

Pierre Brouland, Janka Priesolová*

Abstract

Complementary Health Insurance in France, the “Mutuelle” Institute and Its Terminology

The aim of the paper is to characterise the system of social insurance in France and to show the role of combined social and health care insurance companies called “mutuelles” in the framework of compulsory complementary health insurance in France. Historical roots of this non-profit organisation based on a system of solidarity, participation in expenses and management are mentioned, a wide range of coverage of health care as well as the way of reimbursement of expenses for care provided for their members are described, and its future prospects are outlined. The paper tries to point out the differences in terminology and content as there are analogical institutions with a different role or only partial content equivalence besides specific legal institutions. This relates to different social traditions in the given communities during their development. The goal is to bring operation of French institutions closer to the Czech legal system.

Keywords: mutuelles, social insurance, health insurance, complementary insurance, legal terminology, professional French

JEL Classification: Z19, B15, I13, K32

Úvod

Veřejné zdravotní pojištění jako státem garantovaná služba, je jedním ze základních systémů sociálního pojištění, který slouží k usnadnění dostupnosti zdravotní péče a k zabezpečení minimálního příjmu během nemoci (formou dávek). Na rozdíl od ČR, kde je součástí jednotného systému sociálního zabezpečení, tvoří francouzský systém zdravotního pojištění samostatný režim v rámci širokého a silně decentralizovaného institucionálního systému sociálního zabezpečení (*Sécurité sociale*), členěného do nezávislých fondů s vlastním financováním (*caisses*). Podobně jako u nás i ve Francii je tento systém založen na principu solidárního přístupu pojištěnců při financování péče komplexním pokrytím ochrany (nemoc, stáří, rodina) a na autonomní roli státu. Nicméně ve Francii je jeho financování nezávislé na státním rozpočtu. Stát ovšem schvaluje samostatný rozpočtový zákon o financování systému sociálního zabezpečení,² v němž stanoví

1 Příspěvek vznikl v rámci interního grantového projektu VŠE v Praze (IGA F2/52/2014 – *Terminologie pracovního práva a práva sociálního zabezpečení ve francouzštině*).

* Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta mezinárodních vztahů (broulandpierre@gmail.com; priesolo@vse.cz).

2 *Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS)* – v platnosti od roku 1996.

příjmy a strop výdajů zejména na zdravotní pojištění (výši pojistných sazeb a dávek) a celý systém kontroluje [Sauvignet, 2004]. Samotné výkonné orgány sociálního zabezpečení jsou na státu poměrně nezávislé, řídí se však danými legislativními předpisy. Na rozdíl od českého prostředí se liší zdroje financování, ale také míra participace jednotlivců na úhradě zdravotních nákladů i rozsahu poskytované ochrany.

Systémy zdravotního pojištění v Evropě vycházejí z různých tradic. V některých zemích (např. ve Velké Británii nebo v Dánsku) jsou spravovány veřejnými institucemi, v jiných zemích je mají v rukou soukromé pojišťovny (např. ve Švýcarsku) nebo tzv. *mutuelles* (v Německu). Za „pramod“ klasického povinného sociálního pojištění se považují sociální zákony německého kancléře Otto E. L. von Bismarka z 80. let 19. století, odkud se tento tzv. Bismarkův model postupně rozšířil i do jiných zemí, kde se dále modernizoval [Pouvoirville, 2011; viz též Chvátalová, 2012]. Pokud jde o Francii, její model povinného pojištění lze označit jako smíšený. Pojištěnec má k dispozici základní všeobecné zdravotní pojištění (zajišťované zdravotními fondy na státní, regionální a místní úrovni – *caisses de l'assurance maladie*), kromě kterého si musí sjednat ještě další povinné doplňkové zdravotní pojištění (*assurance complémentaire*) u některé z *mutuelles*, jež jsou významným aktérem sociální politiky ve Francii.

