

# Komerčné pripoistenie

(August 2023)

## **Autori**

Ing. Ľubica Löffler, MSc.

doc. Ing. Peter Pažitný, MSc., PhD.

Ing. Daniela Kandilaki, PhD.

Vypracovanie predkladanej analýzy finančne podporila spoločnosť AGEL. Táto finančná podpora nemá vplyv na štruktúru, obsah a výsledky výstupu.

Všetky práva vyhradené.

Údaje, ktoré sú obsahom tohto materiálu, je možné použiť len s uvedením zdroja.

Pre citáciu použite prosím nasledovný tvar:

LÖFFLER Ľ., PAŽITNÝ P., KANDILAKI D. (2023): Komerčné pripoistenie



## Obsah

1. Manažérske zhrnutie .....	6
2. Komerčné pripoistenie – teória .....	10
Komerčné pripoistenie - Teoretické podklady.....	10
Definícia dobrovoľného zdravotného (pri)poistenia .....	10
Porovnanie s verejným (povinným) zdravotným poistením .....	11
Aké percento ľudí si kupuje pripoistenie a ktorí to sú?.....	16
Koľko stojí pripoistenie? .....	17
Kto predáva komerčné pripoistenie a ako vyzerá a funguje tento poistný trh?.....	17
Význam dobrovoľného pripoistenia z hľadiska finančných tokov v systéme .....	20
Spojitosť s hotovostnými platbami .....	21
3. Náhradné komerčné poistenie .....	25
4. Doplnujúce komerčné pripoistenie kryjúce užívateľské poplatky .....	32
5. Doplnujúce komerčné pripoistenie kryjúce medzery v základnom balíku zdravotnej starostlivosti .....	38
6. Doplnkové komerčné pripoistenie .....	43
Zdroje.....	47



## Zoznam grafov

Graf 1: Objem poistného v Európe počas rokov 2016 až 2020 (v miliardách EUR) .....	19
Graf 2: Vyplatené zdravotné nároky v Európe, 2016 až 2020 (v miliardách EUR).....	19
Graf 3: Výdavky na zdravotníctvo podľa typu financovania, 2019 .....	21
Graf 4: Rozdelenie súkromných výdavkov na zdravotníctvo, Európa 2014.....	22
Graf 5: Vývoj počtu poistencov komerčného zdravotného poistenia, Nemecko 2012-2021	28
Graf 6: Počet poistencov s núdzovou sadzbou, Nemecko 2017-2021 .....	30
Graf 7: Poistný trh v Nemecku – poisťovne na trhu náhradného poistenia .....	31
Graf 8: Poistný trh v Nemecku – poisťovne na trhu náhradného poistenia .....	31
Graf 9: Podiel populácie (%) pokrytej doplňujúcim pripoistením (užívateľské poplatky) .....	33
Graf 10: Distribúcia hotovostných platieb, Francúzsko.....	36
Graf 11: Podiel populácie (%) krytej doplnkovým pripoistením, Európa.....	44
Graf 12: Podiel populácie (%) krytej doplnkovým pripoistením, Írsko .....	46

## Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Hnacie sily rozvoja trhu (= typy pripoistenia).....	6
Tabuľka 2: Hnacie sily rozvoja trhu (= typy pripoistenia).....	12
Tabuľka 3: Súhrn úloh dobrovoľného pripoistenia v Európe (34 krajín).....	15
Tabuľka 4: Oblasti ZS s užívateľskými poplatkami kryté komerčným pripoistením .....	33
Tabuľka 5: Podiel doplnkového pripoistenia na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Európa).....	44



## Použité skratky

EÚ	=	Európska Únia
IVF	=	In vitro fertilization (umelé oplodnenie)
OECD	=	Organization for Economic Co-operation and Development (Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj)
PZS	=	Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti
UZP	=	Univerzálne zdravotné pokrytie
WHO	=	World Health Organization (Svetová zdravotnícka organizácia)
ZP	=	Zdravotné poistenie
ZS	=	Zdravotná starostlivosť



## I. Manažérske zhrnutie

Predkladaná analýza komerčného pripoistenia sa skladá z dvoch častí. **Prvá časť je čisto teoretická** a odpovedá na nasledovné základné okruhy otázok. Prečo si ľudia platia dobrovoľné zdravotné pripoistenie, koľko ich je a ktorí to sú (jednotlivci, zamestnávateľa, sociálne slabší alebo bohatší)? Aké rôzne typy pripoistenia existujú a akú úlohu zohrávajú pri riešení nedokonalostí verejného systému zdravotného poistenia? Aká je spojitosť komerčného pripoistenia s verejným poistením a akú úlohu zohrávajú hotovostné platby? Ako vyzerá poistný trh v Európe, kto predáva pripoistenie? Ako sú tieto systémy regulované? Aké sú riziká dobrovoľného pripoistenia v kontexte konceptu univerzálneho zdravotného pokrytia?

**V druhej časti sú bližšie rozanalyzované 4 rozdielne typy komerčných trhov**, pričom sme v rámci Európy hľadali spoločné menovatele rozvoja týchto trhov a tiež krajiny, ktoré môžu slúžiť ako príklad dobrej praxe. Situáciu a rozvoj konkrétneho trhu v danej krajine sme našťudovali, v texte vysvetlili a doplnili o štatistiku. V nasledujúcich odsekoch stručne sumarizujeme hlavné zistenia.

**Komerčné pripoistenie plní v Európe rôzne úlohy.** Úloha, ktorú zohráva v danom zdravotnom systéme, je do značnej miery určená zdravotnou politikou týkajúcou sa verejne financovaného systému zdravotného poistenia a regulačným prostredím. Tieto odrážajú jednak historický vývoj poistného systému v danej krajine a tiež politickú ideológiu, moc a záujmy rôznych zainteresovaných strán (poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a poisťovateľov, ale niekedy aj zamestnávateľov, štátnych zamestnancov a ľudí s vyššími zárobkami) a schopnosť vlád formovať a rozvíjať trh so zdravotným poistením (Sagan & Thomson 2016a).

Tabuľka I: Hnacie sily rozvoja trhu (= typy pripoistenia)

Trhová úloha	Hnacia sila rozvoja trhu	Prínos pripoistenia
Doplňujúce (rozsah ZS)	Nedostatočný rozsah ZS poskytovanej v rámci verejného systému	Krytie tých služieb ktoré nie sú v základnom balíku
Doplňujúce (užívateľské poplatky)	Existencia užívateľských poplatkov	Finančné krytie užívateľských poplatkov
Náhradné	Časť populácie nie je krytá verejným systémom (inklúzia systému)	Krytie balíka pre ľudí, ktorí nemajú verejné poistenie (boli vylúčený resp. sa rozhodli nebyť vo verejnom systéme)
Doplnkové	Nízka úroveň spokojnosti spotrebiteľov	Umožňuje rýchlejší prístup k ZS, lepšie vybavenie izieb, širší výber poskytovateľov vrátane súkromných

Zdroj: autori podľa Foubister et al. 2006 a Sagan a Thomson (2016a)



Pre rôzne úlohy (typy) pripoistenia vždy platí, že reagujú na nedostatky verejného systému zdravotného poistenia a tak sa vyvíjajú spolu s ním. Aby sa mohli rozvíjať, zdá sa byť zásadné, aby vláda danej krajiny podporovala existenciu komerčného trhu poistenia, ktorý dopĺňa nedostatky verejného systému a môže byť pre spotrebiteľov prínosom. V závislosti od toho o ktorý typ nedostatku (medzery) ide, rozlišujeme viaceré typy dobrovoľného pripoistenia (Foubister et al. 2006, tabuľka I).

V krajinách, kde verejné zdravotné poistenie nepokrýva celú populáciu, vzniká priestor pre trh s **náhradným komerčným poistením (substitutive voluntary health insurance)**. Tento typ poistenia vznikol ako riešenie problému inkluzívnosti verejného systému. Hlavnými príčinami vzniku sú opt-out možnosť pre vybrané skupiny pracovníkov a majetnejších obyvateľov, vylúčenie z verejného systému pre cudzincov. Hoci trh s náhradným poistením existuje v Európe vo viacerých krajinách, poväčšine ide o veľmi malé trhy s menej ako 1% krytej populácie.

Výnimkou je Nemecko s 8,7 milióna obyvateľov a týka sa teda až 10,4% obyvateľstva, Títo dokopy ročne platia poistné v celkovej výške 30,1 miliárd eur. Nemecko umožňuje niektorým obyvateľom, ako živnostníkom a štátnym zamestnancom, opustiť verejný zdravotný systém (opt-out možnosť) a kúpiť si súkromné poistenie. Táto možnosť bola pôvodne určená pre najbohatších Nemcov, ktorí si nechceli platiť povinné zdravotné poistenie. Dnes ju majú aj vybrané skupiny obyvateľov. Samotné rozhodnutie prestúpiť z verejného systému do súkromného poistenia je pri splnení zákonných podmienok na rozhodnutí jednotlivca, pričom stojí na zvážení viacerých faktorov ako zdravotný stav a vek poistenca, výška jeho príjmu, možnosť pripoistenia sa na inú osobu či výhody plynúce z postavenia privátneho poistenca.

Prestup medzi verejným a súkromným zdravotným poistením je silne regulovaný, aby sa zabránilo zneužívaniu. Vláda napríklad zaviedla vekovú hranicu 55 rokov pre návrat do verejného systému a reguluje príviv starších, nákladnejších poistencov. Prechod späť do verejného systému je komplikovaný a s vekom poistenca rastie výška poistného. V prípade, že poistenci nie sú schopní hradiť svoje zdravotné odvody, môžu požiadať o zmenu tarifu alebo o núdzovú sadzbu, ktorá garantuje minimálne poistné krytie. Za zmienku stojí aj finančná pomoc (individuálne príspevky), ktorú môžu získať štátni zamestnanci a ich rodinní príslušníci s uzatvoreným privátnym poistením od svojho zamestnávateľa v prípade, že dôjde k poistnej udalosti. Spravidla platia tieto sadzby dotácií: 50 % pre štátnych zamestnancov, 70 % pre manželov či manželky a 80 % pre deti.

**Doplňujúce komerčné pripoistenie kryjúce užívateľské poplatky (complementary voluntary health insurance covering user charges)** je odpoveďou na nedostatky v hĺbke pokrytia verejným systémom ZP s ktorým funguje paralelne. Užívateľské poplatky sa platia pri čerpaní zdravotnej starostlivosti a môžu vytvárať finančné prekážky pre niektoré skupiny obyvateľstva. Doplnujúce pripoistenie pomáha zabezpečiť prístup k potrebnej lekárskej starostlivosti bez obáv z finančného bremena. V EÚ existuje 14 krajín s trhom komerčného pripoistenia kryjúcim užívateľské poplatky. Významný podiel na celkových výdavkoch v



zdravotnom systéme majú trhy v troch krajinách - Francúzsku, Slovinsku a Chorvátsku. Menšie trhy existujú aj v Dánsku, Nemecku a Fínsku. Najčastejšie sú pripoistením kryté stomatologické výkony, lieky na predpis a ambulantné návštevy lekárov.

Niektoré európske krajiny na rozdiel od Slovenska otvorene využívajú užívateľské poplatky na spolufinancovanie zdravotného systému a kontrolu spotreby. Práve v týchto krajinách kde sú užívateľské poplatky bežnou praxou sú najrozvinutejšie trhy komerčného poistenia. Vzniknuté trhy sú špecifické pre každú krajinu, úlohu pri ich kreovaní zohrávala aj politická ideológia či schopnosti stakeholderov presadiť si svoje záujmy. Najprepracovanejším trhom je francúzsky, zaujímavé sú však aj trhy Slovinska a Chorvátska. Všetky uvedené krajiny zhodne uplatňujú užívateľské poplatky aj na ústavnú starostlivosť a existuje tu určitá forma podpory zo strany štátu.

Vytvorenie silného trhu doplnujúceho pripoistenia vo Francúzsku bolo výsledkom dlhodobého procesu, ktorý začal poklesom verejného financovania zdravotnej starostlivosti a presunom finančného bremena na pacienta. Aj v súčasnosti dochádza k presunom nákladov zo zákonného systému na domácnosti, hlavnými hybnými silami sú: rastúce náklady na zdravotnú starostlivosť, starnutie populácie, rozpočtové obmedzenia a politický tlak. Odpoveďou na rast užívateľských poplatkov je trh komerčného pripoistenia, ktorý v súčasnosti pokrýva až 95% obyvateľov. Trh sa môže oprieť aj o podporu francúzskej vlády, ktorá v roku 2000 zaviedla program Couverture maladie universelle umožňujúci bezplatné pripoistenie pre jednotlivcov a rodiny, ktoré majú obmedzené finančné zdroje. Vláda prijala aj ďalšie opatrenia, ktoré podporovali rast trhu pripoistenia, ako napríklad poukážky dotujúce pripoistenie pre chudobnejších a výhodný daňový režim pre podniky. V súčasnosti majú Francúzi najnižší podiel platieb v hotovosti na zdravotníctvo v rámci EÚ, pretože väčšinu výdavkov na zdravotníctvo pokrývajú verejné a súkromné systémy zdravotného poistenia.

**Doplňujúce komerčné poistenie, ktoré kryje výdavky na ZS neobsiahnutú v základnom balíku zdravotnej starostlivosti (complementary voluntary health insurance covering excluded services)** vzniká ako odpoveď na medzeru v rozsahu ZS. V každej krajine EÚ existuje určitá oblasť ZS, ktorá nie je vôbec alebo len čiastočne uhrádzaná z verejného poistenia, pretože sa nepovažuje za medicínsky nevyhnutnú, nie je medicínsky preukázateľne účinná, nie je nákladovo efektívna, alebo sa jednotlivci môžu tieto náklady primerane dovoliť. Väčšina krajín EÚ má podobný okruh ZS, ktorý nie je hrađený z verejného systému zdravotného poistenia a zvyčajne zahŕňa stomatologickú starostlivosť, starostlivosť o zrak a očné pomôcky, fyzioterapiu a rehabilitáciu, alternatívne medicínske služby, kozmetiku, dermatológiu, estetickú medicínu, kozmetické procedúry, in vitro oplodnenie, niektoré druhy psychoterapie a niektoré druhy preventívnej starostlivosti. Jednoznačne najväčší záujem je o komerčné poistenie stomatologickej starostlivosti.

V EÚ ide o málo významný typ pripoistenia, ktorý nepokrýva veľkú časť populácie a ani významne neprispieva k výdavkom na zdravotníctvo. Najčastejšie sa predáva v kombinácii s doplnkovým alebo doplnujúcim pripoistením kryjúcim užívateľské poplatky a za dôležitý





predpoklad vzniku trhu s týmto typom pripoistenia je možné označiť definíciu rozsahu základného balíka ZS. Tú má aj Holandsko, ktoré považujeme vzhľadom na určitú príbuznosť so slovenským systémom za príklad poistného trhu, štúdiom ktorého sa Slovensko môže inšpirovať (príklad dobrej praxe). Nie celkom zanedbateľné trhy existujú aj v Nemecku a Dánsku.

V Holandsku sú k dispozícii komerčné zdravotné poistné plány zamerané na konkrétne nadštandardné služby, najmä na dentálnu starostlivosť. Tieto plány sú špecificky navrhnuté pre pokrytie nákladov spojených s dentálnou starostlivosťou, ako sú preventívne kontroly, zubné vyšetrenia, čistenie zubov, plomby, korunky, ortodontické liečby a ďalšie služby súvisiace s ústnou zdravotnou starostlivosťou. Po roku 2012 sa poisťovne začali zameriavať aj na plány na konkrétne skupiny obyvateľstva, ako sú mladí ľudia, rodiny a starší ľudia. Na trhu je veľká koncentrácia a 4 najväčšie poisťovne vlastnia 85% trhu. Poistné plány sú dostupné u všetkých zdravotných poisťovní. Pre porovnanie ponúk existuje niekoľko stránok a centier s informáciami.

**Doplnkové komerčné pripoistenie (supplementary voluntary health insurance)** je odpoveďou na neklinické očakávania spotrebiteľov, ktoré sa týkajú časovej dostupnosti ZS, možnosti voľby zdravotníckeho zariadenia či lekára podľa osobných preferencií, nadštandardné vybavenie nemocničnej izby či ambulancie pri poskytovaní ZS z verejného systému ZP. Tam kde je dopyt po nadštandarde veľký, vzniká aj doplnkové pripoistenie. V Európe je tento typ pripoistenia veľmi rozšírený, často ho nakupujú zamestnávateľia pre svojich zamestnancov ako benefit. Všeobecne má nízky podiel na financovaní zdravotného systému, s výnimkou krajín ako Írsko, Portugalsko a Švajčiarsko.

Švajčiarsky komerčný trh poistenia je pomerne veľký a významný. Detailné dáta o trhu chýbajú, ale hlavným dôvodom pre jeho kúpu je voľba lekára a prístup poistenca do súkromných izieb vo verejných a súkromných nemocniciach o čom svedčí aj vysoký podiel plánov, ktoré toto krytie ponúkajú. Poistný trh je monitorovaný a regulovaný Úradom pre dohľad nad finančným trhom, ktorého úlohou je monitoring platobnej schopnosti zdravotných poisťovní. Pred uvedením každého produktu na trh musí zdravotná poisťovňa predložiť úradu rôzne informácie a zmena tarify je tiež podmienená súhlasom úradu. Komerčný trh je pomerne silno prepojený na verejný systém a poisťovne musia oddeliť náklady kryté verejným systémom od tých krytých z komerčného pripoistenia.

Budúcnosť doplnkového pripoistenia v Švajčiarsku je otázna, najmä pokiaľ ide o nadštandardné nemocničné služby. Konkurencia medzi nemocnicami vedie k modernizácii a rozširovaniu ich štandardov, čím sa ponuka verejného systému približuje ponuke pripoistenia. Trend presunu pacientov z nemocničnej do ambulantnej starostlivosti tiež nepodporuje rast trhu s doplnkovým pripoistením. Niektoré poisťovne obmedzujú slobodný výber lekára a nemocnice v súvislosti s doplnkovými poistnými produktmi, čo znižuje záujem spotrebiteľov o nadštandardné služby.



## 2. Komerčné pripoistenie – teória

Druhá kapitola teoreticky popisuje komerčné pripoistenie. Zameriava sa na nasledovné základné okruhy otázok. Prečo si ľudia platia dobrovoľné zdravotné pripoistenie, koľko ich je a ktorí to sú (jednotlivci, zamestnávateľa, sociálne slabší alebo bohatší)? Aké rôzne typy pripoistenia existujú a akú úlohu zohrávajú pri riešení nedokonalostí verejného poistenia? Aká je spojitosť komerčného pripoistenia s verejným poistením a akú úlohu zohrávajú hotovostné platby? Ako vyzerá poistný trh v Európe, kto predáva pripoistenie? Ako sú tieto systémy regulované? Aké sú riziká dobrovoľného pripoistenia v kontexte konceptu univerzálneho zdravotného pokrytia? Na doplnenie teoretického popisu komerčného poistenia je kapitola rozšírená aj o štatistické ukazovatele.

