9. Financování

6BMZS1

Management zdravotnických služrb

Ing. Daniela Kandilaki, PhD.

EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Obsah

- Financování
- Daně
- Zdravotní pojištění
- Soukromé platby
- Regulační poplatky.

EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

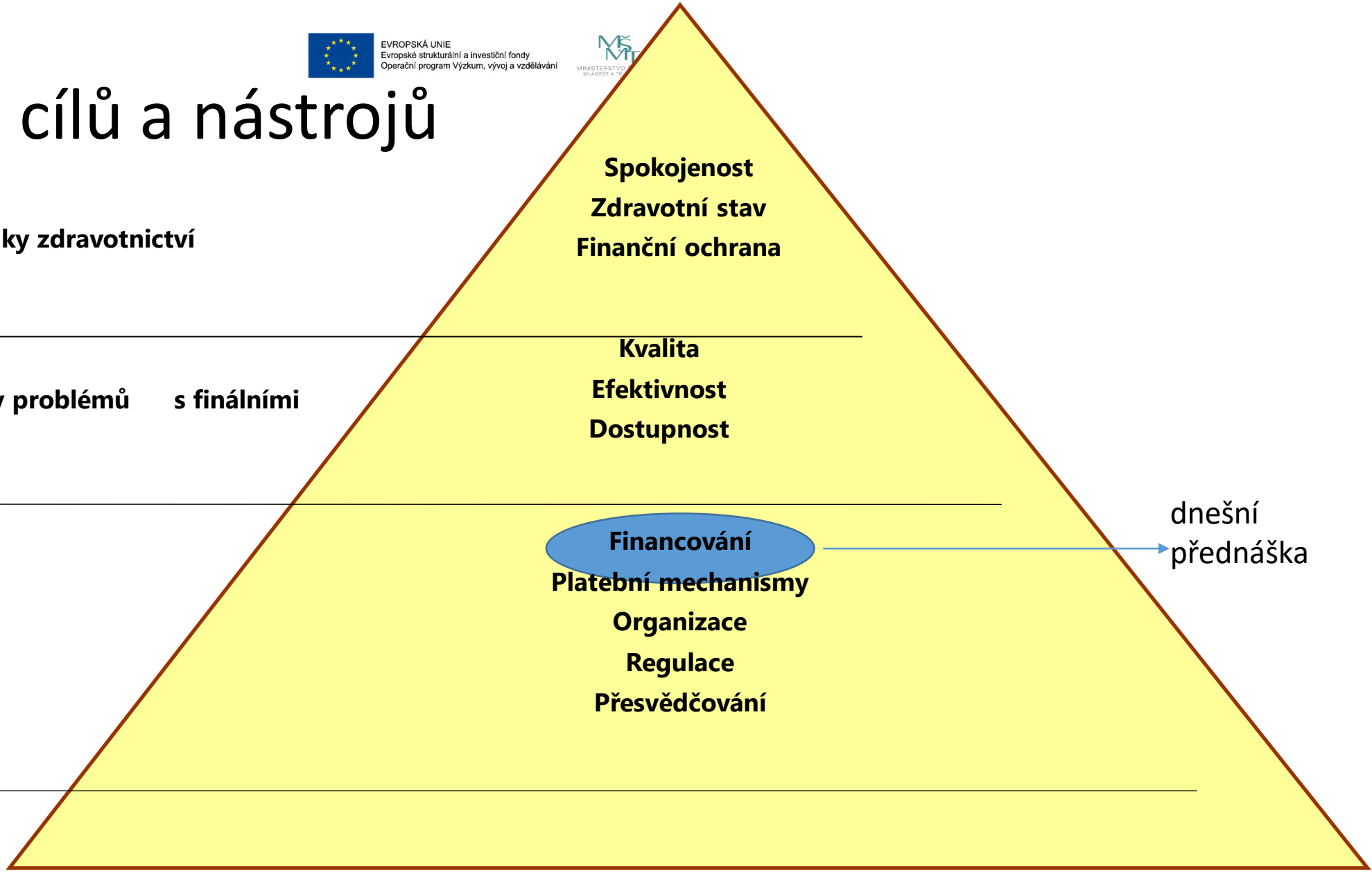
Pyramida cílů a nástrojů

FINÁLNÍ CÍLE
odrážejí výsledky, důsledky zdravotnictví

DÍLČÍ CÍLE
propojují základní příčiny problémů s finálními výkonnostními cíli

NÁSTROJE

PARAMETRY



Zdroj: Hsiao, 2001

FINANCOVÁNÍ

- Snahou zdravotního systému je **zajistit**, aby **náklady** za zdravotní péči **byly finančně kryté ze zdrojů pojištěnců**, kteří tyto služby využívají.
- K dosažení však **neexistuje univerzální klíč**.
- Je na **zvážení** jednotlivých **zemí**, jakým způsobem se rozhodnou **získávat zdroje** na pokrytí nákladů.
- Ve **významné** míře **ovlivňuje finální cíle** zdravotní politiky - ochranu před katastrofickými náklady (**finanční ochrana**), stejně tak zabezpečení zlepšení **zdravotního stavu** jedinců prostřednictvím finanční dostupnosti základních zdravotních služeb a v neposlední řadě i **spokojenost**.

TŘI dimenze financování



1. Generování finančních zdrojů

- **Získání finančních zdrojů od jednotlivců, kteří jsou povinni přispívat do zdravotního systému v různých formách**
- Daně, zdravotní odvody, nominální pojistné a jiné.
- Tato povinnost se týká zejména
  - **zaměstnanců (jednotlivci),**
  - **zaměstnavatelů (firmy),**
  - **osob samostatně výdělečně činných**.

