

# 5. Historické milníky v Evropě

6MEFZ1

Ekonomika a financování zdravotnictví

**doc. Ing. Peter Pažitný, MSc., PhD.**



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

**MŠMT**  
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



# Obsah

1. Bismarckov systém zdravotného (sociálního) poistenia
2. Semaškov systém štátneho zdravotníctva
3. Beveridgeov systém univerzálneho zdravotného systému
4. Manažovaná konkurencia Alaina C. Enthovena (Dekkerov plán)



# 1. Otto von Bismarck

---

*„Kdo má na stáří zajištěnou penzi, je daleko spokojenější a snadněji zpracovatelný, než ten kdo tento výhled nemá. Hledáte rozdíl mezi služebním u soukromníka a služebním u dvora? Ten druhý si nechá líbit daleko více....protože očekává penzi.*

*Otto von Bismarck*



# Důvody vzniku sociálního pojištění

- Počátky sociálního pojištění sahají do středověku
- Masivní rozvoj začal až s průmyslovou revolucí v 19. století a snahou dělníků o snížení rizika chudoby a smrti
- Opakující se ekonomické krize v době rychlé industrializace zhoršovaly již tak špatné podmínky dělníků, kteří začali protestovat
- Snaha vlády omezit protesty zákazem levicových a komunistických organizací, včetně odborů se ukázala jako nedostatečný nástroj k udržení společenského pořádku





# Vznik sociálního pojištění

- Bismarckovým cílem bylo řešit sociální nepokoje zavedením solidárního systému povinného zdravotního pojištění
- 1881 kancléř Bismarck vydal chartu, která deklarovala sociální blahobyť pro chudé, jako základ přežití v nepřátelském světě
- 1883 Německo jako první země světa implementuje národní systém sociálního pojištění, a to na principu „pay-as-you-go“
  - 1884 systém rozšířen i na nehody způsobené při práci
  - 1889 starobní důchody
  - 1927 podpora v nezaměstnanosti
  - 2004 dlouhodobá péče





# Zavádění Bismarckova systému

1883 legislativní kompromis vycházející ze stávajících lokálních profesně orientovaných fondů.

- Zdravotní pojištění se týkalo pracovníků určitých odvětví
- Zaměstnanci platili 2/3 odvodů, zaměstnavatelé 1/3
- Vznik volených shromáždění a orgánů zastoupených v proporcionalitě plateb, tedy 2:1
- Fondy fungovaly na neziskovém principu, dohlížely na ně vlády jednotlivých německých států
- Národní vláda určovala pouze regulační rámce a zákonné standarty
- Zákon definoval minimální poskytované benefity

# Charakteristika Bismarckova systému

- Pojištěnými osobami jsou zaměstnanci nebo výdělečně činné osoby
- Systém je financován z odvodů odstupňovaných podle příjmu
- Odvody se platí z mezd a platů

	Bismarck	Beveridge (original)
Coverage	Occupational	Universal
Eligibility	Employment	Citizenship, residence, need
Financing	Social security contributions	General taxation
Benefits	Earnings-related	Flat-rate
Social partners	Involved	Uninvolved
Public sector	Full state provision	Limited state provision
Private sector	Pension funds developed late	Pension funds developed early
Source: Bonoli (2003)		



# Vývoj Bismarckova zdravotního systému

- Příspěvky a výdaje po dobu 120 let fungování zdravotního pojištění narůstají – důvodem růst benefitů, které pojištění poskytuje
- Pojištění založené na principu „pay-as-you-go“ bylo základem k úspěšnému financování zdravotního systému během dvou světových válek, hospodářské krize 1929 i zavedení nové měny v roce 1948
- V roce 1885 zdravotní pojištění pokrývalo zhruba 10% populace, v roce 1960 již 83% v NSR (v NDR 100%)





# Vývoj Bismarckova zdravotního systému

	18 85	1913	1925	1938	1950	1960	1987	1997	2003
	Německá říše				Západní Německo			Německo	
Počet ZP/fondů	18 776	21 342	7 777	4 625	1 992	2 028	1 182	476	319
Počet přispívajících členů na 1 pojišťovnu/fond	229	636	2 345	4 832	10 141	13 383	30 917	91 782	159 780
Počet pojištěných členů v populaci (%)	10	35	51	–	–	83	88	88	88
Počet přispívajících členů v populaci (%)	9	20	29	34	40	49	60	61	62
Odvody % z příjmů	2	3	6	–	6	8.4	12.6	13.5	14.3
Příjmová hranice pro povinné členství (jako násobek průměrné mzdy)	3.1	2.1	1.6	1.9	1.5	1.3	1.1	1.3	1.6
Poměr odvodů mezi zaměstnanci : zaměstnavateli	2:1	2:1	2:1	2:1	2:1	1:1	1:1	1:1	1:1



# Vývoj Bismarckova zdravotního systému

- V meziválečném období získali monopol na ambulantní zdravotní péči ambulantní lékaři (na úkor nemocničních a komunitních zdravotníků)
- Regionální asociace ambulantních lékařů získaly právo vyjednávat kontrakty s pojišťovnami a poté distribuovat platby členům.
  - Tímto krokem byla omezena autonomie řady zdravotních profesí
  - Monopolizace ambulantní péče vedla k oddělení ambulantní a lůžkové péče



# Vývoj Bismarckova zdravotního systému

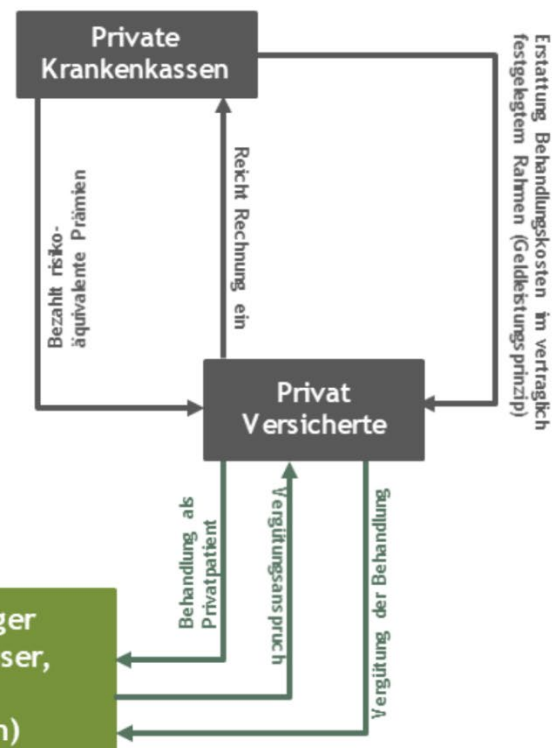
- Během období Národního socialismu (1933 – 1945) zůstaly fundamentální prvky sociálního pojištění nezměněny
  - Toto se však netýkalo židovské populace, které byly odejmuty benefity plynoucí z pojištění
- Po druhé světové válce bylo Německo rozděleno do dvou zcela odlišných systémů, včetně zdravotního a sociálního (sjednoceno v roce 1990)
  - V SRN opět získali monopol ambulantní lékaři
  - Enormní růst nákladů z důvodu růstu cen, mzdových nákladů, demografického trendu, modernizací a expanzí zdravotních služeb a infrastruktur
  - 1977 začala éra kontroly nákladů v německém zdravotnictví
    - „německý styl“ kontroly nákladů = „příjmově orientovaná výdajová ekonomika“