Cílem příspěvku je popsat fungování institutu *mutuelles*, těchto tzv. vzájemných zdravotních profesních (či regionálních) pojišťoven, i samotný princip povinného doplňkového zdravotního pojištění ve Francii. V první části stručně připomeneme i původ tohoto dvojího systému zdravotního pojištění. Příspěvek je doplněn o francouzskou terminologii specifických pojmů francouzského práva v dané oblasti s cílem poukázat na některé terminologické i obsahové odlišnosti francouzštiny a češtiny a zároveň přiblížit fungování francouzských institutů ve vztahu k českému právnímu prostředí. Obsahová stránka termínů totiž odkazuje i na odlišnou mimojazykovou realitu a na jiné společensko-kulturní tradice daných společenství v jejich vývoji. Tyto odlišnosti se projevují nejen ve specifických právních institutech, ale i v rozdílném obsahu analogických institutů či pojmů nebo jen v jejich částečné významové ekvivalenci [Cornu, 2013; Gémard, 1995].

Francouzské instituty *mutuelles* a *Sécurité sociale*

Duální charakter francouzského systému zdravotního pojištění [viz též Gibaud, 1986] má své historické opodstatnění. Až do roku 1920 byly výdaje na zdravotní péči hrazeny z velmi dynamického a pluralistického systému vzájemného pojištění (*secteur mutualiste*), který sdružoval své členy podle odborové, náboženské, profesní či zaměstnavatelské příslušnosti. *Mutuelles* zaznamenaly svůj velký rozmach počínaje rokem 1830 zejména z iniciativy zaměstnavatelských kruhů. Na začátku druhého Francouzského císařství získaly zákonem z března 1852 oficiální statut i řadu výhod zejména v oblasti daní. Tento zákon nicméně postavil *mutuelles* pod absolutní kontrolu zaměstnavatelů. Navíc zmíněné instituce potřebovaly k výkonu své činnosti administrativní povolení. Muselo se počkat až na zákon z roku 1898 z období třetí Francouzské republiky, kdy členové *mutuelles* získali pravomoc vlastního výběru svých řídicích orgánů.³ Zákon zároveň rozšířil jejich kompetence i na důchodové, životní a úrazové pojištění. V roce 1921 bylo už ve Francii více než 12 000 pojišťoven *mutuelles*

3 Od konce 18. století až do zákona z roku 1898 se používal pro označení *mutuelles* termín *société de secours mutuel* (sdružení vzájemné pomoci).

(hlavně na úrovni podniků či profesních sdružení na místní úrovni). Účast v těchto pojišťovnách byla však dobrovolná a vyžadovala finanční spoluúčast pojištěnce.

První zákony tzv. „povinného“ sociálního zabezpečení z let 1928 a 1930 se snažily doplnit pokrytí obyvatelstva systémem oddělených fondů sociálního zabezpečení (*caisses*) určených zejména pro ty zaměstnance průmyslu a obchodu, kteří nebyli pojištěni u již existujících vzájemných pojišťoven *mutuelles*. Tyto „fondy“, které byly veřejné, financované z příspěvků zaměstnanců a zaměstnavatelů, domlouvaly tarify a podmínky pojištění svých pojištěnců přímo s lékaři a zdravotními zařízeními. Nicméně toto „povinné“ členství zůstalo v podstatě dobrovolné kvůli nesouhlasu odborů, zaměstnavatelů i lékařů obávajících se zestátnění zdravotnictví. Kromě toho navrhované pojištění nezahrnovalo osoby samostatně výdělečně činné (zejména zemědělce, kteří tvořili nejpočetnější skupinu francouzské aktivní populace).