### Komerčné pripoistenie - Teoretické podklady

V roku 2016 bola vydaná jedna z najprepracovanejších publikácií na tému dobrovoľné zdravotné poistenie v krajinách Európy. Štúdia od European Observatory on Health Systems and Policies pripravená pod vedením autorov Anna Sagan a Sarah Thomson (2016a) v spolupráci s expertami z jednotlivých európskych krajín je vynikajúcim východiskovým teoretickým podkladom doplnením o obsahlu štatistiku. Jej nepochybnou výhodou oproti niektorým ďalším publikáciám venovaným komerčnému poisteniu od amerických autorov je najmä skutočnosť, že skúma európske systémy fungujúce v rámci platnej regulácie v ktorých podobne ako na Slovensku prevláda univerzálne verejné zdravotné poistenie. Jej pokračovaním z rovnakého roka (Sagan & Thomson 2016b) je zbierka profilov jednotlivých krajín Európy.

### Definícia dobrovoľného zdravotného (pri)poistenia

Z definícií vyberáme dva prístupy.

Podľa Mathauer a Kutzin z WHO (2018) „Dobrovoľné zdravotné poistenie možno definovať ako predplatený systém zdieľania rizík, ktorý prijíma dobrovoľné finančné príspevky a tie sú združené samostatne. Rozhodnutie získať takéto krytie rizík nevyžaduje vláda, ale je skôr rozhodnutím jednotlivcov, domácností alebo súkromných spoločností“. Originál v anglickom jazyku je znenie definície nasledovné: „Voluntary health insurance can be defined as a prepaid pooling arrangement that receives voluntary funds and pools them separately. The decision to obtain such coverage is not required by government but is rather a decision made by individuals, households, or private companies“.

Sagan a Thomson z European Observatory on Health Systems and Policies (2006) zdefinovali pojem dobrovoľného zdravotného poistenia nasledovne: „Definujeme dobrovoľné zdravotné poistenie ako zdravotné poistenie, ktoré si zakúpia jednotlivci alebo zamestnávateľa v mene zamestnancov na základe svojho uváženia, vrátane skupinových politík, ktoré sú zamestnávateľom sponzorované a sú teda nie celkom dobrovoľné“. V angličtine „We define VHI as health insurance that is taken up and paid for at the discretion of individuals or employers on behalf of employees, including group policies sponsored by employers that come with the job and are thus not strictly voluntary“.



Zatiaľ čo prvá definícia sa opiera o dobrovoľnosť takéhoto poistenia, Sagan a Thomson v definícií poukazujú aj na kvázi dobrovoľnosť v prípade, že poistenie uzavrie zamestnávateľ za zamestnanca. Poistenie je tak súčasťou ponuky pracovnej pozície a nestojí na rozhodnutí zamestnanca.

### Porovnanie s verejným (povinným) zdravotným poistením

Vo všetkých európskych krajinách **silne dominuje verejné povinné** zdravotné poistenie ktoré je univerzálne (väčšina krajín EÚ) alebo takmer univerzálne (v Rumunsku a Bulharsku je pokrytie obyvateľstva menej ako 90%). Verejný systém zdravotníctva je financovaný z verejných zdrojov (či už z daní alebo z odvodov). Patrí do širšieho systému sociálnej ochrany a preto sú jeho základné charakteristiky univerzálnosť, solidárnosť a vysoký stupeň regulácie. Výška príspevku jednotlivca nemá súvis s rizikom poškodenia zdravia osoby a je zvyčajne spojená so schopnosťou domácnosti resp. jednotlivca platiť prostredníctvom daní z príjmu a odvodov stanovených ako podiel na príjmoch alebo príjmoch domácnosti (Sagan & Thomson 2016a).

**Doplnkovú funkciu krytia nákladov na zdravotnú starostlivosť** plní v európskych systémoch dobrovoľné (komerčné) poistenie. Jeho hlavné charakteristiky sú v mnohom v kontraste s verejným poistením. Zásadný rozdiel spočíva nielen v tom, že je vo väčšine prípadov dobrovoľné (výnimkou býva náhradné pripoistenie – kapitola 3), financované zo súkromných zdrojov a výška poistného je väčšinou závislá od rizika poškodenia zdravia danej osoby, ale tiež v tom, že poistenci majú nárok na plnenie benefitov poistenia len do stanovenej maximálnej peňažnej sumy (Sagan a Thomson 2016a). Odlišnosť v týchto základných charakteristikách je možná najmä vďaka osobitej regulácii komerčného poistenia, ktoré väčšinou nespadá pod doménu a reguláciu ministerstva zdravotníctva (Mathauer & Kutzin, 2018).

### Prečo si ľudia platia dobrovoľné zdravotné pripoistenie?

Súhrne možno dôvod prečo si ľudia dobrovoľne platia pripoistenie nazvať **medzera v pokrytí verejným zdravotným systémom**. Môže sa jednáť o medzeru z hľadiska služieb, nákladov, ľudí a očakávaní (Foubister et al. 2006). V závislosti od toho o ktorý typ medzery ide, rozlišujeme viaceré typy dobrovoľného pripoistenia.

Rozhodnutie zakúpiť si pripoistenie je hnacou silou rozvoja trhu s doplnkovým zdravotným poistením. Existencia tohto trhu je pritom v prípade zdravotného systému nutne previazaná s povahou povinného, verejne financovaného zdravotného poistenia a jeho nedostatkami. Nasledovné hnacie sily zosumarizované v tabuľke I zodpovedajú zároveň rôznym typom pripoistenia resp. úlohám, ktoré doplnkové poistenie plní.



## Doplňujúce (complementary) dobrovoľné pripoistenie

Doplňujúce pripoistenie je odpoveďou na **riešenie nedostatkov v rozsahu a hĺbke pokrytia** v rámci verejného systému (primárnou úlohou je zlepšenie stavu).

1) Potreba ustrážiť výdavky na zdravotnú starostlivosť doviedla väčšinu európskych systémov k vylúčeniu niektorých služieb zo základného balíka zdravotnej starostlivosti (zúženie rozsahu služieb). Typickým príkladom sú niektoré výkony stomatológie. V takomto prípade doplňujúce pripoistenie vznikne preto, lebo existuje dopyt ľudí po pokrytí takejto starostlivosti na poistnom základe (Foubister et al., 2006). Doplnujúce dobrovoľné pripoistenie na rozsah služieb je prvým typom doplnujúceho (komplementárneho) pripoistenia.

2) V prípade nedostatkov v hĺbke pokrytia je reč o zavádzaní užívateľských poplatkov za ZS, ktoré verejný systém požaduje od pacientov. Príkladom je vyberanie poplatkov pri návšteve všeobecného lekára (v minulosti existoval takýto príklad aj na Slovensku - Zajacove dvadsať a päťdesiatkorunáčky pri návšteve lekára). Reakciou trhu na tieto poplatky je v niektorých krajinách (napr. Francúzsko, Slovinsko) vznik pripoistenia, ktoré kryje tieto užívateľské poplatky. Ide o druhý typ doplnujúceho (komplementárneho) pripoistenia.

Tabuľka 2: Hnacie sily rozvoja trhu (= typy pripoistenia)

Trhová úloha	Hnacia sila rozvoja trhu	Prínos pripoistenia
Doplňujúce (rozsah ZS)	Nedostatočný rozsah ZS poskytovanej v rámci verejného systému	Krytie tých služieb ktoré nie sú v základnom balíku
Doplňujúce (užívateľské poplatky)	Existencia užívateľských poplatkov	Finančné krytie užívateľských poplatkov
Náhradné	Časť populácie nie je krytá verejným systémom (inklúzia systému)	Krytie balíka pre ľudí, ktorí nemajú verejné poistenie (boli vylúčený resp. sa rozhodli nebyť vo verejnom systéme)
Doplnkové	Nízka úroveň spokojnosti spotrebiteľov	Umožňuje rýchlejší prístup k ZS, lepšie vybavenie izieb, širší výber poskytovateľov vrátane súkromných

Zdroj: autori podľa Foubister et al. 2006 a Sagan a Thomson (2016a)

## Náhradné (Substitutive) dobrovoľné pripoistenie

Náhradné (substitučné) pripoistenie rieši **nedostatky v inkluzívnosti systému**. Aj v Európe totiž existujú krajiny, v ktorých sú niektoré skupiny obyvateľstva vylúčené z verejného systému alebo sa z neho môžu dobrovoľne odhlásiť. Trhy s komerčným poistením sa rozvíjajú, aby týmto skupinám umožnili prístup k zdravotnej starostlivosti na poisteneckom základe. Predajcovia náhradného poistenia sa väčšinou snažia ponúkať také balíky, ktoré sú porovnateľné s krytím základného balíka avšak objavujú sa aj balíky pokrývajúce len nevyhnutný



rozsah služieb. Pri komerčnom pripoistení sa tiež častejšie pracuje s úrovňou zdieľania nákladov stanovením rozdielných výšok prémie. Ide o tretí typ pripoistenia podľa Foubister et al. (2006).

Príkladom je Nemecko, ktoré má robustný verejný systém avšak ponúka možnosť slobodne sa rozhodnúť o (ne)uzatvorení povinného poistenia. Táto sloboda sa však týka len osôb, ktoré prekročia vládou stanovenú ročnú hranicu príjmu vo výške 64 350 Euro (v 2022), či špecifické skupiny obyvateľov (úradníci, sudcovia, vojaci). Pre tieto skupiny obyvateľov sa potom privátne dobrovoľné pripoistenie často stáva primárnou formou zdravotného zabezpečenia (približne 11% rezidentov) (Bundesministerium für Gesundheit).

### **Doplnkové (supplementary) dobrovoľné zdravotné poistenie**

Doplnkové pripoistenie prináša rozšírenie (pridaná hodnota navyše) a je reakciou na existujúce **prípady nízkej úrovne spokojnosti spotrebiteľov** s verejným zdravotným systémom. Vytvára možnosť poskytovania alternatívneho prístupu poistencov k ZS a hoci ponecháva prístup k verejne poskytovanej ZS, poistencom dáva väčší výber poskytovateľov (zvyčajne vrátane prístupu k súkromným PZS) a vyššiu úroveň vybavenia (Sagan & Thomson 2016a).

Trhy s doplnkovým komerčným pripoistením vznikajú v krajinách, kde sa vyskytuje nízka úroveň spokojnosti spotrebiteľov s verejným systémom a zároveň určitá časť obyvateľstva je ochotná si priplatiť za súkromne poskytovanú ZS (často ide o zamestnávateľov nakupujúcich poistenie pre svojich zamestnancov, ktorým je pripoistenie prezentované ako benefit). Príčin nespokojnosti môže byť niekoľko, najčastejšie ide o dlhšie čakacie doby, nízka atraktivnosť štandardného prostredia (štandardná viacposteľová izba v nemocnici, slabšie vybavená ordinácia u lekára), či obmedzenú dostupnosť niektorých produktov (napríklad nepokrytie drahším originálnym liekom, ktorý by si pacient vybral oproti dostupnej generickej verzii). Tieto možno označiť za neklinické príčiny nespokojnosti (Foubister et al., 2006). Ide o posledný štvrtý typ poistenia.

Typické je, že na trhu s doplnkovým pripoistením existuje viacero ponúkaných balíkov s rôznou výškou prémie v závislosti od toho, čo presne je kryté daným pripoistením. Nakoľko doplnkové pripoistenie zvyčajne pokrýva mnohé zo služieb pokrytých povinným verejným systémom má podľa publikácie od autorov Colombo & Tapay (OECD, 2004) tzv. duplicitnú funkciu. S týmto však nesúhlasia Sagan & Thomson (2016a), podľa ktorých práve pridaná hodnota pri poskytovaní ZS ako výber poskytovateľa, rýchlejší prístup k ZS a nadštandardné vybavenie odlišujú takúto ZS od ZS poskytovanej v rámci verejného systému a teda sa nejedná o duplicitnú funkciu.

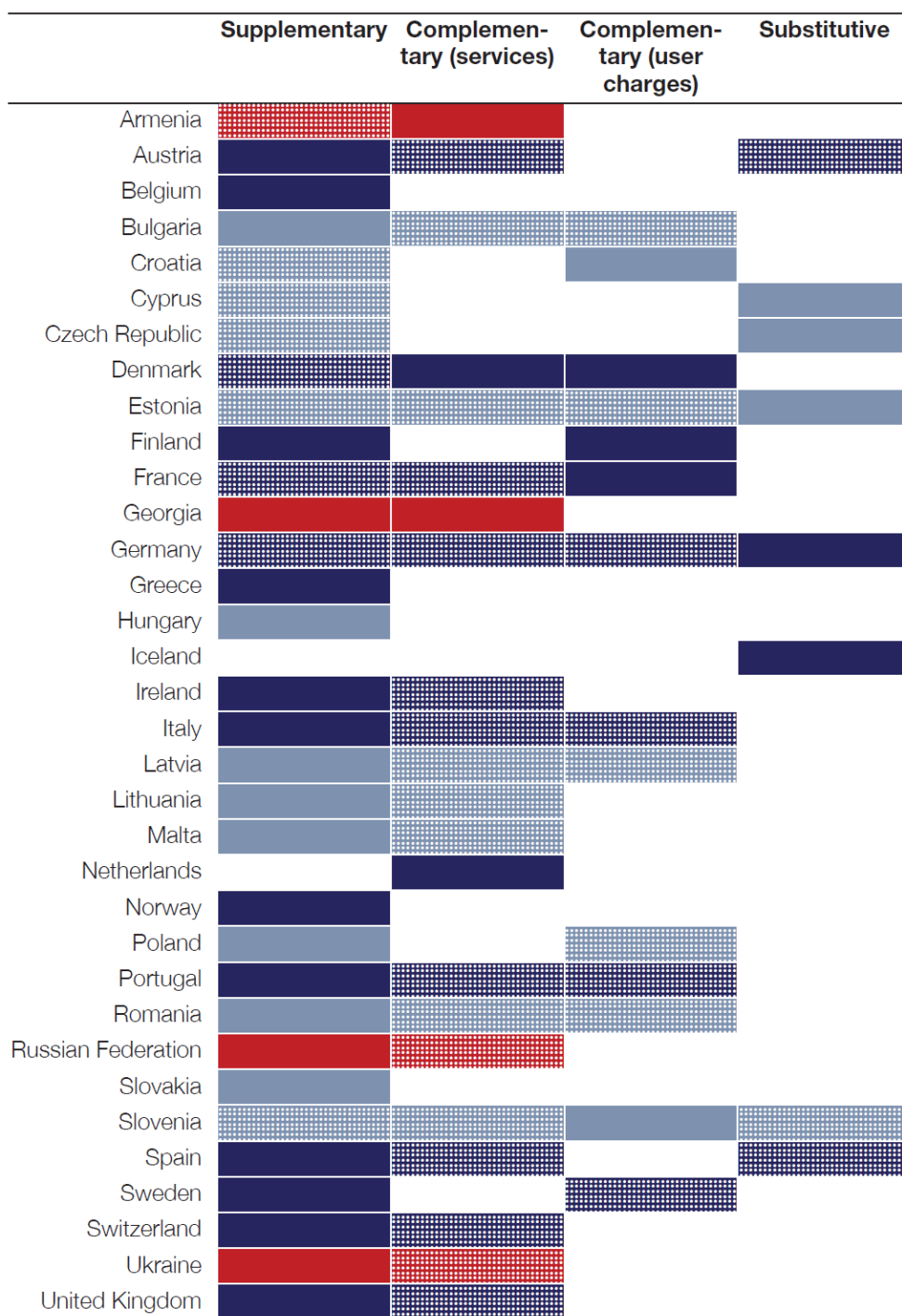
Podľa Foubister a spoluautorov (2006) sa doplnkové pripoistenie zvyčajne nevzťahuje na nasledovné dva okruhy ZS. V balíkoch nebýva obsiahnutá návšteva pohotovosti a ZS poskytovaná pri nehodách. Zároveň aj ZS s vysokým rizikom morálneho hazardu na strane pacienta, pri ktorej hrozí zmena správania a následne tvorba vyšších ako očakávaných nákladov (tehotenstvo a pôrodnictvo či kozmetická chirurgia).



Je dôležité uviesť, že vyššie zmienené štyri typy pripoistenia, ktorých vznik je poháňaný rozličnými hnacími silami (nedostatkami verejného systému) **sa v praxi vyskytujú v zmiešaných formách**. Je bežné, že v niektorých krajinách fungujú paralelne. Nasledujúca tabuľka sumarizuje trhy pripoistenia v Európe (situácia z roku 2014) a vyznačuje ktorý typ pripoistenia v danej krajine dominuje (plne vyfarbené políčko).



Tabuľka 3: Súhrn úloh dobrovoľného pripoistenia v Európe (34 krajín)



Zdroj: Sagan & Thomson, 2016a, dominujúci typ pripoistenia je vyznačený jednoliatou farbou.



## Aké percento ľudí si kupuje pripoistenie a ktorí to sú?

**Percento ľudí, ktoré je v krajine komerčne pripoistené** sa naprieč Európou značne líši. Od Slovenska s percentom blížiacim sa k 0% cez Slovinsko, kde vyše 1,5 milióna obyvateľov (71% celej populácie) malo koncom roka 2018 uzatvorené doplňujúce pripoistenie na pokrytie nákladov v dôsledku vysokých užívateľských poplatkov, až po špecifické Francúzsko s 95% pokrytím obyvateľstva (vládou dotované čiastočne). Medzi krajiny s vysokým percentom pripoisteného obyvateľstva patria aj Chorvátsko, Holandsko, Švajčiarsko, Dánsko a Belgicko.

Miera pokrytia pripoistením v danej krajine do veľkej miery závisí od toho, aké je nastavenie verejného zdravotníctva a teda o aký typ pripoistenia majú ľudia záujem. Vysoká miera pokrytia naprieč obyvateľstvom sa vyskytuje pri doplňujúcom (komplementárnom) type pripoistenia, ktoré kryje užívateľské príplatky. Príkladom sú trhy vo Francúzsku aj Slovinsku, ktoré rástli postupne počas dlhšieho obdobia a s podporou vlády (vysoké vládne dotácie pre chudobnejších ľudí vo Francúzsku či pokuty za nekúpenie pripoistenia v Slovinsku). Aj v iných krajinách existujú užívateľské poplatky, avšak nie všade je percento pokrytia trhu vysoké. Naopak najnižšie pokrytie pripoistením sa vyskytuje v krajinách s problémom neformálnych platieb, nízkou dôverou obyvateľstva v poisťovníctvo a poisťovne, reštriktívnou legislatívou, alebo kde obyvatelia vnímajú poisťné ako príliš drahé (Sagan & Thomson, 2016a).