# Bismarck dnes

## GKV



## PKV



# Bismarck dnes

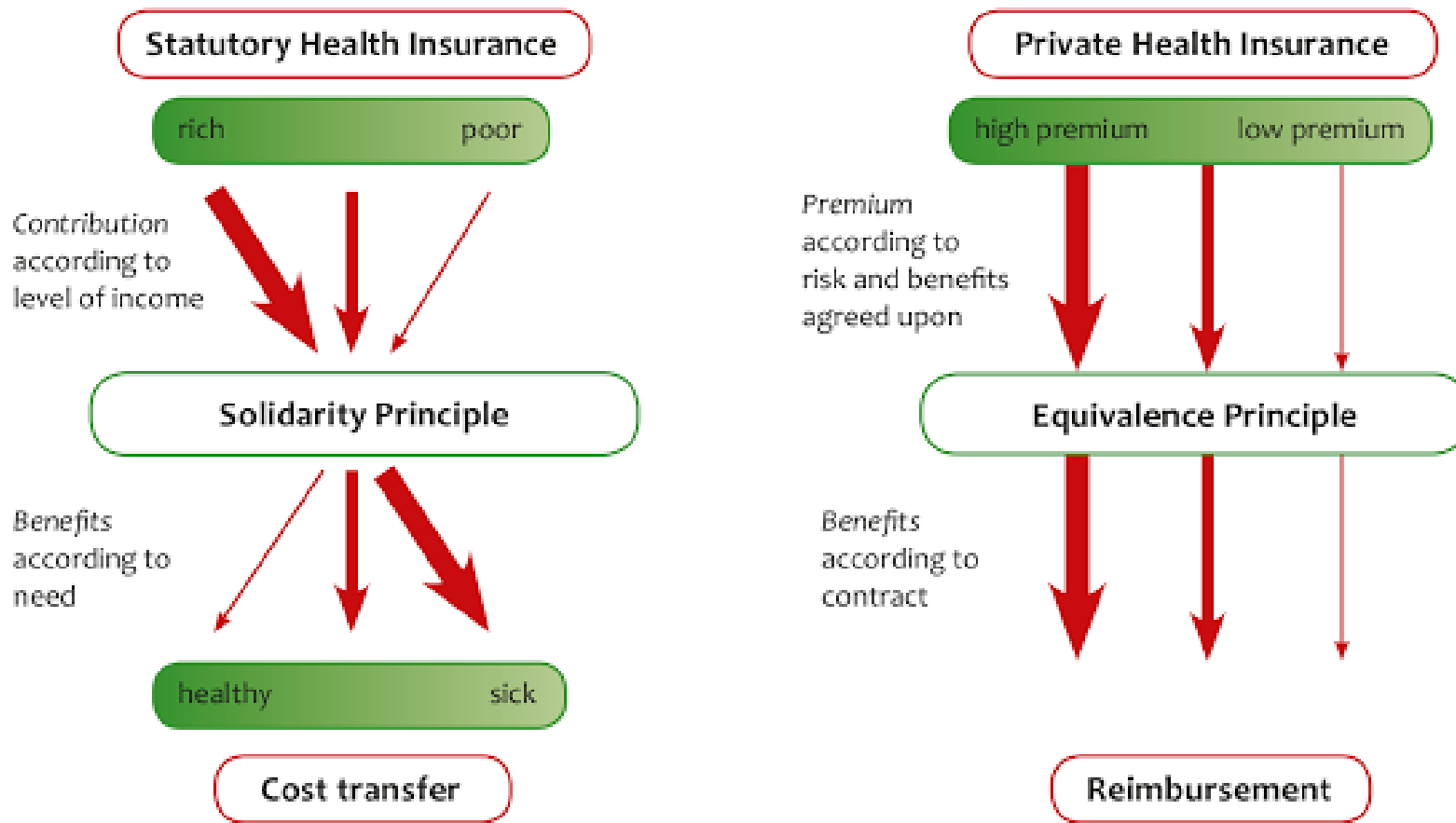
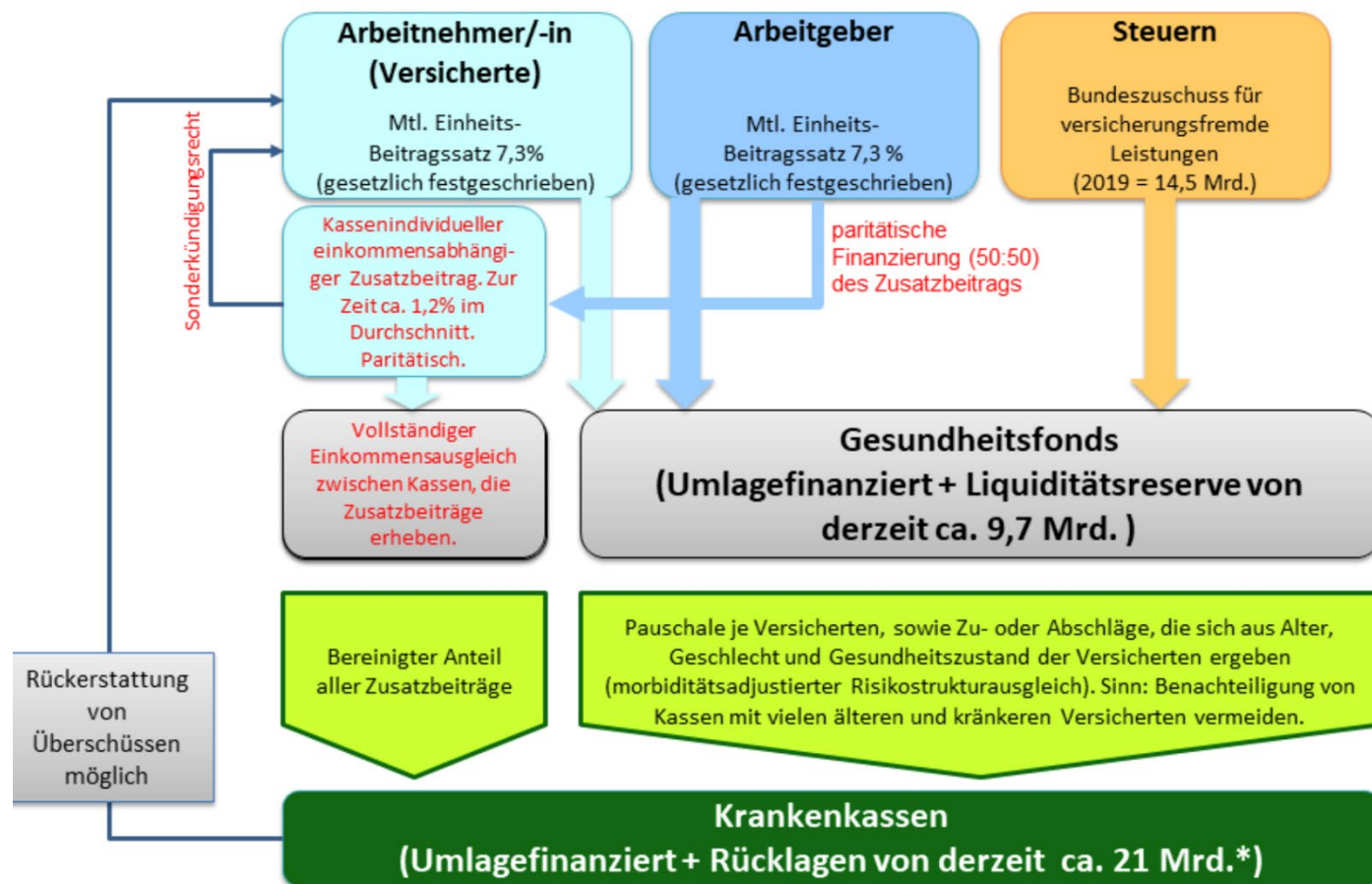


Image source: [http://www.goinginternational.eu/newsletter/2013/hl\\_03/SpecialDE\\_EN\\_Understanding\\_the\\_German.pdf](http://www.goinginternational.eu/newsletter/2013/hl_03/SpecialDE_EN_Understanding_the_German.pdf)



# Bismarck dnes



7,3% : 7,3% (PARITA)

+ 1,2% (parita)

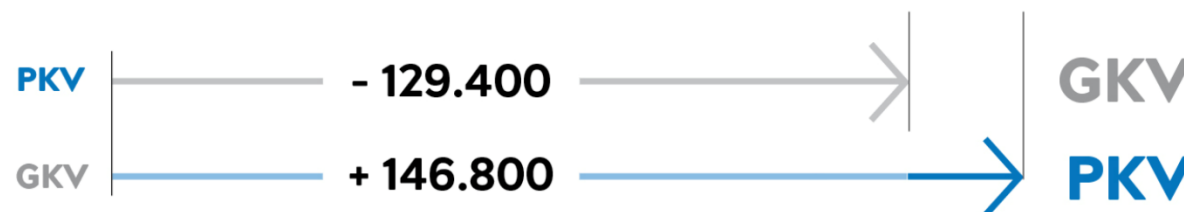
# Bismarck dnes

- **60 750 EUR** – hranice hrubého příjmu v Německu při které sa zamestnanec môže rozhodnúť pre súkromné zdravotné poistenie
- **71,1 milióna** ľudí je zákonne poistených (88 %) v **109** zdravotných poisťovniach ešte v roku 1990 ich bolo 1 174 (!) pričom poisťovne si nesmú poistencov vyberať a poistiť musia každého
- **8,8 milióna** ľudí je súkromne poistených (12 %)

## Wanderungsbewegung

PKV mit leichtem Plus

Saldo + **17.400** Personen



Quelle: PKV-Verband 2019



# Bismarck dnes

## Verejné zdravotné poistenie (GKV)

GKV-Ranking

### Gesetzliche Krankenversicherung



Die 20 Krankenversicherungen mit der besten Unternehmensqualität\*

Die Top 10 bei ausgewählten Leistungsangeboten

Digitale Leistungen		Punkte
1	Techniker Krankenkasse	96,2
2	IKK Südwest	86,5
3	AOK Baden-Württemberg	84,6
3	DAK-Gesundheit	84,6
5	Pronova BKK	77,9
6	IKK Classic	73,1
7	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	71,2
7	SBK	71,2
9	Hanseatische Krankenkasse	70,2
10	AOK Plus	69,2

HANDELSBLATT-GRAFIK

## Súkromné zdravotné poistenie (PKV)

Die besten privaten Krankenversicherungen

### PKV mit Standardschutz



Gesellschaft	Tarif	Rating	Selbstbehalt	Monatsrate inkl. Selbstb.		
Barmenia	einsAprima2+	FFF	600 € ▶	434,05 €	94 Pkt.	
Debeka	N	FFF	10 %, max. 400 € ▶	497,33 €	88 Pkt.	Sehr gut
Süddeutsche	AM30, S1, Z6	FFF	30 %, max. 480 € ▶	502,76 €	88 Pkt.	Gut
Nürnberger	TOP3,S2,ZZ20	FFF	300 € ▶	504,10 €	88 Pkt.	Be- friedigend
Allianz	AktiMedPlus100 ...	FFF	0 € ▶	534,26 €	85 Pkt.	Aus- reichend
R+V	AGIL comfort U	FF+	480 € ▶	432,42 €	80 Pkt.	
Gothaer	MediVita, ...	FFF	250 € ▶	560,07 €	79 Pkt.	
Concordia	AV2, SV2, ZV2, ...	FF+	600 € ▶	459,97 €	77 Pkt.	
DKV Deutsche Krankenversicherung	BMK0	FFF	0 € ▶	592,03 €	76 Pkt.	
Deutscher Ring (Signal Iduna)	Esprit, PIT	FFF	450 € ▶	566,65 €	76 Pkt.	



HANDELSBLATT-GRAFIK



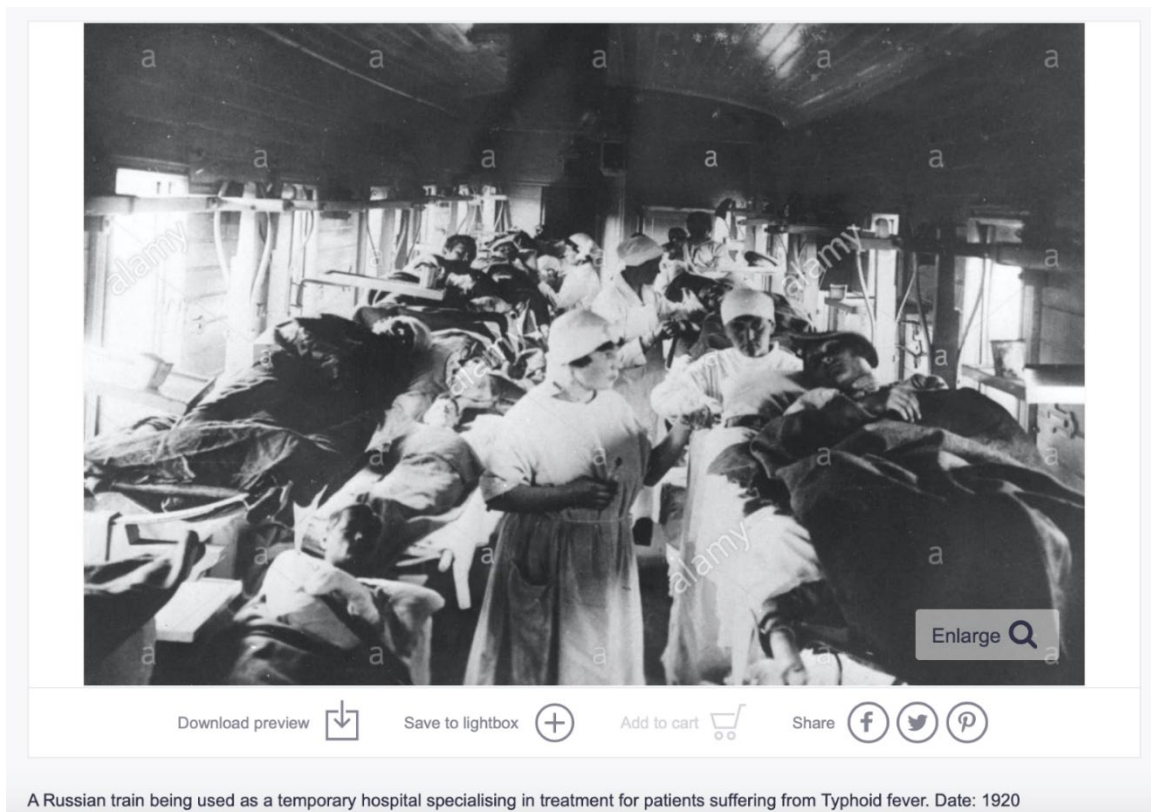
## 2. Nikolaj Alexandrovič Semaško

- *Slogany vo čakacej miestnosti jeho kancelárie na Komisariáte Zdravia:*
- *„Fajčenie je zakázané v kanceláriách Komisariátu Zdravia“*
- *„Nepodávajte si ruky. Je o strata času a môžu sa tým rozširovať choroby“*
- *Nikolaj Alexandrovič Semaško*