Projekt všeobecného systému pojištění, který by pokrýval všechna sociální rizika, vznikl během války, zejména v období *Résistance*⁴ v rámci působnosti celostátního výboru hnutí odporu, jehož cílem byla příprava obnovy země po osvobození. Původní návrh počítal s vytvořením všeobecného pojištění zaručeného státem pro krytí všech rizik, i když financovaného sociálními příspěvky z pracovních příjmů. Tento systém měl tři základní charakteristiky: jediná pojišťovna, pokrytí celé výdělečně činné populace (a nejen pracovníků v zaměstnaneckém poměru) a řízení celého systému státem. Přijetí navrhovaného režimu pojištění ovšem nebylo možné nejen proto, že to francouzská poválečná ekonomika neumožňovala, ale také proto, že organizace sdružující některé profesní kategorie obyvatelstva (fungující už předtím) nechtěly ztratit svou autonomii při správě pojištění. Jednalo se o organizace sdružující zemědělce, osoby samostatně výdělečně činné (*indépendants*), zaměstnance velkých podniků nebo veřejné správy, kteří užívali určitých výhod či získali zvláštní formu ochrany při znárodnění 1944–1945: horníci, železničáři, elektrikáři, vojáci, apod. Centrální řídicí úloha státu byla zamítnuta nejen ekonomickými kruhy odmítajícími zvyšování intervencí státu, ale také dělnickými odbory, které chtěly samy řídit systém své sociální ochrany. Kromě toho ani tři základní sociální rizika (nemoc, stáří, rodinná politika) nebyla soustředěna do jedné pojišťovny. Nařízení z roku 1945 zavedlo sociální zabezpečení (*Sécurité sociale*) tak, jak ho známe dnes, s obecným režimem pojištění pro zaměstnance soukromého sektoru a speciálními režimy pojištění pro osoby samostatně výdělečně činné (*indépendants*), státní zaměstnance (*fonctionnaires*) a zaměstnance některých veřejných podniků [Dupeyroux, 2014; Montalembert, 2013]. Obecný režim pojištění je financován z příspěvků zaměstnanců a zaměstnavatelů na zdravotní a sociální zabezpečení. Správu dávek poskytovaných pacientům řídí síť primárních pojišťoven, tzv. fondů (*caisses*). Ty vracejí pacientům asi jen 80 % z částky, kterou zaplatí lékařům za poskytnuté ošetření (*honoraires médicaux*). V tomto kontextu *mutuelles*, které jsou fakultativní (kromě některých profesí či kategorií jako např. studenti), doplácují částečně nebo plně výdaje nepokryté povinným zdravotním pojištěním (tzv. *ticket modérateur*). Mohou také do jisté míry přispět na některé typy péče, jako jsou lázeňské léčebné pobyty, které obecný režim pojištění nehradí.⁵

4 Francouzské hnutí odporu proti německé okupaci a kolaborační francouzské vládě v letech druhé světové války.

5 Stát hradí od roku 2000 zdravotní pojištění osobám pobírajícím sociální minimum vzhledem k jejich nulovým či velmi nízkým příjmům formou tzv. všeobecného či univerzálního zdravotního

Co se týče zvláštních režimů pojištění (je jich dnes více než 120 typů, z nichž některé jsou z našeho pohledu neobvyklé – jako např. režim pro zaměstnance *Opéra de Paris* a *Comédie française*), je zde situace značně různorodá. U některých zvláštních režimů (např. režim státních zaměstnanců) existuje duální systém podobný obecnému režimu, tj. jednak veřejný fond a zároveň *mutuelle* pro povinné doplňkové pojištění. U jiných režimů spravují celé pojištění *mutuelles*, např. *Mutualité sociale agricole* pro zemědělce.

