

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.



Ekonomika a pojišťovnictví

Zdravotní pojištění

Historický vývoj zdravotního pojištění



Počátky zdravotního pojištění se datují již do období středověku. Cechovní zajišťující spolky vytvářely různé finanční fondy k podpoře svých členů v období nemoci či úrazu. Již zde můžeme pozorovat počátky profesích uzavřených systémů, se kterými se setkáváme i v dnešní době.

První moderní znaky pojistného systému je možno nalézat v souvislosti s rozvojem průmyslové výroby, s nástupem kapitalismu, se kterou je spojen vznik dělnické třídy. Tato skupina patřila mezi sociálně slabé, kdy stav nemoci nebo úrazu zaznamenal velmi tíživé důsledky nejen pro ně, ale i pro jejich rodiny. Tehdy vznikají různé příspěvkové fondy, které byly tvořeny příspěvky dělníků, ale i jejich zaměstnavatelů a charitativních organizací.

Skutečné povinné zdravotní pojištění vzniklo až v roce 1849 v Prusku, a to jen pro jednu profesi – horníky. Hornické povolání bylo v té době jedno z nejnebezpečnějších. Významné je, že pojistné již platili jak zaměstnanci, tak i zaměstnavatelé.

Dalším důležitým milníkem ve vývoji zdravotního pojištění je rok 1883, kdy byl v Německu vydán zákon o povinném zdravotním pojištění pro dělníky (1/3 zaměstnanci a 2/3 zaměstnavatelé – jako dnes). Toto zdravotní pojištění bylo koncipováno jako rodinné, vztahovalo se i na rodinné příslušníky.

Na našem území, respektive v Rakousku-Uhersku byl obdobný zákon přijat v roce 1886 a vztahoval se na všechny zaměstnané osoby.

V roce 1887 byl v Rakousku-Uhersku přijat zákon o úrazovém pojištění.

Na konci 19. století byl prakticky po celé Evropě a i ve Spojených státech legislativně přijat princip, že pracovní úraz je riziko zaměstnavatele, nikoliv zaměstnance. Tím se odstartoval začátek vzniku nových pojistných produktů pro komerční pojišťovny, které začaly zaměstnavatelům nabízet pojištění rizik úrazu jejich zaměstnanců. Pojistné náhrady se vztahovaly na úhrady léčebných výloh, invalidních dávek a i odškodnění pozůstalých.

Prvním zdravotním pojištěním vztahujícím se na veškeré obyvatelstvo bylo uzákoněno v roce 1939 na Novém Zélandu.

Po 2. světové válce v Československu byl v té době zaveden tzv. Semeškův model spočívající v postátnění zdravotní péče, tak i zdrojů na krytí nákladů na tuto péči. To zajistilo rovný přístup veškerého obyvatelstva k bezplatné zdravotní péči.

System zdravotního pojištění

Privátní zdravotní pojištění existuje i v Evropě, ale pouze jako **doplňkové**, které kryje mezery v povinném zdravotním pojištění (např. některé stomatologické výkony, nehrazené léky apod.) nebo **substituční** (náhradové) pro ty skupiny obyvatelstva, které nepokrývá povinné pojištění (cizinci apod.). Dále privátní pojištění může být i **reziduální** (zbytkové), kdy kryje ty náklady zdravotní péče, která již povinné pojištění nehradí (spoluúčast) nebo **alternativní**, kdy privátní zdravotní pojištění umožňuje např. pojistit se na vyšší standard zdravotních služeb, než jaký kryje statutární zdravotní pojištění.

V evropských zemích je systém povinného pojištění naprosto převládající. Uplatnění privátního zdravotního pojištění je okrajové.

Jiná situace je však v USA, tam povinné zdravotní pojištění nemá tradici, *neboť odporuje filosofii svobodného amerického občana (občan, který není svazován zákonnými povinnostmi nad rámec nezbytného)*. V důsledku tohoto stavu je v USA cca pětina obyvatelstva bez jakéhokoliv zdravotního pojištění a stav nemoci pro ně znamená velké ekonomické riziko. Toto vše chtěl změnit bývalý prezident USA Barack Obama. Úsilí Obamy naráželo na odpor mnohých zájmových skupin a zavedení povinného zdravotního pojištění v USA zůstalo nezrealizováno.

V rámci systému povinného zdravotního pojištění, které známe v Evropě, rozlišujeme několik jeho základních modelů a podmodelů, které se uplatňují v jednotlivých evropských zemích.

