, tzv. *Deductibles*, charakteristické. Jedná se o náklady na zdravotní péči do určitého limitu, které si pojištěnec hradí sám, a až nad tento limit využívá bezplatné péče. Za to mu je poskytnuta sleva na pojistném. To vede k zodpovědnějšímu čerpání zdravotní péče. Ve Švýcarsku jsou též nabízeny plány s odpočitatelnými položkami nebo dobrovolné programy řízení chronických onemocnění, za které je poskytováno nižší pojistné. V Německu mají pojišťovny ze zákona povinnost nabízet plány, které obsahují možnost využití specializované péče až na základě doporučení praktického lékaře, tzv. *gatekeeping*, protože náklady na primární péči jsou mnohem nižší. V Nizozemí mají povinnost užívat *gatekeeping* všichni pojištěnci. Liší se i formou realizace pojistného plnění.

V Německu se v rámci veřejného plnění uplatňuje věcné plnění ze kterého pacient čerpá služby „zdarma“ nebo s příplatkem. Ve Švýcarsku, v Nizozemí a v rámci soukromého pojištění v Německu se uplatňuje finanční plnění neboli pokladenský systém, kdy si pacient plně hradí poskytnutou péči a vynaložená částka je mu pak zpětně refundována pojišťovnou.

V České Republice převládá mylný názor, že zdravotnictví je zdarma. Snaha o zavedení tržních principů do zdravotnického systému, kdy zdraví je chápáno jako zboží

a poskytovaná péče jako služba, skončila neúspěchem. V roce 2011 byl §11 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění rozšířen o nové písmeno f), který umožňoval pojištěnci právo vybrat si variantu poskytované zdravotní péče a to základní standardní, nebo ekonomicky náročnější. Seznam standardních výkonů měl být každoročně vypracován Ministerstvem zdravotnictví formou vyhlášky včetně stanovení jejich ceny, přičemž jakékoliv navýšení ze strany poskytovatele zdravotní péče bylo nezákonné. Naopak pro nadstandardní výkony, které nebyly zahrnuty do seznamu výkonů, měla být cena stanovena zdravotnickým zařízením na tržním principu.

O dva roky později však byla tato novelizace shledána Ústavním soudem jako neústavní. Nález č. 238/2013 Ústavního soudu<sup>141</sup> zabránil zavedení finanční spoluúčasti pojištěnců na úhradě za poskytovanou péči a zrušil tak možnost doplňkového zdravotního pojištění k úhradě nadstandardních služeb. Tím se celý systém opět vzdálil od vývoje v zemích Západní Evropy. Podle čl. 31 Listiny mají občané právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění za podmínek, které stanoví zákon. Právo na bezplatnou zdravotní péči je tak podmíněno úhradou pojistných částek a objemem prostředků takto vytvořených a připravených k redistribuci. Právo na bezplatnou zdravotní péči je právem závislým na dosažené hospodářské a sociální úrovni státu. Byla řešena otázka, zda na základě veřejného pojištění vzniká nárok na bezplatnost veškeré zdravotní péče, či zda lze vyhranit část péče jako nadstandardní, hrazené mimo veřejné pojištění.

Zdravotní péče byla rozdělena na variantu základní, plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, a variantu ekonomicky náročnější, tzv. nadstandard, který z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazen není a k jehož úhradě mělo sloužit doplňkové soukromé pojištění. Kritéria pro rozlišování základní a ekonomicky náročnější varianty a tím i rozsahu bezplatné základní péče měl být stanoven vyhláškou Ministerstva zdravotnictví. Podmínky a rozsah práva na bezplatnou zdravotní péči lze však stanovit pouze zákonem. Nelze připustit, aby vymezení rozsahu poskytované zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu bylo ponecháno úpravě jiným než zákonným právním

---

<sup>141</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013 sp. zn. Pl. ÚS 36/11

předpisům. Navíc bylo mylně přistoupeno k postupu, který měl definovat nadstandardní péči, která je pouze marginální částí poskytované péče, místo aby došlo ke standardizaci péče, neboli jasné stanovení základního rozsahu péče poskytované za daných pravidel ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění.