Koncem sedmdesátých let se tento systém, zavedený po druhé světové válce, dostává do krize. Zdravotní pojištění prochází chronickým deficitem. Státní orgány se snaží čelit této situaci tím, že jednak zavádí opatření na zvýšení příjmů sociálního zabezpečení (na jehož financování se stále více podílejí daně na úkor sociálních příspěvků, např. zavedením tzv. sociálních daní CSG, CRDS)⁶ a jednak opatření ke snížení výdajů. Z tohoto hlediska se jeví jako velmi lákavé převést na *mutuelles* stále se zvyšující podíl proplácených zdravotních nákladů. Průměrná míra jejich proplácení ze všeobecného zdravotního pojištění se snížila ze 79 % v roce 1980 na 64 % v roce 2014. Zároveň se ztrojnásobil podíl proplácení výdajů vzájemnými pojišťovnami *mutuelles* i dalšími institucemi doplňkového pojištění ze 7 % na 24 %. Zatímco nemocniční výdaje jsou stále propláceny z fondu všeobecného zdravotního pojištění z více než 88 %, běžná lékařská péče je z něj hrazena jen ve výši 50 %. Míra proplácení výdajů z doplňkového pojištění se pohybuje ve výši 8 % pro první skupinu a 32 % pro druhou skupinu zdravotní péče [OCDE, 2015].

V tomto kontextu je třeba chápat i zákon z 11. ledna 2013,⁷ který vstoupil v platnost právě 1. ledna 2016. Podle něj se doplňkové zdravotní pojištění stává povinným. Tato zákonem určená povinnost je však spíše jen symbolická, protože v roce 2013 mělo již více než 95 % Francouzů uzavřeno doplňkové zdravotní pojištění u nějaké *mutuelle*. Důležitější je ale skutečnost, že vláda ruší téměř monopolní postavení, které při sjednávání doplňkového zdravotního pojištění *mutuelles* dosud měly. Tento sektor je již otevřen také soukromým pojišťovnám.⁸ V příštích letech můžeme tedy pravděpodobně očekávat následující vývoj: na jedné straně budou muset vzájemné pojišťovny povinného doplňkového pojištění *mutuelles* hradit stále větší podíl výdajů na zdravotní péči a na straně druhé by se soukromé pojišťovny, které se zatím podílejí na tomto trhu jen 8 %, mohly postupně stát jeho hlavními aktéry. Podle předběžných odhadů by se jejich podíl v sektoru doplňkového zdravotního pojištění měl do roku 2020 zvýšit na čtvrtinu až třetinu.

pojištění CMU (*couverture maladie universelle*) a kromě toho poskytuje také příspěvek na zdravotní péči nelegálním přistěhovalcům formou tzv. AME (*aide médicale d'État*).

6 CSG (*contribution sociale généralisée*) – všeobecný sociální příspěvek a CRDS (*contribution au remboursement de la dette sociale*) – příspěvek na úhradu sociálního dluhu.

7 Ústavní rozhodnutí n° 2013 – 672 DC Loi relative à la sécurisation de l'emploi. Dostupné z: http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/root/bank/download/2013672DChisto_art1.pdf a http://www.unedic.org/sites/default/files/ani_securisation_de_l_emploi_11012013.pdf.

8 Od roku 2009 již také existuje unie všech organizací zajišťujících doplňkové zdravotní pojištění UNOCAM, sdružující jak *mutuelles*, tak soukromé pojišťovny a další instituce sociální podpory (*institutions de prévoyance*). Zároveň všechny tyto instituce podléhají jednotné kontrole, kterou zajišťuje ACPR (*Autorité de contrôle prudentiel et de résolution*).

Mutuelles: definice a fungování

Mutuelles, celým názvem *sociétés d'assurance mutuelle*, jsou definovány v článku L111-1, odstavce 1 zákoníku vzájemného pojištění (*Code de la mutualité*), jako „neziskové právnické osoby soukromého práva, jejichž statut a předpisy se řídí tímto zákoníkem s platností od data jejich zápisu do obchodního rejstříku a za podmínek stanovených dekretem Státní rady. Jsou financovány z členských příspěvků a zajišťují pro své členy a jejich rodinné příslušníky sociální zabezpečení, solidární přístup a vzájemnou pomoc, a to za podmínek vyplývajících z jejich stanov tak, aby přispívaly ke kulturnímu, morálnímu, duševnímu a fyzickému rozvoji svých členů a ke zlepšení jejich životních podmínek. Stanovy definují jejich předmět činnosti, pole působnosti a způsoby fungování v souladu s ustanoveními tohoto zákoníku [Legifrance, 2009].⁹