# Ruské zdravotnictví na počátku 20. století

- V první polovině 20. století velice špatný zdravotní stav obyvatel Ruska, důvody:
  - První světová válka
  - Velká říjnová socialistická revoluce
  - Masové epidemie – jen na horečku tyfu zemřelo 3 milionu obyvatel (20 – 30 mil. nakažených)
- Plán na rekonstrukci Ruského zdravotnictví obsahoval myšlenky a principy Nikolaje Alexandroviče Semaška
  - Lékař a univerzitní profesor
  - Zakladatel sovětské sociální hygieny





# Sovětský zdravotní systém dle principů Nikolaje Semaška

- Zodpovědnost vlády za zdraví obyvatel
- Univerzální přístup k bezplatným službám
- Preventivní přístup ke „společenským chorobám“
- Kvalitní profesionální péče
- Blízký vztah mezi vědou a medicínskou praxí
- Kontinuita zdravotní péče mezi podporou zdraví, léčbou a rehabilitací



Na základě těchto principů začal stát rozvíjet a unifikovat bezplatný zdravotní systém

# Sovětský zdravotní systém

- Zdravotní systém pod centrální kontrolou státu
  - Regulace prostřednictvím Komunistické strany
  - Důraz kladen na zvyšování nemocničních lůžek a zdravotnického personálu
- Všichni zdravotničtí pracovníci byli zaměstnanci státu
  - Zdravotnický personál byl podhodnocen jak mzdově, tak pracovními podmínkami
- 1928 Ministerstvo zdravotnictví začalo organizovat zdravotní služby ve formě poliklinik a budovat zdravotní školy
- 1937 zrušeny zdravotní pojišťovny
  - Zbývající nemocnice, lékárny a ostatní zdravotnická zařízení, byla zestátněna
  - Vznik paralelních zdravotnictví pro určitá odvětví a skupiny obyvatel

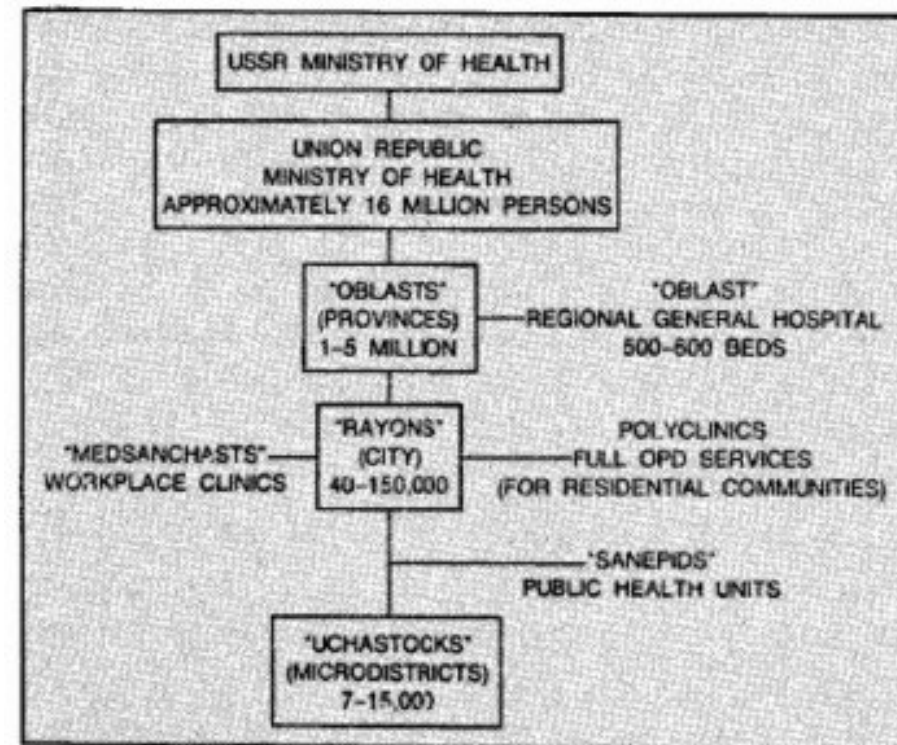


Figure 1. Structure of the Soviet healthcare system.



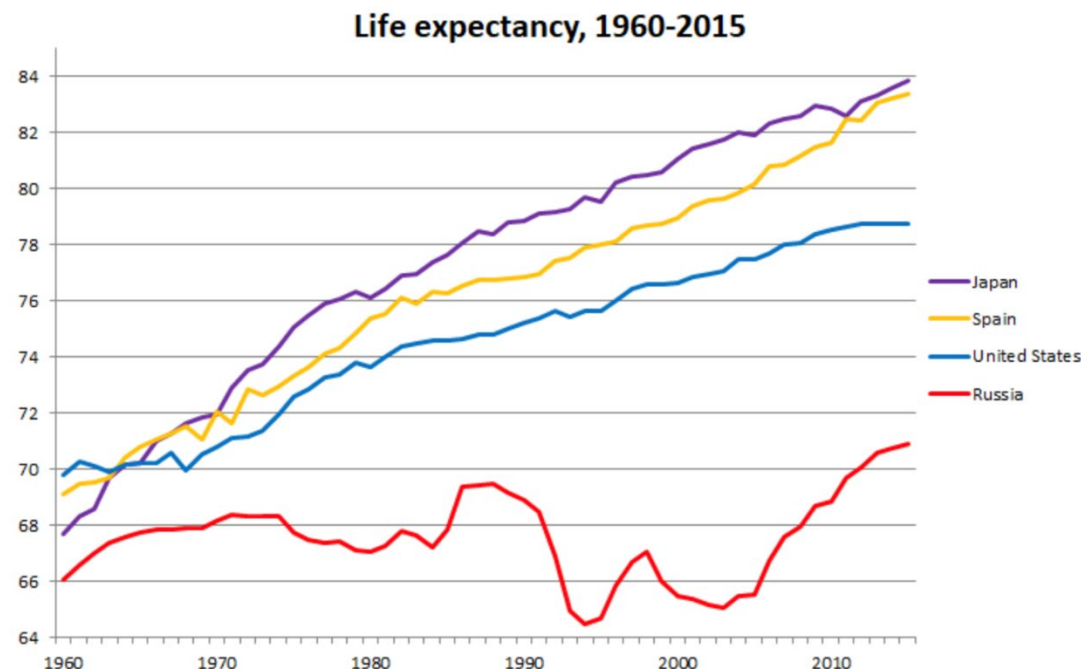
# Sovětský zdravotní systém

- 1941 Sovětský svaz napaden a vstupuje do války:
  - Systém zdravotnictví byl velmi rozvinutý a stačil uspokojovat vysoké počty civilních i vojenských pacientů
- 1945 - Po válce byl systém materiálně a lidsky vyčerpán – snaha o obnovu zdravotní péče:
  - Každý okres musel mít:
    - Hygienickou – epidemiologickou stanici (SANEPID)
    - Nemocnici
    - Polikliniku
    - Speciální léčebná zařízení v souladu s centrálně stanovenými normami podle populace



# Limity Semaškova modelu

- Semaškův model dominoval národnímu konceptu veřejného zdravotnictví po celou Sovětskou éru, a vedl k:
  - Extenzivnímu epidemiologickému monitoringu
  - Důrazu na „hygienickou“ medicínu a instituci systematických zdravotních kontrol u dětí a pracujících
  - Důrazu na infekční choroby a jejich prevenci
  - Tato opatření vedli k vytvoření enormního lůžkového fondu
- Epidemiologická situace v 60. letech zastihla, ale vládu a systém nepřipravený
  - Neochota akceptovat rostoucí význam chronických onemocnění
  - Neschopnost přeorganizovat zdravotní systém





# Zhodnocení Semaškova systému

- Navzdory mnoha defektům dosáhl Sovětský systém mnoha úspěchů:
  - Porazil základní onemocnění
  - Zabezpečil komplexní zdravotní péči pro většinu populace
  - Položil základ komunitních zdravotnických aktivit
    - Povinné očkování
    - Pravidelné zdravotní prohlídky
  - Podporoval mezigenerační angažovanost v poskytování zdravotní péče
- V 50. letech přijalo Semaškových systém mnoho zemí z Východní Evropy, Asie, Středního Východu, Latinské Ameriky a nově vzniklých států Afriky







# Semaškův model dnes

HEALTH EXPENDITURE AS SHARE OF GDP IN RUSSIA  
2018

5.3%

DOCTORS PER 10,000 POPULATION IN RUSSIA 2018

47.9

NUMBER OF HOSPITALS IN RUSSIA IN 2018

5.3k



ambulances have had to wait in line for hours to drop off coronavirus patients at Moscow's hospitals.