Ďalšou zásadnou otázkou je, či pripoistenie nakupujú samotní **poistenci** (pre seba či svoju rodinu) **alebo skupiny** (zvyčajne zamestnávateľa pre zamestnancov). Aj tu existuje veľká variabilita naprieč krajinami Európy. Podľa prieskumu medzi expertami krajín Európy, ktorý pri príprave publikácie uskutočnili Sagan & Thomson (2016a) sa zdá, že vo väčšine krajín (16 z 25 krajín pri ktorých boli dostupné dáta) prevláda nákup pripoistenia skupinami. Na strane zamestnávateľov existujú nasledovné motivácie pre zakúpenie pripoistenia. Jednak je pripoistenie vnímané ako benefit (konkurenčná výhoda oproti iným zamestnávateľom) a jednak je snahou zamestnávateľa zabezpečiť, aby mal zamestnanec v prípade potreby urýchlene možnosť riešiť svoj zdravotný problém a neostal dlhšie práce neschopný. V prípade zakúpenia poisťného pre väčšiu skupinu sa tiež ponúka nižšia výška poisťného a jeho pomalší nárast. Z pohľadu poisťovní má nákup skupinami taktiež výhody ako veľký objem, často tiež býva poisťená homogénna skupina mladších a zdravších pracovníkov.

**Zo socioekonomického hľadiska** dáta preukázali, že vo všeobecnosti sú v Európe primárne pripoistení **lepšie vzdelaní, bohatší ľudia žijúci vo veľkom meste alebo bohatšej časti krajiny** (Sagan & Thomson, 2016a). Práve tieto skupiny ľudí však patria k tým menej rizikovým nakoľko ich zdravie býva vďaka rozličným faktorom lepšie. Kritici dobrovoľného pripoistenia často zmieňujú tento fakt a poukazujú na negatívne dopady pripoistenia na celý systém (bohatí majú lepší prístup k ZS a chudobnejší sa zase horšie dostanú k ZS, v niektorých krajinách je navyše pripoistenie subvencované z daní všetkých obyvateľov)(Mathauer & Kutzin, WHO, 2018). Viac k tejto téme je spracované v časti o rizikách spojených s dobrovoľným pripoistením.





## Kolko stojí pripoistenie?

Výška poistného závisí od veľkého množstva faktorov (čo konkrétne pripoistenie pokrýva, do akej maximálnej peňažnej sumy, aké riziko sa spája s poistenou ZS, aký je vek a zdravotný stav poistenca, aká je cenová hladina v danej krajine, daňové stimuly na nákup pripoistenia a ďalšie.) a preto sa jednotlivé balíky napriek Európou len veľmi ťažko porovnávajú. Niekedy môže ísť o mesačný výdavok do 10 eur, inokedy sa výška poistného šplhá k stovkám eur mesačne. Drahšie poistky sú zvyčajne určené tým najbohatším a pokrývajú nielen zdravotnú starostlivosť ale aj servis okolo (Thomson, 2010).

## Kto predáva komerčné pripoistenie a ako vyzerá a funguje tento poistný trh?

Predaj komerčného pripoistenia uskutočňujú rozličné subjekty, nielen poisťovne ale tiež neziskové organizácie, charita, vzájomné a zaopatrovacie združenia (v angličtine mutual and provident associations), komerčné spoločnosti, zákonné poistné fondy, zamestnávateľia či poskytovatelia ZS (pre-paid balíčky). V minulosti predávali pripoistenie v Belgicku, Dánsku, Francúzsku, Írsku či Taliansku primárne vzájomné a zaopatrovacie združenia, hoci ich trhový podiel sa nástupom komerčných poisťovní znížil. Dnes už trhom dominujú komerční poisťovatelia, ktorí sú v mnohých krajinách dokonca jedinými predajcami pripoistenia. Povinné zdravotné fondy (zdravotné poisťovne) zodpovedné za verejné poisťovne sa tiež pokúšajú o predaj komerčného pripoistenia, avšak väčšina krajín má tento predaj regulovaný. Legislatíva neumožňuje fondom predávať súčasne aj pripoistenie a preto vznikajú osobitné právne subjekty (Belgicko, Slovinsko), alebo sa predaj uskutočňuje prostredníctvom dcérskych spoločností. Okrajovo tiež v niektorých krajinách fungujú nákupy firemného samopoistenia zamestnávateľmi, ktorí organizujú svoje vlastné zdravotné programy (Poľsko, Rumunsko, Spojené kráľovstvo). V niektorých krajinách tiež existujú poskytovatelia ZS, ktorí priamo ponúkajú lekárske predplatné balíčky svojim pacientom či ich zamestnávateľom (Sagan & Thomson, 2016a).

Niektoré typy predplatných balíčkov (programov) ponúkané PZS predstavujú alternatívu ku komerčnému poisteniu. Zvyčajne si ich spotrebiteľ predplatí na ročnej báze a umožňujú mu získať prístup k nadštandardným službám (napr. manažment pacienta, objednávanie na čas, call centrum). Príkladom sú balíčky ProCare.

Z pohľadu celkového systému je to, kto predáva poistenie zaujímavé najmä z toho hľadiska, že rozličné subjekty podliehajú rozličnej legislatívnej úprave. Tak sa môže stať, že predajcovia musia plniť rozličné požiadavky na solventnosť a uplatňujú sa na nich rozličné daňové pravidlá. Diskrimináciu na tejto úrovni dokonca v minulosti musela riešiť Európska komisia, ktorá niektorým štátom nariadila odstrániť výnimky preferujúce niektorého predajcu pripoistenia.

Počet subjektov predávajúcich na trhu pripoistenie je rôzny. Platí však, že na vyspelých trhoch dochádza často k zmenám ich počtu a je tu zrejmá aj značná konsolidácia trhov (predovšetkým fúzie). Táto je poháňaná najmä potrebou znížiť administratívne náklady a posilniť združovanie rizík. Tri najväčšie poisťovne neraz ovládajú väčšinu časť trhu (nad 50%). Výborným príkladom



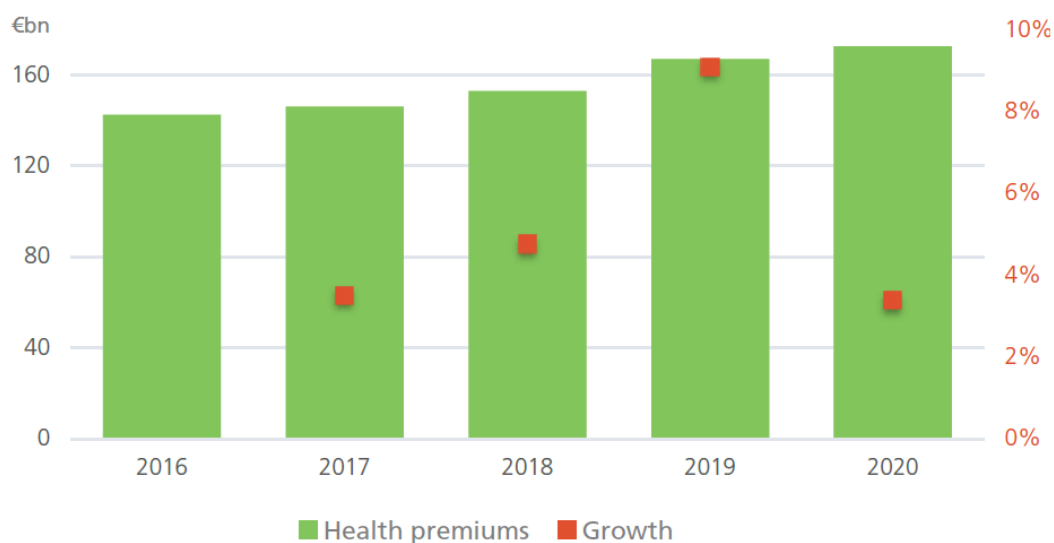
trendu konsolidácie je vyspelý holandský trh komerčného pripoistenia, na ktorom v roku 2006 pôsobilo celkovo 53 poisťovní, v roku 2015 ponúkalo poistenie už len 25 komerčných zdravotných poisťovní združených do deviatich obchodných spoločností (Maarse & Jeurissen, 2020). Aktuálne existuje 11 materských spoločností, ktoré však združujú celkovo do 40 poisťovní. Zoznamy sú publikované na rôznych porovnávacích stránkach. Napr. [StudentenVerzekeringen.nl](http://StudentenVerzekeringen.nl).

Rozsah služieb ponúkaných jednotlivými predajcami pripoistenia variuje. Zatiaľ čo niektorí sa sústredia iba na ZS, iní predávajú zdravotné pripoistenie spolu s ďalšími typmi poistenia. V takomto prípade sa ponúkajú aj výhodnejšie podmienky na iné poistenia (napr. životné). Viaceré poisťovne stanovujú vekovú hranicu (60 resp. 65 rokov), ktorou limitujú starších občanov pri prvom nákupe pripoistenia (toto neplatí v Nemecku, Holandsku ani Belgicku). Zároveň je právom poisťovní odmietat' záujemcov o pripoistenie (až na pár výnimiek, Belgicko či Nemecko) resp. účtovať vyššie poistné poisťovcom, ktorí mali pri uzatváraní poistky určité zdravotné predispozície. V prípade, že poisťovňa určuje výšku poistného na základe zdravotného stavu, je pravdepodobné že záujemca bude musieť vyplniť lekársky dotazník alebo sa podrobiť lekárskej prehliadke. S cieľom zamedziť riziku morálneho hazardu na strane pacienta poisťovne využívajú aj možnosť odloženej platnosti poistenia (napr. najskôr 9 mesiacov od podpisu kontraktu). Nastavovanie finančných limitov na plnenie poistenia je tiež bežnou praxou.

Aktuálna štatistika zachytávajúca veľkosť a vývoj komerčného poistného trhu (graf I, objem vyzbieraného poistného a vyplatené nároky) je dostupná v správe od Insurance Europe.

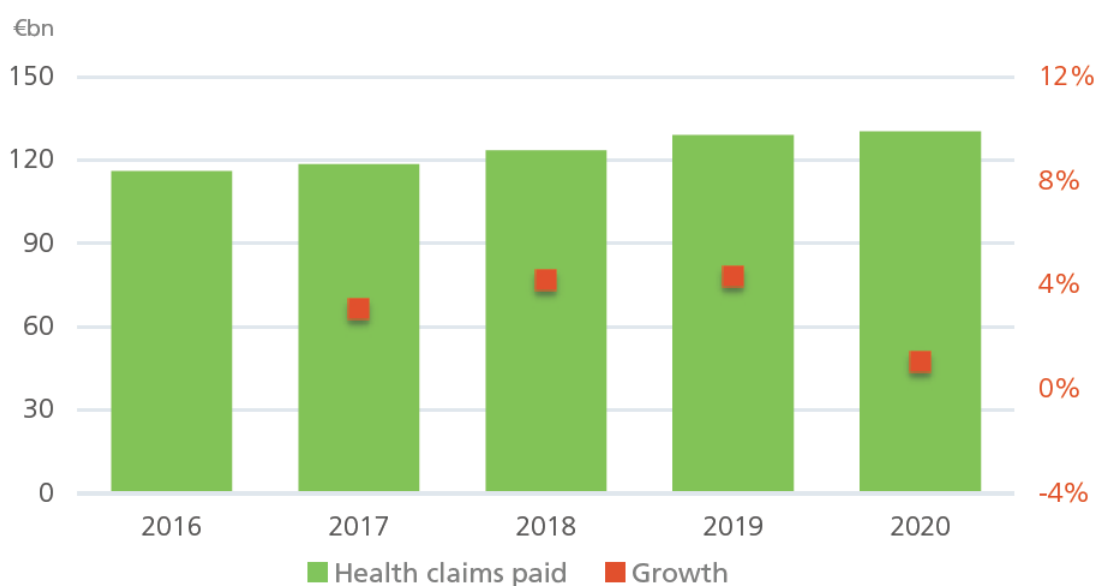


Graf I: Objem poistného v Európe počas rokov 2016 až 2020 (v miliardách EUR)



Zdroj: Insurance Europe, report za rok 2020

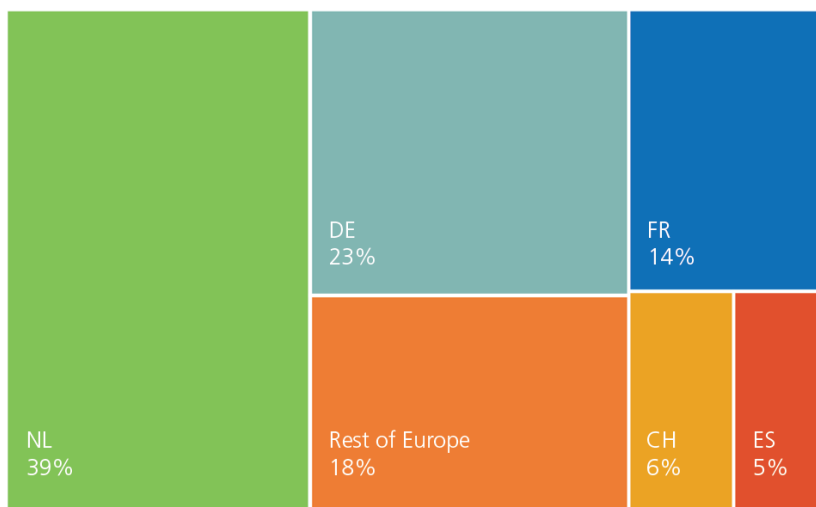
Graf 2: Vyplatené zdravotné nároky v Európe počas rokov 2016 až 2020 (v miliardách EUR)



Zdroj: Insurance Europe, report za rok 2020



Schéma I: Veľkosť jednotlivých trhov v Európe (cez objem poistného)



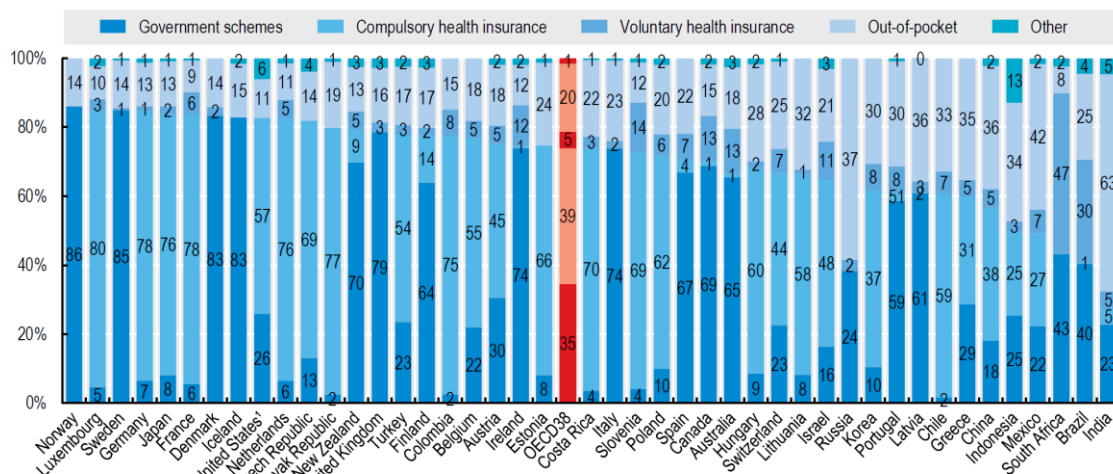
Zdroj: Insurance Europe, report za rok 2020

### Význam dobrovoľného pripoistenia z hľadiska finančných tokov v systéme

Z pohľadu finančných tokov v celom zdravotnom systéme platí, že dobrovoľné zdravotné poistenie nie je dominantným mechanizmom v žiadnom členskom štáte EÚ. Kvôli nízkemu objemu finančných prostriedkov zohráva obmedzenú úlohu. Túto skutočnosť dobre ilustruje graf č. 3, ktorý zobrazuje percentuálne vyčíslené výdavky na zdravotníctvo podľa typov financovania (štátne schémy, verejný povinný systém zdravotného poistenia, dobrovoľné pripoistenie, hotovostné platby a iné). Pri OECD krajinách tvorí v priemere dobrovoľné poistenie na celkovom objeme vynaložených prostriedkov len asi 5%. Z krajín EÚ majú len Írsko a Slovinsko podiel pripoistenia na celkovom objeme vyšší ako 10%.



Graf 3: Výdavky na zdravotníctvo podľa typu financovania, 2019



1. All spending by private health insurance companies reported under compulsory health insurance. Category "Other" refers to financing by NGOs, employers, non-resident schemes and unknown schemes.

Zdroj: OECD

Avšak ako poznamenávajú autori Foubister a kol. (2009) netreba prehliadnuť, že v niektorých krajinách má dobrovoľné poistenie významný vplyv na spôsob, akým sa zhromažďujú finančné prostriedky a nakupuje zdravotná starostlivosť, ako aj na politiky týkajúce sa prínosov a zdieľania nákladov, čo má neopomenuteľné dôsledky na celkové dosahovanie niektorých cieľov zdravotnej politiky (napr. dostupnosť zdravotnej starostlivosti).

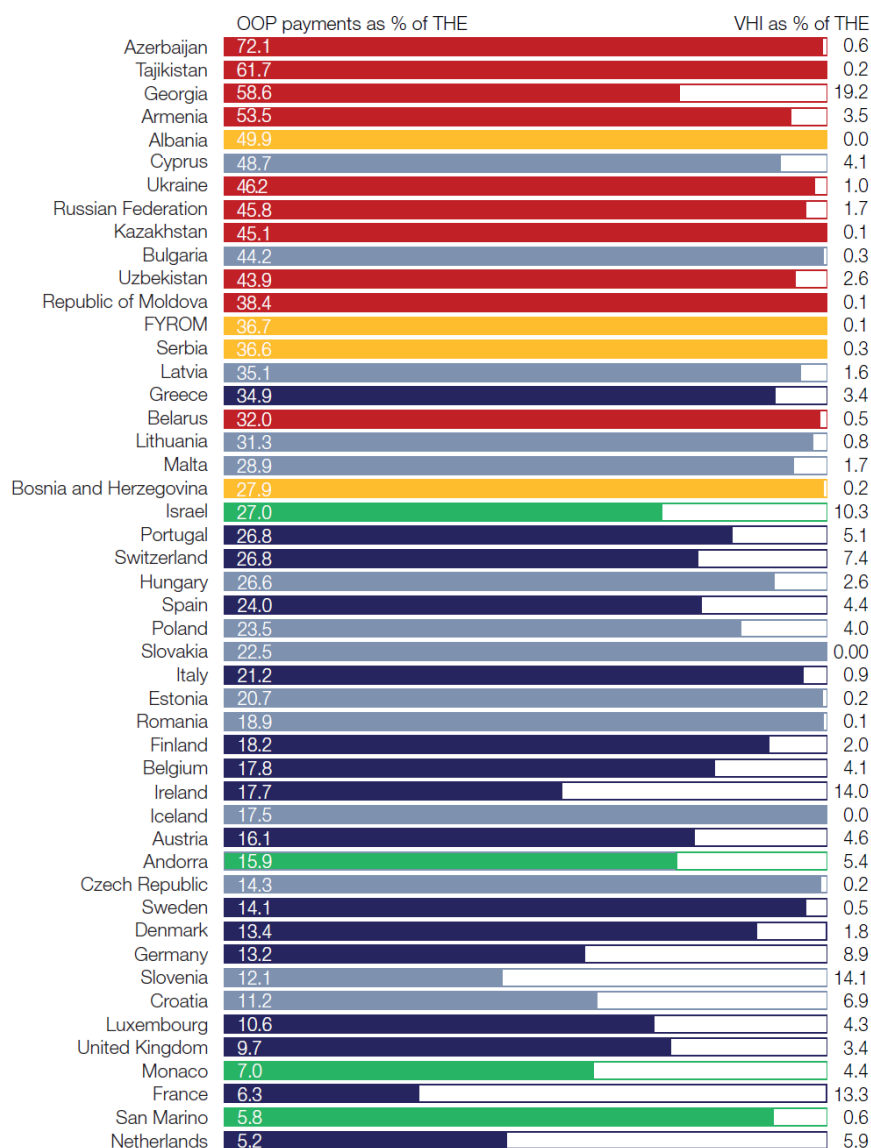
### Spojitosť s hotovostnými platbami

Vysoký objem hotovostných platieb za ZS signalizujúci existenciu medzery vo verejnom zdravotnom poistení je problematický. V niektorých európskych krajinách tieto platby tvoria až takmer tretinu celkových finančných príjmov smerujúcich do zdravotníctva (graf 3, viď Lotyšsko, Grécko, Portugalsko). Nakoľko hotovostné platby predstavujú pre obyvateľstvo finančnú záťaž, tvorcovia zdravotných politik sa snažia o poskytnutie finančnej ochrany pred týmto typom výdavkov (Purcel et al., 2023).