1. Generování finančních zdrojů

- Vydatnost a stabilita zdroje
- Efektivita výběru
- Spravedlnost – regresivní/progresivní
- Jednoduchost výběru
- Politická přijatelnost





daně



odvody



poplatky

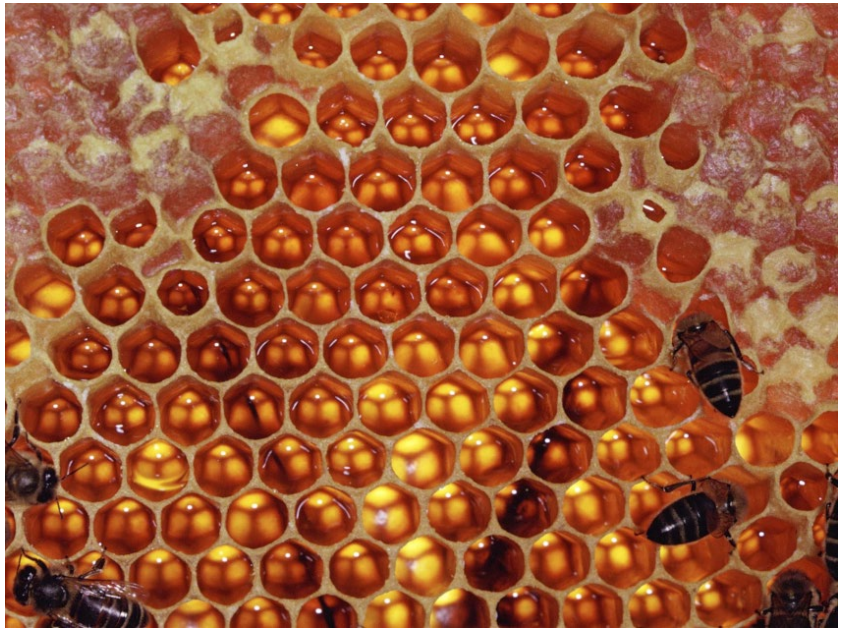
2. POOLING

- Představuje akumulaci, respektive **shromáždění příjmů** určených pro oblast zdravotnictví.
- Zahrnuje i **správu** těchto **zdrojů** tak, aby se **kolektivně sdílelo zdravotní riziko** mezi plátci v systému.
- Poolingem se vytvoří **systém** pojištění **s přerozdělením výdajů na zdravotní péči**
  - mezi vysoko- a nízko-**rizikovými** jednotlivci
  - a zároveň mezi jednotlivci s vysokým a nízkým **příjmem**.

2. Schopnost poolovat (shromažďovat) zdroje



dělnice



Pooling = akumulace zdrojů a rozkládání rizika



…pro ty, kteří to potřebují

3. NÁKUP ZDRAVOTNÍ PÉČE

- **Po získání zdrojů a poolingu** následuje **fáze nákupu** zdravotní péče
- Naakumulované **zdroje se využívají** v zdravotním systému **při poskytování zdravotní péče a při úhradách** za tyto služby
- **Zahrnuje i způsob úhrady** za služby **poskytovatelům** zdravotní péče (nemocnic, lékařů, laboratoří a jiných subjektů) **kupujícími** (pacienty, zdravotní pojišťovny) **na základě určité dohody** mezi oběma stranami.

3. Nákup zdravotní péče

- Pro koho nakupuji?
- Co nakoupit a v jaké formě?
- Co vyloučit?
- Od koho nakoupit?
- Jak platit?
- Kolik zaplatit?



- Definice nároku
- Platební mechanismy







Financování zdravotnictví

- **Složitý** tržní **mechanismus**.
- Vystupuje v něm **několik subjektů**
  - **poskytovatelé** zdravotní péče (nemocnice, lékaři jiné subjekty na straně nabídky)
  - až po subjekty, které tuto péči získávají (**pacienti**, přesněji spotřebitelé služeb na straně poptávky).
- Poskytnutá zdravotní péče je tedy **produktem**, který **spojuje** stranu **kupujících a prodávajících**.
- Tento **systém** je natolik **složitý**, že **spotřebitelé**, čili potenciální pacienti, si ani **neuvědomují výši nákladů** za poskytnutou zdravotní péči, neboť za **platbu odpovídá nejčastěji zdravotní pojišťovna**, která **předem získává zdroje** na tuto péči od spotřebitelů (**ve formě zdravotních odvodů nebo daní**).

Zdroje financování a instituce zodpovědné za alokaci

Zdroje financování	Mechanizmus financování	Instituce zodpovědné za alokaci
Jednotlivci/zaměstnanci	**1. Daňový systém přímé a nepřímé daně**	Vláda
Zaměstnavatelé/firmy	**2. Systém zdravotního pojištění**	Místní samospráva
Domácí a zahraniční MVO	**3. Komunitní financovaní**	Státní zdravotní fond
Zahraniční vlády	**4. Soukromé zdravotní pojištění**	Soukromé pojišťovny
Zahraniční nadnárodní korporace	**5. Přímé platby (OOP)**	Jiný zdravotní fond
	6. Zahraniční granty	Zaměstnavatelé
		Fond na spoření
		Poskytovatel zdr. péče

Financování zdravotní péče

- Významná **charakteristika systémů** zdravotní péče
- Vyznačuje značnou **variabilitu**
  - Struktura vlastnických vztahů
  - Státní zásahy
  - Způsob organizace a řízení
  - Přístup k jednotlivým druhům péče
  - Rozsah spoluúčasti
- **Z čeho rozdíly plynou?**
  - Odlišná tradice
  - Historický vývoj
  - Převládající hodnoty
  - Politický systém
  - Úroveň bohatství

Financování zdravotní péče

Existují **společné rysy**?

- Vysoká **dostupnost základní péče bez závislosti na výši příjmů**
- Existence doplňujících se **ziskových i neziskových institucí**
- **Primární** péče je zajišťována zejména **soukromými** lékařskými **praxemi**
- Převaha **plateb třetí stranou**
- **Snahy** o **omezení** růstu **výdajů** na zdravotnictví
- Vysoká míra **regulace** ze strany státu
  - Regulace **cen** (výši úhrad)
  - Regulace **počtu** poskytovatelů (licence, počty studentů, dostupnost)
  - **Výše pojistného**
  - **Optimalizace lůžek** v nemocnicích

EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Financování zdravotní péče

Termín financování zdravotní péče popisuje **mechanismy**, kterými jsou prostředky **alokovány k financování činností** v oblasti zdravotnictví a způsoby jejich využívání

Zamyslete se:

- Jak je financována zdravotní péče v ČR?
- Odkud jsou finance?
- Kdo je přerozděluje?
- Proč se někdy doplácí u lékaře?