Základní dva modely povinného zdravotního pojištění jsou:

- 1) Beveridgeův model
- 2) Bismarckův model

1) Beveridgův model

- jedná se o model národní zdravotní služby financován ze státního rozpočtu a z jeho zdrojů jsou financovány náklady na zdravotní péči, tak i náklady na státní správu, obranu, justici apod.
- poskytuje univerzální pojistné krytí pro všechny obyvatele, neboť všichni obyvatelé mají daňovou povinnost
- stát zřizuje v území specializované orgány státní nebo regionální správy, které nasmlouvají rozsah a strukturu zdravotní péče v příslušném území se zdravotnickými zařízeními
- zdravotnické zařízení mohou být buď státní, nebo privátní

V rámci Beveridgeova modelu rozeznáváme podmodely:

a) Douglasův model

Uplatňuje se v těch zemích, které mají svá území rozdělená na provincie (Kanada, Austrálie, apod.). V těchto zemích se sice daně vybírají centrálně, avšak stát vybrané prostředky přerozděluje částečně mezi jednotlivé provincie, jejichž vlády odpovídají za poskytování a financování zdravotní péče na svém území, tedy nasmlouvávají a uhrazují zdravotní péči poskytnutou státními či nestátními zdravotními zařízeními.

b) Semeškův model

Tento model byl uplatňován v bývalých socialistických zemích včetně Československa do 90. let 20. století. Podstatou tohoto modelu bylo postátnění jak zdravotních zařízení, tak i prostředků na úhradu nákladů na zdravotní péči.

Zdravotnická zařízení byla státem zřizována jako rozpočtové a příspěvkové organizace státu, které měly náklady své činnosti hrazeny ze státního rozpočtu.

2) Bismarckův model

- začátkem 90. let 20. století byl u nás systém financování zdravotní péče transformován z Semeškova modelu na Bismarckův model.
- je to model postavený na povinném zdravotním pojištění formou odvodů pojistného zákonem stanoveným procentem z příjmu pojištěnců a OSVČ a odvodu zaměstnavatelů z vyplacených mezd a dále platbou pojistného za státní pojištěnce z prostředků státního rozpočtu
- systém je spravovaný samostatnými zdravotními pojišťovnami, které nasmlouvávají rozsah a strukturu zdravotní péče se státními či nestátními zdravotními zařízeními.

Pojistné modely ve zdravotním pojištění

- pojistný produkt určuje rozsah zdravotní péče kryté zdravotním pojištěním a vymezuje podmínky její úhrady ze strany zdravotních pojišťoven
- ve vyspělých zemích je pojistný produkt vymezen velice široce, znamená to, že prakticky veškeré oblasti zdravotní péče jsou kryty zdravotním pojištěním, vyloučeny obvykle bývají estetické výkony či alternativní postupy a omezené krytí je i v oblasti stomatologie.
- v ČR bylo do roku 2012 vymezení pojistného produktu ve zdravotním pojištění velmi široké, s rokem 2012 dochází k omezení hrazeného pojistného produktu a k zavedení tzv. nadstandardů zdravotní péče, které je možno získat jen za příplatek

- v oblasti hrazených léků z prostředků zdravotního pojištění byl rozsah pojistného produktu již od počátku pojistného systému vymezen v užším směru.
- z hlediska krytí nákladů na léky máme tři skupiny, a to **léky hrazené, částečně hrazené a nehrazené ze zdravotního pojištění**, platí zásada, že v každé lékové skupině (podle účinné látky) musí být alespoň jeden lék plně hrazený ze zdravotního pojištění
- v roce 2013 došlo k významnému zásahu do rozsahu pojistného produktu v lékové oblasti, a to zavedením zásady, že léky nehrazené nebudou ze zdravotního pojištění hrazeny ani v případě, že lékař jejich užívání předepíše
- obdobně v oblasti zdravotnických potřeb jsou ze zdravotního pojištění obvykle hrazeny jen základní provedení těchto prostředků, luxusnější provedení si hradí pacient sám.