Riešením by na prvý pohľad mohol byť rozvinutý trh s doplnujúcim pripoistením s prípadnou subvenciou pre sociálne slabšie skupiny. Ako však ukazujú evidencie z rôznych európskych krajín (graf 4), v realite toto nie je pravidlom. Podľa Sagan a Thomson (2016a) je totiž vzťah medzi hotovostnými platbami a pripoistením (zahrnuté sú tu všetky typy pripoistenia) slabý a aj keď krajina má veľký podiel hotovostných platieb, neznamená to automaticky rozvoj trhu komerčného pripoistenia.



Graf 4: Rozdelenie súkromných výdavkov na zdravotníctvo, Európa 2014



Zdroj: WHO, 2016

Vzťah medzi pripoistením a hotovostnými platbami skúmajú vo svojom článku z roku 2023 Purcel a spoluautori, ktorí prišli na to, že pripoistenie je uprednostňované v krajinách s vyššou finančnou gramotnosťou a dôverou v zdravotnícke služby.



## Ako funguje nákup zdravotnej starostlivosti poisťovňami?

Predajca musí zabezpečiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre svojich poisťencov, ktorých zazmluvňuje. Hoci v poisťovníctve existujú sofistikované nástroje pre aktívny nákup ZS (selektívny kontrakt, vertikálna integrácia, využívanie verejne dostupných informácií o výkone poskytovateľa ZS, monitorovanie výkonu a spätná väzba pre zdravotníckych pracovníkov, generická substitúcia, klinické a predpisujúce usmernenia atď.) tieto sa v praxi často veľmi nevyužívajú. Väčšina poisťovní umožňuje svojim poisťencom vybrať si ľubovoľného poskytovateľa, ktorí sú platení formou poplatkov za službu (Sagan & Thomson, 2016a).

## Ako a kto reguluje pripoistenie?

Na rozdiel od verejného zdravotného poistenia, ktorého regulácia je v rukách vlády a ministerstva zdravotníctva, dobrovoľné pripoistenie je regulované primárne ako finančná služba, ktorá podlieha pravidlám voľného trhu a hospodárskej súťaži. Regulačnými orgánmi sú zvyčajne orgány finančného dohľadu, centrálna banka alebo regulátory poisťovníctva pod ministerstvom financií (Sagan & Thomson, 2016a). V ojedinelých prípadoch sa na regulácii podieľa aj ministerstvo zdravotníctva alebo iný orgán zdravotnej starostlivosti. Takýmto príkladom je aj Slovensko kde sa okrem Národnej Banky Slovenska do regulácie zapája aj Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (Pažitný & Balík, 2016). Je tiež potrebné spomenúť náhradné dobrovoľné poistenie (Nemecko), ktoré je primárnym zdravotným poistením pre časť obyvateľstva a z tohto dôvodu podlieha aj silnejšej regulácii odlišnej od ostatných druhov komerčného poistenia (Calcoen et al. 2017).

Najkomplexnejšiu reguláciu majú spomedzi európskych krajín štáty s najrozvinutejším trhom ako napr. Nemecko, Francúzsko, Írsko. Úlohou takejto regulácie býva snaha zabezpečiť, aby pripoistenie bolo pre ľudí dostupné (aj cenovo) a existovala finančná ochrana pred vysokými nákladmi. Ostatné krajiny majú len minimálnu reguláciu, ktorá napr. obmedzuje typ subjektov s povolením ponúkať pripoistenie (Lotyšsko, Maďarsko). V Bulharsku existuje ojedinelá regulácia, keď vláda vyžaduje predchádzajúce schválenie balíka a poisťného (Thomson, 2010).

Národná legislatíva musí prihliadať na existujúce európske smernice (napr. Európska smernica o poistení). V minulosti sa vyskytlo niekoľko prípadov (Slovinsko/2012, Belgicko/2013) v ktorých Európsky súdny dvor rozhodoval o primeranosti národnej politiky (Calcoen, 2017).



## Riziká spojené s existenciou dobrovoľného pripoistenia v zdravotnom systéme

V kontexte prepojenia s univerzálnym poistením je potrebné spomenúť často uvádzaný negatívny efekt doplnkového pripoistenia na celkový zdravotný systém. Nakoľko dobrovoľné pripoistenie prináša výhody primárne svojim členom, posilňuje sa **efekt dvojtriedneho systému**, v ktorom ľudia s uzatvorením pripoistením majú lepší prístup k zdravotnej starostlivosti vrátane súkromných zdravotníckych služieb (Mathauer & Kutzin, 2018).

Negatívne vnímaný je tiež vplyv pripoistenia na pokrok pri plnení cieľa Svetovej zdravotníckej organizácie, ktorým je **dosiahnutie univerzálného zdravotného pokrytia (UZP)**. Podľa tvrdení WHO je možné pozorovať, že v systémoch v ktorých narastá úloha doplnkového poistenia možno zvyčajne pozorovať škodlivý vplyv na pokrok smerom k UZP. Toto je obzvlášť problematické v rozvojových krajinách, kde časť obyvateľstva nebýva krytá poistením. Po etablovaní dobrovoľného komerčného poistenia kryjúceho predovšetkým bohatšiu časť populácie v krajine často nastáva problém politicky presadiť rozširovanie poistenia verejného na ďalšie skupiny prevažne chudobnejšieho obyvateľstva smerom k UZP (Jowett & Kutzin, 2015).

Vnímaním problémom je aj **“brain drain“**, čiže odliv zdravotníkov z verejného sektora do privátneho (Mathauer & Kutzin, 2018). Napr. v Rakúsku dnes už množstvo lekárov opustilo verejný systém (aj kvôli náročnosti administratívy) a fungujú privátne na koncepte priamych platieb, ktoré si pacienti nechávajú preplatiť z dobrovoľného pripoistenia (napr. cez tzv. Wahlarztversicherung).

Pri dobrovoľnom pripoistení sú tiež typické **vysoké administratívne a transakčné náklady**. V neposlednom rade sú častým bodom kritiky **explicitné a implicitné verejné dotácie** pre dobrovoľné pripoistenia, ktoré môžu viesť k zväčšujúcim sa nerovnostiam. Príkladom je úhrada zamestnaneckého pripoistenia pre štátnych zamestnancov z verejných zdrojov s efektom väčšieho podielu výdavkov na bohatých.





### 3. Náhradné komerčné poistenie

V krajinách v ktorých verejné zdravotné poistenie z rozličných dôvodov nepokrýva úplne celú populáciu vzniká priestor na to, aby sa rozvinul trh s náhradným komerčným poistením. Tento typ poistenia vznikol ako riešenie problému inkluzívnosti verejného systému. Medzi krajiny EÚ, v ktorých v určitej forme náhradné komerčné poistenie reálne funguje patria Nemecko, Španielsko, Cyprus, Česko, Rakúsko, Island, Slovinsko a Estónsko (Sagan & Thomson 2016a, 2016b). Vo všeobecnosti ide skôr o malé resp. veľmi malé trhy (počtom poistencov aj objemom vybraných prostriedkov z poistného) a hoci presné počty poistencov nie sú pre všetky krajiny známe, pravdepodobne ide o menej ako jedno percento populácie. Viac ako 1% majú len Cyprus, Španielsko a najmä Nemecko, ktoré môže slúžiť ako príklad fungujúceho rozvinutého trhu (príklad dobrej praxe).

Je nutné zdôrazniť, že existencia samotnej medzery v pokrytí ZP nie je automaticky zárukou toho, že tento typ poistenia bude v krajine v menšej či väčšej miere fungovať. Príkladom krajín kde takýto trh nevznikol sú dve krajiny EÚ s najväčšou medzerou v pokrytí, menovite Rumunsko 11% a Bulharsko 14,8% (OECD, údaj je z 2020). V oboch krajinách totiž žije pomerne veľká skupina ľudí, ktorá síce nie je zákonom vylúčená z verejnej schémy ZP, ale reálne krytá zdravotným poistením nie je. Ide o ľudí ktorí buď vôbec nie sú registrovaní v sociálnom systéme (napr. rómske komunity bez dokladov), alebo registrovaní sú, avšak kvôli neschopnosti platiť si odvody strácajú prístup k plnému rozsahu základného balíka ZS (urgentná a život ohrozujúca ZS je poskytnutá všetkým). Uvedené skupiny obyvateľov patria medzi chudobnejšiu časť obyvateľstva, ktorá si pochopiteľne privátne poistenie nemôže dovoliť, štát im v tomto ani nepodáva pomocnú ruku.

#### Hlavné príčiny vedúce k vzniku trhu s náhradným komerčným poistením

Z preštudovaných príkladov fungujúceho náhradného komerčného poistenia v jednotlivých krajinách EÚ usudzujeme, že vznik medzery v inkluzívnosti verejného systému a následné vytvorenie trhu náhradného komerčného poistenia má nasledovné príčiny. Jednak ide o **vylúčenie z verejného systému ZP pre cudzincov pochádzajúcich z krajín mimo EÚ**, ktorí však zároveň majú v niektorých krajinách zákonnú povinnosť kúpiť si súkromné ZP (Česko, Cyprus), resp. im túto možnosť vláda ponúka (Island, Estónsko), alebo môžu získať povolenie na pobyt len v prípade preukázania sa nejakou formou ZP (Slovinsko). V niektorých krajinách Európy zase existuje **opt-out možnosť** pre vybrané skupiny pracovníkov (Rakúsko, Španielsko) resp. aj pre bohatších obyvateľov (Nemecko).

V **Rakúsku** napríklad náhradné komerčné poistenie zaujíma len niektoré **skupiny pracovníkov** (lekári, lekárnici, právnici, notári, v nemčine ide o skupinu nazývanú Freiberufler), ktoré po roku 2000 zákonnou formou **získali možnosť vystúpiť zo systému verejného zdravotného poistenia pod podmienkou nákupu komerčného poistenia**. Stále majú povinnosť byť zdravotne poistení, avšak majú tiež možnosť výberu komerčného



poistenia (Österreichische Sozialversicherung, 2018). V skutočnosti nie všetci oprávnení túto možnosť aj využívajú, celkovo až 99,9% rakúskeho obyvateľstva je vo verejnom systéme.

V ponuke majú Freiberufler až tri nasledovné možnosti poistenia (SVS, 2023).

- Samopoistenie podľa Zákona o živnostenskom sociálnom poistení (§ 14a GSVG)
- Samopoistenie podľa Zákona o všeobecnom sociálnom poistení (§ 16 ASVG)
- privátne skupinové poistenie pre danú profesijnú skupinu

V prípade Rakúska je teda vznik trhu náhradného komerčného pripoistenia “podporený” legislatívou, ktorá umožňuje časti populácie vystúpiť z verejného systému a zároveň prikazuje, že všetci musia byť poistení. Štát v tomto prípade reguluje aj to, kto môže mať náhradné poistenie nakoľko definuje povolanie poistenca (len zákonom stanovené profesie) a navyše s mnohými ďalšími obmedzeniami (napr. pri penzistoch alebo pri práci pod určitú hranicu tzv. geringfügige Beschäftigung táto možnosť ani neexistuje).

Podobne v **Španielsku** (systém financovaný z daní) získala vybraná skupina pracujúcich možnosť vystúpiť z verejného systému. V tomto prípade majú štátni zamestnanci právo rozhodnúť sa, či pre nich zdravotnú starostlivosť zakúpia iné subjekty ako štát. Jednou z možností je napríklad Podielový fond pre štátnych zamestnancov. Špeciálnosť toho prístupu spočíva v tom, že takto poistení štátni zamestnanci primárne využívajú starostlivosť súkromných poskytovateľov ZS a preukazujú sa špeciálnou zdravotnou kartičkou. Podľa dostupných štatistík sa pre túto alternatívu rozhodlo v minulosti približne 2 milióny ľudí. (Sagan & Thomson, 2016b).

Úplne odlišná skupina záujemcov o náhradné komerčné poistenie vznikla v susednej **Českej republike**. Tento typ poistenia sa týka **cudzincov bez trvalého pobytu z krajín mimo EÚ** (primárne ide o ľudí z Ukrajiny, Ruska a Vietnamu), ktorí sú napríklad nezamestnaní, študenti. Táto skupina obyvateľstva je vylúčená z verejného systému ZP, avšak zároveň existuje zákonná požiadavka, aby si cudzinci z krajín mimo EÚ zakúpili súkromné poistenie.

Náhradné komerčné poistenie existuje v ČR už od roku 1993 keď vznikol poistný produkt zmluvného zdravotného poistenia migrantov v ponuke Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VZP). Poistenie migrantov prechádzalo postupom času rozličnými zmenami, ktoré súviseli jednak so vstupom ČR do EÚ a jednak so vznikom konkurencie potom, ako poistenie začali ponúkať rozličné poisťovne. Kľúčovým zákonom je v tomto prípade Zákon č. 326/1999 o pobyte cizinců na území České republiky (Dobiášová, 2016). Za zmienku tiež stoja bilaterálne dohody s rozličnými krajinami, ktoré v niektorých prípadoch upravujú vstup ich obyvateľov do verejného zdravotného systému.

V súčasnosti majú migranti možnosť vybrať si z ponuky viacerých poisťovní (nielen zdravotných ale napr. aj AXA, Uniqua, Slavia), ktoré ponúkajú zmluvné komerčné poistenie, pričom prevládajú dva základné typy. Základné krátkodobé poistenie cudzincov, ktoré zodpovedá platnej legislatíve pre pobyt cudzincov v ČR do 90 dní a komplexné poistenie



cudzincov nad 90 dní. Na trhu sa už objavili aj prémiové plány, napr. od Pojišťovny VZP, a.s. Plán Exclusive, ktorý je svojim rozsahom zhodný s verejným zdravotným poistením. Oficiálne neexistuje žiadne obmedzenie na nákup súkromného zdravotného poistenia pre zdravotne postihnutých alebo starších ľudí. Neoficiálne dôkazy však naznačujú, že vysoko rizikovní migranti a migranti nad 65 rokov môžu mať problémy so získaním súkromného krytia (Sagan & Thomson, 2016b). Nakoľko privátne pripoistenie je zákonnou podmienkou pre udelenie povolenia na dlhodobý pobyt a je kontrolované, vzniká po ňom dopyt v tejto skupine obyvateľov ČR.

Podobne ako v ČR aj v **Estónsku** pochádza časť záujemcov o náhradné komerčné poistenie zo skupiny cudzincov, ktorí potrebujú povolenie na prechodný pobyt alebo vízum (obyvatelia z krajiny mimo EÚ). Títo môžu uzatvoriť zmluvné komerčné poistenie s poisťovňou ERGO, ktorá najnovšie ponúka balík služieb MAXI. Balík síce nezodpovedá celkom rozsahu základného balíka služieb, avšak pokrýva pomerne širokú škálu zdravotnej starostlivosti vrátane vakcinácie (ERGO, 2017).

Možnosť uzatvoriť náhradné komerčné poistenie je tiež ponúknutá Estónskym zdravotným fondom všetkým tým, ktorí nespádajú pod schému verejného zákonného zdravotného poistenia, avšak spĺňajú nasledovné dve podmienky. 1) trvalý alebo prechodný pobyt a 2) poistenie aspoň 12 mesiacov počas obdobia dvoch rokov pred podpisom zmluvného komerčného poistenia (môže ísť o poistenie pre zamestnanca, notára, súdneho prekladateľa alebo súdneho exekútora, žiaka alebo študenta, živnostníka alebo jeho partnera podieľajúceho na ich činnosti a tiež poistenca štátu. Dobrovoľné náhradné poistenie môžu mať aj osoby poberajúce zahraničný dôchodok (pokiaľ medzinárodné zmluvy neustanovujú inak) (Tervisekassa, 2023). Podľa publikácie z 2016 sa celkový počet poistencov s náhradným ZP pohyboval do 1000 v celom Estónsku (Sagan & Thomson, 2016b).

Aj na **Islande** sa problém inkluzívnosti verejného systému ZP do ktorého sa nedostanú ľudia bez rezidencie (je možné ju získať po 6 mesiacoch) rieši kúpou náhradného komerčného poistenia (Sagan & Thomson, 2016b). V tomto prípade však štát zákonom nevyžaduje nákup dobrovoľného poistenia, len odporúča zakúpiť si ho počas čakacej doby 6 mesiacov od registrácie pobytu. Po uplynutí čakacej doby už nie je krytie týmto typom poistenia potrebné a nový rezident prechádza do verejného systému (Digital Island, 2023).

Rozdielnosti v uvedených príkladoch európskych krajín potvrdzujú tvrdenie, **že jednotlivé trhy náhradného komerčného poistenia sú špecifické, rozvinuté v kontexte celkovej zdravotnej politiky štátu, ale aj v kontexte ďalších sociálnych či ekonomických otázok.** Rozhodujúcim faktorom vzniku trhu s náhradným komerčným poistením sa javí byť určitá forma podpora jeho existencie aj zo strany štátu.