Financování zdravotní péče

- má mimořádně významný **dopad na výkonnost systému**
- jeho význam spočívá v tom, že **způsob financování** přímo **určuje**
  - kolik peněz je k dispozici
  - kdo nese finanční zátěž
  - kdo kontroluje prostředky
  - jak jsou sdruženy rizika
  - zda lze kontrolovat náklady na zdravotní péči
- **sekundární** dopad způsobu financování spočívá v tom, že se určuje
  - kdo má **přístup** k péči
  - kdo je **chráněn** před katastrofickými výdaji na zdravotní péči
  - jaký je **zdravotní stav** obyvatelstva

Dopad financování na výkonnost systému

Zásadně ovlivňuje všechny tři hlavní cíle

ZDRAVÍ

- Prestonova křivka

FINANČNÍ OCHRANA

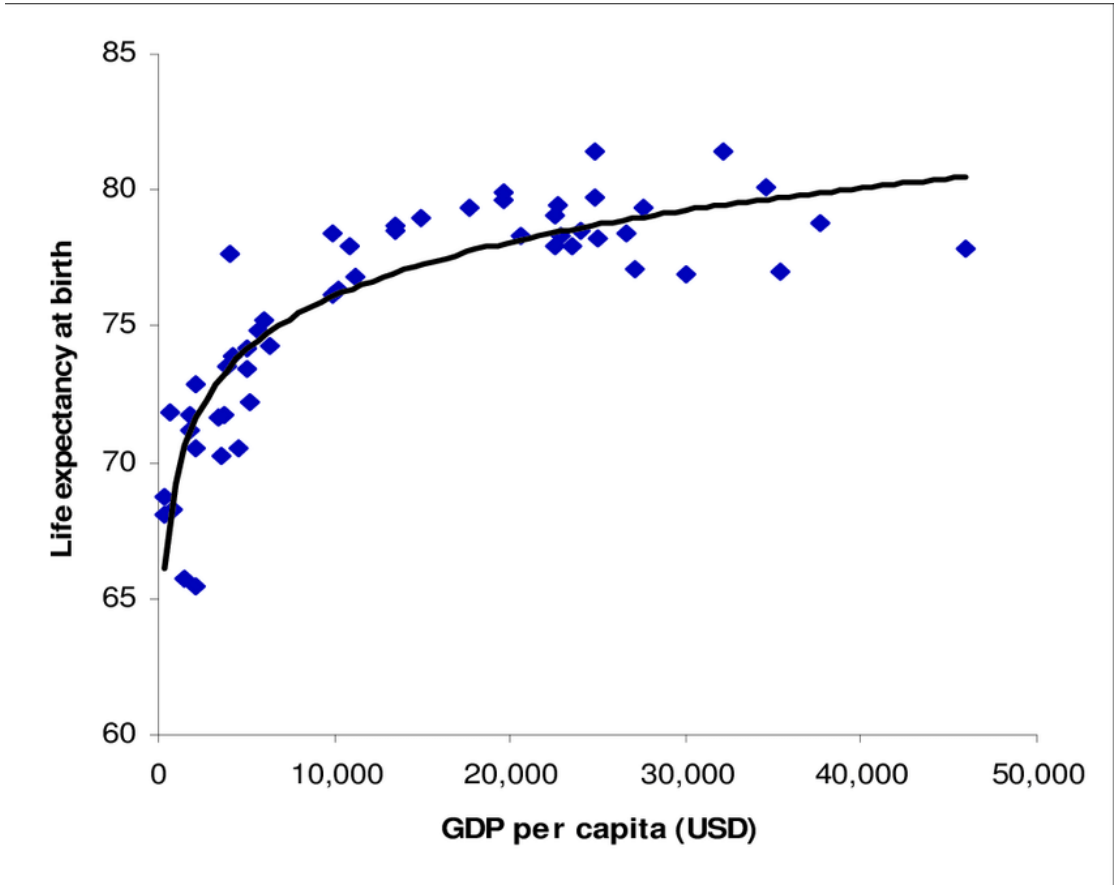
- odkud zdroje jsou

SPOKOJENOST

- zlepšení je závislé na zdrojích
  - rychlá pozornost, kultura prostředí, přístup k sociální síti (rodina a přátelé), výběr poskytovatele

CÍL ZDRAVÍ: Prestonova křivka

- vztah mezi finančními zdroji a střední délkou života
- bez ohledu na to, odkud zdroje jsou
- Nebere v potaz cíl finanční ochrany, resp. spravedlnost financování



CÍL FINANČNÍ OCHRANA – Kakwani a katastrofické výdaje

- jestli je systém progresivní nebo regresivní (Kakwani index)
- Katastrofické výdaje domácností
- podle toho jak se mění mix financování
  - přímé platby
  - veřejné zdroje

CÍL SPOKOJENOST - závislost na zdrojích

- zlepšení **závislé na zdrojích**
  - rychlá **pozornost**
  - kultura **prostředí**
  - přístup k **sociální síti** (rodina a přátelé)
  - **výběr** poskytovatele

Financování zdravotní péče: zdroje

Zdroje financování

- **všechny peníze** získané pomocí jakékoliv metody financování **pocházejí**
  - **přímo** nebo
  - **nepřímo od občanů**
- existuje **5 různých metod financování**
  - daně
  - sociální (veřejné) pojištění
  - soukromé pojištění
  - přímé platby od pacientů
  - financování ze strany společenství

Financování zdravotní péče: zdroje

Zdroje financování

- většina zemí používá kombinaci uvedených 5 metod
- příklad kombinace metod: Velká Británie
  - 76 % z daní
  - 12 % z příspěvků na sociální zabezpečení
  - 10 % ze soukromého pojištění
  - 2 % z přímých plateb

Financování zdravotní péče: zdroje

Zdroje financování

- při rozhodování o nejlepší a **nejvhodnější kombinaci metod financování** by tvůrcové zdravotní politiky měli brát v úvahu několik základních faktorů:
  1. Socioekonomický rozvoj
  2. Fiskální kapacita
  3. Implementovatelnost
  4. Politická odpovědnost