Soudce Jiří Nykodým vyslovil své stanovisko, že zákonem je možné stanovit, které úkony lékařské péče budou z veřejného zdravotního pojištění hrazeny plně, které částečně a které vůbec ne, stejně jako je tomu u úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní účely. Současně ale musí být vytvořena možnost dobrovolného pojištění, ze kterého by bylo možné hradit náklady na léčbu, která nebude z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazena. První krok spočívá v novelizaci zákona o veřejném zdravotním pojištění, která by rozšířila stávající znění zákona o ekonomicky náročnější zdravotní služby ze zdravotního pojištění nehrazené. Bylo by tak možné jej doplnit o větu: „Tím není dotčeno právo pojištěnce sjednat si s poskytovatelem při poskytování zdravotních služeb užití zdravotnického prostředku ekonomicky náročnějšího, než jaký odpovídá rozsahu a podmínkám hrazených služeb dle tohoto zákona a to tak, že tu část nákladů, která přesahuje úroveň hrazených služeb, uhradí pojištěnec sám.“ Tím by byla zachována svobodná volba pacienta o svém zdraví, rozsah péče hrazené z veřejného pojištění by zůstal stejný a zároveň by se otevřela cesta k možné spoluúčasti pacienta na ekonomicky náročnější variantě, která by splňovala stejná kritéria vhodnosti a účelnosti jako služby základní, ale zohledňovala by navíc jeho osobní preference.<sup>142</sup>

---

<sup>142</sup> *Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013 sp. zn. Pl. ÚS 36/11*

## Závěr

Zdravotnický systém Nizozemí je hodnocen jako nejlepší systém v Evropě podle výsledků Euro Health Consumer Index, kdy v roce 2015 obdržel 916 z maximálních 1000 bodů a na předních příčkách se drží již od roku 2005. Švýcarsko se umístilo na druhé pozici s 855 body z 1000. Čím jsou dané systémy charakteristické? Základními předpoklady pro jeho fungování jsou následující:

- Zákonem jasně definovaná standardní péče poskytovaná zdravotnickými zařízeními hrazená z veřejného zdravotního pojištění a pravidla jejího poskytování.
- Konkurence zdravotních pojišťoven, které zdravotní péči nakupují u poskytovatelů zdravotní péče za smlouvenou cenu přičemž do této dohody stát nijak nezasahuje.
- Pojištěné osoby odvádí pojistné částečně dle výše své mzdy a částečně fixně stanovenou částkou formou nominálního pojistného.

Kvalitu poskytované péče určují všechny tři prvky zdravotnického systému, zdravotní pojišťovny, pojištěné osoby i poskytovatelé zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny mají možnost kontrolovat kvalitu poskytované péče na základě mnoha údajů a mohou se tak rozhodnout, zda s konkrétním poskytovatelem zdravotní péče uzavřou smlouvu o poskytování zdravotní péče či nikoliv. Jelikož disponují fixním rozpočtem z vybraného pojistného, jsou motivovány k výběru takového zdravotnického zařízení, které poskytuje co nejkvalitnější péči za co nejnižší cenu. Z našetřených peněz mohou zdravotní pojišťovny pro své klienty poskytovat různé výhody, čímž se na trhu stávají atraktivními. Pojištěné osoby mají možnost každoročně měnit zdravotní pojišťovnu a tak vyjádřit svoji spokojenost tzv. hlasování nohama. Nejčastěji tak volí zdravotní pojišťovny, které jim poskytují nejvíce výhod, větší rozsah poskytovaných služeb nebo nižší platby za nominální pojistné. Poskytovatelé zdravotní péče určují, jak efektivně bude péče poskytována, tj. cenu, za kterou jsou ji schopní na trhu zdravotních pojišťoven

nabídnout. Samozřejmě nejžádanější bude zdravotnické zařízení poskytující kvalitní péči s nízkým rozpočtem. Stát se omezuje pouze na dohled nad funkcí zdravotního systému ustanovením úřadu pro dohled nad činností jednotlivých činitelů zdravotnického systému. Takto se jeví optimální systém zdravotnictví.