Princip solidarity ve zdravotním pojištění

- veškeré pojistné systémy jsou postaveny na principu solidarity
- do zdravotního pojištění přispívá prakticky veškeré ekonomicky aktivní obyvatelstvo, avšak jen někteří (nemocní) z něho čerpají
- v časovém měřítku obvykle v produktivním věku lidé do pojistného systému přispívají více, než z něho čerpají, v pozdějším věku již do systému obvykle přispívají méně nebo více, ale čerpají z něho často značné prostředky, tato relativní disproporce je jednou ze složek principu solidarity ve zdravotním pojištění

- obecně můžeme princip solidarity ve zdravotním pojištění vymežit ve třech rovinách:

a) **solidarita zdravých a nemocných**

pojistné odvádějí do systému ekonomicky aktivní lidé ze svých příjmů, aby mohli pracovat a mít příjem, musí být zdraví, tedy odvádějí do systému prostředky, kdy jsou zdraví a zdravotní pojištění nečerpají, projevují tak svou solidaritu s nemocnými, kteří v důsledku nemoci nemají často příjem a přitom užívají zdravotní péči, která je jim hrazená ze zdravotního pojištění

b) solidarita mladých se staršími

v mladším produktivním věku je obvykle člověk ekonomicky aktivní a má příjem, ze kterého část odvádí na zdravotní pojištění, v pozdějším věku již obvykle ekonomicky aktivní není a do zdravotního systému již nepřispívá, avšak vyšší věk přináší i častější nemocnost a nemoci pozdního věku jsou většinou chronické, a tedy nákladné, úhrada těchto nákladů je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, které se aktuálně vytváří z příspěvků mladších pojištěnců

c) solidarita bohatých s chudými

pojistné na zdravotním pojištění se obvykle stanoví pojištěnci procentní sazbou z dosažených příjmů, tato procentní sazba (4,5%) je relativně stejná pro všechny pojištěnce, a tedy ti, kteří mají větší příjmy, do systému zdravotního pojištění při stejné procentní sazbě pojistného odvodu přispívají větší absolutní částkou než ti, kteří mají příjmy nižší.

Pojistné na zdravotním pojištění

- ❑ v zákonném pojištění převažuje tzv. průběžné systémové financování, to znamená, že hodnota všech nákladů na systém zdravotní péče bude odpovídat očekávané hodnotě příjmů do systému v daném období, z této vyváženosti obou stran se prakticky nevytváří žádná významná rezerva pro budoucí období
- ❑ pojistné se většinou dělí mezi zaměstnance a zaměstnavatele, v ČR je dlouhodobě sazba pojistného na zdravotní pojištění stanovena na 13,5% z příjmů pojištěnce (2/3 této sazby, tj. 9% odvádí zaměstnavatel, 1/3 , tj. 4,5% odvádí zaměstnanec)

- ❑ pojistné pro OSVČ je stanoveno v minimální výši v závislosti na vývoji průměrné mzdy, pro rok 2022 činí minimální výše odvodu OSVČ 2 627 Kč
- ❑ za státní pojištěnce platí zdravotní pojištění stát, jedná se o osoby bez příjmů (důchodci, nezaměstnaní, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené apod.), výše pojistného za tyto osoby je stanovena pevnou částkou, pro rok 2022 je tato částka ve výši 1 967 Kč

Rok	Měsíční odvod zdravotního pojištění za státního pojištěnce
Od 1. ledna 2021	1 767 Kč
Od 1. ledna 2022	1 967 Kč

Zdravotní pojišťovny a jejich úloha při správě a provozování zdravotního pojištění

Přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami

- ❖ v systému, kde působí více zdravotních pojišťoven, má každá z nich jiné složení a strukturu pojištěnců (pojistný kmen) s různým zastoupením jejich rizikových faktorů
- ❖ struktura pojistného kmene je základním a rozhodujícím faktorem ekonomické úspěšnosti konkrétní zdravotní pojišťovny, vzhledem k těmto skutečnostem dochází na základě zákona 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění k povinnému **přerozdělení vybraného pojistného** a dalších příjmů zdravotních pojišťoven podle počtu pojištěnců, jejich věku, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin

- ❖ nákladové indexy jsou stanoveny pro 18 věkových skupin pojištěnců pro každé pohlaví v rozmezí od 0 do 5 let a dále po 5 letech až do věkové hranice 85 + dále již nedělená, nákladový index se stanoví jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané věkové kategorii a pohlaví a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce
- ❖ pro přerozdělování prostředků vybraného pojistného a dalších příjmů se zřizuje zvláštní účet, který spravuje Všeobecná zdravotní pojišťovna jako správce celého pojistného systému, na dodržování pravidel hospodaření na účtu přerozdělení dohlíží dozorčí rada složená ze zástupců ministerstva financí, zdravotnictví, práce a sociálních věcí, zástupců VZP a zástupců ostatních zdravotních pojišťoven

Na trhu zdravotního pojištění v ČR působí dva druhy zdravotních pojišťoven:

1) **Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP)**

- VZP byla zřízená zvláštním zákonem 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- příjmy získává především z plateb pojistného na zdravotním pojištění, příjmy z pokut a poplatků z prodlení a i z dalších zdrojů
- VZP předkládá MZ a MF zdravotně pojistný plán, který schvaluje Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR spolu s uzávěrkou a návrhem výroční zprávy
- po skončení čtvrtletí předkládá VZP MZ a MF zprávu o hospodaření
- v případě problémů v hospodaření může být na VZP uvalena nucená správa a to max. na jeden rok

- VZP může obdržet návratnou finanční výpomoc ze státního rozpočtu až do výše 50% deficitu, o poskytnutí pomoci rozhoduje vláda
- organizační struktura VZP je tvořena ústředními a regionálními pobočkami, VZP je **řízená správní radou**, která má 30 členů (10 členů jmenuje vláda + 20 členů Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR) = *není ideální stav, kdy toto rozvržení správní rady může vést k výrazné politizaci řízení VZP!!!*
- **správní rada volí a odvolává ředitele**, jeho funkční období je čtyřleté, stejně tak jako funkční období členů správní a dozorčí rady, ředitel má postavení statutárního orgánu
- **dozorčí rada** kontroluje činnost ostatních orgánů VZP
- činnost regionálních poboček řídí ředitelé, které jmenuje a odvolává ředitel VZP

- VZP je správcem celého pojistného systému, vede registry všech pojištěnců, registry zdravotních zařízení a i účet přerozdělení pojistného, spravuje tzv. informační centrum zdravotního pojištění, které slouží ke kontrole čerpání finančních prostředků zdravotního pojištění jednotlivými zdravotnickými zařízeními, které jsou ve smluvním vztahu ke zdravotním pojišťovnám
- v případě ukončení jakékoliv zdravotní pojišťovny, přebírá VZP pojištěnce této pojišťovny, kteří se nepřihlásili k žádné jiné zdravotní pojišťovně

2) Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny (zdravotní pojišťovny rezortní, oborové, podnikové a další)

- jsou zřízené na základě zákona 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- historicky vznikly díky iniciativě soukromých subjektů nebo ministerstev
- jsou právníckými osobami zapsanými v obchodním rejstříku (VZP tuto povinnost nemá)
- provozují zdravotní pojištění na základě povolení vydaného ministerstvem zdravotnictví se souhlasem MF, požádat o vydání takové povolení může jen PO, která splňuje zákonem stanovené požadavky

- před podáním žádosti skládá žadatel kauci ve výši 100 mil. Kč
- zdravotní pojišťovny se mohou sloučit na základě povolení vydané MF
- v době vzniku pojistného systému začátkem 90. let 20. století v ČR působilo více než 20 zdravotních pojišťoven, nyní jich je již pouze 7, ty ostatní buď zanikly v důsledku hospodářských problémů či v důsledku neschválení jejich zdravotně pojistného plánu nebo se sloučily s jinými zdravotními pojišťovnami
- zdravotně pojistný plán zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám schvaluje Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR spolu s roční uzávěrkou a výroční zprávou

- zdravotní pojišťovny předkládají po skončení čtvrtletí zprávu o hospodaření MZ a MF
- v případě vážných hospodářských problémů může MZ uvalit na zdravotní pojišťovny nucenou správu, a to max. na dobu jednoho roku
- organizační strukturu zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven upravuje statut, který schvaluje MZ
- **statutárním orgánem je ředitel**, kterého jmenuje a odvolává správní rada na období 4 let, stejně funkční období mají i ostatní orgány pojišťovny
- **správní rada** má 15 členů (5 členů jmenuje vláda a 10 je voleno z řad organizací zaměstnavatelů)
- kontrolní činnost v pojišťovně vykonává její **dozorčí rada**

Zákonem 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů se zřizuje tzv. **zajišťovací fond**.

Zajišťovací fond

- ✓ jedná se o PO a zapisuje se do obchodního rejstříku
- ✓ slouží k úhradě zdravotních služeb poskytnutých pojištěncům zdravotní pojišťovny v likvidaci, pokud nebyly uhrazeny v průběhu likvidace zdravotní pojišťovny, nebo v případě, kdy zdravotní pojišťovna není schopna dlouhodobě plnit své závazky, v tomto případě se fond stává věřitelem takové zdravotní pojišťovny
- ✓ na zdravotní pojišťovny nelze podat insolvenční návrh

Sít' smluvních zdravotních zařízení

Zdravotní pojišťovny jsou ze zákona povinny zajistit zdravotní péči svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím sítě zdravotních zařízení, se kterými uzavřou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Smlouvy se zdravotními zařízeními pojišťovny uzavírají na základě výběrových řízení.