1. Socioekonomický rozvoj

- výrazně ovlivňuje to, **kterou metodu** je vhodné **zvolit** jako **prioritní metodu** financování
- existuje třídění národů podle úrovně příjmů
  - **země s nízkými příjmy**
    - daně obvykle financují 40 % až 60 % celkových výdajů na zdravotní péči
    - 10 % až 15 % je financováno ze sociálního pojištění
    - 40% až 50% pochází z přímých plateb pacientů
    - soukromé pojištění je zanedbatelné
  - **země se středními příjmy**
    - hlavní část celkových zdrojů stále pochází z daní a nebo přímých plateb pacientů
    - roste význam sociálního pojištění a objevuje se také privátní pojištění
  - **vyspělé země**
    - nízké procento přímých plateb pacientů
    - hlavní zdroj jsou daně nebo sociální pojištění

2. Fiskální kapacita

- klíčovou otázkou je, **jakým způsobem** dokáže daný systém **alokovat** dostatek **peněz**, aby byla **uspokojena** požadovaná **úroveň výdajů** ve zdravotnictví
  - **daně** - závisí na velikosti různých daňových základů – primárně však na objemu ekonomické aktivity
  - **sociální (veřejné) pojištění** - fiskální kapacita závisí na schopnosti shromažďovat příspěvky od zaměstnavatelů a zaměstnanců (zpravidla jednoduší v zemích s důmyslnější administrativní infrastrukturou)
  - **soukromé pojištění** – fondy prostřednictvím soukromého zdravotního pojištění **nemohou poskytnout financování chudým**
  - **přímé platby od pacientů** – téměř ve všech zemí
  - **financování ze strany společenství** – charita, nevhodné pro chudé venkovské komunity

3. Implementovatelnost

- **Zvážit náklad na**
  - **zavedení administrace**
  - **monitorování** systému
- z pohledu nákladů na zavedení administrace a monitorování systému financování je například **soukromé pojištění velmi nevýhodnou metodou** (vysoké náklady – 25-30 %)
- z pohledu administrativní kapacity země se ty **země se slabými administrativními systémy** musí **spoléhat na daně, které se snadno shromažďují**
- také závisí na **společenské přijatelnosti** schématu financování

4. Politická odpovědnost

- Otázky typu **kdo má pravomoc** nad finančním procesem?
- **Je správce** určený **technokrat**? (odbornost, korupce)
- Existuje **řetězec zodpovědnosti**?
- To vše napoví, jestli bylo **financování oddáleno od politické moci**.
- V některých zemích jsou rozhodnutí o financování zdravotnictví prováděna **agenturami**, které jsou izolovány od politických procesů
- Tato tendence se obzvláště týká zemí, jejichž veřejné rozpočty jsou pod velmi velkým tlakem.

Financování zdravotní péče: zdroje

- Kromě 4 zkoumaných faktorů (socioekonomický rozvoj, fiskální kapacita, implementovatelnost, politická odpovědnost) je třeba při vyhodnocování metody financování **zvážit další klíčová kritéria.**
  - **spravedlnost**
    - vertikální spravedlnost - rozložení zátěže plateb mezi **bohatými a chudými**;
    - horizontální spravedlnost - vytváření spravedlnosti mezi těmi na stejné úrovni příjmů, ale žijících **v různých regionech**
  - **sdružování rizik** - **neurčitost nemocí** vyžaduje takovou strategii financování, v níž je možné sdružovat rizika; je třeba brát v potaz, že **skupiny s nízkým rizikem** (jako jsou mladí a zdraví lidé) se **nechtějí sdružovat s vysoce rizikovými skupinami**, protože **sdružování zvyšuje náklady pro nízkorizikové skupiny**
  - **ekonomické dopady** – rozhodnutí vlády jako zavedení daně má vždy **vliv na chování subjektů na trhu**. Když vláda donutí firmu nebo jednotlivce k **zaplacení daně** z vybrané činnosti, firma a jednotlivec mohou změnit některá rozhodnutí o podnikání (**daňové ráje, optimalizace**)

Financování zdravotní péče : zdroje

V ČR a SR převládající metodou je **sociální pojištění**, které je **doplněno o zdroje z daní** (malá část, spíše kapitálové výdaje na nemocnice či národní programy) a přímé platby. **Soukromé pojištění je zatím téměř zanedbatelné**.

Financování zdravotní péče : zdroje

	CZ (2013)	SK (2013)	Rozdíl SK-CZ	Rozdíl v % SK vs. CZ
Celkové zdroje jako % z HDP	7,1%	7,6%	+ 0,5%	
Veřejné zdroje, na hlavu, v USD v paritě kupní síly	1716	1492	- 224	- 13%
Soukromé zdroje na hlavu, v USD v paritě kupní síly	300	469	+ 169	+ 56%
Celkem veřejné a soukromé zdroje na hlavu, v USD v paritě kupní síly	2016	1961	- 55	- 3%