Valery :



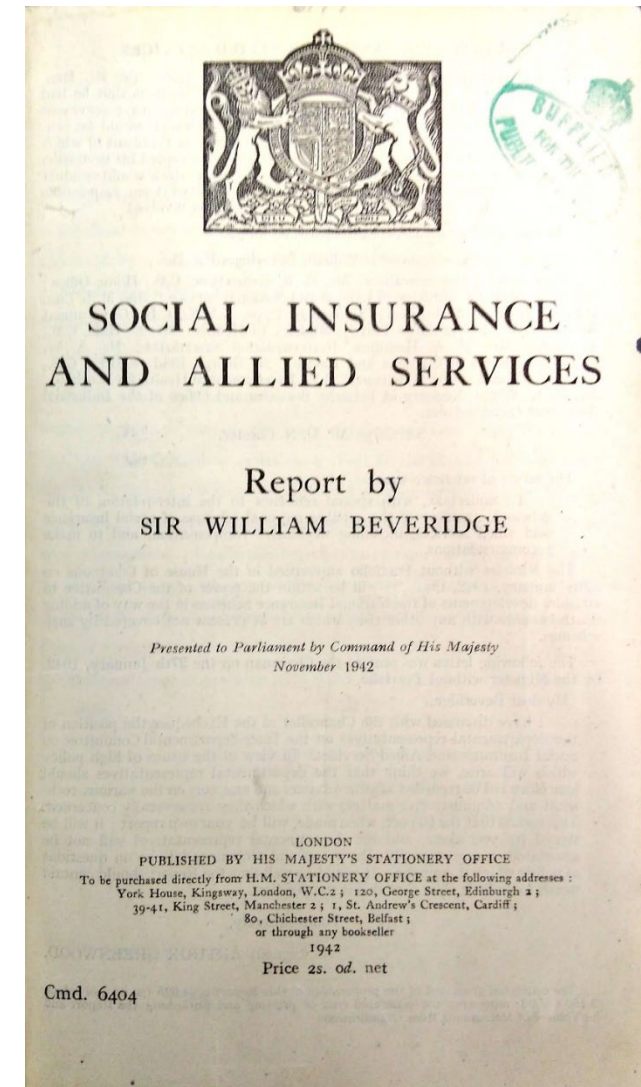
### 3. William Henry Beveridge

- *Reakcia The Times na zverejnenie „Beveridgeovho reportu“ v roku 1942:*
- *„Významný dokument, ktorý by mal mať a musí mať hlboký a okamžitý vplyv na smerovanie sociálnej zmeny v Británii“,*
- *William Henry Beveridge*



# William Henry Beveridge

- Ekonom, politik a sociální reformátor
- V roce 1942 předložil vládě Velké Británie tzv. Beveridgeovu zprávu
  - Použil zde termín Welfare State (sociální stát)
  - Návrh modelu Národní zdravotní služby
  - Navrhl rozsáhlé sociální reformy, které měly řešit pět "Giant Evils" (velkých zel)
    - Chudoby
    - Nevědomosti
    - Nečinnosti
    - Nouze
    - Nemoci
- Mimo jiné i autor Beveridgeovy křivky vztahující se k trhu práce





# Beveridgeův systém a jeho pilíře

- Je v něm zahrnuta celá populace
- Primárně financován ze státního rozpočtu
- Vyžaduje rovnoměrné, paušální příspěvky

	Bismarck	Beveridge (original)
Coverage	Occupational	Universal
Eligibility	Employment	Citizenship, residence, need
Financing	Social security contributions	General taxation
Benefits	Earnings-related	Flat-rate
Social partners	Involved	Uninvolved
Public sector	Full state provision	Limited state provision
Private sector	Pension funds developed late	Pension funds developed early
Source: Bonoli (2003)		





# Zdravotnictví Velké Británie na počátku 20. století

- 1911 - liberální vláda přijala zákon o národním pojištění
- Vztahoval se pouze na pracující obyvatele
- Financovaný byl z příspěvků zaměstnanců, zaměstnavatelů a státu
- Poskytoval bezplatnou péči u všeobecného lékaře, bezplatné léky a léčbu tuberkulózy
- Nepokrýval nemocniční léčbu a porody
- Nepokrýval závislé osoby (ženy a děti)
- Zapojena byla jenom třetina populace





# Zdravotnictví Velké Británie na počátku 20. století

- Do konce 30. let mnoho komentátorů poznalo potřebu změny ve zdravotním systému, který by charakteristický:
  - Existencí dvou nemocničních systémů
  - Existencí podstatných finančních bariér v přístupu ke zdravotní péči
- 1946 - Vláda labouristů, pod vlivem druhé světové války a zejména tzv. Beveridgeově zprávy, představila zákon o Národní zdravotní službě – National Health Service – NHS
  - Stanoveným cílem bylo dosáhnoutí spravedlivého přístupu ke zdravotní péči vytvořením bezplatných zdravotních služeb v místě jejich poskytnutí
  - Hlavní změny pro pacienty: úleva od přímých plateb a přístup ke zdravotní péči široké skupině lidí, která byla dříve vyloučena





# Vývoj National Health Service

## 70. léta

- 1974 - velká reorganizace struktury NHS
- Integrace akutní, komunitní a preventivní péče v rámci 90 nových územních zdravotních úřadů, které kopírovaly geografické rozdělení místních úřadů poskytující sociální služby.
  - Zrušeny následně v roce 1980 a nahrazeny 192 obvodními zdravotními úřady, což přerušilo propojení s místní samosprávou
- Navíc bylo vytvořeno 90 nových komisí pro rodinné lékaře – zodpovědné za kontrahování všeobecných lékařů, zubařů, očních lékařů a lékárníků
- Regionální nemocniční komise vytvořené v roce 1946 byly nahrazené regionálními zdravotními úřady



# Vývoj National Health Service 90. léta

- 1990 - konzervativní vláda představila v novém zákoně tzv. „vnitřní trhy“, ve kterém se oddělila funkce uzavírání smluv od funkce poskytování zdravotní péče
  - Obvodní zdravotní úřady a všeobecní lékaři disponující s peněžními fondy (GP fundholding) byli ustanoveni jako „nákupčí“ služeb
    - Obvodní zdravotní úřady byly zodpovědné za kontrahování zdravotních služeb
    - Všeobecní lékaři měli možnost stát se zodpovědnými za nákup limitovaného objemu služeb pro své pacienty a poskytování služeb všeobecného lékařství, v rámci finančně omezeného rozpočtu
  - Poskytovatelé nemocnic, komunitních center a psychiatrických zařízení nespádali pod kontrolu zdravotního úřadu, ale byli ustanovené jako kvazi-nezávislé neziskové trustové společnosti
  - Cílem bylo zvýšení efektivity umožněním konkurence mezi poskytovateli na základě ceny a kvality

# Vývoj National Health Service po roce 1997

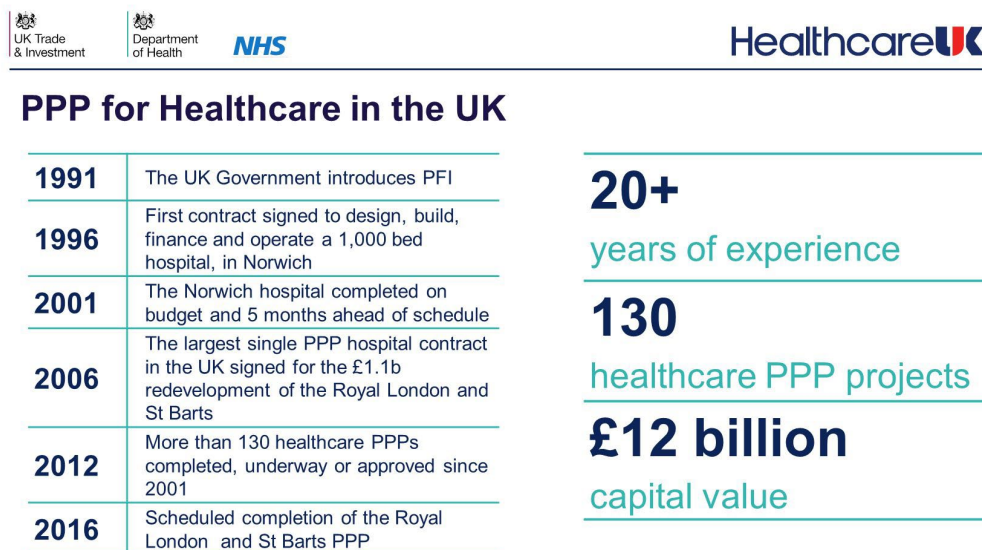
- Fundamentální oddělení nákupčích a poskytovatelů zůstalo zachované
- Vznikly nové regulační agentury, aby určovaly a udržovaly standardy – NICE, CQC
- Obvodní zdravotní úřady byly nahrazené PCT (primary care trusts), které se staly zodpovědné za poskytování primární péče a nákup většiny sekundární péče v geografickém území
- PCT zrušeny v roce 2013 – nahrazeny CCG (clinical commissioning groups)



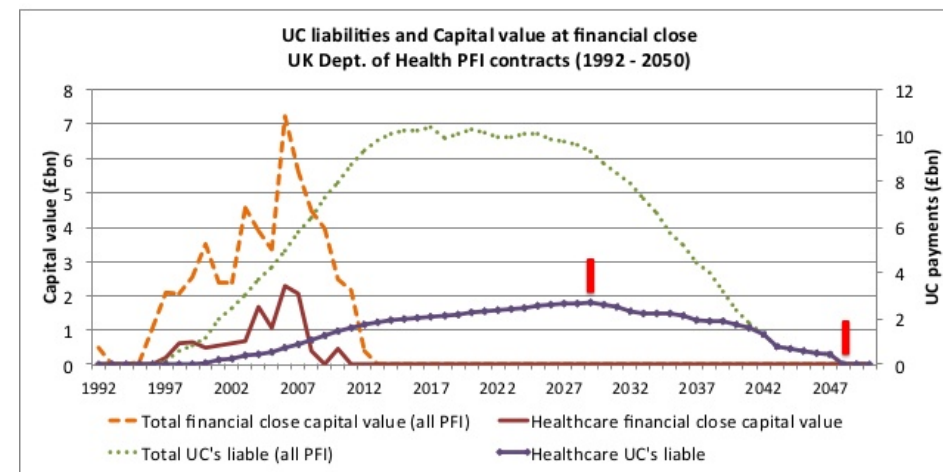


# National Health Service PPP a PFI

- Od roku 1996 je výraznější zapojení soukromého sektoru do poskytování služeb v rámci NHS pomocí:
- iniciativy PPP (public – private partnerships)
- soukromého financování PFI (private finance initiative)