Revizní lékaři

Revizní lékaři zdravotní pojišťovny posuzují odůvodněnost léčebného procesu. Především kontrolují, zda poskytnutá péče odpovídá péči vyúčtované zdravotní pojišťovně (zda byly vyúčtovány jen ty úkony, léčebné prostředky a prostředky zdravotní techniky, které je pojišťovna povinna uhradit, zda rozsah a druh zdravotní péče odpovídá zdravotnímu stavu pacienta).

Pojištěnci mají možnost výběru zdravotní pojišťovny a zdravotní pojišťovna nesmí žádného zájemce, který splňuje zákonné podmínky, odmítnout.

Pojištěnci mohou změnit zdravotní pojišťovnu 1x za rok, a to v termínech pojištění u nové zdravotní pojišťovny od 1. ledna, přihlášku musíte odeslat do nové pojišťovny do 30. září a od 1. července, přihlášku musíte odeslat do nové pojišťovny do 31. března.

Tvorba rezerv ve zdravotním pojištění

Pro stabilitu systému zdravotního pojištění je třeba, aby zdravotní pojišťovny byly vždy schopny dostát svým závazkům vůči poskytovatelům zdravotních služeb, a tím i svým klientům – pojištěncům.

Obecně platí, že není-li subjekt schopen dostát svým závazkům, dostává se do stavu úpadku ve smyslu insolvenčního zákona, ten se však na zdravotní pojišťovny nevztahuje a případná insolvence je řešena zvláštním způsobem **nucenou zprávou**.

Nucená zpráva

Nucený správce ustanovený MZ může činit rozhodnutí a právní úkony, které jinak přísluší řediteli nebo orgánu zdravotní pojišťovny, a rozhodnutí ředitele nebo orgánu zdravotní pojišťovny podléhá schválení nuceného správce. Nucená správa může trvat maximálně jeden rok, nesplní-li svůj účel, může být zaměstnanecká zdravotní pojišťovna (nikoliv VZP) zrušena s likvidací.

Zdravotní pojišťovny často v případě platebních potíží přenášejí tyto problémy částečně na poskytovatele zdravotních služeb tím, že zpožďují platby za jimi poskytnuté zdravotní služby. Díky průběžnému systému plateb, tak získávají čas na přesun dalších finančních prostředků.

Aby se předešlo problémům se schopností zdravotní pojišťovny dostát svým závazkům, příslušné zákony předpokládají, že si zdravotní pojišťovny budou vytvářet odpovídající rezervy finančních prostředků.

Zdravotní pojišťovny vytvářejí **rezervní fond**.

Rezervní fond

Zdravotní pojišťovny vytvářejí rezervní fond pro potřeby vyrovnání krátkodobých výkyvů ve výdajích na zdravotní péči. Takový výkyv může nastat např. v důsledku epidemie některého onemocnění (chřipková epidemie) a v případě přírodních katastrof apod.

Rezervní fond zdravotní pojišťovny vytvářejí povinně ve výši 1,5% z ročního příjmu z pojistného.

Zajištění v zdravotním pojištění

Zajištění v pojistné terminologii znamená **pojištění pojišťovny**. Zdravotní pojišťovny se samy v případě vysokého rizika pojišťují u zvláštních pojišťoven, kterým se říká zajišťovny. Zajištěním sleduje zdravotní pojišťovna rozložení pojistného rizika na více subjektů. Tento způsob zajištění však v ČR nefunguje.

V pojistném systému zdravotního pojištění v ČR existuje zvláštní forma zajištění. VZP vede zvláštní účet přerozdělení pojistného. Prostředky z tohoto účtu slouží i ke krytí výdajů zdravotních pojišťoven spojených s léčením zvláště nákladných pacientů (nákladového pojištěnce).

Za nákladového pojištěnce se považuje ten pojištěnec, na kterého v běžném roce bylo vynaloženo víc než patnáctinásobek průměrných výdajů na pojištěnce ve veřejném zdravotním pojištění v předcházejícím roce.

Zdravotní pojišťovna má nárok na úhradu 80% výdajů, které za nákladového pojištěnce vydala nad patnáctinásobek průměrných nákladů.