Vzájemné zdravotní pojišťovny se liší od komerčních pojišťoven v několika aspektech. Vnitřní fungování je založeno na rovnosti všech členů a nevyžaduje žádný kapitálový vklad. Každý člen má při rozhodování jeden hlas. Instituci řídí a kontroluje po dobu daného volebního období (maximálně 6 let) správní rada vzešlá z přímých voleb v čele s předsedou. Rozhoduje o potřebách zdravotní péče, úhradách i prioritách, hospodaří s finančními prostředky, ale také skládá účty. Zároveň jmenuje generálního ředitele (odborníka na pojišťovnictví), který zajišťuje vlastní operativní provoz *mutuelle* a aplikuje strategii stanovenou správní radou.

Propracovaná pravidla kontrolní činnosti vylučují hazardování se získanými prostředky, i když může dojít k problémům. Stát má zároveň méně práce se zajišťováním zdravotní a sociální péče a služeb, které jsou realizovány důstojným způsobem. Tento systém zohledňuje i nutnou solidaritu. Volení zástupci vykonávají svůj mandát dobrovolně, bez nároku na odměnu (i když *mutuelles* s více než 25 000 členy mohou od roku 2004 pobírat určitou odměnu za výkon funkce či za účast na zasedáních správní rady – *indemnités*, nebo tzv. *jetons de présence*). Vlastní finanční prostředky těchto pojišťoven se mění podle výše vybraných příspěvků na zdravotní a sociální pojištění. Případný přebytek finančních prostředků se ukládá do rezervního fondu pro potřeby členů, nebo se vrací pojištěncům ve formě snížených sociálních příspěvků. Jako neziskové organizace měly tyto pojišťovny dlouho významné daňové úlevy. Byly osvobozeny od daně z příjmu právnických osob a od daně z podnikání. Nicméně v důsledku evropské direktivy¹⁰ podléhají od roku 2012 společnému systému zdanění stejně jako ostatní pojišťovny [Charrié, 2012].

9 „Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles acquièrent la qualité de mutuelle et sont soumises aux dispositions du présent code à dater de leur immatriculation dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Ces statuts définissent leur objet social, leur champ d'activité et leurs modalités de fonctionnement, conformément aux dispositions du présent code.“

10 Direktiva 92/49/CEE o „podnikání v pojišťovnictví“, staví *mutuelle* na stejnou úroveň jako komerční pojišťovny. V roce 1999 v důsledku stížnosti několika soukromých pojišťoven proti daňovým výhodám *mutuelles* porušujícím zdravou hospodářskou soutěž, postupuje Evropská komise k Soudnímu dvoru stížnost na Francii, která zatím direktivu v pojišťovnictví neaplikovala plošně na všechny pojišťovny. Francie je tedy nucena pozměnit v roce 2009 *Code de la mutualité*. Po přechodném období vstupují *mutuelles* od 1. 1. 2012 do společného režimu zdanění.