## PFI in healthcare investment (DoH)



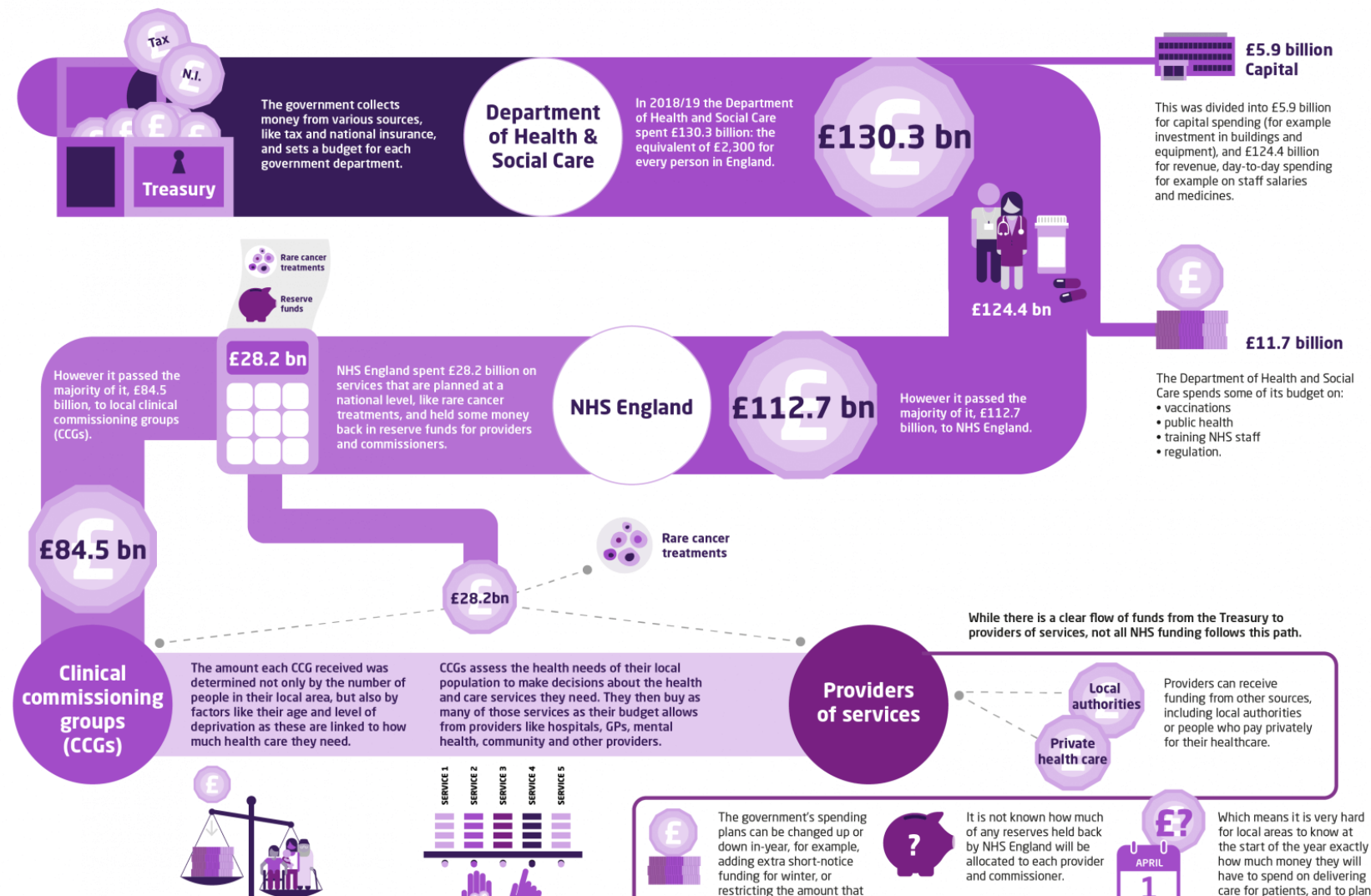
Source: PFI signed projects list, March 2013. HM Treasury. \* Nominal values



# NHS dnes

## The Kings Fund

## How funding flows in the NHS

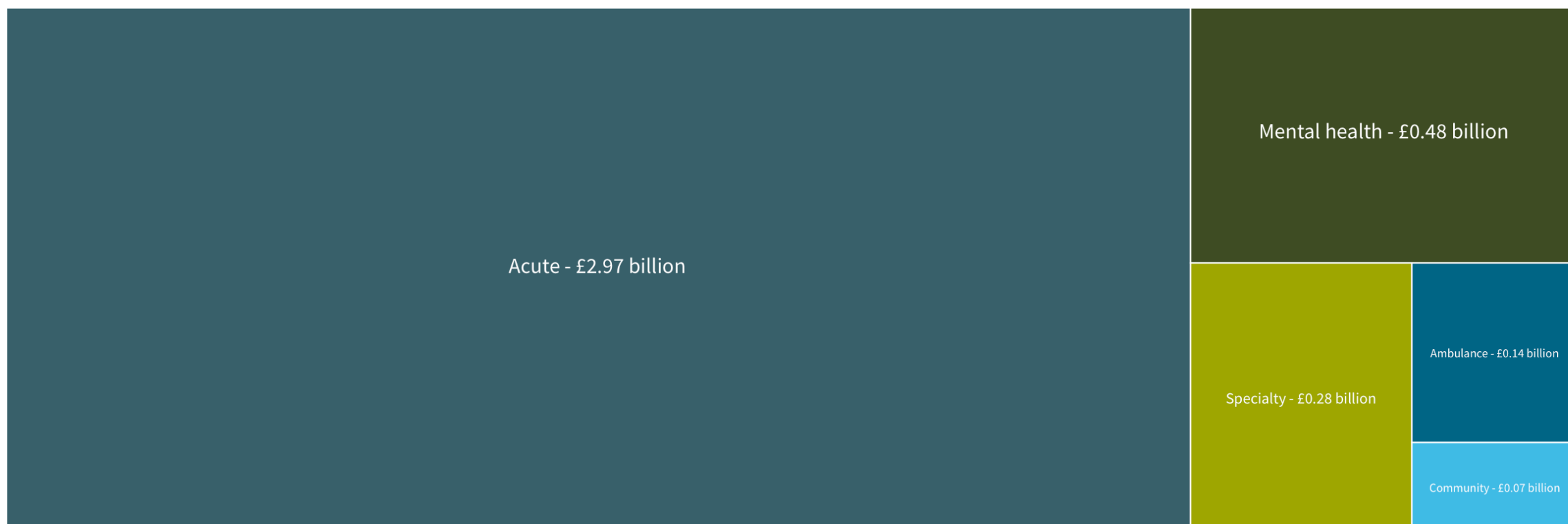






# NHS dnes

Almost 80 percent of NHS provider sector capital expenditure is spent in the acute sector.



Source: NHS Improvement quarterly performance of the NHS provider sector: quarter 4 2018/19 • Data are the actual capital departmental expenditure limit (CDEL) expenditure at Month

**TheKing'sFund**



# NHS dnes

- £140.4 miliárd je rozpočet v roku 2019/20
- £133.3 miliárd ide na platy a lieky
- £7.1 miliárd ide na kapitálové výdavky

## The Department of Health and Social Care's budget

■ Revenue ■ Capital



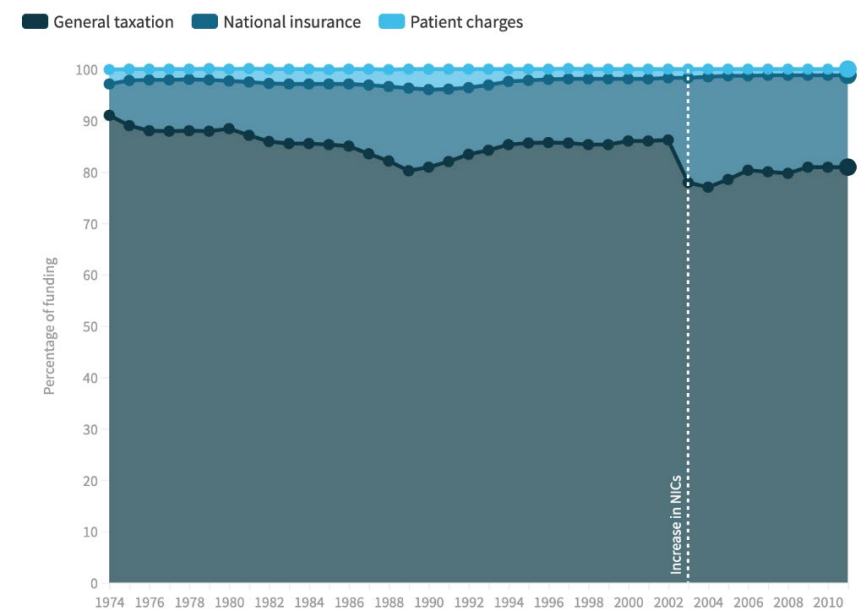
Source: The King's Fund analysis of data from the Spring Budget 2020, Department of Health and Social Care Annual Accounts, and Public Expenditure Statistical Analyses *The King's Fund*. 'Revenue' refers to day-to-day spending (eg staff salaries). 'Capital' refers to investment in, for example, buildings and equipment. Data for 2019/20 and 2020/21 are planned spending. Figures are in real terms at 2019/20 prices, based on OBR deflators from March 2020.

TheKingsFund

# NHS dnes

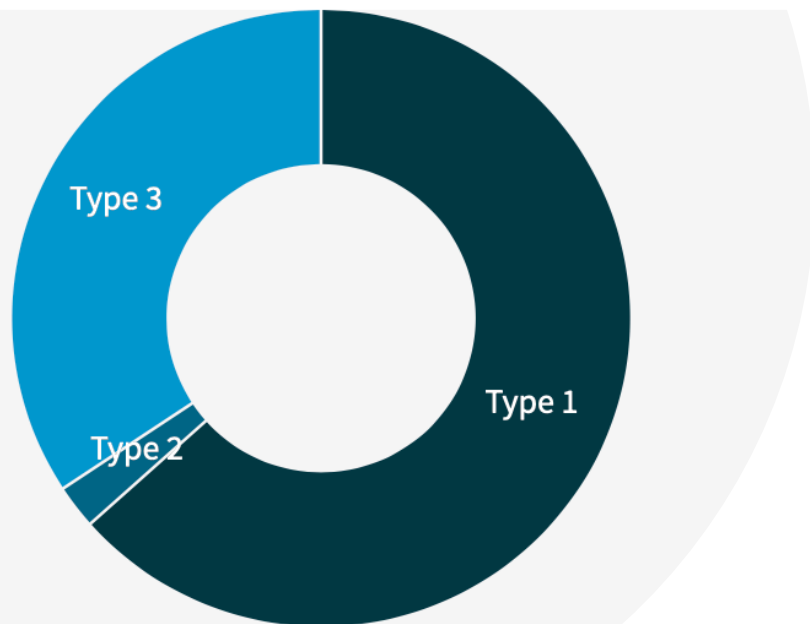
- Od dubna 2003 byly zavedeny příspěvky na národní pojištění, aby se podpořilo financování NHS. Tím se zvýšil podíl financování NHS, který pochází z příspěvků národního pojištění, ale převážná většina financování NHS stále tvoří obecné daně.
- Malá část financování NHS navíc pochází z poplatků za pacienty. Patří sem poplatky za recepty a ošetření zubů, které byly poprvé zavedeny na počátku 50. let. V letech 2018/19 činily příjmy z poplatků za pacienty a poplatků za recepty a péči o zuby 1,4 miliardy GBP, neboli 1,1 procenta z celkového rozpočtu ministerstva zdravotnictví a sociální péče.
- Jednotlivé organizace NHS - například trusty v nemocnicích - mohou generovat další příjem, například prostřednictvím poplatků za parkování, prodeje pozemků a léčby soukromých pacientů

Sources of funding for the NHS



Source: OHE (2013)

TheKingsFund>



## NHS dnes

- Aktivita A&E je rozdělena do typů podle služeb, které oddělení poskytuje.
- Typu 1 jsou to, co si obvykle myslíme jako A&E - 24hodinová zařízení obvykle vedená staršími lékaři v nemocnicích, která mohou léčit jak vážně nemocné pacienty, tak i ty, kteří mají méně naléhavé nebo vážné potřeby zdravotní péče - a představují zhruba dvě třetiny návštěv A&E.
- Typu 2 se specializují na jednu službu, například na pohotovostní ošetření zubů nebo očí
- Typu 3 jsou určena pro lehká zranění a nemoci.
- Všechny typy služeb A&E jsou přístupné bez předchozí schůzky.