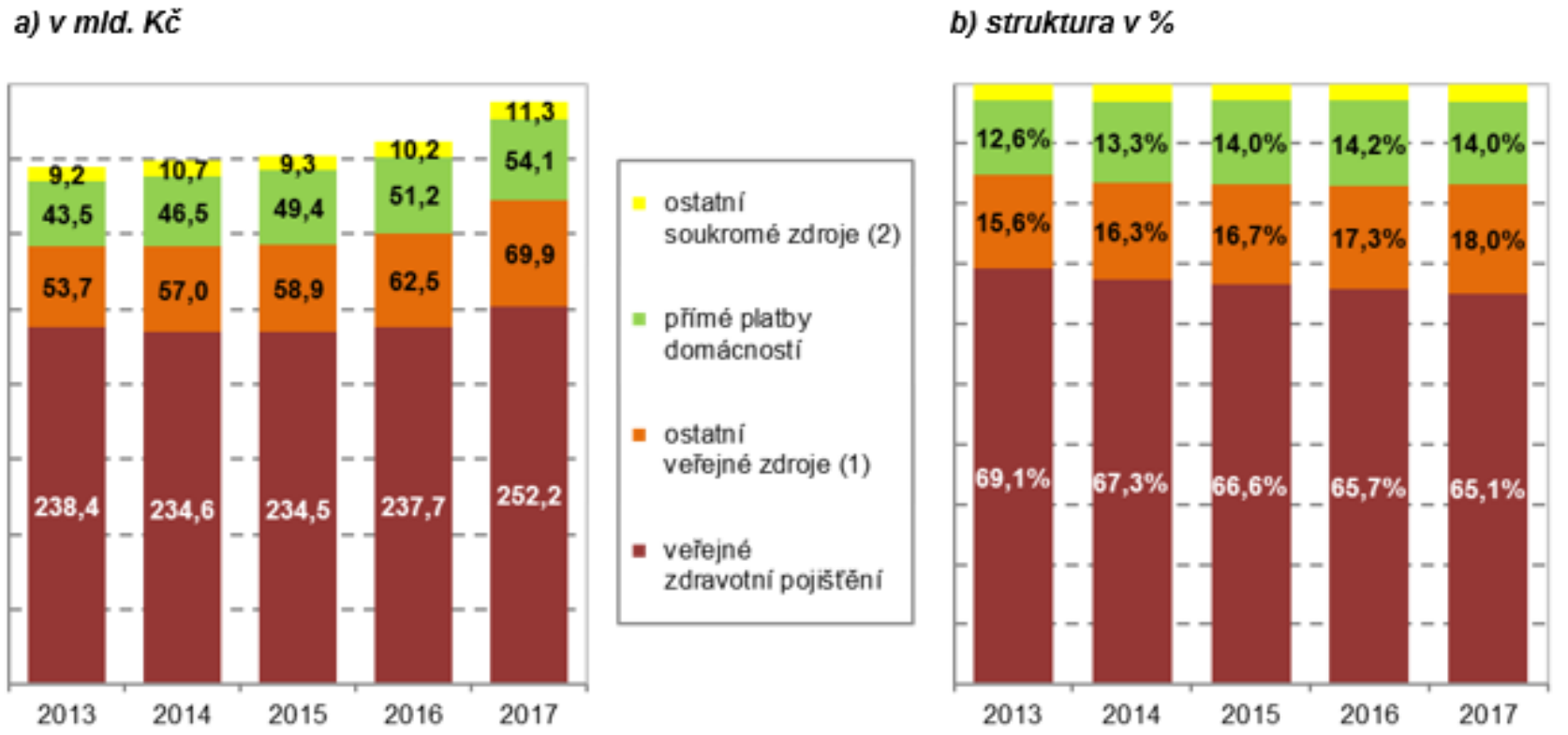
Zdroj: OECD, 2016

Interpretace: SK sice dává o něco více zdrojů v poměru k HDP, takové srovnání však může být zavádějící.

1. Celkové srovnání zkresluje objem vytvořeného HDP
2. Objem soukromých zdrojů - kvantifikace je vždy problematická a uvedené číslo nemusí odpovídat realitě.

Korektní je tedy porovnávat **veřejné zdroje na obyvatele, v USD v paritě kupní síly**. V tomto případě ČR vynakládá o 13 % více zdrojů než SR

Výdaje na zdr. péči v ČR dle zdrojů financování



(1) zahrnují přímé výdaje na zdravotní péči ze státního rozpočtu ČR a z místních rozpočtů
(2) zahrnují dobrovolné platby na zdravotní péči neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění a podnikovou preventivní péči

Zdroj: ČSÚ 2019, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2017

Daně

- jsou **hlavním zdrojem financování** zdravotnických systémů jak v bohatých, tak v chudých zemích
- mezinárodní zkušenosti ukazují, že **jak se země stává bohatší**, její daňová základna se stává větší, schopnost vlády sbírat daně se zvyšuje, a proto **větší část výdajů na zdravotnictví je často financována z daní**
- financování z daní je **politicky kontrolovatelné a odpovědné**
- tato metoda může být, ale nemusí být, přizpůsobena tak, aby **splňovala jak horizontální, tak i vertikální požadavky týkající se spravedlnosti**
- mají dobrou schopnost sdružovat zdravotní rizika v široké populaci
- kontrolovatelnost systému financovaného z daní může být zlá, když je politický systém slabý a podléhá korupci
- příklad země kde dominuje tato metoda: **Velká Británie**

Sociální (veřejné) zdravotní pojištění I.

- **je povinné na rozdíl od soukromého**
- systémy sociálního pojištění **nemusí nutně zahrnovat všechny obyvatele**, mnohdy se vztahuje pouze na pracovníky ve státním sektoru
- když se země **rozhodne** poskytnout **všeobecné pokrytí zdravotním pojištěním**, pak vláda obvykle musí **z daní dotovat důchodce, nezaměstnané, chudé, studenty** atd.
- spravedlnost systémů sociálního pojištění závisí na podrobnostech, které se výrazně liší

Sociální (veřejné) zdravotní pojištění II.

- **vertikální spravedlnost** závisí třeba na nastavení výběru pojistného od zaměstnanců (závislé nebo nezávislé na výše příjmu)
- **horizontální spravedlnost** závisí na tom, zda některé skupiny (např. lidé na vesnici) uniknou placení pojistného z důvodu legislativního favorizmu
- tato metoda mnohdy sdružuje zdravotní rizika pouze u platitelů pojištění
- příklad země kde dominuje tato metoda: **ČR, SR**

Soukromé pojištění I.

- Pojištění, kdy **kupující dobrovolně nakupuje pojištění** od nezávislých, konkurenčních prodejců, kteří **účtují výši pojistného**
- výše **pojistného odráží spíše rizikovost kupujícího**, **než jeho schopnost platit pojistné**
- může být **individuální** nebo **skupinové**
- v posledních letech se **zvýšil zájem na celém světě** o různé formy soukromého pojištění
- nejzávažnější selhání konkurenčního soukromého pojištění je **problém selekce rizika**
- **vertikální spravedlnost** je **problematická**: prémie založené na riziku obvykle vedou k tomu, že **chudí platí více**

Soukromé pojištění II.

- soukromé pojišťovací fondy **sdružují risk v menších skupinách než při sociálním pojištění**
- obvykle **vyloučeny skupiny s nejvyššími riziky a náklady** (zejména chronicky nemocní a důchodci)
- jedním z argumentů v prospěch soukromého pojištění je tvrzení, že konkurenční trhy pojištění
  snižují náklady na zdravotní péči
- příklad země kde je silné soukromé pojištění: **USA, Německo**

Přímé platby od pacientů I.