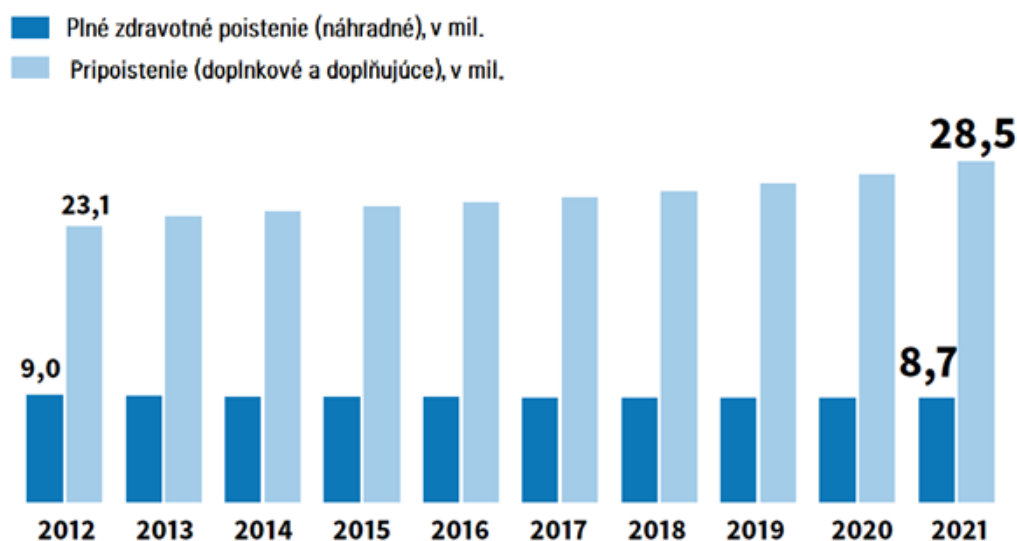


## Príklad dobrej praxe - Nemecko

Nemecko má okrem robustného verejného systému aj silne rozvinutý komerčný trh zdravotného poistenia. Podľa štatistiky zverejnenej Asociáciou súkromných zdravotných poisťovní v 2022 (PKV, 2022) je zrejme, že komerčné zdravotné poistenie je v Nemecku mohutným pilierom zdravotníctva a je hlboko zakorenené v spoločnosti. Dokazuje to najmä počet obyvateľov, ktorí majú uzatvorenú nejakú formu komerčného poistenia. V 2021 išlo celkovo až 37,2 mil. obyvateľov z celkovej populácie 83,2 miliónov, ktorí za poistné celkovo zaplatili 45,4 miliárd eur.

Čo sa týka jednotlivých foriem komerčného poistenia počtom poistencov dominuje síce doplnkové a doplňujúce pripoistenie, náhradné zdravotné poistenie s 8,7 milióna obyvateľov v 2021 (graf 5) však vôbec nie je zanedbateľné a týka sa až 10,4% obyvateľstva, ktorí dokopy ročne platia poistné v celkovej výške 30,1 miliárd eur (PKV, 2022).

Graf 5: Vývoj počtu poistencov komerčného zdravotného poistenia, Nemecko 2012-2021



Zdroj: PKV, 2022

Ako je z grafu viditeľné, náhradné komerčné poistenie má v posledných rokoch mierne klesajúcu tendenciu. Počet poistencov klesol z 9 miliónov v 2012 na 8,7 milióna v 2021. Jedným z faktorov tohto trendu sa javí byť klesajúca politická podpora tejto formy zdravotného poistenia. Zatiaľ čo ľavicoví politici dlhodobo poukazujú na narušenie princípu spravodlivosti a zhoršujúcu sa finančnú udržateľnosť zákonnej schémy po rozvinutí trhu náhradného poistenia, po novom sa kritické hlasy ozývajú aj u pravicových politikov (segmentácia rizika, finančná neudržateľnosť verejnej schémy) (Sagan & Thomson, 2016b).



Podobne ako Rakúsko a Španielsko aj Nemecko ponúka niektorým skupinám obyvateľov možnosť rozhodnúť sa o neuzatvorení povinného poistenia. Táto možnosť bola v minulosti zamýšľaná pre najbohatších Nemcov a samostatne zárobkovo činných obyvateľov, ktorým štát udelil právo opustiť systém povinného ZP s možnosťou kúpy súkromného poistenia. Ako sa však zvyšoval počet samostatne zárobkovo činných ľudí s nižším príjmom vstupujúcich do súkromného systému ZP, vláda sa rozhodla zaviesť zákonnú povinnosť zdravotného poistenia pre všetkých občanov (v platnosti od 2009). Vybraným skupinám osôb však vláda naďalej ponechala možnosť namiesto verejného zdravotného poistenia kúpiť si privátne náhradné komerčné poistenie (Sagan & Thomson, 2016b).

Súkromne sa poistiť teraz môžu len tí, ktorí nepodliehajú povinnému poisteniu. Ide o živnostníkov, štátnych zamestnancov, študentov (za určitých podmienok) a všetkých zamestnancov s platom nad hranicu povinného poistenia (v 2023 je hranica príjmu 66 600 eur). Živnostníci aj štátni zamestnanci majú túto možnosť bez ohľadu na výšku príjmu.

Samotné rozhodnutie prestúpiť z verejného systému do súkromného poistenia je pri splnení vyššie uvedených podmienok individuálne, pričom stojí na zvážení viacerých faktorov.

- 1) **Zdravotný stav poistenca.** Pri zlom zdravotnom stave je prestup menej pravdepodobný lebo súkromné poistenie by mohlo byť veľmi drahé.
- 2) **Vek poistenca.** S vekom rastie výška poistného pri súkromnom poistení. Zároveň ak ide o študentov, ktorí neprekročia určitú výšku zárobku, tak do 30. roku majú právo požiadať o zníženu výšku poistného vo verejnom systéme.
- 3) **Možnosť pripoistenia.** Študenti do 25 rokov majú právo byť zadarmo pripoistení na rodičov, ktorí sú vo verejnom systéme ZP (zárobok max. 485 Eur mesačne).
- 4) **Výška príjmu.** Verejný systém je postavený na odvodoch, ktoré sa kalkulujú z výšky príjmu. Mesačne ide o základný odvod vo výške 14,6%<sup>1</sup> (časť hradí zamestnávateľ) z brutto príjmu a to až do výšky príjmu 4.987,5 Eur mesačne. Nad túto hranicu sa už výška základného odvodu nemení a je vo výške max. 728,5 Eur (14,6% z 4.987,50 Eur). Výšku odvodov vypočítanú z príjmu vo verejnom systéme si záujemcovia musia porovnať s ponukou poisťovne za náhradné poistenie.
- 5) **Rodinný príslušníci** (pripoistené deti či partner). Verejné zdravotné poistenie má možnosť pripoistenia rodinných príslušníkov, pri súkromnom poistení sú tieto osoby počítané zvlášť (hoci existovať môžu zvýhodnené sadzby pri krytí celej rodiny, nejde ale o možnosť bezplatného pripoistenia).
- 6) **Výhody plynúce z postavenia privátneho poistenca.** Podľa niektorých autorov (Lüngen et al., 2008, Schwierz et al., 2011) majú poistenci s náhradným poistením výhodnejšie podmienky pri čerpaní zdravotnej starostlivosti (kratšie čakacie doby)

<sup>1</sup> Základný odvod (14,6%) počítaný z výšky príjmu môže mať aj nižšiu hodnotu (existuje viacero výnimiek). Okrem základného odvodu existuje v Nemecku aj dodatočný odvod (tzv. Zusatzbeitrag), ktorý si jednotlivé poisťovne predávajúce povinné zdravotné poisťovne stanovujú individuálne. Pohybuje sa od cca 1-2% a je konkurenčným nástrojom v rukách poisťovní nakoľko ovplyvňuje výšku poistného.

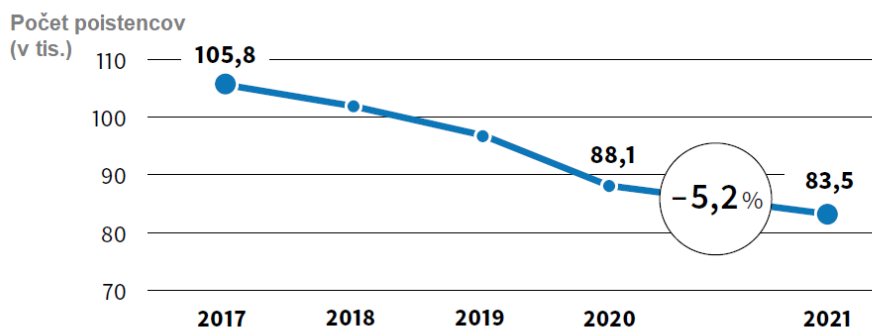


ktoré súvisia s faktom, že výška úhrady poskytovateľovi ZS nie je regulovaná ako pri verejnej schéme.

Prestup medzi systémami je silne regulovaný, aby sa zabránilo zneužívaniu. Zatiaľ čo odvody vo verejnom systéme sú založené na zárobku, pri súkromnom zdravotnom poistení sa odvod vypočítava podľa skutočného rizika (vek, zdravotný stav) a zvoleného rozsahu poistného krytia. Uvedené nastavenie výpočtu odvodov podporuje tendenciu ostávať v schéme privátneho poistenia v mladšom a produktívnom veku (nízka rizikovosť mladších, menej chorých poistencov) a vo vyššom veku keď sa privátne poistenie predražuje sa presunúť do verejného systému. Zabrániť prílevu starších, nákladnejších poistencov spať do verejného systému sa vláda snaží reguláciou. Zaviedla preto vekovú hranicu 55 rokov po prekročení ktorej je návrat do verejného systému veľmi oklieštený (Krankenkassen, 2023). Návrat je možný v podstate len pre tých, ktorí boli v nedávnej minulosti (2,5 resp. 5 rokov) súčasťou nemeckého verejného systému ZP, vstupujú do nemeckého systému potom, ako boli dočasne poistení v inom členskom štáte, alebo prestúpia cez svojho partnera/dieťa (rodinné poistenie, so stanovenou hranicou zárobku na veľmi nízkej úrovni okolo 400 eur mesačne) (CP-finanz, 2023).

Nakoľko prechod späť do verejného systému je komplikovaný a s vekom poistenca výška poistného rastie, stáva sa pomerne často, že poistenci nie sú naďalej schopní hradiť svoje zdravotné odvody. V takomto prípade sa v prvom kroku môžu obrátiť na poisťovňu s požiadavkou na zmenu tarifu. Tá musí poistencovi ponúknuť tzv. základný balíček, ktorý garantuje minimálne takú poistnú ochranu, akú má verejný systém ZP. V prípade, že poistenc ani v tomto prípade nie je schopný ďalej hradiť včas svoje záväzky, môže požiadať o núdzovú sadzbu (v nemčine Notlagentarif), ktorá garantuje len minimálne poistné krytie. Táto inšancia bola zavedená v 2013 ako reakcia na zvyšujúci sa počet ľudí, ktorí neboli schopní ďalej platiť privátne poistenie ale nemohli si už privátne poistenie odhlásiť. V 2021 bol počet poistencov s takouto sadzbou 83 500 (graf 6) (PKV 2022).

Graf 6: Počet poistencov s núdzovou sadzbou, Nemecko 2017-2021

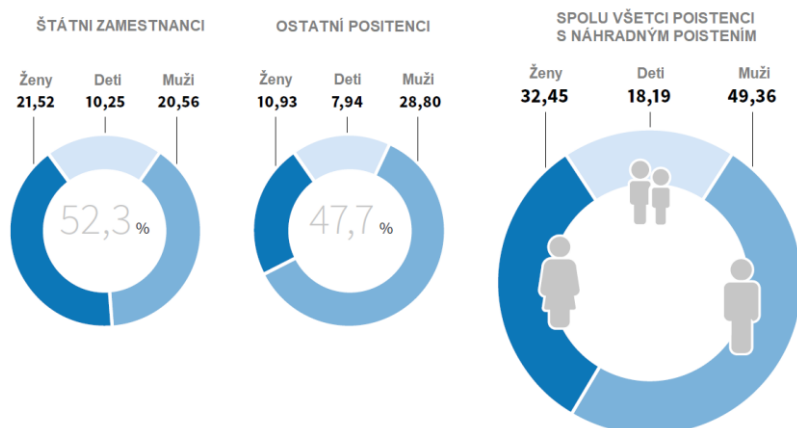


Zdroj: PKV, 2022



Za zmienku stojí napríklad aj finančná pomoc (individuálne príspevky), ktorú môžu získať štátni zamestnanci a ich rodinní príslušníci s uzatvoreným privátnym poistením od svojho zamestnávateľa v prípade, že dôjde k poistnej udalosti. O výške tohto príspevku rozhoduje individuálne každá spolková krajina. Spravidla platia tieto sadzby dotácií: 50 % pre štátnych zamestnancov, 70 % pre manželov a 80 % pre deti.

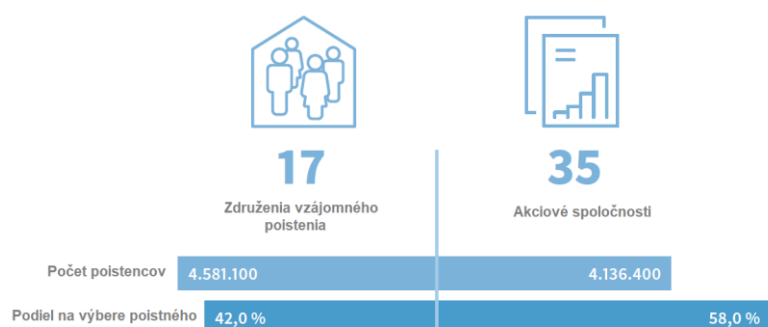
Graf 7: Poistný trh v Nemecku – poisťovne na trhu náhradného poistenia



Zdroj: PKV, 2022

Trh náhradného komerčného poistenia je v Nemecku rozvinutý. Možnosť plného poistenia ponúka veľký počet poisťovní (graf 8), ktoré majú buď formu akciovej spoločnosti (v 2021 ich bolo pri tomto type poistenia aktívnych 35 a pokrývali 4 581 000 poistencov) alebo formu tzv. združenia vzájomného poistenia (v nemčine Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, v 2021 ich bolo 17 aktívnych). Ide o špecifickú právnu formu poisťovní (existuje aj v Rakúsku, či Lichtenštajnsku), v ktorej sú samotní poistenci jej členmi resp. majiteľmi ktorým sa vyplácajú dividendy alebo zľava z poistného. Táto právna forma funguje na princípe, že všetky platby poistného sú investované a z potencionálnych výnosov sa hradia poistné udalosti (PKV, 2022).

Graf 8: Poistný trh v Nemecku – poisťovne na trhu náhradného poistenia



Zdroj: PKV, 2022



#### 4. Doplnujúce komerčné pripoistenie kryjúce užívateľské poplatky

Ďalším typom pripoistenia je doplnujúce komerčné pripoistenie slúžiace na krytie užívateľských poplatkov, ktoré poskytovatelia ZS požadujú od pacientov. Na rozdiel od náhradného komerčného poistenia, tento typ pripoistenia nenahrádza povinné verejné zdravotné poistenie, ale funguje paralelne s ním. **Slúži na krytie výdavkov, ktoré sú pacienti povinní zaplatiť pri čerpaní zdravotnej starostlivosti a zároveň nie sú kryté z verejného systému zdravotného poistenia.** V praxi sa tento typ pripoistenia často predáva spolu s krytím služieb, ktoré nie sú súčasťou základného balíka.

Pod pojem užívateľské poplatky spadajú rôzne poplatky (za ZS zdravotnícke výkony, lieky, pomôcky, materiál atď.) účtované poskytovateľmi ZS, ale tiež spoluúčasť pacienta. Ich platbou sa pacienti priamou formou spolupodieľajú na financovaní zdravotného systému a sú vedení k zodpovednému využívaniu jeho zdrojov. Užívateľské poplatky však môžu vytvárať aj finančné prekážky v prístupe k ZS, a to najmä pre osoby s nízkym príjmom alebo chronickými zdravotnými problémami. Na vyriešenie tohto problému niektoré krajiny EÚ zaviedli politiky na zníženie alebo odstránenie užívateľských poplatkov pre ohrozené skupiny obyvateľov. Iné krajiny sa zase rozhodli podporiť rozvoj komerčného pripoistenia.

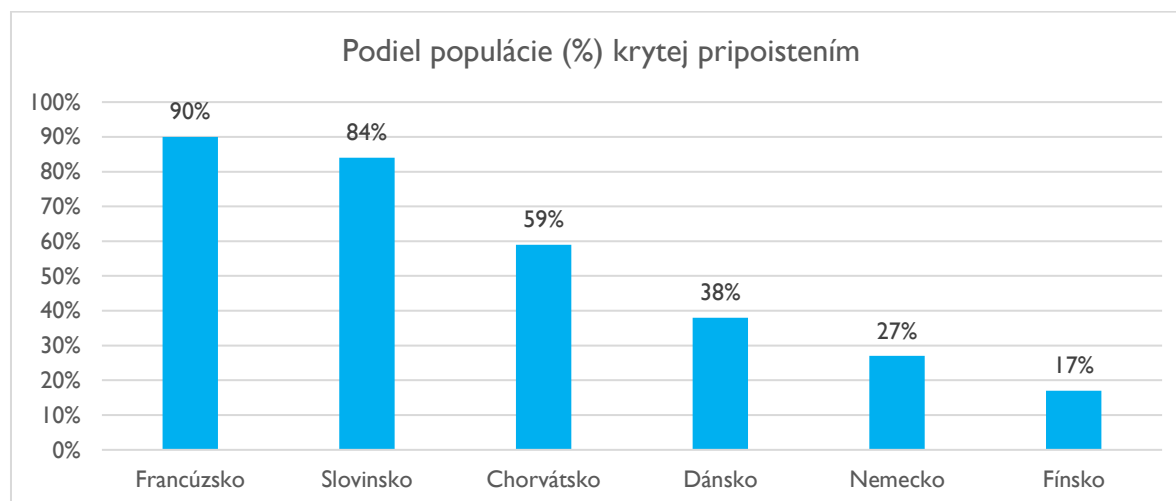
Cieľom doplnujúceho pripoistenia je primárne zabezpečiť, aby jednotlivci mali prístup k potrebnej lekárskej starostlivosti bez obáv z finančného bremena, ktoré vyplýva z potreby platenia vysokých užívateľských poplatkov z vlastného vrečka. Poskytnutím dodatočného krytia nad rámec základného zdravotného poistenia môže doplnkové zdravotné poistenie pomôcť zlepšiť prístup k ZS a znížiť finančné prekážky pri čerpaní ZS. Práve z tohto dôvodu je v niektorých krajinách nákup pripoistenia aj finančne podporovaný alebo daňovo zvýhodnený.

Podľa Sagan a Thomson (2016a) existuje v EÚ celkovo 14 krajín, v ktorých sa vytvoril trh komerčného poistenia kryjúci užívateľské poplatky. Menovite ide o krajiny Bulharsko, Chorvátsko, Dánsko, Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Taliansko, Lotyšsko, Nemecko, Poľsko, Portugalsko, Rumunsko, Slovinsko a Švédsko. Napriek pomerne veľkému počtu krajín, v skutočnosti len v prípade troch je trh natoľko významný, že jeho podiel na celkových výdavkoch v zdravotnom systéme presahuje 5%. Ide o Francúzsko, Slovinsko a Chorvátsko, ktoré majú touto formou pripoistenia krytý významný podiel populácie (graf 9). Menšie trhy s významnejším počtom poistencov existujú aj v Dánsku, Nemecku a Fínsku.





Graf 9: Podiel populácie (%) pokrytej doplnujúcim pripoistením (užívateľské poplatky)



Zdroj: Sagan a Thomson (2016a), dáta za rok 2014

Najčastejšie sú pripoistením kryté stomatologické výkony. Druhou veľkou skupinou sú lieky na predpis a tretiou ambulantné návštevy lekárov (tabuľka 4).