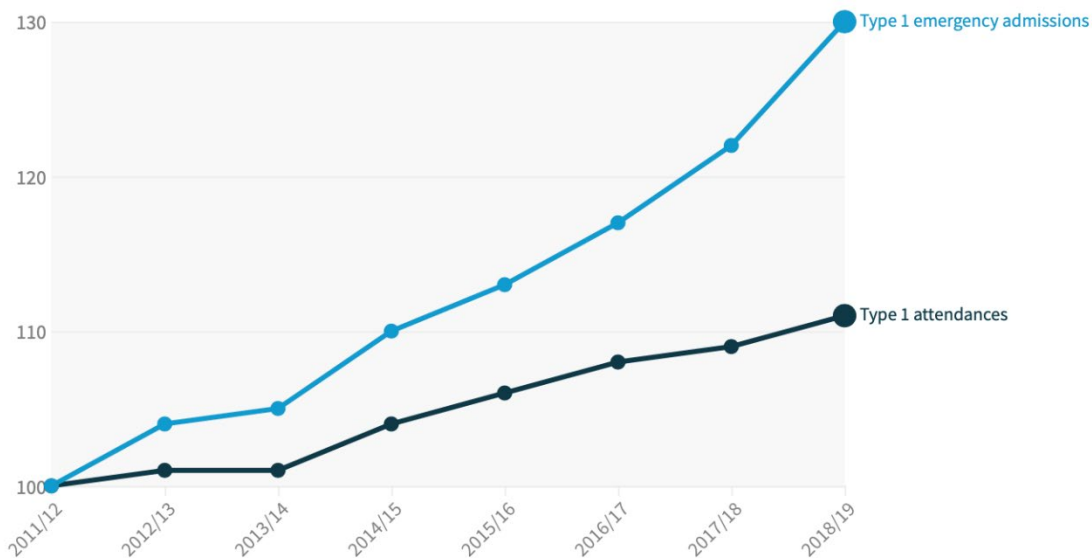


# NHS dnes

## Poptávka po A&E roste

Demand for type 1 A&E services is rising rapidly

Type 1 A&E activity indexed to 2011/12 (2011/12 = 100)



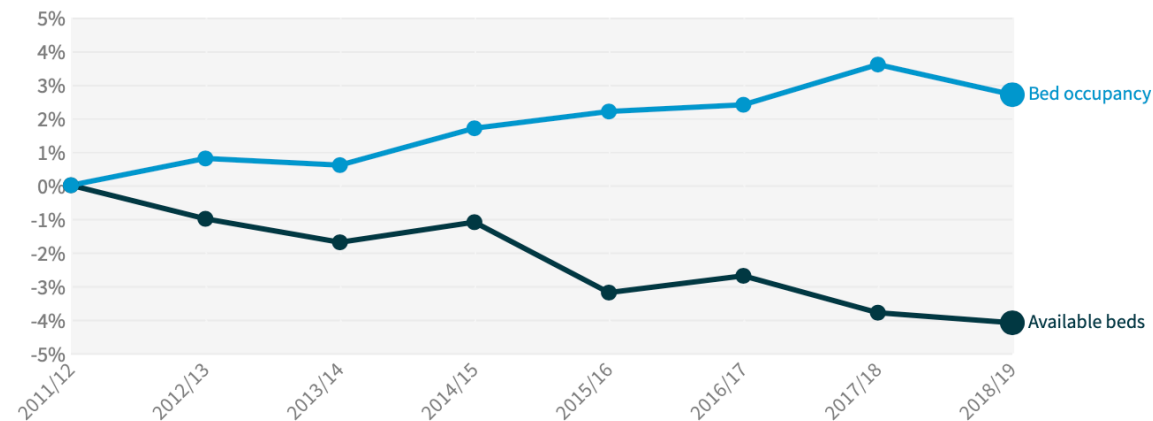
Source: [NHS England](#)

TheKingsFund>

## Postele klesají, obložnost roste

Since 2011/12 the number of **available beds** has gone down while **bed occupancy** has increased

General and acute overnight beds. Available beds indexed to Q4 2011/12. Bed occupancy percentage point difference from Q4 2011/12.



Source: [NHS England](#)

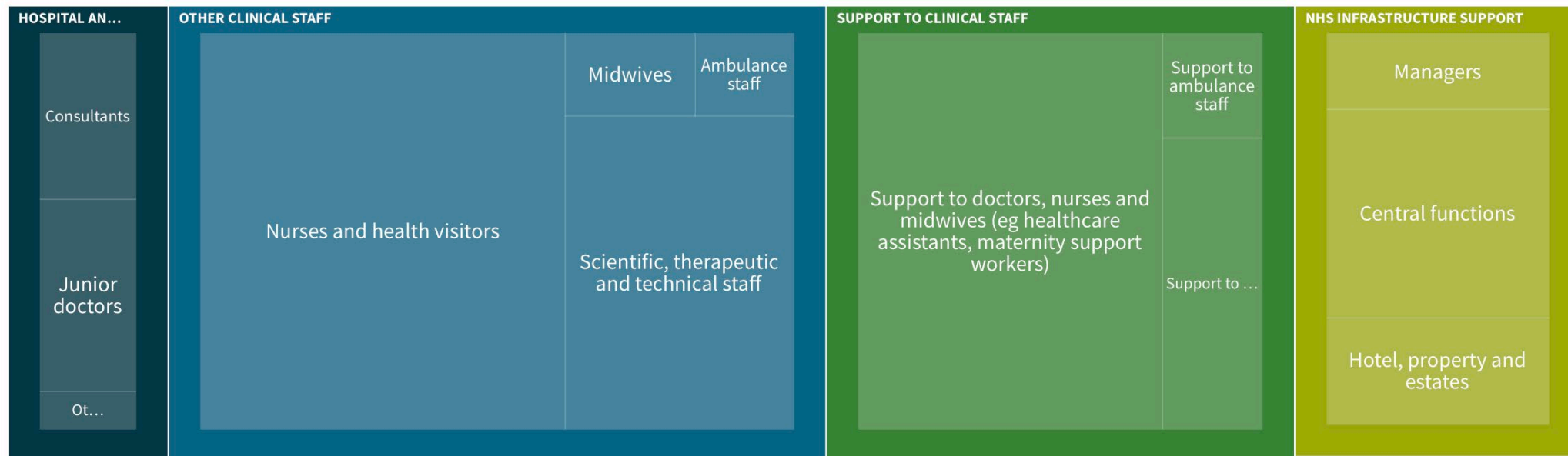
TheKingsFund>

# NHS dnes

- NHS zaměstnává 1,3 miliona lidí, což představuje 1,2 miliona plných úvazků

Clinical support are the largest staff group, followed by nurses and health visitors

Full-time equivalent (FTE) staff by staff group



Source: [NHS Digital](#) • FTE staff numbers as at December 2019. Figures are for NHS Hospital and Community Health Services (HCHS) staff groups working in NHS trusts and CCGs, support organisations and central bodies in England.

TheKingsFund>

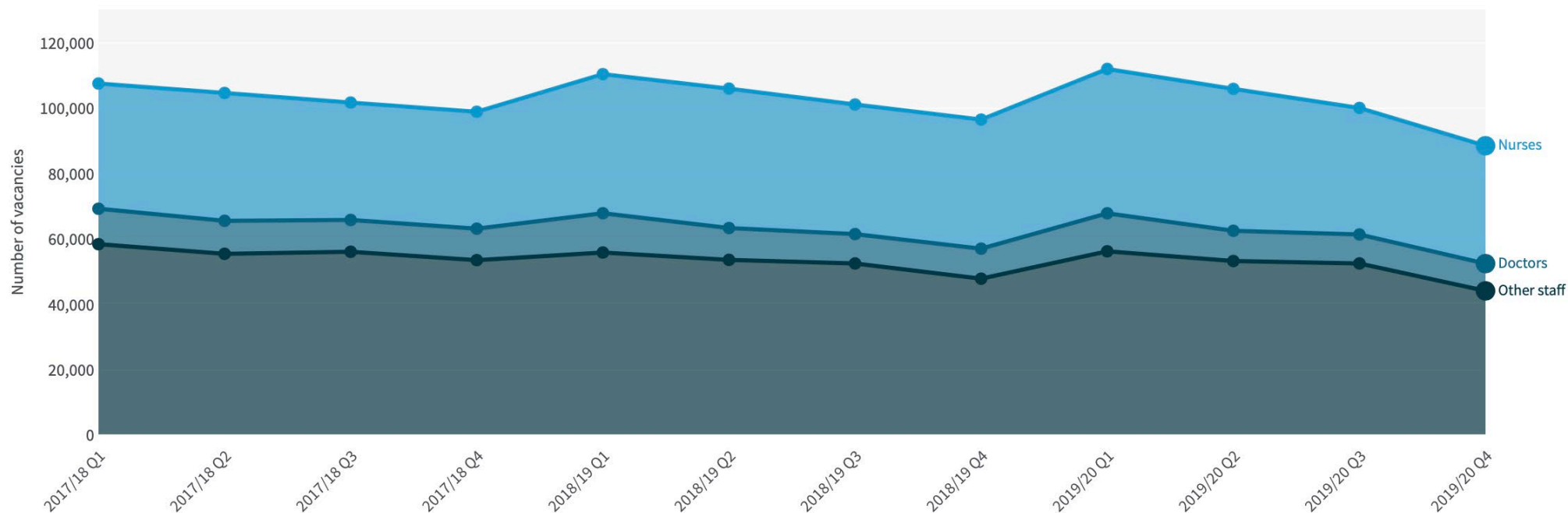




# NHS dnes

- ... a hledá 100 000 nových pracovníků

There are around 100,000 unfilled posts in NHS providers



Source: [NHS Digital, NHS vacancy statistics](#) • Number of whole time equivalent vacancies

TheKingsFund>



## 4. Alain C. Enthoven

- *„Medicína je komplikovaný tímový šport. Iba integrovaný systém dokáže udržat pacienta v centre jeho pozornosti.“*
- *Alain C. Enthoven*





# Alain C. Enthoven

- Americký ekonom a profesor
- V roce 1978 přišel s myšlenkou „řízené konkurence“ ve zdravotnictví
  - Důvodem jeho myšlenky byl vysoký podíl HDP na zdravotním systému v USA
  - Holandsko jako první země začala konzistentně jeho model implementovat
- Řízená konkurence je definována jako nákupní strategie s cílem získat maximální hodnotu pro spotřebitele, odvozená z mikroekonomických principů.
- Klíčovou roli zde hraje sponzor (vláda či zaměstnavatel), který zastupuje velké množství předplatitelů, a který strukturuje a nastavuje trhy (Alain C. Enthoven, 1993)