Výše příspěvků nezávisí na krytí individuálních rizik pojištěnce: neexistuje selekce podle zdravotního stavu (lékařský dotazník je zakázán). Nicméně ve většině *mutuelles* se výše příspěvků odvozuje od věku pojištěného člena. Tato výše se ovšem také může měnit podle míry krytí rizik. Kromě kolektivního krytí, které je stejné pro všechny členy, je možné si připlatit individuální připojištění, a tím získat možnost vyššího proplácení za uhrazenou zdravotní péči (např. zubní protetika, brýle a obroučky) nebo proplácení doplatků za vyšší odměny lékařům bez smlouvy s pojišťovnou (*médecins non-conventionnés*), jež všeobecná zdravotní pojišťovna pojištěncům neproplácí. Zatímco na příspěvcích obecného kolektivního doplňkového zdravotního pojištění se zaměstnavatel podílí nejméně 50 % dané částky, individuální doplňkové „připojištění“ (které lépe odpovídá individuálním potřebám) si pojištěnec hradí sám v plné výši. Tady se někdy vedle termínu *assurance complémentaire* (povinné kolektivní doplňkové pojištění), objevuje termín *assurance sur-complémentaire* (fakultativní individuální doplňkové pojištění). Kromě povinného doplňkového pojištění dnes *mutuelles* nabízí také další typy spoření (životní pojištění, pojištění pro případ úmrtí, vdovství, apod.). Otázka tzv. nadstandardního či komerčního zdravotního pojištění je aktuální i u nás, nicméně nemá dosud politické řešení. Vzhledem k tomu, že chybí přesné vymezení pojmů standardní a nadstandardní péče, komerční pojišťovny se soustřeďují jen na některé doplňkové služby (pojištění denních dávek při pobytu v nemocnici, lepší hospitalizace, návštěva lékaře specialisty, rychlá rada, větší počet preventivních vyšetření, apod.) v rámci tzv. komerčního zdravotního připojištění pomocí komerčních pojistek, které však neposkytují nárok na lepší péči, materiál, či koordinaci péče.

V roce 2015 bylo ve Francii cca 500 zdravotních pojišťoven *mutuelles*. Od založení systému Sociálního zabezpečení jejich počet neustále klesá. Z celkového počtu 7 000 *mutuelles* v roce 1945 se jejich počet snížil na 3 000 začátkem roku 1980 a na 1 200 v roce 2000. Tento vývoj podporovaný orgány veřejné správy (*pouvoirs publics*) se vysvětluje jednak fúzí četných *mutuelles*, jednak postupným zánikem podpůrných sociálních fondů podniků (kromě velkých společností jako např. *Mutuelle interprofessionnelle Peugeot-Citroën*). *Mutuelles* si zachovávají svou profesní členskou základnu (např. *MGEN* sdružuje učitele, *LMDE*, *SMER* studenty, *MMEI* pracovníky v elektronice a informatice, apod.), nebo členskou základnu podle regionů (*Mutuelle complémentaire d'Alsace ou Languedoc Mutualité*). Většina *mutuelles* (98 %) je sdružena v Národní federaci francouzského vzájemného pojištění (*Fédération française de la mutualité*) založené v roce 1902, která zastupuje mutualistický sektor ve vztahu k sociálním partnerům, k systému sociálního zabezpečení nebo k orgánům veřejné správy.

Povinné doplňkové zdravotní pojištění

Cílem doplňkového zdravotního pojištění (*assurance maladie complémentaire*, zkráceně *complémentaire santé*) je, jak naznačuje samotný název, doplňovat dávky sociálního zabezpečení o doplatky zdravotních výdajů (příplatky za konzultace u lékaře, na ošetřování a stravu, lékařské analýzy, hospitalizaci, vyrovnání doplatků za předepsané léky, výdaje na oční a zubní péči, přístroje, prevence). Od 1. 1. 2016 je toto pojištění povinné. Nicméně každý pojištěnec má volnost výběru vyššího či nižšího krytí, jak již bylo zmíněno výše [IRDES, 2016].