Tabuľka 4: Oblasti ZS s užívateľskými poplatkami kryté komerčným pripoistením

Krajina	Oblasti ZS s užívateľskými poplatkami, ktoré bývajú kryté pripoistením
Bulharsko	stomatologické výkony, lieky na predpis, zdravotnícke pomôcky
Chorvátsko	takmer všetky verejným systémom hrazené služby ZS
Dánsko	lieky na predpis
Estónsko	stomatologické výkony, ZS poskytnutá po nehode, zdravotnícke pomôcky
Fínsko	lieky na predpis
Francúzsko	väčšina ZS vrátane liekov, zdravotníckych pomôcok
Lotyšsko	nie je uvedené
Nemecko	ambulantná starostlivosť, denné peňažné dávky za hospitalizáciu
Poľsko	niektoré nevrátené lieky, stomatologické výkony, nadštandardné zákroky a liečebné kurzy
Portugalsko	lieky na predpis
Rumunsko	nie je uvedené
Slovinsko	takmer všetky verejným systémom hrazené služby ZS
Švédsko	ambulantné návštevy u lekára a lieky na predpis
Taliansko	lieky na predpis

Zdroj: Sagan a Thomson, 2016a



Tri najväčšie trhy vznikli v krajinách, v ktorých sú užívateľské poplatky absolútne bežnou praxou a vzťahujú sa na takmer všetky verejne financované zdravotnícke služby (vrátane nemocničnej starostlivosti!). **Vznik trhu s pripoistením je tu jasnou odpoveďou na riešenie nedostatkov v hĺbke pokrytia verejným systémom ZP.**

Na rozdiel od Slovenska, kde sú užívateľské poplatky síce realitou (napr. doplatky na lieky) ale ideologicky zaznávanou, viaceré európske krajiny ich otvorene využívajú na spolufinancovanie zdravotného systému a kontrolu spotreby ZS. Zdravotné politiky verejného systému ZP v tejto oblasti sa v každej členskej krajine vyvíjali odlišne a tak platí, že aj vzniknuté trhy komerčného pripoistenia sú špecifické. Svoju úlohu tu zohrávajú najmä politická ideológia, schopnosti rôznych stakeholderov presadzovať svoje záujmy resp. politikov vplyvať na formovanie trhu (Sagan & Thomson, 2016a).

Za najprepracovanejší i keď pomerne špecifický trh možno označiť francúzsky, ktorý podrobnejšie rozoberáme v tejto podkapitole. Nemenej zaujímavé sú trhy Slovinska a Chorvátska, ktoré sú možno v niektorých aspektoch bližšie nášmu trhu. Všetky tri krajiny ako jediné v EÚ zhodne uplatňujú **užívateľské poplatky aj na ústavnú starostlivosť**, čo sa javí byť **jedným zo zásadných faktorov rozvoja tohto trhu**. Druhým faktorom je **určitá forma podpory zo strany štátu**.

V **Slovinsku** je výber užívateľských poplatkov bežnou súčasťou poskytovania ZS aplikovanou na všetky oblasti ZS. Výnimku majú iba deti a študenti do 26 rokov, ktorí sú oslobodení od ich platenia. Dokonca ani chronicky chorí ľudia nie sú od poplatkov oslobodení, na výšku poplatku ani neexistuje strop (Albreht et al. 2022). Výška užívateľských poplatkov sa odvíja od ceny poskytovanej ZS, pretože sa stanovuje ako percentuálna spoluúčasť (v rozmedzí od 5 po 90%).

Nielen vysoká úroveň spoluúčasti a snaha ochrániť sa pred bremenom veľkej finančnej záťaže (najmä v prípade hospitalizácií) sa stali hlavnou hybnou silou uzatvárania privátneho pripoistenia. V Slovinsku navyše v rokoch 2005-2021 existoval systém pokút pre tých, ktorí si pripoistenie nekúpili (Albreht et al. 2021). Pokuty boli zrušené, ale vysoké percento obyvateľstva má aj naďalej zakúpené privátne pripoistenie u jednej z troch spoločností, menovite Vzajemna, Generali a Triglav zdravje. Výška prémie je paušálna a pre všetkých v rámci poisťovne rovnaká, v pozadí preto musí fungovať systém kompenzácií (prerozdeľovanie). Mesačné poisťné bolo v roku 2021 v priemere 34 eur (Albreht et al. 2022).

Taktiež poskytovanie ZS v **Chorvátsku** podlieha platbám užívateľských poplatkov. Platia sa pri návšteve lekárov (približne 1,3 eur u všeobecného lekára a 2,6 eur u špecialistu), pri pobyte v nemocnici (prvých 30 dní po 6,6 eur denne) či ako spoluúčasť pri liekoch či pomôckach (preventívna starostlivosť ani pohotovosť sú bez). Na rozdiel od Slovinska, oslobodené od platenia užívateľských poplatkov sú nielen deti, ale aj tehotné ženy a chronicky chorí ľudia.

Časť obyvateľstva, ktorá oslobodená nie je, sa spolieha na privátne pripoistenie. Pre tých, ktorí si pripoistenie nevedia dovoliť, ponúka pomoc štát (vrátane ľudí s telesným alebo mentálnym postihnutím, darcov orgánov a ľudí s nízkym ročným príjmom).



## Príklad dobrej praxe – Francúzsko

**Doplňkové zdravotné poistenie je dôležitou súčasťou systému zdravotnej starostlivosti vo Francúzsku.** Poskytuje dodatočné krytie nákladov na zdravotnú starostlivosť, ktoré nie sú hradené z povinného Národného plánu zdravotného poistenia (nazývaného „Sécurité Sociale“). Pripoistenie krytia užívateľských poplatkov je súčasťou každej uzatvorenej zmluvy o privátom pripoistení a možno ho považovať za dominantný typ pripoistenia vo Francúzsku.

**Vytvorenie silného trhu pripoistenia je výsledkom dlhodobého procesu, ktorí začal poklesom verejného financovania ZS a presunom finančného bremena smerom na pacienta.** Užívateľské poplatky začali postupne rásť vo všetkých oblastiach poskytovania ZS. Napríklad verejné financovanie ambulantnej starostlivosti kleslo zo 77% v roku 1980 na 63% v roku 2010 (Fenina, Le Garrec & Koubi, 2011). V rokoch 1980 až 2008 vzrástla tiež ročná hotovostná platba (OOP) na osobu z 217 EUR na 547 EUR (Perronnin, Pierre, Rochereau, 2011). Nárast poplatkov pokračoval aj v nemocniciach po roku 2010. Podľa správy MZ z roku 2018 sa priemerná spoluúčasť za pobyt v nemocnici zvýšila zo 17 eur v roku 2010 na 21 eur v roku 2016, čo predstavuje nárast o takmer 24% za šesť rokov.

Za pokračujúcim trendom presunu nákladov na zdravotnú starostlivosť zo zákonného systému na domácnosti je v poslednom období niekoľko nasledovných faktorov:

- **Rastúce náklady na ZS** dotlačili verejný systém k hľadaniu spôsobov, ako znížiť výdavky. Súčasťou riešenia sa stal aj presun časti záťaže na domácnosti.
- **Starnutie populácie** prinieslo väčší dopyt po zdravotníckych službách, najmä v prípade chronických ochorení, ktoré sú bežnejšie u starších dospelých. To zvýšilo tlak na systém zdravotnej starostlivosti a prispelo k potrebe nájsť spôsoby, ako znížiť náklady a zabrániť nadmernému využívaniu služieb.
- **Rozpočtové obmedzenia**, ktorým čelila Francúzska vláda v posledných rokoch sťažili úplné financovanie verejného systému. Viac sa tlačilo na úspornosť vo verejnom systéme a spoliehanie sa na doplnkové zdravotné poistenie, ktoré už v posledných rokoch bolo veľmi rozšírené.
- **Politické tlaky:** Francúzske zdravotníctvo bolo v posledných rokoch témou politických diskusií, pričom niektorí politici volali po reformách, ktoré by znížili celkové náklady na ZS a urobili systém udržateľnejším. To viedlo k väčšiemu zameraniu sa na hľadanie spôsobov znižovania nákladov.

S presunom nákladov zo zákonného systému na domácnosti postupne rástla úloha pripoistenia pri financovaní a zabezpečení prístupu k starostlivosti. Zatiaľ čo v roku 1960 trh pokrýval asi len 30% populácie; tento podiel vzrástol na 50% v roku 1970, 70% v roku 1980 a v roku 2013 dosiahol dnešných 95% (Couffinhal and Franc, 2020). Súčasný veľmi vysoký percento poistenej populácie svedčí nielen o jeho rozšírenosti, ale aj o jeho dobrej dostupnosti pre sociálne slabšie skupiny. Ide o výsledok dlhoročnej politiky tamojšej vlády, ktorá v roku 2000 zaviedla program Couverture maladie universelle. Tento program zdravotnej starostlivosti má cieľ zabezpečiť,

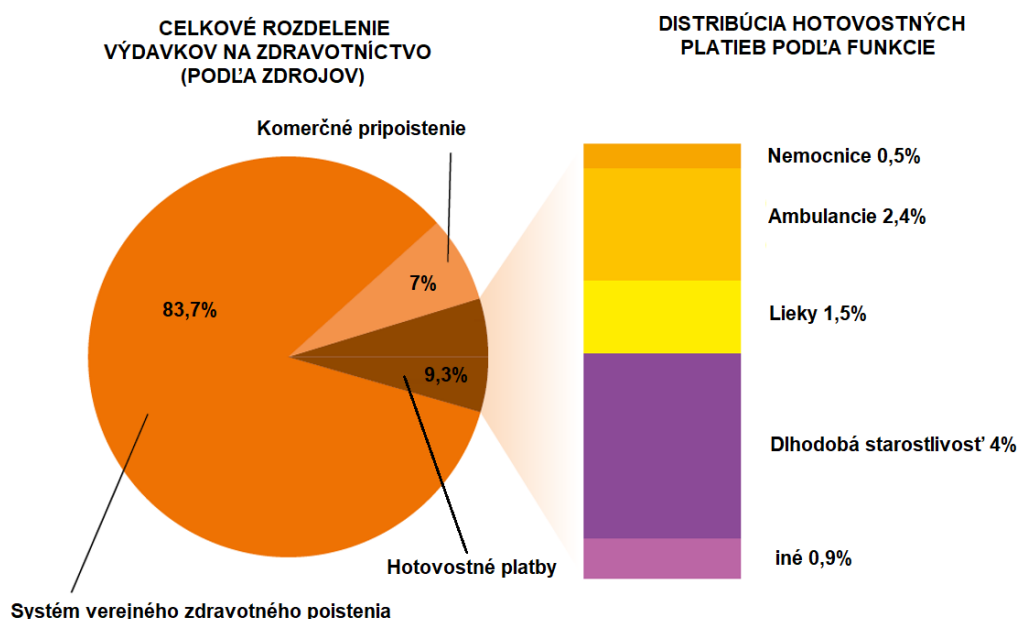


aby mal každý vo Francúzsku prístup k základným zdravotníckym službám bez ohľadu na jeho schopnosť platiť. Program spravovaný francúzskym Národným fondom zdravotného poistenia poskytuje **bezplatné doplňujúce pripoistenie na poplatky** pre jednotlivcov a rodiny, ktoré majú obmedzené finančné zdroje. V roku 2010 pokrýval 6% populácie.

Medzi ďalšie kroky podporujúce rast trhu pripoistenia patrilo zavedenie poukážok dotujúcich pripoistenie pre takmer chudobných (od roku 2006) a výhodný daňový režim pre podniky kupujúce skupinové zmluvy pre svojich zamestnancov. Zároveň oslobodenie pacientov s chronickými ochoreniami od užívateľských poplatkov (program Affections de longue durée hrađený z verejného systému) znížil podiel najchorľavejších pacientov pokrytých komerčným pripoistením a zvýšil ziskovosť tohto sektora (Sagan & Thomson, 2016b). V neposlednom rade vláda po roku 2021 umožnila pacientom s uzatvorenou zmluvou o pripoistení získať prístup ku komplexnému balíku výhod v oblasti očnej starostlivosti, načúvacích prístrojov a stomatologickej starostlivosti bez akejkoľvek formy spoluúčasti (OECD, 2021).

Výsledkom veľkej rozšírenosti pripoistenia je fakt, že Francúzi majú najnižší podiel platieb v hotovosti na zdravotníctvo spomedzi všetkých krajín EÚ (len 9,3 % v porovnaní s priemerom EÚ 15,4%, OECD, 2021), pretože väčšinu výdavkov na zdravotníctvo pokrývajú verejné a súkromné systémy zdravotného poistenia. Najväčší podiel hotovostných platieb ide do dlhodobej starostlivosti (graf 10), lieky ale aj nemocničný a ambulantný sektor sú lepšie kryté pripoistením.

Graf 10: Distribúcia hotovostných platieb, Francúzsko



Zdroj: OECD, 2021



Pripoistenie si v praxi kupujú tak jednotlivci ako aj firmy pre svojich zamestnancov. Podľa prieskumu z 2009 bolo 44% súkromne poistených osôb krytých skupinovými zmluvami (Garnero, 2012). Zatiaľ čo väčšina individuálnych zmlúv je dobrovoľná, skupinové zmluvy sú povinné pre všetkých zamestnancov a ponúkajú zvyčajne širšie pokrytie (Sagan & Thomson, 2016b). Od roku 2016 musia zamestnávateľia (bez ohľadu na veľkosť organizácie) svojim zamestnancom ponúkať možnosť pripoistenia užívateľských poplatkov. Cieľom tohto opatrenia bolo zlepšiť prístup k skupinovým zmluvám, o ktorých je známe, že sú výhodnejšie ako individuálne zmluvy (Sagan & Thomson, 2016a).

Vo Francúzsku je veľmi veľa poisťovní (cca 600, Gusmano et al. 2020), ktoré ponúkajú doplnkové zdravotné poistenie, trh je saturovaný. Nasledovných 10 veľkých poisťovní na trhu dominuje: AXA, Allianz, Groupama, AG2R La Mondiale, Malakoff Médéric, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Générale de la Fonction Publique, MGEN, Humanis, Cegema. Tieto spoločnosti ponúkajú celý rad poistných zmlúv s rôznymi úrovňami krytia a poistného, čo umožňuje spotrebiteľom vybrať si politiku, ktorá najlepšie vyhovuje ich potrebám a rozpočtu.

Čo sa týka právnej formy poisťovní, tak okrem klasických akciových spoločností ponúkajú komerčné pripoistenie aj vzájomné prospešné združenia (mutuelles de santé). Tieto majú vo Francúzsku dlhú tradíciu (fungujú od začiatku 19. storočia). Sú typom poisťovacej organizácie, ktorú vlastní a prevádzkujú jej členovia. Na rozdiel od tradičných poisťovacích spoločností, ktoré vlastní akcionári a snažia sa generovať zisky pre svojich investorov, vzájomné poisťovne vlastní ich poistenci a fungujú na neziskovom princípe. Ponúkajú celý rad poistných produktov vrátane zdravotného poistenia, životného poistenia a poistenia majetku a úrazov. Poistné sa vyberá od členov a používa sa na pokrytie nákladov vrátane administratívnych výdavkov. Jednou z kľúčových výhod vzájomných spoločností je, že často dokážu ponúkať poistenie za nižšie sadzby ako tradičné poisťovne. Medzi najväčšie patria Harmonie Mutuelle (cca 4 milióny členov), MGEN (viac ako 3 milióny ľudí), Malakoff Humanis (viac ako 3 milióny ľudí) a AG2R La Mondiale špecializujúca sa na seniorov (viac ako 1 milión).

Celkovo možno povedať, že trh s doplnujúcim pripoistením kryjúcim užívateľské poplatky je vo Francúzsku silne rozvinutý, saturovaný (počet poisťovní), so širokou základňou poistencov, dotovaný vládou a tiež silne regulovaný. Vláda napr. stanovuje minimálne štandardy krytia a obmedzuje sumu, ktorú si môžu poisťovne účtovať za poistné.



## 5. Doplnujúce komerčné pripoistenie kryjúce medzery v základnom balíku zdravotnej starostlivosti

Druhým typom doplnujúceho komerčného pripoistenia podľa definície Foubistera et al. 2006 je **poistenie kryjúce výdavky na ZS neobsiahnutú v základnom balíku zdravotnej starostlivosti**. Takéto pripoistenie je odpoveďou na medzeru v rozsahu ZS.

V každej krajine EÚ reálne existuje určitá oblasť ZS, ktorá nie je vôbec alebo len čiastočne uhrádzaná z verejného poistenia. Za hlavné dôvody vylúčenia ZS zo základného balíka možno považovať nasledovné:

- Predmetná zdravotná starostlivosť nie je považovaná za medicínsky nevyhnutnú (Príklad: estetická medicína).
- ZS nie je medicínsky preukázateľne účinná, chýba konsenzus o prínosoch tejto liečby (Príklad: homeopatia).
- Ide o ZS, ktorú si jednotlivec môže primerane dovoliť a preto v snahe ustrážiť výdavky na zdravotnú starostlivosť pristupujú krajiny k ich vyčleneniu zo základného balíka (Príklad: očné pomôcky, dentálna hygiena).
- Poskytovanie tejto ZS nie je nákladovo efektívne (Príklad: lieky ktoré neprešli kategorizáciou).
- Holandský Národný inštitút zdravotnej starostlivosti uvádza ako dôvod aj: v praxi neuskutočniteľné (Zorginstituut Nederland, 2022).

Krajiny EÚ a dokonca aj ich jednotlivé oblasti (regióny, kantóny, spolkové krajiny) majú svoj špecifický zdravotný a poistný systém, ako aj rozsah základného balíka služieb. Napriek vysokej variabilite v mnohých aspektoch zdravotného systému, vo väčšine krajín EÚ sa opakuje približne rovnaký okruh ZS, ktorý nie je hradený z verejného systému zdravotného poistenia. Najčastejšie sú z balíka ZS vyčlenené nasledovné typy zdravotnej starostlivosti:

- Stomatologická starostlivosť (napr. strojček na zuby, dentálna hygiena, protézy).
- Starostlivosť o zrak a očné pomôcky (napr. okuliare, kontaktné šošovky, operácie očí).
- Fyzioterapia a rehabilitácia: niektoré typy rehabilitačných cvičení po úraze alebo operácii, resp. pri degeneratívnych stavoch, masáže, terapeutický cvičebný plán a ďalšie formy rehabilitácie.
- Alternatívne a komplementárne medicínske služby, ako napríklad homeopatia, akupunktúra, kiropraxia a podobne, pretože nie sú všeobecne považované za súčasť konvenčnej zdravotnej starostlivosti.
- Kozmetika a dermatológia: Služby súvisiace s kozmetikou a dermatológiou, ako napríklad odstránenie kožných znamienok, laserová epilácia a podobne, bývajú vyňaté zo základného balíka služieb.
- Estetická medicína a kozmetické procedúry.
- In vitro oplodnenie (IVF).