## THE HISTORY AND PRINCIPLES OF MANAGED COMPETITION

by Alain C. Enthoven

**Prologue:** *Health policymakers listening to presidential candidate Bill Clinton's proposals for health system reform may have felt a sense of déjà vu as he returned time and again to the theme of "managed competition" in his speeches. The term was familiar to many who had been following the speaking and writing of Alain Enthoven as he refined and articulated the concept. In Enthoven's construct, managed competition relies on a sponsor to structure and adjust the market for competing health plans, to establish equitable rules, create price-elastic demand, and avoid uncompensated risk selection. That sponsor could*



# Řízená konkurence

- Řízená konkurence je založená na organizacích poskytující komplexní péči a integrující financování a poskytování zdravotní péče.
- Řízená konkurence není volný trh
- Řízená konkurence není deregulace
- Řízená konkurence využívá tržové síly v pevně definovaném rámci pravidel
- Je o nových pravidlech, ne o žádných pravidlech
- Podporuje individuální výběr
- Není o redukci kvality

# Snahy o reformu zdravotního pojištění v Holandsku v 80. a 90. letech

- 1987 – představen tzv. Dekkerův plán „Vůle pro změnu“
  - Založený na tržních principech
  - V regulovaném tržním prostředí (řízená konkurence) budou pojišťovny soutěžit o pojištěnce a v omezeném rozsahu vyjednávat kontrakty s poskytovateli
- 1992 – myšlenky z Dekkerova plánu formovaly základ Simonsova plánu, který byl předložen do parlamentu, ale v roce 1993 neprošel
  - Zaměstnavatelé se obávali zvýšených nákladů, odboráři dopadů na mzdy a pojišťovny se bály o ztrátu svého vlivu

Table 1 : THE THREE HEALTH INSURANCE “COMPARTMENTS” IN THE NETHERLAND

Supplementary health insurance Voluntary 3% of health expenditure	
ZFW – Sickness Funds Mandatory for households with income below a certain threshold Two thirds of the population Social insurance	Private health insurance Voluntary  One third of the population
AWBZ National health insurance for “exceptional” medical expenses Mandatory	

# Zavádění řízené konkurence v Holandsku

- **2001 – představený nový dokument „Otázka poptávky“**
  - Reagoval na potřebu systémové změny z důvodu finančních problémů
  - Dokument obsahoval mnoho plánů z minulosti
  - Vyústil v roce 2003 do série nových zákonů, které formovaly kostru systémové reformy
- **2006 – představen nový zákon o zdravotním pojištění**
  - Zákon zrušil dělicí čaru mezi fondy nemocenského pojištění a soukromým zdravotním pojištěním
  - Jako centrální regulační mechanismus představila řízenou konkurenci mezi jednotlivými hráči na zdravotním trhu



Zdroj: HiT Netherlands, 2010





# Hráči a trhy v Holandském systému zdravotnictví od roku 2006

- **Vláda v novém systému pouze určuje „pravidla hry“**
- **Dohled nad správným fungováním zdravotních trhů je na nezávislých institucích, které dohlíží na interakci mezi pojišťovnami, pacienty (spotřebiteli) a poskytovateli**
- **Existují tři trhy, kde dochází k interakci:**
  - Trh zdravotního pojištění
  - Trh nákupu zdravotní péče
  - Trh poskytovatelů zdravotní péče



# Hráči a trhy v Holandském systému zdravotnictví od roku 2006

- Pacienti mají svobodu ve výběru zdravotní pojišťovny a ve výběru poskytovatele
- Občané jsou povinni se pojistit
- Zdravotní pojišťovny jsou povinné poskytovat péči definovanou v základním balíku zdravotního pojištění, ale mohou si konkurovat cenou tohoto balíku, kvalitou a také mohou nabízet dobrovolné zdravotní pojištění
- Zdravotní pojišťovny mají svobodu v uzavírání smluv s poskytovateli, tzv. selektivní kontraktování, a je očekávané, že tato rozhodnutí dělají na základě kvality a ceny



# Co je řízená konkurence?

- Řízená konkurence, je definována jako nákupní strategie s cílem získat maximální hodnotu pro spotřebitele, která 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.
- Sponzor (stát) musí především:
  - 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
  - Vybírat participující zdravotní pojišťovny
    - Reguluje vstup a výstup na trh
    - definuje podmínky fungování zdravotních pojišťoven
    - Monitoring kvality



# Co je řízená konkurence? Stát musí

- Řídit proces přepojišťování
  - frekvenci - např. jednou za rok
  - pravidla přepojištění
- 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, nikoli zaměstnavatele
- Řídit selekci rizika
  - povinnost akceptovat všech přihlášených pojištěnců
  - podporovat standardní balíky / produkty
  - kompenzace rizik - spravedlivé přerozdělení zdrojů mezi pojišťovnami
  - monitoring prepoisťovacích praktik



# Co není řízená konkurence?

## Řízená konkurence:

- Není volný trh. Manažování 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 o nových pravidlech a ne žádných pravidlech.
- Není o redukci v kvalitě. Manažování konkurence podporuje individuální výběr.



College voor Zorgverzekeringen



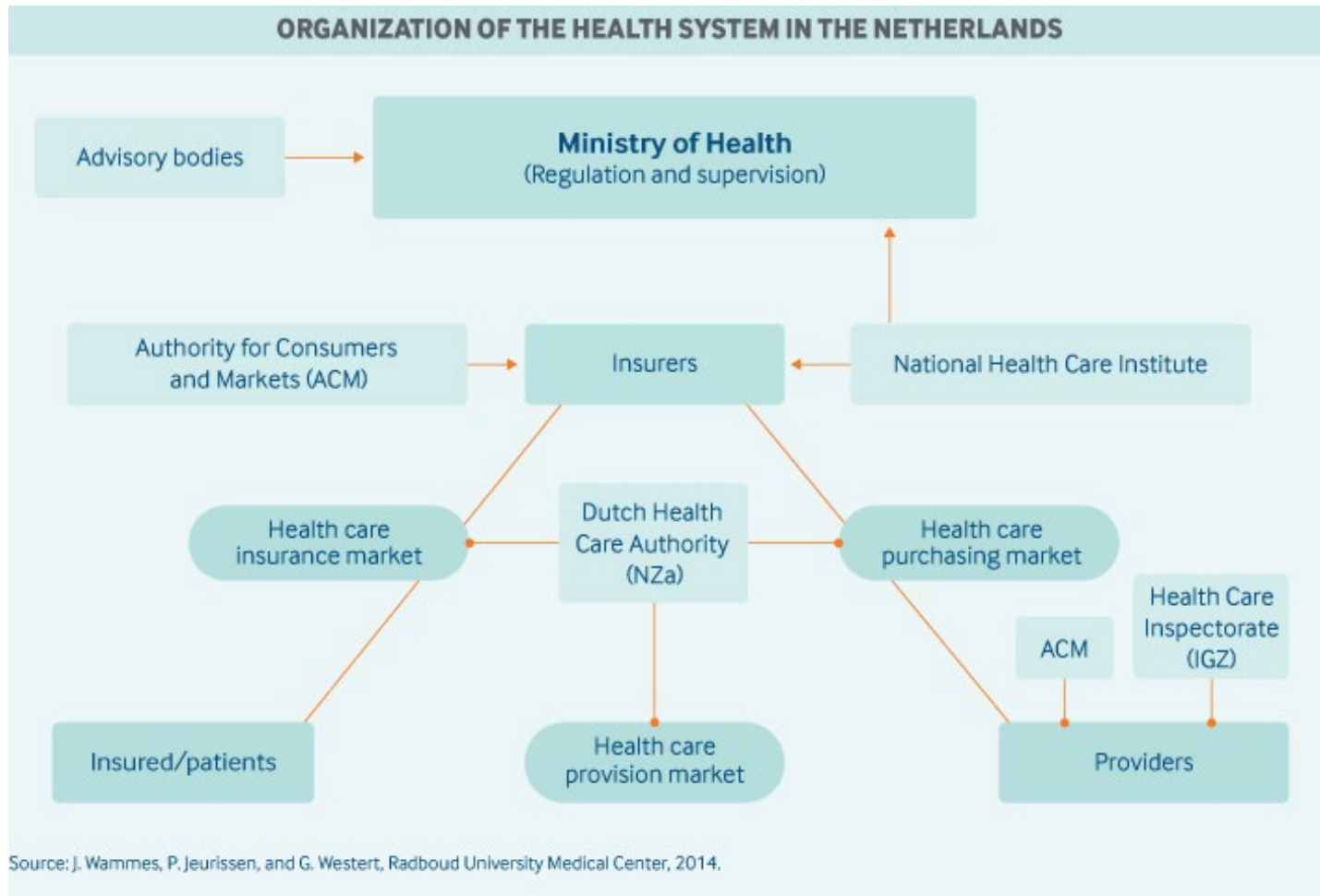
Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport



Nederlandse  
Zorgautoriteit



# Regulace zdravotních trhů v Holandsku



# Základné princípy zdravotního pojištění v Holandsku?

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.).