Dále se zaměříme na kolektivní krytí *mutuelles* podle článku 14 zákona z 11. 1. 2013. Nejprve je nutné poznamenat, že od reforem zdravotního pojištění z let 2004¹¹ a 2008 musejí *mutuelles* spolu s dalšími organizacemi zajišťujícími doplňkové pojištění proplácet výdaje podle toho, zda pacient dodržel či nedodržel závazný léčebný postup (*parcours de soins coordonnés*). Od roku 2004 musí totiž každý pojištěnec nahlásit jméno svého praktického lékaře (*médecin traitant*), který má koordinovat konzultace a následnou léčbu u odborných lékařů. Respektování předepsaného postupu podmiňuje úhrady výdajů na zdravotní péči. V opačném případě je pojištěnec finančně penalizovaný (proplácí se mu jen 30 % výdajů – např. pokud navštíví specialistu bez doporučení svého praktického lékaře). Pojišťovny rovněž musí proplácet léky podle tarifů sociálního zabezpečení (*Sécurité sociale*), které se počítají podle cen nejlevnějších generických léků. Pojištěnec, který chce jinou značku léku, musí uhradit rozdíl z vlastních zdrojů a nemůže žádat pojišťovnu o proplacení. K povinné spoluúčasti pacienta, jež se vůbec neproplácí (*franchise médicale*), patří zejména regulační poplatek u lékaře ve výši 1 euro a 18 eur za zdravotní péči přesahující 120 eur. Na druhé straně tyto vzájemné pojišťovny nadále hradí (částečně nebo úplně) částky převyšující proplácené odměny lékařům (*dépassement d'honoraires*) i finanční spoluúčast pacienta na zdravotní péči, která není proplácená systémem obecného zdravotního pojištění (tzv. *ticket modérateur*) a denní paušální poplatek za pobyt v nemocnici (*forfait hospitalier journalier* – ve výši 18 eur od 1. 1. 2016). Dále se také podílí na úhradě péče, která je nedostatečně proplácena sociálním zabezpečením, či jím není hrazena vůbec (zubní protézy, brýle, lázeňská léčba, rehabilitace, homeopatie apod.). Další službou pro pacienty je přímá úhrada některých poplatků za léky či léčbu, které se pacientovi následně vrací (*tiers payant*). Smlouvy musí stanovit minimální a maximální sazby plnění.

Závěr

Vznik doplňkového zdravotního pojištění ve Francii ovlivnily dva faktory: na jedné straně snahy vylepšit existující pojištění (v oblasti kvality poskytnuté péče a výši dávek) a na druhé straně snaha snížit pacientům vlastní úhrady z důvodů nízkých částek proplácených systémem povinného sociálního zabezpečení (např. výdaje na zubní či na běžnou zdravotní péči). Má významné místo jak ve fungování systému francouzského zdravotnictví na institucionální úrovni, tak i v oblasti poskytované péče. Postupně se rozšířila i síť vlastních odborných ambulantních center a nemocnic [RNCSM, 2016], v nichž je péče poskytována na vysoké úrovni špičkovými odborníky (vzhledem k lepším platovým podmínkám), a je tudíž kvalitnější než ve státních zařízeních. Z terminologického hlediska nejde o připojištění, jak je chápáno u nás, tedy o nadstandardní péči. Jde o regulérní povinné doplňkové pojištění zajišťující špičkovou péči, kterou poskytují *mutuelles* svým členům za účelně vynakládané finanční prostředky jako standardní. Ta je jim dostupná bez ohledu na jejich aktuální finanční možnosti. Zajímavým trendem je ovšem vývoj individuálních smluv pokrývajících zdravotní rizika, která všeobecné sociální zabezpečení nezohledňuje.

11 Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [online]. Dostupné z: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&categorieLien=id>.