Za jistou formu zajištění vůči pojištěncům (nikoliv vůči poskytovatelům zdravotní péče) je možno považovat povinnost VZP převzít pojištěnce zkrachovalé zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, pokud si sami nevyberou jinou zaměstnaneckou pojišťovnu.

VZP jako správce celého systému zdravotního pojištění má možnost v případě finančních obtíží **požádat o návratnou finanční výpomoc** ze státního rozpočtu až do výše 50% finančního deficitu.

Princip zdravotního pojištění v České republice

System zdravotního pojištění zavedený v ČR 1992-1993 se stále vyvíjí a i přes neustále se měnící ekonomické podmínky, demograficky i sociálně se společností vyvíjí, je v systému možno vysledovat základní principy, na kterých je vybudován. Tyto principy jsou následující:

- a) veřejné zdravotní pojištění je povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR a i pro všechny cizince zaměstnané u zaměstnavatele se sídlem v ČR
- b) ze systému zdravotního pojištění nelze vystoupit, účast v něm je pouze přerušit při dlouhodobém pobytu v zahraničí, pro přerušování účasti je však třeba splnit zákonem stanovené povinnosti
- c) neexistence rodinného pojištění, každý občan musí být pojištěn sám za sebe

- d) sazba pojistného na zdravotním pojištění je pevná, zákonem daná (13,5%) z příjmu pojištěnců
- e) platba pojistného se dělí mezi zaměstnance a zaměstnavatele v poměru 1:2, zaměstnanec odvádí 4,5% ze svého příjmu, zaměstnavatel 9% z příjmu zaměstnance
- f) v systému zdravotního pojištění se uplatňuje prvek solidarity, a to trojího druhu:
 - zdravých s nemocnými
 - mladých se starými
 - bohatých s chudými
- g) za některé skupiny osob odvádí pojistné na zdravotním pojištění stát (státní pojištěnci)

- h) nositelé zdravotního pojištění jsou zdravotní pojišťovny
- i) mezi zdravotními pojišťovnami existuje princip 100% přerozdělování vybraného pojistného
- j) k zajištění systému všeobecného zdravotního pojištění slouží rezervní fond a dále rizikový fond sloužící k úhradě zdravotní péče za tzv. nákladové pojištěnce
- k) VZP má možnost požádat o návratnou finanční výpomoc ze státního rozpočtu až do výše 50% finančního deficitu
- l) k úhradě nákladů zdravotní péče dochází na základě smluv uzavřených mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče

Zdravotní pojištění v rámci Evropské unie

Princip zdravotního pojištění v Evropské unii stanoví, že občan členského státu EU má nárok na poskytnutí zdravotní péče na účet své zdravotní pojišťovny na území kteréhokoliv členského státu EU za stejných podmínek, jako pojištěnec daného státu. To mimo jiné znamená, že platí-li se v daném členském státě nějaká spoluúčast za poskytnutou zdravotní službu, platí „cizinec“ stejnou spoluúčast jako místní pojištěnec. Chce-li se této povinnosti vyhnout, musí si sjednat před cestou do zahraničí navíc privátní zdravotní pojištění ve své zemi.

Podmínkou pro úhradu zdravotní péče poskytnuté v jiném členském státu EU z prostředků zdravotního pojištění je skutečnost, že pojištěnec bude ošetřen ve zdravotnickém zařízení, které je financováno z veřejných zdrojů. V případě, kdy si musí pojištěnec sám hradit poskytnutou zdravotní péči, má po návratu do ČR nárok na proplacení⁴² takto vynaložených nákladů.

Rozsah nároku na zdravotní péči hrazenou z prostředků zdravotního pojištění není pro všechny osoby stejný. Liší se v závislosti na tom, z jakého důvodu pojištěnec v jiném členském státě EU pobývá.

a) turista

občan ČR, který vycestuje do jiného členského státu EU jako turista, by měl být vždy vybaven tzv. Evropským průkazem zdravotního pojištění, proti jeho předložení je pojištěnec české zdravotní pojišťovny ošetřen na konto své zdravotní pojišťovny za stejných podmínek jako místní pojištěnec. Pokud by český pojištěnec za zdravotní péči platil ze svého, může po návratu do ČR požádat svoji zdravotní pojišťovnu o proplacení na základě předloženého dokladu o zaplacení.