- Niektoré druhy psychoterapie: špecifické druhy psychoterapeutických služieb, ako napríklad psychoterapia zameraná na osobnostný rozvoj, alebo vzťahové poradenstvo, dokonca aj liečba závislosti, sexuálnej poruchy alebo poruchy príjmu potravy.
- Niektoré druhy preventívnej starostlivosti: nepovinné očkovania, špeciálne testy na detekciu genetických ochorení.

**Najväčšiu prevahu pri komerčnom poisťovaní má ale jednoznačne stomatologická starostlivosť.** Ako ukázal aj prieskum dentálnej starostlivosti v 11 krajinách EÚ z roku 2022 na ktorom sme autorsky participovali, vo všetkých skúmaných krajinách je poskytnutie vybraných stomatologických výkonov hradené len čiastočne, v Portugalsku je takmer celá dentálna starostlivosť (s výnimkou najzakladanejších úkonov ako napr. extrakcia zubu) vylúčená z úhrady z verejného poistenia (Winkelmann et al. 2022). Práve táto skutočnosť je dôvodom prečo stomatologická starostlivosť patrí k najčastejšie pripoisťovaným oblastiam ZS.

Vo svojej publikácii identifikovali Sagan a Thomson (2016a) celkovo 16 krajín EÚ, v ktorých poskytovatelia poistenia ponúkajú možnosť zakúpenia pripoisťovania kryjúceho služby nad rámec základného balíka zdravotnej starostlivosti. Menovite ide o Bulharsko, Dánsko, Estónsko, Francúzsko, Holandsko, Írsko, Litva, Lotyšsko, Malta, Nemecko, Portugalsko, Rakúsko, Rumunsko, Slovinsko, Španielsko a Taliansko. Podobne tento typ pripoisťovania nájdeme aj v Spojenom kráľovstve a Švajčiarsku. Autori uvádzajú, že v Európe ide spravidla o málo významný typ pripoisťovania, ktorý zvyčajne nepokryva veľkú časť populácie a ani významne neprispieva k výdavkom na zdravotníctvo. Veľmi často sa predáva v jednom pláne priamo v kombinácii s doplňujúcim (užívateľské poplatky) alebo doplnkovým (suplementárnym) pripoisťovaním a býva problematické dohľadať oddelené štatistiky o nákupe konkrétneho typu pripoisťovania. Najčastejšie poisťenci nakupujú tento typ poistenia za účelom pokrytia nákladov za stomatologickú starostlivosť, fyzioterapiu a komplementárnu a alternatívnu medicínu na poisťovnom základe.

Pri krajinách EÚ so silným verejným systémom zdravotného poistenia s širokým pokrytím základných služieb by sa dalo predpokladať, že potreba zaplniť medzeru v rozsahu pokrytia ZS komerčným pripoisťovaním nebude v týchto krajinách až taká veľká. Keď sa však pozrieme na krajiny s najrozvinutejším trhom takéhoto typu pripoisťovania, nie je toto tvrdenie tak jednoznačné. Holandsko aj Nemecko majú verejným systémom zdravotného poistenia kryté široké spektrum ZS, napriek tomu sa tu rozvinul trh komerčného poistenia kryjúci medzeru v rozsahu ZS. Domnievame sa preto, že vznik tohto typu pripoisťovania je potrebné vnímať v širších súvislostiach a skúmať je potrebné aj:

- rozvinutosť iných trhov zdravotného pripoisťovania v danej krajine (spojenie s doplnkovým pripoisťovaním podporuje vznik tohto typu pripoisťovania),
- zvyklosti obyvateľov pri čerpaní ZS (vo vyspelých krajinách je napr. dentálna hygiena takmer samozrejmosťou hoci nie je hradená z verejného systému, čo však nemusí platiť v ďalších krajinách EÚ),
- povedomie o rozsahu krytia z balíka základných služieb a definícia balíka služieb.



Spomínaná **definícia rozsahu základného balíka služieb je zásadnou záležitosťou** pri vzniku trhu pripoistenia kryjúceho služby mimo rozsahu krytia. Jednak jasne zadané pokrytie ZS verejným systémom ZP pomáha obyvateľom identifikovať individuálne problematické oblasti, ktoré na základe osobných preferencií môžu chcieť pripoistiť. Zároveň pre poskytovateľov poistenia ide o kľúčový vstup pri zostavovaní vhodných poistných produktov, ktoré zodpovedajú potrebám obyvateľstva. Poskytovatelia poistenia môžu posúdiť náklady spojené s pokrytím služieb, ktoré nie sú pokryté verejnou schémou, a podľa toho oceniť svoje produkty. To môže pomôcť zabezpečiť, aby boli poistné produkty cenovo dostupné, čo môže byť rozhodujúce pri vytváraní životaschopného trhu. Dôležitý je tiež súlad s predpismi. Regulačné orgány môžu mať špecifické usmernenia alebo obmedzenia týkajúce sa typov služieb, ktoré môžu byť kryté dobrovoľným doplnkovým zdravotným poistením, a jasné pochopenie základného balíka môže pomôcť poskytovateľom poistovní navrhnúť ich produkty v súlade s týmito nariadeniami.

Ako ukazuje aj príklad krajín s rozvinutejším trhom doplnujúceho pripoistenia (Holandsko, Nemecko, Dánsko), tieto majú zadaný základný balík služieb. Holandsko považujeme vzhľadom na určitú príbuznosť so slovenským systémom za príklad poistného trhu, štúdium ktorého sa Slovensko môže inšpirovať (príklad dobrej praxe). Nie celkom zanedbateľné sú aj trhy v Nemecku a Dánsku.

V **Nemecku** malo v 2021 celkovo 28,5 milióna obyvateľov (PKV 2022) uzatvorené privátne pripoistenie (s výnimkou náhradného), štatistika ale nerozlišuje presne o ktorý typ pripoistenia sa jedná. V prípade doplnujúceho pripoistenia kryjúceho medzery v rozsahu ZS však vieme, že silne dominuje pripoistenie stomatologickej starostlivosti, pre ktoré poisťovne bežne ponúkajú vlastný poistný plán. O niečo menej je zastúpená starostlivosť o zrak a následne alternatívna medicína (homeopatia, čínska tradičná medicína) a fyzioterapia. Aj v Nemecku platí, že tento typ poistenia sa zvyčajne ponúka spoločne s doplnkovým (supplementary) pripoistením kryjúcim nadštandardné izby, sieť vybraných poskytovateľov a ďalšie nadštandardné služby.

V **Dánsku** má doplnujúce pripoistenie zakúpené približne 2,3 miliónov osôb (Sagan a Thomson, 2016b). Pokrýva zákonné doplatky najmä za lieky a zubnú starostlivosť, ale aj ZS vybraných odborností, ktoré nie sú hrazené z verejného systému, ako je stomatológia, fyziológia a fyzioterapia. V ponuke sú rôzne úrovne krytia spravidla v kombinovanej forme s krytím užívateľských poplatkov. To úplne najnákladnejšie a najrozšírenejšie krytie poskytuje takmer výlučne nezisková organizácia Danmark Sygeforsikring.





## Príklad dobrej praxe – Holandsko

Od zmeny zákona o zdravotnom poistení z roku 2006 došlo v Holandsku k významnému poklesu dopytu po súkromnom zdravotnom poistení. Pripoistenie stratilo svoju tradičnú náhradnú (substitučnú) úlohu a dominantnou formou komerčného pripoistenia sa stalo doplňujúce pripoistenie kryjúce služby, na ktoré sa nevzťahuje verejná schéma (Sagan a Thomson, 2016b).

Prieskum poskytovateľov nám odhalil, že komerčné zdravotné poistenie v Holandsku môže kryť rôzne doplnkové služby a procedúry nad rámec verejného poistenia. Konkrétne služby kryté týmto typom pripoistenia sa líšia v závislosti od konkrétnej poisťovne a plánu, ktorý si poistenci vyberú. Tu je niekoľko príkladov doplnkových služieb, ktoré bývajú najčastejšie v ponuke poskytovateľov poistenia:

1. Dentálna starostlivosť: zubné vyšetrenia, zubné čistenie, plnenie zubov, ortodontické liečby a iné.
2. Fyzioterapia a rehabilitácia: fyzioterapeutické ošetrovanie, rehabilitáciu po úraze alebo operácii, masáže, terapeutický cvičebný plán a ďalšie formy rehabilitácie.
3. Očné vyšetrenia a očné pomôcky: najmä okuliare, kontaktné šošovky a iné očné pomôcky.
4. Alternatívna medicína: To môže zahŕňať služby ako napríklad homeopatia, akupunktúra, chiropraktika a iné formy alternatívnej medicíny.
5. Psychologická starostlivosť: To môže obsahovať psychoterapiu, psychologické poradenstvo a podporu pre duševné zdravie.
6. Špecializované vyšetrenia a liečby: To môže zahŕňať návštevy špecialistov ako napríklad neurológov, kardiológov, gastroenterológov a ďalších, ktoré nie sú zahrnuté v základnom poistení.

V Holandsku je bežné ponúkať komerčné zdravotné poistné plány, ktoré sú zamerané len na konkrétne nadštandardné služby, najmä na dentálnu starostlivosť. Tieto plány môžu byť špecificky navrhnuté pre pokrytie nákladov spojených s dentálnou starostlivosťou, ako sú preventívne kontroly, zubné vyšetrenia, čistenie zubov, plomby, korunky, ortodontické liečby a ďalšie služby súvisiace s ústnou zdravotnou starostlivosťou. Takéto plány môžu byť zvlášť atraktívne pre tých, ktorí majú špecifické potreby v oblasti dentálnej starostlivosti. Preplatené úhrady poisťovní za dentálnu starostlivosť tvorili v roku 2014 až 44,3% celkových úhrad doplňujúceho pripoistenia (Vektis 2016, graf 23 a 24), v neskorších reportoch od Vektis sa už žiaľ štruktúra úhrad podľa oblasti ZS neuvádza.

Po roku 2012 sa poisťovne začali zameriavať aj na plány na konkrétne skupiny obyvateľstva a ponúkajú napr. špecificky zamerané plány **pre mladých ľudí** (očkovanie, cestovanie do zahraničia, zubnú starostlivosť a kondómy), **rodiny** (ortodontická starostlivosť a niektoré formy pôrodnej starostlivosti) a **ľudí vo veku 50 rokov a starších** (napríklad načúvacie prístroje, fyzioterapia).



Ponuku plánov je možné porovnávať vďaka existencii webstránok určených pre obyvateľov, ktorí sa snažia zorientovať v ponuke poisťovní. Spotrebiteľia môžu napríklad na stránke Zorgwijzer (jediná je aj v angličtine) porovnávať všetky zdravotné poisťovne podľa ceny poistného, či spokojnosti spotrebiteľov a môžu si navoliť rôzne doplnkové poistenia a ich kombinácie. Existuje množstvo ďalších porovnávacích stránok či centier s informáciami: Independer, ZorgKiezer, PriceWise, Zorgverzekering Informatie Centrum.

Doplňujúce pripoistenie ponúkajú všetky zdravotné poisťovne operujúcu na trhu. Holandský poistný trh je typický silnou koncentráciou a 4 najväčšie koncerny v 2022 ovládali drvivú väčšinu trhu (spolu mali až 85% trhový podiel). Ide o Achmeu (5,1 miliónov poistencov), VGZ (4,1 miliónov), CZ (3,6 miliónov) a Menzis (2 milióny) (Vektis, 2022). Poisťovne zazmluvňujú poskytovateľov ZS na základe selektívneho zazmluvňovania. Dobrým príkladom je nákup okuliarov pri ktorom poisťovňa odrádza poistencov od nákupu okuliarov od nepreferovaných poskytovateľov úhradou nižšej sadzby úhrad.

Vznik týchto plánov je možný aj vďaka jasnej definícii základného balíka služieb. Rozhodnutie o obsahu základného balíka benefitov, o tarifách za jednotlivé zdravotné služby (ak nie je umožnené o nich rokovať s poskytovateľmi ZS), ako aj o zdieľaní niektorých nákladov s pacientom robí každoročne centrálna vláda. Nezávislým poradným orgánom ministra je v záležitosti definície obsahu balíka Národný inštitút zdravotnej starostlivosti (Zorginstituut Nederland) (Kroneman et al., 2016).



## 6. Doplnkové komerčné pripoistenie

**Doplnkové komerčné pripoistenie súvisí s očakávaniami spotrebiteľov, ktoré majú od verejného zdravotného systému.** Ak sú nedostatočne naplnené **neklinické očakávania** (Foubister et al. 2006) ohľadne časovej dostupnosti ZS, dostupnosti konkrétneho PZS (zariadenia či lekára), prípadne samotných služieb súvisiacich s poskytnutou ZS (vybavenie ambulancie či nemocničnej izby), niektorí spotrebiteľia majú tendenciu sa dožadovať vyššieho štandardu. V prípade, že na trhu existujú PZS, ktorí sa rozhodnú pre poskytovania alternatívneho prístupu k spotrebiteľom a zároveň poskytovatelia poistenia začnú ponúkať balíky kryjúce tieto nadštandardné služby na poistnom základe, potom sa vytvára predpoklad pre vznik trhu s doplnkovým (suplementárnym) pripoistením.

Samotní spotrebiteľia vďaka uzatvoreniu tohto typu poistenia väčšinou získavajú (Sagan & Thomson, 2016a)

- predplatený prístup do súkromných zariadení, prípadne aj možnosti voľby lekára,
- skrátenie čakacej doby na špecializované ošetrovanie financované z verejných zdrojov,
- využívanie vylepšeného vybavenia vo verejných zariadeniach (napr. nadštandardná súkromná izba s vyšším komfortom, možnosť sprevádzajúcej osoby).
- Resp. prístup k niektorým nadštandardným materiálom, liekom (napríklad prístup k originálnemu lieku namiesto generickému).

**Pri doplnkovom poistení sa technicky jedná o ZS, ktorá je poskytovaná verejným systémom avšak poistenec vďaka poisteniu získava extra služby resp. výhody.** Z uvedeného dôvodu OECD (2004) klasifikuje tento typ trhu ako duplicitný.

**V Európe je tento typ pripoistenia veľmi rozšírený,** takmer všetky krajiny aspoň v minimálnom rozsahu majú doplnkový trh pripoistenia. V mnohých prípadoch sa tento typ poistenia kupuje **v kombinácii s doplňujúcim pripoistením a často ho nakupujú zamestnávateľia pre svojich zamestnancov,** ktorým je pripoistenie prezentované ako benefit. Typické je, že na trhu s doplnkovým pripoistením existuje viacero ponúkaných balíkov s rôznou výškou prémie v závislosti od toho, čo presne je kryté daným pripoistením. Vo všeobecnosti dosahuje nízku úroveň podielu na financovaní zdravotného systému, výnimkou sú krajiny Írsko, Portugalsko a Švajčiarsko (tabuľka 5).



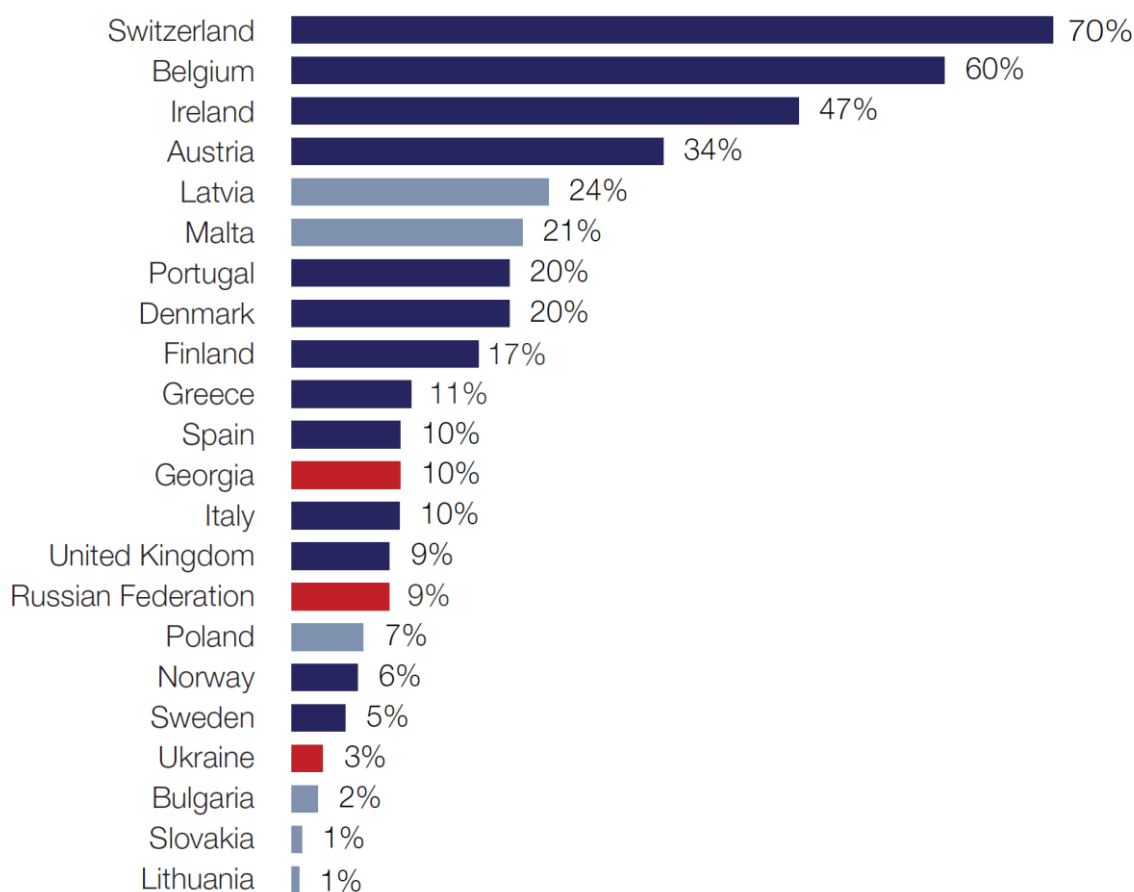
Tabuľka 5: Podiel doplnkového pripoistenia na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Európa)

≤1%	≤ 5%	≤ 10%	>10%
Bulharsko, Litva, Maďarsko, Nórsko, Rumunsko, Slovensko, Švédsko, Taliansko	Belgicko, Fínsko, Grécko, Lotyšsko, Malta, Poľsko, Rakúsko, Španielsko, Veľká Británia	Portugalsko, Švajčiarsko	Írsko

Zdroj: Sagan & Thomson, 2016a, dáta sú za rok 2014

Z pohľadu podielu populácie krytej doplnkovým pripoistením sú zaujímavé trhy v Švajčiarsku, Belgicku, Írsku a Rakúsku (nad 1/3 obyvateľstva malo v 2014 zakúpené doplnkové pripoistenie).