Faktem zůstává, že Česká republika se od tohoto ideálu dříve uplatněnými dílčími reformními kroky spíše vzdálila. Vytvoření zdravého konkurenčního prostředí mezi jednotlivými činiteli zdravotnického systému, zavedení dalších druhů financování například formou nominálního pojistného či systémem odpočitatelných položek je otázkou budoucnosti. Jak je demonstrováno na modelech zdravotního pojištění v Nizozemí a ve Švýcarsku, úspěšná realizace možná je, stačí se inspirovat.

## **Použitá literatura:**

Ing. Antonín Daněk, Mgr. Jiří Glet, Zdravotní pojištění, Linde 2003

Křížová, E.: Dvořák, Šebek, Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání, 1998

Gladkij, I., Strnad, L., Zdravotní politika – zdraví- zdravotnictví, Univerzita Palackého, 2002

Tröster, P. a kolektiv, Právo sociálního zabezpečení, Praha C.H. Beck, 2008

Ducháčková, E., Principy pojištění a pojišťovnictví, Ekopress, 2003

Němec, J., Principy zdravotního pojištění. Grada, 2008

Pustelník, K., Komparace zdravotního pojištění v zemích Evropské unie se zřetelem a Český a Německý system, IPVZ, 2000

Zdravotnická ročenka ČR 2014: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Nuetzel, A., Gesundheitspolitik ohne Rezept, Deutsche Taschenbuch Verlag, 2007

Eichenhofer, E. Sozialrecht. Mohr Siebeck, 2007

Schneider, M., Gesundheitssysteme im internationalem Vergleich Ausgabe 1997, Basys, 1998

Zimmermann, M., Health Financing reform idea, health fund Health Policy Monitor, 2006

Verena, Nold, Krankenversicherer. In: Willy Oggier (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2015-2017 - Eine aktuelle Übersicht. 5. Aufl. Hogrefe Verlag, Bern 2016

## **Internetové stránky:**

[www.cmu.cz](http://www.cmu.cz)

<https://www.gesundheitsinformation.de>

<http://www.deutsche-sozialversicherung.de>

[https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb\\_5/gesamt.pdf](https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf)

<http://www.nber.org/papers/w13881.pdf>

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1)

<http://www.bundesgesundheitsministerium.de>

<http://www.pkv.de>

<http://www.medicproof.de/>

<http://www.wip-pkv.de/>

<http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/e-health-initiative-und-telemedizin/allgemeine-informationen-egk.html>

[http://www.healthreform.cz/content/prezentace/2009\\_01\\_19\\_TM\\_ILF.pdf](http://www.healthreform.cz/content/prezentace/2009_01_19_TM_ILF.pdf)

<https://hsgeconomics.files.wordpress.com/2015/02/krankenversicherungen.jpg>

<http://www.bpb.de/izpb/8487/staatliche-handlungsfelder-in-einer-marktwirtschaft?p=all>

<http://www.vorsorgekonzeptionen.de/pages/gesundheit/krankenversicherung/grundlagen.php>

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/314404/HIT\\_Netherlands.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf)

<https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport>

<https://www.rijksoverheid.nl>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27467715>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26766626>

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf?ua=1)

<http://www.amcp.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=13046>

[http://www.jabfm.org/content/25/Suppl\\_1/S12.full](http://www.jabfm.org/content/25/Suppl_1/S12.full)

<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-167>

<http://www.oeffentliche-krankenkasse.ch/#/formular>

<https://gesundheitsfoerderung.ch>

<https://www.comparis.ch>

<http://content.healthaffairs.org/content/32/4/744.full.pdf+html>

[http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857\\_mossialos\\_intl\\_profiles\\_2015\\_v7.pdf?la=en](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf?la=en)