b) studenti studující v členském státě EU

po dobu studia mají studenti (a i jejich rodinní příslušníci - manžel, manželka, děti, pobývají-li se studentem společně v zahraničí) nárok na poskytnutí veškeré nutné zdravotní péče v zahraničí na konto zdravotní pojišťovny. Před vycestováním do členského státu EU za účelem studia, musí student předložit své zdravotní pojišťovně rozhodnutí MŠMT o tom, že škola, na které bude studovat v zahraničí, je postavena na roveň studia v ČR (jedná se o dlouhodobé studium, ne o kurz). Pak pro něho platí stejná pravidla v případě poskytnutí zdravotní péče, jako pro turisty.

c) vyslání pracovníci

za vyslaného pracovníka považujeme zaměstnance, který je zaměstnán v ČR a kterého jeho zaměstnavatel vyslal plnit pracovní úkoly do jiného členského státu EU. Takový zaměstnanec stále podléhá českým právním předpisům o zdravotním pojištění, avšak max. po dobu 12 měsíců, před uplynutím této lhůty může požádat o její prodloužení o max. délku 12 měsíců. Vyslaný pracovník má v zemi svého pracovního působení nárok na veškerou zdravotní péči, která je hrazena z jeho českého zdravotního pojištění. Ve státě, kam je vyslán, zdravotní pojištění neplatí, protože za vykonanou práci je odměňován svým původním zaměstnavatelem v ČR a také zde je mu z jeho mzdy hrazeno pojistné na zdravotní pojištění. Pokud je pro některý typ zdravotní péče ve státě vyslání předepsána spoluúčast pacienta, musí tuto spoluúčast platit i vyslaný pracovník.

d) *přeshraniční pracovníci*

za přeshraničního pracovníka považujeme toho, který bydlí v ČR, a je zaměstnán nebo podniká v jiném členském státě EU a do svého bydliště se nejméně 1x týdně vrací. Přeshraniční pracovník musí svůj záměr pracovat nebo podnikat v zahraničí oznámit předem své zdravotní pojišťovně, pokud chce čerpat zdravotní péči ve státě svého pracovního působení a i v ČR, v takovém případě musí platit pojistné na zdravotním pojištění v ČR, neboť zde nemá příjem. Česká zdravotní pojišťovna vystaví takovému pracovníkovi potvrzení o registraci, a to nejdéle na dobu 6 měsíců, na žádost může být tato doba prodloužena. Přeshraniční pracovník si ve státě svého pracovního působení zvolí zdravotní pojišťovnu (pokud mají Bismarckový model), u ní si také platí pojistné na zdravotním pojištění za podmínek daného státu. Z toho zdravotního pojištění je mu také hrazena zdravotní péče tam poskytnutá. V ČR má pak nárok na poskytnutí zdravotní péče hrazené jeho zahraniční pojišťovnou.

e) důchodci

rozhodne-li se důchodce žijící v ČR přestěhovat do jiného členského státu EU, musí o tom předem informovat svoji zdravotní pojišťovnu, zároveň ji informuje i o tom, zda s ním vycestují i jeho rodinní příslušníci a jaká je jejich situace z hlediska zdravotního pojištění (zda za ně hradí pojistné stát apod.). Zdravotní pojišťovna jej pak informuje o tom, u které instituce se v daném členském státě EU zaregistruje a která ho bude informovat o způsobu uplatnění jeho nároku na hrazení zdravotní péče ze zdravotního pojištění. V zemi svého pobytu má pak důchodce nárok na veškerou zdravotní péči jako tamní důchodci. Nadále je však pojištěncem České zdravotní pojišťovny a pojistné za něj hradí český stát. Česká zdravotní pojišťovna bude zahraniční instituci, která důchodce zaregistrovala hradit náklady na jeho zdravotné péči, a to 1x za rok. Pokud důchodce přijede na návštěvu do ČR, má zde nárok pouze na nutnou (nikoliv veškerou) hrazenou péči.

Zdravotní pojištění je jednou složkou celého systému tzv. zákonného pojištění, které je uplatňované v ČR a kterým se zatěžují příjmy obyvatel. Systém zákonného pojištění zahrnuje tyto dílčí pojistné systémy:

- 1. zdravotní pojištění** – slouží ke krytí nákladů na zdravotní služby a dále na úhradu nebo částečnou úhradu nákladů na léky

Zdravotní pojištění známe jako:

- a) povinné (statutární)** – účastníkem pojistného systému musí být každý, komu takové povinnost ukládá zákon.
- b) dobrovolné (privátní)** – účastníkem pojistného systému je občan dobrovolně, na základě vlastního rozhodnutí

2. **sociální pojištění** – se člení na :

- a) důchodové pojištění** – z něho se vyplácí všechny druhy důchodů
- b) nemocenské pojištění** - z něho se vyplácí tzv. nemocenské dávky, které nahrazují mzdu v době pracovní neschopnosti
- c) příspěvek na státní politiku zaměstnanosti** – ze kterého se vyplácí podpora v nezaměstnanosti

Výdaje na léky a ortopedické pomůcky

Mechanismus tvorby cen léků a ortopedických pomůcek vychází z faktu, že svoji podstatou jsou výrobky, proto při stanovení jejich ceny se obvykle postupuje obdobně, jako při stanovení ceny jiných výrobků. Přitom se nejčastěji používá nákladový typ ceny.