Graf I I: Podiel populácie (%) krytej doplnkovým pripoistením, Európa



Zdroj: (Sagan & Thomson, 2016a), dáta rok 2014, pri niektorých údajoch ide o expertný odhad, nakoľko sa nevedie štatistika za doplnkové pripoistenie (často prekrývajúce sa s iným typom)



Za najrozvinutejšie trhy doplnkového poistenia v Európe možno považovať trhy vo Švajčiarsku a Írsku (počet produktov, pokrytie populácia, objem finančných prostriedkov). Oba je možné označiť za príklad dobrej praxe, pričom každý z nich má svoje špecifiká a zaujímavé politiky. Bližšie sme sa rozhodli rozpisovať komerčný trh v Švajčiarsku.

### Príklad dobrej praxe – Švajčiarsko

**Švajčiarsky komerčný trh poistenia je relatívne veľký a objemom finančných prostriedkov významný.** Podľa údajov od Švajčiarskeho úradu pre dohľad nad finančným trhom (FINMA) bol celkový príjem z poistného v roku 2021 vo výške približne 7 miliárd CHF. V roku 2022 na trhu pôsobilo 19 poisťovní (trend postupnej konsolidácie) a spotrebiteľia si mohli vybrať z viac ako 600 poistných plánov (FINMA, 2023).

Detailné dáta za trh doplnkového pripoistenia chýbajú, aj tu platí, že poistné plány sú často prepojené na iný typ pripoistenia (McKinsey Schweiz, 2021). Autori Viktor von Wyl and Konstantin Beck (Sagan & Thomson, 2016b) v 2016 uviedli, že hlavným dôvodom pre kúpu pripoistenia je voľba lekára a veľmi veľká časť plánov pripoistenia (38% objemu poistného) sa týka aj prístupu poistenca do súkromných izieb vo verejných a súkromných nemocniciach. Pred reformou z roku 2012 kedy nebolo možné čerpať ZS krytú verejným systémom v nemocnici z iného kantónu, bola práve voľba nemocnice aj za hranicou kantónu jednou z hlavných hybných síl rozvoju trhu s doplnkovým pripoistením. Keď reforma z roku 2012 zaviedla celoštátny výber nemocnice, prekvapivo dopyt po tomto type komerčného poistenia nepoklesol významnejšie, čo možno pravdepodobne pripísať relatívne nízkej výške poistného (McKinsey Schweiz, 2021).

**Poistný trh je monitorovaný a regulovaný (nie prehnané).** Od roku 2009 existuje Úrad pre dohľad nad finančným trhom (nemecky Eidgenössische Finanzmarktaufsicht, FINMA), ktorého úlohou je monitoring platobnej schopnosti zdravotných poisťovní. Po jeho vytvorení vznikla aj prvá významnejšia regulácia týkajúca sa finančných rezerv poisťovní a taríf. Pred uvedením každého produktu komerčného pripoistenia na trh, preto musí zdravotná poisťovňa predložiť úradu rôzne informácie, ako sú poistné podmienky a tarify. Zmena tarifu je tiež podmienená súhlasom úradu. Sadzby, ktoré už boli schválené, sa spravidla zvyšujú len z dôvodu všeobecného zvýšenia nákladov na poistné plnenie, ktoré nie je spôsobené zmenami v skupine poistencov (FINMA, 2023). FINMA sa okrem monitoringu usiluje aj o prestavenie komerčného trhu, ktorý je pomerne silno prepojený na verejný systém. Napríklad, nemocnica vystavuje pacientovi iba jeden konečný účet a je úlohou poisťovní oddeliť náklady kryté verejným systémom a kryté z komerčného pripoistenia (Sagan & Thomson, 2016b). Takisto v ambulantnej ZS existuje podľa FINMA viacero ponúkaných poistných balíkov, pri ktorých dochádza ku krížovému financovaniu pri povinnom a doplnkovom poistení (McKinsey Schweiz, 2021).

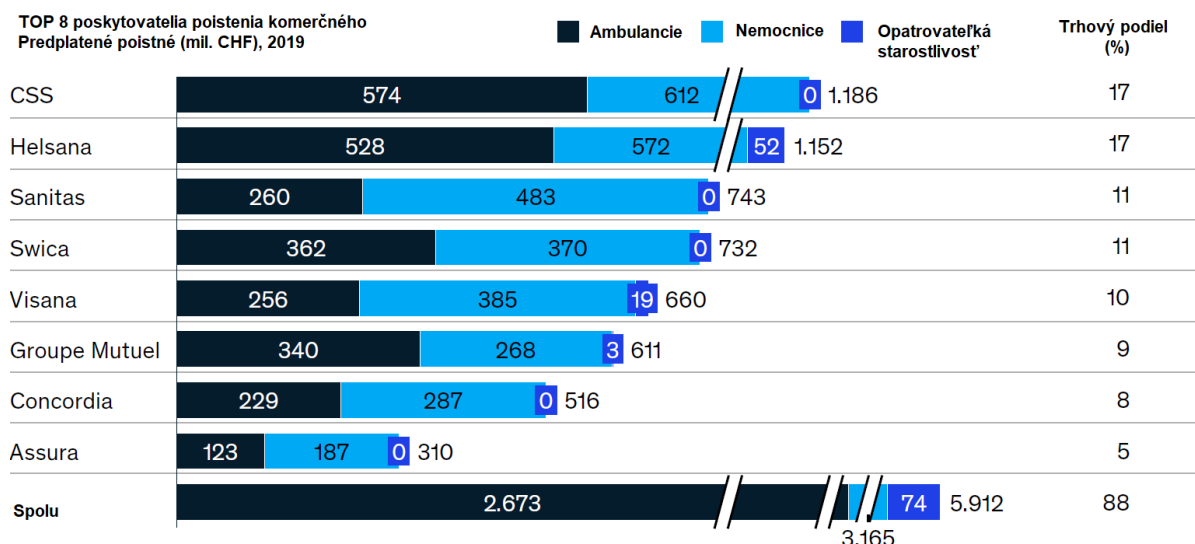
**Doplnkové poistenie ponúkajú poisťovne, ktoré zároveň predávajú povinné verejné poistenie.** Hoci legislatíva umožňuje aj poisťovniam obchodujúcim primárne s neživotným poistením ponúkať tieto balíky, v praxi sa toto nedeje, nakoľko by si to



vyžadovalo rozsiahle rokovania s nemocnicami a lekármi, čo predstavuje veľkú prekážku vstupu na trh (Sagan & Thomson, 2016b).

Trh je konsolidovaný, najväčšie poisťovne (podľa objemu predpísaného poistenia) v 2019 pokrývali spolu celkovo až 88% trhu (graf 12). Ako vidieť z grafu, jednotlivé poisťovne majú rozličné rozdelenie balíkov do 3 hlavných oblastí (ambulancie, nemocnice, opatrovateľská starostlivosť).

Graf 12: Podiel populácie (%) krytej doplnkovým pripoistením, Írsko



Zdroj: McKinsey Schweiz, 2021

**Budúcnosť doplnkového pripoistenia je v Švajčiarsku zdá sa otázna a to najmä v prípade nemocničného nadštandardu.** Nemocnice v silnej konkurencii značne modernizujú a rozširujú svoje štandardy a tak sa ponuka verejného systému približuje ponuke pripoistenia. Napr. Univerzitná nemocnica Zürich začiatkom roka 2019 oznámila, že v plánovanej novej budove bude poskytovať iba jednolôžkové izby. Trend presunu pacienta z nemocničnej do ambulantnej sféry (vrátane jednoduchovej chirurgie) tiež nepodporí rast tohto trhu. Zároveň niektoré poisťovne obmedzujú slobodný výber lekára a tiež nemocnice pri doplnkových poistných produktoch (napr. prostredníctvom kótovaných nemocníc) a tak sa ponuka nadštandardných služieb, ktoré si spotrebiteľ môže mať záujem pripoistiť znižuje. Rozvinutie nových možností tohto trhu leží podľa konzultantov McKinsey najmä v oblasti ambulantnej ZS (McKinsey Schweiz, 2021).



## Zdroje

Albreht T, Polin K, Pribaković Brinovec R, Kuhar M, Poldrugovac M, Ogrin Rehberger P, Prevolnik Rupel V, Vracko P. (2021) Slovenia: Health system review. Health Systems in Transition, 2021; 23(1): pp.i–188.

Albreht T, Kuhar M and Prevolnik Rupel V (2022) Complementary Health Insurance in Slovenia Dostupné: <https://www.intechopen.com/chapters/81988>

Batifoulier P., Ginon A. (2022) Voluntary health insurance markets in France: Economic rationales and legal mechanisms. 2022. Dostupné: <https://hal.science/hal-03584803/document>

Bundesministerium für Gesundheit (2023) Private Krankenversicherung Dostupné: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/private-krankenversicherung.html>

Calcoen, P., & van de Ven, W. P. (2017). Voluntary Additional Health Insurance in the European Union: Free Market or Regulation?, European Journal of Health Law, 24(5), 591-613. doi: <https://doi.org/10.1163/15718093-12460339>

Couffinal A. and Franc C. (2020) Private Health Insurance: History, Politics and Performance. Cambridge University Press. Dostupné: <https://www.cambridge.org/core/books/private-health-insurance/regulating-private-health-insurance-frances-attempt-at-getting-it-all/936408D10D93D7615524B9A73A0476C6>

Colombo F, Tapay N. (2004) Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

CP Finanzconcept. Zurück in die GKV AB 55 <https://www.cp-finanz.de/krankenversicherung/zurueck-in-die-gkv-ab-55>

Digital Island (2023) Apply for health insurance. Dostupné: <https://island.is/en/apply-for-health-insurance>

Dobiášová K.(2016) Dostupnost zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v České republice. Dizertační práce. Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy. Dostupné: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/3620>

ERGO (2017) Ergo medical insurance for nonresidents. Maksi. Dostupné: [https://www.ergo.ee/fs-files/0000/0000/0002/files/MAKSI%20for%20nonresidents\\_%20eng%20al%2001.02.2017.pdf](https://www.ergo.ee/fs-files/0000/0000/0002/files/MAKSI%20for%20nonresidents_%20eng%20al%2001.02.2017.pdf)

Fenina A, Le Garrec M-A, Koubi M (2011). Comptes nationaux de la santé 2010. Document de travail. Paris, Dostupné: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-statistiques-2006-2016/comptes-nationaux-de-la-sante-2010>



FINMA (2023) FINMA and supplementary health insurance. Dostupné:  
[https://www.finma.ch/en/~media/finma/dokumente/dokumentencenter/myfinma/faktenblaetter/faktenblatt-krankenzusatzversicherung.pdf?sc\\_lang=en&hash=5BE6F5C9DCFE4F6488276DAE4C440AAB](https://www.finma.ch/en/~media/finma/dokumente/dokumentencenter/myfinma/faktenblaetter/faktenblatt-krankenzusatzversicherung.pdf?sc_lang=en&hash=5BE6F5C9DCFE4F6488276DAE4C440AAB)

Foubister, T., Thomson, S., Mossialos, E., McGuire, L., World Health Organization. Regional Office for Europe. et al. (2006). Private medical insurance in the United Kingdom / by Thomas Foubister ... [et al.]. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107741>

Garnero M (2012). Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009. Etudes et résultats No 789. Paris, DREES [https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/er837\\_contrats\\_les\\_plus\\_souscrits\\_2010.pdf](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/er837_contrats_les_plus_souscrits_2010.pdf)

Gusmano M, Laugesen M., Rodwin V and Brown L (2020) Getting The Price Right: How Some Countries Control Spending In A Fee-For-Service System. Health Affairs 2020 39:11, 1867-1874.

Health Insurance Authority (2021) Market Report 2021. Dostupné:  
<https://www.hia.ie/sites/default/files/HIA%20Market%20Report%20-%20Final.pdf>

Insurance Europe (2022) European Insurance in Figures, 2020 data. Dostupné:  
<https://insuranceeurope.eu/publications/2569/european-insurance-in-figures-2020-data>

Jowett M., Kutzin L., WHO (2015) Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers, Health financing policy brief N° 1

Krankenkassen (2023) Wer kann sich privat versichern? Dostupné:  
<https://www.krankenkassen.de/private-krankenversicherung/fragen/wer-kann/>

Kroneman M, Boerma W, Van den Berg M, Groenewegen P, De Jong J, Van Ginneken E (2016). The Netherlands: health system review. Health Systems in Transition, 2016; 18(2):1–239

Lüngen M et al. (2008). Waiting times for elective treatments according to insurance status: a randomized empirical study in Germany. International Journal for Equity in Health, 7(1): doi: 10.1186/1475-9276-7-1.

Maarse H., Jeurissen, P. (2020) Private health insurance in the Netherlands, Private Health Insurance History, Politics and Performance, pp. 349 – 376, DOI:  
<https://doi.org/10.1017/9781139026468.011>

McKinsey Schweiz (2021) Die Zukunft der Krankenzusatzversicherung in der Schweiz. Dostupné:  
<https://www.mckinsey.com/ch/~media/McKinsey/Locations/Europe%20and%20Middle%20Eas>





[t/Switzerland/The%20future%20of%20supplementary%20health%20insurance%20in%20Switzerland/Die%20Zukunft%20der%20Krankenzusatzversicherung%20in%20der%20Schweiz.pdf](#)

Mathauer I., Kutzin J. (2018) Voluntary health insurance: its potentials and limits in moving towards UHC, Policy Brief, Department of Health Systems Governance and Financing, Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/HIS/HGF/PolicyBrief/18.5). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Nadace Open Society Fund Praha (2012) Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců. Dostupné: [https://osf.cz/wp-content/uploads/2015/08/Analyza\\_Konzorcium\\_final.pdf](https://osf.cz/wp-content/uploads/2015/08/Analyza_Konzorcium_final.pdf)

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2021), France: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health. Dostupné: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/7d668926-en.pdf?expires=1680258774&id=id&accname=guest&checksum=17D310C67DFB8DDF60C06150B36295A9>

Perronnin M, Pierre A, Rochereau T (2011). La complémentaire santé en France en 2008: une large diffusion mais des inégalités d'accès. Paris, Institut de Recherche et IRDES

Systems and Policies, Brussels OECD (2022) Health Statistics 2022, Definitions, Sources and Methods (Accessed on 23 February 2023)

[file:///C:/Users/SPRAVCA/Downloads/HEALTH\\_PROT\\_3\\_Voluntary%20health%20insurance-1.pdf](file:///C:/Users/SPRAVCA/Downloads/HEALTH_PROT_3_Voluntary%20health%20insurance-1.pdf)

OECD (2004) Private health insurance in OECD countries. Paris, OECD. Dostupné: <https://www.oecd.org/els/health-systems/33698043.pdf>

OECD (2023), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 21 February 2023)

Pazitny P, Balik P (2016). Slovakia country profile. In: Sagan A, Thomson S, eds. Voluntary health insurance in Europe: country experience. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

PKV Zahlenportal (2022) PKV in Zahlen. Dostupné: <https://www.pkv.de/wissen/pkv-zahlenportal/>

Purcel A., Dragos C.M., Mare C., Dragos S.L. (2023) Voluntary health insurance and out-of-pocket payments in European OECD countries, *Economic Modelling Volume 120, March 2023, 106190*. <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2023.106190>. Dostupné:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0264999323000020>

Sagan A, Thomson S. (2016a) Voluntary health insurance in Europe: role and regulation [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2016. PMID: 28825784.



Sagan A, Thomson S. (2016b) Voluntary health insurance in Europe: Country experience ISBN 978 92 890 5037

[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf)

Schwierz C et al. (2011). Discrimination in waiting times by insurance type and financial soundness of German acute care hospitals. European Journal of Health Economics, 12(5):405–416.

SVS (2023) Freiwillige Krankenversicherung für Freiberufler. Dostupné:

<https://www.svs.at/cdscontent/?contentid=10007.816673>

Tervisekassa, (2023) Voluntary insurance. Dostupné:

<https://www.tervisekassa.ee/en/people/health-insurance/voluntary-insurance>

Thomson S. for European Observatory on Health Systems and Policies (2010) Implementing Health Financing Reform, Chapter 11 What role for voluntary health insurance? Dostupné:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326420>

Thomson S., Sagan A., Mossialos E. (2020) Private Health Insurance History, Politics and Performancen, p. 1 - 40, DOI: <https://doi.org/10.1017/9781139026468.001>

Österreichische Sozialversicherung (2018) Nicht-krankenversicherte Personen in Österreich - empirische Erkenntnisse – Kurzfassung. Dostupné:

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.845161&portal=svportal>

Vektis (2016) Zorgthermometer, Verzekerden in beeld 2016 Dostupné:

<https://www.vektis.nl/uploads/Publicaties/Zorgthermometer/Verzekerden%20in%20beeld%202016.pdf>

Vektis (2022) Inzicht in het Overstapseizoen. Dostupné:

<https://www.vektis.nl/uploads/Publicaties/Zorgthermometer/Zorgthermometer%20Verzekerden%20in%20Beeld%202022.pdf>

Verband der Privaten Krankenversicherung (2022) PKV in Zahlen 2021

[https://www.pkv.de/fileadmin/user\\_upload/PKV/3\\_PDFs/Publicationen/PKV\\_in\\_Zahlen\\_2021.pdf](https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publicationen/PKV_in_Zahlen_2021.pdf)

Winkelmann, J., Gómez Rossi, J., Schwendicke, F. et al. Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: a vignette approach. BMC Oral Health 22, 65 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02095-4>

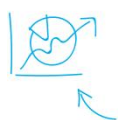
World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Foubister T., Thomson S., Mossialos, E. (2009). Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326415>

ZORGINSTITUUT NEDERLAND webpage



## O AUTOROCH

### Ing. Ľubica Löffler, MSc.



Analytička a konzultantka v spoločnosti Pažitný & Kandilaki (od 2017), predtým Healthcare Consulting & Research Center (od 2015). Vyštudovala medzinárodný obchod na EU v Bratislave a má titul MSc. z Viedenskej univerzity kde sa venovala manažmentu zdravotných služieb. Ľubica je zároveň analytičkou a koordinátorkou Central and East European Health Policy Network.

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



Lektor metód ekonomického hodnotenia zdravotníckych programov a garant špecializácie Manažment zdravotníckych služieb na Vysoké škole ekonomickej v Prahe. Je ekonóm a má titul MSc. z manažmentu zdravotných služieb zo Semmelweis Univerzity v Budapešti, PhD. z marketingu v zdravotníctve z EU v Bratislave. a doc. z Fakulty managementu Vysoké školy ekonomickej v Prahe. Bol poradcom v oblasti zdravotnej politiky pre ministrov zdravotníctva na Slovensku, v ČR a v Maďarsku. Je výkonným riaditeľom CEE Health Policy Network a tiež partnerom a výkonným riaditeľom poradenskej firmy Pažitný&Kandilaki.

### Ing. Daniela Kandilaki, PhD.



Daniela Kandilaki je výskumnou pracovníčkou a lektorkou na Vysoké škole ekonomickej v Prahe so zameraním na manažment zdravotníckych služieb. Je zároveň partnerkou poradenskej spoločnosti Pažitný&Kandilaki, s.r.o. V minulosti pôsobila ako senior analytička v Health Policy Institute v Bratislave, výskumná pracovníčka projektu WHO Financial Protection či na riadiacich pozíciách u rôznych poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