- pacienti **přímo z vlastních zdrojů** platí za **služby u poskytovatelů** (tyto výdaje nesmí být hrazeny třetími stranami, jako jsou plány pojištění)
- **regulační poplatky jsou podkategorií plateb** a vztahují se na platby, které se poskytují **za služby poskytované ve veřejném sektoru**
- přímé platby pacientů **lze snadno spravovat** a jsou potenciálně **efektivní zdroj příjmů**
- vyvolávají vážné otázky z hlediska **vertikální spravedlivosti** a sdružování rizik
- **odrazují** od nepřiměřeného **nadměrného používání zdravotní péče**, mohou ale také povzbudit nevhodné chování lékařů (motivační účinky)

Přímé platby od pacientů II.

- **postrádají schopnost** financovat všeobecné **pokrytí drahých služeb** (drahé operace nikdy nebudou plošně hrazeny z přímých plateb – mnoho lidí si to nemůže dovolit)
- pro mnohé země velmi atraktivní kvůli své síle mobilizovat zdroje, které pro zdravotnictví nejsou jinak dostupné
- příklad země, kde jsou přímé platby důležitým zdrojem příjmu: **Ukrajina**

Financování ze strany společenství

- společenství **ovládají poskytování primární a sekundární péče** prostřednictvím místního předplacení schématu
- **využívá se hlavně v chudých zemích** (kde je silná korupce a neefektivnost, chabé vedení záznamů a daňové úniky)
- teorie spočívá v tom, že **místní kontrola vytvoří transparentnost a zodpovědnost**
- tato metoda zahrnuje **kombinaci místní politické odpovědnosti, primární péče provozované komunitou a téměř univerzální předplacení**

Financování ze strany společenství

- hlavní výhody spočívají v **důvěryhodnosti a udržitelnosti**, kterou tyto iniciativy **mohou produkovat,** a také v skromné, ale cenné úrovni ochrany rizik, kterou mohou nabídnout.
- dochází také mnohdy k **zvýšené efektivitě a lepší schopnosti reagovat na potřeby pacientů**, (když poskytovatelé podléhají efektivnější místní kontrole)
- příklad země kde je silné komunitní pojištění: **Austrálie, chudé země**

Nominální pojistné v Nizozemsku

- Holandsko je první zemí světa, která konzistentně implementuje model **Alaina Enthovena**
- Model zdravotního pojištění je postavený na **principu řízené konkurence**

Nominální pojistné v Nizozemsku

- Řízená konkurence Alaina Enthovena je definována jako **nákupní strategie s cílem získat maximální hodnotu pro spotřebitele**.
- Používá **pravidla soutěže** odvozené z **mikroekonomických principů**.
- **Klíčovou roli v něm sehrává sponzor** (v případě Nizozemska **stát**), který **zastupuje** velké množství **předplatitelů**, **určuje výšku sponzorského příspěvku** a který **organizuje, strukturuje a nastavuje trh zdravotního pojištění.**

Nominální pojistné v Nizozemsku

Sponzor (stát) musí především:

1. Definovat pravidla spravedlnosti

- **každý má být pojištěn** a má mu být poskytnuto pojistné krytí za atraktivních podmínek
- **pojišťovna nesmí odmítnout pojištěnce**
- **platí komunitní, ne rizikový rating**

2. Vybírat participující zdravotní pojišťovny

- reguluje vstup a výstup na trh
- definuje podmínky fungování zdravotních pojišťoven
- monitoring kvality

Nominální pojistné v Nizozemsku

Sponzor (stát) musí především:

3.Řídit proces přepojišťování

- frekvenci - např. jednou za rok
- pravidla přepojišťování

4.Vytvářet cenově-elastickou poptávku

- **příspěvek sponzora** k ceně pojistky **nesmí být vyšší než nejnižší cena pojistky**
- podporuje definování **standardizovaných balíků a produktů**
- podporuje zveřejňování **informací o kvalitě**
- podporuje **výběr** zdravotní pojišťovny **na úrovni jednotlivce**, nikoliv zaměstnavatele

Nominální pojistné v Nizozemsku

5.Řídit selekci rizika

- **povinnost akceptovat všechny** přihlášené pojištěnce
- podporuje **standardní balíky / produkty**
- **kompenzace rizik** - spravedlivé přerozdělení zdrojů **mezi pojišťovnami**
- monitoring přepojišťovacích praktik
- **monitoring kvality**

Nominální pojistné v Nizozemsku

Co **není** řízená konkurence?

- **Není volný trh**. Řízená konkurence **využívá tržní síly** v pevně definovaném **rámci pravidel.**
- Není o hození lidí na trh, aby si našli pojištění. V řízené konkurenci **sponzor aktivně zlepšuje tržní prostředí.**
- **Není deregulace**. Je to o **nových pravidlech** a ne žádných pravidlech.
- **Není to o redukci v kvalitě**. Řízená konkurence **podporuje individuální výběr.**

Nominální pojistné v Nizozemsku

Jaké jsou základní principy zdravotního pojištění v Nizozemsku?

Každý si je povinen koupit:

- **individuální soukromé** zdravotní pojištění
- se zákonně předepsaným **základním balíkem péče**
- od **soukromé** zdravotní **pojišťovny**

Pojišťovna je povinna **akceptovat každého pojištěnce**:

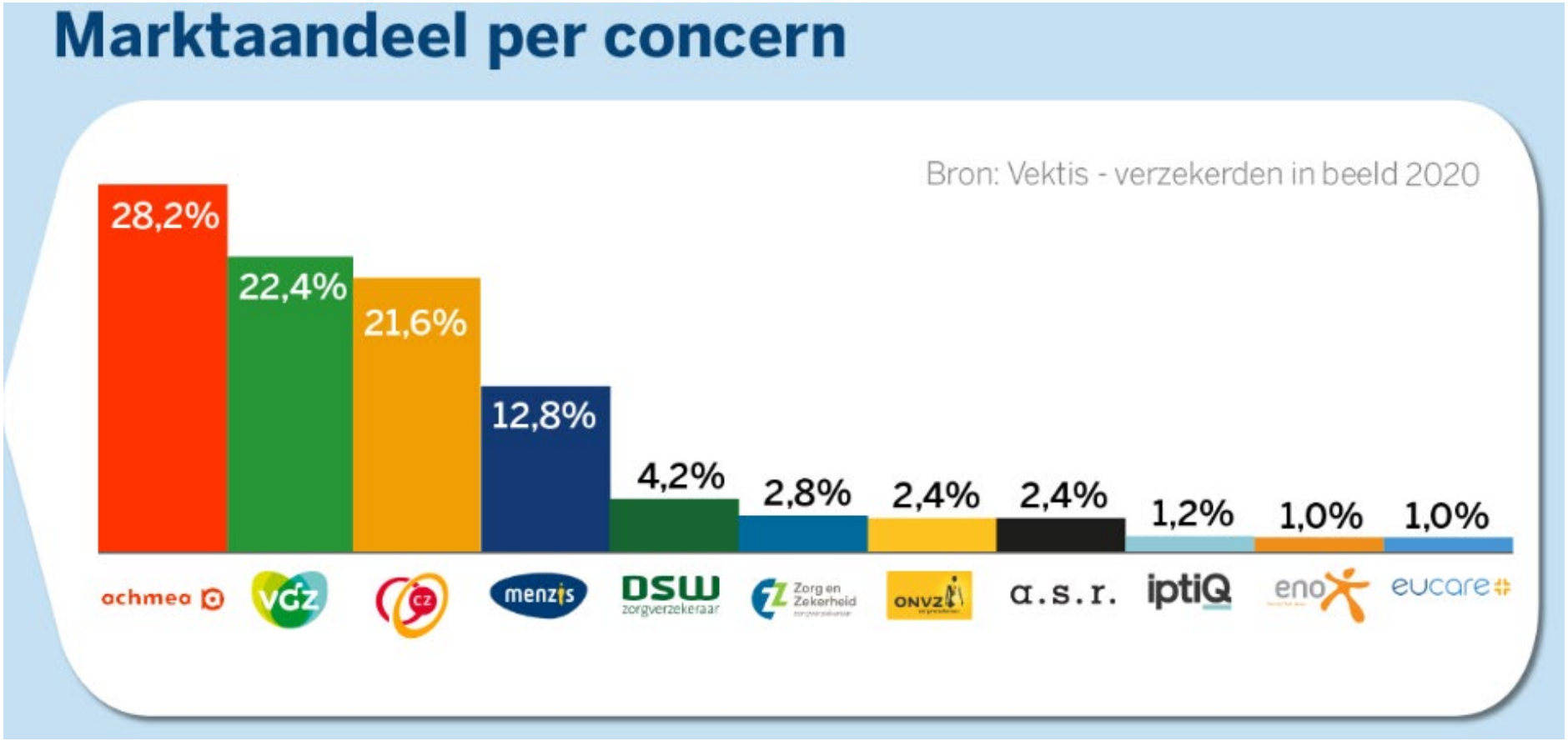
- **v komunitní sazbě pojistného** (ne pojistné na základě individuálního rizika)
- **bez vyloučení krytí** na základě stávajících predispozic (zdravotní stav, věk, pohlaví apod.)

Nominální pojistné v Nizozemsku

Jak fungují zdravotní pojišťovny v Nizozemsku?

- Zdravotní pojišťovny v Nizozemsku jsou **soukromými obchodními společnostmi s možností dosahování zisku**
- V roce 2011 měl pojištěnec na výběr z **56 různých pojistných smluv v 27 zdravotních pojišťovnách**.
- V roce 2012 mírně stoupl výběr pojistných smluv na **59, počet pojišťoven klesl na 26.**
- **Dnes 39 zdravotních pojišťoven v 11 skupinách nabízející 66 zdravotních pojištění**.
- Čtyři největší holdingy zdravotních pojišťoven v Nizozemsku ovládají 90% trhu.
- **Největší hráč** - **koncern Achmea** (mimochodem vlastník ZP Union v SR), má podíl 28,2 %

Největší zdravotní pojišťovny v Nizozemsku



Nominální pojistné v Nizozemsku

V čem si zdravotní pojišťovny konkurují?

- Soutěž mezi zdravotními pojišťovnami probíhá v **efektivním nákupu zdravotní péče** a **administraci systému**
- Pojišťovny si konkurují **výškou nominálního pojistného** při základním balíku zdravotního pojištění a **typem pojistných smluv** (produktů), které nabízejí svým pojištěncům
- Pojištěnci mají právo **měnit pojišťovnu jednou ročně**, smlouva se zdravotní pojišťovnou je vždy **uzavírána na jeden rok**
- V roce 2012 mnoho pojištěnců měnilo svou zdravotní pojišťovnu - celkem 1 milion lidí, což odpovídá 6 % pojištěnců