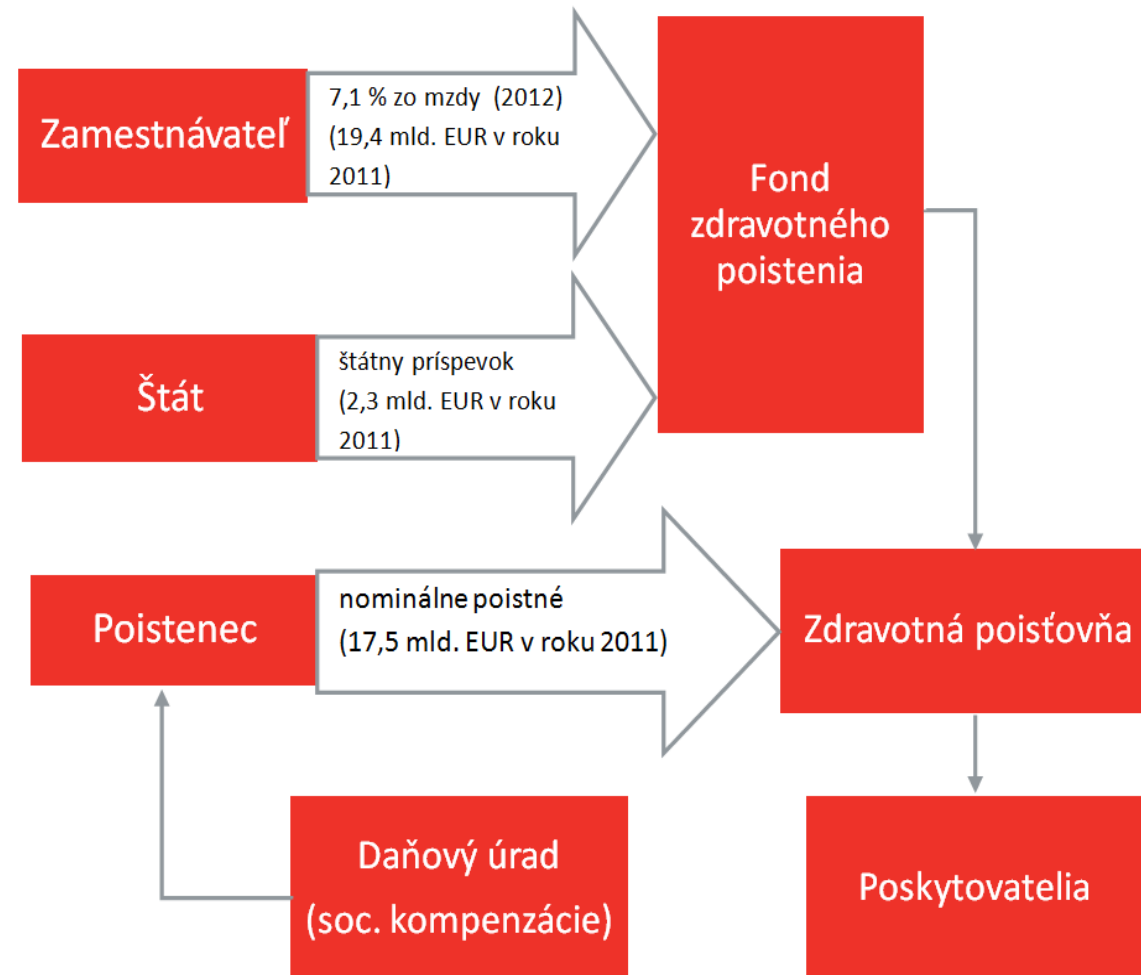
The screenshot displays a comparison of health insurance plans on a website. It features three cards, each representing a different insurance provider and plan. Each card includes the provider's logo, the number of reviews, an average rating, a 'Health choice' indicator with colored dots, the monthly premium, and a 'View plan' button. Below each card is a 'Compare details' checkbox and a 'More information' dropdown menu.

Provider	Reviews	Rating	Health choice	Premium	View plan
Ditzo (1)	392 reviews	8,3	broad	107,90	View plan
Ditzo (2)	392 reviews	8,3	broad	114,95	View plan
PROLIFE (3)	87 reviews	8,3	limited	115,95	View plan

# Jak funguje zdravotní pojištění v Holandsku?

V Nizozemském zdravotním pojištění jsou tři finanční toky:

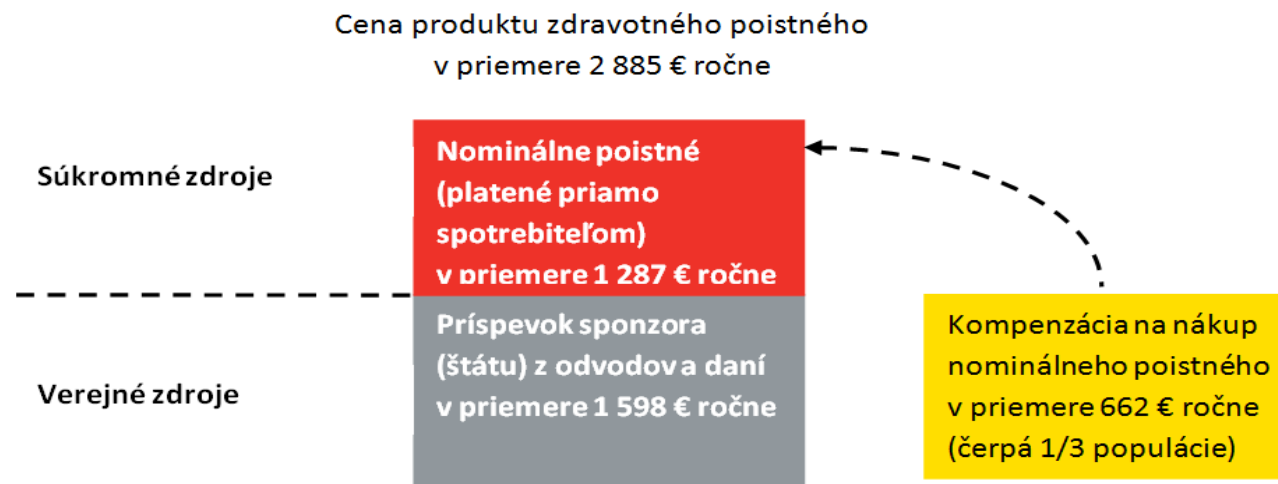
- odvody zaměstnavatele - 7,1% ze mzdy (celkem 19,4 mld. €) - 49,5% zdrojů
- platba státu za děti (celkově 2,3 mld. €) - 5,9% zdrojů
- nominální pojistné (celkem 17,5 mld. €) - 44,6% zdrojů



# Nominálne poistné je cena produktu zdravotného poistenia pre spotrebiteľa

Nominální pojistné:

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





## 1.3.2 The Netherlands

The Netherlands is the only country which has consistently been among the top three in the total ranking of any European Index the Health Consumer Powerhouse has published since 2005. The 2016 NL score of 927 points was by far the highest ever seen in a HCP Index.

The introduction of much longed for indicators on Mental Healthcare; **2.6 Waiting time for paediatric psychiatry** and **3.8 Inclination of trend line for suicide rates** led to a quite unexpected and dramatic result in the top of the EHCI ranking. The Netherlands rather unexpectedly (for the HCP) had two heavily weighted Green scores replaced by Red scores! The result of that is that for the first time in 10 years, The Netherlands is not top of the EHCI. The loss of points from 924 to 883 led to the “eternal runner-up” Switzerland finally taking the top position.

Counting from 2006, the HCP has produced not only the generalist Index EHCI, but also specialist Indexes on Diabetes, Cardiac Care, HIV, Headache, Hepatitis and other diagnostic areas. The Netherlands is unique as the only country consistently appearing among the top 3 – 4, regardless what aspects of healthcare which are studied.

**EHCI 2018**



## 4 Největší koncerny ovládají 90% trhu

Health insurance group	Market share 2016
Achmea Zorgverzekeringen	30.6%
Coöperatie VGZ	24.6%
CZ Groep OWM	20.6%
Coöperatie Menzis	13.7%

### Achmea Zorgverzekeringen



DE FRIESLAND  
ZORGVERZEKERAAR



Jij kiest. **FBTO**



### CZ Groep OWM



**OHRA** Direct  
geregeld

**delta lloyd**

### Coöperatie VGZ



**UNIVÉ**  
VERZEKERINGEN



**ZZ**  
Zorgverzekeraar

**umc**  
zorgverzekering

**Cares**

### Coöperatie Menzis

**anderzorg** <sup>nl</sup>



**azivo**  
samen met menzis



# Shrnutí

- Otto von Bismarck
  - systém sociálního pojištění
  - definice minimálního rozsahu poskytovaných benefitů
- Nikolaj Alexandrovič Semaško
  - systém státního zdravotnictví
  - univerzální přístup k bezplatným službám, protiepidemická opatření
- William Henry Beveridge
  - systém univerzálního zdravotního systému
  - zahrnuje celou populaci
- Alain C. Entovem
  - systém řízené konkurence
  - cílem získat maximální hodnotu pro spotřebitele



# Zdroje

- BOYLE, Sean, 2011. *Health Systems in Transition, United Kingdom, (England), Health Systems Review*, The European Observatory on Health Systems, and Policies. [online]. 13 (1), [cit. 2017-11-03]. ISSN 1817-6127. Dostupné z [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0004/135148/e94836.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf)
- BUSSE Reinhard, Anette RIESBERG, 2004: *Health Care Systems in Transition, Germany, The European Observatory on Health Systems, and Policies* [online]. 6 (9), [cit. 2017-09-03]. ISSN 1020-907. Dostupné z [www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0018/80703/E85472.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf)
- *CESifo DICE Report 4/2008, Bismarck versus Beveridge*, p. 71-73. Dostupné z [www.cesifo-group.de/DocCIDL/CESifoDICEREport408.pdf](http://www.cesifo-group.de/DocCIDL/CESifoDICEREport408.pdf)
- ENTHOVEN, Alain, 1993. The history and principles of managed competition, *Health Affairs* [online]. [cit. 2017-08-01]. Dostupné z: [https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.12.Suppl\\_1.24](https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.12.Suppl_1.24)
- JOUMARD, Isabelle, Andre CHRISTOPHE a Chantal NICQ, 2010. Health Care Systems: Efficiency and Institutions. *OECD Economics Department Working Paper* [online]. No. 769. [cit. 2018-1-14] Dostupné z: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1616546](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1616546)
- PAŽITNÝ, P. 2020. Zdravotný systém Slovenskej republiky. Manažérske nástroje, stimuly, regulácie a spätná väzba. 1. vydanie. Bratislava : Wolters Kluwer SR s. r. o., 2020.
- POUROVÁ, Mária a Peter PAŽITNÝ, 2011. *Nominálne poistné. Príklady fungovania v Holandsku, Švajčiarsku a Nemecku*. Bratislava: Health Policy Institute, ISBN 978-80-97119-3-0-0
- SCHAFER Willemijn, Madelon KRONEMAN, Wienke BOERMA, Michael VAN DEN BERG, Gert WESTERT, Walter DEVILLE, Ewout VAN GINNEKEN, 2010. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*; 12(1):1–229. ISSN 1817-612. Dostupné z [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/85391/E93667.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf?ua=1)
- TRAGAKES, Ellie a Suzie LESSOF: Health care systems in transition: Russian Federation. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2003: 5(3) ISSN 1020-907 Dostupné z [www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/95936/e81966.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/95936/e81966.pdf)



# Zdroje

- BONOLI Giuliano, 2003. *Social Policy through Labor Markets: Understanding National Differences in the Provision of Economic Security to Wage Earners*. Comparative Political Studies, 36(9).
- Euro Health Consumer Index, 2018. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
- HAWE E. a COCKCROFT L., 2013. *OHE Guide to UK Health and Health Care Statistics*. Office of Health Economics.
- NHS Improvement, *Quarterly performance of the NHS provider sector: quarter 4 2018/19* <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/08/performance-of-the-nhs-provider-sector-quarter-4-1819.pdf>
- Private Finance Initiative projects, 2013
- The King's fund, 2020. *What does the 2020 spring Budget mean for health and care?* <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2020/03/spring-budget-mean-health-and-care>
- WAMMES J., JEURISSEN P. a WESTERT G., *Organization of the Health System in the Netherlands*. Radboud University Medical Center, 2014
- WHO, 2010, Netherlands HiT. [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/85391/E93667.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf)

Ďakujem veľmi pekne za pozornosť