Francouzské doplňkové zdravotní pojištění, kterým se významně liší francouzský a český systém zdravotního pojištění, bylo dlouhou dobu monopolem *mutuelles* a podpůrných sociálních fondů. Celý systém vychází z vysoké míry solidarity, vzájemné pomoci a boje proti sociálnímu vyloučení i diskriminaci. Se vstupem soukromých komerčních pojišťoven do tohoto systému se sektor mutuality dostává do mnohem konkurenčnějšího prostředí, protože v důsledku vlivu evropské legislativy mohou komerční pojišťovny sjednávat ve Francii i povinné doplňkové zdravotní pojištění [viz též Garabio, 2006]. Sektor mutuality, který je navzdory procesu koncentrace zahájeného po roce 1945 stále vnitřně velmi diferencovaný, není – patrně i proto – tento vývoj schopen zvládnout. Mnohé *mutuelles* nemají dost finančních prostředků. Navíc od roku 2012 ztratily (vzhledem ke komerčním pojišťovnám) svá daňová privilegia. Tato tradice vzájemných sociálních pojišťoven, která spadá do XIX. století, by tak mohla zaznamenat postupný odchod ze scény ve více či méně dlouhém časovém horizontu, což si převážná většina Francouzů jistě nepřeje.

Literatura

- CORNU, G., 2013. *Vocabulaire juridique*. Paris: Presses universitaires de France. ISBN 978-2-13-055986-3.
- DUPEYROUX, J. J., BORGETTO, M. a LAFORE, R., 2014. *Droit de la sécurité sociale*. Paris: Dalloz. ISBN 978-2-247-11013-1.
- GARABIO, P., 2006. *L'assurance-maladie en Europe – étude comparée* [online]. Fondation Robert Schuman [cit. 16. 6. 2016]. Dostupné z: <http://www.robert-schuman.eu/fr/questions-d-europe/0037-l-assurance-maladie-en-europe-etude-comparee>
- GÉMAR, J. C., 1995. Le langage du droit au risque de la traduction. In Snow, G. a Vanderlinden, J. *Français juridique et science du droit*. Bruxelles: Bruylant. ISBN 2-8027-0964-X.
- GIBAUD, B., 1986. *De la mutualité à la sécurité sociale: conflits et convergences*. Paris: Les Éditions ouvrières. ISBN 2-7082-2514-6.
- CHARRIÉ, E., 2012. L'entrée en fiscalité des mutuelles et institutions de prévoyance au 1er janvier 2012 [online]. L'argus de l'assurance [cit. 30. 5. 2016]. Dostupné z: <http://www.argusdelassurance.com/metiers/l-entree-en-fiscalite-des-mutuelles-et-institutions-de-prevoyance-au-1er-janvier-2012.53894>
- CHVÁTALOVÁ, I. et al., 2012. *Právo sociálního zabezpečení v České republice a Evropské unii*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-374-2.
- IRDES (INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE SANTÉ), 2016. *La protection sociale complémentaire en France* [online]. [cit. 13. 6. 2016]. Dostupné z: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf>
- LEGIFRANCE, 2009. *Code de la mutualité* [online]. [cit. 3. 6. 2016]. Dostupné z: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074067&dateTexte=20080505>
- MONTALEMBERT, M., 2013. *La protection sociale en France* (6e édition). Paris: La Documentation française. ISBN 978-2-11-009351-6.
- OCDE, 2015. *Dépenses de santé par pays: comment la France se positionne. Statistique de l'OCDE sur la santé 2015* [online]. [cit. 28. 9. 2015]. Dostupné z: <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/French%20Country-Note-FRANCE-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>

- POUVOURVILLE, G., 2011. L'assurance maladie en France: beveridge et Bismarck enfin réconciliés? *Annales des Mines - Réalités industrielles*, 4, 19–24.
- RNCSM (RÉSEAU NATIONAL DES CENTRES DE SANTÉ MUTUALISTES), 2016. *Qui sommes-nous?* [online] Centre-sante-mutualiste [cit. 5. 6. 2016]. Dostupné z: <http://www.centres-sante-mutualistes.fr/reseau/presentation-n300>
- SAUVIGNET, E., 2004. *Le financement du système de santé en France: Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire* [Discussion Paper No. 1-2005, online]. Organisation mondiale de la Santé [cit. 30. 5. 2016]. Dostupné z: http://who.int/health_financing/le_financ_tu_sys_de_sante_en_france_dp_f_05_1.pdf