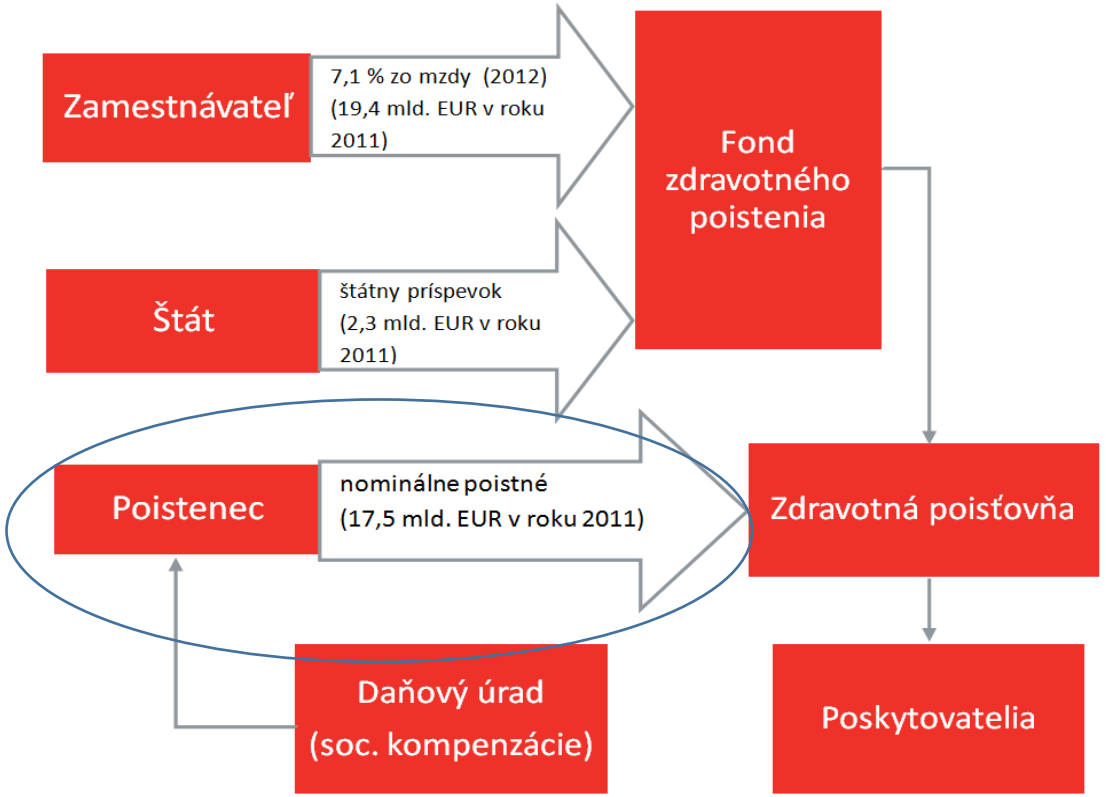
Nominální pojistné v Nizozemsku

Jak funguje zdravotní pojištění v Nizozemsku?

V Nizozemském zdravotním pojištění jsou tři finanční toky:

- **odvody zaměstnavatele** - 7,1 % ze mzdy (celkem 19,4 mld. €) - 49,5 % zdrojů
- **platba státu za děti** (celkově 2,3 mld. €) - 5,9 % zdrojů
- **nominální pojistné** (celkem 17,5 mld. €) - 44,6 % zdrojů

Nominální pojistné v Nizozemsku



Nominální pojistné v Nizozemsku

Nominální pojistné je cena produktu zdravotního pojištění pro spotřebitele

- Je to inovace, která reaguje na **potřebu zapojení spotřebitele do rozhodování o výběru produktu** zdravotního pojištění
- Je to platba, kterou v Nizozemsku **platí každý pojištěnec své zdravotní pojišťovně**
- Je **rozdílem mezi příspěvkem sponzora (státu) a cenou produktu** zdravotního pojištění

Nominální pojistné v Nizozemsku

Jaká je výše nominálního pojistného v Nizozemsku?

Občan Nizozemska (kromě dětí do 18 let) je povinen se pojistit:

- Průměrná výška nominálního pojistného v Nizozemsku v roce 2012 bylo 1 287 € ročně
- Nejnižší nominální pojistné v roce 2012 bylo 1 110 EUR
- Nejvyšší nominální pojistné v roce 2012 bylo 1 350 EUR

Nominální pojistné vrací lidem **možnost rozhodovat** o produktu zdravotního pojištění **podle svých vlastních preferencí**.

Mezi produkty existuje **cenová konkurence**, **rozhodování** spotřebitelů je zároveň **o citlivosti na cenu**.

Výdaj na nominální pojistné přímo konkuruje jiným výdajům domácnosti na jiné statky.

Aby si každý mohl dovolit koupit si pojistný produkt (protože to je cíl), tak **stát poskytuje kompenzace na nákup nominálního pojistného.**

Celkově kompenzace čerpá zhruba třetina populace a v průměru dosahuje 662 € / rok.

Nominální pojistné v Nizozemsku

Jaká je výše spoluúčasti v Nizozemsku?

- Každý pojištěnec kromě nominálního pojistná má tzv. **první spoluúčast ve výši 350 €** (pro rok 2013)
- Tato první spoluúčast znamená, že **prvních 350 € platí ze svých zdrojů** a až po zaplacení zdravotních služeb ve výši 350 € (kumulativně) **nastupuje zdravotní pojišťovna**
- Tato první spoluúčast má **lidi odradit od zbytečného čerpání zdravotní péče**
- Zároveň podporuje čerpání takových zdravotních služeb, které spotřebitelé považují za hodnotné
- Tuto spoluúčast lze zvýšit o další, dobrovolnou spoluúčast, až do výše 500 €, čímž jeho celková první spoluúčast může dosáhnout 850 €
- Samozřejmě platí, že čím je první spoluúčast vyšší, tím nižší je pojistné

Nominální pojistné v Nizozemsku

	Pro Life Basispolis Basic	TakeCareNow Internetbasispolis
Cílová skupina (Pro koho je produkt určen)	Silně křesťansky orientované s důrazem na vzácnost života jako takového. Produkt je speciálně orientovaný na péči při křesťanském mateřství, na ošetřovatelskou a paliativní péče.	Produkt orientovaný na mladé lidi, čemuž je přizpůsobena i webová prezentace a doplňkové produkty. Důraz je kladen na internet jako hlavní komunikační nástroj s pojišťovnou. Mladou klientelu se snaží přilákat i širokou nabídkou online zdravotnictví.
Rozsah krytí / benefity (kromě zákonem předepsaného základního balíku péče)	Tento produkt zdravotního pojištění v rámci své marketingové propagace zdůrazňuje, že nehradí umělé přerušení těhotenství, eutanazii nebo operace na změnu pohlaví.	Tento produkt nabízí přístup do všech holandských nemocnic bez nutnosti předchozí autorizace.
Cena produktu v roce 2012	108,25 EUR za měsíc.	Výše pojistného se odvíjí od výšky zvolené volitelné spoluúčasti. V případě, že je nulová, měsíční nominální pojistné je ve výši 99,67 EUR, pokud si pojištěnec zvolí maximální výšku dobrovolné spoluúčasti ve výši 500 EUR, měsíční pojistné klesá na úroveň 78,84 EUR.

Jaké jsou konkrétní příklady pojistných produktů z Holandska?

Oba následující produkty nabízí pojišťovna Agis.

Agis je značka patřící koncernu Achmea, ve svém portfoliu v roce 2012 měla 5 různých pojistných produktů.

Shrnutí

- Generování -> poolong → využití
- existuje 5 různých metod financování
  - daně
  - sociální (veřejné) pojištění
  - soukromé pojištění
  - přímé platby od pacientů
  - financování ze strany společenství
- Prestonova křivka vymezuje vztah mezi finančními zdroji a střední délkou života. Bez ohledu na to, odkud zdroje jsou.

Zdroje

- Hsio, 2001

DĚKUJI ZA POZORNOST