<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/201607010000/832.10.pdf>

[http://investinholland.com/nfia\\_media/2015/05/healthcare-in-the-netherlands.pdf](http://investinholland.com/nfia_media/2015/05/healthcare-in-the-netherlands.pdf)

[http://www.boeckler.de/pdf\\_fof/S-2006-812-4-1.pdf](http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2006-812-4-1.pdf)

## **Zákony:**

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 552/1991 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 372/ 2011Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Grundgesetz für Bundesrepublik Deutschland (GG) vom 23.05.1949 (BGBl. I S. I)

Sozialgesetzbuch (SGB) vom 23. Dezember 1975 ( BGBl. I S. 3015)

Bundesgesetz über die Krankenversicherung für die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, (KVG) vom 18. März 1994

### **Název práce v anglickém jazyce:**

The Comparison of Health Insurance Systems in the Czech Republic, Germany, Switzerland and the Neetherlands.

### **Název práce v německém jazyce:**

Vergleich der Krankenversicherungssysteme in der Tschechischen Republik, in der Bundesrepublik Deutschland, in der Schweiz, und in den Neederlanden.

### **Klíčové pojmy:**

Veřejné zdravotní pojištění, soukromé zdravotní pojištění, nominální pojistné, odpočitatelné položky, doplňkové zdravotní pojištění.

### **Abstrakt:**

Diplomová práce se zaměřuje na porovnání systémů zdravotního pojištění ve vybraných zemích a to s důrazem na jeho tři základní komponenty, zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení a příjemce zdravotní péče. Každý z těchto subjektů zastává svoji roli v mnoha oblastech zdravotnického systému. Vzhledem k tomu, že vztahy v rámci zdravotnických systémů jsou značně komplexní, práce se zaměřuje po obecném úvodu pouze na vybrané jevy, především na oblasti týkající se zdravotního pojištění. Jednotlivé kapitoly charakterizují hlavní subjekty zdravotnického systému a jsou rozděleny do podkapitol dle jednotlivých zemí. První dvě kapitoly se týkají úvodu do forem zdravotnických systémů a možných způsobů financování. Navazující kapitoly jsou věnovány systému společnému vybraným zemím, systému založenému na zdravotním pojištění. Třetí kapitola charakterizuje systém zdravotního pojištění v každém z vybraných států. Čtvrtá kapitola popisuje práva a povinnosti pojištěných osob dle osobního a věcného rozsahu zdravotního pojištění. Pátá kapitola se týká institucionálního

zajištění zdravotního pojištění, úlohy zdravotních pojišťoven při redistribuci vybraných finančních prostředků ze zdravotního pojištění. Šestá kapitola definuje poskytovatele zdravotní péče, především z pohledu způsobu zajištění zdravotní péče a formy úhrad za takto poskytovanou péči. Závěrečná kapitola je věnována srovnání jednotlivých systémů se zaměřením na možné reformní kroky, které by se daly uplatnit v českém zdravotnictví.

### **Abstract:**

The theses is referring to The Comparison of Health Insurance Systems in the Czech Republic, Germany, Switzerland and the Neetherlands. It is focusing on three main components of the medical insurance system, the insurance companies, the healthcare providers and the insured parties. Each of these components has a significant role within the medical system and as their representation in distinct areas is quite broad, I preferred to choose the key areas where the medical insurance figures the most. Each chapter characterises one of the main components of the medical insurance system. First two chapters are the introduction and the models of financing of different medical systems. Third chapter depicts the main characteristics of the insurance system in each country. Fourth chapter names the rights and the duties of the insured person. Fifth chapter is acknowledged to the insurance companies and their role in the financement of the medical system. The last component of the medical system, the health care providers, are defined in the sixth chapter. The conclusion is attributed to the comparisson between the countries regarding the components listed above. The main goal of the theses is to present the differences between the health insurance systems and to evaluate the advantages and disadvantages in each of the system. That opens a possibility to recognize the options that could be applicable to the health care insurance system in the Czech Republic.