úplné vlastní náklady na výrobu (výrobní cena)

+

zisk výrobce

=

za tuto cenu se prodá velkodistributorům



velkodistributoři přičtou svoji obchodní přírážku (marži) a prodají je maloobchodním prodejcům (lékárnám) za tzv. velkoobchodní ceny



lékárny přičtou své vlastní marže, která zahrnuje jejich náklady a zisk, prodávají tyto léky konečným spotřebitelům za tzv. maloobchodní cenu

Přestože obecně je možno takto popsat mechanismus tvorby cen léků, musíme si uvědomit, že léky přece jen nejsou zcela obyčejným výrobkem. Jejich specifikum spočívá v tom, že k vytvoření nového léku je třeba velmi složitý, nákladný a dlouhodobý výzkum a právě toto se promítá do tvorby ceny léků. Náklady na výzkum a vývoj nového léku jsou značné, jejich promítnutí do ceny léku by jejich cenu neúměrně zatížilo, proto se při stanovení ceny postupuje specifickým způsobem. Z hlediska výzkumu a vývoje rozlišujeme léky:

- a) **běžné** – jsou již na trhu dlouhou dobu zavedené
- b) **speciální** – jsou na trh nově zaváděné. Pokud by do jejich prodejní ceny byly zcela započítány náklady na výzkum a vývoj, pak by se cena pro běžného spotřebitele stala nedosažitelná.

Neúměrná cena nově speciálních léků se v praxi řeší tak, že běžné léky se na trhu prodávají za vyšší cenu, než jaká by odpovídala nákladové ceně. Naopak speciální léky se prodávají pod cenou úplných výrobních nákladů.

Druhým způsobem stanovování cen léků, který se často uplatňuje v praxi vyplývá ze zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Jedná se o stanovení ceny léků porovnáním s cenou jiného léku, který je svým charakterem podobný, popř. podle ceny daného léku ve vybraných zemích EU (tzv. země referenčního koše).

Přeřazování léků z kategorie léků speciálních do kategorie léků běžných provádí Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) po uplynutí příslušné doby (obvykle 2 roky).

Léky nově uváděné na trh používají patentovou ochranu země, kde o tuto ochranu bylo požádáno. Patentová ochrana je časově omezená a po jejím uplynutí jsou obvykle tyto léky volně vyráběné ostatními výrobci jako **generické léky (generika)**. Jejich cena je výrazně nižší, než cena originálních léků.

Z hlediska hrazení nákladů na léky z prostředků všeobecného zdravotního pojištění rozlišujeme tři kategorie léků:

a) **hrazené plně z prostředků zdravotního pojištění,**

- b) **částečně hrazené** z prostředků zdravotního pojištění, druhou část doplácí pacienti. Spoluúčast pacienta se stanoví jako rozdíl tržní ceny léků a výše úhrady ze zdravotního pojištění. Touto cestou jsou částečně šetřeny prostředky ze zdravotního pojištění a také se tím omezí plýtvání s léky,
- c) **nehrazené** z prostředků zdravotního pojištění, jedná se o volně prodejné léky (není třeba recept), některé můžeme zakoupit i jinde než v lékárnách. Od poloviny roku 2012 zdravotní pojišťovny přestaly proplácet léky volně prodejné, a to i když má pacient recept.

Platí zásada, že v každé takové skupině (částečně hrazené a nehrazené) má být minimálně jeden lék plně hrazený, na takový lék pacienti nedoplácí.

Obdobně jako u léků je cena konstruována u prostředků zdravotních pomůcek. Pokud jde o jejich úhradu z prostředků zdravotního pojištění, pak platí i zde, že z těchto prostředků jsou hrazeny tzv. základní provedení, nadstandardní provedení se prodává za příplatek.

Ekonomika a pojišťovnictví

Děkuji za pozornost

Ing. Jovana Exnerová
JovanaV@seznam.cz